

UNIVERZITA PALACKÉHO
V OLOMOUCI

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH VĚD

Ústav ošetrovatelství

Bc. Jana Charvátová

Postoj ke stáří a stárnutí u geriatrických pacientů
diplomová práce

Vedoucí práce: doc. PhDr. Mgr. Helena Kisvetrová, Ph.D.

OLOMOUC 2021

ANOTACE

Název práce: Postoj ke stáří a stárnutí u geriatrických pacientů

Název práce v AJ: Approach to age and ageing process in geriatric patients

Datum zadání: 2018-01-30

Datum odevzdání: 2021-07-09

Vysoká škola, fakulta, ústav:

Univerzita Palackého v Olomouci

Fakulta zdravotnických věd

Ústav ošetrovatelství

Autor práce: Charvátová Jana, Bc.

Vedoucí práce: doc. PhDr. Mgr. Helena Kisvetrová, Ph.D.

Oponent práce:

Abstrakt v ČJ: Diplomová práce se zaměřuje na postoje ke stáří a stárnutí u geriatrických pacientů hospitalizovaných na II. interní klinice – gastroenterologické a geriatrie ve Fakultní nemocnici Olomouc. Dotazníkového šetření se zúčastnilo 300 hospitalizovaných seniorů (průměrný věk $77,6 \pm 7,8$ roku; 216 [65,5 %] žen; MMSE skór $27,8 \pm 1,9$; Barthelové Index $69,7 \pm 18,1$). Pro sběr dat byly použity standardizované dotazníky v české verzi zaměřené na hodnocení postojů ke stárnutí (Attitudes to Ageing Questionnaire, AAQ), důstojnosti (Patient Dignity Inventory, PDI-CZ), deprese (Geriatric Depression Scale, GDS-15), kognice (Mini-mental State Examination, MMSE) a úrovně soběstačnosti (Barthelové Index, BI). Výsledky výzkumu ukázaly, že nejpozitivnější postoje ke stárnutí měli senioři v rámci AAQ domény Psychologický růst. Mnohorozměrná lineární regrese prokázala vliv věku, stupně soběstačnosti a důstojnosti pouze u AAQ domény Psychosociální ztráty. Jediným faktorem, u kterého se potvrdil vliv na hodnocení postojů ke stárnutí ve všech AAQ doménách, byla úroveň deprese.

Abstrakt v AJ: The diploma thesis focuses on attitudes to old age and aging in geriatric patients hospitalized for II. internal clinic of gastroenterology and geriatrics at the University Hospital Olomouc. The questionnaire survey involved 300 hospitalized seniors (mean age 77.6 ± 7.8 years; 216 [65.5%] women; MMSE score 27.8 ± 1.9 ; Barthel Index 69.7 ± 18.1). Standardized questionnaires in the Czech version focused on the assessment of attitudes to aging (Attitudes to Ageing Questionnaire, AAQ), dignity (Patient Dignity Inventory, PDI-CZ), depression (Geriatric Depression Scale, GDS-15), cognition (Mini-mental State Examination, MMSE) and levels of self-sufficiency (Barthel Index, BI) were used for data collection. The results of the research showed that seniors within the AAQ domain Psychological Growth had the most positive attitudes towards aging. Multivariate linear regression demonstrated the effect of age, degree of self-sufficiency, and dignity only in the AAQ domain of Psychosocial Loss. The only factor that confirmed the influence on the assessment of attitudes to aging in all AAQ domains was the level of depression.

Klíčová slova v ČJ: postoje ke stárnutí, senior, geriatrický pacient, deprese, soběstačnost, důstojnost

Klíčová slova v AJ: attitudes towards ageing, senior, geriatric patient, depression, self-sufficiency, dignity

Rozsah: 96 stran / 3 přílohy

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně a použila jen uvedené bibliografické a elektronické zdroje.

Charvátová Jana v.s.

OBSAH

ÚVOD	- 7 -
1 REŠERŠNÍ ČINNOST	- 9 -
2 TEORETICKÁ VÝCHODISKA.....	- 12 -
2.1 Postoje ke stárnutí a stáří u seniorů.....	- 14 -
2.2 Postoje ke stárnutí a stáří u hospitalizovaných seniorů	- 16 -
2.3 Hodnocení postojů ke stárnutí a stáří	- 18 -
2.4 Faktory ovlivňující postoje ke stárnutí a stáří.....	- 23 -
2.4.1 Stupeň soběstačnosti.....	- 23 -
2.4.2 Úroveň deprese	- 24 -
2.4.3 Vnímání osobní důstojnosti	- 25 -
2.4.4 Sociodemografické charakteristiky.....	- 27 -
2.5 Shrnutí teoretických východisek	- 29 -
3 METODIKA A VÝZKUM	- 31 -
3.1 Výzkumné cíle a hypotézy.....	- 31 -
3.2 Charakteristika souborů.....	- 32 -
3.3 Metodika sběru dat.....	- 33 -
3.4 Realizace výzkumu	- 36 -
3.5 Metoda zpracování dat.....	- 37 -
4 VÝSLEDKY VÝZKUMU.....	- 38 -
4.1 Demografické charakteristiky souboru respondentů.....	- 38 -
4.2 Vyhodnocení položek AAQ.....	- 42 -
4.3 Vyhodnocení položek PDI-CZ.....	- 43 -
4.4 Výsledky k jednotlivým cílům, ověření platnosti hypotéz	- 44 -
5 DISKUZE	- 56 -
6 ZÁVĚR.....	- 62 -
7 REFERENČNÍ SEZNAM.....	- 63 -
SEZNAM ZKRATEK	- 80 -
SEZNAM OBRÁZKŮ.....	- 81 -
SEZNAM TABULEK	- 82 -
SEZNAM PŘÍLOH	- 83 -

Poděkování

Děkuji doc. PhDr. Heleně Kisvetrové, Ph.D. za cenné rady a odborné vedení diplomové práce. Také děkuji Mgr. Kateřině Langové, Ph.D. za pomoc při statistickém zpracování dat z dotazníkového šetření. Děkuji i své rodině a příteli za podporu.

Prohlášení o dedikaci k projektu

Diplomová práce byla finančně podpořena v rámci Studentské grantové soutěže na Univerzitě Palackého v Olomouci v roce 2019. Je dedikována projektu IGA_FZV_2019_007.

Spoluřešitelka projektu Bc. Jana Charvátová se v rámci řešení projektu podílela na distribuci dotazníků a na dílčí přípravě podkladů pro zpracování dat.

Výše uvedené skutečnosti o vymezení rozsahu činnosti Bc. Jany Charvátové dokládá *Závěrečná zpráva o řešení projektu Studentské grantové soutěže na Univerzitě Palackého v Olomouci* (2020).

V Olomouci, 25. 6. 2021

doc. PhDr. Helena Kisvetrová, Ph.D.

řešitelka projektu

prof. MUDr. David Školoudík, Ph.D., FESO, FEAN

spoluřešitel projektu

PhDr. Jitka Tomanová, Ph.D.

spoluřešitelka projektu

Mgr. Libuše Danielová

spoluřešitelka projektu

Mgr. Eva Joanovič, DiS

spoluřešitelka projektu

Mgr. Renáta Váverková

spoluřešitelka projektu

Bc. Jana Charvátová

spoluřešitelka projektu

Bc. Kristýna Vychodilová

spoluřešitelka projektu

ÚVOD

„Každý člověk si přeje dlouhý život, ale nikdo nechce být starý“.

Jonathan Swift

Celosvětovým fenoménem posledních desetiletí je stárnutí společnosti. Podle údajů Světové zdravotnické organizace (WHO, 2015; WHO, 2020) a Organizace spojených národů (OSN, 2019) byl v roce 2019 počet lidí starších 60 let na celém světě jedna miliarda. Z celé populace (7,7 miliardy) tedy představovaly osoby ve věku nad 60 let téměř 13 %. Předpokládá se, že do roku 2030 se zvýší počet osob této věkové skupiny na 1,4 miliardy (celá populace 8,7 miliardy, 16,1 % tvoří věková kategorie nad 60 let) a do roku 2050 bude osob ve věku nad 60 let již 2,1 miliardy (celá populace 9,7 miliard, 21,6 % tvoří osoby ve věku nad 60 let). V roce 2018 dosahovala průměrná délka života v zemích Evropy 83,7 let u žen a 78,2 let u mužů. Při komparaci s daty z roku 2002 (první rok údajů všech zemí) se naděje dožití zvýšila o 2,8 let u žen a 3,9 let u mužů (Eurostat, 2020). V roce 2019 lidé ve věku 65 let a starší činili 20 % evropské populace (Eurostat, 2019). Delší život s sebou přináší nové výzvy a příležitosti nejen pro starší lidi a jejich rodiny, ale také pro společnost jako celek. Další roky poskytují šanci věnovat se novým aktivitám, jako je vzdělávání, nová kariéra nebo dlouhodobě opomíjená hobby. Starší lidé mohou mnoha způsoby přispívat ve svých rodinách a komunitách (WHO, 2020) a myšlenky o jejich vlastním stárnutí mohou být důležitější než kdykoli předtím (Westerhof a Wurm, 2015, s. 145-165).

Existuje však jen málo důkazů, které by naznačovaly, že starší lidé dnes prožívají své pozdější roky v lepším zdravotním stavu než jejich rodiče. Přestože některé rozdíly ve zdraví starších lidí odrážejí jejich genetickou výbavu, většina je způsobena jejich fyzickým a sociálním prostředím a vlivem těchto prostředí na jejich příležitosti a zdravotní chování, které ovlivňují stárnutí již od dětství. Rozsah těchto příležitostí a možností však do značné míry závisí na jednom faktoru, a tím je zdraví (WHO, 2015; WHO, 2020), který je prezentován jako důležitý zdroj utváření pozitivního postoje k vlastnímu stárnutí (Bryant et al., 2016, s. 261-264; Bryant et al., 2012, s. 1680-1681).

Hlavním cílem diplomové práce je zjistit pomocí standardizovaného dotazníku AAQ (Attitudes to Aging Questionnaire) postoj ke stáří a stárnutí u hospitalizovaných geriatrických

pacientů. Dílčí cíle se zaměří na zjištění, jak stupeň soběstačnosti, úroveň deprese, hodnocení osobní důstojnosti a základních socio-demografické charakteristiky ovlivňuje postoj ke stáří a stárnutí u geriatrického pacienta.

1 REŠERŠNÍ ČINNOST

Jako základní literatura byly k problematice postoje ke stárnutí u seniorů prostudovány níže uvedené zdroje:

ČEVELA, Rostislav, Zdeněk KALVACH a Libuše ČELEDOVÁ, 2012. *Sociální gerontologie: úvod do problematiky*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3901-4.

DRAGOMIRECKÁ, Eva a Jitka PRAJSOVÁ, 2009. *WHOQOL-OLD: příručka pro uživatele české verze dotazníku Světové zdravotnické organizace pro měření kvality života ve vyšším věku*. Praha: Psychiatrické centrum. ISBN 978-80-87142-05-9.

HOLMEROVÁ, Iva, Božena JURAŠKOVÁ a Květuše ZIKMUNDOVÁ, 2007. *Vybrané kapitoly z gerontologie*. 3., přeprac. a dopl. vyd. Praha: EV public relations. ISBN 978-80-254-0179-8.

MAUK, Kristen L., 2018. *Gerontological nursing: competencies for care*. Fourth edition. Burlington, MA. ISBN 978-128-4104-479.

ŠTĚPÁNKOVÁ, Hana, Cyril HÖSCHL a Lucie VIDOVIČOVÁ, 2014. *Gerontologie: současné otázky z pohledu biomedicíny a společenských věd*. Praha: Karolinum. ISBN 978-802-4626-284.

ALGORITMUS REŠERŠNÍ ČINNOSTI

VYHLEDÁVACÍ KRITÉRIA:

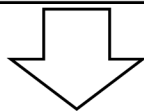
Klíčová slova v ČJ: postoje ke stárnutí, senior, geriatrický pacient, deprese, soběstačnost, důstojnost

Klíčová slova v AJ: attitudes to aging, senior, geriatric patient, depression, self-sufficiency, dignity

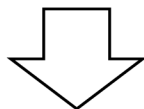
Vyhledávací období: 2000–2021

Jazyk: český, anglický

Další vyhledávací kritéria: Odborná periodika, abstrakt v angličtině, články vztahující se k problematice

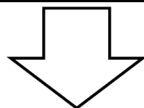


Nalezeno 436 článků



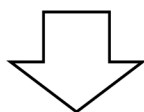
Vyřazující kritéria:

- články s odlišnou tematikou
- duplicitní články
- nerecenzované články



Využité články:

The Journals of Gerontology (9), The Gerontologist (7), PLoS ONE (6), Aging & Mental Health (5), International Journal of Nursing Studies (4), Psychology & Aging (4), BMC Geriatrics (4), Psychology & Health (3), European Journal of Ageing (3), Nursing ethics (3), American Psychological Association (2), Československá psychologie (2), Gerontology (2), Health and Quality of Life Outcomes (2), International Journal of Geriatric Psychiatry (2), International Journal of Nursing Practice (2), International Psychogeriatrics (2), Journal of Affective Disorders (2), Journal of Aging and Health (2), Journal of the American Geriatrics Society (2), Journal of Pain and Symptom Management (2), Quality of Life Research (2), Aging Clinical & Experimental Research, Archives of Gerontology and Geriatrics, Asian Social Work and Policy Review, BMC Public Health, Central European Journal of Public Health, Česká a Slovenská Neurologie a Neurochirurgie, Česká geriatrická revue, Experimental Aging Research, Health & Social Care in the Community, Health Psychology, Indian Journal of Public Health Research & Development, International Journal of Psychology, International Journal of Geriatric Psychiatry, International Perspectives on Aging, Journal of Personality and Social Psychology, Journal of Aging & Social Policy, Journal of Aging & Physical Activity, Journal of Medical Ethics, Journal of multidisciplinary healthcare, Journal of Psychiatric Research, Kontakt, Medicína pro praxi, Memory, Nursing Older People, Open Journal of Nursing, Palliative Medicine, Personality and Individual Differences, Perceptual and Motor Skills, Praktický lékař, Preventive Medicine Reports, Profese online, Psychology, Health & Medicine, Quality & Quantity, Quality in Ageing and Older Adults, Research and Theory for Nursing Practice, Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia, Scandinavian Journal of Caring Sciences, Social science & medicine, Sociológia – Slovak Sociological Review, SSM – Population Health, The American journal of geriatric psychiatry: official journal of the American Association for Geriatric Psychiatry, The American Journal of Psychiatry, The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences, The Journal of the American Medical Association,



Pro tvorbu diplomové práce bylo použito 115 článků

2 TEORETICKÁ VÝCHODISKA

Postoje ke stáří a stárnutí nemají doposud jasně vymezený koncept, ale odborníci v dané problematice se shodují, že je nutno brát zřetel na objektivní a subjektivní pohledy na stárnutí, aby byla zajištěna multidimenzionalita. Dalším problémem jsou nejednoznačné linie mezi dospělostí a stářím, kdy lidé v České republice si myslí, že člověk ve věku 61 let začíná být starý a ve věku 42 let přestává být mladý. Evropským průměrem je 63,4 let pro začátek stáří a 42,1 let pro konec období mládí (Swift et al., 2018, s. 444-445).

Low et al. (2013, s. 147) rozumějí postojům jako stabilním integrujícím úsudkům shrnující myšlenky, pocity a vzpomínky lidí mající vlastní zkušenosti k objektům nebo situacím. Postoje vyjadřují naše hodnocení vztahu k různým sociálním objektům v našem prostředí, tedy nemají neutrální charakter (Výrost, 2008, s. 127). Eagly and Chaiken (1998, s. 269) charakterizují postoj jako „psychologickou tendenci, která se projevuje v hodnocení konkrétní entity s jiným stupněm upřednostňování nebo odmítání.“

Postoje ke stárnutí a stáří se v průběhu dlouhé historie lidstva měnily. Dřívější projevy úcty a uznání moudrosti starších vystřídal označení související s úpadkem či zbytečností seniorů (Dragomirecká a Prajsová, 2009, s. 14; Kisvetrová, 2019). Kdy nastal zlom v přetvoření postojů vůči stárnutí? Analýza textů za posledních 210 let odhalila lineární přechod k negativním postojům. Starší lidé v těchto textech postupně ztrácí postavení, kompetence a objevuje se ostrakismus. Tyto negativní projevy začaly kolem roku 1880 a přetrvávají doposud (Ng et al., 2015, s. 3-5; Ng and Chow, 2020). Ačkoli by se mohlo zdát, že v současné společnosti převažují negativní věkové stereotypy vůči lidem ve vyšším věku, jsou zároveň spojeny i s pozitivními prvky, takže předsudky proti starším lidem bývají často benevolentní. Benevolentní ageismus popisuje staršího člověka jako osobu vřelou, ale neschopnou. Literatura uvádí, že funkce starších dospělých lidí může být negativně ovlivněna stigmatem věku, kterému čelí (Chasteen and Cary, 2015, s. 113-114).

Náš názor na stáří a stárnutí je formován regulami a normami společnosti, ve které žijeme, ale současně i vlastními zkušenostmi, schopností adaptace, biologickými změnami organismu a chováním vůči starším osobám. Faktorů však může být daleko více, např. sociální třída, finanční možnosti, práce, bydlení či občanská angažovanost. Všechny výše zmíněné oblasti ovlivňují pohled na stáří v různých mírách a u každého člověka poměrně individuálně (Kornadt

a Rothermund, 2015, s. 121). Všeobecně se předpokládá, že východní kultury mají kladnější postoj ke starším lidem než ty západní, a to kvůli vlivu synovské tradice. Metaanalýza (North and Fiske, 2015, s. 1016) však prokázala, že tento předpoklad je v současné době ovlivněn výraznými demografickými změnami ve stárnutí populace. Západní Evropané měli značně negativní postoj ke stárnutí a stáří a stejný názor sdíleli i východní Asiaté. Zde se ukazuje, že kulturní tradice nemají v moderních industrializované společnosti již tak zásadní vliv. Velká část společnosti západních zemí (Kotter-Grühn, 2015, s. 167-168) vnímá věk a stárnutí převážně negativně a tato negativita je reflektována do chování vůči starším dospělým, což vyústí v předsudky a diskriminaci stařeších osob.

2.1 Postoje ke stárnutí a stáří u seniorů

Stárnutí je nevyhnutelný proces začínající ihned po narození. Tento proces může být vysoce kvalitní při rozvoji vhodných strategií zaměřených na zlepšení postoje ke stáří a stárnutí a tím související zvýšení kvality života a zlepšení osobní důstojnosti geriatrických pacientů (Kisvetrová et al. 2021, s. 1).

Na období stáří a stárnutí je nutno pohlížet nejen z hlediska chronologického věku, ale je nutné dívat se na geriatrické pacienty holisticky. Stáří je provázáno mnohými změnami. Typickými změnami na fyzické úrovni jsou například šedivé vlasy, úbytek svalové hmoty, snížení elasticity kůže, pigmentové skvrny či vrásky. Dále se přidává snížení citlivosti smyslů, zejména sluchu a chuti, zhoršení kognitivních funkcí spojené zejména se zapomínáním a snížením pozornosti. Připojují se k tomu změny v sociálních oblastech, sociálních rolích, potřebách či v životním stylu. Na geriatrického pacienta je vhodné pohlížet i z biologického neboli funkčního věku, který odráží jeho výkonnost. Důležitým faktorem v pohledu na stáří je schopnost adaptace jedince a následné adaptování na všechny změny přicházející se stárnutím a stářím (Kalvach et al., 2004, s. 47-49).

Ukazuje se, že subjektivní pohled na stárnutí je v průměru pozitivnější než negativní společenský pohled na stárnutí (Kotter–Grühn, 2015, s. 179). Pokud porovnáme postoje ke stárnutí u seniorů se zaměřením na minulé a současné postoje, zjistíme, že 75 % starších dospělých změnilo svůj postoj ke stáří buď v pozitivní postoj, nebo naopak v negativní postoj. Nejčastěji se však objevoval posun od negativního postoje v mládí k pozitivnímu ve stáří (Ron, 2007, s. 659). I přesto mnoho starších lidí vnímá své stárnutí poměrně negativně a popisuje ho jako úbytek či zhoršení zdraví a funkčnosti, a to konkrétně v sedmi oblastech: paměť a kognitivní výkon, fyzický a fyziologický výkon, zdravotní stav a výsledky, zdravotní postižení, hledání péče, sebehodnocení zdraví, kvalita života a smrt (Warmotha et al., 2016, s. 531). Přitom sami senioři považují pozitivní náhled na život jako jeden z faktorů tvořící lepší kvalitu života (van Leeuwen et al., 2019, s. 25).

Dnešní senioři se musí vypořádávat se svou minulostí spojenou s historickými událostmi v průběhu 20. století, ať to je narození v období světových válek, život v poválečné krizi nebo za komunistické totality až po novodobé státní uspořádání. Akceptování vlastního stáří je pro drtivou většinu starší populace obtížné a často se na stáří ani nepřipravuje. Stáří máme spojeno s nevyhnutelným koncem, který souvisí s beznadějí, zoufalstvím, obavami nejen o svou budoucnost, ale také o život svých dětí, vnoučat a o pozůstalého partnera. Ačkoli je stáří považováno za etapu časově delší než dospívání nebo dětství, lze jej považovat za období, ve

kterém hodnotíme život jako celek. Stárnutí je často charakterizováno poklesem nejen fyzických a psychických funkcí, ale také ztrátou socioekonomického statusu, změnou na úrovni vztahů, úbytkem zdraví, autonomie nebo životní úrovně, zároveň také narůstající osamělostí a závislostí na druhých osobách (Šolcová et al., 2019, s. 381).

Opakované expozice negativním věkovým stereotypům působí jako chronický zdroj stresu v životě starších dospělých, který může zvýšit riziko chronických onemocnění, úmrtnosti a dalších nepříznivých zdravotních následků (Allen, 2015, s. 3). Podle European Social Survey 76 % české seniorské populace uvádí, že se za poslední rok setkalo alespoň jednou s negativními postoji či diskriminací na základě svého věku, což bylo nejvíce ze všech zúčastněných zemí (Šolcová et al., 2019, s. 370). Dále se zjistilo, že lidé nad 62 let mohou být zranitelnější k předsudkům ohledně jejich věku (Swift et al., 2018, s. 441-459). Udržování negativních věkových stereotypů a vnímání vyšší věkové diskriminace u starších dospělých je spjato s pocitem stárnutí a s nižší sebeúctou způsobenou zhoršením vnímání vlastního stárnutí. Vzhledem ke klíčové roli sebepoznání stárnutí tato zjištění zdůrazňují význam podpory pozitivnějšího vnímání sebe sama pro udržení nebo zvýšení pohody starších dospělých (Marquet et al., 2018, s. 1666).

2.2 Postoje ke stárnutí a stáří u hospitalizovaných seniorů

Podle Národního registru hospitalizovaných v ČR za rok 2018 se pravděpodobnost potřeby hospitalizace výrazně zvyšuje s přibývajícím věkem, přičemž průměrná ošetrovací doba činila 11,5 dne u osob ve věku nad 85 let oproti průměrnému počtu 6,0 ošetrovacích dní celé populace (Zdravotnická statistika, 2018). V našem průzkumu jsme nenašli konkrétní studie zabývající se postoji ke stárnutí u hospitalizovaných seniorů, a tak předkládáme alespoň dohledané poznatky o postojích ke stárnutí v souvislosti s hospitalizacemi. Můžeme vycházet z výsledků studie autorského kolektivu Chachamoviche et al. (2008, s. 595), kteří nezjistili žádné relevantní korelace mezi postojem ke stárnutí a místem sběru dat (nemocnice, domácnost, komunita).

Negativní postoje ke stárnutí zvyšují pravděpodobnost hospitalizace o 50 % (Levy et al., 2014, s. 888). Naproti tomu pozitivní postoje vedou k vyšší pravděpodobnosti zotavení z disability o 44 % (Levy et al., 2012, s. 1972-1973), snižují počty přijatých pacientů k hospitalizaci během noci (Sun, Kim and Smith, 2017, s. 83) a následně pak snižují počty návštěv praktických lékařů a závislost na péči poskytnutou druhými osobami (Hajek and König, 2020). Při hospitalizaci jsou senioři ohroženi nečinností s poklesem fyzické zdatnosti a zvýšeným rizikem funkčního úpadku, proto je velmi důležité zaměřit se na zvyšování fyzické aktivity, která má značný vliv na pozitivní hodnocení stárnutí a naopak (Brovold et al., 2014, s. 405-411). U seniorů je hospitalizace spjata s pocitem strachu, bezcennosti a nedostatkem autonomie (Bridges, Flatley and Meyer, 2010, s. 93). Trentini et al. (2012, s. 283) mají za to, že omezení soběstačnosti a autonomie v důsledku zhoršení zdravotního stavu vede ke ztrátě společenského života, ke snížení sebevědomí, a následně pak ke zhoršenému subjektivnímu vnímání zdraví, které je výrazně ovlivňováno úrovní depresivních příznaků a stupněm nezávislosti. Senioři ovlivněni negativními věkovými stereotypy odmítají hospitalizaci čím dál tím častěji i při vážném průběhu nemoci, zejména v souvislosti s onemocněním SARS-CoV-2 (Levy et al., 2020).

Zdá se, že pozitivní hodnocení stárnutí má ochranný efekt vůči vzniku demence (Levy et al., 2018, s. 3-6) a významně zlepšuje kognitivní výkon (Smith et al., 2016, s. 7). Navzdory potenciálním výhodám chování, které podporují zdraví, mnoho starších dospělých toto chování do svého života neintegruje, přičemž postoje ke stárnutí jsou velmi silným prediktorem chování podporující zdraví (Korkmaz Aslan et al., 2017, s. 5). Zároveň jsou pozitivní postoje spojeny s vyšší pohodou, spokojeností se životem (Faudzi et al., 2019, s. 1624), s lepším hodnocením fyzického zdraví (Wettstein, Wahl and Siebert, 2020, s. 910), zdravějším životním stylem (Zhang et al., 2018, s. 1001) a menší pravděpodobností obezity v příštích šesti letech (Levy and Slade,

2019, s. 196). Naproti tomu negativní názory na vlastní stárnutí jsou spojeny zejména se špatným zdravím, nižší pohodou (Kotter-Grühn, 2015, s. 167), intenzivnějším prožíváním stresu každodenního života (Bellintier and Neupert, 2018, s. 1155), s mírnými kognitivními poruchami až Alzheimerovou demencí (Siebert, Wahl, Degen, and Schröder, 2018, s. 461) a kratší dobou života, a to v průměru o 7,5 let (Levy et al., 2002, s. 265). Ze studie provedené v České republice o postojích ke stárnutí vyplývá, že pozitivní postoje ke stárnutí mohou zmírnit negativní dopady nemoci na kvalitu života seniorů (Yamada, Merz and Kisvetrová, 2015, s. 1663).

Postoje ke stárnutí souvisí také s termínem „geriatrická křehkost“, která často doprovází hospitalizované seniory. Kohortové studie (Buckinx et al., 2018, s. 1157; Gale and Cooper, 2018, s. 58) zkoumající vztahy mezi postoji ke stárnutí a křehkostí seniorů ukazují, že pozitivní postoje ke stárnutí jsou spojeny s nižším rizikem křehkosti seniora, a zároveň podle dotazníků AAQ hodnotili „křehcí senioři“ negativněji vlastní stárnutí než „nekřehcí jedinci.“ Křehkost seniorů bývá spojována s horší kognicí a s negativním hodnocením stárnutí (Robertson and Kenny, 2015, s. 120).

2.3 Hodnocení postoje ke stárnutí a stáří

Předpokládá se, že hodnocení postoje ke stáří a stárnutí hraje roli ve zdraví a pohodě starších dospělých. Studie prováděné za účelem sběru osobních výpovědí starších lidí ukazují, že negativní prožitky spojené se stárnutím a stářím, jako ztráta partnera, úbytek sil, zhoršení kognitivních funkcí, zhoršení smyslového vnímání nebo odchod do důchodu, jsou vyváženy kladnými stránkami stárnutí jako možnost hrát si s vnoučaty, čas na koníčky, volný režim dne nebo navázání nových sociálních vztahů. Existuje však široká škála termínů zaobírající se hodnocením osobního postoje ke stáří a stárnutí, a tudíž chybí v literatuře jasnost, přehlednost a možnost globálního porovnání. V následujícím přehledu si některé z hodnotících nástrojů postoje ke stáří a stárnutí blíže představíme.

The Attitudes to Ageing Questionnaire (AAQ)

Dotazník Postoje ke stárnutí (AAQ) vyvinuli Laidlaw, Power, Schmidt a skupina WHOQOL-OLD pro měření mezikulturních postojů ke stárnutí. AAQ zahrnuje tři osmi-položkové subškály. U každé položky je připojena pětibodová Likertova stupnice (rozmezí od „absolutně souhlasím“ až po „absolutně nesouhlasím“). K hodnocení se využívá celkové skóre či skóre z jednotlivých domén (Laidlaw et al., 2007, s. 367–379).

Počáteční položky AAQ byly vyvinuty prostřednictvím literární rešerše a řízenými skupinovými rozhovory se seniory. Pilotní verze AAQ obsahovala 44 položek, z toho 15 mělo obecný charakter a 29 osobní charakter. Položky popisovaly pozitivní i negativní skutečnosti vyššího věku a pokrývaly pět oblastí: oblast fyzického zdraví, psychologickou, sociální a ekonomickou oblast a status role. Do pilotního testování bylo zapojeno 15 center WHOQOL-OLD z celého světa s 1356 účastníky ve věku 60–99 let. Data byla zpracována klasickou položkovou analýzou a moderní psychometrickou metodou. Analýzy ohlasy dvě hlavní dimenze: fyzickou, která zastřešuje tělesné zdraví a vitalitu, a psychologickou, dělicí se na dvě složky, a to pozitivní psychologické aspekty (zralost, růst, zájem) a negativní (ztráty, vyloučení, závislost). Z původních 44 položek odpovídalo psychometrickým kritériím 33 položek, které byly rozšířeny o dvě položky zaměřené na využití cvičení a po jedné položce ohledně postoje k budoucnosti, zdraví a blízkým vztahům. Následovala terénní studie ve 20 výzkumných centrech s 5.566 respondenty ve věku 60 až 100 let. Analýzy potvrdily třífaktorovou strukturu dotazníku ve finální verzi AAQ s 24 položkami zaměřenými na tři různé aspekty stárnutí shrnuté do třech domén:

- doménu *Psychosociální ztráty* charakterizují starší dospělí, kteří stáří vnímají především jako negativní zkušenost zahrnující psychologické a sociální ztráty, samotu a osamělost;
- doména *Fyzické změny* se vyznačuje položkami souvisejícími se zdravím, cvičením a samotné zkušenosti se stárnutím;
- doménu *Psychologický růst* lze shrnout jako „moudrost“ či „růst,“ tudíž položky odrážejí pozitivní benefity spojené se stářím ve vztahu k sobě a ostatním.

Cronbachova alfa pro jednotlivé domény činí 0,807; 0,809; a 0,738 (Laidlaw et al., 2007, s. 367–379). Koeficient vnitřní konzistence pro českou verzi postojového dotazníku AAQ (Cronbachova alfa) je v rozmezí 0,6–0,9 (Dragomirecká a Prajsová, 2009, s. 21).

Celosvětové zapojení výzkumných center při tvorbě postojového dotazníku umožnilo jazykově validizované verze AAQ, a to v češtině, angličtině, španělštině, norštině, němčině, dánštině, francouzštině, maďarštině, hebrejštině/arabštině, japonštině, švédštině, portugalsštině, turečtině, litevštině a čínštině. Tento unikátní mezikulturní přístup k vývoji AAQ znamená možnost srovnání mezi různými kulturami a možnost posouzení nejen poskytovaných zdravotních a sociálních služeb, ale i identifikaci možných důsledků politik v oblasti kvality života u starších dospělých. Zároveň může dobře posloužit při hodnocení řady fyzických a psychiatrických stavů souvisejích se stářím. Díky metodologii skupiny WHOQOL-OLD při tvorbě nástroje AAQ je zajištěna mezikulturní platnost pro hodnocení postojů ke stáří a stárnutí a kvality života u starších dospělých (Laidlaw et al., 2007, s. 367–379). Mezikulturní platnost a schopnost porovnat výsledky dvaceti národů ukázala vazby mezi postoji ke stárnutí a kvalitou života u starších lidí (Low, Molzahn and Schopflocher, 2013, s. 8). Pro náš výzkum se tak jeví standardizovaná česká verze postojového dotazníku AAQ jako vhodný nástroj pro hodnocení postoje ke stáří a stárnutí u českých hospitalizovaných geriatrických pacientů.

The Philadelphia Geriatric Centre Moral Scale (PGCMS): Attitude Towards Own Ageing (ATOA) subscale

PGCMS byl vyvinut Lawtonem v roce 1972 (Lawton, 1975, s. 85-89) jako 22 položkový dotazník k měření morálky u starších dospělých, který byl následně zkrácen na 17 položek a byly vytvořeny tři subškály: agitovanost (Agitation Sub-Scale), postoj k vlastnímu stárnutí (Attitude Toward Own Aging Sub-Scale) a osamělá nespokojenost (Lonely-Dissatisfaction Sub-Scale). Pro účely hodnocení postoje ke stárnutí si blíže popíšeme pouze subškálu postoje k vlastnímu stárnutí ATOA, která obsahuje 5 dichotomických otázek a z toho čtyři otázky s možností odpovědi ano/ne. Odpovědi se skórují číslem „1“ jako „vysoce morální“ a číslem „0“ jako „málo morální“, totální

skóre je v rozmezí od 0 do 5. Vzhledem k Lawtonovu názoru volné dostupnosti a použitelnosti bez potřeby souhlasu autora, je původní anglická verze ATOA přeložena do několika jazyků, např. němčina (Miche et al., 2014), španělština (Stock et al., 1994), turečtina (Pinar and Oz, 2010) či čínština (Wong et al., 2004). Ukázalo se, že původní ATOA má dobrou interní konzistenci ($\alpha = 0,81$) a jednofaktorovou strukturu (Polisher Research Institute Abramson Center for Jewish Life; dříve the Philadelphia Geriatric Center).

Successful aging inventory (SAI)

Inventář úspěšného stárnutí byl vyvinut kolektivem autorů Lee, Kahana B. a Kahana E. v roce 2017. Pilotní nástroj obsahoval 16 otevřených otázek pro respondenty ve věku nad 65 let s dotazem „Co považujete za úspěšné stárnutí?“ Otevřené odpovědi byly následně přeformulovány do uzavřených otázek typu: „Do jaké míry si myslíte, že následující položky jsou důležité pro dosažení úspěšného stárnutí?“ s možností odpovědi na čtyřbodové Likertově stupnici, kdy vyšší skóre představuje vyšší důležitost. Finální verze SAI obsahuje 12 položek rozdělených do čtyř faktorů: proaktivní zapojení, wellness zdroje, pozitivní duch a hodnotné vztahy. Hodnota alfa indikovala dobrou spolehlivost (Cronbachova alfa se pohybuje od 0,71 do 0,78). Vzorek respondentů tvořilo 550 osob ve věku nad 65 let (Lee, Kahana and Kahana, 2017, s. 359–371).

The Ageing Perceptions Questionnaire (APQ)

APQ by vyvinut Barker et al. (2007) pro hodnocení sebepoznání stárnutí. APQ obsahuje osm subškál. Prvních sedm posuzuje pohledy na stárnutí ve 32 položkách na pětistupňové Likertově škále od silného nesouhlasu po naprostý souhlas (vyšší skóre svědčí pro větší podporu vnímání). Osmá subškála se 17 položkami měří zkušenost se změnami souvisejícími se zdravím. Celý APQ byl přeložen do několika jazyků: francouzštiny (Ingrand et al., 2012), nizozemštiny (Slotman et al., 2015), brazilské portugalštiny (Ramos et al., 2012) a čínštiny (Chen et al., 2016). Byla vytvořena i zkrácená verze Brief-APQ se 17 položkami, která usnadňuje administraci a snižuje zátěž pro respondenty (Sexton et al., 2014). B-APQ má interní konzistenci Cronbachova alfa = 0,75-0,79 a reliabilitu 0,95 (Burton, Dean, Demeyin and Reeves, 2020, s. 122).

The Expectations Regarding Ageing survey (ERA)

Průzkum očekávání týkající se stárnutí (ERA) vytvořil Sarkisian a kolektiv autorů v roce 1999 (Sarkisian et al., 2002, s. 534-542) za účelem měření očekávání starších dospělých ohledně stárnutí. ERA je 38 položkový nástroj s deseti stupnicemi (obecné zdraví, kognitivní funkce, duševní zdraví, funkční nezávislost, sexuální funkce, bolest, spánek, únava, inkontinence moči a vzhled). Vyšší skóre ERA naznačuje, že účastníci očekávají udržení fyzického a duševního fungování během stárnutí, zatímco nízké skóre naznačuje očekávané zhoršení v těchto oblastech. ERA byla přeložena do korejštiny a španělštiny. Byla vytvořena zkrácená verze ERA-12 s dvanácti položkami rovnoměrně rozdělenými ke třem škálám (očekávání týkající se fyzického zdraví, očekávání týkající se duševního zdraví a očekávání týkající se kognitivních funkcí) a jedno globální očekávání týkající se škály stárnutí kombinující všech dvanácti položek (Sarkisian et al., 2005, s. 240-248). Silné stránky ERA spočívají v tom, že do jeho vývoje byla zahrnuta cílová skupina a škála má otázky týkající se stárnutí účastníků i očekávání starších dospělých obecně. Interní konzistence pro dílčí škály ERA-38 (Cronbachova alfa) se pohybovala v rozmezí 0,58 - 0,94, přičemž většina uvádí $\alpha < 0,75$, zatímco ERA-12 má vnitřní konzistenci označenou jako Cronbachova $\alpha = 0,89$ (Sarkisian et al., 2005, s. 240-248). Spolehlivost test-retest byla hlášena pouze pro ERA-38. Hodnocení byla opakována za dva týdny a reliabilita byla 0,96 pro celkové skóre stupnice (Sarkisian et al., 2006, s. 1277-1282).

The Personal Experience of Ageing Scale

Osobní zkušenost s měřítkem stárnutí byla vyvinuta k měření konstruktů osobních zkušeností se stárnutím. Tento měřicí nástroj používá dvanáct prohlášení, které vždy začínají stejnou frází: „Stárnutí pro mě znamená...“ a odpovědi jsou v rozpětí čtyř stupňů (zcela pravdivé, většinou pravdivé, většinou nepravdivé a zcela nepravdivé). Nástroj se skládá ze tří subškál (fyzický pokles, trvalý růst a sociální ztráty), každá po čtyřech položkách. Otázky v nástroji byly původně vyvinuty výzkumnou skupinou a prostřednictvím kvalitativní práce se staršími dospělými, kterou provedli Kohli a Dittmann-Kohli v roce 1996 (Steuerink et al., 2001, s. 364–373). Cronbachova alfa se pohybuje v rozmezí od 0,67 do 0,78 (Burton, Dean, Demeyin and Reeves, 2020, s. 123).

The image of ageing scale

Originální obraz stupnice stárnutí vyvinul Levy et al. (2004, s. 886–890) k hodnocení pozitivního a negativního vnímání lidí o starších lidech. Původní stupnice se skládá z 18 položek složených z devíti konceptuálních kategorií, z nichž každá obsahuje jednu pozitivní a jednu negativní položku. Například „vzhled: vrásčitý, dobře upravený“. Účastníci hodnotí, jak dobře se každé slovo shoduje s jejich obrazem nebo obrazem starých lidí obecně, na nulové až šestibodové Likertově škále, přičemž nula je nejdál od toho, co si myslíte, a šest je nejbližší tomu, co si myslíte. Celkové skóre v rozmezí od 0 do 54 se poté vypočítá pro pozitivní i negativní subškály. Počáteční vývoj položky pro obraz měřítka stárnutí zahrnoval požadavek, aby lidé ve věku nad 70 let uvedli první slova nebo fráze, které jim přijdou na mysl, když pomyslí na starší osobu. Bylo vygenerováno více negativních než pozitivních slov, takže za účelem vytvoření vyváženého měřítka bylo dalších deset starších lidí požádáno, aby uvedli první pozitivní slova nebo fráze, které vám přijdou na mysl, když myslíte na staršího člověka. Slova a fráze byly seskupeny dle podobnosti a zbylo jich 250, které pak hodnotilo deset lidí ve věku nad 65 let a vytvořili tak 96 charakteristik. Charakteristiky byly poté přezkoumány odborníky na gerontologii a roztříděny do devíti koncepčních kategorií: aktivita, vzhled, kognice, smrt, závislost, osobnost, fyzické zdraví, vztahy a vůle žít. Ke každé kategorii byla přiřazena jedna pozitivní a jedna negativní položka. Těchto 18 slov bylo použito k pilotní studii pro test-retest po jednom týdnu, který činil 0,92 pro pozitivní slova a 0,79 pro negativní slova. Vnitřní konzistence byla Cronbachova $\alpha = 0,84$ pro pozitivní slova a Cronbachova $\alpha = 0,82$ pro negativní slova. Škála ukázala dobrou platnost v test-retest 0,79 a 0,92 (Klusmann et al., 2020, s. 9).

2.4 Faktory ovlivňující postoje ke stárnutí a stáří

Jako faktory ovlivňující postoje ke stáří a stárnutí jsme zařadili některé proměnné na základě provedené rešerše literárních zdrojů zaměřených do této oblasti. Ve studiích se často objevoval stupeň soběstačnosti a fyzické zdatnosti, úroveň deprese, hodnocení důstojnosti a sociodemografické proměnné, které mohou mít vliv na utváření postoje ke stárnutí u seniorské populace. Jednotlivé proměnné jsou podrobněji popsány v následujících podkapitolách.

2.4.1 Stupeň soběstačnosti

Ztráta soběstačnosti je pro českou populaci jedna z nejobávanějších situací (STEM/MARK, 2013). Starší jedinci s vyšším skóre v aktivitách denního života (BI) mají tendenci k pozitivnějšímu postoji ke stárnutí (Sun, Kim and Smith, 2017, s. 87). Pokles fyzického fungování (BI skóre) zvyšuje zranitelnost některých seniorů vůči úbytku psychologických zdrojů, což zase může snížit adaptivní mechanismy a vést k horšímu vnímání a hodnocení procesu stárnutí. Je však možné tyto výsledky interpretovat také jako schopnost některých starších dospělých udržet si nadhled a sebeúctu tváří v tvář zhoršující se fyzické zdatnosti a s vyšší pravděpodobností si udržet pozitivní postoj na vlastní stárnutí v průběhu času (Sargent-Cox, Anstey and Luszcz, 2012, s. 426-428).

Při pokusu o zlepšení postoje ke stárnutí vlivem zavedení pravidelné pohybové aktivity u starých lidí se zjistilo, že tento pohyb měl efekt v posunu směrem k pozitivnějšímu názoru na stárnutí, zlepšení fyzického výkonu, a dokonce senioři vykazovali další zlepšení v oblasti duševního zdraví, což celkově předpovídá lepší zdraví v průběhu času (Beyer, Wolff, Freiburger and Wurm, 2019, s. 681; Beyer et al., 2015, s. 679-680). Pozitivní postoj ke stárnutí je spojen s pravidelnější chůzí v průběhu času bez ohledu na zdraví seniora (Wurm, Tomasik and Tesch-Römer, 2010, s. 25). Negativní přístup ke stárnutí predikuje pomalejší tempo chůze v testu „Vstaň ze židle a jdi“. Tento fakt je překvapující, protože se dříve mělo za to, že tempo chůze má příčinnou souvislost s fyzickým poklesem ve stáří. Ovšem zde se zdůrazňuje přímá role psychologického stavu při předpovídání objektivního výsledku stárnutí (Robertson et al., 2015, s. 8-9).

Soběstačnost a nezávislost jsou významnými zdravotními ukazateli seniorů. Obavy ze ztráty nezávislosti jsou časté mezi lidmi vyššího věku. Míra nezávislosti je důležitým faktorem při vnímání a hodnocení celkového zdravotního stavu a kvality života. Při zhoršení zdravotního stavu jsou senioři ohroženi omezením samostatnosti a nezávislosti. Zachování autonomie by mělo být

cílem péče o seniory, protože ztráta autonomie je spíše ovlivněna hospitalizací než samotným stářím (Trentini et al., 2012, s. 282). Pokud senioři budou co nejdéle autonomní, mohou více přispívat ve svých rodinách a komunitách. Čím déle mohou zůstat starší lidé autonomní, tím nižší jsou náklady na dlouhodobou péči nejen pro společnost ale i samotné rodiny (Suzman and Beard, 2011).

2.4.2 Úroveň deprese

Zlepšení vnímání svého vlastního stárnutí může přispívat ke snížení a k prevenci depresivních příznaků u starších lidí (Gum and Ayalon, 2018, s. 594). Negativní sebepojetí vlastního stárnutí zhoršuje průběh chronických onemocnění a zvyšuje výskyt depresivních symptomů (Han, 2017, s. 1198-1199; Freeman et al., 2016, s. 10). Negativní postoje ke stárnutí byly významně spojeny s příznaky deprese u starších čínských dospělých. Avšak podpora rodiny redukovala vliv negativních postojů ke stárnutí na depresivní ladění seniorů jak ve městech, tak i na vesnicích, avšak podpora přátel a vlády měla vliv pouze na seniory žijící ve městech (Liu et al., 2020, s. 88). Pokud se u seniorů zaměříme na sebehodnocení vlastního stárnutí, zjistíme, že sami senioři vyhodnocují své stárnutí poměrně úspěšně, a to 8,2 z maxima 10 bodů. Tuto hodnotu udávali i senioři se zhoršeným fyzickým a kognitivním fungováním. Odolnost a depresivní ladění měly signifikantní souvislost s úspěšným stárnutím, z čehož můžeme vyvodit, že zvýšení odolnosti a snížení deprese může mít stejný účinek na hodnocení úspěšného stárnutí a snížení fyzické disability (Jeste et al., 2013, s. 191).

Již mírné zvýšení úrovně deprese do pěti bodů na Geriatric Depression Scale (GDS-15) je hlavním prediktorem zhoršení postojů ke stárnutí i kvality života v mezinárodním měřítku (Chachamovich et al., 2008, s. 598; Trentini et al., 2012, s. 283). Ke stejným závěrům ve své studii dospěli i Vahia et al. (2010, s. 212), i přes to, že se zaměřili pouze na respondentky a využili odlišnou škálu pro hodnocení deprese – Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D). Dle měřítka CES-D je skóre pod osm bodů považováno za stav bez deprese, subprahová deprese v rozmezí 8-15 bodů a za depresi je považováno skóre 16 bodů. Subprahová deprese či mírné až střední úrovně depresivních příznaků bývají spojeny s horším fungováním prakticky ve všech složkách úspěšného stárnutí (nižší optimismus, negativní postoje ke stárnutí, snížená odolnost jak fyzická, tak psychická i emocionální). Autoři se shodují, že již mírným úrovním deprese by měla být věnována náležitá pozornost, jelikož deprese je spojena s negativním vnímáním stárnutí (Moser, Spagnoli and Eggimann, 2011, s. 677). Často mohou být příznaky

deprese (únava, nečinnost, nevykonnost, pokles nálady) chybně připisovány přirozenému procesu stárnutí. Zdravotničtí pracovníci jsou vůči těmto příznakům často přezíraví a nevěnují jim větší pozornost (Halvorsrud et al., 2010, s. 252). Starší člověk si sám spontánně na příznaky deprese nestěžuje (Češková, 2007, s. 229). Díky přezíravosti a podceňování depresivity u starších jedinců v kombinaci s neohlášením deprese samotným seniorem se dostáváme do spirály, ve které se deprese prohlubuje. Při hospitalizaci geriatrického pacienta počítáme s jeho zhoršeným zdravotním stavem a přítomností akutních nebo chronických onemocnění, popřípadě jejich kombinaci. Sama hospitalizace i choroba u staršího dospělého vede ke zvýšené prevalenci depresivních příznaků. Velká část těchto pacientů nemá adekvátní péči vůči této diagnóze, třebaže deprese je častým problémem u seniorů a její diagnostika a terapie je podceňována (Lin et al., 2014, s. 1-2). Bohužel deprese vyvolává další komorbidity, značně prodražuje léčbu, zhoršuje postoje ke stáří a stárnutí, zhoršuje kvalitu života a má negativní vliv i na vnímání osobní důstojnosti (Kisvetrová et al. 2021, s. 1).

2.4.3 Vnímání osobní důstojnosti

Zachování důstojnosti je často zdůrazněno jako základní právo pacienta v národních a mezinárodních etických kodexech ošetrovatelství a je skutečnou podstatou a jádrem ošetrovatelské péče. Důstojnost je zásadní pro well-being každého člověka. Ačkoli se o lidské důstojnosti zmiňují důležité a závazné dokumenty, autoři věnující se dané problematice nenašli společnou a jasnou definici pojmu důstojnosti. Jakobsonová (2012) ve své knize uvádí, že důstojnost je tak multifaktoriální a příliš komplexní na to, aby se dala vyjádřit pouhým „je“.

L. Nordenfelt zveřejnil v roce 2005 dokument představující teoretický model důstojnosti, který je často označován jako pojem poskytující komplexní definici konceptu důstojnosti. Zároveň byla jeho platnost ověřena v dlouhodobé péči (Kane and de Vries, 2016, s. 745). Podle tohoto teoretického modelu existují čtyři typy důstojnosti, z nichž hodnocení u prvních tří se může v průběhu života měnit v závislosti na chování, autonomii a integritě jednotlivců a lidí, s nimiž mají kontakt. Poslední typ je univerzální.

- *Důstojnost zásluh* závisí na formální nebo neformální společenské hodnotě. Tento druh důstojnosti je nerovnoměrně rozdělen mezi lidské bytosti. Může přicházet a odcházet.
- *Důstojnost mravního postavení* je výsledkem mravních činů subjektu, může být ztracena na základě nemorálních skutků. Souvisí s myšlenkou důstojnosti jako ctnosti.

- *Důstojnost identity* je v mnoha případech vázána na integritu těla a může být pozměněna vnějšími událostmi.
- *Menschenwürde*, nebo také univerzální důstojnost, se vztahuje na všechny lidské bytosti bez rozdílu. Nelze ji ztratit, dokud člověk existuje. Jedná se o německé slovo (Nordenfelt, 2005, s. 17).

Často se však mluví o důstojnosti zejména v souvislosti s umíráním a paliativní péčí (Pringle, Johnston and Buchanan, 2015, s. 691; Chochinov et al., 2002, s. 433-443). Přičemž zachování lidské důstojnosti v péči o seniory je nezbytné kvůli jejich zranitelnosti a sama důstojnost má multidimenzionální rozměr. To ukazují i data získaná od české populace, která má obavy ze ztráty důstojnosti (STEM/MARK, 2013). Z pohledu sester má pojem důstojnost čtyři hlavní parametry: vnímání pacienta jako jedinečné osoby, komunikace a soukromí, zapojení pacienta a kultura práce a prostředí (Šaňáková and Čáp, 2018, s. 1298-1303). Sestry vnímají vhodné fyzické prostředí (elektricky nastavitelná lůžka, dvoulůžkové pokoje s koupelnou, závěsy a paravány mezi lůžky, zavřené dveře), respektování soukromí při ošetrovatelských činnostech a vhodnou komunikaci s podporou vlastní volby pacienta jako podstatné atributy pro poskytování důstojné péče pro pacienty (Baillie et al., 2009, s. 22-29). Tehranineshat et al. (2020, s. 923-933) rozšiřuje výčet o názory pacientů a zdravotníků íránské nemocnice ohledně atributů důstojné péče, k nimž přiřazuje potřebu vyjadřovat empatie, poskytovat objektivní péči s informacemi o postupech léčby, udržovat autonomii, a také podporovat a respektovat individualitu pacienta. Naproti tomu pacienti považují za charakteristické rysy autonomii a kontrolu, soukromí, vztahy, péči a pohodlí, komunikaci a identitu. Komunikace se zdá být velice podstatnou pro důstojnost, jelikož slouží jako prostředek pro uznání hodnoty člověka jako lidské bytosti, zároveň však nevhodná komunikace způsobuje pocit bezvýznamnosti a bezcennosti. Komparace naznačuje rozdílnost ve vztazích u pacientů, což působí dojmem, že sestry na vztahy zapomínají (Šaňáková and Čáp, 2018, s. 1298-1303). Ve studii Walsh and Kowanko (2002, s. 143-151) se ukazuje, že při vyšším zachování důstojnosti u pacientů se zkracuje délka hospitalizace, vyskytuje se větší důvěra a větší spokojenost se zdravotní péčí a také se snižuje stres u pacientů.

V nemocničním prostředí dochází s vyšší pravděpodobností k porušení lidské důstojnosti u pacientů při poskytování zdravotní péče než v domácím prostředí (Šaňáková and Čáp, 2018, s. 1298–1303; Pringle, Johnston and Buchanan, 2015, s. 675). Seniorští pacienti se cítí bezmocní v souvislosti s nemožností ovlivnit poskytovanou péči a podřizují se potřebám personálu a dalších pacientů. Hlubší pocit zranitelnosti ohrožuje jejich důstojnost, a s tím je spojen i výskyt chronických onemocnění či ageismus vůči starším lidem (Sarvimäki and Stenbock-Hult, 2016, s.

378). Nadřazenost byrokratické organizace péče (časový harmonogram péče) nad individuálními potřebami jednotlivých pacientů posiluje pocit bezvýznamnosti a bezmocnosti seniorů. Určité skupiny lidí, např. s kognitivním deficitem, s nízkou gramotností, se smyslovými deficity, etnické menšiny či bez podpory rodiny/návštěv, jsou vystaveny zvýšenému riziku negativních zkušeností spojených s hospitalizací a pocitem bezmocnosti (Bridges et al., 2020). Stejně tak tomu bylo i u seniorů v studii Bridges s Nugus (2010, s. 48-50), kde došlo ke snížení pocitu individuálního významu seniorů. Cítili, že na nich nezáleží ve srovnání s ostatními pacienty a úkony, které zdravotníci provádějí. Souhrnně šlo o tři rysy: nadřazenost techniky a poskytované zdravotní péče, nerovnováha sil a podřízenost nelékařským potřebám pacientů (výkonům). Určité chování, institucionální péče, prostředí a mezilidské interakce mohou ohrozit lidskou schopnost prosazovat své hodnoty, zejména v kontextu zranitelnosti. Poskytování zdravotní péče člověku s úctou k jeho důstojnosti znamená respektovat jeho schopnost dodržovat standardy a hodnoty a tím se vyhnout ponížení a hanbě, protože zmíněné standardy jsou pro člověka životně důležité (Barclay, 2016, s. 140). Velice podobný názor zastává i Killmister (2010, s. 160-164) a říká, že důstojnost je přirozená schopnost dodržovat své zásady. Vztah mezi vnímáním osobní důstojnosti a postojem ke stárnutí u seniorů naznačila studie realizovaná u souboru českých seniorů s demencí i bez demence. Výsledky ukázaly, že důstojnost byla spojena s postoji ke stárnutí. Senioři, kteří hodnotili lépe svoji důstojnost, měli pozitivnější postoje ke stárnutí v AAQ doméně Psychologická ztráta (Kisvetrová et al., 2021, s. 1).

2.4.4 Sociodemografické charakteristiky

Sociodemografické charakteristiky respondentů jsou popisovány v každém výzkumu. Mají za cíl klasifikovat respondenty do určitých skupin. Tyto skupiny jsou pak většinou předmětem dalšího zkoumání ve vztahu ke studované problematice. Vzhledem k zaměření práce se budeme zabývat vztahem postojů ke stáří i stárnutí s následujícími proměnnými: pohlaví, věk, nejvyšší dosažené vzdělání a sociální situace. Vliv zvolených proměnných se v jednotlivých studiích lišil. Jayabharathi et al. (2021, s. 58) nepovažují pohlaví, věk a úroveň vzdělání za významné pro postoje ke stárnutí, stejně tak u švýcarských seniorů nemá zásadní vliv věk či pohlaví (Moser, Spagnoli and Eggimann, 2011, s. 678). Naproti tomu Kornadtl, Siebert and Wahl (2019, s. 16) zjistili, že věk může ovlivňovat myšlenky o našem vlastním stárnutí. Pocit vlastní zbytečnosti zvyšuje riziko úmrtí v průměru o 40 % (Gu, Dupre and Qiu, 2017, s. 190). Co se týče pohlaví,

z výzkumů vyplývá, že ženy obecně uvádějí horší zdraví (Petrová Kafková, 2016, s. 630) a stereotypy stárnutí mají větší vliv na jejich kognitivní a paměťový výkon (Lamont, Swift and Abrams, 2015, s. 180). Vliv genderu na postoje ke stárnutí se neprokázal u norských seniorů (Kalfoss, 2016, s. 255). Příslušnost k určitému pohlaví může mít vliv na průběh a zvládnutí chronických onemocnění s ohledem na aspekty důstojnosti, jako je deprese či kvalita života (Ferretti et al., 2019, s. 1654), které jsou úzce spjaty s postoji ke stárnutí (Kisvetrová et al., 2021, s. 1). Co se týká úrovně vzdělání, tak základní vzdělání obecně přináší menší odolnost vůči negativním věkovým stereotypům (Chang et al., 2020, s. 12), horší zdraví a nižší kvalitu života, zatímco terciální vzdělání má opačný účinek a více z něj těží muži (Petrová Kafková, 2016, s. 635). Ovšem Moser, Spagnoli and Eggimann (2011, s. 678) neshledali úroveň vzdělání jako významný faktor dopadu na postoje ke stárnutí u mladších seniorů, přičemž život bez mezilidské interakce přispívá k negativnímu pohledu na stárnutí (Jang and Kim, 2020, s. 1). Věkové stereotypy mohou seniora odrazovat od vyhledání pomoci (Suzman and Beard, 2011), a to i v případě, kdy se stane obětí domácího násilí (WHO, 2010) nebo při osamělém životě v rodném domě (Wiles et al., 2012, s. 364). I když se osamělost a sociální izolace vyskytují v průběhu celého života, obavy rostou se stárnoucí populací. Padesát procent jedinců ve věku nad 60 let je vystaveno riziku sociální izolace a jedna třetina bude prožívat v životě určitý stupeň osamělosti (Fakoya, McCorry and Donnelly, 2020, s. 1). Pro starší jedince je důležitý kontakt s blízkými a přáteli, který jim dává pocit radosti a zmírňuje osamělost (Kačmárová, 2013, s. 42). Partnerský život přináší větší oporu než jiní příbuzní a vrstevníci, proto ztráta životního partnera vede často k pocitům opuštěnosti a bezvýznamnosti (Dvořáčková, Kajanová, 2012, s. 331). Navzdory tomu sociální účast seniorů, kteří žijí sami, na společenských aktivitách má význam jako podpora, která může změnit pohled na stáří (Won and Kim, 2019, s. 68).

2.5 Shrnutí teoretických východisek

Na základě dohledaných poznatků teoretické části diplomové práce vyplývá, že podpora úspěšného stárnutí se stává stále aktuálnějším tématem po celém světě. Počty starších lidí se zvyšují a globálně se populace dožívá vyššího věku vlivem medicínského pokroku, který není považován za úspěch moderní civilizace, nýbrž spíše jako zátěž pro mladší populaci (Pasupathi and Löckenoff, 2002, s. 201-244). Toto zjištění může být jeden z aspektů přispívajících k negativním věkovým stereotypům, a proto je nutné pochopit vztah k postojům ke stárnutí i z pohledu seniorské populace. Samozřejmě je na rozhodnutí každého jedince, jakým způsobem bude vnímat ireverzibilní stav spojený se stárnutím vlastní osoby (Kisvetrová, 2019).

Pozitivní postoje ke stárnutí mohou u starších dospělých přispět k lepšímu zdraví na několika úrovních, které lze popsat jako fyzické, psychické a kognitivní zdraví, sociální a společenský život. Překonání negativních stereotypů stárnutí prostřednictvím změn na společenské a individuální úrovni může pomoci podpořit úspěšnější stárnutí. Odborníci v oblasti postojů ke stárnutí se shodují na tom, že by se měly národní a nadnárodní politiky zaměřit na posun k pozitivnějšímu postoji ke stárnutí a zvýšit tak úroveň zdraví stárnoucí populace. Protože starší jedinci s pozitivním hodnocením vlastního zdraví mohou nadále přispívat ve svých komunitách a být prospěšní pro celou společnost (Faß, Pyun and Schlesinger, 2020). Existují přesvědčivé důkazy o tom, že lidé, kteří mají kladnější postoje ke stárnutí, se zapojují do zdravějšího chování, mají větší šanci zapojit se do sociálních a společenských aktivit, žít déle a cítit se šťastnější. Naproti tomu starší dospělí, kteří očekávají, že stáří bude negativním zážitkem, jsou více vystaveni vlivům deprese a fyzickým poklesům, což představuje významná zdravotní rizika (Bryant et al., 2016, s. 261-264; Bryant et al., 2012, s. 1680-1681). Z ekonomického pohledu se jeví jedinci se zdравějším chováním jako méně finančně nároční pacienti. Proto by hlubší porozumění postojům ke stáří a stárnutí mělo velký význam pro vývoj intervencí s cílem změnit negativní stereotypy stárnutí a tím zlepšit postoje ke starším lidem. Navzdory možným klinickým důsledkům postojů ke stáří a stárnutí, existuje jen velmi málo studií zkoumajících faktory, které mohou přispívat k rozvoji postojů ke stáří a stárnutí u geriatrických pacientů. Mezi faktory, které mohou ovlivňovat postoje ke stárnutí, řadíme: stupeň soběstačnosti (Sun, Kim and Smith, 2017, s. 87), úroveň deprese (Gum and Ayalon, 2018, s. 594), hodnocení osobní důstojnosti (Bridges et al., 2020; Kisvetrová et al., 2021) a sociodemografické údaje, jakými jsou věk (Kornadtl, Siebert and Wahl, 2019, s. 16), pohlaví (Ferretti et al., 2019, s. 1654), nejvyšší dosažené vzdělání (Petrová Kafková, 2016, s. 635) a sociální situaci (Kačmárová, 2013, s. 42-51).

V roce 2020 propukla pandemie COVID-19, ve které došlo ke globálnímu nárůstu ageismu. Denně byli senioři prezentováni jako jedna nediferencovaná riziková skupina, jako zranitelní, bezmocní a potřebující ochranu společnosti. Pandemie dala jasně najevo potřebu prohloubit naše chápání struktury, původu a důsledků názorů na stárnutí. Proto WHO vyhlásila rok 2020 začátkem *Dekády zdravého stárnutí*, jejímž cílem je snížit sociální nerovnosti související s věkem (Klusmann and Kornadt, 2020; Ayalon et al., 2020; Enhi and Wahl, 2020, s. 515-525).

Na základě sumarizace získaných informací, souvisejících s uvedenou problematikou, lze formulovat teoretickou hypotézu vztahující se k definovaným cílům výzkumu. Hypotéza se opírá o výsledky výzkumných studií relevantních pro oblast postoje ke stáří a stárnutí seniorů. Proto byla teoretická hypotéza formulována takto: *Předpokládáme, že postoj ke stáří a stárnutí u geriatrických pacientů ovlivňují úroveň sobestačnosti a deprese, hodnocení osobní důstojnosti a sociodemografické charakteristiky jakými jsou věk, pohlaví a sociální situace.*

3 METODIKA A VÝZKUM

Výzkumné šetření bylo provedeno formou kvantitativního typu výzkumu. Byl použit soubor oficiálních českých verzí standardizovaných dotazníků, a to: AAQ (dotazník Postoje ke stáří a stárnutí – Attitudes toward Aging Questionnaire), PDI-CZ (Dotazník důstojnosti pacienta – Patient Dignity Inventory) a GDS -15 (škála deprese pro geriatrické pacienty – Geriatric Depression Scale). Výzkumné šetření bylo schváleno Etickou komisí Fakulty zdravotnických věd Univerzity Palackého v Olomouci (UPOL-13069/1040-2019) v příloze č 1.

3.1 Výzkumné cíle a hypotézy

Hlavním cílem diplomové práce je zjistit postoj ke stáří a stárnutí u geriatrických hospitalizovaných pacientů. Od vymezení hlavního cíle se odvíjí stanovení čtyř dílčích cílů.

Cíl 1: Zjistit souvislost mezi postojem ke stáří a úrovní soběstačnosti u geriatrických hospitalizovaných pacientů.

Statistické hypotézy k cíli 1

H₀1: Neexistuje vztah mezi postojem ke stáří a úrovní soběstačnosti dle BI.

H_A1: Existuje vztah mezi postojem ke stáří a úrovní soběstačnosti dle BI.

Cíl 2: Zjistit souvislost mezi postojem ke stáří a úrovní deprese u geriatrických hospitalizovaných pacientů.

Statistické hypotézy k cíli 2

H₀2: Neexistuje vztah mezi postojem ke stáří a úrovní deprese dle GDS-15.

H_A2: Existuje vztah mezi postojem ke stáří a úrovní deprese dle GDS-15.

Cíl 3: Zjistit souvislost mezi postojem ke stáří a hodnocením vlastní důstojnosti u geriatrických hospitalizovaných pacientů.

Statistické hypotézy k cíli 3

H₀3: Neexistuje vztah mezi postojem ke stáří a hodnocením vlastní důstojnosti pomocí PDI-CZ.

H_A3: Existuje vztah mezi postojem ke stáří a hodnocením vlastní důstojnosti pomocí PDI-CZ.

Cíl 4: Mnohonásobnou lineární regresí ověřit vliv vybraných sociodemografických faktorů, deprese, kognice, důstojnosti a úrovně soběstačnosti na hodnocení postojů ke stárnutí v rámci jednotlivých subškál AAQ.

3.2 Charakteristika souborů

Výzkumný soubor tvořili senioři hospitalizovaní na standardních odděleních II. interní kliniky – gastroenterologické a geriatry fakultní nemocnice Olomouc. Oslovení respondentů předcházelo souhlasem vedení kliniky a souhlasným stanoviskem Odboru kvality FN Olomouc s realizací výzkumného šetření (souhlas FN OL, příloha č. 2)

Pro výběr respondentů byla stanovena následující zařazující kritéria:

- věk 65 let a více,
- MMSE skóre v rozmezí od 21 do 30 bodů,
- hospitalizace v období únor až prosinec 2019 (14. 2. 2019 – 31. 12. 2019),
- souhlas se zařazením do dotazníkového šetření tím, že dotazník vyplnili.

Vyřazující kritéria k zařazení do výzkumu byly:

- diagnóza demence v pokročilé fázi onemocnění,
- závažný senzorický deficit (vážné poškození sluchu a zraku),
- terminální fáze nemoci.

Odhad velikosti vzorku – Power analysis

Předpokládali jsme hodnoty korelačních koeficientů mezi dotazníky měřícími úroveň soběstačnosti, deprese, důstojnosti a dotazníky zjišťujícími postoj ke stáří $\rho = 0,20$ (rho), chybu

prvního druhu $\alpha = 0,05$ a sílu (power) = 0,9. Požadovaná velikost vzorku za těchto podmínek je minimálně 258 (spočítáno programem TIBCO STATISTICA version 13.4.0.14.), viz tabulka č. 1:

Tabulka 1 Velikost vzorku

	Sample Size Calculation (data) One Correlation, t-Test H0: Rho = 0
	Value
Population Correlation (Rho)	0,2000
Type I Error Rate (Alpha)	0,0500
Power Goal	0,9000
Actual Power for Required N	0,9004
Required N (Refined Fisher Z)	258,0000

3.3 Metodika sběru dat

Pro získání dat byla využita kvantitativní metodika, průřezová studie s dotazníkovým šetřením. Empirická data byla získána na základě použití baterie tří českých standardizovaných dotazníků. K hodnocení postoje ke stáří a stárnutí byla využita česká verze Dotazníku postoje ke stáří a stárnutí (AAQ). K hodnocení problémů spojených s důstojností, byla využita česká standardizovaná verze Dotazníku důstojnosti pacienta (PDI-CZ). K hodnocení míry deprese byla využita standardizovaná Geriatrická škála deprese (GDS-15), pro posouzení soběstačnosti byl využit Barthelové test základních všedních činností (BI) a hodnocení kognitivních funkcí pomocí Mini-mental State Examination (MMSE skóre).

Dotazník postojů ke stáří a stárnutí (AAQ – Attitudes toward Ageing Questionnaire)

AAQ byl vytvořen skupinou WHOQOL-OLD k hodnocení subjektivnímu vnímání stárnutí s dobrými psychometrickými charakteristikami (Laidlaw et al., 2007, s. 367–379). Mezinárodní odborníci prováděli výzkumy v cílové skupině starších dospělých, což je považováno za nejlepší informace o zkušenostech se stárnutím. Konečná verze dotazníku obsahuje 24 položek hodnocených na pětibodové Likertově škále 1-5 ve třech doménách (psychosociální ztráty, fyzické změny a psychologický růst), které obsahují každá osm otázek, z nichž se postupně spočítá

jednotlivé hrubé skóre v rozmezí osm až 40 bodů. Doména *Psychosociální ztráty* obsahuje prožitky samoty, sociálního vyloučení, uzavření se a postupné ztráty fyzické soběstačnosti; doména *Fyzické změny* se týká fyzického zdraví, kondice, cvičení i celkové reflexe stárnutí; doména *Psychologický růst* se skládá z kladných zkušeností, které by mohly označit jako „moudrost“ nebo „zralost“, týkající se hlavně pozitivního vztahu k sobě a k okolnímu světu. Vyšší skóre znamená vyšší míru souhlasu s položkami. Koeficient vnitřní konzistence pro českou verzi postojového dotazníku AAQ hodnocené pomocí Cronbachova alfa je v rozmezí 0,6 - 0,9 (Dragomirecká a Prajsová, 2009, s. 11-28).

Dotazník důstojnosti pacienta (PDI – Patient Dignity Inventory)

PDI je psychometrický nástroj, který je určený pro identifikaci zdrojů problémů, které mohou ovlivňovat pocit důstojnosti. Tento dotazník se skládá z 25 položek hodnocených na pětibodové Likertově stupnici (1 = problém neexistuje, 2 = mírný problém, 3 = problém, 4 = velký problém, 5 = nepřekonatelný problém). Při označení čísla tři a více se jedná o problém v dané položce. Celkové skóre dotazníku je v rozmezí 25 až 125 bodů. Vyšší skóre ukazuje na vyšší ohrožení důstojnosti. Cronbachovo alfa pro PDI bylo 0,93. Spolehlivost opakovaného testu pro celkové PDI bylo $r = 0,85$, s individuální spolehlivostí test-retest proměnných v rozmezí od $r = 0,37$ až $r = 0,76$ (Chochinov et al., 2008, s. 563-569). Česká standardizovaná verze dotazníku (PDI-CZ) rozděluje na základě realizované faktorové analýzy položky do čtyř faktorů, které jsou nazvány: Ztráta smyslu života, Ztráta autonomie, Ztráta jistoty a Ztráta sociální podpory.

1. *Ztráta smyslu života* obsahuje položky ovlivňující ztrátu smyslu života ve vztahu k nemoci, sebehodnocení a budoucnosti.
2. *Ztráta autonomie* zahrnuje položky, které se zaměřují na závislost, péči o sebe a reakce komunity.
3. *Ztráta jistoty* tvoří souhrn položek, které se týkají duševní a existenciální nejistoty.
4. *Ztráta sociální podpory* obsahuje položky související se sociální podporou od přátel, zdravotnického personálu a s poskytováním péče s respektem.

Cronbachova alfa u české verze dotazníku PDI-CZ je v rozmezí 0.58-0.90 (Kisvetrová et al., 2018, s. 444–450).

Geriatrická škála deprese (GDS – Geriatric Depression Scale)

GDS je celosvětově používaný screeningový nástroj s dobrou výpovědní hodnotou. Plnou verzi tvořilo 30 otázek, v současné době je však celosvětově nejpoužívanější verze s 15 otázkami (GDS-15), která má stejně dobré psychometrické vlastnosti jako původní delší verze. Ke zkrácené verzi GDS-15 se přistupuje z důvodu úspory času a jednodušší administrace. Přičemž korelace mezi GDS-15 a GDS-30 činí $r = 0,84$, $p < 0,001$ (Sheikh and Yesavage, 1986). Otázky mají možnost výběru odpovědi „ano“ nebo „ne“ a vybrané otázky jsou obodovány 1 bodem, ostatní nulou. Hodnocení skóre GDS-15: 0–5 normální afekt, 6–10 mírná depresivita, skóre 11 a více ukazuje na těžkou depresivitu. Přesněji skóre šest a více indikuje možnost depresivní poruchy a potřebu podrobného vyšetření, u skóre 11 a více už se spíše, než o možnost jedná téměř o jistotu (Holmerová and Vaňková, 2009, s. 111-114). Dobrá reliabilita české verze GDS-15 je prezentována výsledkem McDonaldovy omegy ($\omega = 0,75$), který je považován za přísnější než Cronbachovo alfa (Heissler, Červenková, Kopeček a Georgi, 2018, s. 85).

Mini-Mental State Examination (MMSE)

Test kognitivních poruch byl vyvinut kolektivem autorů Folstein et al. v roce 1975. MMSE je celosvětově nejpoužívanější metodou ke zjištění celkových kognitivních funkcí. Zkratka MMSE se ujala jako běžný český termín. MMSE umožňuje rychle a orientačně zhodnotit kognitivní funkce. Test hodnotí deset oblastí: orientaci v čase a prostoru, krátkodobou paměť, početní schopnosti, pozornost, čtení, psaní, řeč a konstrukčně-praktické dovednosti. Test dobře odliší středně těžkou demenci od normálního stárnutí, ale není možné s ním detekovat mírné kognitivní poruchy, protože test je příliš snadný. Administrace testu je 5-10 minut. Maximální skóre v MMSE je 30 bodů, čím vyšší skóre, tím lepší výkon. Rozmezí bodů 24-30 bodů je hodnoceno jako normální stav, 21-23 bodů představuje lehkou kognitivní poruchu a 11-20 označuje střední kognitivní poruchu. Skóre 10 bodů a méně znamená, se se jedná o pokročilou formu demence (AD Centrum, online).

Barthelové test základních všedních činností (BI – Barthel index)

BI je mezinárodně rozšířený standardizovaný nástroj pro hodnocení stupně závislosti používaný k hodnocení funkční zdatnosti ve smyslu sebeobsluhy a soběstačnosti. Autorkami jsou Dorothea Barthelová a Florence Mahoneyová z USA a původně byl používán v nemocnicích státu

Maryland pro pacienty s neuromuskulárními a muskuloskeletálními onemocněními, ale jeho používání bylo rozšířeno i na ostatní pacienty s disabilitou (ÚZIS, 2018). Českou verzi přepracovali a standardizovali Topinková a Neuwirth. Rozptyl reliability se pohybuje od 0,87 do 0,93. Dále byla také prokázána prediktivní hodnota (Boriková, 2010, s. 24-30). Test posuzuje deset aktivit běžného života: najedení, napití, oblékání, osobní hygiena, koupání, kontinence moči, kontinence stolice, použití WC, chůze po rovině a chůze po schodech. Každá oblast je skórována v hodnotách 0, 5, 10 nebo 15 bodů. Jednotlivé oblasti jsou hodnoceny pomocí škály, zda činnosti provede bez pomoci, s pomocí nebo neprovede. Hodnocení součtu bodů: 0 bodů značí úplnou závislost a 100 bodů odpovídá plné soběstačnosti v každodenních aktivitách života (Kuckir et al. 2016, s. 27-32).

V závěru dotazníkové baterie použité v tomto výzkumném šetření byly vybrány sociodemografické charakteristiky: věk, pohlaví, nejvyšší dosažené vzdělání a sociální situace (kde a s kým bydlí).

3.4 Realizace výzkumu

Souhlasné stanovisko s realizací výzkumného šetření bylo uděleno Etickou komisí FZV UP v Olomouci a rovněž bylo získáno od Odboru kvality Fakultní nemocnice Olomouc. Vrchní sestry II. interní kliniky – gastroenterologické a geriatrické byly seznámeny s dotazníkovou baterií a způsobem realizace sběru dat. Jednotlivé respondenty splňující zařazující kritéria oslovila autorka diplomové práce, seznámila je s cílem výzkumu, vysvětlila způsob vyplnění dotazníkové baterie a ubezpečila o anonymizaci dat. Dotazníkové šetření probíhalo formou samostatného vyplnění dotazníkového souboru zúčastněnými respondenty nebo prostřednictvím strukturovaného rozhovoru přesně kopírujícího jednotlivé položky dotazníků u těch respondentů, kteří o to požádali. Kompletně vyplněných dotazníků bylo 300.

3.5 Metoda zpracování dat

Kvantitativní proměnné byly prezentovány pomocí průměrů, směrodatných odchylek (*SD*), mediánů, minimálních a maximálních hodnot. Kvalitativní data byla prezentována pomocí absolutních a relativních četností. Vzájemná korelace kvantitativních znaků byla zjišťována pomocí Pearsonova korelačního koeficientu. Tento parametrický korelační koeficient byl zvolen vzhledem k velkému rozsahu výběru. Vliv sociodemografických faktorů, deprese, aktivit denních činností, kognice a důstojnosti na postoj ke stárnutí byl ověřen pomocí mnohorozměrné lineární regrese. Před touto analýzou byla provedena regresní diagnostika linearity, multikolinearity, homogenity a také normality a nezávislosti reziduí. Linearita byla ověřena vizuální inspekci bodových grafů, multikolinearitu jsme prověřili maticí korelací a pomocí hodnot VIF (variable inflation factor). Nezávislost reziduí byla prověřena Durbin-Watsonovým testem. Normalita byla ověřena Shapiro-Wilkovým testem a homogenita byla sledována bodovým grafem standardizovaných reziduí a predikovaných hodnot Y . Kvalita modelu byla vyjádřena pomocí koeficientu determinace R^2 , Všechny testy byly provedeny na hladině statistické významnosti $\alpha = 0,05$. Ke statistickému zpracování byl použit statistický software IBM SPSS Statistics for Windows, Version 23.0. Armonk, NY: IBM Corp.

4 VÝSLEDKY VÝZKUMU

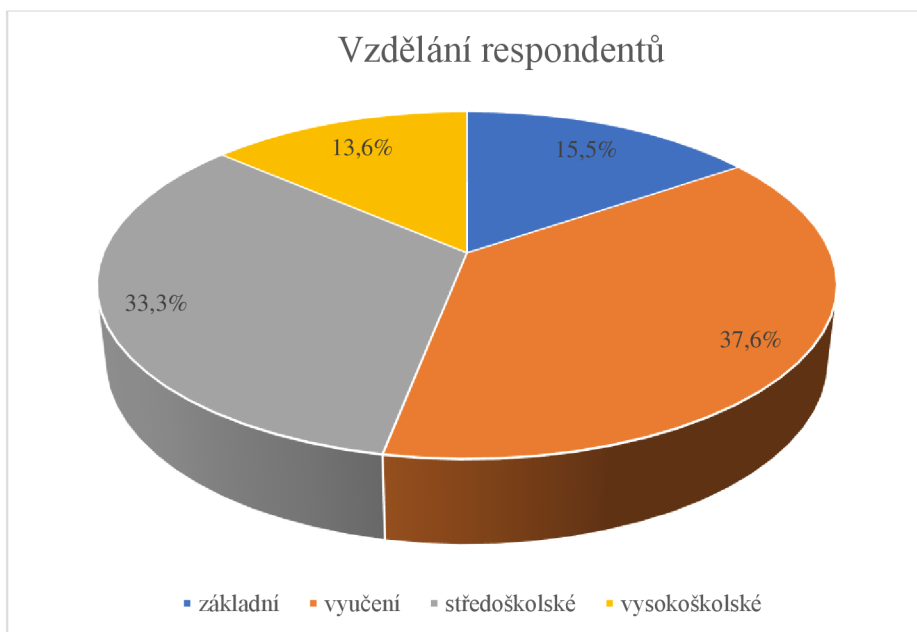
Obsahem kapitoly je popis demografických charakteristik výzkumného souboru a prezentace výsledků k jednotlivým stanoveným dílčím cílům diplomové práce.

4.1 Demografické charakteristiky souboru respondentů

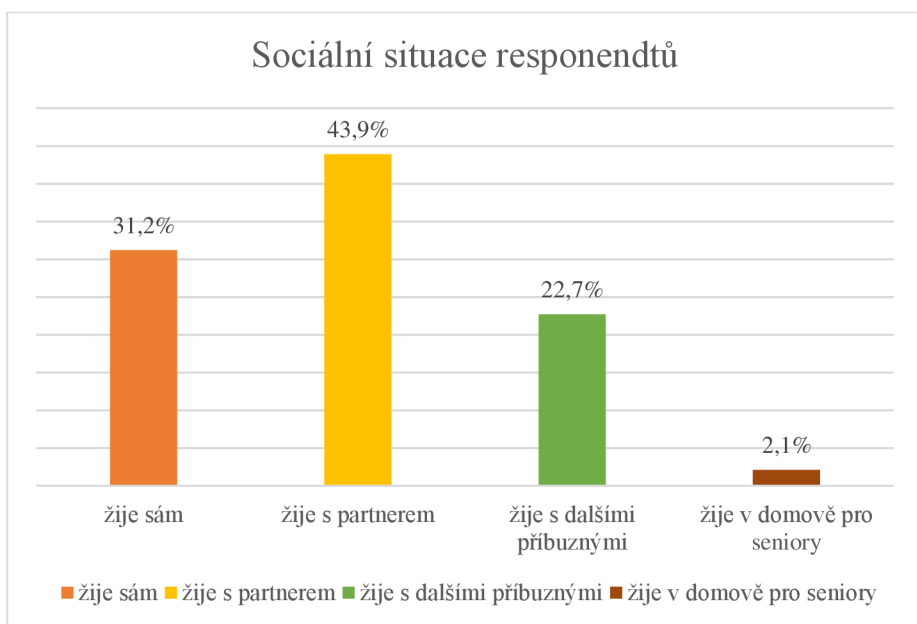
Šetření se zúčastnilo 300 respondentů, 114 (34,5 %) mužů a 216 (65,5 %) žen. Průměrný věk se směrodatnou odchylkou byl $77,6 \pm 7,8$ roků, věkové rozmezí 65 až 95 let, hodnota mediánu věku byla 78 let. Nejvíce respondentů (124, 37,6 %) bylo vyučených, třetina respondentů (110, 33,3 %) měla středoškolské vzdělání. Pouze základní vzdělání mělo 51 (15,5 %) respondentů a 45 (13,6 %) dosáhlo vysokoškolského vzdělání. Nejvíce respondentů (145, 43,9 %) žilo s partnerem, necelá třetina (103, 31,2 %) žila sama. 75 (22,7 %) respondentů žilo s dalšími příbuznými a jen 7 (2,1 %) žilo v domovech pro seniory. Většina respondentů (94,5 %) měla kognitivní funkce normální (MMSE skóre v rozmezí 25 až 30) a 5,5 % pacientů trpělo demencí mírného stupně (MMSE skóre v rozmezí 21 až 24). Dle Barthelové testu základních všedních činností (BI) bylo nejvíce pacientů (206, 62,4 %) lehce závislých. Závislost středního stupně mělo 86 (26,1 %) respondentů, 26 (7,9 %) pacientů bylo vysoce závislých a 12 (3,6 %) bylo nezávislých. Většina pacientů (214, 64,8 %) byla bez deprese, 93 (28,2 %) trpělo mírnou depresí a 23 (7,0 %) respondentů mělo manifestní formu deprese, která vyžadovala odbornou pomoc. Pacienti byli hospitalizováni v průměru $9,4 \pm 6,9$ dní při vyplňování baterie dotazníků. Rozmezí délky hospitalizace bylo 1 až 49 dní, hodnota mediánu byla 8 dní. Přesné četnostní rozložení kvalitativních proměnných je uvedeno v tabulce 2 na následující straně.

Tabulka 2 Popisná statistika socio-demografických dat

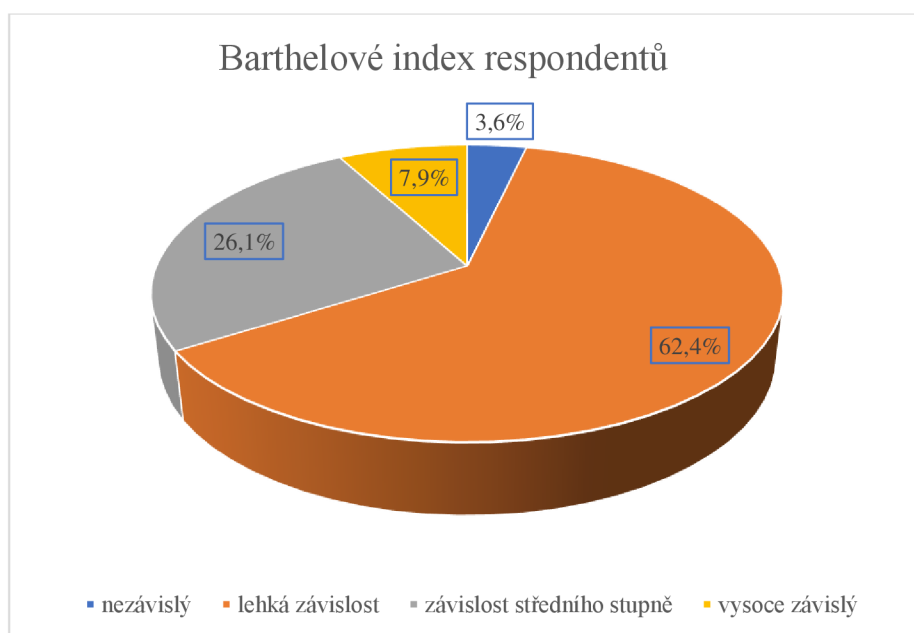
Proměnná		Četnost	Relativní četnost (%)
pohlaví	muži	114	34,5 %
	ženy	216	65,5 %
vzdělání	základní	51	15,5 %
	vyučení	124	37,6 %
	středoškolské	110	33,3 %
	vysokoškolské	45	13,6 %
soc. situace	sám	103	31,2 %
	partner	145	43,9 %
	další příbuzní	75	22,7 %
	domov pro seniory	7	2,1 %
MMSE	normální stav (25-30)	312	94,5 %
	demence mírného stupně (21-24)	18	5,5 %
BI	vysoce závislý (0-40)	26	7,9 %
	závislost středního stupně (45-60)	86	26,1 %
	lehká závislost (65-95)	206	62,4 %
	Nezávislý (100)	12	3,6 %
GDS-15	bez deprese (0-5)	214	64,8 %
	mírná deprese (6-10)	93	28,2 %
	manifestní deprese (11-15)	23	7,0 %



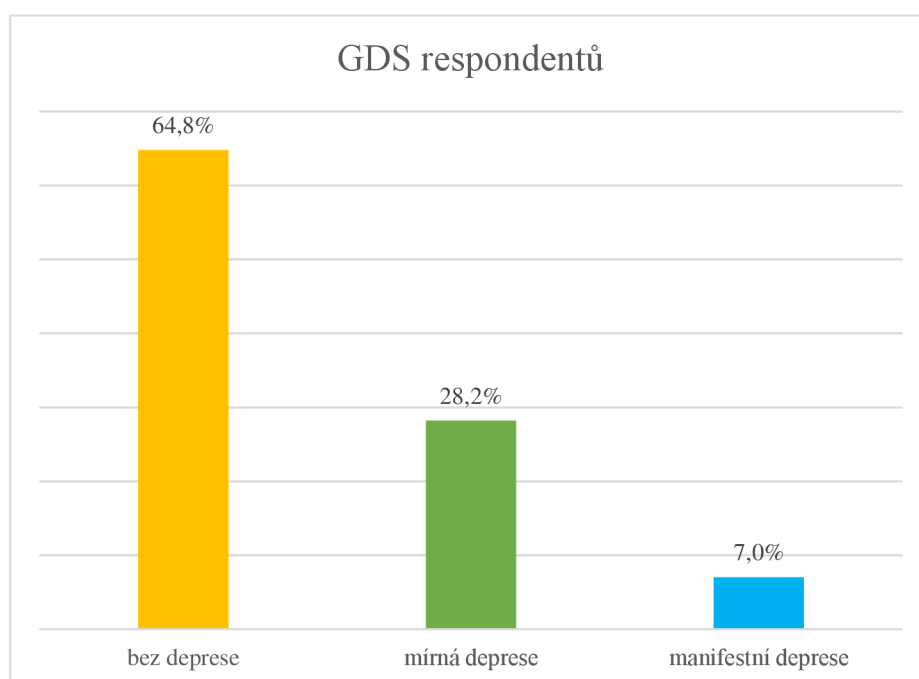
Obrázek 1 Vzdělání respondentů



Obrázek 2 Sociální situace respondentů



Obrázek 3 Barthelové index respondentů



Obrázek 4 GDS-15 respondentů

Kvantitativní škály celkových skóre MMSE, BI a GDS-15 byly popsány ukazateli popisné statistiky – průměrem, směrodatnou odchylkou (SD) a byly spočítány minimální, maximální hodnoty a hodnoty mediánu, viz tabulka 3.

Tabulka 3 Popisná statistika škál MMSE, BI a GDS-15

Proměnná	Průměr	SD	Minimum	Maximum	Medián
MMSE	27,8	1,9	21	30	28
BI	69,7	18,1	15	100	70
GDS-15 skóre	4,6	3,4	0	14	4

4.2 Vyhodnocení položek AAQ

Vyhodnocení dotazníku AAQ, který zjišťoval postoj ke stárnutí, bylo provedeno dle Příručky pro uživatele české verze dotazníku Světové zdravotnické organizace pro měření kvality života autorek Evy Dragomirecké a Jitky Prajsové. Byly vytvořeny tři podškály – domény AAQ. Každá doména obsahuje osm položek, z nichž jsou spočítány hrubé skóre jako součet všech položek. Doména **psychosociální ztráty** obsahuje položky 3, 6, 9, 12, 15, 17, 20 a 22. U těchto položek je nutné otočit škálu, aby bylo možné porovnávat se skóre ostatních dimenzí. Otočení bylo provedeno tak, že daná hodnota se odečetla od čísla 6. Doména **fyzické změny** je tvořena položkami 7, 8, 11, 13, 14, 16, 23 a 24. U třetí domény **psychologický růst** je hrubé součtové skóre vypočteno z položek 1, 2, 4, 5, 10, 18, 19 a 21. Dotazníky AAQ byly kompletně vyplněny, nemuseli jsme se zabývat problematikou imputace chybějících dat. V tabulce 4 je uvedena popisná statistika jednotlivých domén dotazníku AAQ.

Tabulka 4 Popisná statistika domén dotazníku AAQ

Doména dotazníku AAQ	Průměr	SD	Minimum	Maximum	Medián
Psychosociální ztráty	24,8	5,9	8	40	24
Fyzické změny	24,9	4,9	10	38	25
Psychologický růst	27,9	4,6	12	40	28
Celkové skóre AAQ	77,6	11,3	42	106	76

Vyšší skóre znamená vyšší míru souhlasu s položkami v dané doméně.

Z tabulky je patrné, že nejvyšších hodnot bylo dosaženo v doméně *psychologický růst*. V této doméně je přístup ke stáří nejlepší.

4.3 Vyhodnocení položek PDI-CZ

Položky dotazníku PDI-CZ byly rozděleny do čtyř faktorů. Faktor F1 **Ztráta smyslu života** obsahuje položky 12, 24, 15, 13, 11, 19, 23, 16, 8, 18, 3, 14, 7. Faktor F2 **Ztráta autonomie** obsahuje položky 2, 1, 10, 20, 4. Faktor F3 **Ztráta jistoty** obsahuje položky 5, 6, 17, 9 a faktor F4 **Ztráta sociální podpory** je sycen položkami 21, 22 a 25. Rozdělení těchto 25 položek do faktorů bylo provedeno podle práce Kisvetrové et al. (2018, 444-450).

Tabulka 5 Popisná statistika faktorů dotazníku PDI-CZ

Faktory dotazníku PDI-CZ	Průměr	SD	Minimum	Maximum	Medián
Ztráta smyslu života	24,0	8,9	13	54	22
Ztráta autonomie	9,9	3,8	5	23	9
Ztráta jistoty	6,4	2,7	4	18	6
Ztráta sociální podpory	4,1	1,9	3	14	3
PDI-CZ celkové skóre	44,4	15,7	25	104	40

4.4 Výsledky k jednotlivým cílům, ověření platnosti hypotéz

Cíl 1: Zjistit souvislost mezi postojem ke stáří a úrovní soběstačnosti u geriatrických hospitalizovaných pacientů.

Statistické hypotézy k cíli 1

H₀₁: Neexistuje vztah mezi postojem ke stáří a úrovní soběstačnosti dle BI.

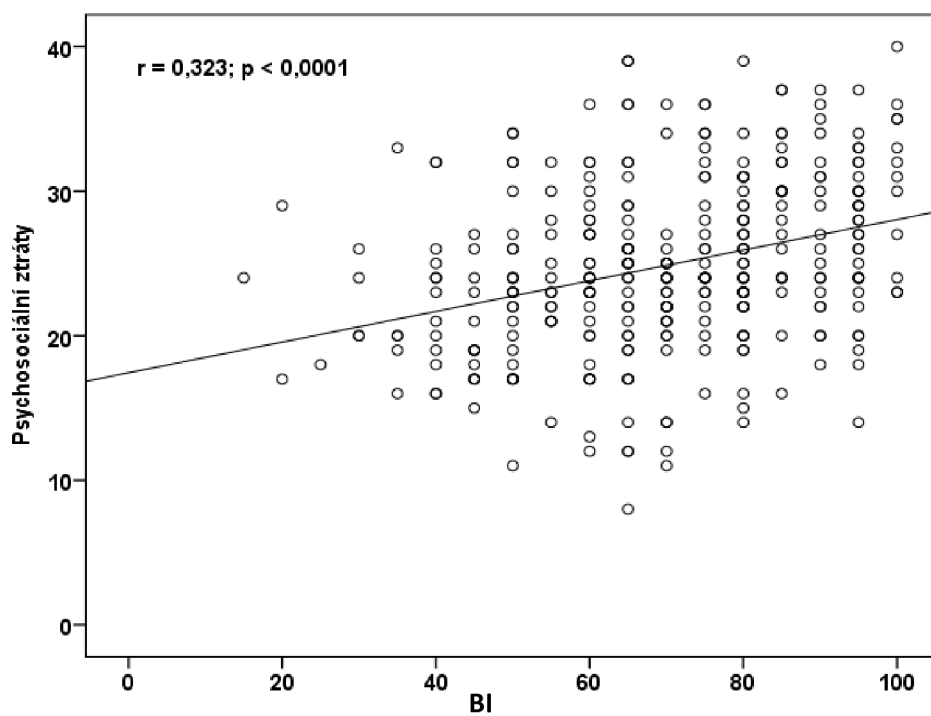
H_{A1}: Existuje vztah mezi postojem ke stáří a úrovní soběstačnosti dle BI.

Hypotéza byla ověřena výpočtem Pearsonova korelačního koeficientu a odpovídající *p*-hodnoty. Korelační analýza prokázala statisticky významnou slabou pozitivní korelaci mezi dvěma doménami dotazníku AAQ a celkovým skóre dotazníku BI. Nejsilněji koreluje s úrovní soběstačnosti doména *Psychosociální ztráty* ($r = 0,323$, $p < 0,0001$). Dle hodnoty korelačního koeficientu je však tato korelace slabá. Statisticky významná je i korelace s doménou *Psychologický růst* ($r = 0,212$, $p = 0,0001$). **Pacienti s vyšší úrovní soběstačnosti mají lepší postoj ke stárnutí v doménách *Psychosociální ztráty* a *Fyzické změny*.** Pro tyto dvě domény můžeme nulovou hypotézu H_{01} zamítnout ve prospěch alternativní hypotézy H_{A1} . Doména *Psychologický růst* s úrovní soběstačnosti statisticky významně nekoreluje ($r = -0,065$, $p = 0,241$). Statisticky významné korelace byly ukázány bodovými grafy s regresní přímkou, která ukazuje směr závislosti.

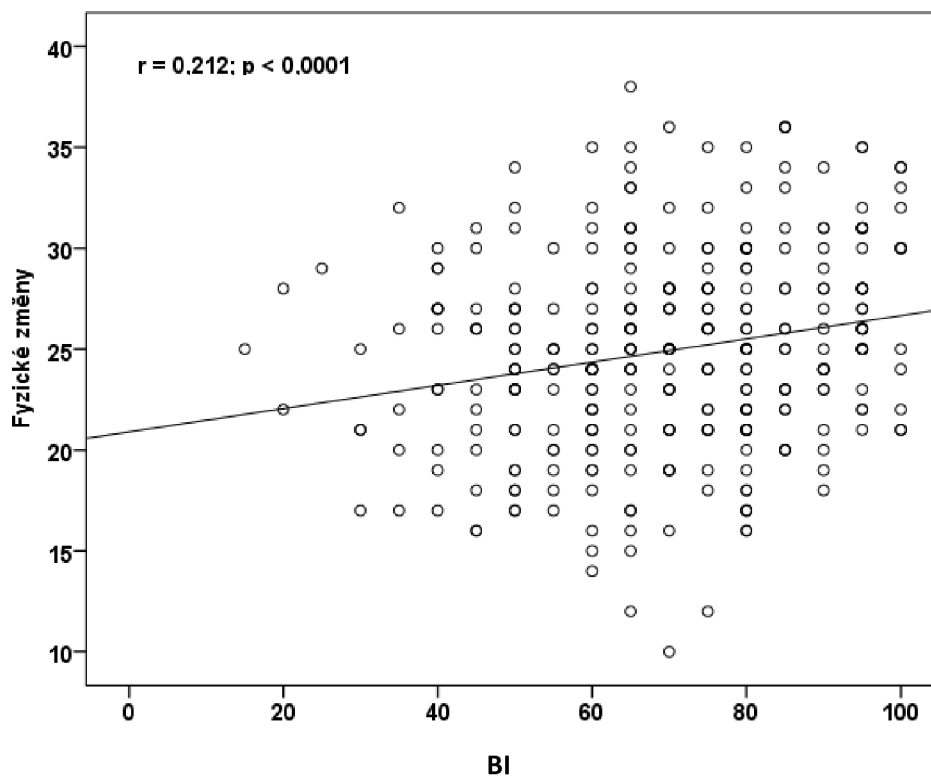
Tabulka 6 Hodnoty korelačních koeficientů a *p*-hodnoty u domén AAQ a BI

Doména AAQ		BI
Psychosociální ztráty	Pearsonův korelační koeficient	0,323
	<i>p</i>	<0,0001***
Fyzické změny	Pearsonův korelační koeficient	0,212
	<i>p</i>	0,0001***
Psychologický růst	Pearsonův korelační koeficient	-0,065
	<i>p</i>	0,241

*** $p < 0,001$



Obrázek 5 Bodový graf ukazující závislost hodnot domény psychosociální ztráty dotazníku AAQ na úrovni soběstačnosti pacientů měřené dotazníkem BI



Obrázek 6 Bodový graf ukazující závislost hodnot domény fyzické změny dotazníku AAQ na úrovni soběstačnosti pacientů měřené dotazníkem BI.

Cíl 2: Zjistit souvislost mezi postojem ke stáří a úrovní deprese u hospitalizovaných geriatrických pacientů.

Statistické hypotézy k cíli 2

H₀2: Neexistuje vztah mezi postojem ke stáří a úrovní deprese dle GDS-15.

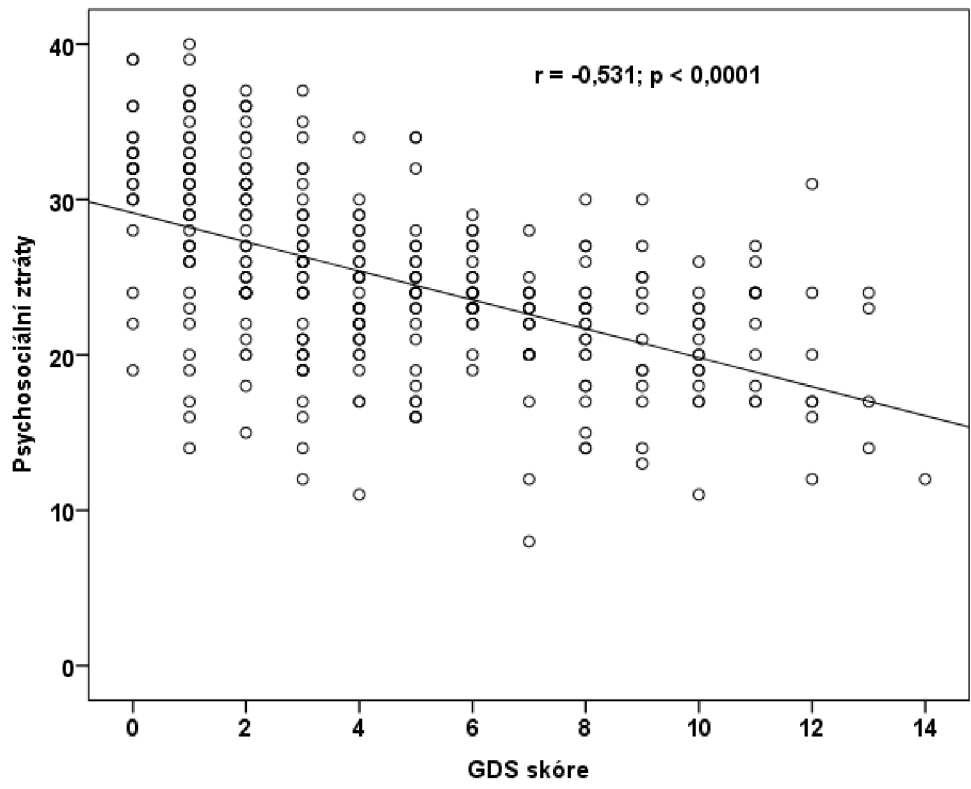
H_A2: Existuje vztah mezi postojem ke stáří a úrovní deprese dle GDS-15.

Hypotéza byla ověřena obdobným způsobem jako hypotéza H₀1. Korelační analýza prokázala statisticky významnou středně silnou negativní závislost mezi skórem GDS-15 a doménami *Psychosociální ztráty* ($r = -0,531$, $p < 0,0001$) a *Fyzické změny* ($r = -0,486$, $p < 0,0001$). Doména *Psychologický růst* koreluje s úrovní deprese také statisticky významně, ale pouze slabě ($r = -0,310$, $p < 0,0001$). **S vyššími hodnotami dotazníku AAQ (lepší postoj ke stárnutí) korelují nižší hodnoty GDS-15 skóre (nižší míra deprese).** Nulovou hypotézu H₀2 zamítáme ve prospěch alternativní hypotézy H_A2, pacienti s nižším skórem deprese mají pozitivnější přístup ke stárnutí. Vztah mezi zkoumanými veličinami je graficky znázorněn pomocí bodových grafů s regresní přímkou, která ukazuje směr závislosti.

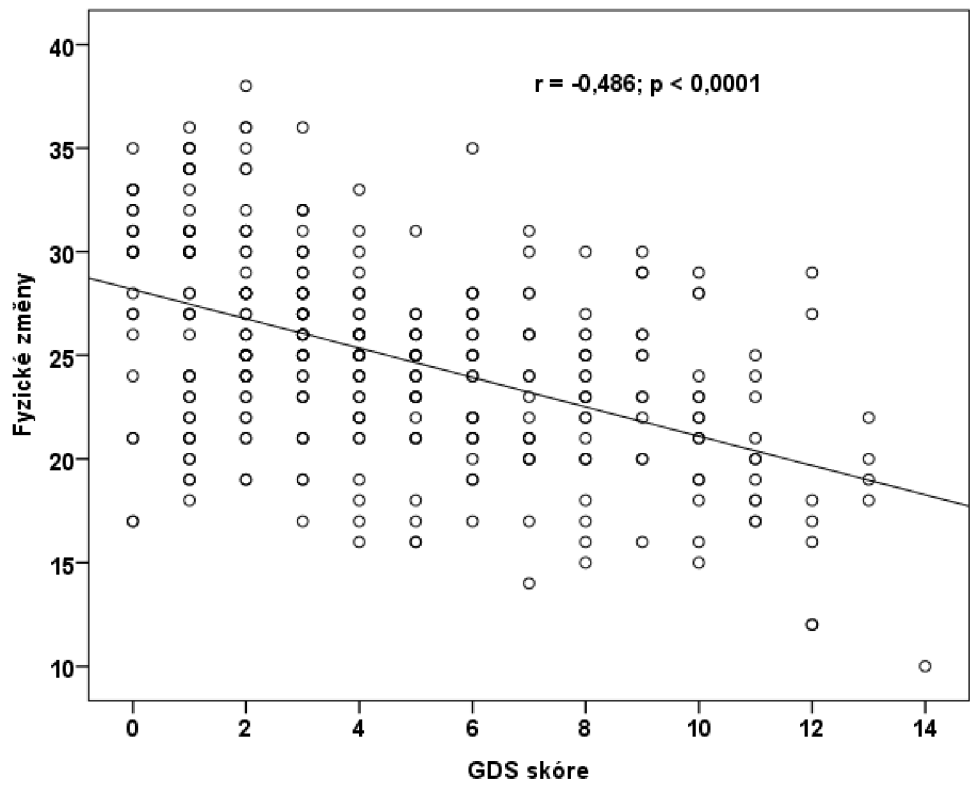
Tabulka 7 Hodnoty korelačních koeficientů a p-hodnoty u domén AAQ a GDS-15

Doména AAQ		GDS-15 skóre
Psychosociální ztráty	Pearsonův korelační koeficient	-0,531
	<i>p</i>	<0,0001***
Fyzické změny	Pearsonův korelační koeficient	-0,486
	<i>p</i>	<0,0001***
Psychologický růst	Pearsonův korelační koeficient	-0,310
	<i>p</i>	<0,0001***

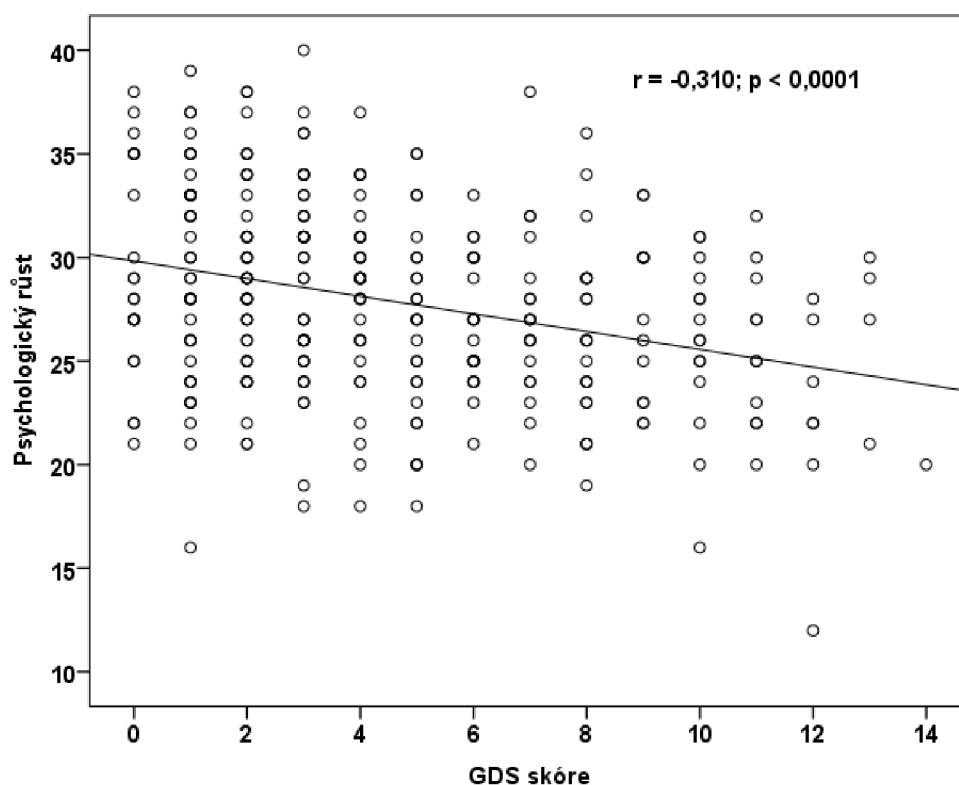
*** $p < 0,001$



Obrázek 7 Bodový graf ukazující závislost hodnot domény psychosociální ztráty dotazníku AAQ na úrovni deprese pacientů měřené dotazníkem GDS-15.



Obrázek 8 Bodový graf ukazující závislost hodnot domény fyzické změny dotazníku AAQ na úrovni deprese pacientů měřené dotazníkem GDS-15.



Obrázek 9 Bodový graf ukazující závislost hodnot domény psychologický růst dotazníku AAQ na úrovni deprese pacientů měřené dotazníkem GDS-15.

Cíl 3: Zjistit souvislost mezi postojem ke stáří a hodnocením vlastní důstojnosti u geriatrických hospitalizovaných pacientů.

Statistické hypotézy k cíli 3

H₀₃: Neexistuje vztah mezi postojem ke stáří a hodnocením vlastní důstojnosti pomocí PDI-CZ.

H_{A3}: Existuje vztah mezi postojem ke stáří a hodnocením vlastní důstojnosti pomocí PDI-CZ.

Hypotéza byla opět ověřena výpočtem Pearsonova korelačního koeficientu. Bylo ukázáno, že existuje statisticky významná negativní korelace mezi doménami dotazníku AAQ a faktory PDI-CZ. Středně silná korelace byla mezi doménou *Psychosociální ztráty* a faktorem *Ztráta smyslu života* ($r = -0,435$, $p < 0,0001$) a *Ztráta autonomie* ($r = -0,455$, $p < 0,0001$). Statisticky významná slabá korelace byla i mezi doménou *Psychosociální ztráty* a faktorem *Ztráta jistoty* ($r = -0,389$, $p < 0,0001$) a faktorem *Ztráta sociální podpory* ($r = -0,199$, $p < 0,0001$). Doména *Fyzické*

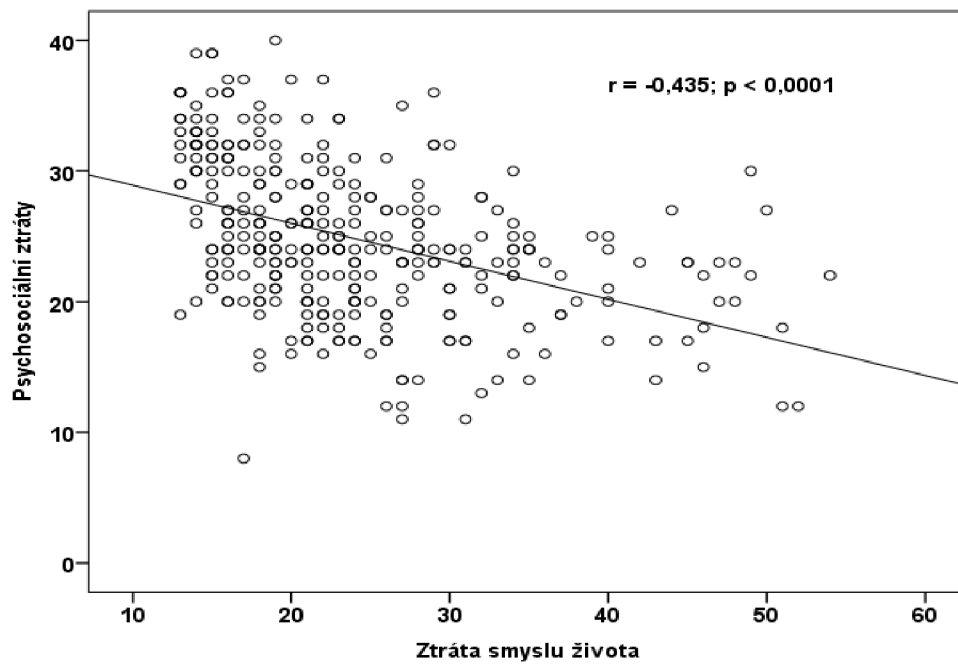
změny korelovala slabě s faktory *Ztráta smyslu života* ($r = -0,217$, $p = 0,0001$), *Ztrátou autonomie* ($r = -0,263$, $p < 0,0001$) a *Ztrátou jistoty* ($r = -0,154$, $p = 0,005$). Statisticky významný slabý vztah byl také mezi doménou *Psychologický růst* a faktory *Ztráta smyslu života* ($r = -0,181$, $p = 0,001$), *Ztráta jistoty* ($r = -0,170$, $p = 0,002$) a *Ztráta sociální podpory* ($r = -0,175$, $p = 0,001$). **Všechny korelační koeficienty jsou záporné, což znamená, že nižší hodnoty na škále důstojnosti PDI-CZ (vyšší důstojnost) korelují s vyššími hodnotami na škále dotazníku AAQ (lepší postoj ke stárnutí).**

Statisticky nevýznamný vztah byl pouze mezi doménou *Fyzické změny* a faktorem *Ztráta sociální podpory* ($r = -0,016$, $p = 0,765$) a mezi doménou *Psychologický růst* a faktorem *Ztráta autonomie* ($r = -0,062$, $p = 0,263$). Některé silnější závislosti byly znázorněny bodovými grafy s regresní přímkou, která ukazuje směr závislosti.

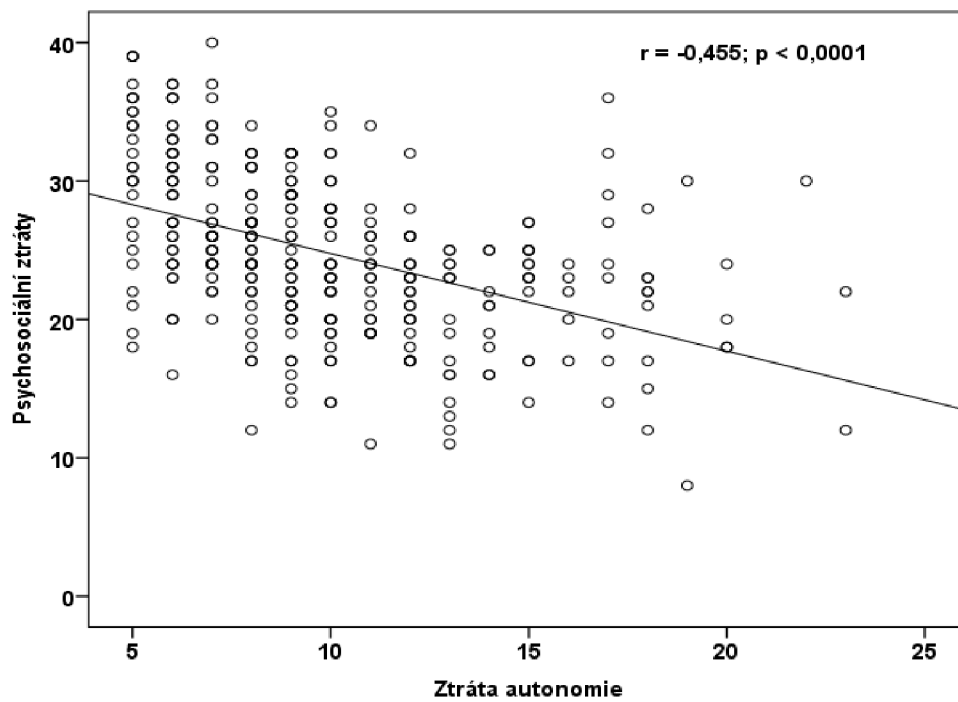
Tabulka 8 Hodnoty korelačních koeficientů a p-hodnoty u domén AAQ a faktorů PDI-CZ

Domény AAQ		Faktory PDI-CZ			
		Ztráta smyslu života	Ztráta autonomie	Ztráta jistoty	Ztráta sociální podpory
Psychosociální ztráty	Pearsonův korelační koeficient	-0,435	-0,455	-0,389	-0,199
	<i>p</i>	<0,0001***	<0,0001***	<0,0001***	<0,0001***
Fyzické změny	Pearsonův korelační koeficient	-0,217	-0,263	-0,154	-0,016
	<i>p</i>	0,0001***	<0,0001***	0,005**	0,765
Psychologický růst	Pearsonův korelační koeficient	-0,181	-0,062	-0,170	-0,175
	<i>p</i>	0,001**	0,263	0,002**	0,001**

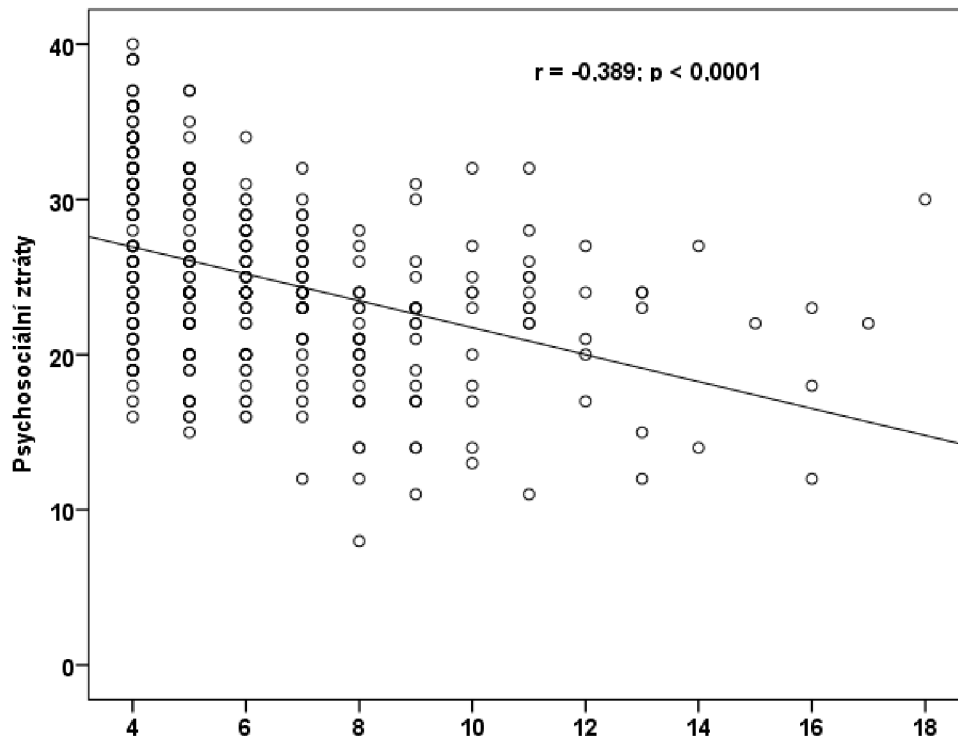
** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$



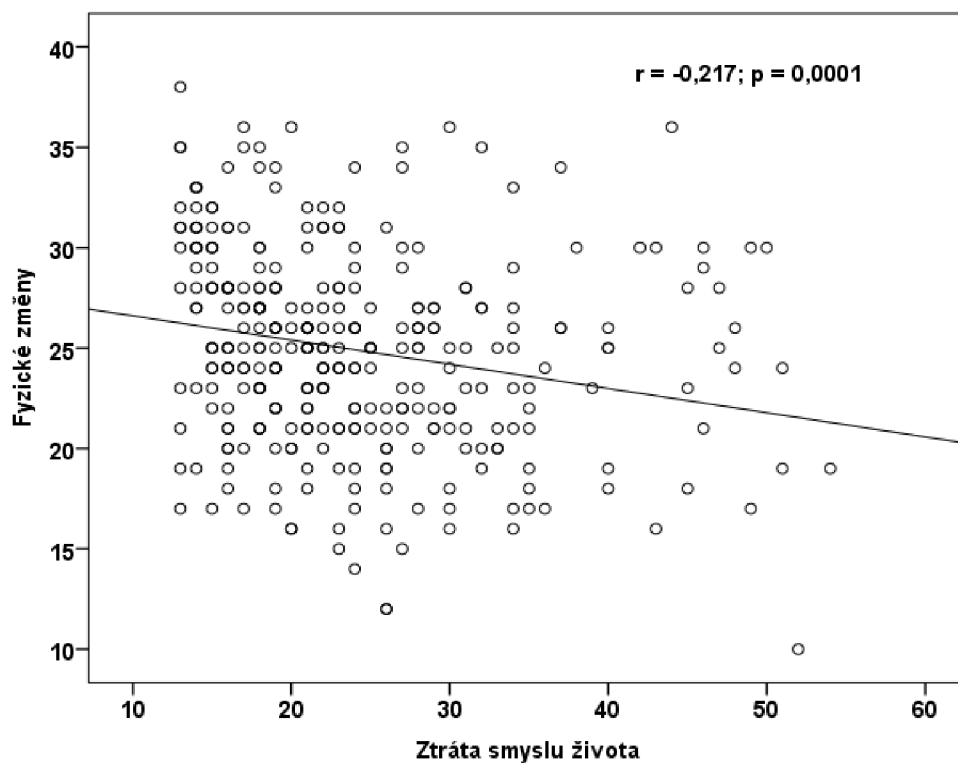
Obrázek 10 Bodový graf ukazující závislost hodnot domény psychosociální ztráty dotazníku AAQ na hodnocení vlastní důstojnosti ve faktoru ztráta smyslu života dotazníku PDI-CZ



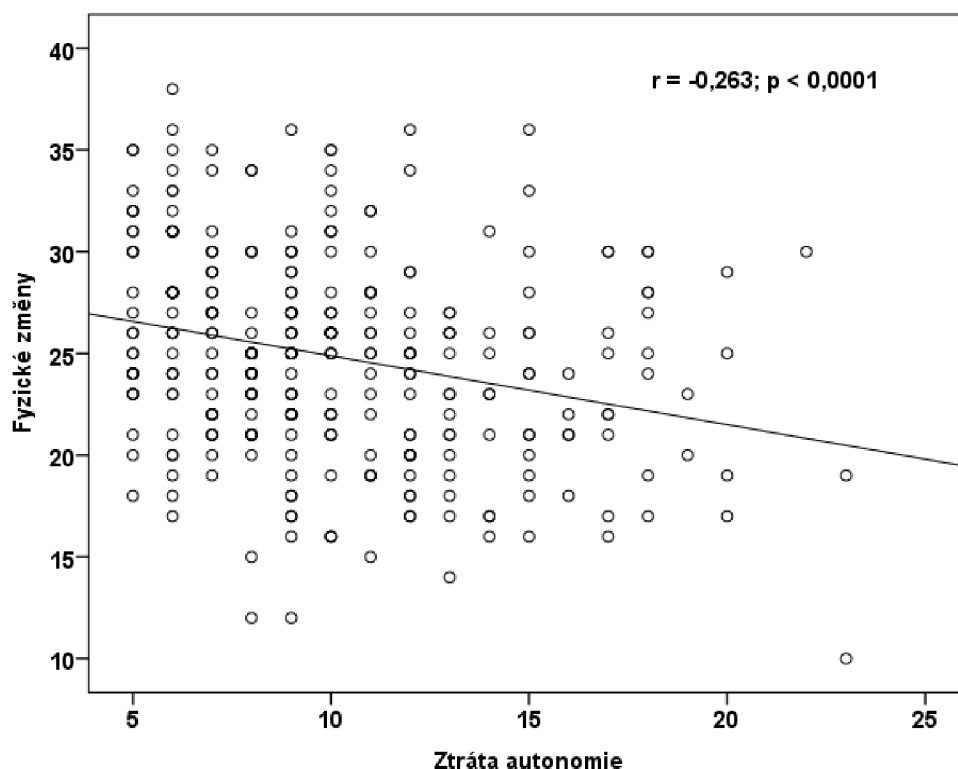
Obrázek 11 Bodový graf ukazující závislost hodnot domény psychosociální ztráty dotazníku AAQ na hodnocení vlastní důstojnosti ve faktoru ztráta autonomie dotazníku PDI-CZ



Obrázek 12 Bodový graf ukazující závislost hodnot domény psychosociální ztráty dotazníku AAQ na hodnocení vlastní důstojnosti ve faktoru ztráta jistoty dotazníku PDI-CZ



Obrázek 13 Bodový graf ukazující závislost hodnot domény fyzické změny dotazníku AAQ na hodnocení vlastní důstojnosti ve faktoru ztráta smyslu života dotazníku PDI-CZ



Obrázek 14 Bodový graf ukazující závislost hodnot domény fyzické změny dotazníku AAQ na hodnocení vlastní důstojnosti ve faktoru ztráta autonomie dotazníku PDI-CZ

Cíl 4: Mnohonásobnou lineární regresí ověřit vliv vybraných sociodemografických faktorů, deprese, kognice, důstojnosti a úrovně soběstačnosti na hodnocení postojů ke stárnutí v rámci jednotlivých AAQ domén.

Mnohonásobná lineární regrese

Vliv sociodemografických faktorů, deprese, úrovně soběstačnosti, kognice a důstojnosti na postoj ke stárnutí byl ověřen pomocí mnohorozměrné lineární regrese. Před provedením regrese jsme ověřili předpoklady použití této metody. Na základě zkonstruovaných bodových grafů byla vizuální inspekce prověřena linearita vztahů. Multikolinearitu jsme prověřili maticí korelací (žádná korelace nebyla vyšší než 0,8) a pomocí hodnot VIF (variable inflation factor). Hodnota VIF = 1,265 byla nižší než 2, tedy z hlediska multikolearity byl model v pořádku. Nezávislost reziduí byla prověřena Durbin-Watsonovým testem. Hodnoty tohoto testu (1,821-1,860) neukazují na vážnější porušení předpokladů modelu. Normalita byla ověřena Shapiro-Wilkovým testem

a homogenita byla sledována bodovým grafem standardizovaných reziduí a predikovaných hodnot Y .

Kvalita modelu byla vyjádřena pomocí koeficientu determinace R^2 , který interpretujeme jako procento rozptylu závisle proměnné, které je vysvětleno nezávisle proměnnými.

Hodnota koeficientu determinace R^2 může být zkreslena počtem proměnných, které vstoupily do analýzy, proto je vhodnější kvalitu modelu posuzovat pomocí adjustovaného R^2 .

Model byl budován metodou enter. Vliv nezávislých proměnných na predikovanou závislou proměnnou je vyjádřen pomocí regresních koeficientů. **Kladné** regresní koeficienty (**beta**) znamenají: **čím vyšší hodnoty prediktoru, tím vyšší hodnoty závislé predikované proměnné. Záporné** regresní koeficienty znamenají: **čím vyšší hodnoty prediktoru, tím nižší hodnoty závislé predikované proměnné.** Regresní koeficienty v lineární regresi udávají, o kolik se změní hodnota závisle proměnné, když nezávisle proměnná se zvýší o jednotku. 95% interval spolehlivosti (95% CI) indikuje, jaký rozsah bude s 95% pravděpodobností mít hodnota beta v základním souboru (populaci); p -hodnota udává statistickou významnost koeficientu. Standardizované regresní koeficienty umožňují srovnávat míru vlivu jednotlivých nezávisle proměnných. Všechny tyto hodnoty jsou uvedeny v tabulkách 9, 10 a 11.

Modely vysvětlovaly 13 % až 41 % variability závisle proměnných. Z hlediska vysvětlené variability závisle proměnné byl nejlepší model pro závislou proměnnou *Psychosociální ztráty* ($R^2 = 0,412$). Nejnižší míra vysvětlené variability byla u modelu pro závislou proměnnou *Psychologický růst* ($R^2 = 0,132$).

Na doménu *Psychosociální ztráty* měly signifikantní vliv proměnné věk ($beta = -0,132$, $p = 0,0004$), stupeň soběstačnosti ($beta = 0,034$, $p = 0,037$), míra deprese ($beta = -0,512$, $p < 0,0001$) a důstojnost ($beta = -0,112$, $p < 0,0001$). Vyšší věk negativně ovlivňuje postoj ke stárnutí v doméně *Psychosociálních ztrát*. Starší lidé mají nižší hodnoty skóre této domény dotazníku AAQ. Naopak vyšší hodnoty skóre dotazníku denních všedních činností (BI) predikují vyšší hodnoty v doméně *Psychosociální ztráty*. Vyšší míra deprese a hůře hodnocená důstojnost je spojena s nižšími hodnotami skóre *Psychosociálních ztrát* – horším postojem ke stárnutí v této oblasti.

Na domény *Fyzické změny* a *Psychologický růst* má významný vliv pouze deprese ($beta = -0,717$, resp $-0,485$, $p < 0,0001$ u obou domén). Vyšší míra deprese snižuje hodnoty v těchto doménách přístupu ke stárnutí. Pacienti s vyšší mírou deprese mají horší postoj ke stárnutí ve všech doménách dotazníku AAQ.

Tabulka 9 Multivariantní lineární regrese efektu deprese, schopnosti všedních činností, kognice, důstojnosti a vybraných sociodemografických faktorů na postoj ke stárnutí v doméně psychosociální ztráty

Proměnná	<i>beta</i>	95% CI pro <i>beta</i>		<i>standard. beta</i>	<i>p</i>
věk	-0,132	-0,205	-0,059	-0,174	0,0004***
pohlaví (muži - ženy)	0,939	-0,144	2,022	0,075	0,089
vzdělání (ZŠ, vyučen - SŠ, VŠ)	1,022	-0,038	2,082	0,086	0,059
soc. situace (sám/a - ostatní)	1,069	-0,057	2,195	0,084	0,063
délka hospitalizace (dny)	-0,020	-0,094	0,054	-0,023	0,599
MMSE	0,170	-0,145	0,486	0,055	0,289
BI	0,034	0,002	0,066	0,104	0,037*
GDS-15	-0,512	-0,696	-0,327	-0,292	<0,0001***
PDI-CZ	-0,112	-0,150	-0,074	-0,295	<0,0001***
Kvalita modelu (R^2/R^2_{adj})	0,412/0,396				
Předpoklady modelu (D-W test/VIF)	1,860/1,265				

* $p < 0,05$; *** $p < 0,001$; CI = Confidence Interval (Interval spolehlivosti neboli konfidenční interval)

Tabulka 10 Multivariantní lineární regrese efektu deprese, BI, kognice, důstojnosti a vybraných sociodemografických faktorů na postoj ke stárnutí v doméně fyzické změny

Proměnná	<i>beta</i>	95% CI pro <i>beta</i>		<i>standard. beta</i>	<i>p</i>
věk	0,001	-0,068	0,070	0,002	0,973
pohlaví (muži - ženy)	0,167	-0,852	1,187	0,016	0,747
vzdělání (ZŠ, vyučen - SŠ, VŠ)	0,170	-0,827	1,168	0,017	0,737
soc. situace (sám/a - ostatní)	-0,038	-1,098	1,021	-0,004	0,943
délka hospitalizace (dny)	0,020	-0,050	0,090	0,028	0,569
MMSE	-0,044	-0,341	0,253	-0,017	0,771
BI	0,023	-0,007	0,053	0,086	0,126
GDS-15	-0,717	-0,891	-0,543	-0,492	<0,0001***
PDI-CZ	0,014	-0,022	0,050	0,044	0,444
Kvalita modelu (R^2/R^2_{adj})	0,244/0,223				
Předpoklady modelu (D-W test/VIF)	1,821/1,265				

*** $p < 0,001$; CI = Confidence Interval (Interval spolehlivosti neboli konfidenční interval)

Tabulka 11 Multivariantní lineární regrese efektu deprese, schopnosti všedních činností, kognice, důstojnosti a vybraných sociodemografických faktorů na postoj ke stárnutí v doméně psychologický růst

Proměnná	<i>beta</i>	95% CI pro <i>beta</i>		<i>standard. beta</i>	<i>p</i>
věk	0,020	-0,050	0,090	0,034	0,573
pohlaví (muži - ženy)	-0,531	-1,561	0,499	-0,054	0,311
vzdělání (ZŠ, vyučen - SŠ, VŠ)	-0,646	-1,654	0,362	-0,069	0,208
soc. situace (sám/a - ostatní)	0,230	-0,840	1,301	0,023	0,672
délka hospitalizace (dny)	0,027	-0,044	0,097	0,040	0,458
MMSE	0,080	-0,220	0,380	0,033	0,599
BI	-0,043	-0,073	-0,013	-0,168	0,056
GDS-15	-0,485	-0,660	-0,310	-0,353	<0,0001***
PDI-CZ	-0,005	-0,041	0,031	-0,017	0,782
Kvalita modelu (R^2/R^2_{adj})	0,132/0,108				
Předpoklady modelu D-W test/VIF)	1,850/1,265				

*** $p < 0,001$; CI = Confidence Interval (Interval spolehlivosti neboli konfidenční interval)

5 DISKUZE

Diplomová práce se zabývá postojem ke stáří a stárnutí u geriatrických pacientů hodnocených prostřednictvím české verze dotazníku AAQ (Attitudes toward Ageing Questionnaire). Teoretická část diplomové práce se zaměřuje na definování a hodnocení postoje ke stárnutí u seniorů, popisuje benefity pozitivního postoje a poukazuje na závažné dopady negativního postoje ke stárnutí. Současně se věnuje problematice pohlaví, věku, sociální situace, soběstačnosti a deprese, jakožto možným faktorům ovlivňujícím postoje ke stárnutí u hospitalizovaných geriatrických pacientů.

Výsledky z realizovaného výzkumného šetření v této diplomové práci jsme porovnali se zahraničními výzkumy z této oblasti a snažily jsme se tato porovnání analyzovat jak v rámci zjištěných výsledků postojů ke stárnutí, tak i identifikovaných faktorů ovlivňujících tyto postoje.

Postoje ke stárnutí

Naši respondenti dosáhli celkového průměrného AAQ skóre 77,6 (z maxima 120), což svědčí pro pozitivní postoje ke stárnutí. V jednotlivých doménách (s maximem 40 bodů) dosáhli v *Psychosociálních ztrátách* průměrné skóre 24,8 bodu ve *Fyzických změnách* 24,9 a v *Psychologickém růstu* 27,9 bodů. V doméně *Psychologický růst* je tedy hodnocení postoje ke stáří nejlepší. Naznačuje to, že respondenti mají nejpozitivnější postoje ke stáří a stárnutí v oblasti vztahů k sobě samým a k ostatním. Naše výsledky jsme následně porovnali s výsledky několika zahraničních studií a snažili se analyzovat příčiny zjištěných rozdílů.

U kanadských (K) a norských (N) seniorů byly průměrné skóre v jednotlivých doménách následující: *Psychosociální ztráty* (K: 35,56; N: 29,64) a *Fyzické změny* (K: 28,21; N 26,42) – v obou těchto doménách tedy měli kanadští i norští senioři pozitivnější postoje než naši respondenti. V doméně *Psychologický růst* (K: 20,02 a N: 29,02) pak měli pouze norští senioři pozitivnější postoj ke stárnutí ve srovnání s českými respondenty. Domníváme se, že pozitivnější postoj ke stáří a stárnutí u souboru norských a kanadských seniorů by mohl být dán vyšší účastí vysokoškolsky vzdělaných respondentů (K: 54,9 %, N: 35,5 %, CZ: 13,6 %), protože terciální vzdělání má obecně ochranný efekt vůči negativním postojům ke starším osobám (Petrová Kafková, 2016, s. 635). Svůj vliv zde ale mohl mít i odlišný systém vzdělávání v průběhu života respondentů (Kalfoss, Low and Molzahn, 2010, s. 75-85). Další studií zaměřenou na postoje ke

stárnutí, kde měli respondenti v rámci jednotlivých stupňů dosaženého vzdělání odlišné zastoupení ve srovnání s naším výzkumem, byla korejská studie (Chang et al., 2020). Korejští senioři (N=211) dosáhli celkového průměrného AAQ skóre 69 bodů, což naznačuje negativnější postoje ke stárnutí než u našeho souboru (77,6 bodů). Větší zastoupení respondentů se základním vzděláním (44,6 %) v korejském výzkumu a s tím související i možná zvýšená citlivost vůči věkovým stereotypům (Chang et al., 2020, s. 12) mohlo být důvodem negativnějších postojů ke stárnutí (Jang and Kim, 2020, s. 4) ve srovnání s našimi respondenty. Z výsledků obou těchto zahraničních studií (Kalfoss, Low and Molzahn, 2010; Chang et al., 2020) lze tedy usuzovat, že stupeň dosaženého vzdělání může představovat faktor ovlivňující postoje ke stárnutí u seniorů.

Další srovnání našich výsledků je možné provést s výsledky australského výzkumu, kde soubor tvořilo 421 seniorů v domácím prostředí. Porovnání průměrných skóre českých a australských respondentů v jednotlivých doménách (*Psychosociální ztráty* [24,8 vs. 16,4], *Fyzické změny* [24,9 vs. 26,1] a *Psychologický růst* [27,9 vs. 28,5]) ukazuje, že australští senioři měli pozitivnější postoj ke stárnutí v doménách *Fyzické změny* a *Psychologický růst* (Bryant et al., 2012, s. 1675-1678). Lze spekulovat, že rozdíly mohly být dány odlišným prostředím, kde probíhal výzkum. Australský výzkum byl realizován korespondenční formou v domácím prostředí respondentů, tudíž výsledky související s oblastí fyzického a psychologického komfortu života seniora nebyly ovlivňovány stresem změny prostředí vyvolané zhoršeným zdravotním stavem, který vyžadoval pobyt v nemocnici. Další studie, se kterou jsme naše výsledky porovnali, byla rovněž realizována v jiném prostředí než nemocnice. Jedná se o belgickou studii autorského kolektivu Buckinx et al. (2018). Belgičtí senioři žijící v domovech s pečovatelskou službou (nursing home residents) měli pozitivnější postoje ke stárnutí dle celkového AAQ skóre, ať se jedná o křehké jedince (80,3), „pre-frail“ osoby (83,6) či robustní seniory (86,5). Pouze v doméně *Psychologický růst* u křehkých belgických seniorů byl negativnější postoj ke stárnutí ve srovnání s našimi respondenty (27,6 vs. 27,9). Autoři belgické studie se domnívají, že postoje ke stárnutí u jejich respondentů jsou spjaty s geriatrickou křehkostí. My jsme vliv této proměnné nezkoumaly. Předpokládáme ale, že rozdílnost výsledků našich respondentů ve srovnání s belgickými seniory mohlo ovlivňovat i rozdílné prostředí, kde výzkumy probíhaly. Našimi respondenty byli senioři hospitalizovaní v nemocnici, zatímco belgický výzkum se zaměřil na seniory v rezidenční péči, tedy v prostředí, kde senioři žijí delší dobu a jsou na něj často již poměrně adaptováni (Buckinx et al., 2018, s. 1155-1157). Podobně také ve španělském výzkumu, kde soubor tvořili senioři v komunitní a primární péči a z rodinných center, byly zjištěny pozitivnější postoje ke stárnutí ve všech doménách AAQ ve srovnání s našimi hospitalizovanými seniory (Lucas-Carrasco et al., 2013, 490-499).

Naše výsledky jsme dále porovnali s tureckou studií autorského kolektivu Korkmaz Aslan et al. (2017). Turečtí respondenti dosáhli průměrného AAQ skóre 82,9 bodu, v jednotlivých doménách pak 28,68 bodů pro *Psychosociální ztráty*, 24,47 body pro *Fyzické změny* a 29,77 bodů pro *Psychologický růst*. Tudíž můžeme konstatovat, že turečtí senioři měli pozitivnější postoj ke stárnutí než senioři v našem výzkumu. Předpokládáme, že rozdíl mohl ovlivnit nižší věkový průměr tureckých respondentů, kteří byli mladší než naši geriatrickí pacienti. Turecký soubor tvořili téměř z poloviny senioři ve věku 65 – 69 let. Zároveň je zajímavé, že 66,3 % tureckých seniorů mělo základní nebo žádné vzdělání, což v jiných zahraničních studiích bylo spojeno s horším postojem ke stárnutí, ale v této studii se to neprokázalo. Můžeme se domnívat, že se zde mohl projevit vliv rozdílnosti kulturních tradic ve vztahu ke stáří (Korkmaz Aslan et al., 2017, s. 4-5).

Hodnocením postojů ke stárnutí se zabývala i studie autorů Low, Molzahn and Schopflocher (2013, s. 5), která se ve svém výzkumu zaměřila na postoje ke stárnutí v rámci jednotlivých AAQ domén u respondentů z dvaceti vybraných míst na světě. Nejvíce **pozitivní** postoj ke stárnutí v doméně *Psychosociální ztráty* měli respondenti ve Victorii v Kanadě (31,91 bodů). V doméně *Fyzické změny* to byli senioři žijící v Uruguayi ve městě Montevideo (29,79 bodů), kteří měli i pozitivnější hodnocení v doméně *Psychologický růst* (30,5 bodů). Naopak nejvíce **negativní** postoje ke stáří a stárnutí dosáhli pařížští senioři v doménách *Fyzické změny* (21,41 bodů) a *Psychologický růst* (22,69 bodů). V doméně *Psychosociální ztráty* získali nejnižší skóre angličtí respondenti z města Bath (23,12 bodů). Vzhledem k omezeným údajům vhodným pro porovnání výsledků jednotlivých AAQ domén u zmíněných respondentů s našimi výsledky, se můžeme vyjádřit pouze k věku, který byl společnou proměnnou pro tento i náš výzkum. Průměrný věk respondentů z jednotlivých zastoupených měst byl vždy nižší než v našem souboru, což by mohlo být jednou z příčin odlišného hodnocení postojů ke stárnutí.

Faktory ovlivňující postoje ke stárnutí

Mnohonásobná lineární regrese ukázala, že vyšší míra **deprese** zhoršuje postoje ke stárnutí ve všech AAQ doménách jako jediný faktor ze všech zkoumaných proměnných v rámci našeho výzkumu. Se zvyšující hodnotou skóre GDS-15 se snižuje celkové AAQ skóre, což znamená, že při větší depresivitě se postoje ke stárnutí stávají více negativními. Totéž platí i pro subprahová stádia deprese, do 5 bodů skóre GDS-15, jak uvádí Chachamovich et al. (2008, 597-598). Vyšší míra deprese zhoršovala u našich respondentů postoje ke stárnutí ve všech doménách. Toto zjištění odpovídá výsledkům, které uvádějí i zahraniční studie. Ke stejnému závěru dospěli i Kalfoss, Low and Molzahn (2010, s. 81) ve svých výsledcích výzkumu u kanadských a norských seniorů.

S těmito závěry korelují i výsledky české studie, která uvádí, že senioři žijící v domovech pro seniory, kteří neměli depresi, měli globálně pozitivnější přístup ke stárnutí ve srovnání s těmi, kteří měli mírnou nebo klinicky významnou depresi. Deprese byla v tomto výzkumu nejvíce spojena s negativními zkušenostmi v doméně *Psychosociálních ztrát* (Janečková et al., 2013, s. 67), což koresponduje i s našimi výsledky v rámci této domény. Rovněž korejská studie, i když její respondenti měli nižší průměrné GDS-15 skóre ve srovnání s našimi seniory, potvrzuje signifikantní vliv deprese na postoje ke stárnutí (Jang and Kim, 2020, s. 5).

Závažný dopad deprese na život seniorů potvrzuje i studie u hospitalizovaných seniorů na Taiwanu. Senioři s depresivními příznaky měli horší hodnocení kognitivních funkcí a nižší soběstačnost, ve srovnání se skupinou seniorů bez depresivních příznaků nebo v subsyndromálních stádiích deprese (Lin et al., 2014, s. 3-4). V české longitudinální studii zaměřené na seniory se zjistilo, že snížení míry depresivity u seniorů bez demence bylo spojeno s jejich pozitivnějším postojem ke stárnutí. Deprese byla v tomto výzkumu prediktorem pro všechny AAQ domény (Kisvetrová et al., 2021, s. 4). Výsledky výzkumů tak jednoznačně ukazují na závažný dopad deprese na psychickou i fyzickou oblast života seniora. Často jsou ale příznaky deprese připisovány procesu stárnutí, čímž se zanedbává potřebná včasná diagnostika a následná terapie (Kisvetrová et al., 2020, s. 302).

Vyšší **věk** negativně ovlivňuje v našem výzkumu postoj ke stárnutí v doméně *Psychosociálních ztrát*. Starší respondenti mají nižší hodnoty skóre této AAQ domény. Ke stejnému zjištění dospěly i Bužgová and Klechová (2011, s. 400) u brutálských seniorů. Rovněž longitudinální studie (Kisvetrová et al., 2021, s. 4) potvrdila vliv věku na postoje ke stárnutí u seniorů bez demence žijících ve vlastním sociálním prostředí. Vyšší věk signifikantně koreluje s více negativními hodnotami skóre v doméně *Psychosociální ztráty* i u australských seniorů (Bryant et al, 2012, s. 1677). Rovněž Kornadtl, Siebert and Wahl (2019, s. 16) zjistili, že věk může ovlivnit myšlenky o našem vlastním stárnutí. Naproti tomu Jayabharathi et al. (2021, s. 58) na základě výsledků svého výzkumu, nepovažují věk za určující faktor pro postoje ke stárnutí u indických seniorů. Předpokládáme, že by to mohlo být dáno menším souborem respondentů (N=100) a kulturními odlišnostmi. Stejně tak i výzkum u švýcarských seniorů neprokázal signifikantní vliv věku. Zřejmě díky zapojení respondentů pouze v úzkém věkovém rozpětí 65 až 70 let (Moser, Spagnoli and Eggimann, 2011, 678).

Vyšší hodnoty **úrovně soběstačnosti** (BI skóre) predikují v našem výzkumu vyšší hodnoty v doméně *Psychosociální ztráty*. Znamená to tedy, že senioři s vyšší úrovní soběstačnosti mají lepší postoj ke stárnutí. Ztráta soběstačnosti je pro českou populaci jedna z nejobávanějších situací (STEM/MARK, 2013). Bužgová a Klechová (2011, s. 400) zjistili signifikantní vliv soběstačnosti

na doménu *Fyzické změny* u bruntálských respondentů. Zde může mít vliv větší zastoupení respondentů s lehkou nebo středně těžkou závislostí v našem vzorku. Domníváme se, že naši senioři prožívají svou sníženou soběstačnost spíše v oblasti *Psychosociálních ztrát*: sociálního vyloučení či samoty způsobené jistou závislostí na péči druhých. Starší jedinci s vyšším skóre v BI mají tendenci k pozitivnějšímu postoji ke stárnutí (Sun, Kim and Smith, 2017, s. 87). K podobnému závěru dospěli i ve studii Janečkové et al. (2013, s. 69) u českých seniorů žijících v domovech pro seniory. Ti, kteří byli limitováni v oblasti soběstačnosti ($BI \leq 60$), měli významně horší postoje ke stárnutí v doméně *Fyzické změny*. Autoři tento fakt komentují jako silný negativní postoj ke stárnutí, který je spojený se špatným fyzickým zdravím respondentů, kteří nesouhlasili s pozitivně laděnými výroky týkající se zdraví a energie ve stáří. Snížená soběstačnost u australského souboru respondentů zvyšuje geriatrická křehkost a může vést k negativnějšímu postoji ke stárnutí (Sargent-Cox, Anstey and Luszcz, 2012, s. 426), přičemž pozitivní postoj ke stárnutí je spojen s pravidelnější chůzí (Wurm, Tomasik and Tesch-Römer, 2010, s. 25) a pravidelnou pohybovou aktivitou (Beyer, Wolff, Freiberger and Wurm, 2019, 681; Beyer et al., 2015, s. 671). Zachování soběstačnosti a autonomie by mělo být cílem péče o seniory, protože většinou je ztráta autonomie a soběstačnosti spojená se špatným zdravotním stavem seniora a nutností institucionální péče.

Hůře hodnocená **důstojnost** je spojena s nižšími hodnotami skóre *Psychosociálních ztrát*, je tedy spjata s horším postojem ke stárnutí v této oblasti. Důstojnost byla jedním z prediktorů pro doménu *Psychosociální ztráty* také v longitudinální studii u seniorů bez demence (Kisvetrová et al., 2021, s. 4). Zachování důstojnosti patří mezi základní lidská práva, avšak sama důstojnost je jen těžko definovatelný pojem, který je nejčastěji spojován s umíráním. Lidé mají obavy ze ztráty důstojnosti a zejména senioři se cítí bezmocní v nemocničním prostředí. Přitom nižší hodnoty na škále důstojnosti PDI-CZ (vyšší důstojnost) korelují s vyššími hodnotami na škále dotazníku AAQ (lepší postoj ke stárnutí).

Z našeho výzkumu vyplývá, že doména *Psychosociální ztráty* má největší podíl v hodnocení postoje ke stáří a stárnutí u geriatrických pacientů. Tato doména obsahuje položky týkající se spíše negativních prožitků spojených se stářím a stárnutím. Zdá se, že samota, sociální vyloučení, uzavření se a postupné ztráty jsou blízká témata pro geriatrické pacienty. Pravděpodobně to souvisí s akceptací vlastního stárnutí a s utvářením si postoje ke stáří a stárnutí během celého života, který byl ovlivňován mnoha vstupujícími faktory.

Limity realizovaného výzkumného šetření

Prezentované výsledky mají některé limity, díky kterým nelze získaná data zobecnit na celou populaci geriatrických pacientů v České republice.

Zaprvé se jedná o faktor zvoleného místa sběru dat u hospitalizovaných seniorů na II. interní klinice – gastroenterologické a geriatrické ve Fakultní nemocnici Olomouc, které vymezuje pouze geriatrické pacienty z regionu Olomouc.

Zadruhé výsledky mohou být ovlivněny faktory, které nebyly zkoumány, jakými jsou např. komorbidita, geriatrická křehkost, bolest, hodnocení vlastního zdraví, rodinný stav, společenské postavení, finanční zajištěnost, počet návštěv nebo telefonický kontakt s příbuznými v průběhu hospitalizace.

Dalším faktorem je skutečnost, že výzkum byl realizován jako průřezová studie, tudíž nebylo možné sledovat dynamiku změny postoje ke stáří a stárnutí, což by mohlo lépe vysvětlit vliv různých faktorů na postoj ke stárnutí delším časovém horizontu.

Doporučení pro další výzkum a klinickou praxi

Na základě výsledků výzkumného šetření se ukazuje, že na pozitivnější postoje ke stáří a stárnutí u hospitalizovaných geriatrických pacientů má vliv úroveň deprese, a to zejména v oblasti *psychosociálních ztrát*. Avšak jsou nutné další plošné výzkumy s reprezentativními soubory respondentů k identifikaci faktorů mající vliv na postoje ke stáří a stárnutí u geriatrických pacientů. Pro další výzkumy týkající se oblasti postoje ke stáří a stárnutí doporučujeme využití postojového dotazníku AAQ v české verzi jako vhodný nástroj s dobru interní konzistencí a reliabilitou a možností porovnání výsledků v mezinárodním kontextu. Zároveň doporučujeme přidat více proměnných do sociodemografických charakteristik, které v naší práci nebyly sledovány a mohly by mít signifikantní vliv na hodnocení postoje ke stáří a stárnutí u geriatrických pacientů.

Díky našemu šetření můžeme jednoznačně doporučit zdravotnickému personálu, aby byl všímavý vůči příznakům deprese u geriatrických pacientů a upozornil na ně ošetřujícího lékaře. Zároveň je vhodné provést orientační screeningové vyšetření, například nástrojem GDS-15, který prokázal dobru reliabilitu v českém prostředí.

Závěrem lze konstatovat, že znalost postojů ke stárnutí a faktory, které je mohou u geriatrických pacientů ovlivňovat, poskytne sestřám možnost pochopit stáří a stárnutí z perspektivy seniorské populace a volit optimální intervence, redukující negativní přístup ke stárnutí a stáří v průběhu hospitalizace.

6 ZÁVĚR

Každý člověk bude jednou patřit do věkové populace seniorů, a tak se stáří a stárnutí týká každého z nás. Postoje ke stáří a stárnutí si utváříme po celý život. V seniorském věku se postoje ke stárnutí zdají být ještě důležitější než kdykoli předtím. Přitom pozitivní postoje ke stárnutí přinášejí mnohé benefity pro seniory.

Diplomová práce se skládá z teoretické a výzkumné části. Teoretická část práce pojednává o postojích ke stárnutí a faktorech, které je mohou u seniorů ovlivňovat. Ve výzkumné části jsme se zaměřili pomocí standardizovaných nástrojů v české verzi na úroveň deprese (GDS-15), soběstačnosti (BI), hodnocení důstojnosti (PDI-CZ) a sociodemografické údaje, které by mohly mít vliv na hodnocení postojů ke stárnutí a stáří (AAQ).

Výsledky výzkumu ukázaly, že nejpozitivnější postoje ke stárnutí měli senioři v rámci AAQ domény *Psychologický růst*. Mnohorozměrná lineární regrese prokázala vliv věku, stupně soběstačnosti a důstojnosti pouze u AAQ domény *Psychosociální ztráty*. Jediným faktorem, u kterého se potvrdil vliv na hodnocení postojů ke stárnutí ve všech AAQ doménách, byla úroveň deprese. Výsledky tak podporují větší zaměření na řešení depresevních příznaků u geriatrických pacientů a podporu pozitivního postoje ke stárnutí a stáří v průběhu hospitalizace.

7 REFERENČNÍ SEZNAM

- ALLEN, Julie, 2015. Ageism as a Risk Factor for Chronic Disease. *The Gerontologist* [online]. **56**(4), 1-6 [cit. 2020-03-26]. Dostupné z: DOI: doi:10.1093/geront/gnu158.
- AYALON, Liat, CHASTEEN, Alison, DIEHL, Manfred, LEVY, Becca, NEUPERT, Shevaun, ROTHERMUND, Klaus, TESCH-RÖMER, Clemens and Hans-Werner WAHL, 2020. Aging in Times of the COVID-19 Pandemic: Avoiding Ageism and Fostering Intergenerational Solidarity. *The Journals of Gerontology* [online]. 16 April 2020 [cit. 2020-11-25]. Dostupné z: <https://doi.org/10.1093/geronb/gbaa051>
- BAILLIE, Lesley, 2009. Patient dignity in an acute hospital setting: a case study. *International journal of nursing studies* [online]. **46**(1), 23–37 [cit. 2021-03-27]. Dostupné z: <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2008.08.003>
- BAILLIE, Lesley, FORD, Pauline, GALLAGHER, Ann and Paul WAINWRIGHT, 2009. Nurses' views on dignity in care. *Nursing Older People* [online]. **21**(8), 22–29 [cit. 2021-03-24]. Dostupné z: doi:10.7748/nop2009.10.21.8.22.c7280
- BARCLAY, Linda, 2016. In sickness and in dignity: A philosophical account of the meaning of dignity in health care. *International Journal of Nursing Studies* [online]. 61, 136–141 [cit. 2021-03-27]. Dostupné z: doi:10.1016/j.ijnurstu.2016.06.010
- BARKER, Maja, O'HANLON, Ann, MCGEE, Hannah, HICKEY, Anne and Roman CONROY, 2007. Cross-sectional validation of the Aging Perceptions Questionnaire: a multidimensional instrument for assessing self-perceptions of aging. *BMC Geriatrics*. [online]. **7**(9), 1-13 [cit. 2021-03-25]. Dostupné z: <https://doi.org/10.1186/1471-2318-7-9>
- BELLINGTIER, Jennifer and Shevaun NEUPERT, 2018. Negative Aging Attitudes Predict Greater Reactivity to Daily Stressors in Older Adults. *The Journals of Gerontology: PSYCHOLOGICAL SCIENCES* [online]. **73**(7), 1155-1159 [cit. 2020-03-14]. Dostupné z: DOI: doi:10.1093/geronb/gbw086.
- BEYER Ann-Kristin, WOLFF, Julia, WARNER Lisa, SCHÜZ, Benjamin and Susanne WURM, 2015. The role of physical activity in the relationship between self-perceptions of ageing and self-rated health in older adults. *Psychology and Health* [online]. **30**(6), 671-685 [cit. 2020-11-25]. Dostupné z: <https://doi.org/10.1080/08870446.2015.1014370>

BEYER, Ann-Kristin, WOLFF, Julia, FREIBERGER, Ellen and Susanne WURM, 2019. Are self-perceptions of ageing modifiable? Examination of an exercise programme with vs. Without a self-perceptions of ageing-intervention for older adults. *Psychology and Health* [online]. **34**(6), 661-676 [cit. 2020-11-25]. Dostupné z: <https://doi.org/10.1080/08870446.2018.1556273>

BORIKOVÁ, Ivana, 2010. Posudzovanie aktivít denného života. *Ošetrovatelství a porodní asistence* [online]. 1(1), 24-30. ISSN 1804-2740. Dostupné z: <http://cejnm.osu.cz/pdfs/cjn/2010/01/04.pdf>

BOUAZZAOUI, Badiâa, FAY, Séverine , GUERRERO, Lina, M. SEMAINE, ISINGRINI, Michel and Laurence TACONNAT, 2019. Memory Age-based Stereotype Threat: Role of Locus of Control and Anxiety. *Experimental Aging Research* [online]. **46**(1), 639-51 [cit. 2020-11-25]. Dostupné z: <https://doi.org/10.1080/0361073X.2019.1693009>

BOUAZZAOUI, Badiâa, FOLLENFANT, Alice, RIC, François, FAY, Séverine, CROIZET, Jean-Claude, ATZENI, Thierry and Laurence TACONNAT, 2015. Ageing-related stereotypes in memory: When the beliefs come true. *Memory* [online]. **24**(5), 659-668 [cit. 2020-11-25]. Dostupné z: <https://doi.org/10.1080/09658211.2015.1040802>

BRIDGES, Jackie, and Peter NUGUS, 2010. Dignity and significance in urgent care: older people's experiences. *Journal of Research in Nursing* [online]. **15**(1), 43–53 [cit. 2021-03-23]. Dostupné z: <https://doi.org/10.1177/1744987109353522>

BRIDGES, Jackie, COLLINS, Pippa, FLATLEY, Mary, HOPE, Joanna and Alexandra YOUNG, 2020. Older people's experiences in acute care settings: Systematic review and synthesis of qualitative studies. *International journal of nursing studies* [online]. 102, 1-11 [cit. 2021-03-27]. Dostupné z: <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2019.103469>

BRIDGES, Jackie, FLATLEY, Mary and Julienne MEYER, 2010. Older people's and relatives' experiences in acute care settings: Systematic review and synthesis of qualitative studies. *International Journal of Nursing Studies* [online]. **47**(1), 87-107. [cit. 2021-03-25]. ISSN 0020-7489. Dostupné z: <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2009.09.009>.

BROVOLD, Therese, SKELTON, Dawn, SYLLIAAS Hilde, MOWE Morten and Astrid BERGLAND, 2014. Association Between Health-Related Quality of Life, Physical Fitness, and Physical Activity in Older Adults Recently Discharged From Hospital. *Journal of Aging and Physical Activity* [online]. **22**(3), 405-413 [cit. 2021-06-17]. ISSN 10638652. Dostupné z: <http://eds.b.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?vid=29&sid=48abacf4-cdd5-4518-8e68-4033cdae74d9%40sessionmgr105&hid=122>

BRYANT, Christina, BEI, Bei, GILSON, Kim, KOMITI, Angela, JACKSON, Henry and Fiona JUDD, 2016. Antecedents of Attitudes to Aging: A Study of the Roles of Personality and Well-being. *The Gerontologist* [online]. **56**(2), 256-265 [cit. 2020-11-24]. Dostupné z: <https://doi.org/10.1093/geront/gnu041>.

BRYANT, Christina, BEI, Bei, GILSON, Kim, KOMITI, Angela, JACKSON, Henry and Fiona JUDD, 2012. The relationship between attitudes to aging and physical and mental health in order adults. *International Psychogeriatrics* [online]. **12**(24), 1674-1683 [cit. 2020-11-26]. Dostupné z: doi:10.1017/S1041610212000774

BUCKINX, Fanny, CHARLES, Anthony, X. RYGAERT, REGINSTER, Jean, ADAM, Stephane and Olivier BRUYERE, 2018. Own Attitude toward Aging among Nursing Home Residents: Result of the SENIOR Cohort. *Aging Clinical and Experimental Research* [online], **10**, 1151-1159 [cit. 2020-11-23]. Dostupné z: <https://doi.org/10.1007/s40520-018-1013-y>

BURTON, Amy, DEAN, Sarah, DEMEYIN, Weyinmi and Jess REEVES, 2020. Questionnaire measures of self-directed ageing stereotype in older adults: a systematic review of measurement properties. *European Journal of Ageing* [online]. **18** (1), 117-144 [cit. 2020-11-25]. Dostupné z: DOI: [10.1007/s10433-020-00574-7](https://doi.org/10.1007/s10433-020-00574-7)

BUŽGOVÁ Radka a Helena KLECHOVÁ, 2011. Měření postojů seniorů ke stáří. *Praktický lékař* [online]. **91**(7), 396-401 [cit. 2021-03-18]. Dostupné z: <https://www.prolekare.cz/casopisy/prakticky-lekar/2011-7/mereni-postoju-senioru-ke-stari-35906>

ČEŠKOVÁ, Eva, 2007. Deprese ve vyšším věku a suicidalita. *Česká geriatrická revue* [online]. **5**(4), 228-233 [cit. 2020-03-04]. ISSN 1214-0732. Dostupné z: http://www.geriatrickarevue.cz/pdf/gr_07_04_06.pdf

DRAGOMIRECKÁ, Eva a Jitka PRAJSOVÁ, 2009. *WHOQOL-OLD: příručka pro uživatele české verze dotazníku Světové zdravotnické organizace pro měření kvality života ve vyšším věku*. Praha: Psychiatrické centrum. ISBN 978-80-87142-05-9.

DVOŘÁČKOVÁ, Dagmar a Alena KAJANOVÁ, 2012. Vybrané aspekty kvality života seniorů z dotazníku WHOQOL-OLD – smrt, umírání a blízké vztahy. *Kontakt* [online]. **14**(3), 331-339 [cit. 2021-03-25]. ISSN 1804-7122. Dostupné z: <http://casopiszfju.zsf.jcu.cz/kontakt/administrace/clankyfile/20121012111225457457.pdf>

EHNI, Hans-Joerg and Hans-Werner WAHL, 2020. Six propositions against Ageism in the COVID-19 pandemic. *Journal of Aging and Social Policy* [online]. **32**(4-5), 515-525 [cit. 2020-11-25]. Dostupné z: <https://doi.org/10.1080/08959420.2020.1770032>

EUROSTAT, 2019. *Population structure and ageing* [online]. [cit. 2020-11-25] Dostupné z: https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Population_structure_and_ageing

EUROSTAT, 2020. *Mortality and life expectancy statistics*. [online]. July 2020 [cit. 2020-11-29]. Dostupné z: https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Mortality_and_life_expectancy_statistics#Life_expectancy_increased_in_EU-27_in_2018

FAKOYA, Olujoke, McCORRY, Noleen and Michael DONNELLY, 2020. Loneliness and social isolation interventions for older adults: a scoping review of reviews. *BMC Public Health* [online]. **20**(1), 1–14 [cit. 2021-03-25]. Dostupné z: <https://doi.org/10.1186/s12889-020-8251-6>

FAß Eric, PYUN, Hyunwoong and Torsten SCHLESINGER, 2020. Perception of aging in the relation between sport activity and self-rated health in middle and older age - A longitudinal analysis. *SSM – Population Health* [online]. **11** [cit. 2020-11-25]. ISSN 2352-8273. Dostupné z: <https://doi.org/10.1016/j.ssmph.2020.100610>.

FAUDZI, Farah, ARMITAGE, Christopher, BRYANT, Christina and Laura BROW, 2019. Moderating effects of age on relationships between attitudes to aging and well-being outcomes. *Aging and Mental Health* [online]. **24**(10), 1620-1626 [cit. 2020-11-25]. Dostupné z: <https://doi.org/10.1080/13607863.2019.1619167>

FERRETTI, Fabio, POZZA, Andrea, PALLASSINI, Maurilio, RIGHI, Lorenzo, MARINI, Fulvia, ADAMI, Sabrina and Anna COLUCCIA, 2019. Gender invariance of dignity in non-terminal elderly patients with chronic diseases: A multicentric study. *Quality and Quantity* [online]. **53**(3), 1645–1656 [cit. 2021-03-25]. Dostupné z: <https://doi.org/10.1007/s11135-018-00831-z>

FOLSTEIN, Marshal, FOLSTEIN, Susan and Paul McHUGH, 1975. “Mini-Mental State”: a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research* [online]. **12**, 189-198 [cit. 2021-06-23]. Dostupné z: [https://doi.org/10.1016/0022-3956\(75\)90026-6](https://doi.org/10.1016/0022-3956(75)90026-6)

FREEMAN, Aislinné, SANTINI, Ziggi, TYROVOLAS, Stefanos, RUMMEL-KLUGE, Cristine, HARO, Josep and Ai KOYANAGI, 2016. Negative perceptions of ageing predict the onset and persistence of depression and anxiety: Findings from a prospective analysis of the Irish Longitudinal

Study on Ageing (TILDA). *Journal of Affective Disorders* [online]. 199, 1-27 [cit. 2020-03-20].
Dostupné z: DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.03.042>.

GALE, Catharine and Cyrus COOPER, 2018. Attitudes to Ageing and Change in Frailty Status: The English Longitudinal Study of Ageing. *Gerontology* [online]. 64(1), 58-66 [cit. 2020-11-23].
Dostupné z: <https://doi.org/10.1159/000477169>

GU, Danan, DUPRE, Matthew and Li QIU, 2017. Self-perception of uselessness and mortality among older adults in China. *Archives of Gerontology and Geriatrics* [online]. 68, 186-194 [cit. 2020-03-26].
Dostupné z: DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.archger.2016.10.015>

GUM, Amber and Liat AYALON, 2018. Self-perceptions of aging mediate the longitudinal relationship of hopelessness and depressive symptoms. *International Journal of Geriatric Psychiatry* [online]. (33), 591-597 [cit. 2020-03-18]. Dostupné z: DOI: <https://doi.org/10.1002/gps.4826>.

HAJEK, André and Hans-Helmut KÖNIG, 2020. Self-perceptions of ageing, GP visits and frequent attendance. Longitudinal findings from the Greman Ageing Survey. *Aging and Mental Health* [online]. 19 Mar 2020, 1-6 [cit. 2020-11-25]. Dostupné z: <https://doi.org/10.1080/13607863.2020.1742659>

HALVORSRUD, Liv, KIRKEVOLD, Marit, DISETH, Åge and Mary KALFOSS, 2010. Quality of Life Model: Predictors of Quality of Life Among Sick Older Adults. *Research and Theory for Nursing Practice* [online]. 24(4), 241-259 [cit. 2021-06-23]. Dostupné z: doi:10.1891/1541-6577.24.4.241

HAN, Jina, 2017. Chronic Illnesses and Depressive Symptoms Among Older People: Functional Limitations as a Mediator and Self-Perceptions of Aging as a Moderator. *Journal of Aging and Health* [online]. 30(8), 1188-1204 [cit. 2020-03-18]. ISSN 0898-2643. Dostupné z: DOI: 10.1177/0898264317711609. <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0898264317711609>

HEISLER, Radek, ČERVENKOVÁ, Markéta, KOPEČEK, Miloslav a Hana GEORGI, 2018. Faktorová analýza Geriatrické škály deprese (GDS-15). In: H. Georgi and R. Šlamberová (Eds.), *Stárnutí 2018: Sborník 4. gerontologické mezioborové konference*. Praha: Univerzita Karlova, 3. lékařská fakulta. 80-87. ISBN 978-80-87878-36-1. Dostupné z: http://www.konferencestarnuti.cz/files/Starnuti_2018_sbornik.pdf

HOLMEROVÁ, Iva a Hana VAŇKOVÁ, 2009. Demence a deprese ve vyšším věku. *Medicina pro praxi* [online]. B(2), 111-114 [cit. 2021-03-17]. ISSN 1803-5310. Dostupné z: <https://www.solen.cz/pdfs/med/2009/02/14.pdf>

CHACHAMOVICH Eduardo, FLECK, Marcelo, LAIDLAW, Ken and Mick POWER, 2008. Impact of Major Depression and Subsyndromal Symptoms on Quality of Life and Attitudes Toward Aging in an International Sample of Older Adults. *The Gerontologist* [online]. **48** (5), 593–602 [cit. 2021-03-26]. Dostupné z: <https://doi.org/10.1093/geront/48.5.593>

CHANG, E-Shien, KANNOTH, Shena, LEVY, Samantha, WANG, Shi-Yi, LEE, John and Becca LEVY, 2020. Global reach of ageism on older persons' health: A systematic review. *PLoS ONE* [online]: **15**(1), 1-24 [cit. 2020-03-18]. Dostupné z: DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0220857>.

CHASTEEN, Alison and Lindsey CARY, 2015. Age Stereotypes and Age Stigma. *In: Annual Review of Gerontology and Geriatrics: Subjective Aging: New Developments and Future Directions*. Vol 35, 99-119. ISBN 9780826196491.

CHASTEEN, Alison, PICHORA-FULLER, Kathleen, DUPUIS, Kate, SMITH, Serri and Gurjit SINGH, 2015. *Do negative views of aging influence memory and auditory performance through self-perceived abilities?* *Psychology and Aging* [online]. **30**(4), 881–893 [cit. 2021-03-25]. Dostupné z: <https://doi.org/10.1037/a0039723>

CHEN, Xuemei, HU, Yunqi, ZHU, Daqiao, LI, Juan and Lanshu ZHOU, 2016. Chinese version of the Aging Perceptions Questionnaire (C-APQ): assessment of reliability and validity. *Aging and Mental Health* [online]. **20**(6), 567-574 [cit. 2021-06-23]. Dostupné z: DOI: 10.1080/13607863.2015.1028332

CHOCHINOV Harvey, HASSARD, Thomas, MCCLEMENT, Susan, HACK, Thomas, KRISTJANSON, Linda, HARLOS, Mike, SINCLAIR, Shane and Alison MURRAY, 2008. The patient dignity inventory: a novel way of measuring dignity-related distress in palliative care. *Journal of Pain and Symptom Management* [online]. **36**(6), 559-571 [cit. 2021-06-23]. Dostupné z: doi: 10.1016/j.jpainsymman.2007.12.018. PMID: 18579340.

CHOCHINOV, Harvey, HACK, Thomas, MCCLEMENT, Susan, KRISTJANSON, Linda and Mike HARLOS, 2002. Dignity in the terminally ill: a developing empirical model. *Social science and medicine* [online]. **54**(3), 433–443 [cit. 2021-03-28]. Dostupné z: [https://doi.org/10.1016/s0277-9536\(01\)00084-3](https://doi.org/10.1016/s0277-9536(01)00084-3)

INGRAND, Isabelle, HOUETO, Jean-Luc, GIL, Roger, MCGEE, Hannah, INGRAND, Pierre and Marc PACCALIN, 2012. The validation of a French-language version of the Aging Perceptions

Questionnaire (APQ) and its extension to a population aged 55 and over. *BMC Geriatrics* [online]. 12, 17. [cit. 2021-06-23]. Dostupné z: 10.1186/1471-2318-12-17.

JACOBSON, Nora, 2012. *Dignity and health*. Nashville, TN: Vanderbilt University Press. ISBN: 9780826518613

JANEČKOVÁ, Hana, DRAGOMIRECKÁ, Eva, HOLMEROVÁ, Iva and Hana VAŇKOVÁ, 2013. The Attitudes of Older Adults Living in Institutions and Their Caregivers to Ageing. *Central European journal of public health* [online]. 21, 63-71 [cit. 2021-03-18]. Dostupné z: DOI: 10.21101/cejph.a3774.

JANG, Eun-Sil and Kisook KIM, 2020. The mediating role of interpersonal needs on attitude towards ageing and its relationship with community sense and depression among community-dwelling older adults. *Health and Social Care in the Community* [online]. 1-7 [cit. 2020-11-25]. ISSN 09660410. Dostupné z: doi:10.1111/hsc.13117

JAYABHARATHI B., YADAV Nisha and Buvana THARAGESHWARI, 2021. Attitude Towards Ageing among Older Population. *Indian Journal of Public Health Research and Development* [online]. 10(4), 54-59 [cit. 2021-03-26]. Dostupné z: DOI: 10.5958/0976-5506.2019.00663.6

JESTE Dilip, Gauri SAVLA, Wesley THOMPSON, Ipsit VAHIA, Danielle GLORIOSO, A'verria MARTIN, Barton PALMER, David ROCK, Shahrokh GOLSHAN, Helena KRAEMER and Colin DEPP, 2013. Association between older age and more successful aging: critical role of resilience and depression. *The American journal of psychiatry* [online]. 170(2), 188–196 [cit. 2021-03-26]. Dostupné z: <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2012.12030386>

KAČMÁROVÁ, Monika, 2013. Subjektívne hodnotená kvalita života seniorov: kvalitatívne a kvantitatívne postupy jej zisťovania. *Československá psychologie* [online]. 57(1), 42-51 [cit. 2021-03-25]. ISSN: 0009-062X. Dostupné z: <http://eds.b.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?vid=8&sid=278c6d21-daaa-4ecf-8ba4-8bb1c28af9b8%40sessionmgr112andhid=115>.

KALFOSS, Marry, 2016. Gender Differences in Attitudes to Aging among Norwegian Older Adults. *Open Journal of Nursing* [online]. 6, 255-266 [cit. 2020-11-28]. Dostupné z: <http://dx.doi.org/10.4236/ojn.2016.63026>

KALFOSS, Mary, LOW, Gail and Anita MOLZAHN, 2010. Reliability and validity of the attitudes to ageing questionnaire for Canadian and Norwegian older adults. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* [online]. 24, 75-85 [cit. 2021-03-18]. Dostupné z: doi: 10.1111/j.1471-6712.2010.00786.x

KALVACH, Zdeněk a Zoltán MIKEŠ, 2004. Gerontologie: Základní pojmy – stáří, gerontologie a geriatricie. In: KALVACH, Zdeněk et al. *Geriatricie a gerontologie*. Praha: Grada. 47-49. ISBN 80-247-0548-6.

KANE, Jennifer and Kay de VRIES, 2016. Dignity in long-term care: An application of Nordenfelt's work. *Nursing Ethics* [online]. **24**(6), 744-751 [cit. 2021-06-25]. Dostupné z: doi:10.1177/0969733015624487

KILLMISTER, Suzy, 2010. Dignity: not such a useless concept. *Journal of Medical Ethics* [online]. **36**, 160-164 [cit. 2021-03-26]. Dostupné z: <http://dx.doi.org/10.1136/jme.2009.031393>

KISVETROVÁ, Helena, 2019. Postoje ke stárnutí a stáří v současné společnosti. *Profese online* [online]. **12**(1) [cit. 2020-11-28]. ISSN 1803-4330. Dostupné z: https://profeseonline.upol.cz/artkey/pol-201901-0004_postoje_ke_stari_a_starnuti_v_soucasne_spolecnosti.php

KISVETROVÁ, Helena, HERZIG, Roman, BRETŠNAJDROVÁ, Milena, TOMANOVÁ, Jitka, LANGOVÁ, Kateřina, and David ŠKOLOUDÍK, 2021. Predictors of quality of life and attitude to ageing in older adults with and without dementia. *Aging and mental health* [online]. **25**(3), 1-8 [cit. 2021-03-24]. Dostupné z: <https://doi.org/10.1080/13607863.2019.1705758>

KISVETROVÁ, Helena, ŠKOLOUDÍK, David, DANIELOVÁ, Libuše, LANGOVÁ, Kateřina, VÁVERKOVÁ, Renáta, BRETŠNAJDROVÁ, Milena and Yukari YAMADA, 2018. Czech Version of the Patient Dignity Inventory: Translation and Validation in Incurable Patients. *Journal of pain and symptom management* [online]. **55**(2), 444-450 [cit. 2021-03-26]. Dostupné z: <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2017.10.008>

KISVETROVÁ, Helena, ŠKOLOUDÍK, David, HERZIG, Roman, VALIŠ, Martin, JURAŠKOVÁ, Božena, TOMANOVÁ, Jitka, VÁVERKOVÁ, Renáta, LANGOVÁ, Kateřinaya a Yukari YAMADA, 2020. Vliv demence na trajektorie kvality života seniorů. *Česká a Slovenská Neurologie a Neurochirurgie* [online]. **83**(3), 298-304 [cit. 2021-03-18]. Dostupné z: <https://doi.org/10.14735/amcsnn2020298>

KLUSMANN, Verena and Anna KORNADT, 2020. Current directions in views on ageing. *European Journal of Ageing* [online]. 26 October 2020 [cit. 2020-11-25]. Dostupné z: <https://doi.org/10.1007/s10433-020-00585-4>

KLUSMANN, Verena, NOTTHOFF, Nanna, BEYER, Ann-Kristn, BLAWERT, Anne and Martina GABRIAN, 2020. The assessment of views on ageing: a review of self-report measures and innovative

extensions. *European Journal of Ageing* [online]. 17, 403–433 [cit. 2021-06-23]. Dostupné z: <https://doi.org/10.1007/s10433-020-00556-9>

KORKMAZ ASLAN, Gülbahar, KARTAL, Asiye., ÖZEN ÇINAR, İlgun and Nazan KOŞTU, 2017. The relationship between attitudes toward aging and health-promoting behaviours in older adult. *International Journal of Nursing Practice* [online]. 23(6), 1-9 [cit. 2021-03-24]. Dostupné z: doi:10.1111/ijn.12594

KORNADT, Anna and Klaus ROTHERMUND. 2015. Views on Aging. In: *Annual Review of Gerontology and Geriatrics: Subjective Aging: New Developments and Future Directions*. Vol. 35. 121-144. ISBN 9780826196491.

KORNADT, Anna, SIEBERT, Jelena and Hans-Werner WAHL, 2019. The interplay of personality and attitudes toward own aging across two decades of later life. *PLOS ONE* [online]. 14(10), 1-20 [cit. 2020-03-15]. Dostupné z: DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0223622>.

KOTTER-GRÜHN, Dana, 2015. Changing Negative Views of Aging. In: *Annual Review of Gerontology and Geriatrics: Subjective Aging: New Developments and Future Directions*. Vol. 35. 167-186. ISBN 9780826196491.

KRÁTKÉ KOGNITIVNÍ TESTY (do 30 minut). *AD Centrum* [online]. [cit. 2021-03-18]. Dostupné z: https://www.nudz.cz/adcentrum/kratke_kognitivni_testy.html

KRÁTKÉ KOGNITIVNÍ TESTY (do 30 minut). *AD Centrum* [online]. [cit. 2021-03-18]. Dostupné z: https://www.nudz.cz/adcentrum/kratke_kognitivni_testy.html

KUCKIR, Martina et. al., 2016. *Vybrané oblasti a nástroje funkčního geriatrického hodnocení*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 96 stran. ISBN 978-80-271-9585-5.

LIDLAW, Ken, POWER, Mick, SCHMIDT, Silke and WHOQOL-OLD Group, 2007. The Attitudes to Ageing Questionnaire (AAQ): development and psychometric properties. *International journal of geriatric psychiatry* [online]. 22(4), 367–379 [cit. 2021-03-24]. Dostupné z: <https://doi.org/10.1002/gps.1683>

LAMONT, Ruth, SWIFT, Hannah and Dominic ABRAMS, 2015. A Review and Meta-Analysis of Age-Based Stereotype Threat: Negative Stereotypes, Not Facts, Do the Damage. *Psychology and Aging* [online]. 30(1), 180-193 [cit. 2020-03-20]. DOI: <http://dx.doi.org/10.1037/a0038586>.

- LAWTON M. P., 1975. The Philadelphia Geriatric Center Morale Scale: a revision. *Journal of gerontology* [online]. **30**(1), 85–89 [cit. 2021-03-24]. Dostupné z: <https://doi.org/10.1093/geronj/30.1.85>
- LEE, Jeong, KAHANA, Boaz and Eva KAHANA, 2017. Successful Aging from the Viewpoint of Older Adults: Development of a Brief Successful Aging Inventory (SAI). *Gerontology* [online]. 63(4), 359–371 [cit. 2021-06-23]. Dostupné z: doi:10.1159/000455252
- LEVY, Becca and Martin SLADE, 2019. Positive view of aging reduce risk of developing later-life obesity. *Preventive Medicine Reports* [online]. 13, 196-198 [cit. 2020-11-25]. Dostupné z: <https://doi.org/10.1016/j.pmedr.2018.12.012>
- LEVY, Becca, KASL Stanislav and Thomas GILL, 2004. Image of aging scale. *Perceptual and Motor Skills* [online]. 99. 208-210 [cit. 2021-06-23]. Dostupné z: <https://doi.org/10.2466/pms.99.1.208-210>
- LEVY, Becca, PROVOLO, Natalia, CHANG, E-Shien and Martin SLADE, 2020. Negative Age Stereotypes Associated with Older Persons' Rejection of COVID-19 Hospitalization. *Journal of the American Geriatrics Society* [online]. Advance online publication [cit. 2021-03-26]. Dostupné z: <https://doi.org/10.1111/jgs.16980>
- LEVY, Becca, SLADE, Martin, CHUNG, Pil and Thomas GILL, 2014. Resiliency Over Time of Elders' Age Stereotypes After Encountering Stressful Events. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences* [online]. **70**(6), 886–890 [cit. 2021-03-04]. Dostupné z: doi:10.1093/geronb/gbu082
- LEVY, Becca, SLADE, Martin, KUNKEL, Suzanne and Stanislav KASL, 2002. Longevity increased by positive self-perceptions of aging. *Journal of Personality and Social Psychology* [online]. **83**(2), 261-270 [cit. 2020-11-26]. Dostupné z: DOI: 10.1037//0022-3514.83.2.261
- LEVY, Becca, SLADE, Martin, MURPHY, Terrence and Thomas GILL, 2012. Association between positive age stereotypes and recovery from disability in older persons. *JAMA* [online]. **308**(19), 1972–1973 [cit. 2021-01-30]. Dostupné z: <https://doi.org/10.1001/jama.2012.14541>
- LEVY, Becca, SLADE, Martin, PIETRZAK, Robert and Luigi FERRUCCI, 2018. Positive age beliefs protect against dementia even among elders with high-risk gene. *PLoS ONE* [online]. **12**(2), 1-8 [cit. 2020-11-27]. Dostupné z: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0191004>

LEVY, Becca, ZONDERMAN, Alan, SLADE, Martin and Luigi FERRUCCI, 2012. Memory Shaped by Age Stereotypes over Time. *The Journals of Gerontology* [online]. **67**(4), 432-436 [cit. 2020-11-26]. Dostupné z: <https://doi.org/10.1093/geronb/gbr120>

LIN, Jui-Hung, HUANG Min-Wei, WANG Deng-Wu, CHEN Yi-Ming, LIN Chu-Sheng, TANG Yi-Jing, YANG Shu-Hui and Hsien-Yuan LANE, 2014. Late-life depression and quality of life in a geriatric evaluation and management unit: an exploratory study. *BMC Geriatrics* [online]. **14**(1), 1-15 [cit. 2021-03-04]. ISSN 14712318. Dostupné z: DOI: 10.1186/1471-2318-14-77

LIU, Danxia, XI, Juan, HALL, Brian, FU, Mingqi, ZHANG, Bo, GUO, Jing and XingLin FENG, 2020. Attitudes toward aging, social support and depression among older adults: Difference by urban and rural areas in China. *Journal of Affective Disorders* [online]. **274**, 85-92 [cit. 2020-11-26]. Dostupné z: <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.05.052>

LOSADA-BALTAR, Andrés, JIMÉNEZ-GONZALO, Lucia, GALLEGO-ALBERTO, Laura, PEDROSO-CHAPARRO, Maria, FERNANDES-PIRES, José and Maria MÁRQUEZ-GONZÁLEZ, 2021. "We Are Staying at Home." Association of Self-perceptions of Aging, Personal and Family Resources, and Loneliness With Psychological Distress During the Lock-Down Period of COVID-19. *The journals of gerontology. Series B, Psychological sciences and social sciences* [online]. **76**(2), e10–e16 [cit. 2021-03-25]. Dostupné z: <https://doi.org/10.1093/geronb/gbaa048>

LOW, Gail, MOLZAHN, Anita and Donald SCHOPFLOCHER, 2013. Attitudes to aging mediate the relationship between older peoples' subjective health and quality of life in 20 countries. *Health Quality of Life Outcomes* [online]. **11**(146), 1-10 [cit. 2021-03-26]. Dostupné z: <https://doi.org/10.1186/1477-7525-11-146>

LUCAS-CARRASCO, Ramona, LAIDLAW, Ken, GÓMÉZ-BENITO, Juana and Michael POWER, 2013. Reliability and validity of the Attitudes to Ageing Questionnaire (AAQ) in older people in Spain. *International Psychogeriatrics* [online]. **25**(3), 490-499 [cit. 2021-03-18]. Dostupné z: doi:10.1017/S1041610212001809

MARQUET Manon, CHASTEEN, Alison, PLAKS, Jason and Laksmiina BALASUBRAMANIAM, 2018. Understanding the mechanisms underlying the effects of negative age stereotypes and perceived age discrimination on older adults' well-being. *Aging and Mental Health* [online]. **23**(12), 1666-1673 [cit. 2020-11-25]. Dostupné z: <https://doi.org/10.1080/13607863.2018.1514487>

MICHE Martina, ELSÄSSER Valerie, SCHILLING Oliver and Hans-Werner WAHL, 2014. Attitude toward own aging in midlife and early old age over a 12-year period: Examination of measurement

equivalence and developmental trajectories. *Psychology and Aging* [online]. 29, 588-600 [cit. 2021-06-23]. Dostupné z: 10.1037/a0037259. 25244478

MOSER, Charlotte, SPAGNOLI, Jacques and Brigitte SANTOS-EGGIMANN, 2011. Self-Perception of Aging and Vulnerability to Adverse Outcomes at the Age of 65–70 Years. *The Journals of Gerontology* [online]. 66(6), 675-680 [cit. 2021-03-23]. Dostupné z: <https://doi.org/10.1093/geronb/gbr052>

NORDENFELT, Lennart, 2005. The Four Notions of Dignity. *Quality in Ageing and Older Adults* [online]. 6, 17-21 [cit. 2021-06-25]. Dostupné z: 10.1108/14717794200500004

NG, Reuben, ALLORE, Heather, TRETALANGE, Mark, MONIN, Joan and Becca LEVY, 2015. Increasing Negativity of Age Stereotypes across 200 Years: Evidence from a Database of 400 Million Words. *PLoS ONE* [online]. 10(2), 1-6 [cit. 2020-03-20]. Dostupné z: DOI:10.1371/journal.pone.0117086.

NG, Reuben, and Ting CHOW, 2020. Aging Narratives over 210 years (1810-2019). *The journals of gerontology. Series B, Psychological sciences and social sciences* [online]. gbaa222 [cit. 2021-03-25]. Dostupné z: <https://doi.org/10.1093/geronb/gbaa222>

NORTH, Michael and Susan FISKE, 2015. Modern Attitudes Toward Older Adults in the Aging World: A Cross-Cultural Meta-Analysis. *American Psychological Association* [online]. 141(5) [cit. 2020-11-24]. Dostupné z: DOI: <http://dx.doi.org/10.1037/a0039469>.

OSN. 2019. *World Population Prospects 2019: Highlights* [online]. New York [cit. 2020-11-29]. ISBN 978-92-1-004235-2.

PASUPATHI, Monisha and Corinna LÖCKENHOFF, 2002. Ageist Behaviour. In: T. Nelson (ed.). *Ageism: Stereotyping and Prejudice against Older Persons*. Cambridge, MA: Massachusetts Institute of Technology. 201-244. ISBN 9780262339742.

PETROVÁ KAFKOVÁ, Marcela, 2016. The „Real“ Old Age and the Transition between the Third and Fourth Age. *Sociológia – Slovak Sociological Review* [online]. 44(6), 622-640 [cit. 2021-03-26]. Dostupné z: <https://www.researchgate.net/publication/311716743> [The Real Old Age and the Transition between the Third and Fourth Age 1](https://www.researchgate.net/publication/311716743)

PINAR, Rukiye, and Havva OZ, 2010. Validity and reliability of the Philadelphia Geriatric Center Morale Scale among Turkish elderly people. *Quality of Life Research* [online]. 20(1), 9–18 [cit. 2021-06-23]. Dostupné z: doi:10.1007/s11136-010-9723-4

PRINGLE Jan, JOHNSTON Bridget and Deans BUCHANAN, 2015. Dignity and patient-centred care for people with palliative care needs in the acute hospital setting: A systematic review. *Palliat Med.* [online]. **29**(8), 675-694 [cit. 2021-03-24]. Dostupné z: doi: 10.1177/0269216315575681. PMID: 25802322.

RAMOS LMBC, da ROCHA Mariano, GOMES Irenie and CHA SCHWANKE, 2012. Translation and cross-cultural adaptation of the APQ—aging perceptions questionnaire to Brazilian Portuguese. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia* [online]. 18, 233–242 [cit. 2021-06-23]. Dostupné z: <https://doi.org/10.1590/S1809-98232012000200006>

ROBERTSON, Deirdre and Rose KENNY, 2015. Negative perceptions of aging modify the association between frailty and cognitive function in older adults. *Personality and Individual Differences* [online]. 100, 120-125 [cit. 2020-03-20]. Dostupné z: DOI: <https://doi.org/10.1016/j.paid.2015.12.010>

ROBERTSON, Deirdre, SAVVA, George, KING-KALLIMANIS, Bellinda and Rose KENNY, 2015. Negative Perceptions of Aging and Decline in Walking Speed: A Self-Fulfilling Prophecy. *PLoS ONE* [online]. **10**(4), 1-17 [cit. 2020-03-15]. ISSN 19326203. Dostupné z: DOI: 10.1371/journal.pone.0123260.

RON, Pnina, 2007. Elderly people's attitudes and perceptions of aging and old age: the role of cognitive dissonance? *Int. J. Geriatr. Psychiatry*[online]. 22, 656-662 [cit. 2021-03-26]. Dostupné z: <https://doi.org/10.1002/gps.1726>

SARGENT-COX Kerry, KARRIN ANSTEY and Mary LUSZCZ, 2012. Change in health and self-perceptions of aging over 16 years: The role of psychological resources. *Health Psychology* [online]. **31**(4), 423–432 [cit. 2021-03-26]. Dostupné z: doi:10.1037/a0027464

SARKISIAN, Catharine, SHUNKWILER, Sara, AGUILAR, Iris and Alison MOORE, 2006. Ethnic Differences in Expectations for Aging Among Older Adults. *Journal of the American Geriatrics Society* [online]. 54, 1277-1282 [cit. 2021-03-25]. Dostupné z: <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2006.00834.x>

SARKISIAN, Catherine, HAYS, Ron, BERRY, Sandra and Carol MANGIONE, 2002. Development, Reliability, and Validity of the Expectations Regarding Aging (ERA-38) Survey. *The Gerontologist* [online]. **42**(4), 534-542 [cit. 2021-03-25]. Dostupné z: <https://doi.org/10.1093/geront/42.4.534>

SARKISIAN, Catherine, STEERS, Neil, HAYS, Ron and Carol MANGIONE, 2005. Development of the 12-Item Expectations Regarding Aging Survey. *The Gerontologist* [online]. **45**(2), 240-248 [cit. 2021-03-25]. Dostupné z: <https://doi.org/10.1093/geront/45.2.240>

SARVIMÄKI, Anneli and Bettina STENBOCK-HULT, 2016. The meaning of vulnerability to older persons. *Nursing ethics* [online]. **23**(4), 372–383 [cit. 2021-03-24]. Dostupné z: <https://doi.org/10.1177/0969733014564908>

SEXTON, Eithne, KING-KALLIMANIS, Bellinda, MORGAN Karen and Hannah McGEE, 2014. Development of the Brief Ageing Perceptions Questionnaire (B-APQ): a confirmatory factor analysis approach to item reduction. *BMC Geriatrics* [online]. **14**(44) [cit. 2021-03-26]. Dostupné z: doi:10.1186/1471-2318-14-44

SHEIKH, Javaid and Jerome YESAVAGE: Geriatric Depression Scale (GDS): Recent evidence and development of a shorter version. *Clinical Gerontology: A Guide to Assessment and Intervention*. 165-173, NY: The Haworth Press, 1986.

SIEBERT, Jelena, WAHL, Hans-Werner, DEGEN, Christina and Johannes SCHRÖDER, 2018. Attitude Toward Own Aging as a Risk Factor for Cognitive Disorder in Old Age: 12-Year Evidence From the ILSE Study. *American Psychological Association* [online]. **33**(3), 461–472 [cit. 2020-03-14]. Dostupné z: DOI: <http://dx.doi.org/10.1037/pag0000252>.

SLOTMAN, Anne, CRAMM, Jane and Anne NIEBOER, 2015. Validation of the Dutch Aging Perceptions Questionnaire and development of a short version. *Health and Quality of Life Outcomes* [online]. **13**, 54 [cit. 2021-06-23]. Dostupné z: <https://doi.org/10.1186/s12955-015-0248-y>

SMITH, Emma, DESAI, Mayur, SLADE, Martin and Becca LEVY, 2016. Positive Aging Views in the General Population Predict Better Long-Term Cognition for Elders in Eight Countries. *Journal of Aging and Health* [online]. **31**(10), 1-9 [cit. 2020-03-26]. Dostupné z: DOI: <https://doi.org/10.1177/0898264318784183>

STEM/MARK. 2013. Umírání a péče o nevléčitelně nemocné II. Prague, Czech Republic: *Cesta Domů*. [cit. 2021-03-23]. Dostupné z: <https://www.umirani.cz/sites/default/files/custom-files/cesta-domu-zprava-umirani-a-pece-o-nevylecitelne-nemocne-2013.pdf>

STEVERINK, Nardi, WESTERHOF, Gerben, BODE, Christina and Freya DITTMANN-KOHLI, 2001. The Personal Experience of Aging, Individual Resources, and Subjective Well-Being. *The Journals of Gerontology* [online]. **56**(6), 364-373 [cit. 2021-03-25]. Dostupné z: <https://doi.org/10.1093/geronb/56.6.P364>

STOCK William, OKUN Moris and Juanna GOMEZ-BENITO, 1994. Subjective well-being measures: Reliability and validity among Spanish elders. *The International Journal of Aging and Human Development* [online]. 38, 221-235 [cit. 2021-06-23]. Dostupné z: 10.2190/MGGY-KFN3-M4YR-DFN4

SUN, Jennifer, KIM, Eric and Jacqui SMITH, 2017. Positive Self-Perceptions of Aging and Lower Rate of Overnight Hospitalization in the US Population Over Age 50. *Psychosomatic Medicine* [online]. 79(1), 81–90 [cit. 2021-01-30]. Dostupné z: doi:10.1097/psy.0000000000000364

SUZMAN, Richard and John BEARD, 2011. *Global health and ageing*. Bethesda, MD: U.S. Department of Health and Human Services, World Health Organization; (NIH Publication no. 11-7737; http://www.who.int/ageing/publications/global_health.pdf, accessed 4 June 2015).

SWIFT Hannah, ABRAMS, Dominic, MARQUES, Sibila, VAUCLAIR, Christin, BRATT, Christopher and Maria LIMA, 2018. Agisem in the European Region: Finding from the. European Social Survey. *International Perspectives on Aging* [online]. 19, 441-459 [cit. 2020-11-23]. Dostupné z: Doi: https://doi.org/10.1007/978-3-319-73820-8_27

ŠAŇÁKOVÁ, Šárka and Juraj ČÁP, 2019. Dignity from the nurses' and older patients' perspective: A qualitative literature review. *Nursing ethics* [online]. 26(5), 1292–1309 [cit. 2021-03-23]. Dostupné z: <https://doi.org/10.1177/0969733017747960>

ŠOLCOVÁ, Iva POLÁČKOVÁ, CHRZ Vladimír, DUBOVSKÁ Eva a Iva ŠOLCOVÁ, 2019. Integrita a Zoufalství Ega v Eriksonově Koncepti Stáří. *Československá Psychologie* [online]. 63(4), 369–385 [cit. 2020-11-26]. Dostupné z: https://www.researchgate.net/publication/335543284_Integrita_a_zoufalstvi_ega_v_Eriksonove_koncepci_stari_Ego_integrity_and_despair_in_Erikson's_conception_of_old_age

TEHRANINESHAT, Banafsheh, RAKHSHAN, Mahnaz, TORABIZADEH, Camellia and Mohammad FARAROUEI, 2020. Patient Dignity in Iranian Clinical Care Settings as Perceived by Physicians, Caregivers, and Patients. *Journal of multidisciplinary healthcare* [online]. 13, 923–933 [cit. 2021-03-28]. Dostupné z: <https://doi.org/10.2147/JMDH.S258962>

TRENTINI Clarisa, Gabriela WAGNER, Eduardo CHACHAMOVICH, Michelle FIGUEIREDO, Leda da SILVA, Vania HIRAKATA and Marcelo FLECK, 2012. Subjective perception of health in elderly inpatients. *Int J Psychol* [online]. 47(4), 279-286 [cit. 2021-03-26]. Dostupné z: doi: 10.1080/00207594.2011.626046.

ÚZIS, 2018. *Barthelové test* [online]. [cit. 2021-03-18]. Dostupné z: <https://www.uzis.cz/index.php?pg=registry-sber-dat--klasifikace--barthelove-test>

VAHIA, Ipsit, Thomas MEEKS, Wesley THOMPSON, Colin DEPP, Sidney ZISOOK, Matthew ALLISON, Lewis JUDD and Dilip JEŠTĚ, 2010. Subthreshold depression and successful aging in older women. *The American journal of geriatric psychiatry: official journal of the American Association for Geriatric Psychiatry* [online]. **18**(3), 212–220 [cit. 2021-03-28]. Dostupné z: <https://doi.org/10.1097/JGP.0b013e3181b7f10e>

VAN LEEUWEN, Karen, VAN LOON, Miriam, VAN NES, Fenna, BOSMANS, Judith, DE VET, Henrica, KET, Johannes, WIDDERSHOVEN, Gay and Raymond OSTELO, 2019. What does quality of life mean to older adults? A thematic synthesis. *PLoS ONE* [online]. **14**(3), 1-39 [cit. 2021-01-30]. ISSN 19326203. Dostupné z: doi:10.1371/journal.pone.0213263

VÝROST, Jozef, 2008. Postoje, jejich utváření a změna. In: Jozef Výrost a Ivan Slaměník (Ed.), *Sociální psychologie*. 2. vydání. Praha: Grada Publishing. S. 127-145. ISBN: 978-80-247-1428-8

WALSH, Ken and Inge KOWANKO, 2002. Nurses' and patients' perceptions of dignity. *International Journal of Nursing Practice* [online]. **8**, 143-151 [cit. 2021-03-28]. Dostupné z: <https://doi.org/10.1046/j.1440-172X.2002.00355.x>

WARMOTHA, Krystal, TARRANTA, Mark, ABRAHAMA, Charles and Iain LANGA, 2016. Older adults' perceptions of ageing and their health and functioning: a systematic review of observational studies. *Psychology, Health and Medicine* [online]. **21**(5), 531-550 [cit. 2020-03-15]. Dostupné z: DOI: <http://dx.doi.org/10.1080/13548506.2015.1096946>.

WESTERHOF, Gerben and Susanne WURM, 2015. Longitudinal Research on Subjective Aging, Health, and Longevity. In: *Annual Review of Gerontology and Geriatrics: Subjective Aging: New Developments and Future Directions*. Vol. 35., 145-165. ISBN 9780826196491.

WETTSTEIN Markus, WAHL, Hans-Werner and Jelena SIEBERT, 2020. 20Years Trajectories of Health in Midlife and Old Age: Contrasting the Impact of Personality and Attitudes Toward Own Aging. *Psychology and Aging* [online]. **35**(6), 910-924 [cit. 2020-11-25]. Dostupné z: DOI: 10.1093/geron/igz038.1413

WHO. 2010. Hidden cities: unmasking and overcoming health inequities in urban settings. Kobe: *World Health Organization, WHO Centre for Health Development, United Nations Human Settlements Programme*; (<https://www.who.int/publications/i/item/9789241548038>).

WHO. 2015. World report on Aging and Health. *Geneva: World Health Organization*. ISBN 978 92 4 069481.

WHO. 2020. World Health Statistics 2020: A visual summary [online]. Geneva: *World Health Organization* [cit. 2020-11-23]. Dostupné z: <https://www.who.int/data/gho/whs-2020-visual-summary>

WILES, Janine, LEIBING, Annete, GUBERMAN, Nancy, REEVE, Jeanne and Ruth ALLEN, 2012. The meaning of "aging in place" to older people. *The Gerontologist* [online]. **52**(3), 357–366 [cit. 2020-25-11]. Dostupné z: <https://doi.org/10.1093/geront/gnr098>

WON, Seoyin, and Hyemee KIM, 2019. Social participation, health-related behavior, and depression of older adults living alone in Korea. *Asian Social Work and Policy Review* [online]. **14**(1), 61–71 [cit. 2021-03-25]. Dostupné z: <https://doi.org/10.1111/aswp.12193>

WONG Eric, WOO Jean, HUI Elsie and Suzanne HO, 2004. Examination of the Philadelphia Geriatric Morale Scale as a subjective quality-of-life measure in elderly Hong Kong Chinese. *The Gerontologist* [online]. **44**, 408–417 [cit. 2021-06-23]. Dostupné z: [10.1093/geront/44.3.408](https://doi.org/10.1093/geront/44.3.408). 15197295

WURM, Susanne, TOMASIK, Martin and Clemens TESCH-RÖMER, 2010. On the importance of a positive view on ageing for physical exercise among middle-aged and older adults: Cross-sectional and longitudinal findings. *Psychology and Health* [online]. **25**, 25–42 [cit. 2020-11-25]. Dostupné z: <http://dx.doi.org/10.1080/08870440802311314>

YAMADA, Yukari, MERZ, Lukáš and Helena KISVETROVÁ, 2015. Quality of life and comorbidity among older home care clients: role of positive attitudes toward aging. *Quality of Live Research* [online]. **24**, 1661-1667 [cit. 2020-11-28]. Dostupné z: <https://doi.org/10.1007/s11136-014-0899-x>

Zdravotnická statistika. 2018. *Hospitalizovaní*. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky, 1960-1991. stran cca 140 ISSN: 1210-8731, (0862-5654)

ZHANG Xin, KAMIN, Stefan, LIU, Songqi, FUNG, Helene and Frieder LANG, 2018. Negative Self-perception of Aging and Mortality in Very Old Chinese Adults: The Mediation Role of Healthy Lifestyle. *The Journals of Gerontology* [online]. **75**(5), 1001-1009 [cit. 2020-11-25]. Dostupné z: <https://doi.org/10.1093/geronb/gby136>

SEZNAM ZKRATEK

AAQ	Attitudes to Ageing Questionar (postojový dotazník)
APQ	The Ageing Perceptions Questionnaire (hodnocení sebepoznání stárnutí)
ATOA	Attitude Toward Own Aging Sub-Scale (postoj k vlastnímu stárnutí)
BI	Barthelové index
CES-D	Center for Epidemiologic Studies Depression Scale
CI	Confidence Interval (Interval spolehlivosti neboli konfidenční interval)
CZ	česká
ČR	Česká republika
ERA	The Expectations Regarding Ageing survey (očekávání týkající se stárnutí)
FNOL	Fakultní nemocnice Olomouc
FZV UP	Fakulta zdravotnických věd Univerzity Palackého
GDS-15	Geriatric Depression Scale (Geriatrická škála deprese)
MMSE	Mini Mental State Examination (test kognitivních funkcí)
PDI	Patient Dignity Inventory
PDI-CZ	Dotazník důstojnosti pacienta
PGCMS	The Philadelphia Geriatric Centre Moral Scale
s.	strana
SAI	Successful aging inventory (Inventář úspěšného stárnutí)
SD	směrodatná odchylka
VIF	Variable Inflation Factor
WHO	World Health Organization (Světová zdravotnická organizace)
WHOQOL-OLD	World Health Organization of Quality of Life – section for Older people

SEZNAM OBRÁZKŮ

OBRÁZEK 1 VZDĚLÁNÍ RESPONDENTŮ.....	- 40 -
OBRÁZEK 2 SOCIÁLNÍ SITUACE REpondentŮ	- 40 -
OBRÁZEK 3 BARTHELOVÉ INDEX RESPONDENTŮ.....	- 41 -
OBRÁZEK 4 GDS-15 RESPONDENTŮ.....	- 41 -
OBRÁZEK 5 BODOVÝ GRAF UKAZUJÍCÍ ZÁVISLOST HODNOT DOMÉNY PSYCHOSOCIÁLNÍ ZTRÁTY DOTAZNÍKU AAQ NA ÚROVNI SOBĚSTAČNOSTI PACIENTŮ MĚŘENÉ DOTAZNÍKEM BI	- 45 -
OBRÁZEK 6 BODOVÝ GRAF UKAZUJÍCÍ ZÁVISLOST HODNOT DOMÉNY FYZICKÉ ZMĚNY DOTAZNÍKU AAQ NA ÚROVNI SOBĚSTAČNOSTI PACIENTŮ MĚŘENÉ DOTAZNÍKEM BI.....	- 45 -
OBRÁZEK 7 BODOVÝ GRAF UKAZUJÍCÍ ZÁVISLOST HODNOT DOMÉNY PSYCHOSOCIÁLNÍ ZTRÁTY DOTAZNÍKU AAQ NA ÚROVNI DEPRESE PACIENTŮ MĚŘENÉ DOTAZNÍKEM GDS-15.....	- 47 -
OBRÁZEK 8 BODOVÝ GRAF UKAZUJÍCÍ ZÁVISLOST HODNOT DOMÉNY FYZICKÉ ZMĚNY DOTAZNÍKU AAQ NA ÚROVNI DEPRESE PACIENTŮ MĚŘENÉ DOTAZNÍKEM GDS-15.....	- 47 -
OBRÁZEK 9 BODOVÝ GRAF UKAZUJÍCÍ ZÁVISLOST HODNOT DOMÉNY PSYCHOLOGICKÝ RŮST DOTAZNÍKU AAQ NA ÚROVNI DEPRESE PACIENTŮ MĚŘENÉ DOTAZNÍKEM GDS-15.....	- 48 -
OBRÁZEK 10 BODOVÝ GRAF UKAZUJÍCÍ ZÁVISLOST HODNOT DOMÉNY PSYCHOSOCIÁLNÍ ZTRÁTY DOTAZNÍKU AAQ NA HODNOCENÍ VLASTNÍ DŮSTOJNOSTI VE FAKTORU ZTRÁTA SMYSLU ŽIVOTA DOTAZNÍKU PDI-CZ	- 50 -
OBRÁZEK 11 BODOVÝ GRAF UKAZUJÍCÍ ZÁVISLOST HODNOT DOMÉNY PSYCHOSOCIÁLNÍ ZTRÁTY DOTAZNÍKU AAQ NA HODNOCENÍ VLASTNÍ DŮSTOJNOSTI VE FAKTORU ZTRÁTA AUTONOMIE DOTAZNÍKU PDI-CZ.....	- 50 -
OBRÁZEK 12 BODOVÝ GRAF UKAZUJÍCÍ ZÁVISLOST HODNOT DOMÉNY PSYCHOSOCIÁLNÍ ZTRÁTY DOTAZNÍKU AAQ NA HODNOCENÍ VLASTNÍ DŮSTOJNOSTI VE FAKTORU ZTRÁTA JISTOTY DOTAZNÍKU PDI-CZ	- 51 -
OBRÁZEK 13 BODOVÝ GRAF UKAZUJÍCÍ ZÁVISLOST HODNOT DOMÉNY FYZICKÉ ZMĚNY DOTAZNÍKU AAQ NA HODNOCENÍ VLASTNÍ DŮSTOJNOSTI VE FAKTORU ZTRÁTA SMYSLU ŽIVOTA DOTAZNÍKU PDI-CZ	- 51 -
OBRÁZEK 14 BODOVÝ GRAF UKAZUJÍCÍ ZÁVISLOST HODNOT DOMÉNY FYZICKÉ ZMĚNY DOTAZNÍKU AAQ NA HODNOCENÍ VLASTNÍ DŮSTOJNOSTI VE FAKTORU ZTRÁTA AUTONOMIE DOTAZNÍKU PDI-CZ.....	- 52 -

SEZNAM TABULEK

TABULKA 1 VELIKOST VZORKU	- 33 -
TABULKA 2 POPISNÁ STATISTIKA SOCIO-DEMOGRAFICKÝCH DAT	- 39 -
TABULKA 3 POPISNÁ STATISTIKA ŠKÁL MMSE, BI A GDS-15	- 42 -
TABULKA 4 POPISNÁ STATISTIKA DOMÉN DOTAZNÍKU AAQ	- 42 -
TABULKA 5 POPISNÁ STATISTIKA FAKTORŮ DOTAZNÍKU PDI-CZ	- 43 -
TABULKA 6 HODNOTY KORELAČNÍCH KOEFICIENTŮ A P-HODNOTY U DOMÉN AAQ A BI.....	- 44 -
TABULKA 7 HODNOTY KORELAČNÍCH KOEFICIENTŮ A P-HODNOTY U DOMÉN AAQ A GDS-15	- 46 -
TABULKA 8 HODNOTY KORELAČNÍCH KOEFICIENTŮ A P-HODNOTY U DOMÉN AAQ A FAKTORŮ PDI-CZ.....	- 49 -
TABULKA 9 MULTIVARIANTNÍ LINEÁRNÍ REGRESE EFEKTU DEPRESE, SCHOPNOSTI VŠEDNÍCH ČINNOSTÍ, KOGNICE, DŮSTOJNOSTI A VYBRANÝCH SOCIODEMOGRAFICKÝCH FAKTORŮ NA POSTOJ KE STÁRNUTÍ V DOMÉNĚ PSYCHOSOCIÁLNÍ ZTRÁTY	- 54 -
TABULKA 10 MULTIVARIANTNÍ LINEÁRNÍ REGRESE EFEKTU DEPRESE, BI, KOGNICE, DŮSTOJNOSTI A VYBRANÝCH SOCIODEMOGRAFICKÝCH FAKTORŮ NA POSTOJ KE STÁRNUTÍ V DOMÉNĚ FYZICKÉ ZMĚNY	- 54 -
TABULKA 11 MULTIVARIANTNÍ LINEÁRNÍ REGRESE EFEKTU DEPRESE, SCHOPNOSTI VŠEDNÍCH ČINNOSTÍ, KOGNICE, DŮSTOJNOSTI A VYBRANÝCH SOCIODEMOGRAFICKÝCH FAKTORŮ NA POSTOJ KE STÁRNUTÍ V DOMÉNĚ PSYCHOLOGICKÝ RŮST	- 55 -

SEZNAM PŘÍLOH

- Příloha 1 Souhlasné stanovisko Etické komise UP v Olomouci
- Příloha 2 Souhlasné stanovisko FNOL
- Příloha 3 Vzor použitého dotazníku pro respondenty



Fakulta
zdravotnických věd

UPOL-13069/1040-2019

Vážená paní
Bc. Jana Charvátová

2019-16-01

Vyjádření Etické komise FZV UP

Vážená paní bakalářko,

na základě Vaší Žádosti o stanovisko Etické komise FZV UP byla Vaše výzkumná část diplomové práce posouzena a po vyhodnocení všech zaslaných dokumentů Vám sdělujeme, že diplomové práci s názvem „**Postoj ke stáří a stárnutí u geriatrických pacientů**“, jehož jste hlavní řešitelkou, bylo uděleno

souhlasné stanovisko Etické komise FZV UP .

S pozdravem,

Mgr. Lenka Mazalová, Ph.D.
předsedkyně
Etické komise FZV UP

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI
Fakulta zdravotnických věd
Etická komise
Hněvoštická 3, 775 15 Olomouc

Žádost o poskytnutí informace pro studijní účely/sběr dat

Jméno a příjmení žadatele: Jana CharvátováDatum narození: 23. 5. 1996 Telefon: 722 553 803 E-mail: jsjcharva@gmail.comKontaktní adresa: Havičkova 283, 768 33 MorkovicePřesný název školy/fakulty: Univerzita Palackého v Olomouci, Fakulta zdravotnických věd
Křížkovského 511/8, 771 47 OlomoucObor studia: Ošetrovatelská péče v interních oborechForma studia: prezenční kombinovaná distanční

Téma závěrečné práce:

Postoj ke stáří a stárnutí u geriatrických pacientů

Žadatel ve FNOL koná odbornou praxí:

 ANO na pracovišti: _____ v termínu od _____ do: _____ NE

Žadatel je zaměstnancem FNOL:

 ANO na pracovišti: 2. interní klinika - gastroenterologie a geriatric, Geriatric 46 NEPracoviště FNOL dotčená průzkumem: 2. interní klinika - gastroenterologie a geriatric, standardní oddělení

Účel žádosti:

 sběr dat/zjišťování informací pro zpracování diplomové/bakalářské práce sběr dat/zjišťování informací pro zpracování seminární/odborné práce sběr dat/zjišťování informací pro jiný účel: (uveďte): _____

Požadavek na (zaškrtněte):

V případě, že žadatel potřebuje získat informaci o počtech vyšetření/odšetření a předem má souhlas konkrétního pracoviště, že tato data mu budou poskytnuta vedením tohoto pracoviště bez nutnosti jeho nahlížení do zdravotnické dokumentace pacientů, vyplní oddíl „Ostatní – statistická data“. Jinak vyplní oddíl „Nahlížení do zdr. dokumentace“.

 Dotazníková akce pro pacienty FNOL pro zaměstnance FNOLPočet respondentů, kteří budou vyplňovat dotazník: 330Termín, kdy proběhne vyplnění dotazníků: od 14. 2. 2019 do: 31. 12. 2019

K vyplněné žádosti je nutno doložit vzor vašeho dotazníku.

 Nahlížení do zdravotnické dokumentace

Předpokládaný počet kusů zdravotnické dokumentace, do které bude žadatel nahlížet: _____

Termín, ve kterém bude žadatel nahlížet do zdravotnické dokumentace: od: _____ do: _____

Přesná specifikace co bude žadatel vyhledávat ve zdravotnické dokumentaci: _____

Při nahlížení do zdravotnické dokumentace bude do každé dokumentace vložen formulář Fm-MP-G015-05-NAHL-ED-001 Záznam o nahlédnutí do zdravotnické dokumentace pro účely výzkumu/školení.

Ostatní

kazuistika – počet:

vedení rozhovoru s pacientem FNOL – počet pacientů: _____

vedení rozhovoru se zaměstnancem FNOL – počet zaměstnanců: _____ povolání: _____

K vyplněné žádosti je nutno doložit vzor rozhovoru (orientační okruh otázek).

statistická data – informace o počtech např. zdravotnických výkonů, vyšetření, určité agendy (např. porodnost), přístrojích

jiné (specifikujte):

Za které období budou data zjišťována: 2019

Kdy proběhne sběr dat žadatelem: od: 14. 2. 2019 do: 31.12. 2019

Přesná specifikace co bude žadatel zjišťovat:

Hlavním cílem je zjistit pomocí standardizovaného dotazníku WHO AAQ (Attitudes toward Aging Questionnaire) postoj ke stáří a stárnutí u hospitalizovaných geriatrických pacientů. Druhým cílem se zaměřit na zjištění, jak stupeň soběstačnosti, úroveň deprese, hodnocení osobní důstojnosti a socio-demografické charakteristiky ovlivňují postoj ke stáří a stárnutí u geriatrického pacienta. Dotazník nijak nezatíží zaměstnance FNOL, protože si dotazníky budou distribuovat a sbírat sama a popřípadě pomáhat respondentům s jejich vyplněním. Na standardní oddělení 2. interní kliniky budou docházet po domluvě se staničnými sestrami daných oddělení.

Způsob zveřejnění závěrečné/sominární práce: Diplomová práce bude zveřejněna na Studijní agentuře informačního systému Univerzity Palackého dostupné na <https://stag.upol.cz/portal/> v sekci Prohlížení a následně Kvalifikační práce pod názvem Postoj ke stáří a stárnutí u geriatrických pacientů.

Budete FNOL uvádět jako „zdroj dat“ ve své práci? ANO NE

Poučení

Žadatel souhlasí se zpracováním jeho osobních údajů dle zásad GDPR pro účely evidence této žádosti. Zavazuje se zachovávat mlčenlivost o skutečnostech, o nichž se dozví v souvislosti s prováděným výzkumem a sběrem dat/informací.

Žadatel (datum podpis): 31. 1. 2019, Charvátová Janá, v. s.

Schválí (datum podpis): 4. 2. 2019

Mgr. Hana Čecháková, MBA
vedoucí Odboru kvality
akademické nemocnice Olomoucké

Poznámky:

--	--	--

I - The (WHO) EAAQ – česká verze

Instrukce

Tento dotazník zjišťuje, co si myslíte o stárnutí.

Odpovědi prosím na všechny otázky. Pokud si nejste jist/a, jak na nějakou otázku odpovědět, vyberte odpověď, která se Vám zdá nevhodnější. Často to bývá to, co Vás napadne jako první.

Berte si čas v úvahu. Ještě než žijete, své plány, radosti i starosti. Rádi bychom, abyste vycházeli ze svých celoživotních zkušeností.

Příklady odpovědí na Váš celkový pocit o stárnutí může znít např. takto:

Bojím se stárnutí.

vůbec neplatí	trochu platí	středně platí	hodně platí	maximálně platí
1			4	5

Měl/a byste zakroužkovat číslo, které nejlépe vystihuje, nakolik pro Vás daný výrok platí. Proto byste měl/a zakroužkovat číslo 4, pokud se stárnutí nebojíte, nebo zakroužkovat číslo 1, pokud se stárnutí „vůbec“ nebojíte. Přečtěte si pečlivě každou otázku; zhodnoťte své pocity a zakroužkujte u každé otázky jedno číslo, které nejlépe vystihuje Vaši odpověď.

Následující otázky zjišťují, **nakolik souhlasíte** s níže uvedenými výroky. Pokud souhlasíte s výrokem v maximální míře, zakroužkujte číslo pod slovy „výrazně souhlasím“. Pokud s výrokem vůbec nesouhlasíte, zakroužkujte číslo pod slovy „výrazně nesouhlasím“. Pokud chcete vyjádřit, že Vaše odpověď leží někde mezi „výrazně nesouhlasím“ a „výrazně souhlasím“, zakroužkujte jedno z čísel ležících mezi nimi.

1. Jak lidé stárnou, jsou schopni se lépe vyrovnávat se životem.

výrazně nesouhlasím	nesouhlasím	nejsem si jist/a	souhlasím	výrazně souhlasím
1	2	3	4	5

2. Je výsadou dožít se vyššího věku.

výrazně nesouhlasím	nesouhlasím	nejsem si jist/a	souhlasím	výrazně souhlasím
1	2	3	4	5

3. Stáří je čas samoty.

výrazně nesouhlasím	nesouhlasím	nejsem si jist/a	souhlasím	výrazně souhlasím
1	2	3	4	5

4. Moudrost přichází s věkem.

výrazně nesouhlasím	nesouhlasím	nejsem si jist/a	souhlasím	výrazně souhlasím
1	2	3	4	5

5. Stáří s sebou přináší mnoho příjemných věcí.

výrazně nesouhlasím	nesouhlasím	nejsem si jist/a	souhlasím	výrazně souhlasím
1	2	3	4	5

6. Stáří je čas pro věci.

výrazně nesouhlasím	nesouhlasím	nejsem si jist/a	souhlasím	výrazně souhlasím
1	2	3	4	5

7. Cvičení je důležité v každém věku.

výrazně nesouhlasím	nesouhlasím	nejsem si jist/a	souhlasím	výrazně souhlasím
1	2	3	4	5

Následující otázky zjišťují, jak moc pro Vás níže uvedené výroky **platí**. Pokud pro Vás výrok platí v maximální míře, zakroužkujte číslo pod slovem „maximálně platí“. Pokud pro Vás výrok vůbec neplatí, zakroužkujte číslo pod „vůbec neplatí“. Pokud chcete říci, že Vaše odpověď leží někde mezi „vůbec neplatí“ a „maximálně platí“, zakroužkujte číslo z celých ležících mezi nimi.

8. Stárnutí je snazší, než jsem si myslím.

vůbec neplatí	trochu platí	středně	hodně platí	maximálně platí
1	2	3	4	5

9. Jak stárnu, zjišťuji, že je pro mne těžší mluvit o svých pocitech.

vůbec neplatí	trochu platí	středně platí	hodně	maximálně platí
1	2	3	4	5

10. Jak stárnu, jsem vůči sobě tolerantnější.

vůbec se nehodí	trochu se hodí	středně se hodí	hodně	maximálně
1	2	3	4	5

11. Necítím se starý/á.

vůbec neplatí	trochu platí	středně platí	hodně platí	maximálně platí
1	2	3	4	5

12. Stáří vidím hlavně jako období ztrát.

vůbec neplatí	trochu platí	středně platí	hodně platí	maximálně platí
1	2	3	4	5

13. To, jak se u mě cítím, není dáno věkem.

vůbec neplatí	trochu platí	středně platí	hodně platí	maximálně platí
1	2	3	4	5

14. Mám více energie, než bych vzhledem ke svému věku očekával/a.

vůbec neplatí	trochu platí	středně platí	hodně platí	maximálně platí
1	2	3	4	5

15. Jak stárnu, stávám si fyzicky méně soběstačný/á.

vůbec neplatí	trochu platí	středně platí	hodně platí	maximálně platí
1	2	3	4	5

16. Zdravotní problémy mně nebrání dělat věci, které chci.

vůbec neplatí	trochu platí	středně platí	hodně platí	maximálně platí
1	2	3	4	5

17. Jak stárnu, zjišťuji, že je pro mne těžší uzavírat věci, které mě baví.

vůbec neplatí	trochu platí	středně platí	hodně platí	maximálně platí
1	2	3	4	5

18. Je velmi důležité předat své zkušenosti mladým lidem.

vůbec neplatí	trochu platí	středně platí	hodně platí	maximálně platí
1	2	3	4	5

19. Věřím, že můj život má význam.

vůbec neplatí	trochu platí	středně platí	hodně platí	maximálně platí
1	2	3	4	5

20. Nyní, kdy jsem starší, necítím se dost začleněný/á do společnosti.

vůbec neplatí	trochu platí	středně platí	hodně platí	maximálně platí
1	2	3	4	5

21. Cítím se být dobrým příkladem mladým lidem.

vůbec neplatí	trochu platí	středně platí	hodně platí	maximálně platí
1	2	3	4	5

22. Cítím se kvůli svému věku z mnoha věcí vyloučený/á.

vůbec neplatí	trochu platí	středně platí	hodně platí	maximálně platí
1	2	3	4	5

23. Můj zdravotní stav je lepší, než jsem ve svém věku očekával/a.

vůbec neplatí	trochu platí	středně platí	hodně platí	maximálně platí
1	2	3	4	5

24. Cvičením se udržuji tak aktivní a v dobré kondici, jak je to možné.

vůbec neplatí	trochu platí	středně platí	hodně platí	maximálně platí
1	2	3	4	5

II. - Dotazník důstojnosti pacientů (PDI)

U každé položky prosím označte, do jaké míry je pro Vás v posledních několika dnech problémem nebo důvodem k obavám.

1. Neschopnost vykonávat úkony každodenního života (např. umýt se, obléknout se)

1 není problém	2 menší problém	3 problém	4 vážený problém	5 nepřekonatelný problém
-------------------	--------------------	--------------	---------------------	-----------------------------

2. Neschopnost obsloužit samostatně mé tělesné funkce (např. nutná pomoc při použití toalety)

1 není problém	2 menší problém	3 problém	4 vážný problém	5 nepřekonatelný problém
-------------------	--------------------	--------------	--------------------	-----------------------------

3. Pociťování fyzických příjmných příznaků (např. bolest, dušnost, nevolnost)

1 není problém	2 menší problém	3 problém	4 vážný problém	5 nepřekonatelný problém
-------------------	--------------------	--------------	--------------------	-----------------------------

4. Pocit, že se významně změnilo, jak mě vidí ostatní

1 není problém	2 menší problém	3 problém	4 vážný problém	5 nepřekonatelný problém
-------------------	--------------------	--------------	--------------------	-----------------------------

5. Pocit deprese

1 není problém	2 menší problém	3 problém	4 vážný problém	5 nepřekonatelný problém
-------------------	--------------------	--------------	--------------------	-----------------------------

6. Pocit úzkosti

1 není problém	2 menší problém	3 problém	4 vážný problém	5 nepřekonatelný problém
-------------------	--------------------	--------------	--------------------	-----------------------------

7. Pocit nejistoty ohledně mé nemoci a léčby

1 není problém	2 menší problém	3 problém	4 vážný problém	5 nepřekonatelný problém
-------------------	--------------------	--------------	--------------------	-----------------------------

8. Obavy o mou budoucnost

1 není problém	2 menší problém	3 problém	4 vážný problém	5 nepřekonatelný problém
-------------------	--------------------	--------------	--------------------	-----------------------------

9. Neschopnost jasně myslet

1 není problém	2 menší problém	3 problém	4 vážný problém	5 nepřekonatelný problém
-------------------	--------------------	--------------	--------------------	-----------------------------

10. Neschopnost pokračovat v mých obvyklých aktivitách

1 není problém	2 menší problém	3 problém	4 vážný problém	5 nepřekonatelný problém
-------------------	--------------------	--------------	--------------------	-----------------------------

11. Pocit, že nejsem, kým jsem býval(a)

1 není problém	2 menší problém	3 problém	4 vážný problém	5 nepřekonatelný problém
-------------------	--------------------	--------------	--------------------	-----------------------------

12. Pocit, že nejsem užitečný ani vážený

1 není problém	2 menší problém	3 problém	4 vážný problém	5 nepřekonatelný problém
-------------------	--------------------	--------------	--------------------	-----------------------------

13. Pocit, že nejsem schopna zastávat důležité role (např. manžel/ka, rodič)

1 není problém	2 menší problém	3 problém	4 vážný problém	5 nepřekonatelný problém
-------------------	--------------------	--------------	--------------------	-----------------------------

14. Pocit, že život nemá žádný význam ani smysl

1 není problém	2 menší problém	3 problém	4 vážný problém	5 nepřekonatelný problém
-------------------	--------------------	--------------	--------------------	-----------------------------

15. Pocit, že již životu nepřispívám ničím smysluplným a/nebo trvalým

1 není problém	2	3	4 problém	5 nepřekonatelný problém
-------------------	---	---	--------------	-----------------------------

16. Pocit, že mám „nedokončenou práci“ (např. věci, které jsem chtěl/a říct nebo udělat nebo nejsou uzavřené)

1 není problém	2 menší problém	3 problém	4 vážný problém	5 nepřekonatelný problém
-------------------	--------------------	--------------	--------------------	-----------------------------

17. Obavy, že můj duchovní život nemá smysl

1 není problém	2 menší problém	3 problém	4 vážný problém	5 nepřekonatelný problém
-------------------	--------------------	--------------	--------------------	-----------------------------

18. Pocit, že jsem přítěží pro ostatní

1 není problém	2 menší problém	3 problém	4 vážný problém	5 nepřekonatelný problém
-------------------	--------------------	--------------	--------------------	-----------------------------

19. Pocit, že nemám kontrolu nad svým životem

1 není problém	2 menší problém	3 problém	4 vážný problém	5 nepřekonatelný problém
-------------------	--------------------	--------------	--------------------	-----------------------------

20. Pocit, že mé onemocnění a související péče omezily moje soukromí

1 není problém	2 menší problém	3 problém	4 vážný problém	5 nepřekonatelný problém
-------------------	--------------------	--------------	--------------------	-----------------------------

21. Necítím podporu od přátel nebo rodiny

1 není problém	2 menší problém	3 problém	4 vážný problém	5 nepřekonatelný problém
-------------------	--------------------	--------------	--------------------	-----------------------------

22. Necítím podporu ze strany zdravotnického personálu

1 není problém	2 menší problém	3 problém	4 vážený problém	5 nepřekonatelný problém
-------------------	--------------------	--------------	---------------------	-----------------------------

23. Pocit, že již nejsem schopen duševně „bojovat“ s překážkami, které mi nemoc přináší

1 není problém	2 menší problém	3 problém	4 vážený problém	5 nepřekonatelný problém
-------------------	--------------------	--------------	---------------------	-----------------------------

24. Neschopnost zvládnout věci, jak jsou

1 není problém	2 menší problém	3 problém	4 vážený problém	5 nepřekonatelný problém
-------------------	--------------------	--------------	---------------------	-----------------------------

25. Pocit, že se mnou není zacházeno s respektem a pochopením ze strany druhých

1 není problém	2 menší problém	3 problém	4 vážený problém	5 nepřekonatelný problém
-------------------	--------------------	--------------	---------------------	-----------------------------

III - ŠKÁLA DEPRESE PRO GERIATRICKÉ PACIENTY (GDS)

(podle Sheik,J.I.,Yesavage,J.A..Clin.Gerontol.,5, 1986 s.165-172)

<i>Vyberte na každou z uvedených otázek odpověď „ano“ nebo „ne“ a odpověď zaškrtnete!</i>				
01.	Jste v zásadě spokojen se svým životem?	ano	ne	
02.	Vzdal jste se v poslední době mnoha činností a zájmů?	ano	ne	
03.	Máte pocit, že váš život je prázdný?	ano	ne	
04.	Cítíte se často sklíčený a smutný?	ano	ne	
05.	Máte vesměs dobrou náladu?	ano	ne	
06.	Obáváte se že se Vám přihodí něco zlého?	ano	ne	
07.	Cítíte se převážně šťastný?	ano	ne	
08.	Cítíte se často bezmocný?	ano	ne	
09.	Vysedáváte raději doma, než by jste šel mezi lidi a seznamoval se s novými věcmi?	ano	ne	
10.	Myslíte si, že máte větší potíže s pamětí než vaší vrstevníci?	ano	ne	
11.	Myslíte si že je krásné být na živu?	ano	ne	
12.	Napadá Vás někdy, že život nestojí za nic?	ano	ne	
13.	Cítíte se plný elánu a energie?	ano	ne	
14.	Myslíte si, že vaše situace je beznadějná?	ano	ne	
15.	Myslíte si že většina lidí je na tom lépe než Vy?	ano	ne	

