

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLMOUCI
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH VĚD
Ústav ošetrovatelství

Radka Krafková

Postoje ke stáří u seniorů v institucionální péči

Diplomová práce

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

Olomouc 2017

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

Olomouc 14. července 2017

podpis

Děkuji doc. PhDr. Heleně Kisvetrové, Ph.D. za odborné vedení diplomové práce, za pomoc a cenné rady při jejím zpracování. Rovněž děkuji Mgr. Janě Zapletalové, Ph.D. za pomoc při statistickém zpracování dat z dotazníkového šetření.

ANOTACE

- Typ práce:** Diplomová práce
- Téma práce:** Postoje ke stáří u seniorů v institucionální péči
- Název práce:** Postoje ke stáří u seniorů v institucionální péči
- Název práce v AJ:** Attitudes to age in older people in institutional care
- Datum zadání:** 2016-01-27
- Datum odevzdání:** 2017-07-14
- VŠ, fakulta, ústav:** Univerzita Palackého v Olomouci
Fakulta zdravotnických věd
Ústav ošetřovatelství
- Autor práce:** Krafková Radka
- Vedoucí práce:** doc. PhDr. Helena Kisvetrová, Ph.D.
- Oponent práce:**
- Abstrakt v CJ:** Diplomová práce se zaměřuje na zjištění postojů ke stáří u seniorů v institucionální péči. Dotazníkového šetření se zúčastnilo 240 seniorů žijících v 4 domovech pro seniory regionu Brno-venkov a regionu Třebíčsko. Byly použity české verze standardizovaných dotazníků AAQ, ADL, GDS, MMSE. Výsledky ukázaly, že soběstační senioři mají pozitivnější postoj ke stáří a více vnímají fyzické změny jako obtěžující. S rostoucím stupněm deprese se zhoršuje hodnocení v doméně psychosociální ztráty. Muži vnímají fyzické změny ve stáří jako více obtěžující než ženy. Rostoucí věk neovlivňuje postoj ke stáří v doméně psychologický růst.
- Abstrakt v AJ:** The diploma thesis focuses on finding old age attitudes in institutional care. The questionnaire survey was attended by 240 seniors living in 4 homes for the elderly in the Brno-venkov and Třebíč regions. Czech versions of standardized questionnaires AAQ, ADL, GDS, MMSE were used. The results showed that self-sufficient seniors have a more positive attitude towards old age and more perceive physical changes as annoying. With the increasing degree of depression, the assessment of the psychosocial loss is worsening. Men perceive physical changes in old age as more annoying than women. Growing age does not affect the attitude towards age in psychological growth.

Klíčová slova: aktivita, deprese, senioři, institucionální péče, postoj ke stáří, význam života, AAQ

Klíčová slova v AJ: activity, depression, seniors, institutional care, attitude towards old age, the meaning of life, AAQ

Rozsah práce: 103 stran včetně příloh

Jazyk: CZ

OBSAH

ÚVOD.....	8
1 REŠERŠNÍ ČINNOST	9
2 POSTOJE KE STÁŘÍ U SENIORŮ V INSTITUCIONÁLNÍ PÉČI.....	11
2.1 Psychosociální ztráty	12
2.1.1 Samota, sociální izolace	13
2.1.2 Deprese ve stáří	14
2.1.3 Soběstačnost	15
2.2 Fyzické změny.....	17
2.2.1 Aktivita a cvičení.....	19
2.3 Psychologický růst.....	20
2.3.1 Sebedůvěra, „moudrost“ a „zralost“	20
2.4 Shrnutí teoretických východisek	22
3 METODIKA A VÝZKUM	24
3.1 Výzkumné cíle a hypotézy	24
3.2 Charakteristika souboru.....	25
3.3 Metoda sběru dat	26
3.4 Realizace výzkumu.....	28
3.5 Metoda zpracování dat.....	29
4 VÝSLEDKY VÝZKUMU	31
4.1 Demografický charakter souboru respondentů.....	31
4.2 Vyhodnocení položek dotazníku AAQ.....	35
4.3 Ověření platnosti hypotéz.....	60
5 DISKUSE	70
6 ZÁVĚR.....	74

REFERENČNÍ SEZNAM	76
SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK	84
SEZNAM TABULEK	85
SEZNAM OBRÁZKŮ	87
SEZNAM PŘÍLOH	89

ÚVOD

„Štěstí je poznat v mládí přednosti stáří a stejné štěstí je udržet si ve stáří přednosti mládí.“

(Johann Wolfgang von Goethe)

Globální stárnutí zaznamenává nebyvalý nárůst za posledních několik desetiletí. Ve skutečnosti Světová zdravotnická organizace (WHO) odhaduje, že tento trend bude pokračovat, a do roku 2050 budou existovat 2 miliardy lidí ve věku nad 60 let na celém světě. Prodlužování lidského života je odrazem vyšší úrovně zdravotní gramotnosti obyvatelstva, zlepšení v oblasti veřejného zdraví, ekonomické situaci a medicínského pokroku. Během posledních deseti let se zaměřila Světová zdravotnická organizace na rozvoj politik směrem k přístupu k aktivnímu stárnutí. V tomto Světová zdravotnická organizace určila obecné determinanty důstojného stárnutí a navrhla, aby se tyto determinanty rozšířily. Jeden z těchto hlavních determinantů důstojného stárnutí je postoj člověka k vlastnímu stáří a stárnutí. Důstojné stáří je jedinečné pro každého jednotlivce a může záviset na minulých a současných zkušenostech, socioekonomickém statutu, životním prostředí nebo zdraví (Burke, 2014, s. 205).

Demografické změny a sociální prostředí České republiky se v posledních dvou desetiletích značně změnilo. Zvýšila se délka dožití z 67,6 let na 74,7 let u mužů a z 72,9 let na 80,7 let u žen. Dle Českého statistického úřadu v roce 2015 bylo 18 % populace (více než 1,9 milionu) ve věku nad 65 let. Odhady naznačují, že tento podíl bude v roce 2050 téměř 32 %. (Janečková, 2013, s. 63). Asi 1,86 % českých seniorů ve věku nad 65 let trvale žije v domovech pro seniory. (MPSV, 2016 s. 75).

V České republice nejčastěji senioři využívají pobytových služeb domovů pro seniory. Zde jim je poskytována ošetrovatelská a obslužná péče, aktivizace, zdravotní péče a rehabilitace. Dle údajů Ministerstva práce a sociálních věcí (MPSV) bylo k 31. 12. 2015 v 496 domovech pro seniory na území České republiky umístěno 35 944 osob. Sociální služby neuspokojí v plné míře všechny žadatele. Velká část žádostí o přijetí do domova pro seniory zůstává neuspokojena. Celkem bylo v roce 2015 odmítnuto 64 058 žádostí. Nejvyšší počet neuspokojených žádostí o přijetí do domova pro seniory byl v Jihomoravském kraji (11 966), nejméně v Karlovarském kraji (204). S tímto souvisí i demografický vývoj populace v těchto krajích. Jihomoravský kraj zaujímá čtvrté místo v zastoupení počtu obyvatel ve věku nad 65 let (218 271). První místo zaujímá hlavní město Praha s 233 685 obyvateli a poslední místo v zastoupení obyvatel starších 65 let patří Karlovarskému kraji s 54 097 obyvateli.

1 REŠERŠNÍ ČINNOST

Před provedením rešerše byla prostudována tato následující studijní literatura:

1. ČEVELA, Rostislav. KALVACH, Zdeněk. ČELEDOVÁ, Libuše. Sociální gerontologie: Úvod do problematiky. 1. vyd. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-2473901-4.
2. DRAGOMIRECKÁ, Eva. PRAJSOVÁ, Jitka. WHOQOL-OLD: Příručka pro uživatele české verze dotazníku Světové zdravotnické organizace pro měření kvality života ve vyšším věku. 1. vyd. Praha: Psychiatrické centrum, 2009. ISBN 978-80-8714205-9.
3. HOLMEROVÁ, Iva. Dlouhodobá péče: geriatrické aspekty a kvalita péče. Praha: Grada, 2015. ISBN 978-80-247-5439-0.
4. HUDÁKOVÁ, Anna. Kvalita života seniorů v kontextu ošetrovatelství. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-4772-9.
5. KALVACH, Zdeněk. et al. Křehký pacient a primární péče. 1. vyd. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-4026-3.
6. MALÍKOVÁ, Eva. Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3148-3.
7. MAUK, Kirsten. Gerontological Nursing: Competencies for Care. 2nd ed, Boston: Jones & Bartlett Publishers, 2010. ISBN 1449617808.

REŠERŠNÍ STRATEGIE

Stanovená vyhledávací kritéria:

Klíčová slova v ČJ: aktivita, deprese, senioři, institucionální péče, postoj ke stáří, význam života, AAQ

Klíčová slova v AJ: activity, depression, seniors, institutional care, attitude towards old age, the meaning of life, AAQ

Jazyk: český, slovenský, anglický

Vyhledávací období: 2002-2017

Další vyhledávací kritéria:

- věk nad 65 let
- abstrakt v anglickém jazyce
- články týkající se dané problematiky

Databáze: PubMed, EBSCO, BMČ, Google Scholar, Medvik, ScienceDirect, Web of Science, Slovenská lékařská knihovna



Celkem dohledáno 131 článků



Vyřazovací kritéria:

- duplicitní články
- články s odlišnou tematikou



Sumarizace využitých databází a dohledaných dokumentů:

Databáze PubMed – 12 článků

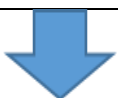
Databáze Ebsco – 18 článků

Databáze Medvik – 2 články

Databáze Google Scholar – 10 článků

Databáze Web of Science – 2 články

Databáze Science Direct – 1 článek



Pro tvorbu teoretických východisek bylo použito: **45 článků.**

2 POSTOJE KE STÁŘÍ U SENIORŮ V INSTITUCIONÁLNÍ PÉČI

Subjektivní porozumění vlastnímu věku a procesu stárnutí bylo tématem teoretického a empirického výzkumu v sociální gerontologii, psychologii života a sociologie života po dobu více než čtyřiceti let (např. Kastenbaum et al. 1972; Bennett, Eckmann, 1973; Settersten, 1999; Montepare, 2009). Jedním z původců této oblasti výzkumu byl Robert Kastenbaum, který navrhl, že subjektivní věk osoby by měl představovat alespoň dvě hlavní složky: jak člověk vypadá (tělesný nebo vyhlížející věk), a jak stará se osoba cítí (tj. sociálně-emocionální věk). Celkově se objevování subjektivního stárnutí jako životaschopného teoretického a empirického konstruktů opírá o pozorování, že jednotlivci odrážejí svůj vlastní vývoj a interpretují jejich stárnutí v průběhu života. Ačkoli chronologický věk je přiměřeným argumentem pro vývojový stav v raném životě, v dospělosti se toto rozhodně nepřísluší použít. Speciálně v dospívání začínají jednotlivci vnímat svůj věk více ze sociálního a psychologického hlediska a často nabývají pocitu, že se cítí výrazně staršími, než je jejich chronologický věk (Montepare, 2009 s. 42-46). Tento proces pokračuje v raném a středním dospělém věku. Subjektivní zkušenost se v seniorském věku začne projevovat v opačném směru. Tito jedinci mají pocit, že jsou mladší, než je jejich chronologický věk. Pocit mladosti má tendenci být spojován s několika pozitivními výsledky, včetně lepšího fyzického a kognitivního zdraví, větší životní spokojenosti, více možností v budoucnosti, nižší morbiditou a delším dožitím (Diehl, 2014, s. 96-7).

Steuerink et al. (2001, s. 364-373) na národně reprezentativním vzorku německých dospělých ve věku od 40 do 85 let identifikoval tři rozměry osobních zkušeností se stárnutím. Dva rozměry zachycují názory jednotlivců na fyzické poklesy a sociální ztráty. Třetí dimenze zachycuje aspekty pokračujícího růstu, které reflektují vnímání dospělých, že jejich narůstající věk byl spojen nejen se ztrátami, ale také se zisky a dalším vývojem.

Pokud jsou senioři vyzváni k vyjádření svých postojů týkajících se stárání a stárnutí, zahrnují úspěšné stárnutí ze všech tří výše zmíněných hlavních teorií (Laditka et al., 2009, s. 30-39). Také uvádějí řadu ukazatelů, které nejsou zahrnuty v modelu. Nejdůležitější jsou pozitivní postoj, finanční jistota, spiritualita, smysl pro humor, ocenění toho, co máte, kvalitu života, být prospěšný a celoživotní vzdělávání (Hilton et al. 2009, s. 39-50).

Stárnutí a stárání se v západním světě chápe spíše jako úpadek, postupná ztráta schopností a chřadnutí než jako období moudrosti a zralosti. Výzkumy, které byly zaměřeny na osobní výpověď seniorů, však ukazují, že prožitky ztrát a ubývání fyzických sil jsou vyváženy

kladnými stránkami stárnutí, jako například emoční stabilitou a pozitivními změnami v životním stylu (Dragomirecká, Prajsová, 2009, s. 14). Udržení si pozitivních postojů ke stáří má potenciál vyvolat vnitřní nebo psychickou odolnost vůči zdravotním změnám (Trigg et al, 2012, s. 1086). Wong (2014, s. 5) ve své kvalitativní studii zkoumá psychologickou pohodu u stoletých obyvatel Hong Kongu. Šest nejstarších jedinců udává, že udržení pozitivních vztahů s ostatními, dostatek pozitivních životních událostí a udržení pozitivních postojů k životu bylo důležité k jejich stavu pohody.

Fyzické a duševní zdraví jednotlivce ovlivňuje jeho postoje ke stáří a stárnutí. Studie zkoumající postoje ke stáří a stárnutí ve fyzické doméně změn, provedená u 300 respondentů z Canterbury na Novém Zélandu ukázala, že tito účastníci vnímali jejich fyzické změny více záporně po diagnostice onemocnění hypertenze, artritidy nebo astmatu (Thorpe et al., 2014, s. 2061).

Význam pozitivního postoje ke stáří a stárnutí také dokazuje studie Yamady, Merze a Kisvetové (2015, s. 1661-1667), kteří zkoumali souvislosti mezi postoji ke stárnutí, komorbiditami a kvalitou života seniorů. Toto šetření bylo provedeno mezi 361 seniory, kteří jsou klienty agentury domácí péče ve dvou regionech České republiky. Z této studie vyplývá, že přítomnost pozitivního postoje ke stáří a stárnutí může zmírnit negativní dopad nemoci na kvalitu života seniorů.

Shenkin et al. (2014, s. 1-11) uvádí, že nastupující generace seniorů může být mnohem odlišnější než ta předchozí, a proto je pochopení postojů a zkušeností ke stáří a stárnutí velmi důležité. Klade důraz na potřebu porozumění tomu, co považují senioři za nejdůležitější v jejich hierarchii potřeb. K porozumění aspektům stárnutí, které jsou pro seniory důležité a pochopení nových cílů ke zlepšení zdraví a pohody.

2.1 Psychosociální ztráty

Stáří a stárnutí ovlivňuje různé lidi různě. Definice úspěšného stárnutí zahrnuje fyzické, funkční, psychologické a sociální zdraví. Je mýtus, že se senioři stávají více netolerantní a konzervativní. Mnoho seniorů žije aktivní a nezávislé životy. Z různých důvodů se podpora rodiny vůči starším lidem snižuje. Z důvodu ztráty partnera nebo potřeby péče o vlastní osobu, dochází k nárůstu osob, které vyžadují institucionální péči. Pocit stárnutí nemusí nutně znamenat špatný pocit. Bylo prokázáno, že senioři mohou mít pozitivní přístup k aspektům

vývoje a adaptace. Postoje týkající se zdravého stárnutí jsou značně ovlivněny tradicemi, náboženskými a kulturními přesvědčeními. V západní společnosti dochází k zhoršení postoje ke stáří, zatímco v Asii existují pozitivnější postoje (Rashid 2012, s. 1070). Rozsáhlá studie Bryanta et al. (2012, s. 1679), realizována u seniorů, kteří dlouhodobě žili v institucionálních zařízeních v Austrálii zjistila, že pozitivnější postoje v oblasti psychosociální ztráty a fyzické změny byly spojeny s lepším fyzickým zdravím. Pozitivní postoje ve všech doménách byly také spojeny s lepším duševním zdravím.

Wong (2015, s. 1) uvádí, že mezi základní prvky pro zajištění důstojného stáří v Hong Kongu patří domov, okolní životní prostředí, komunitní sítě, sociální zabezpečení a podpora zdraví, z nichž všechny mohou mít vliv na kvalitu života seniorů. Obyvatelé domovů pro seniory většinou hodnotí méně pozitivně kvalitu svého života (Lai et al., 2015, s. 120-129). Proto by měl management tohoto typu zařízení věnovat pozornost a podporovat zvýšení úrovně kvality života u svých obyvatel (Maldern, 2016, s. 219). Možný rámec pro tuto podporu je „Aktivní stárnutí“ vyvinutý Světovou zdravotnickou organizací. Aktivní stárnutí je mezinárodní politický koncept, který zahrnuje proces optimalizace příležitostí pro zdraví, účast a bezpečnost s cílem zvýšit kvalitu života ve vyšším věku. Aktivní stárnutí uznává společnou odpovědnost za kvalitní život ve stáří. To umožňuje lidem využít jejich potenciál pro pohodu po celou dobu jejich života a zapojit se do společnosti podle svých potřeb, přání, schopností a zároveň jim poskytnout přiměřenou ochranu, bezpečí a péči, v případě její potřeby (WHO, 2002, s. 12).

2.1.1 Samota, sociální izolace

Sociální vazby jsou důležité pro spokojenost seniorů. Sociální podpora je emoční a praktická podpora, kterou získávají od rodin a přátel. Vzhledem ke změnám rodinné struktury, ztrátě manžela a potřebě péče, dochází k tomu, že někteří senioři žijí dlouhodobě v institucionálním prostředí. Nová zkušenost s pobytem v instituci může vést k pocitu izolace. Psychosociální složka hodnotí úzké vztahy s členy komunity a zapojení do aktivit. Špatné sociální vztahy jsou také spojeny se špatnou kvalitou spánku a ovlivňují kvalitu života. Poskytovatelé sociálních služeb pro seniory by si měli být vědomi významu sociální interakce, zapojení do aktivit a psychického blahobytu i důležitost komunitní vazby při péči o seniora (Rashid 2012, s. 1070).

Podpora účasti ve společnosti a vztahů je pro seniory zvláště důležitá a může pomoci k navázání nových přátelství, poskytnout příležitost k sdílení pocitů a přispět ke snížení

osamělosti. Aktivní účast ve společnosti, návštěvy klubů, dobrovolnictví, skupinové aktivity, návštěvy středisek a fyzická aktivita přispívají k pozitivnějšímu přístupu ke stáří a stárnutí. U seniorů, kteří ovládají moderní technologie, se ukázalo, že počítačové a komunikační technologie zlepšují kvalitu života seniorů a poskytují cenné prostředky pro duševní stimulaci a sociální interakci (Kalfos 2016, s. 261).

Kim (2012, s. 144-145) ve své práci zkoumá postoje ke stáří a stárnutí u 230 korejských přistěhovalců žijících ve Spojených státech amerických, v městech Orlando a Tampa na Floridě. Zde popisuje pozitivnější postoje k vlastnímu stáří u seniorů, kteří jsou více přizpůsobeni nové kultuře. Sociální síť a sociální vazby s rodinnými příslušníky a přáteli je hlavní zdroj podpory pro seniory a pomáhá jim mít pozitivní emoční výsledky včetně pozitivního vlivu na osobní postoje ke stáří a stárnutí.

Studie zaměřená na sexuální pohodu seniorů a jejich rozdílů na základě pohlaví ve vzorku 297 osob ve věku 65 až 75 let popisuje, že účastníci, kteří byli v partnerském vztahu, vykazovali významně vyšší sexuální sebevědomí, pozitivnější postoje k sexualitě a stárnutí, vyšší sexuální spokojenost a větší sexuální zájem. Jednotlivci s lepším fyzickým stavem uváděli významně častější sexuální aktivitu. V rámci pohlaví se ukázalo, že prevalence různých sexuálních obtíží byla u žen výrazně odlišná. Nejčastějšími potížemi, které udávaly ženy, byly nedostatek sexuálního zájmu a potíže s prožíváním vzrušení. Muži vykazovali větší zájem o sex než ženy (Santos, 2016, s. 90-91).

2.1.2 Deprese ve stáří

Psychologická pohoda je dalším důležitým prediktem životní spokojenosti (Suh, 2012, s. 100). Deprese byla popsána jako nejčastější problém duševního zdraví ve stáří obecně. Mezi dominantní psychosociální teorie faktorů, které jsou spojeny s vývojem deprese, patří zdraví a zdravotní postižení, psychologické pohledy a sociální status. Tato teorie vyplývá z výzkumů prováděných v západních společnostech. Například v čínské kultuře se obdivuje rodinná harmonie a důraz je kladen na rodinnou jednotu a vzájemnou spolupráci rodinných příslušníků. Ve skutečnosti se však mohou mladší jedinci chovat jinak, než senioři očekávají, což vede k tomu, že se obtížně přizpůsobují těmto změnám. Mezigenerační konflikty snižují podporu rodiny a zhoršují depresi seniorů, přičemž smrt je považována za východisko. Ze studie provedené v Macau mezi 53 čínskými seniory trpícími depresí vyplývá, že kořeny deprese spočívají v sociálních, rodinných, kulturních a každodenních zkušenostech obyvatel. Proto je

v péči o seniory potřeba se zaměřit a pokud možno řešit i sociální faktory a okolnosti (Zeng, 2012, s. 2399).

Ztráta nezávislosti u aktivit denního života (ADL) v mnoha případech vyžaduje, aby se senioři přestěhovali do zařízení dlouhodobé péče. Pobyt v zařízeních dlouhodobé péče je spojen s vyšší prevalencí deprese u seniorů. Jongelenis (2004, s. 135) uvádí, že pobyt v zařízeních dlouhodobé péče je spojen s třikrát až čtyřikrát vyšším výskytem deprese těchto obyvatel, než u jejich vrstevníků v komunitě. Na Tchaj-wanu byla zjištěna prevalence deprese u seniorů v dlouhodobé ústavní péči od 39 % do 82 % (Huang, 2014, s. 111). Studie Janečkové využila údaje z dvou výzkumných projektů koordinovaných Centrem gerontologie v Praze v letech 2005-2008. Na vzorku 400 náhodně vybraných obyvatel domovů pro seniory v České republice odhalila, že téměř polovina vzorku (44 %) měla symptomy deprese (Janečková, 2013, s. 66). Dle Holmerové (2006, s. 183) depresivita roste s klesajícím stupněm závislosti na péči. Studie identifikovala různé faktory spojené s depresivními příznaky u seniorů v institucionálních zařízeních. Mezi tyto faktory patří věk, pohlaví, vzdělání, funkční stav měřený pomocí Barthelové indexu a typ zařízení. Deprese je významně spojena s nižší kvalitou života (Huang, 2014, s. 112).

Luo (2012, s. 233) zkoumal volnočasové aktivity seniorů v čínské společnosti. Uvádí, že rekreační aktivity ve vyšším věku souvisejí s emoční pohodou a nižším výskytem depresivních symptomů.

2.1.3 Soběstačnost

Schopnost seniorů žít nezávislý život je závislá na sebepéči a zajištění si primárních potřeb. Mezi faktory ovlivňující soběstačnost jsou uváděny funkční schopnosti, vývojové období života a životní prostředí (Virgulová, Schedová, 2013, s. 36). Pro udržení soběstačnosti je důležitá fyzická činnost a životospráva (Valešová, Valeš, 2010, s. 199).

Z výzkumného šetření, kterého se účastnilo 60 seniorů starších 75 let, se závislost v ADL potvrdila u 28,6 % seniorů. Do tohoto výzkumného šetření byli zapojeni senioři z různých lokalit celé České republiky. Tito senioři pobývali v penzionech pro seniory, v nemocničních odděleních (oddělení dlouhodobé péče), domácnostech či navštěvovali tělovýchovné sdružení Sokol (Vejrážková, 2011, s. 177).

Dle Holmerové (2006, s. 183) s klesajícím ADL roste prevalence deprese. Ve studii provedené roku 2006 u 122 seniorů žijících na standartních odděleních domovů pro seniory bylo zjištěno, že ukazatele funkční způsobilosti jako aktivity denního života (ADL),

instrumentální denní činnosti (IADL) a GET UP AND GO TEST (Vstaňte, jděte, otočte se), byly u silně depresivních jedinců významně nižší, než u osob s normální a mírnou formou depresivity.

Ráčzová s Marhevskou (2013, s. 47) provedly výzkum u 119 seniorů, zabývajících se vlivem postojů ke stáří a stárnutí na sebepěči a sebekontrolu u seniorů. Toto šetření potvrdilo významný vztah mezi postoji k procesu stárnutí, sebepěčí a sebekontrolou. Senioři s vyšší mírou sebekontroly a sebepěče vykazovali pozitivnější postoje ke stáří a stárnutí, naopak senioři se sníženou mírou sebekontroly a sebepěče měli negativnější postoje ke stáří. Autorky uvádějí, že se zamýšlí nad tím, zda aktivní jedinci měli pozitivní postoje k vlastnímu stáří a stárnutí v důsledku nepozorování na sobě žádných změn souvisejících s věkem nebo zda byl důvodem jejich odlišný pohled na stáří a schopnost vnímat stárnutí jinak, než pouze jako období významných ztrát.

Přibližně 5 milionů lidí ve věku 65 let a více trpí v určité míře bolestí, nebo nepohodlím, které jsou natolik závažné, že narušují jejich normální fungování (nejčastěji u artritidy a neuralgií) Kumar, Allock (2008). Devkota (2013, s. 88) uvádí, že vzhledem k tomu, že chronická bolest je častým problémem ve stáří, mělo by být její posouzení a řízení prioritou pro sestry pracující se seniory. Mylné představy o chronické bolesti spojené se stárnutím ovlivňují postoje seniorů i sester. Collis (2015, s. 19-27) v Anglii zkoumal vnímání a zkušenosti s bolestí u vzorku seniorů ve věku 75 až 90 let. Zajímavostí této studie je, že všichni účastníci uváděli, že chronická bolest může ovlivňovat úspěšné stárnutí, ale většina zde uvádí svůj pozitivní postoj ke stáří navzdory tomu, že v určitém okamžiku měli zkušenost s chronickou bolestí. Účastníkům studie se zdá být důležité, že jim bolest nebrání ve vykonávání aktivit. Domnívali se, že bolest je součástí života a přirozený důsledek procesu stárnutí. Kdo popisoval sebe jako „vězně“ své bolesti, ukazuje, že bolest může být předchůdce zdravotního postižení. Proto je bolest faktor, který negativně ovlivňuje úspěšné stárnutí.

Situace a zdravotní stav seniorů žijících v institucionálních zařízeních v České republice je odlišný od většiny zemí Evropské unie. V České republice se lidé cítí subjektivně hůře z hlediska zdravotního stavu. Tento fakt je uváděn na základě Evropského výběrového šetření o zdraví EHIS 2008 (European Health Interview Survey). EHIS je výběrovým šetřením o zdraví, které poskytuje informace o zdraví a se zdravím spojených tématech získané na reprezentativním vzorku populace všech členských zemí Evropské unie, je tedy důležitým zdrojem informací a ukazatelů pro zdravotní a sociální politiku. Z údajů první vlny šetření získaných od respondentů z České republiky vyplynulo, že 6 % českých mužů a 14 % českých žen ve věku 65-74 let vnímalo své zdraví jako špatné nebo velmi špatné. Ve věku 75 a více to

bylo 29 % mužů a 35 % žen. Ve stejném věku bylo 82 % mužů a 85 % žen podrobena dlouhodobému léčení a 67 % mužů a 72 % žen bylo ve svých každodenních činnostech omezeno. Délka dožití českých žen ve věku 65 let je 19,2 let, zatímco Zdravá délka života (zkratka HLY z anglického Healthy Life Years) je 8,8 let. Očekávaná délka života u mužů ve věku 65 let je 15,6 let a jejich Zdravá délka života je 8,5 let. Znamená to, že české ženy budou žít 10,4 let a čeští muži 7,1 roků s určitým postižením. Toto šetření se provádí v osmi letých intervalech (Eurostat, 2012).

2.2 Fyzické změny

Stáří dle definice Světové zdravotnické organizace:

45-59 let - střední věk,

60-74 let - vyšší (starší) věk neboli ranné stáří,

75-89 let – pokročilý, čili stařecký věk, vlastní stáří, sénium.

V současné době se stále častěji uplatňuje následující členění dle Mühlpachra, (2004, s. 21).

Mladší stáří (young old) 65-74 let.

Starší senioři (old-old) 75-84 let.

Velmi staří senioři (very old) 85 a více let.

Jak uvádí Kalvach (2004, s. 47) dělení podle kalendářního věku je jednoznačné a jednoduché, ale není přesné pro určení objektivního stáří seniorů. Jednotlivci stejného kalendářního věku se mohou významně lišit mírou individuálních změn a funkčních zdatností.

Ve studii zaměřené na analýzu postojů ke stáří a stárnutí v Británii v letech 2004 až 2008 s více než 6000 respondenty, bylo zjištěno, že většina těchto respondentů se zhruba od dvaceti pěti let věku přestala označovat jako mladí lidé. Od věku 65 let se většina označovala jako staří. V průměru respondenti usoudili, že stáří začíná ve věku 63 let. V jiném průzkumu provedeném v Austrálii australskou psychologickou společností bylo zjištěno, že většina respondentů se domnívá, že ve věku 80 let jsou staří a jejich zdravotní stav, způsobilost a vzhled přispěly k tomu, že jsou považováni za staré. Přestože výzkum neprokázal žádný lineární vztah mezi stárnutím a poklesem zdraví nebo schopností, senioři často považují špatný zdravotní stav a stáří za silně propojené (Rashid 2012, s. 1073). Subjektivní pohled na člověka tedy určuje, zda a kdy se považují za „staré“ (Shenkin, 2014, s. 1418).

Při zvažování postojů souvisejících s věkem v dynamické povaze sociální identity není věk jen jednou společenskou kategorií, která je součástí identity člověka. Jiné identity, jako je

pohlaví mohou být v postojích výraznější. Celosvětově ženy žijí déle než muži, často se vdávají za starší partnery, než jsou ony samy, je tedy pravděpodobnější, že jsou ovdovělé, nebo pečují o nemocného partnera. V norské studii zaměřené na genderové rozdíly v postojích ke stáří a stárnutí s 482 účastníky bylo zjištěno, že obraz těla a vzhled byl pro většinu žen mnohem důležitější než pro muže. Stárnoucí muži jsou mnohdy označováni jako přitažliví s již určitým společenským postavením a důstojností, zatímco ženy jsou označovány za neatraktivní a méně vyhledávané. Zejména změny ve tvářích starších žen mohou přispět k úzkostem (Kalfos 2016, s. 258). Leichty (2010 s. 1197-1200) zjistil mezi ženami věku 60–69 let, že preferují zdraví a vnitřní charakter před svým vzhledem. Brown et al. (2015, s. 190) uvádí, že ženy středního věku vykazují více negativních postojů vůči stáří a stárnutí na subškále psychosociální ztráty ve srovnání se staršími ženami.

Je mnoho faktorů, které přispívají k úspěšnému stárnutí, včetně genetické predispozice a fyzického zdraví. Některé z těchto faktorů nemůžeme ovlivnit, zatímco jiné, a to především psychologické a postoje, mohou být pro změnu přístupnější. Postoje jsou přesvědčení, které hodnotí a již dlouho jsou předmětem zkoumání psychologů a zdravotníků. Protože velké množství důkazů na silné účinky subjektivního hodnocení a postojů mohou mít vliv na širokou škálu budoucího chování a výsledků v oblasti zdraví. V sérii studií zkoumajících roli negativních postojů vůči stáří a stárnutí, Law et al. (2010, s. 194) prokázali souvislost v celé řadě preventivního zdravotního chování. Bylo zjištěno, že jedinci s více pozitivnějšími postoji ke stáří a stárnutí bývají zapojeni ve větší míře do preventivních zdravotních činností v následujících letech a že tento efekt přetrvával. Zjistili, že ti, kteří měli větší negativní postoje ke stáří a stárnutí, podporovali přesvědčení, že deprese je součástí stáří a zhodnotili, že toto přesvědčení může vést k pesimismu, které brání seniorům účasti na léčbě deprese (Bryant et al. 2012, s. 1674).

Kim (2012, s. 140) uvádí, že fyzické a duševní zdraví seniorů je podporováno pozitivními názory na stáří a stárnutí. Pozitivní postoje ke stárnutí mají vliv na dlouhověkost. Studie kázala, že starší lidé s pozitivními názory k vlastnímu stáří žili o 7,5 roků déle než ti s méně pozitivními názory na stárnutí. Je důležité také zdůraznit, že senioři jsou schopni zažít štěstí a blahobyt tím, že vyrovnají fyzické ztráty s psychologickými a sociálními zdroji bez ohledu na jejich věk a fungování (Young et al., 2009, s. 87-92).

2.2.1 Aktivita a cvičení

Pozitivní postoje k aktivitě a cvičení hrají důležitou roli u obou pohlaví. Omezení aktivity je jedním z nejčastějších geriatrických syndromů s individuálními i společenskými účinky. Důležité je, že koncept činností je pro Mezinárodní klasifikaci funkčních schopností, disability a zdraví (MKF) klíčový a považuje se za životně důležitý pro úspěšné stárnutí. Výzkum Kalfose v Norsku roku 2016 ukázal, že změny ve fyzické činnosti související s věkem představují největší hrozbu na postoji k fyzickému stárnutí. Činnosti každodenního života, mobility a energie jsou nejdůležitější z hlediska kvality života seniorů. 13 % norských seniorů zaznamenalo snížení fyzické aktivity. Bylo také prokázáno, že podmínky prostředí ovlivňují fyzickou aktivitu mezi seniory. Udržování fyzické aktivity závisí na dostupnosti a vykonávání každodenních činností, což je nezbytné pro zvýšení a udržení síly a zdatnosti. Zvláště ženy mohou potřebovat podporu při hledání fyzických aktivit, které mohou zvládnout, neboť zažívají ve větší míře více fyzických problémů, které jim brání v činnostech (Kalfos 2016, s. 261). Jak uvádí Loi (2015, s. 1894) seniori, kteří podporují pozitivní postoj ke stáří a stárnutí, jsou motivováni k tomu, aby se zapojili do zdravějšího životního stylu, jako je například kvalitnější a hodnotnější výživa a provozování fyzické aktivity.

Nejen aktivita, ale dobrá kvalita spánku, která je obvykle spojena s menším počtem poruch spánku, pomáhá udržovat náladu, paměť a kognitivní výkon. Nedostatek spánku je spojen s podrážděností a emočním utrpením, ohrožením endokrinních a imunitních funkcí, kognitivním postižením, hypertenzí, narušením hojení ran a obezitou. Nespavost postihuje až 30 % dospělé populace, postihuje více žen než mužů. Faktory ovlivňující spánek zahrnují neaktivní životní styl, špatné spánkové praktiky, úzkost, deprese, bolest, nepohodlí, frekvenci a nykturii, syndrom neklidných nohou, křeče, noční kašel, dušnost, některé léky. Snížení kvality spánku může způsobit snížení pocitu pohody, zvýšené riziko pádu a zvýšenou míru morbidity a úmrtnost. Nová zkušenost se životem v institucionálním zařízení může vést k pocitu izolace, který je spojen s možným prožíváním smutku, který může ovlivnit problémy se spánkem u seniorů. V této studii v institucionálním zařízení byla zjištěna prevalence poruch spánku 76,8 % (Rashid, 2012, s. 516)

Studie provedená v australském městě Viktorii roku 2012 až 2014 byla zaměřená na seniory, kteří pečovali o blízkou osobu. Skončila překvapujícím výsledkem. Poukazuje na to, že vyšší zátěž byla předpokladem pozitivnějších postojů ke stáří a stárnutí z hlediska psychologického růstu. Opatrovníci se mohou stát odolnější a mají schopnosti se naučit novým

znalostem. Tito pečovatelé mohou později častěji vyhledat pomoc a získat podporu v oblastech praktických nebo emocionálních (Loi 2015, s. 1894).

2.3 Psychologický růst

2.3.1 Sebedůvěra, „moudrost“ a „zralost“

Suh (2012, s. 99-100) uvádí jaký význam má vliv znalostí na postoje ke stáří a životní spokojenost. Znalosti o stárnutí jsou spojeny s životním uspokojením. Postoj ke stáří a stárnutí je významným faktorem pro zvýšení životní spokojenosti.

Erikson popisoval poslední etapu vývoje života jako „moudrost: integritu ega versus zoufalství“ zahrnující věk od 65 let až po smrt. Úspěšné řešení této fáze vede k tomu, že se člověk může vrátit zpět k životu, nalézt smysl života a vyvinou smysl pro moudrost před smrtí. Alternativně může dojít k bezvýznamnému a zoufalému výsledku, pokud jeho život přináší především negativní výsledky. Je-li proces zvládnut špatně, objeví se v člověku pocit nedostatečnosti a on nevyvine základní dovednosti potřebné pro silnou důvěru v sebe. Lidé rozvíjí pocity moudrosti, spokojenosti a bezúhonnosti, pokud věří, že vedli šťastný, produktivní a úspěšný život. Avšak pokud považují svůj život za neproduktivní, zažívají pocity viny, nebo mají pocit, že nedosáhli svých cílů, stávají se nespokojeni se životem a rozvíjí se zoufalství, často vedoucí k depresi a beznaději (Kalfos 2016, s. 256-257). Diehl (2014, s. 19-20) podporuje postoj, který vnímá vývoj dospělých a stárnutí z pohledu vývoje života a uznává obousměrnou a dynamickou souvislost jednotlivých společenských a kulturních faktorů při formování vědomí a porozumění jejich stárnutí.

Low (2014, s. 655) popisuje ve své studii provedené v Norsku a Kanadě s účastí 595 seniorů, že lidé žijící v individualistických kulturách mají lepší tendenci k psychologickému růstu. Je zde kladen důraz na nezávislost a svobodu volby, která jim umožňuje usilovat o život v souladu s vlastními hodnotami.

Shenkina (2014, s. 1418) uvádí dlouhodobé důkazy, které naznačují, že průměrné úrovně osobnostních rozměrů zůstávají poměrně stabilní po celou dobu života, přesto existují příležitosti pro růst, změnu a vývoj po celou dobu života. Z jeho studie provedené ve Velké Británii s více než tisíci seniory vyplynulo, že oblast osobnostních rozměrů se ukázala jako obzvláště stabilní a může být méně ovlivněna fyzickými změnami, věkem a změnami nálady.

Používání přístupu založeného na životním příběhu ke zlepšení psychologických výsledků seniorů v komunitě vedlo k jejich větší spokojenosti se svým životem a vyšší sebeúctou (Lai, 2014, s. 1).

V případě potřeby a zájmu ze strany seniorů je vhodné jim pomáhat při vyrovnávání se s minulostí, při řešení současných nepříznivých podmínek. Dále je vhodné se snažit o pomoc při urovnávání vztahů a podporovat změny negativního postoje v konstruktivní snahu získat z nelehké situace něco dobrého (Ondrušová, Dragomirecká, 2012, s. 203).

2.4 Shrnutí teoretických východisek

Z použitých zdrojů pro tvorbu teoretické části diplomové práce vyplývá, že celosvětově dochází k stárnutí populace, což přináší nové požadavky na celou společnost. Prodloužení délky života vedlo k rozsáhlým obavám z negativního dopadu, který může mít vliv na zdravotní a sociální péči a v širším slova smyslu také na společnost (Shenkin, 2014, s. 1417). Většina výzkumných prací se věnuje tématu lékařské gerontologie a dalším tématům týkajícím se stárnutí, zatímco psychosociální otázky normativního stárnutí jsou obecně přehlíženy (Luo, 2012, s. 233).

Každý člověk chce prožít svůj život co nejkvalitněji a senioři nejsou výjimkou. Postoje starších lidí ke stáří jsou jedním z nejvýznamnějších faktorů, které vedou k osobní aktivitě zaměřené na naplnění vlastních představ o kvalitním životě (Virgulová, Schedová, 2013, s. 36). Dle Janečkové et al. (2013, s. 64) jsou postoje velmi individuální, vychází ze sociální situace jedince, liší se dle kulturních hodnot a jsou spojeny se změnami ve stárnutí obyvatelstva a s rozvojem moderní medicíny.

Pro mnoho seniorů jsou důležitým aspektem v životě sociální vazby. Vzhledem ke změnám rodinné struktury a ztráty nezávislosti v aktivitách denního života (ADL) je v mnoha případech vyžadováno přemístění do dlouhodobé péče (Huang, 2014, s. 111). Dle Holmerové (2006, s. 164) s klesajícím ADL roste prevalence deprese. Deprese byla popsána jako nejčastější problém duševního zdraví ve stáří obecně. Mezi dominantní psychosociální teorie faktorů spojených s vývojem deprese patří zdraví a zdravotní postižení, psychologické pohledy a sociální status (Zeng, 2012, s. 2399).

Při zvažování postojů souvisejících s věkem v dynamické povaze sociální identity není věk jen jednou společenskou kategorií, která je součástí identity člověka. Jiné identity, jako je pohlaví, mohou být v postojích výraznější. Celosvětově ženy žijí déle než muži, často se vdávají za starší partnery, než jsou oni sami, je tedy pravděpodobnější, že jsou ovdovělé, nebo pečují o nemocného partnera. Ženy mají jiný vztah k tělu než muži (Kalfos, 2016, s. 258).

Existuje celá řada předsudků a mýtů o stáří a stárnutí, které ovlivňují postoje seniorů i celé společnosti. Tyto předsudky se týkají všech aspektů života seniorů. Vztahují se k práci, zdraví, aktivitě, mobilitě, rozhodování, volnému času, rodině, psychice, sociální integraci, sexuálnímu životu (Janečková et al., 2013, s. 64).

Stárnutí populace je třeba považovat za zásadní úspěch, díky kterému má řada seniorů delší život a lepší zdraví. Prodloužení lidského věku také prodloužilo období, kdy je člověk

schopen vést plnohodnotný a nezávislý život v dobrém zdravotním stavu (Holmerová et al., 2006, s. 163).

Vliv znalostí a postojů ke stáří a stárnutí na životní spokojenost je významný. Ekonomický stav, bydlení s manželem a celkový zdravotní stav je také prediktorem pro životní spokojenost. V důsledku toho by měly být vyvinuty ošetrovatelské intervence pro vzdělávání a psychologickou podporu s cílem zvýšit znalosti o stárnutí a vyvolat pozitivní postoj k tomuto tématu, aby se zlepšila životní spokojenost seniorů (Suh, 2012 s. 96).

Na základě sumarizace získaných informací souvisejících se zvolenou 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: Postoj ke stáří seniorů dlouhodobě žijících v domovech pro seniory je ovlivněn stupněm závislosti v základních všedních činnostech, pohlavím, věkem a depresí.

3 METODIKA A VÝZKUM

Výzkumné šetření bylo provedeno formou kvantitativního typu výzkumu. Byl použit soubor oficiálních českých verzí standardizovaných dotazníků, který zahrnoval následující dotazníky: AAQ (postoje ke stáří a stárnutí), ADL (Barthelové test základních všedních činností), MMSE (test kognitivních funkcí-Mini Mental State Exam) a GDS (škála deprese pro geriatrické pacienty - Geriatric depression scale). Výzkumné šetření bylo schváleno Etickou komisí Fakulty zdravotnických věd Univerzity Palackého v Olomouci (Příloha 5).

3.1 Výzkumné cíle a hypotézy

Hlavním cílem diplomové práce je zjistit, jaký je postoj ke stáří a stárnutí u seniorů žijících v institucionálním prostředí (domovy pro seniory). Od vymezení hlavního cíle se odvíjí stanovení čtyř dílčích cílů.

Cíl 1: Zjistit závislosti mezi postojem ke stáří a stárnutí u seniorů v institucionální péči a stupněm ADL u seniorů v domově pro seniory (DpS).

Statistické hypotézy k cíli 1

H1o: Neexistuje vztah mezi postojem ke stáří a stárnutí a stupněm ADL u seniorů v DpS.

H1a: Existuje vztah mezi postojem ke stáří a stárnutí a stupněm ADL u seniorů v DpS.

Cíl 2: Zjistit závislost mezi postojem ke stáří a stárnutí v doméně Psychosociální ztráty a mírou deprese u seniorů v DpS.

Statistické hypotézy k cíli 2

H2o: Neexistuje vztah mezi postojem ke stáří a stárnutí v doméně Psychosociální ztráty a mírou deprese u seniorů v DpS.

H2a: Existuje vztah mezi postojem ke stáří a stárnutí v doméně Psychosociální ztráty a mírou deprese u seniorů v DpS.

Cíl 3: Zjistit závislost mezi postojem ke stáří a stárnutí v doméně Fyzické změny a pohlavím u seniorů v DpS.

Statistické hypotézy k cíli 3

H3o: Neexistuje vztah mezi postojem ke stáří a stárnutí v doméně Fyzické změny a pohlavím u seniorů v DpS.

H3a: Existuje vztah mezi postojem ke stáří a stárnutí v doméně Fyzické změny a pohlavím u seniorů v DpS.

Cíl 4: Zjistit závislost mezi postojem ke stáří a stárnutí v doméně Psychologický růst a věkem u seniorů v DpS.

Statistické hypotézy k cíli 4

H4o: Neexistuje vztah mezi postojem ke stáří a stárnutí v doméně Psychologický růst a věkem u seniorů v DpS.

H4a: Existuje vztah mezi postojem ke stáří a stárnutí v doméně Psychologický růst a věkem u seniorů v DpS.

3.2 Charakteristika souboru

Výzkumný soubor tvořili senioři trvale žijící v Domově pro seniory Zastávka, Domově pro seniory Černá Hora, Domově Hvězda v regionu Brno - venkov. V Třebíčském regionu v Domově pro seniory Třebíč, Koutkova - Kubešova. Výběr respondentů byl tvořen následujícími kritérii: věk nad 65 let, úroveň kognitivních funkcí dle testu MMSE 22 až 30 bodů, žijící minimálně 3 měsíce v institucionálním prostředí (domov pro seniory - DpS). Každý respondent podepsal informovaný souhlas s anonymním výzkumným šetřením (Příloha 10). Vylučujícími kritérii byl kognitivní deficit (MMSE 21 a méně), závažné psychické onemocnění, závažné senzorické postižení (zrak, sluch) a pobyt v zařízení kratší než tři měsíce. Oslovení respondentů předcházelo souhlasem vedoucího pracovníka zdravotního úseku domovů pro seniory s realizací výzkumného šetření (Příloha 6, 7, 8, a 9).

3.3 Metoda sběru dat

Pro získání dat byl použit kvantitativní výzkumný přístup - dotazníkové šetření. K měření postojů ke stárnutí a stáří u seniorů byla použita česká verze standardizovaného dotazníku Světové zdravotnické organizace AAQ, který byl získán na základě registrace v českém WHOQOL centru. Pro hodnocení kognitivního stavu byl použit Mini-Mental State Examination (MMSE). Nástrojem měření depresivity byla použita standardizovaná Geriatrická škála deprese (GDS) a pro hodnocení stupně závislosti na péči byl použit Barthelové test základních všedních činností (ADL-activity daily living).

- **Dotazník postojů ke stáří a stárnutí AAQ**

Důvodem pro vývoj dotazníku postojů ke stáří a stárnutí AAQ byla skutečnost, že postoje ke stáří a stárnutí byly většinou zkoumány na základě výpovědi mladších osob a nebyly zde tedy zařazeny zkušenosti a prožitky specifické pro stárnutí a stáří. Metodický postup při vytváření dotazníku postojů vycházel z doporučení skupiny WHOQOL za spolupráce většiny výzkumných center, která se účastnila projektu WHOQOL-OLD. Pilotní šetření dotazníku postojů ke stárnutí a stáří AAQ proběhlo v 15 výzkumných centrech a zahrnovalo 1356 respondentů ve věku od 60 do 99 let. Položky byly sestaveny na základě gerontologického literárního přehledu, existujících škál a materiálů získaných z řízených skupinových rozhovorů se seniory. Při rozhodování o formátu, škálách odpovědí a časovém rámci byla využita Delphi metoda, která vznikla v 50. letech pro potřeby prognózování a v současnosti se spíše využívá jako obecná strategie pro skupinové rozhodování v situacích, kdy účastníci mají rozdílné názory, ale společný zájem se dohodnout. Pilotní verze dotazníku obsahovala 44 položek, z toho 15 jich mělo obecný charakter a 29 položek osobního charakteru a pokrývaly přibližně pět oblastí. Terénní studie proběhla ve dvaceti výzkumných centrech a zúčastnilo se jí celkem 5 566 respondentů ve věku od 60 do 100 let. Analýzy při vývoji dotazníku potvrdily třífaktorovou strukturu dotazníku. V každé doméně bylo zařazeno 8 položek s nejlepšími psychometrickými vlastnostmi. Konečná verze postojového dotazníku tedy obsahuje 24 položek hodnocených na pětibodové Likertově škále 1-5 ve třech doménách, které obsahují každá osm otázek, z nichž se postupně spočítá jednotlivé hrubé skóry.

1. *Psychosociální ztráty* obsahuje prožitky samoty, sociálního vyloučení, uzavření se, postupná ztráta fyzické soběstačnosti (otázka č. 3, 6, 9, 12, 15, 17, 20 a 22).

2. *Fyzické změny* se týkají fyzického zdraví, cvičení, kondice, celková reflexe stárnutí (otázka č. 7, 8, 11, 13, 14, 16, 23 a 24).
3. *Psychologický růst* obsahuje kladné zkušenosti, které by se mohly označit jako „moudrost“ nebo „zralost“ týkající se především pozitivního vztahu k sobě samému a k okolnímu světu (otázka č. 1, 2, 4, 5, 10, 18, 19, a 21)

Pro vyhodnocení dotazníku je nezbytné bezchybné vyplnění všech položek a dále u dimenze psychosociální ztráty otočit škály, aby bylo možné je porovnat s ostatními skóry (Dragomirecká, Prajsová, 2009, s. 11-28); (Příloha 2).

- **Dotazník Geriatrická škála deprese - 15 (GDS, Sheikh & Yesavage, 1986).**

Pravděpodobně celosvětově nejpoužívanější instrument k screeningu depresivity vytvořený na Stanfordské univerzitě původně pro starší populaci, je v posledních desetiletích používán pro všechny věkové skupiny. Nemá nahradit komplexní klinické vyšetření deprese, ale upozornit na případy osob, které takové vyšetření potřebují. Velmi dobré výsledky senzitivity jsou popisovány i u osob s mírným kognitivním deficitem. Škála GDS je screeningovým nástrojem s velmi dobrou výpovědní hodnotou. Dle MKN 10 pro diagnózu velké deprese/těžké depresivní epizody má dle studií škála GDS od skóre 5 a více bodů senzitivitu 93 % a specificitu 65 %. Od 6 a více bodů je specificita 78 %. V případě dosaženého skóre GDS mezi 5 a 9 je diagnóza a eventuální léčba věcí podrobného vyšetření a individuálního přístupu, avšak v případě skóre nad 10 je diagnóza deprese a vhodnosti indikace antidepresiv velmi pravděpodobná (Marková et al. 2013, s. 522). U patnáctibodové verze dotazníku jsou hodnoceny odpovědi na otázky, které svědčí na depresivitu respondenta s odpovědí: Ano, ne. Pokrývá čtyři oblasti, a to kladné prožívání, smutnou náladu, sníženou výkonnost/apatičnost a vyhýbání se kontaktům (Dragomirecká, Prajsová, 2009, s. 16).

Skóre ≤ 5 svědčí pro normální afektivitu,

Skóre 6 až 10 je považováno za mírnou/střední depresivitu,

Skóre ≥ 11 Manifestní deprese vyžadující odborníka (Shiekh, Yesavage, 1986, s. 165);

(Příloha 4).

- **Barthelové test základních všedních činností - ADL**

ADL je strukturovaný nástroj pro hodnocení stupně závislosti testovaných osob a používáný k hodnocení funkční zdatnosti ve smyslu sebeobsluhy a soběstačnosti. Je považován za nejpoužívanější nástroj, u něhož je prokázána jeho citlivost, jednoduchost a škálovatelnost.

Českou verzi přepracovali a standardizovali Topinková a Neuwirth. Test je využíván v geriatrici v zařízeních následné i dlouhodobé péče. Rozptyl reliability se pohybuje od 0,87 – 0,93. Dále byla také prokázána prediktivní hodnota (Boriková, 2010, s. 24-30). Při administraci testu je osoba posuzována v deseti základních oblastech 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. V součtu všech oblastí je 0 považováno za úplnou závislost a 100 bodů za plnou soběstačnost v osobních denních aktivitách (Kuckir et al. 2016, s. 27-32); (Příloha 3).

3.4 Realizace výzkumu

Pro výzkum byl zvolen region Brno-venkov a region Třebíčsko. V Adresáři sociálních služeb v Jihomoravském kraji vydávaným odborem sociálních věcí Krajského úřadu Jihomoravského kraje dostupné na (www.kr-jihomoravsky.cz) byly získány kontaktní údaje jednotlivých zařízení s registrovanou službou domov pro seniory. Tato zařízení byla telefonicky a písemně oslovena s žádostí o spolupráci na výzkumu. V tomto regionu souhlasili se zapojením do výzkumné studie tři zařízení: Domov pro seniory Zastávka (s kapacitou 151 lůžek), Domov Hvězda (s kapacitou 106 lůžek) a Domov pro seniory Černá Hora (s kapacitou 155 lůžek). V regionu Třebíčsko byly na webovém sociálním portálu Kraje Vysočina (www.kr-vysocina.cz) dle cílové skupiny senioři zjištěny informace o zařízeních s registrovanou službou domov pro seniory v této lokalitě a následně osloveny. S účastí na výzkumu souhlasil domov pro seniory Třebíč, Koutkova-Kubešova (s kapacitou 108 + 64 lůžek). Celkem je v zařízeních, které souhlasili se zapojením do výzkumného šetření v obou regionech poskytována péče 584 seniorům. Vaňková (2013, s. 110-114) ve své studii prevalence kognitivních poruch v pobytových zařízeních pro seniory v České republice zjistila, že až 67 % uživatelů vykazuje kognitivní postižení odpovídající syndromu demence a 12 % uživatelů těchto zařízení trpí mírným stupněm kognitivní poruchy. Velikost souboru byl stanoven dle metodiky Ticháčka (in Žiaková et al., 2009, s. 121). Celkový počet uživatelů domovů pro seniory v Jihomoravském kraji (2881) a v Kraji Vysočina (2131) dle údajů Ministerstva práce a sociálních věcí (2016) je 5012 osob. Dle předpokladů je tedy 45 % subpopulace, která vyhovuje zařazujícím kritériím diplomové práce 2255. Velikost souboru tedy byla stanovena na minimálně 230 respondentů.

V oslovených domovech pro seniory je pravidelně sledován stav kognitivních funkcí pro zachycení jejich změn. Z těchto údajů tedy bylo osloveno 270 seniorů, kteří splňovali zařazující kritéria. Těmto seniorům byla nabídnutá účast v dotazníkové šetření. 22 seniorů odmítlo se do výzkumu zapojit z důvodu nezájmu. Zbylým 248 seniorům byly rozděny dotazníkové formuláře. Část převážně soběstačných seniorů vyplnila dotazníky bez pomoci po předchozí individuální instrukci. U většiny ostatních obyvatel domovů pro seniory byla data získávána za osobní asistence a pomoci formou strukturovaného rozhovoru. 8 dotazníků bylo vyplněno jen částečně z důvodu ztráty zájmu dokončit vyplnění dotazníku, který považovali za příliš náročný. Celkem bylo tedy k výzkumnému šetření použito 240 kompletně vyplněných dotazníků. Celé výzkumné šetření probíhalo od října 2016 do března 2017. Jeho realizace byla schválena Etickou komisí Fakulty zdravotnických věd Univerzity Palackého v Olomouci.

3.5 Metoda zpracování dat

Data získaná z dotazníkového šetření byla uložena v programu Microsoft Office – Excel 2016. U položek 3, 6, 9, 12, 15, 17, 20 a 22 v dimenzi Psychosociální ztráty dotazníku AAQ byly otočeny skóry dle instrukcí v manuálu (Dragomirecká, Prajsová, 2009). Dalším krokem byl výpočet doménových skóre pro doménu Psychosociální ztráty, Fyzické změny a Psychologický růst.

K analýze dat byl použit statistický program IBM SPSS Statistics verze 22. Byly vypočítány základní popisné charakteristiky skóre domén AAQ, tj. průměrná hodnota, směrodatná odchylka (SD), medián, minimální a maximální hodnota. Tyto statistické charakteristiky byly vypočítány také pro věk seniorů a skóre MMSE. Pomocí četnostních tabulek byla popsána distribuce seniorů podle pohlaví, vzdělání, míry deprese a soběstačnosti. Dále byly popsány odpovědi seniorů na jednotlivé položky dotazníku AAQ.

K ověření platnosti hypotéz byl v případě posouzení vztahu mezi postojem ke stáří a stárnutí (dotazník AAQ) a mírou závislosti (Barthelové testu - ADL) použita metoda ANOVA – Analýza rozptylu. V případě signifikantního výsledku Analýzy rozptylu byly skupiny seniorů, podle míry jejich závislosti, porovnány po dvojicích pomocí Bonferroniho post-hoc testu.

V případě porovnání postojů ke stáří a stárnutí v doméně Psychosociální ztráty u skupin seniorů podle míry deprese byl použit Kruskal-Wallisův test. Jako post-hoc test byl k porovnání všech skupin seniorů po dvojicích použit post-hoc test Dunnové. Distribuce hodnot doménového skóre byla zobrazena pomocí kvartilových krabicových grafů. Neparametrické

testy byly použity kvůli nenormální distribuci hodnot doménového skóre v porovnávaných skupinách.

Závislost mezi postojem ke stáří a stárnutí v doméně Fyzické změny a pohlavím seniorů byla hodnocena pomocí Studentova t-testu dvouvýběrového. Test byl použit kvůli normálnímu rozdělení skóre v obou porovnávaných skupinách.

K posouzení závislosti mezi postojem ke stáří a stárnutí v doméně Psychologický růst a věkem seniorů byla použita Spearmanova korelační analýza. Byl vypočítán Spearmanův korelační koeficient (r) a hodnota signifikance testu významnosti korelačního koeficientu. Spearmanova korelační analýza byla použita kvůli nenormální distribuci hodnot skóre. Korelace byla graficky znázorněna pomocí bodového grafu. K ověření normální distribuce byl použit Shapiro-Wilkův test. Všechny testy byly dělány na hladině signifikance 0,05.

4 VÝSLEDKY VÝZKUMU

4.1 Demografický charakter souboru respondentů

Výzkumu se zúčastnilo 240 seniorů trvale žijících v institucionálním zařízení – domov pro seniory v regionu Brno-venkov a regionu Třebíčsko. Celková návratnost dotazníků byla 88 % (240 z 270). Průměrný věk respondentů byl 79 let, medián věku obyvatelů 80 roků. Minimální věk byl 65 let, maximální 96 let, jak uvádí tabulka č. 1.

U všech klientů byl proveden test kognitivních funkcí MMSE. Kritériem pro účast na výzkumu byla stanovená minimální hodnota 22 bodů. Průměrná hodnota testu i medián byl 26 bodů. Minimální počet bodů u respondentů byl 22 bodů, maximální 30 bodů, jak uvádí tabulka č. 2

Tabulka 1: Věk

	Průměr	SD	Medián	Minimum	Maximum
Věk	79,3	8,3	80,0	65,0	96,0

SD = směrodatná odchylka

Tabulka 2: Skóre MMSE

	Průměr	SD	Medián	Minimum	Maximum
MMSE	26,4	2,4	26,5	22,0	30,0

SD = směrodatná odchylka

Z celkového počtu 240 respondentů byla větší část zastoupena ženami a to 159 (66,3 %), mužů bylo 81 (33,7 %) viz tabulka č. 3.

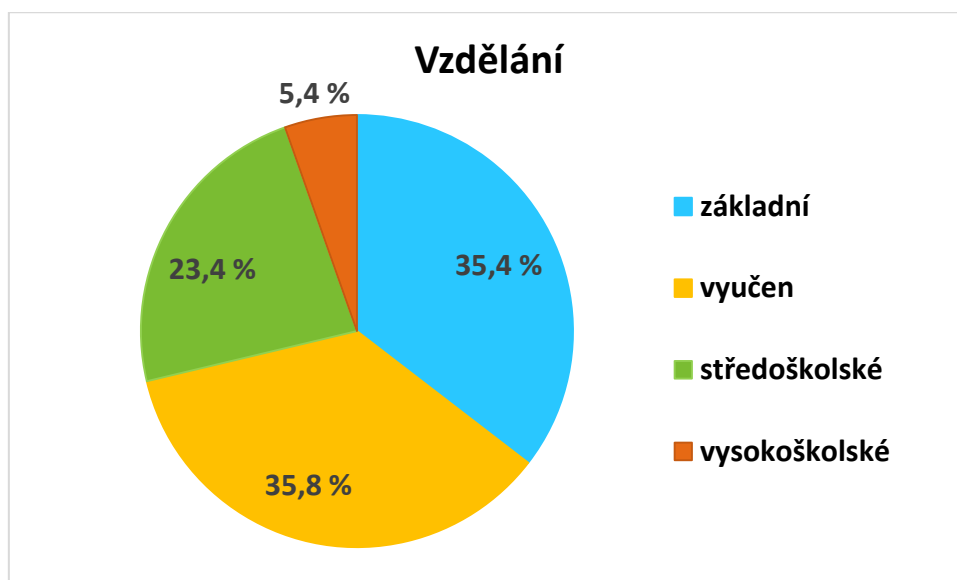
Tabulka 3: Pohlaví

		Počet	Procent (%)
Pohlaví	Žena	159	66,3
	Muž	81	33,7

Nejčastějším stupněm dosaženého vzdělání bylo vyučení, u 86 (35,8 %) a základní stupeň vzdělání u 85 (35,4 %). Středoškolské vzdělání mělo 56 (23,4 %). Vysokoškolské vzdělání uvedlo pouze 13 (5,4 %) respondentů (tabulka 4 a graf 1).

Tabulka 4: Vzdělání

		Počet	Procent (%)
Vzdělání	základní	85	35,4
	vyučen	86	35,8
	středoškolské	56	23,4
	vysokoškolské	13	5,4

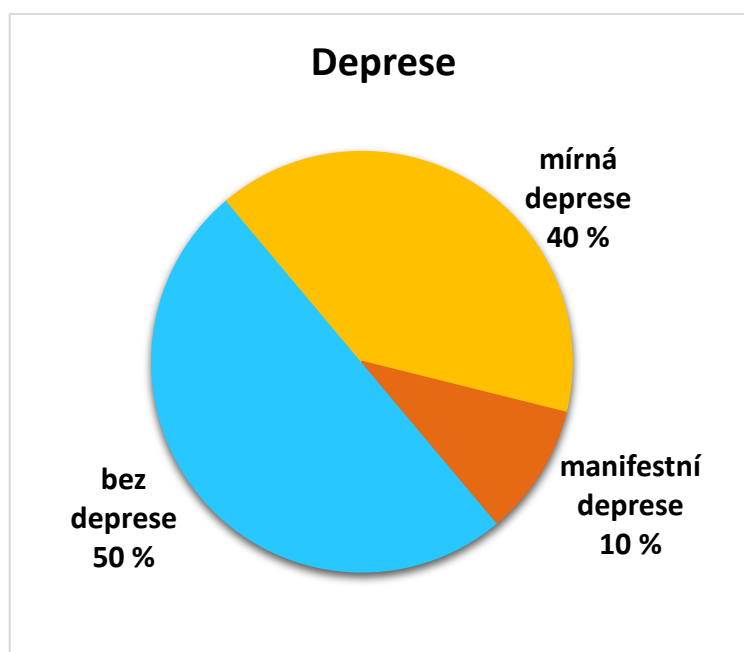


Graf 1: Vzdělání

Mírná depresivita byla zjištěna u 96 (40%) seniorů zařazených do studie, silná depresivita u 24 (10 %) a bez známek deprese bylo 120 (50 %) respondentů (tabulka 5 a graf 2).

Tabulka 5: Míra deprese (GDS)

		Počet	Procent (%)
Deprese	bez deprese	120	50,0
	mírná deprese	96	40,0
	manifestní deprese	24	10,0

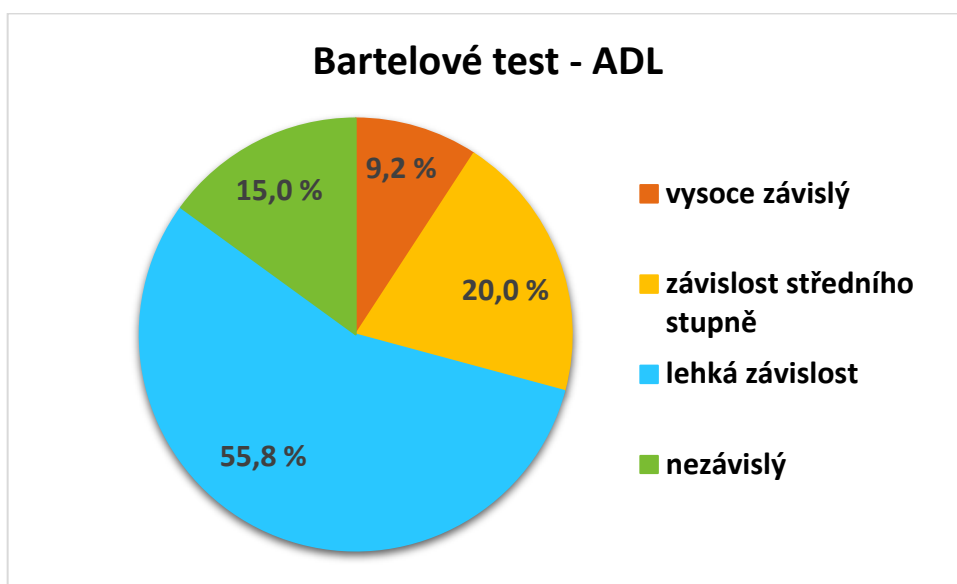


Graf 2: Míra deprese

U oslovených respondentů se nejčastěji vyskytovala lehká míra závislosti v aktivitách denního života, 134 (55,8 %). 48 (20 %) dotázaných seniorů vykazovalo závislost středního stupně. 36 (15 %) bylo nezávislých v základních všedních činnostech a 22 (9,2 %) bylo vysoce závislých (tabulka 6 a graf 3).

Tabulka 6: Barthelové test základních všedních činností (ADL)

		Počet	Procent (%)
ADL	vysoce závislý	22	9,2
	závislost středního stupně	48	20,0
	lehká závislost	134	55,8
	nezávislý	36	15,0



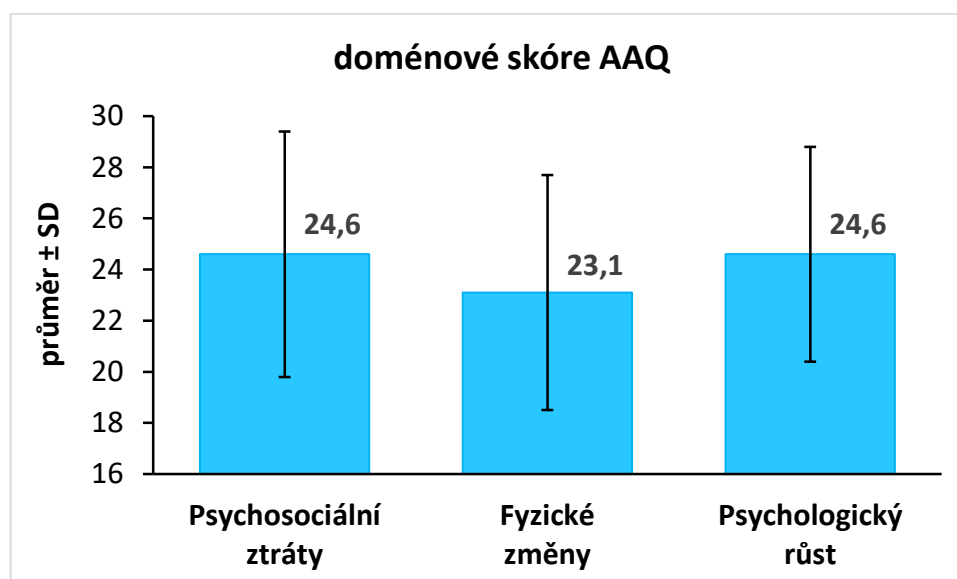
Graf 3: Barthelové test - ADL

4.2 Vyhodnocení položek dotazníku AAQ

Tabulka 7: Dotazník AAQ – základní popisné charakteristiky skóre domén

AAQ	Průměr	SD	Medián	Minimum	Maximum
Psychosociální ztráty	24,6	4,8	24,0	12,0	39,0
Fyzické změny	23,1	4,6	23,0	12,0	39,0
Psychologický růst	24,6	4,2	25,0	13,0	36,0

SD = směrodatná odchylka



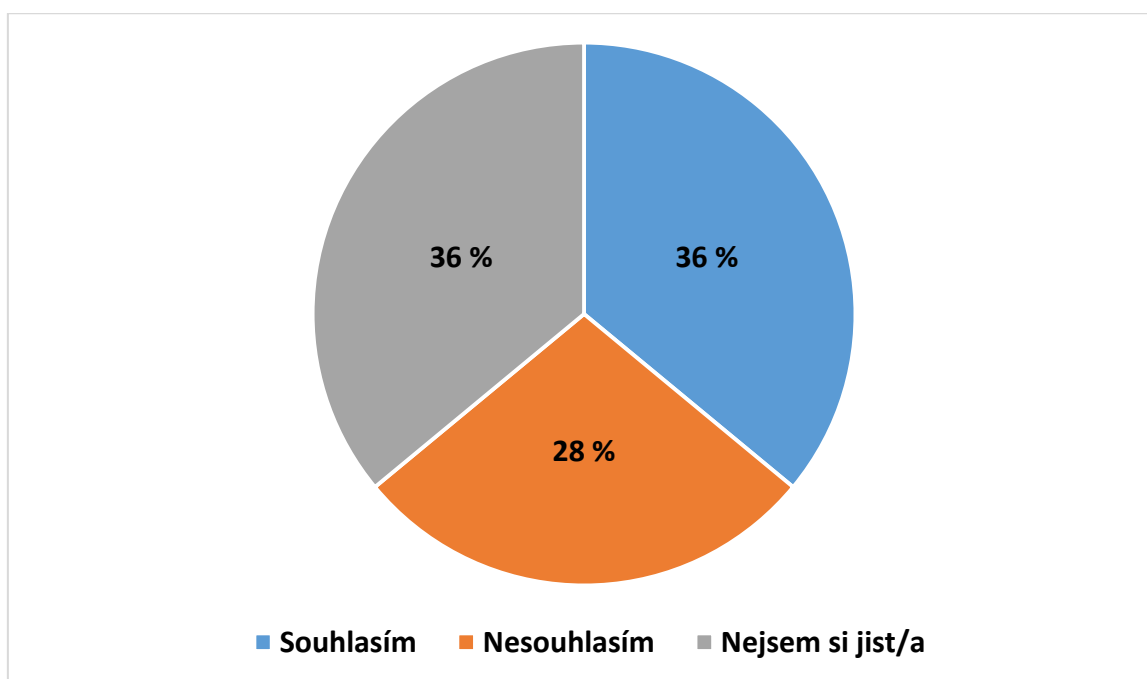
Graf 4: Základní popisné charakteristiky skóre domén dotazníku AAQ (průměrná hodnota ± směrodatná odchylka)

Otázka číslo 1: „Jak lidé stárnou, jsou schopni se lépe vyrovnávat se životem“ s tímto tvrzením souhlasilo 81 respondentů (34 %), 53 respondentů (22 %) naopak nesouhlasilo, 88 dotazovaných (36 %) se nepřiklonilo ani z jedné nabízených možností. Odpověď „výrazně souhlasím“ označilo pouze 4 (2 %) a „výrazně nesouhlasím“ 14 (6 %) dotázaných respondentů. (viz tabulka č. 8).

V následujících grafech pod tabulkou jsou pro přehlednost a názornost sloučeny kladné (souhlasím a výrazně souhlasím) a záporné (nesouhlasím a výrazně nesouhlasím) odpovědi respondentů do celkem tedy tří kategorií (graf č. 5 až 28).

Tabulka 8: Jak lidé stárnou, jsou schopni se lépe vyrovnávat se životem

Odpověď	Četnost odpovědi	Vyjádření v procentech (%)
Výrazně nesouhlasím	14	6
Nesouhlasím	53	22
Nejsem si jist/a	88	36
Souhlasím	81	34
Výrazně souhlasím	4	2
Celkem	240	100

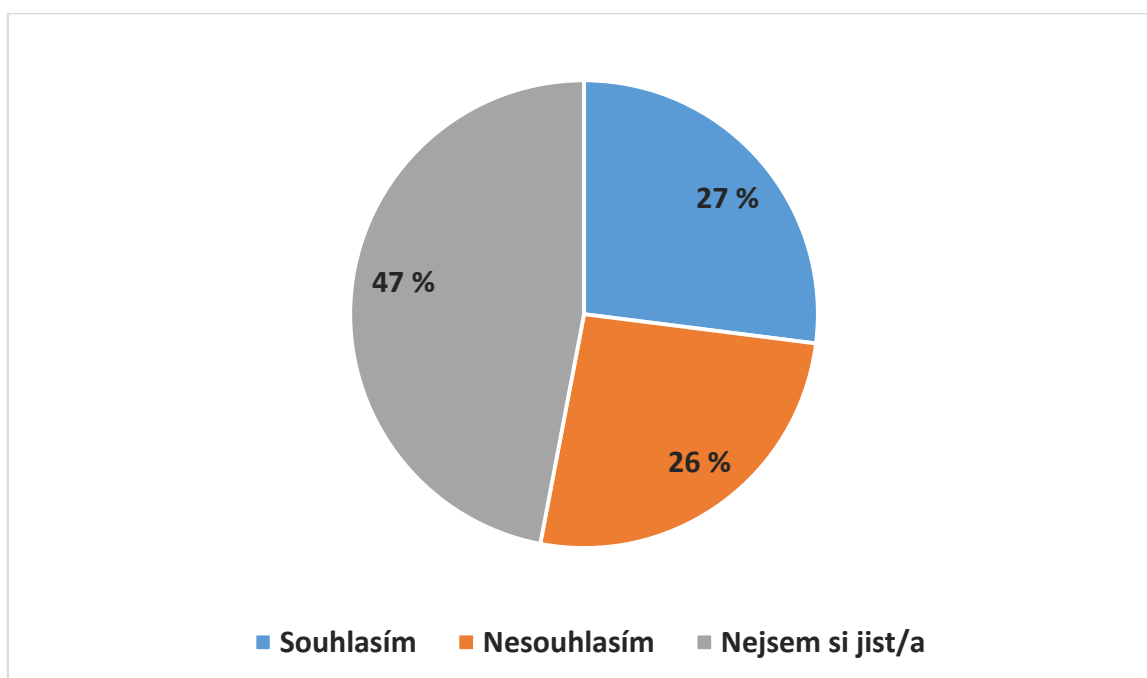


Graf 5: Jak lidé stárnou, jsou schopni se lépe vyrovnávat se životem

Otázka číslo 2: „Je výsadou dožít se vyššího věku“ - 58 respondentů (24 %) souhlasí, že je výsadou dožít se vyššího věku. 7 dotazovaných osob (3 %) tento názor zastává s výrazným přesvědčením, 113 seniorů (47 %) si není tímto tvrzením jisto, 56 seniorů (23 %) s touto odpovědí nesouhlasí a 6 respondentů (3 %) výrazně nesouhlasí (viz tabulka č. 9 a graf č. 6.).

Tabulka 9: Je výsadou dožít se vyššího věku

Odpověď	Četnost odpovědi	Vyjádření v procentech (%)
Výrazně nesouhlasím	6	3
Nesouhlasím	56	23
Nejsem si jist/a	113	47
Souhlasím	58	24
Výrazně souhlasím	7	3
Celkem	240	100

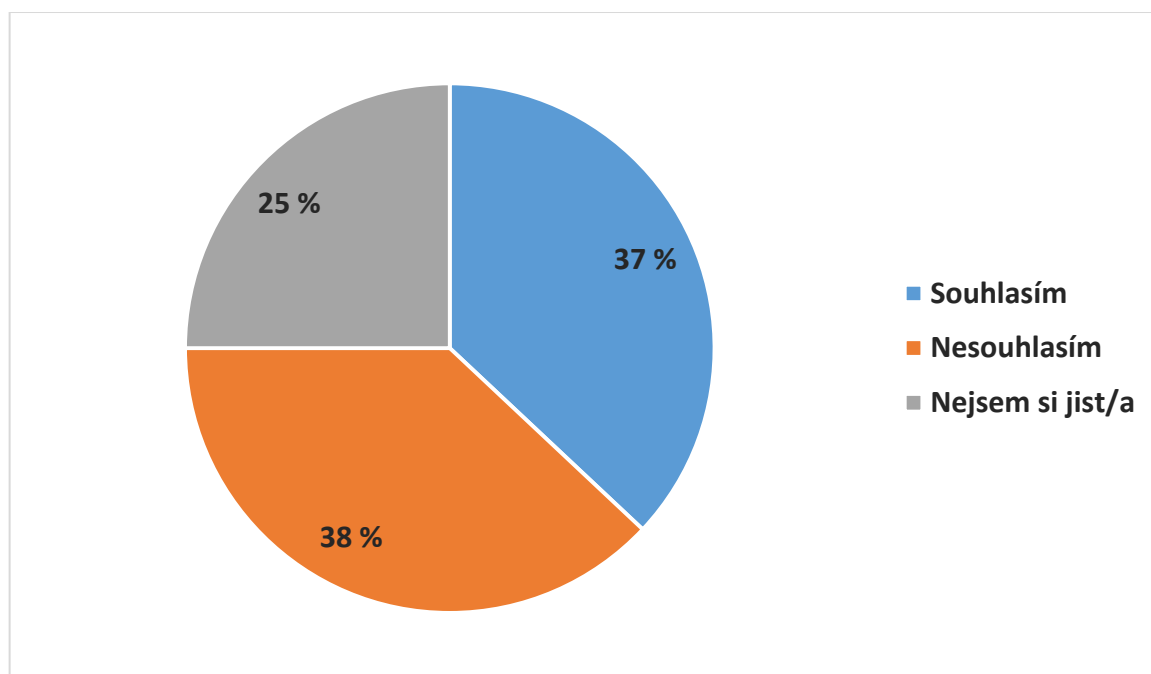


Graf 6: Je výsadou dožít se vyššího věku

Otázka číslo 3: „Stáří je čas samoty“- u této položky dotazníku byla nejčastěji označena odpověď „nesouhlasím“. Tuto odpověď označilo 80 seniorů (33 %). U 12 seniorů (5 %) byla zaznamenána odpověď „výrazně nesouhlasím“. Druhé nejčastější tvrzení představovala odpověď „souhlasím“. Tu označilo 73 seniorů (30 %), 15 seniorů (7 %) s tímto tvrzením výrazně souhlasí a není si jisto odpovědí 60 (25 %) dotázaných (viz tabulka č. 10 a graf č. 7).

Tabulka 10: Stáří je čas samoty

Odpověď	Četnost odpovědi	Vyjádření v procentech (%)
Výrazně nesouhlasím	12	5
Nesouhlasím	80	33
Nejsem si jist/a	60	25
Souhlasím	73	30
Výrazně souhlasím	15	7
Celkem	240	100

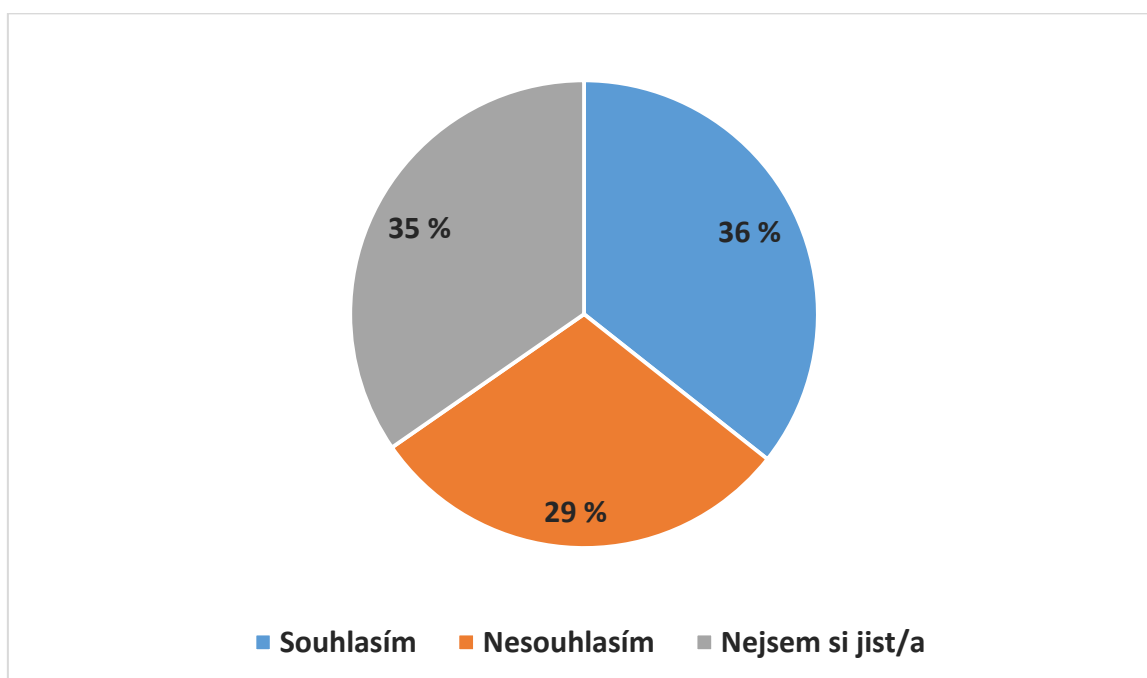


Graf 7: Stáří je čas samoty

Otázka číslo 4: „Moudrost přichází s věkem“ 83 seniorů (35) uvedlo, že si není s volbou odpovědi u položky „Moudrost přichází s věkem“ jisto. Se zněním položky však souhlasí 81 seniorů (34 %), 5 seniorů (2 %) výrazně souhlasí. Nesouhlas vyjádřilo 57 dotazovaných (23 %), výrazný nesouhlas projevilo 14 respondentů (6 %);(viz tabulka č. 11 a graf č. 8).

Tabulka 11: Moudrost přichází s věkem

Odpověď	Četnost odpovědi	Vyjádření v procentech (%)
Výrazně nesouhlasím	14	6
Nesouhlasím	57	23
Nejsem si jist/a	83	35
Souhlasím	81	34
Výrazně souhlasím	5	2
Celkem	240	100

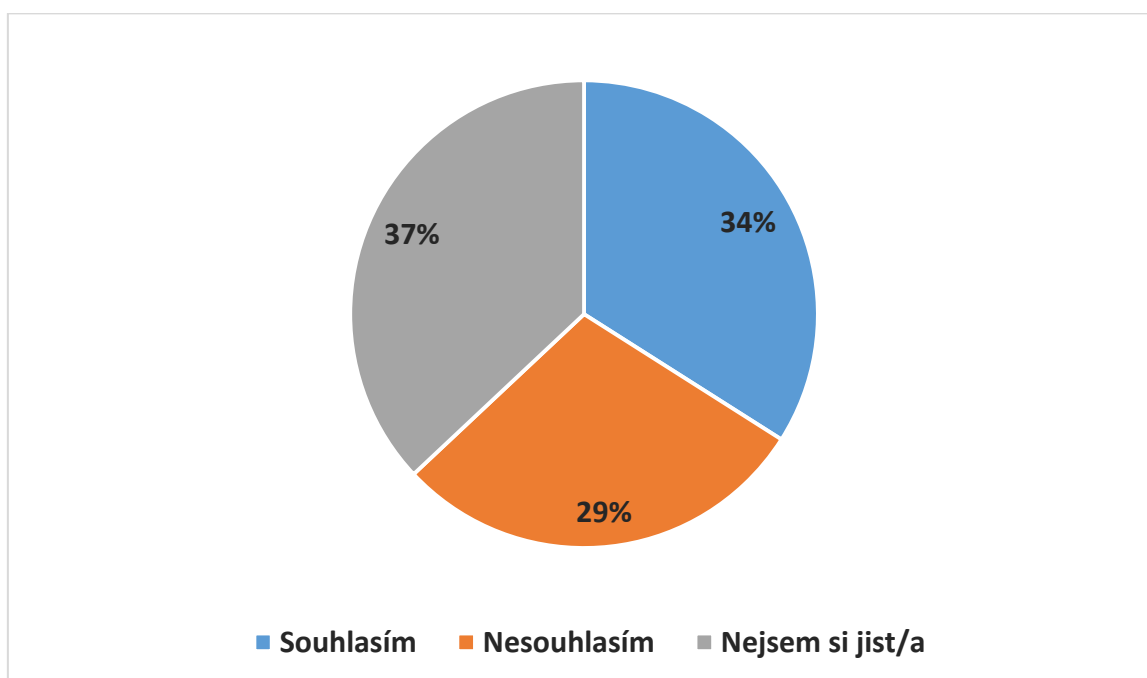


Graf 8: Moudrost přichází s věkem

Otázka číslo 5: „Stáří s sebou přináší mnoho příjemných věcí“ - odpověď „nejsem si jista“ označilo 89 respondentů (37 %). S uvedeným tvrzením se ztotožnilo 77 respondentů (32 %) a 5 (2 %) výrazně. Naopak nesouhlas projevilo 59 dotazovaných (25 %), 10 dotazovaných osoby vyjádřil výrazný nesouhlas (4 %);(viz tabulka č. 12 a graf č. 9).

Tabulka 12: Stáří s sebou přináší mnoho příjemných věcí

Odpověď	Četnost odpovědi	Vyjádření v procentech (%)
Výrazně nesouhlasím	10	4
Nesouhlasím	59	25
Nejsem si jist/a	89	37
Souhlasím	77	32
Výrazně souhlasím	5	2
Celkem	240	100

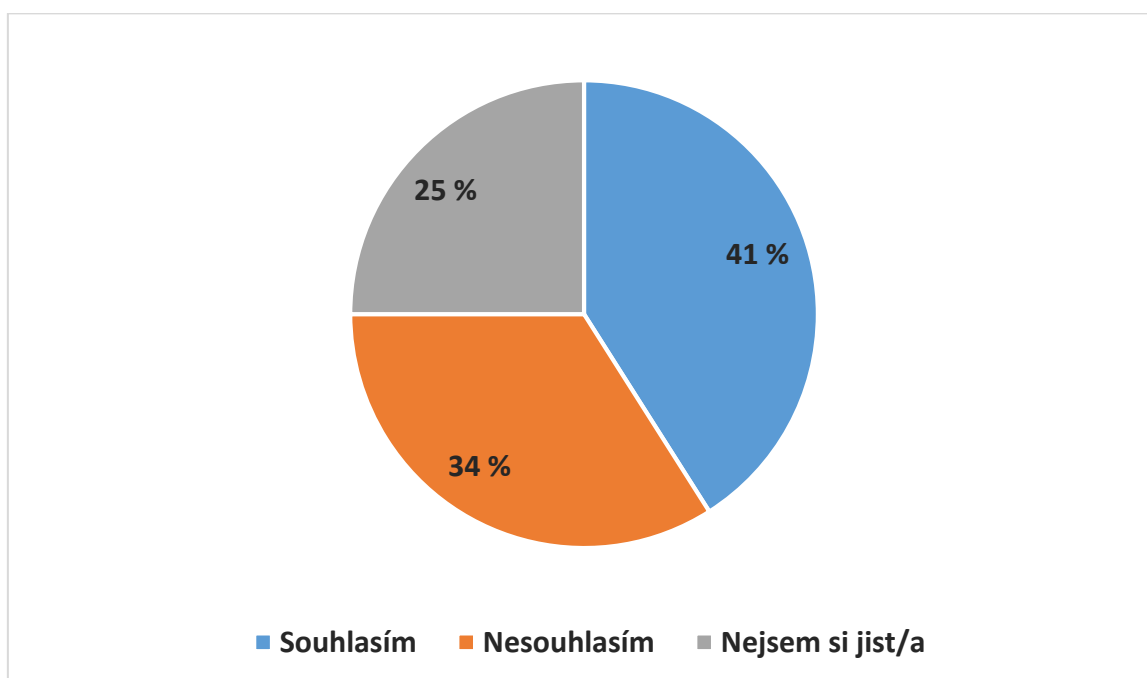


Graf 9: Stáří s sebou přináší mnoho příjemných věcí

Otázka číslo 6: „Stáří je čas depresí“ - z následujících odpovědí je patrné, že nejvíce seniorů 86 (36 %) vnímá stáří jako čas depresí, 60 seniorů (25 %) si tímto není jisto. 70 seniorů (29 %) nehodnotilo stáří jako čas depresí, 12 (5 %) seniorů si je tím, že nevnímá stáří jako čas depresí, zcela jisto a 12 (5 %) s tímto tvrzením výrazně nesouhlasí (viz tabulka č. 13 a graf č. 10).

Tabulka 13: Stáří je čas depresí

Odpověď	Četnost odpovědi	Vyjádření v procentech (%)
Výrazně nesouhlasím	12	5
Nesouhlasím	70	29
Nejsem si jist/a	60	25
Souhlasím	86	36
Výrazně souhlasím	12	5
Celkem	240	100

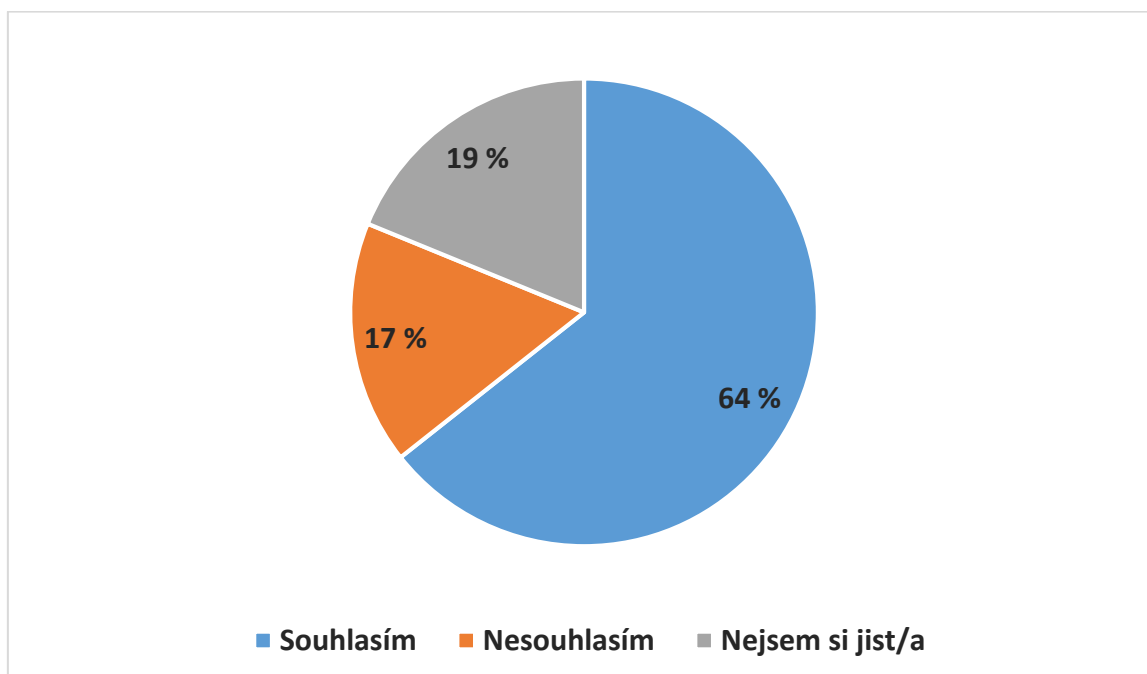


Graf 10: Stáří je čas depresí

Otázka číslo 7: „Cvičení je důležité v každém věku“ - z realizovaného dotazníkového šetření vyplývá, že s tímto tvrzením souhlasí 124 respondentů (52 %), výrazně souhlasí 30 respondentů (12 %). Není si jisto s tímto tvrzením 45 seniorů (19 %). Odpověď „nesouhlasím“ označilo 31 seniorů (13 %) a 10 seniorů (4 %) výrazně nepovažuje cvičení za důležitou součást života (viz tabulka č. 14 a graf č. 11).

Tabulka 14: Cvičení je důležité v každém věku

Odpo věď	Četnost odpo vědi	Vyjád ření v procentech (%)
V ýrazně nesouhlasím	10	4
Nesouhlasím	31	13
Nejsem si jist/a	45	19
Souhlasím	124	52
V ýrazně souhlasím	30	12
Celkem	240	100

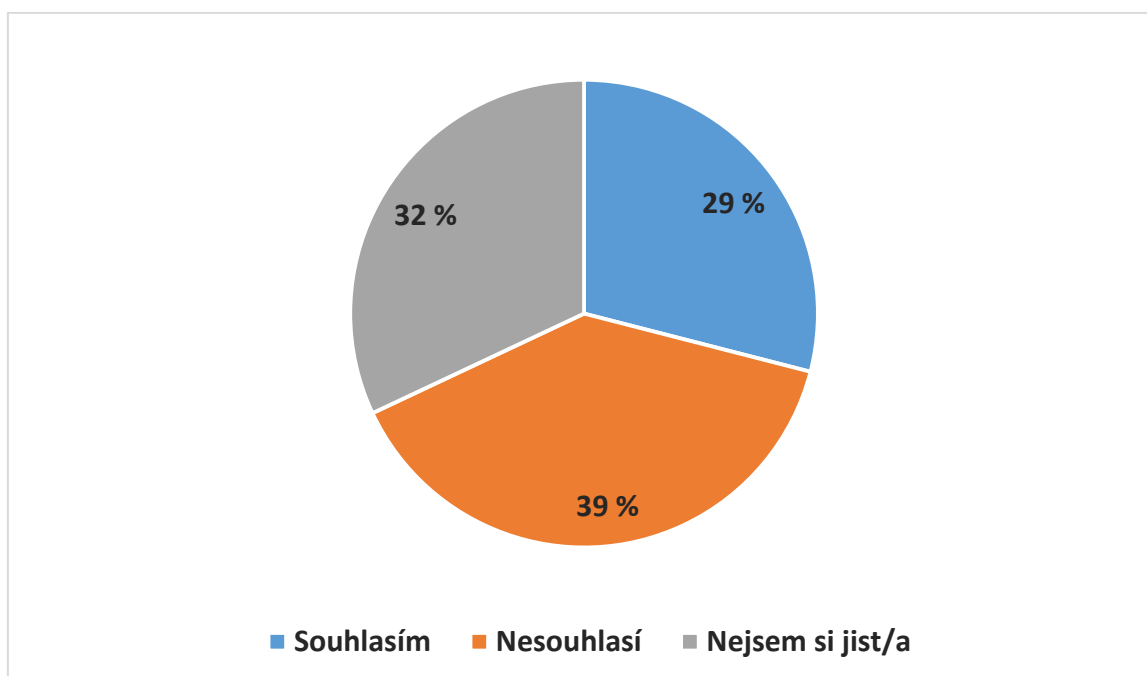


Graf 11: Cvičení je důležité v každém věku

Otázka číslo 8: „Stárnutí je snazší, než jsem si myslel/a“ - nejvíce zastoupenou odpovědí u seniorů byla odpověď „nejsem si jist/a“, tu si vybralo 77 seniorů (32 %), následně pak odpověď „nesouhlasím“, tu označilo 60 seniorů (25 %). 58 seniorů (24 %) projevilo souhlas s otázkou, 33 seniorů (14 %) pak s odpovědí „výrazně nesouhlasí“. Z odpovědí 12 seniorů (5 %) je zřejmé, že výrazně považuje stárnutí za snazší, než si myslel/a (viz tabulka č. 15 a graf č. 12).

Tabulka 15: Stárnutí je snazší, než jsem si myslel/a

Odpověď	Četnost odpovědi	Vyjádření v procentech (%)
Výrazně nesouhlasím	33	14
Nesouhlasím	60	25
Nejsem si jist/a	77	32
Souhlasím	58	24
Výrazně souhlasím	12	5
Celkem	240	100

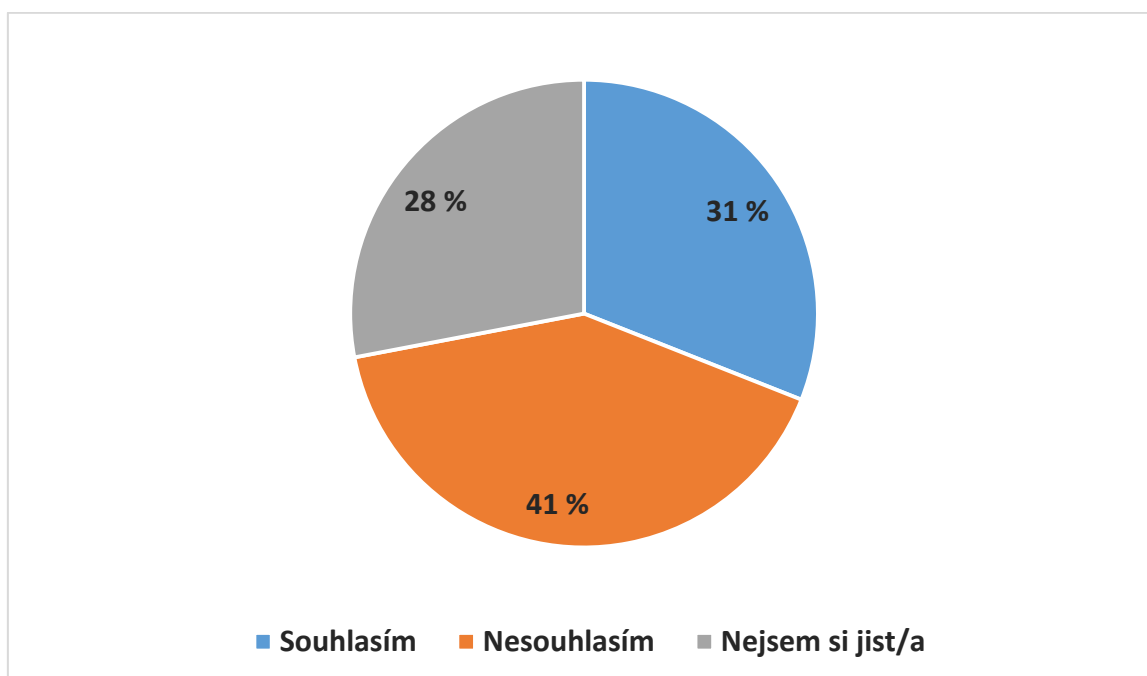


Graf 12: Stárnutí je snazší, než jsem si myslel/a

Otázka číslo 9: „Jak stárnu, zjišťuji, že je pro mne těžší mluvit o svých pocitech“ – nejčastější odpovědí byla odpověď „nesouhlasím“, tu uvedlo 77 seniorů (32 %). Druhou nejčastější odpovědí byla odpověď „nejsem si jist/a“, s ní se ztotožnilo 66 seniorů (28 %). 12 seniorů (5 %) se přiklonilo k odpovědi „výrazně souhlasím“, 22 seniorů (9 %) k odpovědi „výrazně nesouhlasím“ a 12 seniorů (5 %) k odpovědi „maximálně platí“ a s tvrzením souhlasilo 63 (26 %) dotázaných (viz tabulka č. 16 a graf č. 13).

Tabulka 16: Jak stárnu, zjišťuji, že je pro mne těžší mluvit o svých pocitech

Odpověď	Četnost odpovědi	Vyjádření v procentech (%)
Výrazně nesouhlasím	22	9
Nesouhlasím	77	32
Nejsem si jist/a	66	28
Souhlasím	63	26
Výrazně souhlasím	12	5
Celkem	240	100

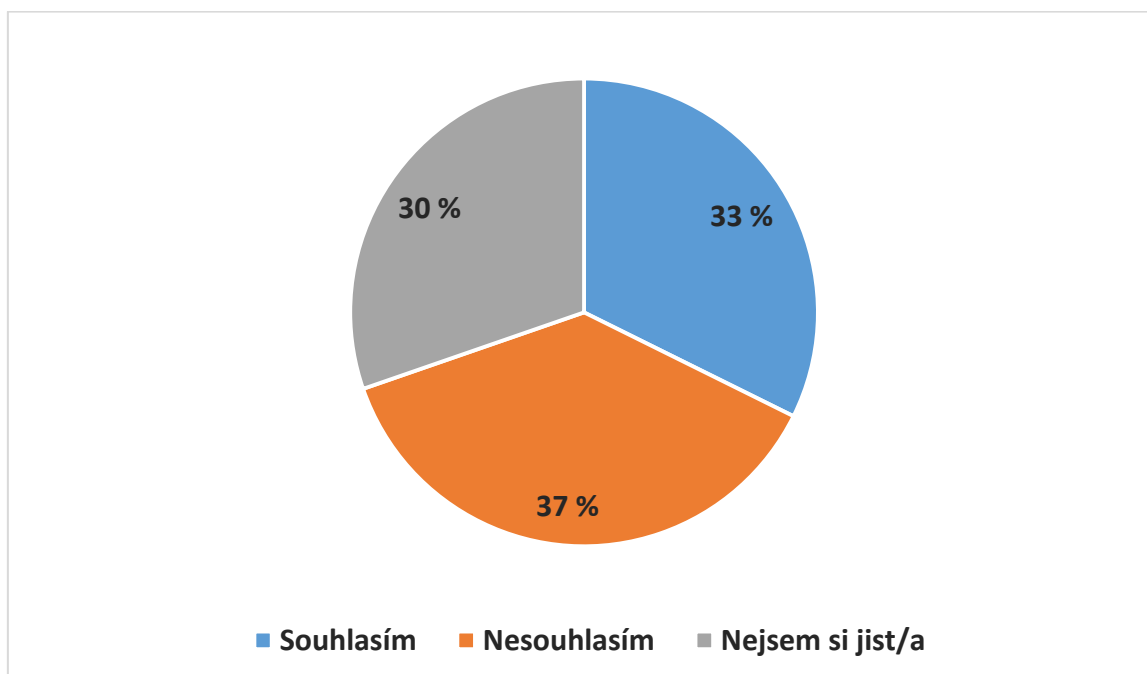


Graf 13: Jak stárnu, zjišťuji, že je pro mne těžší mluvit o svých pocitech

Otázka číslo 10: „Jak stárnu, jsem vůči sobě tolerantnější“ - nejčastější odpovědí byla odpověď „nesouhlasím“, tu zvolilo 77 seniorů (32 %). Druhá nejčastější odpověď zněla „nejsem si jist/a“, tu označilo 73 seniorů (30 %). 62 seniorů (26 %) s otázkou souhlasí. 15 seniorů (7 %) s tvrzením: „Jak stárnu, jsem vůči sobě tolerantnější“ výrazně souhlasí. Naopak 13 seniorů (5 %) s tímto tvrzením výrazně nesouhlasí (viz tabulka č. 17 a graf č. 14).

Tabulka 17: Jak stárnu, jsem vůči sobě tolerantnější.

Odpověď	Četnost odpovědi	Vyjádření v procentech (%)
Výrazně nesouhlasím	13	5
Nesouhlasím	77	32
Nejsem si jist/a	73	30
Souhlasím	62	26
Výrazně souhlasím	15	7
Celkem	240	100

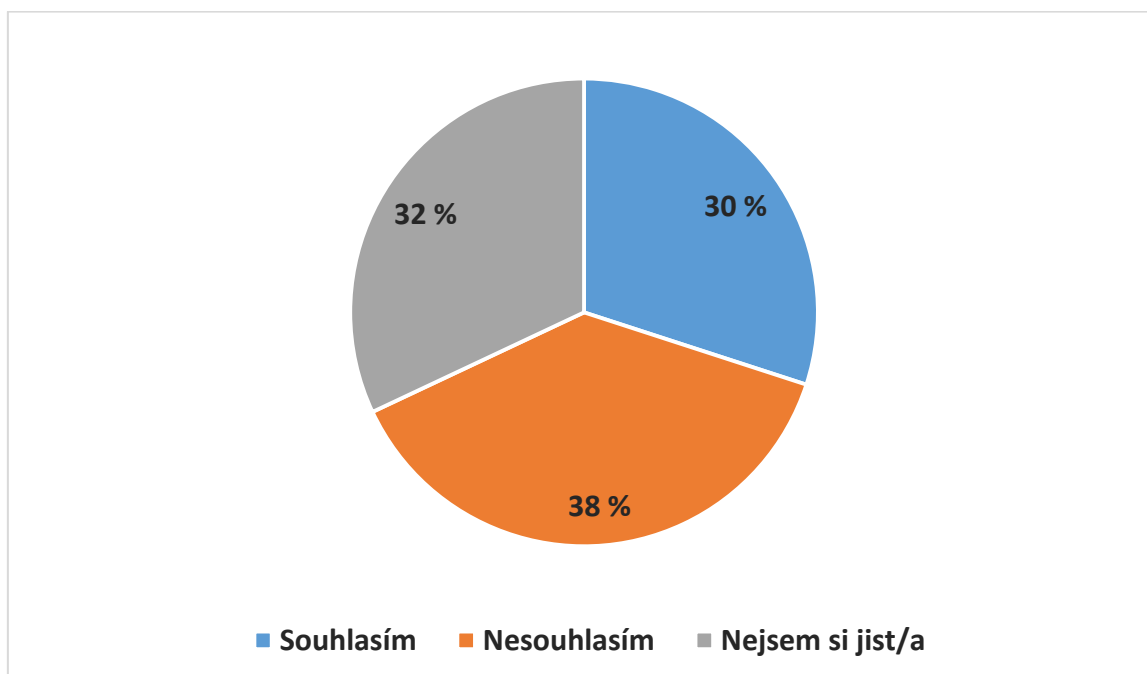


Graf 14: Jak stárnu, jsem vůči sobě tolerantnější

Otázka číslo 11: „Necítím se starý/á“- tento názor zastává 26 seniorů (11 %) s odpovědí „výrazně souhlasím“ a 46 seniorů (19 %) s odpovědí „souhlasí“. Převážná část - 77 seniorů (32 %) si není jisto tímto tvrzením, 70 seniorů (29 %) se ztotožnilo s odpovědí „nesouhlasím“. Označením odpovědi „výrazně nesouhlasím“ projevilo nesouhlas s touto otázkou 21 seniorů (9 %);(viz tabulka č. 18 a graf č. 15).

Tabulka 18: Necítím se starý/á

Odpo věď	Četnost odpovědi	Vyjádření v procentech (%)
Výrazně nesouhlasím	21	9
Nesouhlasím	70	29
Nejsem si jist/a	77	32
Souhlasím	46	19
Výrazně souhlasím	26	11
Celkem	240	100

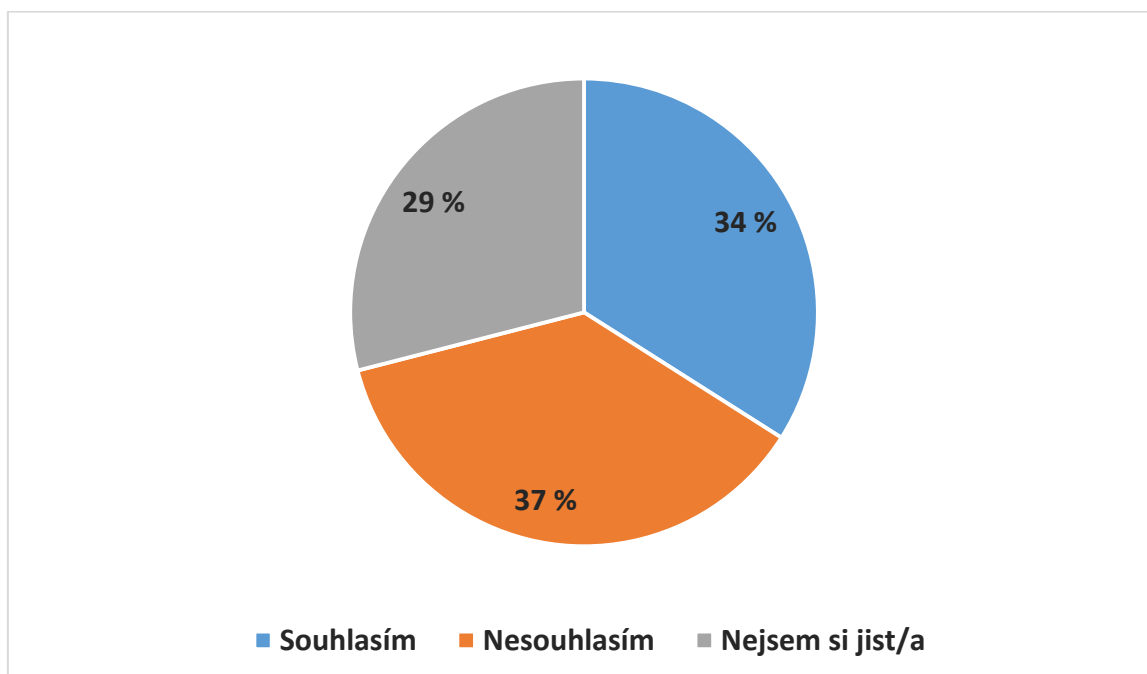


Graf 15: Necítím se starý/á

Otázka číslo 12: „Stáří vidím hlavně jako období ztrát“ - tento názor zastává 69 oslovených seniorů (29 %), ti uvedli odpověď „souhlasím“. Plně je o tomto tvrzení přesvědčeno 13 seniorů (5 %). Odpověď „nejsem si jist/a“ uvedlo 70 seniorů (29 %), odpověď „nesouhlasím“ označilo 66 seniorů (28 %) a s tímto tvrzením výrazně nesouhlasí 22 (9 %) seniorů (viz tabulka č. 19 a graf č. 16).

Tabulka 19: Stáří vidím hlavně jako období ztrát

Odpověď	Četnost odpovědi	Vyjádření v procentech (%)
Výrazně nesouhlasím	22	9
Nesouhlasím	66	28
Nejsem si jist/a	70	29
Souhlasím	69	29
Výrazně souhlasím	13	5
Celkem	240	100

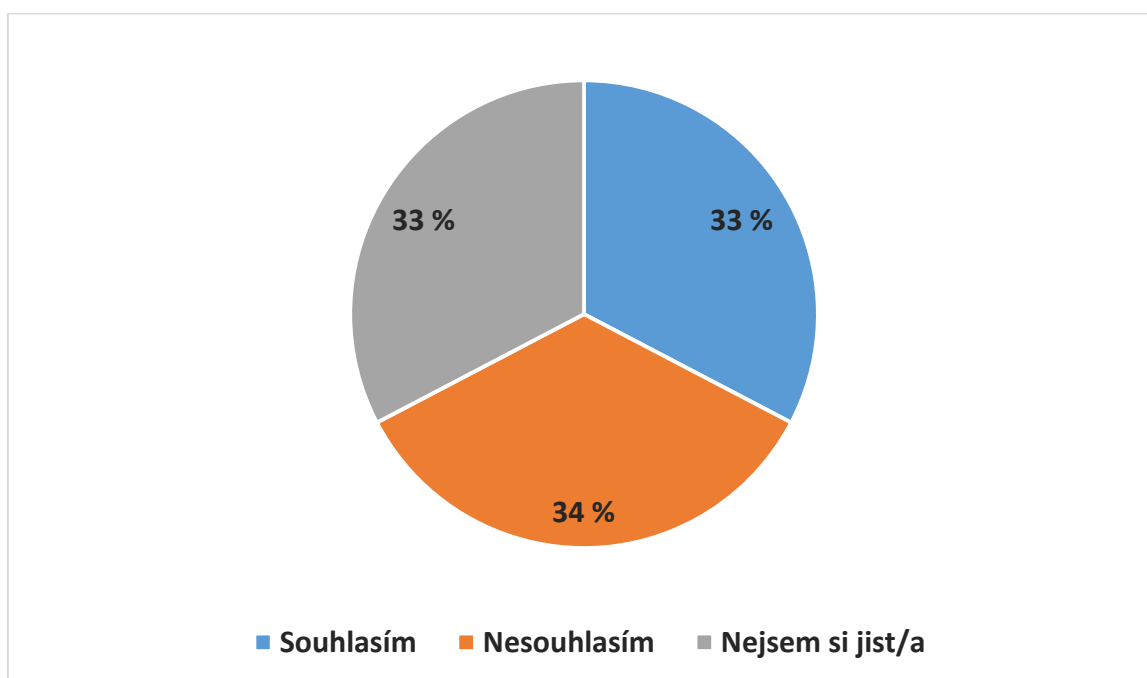


Graf 16: Stáří vidím hlavně jako období ztrát

Otázka číslo 13: „To, jak se uvnitř cítím, není dáno věkem“ – 67 seniorů (28 %) uvedlo souhlasné stanovisko s tvrzením, že to, jak se uvnitř cítí, není dáno věkem. 12 seniorů (5 %) tento názor zastává výrazně, 79 seniorů (33 %) si není jisto. Opačný názor vyjádřilo 54 seniorů (22 %) a 28 (12 %) s tvrzením nesouhlasí výrazně (viz tabulka č. 20 a graf č. 17).

Tabulka 20: To, jak se uvnitř cítím, není dáno věkem

Odpo věď	Četnost odpo vědi	Vyjádření v procentech (%)
Výrazně nesouhlasím	28	12
Nesouhlasím	54	22
Nejsem si jist/a	79	33
Souhlasím	67	28
Výrazně souhlasím	12	5
Celkem	240	100

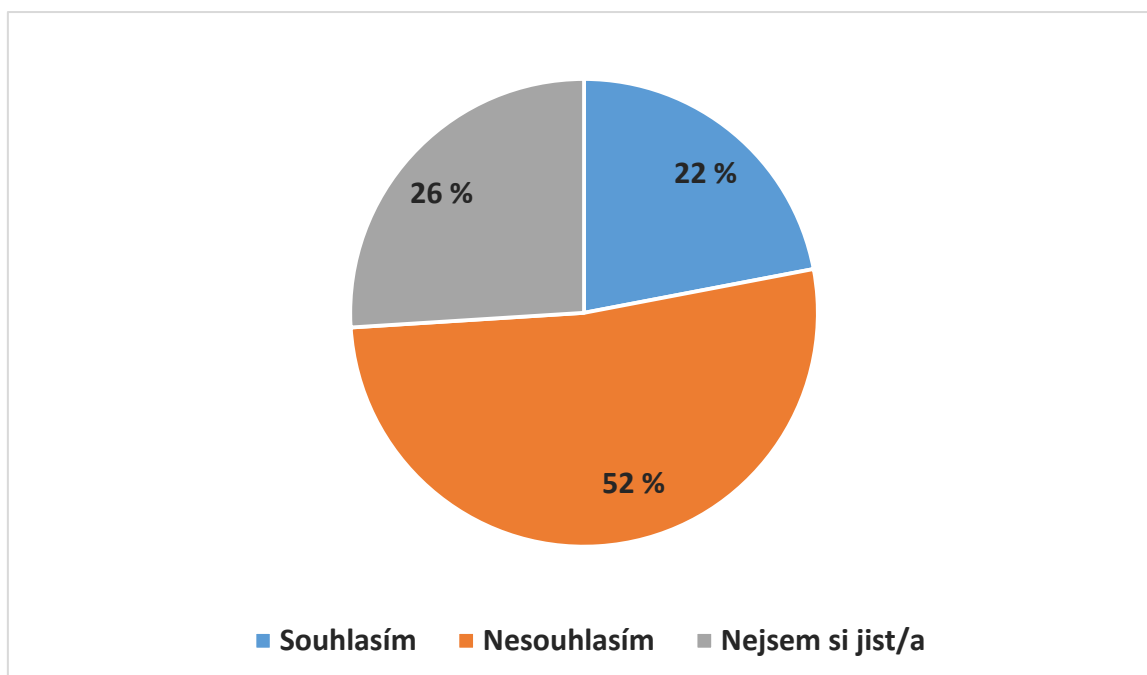


Graf 17: To, jak se uvnitř cítím, není dáno věkem

Otázka číslo 14: „Mám více energie, než bych vzhledem ke svému věku očekával/a“ - z odpovědí je zřejmé, že 40 (17 %) seniorů, kteří se účastnili výzkumného šetření, výrazně nepocítuje více energie, než by vzhledem ke svému věku očekávali. Ovšem 41 seniorů (17 %) označilo odpověď „souhlasím“ a 12 seniorů (5 %) označilo odpověď „výrazně souhlasím“, čímž projevili s tvrzením souhlas. Nejvíce seniorů označilo odpověď „nesouhlasím“, jednalo se o 84 seniorů (35 %). Neutrální postoj k otázce vyjádřilo 63 seniorů (26 %);(viz tabulka č. 21 a graf č. 18).

Tabulka 21: Mám více energie, než bych vzhledem ke svému věku očekával/a

Odpověď	Četnost odpovědi	Vyjádření v procentech (%)
Výrazně nesouhlasím	40	17
Nesouhlasím	84	35
Nejsem si jist/a	63	26
Souhlasím	41	17
Výrazně souhlasím	12	5
Celkem	240	100

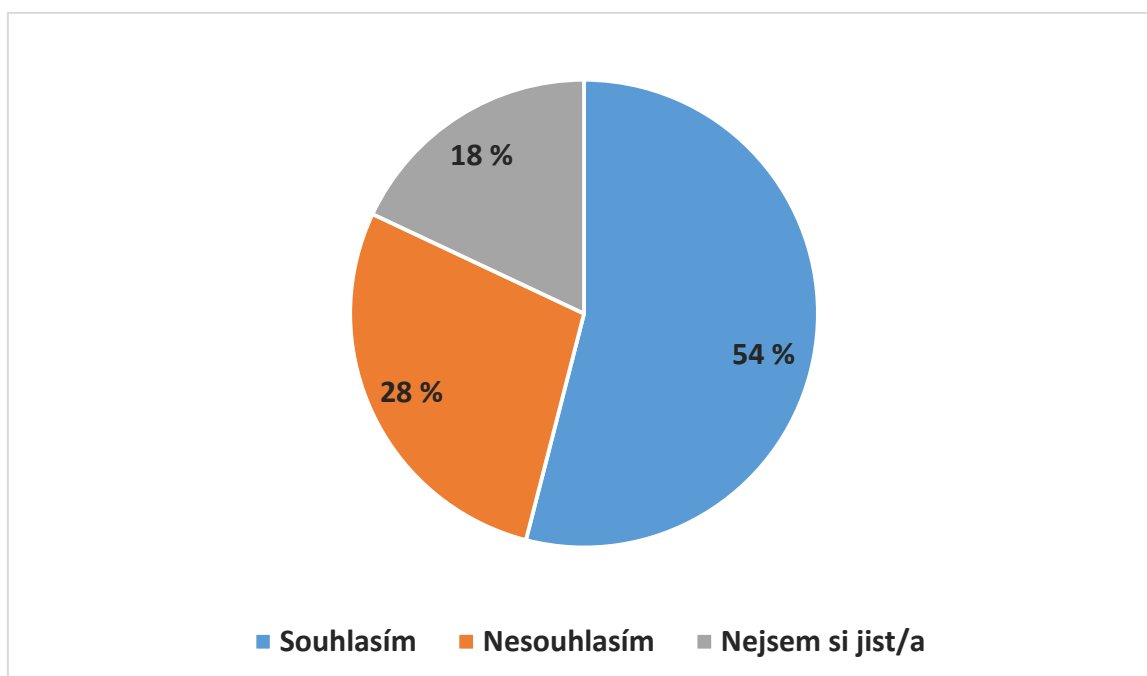


Graf 18: Mám více energie, než bych vzhledem ke svému věku očekával/a

Otázka číslo 15: „Jak stárnu, stávám se fyzicky méně soběstačný/á“- 106 seniorů (44 %) uvedlo odpověď „souhlasím“. S odpovědí „výrazně souhlasím“ se ztotožnilo 25 seniorů (10 %), a odpověď „nejsem si jist/a“ uvedlo 43 seniorů (18 %). V negativním smyslu tuto otázku hodnotilo 47 (20 %) s odpovědí „nesouhlasím“ a 19 (8 %) se zvolením odpovědi „výrazně nesouhlasím“ (viz tabulka č. 22 a graf č. 19).

Tabulka 22: Jak stárnu, stávám se fyzicky méně soběstačný/á

Odpověď	Četnost odpovědi	Vyjádření v procentech (%)
Výrazně nesouhlasím	19	8
Nesouhlasím	47	20
Nejsem si jist/a	43	18
Souhlasím	106	44
Výrazně souhlasím	25	10
Celkem	240	100

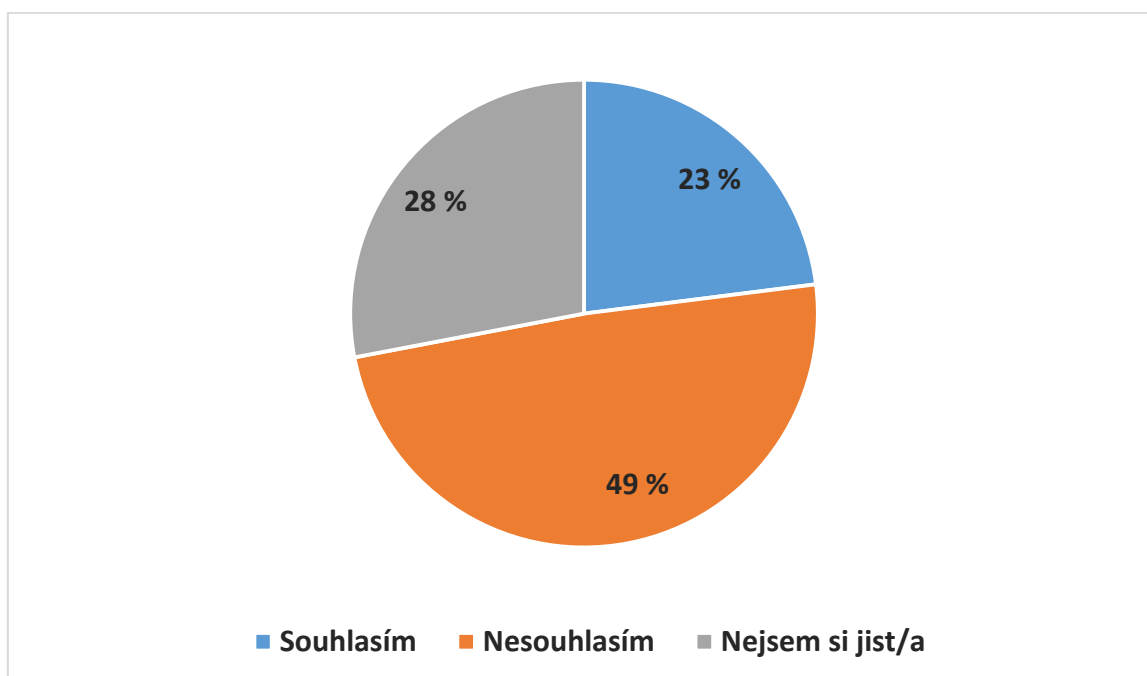


Graf 19: Jak stárnu, stávám se fyzicky méně soběstačný/á

Otázka číslo 16: „Zdravotní problémy mně nebrání dělat to, co chci“ - 8 seniorů (3 %) uvedli výrazný souhlas s tvrzením, že jim zdravotní problémy nebrání dělat to, co chtějí. Tvrzení „souhlasím“ je blízké 49 seniorům (20 %), s odpovědí „nejsem si jist/a“ souhlasilo 67 seniorů (28 %). Odpověď „nesouhlasím“ uvádí 81 seniorů (34 %) a „výrazně nesouhlasím, uvedlo 35 (15 %) respondentů uvádí, že jim zdravotní problémy brání dělat to, co chtějí (viz tabulka č. 23 a graf č. 20).

Tabulka 23: Zdravotní problémy mně nebrání dělat to, co chci

Odpověď	Četnost odpovědi	Vyjádření v procentech (%)
Výrazně nesouhlasím	35	15
Nesouhlasím	81	34
Nejsem si jist/a	67	28
Souhlasím	49	20
Výrazně souhlasím	8	3
Celkem	240	100

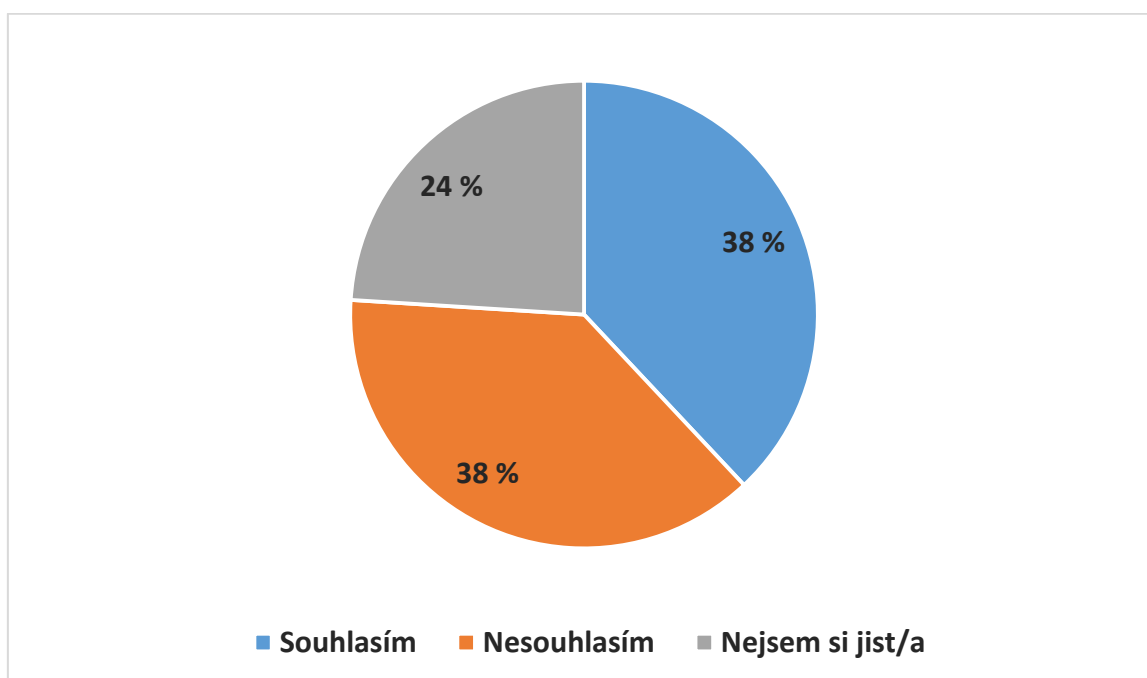


Graf 20: Zdravotní problémy mně nebrání dělat to, co chci

Otázka číslo 17: „Jak stárnu, zjišťuji, že je pro mne těžší uzavírat nová přátelství“ s tímto tvrzením souhlasilo 81 seniorů (34 %) a 9 seniorů (4 %), kteří označilo odpověď „výrazně souhlasím“. „Nejsem si jist/a“ uvedlo 58 seniorů (24 %). S Odpovědí nesouhlasilo 61 (25 %) a 31 seniorů (13 %) s odpovědí výrazně nesouhlasilo (viz tabulka č. 24 a graf č. 21).

Tabulka 24: Jak stárnu, zjišťuji, že je pro mne těžší uzavírat nová přátelství

Odpověď	Četnost odpovědi	Vyjádření v procentech (%)
Výrazně nesouhlasím	31	13
Nesouhlasím	61	25
Nejsem si jist/a	58	24
Souhlasím	81	34
Výrazně souhlasím	9	4
Celkem	240	100

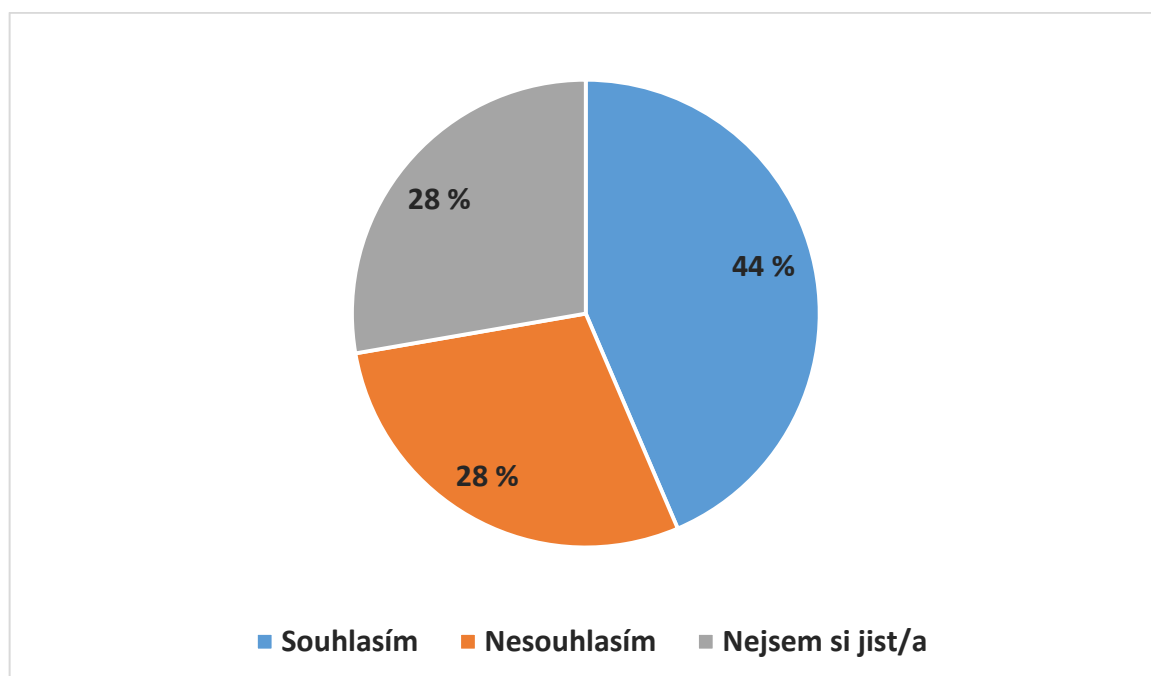


Graf 21: Jak stárnu, zjišťuji, že je pro mne těžší uzavírat nová přátelství

Otázka číslo 18: „Je velmi důležité předat své zkušenosti mladým lidem“ 81 respondentů (34 %) považuje za důležité předat své zkušenosti mladým lidem, za obzvlášť potřebné to považuje 24 seniorů (10 %) a 66 seniorů (28 %) si není jisto tímto tvrzením. Mezi nejméně frekventované odpovědi patří odpověď „výrazně nesouhlasím“, s kterou se ztotožnilo 18 seniorů (8 %) a odpověď „nesouhlasím“ uvedlo 51 (20 %) dotázaných (viz tabulka č. 25 a graf č. 22).

Tabulka 25: Je velmi důležité předat své zkušenosti mladým lidem

Odpověď	Četnost odpovědi	Vyjádření v procentech (%)
Výrazně nesouhlasím	18	8
Nesouhlasím	51	20
Nejsem si jist/a	66	28
Souhlasím	81	34
Výrazně souhlasím	24	10
Celkem	240	100

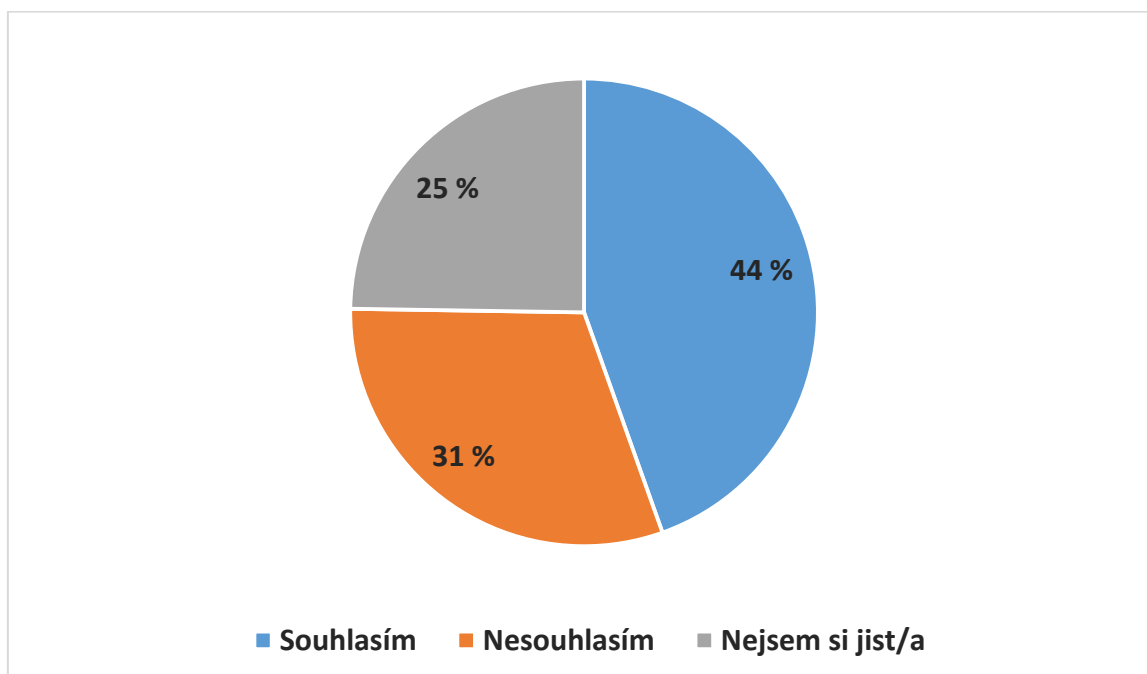


Graf 22: Je velmi důležité předat své zkušenosti mladým lidem

Otázka číslo 19: „Věřím, že můj život má význam“- 92 respondentů (37 %) je přesvědčeno o tom, že jejich život má význam, 16 respondentů (27 %) tento názor taktéž vyjádřilo odpověď „výrazně souhlasím“). Odpověď „nejsem si jistá“ označilo 59 seniorů (25 %), stejně jako odpověď „nesouhlasím“. Výrazný nesouhlas vyjádřilo 14 seniorů (6 %);(viz tabulka č. 26 a graf č. 23).

Tabulka 26: Věřím, že můj život má význam

Odpověď	Četnost odpovědi	Vyjádření v procentech (%)
Výrazně nesouhlasím	14	6
Nesouhlasím	59	25
Nejsem si jist/a	59	25
Souhlasím	92	37
Výrazně souhlasím	16	7
Celkem	240	100

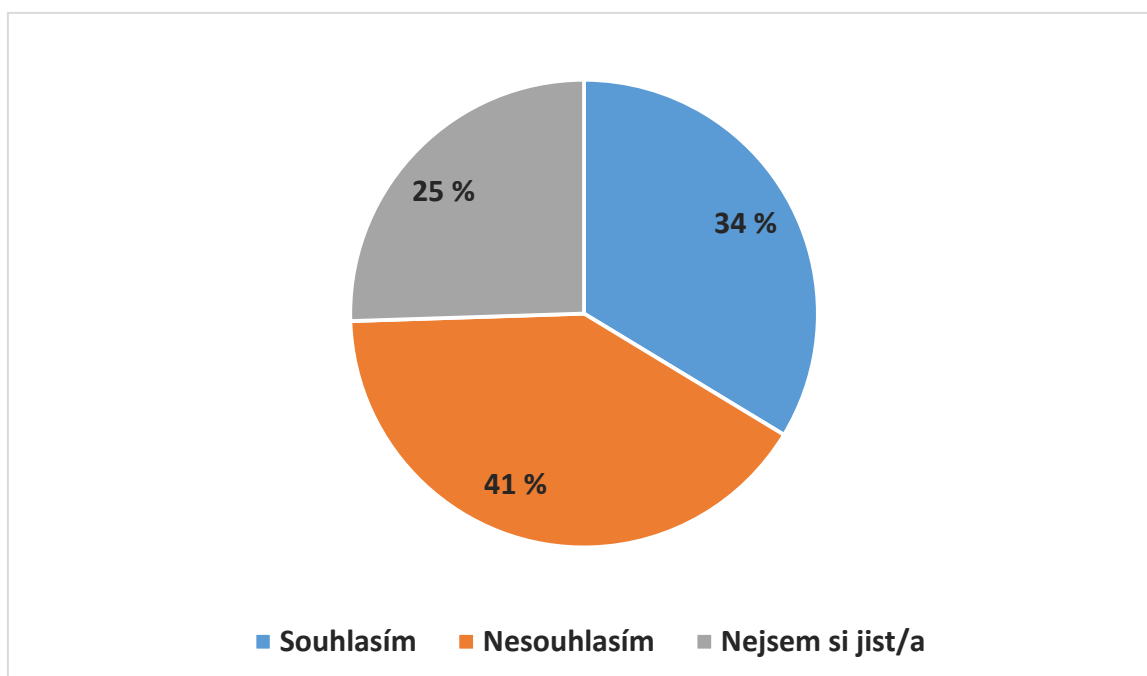


Graf 23: Věřím, že můj život má význam

Otázka číslo 20: „Nyní, když jsem starší, necítím se dost začleněný/á do společnosti“ – nejvíce označenou odpovědí byla odpověď „nesouhlasím“, označilo ji 73 seniorů (30 %). Druhá nejčastější odpověď byla odpověď „souhlasím“, kterou označilo 68 seniorů (29 %). S odpovědí „nejsem si jist/a“ souhlasilo 61 seniorů (25 %), 13 seniorů (5 %) se ztotožnil s odpovědí „výrazně souhlasím“. S tímto tvrzením naopak výrazně nesouhlasilo 25 seniorů (11 %);(viz tabulka č. 27 a graf č. 24).

Tabulka 27: Nyní, když jsem starší, necítím se dost začleněný/á do společnosti

Odpověď	Četnost odpovědi	Vyjádření v procentech (%)
Výrazně nesouhlasím	25	11
Nesouhlasím	73	30
Nejsem si jist/a	61	25
Souhlasím	68	29
Výrazně souhlasím	13	5
Celkem	240	100

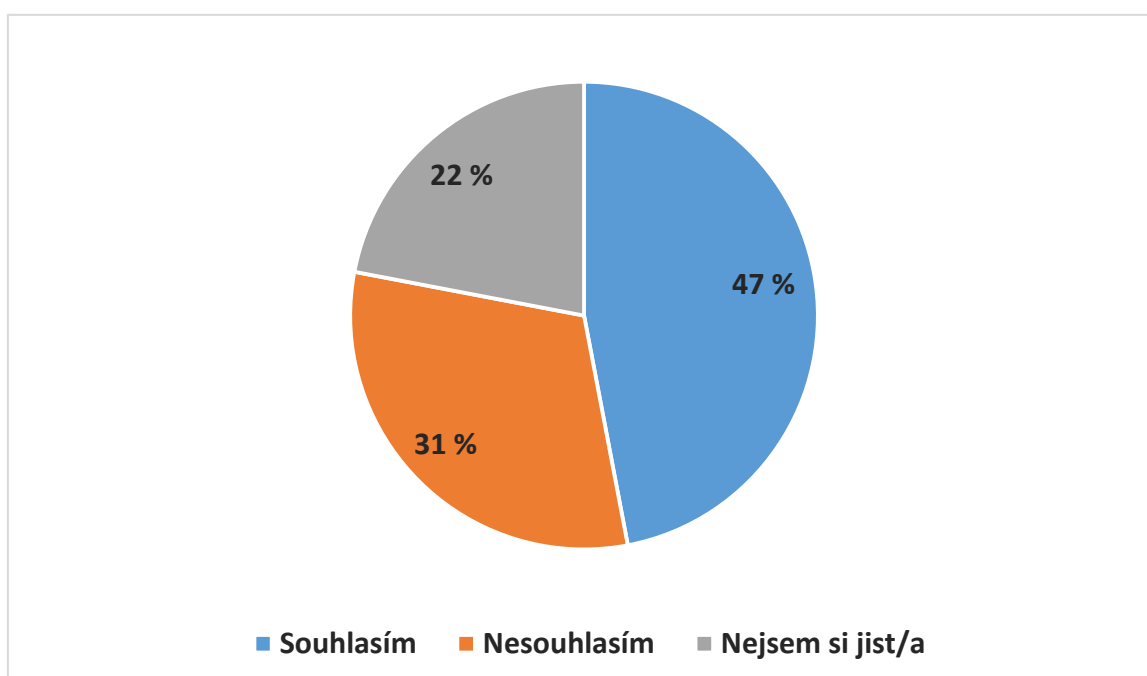


Graf 24: Nyní, když jsem starší, necítím se dost začleněný/á do společnosti

Otázka číslo 21: „Chci dávat dobrý příklad mladým lidem“- největší část seniorů uvedla, že chce dávat dobrý příklad mladým lidem. Souhlas projevila zvolením odpovědi „souhlasím“, tu označilo 94 seniorů (39 %) a odpověď „výrazně souhlasím“ zvolilo 19 seniorů (8 %). 53 seniorů (22 %) vybralo odpověď „nejsem si jist/a“. Z odpovědi 56 seniorů (23 %) se lze domnívat, že kladný postoj k této problematice nezaujímají, a 18 (8 %) seniorů výrazně nesouhlasí (viz tabulka č. 28 a graf č. 25).

Tabulka 28: Chci dávat dobrý příklad mladým lidem

Odpověď	Četnost odpovědi	Vyjádření v procentech (%)
Výrazně nesouhlasím	18	8
Nesouhlasím	56	23
Nejsem si jist/a	53	22
Souhlasím	94	39
Výrazně souhlasím	19	8
Celkem	240	100

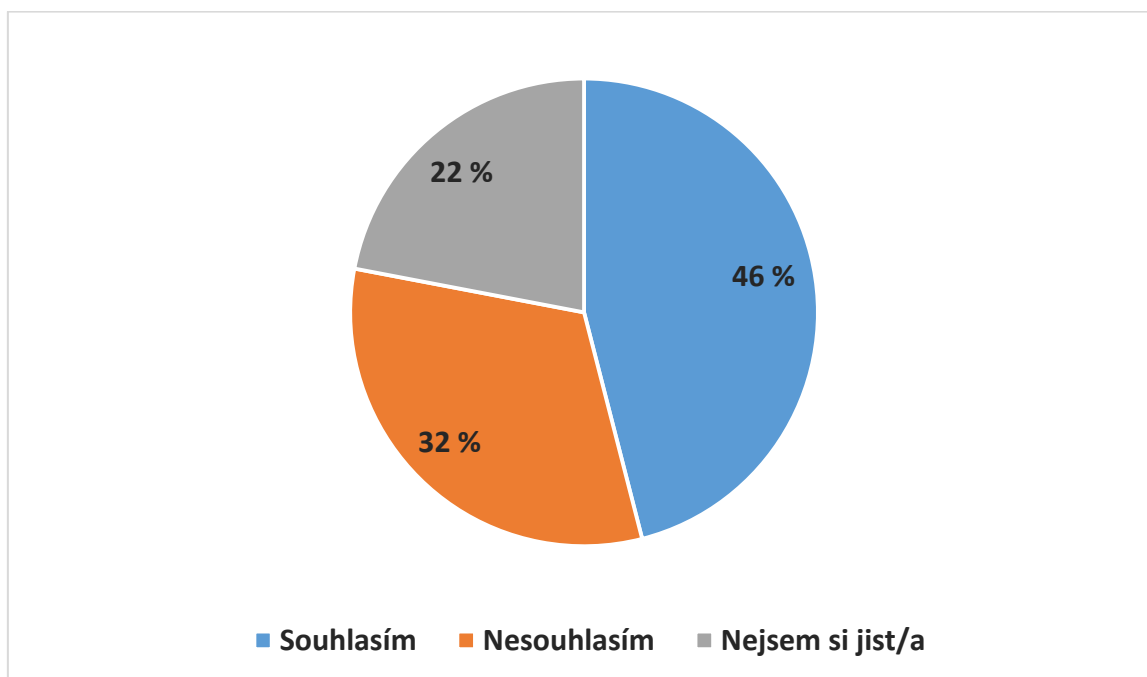


Graf 25: Chci dávat dobrý příklad mladým lidem

Otázka číslo 22: „Cítím se kvůli svému věku z mnoha věcí vyřazený/á“ - 19 seniorů (8 %) uvedlo, že s tímto pocitem výrazně souhlasí. Možnost „souhlasím“ označilo 90 seniorů (38 %), 53 seniorů (22 %) se ztotožnilo s odpovědí „nejsem si jist/a“ a 61 seniorů (25 %) s odpovědí „nesouhlasím“. 17 seniorů (7 %) uvedlo, že se necítí kvůli svému věku z mnoha věcí vyřazení a 17 (7 %) se uvedlo výrazný nesouhlas s tímto tvrzením (viz tabulka č. 29 a graf č. 26).

Tabulka 29: Cítím se kvůli svému věku z mnoha věcí vyřazený/á

Odpověď	Četnost odpovědi	Vyjádření v procentech (%)
Výrazně nesouhlasím	17	7
Nesouhlasím	61	25
Nejsem si jist/a	53	22
Souhlasím	90	38
Výrazně souhlasím	19	8
Celkem	240	100

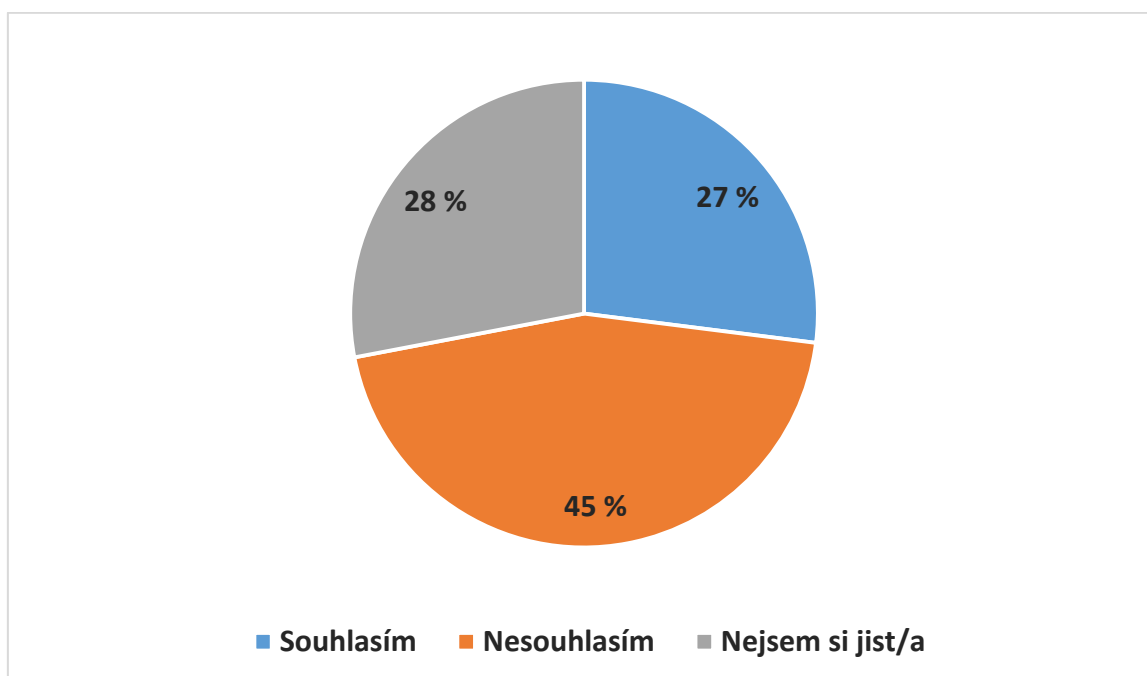


Graf 26: Cítím se kvůli svému věku z mnoha věcí vyřazený/á

Otázka číslo 23: „Můj zdravotní stav je lepší, než jsem ve svém věku očekával/a“ - tak zhodnotilo svůj zdravotní stav 9 seniorů (4 %), označili odpověď „výrazně souhlasím“. S kladnou odpovědí souhlasilo také dalších 56 seniorů (23 %), ti zvolili odpověď „souhlasím“. Odpověď „nejsem si jist/a“ zvolilo 68 seniorů (28 %). Naopak 71 seniorů (30 %) uvedlo, že jejich zdravotní stav není lepší, než by ve svém věku očekávali a výrazně s tímto tvrzením nesouhlasilo 36 (15 %) oslovených respondentů (viz tabulka č. 30 a graf č. 27).

Tabulka 30: Můj zdravotní stav je lepší, než jsem ve svém věku očekával/a

Odpověď	Četnost odpovědí	Vyjádření v procentech (%)
Výrazně nesouhlasím	36	15
Nesouhlasím	71	30
Nejsem si jist/a	68	28
Souhlasím	56	23
Výrazně souhlasím	9	4
Celkem	240	100

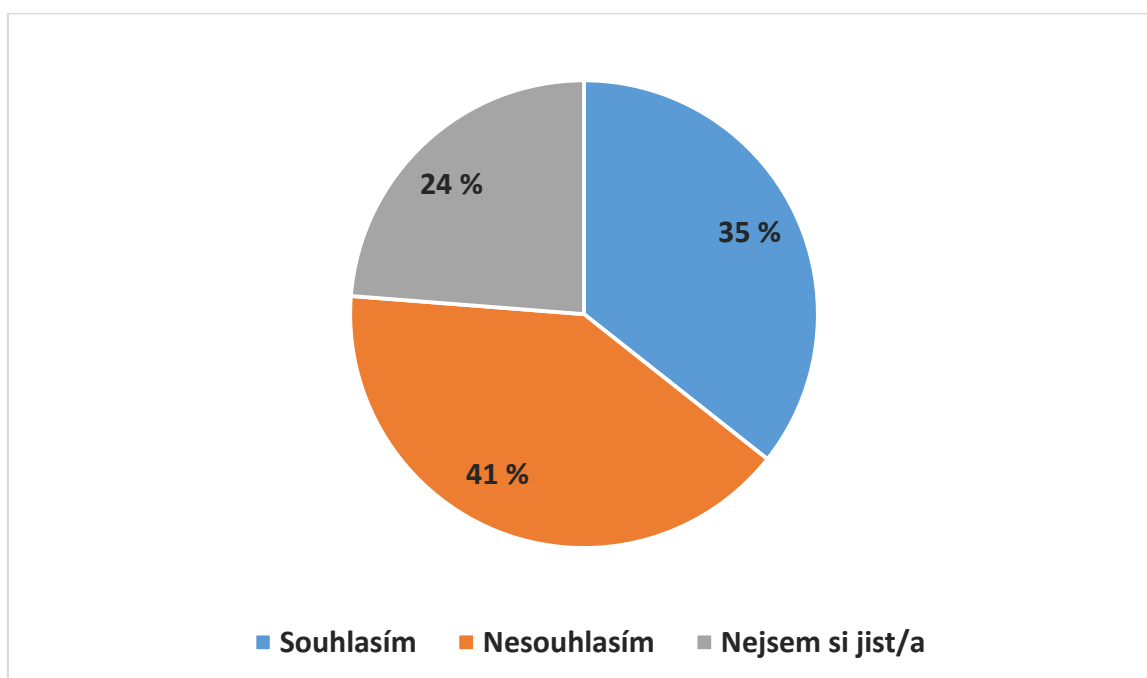


Graf 27: Můj zdravotní stav je lepší, než jsem ve svém věku očekával/a

Otázka číslo 24: „Cvičením se udržuji tak aktivní a v dobré kondici, jak je to možné“ s tímto tvrzením výrazně souhlasí 19 seniorů (8 %), „souhlasí“ 66 seniorů (27 %), „není si jisto“ 58 seniorů (24 %). Negativní postoj ke cvičení vyjádřilo 71 seniorů (30 %) a 26 seniorů (11 %), s tímto tvrzením osobně výrazně nesouhlasí (viz tabulka č. 31 a graf č. 28).

Tabulka 31: Cvičením se udržuji tak aktivní a v dobré kondici, jak je to možné

Odpověď	Četnost odpovědi	Vyjádření v procentech (%)
Výrazně nesouhlasím	26	11
Nesouhlasím	71	30
Nejsem si jist/a	58	24
Souhlasím	66	27
Výrazně souhlasím	19	8
Celkem	240	100



Graf 28: Cvičením se udržuji tak aktivní a v dobré kondici, jak je to možné

4.3 Ověření platnosti hypotéz

Cíl 1: Zjistit závislosti mezi postojem ke stáří a stárnutí u seniorů v institucionální péči a stupněm ADL u seniorů v DpS.

Statistické hypotézy k cíli 1:

H₁₀ – Neexistuje vztah mezi *postojem ke stáří a stárnutí a stupněm ADL* u seniorů v DpS

H_{1A}– Existuje vztah mezi *postojem ke stáří a stárnutí a stupněm ADL* u seniorů v DpS

Platnost hypotézy H₁₀ byla ověřena pomocí metody Analýza rozptylu (ANOVA). Metodou ANOVA bylo porovnáno skóre jednotlivých dimenzí dotazníku AAQ ve čtyřech skupinách seniorů podle stupně ADL, tj. skupina vysoce závislých seniorů, skupina seniorů se závislostí středního stupně, skupina seniorů s lehkou závislostí a skupina nezávislých seniorů. V případě prokázání signifikantního rozdílu mezi porovnávanými skupinami seniorů byl proveden Bonferroniho post-hoc test, kterým byly porovnány skupiny seniorů po dvojicích.

Závěr:

Hypotézu H₁₀ zamítáme pro dimenzi Psychosociální ztráty a dimenzi Fyzické změny. Bylo prokázáno, že senioři nezávislí dle ADL měli signifikantně vyšší skóre v dimenzi Psychosociální ztráty (tj. měli pozitivnější postoj ke stáří a stárnutí) než senioři vysoce závislí nebo senioři se závislostí středního stupně. Dále bylo prokázáno, že senioři nezávislí měli signifikantně vyšší skóre v dimenzi Fyzické změny (tj. více vnímali fyzické změny ve stáří jako obtěžující) než senioři lehce závislí. V dimenzi Psychologický růst nebyl zjištěn mezi skupinami seniorů signifikantní rozdíl, tj. nebyla potvrzena významná závislost mezi postojem ke stáří a stárnutí a stupněm ADL u seniorů v DpS.

Základní popisné statistiky skóre jednotlivých dimenzí, tj. průměrnou hodnotu skóre, směrodatnou odchylku (SD), minimální a maximální hodnotu skóre, pro porovnávané skupiny seniorů podle jejich závislosti a hladinu signifikance (p-hodnotu) Analýzy rozptylu pro porovnání všech skupin uvádí následující tabulka č. 32.

Tabulka 32: Závislost mezi postojem ke stáří a stárnutí a ADL

		Bartelové test (ADL)				ANOVA
		vysoce závislý	závislost stř. stupně	lehká závislost	nezávislý	
Psychosociální ztráty	Průměr	22,2	23,6	24,7	26,6	0,003
	SD	3,8	3,7	4,9	5,4	
	Medián	22	23	25	26	
	Minimum	15	15	12	16	
	Maximum	30	33	39	37	
Fyzické změny	Průměr	22,5	23,5	22,5	25,1	0,019
	SD	4,3	4,7	4,2	5,1	
	Medián	22	23	23	25	
	Minimum	15	12	13	15	
	Maximum	33	36	33	39	
Psychologický růst	Průměr	22,9	25,0	24,3	25,9	0,045
	SD	5,6	4,6	3,9	3,6	
	Medián	23	26	25	26	
	Minimum	13	15	13	18	
	Maximum	33	36	33	32	

Vzhledem k signifikantnímu výsledku Analýzy rozptylu byly skupiny seniorů podle stupně závislosti porovnány po dvojicích pomocí Bonferroniho post-hoc testu.

V tabulce číslo 33 výsledky porovnání skupin je znázorněno porovnání výsledků všech skupin seniorů podle stupně závislosti po dvojicích. Ve sloupci označeném skupina 1 je uveden název 1. skupiny a ve sloupci skupina 2 je uveden název 2. skupiny.

První řádek tabulky uvádí porovnání skupiny 1 = "vysoce závislí senioři" se skupinou 2 = "senioři se závislostí středního stupně".

Druhý řádek tabulky: skupina 1 = "vysoce závislí" se porovnávají se skupinou 2 = "lehce závislí".

Třetí řádek: skupina 1 = "vysoce závislí" se porovnává se skupinou 2 = "nezávislí" atd.

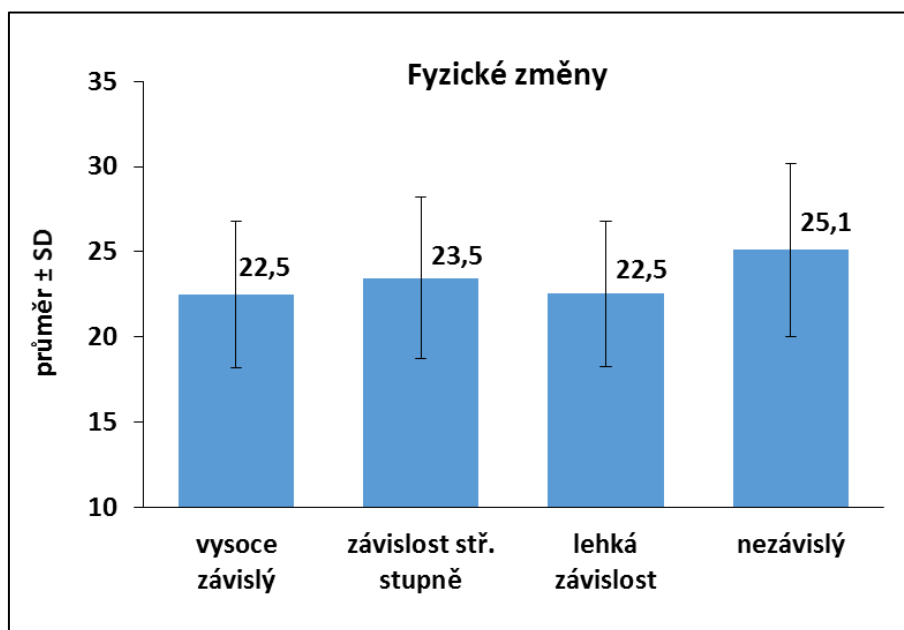
Tabulka 33: Výsledky porovnání skupin

	Porovnávané skupiny		Rozdíl průměrných skóre	p-hodnota
	skupina 1	skupina 2		
Psychosociální ztráty	vysoce závislý	závislost stř. stupně	-1,4	1
		lehká závislost	-2,6	0,109
		nezávislý	-4,4	0,004
	závislost stř. stupně	lehká závislost	-1,2	0,850
		nezávislý	-3,0	0,026
	lehká závislost	nezávislý	-1,8	0,245
Fyzické změny	vysoce závislý	závislost stř. stupně	-1,0	1
		lehká závislost	0,0	1
		nezávislý	-2,6	0,194
	závislost stř. stupně	lehká závislost	0,9	1
		nezávislý	-1,7	0,575
	lehká závislost	nezávislý	-2,6	0,014
Psychologický růst	vysoce závislý	závislost stř. stupně	-2,1	0,297
		lehká závislost	-1,5	0,798
		nezávislý	-3,0	0,050
	závislost stř. stupně	lehká závislost	0,7	1
		nezávislý	-0,9	1
	lehká závislost	nezávislý	-1,6	0,288

Základní popisné charakteristiky skóre (průměrná hodnota a směrodatná odchylka) v dimenzi Psychosociální ztráty a v dimenzi Fyzické změny jsou zobrazeny pro skupiny seniorů podle stupně ADL graficky pomocí sloupcového grafu č. 29 a 30. Výška sloupce odpovídá průměrné hodnotě skóre a svorka odpovídá plus mínus jedné směrodatné odchylce kolem průměru.



Graf 29: Průměrná hodnota ± směrodatná odchylka skóre v dimenzi Psychosociální ztráty ve skupinách podle stupně ADL



Graf 30: Průměrná hodnota ± směrodatná odchylka skóre v dimenzi Fyzické změny ve skupinách podle stupně ADL.

Cíl 2: Zjistit závislost mezi postojem ke stáří a stárnutí v doméně Psychosociální ztráty a mírou deprese u seniorů v DpS.

Statistické hypotézy k cíli 2:

H₂₀ – Neexistuje vztah mezi *postojem ke stáří a stárnutí v doméně Psychosociální ztráty a mírou deprese* u seniorů v DpS

H_{2A} – Existuje vztah mezi *postojem ke stáří a stárnutí v doméně Psychosociální ztráty a mírou deprese* u seniorů v DpS

Platnost hypotézy H₂₀ byla ověřena pomocí Kruskal-Wallisova testu. Testem byly porovnány skupiny seniorů podle míry deprese, tj. senioři s manifestní depresí, senioři s mírnou depresí a senioři bez deprese v hodnotách dimenzionálního skóre psychosociální ztráty. Neparametrický test Kruskal-Wallis byl použit kvůli nenormální distribuci hodnot skóre v porovnávaných skupinách. Vzhledem k signifikantnímu výsledku Kruskal-Wallisova testu byl pro porovnání skupin seniorů po dvojicích použit post-hoc test podle Dunnové.

Závěr:

Hypotézu H₂₀ zamítáme. Byla prokázána signifikantní závislost mezi postojem ke stáří a stárnutí v doméně Psychosociální ztráty a mírou deprese u seniorů. Bylo zjištěno, že hodnoty skóre v dimenzi Psychosociální ztráty klesají úměrně s rostoucím stupněm deprese u seniorů. Nejnižší hodnoty skóre (tj. negativnější postoj ke stáří a stárnutí) byl zjištěn u seniorů s manifestní depresí a nejvyšší hodnoty skóre (tj. nejpozitivnější postoj ke stáří a stárnutí) byl zjištěn u seniorů bez deprese.

Základní popisné charakteristiky skóre v doméně Psychosociální ztráty pro jednotlivé skupiny seniorů podle stupně deprese a hladinu signifikance (p-hodnotu) Kruskal-Wallisova testu pro porovnání všech skupin seniorů uvádí následující tabulka č. 34.

Tabulka 34: Výsledky Kruskal-Wallisova testu

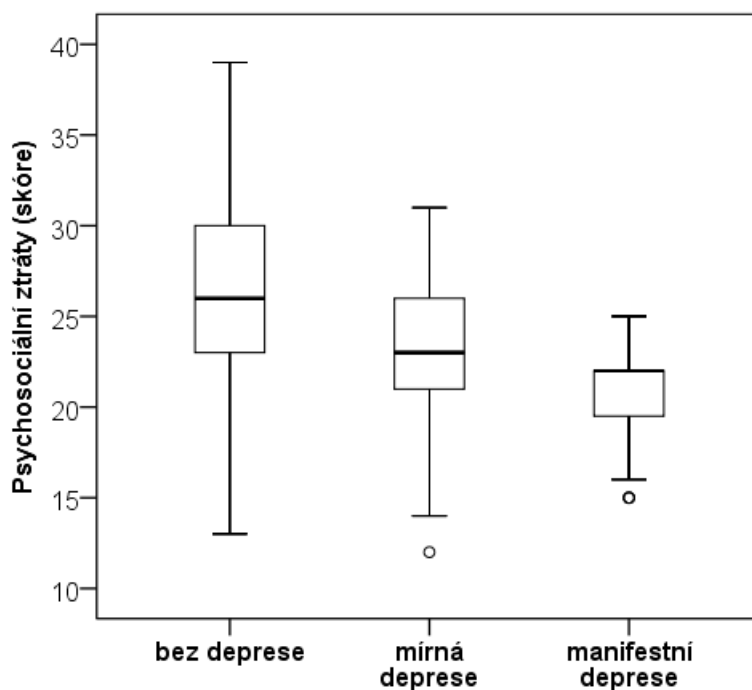
		Deprese			Kruskal-Wallis test p
		bez deprese	mírná deprese	manifestní deprese	
Psychosociální ztráty	Průměr	26,3	23,3	20,7	< 0,0001
	SD	5,1	3,8	2,9	
	Medián	26,0	23,0	22,0	
	Minimum	13	12	15	
	Maximum	39	31	25	

Hladinu signifikance post-hoc testu Dunnové pro porovnání skupin seniorů podle míry deprese po dvojicích uvádí následující tabulka č. 35.

Tabulka 35: Porovnání skupin seniorů dle míry deprese

	Signifikance (p-hodnota)
bez deprese vs. mírná	< 0,0001
bez deprese vs. manifestní	< 0,0001
mírná vs. manifestní	0,018

Všechny hodnoty signifikance jsou menší než hladina 0,05, to znamená, že se od sebe skupiny seniorů vzájemně liší. Rozdělení hodnot skóre v jednotlivých skupinách seniorů podle míry deprese lze zobrazit pomocí kvartilového krabicového grafu. Silná čára v krabici znázorňuje hodnotu mediánu skóre, spodní hrana krabice odpovídá dolnímu kvartilu a horní hrana krabice odpovídá hornímu kvartilu. Výška krabice definuje mezikvartilové rozpětí, ve kterém leží 50 % hodnot skóre. Svorky dole a nahoře prezentují minimální a maximální neodlehlu hodnotu. Odlehle hodnoty skóre jsou zobrazeny pomocí symbolu kroužek (graf č. 31).



Graf 31: Distribuce hodnot skóre v dimenzi Psychosociální ztráty ve skupinách seniorů podle míry deprese

Cíl 3: Zjistit závislost mezi postojem ke stáří a stárnutí v doméně Fyzické změny a pohlavím u seniorů v DpS.

Statistické hypotézy k cíli 3:

H₃₀ – Neexistuje vztah mezi *postojem ke stáří a stárnutí v doméně Fyzické změny a pohlavím* u seniorů v DpS

H_{3A} – Existuje vztah mezi *postojem ke stáří a stárnutí v doméně Fyzické změny a pohlavím* u seniorů v DpS

Hypotéza H₃₀ byla ověřena pomocí Studentova t-testu pro dva výběry. Testem byly porovnány skupiny seniorů podle pohlaví.

Závěr:

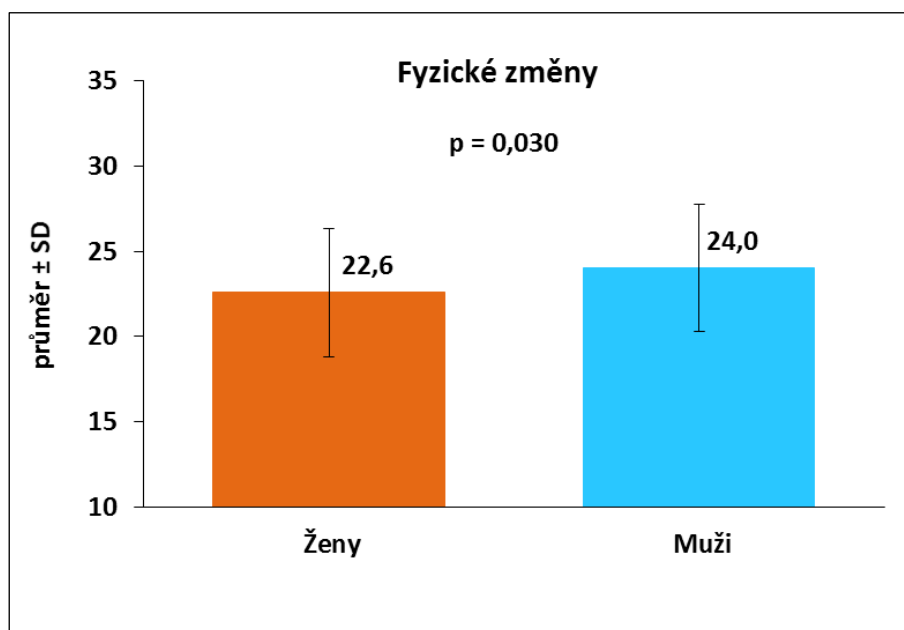
Hypotézu H₃₀ zamítáme. Byla prokázána signifikantní závislost mezi postojem ke stáří a stárnutí v doméně Fyzické změny a pohlavím seniorů. Ve skupině mužů byly zjištěny signifikantně vyšší hodnoty skóre než ve skupině žen, to znamená, že muži vnímají fyzické změny ve stáří jako více obtěžující.

Následující tabulka uvádí základní popisné charakteristiky skóre v dimenzi Fyzické změny ve skupině seniorů mužů a žen. V posledním sloupci tabulky je uvedena hodnota signifikance (p-hodnota) Studentova t-testu dvouvýběrového při porovnání obou skupin (tabulka 36).

Tabulka 36: Skóre v dimenzi Fyzické změny mužů a žen

		Ženy	Muži	Studentův t-test p
Fyzické změny	Průměr	22,6	24,0	0,030
	SD	4,3	4,8	
	Minimum	13	12	
	Maximum	33	39	

Rozdělení hodnot skóre ve skupině mužů a žen lze zobrazit graficky pomocí sloupcových grafů, kde výška sloupce prezentuje průměrnou hodnotu skóre a variabilita skóre je vyjádřena svorkou, která prezentuje plus mínus jednu směrodatnou odchylku kolem průměrné hodnoty (graf. č. 32).



Graf 32: Průměrná hodnota \pm směrodatná odchylka skóre v dimenzi Fyzické změny ve skupině mužů a žen.

Cíl 4: Zjistit závislost mezi postojem ke stáří a stárnutí v doméně Psychologický růst a věkem u seniorů v DpS.

Statistické hypotézy k cíli 4:

H_{4_0} – Neexistuje vztah mezi *postojem ke stáří a stárnutí v doméně Psychologický růst a věkem* u seniorů v DpS

H_{4_A} – Existuje vztah mezi *postojem ke stáří a stárnutí v doméně Psychologický růst a věkem* u seniorů v DpS

Platnost hypotézy H_{4_0} byla ověřena pomocí Spearmanovy korelační analýzy. Byla vypočítána hodnota Spearmanova korelačního koeficientu pro vyjádření míry závislosti mezi věkem a skóre v dimenzi Psychologický růst a byl udělán test významnosti korelačního koeficientu.

Závěr:

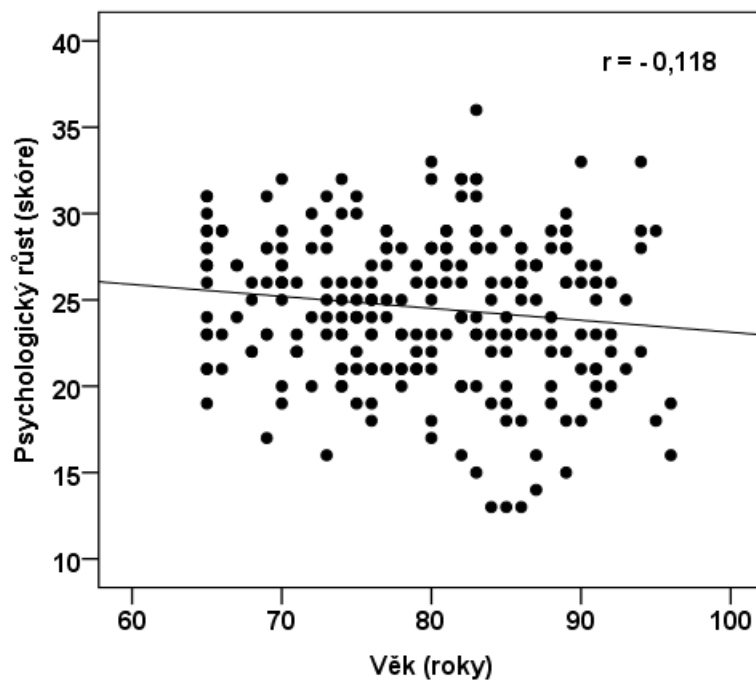
Hypotézu H_{4_0} nelze zamítnout. Nebyla prokázána signifikantní závislost mezi postojem ke stáří a stárnutí v doméně Psychologický růst a věkem. Hodnota korelačního koeficientu $r = -0,118$.

Následující tabulka č. 37 uvádí výsledky Spearmanovy korelační analýzy, hodnotu Spearmanova korelačního koeficientu, hladinu signifikance testu významnosti korelačního koeficientu (p- hodnotu) a počet párových hodnot, které byly použity pro výpočet.

Tabulka 37: Výsledky korelační analýzy

		Psychologický růst
Věk	Korelační koeficient	-0,118
	p	0,068
	N	240

Graficky lze závislost mezi skóre v doméně Psychologický růst a věkem seniorů znázornit pomocí bodového grafu č. 33.



Graf 33: Závislost mezi skóre v doméně Psychologický růst a věkem

5 DISKUSE

Diplomová práce se zabývá postoji ke stáří a stárnutí u seniorů v institucionální péči – domovy pro seniory. Teoretická část se věnuje problematice psychosociálních ztát, fyzických změn a psychologického růstu ve stáří. Vychází z jednotlivých domén standardizovaného dotazníku postojů ke stáří a stárnutí AAQ. Cílem výzkumné části je zmapovat postoj ke stáří a stárnutí u seniorů vyžadujících péči v institucionálním zařízení – domov pro seniory v regionu Třebíčsko a regionu Brno-venkov. Výzkumného šetření se v rámci práce zúčastnilo 240 seniorů (81 mužů a 159 žen) ve věkovém rozmezí 65 až 96 let. Kritériem výběru zkoumaného souboru byl věk nad 65 let, úroveň kognitivních funkcí dle testu MMSE 22 – 30 bodů, žijící minimálně 3 měsíce v institucionálním prostředí (domov pro seniory - DpS). Trigg et al. (2012, s. 1090) uvádí, že lidé s mírnou až středně těžkou demencí jsou schopni odpovídat na otázky týkající se jejich postoje vůči stáří a stárnutí pomocí AAQ podávané prostřednictvím rozhovoru.

Data získaná z dotazníkového šetření a vyhodnocení dotazníku AAQ v jednotlivých doménách popisují průměrné skóre u oslovených respondentů v doméně Psychosociální ztráty 24,6 v oblasti fyzické změny 23,1 a pro psychologický růst 24,6. Rashid (2012, s. 1074) uvádí, že sociální síť, sociální podpora a praktická podpora rodiny a přátel jsou důležité. Tato složka má významný vliv na kvalitu života a kvalitu spánku, což má pozitivní vliv na postoj seniorů ke stáří a stárnutí. Jeho studie byla provedena v Penangu v Malajsii za účasti 151 seniorů žijících dlouhodobě v institucionálním zařízení a uvádí, že psychosociální ztrátová doména zde měla nejnižší průměrné skóre ze všech domén. Průměrné skóre pro psychosociální ztrátu uvádí podobný výsledek 24,3. V ostatních doménách byly již výsledky rozdílné, v doméně Fyzické změny 25,8 a oblast psychologického růstu byla 26,5. Bryant at al. (2012, s. 1674) uvádí, že pozitivní postoje ke stáří a stárnutí u seniorů mohou přispět k lepšímu mentálnímu a fyzickému zdraví.

Míra závislosti dle Barthelové tesu oslovených respondentů byla nejčastěji u 134 (55,8 %) lehká. 48 (20 %) dotázaných vykazovalo závislost středního stupně. 36 (15 %) bylo nezávislých v základních denních činnostech a 22 (9,2 %) bylo vysoce závislých. Malderen (2016, s. 223) uvádí, že v domovech s pečovatelskou službou v belgických Flardech je většina 70,4 % seniorů závislá na nejméně dvou základních činnostech každodenního života, přičemž 17 % je nezávislých na všech základních každodenních činnostech. Janečková (2013, s. 69) popisuje ve

své studii za účasti 364 seniorů i institucionálních zařízeních České republiky výsledky, že dvě třetiny těchto seniorů je závislých na péči v běžných činnostech. Dále uvádí zjištění, že senioři s omezením aktivit měli výrazně horší postoje ke stáří a stárnutí ve fyzickém rozměru. Tyto výsledky se shodují i s výsledky diplomové práce, ve které bylo záměrem zjistit, zda je závislost mezi postojem ke stáří a stárnutí u seniorů v institucionální péči a stupněm ADL. Bylo prokázáno, že senioři nezávislí dle ADL měli signifikantně vyšší skóre v dimenzi Psychosociální ztráty (tj. měli pozitivnější postoj ke stáří a stárnutí) než senioři vysoce závislí nebo senioři se závislostí středního stupně. Dále bylo prokázáno, že senioři nezávislí měli signifikantně vyšší skóre v dimenzi Fyzické změny (tj. více vnímali fyzické změny ve stáří jako obtěžující) než senioři lehce závislí. V dimenzi Psychologický růst nebyl zjištěn mezi skupinami seniorů signifikantní rozdíl, tj. nebyla potvrzena významná závislost mezi postojem ke stáří a stárnutí a stupněm ADL u seniorů v DpS.

U sledovaného souboru respondentů byla hodnocena také míra depresivity dle Geriatrické škály deprese. Mírná deprese byla zjištěna u 96 (40%) členů souboru, manifestní deprese vyžadující odborníka výsledky ukázaly u 24 (10 %) respondentů a bez známek deprese bylo 120 (50 %) oslovených. Tyto údaje jsou podobné výsledkům šetření Holmerové provedené u 122 seniorů žijících v domovech důchodců v České republice roku 2006. Mírná depresivita zde byla zaznamenána u 40 % seniorů, silná deprese u 15 % a bez známek deprese bylo 34 % respondentů (Holmerová et al., 2006, s. 184). Míra prevalence deprese je u seniorů velmi variabilní a je závislá na mnoha faktorech. Huang (2014, s. 111-115) uvádí, že prevalence deprese v pečovatelských zařízeních na Tchaj-wanu činí 45,7 % a oproti tomu v zařízeních domácí péče je 22,2 %. Dále uvádí, že i úroveň vzdělání zde ovlivnila míru deprese a ti, kteří měli základní vzdělání, měli vyšší úroveň deprese než ti, kteří mají střední a vyšší vzdělání. To mohlo ovlivnit i výsledky diplomové práce, kde nejčastějším stupněm dosaženého vzdělání bylo vyučení, u 86 (35,8 %) a základní stupeň vzdělání u 85 (35,4 %). Středoškolské vzdělání mělo 56 (23,3 %). Vysokoškolské vzdělání uvedlo pouze 13 (5,4 %) respondentů. Drageset et al. (2011, s. 3111) dokonce uvádí, že deprese je hlavním zdravotním problémem ošetřovatelských domů. Jeho závěry vyplývají ze studie provedené v norských domovech pro seniory u respondentů ve věku 65 let a více ukazuje na zjištění, že špatné skóre ADL je významným prediktorem deprese. Záměrem diplomové práce bylo zjistit, zda existuje závislost mezi postojem ke stáří a stárnutí v doméně Psychosociální ztráty a mírou deprese u seniorů v DpS. Na základě výsledků této práce bylo zjištěno, že hodnoty skóre v dimenzi Psychosociální ztráty klesají úměrně s rostoucím stupněm deprese u seniorů. Nejnižší hodnoty skóre (tj. negativnější postoj ke stáří a stárnutí) byl zjištěn u seniorů s manifestní depresí

a nejvyšší hodnoty skóre (tj. nejpozitivnější postoj ke stáří a stárnutí) byl zjištěn u seniorů bez deprese. Malderen (2016, s. 223) zdůrazňuje potřebu usilovat o podporu v domovech s pečovatelskou službou s cílem posílit a udržovat úzké, osobní vztahy. Dragomirecká, Prajsová (2009, s. 28) uvádějí srovnání kvality života starších osob v naší postkomunistické zemi s kvalitou života seniorů ve státech západní Evropy s nepřerušenu tradicí demokracie na souboru 1981 respondentů ve věku 60 a více let. U českého souboru zde zjistily vyšší skór depresivních symptomů měřených dotazníkem GDS a nižší skóre kvality života v porovnání s ostatními centry.

Dalším sledovaným aspektem bylo srovnání závislosti mezi postojem ke stáří a stárnutí v doméně Fyzické změny a pohlavím u seniorů v DpS. Výsledky zjištěné pomocí dotazníku AAQ uvádějí, že ve skupině mužů byly signifikantně vyšší hodnoty skóre než ve skupině žen, to znamená, že muži vnímají fyzické změny ve stáří jako více obtěžující. Jiná studie Janečkové (2013, s. 69), ale uvádí, že muži měli pozitivnější celkový postoj ke stáří a stárnutí než ženy. Kalfos (2016, s. 255) udává, že v Norsku ženy vnímaly stáří jako čas větší ztráty, ale udávaly silnější pocit, že stáří jim přineslo moudrost a dalo jejich životu význam. Muži udávají silnější pocit, že zdravotní problémy jim brání dělat to, co chtějí a silněji věřili, že předali své zkušenosti ostatním. Thorpe (2014, s. 2061) poukazuje na závěry výzkumu, že fyzické a duševní zdraví se týká postoje ke stáří a stárnutí a většina chronických onemocnění jsou závislé na postoji vůči stáří a stárnutí v doméně fyzických změn.

Dalším záměrem této diplomové práce bylo zjištění závislosti mezi postojem ke stáří a stárnutí v doméně Psychologický růst a věkem u seniorů v DpS. Zde nebyla prokázána signifikantní závislost mezi postojem ke stáří a stárnutí v doméně Psychologický růst a věkem. Janečková (2013, s. 70) uvádí, že subjektivní potřeba nepřetržitého psychologického růstu je přítomna i v podmínkách života v institucionální péči. Loi (2015, s. 1899) ve své práci zkoumá postoje ke stáří a stárnutí u pečujících seniorů ve Viktorii v Austrálii, poukazuje na neočekávaný výsledek. Vyšší zátěž byla předpokladem pozitivnějších postojů ke stáří a stárnutí z hlediska psychologického růstu. Udává, že senioři, kteří se starají o blízkou osobu, se mohou stát odolnějšími a mají schopnost se naučit nové znalosti.

Význam a limitace dohledaných poznatků

Postoje ke stáří u seniorů vyžadujících institucionální péči významně ovlivňují negativní dopad nemoci i kvalitu života, jsou ovlivňovány celou řadou různých faktorů a jsou subjektivním pohledem na období stáří. V zahraničí jsou tyto postoje a faktory, které je ovlivňují předmětem mnoha výzkumů. Z výsledku této studie vyplývá, že postoje ke stáří a stárnutí jsou u seniorů v institucionální péči ovlivňovány mírou závislosti v základních všedních činnostech, mírou deprese a pohlavím. Deprese je označována za nejčastější problém duševního zdraví ve stáří. Existují hodnotící nástroje screeningu pro měření depresivity. Bohužel nejsou u nás tyto nástroje v mnoha případech běžnou praxí a v zařízeních sociálních služeb pro seniory nejsou pravidelně používány a vyhodnocovány. V mnoha případech deprese není odhalena, následně diagnostikována a léčena. Pro efektivní poskytování ošetrovatelské péče seniorům by bylo přínosné v těchto zařízeních zařadit pravidelné hodnocení deprese do běžné praxe a následně zaměřit ošetrovatelské plány a intervence na podporu pozitivního postoje k aktivnímu stárnutí a udržení co nejvyšší míry nezávislosti. Dále by tato zařízení měla poskytovat pravidelné vzdělávání a školení pro své pečovatele, aby zlepšila schopnost personálu identifikovat příznaky deprese u seniorů.

Diplomová práce má důsledky pro sestry, které jsou zaměřené na pomoc seniorům udržovat dobré životní uspokojení. Hodnocení spokojenosti života seniorů a jejich prediktorů a zajištění vhodné ošetrovatelské intervence může být důležité pro zvýšení spokojenosti s životem. Sestry v domovech pro seniory mají důležitou roli v edukaci a povzbuzování seniorů k pozitivnímu postoji ke stáří a stárnutí tak, aby se zvýšil jejich subjektivní pocit spokojenosti. Sestry mohou identifikovat faktory, které ovlivňují životní spokojenost seniorů, a realizaci odpovídajících ošetrovatelských intervencí minimalizovat negativní účinky nízké životní spokojenosti.

Mezi **limity studie** patří skutečnost, že výzkum není reprezentativní, protože byl realizován pouze ve dvou regionech České republiky. Výsledky proto není možné zevšeobecňovat. Předmětem tohoto šetření nebylo zjišťování dalších faktorů, které mohou ovlivňovat postoje seniorů v institucionální péči. Mezi tyto proměnné patří například komorbidita, existence podpůrné sociální sítě (rodinné a společenské vztahy), aktuální zdravotní stav, akceptace nutnosti trvalé institucionální péče. Také není zohledněna finanční situace oslovených respondentů. Tato studie byla provedena v příspěvkových organizacích zřízených Jihomoravským krajem a Krajem Vysočina. Bylo by vhodné zopakovat obdobné studie i ve větších soukromých zařízeních pro seniory, které mají jiné finanční zdroje.

6 ZÁVĚR

Pro tvorbu diplomové práce jsem si zvolila téma postoje ke stáří u seniorů v institucionální péči. Téma kvality života seniorů je na jedné straně hodně diskutované. Na straně druhé však dochází, zejména ze strany vrcholového managementu sociálních zařízení, k přivírání očí nad problémy seniorů týkajících se jejich postoje ke stáří a stárnutí. Jelikož sama pracuji se seniory vyžadujícími institucionální péči, zajímala mne problematika postojů ke stáří a stárnutí i v jiných zařízeních domovů pro seniory. Mnohá zařízení sociálních služeb se v rámci ošetrovatelské péče příliš nezaměřují na psychosociální oblast. Zde by mohlo pomoci zapojení psychologa do multidisciplinárního týmu pracovníků pečujících o seniory v institucionálním prostředí.

Jednotlivé cíle byly zaměřeny na domény standardizovaného dotazníku postojů ke stáří a stárnutí AAQ – česká verze a jejich vliv na stupeň závislosti, pohlaví, věk a depresi. Analýza výsledků získaných ze statistického zpracování výzkumu ukázala, že soběstační senioři mají pozitivnější postoj ke stáří a více vnímají fyzické změny jako obtěžující. S rostoucím stupněm deprese se zhoršuje hodnocení v doméně Psychosociální ztráty. Muži vnímají fyzické změny ve stáří jako více obtěžující než ženy. Rostoucí věk neovlivňuje postoj ke stáří v doméně Psychologický růst.

Postoje ke stáří a stárnutí jsou ovlivněny celou řadou faktorů a jsou subjektivním pohledem na období stáří. Při poskytování ošetrovatelské péče starším lidem má velký význam pochopit aspekty stárnutí z pohledu seniorů, brát v úvahu jejich individuální potřeby v oblasti psychické, sociální i spirituální. Postoj a zdraví jsou faktory, které lze změnit, a mohou být považovány za proměnné ve vývoji intervencí ke zlepšení spokojenosti seniorů.

Výsledky diplomové práce a jejich sumarizace by mohly být publikovány v odborných recenzovaných časopisech, které se zaměřují na ošetrovatelství nebo na geriatrii. Tyto informace by mohly být přínosné i pro vrcholový management sociálních zařízení, který díky poznatkům zjistí, ve kterých oblastech zaujímají senioři pozitivní či negativní postoje, a kterými faktory mohou být tyto postoje ovlivněny. Zároveň by publikované poznatky mohly být podkladem pro další výzkumy a studie, jejichž cílem by bylo zjistit, jak je zajišťovaná a poskytovaná péče o psychickou pohodu seniorů dlouhodobě žijících v institucionálních zařízeních ze strany managementu.

"Nebyl na světě zbytečně ten, kdo pomáhal ulehčit břemeno druhým."

Charles Dickens

REFERENČNÍ SEZNAM

Adresář sociálních služeb v Jihomoravském kraji [online]. Jihomoravský kraj, 2013- [cit. 24.4.2017]. Dostupné z: <http://www.socialnisluzby-jmk.cz/Folders/933-1-Adresare+a+katalogy+socialnich+sluzeb.aspx>.

BENNETT, R., ECKMAN, J. Attitudes toward aging: A critical examination of recent literature and implications for future research. In C. Eisdorfer & M. P. Lawton (Eds.), *The psychology of adult development and aging*. 1973, 575–597. Washington, DC: American Psychological Association.

BORIKOVÁ, I. Posudzovanie aktivít denného života. *Ošetrovatelství a porodní asistence*. 2010, 1(1), 24-30. ISSN 1804-2740.

BROWN, L, et al. Validation and utility of the Attitudes to Ageing Questionnaire: Links to menopause and well-being trajectories. *Maturitas*. 2015, 82(2), 190-196. ISSN 0378-5122.

BRYANT, C. et al. 2012. The relationship between attitudes to aging and physical and mental health in older adults. *International Psychogeriatrics*. 2012, 24(10), 1674–1683. ISSN 1041-6102.

BURKE, E: What It's Like to Grow Older: The Aging Perceptions of People With an Intellectual Disability in Ireland. *Intellectual and developmental disabilities*. 2014, 52(3), 205-219. ISSN 1934-9491.

COLLIS, D. WATERFIEL, J. The Understanding of Pain by Older Adults Who Consider Themselves to Have Aged Successfully. *Musculoskeletal Care*. 2015, 13 (1), 19-30. ISSN: 1478-2189.

Český statistický úřad [online] 2017, *Česká republika v číslech – 2016*. [cit. 9.4.2017]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/csu/czso/ceska-republika-v-cislech>.

DEVKOTA R. The Attitudes of Older People and Nurses Towards Chronic Pain: A Critical Literature Review. *Indiana Journal of Gerontology*. 2013, 27 (1), 88-121. ISSN 0971-4189.

DIEHL, M. et al. Awareness of aging: Theoretical considerations on an emerging concept. *Developmental Review*. 2014, 34 (2), 93-113. ISSN 0273-2297.

DRAGESSET, J. et al. Depression is associated with poor functioning in activities of daily living among nursing home residents without cognitive impairment: Depression and activity of daily living. *Journal of Clinical Nursing*. 2011, 20(21-22), 3111-3118. ISSN 0962-1067.

DRAGOMIRECKÁ, E. et. PRAJSOVÁ, J. *WHOQOL-OLD Příručka pro uživatele české verze dotazníku Světové zdravotnické organizace pro měření kvality života ve vyšším věku*. 1. vydání. Praha: Psychiatrické centrum, 2009. ISBN 978-80-87142-05-9.

European Health Interview Survey in the Czech Republic EHIS 2008 [online]. Prague: Institute of health information and statistics of the Czech Republic; 2011 [cit. 5.4.2017]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/en/category/tematicke-rady/european-health-interview-survey-czech-republic-2008>.

Eurostat: Health. Brussels: European Commission; 2012 [online]. Healthy life years and life expectancy at age 65, by sex [cit. 20.9.2016]. Dostupné z: <http://epp.eurostat.ec.europa.eu/tgmAable.do?tab=table&plugin=1&language=en&pcode=tsdph220>.

HILTON, J. M. Perceptions of successful aging among older Latinos, in cross-cultural context. . *Journal of cross-cultural gerontology*. 2012, 27(3), 183-199. ISSN 0169-3816.

HILTON, J. M., KOPERA-FRYE, K., KRAVE, A. Successful aging from the perspective of family caregivers. *The Family Journal* [online]. 2009, 17(1), 39-50 [cit. 24.9.2016]. ISSN 1552-3950. Dostupné z: <https://doi.org/10.1177/1066480708328467>.

HOLMEROVÁ, I. et al. 2006. Depresivní syndrom u seniorů, významný a dosud nedoceněný problém. *Psychiatrie pro praxi*. 2006, 4, 182-184. ISSN 1213-0508.

HUANG, H. T. et al. Depression in older residents with stroke living in long-term care facilities. *Journal of Nursing Research*. 2014, 22(2), 111-118. ISSN 1682-3141.

JANEČKOVÁ, H. et al. The attitudes of older adults living in institutions and their caregivers to ageing. *Central European Journal Of Public Health*. 2013, 21 (2), 63-71. ISSN 1210-7778.

JONGENELIS, K. et al. Prevalence and risk indicators of depression in elderly nursing home patients: The AGED study. *Journal of Affective Disorders*. 2004, 83(2-3), 135-142. ISSN 0165-0327.

KALFOSS, M. Gender Differences in Attitudes to Ageing among Norwegian Older Adults. *Open Journal of Nursing* [online]. 2016, 6, 255-266 [cit. 6.3.2017]. ISSN 2162-5344. Dostupné z: <http://www.scirp.org/journal/ojn> <http://dx.doi.org/10.4236/ojn.2016.63026>.

KALVACH, Z. a kol. *Geriatric a gerontologie*, 1. vydání, Praha: Grada Publishing. 2004, 861 s. ISBN 80-247-0548-6.

KASTENBAU, R., et al. The ages of me: Toward personal and interpersonal definitions of functional aging. *Aging and Human Development*. 1972, 3, 197-211. ISSN 0091-4150.

KIM, G. JANG, Y. CHIRIBOGA D.A. Personal views about aging among Korean American older adults: the role of physical health, social network, and acculturation. *Journal of cross-cultural gerontology*. 2012, 27(2), 139-148. ISSN 0169-3816.

Krajský úřad Kraje Vysočina: *Sociální portál Kraje Vysočina: Domovy pro seniory* [online]. [cit. 28.8.2016] Dostupné z: <http://www.kr-vysocina.cz/domovy-pro-seniory/d-4057023/p1=61004>

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

KUMAR, A., ALLOCK, N. Pain in older people: reflections and experience from older person's perspective. [online] 2008. [cit. 3.9.2016]. Dostupné z: http://policy.helptheaged.org.uk/NR/rdonlyres/D97BB4C1-8A95-4940-91DCBC8AFD921BFA/0/pain_in_older_people_181108.pdf.

LADITKA, S. B. et al. Attitudes about aging well among a diverse group of older Americans: implications for promoting cognitive health. *The Gerontologist* [online] 2009, 49, 30–39 [cit. 3.9.2016]. ISSN 1758-5341. Dostupné z: doi: 10.1093/geront/gnp084.

LAI C, K. et al. Factors associated with the quality of life of nursing home residents in Hong Kong. *International nursing review*. 2015, 62(1), 120–129. ISSN 0020-8132.

LAI, C, K. et al. Who are the healthy active seniors? A cluster analysis. *BMC Geriatrics* [online] 2014,14:127 [cit. 3.9.2016]. ISSN 1471-2318. Dostupné z: doi: 10.1186/1471-2318-14-127.

LAW, J. et al. Is depression viewed as an inevitable consequence of age? The “understandability phenomenon” in older people. *Clinical Gerontologist* [online]. 2010, 33(3), 194–209 [cit. 3.9.2016]. ISSN 1545-2301. Dostupné z: <http://dx.doi.org/10.1080/07317111003773627>.

LIECHTY, T. a YARNAL, C.M. Older Women's Body Image: A Lifecourse Perspective. *Ageing and Society* [online]. 2010, 30, 1197-1218 [cit. 3.9.2016]. ISSN 0144-686X. Dostupné z: <http://dx.doi.org/10.1017/S0144686X10000346>.

LOI, S. M. et al. Attitudes to aging in older carers—do they have a role in their well-being? *International Psychogeriatrics* [online]. 2015, 27(11), 1893-1901 [cit. 3.1.2017]. ISSN 1741-203X. Dostupné z: doi:10.1017/S1041610215000873.

LOW, G. MOLZAHN, A. KALFOSS, M. Cultural frames, qualities of life, and the aging self. *Western journal of nursing research*. 2014, 36(5), 643-663. ISSN 0193-9459.

LUO, L. Aging and quality of life in Taiwan.. *Journal of alternative medicine research* 2012, 4(3), 233-243. ISSN: 1939-5868.

MALDERN, V, L. et al. Active ageing within the nursing home: a study in Flanders, Belgium. *European journal of ageing* [online]. 2016, 13, 219–230 [cit. 26.1.2017]. ISSN 1613-9380. Dostupné z: doi 10.1007/s10433-016-0374-3.

MARKOVÁ, K. JEDLINSKÁ, M. ŠOUKALOVÁ, K. Vztah reminiscenčních aktivit a depresivity seniorů v institucionální péči. *Ošetrovatelství a porodní asistence*. 2013, 4 (1), 520-527. ISSN 1804-2740.

Ministerstvo práce a sociálních věcí. *Statistická ročenka z oblasti práce a sociálních věcí 2015*. Praha, 2016. ISBN 978-80-7421-127-0.

MONTEPARE, J. M. Subjective age: Toward a guiding lifespan framework. *International Journal of Behavioral Development* [online]. 2009, 33(1), 42–46 [cit. 26.1.2017]. ISSN 1464-0651. Dostupné z: <http://dx.doi.org/10.1177/0165025408095551>.

MÜHLPACHR, P. *Gerontopedagogika*. 1. vydání, Brno: Masarykova univerzita. 2004, 203 s. ISBN 80-210-3345-2.

ONDRUŠOVÁ, J., DRAGOMIRECKÁ E. Smysl života a deprese u českých seniorů. *Československá psychologie* [online]. 2012, 56 (3), 193-205 [cit. 26.1.2017]. ISSN 1804-6436. Dostupné z: <http://cspych.psu.cas.cz/result.php?from=750&to=750>.

RACZOVÁ, B., MARHEVSKÁ G. Příprava na stárnutí v kontexte sebakontroly a starostlivosti o seba: výsledky výskumu. *Psychologie a její kontexty* [online]. 2013, 4 (1), 37-50 [cit. 22.4.2017]. ISSN 1805-9023. Dostupné z: http://psychkont.osu.cz/fulltext/2013/Raczova,Marhevska_2013_1.pdf.

RASHID, A. et al. Sleep quality among residents of an old folk's home in Malaysia. *Iranian journal of nursing and midwifery research*. 2012, 17 (7), 512-519. ISSN 1735-9066.

RASHID, A. et al. The attitude towards ageing among residents of an elderly care institution in Penang Malaysia. *International Journal of Collaborative Research on Internal Medicine & Public Health* [online]. 2012, 4(6), 1069-1083 [cit. 22.10.2016]. ISSN 1735-9066.

Dostupné z: <http://internalmedicine.imedpub.com/the-attitude-towards-ageing-among-residents-of-an-elderly-care-institution-in-penang-malaysia.pdf>.

SANTOS, I, P. et al. Sexual well-being of older men and women. *Canadian Journal of Human Sexuality*. 2016, 25 (2), 86-98. ISSN: 1188-4517.

SETTERSTEN JR, Richard A. *Lives in time and place: The problems and promises of developmental science*. Baywood Publishing Co, 1999.

SHEIKH, J, I., YESAVAGE, J, A. Geriatric Depression Scale (GDS): Recent evidence and development of a shorter version. *Clinical Gerontologist*. 1986, 5, 165–172.

SHENKIN, S, D. et al. Life course influences of physical and cognitive function and personality on attitudes to aging in the Lothian Birth Cohort 1936. *International Psychogeriatrics*. 2014, 26(9), 1417–1430. ISSN 1041-6102.

SHENKIN, S, D. et al. The attitudes to Ageing Questionnaire: Mokken Scaling Analysis. *Plosone* [online]. 2014, 9 (6), 1-11 [cit. 22.10.2016]. ISSN 1932-6203. Dostupné z: <http://journals.plos.org/plosone/>.

STEVERIK, N. et al. The personal experience of aging, individual resources, and subjective well-being. *The Journals of Gerontology, Series B: Psychological and Social Sciences*. 2001, 56(6), 364–373. ISSN 1079-5014.

SUH S. et al. Association between knowledge and attitude about aging and life satisfaction among older koreans. *Asian nursing research*. 2012, 6(3), 96-101. ISSN 1976-1317.

THORPE, A, M. et al. Attitudes to aging in midlife are related to health conditions and mood. *International Psychogeriatrics*. 2014, 26(12), 2061–2071, ISSN 1041-6102.

TRIGG, R. et al. Self-reported quality of life ratings of people with dementia: the role of attitudes to aging. *International Psychogeriatrics*. 2012, 24(7), 1085-1093. ISSN 1041-6102.

VALEŠOVÁ, M. a VALEŠ, J. Využití kinezioterapie v domácí péči. *Medicina pro praxi* [online]. 2010, 7(4), 199-200 [cit. 5.3.2017]. ISSN 1214-8687. Dostupné z: <http://www.medicinapropraxi.cz/pdfs/med/2010/04/12.pdf>.

VAŇKOVÁ H. et. al. Prevalence kognitivních poruch v pobytových zařízeních pro seniory v ČR – nárůst mezi lety 2007 a 2013. *Geriatric a gerontologie*. 2013, 2(3), 111-114. ISSN 1805-4684

VEJRÁŽKOVÁ, B. Hodnocení vlivu vzdělání na soběstačnost a mobilitu seniorů. *Studia sportiva* [online]. 2011, 5(1), 173-178. [cit. 5.3.2017]. ISSN: 1802-7679. Dostupné z: http://www.fsps.muni.cz/studiasportiva/dokument/studia_sportiva_2011_5_1.pdf

VIRGULOVÁ, J, SCHEDOVÁ, D. Kvalita života seniorov z pohľadu miery nezávislosti. *Profese on-line* [online]. 2013, 6(1),35-39. [cit.5.3.2017]. ISSN 1803-4330. Dostupné z: http://profeseonline.upol.cz/upload/soubory/2013_01/Virgulova.pdf

WONG, W. et al. Perceptions of the elderly on ageing in place in Hong Kong. *SpringerPlus* [online]. 2015, 4(2).[cit.23.9.2016]. Dostupné z: <http://www.springerplus.com/content/4/S2/O4>.

WONG, W. et al. The well-being of community-dwelling near-centenarians and centenarians in Hong Kong a qualitative study. *BMC Geriatrics* [online]. 2014, 14(63). [cit. 12.11.2016]. ISSN: 1471-2318. Dostupné z: doi: 10.1186/1471-2318-14-63.

World Health Organization. *Active ageing: a policy framework* [online].World Health Organization, Geneva. 2002[cit.13.4.2017]. Dostupné z: http://www.who.int/ageing/publications/active_ageing/en/.

YAMADA, MERZ, L. KISVETROVA, H. Quality of life and comorbidity among older home care clients: role of positive attitudes toward aging. *Quality of Life Research*. 2015, 24(7), 1661-1667. ISSN 0962-9343.

YOUNG, Y. et al. Can successful aging and chronic illness coexist in the same individual? A multidimensional concept of successful aging. *Journal of the American Medical Directors Association*. 2009, 10(2), 87-92. ISSN 1525-8610.

ZENG, W. et al. A framework to understand depression among older persons. *Journal of Clinical Nursing*. 2012, 21(17-18), 2399-2409. ISSN 0962-1067 0.

ŽIAKOVÁ, K. et al. *Ošetrovatelstvo – teória a vedecký výskum*. Martin: Osveta, 2009. ISBN -978-80-8063-304-2.

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

AAQ	Attitudes toward Aging Questionnaire
ADL	Activity daily living
Atd.	a tak dále
č.	číslo
ČR	Česká republika
GDS	Geriatric depression scale
MMSE	Mini-Mental State Examination – test kognitivních funkcí
MPSV	Ministerstvo práce a sociálních věcí
např.	například
stř.	střední
ÚZIS	Ústav zdravotnické informací a statistiky ČR
WHO	World Health Organization-
WHOQOL	World Health Organization Quality Of Life
WHOQOL-OLD	World Health Organization Quality Of Life – OLD

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1: Věk.....	31
Tabulka 2: Skóre MMSE	31
Tabulka 3: Pohlaví	31
Tabulka 4: Vzdělání.....	32
Tabulka 5: Míra deprese (GDS).....	33
Tabulka 6: Barthelové test základních všedních činností (ADL)	34
Tabulka 7: Dotazník AAQ – základní popisné charakteristiky skóre domén.....	35
Tabulka 8: Jak lidé stárnou, jsou schopni se lépe vyrovnávat se životem.....	36
Tabulka 9: Je výsadou dožít se vyššího věku	37
Tabulka 10: Stáří je čas samoty	38
Tabulka 11: Moudrost přichází s věkem.....	39
Tabulka 12: Stáří s sebou přináší mnoho příjemných věcí	40
Tabulka 13: Stáří je čas depresí	41
Tabulka 14: Cvičení je důležité v každém věku	42
Tabulka 15: Stárnutí je snazší, než jsem si myslel/a.....	43
Tabulka 16: Jak stárnu, zjišťuji, že je pro mne těžší mluvit o svých pocitech	44
Tabulka 17: Jak stárnu, jsem vůči sobě tolerantnější.....	45
Tabulka 18: Necítím se starý/á	46
Tabulka 19: Stáří vidím hlavně jako období ztrát.....	47
Tabulka 20: To, jak se uvnitř cítím, není dáno věkem.....	48
Tabulka 21: Mám více energie, než bych vzhledem ke svému věku očekával/a.....	49
Tabulka 22: Jak stárnu, stávám se fyzicky méně soběstačný/á.....	50
Tabulka 23: Zdravotní problémy mně nebrání dělat to, co chci	51
Tabulka 24: Jak stárnu, zjišťuji, že je pro mne těžší uzavírat nová přátelství	52
Tabulka 25: Je velmi důležité předat své zkušenosti mladým lidem.....	53
Tabulka 26: Věřím, že můj život má význam.....	54
Tabulka 27: Nyní, když jsem starší, necítím se dost začleněný/á do společnosti.....	55
Tabulka 28: Chci dávat dobrý příklad mladým lidem	56
Tabulka 29: Cítím se kvůli svému věku z mnoha věcí vyřazený/á.....	57
Tabulka 30: Můj zdravotní stav je lepší, než jsem ve svém věku očekával/a.....	58
Tabulka 31: Cvičením se udržuji tak aktivní a v dobré kondici, jak je to možné.....	59
Tabulka 32: Závislost mezi postojem ke stáří a stárnutí a ADL	61

Tabulka 33: Výsledky porovnání skupin	62
Tabulka 34: Výsledky Kruskal-Wallisova testu	64
Tabulka 35: Porovnání skupin seniorů dle míry deprese	65
Tabulka 36: Skóre v dimenzi Fyzické změny mužů a žen.....	66
Tabulka 37: Výsledky korelační analýzy.....	68

SEZNAM OBRÁZKŮ

Graf 1: Vzdělání	32
Graf 2: Míra deprese	33
Graf 3: Barthelové test - ADL	34
Graf 4: Základní popisné charakteristiky skóre domén dotazníku AAQ (průměrná hodnota ± směrodatná odchylka).....	35
Graf 5: Jak lidé stárnou, jsou schopni se lépe vyrovnávat se životem	36
Graf 6: Je výsadou dožít se vyššího věku.....	37
Graf 7: Stáří je čas samoty	38
Graf 8: Moudrost přichází s věkem	39
Graf 9: Stáří s sebou přináší mnoho příjemných věcí	40
Graf 10: Stáří je čas depresí.....	41
Graf 11: Cvičení je důležité v každém věku	42
Graf 12: Stárnutí je snazší, než jsem si myslel/a	43
Graf 13: Jak stárnu, zjišťuji, že je pro mne těžší mluvit o svých pocitech.....	44
Graf 14: Jak stárnu, jsem vůči sobě tolerantnější	45
Graf 15: Necítím se starý/á.....	46
Graf 16: Stáří vidím hlavně jako období ztrát	47
Graf 17: To, jak se uvnitř cítím, není dáno věkem	48
Graf 18: Mám více energie, než bych vzhledem ke svému věku očekával/a.....	49
Graf 19: Jak stárnu, stávám se fyzicky méně soběstačný/á.....	50
Graf 20: Zdravotní problémy mně nebrání dělat to, co chci	51
Graf 21: Jak stárnu, zjišťuji, že je pro mne těžší uzavírat nová přátelství	52
Graf 22: Je velmi důležité předat své zkušenosti mladým lidem	53
Graf 23: Věřím, že můj život má význam	54
Graf 24: Nyní, když jsem starší, necítím se dost začleněný/á do společnosti	55
Graf 25: Chci dávat dobrý příklad mladým lidem.....	56
Graf 26: Cítím se kvůli svému věku z mnoha věcí vyřazený/á.....	57
Graf 27: Můj zdravotní stav je lepší, než jsem ve svém věku očekával/a.....	58
Graf 28: Cvičením se udržuji tak aktivní a v dobré kondici, jak je to možné.....	59
Graf 29: Průměrná hodnota ± směrodatná odchylka skóre v dimenzi Psychosociální ztráty ve skupinách podle stupně ADL	63

Graf 30: Průměrná hodnota \pm směrodatná odchylka skóre v dimenzi Fyzické změny ve skupinách podle stupně ADL.	63
Graf 31: Distribuce hodnot skóre v dimenzi Psychosociální ztráty ve skupinách seniorů podle míry deprese	65
Graf 32: Průměrná hodnota \pm směrodatná odchylka skóre v dimenzi Fyzické změny ve skupině mužů a žen.	67
Graf 33: Závislost mezi skóre v doméně Psychologický růst a věkem	69

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha 1: Demografická data.....	90
Příloha 2: Dotazník AAQ	91
Příloha 3: Barthelové test základních všedních činností	96
Příloha 4: Škála deprese pro geriatrické pacienty	97
Příloha 5: Stanovisko Etické komise FZV UP	98
Příloha 6: Žádost o umožnění výzkumného šetření v DpS Zastávka.....	99
Příloha 7: Žádost o umožnění výzkumného šetření v DpSTřebíč	100
Příloha 8: Žádost o umožnění výzkumného šetření v DpS Černá Hora.....	101
Příloha 9: Žádost o umožnění výzkumného šetření v Domov Hvězda	102
Příloha 10: Informovaný souhlas	103

Příloha 1: Demografická data

Vážená paní, vážený pane,

jsem studentkou magisterského studia oboru Ošetrovatelská péče v interních oborech na Fakultě zdravotnických věd Univerzity Palackého v Olomouci. Obracím se na Vás s prosbou o vyplnění dotazníku, který je podkladem mé diplomové práce, v níž se zabývám postojem k stáří u seniorů žijících v institucionálních zařízeních. Dotazník je anonymní a konkrétní výsledky nebudou zveřejněny.

Prosím Vás o upřímné odpovědi.

U každé položky zakroužkujte prosím pouze jednu z nabízených odpovědí, nebude-li uvedeno přímo u zadání položky jinak.

S poděkováním za Váš čas a ochotu Radka Krafková

1. Uvedte Váš věk:.....(v celých letech)

2. Uvedte pohlaví:

a) žena

b) muž

3. Vaše nejvyšší dosažené vzdělání je:

a) základní

b) vyučen/a

c) středoškolské

e) vysokoškolské

WHOQOL-OLD

**Postoje ke stárnutí a stáří
(WHO) AAQ - česká verze**

Instrukce

Tento dotazník zjišťuje, co si myslíte o stárnutí.

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

Berte prosím v úvahu, jak běžně žijete, své plány, radosti i starosti. Rádi bychom, abyste vycházeli ze svých **celkových životních zkušeností**.

Ptáme se tedy na Váš celkový pocit a otázka může znít např. takto:

Bojím se stárnutí.

vůbec neplatí	trochu platí	středně platí	hodně platí	maximálně platí
1	2	3	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 „hodně“ bojíte, nebo zakroužkovat číslo 1, pokud se stárnutí „vůbec“ nebojíte. Přečtěte si laskavě každou otázku; zhodnoťte své pocity a zakroužkujte u každé otázky to číslo stupnice, které nejlépe vystihuje Vaši odpověď.

Děkujeme Vám za spolupráci

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 slovem „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

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 depresí.

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, **nakolik** 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 vyjádřit, že Vaše odpověď leží někde mezi „vůbec neplatí“ a „maximálně platí“, zakroužkujte jedno z čísel ležících mezi nimi.

8. Stárnutí je snazší, než jsem si myslel/a.

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

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

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

10. Jak stárnu, jsem vůči sobě tolerantnější.

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

11. Necítím se starý/á.

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

12. Stáří vidím hlavně jako období ztrát.

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

13. To, jak se uvnitř cítím, není dáno věkem.

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

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

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

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

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

16. Zdravotní problémy mně nebrání dělat to, co chci.

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

17. Jak stárnu, zjišťuji, že je pro mne těžší uzavírat nová přátelství.

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

18. Je velmi důležité předat své zkušenosti mladým lidem.

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

19. Věřím, že můj život má význam.

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

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

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

21. Chci dávat dobrý příklad mladým lidem.

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

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

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

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

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

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

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

Děkujeme vám za spolupráci

Příloha 3: Barthelové test základních všedních činností

Barthelův test základních všedních činností.

(ADL-activity daily living)

Činnost:	Provedení činnosti:	Bodové skóre
01. Najedení, napití	Samostatně bez pomoci	10
	S pomocí	05
	Neprovede	00
02. Oblékání	Samostatně bez pomoci	10
	S pomocí	05
	Neprovede	00
03. Koupání	Samostatně nebo s pomocí	05
	Neprovede	00
04. Osobní hygiena	Samostatně nebo s pomocí	05
	Neprovede	00
05. Kontinence moči	Plně kontinentní	10
	Občas inkontinentní	05
	Trvale inkontinentní	00
06. Kontinence stolice	Plně kontinentní	10
	Občas inkontinentní	05
	Inkontinentní	00
07. Použití WC	Samostatně bez pomoci	10
	S pomocí	05
	Neprovede	00
08. Přesun lůžko-židle	Samostatně bez pomoci	15
	S malou pomocí	10
	Vydrží sedět	05
	Neprovede	00
09. Chůze po rovině	Samostatně nad 50 metrů	15
	S pomocí 50 metrů	10
	Na vozíku 50 metrů	05
	Neprovede	00
10. Chůze po schodech	Samostatně bez pomoci	10
	S pomocí	05
	neprovede	00

Hodnocení stupně závislosti

Hodnocení:	Závislost	Body
	Vysoce závislý	00 – 40 bodů
	Závislost středního stupně	45 – 60 bodů
	Lehká závislost	65 – 95 bodů
	Nezávislý	96 – 100 bodů

Literatura:

- ZAHRADNICKÁ, Ilona. Komplexní péče pacientů po CMP, Sestra-Tematický sešit, 2000, vol.X, no.5, p.12, ISSN 1210-0404

Příloha 4: Škála deprese pro geriatrické pacienty

Škála deprese pro geriatrické pacienty-Geriatric depression scale.

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

Vyberte na každou z uvedených otázek odpověď „ano“ nebo „ne“ a odpověď zaškrtnete!

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 býti 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	

Hodnocení:

1 bod za každou odpověď „ano“ u otázek		2	3	4		6		8	9	10		12		14	15
1 bod za každou odpověď „ne“ u otázek	1				5		7				11		13		
Bez deprese	00 – 05 bodů														
Mírná deprese	06 – 10 bodů														
Manifestní deprese vyžadující odborníka	Nad 10 bodů														

Literatura:

- VOJTĚCHOVSKÝ,Miloš..Deprese ve stáří-některé novější poznatky a praktické rady, *Sestra-příloha*, 1999, vol.IX, no.5, p.3, ISSN 1210-0404.

Příloha 5: Stanovisko Etické komise FZV UP



Fakulta
zdravotnických věd

UPOL-80992/1040-2016

Vážený pan
Bc. Radka Krafková

2016-06-17


Stanovisko 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 „**Postoje ke stáří u seniorů v institucionální péči**“, jehož jste hlavní řešitelkou, bylo uděleno

souhlasné stanovisko Etické komise FZV UP.

S pozdravem,


Mgr. Petra Bastlová, Ph.D.
předsedkyně
Etická komise FZV UP

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

Příloha 6: Žádost o umožnění výzkumného šetření v DpS Zastávka

Marie Báňová
Vedoucí sociálně-zdravotní sekce
Domov pro seniory Zastávka

V Zastávce dne 3. 9. 2016

Věc: Žádost o umožnění realizace výzkumného šetření v rámci diplomové práce.

Vážená vedoucí sociálně-zdravotní sekce,

Obracím se na Vás s žádostí o umožnění realizace výzkumného šetření v rámci diplomové práce, která se věnuje problematice *postoje ke stárnutí a stáří seniorů*. Sběr dat bude probíhat prostřednictvím rozhovoru a strukturovaného dotazníku u klientů v Domově pro seniory Zastávka. Pro výzkumné šetření bude použit standardizovaný dotazník EAAQ.

Předpokládaný začátek výzkumného šetření je září 2016.

Vedoucí diplomové práce je PhDr. Mgr. Helena Kisvetrová, Ph.D. z Ústavu ošetřovatelství, FZV UP v Olomouci.

Předem děkuji za Vaši odpověď.

S pozdravem

.....
Radka Krafková

Bc. Radka Krafková, studentka 1. ročníku
studijní obor: Ošetřovatelská péče v interních oborech
FZV UP v Olomouci
Kontakt: 3. oddělení, DS Zastávka
Email: radka.kraf@seznam.cz

Vyjádření vedení Domova pro seniory Zastávka

žádost povolena

žádost zamítnuta

Datum, podpis, razítko:

3.9.2016

Domov pro seniory Zastávka,
příspěvková organizace
Sportovní 82
664 84 Zastávka u Brna
IČ: 002 71 11 11

Marie Báňová
Marie Báňová

Příloha 7: Žádost o umožnění výzkumného šetření v DpSTřebíč

Bc. Hana Němcová, DiS
Vrchní sestra
Domov pro seniory Třebíč

V Zastávce dne 3. 10. 2016

Věc: Žádost o umožnění realizace výzkumného šetření v rámci diplomové práce.

Vážená vedoucí zdravotního úseku,

obracím se na Vás s žádostí o umožnění realizace výzkumného šetření v rámci diplomové práce, která se věnuje problematice *postoje ke stárnutí a stáří seniorů*. Sběr dat bude probíhat prostřednictvím rozhovoru a strukturovaného dotazníku u klientů v Domově pro seniory Třebíč. Pro výzkumné šetření bude použit standardizovaný dotazník EAAQ.

Předpokládaný začátek výzkumného šetření je říjen 2016.

Vedoucí diplomové práce je PhDr. Mgr. Helena Kisevetrová, Ph.D. z Ústavu ošetřovatelství, FZV UP v Olomouci.

Předem děkuji za Vaši odpověď.

S pozdravem



Bc. Radka Krafková, studentka 2. ročníku
studijní obor: Ošetřovatelská péče v interních oborech
FZV UP v Olomouci
Kontakt: 3. oddělení, DS Zastávka
Email: radka.kraf@seznam.cz

Vyjádření vedení Domova pro seniory Třebíč

žádost povolena

žádost zamítnuta

Domov pro seniory Třebíč,

Koutkova - Kubešova,
příspěvková organizace
Koutkova 102, Tř. 374 01
IČO 711 459, tel. 378 921 301


Bc. HANA NĚMCOVÁ, DiS.

Datum, podpis, razítko: 3. 10. 2016

Příloha 8: Žádost o umožnění výzkumného šetření v DpS Černá Hora

Mgr. Jana Palová
Vedoucí zdravotního úseku
Domov pro seniory Černá Hora

V Zastávce dne 3. 10. 2016

Věc: Žádost o umožnění realizace výzkumného šetření v rámci diplomové práce.

Vážená vedoucí zdravotního úseku,

obracím se na Vás s žádostí o umožnění realizace výzkumného šetření v rámci diplomové práce, která se věnuje problematice *postoje ke stárnutí a stáří seniorů*. Sběr dat bude probíhat prostřednictvím rozhovoru a strukturovaného dotazníku u klientů v Domově pro seniory Černá hora. Pro výzkumné šetření bude použit standardizovaný dotazník EAAQ.

Předpokládáný začátek výzkumného šetření je říjen 2016.

Vedoucí diplomové práce je PhDr. Mgr. Helena Kisvetrová, Ph.D. z Ústavu ošetřovatelství, FZV UP v Olomouci.

Předem děkuji za Vaši odpověď.

S pozdravem



Bc. Radka Krafková, studentka 2. ročníku
studijní obor: Ošetřovatelská péče v interních oborech
FZV UP v Olomouci
Kontakt: 3. oddělení, DS Zastávka
Email: radka.kraf@seznam.cz

Vyjádření vedení Domova pro seniory Černá Hora

žádost povolena

žádost zamítnuta

Domov pro seniory Černá Hora,
příspěvková organizace
IČZ: 71 - 803 000
IČ: 00380458
292 21 Černá Hora, Zámecká 1
IČ: S16426449

Datum, podpis, razítko:

3. 10. 2016



Příloha 9: Žádost o umožnění výzkumného šetření v Domov Hvězda

Dana Posoldová
Vrchní sestra
Domov Hvězda

V Zastávce dne 3. 10. 2016

Věc: Žádost o umožnění realizace výzkumného šetření v rámci diplomové práce.

Vážená vedoucí zdravotní péče,

obracím se na Vás s žádostí o umožnění realizace výzkumného šetření v rámci diplomové práce, která se věnuje problematice *postoje ke stárnutí a stáří seniorů*. Sběr dat bude probíhat prostřednictvím rozhovoru a strukturovaného dotazníku u klientů v Domově Hvězda. Pro výzkumné šetření bude použit standardizovaný dotazník EAAQ.

Předpokládaný začátek výzkumného šetření je říjen 2016.

Vedoucí diplomové práce je PhDr. Mgr. Helena Kisvetrová, Ph.D. z Ústavu ošetřovatelství, FZV UP v Olomouci.

Předem děkuji za Vaši odpověď.

S pozdravem



Bc. Radka Krafková, studentka 2. ročníku
studijní obor: Ošetřovatelská péče v interních oborech
FZV UP v Olomouci
Kontakt: 3. oddělení, DS Zastávka
Email: radka.kraf@seznam.cz

Vyjádření vedení Domova Hvězda

žádost povolena

žádost zamítnuta



Datum, podpis, razítko: 6. 10. 16

Příloha 10: Informovaný souhlas



Fakulta
zdravotnických věd

Genius loci ...

Informovaný souhlas

pro výzkumný projekt: **Postoje ke stáří u seniorů v institucionálním zařízení**

Období realizace: červen 2016 až leden 2017

Řešitelé projektu: Bc. Radka Krafková

PhDr. Helena Kisvetrová, Ph.D. (vedoucí diplomové práce)

Vážená paní, vážený pane,

obracíme se na Vás se žádostí o spolupráci na výzkumném projektu, jehož cílem je zjistit pomocí dotazníkového šetření postoj ke stárnutí u seniorů žijících trvale v domovech pro seniory. Délka vyplnění dotazníku je přibližně 30 minut. Z účasti na projektu pro Vás nevyplývají žádné výhody či rizika.

Prohlášení

Prohlašuji, že souhlasím s účastí na výše uvedeném projektu. Řešitel/ka projektu mne informoval/a o podstatě výzkumu a seznámil/a mne s cíli a metodami a postupy, které budou při výzkumu používány, podobně jako s výhodami a riziky, které pro mne z účasti na projektu vyplývají. Souhlasím s tím, že všechny získané údaje budou anonymně zpracovány, použity jen pro účely výzkumu a že výsledky výzkumu mohou být anonymně publikovány.

Měl/a jsem možnost vše si řádně, v klidu a v dostatečně poskytnutém čase zvážit, měl/a jsem možnost se řešitele/ky zeptat na vše, co jsem považoval/a za pro mne podstatné a potřebné vědět. Na tyto mé dotazy jsem dostal/a jasnou a srozumitelnou odpověď. Jsem informován/a, že mám možnost kdykoliv od spolupráce na projektu odstoupit, a to i bez udání důvodu.

Vyplněním tohoto dotazníku souhlasím s účastí na výše uvedeném projektu.