

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH VĚD

Ústav ošetřovatelství

Romana Hanáčková

Důstojnost u hospitalizovaných seniorů

Diplomová práce

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

Olomouc 2019

ANOTACE

Název práce: Důstojnost u hospitalizovaných seniorů

Název práce v AJ: Dignity in hospitalized seniors

Datum zadání: 2018-01-30

Datum odevzdání: 2019-01-30

Vysoká škola, fakulta, ústav: Univerzita Palackého v Olomouci
Fakulta zdravotnických věd
Ústav ošetřovatelství

Autor práce: Bc. Hanáčková Romana

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

Oponent práce:

Abstrakt v ČJ: Diplomová práce se zaměřuje na prožívání důstojnosti u seniorů hospitalizovaných na oddělení následné péče Uherskohradištské nemocnice. Dotazníkového šetření se zúčastnilo 125 seniorů. Pro sběr dat byly použity standardizované dotazníky v české verzi: PDI, GDS a ADL, dále test MMSE a škála bolesti VAS. Výsledky výzkumu ukázaly, že seniori nejvíce pociťují narušení důstojnosti v oblasti jejich snížené soběstačnosti a to zejména z důvodu onemocnění. Z výzkumu diplomové práce také vyplývá, že stupeň soběstačnosti a přítomnost deprese ovlivňuje prožívání důstojnosti u seniorů.

Abstrakt v AJ: The diploma thesis focuses on experiencing dignity in Seniors hospitalized at the Uherskohradištská Hospital aftercare department. The questionnaire survey was attended by 125 seniors. Standardized questionnaires in the Czech version were used for data collection: PDI, GDS and ADL, MMSE test and VAS pain scale. The results of the research have shown that seniors feel disruption of dignity in the area of their reduced self-sufficiency, especially due to illness. The research of the diploma thesis also shows that the degree of self-sufficiency, the presence of depression affects the experience of dignity in seniors.

Klíčová slova v ČJ: lidská důstojnost, ošetrovatelství, senior, deprese, soběstačnost

Klíčová slova v AJ: human dignity, nursing, senior, depression, self-sufficiency

Rozsah: 61 s ./3 přílohy

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

podpis

OBSAH

Obsah.....	5
ÚVOD	8
1 Popis rešeršní Činnosti.....	9
2 DŮSTOJNOST	11
2.1 Pojetí lidské důstojnosti.....	13
3 DŮSTOJNOST U SENIORŮ	15
4 DŮSTOJNOST A OŠETŘOVATELSTVÍ.....	19
5 SOBĚSTAČNOST A DŮSTOJNOST	21
6 DEPRESE VE STÁŘÍ	24
6.1 Deprese a lidská důstojnost	25
7 SHRNUÍ TEORETICKÝCH POZNATKŮ A FORMULACE HYPOTÉZY	27
8 METODIKA VÝZKUMU	29
8.1 Výzkumné cíle a hypotézy	29
8.2 Charakteristika souboru	30
8.3 Metoda sběru dat	32
8.4 Realizace výzkumu.....	33
8.5 Metoda zpracování dat.....	34
9 VÝSLEDKY VÝZKUMU.....	35
9.1 Popis souboru	35
9.2 Výsledky výzkumu ve vztahu k jednotlivým dílčím cílům	36
10 ZÁVĚR.....	53
Doporučení pro praxi.....	53
11 REFERENČNÍ SEZNAM.....	54
12 PŘÍLOHY:	62

Seznam tabulek	69
Seznam Grafů	70

Poděkování

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

ÚVOD

„Stáří se nevysmívej - vždyť k němu směřuješ“.

(Menandros)

Stárnutí populace se týká lidstva na celém světě. Je globálním fenoménem a zasahuje do dění a života celé společnosti. Stoupající trend stárnutí se stal jedním z nejvýraznějších problémů současného demografického vývoje (MPSRS, 2014, s. 11). Stárnutí se stalo důležitým fenoménem dnešní doby, se kterým musejí počítat nejen systémy zdravotní péče, sociálních služeb ale i sociálního zabezpečení. Problém stárnutí se týká celé společnosti včetně jejích politiků na centrální, regionální, ale zejména na místní úrovni, kteří budou stále častěji stavěni před problémy a výzvy plynoucí ze stárnutí populace. S problematikou stáří ze všech aspektů včetně aspektu zdravotního by proto měli být obeznámeni všichni, kteří se budou se seniory setkávat z titulu své profese organizátorů služeb, příslušníků pečujících povolání, sociálních či duchovních pracovníků, politiků a podobně (Holmerová, Jurášková, Zikmundová a kol., 2007, s. 13). Všichni ti, kteří se s těmito seniory setkávají, by s nimi měli jednat lidsky a respektovat především jejich lidskou důstojnost, neboť ta patří k základním hodnotám lidské existence a považuje se za nejvyšší hodnotu související s kvalitou života podmíněnou zdravotním stavem, zdravotním postižením a poskytováním zdravotnických či sociálních služeb. Důstojnost znamená ctít a respektovat ty, o které pečujeme (Nazarko, 2011, s. 5). Polymorbidita, která se často v seniorském věku vyskytuje, dostává pak seniory často nedobrovolně do role pacientů nebo uživatelů sociálních služeb. Zde je senior velmi často vytržen ze svého domácího prostředí a mění se i jeho životní role. Stále a právem však očekává, že i zde bude jeho lidská důstojnost respektována, že nebude hodnocen a odsuzován, ale chápán. Etika v ošetrovatelství vychází z toho, že člověk má svou inherentní důstojnost a právě proto je člověkem a tuto důstojnost nesmí ztratit s příchodem nemoci (Juhásová, Karabová, 2012, s. 2).

1 POPIS REŠERŠNÍ ČINNOSTI

Pro zpracování teoretické části diplomové práce byla prostudována tato vstupní studijní literatura:

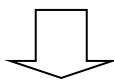
Literatura v anglickém jazyce:

- TSCHUDIN, V . 2003. *Ethics in Nursing. The Caring Relationship*. 3 . vyd. London: Elsevier, 2003. 218 s . ISBN 978-0750-6526-50.

Literatura v českém jazyce:

- HOLMEROVÁ, I. a kol. *Vybrané kapitoly z gerontologie*. 3 ., přeprac. a dopl. vyd. Praha: EV public relations, 2007. 143 s . ISBN 978-80-254-0179-8 .
- HOLMEROVÁ, I. a kol. *Dlouhodobá péče: geriatrické aspekty a kvalita péče*. 1 . vydání. Praha: Grada Publishing, [2014], ©2014. 176 stran. ISBN 978-80-247-5439-0 .
- POPOVIČOVÁ, D . 2009. *Lidská důstojnost jako filosoficko - právní pojem*. Časopis pro právní vědu a praxi. 2009. Roč. 17, č . 3 . Masarykova univerzita, Právnická fakulta, Veveří 70, 611 80 Brno. ISSN: 1805-2789 (on-line).

Algoritmus rešeršní činnosti



Stanovená vyhledávací kritéria:

Klíčová slova v ČJ: lidská důstojnost, ošetrovatelství, senior, deprese, soběstačnost

Klíčová slova v AJ: human dignity, nursing, senior, depression, self-sufficiency

Vyhledávací období: 2008-2018 (10 let)

Jazyk: český, anglický

Další vyhledávací kritéria:

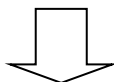
Abstrakt v anglickém jazyce

Články týkající se dané problematiky

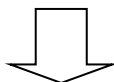
Odborná periodika

Databáze:

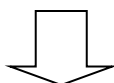
PUB MED, EBSCO, MEDLINE



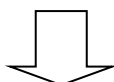
Celkem dohledáno 300 článků.



Vyřazovací kritéria: duplicitní články, články zaměřené úzce medicínsky, články s odlišnou tematikou



Databáze: PUB MED, EBSCO, MEDLINE



Pro tvorbu diplomové práce bylo použito 72 článků.

2 DŮSTOJNOST

Důstojnost je v dnešní moderní době pojmem velmi diskutovaným a stále aktuálním. Je však otázkou, zda si plně uvědomujeme význam tohoto pojmu, k jehož pochopení velkou měrou přispívá filosofie, etika, a také náboženské představy o významu lidské důstojnosti (Popovičová, 2009, s . 6).

Samotný termín důstojnost pochází z latiny dignitas/dignus, a znamená úctyhodný. Důstojnost je také propojena se slovem decent, což znamená decentní nebo pasující. Jde o vlastnost, jež má kořeny v sebeúctě a seberepektu a také ve vnitřní rovnováze (Anderberg, 2007, s . 637).

Lidské právo na zacházení s důstojností a respektem je hluboce zakořeněno v mnoha jurisdikcích po celém světě. Podle preambule Evropské charty práv a povinností starších osob vyžadujících dlouhodobou péči a pomoc z roku 2010 s . 2 je *„lidská důstojnost nedotknutelná, kdy stáří a nesoběstačnost nemohou být důvodem pro omezování jakýchkoli nezczitelných lidských práv a občanských svobod uznávaných mezinárodními normami a zakotvených v demokratických ústavách. Každý, bez ohledu na pohlaví, věk či závislost na péči druhých osob, je oprávněn uplatňovat tato práva a svobody, a každý má právo je hájit.“*

Prívlastkem „důstojný“ můžeme označit například určitý ceremoniál, společenskou událost, či určitá konání jako například důstojnost jednání soudního. Co si však představit pod pojmem lidská důstojnost? Všeobecná encyklopedie Diderot, 2002, s . 98) pod tímto pojmem označuje etickou kategorii, kde je zdůrazněno vědomí člověka o významu člověka a o uznání jeho práv ve společnosti. V právním smyslu, můžeme lidskou důstojnost chápat jako pojem, který je chráněný Listinou práv a svobod, mezinárodními smlouvami o lidských právech a základních svobodách, jakož i dalšími předpisy. Jde o ochranu člověka před zacházením snižujícím důstojnost jako lidské bytosti a vůbec o ochranu před uváděním do stavu nedůstojného člověka. Můžeme říci, že lidská důstojnost se realizuje v přístupu k člověku, ke svobodě člověka, svobodě myšlení, v přístupu jednoho člověka k druhému, k etnickým skupinám, k lidem s odlišným náboženským smýšlením, k umírajícím, vězněným. Tato lidská důstojnost se realizuje zastáváním hodnoty lidského života, hodnoty člověka a respektováním jeho potřeb, a to fyzických, duchovních, duševních i sociálních

a vyjadřováním úcty člověka k člověku pouze na základě jeho lidství. Vyjadřuje požadavek zacházení s člověkem jako s člověkem a nikoli jako s věcí, vyjadřuje požadavek respektování všeho, co lidství představuje, požadavek, aby člověk byl vždy účelem (Popovičová, 2009, s . 3).

Důstojnost může být definována také jako koncept, který se vztahuje k základní lidskosti. Důstojnost se skládá z vnitřních a vnějších dimenzí, které jsou společné pro všechny lidi a zároveň jsou pro každého jedinečné a týkají se mnoha aspektů duchovních, sociálních ale i kulturních (Anderberg, Lepp, 2007, s . 635).

Pojem důstojnosti je v mnoha zemích uznáván jako základní lidské právo. Je zakotven v zákoně o lidských právech a je často vidět ve filozofii péče v různých organizacích, a také zejména v péči o seniory. Mnoho autorů popisuje potíže při definování důstojnosti a způsobu jakým ji lze zachovat u lidí, o které je dlouhodobě pečováno (Kane, Kay, 2015, s . 1).

V rámci projektu Důstojnost a starší Evropané byly definovány čtyři typy důstojnosti:

- **Důstojnost zásluh:** obvykle souvisí se sociálním postavením, se zastávanou funkcí; ale i se ztrátou společenského postavení a významu často pomíjí.
- **Důstojnost mravní síly:** bývá často podmíněna mravní integritou, souladem s mravními zásadami, ale i tato forma je mnohdy dočasná a je daná proměnlivým chováním člověka v různých situacích a pod různými formami nátlaku.
- **Důstojnost osobní identity:** úzce souvisí s dlouhodobou celoživotní identitou člověka, s přijímanou zodpovědností, se sebeúctou a pevným vědomím vlastního já. Dále souvisí se začleněním do společnosti a s naplněním smysluplnosti vlastního života.
- **Důstojnost lidské bytosti:** bývá označovaná německým pojmem „Menschenwürde“, je nezczizitelná. Jde o takzvanou nepozbytelnou důstojnost vážící se k obecnému lidství a k jeho nadosobním hodnotám. A sice k univerzální hodnotě lidských bytostí, k nesmrtné lidské duši, k náboženskému pojetí člověka stvořeného k obrazu božímu a v neposlední řadě i k univerzalitě základních lidských práv (Kane, Kay, 2015, s . 2).

2.1 Pojetí lidské důstojnosti

Chápání vlastní podstaty lidské důstojnosti prošlo svým vývojem a to jak v závislosti na různých hodnotových systémech tak i v přístupech jednotlivců, kdy může být lidská důstojnost pojímána mnoha různými způsoby.

Kantovo pojetí lidské důstojnosti

Immanuel Kant se narodil 22. 4. 1724 v Královci, tehdy v Prusku, dnes v Kaliningradě v rodině sedláře. Byl jedním z nejvýznamnějších představitelů západní filozofie. Patřil k inspirujícím a oblíbeným učitelům (Störig, 2007, s. 218). Jeho tvorbu můžeme rozdělit na dvě hlavní období předkritické a kritické. Samotným úvahám o lidské důstojnosti se věnoval v díle *Metafyzika mravů*, která byla vydána v roce 1797. Tato úvaha obsahuje dvě části *Nauku o právu* a *Nauku o ctnosti*. V první části kapitoly nazvané *Nauka o ctnosti* v jeho díle *Metafyzika mravů* Immanuel Kant pojednává o povinnostech člověka k sobě samotnému. Podle něj je člověk na jedné straně smyslovou bytostí přírodní a na straně druhé je bytostí rozumovou, která je nadaná mravní svobodou. Povinnost k sobě podle Immanuela Kanta znamená, že člověk jako mravně svobodný dává zákon sám sobě jako bytosti smyslové. Lidská důstojnost člověka, spočívá podle Kanta v jeho rozumu, který jej pozvedá do roviny svobodného a mravního bytí. Pro Kanta nemá lidská důstojnost k sobě ekvivalent, protože je nad každou cenu, je nadřazená. Nedá se vyčíslit cenou jako materiální a ekonomické statky. Podle něj má každý člověk svou vnitřní hodnotu (Popovičová, 2009, s. 3). Podle Kanta už to, že člověk je člověkem znamená samo o sobě důstojnost. Člověk totiž nemůže být podle něj nikým použit jako pouhý prostředek, ale musí být vždy použit i jako cíl. V tom tkví dle Kanta důstojnost osobnosti, která ho vyzdvihuje nad ostatní bytosti (Störig, 2007, s. 244 – 243).

Singerovo kontroverzní pojetí lidské důstojnosti

Podle Singera je mluvení o důstojnosti nebo morální hodnotě nedostačující, protože každá uspokojivá obrana tvrzení, že všichni lidé a pouze lidé mají skutečnou důstojnost a hodnotu by musela odkazovat k některé významné schopnosti nebo charakteristice, kterou mají pouze lidé a na jejímž základě získali svou jedinečnou důstojnost a hodnotu. Uvedení myšlenky důstojnosti a hodnoty jako náhrady za jiné důvody pro odlišení lidí a zvířat nestačí (Popovičová, 2009, s. 4).

Teologické pojetí lidské důstojnosti

Křesťané věří, že Bůh je stvořitelem všeho včetně člověka samotného a člověk je nejdokonalejší stvoření, jemuž dal zemi a vše co na ní žije do područí. Člověk je podle křesťanského pojetí určen ke společenství s Bohem a je tedy obrazem Božím. Právě ve vztahu k Bohu je základ důstojnosti člověka. Křesťané věří, že vztah člověka k Bohu stvořiteli se plně realizoval až ve vtělení Božího syna Ježíše Krista, který vykoupil lidstvo z hříchu a zároveň vykoupil člověku království nebeské vlastní krví. V tom se zrcadlí jedinečnost člověka a jeho nesmrtelné duše. Člověk má svou vlastní osobní lidskou důstojnost, protože je Božím obrazem a je zároveň bytostí tělesnou i duchovní. Problémy mohou být viděny v tom, že křesťané nemají návod na spravování a řízení společnosti, myslíme tím politický systém, ekonomiku a podobně (Popovičová, 2009, s . 3).

Chochinovo pojetí lidské důstojnosti

Profesor Harvey Max Chochinov-kanadský psychiatr sestavil tzv. Model důstojnosti. Tento jeho model obsahuje tři základní oblasti, ovlivňující vnímání osobní důstojnosti pacientů. Oblast první se zabývá obavami spojenými s onemocněním a zahrnuje faktory, které vyplývají přímo z nemoci pacienta a jde především o psychické a fyzické reakce. Druhou oblastí je repertoár zachování důstojnosti. Ten v sobě zahrnuje duchovní a duševní faktory, které jsou v psychologickém profilu pacienta pevně zabudovány. Tyto faktory jsou spjaty se získanými životními zkušenostmi pacientů, ale i s prostředím, ze kterého pacient pochází. Oblast třetí tvoří souhrn sociální důstojnosti, zahrnující vnější faktory ovlivňující důstojnost v rámci sociálního prostředí pacienta. Chochinov vytvořil také dotazník – PDI (Patient Dignity Inventory), vycházející právě z širokého spektra psychosociálních, fyzických a duchovních problémů, které ovlivňují pocit důstojnosti pacienta. Chochinov je také autorem dokumentu nazvaného „A , B , C and D of dignity conserving care.“ Ten byl uveřejněn v květnu roku 2007 a i když je určen pro lékaře, dá se použít pro všechny poskytovatele péče (Chochinov, 2006, s . 666).

3 DŮSTOJNOST U SENIORŮ

Stáří je součástí života každého z nás. Mnohdy přemýšlíme, jak bychom chtěli ve stáří žít a jak bychom jej chtěli prožít. Mnohdy také přemýšlíme o tom, jak bychom jej strávit nechtěli. Stárneme všichni, ať chceme nebo ne. Nikdo z nás si to nepřeje a přece se to děje. Stárnutí je aktuální pokud uběhlo mnoho času v životě jedince (Gruss, 2009, s . 28). Podíl seniorů po celém světě rychle roste kvůli stárnutí obyvatelstva a neustále se prodlužující délky života. Vývoj na dalších 40 let předpokládá zvyšování starší populace nad mladšími věkovými skupinami a předpokládá se, že do roku 2050 bude na světě na 2 biliony seniorů. Největší nárůst je promítnut ve vrstvě 80 a více let. Současně je stárnutí spojeno se zvýšenou chronickou morbiditou a funkčním postižením (Lecovich, 2014, s . 1). Stáří můžeme definovat přes:

- **Chronologický věk:** kdy je stáří dáno pevně kalendářním věkem. Názor na to, kdy je člověk starý se historicky proměňuje a souvisí s průměrným věkem populace ve společnosti. V současnosti se považuje věk 65 let za počátek stáří.
- **Biologický věk a výkonnost:** kdy stáří určuje stupeň involuce s degenerací tkání. Navenek se projevující sníženou fyzickou výkonností a úbytkem kognitivních schopností. Kalendářní a biologický věk se nepřekrývají a obecně platí, že mezi kalendářně stejně starými lidmi jsou v biologickém věku několikaleté rozdíly.
- **Změny sociálních rolí:** zde bývá stáří definováno změnou sociálního fungování, ukončením aktivního rodičovství a odchodem do důchodu.

Osoba starší 65 let je považována a označována za seniora a tyto můžeme dále rozdělit na:

- Mladé seniory: senioři ve věku 65 až 74 let
- Staré seniory: senioři ve věku 75 až 84 let
- Velmi staré seniory: senioři ve věku 85 let a více (Wildmannová, 2014, s . 115).

Valná většina těchto lidí již potřebuje zdravotní nebo sociální péči, při které musí být respektována jejich lidská důstojnost. Stáří je často doprovázeno různými fyzickými a mentální problémy včetně zhoršování zdraví a kognitivního fungování. Tyto změny přispívají k vývoji deprese a úzkostných poruch spojené se sociálním stažením, závislostí,

objevují se pocity osamělosti, obavy ze smrti. Vytrácí se sociální vazby. Tyto změny objevující se u seniorů již samy o sobě snižují důstojnost člověka. Centrálním aspektem těchto jevů je pocit bezmocnosti, subjektivní zkušenosti způsobené duševním a fyzickým stresem, ztráta ekonomické bezpečnosti, zhoršení schopnosti ovlivňovat a dělat společenský či politický rozdíl, větší závislost na ostatních a stále více negativních postojů ve společnosti vůči seniorům (Shapira, Barak, 2007, s . 2).

Důstojnost je koncept, který se vztahuje na všechny věkové kategorie. Seniori však mohou být obzvláště zranitelní při ztrátě lidské důstojnosti, a to nejen v období nemoci. Význam důstojnosti ve stáří tedy stoupá (Gillick Muriel, 2012, s . 2). Právo na kvalitní život a následně i na důstojnou péči má každý člověk. Prožít svůj život s respektem a s úctou náleží každému bez jakéhokoliv rozdílu (Brooks, 2017, s . 109).

Šaňáková a Čáp (2017, s . 219) uvádějí, že k nejvíce ohroženým skupinám ve ztrátě důstojnosti patří právě seniori. Chápání vlastní podstaty lidské důstojnosti prošlo svým vývojem, a to jak v závislosti na různých hodnotových systémech, tak i v přístupech jednotlivců, kdy může být lidská důstojnost pojímána mnoha různými způsoby. Prioritní by mělo být přijetí seniora do společnosti, tak aby se senior cítil respektován a uznáván. Zde je nutné si uvědomit, že staří lidé jsou stejně cenní jako mladá populace, která mnohdy nahlíží na seniory jako na nepotřebné. Na důstojné prožití poslední fáze lidského života má právo každý z nás (De Lange, 2009, s . 203).

Hodnotu každé společnosti pak určuje dosažená úroveň mysli a vědomí člověka. Každá společnost by se měla dobře připravit na stárnutí populace, aby byla schopna zejména ekonomicky se postarat o staré občany. S tím ovšem souvisí i zbavení se diskriminace na trhu práce, aby se sami seniori, mohli podílet na ekonomickém růstu společnosti. Samozřejmě vše se odvíjí od zdravotního stavu seniora (Gruss, 2009, s . 60).

V kontextu důstojné ošetrovatelské péče o seniory nelze opomíjet osobnost člověka. Osobnost je vrozený atribut každé lidské bytosti. Naše individuální vnímání osob se děje přes naše vlastní postoje k ostatním, a to včetně postoje k seniorům. Zde je třeba si uvědomit, že jejich osobnost nezávisí na našem pohledu. Spíše naše postoje určují kvalitu našich reakcí na jejich osobnost. Všichni seniori mají vlastní právo na osobnost, a to, jak je skrze nás podporována osobnost nemocných, je podstatou osobně zaměřené péče (Angus, Bowen, 2011, s . 7 - 8). Při péči o nemocné seniory je důležité si neustále uvědomovat, že tyto lidé žijí přinejmenším stejně rádi, jako lidé mladší a zdravější (Rüegger, 2013, s . 32).

Sestry by měly poskytovat především laskavou, humánní péči, která je soustředěna na pacienta, nikoli na jeho lůžko nebo diagnózu. Předpokladem takto chápané péče je uplatnění

specifických aspektů pro ošetrovatelskou péči. Simone Roach je stanovila jako Five Cs as values of caring (Pět C jako hodnoty péče). Jedná se o Compassion (slitování, soucit), Competence (schopnosti, kvalifikace), Confidence (důvěra), Conscience (svědomí) a Commitment (závazek) (Tschudin, 2008, s. 25). Respektování lidské důstojnosti v kontextu péče o seniory také úzce souvisí s potřebami seniorů. Pokud budeme seniorům poskytovat adekvátní služby odpovídající jejich potřebám, budeme tím zároveň posilovat a udržovat odpovídající kvalitu života a zachovávat i jejich lidskou důstojnost (Erdinger, 2009, s. 28).

Jak již bylo zmíněno, seniorů neustále přibývá, proto je důležité v péči o seniory implementovat do ošetrovatelské péče i řadu nefarmakologických přístupů v péči o ně. Řada empirických výzkumů v zahraničí, zaznamenává při jejich používání pozitivní vliv na kvalitu života člověka. Tyto postupy především respektují a posilují lidskou důstojnost. Dále bylo zjištěno, že používání mnohých nefarmakologických přístupů k péči o seniory vede k rozvoji komunikace a sebevyjádření, které jsou životně důležité pro zvýšení spokojenosti nemocného (McGreevy, 2015, s. 4). Koncepty, jako je holistická péče, kontinuita péče a prevence funkčního zhoršení jsou klíčovými kameny dlouhodobé péče o seniory, které mohou mít důsledky pro kvalitu péče a kvalitu života příjemců péče (Lecovich, 2014, s. 12). Při ošetrovatelské péči o seniora je nutno mít vždy na paměti, že člověk začíná vidět a chápat sebe a své prostředí především z hlediska citu. Oslabování výkonnosti mozku vede k posílení citu ve smyslu fenoménu ducha doby. Dochází u něj k přeměně já v ono a zdá se, jako by se najednou začaly do osobnosti prosazovat cizí prvky (Gattringen, 2010, s. 5).

Například Müller (2016, s. 10) ve svém výzkumu uvádí, že nefarmakologické druhy léčby u seniorů, a zejména druhy léčby založené na podpoře kognitivních funkcí, by měly být uznány jako důležitý doplněk nebo alternativa farmakologických léčebných postupů k ochraně před kognitivním úpadkem nebo pro zpoždění nástupu demence. Také on zde klade důraz na to, že při správné péči a náležitých postupech bývá lidská důstojnost náležitě zachována a respektována.

Nakamura a kol. (2016) v Japonsku v komunitě Kurihara prováděl výzkum zabývající se zavedením sepisování biografie u seniorů. V závěru své studie věnované životním vzpomínkám uvádí, že sepisování biografie může zlepšit sebeuvědomění nedostatků v paměti a pomoci utvořit revizi života u lidí s mírnou kognitivní poruchou. Dále prokázal, že nemocní s mírnou kognitivní poruchou dokáží spontánně napsat svůj životopis, což velmi posiluje jejich sebeuvědomí a sebeúctu, která úzce souvisí s respektováním lidské důstojnosti v ošetrovatelské péči.

Zajímavé je konstatování Røeggera (2013, s . 25), který došel k závěru, že člověk trpící demencí potřebuje spíše „socioeutika“ místo farmaceutik. Lidé s demencí jsou také více sociálně zranitelní a právě nefarmakologické postupy v ošetrovatelské péči mohou toto více či méně eliminovat (Gennip, Pasman, 2014, s . 10).

Nedostatek důstojnosti v sociální a zdravotní ošetrovatelské péči se může podle Department of Health UK projevovat u seniorů pocitem zanedbávání nebo ignorování během poskytování péče, poskytováním péče nebo služeb beze slova nebo nepříjemně. Člověk je ošetrován více jako objekt než jako skutečná osoba. Nebývá respektováno soukromí během poskytování intimní péče, např. vyprazdňování na pokoji místo odvezení na toaletu, poskytování hygienické péče na lůžku namísto odvezení do koupelny. Seniori jí lžící nebo rukama místo aby, mohli použít vidličku a nůž. Dále zde patří ošetrování ve spěchu a nebýt vyslyšen. Podle studie Důstojnost a starší Evropané (2003) pak může mít nerespektování lidské důstojnosti tyto projevy: přezíravost s projevy slovní nebo fyzické hrubosti, nevšímavost a projevy lhostejnosti, přivádění lidí do situací, kdy si připadají směšně, zacházení s lidmi jako by byli věci, infantilizace - zabývání se pouze materiální stránkou péče, nerespektování studu a soukromí, nezaklepání na dveře před vstupem do místnosti, nesdělování člověku, o kterého pečujeme, co se bude dít, nezdvořilé vyjadřování, neformální oslovení a tykání, hovor o někom v jeho přítomnosti a dělat jako by tam nebyl, provádění ošetrovatelských výkonů bez souhlasu, neposkytnutí prostoru pro rozhovor, vykonávání činností a při tom přehlížení člověka, lhaní nebo podvádění, neúcta ke smrti. V této chvíli si můžeme položit otázku, proč si vlastně zdravotníci neuvědomují lidskou důstojnost jako hodnotu, která tak neodmyslitelně člověku náleží? Hovoříme-li o lidské důstojnosti, tak ji musíme respektovat nejen u pacientů, ale také u pečujících (Gallagher et al., 2008, s . 2). Důraz na respektování lidské důstojnosti ve stáří vede ke zkvalitnění ošetrovatelské péče o tyto pacienty. Lidé až do okamžiku smrti potřebují cítit, že budou respektovány jejich přání a touhy, pokud je to jen trochu možné (Juhásová, Karabová, 2012, s . 44).

4 DŮSTOJNOST A OŠETŘOVATELSTVÍ

Důstojnost člověka v kontextu s ošetřovatelstvím je nejčastěji spojená s humanitní koncepcí povzbuzující povahu péče a jako výsledek kvality péče o pacienty poskytované ve zdravotnických zařízeních. Ošetřovatelství je vědou, kde je koncept lidské důstojnosti nedílnou součástí holistické péče o člověka (Yalden, Mc Cormack, 2010, s . 9).

Nedílnou součástí ošetřovatelství je také ošetřovatelská etika a respektování lidské důstojnosti v péči o pacienty. Důstojnost je zásadní pro blahobyt každého člověka ve všech společnostech. Je to základní lidské právo pro všechny a zdravotnické organizace by měly věnovat zvláštní pozornost této všeobecné potřebě. Význam důstojnosti zůstává složitý a nejasný, protože jde o vícerozměrný koncept. Slovo pochází ze dvou latinských slov "dignitus", což znamená, že zásluhy a "dignus" mají smysl (Vlug, Pasman, 2013, s . 9).

Pojem důstojnosti v ošetřovatelství má čtyři definice atributů, a to respekt, autonomii, posílení a komunikaci. Respekt zahrnuje sebeúctu, respekt k druhým, respekt k soukromí lidí, důvěrnost, sebevědomí a víru v ostatní. Samostatnost zahrnuje volbu, schopnost rozhodovat, kompetence, práva, potřeby a nezávislost. Posilování zase zahrnuje pocit, že je člověk důležitý a cenný. Komunikace může být verbální nebo neverbální a zahrnuje také vysvětlení a porozumění informacím. Podle mezinárodního etického kodexu pro zdravotní sestry (ICN) je respektování života a respektování důstojnosti jednotlivců nejen neoddelitelnou součástí ošetřovatelské profese, ale také není omezeno věkem, barvou pleti, náboženským vyznáním, kulturou, pohlavím, národností, rasovou příslušností, společenským postavením nebo zdravotním stavem (Hajbaghery, Aghajani, 2015, s . 3).

Dodržování důstojnosti a soukromí je nezbytné pro vytvoření efektivního vztahu mezi zdravotnickými pracovníky a pacienty. Je také rozhodující pro udržení pohody pacienta. Bourgeois a kol., (2016) ve své studii uvádějí, že komunikace mezi rezidenty ošetřovatelských domů a zaměstnanci je dlouhodobým problémem, který může mít značné následky jak pro obyvatele, tak pro zaměstnance. Obyvatelé tamního pečovatelského domu bývají často považováni za nekompetentní a závislé na svých pečovateli, mohou se chovat stereotypně, omezují se jejich šance na smysluplný rozhovor a projevují pokles schopností, ztrátu kontroly a bezmocnost. Ošetřovatelé, kteří poskytují péči křehkým starším lidem s tělesným a duševním postižením, mohou chování klientů nesprávně interpretovat

a mnohdy reagují způsobem, který neúmyslně posílí závislé chování obyvatel. Pokud se v prostředí pečovatelského domu vyskytují komunikační problémy, dochází také k problémům s morálkou zaměstnanců, vysokou mírou obratu zaměstnanců a objevují se také problémy s kvalitou života obyvatel. Lidská důstojnost jde ruku v ruce s etickými zásadami a etikou obecně.

Mezi etické povinnosti sestry poskytující ošetrovatelskou péči patří zcela jistě trpělivost, empatie a schopnost aktivně naslouchat. Etické povinnosti sestry se ztotožňují s principem odpovědnosti. Tam, kde má sestra odpovědnost, má také povinnosti. Etické povinnosti se potom vztahují na všechny role, které sestra plní. Kromě ošetrovatelské péče, která je profesní a centrální etickou povinností, sestra ještě vykonává obhajobu, zodpovědnost, povinnost a spolupráci. Etické chování sestry je dáno jejími osobními vlastnostmi a úrovní mezilidských vztahů na pracovišti, filozofickými, ideovými, náboženskými názory a postoji, teorií ošetrovatelství a ošetrovatelskou etikou, postavením sestry ve společnosti a vymezením jejich povinností a kompetencí (Juhásová, Karabová, 2012, s . 45).

5 SOBĚSTAČNOST A DŮSTOJNOST

Soběstačnost je definována jako schopnost samostatně a nezávisle plnit každodenní činnosti v určitém prostředí. Soběstačnost je dána fyzickou, psychickou a funkční zdatností. Jde o soubor schopností, umožňující lidem žít samostatně v normálním prostředí. Soběstačnost myslí se aktivity denního života dělíme na instrumentální a bazální. Mezi bazální sebeobslužné aktivity řadíme oblékání, schopnost najíst se, kontinenci, schopnost provést základní hygienu, základní mobilitu, například přesun z lůžka na židli a na instrumentální sebeobslužné aktivity, které člověku umožňují žít nezávisle ve své komunitě. Jedná se například o nakupování, běžné domácí práce, přípravu jídla a obstarání financí. Nesoběstačnost pak vzniká v důsledku disability, chronického onemocnění, traumatu nebo onemocnění, jež způsobují zhoršenou schopnost zvládat sebeobslužné aktivity (Holmerová, Válková, Vaňková, Jurašková, 2011, s . 54).

Jak jsme již uvedli v kapitole 2 , tak lidská populace stárne, délka lidského života, ale i délka produktivního věku se prodlužuje a počet seniorů se neustále zvyšuje. Mnoho socioekonomických studií popisuje tento jev a také jeho dopad na společnost. Tyto studie pomáhají odhalit a pojmenovat negativní jevy doprovázející stáří a stárnutí, jako je feminizace, oslabení rodinných vztahů, zhoršení ekonomické situace seniorů, a to vše většinou zapříčiněno polymorbiditou ve stáří s následnou omezenou a sníženou soběstačností seniorů (Šoltésová, Běrešová, Hulinský, 2014, s . 179).

V důsledku snížené soběstačnosti pak bývá velmi často důstojnost u seniorů narušena v oblasti vzájemné komunikace a nerespektování soukromí. Bohužel se velmi často setkáváme u seniorů také s ponižováním a zneužíváním, a to jak v domácím, tak i nemocničním prostředí (Papastavrou, 2016, s . 93). Staří lidé představují v tomto ohledu velmi zranitelnou skupinu obyvatel. Takzvaný ageismus neboli diskriminace v důsledku vysokého věku zahrnuje negativní představy o stáří. Džáčovská a Chovanec (2014, s . 29) ve svém článku Ageismus ako sociálny problém v povedomí mladých ľudí uvádějí, že je nutností dneška připravit povědomí lidí na vnímání stáří a stárnutí, a to ve smyslu základní slušnosti, křesťanské morálky a lidskosti a to zejména u mladých lidí. Zneužívání a zanedbávání seniorů EAN – elder abuse and neglect) je problém, kterému se v zahraničí věnuje pozornost od 70. let 20. století. S násilím páchaným na starých lidech je spojena celá řada závažných psychologických, ošetrovatelských, sociálních a ekonomických následků,

kteří vzájemně ovlivňují život jak jednotlivcům, tak celé společnosti (Juhásová, Karabová, 2012, s. 45).

Každý a nejen starý člověk by měl mít vždy a za všech předpokladů přístup k sociálním a právním službám, aby tak mohl udržovat optimální úroveň fyzické, duševní a emocionální pohody. Měl by mít zajištěny kulturní a duševní prostředky a také by jim mělo být umožněno žít důstojně bezpečně bez vykořisťování a bez fyzického či duševního násilí a zneužívání. Vždy by mělo být s těmito lidmi zacházeno spravedlivě bez ohledu na věk, pohlaví, rasu nebo etnický původ (Lange, 2009, s. 212).

Z hlediska snížené soběstačnosti patří mezi faktory, které negativně ovlivňují důstojnost člověka nemoc a obavy z ní. Kdy problémy, které se k nemoci vztahují, mohou být potencialem hrozbou ztráty důstojnosti. Sem můžeme zařadit bolest, nevolnost, omezení pohybu, omezení komunikace. V procesu stárnutí dochází k fyzickým změnám v organismu a mnohé z nich vyžadují používání kompenzačních pomůcek, jakými jsou, brýle, zubní protéza, naslouchadla. Budou-li jimi senioři vybaveni, bude komunikace s nimi zachována a tím dojde i k zachování důstojnosti seniora. Co se týká zachování důstojnosti z hlediska ošetrovatelské péče, nikdy nesmí starý člověk ztratit naději a svou hrdost. Sociální problémy, které s sebou nemoc nese je ohrožena sociální důstojnost seniora. Tyto problémy bychom měli řešit ihned a uvědomit si také, že při respektování této důstojnosti hraje významnou roli také prostředí (Birrell, 2006, s. 45).

Jak uvádí (Gastmans, 2013, s. 146) je součástí každého z nás zranitelnost. Přesto jsou mezi námi jedinci, kteří jsou zranitelnější více. Jsou to například pacienti s demencí nebo lidé s mentálním a tělesným postižením. Sestry, které pracují na geriatrických odděleních, se při své ošetrovatelské praxi setkávají s eticky náročnějšími situacemi a velmi často mohou jednat s pacientem nedůstojně a zneužít tak jeho zranitelnosti. K tomu, aby byla soběstačnost u seniorů zachována co nejdéle, je důležité dbát na to, aby senioři žili aktivním způsobem života. Tím je podporován aktivní přístup k uchování si celkové kvality života. Aktivní životní styl a různé aktivizační techniky mohou zlepšovat soběstačnost a posilovat psychickou, fyzickou a sociální stránku osobnosti. Spojení „aktivní stárnutí“ si vydobylo své pevné místo jako rámec pro široké spektrum témat spojených se životem seniorské populace. Stalo se významným sloganem zastřešujícím sociální politiku stárnoucí Evropy. Česká vláda definovala v Národním programu přípravy na stárnutí na období let 2003 až 2007 aktivní stárnutí jako svou prioritu. V současné verzi dokumentu je termín nahrazen spojením „pozitivní stárnutí“, které ale poměrně synonymicky odkazuje na původní pojetí. V roce 2012 pak celá Evropa slavila rok aktivního stárnutí. Zdravější a tím i méně závislí, déle pracující

a pomáhající senioři symbolizující vizi aktivního stárnutí se v rámci této rétoriky zároveň stávají klíčem k vyřešení ekonomických problémů spojených s demografickým stárnutím (Hasmanová Marhánková, 2014, s . 1 - 18).

Avramov a Mašková (2003, s . 24) definují aktivní stárnutí jako naplňování aktivního života starších lidí v různých oblastech osobního, rodinného, společenského, ale i profesního života. Specificky pak podle nich aktivní stárnutí představuje pracovní aktivity ve stáří, aktivní účast na rodinném životě, aktivní zapojení do života komunity a aktivnímu trávení volného času. Walker (2006, s . 78) pak aktivní stárnutí vnímá jako multidimenzionální strategii, která propojuje individuální i společenskou rovinu. Narativum, jež spojuje aktivitu s cestou ke spokojenému a zdravému stárnutí sehrálo rovněž významnou roli v rozšíření pole působení gerontologie a upevnění pozice sociální práce ve vztahu k seniorům (Green, 2009, s . 8). Toto narativum nabídlo aktivitu jako důležitý intelektuální a profesní kapitál. Nejasnost samotného významu „aktivita“ a jejich definičních rámců umožňuje gerontologii sehrávat důležitou úlohu v procesu vymezování toho, jak vypadá ona žádoucí aktivita ve stáří a co vůbec za aktivitu můžeme považovat. Nacházíme tak řadu pokusů o vymezení různých podob stárnutí skrze aktivity, kterých je člověk schopen (např.škála ADL – activity of daily living – používající se k definici různých stupňů [ne]závislosti člověka ve stáří), či skrze aktivity, které preferuje. Lidé tak mohou být na základě svých aktivit rozlišováni do skupin (ne)produktivně, (ne)úspěšně či (ne)aktivně stárnoucích. Kuchařová a kol. (2002) tak například ve své studii rozdělují české seniory a seniorky na základě činností, jimž se věnují, do čtyř skupin – „mnohostranný, spíše intelektuálský“, „manuálně orientovaný“, „intelektuálský, orientovaný na pomoc druhým“ a na „pasivní“. Stáří a stárnutí s sebou přináší zhoršenou adaptabilitu a dochází ke snížení soběstačnosti v nejrůznějších aktivitách denního života. U seniorů tak dochází k závislosti na druhé osobě. Již toto je samo o sobě pro mnohé považováno za ztrátu lidské důstojnosti (Aydiner et al., 2017, s . 61).

King (2012, s . 570) uvádí, že na základě zhoršené soběstačnosti byly identifikovány čtyři oblasti, a to fyzická, psychologická, sociální a duchovní, které přispívají k negativnímu ovlivňování lidské důstojnosti. Senioři potřebují především kvalitní služby. Zvláštní pozornost je třeba věnovat těm seniorům, kteří jsou znevýhodněni v důsledku chronické nemoci, která vede k omezení jejich soběstačnosti. Tito lidé potřebují jak zdravotní tak sociální, ale i další služby, a to v uceleném spektru, aby mohli co nejkvalitněji žít.

6 DEPRESE VE STÁŘÍ

Deprese je častým onemocněním seniorského věku. U každého pátého člověka se alespoň jednou za život objeví klinicky významná porucha nálady. Každoročně onemocní kolem 5 % obyvatelstva různého věku, ženy postihuje asi 2x častěji než muže. V roce 2015 žilo na světě 300 milionu lidí s depresí, a to ve všech věkových skupinách. Světová zdravotnická organizace vysvětluje stoupající počet depresí především celkovým růstem populace a zároveň stárnutím obyvatelstva, neboť u vyšších věkových skupin jsou deprese rozšířenější.

Choroba se projevuje změnou nálady, dlouhodobým smutkem a špatnou náladou, jejíž původ není mnohdy ani znám. Změny nálad mohou být za normálních okolností vysvětleny například špatnou životní situací, životní ztrátou nebo tragickou událostí. Smutek po těchto událostech trvá vždy jen určitou dobu. Jestliže smutek a špatná nálada přetrvávají delší dobu a dlouhodobě, jsou provázeny pocity beznaděje, vlastní nicotností, pocitem opuštěnosti, bezvýznamností a podobně, nejedná se již o normální stav, ale depresi. V seniorském věku má deprese odlišnou symptomatologii nežli u osob mladšího věku. Vede k narušení běžných životních funkcí a mnohdy i ke zhoršení současných tělesných nemocí nebo k jejich častější exacerbaci. Jednotlivé příznaky a projevy deprese zde mohou být modifikovány somatickým postižením. Rizikovými faktory pro vznik deprese v seniu jsou věk nad 60 let, polymorbidita, insomnie, hypochondrie, sebevražedné pokusy v minulosti, ztráta někoho blízkého (Holmerová, Jurašková, Zikmundová a kol, 2007, s . 82).

Grover (2015, s . 5) ve své indické studii uvádí, že depresí trpí více ženy nežli muži, mezi demografické faktory, které jsou spojeny s depresí u starších osob, patří svobodní, rozvedení nebo ovdovělí starší lidé, kteří žijí na venkově, jsou negramotní, mají nižší socioekonomický status a jsou nezaměstnaní. Ukázalo se také, že deprese souvisí s různými psychosociálními faktory, životním stylem dietními omezeními a chronickým onemocněním, na které deprese velmi často nasedá. Deprese u seniorů se netýká jen samotného nemocného, ale ovlivňuje rodiny i komunity (Wiese, 2011, s . 1).

Kanadská studie A . Picarda (2010) říká, že až 44 % seniorů žijících v Kanadě v seniorských domech trpí klinickou depresí. Tato studie svědčí o závažnosti tohoto

problému a nutnosti řešit jej. Tito lidé s depresí nejčastěji trpěli poruchami spánku, nechutenstvím, měli potíže s komunikací a často se izolovali od ostatních, vyhledávali samotu. Dle studie je důležité soustředit se na to, proč deprese u lidí v seniorských domech propukla, neboť samotné umístění do pečovatelského domu depresi zcela jistě nezpůsobuje. Dále studie uvádí, že existují dvě běžné nesprávné představy, které vedou k tomu, že důchodci jsou značně nedostatečně diagnostikováni a nedostatečně léčeni pro depresi: 1) přesvědčení, že stárnutí je samo o sobě depresivní; 2) myšlenku, že senioři s mentálními a zdravotními problémy - ať už mají dlouhodobé problémy nebo jsou nově diagnostikováni - se nemohou zotavit. Další průřezová indická studie z roku 2015 uvádí také podobné výsledky.

Ve městě Lucknow v Indii byla deprese častější u lidí žijících v seniorských domech, vyskytovala se častěji u osamocených jedinců a bylo také zjištěno, že finančně nezávislí senioři byli méně depresivní (Mohan a kol., 2015, s . 97). Je velmi důležité uvědomit si, že deprese není normální součástí stárnutí a musí být tudíž důsledně léčena. Léčba deprese ve stáří spočívá v podávání antidepresiv a samozřejmě také v psychoterapeutickém přístupu k pacientovi a jeho rodinným příslušníkům a pečovatelům (Holmerová, Jurašková, Zikmundová a kol, 2007, s . 92). Bojovat proti depresi se dá také tělesným cvičením. To potvrzuje i americká studie, která říká, že cvičení třikrát týdně by mohlo být efektivnější než léčba při zmírnění příznaků závažné deprese u starších lidí a může také snížit pravděpodobnost, že se deprese vrátí v průběhu času. Vědci z Duke University Medical Center studovali 156 pacientů s depresivním postižením ve věku 50 a více let a zjistili, že po 16 týdnech vykazovali pacienti, kteří cvičí, významné zlepšení ve srovnání s těmi, kteří buď užívali léky samostatně, nebo ti, kteří kombinovali terapii. Účastníci studie v cvičební skupině se účastnili jedné půlhodiny rychlé chůze třikrát týdně (Legg, 2017, s . 2).

Deprese a lidská důstojnost

V současné době představují chronická onemocnění závažný problém veřejného zdravotnictví a to na celosvětové úrovni. Bylo zjištěno, že pacienti senioři s chronickým onemocněním mají často problémy v psychosociální oblasti a deprese a jiné úzkostné poruchy jsou u nich velmi časté a negativně ovlivňují kvalitu jejich života (Wu, Li, 2018, s . 945).

Chronická onemocnění spolu s depresí snižují soběstačnost nemocných, a tito jsou stále více a více závislí na péči okolí. V seniorském věku dochází u seniora také k velkým životním změnám a ztrátám. Deprivace v seniui zcela jistě vede ke ztrátě lidské důstojnosti (Ramos, Fulton, 2017, s . 115). Senioři často pod vlivem deprese ztrácí zájem o své koníčky, přestávají o sebe pečovat, jsou často zanedbaní a izolují se od společnosti druhých lidí. Často se ztrácí před očima, ubývají na váze a velmi často přestávají myslet na budoucnost. Připadají si často méněcenní a bezvýznamní. Dochází u nich k potlačení autonomie a ztrácí tak lidskou důstojnost. Neschopnost bilancování vlastního života a nevyjasněné vztahy v rodině mohou vést k beznaději a zoufalství. Mnohdy i vytržení z domácího prostředí a pobyt v institucionálním zařízení může negativně ovlivnit psychiku seniora (Guo, 2014, s . 120).

7 SHRNU TÍ TEORETICKÝCH POZNATKŮ A FORMULACE HYPOTÉZY

Z použitých zdrojů teoretické části diplomové práce bylo zjištěno, že populace celosvětově stárne a potřebuje neodmyslitelně laskavý přístup a zajištění prožití důstojného stáří. Se stářím se pojí i polymorbidita, různá tělesná postižení a také mnoho duševních chorob. Mnoho seniorů je pak odkázáno na ošetrovatelskou péči, kterou ve zdravotnických a sociálních zařízeních vykonávají sestry a ošetrovatelé. Není pochyb o tom, že péče o seniory musí být co nejvíce důstojná. Důstojnost je jednou z nejdůležitějších a nejzákladnějších hodnot a jeden z nejobecnějších a nejširších konceptů, který je často spojován s etikou, hodnotami a ochranou lidských práv. Jedním z jeho atributů je značná subjektivita a vztahovost, danost kontextem, místem, dobou a tématem či prostředím, ve kterém se o důstojnosti hovoří. Tento pojem má blízko k sebeúctě, vážnosti, hodnotě člověka, vážnosti jeho projevů a projevů k němu, slušnosti, lidskému soukromí a studu, vážnosti a formě v mezilidské komunikaci a interakci. Patří k základním hodnotám lidského bytí a lidské existence. Mnohdy je důstojnost považována za nejvyšší hodnotu, která je úzce spjata se zdravím podmíněnou kvalitou života (Holmerová a kol., 2007, s. 51). Ve vztahu ke stáří a stárnutí lze důstojnost vidět jako velmi různorodý a široký pojem a jev, který má mnoho podob, stejně jako stáří samotné. Důstojnost tak může mít jiný, různý význam v různých fázích života a pohled na ni se může měnit. V užším pojetí, a sice v kontextu podpory, péče a služeb poskytovaných lidem se sníženou soběstačností se jedná zejména o kontrolu nad svým životem, časem, dnem, pohybem, soukromím, kontaktováním druhých, možnostmi odmítnutí, volbou druhu, formy a rozsahu podpory a péče, kterou preferují atd. Pokud budeme seniorům poskytovat adekvátní služby odpovídající jejich potřebám, budeme tím zároveň posilovat a udržovat odpovídající kvalitu života a zachovávat i jejich lidskou důstojnost. Důstojnost pacienta by měla být závažnou prioritou při poskytování zdravotní a ošetrovatelské péče, kdy je potřeba dbát na uspokojování všech potřeb pacienta. Pokud sestra uspokojuje řádně potřeby seniorů, můžeme hovořit o důstojné péči. Pro pečujícího je nutné vědět, které potřeby jsou pro nemocného důležité. Nerozpoznaná či opomenutá saturace těchto potřeb může být pro nemocného nebezpečná a může dojít ke zhoršení jeho zdravotního stavu. K naplňování důstojnosti tak může vést pomoc uskutečňovat a vést život, který si přeji bez ohledu na svůj věk a handicap, podporu v čelení bariérám

spojeným se stářím, pomoc vyrovnávat se s problémy stáří, případné osamělosti apod. (Erdinger, 2009, s. 28). **Vzhledem ke stanovenému cíli výzkumu byla hypotéza formulována následovně:** předpokládáme, že deprese, soběstačnost a věk mohou ovlivňovat prožívání důstojnosti u hospitalizovaných seniorů.

8 METODIKA VÝZKUMU

Výzkumné šetření bylo realizováno formou kvantitativního výzkumu. Byla použita baterie standardizovaných hodnotících nástrojů v české verzi, která zahrnovala: Dotazník důstojnosti pacienta (PDI), Barthelové test základních všedních činností (ADL), Škálu deprese pro geriatrické pacienty (GDS), Test kognitivních funkcí (MMSE), Vizuelní analogovou škálu pro hodnocení bolesti (VAS) a soubor socio-demografických charakteristik.

Realizace výzkumu byla schválena Etickou komisí Fakulty zdravotnických věd Univerzity Palackého v Olomouci (protokol č . UPOL-86974/1040-2018). (Příloha 2).

1.1 Výzkumné cíle a hypotézy

Hlavním cílem diplomové práce je zjistit, jak senioři hospitalizovaní na oddělení následné péče hodnotí důstojnost dle dotazníku PDI. Od stanoveného hlavního cíle se odvíjely čtyři dílčí cíle diplomové práce.

Cíl 1 :

Zjistit, zda se hodnocení důstojnosti a vybraných faktorů (deprese, soběstačnost, kognitivní stav, bolest) změní po jednom měsíci hospitalizace na oddělení následné péče.

Hypotézy k cíli 1 :

H₀1: Hodnocení seniorů pomocí hodnotících nástrojů PDI, ADL, GDS, MMSE a VAS na začátku hospitalizace a po 1 . měsíci je stejné.

H_A1: Hodnocení seniorů pomocí hodnotících nástrojů PDI, ADL, GDS, MMSE a VAS na začátku hospitalizace a po 1 . měsíci není stejné.

Cíl 2 :

Zjistit, zda má deprese vliv na hodnocení důstojnosti u seniorů na začátku hospitalizace a po jednom měsíci hospitalizace na oddělení následné péče.

Hypotézy k cíli 2 :

H₀2: Deprese nemá vliv na hodnocení důstojnosti seniorů pomocí dotazníku PDI.

H_A2: Deprese má vliv na hodnocení důstojnosti seniorů v dotazníku PDI.

Cíl 3 :

Zjistit, zda má úroveň soběstačnosti vliv na hodnocení důstojnosti u seniorů na začátku hospitalizace a po jednom měsíci hospitalizace na oddělení následné péče.

Hypotézy k cíli 3 :

H₀3: Úroveň soběstačnosti nemá vliv na hodnocení důstojnosti seniorů pomocí dotazníku PDI.

H_A3: Úroveň soběstačnosti má vliv na hodnocení důstojnosti seniorů v dotazníku PDI.

Cíl 4 :

Zjistit, zda věk má vliv na hodnocení důstojnosti seniorů v dotazníku PDI na začátku hospitalizace a jednom měsíci hospitalizace na oddělení následné péče.

hypotézy k cíli 4 :

H₀4: Věk nemá vliv na hodnocení důstojnosti seniorů v dotazníku PDI.

H_A4: Věk má vliv na hodnocení důstojnosti seniorů v dotazníku PDI.

8.2 Charakteristika souboru

Výzkumný soubor tvořili seniori hospitalizovaní na oddělení následné péče v Uherskohradištské nemocnici a .s . Dotazníkového šetření se účastnilo celkem 125 seniorů. Šetření probíhalo ve dvou fázích, na začátku hospitalizace a po 1 . měsíci hospitalizace.

Kritéria pro výběr respondentů byla následující:

- věk nad 65 let,
- osoby netrpící pokročilou demencí (MMSE 20 a více bodů),
- schopnost verbální komunikace,
- pacienti, kteří souhlasili se zapojením do dotazníkového šetření,

- hospitalizace minimálně 1 měsíc.

Vyřazující kritéria byla: terminální stadium onkologické nebo neonkologické nemoci a závažný smyslový deficit (těžké postižení zraku nebo sluchu).

Výpočet velikosti souboru respondentů

Při výpočtu velikosti výzkumného vzorku jsme pracovali s předpokladem, že minimální rozdíl v průměrných hodnotách opakovaně měřených položek dotazníku PDI je 0,08; směrodatná odchylka (SD) měření je 0,45; hodnota korelačního koeficientu pro vzájemnou korelaci opakovaně měřených položek je 0,85; type I error rate (α) = 0,05 a síla testu (power) = 0,90. Požadovaná velikost vzorku za těchto podmínek je minimálně 102 respondentů. Spočítáno programem TIBCO STATISTICA version 13.4 .0 .14 (viz tab. 1). Při předpokladu, že návratnost kompletně vyplněných dotazníků bude přibližně 60 %, bylo stanoveno, že je potřeba oslovit minimálně 150 hospitalizovaných seniorů.

Tabulka 1 Výpočet velikosti vzorku

	Sample Size Calculation (Spreadsheet1)
	Dependent Sample t -Test
	H0: $\mu_1 = \mu_2$
	Value
Population Mean μ_1	1,2600
Population Mean μ_2	1,1800
Group 1 S .D . (Sigma1)	0,4500
Group 2 S .D . (Sigma2)	0,4500
Between-group Correlation	0,8500
Type I Error Rate (Alpha)	0,0500
Critical Value of t	1,9837
Power Goal	0,9000
Required Sample Size (N)	102,0000

8.3 Metoda sběru dat

Pro získání dat byl použit kvantitativní typ výzkumu. K získání empirických dat byly využity standardizované dotazníky v české verzi. Pro hodnocení problémů spojených s důstojností jsme použily *Dotazník důstojnosti pacienta (PDI)*. K hodnocení míry deprese seniorů byla využita *Škála deprese pro geriatrické pacienty (GDS)*. *Test kognitivních funkcí (MMSE)* byl použit pro posouzení kognitivních funkcí seniorů. Stupeň soběstačnosti byl posouzen za pomoci *Barthelové testu základních všedních činností (ADL)*. *Vizuální analogovou škálou pro hodnocení bolesti (VAS)* jsme hodnotili stupeň subjektivně vnímané bolesti. Dále dotazníkový soubor obsahoval socio-demografické charakteristiky respondentů.

▪ **PDI – Dotazník důstojnosti pacienta**

Dotazník důstojnosti pacienta (PDI) je nástrojem, který umožňuje posoudit celou řadu problémů, u nichž bylo zjištěno, že mohou ovlivnit pocit důstojnosti u pacientů s omezujícími životními podmínkami. Dotazník obsahuje 25 otázek, kde každá otázka je hodnocena 5 bodovou Likertovou škálou (1 bod – není problém, 2 body – mírný problém, 3 body – problém, 4 body – velký problém a 5 bodů – nepřekonatelný problém). Za problém je pak považováno, pokud pacient označil na Likertově škále otázku 3 a více body (Chochinov, 2008, s. 564). V české verzi dotazníku PDI jsou položky rozděleny do čtyř subšál – Ztráta smyslu života; Ztráta nezávislosti; Ztráta jistoty; Ztráta sociální podpory (Kisvetrová et al., 2018, s. 444 - 450).

▪ **GDS - Škála deprese pro geriatrické pacienty**

Škála GDS zjišťuje příznaky deprese u seniorů. Tato škála obsahuje 15 otázek s odpovědí ano či ne. Je obodována v rozmezí 0 až 15 bodů. Vybrané otázky jsou obodovány 1 bodem, zbylé 0 body. Bodové rozmezí 0 až 5 bodů je označeno za normální pásmo (bez příznaků deprese). Bodové skóre nad 6 bodů a více je označeno za mírnou depresi. Bodové skóre 11 až 15 bodů představuje těžkou depresi (Kalvach, 2008, s. 88).

▪ **MMSE - Mini Mental State Examination**

MMSE je celosvětově nejčastěji využívaným hodnotícím nástrojem ke zjištění poruchy kognitivních funkcí. Test obsahuje několik oblastí: orientace (jaký je rok, měsíc, den v týdnu, datum), pozornost, výbavnost, paměť (sestra řekne 3 předměty během 3 sekund a vyzve

pacienta k opakování), opakování slov, čtení, počítání (odečítání čísla 7 od čísla 100), vyhovění příkazu, kreslení (malování dle předlohy). Maximální počet bodů je 30. Rozmezí bodů 24-30 bodů je hodnoceno normální stav, 21-23 bodů představuje lehkou kognitivní poruchu a 11-20 označuje střední kognitivní poruchu. Skóre 10 bodů a méně znamená, se se jedná o pokročilou formu demence (Pokorná, 2013, s . 28).

- **Bartelové test základních všedních činností (ADL, Activity Daily Living)**

Barthelové test zjišťuje míru sebezpečí (soběstačnosti) v 10 oblastech: schopnost se najíst, napít, obléknout, umýt a vykoupat, únik moče a stolice, používání toalety, chůze po rovině a do schodů. Jednotlivé oblasti se bodují ve stupnici 0 -100, kde 0 bodů znamená plnou závislost, 100 bodů značí úplnou soběstačnost jedince.

- **VAS - Vizuální analogová škála bolesti**

VAS je jedním z neznámějších nástrojů k měření bolesti. K vyjádření intenzity bolesti se používá úsečka ve vodorovném směru od 0 – žádné bolesti, až po 10 – nejhorší bolesti (Pokorná, 2013, s . 109).

8.4 Realizace výzkumu

Souhlasné stanovisko s realizací výzkumného šetření bylo uděleno Etickou komisí FZV UP v Olomouci a rovněž bylo získáno od managementu Uherskohradišské nemocnice, a .s . Vedoucí pracovníci Oddělení následné péče byli informováni o způsobu realizace dotazníkového šetření a byli seznámeni s dotazníkovou baterií. Toto oddělení je tvořeno třemi stanicemi (lůžkovými jednotkami) s celkovou kapacitou 96 pacientů. Celkový počet hospitalizovaných seniorů na všech třech stanicích Oddělení následné péče v období od dubna do listopadu 2018 byl 1013 pacientů, z toho 30 % (485 seniorů) splňovalo zařazující kritéria (MMSE 21 bodů a více; věk 65 let a více). Se zařazením do výzkumu souhlasilo 160 oslovených seniorů, kteří podepsali před zahájením výzkumu informovaný souhlas (Příloha 2). Jednotlivé respondenty oslovila autorka diplomové práce, seznámila je s cílem výzkumu a vysvětlila způsob vyplnění jednotlivých dotazníků. Dotazníkové šetření probíhalo formou strukturovaného rozhovoru, které realizovala autorka diplomové práce Po jednom měsíci

(přibližně 30 dní hospitalizace) proběhla druhá fáze výzkumného šetření. Respondenti byli opět požádáni o vyplnění dotazníkové baterie formou strukturovaného rozhovoru. Kompletně vyplněné dotazníkové formuláře za obě fáze výzkumného šetření mělo 125 ze 160 oslovených seniorů. Druhou fází tedy nevyplnilo 35 seniorů (u deseti z nich došlo ke zhoršení zdravotního stavu a nebyli již schopni dotazník vyplnit; čtyři seniori zemřeli; u osmi seniorů byla hospitalizace ukončena v kratší době než 30 dní (byli přeloženi na jiná zdravotnická pracoviště); dva seniorů nedokončili druhou fázi vyplňování dotazníků z důvodu únavy a jedenáct seniorů odmítlo se do druhé fáze dotazníkového šetření zapojit). Kompletně vyplněných 125 dotazníkových souborů v obou fázích výzkumného šetření tak představovalo 78 % ze 160 oslovených seniorů, kteří se zapojili do první fáze.

8.5 Metoda zpracování dat

Kvantitativní proměnné byly prezentovány pomocí průměrů, směrodatných odchylek (SD), mediánů, minimálních a maximálních hodnot. Kvalitativní data byla reprezentována pomocí absolutních a relativních četností. Vzájemná korelace kvantitativních znaků byla zjišťována pomocí Pearsonova korelačního koeficientu. Rozdíly mezi dvěma závislými výběry v kvantitativních veličinách byly ověřovány párovým *t*-testem. Multivariabilní lineární regrese provedená metodou enter byla použita k zhodnocení efektu socio-demografických znaků, změn MMSE, ADL a deprese na změny v jednotlivých subškálách dotazníku PDI. Předpoklady multivariabilní lineární regrese byly ověřeny pomocí Durbin-Watsonova testu a VIF (variance inflation factor). Kvalita modelu byla zhodnocena koeficientem determinace R^2 . Všechny testy byly provedeny na hladině statistické významnosti $p = 0,05$; p -hodnoty nižší než 0,05 jsou v tabulkách zvýrazněny červeně. Ke statistickému zpracování byl použit statistický software IBM SPSS Statistics for Windows, Version 23.0. Armonk, NY: IBM Corp.

9 VÝSLEDKY VÝZKUMU

Nejprve byly popsány výsledky statistického zpracování základních charakteristik souboru seniorů a následně pak prezentovány výsledky výzkumného šetření jednotlivých dílčích cílů a stanovených hypotéz.

9.1 Popis souboru

Šetření se zúčastnilo 125 seniorů, 33 (26,4 %) bylo mužů a 92 (73,6 %) žen. Průměrný věk seniorů se směrodatnou odchylkou byl $80,2 \pm 6,1$ roků, věkové rozmezí 67 až 91 let, hodnota mediánu věku byla 80 let. Většina seniorů byla vyučena (62,4 %), necelá čtvrtina (24,8 %) seniorů měla pouze základní vzdělání, 11,2 % seniorů dosáhlo středoškolského vzdělání a jen dva senioři (1,6 %) měli vysokoškolské vzdělání. Nejvíce seniorů (31,2 %) žilo s partnerem, 28,0 % seniorů žilo v domově pro seniory, 21,6 % žilo s dalšími příbuznými a 19,2 % seniorů žilo samo. Více než polovina (65,6 %) se považovala za věřící, 32,0 % seniorů se označilo za nevěřící a 3 senioři (2,4 %) na tuto otázku neodpověděli.

Průměrná délka intervalu mezi 1. a 2. fází výzkumného šetření byla $31,1 \pm 1,3$ dne, hodnota mediánu délky intervalu mezi 1. a 2. fází výzkumného šetření byla 31 dní. Sociodemografické charakteristiky seniorů jsou shrnuty v tabulce 2. Přehled lékařských diagnóz, které byly důvodem hospitalizace, je uveden v tabulce 3.

Tabulka 2 Četnostní rozložení sociodemografických charakteristik souboru

n = 125		Počet	Procenta
Pracoviště	1	42	33,6 %
	2	51	40,8 %
	3	32	25,6 %
Pohlaví	muži	33	26,4 %
	ženy	92	73,6 %
Vzdělání	ZŠ	31	24,8 %
	vyučen	78	62,4 %
	SŠ	14	11,2 %
	VŠ	2	1,6 %
Sociální situace	sám/sama	24	19,2 %
	s partnerem	39	31,2 %

	s dalšími příbuznými	27	21,6 %
	v domově pro seniory	35	28,0 %
Náboženské přesvědčení	věřící	82	65,6 %
	nevěřící	40	32,0 %
	bez odpovědi	3	2,4 %

9.2 Výsledky výzkumu ve vztahu k jednotlivým dílčím cílům

Cíl 1 :

Zjistit, zda se hodnocení důstojnosti a vybraných faktorů (deprese, soběstačnost, kognitivní stav, bolest) změní po jednom měsíci hospitalizace na oddělení následné péče.

H₀1: Hodnocení seniorů pomocí hodnotících nástrojů PDI, ADL, GDS, MMSE a VAS na začátku hospitalizace a po 1 . měsíci je stejné.

H_A1: Hodnocení seniorů pomocí hodnotících nástrojů PDI, ADL, GDS, MMSE a VAS na začátku hospitalizace a po 1 . měsíci není stejné.

▪ Vyhodnocení změn v oblasti důstojnosti (PDI)

Nejdříve jsme vyhodnotili změny v hodnocení dotazníku PDI po jednotlivých položkách. V tabulce 3 jsou uvedeny průměrné hodnoty se směrodatnými odchylkami (SD), které byly naměřeny při vstupním šetření a pak po jednom měsíci. Párovými *t*-testy byly ukázány rozdíly v hodnocení u následujících položek:

- Položka 1 „Neschopnost vykonávat úkony každodenního života“ (p = 0 ,038)
- Položka 2 „Neschopnost obsloužit samostatně mé tělesné funkce“ (p = 0 ,011)
- Položka 3 „Pocit'ování fyzicky nepříjemných příznaků“ (p = 0 ,045)
- Položka 12 „Pocit, že nejsem užitečný ani vážený“ (p = 0 ,011).

U položek 1, 2 a 12 došlo ke zlepšení hodnocení, u položky 3 naopak ke zhoršení. U položek 13 „Pocit, že nejsem schopen/schopna zastávat důležité role“ a 21 „Necítím podporu od přátel nebo rodiny“ test nebyl proveden, protože nedošlo k žádné změně. Při vstupním i následném měření na položku 21 všichni pacienti odpověděli shodně, že to není problém. Tato položka byla nejlépe hodnocena, naopak nejhůře byla při vstupním měření

hodnocena položka 1 „Neschopnost vykonávat úkony každodenního života“ a při následném měření položka 3 „Pocitování fyzicky nepříjemných příznaků“. Přesné průměrné hodnoty jsou patrné z tabulky 3 .

Tabulka 3 Průměrné hodnocení jednotlivých položek dotazníku PDI se směrodatnými odchylkami (SD), p - hodnota párového t - testu

PDI	vstupní měření		měření po 1 měsíci		p
	Průměr	SD	Průměr	SD	
1 : Neschopnost vykonávat úkony každodenního života	1 ,26	0 ,46	1 ,18	0 ,45	0 ,038
2 : Neschopnost obsloužit samostatně mé tělesné funkce	1 ,16	0 ,37	1 ,10	0 ,30	0 ,011
3 : Pocitování fyzicky nepříjemných příznaků	1 ,24	0 ,50	1 ,30	0 ,57	0 ,045
4 : Pocit, že se výrazně změnilo, jak mě vidí ostatní	1 ,06	0 ,25	1 ,09	0 ,28	0 ,368
5 : Pocit deprese	1 ,08	0 ,27	1 ,09	0 ,28	0 ,783
6 : Pocit úzkosti	1 ,10	0 ,30	1 ,10	0 ,33	0 ,566
7 : Pocit nejistoty ohledně mé nemoci a léčby	1 ,05	0 ,21	1 ,09	0 ,31	0 ,166
8 : Obavy o mou budoucnost	1 ,05	0 ,21	1 ,06	0 ,23	0 ,657
9 : Neschopnost jasně myslet	1 ,03	0 ,18	1 ,01	0 ,09	0 ,083
10: Neschopnost pokračovat v mých obvyklých aktivitách	1 ,07	0 ,29	1 ,06	0 ,30	0 ,740
11: Pocit, že nejsem, kým jsem býval(a)	1 ,06	0 ,23	1 ,05	0 ,25	0 ,707
12: Pocit, že nejsem užitečný ani vážený	1 ,10	0 ,33	1 ,04	0 ,20	0 ,011
13 Pocit, že nejsem schopen/schopna zastávat důležité role (např. manžel/ka, rodič)	1 ,02	0 ,13	1 ,02	0 ,13	NA
14: Pocit, že život nemá žádný význam ani smysl	1 ,02	0 ,20	1 ,02	0 ,20	1 ,000
15: Pocit, že již životu nepřispívám ničím smysluplným a /nebo trvalým	1 ,06	0 ,25	1 ,02	0 ,15	0 ,058
16: Pocit, že mám „nedokončenou práci“ (např. věci, které jsem chtěl/a říct nebo udělat nebo nejsou uzavřené)	1 ,01	0 ,09	1 ,00	0 ,00	0 ,319
17: Obavy, že můj duchovní život nemá smysl	1 ,03	0 ,18	1 ,01	0 ,09	0 ,083
18: Pocit, že jsem přítěží pro ostatní	1 ,06	0 ,25	1 ,05	0 ,21	0 ,319
19: Pocit, že nemám kontrolu nad svým životem	1 ,03	0 ,18	1 ,06	0 ,29	0 ,181

20: Pocit, že mé onemocnění a související péče omezily moje soukromí	1,06	0,23	1,02	0,15	0,103
21: Necítím podporu od přátel nebo rodiny	1,00	0,00	1,00	0,00	NA
22: Necítím podporu ze strany zdravotnického personálu	1,08	0,30	1,04	0,20	0,058
23: Pocit, že již nejsem dále schopen duševně „bojovat“ s překážkami, které mi nemoc přináší	1,04	0,20	1,02	0,13	0,083
24: Neschopnost přijímat věci tak, jak jsou	1,02	0,13	1,02	0,15	0,319
25: Pocit, že se mnou není zacházeno s respektem a pochopením ze strany druhých	1,03	0,18	1,01	0,09	0,083

Následně byly vypočítány hodnoty skóre pro čtyři faktory dotazníku PDI. Položky dotazníku PDI byly rozděleny do čtyř subškál (Kisvetrová et al., 2018, 444-450).

- subškála 1 (Ztráta smyslu života) obsahuje položky 12, 24, 15, 13, 11, 19, 23, 16, 8, 18, 3, 14, 7.
- subškála 2 (Ztráta nezávislosti) obsahuje položky 2, 1, 10, 20, 4.
- subškála 3 (Ztráta jistoty) obsahuje položky 5, 6, 17, 9.
- subškála 4 (Ztráta sociální podpory) obsahuje položky 21, 22 a 25.

Skóre jednotlivých subškál dotazníku PDI bylo spočítáno jako součet jednotlivých položek zahrnutých do subškály V tabulce 4 je uvedena popisná statistika skóre subškál a p -hodnota párového t -testu. Párovým t -testem bylo prokázáno, že signifikantní změna (zlepšení) nastalo pouze u subškály 4 (Ztráta sociální podpory), $p = 0,032$, snížená hodnota statistické významnosti ($p = 0,074$) byla nalezena i u subškály 2 (Ztráta nezávislosti), zde je možné sledovat trend – po 1 měsíci je hodnocení lepší.

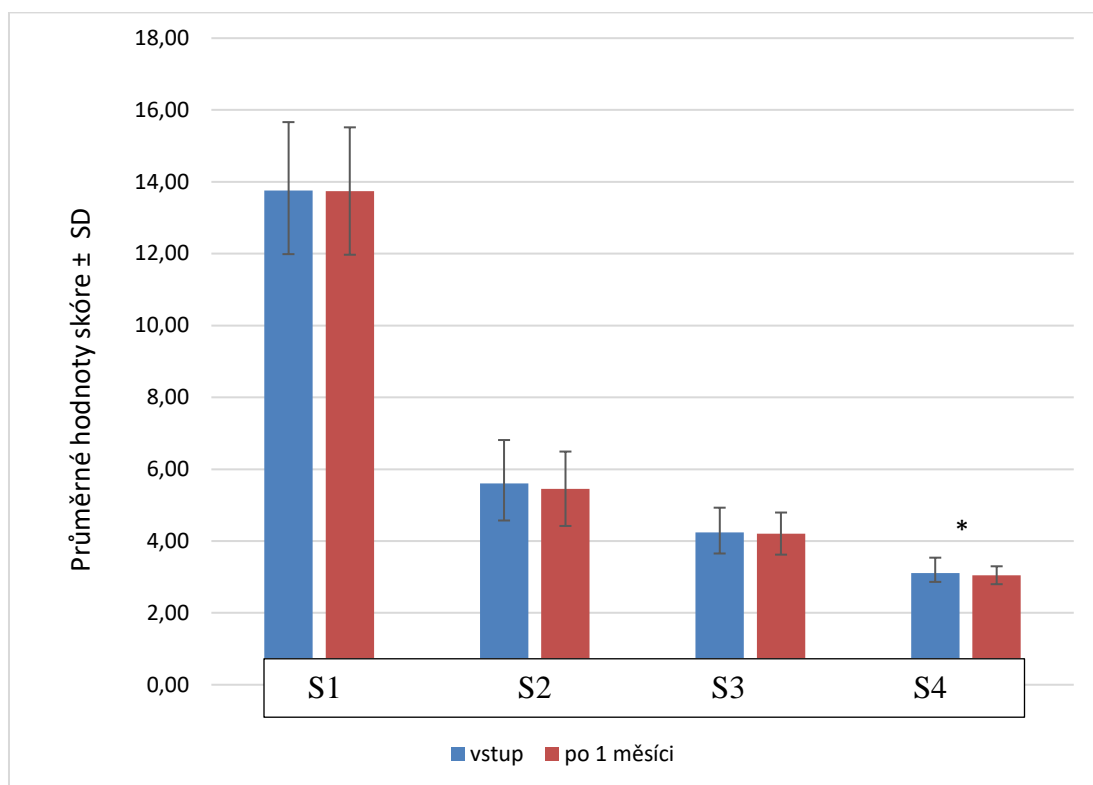
U subškál PDI byl spočítán rozdíl mezi prvním a druhým měřením. Rozdíl byl spočítán tak, že kladné hodnoty znamenají zvýšení hodnot (tedy zhoršení hodnocení), záporné hodnoty představují snížení hodnot v čase (tedy zlepšení hodnocení).

Tabulka 4 Popisná statistika skóre subškál a jejich rozdílů a p -hodnota párového testu

Subškály PDI	Průměr	SD	Medián	Minimum	Maximum	p
S1 - Ztráta smyslu života						
První fáze měření	13,76	1 ,90	13	13	24	0 ,888
Druhá fáze měření	13,74	1 ,77	13	13	24	
rozdíl	-0 ,02	1 ,26	0	-6	10	
S2 - Ztráta nezávislosti						
První fáze měření	5 ,61	1 ,20	5	5	10	0 ,074
Druhá fáze měření	5 ,46	1 ,04	5	5	11	
rozdíl	-0 ,15	0 ,94	0	-5	2	
S3 - Ztráta jistoty						
První fáze měření	4 ,24	0 ,69	4	4	8	0 ,452
Druhá fáze měření	4 ,21	0 ,59	4	4	8	
rozdíl	-0 ,03	0 ,47	0	-2	2	
S4 - Ztráta sociální podpory						
První fáze měření	3 ,11	0 ,43	3	3	6	0 ,032
Druhá fáze měření	3 ,05	0 ,25	3	3	5	
rozdíl	-0 ,06	0 ,33	0	-2	1	

Průměrné hodnoty skóre subškál S1 – S4 byly znázorněny i sloupcovým grafem 1 .

Graf 1 Průměrné hodnoty skóre subškál S1-S4 se směrodatnými odchylkami



* $p < 0,05$

- **Vyhodnocení změn v oblasti kognice (MMSE), soběstačnosti, (ADL) bolesti (VAS) a deprese (GDS).**

Vyhodnocení změn v dotaznících MMSE, testu Barthelové (ADL), hodnocení bolesti (VAS) a deprese (GDS) bylo provedeno obdobným způsobem. Použitými *t*-testy bylo prokázáno **signifikantní zlepšení v hodnocení bolesti a deprese**, $p < 0,0001$. Snížená hodnota signifikance u testu ADL ($p = 0,084$) naznačuje, že pacienti hodnotí stupeň své závislosti v základních denních činnostech po 1 měsíci lépe. Rozdíl ve skóre MMSE nalezen nebyl. Přesné průměrné hodnoty jsou v tabulce 5 . Sloupcové grafy 2 a 3 znázorňují signifikantní rozdíly u proměnných hodnocení bolesti a deprese.

Tabulka 5 Popisná statistika skóre dotazníků MMSE, ADL, VAS, GDS a jejich rozdílů; a p -hodnota párového testu

n = 125	Průměr	SD	Medián	Minimum	Maximum	p
Kognice (MMSE)						
První fáze měření	28,15	1,41	28	25	30	0,253
Druhá fáze měření	28,23	1,46	28	25	30	
rozdíl	0,08	0,78	0	-2	4	
Soběstačnost (ADL)						
První fáze měření	65,84	19,31	65	25	100	0,084
Druhá fáze měření	67,12	17,96	65	25	100	
rozdíl	1,28	8,23	0	-25	30	
Bolest (VAS)						
První fáze měření	2,55	1,86	2	0	8	<0,0001
Druhá fáze měření	1,50	1,81	0	0	8	
rozdíl	-1,05	1,28	-1	-4	2	
Deprese (GDS)						
První fáze měření	1,26	0,80	1	0	4	<0,0001
Druhá fáze měření	0,81	0,87	1	0	4	
rozdíl	-0,45	0,85	0	-3	2	

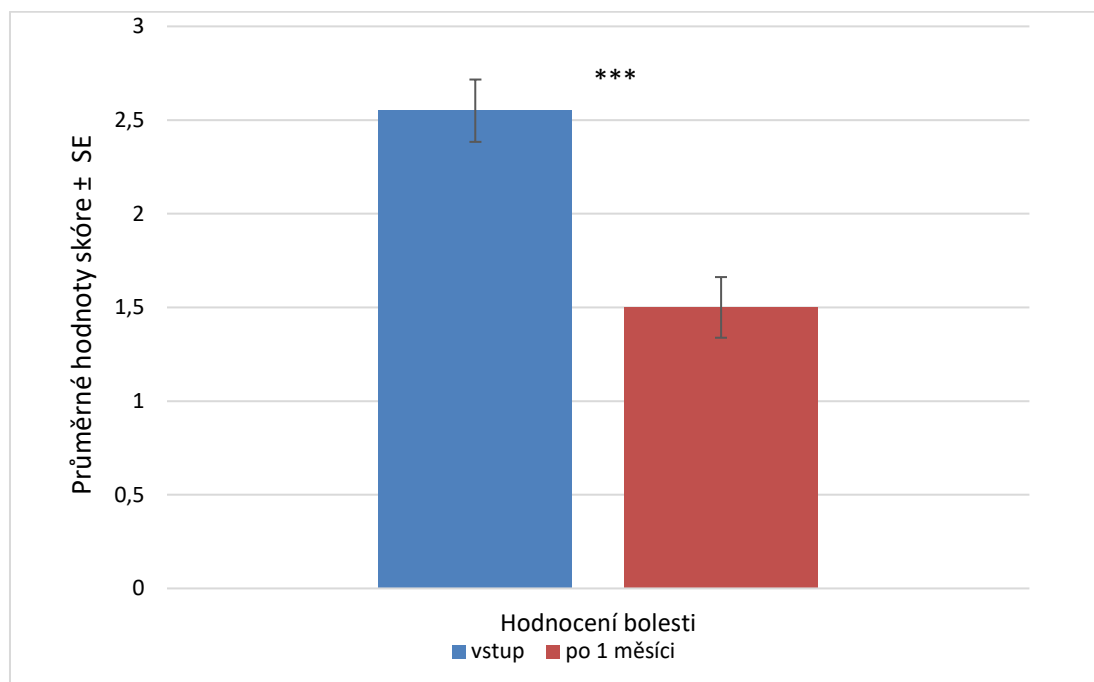
Test ADL byl vyhodnocen i pomocí čtyř stupňů závislosti. Z tabulky 6 je patrné, že u 105 (84 %) seniorů nedošlo ke změně (6 bylo vysoce závislých, 28 středně, 65 lehce závislých a 6 nezávislých při prvním i druhém měření). V tabulce podbarveno šedě. U 10 seniorů došlo ke zlepšení stupně jejich závislosti (u 7 pacientů došlo ke změně z vysoce závislých na středně závislé a u 3 ze středně závislých na lehce závislé). U 10 pacientů došlo ke zhoršení stupně závislosti.

Tabulka 6 Hodnocení stupňů závislosti při vstupním měření a při měření po 1 měsíci pomocí kontingenční tabulky

			ADL test po 1 měsíci				Celkem
			vysoce závislý	závislost středního stupně	lehká závislost	nezávislý	
ADL test vstup	vysoce závislý	Počet	6	7	0	0	13
		%	4,8 %	5,6 %	0,0 %	0,0 %	10,4 %
	závislost středního stupně	Počet	2	28	3	0	33
		%	1,6 %	22,4 %	2,4 %	0,0 %	26,4 %

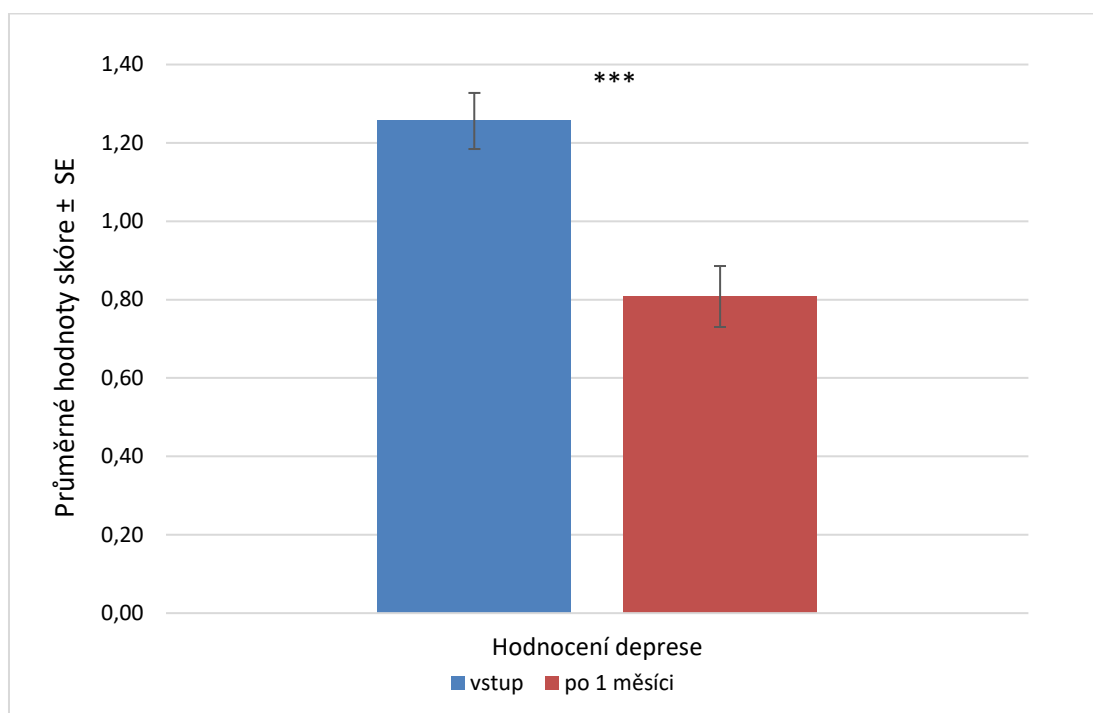
lehká závislost	Počet	1	6	65	0	72
	%	0,8 %	4,8 %	52,0 %	0,0 %	57,6 %
nezávislý	Počet	0	0	1	6	7
	%	0,0 %	0,0 %	0,8 %	4,8 %	5,6 %
Celkem	Počet	9	41	69	6	125
	%	7,2 %	32,8 %	55,2 %	4,8 %	100,0 %

Graf 2 Průměrné hodnoty skóre bolesti se směrodatnou chybou



*** $p < 0,001$

Graf 3 Průměrné hodnoty skóre deprese se směrodatnou chybou



*** $p < 0,001$

Závěr k dílčímu cíli 1 : Nulovou hypotézu H_01 zamítáme pro hodnocení na škálách PDI (subškála 4 – Ztráta sociální podpory), VAS (bolest) a GDS (deprese).

Cíl 2 :

Zjistit, zda má deprese vliv na hodnocení důstojnosti u seniorů na začátku hospitalizace a po jednom měsíci hospitalizace na oddělení následné péče.

H_02 : Deprese nemá vliv na hodnocení důstojnosti seniorů pomocí dotazníku PDI.

H_{A2} : Deprese má vliv na hodnocení důstojnosti seniorů pomocí dotazníku PDI.

Vliv stupně deprese na rozdíl v hodnocení PDI byl ověřen výpočtem Pearsonova korelačního koeficientu (r). Hodnoty korelačních koeficientů a odpovídající p -hodnoty jsou uvedeny v tabulce 6 .

Ukázala se slabá pozitivní korelace mezi rozdílem PDI subškály 1 (Ztráta smyslu života) a depresí po jednom měsíci ($r = 0,247, p = 0,005$) a rozdílem v depresi ($r = 0,212, p = 0,018$). Větší zvýšení hodnot (zhoršení) subškály 1 (Ztráta smyslu života)

dotazníku PDI koreluje s vyššími hodnotami v dotazníku GDS (deprese) měřenými po 1. měsíci i s větším rozdílem v depresi mezi 1. a 2. měřením (větším zhoršením). Podobně koreluje **statisticky významně slabě pozitivně rozdíl PDI subškály 3 (Ztráta jistoty) s hodnocením deprese při vstupním ($r = 0,234$, $p = 0,009$) i vyšetření po jednom měsíci ($r = 0,240$, $p = 0,007$)**. Pacienti, kteří měli na vstupním vyšetření nízké hodnoty deprese (0 nebo 1), měli většinou nulové nebo záporné rozdíly v subškále 3 (zlepšení v subškále 3). Pacienti s vyššími hodnotami 2 – 3 měli kladné rozdíly v subškále 3 (zhoršení v subškále 3). Podobný vztah byl nalezen i při měření deprese po 1 měsíci. Všechny hodnoty korelačního koeficientu jsou uvedeny v tabulce 7.

Tabulka 7 Korelační koeficienty a p-hodnoty pro korelaci rozdílů faktorů S1, S2, S3 a S4 se stupni deprese

Subškály dotazníku PDI		Deprese vstup	Deprese po 1. měsíci	Deprese rozdíl
S1- Ztráta smyslu života rozdíl	Pearsonův korelační koeficient	0,044	0,247	0,212
	p	0,627	0,005	0,018
S2 - Ztráta nezávislosti rozdíl	Pearsonův korelační koeficient	0,095	0,072	-0,015
	p	0,294	0,422	0,866
S3 - Ztráta jistoty rozdíl	Pearsonův korelační koeficient	0,234	0,240	0,024
	p	0,009	0,007	0,788
S4 – Ztráta sociální podpory rozdíl	Pearsonův korelační koeficient	0,001	0,041	0,041
	p	0,987	0,648	0,651

Závěr k dílčímu cíli 2: Nulovou hypotézu H_{02} zamítáme, rozdíl v hodnocení PDI u subškály (Ztráta smyslu života) a subškály 3 (Ztráta jistoty) je ovlivněn stupněm deprese.

Cíl 3 :

Zjistit, zda má úroveň soběstačnosti vliv na hodnocení důstojnosti u seniorů na začátku hospitalizace a po jednom měsíci hospitalizace na oddělení následné péče.

H_{03} : Úroveň soběstačnosti nemá vliv na hodnocení důstojnosti seniorů pomocí dotazníku PDI.

H_{A3}: Úroveň soběstačnosti má vliv na hodnocení důstojnosti seniorů v dotazníku PDI.

Podobně, jako u cíle 2, byl zkoumán vliv stupně soběstačnosti (ADL) na rozdíly hodnocení v PDI subškálách 1 až 4. Byla nalezena pouze slabá negativní korelace mezi rozdílem subškály 2 (Ztráta nezávislosti) a rozdílem testu ADL, $r = -0,183$, $p = 0,041$. Pacienti, kteří mají záporné rozdíly v testu ADL (snížili se jim hodnoty, zhoršili se v soběstačnosti), mají kladné rozdíly v subškále 2 (hodnoty faktoru se zvýšily, tedy pacienti se také zhoršili). Jiné významné korelace nalezeny nebyly, viz tabulka 8.

Tabulka 8 Korelační koeficienty a p-hodnoty pro korelaci rozdílů PDI subškál 1 - 4 se stupni soběstačnosti (ADL)

Subškály dotazníku PDI		ADL vstup	ADL po 1 měsíci	ADL rozdíl
S1- Ztráta smyslu života rozdíl	Pearsonův korelační koeficient	0,148	0,097	-0,134
	<i>p</i>	0,100	0,280	0,137
S2 - Ztráta nezávislosti rozdíl	Pearsonův korelační koeficient	0,142	0,069	-0,183
	<i>p</i>	0,114	0,443	0,041
S3 - Ztráta jistoty rozdíl	Pearsonův korelační koeficient	0,082	0,032	-0,124
	<i>p</i>	0,362	0,726	0,169
S4 – Ztráta sociální podpory rozdíl	Pearsonův korelační koeficient	0,028	0,050	0,045
	<i>p</i>	0,761	0,577	0,616

Závěr k dílčímu cíli 3: Nulovou hypotézu H₀₃ můžeme zamítnout pro PDI subškálu 2 (Ztráta nezávislosti). Rozdíl v hodnocení PDI subškály 2 (Ztráta nezávislosti) je ovlivněn stupněm soběstačnosti.

Cíl 4 :

Cílem bylo zjistit, zda věk má vliv na hodnocení důstojnosti seniorů v dotazníku PDI na začátku hospitalizace a jednom měsíci hospitalizace na oddělení následné péče.

H₀₄: Věk nemá vliv na hodnocení důstojnosti seniorů v dotazníku PDI.

H_{A4}: Věk má vliv na hodnocení důstojnosti seniorů v dotazníku PDI.

Pearsonova korelační analýza neprokázala statisticky významný vztah mezi rozdíly v hodnocení PDI a věkem, viz tabulka 9 .

Tabulka 5 Korelační koeficienty a p -hodnoty pro korelaci rozdílů PDI subškál 1 -4 s věkem

Subškály dotazníku PDI		Věk
S1- Ztráta smyslu života rozdíl	Pearsonův korelační koeficient	-0 ,036
	p	0 ,694
S2 - Ztráta nezávislosti rozdíl	Pearsonův korelační koeficient	-0 ,125
	p	0 ,166
S3 - Ztráta jistoty rozdíl	Pearsonův korelační koeficient	0 ,021
	p	0 ,815
S4 – Ztráta sociální podpory rozdíl	Pearsonův korelační koeficient	-0 ,114
	p	0 ,205

Závěr k dílčímu cíli 4 : Nulovou hypotézu H_04 nemůžeme zamítnout. Ze statistických výsledků vyplývá, že není vztah mezi věkem a hodnocením důstojnosti v PDI subškálách.

Multivariabilní lineární regrese

Na závěr analýz byla provedena multivariabilní lineární regrese, která hodnotila vliv rozdílů v depresi (GDS), soběstačnosti (ADL), úrovni kognitivních funkcí (MMSE) a socio-demografických charakteristik respondentů na rozdíl v hodnocení u subškál dotazníku PDI. Před analýzou byla provedena regresní diagnostika linearity, multikolinearity, homogenity a také normality a nezávislosti reziduí.

Linearita byla ověřena vizuální inspekcí bodových grafů, multikolinearitu jsme prověřili maticí korelací (žádná korelace nebyla vyšší než 0,8) a pomocí hodnot VIF (variable inflation factor). Všechny hodnoty VIF byly nižší než 2 , tzn., že z hlediska multikolinearity byl model v pořádku. Nezávislost reziduí byla prověřena Durbin-Watsonovým testem. Hodnoty tohoto testu (1,9 – 2,2) neukazují na vážnější porušení předpokladů modelu. Normalita byla ověřena vizuální inspekcí histogramu a homogenita byla sledována bodovým grafem standardizovaných reziduí a predikovaných hodnot Y .

Kvalita modelu byla vyjádřena pomocí koeficientu determinace R^2 , který interpretujeme jako procento rozptylu závisle proměnné, které je vysvětleno nezávisle proměnnými. Hodnota koeficientu determinace R^2 může být zkreslena počtem proměnných, které vstoupily do analýzy, proto je vhodnější kvalitu modelu posuzovat pomocí adjustovaného R^2 .

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

Multivariantní lineární regrese prokázala statisticky významný vliv vzdělání a rozdílu v depresi na změnu PDI subškály 1 „Ztráta smyslu života“. U pacientů se středoškolským nebo vysokoškolským vzděláním se hodnoty subškály 1 více snížily (došlo ke zlepšení) než u pacientů vyučených nebo se základním vzděláním ($p = -0,853$, $p = 0,020$). Pacienti, kterým se více zhoršila deprese (větší kladné změny), vykazovali také větší zhoršení (větší kladné změny) v subškále 1 a naopak ($p = 0,307$, $p = 0,023$).

Na změnu PDI subškály 2 „Ztráta nezávislosti“ mělo signifikantní vliv také vzdělání a rozdíl v testu ADL. U pacientů se středoškolským nebo vysokoškolským vzděláním se hodnoty subškály 2 více snížily (došlo ke zlepšení) než u pacientů vyučených nebo se základním vzděláním ($p = -0,823$, $p = 0,003$). Pacienti, kteří měli záporné hodnoty rozdílu v testu ADL (zhoršení), měli kladné hodnoty ve změnách subškály 2 (také zhoršení), a naopak, pacienti, kteří se zlepšili v testu ADL (kladné hodnoty rozdílu) se zlepšili (záporné hodnoty) v subškále 2 ($p = -0,023$, $p = 0,029$). Jiné faktory významný vliv neměly, viz tabulka 10.

Na změnu PDI subškály 3 „Ztráta jistoty“ měl signifikantní vliv pouze rozdíl v MMSE. Pacienti, kteří měli záporné hodnoty rozdílu v testu MMSE (zhoršení), měli záporné hodnoty ve změnách subškály 3 (zlepšení), a naopak, pacienti, kteří se zlepšili v testu MMSE (kladné hodnoty rozdílu) se zhoršili (kladné hodnoty) v subškále 3 ($p = 0,138$, $p = 0,017$).

Na PDI subškálu 4 „Ztráta sociální podpory“ mělo signifikantní vliv pouze vzdělání. U pacientů se středoškolským nebo vysokoškolským vzděláním se hodnoty subškály 4 více

snížily (došlo ke zlepšení) než u pacientů vyučených nebo se základním vzděláním ($p = 0,311$, $p = 0,001$). Jiné faktory významný vliv neměly, viz tabulka 11. Modely vysvětlovaly 33 % až 38 % variability závisle proměnných.

Tabulka 6 Multivariantní lineární regrese efektu rozdílu v depresi, rozdílu v testu ADL, rozdílu MMSE a socio-demografických charakteristik na rozdíl PDI subškály 1 a 2 .

Proměnná	rozdíl S1(Ztráta smyslu života)				rozdíl S2 (Ztráta nezávislosti)			
	beta	95% CI pro beta		<i>p</i>	beta	95% CI pro beta		<i>p</i>
Věk	0,002	-0,041	0,044	0,940	-0,008	-0,039	0,023	0,599
Pohlaví (muži-ženy)	0,101	-0,450	0,652	0,718	0,014	-0,392	0,421	0,945
Vzdělání (ZŠ, vyučen – SŠ,VŠ)	-0,853	-1,570	-0,137	0,020	-0,823	-1,352	-0,295	0,003
Sociální situace (sám-není sám)	-0,230	-0,805	0,344	0,429	0,117	-0,307	0,541	0,585
Náboženské přesvědčení (věřící-nevěřící)	0,065	-0,514	0,644	0,825	0,214	-0,214	0,641	0,324
MMSE rozdíl	0,148	-0,150	0,447	0,327	0,161	-0,060	0,381	0,152
Barthelové test rozdíl	-0,017	-0,045	0,011	0,234	-0,023	-0,043	0,002	0,029
Deprese rozdíl	0,307	0,043	0,572	0,023	-0,048	-0,243	0,148	0,628
Kvalita modelu (R ² /R ² adj)	0,349/0,060				0,375/0,080			
Předpoklady modelu (D -W test/VIF)	2,1 /1,19				2,2 /1,19			

R² koeficient determinace; R²adj adjustovaný koeficient determinace; D -W test Durbin-Watsonův test; VIF variable inflation factor

Tabulka 11 Multivariantní lineární regrese efektu rozdílu v depresi, rozdílu v testu ADL, rozdílu MMSE a socio-demografických charakteristik na rozdíl PDI subškál 3 a 4

Proměnná	rozdíl S3 (Ztráta jistoty)				rozdíl S4 (Ztráta sociální podpory)			
	beta	95% CI pro beta		<i>p</i>	beta	95% CI pro beta		<i>p</i>
Věk	0,005	-0,011	0,021	0,567	-0,004	-0,015	0,007	0,498
Pohlaví (muži-ženy)	0,111	-0,097	0,319	0,293	0,008	-0,135	0,152	0,910
Vzdělání (ZŠ, vyučen – SŠ, VŠ)	-0,166	-0,437	0,104	0,226	-0,311	-0,497	-0,124	0,001
Sociální situace (sám-není sám)	-0,110	-0,328	0,107	0,316	-0,069	-0,219	0,080	0,360
Náboženské přesvědčení (věřící-nevěřící)	0,021	-0,198	0,240	0,849	0,090	-0,060	0,241	0,237
MMSE rozdíl	0,138	0,025	0,251	0,017	-0,043	-0,121	0,034	0,270
Barthelové test rozdíl	-0,008	-0,018	0,003	0,137	0,002	-0,005	0,009	0,575
Deprese rozdíl	0,018	-0,083	0,118	0,730	0,010	-0,059	0,079	0,767
Kvalita modelu (R ² /R ² adj)	0,331/0,047				0,358/0,066			
Předpoklady modelu (D -W test/VIF)	1,9 / 1,19				1,9 / 1,19			

R² koeficient determinace; R²adj adjustovaný koeficient determinace; D -W test Durbin-Watsonův test; VIF variable inflation factor

Shrnutí výsledků multivariabilní lineární regrese

Provedená analýza prokázala, že pouze níže uvedené faktory měly signifikantní vliv na změnu v hodnocení důstojnosti v jednotlivých PDI subškálách:

- **Stupeň vzdělání** - měl signifikantní vliv na *hodnocení důstojnosti v PDI subškálách Ztráta smyslu života, Ztráta nezávislosti a Ztráta sociální podpory*. U seniorů se středoškolským nebo vysokoškolským vzděláním došlo k většímu zlepšení hodnocení v uvedených PDI subškálách.
- **Míra deprese** - měl signifikantní vliv na *hodnocení důstojnosti v PDI subškále Ztráta smyslu života*. U seniorů, kterým se zlepšilo hodnocení deprese, došlo i ke zlepšení hodnocení v uvedené PDI subškále, a naopak.
- **Stupeň soběstačnosti** – měl signifikantní vliv na *hodnocení důstojnosti v PDI subškále Ztráta nezávislosti*. Senioři, kteří se zlepšili v úrovni soběstačnosti, zlepšili i hodnocení v uvedené PDI subškále, a naopak.
- **Hodnota MMSE** – měla signifikantní vliv na *hodnocení důstojnosti v PDI subškále Ztráta jistoty*. Senioři, kteří se zlepšili v testu MMSE, zlepšili i hodnocení v uvedené PDI subškále, a naopak.

DISKUZE

Diplomová práce se zabývá lidskou důstojností u hospitalizovaných seniorů hodnocenou pomocí dotazníku PDI. Teoretická část práce se věnuje problematice důstojnosti ve stáří v obecné rovině. Definiuje pojem důstojnosti, její možné narušení ve stáří u seniorů, kteří jsou hospitalizováni v institucionálním prostředí a popisuje dotazník PDI dle kanadského profesora Chochinova. Profesor Chochinov se domnívá, že právě k narušení důstojnosti nejčastěji dochází v situacích, kdy senior vyžaduje péči druhé osoby. Pro seniora je velmi důležité, aby se k němu přistupovalo vždy s respektem a úctou, pak nebude dotčena jeho důstojnost.

Diplomová práce se dále věnuje pojmům, jakými jsou soběstačnost a deprese ve stáří, které mohou ovlivňovat prožívání důstojnosti u těchto seniorů. Korelační analýzou bylo prokázáno, že míra úrovně soběstačnosti statisticky významně ovlivňuje subškály důstojnosti pacientů. Z výzkumu diplomové práce vyplývá to, že stupeň soběstačnosti ovlivňuje prožívání důstojnosti u seniorů. Zaremba (2013, s. 93) uvádí, pokud budeme u seniorů co nejvíce podporovat soběstačnost, budeme tím zajišťovat důstojnou a kvalitní péči.

Diplomová práce Autonomie v dlouhodobé péči o seniory Laurea, Tikkurila, 2017 uvádí, že senioři jsou zranitelnou skupinou ve společnosti kvůli jejich zhoršenému zdravotnímu stavu. Proto jsou často závislí na pečovatelských službách a vstup do zařízení dlouhodobé péče je také náročnou výzvou. Studie zjistila pět různých faktorů, které ovlivňují autonomii starších osob v dlouhodobé péči. Patří mezi ně svoboda volby, závislost, důstojnost a křehkost nebo postižení.

Odborníci a teoretici oboru ošetřovatelství, kteří berou humanistický přístup k člověku za zcela nevyhnutelný a zásadní tvrdí, že úcta k lidské důstojnosti tvoří ústřední postavení v ošetřovatelství (Baillie, 2008, s. 4).

Důstojnost seniorů byla hodnocena pomocí dotazníku důstojnosti v české verzi PDI. Úroveň soběstačnosti byla hodnocena pomocí ADL testu a pro posouzení deprese bylo využito dotazníku GDS. Ke zhodnocení kognitivní úrovně bylo využito MMSE testu a škálu VAS jsme využili ke zhodnocení bolesti u seniorů. Důstojnost u našich respondentů byla hodnocena pomocí dotazníku PDI sloužící jako platný nástroj pro měření a hodnocení důstojnosti. Byl vytvořen kanadským psychiatrem Chochinovem (Chochinov, 2012, s. 198). Suchomelová (2016, s. 217) prováděla výzkum u jihočeských seniorů, kteří uvedli, že jejich

nejvyšší spirituální potřebou byly potřeba důstojnosti a hodnoty. Suchomelová uvádí, že všichni senioři vyjadřovali na jedné straně potřebu být přijímán jako někdo, kdo si zaslouží respekt, a to zejména k tomu co člověk v životě dokázal, čím byl nebo čemu se věnuje v současnosti. Senioři chtějí být přijímáni a respektováni jednoduše jako člověk.

Dále nás zajímaly změny v dotaznících MMSE, testu Barthelové, v hodnocení bolesti a deprese u seniorů. Bylo zde prokázáno signifikantní zlepšení v hodnocení bolesti a deprese, pacienti hodnotili stupeň své závislosti v základních denních činnostech po 1 měsíci lépe. Rozdíl ve skóre MMSE nebyl nalezen. Test ADL byl vyhodnocen i pomocí čtyř stupňů závislosti. U 105 (84 %) seniorů nedošlo ke změně (6 bylo vysoce závislých, 28 středně, 65 lehce závislých a 6 nezávislých při prvním i druhém měření). U 10 seniorů došlo ke zlepšení stupně jejich závislosti (u 7 pacientů došlo ke změně z vysoce závislých na středně závislé a u 3 ze středně závislých na lehce závislé). U 10 pacientů došlo ke zhoršení stupně závislosti. Při hodnocení deprese bylo zjištěno, že všichni pacienti byly při vstupním i následném šetření bez deprese. Co se týká bolesti, hodnoty při vstupním testu byly poměrně vysoké, avšak po jednom měsíci klesly na polovinu.

Z výsledků našeho výzkumu jednoznačně vyplývá, že soběstačnost a důstojnost spolu souvisí. Podle Mátla a Jabůrkové, 2007, s. 36 je kvalita ošetrovatelské péče o seniory v tom, že budou efektivně využívány zdroje, personál bude schopen adekvátně reagovat na individuální potřeby pacientů, bude docházet k úspěšnému sociálnímu začleňování seniorů. Dále uvádějí, že pro důstojný a kvalitní život starého člověka není rozhodující samotná přítomnost nějaké nemoci, ale stupeň specifického omezení, které nemoc přináší.

Výzkum byl realizován pouze v Uherskohradištské nemocnici na oddělení následné péče, proto není možné výsledky výzkumu zobecňovat.

10 ZÁVĚR

Život je dar, který nám byl věnován a stárnutí je procesem nevratným. Většina z nás bude jednou potřebovat péči a s tím je spojeno i mnoho etických otázek a výzev týkající se důstojné a lidské péče o nemocného člověka. Lidská důstojnost je v současné době stále aktuálním tématem a velmi aktuální problematikou. Důstojnost nesmí být nikdy nikomu upírána.

Diplomová práce byla rozdělena na část teoretickou a na část výzkumnou. V teoretické části diplomové práce jsme se zaměřili na pojem lidské důstojnosti a popsali jsme ji v několika rovinách. Zaměřili jsme se na důstojnost ve stáří, v ošetrovatelství a také nás zajímalo, zdali spolu nějakým způsobem souvisejí deprese s důstojností a také soběstačnost s důstojností.

Výzkumná část diplomové práce byla zaměřena na seniory, kteří byli hospitalizováni v Uherskohradištské nemocnici na oddělení následné péče. Zajímalo nás, jak senioři hospitalizováni na tomto oddělení hodnotí důstojnost. Dílčí cíle práce pak poukazyvaly na vliv soběstačnosti, deprese a věku v hodnocení důstojnosti seniorů. Na základě multivariabilní lineární regrese jsme došli k závěru, že faktory významně ovlivňují změnu v hodnocení v jednotlivých subškálách důstojnosti. Těmi faktory byly stupeň vzdělání, míra deprese, stupeň soběstačnosti a hodnota MMSE.

Doporučení pro praxi

Na základě výsledků výzkumného šetření lze jednoznačně doporučit v péči o seniory důstojné zacházení s respektem individuality k člověku. Při péči o seniory zajistit vždy intimitu a brát zřetel na momentální mentální, ale i tělesný stav pacienta, ve kterém se aktuálně nachází. Je nutné podporovat seniory v soběstačnosti, povzbuzovat je a chválit. Ošetřující personál by si měl vždy při péči o tyto pacienty uvědomit, že stárnutí, stáří a nesoběstačnost se v budoucnu mohou stát i jejich problémem. Kvalitní ošetrovatelská péče o seniory je možná pouze za důstojných podmínek, které odpovídají 21. století.

11 REFERENČNÍ SEZNAM

ANDERBERG P ., LEPP M ., BERGLUND A .-L .& SEGESTEN K . 2007. *Preserving dignity in caring for older adults: a koncept analysis*. Journal of Advanced Nursing.2007. 59 (6), s . 635–643, ISSN 0309-2402.

ANGUS J ., BOWEN S . *Quiet please, there's a lady on stage: Centering the person with dementia in life story narrative*. Journal of Aging Studies 25 (2011) 110–117. Journal homepage: www.elsevier.com/locate/jaging.

AYDINER B ., GÜNAY A . *Life satisfaction and quality of life among the elderly: moderating effect of activities of daily living*. Turkish Journal of Geriatrics / Türk Geriatri Dergisi [online]. 2017, **20**(1), 61-69 [cit. 2018-20-12]. ISSN 13042947.

AVRAMOV, D ., MAŠKOVÁ, M .. *Active ageing in Europe*. Strasbourg: Council of Europe Publishing, 2003. ISBN 978-92-871-5240-4 .

BAILLIE, L ., *Patient dignity in an acute hospital setting: A case study*, 2008. London South Bank University, United Kingdom Received 4 February 2008; received in revised form 31 July 2008; accepted 4 August 2008 International Journal of Nursing Studies 46 (2009) 23–37.

BIRRELL, J ., THOMAS, D ., JONES, C . 2006. Promoting privacy and dignity for olderpatients in hospital. (cover story). *Nursing Standard*. 2006, Vol. 20 Issue 18, s . 41 - 46. ISSN 0029-6570.

BOURGEOIS Michelle, DIJSKTRA Katinka, BURGIO Louis & BURGE Rebecca –Allen *Memory aids as an augmentative and alternative communication strategy for nursing home residents with dementia*. ISSN: 0743-4618 (Print) 1477-3848 (Online) Journal homepage: <http://www.tandfonline.com/loi/iaac20>. [University of Arizona] Date: 30 March 2016.

BROOKS, Arthur C . The Dignity Deficit. *Foreign Affairs* [online]. 2017, 96(2), 106-117 [cit. 2018-03-21]. ISSN 00157120.

DE LANGE, Frits. The Dignity of the Old: Towards a Global Ethic of Ageing. *International Journal of Public Theology* [online]. 2009, 3 (2), 203-220 [cit. 2018-11-06]. DOI: 10.1163/156973209X416007. ISSN 18725171.

DŽAČOVSKÁ, S ., CHOVANEC, J . 2014. *Ageism as a social problem in awareness of young people*. Vedecký časopis Zdravotníctvo a sociálna práca. 2014. roč. 9 , s . 29. ISSN 1336-9326.

ERDINGER, M . 2009. Funkční sociální práce je podpora lidské důstojnosti. *Fórum sociální politiky*. 2009, 3 (6), 28. ISSN 1802-5854.

GALLAGHER, A . Dignity in the care of older people – a review of the theoretical and empirical literature. *BMC Nurs*. 2008, s . 1 -12. ISSN 1472-6955.

GASTMANS, CH. 2013. Dignity-enhancing nursing care: A foundational ethical framework. *Nursing Ethics* [online]. vol. 20, issue 2 , pp. 142-149 [cit. 12. 12. 2018]. ISSN 0969-7330 DOI:10.1177/0969733012473772.

GATTRINGER, M . *Erwin Böhm: Siebzig Jahre und kein bisschen leise! Pro Care*. ISSN 0949-7323, 2010, vol. 15, no. 5 , p . 6 -7 .

GILLICK, MURIEL, R . *Doing the Right Thing: A Geriatrician's Perspective on Medical Care for the Person with Advanced Dementia*. 2012. *Journal of Law, Medicine & Ethics*. Spring 2012, vol. 40 Issue 1 , p 51-56. 6p. ISSN:1073-1105.

GENNIP, E ., PASMAN R ., VLUG, M ., WILLEMS, D ., PHILIPSEN, D ., 2014. *How Dementia Affects Personal Dignity: A Qualitative Study on the Perspective of Individuals With Mild to Moderate Dementia*. 2014. *Journals of Gerontology: Social Sciences* cite as: *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*, 2016, Vol. 71, No. 3 , 491–501 doi:10.1093/geronb/gbu137.

GREEN, B ., 2009. *Gerontology and the Construction of Old Age*. New Brunswick: Aldine Transaction, 2009. ISBN 978-0202362557.

GROVER, S ., MALHOTRA, N ., 2015. *Study: Exercise Treats Elderly Depression*. Year: 2015 Volume: 2 Edition: 1 Page: 4 -15.

GRUSS, P . *Die Zukunft Des Alterns*. Mnichov: C . H . Beck Verlag, 2009. 333 s . ISBN 9783406557460.

GUO, Q ., JACELON, S . 2014. An integrative review of dignity in end-of-life care. *Palliative Medicine*. 2014, s . 931–940. ISSN 0269 – 2163.

HAJBAGHERY Mohsen Adib, AGHAJANI Mohammad, *Patients Dignity in Nursing, Nurs Midwifery Stud*. 2015 Mar; 4 (1): e22809. Published online 2015 Mar 20.

HASMANOVÁ MARHÁNKOVÁ, J ., 2014 *Active Ageing as an Idea, Tool and Form of Capital: What Makes the Concept of Active Ageing So Successful?* Sociální studia. Katedra sociologie FSS MU, 3 /2014. S . 13–29. ISSN 1214-813X.

HOLMEROVÁ, I ., VÁLKOVÁ, M ., VAŇKOVÁ, H ., JURAŠKOVÁ, B ., 2011. *Selected aspects of health and long – term care for the ageing populacion*. *Demografie*. 2011. 53 (2): 140 – 151.

HOLMEROVÁ, Iva a kol. *Vybrané kapitoly z gerontologie*. 3 ., přeprac. a dopl. vyd. Praha: EV public relations, 2007. 143 s . ISBN 978-80-254-0179-8 .

CHOCHINOV, M ., KRISJANSON, L ., HACK, T ., HASSARD, T ., McCLEMENT, S ., HARLOS, M . 2006. *Dignity in the Terminally Ill: Revisited*. *Journal of Palliative Medicine*.2006. ISSN 1096-6218.

CHOCHINOV, M . The Patient Dignity Inventory: Applications in the Oncology Setting. 2012. *Journal of Palliative Care*. 2012, s . 998-1005 199. ISSN 1096 - 6218.

JUHÁSOVÁ, I . – KARABOVÁ, Z . – ILIEVOVÁ, L ‘. 2012. Rešpektovanie ľudskej dôstojnosti v starobe. In *Sestra*. ISSN 1335-9444, 2012, roč. 11, č . 5 - 6 , s . 44.

KANE Jenifer, KAY de Vries. *Dignity in long-term care: The application of Nordenfelt’s four notions of dignity*. 2015. s . 8 .

KING J , YOURMAN L , AHALT C , ENG C , KNIGHT SJ, PÉREZ-STABLE EJ, SMITH AK J Am Geriatr Soc. Quality of life in late-life disability: "I don't feel bitter because I am in a wheelchair".2012 Mar;60(3):569-76. doi: 10.1111/j .1532-5415.2011.03844.x . Epub 2012 Jan 30.

Kisvetrová H , Školoudík D , Danielová L , Langová K , Váverková R , Bretšnajdrová M , Yamada Y . Czech Version of the Patient Dignity Inventory: Translation and Validation in Incurable Patients. J Pain Symptom Manage. 2018 Feb;55(2):444-450.

KUCHAŘOVÁ, Věra, Ladislav RABUŠIC a Lucie EHRENBERGEROVÁ. *Život ve stáří. Zpráva z empirického výzkumu*. Praha: VÚPSV, Socioklub, 2002.

LANGE, F ., 2009. The Dignity of the Old: Towards the Global Ethic of Ageing. *International Journal of Public Theology*. 2009, s . 203 - 220. ISSN 1872-5171.

LECOVICH, Esther. *Aging in place: From theory to practice*. ANTHROPOLOGICAL NOTEBOOKS 20 (1): 21 -33. ISSN 1408-032X © Slovene Anthropological Society 2014.

LEGG, T . J ., *Exercise against depression*. 2017. Medically reviewed on June 22, 2017.

MÁTĽ, O . – JABŮRKOVÁ, M . 2007. *Kvalita péče o seniory. Řízení kvality dlouhodobé péče v ČR. Výstupy z aplikovaného výzkumu*. 1 . vyd. Praha : Galén, 2007. 178 s . ISBN 978-80-7262-499-7 .

MCGREEVY, J . 2015. *Arts-based and creative approaches to dementia care*. Belfast : rcni.com, [cit. 2018-10-01]. Dostupné online: <<https://journals.rcni.com/nursing-older-people/artsbased-and-creative-approaches-to-dementia-care-nop.28.1.20.s20>>.

MOHAN, U ., GUPTA, A ., SINGHS, S ., TIWARI, V . 2015. *Depression in elderly: A review of Indian research*. International Journal of Epidemiology, Volume 44, issue suppl_1 , October 1 , 2015, pages i97.

MÜLLER, S ., MYCHAJLIW, CH., REICHERT, C ., MELCHER, T ., LEYHE, T . 2016. *Autobiographical Memory Performance in Alzheimer's Disease Depends on Retrieval*

Frequency. In *Journal of Alzheimer's Disease*. DOI: 10.3233/JAD-151071. 2016, roč. 52, číslo 4 , str. 1215 – 1225.

NAKAMURA, K ., KASAI, M ., NAKAI, M ., NAKATSUKA, M ., MEGURO, K . 2016. *The Group Reminiscence Approach Can Increase Self-Awareness of Memory Deficits and Evoke a Life Review in People With Mild Cognitive Impairment: The Kurihara Project Data*. Sendai: jamda.com, [cit. 2018-10-01]. Dostupné online: <[https://www.jamda.com/article/S1525-8610\(15\)00709-4/fulltext](https://www.jamda.com/article/S1525-8610(15)00709-4/fulltext)>.

NAZARKO, L . 2011. *Dignity in continence care practice*. *Nursing & Residential Care*. 2011. Vol 13, No 9 .

PAPASTAVROU, E . 2016. Nursing students' perceptions of patient dignity. *Nursing Ethics*. 2016, s . 92 - 103. ISSN 0969 - 7330.

PICARD, A ., 2010. *Depression common in seniors' facilities*. *Public Health Reporter* Posted on May 20, 2010 Updated May 1 , 2018.

POPOVIČOVÁ, D . 2009. *Lidská důstojnost jako filosoficko - právní pojem*. Časopis pro právní vědu a praxi. 2009. Roč. 17, č . 3 . Masarykova univerzita, Právnická fakulta, Veverí 70, 611 80 Brno. ISSN: 1805-2789 (on-line).

RAMOS K a FULTON JJ. Integrating Dignity Therapy and Family Therapy in Palliative Care: A Case Study of Multiple Sclerosis, Depression, and Comorbid Cancer. *Journal Of Palliative Medicine* [online]. 2017, 20(2), 115 [cit. 2018-25-12]. DOI: 10.1089/jpm.2016.0495. ISSN 15577740.

RÜEGGER, H . 2013. *Ethische Herausforderungen durch das Phänomen Demenz*. In *Fachwissen praxisnah vermittelt* [online]. Salzburg : Institut Neumünster Neuweg, 2013. p . 21-26. [cit.2018-10-09]. Dostupné online: <<http://www.institut-neumuenster.ch/publikationen?l=45471>>.

SHAPIRA, N ., BARAK, A ., GAL, I . *Promoting older adults' well-being through Internet training and use*. ISSN 1360-7863 print/ISSN 1364-6915 online/07/050477–484 2007 Taylor & Francis DOI: 10.1080/13607860601086546.

STÖRIG, J ., H ., *Malé dějiny filosofie*. Vydání osmé. Karmelitánské nakladatelství, 2009. 456 s . ISBN 978-80-7195-206-0 .

ŠAŇÁKOVÁ, Š ., ČÁP, J ., *Důstojnost seniorů v institucionální péči z pohledu sester Olomouckého regionu*. Teória, výskum a vzdelávanie v ošetrovatelstve. Zborník z vedeckej konferencie. Martin, 2017. EAN 9788081870286.

ŠOLTÉSOVÁ, V ., BÉREŠOVÁ, A ., HULINSKÝ, P ., 2014. *Rechtliche aspekten des lebens von senioren*. *Vedecký časopis Zdravotníctvo a sociálna práca*. 2014. roč. 9 , s . 178. ISSN 1336–9326.

TSCHUDIN, V . 2003. *Ethics in Nursing. The Caring Relationship*. 3 . vyd. London : Elsevier, 2003. 218 s . ISBN 978-0750-6526-50.

VLUG M .G . , PASMÁN H .R .W . , VAN GENNIP I . E . , MULLER M .T ., WILLEMS D . L . & ONWUTEAKA-PHILIPSEN B . D . 2014. *Dignity and the factors that influence it according to nursing home residents: a qualitative interview study*. *Journal of Advanced Nursing* 70(1) , 97–106. doi: 10.1111/jan.12171.

WALKER, Alan. *Active Ageing in Employment: Its Meaning and Potential*. *Asia-Pacific Review*, 2006, roč. 13, č . 1 , s . 78 – 93. ISSN 1469-2937.

WIESE, B ., 2011. *Geriatric depression: Use of antidepressants in the elderly*. Edition: BCMJ, sv. 53, No. 47, September 2011, pages 341-347 Clinical Articles.

WILDMANNOVÁ, M . *Podmínky života seniorů v rezidenční péči*. Scientific Papers of the University of Pardubice. Series D , Faculty of Economics & Administration. 2014. s . 114 - 126. ISSN 1804 - 9095.

WU, P ., LI, L ., SUN, W ., 2018. *Influence factors of depression in elderly patients with chronic diseases*. *Biomedical Research*, 2018; 29 (5) : 945-949. ISSN 0970-938X.

YALDEN, B ., Mc CORMACK, B ., 2010. *Constructions of dignity: a pre-requisite for flourishing in the workplace?* International Journal of Older People Nursing, 2010. 5 , 137–147 doi:10.1111/j .1748-3743.2010.00218. x .

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

s .- strana

PDI – CZ Patient Dignity Inventroy – Dotazník důstojnosti

WHO World Health Organization – Světová zdravotnická organizace

IADL Instrumental Activities of Daily Living – Test instrumentálních všedních činností

ADL Activity Daily Living – Barthelové test základních všedních činností

GDS Škála geriatrické deprese pro geriatrické pacienty

FZV Fakulta zdravotnických věd

UPOL Univerzita Palackého v Olomouci

ONP – oddělení následné péče

MMSE Mini-Mental State Examination – test kognitivních funkcí

SD Směrodatná odchylka

Tab. Tabulka

VIF Variable inflation factor

ZŠ Základní škola

SŠ Střední škola

VŠ Vysoká škola

AJ- anglický jazyk

ČJ-český jazyk

VAS- visuální analogová škála

12 PŘÍLOHY:

Příloha č.1

Uherskohradištská nemocnice a.s.
J.E.Purkyně 365
Hlavní sestra
Mgr.Zdenka Vážanová
Uherské Hradiště

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

Vážená paní magistro,

obracím se na Vás s žádostí o umožnění realizace výzkumného šetření v rámci diplomové práce, která se věnuje problematice důstojnosti u hospitalizovaných seniorů.

Sběr dat bude probíhat prostřednictvím strukturovaných dotazníků u pacientů na oddělení následné péče. Pro výzkumné šetření budou použity standardizované dotazníky: Bartheluv test, minimal test a škála deprese u geriatrického pacienta, které přikládám k této žádosti.

Sběr dat budu provádět v období od března 2018 do ledna 2019.

Vedoucí diplomové práce je doc.PhDr.Helena Kisvetrová, PhD. Z ústavu ošetrovatelství, FZV UP v Olomouci.

Předem děkuji za Vaši odpověď.

S pozdravem



Bc.Romana Hanáčková

Studijní obor: ošetrovatelská péče v inter.oborech

FZV UP v Olomouci

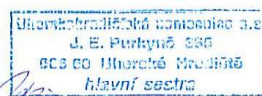
Vyjádření vedení Uherskohradištské nemocnice a.s.

Žádost povolena

žádost zamítnuta

Datum ,podpis, razítko.....

7.3.2018



Příloha č .2

UPOL-86974/1040-2018

**Vážená paní
Bc. Romana Hanáčková**

2018-13-06

Vyjádření Etické komise FZV UP

Vážená paní bakalářko,

na základě Vaší Žádosti o stanovisko Etické komise FZV UP byla Vaše výzkumná část diplomové práce posouzena a po vyhodnocení všech zaslaných dokumentů Vám sdělujeme, že diplomové práci s názvem „**Důstojnost hospitalizovaných seniorů**“, jehož jste hlavní řešitelkou, bylo uděleno

souhlasné stanovisko Etické komise FZV UP .

S pozdravem,

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

Příloha č. 3

Evropská charta práv a povinností starších osob vyžadujících dlouhodobou péči a pomoc.

1 Právo na důstojnost, fyzické a duševní zdraví, svobodu a bezpečnost.	CHARTA ŘÍKÁ
	V průběhu toho, jak stárnete a můžete se stávat závislým/závislou na pomoci a péči jiných osob, si zachovávejte nezpochybnitelné právo na to, aby byla respektována vaše lidská důstojnost, fyzické a duševní zdraví, svoboda a bezpečnost.

2 Právo na sebeurčení.	CHARTA ŘÍKÁ
	V průběhu toho, jak stárnete a můžete se stávat závislým/závislou na pomoci a péči jiných osob, si zachovávejte právo na volnost rozhodování a na respektování vaší svobodné vůle. Toto právo lze převést na zmocněnce, kterého si zvolíte.

3

Právo na soukromí.

CHARTA ŘÍKÁ

V průběhu toho, jak stárnete a můžete se stávat závislým/závislou na pomoci a péči jiných osob, si zachovávejte právo na respektování a ochranu soukromí a intimity.

4

Právo na vysoce kvalitní péči a péči „na míru.“

CHARTA ŘÍKÁ

V průběhu toho, jak stárnete a můžete se stávat závislým/závislou na pomoci a péči jiných osob, si zachovávejte právo na kvalitní a zdraví prospěšnou péči, pomoc a terapii, která odpovídá vašim potřebám a přáním.

<p>5</p> <p>Právo na personalizovanou informaci, radu a informovaný souhlas.</p>	<p>CHARTA ŘÍKÁ</p>
	<p>V průběhu toho, jak stárnete a můžete se stávat závislým/závislou na pomoci a péči jiných osob, si zachovávejte právo na vyhledání a obdržení personalizované informace a odborné konzultace o všech možnostech péče, pomoci a terapie, abyste mohli udělat informované rozhodnutí.</p>

<p>6</p> <p>Právo komunikovat a podílet se na kulturním životě společnosti.</p>	<p>CHARTA ŘÍKÁ</p>
	<p>V průběhu toho, jak stárnete a můžete se stávat závislým/závislou na pomoci a péči jiných osob, si zachovávejte právo komunikovat s ostatními a podílet se na životě společnosti, účastnit se programu celoživotního vzdělávání a</p>

	kulturních akcí.
--	------------------

<p>7</p> <p>Svoboda projevu a svoboda myšlení/uvědomění: přesvědčení, kultura a víra.</p>	CHARTA ŘÍKÁ
	<p>V průběhu toho, jak stárnete a můžete se stávat závislým/závislou na pomoci a péči jiných osob, si zachovávejte právo žít podle svých přesvědčení, víry a hodnot.</p>

<p>8</p> <p>Právo na paliativní péči a podporu, na úctu a důstojné umírání a smrt.</p>	CHARTA ŘÍKÁ
	<p>Máte právo na důstojnou smrt za okolností které odpovídají vašim přáním a jsou zakotveny v legislativě státu, jehož jste příslušníkem/ příslušnicí.</p>

<p>9</p> <p>Právo na nápravu.</p>	CHARTA ŘÍKÁ
	<p>V průběhu toho, jak stárnete a můžete se stávat závislým/závislou na pomoci a péči jiných osob, si zachovávejte právo na nápravu v případě týrání, zneužívání nebo</p>

	zanedbávání.
--	--------------

<p>10</p> <p>Povinnosti.</p>	<p>CHARTA ŘÍKÁ</p>
	<p>Starší lidé, kteří potřebují dlouhodobou péči a pomoc, nemají jen práva, ale také povinnosti a musejí respektovat práva těch, kteří s nimi žijí (ostatní obyvatele) nebo pro ně pracují (pečující osoby).</p>

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 Výpočet velikosti vzorku	31
Tabulka 2 Četnostní rozložení sociodemografických charakteristik souboru	35
Tabulka 3 Průměrné hodnocení jednotlivých položek dotazníku PDI se směrodatnými odchylkami (SD), p - hodnota párového t - testu	37
Tabulka 4 Popisná statistika skóre faktorů a jejich rozdílů a p -hodnota párového testu	39
Tabulka 5 Popisná statistika skóre dotazníků MMSE, ADL, VAS, GDS a jejich rozdílů; a p -hodnota párového testu	41
Tabulka 6 Hodnocení stupňů závislosti při vstupním měření a při měření po 1 měsíci pomocí kontingenční tabulky	41
Tabulka 7 Korelační koeficienty a p -hodnoty pro korelaci rozdílů faktorů F1, F2, F3 a F4 se stupni deprese	44
Tabulka 8 Korelační koeficienty a p -hodnoty pro korelaci rozdílů PDI subškál 1 - 4 se stupni soběstačnosti (ADL)	45
Tabulka 9 Korelační koeficienty a p -hodnoty pro korelaci rozdílů PDI subškál 1 -4 s věkem	46
Tabulka 10 Multivariantní lineární regrese efektu rozdílu v depresi, rozdílu v testu ADL, rozdílu MMSE a socio-demografických charakteristik na rozdíl PDI subškály 1 a 2	48
Tabulka 11 Multivariantní lineární regrese efektu rozdílu v depresi, rozdílu v testu ADL, rozdílu MMSE a socio-demografických charakteristik na rozdíl PDI subškál 3 a 4	49

SEZNAM GRAFŮ

Graf 1 Průměrné hodnoty skóre subškál S1-S4 se směrodatnými odchylkami	40
Graf 2 Průměrné hodnoty skóre bolesti se směrodatnou chybou.....	42
Graf 3 Průměrné hodnoty skóre deprese se směrodatnou chybou	43