



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

Jihočeská univerzita
v Českých Budějovicích
University of South Bohemia
in České Budějovice

Využití koncepčního modelu Callisty Royové
při hodnocení potřeb v generaci 50+

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Studijní program: OŠETŘOVATELSTVÍ

Autor: Bc. Zdeňka Hotařová

Vedoucí práce: prof. PhDr. Valérie Tóthová, Ph.D.

České Budějovice 2017

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji diplomovou práci s názvem Využití koncepčního modelu Callisty Royové při hodnocení potřeb v generaci 50+ jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své diplomové práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby diplomové práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé diplomové práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 15. 5. 2017

.....

Bc. Zdeňka Hotařová

Poděkování

Ráda bych touto cestou poděkovala prof. PhDr. Valérii Tóthové, Ph.D., vedoucí mé diplomové práce, za odborné vedení, cenné připomínky a rady při zpracování této práce. Dále bych chtěla poděkovat všem, kteří se podíleli na empirické části této práce.

Využití koncepčního modelu Callisty Royové při hodnocení potřeb v generaci 50+

Abstrakt

Koncepční modely v ošetrovatelské péči poskytují zdravotníkům ucelený filozoficko-teoretický rámec pro poskytování péče zdravým i nemocným jedincům. Mimo jiné také přispívají k rozvoji oboru ošetrovatelství jako samostatné vědní disciplíny, přinášejí společný jazyk, možnost, jak zefektivnit komunikaci, zkvalitnit poskytovanou péči, jsou nástrojem pro hodnocení výsledků intervencí a v neposlední řadě jsou oporou pro vzdělávání a rozvoj praxe. Model Callisty Royové vznikající již v 70. letech 20. století, nazývaný jako Adaptační model, chápe člověka jako holistickou bytost, jež je v neustálé interakci s vnitřním a vnějším prostředím. Cílem ošetrovatelství dle modelu Royové je ovlivňování zdraví jedinců ve zdraví, ale i v nemoci, a dosažení jejich efektivního adaptivního chování.

Naším cílem bylo zjistit, jaká jsou specifika ošetrovatelské péče v klinické a komunitní praxi u generace 50+ s využitím Adaptačního modelu Callisty Royové. V návaznosti na stanovený cíl bylo vytvořeno šest hypotéz. K získání potřebných dat ke zpracování výzkumné části této práce bylo využito kvantitativního šetření s využitím nestandardizovaného dotazníku.

Z výsledků výzkumného šetření bylo možné potvrdit pět ze šesti stanovených hypotéz. Bylo prokázáno, že s přibývajícím věkem dochází u lidí ve věku 50+ k závažným změnám u 26 hodnocených změn. Avšak nebylo potvrzeno, že životní změny u generace 50+ jsou přímo závislé na pohlaví, neboť nebyla prokázána statisticky významná souvislost mezi všemi testovanými změnami a pohlavím. Dále platí, že s přibývajícím věkem významně roste podíl těch, kteří hodnotí postoj ke změnám jako negativní. Také bylo zjištěno, že postoj mužů ke změnám je ve významně větší míře pozitivní než postoj žen. S přibývajícím věkem se respondenti přizpůsobují změnám ve svém životě se stále většími potížemi. Ale muži významně častěji uvádí, že jsou schopni přizpůsobovat se změnám bez potíží, kdežto ženy významně častěji potíže uvádí.

Doporučením pro praxi je používání Adaptačního modelu Callisty Royové nejen při hodnocení potřeb u generace 50+, zejména pak využití modifikované ošetrovatelské

anamnézy v praxi, která napomáhá komplexnímu posouzení pacienta/klienta. Mimo jiné práce přináší podněty pro další výzkumná šetření.

Klíčová slova: sestra; koncepční model; Calliste Royová; dospělost; senior; stáří, potřeby; péče.

Use of the conceptual model by Calliste Roy in the evaluation of needs of the generation 50+

Abstract

The conceptual models in nursing care provide healthcare workers with a comprehensive philosophical-theoretical framework for provision of care to both healthy and ill individuals. They also contribute to develop nursing as a self-standing scientific discipline, supply a common language, an opportunity to make communication more efficient, to improve the provided care, they constitute a tool to evaluate the intervention results and last but not least, they support the education and the development of practice. The Calliste Roy's model, developed in the 1970s already and called "Adaptation model", understands the human as a holistic being that is in permanent interaction with the internal and external environment. According to the Roy's model, nursing is aimed at influencing the individuals' health in health, but also in illness, and at achieving their efficient adaptive behaviour.

Our goal consisted in finding out the particularities of nursing care in clinical and community practice in the 50+ generation, under application of Calliste Roy's Adaptation model. Six hypotheses were formulated in collection with the set goal. Quantitative investigation under use of a non-standardized questionnaire was performed in order to get the data needed for processing of the research part of the work.

The results of the investigation allowed confirming five out of the six hypotheses set. It was proved that with increasing age, 50+ people experience serious changes at 26 of the changes under evaluation. However, it was not confirmed that the life changes of the 50+ generation directly depend on gender, as no statistically significant connection between all changes tested and the gender was proved. It further applies that with increasing age, the percentage of individuals assessing the attitude to changes as negative rises significantly. It was also found out that the attitude of men towards changes is significantly more positive than the women's attitude. With increasing age, it is more and more difficult for the respondents to adapt to changes in their lives. However, men state significantly more often to be able to adapt to changes without difficulties, while women state difficulties significantly more often.

A recommendation for practice consists in applying Calliste Roy's Adaptation model not only to assess the needs of the 50+ generation, but primarily in applying

modified nursing case history in practice to support comprehensive assessment of the patient/client. The work brings stimuli for further research investigations, among other things.

Key words: nurse; conceptual model; Calliste Roy; adulthood; senior; old age, needs; care.

Obsah

Úvod.....	10
1 SOUČASNÝ STAV	11
1.1 Koncepční modely ošetrovatelství.....	11
1.1.1 Vývoj koncepčních modelů	11
1.1.2 Metaparadigma a koncepční modely	12
1.1.3 Náležitosti koncepčních modelů.....	13
1.1.4 Kategorizace koncepčních modelů	14
1.2 Calliste Royová.....	16
1.3 Koncepční model Callisty Royové	17
1.3.1 Asumpce Adaptačního modelu.....	17
1.3.2 Hlavní jednotky modelu.....	18
1.3.3 Metaparadigmatické koncepce podle Callisty Royové.....	18
1.3.4 Koncepce modelu	19
1.3.5 Ošetrovatelský proces v modelu Cellisty Royové.....	21
1.3.6 Využití Adaptačního modelu.....	22
1.4 Generace 50+	24
1.4.1 Pozdní dospělost	24
1.4.2 Stáří.....	25
1.5 Adaptace ve stáří a adaptace na stáří	27
1.6 Potřeby generace 50+.....	28
1.6.1 Pozdní dospělost	30
1.6.2 Stáří.....	31
1.7 Komunita a komunitní péče.....	32
2 CÍL PRÁCE A HYPOTÉZY	33
2.1 Cíl práce.....	33
2.2 Hypotézy.....	33

3	OPERACIONALIZACE POJMŮ	34
4	METODOLOGIE	35
4.1	Použitá výzkumná metoda	35
4.2	Nestandardizovaný dotazník	35
4.3	Charakteristika výzkumného souboru	36
4.4	Zpracování dat	36
5	VÝSLEDKY VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ	38
5.1	Výsledky charakterizující výzkumný soubor	38
5.2	Grafické zobrazení výsledků	43
5.3	Testování hypotéz	58
6	DISKUSE.....	98
7	ZÁVĚR	107
8	SEZNAM INFORMAČNÍCH ZDROJŮ.....	110
9	SEZNAM PŘÍLOH	117
10	PŘÍLOHY.....	118

Úvod

Stárnutí populace je celosvětový trend, Českou republiku nevyjímaje. Každý rok ve společnosti roste podíl seniorů, na druhé straně klesá podíl dětí a mládeže. V lidském organismu dochází ve vyšším věku k řadě změn, které s sebou stáří přináší. Stárnutí představuje bio-psycho-sociálně spirituální proces přirozeně involučních a adaptačních změn, ke kterým v organismu a u organismu dochází od dosažení sexuální dospělosti.

Jelikož stárnutí může probíhat různým způsobem a staří tak může nabývat různých podob, na kterých se podílejí rozdílné faktory, je zapotřebí hledat formy úspěšného stárnutí, zdravého, aktivního, funkčně zdatného a spokojeného stáří. Toho můžeme dosáhnout zejména tím, že budeme aktivně hledat jednotlivé změny u pacientů/klientů, budeme jim pomáhat s nimi pracovat a adaptovat se na ně. Starší člověk se musí neustále přizpůsobovat novým problémům a změnám a jeho kompetence jsou vlivem stáří nebo i chorob více či méně limitovány. Sem by měly směřovat intervence sestry, které ovlivňují jedince ve zdraví, ale i v nemoci, a pomáhají jim dosahovat efektivního adaptivního chování.

Toto téma diplomové práce jsem si vybrala z důvodu aktuálnosti dané problematiky. Kvůli stárnutí populace dochází k přibývání starších pacientů/klientů v klinické a komunitní praxi, a proto by sestra na odborné úrovni měla umět zhodnotit potřeby člověka a na náležité úrovni mu poskytnout součinnost k dosažení adaptivního chování.

Naším cílem je obrátit se na generaci 50+ a zjistit, nakolik se u ní mění bio-psycho-sociálně spirituální potřeby, jaký zaujímají postoj ke změnám a v neposlední řadě je naším cílem zjistit, jak jsou jedinci schopni se na životní změny adaptovat. Proto jsme se rozhodli využít koncepčního modelu Callisty Royové, která se ve své práci zabývala adaptací. Aby byla zachována integrita člověka, musí se člověk umět přizpůsobit změnám vnitřního a vnějšího prostředí.

1 SOUČASNÝ STAV

1.1 Koncepční modely ošetrovatelství

Koncepční modely v ošetrovatelství poskytují zdravotnickým pracovníkům filozoficko-teoretický rámec pro poskytování kvalitní péče orientované na zdravé i nemocné jedince, rodinu či komunitu. Umožňují systematické přístupu k praxi, řízení ale i výzkumu. Koncepční modely v ošetrovatelství obohacují teoretický základ jako vědní disciplíny a nadále v ošetrovatelské praxi usměrňují myšlení a počínání sester v konkrétních situacích (Pavlíková, 2006). Používáním konceptního modelu dochází k tvorbě společného jazyka, k usnadňování komunikace mezi ošetrujícími a tím tedy k zefektivňování komunikace a také ke zkvalitňování jejich práce (Archalousová, 2003).

Farkašová (2006) charakterizuje koncepční modely jako kombinaci pohledu, názorů a vědomostí na jednotlivé jevy světa. Dále tyto modely poskytují systém pro myšlení, pozorování a interpretaci, poukazují na směr hledání, poznávání a praktické řešení skutečností. Pavlíková (2006) uvádí, že koncepční modely jsou souborem abstraktních a všeobecných koncepcí a tvrzení, jež jsou integrované do smysluplné konfigurace, která se týká globálních představ o jednotlivcích, skupinách, situacích, skutečnostech a jevech zajímavých individuálně pro každou vědní disciplínu.

1.1.1 Vývoj konceptních modelů

Příklady konceptních modelů je možné nalézt již v raných civilizacích Egypta a Číny a dále i ve všech moderních vědách. Mnohé modely měly značný vliv na utváření světa. Byly tomu například modely K. Marxe, A. Einsteina či S. Freuda (Pavlíková, 2006). Do poloviny minulého století byl vývoj ošetrovatelství založen více na tradicích a praktických zkušenostech, než na teoretických základech. Rozvoj teoretické základny ošetrovatelství začal v polovině 20. století v Kanadě a v USA. Koncepční modely ošetrovatelství existují od doby, kdy byly Florence Nightingalovou poprvé prosazovány myšlenky ošetrovatelství. Chápání Nightingalové však není formálně prezentované jako model. Teprve v roce 1973 na konferenci pro rozvoj ošetrovatelství označily Johnsonová, Reillyová a Royová různé pohledy na ošetrovatelství za konceptní modely (Pavlíková, 2006). Konceptní modely vznikají dvěma cestami, a to cestou induktivní, tedy zevšeobecňováním pozorovaných jevů, a druhou cestou, cestou deduktivní, kdy se vyvozují z existujících vědomostí

(Farkašová, 2006). Vývoj koncepčních modelů je možné pokládat za významnou etapu ošetrovatelství jako vědní disciplíny. Koncepční model ošetrovatelství poukazuje na to, co pozorovat, čeho si všímat, o čem přemýšlet, jak se dívat na dané skutečnosti, která hlediska brát na zřetel, a tím způsobem pomáhá zkvalitnit práci sester (Pavlíková, 2006).

1.1.2 Metaparadigma a koncepční modely

Metaparadigma je předmět zkoumání dané vědní disciplíny; jde o obecný pohled na její obsah (Plevová, 2011), o hlavní orientaci, která ji odlišuje od jiných disciplín. Metaparadigma je abstraktnější a všeobecnější než koncepční modely (Farkašová, 2006). Koncepční modely definují čtyři metaparadigmatické koncepce odlišnými způsoby a různě je spojují. Mezi metaparadigmatické koncepce se řadí osoba, zdraví, prostředí a ošetrovatelství (Pavlíková, 2006). Jedná se o hlavní prvky, kterými se ošetrovatelství zabývá. Avšak někteří autoři nejsou toho názoru, že se má ošetrovatelství řadit k částem metaparadigmatu, neboť ošetrovatelství je samostatná vědní disciplína. Autorky Meleisová a Kimová pokládají za metaparadigma ošetrovatelství osobu, prostředí, zdraví nebo činnosti ošetrovatelství, ne však ošetrovatelství samo (Farkašová, 2006).

Osoba je nejčastěji charakterizována jako integrovaná bio-psycho-socio-spirituální bytost, která je v ošetrovatelství příjemcem poskytované ošetrovatelské péče (Farkašová, 2006). V ošetrovatelství může být osobou jednotlivec, rodina, komunita, ale také i celá společnost (Pavlíková, 2006). Některé koncepční modely ošetrovatelství pokládají osobu za behaviorální systém, adaptivní systém, systém péče o sebe nebo také jako energetické pole (Farkašová, 2006).

Prostředím jsou myšleny vnitřní a vnější vlivy, které působí na osobu a její zdravotní stav. Prostředí, které působí na osobu v jejím běžném životě, lze definovat jako životní prostředí, pracovní prostředí, společensko-ekonomické prostředí a prostředí sociální. Prostředí ve vztahu k ošetrovatelské péči je pak chápáno jako prostředí ambulantní či nemocniční péče nebo domácí prostředí, v němž je pacient/klient také ošetrován (Plevová, 2011).

Zdraví je základním pojmem v ošetrovatelství, avšak může být chápáno různými způsoby. V ošetrovatelství se však vychází z definice zdraví dle Světové zdravotnické organizace, jež chápe člověka jako bio-psycho-socio-spirituální bytost (Plevová, 2011). V ošetrovatelství je uplatňován holistický pohled na zdraví (Farkašová, 2006).

Ošetrovatelství lze chápat jako intervence, které vykonává sestra ve spolupráci s pacientem (Pavlíková, 2006). Ošetrovatelství se zabývá uspokojováním potřeb pacientů. Základem pro ošetrovatelský proces a jeho aplikaci v praxi je právě pochopení potřeb pacienta (Plevová, 2011).

1.1.3 Náležitosti koncepčních modelů

Navzdory rozdílnosti koncepčních modelů mají všechny modely stejnou strukturu (Žiakova, 2007). Koncepční modely ošetrovatelství sestávají ze třech základních částí, kterými jsou asumpce, hodnotový systém a hlavní jednotky. Asumpce jsou předpoklady, fakta (Plevová, 2011), někdy také nazývané jako premisy, které tvoří teoretický základ koncepce ošetrovatelství, odvozují se od vědecké teorie a praxe a musí být v praxi ověřitelné (Pavlíková, 2006). Většina koncepčních modelů vychází z předpokladů z praxe. Předpoklady jednotlivých koncepčních modelů se mohou lišit (Archalousová, 2003).

Hodnotový systém tvoří základní myšlenky oborů, které jsou podobné ve všech modelech ošetrovatelství a odrážejí filozofický názor každého autora modelu (Pavlíková, 2006). V jednotlivých koncepčních modelech je obsažena filozofická představa o podstatě vztahů mezi člověkem a prostředím, představy, jež ovlivňují směřování výzkumu a rozvoj teorie a praxe ošetrovatelství (Archalousová, 2003).

Třetí částí každého koncepčního modelu ošetrovatelství jsou hlavní jednotky, které byly zformulovány z asumpcí a hodnotového systému. Bylo vytvořeno sedm hlavních jednotek – cíl ošetrovatelství, klient/pacient, role sestry, zdroj potíží, ohnisko zásahu, způsob zásahu a důsledky (Pavlíková, 2006).

Cíl ošetrovatelství se v jednotlivých modelech liší, neboť vychází z asumpcí každého modelu. Vyjadřuje to, čeho chce ošetrovatelství docílit. Klient/pacient/nemocný je definován jako příjemce ošetrovatelské péče, může se jednat o jednotlivce, skupinu, komunitu. Role sestry popisují úlohu sestry v péči o klienta/pacienta, vytyčují, jaké jsou její činnosti, co vykonává. Zdroj potíží definuje příčiny problémů pacienta, které mohou být ovlivněny intervencemi ošetrovatelské péče. Specifické ošetrovatelské činnosti, které vykonávají sestry, jsou nazývány způsoby zásahu. Jsou to způsoby a prostředky, jež sestra využívá při poskytování ošetrovatelské péče. Důsledky jsou očekávané výsledky ošetrovatelských intervencí (Pavlíková, 2006).

1.1.4 Kategorizace koncepčních modelů

Koncepční modely ošetřovatelství je možno uspořádat dle různých kritérií – dle různých klíčových pojmů modelu, různého obsahu, různých pojetí klientů/pacientů, charakteristických rysů či období vzniku (Archalousová, 2003).

Žiaková (2007) uspořádává koncepční modely dle kritéria pohledu na svět do 4 kategorií. Dělí je na modely systémové, vývojové, interakční a humanistické. Farkašová (2006) kategorizuje koncepční modely do 5 kategorií – vývojové modely, modely systémů, interakční model, modely potřeb a výsledků a modely energetického pole. Archalousová (2003) rozdělila modely do 12 kategorií – vývojové modely, systémové modely, interakční modely, modely potřeb, modely výsledků, humanistické modely, modely energetického pole, modely ošetřovatelských intervencí, modely substituce, modely zachování, modely udržování, modely zlepšení.

Zaměřením vývojových modelů je proces vývoje a zrání v lidském životě. Tyto modely zjišťují potenciální nebo skutečné problémy klientů/pacientů v oblasti vývoje a zrání a předpokládají, že na člověka má vliv vnitřní změna organismu, ale i vnější prostředí (Plevová, 2011). Mezi vývojové modely se řadí například Model sebepečce autorky D. E. Oremové, Model životních aktivit klienta N. Roperové, Teorie individuality od E. Wiedenbachové (Archalousová, 2003).

Hlavním znakem systémových modelů je systém a jeho prostředí. Za systém je považována osoba a prostředím je chápána rodina. Nebo lze systémem chápat společenství, které je tvořeno jednotlivými rodinami, a prostředím je země (Archalousová, 2003). Tyto systémy jsou zaměřeny na zjišťování potenciálních či již existujících problémů ve funkci systému (Plevová, 2011). Mezi modely systému se řadí Model systému chování D. E. Johnsonové, Adaptační model C. Royové., Teorie dosažení cíle I. M. Kingové, Model systémů zdravotní péče autorky B. Neumanové (Archalousová, 2003).

Interakční modely zdůrazňují sociální úkony a vztahy mezi lidmi, zaměřují se především na zjišťování problému v oblasti mezilidských vztahů a určování postupů, jak zlepšit socializaci (Farkašová, 2006). Mezi interakční modely se řadí model autorky Peplauové – Psychodynamické ošetřovatelství, Teorie ošetřovatelského procesu I. J. Orlandové, Umění pomoci v klinické praxi autorky E. Wiedenbachové (Archalousová, 2003).

Modely potřeb jsou modely, které se zaměřují na schopnost jednotlivce uspokojovat své potřeby (Plevová, 2011). Pokud jednatel nedokáže sám uspokojovat

své potřeby, musí mít zajištěnou ošetrovatelskou péči (Farkašová, 2011), kdy sestra pomocí intervencí uspokojování potřeb zajišťuje (Plevová, 2011). Mezi modely potřeb se řadí například Komplementární model 14 základních potřeb V. Hendersonové či Model 21 problémů ošetrovatelství F. G. Abdellahové (Archalousová, 2003).

Modely výsledků jsou soustředěné na výsledky ošetrovatelské péče a její hodnocení (Farkašová, 2006), sestra uspokojuje potřeby pacientů a hodnotí výsledky uspokojování potřeb v rámci ošetrovatelského procesu (Plevová, 2011). K těmto modelům patří Teorie dosažení cíle I. M. Kingové, Model k dosažení klientovy stability a integrity, „model dobrého bytí a blaha“ B. Neumanové (Archalousová, 2003).

Z principu humanizmu vycházejí modely humanistické. Charakteristickými rysy těchto modelů jsou empatie, úcta k člověku, respektování lidských práv pacientů (Plevová, 2011). Berou na vědomí všechny okolnosti týkající se pacienta, jeho myšlenky, úvahy, pocity, hodnoty, zkušenosti, touhy, chování, tělo, respektuje ho takového, jaký je. Autorkami těchto modelů jsou Florence Nightingaleová, V. Hendersonová, F. G. Abdellahová, D. E. Oremová, M. Leningerová, J. Watsonová, R. Rizzo-Parsová, P. Bennerová (Archalousová, 2003).

Modely energetických polí se zabývají energií mezi osobou a prostředím. Rovnováhou energie člověka se zabývají ve svých modelech autorky Levineová a Rogersová (Plevová, 2011).

Modely ošetrovatelských zákroků (Archalousová, 2003) či modely intervence (Plevová, 2011) kladou důraz na intervence, které sestra provádí po důkladném rozhodnutí o péči v souladu s jedincem a jeho prostředím. Zmíněné modely vyzdvihují význam činností sestry, které napomáhají udržení zdraví a zlepšení péče. Mezi tyto modely patří modely autorek Gordonové, Kingové, Abdellahové (Archalousová, 2003).

Modely a teorie substituce se zaměřují na poskytování náhrady pacientům za schopnosti, které ztratili nebo je není možné aktivizovat. Poskytování náhrady je vždy předem konzultováno s pacientem. K těmto modelům se řadí modely autorek Oremové a Peplauové (Plevová, 2011).

Modely a teorie konzervace nebo také zachování usilují o udržení všech příznivých okolností a schopností pacienta (Archalousová, 2003). Sestra musí jednat takovým způsobem, aby bylo dosaženo zachování schopností pacienta. K modelům konzervace se řadí model Aktivita pro zachování života autorky N. Roperové a Principy zachování M. E. Levinové.

Modely udržování či opory (Archalousová, 2003), také nazývané jako modely podpory (Pavlíková, 2011), se s důrazem zaměřují na aktivity, jež vedou k pomoci pacientovi/klientovi vyrovnat se s poškozením zdraví a adaptovat se na danou situaci (Archalousová, 2003). Intervence sestry jsou zaměřeny na podporu mechanismů, které jsou potřebné k tomu, aby se pacient vyrovnal se změnou, jedná se o Komplementární model autorky V. Hendersonové, model M. E. Levinové – Adaptace na prostředí a Model „umění pomoci“ E. Wiedenbachové (Pavlíková, 2011).

Modely zlepšení (Archalousová, 2003) dle Pavlíkové (2006) modely a teorie posílení se soustřeďují na pomoc při zlepšování kvality života pacienta/klienta prostřednictvím posilování všeho, co je nemocí oslabené. Konkrétním příkladem těchto modelů je model autorky D. E. Johnsonové – Systém chování a N. Roperové – Aktivita zvyšující kvalitu života (Archalousová, 2003).

1.2 Calliste Royová

Calliste Royová je vysoce uznávaná teoretička, spisovatelka, lektorka, učitelka a výzkumnice, profesorka ošetrovatelství na Boston College William F. Connel School of Nursing. Narodila se 14. října v roce 1939 v Los Angeles v Kalifornii (Parker, 2006). Ve 14 letech začala pracovat ve zdravotnictví jako pomocná síla a později dosáhla vzdělání v ošetrovatelství na Sister of Saint Joseph of Carondelet. V roce 1963 ukončila bakalářské studium na Mount Saint Mary's College v Los Angeles. O tři roky později získala magisterské vzdělání se zaměřením na pediatrické ošetrovatelství na Univerzitě California (Archalousová, Slezáková, 2005). V roce 1977 jí byl na této univerzitě udělen titul Ph.D. ze sociologie (Basavanthappa, 2007). V roce 1985 habilitovala z klinické neurologie. Stala se členkou Americké akademie věd, osobností Ameriky, členkou NANDA (Severoamerická asociace pro sesterské diagnózy), Světové organizace žen (Pavlíková, 2006) a členkou Sigma Theta Tau (Basavanthappa, 2007). Publikovala mnoho knih, kapitol, článků a byla oceněna čestnými doktoráty (Basavanthappa, 2007).

Během ošetrovatelské praxe na dětské klinice si Royová všimla schopnosti dětí přizpůsobovat se změnám. A právě pozorování dětské adaptace ji přivedlo k tvorbě ošetrovatelského modelu. Základy modely vytvořila autorka již v průběhu magisterského studia v letech 1964 – 1966. Autorka při tvorbě modelu vycházela z humanistické filozofie a holismu, z Maslowovy práce, dále byla ovlivněna sociální interakční teorií, Helsonovou adaptační teorií a dalšími pracemi autorek koncepčních

modelů (Pavlíková, 2006). Od roku 1970 byl model v rámci magisterského studia ošetrovatelství používán jako pilotní studie. Výsledky byly publikovány v roce 1974 v kapitole The Roy Adaptation Model v knize *Conceptual Models for Nursing Practice*. Na modelu autorka dále pracovala a výsledky publikovala (Pavlíková, 2006).

1.3 Koncepční model Callisty Royové

Calliste Royová nazvala svůj model modelem adaptačním. Adaptační model se řadí mezi modely systémové. Tento model začala Calliste Royová tvořit v době, kdy praktikovala na dětské klinice. Všimla si, že děti jsou schopny přizpůsobovat se změnám. Základy tohoto modelu byly vytvořeny v průběhu autorčina studia ošetrovatelství v letech 1964 – 1966. Poprvé byl model publikován v roce 1970 v časopise *Nursing Outlook*. Zde byl prezentován pod názvem *Adaptation: A Conceptual Framework for Nursing* (Tomey, Alligood, 2007). Od roku 1970 byl model využíván v praxi jako pilotní studie. Výsledky této studie byly publikovány v roce 1974 v kapitole The Roy Adaptation Model v knize *Conceptual Models for Nursing Practice* od JP. Riehl a C. Roy (Pavlíková, 2006). Adaptační model byl přijat na Mount Saint Mary's College jako filozofický základ ošetrovatelského kurikula. Model byl nadále rozvíjen ve výzkumu, který byl zaměřen na pacienty/klienty s neurologickým deficitem (Plevová, 2011).

1.3.1 Asumpce Adaptačního modelu

Autorka chápe člověka jako bio-psycho-sociální bytost v neustálé interakci s měnícím se prostředím (Plevová, 2011). Ve stále měnícím se prostředí si musí jedinec udržovat svou integritu. Pro zachování integrity se musí jedinec přizpůsobit změnám jednak vnitřního, ale též i vnějšího prostředí (Plevová, 2011), kdy se schopnosti jedince zvládat tyto změny mění v čase (Pavlíková, 2006). K tomu jsou využívány čtyři způsoby, takzvané mody adaptace, a to adaptace v oblasti fyziologických potřeb, sebekoncepce, funkce rolí a vzájemné závislosti (Plevová, 2011). Dále tento model předpokládá, že prostředí a lidé jsou otevřené systémy, které si vyměňují energii, hmotu a informace. Systém jsou jednotky, které jsou uspořádány tak, že vytvářejí celek, který je charakterizován vstupem, kontrolou, procesy, výstupem a zpětnou vazbou (Pavlíková, 2006).

1.3.2 Hlavní jednotky modelu

Cílem ošetřovatelství dle autorky Royové je schopnost jednotlivce adaptovat se ve zdraví, ale i v nemoci, ve čtyřech adaptačních oblastech: v oblasti fyziologických funkcí, sebepojetí, funkce rolí a vzájemné závislosti (Plevová, 2011). Pacientem/klientem je bio-psycho-sociální bytost, která je v nepřetržité interakci s vnitřním a vnějším prostředím (Pavlíková, 2006). Pacient/klient může být jednatel nebo skupina, která zahrnuje rodinu, komunitu či společnost jako celek (Plevová, 2011). Hlavní rolí sestry je podporovat adaptační mechanismy a adaptační chování pacienta/klienta. Zdrojem potíží pacienta/klienta je omezení schopnosti přizpůsobit se změně, která přesahuje jeho adaptační úroveň nebo jeho aktivity, které nevedou k efektivní adaptaci. Ohniskem či místem zásahu jsou fokální, kontextuální a reziduální stimuly, které působí na pacienta/klienta z jeho prostředí (Plevová, 2011). Způsobem, jak zasáhnout, je důležité nejprve identifikovat stimuly, které na pacienta/klienta působí, a následně s nimi pracovat tak, aby se napomáhalo procesu adaptace nemocného (Stasková, 2009). Důsledkem je pacientova očekávaná adaptace na změnu. Adaptace je výsledkem efektivních činností pacienta (Pavlíková, 2006).

1.3.3 Metaparadigmatické koncepty podle Callisty Royové

Autorka definovala osobu jako bio-psycho-sociální bytost v neustálé interakci se stále měnícím se prostředím. Jedinec tak musí reagovat na změny jak vnitřního, tak i vnějšího prostředí. Osoba jako celek se skládá ze dvou subsystémů – primárního a efektorového (Pavlíková, 2006). Osoba je adaptivní systém s vnitřními procesy, které mají důležitou roli při adaptaci v oblasti fyziologické, sebekoncepci, rolí a vzájemné závislosti (Plevová, 2011).

Zdraví je určitý stav a proces. Zdraví je výsledkem úspěšné adaptace osoby na stimuly, které vychází z vnitřního i vnějšího prostředí. Jakmile nefungují mechanismy adaptace, tedy přizpůsobení se, jedinec onemocní (Pavlíková, 2006). Zdraví Royová chápe jako schopnost zvládnout nemoc, smutek a stres (Plevová, 2011). Zdraví a nemoc jsou dimenzemi života, a právě jimi se ošetřovatelství zabývá. Podstatou zdraví a léčení je to, že se pacient/klient dokáže přizpůsobovat stimulům, které na něj působí (Pavlíková, 2006).

Prostředí je Royovou definováno jako všechny podmínky, okolnosti, situace, faktory a vlivy, které obklopují a ovlivňují rozvoj a chování jednotlivce či skupiny (Plevová, 2011). Prostředí zahrnuje jednak vnitřní, ale i vnější faktory, které působí

na jedince a mění mu potřebu zvyšovat energii na adaptaci v konkrétních situacích. Faktory prostředí, které působí na jedince, se kategorizují na stimuly fokální, reziduální a kontextuální (Farkašová, 2006).

Autorka definovala ošetřovatelství jako vědu a praxi, která rozšiřuje schopnosti pacienta/klienta adaptovat se. Ošetřovatelské činnosti charakterizuje jako posuzování chování a stimulů, jež ovlivňují adaptaci jednotlivce nebo skupiny (Tomey, Alligood, 2006). Ošetřovatelská péče je poskytována prostřednictvím ošetřovatelského procesu, který má šest na sebe navazujících fází. První fází je posouzení chování, následně posouzení ovlivňujících faktorů, dále sestavení ošetřovatelských diagnóz, stanovení cíle a intervencí a poslední fází je hodnocení (Meleis, 1997). Žiaková (2007) uvádí, že ošetřovatelská péče je potřebná v takových případech, kdy nadměrná stresová zátěž nebo zvládání dané situace oslabuje pacienta/klienta do takové míry, že není schopen situaci zvládnout efektivním způsobem. Cílem ošetřovatelství je pomáhat jedincům ve zdraví i nemoci k efektivním a adaptivním odpovědím na změny.

1.3.4 Koncepce modelu

Koncepce je definována jako pojetí, chápání, myšlenková osnova či způsob pohledu a výkladu určitého jevu (Pavlíková, 2006).

Ústředním pojmem tohoto modelu je adaptace. Royová adaptaci definovala jako proces a výsledek, kterým si osoba úmyslně sama sebe uvědomuje, utváří a integruje s prostředím (Roy, 1997). Pozitivní adaptivní reakce nastane pouze tehdy, když jedinec pozitivně reaguje na změnu jak vnitřního a/nebo vnějšího prostředí. Pozitivní adaptace je tedy procesem podpory fyzické, psychické a sociální integrity jedince, která je nezbytnou podmínkou zachování jeho celistvosti, úplnosti neboli zdraví. Naopak neefektivní reakce na změny z vnitřního a/nebo vnějšího prostředí vedou ke změně celostnosti jedince, tedy nemoci (Pavlíková, 2006).

Faktory z prostředí vnitřního a/nebo vnějšího, které působí na jedince či skupinu, Royová označila termínem stimuly. Stimuly jsou podněty, které vyvolávají adaptivní reakci, odpověď. Rozlišují se tři druhy stimulů. Fokální nebo také ohniskové či centrální stimuly působí na pacienta/klienta v určitém okamžiku a ten na ně okamžitě reaguje. Fokální stimul je nejčastějším objektem zájmu ošetřovatelského personálu (Plevová, 2011). Kontextuální stimul se vztahuje na okolnosti působení fokálního stimulu. To znamená, že kontextuální stimul působí na jedince současně se stimulem fokálním, ke kterému má vztah (Pavlíková, 2006). Posledním druhem stimulů jsou

stimuly reziduální. Reziduální stimuly představují názory, postoje a povahové rysy jedince. Tyto stimuly bývají stálé a vychází z předešlého učení (Archalousová, 2003).

Pro adaptaci jedince jsou důležité podněty, tedy stimuly a takzvaná adaptační úroveň, adaptační niveau (Pavlíková, 2006). Adaptační úroveň se chápe rozsah adaptivních reakcí jedince, který má každý jednotlivec jiný. V praxi to znamená, že každý jedinec reaguje na stimuly odlišným způsobem chování, který je pro něj typický (Plevová, 2011).

Jedinec může na stimuly reagovat dvěma způsoby – jednak adaptivně, kdy stimuly nepřesahují jedincovu adaptační úroveň, a na druhé straně maladaptivně či neefektivně, kdy adaptační úroveň je převyšována stimuly působícími na jedince. Adaptivní reakce podporují jedincovu integritu, růst, vývoj, moc, cíle a v neposlední řadě zlepšují jeho kontrolu nad prostředím. Neefektivní reakce vedou k dezintegraci jedince (Pavlíková, 2006). Úlohou sestry je tedy identifikovat maladaptivní chování a stimuly, které k tomuto chování vedly, a následně pacientovi/klientovi pomoci k adekvátní adaptaci.

Zvládnout účinky stimulů umožňuje jedinci takzvaný kontrolní subsystém a reakce na stimuly se projeví v efektorovém subsystému (Pavlíková, 2006). Kontrolní subsystém někdy nazývaný také jako primární či regulační podsystém představuje naučené nebo získané mechanismy zvládnání situace. Kontrolní subsystém je složen z regulátoru a kognátoru. Regulátor reaguje na stimuly pomocí nervových, chemických a endokrinních reakcí zvládnání (Roy, 1984). Oproti tomu kognátor reaguje prostřednictvím vyšší nervové činnosti a reakce jsou emočního typu. Mezi vyšší nervové činnosti se řadí například paměť, učení, emoce, rozhodování (Plevová, 2011). Efektorový neboli sekundární subsystém navazuje na primární subsystém. Efektorový subsystém převádí reakce do čtyř adaptačních oblastí, které autorka modelu označuje jako mody (Plevová, 2011).

Autorka rozlišuje čtyři adaptační mody (viz Příloha 1). Fyziologický modus je spjat s fyzikálními a chemickými procesy typickými pro živé organismy. Modus sebepojetí je zaměřen na psychologické a spirituální aspekty. Zahrnuje fyzikální, osobnostní a interpersonální složku (Plevová, 2011). Modus vzájemné závislosti zahrnuje vzájemnou závislost nebo nezávislost během interpersonálních vztahů dvou a více osob při uspokojování potřeb jedince (Pavlíková, 2006). Modus rolové funkce je zaměřen na plnění rolí ve společnosti (viz Příloha 2). Autorka popisuje, že osoba plní v životě primární, sekundární a terciární role. Primární role je dána, je relativně neměnná a souvisí s věkem a pohlavím. Sekundární roli jedinec získává během života a je

relativně trvalá; takovou rolí je například vybraná profese. Terciární role je dočasná a takovou rolí je například cestující, pacient (Plevová, 2011).

1.3.5 Ošetrovatelský proces v modelu Cellisty Royové

Royová se v ošetrovatelském procesu zaměřuje na podporu adaptace prostřednictvím zlepšování interakce osoba – prostředí. Autorka popisuje každou fázi samostatně, ale zdůrazňuje, že je to neustálý proces (Žiaková, 2007). Royovou popisovaný ošetrovatelský proces zahrnuje posouzení chování jedince, posouzení stimulů, které na něj působí, stanovení ošetrovatelské diagnózy, stanovení cílů, naplánování intervencí a hodnocení (Basavanthappa, 2007). Ošetrovatelský proces dle Royové má tedy šest fází, kroků.

První fází ošetrovatelského modelu je posouzení chování osoby jako adaptivního systému ve vztahu ke každému ze čtyř adaptačních modů, kterými jsou modus fyziologické funkce, modus sebepojetí, modus rolové funkce a modus vzájemné závislosti. Posouzení pacienta/klienta v každé této oblasti zlepšuje systematický a holistický přístup (Georg et al., 2011). Fyziologická oblast dle Royové zahrnuje pět základních potřeb. Mezi ně řadí oxygenaci, výživu, vylučování, aktivitu a odpočinek. Dále zahrnuje smysly, rovnováhu tekutin a elektrolytů, neurologický a endokrinní systém. Sebekoncepce ve vztahu k jednotlivci zahrnuje fyzický a osobnostní aspekt. Sebekoncepce ve vztahu ke skupině odráží vztahy, cíle a hodnoty dané skupiny. Adaptace pomocí rolové funkce je zaměřená na role, které osoba ve společnosti zastává. Adaptace vzájemnou závislostí je zaměřena na interakci jednotlivce ve skupině (Plevová, 2011).

Druhou fází ošetrovatelského procesu je posouzení působících faktorů, neboť je důležité identifikovat faktory, které mají vliv na chování člověka ve smyslu účinné nebo neúčinné odpovědi. Tyto působící faktory Royová nazývá stimuly a rozděluje je do třech skupin. Jsou to stimuly ohniskové, kontextuální a reziduální (Žiaková, 2007). Ohniskové stimuly vyžadují okamžitou odpověď, tuto reakci autorka označuje jako faktor stresu. Kontextuální stimuly pak modifikují ohniskové stimuly a rozpoznat reziduální stimuly je pro sestru neznající pacienta/klienta velmi obtížné, neboť reziduálními stimuly jsou názory, postoje, charakterové a osobnostní rysy pacienta/klienta (Plevová, 2011).

Ve třetí fázi podle modelu Royové sestra stanovuje ošetrovatelské diagnózy a seřazuje je podle priorit. Do této fáze je zahrnuta také interpretace údajů z prvních

dvou fází. Nejvyšší prioritu mají diagnózy, které pacienta/klienta ohrožují na životě, následují problémy v chování pacienta, které ohrožují pacientův/klientův růst a vývoj, na dalším místě jsou poruchy chování mající vliv na přežití lidské společnosti a menší prioritu mají pak poruchy chování ovlivňující dosažení plného potenciálu pacienta/klienta (Žiaková, 2007). Royová popisuje 3 metody tvorby ošetřovatelských diagnóz. Jednou z metod je například použití typologie ošetřovatelských diagnóz, kterou vytvořila Royová (Basavanthappa, 2007).

Čtvrtou fází je stanovení ošetřovatelských cílů, které jsou zaměřené na očekávané chování pacienta/klienta po poskytnutí ošetřovatelské péče. Jednotlivé cíle mohou být jak krátkodobé, tak i dlouhodobé (Plevová, 2011). Stanovený cíl se skládá z 3 částí – z chování, očekávané změny a časového plánu. V komunitním ošetřovatelství může mít stanovený cíl časové rozpětí dokonce až jeden rok i více, avšak musí být nasměrován k dosažení účinného chování jedince (Žiaková, 2007).

Pátou fází ošetřovatelského modelu je stanovení ošetřovatelských intervencí. Jednotlivé intervence jsou zaměřeny na manipulaci se stimuly. Cílem je pozitivní reakce pacienta/klienta v chování za účelem ulehčení průběhu choroby, léčby a rekonvalescence (Plevová, 2011).

Šestou a poslední fází ošetřovatelského procesu je hodnocení ošetřovatelské péče, tedy vyhodnocení účinnosti ošetřovatelských intervencí na adaptivní chování pacienta/klienta ve čtyřech adaptačních modech (Žiaková, 2007).

1.3.6 Využití Adaptačního modelu

Adaptační model je jedním z nejvíce využívaných koncepčních modelů v ošetřovatelském výzkumu, vzdělávání a zejména v praxi (Plevová, 2011). Své uplatnění nachází v mnoha oblastech moderního ošetřovatelství. Dle přehledové studie (Kaas, Tóthová, 2015) dominuje využití tohoto modelu v klinické praxi, zejména pak v péči o nemocné v interních oborech. Své využití má taktéž v chirurgickém, psychiatrickém, gynekologickém i pediatrikém ošetřovatelství. Uplatnění nachází rovněž ve válečné medicíně a nechybí ani v oblasti prevence. Adaptační model se využívá také na poli ošetřovatelského vzdělávání a v neposlední řadě i v ošetřovatelském výzkumu.

Konkrétně Stasková (2009) použila koncepční model pro zmapování překážek a možností ve využití Adaptačního modelu Royové u nemocných po amputaci dolní končetiny. Archalousová a Slezáková (2005) aplikovaly tento model do rehabilitačního

ošetřovatelství a také do ošetřovatelství porodnického. Plzenská a Sedláková (2009) aplikovaly Adaptační model u pacientů s reverzibilními změnami. Rokosová (2009) využila modelu pro dětské pacienty s diagnostikovaným diabetem mellitem. Jejím účelem bylo získat informace o chování dětských pacientů/klientů a o stimulech, které na dětské pacienty/klienty působí. Badr Naga, Al-Khasib (2014) tento model využili ve studii, která se zabývala procesem adaptace u pacientek/klientek s nádorovým onemocněním prsu.

Své uplatnění také model našel u pacientů trpících neurologickým onemocněním. V iránské studii využili tento model pro sestavení systému intervencí a testování jeho účinnosti u pacientů po prodělané cévní mozkové příhodě (Alimohammadi et al., 2015). Dále v Kolumbii využili adaptační model pro zjištění adaptace žen v šestinedělí (Ospina Romero et al., 2012). Také v psychiatrickém ošetřovatelství našel model Royové uplatnění. Tento model může být užitečný při léčbě pacientů/klientů s mentální bulimií, je vhodný pro plánování a realizaci ošetřovatelské péče u těchto pacientů/klientů (Seah, Tham, 2015).

Využití také našel ve válečné medicíně. Dle Nayback (2009) může být model Royové užitečný jako jistý rámec pro sestry při péči o válečné veterány s posttraumatickou stresovou poruchou. Tím ale uplatnění modelu nekončí. Své využití nachází také v oblasti prevence. Například v kanadské studii byl tento model využit u mladých žen, které se pokouší o odvykání kouření. Model sloužil jako vodítko pro posouzení úrovně adaptace, hledání problémů s adaptací a následně se studie zabývala podněty, které mají vliv na tyto problémy (Villareal, 2003).

Aplikací Adaptačního modelu se zabývají odborníci po celém světě, což vypovídá o jeho flexibilitě a komplexní využitelnosti. Předností modelu je také využití bez ohledu na věk, pohlaví, národnost a dokonce i zdravotní stav, neboť je využitelný u zdravých jedinců v rámci primární prevence, ale také u nemocných ať už akutně či chronicky (Kaas, Tóthová, 2015).

1.4 Generace 50+

Generace 50+ zahrnuje dvě vývojová období, takzvané období starší dospělosti a období stáří. Vágnerová (2007) vývojové období dospělosti rozděluje na období mladé, střední a starší dospělosti. Langmeier a Krejčířová (2006) dělí dospělost na časnou, střední a pozdní. Langmeier a Krejčířová (2006) starší dospělost vymezují od 45 let do 60 až 65 let, kdežto Vágnerová (2007) dospělost vymezuje od 50 do 60 let. Jiní autoři uvádějí dělení dospělosti podobně, avšak věkové hranice bývají různě posunuty. Některými autory může být pozdní dospělost nazývaná také jako presenium.

Definovat stáří není snadné, každý autor na stáří pohlíží jinak. Nejčastěji je však stáří vymezováno chronologicky. Světová zdravotnická organizace dělí stáří na tři období – na období raného stáří, období vlastního neboli pravého stáří a na dlouhověkost. Rané stáří vymezuje od 60 do 74 let, vlastní stáří od 75 do 89 let a dlouhověkost 90 a více let (Kopecká, 2011).

1.4.1 Pozdní dospělost

Dle Vágnerové (2007) je věk 50 let považován za takzvaný mezník, který s definitivní platností potvrzuje počátek stárnutí. Definovat stárnutí je nesnadné. Existuje mnoho definic stárnutí, ale žádná z nich není zcela výstižná. Mlýnková (2011) definuje stárnutí jako proces, kdy v buňkách vznikají degenerativní změny ve tvaru buňky a její funkce. Stáří je podle ní vyvrcholením stárnutí a je závěrečnou fází života jedince.

Stárnutí představuje bio-psycho-sociálně spirituální proces přirozeně involučních a adaptačních změn, ke kterým v organizmu a u organizmu dochází od dosažení sexuální dospělosti. Jednou z nejvýraznějších složek stárnutí je různě rychlý pokles potenciálu zdraví, zdatnosti, odolnosti, adaptability – klesá přizpůsobivost ke změnám, odolnost vůči zátěžím a stresorům (Čevela et al., 2014).

Stárnutí je spojeno s vědomím, že začal proces postupného zhoršování vlastní psychické ale i tělesné kondice, různých kompetencí, sociálního postavení a jde o proces, který je nezastavitelný, neodvolatelný a nevratný (Vágnerová, 2007). Objevují se první známky poklesu výkonnosti, dochází ke zpomalení reakcí a mírně se zhoršuje citlivost většiny smyslů, především zraku. Známky stárnutí se začínají projevovat i na vzhledu člověka. Kůže ztrácí pružnost, objevují se první vrásky, vlasy šedivějí a řidnou (Langmeier, Krejčířová, 2006). Stále častěji se objevují různé zdravotní potíže, člověk

mění postoj k vlastnímu tělu a k jeho fungování. Ze sociálního hlediska je stárnutí spojeno s úbytkem prestiže, kterou přináší změna tělesné krásy (Vágnerová, 2007).

Z hlediska psychologického jsou v této době důležité hormonální proměny a s tím související fyziologické i psychické změny. U mužů je to takzvaná andropauza a u žen menopauza. Stárnutí se projevuje také změnou v pojetí intimity. Potřeba intimity v tomto věku je více zaměřena na psychické sdílení, jistotu akceptace a opory, zatímco sexuální výkonnost už není tak důležitá. Dále dochází ke změnám v kognitivních funkcích, k proměně emocionality, profesní role, partnerského vztahu, vztahu k dospělým dětem, vztahu k rodičům, přibývá role prarodiče a jedinec se setkává se smrtí jak rodičů, tak i vrstevníků. Ztráta rodiče vyvolává silnou citovou reakci, jelikož vztah rodiče a dítěte je vždy jedinečný. Smrt rodiče bývá hodnocena jako nejhorší zážitek v celém životě (Vágnerová, 2007).

Změny v pozdní dospělosti vedou ke zvýšení nejistoty a obav ze selhání, stimulují korekci sebehodnocení a postoje k sobě samému. Jedinec se musí naučit vyrovnávat se s postupným úbytkem vlastních kompetencí a správně odhadovat svoje aktuální možnosti (Vágnerová, 2007)

1.4.2 Stáří

Stáří je důsledkem stárnutí, je pozdní fází přirozeně dlouhého života, která má své charakteristiky týkající se vzhledu, funkčního stavu, bio-psychických parametrů, společensko-ekonomického postavení, sociálních rolí, věku a naděje na dožití (Čevela et al., 2014). Stáří přináší nadhled, moudrost, pocit naplnění, ale také úbytek energie a nezbytnou proměnu osobnosti směřující k jejímu konci. Stáří je také označováno jako poslední etapa života, která je nazývána jako post vývojová, neboť všechny schopnosti rozvoje byly realizovány (Vágnerová, 2007).

Pohled na stáří a posuzování starých osob je ovlivněno ideami, představami a stereotypy o tom, co znamená stárnout a být starý. Postoje ke stáří nejsou pouze výsledkem osobních zkušeností, ale jsou také sociálně a kulturně podmíněny. V některých kulturách jsou staří lidé vnímáni jako zkušení, rozvážní a moudří, zatímco v kulturách jiných mohou být vnímáni jako lidé neschopni jasného uvažování a vyjadřování, kteří ztratili vitalitu (Svobodová, 2007). Negativní stereotypy o stárnutí a stáří mohou vést ke stigmatizaci seniorů a zanedbávání jejich problémů. Stereotypy a předsudky ovlivňují kvalitu poskytovaných služeb. S mnoha seniory se pak nezachází

s úctou a důstojností, na kterou mají nárok všichni pacienti/klienti (Ayers, De Visser, 2015).

Obvykle se využívají 3 kritéria pro periodizaci lidského života, kterými jsou biologický věk, sociální věk a věk kalendářní. Biologický věk je věk hodnocený biologickými parametry tělesného a/nebo psychického vývoje, zrání a involuce. Hodnotí se například kostní věk, zubní věk. Sociální věk je dán sociálními zkušenostmi, sociálním statutem a také generační příslušností. Kalendářní věk je nejjednoznačnější, ale může být v podstatném rozporu s věkem biologickým, ale také sociálním (Čeledová et al., 2016).

Jelikož stárnutí probíhá různým způsobem a staří tak může nabývat rozdílných podob, na kterých se podílejí nestejné faktory, je zapotřebí hledat formy úspěšného stárnutí, zdravého, aktivního, funkčně zdatného, spokojeného stáří (Čevela et al., 2014). Starší člověk se musí neustále přizpůsobovat novým problémům a změnám a jeho kompetence jsou vlivem stáří nebo i chorob více či méně limitovány. Takovou změnou může být například odchod do důchodu, smrt partnera, umístění do zdravotnického či sociálního zařízení, ztráta soukromí vlastního bytu (Vágnerová, 2007).

V lidském organismu dochází ve vyšším věku k řadě změn, které s sebou přináší stáří. Avšak u jedinců se projevují značnými individuálními rozdíly. I jejich nástup je časově různorodý a v souvislosti s genetickými predispozicemi, životním stylem, zlozvyky a dalšími faktory. Všechny změny spolu souvisí a navzájem se ovlivňují (Mlýnková, 2011). Životní změny ve stáří můžeme rozdělit do třech kategorií – tělesné změny, psychické změny a změny sociální. Reakce stárnoucího jedince na tyto změny a to, jakým způsobem bude na tyto změny reagovat, jsou ovlivněny zejména jeho osobností, životními zkušenostmi, výchovou, vzděláním, prostředím, reakcemi okolí a jeho možnostmi (Malíková, 2011).

Mezi tělesné změny můžeme zahrnout změnu vzhledu, úbytek svalové hmoty, změny termoregulace a změny v jednotlivých orgánových soustavách (Mlýnková, 2011). Co se týče pohybového systému, dochází ke snižování výšky těla, vazivo se stává méně pružné, ubývá svalové hmoty, dochází k poklesu svalové síly, pohyby jsou pomalejší, páteř se více ohýbá a starý člověk se hrbí (Klvetová, Dlabalová, 2008).

Ve stáří se mění i mnohé psychické funkce. Některé změny jsou podmíněny biologicky, jiné jsou důsledkem psychosociálních vlivů a mnohdy jsou dokonce výsledkem jejich interakce. Dochází ke změně kognitivních funkcí, kam řadíme například změny pozornosti, paměti, rozumových schopností, uvažování.

Do psychických změn můžeme zařadit změny emocionality, motivace, osobnostních vlastností (Vágnerová, 2007).

Mezi sociální změny řadíme odchod do důchodu, změnu ekonomické situace, změnu životního stylu, stěhování, ztrátu blízkých, osamělost, finanční obtíže (Malíková, 2011).

1.5 Adaptace ve stáří a adaptace na stáří

Stáří představuje v životě jedince obrovskou změnu. Na každou změnu se musí jedinec adaptovat, zvyknout si na ni a přijmout ji tak, jak je. Adaptace jedince na stáří závisí na mnoha faktorech. Mezi nejdůležitější faktory, které ovlivňují adaptaci, patří osobnost člověka, jeho aktivita během dosavadního života, zkušenosti a vlastní životní filosofie (Mlýnková, 2011). Podle toho pak přichází model adaptace jedince na stáří (Venglářová, 2007).

Může být konstruktivní přístup ke stáří, kdy již během produktivního věku má člověk možnost připravovat si aktivity, které bude později vykonávat (Venglářová, 2007). Tento přístup je optimální strategií. Lidé, kteří mají tento přístup ke stáří, mívají optimistický postoj k životu, navazují vztahy s ostatními lidmi, jsou tolerantní a přizpůsobiví. Jsou smířeni se stárnutím a uvědomují si možnosti svých výkonů (Poláchová, 2007).

Dalším přístupem je takzvaný obranný postoj. Je to typická strategie pro lidi, jejichž předchozí život byl plný aktivit a teď se nemohou smířit se stárnutím, mají strach z jakékoliv závislosti a hrozící ztráty aktivního života (Poláchová, 2007). V nemoci nebo při postižení tito lidé odmítají pomoc a nejsou schopni o ni požádat a přijmout ji. Lidé, kteří zaujímají tento postoj, často tají sníženou schopnost sebepečce (Mlýnková, 2011).

Sklon k závislosti mívají ve stáří lidé, kteří byli celý život spíše pasivní a spoléhali na druhé. Ve stáří spoléhají na to, že jejich potřeby uspokojí někdo jiný (Poláchová, 2007). Tělesné obtíže potencují závislost na zdravotnících nebo na rodině, která je manipulována obtížemi seniora k intenzivnějším kontaktům. I v ústavní péči se například setkáváme s klienty, kteří mají větší potřebu přítomnosti personálu a pomoci, která není mnohdy podložena objektivním stavem seniora (Venglářová, 2007).

Někdy však je situace obtížnější a mechanismy zvládání na ni nestačí, senior pak zaujímá nepřátelský postoj vůči personálu, blízkým lidem i lidem v okolí (Venglářová,

2007). Tito senioři vnímají stáří jako další nepřízeň osudu. Často se k mladým lidem chovají nepřátelsky – hostilně, neboť jim závidí mládí. Většinou žijí osaměle, protože se jim rodina i okolí raději vyhýbají (Poláchová, 2007).

Někteří jedinci zaujímají postoj sebenenávisti. Bývají to senioři lítostiví, pesimističtí a jejich život se jim zdá být nenaplněný. Cítí se osaměle, ale kontakt s lidmi na druhou stranu nevyhledávají (Mlýnková, 2011). Osoby zaujímající tento postoj jsou nejvíce disponovány k depresím a následně k sebevraždě (Poláchová, 2007). Proto je u nich velice vhodná intervence psychiatra (Mlýnková, 2011).

Švancara formuloval zásady psychohygieny a psychické adaptace jedinců ve stáří. Tyto zásady označil jako „5P“. Mezi tyto zásady zařadil perspektivu, pružnost, prozíravost, porozumění pro druhé a potěšení. Perspektivou chápal včasnou reflexi reality a možností stáří, pružnost popisoval jako flexibilitu chování, myšlení, hodnocení, schopnost uznat změnu a omyl. Pod pojmem prozíravost viděl včasné vytváření podmínek pro spokojený život, jako například zajištění bezbariérového bydlení či ekonomické zajištění. Zásadu potěšení charakterizoval jako aktivní úsilí o to mít se na co těšit, docenění drobných každodenních radostí a pocitů libosti (Kalvach et al., 2011).

Starý člověk může přispět svými zkušenostmi, postojem a přijmout jiné pracovní a společenské role. Být užitečný je prioritou člověčenství, vždy vykonáváme nějaké aktivity, abychom přežili, ale také zároveň riskujeme, abychom něco dokázali. V každém věku a zejména ve stáří je třeba svůj pozitivní vztah k životu opírat o drobné radosti a nelpět na činnostech, na které již síly nestačí, statečně přijímat svá omezení a svou energii tvořivě směřovat k jiným životním hodnotám (Klevetová, Dlabalová, 2008).

1.6 Potřeby generace 50+

Potřebu můžeme definovat jako projev jistého nedostatku, chybění něčeho, jehož odstranění je žádoucí. Potřeba pobízí člověka k vyhledávání určité podmínky, která je nezbytná pro život, popřípadě vede k vyhýbání se podmínce, která je pro život nepříznivá (Trachtová et al. 2010). Potřeby jsou výsledkem interakce mezi organismem a prostředím. Jejich uspokojování je dynamickým procesem, jenž je ovlivňován obecnými faktory, společenskými faktory a patologickými stavy. Významným místem v poskytování individualizované péče je systematické a plánované uspokojování potřeb pacienta/klienta (Zacharová, Šimíčková, 2011). Sestra se zabývá pacientem/klientem

jako celkem, tedy jako bio-psycho-sociální bytostí, bytostí holistickou nikoliv pouze souborem částí a procesů. Z toho vyplývá, že porucha části je poruchou celého systému (Trachtová et al., 2010).

Potřeby můžeme dělit dle různých kritérií. Rozdělujeme je například dle podstaty na biologické, psychické, estetické, sociální, kulturní, duchovní, potřeby sebevyjádření, nebo je dělíme dle počtu osob, kterých se týkají, na potřeby individuální a kolektivní. Podle obsahu lze potřeby klasifikovat na materiální a nemateriální, dle naléhavosti je můžeme rozdělit na nezbytné a zbytné (Šamánková, 2011). Bártlová (2005) dělí potřeby na potřeby, které se nemocí nemění, potřeby, které se nemocí modifikovaly a potřeby, které nemocí vznikly. Čeledová a kolektiv (2010) shrnují lidské potřeby do čtyř základních okruhů, které také vystihují kvalitu života ve stáří. První okruh představují potřeby fyzické a finanční, to znamená potřeby zdravotní a materiální. Druhý okruh tvoří potřeby společenské a emocionální, tedy potřebné sociální vztahy, společenské uznání. Třetím okruhem jsou potřeby psychické – mentální, mezi které patří možnost vzdělávání a osobního růstu. Posledním okruhem jsou duchovní – spirituální potřeby, které můžeme chápat jako vyšší postavení, odpovědnost, vliv, volnost a trvalý odkaz.

Potřebami lidí se také zabýval americký psycholog Abraham Herold Maslow, představitel humanistické psychologie. Maslow uznával existenci specifických lidských potřeb motivujících chování člověka (Mlýnková, 2010), a vytvořil teorii motivace, ze které vychází jeho hierarchická teorie potřeb (Trachtová et al, 2010). Podle něj má každý jedinec individuální systém motivů, který je hierarchicky uspořádan, neboť některé motivy jsou silnější než jiné a některé ze silnějších motivů jsou ty nejsilnější (Trachtová et al, 2010). Maslow utřídil jednotlivé potřeby do pěti skupin a vytvořil systém známý jako Maslowova pyramida potřeb (viz Příloha 3) (Plevová, 2012). Tato pyramida představuje pět druhů potřeb, které jsou uvedeny od nejnižších k nejvyšším, tedy od těch nejzákladnějších. Základní myšlenkou Maslowovy teorie potřeb je, že nejprve musí dojít k uspokojení potřeb nižších a až po naplnění těchto potřeb může dojít k uspokojení potřeb vyšších (Kutnohorská et al., 2011). Člověk netouží zdobit svou domácnost nebo být hezky oblečen, pokud cítí ohrožení nějakou katastrofou anebo má-li prázdný žaludek a je nevyspalý (Trachtová et al, 2010).

Maslow roztřídil potřeby na potřeby fyziologické, potřeby jistoty a bezpečí, lásky a sounáležitosti, uznání a sebeúcty, potřeby kognitivní, estetické a potřeby seberealizace. Tyto potřeby klasifikoval na nižší a vyšší potřeby. Mezi nižší potřeby zařadil potřeby fyziologické a potřeby jistoty a bezpečí (Trachtová et al, 2010). Potřeby

fyziologické jsou přítomné v každé lidské bytosti od počátku do konce života. Řadíme mezi ně například potřebu kyslíku, výživy, hydratace, pohybu, vyprazdňování, spánku, tělesné pohody, potřebu sexu a potřebu být bez bolesti. Neuspokojení těchto potřeb vede k narušení homeostázy, proto jsou tyto potřeby někdy nazývány také homeostatické (Mastiliáková, 2014).

Způsob uspokojování potřeb je ovlivněn mnoha faktory. K těmto faktorům například patří individualita jedince, vývojové stádium jedince, kultura, rodina, onemocnění, životní styl, schopnost adaptace na stres, faktory prostředí či pohlaví. Teoretické znalosti v oblasti potřeb jsou nezbytné pro práci sestry, neboť jí napomáhají v porozumění osobám, o které pečuje, ale také v porozumění sobě samotné (Sikorová, 2012).

1.6.1 Pozdní dospělost

Stárnutí vyvíjí tlak na změnu hodnotového systému. V tomto věku se už nelze fixovat na biologicky podmíněné funkce vlastního organismu, ale je třeba se přizpůsobit realitě. Stárnoucí člověk splnil všechna očekávání společnosti, vychoval děti a dosáhl určitého postavení ve své profesi. Další směřování jedince má více soukromý charakter. Jedinec se více váže na rodinu a větší měrou se zabývá vlastní proměnou. Stárnutí mění postoj ke světu, k jiným lidem, ale také k sobě samému. Stárnoucí člověk dává přednost stereotypu a stále více se stahuje do rodiny, která je pro něj bezpečným teritoriem (Vágnerová, 2007).

U jedinců v pozdní dospělosti může docházet ke změnám potřeb jak v biologické, tak i psychické, sociální a spirituální oblasti. Mohou jimi být například změny ve stravování, fyzické zdatnosti, soběstačnosti, změny nálad, zhoršení paměti, zraku a sluchu, také mohou být změněny společenské role, víra a osobní hodnoty, sexuální život, fyzická zdatnost a s tím související finanční situace.

Člověk tohoto věku si nedělá iluze a příliš nevyhledává změny. Rád by si uchoval to, co je pro něj dobré či přijatelné. Hlavním úkolem pozdní dospělosti je zvládnout první biologické známky stárnutí a přizpůsobit své životní tempo aktuálním možnostem (Vágnerová, 2007).

1.6.2 Stáří

V průběhu stáří se mění mnohé potřeby. Mění se potřeby nejen biologické, ale také psychické, sociální i spirituální. Mění se jak jejich význam, tak i zaměření či preferovaný způsob uspokojování. Prožívání stárnutí a adaptace na toto vývojové období je spojeno s větší koncentrací na sebe sama, na uspokojování svých vlastních potřeb. Ve stáří klesá potřeba nových a silných zážitků, senioři dávají raději přednost klidnějšímu stereotypu. Velké množství informací a změn může u seniorů vyvolat nepříjemné pocity nejistoty a dezorientace. Zároveň ale potřebují subjektivně přiměřený přísun podnětů, které by je aktivizovaly a informovaly o dění v jejich okolí (Vágnerová, 2007).

Staří lidé potřebují dostatek sociálních podnětů, ale zároveň i své soukromí. Senioři vyžadují kontakt se známými lidmi, které posilují jejich pocit jistoty a zároveň je příliš nezatěžují, jelikož ví, co od nich mohou očekávat. Dále je pro seniory důležitý pocit generační sounáležitosti a solidarity. Jistota a bezpečí má pro seniora větší význam než dříve. Snižuje se jejich sebedůvěra a komplementárně roste vědomí nutnosti přijmout pomoc z okolí (Vágnerová, 2007). Potřebu jistoty a bezpečí můžeme rozdělit na potřebu vyhnout se ohrožení, potřebu ochrany zdraví, důvěry, soběstačnosti, informací a orientace, podnětů, míru a klidu, naděje a víry, vlastnictví a hromadění majetku (Trachtová, 2010).

Potřeba intimity nás provází v průběhu celého života, avšak její podoba a intenzita se může proměňovat (Slezáčková, 2012). Staří lidé mají zapotřebí nejenom pocit psychické blízkosti, pochopení, sdílení, ale i fyzický kontakt, který nemusí mít jenom erotický charakter. Potřeba seberealizace může být seniory hůře saturována a postupně také klesá její význam. Člověk se může cítit frustrován při očekávaném odchodu do důchodu. Pociť bezvýznamnosti u něj může vést k rezignaci a k pocitům méněcennosti. Pro seniora je velmi důležité udržení si autonomie. Postupné ubývání soběstačnosti bývá seniory zakoušeno jako frustrující a stresující (Vágnerová, 2007).

1.7 Komunita a komunitní péče

Komunita je definována jako souhrn osob, které žijí v určitém vymezeném prostoru, kde vykonávají každodenní aktivity a zpravidla tvoří autonomní jednotku. Světová zdravotnická organizace charakterizuje komunitu jako sociální skupinu determinovanou geografickými hranicemi a/nebo společnými hodnotami a zájmy. Členové komunity se navzájem znají a ovlivňují. Toto je realizováno uvnitř dílčích sociálních struktur a projevuje se hodnotami, normami a institucemi, které komunita vytváří (Jarošová, 2007).

Komunita je tedy vyhrazena hranicemi, které mohou být geografické, politické, ekonomické nebo také sociální, a je postavena na pilířích, jimiž mohou být sdílené hodnoty, společné kulturní dědictví, společné zájmy či problémy. Avšak komunitu lze chápat různě s ohledem na disciplínu, která ji definuje. Můžeme tedy rozlišovat například pojem občanská komunita, výcviková komunita, terapeutická komunita, spirituální komunita. (Sikorová, 2012). Komunita má tři základní prvky. Mezi ně patří lidé, tedy členové komunity nebo obyvatelé, místo – geografické nebo časové určení a funkce, tedy cíle a aktivity komunity. Komunitní sestra musí znát vliv těchto třech faktorů na ošetrovatelskou praxi, která je prováděná v komunitě (Jarošová, 2007).

Komunitní péče je zaměřená na poskytování zdravotních, sociálních a dalších služeb, které jsou poskytovány zdravým a nemocným občanům, rodinám či skupinám (Mlýnková, 2010). Cílem komunitní péče je poskytovat péči v domácím prostředí a umožnit tak co nejdelší setrvání v komunitě, a to i při zdravotním postižení, závislosti, či chronickém onemocnění (Jarošová, 2007).

2 CÍL PRÁCE A HYPOTÉZY

2.1 Cíl práce

Zjistit, jaká jsou specifika ošetrovatelské péče v klinické a komunitní praxi u generace 50+ s využitím adaptačního modelu Callisty Royové.

2.2 Hypotézy

H1: Životní změny u generace 50+ jsou přímo závislé na věku.

H2: Životní změny u generace 50+ jsou přímo závislé na pohlaví.

H3: Postoj zaujímaný k životním změnám u generace 50+ je přímo závislý na věku.

H4: Postoj zaujímaný k životním změnám u generace 50+ je přímo závislý na pohlaví.

H5: Schopnost přizpůsobovat se životním změnám u generace 50+ je přímo závislá na věku.

H6: Schopnost přizpůsobovat se životním změnám u generace 50+ je přímo závislá na pohlaví.

3 OPERACIONALIZACE POJMŮ

Koncepční model definuje Pavlíková (2006) jako soubor abstraktních a všeobecných koncepcí a tvrzení, která jsou integrována do smysluplné konfigurace. Vyjadřuje všeobecné představy o jednotlivcích, skupinách, jevech, které jsou pro danou disciplínu zajímavé (Plevová, 2011). Koncepční model v ošetrovatelství dává jasnou orientaci na praxi, výzkum a vzdělávání (Archalousová, 2003).

Specifika ošetrovatelské péče vnímáme jako změny, které jsou přinášeny věkem respondentů k určitým potřebám, jež pak ovlivňují péči o tyto jedince v klinické a komunitní praxi.

Schopnost je charakterizována jako soubor předpokladů umožňující člověku úspěšně vykonávat určité činnosti. Je to kvalita člověka, která mu umožňuje naučit se určitým činnostem a dobře tyto činnosti vykonávat (Kolář, 2012). V našem případě je to potom schopnost adaptace neboli umění přizpůsobit se životním změnám.

Životní změny u generace 50+ chápeme jako změny, které jedinec ve věku 50 let a více prožívá, ať už jsou to změny tělesného, psychologického, sociálního, spirituálního či jiného charakteru.

Postoje jsou hodnocení lidí, objektů a myšlenek (Aronson et al, 2010). Jsou naučené, to znamená, že s postoji se nerodíme (Perloff, 2010). Postoj ovlivňuje naše chování, vnímání okolního světa a smýšlení o něm. Postoj má dvě základní veličiny, valenci a intenzitu. Valence říká, kterým směrem se hodnocení bude ubírat, zda negativním či pozitivním směrem, a intenzita pak udává, jak velmi pozitivní nebo negativní hodnocení je (Gálik, 2012).

4 METODOLOGIE

4.1 Použitá výzkumná metoda

Výzkumná část této práce byla zpracována v rámci grantového projektu s názvem „*Využití koncepčních modelů v klinické a komunitní praxi*“ č. 044/2015/S, který je realizován za finanční podpory Grantové agentury Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích. Pro získání dat potřebných ke zpracování výzkumné části této diplomové práce bylo využito kvantitativního výzkumného šetření. Byla použita metoda nestandardizovaného dotazníku, který byl vytvořen ve spolupráci týmu v rámci řešení grantového projektu. Dotazníkové šetření bylo určeno pro osoby, jejichž věk byl při posledních narozeninách 50 let a více. Všichni respondenti byli informováni o tématu, účelu a cílech výzkumného šetření. Dále byli upozorněni na to, že jde o anonymní výzkum a že jejich odpovědi budou sloužit pouze ke sběru dat pro zpracování výzkumné části tohoto grantového projektu.

Sběr dat byl započat v měsíci únoru roku 2016 a byl ukončen v srpnu téhož roku po naplnění požadovaného počtu dotazníků dle stanoveného výběrového souboru. Bylo nutné tedy dodržet zastoupení respondentů dle věku, pohlaví, ale také zastoupení dle jednotlivých krajů. Než bylo dosaženo požadovaného počtu dotazníků, který činil 1 200 dotazníků, bylo rozdáno 1580 dotazníků. Návratnost dotazníků činila tedy 75,9 %.

Pro účely této práce byla však využita pouze část výsledku ze získaných dat, neboť není v možnostech této diplomové práce pojmout celou zkoumanou problematiku. Proto byl z celého grantového projektu pro předkládanou práci zvolen dílčí cíl a hypotézy. Z celého výzkumného šetření grantového projektu budeme tedy pracovat jen s částí výsledků, které se vztahují k řešené problematice v této diplomové práci.

4.2 Nestandardizovaný dotazník

Pro empirickou část této diplomové práce byl zvolen kvantitativní výzkum s výzkumnou technikou nestandardizovaného dotazníku. Před zahájením šetření byl vytvořen dotazník v rámci týmové spolupráce při řešení grantového projektu. Výsledný dotazník se sestával ze 108 otázek. Otázky byly převážně uzavřené. K hodnocení otázek byla využívána Likertova škála, která napomáhá vyjádření množství, kapacity, četnosti a spokojenosti. Dotazník byl rozdělen do 3 oblastí. První oblast se týkala aktuálních stresorů, které působí na jedince, a byla dále členěna na stresory intrapersonální,

interpersonální a extrapersonální. Druhá oblast byla zaměřena na změny, které respondenti prožili po 50. roce života. A třetí oblast se zabývala adaptací respondentů.

Dotazník byl v tištěné podobě distribuován respondentům a následně opět od respondentů vybírán. Po naplnění požadovaného počtu dotazníků byl sběr dat ukončen a jednotlivé odpovědi z dotazníků byly zadávány do elektronické podoby, aby bylo možno dojít ke statistickému zpracování.

4.3 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumné šetření bylo zaměřeno na jedince ve věku 50 let a více. Dle statistické ročenky k 31. 12. 2014 bylo 3 955 968 obyvatel, kteří byli ve věku 50 let a více. Z tohoto počtu bylo 1 800 020 mužů (45,5 %) a 2 155 948 žen (54,5 %) (Český statistický úřad, 2015). Pro zajištění reprezentativnosti souboru byl stanoven výzkumný soubor o 1 200 respondentech. Z tohoto počtu respondentů bylo stanoveno 545 mužů (45,4 %) a 655 žen (54,6 %). Dále byl výzkumný soubor stanoven dle zastoupení respondentů z jednotlivých krajů České republiky a věkových kategorií, kdy byly vytvořeny 4 věkové kategorie. První kategorie byla 50 až 59 let, druhá kategorie 60 až 69 let, třetí kategorie 70 až 79 let a poslední kategorie byla 80 let a více na straně mužů a stejně tak i na straně žen.

4.4 Zpracování dat

Získaná data z výzkumného šetření byla zpracovávána prostřednictvím statistického programu SASD 1.4.10 (Statistická analýza sociálních dat) a programu SPSS (Statistický balíček pro sociální vědy).

Analýza získaných dat byla prováděna na základě prvního a druhého stupně třídění. V prvním stupni třídění byly pro jednotlivé ukazatele konstruovány frekvenční tabulky a vypočítány absolutní, relativní četnosti a střední hodnoty (modus, medián, průměr, rozptyl, směrodatná odchylka, rozpětí, odhad rozptylu a směrodatné odchylky a intervalový odhad střední hodnoty a rozptylu na úrovni 0,05).

Ve druhém stupni třídění byly konstruovány kontingenční tabulky s absolutními a relativními četnostmi. V rámci analýzy souvislosti byly aplikovány dle charakteru znaků a počtu pozorování test Chí kvadrát dobré shody- X^2 (Pearson Chi-Square) a Test nezávislosti. Síla vztahu byla měřena na třech úrovních hladiny významnosti $\alpha = 0,05, 0,01$ a $0,001$.

V rámci popisu analyzovaných statisticky významných vazeb budou uváděny hodnoty testu Chí kvadrát dobré shody a Testu nezávislosti. Aby bylo možné stanovit směr statisticky významného vztahu mezi dvěma znaky, byla úroveň možné odchylky vypočítána pro každé políčko kontingenční tabulky. V případě nedostatečného počtu pozorování byla aplikována Yatesova korekce.

5 VÝSLEDKY VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

5.1 Výsledky charakterizující výzkumný soubor

Tabulka 1 – Charakteristika výzkumného souboru dle mužského pohlaví v závislosti na věku a kraji

Kraj	50 – 59 let	60 – 69 let	70 – 79 let	80 a více let	Celkem mužů	Celkem mužů v %
Hl. m. Praha	24	23	11	5	63	11,6 %
Středočeský	24	24	11	5	64	11,7 %
Jihočeský	13	12	6	3	34	6,2 %
Plzeňský	12	11	5	2	30	5,5 %
Karlovarský	6	6	3	1	16	2,9 %
Ústecký	16	15	8	3	42	7,7 %
Liberecký	9	8	4	2	23	4,2 %
Královéhradecký	11	11	5	2	29	5,3 %
Pardubický	10	10	5	2	27	5,0 %
Vysočina	10	10	5	2	27	5,0 %
Jihomoravský	23	22	11	5	61	11,2 %
Olomoucký	13	12	6	3	34	6,2 %
Zlínský	12	11	6	2	31	5,7 %
Moravskoslezský	24	24	11	5	64	11,7 %

Česká republika	207 38 %	199 36,5 %	97 17,8 %	42 7,7 %	545	100 %
------------------------	---------------------------	-----------------------------	----------------------------	---------------------------	------------	--------------

Tabulka 1 zobrazuje charakteristiku stanoveného výzkumného souboru stran věku, mužského pohlaví a 14 krajů České republiky. Největší zastoupení má Středočeský a Moravskoslezský kraj (11,7 %), následuje hlavní město Praha (11,6 %), Ústecký kraj (7,7 %) a ostatní kraje mají zastoupení do 7 %. Ve věkové kategorii 50 až 59 let je zastoupeno 38 % respondentů z celkového počtu mužů, ve věkové kategorii 60 až 69 let je 36,5 % respondentů, ve věkové kategorii 70 až 79 let je 17,8 % respondentů a nejmenší zastoupení má věková kategorie 80 a více let, to činí 7,7 %.

Tabulka 2 – Charakteristika výzkumného souboru ženského pohlaví v závislosti na věku a kraji

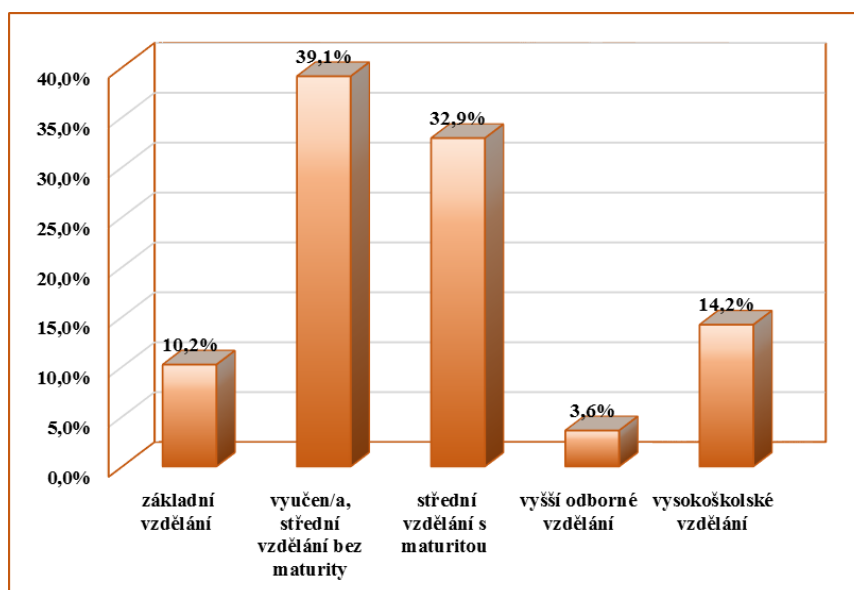
Kraj	50 – 59 let	60 – 69 let	70 – 79 let	80 a více let	Celkem žen	Celkem žen v %
Hl. m. Praha	24	27	16	10	77	11,8 %
Středočeský	24	27	16	10	77	11,8 %
Jihočeský	13	14	8	5	40	6,1 %
Plzeňský	12	13	8	5	38	5,8 %
Karlovarský	6	7	4	2	19	2,9 %
Ústecký	16	17	10	7	50	7,6 %
Liberecký	9	9	6	4	28	4,3 %
Královéhradecký	11	12	7	5	35	5,3 %
Pardubický	10	11	7	4	32	4,9 %
Vysočina	10	11	7	4	32	4,9 %
Jihomoravský	23	25	15	9	72	11,0 %
Olomoucký	13	14	8	5	40	6,1 %
Zlínský	12	13	8	5	38	5,8 %
Moravskoslezský	24	27	16	10	77	11,8 %

Česká republika	207 31,6 %	227 34,7 %	136 20,8 %	85 13,0 %	655	100 %
------------------------	-----------------------------	-----------------------------	-----------------------------	----------------------------	------------	--------------

Tabulka 2 zobrazuje charakteristiku stanoveného výzkumného souboru stran věku, ženského pohlaví a 14 krajů České republiky. Největší zastoupení má hlavní město Praha, Středočeský a Moravskoslezský kraj (11,8 %), následuje Jihomoravský kraj (11 %), Ústecký kraj (7,6 %) a ostatní kraje mají zastoupení do 7 %. Ve věkové kategorii 50 až 59 let je zastoupeno 31,6 % respondentů z celkového počtu žen, ve věkové kategorii 60 až 69 let je 34,7 % respondentů, ve věkové kategorii 70 až 79 let je 20,8 % respondentů a nejmenší zastoupení má věková kategorie 80 a více let, které činí 13 %.

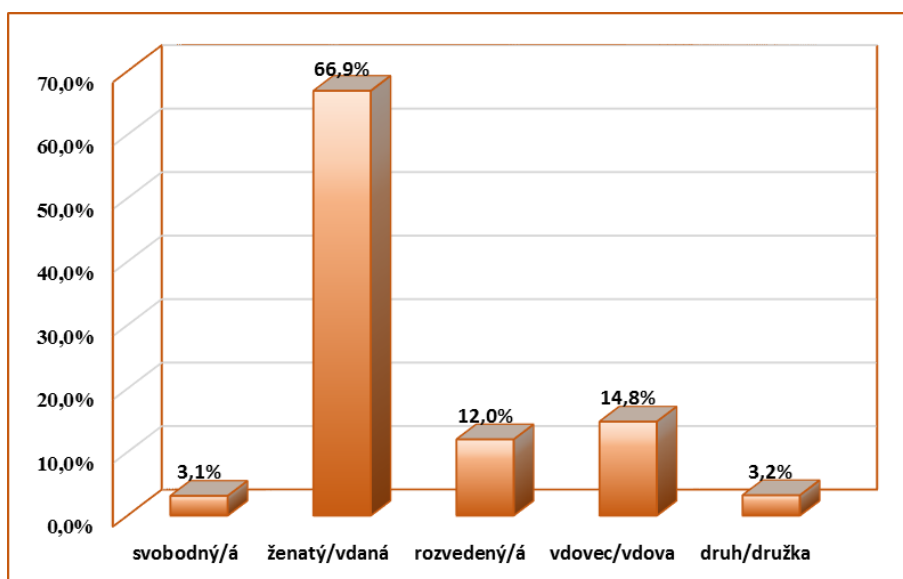
Graf 1 Charakteristika výzkumného souboru dle vzdělání

N = 1 200



Tento graf znázorňuje složení výzkumného souboru dle dosaženého vzdělání. Největší podíl tvořili respondenti se *středním vzděláním bez maturity* (39,1 %). *Středního vzdělání s maturitou* dosáhlo 32,9 %, *vysokoškolského vzdělání* 14,2 %, *základního vzdělání* 10,2 % a *vyššího odborného vzdělání* 3,6 %.

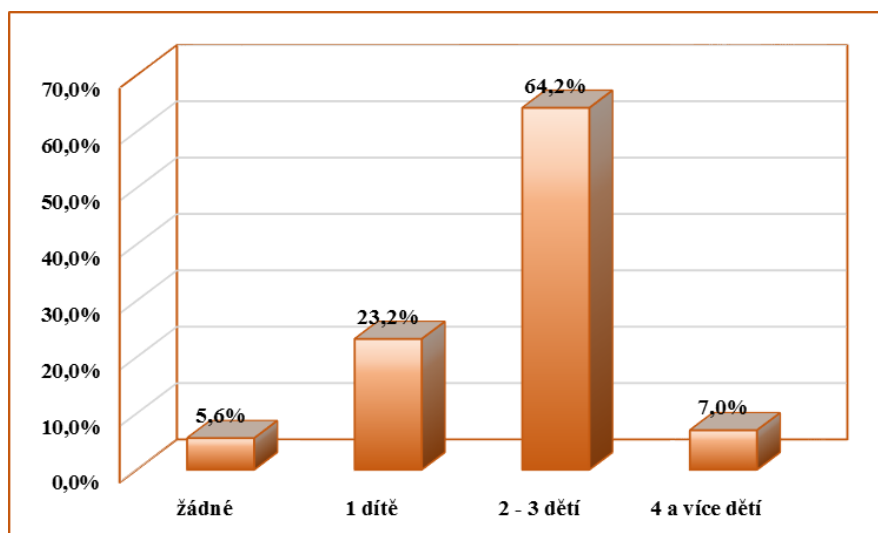
Graf 2 Charakteristika výzkumného souboru dle rodinného stavu N = 1 200



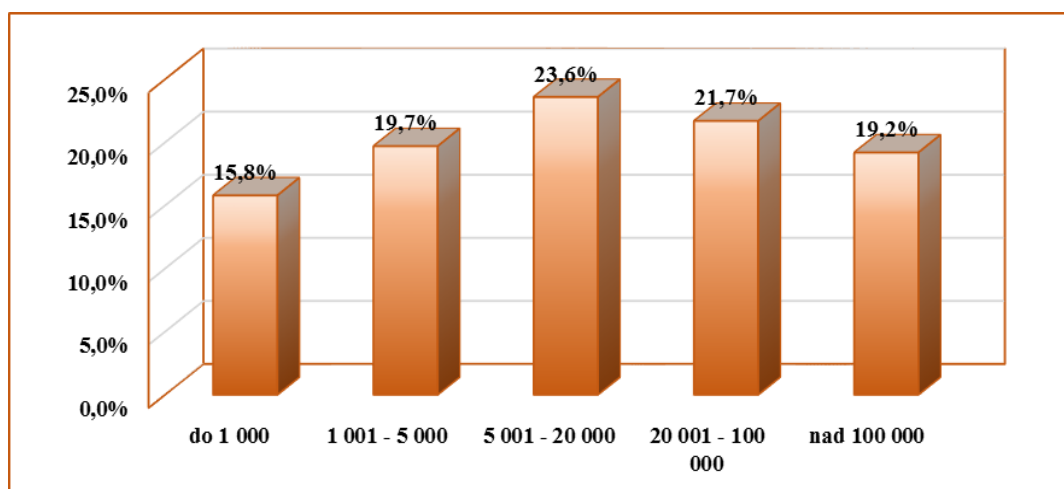
Graf znázorňuje složení výzkumného souboru dle rodinného stavu. Nejvíce respondentů (66,9 %) odpovědělo *ženatý/vdaná*, *vdovec/vdova* odpovědělo 14,8 %, *rozvedený/rozvedená* uvedlo 12 % respondentů, odpověď *druh/družka* využilo 3,2 % respondentů a odpověď *svobodný/svobodná* označilo 3,1 % respondentů.

Graf 3 Charakteristika výzkumného souboru dle počtu vychovaných dětí

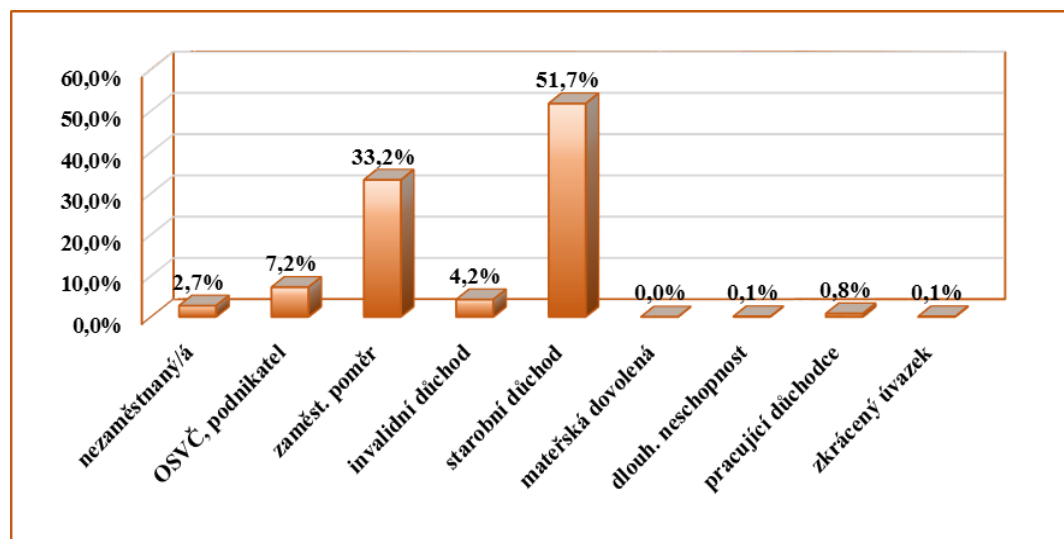
N = 1 200



Graf znázorňuje složení výzkumného souboru dle počtu vychovaných dětí. Nejvíce respondentů (64,2 %) odpovědělo, že vychovali *2–3 děti*, 23,2 % respondentů vychovalo *1 dítě*, 7 % respondentů vychovalo *4 a více dětí* a 5,6 % respondentů nevychovalo *žádné dítě*.

Graf 4 Charakteristika výzkumného souboru dle bydliště**N = 1 200**

Graf zobrazuje složení výzkumného souboru dle bydliště. Nejvíce respondentů (23,6 %) odpovědělo, že žijí v obci s 5 001 až 20 000 obyvatel, 21,7 % respondentů odpovědělo 20 001 až 100 000 obyvatel, 19,7 % respondentů odpovědělo 1 001 až 5 000 obyvatel, 19,2 % respondentů odpovědělo nad 100 000 obyvatel a nejméně respondentů (15,8 %) odpovědělo do 1 000 obyvatel.

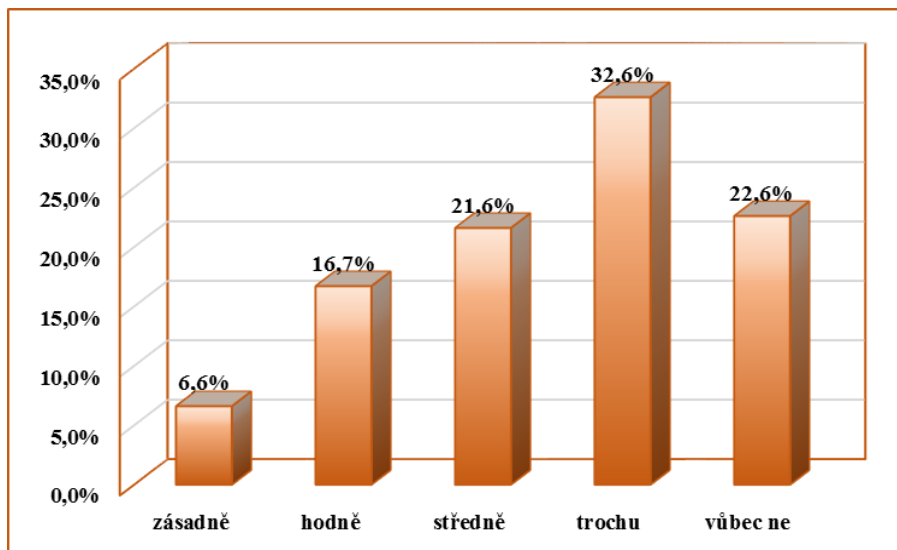
Graf 5 Charakteristika výzkumného souboru dle zaměstnání**N = 1 200**

Graf zobrazuje složení výzkumného souboru dle zaměstnání. Nejvíce respondentů (51,7 %) odpovědělo starobní důchod, 33,2 % respondentů odpovědělo zaměstnanec v zaměstnaneckém poměru, 7,2 % respondentů označilo odpověď OSVČ, podnikatel, 4,2 % respondentů odpovědělo invalidní důchod, 2,7 % respondentů uvedlo nezaměstnaný a dohromady 1 % tvořili respondenti, kteří uvedli dlouhodobá pracovní neschopnost, pracující důchodce a práce na zkrácený úvazek.

5.2 Grafické zobrazení výsledků

Graf 6 Změna zdravotního stavu

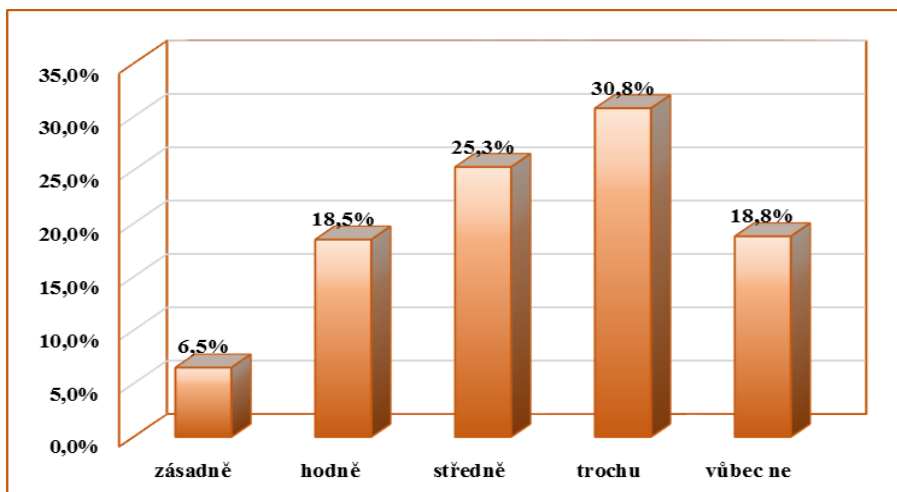
N = 1 200



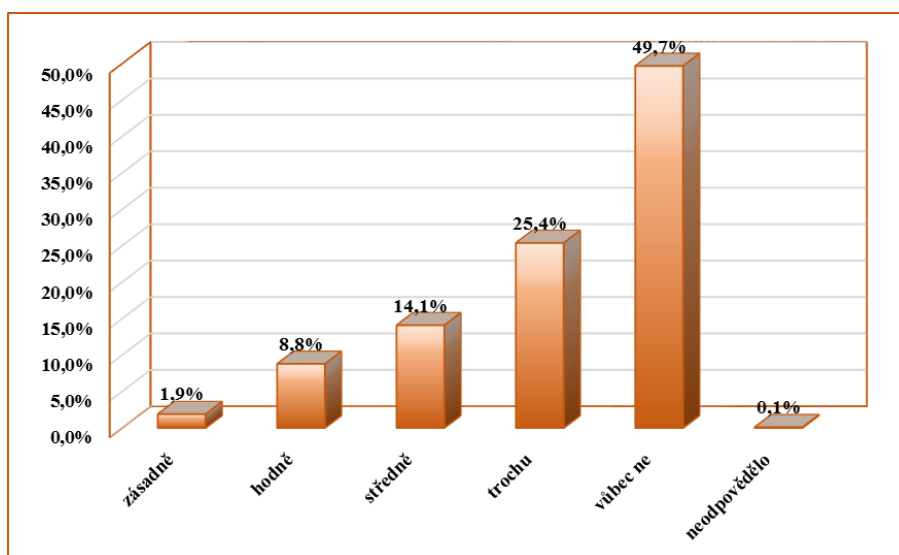
Graf zobrazuje odpovědi na otázku „Nakolik se změnil Váš zdravotní stav od Vašich 50. narozenin po současnost?“. Zásadně se změnil život 79 respondentům (6,6 %), jako *hodně* změněný zdravotní stav vnímá 200 respondentů (16,7 %), *středně* změněný 259 respondentů (21,6 %), *trochu* změněný 391 respondentů (32,6 %) a *vůbec* nezměněný 271 respondentů (22,6 %).

Graf 7 Změna fyzické zdatnosti

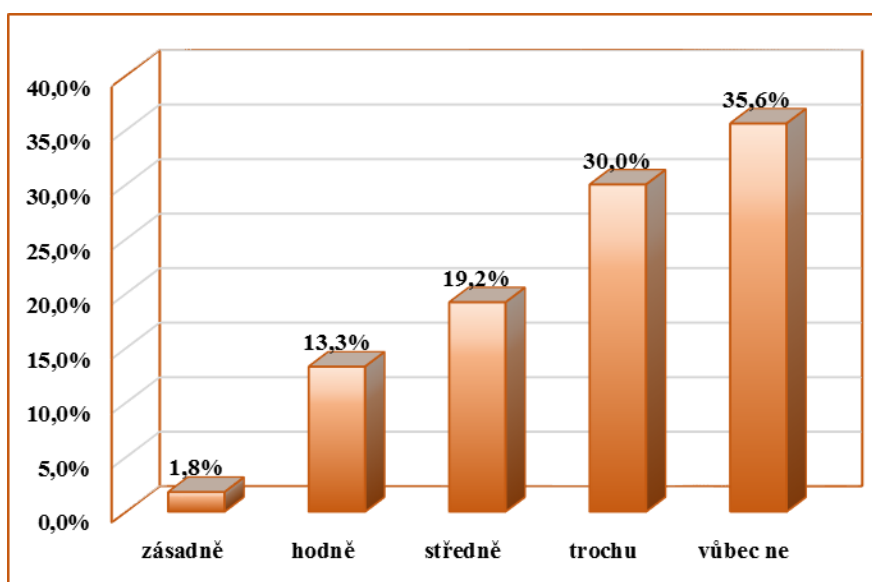
N = 1 200



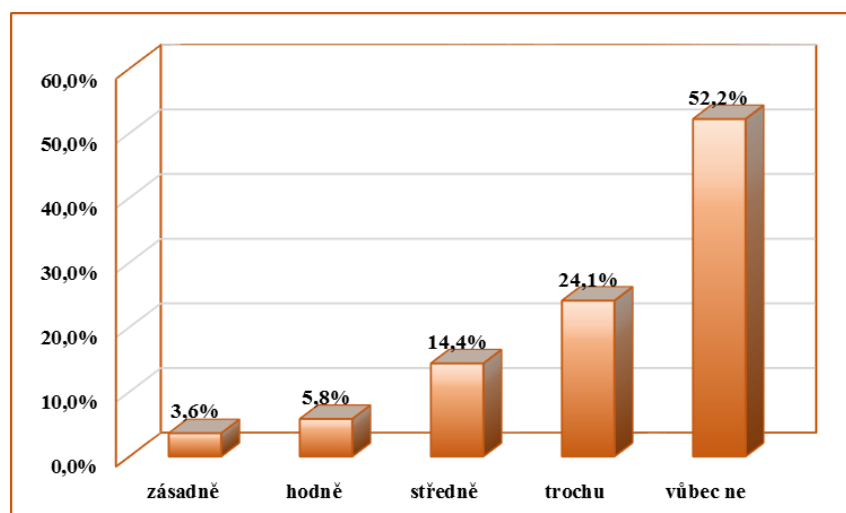
Odpovědi na otázku „Nakolik se změnila Vaše fyzická zdatnost od Vašich 50. narozenin po současnost?“ zobrazuje tento graf. Zásadně se změnila fyzická zdatnost u 78 respondentů (6,5 %), odpověď *hodně* označilo 222 respondentů (18,5 %), odpověď *středně* uvedlo 304 respondentů (25,3 %), odpověď *trochu* zvolilo 370 respondentů (30,8 %) a *vůbec ne* odpovědělo 226 respondentů (18,8 %).

Graf 8 Změna stravování**N = 1 199**

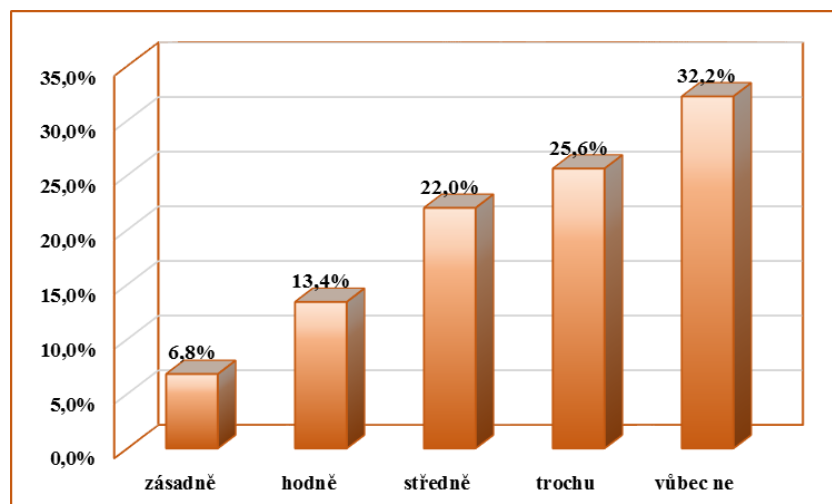
Graf zobrazuje odpovědi na otázku „*Nakolik se změnilo Vaše stravování od Vašich 50. narozenin po současnost?*“. 23 respondentů (1,9 %) odpovědělo *zásadně*, 106 respondentů označilo odpověď (8,8 %) *hodně*, 169 respondentů (14,1 %) uvedlo *středně*, 305 respondentů (25,4 %) využilo odpovědi *trochu*, 596 respondentů (49,7 %) odpovědělo *vůbec ne* a 1 respondent na tuto otázku neodpověděl.

Graf 9 Změna kvality spánku**N = 1 200**

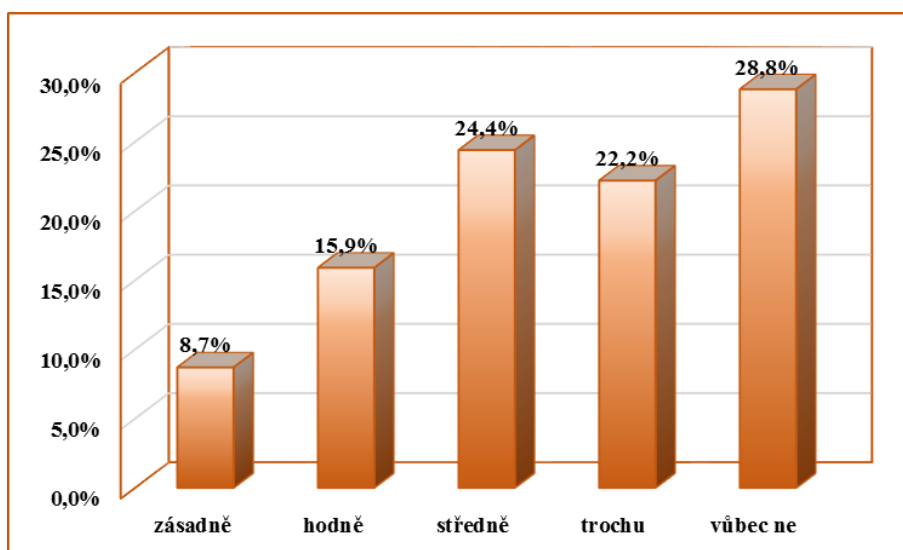
Graf zobrazuje odpovědi respondentů na otázku „*Nakolik se změnila kvalita Vašeho spánku od Vašich 50. narozenin po současnost?*“. Odpověď *zásadně* označilo 22 respondentů (1,8 %), *hodně* odpovědělo 160 respondentů (13,3 %), odpověď *středně* uvedlo 231 respondentů (19,2 %), odpověď *trochu* 360 respondentů (30 %) a *vůbec ne* odpovědělo 427 respondentů (35,6 %).

Graf 10 Změna soběstačnosti**N = 1 200**

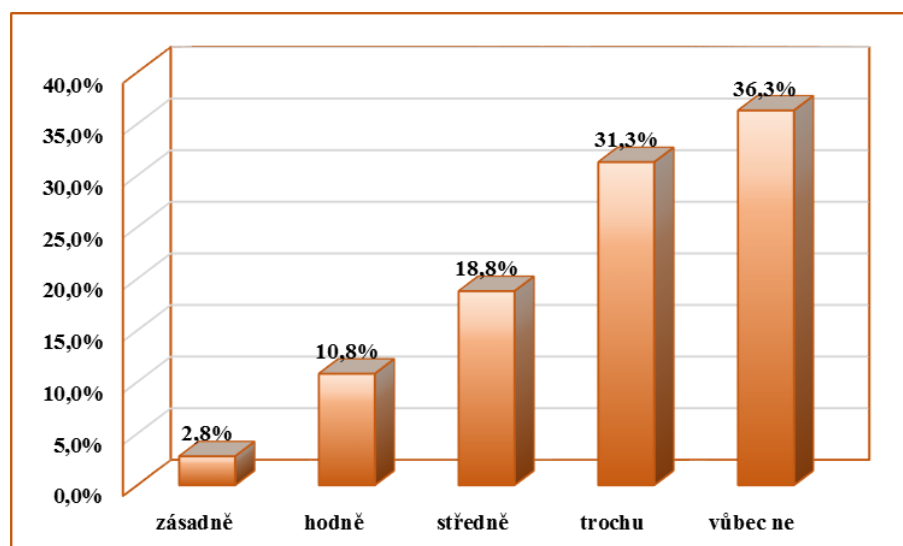
Odpovědi na otázku „*Nakolik se změnila Vaše soběstačnost od Vašich 50. narozenin po současnost?*“ zobrazuje tento graf. 43 respondentů (3,6 %) odpovědělo *zásadně*, 69 respondentů (5,8 %) uvedlo odpověď *hodně*, 173 respondentů (14,4 %) označilo odpověď *středně*, 289 respondentů (24,1 %) odpovědělo *trochu* a 626 respondentů (52,2 %) odpovědělo *vůbec ne*.

Graf 11 Změna způsobu života**N = 1 200**

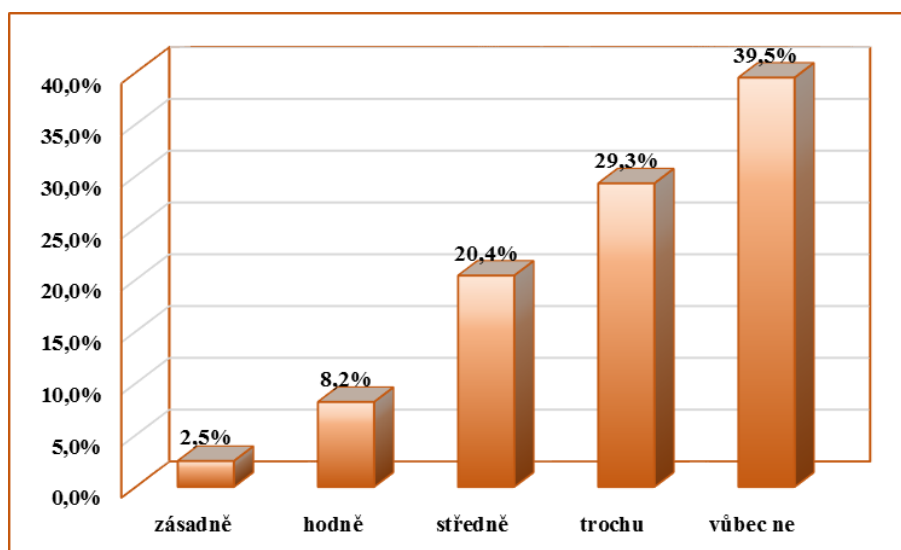
Graf zobrazuje odpověď na otázku „*Nakolik se změnil Váš způsob života od Vašich 50. narozenin po současnost?*“. 81 respondentů (6,8 %) označilo odpověď *zásadně*, 161 respondentů (13,4 %) odpovědělo *hodně*, 264 respondentů (22 %) uvedlo odpověď *středně*, 307 respondentů (25,6 %) označilo odpověď *trochu* a 387 respondentů (32,2%) odpovědělo *vůbec ne*.

Graf 12 Změna denního režimu**N = 1 200**

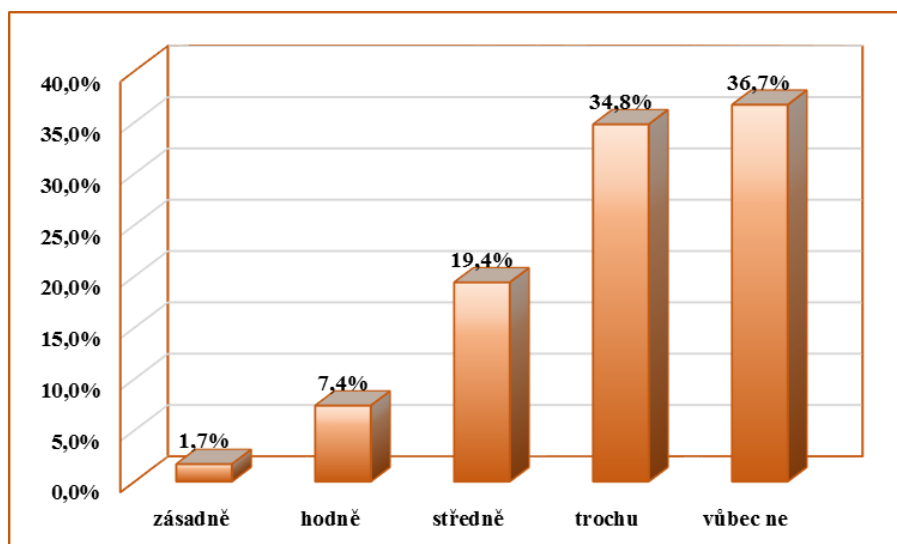
Graf zobrazuje odpověď na otázku „Nakolik se změnil Váš denní režim od Vašich 50. narozenin po současnost?“. 104 respondentů (8,7 %) uvedlo odpověď *zásadně*, 191 respondentů (15,9 %) uvedlo odpověď *hodně*, 293 respondentů (24,4 %) odpovědělo *středně*, 266 respondentů (22,2 %) označilo odpověď *trochu* a 346 respondentů (28,8 %) odpovědělo *vůbec ne*.

Graf 13 Změna nálady**N = 1 200**

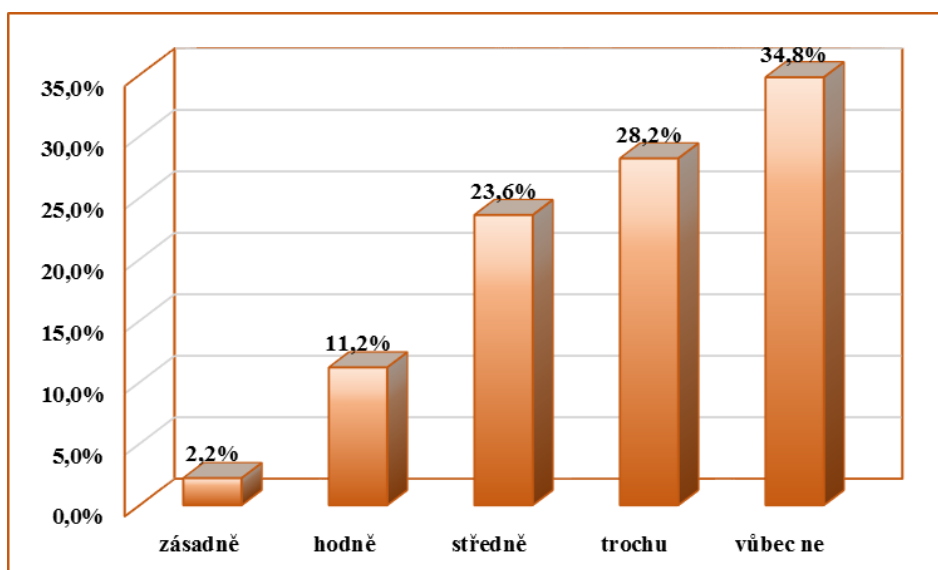
Na otázku „Nakolik se změnila Vaše nálada od Vašich 50. narozenin po současnost?“ odpovědělo 33 respondentů (2,8 %) *zásadně*, 130 respondentů (10,8 %) *hodně*, 225 respondentů (18,8 %) *středně*, 376 respondentů (31,3 %) *trochu* a 436 respondentů (36,3 %) odpovědělo *vůbec ne*.

Graf 14 Změna vnímání vlastní osoby**N = 1 200**

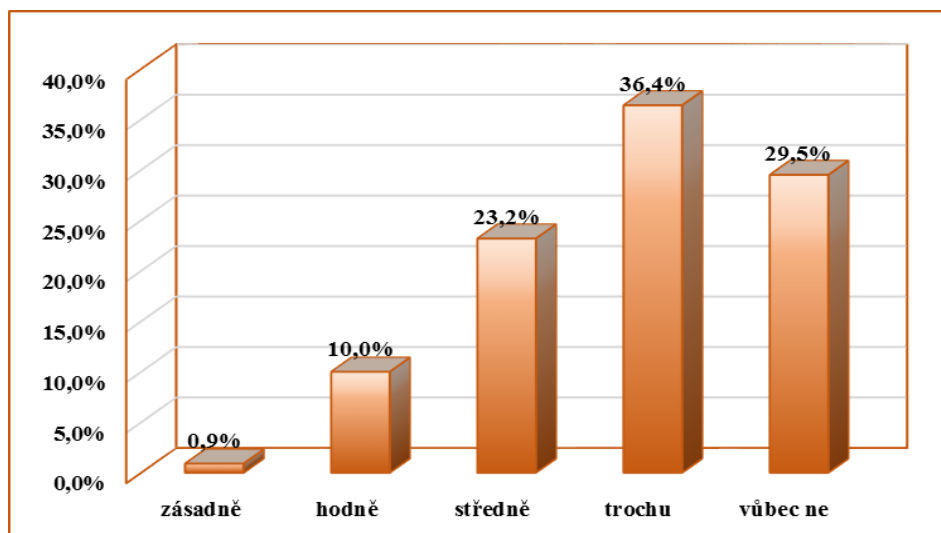
Graf zobrazuje odpověď na otázku „Nakolik se změnilo vnímání vlastní osoby od Vašich 50. narozenin po současnost?“. 30 respondentů (2,5 %) odpovědělo *zásadně*, 99 respondentů (8,2 %) odpovědělo *hodně*, 245 respondentů (20,4 %) odpovědělo *středně*, 352 respondentů (29,3 %) odpovědělo *trochu* a odpověď *vůbec ne* označilo 474 respondentů (39,5 %).

Graf 15 Změna kvality paměti**N = 1 200**

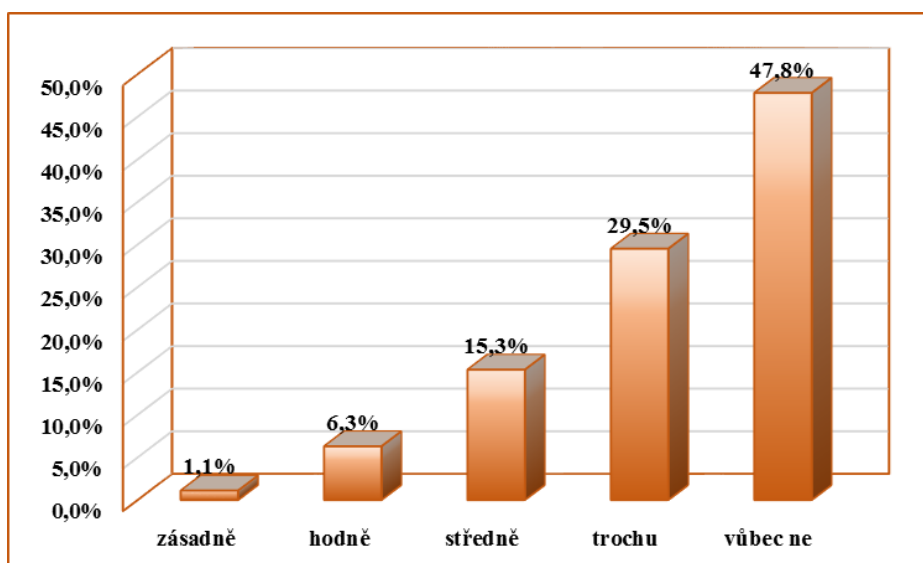
Graf zobrazuje odpověď na otázku „Nakolik se změnila kvalita Vaší paměti od Vašich 50. narozenin po současnost?“. 20 respondentů (1,7 %) označilo odpověď *zásadně*, 89 respondentů (7,4 %) odpovědělo *hodně*, 233 respondentů (19,4 %) odpovědělo *středně*, odpověď *trochu* označilo 418 respondentů (36,7 %) a 440 respondentů (36,7 %) odpovědělo *vůbec ne*.

Graf 16 Změna schopnosti učit se nové věci**N = 1 200**

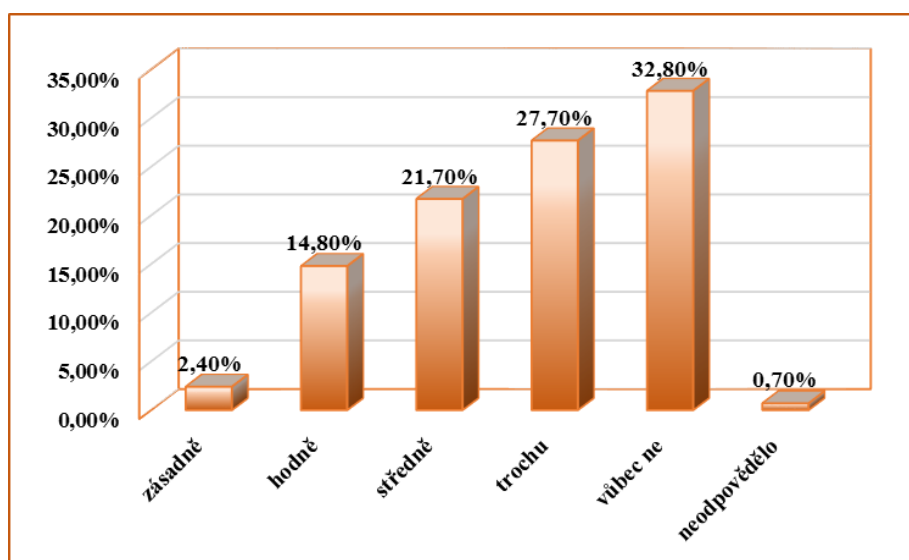
Graf zobrazuje odpovědi na otázku „*Nakolik se změnila Vaše schopnost učit se nové věci od Vašich 50. narozenin po současnost?*“. 26 respondentů (2,2 %) odpovědělo *zásadně*, 135 respondentů (11,2 %) odpovědělo *hodně*, 283 respondentů (23,6 %) odpovědělo *středně*, 338 respondentů (28,2 %) odpovědělo *trochu* a 418 respondentů (34,9 %) odpovědělo *vůbec ne*.

Graf 17 Změna kvality zraku**N = 1 200**

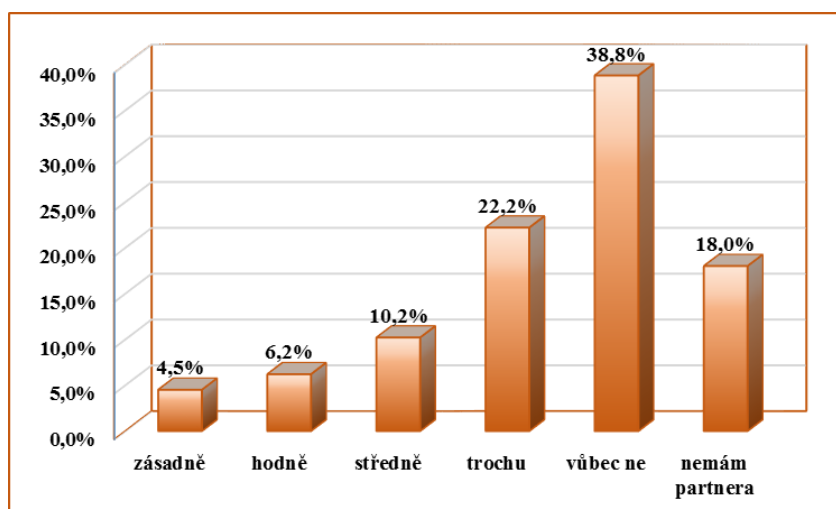
Graf zobrazuje odpovědi na otázku „*Nakolik se změnila kvalita Vašeho zraku od Vašich 50. narozenin po současnost?*“. 11 respondentů (0,9 %) odpovědělo *zásadně*, 120 respondentů (10 %) uvedlo odpověď *hodně*, 278 respondentů (23,2 %) označilo odpověď *středně*, 437 respondentů (36,4 %) odpovědělo *trochu* a 354 respondentů (29,5 %) odpovědělo *vůbec ne*.

Graf 18 Změna kvality sluchu**N = 1 200**

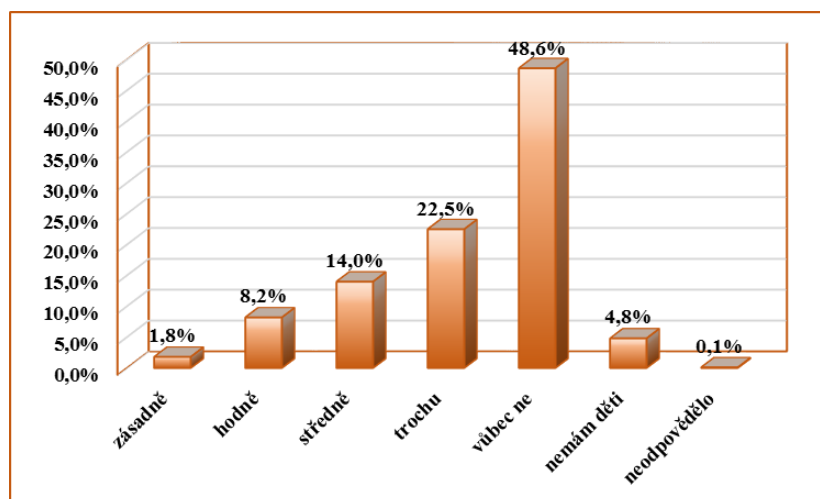
Graf zobrazuje odpověď na otázku „*Nakolik se změnila kvalita Vašeho sluchu od Vašich 50. narozenin po současnost?*“. 13 respondentů (1,1 %) odpovědělo *zásadně*, 76 respondentů (6,3 %) uvedlo odpověď *hodně*, 184 respondentů (15,3 %) odpovědělo *středně*, 354 respondentů (29,5 %) označilo odpověď *trochu*, 573 respondentů (47,8 %) odpovědělo *vůbec ne*.

Graf 19 Změna společenských rolí**N = 1 192**

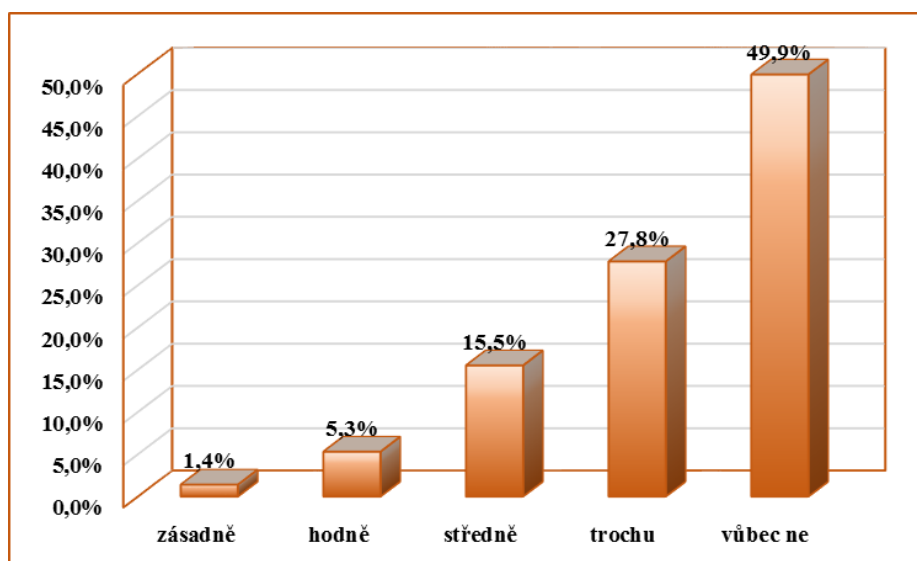
Graf zobrazuje odpovědi na otázku „*Nakolik se změnila Vaše společenské role od Vašich 50. narozenin po současnost?*“ 29 respondentů (2,4 %) odpovědělo *zásadně*, 178 respondentů (14,8 %) odpovědělo *hodně*, 260 respondentů (21,7 %) odpovědělo *středně*, 332 respondentů (27,7 %) odpovědělo *trochu* a 393 respondentů (32,8 %) odpovědělo *vůbec ne*, 8 respondentů (0,7 %) neodpovědělo.

Graf 20 Změna vztahů s životním partnerem**N = 1 200**

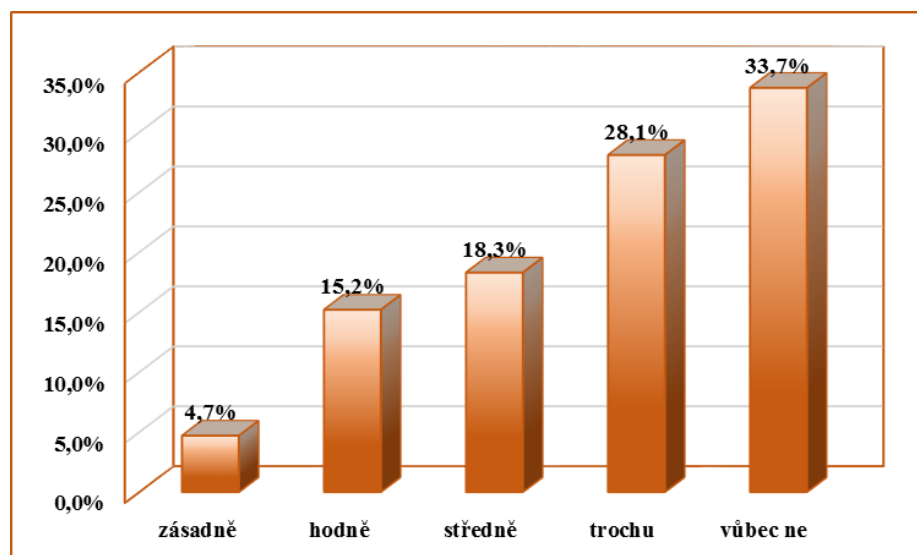
Graf zobrazuje odpovědi na otázku „*Nakolik se změnil vztah s Vaším životním partnerem od Vašich 50. narozenin po současnost?*“. 54 respondentů (4,5 %) odpovědělo *zásadně*, 74 respondentů (6,2 %) odpovědělo *hodně*, 123 respondentů (10,2 %) odpovědělo *středně*, 267 respondentů (22,2 %) odpovědělo *trochu*, 466 respondentů (38,8 %) odpovědělo *vůbec ne* a 216 respondentů (18 %) odpovědělo, že *nemá partnera*.

Graf 21 Změna vztahů s dětmi**N = 1 199**

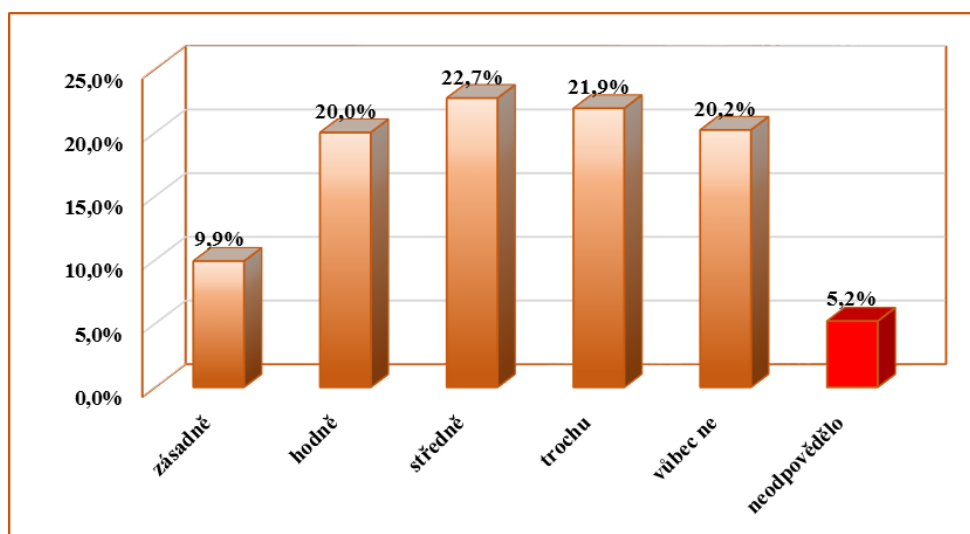
Graf zobrazuje odpovědi na otázku „*Nakolik se změnil vztah s Vašimi dětmi od Vašich 50. narozenin po současnost?*“. 22 respondentů (1,8 %) odpovědělo *zásadně*, 99 respondentů (8,2 %) odpovědělo *hodně*, 168 respondentů (14 %) odpovědělo *středně*, 270 respondentů (22,5 %) odpovědělo *trochu*, 583 respondentů (48,6 %) odpovědělo *vůbec ne*, 57 respondentů (4,8 %) odpovědělo, že *nemají děti* a 1 respondent (0,1 %) na tuto otázku neodpověděl.

Graf 22 Změna vztahů s přáteli**N = 1 200**

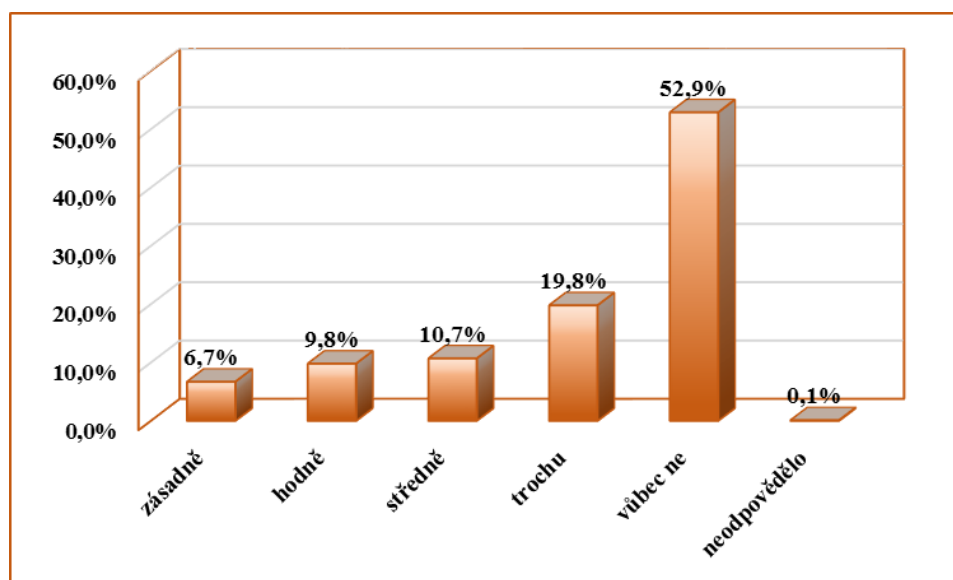
Graf zobrazuje odpovědi na otázku „Nakolik se změnila Vaše vztahy s přáteli od Vašich 50. narozenin po současnost?“. 17 respondentů (1,4 %) odpovědělo *zásadně*, 64 respondentů (5,3 %) odpovědělo *hodně*, 186 respondentů (15,5 %) odpovědělo *středně*, 334 respondentů (27,8 %) odpovědělo *trochu* a 599 respondentů (49,9 %) odpovědělo *vůbec ne*.

Graf 23 Změna trávení volného času**N = 1 200**

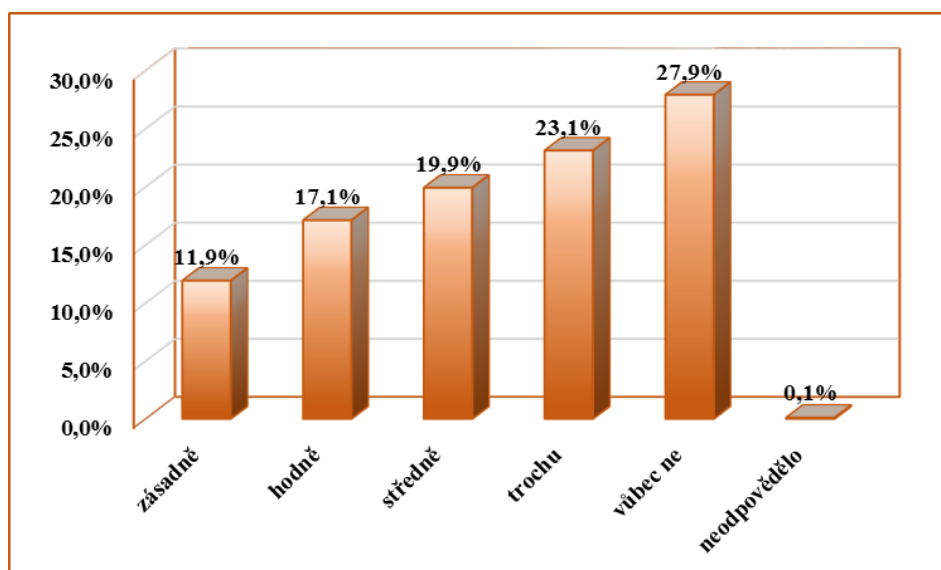
Graf zobrazuje odpovědi na otázku „Nakolik se změnilo trávení Vašeho volného času od Vašich 50. narozenin po současnost?“. 56 respondentů (4,7 %) odpovědělo *zásadně*, 183 respondentů (15,2 %) označilo odpověď *hodně*, 220 respondentů (18,3 %) odpovědělo *středně*, 337 respondentů (28,1 %) označilo odpověď *trochu* a 404 respondentů (33,7 %) odpovědělo *vůbec ne*.

Graf 24 Změna sexuálního života**N = 1 137**

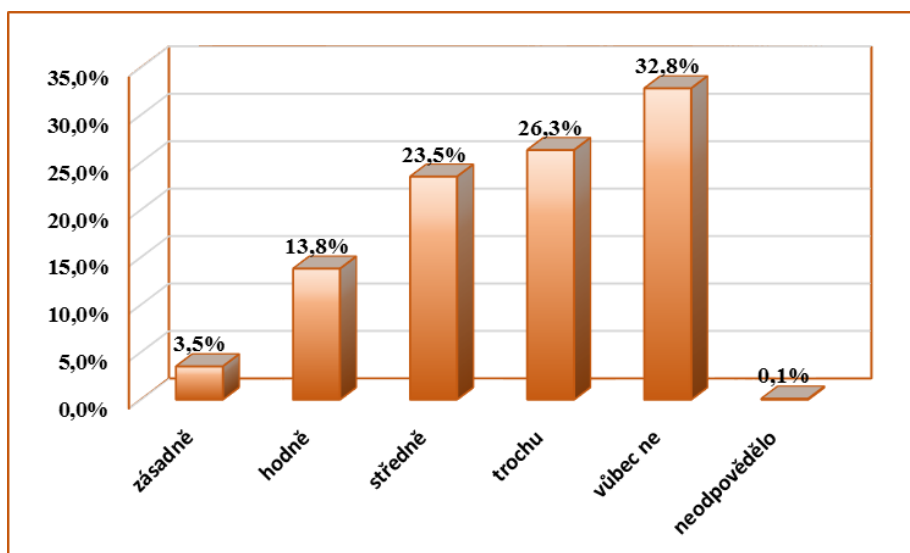
Graf zobrazuje odpovědi na otázku „Nakolik se změnil Váš sexuální život od Vašich 50. narozenin po současnost?“. 119 respondentů (9,9 %) odpovědělo *zásadně*, 240 respondentů (20 %) odpovědělo *hodně*, 272 respondentů (22,7 %) označilo odpověď *středně*, 263 respondentů (21,9 %) uvedlo odpověď *trochu*, 243 respondentů (20,2 %) odpovědělo *vůbec ne* a 63 respondentů (5,2 %) na tuto otázku neodpovědělo.

Graf 25 Změna úrovně bydlení**N = 1 199**

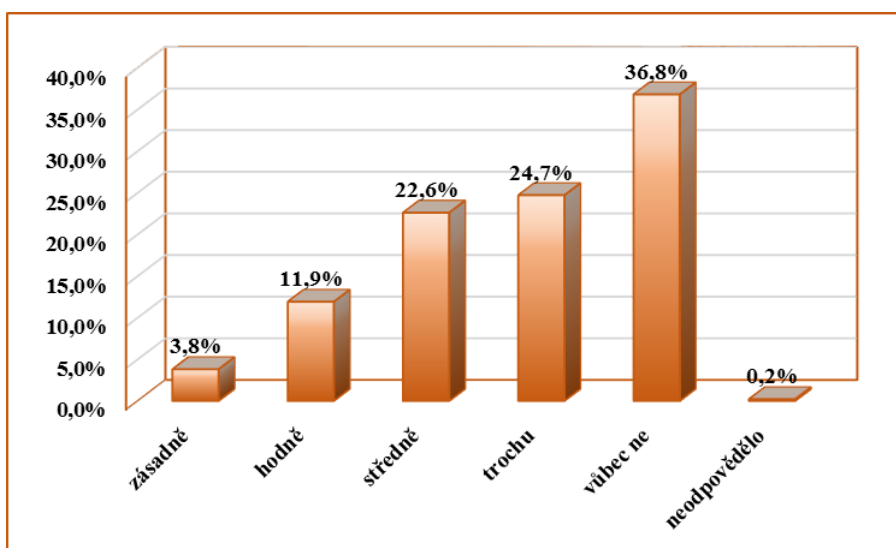
Graf zobrazuje odpovědi na otázku „Nakolik se změnila úroveň Vašeho bydlení od Vašich 50. narozenin po současnost?“. 80 respondentů (6,7 %) odpovědělo *zásadně*, 118 respondentů (9,8 %) odpovědělo *hodně*, 128 respondentů (10,7 %) odpovědělo *středně*, 238 respondentů (19,8 %) odpovědělo *trochu*, 635 respondentů (52,9 %) odpovědělo *vůbec ne* a 1 respondent (0,1 %) na tuto otázku neodpověděl.

Graf 26 Změna pracovní schopnosti**N = 1 199**

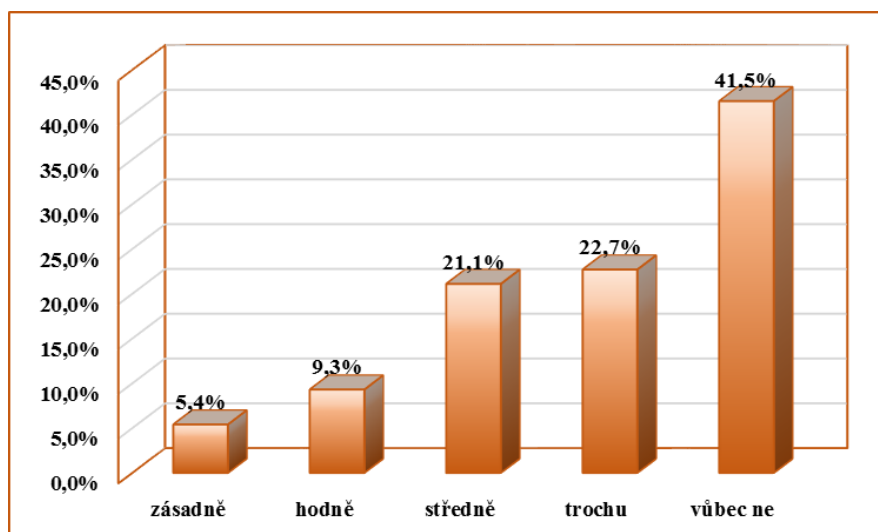
Graf zobrazuje odpovědi na otázku „Nakolik se změnila Vaše pracovní schopnost od Vašich 50. narozenin po současnost?“. 143 respondentů (11,9 %) odpovědělo *zásadně*, 205 respondentů (17,1 %) odpovědělo *hodně*, 239 respondentů (19,9 %) odpovědělo *středně*, 277 respondentů (23,1 %) odpovědělo *trochu*, 335 respondentů (27,9 %) odpovědělo *vůbec ne* a 1 respondent (0,1 %) na tuto otázku neodpověděl.

Graf 27 Změna finanční situace**N = 1 199**

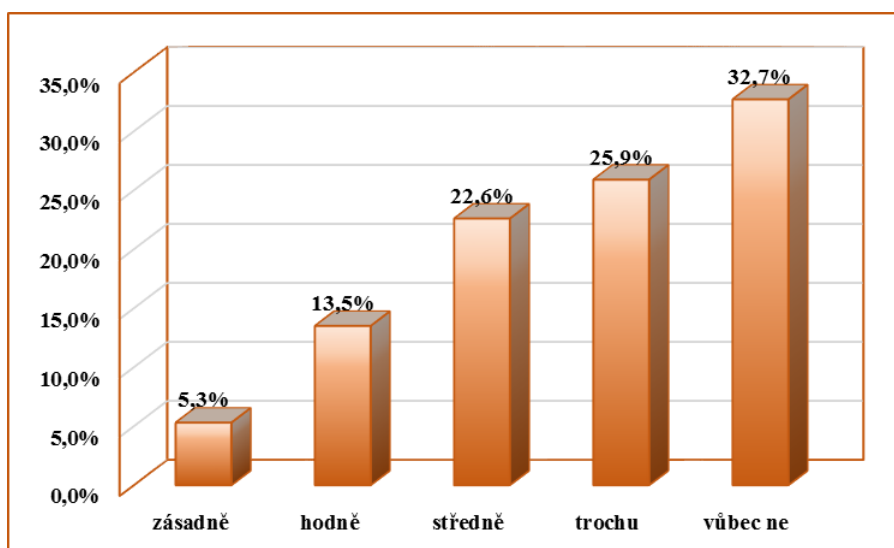
Graf zobrazuje odpovědi na otázku „Nakolik se změnila Vaše finanční situace od Vašich 50. narozenin po současnost?“. 42 respondentů (3,5 %) odpovědělo *zásadně*, 165 respondentů (13,8 %) uvedlo odpověď *hodně*, 282 respondentů (23,5 %) odpovědělo *středně*, 316 respondentů (26,3 %) odpovědělo *trochu*, 394 respondentů označilo odpověď *vůbec ne* a 1 respondent (0,1 %) na tuto otázku neodpověděl.

Graf 28 Změna životní spokojenosti**N = 1 198**

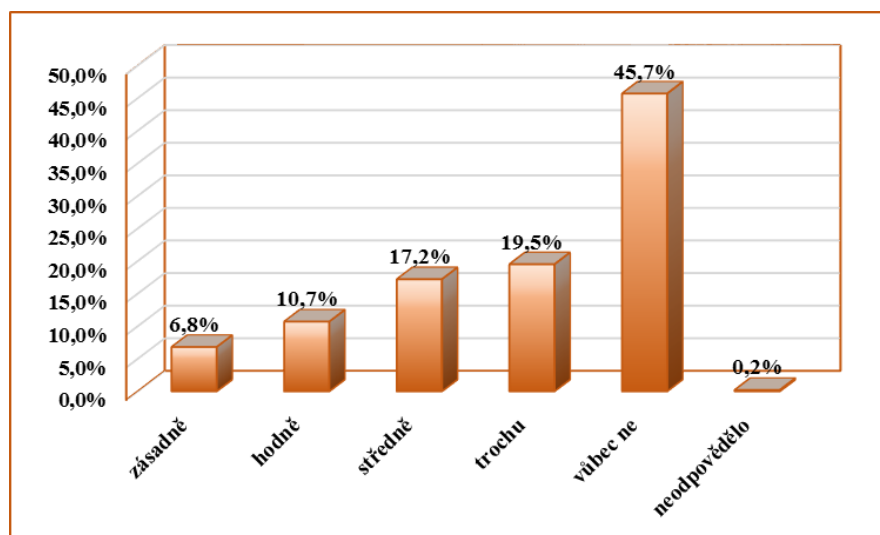
Graf zobrazuje odpovědi na otázku „*Nakolik se změnila Vaše životní spokojenost od Vašich 50. narozenin po současnost?*“. 46 respondentů (3,8 %) odpovědělo *zásadně*, 143 respondentů (11,9 %) označilo odpověď *hodně*, 271 respondentů (22,6 %) odpovědělo *středně*, 296 respondentů (24,7 %) uvedlo odpověď *trochu*, 442 respondentů (36,8 %) odpovědělo *vůbec ne* a 2 respondenti (0,2 %) na tuto otázku neodpověděli.

Graf 29 Změna vnímání smyslu života**N = 1 200**

Graf zobrazuje odpovědi na otázku „*Nakolik se změnilo vnímání Vašeho smyslu života od Vašich 50. narozenin po současnost?*“. 65 respondentů (5,4 %) uvedlo odpověď *zásadně*, 112 respondentů (9,3 %) odpovědělo *hodně*, 253 respondentů (21,1 %) označilo odpověď *středně*, 272 respondentů (22,7 %) odpovědělo *trochu*, 498 respondentů (41,5 %) odpovědělo *vůbec ne*.

Graf 30 Změna přístupu k vlastnímu zdraví**N = 1 200**

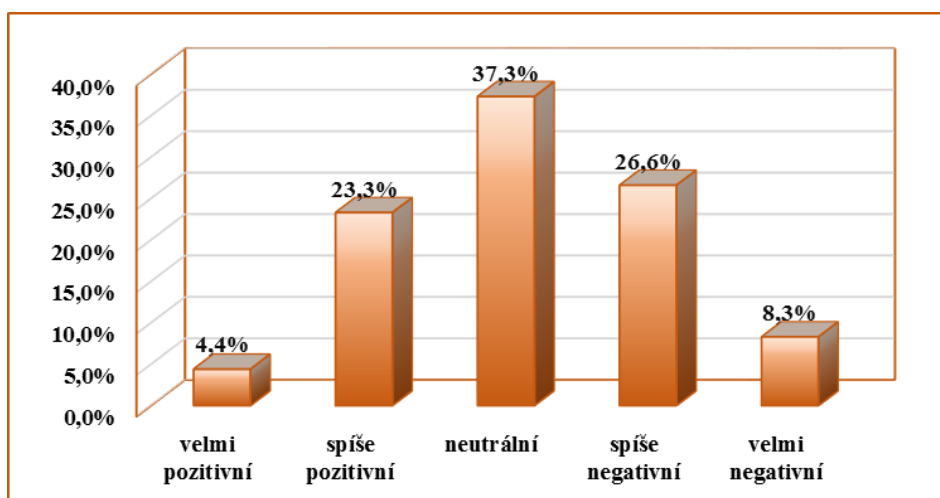
Graf zobrazuje odpovědi na otázku „*Jak se změnil Váš přístup k vlastnímu zdraví od Vašich 50. narozenin po současnost?*“. 64 respondentů (5,3 %) odpovědělo *zásadně*, 162 respondentů (13,5 %) odpovědělo *hodně*, 271 respondentů (22,6 %) uvedlo odpověď *středně*, 311 respondentů (25,9 %) označilo odpověď *trochu*, 392 respondentů (32,7 %) odpovědělo *vůbec ne*.

Graf 31 Změna víry a osobních hodnot**N = 1 198**

Graf zobrazuje odpovědi na otázku „*Nakolik se změnila Vaše víra a osobní hodnoty od Vašich 50. narozenin po současnost?*“. 82 respondentů (6,8 %) odpovědělo *zásadně*, 128 respondentů (10,7 %) uvedlo odpověď *hodně*, 206 respondentů (17,2 %) odpovědělo *středně*, 234 respondentů (19,5 %) odpovědělo *trochu*, 548 respondentů (45,7 %) označilo odpověď *vůbec ne* a 2 respondenti (0,2 %) na tuto otázku neodpověděli.

Graf 32 Postoj ke změnám

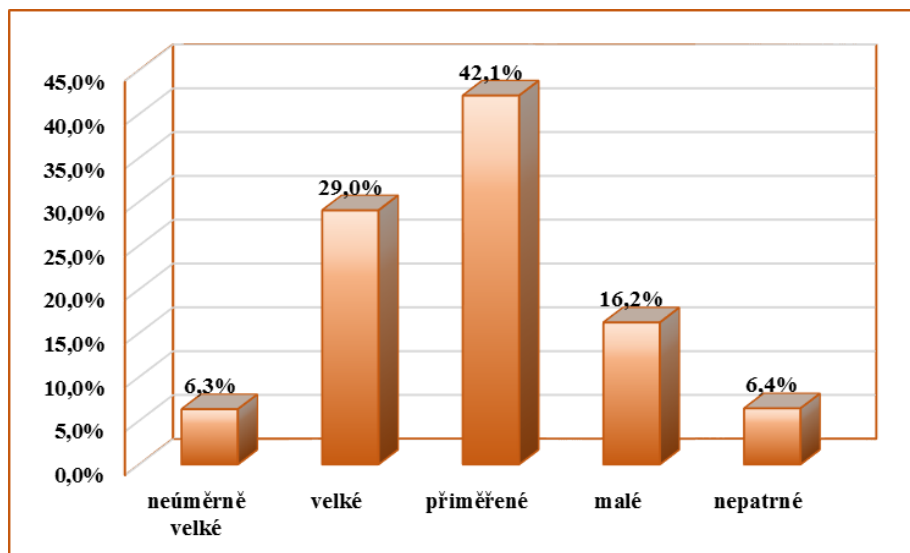
N = 1 200



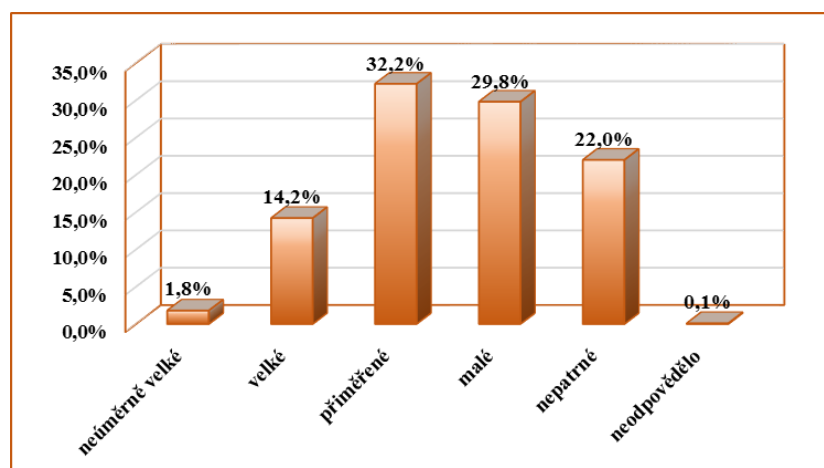
Na otázku „*Jaký je Váš postoj ke změnám?*“ odpovědělo 53 respondentů (4,4 %) *velmi pozitivní*, *spíše pozitivní* uvedlo 28 respondentů (23,3 %), nejvíce respondentů 448 (37,3 %) odpovědělo *neutrální*. Odpověď *spíše neutrální* označilo 319 respondentů (26,6 %) a jako *velmi negativní* hodnotí svůj postoj ke změnám 100 respondentů (8,3 %).

Graf 33 Vnímání množství změn

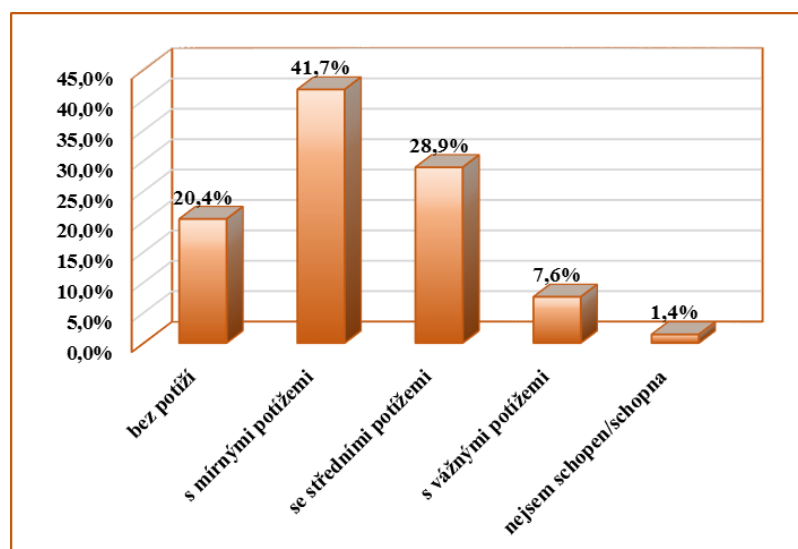
N = 1 200



Graf zobrazuje odpovědi na otázku „*Množství změn ve Vašem životě od Vašich 50. narozenin po současnost vnímáte jako:*“. Jako *neúměrně velké* množství změn hodnotí 76 respondentů (6,3 %), 348 respondentů (29 %) označilo odpověď *velké*, nejvíce respondentů (505 respondentů) odpovědělo, že množství změn je *přiměřené*, 194 respondentů (16,2 %) odpovědělo *malé* a *nepatrné* množství změn uvedlo 77 respondentů (6,4 %).

Graf 34 Množství změn za poslední rok**N = 1 199**

Na otázku „Množství změn v posledním roce Vašeho života vnímáte jako:“ odpovědělo 21 respondentů (1,8 %) *neúměrně velké*, jako *velké* množství vnímá 170 respondentů (14,2 %), 386 respondentů (32,2 %) odpovědělo, že množství změn v posledním roce je *přiměřené*, odpověď *malé* označilo 358 respondentů (29,8 %), *nepatrné* odpovědělo 264 respondentů (22 %) a 1 respondent (0,1 %) na tuto otázku neodpověděl.

Graf 35 Schopnost přizpůsobovat se změnám**N = 1 199**

Graf zobrazuje odpovědi na otázku „Nakolik jste schopen/schopna přizpůsobovat se změnám ve Vašem životě?“. 245 respondentů (20,4 %) odpovědělo, že jsou schopni se přizpůsobovat změnám v životě *bez potíží*, *s mírnými potížemi* pak 500 respondentů (41,7 %), *se středními potížemi* 347 respondentů (28,9 %), *s vážnými potížemi* 91 respondentů (7,6 %) a 17 respondentů (1,4 %) *není schopno* se přizpůsobovat změnám v životě.

5.3 Testování hypotéz

Tabulka 3a Vztah mezi věkem respondentů a tím, jak hodnotí změnu zdravotního stavu

Věk	Jak se změnil zdravotní stav					Celkem
	zásadně	hodně	středně	trochu	vůbec ne	
50 – 59 let	8	29	65	140	172	414
	1,9 %	7,0 %	15,7 %	33,8 %	41,5 %	100 %
60 – 69 let	22	70	88	156	90	426
	5,2 %	16,4 %	20,7 %	36,6 %	21,1 %	100 %
70 – 79 let	22	49	76	77	9	233
	9,4 %	21,0 %	32,6 %	33,0 %	3,9 %	100 %
80 a více let	27	52	30	18	0	127
	21,3 %	40,9 %	23,6 %	14,2 %	0,0 %	100 %
Celkem	79	200	260	392	272	1200

Tabulka 3b Výsledek provedeného Chí kvadrát testu

Hodnota Chí kvadrátu	297,035
Počet stupňů volnosti	12
Test nezávislosti	2,16E-14

Mezi věkem a změnami zdravotního stavu byla prokázána statisticky významná souvislost na úrovni $p < 0,001$. Platí, že s přibývajícím věkem respondentů dochází k závažným změnám zdravotního stavu.

Tabulka 4a Vztah mezi věkem respondentů a tím, jak hodnotí změnu fyzické zdatnosti

Jak se změnila fyzická zdatnost						
Věk	zásadně	hodně	středně	trochu	vůbec ne	Celkem
50 – 59 let	4	35	64	133	178	414
	1,0 %	8,5 %	15,5 %	32,1 %	43,0 %	100 %
60 – 69 let	14	70	117	181	44	426
	3,3 %	16,4 %	27,5 %	42,5 %	10,3 %	100 %
70 – 79 let	26	61	94	50	2	233
	11,2 %	26,2 %	40,3 %	21,5 %	0,9 %	100 %
80 a více let	34	56	29	6	2	127
	26,8 %	44,1 %	22,8 %	4,7 %	1,6 %	100 %
Celkem	78	223	305	371	227	1200

Tabulka 4b Výsledek provedeního Chí kvadrát testu

Hodnota Chí kvadrátu	486,506
Počet stupňů volnosti	12
Test nezávislosti	3,02E-14

Mezi věkem a změnami fyzické zdatnosti byla prokázána statisticky významná souvislost na úrovni $p < 0,001$. Platí, že s přibývajícím věkem dochází k zásadním změnám fyzické zdatnosti.

Tabulka 5a Vztah mezi věkem respondentů a tím, jak hodnotí změnu stravování

Jak se změnilo stravování						
Věk	zásadně	hodně	středně	trochu	vůbec ne	Celkem
50 – 59 let	4	16	41	84	268	413
	1,0 %	3,9 %	9,9 %	20,3 %	64,9 %	100 %
60 – 69 let	4	43	61	122	196	426
	0,9 %	10,1 %	14,3 %	28,6 %	46,0 %	100 %
70 – 79 let	6	20	43	60	104	233
	2,6 %	8,6 %	18,5 %	25,8 %	44,6 %	100 %
80 a více let	9	27	24	39	28	127
	7,1 %	21,3 %	18,9 %	30,7 %	22,0 %	100 %
Celkem	23	106	169	305	596	1199

Tabulka 5b Výsledek provedeního Chí kvadrát testu

Hodnota Chí kvadrátu	486,506
Počet stupňů volnosti	12
Test nezávislosti	5,55E-15

Mezi věkem a změnami stravování byla prokázána statisticky významná souvislost na úrovni $p < 0,001$. Platí, že s přibývajícím věkem se významně mění stravování respondentů.

Tabulka 6a Vztah mezi věkem respondentů a tím, jak hodnotí změnu kvality spánku

Jak se změnila kvalita spánku						
Věk	zásadně	hodně	středně	trochu	vůbec ne	Celkem
50 – 59 let	4	22	51	92	245	414
	1,0 %	5,3 %	12,3 %	22,2 %	59,2 %	100 %
60 – 69 let	4	49	92	148	133	426
	0,9 %	11,5 %	21,6 %	34,7 %	31,2 %	100 %
70 – 79 let	6	40	54	87	46	233
	2,6 %	17,2 %	23,2 %	37,3 %	19,7 %	100 %
80 a více let	8	49	34	33	3	127
	6,3 %	38,6 %	26,8 %	26,0 %	2,4 %	100 %
Celkem	22	160	231	360	427	1200

Tabulka 6b Výsledek provedeního Chí kvadrát testu

Hodnota Chí kvadrátu	258,835
Počet stupňů volnosti	12
Test nezávislosti	1,58E-14

Mezi věkem a změnami kvality spánku byla prokázána statisticky významná souvislost na úrovni $p < 0,001$. Platí, že s přibývajícím věkem dochází k závažným změnám kvality spánku.

Tabulka 7a Vztah mezi věkem respondentů a tím, jak hodnotí změnu soběstačnosti

Jak se změnila soběstačnost						
Věk	zásadně	hodně	středně	trochu	vůbec ne	Celkem
50 – 59 let	2	5	24	63	320	414
	0,5 %	1,2 %	5,8 %	15,2 %	77,3 %	100 %
60 – 69 let	3	19	61	130	213	426
	0,7 %	4,5 %	14,3 %	30,5 %	50,0 %	100 %
70 – 79 let	18	17	49	66	83	233
	7,7 %	7,3 %	21,0 %	28,3 %	35,6 %	100 %
80 a více let	20	28	39	30	10	127
	15,7 %	22,0 %	30,7 %	23,6 %	7,9 %	100 %
Celkem	43	69	173	289	626	1200

Tabulka 7b Výsledek provedeního Chí kvadrát testu

Hodnota Chí kvadrátu	345,136
Počet stupňů volnosti	12
Test nezávislosti	1,38E-14

Mezi věkem a změnami soběstačnosti byla prokázána statisticky významná souvislost na úrovni $p < 0,001$. Platí, že s přibývajícím věkem dochází k závažným změnám v soběstačnosti respondentů.

Tabulka 8a Vztah mezi věkem respondentů a tím, jak hodnotí změnu způsobu života

Jak se změnil způsob života						
Věk	zásadně	hodně	středně	trochu	vůbec ne	Celkem
50 – 59 let	7	16	53	115	223	414
	1,7 %	3,9 %	12,8 %	27,8 %	53,9 %	100 %
60 – 69 let	22	69	95	124	116	426
	5,2 %	16,2 %	22,3 %	29,1 %	27,2 %	100 %
70 – 79 let	20	42	84	46	41	233
	8,6 %	18,0 %	36,1 %	19,7 %	17,6 %	100 %
80 a více let	32	34	32	22	7	127
	25,2 %	26,8 %	25,2 %	17,3 %	5,5 %	100 %
Celkem	81	161	264	307	387	1200

Tabulka 8b Výsledek provedeného Chí kvadrát testu

Hodnota Chí kvadrátu	287,404
Počet stupňů volnosti	12
Test nezávislosti	0

Mezi věkem a změnami způsobu života byla prokázána statisticky významná souvislost na úrovni $p < 0,001$. Platí, že s přibývajícím věkem dochází k závažným změnám ve způsobu života respondentů.

Tabulka 9a Vztah mezi věkem respondentů a tím, jak hodnotí změnu denního režimu

Jak se změnil denní režim						
Věk	zásadně	hodně	středně	trochu	vůbec ne	Celkem
50 – 59 let	10	14	46	107	237	414
	2,4 %	3,4 %	11,1 %	25,8 %	57,2 %	100 %
60 – 69 let	32	79	127	103	85	426
	7,5 %	18,5 %	29,8 %	24,2 %	20,0 %	100 %
70 – 79 let	27	55	88	40	23	233
	11,6 %	23,6 %	37,8 %	17,2 %	9,9 %	100 %
80 a více let	35	43	32	16	1	127
	27,6 %	33,9 %	25,2 %	12,6 %	0,8 %	100 %
Celkem	104	191	293	266	346	1200

Tabulka 9b Výsledek provedeného Chí kvadrát testu

Hodnota Chí kvadrátu	405,561
Počet stupňů volnosti	12
Test nezávislosti	0

Mezi věkem a změnami denního režimu byla prokázána statisticky významná souvislost na úrovni $p < 0,001$. Platí, že s přibývajícím věkem dochází k závažným změnám v denním režimu respondentů.

Tabulka 10a Vztah mezi věkem respondentů a tím, jak hodnotí změnu nálady

Jak se změnila nálada						
Věk	zásadně	hodně	středně	trochu	vůbec ne	Celkem
50 – 59 let	3	28	58	120	205	414
	0,7 %	6,8 %	14,0 %	29,0 %	49,5 %	100 %
60 – 69 let	8	40	83	154	141	426
	1,9 %	9,4 %	19,5 %	36,2 %	33,1 %	100 %
70 – 79 let	11	35	44	66	77	233
	4,7 %	15,0 %	18,9 %	28,3 %	33,0 %	100 %
80 a více let	11	27	40	36	13	127
	8,7 %	21,3 %	31,5 %	28,3 %	10,2 %	100 %
Celkem	33	130	225	376	436	1200

Tabulka 10b Výsledek provedeního Chí kvadrát testu

Hodnota Chí kvadrátu	116,987
Počet stupňů volnosti	12
Test nezávislosti	0

Mezi věkem a změnami nálady byla prokázána statisticky významná souvislost na úrovni $p < 0,001$. Platí, že s přibývajícím věkem dochází k závažným změnám nálady respondentů.

Tabulka 11a Vztah mezi věkem respondentů a tím, jak hodnotí změnu vnímání vlastní osoby

Jak se změnilo vnímání vlastní osoby						
Věk	zásadně	hodně	středně	trochu	vůbec ne	Celkem
50 – 59 let	1	17	47	115	234	414
	0,2 %	4,1 %	11,4 %	27,8 %	56,5 %	100 %
60 – 69 let	5	33	104	125	159	426
	1,2 %	7,7 %	24,4 %	29,3 %	37,3 %	100 %
70 – 79 let	12	26	59	68	68	233
	5,2 %	11,2 %	25,3 %	29,2 %	29,2 %	100 %
80 a více let	12	23	35	44	13	127
	9,4 %	18,1 %	27,6 %	34,6 %	10,2 %	100 %
Celkem	30	99	245	352	474	1200

Tabulka 11b Výsledek provedeního Chí kvadrát testu

Hodnota Chí kvadrátu	160,788
Počet stupňů volnosti	12
Test nezávislosti	4,49E-14

Mezi věkem a vnímáním vlastní osoby byla prokázána statisticky významná souvislost na úrovni $p < 0,001$. Platí, že s přibývajícím věkem dochází k závažným změnám ve vnímání vlastní osoby.

Tabulka 12a Vztah mezi věkem respondentů a tím, jak hodnotí změnu kvality paměti

Jak se změnila kvalita paměti						
Věk	zásadně	hodně	středně	trochu	vůbec ne	Celkem
50 – 59 let	3	5	42	111	253	414
	0,7 %	1,2 %	10,1 %	26,8 %	61,1 %	100 %
60 – 69 let	3	21	75	188	139	426
	0,7 %	4,9 %	17,6 %	44,1 %	32,6 %	100 %
70 – 79 let	6	23	74	82	48	233
	2,6 %	9,9 %	31,8 %	35,2 %	20,6 %	100 %
80 a více let	8	40	42	37	0	127
	6,3 %	31,5 %	33,1 %	29,1 %	0,0 %	100 %
Celkem	20	89	233	418	440	1200

Tabulka 12b Výsledek provedeního Chí kvadrát testu

Hodnota Chí kvadrátu	349,597
Počet stupňů volnosti	12
Test nezávislosti	0

Mezi věkem a změnami kvality paměti byla prokázána statisticky významná souvislost na úrovni $p < 0,001$. Platí, že s přibývajícím věkem dochází k závažným změnám v kvalitě paměti.

Tabulka 13a Vztah mezi věkem respondentů a tím, jak hodnotí změnu učit se nové věci

Jak se změnila schopnost učit se nové věci						
Věk	zásadně	hodně	středně	trochu	vůbec ne	Celkem
50 – 59 let	4	11	52	114	233	414
	1,0 %	2,7 %	12,6 %	27,5 %	56,3 %	100 %
60 – 69 let	6	41	106	140	133	426
	1,4 %	9,6 %	24,9 %	32,9 %	31,2 %	100 %
70 – 79 let	6	42	75	59	51	233
	2,6 %	18,0 %	32,2 %	25,3 %	21,9 %	100 %
80 a více let	10	41	50	25	1	127
	7,9 %	32,3 %	39,4 %	19,7 %	0,8 %	100 %
Celkem	26	135	283	338	418	1200

Tabulka 13b Výsledek provedeního Chí kvadrát testu

Hodnota Chí kvadrátu	270,196
Počet stupňů volnosti	12
Test nezávislosti	2,92E-14

Mezi věkem a změnami schopnosti učit se nové věci byla prokázána statisticky významná souvislost na úrovni $p < 0,001$. Platí, že s přibývajícím věkem dochází k závažným změnám ve schopnosti učit se nové věci.

Tabulka 14a Vztah mezi věkem respondentů a tím, jak hodnotí změnu kvality zraku

Jak se změnila kvalita zraku						
Věk	zásadně	hodně	středně	trochu	vůbec ne	Celkem
50 – 59 let	1	13	48	116	236	414
	0,2 %	3,1 %	11,6 %	28,0 %	57,0 %	100 %
60 – 69 let	3	39	99	188	97	426
	0,7 %	9,2 %	23,2 %	44,1 %	22,8 %	100 %
70 – 79 let	5	28	82	99	19	233
	2,1 %	12,0 %	35,2 %	42,5 %	8,2 %	100 %
80 a více let	2	40	49	34	2	127
	1,6 %	31,5 %	38,6 %	26,8 %	1,6 %	100 %
Celkem	11	120	278	437	354	1200

Tabulka 14b Výsledek provedeního Chí kvadrát testu

Hodnota Chí kvadrátu	340,487
Počet stupňů volnosti	12
Test nezávislosti	0

Mezi věkem a změnami kvality zraku byla prokázána statisticky významná souvislost na úrovni $p < 0,001$. Platí, že s přibývajícím věkem dochází k závažným změnám v kvalitě zraku.

Tabulka 15a Vztah mezi věkem respondentů a tím, jak hodnotí změnu kvality sluchu

Jak se změnila kvalita sluchu						
Věk	zásadně	hodně	středně	trochu	vůbec ne	Celkem
50 – 59 let	1	4	27	73	309	414
	0,2 %	1,0 %	6,5 %	17,6 %	74,6 %	100 %
60 – 69 let	1	18	53	158	196	426
	0,2 %	4,2 %	12,4 %	37,1 %	46,0 %	100 %
70 – 79 let	6	23	54	89	61	233
	2,6 %	9,9 %	23,2 %	38,2 %	26,2 %	100 %
80 a více let	5	31	50	34	7	127
	3,9 %	24,4 %	39,4 %	26,8 %	5,5 %	100 %
Celkem	13	76	184	354	573	1200

Tabulka 15b Výsledek provedeního Chí kvadrát testu

Hodnota Chí kvadrátu	359,786
Počet stupňů volnosti	12
Test nezávislosti	0

Mezi věkem a změnami kvality sluchu byla prokázána statisticky významná souvislost na úrovni $p < 0,001$. Platí, že s přibývajícím věkem dochází k závažným změnám kvality sluchu.

Tabulka 16a Vztah mezi věkem respondentů a tím, jak hodnotí změnu společenských rolí

Jak se změnilы společenské role						
Věk	zásadně	hodně	středně	trochu	vůbec ne	Celkem
50 – 59 let	2	21	47	112	230	412
	0,5 %	5,1 %	11,4 %	27,2 %	55,8 %	100 %
60 – 69 let	8	63	106	135	113	425
	1,9 %	14,8 %	24,9 %	31,8 %	26,6 %	100 %
70 – 79 let	6	51	70	63	41	231
	2,6 %	22,1 %	30,3 %	27,3 %	17,7 %	100 %
80 a více let	13	43	37	22	9	124
	10,5 %	34,7 %	29,8 %	17,7 %	7,3 %	100 %
Celkem	29	178	260	332	393	1192

Tabulka 16b Výsledek provedeného Chí kvadrát testu

Hodnota Chí kvadrátu	259,234
Počet stupňů volnosti	12
Test nezávislosti	3,33E-16

Mezi věkem a změnami společenských rolí byla prokázána statisticky významná souvislost na úrovni $p < 0,001$. Platí, že s přibývajícím věkem dochází k závažným změnám společenských rolí respondentů.

Tabulka 17a Vztah mezi věkem respondentů a tím, jak hodnotí změnu vztahů s životním partnerem

Jak se změnil vztahy s životním partnerem							
Věk	zásadně	hodně	středně	trochu	vůbec ne	nemám partnera	Celkem
50 – 59 let	16	14	35	86	213	50	414
	3,9 %	3,4 %	8,5 %	20,8 %	51,4 %	12,1 %	100 %
60 – 69 let	21	28	47	103	165	62	426
	4,9 %	6,6 %	11,0 %	24,2 %	38,7 %	14,6 %	100 %
70 – 79 let	5	25	27	54	67	55	233
	2,1 %	10,7 %	11,6 %	23,2 %	28,8 %	23,6 %	100 %
80 a více let	12	7	14	24	21	49	127
	9,4 %	5,5 %	11,0 %	18,9 %	16,5 %	38,6 %	100 %
Celkem	54	74	123	267	466	216	1200

Tabulka 17b Výsledek provedeního Chí kvadrát testu

Hodnota Chí kvadrátu	111,65
Počet stupňů volnosti	15
Test nezávislosti	9,16E-14

Mezi věkem a změnami životního vztahu s partnerem byla prokázána statisticky významná souvislost na úrovni $p < 0,001$. Platí, že s přibývajícím věkem dochází k závažným změnám ve vztahu s životním partnerem a roste rovněž podíl těch, kteří nemají životního partnera.

Tabulka 18a Vztah mezi věkem respondentů a tím, jak hodnotí změnu vztahů s dětmi

Jak se změnil vztahy s dětmi							
Věk	zásadně	hodně	středně	trochu	vůbec ne	nemám děti	Celkem
50 – 59 let	3	16	31	85	254	25	414
	0,7 %	3,9 %	7,5 %	20,5 %	61,4 %	6,0 %	100 %
60 – 69 let	9	31	53	108	204	20	425
	2,1 %	7,3 %	12,5 %	25,4 %	48,0 %	4,7 %	100 %
70 – 79 let	6	31	46	48	93	9	233
	2,6 %	13,3 %	19,7 %	20,6 %	39,9 %	3,9 %	100 %
80 a více let	4	21	38	29	32	3	127
	3,1 %	16,5 %	29,9 %	22,8 %	25,2 %	2,4 %	100 %
Celkem	22	99	168	270	583	57	1199

Tabulka 18b Výsledek provedeního Chí kvadrát testu

Hodnota Chí kvadrátu	112,286
Počet stupňů volnosti	15
Test nezávislosti	4,06E-14

Mezi věkem a změnami vztahu s dětmi byla prokázána statisticky významná souvislost na úrovni $p < 0,001$. Platí, že s přibývajícím věkem dochází k závažným změnám ve vztahu k dětem.

Tabulka 19a Vztah mezi věkem respondentů a tím, jak hodnotí změnu vztahů s přáteli

Jak se změnil vztahy s přáteli						
Věk	zásadně	hodně	středně	trochu	vůbec ne	Celkem
50 – 59 let	1	2	35	112	264	414
	0,2 %	0,5 %	8,5 %	27,1 %	63,8 %	100 %
60 – 69 let	7	24	59	120	216	426
	1,6 %	5,6 %	13,8 %	28,2 %	50,7 %	100 %
70 – 79 let	4	20	51	62	96	233
	1,7 %	8,6 %	21,9 %	26,6 %	41,2 %	100 %
80 a více let	5	18	41	40	23	127
	3,9 %	14,2 %	32,3 %	31,5 %	18,1 %	100 %
Celkem	17	64	186	334	599	1200

Tabulka 19b Výsledek provedeního Chí kvadrát testu

Hodnota Chí kvadrátu	140,907
Počet stupňů volnosti	12
Test nezávislosti	9,86E-14

Mezi věkem a změnami vztahu s přáteli byla prokázána statisticky významná souvislost na úrovni $p < 0,001$. Platí, že s přibývajícím věkem dochází k závažným změnám ve vztahu s přáteli.

Tabulka 20a Vztah mezi věkem respondentů a tím, jak hodnotí změnu trávení volného času

Jak se změnilo trávení volného času						
Věk	zásadně	hodně	středně	trochu	vůbec ne	Celkem
50 – 59 let	4	24	51	119	216	414
	1,0 %	5,8 %	12,3 %	28,7 %	52,2 %	100 %
60 – 69 let	19	67	88	134	118	426
	4,5 %	15,7 %	20,7 %	31,5 %	27,7 %	100 %
70 – 79 let	12	50	52	63	56	233
	5,2 %	21,5 %	22,3 %	27,0 %	24,0 %	100 %
80 a více let	21	42	29	21	14	127
	16,5 %	33,1 %	22,8 %	16,5 %	11,0 %	100 %
Celkem	56	183	220	337	404	1200

Tabulka 20b Výsledek provedeního Chí kvadrát testu

Hodnota Chí kvadrátu	200,443
Počet stupňů volnosti	12
Test nezávislosti	2,13E-14

Mezi věkem a změnami v trávení volného času byla prokázána statisticky významná souvislost na úrovni $p < 0,001$. Platí, že s přibývajícím věkem dochází k závažným změnám v trávení volného času.

Tabulka 21a Vztah mezi věkem respondentů a tím, jak hodnotí změnu sexuálního života

Jak se změnil sexuální život						
Věk	zásadně	hodně	středně	trochu	vůbec ne	Celkem
50 – 59 let	10	37	55	120	188	410
	2,4 %	9,0 %	13,4 %	29,3 %	45,9 %	100 %
60 – 69 let	38	97	116	112	51	414
	9,2 %	23,4 %	28,0 %	27,1 %	12,3 %	100 %
70 – 79 let	35	65	76	22	3	201
	17,4 %	32,3 %	37,8 %	10,9 %	1,5 %	100 %
80 a více let	36	41	25	9	1	112
	32,1 %	36,6 %	22,3 %	8,0 %	0,9 %	100 %
Celkem	119	240	272	263	243	1137

Tabulka 21b Výsledek provedeního Chí kvadrát testu

Hodnota Chí kvadrátu	401,145
Počet stupňů volnosti	12
Test nezávislosti	0

Mezi věkem a změnami sexuálního života byla prokázána statisticky významná souvislost na úrovni $p < 0,001$. Platí, že s přibývajícím věkem dochází k závažným změnám sexuálního života respondenta.

Tabulka 22a Vztah mezi věkem respondentů a tím, jak hodnotí změnu úrovně bydlení

Jak se změnila úroveň bydlení						
Věk	zásadně	hodně	středně	trochu	vůbec ne	Celkem
50 – 59 let	9	12	22	80	291	414
	2,2 %	2,9 %	5,3 %	19,3 %	70,3 %	100 %
60 – 69 let	21	46	43	92	224	426
	4,9 %	10,8 %	10,1 %	21,6 %	52,6 %	100 %
70 – 79 let	24	39	34	42	93	232
	10,3 %	16,8 %	14,7 %	18,1 %	40,1 %	100 %
80 a více let	26	21	29	24	27	127
	20,5 %	16,5 %	22,8 %	18,9 %	21,3 %	100 %
Celkem	80	118	128	238	635	1199

Tabulka 22b Výsledek provedeního Chí kvadrát testu

Hodnota Chí kvadrátu	181,624
Počet stupňů volnosti	12
Test nezávislosti	0

Mezi věkem a změnami v úrovni bydlení byla prokázána statisticky významná souvislost na úrovni $p < 0,001$. Platí, že s přibývajícím věkem dochází k závažným změnám v úrovni bydlení respondenta.

Tabulka 23a Vztah mezi věkem respondentů a tím, jak hodnotí změnu pracovní schopnosti

Jak se změnila pracovní schopnost						
Věk	zásadně	hodně	středně	trochu	vůbec ne	Celkem
50 – 59 let	4	19	37	110	243	413
	1,0 %	4,6 %	9,0 %	26,6 %	58,8 %	100 %
60 – 69 let	41	67	111	123	84	426
	9,6 %	15,7 %	26,1 %	28,9 %	19,7 %	100 %
70 – 79 let	41	70	78	38	6	233
	17,6 %	30,0 %	33,5 %	16,3 %	2,6 %	100 %
80 a více let	57	49	13	6	2	127
	44,9 %	38,6 %	10,2 %	4,7 %	1,6 %	100 %
Celkem	143	205	239	277	335	1199

Tabulka 23b Výsledek provedeního Chí kvadrát testu

Hodnota Chí kvadrátu	589,384
Počet stupňů volnosti	12
Test nezávislosti	2,41E-14

Mezi věkem a změnami pracovní schopnosti byla prokázána statisticky významná souvislost na úrovni $p < 0,001$. Platí, že s přibývajícím věkem dochází k závažným změnám pracovní schopnosti respondenta.

Tabulka 24a Vztah mezi věkem respondentů a tím, jak hodnotí změnu finanční situace

Jak se změnila finanční situace						
Věk	zásadně	hodně	středně	trochu	vůbec ne	Celkem
50 – 59 let	0	15	56	105	237	413
	0,0 %	3,6 %	13,6 %	25,4 %	57,4 %	100 %
60 – 69 let	21	62	104	127	112	426
	4,9 %	14,6 %	24,4 %	29,8 %	26,3 %	100 %
70 – 79 let	16	50	66	59	42	233
	6,9 %	21,5 %	28,3 %	25,3 %	18,0 %	100 %
80 a více let	5	38	56	25	3	127
	3,9 %	29,9 %	44,1 %	19,7 %	2,4 %	100 %
Celkem	42	165	282	316	394	1199

Tabulka 24b Výsledek provedeního Chí kvadrát testu

Hodnota Chí kvadrátu	269,416
Počet stupňů volnosti	12
Test nezávislosti	2,66E-15

Mezi věkem a změnami finanční situace byla prokázána statisticky významná souvislost na úrovni $p < 0,001$. Platí, že s přibývajícím věkem dochází k závažným změnám ve finanční situaci respondenta.

Tabulka 25a Vztah mezi věkem respondentů a tím, jak hodnotí změnu životní spokojenosti

Jak se změnila životní spokojenost						
Věk	zásadně	hodně	středně	trochu	vůbec ne	Celkem
50 – 59 let	4	18	59	101	230	412
	1,0 %	4,4 %	14,3 %	24,5 %	55,8 %	100 %
60 – 69 let	13	58	98	116	141	426
	3,1 %	13,6 %	23,0 %	27,2 %	33,1 %	100 %
70 – 79 let	15	33	75	53	57	233
	6,4 %	14,2 %	32,2 %	22,7 %	24,5 %	100 %
80 a více let	14	34	39	26	14	127
	11,0 %	26,8 %	30,7 %	20,5 %	11,0 %	100 %
Celkem	46	143	271	296	442	1198

Tabulka 25b Výsledek provedeního Chí kvadrát testu

Hodnota Chí kvadrátu	269,416
Počet stupňů volnosti	12
Test nezávislosti	2,66E-15

Mezi věkem a změnami životní spokojenosti byla prokázána statisticky významná souvislost na úrovni $p < 0,001$. Platí, že s přibývajícím věkem dochází k závažným změnám v životní spokojenosti respondenta.

Tabulka 26a Vztah mezi věkem respondentů a tím, jak hodnotí změnu vnímání smyslu života

Jak se změnilo vnímání smyslu života						
Věk	zásadně	hodně	středně	trochu	vůbec ne	Celkem
50 – 59 let	9	17	65	91	232	414
	2,2 %	4,1 %	15,7 %	22,0 %	56,0 %	100 %
60 – 69 let	19	38	93	104	172	426
	4,5 %	8,9 %	21,8 %	24,4 %	40,4 %	100 %
70 – 79 let	16	28	65	49	75	233
	6,9 %	12,0 %	27,9 %	21,0 %	32,2 %	100 %
80 a více let	21	29	30	28	19	127
	16,5 %	22,8 %	23,6 %	22,0 %	15,0 %	100 %
Celkem	65	112	253	272	498	1200

Tabulka 26b Výsledek provedeního Chí kvadrát testu

Hodnota Chí kvadrátu	137,362
Počet stupňů volnosti	12
Test nezávislosti	4,22E-14

Mezi věkem a změnami smyslu života byla prokázána statisticky významná souvislost na úrovni $p < 0,001$. Platí, že s přibývajícím věkem dochází k závažným změnám smyslu života respondenta.

Tabulka 27a Vztah mezi věkem respondentů a tím, jak hodnotí změnu v přístupu k vlastnímu zdraví

Jak se změnil přístup k vlastnímu zdraví						
Věk	zásadně	hodně	středně	trochu	vůbec ne	Celkem
50 – 59 let	10	39	60	103	202	414
	2,4 %	9,4 %	14,5 %	24,9 %	48,8 %	100 %
60 – 69 let	25	54	98	109	140	426
	5,9 %	12,7 %	23,0 %	25,6 %	32,9 %	100 %
70 – 79 let	18	39	67	69	40	233
	7,7 %	16,7 %	28,8 %	29,6 %	17,2 %	100 %
80 a více let	11	30	46	30	10	127
	8,7 %	23,6 %	36,2 %	23,6 %	7,9 %	100 %
Celkem	64	162	271	311	392	1200

Tabulka 27b Výsledek provedeného Chí kvadrát testu

Hodnota Chí kvadrátu	130,832
Počet stupňů volnosti	12
Test nezávislosti	2,62E-14

Mezi věkem a změnami v přístupu k vlastnímu zdraví byla prokázána statisticky významná souvislost na úrovni $p < 0,001$. Platí, že s přibývajícím věkem dochází k závažným změnám v přístupu k vlastnímu zdraví respondenta.

Tabulka 28a Vztah mezi věkem respondentů a tím, jak hodnotí změnu víry a osobních hodnot

Jak se změnila víra a osobní hodnoty						
Věk	zásadně	hodně	středně	trochu	vůbec ne	Celkem
50 – 59 let	6	29	48	79	251	413
	1,5 %	7,0 %	11,6 %	19,1 %	60,8 %	100 %
60 – 69 let	30	36	71	99	189	425
	7,1 %	8,5 %	16,7 %	23,3 %	44,5 %	100 %
70 – 79 let	28	30	55	33	87	233
	12,0 %	12,9 %	23,6 %	14,2 %	37,3 %	100 %
80 a více let	18	33	32	23	21	127
	14,2 %	26,0 %	25,2 %	18,1 %	16,5 %	100 %
Celkem	82	128	206	234	548	1198

Tabulka 28b Výsledek provedeního Chí kvadrát testu

Hodnota Chí kvadrátu	144,982
Počet stupňů volnosti	12
Test nezávislosti	8,26E-14

Mezi věkem a změnami víry a osobních hodnot byla prokázána statisticky významná souvislost na úrovni $p < 0,001$. Platí, že s přibývajícím věkem dochází k závažným změnám ve víře a osobních hodnotách respondenta.

Tabulka 30a Vztah mezi pohlavím respondentů a tím, jak hodnotí změnu kvality spánku

Jak se změnila kvalita spánku						
Pohlaví	zásadně	hodně	středně	trochu	vůbec ne	Celkem
muž	8	63	100	156	218	545
	1,5 %	11,6 %	18,3 %	28,6 %	40,0 %	100 %
žena	14	97	131	204	209	655
	2,1 %	14,8 %	20,0 %	31,1 %	31,9 %	100 %
Celkem	22	160	231	360	427	1200

Tabulka 30b Výsledek provedeního Chí kvadrát testu

Hodnota Chí kvadrátu	9,60864
Počet stupňů volnosti	4
Test nezávislosti	0,0476

Mezi pohlavím a hodnocením změny kvality spánku po 50. roce života byla prokázána statisticky významná souvislost na úrovni $p < 0,05$. Platí, že muži ve významně větší míře uvádějí, že se kvalita jejich spánku nezměnila, ženy ve významně větší míře uvádějí změny k horšímu.

Tabulka 31a Vztah mezi pohlavím respondentů a tím, jak hodnotí změnu vnímání vlastní osoby

Jak se změnilo vnímání vlastní osoby						
Pohlaví	zásadně	hodně	středně	trochu	vůbec ne	Celkem
muž	8	32	102	161	242	545
	1,5 %	5,9 %	18,7 %	29,5 %	44,4 %	100 %
žena	22	67	143	191	232	655
	3,4 %	10,2 %	21,8 %	29,2 %	35,4 %	100 %
Celkem	30	99	245	352	474	1200

Tabulka 31b Výsledek provedeního Chí kvadrát testu

Hodnota Chí kvadrátu	18,6091
Počet stupňů volnosti	4
Test nezávislosti	0,00094

Mezi pohlavím a změnou vnímání vlastní osoby po 50. roce života byla prokázána statisticky významná souvislost na úrovni $p < 0,001$. Platí, že muži ve významně větší míře uvádějí, že se jejich vnímání vlastní osoby nezměnilo, ženy ve významně větší míře uvádějí, že ke změnám ve vnímání vlastní osoby po 50. roce života došlo.

Tabulka 32a Vztah mezi pohlavím respondentů a tím, jak hodnotí změnu kvality paměti

Jak se změnila kvalita paměti						
Pohlaví	zásadně	hodně	středně	trochu	vůbec ne	Celkem
muž	6	35	93	181	230	545
	1,5 %	11,6 %	18,3 %	28,6 %	40,0 %	100 %
žena	14	54	140	237	210	655
	2,1 %	14,8 %	20,0 %	31,1 %	31,9 %	100 %
Celkem	20	89	233	418	440	1200

Tabulka 32b Výsledek provedeního Chí kvadrát testu

Hodnota Chí kvadrátu	15,1927
Počet stupňů volnosti	4
Test nezávislosti	0,00432

Mezi pohlavím a změnou kvality paměti byla prokázána statisticky významná souvislost na úrovni $p < 0,01$. Platí, že muži ve významně větší míře uvádějí, že se kvalita jejich paměti nezměnila, ženy ve významně větší míře uvádějí, že ke změnám došlo.

Tabulka 33a Vztah mezi pohlavím respondentů a tím, jak hodnotí změnu schopnosti učit se novým věcem

Jak se změnila schopnost učit se nové věci						
Pohlaví	zásadně	hodně	středně	trochu	vůbec ne	Celkem
muž	8	52	105	166	214	545
	1,5 %	11,6 %	18,3 %	28,6 %	40,0 %	100 %
žena	18	83	178	172	204	655
	2,1 %	14,8 %	20,0 %	31,1 %	31,9 %	100 %
Celkem	26	135	283	338	418	1200

Tabulka 33b Výsledek provedeního Chí kvadrát testu

Hodnota Chí kvadrátu	20,2274
Počet stupňů volnosti	4
Test nezávislosti	0,00045

Mezi pohlavím a hodnocením změny schopnosti učit se nové věci po 50. roce života byla prokázána statisticky významná souvislost na úrovni $p < 0,001$. Platí, že muži ve významně větší míře uvádějí, že se jejich schopnost učit se nové věci nezměnila, ženy ve významně větší míře uvádějí, že ke změnám došlo.

Tabulka 34a Vztah mezi pohlavím respondentů a tím, jak hodnotí změnu vztahů s životním partnerem

Jak se změnil vztahy s životním partnerem							
Pohlaví	zásadně	hodně	středně	trochu	vůbec ne	nemám partnera	Celkem
muž	24	30	58	116	240	77	545
	4,4 %	5,5 %	10,6 %	21,3 %	44,0 %	14,1 %	100 %
žena	30	44	65	151	226	139	655
	4,6 %	6,7 %	9,9 %	23,1 %	34,5 %	21,2 %	100 %
Celkem	54	74	123	267	466	216	1200

Tabulka 34b Výsledek provedeního Chí kvadrát testu

Hodnota Chí kvadrátu	16,5745
Počet stupňů volnosti	5
Test nezávislosti	0,00538

Mezi pohlavím a hodnocením změny vztahu s životním partnerem po 50. roce života byla prokázána statisticky významná souvislost na úrovni $p < 0,001$. Platí, že muži ve významně větší míře uvádějí, že se jejich vztah vůbec nezměnil, ženy významně více uvádějí, že nemají životního partnera.

Tabulka 35a Vztah mezi pohlavím respondentů a tím, jak hodnotí změnu pracovní schopnosti

Jak se změnila pracovní schopnost						
Pohlaví	zásadně	hodně	středně	trochu	vůbec ne	Celkem
muž	64	86	94	119	182	545
	1,5 %	5,9 %	18,7 %	29,5 %	44,4 %	100 %
žena	79	119	145	158	153	654
	3,4 %	10,2 %	21,8 %	29,2 %	35,4 %	100 %
Celkem	143	205	239	277	335	1199

Tabulka 35b Výsledek provedeního Chí kvadrát testu

Hodnota Chí kvadrátu	15,993
Počet stupňů volnosti	4
Test nezávislosti	0,00303

Mezi pohlavím a hodnocením změny pracovní schopnosti po 50. roce života byla prokázána statisticky významná souvislost na úrovni $p < 0,01$. Platí, že muži ve významně větší míře uvádějí, že se jejich pracovní schopnost vůbec nezměnila, ženy ve významně větší míře uvádějí, že ke změnám došlo.

Tabulka 36a Vztah mezi pohlavím respondentů a tím, jak hodnotí změnu vnímání smyslu života

Jak se změnilo vnímání smyslu života						
Pohlaví	zásadně	hodně	středně	trochu	vůbec ne	Celkem
muž	22	40	111	133	239	545
	1,5 %	5,9 %	18,7 %	29,5 %	44,4 %	100 %
žena	43	72	142	139	259	655
	3,4 %	10,2 %	21,8 %	29,2 %	35,4 %	100 %
Celkem	65	112	253	272	498	1200

Tabulka 36b Výsledek provedeního Chí kvadrát testu

Hodnota Chí kvadrátu	10,6678
Počet stupňů volnosti	4
Test nezávislosti	0,03056

Mezi pohlavím a hodnocením změny ve vnímání smyslu života po 50. roce života byla prokázána statisticky významná souvislost na úrovni $p < 0,05$. Platí, že muži ve významně větší míře uvádějí, že se vnímání jejich smyslu života nezměnilo, nebo jen trochu, ženy ve významně větší míře připouštějí zásadnější změny ve vnímání smyslu života po 50. roce věku.

Tabulka 37a Vztah mezi pohlavím respondentů a tím, jak hodnotí změnu víry a osobních hodnot

Jak se změnila víra a osobní hodnoty						
Pohlaví	zásadně	hodně	středně	trochu	vůbec ne	Celkem
Muž	33	40	89	114	268	544
	1,5 %	5,9 %	18,7 %	29,5 %	44,4 %	100 %
Žena	49	88	117	120	280	654
	3,4 %	10,2 %	21,8 %	29,2 %	35,4 %	100 %
Celkem	82	128	206	234	548	1198

Tabulka 37b Výsledek provedeního Chí kvadrát testu

Hodnota Chí kvadrátu	15,3738
Počet stupňů volnosti	4
Test nezávislosti	0,00399

Mezi pohlavím a hodnocením změny víry a osobních hodnot po 50. roce života byla prokázána statisticky významná souvislost na úrovni $p < 0,01$. Platí, že muži ve významně větší míře uvádějí, že se jejich víra a osobní hodnoty nezměnily, nebo jen trochu, ženy ve významně větší míře uvádějí podstatné změny víry a osobních hodnot po 50. roce života.

Tabulka 38 Sumarizace souvislosti pohlaví se změnami po 50. roce života

ZMĚNA	HODNOTA χ^2	df	p	Statistická významnost
Kvality spánku	9,609	4	<0,05	*
Vnímání vlastní osoby	18,609	4	<0,001	***
Kvality paměti	15,193	4	<0,01	**
Schopnosti učit se nové věci	20,274	4	<0,001	***
Vztahů s životním partnerem	16,575	5	<0,01	**
Pracovní schopnosti	15,993	4	<0,01	**
Vnímání smyslu života	10,668	4	<0,05	*
Víry a osobních hodnot	15,374	4	<0,01	**

χ^2 -Chí kvadrát

p-test nezávislosti

df-stupně volnosti

n. s. – Statisticky nevýznamný rozdíl

* Statisticky významný rozdíl pro hladinu významnosti $\alpha = 0,05$

** Statisticky významný rozdíl pro hladinu významnosti $\alpha = 0,01$

*** Statisticky významný rozdíl pro hladinu významnosti $\alpha = 0,001$

Byla prokázána statisticky významná souvislost mezi pohlavím a změnou kvality spánku, vnímáním vlastní osoby, kvality paměti, schopnosti učit se nové věci, vztahů s životním partnerem, pracovní schopnosti, vnímání smyslu života, víry a osobních hodnot. Jiná statisticky významná souvislost mezi pohlavím a změnami po 50. roce života nebyla prokázána. Z tohoto důvodu nemůžeme potvrdit námi stanovenou hypotézu

H2: Životní změny u generace 50+ jsou přímo závislé na pohlaví, neboť se neprokázala statisticky významná souvislost mezi pohlavím a všemi změnami.

Tabulka 39a Vztah mezi věkem respondentů a tím, jaký zaujímají postoj ke změnám

Věk	Postoj ke změnám					Celkem
	velmi pozitivní	spíše pozitivní	neutrální	spíše negativní	velmi negativní	
50 – 59 let	33	119	139	98	25	414
	8,0 %	28,7 %	33,6 %	23,7 %	6,0 %	
60 – 69 let	19	109	158	112	28	426
	4,5 %	25,6 %	37,1 %	26,3 %	6,6 %	
70 – 79 let	1	41	108	64	19	233
	0,4 %	17,6 %	46,4 %	27,5 %	8,2 %	
80 a více let	0	11	43	45	28	127
	0,0 %	8,7 %	33,9 %	35,4 %	22,0 %	
Celkem	53	280	448	319	100	1200

Tabulka 39b Výsledek provedeního Chí kvadrát testu

Hodnota Chí kvadrátu	92,0413
Počet stupňů volnosti	12
Test nezávislosti	3,15E-14

Mezi věkem a postojem ke změnám byla prokázána statisticky významná souvislost na úrovni $p < 0,001$. Platí, že s přibývajícím věkem významně roste podíl těch, kteří svůj postoj ke změnám označují jako negativní.

Jelikož byla prokázána statistická významnost mezi těmito vztahy, můžeme potvrdit naši hypotézu **H3: Postoj zaujímaný k životním změnám u generace 50+ je přímo závislý na věku.**

Tabulka 40a Vztah mezi pohlavím respondentů a tím, jaký zaujímají postoj ke změnám

Pohlaví	Postoj ke změnám					Celkem
	velmi pozitivní	spíše pozitivní	neutrální	spíše negativní	velmi negativní	
muž	30	142	200	138	35	545
	5,5 %	26,1 %	36,7 %	25,3 %	6,4 %	100 %
žena	23	138	248	181	65	655
	3,5 %	21,1 %	37,9 %	27,6 %	9,9 %	100 %
Celkem	53	280	448	319	100	1200

Tabulka 40b Výsledek provedeního Chí kvadrát testu

Hodnota Chí kvadrátu	10,9293
Počet stupňů volnosti	4
Test nezávislosti	0,0273

Mezi pohlavím a postojem ke změnám byla prokázána statisticky významná souvislost na úrovni $p < 0,05$. Platí, že postoj mužů ke změnám je ve významně větší míře pozitivní než postoj žen ke změnám.

Z tohoto důvodu můžeme potvrdit námi stanovenou hypotézu **H4: Postoj zaujímaný k životním změnám u generace 50+ je přímo závislý na pohlaví.**

Tabulka 41a Vztah mezi věkem respondentů a tím, jak jsou schopni se přizpůsobovat změnám

Schopnost přizpůsobovat se změnám						
Věk	bez potíží	s mírnými potížemi	se středními potížemi	s vážnými potížemi	nejsem schopen/a	Celkem
50 – 59 let	101	184	109	18	2	414
	24,4 %	44,4 %	26,3 %	4,3 %	0,5 %	100 %
60 –69 let	97	168	124	28	9	426
	22,8 %	39,4 %	29,1 %	6,6 %	2,1 %	100 %
70 –79 let	41	101	71	15	5	233
	17,6 %	43,3 %	30,5 %	6,4 %	2,1 %	100 %
80 a více let	6	47	43	30	1	127
	4,7 %	37,0 %	33,9 %	23,6 %	0,8 %	100 %
Celkem	245	500	347	91	17	1200

Tabulka 41b Výsledek provedeního Chí kvadrát testu

Hodnota Chí kvadrátu	79,9245
Počet stupňů volnosti	12
Test nezávislosti	4,13E-12

Mezi věkem a schopností přizpůsobovat se změnám byla prokázána statisticky významná souvislost na úrovni $p < 0,001$. Platí, že s přibývajícím věkem se respondenti přizpůsobují změnám ve svém životě se stále většími potížemi.

Mezi věkem a schopností respondentů přizpůsobovat se změnám byla prokázána statistická významnost. Můžeme tedy potvrdit stanovenou hypotézu **H5: Schopnost přizpůsobovat se životním změnám u generace 50+ je přímo závislá na věku respondentů.**

Tabulka 42a Vztah mezi pohlavím respondentů a tím, jak jsou schopni se přizpůsobovat změnám

Pohlaví	Schopnost přizpůsobovat se změnám					Celkem
	bez potíží	s mírnými potížemi	se středními potížemi	s vážnými potížemi	nejsem schopen/a	
muž	138	216	154	32	5	545
	25,3 %	39,6 %	28,3 %	5,9 %	0,9 %	100 %
žena	107	284	193	59	12	655
	16,3 %	43,4 %	29,5 %	9,0 %	1,8 %	100 %
Celkem	245	500	347	91	17	1200

Tabulka 42b Výsledek provedeního Chí kvadrát testu

Hodnota Chí kvadrátu	18,5194
Počet stupňů volnosti	4
Test nezávislosti	0,00097

Mezi pohlavím a schopností přizpůsobení se změnám v životě byla prokázána statisticky významná souvislost na úrovni $p = 0,00097$. Platí, že muži významně častěji uvádějí, že jsou schopni se změnám v životě přizpůsobit bez potíží, ženy významně častěji potíže uvádějí.

Jelikož byla prokázána statistická významnost mezi pohlavím respondentů a jejich schopností přizpůsobovat se změnám v životě, můžeme potvrdit stanovenou hypotézu **H6: Schopnost přizpůsobovat se životním změnám u generace 50+ je přímo závislá na pohlaví.**

6 DISKUSE

Každý člověk má své priority rozvrstveny jinak a pro každého může mít jejich naplnění odlišný význam. Potřeby jedinců nejsou stále stejné, ale mění se v průběhu času a v závislosti na různých situacích (Plevová et al., 2012). Navíc uspokojení jedné z potřeb může frustrovat potřebu jinou (Čevela et al., 2012). Ve stáří mnozí lidé ztrácejí schopnost uspokojovat potřeby každodenního života a potřebují podporu v jejich uspokojování. Podpora těchto lidí vyžaduje jejich pochopení, empatii a znalost jejich potřeb a preferencí (Janečková, 2010).

Klasifikace lidských potřeb není jednotná, autoři na klasifikaci pohlíží různě. Pravděpodobně nejznámější teorií týkající se lidských potřeb je teorie amerického psychologa A. H. Maslowa. Poznatky o základních potřebách jsou základním podkladem pro ošetrovatelský proces a jeho aplikaci v klinické i komunitní praxi (Trachtová, 2010). Důležitou úlohou sestry je posoudit zdravotní stav člověka, při čemž může sestra vycházet z teoretického modelu ošetrovatelství, podle kterého je většinou připravena ošetrovatelská dokumentace. Podle zvoleného modelu má sestra možnost postupovat v celém ošetrovatelském procesu (Tóthová et al., 2009).

Důvodem, proč jsme vybrali právě koncepční model Calliste Royové, je vhodnost aplikace tohoto modelu na jedince generace 50+, neboť stárnutí i samotné stáří s sebou přináší mnoho změn a naší snahou mimo jiné bylo zjistit, jak jsou schopni tito jedinci přizpůsobovat se, adaptovat se na změny, které je doprovázejí jejich životem. Tento model by měl sestře pomoci při hodnocení pacienta/klienta jak v klinické, tak i komunitní praxi, ale zejména pomoci při tvorbě sesterských intervencí, které napomáhají efektivnímu adaptivnímu chování pacienta/klienta. Zvolili jsme generaci 50+, neboť právě tato věková hranice je chápána jako mezník počínajícího stárnutí (například Vágnerová, 2007; Slavík, 2012).

Naším cílem bylo zjistit, jaká jsou specifika ošetrovatelské péče v klinické a komunitní praxi u generace 50+ s využitím adaptačního modelu Calliste Royové. Na podkladě tohoto cíle jsme si zvolili 6 hypotéz. První a druhá hypotéza se týkaly životních změn respondentů: *H1: Životní změny u generace 50+ jsou přímo závislé na věku* a *H2: Životní změny u generace 50 jsou přímo závislé na pohlaví*. V dotazníkovém šetření jsme se zaměřili na 26 změn, jež jsou nejčastěji uváděny odbornou literaturou, která se změnami při stárnutí lidského organismu zabývá. Tyto změny můžeme dle modelu Royové chápat jako stimuly, které ovlivňují chování

pacientů/klientů. Stimuly jsou faktory, podněty z vnitřního a vnějšího prostředí, které na jedince nebo skupinu působí a vyvolávají adaptivní reakci, která může být pozitivní či neefektivní (Plevová, 2011).

Respondenti se například vyjadřovali ke změně zdravotního stavu, fyzické zdatnosti, stravování, spánku, soběstačnosti, změně nálady, paměti, zraku a sluchu, sexuálního života, životní spokojenosti, mezilidských vztahů, víry. Respondenti hodnotili míru životní změny od 50. narozenin po současnost. Po statistickém zpracování těchto získaných dat byla zjištěna statisticky významná souvislost mezi věkem respondentů a všemi námi zkoumanými životními změnami. Pro přehlednost byla vytvořena sumarizační tabulka, která zobrazuje souvislost jednotlivých životních změn s věkem (viz Tabulka 29). Jelikož byla prokázána statisticky významná souvislost mezi všemi životními změnami a věkem, *potvrzujeme* naši hypotézu **H1: Životní změny u generace 50+ jsou přímo závislé na věku**. Bylo prokázáno, že s přibývajícím věkem dochází k závažným změnám v každé zkoumané oblasti.

Zde bych uvedla několik změn, u nichž největší podíl respondentů uvedl, že se tato konkrétní změna změnila zásadně. Nejvíce respondentů uvedlo, že se zásadně změnila pracovní schopnost. Tuto odpověď uvedlo 11,9 % respondentů (viz Graf 26). Dále byl zásadně změněn sexuální život u 9,9 % respondentů (viz Graf 24) a u 8,7 % respondentů byl zásadně změněn denní režim (viz Graf 12).

Překvapilo mě, že změnu sexuálního života jako zásadní označilo 9,9 % respondentů, i když na tuto položenou otázku neodpovědělo 5,2 % respondentů. Avšak o tom, proč tolik respondentů na naši otázku ohledně změny sexuálního života neodpovědělo, můžeme pouze spekulovat. Mohlo to být z toho důvodu, že jednoduše na otázku nemohli najít odpověď nebo že jsou otázky ohledně sexuality pro ně tabu a nechtějí odpovídat.

Truhlářová a Marková (2007) uvádějí, že stále přetrvává společenský názor na to, že sexuální aktivita je doménou jedinců v produktivním věku. Další mýty o sexualitě popisuje Venglářová (2007). Uvádí, že sex je něco nepatřičného, nebo že touha a schopnost milovat se s věkem vytrácejí. Oproti tomu Stehlíková (2010) píše, že sexuální život nekončí šedesátým ani sedmdesátým rokem. I ve věku vyšším 80 let je 29 % mužů a 25 % žen sexuálně aktivních. Stehlíková (2010) dokonce uvádí mnoho pozitivních změn, které naopak stáří pro sexuální život přináší. Pozitivní změnou může například být to, že není zapotřebí rychle ráno vstát z postele a pospíchat do práce,

že ve vedlejší místnosti nespí malé děti, dokonce úlevou může být moci se oprostít od požadavků na sexuální výkon a oddat se jiným formám vzájemné něžnosti.

Dle mého názoru nastává největší problém v oblasti sexuality u jedinců v ústavní péči, kdy je tato problematika nejvíce spojována s nedostatkem soukromí a také s postojem pracovníků ať už ve zdravotnickém či sociálním zařízení. Je důležité, jak pracovníci chápou sexuální potřeby pacientů/klientů, a jak mohou a jsou ochotni jim v naplnění sexuálních potřeb pomoci. Dle Venglářové (2007) může být pro personál obtížné překonat mýty o sexualitě starších jedinců, komunikovat s nimi na intimní téma, někteří nemusí mít dostatek znalostí o změnách sexuality vlivem stárnutí a nemocí, jindy může být překážkou problematické chování seniorů v podobě sexuální nezdrženlivosti či sexuálního obtěžování. Jsem stejného názoru jako autorky Truhlářová a Marková (2010), že starší jedinci mají právo na sexuální projevy a pokud neuznáváme jejich právo na sexualitu, nemůžeme jim poskytnout komplexní péči, kterou očekávají a na niž mají právo.

Přeneseme-li se do oblasti kognitivních změn u našich dotazovaných respondentů, můžeme v příslušných tabulkách (viz Tabulka 12a, Tabulka 13a) spatřit vztah mezi přibývajícím věkem a změnou kvality paměti a schopností učit se nové věci. Platí tedy, že s přibývajícím věkem dochází k závažným změnám v kvalitě paměti a schopnosti učit se nové věci. Jak uvádí (Konrád, 2005), je známo, že se stárnutí obecně spojuje s poklesem kognitivního výkonu. Tyto změny nemusí nutně znamenat neurologické onemocnění, ale pravděpodobně jsou považovány za průvodní jev fyziologie stárnutí, podobně jako třeba změny kostního metabolismu. Jako kognitivní funkce se označují mimo námi zmíněnou paměť a učení také například myšlení, chápání, rozhodování, motivace a poznávání. Proces stárnutí je doprovázen změnami kognitivních funkcí, avšak individuální průběh a intenzita změn je různá, píše Vepřeková (2012). Ale to vůbec neznamená, že starší jedinci nemají potřebu se vzdělávat a učit se novému. Špatenková a Smékalová (2015) popisují mýty o stárnutí a stáří ve vztahu ke vzdělávání. To, že vzdělávat seniory je zbytečné, že staří lidé se nemohou ničemu novému naučit, nechtějí pracovat s novými technologiemi, že zabírají místo ve škole mladým a dokonce, že starší lidé si nic nepamatují nebo dokonce potřebují zdravotní a sociální péči, nikoli vzdělávání, je mýtus. Naštěstí toho názoru nejsou například zřizovatelé akademií a univerzit třetího věku, univerzit volného času či klubů seniorů. Avšak je nutno podotknout, že stárnutí přináší změny v kognitivních funkcích, a to s sebou přináší i změny ve vzdělávání jedinců, dále může být kognice ovlivněna nejen

věkem, ale také léky, psychickými problémy, stresem, bolestí, změnou prostředí, nemocí, a na to vše musí sestra či jiný pracovník pamatovat nejen při edukaci pacienta/klienta.

Ve výzkumném šetření Bužgové a Klechtové (2011) senioři nejhůře hodnotili schopnost navazovat nová přátelství, tolerantnost vůči sobě a stárnutí považovali za těžší, než si mysleli.

Druhá hypotéza se věnovala problematice životních změn ve vztahu k pohlaví. Avšak nebyla potvrzena statisticky významná souvislost mezi všemi životními změnami a pohlavím. Z tohoto důvodu *nepotvrzujeme* takto námi stanovenou hypotézu **H2: Životní změny u generace 50+ jsou přímo závislé na pohlaví.** Pro přehlednost byla vytvořena sumarizační tabulka, která zobrazuje pouze ty změny, u kterých byla prokázána statisticky významná souvislost (viz Tabulka 38).

Byla prokázána statisticky významná souvislost mezi pohlavím a vnímáním vlastní osoby po 50. roce života. Platí, že muži ve významně větší míře uvádějí, že se vnímání vlastní osoby nezměnilo, oproti ženám, které uvádějí, že ke změnám došlo (viz Tabulka 31a). Vágnerová (2007) uvádí, že stárnoucí člověk mění postoje nejen ke svému okolí, ale také k sobě samému i k vlastnímu jednání. Změna postoje k sobě samému se projeví i změnou sebepojetí. Dle Vágnerové (2007) stárnoucí muž až do odchodu do důchodu neprochází jednoznačným mezníkem, který by měnil jeho postavení. Oproti tomu stárnoucí žena v období starší dospělosti uzavírá jednu fázi vývoje své ženské role, proto jsou její biologické i sociální proměny výraznější.

Raboch a Pavlovský (2013) uvádí, že partnerské vztahy bývají ve starší dospělosti stabilnější, partneři od sebe navzájem očekávají oporu a praktickou pomoc při zvládnání nemocí a sociálních těžkostí. Dle Dvořáčkové (2012) partnerské soužití je významným faktorem, který ovlivňuje životní postoj a aktivní přístup k životu. Proti partnerskému vztahu jsou vztahy s dětmi a jinými příbuznými například proti osamělosti menší oporou. V našem výzkumném šetření bylo prokázáno, že muži ve významně větší míře uvádějí, že se jejich vztah s životním partnerem nezměnil a oproti tomu ženy významně více uvádějí, že nemají životního partnera. Na otázku *Nakolik se změnil vztah s Vaším životním partnerem/partnerkou od Vašich 50. narozenin po současnost?* odpovědělo 21,2 % žen, že partnera nemají. Oproti tomu na tuto otázku označilo odpověď *nemám partnerku* 14,1 % respondentů mužského pohlaví (viz Tabulka 34a). Dále bylo zjištěno, že s přibývajícím věkem dochází k závažným změnám ve vztahu s životním partnerem a rovněž roste podíl těch, kteří životního partnera nemají.

Překvapujícím zjištěním pro mne bylo, že dle Českého statistického úřadu (2016) se v roce 2015 rozvedlo 6 395 mužů ve věku od 50 let výše a 4 162 žen v tomtéž věku. Avšak četnost rozvodů stárnoucích lidí v tomto roce klesá (viz Příloha 5). Nejvíce lidí ve věku 50+ se v roce 2015 rozvedlo ve věku 50 až 54 let, bylo to 2 885 mužů a 2 119 žen. Oproti tomu ve věku 75+ se rozvedlo 80 mužů a 23 žen. Ve věku 75+ se tedy v roce 2015 rozvedlo 103 jedinců, toto číslo mě překvapilo. Byla jsem názoru, že četnost rozvodů v tomto vyšším věku není tak vysoká. Český statistický úřad (2015) ve Statistické ročence uvedl, že v roce 2014 se ve věku 75+ rozvedlo 63 mužů a 19 žen. V roce 2013 tomu pak bylo v tomto věku 63 mužů a 27 žen, roku 2012 to bylo 61 mužů a 21 žen a v roce 2011 se rozvedlo 61 mužů a 20 žen. Lze tedy říci, že v tomto vyšším věku se více rozvádějí muži, četnost rozvodů mužů ve věku 75+ za posledních 5 let roste. Od roku 2011 do roku 2015 se rozvedlo téměř o 11 000 více mužů nežli žen ve věku 50+ (viz Příloha 6). Čemu potom můžeme přičítat to, že ženy ve významně větší míře uvádějí odpověď „*nemám partnera*“? Je to z toho důvodu, že se rozvedly v mladším věku, vůbec vdané nebyly, tedy neměly manžela a nyní nemají ani partnera, nebo jejich partner zemřel či dokonce nemají potřebu partnerských vztahů? To bohužel nevíme; můžeme o tom pouze spekulovat, ale stálo by jistě za to při dalším výzkumném šetření a dotazech na partnerské vztahy při zjištění, že respondent nemá životního partnera, doptávat se, proč tomu tak je.

Někdo by mohl namítnout, že není tak důležité vědět, zda má jedinec životního partnera, ale s tím nesouhlasím, ba dokonce tomu přiřkládám důležitost. Každou sestru, ať už v komunitní či klinické praxi, by měla zajímat otázka nejen mezilidských vztahů obecně, ale právě i zmíněné vztahy partnerské. Vráťme-li se zpět k tomu, co píše Dvořáčková (2012), proti partnerskému vztahu jsou vztahy s dětmi a jinými příbuznými menší oporou. Právě oporu potřebují pacienti ve zdraví, ale zejména v nemoci. Partner je oporou při zvládání různých životních záležitostí, lze od něj očekávat solidaritu a pomoc v nouzi, představuje jistotu sociálního kontaktu, bude vždy k dispozici, a tudíž nezůstane člověk ve stáří sám.

Jako zajímavé shledávám zjištění, že u všech změn, kdy byla potvrzena statistická významnost ve vztahu s pohlavím, platí, že muži ve významně větší míře uvádějí, že se u nich konkrétní testovaná změna neprojevila, nebo jen trochu. Ženy ale změny připouštějí, dokonce je hodnotí jako zásadní či podstatné. Předpokládali jsme závislost mezi pohlavím a změnami, ale byla prokázána statistická významnost pouze mezi některými změnami a pohlavím, avšak změny ve významně větší míře oproti mužům

uvádí ženy. Jsem toho názoru, že ženy vnímají stárnutí negativněji nežli muži. Ženy chápou stárnutí jako změnu zevnějšku, ztrátu krásy, přitažlivosti a atraktivity, bojují proti vráskám, šedinám a věku. Chtějí vypadat mladší, nežli je jejich kalendářní věk a nechtějí si připustit stárnutí. Oproti tomu stárnutí mužů je leckdy vnímáno jako „zrání vína“ – čím je muž starší, může být vnímán jako atraktivnější, žádanější. Šediny a vrásky muži neskrývají a věkem se většinou netají.

Ačkoli jsme si všichni podle ústavy rovni, ve společenském styku to neplatí. Někteří lidé jsou společensky významnější, jiní oproti nim zase méně. Avšak už tisíc let má ve společnosti výjimečné postavení žena. Platí tedy, že dospělá žena ve společnosti má vyšší společenské postavení nežli dospělý muž (Špaček, 2017). Odvrátím-li se na chvíli od vyššího věku a přesunu se do dospívání člověka, zejména dospívání dívky, je v dnešní době velice obtížné rozeznat nezletilou dívku od dospělé ženy. Dívky, ale i chlapci, chtějí být dospělí a také tak vypadat a podle toho upravují svoji vizáž. Tuto skutečnost chápu jako paradox života, mladé dívky chtějí vypadat starší a dospělé starší ženy se zase snaží o to, aby jejich vzhled vypadal mladistvěji. Dle mého názoru je to naprosto správně. Každý člověk má nárok na to cítit se ve svém těle dobře.

Další oblastí výzkumného šetření byla otázka postojů respondentů vůči životním změnám, které jim s sebou přináší stárnutí. Avšak ne každý jedinec má schopnost a sílu přijmout a akceptovat přibývajících roky se všemi neduhy a omezeními, které jim stárnutí a stáří přináší. Postoj ke stáří a prožívání stáří jsou individuálně odlišné a záleží na mnoha okolnostech, jak se s nimi stárnoucí člověk vyrovná (Malíková, 2011). Ptáme-li se respondentů na jejich postoje, měli bychom vždy počítat s tím, že odpovědi mohou být zkreslené. Důvodem je, že lidé neradi vyjadřují své skutečné postoje, jsou-li názoru, že s nimi nebude někdo souhlasit. Respondent mívá snahu odpovídat podle očekávání tazatele, uvádí Janošová (2007).

Třetí a čtvrtá hypotéza byla zaměřena na postoj, jaký respondenti zaujímají vůči životním změnám. Hypotézy tedy zní *H3: Postoj zaujímaný k životním změnám u generace 50+ je přímo závislý na věku*, a hypotéza *H4: Postoj zaujímaný k životním změnám u generace 50+ je přímo závislý na pohlaví*. Byla prokázána statisticky významná souvislost mezi věkem a postojem ke změnám. Platí, že s přibývajícím věkem významně roste podíl těch, kteří svůj postoj ke změnám označují jako negativní. Z tohoto důvodu *potvrzujeme* hypotézu *H3: Postoj zaujímaný k životním změnám u generace 50+ je přímo závislý na věku*. Stejného výsledku bylo také dosaženo

ve výzkumném šetření autorek Bužgové a Klechové (2011), které uvádí, že se zvyšujícím se věkem seniorů bývají postoje více negativní.

Dále naše výzkumné šetření prokázalo statisticky významnou souvislost mezi pohlavím a postojem ke změnám. Platí, že postoj mužů ke změnám je ve významně větší míře pozitivní než postoj žen. Proto *potvrzujeme* hypotézu **H4: Postoj zaujímaný k životním změnám u generace 50+ je přímo závislý na pohlaví.** Testování vztahu zobrazuje Tabulka 40a. Na Likertově škále označilo postoj pozitivní 24,6 % žen a 31,6 % mužů, avšak jako negativní hodnotí postoj 31,7 % mužů, ale 37,5 % žen.

Shrneme-li otázku postojů respondentů vůči životním změnám, z našeho výzkumného šetření vyplývá, že postoj zaujímaný ke změnám je závislý na věku respondentů. S přibývajícím věkem roste podíl těch, kteří hodnotí postoj jako negativní. Dále významně častěji negativní postoj ke změnám uvádí ženy. Tělesné změny zejména žen bývají spojeny s úbytkem prestiže. Některé rezignují na přijatelnou atraktivitu, jiné její pokles popírají a další si ke svému tělu vytváří realistický postoj a nacházejí tak nově přijatelnou identitu (Slavík, 2012). Zajímavé výsledky také publikovaly autorky Barrett a Toothman (2016). Zjistily, že ženy ve věku 35 až 39 let vykazují méně pozitivní vliv společnosti na sebehodnocení fyziologických změn. Dokonce ženy ve věku v rozmezí 25 až 49 let vykazují vyšší negativní vliv společnosti na sebehodnocení fyziologických změn. To autorky vysvětlují většími obavami mladších žen z poklesu zdraví a přitažlivosti a snahou žen o mladší vzhled. Tato studie zdůrazňuje hodnotu zvažování důsledků ageistické a sexistické společnosti pro emoční pohodu stárnoucích žen.

Dle Vágnerové (2007) existují určité normy krásy, které by platily pro období stáří, ale mají ve společnosti menší hodnotu než mediálně prezentovaný standard, spojený s mladistvým vzhledem. V současnosti je naše společnost pod vlivem povrchních hodnot a podléhá kouzlu mládí, výkonnosti, pružnosti, přizpůsobivosti, maximálního nasazení a opomíjí či až dokonce zapomíná na zkušenosti, rozvahu, moudrost, uznání ocenění a pokoru, uvádí Malíková (2011). Uvědomme si, že jak dnes pohlíží mladí lidé na stáří, tak jednou i na ně bude pohlíženo mladými lidmi jako na staré. Jaký postoj zaujímá společnost ke stáří, ovlivňuje zcela jistě postoj jednotlivců na své vlastní stárnutí a změny, které s sebou stárnutí přináší.

Proces adaptování se na projevy stárnutí zejména tělesného rázu Vágnerová (2007) dělí do 3 fází. První fází většinou bývá popírání a bagatelizování změn. Jedinec si některé změny sice uvědomuje, ale nejsou-li zvlášť nápadné, nevěnuje jim pozornost.

Druhou fází je fáze smlouvání. Jedinec si uvědomuje stárnutí a rád by si pocit přijatelné svěžesti ponechal co nejdéle, ale má tendenci se porovnávat s vrstevníky. Člověk rád slyší, že je na svůj věk výkonný a vypadá mladě. Poslední fáze je přijetí reality tělesného úpadku a zdůraznění jiných hodnot.

Adaptace je ústředním pojmem koncepčního modelu Calliste Royové. Adaptace je schopnost jedince přizpůsobovat se změnám vnitřního a vnějšího prostředí, uvádí Plevová (2011). Jak píše Pavlíková (2006), pozitivní adaptace je procesem podpory fyzické, psychické a sociální integrity jedince, která je podmínkou zachování jeho celistvosti, úplnosti neboli zdraví. Neefektivní reakce na změny prostředí vede ke změně celostnosti jedince, tedy k nemoci.

I nás zajímalo, jak jsou naši respondenti schopni přizpůsobovat se změnám, které jim stárnutí přináší; proto byly naše dvě poslední hypotézy zaměřeny na problematiku respondentů přizpůsobovat se životním změnám. Pátá hypotéza zní *H5: Schopnost přizpůsobovat se životním změnám u zástupců generace 50+ je přímo závislá na věku.* Takto jsme zvolili šestou hypotézu *H6: Schopnost přizpůsobovat se životním změnám je u zástupců generace 50+ přímo závislá na pohlaví.* Byla prokázána statisticky významná souvislost mezi věkem a schopností přizpůsobovat se změnám. Platí, že s přibývajícím věkem se respondenti přizpůsobují změnám ve svém životě se stále většími potížemi. Z našeho výzkumného souboru o 1 200 respondentech je schopno přizpůsobovat se změnám bez potíží pouze 245 z nich (viz Tabulka 41a), což představuje 20,4 % respondentů. Avšak oproti tomu 17 respondentů (1,4 %) není schopno se změnám přizpůsobit.

Pro adaptaci jedince jsou důležité stimuly, které na jedince působí, a rovněž takzvaná adaptační úroveň. Dle Plevové (2011) je adaptační úroveň rozsah adaptivních reakcí, který má každý jedinec jiný. V praxi to znamená, že každý jedinec reaguje na změny neboli stimuly odlišným způsobem chování, který je pro něj typický. Dle našeho očekávání se s vážnými potížemi přizpůsobuje nejvíce respondentů ve věku 80+. Na základě těchto dat *potvrzujeme* stanovenou hypotézu *H5: Schopnost přizpůsobovat se životním změnám u generace 50+ je přímo závislá na věku respondentů.*

Také mezi pohlavím a schopností přizpůsobovat se životním změnám byla prokázána statisticky významná souvislost. Platí, že muži významně častěji uvádějí, že jsou schopni změnám v životě se přizpůsobit bez potíží, kdežto ženy výrazně častěji potíže uvádějí. Schopnost přizpůsobovat se změnám bez potíží uvádí 25,3 % mužů, ale pouze 16,3 % žen (viz Tabulka 42a) Neschopnost respondentů přizpůsobit

se změnám nebyla velká, ale u žen bylo procento zastoupení o 50 % vyšší než u mužů. Jelikož byla prokázána statisticky významná souvislost mezi pohlavím respondentů a jejich schopností přizpůsobovat se změnám v životě, **potvrzujeme** stanovenou hypotézu ***H6: Schopnost přizpůsobovat se životním změnám u generace 50+ je přímo závislá na pohlaví.***

Lze tedy říci, že ženy jednak negativněji vnímají jednotlivé životní změny, ale také oproti mužům se s většími obtížemi těmto změnám přizpůsobují.

7 ZÁVĚR

Celý svět se potýká se stárnutím lidské populace, je to celosvětový problém, Českou republiku nevyjímaje. Stárnutí přispívá také k větší spotřebě nejen sociální, ale zejména zdravotní péče. Každý člověk má nárok na poskytnutí kvalitní a efektivní péče v souladu s nejmodernějšími uznávanými biomedicínskými postupy. Abychom mohli poskytovat co nejkvalitnější péči našim pacientům/klientům, musíme umět diagnostikovat, jaký druh péče pacient/klient potřebuje. Pacienta/klienta je nutno brát jako individualitu a zároveň je nutné na něj pohlížet komplexně, holisticky, jako na bio-psycho-socio-spirituální bytost, která má své potřeby. Každá sestra by měla mít teoretické znalosti v oblasti potřeb, aby mohla porozumět lidem, o které pečuje.

Stárnutí a samotné stáří je etapou, kdy se člověk potýká s řadou změn, které život přináší, ať už to jsou to změny pozitivního či negativního charakteru. Názor společnosti na stárnutí a stáří je ambivalentní, na jedné straně vychováváme děti k úctě ke stáří, na druhé straně se o něm hovoří jako o neproduktivním článku společnosti. Myslím si, že dokud nebudou mít staří lidé sami o sobě kladné mínění, nemůže dojít k celospolečenské změně chápání seniorů.

Koncepční modely v ošetrovatelské péči poskytují zdravotníkům filozoficko-teoretický rámec pro poskytování péče zdravým i nemocným lidem. Přinášejí společný jazyk, možnost, jak zefektivnit komunikaci, poskytovanou péči a jsou nástrojem pro hodnocení výsledků intervencí. Využili jsme Adaptační model autorky Calliste Royové, neboť se dá velice dobře aplikovat u námi zvolené generace 50+. Padesátý rok života je autory odborné literatury chápán jako mezník, který potvrzuje stárnutí. Stárnutí s sebou přináší řadu změn, které ovlivňují potřeby stárnoucího jedince, a právě Adaptační model je vhodné použít v této problematice, neboť úspěšná adaptace je to, čeho chceme u stárnoucích lidí dosáhnout, aby byli schopni se adaptovat, přizpůsobit se změnám, které prožívají.

Naším cílem bylo zjistit, jaká jsou specifika ošetrovatelské péče v klinické a komunitní praxi. Specifiky chápeme jednotlivé změny, které s sebou stárnutí přináší a které velice ovlivňují péči o tyto jedince jak v komunitní, tak i klinické praxi. Našli jsme mnoho specifík, která péči ovlivňují. Tato specifika by si měla sestra při práci s lidmi ve věku 50+ zejména uvědomovat a umět je zakomponovat do poskytované péče tak, aby péče byla kvalitní a efektivní. Je velice nutné, aby měla sestra o těchto specifických povědomí, neboť pacient/klient nemusí navenek tyto potřeby projevovat,

avšak niterně je pociťuje, a právě ony mohou ovlivňovat a také ovlivňují výsledek péče. Vše souvisí se vším, potřeby v psychické oblasti ovlivňují oblast tělesnou i sociální a naopak.

V našem výzkumném šetření bylo prokázáno, že s přibývajícím věkem dochází u lidí ve věku 50+ k závažným změnám u 26 hodnocených změn. Avšak nebylo potvrzeno, že životní změny u generace 50+ jsou přímo závislé na pohlaví, neboť nebyla prokázána statisticky významná souvislost mezi všemi testovanými změnami a pohlavím. Dále platí, že s přibývajícím věkem významně roste podíl těch, kteří hodnotí postoj ke změnám jako negativní. Byl statisticky prokázán vztah mezi postoji ke změnám a pohlavím. Platí, že postoj mužů ke změnám je ve výrazně větší míře pozitivní než postoj žen. S přibývajícím věkem se respondenti přizpůsobují změnám ve svém životě se stále většími potížemi. Ale muži častěji uvádí, že se přizpůsobují bez potíží, kdežto ženy výrazně častěji potíže uvádí.

Vytyčený cíl se nám podařilo splnit, odhalili jsme specifika poskytování péče u generace 50+, otestovali jsme jejich vztah s věkem a pohlavím, zjistili jsme postoje respondentů ke změnám a schopnost jejich přizpůsobování se.

Tato diplomová práce by mohla posloužit jako teoretický rámec uvědomění si procesu stárnutí a jeho vlivu na proměnu hodnot a potřeb člověka. Dále by mohla pomoci poskytovatelům péče porozumět pacientům/klientům v oblasti postojů, přizpůsobování se, chápání a vnímání změn. Stárnutí člověka je proces přirozeně involučních změn, ke kterým dochází v každém organizmu. Avšak úlohou každého člověka je popasovat se s tímto faktem. Starší člověk se musí neustále přizpůsobovat novým problémům a změnám a jeho kompetence jsou vlivem stáří nebo i nemoci více či méně limitovány. U jedince, který toho z jakéhokoli důvodu není schopen, je důležitá role sestry, která mu s touto úlohou má pomáhat. K tomu by ji mohl velice dobře posloužit model Calliste Royové, ale nejen ten, také jiné koncepční modely v ošetřovatelství.

Avšak je mi líto, že mnoho sester v České republice se ke koncepčním modelům staví odmítavě, někdy dokonce až velice negativně. Přitom autorky těchto modelů a různých ošetřovatelských teorií zmiňované koncepce tvoří právě pro nás, pro sestry v praxi, abychom mohly a uměly kvalitně a efektivně posoudit pacienta/klienta a nalézt u něj potíže, které je zapotřebí odstranit nebo alespoň eliminovat. Dle mého názoru sestry pouze koncepčním modelům a teoriím zcela nerozumí, neumějí je aplikovat, proto je odmítají. To by mohlo být podnětem pro další výzkumné šetření – zjistit,

z jakých důvodů se sestry v České republice ke koncepčním modelům staví odmítavě a jak u nich docílit změnění postoje. Naší snahou bylo Adaptační model co nejjednodušeji vysvětlit, aby byl co nejsrozumitelnější zejména sestřám, které se na své povolání připravují či už v tomto oboru pracují.

Na podkladě této práce je vytvořena modifikace ošetrovatelské anamnézy dle Royové, která by měla sloužit ke komplexnímu posouzení pacienta/klienta sestrou.

V neposlední řadě pocítuji obrovský přínos této práce pro moji profesní roli sestry. Zabýváním se této problematiky jsem docílila hlubšího pochopení koncepčních modelů, ale zejména stárnutí a samotného stáří. Pojem stáří se může na první pohled zdát jednoznačný a jasný, ale ve své podstatě skrývá mnoho nepoznaných a neobjasněných skutečností.

„Být rozhodný a odvážný měnit to, co se měnit dá. Být trpělivý a snášet to, co se měnit nedá. Být moudrý, abys uměl rozlišit mezi tím, co se změnit dá a co se změnit nedá.“

Demosthenes

8 SEZNAM INFORMAČNÍCH ZDROJŮ

1. ALIMOHAMMADI, N. et al., 2015. Effect of a care plan based on Roy adaptation model biological dimension on stroke patients' physiologic adaptation level. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*. 20(2), 275-281. ISSN 1735-9066.
2. ARCHALOUSOVÁ, A., 2003. *Přehled vybraných ošetrovatelských modelů*. Hradec Králové: Nucleus. 104 s. ISBN 80-86225-33-X.
3. ARCHALOUSOVÁ, A., SLEZÁKOVÁ, Z., 2005. *Aplikace vybraných ošetrovatelských modelů do klinické a komunitní praxe*. Hradec Králové: Nucleus. 108 s. ISBN 80-86225-63-1.
4. ARONSON, E. et al., 2010. *Social psychology*. 7. vydání. Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall. 624 s. ISBN 978-0138-1447-84.
5. AYERS, S., DE VISSER, R., 2015. *Psychologie v medicíně*. Praha: Grada. 568 s. ISBN 978-80-247-5230-3.
6. BADR NAGA, B. S. H., AL-KHASIB, E. A., 2014. Roy Adaptation Model: Application of Theoretical Framework. *Middle East Journal of Family Medicine*. 12(8), 48-51. doi: 10.5742
7. BARRET, A. E., TOOTHMAN, E. L., 2016. Explaining age differences in women's emotional well-being: The role of subjektive experiences of aging. *Journal of Women & Aging*. 28(4), 285-296. doi: 10.1080/08952841.2015.1017426
8. BÁRTLOVÁ, S., 2005. *Sociologie medicíny a zdravotnictví*. 6. vydání. Praha: Grada. 188 s. ISBN 80-247-1197-4.
9. BASAVANTHAPPA, B.T., 2007. *Nursing theories*. New Delhi: Jaypee Brother. 406 s. ISBN 818061963X.
10. BUŽGOVÁ, R., KLECHOVÁ, H., 2011. Měření postojů seniorů ke stáří. *Praktický lékař*. 91(7), 396-401. ISSN 0032-6739.
11. ČELEDOVÁ, L. et al., 2010. *Výchova ke zdraví: vybrané kapitoly*. Praha: Grada. 126 s. ISBN 978-80-247-3213-8.

12. ČELEDOVÁ, L. et al., 2016. *Úvod do gerontologie*. Praha: Karolinum. 154 s. ISBN 978-80-246-3404-3.
13. ČEVELA, R. et al., 2012. *Sociální gerontologie: úvod do problematiky*. Praha: Grada. 264 s. ISBN 978-80-247-3901-4.
14. ČEVELA, R., ČELEDOVÁ, L., 2014. *Sociální gerontologie: východiska ke zdravotní politice a podpoře zdraví ve stáří*. Praha: Grada. 240 s. ISBN 978-80-247-4544-2.
15. DVOŘÁČKOVÁ, D., 2012. *Kvalita života seniorů: v domovech pro seniory*. Praha: Grada. 112 s. ISBN 978-80-247-4138-3.
16. FARKAŠOVÁ, D., 2006. *Ošetrovatelství-teorie*. Martin: Osveta. 211 s. ISBN 80-8063-227-8
17. GÁLIK, S., 2012. *Psychologie přesvědčování*. Praha: Grada. 108 s. ISBN 978-80-247-4247-2.
18. GEORGE, J. B., 2011. *Nursing theories: the base for professional nursing practice*. 6. vydání. Upper Saddle River, N.J.: Pearson Education. 691 s. ISBN 978-0135-1358-39.
19. JANEČKOVÁ, H. 2010. Sociální práce se starými lidmi. In: MATOUŠEK, O. et al., *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. 2. vydání. Praha: Portál. s. 163-193. ISBN 978-80-7367-818-0.
20. JANOŠOVÁ, P., 2007. Sociální psychologie pro studenty celoživotního vzdělávání. [online] Liberec [cit. 2017-03-24]. Dostupné z: <http://moodle.cdv.tul.cz/course/view.php?id=24>.
21. JAROŠOVÁ, D., 2007. *Úvod do komunitního ošetrovatelství*. Praha: Grada. 100 s. ISBN 978-80-247-2150-7.
22. KAAS, J., TÓTHOVÁ, V., 2015. Možnosti využití koncepčního modelu Calliste Royové v současném ošetrovatelství. *Ošetrovatel'stvo: teória, výskum, vzdelávanie*. 5(2), 43-49. [online] [cit. 2017-04-10] Dostupné z: <http://www.osetrovatelstvo.eu/archiv/2015-rocnik-5/cislo-2/moznosti-vyuziti-adaptacniho-modelu-calisty-royove-v-soucasnem-osetrovatelstvi>.

23. KALVACH, Z., 2011. *Křehký pacient a primární péče*. Praha: Grada. 400 s. ISBN 978-80-247-4026-3.
24. KLEVETOVÁ, D., DLABALOVÁ, I., 2008. *Motivační prvky při práci se seniory*. Praha: Grada. 208 s. ISBN 978-80-247-2169-9.
25. KOLÁŘ, Z., 2012. *Výkladový slovník z pedagogiky: 583 vybraných hesel*. Praha: Grada. 192 s. ISBN 978-80-247-3710-2.
26. KONRÁD, J., 2005. Kognitivní poruchy ve stáří. *Psychiatrie pro praxi*. 6(5), 229-232. ISSN - 1213-0508.
27. KOPECKÁ, I., 2011. *Psychologie: učebnice pro obor sociální činnost*. Praha: Grada. 200 s. ISBN 978-80-247-3875-8.
28. KUTNOHORSKÁ, J. et al., 2011. *Etika pro zdravotně sociální pracovníky*. Praha: Grada. 192 s. ISBN 978-80-247-3843-7.
29. LANGMEIER, J., KREJČÍŘOVÁ, D., 2006. *Vývojová psychologie*. 2. vydání. Praha: Grada. 368 s. ISBN 80-247-1284-9.
30. MALÍKOVÁ, E., 2011. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. Praha: Grada. 328 s. ISBN 978-80-247-3148-3.
31. MASTILIAKOVÁ, D., 2014. *Posuzování stavu zdraví a ošetrovatelská diagnostika: v moderní ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada. 192 s. ISBN 978-80-247-5376-8.
32. MELEIS, A. I., 1997. *Theoretical nursing: Development and Progress*. Lippincott Williams & Wilkins. 832 s. ISBN 0781736730.
33. MLÝNKOVÁ, J., 2010. *Pečovatelsví: učebnice pro obor sociální péče-pečovatelská činnost*. Praha: Grada. 276 s. ISBN 978-80-247-3184-1.
34. MLÝNKOVÁ, J., 2011. *Péče o staré občany: učebnice pro obor sociální činnost*. Praha: Grada. 192 s. ISBN 978-80-247-3872-7.
35. NAYBACK, A. M., 2009. PTSD in the Combat Veteran: Using Roy's Adaptation Model to Examine the Combat Veteran as a Human Adaptive System. *Issues in Mental Health Nursing*, 30(5), 304-310. doi: 10.1080/01612840902754404

36. OSPINA ROMERO, A. M., 2012. Coping and adaptation process during puerperium. *Colombia Médica*, 43 (2), 167-174. ISSN 1657-9534
37. PARKER, M., 2006. *Nursing theories & nursing practice*. 2. vydání. Philadelphia: F.A. Davis, 409 s. ISBN 9780-8036-1196-2.
38. PAVLÍKOVÁ, S., 2006. *Modely ošetrovatelství v kostce*. Praha: Grada. 152 s. ISBN 80-247-1211-3.
39. PERLOFF, R. M., 2010. *The dynamics of persuasion: communication and attitudes in the 21st century*. 6. vydání. Mahwah, N.J.: Lawrence Erlbaum Associates. 413 s. ISBN 0-203-87032-8.
40. PLEVOVÁ, I., 2011. *Ošetrovatelství I*. Praha: Grada. 288 s. ISBN 978-80-247-3557-3.
41. PLEVOVÁ, I., 2012. *Management v ošetrovatelství*. Praha: Grada. 304 s. ISBN 978-80-247-3871-0.
42. PLZENSKÁ, D., SEDLÁKOVÁ, G., 2009. Aplikace ošetrovatelského modelu C. Royové u pacientů s ireverzibilními změnami. *Sestra*. 19(2), 24-26. ISSN 1210-0404.
43. POLÁCHOVÁ, E., 2007. Adaptace a příprava na stáří. *Sestra*. 17(5). 49-50. ISSN 1210-0404
44. RABOCH, J., PAVLOVSKÝ, P., 2013. *Psychiatrie*. Praha: Karolinum. 468 s. ISBN 978-80-246-1985-9.
45. ROKOSOVÁ, L. 2009. Úloha dětské sestry v zajištění plnění u rodiny dítěte s diagnostikovaným diabetem mellitem v modelu C. Roy. České Budějovice. Diplomová práce, ZSF JU.
46. ROY, C., 1984. *Introduction to nursing: an adaptation model*. 2. vydání. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice-Hall. 580 s. ISBN 9780134912745.
47. ROY, C., 1997. Future of the Roy model: Challenge to redefine Adaptation. *Nursing Science Quarterly*. 10(1), 42-48. ISSN 0894-3184.

48. SEAH, X. Y., THAM, X. C., 2015. Management of bulimia nervosa: a case study with the roy adaptation model. *Nursing science quarterly*, 28(2), 136-141. ISSN: 0894-3184
49. SIKOROVÁ, L., 2011. *Potřeby dítěte v ošetrovatelském procesu*. Praha: Grada. 208 s. ISBN 978-80-247-3593-1.
50. SLAVÍK, M., 2012. *Vysokoškolská pedagogika*. Praha: Grada. 253 s. ISBN 978-80-247-4054-6.
51. SLEZÁČKOVÁ, A., 2012. *Průvodce pozitivní psychologií: nové přístupy, aktuální poznatky, praktické aplikace*. Praha: Grada. 304 s. ISBN 978-80-247-3507-8.
52. STASKOVÁ, V. 2009. Překážky a možnosti ve využití adaptačního modelu Royové u nemocných po amputaci dolní končetiny. České Budějovice. Rigorózní práce. ZSF JCU.
53. *Statistická ročenka České republiky 2012*, 2012. [online]. Český statistický úřad. [cit. 2017-04-22]. 824 s. ISBN 978-80-250-2253-5. Dostupné z: <https://www.czso.cz/csu/czso/statisticka-rocenka-ceske-republiky-2012-m3e85gpidf>.
54. *Statistická ročenka České republiky 2013*, 2013. [online]. Český statistický úřad. [cit. 2017-04-22]. 832 s. ISBN 978-80-250-2386-0. Dostupné z: <https://www.czso.cz/csu/czso/statisticka-rocenka-ceske-republiky-2013-pxygncc90n>.
55. *Statistická ročenka České republiky 2014*, 2014. [online]. Český statistický úřad. [cit. 2017-04-22]. 816 s. ISBN 978-80-250-2580-2. Dostupné z: <https://www.czso.cz/csu/czso/statisticka-rocenka-ceske-republiky-2014-n-zi0tqklk5k>.
56. *Statistická ročenka České republiky 2015*, 2015. [online]. Český statistický úřad. [cit. 2017-04-22]. 800 s. ISBN 978-80-250-2638-0. Dostupné z: <https://www.czso.cz/csu/czso/statisticka-rocenka-ceske-republiky-2015>.
57. *Statistická ročenka České republiky 2016*, 2016. [online]. Český statistický úřad. [cit. 2017-04-22]. 824 s. ISBN 978-80-250-2726-4. Dostupné z: <https://www.czso.cz/csu/czso/statisticka-rocenka-ceske-republiky-2016>.

58. STEHLÍKOVÁ, D., © 2010. Sexuální život ve starším věku [online]. [cit. 2017-03-28]. Dostupné z: <http://www.ordinacestehlikova.cz/sexualni-zivot-ve-starsim-veku/>.
59. SVOBODOVÁ, K., 2007. Sociálně psychologické aspekty stárnutí. *Demografie*. 49(2), 87-95. ISSN 0011-8265.
60. ŠAMÁNKOVÁ, M., 2011. *Lidské potřeby ve zdraví a nemoci: aplikované v ošetrovatelském procesu*. Praha: Grada. 136 s. ISBN 978-80-247-3223-7.
61. ŠPAČEK, L., 2017. *Úspěšný obchodní zástupce: etiketa, komunikace, prezentace, dress code*. Praha: Fragment. 214 s. ISBN 978-80-253-2196-6.
62. ŠPATENKOVÁ, N., SMÉKALOVÁ, L., 2015. *Edukace seniorů: geragogika a gerontodidaktika*. Praha: Grada. 232 s. ISBN 978-80-247-5446-8.
63. TOMEY, A. M., ALLIGOOD, M. R., 2007. *Nursing Theorists and Their Work*. 6. vydání. St. Louis Missouri: Mosby. 828 s. ISBN 978-0-323-03010-6.
64. TÓTHOVÁ, V. et al., 2009. *Ošetrovatelský proces a jeho realizace*. Praha: Triton. 159 s. ISBN 978-80-7387-286-1.
65. TRACHTOVÁ, E. et al., 2010. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 2. vydání. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví. 185 s. ISBN 80-7013-324-4.
66. TRUHLÁŘOVÁ, Z., MARKOVÁ, D., 2007. *Společenské mýty o sexualitě seniorů*. [online]. [cit.2017-04-15]. Dostupné z: <http://www.planovanirodiny.cz/view.php?cisloclanku=2008053105>.
67. VÁGNEROVÁ, M., 2007. *Vývojová psychologie II.: dospělost a stáří*. Praha: Karolinum. 461 s. ISBN 978-80-246-1318-5.
68. VENGLÁŘOVÁ, M., 2007. *Problematické situace v péči o seniory: příručka pro zdravotnické a sociální pracovníky*. Praha: Grada. 96 s. ISBN 978-80-247-2170-5.
69. VEPŘEKOVÁ, B., 2012. Vliv stárnutí na kognitivní funkce a možnosti hodnocení v terénní praxi. *Praktický lékař*. 92(3), 139-144. ISSN 0032-6739.

70. VILLAREAL, E., 2003. Using Roy's Adaptation Model When Caring for a Group of Young Women Contemplating Quitting Smoking. *Public Health Nursing*, 20(5), 377-384. ISSN 0737-1209
71. ZACHAROVÁ, E., ŠIMÍČKOVÁ-ČÍŽKOVÁ, J., 2011. *Základy psychologie pro zdravotnické obory*. Praha: Grada. 288 s. ISBN 978-80-247-4062-1.
72. ŽIAKOVÁ, K., 2007. *Ošetrovatel'ské konceptuálne modely*. Martin: Osveta. 189 s. ISBN 978-80-8063-247-2.

9 SEZNAM PŘÍLOH

Příloha 1 Adaptační mody dle Royové

Příloha 2 Rolový strom

Příloha 3 Maslowova pyramida potřeb

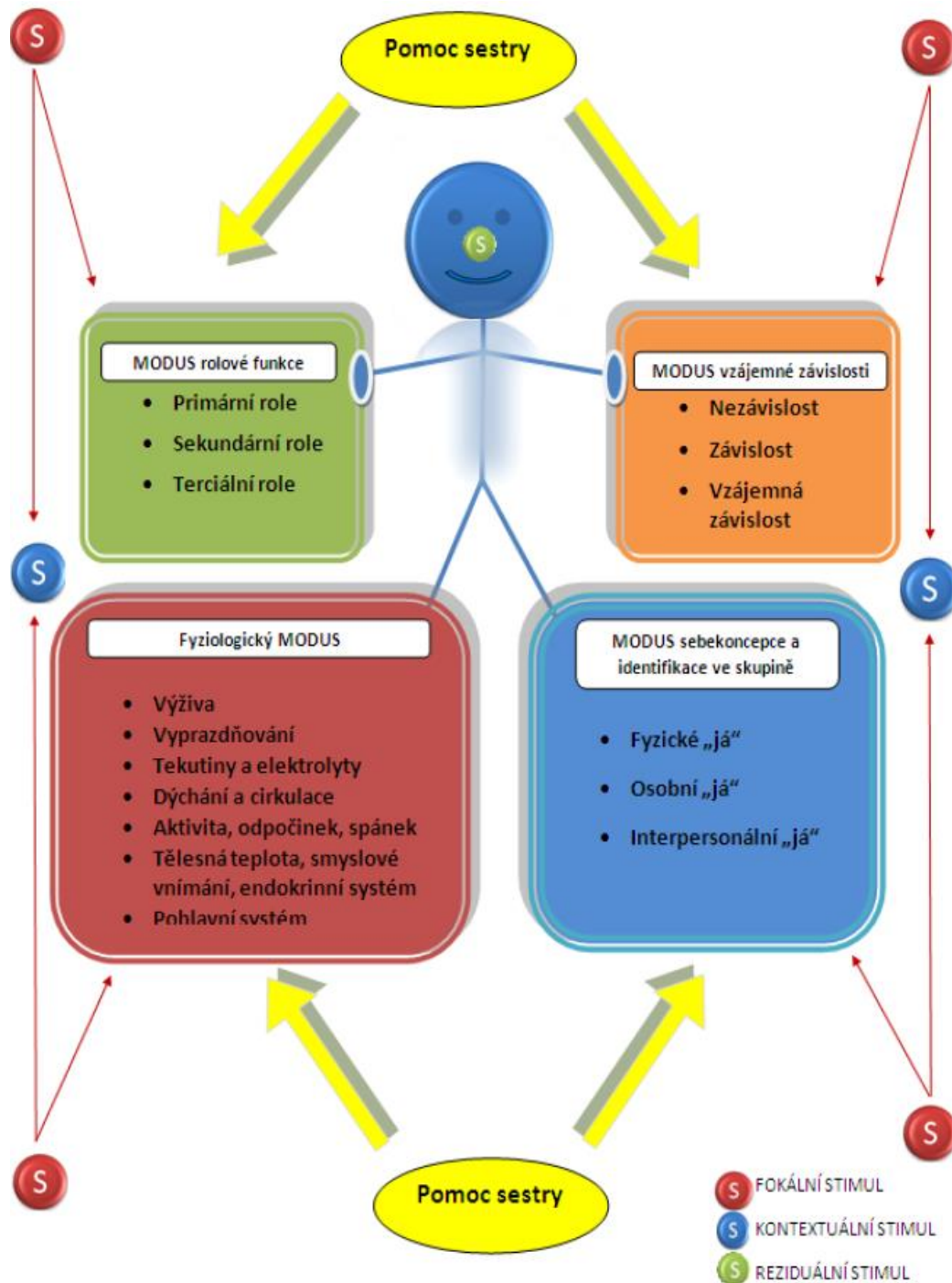
Příloha 4 Dotazník pro respondenty k výzkumnému šetření

Příloha 5 Pokles četnosti rozvodů stárnoucích lidí v roce 2015

Příloha 6 Četnost rozvodů od roku 2011 – 2015

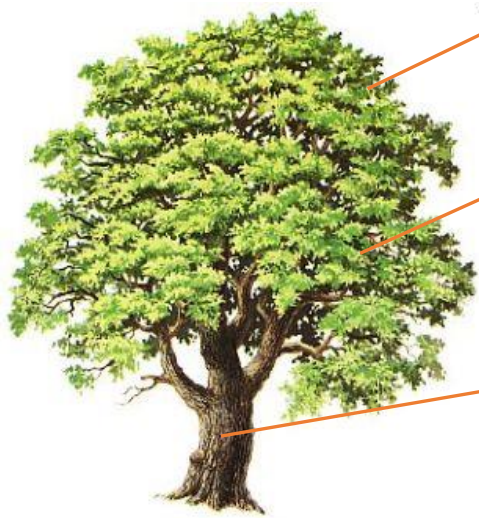
10 PŘÍLOHY

Příloha 1 Adaptační mody dle Royové



Zdroj: Stasková, 2009, s. 40

Příloha 2 Rolový strom



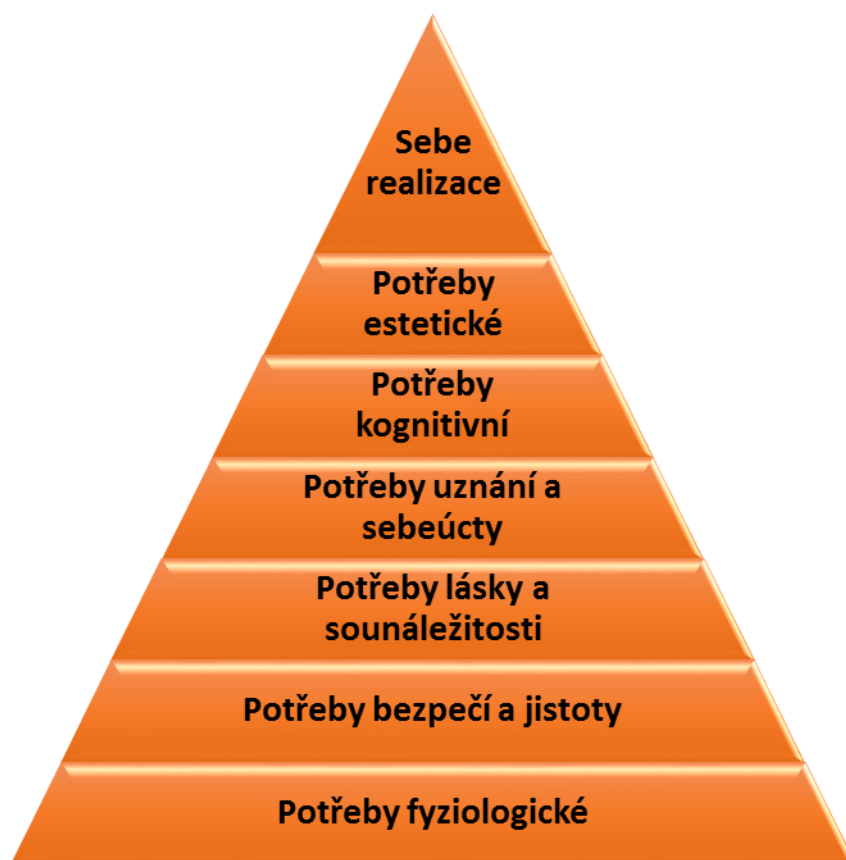
Listy-**terciární role**-dočasné,
(např. pacient, cestující)

Větve-**sekundární role**-
relativně trvalé, jsou vybrané
(např. povolání)

Kmen-**primární role**-souvisí
s věkem a pohlavím, jsou to
dané role a relativně trvalé
(např. stará žena)

Zdroj: Upraveno dle Farkašová, 2006, s. 108

Příloha 3 Maslowova pyramida potřeb



Zdroj: Upraveno dle Trachtová, 2010, s. 15

Příloha 4 Dotazník pro respondenty k výzkumnému šetření

VÝZKUM VYUŽITÍ KONCEPČNÍCH MODELŮ V KLINICKÉ A KOMUNITNÍ PRAXI

Vážená paní, vážený pane,

obracíme se na Vás s prosbou o spolupráci. V současné době je v České republice za podpory Grantové agentury Jihočeské univerzity realizován výzkum, jehož cílem je zjistit, jaká jsou specifika ošetrovatelské péče v klinické a komunitní praxi u vybraných skupin pacientů a minorit. Tento výzkum se zaměří také na zjištění subjektivních i objektivních faktorů, které mohou ovlivnit efektivnost poskytované péče v klinické a komunitní praxi z pohledu osob z **generace 50+**.

Dovolujeme si Vás proto požádat o spolupráci při sběru dat a o poskytnutí odpovědí na otázky v tomto dotazníku.

VÝZKUM JE ANONYMNÍ, NIKDE NEUVÁDĚJTE SVÉ JMÉNO!

Se všemi získanými informacemi budeme nakládat dle zákona č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů, v platném znění. Výsledky výzkumu budou zpracovány souhrnně a budete o nich informováni prostřednictvím tisku.

Děkujeme za spolupráci.

*Řešitelé výzkumného
úkolu*

GAJU č. 048/2015/S

Využití koncepčních modelů v klinické a komunitní praxi

Identifikační údaje

Region (kraj):

1. Pohlaví:

- 1) *Muž*
- 2) *Žena*

2. Kolik je Vám let? (vypište prosím, dosažený věk při posledních narozeninách)

.....

3. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

- 1) *Základní vzdělání*
- 2) *Vyučen/a, střední vzdělání bez maturity*
- 3) *Střední vzdělání s maturitou*
- 4) *Vyšší odborné vzdělání (VOŠ, pomaturitní nastavba)*
- 5) *Vysokoškolské vzdělání (včetně bakalářského studia)*

4. Aktuální rodinný stav:

- 1) *Svobodný/á*
- 2) *Ženatý/vdaná*
- 3) *Rozvedený/á*
- 4) *Vdovec/vdova*
- 5) *Druh/družka (partnerský vztah)*

5. Počet vlastních či vychovávaných dětí:

- 1) *žádné*
- 2) *1 dítě*
- 3) *2 – 3 děti*
- 4) *4 a více dětí*

6. Bydliště:

- 1) *do 1000 obyvatel*
- 2) *1001 – 5000 obyvatel*
- 3) *5001 – 20 000 obyvatel*
- 4) *20 001 – 100 000 obyvatel*
- 5) *nad 100 000 obyvatel*

7. S kým žijete ve společné domácnosti? (možné zvolit více odpovědí)

- 1) sám/sama 2) s manželkou/manželem 3) s družkou/druhem 4) s rodiči
5) s dětmi 6) se širší rodinou 7) s někým jiným, vypište prosím.....

8. Jaké je Vaše zaměstnání? (uveďte jen jedno zaměstnání, které považujete za hlavní)

- 1) nezaměstnaný/á 2) OSVČ, podnikatel 3) zaměstnanec v zaměstnaneckém poměru 4) invalidní důchod (I., II., III. stupně) 5) starobní důchod
6) rodičovská dovolená, mateřská dovolená 7) jiné, vypište prosím.....

9. Léčíte se s některým z následujících onemocnění? (Označte všechna onemocnění, se kterými se léčíte)

- 1) s ničím se neléčím
2) cukrovka (diabetes mellitus)
3) vysoký krevní tlak
4) chronická bronchitida
5) ischemická choroba srdeční
6) astma
7) infarkt myokardu
8) ledvinové kameny
9) onemocnění žlučníku a žlučových cest
10) onemocnění páteře a kloubů
11) vředová choroba
12) onemocnění štítné žlázy
13) psychické problémy
14) nádorové onemocnění
15) jiné onemocnění, uveďte:

AKTUÁLNÍ STRESORY

a) intrapersonální stresory

10. Jak byste zhodnotil (a) svůj zdravotní stav?

1) velmi dobrý; 2) dobrý; 3) průměrný; 4) špatný; 5) velmi špatný

11. Nakolik Vás úroveň Vašeho zdraví znepokojuje?

1) maximálně; 2) hodně; 3) středně; 4) trochu; 5) vůbec ne

12. Jak byste zhodnotil (a) svoji pohyblivost?

1) velmi dobrá; 2) dobrá; 3) průměrná; 4) špatná; 5) velmi špatná

13. Nakolik Vás úroveň Vaší pohyblivosti znepokojuje?

1) maximálně; 2) hodně; 3) středně; 4) trochu; 5) vůbec ne

14. Jak byste zhodnotil (a) svou soběstačnost?

1) velmi dobrá; 2) dobrá; 3) průměrná; 4) špatná; 5) velmi špatná

15. Nakolik Vás úroveň Vaší soběstačnosti znepokojuje?

1) maximálně; 2) hodně; 3) středně; 4) trochu; 5) vůbec ne

16. Nakolik Vás znepokojuje Váš přibývajícím věkem?

1) maximálně; 2) hodně; 3) středně; 4) trochu; 5) vůbec ne

17. Jak byste zhodnotil (a) svůj spánek?

1) velmi dobrý; 2) dobrý; 3) průměrný; 4) špatný; 5) velmi špatný

18. Nakolik Vás kvalita Vašeho spánku znepokojuje?

1) maximálně; 2) hodně; 3) středně; 4) trochu; 5) vůbec ne

19. Nakolik Vás obtěžují pocity únavy?

1) maximálně; 2) hodně; 3) středně; 4) trochu; 5) vůbec ne

20. Nakolik Vás obtěžuje bolest?

1) maximálně; 2) hodně; 3) středně; 4) trochu; 5) vůbec ne

21. Nakolik Vás obtěžují pocity nepohodlí?

1) maximálně; 2) hodně; 3) středně; 4) trochu; 5) vůbec ne

22. Jak byste zhodnotil (a) kvalitu svého zraku?

1) velmi dobrá; 2) dobrá; 3) průměrná; 4) špatná; 5) velmi špatná

23. Nakolik Vás kvalita Vašeho zraku znepokojuje?

1) maximálně; 2) hodně; 3) středně; 4) trochu; 5) vůbec ne

24. Jak byste zhodnotil (a) kvalitu Vašeho sluchu?

1) velmi dobrá; 2) dobrá; 3) průměrná; 4) špatná; 5) velmi špatná

25. Nakolik Vás znepokojuje kvalita Vašeho sluchu?

1) maximálně; 2) hodně; 3) středně; 4) trochu; 5) vůbec ne

26. Jak byste zhodnotil (a) svou paměť?

1) velmi dobrá; 2) dobrá; 3) průměrná; 4) špatná; 5) velmi špatná

27. Nakolik Vás kvalita Vaší paměti znepokojuje?

1) maximálně; 2) hodně; 3) středně; 4) trochu; 5) vůbec ne

28. Jak byste zhodnotil (a) svůj psychický stav?

1) velmi dobrý; 2) dobrý; 3) průměrný; 4) špatný; 5) velmi špatný

29. Nakolik Vás znepokojuje Váš psychický stav?

1) maximálně; 2) hodně; 3) středně; 4) trochu; 5) vůbec ne

30. Jak často pociťujete stres?

1) neustále; 2) často; 3) středně; 4) někdy; 5) vůbec ne

31. Jak často pociťujete úzkost či strach?

1) neustále; 2) často; 3) středně; 4) někdy; 5) vůbec ne

32. Jak často pociťujete stav nebezpečí?

1) neustále; 2) často; 3) středně; 4) někdy; 5) vůbec ne

33. Nakolik jste spokojen (a) se svým vzhledem?

1) maximálně; 2) hodně; 3) středně; 4) trochu; 5) vůbec ne

34. Jak vnímáte sám sebe?

1) velmi kladně; 2) spíše kladně; 3) neutrálně; 4) spíše záporně; 5) velmi záporně

35. Nakolik si vážíte vlastní osoby?

1) maximálně; 2) hodně; 3) středně; 4) trochu; 5) vůbec ne

36. Jak se celkově cítíte?

1) výborně; 2) dobře; 3) průměrně; 4) špatně; 5) velmi špatně

b) interpersonální stresory

37. Vztahy ve Vaší rodině byste charakterizoval jako:

1) velmi pozitivní; 2) spíše pozitivní; 3) neutrální; 4) spíše negativní; 5) velmi negativní; 6) nemám rodinu

38. Nakolik Vás vztahy ve Vaší rodině znepokojují?

1) maximálně; 2) hodně; 3) středně; 4) trochu; 5) vůbec ne; 6) nemám rodinu

39. Vztahy s Vašimi přáteli byste charakterizoval jako:

1) velmi pozitivní; 2) spíše pozitivní; 3) neutrální; 4) spíše negativní; 5) velmi negativní

40. Nakolik Vás vztahy s Vašimi přáteli znepokojují?

1) maximálně; 2) hodně; 3) středně; 4) trochu; 5) vůbec ne

41. Nakolik si děláte starosti o zdraví a bezpečí svých blízkých?

1) maximálně; 2) hodně; 3) středně; 4) trochu; 5) vůbec ne

42. Nakolik jste schopen/schopna plnit své společenské role (např. role v rodině- otec, matka apod.; role v zaměstnání; role člena volnočasové skupiny atd.)?

1) zcela; 2) spíše ano; 3) nedokážu posoudit; 4) spíše ne; 5) vůbec ne

43. Nakolik Vás plnění těchto společenských rolí stresuje?

1) maximálně; 2) hodně; 3) středně; 4) trochu; 5) vůbec ne

44. Jak často jste vystaven (a) kontaktu s lidmi, se kterými se necítíte dobře?

1) neustále; 2) často; 3) středně; 4) někdy; 5) vůbec ne

45. Jak často jste vystaven (a) mezilidským konfliktům?

1) neustále; 2) často; 3) středně; 4) někdy; 5) vůbec ne

46. Jak na Vás působí mezilidské konflikty?

1) velmi pozitivně; 2) spíše pozitivně; 3) neutrálně; 4) spíše negativně; 5) velmi negativně

47. Nakolik jste závislý(á) na lidech ve Vašem okolí?

1) maximálně; 2) hodně; 3) středně; 4) trochu; 5) vůbec ne

48. Váš sexuální život hodnotíte jako:

1) velmi dobrý; 2) dobrý; 3) průměrný; 4) špatný; 5) velmi špatný

49. Nakolik Vás znepokojuje Váš sexuální život?

1) maximálně; 2) hodně; 3) středně; 4) trochu; 5) vůbec ne

c) extrapersonální stresory

50. Vaše stravování vnímáte jako:

1) velmi zdravé; 2) spíše zdravé; 3) nedokážu posoudit; 4) spíše nezdravé; 5) velmi nezdravé

51. Nakolik Vás znepokojuje úroveň Vašeho stravování?

1) maximálně; 2) hodně; 3) středně; 4) trochu; 5) vůbec ne

52. Jak často pijete alkohol?

1) každý den; 2) několikrát týdně; 3) několikrát za měsíc; 4) jedenkrát za měsíc či méně; 5) nepiji alkohol

53. Kolik vykouříte cigaret?

1) více než 20 za den; 2) 10 až 20 za den; 3) 1 až 10 za den; 4) jsem příležitostný kuřák/kuřačka – nekouřím denně; 5) jsem nekuřák/nekuřačka

54. Množství léků, které ve svém životě užíváte, vnímáte jako:

1) neúměrně vysoké; 2) spíše vysoké; 3) přiměřené; 4) malé; 5) neužívám léky

55. Jak často jste vystaven (a) jiným škodlivým látkám, jako jsou nejruznější jedy či smog?

1) neustále; 2) často; 3) středně; 4) někdy; 5) vůbec ne

56. Jak často trpíte onemocněním typu rýma, kašel, chřipka?

1) neustále; 2) často; 3) středně; 4) někdy; 5) vůbec ne

57. Svě životní prostředí hodnotíte jako:

1) velmi zdravé; 2) spíše zdravé; 3) nedokážu posoudit; 4) spíše nezdravé; 5) velmi nezdravé

58. Nakolik Vás znepokojuje Vaše životní prostředí?

1) maximálně; 2) hodně; 3) středně; 4) trochu; 5) vůbec ne

59. Kvalitu svého bydlení vnímáte jako:

1) zcela vyhovující; 2) spíše vyhovující; 3) ani vyhovující, ani nevyhovující; 4) spíše nevyhovující; 5) zcela nevyhovující

60. Nakolik Vás znepokojuje kvalita Vašeho bydlení?

1) maximálně; 2) hodně; 3) středně; 4) trochu; 5) vůbec ne

61. Dle Vašeho názoru je kvalita Vašeho pracovního prostředí:

1) velmi dobrá; 2) dobrá; 3) ani dobrá, ani špatná; 4) špatná; 5) velmi špatná; 6) nepracuji

62. Nakolik Vás znepokojuje kvalita Vašeho pracovního prostředí?

1) maximálně; 2) hodně; 3) středně; 4) trochu; 5) vůbec ne; 6) nepracuji

63. Dle Vašeho názoru je Vaše finanční situace:

1) velmi dobrá; 2) dobrá; 3) ani dobrá, ani špatná; 4) špatná; 5) velmi špatná

64. Nakolik Vás znepokojuje Vaše finanční situace?

1) maximálně; 2) hodně; 3) středně; 4) trochu; 5) vůbec ne

65. Dle Vašeho názoru je politická situace v oblasti, ve které žijete:

1) velmi dobrá; 2) dobrá; 3) ani dobrá, ani špatná; 4) špatná; 5) velmi špatná

66. Nakolik Vás znepokojuje politická situace v oblasti, ve které žijete?

1) maximálně; 2) hodně; 3) středně; 4) trochu; 5) vůbec ne

ZMĚNY PO 50. ROCE ŽIVOTA

67. Nakolik se změnil Váš zdravotní stav od Vašich 50. narozenin po současnost?

1) zásadně; 2) hodně; 3) středně; 4) trochu; 5) vůbec ne

68. Nakolik se změnila Vaše fyzická zdatnost od Vašich 50. narozenin po současnost?

1) zásadně; 2) hodně; 3) středně; 4) trochu; 5) vůbec ne

69. Nakolik se změnilo Vaše stravování od Vašich 50. narozenin po současnost?

1) zásadně; 2) hodně; 3) středně; 4) trochu; 5) vůbec ne

70. Nakolik se změnila kvalita Vašeho spánku od Vašich 50. narozenin po současnost?

1) zásadně; 2) hodně; 3) středně; 4) trochu; 5) vůbec ne

71. Nakolik se změnila Vaše soběstačnost od Vašich 50. narozenin po současnost?

1) zásadně; 2) hodně; 3) středně; 4) trochu; 5) vůbec ne

72. Nakolik se změnil Váš způsob života od Vašich 50. narozenin po současnost?

1) zásadně; 2) hodně; 3) středně; 4) trochu; 5) vůbec ne

73. Nakolik se změnil Váš denní režim od Vašich 50. narozenin po současnost?

1) zásadně; 2) hodně; 3) středně; 4) trochu; 5) vůbec ne

74. Nakolik se změnila Vaše nálada od Vašich 50. narozenin po současnost?

1) zásadně; 2) hodně; 3) středně; 4) trochu; 5) vůbec ne

75. Nakolik se změnilo vnímání vlastní osoby od Vašich 50. narozenin po současnost?

1) zásadně; 2) hodně; 3) středně; 4) trochu; 5) vůbec ne

76. Nakolik se změnila kvalita Vaší paměti od Vašich 50. narozenin po současnost?

1) zásadně; 2) hodně; 3) středně; 4) trochu; 5) vůbec ne

77. Nakolik se změnila Vaše schopnost učit se nové věci od Vašich 50. narozenin po současnost?

1) zásadně; 2) hodně; 3) středně; 4) trochu; 5) vůbec ne

78. Nakolik se změnila kvalita Vašeho zraku od Vašich 50. narozenin po současnost?

1) zásadně; 2) hodně; 3) středně; 4) trochu; 5) vůbec ne

79. Nakolik se změnila kvalita Vašeho sluchu od Vašich 50. narozenin po současnost?

1) zásadně; 2) hodně; 3) středně; 4) trochu; 5) vůbec ne

80. Nakolik se změnila Vaše společenské role od Vašich 50. narozenin po současnost?

1) zásadně; 2) hodně; 3) středně; 4) trochu; 5) vůbec ne

81. Nakolik se změnila Vaše vztahy s Vaším životním partnerem od Vašich 50. narozenin po současnost?

1) zásadně; 2) hodně; 3) středně; 4) trochu; 5) vůbec ne; 6) nemám partnera

82. Nakolik se změnila Vaše vztahy s Vašimi dětmi od Vašich 50. narozenin po současnost?

1) zásadně; 2) hodně; 3) středně; 4) trochu; 5) vůbec ne; 6) nemám děti

83. Nakolik se změnila Vaše vztahy s přáteli od Vašich 50. narozenin po současnost?

1) zásadně; 2) hodně; 3) středně; 4) trochu; 5) vůbec ne

84. Nakolik se změnilo trávení Vašeho volného času od Vašich 50. narozenin po současnost?

1) zásadně; 2) hodně; 3) středně; 4) trochu; 5) vůbec ne

85. Nakolik se změnil Váš sexuální život od Vašich 50. narozenin po současnost?

1) zásadně; 2) hodně; 3) středně; 4) trochu; 5) vůbec ne

86. Nakolik se změnila úroveň Vašeho bydlení od Vašich 50. narozenin po současnost?

1) zásadně; 2) hodně; 3) středně; 4) trochu; 5) vůbec ne

87. Nakolik se změnila Vaše pracovní schopnost od Vašich 50. narozenin po současnost?

1) zásadně; 2) hodně; 3) středně; 4) trochu; 5) vůbec ne

88 a. Nakolik se změnila Vaše finanční situace od Vašich 50. narozenin po současnost?

1) zásadně; 2) hodně; 3) středně; 4) trochu; 5) vůbec ne

88 b. Nakolik se změnila Vaše finanční situace po Vašem odchodu do důchodu? Pokud nejste v důchodu, pokračujte otázkou č. 89

1) zásadně; 2) hodně; 3) středně; 4) trochu; 5) vůbec ne

89. Nakolik se změnila Vaše životní spokojenost od Vašich 50. narozenin po současnost?

1) zásadně; 2) hodně; 3) středně; 4) trochu; 5) vůbec ne

90. Nakolik se změnilo vnímání Vašeho smyslu života od Vašich 50. narozenin po současnost?

1) zásadně; 2) hodně; 3) středně; 4) trochu; 5) vůbec ne

91. Jak se změnil Váš přístup k vlastnímu zdraví od Vašich 50. narozenin po současnost?

1) zásadně; 2) hodně; 3) středně; 4) trochu; 5) vůbec ne

92. Nakolik se změnila Vaše víra a osobní hodnoty od Vašich 50. narozenin po současnost?

1) zásadně; 2) hodně; 3) středně; 4) trochu; 5) vůbec ne

ADAPTACE

93. Jaký je Váš postoj ke změnám?

1) velmi pozitivní; 2) spíše pozitivní; 3) neutrální; 4) spíše negativní; 5) velmi negativní

94. Množství změn ve Vašem životě od Vašich 50. narozenin po současnost vnímáte jako:

1) neúměrně velké; 2) velké; 3) přiměřené; 4) malé; 5) nepatrné

95. Množství změn v posledním roce Vašeho života vnímáte jako:

1) neúměrně velké; 2) velké; 3) přiměřené; 4) malé; 5) nepatrné

96. Nakolik jste schopen/schopna přizpůsobovat se změnám ve Vašem životě?

1) bez potíží; 2) s mírnými potížemi; 3) se středními potížemi; 4) s vážnými potížemi; 5) nejsem schopen/schopna

97. Nakolik jste schopen/schopna přizpůsobovat se procesu stárnutí?

1) bez potíží; 2) s mírnými potížemi; 3) se středními potížemi; 4) s vážnými potížemi; 5) nejsem schopen/schopna

98. Nakolik jste schopen/schopna přizpůsobovat se stárnutí lidí ve Vašem okolí?

1) bez potíží; 2) s mírnými potížemi; 3) se středními potížemi; 4) s vážnými potížemi; 5) nejsem schopen/schopna

99. Nakolik jste schopen/schopna přizpůsobovat se změnám svého zdravotního stavu?

1) bez potíží; 2) s mírnými potížemi; 3) se středními potížemi; 4) s vážnými potížemi; 5) nejsem schopen/schopna

100. Nakolik si myslíte, že byste byl (a) v případě nutnosti schopen/schopna změnit svůj životní styl?

1) maximálně; 2) hodně; 3) středně; 4) trochu; 5) vůbec ne

101. Nakolik si myslíte, že byste byl (a) v současné době schopen/schopna zvyknout si na příchod nemoci?

1) maximálně; 2) hodně; 3) středně; 4) trochu; 5) vůbec ne

102. Nakolik si myslíte, že byste byl (a) v současné době schopen/schopna přizpůsobit se ztrátě soběstačnosti?

1) maximálně; 2) hodně; 3) středně; 4) trochu; 5) vůbec ne

103. Nakolik si myslíte, že byste byl (a) v současné době schopen/schopna přizpůsobit se ztrátě smyslových funkcí jako zrak či sluch?

1) maximálně; 2) hodně; 3) středně; 4) trochu; 5) vůbec ne

104. Nakolik si myslíte, že byste byl (a) v současné době schopen/schopna přizpůsobit se negativní změně v mezilidských vztazích (s rodinou, přáteli...)

1) maximálně; 2) hodně; 3) středně; 4) trochu; 5) vůbec ne

105. Nakolik si myslíte, že byste byl (a) v současné době schopen/schopna přizpůsobit se změně ve svém profesním životě?

1) maximálně; 2) hodně; 3) středně; 4) trochu; 5) vůbec ne; 6) nepracuji

106. Nakolik si myslíte, že byste byl (a) v současné době schopen/schopna přizpůsobit se ztrátě svých zájmů a volnočasových aktivit?

1) maximálně; 2) hodně; 3) středně; 4) trochu; 5) vůbec ne

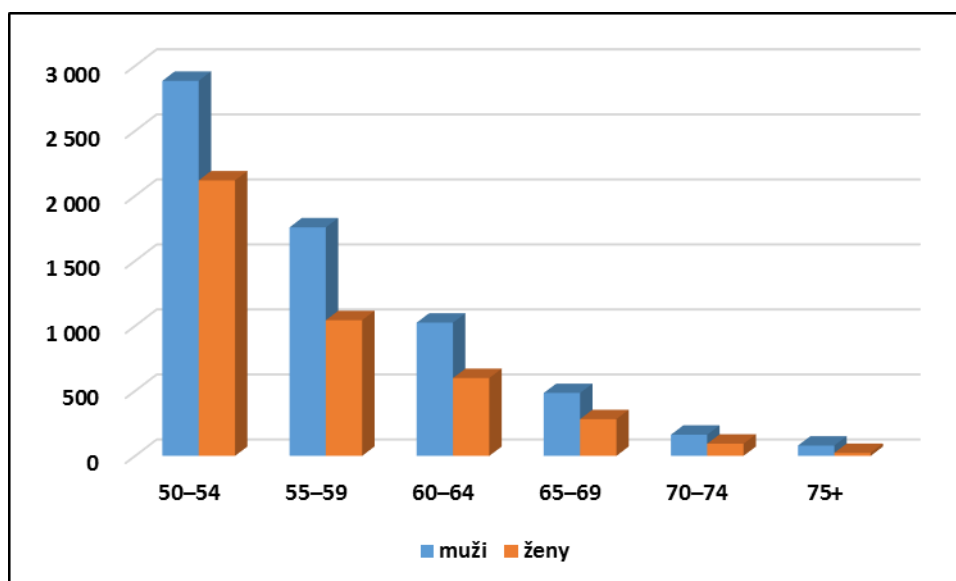
107. Nakolik si myslíte, že byste byl (a) v současné době schopen/schopna změnit své bydlení?

1) maximálně; 2) hodně; 3) středně; 4) trochu; 5) vůbec ne

108. Nakolik si myslíte, že byste byl (a) v současné době schopen/schopna přizpůsobit se negativní změně ve své finanční situaci?

1) maximálně; 2) hodně; 3) středně; 4) trochu; 5) vůbec ne

Příloha 5 Pokles četnosti rozvodů stárnoucích lidí v roce 2015



Zdroj: Graf vytvořen dle Statistické ročenky České Republiky 2016, Český statistický úřad, str. 138

Příloha 6 Četnost rozvodů od roku 2011 – 2015

Rok	Pohlaví ve věku 50+		Celkem
	muži	ženy	
2011	6142	4051	10193
2012	5685	3632	9317
2013	6401	4105	10506
2014	6441	4277	10718
2015	6395	4162	10557
Celkem	31064	20227	51291

Rok	Pohlaví ve věku 75+		Celkem
	muži	ženy	
2011	61	20	81
2012	61	21	82
2013	63	27	90
2014	63	19	82
2015	80	23	103
Celkem	328	110	438

Zdroj: Tabulky vytvořeny z dat Českého statistického úřadu publikovaných ve Statistických ročenkách České republiky v letech 2012 – 2016