

Univerzita Karlova v Praze

1. lékařská fakulta

Studijní program: Gerontologie



MUDr. Jiřina Ondrušová

Smysluplnost života ve stáří

The meaningfulness of life in the elderly

Disertační práce

Školitel: PhDr. Eva Dragomirecká, Ph.D.

Praha, 2012

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem disertační práci s názvem Smysluplnost života ve stáří zpracovala samostatně, a že jsem řádně uvedla a citovala všechny použité prameny a literaturu. Současně prohlašuji, že práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

Souhlasím s trvalým uložením elektronické verze mé práce v databázi systému meziuniverzitního projektu Theses.cz za účelem soustavné kontroly podobnosti kvalifikačních prací.

V Praze, dne 16. 1. 2012

MUDr. Jiřina Ondrušová

Poděkování

Na tomto místě bych ráda poděkovala PhDr. Evě Dragomirecké, Ph.D. za její vstřícnost, cenné odborné rady a podnětné připomínky při vedení mojí práce a rovněž za statistické zpracování získaných dat.

Můj dík patří také prof. PhDr. Beátě Krahulcové, CSc. za podporu při realizaci výzkumné části projektu.

A v neposlední řadě děkuji všem svým blízkým za jejich pomoc a trpělivost v čase, kdy jsem tuto práci psala.

Identifikační záznam:

ONDRUŠOVÁ, Jiřina. *Smysluplnost života ve stáří. [The meaningfulness of life in the elderly]*. Praha, 2012, 175 s., 2 přílohy. Disertační práce. Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta. Geriatrická klinika. Školitel Dragomirecká, Eva.

Abstrakt:

Předložená práce se zabývá problematikou životního smyslu ve stáří.

Smysluplnost života, která je jako hluboká lidská potřeba zařazena i mezi položky vyhodnocované v dotaznících Světové zdravotnické organizace zaměřených na kvalitu života, je zde chápána jako významný salutogenní faktor. Stručně je představena logoterapie, metoda zaměřená na odhalení a obnovení smyslu v životě a orientaci na hodnoty. Jsou zmíněny možnosti logoterapeutického přístupu v komunikaci se seniory, kteří se nacházejí v tíživé životní situaci.

V teoretické části jsou vymezeny základní pojmy týkající se stárnutí, stáří, demografického vývoje v současné společnosti, zdravotních a psychosociálních aspektů stárnutí a potřeb seniorů. Dále jsou zde shrnuty teoretické poznatky o problematice kvality života a jeho smyslu ve stáří, metody jejich studia a výsledky výzkumných šetření. V poslední kapitole teoretické části jsou shrnuty dosavadní poznatky týkající se deprese ve stáří.

V empirické části práce je popsán průběh výzkumného šetření. Jeho cílem bylo zjistit, nakolik senioři starší 75 let v České republice prožívají svůj život jako smysluplný, porovnat míru smysluplnosti života u starších a mladších seniorů, ověřit vliv demografických, sociálních a funkčních faktorů, u nichž můžeme předpokládat významný vztah k smysluplnosti života ve stáří a nalézt prediktory smysluplnosti života ve stáří. Ve studii byl zkoumán i výskyt deprese u respondentů výběrového souboru ve vztahu ke smysluplnosti života.

Klíčová slova: stáří, senioři, kvalita života, smysl života, smysluplnost života, logoterapie, Logo-test, deprese, Geriatrická škála deprese – 15, sociální práce

Abstract

The submitted thesis deals with the issue of the meaning in life in the elderly.

The meaningfulness of life, which was as a deep human need listed among the evaluated items in the WHOQOL assessments, is considered to be an important salutogenic factor. The thesis briefly introduces logotherapy, a method focused on the revelation and renewal of the meaning in life and the orientation towards values. It also mentions the possibilities of logotherapeutic approach in the communication with seniors being in a difficult life situation.

The theoretical part specifies the fundamental terms regarding the ageing, the elderly, the demographic evolution of the contemporary society, health and psychosocial aspects of ageing and the seniors' needs. Further, this part summarizes the theoretical knowledge about the issue of quality of life and its meaning, the methods of their examination and the results of research. The last chapter of the theoretical part summarizes the existing knowledge regarding the depression in the elderly.

The course of the research is described in the empirical part of the thesis. The aim of the research was to find out to what extent the seniors over 75 years of age in the Czech Republic live their lives as meaningful, to compare the measure of meaningfulness of life of older and younger seniors, to verify the influence of certain demographic, social and functional factors and to find predictors of meaningfulness of life in the elderly. The study also examines the occurrence of the depression in the selected sample of respondents in the relation to the meaningfulness of life.

Key words: ageing, seniors, quality of life, meaning in life, meaningfulness of life, logotherapy, Logo-test, depression, Geriatric Depression Scale – 15, social work

OBSAH

TEORETICKÁ / LITERÁRNĚ – PŘEHLEDOVÁ / ČÁST

ÚVOD	11
1. STÁRNUTÍ A STÁŘÍ	13
1.1 Stárnutí – vymezení pojmu	13
1.1.1 Příčiny stárnutí	14
1.2 Stáří – základní pojmy	16
1.3 Demografie stáří	17
1.3.1 Demografický vývoj v Evropě a v České republice	18
1.3.2 Projekce populačního vývoje v ČR	22
1.3.3 Demografický vývoj z hlediska geriatric	22
1.4 Zdravotní a psychosociální aspekty stárnutí	26
1.4.1 Zdravotní stav ve stáří	26
1.4.2 Psychologické aspekty stárnutí	30
1.4.3 Sociologické aspekty stárnutí	32
1.4.4 Charakteristiky seniorské populace	34
1.4.5 Rizikové faktory v životě seniorů	34
1.5 Potřeby seniorů	37
2. KVALITA ŽIVOTA VE STÁŘÍ	40
2.1 Kvalita života – vymezení pojmu	40
2.2 Kvalita života seniorů	43
2.2.1 Měření kvality života u seniorů	44
2.2.2 Měření kvality života u geriatrických pacientů	47
3. SMYSLUPLNOST ŽIVOTA	49
3.1 Přehled některých přístupů k fenoménu smyslu života	49
3.2 Definice smyslu života	52
3.2.1 Bezesmyslnost – existenciální frustrace	54
3.3 Zdroje smyslu života – triáda hodnot	55
3.3.1 Hodnoty tvůrčí	56
3.3.2 Hodnoty prožitkové	57
3.3.3 Hodnoty postoje	57
4. LOGOTERAPIE	59
4.1 Základní pojmy v logoterapii	59
4.1.1 Sebetranscendence a sebedistance	60
4.1.2 Svoboda a odpovědnost	60
4.2 Naplňování smyslu života v čase	61
5. SMYSL ŽIVOTA VE STÁŘÍ	63
5.1 Význam životního smyslu ve stáří	63
5.2 Faktory podporující smysl života u seniorů	64
5.3 Smysl života jako významný salutogenní faktor	66

6. VYUŽITÍ LOGOTERAPEUTICKÝCH PRINCIPŮ PŘI PRÁCI SE SENIORY	69
6.1 Optimismus minulosti	70
6.2 Realizace tvůrčích a prožitkových hodnot v pokročilém stáří	70
6.3 Uskutečňování postojových hodnot ve stáří	72
6.3.1 Pozitivní postoj jako obrat ke smysluplnému	74
7. SMYSL ŽIVOTA JAKO PŘEDMĚT VÝZKUMU	75
7.1 Instrumenty měření smysluplnosti života	75
7.2 Výzkumy zaměřené na zkoumání smyslu v životě	78
8. DEPRESE	83
8.1 Deprese ve stáří	83
8.2 Výskyt deprese u seniorů	85
9. DEPRESE A SMYSL ŽIVOTA	87

EMPIRICKÁ ČÁST

10. METODIKA	90
10.1 Hypotézy	91
10.2 Etapy práce	91
10.3 Instrumenty a metody	92
10.3.1 Logo-test	92
10.3.2 Demografické charakteristiky	96
10.3.3 Škála deprese pro geriatrické pacienty	97
10.4 Pilotní studie	98
10.4.1 Dotazníkové šetření u posluchačů Univerzity třetího věku	98
10.4.2 Dotazníkové šetření u seniorů v rezidenčním zařízení	100
10.4.3 Význam pilotní studie	102
10.5 Analýza dat	103
11. PŘEHLED VÝSLEDKŮ	104
11.1 Charakteristiky výzkumného souboru	104
11.2 Výsledky měření úrovně smysluplnosti života	107
11.2.1 Soubor (N=333)	107
11.2.2 Reakce respondentů na otázky Logo-testu: část I	109
11.2.3 Reakce respondentů na otázky Logo-testu: část II	112
11.2.4 Reakce respondentů na otázky Logo-testu: část III _{1,2}	114
11.2.5 Reakce respondentů na kvalitativní část Logo-testu: část III ₃	115
11.2.6 Výsledky měření úrovně smysluplnosti života podle zařazení do kvartilů	117
11.2.7 Smysluplnost života ve vztahu k demografickým faktorům	119
11.2.8 Celkový skóre Logo-testu a jeho vztah k demografickým charakteristikám	125
11.3 Výsledky měření depresivity	128
11.3.1 Redukovaný soubor (N=252)	128
11.3.2 Analýza odpovědí na otázky GDS-15	129
11.3.3 Výskyt deprese podle zařazení do kategorií GDS-15	132

11.3.4 Výskyt deprese ve vztahu k demografickým faktorům	133
11.3.5 GDS skór a vztah GDS skóru k demografickým charakteristikám	136
11.4 Vztah smysluplnosti života a depresivity	138
11.5 Analýza kvartilu Q4	140
11.5.1 Charakteristika osob s nejnižší úrovní smyslu života: Q4 (D10)	142
11.6 Prediktory smysluplnosti života ve stáří	144
12. INTERPRETACE VÝSLEDKŮ A DISKUZE	146
12.1 Rekapitulace hypotéz	146
12.2 Interpretace dalších výsledků	147
12.3 Diskuze	148
12.4 Význam studie a interpretace výsledků pro praxi	151
ZÁVĚR	153
SUMMARY	155
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	157
Seznam publikovaných prací	168
Seznam příloh	170
Příloha č. 1: Formulář Logo-testu	171
Příloha č. 2: Formulář GDS-15	175

TEORETICKÁ ČÁST
/ LITERÁRNĚ – PŘEHLEDOVÁ /

ÚVOD

Stárnutí populace je v současnosti významným celosvětovým fenoménem, jehož důsledkem jsou změny ve struktuře společnosti. Také v České republice se zvyšuje podíl seniorů a i v budoucnosti lze očekávat akceleraci demografického stárnutí. Tento demografický vývoj s sebou nese závažné ekonomické, sociální, medicínské, ale i psychologické a etické důsledky.

Stále větší část dospělého života budou lidé prožívat ve stáří. Involuce a pokles potenciálu zdraví mohou u seniorů vyústit ve specifické zdravotní problémy. Z geriatrizace medicíny vyplývá potřeba proměny medicínského myšlení, vzdělávání a struktury poskytovaných služeb. Poté, co ve vyspělých společnostech byly pro seniory zajištěny základní materiální podmínky a nezbytná zdravotní a sociální péče, dostávají se v současné době do popředí otázky kvality života a jeho smysluplnosti i v pokročilém stáří. Ke klíčovým faktorům kvality života patří zdraví. A smysluplnost života je významným salutogenním prvkem. Jako hluboká lidská potřeba je zařazena i mezi položky vyhodnocované v mezinárodních výzkumech zaměřených na kvalitu života. Jak je však zdůrazněno v Deklaraci Evropské konference o péči a ochraně starších lidí¹, která se konala v květnu 2009 v Praze a nesla podtitul „Vůle a podpora ke smyslu, důstojnosti a respektu“... „vůle ke smyslu, touha po uspokojení i vyšších lidských potřeb bývá často podceňována“.

Stáří je přirozenou etapou lidského života a téma stárnutí a kvality života ve stáří, jeho naplněnosti a smyslu se týká každého z nás. Je málo známo o tom, zda staří a velmi staří lidé v České republice, v kontextu závažných životních a zdravotních změn, prožívají svůj život jako smysluplný. V jaké míře jsou ohroženi frustrací a jaké postoje ke svému životu zauímají. Tato práce je zaměřena na problematiku stárnutí a stáří, na faktory, které ovlivňují kvalitu života seniorů a z nich především na „vůli ke smyslu“. Ta je chápána jako hlavní motivační síla v životě člověka a zároveň hluboká potřeba najít a realizovat v životě hodnoty. Zkoumán je i vztah smyslu života a deprese.

V teoretické části práce předkládám základní teoretické poznatky o problematice smysluplnosti života se zaměřením na specifiku u osob vyššího věku a snažím se o komplexní popis souvislostí, které se s tímto fenoménem pojí.

¹ European Conference on Care and Protection of Senior Citizens: Prague, Czech Republic: 25th -26th May 2009 Deklarace Evropské konference o péči a ochraně starších lidí – dostupné z <http://www.zivot90.cz/>

V první kapitole shrnuji vymezení pojmů týkajících se stárnutí a stáří a demografický vývoj v současné společnosti. Větší prostor je věnován demografickému stárnutí populace z hlediska geriatric, zdravotním a psychosociálním aspektům stárnutí a potřebám seniorů. Tématem druhé kapitoly je kvalita života, která je v současné době spolu se snižováním mortality chápána jako důležitý ukazatel léčby a cíl v medicíně. Zaměřuji se především na kvalitu života ve stáří a to z pohledu medicínského, psychologického i sociologického a uvádím možnosti měření kvality života s přihlédnutím ke specifice stáří a geriatrických pacientů. Snažím se upozornit na to, že nedílnou složkou kvality života je i jeho smysluplnost, chápána jako významný salutogenní faktor. Těžiště teoretické části disertační práce tvoří další kapitoly, v nichž se věnuji fenoménu smysluplnosti života, jakožto naléhavé, specificky lidské potřebě. Definuji a popisuji smysl života a jeho zdroje, předkládám stručný přehled metod nejčastěji používaných k jeho studiu a uvádím výzkumy zaměřené na smysluplnost života především ve vztahu k seniorské populaci a studiím realizovaným v České republice. Zmiňuji také možnosti logoterapeutického přístupu v komunikaci se seniory, kteří se nacházejí v tíživé životní situaci. Vzhledem k tomu, že ve výzkumném šetření byla spolu s mírou smysluplnosti života seniorů zkoumána i přítomnost depresivních symptomů u dotazovaných, jsou v teoretické části shrnuty i dosavadní poznatky týkající se deprese ve stáří.

V empirické části popisuji průběh výzkumného šetření. Jeho cílem bylo zjistit, do jaké míry staří lidé v České republice prožívají svůj život jako smysluplný, ověřit vliv demografických, sociálních a funkčních faktorů, u nichž můžeme předpokládat významný vztah k smysluplnosti života u seniorů a analyzovat prediktory smyslu života ve stáří. Součástí studie bylo i zkoumání výskytu deprese u respondentů a vztahu deprese ke smysluplnosti života.

Cílem předkládané disertační práce je prostřednictvím výzkumného šetření určit úroveň smysluplnosti života u seniorů 75+, analyzovat faktory, které se smyslem života ve stáří souvisejí, a tak přispět k otevření tohoto tématu. Praktickým výstupem je návrh na realizaci dalších projektů v rámci sociální práce se seniory v rezidenčních zařízeních.

1. STÁRNUTÍ A STÁŘÍ

„Stáří je nevyhnutelnou perspektivou každého živého tvora. Kdo nezemře mlád, ten mu neujde. A měl by proto na ně být připraven. O stáří se v poslední době mnoho mluví a píše... Ale na něco jako bychom při tom zapomněli. Mezi těmi dobře míněnými radami chybí jedna: jak stáří unést. Jak brát stáří jinak, než jako soubor obtíží'. Jak mu dát smysl, pozitivní charakter.“ (Haškovcová, 1989 obal knihy)

1.1 Stárnutí – vymezení pojmů

Stárnutí je celoživotní biologický proces, který je neodvratný a na jehož konci je stáří. Hayflick (1994, s. 28) uvádí, že „stárnutí není pouhé plynutí času. Je ovšem projevem biologických dějů, které nastávají v čase a po určitý čas trvají.“ Podle Topinkové a Neuwirtha (1995, s. 17) „stárnutí je specifický, nevratný a neopakovatelný biologický proces, univerzální pro celou přírodu.“ Také Zavázalová a kol. (2001, s. 12) konstatují, že „stárnutí je proces všeobecný (stárne celá populace) a zároveň individuální (stárne konkrétní jedinec).“

Ačkoli v procesu stárnutí existují velké interindividuální rozdíly, je možné najít určité společné znaky. Charakteristické znaky procesu stárnutí popisuje Pacovský (1997, s. 55–60):

- Proces stárnutí je individuální, každý jedinec má svůj plán stárnutí.
- Stárne a do stáří vstupuje vždy celý člověk – stárnoucí člověk je vícerozměrný. Mění se jeho charakteristiky biologické, psychické a sociální.
- Proces stárnutí je asynchronní. Jednotlivé orgány nestárnou stejně rychle.
- Typickým fenoménem stárnutí je involuce různých struktur a funkcí.
- Ve stáří je snížena schopnost adaptace.

Jak autor píše, stárnoucího jedince postihují změny ve všech rovinách: biologické, psychické a sociální.

Biologické stárnutí zahrnuje tělesné změny organismu: omezení jeho rezerv, snížení adaptačních schopností a odolnosti k zátěži, pokles funkcí orgánů, úbytek svalové a kostní hmoty, zhoršování smyslů, pokles odolnosti imunitního systému, hormonální změny.

Psychické stárnutí je charakterizováno zpomalením psychomotorického tempa, změnou kognitivních funkcí, potřebou přijetí nové role v rámci reakce na vlastní stáří. Významná je i emoční složka.

Sociální dimenze stárnutí zahrnuje vzájemné vztahy mezi stárnoucím jedincem a společností a jeho postoje k okolí. I tyto charakteristiky se procesem stárnutí zpravidla mění.

Zrychlené tempo demografického stárnutí vedlo k rozvoji nové vědní disciplíny – **gerontologie**, nauky o stárnutí a stáří. Autorem pojmu je nositel Nobelovy ceny, mikrobiolog a imunolog I. I. Mečnikov², který jej zavedl na přelomu 19. a 20. století. Je odvozen z řeckého „geron, gerontos“ = starý člověk a „logos“ = nauka. Gerontologie je interdisciplinární věda, která zkoumá zákonitosti, příčiny a projevy stárnutí, problematiku starých lidí a života ve stáří. Tradičně se dělí na tři části:

- **Gerontologii teoretickou** – zkoumá mechanismy stárnutí, formuluje hypotézy a teorie stárnutí a vytváří teoretické základy pro péči o seniory.
- **Gerontologii klinickou (geriatrii, geriatrickou medicínu)** – zabývá se zdravotním a funkčním stavem stárnoucího a starého člověka, zaměřuje se na studium, prevenci, diagnostiku a léčbu chorob ve stáří a jejich zvláštnosti.
- **Gerontologii sociální** – studuje vzájemné vztahy starých lidí a společnosti a potřeby seniorů. Jedná se o velmi širokou problematiku, která zahrnuje demografii stárnutí, sociologii, psychologii, pedagogiku, ale i právní a etické aspekty péče o staré občany, problematiku přípravy na stáří a další oblasti.

Cílem gerontologie je předcházet patologickému stárnutí a nesoběstačnosti a usilovat o zdravé stárnutí, aktivní život ve stáří a zlepšení kvality života seniorů. Ve světě vznikaly první gerontologické společnosti ve 40. letech 20. století. V ČR vznikla v r. 1962 Česká gerontologická společnost a geriatrie se stala samostatným oborem v r. 1983 (Zavázalová, 2001).

1.1.1. Příčiny stárnutí

Příčiny stárnutí nejsou stále uspokojivě vysvětleny. Tak jako jsou nejednotné a různorodé definice stárnutí, tak se také liší pohledy na příčiny stárnutí. Z toho je patrné, že

² Ilja Iljič Mečnikov (1845–1916) – ruský biolog a imunolog. V r. 1886 působil v Pasteurově ústavu v Paříži. Pojem „gerontologie“ zřejmě použil poprvé v r. 1903. Nobelovu cenu získal v r. 1908 (spolu s P. Ehrlichem) za objevy v oblasti imunity (Všeobecná encyklopedie. Praha: Diderot, 1999. ISBN 80-902555-7-4 /5.svazek/).

žádná z teorií plně nevyhovuje. Příčinami stárnutí se zabývali např. Medvedev (1990), Hayflick (1997), Aspinall (2000, 2010) či Kirkwood a Austad (2000). Bylo formulováno množství hypotéz a teorií, z nichž k nejznámějším patří teorie genetické (opomíjejí vnější faktory a předpokládají, že proces stárnutí je geneticky zakódován), teorie metabolických omylů (vycházejí z představy, že stárnutí je způsobeno náhodným nahromaděním metabolických omylů, které se objevují v buněčném metabolickém cyklu), teorie imunologické a autoimunitní, dále např. teorie hromadění odpadních látek, volných radikálů, teorie stárnutí makromolekul a mnohé další. Zajímavé poznatky přinášejí i dlouholeté výzkumy zaměřené na dopad restrikce potravy na délku života a imunitní mechanismy (Walford et al., 1999, 2002; Walford a Crew, 1989).

Obecně je stárnutí definováno jako hromadění různých škodlivých změn, k nimž dochází v buňkách a tkáních s narůstajícím věkem, a které jsou zodpovědné za zvýšené riziko onemocnění a úmrtí. Různost teorií nabízí možnost vysvětlení procesu stárnutí z různých aspektů. Ve zmíněných hypotézách převažuje biologický pohled na stárnutí. Biologické teorie tvoří jednu ze dvou hlavních skupin teorií, druhou skupinou jsou sociální teorie stárnutí. Mezi nejčastěji uváděné sociální teorie patří teorie aktivity, teorie neangažovanosti a teorie kontinuity a diskontinuity (Jarošová, 2006). Přes pestrost teorií stárnutí můžeme konstatovat, že podle posledních poznatků je stárnutí dějem komplexním, multifaktoriálním, na němž se podílejí genetické vlivy a faktory zevního prostředí. Podle výsledků studií na zvířecích modelech lze proces stárnutí ovlivnit (Tosato et al., 2007). Kalvach (1997 s. 51) charakterizuje průběh procesu stárnutí zařazením do jedné z následujících kategorií:

- **Úspěšné stárnutí** – zdravotní a funkční stav seniora je lepší než současný průměr, umožňuje nejen plnou soběstačnost, ale žádoucí tělesnou, psychickou i sociální aktivitu zhruba do 9. decenia.
- **Obvyklé, normální stárnutí** – zdravotní a funkční stav seniora, jeho sociální role, míra zdravotních obtíží a funkčních limitací odpovídá jeho vrstevníkům, současné „normě“ v dané společnosti.
- **Neúspěšné, patologické stárnutí** – zdravotní a funkční stav je horší než u vrstevníků, než odpovídá současné normě. Choroby vyššího věku, jejich projevy a důsledky jsou neobvykle výrazně vyjádřeny a/nebo nastupují neobvykle brzy, předčasně, jejich průběh je urychlený. Dominuje závislost na pomoci druhé osoby či progerie (předčasné stárnutí).

1.2 Stáří – základní pojmy

Stáří je poslední vývojovou etapou, která uzavírá lidský život. Jak píše Kalvach (1997, s. 18), „stáří je obecným označením pozdních fází ontogeneze, přirozeného průběhu života“. Je důsledkem a projevem geneticky podmíněných involučních procesů, modifikovaných mnoha zevními faktory, z nichž zvláště významné jsou nemoci, způsob života a životní podmínky.

Za nejdůležitější ukazatel toho, jak je kdo starý, je považován **kalendářní věk**, který je sice jednoznačně vymežitelný, ale nevypovídá nic o involučních změnách, pracovních schopnostech či změnách sociálních rolí v životě člověka. Stuart-Hamilton (1999, s. 19) o kalendářním věku píše, že „nemůže být pokládán za spolehlivý prediktor životního stavu konkrétního jedince“. Je spíše administrativním nástrojem a nejčastěji je využíván v demografii a statistice. Z kalendářního věku vycházejí různé konvence i vymezení stáří, nutné pro mezinárodní a časová srovnání. Za hranici kalendářního stáří bývá obvykle považován 60. či 65. rok. Světová zdravotnická organizace (WHO) akceptovala v šedesátých letech minulého století patnáctiletou periodizaci lidského života a dále klasifikuje vyšší věk takto:

- 60–74 let: rané stáří (počínající stáří)
- 75–89 let: vlastní stáří (osoby pokročilého, vysokého věku)
- 90 a více let: období dlouhověkosti

Z demografického vývoje a zlepšování funkčního stavu seniorů vyplývá i současné orientační členění stáří (Zavázalová a kol., 2001; Holmerová a kol., 2002):

- 65–74 let: mladí senioři
- 75–84 let: staří senioři
- 85 a více let: velmi staří senioři

Dnes je za počátek stáří považován věk 65 let a jako vlastní stáří je označován věk 75 let. Podle Stuart-Hamiltona (1999) získává na oblibě i rozdělení lidí starších 65 let na kategorii **třetího věku**, která označuje aktivní, nezávislý život ve stáří a **čtvrtého věku**, což je označení pro období, kdy je člověk při zajišťování základních potřeb odkázán na druhé.

Kromě věku kalendářního hovoříme také o **věku biologickém**, který vypovídá o celkovém stavu organismu. Biologické stáří je hypotetické označení konkrétní míry

involučních změn (atrofie, změny regulačních a adaptačních mechanismů). Řada změn pozorovaných u starého člověka může být způsobena spíše nemocemi než stárnutím samotným. Zjevná je skutečnost, že lidé stejného kalendářního věku se významně liší mírou involučních změn a funkční zdatnosti (Kalvach, 1997). Jak píše Hrdličková (2009), v poslední době již byly vypracovány metody zjišťování biologického věku. Jsou založeny na komplexním zkoumání jedince od rozsáhlé anamnézy, přes zjišťování životního stylu, provedení analýzy rizikových faktorů až po speciální laboratorní, hormonální a genetická vyšetření. Výsledkem těchto vyšetření je určení biologického věku jednotlivých orgánů.

Důležitější než biologický věk je **funkční stav**. Jedná se o soubor funkčního potenciálu daného jedince, který je na rozdíl od kalendářního věku ovlivňován celou řadou především vnějších faktorů. Kalendářní věk a funkční stav se tedy nemusí shodovat.

Pro **věk sociální** je charakteristická role, kterou člověk zastává ve společnosti. Za počátek sociálního stáří je obvykle považován vznik nároku na starobní důchod. V současné společnosti dochází k významnému posunu sociální periodizace. Oproti představě stařecké neužitečnosti je zdůrazňován koncept celoživotního vzdělávání, seberealizace, osobnostního rozvoje, proměnlivých forem výdělečné činnosti a společenské participace seniorů (Kalvach a kol., 2004).

Každý člověk stárne jinak, vznikají velké individuální rozdíly, a proto je populace starých lidí heterogenní nejen v aspektech biologických, zdravotních a psychologických, ale i sociálních. Ačkoli jsou jednotlivé věkové skupiny seniorů velmi různorodé, existují charakteristiky, které jsou pro určitá období typické. Pro mladé seniory je to především problematika penzionování, náplně volného času a seberealizace. Pro vlastní stáří je typická nižší adaptabilita a tolerance zátěže. K těm se připojují zvláštnosti stonání ve stáří a i postupná osamělost v průběhu života. Důsledkem těchto změn může být u starých a velmi starých seniorů ztráta soběstačnosti a závislost na pomoci druhých (Kalvach a kol., 1997). Většina pacientů starších 75 let již vykazuje změny typické pro stáří a ve své péči se jimi zabývá geriatric.

1.3 Demografie stáří

Demografie je věda, která zkoumá složení a pohyb lidských populací. Složení obyvatelstva je výsledkem dlouhodobých reprodukčních procesů a společenských podmínek. K základním pojmům v demografii patří porodnost (natalita), úmrtnost (mortalita), střední délka života (naděje dožití), průměrný věk ve vztahu k různým proměnným, věková struktura

obyvatelstva a jeho migrace. Demografický vývoj je charakterizován stárnutím populace, ale probíhá odlišně v zemích hospodářsky vyspělých a rozvojových (Zavázalová a kol., 2001).

1.3.1 Demografický vývoj v Evropě a v České republice

Na nynějších věkových strukturách velké části evropských populací, které jsou značně nepravidelné, je patrný vliv událostí v průběhu celého 20. století. V Evropě byla porodnost snížena vlivem dvou světových válek a hospodářskou krizí třicátých let. Po válkách se dostavily kompenzační natalitní vlny. Další vlivy už jsou specifické pro konkrétní evropské země.

V České republice začalo stárnutí populace již v meziválečném období. Další vývoj věkové struktury po druhé světové válce byl v ČR pomalý a nerovnoměrný. V padesátých letech došlo k již zmíněnému poválečnému nárůstu porodnosti, současně byla snížena kojenecká a dětská úmrtnost (Mašková, 2006). Jak píše Janečková a Hnilicová (2009, s. 56–57), v průběhu padesátých let, kdy centrální řízení státu usnadnilo prosazení nejruznějších hygienických opatření a celoplošné očkování dětí, byl vývoj zdravotního stavu obyvatelstva i úmrtnosti velice příznivý. Tehdejší Československo se mohlo srovnávat s vyspělými západoevropskými státy. Díky těmto opatřením sice došlo k poklesu infekčních onemocnění, ale následně se do popředí dostaly civilizační choroby. Jejich zvládnutí již vyžadovalo jinou strategii, namísto toho se však zpomalil vědeckotechnologický rozvoj ve zdravotnictví, zhoršilo se životní prostředí a životní styl obyvatelstva. Autorky upozorňují, že po roce 1961 se pokles úmrtnosti v ČR zastavil. Podle Zavázalové a kol. (2001) došlo v druhé polovině šedesátých let dvacátého století v ČR k poklesu porodnosti a nastalo opět intenzivnější stárnutí obyvatelstva. Postup stárnutí populace v dalších letech zpomalil baby-boom, který nastartovala prorodinná sociální politika sedmdesátých let.

Po roce 1990 se demografická situace v České republice výrazně změnila. Dochází k přeměně tradičního východoevropského modelu reprodukčního chování charakterizovaného vysokou úrovní plodnosti i úmrtnosti spolu s vysokou sňatečností a nízkým věkem lidí, kteří vstupovali do manželství v model západoevropský. Pro ten je typická zejména nižší sňatečnost, nižší plodnost a výrazně lepší úmrtnostní poměry. V druhé polovině devadesátých let se v obyvatelstvu prudce snížil podíl dětské věkové skupiny, minimum plodnosti bylo zaznamenáno v roce 1999. Následná vlna zvýšené porodnosti dosáhla svého vrcholu v roce 2008 (ČSÚ, 2011).

Tabulka č. 1: Česká republika: Obyvatel ve věku 60+; střední varianta: 1950–2050

Rok	(v tisících)	(%)
1950	1 116	12,5
1955	1 215	13,1
1960	1 389	14,5
1965	1 598	16,5
1970	1 782	18,2
1975	1 880	18,7
1980	1 729	16,8
1985	1 796	17,4
1990	1 830	17,8
1995	1 857	18,0
2000	1 876	18,3
2005	2 033	19,9
2010	2 313	22,2
2015	2 558	24,3
2020	2 692	25,5
2025	2 803	26,5
2030	2 907	27,6
2035	3 133	30,0
2040	3 376	32,5
2045	3 469	33,6
2050	3 547	34,5

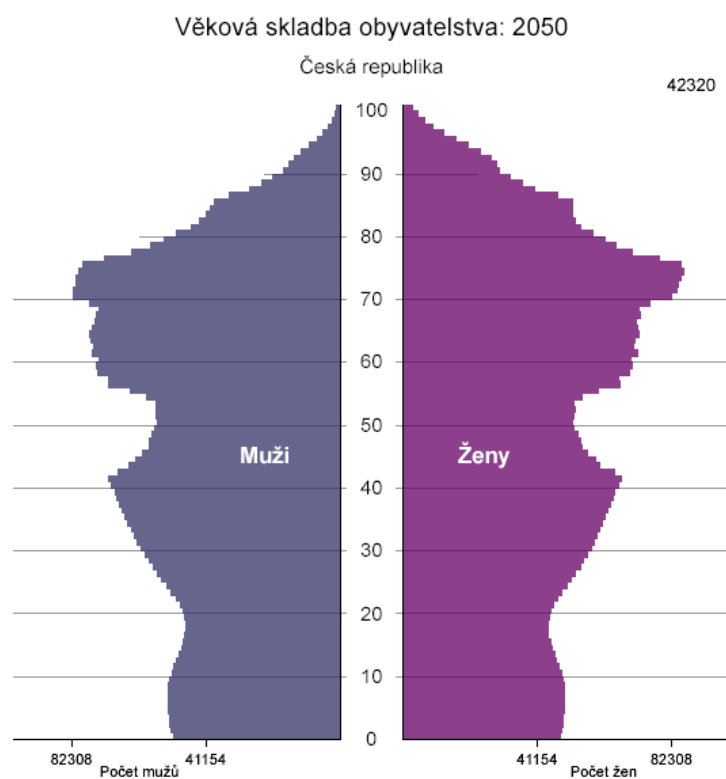
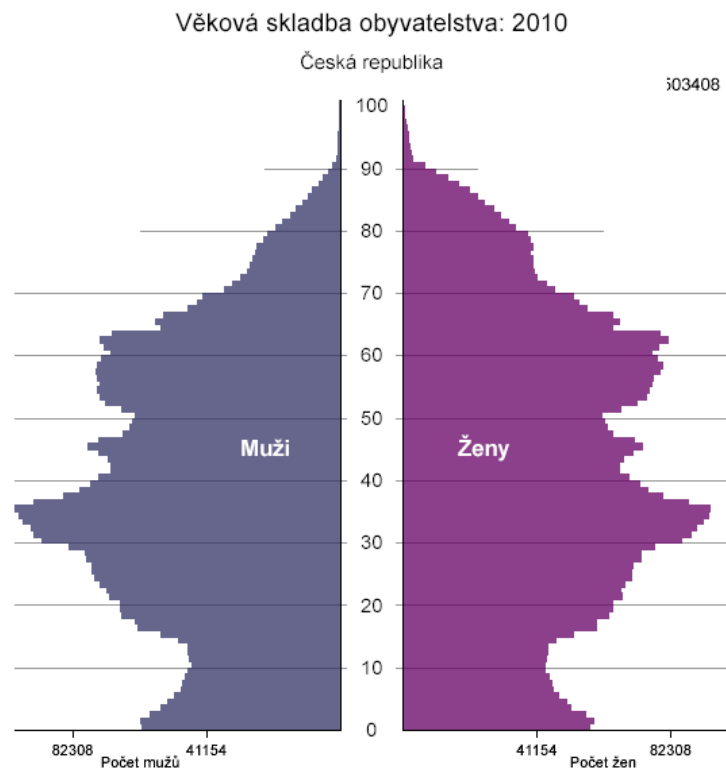
Zdroj: Populační divize katedry hospodářské a sociální sekretariátu Organizace spojených národů, *World Population Prospects: The 2008 Revision*³

K pokračujícímu demografickému stárnutí české společnosti dochází po roce 1990 nejen snížením porodnosti, ale také prodlužováním lidského života. Podle statistik, které zveřejnila Organizace spojených národů (2009), bylo v České republice v roce 2005 téměř 20 % osob starších 60 let. Podle odhadů, které OSN⁴ publikuje, ve střední variantě do roku 2020 tento podíl stoupne až na 25 % (tab. 1). Po roce 2010 totiž překročí práh počínajícího stáří početně silné poválečné ročníky a po roce 2020 dosáhnou hranice vlastního, medicínsky významného stáří. Podle kritérií OSN⁵ je česká populace z demografického hlediska již dlouhodobě považována za starou a tento trend se tedy bude prohlubovat. To je patrné i z porovnání grafů na obrázku č. 1, které znázorňují věkovou skladbu obyvatelstva České republiky formou „stromu života“. Podle populačních prognóz OSN se Česká republika postupně stane jednou z nejstarších evropských populací (Mašková, 2006).

³ <http://esa.un.org/unpp/>

⁴ <http://esa.un.org/unpp/>

⁵ Podle kritérií OSN je za starou považována populace se 7 % podílem obyvatel nad 65 let. Těchto kritérií dosáhla ČR již v roce 1950, kdy u nás bylo 8,3 % obyvatelstva starší 65 let (Zavázalová a kol., 2001).



Obrázek č. 1: Věková struktura obyvatelstva v ČR v r. 2010 a prognóza pro rok 2050
Zdroj: Český statistický úřad, 2010

Významným nástrojem mezinárodního srovnání životní úrovně je demografický ukazatel **střední délka života (naděje dožití)**. Je definována jako počet let, kterých se pravděpodobně jedinec dožije, pokud se nezmění specifická úmrtnost. Nejčastěji se určuje střední délka života při narození a stanovuje se zvlášť pro muže a pro ženy (ČSÚ, 2010).

Jak uvádějí Janečková a Hnilicová (2009, s. 57) např. v roce 1969 činila střední délka života mužů v tehdejší Československu jen 66 let a začala stagnovat, dokonce se i snižovala. U žen dosahovala 73 let a v dalších letech se zvyšovala jen velmi pozvolna.

Z tabulky č. 2 je patrné, že po roce 1990 se v České republice začala střední délka života pro muže i pro ženy významně prodlužovat. V roce 2010 dosáhla střední délka života u mužů 74,4 roku a pro ženy dokonce 80,6 let (ČSÚ, 2011). Z hlediska naděje dožití bychom úrovně současných nejvyspělejších států Evropy měli dosáhnout ve 20. letech 21. století.

Tabulka č. 2: Česká republika: Naděje dožití při narození podle pohlaví (v letech)
Střední varianta: 1950-2050

Období	Kombinovat obě pohlaví	Muž	Žena
1950-1955	67,0	64,5	69,5
1955-1960	69,6	66,8	72,3
1960-1965	70,4	67,3	73,4
1965-1970	70,0	66,6	73,4
1970-1975	70,1	66,6	73,6
1975-1980	70,7	67,1	74,2
1980-1985	70,8	67,2	74,4
1985-1990	71,5	67,8	75,2
1990-1995	72,9	69,3	76,4
1995-2000	74,6	71,1	78,0
2000-2005	75,4	72,1	78,7
2005-2010	76,5	73,4	79,5
2010-2015	77,3	74,3	80,3
2015-2020	78,1	75,1	81,1
2020-2025	78,8	75,9	81,8
2025-2030	79,5	76,6	82,4
2030-2035	80,2	77,3	83,1
2035-2040	80,8	77,9	83,7
2040-2045	81,4	78,5	84,3
2045-2050	81,9	79,1	84,9

Zdroj: Populační divize katedry hospodářské a sociální sekretariátu Organizace spojených národů, *World Population Prospects: The 2008 Revision*⁶

⁶ <http://esa.un.org/unpp/>

1.3.2 Projekce populačního vývoje v ČR

Cílem projekce zpracované Českým statistickým úřadem je nastínit směr budoucího populačního vývoje České republiky a ukázat na změny ve věkovém složení obyvatelstva, které jsou neodvratitelné a budou velmi výrazné. Projekce však nemůže předvídat náhlé působení vnějších vlivů, které mohou mít z krátkodobého hlediska silné důsledky, např. hluboké ekonomické krize, výrazné změny v systému sociálních opatření či epidemie závažných nemocí. Ty mohou také ovlivnit úroveň porodnosti i úmrtnosti. Hlavní závěry projekce obyvatelstva České republiky do roku 2050 jsou následující⁷:

- Celkový počet obyvatel se pravděpodobně mírně sníží.
- Předpokládáné je zvýšení úrovně plodnosti, její úroveň před rokem 1989 by ale již dosaženo být nemělo.
- Relativně nízká porodnost tak bude hlavním faktorem snížení početního stavu obyvatel a přispěje k jeho významnému populačnímu stárnutí.
- Česká republika zůstane imigrační zemí, bude získávat obyvatele zahraniční migrací.
- Úmrtnostní poměry se zlepší, poroste naděje dožití mužů i žen.
- Obyvatelstvo České republiky výrazně zestárne. Podíl osob ve věku nad 65 let by se mohl v roce 2050 přiblížit k jedné třetině, což by znamenalo zdvojnásobení současného podílu.
- Nejrychleji bude přibývat osob v nejvyšším věku – počet obyvatel starších 85 let by se měl do roku 2050 zpětinásobit.

Úvahy o budoucích počtech seniorů jsou založeny pouze na odhadech a skutečný vývoj, především ve vzdálenějším časovém horizontu, může být odlišný.

1.3.3 Demografický vývoj z hlediska geriatric

Základní demografické charakteristiky české populace tedy představují klesající porodnost, snižující se úmrtnost, prodlužování střední délky života pro muže i pro ženy a zvyšování absolutního i relativního počtu seniorů v populaci (Topinková, 2005).

⁷ <http://www.czso.cz/csu/2004edicniplan.nsf/>

Tabulka č. 3: Česká republika: Obyvatelstvo ve věku 80+
Střední varianta 1950-2050

Rok	(V tisících)	(%)
1950	88	1,0
1955	100	1,1
1960	114	1,2
1965	131	1,3
1970	146	1,5
1975	163	1,6
1980	190	1,9
1985	218	2,1
1990	251	2,4
1995	282	2,7
2000	241	2,4
2005	317	3,1
2010	364	3,5
2015	388	3,7
2020	401	3,8
2025	487	4,6
2030	626	5,9
2035	723	6,9
2040	746	7,2
2045	767	7,4
2050	809	7,9

Zdroj: Populační divize katedry hospodářské a sociální sekretariátu Organizace spojených národů, *World Population Prospects: The 2008 Revision*⁸

Kromě výrazného nárůstu osob v pokročilém stáří (tab. 3), které představují skupinu se zvýšenými požadavky na zdravotní, sociální, ale i rodinnou péči, je další důležitou charakteristikou demografického vývoje v ČR přibývajícím počet starých žen. Mezi stoletými je poměr žen k mužům 4:1. V důsledku toho starší ženy žijí bez partnera častěji než starší muži. Staré ženy mají horší funkční stav a jsou tudíž křehčí než přežívající muži, je u nich několikanásobně vyšší riziko chudoby, institucionalizace a sociální izolace. Toto je třeba brát v úvahu při plánování zdravotní a sociální péče o staré občany⁹.

Pokud jde o dispozici k dlouhověkosti, je s největší pravděpodobností dána kombinací dědičných faktorů a stylem života. Většina současných autorů předpokládá, že genetické faktory předurčují dlouhověkost přibližně z jedné čtvrtiny a jedná se o dědičnost polygenní (De Benedictidis et al., 2001). Větší je podíl negenetických faktorů, k nimž patří životní způsob (udržování fyzické zdatnosti, stravovací návyky), vlivy prostředí a také prodělaná onemocnění.

⁸ <http://esa.un.org/unpp/>

⁹ Národní program přípravy na stárnutí na období let 2008- 2012 – Kvalita života ve stáří

S prodlužující se střední i maximální délkou života je nutné položit si i otázky po kvalitě těchto let. Objevuje se totiž geriatricky významná obava, zda prodlužování života ve stáří se zvyšováním prevalence chronických chorob nepovede k expanzi nemocnosti, závislosti, růstu ošetrovatelských nákladů a k nízké kvalitě života seniorů. Jak píše dále Topinková (2003), Světová zdravotnická organizace doporučuje kromě **střední délky života**¹⁰ (Life Expectancy) při narození a zvláště ve věku 60 či 65 let vyjadřovat i **střední délku života bez chronického onemocnění** (Life Expectancy without Chronic Disease) a **střední délku života bez postižení** (Disability-free Life Expectancy).

Koncepty úspěšného stárnutí včetně materiálů Světové zdravotnické organizace předpokládají spíše stagnaci či dokonce kompresi nemocnosti. Vycházejí z toho, že dispozice k dlouhověkosti je spojena s vyšší zdatností, a že část typických chorob stáří je preventabilní a také dobře léčitelná. Tréninkem je možno zlepšit funkční stav seniorů a technicky lze i lépe zvládnout disabilitu (Kalvach a kol., 2006a). Ve většině sledovaných zemí dochází ke zlepšování funkčního stavu seniorské populace (tab. 4).

Můžeme konstatovat, že i charakteristiky budoucích seniorů budou v mnohém odlišné od jejich dnešních vrstevníků. Lze předpokládat, že se dožijí vyššího věku v lepším zdravotním stavu, budou vzdělanější a pravděpodobně i aktivnější. V budoucnu by tedy modifikace životního stylu mohla střední délku života bez postižení významně prodloužit (Topinková, 2003; Rychtaříková, 2006).

Jak je uvedeno v Národním programu přípravy na stárnutí na období let 2008 až 2012 (Kvalita života ve stáří), dlouhý život nabízí četné příležitosti k osobnímu i sociálnímu naplnění, ale dotýká se také kvality života ve stáří, nezávislosti starých lidí, jejich sociálního života, zdravotní péče a začlenění do společnosti. Tento dokument navazuje na řadu usnesení a programů, jejichž cílem je upozorňovat na problematiku stárnutí na světové, evropské, ale i národní úrovni.

¹⁰ „Střední délka života (naděje dožití) vyjadřuje počet roků, který v průměru ještě prožije osoba právě x-letá za předpokladu, že po celou dobu jejího dalšího života se nezmění řád vymírání, zjištěný úmrtnostní tabulkou, zkonstruovanou pro daný kalendářní rok nebo jiné (zpravidla delší) období. Jedná se tedy o hypotetický údaj, který říká, kolika let by se člověk určitého věku dožil, pokud by úroveň a struktura úmrtnosti zůstala stejná jako v daném roce“
(<http://www.czso.cz/csu>)

Tabulka č. 4: Údaje o střední délce života prožité ve zdraví v Evropské unii

Country	Healthy life years at birth	Life expectancy at birth	Percentage of life expectancy without disability	Healthy life years at birth females	Life expectancy at birth	Percentage of life expectancy without disability
	Males			Females		
EU-15 (2003)	64.5	76.0	84.9 %	66.0	81.2	81.3 %
BE (2003)	67.4	75.9	88.8 %	69.2	81.6	84.8 %
CZ (2002)	62.8	72.1	87.1 %	63.3	78.7	80.4 %
DK (2003)	63.0	75.1	83.9 %	60.9	79.9	76.2 %
DE (2003)	65.0	75.7	85.9 %	64.7	81.4	79.5 %
GR (2003)	66.7	76.5	87.2 %	68.4	81.3	84.1 %
ES (2003)	66.8	76.9	86.9 %	70.2	83.6	84.0 %
FR (2003)	60.6	75.9	79.8 %	63.9	82.9	77.1 %
IE (2003)	63.4	75.8	83.6 %	65.4	80.7	81.0 %
IT (2003)	70.9	76.8	92.3 %	74.4	82.5	90.2 %
CY (2003)	68.4	77.0	88.8 %	69.6	81.4	85.5 %
HU (2003)	53.5	68.4	78.2 %	57.8	76.7	75.4 %
MT (2002)	65.1	76.7	84.9 %	65.7	80.7	81.4 %
NL (2003)	61.7	76.2	81.0 %	58.8	80.9	72.7 %
AT (2003)	66.2	75.9	87.2 %	69.6	81.6	85.3 %
PL (2002)	62.5	70.5	88.7 %	68.9	78.8	87.4 %
PT (2003)	59.8	74.2	80.6 %	61.8	80.5	76.8 %
FI (2003)	57.3	75.1	76.3 %	56.5	81.8	69.1 %
SW (2003)	62.5	77.9	80.2 %	62.2	82.5	75.4 %
UK (2003)	61.5	76.2	80.7 %	60.9	80.7	75.5 %
NO (2003)	66.3	77.1	86.0 %	64.2	82.0	78.3 %

Zdroj: Eurostat: On Line Databáze¹¹

Demografické stárnutí je většinou považováno spíše za negativní jev, a tak je do budoucna kromě zaměření se na zdravotní problematiku stárnoucí populace potřebné vyrovnávat se ve společnosti i s celou řadou negativních fenoménů. K těm patří především demografická panika, gerontofobie, ageismus¹² a sociální exkluze seniorů (Wija, 2006).

¹¹ <http://ec.europa.eu/health/>

¹² Ageismus – věková diskriminace, která se projevuje stereotypizací a diskriminací osob a skupin na základě jejich chronologického věku nebo na jejich příslušnosti k určité generaci. Termín se objevuje v 60. letech 20. století., kdy se začal formovat kult mládeže; poprvé byl formulován psychiatrem R. Butlerem (Vidovičová, 2005).

1.4 Zdravotní a psychosociální aspekty stárnutí

Do procesu stárnutí vstupuje celý člověk a v jeho průběhu dochází k četným biologickým, psychickým a sociálním změnám. Příčiny některých z nich jsou více či méně ovlivnitelné (např. životní způsob, léčba nemocí) jiné změnit nelze (genetická dispozice).

1.4.1 Zdravotní stav ve stáří

Zdraví je podle Světové zdravotnické organizace „více než nepřítomnost nemoci“. I když toto pojetí poněkud překračuje kompetence medicíny, v případě seniorů je jednoznačně pozitivním vodítkem, které zdůrazňuje důležitost funkčních souvislostí, aktivity a zdravím podmíněné kvality života. Ústava WHO definuje zdraví jako „stav úplné fyzické, psychické a sociální pohody, ne pouze jako nepřítomnost nemoci“¹³. Podle Topinkové (2005) je populace seniorů z hlediska zdravotního stavu velmi heterogenní. Stárnutí je fyziologický jev a i ve stáří by měl být normou stav dobré fyzické a duševní kondice a s tím související soběstačnost. Pacovský (1997) výstižně píše, že stáří samo o sobě není nemoc, ale není bez nemoci. Chronické choroby, mentální a fyzická deteriorace a závislost na společnosti nejsou nevyhnutelnými příznaky stáří. Přesto se u starších lidí vyskytuje častější a závažnější nemocnost a s tím spojená snížená schopnost sebeobsluhy. S přibývajícím věkem se tak dostává do popředí hodnota zdraví, na níž je závislá soběstačnost a autonomie.

S věkem se mění spektrum nemocnosti a ve stáří je zdůrazňována ve vztahu k zdravotnímu stavu dvojitá problematika. Jednak jsou to **zvláštnosti chorob ve stáří**, z nichž dominují polymorbidita, sklon ke chronicitě, atypický průběh nemoci, specifické geriatrické komplikace a odlišná strategie léčby oproti mladším nemocným. Významná je především úzká provázanost zdravotní a sociální situace. Druhým okruhem zájmu jsou **typické choroby stáří**: ischemická choroba srdeční, cévní mozkové příhody, osteoporóza, artróza, Alzheimerova nemoc, katarakta, věkem podmíněná makulární degenerace a další. Kromě výskytu a průběhu typických chorob ve stáří ovlivňují zdravotní stav seniorů i funkčně závažné involuční změny, důsledky životního způsobu (dekonvice, atrofie z nečinnosti, poruchy výživy) a geriatrická křehkost (Topinková, 2005; Kalvach a kol., 2006a).

¹³ Preambule Ústavy Světové zdravotnické organizace, která byla přijata na Mezinárodní zdravotnické konferenci v New Yorku 19. – 22. června 1946; podepsána dne 22. července 1946 se zástupci 61 států a vstoupila v platnost dne 7. dubna 1948 (<http://www.szu.cz>).

Prevalencí chorob ve stáří se v České republice dlouhodobě zabývají plzeňští autoři. Zavázalová a kol. (2004) uvádějí, že ve stáří jsou nejčastější choroby oběhového systému, následují nemoci pohybového ústrojí a onemocnění endokrinní a metabolická. Prevalence a geriatrická závažnost těchto nemocí předstihují prevalenci zhoubných nádorů, které také figurují na čelním místě ve statistice úmrtnosti. Předpokládá se, že poddiagnostikována je Alzheimerova demence. Autoři upozorňují, že pro kvalitu života starého člověka není rozhodující samotná přítomnost nějaké nemoci, ale stupeň funkčního postižení, které choroby způsobují.

Pojetí zdraví se i z pohledu pacientů v průběhu stárnutí mění a u seniorů narůstá význam subjektivního hodnocení zdraví (Kalvach a kol. 2006a, 2006b). Vazba zdravotních obtíží, disability a zdravím podmíněné kvality života na konkrétní choroby se ve stáří oslabuje. Analýza výsledků rozsáhlé dotazníkové studie (Health and retirement study, USA, 2000) na reprezentativním souboru 11 093 osob starších 65 let prokázala vysoký výskyt geriatrických syndromů bez specifické vazby na určitou chorobu. Současně byla zjištěna signifikantní vazba mezi těmito geriatrickými příznaky a závažnou disability na úrovni sebeobsluhy v rámci testu ADL¹⁴ (in Kalvach a kol., 2008 s. 144). Tradiční zaměření na choroby je proto třeba rozšířit o ovlivňování funkčního stavu a **disability**¹⁵.

A tak zatímco tradiční biomedicínský model klade důraz na chorobu a na její důsledky, geriatrický model zdůrazňuje funkční stav a zdravím podmíněnou kvalitu života. Pouhý zájem o rozpoznání a léčení jednotlivých chorob se stává často neúčinný, mnohdy dokonce škodlivý. „Multimorbidní křehcí senioři nemusejí profitovat z léčby určité choroby, pokud přidružené problémy zhoršují kvalitu jejich života či dokonce život ohrožují“ (Kaplan in Kalvach a kol., 2006a, s. 269). U seniorů více než u mladších dospělých osob jsou kvalita života a míra zdraví ovlivněny právě úbytkem funkčních rezerv, zhoršováním adaptability a celým souborem psychosociálních faktorů. Problematiku nemocí ve stáří a tím i potřebu zdravotních a sociálních služeb u geriatrického pacienta bychom tak měli vnímat v kontextu celého jeho

¹⁴ Activities of daily living – blíže vysvětleno v následující kapitole

¹⁵ Disability /disability/ – vymezení tohoto pojmu je složité. Topinková (2005) uvádí, že pojem „disability“ a jeho české ekvivalenty (zdravotní postižení, invalidita, disability) odrážejí stupeň omezení, které pacientovi přináší jeho choroba nebo trvalá porucha funkce orgánu. Postižení se týká jak tělesných, tak mentálních funkcí. Jesenský (2000 in Krhutová, 2010 s. 52) rozumí pojmem disability „snížení, omezení nebo nedostatek schopností vykonávat běžné lidské činnosti.“ Krhutová tamtéž upozorňuje, že průlomová je definice v Mezinárodní klasifikaci funkčních schopností, disability a zdraví WHO z roku 2001, která nově zahrnuje kromě somatického faktoru i hledisko společenských podmínek: „Disability je snížení funkčních schopností na úrovni těla, jedince nebo společnosti, která vzniká, když se člověk se svou zdravotní kondicí setkává s bariérami prostředí.“

života. Dále rovněž Kalvach (2007, s. 14) upozorňuje na rizikové seniory s nízkým potenciálem zdraví charakterizovaným nízkou zdatností, odolností a adaptabilitou, když píše: „Základním rysem geriatrického pacienta není samotný věk a oproti vžitým představám ani nesoběstačnost, nýbrž křehkost, ohroženost komplikacemi a dekompenzacemi zdravotního a funkčního stavu.“ K prioritám geriatrické medicíny se tak přiřazují klinické aspekty geriatrické křehkosti (frailty) a tzv. geriatrické syndromy.

Pojem **geriatrická křehkost** plně vystihuje rizikovost a zranitelnost části pacientů – seniorů. Jak píše Topinková (2005), „stařecká křehkost“ je způsobena fyziologickým poklesem výkonnosti orgánů a úbytkem svalové hmoty (sarkopenie) a kostní hmoty (osteopenie až osteoporóza) v důsledku dekondice, ale i malnutrice ve stáří. Typické je zhoršení mobility, vytrvalosti, svalové síly, koordinace a celkové výkonnosti. Takoví pacienti jsou ohroženi nesoběstačností, pády, zlomeninami a do budoucna dalším nepříznivým vývojem zdravotního stavu. Akutní dekompenzace zdravotního stavu vedou zpravidla k opakovaným hospitalizacím. Jejich závažným důsledkem může být geriatrický hospitalismus¹⁶ provázený imobilitou nemocného s nepříznivými sociálními dopady a mnohdy i s nezbytností dlouhodobé či trvalé ústavní péče. K dalším projevům hospitalismu patří otřesení pacientovy autonomie, důstojnosti a sebeúcty (Kalvach, 2005).

V posledních letech je zdůrazňováno, že některé zdravotní potíže se u geriatrických pacientů vyskytují opakovaně, často a bez vazby na určité onemocnění. Často jsou tyto obtíže přehlíženy a považovány za pouhý důsledek stárnutí. A tak vznikl koncept geriatrických syndromů, který vychází ze zkušenosti, že významné příznaky (symptomy) či jejich soubory (syndromy) mají obvykle mnohočetné a různě kombinované příčiny, chronický průběh a obdobné důsledky. Vedou k omezování pacientovy nezávislosti a velmi problematická je i jejich léčba. Topinková (2005, s. 10) uvádí, že **specifické geriatrické syndromy** se vyskytují v oblasti somatické, psychické i sociální.

- **Somatické syndromy:**

- poruchy chůze a pohyblivosti
- závratě, nestabilita, pády a úrazy
- inkontinence
- poruchy příjmu potravy a tekutin

¹⁶ Hospitalismus je charakterizován jako vznik fyzických a duševních poruch a ztráta aktivity v důsledku dlouhodobého pobytu pacienta v nemocnici. (Všeobecná encyklopedie – 3. svazek. Praha, Diderot: 1999. ISBN 80-902555-7-4)

- poruchy termoregulace
- dekubity

Psychické geriatrické syndromy nelze od somatických oddělovat. Naopak, často jsou spolu provázány, vzájemně se potencují a jejich léčba je také dlouhodobá a náročná.

- **Psychické syndromy:**

- demence
- deprese
- delirium
- poruchy chování
- poruchy adaptace

Topinková (2005) dále upozorňuje, že k atypické symptomatologii stonání ve stáří patří i sociální rozměr nemoci. Týká se především invalidizujících a chronických nemocí, které mění sociální statut nemocného a kromě pacienta ovlivňují i další rodinné příslušníky a pečovatele. Kromě somatických a psychických autorka jmenuje i specifické geriatrické syndromy sociální:

- **Sociální syndromy:**

- ztráta soběstačnosti
- závislost na pomoci druhých
- sociální izolace
- týrání a zneužívání seniorů
- dysfunkce rodiny

Ke zdravotnímu stavu seniorů se vyjařují i mnohé významné dokumenty. Např. v Národním programu přípravy na stárnutí na období let 2008 až 2012 (Kvalita života ve stáří) je psáno, že zdravotní stav starších lidí je třeba hodnotit nejen délkou života a prevalencí chorob, ale především jejich funkční zdatností a zdravím podmíněnou kvalitou života (aspekty spokojenosti, seberealizace, důstojnosti, autonomie a participace).

1.4.2 Psychologické aspekty stárnutí

Psychické změny v průběhu stárnutí a stáří nelze chápat jako izolované jevy, ale jako vývojový proces jedince žijícího v určité společnosti. Psychologové používají termín „psychologie životní cesty“ (life-span psychology), který zahrnuje proces stárnutí člověka v kontextu celého jeho života. Psychickými změnami ve stáří se zabývají četní autoři (srov. např. Erikson, 1999; Jiráček, 2004; Mc Fadden, 2000; Pacovský, 1997; Pichaud a Thureauová, 1998; Říčan, 2004; Stuart-Hamilton, 1999; Švancara, 2004; Vágnerová, 2007, Wong, 1998). Podobně jako u tělesného stárnutí může být i u psychického vývoje ve stáří někdy těžké odlišit přirozené involuční změny dané věkem od změn způsobených nemocí.

Obecně lze psychické změny ve stáří shrnout jako postupnou proměnu kognitivních funkcí, jejichž zhoršení nebývá rovnoměrné. Jak píše Stuart-Hamilton (1999, s. 47), „...stárnutí s sebou přináší nárůst obecných vědomostí, ale za cenu delší doby, po kterou je třeba věci promýšlet“. Typické je zpomalení psychomotorického tempa, senzomotorické funkční koordinace, snižování kvality percepce, zhoršování koncentrace, pozornosti a paměti. Mohou se měnit hodnoty a potřeby, ale i postoje k druhým lidem a ke společnosti.

Vágnerová (2007) uvádí, že proměny emočního prožívání v pozdním stáří nemusí být příliš nápadné. Senioři mívají spíše tendenci k udržení přijatelného emočního ladění, vyhýbají se nepříjemným situacím a velmi oblíbená je ve stáří právě strategie zjednodušení a vyhýbání, kterou je možno dosáhnout udržení emoční pohody. Zároveň se však ve stáří zhoršuje emoční regulace, což nebývá nápadné v běžných situacích, ale obvykle se projeví až při zátěži. Při stárnutí získávají na intenzitě osobnostní rozdíly. Podle Stuart-Hamiltona (1999) jsou charakterové rysy osobnosti z větší části zformovány již v rané dospělosti. Haškovcová (1989, s. 86) si uvědomuje důležitost kontextu životní historie starého člověka s jeho psychickými projevy ve stáří. „Vystihnout podstatné povahové rysy starého člověka není jednoduché. Každý člověk měl zcela odlišný individuální osud, byť realizovaný ve stejném společenském koloritu. Proto řada autorů pokládá za správné poznat nejprve životní dráhu starého člověka, a pak teprve budovat jeho celkový psychický portrét.“

Ve stáří klesá schopnost adaptace a snižuje se zájem o okolí. Švancara (2004) doporučuje k udržení hodnotného způsobu života ve vyšším věku určité zásady duševní životosprávy. Označuje je jako **Pět „pé“ optimální adaptace** a definuje je jako **perspektivu, pružnost, prozíravost, porozumění a potěšení**, přičemž velmi zdůrazňuje právě hodnotu radosti ve stáří. Upozorňuje, že zdrojů radosti je i v pozdním věku „nespočet“ a jen stručně zmiňuje hodnotu setkávání s blízkými, zážitky v přírodě, umění, knihy, ale i cestování a tvůrčí

činnost. Jako protipól radostí ve stáří Švancara (2004, s. 114) uvádí, že „zejména ve zdravotnictví a sociální péči není nouze o chmurné obrazy stáří“ s tím, že někteří senioři se sami vzdávají zdrojů potěšení z přílišné skromnosti či obavy, že by obtěžovali. Ve vztahu k psychologickým aspektům stárnutí také Křivohlavý (2002, s. 144) upozorňuje, že „úkol, který stojí před stárnoucím člověkem, je vyrovnat poměr mezi tzv. retrospektivním a prospektivním pohledem na život“, i když v pokročilém věku je budoucnost samozřejmě zkrácená. Důležité je, aby se ve stáří neztratilo právě prospektivní hledisko (pohled kupředu). Stárnoucí člověk by měl neustále „mít pro co žít“ – žít pro něco, co by jeho životu dávalo smysluplnou náplň a nezaměřovat se pouze na minulost. Na jiném místě si autor (Křivohlavý, 1994) všímá, že oproti úpadku tělesných i duševních sil dochází ve stáří k rozšiřování duchovního obzoru. Podotýká, že slábne význam toho, co člověk má, ale roste důraz na to, kým je – mění se tedy struktura hodnot. Také Lukasová (1998) poukazuje na šanci duchovní expanze ve stáří. Duchovní život může být podle ní aktivní až do vysokého věku. Zdůrazňuje, že pokud starý člověk neumí nebo nechce přijmout svoje stárnutí, bojuje bezvýsledný boj.

Podle Eriksona (1999), který charakterizoval stupně zrání osobnosti, je hlavním vývojovým úkolem osmého věku dosažení integrity, nalezení rovnováhy a získání **moudrosti**. Tu označuje jako specifickou ctnost stáří. Nesplnění tohoto úkolu se projeví nespokojeností s vlastním životem až zoufalstvím. Jinými slovy, ve stáří by si měl člověk zodpovědět otázku, zda stálo za to žít. Mnohé osoby nejsou tohoto bilancování schopny nebo se mu vyhýbají. Tyto skutečnosti pak mohou negativně ovlivňovat kvalitu jejich života na různých úrovních (např. hůře snášejí bolesti, špatně spí, prohlubuje se depresivita).

Tabuizováno je v našich sociokulturních podmínkách téma umírání a smrti. S přibývajícím věkem se však stává stále častějším a aktuálnějším. V postoji k vlastní smrti zpravidla nejde o obavu vztaženou k faktu vlastního životního konce, spíše se jedná o strach z utrpení (bolesti, závislost na péči druhých, bezmoc, ztráta autonomie a důstojnosti), které může umírání provázet. Zralost starého člověka se projevuje i připraveností vlastní konečnost, smrtelnost akceptovat (Vágnerová, 2007).

Psychickou involuci ve stáří mohou provázet i psychické poruchy, kterými se zabývá **gerontopsychiatrie**. Typická psychiatrická onemocnění seniorů bývají charakterizována jako 4D: ve stáří přibývá depresí, typickou psychickou poruchou stáří je demence, akutní neuropsychickou komplikací somatických chorob, ale i psychického traumatu je delirium a ve stáří časté jsou psychické poruchy navozené léky (drug-induced changes). K psychickým zvláštnostem chorob ve stáří patří i úzkostné ladění, různé formy strachu a poruchy chování (srov. psychické syndromy).

1.4.3 Sociologické aspekty stárnutí

Hrdličková (2009, s. 108) uvádí, že „současná populace seniorů v České republice zahrnuje čtyři kohorty, které dospívaly a mladé dospělosti dosahovaly v první republice, během druhé světové války, v období budování socialismu a v atmosféře Pražského jara a následné normalizace“.

Současná doba je charakteristická svým důrazem na mládí, fyzickou krásu a výkonnost. Jak píše MacKinlay (2001), společnost se příliš nezajímá o lidi, kteří jí již nejsou prospěšní. Podle Dragomirecké (2007) je známo, že sociální status člověka závisí na povaze a prestiži jeho profese, podílu na moci, dosaženém vzdělání a způsobu života. Opuštění profesní role přispívá obecně ke snížení společenské prestiže seniorské populace. Stáří je v očích veřejnosti často ztotožňováno s výrazným zhoršením zdraví a ztrátou soběstačnosti, tedy s „nemocným“ stářím.

Zajímavé poznatky přinesly výsledky rozsáhlého empirického šetření zaměřeného na životní podmínky, názory a postoje českých seniorů, které pod názvem „Život ve stáří“ popisují Kuchařová a kol. (2002). Autoři konstatují, že za přelomový věk, v němž se většinou mění podmínky a styl života seniorů, lze označit zhruba období 75–80 let, přičemž s věkem se částečně snižuje životní úroveň, zhoršuje zdravotní stav a aktivní přístup k životu a vzrůstá potřeba vnější pomoci. Spolu s tím narůstají problémy v subjektivním hodnocení života (pocitů osamělosti, obavy o bezpečnost, potíže v porozumění technickým novinkám, problémy v chápání politického dění či při stále složitějším jednání na úřadech). Staří lidé si postupně zvykají na to, že pomoc mohou hledat i mimo rodinu, přestože důvěra v pomoc rodiny zatím vysoce převládá. Závěry výzkumu naopak popírají představu o zvýšené kritičnosti a nespokojenosti či dokonce zatrpklosti seniorů a posilování takových postojů s věkem. Ani odchod do důchodu není u většiny respondentů vnímán s negativními dopady.

Jak naznačují výsledky výzkumu Vidovičové a Rabušice (2003), čeští senioři jsou poměrně pevně napojeni na primární sociální vazby, jsou součástí mezigeneračních příbuzenských nebo přátelských sítí a frekvence a také kvalita těchto sociálních vazeb vyznívá velmi příznivě. Respondenti deklarují časté vzájemné kontakty rodinných příslušníků mladší a střední generace se seniory a také konkrétní pomoc starším členům rodiny v případě potřeby. I v situaci, kdy je starý člověk nesoběstačný, přiklánějí se dotazované osoby k názoru, že by mu péče měla být poskytována nejbližšími rodinnými příslušníky.

Staří lidé však často nechtějí být závislí na pomoci a péči svých dětí. Podle Kuchařové (2002 s. 65) „stát v minulosti převzal na sebe nemalou část z rodinných funkcí

a rodiny se naučily na jeho pomoc spoléhat, takže staří s úlevou osvobozují své děti ze závazků vůči nim a střední generace necítí vždy náležitou míru odpovědnosti za péči o stárnoucí rodiče.“

Na ubývající autoritu starší generace v širší rodině upozorňují Zavázalová a kol. (2001). Tanská (2001) si všímá zvyšujícího se napětí a odcizení mezi jednotlivými generacemi v důsledku stupňující se rozdílnosti životních stylů. Zmiňuje, že zvláště osamělí staří lidé se stále víc uzavírají sami do sebe. Problémy těch druhých je nezajímají, protože mají přece tolik problémů sami se sebou. Autorka podotýká, že především po odchodu milovaného partnera je navazování nových vztahů s postupujícím věkem a rostoucí rigiditou velice obtížné. Poměrně častým běžným důsledkem samoty jsou pak, obzvláště při nedostatku podnětů, stále se opakující vzpomínky na mládí a jejich častá idealizace.

Představit životní situaci dnešních seniorů v české společnosti bylo i cílem práce Vohralíkové a Rabušice (2004). Podle nich z minulosti stále přetrvává obraz seniora, který se odchodem do důchodu stáhl z aktivního společenského dění a smyslem jeho dalšího života je podpora rodin svých potomků a pomoc v péči o vnoučata. Tento pohled se však bude postupně měnit s aktivnějším prožíváním důchodového věku, rostoucí nezávislostí seniorů a v neposlední řadě i v důsledku menšího počtu vnoučat. Autoři zdůrazňují, že kohorty budoucích seniorů budou vzdělanější, aktivnější, sebevědomější, s vyššími nároky na životní úroveň a rozsah služeb. Předpokládají, že budou v relativně lepším zdravotním stavu, a tak pro ně období stárnutí nebude už jen fází pouhého dožívání, nýbrž obdobím uvolnění k realizaci různých zájmů.

Změnou situace seniorů v horizontu třiceti let (období 2000–2030) se zabýval i výzkumný projekt FELICIE (Future Elderly Living Conditions in Europe)¹⁷. Zúčastnilo se ho devět evropských zemí včetně České republiky a zkoumanými okruhy byly: partnerství, vzdělání, zdravotní stav, sociální a ekonomická situace, mezigenerační transfery a sociální kontakty. Horizontem projekcí byl rok 2030 a populace, které v tomto roce dosáhnou věku 75+ let. Výsledky populačních projekcí předpokládají, že na rozdíl od současnosti bude život budoucích seniorů více poznamenán snižující se sňatečností a rostoucí rozvodovostí předchozích období, na druhou stranu prodlužování lidského věku a zlepšování zdravotního stavu umožní jednotlivcům i dvojicím žít déle a kvalitněji. (Rychtaříková, 2006).

¹⁷ <http://www.felicie.org/>

1.4.4 Charakteristiky seniorské populace

K obecným charakteristikám současné seniorské populace patří její heterogenita, ohroženost a převaha žen. Populace seniorů bývá vnímána jako zdánlivě stejnorodá, představuje však nejrozumnější skupinu lidí v naší společnosti. Velmi výrazně se navzájem odlišují věkem, zdravotním stavem, funkční zdatností, rodinnou situací a sociálním zázemím, ekonomickými podmínkami, vzděláním, životními zkušenostmi a hodnotovým systémem. Ze vzájemné odlišnosti vyplývá také rozdílnost priorit, přání a potřeb, a to ve zdraví i v nemoci (Kalvach a kol., 2006c).

I když ve stáří vzrůstá vliv individuálních rozdílů, určité charakteristiky jsou pro toto období typické: ukončení profesní dráhy, změna životního stylu v důsledku ubývání sil a zhoršování finanční situace, zhoršení zdravotního stavu a případná závislost, zpomalení psychomotorického tempa a také ztráta partnera nebo poslední blízké osoby (Dragomirecká, 2007).

Některé situace a události mohou přispívat k větší ohroženosti seniorů a považujeme je za rizikové faktory stáří.

1.4.5 Rizikové faktory v životě seniorů

Stáří není nemoc, ale někteří staří lidé mají závažné zdravotní a funkční problémy. Jejich důsledkem může být postupné ubývání samostatnosti a narůstání závislosti, což představuje závažný rizikový faktor ve stáří. Počet samostatných osob klesá se zvyšujícím se věkem. Pro klinickou praxi a pro potřeby sociální péče je důležité nejen diagnostikovat a léčit určitou nemoc, ale především posoudit funkční schopnosti a soběstačnost staršího nemocného (Topinková, 2005).

Soběstačnost charakterizují Zavázalová a kol. (2001) jako schopnost samostatné existence v daném prostředí. Je dána vhodným poměrem mezi zdatností (výkonností) člověka a nároky jeho prostředí. Má složku fyzickou (především pohyblivost), psychickou (zejména schopnost zařídit si svoje věci samostatně), sociální (vazby na rodinu i širší společenství) a hmotnou (dostačující příjmy). Topinková (2005, s. 7) užívá tuto definici soběstačnosti: „Soběstačný je člověk, který nemá podstatné omezení tělesných ani duševních schopností a který samostatně a bez pomoci nebo asistence druhých osob zvládá všechny potřebné činnosti denního života v prostředí, v němž žije“. Příčinou zhoršené soběstačnosti starého člověka nejsou tedy jen chronické choroby a úbytek tělesných a duševních schopností. Jako nejzávažnější „nemedicínské“ rizikové faktory závislosti jmenuje autorka špatné bytové

podmínky, nízký důchod, nedostupnost pečovatelské služby. Nelze opomenout také nemožnost nebo neochotu v poskytování pomoci ze strany rodiny.

K posouzení komplexního zdravotního stavu a funkčních schopností seniora se používá **funkční geriatrické vyšetření** (Topinková, 2005). Jedná se o zhodnocení celkové zdatnosti, soběstačnosti, psychosociální pohody a socioekonomické situace seniora. Kromě komplexního klinického vyšetření se provádí cílený screening zdravotních rizik, posouzení fyzické výkonnosti a soběstačnosti, duševního zdraví a psychické pohody, sociálního prostředí a ekonomického zajištění. Pro zhodnocení fyzické zdatnosti a soběstačnosti se využívá Test instrumentálních všedních činností (IADL)¹⁸ a Test základních sebeobslužných činností podle Barthelové (ADL)¹⁹. K diagnostice psychopatologií ve stáří se používají nejčastěji testy Krátká škála mentálního stavu (MMSE)²⁰ a Škála deprese pro geriatrické pacienty (GDS-15)²¹.

Podle Haškovcové (1989) je ve stáří těžké se vyrovnat s postupnou závislostí na ostatních, když naše společnost považuje za jednu z priorit právě absolutní soběstačnost. Pokud je starý člověk závislý na pomoci svého okolí, může snaha pečovat o něj měnit vztahy a úlohy jednotlivých členů širší rodiny. A rodina představuje pro staré osoby nejdůležitější zázemí. Dobře fungující vztahy v rodině jsou pro většinu seniorů zdrojem radosti a pocitů jistoty a bezpečí. Prioritou v péči o nesoběstačného seniora v rodině by mělo být zachování jeho důstojnosti a autonomie. Pokud poskytují pečovatelskou službu členové rodiny, mohou u nich různé formy zátěže vyvolat některé nepříjemné pocity: nevyřešené konflikty, úzkost, strach z nesplnění úkolu, když se nedokáží postarat o svého rodiče a naopak i starost, že obětují vlastní rodinu, děti, partnera. Mohou se objevovat pocity viny, bezmoci i bezvýchodnosti (Tošnerová, 2002).

V průběhu lidského života dochází u každého jedince ke změnám sociálních rolí. S událostmi, které stáří provázejí, se mění role v partnerském vztahu, dochází i ke ztrátě rodičovské – výchovné role, kterou může kompenzovat nová role prarodiče.

K významným životním mezníkům ve stáří patří penzionování, jež řadíme k rizikovým situacím ve stáří. Zpravidla dochází k zásadní změně dosavadního životního stylu často s převahou volného času, kdy chybí struktura dne, pravidelné kontakty se spolupracovníky a

¹⁸ IADL (Instrumental Activities of Daily Living)

¹⁹ ADL (Activities of Daily Living)

²⁰ MMSE (Mini-Mental State Exam)

²¹ GDS-15 (Geriatric Depression Scale -15)

mnohdy i profesní prestiž. Jak opakovaně uvádí Haškovcová (1989, 2002), říká se, že „penzista získal roli nemít roli.“ **Odchod do důchodu** bývá provázen také poklesem životní úrovně. Oproti tomu Kuchařová (2002 s. 21), která vychází z výsledků rozsáhlého šetření mezi českými seniory, tvrdí, že „postavení důchodce není v zásadě nežádoucí pozicí a lidé, jichž se týká, v něm nacházejí mnohé pozitivní stránky i v případě, že by sami jeho počátek odložili oproti skutečnému odchodu do důchodu. Ukončení, případně omezení ekonomické aktivity není tedy stěžejním problémem stárnutí.“ Narušení sociálních vazeb v důsledku penzionování je označováno za jednu z příčin osamocení seniorů. Kuchařová však dále dokládá, že „sociální vazby buď nebyly přechodem do důchodu poznamenány, nebo se spíše zlepšily. Nepříznivé dopady penzionování byly nejčastěji zmiňovány u psychického stavu a celkové spokojenosti se životem.“ V současné době však nelze opominout fakt, že odchod do starobního důchodu, často i předčasného, představuje pro některé starší osoby vyřešení nelehké situace na trhu práce.

Téměř nenahraditelná je v životě staršího člověka **ztráta životního partnera**, která patří ve stáří k nejtěžším životním zkouškám. Ovdovění může vést až k pocitům opuštěnosti a osobní bezvýznamnosti (Vágnerová, 2007). Pokud již nežijí v partnerském vztahu, prožívají staří lidé obdobně těžce také ztrátu poslední blízké osoby (např. sourozence). Míru **osamělosti** nejvíce ovlivňuje právě rodinný stav a s ním související forma rodinného soužití. Osamocení, znásobená postupným umíráním vrstevníků a osamostatněním dětí, představuje zvláště ve stáří značnou psychickou zátěž a ztrátu jistoty a senioři se s ní jen velmi těžko vyrovnávají. V některých případech přispívá k prohloubení jejich pasivity, vystupňování úzkosti, depresivitu a somatizaci. Jak uvádějí Nešporová a kol. (2008), vedle osamělosti je jako velký problém stáří identifikována také obava, aby se člověk nestal zátěží pro rodinu a přátele.

V případě, že už pro starého člověka není možné nebo bezpečné žít v domácím prostředí, je postaven před jednu z psychicky nejnáročnějších situací celého dosavadního života, kterou je **odchod do ústavního zařízení**. V tomto prostředí se musí přizpůsobit neznámým podmínkám a navazovat nové kontakty. V situaci snížené adaptability a odolnosti, provázen zažitými zvyky a způsoby je po příchodu do rezidenčního zařízení ohrožen ztrátou intimity, adaptačním šokem a v neposlední řadě „syndromem poslední štace“.

Lze tedy konstatovat, že k nejzávažnějším problémům stáří patří **nesoběstačnost** spojená s **osamělostí**, jejichž důsledkem může být až **sociální izolace**. Za rizikový faktor ve stáří je považována také **institucionalizace**.

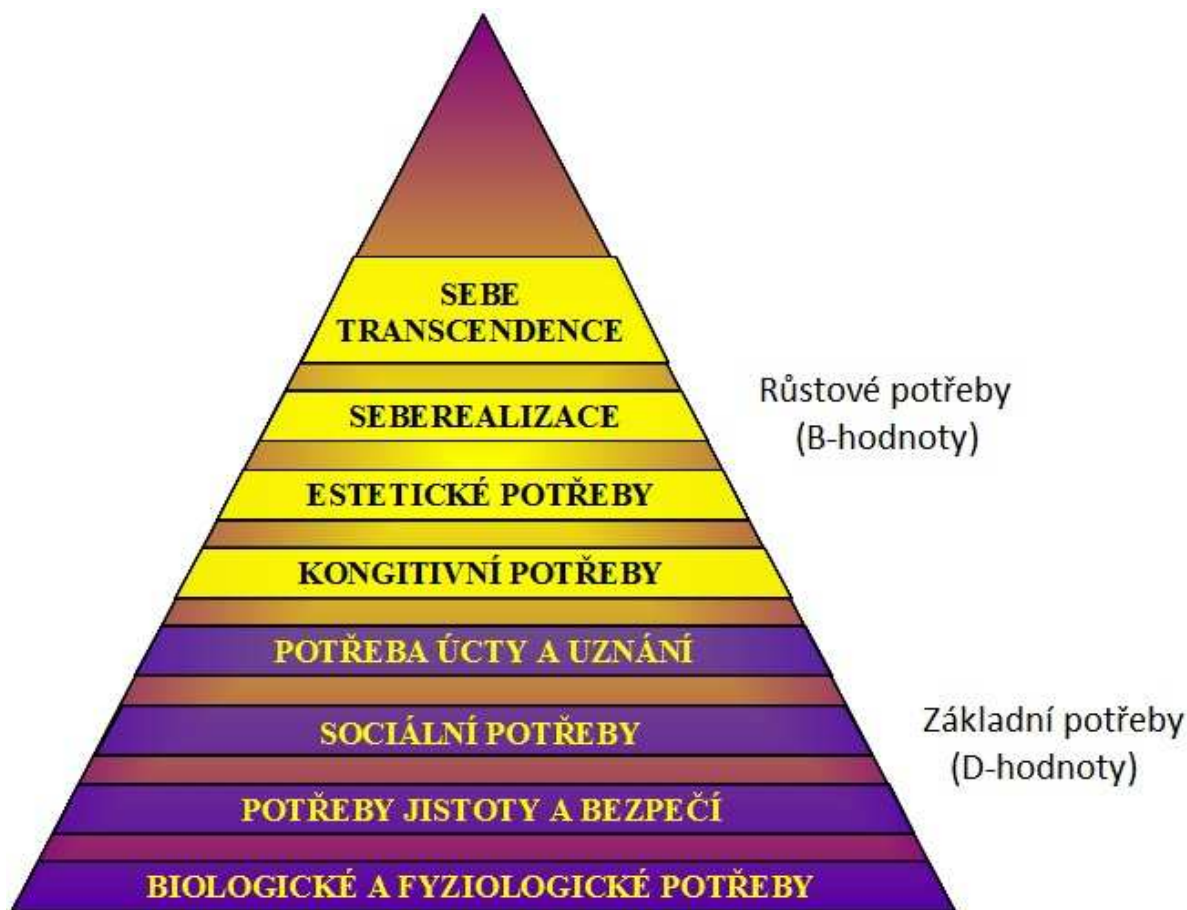
1. 5 Potřeby seniorů

Pro zlepšení kvality života seniorů je nezbytná znalost jejich potřeb a preferencí. Smékal (2004, s. 239) definuje potřebu jako „stav osobnosti odrážející rozpor mezi tím, co je dáno, a tím, co je nutné (nebo se jeví jako nutné) pro přežití a rozvoj, stav podněcující osobnost k činnostem, zaměřeným na odstranění tohoto rozporu“.

Senioři mají obdobné potřeby jako ostatní lidé. Tento názor sdílí i Haškovcová (1989), která uvádí, že opodstatněnými potřebami stárnoucích a starých lidí jsou přiměřené zdraví, materiální a finanční zabezpečení a místo, kde je člověk doma, kde ho mají rádi, kde i on má někoho rád, ale kde má i svoje soukromí. Všichni mají potřebu být a zůstat platní, prospěšní a užiteční a být za to i uznávaní. Tyto potřeby seniorů se shodují s potřebami nižších věkových kategorií, ale u mladších lidí jsou většinou naplňovány v pracovním procesu. Odlišnost u seniorů je tedy nikoliv v rozdílných potřebách, ale v jiném způsobu jejich naplňování a uspokojování. Pichaud a Thareauová (1998) konstatují, že ve stáří nejsou důležité jen potřeby fyziologické, ale také potřeby psychologické, z nichž jmenují pocit bezpečí, udržování vztahů, nezávislost a smysl života.

V souvislosti s kvalitou života ve stáří a jeho smysluplností je třeba zmínit i teorii lidských potřeb jednoho z představitelů humanistické psychologie²² A. H. Maslowa (1908–1970). Základní stupnice lidských potřeb, kterou Maslow vytvořil, bývá znázorňována jako pyramida (obr. 2). Autor seřadil lidské potřeby hierarchicky podle důležitosti od těch nejnaléhavějších – biologických, přes potřeby psychosociální až po zdánlivě nejméně naléhavé potřeby růstu a rozvoje (seberealizace). Obecně v této teorii platí, že alespoň částečné uspokojení níže položených – základních potřeb je podmínkou pro vznik méně naléhavých a vývojově vyšších potřeb. Toto však nelze říci zcela bezvýhradně, a jak dokládají někteří autoři (srov. A. Antonovsky, V. E. Frankl, M. Svatošová), naplňování vyšších potřeb (duchovních) může napomoci v mezních situacích lidského života, v nichž je možnost uspokojování nižších potřeb značně omezena. K takovým patří například období strádání, těžkého utrpení či nevléčitelné nemoci.

²² Humanistická psychologie je považována za třetí proud v psychologii vedle psychoanalýzy a behaviorismu. Je zaměřena především terapeuticky a poradensky. K člověku přistupuje celostně. Klade důraz na svobodu a jedinečnost člověka, na potenciál osobnosti, na vrcholné zážitky a na lidské „setkání“ (Kratochvíl, 2006).



Obrázek č. 2: Maslowova pyramida potřeb

I Maslow později svoji koncepci revidoval a zformuloval seznam D-hodnot (D-deficit) – hodnoty základní, deficitní a B-hodnot – hodnoty růstu, bytí (B-being). Zatímco základní potřeby jsou důležité k tomu, aby organismus ve zdraví fungoval, naplnění růstových potřeb vede ještě k větší chuti po aktivitě a rozvoji. Do seznamu potřeb růstu zařadil Maslow ve svých posledních publikacích i smysluplnost života (Maslow, 2000; Halama, 2007). Křivohlavý (1994, s. 58) cituje Maslowa takto: „Hledání smyslu a smysluplnosti života je primárním motivem lidského chování (existence). Tato potřeba – stejně jako jiné potřeby – může být uspokojena (sativována) nebo neuspokojena (frustrována).“

Potřeby člověka jsou individuální a mění se v čase a ve vztahu k prostředí, v němž žije. Chápeme-li stárnutí jako proces, při kterém dochází postupně ke změnám zdravotního a funkčního stavu stárnoucího člověka a k proměnám jeho partnerských, rodinných a společenských vztahů, musíme konstatovat, že se v průběhu stárnutí mění i potřeby seniorů a jejich uspokojování.

Vágnerová (2007) si všímá, že specifickým znakem stáří je zaměřenost na vztahy k lidem a v souvislosti s tím potřeba být pro ostatní nějak užitečný a prospěšný. Autorka upozorňuje, že pocit nepotřebnosti pro starého člověka představuje silnou emoční zátěž a snižuje jeho sebevědomí. Toto potvrzuje i Pacovský (1997, s. 60), když píše: „Jeden z mých pacientů mi řekl, že *jeho největší potřeba je, být potřebován.*“ Šiklová (2008) je toho názoru, že u seniorů jsou v naší společnosti základní potřeby v zásadě uspokojeny (staří lidé neumírají hladem), ale strádají v potřebách rozvojových – tedy v potřebě sociální důstojnosti, mezilidských vztahů a lásky od bližních. Janečková (2005, s. 164) píše: „Ve stáří člověk ztrácí schopnost uspokojovat své každodenní potřeby a naplňovat plány, udržovat kontrolu nad svým životem v míře, na jakou byl zvyklý. Tím se významně snižuje kvalita jeho života.“

Nešporová a kol. (2008) na základě výzkumu provedeného v nestátních neziskových organizacích uvádějí, že podle pracovníků v sociálních službách vystupují u starých lidí do popředí zejména potřeby sociálních kontaktů, pocitu bezpečí, důstojnosti a respektu. Opakovaně jsou zmiňovány i základní biologické potřeby spojené hlavně s hygienou a výživou. Autoři si také všímají, že právě ve vyšším věku se stává zřetelnější a významnější potřeba spirituality. Podle Svobodové (2008) s naplněním vyšších životních potřeb souvisí i kvalita života ve stáří.

V souvislosti s potřebami seniorů Kalvach (2009) upozorňuje, že „zatímco redukcionistické pojetí podléhá obavám, že společnost nemá dostatek prostředků a sil na to, aby smysluplný život seniorům zajistila, a prioritami jsou pak pouze základní životní potřeby a to i za cenu ztráty individuality a smyslu, existenciální pojetí stáří by mělo podporovat smysluplnost života ve stáří a dbát na seberealizaci, sebeúctu a důstojnost seniorů.“

2. KVALITA ŽIVOTA VE STÁŘÍ

Kvalita života je předmětem zájmu medicíny, psychologie, sociologie, politologie, techniky, ekonomie a dalších věd. Zatímco v minulosti byla pozornost zaměřena na odstraňování a zmírňování útrap nemocných a chudých, později byla zkoumána spokojenost člověka s prací a životem. Nyní je ve středu zájmu měření a analýza pohody, kvality života a štěstí (Svobodová, 2008).

Jednou z položek, které jsou vyhodnocovány ve výzkumech Světové zdravotnické organizace zaměřených na kvalitu života (dotazníky WHOQOL-BREF a WHOQOL-OLD)²³ je i smysluplnost života, která je hlavním tématem této práce.

2.1 Kvalita života - vymezení pojmu

Kvalita života je velice široký a nejednoznačný pojem a můžeme ji definovat z různých úhlů pohledu. S jistým zjednodušením lze říci, že koncept kvality života má dvě dimenze, a to objektivní a subjektivní. Objektivní kvalita života znamená naplnění požadavků, které se týkají sociálních a materiálních podmínek života a fyzického zdraví. Subjektivní kvalita života souvisí s psychickou pohodou a všeobecnou spokojeností se životem (Hnilicová, 2005). Janečková a Hnilicová (2009, s. 72) píší, že „subjektivní kvalita se týká míry naplnění životního smyslu“. Obecně existují tři přístupy ke zkoumání kvality života: medicínský, psychologický a sociologický (Hnilicová, 2005).

Medicínské hledisko je zaměřeno na zdravím podmíněnou kvalitu života (HRQOL)²⁴. Zpočátku byla kvalita života v medicíně chápána jako objektivní kritérium, které může být hodnoceno zvenčí jako míra nezávislosti a normálního fungování v běžném životě. Později se ale důraz přesouval na subjektivní stránku tohoto fenoménu a kvalita života začala být používána pro hodnocení zdravotních a sociálních intervencí u dlouhodobých onemocnění a dalších nepříznivých životních okolností. Termín „kvalita života“ se v medicíně začal používat i jako určitý protiklad ke „kvantitě života“, tj. délce přežití. Dnes jsou mortalita a kvalita života hlavními parametry každé léčby závažného onemocnění.

²³ Dotazník WHOQOL- BREF: doména prožívání, položka q6-smysl života
Dotazník WHOQOL-OLD: doména sociální zapojení, položka F28.5. – smysluplnost činností (Dragomirecká, 2007)

²⁴ Health-Related Quality of Life

Z psychologického hlediska je kvalita života nejvíce spojena s pojmy osobní pohoda, štěstí, spokojenost. „Člověk je šťastný tehdy, pokud ho těší život, je s ním spokojený a považuje jej za cenný a smysluplný“ (Dragomirecká, 2007, s. 22–23).

Tabulka č. 5: Model čtyř kvalit života podle Veenhoven

Čtyři kvality života	VNĚJŠÍ KVALITY Charakter. prostředí včetně společnosti	VNITŘNÍ KVALITY Charakteristiky individua
PŘEDPOKLADY Životní šance	A. VHODNOST PROSTŘEDÍ <ul style="list-style-type: none"> Životní prostředí, sociální kapitál, prosperita, životní úroveň <i>zahrnuje ekologické, sociální, ekonomické a kulturní podmínky, které studuje ekologie, architektura, sociologie a sociálně-politické vědy</i>	B. ŽIVOTASCHOPNOST JEDINCE <ul style="list-style-type: none"> Psychologický kapitál, adaptivní potenciál, zdraví, způsobilost <i>představuje fyzické a duševní zdraví, znalosti, schopnosti a umění života a je předmětem zájmu lékařství, psychologie a pedagogiky včetně tělovýchovy a poradenství v oblasti životního stylu</i>
VÝSLEDKY Životní výsledky	C. UŽITEČNOST ŽIVOTA <ul style="list-style-type: none"> Vyšší hodnoty než přežití, transcendentální koncepce <i>zahrnuje vnější užitečnost člověka pro jeho blízké okolí, pro společnost a lidstvo a jeho vnitřní cenu v termínech morálního vývoje, morální dokonalosti a je tradičně předmětem zájmu filosofie</i>	D. VLASTNÍ HODNOCENÍ ŽIVOTA <ul style="list-style-type: none"> Subjektivní pohoda, spokojenost, štěstí, pocit smysluplnosti <i>představuje pojetí kvality života, které je široce aplikováno ve vědách o člověku, v medicíně a vytváří vlastní metodologické postupy, zahrnuje hodnocení spokojenosti s jednotlivými životními oblastmi, hodnocení převažující nálady a celkové spokojenosti se životem</i>

Zdroj: Veenhoven 2000

Podle Svobodová 2008; <http://kvalitazivota.vubp.cz/>

Výzkumem štěstí, psychické pohody a spokojenosti, ale i jejich vztahem k fyzickému zdraví se zabývá Veenhoven (2008). Ve své teorii „čtyř kvalit života“ (2000) považuje kromě ekologických, sociálních, ekonomických a kulturních podmínek kvality života za důležité fyzické a duševní zdraví, ale i takové hodnoty jako užitečnost člověka pro jeho okolí, morální vývoj, subjektivní pohodu, spokojenost, štěstí a také pocit smysluplnosti (tab. 5). Jako čtyři základní kvality života Veenhoven vymezuje:

- životní předpoklady (šance)
- životní výsledky
- vnější kvality (charakteristiky prostředí včetně společnosti)
- vnitřní kvality (charakteristiky individua)

Kováč (2004) na základě početných kritérií vytvořil vlastní komplexní model kvality života. Ten obsahuje tři úrovně: bazální – všelidskou, individuálně specifickou – civilizační a kulturně – duchovní. Tyto tři úrovně jsou zastřešeny smyslem života, který autor označuje jako psychický regulátor chování (tab. 6).

Tabulka č. 6: Model kvality života podle Kováče

Smysl života		
	Bezproblémové stárnutí	
	Úroveň kultivace osobnosti	
	Společenské uznání	
	Podpora závislým	
	Podpora života	
	Univerzální altruismus	
Axiologické styly - <i>dionýsovský</i> - <i>apolonský</i> Životní styly - <i>celibát</i> - <i>workoholismus</i> Ideové styly - <i>dogmatismus</i> - <i>liberalismus</i> Kognitivní styly	Pevné zdraví	Vášně - <i>sexuální</i>
	Prožívání životní spokojenosti	- <i>hráčeká,</i> - <i>cestování</i>
	Uspokojivé sociální prostředí	Koníčky - <i>sport</i>
	Úroveň společenského vývoje	- <i>tvořivost</i>
	Přátelské prostředí	Zájmy - <i>o věci, lidi</i>
	Úroveň znalostí a kompetencí	- <i>ideje</i>
	Dobrá fyzický stav	
	Normální psychický stav	
	Vyrůstání ve funkční rodině	
	Odpovídající materiální a sociální zabezpečení	
	Život chránící životní prostředí	
	Získání schopností a návyků pro přežití	

Zdroj: Kováč, 2004

Podle Svobodová, 2008; <http://kvalitazivota.vubp.cz/>

V sociologickém pojetí kvality života jsou zdůrazňovány atributy sociální úspěšnosti jako vzdělání, majetek, vybavení domácnosti a rodinný stav. Zkoumán je jejich vztah ke kvalitě života definované subjektivně. V pojetí významné současné sociologické organizace,

kteřou je Mezinárodní společnost pro studium kvality života²⁵, je kvalita života chápána jako „produkt souhry sociálních, zdravotních, ekonomických a environmentálních podmínek, ovlivňujících rozvoj lidí“ (Hnilicová, 2005, s. 211). Kvalita života je ale také o potřebách a jejich uspokojování, o hodnotách a jejich individuálních preferencích. Mění se hodnotové žebříčky jsou odrazem přirozeného vývoje osobnosti (Svobodová, 2008). Podle Dragomirecké (2007, s. 21): „Kvalita života může zahrnovat charakteristiku přírodního a sociálního prostředí člověka, jeho fyzický a psychický stav, otázky smyslu a užitečnosti života i subjektivní hodnocení života v pojmech osobní pohody a spokojenosti.“

Světová zdravotnická organizace definuje kvalitu života jako to, „jak člověk vnímá své postavení v životě v kontextu kultury, ve které žije, a ve vztahu ke svým cílům, očekáváním, životnímu stylu a zájmům“²⁶ (WHOQOL Group in Orley 1994, s. 43). Tato definice byla dílem pracovní skupiny WHOQOL, pověřené vytvořit mezinárodně použitelný dotazník kvality života (Dragomirecká, 2007 s. 32).

2.2 Kvalita života seniorů

Téma stárnutí populace a kvality života ve stáří se týká nás všech. Vláda ČR si ve svém Usnesení z 9. 1. 2008 č. 8 o „Národním programu přípravy na stárnutí na období let 2008 až 2012“ (Kvalita života ve stáří) stanovila za jednu z priorit věnovat zvýšenou pozornost právě kvalitě života starých lidí. S prodlužující se délkou života nabývá na významu otázka, které faktory příznivě ovlivňují stárnutí a kvalitu života ve stáří.

Čornaničová (2004) upozorňuje, že obsah pojmu kvalita života se může značně lišit v různých životních obdobích a životních situacích. Tak lze hovořit i o specifických aspektech kvality života seniora v kontextu určité životní etapy, soukromé, rodinné či zdravotní situace. Podle Heuna (1999) a Vaillanta (2001) je za faktory ovlivňující kvalitu života seniorů považován dobrý zdravotní stav, stabilní manželství, samostatné bydlení, extraverte, sociální zapojení, nepřítomnost deprese a nepřítomnost problémů s alkoholem. Dragomirecká (2007, s. 38) píše, že „v sociální gerontologii se za důležité dimenze kvality života ve stáří považují celkový zdravotní stav, schopnost vykonávat běžné činnosti, hmotné zabezpečení a životní spokojenost“. V závěru své práce, zaměřené na výzkum kvality života ve vyšším věku, autorka uvádí, že u seniorů byl prokázán významný vztah kvality života k jejich zdravotnímu

²⁵ International Society for Quality of Life Studies

²⁶ „Quality of life is defined as an individual perception of his/her position in life in the context of the culture and value systems in which he/she lives, and in relation to his/her goals, expectations, standards and concerns.“

stavu, vyššímu věku, rodinné situaci, vzdělání a hmotnému zabezpečení. Subjektivní hodnocení kvality života výrazně ovlivňuje depresivita. Kvalita života souvisí významně také s tím, co lidé chtějí (Srnc a Dragomirecká, 2008). Jak píše Kuchařová (2002), nezanedbatelným faktorem kvality života seniorů je právě subjektivní prožívání stáří a vnímání životních podmínek. K základním zjištěním po vyhodnocení empirického šetření patří, že životní etapa stáří není obecně vnímána jako období obtížně zvladatelné či komplikované; naopak v postojích seniorů převládá pozitivní přístup a optimismus leckdy navzdory nelehkým podmínkám. Mezi okolnostmi ovlivňujícími životní spokojenost mají relativně větší váhu nemateriální stránky života, než aspekty materiální. Kvalita života ve stáří je podle autorky do značné míry podmíněna tím, jak se člověk na něj připravoval.

Podle Vohralíkové a Rabušice (2004) tvoří kvalitu života starých lidí celá řada aspektů: materiální zabezpečení, zdravotní stav, rodinná situace, příležitosti k rozvíjení sociálních kontaktů, možnost realizace koníčků ale i dostupnost zdravotních a sociálních služeb. Požadavky na kvalitu života se v populaci stupňují a je tomu tak i v nastupující generaci seniorů. Autoři upozorňují na to, že do budoucna se tak rozevírají nůžky mezi narůstajícími subjektivními potřebami a společenskými možnostmi je uspokojit. Pro kvalitu života ve stáří je důležité i to, jak se člověk vyrovnává se zhoršujícím se zdravotním stavem, ztrátou přátel, horší finanční situací, to znamená schopnost adaptace.

Je tedy zřejmé, že předpoklady kvalitního života ve stáří jsou dány celou řadou vnějších, ale i vnitřních faktorů.

2.2.1 Měření kvality života u seniorů

V současnosti se odborníci shodují v názoru, že vymezení pojmu a volba měřicího nástroje v případě kvality života závisí na účelu měření. Nejčastější formou zkoumání kvality života je užití dotazníků a strukturovaných rozhovorů.

Dragomirecká (2007) uvádí, že na podnět Světové zdravotnické organizace zahájila na počátku 90. let svou činnost mezinárodní pracovní skupina WHOQOL (World Health Organization Quality of Life Group) a vytvořila dotazníky pro měření kvality života. Tato skupina, složená ze zástupců 15 výzkumných center z celého světa, vyvinula nejprve instrument, který se dělí na šest oblastí (fyzické zdraví, prožívání, nezávislost, mezilidské vztahy, prostředí a spiritualita), dále členěných na 24 podoblastí. Dotazník obsahuje 100 položek a označuje se užívanou zkratkou **WHOQOL-100**.

Pro potřeby klinické praxe byla vytvořena zkrácená verze tohoto dotazníku s názvem **WHOQOL-BREF** (Abbreviated version of the World Health Organization Quality of Life Assessment). Pro výběr 26 položek pro WHOQOL-BREF byla východiskem struktura, která obsahuje čtyři domény: fyzické zdraví, prožívání, sociální vztahy a prostředí (tab. 7).

Tabulka č. 7: Přehled domén a položek WHOQOL-BREF

domény	položky	
fyzické zdraví	q3	bolest a nepříjemné pocity
	q4	závislost na lékařské péči
	q10	energie a únava
	q15	pohyblivost
	q16	spánek
	q17	každodenní činnosti
	q18	pracovní výkonnost
prožívání	q5	potěšení ze života
	q6	smysl života
	q7	soustředění
	q11	přijetí tělesného vzhledu
	q19	spokojenost se sebou
	q26	negativní pocity
sociální vztahy	q20	osobní vztahy
	q21	sexuální život
	q22	podpora přátel
prostředí	q8	osobní bezpečí
	q9	životní prostředí
	q12	finanční situace
	q13	přístup k informacím
	q14	záliby
	q23	prostředí v okolí bydliště
	q24	dostupnost zdravotní péče
	q25	doprava
2 samostatné položky	Q1	kvalita života
	Q2	spokojenost se zdravím

Zdroj: Dragomirecká, 2007

Měření kvality života a validizací instrumentů kvality života se v České republice od poloviny 90. let 20. století zabývá Psychiatrické centrum v Praze. Validizována byla česká verze dotazníku WHOQOL-100 i WHOQOL-BREF, které jsou určeny k užití pro výzkumnou a klinickou praxi.

Tabulka č. 8: Přehled domén a položek WHOQOL-OLD

domény	položky	
fungování smyslů	F25.1	vliv na každodenní život
	F25.3	vliv na činnosti
	F25.4	vliv na komunikaci
	F25.2	hodnocení smyslů
nezávislost	F26.1	svobodné rozhodování
	F26.2	rozhodování o budoucnosti
	F26.4	ostatní respektují svobodu rozhodování
	F26.3	věnovat se tomu, co mě těší
naplnění	F27.3	možnosti něco dosáhnout
	F27.4	zasloužené uznání
	F27.6	povídat si o minulosti
	F27.1	na něco se těšit
	F27.2	přínos společnosti
	F27.5	spokojenost s dosaženým
sociální zapojení	F28.6	izolace
	F28.3	dostatečně chodit ven
	F28.4	dostatek činností
	F28.1	spokojenost s trávením času
	F28.2	spokojenost s aktivnostmi
	F28.7	zapojení do místního dění
	F28.5	smysluplnost činností
intimita	F30.1	sdílení myšlenek
	F30.2	přátelství
	F30.3	láska
	F30.4	příležitost někoho milovat
	F30.5	fyzická blízkost
	F30.6	míra důvěrnosti
	F30.7	být milován
postoj k smrti	F29.1	strach ze smrti blízkých
	F29.2	strach, jak zemřu
	F29.3	strach ze ztráty kontroly
	F29.4	strach z umírání
	F29,5	strach z bolesti

Zdroj: Dragomirecká, 2007

V letech 2001–2004 probíhal mezinárodní projekt „Měření kvality života u seniorů a její vztah k zdravému stárnutí“, jehož se zúčastnila i pracovní skupina z Psychiatrického centra v Praze. V rámci tohoto projektu byl vyvinut mezinárodně srovnatelný Dotazník kvality života pro starší populaci – **WHOQOL-OLD** (tab. 8). V tomto instrumentu je hodnoceno šest oblastí, které jsou důležité pro osoby vyššího věku: fungování smyslů,

nezávislost, naplnění (dosažení cílů v minulosti, přínosu v přítomnosti a v budoucnosti), sociální zapojení (kontakty s lidmi a dostatek smysluplných činností), postoj ke smrti a umírání a intimita. Dotazník není určen k samostatnému použití, ale jako dodatkový modul k dotazníkům kvality života WHOQOL-100 nebo WHOQOL-BREF (Dragomirecká, 2007).

Z přehledu dotazníků je zřejmé, že kvalita života je kromě jiných faktorů ovlivněna i tím, do jaké míry jej člověk prožívá jako smysluplný a nakolik se zabývá činnostmi, které shledává smysluplnými.

2.2.2 Měření kvality života u geriatrických pacientů

Většinu aktivit, jimž se senioři věnují, ovlivňuje zásadním způsobem jejich zdravotní stav. Lékaři se zaměřují na zdravím podmíněnou kvalitu života, která je charakterizována hlavními ukazateli zdravotního stavu. K těm patří především přítomnost zdravotních obtíží, skutečnost, zda tyto potíže vyžadují léčbu, nakolik jsou provázeny bolestmi a dalšími nepříjemnými vedlejšími efekty a do jaké míry pacienta omezují v jeho běžných aktivitách (Křížová, 2005). Zdravotníci se tedy zajímají o kvalitu života nemocných, o které pečují. Tato skutečnost naznačuje, že se do centra jejich pozornosti dostává nejen fyzický stav jejich pacientů a výsledky léčby, ale také dopady indikované terapie na každodenní život nemocných (Janečková a kol., 2007). Jak píše Dragomirecká a Bartoňová (2006), kvalita života je dokonce považována za významnější a vhodnější indikátor zdraví než mortalita a morbidita.

Měření kvality života nemocných seniorů může být pro lékaře zdrojem mnoha důležitých informací, které se v běžné klinické praxi u pacientů nezjišťují, ale často jsou pro ně rozhodující z hlediska zvládnutí života s nemocí. K měření nemocí ovlivněné kvality života byly vyvinuty různé dotazníky. Patří k nim např. dotazník kvality života SQUALA²⁷, který je možno použít při studiu kvality života lidí s nejrůznějšími diagnózami. Jeho prostřednictvím lze zjišťovat změny kvality života v průběhu léčby, vliv specifické léčby, farmak, rehabilitace. Je tedy vhodný především u chronicky nemocných pacientů. Ke zjišťování kvality života v souvislosti se zdravím je používán dotazník SF-36²⁸. Je zaměřen obecně a i v České republice je využíván v klinické praxi. Je doporučován zvláště ke zjišťování dopadu farmakoterapie na kvalitu života pacientů. Dále také existuje řada instrumentů, které jsou

²⁷ Subjective Quality of Life Analysis

²⁸ 36-Item Short Form

specificky zaměřeny na zjišťování kvality života lidí s určitým onemocněním – například pro duševně nemocné, onkologické pacienty, pro nemocné v paliativní péči apod. (Hnilicová, 2005). Dotazníky vyvinuté speciálně pro geriatrické pacienty jsou v přehledu uvedeny v databázi dotazníků PROQOLID²⁹, kterou provozuje Mezinárodní výzkumný ústav pro měření kvality života – MAPI Research Institute³⁰ (Dragomirecká, 2005). Jsou zaměřeny na zjišťování kvality života u seniorů s nemocemi typickými pro stáří. Příklady dotazníků pro geriatrické pacienty jsou uvedeny v tabulce č. 9.

Tabulka č. 9: Dotazníky pro geriatrické pacienty

Zkratka	Název dotazníku
ADRQ	Alzheimer's Disease - Related Quality of Life
QOL - AD	Quality of Life in Alzheimer's Disease
QUALID	Quality of Life in Late - Stage Dementia Scale
OPTQoL	Osteoporosis - Targeted Quality of Life Questionnaire
UIHI	Urinary Incontinence Handicap Inventory
IQOL	Urinary Incontinence - Specific Quality of Life Instrument
ISI	Incontinence Stress Index
UCLA - PCI - SF	UCLA Prostate Cancer Index Short Form
UROLIFE™ / BPHQoL 9	Benign Prostatic Hypertrophy Health-Related Quality of Life Questionnaire

Zdroj: Ondrušová, 2009

Podstatnou složku kvality života nemocných starých lidí tvoří bezpochyby i kvalita poskytované péče a přístup zdravotníků, kteří se o tyto pacienty starají. Farský (2006) a další poukazují na to, že úkolem zdravotnických pracovníků je ovlivňovat, udržovat a podporovat kvalitu a smysl života seniorů.

²⁹ Patient Reported Outcome and Quality of Life Instruments Databáze
Zdroj: <http://www.proqolid.org>

³⁰ <http://www.mapi-research-inst.com>

3. SMYSLUPLNOST ŽIVOTA

„Člověk touží po seberealizaci, po nalezení smyslu svého života.“

(Pichaud a Thoreauová, 1998 s. 41)

„Proč žiji“? „Jaký má můj život smysl“? To jsou otázky, které provázejí člověka po celý život. V odborných kruzích lze zvýšený zájem o tuto problematiku pozorovat především v posledních letech.

„Prožívat vlastní život, své činy a události v něm jako smysluplné, jako něco, co ‚stojí za to žít‘, je nezbytné pro zdraví člověka. Nestačí k tomu žít jen pro přežití samo (biologická homeostáza) nebo jen pro příjemnosti v něm samém obsažené (slast) či okolím poskytované (zpevnění), ani žít jen pro úspěšné ovládnutí okolí (moc) nebo prosazení svých vlastních možností (sebeuskutečnění). To jsou věci natolik vázané jen na individuální lidský život, že mají cenu pouze pro něj a tváří v tvář smrti jí zároveň s ním pozbývají. Onu mimořádnou kvalitu smyslu může dennímu životu člověka dávat jen něco, co jej přesahuje, čím ho člověk dává do služby ještě dalším účelům, než jen těm v něm samém obsaženým – ‚sebepřesahujícím hodnotám‘, uskutečňovaným třeba činnou tvorbou, žitým vztahem nebo zaujetím statečného postoje“ (Balcar in Lukasová, 1992, s. 3).

Křivohlavý (2007) uvádí, že smysluplnost života má úzký vztah k problematice psychologie zdraví. Otázky po životním smyslu hrají klíčovou roli v průběhu celého lidského života při tvorbě a udržování vlastní identity (to charakterizuje jako hledání odpovědi na otázku „kdo jsem“?). Autor zdůrazňuje, že smysluplnost života má své místo i v pojetí celoživotního vývoje osobnosti, zvláště pak v růstu a zrání, v průběhu stárnutí, ale i při zvládání závažných obtíží a adaptaci na změněné situace. Všimá si, že smysluplnost má vliv na psychické i fyzické zdraví jedince a tedy i na kvalitu jeho života.

3.1 Přehled některých přístupů k fenoménu smyslu života

Základy uvažování nad smyslem života můžeme najít v existenciální filosofii a psychologii. V tomto stručném přehledu jsou uvedeny některé ze známých osobností, jež se fenoménem životního smyslu ve své práci zabývaly, anebo významně ovlivnily přístup k těmto otázkám.

A. Adler (1880–1937) na otázku smyslu života ukázal. Zdůrazňoval úsilí člověka o smysl života a jeho hledání místa ve společnosti. „Žít“ tak v jeho pojetí znamená „vyvíjet se“. Smysl života chápal v dimenzích životního stylu a životních cílů. Za naplnění života smyslem považoval život ve prospěch společenství. Přínosem Adlerovy individuální psychologie je její sociální rozměr – pocit sounáležitosti, který chápal jako zaměření ve prospěch společnosti (Adler, 1995; Halama, 2007).

C. G. Jung (1875–1961) hledal nové cesty, jak odpovědět na tyto otázky. Také se věnoval problematice smyslu života a důležitou funkci při jeho poznávání přisuzoval archetypům v kolektivním nevědomí. Ty jsou zdrojem lidské moudrosti a zkušenosti a vzorem lidského poznání a jednání (Halama, 2007). Jung dokonce uvedl, že se na něho z důvodu problémů se smysluplností života obracela celá jedna třetina jeho pacientů (Křivohlavý, 2006). Hovořil o „archetypu smyslu, který se dostává ke slovu v kritických situacích, když selhaly všechny lidské opory a berličky“ (Halama, 2000 s. 218). Je však zřejmé, že pro Adlera ani Junga nebyly otázky smyslu života ústředním tématem.

Vzhledem k tomu, že existuje konsensus v tom, že vývoj celé psychologie, včetně psychologie orientované na smysl života významně ovlivnila psychoanalýza, nelze v tomto přehledu opominout osobnost jejího zakladatele. **S. Freud** (1856-1939), významný rakouský neurolog a psychiatr, je považován za zakladatele této psychoterapeutické metody, která se zabývá analýzou nevědomých motivů a pracuje s volnými asociacemi a výkladem snů.

V posledních desetiletích nejvíce ovlivnily pohled na problematiku smyslu života koncepce A. M. Maslowa, I. D. Yaloma a V. E. Frankla.

A. M. Maslow (1908–1970) považoval smysl života za vnitřní vlastnost člověka, která se objevuje jako mohutná motivační síla, když už jsou uspokojeny nižší potřeby. Za postulování hierarchie lidských potřeb byl zpočátku kritizován Franklem, ale i Maslow sám později konstatoval, že směřováním k vyšším cílům může člověk dokázat překonat neuspokojení základních potřeb: „Plně souhlasím s Franklem, že základním zájmem člověka je jeho vůle ke smyslu.“ (in Frankl, 1997 s. 11; s. 125).

Podle psychiatra a psychoterapeuta **I. D. Yaloma** (nar. 1931) každý terapeut ví, že základní problémy jeho pacientů se vztahují právě k takovým skutečnostem jako „volba“, „odpovědnost“, „smrtnost“ nebo „smysl života“. Samozřejmě, že tyto hlavní existenciální otázky nejsou ničím novým, avšak o těchto záležitostech se nemluví snadno. Yalom upozorňuje, že kvůli potížím s hledáním smyslu života („proč žiji“) se k terapii uchyluje mnohem více lidí, než si terapeuti vůbec uvědomují. I proto navrhuje takovou psychoterapii, jejímž cílem je najít novou hodnotovou orientaci. Ve své dlouholeté psychoterapeutické praxi

zaměřené na pomoc lidem hledajícím smysl v životě dospívá Yalom k závěru, že projekty, které lidé vytvářejí, aby dali svému životu smysl, získávají mnohem větší význam, jsou-li zaměřeny na něco či někoho mimo ně samotné – když jsou sebezpřesahující (Josselson, 2009; Vymětal, 2010).

O rozpracování konceptu smysluplného života se však nejvíce zasloužil vídeňský neurolog a psychiatr **V. E. Frankl** (1905–1997). Ten přichází s důrazem na objevování a realizaci jedinečného smyslu a hodnot (tvůrčí, zážitkové, postojové) v každé životní situaci a s tímto přístupem k člověku spojuje specificky lidské fenomény – svobodu a odpovědnost. Frankl vyšel z Freudovy psychoanalýzy (která za hlavní cíl lidské motivace považuje „vůli ke slasti“) a Adlerovy individuální psychologie (ta tuto roli přisuzuje „vůli k moci“) a vytvořil nový samostatný přístup – logoterapii. Sám do popředí postavil třetí veličinu – „vůli ke smyslu“. Podle Frankla je člověk na smysl orientovaná bytost, která je schopna nést odpovědnost vzhledem k sobě a k svému okolí. Pro logoterapii, jejíž teoretické jádro tvoří existenciální analýza, je příznačné těsné sepětí lékařského myšlení a psychologické teorie s filosofií a teologií. Frankl chápal člověka ve třech dimenzích: tělesné, duševní a duchovní. Tyto dimenze jsou podle něho navzájem propojené. Je třeba zdůraznit, že u Frankla pojem „duchovní“ (noetický) není jednoznačně spjat s náboženstvím, protože podle něho záleží na každém člověku, zda a do jaké míry dá smyslu svého života náboženský význam (Wagenknecht, 2007; 2009).

Nejvýznamnějšími pokračovateli V. E. Frankla jsou v Evropě jeho žáci: Elizabeth Lukasová a Alfred Längle. Již za Franklova života se vyhranily dva rozdílné přístupy k jeho učení, z nichž se pak vyvinuly dva odlišné směry.

E. Lukasová (Süddeutsches Institut für Logotherapie) rozpracovává svůj přístup dále v původním franklovském pojetí, které považuje logoterapii za doplněk psychoterapie. Velkým přínosem jejího přístupu je, že šíří logoterapii nejen v odborných kruzích, ale aplikuje ji daleko za rámec psychoterapie na různé oblasti lidského života. Pro svou práci používá termín „logoterapie“ a charakterizuje ji jako na smysl orientovanou poradenskou metodu.

Oproti tomu **A. Längle** (Gesellschaft für Logotherapie und Existenzanalyse – GLE) používá pro svůj přístup název „existenciální analýza“. Snaží se Franklovo dílo filosoficky zakotvit a teoreticky i metodicky utřídit a rozšířit. V jeho pojetí tak vzniká samostatný psychoterapeutický směr (Wagenknecht, 2009).

Franklovy poznatky v současné době dále rozvíjejí a využívají např. J. Fabry ve Spojených státech, P. T. P. Wong a G. T. Reker v Kanadě, v Polsku K. Popielski a mnozí další. Z našich autorů se problematikou životního smyslu zabývají Karel Balcar, Jaro Křivohlavý, Pavel Říčan, ale i Vladimír Smékal a Stanislav Kratochvíl, na Slovensku Peter Halama, Peter Tavel a Damián Kováč.

3.2 Definice smyslu života

„Smysl života“ nebo „životní smysl“ je pojem, který do moderní medicíny, psychologie a psychoterapie znovu zavedl právě Viktor Emanuel Frankl. Stal se základem jeho vlastního přístupu k lidským problémům, jeho "logoterapie a existenciální analýzy" (Balcar, 2002).

V angličtině je pro tuto oblast základním pojmem výraz „meaning“ (nejčastěji používané výrazy v odborné literatuře: meaning in life, existential meaning, personal meaning, purpose of life, meaningful).

Tavel (2007, s. 17) upozorňuje, že Franklova teorie je založena na německém pojmu „Wille zum Sinn“ – ten je do češtiny překládán jako „vůle ke smyslu“, „touha po smyslu“, „orientace ke smyslu“ a také „potřeba smyslu“. Tyto termíny se vztahují k lidské tendenci hledat a vytvořit smysl života.

Frankl pokládal „**vůli ke smyslu**“, tj. potřebu najít a realizovat v životě nějaký smysl a hodnoty, za hlavní motivační sílu v životě člověka (Balcar, 2002). Zásadně jej ovlivnily jeho osobní prožitky z druhé světové války, kdy byl několik let vězněn v koncentračních táborech. Franklovým základním zážitkem je pozorování, že přežije ten, kdo ví, proč stojí za to přežít (srov. Antonovsky)³¹. Ve 40. letech minulého století rozvíjel nový psychotherapeutický směr, logoterapii, který charakterizoval jako psychoterapii zaměřenou na hledání (životního) smyslu. Svá tvrzení dokládá on i jeho pokračovatelé mnoha výzkumy.

Podle Frankla (1997, s. 165) je otázka po smyslu života **otázkou specificky lidskou**: „Ještě nikdy se neptalo zvíře na to, zda jeho život má smysl“. Heller (2005) chápe hledání

³¹ A. Antonovsky (izraelský sociolog), autor konceptu salutogeneze, se zaměřil na problematiku faktorů, jejichž zásluhou člověk zůstává zdravý, a které mu pomáhají přežít v nejtěžších situacích. Dospěl k tomu, že základem zachování zdraví jsou tři charakteristiky:

- skutečnost, že dobře rozumíme světu, ve kterém žijeme
- život je zvládnutelný
- situace, do které se člověk dostal, má smysl a stojí mu to za to, aby se zabýval řešením úkolu, který před ním stojí

Uvedené skutečnosti (srozumitelnost a porozumění, kontrola a kompetence a smysl) přispívají k tomu, aby člověk „držel pohromadě“ (měl vysoký SOC- sense of coherence - pocit koherence) a lépe zvládal životní nesnáze (Janečková, 2001).

smyslu bytí jako základ vnitřního lidského života a dodává, že ten, kdo se ho odříká, redukuje lidství na animalitu. Únik před otázkou smyslu považuje za projev strachu a vnitřní nezralosti. Ve vztahu k duševnímu zdraví podle Dufkové a Kratochvíla (1967) „touha po smyslu nebo potřeba smyslu života je vlastní pouze člověku a její uspokojování je jedním z předpokladů duševního zdraví a spokojeného života“.

Reker a Wong se pokoušejí opakovaně o přesné vystižení významu slova smysluplnost: „Smysluplnosti života je možno rozumět jako uvědomování si řádu, souvislostí a účelu vlastní existence a dosahování hodnotných cílů a s tím souvisejících pocitů naplnění“ (in Křivohlavý, 2006, s. 50). Fabry Franklovo pojetí vyjadřuje heslovitě, když říká: „Jde o to žít životem, který stojí za to žít“ (1998 in Křivohlavý, 2006, s. 11). Podle Teilharda de Chardin (1970) je smysl života úzce spjat s chutí žít

Längle A. (2002, s. 40) píše: „Smysl dává životu nejenom hodnotu, nýbrž se sám osvědčuje jako hodnota umožňující člověku přežít“. Zároveň shrnuje, co znamená „smysluplně žít“:

- Plnit ten úkol, který před námi právě stojí.
- Smysl nelze dát, musí být v životě rozpoznán, nalezen.
- Nabídky smyslu jsou ve světě všude kolem nás.
- Smysl je životní směr pro určité časové období, kdy člověk hledá, pro co stojí za to žít.
- Smysl života se mění s každou změnou situace, smysluplný život vyžaduje pružnost ve vnímání hodnot, otevřenost člověka. Často bývá spontánně vycítěn.
- Smysl může nalézt každý člověk, rozpoznat mu ho pomůže svědomí – „orgán smyslu“ (Längle A., 2002, s. 41–52).

Podle Kováče (2001) je smysl života vrcholným regulátorem jednotlivých komponent kvality života, je současně nejúčinnějším zdrojem stálé spokojenosti člověka, jeho přetrvávající pohody a zároveň základnou pro prožívání štěstí. Mollard (1992 in Wong, 1998, s. 380) podotýká, že „mít smysl života je asociováno s optimismem a schopností překonávat těžkosti“. Tavel (2007, s. 99) shledává, že Frankl sám termín „smysl života“ přímo nedefinoval, ale chápal ho v intencích „životního cíle, zaměření, úlohy nebo nejlepší možné hodnoty v konkrétní situaci“.

Halama (2000) a Wagenknecht (2009) upozorňují, že v odborné literatuře se můžeme setkat s rozlišením dvou druhů smyslu života:

1. **Existenciální, osobní, specifický** nebo **každodenní smysl života** je souhrnem aktuálních běžných denních cílů, činností a hodnot, které člověk realizuje. Tyto cíle mohou být krátkodobé i dlouhodobé. Frankl také užívá termínu „**situační smysl**“, který se podle něho mění „situaci od situace“ a „od člověka k člověku“. Považuje jej za nejlepší možnost v dané situaci a zdůrazňuje jeho význam. „Není žádná situace, v níž by nám život přestal nabízet nějakou možnost smyslu, a není žádný člověk, pro nějž by život neměl připravený nějaký úkol“ (Frankl in Längle A., 2002, s. 46).

2. **Ontologický**, také **konečný, vyšší, absolutní smysl života** se vztahuje k životu jako celku a jeho úkolem je interpretovat zásadní a konečné otázky lidské existence. Funkci konečného smyslu života může plnit především náboženské přesvědčení a životní filosofie. U religiózního člověka koresponduje tento smysl s Bohem. Frankl sám byl hluboce věřící člověk, tento svůj názor však nikomu nevnucoval a respektoval nevěřící stejně jako lidi s jiným vyznáním. Pokoušel se ukázat možnosti, které mají všichni lidé bez ohledu na to, zda věří v Boha nebo ne.

Je zřejmé, že ne všichni autoři tyto dva způsoby realizace smyslu odlišují, protože oba se navzájem prolínají a ovlivňují. Zvláště ontologický smysl ovlivňuje osobní cíle.

3.2.1. Bezesmyslnost – existenciální frustrace

Naplnění smyslu života se člověku nemusí vždy dařit, což se může projevit různým způsobem. Pocit bezesmyslnosti označuje Frankl jako existenciální vakuum (existenční nenaplnění). Vnitřní prázdnota vyvolává rozladu, napětí, úzkost, smutek a zoufalství. Pacienti, kteří vážně pochybují o smyslu svého života nebo si dokonce zoufají nad tím, že jej vůbec nenacházejí, prožívají podle Frankla **existenciální frustraci**. Ta může být v pozadí mnoha psychických poruch a problémů, zejména neuróz. Sám přichází s novým termínem „noogenní neuróza“, jejíž příčiny tkví v bezesmyslnosti života. Lidé, kteří nenacházejí v životě smysl, bývají častěji depresivní a Frankl je považuje za ohrožené sebevraždou.

Oproti existenciální frustraci nemohou být pouhé otázky po smyslu života u člověka samy o sobě nikdy výrazem něčeho chorobného. Jsou daleko více specifickým výrazem lidského bytí vůbec – výrazem právě toho nejlidštějšího v člověku. Říčan (2007) si všímá, že

zatímco někteří lidé považují odpověď na tuto otázku za důležitější než osobní pohodlí a bezpečí a nedovedou bez ní najít vnitřní klid, jiní si otázku po smyslu života vůbec nekladou a bez odpovědi na ni se velmi dobře obejdou. Takové jedince považuje autor za „neúplné“.

3.3 Zdroje smyslu života – triáda hodnot

„Žít smysluplně znamená dělat to, co je vnímáno a rozpoznáváno jako hodnotné.“
(Frankl, 1982 in Längle A., 2007)

Na způsobu, jak je smysluplnost života prožívána, se podle Reker (2000) účastní tři základní strukturální komponenty:

- Kognitivní – vztahuje se k životním postojům a ukazuje, jak si člověk interpretuje životní události.
- Motivační – obsahuje systém hodnot a cílů.
- Afektivní – zahrnuje pocity spokojenosti, naplnění, štěstí (emocionální odezva), které poskytuje člověku daný zdroj smysluplnosti. Výsledkem dosažení štěstí ještě nemusí být smysluplný život.

Tyto složky se navzájem prolínají a doplňují.

Smysl života jako soubor životních cílů a úkolů chápou např. i Emmons et al. (1998), Debats (2000) či Prager (2000). Zdrojem smyslu života tedy může být všechno, z čeho člověk dokáže smysl čerpat – životní cíle, přesvědčení, ideály, činnosti a jiné aktivity. Tyto zdroje jsou nazývány pojmem **hodnota**. Také podle Maslowa (1992) lidské žití potřebuje určitý hodnotový rámec. Život bez systému hodnot označoval Maslow jako patologický a za největší nemoc moderní doby považoval právě neexistenci hodnot.

V souvislosti se zdroji smyslu života je ještě třeba zmínit dva pojmy. Prvním je **šířka smyslu života**. Ta je chápána jako různorodost zdrojů, které slouží k naplnění potřeby smyslu. Jedná se o různé oblasti, v nichž se člověk angažuje. Halama (2007, s. 66) ji charakterizuje jako „počet hodnot v životě“. Výzkumy potvrdily tendenci většiny lidí čerpat smysl z více zdrojů – realizovat více hodnot (Ebersole, 1998; Reker a Chamberlain, 2000; Prager, 2000; Reker, 2000; Van Ranst a Marcoen, 2000). Tyto zdroje se v průběhu života člověka mění.

Oproti tomu **hloubka smyslu života** souvisí s charakteristikou a kvalitou zdroje. Ebersole (1998) vysvětluje hloubku smyslu jako intenzitu, konkrétnost a komplexnost prožívání smyslu života, Reker a Wong (1988 in Reker, 2000) ji chápou jako stupeň sebetranscendence. Největší hloubka smysluplnosti byla ve výzkumech Reker a Wonga zjištěna u zdrojů typu spirituálních, religiózních, sociálních a politických cílů, relativně uprostřed byly uváděny zdroje typu zvyšování kvalifikace a práce na sobě, nejpovrchnější úroveň se týkala zdrojů, kde šlo o požitek, komfort a bezstarostný život (in Křivohlavý, 2006 s. 70).

Balcar (2006) uvádí, že **osobní soustava hodnot** může mít dvě uspořádání:

- „Paralelní uspořádání“ – několik hodnot má pro člověka stejný význam (rizikem je konflikt hodnot).
- „Pyramidové uspořádání“ – existuje jedna ústřední hodnota (rizikem je, že když se tato hodnota zhroutí, nic nezbyvá a hrozí ztráta smyslu).

Zhroucení starých hodnot může být příležitostí vystavět nové, ale může vést i k pocitům ukřivdění, malomyslnosti nebo zloby. Typickou situací představuje i **konflikt hodnot**, kdy se člověk těžko rozhoduje, které dá přednost. Pokud člověk akcentuje jen jeden aspekt života (např. práce), o to hůře se vyrovnává s jeho ztrátou, protože ji není čím kompenzovat. „Patří-li do našeho života mnoho rozličných hodnot, podepřou nás tehdy, když jednu z nich ztratíme. Existuje přímá souvislost mezi mentálním zdravím člověka a množstvím hodnot, které naplňují jeho život“ (Lukasová, 1998, s. 60).

Právě hodnotám přisuzoval Frankl nezastupitelnou úlohu ve svém konceptu smyslu života. V souvislosti se smysluplným prožíváním života naznačil tři okruhy hodnot, jejichž prostřednictvím člověk smysl života nachází a realizuje: **hodnoty tvůrčí, prožitkové a postojoyé**. Vysvětluje, že nikdy nelze udat smysl lidského života všeobecně, neboť požadavky, které život na člověka klade, jsou vždy zcela konkrétní. Výběr a realizace určité hodnoty záleží nejen na situaci a podmínkách, ale především na osobnosti rozhodujícího se člověka

3.3.1 Hodnoty tvůrčí

Člověk je vytváří vlastní činností, „obohacuje jimi svět“. Patří k nim především práce, tvorba a lidé je v současné společnosti oceňují nejvíce. Kromě práce v zaměstnání a

průkopnických činů v různých oborech lidské činnosti sem patří i situace běžného života – starost o domácnost, péče o rodinu, o blízkého člověka.

Na příkladu pacientky, která naříkala, že považuje svůj život za bezsmyslný, protože nemá povolání, které by ji naplňovalo, Frankl (1996, s. 114) zdůrazňuje, že: „v žádném případě nezáleží na povolání, v němž člověk působí, daleko spíše na způsobu, jak působí. „V případech, kdy konkrétní povolání nepřináší žádný pocit naplnění, je vina v člověku, a ne v povolání. Povolání o sobě nedělá člověka ještě nenahraditelným a nezastupitelným; dává k tomu jen příležitost“. Tím, co z nějakého výkonu činí tvůrčí dílo, je především závaznost, opravdovost, oddanost, která dává sebenepatrnějšímu lidskému konání trvalou hodnotu tváří v tvář vlastní pomíjivosti. „Největším dílem, na kterém stále pracujeme, je zvládnání života“ (Längle A., 2002, s. 33).

Ale právě v realizaci tvůrčích hodnot mohou být lidé hodně omezováni, ať už nemocí či v pokročilém stáří. K tomu Frankl (1996, s. 119) vysvětluje: „Schopnost práce není všechno; není ani dostačujícím, ani nutným důvodem, aby byl život naplněn smyslem. Člověk může být schopen práce, a přesto nemusí vést smysluplný život; a jiný může být práce neschopným a přesto může dát svému životu smysl“. Jinými slovy, povolání je jen jednou z příležitostí, jak smysluplně naplnit svůj život, ale není to příležitost jediná.

3.3.2 Hodnoty prožitkové

V uskutečňování prožitkových hodnot je člověk limitován podstatně méně. Navíc má příležitost vytvářet je prakticky vždy a všude a nezávisle na zdraví a věku. Rozumíme jimi vnímání přírody, krásy, umění, schopnost radovat se z maličkostí. K nejhlubším zážitkovým hodnotám patří setkávání s druhými lidmi, dobré vztahy. Většina autorů se shoduje v tom, že nejhodnotnějším lidským prožitkem je láska.

Zážitkové a tvůrčí hodnoty jsou prostředky, jimiž člověk smysluplně utváří svůj život. Tam, kde prožívané hodnoty v životě chybí, vyskytují se často náhražky (závislosti – na drogách, alkoholu, jídle...).

3.3.3. Hodnoty postoje

Když člověk o schopnost tvořit a užívat přijde (vážná nemoc, utrpení, pokročilé stáří) a už nemůže svou těžkou situaci změnit, zbývá mu ještě možnost volit, jaký postoj k dané situaci zaujme. Realizace postojových hodnot spočívá v tom, jak se člověk postaví vůči nezměnitelnému osudu. Je známou zkušeností, že dokonce ani v bezvýhodných situacích

nelze zlomit vnitřní sílu člověka, když to on sám nedovolí. Vnitřní spokojenost a stabilita nemusí být vždy vázány na úspěch, zdraví a klid a opačně – zoufalství se nevyskytuje jenom při neúspěchu, utrpení či těžké nemoci (Lukasová, 1998). To dosvědčuje i Opatrný (2000): „Svědectví života lidí, kteří prošli velmi těžkými životními úseky, o mnohé přitom přišli, a přece neprožívají život jako prohru, ztrátu, pád do nesmyslnosti, nám ukazuje, že překonávání duševních i tělesných bolestí může znamenat naplněný život a růst, pokud v něm člověk nalézá smysl.“

Rozhodnutí o tom, jak se zachová, je třeba přenechat jedinci samotnému, protože ani ten nejkrutější osud nemá takovou moc, aby určil, jak se má člověk k němu postavit. Frankl je přesvědčen, že člověk není v žádném případě a za žádných podmínek vydán svému osudu napospas. Může dát odpověď podle svojí vlastní svobodné volby, ale musí za ni nést zodpovědnost. Tavel (2007) poukazuje na Frankla, když vysvětluje, že zatímco hodnota tvorby a prožívání spočívá v možnosti vzít osud do svých rukou správným jednáním, hodnota postoje spočívá v přijetí nevyhnutelného osudu. Změnu postoje má každý člověk ve své moci.

A zaujímání postoje ke konkrétním situacím, lidem, činnostem – k vlastnímu životu, je nosným tématem logoterapie.

4. LOGOTERAPIE

„Člověk je bytost hledající smysl a poskytnout člověku pomoc v jeho hledání smyslu je jeden z úkolů logoterapie.“ (Frankl, 1997 s. 5)

V předchozí kapitole byla stručně popsána historie zájmu o fenomén smyslu života v moderní době, definován obsah tohoto pojmu a jeho zdroje. Cílem následujícího textu není odborný výklad logoterapeutických principů, technik a postupů. Spíše se jedná o snahu poukázat na některé základní teze a terapeutické prvky této metody jako na jednu z možností jak pomoci seniorům, jejich blízkým, ale i profesionálům z řad pečovatелů, ošetrovatelů, sociálních a zdravotnických pracovníků zvládat závažné a těžké situace, které stáří provázejí. Frankl a také Lukasová ve svých knihách opakovaně zdůrazňují, že tato metoda není určena pouze psychologům a psychoterapeutům, ale nabízí podněty i do dalších pomáhajících profesí, do rodinného i osobního života.

K základním terapeutickým postupům, které jsou v logoterapii používány, patří metoda dereflexe, paradoxní intence a modulace postoje. Jejich podrobný popis překračuje rámec této práce. Tyto postupy a jejich aplikace na konkrétních případech pacientů jsou názorně, velmi podrobně popsány a doplněny četnými kazuistikami v knihách Frankla, Lukasové, A. Längleho, S. Längle a M. Sulz a dalších autorů.

4.1 Základní pojmy v logoterapii

Některé základní pojmy už byly podrobně vysvětleny v třetí kapitole: **smysl života, smysl života existenciální a ontologický, šířka a hloubka smyslu, hodnoty tvůrčí, zážitkové a postojové.**

Logoterapie, jejímž zakladatelem byl V. E. Frankl, je někdy označována jako **třetí vídeňský směr psychoterapie** (vedle Freudovy psychoanalýzy a Adlerovy individuální psychologie). Pojem je odvozen od řeckého slova „logos“, což zde neznamená „slovo“, ani „nauka“, ale „smysl“.

V širokém záběru je logoterapie moderní účinnou metodou léčby a ochrany duševního zdraví člověka. Je zaměřena na **odhalení a obnovení smyslu života a orientaci na hodnoty**, které posilují vůli k životu a pomáhají reintegrovat osobnost člověka. Je postavena na dialogu, zaměřuje se k úkolům, které má člověk v životě splnit. Logoterapie podporuje člověka

v realizaci jeho cílů a odpovědnosti v plnění každodenních úkolů, „rozšiřuje zorné pole“ pro objevování individuálních možností smyslu a znovunacházení škály hodnot. Cílem logoterapeutického provázení je i pomoc při vyrovnávání se s „nepřízní osudu“. Neučí především zacházet s nemocnou částí lidského života, ale hlavně jak využít tu zdravou část. Současně ruší zaměření na sebe. Klíčový význam mají v tomto pojetí **sebepřesah, sebeodstup, svoboda a odpovědnost** (Lukasová, 1998).

4.1.1 Sebetranscendence a sebedistance

Cílem logoterapeutického provázení není seberealizace, ale **sebepřesah**. Tento pojem vysvětluje Halama (2000) jako schopnost překročit okruh svých potřeb a zájmů a zaměřit se na hodnoty mimo svou vlastní osobu. Podle Frankla (1997) právě v **sebetranscendenci** spočívá podstata lidské existence a lidské bytí je narušeno v té míře, v níž sebetranscendenci neuskutečňuje. Kašparů (2001, s. 34) výstižně zformuloval tuto základní tezi logoterapie, když napsal: „Nehledej, co ti může dát život, ale hledej, co ty můžeš dát životu...Neptej se, kolik radosti najdeš u jiných, ale kolik jí najdeš v sobě a daruješ jiným.“

Podle Reker a Wonga (1988 in Reker, 2000) stupeň sebetranscendence vypovídá o hloubce smyslu života jedince. Říčan (2009) píše, že směřování k hodnotám, které přesahují vlastní osobní zájmy člověka a respektování zájmů druhých jsou podstatnou charakteristikou moudrosti. Emmons (1998) zjistil, že lidé, kteří preferovali na sebe zaměřené cíle, zvládali hůře životní ztráty, než ti, kteří se zaměřovali na sebetranscendentní cíle. I podle Lukasové (1997, s. 20) patří k nejcennějším lidským cílům „být tu pro druhé lidi“. A autorka dodává, že: „kdo je tu pro druhé, zůstává duševně zdrav“.

Další základní kategorií lidské existence je podle Frankla (1996) **schopnost sebeodstupu (sebedistance)**, kterou charakterizuje jako schopnost přehlížet sám sebe a zapomenout na sebe, pokud je to třeba.

4.1.2 Svoboda a odpovědnost

Svoboda a odpovědnost patří k podstatě lidské existence a jsou spolu nerozlučně spjaty. Být svobodný znamená sám se rozhodovat v situacích, které je třeba řešit. Svobodné jednání zahrnuje odpovědnost, ať už si toho je člověk vědom nebo ne. **Svoboda** tak předchází odpovědnosti.

Frankl poukazuje na to, že člověk je sice svobodný, nežije však ve vzduchoprázdnu. Nachází se uprostřed mnoha vazeb, které jsou výchozími body pro jeho svobodu. Tu popisuje ve dvou aspektech (1997, s. 34): V negativním aspektu znamená „**svobodný od**“, v pozitivním „**svobodný k**“. K pojetí „svobody od“ jako absolutní volnosti, nezávislosti člověka se Frankl staví odmítavě. „Svoboda k“ spočívá podle něho v možnosti volby svobodně se rozhodovat v konkrétních situacích a převzít za ně odpovědnost.

A právě v souvislosti se svobodou Frankl zdůrazňuje **odpovědnost člověka** za sebe a za uskutečňování hodnot tím, že každodenně reaguje na požadavky, které před něj život staví. Být odpovědný znamená vybírat si, volit. Balcar (2006) vysvětluje odpovědnost jako ochotu a odvahu rozhodnout se a věnovat úkolům, které život člověku dává a hodnotám, které mu za to stojí. V tomto úsilí pomáhá člověku jeho svědomí – nástroj hodnocení co je dobré a co špatné. Člověk může jednat buď v souladu se svým svědomím, nebo proti němu.

Podle Frankla se člověk neustále pokouší své odpovědnosti uniknout a místo toho, aby se ze svých činů a za ně zodpovídal, snaží se za ně omlouvat – ať už sám před sebou, před druhými, před svým Bohem. Popírá svou svobodu a vědomí odpovědnosti tím, že nastrkuje proti svobodě osud a podléhá fatalismu. Svoboda ve Franklově (1996, 1998) pojetí znamená také určitý stupeň **indeterminismu** – člověk není pouze produktem dědičnosti a prostředí, ale může se sám rozhodovat mezi různými možnostmi ve svém životě (srov. Freud)³². Frankl tak varuje před fatalismem, kterému může člověk podlehnout, nechá-li tuto svobodu bez povšimnutí a počítá pouze s vlivem dědičnosti a prostředí. Poukazuje na to, že člověk je do určité míry determinován podmínkami, v nichž žije a od nichž samozřejmě svobodný není. Je však svobodný k zaujetí postoje vůči všem situacím. Lidské chování je podle něho tedy diktováno nikoli podmínkami, v nichž se člověk nachází nebo dědičností, nýbrž rozhodnutími, která činí. Pouze jedinec sám rozhoduje, zda bude podmínkám prostředí vzdorovat, nebo zda jim ustoupí. Vidíme-li v něm pouhou oběť okolností, odnímáme mu jeho důstojnost.

4.2 Naplňování smyslu života v čase

Život člověka probíhá v **přítomnosti**. Z hlediska duševního zdraví velmi záleží na tom, zda člověk zaujímá vůči minulosti smířený či nesmířený postoj, zda budoucnost očekává

³² Podle Freuda je rozvoj osobnosti primárně určen vrozenými dispozicemi; teprve v menší míře závisí na působení okolního světa, t.j. na zkušenosti (Vágnerová, 2005).

s důvěrou a nadějí a zda v prostoru své svobody (v přítomnosti) jedná odpovědně či neodpovědně (Balcar, 2007).

Logoterapie zdůrazňuje smysluplné **směřování k budoucnosti** (Kratochvíl, 2006). Budoucnost je tím směrem, jímž se ubírá lidský život. Ztrácí-li člověk budoucnost, duševně i tělesně upadá. Zaměření k budoucnosti, plánování, dodává přítomnému životu dynamiku, sílu, důvěru a naději (Wicki, 2007).

V **minulosti** Frankl nehledá příčinu pacientových obtíží, ale snaží se jej povzbuzovat v hledání toho hezkého, na co může vzpomínat. Uplynulý čas nelze vrátit zpátky, ale to, co člověk v minulosti udělal, prožil, myslel – toto vnitřní bohatství mu už nikdo nemůže vzít. Používá pojem „**optimismus minulosti**“ a konstatuje, že „být minulým je snad nejjistější forma bytí vůbec“ (Frankl, 1997 s. 74). A poukazuje na to, že „v prožité minulosti je uložena nejen skutečnost vytvořených děl, ale i skutečnost milované lásky a také skutečnost protrpěných útrap“ (Frankl, 1996, s. 50).

Je-li minulost prožívána jako břemeno, omezuje přítomnost. Skutečnost toho, co se stalo v minulosti, nelze zrušit. Je důležité, aby se s ní člověk vyrovnal. To, jak bude minulost včleněna do přítomného života a co pro něj bude znamenat, závisí jen na každém jedinci (Wicki, 2007).

Úkolem logoterapie je nejen vyrovnávat se s minulostí a zaměřovat do budoucna, ale především dodávat člověku odvahu, aby začal aktivně utvářet svůj současný – přítomný život.

5. SMYSL ŽIVOTA VE STÁŘÍ

„Dát svému životu smysl je problémem každého v jakémkoliv věku. V pokročilém věku je to možná ještě závažnější.“ (Pichaud a Thareauová, 1998, s. 41)

V odborné literatuře je uváděno několik vývojových etap, v nichž se otázky po smyslu života objevují nejčastěji. Je to období dospívání, střední věk a stáří. V mládí si člověk začíná vytvářet žebříček hodnot, ptá se na podstatu a směr svého života. Ve středním věku jedinec obvykle vidí dosavadní události a nabyté zkušenosti pod jiným zorným úhlem, hledá nové hodnoty, ale vrací se i k těm dávno zapomenutým. Křivohlavý (1994, s. 90) si všímá, že „jak život pokračuje, člověk je citlivější (senzitivnější) k otázkám smysluplnosti svého bytí“. Jak vysvětluje Lukasová (2004), nejde o samoučelné hledání smyslu pro smysl, ale o plnost života. Jinde autorka (1998, s. 83) vyjmenovává dary stáří: „duchovní akcent ujasněné životní filosofie a orientace na smysl, ...jisté spočinutí v bezpečí hodnotové struktury, která byla osobně vybudována a přijata a zpětný pohled na úrodu bohatého a jedinečného života“. To je podle autorky štěstí pozdních let, které však, bohužel, často zaniká ve falešném postoji ke stáří.

Stáří patří k těm etapám lidského života, ve kterých se obvykle nejnaléhavěji objevují otázky po jeho naplněnosti, smyslu a směřování. S prodlužováním lidského života ve stáří tak problematika životní smysluplnosti a seberealizace nabývá na významu.

5.1 Význam životního smyslu ve stáří

Stárnutí konfrontuje člověka s konkrétními existenciálními otázkami, které jsou častou příčinou trápení ve stáří. Patří k nim pocit blížící se smrti, bilancování dosavadního života, vyrovnání se se ztrátami a omezeními, ale může to být i přítomnost vážného, potenciálně letálního onemocnění. Pokud jsou tato témata v životě stárnoucího člověka opomíjena, může to vyústit až v krizi, psychické poruchy, ale i somatické onemocnění a naopak – pochopení vlastního života přispívá v procesu stárnutí k osobní zralosti (Längle A., 2001). Farský (2006) zdůrazňuje, že prožívání a zpracování těchto situací je v nemalé míře závislé právě na životním smyslu.

Wong (1998) považuje otázku smyslu života ve stáří za velmi důležitou a zdůrazňuje její pozitivní vliv na vyrovnávání se s involučními procesy vyššího věku, zdravotní stav a

úspěšné zvládnání stárnutí. Reker (1999 in Halama, 2007) zkoumal prediktory úspěšného stárnutí. Kromě jiných se jako pozitivní prediktor úspěšného stárnutí ukázala vysoká úroveň smyslu života a jako negativní existenciální vakuum.

Vágnerová (2007, s. 305) uvádí, že ve stáří je důležité najít smysl zbývajících života. Jeho hodnotu zásadním způsobem ovlivňuje vědomí časové omezenosti a očekávání různých ztrát, které jsou ve stáří čtenější než dříve a někdy fungují jako časové zlomy. Starý člověk tak velmi brzy pochopí, že je třeba:

- naučit se těšit z toho, co zůstalo zachováno
- akceptovat to, co nelze změnit
- zaměřit se na to, co je opravdu významné

5.2 Faktory podporující smysl života u seniorů

Při hledání odpovědi na otázku, co podporuje udržování smyslu v životě starších lidí, jmenuje Wong (1989 in Halama, 2007) několik faktorů. Jednak jsou to vzpomínky, které označuje ve svém pojetí jako **konstruktivní reminiscence**. Jde o zhodnocení vlastního života, a pokud je toto opravdu konstruktivní, umožňuje člověku vidět život ve smysluplném kontextu. Význam reminiscencí na duševní zdraví ve stáří dokládá i Cappeliez (2005).

Podle Wonga jsou dalšími faktory, které přispívají k smysluplnému životu seniorů **angažovanost v aktivitách, hodnotách, udržování optimismu a kultivování duchovní složky života a religiozita**. V souvislosti s pozdějšími výzkumy Wong (1998) uvádí jako další důležité cesty ke smysluplnému životu **tvořivost, vztahy k druhým, sebepřesah, potěšení v životě a naději do budoucna**. Halama (2007) si všímá, že schopnost vytrvat v hodnotných cílech a dát životu smysl i za změněných okolností, které se stářím souvisejí, podporuje úspěšné vyrovnání se se zátěží stárnutí. Obstát v této úloze může být o to těžší, že současná společnost preferuje hodnoty, které u starších lidí přirozeně ubývají – úspěšnost, efektivitu a výkon.

Sýkorová (2007) ve vztahu k životním cílům dělí seniory na aktivně plánující (plánují a realizují aktivity rozvíjející osobnost), pasivně přijímající (např. duchovně orientované osoby) a neplánující (buď pozitivně uzavřeli bilanci, protože všeho, co v životě chtěli, dosáhli nebo rezignovali). Upozorňuje na možnost oprostít se ve stáří od zatěžujících povinností typických pro mladší věk, kterou označuje jako „svobodu od“, ale i na šanci realizovat konečně aktivity, na které dosud nezbýval čas – „svoboda k“. Vysvětluje, že možnosti svobodné volby jsou

vždy do určité míry ovlivněny okolnostmi, podmínkami, situací, v níž se starý člověk nachází. (srov. Frankl).

Ve výzkumných studiích bylo prokázáno, že důležitým zdrojem smyslu života je pro staré lidi také **služba druhým**. I přes různé překážky v pomáhání (zdravotní problémy, nedostatek finančních zdrojů a špatně organizovanou komunitní podporu dobrovolnické činnosti) senioři nejsou pouze štedří v neformální a formální pomoci, ale považují ji za nesmírně hodnotný aspekt svého života (Midlarsky & Kahana, 1994 in Mc Fadden, 2000).

Podle výsledků nedávných výzkumů mezi seniory (Muravska, 1998 in Halama, 2007) k ochranným faktorům před ztrátou smyslu patří **dobré fyzické zdraví, religiozita a život v rodině**. Naopak nízká míra smysluplnosti koreluje u starých lidí s vyšší mírou zdravotních, kognitivních, emočních a sociálních problémů (Farský a kol., 2006). Krause (2004) prokázal, že stres vyplývající z vysoce exponovaných životních událostí způsobuje u starších osob narušení smyslu života a naopak, obnovení smyslu v životě člověka napomáhá vyrovnat se se stresem. Zlepšení v této oblasti přináší především citová podpora a fungující sociální síť.

Podle Balcara (2006) senioři při hledání smysluplnosti mohou zhodnotit, co dobrého vykonali a prožili, jaké jsou úkoly jejich všedního dne, ale je možné pobídnout je i do budoucnosti. Také Hrdličková (2009) na souboru aktivních studentů Univerzity třetího věku potvrzuje, že hledání a naplňování smyslu života v seniorském věku není orientováno pouze retrospektivně, ale zahrnuje všechny tři časové dimenze – minulost, přítomnost a budoucnost. Směrem k minulosti staří lidé hodnotí svůj život ve vzpomínkách a snaží se jednotlivé události propojit v jeden smysluplný celek. Pokud se jim podaří přijmout svůj život jako něco, co mělo být, stává se pro ně minulost významným zdrojem smyslu. V přítomnosti se senioři snaží řešit situace a problémy, které jim každý den přináší a optimalizovat sociální vazby. Důležité je pro ně zachování autonomie. I ve vztahu k budoucnosti mají staří lidé své smysluplné cíle. Zaměřují se na ukončování osobních záležitostí, dělají si pořádek ve věcech i ve vztazích. Hledají ujištění, že až tu nebudou, něco tu po nich zůstane. Pokud jim to síly a okolnosti dovolí, tak ještě uskutečňují, co dosud nestihli. Ve stáří jsou otázky po smyslu života naléhavější, než kdykoliv před tím. U starých lidí sílí potřeba přiřadit svému životu nějakou hodnotu, dát mu smysl. Naléhavost tohoto úkolu kulminuje s vědomím blížícího se konce. Nejvýznamnějším specifikem smyslu života v seniorském věku je podle autorky vývoj postojů stárnoucího člověka k životu samému.

Ve zcela jiné situaci se ale nacházejí ti staří lidé, kteří už z různých důvodů nemohou realizovat své zájmy, pro nesoběstačnost jsou závislí na svém okolí a třeba ani nemohou zůstat v domácím prostředí. Kalvach (2005) si všímá, že smysluplnost života může být

otřesena zvláště v pozdním stáří, ať už při jednostranném zájmu o pouhou zabezpečenost, uspokojení základních životních potřeb, či pod tlakem tragických životních událostí a v situaci prožívaného utrpení. Bez užitečnosti pro druhé, bez dostatečné míry komunikace a běžných denních radostí či bez vnímání života s utrpením jako osobnostního růstu, není srozumitelný důvod ke zvládnání mnohdy závažných obtíží.

Velmi zajímavé a cenné jsou postřehy J. Eriksonové (in Erikson, 1999), která na základě vlastního prožívání popisuje specifika devátého decenia lidského života. Upozorňuje na nové každodenní obtíže, které s sebou dlouhověkost přináší: ztrátu tělesných sil, slábnutí zraku a sluchu, nutnost nechat o sebe pečovat, snahu o zachování autonomie do posledního dechu. Popisuje pocity beznaděje a také zoufalství, které podle ní každý starý člověk důvěrně zná a musí je překonávat. Za nejmoudřejší způsob jak čelit zoufalství ve stáří považuje víru, přiměřenou pokoru a naději, které mohou vést ke **gerotranscendenci**³³. Tento posun je provázen snížením zájmu o reálné věci a záležitosti, vzestupem životní spokojenosti, a větším příklonem k meditaci / modlitbě v ústraní. Koncept gerotranscendence, jako všeobecného vodítka pochopení procesu života v pokročilém stáří, rozpracoval Tornstam (in Reker a Chamberlain, 2000, s. 201–202). Gerotranscendence je podle něho považována za závěrečnou etapu v přirozeném růstu k zrání a moudrosti. Tornstamova teorie má mnoho společného s konstruktem životního smyslu a jeho vytvářením. Obojí jsou osobnostně zaměřené a pokoušejí se popsat a zhodnotit, jak člověk dochází k novému porozumění existenciálních otázek. Gerotranscendence tedy představuje odpoutání se od materialistického zaměření ke spirituálnímu, k němuž dospívají mnozí lidé právě ve stáří. Dcera 108leté ženy charakterizovala poslední týdny matčina života, které dlouhověká seniorka strávila v nemocnici, slovy: „*Maminka už jen ležela a modlila se.*“*

5.3 Smysl života jako významný salutogenní faktor

Autorem pojmu salutogeneze je již zmíněný izraelský sociolog A. Antonovsky, který se zaměřil na problematiku faktorů, jejichž zásluhou člověk zůstává zdravý, a které mu pomáhají přežít v nejtěžších situacích. Jeho konceptu (sense of coherence) odpovídá hodnocení zdraví v kontextu života. Salutogenetický přístup směřuje k objevování těch faktorů, které posilují zdraví a stimulují pozitivní prvky nejen v organizmu, ale i v prostředí člověka.

³³ Tímto pojmem je označován proces, jímž se někteří senioři vyrovnávají se zhoršením svých fyzických a psychických funkcí v pokročilém stáří. Lze také říci, že staří lidé se více zaměřují do svého nitra (Vágnerová, 2007).

* Zdroj: výzkumné šetření

Na téma zdraví ve stáří píše Pacovský (1997, s. 67): „Zdraví a nemoc jsou ovlivnitelné... I mezi seniory najdeme nejenom osoby zdravé, ale i zdravé s mimořádnou tělesnou a duševní odolností. Takoví mají aktivní přístup k sobě a ke světu, překážky jsou pro ně výzvou k jejich překonávání. Snad právě proto se mnozí z nich dožijí dlouhověkosti.... Úsilí o zdraví je spjato s tlumením negativních činitelů životního stylu a zevního prostředí, ale i s mobilizací faktorů pozitivních, podpůrných. Označujeme je jako **zdravítvorné – salutogenní.**“

Smysluplnost života je považována za významný salutogenní faktor. Má vliv na kvalitu života a zdravotní stav člověka, a to nejen na psychické, ale i fyzické zdraví. Podle Janečkové (2001) to zásadní, co člověku umožňuje úspěšné zvládnutí zátěže, je pozitivní nastavení k životu jako k smysluplnému úkolu. Za salutogenní prvek pokládá smysluplnost života i Vymětal (2010).

Ve vztahu ke zdraví řada studií naznačuje, že silný pocit smyslu v životě je spojován nejen s lepším psychickým zdravím (Reker, 1997), ale i lepším zdravotním stavem (Krause, 2004). Vliv smysluplnosti života na posilování imunitního systému (sekrece imunoglobulinu A, proliferace lymfocytů, a buněčná imunita) dokládají Salovey et al. (2000). Vztah smysluplnosti života k psychickému a fyzickému zdraví ve stáří zdůrazňují i Wong (1998); Murawska (in Halama, 2007) a Farský (2006). Reker et al. (1987) upozornili na důležitost životních postojů v podpoře zdraví. V další práci Reker (2000 s. 39–40) uvádí řadu psychologických a gerontologických výzkumů, v nichž byl prokázán význam životního smyslu v prevenci nemocí a úspěšné adaptaci na závažné životní změny.

Oproti tomu ztráta životního smyslu (existenciální frustrace, vakuum) byla rozpoznána jako významný faktor některých duševních poruch depresivního a neurotického charakteru, což potvrdily korelační studie, v nichž se také ukázala souvislost životní smysluplnosti s pozitivním fungováním osobnosti (Zika a Chamberlain, 1992; Balcar, 1995b; Reker, 1997; Halama, 2001). Kratochvíl (2006, s. 90) píše, že „existenciální frustrace vzniká tehdy, když člověk pochybuje o smyslu své existence, když se smysl bytí stal sporným, dosavadní smysl ztratil své odůvodnění a člověk neví, co dál nebo když pochybuje o smyslu svého života vůbec. Existenciální frustrace se může za určitých okolností stát patogenní a vest k neuróze nebo depresi se suicidálními tendencemi“. Také Lukasová (1998) vidí ve frustraci vůle ke smyslu psychickou abnormalitu. Existenciální frustrace je podle ní spojena s agresí, regresí, tendencí k úchylnkám a s únikovou reakcí. Balcar (2006), Wong (1998) a další autoři upozorňují na riziko zhoršení zdravotního stavu v souvislosti s existenciální frustrací. Chybění smyslu v životě, cíle, pro nějž by stálo za to žít, se může skrývat za mnohými

tělesnými obtížemi, které nemají somatický podklad. Existenciální frustrace může stát také v pozadí nejrůznějších druhů sociálně patologického chování, mimo jiné i vzniku a rozvoje závislostí („náhražky smyslu“).

Důležitostí smyslu v životě u chronicky nemocných se zabývají a četnými příklady ze své praxe dokládají ve svých knihách i Frankl, Lukášová, A. Längle a S. Längle a M. Schulz a další. Frankl (2006) upozorňuje na vnitřní souvislosti mezi myslí člověka a odolností jeho organismu, mezi beznadějí a imunitou. Ne nadarmo tedy užila moderní psychologie pro Franklovu „vůli ke smyslu“ výraz „survival value“ / hodnota pro přežití (Frankl, 1997 s. 168).

A závěrem této kapitoly zaměřené na vztah smyslu života a zdraví ještě část výstižného úryvku z textu napsaného na zadní straně obálky knihy, v níž jsou publikovány práce současných světových autorů, kteří se problematikou smyslu života a jejím výzkumem dlouhodobě zabývají: „Cultivating a sense of existential meaning is an important factor in preventing illness, promoting health, and successfully adapting to lifes changing circumstances... Existential meaning plays a crucial role in moderating the effects of stress on physical health and psychological well-being“ (Reker a Chamberlain, 2000).

6. VYUŽITÍ LOGOTERAPEUTICKÝCH PRINCIPŮ PŘI PRÁCI SE SENIORY

„Prožívat a vykonávat logoterapii znamená nabídnout část sebe sama, aby se díl toho druhého probudil k životu“ (Lukasová, 1998 s. 186–187).

Cílem této kapitoly je upozornit na možnost využití myšlenkového bohatství logoterapie při práci se seniory. Logoterapie představuje jednu z možností, jak rozpoznat a pozitivně ovlivňovat míru životní smysluplnosti ve stáří. Pomáhá a doprovází při hledání smyslu života, zabývá se ale i otázkami utrpení, viny a vyrovnání se smrtí. Na rozdíl od některých jiných psychoterapeutických metod ani před stářím nekapituluje. Může mírnit tíseň a poskytovat podporu nejen samotným seniorům, ale i těm, kdo o ně pečují. Pomáhá tam, kde se výrazně změnila životní možnosti člověka a v utrpení dává alespoň útěchu (Lukasová, 1997).

Logoterapeutický přístup vychází z názoru, že i ve stáří, jež s sebou nese tělesné a duševní omezení, zůstává přece jen ještě určitý prostor svobody. Jestliže se starý člověk nechce cítit dobře, nemůže pomoci žádný pečovatel. Jestliže své příbuzné a blízké vnitřně odmítá, pak nemají žádnou šanci se k němu dostat. I to je nutné respektovat. Každému vždy zůstává být i sebetenčí prostor vlastního rozhodování. Jestliže je takový člověk ochoten i na posledních úsecích své cesty naslouchat, jak ho život volá ke smyslu a tohoto volání uposlechnout, najde způsoby naplnění – třeba i upoután na lůžko či na invalidní vozík, napůl slepý a hluchý. „Život není tak chudý na smysl, aby jej musel nabízet pouze bohatým, krásným a silným“. (Lukasová, 1997, s. 205).

Jak se pokusit zabránit tomu, aby nezvratné ztráty nezbavily život starého člověka smyslu? Jak pomoci vybojovat v závažných situacích lidskému životu jeho hodnotu, smysluplnost? To, co bylo dříve důležité, najednou není a člověk se táže, jak bude dále žít, nově si uspořádává životní hodnoty: „Co má cenu a jakou?“ (Balcar, 2007). Ševčíková (2006) upozorňuje na význam naslouchání v sociální práci a na to, že východiskem intervence je vždy člověk a jeho konkrétní situace.

Při práci se seniory lze využít i některé logoterapeutické principy, které podporují starého člověka v uspořádání jeho života – jít spolu s ním dál i za nových, těžších podmínek. Velmi významná je podpora blízkých i profesionálů v odvaze nerezignovat.

K využívaným možnostem patří práce se vzpomínkami, kde Frankl zdůrazňuje tzv. „optimismus minulosti“. Další formou smysluplného naplňování času je realizace tvůrčích a zážitkových hodnot. V závažných situacích je to podpora člověka v uskutečňování postojových hodnot a zaujetí pozitivního stanoviska k životu. Frankl opakovaně zmiňuje i mimořádně důležitou roli humoru.

6.1 Optimismus minulosti

Starý člověk jinak zvažuje čas života. Ve vztahu ke stáří se Frankl domnívá, že starší osoby instinktivně vědí to, čemu učí logoterapie. Starému člověku zůstávají dosažené zážitky i zkušenosti a jsou nezměnitelnou součástí jeho života. To, co prožil, zůstane v nějaké formě zachováno. Při společném rozhovoru je možné hledat to dobré, co senioři v životě prožili v duchu franklovského „lidé pláčejí nad strništěm budoucnosti a nevidí plné stodoly minulosti“ (srov. konstruktivní reminiscence). Toto navracení a zdůrazňování toho hodnotného a pěkného, co v životě bylo a co jim nikdo nemůže vzít, se velmi osvědčuje ve chvílích, kdy se staří lidé opakovaně vracejí ke ztrátám ve svém životě a nebo se odmítají vyrovnat s leckdy strastiplnou přítomností. Frankl (1998, s. 39) to nazývá skutečným „optimismem minulosti“, hlavně proto, že „v existenci minulého není nic nenávratně ztraceno, spíše všechno je dokonale uchováno“. Výstižně to vyjádřil 91letý muž: „*Můj život byl krásný, dodnes mi vzpomínky dodávají sílu.*“*

6.2 Realizace tvůrčích a prožitkových hodnot v pokročilém stáří

Frankl (1998, s. 47) v souvislosti se stářím poukazuje na to, že „nečinnost sama o sobě je chřadnutí. ... Pouze zůstat při životě zanechává každou lidskou bytost prázdnou a neuspokojenou.“ Upozorňuje na fakt, že vědomí nějakého osobního úkolu udržuje starého člověka nejen fyzicky a psychicky v pořádku, ale do určité míry ho až chrání před smrtí. Hovorka (1980, s. 11) dokonce píše, že „činné stáří je štěstí“. Grün (2009) oproti tomu upozorňuje, že k plnosti stáří patří obojí – činnost, angažovanost, ale také schopnost být sám se sebou, v klidu a tichu.

Pro aktivní seniory, zvláště v domácím prostředí není problémem realizovat tvůrčí hodnoty, byť už to není v zaměstnání. Z praxe je však známo, že někteří staří lidé, ačkoli by ještě ledačco mohli zvládnout sami, propadají nečinnosti, která je pak provázána snižováním

* Zdroj: výzkumné šetření

fyzické kondice a zhoršováním psychického stavu. Doma nemusí být nouze ani o hezké zážitky, setkání, potěšení a radosti i z maličkostí. V realizaci hodnot jsou v domácím prostředí nejohroženější skupinou ti staří lidé, kteří se z jakéhokoli důvodu ocitli v sociální izolaci a nejsou sami schopni tento stav zvrátit.

Podle Frankla (1998) jde o to, má-li člověk svůj čas a vědomí vyplněny něčím, z čeho může mít pocit, že navzdory svému stáří žije hodnotný a příjemný život; tedy cítí se vnitřně naplněn. Zaměřme se tedy v kontextu logoterapeutických principů na každodenní život těch seniorů, kteří trpí různými chorobami, nejsou už zcela nebo vůbec soběstační, potřebují v menší či větší míře pomoc při běžných denních činnostech a žijí v některém ze zařízení pro seniory. Vyjděme z Franklovy koncepce triády hodnot, jejichž uskutečňováním lze naplňovat smysl života (hodnoty tvůrčí, prožitkové a postoje).

Jak může starý člověk, který už dávno „nechodí do práce“ a ani nemá svoji domácnost, realizovat **tvůrčí hodnoty**? Hodnoty, které každý jedinec vytváří vlastní činností? Právě v jejich uskutečňování, v tvorbě a práci bývají senioři nejvíce omezováni – ať už nemocí, nemohoucností či v pokročilém stáří. Významnou náplní práce se seniory v rezidenčních zařízeních jsou různé formy ergoterapie, které mají napomoci k nacvičení či posílení sebeobsluhy, ale i jako náplň volného času a zdroj potěšení a pocitu užitečnosti. Ve většině domovů mohou jejich obyvatelé tvořit ve výtvarných dílnách, uplatnit se při přípravě pohoštění na pořádané oslavy. Některé ženy, obzvlášť pokud jim to zrak a drobné klouby na ruku umožní, ještě rády dělají různé ruční práce. Ti, kterým to síly dovolí a měli tuto činnost i dříve rádi, pečují s uspokojením o kousek zahrádky či alespoň květiny na balkóně. Ergoterapeut se schází se zájemci o různé činnosti pravidelně, sdílí s nimi společný zájem a dohromady něco nového i užitečného vytvářejí. Při společné práci bývají lidé sdílnější, nabízí se možnost vytvořit důvěrnější vztah a i se do určité míry vzájemně ovlivňovat.

Jak může starý člověk uskutečňovat **hodnoty**, které Frankl označuje jako **zážitkové**? Je příležitost vytvářet je i v pokročilém stáří a nezávisle na zdraví. Realizují se v prožívání něčeho hezkého. Zahrnují setkávání s druhými lidmi, dobré vztahy, lásku, ale i vnímání přírody, krásy, umění, schopnost radovat se z maličkostí. Doma se nabízí mnoho možností a také většina rezidenčních zařízení připravuje pro svoje klienty četné příležitosti k zážitkovým aktivitám. Velký zájem bývá o programy z uměleckých oborů – ať už jsou to vyprávění o známých umělcích spolu s ukázkami z jejich díla, besedy, koncerty, výstavy, hodně využívané bývají knihovny. Při domovech pro seniory vznikají amatérské divadelní kroužky a pěvecké sbory, ze strany seniorů jsou velmi žádanou novinkou taneční terapie. V některých zařízeních jsou vítanými návštěvníky canisterapeuti, jinde je drobné domácí zvířátko i

součástí pobytového zařízení. Pravidelným společným zážitkem jsou plánované oslavy narozenin, kam přicházejí i příbuzní a přátelé.

Je nezbytné zmínit, že tato pestrá nabídka tvůrčích a zážitkových aktivit se zpravidla netýká zdravotnických zařízení, v nichž tráví poslední čas svého života multimorbidní, zpravidla imobilní a nesoběstační senioři, kteří jsou (jak dokládají četné výzkumy) ztrátou smyslu v této věkové skupině ohroženi nejvíce. Ale i na tato oddělení postupně přicházejí vyškolení dobrovolníci s nabídkou společného sdílení času. A také v životě omezeném na lůžko, křeslo, pokoj či občasné vyvezení na zahradu lze čerpat radost a pohodu i ze zcela obyčejných prožitků. Vyjádřeno slovy staré imobilní paní z ošetrovatelského oddělení domova pro seniory: „*Víte, já jsem moc ráda, že mám postel u okna a můžu z něho sledovat tu velkou borovici. Každý den mi přináší radost – když kvete, zpívají na ní ptáci, hopsají veverka, rostou šišky, nebo se jen tak zelená.*“ *

Největším zdrojem prožitkových hodnot jsou setkávání s nejbližšími – návštěvy, které je možno realizovat v jakémkoli rezidenčním zařízení. Toto sdělil jeden z klientů domova pro seniory: „*Často mne navštěvují syn a dcera se svými rodinami, to mi vždycky prozáří celý den. A pokud mne přepadne smutek, vzpomenu si na ně a hned mám dobrou náladu.*“ *
Stručně, ale výstižně popsala to, co pro ni návštěvy znamenají, i další obyvatelka domova: „*Návštěva, to je pohlazení pro duši.*“ *

6.3 Uskutečňování postojevých hodnot ve stáří

Člověk se ale může octnout v tak těžké situaci, která už sotva má nějaké východisko, o něž by ještě stálo za to se snažit. Má-li mít celý život smysl, má jej i okamžicích bolesti, fyzické bezmoci, chátrání, kdy je člověk zbaven možnosti uskutečňování tvůrčích hodnot a velmi omezen ve vnímání hodnot prožitkových. O to více mu tedy zbývá realizovat **hodnoty postojevé**. Má možnost volit, jaký postoj k dané situaci zaujme. Zodpovídání otázek „Proč se mi to stalo?“ zpravidla příliš nepomůže a vysvětlení obvykle ani nenajdeme. Můžeme ale spolu s ním hledat odpovědi na otázku: „Co s tím Ty uděláš? Jak se k tomu postavíš?“.

Lukasová (1998, s. 17) píše: „Ani ten nejkrutější osud nemá takovou moc, aby určil, jak se má člověk vůči němu zachovat.“ Realizace postojevých hodnot spočívá v tom, jak se člověk postaví k omezením svého života, k nezměnitelnému osudu. Jde o postoje jako statečnost a důstojnost v utrpení. Šiklová (2007) je toho názoru, že svůj úděl by člověk měl

* Zdroj: výzkumné šetření

nést se ctí. Výsledkem logoterapeutické péče by podle jejích zakladatelů měla být změna postoje „**nemohu, protože**“ v aktivnější, zdravější a pozitivnější postoj „**já mohu, ačkoliv**“. To je výzva k převzetí zodpovědnosti za svůj život teď a tady i za těžkých okolností, k překonání sama sebe.

A opět se mezi seniory můžeme setkat jak s jedinci, kteří jsou na sklonku života zahořklí, se vším nespokojení a plní výčitek odmítají jakoukoli pomoc a podporu, tak s těmi, kteří dokáží zaujímat statečné postoje, hledět i do omezené budoucnosti s pokorou a nadějí a odpovídat na každodenní výzvy. Řečeno slovy jedné obyvatelky domova pro seniory: „*Víte, já se teď musím o ni postarat (o spolubydlící) – to je teď můj úkol*“. * A tak si nacházejí své drobné úlohy: nalít ještě více nemohoucímu bližnímu čaj, doprovodit ho na toaletu, předčítat nevidomým na pokoji z novin, a podobně. Věřící paní označila jako svůj současný úkol – když už nemůže dělat nic jiného – modlitbu za široký okruh svých blízkých. Tak můžeme sledovat snahu těchto leckdy už velmi křehkých lidí vytvořit podle přítomných podmínek smyslem naplněnou současnost a dát odpověď na otázku, „**co ode mne ještě život očekává**“. Snaží se být oporou těm ještě potřebnějším. To vyjádřila i 87 letá žena z domova pro seniory: „*Chtěla bych žít, protože mladší syn mě potřebuje – denně sem za mnou chodí, je sám a od mládí nemocný*“. *

Vždyť příležitost k životu není v minulosti ani v budoucnosti, ale je právě teď. Na význam postojových hodnot ve stáří upozorňuje nepřímo i Dragomirecká (2007, s. 81), když v závěru své práce, zaměřené na kvalitu života ve stáří, píše: „Senioři nepovažují za nejdůležitější skutečnosti spojené se stářím jako takové, ale postoj, který k těmto skutečnostem zaujmou, způsob, jak se k nim postaví“.

Jedná-li se v pokročilém stáří o závažnou situaci, kterou již nelze změnit (např. tragické události v rodině, ztráta partnera, osamělost, těžká nemoc, nesoběstačnost), pak nezbyvá než podpořit člověka v odvaze smířit se. Důstojnost každého člověka spočívá i v jeho schopnosti snášet nevyhnutelné utrpení. Žít navzdory, „**a přesto říci životu ano**“³⁴, to je ústřední poselství logoterapie. Smíření s velkou ztrátou vyjadřují i následující slova klienta rezidenčního zařízení pro seniory: „*Žena mi před dvěma roky zemřela, mrzelo mě, že odešla, ale беру to tak, že to patří k životu a vím, že se po mé smrti znovu setkáme*“. *

* Zdroj: výzkumné šetření

³⁴ „A přesto říci životu ano...“ – z názvu knihy V.E.Frankla (2006)

* Zdroj: výzkumné šetření

6.3.1 Pozitivní postoj jako obrat ke smysluplnému

Podle Lukasové (1998) může být mnohý problém zmírněn již tím, že obrátíme pohled člověka směrem k jeho volným kapacitám, ve kterých má ještě možnost se se svým osudem vyrovnat, místo aby v myšlenkách neustále kroužil kolem nezměnitelných skutečností a nenacházel žádné východisko. Obrátíme-li větší pozornost k člověku než k jeho trápení a pokusíme se soustředit na to, co v něm zůstalo zdravého, pomáháme vlastně podpořit salutogenní prvky v jeho životním příběhu. Dosáhnout u člověka posunu k lepšímu je možné zaujetím pozitivního postoje ke konkrétním událostem. „Obrat k pozitivnímu je obratem ke smysluplnému, je to připravenost získat ze stávající situace to nejlepší a i v neštěstí najít smysl a vyplnit jej“ (Lukasová, 1998, s. 18). V každém životě a každý den existují světlé chvíle. Ne odkrývat to, co člověku chybí, ale nechat ho poznat to, co tady je. Je totiž velkým uměním vyzískat z nelehké situace něco hezkého. I na svých ztrátách může člověk vyžrát – stát se moudřejší, citlivější, vnímavější a pokojnější, ale může i zatrpknout, vyčítat. I v těžké situaci může člověk životu smysl dát. Ne tím, že trpí, ale jak se k tomu postaví (Lukasová, 1998).

Snášet utrpení i v případě infaustní choroby může pacientovi pomáhat právě logoterapie (Beran, 1996). Ne všechny problémy a ztráty, které s příchodem letálního onemocnění souvisí, může logoterapeutická intervence pomoci řešit. Zásadním momentem ale bývá otázka po smyslu života v utrpení, ujasnění a pochopení příběhu vlastního života, bilancování životních ztrát a úspěchů, definice budoucího očekávání. Nejefektivnější metodou je v tomto případě postojová změna, zaujetí aktivního a konstruktivního postoje i k negativním skutečnostem v životě, což umožňuje člověku vyrovnat se s fakticky nezměnitelným.

Další strategií k zvládnutí takové situace, kdy je objektivní změna nedosažitelná, je kromě uskutečnění hodnot postojových i realizace hodnot prožitkových. Některé terapeutické prvky a základní teze logoterapie jsou využívány jako součást komplexní paliativní léčby při doprovázení těžce nemocných a umírajících, a to nejen při péči o pacienty, ale i ve vztahu k jejich blízkým. To je u nás v současnosti realizováno v hospicové péči. Logoterapeutické akcenty v strategiích paliativní péče vycházejí z předpokladu o vlivu životního smyslu na zdravotní stav a přežití pacienta, kdy ztráta životního smyslu je jedním z hlavních zdrojů psychické rezignace a neefektivního copingu (Lehotská, 2004).

7. SMYSL ŽIVOTA JAKO PŘEDMĚT VÝZKUMU

Důvodem, proč se výzkum v této oblasti začal rozvíjet opožděně, ačkoli ve filozofii a později také v psychologii mu byl věnován určitý prostor, je patrně to, že je empiricky těžko zachytitelný. Zdá se, že filozofická otázka „Co je smyslem života?“, stojí mimo dosah moderní vědecké metodologie. Významnost tohoto jevu vystoupí do popředí, pokud je tato základní filozofická otázka přeformulována na otázky: „Co způsobuje, že život člověka je smysluplný?“ „Jaké jsou zdroje smyslu v životě?“. V posledních desetiletích vznikají metody založené na různých teoretických základech a každá z nich se pokouší zachytit mnohorozměrný pohled na fenomén smyslu života (Čmáriková, 2003).

Halama (2000, 2007) upozorňuje, že smysl života se stále častěji stává předmětem mnoha teoretických, výzkumných a klinických studií, které zdůrazňují význam smysluplnosti v plnohodnotném a kvalitním životě člověka. Výchozím bodem pro zkoumání smysluplnosti života může být konstatování, že tento fenomén lze zkoumat jako jev, který lidé prožívají a mají s ním své zkušenosti (Reker, 2000).

K rozpoznání toho, nakolik prožívá člověk svůj vlastní život jako smysluplný a do jaké míry je ohrožen existenciální frustrací byly vytvořeny kvantitativní a kvalitativní diagnostické metody. Je možno je využít jako výzkumný nástroj, ale i jako vodítko pro terapii.

7.1 Instrumenty měření smysluplnosti života

Nejobvyklejší metodou zjišťování míry smysluplnosti života je použití dotazníků, strukturovaných rozhovorů a kvalitativní rozbor psaného textu.

Jako první sestavili Crumbaugh a Maholick (1964) pod vlivem Franklových teorií dotazník zaměřený na smysluplnost života a míru existenciální frustrace – **Test životních cílů – Purpose in Life Test (PIL)**. Ten patří k nejstarším kvantitativním testům a kromě problematiky smyslu života zkoumá i otázky životní spokojenosti, strachu ze smrti, svobody, odpovědnosti a užitečnosti. Byl nejčastěji používaným testem smysluplnosti života do poloviny devadesátých let minulého století. Dotazník byl přeložen i do češtiny (Dufková a Kratochvíl, 1967) a užit u nás při zkoumání existenciální frustrace. Přesto, že se tento test používá v oblasti klinického výzkumu, protože je vhodný pro první orientaci v problematice smysluplnosti života a jeho autoři uvádějí přiměřenou reliabilitu i validitu, objevují se i

výsledky, které naznačují jeho diskutabilní psychometrické vlastnosti, zejména problematickou validitu (Křivohlavý, 2006; Halama, 2007). Při skórování PIL vznikly potíže s přiřazováním a interpretací, které si vynutily hledání nového psychometrického přístupu k těžko postižitelným proměnným „naplnění smyslu“, a tak Franklova přímá žačka Elizabeth Lukasová v roce 1986 vytvořila v rámci své disertační práce dotazník zaměřený na zkoumání prožívané smysluplnosti a existenciální frustrace (Lukasová, 1992; Lukasová in Frankl, 1997).

Logo-test E. Lucasové se skládá ze tří částí. Část I zachycuje hodnotové zakotvení respondenta, část II měří existenciální frustraci a v části III zkoumaná osoba reaguje na předložené životní příběhy a také popisuje svůj vlastní příběh ve vztahu k životním cílům, úspěchu a strádání (Lukasová in Frankl, 1997). Tato metodika zachycuje přítomné prožívání smyslu, ale i dlouhodobější zakotvení člověka a zahrnuje i kvalitativní přístup ke zkoumané osobě (část III3). Lukasová přispěla významně k validizaci logoterapie. Logo-test přeložil do češtiny a příručku pro jeho použití zpracoval K. Balcar (1992) a validizoval jej pro naše podmínky (1995a). Dotazník je v současné době u nás používán jak v klinické praxi, tak k výzkumným účelům. Ukazuje se však, že má nižší hodnotu reliability a slabé korelace mezi jednotlivými částmi (Halama, 2000; Křivohlavý, 2006). Logo-test byl jako jednoduchý nástroj vhodný pro náš výzkumný záměr použit pro testování seniorů v našem souboru.

Existenciální škála – Existenz-Skala představuje dotazník, jehož teoretickým východiskem je stejně jako u Logo-testu logoterapeutický obraz člověka. Test měří schopnost zkoumané osoby zacházet se sebou a se světem (tedy schopnost k existenci) tím, že zjišťuje čtyři charakteristiky: sebeodstup, sebezpřesah, svobodu a odpovědnost. Tento diagnostický nástroj vyvinul tým vedený Alfriedem Länglem (1996). Dotazník přeložil do češtiny opět K. Balcar (2001b).

Dalším z často používaných testů je **Test soudržnosti či integrovanosti osobnosti – Sense of Coherence (SOC) A. Antonovského** (1993), který se zaměřil na problematiku faktorů pomáhajících člověku přežít v nejtěžších životních situacích. Jeho položková škála obsahuje tři podškály: smysluplnost (meaningfulness), srozumitelnost (comprehensibility) a zvládnutelnost dění (manageability). Autor považuje za nejdůležitější komponentu právě smysluplnost, o níž říká, že je klíčem k mobilizaci těch obecných zdrojů odolnosti, jež jsou potřebné při konfrontaci s problémy a k adaptaci (Halama, 2007). Antonovsky zjistil, že lidé, kteří mají vysoké hodnoty SOC, se vyznačují mimořádnou odolností vůči stresu, v těžkých situacích se nevzdávají a nepodléhají vnějším tlakům (nezdolnost). Oproti PIL-testu je tato škála obecnější. Zatímco např. Ericsson a Lindström (2005) validitu a reliabilitu dotazníku

potvrzují a v další studii (2007) tito autoři zdůrazňují vliv Antonovského konceptu na zdraví a kvalitu života, jiní (Flensburg-Medden et al., 2005; Endler et al., 2008) celou koncepci kriticky přehodnocují.

Mezi kvantitativními metodami zkoumajícími míru smysluplnosti života nelze opomenout **Profil postojů k životu – Life Attitude Profil (LAP)**, který vytvořili Reker a Peacock (Reker et al., 1987) a později Rekerem revidovaný **Life Attitude Profil – Revise (LAP-R)**. Dále **Dotazník účelu života – Life Purpose Questionnaire (LPQ)** Battisty a Almonda (1973 in Křivohlavý, 2006), **Test noodynamiky K. Popielského**, či **Škálu životnej zmysluplnosti P. Halamy a mnohé další (Halama, 2007)**.

Vedle kvantitativního výzkumu životního smyslu se rozvíjela a stále rozvíjí i jeho kvalitativní forma. Jednou z používaných metod je **psaní esejů o smyslu života**. Ebersole (1998) žádal zkoumané osoby, aby napsaly, co je ústředním smyslem jejich života a uvedly příklad, co tím myslí. Rozborem obsahu esejů byly zjišťovány cíle, o něž lidem jde. Autor rozdělil tyto cíle do několika skupin: vztahy mezi lidmi, služby – pomoc druhým, víra, materiální zisk, osobnostní růst a zrání, zdraví, práce, potěšení a další. Problémem bylo např. to, že dotazovaní se báli sdělit, oč jim v životě jde, nebo že respondenti uváděli své sny, podle nichž však nežijí (Křivohlavý, 2006).

Fry (1998) zaměřil svůj výzkum na adolescenty a vedl s oslovenými osobami dialog v atmosféře vzájemné důvěry. Zjistil, že i mladí lidé si kladou otázky po smyslu života, přičemž ujasnění tohoto tématu je pro ně velmi důležité. Vyvinul **metodu životních příběhů (stories, narratives)**.

Na zjišťování zdrojů smysluplnosti se ve své studii zaměřil Prager. Jeho metoda se nazývá **Metoda zjišťování zdrojů smysluplnosti – Sources of Life Meaning (SLM)**. Na základě šetření, při němž kladl pokusným osobám zcela konkrétní, ale otevřené otázky, zjistil celkem osm hlavních zdrojů smysluplného života:

1. Být respektován druhými lidmi
2. Sounáležitost s rodinou
3. Patřit do určité sociální skupiny
4. Žít podle zvolených hodnot
5. Účastnit se spirituálních, duchovních, kulturních či intelektuálních aktivit
6. Tělesné a duševní zdraví
7. Společenské postavení a úspěch
8. Seberealizace, pocit naplnění života

(Prager, 2000, s. 128)

Jak upozorňuje Křivohlavý (2006), porovnáním s pracemi jiných autorů se ukázalo, že tyto Pragerem zjištěné zdroje smysluplnosti korespondují se závěry, ke kterým došli Rokeach (1973), Reker a Wong (1998) i Emmons (1999).

Další instrumenty uvádějí Frankl (1997) a Reker (2000). Velmi rozsáhle, podrobně a přehledně popisují kvantitativní i kvalitativní metody používané při zkoumání smysluplnosti Halama (2000, 2007), Křivohlavý (2006) a Čmáriková (2003). Podle Halamy v metodologii směřuje vývoj k používání kombinace kvantitativního a kvalitativního přístupu, což se ukazuje jako nejvhodnější způsob ke zkoumání tak složitého fenoménu, jakým je smysl života bezesporu je.

Uvedené metody byly používány a standardizovány ve výzkumech u různých populací. Umožňují určit, zda se zkoumaná osoba nachází v mezích normy, zařadit ji do určité skupiny a porovnat se zbytkem populace. Jejich prostřednictvím lze stanovit rozsah a dynamiku psychické poruchy. Psychometrické vlastnosti zmiňovaných testů jsou však někdy více, jindy méně sporné. Snažíme-li se o objektivní zachycení smyslu v životě člověka, zjišťujeme, že při použití dostupných metod to není dostatečně možné. Tyto limity však neznamenají, že pokusy o kvantitativní nebo kvalitativní analýzu životního smyslu jsou zbytečné. Výzkumy se snaží objasnit, čím se vyznačují lidé, kteří prožívají svůj život jako smysluplný a jaké jsou překážky tohoto prožívání. To kromě nových poznatků pro vědu přináší nové možnosti pro zdokonalení terapie pro ty pacienty, které bezsmyslnost života trápí a je příčinou jejich psychických i somatických obtíží a zhoršené kvality života. Proto výzkum v této oblasti má svůj význam, i když je třeba uvědomovat si omezení spočívající v určité neuchopitelnosti zkoumaného jevu (Čmáriková, 2003).

7.2 Výzkumy zaměřené na zkoumání smyslu v životě

Na základě metod zkonstruovaných k měření smysluplnosti života byla v posledních desetiletích realizována řada výzkumných šetření ve vztahu k různým proměnným jako je věk, pohlaví respondentů, jejich vzdělání či životní situace. Schulenberg (2003) však zdůrazňuje potřebu dalších empirických studií zaměřených nejen na podporu logoterapie, ale i nových koncepcí.

„Podle Frankla normální věková křivka vykazuje zvlášť silný pokles orientace ke smyslu mezi 20 a 30 lety, nejvyšší hodnoty leží mezi 50–60 lety. Je tu otázka, jak tuto věkovou křivku interpretovat... Interpretace, kterou nabízí autorka (Lukasová) spočívá v tom, že ve věkových skupinách mezi 30 a 60 lety dochází ke zvyšování prahu uvědomování

problémů smyslu, které by se dalo vysvětlit „agilností“ těchto let života. V době mládí právě tak jako v důchodu by mohl být práh uvědomění snižován obecným ulehčením od povinností v zaměstnání a rodině“ (Lukasová in Frankl, 1997, s. 199–200). Vztah mezi smyslem života a věkem je však podle výsledků dosavadních výzkumů nejasný. Např. Debats (1998), Baum a Stewart (1990), statisticky významnou souvislost neprokazují, ale dokládají, že ve skupině nejstarších seniorů oproti mladším stoupá úroveň existenciálního vakuua. Murawska (1998 in Halama, 2007) zkoumala míru životní smysluplnosti u dvou skupin seniorů. Lidé starší 75 let měli menší míru smysluplnosti, než skupina mladších seniorů. Reker et al. (1987) zkoumali životní smysluplnost a její protipól – existenciální vakuum u různých věkových skupin. Použili dotazník Profil životních postojů (Life Attitude Profile – LAP). Spolu s adolescenty zjistili nižší skóre životní smysluplnosti u nejstarších respondentů (75+) oproti ostatním věkovým skupinám. U seniorů to autoři vysvětlují ztrátou dosavadních rolí, blízkých osob, kontaktů a omezením životních aktivit. Na ověření rozdílů mezi věkovými skupinami se zaměřil i Halama (2007) a použil vlastní Škálu životnej zmysluplnosti. Podle jeho výsledků dosahuje smysluplnost života ve stáří úroveň jen o něco vyšší než v adolescenci. Shoduje se tedy s Rekerem et al. (1987), kteří považují tato životní období za nejrizikovější z pohledu utváření a udržení si smyslu života. K obdobným výsledkům dospěl i Tavel (2003, in Tavel, 2007), když zkoumal rozdíly ve výsledcích Logo-testu mezi různými věkovými skupinami na souboru 946 osob ze zemí střední Evropy. I jeho výsledky poukazují na nízkou životní smysluplnost v období vyššího věku, přičemž podle jeho šetření jsou nejvíce ohroženi senioři, kteří žijí v rezidenční péči. Smysl života hodnotili u seniorů 65+ žijících v Domově – penziónu pro seniory Logo-testem ve své studii i Farský a kol. (2006). Na souboru 60 respondentů prokázali velmi vysoký celkový skóre Logo-testu ($24,49 \pm 6,66$), tedy nízkou úroveň smyslu života. Celkový skóre smyslu života negativně koreloval se souhrnným skórem kvality života, se somatickými, kognitivními, emočními, sociálními, ekonomickými a osobnostními problémy. I podle jejich výsledků nižší smysl života seniorů souvisí s výraznější závislostí v sebeobsluze a aktivitách denního života. Nebyl zjištěn vztah k věku, ani k délce trvání pobytu v institucionální péči. Jiné studie dokládají, že smysluplnost života s věkem neklesá (Van Ransst a Marcoen, 1997; Soderhamn et al., 2004; Steger et al., 2009). Cílem skandinávské studie, která byla součástí The Umea 85+ study (Nygren et al., 2005), bylo popsat nezdolnost (resilience), smysl pro soudržnost (sence of coherence), smysl života (purpose in life) a sebepřesah (self-transcendence) ve vztahu k prožívanému fyzickému a duševnímu zdraví zkoumaných osob. Studie se zúčastnilo 125 osob starších 85 let a na

jednotlivých škálách byly u seniorů prokázány stejné i lepší skóry, než u mladších věkových skupin (srov. Reker a Fry, 2003).

Franklovo tvrzení, že v životě lze najít smysl nezávisle na příslušnosti k pohlaví člověka, dokládají i některé další studie (Baum a Stewart, 1990; Debats, 1999). Orbach et al. (1987) naopak prokázali vyšší skóry prožívání života jako smysluplného u mužů ve srovnání se ženami. Prager (2000) zjistil, že smysluplnost života je stejně důležitá pro mladé lidi jako pro seniory a neprokázal významné rozdíly mezi muži a ženami. Hlavní rozdíly jsou podle něho v odlišnosti zdrojů smyslu a vliv má kultura a etnicita. V souboru byli zastoupeni respondenti mladí (20–40 let) a staří (60–97 let).

Lukasová ve své stati K validizaci logoterapie (in Frankl, 1997, s. 200) cituje poučku, která zní: „Studenti a lidé s vysokoškolským vzděláním mají průměrně vyšší problémy smyslu než jiné skupiny zaměstnání. Inteligentnější osoby, popř. osoby s vyšší úrovní vzdělání, si lehčeji uvědomují psychické procesy, mají v mnoha oblastech nižší práh uvědomění, a tak jsou také vůči problematice smyslu otevřenější. Mohou tím však být také ohroženější“. Frankl (1997, s. 168) však uvádí, že podle empirických výzkumů jeho žáků „lze smysl v životě najít nezávisle na inteligenčním kvocientu člověka a na jeho stupni vzdělání“.

V Balcarově studii na souboru vysokoškolských studentů (1995c) byla prokázána nezávislost prožívané životní smysluplnosti na základní osobnostní výbavě člověka, ale oproti tomu silný podíl existenciální frustrace na utváření nežádoucích sklonů a postojů, tedy patologických úkazů v životě člověka. I další výzkumy potvrzují, že přítomnost smyslu v životě jednotlivce úzce souvisí s dimenzí psychické pohody (Zika a Chamberlain, 1992) a naopak – tam, kde u člověka nacházíme existenciální vakuum, objevují se i různé patologické symptomy (Gerwood, 1998).

Ebersole (1998) použil u různých věkových populací metodu psaní esejů o smyslu života. Zjistil, že jako nejdůležitější zdroj smyslu byly uváděny vztahy mezi lidmi (v rodině, s přáteli, ale i láska). Zajímavé je, že druhým nejčastěji uváděným zdrojem smyslu života je pomoc druhým, služba. Další v pořadí jsou víra, materiální zisk, osobnostní růst a zrání, zdraví, práce – zaměstnání, které by člověka i bavilo a také potěšení. Ebersole se zaměřil i na rozdíly v preferovaných zdrojích podle věku respondentů. Skupina dospělých jmenovala víru častěji než skupina seniorů starších 75 let, ti preferovali více zdraví a potěšení. 55 % seniorů uvedlo na prvním místě mezilidské vztahy, 22 % zdraví a 19 % potěšení. Výzkum zdrojů smyslu v životě, který probíhal nedávno ve Spolkové republice Německo, prokázal rozdílnost hodnot v životě člověka ve vztahu k jeho věku. Zatímco pro mladé lidi je nejdůležitější

přátelství a později partnerství, ve střední dospělosti práce, pro mladé seniory je to zdraví a altruismus, a ve vlastním stáří respondenti zdůrazňovali spiritualitu (Fegg et al., 2007).

Zkonstruovány byly i nástroje určené pro zachycení smyslu života v průběhu těžké nemoci, např. logoterapeuticky orientovaný Starckův Test smyslu v utrpení (MIST-Meaning in Suffering Test) a další testy, které zjišťují dopady těžkého onemocnění na člověka. U nás však nejsou příliš známé (Halama, 2000). Van Rans a Marcoen (1996, 2000) se v rozsáhlé studii zabývali zvládáním stárnutí a postoji stárnoucích osob ke smrti ve vztahu ke zdrojům smyslu života a hierarchii hodnot respondentů. Podle jejich výsledků osoby s vysokým uvědomováním si smyslu života referovaly o široké škále strategií ke zvládnutí situace. Přesvědčení o tom, že život má smysl i ve vyšším věku, vede k mobilizaci adekvátních „zvládacích“ mechanismů. Závěry studie, kterou provedl Krause (2009) naznačují, že staří lidé se silným pocitem smyslu v životě umírali v průběhu studie méně, než ostatní zúčastnění senioři.

V našem prostředí byl na studentech českých (Balcar, 1995a) a slovenských (Kličovanská a Masničáková, 1998) vysokých škol ověřován Logo-test E. Lukasové. Balcar (1995b) se dále u studentů pražských vysokých škol zabýval vztahem mezi prožívanou smysluplností, osobní pohodou a subjektivně vnímaným zdravotním stavem. Pro měření míry smysluplnosti v životě použil Logo-test, pro zjištění celkové osobní pohody dotazník DEP 36³⁵ sestavený a standardizovaný Koženým (1993). Pro tento výzkum vytvořil Balcar jednoduchou stupnici k posouzení vlastního zdraví – ZDRAP³⁶. Výsledky výzkumu ukázaly, že duševní pohoda (DEP 36) podstatnou měrou souvisí s naplněností potřeby prožívat svůj život jako smysluplný (Logo-test), zatímco mezi posouzením zdraví a mírou prožívané smysluplnosti nebyl nalezen významný vztah.

Hodnocením smyslu života v průběhu psychoterapie osob závislých na návykových látkách se na vzorku 40 osob u nás zabývala Tumpachová (2005). K průzkumu užila Logo-test a další dotazníky. U těchto osob byly v průběhu hospitalizace zjištěny významné změny v prožívání smysluplnosti vlastního života, zlepšilo se jejich kladné zakotvení v oblasti

³⁵ DEP36 - Dotazník emocionálního prožívání J. Koženého (1997)

³⁶ ZDRAP - jednoduchá posuzovací stupnice vlastního celkového zdravotního stavu z objektivního pohledu. Respondenti měli odpovídat nikoli podle toho, "jak se cítí", ale pokud možno "jak na tom doopravdy jsou" z hlediska osobního zdraví; asi tak, jak by jejich zdravotní stav ohodnotil lékař, který by měl možnost je důkladně objektivně vyšetřit. Stupnice byla vytvořena pro tento výzkum; nebyla zveřejněna.

životních hodnot a smyslu. Nepotvrdil se však Franklův předpoklad existenciální frustrace osob závislých na návykových látkách. Výsledky studie, kterou provedla Kavenská (2009) u 62 osob léčených ze závislosti na alkoholu, ukázaly, že míra prožívání smysluplnosti života se u těchto osob před léčbou odlišuje od běžné populace, ale během léčby došlo téměř u dvou pětin pacientů k významnému zlepšení. Pro sběr dat byl použit Logo-test.

Logo-test spolu s dalšími dotazníky použili i Říčan a Janošová (2008), kteří se ve své studii zaměřili na zkoumání vztahu mezi strategií zvládnání hněvu, duchovními hodnotami a smysluplností života u dospívajících. Zjistili, že určitá chudost v oblasti hodnot, prožitků a porozumění vlastnímu životnímu příběhu může souviset s eliminací zábran při pomstychtivém jednání. Prožívání smysluplnosti života u vybraných skupin středoškolské mládeže zkoumala Logo-testem i Cacková (2009).

Na téma smyslu života v seniorském věku se v českém prostředí nedávno ve své práci zaměřila Hrdličková (2009). Na základě analýzy a interpretace písemných textů na souboru 25 respondentů, studentů Univerzity třetího věku FF UK v Praze, zkoumala hledání a naplňování smyslu života ve stáří. Zvolená skupina seniorů představovala velmi specifický vzorek – osoby aktivní, vzdělané, soběstačné, u nichž bylo možno předpokládat, a také se potvrdilo, že se zkoumaný fenomén vyskytuje jako bohatě naplněný.

8. DEPRESE

Důležitost prožívání života jako smysluplného v souvislosti s psychickým zdravím jedince byla opakovaně zmíněna. Vzhledem k tomu, že četné práce naznačují silný vztah mezi ztrátou smyslu života a depresivitou, která může vyústit až v sebevraždu, jsou v této kapitole stručně shrnuty dosavadní poznatky o depresi seniorů.

8.1 Deprese ve stáří

Deprese je definována jako stav patologického afektu s převahou smutné nálady s příznaky psychickými, somatickými a behaviorálními (Topinková, 2005; Češková, 2007).

Deprese patří k nejčastěji se vyskytujícím psychickým onemocněním ve stáří. Negativně ovlivňuje průběh somatických onemocnění (Gourion, 2009), může být příčinou zhoršené soběstačnosti pacienta a jeho časně institucionalizace. Má i další rozsáhlé zdravotní a psychosociální důsledky včetně snížené kvality života pacientů a jejich rodin. Jak upozorňuje Dragomirecká (2007), míra depresivity výrazně ovlivňuje subjektivní hodnocení kvality života.

Za depresi ve vyšším věku (deprese pozdního věku) je dnes považován vznik depresivní poruchy u nemocných starších 65 let. Při vzniku deprese hrají roli genetické, biologické a psychosociální faktory. Genetická predispozice pro depresi se s věkem snižuje. Významnější jsou biologické faktory, z nichž je největší důležitost přičítána nedostatku monoaminů v centrální nervové soustavě. Deprese je spojena se strukturálními a funkčními změnami oblastí mozku, o kterých se domníváme, že jsou součástí neuronálních okruhů zodpovědných za emoce, s endokrinními změnami, změnami imunity a narušením biorytmů (Češková, 2007). Dalším významným faktorem vzniku deprese jsou psychosociální stresory, jejichž zdrojem jsou ve stáří především s věkem nastupující rizikové situace spojené s potřebou adaptovat se na mnoho životních změn (např. odchod do důchodu, smrt partnera a blízkých vrstevníků, odchod dětí, osamělost, nesoběstačnost či nástup do ústavního zařízení).

Djernes (2006) a Holmerová a kol. (2007) uvádějí, že obecnými rizikovými faktory deprese jsou rodinná anamnéza deprese, ženské pohlaví, osamělost, přítomnost chronických onemocnění a nesoběstačnost, přičemž vztah mezi depresí a nesoběstačností je komplexní a vzájemný. I další zahraniční studie upozorňují na závislost výskytu deprese na věku, ženském

pohlaví, osamělosti a psychosociálních stresorech (Lepine et al., 1998; Gostynski et al., 2002; Cole, 2003), zatímco jiné ji neprokazují (Davidson et al., 2005).

Spojení s depresí je u některých somatických onemocnění známé dlouho. Jak uvádějí Pidrman (2007), Češková (2007) a Holmerová a kol. (2007) k nejčastějším somatickým onemocněním spojeným s vyšším výskytem deprese ve stáří patří hypotyreóza (50 %), cévní mozkové příhody (47 %), infarkt myokardu (45 %), Alzheimerova nemoc (20–50 %), malignity, ale také závažné poruchy zraku a sluchu. Kromě chronických onemocnění je důležité zdůraznit i podíl některých běžně užívaných léků na rozvoji deprese u seniorů. Vzestup depresivity u multimorbidních seniorů uvádějí ve svých studiích např. Linden et al. (1998) a Gourion (2009).

Diagnostika depresivního onemocnění je deskriptivní a je dána přítomností jasně definovaných příznaků (kriterií), které trvají alespoň dva týdny. Podle počtu příznaků, které se u nemocného vyskytují a podle toho, jak ovlivňují jeho život, dělíme depresi na mírnou, středně těžkou a těžkou (manifestní).

Základní kriteria pro diagnózu deprese podle Mezinárodní klasifikace nemocí – 10. revize (MKN-10) zahrnují:

1. Depresivní nálada abnormní vzhledem k osobě, trvající minimálně 2 týdny
2. Ztráta zájmu nebo prožitku radosti
3. Snížení energie a zvýšená únavnost

Mezi další příznaky patří:

4. Ztráta sebedůvěry
5. Výčitky
6. Suicidální úvahy event. jednání
7. Nesoustředěnost
8. Útlum, event. agitovanost
9. Poruchy spánku
10. Poruchy chuti k jídlu

(Češková, 2007)

Uvedená kritéria však nejsou specifická pro vyšší věk. Jak uvádějí Holmerová a kol. (2007), i neúplně vyjádřené deprese (tzv. subsyndromální deprese), nespĺňující kriteria pro diagnózu podle MKN-10, mají zásadní dopad na funkční stav a mortalitu seniorů. Klinický obraz u starších osob je častěji nekompletní, vyskytují se modifikované obrazy deprese. U

velké části depresivních seniorů jsou přítomny další typické nespecifické příznaky: iritabilita, somatické potíže (bolesti, dyspepsie, zácpa), pocity bezmoci, prázdnoty života, vyhýbání se sociálním aktivitám, apatie, poruchy paměti (Topinková, 2005). Podle Pidrmána (2005) modifikují obraz deprese ve vyšším věku ještě další psychické faktory: snížení stížností na smutek jako takový, dominující somatické stesky a hypochondrické prožitky, výraznější anxieta.

Geriatrická deprese bývá skrytá, senioři o ní většinou nemluví, nechtějí hovořit o psychických trápeních, často se za ně stydí. Odbornou pomoc psychiatra proto málokdy vyhledají. Častěji navštěvují praktické lékaře s různými stesky, které se mění a jejichž pravá příčina nemusí být zřejmá. Somatické příznaky, které staří pacienti lékaři nabízejí, jsou pouze jakýmsi voláním o pomoc (Holmerová a kol., 2002, 2007). Do popředí tak vystupují psychosomatické souvislosti.

Deprese pozdního věku zůstává diagnózou podceňovanou, často přehlíženou a neléčenou. Linden et al. (1998) uvádějí, že ze zkoumaných depresivních seniorů pouze 6 % bylo léčeno antidepresivy, ale celých 40 % benzodiazepiny. Pidrman (2007) upozorňuje, že nemocný i jeho příbuzní a pečovatelé často považují příznaky deprese za běžný projev stáří. Jde přitom o závažný problém, který může komplikovat léčbu ostatních nemocí seniorů a zároveň vést k jejich suicidálnímu jednání.

8.2 Výskyt deprese u seniorů

Údaje o výskytu deprese u seniorů se u jednotlivých autorů liší. Vyšší výskyt deprese je diagnostikován u starých lidí žijících v zařízeních rezidenční péče. Podle Holmerové a kol. (2007) bývá ve světové literatuře uváděna zpravidla 1–10% prevalence plně vyjádřené deprese u seniorů (srov. Djernes, 2006), přičemž se předpokládá mnohem vyšší prevalence tzv. subsyndromální deprese. Teresi et al. (2001) udávají výskyt velké deprese v domovech pro seniory 14 %, Abrams et al. (1992) uvádějí, že mírná i manifestní depresivita v rezidenčních zařízeních pro seniory je rozšířená, ale rozsah je nejasný. Studie Topinkové a Neuwirtha (1997) prokazuje vysokou prevalenci depresivního syndromu v českých zdravotnických (geriatrická oddělení, LDN) a sociálních zařízeních (DD). Ve zkoumaném souboru 1162 osob bylo 47,7 % depresivních, ve věku nad 75 let to bylo dokonce 69,7 %. Autoři upozorňují na variabilitu v prevalenci deprese, která odráží metodickou nejednotnost publikovaných studií, různorodost škál používaných ke stanovení diagnózy a variabilitu v charakteru zařízení i ve složení respondentů. Přesto, jak dokládají, zveřejněné výsledky

jednoznačně dokumentují vysokou frekvenci psychiatrické morbidity, která přes vysoký výskyt nebývá správně diagnostikována.

Podle nedávného šetření v domovech pro seniory v České republice bylo u institucionalizovaných seniorů zjištěno 15 % osob se silnou depresivitou, mírná deprese byla diagnostikována u 40 % osob (Vaňková a kol., 2006). V dotazníkovém šetření, které bylo zaměřeno na výzkum kvality života ve stáří, byli osloveni senioři z domácího prostředí. Podíl osob starších 60 let se závažnou formou deprese činil 13,8 %, mírná depresivita byla diagnostikována u třetiny osob (34,5 %). Výsledky tohoto šetření upozornily i na významně vyšší výskyt deprese u žen (Dragomirecká, 2007). Výzkum provedený mezi seniory žijícími v ČR ve vlastním prostředí (Kubešová, 2008) prokázal výskyt deprese u více než 18 % probandů. Jak ukázalo dotazníkové šetření mezi seniory, kteří žili doma a pravidelně navštěvovali zájmové kurzy (Šnajdrová, 2009), počet depresivních osob byl mezi aktivními účastníky kurzů nižší, než v celkové seniorské populaci a činil pouze 11 %, z toho jen 3,4 % s manifestní depresí.

Pro diagnostiku deprese lze využít standardizovaný dotazník Škála deprese pro geriatrické pacienty (Geriatric Depression Scale). Nejčastěji se používá verze s 15 otázkami (GDS-15). Dále je uváděna (Filip a kol., 1997) např. Hamiltonova škála deprese (HAM-D) nebo samohodnotící Beckova škála deprese (BDI). Depresivní poruchy ve stáří však nebývají správně rozpoznány ani léčeny. Jedná se přitom o onemocnění, které je, na rozdíl od většiny dalších neuropsychiatrických onemocnění vyššího věku, dobře léčitelné a lze mu do značné míry předcházet. Léčba deprese zlepšuje kognitivní a funkční stav pacienta a kvalitu jeho života a snižuje riziko úmrtnosti (Gourion, 2009).

9. DEPRESE A SMYSL ŽIVOTA

Depresivní lidé často říkají: „Můj život nemá smysl“.

Smysl života hraje velkou roli v udržování pozitivního duševního zdraví. Lidé, kteří mají vyšší míru subjektivně vnímané smysluplnosti svého života, jsou nejen zdravější, ale především psychicky zdravější. A naopak – ti, kteří mají pochybnosti o smyslu svého života a jednání, mají i výrazně vyšší míru deprese (Křivohlavý, 2006). Podle Frankla (1997) lidé, jimž chybí smysl života, kteří nemají pro co by žili a nemají žádné cíle, prožívají nespokojenost, prázdnotu, často až zoufalství a depresi.

Ztráta smyslu v životě znamená neschopnost člověka najít a realizovat hodnoty a zaujmout pozitivní postoj ke konkrétním událostem (Balcar, 2002). Lidé, jejichž prožívaná smysluplnost je sporná, mají zpravidla v životě málo záchytných bodů, jsou se životem nespokojeni a v krajním případě až nešťastní (Lukasová, 1992). Postrádají hlavní motivační sílu v životě a chuť žít. Ztráta smyslu je považována za jeden z hlavních zdrojů psychické rezignace a rizikový faktor sebevraždnosti (Frankl, 1996; Lukasová, 1998; Scannell et al., 2002; Balcar, 2006).

Vztahem smyslu života a depresivity se zabývají mnohé empirické studie (Zika a Chamberlain, 1992; Reker, 1997; Gerwood, 1998; Krause, 2004). Reker (1997) považuje vědomí osobního smyslu za jeden ze způsobů překonávání depresivity ve stáří. Baumgartner a kol. (1998) a Ondrejka a Drímalová (2000) prokázali vztah mezi depresí a existenciální frustrací. Tyto vztahy jsou podle nich reciproční. Pokud u člověka klesá orientace ke smyslu, zhoršuje se jeho všeobecná psychohygienu, stoupá počet frustračních příznaků a narůstá tendence k depresi (in Farský, 2006). Podle výsledků, které uvádí Wong (1998b), koreluje vysoký stupeň životního smyslu negativně s depresí. Autor je toho názoru, že hledání smyslu života může být účinným „antidotem“ depresivity.

Je-li existenciální frustrace ve Franklově pojetí podmíněná chyběním hodnot, představuje neschopnost realizace tvůrčích, zážitkových a postojových hodnot negativní psychosociální faktory, které se účastní i na vzniku deprese.

Zvyšováním smysluplnosti života je možno do značné míry depresi předcházet. Tam, kde je deprese již rozvinuta, je možno ji podporou smysluplného života (realizací hodnot) významně snižovat (Krause, 2004).

Mezi ztrátou smyslu života a depresí tedy existuje silný vztah. Obojí zhoršují průběh somatických chorob a snižují kvalitu života. Lidé, kteří ztratí smysl života, jsou podobně jako silně depresivní osoby ohroženi sebevraždou.

Vztahem úrovně smysluplnosti života a přítomnosti deprese ve stáří se zabývala i výzkumná studie, jejíž výsledky jsou uvedeny v empirické části disertační práce.

EMPIRICKÁ ČÁST

10. METODIKA

Cílem práce byla analýza faktorů ovlivňujících míru smysluplnosti života ve stáří. Na základě shrnutí dosavadních poznatků jsme se zaměřili na následující okruhy:

1) porovnat míru smysluplnosti života osob starších 75 let s mladší seniorskou populací (60–70 let) s přihlédnutím k rozdílům mezi muži a ženami;

2) ověřit vliv demografických, sociálních a funkčních faktorů, u nichž můžeme předpokládat významný vztah k smysluplnosti života ve stáří;

3) ověřit, zda míra smysluplnosti života u osob vyššího věku souvisí s přítomností deprese;

4) nalézt charakteristiky, které souvisí s nízkou mírou smysluplnosti života ve stáří.

Pro výzkumnou činnost byly zformulovány následující hypotézy. Pro pojmy použité v hypotézách platí tato vymezení:

„Smysluplnost života“ je vyjádřena celkovým skórem dotazníku zkoumajícího „prožívanou smysluplnost“ a „existenciální frustraci“ – Logo-testu E. Lukasové.

„Depresivita“ je vyjádřena celkovým skórem pozitivních příznaků měřených dotazníkem GDS-15.

„Vyšší věk“ je označení pro osoby starší 75 let, tedy nacházející se v období vlastního stáří a dlouhověkosti.

10.1 Hypotézy

1a) Prožívaná smysluplnost je ve zkoumaném souboru seniorů významně vyšší u starších seniorů v porovnání s mladšími seniory.

1b) Ve vyšším věku se míra prožívání života jako smysluplného u mužů a žen neliší.

2a) Smysluplnost života je významně nižší u osob s vyšším vzděláním (středoškolské s maturitou a vyšší) v porovnání s osobami se základním a středoškolským vzděláním.

2b) Smysluplnost života nemá významný vztah k původnímu povolání seniorů.

2c) Smysluplnost života ve vyšším věku je významně nižší u osob žijících ve vlastním prostředí osaměle v porovnání s těmi, kdo žijí v manželství/partnerství nebo v širší rodině.

2d) Smysluplnost života ve vyšším věku je významně nižší u osob žijících v rezidenčních zařízeních v porovnání s těmi, kteří žijí ve vlastním prostředí.

2e) Smysluplnost života ve vyšším věku je u institucionalizovaných seniorů významně nižší u osob vyžadujících zvýšenou ošetrovatelskou péči v porovnání s osobami, které zvýšenou ošetrovatelskou péči nepotřebují.

3) Soubor seniorů s nízkou mírou prožívání života jako smysluplného má v porovnání se seniory, kteří prožívají život jako smysluplný, významně vyšší výskyt depresivity.

4) Jako prediktory nízké úrovně smysluplnosti života se uplatní depresivita, osamělost a nesoběstačnost.

10.2 Etapy práce

1. Rešerše současného stavu poznání při řešení dané problematiky (říjen 2006 – leden 2007).

2. Absolvování kurzů zaměřených na logodiagnostiku a logoterapii a úprava Logo-testu pro osoby vyššího věku na základě konzultace dané problematiky s autorem české verze příručky k použití dotazníku K. Balcarem (říjen 2006 – leden 2007).

3. Pilotní testování použitelnosti Logo-testu u seniorů. Osloveni byli posluchači přednášek Univerzity třetího věku v Praze a klienti Domova pro seniory v Praze. Dále jsme se

rozhodli zaměřit výzkum pouze na seniory starší 75 let a v následujícím šetření spolu s úrovní smysluplnosti života (Logo-test) zkoumat i přítomnost deprese u seniorů dotazníkem GDS-15 (únor 2007 – listopad 2007)

4. Vlastní studie (leden 2008 – červen 2008)

5. Statistické zpracování získaných dat

(září 2008 – červen 2009 a listopad 2010 – duben 2011)

Analyzovaný soubor sestává z respondentů dotazovaných ve dvou etapách práce:

1. Pilotní studie: z pilotní studie jsme celkem získali 84 vyhodnocených Logo-testů od seniorů ve věku 75–94 let, z nichž bylo 65 žen a 19 mužů. Do statistického zpracování bylo zařazeno 81 dotazníků.

2. Vlastní studie: ve vlastním šetření, kde respondenti vyplňovali spolu s Logo-testem i Geriatrickou škálu deprese (GDS-15), jsme získali dotazníky od 263 respondentů ve věku 75–98 let, z nichž bylo 176 žen a 87 mužů. Do statistického zpracování bylo zařazeno 252 dotazníků.

Logo-test tedy vyplnilo celkem 347 osob, z nich 263 spolu s Logo-testem vyplnilo i GDS-15. Podrobně jsou tyto údaje rozvedeny v kapitole 11.

10.3 Instrumenty a metody

Vzhledem k charakteru a předpokládané velikosti souboru byla k získání dat zvolena dotazníková metoda, která umožňuje sběr dat od velkého počtu respondentů. S účelem výzkumného šetření i postupem vyplňování dotazníků byli respondenti seznámeni osobně tazatelem buď ve skupině, nebo individuálně. Pro výzkum byly použity tyto instrumenty:

- Logo-test E. Lukasové: dotazník, zkoumající míru životní smysluplnosti, doplněný formulářem sociodemografických údajů
- Geriatrická škála deprese – 15 (GDS-15): dotazník zjišťující výskyt depresivních symptomů / zkrácená verze s 15 položkami

10.3.1 Logo-test

Logo-test sestavila Franklova pokračovatelka E. Lukasová. Dotazník umožňuje posoudit, v jakém stupni a v jakých ohledech zkoumaný člověk prožívá svůj život jako smysluplný. Logo-test není žádná zkouška schopností ani test inteligence, nemá ani zkoumat

povahu respondenta. Jde spíš o to, jak dotazovaná osoba prožívá v současnosti svůj život, do jaké míry se v něm vyskytuje spokojenost a zklamání a jaký postoj k životním událostem zaujímá. Formulář Logo-testu E. Lukasové je uveden v příloze 1. Dotazník má tři části:

Část I je zaměřena na hodnotové zakotvení respondenta. Obsahuje výčet devíti oblastí, u nichž zkoumaná osoba vyznačuje stupeň, v němž danou kategorii prožívá jako zdroj hodnot pro své životní cíle a snahy. Některé otázky v části I (2, 3, 4, 6) byly po odborné konzultaci s autorem českého překladu příručky přeformulovány pro osoby vyššího věku do minulosti. Otázky části I Logo-testu ve znění, jak byly interpretovány respondentům:

1. Příjemný a klidný život bez velkých nesází a s dostatečným hmotným zabezpečením pokládám za velmi dobrou věc.
2. Měl/a jsem a mám své představy o tom, jaký/á bych chtěl/a být a čeho bych chtěl/a dosáhnout a tyto představy jsem se podle možnosti snažil/a a snažím uskutečňovat.
3. Cítil/a a cítím se velmi dobře doma v kruhu rodiny a snažil/a jsem se přispět k vytvoření takového domova i dětem.
4. V povolání, které jsem vykonával/a jsem viděl/a své pravé uplatnění.
5. Mám k jednomu člověku nebo k více lidem závazky či vztahy, jejichž naplňování mi působí radost.
6. Mimo své zaměstnání jsem měl/a a nebo nyní mám ještě nějaký další zájem (třeba odborný nebo oddechový), kterému jsem se věnoval/a nebo věnuji.
7. Některé zážitky (třeba poznávání něčeho nového, prožívání umění, vnímání přírody apod.) mi přinášejí radost a nerad/a bych je postrádal/a.
8. Věřím, že mám v životě nějaký svůj úkol (ať v oblasti mravní, společenské, ve službě pokroku apod.) a snažím se jej plnit.
9. Mám život zkalený nouzí, nemocí nebo jinou vážnou starostí a všemožně usiluji o to, abych tyto těžkosti překonal/a a dosáhl/a zlepšení.

Na uvedené výroky mohou respondenti odpovědět „ano“ (0 bodů), „ne“ (2 body), nebo nechat okénko pro odpověď prázdné (1 bod). Nulové skóry u jednotlivých položek svědčí o bohatém hodnotovém žebříčku respondenta a jsou známkami přijetí vlastního života, vyšší skóry naopak.

Část II obsahuje sedm položek, které se týkají příznaků existenciální frustrace. Zkoumaná osoba se vyjadřuje k míře jejich výskytu ve svém prožívání. Respondenti jsou tázáni, jak často dosud prožívali následující pocity:

1. Bezmocný vztek, že všechno, co jsem dosud vykonal/a, bylo nadarmo.
2. Přání být ještě jednou dítětem a začít život znova od začátku.
3. Poznání, že se snažím před sebou samým nebo před jinými lidmi ukazovat svůj život lepší či plnější, než doopravdy je.
4. Nechuť zatěžovat se hlubším a možná nepříjemným přemýšlením o tom, co činím a co tím způsobuji.
5. Naději, že i když mě třeba potká nezdar nebo neštěstí, tak z toho přesto mohu nakonec učinit prospěšnou věc, když pro to nasadím všechny své síly.
6. Takový neklid, který mě zbavuje rozumného pohledu na věci a trápí mě tak, že ztrácím zájem o to, co se děje.
7. Myšlenku, že bych si jednou před smrtí musel/a říct: „Nestálo za to žít.“

Respondenti mají možnost volit zakřížkováním jedné ze tří variant odpovědí: „velmi často“ (2 body), „občas“ (1 bod) a „nikdy“ (0 bodů). U položky č. 5 je skórování obrácené. Stejně jako v části I se i v části II Logo-testu při neoznačení žádné z uvedených možností počítá se střední možností (1 bod). První dvě části Logo-testu tedy obsahují otázky v „zavřené podobě“.

Část III má, oproti předchozím dvěma, zčásti projektivní povahu. Zkoumaná osoba zde v části III₂ hodnotí předložené životní příběhy (III₁), o nichž se má vyjádřit, zda jsou podle jejího názoru šťastné a smysluplné či nikoli.

a) Jeden muž/žena se nemohl/a ve svém životě věnovat tomu, co si vždy přál/a uskutečnit. Místo toho si však během doby vytvořil/a dobrou příležitost k jiné prospěšné činnosti a plně se jí věnoval/a s takovým zaujetím, že v ní dosáhl/a mnoha úspěchů a velmi dobrých vyhlídek do budoucna. (0 bodů)

b) Jeden muž/žena se ve svém životě stále a plně věnoval/a pouze tomu, co si vytkl/a za svůj životní cíl. Vůbec se mu/jí to nedaří, avšak neustále se snaží svůj záměr uskutečnit, i když se kvůli tomu musel/a mnohého v životě vzdát a nic dobrého tím nedosáhl/a. (2 body)

c) Jeden muž/žena se nemohl/a ve svém životě věnovat tomu, co si vždy přál/a uskutečnit. Učinil/a proto kompromis mezi svými vlastními cíli a okolnostmi, které mu/jí zabránily jich dosáhnout. Povinnosti, které na něj/ni připadly, plní ukázněně, i když bez zvláštní radosti. Mezitím však, když to zrovna je možné, věnuje se svým osobním zájmům. (1 bod)

Nejlepší skóre (0 bodů) dosahují respondenti, kteří se přiklání k životnímu postoji, jenž představuje adaptaci na nastalou situaci (a) – přijetí nezměnitelné skutečnosti, přizpůsobení se a nacházení jiných příležitostí k seberealizaci, radosti a prospěšné činnosti.

V části III₃ jsou testovaní vyzváni, aby popsali svůj vlastní „životní příběh“ tak, že se pokusí vyjádřit, co v životě chtěli, o čem se snažili, co z toho docílili, a nebo by ještě chtěli uskutečnit a jak to všechno dnes pro sebe hodnotí. Text je pak při obsahovém rozboru hodnocen z hlediska respondentova postoje k úspěchu, strádání a míry naplněnosti života smyslem. Smysluplný život přitom testovaný může nacházet ve své minulosti, přítomnosti, nebo budoucnosti. To souvisí s věkem dotazované osoby. Zatímco mladí lidé umísťují smysluplné cíle spíše do budoucnosti, starší spatřují smysl více v ohlédnutí za tím, co prožili či vykonali. Při kvalitativním rozboru textu části III₃ jde o hodnocení výpovědi mezi póly „naplnění smyslu“ a „zoufalství“, které se hodnotí v pěti stupních: 0–4 body, přičemž nejnižší ohodnocení ukazuje, že testovaný prožívá svůj život jako bohatě naplněný smyslem. Pokud dotazovaná osoba díl III₃ nevyplní, přisuzujeme mu neurčené naplnění smyslu, tedy střední hodnotu, která při nedosažitelné informaci představuje nejmenší chybu.

Logo-test neobsahuje žádnou „stupnici lži“. Případné sklony ke zkreslování odpovědí je možno odhadnout tak, že se porovnají odpovědi na otázky v části I (bodové skóre) s bodovým ohodnocením volné výpovědi v části III₃. Případná rozpornost v obsahu výpovědi poukazuje na omezení jejich platnosti a vede k vyřazení dotazníku jako nevěrohodného.

Respondenti jsou na základě celkového skóre vypočítaného sčítáním bodů ze všech tří částí dotazníku zařazeni do jednoho ze čtyř kvartilů. Populační normy pro osoby stejného věkového pásma byly vytvořeny autorkou testu E. Lukasovou. Získaný počet bodů umožňuje posoudit zkoumanou osobu vzhledem k proměnné „prožívaná smysluplnost“. U jednotlivých kvartilů je uvedeno bodové ohodnocení pro seniory podle původních německých populačních norem, kde nejstarší skupinou jsou osoby ve věku 60–70 let (Lukasová in Frankl, 1997, s. 186).

Kvartil Q₁ (0–9 bodů): respondenti s velmi dobrou úrovní prožívané smysluplnosti. Zařazení do tohoto kvartilu znamená, že testovaný patří podle populačních norem k 25 % osob, u nichž je úroveň prožívané smysluplnosti dobrá až nejlepší. Lze předpokládat, že i za nepříznivých životních okolností si takový člověk uchová vnitřní stabilitu.

Kvartil Q₂ + Q₃ (10–14 bodů): respondenti s průměrnou úrovní prožívané životní smysluplnosti. Zařazení do tohoto kvartilu vyjadřuje, že testovaný patří podle populačních norem k 50 % lidí, kteří nemají ani mimořádně dobrou ani mimořádně špatnou úroveň prožívané smysluplnosti a jsou v současném životě dostatečně zakotveni.

Kvartil **Q4** (15 a více bodů): respondenti se zhoršeným naplněním smyslu. Zařazení do tohoto kvartilu ukazuje, že testovaný patří podle populačních norem k 25 % osob, u nichž je prožívaná smysluplnost sporná, či ji vůbec postrádají. Takový respondent má patrně ve svém životě málo smysluplných „záchytných bodů“. Právě v tomto kvartilu má výsledek největší význam pro vyvození diagnostických a terapeutických důsledků. Proto v kvartilu Q4 normy ještě podrobněji rozlišují tři pásma: pásmo Q4 – (D9 + D10) a decily D9 a D10.

Pásmo **Q4 – (D9 + D10)**, (15 bodů): zařazení do této skupiny znamená, že respondent patří k nejméně ohrožené pětině z kvartilu Q4, ale při hodnocení jeho psychické stability je nutná určitá opatrnost.

Rizikový decil **D9** (16–18 bodů): zařazuje testovaného zhruba do středu kvartilu Q4. Takový výsledek ukazuje na pravděpodobnou přítomnost existenciální frustrace, která přispívá ke vzniku neuroz či depresí a ohrožuje tak zdraví respondenta.

Kritický decil **D10** (19–42 bodů) je ukazatelem nejhorší možné úrovně prožívání života jako smysluplného. Znamená, že zkoumaný patří k 10 % osob, které svůj život prožívají sotva jako smysluplný a jsou v něm krajně nespokojení a nešťastní. U těchto respondentů předpokládáme přítomnost deprese a testovanou osobu můžeme považovat za ohroženou suicidálními sklony.

Logo-test lze užít k individuálnímu i hromadnému vyšetření u osob starších 16 let, pokud jsou dotazovaní o svém životě v požadované míře schopni uvažovat a také ochotni odpovídat. Dotazník z německého originálu do češtiny převedl a příručku zpracoval Karel Balcar (1992). Doba potřebná k vyplnění Logo-testu je v průměru půl hodiny. V současné době je u nás Logo-test využíván v klinické praxi především v adiktologii, u starších osob však nebyl v ČR dosud použit v kompletní verzi. Výzkumu, který provedl Tavel v r. 2003, se sice zúčastnili i čeští senioři, ale respondenti nevyplňovali kvalitativní část testu – III3, která byla při zpracování hodnocena střední hodnotou, tj. 2 body (kpt. 10.3.1 byla zpracována podle: Lukasová, 1992; Halama, 2000; Balcar, 2006).

10.3.2 Demografické charakteristiky

Záhlaví Logo-testu obsahuje čtyři položky: jméno, věk, povolání a vzdělání. Pohlaví respondenta je dáno nabídnutou variantou dotazníku pro muže nebo ženy. Jméno jsme nevyplňovali, testování bylo anonymní. Pro účely našeho výzkumu jsme doplnili další položky, které se týkaly základních demografických údajů: rodinná situace (Žije doma sám / v partnerství / v širší rodině) a místo pobytu, které vypovídalo i o míře soběstačnosti

dotazovaného seniora (doma / v rezidenčním zařízení). Zdravotní stav byl ve studii zastoupen právě proměnnou soběstačnosti. Ta byla charakterizována mírou potřeby ošetrovatelské péče, která odpovídala prostředí, v němž byli respondenti osloveni.

10.3.3 Škála deprese pro geriatrické pacienty (Geriatric Depression Scale – 15)

Geriatrická škála deprese je standardizovaný dotazník zkoumající přítomnost depresivních symptomů u seniorů. Nejčastěji se používá verze s 15 otázkami (tab. č.10), Geriatrická škála deprese – 15 (GDS-15), jejíž vyplnění trvá v průměru 3 minuty. V našem šetření a při jeho vyhodnocení jsme použili českou verzi dotazníku (příloha č. 2), kterou uvádí Topinková (1999).

Tabulka č. 10.: Škála deprese pro geriatrické pacienty – Geriatric depression scale

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

Hodnocení: za každou odpověď vytištěnou velkými písmeny se započítá 1 bod

Bez deprese	0–5 bodů
Mírná deprese	6–10 bodů
Manifestní deprese vyžadující podrobné vyšetření a léčbu	> 10 bodů

Zdroj: Topinková, 2005

Podle: Sheik JI, Yesavage JA. Geriatric Depression Scale (GDS): recent evidence and development of a shorter version. *Clin Gerontol*, 1986, 5, p. 165–173; Topinková, E., Neuwirth, J. *Geriatric pro praktického lékaře*. Praha: Grada, 1995

10.4. Pilotní studie

Pilotní šetření sloužilo k ověření použitelnosti Logo-testu u starších osob. Z tohoto důvodu jsme oslovili seniory ze dvou zcela odlišných prostředí.

10.4.1 Dotazníkové šetření u posluchačů Univerzity třetího věku (U3V UK)

V rámci pilotního šetření byli jako první osloveni posluchači Univerzity třetího věku na cyklu přednášek z filosofie na Filosofické fakultě Univerzity Karlovy v Praze (U3V FF UK). V této etapě byl použit pouze Logo-test. Oslovení projeví o stručně představený projekt velký zájem, někteří si dokonce vyžádali zbylé formuláře s odůvodněním, že by rádi na toto téma hovořili i doma se svými blízkými. Také návratnost dotazníků byla vysoká (odhadujeme na více než 90 %), ale přesný údaj není k dispozici. Dotazovaní odmítli podrobnější vysvětlování, otázky tedy byly pro ně dobře srozumitelné. Doba vyplnění nepřesáhla půl hodiny.

Jak dokládají níže uvedené kazuistiky, u mnoha spontánních výpovědí v části III3 se objevuje ono franklovské „a přesto říci životu ano“. Několik dotazovaných to vyjádřilo takto: *„Přesto, že jsem vzhledem k okolnostem nemohl dělat to, co jsem si přál, našel jsem takové uplatnění, v němž jsem byl nakonec vcelku spokojený a prospěšný“*. Mnozí oslovení sdělovali, že v uskutečnění jejich životních plánů jim zabránila válka, materiální poměry a pozdější politický režim. Svým dnes realizovaným studiem si vlastně plní svoje dřívější sny. Ve většině příběhů byla vyjádřena radost z toho, že ještě mohou být užiteční svým blízkým, a že se mohou věnovat svým zájmům. Několik respondentů označilo za svůj současný úkol péči o nemocného partnera či člena širší rodiny. Méně už se zmiňovali o partnerských vztazích, někde jsou zdůrazněny i závažné zdravotní problémy (leukémie, onkologická léčba, opakované operace), které však nevyústily do nesoběstačnosti. Ženy často uváděly jako svoje životní poslání péči o rodinu, i když ne vždy se vše vydařilo (podle anonymních výpovědí).

Toto bylo první šetření Logo-testem ve velké skupině starších lidí, kdy jsme nabídli dotazníky bez věkového omezení, protože na přednáškách univerzit třetího věku participují i lidé v neseniorském věku. Dotazníky celkem vyplnilo 62 osob ve věku od 52 do 84 let. Z důvodu věkového vymezení (osoby mladší 60 let) jsme vyřadili 11 dotazníků. Po vyhodnocení dotazníků jsme dále už zaměřili výzkum pouze na osoby starší 75 let. Tato kritéria splnilo pouze 9 respondentů z oslovené skupiny (3 muži a 6 žen), kteří byli následně zařazeni do výzkumného souboru.

Na přednáškách Univerzity třetího věku 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy v Praze (U3V 1. LF UK) jsme proto zvolili pro výzkum skupinu seniorů – absolventů a o vyplnění logo-testu už požádali pouze posluchače starší 75 let. V letním semestru akademického roku 2006–2007 zde bylo testováno celkem 18 posluchačů (3 muži a 15 žen) ve věku 76–87 let. Jeden dotazník byl při vyhodnocování vyrazen pro nevěrohodnost dat.

Pilotní šetření mezi seniory – posluchači přednášek Univerzity třetího věku prokázalo, že je možné použít Logo-test u osob vyššího věku skupinově a otázky jsou pro respondenty dobře srozumitelné. Tito oslovení senioři však tvořili specifickou skupinu. Podmínkou jejich účasti na přednáškách bylo středoškolské vzdělání zakončené maturitou. Můžeme také předpokládat, že lidé, byť v pokročilém věku, kteří docházejí z vlastní iniciativy na přednášky z filosofie a zdravého životního stylu, budou nejen aktivní, ale i plni zájmů a kromě zhodnocení své minulosti ještě od života něco očekávají. Mají tedy nejen dostatek elánu a chuti něco podnikat, ale jsou i přiměřeně zdraví a soběstační. Také výsledky získané vyhodnocením Logo-testů ukázaly, že stáří nemusí znamenat ztrátu smyslu, a že život může těšit i v pozdním věku. Z celkem 26 seniorů (9 osob U3V FF UK a 17 osob U3V 1. LF UK) ve věku 75–87 let, kteří navštěvovali přednášky Univerzity třetího věku, nebyl podle vyhodnocení Logo-testu žádný ohrožen ztrátou smyslu v životě. Níže jsou uvedeny krátké kazuistiky se základními sociodemografickými údaji, výsledkem Logo-testu a textem tak, jak ho napsali respondenti do části III3 Logo-testu:

K 266:

Žena, 75 let, žije doma s partnerem, navštěvuje U3V 1. LF UK

Vzdělání: SŠ s maturitou; původní povolání: pedagogická pracovnice

Logo-test: Q1

„Chtěla jsem být lékařkou. To se mi nepovedlo. Pracovala jsem s mládeží, mohla se věnovat své rodině. To mě uspokojilo.“

K 285:

Žena; 78 let, žije sama v domácím prostředí, navštěvuje U3V FF UK

Vzdělání: VŠ – PF UK; původní povolání: učitelka

Logo-test: Q1

„Pracovala jsem jako učitelka, dokonce i jako ředitelka školy. Povolání jsem milovala, ale po r. 1968 jsem byla ze školy propuštěna, dvacet let jsem neučila. Ale s mládeží jsem pracovala v ÚSP s mentálně postiženými chlapci. I zde jsem měla dobré pracovní úspěchy.

Vychovala jsem svého jediného syna, manžel se mi zabil při havárii auta, ale smysl života jsem neztratila. Mám ráda přírodu, chodím cvičit do Sokola, každý rok vyjedu někam za hranice. Nenaříkám si, jen mě mrzí, že můj syn i vnuk mají pro mě málo času.“

K 286:

Žena; 78 let, žije sama v domácím prostředí, navštěvuje U3V FF UK

Vzdělání: SŠ s maturitou; původní povolání: vedoucí administrativní pracovnice

Logo-test: Q1

„Měla jsem práci, která mě bavila, a pracovní výsledky byly výborné. Manžel a dvě dcery byli pohodoví a děti vyrůstaly v lásce. Dosáhly vysokoškolského vzdělání. I jejich děti jsou již po promoci, mají své rodiny a žijí všichni šťastně. Nejhorší rána, která mě potkala, byla smrt manžela a starší dcery. Z toho jsem se nemohla vzpamatovat. Nyní ale s velkou radostí hlídám pravnoučata. Jsem ráda, že jsem ještě užitečná.“

10.4.2 Dotazníkové šetření u seniorů v rezidenčním zařízení

Další skupinou, na kterou jsme se zaměřili v rámci pilotního šetření, byli staří lidé ve zcela jiné životní situaci – obyvatelé domova pro seniory (DS).

První šetření jsme zahájili v dubnu 2007 v Domově pro seniory v Praze 10, kde jsme oslovili jednak klienty standardních oddělení, ale i obyvatele oddělení se zvýšenou ošetrovatelskou péčí. Personálem jsme byli upozorněni, že někteří jejich klienti zřejmě účast na výzkumu odmítnou, neboť v Domově je postupně realizováno více projektů a někteří senioři je vnímají jako zátěž. Do Domova také tehdy docházeli na praxi studenti oboru sociální práce a budoucí fyzioterapeuti i řada dobrovolníků s pestrou nabídkou různých aktivit. Obyvatelé, pokud jim to jejich zdravotní stav dovolí, mají možnost navštěvovat každý den výtvarné dílny, zájmové kroužky, přednášky, besedy, tréninky paměti, pobývat na rozlehlé zahradě a vycházet mimo areál Domova. Toto se potvrdilo při navazování prvního kontaktu a prosbě o spolupráci na výzkumu u některých z klientů standardního oddělení DS, tedy u osob, které jsou ještě pohyblivé, mohou vycházet ven a také realizovat různé zájmy. Jednoznačně, někdy i po první úvodní větě, reagovali slovy „ne“, „nechci“, „mám svoje knížky a křížovky“, „nechci vzpomínat na minulost“. Tedy stroze, úsečně, jako by se báli přemlouvání. Žádného seniora jsme neoslovovali opakovaně, respektovali jsme jejich rozhodnutí. K těm, kteří se nakonec výzkumu nezúčastnili, patřili i klienti, kteří sice při prvním kontaktu spontánně souhlasili s testováním, ale v době, na kterou byl smluven rozhovor, odmítli s tím, že „mi není dobře“, „jsem unavená“, „už jsem toho vypisovala moc“. Vyplnil se předpoklad, že pokud odmítne jeden obyvatel dvoulůžkového pokoje, zpravidla se nezúčastní ani jeho spolubydlíci. Jiní oslovení byli naopak nasmírně milí, vstřícní, dokonce okamžitě sami od sebe zanechávali plánované činnosti (práce na zahradce, sledování televize, poslechu rozhlasu, četby, luštění křížovek).

Neosvědčilo se hromadné šetření. Dvakrát byla sestavena skupinka po pěti seniorech, kteří, podle vyjádření zdravotních sester, by byli schopni takto pracovat. Překážkou plynulého vyplňování bylo odlišné psychomotorické tempo jednotlivých zúčastněných, kdy někteří bez problémů chápali přečtené otázky, jiní se neustále dotazovali, někteří pomaleji psali, další hůře slyšeli. Tím se vzájemně vyrušovali, nezdědka začali mezi sebou diskutovat. Dospěli jsme k závěru, že v tomto prostředí je lepší nabídnout dotazník k individuálnímu vyplnění. Klienti Domova pro seniory v naprosté většině upřednostnili formu řízeného rozhovoru – chtěli si popovídat. Pouze několik jednotlivců požádalo o možnost vyplnit dotazník bez asistence a oznámili, že ho odevzdají další den. Senioři často začali už v úvodu rozhovoru postupně vyprávět svůj životní příběh, který jsme pak pro poslední část dotazníku společně shrnuli. Jiní pouze stručně zodpověděli zformulované otázky, nerozhovořili se a na svůj život podrobněji vzpomínat nechtěli. To bylo samozřejmě respektováno, neboť i Logo-test s nevyplněnou kvalitativní částí III₃ má svou výpovědní platnost a je hodnotitelný. V této podskupině už bylo potřeba některé otázky vysvětlit nebo rozdělit do dvou částí, aby je testovaní lépe pochopili, či je spolu s nimi znovu zformulovat pro minulost. Nejčastěji měli dotazovaní problémy s pochopením části III_{1,2} – jednoduše popsanych životních příběhů, kdy má respondent podle svého názoru jeden z nich označit jako nejšťastnější a jiný jako nejvíce naplněný utrpením. S každým jednotlivcem byl rozhovor veden v soukromí, nejobtížnější komunikace byla s pacienty s poruchou sluchu. Vyplnění dotazníku formou řízeného rozhovoru trvalo zpravidla déle, 30–60 minut. Důvod byl zřejmý – touha starých lidí po lidském kontaktu.

I když byl jejich prožitý život podle vyprávění leckdy naplněn strádáním i tragickými událostmi, zaujímali většinou spontánně postoj „*ale byl to můj život a беру ho tak, jak byl, s dobrým i zlým*“. V průběhu tohoto šetření byly pouze dvě dotazované ženy při rozhovoru rozrušeny a zdůrazňovaly to, že je již nic dobrého nečeká: „*nic se mi nepovedlo, i manželství byl omyl*“, „*nakonec jsem ráda, že už je mi tolik, chtěla bych se dočkat smrti v klidu*“. Společně jsme pak hovořily déle, hledaly to dobré, co v životě prožily, a samozřejmě konzultovali s ošetřujícím personálem. Ráda bych zde vzpomněla i tři pacientky s těžkými poruchami hybnosti po cévní mozkové příhodě, které sdílely společný pokoj na oddělení se zvýšenou ošetrovatelskou péčí. Bez pomoci druhé osoby nemohly opustit lůžko, ani vykonat základní hygienu. Tyto tři ženy byly velmi vstřícné, milé a nabízenou možnost zajistit jim postupně pro rozhovor soukromí odmítly svorně s tím, že: „*víme o sobě všechno, nemáme co skrývat, nevdí nám, když hovoříme o soukromých věcech před sebou*“. Stejně tak jejich postoje k tomu, jak život prožily a co je potkalo, byly velmi statečné: „*je třeba zvládat, co*

život přináší“. Níže je zachycena zajímavá úvaha jiné ženy, která žila na ošetrovatelském oddělení tohoto rezidenčního zařízení.

K 345:

Žena; 85 let, žije na ošetrovatelském odd. DS

Vzdělání: SŠ bez maturity; původní povolání: úřednice

Logo-test: Q1

GDS-15: nevyplnila

„Mám tři děti, máme hezký vztah i s vnoučaty, profesi jsem vykonávala ráda, nemoci jsem zvládala statečně i s pomocí blízkých. Člověk se stále vyvíjí, kdybych dřív věděla to, co teď... Postižení vede někdy k bohatšímu životu.“

Celkem bylo v tomto Domově pro seniory osloveno 73 osob starších 75 let. Na standardním oddělení to bylo 50 osob, z nichž však 16 z výše uvedených důvodů účast na výzkumu odmítlo. Dotazníky zde tedy vyplnilo 34 respondentů (25 žen a 9 mužů) ve věku 75–94 let. Úplně jiná situace byla na oddělení se zvýšenou péčí, kde neodmítl ani jeden z oslovených seniorů, kteří byli multimorbidní a nesoběstační. Zde jsme vyplnili Logo-test s 23 klienty ve věku 75–94 let, z nichž bylo 20 žen. V tomto rezidenčním zařízení jsme v rámci pilotního šetření získali celkem 57 vyplněných dotazníků. Dva z nich byly v konečném zpracování vyřazeny pro nespolehlivost.

Součástí pilotní studie byla i návštěva tehdy nejstarší ženy v České republice, 108 leté paní M. K., která v té době žila poblíž svého bydliště v Domově pro seniory. Vyprávěla živě, vřele, při rozhovoru vítala fyzický kontakt – držela mne za ruku. Reagovala na jednoduché dotazy, ale vyšetření Logo-testem nebylo možné provést. Seniorka hůře slyšela, po chvíli rozhovoru byla unavená, pospávala, i když za krátkou dobu opět čilá a procházela se po pokoji v chodítku. Za nosný v životním příběhu této ženy považuji její postoj přijímat život takový, jaký byl a je – s všedními událostmi, radostmi i starostmi, a obtížemi, které jej provázely. Charakteristická pro ni byla zakotvenost v přítomnosti a nepřetržitá celoživotní aktivita.

10.4.3 Význam pilotní studie

V pilotním šetření jsme na zcela odlišných skupinách seniorů získali zkušenosti s podáním Logo-testu u starších osob. Ověřili jsme, že Logo-test lze použít pro osoby starší 75 let, podle jejich schopností skupinově nebo individuálně formou řízeného rozhovoru. Dotazník se osvědčil při navazování hlubšího kontaktu se seniory a posléze ke zhodnocení míry prožívané smysluplnosti v souvislostech celého jejich života. Při vedení rozhovoru

se seniory v těžkých životních situacích se ukázaly jako velmi dobře využitelné některé jednoduché logoterapeutické techniky.

V pilotní studii jsme získali celkem 84 vyplněných Logo-testů (27 z U3V UK a 57 z DS) od osob starších 75 let, z nich 81 bylo zařazeno do výzkumného souboru.

Jak bylo zdůrazněno v teoretické části, senioři vyššího věku se nacházejí častěji ve změněné životní situaci (prožíváním života v rezidenčním zařízení, nesoběstačností, těžkou nemocí či opakovanou a dlouhodobou hospitalizací). Předpokládáme proto, že bude v konečném hodnocení užitečnější porovnávat výsledky jednotlivých skupin mezi sebou, než s populačními normami. I z tohoto důvodu jsme se ve vlastní studii rozhodli spolu s Logo-testem, který zkoumá míru smysluplnosti života, zařadit i dotazník GDS-15, jehož vyhodnocením získáme informace o výskytu deprese u zúčastněných.

10.5 Analýza dat

Sběr dat byl proveden autorkou práce a sedmi zaškolenými tazatelkami – studentkami Husitské teologické fakulty Univerzity Karlovy v Praze. Všechny získané dotazníky byly vyhodnoceny podle výše uvedených kritérií autorkou práce.

Data empirického šetření byla uspořádána do tabulek. Pro kategoriální proměnné byly prezentovány četnosti, pro číselné proměnné základní deskriptivní statistiky. U kategoriálních proměnných byla významnost rozdílů pro zvolené podsoubory stanovena testem chí-kvadrát; s hladinou významnosti $\alpha = 0,05$. Při statistickém zpracování byla pole tabulek s nízkými četnostmi sloučena. U vyhodnocení Logo-testu má stejné skórování volba „nevím“ a „neuvedli“, pro výpočet hodnoty χ^2 byly tedy sloučeny. U číselných proměnných (celkový skór Logo-testu a GDS skór) byla významnost rozdílů pro zvolené podsoubory stanovena analýzou rozptylu One-Way ANOVA. Pro určení rozdílů mezi průměry více souborů byla zvolena Bonferroniho korekce významnosti.

Prediktory smysluplnosti života byly určeny regresní analýzou. Jako závislá proměnná byl zařazen celkový skór Logo-testu (míra smysluplnosti) jako nezávislé proměnné jsme zařadili GDS skór (míra depresivity – numericky proměnná), pohlaví (0 = žena, 1 = muž), věk (0 = 85+, 1 = do 84), vzdělání (0 = nižší, 1 = vyšší), profese (1 = odborná, 0 = ostatní), bydliště (0 = ústav, 1 = ostatní), osamělost (0 = žije sám, 1 = ostatní možnosti).

K analýze dat byla použita počítačová aplikace PASW 18.0.

11. PŘEHLED VÝSLEDKŮ

Kritéria pro zařazení do studie: věk 75+, ochota k účasti, schopnost pochopit instrukce výzkumné metody.

Vylučující kritéria (u institucionalizovaných seniorů je sdělil ošetřující personál): těžká porucha sluchu, porucha komunikace, demence.

11.1 Charakteristiky výzkumného souboru

Šetření bylo anonymní, souhlas s ním vyslovila všechna zařízení, která jsme o účast na výzkumu požádali. Výběr institucí a posléze jednotlivců byl realizován kombinací záměrného a náhodného výběru tak, abychom získali informace od dotázaných z běžných typů rezidenčních zařízení a domácností. Šetření proběhlo v Praze, Hradci Králové, Lounech, Libčicích, Rajhradě, Kyjově a Vracově. Seniory jsme oslovili v rámci 19 různých zařízení, kde žili (institucionalizovaní) nebo kam docházeli z vlastního prostředí:

➤ Aktivní senioři:

Univerzita třetího věku Filosofické fakulty Univerzity Karlovy v Praze

Univerzita třetího věku 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy v Praze

Domov Sue Ryder Praha 4 – zájmové kroužky

Život 90 o. s., Dům Portus Praha 1 – zájmové kroužky

Klub seniorů Praha 4

Klub seniorů Libčice

➤ Senioři oslovení v ordinacích praktických lékařů:

Ordinace praktického lékaře Praha 7

Ordinace praktického lékaře Vracov

➤ Senioři oslovení v bytech v domech s pečovatelskou službou (DsPS):

Dům s pečovatelskou službou Praha 4

Dům s pečovatelskou službou Praha 8

Dům s pečovatelskou službou Praha 9

➤ Domovy pro seniory (DS):

Domov pro seniory Praha 10 – Zahradní Město

Domov pro seniory Praha 8 – Bohnice

Domov pro seniory Hradec Králové

Domov pro seniory v Lounech

Domov pro seniory Rajhrad

Centrum služeb pro seniory Kyjov

➤ Zařízení následné péče:

Léčebna dlouhodobě nemocných Praha 4 – Krč (LDN)

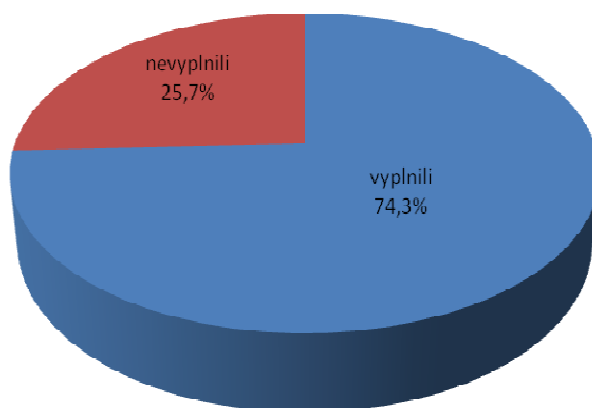
Oddělení lůžek následné péče nemocnice Louny (NNP)

Respondenti z domácího prostředí byli osloveni na přednáškách Univerzity třetího věku Univerzity Karlovy, v klubech pro seniory, v zájmových kroužcích, v ordinacích praktických lékařů a v bytech domů s pečovatelskou službou. Ty představují samostatné bydlení se zajištěnými sociálními službami podle potřeb klientů – tedy obdobně jako v domácnosti, bez celodenní péče a nočního dohledu. Respondenti z DsPS byli zpravidla požádáni o účast na výzkumu ve společenských prostorách těchto domů, testování probíhalo i v bytech. V tomto vzorku byli zastoupeni lidé žijící sami, v manželských, ale i partnerských svazcích a v širších rodinách.

Při podrobném zkoumání skupiny seniorů z rezidenčních zařízení podle míry jejich závislosti na ošetrovatelské péči jsme ještě rozčlenili tyto osoby na obyvatele standardních (běžných) oddělení domovů pro seniory a na ty, kteří žili v těchto domovech na ošetrovatelských odděleních se zvýšenou péčí, nebo byli hospitalizováni v léčebně dlouhodobě nemocných a v nemocnici následné péče.

Respondenti žijící ve vlastním prostředí vyplňovali dotazníky bez asistence, obyvatelé rezidenčních zařízení v naprosté většině formou řízeného rozhovoru.

Celkem bylo ve věkové kategorii 75+ dotázáno 467 seniorů. Logo-test vyplnilo 347 osob, tj. tři čtvrtiny oslovených (74,3%). návratnost dotazníků je znázorněna na obrázku č. 3.



Obrázek č. 3: Návratnost dotazníků

Zajímavé je zjištění, že největší zájem o vyplňování dotazníků (zde formou řízeného rozhovoru) měli nesoběstační staří lidé na ošetrovatelských lůžkách DS a hospitalizovaní v LDN a NNP, kde odmítlo pouze 5 osob, tj. 5,5 % oslovených. Na poměrně vysokou návratnost dotazníků u institucionalizovaných seniorů měla pozitivní vliv osobní účast tazatele. Důležitý byl i postoj spolubydlícího. Naopak mnohem menší zájem o účast na výzkumu měli senioři z domácího prostředí, kde odmítla celá třetina oslovených (33,3 %).

Pro nekvalitní data bylo vyloučeno 11 Logo-testů. Dále byly vyřazeny tři dotazníky GDS-15 pro neúplnost (chybělo více než 20 % údajů, tj. 4 a více položek). Z celkového počtu 347 vyplněných dotazníků tak bylo při kontrole dat vyřazeno celkem 14 dotazníků.

Tabulka č. 11: Výsledný soubor ke zpracování

Varianta znaku	abs.	%
Logo-test + GDS-15	252	75,7
Logo-test	81	24,3
Celkem Logo-test	333	100,0

Vzhledem k tomu, že výzkumný projekt byl zaměřen na smysluplnost života ve stáří, zařadili jsme do konečného statistického zpracování všechny respondenty s vyhodnoceným Logo-testem, tj. 333 osob (tab. 11). Redukovaný soubor (bez 81 osob, které se zúčastnily pilotního šetření), u něhož byla zároveň s Logo-testem hodnocena i GDS-15, tvořilo 252 seniorů. S redukovaným souborem (N=252) pracujeme tehdy, když hledáme vztahy mezi

znaky obou testů. U vztahů, kdy jsou oba znaky součástí Logo-testu, pracujeme s neredukovaným souborem (N = 333).

11.2 Výsledky měření úrovně smysluplnosti života

11.2.1 Soubor (N=333)

Soubor seniorů, kteří vyplnili Logo-test, tvořilo 333 osob, jejichž průměrný věk činil 82,1 let (v rozmezí 75–99 let). Od věku 75 let jsme použili věkové intervaly stejného rozpětí (po pěti letech) s konečnou hodnotou 90 a více let (neuzavřený interval). Pro další statistické zpracování jsme ještě rozdělili respondenty podle věku na dvě skupiny: do 84 let a starší 85 let. Téměř třetina (30,6 %) dotazovaných byla starší 85 let a v celém souboru byla necelá desetina dlouhověkých osob. Ženy (69,4 %) výrazně převažovaly nad muži, což odpovídá i jejich zastoupení v seniorské populaci.

Podle stupně vzdělání jsme rozdělili seniory do skupin se základním vzděláním, středoškolským vzděláním bez maturity, středoškolským s maturitou a s vysokoškolským vzděláním. Nejpočetnější skupinou byli respondenti se středoškolským vzděláním s maturitou (42,0 %). Zhruba každý desátý dotázaný měl vysokoškolské vzdělání. Nejčastěji respondenti původně působili v odborných povoláních – jako techničtí, zdravotničtí a pedagogičtí pracovníci (24,6 %) a v dělnických profesích (24,3 %). Pro třídění jsme použili statistiku ČSÚ (2008).

Staří lidé se lišili i prostředím, v němž žili, a které vypovídalo o míře potřeby ošetrovatelské péče. Podle místa současného pobytu seniorů jsme vytvořili šest skupin, což nám umožnilo získat základní přehled a vytvořit si obraz i o jejich soběstačnosti či závislosti:

1. Žije ve vlastním prostředí sám/sama (doma-sám)
2. Žije ve vlastním prostředí v manželství/partnerství (doma v manželství, partnerství)
3. Žije ve vlastním prostředí v širší rodině (doma v širší rodině)
4. Žije v domě s pečovatelskou službou (v DsPS)
5. Žije v domově pro seniory na standardním oddělení (DS)
6. Žije v domově pro seniory na oddělení se zvýšenou ošetrovatelskou péčí, v léčebně pro dlouhodobě nemocné nebo v nemocnici následné péče (ošetř.odd. DS, LDN, NNP)

Tabulka č. 12: Místo současného pobytu dotázaných podle věku

Varianta znaku	75–79 let		80–84 let		85–89 let		90+ let		Celý soubor	
	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%
Doma sám	28	22,6	18	18,2	6	8,3	0	0	52	16,0
Doma s partnerem	10	8,1	5	5,1	3	4,2	0	0	18	5,5
Doma v širší rodině	10	8,1	5	5,1	0	0	0	0	15	4,6
v DsPS	30	24,2	22	22,2	7	9,7	1	3,3	60	18,5
v DS	25	20,2	29	29,3	30	41,7	20	66,7	104	32,0
v LDN, NNP, na ošetř. odd. DS	21	16,9	20	20,2	26	36,1	9	30,0	76	23,4
Celý soubor	124	100,0	99	100,0	72	100,0	30	100,0	325	100,0

V domácím prostředí bydlely spíše mladší věkové skupiny seniorů. S přibývajícím věkem ubývá sil, což se projevuje ve stoupajícím počtu dotázaných, kteří žili v rezidenčních zařízeních. Bližší údaje o místě současného pobytu respondentů ukazuje tabulka č. 12, z níž je patrné že téměř všechny dlouhověkové osoby, které se zúčastnily našeho šetření, žily v institucionální péči. Tito respondenti starší 90let většinou uváděli, že důvodem jejich pobytu je kromě toho, že už jim ubývá sil a jsou nemocní, také nedostupnost péče ze strany blízkých z důvodu velké vzdálenosti bydliště, anebo závažné onemocnění jejich „dětí“ – seniorů, či dokonce jejich smrt. Toto ukazuje na úskalí fenoménu dvojitého stárnutí, kdy vážně onemocní nebo dokonce umírá potenciální pečovatel – „dítě“, tedy mladší z dvojice příbuzných seniorů.

V zařízeních sociální nebo zdravotní péče žilo celkem 54,1% seniorů, ostatní bydleli v domácím prostředí. Necelá třetina (31,2 %) ze všech dotázaných žila v domovech pro seniory na standardních odděleních. Tito staří lidé byli mobilní a soběstační v základních sebeobslužných úkonech. Z důvodu geriatrického syndromu imobility bylo 22,8 % ze všech zkoumaných seniorů upoutáno na lůžko, a proto byli hospitalizováni v léčebně dlouhodobě nemocných, v nemocnici následné péče, nebo žili na ošetrovatelských odděleních domovů pro seniory. Zdravotní stav byl ve studii zastoupen právě proměnnou soběstačnosti, vyjádřenou mírou potřeby ošetrovatelské péče ve vztahu k prostředí, v němž senioři žili. Základní demografické charakteristiky neredukovaného souboru jsou shrnuty v tabulce č. 13.

Tabulka č. 1: Demografické charakteristiky souboru (N=333)

Demografické charakteristiky		Počet	Podíl %
Věková skupina	75 – 79 let	128	38,4
	80 – 84 let	102	30,6
	85 – 89 let	72	21,6
	90 a více let	30	9,0
	nevedli	1	0,3
2 věkové skupiny	do 84 let	230	69,1
	85+	102	30,6
	nevedli	1	0,3
Pohlaví	muži	102	30,6
	ženy	231	69,4
Vzdělání	ZŠ, vyučen	100	30,0
	SŠ bez maturity	40	12,0
	SŠ s maturitou	140	42,0
	VŠ	35	10,5
	nevedli	18	5,4
Původní povolání	vědečtí a odborní pracovníci	3	0,9
	techničtí, zdravotničtí a pedagogičtí pracovníci	82	24,6
	administrativní pracovníci	68	20,4
	pracovníci ve službách a obchodě	36	10,8
	dělníci, řemeslníci, drobné výrobci a opraváři	81	24,3
	příslušníci armády a státních služeb	10	3,0
	jiná povolání	20	6,0
	nevedli	33	9,9
Prostředí, kde žijí	ve vlastním prostředí	146	43,8
	v institucionální péči	180	54,1
	nevedli	7	2,1
Místo pobytu	doma – sám	52	15,6
	doma – v manželství, partnerství	18	5,4
	doma – v širší rodině	16	4,8
	v domě s pečovatelskou službou	60	18,0
	v domově pro seniory	104	31,2
	v LDN, NNP a na ošetřovatelských odd. DS	76	22,8
	nevedli	7	2,1

Po vyhodnocení dotazníků jsme provedli analýzu odpovědí na jednotlivé otázky Logo-testu.

11.2.2 Reakce respondentů na otázky Logo-testu – část I

V první části Logo-testu vyjádřili respondenti svá stanoviska k jednotlivým výroky tak, jak je uvedeno v tabulkách č. 14–22. Měli možnost odpovědět „ano“, „ne“ nebo nechat políčko prázdné.

Tabulka č. 14 – LI/1: „Příjemný a klidný život bez velkých nesnází a s dostatečným hmotným zabezpečením pokládám za velmi dobrou věc“

Varianta znaku	abs.	%
Ano	303	91,0
Ne	25	7,5
Neuvedli	5	1,5
Celý soubor	333	100,0

Tabulka č. 15 – LI/2: „Měl/a jsem a mám své představy o tom, jaký/á bych chtěl/a být a čeho bych chtěl/a dosáhnout a tyto představy jsem se podle možnosti snažil/a uskutečňovat“

Varianta znaku	abs.	%
Ano	239	71,8
Ne	71	21,3
Neuvedli	23	6,9
Celý soubor	333	100,0

Tabulka č. 16 – LI/3: „Cítíl/a a cítím se velmi dobře doma v kruhu rodiny a snažil/a jsem se přispět k vytvoření takového domova i dětem“

Varianta znaku	abs	%
Ano	280	84,1
Ne	22	6,6
Neuvedli	31	9,3
Celý soubor	333	100,0

Tabulka č. 17 – LI/4: „V povolání, které jsem vykonával/a, jsem viděl/a své pravé uplatnění“

Varianta znaku	abs.	%
Ano	230	69,1
Ne	49	14,7
Neuvedli	54	16,2
Celý soubor	333	100,0

Tabulka č. 18 – LI/5: „Mám k jednomu člověku nebo k více lidem závazky či vztahy, jejichž naplňování mi působí radost“

Varianta znaku	abs.	%
Ano	277	83,2
Ne	42	12,6
Neuvedli	14	4,2
Celý soubor	333	100,0

Tabulka č. 19 – LI/6: „Mimo své zaměstnání jsem měl/a a nebo nyní mám ještě nějaký další zájem (třeba odborný nebo oddechový), kterému jsem se věnoval/a nebo věnuji“

Varianta znaku	abs.	%
Ano	259	77,8
Ne	55	16,5
Neuvedli	19	5,7
Celý soubor	333	100,0

Tabulka č. 20 – LI/7: „Některé zážitky (třeba poznávání něčeho nového, prožívání umění, vnímání přírody apod.) mi přinášejí radost a nerad/a bych je postrádal/a“

Varianta znaku	abs.	%
Ano	300	90,1
Ne	24	7,2
Neuvedli	9	2,7
Celý soubor	333	100,0

Tabulka č. 21 – LI/8: „Věřím, že mám v životě nějaký svůj úkol a snažím se jej plnit“

Varianta znaku	abs.	%
Ano	243	73,0
Ne	52	15,6
Neuvedli	38	11,4
Celý soubor	333	100,0

Tabulka č. 22 – LI/9: „Mám život zkalený nouzí, nemocí nebo jinou vážnou starostí a všemožně usiluji o to, abych tyto těžkosti překonal/a a dosáhl/a zlepšení“

Varianta znaku	abs.	%
Ano	155	46,5
Ne	143	42,9
Neuvedli	35	10,5
Celý soubor	333	100,0

Interpretace:

Část I Logo-testu zkoumá hodnotové zakotvení respondentů. Z uvedených výsledků je patrné, že většina oslovených seniorů (91 %) považuje za důležitý klid, pohodu a dobré hmotné zabezpečení. Více než dvě třetiny dotázaných (69,1 %) uvádějí, že v původním povolání našli své pravé uplatnění, obdobný počet respondentů se snažil a snaží uskutečňovat

v životě své představy (71,8 %). Odpovědi na tyto výroky vyjadřují situaci, kdy někteří testovaní senioři nemohli z různých důvodů – ekonomických, politických, ale i zdravotních, vykonávat profesi, kterou chtěli, a žít podle svých představ. Sami komentovali často otázky slovy „*bral/a jsem život takový, jaký byl*“, „*nemohl/a jsem si příliš vybírat*“, která svědčí i o určité skromnosti a pokoře této generace. Volnočasovým aktivitám a koníčkům se ve svém životě věnovalo nebo dosud věnuje 77,8 % dotázaných. To ukazuje na význam možnosti realizovat zvláště ve stáří tvůrčí hodnoty nejen prací, ale i formou zájmové činnosti. Fungující rodinu považuje ve svém životě za velmi důležitou hodnotu 84,1 % testovaných seniorů, podobně jsou ve stáří významné dobré mezilidské vztahy (83,2 %). U 90,1% dotázaných jsou pro jejich život obohacující zajímavé zážitky, které můžeme stejně jako vztahy k lidem označit jako prožitkové hodnoty. Většina respondentů (73,0 %) si uvědomuje odpovědnost za svůj život a snaží se i ve vyšším věku plnit úkoly, které před ně život staví. Můžeme říci, že se tímto postojem snaží odpovídat na otázku „co ode mě život ještě očekává?“.

11.2.3 Reakce respondentů na otázky Logo-testu – část II

Část II Logo-testu vyhodnocuje přítomnost existenciální frustrace v životě testovaných osob. Respondenti měli možnost odpovědět, jak často dosud prožívali následující pocity zakřížkováním jedné ze tří variant: „velmi často“, „občas“ a „nikdy“. Výsledky jsou následující (tab. 23–29):

Tabulka č. 23 – LII/1: Bezmocný vztek, že všechno, co jsem dosud vykonal/a, bylo nadarmo

Varianta znaku	abs.	%
Velmi často	20	6,0
Občas nebo neodpověděl	105	31,5
Nikdy	208	62,5
Celý soubor	333	100,0

Tabulka č. 24 – LII/2: Přání být ještě jednou dítětem a začít život znova od začátku

Varianta znaku	abs.	%
Velmi často	33	9,9
Občas nebo neodpověděl	85	25,5
Nikdy	215	64,6
Celý soubor	333	100,0

Tabulka č. 25 – LII/3: Poznání, že se snažím před sebou samým nebo před jinými lidmi ukazovat svůj život lepší či plnější, než doopravdy je

Varianta znaku	abs.	%
Velmi často	16	4,8
Občas nebo neodpověděl	93	27,9
Nikdy	224	67,3
Celý soubor	333	100,0

Tabulka č. 26 – LII/4: Nechuť zatěžovat se hlubším a možná nepříjemným přemýšlením o tom, co činím a co tím způsobuji

Varianta znaku	abs.	%
Velmi často	28	8,4
Občas nebo neodpověděl	117	35,1
Nikdy	188	56,5
Celý soubor	333	100,0

Tabulka č. 27 – LII/5: Naději, že i když mě třeba potká nezdar nebo neštěstí, tak z toho přesto mohu nakonec učinit prospěšnou věc, když pro to nasadím všechny své síly

Varianta znaku	abs.	%
Velmi často	94	28,2
Občas nebo neodpověděl	167	50,2
Nikdy	72	21,6
Celý soubor	333	100,0

Tabulka č. 28 – LII/6: Takový neklid, který mě zbavuje rozumného pohledu na věci a trápí mě tak, že ztrácím zájem o to, co se děje

Varianta znaku	abs.	%
Velmi často	28	8,4
Občas nebo neodpověděl	107	32,1
Nikdy	198	59,5
Celý soubor	333	100,0

Tabulka č. 29 – LII/7: Myšlenku, že bych si jednou před smrtí musel/a říct: „Nestálo za to žít.“

Varianta znaku	abs.	%
Velmi často	6	1,8
Občas	48	14,4
Nikdy	279	83,8
Celý soubor	333	100,0

Interpretace:

Většina dotázaných seniorů (78,4 %) z našeho souboru jedná často nebo občas v duchu franklovského „a přesto říci životu ano“ tím, že je schopna zaujmout i k negativním událostem aktivní postoj (tab. 27). Pouze desetina respondentů (9,9 %) by si často přála začít život znovu od začátku. Zcela mimořádně se všichni testovaní vyslovili k poslední otázce: zda si připouštějí myšlenku, že „nestálo za to žít“. (V případě nechuti měli možnost se ke konkrétním položeným otázkám nevyjádřit.) Těch, které tato myšlenka nenapadá nikdy, je většina (83,8 %); velmi často toto téma promýšlí pouze šest osob z celého souboru (1,7 %).

11.2.4 Reakce respondentů na otázky Logo-testu – část III_{1,2}

Část III Logo-testu obsahuje tři projektivní situace – případy. Dotázaní měli za úkol rozhodnout, které z uvedených tvrzení vede k největšímu štěstí a spokojenosti či naopak k největšímu trápení. V textu exponované případy jsou uvedeny pro přehlednost vzhledem k získaným výsledkům opakovaně v doslovném znění:

- a) Jeden muž/ žena se nemohl/a ve svém životě věnovat tomu, co si vždy přál/a uskutečnit. Místo toho si však během doby vytvořil/a dobrou příležitost k jiné prospěšné činnosti a plně se jí věnoval/a s takovým zaujetím, že v ní dosáhl/a mnoha úspěchů a velmi dobrých vyhlídek do budoucna. (Prospěšný/á muž–žena)
- b) Jeden muž/žena se ve svém životě stále a plně věnoval/a pouze tomu, co si vytkl/a za svůj životní cíl. Vůbec se mu/jí to nedaří, avšak neustále se snaží svůj záměr uskutečnit, i když se kvůli tomu musel/a mnohého v životě vzdát a nic dobrého tím nedosáhl/a. (Neúspěšný/á muž–žena)
- c) Jeden muž/žena se nemohl/a ve svém životě věnovat tomu, co si vždy přál/a uskutečnit. Učinil/a proto kompromis mezi svými vlastními cíli a okolnostmi, které mu/jí zabránily jich dosáhnout. Povinnosti, které na něj/ni připadly, plní ukázněně, i když bez zvláštní radosti. Mezitím však, když to zrovna je možné, věnuje se svým osobním zájmům. (Muž–žena kompromisu)

Tabulky č. 30 a 31 ukazují, které řešení (prospěšnost – neúspěch – kompromis) vede podle dotázaných seniorů ke štěstí nebo k utrpení.

Tabulka č. 30: Který/á muž/žena je v exponovaných příkladech nejšťastnější

Varianta znaku	abs.	%
Prospěšný/á muž-žena	226	67,9
Neúspěšný/á muž-žena	11	3,3
Muž-žena kompromisu nebo neuvedli	96	28,8
Celý soubor	333	100,0

Tabulka č. 31: Který/á muž/žena v exponovaných příkladech nejvíce trpí

Varianta znaku	abs.	%
Prospěšný/á muž-žena	12	3,6
Neúspěšný/á muž-žena	223	67,0
Muž-žena kompromisu nebo neuvedli	98	29,4
Celý soubor	333	100,0

(Volba „muž/žena kompromisu“ a „neuvedli“ má při vyhodnocení stejné skórování, proto jsme je pro statistický výpočet sloučili. K příběhům se vůbec nevyjádřila zhruba desetina respondentů – bylo to obvykle z důvodu nepochopení této části testu).

Interpretace:

S názorem, že nejšťastnější je ten, kdo nelpí na svých přáních a hledá nové možnosti k naplnění života, se ztotožnilo 67,9 % seniorů. Podle Frankla (1997, s. 199) „k naplnění smyslu přispívá nikoli obětavé lpění na životních cílech, o něž se usiluje, nýbrž psychická plasticita a flexibilní schopnost neustále se přizpůsobovat novým situacím“. I Švancara (2004) doporučuje k udržení naplněného života ve stáří pružnost v rámci svých „pěti P“. Nejvíce trpícím jedincem je podle většiny respondentů (67,0 %) ten, který jde za svými cíli bez ohledu na neúspěch a trápení, jež mu tento postoj přináší, a můžeme tedy o něm říci, že mu potřebná pružnost a adaptabilita chybí.

11.2.5 Reakce respondentů na kvalitativní část Logo-testu – část III3

V závěrečné části Logo-testu se měli senioři pokusit vyjádřit, co v životě chtěli, o co se snažili a co docílili, s tím, jak to vše hodnotí ve vztahu k vlastní osobě. K tomu měli volit vlastní slova bez jakéhokoli omezení. Dotázaní v tomto případě projevíli značnou aktivitu, protože 79,3 % z nich využilo možnosti vyjádřit se ke svému životu, pouze pětina část III3 nevyplnila (tab. 32a).

Tabulka č. 32a: Vlastní hodnocení svého života ve volném vyjádření dotázaných

Varianta znaku	abs.	%
Hodnocení uvedli	264	79,3
Hodnocení neuvedli	69	20,7
Celý soubor	333	100,0

Tabulka č. 32b: Bodové vyhodnocení části III3

Varianta znaku	abs.	%
0	20	6,0
1	84	25,2
2	186	55,9
3	29	8,7
4	14	4,2
Celý soubor	333	100,0

Část III3 je kvalitativní část Logo-testu, která byla bodově vyhodnocena podle návodu popsaného v kapitole 10.3.1. Tabulka č. 32b ukazuje, že u 55,9 % respondentů byla tato část Logo-testu hodnocena 2 body (střední hodnota). Pouze 20,7 % bylo takto hodnoceno z důvodu nevyplnění této části dotazníku. Je zřejmé, že některé texty se smyslu života vůbec netýkaly, což dokládají kazuistiky č. 86 a č. 212:

K 86

Žena: 75 let, žije v LDN

Vzdělání: ZŠ + odborný kurz; původní polání: zubní instrumentářka

Logo-test: Q2+Q3

GDS-15: bez deprese (5b)

„Snažila jsme se o to, abych mohla jezdit za dcerou, která je v zahraničí.“

K 212

Žena; 78 let, žije v DsPS

Vzdělání: ZŠ; původní povolání: laborantka

Logo-test: Q1

GDS-15: mírná depresivita (6b)

„Celkem jsme spokojená se svým životem. Mám dceru. Normální život.“

Jinde lze v textu vyčíst hodnotitelné poukazy na naplnění prožívaným smyslem nebo naopak nespokojenost s vlastním životem. Níže uvedené kazuistiky dokládají různorodost vyjádření oslovených seniorů k prožívání smyslu, postojům k úspěchu i strádání:

K 151

Žena; 89 let, žije v DS

Vzdělání: ZŠ; původní povolání: dělnice a pak v invalidním důchodu

Logo-test: Q1

GDS-15: bez deprese (0b)

„Vzhledem ke svým zdravotním obtížím jsem mohla vyjít jen 5 ročníků školy. Mým snem bylo učit jazyky, což se vzhledem k situaci nestalo, ale přesto jsem se mohla věnovat cizím dětem, a tak se uplatnit a pomáhat ostatním. V tom vidím smysl svého života.“

K 33

Muž; 76 let, žije sám v domácím prostředí, osloven v ordinaci PL

Vzdělání: vyučen; původní povolání: zámečník

Logo-test: Q2+Q3

GDS-15: bez deprese (2b)

„Chtěl jsem mít spokojenou rodinu, ale zůstal jsem sám – nespokojen i se sebou samým. Pomáhám aspoň lidem, kteří jsou na tom taky špatně – při doléčování závislosti na alkoholu – sám 20 let abstinuju.“

K 141

Žena, 87 let, žije v DS

Vzdělání: ZŠ; původní povolání: krejčová

Logo-test: Q4 (D9+D10)

GDS-15: manifestní deprese (14b)

„Cítím se opuštěná. Ztratila jsem zrak. Ráda bych se seznámila s novými lidmi, ale nemám k tomu příležitost.“

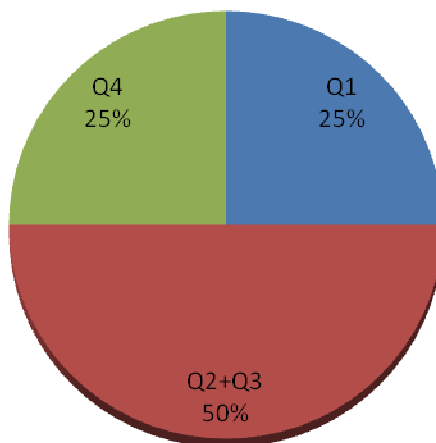
11.2.6 Výsledky měření úrovně smysluplnosti života podle zařazení do kvartilů

Podrobný popis metodiky vyhodnocení a zařazení respondentů do jednotlivých skupin podle míry prožívané smysluplnosti je uveden v kapitole 10.3.1. Řídili jsme se bodovým ohodnocením pro nejstarší věkovou skupinu (60+) v německých populačních normách. Podle počtu dosažených bodů byli respondenti zařazeni do jednoho ze čtyř kvartilů (tab. 33).

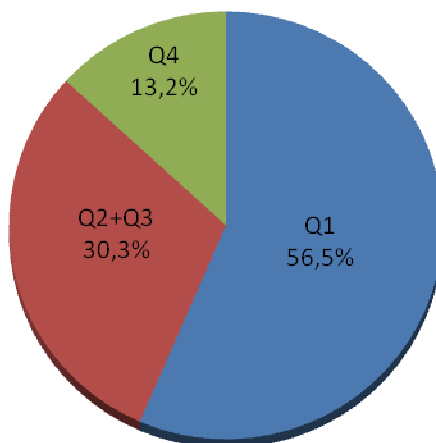
Tabulka č. 33: Respondenti podle míry smysluplnosti života

Varianta znaku	abs.	%
Q1	188	56,5
Q2 + Q3	101	30,3
Q4	44	13,2
Celý soubor	333	100,0

Prožívaná smysluplnost u osob starších 75 let, které se účastnily našeho výzkumu (N=333), je vyšší v porovnání s normami pro populaci ve věku 60–70 let.



Obrázek č. 4a: Rozložení znaku Q v populaci osob 60+ podle populačních norem



Obrázek č. 4b: Rozložení znaku Q ve zkoumaném souboru seniorů 75+

Překvapující je především zjištění vysokého procenta seniorů, kteří byli podle výsledků Logo-testu v našem výzkumu zařazeni do kvartilu Q1 (56,5 %), oproti 25 % dospělé populace starší 60 let v původních cizích normách, vypracovaných autorkou testu E. Lukasovou. Přičteme-li k této skupině respondenty v pásmu průměru, je zřejmé, že více než čtyři pětiny

dotázaných (86,8 %) vykazují velmi dobrou až průměrnou úroveň životního smyslu a můžeme o nich předpokládat, že jsou v životě dostatečně zakotveni. Pouze 13,2 % seniorů v našem souboru má nízkou míru smyslu života. Podle původních norem publikovaných v německé verzi Logo-testu v r. 1986 (Lukasová, 1992) je to celých 25 % populace starší 60 let (obr. 4a, 4b).

11.2.7 Smysluplnost života ve vztahu k demografickým faktorům

Analýza faktorů ovlivňujících míru smysluplnosti života ve stáří patřila k hlavním cílům výzkumného šetření.

Testování hypotézy č. 1 a č. 2

Při testování hypotéz č. 1 a č. 2 jsme respektovali klinickou praxi, která používá zastoupení respondentů v jednotlivých kvartilech (Q1, Q2+Q3 a Q4). Významnost rozdílů pro zvolené podsoubory byla provedena testem chí-kvadrát s hladinou významnosti $\alpha = 0,05$.

Hypotéza č. 1a:

Prožívaná smysluplnost je ve zkoumaném souboru seniorů významně vyšší u starších seniorů v porovnání s mladšími seniory.

Nulová hypotéza: Prožívaná smysluplnost života u seniorů starších 75 let se neliší ve vztahu k jejich věku.

Tabulka č. 34: Respondenti podle míry smysluplnosti života ve vztahu k jejich věku

Varianta znaku	Q1		Q2 + Q3		Q4		Celý soubor	
	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%
75–79 let	79	61,7	38	29,7	11	8,6	128	100,0
80–84 let	56	54,9	33	32,4	13	12,7	102	100,0
85–89 let	35	48,6	22	30,6	15	20,8	72	100,0
90 a více let	17	56,7	8	26,7	5	16,7	30	100,0
Celý soubor	187	56,3	101	30,4	44	13,3	332	100,0

$\chi = 7,248$; $p = 0,298$ (není statisticky významné)

Hypotézu nezávislosti nezamítneme.

Podle našich výsledků úroveň smysluplnosti života u seniorů 75+ nesouvisí s jejich věkem (tab. 34).

Hypotéza č.1b:

Ve vyšším věku se míra prožívání života jako smysluplného u mužů a žen neliší.

Alternativní hypotéza: Ve vyšším věku se liší míra prožívání smysluplnosti u mužů a žen.

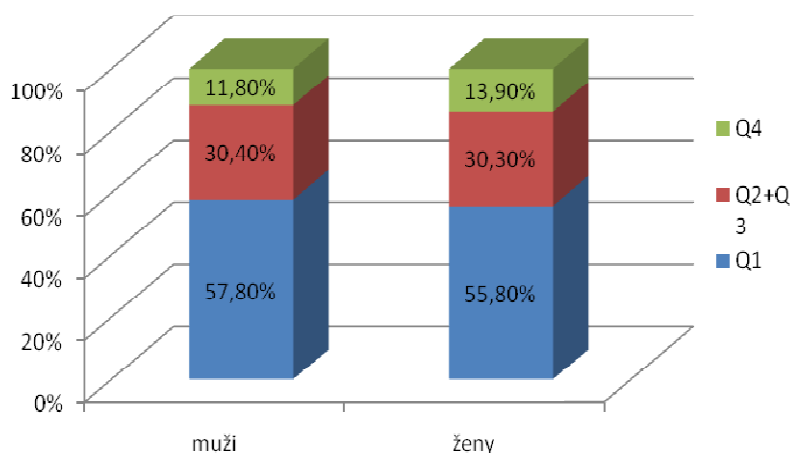
Tabulka č. 35: Respondenti podle míry smysluplnosti života ve vztahu k jejich pohlaví

Varianta znaku	Q1		Q2 + Q3		Q4		Celý soubor	
	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%
Muži	59	57,8	31	30,4	12	11,8	102	100,0
Ženy	129	55,8	70	30,3	32	13,9	231	100,0
Celý soubor	188	56,5	101	30,3	44	13,2	333	100,0

$\chi = 0,284$; $p = 0,868$ (není statisticky významné)

Hypotézu nezávislosti nezamítneme.

Na našem souboru nebyly prokázány statisticky významné rozdíly mezi muži a ženami v prožívání života jako smysluplného (tab. 35, obr. 5).



Obrázek č. 5. Míra smysluplnosti života u mužů a žen

Dále nás zajímal vztah mezi mírou smysluplnosti života a dosaženým vzděláním a původním povoláním respondentů. Protože v polích původních tabulek byla čísla menší než pět, byly pro statistický výpočet kategorie sloučeny. Podle dosaženého vzdělání jsme rozdělili respondenty do dvou skupin: s nižším vzděláním (senioři se základním vzděláním, vyučení a se středoškolským vzděláním bez maturity) a s vyšším vzděláním (středoškolské s maturitou a vyšší). U původního povolání jsme sloučili původních sedm kategorií ve tři níže uvedené.

Hypotéza č. 2a:

Smysluplnost života je významně nižší u osob s vyšším vzděláním v porovnání se seniory s nižším vzděláním.

Nulová hypotéza: Míra smysluplnosti života u seniorů nesouvisí s dosaženým vzděláním.

Tabulka č. 36: Míra smysluplnosti života a dosažené vzdělání respondentů

Varianta znaku	Q1		Q2 + Q3		Q4		Celý Soubor	
	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%
Vzdělání nižší	73	52,1	43	30,7	24	17,1	140	100,0
Vzdělání SŠ a vyšší	106	60,6	52	29,7	17	9,7	175	100,0
Celý soubor	179	56,8	95	30,2	41	13,0	315	100,0

$\chi = 4,296$; $p = 0,117$ (není statisticky významné)

Hypotézu nezávislosti nezamítneme.

Na našem souboru nebyl prokázán statisticky významný vztah mezi mírou smysluplnosti života seniorů a jejich dosaženým vzděláním (tab. 36).

Hypotéza č. 2b:

Smysluplnost života nemá významný vztah k původnímu povolání seniorů.

Alternativní hypotéza: Míra smysluplnosti života ve stáří souvisí s původním povoláním.

Tabulka č. 37. Míra smysluplnosti života a původní povolání respondentů

Varianta znaku	Q1		Q2 + Q3		Q4		Celý soubor	
	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%
Odborní pracovníci	60	70,6	22	25,9	3	3,5	85	100,0
Administrativa, služby	56	53,8	33	31,7	15	14,4	104	100,0
Dělníci, řemeslníci, jiné	56	50,5	37	33,3	18	16,2	111	100,0
Celý soubor	172	57,3	92	30,7	36	12,0	300	100,0

$\chi = 11,908$; $p = 0,018$ (je statisticky významné)

Hypotézu nezávislosti zamítneme.

Podle našich výsledků existuje statisticky významný vztah mezi druhem původního povolání a mírou smysluplnosti života ve stáří (tab. 37).

Dále nás zajímal vztah míry smysluplnosti života a prostředí, v němž dotazovaný žije.

Tabulka č. 38a: Respondenti podle míry smysluplnosti života ve vztahu k místu, kde žijí

Varianta znaku	Q1		Q2 + Q3		Q4		Celý soubor	
	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%
Doma sám/a	24	46,2	23	44,2	5	9,6	52	100,0
Doma s partnerem	12	66,7	5	27,8	1	5,6	18	100,0
Doma v širší rodině	11	68,8	4	20,0	1	6,3	16	100,0
v DsPS	41	68,3	13	21,7	6	10,0	60	100,0
DS – standardní odd.	63	60,6	30	28,8	11	10,6	104	100,0
LDN, NNP, ošetř. odd. DS	34	44,7	24	31,6	18	23,7	76	100,0
Celý soubor	185	56,7	99	30,4	42	12,9	326	100,0

$\chi = 19,887$; $p = 0,030$ (je statisticky významné)

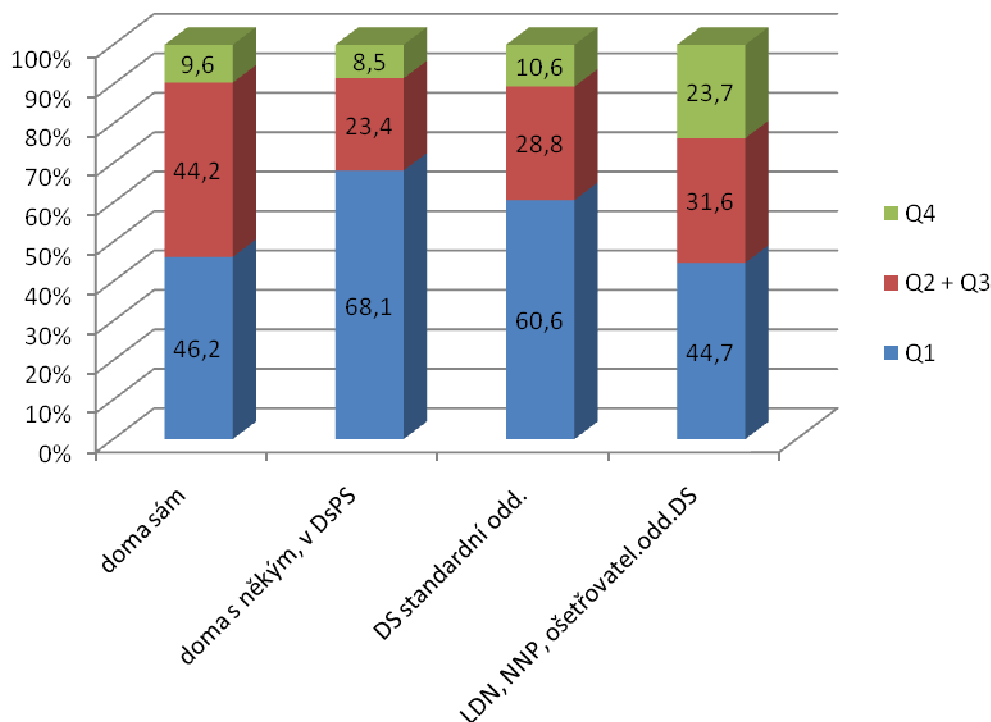
Vzhledem k malým číslům v některých polích jsme pro statistický výpočet sloučili možnosti „doma s partnerem“, „doma v širší rodině“ a „v DsPS“ v kategorii „doma s někým“.

Tabulka č. 38b: Respondenti podle míry smysluplnosti života ve vztahu k místu, kde žijí (kategorie sloučeny)

Varianta znaku	Q1		Q2 + Q3		Q4		Celý soubor	
	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%
Doma sám/a	24	46,2	23	44,2	5	9,6	52	100,0
Doma s někým, v DsPS	64	68,1	22	23,4	8	8,5	94	100,0
DS – standardní odd	63	60,6	30	28,8	11	10,6	104	100,0
LDN, NNP, oš. odd. DS	34	44,7	24	31,6	18	23,7	76	100,0
Celý soubor	185	56,7	99	30,4	42	12,9	326	100,0

$\chi = 19,403$; $p = 0,004$ je statisticky velmi významné)

Souvislost mezi mírou smysluplnosti života a prostředím, kde senioři žijí, se ukázala jako statisticky velmi významná (tab. 38b). Přehledně jsou tyto vztahy znázorněny na obr. 6.



Obrázek č. 6: Zastoupení respondentů v kvartilech podle prostředí, v němž žili

Hypotéza č. 2c:

Smysluplnost života ve vyšším věku je významně nižší u osob žijících ve vlastním prostředí osaměle v porovnání s těmi, kteří žijí v manželství/partnerství nebo v širší rodině.

Nulová hypotéza: Ve vyšším věku míra prožívání smysluplnosti života nesouvisí s tím, že senioři žijí osaměle.

Tabulka č. 39: Respondenti z vlastního prostředí podle míry smysluplnosti života

Varianta znaku	Q1		Q2 + Q3		Q4		Celý soubor	
	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%
Doma sám	24	46,2	23	44,2	5	9,6	52	100,0
Doma s někým, DsPS	64	68,1	22	23,4	8	8,5	94	100,0
Celý soubor	88	60,3	45	30,8	13	8,9	146	100,0

$\chi = 7,429$; $p = 0,024$ (je statisticky významné)

Hypotézu nezávislosti zamítneme.

Na našem souboru jsme prokázali statisticky významný rozdíl v prožívání života jako smysluplného u respondentů žijících osaměle oproti seniorům žijícím doma s někým, tj. v manželství, partnerství, v širší rodině nebo v DsPS (tab. 39).

Hypotéza č. 2d:

Smysluplnost života ve vyšším věku je významně nižší u osob žijících v rezidenčních zařízeních v porovnání s těmi, kteří žijí ve vlastním prostředí.

Nulová hypotéza: Smysluplnost života ve vyšším věku nesouvisí s tím, že senioři žijí v institucionální péči.

Tabulka č. 40: Respondenti podle míry smysluplnosti života ve vztahu k institucionalizaci

Varianta znaku	Q1		Q2 + Q3		Q4		Celý soubor	
	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%
V institucionální péči	97	53,9	54	30,0	29	16,1	180	100,0
Doma	88	60,3	45	30,8	13	8,9	146	100,0
Celý soubor	185	56,7	99	30,4	42	12,9	326	100,0

$\chi = 3,847$; $p = 0,146$ (není statisticky významné)

Hypotézu nezávislosti nezamítneme.

Podle našich výsledků není statisticky významný rozdíl v míře prožívání života jako smysluplného mezi seniory žijícími v domácím prostředí a v rezidenční péči (tab. 40).

Hypotéza č. 2e:

Smysluplnost života ve vyšším věku je u institucionalizovaných seniorů významně nižší u osob vyžadujících zvýšenou ošetrovatelskou péči v porovnání s osobami, které zvýšenou ošetrovatelskou péči nepotřebují (žijí na standardních odděleních DS).

Nulová hypotéza: Vnímání smysluplnosti života u seniorů umístěných v rezidenční péči nesouvisí s potřebou zvýšené ošetrovatelské péče (míra soběstačnosti).

Tabulka č. 41: Respondenti v rezidenční péči podle míry smysluplnosti života ve vztahu k jejich soběstačnosti

Varianta znaku	Q1		Q2 + Q3		Q4		Výběr Souboru	
	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%
Žijí v DS na běžných odd	63	60,6	30	28,8	11	10,6	104	100,0
Žijí v LDN, NNP a na ošetř. odd DS	34	44,7	24	31,6	18	23,7	76	100,0
Výběr souboru	97	53,9	54	30,0	29	16,1	180	100,0

$\chi = 6,836$; $p = 0,033$ (je statisticky významné)

Hypotézu nezávislosti zamítneme.

Podle našich výsledků je smysluplnost života u seniorů v rezidenčních zařízeních významně nižší u osob, které jsou nesoběstačné a potřebují zvýšenou ošetrovatelskou péči (tab. 41).

Shrnutí:

Podle výsledků statistického vyhodnocení při zařazení respondentů do kvartilů (Q1, Q2 + Q3, Q4), což odpovídá klinickému přístupu, nesouvisí smysluplnost života u seniorů s jejich věkem ($p = 0,298$), pohlavím ($p = 0,868$), ani dosaženým vzděláním ($p = 0,117$). Významný rozdíl jsme prokázali mezi různými skupinami podle původního povolání ($p = 0,018$). Jako velmi významná ($p = 0,004$) se ukázala souvislost mezi mírou smysluplnosti života a prostředím, kde senioři žili (obr. 6). Nejistili jsme rozdíl mezi seniory žijícími doma a v rezidenční péči ($p = 0,146$). Významný rozdíl jsme prokázali u respondentů, kteří žili osaměle oproti těm, kdo žili doma s někým, tj. v manželství, partnerství, v širší rodině nebo v DsPS ($p = 0,024$). V rezidenční péči je smysluplnost života významně nižší u nesoběstačných osob, které potřebují zvýšenou ošetrovatelskou péči ($p = 0,033$).

11.2.8 Celkový skór Logo-testu a jeho vztah k demografickým faktorům

Dále jsme zkoumali hodnoty celkového skóru Logo-testu u respondentů ($N=333$) a jejich vztah k demografickým a funkčním charakteristikám. Výsledky jsou uvedeny v tabulkách č.42–49.

Tabulka č 42: Celkový skór Logo-testu 4 věkové skupiny

věk	průměr	N	SD
75-79	8,70	128	3,951
80-84	9,65	102	3,979
85-89	10,44	72	5,492
90+	10,10	30	4,971
celkem	9,50	332	4,465

$F = 2,691$; $p = 0,046$ (statistický vztah na hladině významnosti)

Tabulka č. 43: Celkový skór Logo-testu 2 věkové skupiny

věk	průměr	N	SD
85 +	10,34	102	5,322
do 84	9,12	230	3,983
celkem	9,50	332	4,465

$F = 5,357$; $p = 0,021$ (je statisticky významné)

Tabulka č. 44: Celkový skór Logo-testu podle pohlaví

pohlaví	průměr	N	SD
muž	9,47	102	4,489
žena	9,50	231	4,455
celkem	9,49	333	4,459

$F = 0,004$; $p = 0,953$ (vůbec se neliší)

Tabulka č. 45: Celkový skór Logo-testu podle vzdělání

vzdělání	průměr	N	SD
nižší	10,12	140	4,811
SŠ s maturitou a vyšší	8,93	175	4,131
celkem	9,46	315	4,479

$F = 5,626$; $p = 0,018$ (je statisticky významné)

Tabulka č. 46: Celkový skór Logo-testu podle profese

profese	průměr	N	SD
odborní pracovníci	7,96	85	3,216
administrativa a služby	9,51	104	4,571
dělníci, řemeslníci, jiné	10,31	111	4,794
celkem	9,37	300	4,410

$F = 7,151$; $p = 0,001$ (je statisticky velmi významné)

Tabulka č. 47: Celkový skór Logo-testu podle místa kde žije

kde žije (2kat)	průměr	N	SD
institucionální péče	9,91	180	4,981
doma	8,89	146	3,637
celkem	9,45	326	4,452

$F = 4,279$; $p = 0,039$ (je statisticky významné)

Tabulka č. 48: Celkový skór Logo-testu podle místa kde žije

kde žije (4kat)	průměr	N	SD
doma, sám	9,46	52	3,539
doma, s někým	8,57	94	3,671
DD	8,87	104	4,119
v ústavní péči	11,33	76	5,691
celkem	9,45	326	4,452

$F = 6,629$; $p < 0,001$ (je statisticky velmi významné)

Tabulka č. 49: Celkový skór Logo-testu podle místa kde žijí (4 kategorie)

Vícečetné porovnání s Bonferroniho korekcí

(I)kde žije	(J)kde žije	průměr rozdílu (I-J)	SE	P	95% interval spolehlivosti	
					spodní hranice	horní hranice
doma, sám	doma, s někým	,887	,750	1,000	-1,10	2,88
	DS	,587	,737	1,000	-1,37	2,54
	v ústavní péči	-1,867	,781	,104	-3,94	,21
doma, s někým	doma, sám	-,887	,750	1,000	-2,88	1,10
	DS	-,301	,618	1,000	-1,94	1,34
	v ústavní péči	-2,754*	,670	,000	-4,53	-,98
DS	doma, sám	-,587	,737	1,000	-2,54	1,37
	doma, s někým	,301	,618	1,000	-1,34	1,94
	v ústavní péči	-2,454*	,655	,001	-4,19	-,71
v ústavní péči	doma, sám	1,867	,781	,104	-,21	3,94
	doma, s někým	2,754*	,670	,000	,98	4,53
	DS	2,454*	,655	,001	,71	4,19

Rozdíl je statisticky významný na hladině 0.05

- významně vyšší skóry mají ti, co jsou nesoběstační, a to v porovnání s těmi, kteří žijí doma s někým a těmi, co žijí v DS
- skóry těch, kteří žijí doma sami, se významně neodlišují

Shrnutí:

Celkový skór Logo-testu u seniorů z našeho souboru je $9,49 \pm 4,459$ (škála 0–42). Zjistili jsme, že vyšší celkový skór Logo-testu (nižší míru smysluplnosti) mají senioři starší 85 let oproti mladším ($p = 0,021$), respondenti s nižším vzděláním oproti těm, kteří měli středoškolské vzdělání s maturitou a vyšší ($p = 0,018$) a významný rozdíl jsme obdobně jako u rozdělení do kvartilů prokázali mezi různými skupinami podle povolání ($p < 0,001$). Mezi nejohroženější skupiny v našem souboru patřili dělníci, řemeslníci, drobní výrobci a opraváři a také bývalí úředníci. Nejlépe naopak skórovali odborní pracovníci – technici, zdravotníci a pedagogičtí pracovníci. Významný rozdíl jsme zjistili i v celkovém skóru Logo-testu mezi seniory z domácího prostředí a těmi, kteří žili v rezidenčním zařízení ($p = 0,039$). Bonferroniho korekce významnosti prokázala, že významně vyšší celkové skóry Logo-testu mají nesoběstační senioři z ošetrovatelských oddělení DS a hospitalizovaní v LDN a NNP v porovnání s těmi, kdo žili doma s někým ($p < 0,001$) a na běžných odděleních domovů pro

seniory ($p < 0,001$). Od institucionalizovaných v LDN, NNP a na ošetrovatelských odděleních DS se významně neodlišovaly celkové skóre Logo-testu těch, kteří žili doma osaměle ($p = 0,104$).

11.3 Výsledky měření depresivity

Ve vlastní studii jsme kromě úrovně smysluplnosti zkoumali i přítomnost deprese u seniorů a vztah depresivity k míře smysluplnosti v životě respondentů.

11.3.1 Redukovaný soubor (N=252)

Tabulka č. 50: Demografické charakteristiky redukovaného souboru (N=252)

Demografické charakteristiky		Počet	Podíl %
Věková skupina	75–79 let	102	40,5
	80–84 let	79	31,3
	85–89 let	48	19,0
	90 a více let	23	9,1
2 věkové skupiny	do 84 let	181	71,9
	85+	71	28,1
Pohlaví	muži	84	33,3
	ženy	168	66,7
Vzdělání	ZŠ, vyučen	87	34,5
	SŠ bez maturity	29	11,5
	SŠ s maturitou	108	42,9
	VŠ	22	8,7
	nevedli	6	2,4
Původní povolání	vědečtí a odborní pracovníci	0	0,0
	techničtí, zdravotničtí a pedagogičtí pracovníci	54	21,4
	administrativní pracovníci	53	21,0
	pracovníci ve službách a obchodě	25	9,9
	dělníci, řemeslníci, drobné výrobci a opraváři	70	27,8
	příslušníci armády a státních služeb	8	3,2
	jiná povolání	16	6,3
	nevedli	26	10,3
Prostředí, kde žijí	ve vlastním prostředí	120	47,7
	v rezidenčním zařízení	125	49,6
	nevedli	7	2,8
Místo pobytu	doma - sám	37	14,7
	doma - v manželství, partnerství	12	4,8
	doma - v širší rodině	11	4,4
	v domě s pečovatelskou službou	60	23,8
	v domově pro seniory	71	28,2
	v LDN, NNP a na ošetrovatelských odd. DS	54	21,4
	nevedli	7	2,8

Redukovaný soubor, u něhož byla spolu s Logo-testem hodnocena i GDS-15, tvořilo 252 osob (84 mužů a 168 žen) s průměrným věkem 82,0 let v rozmezí 75–98 let. Ženy převažovaly nad muži (66,7 %), v domácím prostředí žila téměř polovina dotázaných (49 %), z celkového počtu respondentů bylo 21,4 % nesoběstačných v rezidenční péči. Jako statisticky vysoce významný ($p < 0,001$) byl prokázán vztah mezi věkem respondentů a jejich institucionalizací (tab. 51). Nejpočetnější skupinou v redukovaném souboru byli opět dotázaní se středoškolským vzděláním s maturitou (42,9 %). Nejvíce respondentů pracovalo v dělnických profesích (27,8 %), téměř shodně byli zastoupeni administrativní pracovníci (21,0 %) a techničtí, zdravotničtí a pedagogičtí pracovníci (21,4 %). Základní demografické charakteristiky redukovaného souboru jsou shrnuty v tabulce č. 50.

Tabulka č. 51: Složení souboru podle místa současného pobytu dotázaných ve vztahu k jejich věku (sloučeno)

Varianta znaku	Věk do 84		Věk 85+		Celý soubor	
	abs.	%	abs.	%	abs.	%
doma	106	60,9	14	19,7	120	49,0
v instituci	68	39,1	57	80,3	125	51,0
Celý soubor	174	100,0	71	100,0	245	100,0

$\chi = 34,253$; $p < 0,001$ (je statisticky vysoce významné)

11.3.2 Analýza odpovědí na otázku GDS-15

Odpovědi respondentů na jednotlivé otázky GDS-15 jsou uvedeny v tabulkách č. 52–66.

Tabulka č. 52 – GDS1: Jste v podstatě spokojen/a se svým životem?

Varianta znaku	abs.	%
Ano	216	85,7
Ne	33	13,1
Neuvedli	3	1,2
Celý soubor	252	100,0

Tabulka č. 53 – GDS2: Vzdal/a jste se v poslední době mnoha činností a zájmů?

Varianta znaku	abs.	%
Ano	136	54,0
Ne	116	46,0
Celý soubor	252	100,0

Tabulka č. 54 – GDS3: Máte pocit, že je Váš život je prázdný?

Varianta znaku	abs.	%
Ano	48	19,0
Ne	201	79,8
Neuvedli	3	1,2
Celý soubor	252	100,0

Tabulka č. 55 – GDS4: Nudíte se často?

Varianta znaku	abs.	%
Ano	43	17,1
Ne	209	82,9
Celý soubor	252	100,0

Tabulka č. 56 – GDS5: Máte většinou dobrou náladu?

Varianta znaku	abs.	%
Ano	195	77,4
Ne	48	19,0
Neuvedli	9	3,6
Celý soubor	252	100,0

Tabulka č. 57 – GDS6: Obáváte se, že se Vám přihodí něco zlého?

Varianta znaku	abs.	%
Ano	72	28,6
Ne	174	69,0
Neuvedli	6	2,4
Celý soubor	252	100,0

Tabulka č. 58 – GDS7: Cítíte se převážně šťastný/á?

Varianta znaku	abs.	%
Ano	191	75,8
Ne	54	21,4
Neuvedli	7	2,8
Celý soubor	252	100,0

Tabulka č. 59 – GDS8: Cítíte se často bezmocný/á?

Varianta znaku	abs.	%
Ano	78	31,0
Ne	172	68,2
Neuvedli	2	0,8
Celý soubor	252	100,0

Tabulka č. 60 – GDS9: Vysedáváte raději doma, než by jste šel/šla mezi lidi a seznamoval/a se s novými věcmi?

Varianta znaku	abs.	%
Ano	118	46,8
Ne	129	51,2
Neuvedli	5	2,0
Celý soubor	252	100,0

Tabulka č. 61 – GDS10: Myslíte si, že máte větší potíže s pamětí než Vaši vrstevníci?

Varianta znaku	abs.	%
Ano	58	23,0
Ne	183	72,6
Neuvedli	11	4,4
Celý soubor	252	100,0

Tabulka č. 62 – GDS11: Myslíte si, že je krásné žít?

Varianta znaku	abs.	%
Ano	221	87,7
Ne	29	11,5
Neuvedli	2	0,8
Celý soubor	252	100,0

Tabulka č. 63 – GDS12: Napadá Vás někdy, že Váš život nestojí za nic?

Varianta znaku	abs.	%
Ano	57	22,6
Ne	194	77,0
Neuvedli	1	0,4
Celý soubor	252	100,0

Tabulka č. 64 – GDS13: Cítíte se plný/á elánu a energie?

Varianta znaku	abs.	%
Ano	116	46,0
Ne	125	49,6
Neuvedli	11	4,4
Celý soubor	252	100,0

Tabulka č. 65 – GDS14: Myslíte si, že je Vaše situace beznadějná?

Varianta znaku	abs.	%
Ano	48	19,0
Ne	202	80,2
Neuvedli	2	0,8
Celý soubor	252	100,0

Tabulka č. 66 – GDS15: Myslíte si, že většina lidí je na tom lépe než Vy?

Varianta znaku	abs.	%
Ano	84	33,3
Ne	147	58,3
Neuvedli	21	8,3
Celý soubor	252	100,0

Interpretace

Z odpovědí na jednotlivé otázky v GDS-15 vyplynulo, že většina (85,7 %) dotazovaných se cítí spokojená se svým životem a 87,7 % respondentů si i myslí, že je krásné žít. Jen necelá pětina (19,0 %) oslovených seniorů sdělila, že je jejich život prázdný a 17,1 % respondentů se často nudí. Stáří přináší fyziologicky úbytek tělesných i duševních sil a i v našem souboru polovina dotázaných (49,6 %) potvrdila, že jim chybí energie a elán. S novými lidmi a věcmi se rádo seznamuje 51,2 % osob, které vyplnily GDS-15. Časté pocity bezmoci udává 31,0 % respondentů a 19,0 % seniorů z našeho souboru si myslí, že jejich situace je beznadějná.

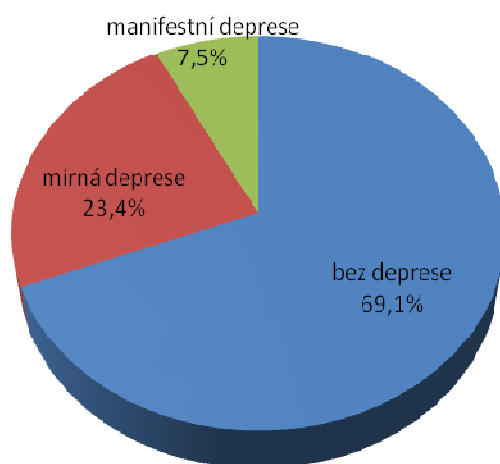
11.3.3 Výskyt deprese podle zařazení do kategorií GDS-15

Respondenty jsme podle výsledků získaných vyhodnocením GDS-15 zařadili do tří skupin: bez deprese, s mírnou depresivitou a manifestní depresí (tab. 67). Vyhodnocení Geriatrické škály deprese – 15 u 252 seniorů z našeho šetření prokázalo výskyt manifestní deprese u 7,5 % zkoumaných, přítomnost mírné deprese u 23,4 % osob, bez deprese bylo 69,0 % respondentů.

Tabulka č. 67: Výskyt deprese u respondentů redukovaného souboru (N = 252)

Bez deprese		Mírná deprese		Manifestní deprese		Celý soubor	
abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%
174	69,0	59	23,4	19	7,5	252	100,0

Jak ukazuje obrázek č. 7, celkově byla deprese zjištěna u necelé třetiny zkoumaných seniorů (30,9 %).



Obrázek č. 7: Výskyt deprese (N=252)

11.3.4 Výskyt deprese ve vztahu k demografickým faktorům

Výskyt deprese (bez deprese, mírná a manifestní deprese) u seniorů z redukovaného souboru ve vztahu k demografickým charakteristikám je uveden v tabulkách č. 68–73. Významnost rozdílů pro zvolené podsoubory byla provedena testem chí-kvadrát; s hladinou významnosti $\alpha = 0,05$.

Tabulka č. 68 : Výskyt deprese u dotázaných ve vztahu k jejich věku (sloučeno)

Varianta znaku	Bez deprese		Mírná deprese		Manifestní deprese		Celý soubor	
	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%
85+ let	45	63,4	17	23,9	9	12,7	71	100,0
do 84 let	129	71,3	42	23,2	10	5,5	181	100,0
Celý soubor	174	69,0	59	23,4	19	7,5	252	100,0

$\chi = 3,931$; $p = 0,140$ (není statisticky významné)

Tabulka č. 69: Výskyt deprese u dotázaných ve vztahu k jejich pohlaví

Varianta znaku	Bez deprese		Mírná deprese		Manifestní deprese		Celý soubor	
	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%
Muži	65	77,4	12	14,3	7	8,3	84	100,0
Ženy	109	64,9	47	28,0	12	7,1	168	100,0
Celý soubor	174	69,0	59	23,4	19	7,5	252	100,0

$\chi = 5,856$; $p = 0,054$ (rozdíl je na hladině statistické významnosti)

Tabulka č. 70: Výskyt deprese u dotázaných ve vztahu k jejich vzdělání (sloučeno)

Varianta znaku	Bez deprese		Mírná deprese		Manifestní deprese		Celý soubor	
	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%
Vzdělání nižší	77	66,4	28	24,1	11	9,5	116	100,0
SŠ s maturitou a vyšší	94	72,3	30	23,1	6	4,6	130	100,0
Celý soubor	171	69,5	58	23,6	17	6,9	246	100,0

$\chi = 2,441$; $p = 0,295$ (není statisticky významné)

Tabulka č. 71: Výskyt deprese u dotázaných ve vztahu k jejich původní profesi (sloučeno)

Varianta znaku	Bez deprese		Mírná deprese		Manifestní deprese		Celý soubor	
	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%
Odborní pracovníci	46	85,2	8	14,8	0	0	54	100,0
Administrativa a služby	47	60,3	24	30,8	7	9,0	78	100,0
Řemeslníci, dělníci, jiné	67	71,3	20	21,3	7	7,4	94	100,0
Celý soubor	160	70,8	52	23,0	14	6,2	226	100,0

$\chi = 11,102$; $p = 0,025$ (je statisticky významné)

Tabulka č. 72: Výskyt deprese u dotázaných podle toho, zda žijí v rezidenčním zařízení nebo ve vlastním prostředí

Varianta znaku	Bez deprese		Mírná deprese		Manifestní deprese		Celý soubor	
	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%
Žije v instituci	77	61,6	36	28,8	12	9,6	125	100,0
Žije doma	94	78,3	21	17,5	5	4,2	120	100,0
Celý soubor	171	69,8	57	23,3	17	6,9	245	100,0

$\chi = 8,421$; $p = 0,015$ (je statisticky významné)

Tabulka č. 73: Výskyt deprese u dotázaných podle toho, zda v rezidenčním zařízení potřebují zvýšenou ošetrovatelskou péči

Varianta znaku	Bez deprese		Mírná deprese		Manifestní deprese		Celý soubor	
	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%
Žije doma	94	78,3	21	17,5	5	4,2	120	100,0
v DS	55	77,5	13	18,3	3	4,2	71	100,0
v LDN, NP, ošetr.odd DS	22	40,7	23	42,6	9	16,7	54	100,0
Celý soubor	171	69,8	57	23,3	17	6,9	245	100,0

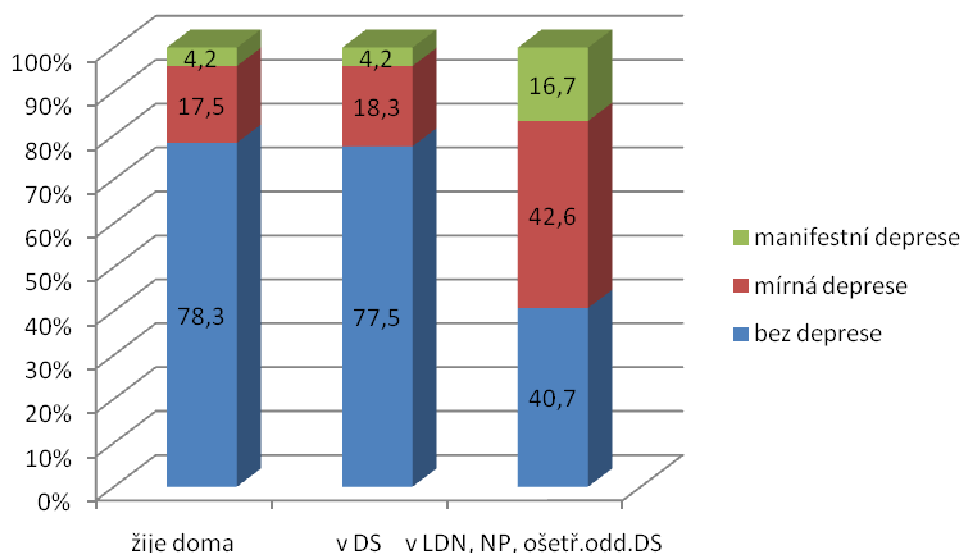
$\chi = 28,964$; $p < 0,001$ (vysoce statisticky významné)

Shrnutí

Při zařazení do skupin podle počtu přítomných depresivních příznaků (bez deprese, mírná deprese, manifestní deprese) jsme neprokázali statisticky významný vztah depresivity k věku ($p = 0,140$) ani k dosaženému vzdělání respondentů ($p = 0,295$). Vztah depresivity k pohlaví respondentů byl na hladině významnosti ($p = 0,054$). Podle získaných výsledků souvisí depresivita ve stáří s původním povoláním, které senioři vykonávali ($p = 0,025$). Mezi odbornými pracovníky je 85,2 % bez deprese a v této skupině nenacházíme žádného s manifestní depresí. Oproti tomu u 39,8 % administrativních pracovníků v našem souboru byla prokázána depresivita.

Významný rozdíl v míře depresivních příznaků jsme zjistili mezi seniory z vlastního prostředí a těmi, kteří žili v rezidenčním zařízení ($p = 0,015$). Jak ukazuje tabulka č. 72, v institucionální péči jsme zjistili 28,8 % osob s mírnou depresivitou a 9,6 % s příznaky manifestní deprese (celkem 38,4 %), zatímco v domácím prostředí mělo mírnou depresi 17,5% dotázaných a manifestní depresi pouze 4,2 % (celkem 21,7 %). Dalším faktorem, který přítomnost depresivity u starých osob ovlivňuje, je míra jejich soběstačnosti a potřeba zvýšené ošetrovatelské péče (tab. 73). Mezi nemocnými, nesoběstačnými seniory ve zdravotnických a sociálních zařízeních jsme diagnostikovali 42,6 % osob s mírnou a 16,7 %

s manifestní depresí (celkem 59,3 %). Oproti tomu u obyvatel běžných oddělení domovů pro seniory jsme zjistili 18,3 % osob s mírnou a 4,2 % s manifestní depresí (celkem 22,5 %), což se blíží míře depresivity seniorů z domácího prostředí. Výskyt deprese podle prostředí, v němž senioři žili, je znázorněn na obrázku č. 8.



Obrázek č. 8: Výskyt deprese podle prostředí, v němž senioři žili

11.3.5 GDS skór a vztah GDS skóru k demografickým charakteristikám

Pro další výpočty jsme potřebovali znát hodnotu GDS skóru respondentů, a tak jsme zkoumali i vztah GDS skóru k demografickým faktorům. Významnost rozdílů pro zvolené podsoubory byla stanovena analýzou rozptylu One-Way ANOVA. Pro určení rozdílů mezi průměry více souborů byla zvolena Bonferroniho korekce významnosti (tab 74–80).

Tabulka č. 74: GDS skór podle věku

vek	průměr	N	SD	součet	Maximum
85 +	4,8330	71	4,05610	343,15	15,00
do 84	3,9434	181	3,26168	713,75	14,00
celkem	4,1940	252	3,51827	1056,90	15,00

$F = 3,291$; $p = 0,071$ (není významný rozdíl)

Tabulka č. 75: GDS skór podle pohlaví

pohlaví	průměr	N	SD	součet	Maximum
žena	4,3957	168	3,49907	738,48	15,00
muž	3,7907	84	3,54280	318,42	15,00
celkem	4,1940	252	3,51827	1056,90	15,00

F = 1,661; p = 0,199 (není významný rozdíl)

Tabulka č. 76: GDS skór podle vzdělání (2kategorie)

vzdělání	průměr	N	SD	Minimum	Maximum
nižší	4,4262	116	3,75570	,00	15,00
SŠ s maturitou a vyšší	3,8680	130	3,17559	,00	15,00
celkem	4,1312	246	3,46533	,00	15,00

F = 1,594; p = 0,208 (není významný rozdíl)

Tabulka č. 77: GDS skór podle profese (3kategorie)

profese	průměr	N	SD	Minimum	Maximum
odborní pracovníci	2,9173	54	2,45290	,00	10,00
administrativa a služby	4,5939	78	3,39315	,00	13,29
dělníci, řemeslníci, jiné	4,1504	94	3,73266	,00	15,00
celkem	4,0088	226	3,39548	,00	15,00

F = 4,142; p = 0,017 (je statisticky významné)

Tabulka č. 78: GDS skór podle místa, kde žijí (2kategorie)

kde žije	průměr	N	SD	součet	Maximum
v instituci	4,6791	125	3,78641	584,89	15,00
doma	3,5368	120	3,00900	424,41	14,00
celkem	4,1196	245	3,46830	1009,30	15,00

F = 6,799; p = 0,010 (je statisticky významné)

Tabulka č. 79: GDS skór podle místa, kde žijí (4 kategorie)

kde žije	průměr	N	SD	Minimum	Maximum
doma, sám	4,1904	37	2,97958	,00	14,00
doma, s někým	3,2454	83	2,99385	,00	14,00
DS	3,4848	71	3,06426	,00	14,00
v ústavní péči	6,2494	54	4,08883	,00	15,00
Total	4,1196	245	3,46830	,00	15,00

F = 10,426, p < 0,001 (je statisticky vysoce významné)

Tabulka č 80: GDS skór podle místa, kde žijí (4 kategorie)
Vícečetné porovnání s Bonferroniho korekcí

(I) kde žije	(J) kde žije	průměr rozdílu (I-J)	SE	P	95% interval spolehlivosti	
					spodní hranice	horní hranice
doma, sám	doma, s někým	,94497	,64902	,880	-,7816	2,6715
	DD	,70557	,66571	1,000	-1,0654	2,4765
	v ústavní péči	-2,05899*	,70070	,022	-3,9230	-,1950
doma, s někým	doma, sám	-,94497	,64902	,880	-2,6715	,7816
	DD	-,23940	,53076	1,000	-1,6513	1,1725
	v ústavní péči	-3,00396*	,57402	,000	-4,5310	-1,4769
DD	doma, sám	-,70557	,66571	1,000	-2,4765	1,0654
	doma, s někým	,23940	,53076	1,000	-1,1725	1,6513
	v ústavní péči	-2,76456*	,59284	,000	-4,3416	-1,1875
v ústavní péči	doma, sám	2,05899*	,70070	,022	,1950	3,9230
	doma, s někým	3,00396*	,57402	,000	1,4769	4,5310
	DD	2,76456*	,59284	,000	1,1875	4,3416

Rozdíl je statisticky významný na hladině 0.05.

Shrnutí

Celkový GDS skór je $4,1940 \pm 3,51827$ (škála 0–15). Významné rozdíly jsme prokázali ve vztahu k původnímu povolání respondentů ($p = 0,017$), přičemž nejnižších GDS skórů (bez deprese) dosáhli ti, kteří v minulosti zastávali odbornou profesi (zdravotníci, pedagogičtí a techničtí pracovníci). Průkazně nižší GDS skóry měli senioři, kteří žili v domácím prostředí oproti starým lidem v institucionální péči ($p = 0,010$). Bonferroniho korekce významnosti prokázala, že významně vyšší GDS skóry (vyšší míru depresivity) mají staří lidé, kteří potřebují zvýšenou míru ošetrovatelské péče a jsou tedy hospitalizovaní v LDN, NNP a na ošetrovatelských lůžkách DS a to v porovnání s těmi, kdo žijí v domácím prostředí sami ($p = 0,022$), v partnerství, širší rodině či v DsPS ($p < 0,001$) a na běžných odděleních DS ($p < 0,001$).

11.4 Vztah smysluplnosti života a depresivity

Dále nás zajímal výskyt depresivity u respondentů redukovaného souboru ($N=252$) ve vztahu k míře smysluplnosti v jejich životě.

Hypotéza č. 3:

Soubor seniorů s nízkou mírou prožívání života jako smysluplného má v porovnání se seniory, kteří prožívají život jako smysluplný, významně více depresivity.

Nulová hypotéza: Smysluplnost života a výskyt deprese u seniorů nejsou na sobě závislé.

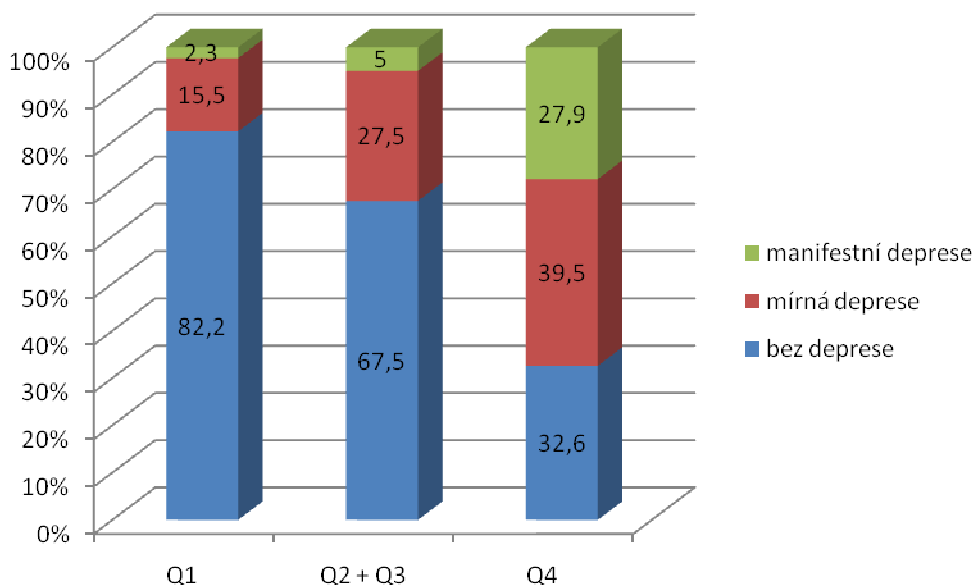
Tabulka č.81a: Zastoupení v kvartilech ve vztahu k depresivitě dotázaných

Varianta znaku	Q1		Q2+Q3		Q4		Celý soubor	
	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%
Bez deprese	106	82,2	54	67,5	14	32,6	174	69,0
Mírná deprese	20	15,5	22	27,5	17	39,5	59	23,4
Manifestní deprese	3	2,3	4	5,0	12	27,9	19	7,5
Celý soubor	129	100,0	80	100,0	43	100,0	252	100,0

$\chi = 49,322$; $p < 0,001$ (je vysoce statisticky významné)

Hypotézu nezávislosti zamítneme.

Vztah mezi klasifikací respondenta podle počtu depresivních příznaků a jeho zařazením do kvartilu podle úrovně smysluplnosti života je vysoce statisticky významný ($p < 0,001$). Podle výsledků našeho šetření seniory, kteří prožívají svůj život jako smysluplný a jsou zařazeni do kvartilu Q1, trpí depresivitou ve významně nižší míře, než ostatní zkoumané osoby. Manifestní deprese byla prokázána pouze u 2,3 % těchto respondentů (3 osoby ze 129), mírná deprese u 15,5 % (celkem 17,8 %), zatímco, jak ukazuje tabulka č. 81a, v celém redukovaném souboru vykazuje depresi téměř třetina dotázaných (celkem 30,9 %). Naopak ve skupině s nízkou mírou vnímání života jako smysluplného (Q4) trpí seniory významně více depresí (celkem 67,4 %). Manifestní deprese byla zjištěna u 27,9 % respondentů z kvartilu Q4 a mírná deprese u 39,5 % těchto dotázaných. Přehledně jsou tyto vztahy zachyceny na obrázku č. 9.



Obr. č. 9: Zastoupení respondentů v kvartilech ve vztahu k depresivitě dotázaných

Také vztah mezi GDS skórem a celkovým skórem Logo-testu je vysoce významný ($p < 0,001$). Jak ukazuje tabulka 81b, zatímco u seniorů bez deprese byl zjištěn celkový skór Logo-testu $8,86 \pm 3,688$, u respondentů s mírnou depresí to bylo $11,58 \pm 4,419$ a u dotázaných s manifestní depresí dokonce $16,16 \pm 6,619$.

Tabulka č.81b: Celkový skór Logo-testu ve vztahu k depresivitě

kategorie depresivity	průměr celkového skóru Logo-testu	N	SD
bez deprese	8,86	174	3,688
mírná deprese	11,58	59	4,419
manifestní deprese	16,16	19	6,619
celkem	10,04	252	4,625

$F = 31,870$; $p < 0,001$ (je vysoce statisticky významné)

Korelace GDS skóru (depressivních příznaků) a celkového skóru Logo-testu (míra smysluplnosti) činila 0,562 ($p < 0,001$).

11.5 Analýza kvartilu Q4

Mezi osoby v pásmu Q4, kde je úroveň smysluplnosti života nízká, patřilo ze zkoumaného souboru ($N = 333$) pouze 13,2 % respondentů, tj. 44 osob: 12 mužů a 32 žen (tab. 33, 35). Jejich průměrný věk byl 84,0 let, tedy vyšší než průměr celého souboru.

Respondenti zařazení do kvartilu Q4 většinou původně pracovali v dělnických a úřednických profesích. Více než dvě třetiny (69,0 %) dotazovaných seniorů, kteří byli zařazení do kvartilu Q4, nežily v domácím prostředí, 18 z těchto 29 institucionalizovaných seniorů bylo pro špatný zdravotní stav a nesoběstačnost hospitalizováno v LDN, NNP nebo žili na odděleních se zvýšenou ošetrovatelskou péčí v domovech pro seniory. Zastoupení seniorů v kvartilu Q4 ve vztahu k demografickým charakteristikám ukazují tabulky č. 35–41. V porovnání s ostatními skupinami trpěli respondenti z kvartilu Q4 častěji depresí (tab. 81a).

Kvartil Q4 je nejdůležitější pro diagnostiku osob ohrožených ztrátou smyslu života, depresivitou a suicidiálními sklony a pro následnou terapeutickou rozvahu. Proto jsou v jeho rámci v populačních normách ještě podrobněji rozlišena další tři pásma: pásmo Q4–(D9+D10) a decily D9 a D10 (tab. 82a).

Tabulka č. 82a: Rozdělení kvartilu Q4 podle populačních norem.

Varianta znaku	%
Q1	25
Q2+ Q3	50
Q4–(D9+D10)	5
D9	10
D10	10
Celý soubor	100,0

Zařazení do pásma Q4–(D9+D10) není ještě patologické a ukazuje, že respondent patří k nejméně ohrožené pětině z kvartilu Q4. V našem souboru spadalo do tohoto pásma „zhoršeného naplnění smyslu“ 10 osob, tj. 3 % ze všech respondentů, kteří vyplnili Logo-test (N = 333), oproti 5 % v zahraničních populačních normách.

Rizikový decil D9 zařazuje testovaného zhruba do středu Q4. Znamená nízkou úroveň smysluplnosti života a ukazuje na zřejmou přítomnost existenciální frustrace, která ohrožuje zdraví respondenta. V našem souboru patřilo do decilu D9 celkem 25 osob, tj. 7,5 % respondentů, oproti 10 % v zahraničních populačních normách.

Kritický decil D10 znamená nejnižší možnou úroveň prožívání života jako smysluplného a u osob zařazených do tohoto pásma můžeme předpokládat přítomnost deprese a ohrožení sebevraždou. V našem souboru spadalo do tohoto patologického pásma 9 seniorů, tj. 2,7 % respondentů, zatímco populační normy uvádějí 10 %. Zařazení seniorů z našeho souboru do kvartilů se znázorněním rozdělení kvartilu Q4 na jednotlivá pásma ukazuje tabulka č. 82b.

Tabulka č. 82b: Poměr jednotlivých pásem kvartilu Q4 k celému souboru

Varianta znaku	abs.	%
Q1	188	56,5
Q2 + Q3	101	30,3
Q4 - (D9+D10)	10	3,0
D9	25	7,5
D10	9	2,7
Celý soubor	333	100,0

11.5.1 Charakteristika osob s nejnižší úrovní smyslu života: Q4 (D10)

Analýzou kvartilu Q4 bylo zjištěno, že v kritickém decilu D10, kde předpokládáme nejhorší úroveň prožívané smysluplnosti, se z celého souboru (N=333) nachází pouze 2,7 % seniorů (9 osob) ve věku 76–98 let, z toho je 5 žen a 4 muži. Protože jsou četnosti malé, lze předpokládat, že i v celé populaci seniorů půjde řádově o malá čísla. A i když nemůžeme spolehlivě tvrdit, že zjištěné četnostní uspořádání bude platit obecně, lze usuzovat, že výsledky budou podobné. Průměrný věk devíti seniorů zařazených do decilu D10 byl 84,6 let, tedy vyšší oproti celému souboru. Nikdo nedosáhl vysokoškolského vzdělání a většina pracovala v dělnických profesích. Žádná z osob nejvíce ohrožených ztrátou smyslu života nežila ve vlastním prostředí. Jedna žena žila v domově pro seniory na standardním oddělení, čtyři ženy a čtyři muži byli v důsledku špatného zdravotního stavu spojeného s nesoběstačností hospitalizováni v léčebně dlouhodobě nemocných (tab. 83–86).

Tabulka č. 83: Respondenti podle dosaženého vzdělání v jednotlivých pásmech Q4

Varianta znaku	Q4 - (D9 +D10)	D9	D10	Celý soubor
ZŠ, UO	4	9	5	18
SŠ bez maturity	1	3	2	6
SŠ s maturitou	4	10	2	16
VŠ	1	0	0	1
Celý soubor	10	22	9	41

Tabulka č. 84: Respondenti podle původního povolání v pásmech Q4

Varianta znaku	Q4 - (D9 +D10)	D9	D10	Celý soubor
Techničtí, zdravotní a pedagog. pracov.	1	2	0	3
Administr. pracovníci	4	7	1	12
Pracovníci ve službách a obchodě	1	0	2	3
Dělníci, řemeslníci a opraváři	3	10	5	18
Celý soubor	9	19	8	36

Tabulka č. 85: Respondenti z pásem Q4 podle místa kde žijí

Varianta znaku	Q4 (D9+D10).	D9	D10	Celý soubor
Žije doma	5	8	0	13
Žije v instituci	5	15	9	29
Celý soubor	10	23	9	42

Tabulka č. 86: Respondenti z jednotlivých pásem Q4 podle toho zda v institucionální péči žijí v DS či na LDN, NNP a na ošetrovatelských odděleních DS

Varianta znaku	Q4 (D9+D10).	D9	D10	Celý soubor
Žije doma	5	8	0	13
v DS	2	8	1	11
v LDN, NNP	3	7	8	18
Celý soubor	10	23	9	42

Tabulka č. 87: Deprese dotázaných ve vztahu k charakteristice Q4

Varianta znaku	Q4 - (D9 +D10)	D9	D10	Celý soubor
Bez deprese	2	10	2	14
Mírná deprese	5	11	1	17
Manifestní deprese	3	3	6	12
Celý soubor	10	24	9	43

Většina (sedm z devíti) respondentů z decilu D10 trpěla depresí, z toho u šesti osob byla diagnostikována manifestní deprese (tab. 87). Tyto osoby svou existenci stěží prožívají jako smysluplnou, nevidí ani smysl v pokračování svého života a jsou ohroženy sebevražednými sklony, což dokládají níže uvedené kazuistiky:

K 72

Muž; 86 let, žije na ošetrovatelském odd. DS

Vzdělání: SŠ, původní povolání: truhlář

Logo-test: Q4 (D10)

GDS-15: **manifestní deprese** (15b)

Interpretace části III3 zapsaná tazatelkou-studentkou HTF UK:

„Pán se nechtěl bavit o svém životě. Špatně slyší, horší se mu zrak. Má mladší ženu a syna. Těší se na smrt. Řekl, že je to jeho úkol a snaží se ho splnit. Bohužel se mu to ale nedaří a zatím nemá – podle svých slov – odvahu spáchat sebevraždu.“

K 80

Žena; 85 let, žije na ošetrovatelském odd. DS

Vzdělání: ZŠ, původní povolání: prodavačka

Logo-test: Q4 (D10)

GDS-15: **manifestní deprese** (14b)

Interpretace části III3 zapsaná tazatelkou-studentkou HTF UK:

„Tato paní nemohla mít děti a více jsem se o jejím životě nedozvěděla. Nechtěla o ničem mluvit. Jen stále opakovala, že se těší, až zemře“

11.6 Prediktory smysluplnosti života ve stáří

Zajímalo nás, který ze zkoumaných faktorů (věk, pohlaví, vzdělání, původní profese, osamělost, prostředí ukazující na míru soběstačnosti, depresivita) má k míře smysluplnosti nejužší vztah, resp. nejlépe predikuje nízkou úroveň smysluplnosti života (vysoký celkový skór Logo-testu). Prediktory smysluplnosti života jsme pro redukovaný soubor (N=252) stanovili mnohonásobnou lineární regresí.

Tabulka č. 87: Regresní rovnice pro celkový skór Logo-testu

Celkový skór Logo-testu (celý soubor) = $9,484 + 0,609 * GDS - 1,641 * \text{bydliště} - 1,168 * \text{věk}$ (29,9 % predikováno)
Celkový skór Logo-testu (ženy) = $8,580 + 0,624 * GDS - 1,803 * \text{věk}$ (26,1 % predikováno)
Celkový skór Logo-testu (muži) = $7,506 + 0,770 * GDS - 2,265 * \text{profese}$ (36,5 % predikováno)

Podle výsledků, které jsou shrnuty v tabulce č. 87, je hlavním prediktorem vyššího celkového skóru Logo-testu GDS skór (vysvětluje 26,7 % celkové variability). Vliv mají také dvě další proměnné: zvýšená potřeba ošetrovatelské péče z důvodu nesoběstačnosti a věk nad 85 let. Vliv věku je malý, do modelu by nemusel být zařazen a rovnice by pak vypadala takto:

*Celkový skór Logo-testu = $8,720 + 0,626 * GDS - ,795 * \text{bydliště}$ (28,9 % predikováno)*

U mužů je vyšší celkový skóre Logo-testu predikován GDS skórem; vliv má také původní povolání. Muži, kteří zastávali vysoce kvalifikovanou (odbornou) profesi mají nižší celkový skóre Logo-testu tj. vyšší míru smysluplnosti. Tyto proměnné u mužů vysvětlují 36,5% variability.

Také u žen je hlavním prediktorem sníženého prožívání smysluplnosti depresivita, vliv má i věk. Protože tyto proměnné vysvětlují u žen jen 26 % variability, lze předpokládat, že podstatná část závisí na faktorech, které jsme nesledovali. Níže uvedená obsahová analýza části III3 Logo-testů naznačuje, že u žen je důležitá péče o rodinu a udržování dobrých vztahů s blízkými.

K 60: „Prožila jsem pěkný, dlouhý a spokojený život – vždy mi byla vším moje rodina a domácnost...“

K 61: „Celý svůj život jsem zasvětila rodině a byla tak šťastná...“

K 214: „.....důležité pro mě byly děti...“

K 250: „.....v DsPS mám kamarádky, se kterými si vzájemně pomáháme a často mě navštěvuje sestra, která se přestěhovala do stejného města, abychom mohly být spolu“.

K 284: „Snažila jsme se dobře vychovat své syny, mít dobře fungující velkou rodinu...nyní pomáhám svým synům, takže se cítím užitečná...“

Hypotéza č. 4:

Jako prediktory nízké úrovně smysluplnosti života se uplatní depresivita, osamělost a nesoběstačnost.

Výsledky lineární regrese potvrdily, že jako prediktory nízké úrovně smysluplnosti života se uplatnily depresivita a nesoběstačnost. Osamělost se u seniorů z našeho redukovaného souboru jako prediktor nízké úrovně smysluplnosti života nepotvrdila.

12. INTERPRETACE VÝSLEDKŮ A DISKUZE

Z výsledků prezentovaných v předchozích kapitolách vzhledem k hypotézám, které jsme stanovili, vyplynuly následující závěry:

12.1. Rekapitulace hypotéz

1a) Nepotvrdil se předpoklad, že smysluplnost života je významně vyšší u starších seniorů v porovnání s mladšími seniory. Podle našich výsledků úroveň smysluplnosti života u seniorů s jejich věkem nesouvisí.

1b) Na našem souboru nebyly prokázány statisticky významné rozdíly mezi muži a ženami v prožívání života jako smysluplného.

2a) Nepotvrdil se předpoklad, že smysluplnost života ve vyšším věku je významně nižší u osob s vyšším vzděláním.

2b) Byla zamítnuta hypotéza o nezávislosti smysluplnosti života na dříve vykonávaném povolání. Podle našich výsledků existuje statisticky významný vztah mezi druhem původního povolání a mírou smysluplnosti života ve stáří. Mezi nejohroženější skupiny v našem souboru patří senioři, kteří pracovali v dělnických profesích a administrativě.

2c) Bylo potvrzeno, že smysluplnost života ve vyšším věku je významně nižší u osob žijících ve vlastním prostředí osaměle.

2d) Nepotvrdil se předpoklad, že smysluplnost života ve vyšším věku je významně nižší u osob žijících v rezidenčních zařízeních.

2e) Bylo potvrzeno, že smysluplnost života je u institucionalizovaných seniorů ve vyšším věku významně nižší u osob nesoběstačných, vyžadujících zvýšenou ošetrovatelskou péči.

3) Bylo potvrzeno, že osoby s nízkou mírou prožívání života jako smysluplného jsou v porovnání se seniory, kteří vnímají život jako smysluplný, významně více depresivní.

4) Potvrdil se předpoklad, že jako prediktor nízké úrovně smysluplnosti života se uplatní depresivita a nesoběstačnost. Osamělost jako prediktor nízké úrovně smysluplnosti života na našem souboru prokázána nebyla.

Při testování hypotéz č. 1, č. 2 a č. 3 jsme použili zařazení respondentů podle vyhodnocených Logo-testů do kvartilů (Q1, Q2 + Q3, Q4), což odpovídá klinické praxi.

12.2. Interpretace dalších výsledků

Celkový skór Logo-testu u seniorů z našeho souboru činil $9,49 \pm 4,459$ (škála 0–42). Ačkoli při zařazení respondentů do kvartilů se míra smysluplnosti u dvou věkových skupin, ani při rozdělení podle vzdělání významně neodlišovala, zjistili jsme, že vyšší celkový skór Logo-testu (nižší míru smysluplnosti) mají senioři starší 85 let oproti mladším, respondenti s nižším vzděláním oproti těm, kteří měli středoškolské vzdělání s maturitou a vyšší a významný rozdíl jsme obdobně jako u rozdělení do kvartilů prokázali mezi různými skupinami podle povolání. Vyšší celkový skór Logo-testu mají v našem souboru respondenti, kteří původně pracovali jako dělníci, řemeslníci, drobní výrobci a opraváři a také bývalí úředníci. Významný rozdíl jsme zjistili i v celkovém skóru Logo-testu mezi seniory z domácího prostředí a těmi, kteří žili v rezidenčním zařízení. Významně vyšší celkové skóry Logo-testu mají v domácím prostředí staří lidé, kteří žijí osaměle. V rezidenčních zařízeních jsou to opět nesoběstační senioři z ošetrovatelských oddělení DS a hospitalizovaní v LDN a NNP.

Výsledky získané při statistickém zpracování dat u hodnocení celkového skóru Logo-testu se od výsledků získaných při zařazení respondentů podle míry smysluplnosti života do kvartilů tedy odlišovaly v tom, že hodnoty celkového skóru Logo-testu navíc souvisely i s věkem a vzděláním seniorů a také s jejich institucionalizací. Tuto odlišnost přičítáme tomu, že pro nalezení vztahu mezi dvěma proměnnými je numerická proměnná (celkový skór Logo-testu, GDS skór) citlivějším ukazatelem než kategoriální proměnná (kvartily Logo-testu, kategorie depresivity). Protože však kategoriální proměnné vyjadřují klinickou zkušenost, použili jsme pro rozhodnutí o platnosti hypotéz výsledky testů (kategoriální proměnné).

Při zařazení respondentů do kategorií podle počtu depresivních příznaků jsme neprokázali významný vztah depresivity k věku ani k dosaženému vzdělání zkoumaných osob. Depresivita ve stáří podle našich výsledků souvisí s původním povoláním respondentů,

s jejich institucionalizací a s potřebou zvýšené ošetrovatelské péče z důvodu nesoběstačnosti ve stáří. Vztah depresivity k pohlaví respondentů byl na hladině významnosti.

Celkový GDS skóre u seniorů z našeho souboru činil $4,19 \pm 3,51$ (škála 0–15). Významné rozdíly jsme prokázali ve vztahu k původnímu povolání respondentů, přičemž nejnižších GDS skóre (bez deprese) dosáhli ti, kteří v minulosti zastávali odbornou profesi. Nižší GDS skóre mají staří lidé, kteří žijí ve vlastním prostředí oproti seniorům v rezidenční péči. Významně vyšší GDS skóre (vyšší míru depresivity) mají respondenti, kteří potřebují zvýšenou míru ošetrovatelské péče a jsou tedy hospitalizováni v LDN, NNP a na ošetrovatelských lůžkách DS.

Vysoce významný vztah byl prokázán mezi celkovým skórem Logo-testu a GDS skórem, stejně jako mezi úrovní smysluplnosti života podle zařazení respondenta do kvartilu a mírou depresivních příznaků. Také korelace depresivních příznaků a míry smysluplnosti prokázala významný vztah.

Vyšší celkový skóre Logo-testu (nižší úroveň smysluplnosti života) je predikován vyšším výskytem depresivních příznaků, dále tím, že starý člověk potřebuje z důvodu nesoběstačnosti zvýšenou míru ošetrovatelské péče a překročil věkovou hranici 85 let. Hlavním prediktorem je GDS skóre. U mužů je celkový skóre Logo-testu predikován GDS skórem a dále je pro ně podstatná seberealizace v práci, tj. profese, jakou zastávali. Také u žen je celkový skóre Logo-testu predikován skórem GDS, menší vliv má i věk.

12.3 Diskuze

Hlavním cílem výzkumného šetření bylo zjistit, do jaké míry prožívají senioři v České republice svůj život jako smysluplný, analyzovat faktory, které úroveň smysluplnosti v jejich životě ovlivňují, ověřit vztah mezi smyslem života a depresí a nalézt charakteristiky, které souvisí s nízkou mírou smysluplnosti života ve stáří.

Studie zahrnuje seniory aktivní, soběstačné, žijící v domácím prostředí, dále obyvatele běžných oddělení domovů pro seniory i oddělení se zvýšenou ošetrovatelskou péčí a také pacienty hospitalizované v léčebně dlouhodobě nemocných a nemocnici následné péče.

Míra smysluplnosti u osob starších 75 let, které se účastnily studie, vyjádřená podle výsledků Logo-testu jejich zařazením do kvartilů Q1, Q2+Q3 a Q4 je vyšší v porovnání se zahraničními normami pro populaci 60+. Překvapivé je především zjištění vysokého procenta respondentů zařazených do kvartilu s nejlepší úrovní prožívání života jako smysluplného (Q1: 56,5 %) i malý počet osob, které spadaly do kvartilu s nízkou úrovní smysluplnosti života

(Q4: 13,2 %). Menší míru smysluplnosti lze však očekávat u osob, které odmítly vstoupit do studie. Ty tvořily jednu čtvrtinu z oslovených seniorů.

Podle výsledků předloženého šetření úroveň smysluplnosti života podle zařazení zkoumaných osob do kvartilů souvisí u seniorů 75+ s jejich původním povoláním, osamělostí a nesoběstačností.

Míra smysluplnosti života vyjádřená celkovým skórem Logo-testu ve stáří souvisí s věkem, vzděláním, původní profesí a s prostředím, v němž starý člověk žije. Celkový skóre Logo-testu u seniorů z našeho souboru činil $9,49 \pm 4,459$, byl tedy nízký (srov. Farský, 2006). Vyšší celkový skóre Logo-testu jsme zjistili u starších osob (85+), u seniorů s nižším vzděláním, u respondentů, kteří dříve zastávali dělnické profese anebo pracovali v administrativě, a u seniorů v rezidenční péči. Shrňme-li poznatky z našeho šetření o zkoumání vlivu prostředí a soběstačnosti na prožívání života jako smysluplného, můžeme konstatovat, že ztrátou smyslu života jsou ohroženi především staří lidé žijící v domácím prostředí osaměle a nesoběstační senioři se závažnými zdravotními problémy umístění ve zdravotnických zařízeních (LDN, NNP) a na ošetrovatelských lůžkách DS. Vyšší úroveň smysluplnosti jsme zjistili u starších lidí, kteří žili doma v manželství, partnerství, v širší rodině, ve vlastních bytech v domech s pečovatelskou službou a u těch, kdo obývali běžná oddělení domovů pro seniory. Za zajímavé lze považovat zjištění, že mezi těmito skupinami jsme neprokázali rozdíly.

Celkový výskyt deprese, měřený dotazníkem GDS-15, byl u osob v našem souboru o něco nižší (30,9 %), než v jiných v ČR nedávno publikovaných šetřeních (srov. kpt. 8.2). Mírnou depresivitu jsme diagnostikovali u 23,4 % zkoumaných seniorů a manifestní depresi u 7,5 % osob. Určitý vliv může mít výše charakterizované složení respondentů a také užívání antidepressiv některými z nich. Léčba antidepressivy zkoumána nebyla. Lze také předpokládat vyšší stupeň depresivity u osob, které odmítly vstoupit do studie.

Celkový GDS skóre u seniorů z našeho souboru činil $4,19 \pm 3,51$. Při vyhodnocování depresivity obě analýzy shodně ukázaly, že depresivita ve stáří souvisí s institucionalizací, nesoběstačností a také s povoláním, které respondenti vykonávali. Ve větší míře jsou depresivní ti staří lidé, kteří původně pracovali v dělnických profesích a administrativě a v rezidenčních zařízeních nesoběstačné osoby. U zkoumaných seniorů jsme neprokázali vztah depresivity k věku, pohlaví ani vzdělání.

Deprese pozdního věku zůstává diagnózou podceňovanou, často přehlíženou a neléčenou. Jde přitom o závažný problém, který může u starších lidí komplikovat léčbu ostatních nemocí a zároveň vést k jejich suicidálnímu jednání. Zatímco v některých zařízeních

dotazovaní při rozhovoru sami od sebe sdělovali, že svůj těžký úděl jsou schopni unést proto, že „beru prášky na nervy“, „mám deprese, ale pomáhají mi léky“ jinde byl výskyt depresivních symptomů u respondentů velmi vysoký a tato sdělení o léčbě nezazněla. Terapii antidepresivů jsme nezkoumali, zdá se však, že i když psychofarmaka dobře léčí depresi, sama o sobě v dosažení vyrovnaní, integrity a smyslu života příliš nepomáhají. Tento rozpor vystihují níže uvedené kazuistiky:

K 137

Žena; 76 let, žije v DS

Vzdělání: vyučená; původní povolání: prodavačka

Logo-test: **Q4 (D10)**

GDS-15: **bez deprese (5b)**

„ Byla jsem vdaná, mám dceru, s kterou se občas vídám. Skončila jsem ale v domově, což mě moc netěší. Život se mi moc nelíbí. “

K 255

Žena; 83 let, žije v DsPS

Vzdělání: SŠ, původní povolání: veterinární technik

Logo-test: **Q4 (D9)**

GDS-15: **bez deprese (5b)**

„ Žiju v DsPS 6 let. Manžel zemřel a děti na mě neměly čas. Moc jsem se sama doma trápila, a tak jsem šla sem. Je tu o mě postaráno, ale i tak si připadám už zbytečná. Beru léky na nervy a na bolesti kloubů. Dnes mi působí radost návštěvy dětí, vnoučat a pravnoučat. “

V našem souboru jsme prokázali velmi významný vztah mezi mírou smysluplnosti života a depresivitou. Z respondentů, zařazených do kvartilu Q4 (nízká úroveň smyslu života) byly dvě třetiny (67,4 %) depresivní. Korelace depresivních příznaků a míry smysluplnosti prokázala, že mezi zkoumanými proměnnými sice existuje významný vztah, ale že nejsou totožné (srov. kpt. 9).

Hlavním prediktorem nízké úrovně smysluplnosti života ve stáří je podle našich výsledků právě depresivita, dále věk nad 85 let a také situace, kdy jsou staří lidé nesoběstační, a proto žijí v sociálním nebo zdravotnickém zařízení se zvýšeným stupněm ošetrovatelské péče (LDN, NNP, ošetrovatelská oddělení DS). Zdravotní stav byl ve studii zastoupen právě proměnnou soběstačnosti vyjádřenou mírou potřeby ošetrovatelské péče. Konkrétní ukazatele zdravotního stavu vyhodnocovány nebyly. Soběstačnost je definována jako schopnost samostatné existence v daném prostředí. Protože příčinou zhoršené soběstačnosti starého člověka jsou kromě nemedicínských faktorů především chronické choroby a ubývání tělesných a duševních sil, můžeme ze získaných výsledků usuzovat, že podobně jako

soběstačnost ovlivňuje míru vnímání života jako smysluplného i zdravotní stav. U mužů má vliv skutečnost, že nevykonávali odborné povolání.

12.4 Význam studie a aplikace výsledků pro praxi

V Deklaraci Evropské konference o péči a ochraně starších lidí, která se konala v květnu 2009 v Praze, je konstatováno, že bývá podceňována ohroženost seniorů s nízkou úrovní potenciálu zdraví a jejich **vůle ke smyslu**, touha po uspokojení i vyšších lidských potřeb. V konceptu, který Deklarace zmiňuje, je kladen důraz na umožnění života ve známém a přirozeném prostředí se zachováním autonomie a sociálních rolí a na **smysluplnost existence lidských bytostí**.

Výsledky předložené studie potvrdily možnost zkoumat fenomén smysluplnosti života ve stáří. K seniorům ohroženým ztrátou smyslu života patří především křehcí a nemocní staří lidé s nízkou mírou zdatnosti, adaptability a soběstačnosti, žijící v zařízeních zdravotní a sociální péče a v základních úkonech závislí na pomoci druhých. V domácím prostředí jsou to senioři, kteří žijí sami.

Další projekty by mohly přispět k naplněnosti života těch starých lidí, kteří jsou ztrátou smyslu života ohroženi nejvíce. Realizovány by mohly být formou systematické práce se seniory v rámci povinných praxí vysokoškolských studentů oborů sociální práce. Tito mladí lidé, většinou velmi empatictí, by se mohli s klienty, kteří by o to projevíli zájem, pravidelně setkávat a podle možností i věnovat různým dostupným aktivitám. Pro seniory by bylo přínosné sdílení společných zážitků a kontakt s aktivními mladými lidmi, pro studenty praktické využití znalostí z gerontologie a nácvik profesionálních dovedností v komunikaci se starými lidmi. Zpočátku totiž u naprosté většiny studentů práce se seniory nepatří k jejich prioritám a dá se říci, že se jí i trochu obávají. Postoje ale mění a k fenoménu stáří přistupují jinak, podaří-li se je zaujmout a ukázat, že i práce v tomto prostředí může přinášet uspokojení. Přínosné by bylo stanovit míru smysluplnosti života zúčastněných seniorů při prvním setkání a porovnat dosažené výsledky s testováním po určité době pravidelné práce v kontextu logoterapeutického přístupu. To znamená nabídnout ohroženým seniorům možnost pravidelných individuálních návštěv studentů, jež by přispívaly k vytvoření dalšího – byť poněkud formálního a profesionálního – mezilidského vztahu. Náplní těchto osobních setkávání by mohly být jednak „konstruktivní reminiscence“. Práce se vzpomínkami pomáhá utřídit, propojit jednotlivé události ve vlastním životě, orientovat se v nich a přijmout a pochopit smysl prožitého života. Při vzpomínání se naskytuje i možnost napomáhat

přehodnocovat pohled na život a postoje v konkrétních situacích. Součástí společně stráveného času by mělo být cílené hledání toho dobrého a pozitivního, co staří lidé prožili, ale i hezkých chvil v jejich současném životě. Uspokojení a radost by těm, kteří by projevíli zájem, mohla přinášet i realizace pro ně dostupných aktivit.

Ale i pokročilé stáří má svoji (byť třeba velmi krátkou) budoucnost a pro člověka na sklonku života je nesmírně důležité udělat pořádek ve vztazích a zakončit osobní záležitosti. A to je v prostředí rezidenčního zařízení, podobně jako v situaci, kdy je starý člověk osamělý, bez pomoci zúčastněných profesionálů, kteří (někdy nesnadný) kontakt pomohou zprostředkovat, velmi obtížné. Touha po vyřešení sporných záležitostí, smíření s blízkými i se sebou, vyznívala i z výpovědí respondentů, kteří se zúčastnili tohoto výzkumu. Navrhovaná forma studentských praxí by mohla doplnit péči časově velmi vytížených zdravotníků, profesionálních pečovatелů a sociálních pracovníků.

Výsledky předložené studie prokázaly, že jako hlavní prediktor nízké smysluplnosti života ve stáří se uplatňuje depresivita. Při dalším hlubším zkoumání vztahu smysluplnosti života a deprese ve stáří doporučuji zaměřit se i na podávání antidepresiv a porovnat, nakolik se soubor léčených seniorů liší v míře smysluplnosti života od těch, kteří antidepresiva neužívají.

ZÁVĚR

Otázky po smyslu života patří k těm zásadním. V posledním desetiletí můžeme sledovat stoupající zájem o toto téma, což do značné míry souvisí se zvýšenou pozorností, která je věnována kvalitě života. Obzvláště naléhavě se mohou vyskytovat tyto otázky ve stáří. Vzhledem k tomu, že ve vyspělých zemích dochází k rychlému demografickému stárnutí populace, stává se problematika, jíž se zabývá předložená práce, stále aktuálnější.

K faktorům, které chrání před ztrátou smyslu života ve stáří, patří podle současných autorů u starých lidí tvořivost, dobré mezilidské vztahy, zdraví, potěšení, pocit užitečnosti a potřebnosti pro druhé a také religiozita. Velký význam je přisuzován konstruktivní práci se vzpomínkami, která pomáhá pochopit vlastní život ve smysluplném kontextu. Lze konstatovat, že i ve stáří jde o realizaci tvůrčích, prožitkových a postojových hodnot.

Z výsledků předložené studie vyplývá, že hlavním prediktorem nízké úrovně smysluplnosti života ve stáří je depresivita. Dále je významný vyšší věk, potřeba institucionální péče pro nesoběstačnost a u mužů skutečnost, že se nerealizovali v původním povolání. U seniorů z vlastního prostředí se významně uplatňuje další rizikový faktor stáří - osamělost. Zatímco ostatní výše uvedené faktory u starých lidí příliš ovlivnit nelze, depresi můžeme účinně léčit.

Ztráta smyslu života a deprese nejsou totožné, ale existuje mezi nimi silný vztah. Obojí zhoršují průběh somatických chorob a snižují kvalitu života. Ztráta smyslu v životě je jedním z hlavních zdrojů psychické rezignace. Lidé, kteří ztratí smysl života, jsou podobně jako silně depresivní osoby ohroženi sebevraždou. U rizikových seniorů je proto vhodná diagnostika a následná léčba depresivity spolu s podporou smysluplnosti života v rámci sociální práce se seniory. Při včasné diagnostice jsou možnosti ovlivnění depresivity i nízké životní smysluplnosti reálné.

A jak shrnout možnosti logoterapeutického přístupu k seniorům? Ve stáří ubývá příležitostí k uskutečňování tvůrčích hodnot. Při hledání smyslu života v této životní etapě je proto důležité odpovídat na obyčejné požadavky všedního dne a pokusit se vyzískat i z nelehké situace něco hezkého. Cenná je nabídka zážitkových aktivit, které jsou, podobně jako dobré mezilidské vztahy, zdrojem potěšení ve stáří. V rámci naplnění psychosociálních potřeb rizikových skupin je vhodné i doprovázení při vyrovnání se s minulostí a v případě potřeby pomoc při řešení vztahů v rodině. Právě prostřednictvím sociální práce zaměřené na

podporu smysluplného života, seberealizaci a ochranu důstojnosti by bylo možné uskutečnit tolik potřebné spojení výzkumu a praxe v rezidenčních zařízeních, v nichž žijí ti staří lidé, kteří jsou ztrátou smyslu života ohroženi nejvíce.

Terénní práce na projektu mě přivedla do blízkého osobního kontaktu s mnoha starými lidmi, kteří žili v různých podmínkách. Rozhovory s nimi a následné vyhodnocování dotazníků a z nich především kvalitativní části Logo-testu pro mne znamenalo nahlédnutí do jejich velmi soukromého světa, v němž měli ukryty své radosti, přání i bolesti.

Přála bych si, aby tato práce přispěla k diskusi o tématu smyslu života ve stáří. Navrhované praktické výstupy vycházejí z předpokladu vlivu smyslu života na zdravotní stav a psychickou pohodu člověka. Jejich realizací by bylo možno podpořit ty nejohroženější a nejkřehčí ze široké populace seniorů v naší společnosti.

Smysluplnost života ve stáří

The meaningfulness of life in the elderly

Jiřina Ondrušová

Summary

The submitted thesis deals with the issue of the meaningfulness of life in the elderly. This deep human need was listed among the evaluated items in the WHOQOL assessments. The meaning in life is considered as a remarkable salutogenic factor. The questions on the meaning in life become mostly more pressing in the elderly than in earlier stages of life. The loss of meaning in life brings incapability of human to find and realize values and to adopt positive attitude towards the particular circumstances in life. The human missing the meaning in life experiences dissatisfaction, emptiness, desperation and depression. The depression in old age still remains an often underestimated and untreated diagnosis.

The empirical part of this thesis describes the results of research focused on the meaningfulness of life in the elderly. The goal of the study was to find out to what extent the Czech elderly perceive their lives as meaningful, to verify the influence of demographic, social and functional factors, to analyse the relation between meaning in life and depression and to find predictors of meaningfulness of life. Meaning in life was measured by the Logo-test, depression was measured by the Geriatric Depression Scale – 15. Sociodemographic characteristics of respondents were also assessed .

The sample consisted of 333 participants aged 75 to 98 years from 19 localities in the Czech Republic. The respondents lived at home, in homes for seniors and in nursing houses. All respondents were assessed using the Logo-test. The reduced sample of respondents (252 persons) was simultaneously examined by the Geriatric Depression Scale – 15.

In the researched sample of seniors over 75 years of age significantly more (56,5 %) persons have very good level of perception of life as meaningful (Q₁), than the population of younger seniors in the foreign population norms of the Logo-test. The study shows that only 13,2 % of questioned persons in the tested sample have low level of meaningfulness of life (Q₄). The average total value of score of the Logo-test (the level of meaningfulness in life) in our sample was $9,49 \pm 4,46$ (scale 0–42). The low level of meaningfulness of life was detected in older elderly, in seniors with lower education, in previous worker and administrative professions, in solitary and disable old persons.

The depression was diagnosed in 30, 9 % of respondents. The average total value of GDS score (the level of depression) was $4,19 \pm 3,51$ (scale 0–15). The prevalence of depression was significantly associated with institutionalisation of seniors, their previous professions and disability.

The most important predictor of low level of meaning in life was depression. The previous profession was also important for male respondents. The other demographic variables examined in this study accounted for little variance in meaning in life.

The lost of the meaning in life and the depression are not the same but they are very closely related to each other. Both of them make the course of somatic diseases worse as well as both of them decrease the quality of life. In case of the seniors jeopardized by low level of meaning in life, the diagnostics and the subsequent treatment of depressivity with the support of the meaningfulness of life are appropriate in the frame of social work with these elders.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- ABRAMS, R. C., TERESI, J. A., Butin D. A. *Depression in nursing home residents*. Clin Geriatr Med, 1992, 8(2): 302–322.
- ADLER, A. *Smysl života*. 1. vydání. Praha: Práh, 1995. ISBN 80-858009-34.
- ANTONOVSKY, A. *The structure and properties of the sense of coherence scale*. Soc Sci Med, 1993, 36(6): 725–733.
- ASPINALL, R. *Longevity and the immune response*. Biogerontology, 2000, 1(3): 273–278
- AUSTAD, S. *Proč stárneme*. Praha: Mladá Fronta, 1999. ISBN 80-204-0804-5.
- BALCAR, K. *Standardizace dotazníku „Logo-test“ na vzorku studujících českých vysokých škol*. Československá psychologie, 1995a, 39: 400–405. ISSN 0009-062X.
- BALCAR, K. *Životní smysluplnost, duševní pohoda a zdraví*. Československá psychologie, 1995b, 39: 420–424. ISSN 0009-062X.
- BALCAR, K. *Životní smysluplnost a osobnost*. Československá psychologie, 1995c, 39: 496–502. ISSN 0009-062X.
- BALCAR, K. *Životní smysl a kvalita života*. 10. symposium o lékařské etice: Zdraví a kvalita života. Praha, 2002.
- BALCAR, K. *Logodiagnostické metody – kurz*. Praha: PVŠ PSS, 2006.
- BALCAR, K. *Tragická triáda logoterapie – utrpení, vina a smrt – kurz*. Praha: PVŠ PSS, 2007.
- BAUM, S. K., Stewart R. B. *Sources of meaning through the life span*. Psychological Reports, 1990, 67: 3–14.
- BENEDICTIDIS, G., TAN, Q., JEUNE, B., CHRISTENSEN, K. et al. *Recent advances in human gene-longevity association studies*. Mech Ageing Dev, 2001, 122(9): 909–920
- BERAN, J. *Psychoterapeutický přístup v klinické praxi*. Jinočany: Nakladatelství a vydavatelství H&H, 1996. ISBN 80-85467-43-7.
- ČACKOVÁ, H. *Prožívání smysluplnosti života u vybraných skupin středoškolské mládeže*. Diplomová práce. Vedoucí práce: PhDr. E. Smékalová, Ph.D. Filosofická fakulta Univerzity Palackého Olomouc, 2009.
- CAPPELIEZ, P. *Functions of reminiscence and mental health in later life*. Aging & Mental Health, 2005, 9(4): 295–301.
- COLE, M. G. *Risk factors for depression among elderly community subjects: a systematic review and metaanalysis*. American Journal of Psychiatry, 2003, 160(6):1147–1156
- CRUMBAUGH, J. C. *Cross-validation of Purpose-in-life test based on Frankl's concepts*. Journal of Individual Psychology, 1968; 24, 74–81.
- ČEŠKOVÁ, E. *Deprese ve vyšším věku a suicidalita*. Čes Ger Rev 2007, 5(4): 228–233.
- ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD. *Přehled a charakteristika hlavních tříd klasifikace KZAM*. [online] 2008 [cit. 2008–10–24]. Dostupné z: http://www.czso.cz/csu/klasifik.nsf/i/prehled_a_charakteristika_hlavnich_trid_klasifikace_kzam
- ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD. *Demografická ročenka 2009*. [online] 2010 [cit. 2010-01-22]. Dostupné z: <http://www.czso.cz/csu/2009edicniplan.nsf/kapitola/0001-09-2009-0400>

- ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD. *Věková skladba obyvatelstva v roce 2008*. [online] 2010 [cit.2010-01-12]. Dostupné z:
http://www.czso.cz/csu/redakce.nsf/i/vekova_skladba_obyvatelstva_v_roce_2008
- ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD. *Věková skladba obyvatelstva v roce 2050*. [online] 2010 [cit.2010-01-12]. Dostupné z:
http://www.czso.cz/csu/redakce.nsf/i/vekova_skladba_obyvatelstva_v_roce_2050
- ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD. *Populační prognóza ČR do r. 2050*. [online] 2010 [cit. 2010-01-22]. Dostupné z: <http://www.czso.cz/csu/2004edicniplan.nsf/p/4025-04>
- ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD. *Pohyb obyvatelstva*. [online] 2011 [cit.2011-09-01]. Dostupné: <http://www.czso.cz/csu.nsf/informace/coby031411.doc>
- ČMÁRIKOVÁ, A. *Možnosti zachytenia životného zmyslu v psychologickom výskume*. [online] Konferencie Logoterapia – psychoterapia pre tretie tisícročie, 30–31. 5. 2003, Svit. [cit. 2010-01-30]. Dostupné z: <http://katpsych.truni.sk/existprob/prispevky/cmariik.html>
- ČORNANIČOVÁ, R. *Kvalita života v séniu*. In Sýkorová, D., Chytil, O. *Autonomie života ve stáří*. Zdravotně sociální fakulta Ostravské univerzity v Ostravě, 2004: 143–153. ISBN 80-7326-026-3.
- DEBATS, D. L. *Measurement of personal meaning: The psychometric properties of the Life Regard Index*. In P. T. P. Wong and P. S. Fry (Eds.): *The human quest for meaning. A handbook of psychological research and clinical applications*. Mahwah, New Jersey – London: Lawrence Erlbaum Associates, 1998: 237–259.
- DEBATS, D. L. *Sources of meaning: An investigation of significant commitments in life*. *Journal of Humanistic Psychology*, 1999,39: 30–57.
- DEBATS, D. L. *An inquiry into existential meaning: theoretical, clinical and phenomenal perspectives*. In Reker G. P., Chamberlain K. (Eds): *Exploring existential meaning. Optimizing human development across the life span*. Thousand Oaks – London – New Delhi, Sage Publications, 2000: 93–106.
- DJERNES, J. K. *Prevalence and predictors of depression in populations of elderly a review*. *Acta Psychiatr Scand*, 2006, 113(5): 372–387.
- DRAGOMIRECKÁ, E. *Kvalita života a nemoc*. 5. konference Inco Fora na téma „Inkontinence a kvalita života“. Brno 4. 11. 2005.
- DRAGOMIRECKÁ, E., BARTOŇOVÁ, J. *The World Health Organization Quality-of-life Questionnaire: WHOQOL-BREF. Psychometric properties and initial uses of the Czech version*. *Psychiatrie*, 2006, 10: 144–149.
- DRAGOMIRECKÁ, E., BARTOŇOVÁ, J. a kol. *Příručka pro uživatele české verze dotazníků kvality života Světové zdravotnické organizace WHOQOL-BREF a WHOQOL-100*. Psychiatrické centrum Praha, 2006. ISBN 80-85121-82-4.
- DRAGOMIRECKÁ, E. *Prediktory kvality života ve vyšším věku*. Disertační práce. Školitel doc. PhDr. Jan Srnec, CSc. Filozofická fakulta Univerzity Karlovy v Praze, 2007.
- DUFKOVÁ, D., KRATOCHVÍL, S. *Psychometrické zkoumání existenciální frustrace*. *Československá psychologie*.1967;6: 594–597.
- EBERSOLE, P. *Types and depth of written life meanings*. In P. T. P. Wong and P. S. Fry (Eds). *The human quest for meaning. A handbook of psychological research and clinical*

- applications. Mahwah, New Jersey – London: Lawrence Erlbaum Associates, 1998:179–191.
- EMMONS, R. A., COLBY, P. M., KAISER, H. A. *When losses lead to gains: personal goals and recovery of meaning*. In P. T. P. Wong, P. S. Fry (Eds). *The human quest for meaning. A handbook of psychological research and clinical applications*. Mahwah New Jersey – London: Lawrence Erlbaum Associates, 1998: 163–178.
- ENDLER, P. C., HAUS, T. M., SPRANGER, H. *Sense of coherence and physical health. A „Copenhagen interpretation“ of Antonovsky’s SOC concept*. *Scientific World Journal*, 2007, 20, 8:451–453.
- ERIKSON, E. H. *Životní cyklus rozšířený a dokončený*. 1. vydání. Praha: Nakladatelství Lidové noviny, 1999. ISBN 80-7106-291-X.
- ERIKSSON, M., LINDSTRÖM, B. *Validity of Antonovsky’s Sense of Coherence Scale: a systematic review*. *J Epidemiol Community Health* 2005, 59(6):460–466.
- ERIKSSON, M., LINDSTRÖM, B. *Antonovsky’s Sense of Coherence Scale and its relation with quality of life: a systematic review*. *J Epidemiol Community Health* 2007, 61(11):938–944.
- EUROSTAT. DATABASE. *Střední délka života prožitá ve zdraví v Evropské unii*. [online] 2010 [cit 2010–01–22]. Dostupné z: http://ec.europa.eu/health/index_en.htm
- EVROPSKÁ KONFERENCE O PÉČI A OCHRANĚ STARŠÍCH LIDÍ. *Deklarace*. Praha [online] 2009 [cit. 2010–03–03]. Dostupné z: <http://www.zivot90.cz/110-pro-novinare/m-136-deklarace-evropske-konference-o-peci-a-ochrane-starsich-lidi>
- FARSKÝ, I., ŽIAKOVÁ, K., ONDREJKA, I., ČÁP, J. *Zmysel života v séniu*. In Dušová B Jarošová, D, Vrublová Y. (Eds). *Trendy v ošetrovatelství IV*. Ostrava: Zdravotně sociální fakulta Ostravské univerzity, 2006: 65–69.
- FEGG, M. J, KRAMER, M., BAUSEWEIN, C., BORASIO, G. D. *Meaning in life in the Federal republic of Germany: results of a representative survey with Schedule for meaning in life evaluation*. *Health Qual Life Outcomes* 2007, 22, 5:59.
- FILIP, V., SIKORA, J., MARŠÁLEK, M. a kol. *Praktický manuál psychiatrických posuzovacích stupnic*. Praha: Psychiatrické centrum, 1997. ISBN 80-85121-06-9.
- FLENSBURG-MADSEN, T., VENTEGODT, S., MERRICK, J. *Why is Antonovsky’s Sense of Coherence not correlated to physical health? Analysing Antonovsky’s 29-item Sense of Coherence Scale (SOC-29)*. *Scientific World Journal*, 2005, 14, 5:767–776.
- FRANKL, V. E. *The will to meaning*. New York: The Penguin Group, 1988.
- FRANKL, V. E. *Lékařská péče o duši*. Brno: Cesta, 1996. ISBN 80-85319-50-0.
- FRANKL, V. E *Vůle ke smyslu*. 2. české vydání. Brno: Cesta, 1997 ISBN 80-85139-63-2.
- FRANKL, V. E *Psychoterapie pro laiky*. Brno: Cesta, 1998. ISBN 80-85319-80-2.
- FRANKL, V. E *A přesto říci životu ano: psycholog prožívá koncentrační tábor*. 2. vydání. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2006. ISBN: 80–7192–848–8.
- FRY, P. S. *The development of personal meaning and wisdom in adolescence: a reexamination of moderating and consolidating factors and influences*. In: P. T. P. Wong and P. S. Fry (Eds). *The human quest for meaning. A handbook of psychological research and clinical applications*. Mahwah, New Jersey – London: Lawrence Erlbaum Associates, 1998: 91–110.

- GERWOOD, J. B. *The existential vacuum in treating substance-related disorders*. Psychol Rep 1998, 83 (3Pt2): 1394.
- GOSTYNSKI, M., AJADACIC – GROSS, V., Gutzwiller F. et al. *Depression among the elderly in Switzerland*. Nervenartz, 2002, 73(9): 851–60.
- GOURION, D. *Events of life and links with severe depression at different ages*. Encephale, 2009, 35 Suppl 7: 250–256.
- GRÜN, A. *Umění stárnout*. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2009. ISBN 978-80-7195-316-3.
- HALAMA, P. *Teoretické a metodologické přístupy k problematice zmyslu života*. Československá psychologie, 2000, 3: 216–236. ISSN 0009-062X.
- HALAMA, P. *Zmysel života z pohledu psychologie*. Bratislava: Slovak Academic Press, 2007. ISBN 978-80-8095-023-1.
- HAŠKOVCOVÁ, H. *Fenomén stáří*. Praha: Panorama, 1989. ISBN 80-7038-158-2.
- HAŠKOVCOVÁ, H. *Manuálek sociální gerontologie*, Brno: IDVZ PZ, 2002.
- HAYFLICK, L. *Jak a proč stárneme*. Praha: Knižní klub, 1997. ISBN 80-7176-536-8.
- HELLER, J. *Podvečerní děkování*. Praha: Vyšehrad, 2005. ISBN 80-7021-809-6.
- HEUN, R. BURKHART, M. MAIER, W. BECK, P. *Internal and external validity of the WHO Well-Being Scale in the elderly population*. Acta Psychiatr Scand, 1999, 99 (3):171–178.
- HNILICOVÁ, H. *Kvalita života a její význam pro medicínu a zdravotnictví*. In: Payne, J. a kol.: Kvalita života a zdraví. Praha, Triton 2005, s. 205–216. ISBN 80-7254-657-0.
- HOLMEROVÁ, I., JURAŠKOVÁ, B., ZIKMUNDOVÁ, K. *Vybrané kapitoly z gerontologie*. Praha: GEMA, 2002.
- HOLMEROVÁ, I., JURAŠKOVÁ, B., VAŇKOVÁ, H. *Deprese ve stáří*. Lékařské listy, 2007,12,56: 6–8.
- HOVORKA, J. *Cesta do stáří*. Praha: Práce, 1980. ISBN 24-112-80.
- HRDLIČKOVÁ, V. *Smysl života v seniorském věku*. Diplomová práce. Vedoucí práce: PhDr. Eva Drlíková, CSc. Filozofická fakulta Univerzity Karlovy v Praze, 2009.
- CHARDIN, P. T. *Chut' žít*. Praha: Vyšehrad, 1970. ISBN 3324970.
- JANEČKOVÁ, H. *Salutogenetický přístup v péči o člověka s demencí*. Gerontologické aktuality, 2001,3: 21–26.
- JANEČKOVÁ, H. *Sociální práce se starými lidmi*. In Matoušek: Sociální práce v praxi. Specifika různých cílových skupin a práce s nimi. Praha: Portál, 2005: 163–193. ISBN 80-7367-002-X.
- JANEČKOVÁ, H., HOLMEROVÁ, I., VAŇKOVÁ, H. a kol. *Studium vlivu reminiscenční terapie na kvalitu života seniorů – využití kvantitativních a kvalitativních metod*. Čes. Ger. Rev, 2007, 5 (3):149–155. ISSN 1214-0732.
- JANEČKOVÁ, H., HNILICOVÁ, H. *Úvod do veřejného zdravotnictví*. Praha, Portál 2009. ISBN 978-80-7367-592-9.
- JAROŠOVÁ, D. *Péče o seniory*. Ostrava: Zdravotně sociální fakulta Ostravské univerzity, 2006. ISBN 80-7368-110-2.
- JOSSIELSON, R. *Irvin D. Yalom – O psychoterapii a lidském bytí*. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-533-2.

- KALVACH, Z. a kol. *Úvod do gerontologie a geriatrie: I. díl Gerontologie obecná a aplikovaná*. 1. vydání. Praha: Univerzita Karlova – Nakladatelství Karolinum, 1997. ISBN 80-7184-366-0.
- KALVACH, Z., ZADÁK, Z., JIRÁK, R. a kol. *Geriatric a gerontologie*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2004. ISBN 80-247-0548-6.
- KALVACH, Z. *Psychosomatická problematika ve stáří*. Lékařské listy, 2005; 47:10–13, ISSN 0044-1996.
- KALVACH, Z., ŠNEJDRLOVÁ, M., ONDRUŠOVÁ, J., DRBAL, C. *Zdravotní stav ve stáří*. Demografie, 2006a; 48 (4): 265–269. ISSN 0011-8265.
- KALVACH, Z., DRBAL, C., ZAVÁZALOVÁ, H. a kol. *Geriatrický pohled na zdraví a nemocnost ve stáří – změna paradigmatu? Časopis lékařů českých*, 2006b, 145 (12): 909–915. ISSN 0008-7335.
- KALVACH, Z., ONDERKOVÁ, A. *Stáří*. Praha: Galén, 2006c. ISBN 80-7262-455-5.
- KALVACH, Z. *Zdravotnické aspekty stárnutí populace*. Zdravotnické noviny, 2007; 10:12–14, ISSN 0044-1996.
- KALVACH, Z., ZADÁK, Z., JIRÁK, R. a kol. *Geriatrické syndromy a geriatrický pacient*. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-2490-4.
- KALVACH, Z. *13. Pražské gerontologické dny 2009*. In Gabriel J. Křehké stáří. Esprite, 2009, 5:10–11.
- KAŠPARŮ, M. *O radostech lidské duše s Maxem Kašparů*. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2001. ISBN 80-7192-549-7.
- KAVENSKÁ, V. *Smysl života v kontextu závislosti na alkoholu*. [online] E-psychologie-elektronický časopis ČMPS. 2009 (3)1. [cit. 2010-02-01] Dostupné z: <http://e-psycholog.eu/pdf/kavenska.pdf>
- KIRKWOOD, T. B., Austad, S. N. *Why do we age?* Nature, 2000, 408(9809): 233–238.
- KOVÁČ, D. *Kvalita života – naliehavá výzva pre vedu nového storočia*. Československá psychologie, 2001; 45: 34–44. ISSN 0009-062X.
- KOVÁČ, D. *Kultivace integrované osobnosti*. Psychologie dnes, 2004 (2): 32–34. ISSN 1211-5886.
- KOŽENÝ, J. *Dotazník emocionálního prožívání (DEP36): explorační a konfirmační analýza*. Československá psychologie, 1993; 37:523 – 521. ISSN 0009-062X.
- KRATOCHVÍL, S. *Základy psychoterapie*. 5. vydání. Praha: Portál, 2006. ISBN 80-7367-122-0.
- KRAUSE, N. *Stressors arising in highly valued roles, meaning in life, and the physical health status of older adults*. Journal of Gerontology: Social Science, 2004, 59B: 287-297.
- KRAUSE N. *Meaning in life and mortality*. Journal of Gerontology: Social Science, 2009, 64B: 517–527.
- KRHUTOVÁ, L. *Teorie a modely zdravotního postižení*. Sociální práce, 2010; 4. s.49–59. ISSN 1213-6204.
- KŘIVOHLAVÝ, J. *Mít pro co žít*. Praha: Návrat domů, 1994. ISBN 80-85495-33-3.
- KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie nemoci*. Praha: Grada, 2002. ISBN 80-247-0179-0.
- KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie smysluplnosti existence – otázky na vrcholu života*. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-370-5.

- KŘIVOHLAVÝ, J. *Problematika smysluplnosti života v psychologii*. Dostupné z: <http://jaro.krivohlavy.cz/problematika-smysluplnosti-zivota-v-psychologii> [online] Prof. Jaro Krivohlavý 3. 2. 2007 [cit. 2010–02–01]
- KŘÍŽOVÁ, E. *Sociologické podmínky kvality života*. In Payne J. a kol. *Kvalita života a zdraví*. Praha: Triton, 2005: 351-365. ISBN 80-7254-657-0.
- KUBEŠOVÁ, H., MATĚJOVSKÝ, J., MELUZÍNOVÁ, H., WEBER, P. *Výskyt a související aspekty deprese u seniorů žijících ve vlastním prostředí*. *Čes Ger Rev*, 2008, 6 (4): 227–231. ISSN 1214-0732.
- KUCHAŘOVÁ, V., RABUŠIC, L., EHRENBERGOVÁ, L. *Život ve stáří*. Zpráva o výsledcích empirického šetření. [online] Praha, 2002 [cit. 2010–03–02]. Dostupné z: http://www.vupsv.cz/Empiricky_vyzkum.pdf
- LÄNGLE, A. *Old age from an existential – analytical perspective*. *Psychol Rep*, 2001a, 89(2): 211–215.
- LÄNGLE, A., ORGLER, CH., KUNDI, M. *Existenciální škála*. Praha: Testcentrum, 2001b.
- LÄNGLE, A. *Smysluplně žít*. Brno: Cesta, 2002. ISBN 80-7295-037-1.
- LÄNGLE, A. *Nalézt přítakání životu*. 2007. Dostupné z: <http://www.slea.cz/index.php/odborne-texty-mainmenu-2/6-alfried-langle/8-alfried-langle-pritakani-zivotu> [online] 22. 10. 2007 [cit. 2010–08–28]
- LÄNGLE, S., SULZ, M. Eds. *Žít svůj vlastní život*. Praha, Portál: 2007. ISBN 978-80-7367-220-1.
- LEHOTSKÁ, M. *Jaký může mít lidské utrpení smysl?* *Psychologie dnes*. Praha: Portál, 2004 (2): 26–27. ISSN 1211-5886.
- LEPINE, J. P., BOUCHEJ, S. *Epidemiology of depression in the elderly*. *Int Clin Psychopharmacol*, 1998,13 Suppl 5: 7–12.
- LINDEN, M., KURTZ, G., et al. *Depression in the very elderly*. *Nervenartz*, 1998, 69(1):27–37.
- LUKASOVÁ, E. *Logo-test*. Zkouška k měření „prožívané smysluplnosti“ a „existenciální frustrace“. Chrudim: Mach, 1992.
- LUKASOVÁ, E. *Logoterapie ve výchově*. Praha: Portál, 1997. ISBN 80–7178–180–0.
- LUKASOVÁ, E. *K validizaci logoterapie*. In Frankl V. E. *Vůle ke smyslu*. Brno: Cesta, 1997: 183–209. ISBN 80–85139–63–2.
- LUKASOVÁ, E. *I tvoje utrpení má smysl*. Brno: Cesta, 1998. ISBN 80–85319–79–9.
- LUKAS, E. *The Meaning of Life and the Goals in Life for Chronically Ill People*. In P. T. P. Wong and P. S. Fry (Eds.): *The human quest for meaning. A handbook of psychological research and clinical applications*. Mahwah, New Jersey – London: Lawrence Erlbaum Associates, 1998a: 307–316.
- LUKAS E. *Alles fügt sich und erfüllt sich. Die Sinnfrage im Alter*. Gütersloher: Gütersloher Verlagshaus, 2004, ISBN 978–3–579–06917–3.
- MAC KINLAY, E. *The spiritual dimension of ageing*. London – New York: Jessica Kingsley Publisher, 2001. ISBN 1 843 10 008 8.
- MASLOW, A. H. *Náboženství, hodnoty a vrcholné prožitky*. New York: Viking Press 1973; 7. vydání překlad T. Vocelka 1992.
- MASLOW, A. H. *Ku psychologii bytia*. Bratislava: LAPRINT, 2000, ISBN 80-967980-4-9.

- MAŠKOVÁ, M. *Věková struktura populace, regionální rozdíly – jak pracovat s demografickou informací*. In Postavení a diskriminace seniorů v ČR. Sborník z mezinárodní konference pořádané v rámci XI. Celostátního gerontologického kongresu v Hradci Králové 25. 11. 2005. MPSV Praha, 2006. s. 12–28. ISBN 80-86878-52-X.
- MATOUŠEK, O. *Sociální práce v praxi*. 1. vydání. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7367-002-X.
- MC FADDEN, S. H. *Religion and meaning in late life*. In Reker and Chamberlain. Exploring existential meaning. Optimizing human development across the life span. Thousand Oaks – London-New Delhi, Sage Publications, 2000; s. 171–183.
- MEDVEDEV, Z. *An attempt at a rational classification of theories of ageing*. Biological Reviews, 1990, 65:375–398.
- MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ. *Národní program přípravy na stárnutí na období let 2008–2012 (Kvalita života ve stáří)*. [online] Praha: MPSV, 2008 [cit. 2009–10–22]. Dostupné z: http://www.mpsv.cz/files/clanky/6129/brozura_stari_CZ_9.pdf
- NEŠPOROVÁ, O., SVOBODOVÁ, K., VIDOVIČOVÁ, L. *Zajištění potřeb seniorů s důrazem na roli nestátního sektoru*. [online]. Praha: VÚPSV, 2008 [cit. 2010–01–10] Dostupné z: http://praha.vupsv.cz/Fulltext/vz_260.pdf
- NYGREN, B., ALEX, L., HOSEM, E. et al. *Resilience, sense of coherence, purpose in life and self-transcendence in relation to perceived physical and mental health among the oldest old*. Aging Mental Health, 2005, 9: 354–362.
- OPATRŇY, A. *Pastorační péče v sociální práci*. [online] Praha 2000 [cit. 2010–02–02]. Dostupné z: <http://www.hospice.cz/pastsoc.html>.
- ORBACH, I., ILLUZ, A., ROSENHEIM, E. *Value systems and commitment to goals as a function of age, integration and personality, and fear of death*. International Journal of Behavioral Development, 1997, 10: 225–239.
- OSN (Organizace spojených národů) 2009. *World Population Prospects: The 2008 Revision Population Database*. [online] 2009 [cit.2010–02–26]. <http://esa.un.org/unpp/>
- OTOVÁ, B., KALVACH, Z. *Odchytky a poruchy stárnutí a genetická dispozice některých chorob stáří*. In Kalvach Z., Zadák Z., Jiráček R. a kol. Geriatrie a gerontologie. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2004: 90–99. ISBN 80-247-0548-6.
- PACOVSKÝ, V. *Proti věku není léku: Úvahy o stárnutí a stáří*. 1. vydání. Praha: Karolinum, 1997. ISBN 80-7184-486-1.
- PAYNE, J. *Kvalita života a zdraví*. 1. vydání. Praha: Triton, 2005: 196–204. ISBN 80-7254-657-0.
- PIDRMAN, V. *Deprese seniorů*. Čes Ger Rev 2005, 3(2): 45–52. ISSN 1214-0732.
- PIDRMAN, V. *Antidepresiva v léčbě seniorů v roce 2007*. Čes Ger Rev 2007, 5(4): 234–240. ISSN 1214-0732.
- PICHAUD, C., THAREAUOVÁ, I. *Soužití se staršími lidmi*. 1. vydání. Praha: Portál, 1998. ISBN 80-7178-184-3.
- PRAGER, E., SAVAYA, R., BAR-TUR, L. *The Development of a culturally sensitive measures of sources of life meaning*. In Reker G. T, Chamberlain K. (Eds): Exploring existential meaning. Optimizing human development across the life span. Thousand Oaks - London – New Delhi, Sage Publications, 2000:123–136.

- REKER, G. T., PEACOCK, E. J., WONG, P. T. P. *Meaning and purpose in life and well-being: life-span perspective*. J Gerontol, 1987, 42(1): 44–49.
- REKER, G. T. *Personal meaning, optimism, and choice: Existential predictors of depression in community and institutional elderly*. The Gerontologist, 1997, 37: 709–716.
- REKER, G. T. *Theoretical perspective, dimensions and measurement of existential meaning*. In Reker G. T., Chamberlain K. (Eds.) *Exploring existential meaning. Optimizing human development across the life span*. Thousand Oaks – London – New Delhi, Sage Publications, 2000; 39–55.
- REKER, G. T. and CHAMBERLAIN, K. *Existential meaning: reflections and directions*. In Reker and Chamberlain. *Exploring existential meaning. Optimizing human development across the life span*. Thousand Oaks – London – New Delhi, Sage Publications, 2000: 199–209.
- REKER, G. T., CHAMBERLAIN, K. (Eds.) *Exploring existential meaning. Optimizing human development across the life span*. Thousand Oaks – London – New Delhi, Sage Publications, 2000.
- RYCHTAŘÍKOVÁ, J. *Perspektiva seniorů v České republice a ve vybraných zemích EU*. Demografie, 2006, 48 (4): 252–256. Praha: ČSÚ. ISSN 0011-8265.
- ŘÍČAN, P. *Cesta životem*. 2. vydání. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7178-829-5.
- ŘÍČAN, P. *Psychologie osobnosti*. 5. vydání. Praha: Grada Publishing, 2007. ISBN 978-80-247-1174-4.
- ŘÍČAN, P., JANOŠOVÁ, P. *Eticko-spirituální aspekty zvládnání vzteku u dospívajících chlapců a dívek*. Československá psychologie, 2008, 52:105–120. ISSN 0009-062X.
- ŘÍČAN, P. *Psychologie moudrosti a dobrého života*. Praha: Grada Publishing, 2009. ISBN 978-80-247-2362-4.
- SALOVEY, P., ROTHMAN, A. J., DETWEILER, J. B. et al. *Emotion states and physical health*. American Psychologist, 2000, 55: 110–121.
- SCANELL, E., ALLEN, F., BURTON, J. *Meaning in life and positive and negative well-being*. North American Journal of Psychology, 2002, (4)1: 93–112.
- SCHMIDBAUER, W. *Psychoterapie im Alter – eine praktische Orientierungshilfe*. Stuttgart, Kreuz Verlag, 2005. ISBN-97-3-7831-2509-X.
- SCHULENBERG, S. E. *Empirical research and logotherapy*. Psychol Rep, 2003, 93(1): 307–19.
- SLÁMA, O. *Kvalita života onkologicky nemocných*. In Payne. *Kvalita života a zdraví*. 1. vydání. Praha: Triton, 2005: 288–295.
- SMÉKAL, V. *Pozvání do psychologie osobnosti*. 2. vydání. Brno: Barrister Principal, 2004. ISBN 80-86598-65-9.
- SODERHAMN, O., HOLMGREN, L. *Testing Antonovsky's sense of coherence (SOC) scale among Swedish physically active older people*. Scand. J. Psychol, 2004, 45: 215–221.
- SRNEC, J., DRAGOMIRECKÁ, E. *Umění stárnout*. Revue 50 plus, 2008 (1) – 2009 (1).
- STEGER, M. F., OISHI, S., KASHDAN, T. B. *Meaning in life across the life span: Levels and correlates of meaning in life from emerging adulthood to older adulthood*. The Journal of Positive Psychology 2009, 1: 43–52.
- STUART-HAMILTON. *Psychologie stárnutí*. 1. vydání. Praha: Portál, 1999. ISBN 80-7178-274-2.

- SVATOŠOVÁ, M. *Hospice a umění doprovázet*. Praha: Ecce homo, 1995.
- SVOBODOVÁ, L. *Kvalita života*. In Šubrt J. *Soudobá sociologie III. Diagnózy soudobých společností*. Praha: Karolinum, 2008: 122–141. ISBN 978-80-246-1486-1.
- SÝKOROVÁ, D. *Autonomie ve stáří*. Praha: Sociologické nakladatelství, 2007. ISBN 978-80-86429-62-5.
- ŠEVČÍKOVÁ, S. *Logoterapie v sociální práci*. *Psychologie dnes*. 2006/1 s. 30–32. ISSN 1212-9607.
- ŠIKLOVÁ, J. *Dopisy vnučce*. Praha: Kalich, 2007. ISBN: 978-80-7017-057-1.
- ŠIKLOVÁ, J. *Zápisník Jiřiny Šiklové: Staří lidé nejsou parazité*. [online] Elán plus. [cit 2008–02–12] Dostupné z: <http://elanplus.cz/elanplus/index.php?articleID=848>
- ŠNAJDROVÁ, K. *Volnočasové aktivity seniorů a jejich vliv na depresivní onemocnění ve stáří*. Magisterská práce. Vedoucí práce MUDr. J. Ondrušová. Husitská teologická fakulta Univerzity Karlovy v Praze, 2009.
- ŠVANCARA, J. *Psychická involuce a psychologické aspekty adaptace ve stáří*. In Kalvach Z., Zadák Z., Jiráček R. a kol. *Geriatric a gerontologie*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2004: 103–115. ISBN 80-247-0548-6.
- TANSKÁ, N. *Proč jdeme mladým na nervy?* 1. vydání. Praha: Motto, 2001. ISBN 80-7246-098-6.
- TERESI, J., ABRAMS, R., HOLME, D. et al. *Prevalence of depression and depression recognition in nursing homes*. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 2001,36: 613–629.
- TOSATO, M., ZAMBONI, V., FERRINI, A. et al. *The aging process and potential interventions to extend life expectancy*. *Clin Interv Aging*, 2007, 2(3): 401–412.
- TOPINKOVÁ, E., NEUWIRTH, J. *Geriatric pro praktického lékaře*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 1995. ISBN 80-7169-099-6.
- TOPINKOVÁ, E., NEUWIRTH, J. *Depresivní syndrom u geriatrických pacientů v ústavní péči*. *Česká a slovenská psychiatrie* 1997, 93, (4):181–188.
- TOPINKOVÁ, E. *Jak správně a včas diagnostikovat demenci*. Praha: UCB Pharma, 1999.
- TOPINKOVÁ, E. *Dlouhověkost – hrozba nebo triumf?* *Zdravotnické noviny*, 2003, 52(12): 50–52. ISSN 0044–1996.
- TOPINKOVÁ, E. *Geriatric pro praxi*. 1. vydání. Praha: Galén, 2005. ISBN 80-7262-365-6.
- TOŠNEROVÁ, T. *Příručka pečovatele*. Praha: Ambulance pro léčbu paměti, 2002. ISBN 80-238-8541-3.
- TUMPACHOVÁ, N. *Hodnocení smyslu života v průběhu psychoterapie osob závislých na návykových látkách*. [online] *Adiktologie* 2005, 4 [cit 2010–02–01]. Dostupné z: <http://www.adiktologie.cz/publications/cz/177/488/Hodnoceni-smyslu-zivota-v-prubehu-psychoterapie-osob-zavislych-na-navykovych-latkach.html?acc=enb>
- VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie I*. Praha: Karolinum, 2005. ISBN 80-246-0956-8.
- VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie II. Dospělost a stáří*. 1. vydání. Praha: Karolinum, 2007. ISBN 978-80-246-1318-5.
- VAILLANT, G. E., MUKAMAL, K. *Successful aging*. *American Journal of Psychiatry*, 2001, 158: 839–847.
- VAN RANST, N., MARCOEN, A. *Personal meaning in the elderly: sources of meaning, welfare, coping and attitude to death*. *Tijdschr Gerontol Geriatr* 1996, 27(1): 5–13.

- VAN RANST, N., MARCOEN, A. *Meaning in life of young elderly adults: An examination of the factorial validity and invariance of the Life Regard Index*. *Personality and Individual Differences*, 1997, 22: 877–884.
- VAN RANST, N., MARCOEN, A. *Structural components of personal meaning in life and their relationship with death attitudes and coping mechanism in late adulthood*. In Reker G. T., Chamberlain K. Eds. *Exploring existential meaning. Optimizing human development across the life span*. Thousand Oaks – London-New Delphi, Sage Publications, 2000: 59–74.
- VAŇKOVÁ, H., HOLMEROVÁ, I., VELETA, P., DRAGOMIRECKÁ, E. *Depresivní syndrom u seniorů žijících v domovech důchodců a jeho souvislosti*. 10. PGD 2006. Sborník přednášek. ČALS, 2006: 73–76. ISBN 80-86541-17-7.
- VEENHOVEN, R. *The four qualities of life*. *Journal of Happiness Studies*, 2000, 1(1): 1–39
- VEENHOVEN, R. *Healthy happiness: effects of happiness on physical health and the consequences for preventive health care*. *Journal of Happiness Studies*, 2008, 9(3): 449–469.
- VIDOVIČOVÁ, L. *Věková diskriminace – ageismus: úvod do teorie a výskyt diskriminačních přístupů ve vybraných oblastech s důrazem na pracovní trh*. Praha: VÚPSV, výzkumné centrum Brno, 2005. ISBN 80-239-4645-5.
- VIDOVIČOVÁ, L. RABUŠIC, L. *Seniori a sociální opatření v oblasti stárnutí v pohledu české veřejnosti*. [online] 2003 [cit. 2010–03–23] Dostupné z http://www.vupsv.cz/Rabusic-seniori_a_soc_opat.pdf.
- VOHRALÍKOVÁ, L., RABUŠIC, L. *Čeští seniori včera, dnes a zítra*. Praha: Výzkumný ústav práce a sociálních věcí, 2004.
- VŠEOBECNÁ ENCYKLOPEDIJE. Praha, Diderot: 1999. ISBN 80-902555-2-3.
- VYMĚTAL, J. *Úvod do psychoterapie*. Praha, Grada: 2010. ISBN 978-80-247-2667-0.
- WAGENKNECHT, M. *Nástin dalšího vývoje Franklovy existenciální analýzy a logoterapie*. [online] 10. 4. 2009. [cit. 2010–08–10] Dostupné z: <http://www.slea.cz/index.php/odborne-texty-mainmenu-2/7-martin-wagenknecht/53-nastin-dalsiho-vyvoje-franklovy-existencialni-analyzy-a-logoterapie>
- WAGENKNECHT, M. *Osoba v dialogu*. [online] 23. 10. 2007. [cit 2010–08–10] Dostupné z: <http://www.slea.cz/index.php/odborne-texty-mainmenu-2/7-martin-wagenknecht/11-martin-wagenknecht-osoba-v-dialogu>.
- WALFORD, R. L., MOCK, D., MAC CALLUM, T., LASETER, J. L. *Physiologic changes in humans subjected to severe, selective calorie restriction for two years in biosphere 2: health, aging, and toxicological perspectives*. *Toxicol Sci*, 1999, 52 (2 Suppl): 61–65.
- WALFORD, R. L., MOCK, D., VERDERY, R. et al. *Calorie restriction in biosphere 2: alternations in physiologic, hematologic, hormonal and biochemical parameters in human restricted for a 2 - yers period*. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*, 2002, 57(6): 211–224.
- WICKI, CH. *Časovost jako výzva k pravé existenci*. In Langle S., Sulz M. *Žít svůj vlastní život*. Praha, Portál: 2007. s. 53–63. ISBN 978-80-7367-220-1.
- WIJA, P. *Příprava na stárnutí v České republice*. *Demografie* 2006, Praha: ČSÚ, 2006, 4: 269–273. ISSN 0011-8265.

- WONG, P. T. P. *Spirituality, meaning and successful aging*. In Wong P. T. P., Fry P. S. (Eds) *The human quest for meaning. A handbook of psychological research and clinical applications*. Mahwah, New Jersey – London: Lawrence Erlbaum Associates, 1998. 359–394.
- WONG, P. T. P., Fry P. S. (Eds) *The human quest for meaning*. A handbook of psychological research and clinical applications. Mahwah, New Jersey – London: Lawrence Erlbaum Associates, 1998.
- ZAVÁZALOVÁ, H. a kol. *Vybrané kapitoly ze sociální gerontologie*. Praha: Karolinum, 2001. ISBN 80-246-0326-8.
- ZAVÁZALOVÁ, H., ZAREMBA, V., ZIKMUNDOVÁ, K. *Nemocnost, potřeba a spotřeba zdravotní péče u osob vyššího věku*. In Kalvach Z., Zadák Z., Jiráček R. a kol. *Geriatric a gerontologie*. Praha: Grada Publishing, 2004:129–138. ISBN 80-247-0548-6.
- ZAVÁZALOVÁ, H. a kol. *Stárnout aktivně v 21. století – jak v předdůchodovém věku*. *Čes Ger Rev*, 2007, 5(4): 241–246. ISSN 1214-0732.
- ZIKA, S., CHAMBERLAIN, K. *On the relation between meaning in life and psychological well-being*. *British Journal of Psychology*, 1992, 83: 133–145.

Seznam publikovaných prací:

1a)

ONDRUŠOVÁ, J., DRAGOMIRECKÁ, E. *Smysl života a depresivita u českých seniorů*.
Československá psychologie. Přijato k publikaci

1b)

ONDRUŠOVÁ, J. *Stáří a smysl života*. Praha: Karolinum, 2011. ISBN 978-80-246-1997-2.

ONDRUŠOVÁ, J. *Smysluplnost života ve stáří*. Česká geriatrická revue. 2010; 8(1–2): 50–55.
ISSN 1214-0732.

ONDRUŠOVÁ, J. *Smysl života ve stáří – společenské aspekty dlouhověkosti*. Pražské
gerontologické dny 2010. Sborník abstrakt. Praha: ČALS, 2010. ISBN 80-86541-18-5.

ONDRUŠOVÁ, J. *Smysl života ve stáří*. (Slovo úvodem). Interní medicína pro praxi 2010; 9.
Solen. ISSN 1010-7299.

ONDRUŠOVÁ, J. *Smysl života ve stáří – výsledky výzkumu a jejich uplatnění v sociální
práci*. Práce pomáhajících profesí v oblasti zdravotnictví a sociální péče. Sborník
příspěvků z konference. Bratislava. Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv.
Alžběty, 2010: 336–348. ISBN 978-80-87386-10-1.

ONDRUŠOVÁ, J. *Měření kvality života u seniorů*. Česká geriatrická revue 2009; 7(1): 36–39.
ISSN 1214-0732.

ONDRUŠOVÁ, J. *Gerontologická problematika životní smysluplnosti*. In Kontexty sociální a
charitativní práce. Sborník katedry psychosociálních věd a etiky UK HTF. Praha:
nakladatelství L. Marek, 2008. ISBN 978-80-87127-07-0.

ONDRUŠOVÁ, J. *Možnosti využití logoterapie při práci se seniory*. 12. Pražské
gerontologické dny. Sborník abstrakt. Praha: ČALS, 2008. ISBN 80-86541-25-8.

KALVACH, Z., ONDRUŠOVÁ, J., ŠNEJDRLOVÁ, M. *Hodnocení kvality života*. In
Geriatrické syndromy a geriatrický pacient. Praha: Grada, 2008. kpt. 3.3.7., s. 109–110.
ISBN 978-80-247-2490.

ONDRUŠOVÁ J., KALVACH, Z., ŠNEJDRLOVÁ, M., NOVOTNÁ, E. *Logodiagnostika
jako nástroj k poznávání smysluplnosti u seniorů*. 11. Pražské gerontologické dny 2007.
Sborník abstrakt. Praha: ČALS, 2007. ISBN 80-86541-18-5.

KALVACH, Z., DRBAL, C., ZAVÁZALOVÁ, H., ŠNEJDRLOVÁ, M., ONDRUŠOVÁ, J.
Geriatrický pohled na zdraví a nemocnost ve stáří – změna paradigmatu? Časopis lékařů
českých. 2006, 154: 909–915. ISSN 0008-7335.

KALVACH, Z., ŠNEJDRLOVÁ, M., ONDRUŠOVÁ, J., DRBAL, C. *Zdravotní stav ve stáří*. Demografie, 2006, 48, 4: 265–269. ISSN 0011-8265.

2b)

ONDRUŠOVÁ, J., KALVACH, Z. *Syndrom duálního senzorického deficitu*. In Geriatrické syndromy a geriatrický pacient. Praha: Grada, 2008. kpt. 6.12., s. 287–293. ISBN 978-80-247-2490.

ŠNEJDRLOVÁ, M., KALVACH, Z., OTOVÁ, B., ONDRUŠOVÁ, J. *Stárnutí a involuční změny*. In Geriatrické syndromy a geriatrický pacient. Praha: Grada, 2008. kpt. 2, s.39–45. ISBN 978-80-247-2490.

KALVACH, Z., ONDRUŠOVÁ, J., ŠNEJDRLOVÁ, M. *Hodnocení sociálních souvislostí*. In Geriatrické syndromy a geriatrický pacient. Praha: Grada, 2008. kpt. 3.3.6., s. 104–108. ISBN 978-80-247-2490.

KALVACH, Z., JANEČKOVÁ, H., ONDRUŠOVÁ, J. *Syndrom maladaptace*. In Geriatrické syndromy a geriatrický pacient. Praha: Grada, 2008. kpt. 6.13., s. 293–299. ISBN 978-80-247-2490.

NOVOTNÁ, E., ŠNEJDRLOVÁ, M., ONDRUŠOVÁ, J., KALVACH, Z. *Geriatrický syndrom hypomobility, dekondice a svalové slabosti*. 11. Pražské gerontologické dny 2007. Sborník abstrakt. Praha: ČALS, 2007. ISBN 80-86541-18-5.

KALVACH, Z., ŠNEJDRLOVÁ, M., ONDRUŠOVÁ, J., NOVOTNÁ, E. *Koncept geriatrické deteriorace, křehkosti, a deskripce pacientů pomocí geriatrických syndromů*. 11. Pražské gerontologické dny 2007. Sborník abstrakt. Praha: ČALS, 2007. ISBN 80-86541-18-5.

ŠNEJDRLOVÁ, M., ONDRUŠOVÁ, J., NOVOTNÁ, E., KALVACH, Z. *Medicína dlouhověkosti (longevity medicine) – fikce nebo realita?* 11. Pražské gerontologické dny 2007. Sborník abstrakt. Praha: ČALS, 2007. ISBN 80-86541-18-5.

Seznam příloh:

1. Logo-test E. Lukasové. Varianta pro muže. Základní demografické údaje doplněny o místo pobytu a rodinnou situaci
2. Geriatrická škála deprese 15

LOGO - TEST - M

(Elisabeth S. Lucasová / K.B.)

Místo pobytu:

Rodinná situace: žije sám - s partnerkou - v širší rodině - jiná situace

Jméno: _____ Věk: _____

Povolání: _____ Vzdělání: _____

1) Přečtěte si následující výroky. Jsou-li mezi nimi takové, které se k Vám osobně tak hodí, jako by pocházely přímo od Vás, prosím, připište k nim "ANO". Jsou-li mezi nimi takové, které zcela odporují Vašemu názoru, prosím, připište k nim "NE". Pokud pro Vás bude rozhodnutí mezi "ANO" a "NE" obtížné, můžete nechat okénko prázdné

1) Příjemný a klidný život bez velkých nesnází a s dostatečným hmotným zabezpečením pokládám za velice dobrou věc.

2) Mám své představy, jaký bych chtěl být a čeho bych chtěl dosáhnout a tyto představy se podle možností snažím uskutečňovat.

3) Cítím se velmi dobře doma v kruhu rodiny a rád bych přispěl k vytvoření takového domova i dětem.

4) V povolání, které nyní vykonávám nebo pro které se připravuji, vidím své pravé uplatnění.

5) Mám k jednomu člověku nebo k více lidem závazky či vztahy, jejichž naplňování mi působí radost.

6) Mimo své zaměstnání nebo studium mám ještě nějaký další zájem (třeba odborný nebo oddechový), kterému se věnuji nebo budu věnovat, jakmile budu mít čas.

7) Některé zážitky (třeba poznávání něčeho nového, prožívání umění, vnímání přírody apod.) mi přinášejí radost a nerad bych je postrádal.

8) Věřím, že mám v životě nějaký svůj úkol (ať v oblasti mravní, společenské, ve službě pokroku apod.) a snažím se jej plnit.

9) Mám život zkalený nouzí, nemocí nebo jinou vážnou starostí a všemožně usiluji o to, abych tyto těžkosti překonal a dosáhl zlepšení.

II) Prosim, udělejte křížek do okénka k té odpovědi, která nejlépe vystihuje, jak často jste dosud prožíval následující zážitky. Snažte se být upřímný.

1) Bezmocný vztek, že všechno, co jsem dosud vykonal, bylo nadarmo.

velmi často občas nikdy

2) Přání, být ještě jednou dítětem a moci začít život znovu od začátku.

velmi často občas nikdy

3) Poznání, že se znaším před sebou samým nebo před jinými lidmi ukazovat svůj život lepší či plnější, než doopravdy je.

velmi často občas nikdy

4) Necht' zatěžovat se hlubším a možná nepříjemným přemýšlením o tom, co činím a co tím způsobuji.

velmi často občas nikdy

5) Naději, že i když mě třeba potká nezdar nebo neštěstí, tak z toho přesto mohu nakonec učinit prospěšnou věc, když pro to nasadím všechny své síly.

velmi často občas nikdy

6) Takový neklid, který mě zbavuje rozumného pohledu na věci a trápí mě tak, že stráším zájem o to co se děje.

velmi často občas nikdy

7) Myšlenku, že bych si jednou před smrtí musel říct: "Nestálo za to žít".

velmi často občas nikdy

III)

1) Popište Vám tři případy:

- a) Jeden muž se nemohl ve svém životě věnovat tomu, co si vždy přál uskutečnit. Místo toho si však během doby vytvořil dobrou příležitost k jiné prospěšné činnosti a plně se jí věnoval s takovým zaujetím, že v ní dosáhl mnoha úspěchů a velmi dobrých vyhlídek do budoucna. x
- b) Jeden muž se ve svém životě stále a plně věnoval pouze tomu, co si vytkl za svůj životní cíl. Vůbec se mu to nedařilo, avšak neustále se snažil svůj záměr uskutečnit, i když se kvůli tomu musel mnohého v životě vzdát a nic dobrého tím nedosáhl.
- c) Jeden muž se nemohl ve svém životě věnovat tomu, co si vždy přál uskutečnit. Učinil proto kompromis mezi svými vlastními cíli a okolnostmi, které mu zabránily jich dosáhnout. Povinnosti, které na něj připadly, plnil ukázněně, i když bez zvláštní radosti. Mezitím však, když to zrovna je možné, věnuje se svým osobním zájmům.

2) Prosím, odpovězte k popsaným případům (vepište do okénka písmeno):

Který z těchto mužů je nejšťastnější?

Který z těchto mužů nejvíce trpí?

- 3) Prosím, vylíčte nyní několika větami svůj vlastní "případ" tak, že vzájemně porovnáte, co jste v životě chtěl a o čem jste se snažil, co z toho jste docílil nebo co ještě chcete uskutečnit a jak to všechno nyní pro sebe hodnotíte.

Jméno pacienta

Datum vyšetření

Příloha 3

ŠKÁLA DEPŘESE PRO GERIATRICKÉ PACIENTY

Otázky:	
1. Jste v podstatě spokojený(-á) se svým životem?	ano/NE
2. Vzdal(-a) jste se v poslední době mnoha činností a zájmů?	ANO/ne
3. Máte pocit, že váš život je prázdný?	ANO/ne
4. Nudíte se často?	ANO/ne
5. Máte většinou dobrou náladu?	ano/NE
6. Obáváte se, že se vám přihodí něco zlého?	ANO/ne
7. Cítíte se převážně šťastný(-á)?	ano/NE
8. Cítíte se často bezmocný(-á)?	ANO/ne
9. Vysedáváte raději doma, než byste šel(-šla) mezi lidi a seznamoval(-a) se s novými věcmi?	ANO/ne
10. Myslíte si, že máte větší potíže s pamětí než vaši vrstevníci?	ANO/ne
11. Myslíte si, že je krásné žít?	ano/NE
12. Napadá vás někdy, že váš život nestojí za nic?	ANO/ne
13. Cítíte se plný(-á) elánu a energie?	ano/NE
14. Máte pocit, že vše situace je beznadějná?	ANO/ne
15. Myslíte si, že většina lidí je na tom lépe než vy?	ANO/ne
Hodnocení: Za každou odpověď vyřetěnou velkým písmem zepočítáte 1 bod	
0 - 5 bodů	normální afekt bez deprese
6 - 10 bodů	mírná deprese
nad 10 bodů	manifestní deprese vyžadující podrobné vyšetření

Podle Doc. MUDr. Eva Töpinková, Csc.: Jak správně a včas diagnostikovat demenci.
UCB Pharma, Praha, 1999