Percepcie seniorské populace očima profesionálních pečujících
Diplomová práce

Vedoucí práce: PhDr. Andrea Pokorná, Ph.D.
Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně a použila jen uvedené informační zdroje.

Brno, březen 2011
Děkuji PhDr. Andree Pokorné, Ph.D. za odborné vedení mé diplomové práce a za cenné rady a náměty k jejímu zpracování. Dále děkuji všem zúčastněným všeobecným sestrám a zdravotnickým asistentům za ochotu při realizaci průzkumného šetření, Mgr. Petru Fučíkovi za pomoc při statistické analýze dat a v neposlední řadě své rodině za podporu během celého studia.
ÚVOD..............................................................................................................................6
1 STÁŘÍ A STÁRNUTÍ.................................................................................................8
  1.1 Změny související se stárčím.................................................................10
    1.1.1 Stárnutí a biologické změny..........................................................10
    1.1.2 Stárnutí a psychické změny.........................................................12
    1.1.3 Stárnutí a sociální změny...............................................................13
  1.2 Stárčí a nemoc..............................................................................................14
    1.2.1 Specifika nemocí ve stárčí..............................................................14
    1.2.2 Nejčastější ošetřovatelské problémy a poruchy ve stárčí...............15
  1.3 Možnosti a způsoby péče o seniory........................................................16
    1.3.1 Péče o seniora v rodině.................................................................16
    1.3.2 Institucionalizovaná péče o seniora..............................................18
    1.3.3 Geriatrické ošetřovatelství a jeho specifika .................................19
    1.3.4 Vztahy mezi zdravotníky a seniory...............................................20
2 CHARAKTERISTIKA ZÁKLADNÍCH POJMŮ VE VZTAHU K AGEISTICKÉMU
   VNÍMÁNÍ STÁŘÍ…………………………………………………………………….23
  2.1 Předsudky ....................................................................................................23
  2.2 Stereotypy.................................................................................................... 25
  2.3 Mýty.............................................................................................................26
3 AGEISMUS................................................................................................................28
  3.1 Vymezení pojmu ageismus...........................................................................28
  3.2 Zdroje ageismu.............................................................................................30
  3.3 Důsledky ageismu v ošetřovatelské činnosti............................................31
4 CÍLE PRÁCE A HYPOTÉZY....................................................................................33
  4.1 Cíl práce.......................................................................................................33
  4.2 Hypotézy práce............................................................................................33
5 METODIKA PRŮZKUMNÉHO ŠETŘENÍ..............................................................35
  5.1 Charakteristika metody sběru dat............................................................35
  5.2 Kritéria pro výběr výzkumné populace.......................................................37
    5.2.1 Pilotní studie..................................................................................37
  5.3 Metodika statistického zpracování dat...................................................38
6 ANALÝZA JEDNOTLIVÝCH POLOŽEK.............................................................40
ÚVOD

Při velkých výkonech nezáleží na tělesné síle, obratnosti nebo rychlosti, ale na rozvaze, vážnosti a správných názorech, a to jsou přednosti, o které stáří nejen není ochuzováno, ale které mu dokonce přibývají.

Cicero

Problemátika stáří a stárnutí je v současné době, vzhledem k ménící se struktuře lidské populace, velmi aktuální a diskutované téma. Všude na světě přibývá osob, které se dožívají vysokého věku. Někteří senioři jsou i přes svůj vysoký věk ve velmi dobré fyzické, psychické i sociální pohodě, udržují si svou soběstačnost a i na sklonku života zůstávají ve svém přirozeném prostředí, tedy v rodině. Naproti tomu je i řada seniorů, kteří jsou již natolik závislí, že rodina není z různých důvodů schopna zajistit adekvátní péči, nebo fungující rodina chybí a jedinec se pak dostává do péči institucionální. Dříve bylo naprostou samozřejmostí, že se o stárnoucího člena rodiny postarali jeho nejbližší. V dnešní moderní rodině je však tomu většinou jinak. Jedná se o mezigenerační soužití. Mladí se stěhují za pracovními příležitostmi, jsou často vytíženi a na péči o své rodiče i prarodiče jim nezbývá čas. Veškeré rodinné vazby se pak omezí na několik víkendových návštív ročně. Vlivem nedostatku kontaktu pak velmi často dochází i ke zbytečným mezigeneračním střetům. Pokud se pak senior stane nesoběstačným, vidí rodina jako jediné řešení umístění svého závislého rodinného příslušníka do vhodného zdravotnického nebo sociálního zařízení. Z výše uvedeného vyplývá potřeba dostatečného počtu kvalifikovaných profesionálních pečujících jak v běžných zdravotnických zařízeních, tak i v zařízeních sociálních, kteří chápou a respektují ménící se potřeby seniorů, také s ohledem na případný nedostatek přirozených sociálních kontaktů. Právě tito pečovatelé by měli být osobami, které jsou k seniorům vstřícní, chápaví, ohleduplní, ale zároveň schopní motivovat je k péči o sebe sama a k udržení co nejvyšší míry soběstačnosti.

Pro svou diplomovou práci jsem si zvolila téma „Percepce seniorské populace očima profesionálních pečujících“. Domnívám se, že profesionální pečovatelé velmi často inklinují k mýtům a stereotypům o stáří. Je to dáno tím, že se při své práci často vštinou setkávají se seniory, jejichž fyzický a často i psychický stav již není dobrý.
Získané zkušenosti pak automaticky aplikují na celou seniorskou populaci, což je samozřejmě chyba.

Ve své práci bych chtěla zmapovat názory a postoje profesionálních pečujících na seniorskou populaci ve vztahu k mýtům o stáří, tak jak je formulovala Tošnerová¹.

Dále bych chtěla zjistit, zda determinanty jako jsou věk, délka praxe, dosažené vzdělání, přítomnost seniora v rodině a stupeň sebepéče seniora v rodině, ovlivňují náhled profesionálních pečovatelů na seniorskou populaci ve vztahu k mýtům o stáří.

¹ Tošnerová, T., Ageismus. Průvodce stereotypy a mýty o stáří, s. 7-9
1 STÁŘÍ A STÁRNUTÍ

Stáří je obvykle definováno jako poslední fáze života, v níž se nápadně projevuje řada involučních změn. Z medicínského hlediska hovoříme o involučním úbytku potenciálu zdraví.\(^2\)

Z lékařského i demografického pohledu se u nás za počátek stáří udává věk 65 let. Stárnutí je však velmi individuální a u každého jedince probíhá jinak. Je dáno výslednici nejen involučním změn, ale také funkčního stavu organismu, životního stylu apod.\(^3\)

Jako stárnutí je často označován souhrn změn ve struktuře a funkci organismu. Jde o změny v oblasti somatické, psychické, emoční a sociální. Tyto změny pak mohou podmiňovat zvýšenou zranitelnost organismu, pokles některých schopností a tím i celkového výkonu, který však starý člověk dokáže kompenzovat.\(^4\)

Pacovský\(^5\) uvádí, že stárnutí má určité společně postižitelné fenomény – charakteristické znaky stárnutí:

- Stáří a stárnutí má svou anatomii a fyziologii a vyznačuje se morfologickými a funkčními změnami, mezi nimiž existuje určitá paralelit. Změna struktury má za následek změnu funkce.
- Stárnutí je proces disociovaný, dezintegrovaný a asynchronní. Proces stárnutí nastupuje v různé době a pokračuje různou rychlostí, přičemž jednotlivé orgány nestárnou stejně rychle.
- Proces stárnutí je individuální, každý jedinec stárne jinak. Kalendářní věk se nemusí krýt s věkem funkčním.
- Typickým fenoménem stárnutí je charakter funkčních změn (funkční involuce, regrese), které jsou primární (na úrovni buněk, tkání, orgánů) a sekundární (na základě již proběhlých patologických procesů).
- Stárnutí je důsledkem vzájemného působení zděděných vlastností –

---

\(^2\) Srov. Kalvach, Z., Onderková, A., Stáří. Pojetí geriatriického pacienta a jeho problémů v ošetřovatelské praxi, s. 7

\(^3\) Srov. Holmerová, I., Jurašková, B., Zikmundová, K., Vybrané kapitoly z gerontologie, s. 27

\(^4\) Srov. tamtéž, s. 20

\(^5\) Pacovský, V., Heřmanová, H., Gerontologie, s. 60–61
genetických informací a faktorů vnějšího prostředí, ve kterém člověk žije a pracuje.

- Z důvodu labilnějších homeostatických mechanismů se ve stáří snižují adaptační schopnosti organismu v biologickém i psychosociálním smyslu. Stárnoucí organismus si však může vytvořit nové, kvalitativně odlučné mechanismy, které mu umožňují udržovat homeostázu i v měnících se podmínkách.

Definice stáří by se dala shrnout i tak, jak ji uvádí Jandourek ve svém Sociologickém slovníku: Stáří je fáze životního cyklu, která nastává většinou po skončení ekonomické činnosti a je doprovázena fyzickými a duševními změnami. Nedá se vymezit pouze věkem, protože individuální rozdíly mezi jedinci jsou velké. Obecně se uvádí, že stáří znamená snížení schopností adaptace, narůstající sociální izolovanost danou postupným ztrácením rodinných příslušníků, přátel a spolupracovníků a odchodem dětí z primární rodiny. Ve stáří se zmenšuje okruh zájmů.  

---

6 Jandourek, J., Sociologický slovník, s. 238
1.1 Změny související se stářím a stárnutím

Se stářím a stárnutím souvisí řada změn, které můžeme rozčlenit do tří základních skupin. Jedná se o změny v oblasti biologické, psychické a sociální.

1.1.1 Stárnutí a biologické změny

Proces biologického stárnutí je determinován genetickými dispozicemi, životním stylem a probíhá individuálně u každého jedince. Konkrétně se jedná o změny struktury, tzn. morfologie, a změny postihující funkci jednotlivých orgánů.


7 Srov. Haškovcová, H., Manuálek sociální gerontologie, s. 19
těla a zhoršující se schopnost udržet rovnováhu. V trávicí soustavě je významnou změnou opotřebování a postupná ztráta chrupu, klesá množství slin, snižuje se acidita žaludeční šťávy, zpomaluje se motilita trávicí trubice a zhoršuje se vyprazdňování obsahu žaludku. V důsledku těchto změn je narušeno i vstřebávání vitamínů a minerálů. Dochází také k atrofickým změnám v Langerhansových ostrůvcích a vzniká tak starčeká forma diabetu mellitu. Vyučovací systém je také ovlivněn změnami souvisejícími se stářím. Dochází k poklesu glomerulární filtrace v důsledku úbytku ledvinných glomerulů. Dále klesá očišťovací schopnost ledvin a maximální koncentrační schopnost ledvin. Snižuje se elasticita uretry, kapacita močového měchýře, funkčnost obou svěračů a stoupá postmikční reziduum. Tyto změny determinují vznik močové inkontinence, která postihuje 15 – 30 % osob starších šedesáti let.\(^8\)

Osoby staršího věku se také velmi často potýkají s poruchami spánku. Jedná se především o insomnii, což je subjektivní pocit zhoršené kvality či délky spánku, obtížné usínání, pocit nedostatečné hloubky spánku a probouzení v časných ranních hodinách provázené pocitě nevyspání a únavy. Další závažnou poruchou spánku vyskytující se často ve stáří je spánková inverze.\(^9\)

Ve stáří také dochází k zhoršenému vnímání signálů z okolí prostřednictvím smyslových orgánů. Známky zhoršené funkce jsou znatelně nejen u zraku a sluchu, ale snižují se i čichové a chuťové schopnosti. Významný je i úbytek receptorů umožňující vnímání polohy a pohybu těla, pocitu sily, tlaku, tepla a chladu. V důsledku toho dochází u seniorů k řadě úrazů, protože mají problém odhadnout vzdálenosti, teplotu předmětů apod.\(^10\)

---

8 Srov. Jarošová, D., Pěče o seniory, s. 23 - 24
9 Srov. tamtéž, s. 23
10 Srov. Klevetová, D., Dlabalová, I., Motivační prvky při práci se seniory, s. 22
1.1.2 Stárnutí a psychické změny

Se stářím a stárnutím souvisí také změny v oblasti psychického stavu, které ale velmi významně korespondují se změnami tělesnými, proto není možné tyto dvě oblasti od sebe navzájem oddělovat.

Psychické změny související se stárnutím se promítají také ve schopnosti řešit problémy, které se nedají řešit na základě dosaženého vzdělání, zkušeností nebo dané kultury. Tato schopnost bývá nazývána fluidní inteligence a slábne již po třicátém roce života. Naproti tomu tzv. krystalická inteligence, která je charakterizována jako suma vědomostí, které člověk v průběhu svého života získal, zůstává s věkem téměř nedotčena.\[11\]

Pacovský udává, že změny ve stáří nejsou jen sestupného charakteru (pokles vitality, omezování tvůrčích schopností, vzrůst úzkosti a nejistoty, pokles sebehodnocení), ale že některé funkce zůstávají nezměněny (slovní zásoba, jazykové dovednosti, intelekt), nebo dokonce vykazují zlepšení (vytrvalost, trpělivost, životní stereotypie, schopnost úsudku).\[12\]

V průběhu stárnutí dochází také ke změnám v reakčním čase, tzn. ke zpomalení v reakcích. Proto starší člověk potřebuje při řadě činností více času než člověk mladý. Často také dochází ke zpomalení psychomotorického tempa, což může vést k poruchám myšlení. Jedná se zejména o zabíhavé myšlení. Další problémy mohou nastat na úrovni krátkodobé paměti, hovoří se o benigní stařecké zapomnětlivosti.\[13\]

Během stáří dochází často i ke změnám ve struktuře osobnosti. Akcentuji původní rysy osobnosti, jako jsou dominance, egocentrismus, ale i dobrota, laskavost, empatie a schopnost naslouchat. V důsledku kumulace životních událostí dochází i ke změnám v hierarchii hodnot.\[14\]

---

11 Srov. Holmerová, I., Jurašková, B., Zikmundová, K., Vybrané kapitoly z gerontologie, s. 62-63
12 Srov. Pacovský, V., Geriatrická diagnostika, s. 23 - 24
13 Srov. Holmerová, I., Jurašková, B., Zikmundová, K., Vybrané kapitoly z gerontologie, s. 63
14 Tamtéž, s. 65
1.1.3 Stárnutí a sociální změny

Sociální změny a stárnutí jsou neopomenutelnou kapitolou. Jedním z nejvýznamnějších aspektů ovlivňujících člověka po stránce sociální je ukončení aktivního pracovního života, který je pro řadu seniorů velmi náročnou situací. Úzce s ním souvisí i změna sociálních rolí, kdy aktivní a produktivní člověk najednou jakoby ztrácí své postavení a zejména náplň života. Mnohdy v důsledku odchodu do penze dochází i k omezování sociálních kontaktů. Často také člověk odcházející do penze zaznamenává významné změny v oblasti financí a s tím souvisejícího materiálního zajištění.

Ve stáří také nastávají velice stresující situace související se ztrátou partnera, rodinných příslušníků a přátel. Tato problematika bývá označována jako mezigenerační osamělost.\textsuperscript{15}

\textsuperscript{15} Srov. Jarošová, D., \textit{Pěče o seniory}, s. 31
1.2 Stáří a nemoc

Zdravotní stav seniora je jednou z nejvýznamnějších determinant ovlivňujících všechny aspekty života. Obecně lze říci, že ve stáří je člověk náchynějnější k chorobám, které jeho celkový zdravotní stav ovlivňují podstatně více než ve věku mladším. Významná jsou v tomto ohledu především onemocnění chronická, která mohou urochlit proces stárnutí, znásobit projevy stárnutí, zvýraznit celkový úbytek sil a zvýšit obtíže seniora při vykonávání denních aktivit.¹⁶

1.2.1 Specifika nemocí ve stáří

Pro pacienty vyššího věku je typické, že pouhý výčet diagnóz nemusí zcela koresponďovat s jejich celkovým funkčním stavem. Cílem geriatrické péče není léčení jednotlivých patologických laboratorních či jiných nálezů. Hlavním kritériem přístupu k těmto pacientům je snaha co nejvíce zlepšit kvalitu života a stav soběstačnosti.¹⁷

Pro nemocí ve stáří je typická nevýrazná symptomatologie (oligosymptomatologie). Objevuje se nenápadnost či chybění bolesti, např. nebolestivé srdeční infarkty, nebolestivé peptické vředy. U závažných zánětlivých onemocnění se nemusí vyskytovat febrilie, u zánětů, srdečního selhávání, anemie či plení embolie chybí tachykardie, u zánětů dolních cest močových nejsou přítomny dysurické obtíže.¹⁸

Dalším typickým jevem u nemocí ve stáří je multimorbidita, neboli polymorbidita. Jedná se o současný výskyt několika chorob, jejichž klinický obraz se překrývá či potencuje.¹⁹

Velkým problémem je současné užívání mnoha léků – polypragmazie.

¹⁶ Srov. Jarošová, D., Pěče o seniory, s. 34
¹⁷ Srov. Holmerová, I., Jurašková B., Zikmundová K., Vybrané kapitoly z gerontologie, s. 78-79
¹⁸ Srov. Kalvach, Z., Zadák, Z., Jiráč, R., aj., Geriatričké syndromy a geriatričký pacient, s. 135-136
¹⁹ Srov. Tamtéž, s. 136
Jednotlivé indikační skupiny se mohou vzájemně potencovat, vyvolávat řadu nežádoucích účinků a nezříďka i způsobit závažné komplikace v důsledku vzájemných interakcí. V současné době se uvádí, že u křehkých geriatrikých pacientů by neuvedeně být podáváno více než 5 léků současně.  

1.2.2 Nejčastější ošetřovatelské problémy a poruchy ve stáří

Zdravotní problémy související se stářím bývají v literatuře označovány jako geriatriké syndromy. Geriatriké syndromy a symptomy bývají většinou projevem patologické situace a představují pro seniora problémy, jež se musí řešit. Jsou kompletní povahy (biopsychosociální složky) a po jejich přesném rozpoznání musí následovat příslušná intervence ve prospěch starého člověka.  

Mezi nejčastěji jmenované problémy seniorů patří demence, delirium, deprese, smyslové poruchy, instabilita, pády a poruchy mobility, dekubity, inkontinence moče, poruchy výživy, dehydratace, poruchy spánku a bolest. Důležité ale je, že jejich výskyt musí být hodnocen přísně individuálně.

---

20 Srov. Kalvach, Z., Zadák, Z., Jiráí, J., aj., Geriatriké syndromy a geriatriký pacient, s. 136  
21 Pacovský, V., O stárnutí a stáří, s. 73  
22 Srov. Jarošová, D., Péče o seniovy, s. 80 - 82
1.3 Možnosti a způsoby péče o seniory

V současné době je problematika zajištění péče o stárnoucí populaci velmi aktuálním a často diskutovaným tématem. Je probírána nejen v médiích, ale i častým námětem politických diskuzí. Je třeba si uvědomit, že péče o seniory není jen institucionalizovaná, ale že je třeba především podpořit péči o seniora v rodině a poskytnout těmto pečujícím rodinám adekvátní možnosti pro to, aby se o své stárnoucí příbuzné byly schopny postarat.

1.3.1 Péče o seniora v rodině

Za nejlepší způsob péče o seniora bývá považována možnost starého člověka zůstat ve svém vlastním domácím prostředí spojená s péčí jeho rodiny. Rodinné zázemí je jednou z nejdůležitějších sociálních jistot člověka ve stáří a hlavním zdrojem očekávané pomoci.23

Současná moderní rodina je ale velmi křehká. Nukleární rodina (rodiče a jejich děti) žije většinou samostatně a stejně tak i stárnoucí člověk touží setrvat v samostatném způsobu života. Všechny generace si totiž zvykly na nezávislost a těžko se ji vzdávají. Tento déj bývá označován jako atomizace rodiny, kdy každý bydlí ve svém vlastním sociálním prostředí.24

Soužití různých generací s sebou nese řadu problémů. Není výjimkou, že dochází k mezigeneračným střetům a konfliktům. Problematika soužití různých generací je ale velmi individuální a přináší s sebou negativa i pozitiva. Klevetová25 charakterizuje několik typů soužití:

---
23 Srov. Jarošová, D., Péče o seniory, s. 41
24 Srov. Haškovcová, H., Manuálek sociální gerontologie, s. 42
25 Srov. Klevetová, D., Dlabalová, I. Motivační prvky při práci se seniory, s. 83
– Rovnocenné (realistické) soužití – pohoda mezi generacemi, předpokladem jsou vyvážené osobnosti. Které vzájemně akceptují zájmy své i druhých.

– Liberální (volné) soužití – nejsou určena pravidla a hranice, dochází k zeslabení citových vazeb, neuvědomování si povinnosti ke starším generacím.

– Podbízivé soužití – v rámci zachování zdání dobrých vztahů si rodice kupují své děti, které o ně nejeví zájem.

– Nesmiřitelné soužití – charakterizuje silně negativně vyhraněný, sobecký a nemorální postoj.

– Vynucené soužití – nedobrovolné soužití generací, nemusí však ale jít o negativní stanoviska.

– Výchytralé soužití – předstíraný zájem ve snaze získat finanční podporu, pomoc s dětmi, s domácností apod.

Občasná péče o starého a stárnoucího jedince nebývá obvykle pro rodinné příslušníky problémem. Ten ale nastává v situaci, kdy je třeba zajistit péči dlouhodobou nebo trvalou. Existuje mnoho překážek bránících rodině tuto péči poskytnout. Je to např. nevyhovující bydlení, vysoká zaměstnanost žen střední generace, které ale zaměstnanecký poměr nemohou opustit, protože žíví nejen sebe, ale i své dosud nezaopatřené děti, a další ekonomické a jiné důvody. Lze říci, že platí, že rodina musí chtít, umět a moci. Většina rodin chce. Kdo chce, tak se i naučí, což znamená, že si dokáže zorganizovat péči a zvládnout běžné ošetřovatelské úkony. Nejproblematičtější je třetí pojem - „moci“. Zde se promítají výše uvedené faktory. 26

Rodiny, které pečují o svého stárnoucího příslušníka, jsou vystaveny velkému fyzickému, ale i psychickému tlaku. Proto je nezbytné těmito rodinám poskytnout pomoc a podporit je. V této oblasti je významná tzv. respitní péče, která spočívá v tom, že příslušné zdravotní nebo sociální zařízení převezme na časově omezenou dobu závislého jedince do své péče a pečující rodina tak může mít zasloužený odpočinek.

26 Srov. Haškovcová, H., Manuálek sociální gerontologie s. 43
1.3.2 Institucionalizovaná péče o seniora

V důsledku méněcí se skladby obyvatelstva ve smyslu zvyšujícího se počtu seniorů, dochází v dnešní době k tzv. geriatrizaci mediciny, což znamená, že staří nemocní využívají všech zdravotnických služeb, ve všech lékařských oborech, včetně odborných pracovišť, jejichž primárním předmětem zájmu není starý a stárnoucí člověk. Valná většina profesionálních pečujících tak nutně potřebuje znalosti týkající se specifické péče o starého a stárnoucího člověka.

Velkým problémem dnešní doby se tak stává alarmující nedostatek tzv. geriatrických lůžek, tj. především lůžek v léčebnách pro dlouhodobě nemocné a ošetřovatelských lůžek. Zařízení zhruba sto tisíc občanů v současné době potřebuje dlouhodobější péči, dosahuje počet lůžek v léčebnách pro dlouhodobě nemocné pouhých šest tisíc. Tento výrazný nepoměr mezi akutními a chronickými lůžky je příčinou toho, že mnoho pacientů z řad seniorů využívá akutní lůžka, která jsou ale velmi drahá a jejichž odborný potenciál pak zůstává nevyužit. Mnoho seniorů je také ve zdravotnických zařízeních odmítáno, popř. dochází k tzv. ping pongové strategii, kdy je pacientovi doporučován překlad ze zdravotnického zařízení do zařízení sociálního a naopak.

Z výše uvedených důvodů je zřejmé, že současný stav ve zdravotnických a sociálních zařízeních je nevyhovující a je třeba učinit řadu změn. Proto byla na Vídeňském sympoziu o starší a stárnutí v roce 1992 navržena strategie, která bývá označována jako 4xD. Tato strategie zahrnuje následující čtyři body.

− **Demedicinalizace** – problematiku starých lidí nevyřeší pouze medicína jako taková, a proto je třeba ji odmedicinalizovat. Péči o staré a stárnoucí lidí je třeba přesunout do ambulantní části zdravotnických zařízení a především do sociální sféry služeb.

− **Deinstitucionalizace** – tato část strategie zahrnuje především podporu rodin pečujících o své seniory a dále rozvoj domácí a komunitní formy péče o seniory.

---

27 Srov. Haškovcová H., *Manuálek sociální gerontologie*, s. 44
- **Deprofesionalizace** - zdůrazňuje fakt, že každý, kdo má zájem starat se o starého člověka, má být v tomto rozhodnutí podporován a mají mu být poskytnuty také adekvátní podmínky tak, aby mohl na péči o svého stárnoucího rodného příslušníka participovat.

- **Derezortizace** – problematika stáří a stárnoucí populace prospoucí všemi oblastmi lidské činnosti, proto by zdraví a ekonomicky činní občané měli alespoň rámcově znát potřeby seniorů. Důraz je kladen na propojení zdravotních a sociálních služeb a také rodinné a profesionální péče.28

Jak již bylo zmíněno, v oblasti péče o seniory dominují služby sociální a zdravotní. Jejich prioritou je podpora zdraví a pohody seniorea, prevence nemocí, posilování autonomie a soběstačnosti, zajištění základních životních potřeb, podpora co nejdelšího setrvačního seniorea v jeho přirozeném domácím prostředí. Mezi základní zdravotní služby pro seniorea patří geriatrické ambulance, geriatrická oddělení, zařízení následné péče (rehabilitační a doléčovací oddělení), ošetřovatelská oddělení, hospice, geriatrická denní centra a domácí péče, která zahrnuje především pečovatelské služby a domácí zdravotní péče. Sociální služby pro seniorea zahrnují jednak ústavní péče o seniorea (především domovy pro seniorea), terénní služby pro seniorea (respitní péče, stacionáře, domoviny, pečovatelské služby), komunitní péče o seniorea (domovy s pečovatelskou službou, sociální poradenství pro seniorea apod.)29

### 1.3.3 Geriatrické ošetřovatelství a jeho specifika

Jak již bylo zmíněno, v současné době dochází k tzv. geriatrizaci medicíny. S problematikou stáří se tak setkává v souvislostí s výkonem svého povolání prakticky každý NLZP, ať již pracuje v nemocnici, nebo v instituci dlouhodobé a specializované péče, v ordinaci praktického lékaře, v agentuře domácí péče apod. Jejich činnost

28 Srov. Haškovcová, H., *Manuálek sociální geronologie*, s. 45
vychází z potřeb klienta, sestra pak může plnit roli ošetřovatelky, edukátorky, manažerky, výzkumnice, konzultantky, obhájkyně práv nemocného, provozovatelky služeb. Toto komplexní zaměření sesterských činností bývá nazýváno jako komplex sesterských rolí.  


1.3.4 Vztahy mezi zdravotníky a seniory

Péče o seniorskou populaci se v posledních letech, díky měnící se struktuře obyvatelstva, stává nedílnou a klíčovou náplní práce všech zdravotnických pracovníků. Je třeba si uvědomit, že tato péče vykazuje řadu specifik, ať již jde o aspekty v oblasti biologické, psychické, spirituální i sociální. Za zmínku stojí především problematika pomáhání a dále komunikace se seniory.

Hlavním problémem při pomáhání je tzv. splývání. Hovoříme o něm tehdy, když zdravotník bere potíže klienta příliš za svoje vlastní. Je třeba si uvědomit, že tím trpí nejen pomáhající, ale celý proces pomáhání, protože zdravotnický pracovník v dobré vře vykonává za nemocného i činnosti, které by klient zvládl provést sám. Na splývání pak plynule může navazovat další problém, a to péče postavená

---

30 Srov. Jarošová, D., Péče o seniory, s. 77
31 Srov. tamtéž, s. 78
na soucitu. Při soucitu dochází ke ztotožnění se s klientem a ke ztrátě hranic. Ve zdravotnictví a sociálních službách se pracovníci setkávají s těžkými osudy svých klientů a proto pak cítí silné vyčerpání.\textsuperscript{32}

Od pocitů vyčerpání je pak už jen krůček k syndromu vyhoření. Zvláště péče o seniory je v mnoha ohledech náročná. Velmi těžkým se často stává i vlastní proces navazování vztahu, kdy jsou zdravotníci klienty odmítání z důvodu strachu ze zklamání. Mnoho pracovníků pomáhajících profesí se stresovým situacím snaží bránit emoční neangažovaností. Podléhají názoru, že aby mohli svou práci dobře vykonávat, musí se umět oprostit od svých vlastních potřeb, velmi rychle se adaptovat na zátěž a nedávat na sobě znát emoce. V tomto stavu ale nemohou vydržet dlouho a dříve nebo později dochází k rozvoji syndromu vyhoření.

Základní předpoklady pro vznik syndromu vyhoření jsou čtyři. Jde o přítomnost stresorů, frustrace, negativní vztahy se spolupracovníky a vliv prostředí. Přítomnost stresorů v práci se seniory je neoddiskutovatelná. Zdravotník může cítit obavy o osud klienta, jeho bezpečí, dobré zvládnutí péče. Častý je i strach z konfliktů s klienty. Frustrace může vzniknout z pocitů nedostatku respektu v pojetí péče o seniory, protože geriatrie stále není dostatečně ohodnocena ani mezi profesionály.\textsuperscript{33}

Vztah mezi profesionálním pečujícím a seniorem je ovlivněn řadou determinant. Velmi důležitou roli hraje použití vhodných komunikačních technik. Při verbální komunikaci se seniory je důležité dodržovat některá základní kritéria.

Prvním kritériem je jednoduchost projevu vzhledem k aktuálním schopnostem klienta porozumět. Dalším je stručnost, ale nikoli strohost. Stručně a jasně podaná informace působí profesionálně, zatímco zbytečné okliky vzbuzují nedůvěru. Důležitá je zřetelnost, kdy je třeba zejména omezit dvojmyslná sdělení (odchod – smrt), vhodné načasování, adaptabilita (přizpůsobivost vzhledem k reakci klienta)

\textsuperscript{32} Srov. Hermanová, M., Herman, J., Prokop, J., Rozprýmová, H., \textit{Aktuální kapitoly z péče o seniory}, s. 17
\textsuperscript{33} Srov. Venglárová, M., \textit{Problematické situace v péči o seniory}, s. 81-83
a v neposlední řadě paralingvistiky.\textsuperscript{34}

Během komunikace se seniory můžeme narazit na řadu komunikačních bariér. V obecné rovině lze tyto bariéry rozdělit na interní a externí.

- **Interní bariéry** – vyplývají ze schopností a dovedností jedince, z jeho prožívání a ze zdravotního stavu (obava z neúspěchu; negativní emoce – strach, zlost; bariéry postoje - xenofobie; nepřípravenost; fyzické nepohodlí, nemoc.

- **Externí bariéry** – jsou dány zevním prostředím a jeho uspořádáním (vyrušení další osobou; hluk, šum; vizuální rozptylování; neschopnost naslouchat; komunikační zahalení.\textsuperscript{35}

V procesu komunikace se seniory se zdravotnictví pracovníci dopouštějí řady chyb. Nejfrekventovanější z nich uvádí Pokorná:\textsuperscript{36}

- **Komunikační manipulace** – manipulace kognitivní i emocionální.

- **Nedostatečná autenticita sdělení** – nesoulad mezi verbální a neverbální složkou komunikace.

- **Devalvační chování** – nevšimavost, ignorace, neochota vyslechnout, urážky, ironizování apod.

- **Jednosměrnost komunikace** – nedostatečná či žádná zpětná vazba.

- **Paternalistický, autoritativní přístup** – přílišné poučování, pokyny, omezení.

- **Zkracování času ke kontaktu s nemocným** – deficit času k naslouchání, ale i nedostatečná příprava prostředí a okolností nutných pro efektivní komunikaci.

- **Přenos vlastních zkušeností do komunikace s ostatními seniory.**

- **Předpoklad omezení schopností klienta v důsledku stáří** – předpoklad snížených intelektuových schopností, omezení smyslových funkcí.

\textsuperscript{34} Srov. Hermanová, M., Herman, J., Prokop, J., Rozprýmová H., *Aktuální kapitoly z péče o seniory*
\textsuperscript{35} Srov. Pokorná, A., *Komunikace se seniory*, s. 52-53
\textsuperscript{36} Srov. Pokorná, A., *Efektivní komunikační techniky v ošetřovatelsví*, s. 78 - 80
2 CHARAKTERISTIKA ZÁKLADNÍCH POJMŮ
VE VZTAHU K AGEISTICKÉMU VNÍMÁNÍ STÁŘÍ

Tato kapitola se zabývá charakteristikou pojmů předsudky, stereotypy a mýty, které souvisí s problematikou percepcí seniorů a s problematikou ageismu.

2.1 Předsudky

Předsudky jsou kriticky nezhodnocené úsudky, které vycházejí z myšlenkových stereotypů, jsou silně ovlivněny tradicí, osobní zkušeností, emocemi. Z těchto úsudků pak vyplývá postoj či názor přijatý jedincem nebo skupinou.37

Jandourek38 ve svém Sociologickém slovníku charakterizuje předsudek takto: Předsudek je emocionálně silně zabarvený úsudek o jiných osobách, skupinách nebo nějakých záležitostech, který je možno jen obtížně změnit na základě nových zkušeností. Jde o druh stereotypu.

Dále Jandourek uvádí, že předsudek se často zakládá na neúplných nebo nepravdivých informacích. Příkladem je předsudek vůči národnostní nebo náboženské skupině, který vzniká generalizováním nějakého jednotlivého poznatku. Předsudečné myšlení považuje vlastní hodnoty a způsoby chování za obecně platné, posiluje vědomí vlastní převahy a pocit soukromí skupiny, směřuje agresivní energii na vyhledávanou oběť.39

Deset hlavních bodů shrnující předsudky vůči stáří uvádí Tošnerová40 dle Palmoreho.

− Nemoc – domněnka, že senioři jsou výrazným způsobem omezení nemocí, jsou odkázání na ústavní péče a v důsledku nemocí nesoběstační. Ve skutečnosti ale

---

37 Srov. Haškovcová, H., Fenomén stáří, s.56-57
38 Jandourek, J., Sociologický slovník, s. 198
39 Srov. tamtéž, s.198
40 Srov. Tošnerová, T., Ageismus. Průvodce stereotypy a mýty o stáří, s. 7-9
jen malé procento seniorů potřebuje institucionální péči a většina seniorů zvládá běžné aktivity denního života sama, bez omezení.

− **Impotence** – představa, že většina osob starší 65 let trpí impotencí a sexuální apetencí, popř. že sexuální aktivita je ve stáří nedůležitá.

− **Ošklivost** – představa, že krása je synonymem mládí, přesvědčení, že stáří souvisí s ůbytkem krásy.

− **Pokles duševních schopností** – představa, že s věkem klesá schopnost učit se, zapamatovat si a poznávat, a že tento proces je nevyhnutelný.

− **Duševní choroba** – předsudek, že duševní choroby jsou ve stáří velmi častým a běžným onemocněním se nezakládá na pravdě.

− **Zbytečnost** – představa, že většina seniorů není schopna pokračovat v práci a ti, kteří pokračovat mohou, jsou již neproduktivní.

− **Izolace** – představa, že většina osob starších 65 let žije osaměle a je izolována od společnosti. Většina seniorů však ale žije běžným společenským životem.

− **Chudoba** – představa, že starší lidé žijí na pokraji existenčního minima, nebo naopak že je bohatší než ostatní populace.

− **Deprese** – vychází z domnění, že vzhledem k vysoké nemocnosti, osamělosti a chudobě, trpí většina seniorů depresí. Tento předpoklad nelze potvrdit.

− **Politická moc** – názor, že starší lidé jsou výrazná politická síla, která vede k odvrácení společnosti od potřebných reform. I tento stereotyp se nezakládá na pravdě, jelikož voličů z řad seniorů sice je velký počet, ale nehlasují jednotně jako blok.

Z těchto deseti základních bodů shrnujících předsudky o stáří jsme vycházely při sestavování dotazníku pro výzkumné šetření. Podrobněji bude o originálně sestaveném dotazníku pojednáno v empirické části práce (viz kapitola č. 5, str. 35).
2.2 Stereotypy

Stereotypy vznikají z předčasného a zjednodušeného zhodnocení určité skutečnosti. Jedná se o určitý navyklý vzorec chování, který má blízko k předsudkům. Velmi často dochází k přebírání těchto stereotypů z generace na generaci, proto je řada stereotypů ve společnosti velmi silně zakořeněná a jen velmi těžko se od nich společnost opošťuje.

Stereotypy o stáří jsou velmi časté. Lze je rozdělit na dvě základní skupiny, na pozitivní a negativní stereotypy. Mezi pozitivní stereotypy patří představa, že starý člověk je moudrý, má mnoho životních zkušeností, díky kterým zná odpovědi na všechny otázky. Častěji se však setkáváme se stereotypy negativními. Mezi nejčastější negativní stereotypy o stáří dle Palmoreho patří představa, že starší lidé jsou nemocní, depresivní, mají větší sklon k sebevraždě, jsou oškliví, osamělí.

Tošnerová dle Palmoreho uvádí nejčastější stereotypy upřednostňující mládí:

- Mladí mohou chybovat či být pomalí bez nálepek, že jsou nemohoucí či senilní.
- Mladí mohou zapomenout jméno nebo adresu bez toho, že by se s nimi jednalo s blahosklonnou přezívavostí.
- Mladí mohou být popudliví nebo nepřijemní bez toho, že by byli označováni jako podivinští nebo potrhlí.
- Mladý muž může zobrazovat nebo sdělovat své sexuální pocity nebo citové stavy na veřejnosti, aniž by byl nazván oplzlým dědkem.
- Mladí lidé mohou sledovat příznaky svých nemocí a zaujmou jimi, aniž by byli odbyti poukazem, že neduhy přináší věk.

---

41 Srov. Tošnerová, T., Ageismus. Průvodce stereotypy a mýty o stáří, s. 9
42 Srov. tamtéž, s. 7
2.3 Mýty

Mýtus je způsob poznání skutečnosti odlišný od vědeckého poznání, který je vyjádřen symbolicko-narativním způsobem, kondenzuje lidskou zkušenost a poskytuje začlenění jednotlivých zkušeností do vyššího řádu.43

Sýkorová44 uvádí sedm nejčastějších mýtů o stáří:

− **Prodlužuje se délka dožití** – ve skutečnosti jde především o zvyšující se počet přeživších.

− **Stárnutí = nemoc, zdravotní potíže** – zhoršování zdravotního stavu a pokročilý věk spolu zdaleka nemusí korelovat.

− **Staří jsou senilní a oslabení** – senilita není nevýhnutelně spojena s věkem, spíše je funkcí onemocnění mozků.

− **Velká část seniorů žije v ústavech sociální péče** – podstatná část seniorů žije mimo instituci, samostatně ve svých domovech.

− **Staří lidé jsou majetní** – majetek je mezi seniory nestejnoměrně rozvrstven, typicky chudými osobami jsou starší vdovy.

− **Staří lidé jsou chudí** – chudoba mezi seniory není rozšířena více než mezi mladou generací.

− **Náklady na sociální a zdravotní zabezpečení se enormně zvyšuje právě a jen kvůli seniorům** – vzhledem k podílu výdajů na zdravotní péči z hrubého národního produktu a jejich struktuře, značnou část sociálních výhod přijímají děti.

---

43 Jandourek, J., Sociologický slovník, s. 165
44 Srov. Sýkorová, D., Autonomie ve stáří. Kapitoly z gerontosociologie, s. 50
Tošnerová uvádí tyto mýty o stáří:

− starší žijí jen v rozvinutých zemích;
− starší lidé jsou všichni stejní;
− stáří mužů a žen je stejné;
− stáří je křehké – potřebující péči;
− stáří nemají čím přispět společnosti;
− stáří je ekonomickou zátěží společnosti;

Haškovcová jmenuje další mýty o stáří:

− **Mýtus falešných představ** – přesvědčení, že materiální zajištění je podmínkou pro spokojenost ve stáří.
− **Mýtus zjednodušené demografie** – přesvědčení, že člověk se stává starým odchodem do penze.
− **Mýtus homogenity** – názor, že stejně vypadající starší lidé jsou stejní a mají i stejné potřeby.
− **Mýtus neužitečného času** – přesvědčení, že ten kdo nechodí do práce a tudíž není ekonomicky aktivní, nic nedělá a je nedůležitý.
− **Mýtus ignorace** – přesvědčení, že starý člověk je nedůležitý, nemůže být ani naším partnerem, ani naším protivníkem, dochází k ignoraci seniorů ze strany mladých.
− **Mýtus o arterioskleróze** – přesvědčení, že starý člověk je sklerotický a tudíž nemocný.

Z výše uvedeného rozdílného dělení mýtů dle různých autorů vyplývá značná heterogenita přístupu.

---

45 Tošnerová, T., *Ageismus. Průvodce mýty a stereotypy o stáří*, s.7
46 Srov. Haškovcová, H., *Manuálek sociální gerontologie*, s. 27
3 AGEISMUS

Problematika ageismu je v dnešní společnosti stále frekventovanějším tématem, kterému je třeba věnovat pozornost. Předsudky, stereotypy a mýty o stáří, které jsou v naší společnosti stále silně zakořeněny, jsou živnou půdou podporující existenci ageismu. Proto je důležité chápat příčiny, zdroje a důsledky ageismu.

3.1 Vymezení pojmu ageismus


Pojem poprvé zazněl během debaty o bytové politice v roce 1968. Vyslovil ho pozdější ředitel Národního institutu pro stárnutí Robert N. Butler. Ten pojem ageismus charakterizoval takto: Ageismus můžeme chápat jako proces systematického stereotypizování a diskriminace lidí pro jejich stáří, podobně jako rasismus a sexismus vztahující se k barvě pleti a pohlaví. Stáří lidé jsou charakterizováni jako senilní, rigidní ve svém myšlení, způsobech, staromódní v morálce a dovednostech...

Na základě Butlerovy definice charakterizoval ageismus Palmore takto: Ageismus je jakýkoliv předsudek nebo diskriminace proti nebo ve prospěch věkové skupiny. Předsudky vůči věkové skupině jsou negativní stereotypy vůči této skupině, nebo negativní postoje založené na stereotypu. Diskriminace vůči věkové skupině je nepatřičná, nemístná a negativní zacházení se členy dané věkové skupiny.

---

47 Srov. Pokorná, A., Komunikace se seniory, s. 69
48 Vidovičová, L., Stárnutí, věk a diskriminace – nové souvislosti, s.111
49 Tamtéž, s. 112
Velmi výstižně definovala ageismus Vidovičová⁵⁰: **Ageismus je ideologie založená na sdíleném přesvědčení o kvalitativní nerovnosti jednotlivých fází lidského životního cyklu, manifestovaná skrze proces systematické, symbolické i reálné stereotypizace a diskriminace osob a skupin na základě jejich chronologického věku a/nebo na jejich příslušnosti k určité kohortě/generaci.** V souvislosti s poskytováním ošetřovatelské péče je velmi důležitým faktem také tzv. „nový ageismus“, který charakterizoval Kalisch jako dobře miněné, neúměrné ochraničské postoje vůči seniorům, které je staví do pasivní a submisivní role subjektu „zlého ageismu“, před kterým je „my“, tedy ne staří, ochráníme. Právě tento nový ageismus, nazývaný též ageismus benevolentní, bývá dnes mezi zdravotníky velmi častým jevem, který ovšem není o nic méně „škodlivý“ než ageismus starý, nebohostilní. Benevolentní ageismus může zahrnovat postoje, že starší lidé jsou milejší než lidé mladší, stejně jako přesvědčení, že starší lidé jsou méně schopní se o sebe postarat. Tyto postoje pak vedou k neadekvátnímu poskytování přehnané pomoci. Kombinaci benevolentního a nepřátelského ageismu je ambivalentní ageismus. Benevolentní se vyskytuje tam, kde jsou senioři submisivní, hostilní tam, kde se senioři stávají více asertivními.⁵¹

---

⁵⁰ Vidovičová L., Stárnutí, věk, diskriminace – nové souvislosti, s. 113
⁵¹ Srov. tamtéž s. 113
3.2 Zdroje ageismu

Jako čtyři nejčastější zdroje ageismu v západních zemích uvádí Tošnerová dle Traxlera strach ze smrti, důraz na mládí a fyzickou krásu, sepsání produktivity s ekonomickým potenciálem a způsob jak je zjišťován skutečný stav společnosti vedoucí k ageismu.52

Strach ze smrti je do určité míry v každém z nás. Již od nepaměti se smrt ve společnosti věnuje pozornost, i když se o ni často lidé nechtějí bavit, snaží se na ni němyslet, vytesnit ji. Smrt je neopomenutelná část lidského života a je nutné na ni tak i nahlížet. Velmi často lidé chápou stárší jako synonymum ke slovu nemoc, někdy i ke slovu smrt. Tento negativní postoj se pak nutně musí projevit v chování a jednání vůči seniorům, jehož kořeny můžeme hledat ve strachu ze stárší respektive ze smrti.

Krása a mládí jsou také pojmy, které jsou chápány jako synonyma. V médiích se v reklamách objevují častěji krásní a mladší lidé, diktát módy předepisuje mladistvost, ženské časopisy jsou plné rad a tipů jak omládnout, jak vypadat mladší. Důsledkem je opět strach ze stárnutí a stárší, v horším případě opovrhování stárších.

Velmi důležitým zdrojem ageismu je také problematika penzionování. Důchodci jsou velmi často vnímání mladšími jedinci jako ekonomická zátěž státu, není neobvyklé slýchat, že střední generace musí „živit“ důchodce. Dnešní společnost seniory označuje jako neproduktivní skupinu, aniž by brala v potaz jejich předešlé roky práce. Také mediální obraz právě probíhající důchodové reformy vykazuje ve velké mře značné ageistické tendence.

Negativní hodnocení seniorů je dáno také nevhodně zvolenými vzorky seniorů. Většina sociologických výzkumů věnující se problematic stárší a stárnutí probíhá v různých zdravotně sociálních institucích. Výsledky jsou poté ale samozřejmě zkreslené, protože jen nízké procento seniorů žije v instituci a ti, co v ní žijí, jsou mnohdy již ve špatném fyzickém a psychickém stavu.

52 Srov. Tošnerová, T., Ageismus. Průvodce stereotypy a mýty o stárší, s. 12-13
3.3. Důsledky ageismu v ošetřovatelské činnosti

Zdravotníci jsou skupinou, která bývá velmi často ovlivněna ageistickými tendencemi. Je to dán o, že se při výkonu své práci setkávají často se seniory, kteří jsou díky nemoci nesoběstační a mohou mít i značný deficit kognitivních funkcí. Tyto zkušenosti pak promítají do obrazu celé seniorské populace. Ageistické postoje zdravotníků pak vedou k neadekvátnímu poskytování ošetřovatelské péče a to ve smyslu jak nedostatečné, tak i nadměrné (ochranitelské – hyperprotektivní) péče.

Pokorná 53 dělí důsledky agestických tendencí do čtyř oblastí.

Průběh a výsledky léčebně terapeutických postupů

- projev – inhibice léčebných postupů, omezení diagnosticko terapeutické péče, ovlivnění v rozhodování o následné péči;
- důsledek – neúčinná spolupráce klienta (snížená compliance), snížení sebehodnocení, přejímání ageistických tendencí.

Vztah k osobnosti příjemce péče

- projev – nereálné hodnocení schopností seniora, neadekvátní sociální interakce (elderspeak, newspake, devalvace aj.), infantilizace v jednání a chování(zdrobnělniny, čtení pohádek, změna tónu a tempa řeči – baby talk), infantilizace prostředí (naivní dětská výzdoba), nesprávná identifikace potřeb;
- důsledek – dopad na kognitivní schopnosti a psychické zdraví, snížení sebehodnocení, zvýšená závislost, snížené očekávání, přejímání stereotypních ageistických postojů a jejich internalizace.

---

53 Pokorná, A., Komunikace se seniory, s.82
**Vztah k poskytovateli péče**

- projev – nejistota při poskytování péče, nedostatečná organizace ošetřovatelských činností, neprovázanost ošetřovatelských intervencí v rámci multidisciplinárního týmu, omezení vertikální a horizontální komunikace v týmu;

- důsledek – zvýšená psychická i fyzická zátěž, nedostatečná profesní satisfakce (uspokojení z vlastní práce), přijímání a internalizace ageistického sebehodnocení.

**Vztah k blízkým osobám seniora**

- projev – neefektivní sociální interakce, nerespektování a neakceptování informací od blízkých (režim seniora apod.), kognitivní a emocionální manipulace;

- důsledek – zvýšená psychická i fyzická zátěž blízkých seniora, nedostatečné uspokojení s průběhem a výsledky terapie, přijímání a internalizace ageistického sebehodnocení.
4 CÍLE PRÁCE A HYPOTÉZY

4.1 Cíl práce

Zhodnotit názory a postoje profesionálních pečujících na seniorskou populaci ve vztahu k mýtům o stáří a zjistit, zda stanovené determinanty (věk, délka praxe, dosažené vzdělání, soužití respondentů se seniorem a stupeň sebepéče seniora v rodině) ovlivňují náhled profesionálních pečujících na seniorskou populaci ve vztahu k mýtům o stáří.

4.2 Hypotézy práce

1H₀: Předpokládáme, že nebude zjištěna statisticky významná závislost mezi věkem respondentů a deklarovanou inklinací k ageistickým tendencím ve vztahu k mýtům o stáří

1H₁: Předpokládáme, že bude zjištěna statisticky významná závislost mezi věkem respondentů a deklarovanou inklinací k ageistickým tendencím ve vztahu k mýtům o stáří

2H₀: Předpokládáme, že nebude zjištěna statisticky významná závislost mezi délkou praxe respondentů a deklarovanou inklinací k ageistickým tendencím ve vztahu k mýtům o stáří

2H₁: Předpokládáme, že bude zjištěna statisticky významná závislost mezi délkou praxe respondentů a deklarovanou inklinací k ageistickým tendencím ve vztahu k mýtům o stáří
3H₀: Předpokládáme, že nebude zjišťena statisticky významná závislost mezi stupněm dosaženého vzděláním respondentů a deklarovanou inklinací k ageistickým tendencím ve vztahu k mýtům o stáří

3H₁: Předpokládáme, že bude zjišťena statisticky významná závislost mezi dosaženým vzděláním respondentů a deklarovanou inklinací k ageistickým tendencím ve vztahu k mýtům o stáří

4H₀: Předpokládáme, že nebude zjišťena statisticky významná závislost mezi deklarovaným soužitím respondentů se seniorem a deklarovanou inklinací k ageistickým tendencím ve vztahu k mýtům o stáří

4H₁: Předpokládáme, že bude zjišťena statisticky významná závislost mezi deklarovaným soužitím respondentů se seniorem a deklarovanou inklinací k ageistickým tendencím ve vztahu k mýtům o stáří

5H₀: Předpokládáme, že nebude zjišťena statisticky významná závislost mezi deklarovaným stupněm sebepěče seniora v rodině a deklarovanou inklinací k ageistickým tendencím ve vztahu k mýtům o stáří

5H₁: Předpokládáme, že bude zjišťena statisticky významná závislost mezi deklarovaným stupněm sebepěče seniora v rodině a deklarovanou inklinací k ageistickým tendencím ve vztahu k mýtům o stáří

34
Cílem této diplomové práce je zhodnocení názorů a postojů profesionálních pečujících (NLZP – všeobecných sester a zdravotnických asistentů) na seniorskou populaci ve vztahu k mýtům o stáří. Dále zjištění, zda je náhled profesionálních pečujících na seniorskou populaci ve vztahu k mýtům o stáří, ovlivněn stanovenými determinantami, jako je věk, délka praxe, dosažené vzdělání, soužití se seniorem a stupeň sebepěče seniora v rodině respondentů.

K výzkumu je využita metoda dotazníku. Tato metoda slouží ke zjišťování informací v populaci nebo v jiné menší či různě specifikované sociální skupině osob. Je to soubor předem připravených a smysluplně seřazených otázek, které jsou nazývány položky. Dotazník má písemnou formu a je anonymní, což přispívá k lepší spolupráci respondentů. Na základě dotazníku dochází k vyhodnocování určitých skutečností (názorů, postojů, preferencí) a orientaci dalších kroků. Výhodou této metody je rychlé a ekonomické shromáždění dat od velkého množství respondentů a následné statistické zpracování pomocí jednoduchých počítačových programů. Nevýhodou ale je, že dotazník ukazuje jen to, jak se respondenti sami vidí, nebo jak chtějí být viděni a ne to, jaký opravdu jsou. Z důvodu anonymity není možná ani zpětná kontrola."

5.1 Charakteristika metody sběru dat

Pro splnění stanoveného cíle je vytvořen originální dotazník (viz příloha č. 2, str. 101), který má celkem 16 položek. V položce č. 1 a č. 2 jsou zjišťovány kardinální proměnné, ve zbývajících 14 položkách jsou proměnné kategorizované. Položky č. 1 – 6 jsou tzv. demografické položky charakterizující výzkumný vzorek. Tyto položky konkrétně zjišťují věk respondentů, délku odborné praxe, nejvyšší dosažené
vzdělání respondentů, soužití se seniorem ve společně domácnosti, stupeň sebepěče tohoto seniora a míru participace na péči o seníra v rodině. Zbývajících 10 položek zjišťuje názor respondentů na seniorskou populaci ve vztahu k mýtům o stáří a z toho plynoucí míru inklinace k ageistickým tendencím ve vztahu k mýtům o stáří. Při sestavování dotazníku je využito deset hlavních předsudků o stáří, jak je uvádí Tošnerová54 – nemoc, impotence, ošklivost, pokles duševních schopností, duševní choroba, zbytečnost, izolace, chudoba, deprese, politická moc. Pro každý předsudek je formulována jedna položka s kategorizovanými proměnnými. Respondenti mohou volit ze tří možností, z nichž jedna možnost je se silnou ageistickou inklinací, jedna se střední ageistickou inklinací a jedna ageistická není. Podle označené odpovědi jsou respondenti bodováni. V každé položce lze získat 0 – 2 body, 0 bodů za volbu nejméně ageistické odpovědi, 2 body za označení možnosti s nejvyšší mírou inklinace k mýtům o stáří. Celkové bodové hodnocení se tedy pohybuje v rozmezí 0 – 20 bodů a tvoří tzv. ageistické skóre. Na základě získaných bodů, respektive ageistického skóre, je zjišťována míra inklinace k mýtům o stáří a to následujícím způsobem:

- 0 – 2 body velmi slabá inklinace k mýtům o stáří;
- 3 – 5 bodů slabá inklinace k mýtům o stáří;
- 6 – 10 bodů střední inklinace k mýtům o stáří;
- 11 – 15 bodů silná inklinace k mýtům o stáří;
- 16 – 20 bodů velmi silná inklinace k mýtům o stáří;

Bodování jednotlivých položek je uvedeno v dotazníku s hodnotícími kritérii, viz příloha č. 3, str. 105.

54 Srov. Tošnerová, T., Ageismus: Průvodce stereotypy a mýty o stáří, s. 7-9.
5.2 Kritéria pro výběr výzkumné populace


Dotazníky jsou distribuovány na jednotlivá pracoviště osobně prostřednictvím kontaktních osob – staničních sester. Dotazníky jsou určeny pro všeobecné sestry a zdravotnické asistenty bez rozdílu věku, s praxí minimálně jeden rok.

5.2.1 Pilotní studie

Před finální distribucí dotazníku byla provedena pilotní studie. Připravený dotazník byl předložen k vyplnění deseti všeobecným sestrám. Cílem bylo zjistit, zda jsou jednotlivé položky v dotazníku pro respondenty srozumitelné. Během předvýzkumu nebyly zaznamenány žádné problémy s vyplňováním dotazníku a nebyl zjištěn důvod pro další úpravu dotazníkového formuláře.
5.3 Metodika statistického zpracování dat

Výsledky analýzy jednotlivých položek jsou vyjádřeny pomocí absolutní a relativní četnosti a znázorněny v přehledných grafech.

K ověřování hypotéz byly použity specifické statistické testy. U prvních dvou stanovených hypotéz je zvolena analýza prostřednictvím bodového grafu, regresního modelu a Pearsonovy korelace, neboť se jedná o vztah dvou kardinálních proměnných (škála ageismu versus věk a škála ageismu versus délka praxe). Pro tento typ proměnných je daná analýza nejvhodnější.

Korelační koeficient je bezrozměrné číslo, tedy nezáleží na tom, v jakých jednotkách je každá z náhodných veličin X a Y měřena. Vztah mezi znaky či veličinami x a y může být kladný, pokud (přibližně) platí \( y = kx \), nebo záporný (\( y = -kx \)). Hodnota korelačního koeficientu – 1 značí zcela nepřímou závislost, tedy čím více se zvětší hodnoty v první skupině znaků, tím více se zmenší hodnoty v druhé skupině znaků. Hodnota korelačního koeficientu + 1 značí zcela přímou závislost. Pokud je korelační koeficient roven 0, pak mezi znaky není žádná statisticky zjistitelná lineární závislost. Je dobré si uvědomit, že i při nulovém korelačním koeficientu na sobě veličiny mohou záviset, pouze tento vztah nelze vyjádřit lineární funkcí, a to ani přibližně. Pro výpočet Pearsonova korelačního koeficientu je třeba nejprve spočítat aritmetické průměry souborů X a Y (E(X) a E(Y)), vynásobíme sumy čtverců odchylek od těchto průměrů souborů. Tím spočítáme tzv. kovariance, což je však absolutní veličina, pro výpočet relativní veličiny pak kovariance dělíme odmocninou násobku rozptylu souboru X a Y.

U všech dalších hypotéz se jedná o třídění druhého stupně – srovnávání průměrů závisle proměnné podle kategorií nezávisle proměnné. Důvodem je kategorizovaná povaha nezávisle proměnných (vzdělání, deklarované soužití se seniorem a stupeň sebevézdech seniora v rodině).

Statistická signifikance je testována neparametrickými testy Kruskal Wallis a Mann Whitney U-test. Důvodem použití těchto testů je odchylka závisle proměnné od normálního rozložení.

55 Srov. Budíková, M., Králová, M., Maroš, B., Průvodce základními statistickými metodami, s. 115, 227
Při testování stanovených hypotéz je pracováno s hladinou významnosti 0,05. Hladina významnosti určuje riziko neoprávněného odmítnutí nulové hypotézy. Při stanovené hladině významnosti 0,05, je 5% riziko, že neoprávněně přijmeme alternativní hypotézu. Pokud signifikance nepřekročí hodnotu 0,05, odmítáme nulovou hypotézu a přijímáme hypotézu alternativní.
### 6 ANALÝZA JEDNOTLIVÝCH POLOŽEK

**Tabulka č. 1: Návratnost dotazníků**

<table>
<thead>
<tr>
<th>Distribuované dotazníky</th>
<th>Absolutní četnost (N)</th>
<th>Relativní četnost (%)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Celkem distribuováno</td>
<td>250</td>
<td>100,00</td>
</tr>
<tr>
<td>Zařazené do šetření</td>
<td>166</td>
<td>66,40</td>
</tr>
<tr>
<td>Vyřazené položky</td>
<td>84</td>
<td>33,60</td>
</tr>
</tbody>
</table>

**Graf č. 1: Návratnost dotazníků**

Celkem bylo distribuováno 250 dotazníků (100 %). Úplně vyplněných, tedy využitelných pro statistické zpracování bylo 166 dotazníků (66,4 %). Nevyplněných, nebo chybně či neúplně vyplněných dotazníků bylo 84 (33,6 %). Tyto dotazníky nemohly být zařazeny do souboru dat ke statistickému zpracování. Nejčastějším problémem byla položka č. 16, která zjišťovala názor respondentů na sexuální život seniorů. Mnoho respondentů tuto položku nevyplnilo s komentářem, že sexuální život seniorů je nezajímá. 
6.1 Analýza položky č. 1: Kolik je vám let?

Tabulka č. 2: Věk respondentů

<table>
<thead>
<tr>
<th>Věk</th>
<th>Absolutní četnost (N)</th>
<th>Relativní četnost (%)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>18 – 24 let</td>
<td>55</td>
<td>33,13</td>
</tr>
<tr>
<td>25 – 34 let</td>
<td>70</td>
<td>42,17</td>
</tr>
<tr>
<td>35 a více let</td>
<td>41</td>
<td>24,70</td>
</tr>
<tr>
<td>Celkem</td>
<td>166</td>
<td>100,00</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Graf č. 2: Věk respondentů

Položka č. 1 zjišťovala věk respondentů. V této položce respondenti nevolili věk z jednotlivých kategorií, ale uvedli konkrétní hodnotu. Pro jasnější grafické znázornění byli respondenti rozděleni do tří věkových kategorií. Nejvíce respondentů bylo ve věkové kategorii 25 – 34 let. Respondentů v tomto věku bylo 70 (42,17 %). Druhou nejpočetnější skupinou byla kategorie věku 18 – 24 let, ve které bylo 55 respondentů (33,13 %). Nejméně respondentů bylo ve věkové kategorii více než 35 let a to konkrétně 41 respondentů (24,7 %). Nejmladšímu z respondentů bylo 18 let, nejstaršímu 56 let. Průměrný věk respondentů byl 26,89 let.
6.2 Analýza položky č. 2: Jaká je délka vaší odborné praxe?

Tabulka č. 3: Délka odborné praxe respondentů

<table>
<thead>
<tr>
<th>Délka odborné praxe</th>
<th>Absolutní četnost (N)</th>
<th>Relativní četnost (%)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>méně než 4 roky</td>
<td>63</td>
<td>37,95</td>
</tr>
<tr>
<td>4 - 10 let</td>
<td>45</td>
<td>27,11</td>
</tr>
<tr>
<td>více než 10 let</td>
<td>58</td>
<td>34,94</td>
</tr>
<tr>
<td>Celkem</td>
<td>166</td>
<td>100,00</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Graf č. 3: Délka odborné praxe respondentů

Položka č. 2 zjišťovala délku odborné praxe respondentů. Stejně jako v předchozí položce i zde respondenti nevolili z kategorií, ale uváděli konkrétní počet let. Opět byla data rozdělena pro srozumitelnější grafické znázornění do tří kategorií. Nejvíce respondentů uvedlo délku své odborné praxe kratší než 4 roky, takto odpovědělo 63 respondentů (37,95 %), druhou nejpočetnější skupinou byla kategorie více než 11 let, která byla zastoupena v počtu 58 respondentů (34,94 %). Nejméně respondentů bylo ve věkové kategorii 4 – 10 let – 45 respondentů (27,11 %).
6.3 Analýza položky č. 3: Jaké je vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

Tabulka č. 4: Nejvyšší dosažené vzdělání

<table>
<thead>
<tr>
<th>Dosažené vzdělání</th>
<th>Absolutní četnost (N)</th>
<th>Relativní četnost (%)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>SZŠ – odborný asistent</td>
<td>7</td>
<td>4,22</td>
</tr>
<tr>
<td>SZŠ – všeobecná sestra</td>
<td>75</td>
<td>45,18</td>
</tr>
<tr>
<td>SZŠ + specializační studium</td>
<td>34</td>
<td>20,48</td>
</tr>
<tr>
<td>VOŠ</td>
<td>23</td>
<td>13,86</td>
</tr>
<tr>
<td>VŠ – Bc.</td>
<td>18</td>
<td>10,84</td>
</tr>
<tr>
<td>VŠ – Mgr.</td>
<td>9</td>
<td>5,42</td>
</tr>
<tr>
<td>Celkem</td>
<td>166</td>
<td>100,00</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Graf č. 4: Nejvyšší dosažené vzdělání

Položka č. 3 byla kategoriální a bylo v ní zjišťováno nejvyšší dosažené vzdělání respondentů. Nejvíce respondentů uvedlo střední zdravotnickou školu (SZŠ), obor všeobecná sestra – 75 respondentů (45,18 %). Další nejpočetnější skupinou byla kategorie střední zdravotnická škola (SZŠ) + specializační studium – 34 respondentů (20,48 %). Následovala kategorie vyšší odborná škola (VOŠ) v počtu 23 respondentů (13,86 %), dále kategorie Vysoká škola – bakalářské studium (VŠ – Bc.) s počtem 18 respondentů (10,84 %), kategorie Vysoká škola – magisterské studium (VŠ – Mgr.) čítala 9 respondentů (5,42 %) a nejméně respondentů bylo v kategorii Střední zdravotnická škola (SZŠ) – zdravotnický asistent – 7 respondentů (4,22 %).
6.4 Analýza položky č. 4: Žijete ve společné domácnosti se seniorem?

Tabulka č. 5: Soužití ve společné domácnosti se seniorem

<table>
<thead>
<tr>
<th>Soužití se seniorem</th>
<th>Absolutní četnost (N)</th>
<th>Relativní četnost (%)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Ano</td>
<td>69</td>
<td>41,57</td>
</tr>
<tr>
<td>Ne</td>
<td>97</td>
<td>58,43</td>
</tr>
<tr>
<td>Celkem</td>
<td>166</td>
<td>100,00</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Graf č. 5: Soužití se seniorem ve společné domácnosti

V položce č. 4 byli respondenti dotazováni na soužití se seniorem. Z celkového počtu 166 respondentů uvedlo 69 respondentů (41,57 %), že žijí ve společné domácnosti se seniorem a 97 respondentů (58,43 %) tuto skutečnost nepotvrdilo.
### 6.5 Analýza položky č. 5: Označte stupeň jeho sebepěče

**Tabulka č. 6: Stupeň sebepěče seniора ve společné domácnosti**

<table>
<thead>
<tr>
<th>Stupeň sebepěče</th>
<th>Absolutní četnost (N)</th>
<th>Relativní četnost (%)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Plně soběstačný</td>
<td>26</td>
<td>37,68</td>
</tr>
<tr>
<td>Spíše soběstačný</td>
<td>22</td>
<td>31,88</td>
</tr>
<tr>
<td>Spíše závislý</td>
<td>12</td>
<td>17,39</td>
</tr>
<tr>
<td>Plně závislý</td>
<td>9</td>
<td>13,04</td>
</tr>
<tr>
<td>Celkem</td>
<td>69</td>
<td>100,00</td>
</tr>
</tbody>
</table>

**Graf č. 6: Stupeň sebepěče seniора ve společné domácnosti**

V položce č. 5 odpovídali pouze ti respondenti, kteří v předchozí položce č. 4 označili možnost ano (tedy sdílí společnou domácnost se seniorem). V této položce odpovídalo celkem 69 respondentů. Z tohoto počtu 26 respondentů (37,68 %) uvedlo, že senior žijící s nimi ve společné domácnosti je *plně soběstačný*, 22 respondentů (31,88 %) zhodnotilo seniora ve své domácnosti jako *spíše soběstačně,* 12 respondentů (17,39 %) označilo, že senior v jejich domácnosti je *spíše závislý* a nejméně respondentů – 9 (13,04 %) — uvedlo, že senior žijící s nimi ve společné domácnosti je *plně závislý.*
6.6 Analýza položky č. 6: Pečujete o seniora ve vaší rodině?

Tabulka č. 7: Péče o seniora v rodině

<table>
<thead>
<tr>
<th>Zajištění péče o seniora v rodině</th>
<th>Absolutní četnost (N)</th>
<th>Relativní četnost (%)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Ano, péči zajišťuji osobně</td>
<td>28</td>
<td>40,58</td>
</tr>
<tr>
<td>Ne, péči zajišťuji jiní rodinní příslušníci, popř. ADP</td>
<td>15</td>
<td>21,74</td>
</tr>
<tr>
<td>Nepečuji, senior je soběstačný</td>
<td>26</td>
<td>37,68</td>
</tr>
<tr>
<td>Celkem</td>
<td>69</td>
<td>100,00</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Poznámka: ADP – agentura domácí péče

Graf č. 7: Péče o seniora v rodině

V položce č. 6 se respondenti, kteří v položce č. 4 uvedli, že žijí ve společné domácnosti seniorem, vyjadřovali k problematice péče o seniora v rodině. Z celkového počtu 69 respondentů jich 28 (40,58 %) uvedlo, že péči o seniora zajišťují oni osobně, 15 respondentů (21,74 %) o seniora nepečuje, péči zajišťují další rodinní příslušníci, popř. agentura domácí péče. Zbývajících 25 respondentů (37,68 %) o seniora v rodině nepečuje, jelikož je senior soběstačný.
6.7 Analýza položky č. 7: Myslíte si, že je většina osob starších 65 let omezena nemocí?

Tabulka č. 8: Názor – většina seniorů je omezena nemocí

<table>
<thead>
<tr>
<th>Názor na omezení nemoci</th>
<th>Absolutní četnost (N)</th>
<th>Relativní četnost (%)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Ano, většina seniorů potřebuje vinou nemoci pomoc okolí i při běžných aktivitách denního života</td>
<td>28</td>
<td>16,87</td>
</tr>
<tr>
<td>Ne, většina seniorů zvládá běžné aktivity denního života sama</td>
<td>47</td>
<td>28,31</td>
</tr>
<tr>
<td>Ano, většina seniorů potřebuje alespoň občasnou pomoc okolí</td>
<td>91</td>
<td>54,82</td>
</tr>
<tr>
<td>Celkem</td>
<td>166</td>
<td>100,00</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Graf č. 8: Názor – většina seniorů je omezena nemocí

Na položku č. 7 odpovídali všichni respondenti. Jednalo se o první položku, která byla využita k hodnocení ageistických tendencí – inklinaci k mýtům o stáří. Byla to tedy první bodovaná položka. Nejvíce respondentů – 91 (54,82 %) – se domnívá, že většina seniorů potřebuje alespoň občasnou pomoc okolí. Další skupina respondentů o počtu 47 respondentů (28,31 %) uvedla, že většina seniorů zvládá běžné aktivity denního života sama. Nejméně respondentů, 28 (16,87 %), si myslí, že většina seniorů potřebuje vinou nemoci pomoc okolí i při běžných aktivitách denního života.
6.8 Analýza položky č. 8: Domníváte se, že stáří a stárnutí souvisí s úbytkem krásy?

Tabulka č. 9: Názor – stáří souvisí s úbytkem krásy

<table>
<thead>
<tr>
<th>Názor – stáří = úbytek krásy</th>
<th>Absolutní četnost (N)</th>
<th>Relativní četnost (%)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Ne, stáří nemusí nutně souviset s úbytkem krásy</td>
<td>108</td>
<td>65,06</td>
</tr>
<tr>
<td>Ano, většina seniorů ztrácí zájem o své tělo, a proto dochází k úbytku krásy</td>
<td>29</td>
<td>17,47</td>
</tr>
<tr>
<td>Ano, změny, které probíhají během stárnutí zcela jisté souvisí s úbytkem krásy</td>
<td>29</td>
<td>17,47</td>
</tr>
<tr>
<td>Celkem</td>
<td>166</td>
<td>100,00</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Graf č. 9: Názor – stáří souvisí s úbytkem krásy

V položce č. 8 byli respondenti dotazováni na souvislost stáří a stárnutí s úbytkem krásy. Naprostá většina respondentů, konkrétně 108 respondentů (65,06 %), uvedla, že stáří nemusí nutně souviset s úbytkem krásy. Další dvě varianty označil shodný počet respondentů. 29 respondentů (17,47 %) se domnívá, že většina seniorů ztrácí zájem o své tělo, a proto dochází k úbytku krásy a stejný počet respondentů uvedl, že změny, které probíhají během stárnutí zcela jistě souvisí s úbytkem krásy.
6.9 Analýza položky č. 9: Souhlasíte s tvrzením, že s věkem dochází k úbytku duševních schopností?

Tabulka č. 10: Názor – s věkem dochází k úbytku duševních schopností

<table>
<thead>
<tr>
<th>Názor – stáří = úbytek duševních schopností</th>
<th>Absolutní četnost (N)</th>
<th>Relativní četnost (%)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Ano, většina osob vyššího věku se dřív nebo později stane &quot;senilní&quot;</td>
<td>37</td>
<td>22,29</td>
</tr>
<tr>
<td>Ne, většina osob vyššího věku si udržuje normální duševní schopnosti</td>
<td>24</td>
<td>14,46</td>
</tr>
<tr>
<td>Ano, ale je to velmi individuální</td>
<td>105</td>
<td>63,25</td>
</tr>
<tr>
<td>Celkem</td>
<td>166</td>
<td>100,00</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Graf č. 10: Názor – s věkem dochází k úbytku duševních schopností

Položka č. 9 zjišťovala názor respondentů na úbytek duševních schopností ve stáří. Většina respondentů, konkrétně 105 respondentů (63,25 %) uvedla, že s věkem dochází k úbytku duševních schopností, ale tento proces je velmi individuální. Další skupina respondentů o počtu 37 respondentů (22,29 %) se domnívá, že většina osob vyššího věku se dřív nebo později stane „senilní“. Nejméně respondentů, 24 (14,46 %), označilo alternativu ne, většina osob vyššího věku si udržuje normální duševní schopnosti.
6.10 Analýza položky č. 10: Domníváte se, že duševní choroby jsou ve stáří běžné?

Tabulka č. 11: Názor – duševní choroby jsou ve stáří běžné

<table>
<thead>
<tr>
<th>Názor – stáří = běžné duševní choroby</th>
<th>Absolutní četnost (N)</th>
<th>Relativní četnost (%)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Ano, duševní choroby jsou velmi častým problémem seniorů</td>
<td>29</td>
<td>17,46</td>
</tr>
<tr>
<td>Duševní choroby ve stáří nejsou nevyhnutelné, ale vyskytují se výrazně častěji než u mladších jedinců</td>
<td>95</td>
<td>57,23</td>
</tr>
<tr>
<td>Ne, výskyt duševních chorob ve stáří není v rámci celé populace výrazně vyšší</td>
<td>42</td>
<td>25,31</td>
</tr>
<tr>
<td>Celkem</td>
<td>166</td>
<td>100,00</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Graf č. 11: Názor – duševní choroby jsou ve stáří běžné

Položka č. 10 zjišťovala názor respondentů na výskyt duševních chorob ve stáří. Většina respondentů, konkrétně 95 respondentů (57,23 %), se domnívá, že duševní choroby ve stáří sice nejsou nevyhnutelné, ale vyskytují se výrazně častěji u seniorů než u mladších jedinců. O tom, že výskyt duševních chorob ve stáří není v rámci celé populace výrazně vyšší, je přesvědčeno 42 respondentů (25,31 %). Nejméně respondentů, 29 respondentů (17,46 %) uvádí, že duševní choroby jsou velmi častým problémem seniorů.
6.11 Analýza položky č. 11: Myslíte si, že většina seniorů trpí osamocením, nedostatkem sociálních kontaktů a izolací?

Tabulka č. 12: Názor – většina seniorů trpí osamocením, nedostatkem sociálních kontaktů a izolací

<table>
<thead>
<tr>
<th>Názor – senioři = osamělost a izolace</th>
<th>Absolutní četnost (N)</th>
<th>Relativní četnost (%)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Ne, většina seniorů již společnost nevyhledává</td>
<td>55</td>
<td>33,13</td>
</tr>
<tr>
<td>Ano, většina seniorů žije sama a má omezené sociální kontakty</td>
<td>74</td>
<td>44,58</td>
</tr>
<tr>
<td>Ne, většina seniorů žije běžným společenským životem</td>
<td>37</td>
<td>22,29</td>
</tr>
<tr>
<td>Celkem</td>
<td>166</td>
<td>100,00</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Graf č. 12: Názor – většina seniorů trpí osamocením, nedostatkem sociálních kontaktů a izolací

Položka č. 11 se zaměřovala na zmapování názorů respondentů na souvislost mezi stářím, samotou a nedostatkem sociálních kontaktů. Nejvíce respondentů – 74 respondentů (44,58 %) se domnívá, že většina seniorů trpí osamocením,
nedostatkem sociálních kontaktů a izolací, protože žije sama a těžší má omezené sociální kontakty. Další skupina respondentů si myslí, že senioři netrpí osamocením, nedostatkem sociálních kontaktů a izolací, jelikož už společnost příliš nevyhledávají, nestojí o ni. Tuto variantu označilo 55 respondentů (33,13 %). Nejméně respondentů zvolilo možnost, že většina seniorů žije běžným společenským životem. Tato varianta byla označena u 37 respondentů (22,29 %).
6.12 Analýza položky č. 12: Žije většina seniorů v chudobě?

Tabulka č. 13: Názor - většina seniorů žije v chudobě

<table>
<thead>
<tr>
<th>Názor – život seniorů = chudoba</th>
<th>Absolutní četnost (N)</th>
<th>Relativní četnost (%)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Ne, většina seniorů je naopak velmi dobře situovaná</td>
<td>14</td>
<td>8,43</td>
</tr>
<tr>
<td>Ne, většina seniorů nespadá mezi nejchudší vrstvy obyvatelstva</td>
<td>98</td>
<td>59,04</td>
</tr>
<tr>
<td>Ano, většina seniorů žije na hranici životního minima</td>
<td>54</td>
<td>32.53</td>
</tr>
<tr>
<td>Celkem</td>
<td>166</td>
<td>100,00</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Graf č. 13: Názor - většina seniorů žije v chudobě

Položka č. 12 zjišťovala názor respondentů na sociální poměry seniorů. Převaha respondentů označila, že většina seniorů nespadá mezi nejchudší vrstvy obyvatel. Jedná se o 98 respondentů (59,04 %). 32,53 % (54 respondentů) se domnívá, že většina seniorů žije na pokraji životního minima. Nejméně respondentů, 14 (8,43 %), si myslí, že senioři nežijí v chudobě, naopak je většina seniorů velmi dobře situovaná.
6.13 Analýza položky č. 13: Myslíte si, že starí lidé nemají společnosti již čím přispět, že jsou pro společnost zbyteční?

Tabulka č. 14: Názor – starí lidé nemají společnosti již čím přispět, jsou zbyteční

<table>
<thead>
<tr>
<th>Názor – senioři = zbyteční, zátěž</th>
<th>Absolutní četnost (N)</th>
<th>Relativní četnost (%)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Ano, jsou pro společnost ekonomickou zátěží</td>
<td>13</td>
<td>7,83</td>
</tr>
<tr>
<td>Ano, pro svou pasivitu již společnosti nemají čím přispět</td>
<td>14</td>
<td>8,44</td>
</tr>
<tr>
<td>Ne, starí lidé mohou být zdrojem cenných zkušeností</td>
<td>139</td>
<td>83,73</td>
</tr>
<tr>
<td>Celkem</td>
<td>166</td>
<td>100,00</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Graf č. 14: Názor – starí lidé nemají společnosti již čím přispět, jsou zbyteční

Položka č. 13 se zaměřovala na zjištění názoru respondentů na předsudek týkající se zbytečnosti seniorů a jejich přínosu pro společnost jako takovou. Výsledky šetření v této položce ukazují, že předsudek zbytečnost ve stáří není ve společnosti příliš zakořeněn. Většina respondentů totiž na otázku, zda jsou starí lidé pro společnost zbyteční, odpověděla, že ne, že starí lidé mohou být zdrojem cenných zkušeností. Tuto možnost označilo 139 respondentů (83,73 %). Odpovědi zbývajících respondentů byly rozděleny do téměř shodných skupin. První skupina respondentů odpověděla, že senioři jsou pro společnost ekonomickou zátěží, takto odpovědělo 13 respondentů (7,83 %) a druhá skupina respondentů označila variantu ano, pro svou pasivitu již nemají společnosti čím přispět. Tuto možnost označilo 14 respondentů (8,44 %).
6.14 Analýza položky č. 14: Domníváte se, že většina seniorů trpí depresí?

Tabulka č. 15: Názor – většina seniorů trpí depresí

<table>
<thead>
<tr>
<th>Názor – senioři = deprese</th>
<th>Absolutní četnost (N)</th>
<th>Relativní četnost (%)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Ano, většina osob staršího věku je postižena depresí</td>
<td>21</td>
<td>12,65</td>
</tr>
<tr>
<td>Deprese je problémem seniorů, ale její výskyt není vyšší než u mladších jedinců</td>
<td>75</td>
<td>45,18</td>
</tr>
<tr>
<td>Ne, depresi nepovažuji za častý problém seniorů</td>
<td>70</td>
<td>42,17</td>
</tr>
<tr>
<td>Celkem</td>
<td>166</td>
<td>100,00</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Graf č. 15: Názor – většina seniorů trpí depresí

Položka č. 14 zjišťovala inklinaci respondentů k předsudku výskytu deprese u seniorské populace. Nejvíce respondentů, konkrétně 75 respondentů (45,18 %) uvedlo, že deprese je problémem seniorů, ale její výskyt není vyšší než u mladších jedinců. Další nejčastěji zvolenou variantou bylo tvrzení, že deprese není častý problém seniorů, takto odpovědělo 70 respondentů (42,17 %). Nejméně respondentů označilo možnost ano, většina osob staršího věku je postižena depresí. Tuto možnost zvolilo 21 respondentů (12,65 %).
6.15 Analýza položky č. 15: Souhlasíte s tvrzením, že starší lidé jsou silná politická síla, která vede k odvrácení politiky od potřebných reforem?

Tabulka č. 16: Názor – seniorská populace jako silná politická síla

<table>
<thead>
<tr>
<th>Názor – senioři = politická síla</th>
<th>Absolutní četnost (N)</th>
<th>Relativní četnost (%)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Ano, staří lidé jsou výrazná politická síla, která se ve volbách projeví silnou jednotností</td>
<td>58</td>
<td>34,94</td>
</tr>
<tr>
<td>Ne, voličů z řad seniorů je hodně, ale nehlasují jednotně</td>
<td>76</td>
<td>45,78</td>
</tr>
<tr>
<td>Ne, velká část seniorů se voleb nezúčastňuje</td>
<td>32</td>
<td>19,28</td>
</tr>
<tr>
<td>Celkem</td>
<td>166</td>
<td>100,00</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Graf č. 16: Názor – seniorská populace jako silná politická síla

Položka č. 15 se zaměřovala na pět sudek politické sily seniorské populace. Respondenti byli dotazováni, zda si myslí, že staří lidé jsou silná politická síla, která vede k odvrácení politiky od potřebných reforem. Nejvíce respondentů – 76 respondentů (45,78 %) – označilo variantu ne, voličů z řad seniorů je hodně, ale nehlasují jednotně. Druhou nejčastěji označenou možností bylo ano, starší lidé jsou výrazná politická síla, která se ve volbách projeví silnou jednotností, takto odpovědělo 58 respondentů (34,94 %). Nejméně respondentů – 32 (19,28 %) označilo možnost ne, velká část seniorů se voleb nezúčastňuje.
6.16 Analýza položky č. 16: Jaký je váš názor na sexuální život seniorů?

Tabulka č. 17: Názor na sexuální život seniorů

<table>
<thead>
<tr>
<th>Názor – senioři a sexualita</th>
<th>Absolutní četnost (N)</th>
<th>Relativní četnost (%)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Myslím si, že většina seniorů se již nevěnuje žádné sexuální aktivitě</td>
<td>27</td>
<td>16,27</td>
</tr>
<tr>
<td>Velmi malé procento seniorů se věnuje i ve vyšším věku nějaké sexuální aktivitě</td>
<td>78</td>
<td>46,98</td>
</tr>
<tr>
<td>Sexuální aktivita může hrát velmi významnou roli také v životě seniory</td>
<td>61</td>
<td>36,75</td>
</tr>
<tr>
<td>Celkem</td>
<td>166</td>
<td>100,00</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Graf č. 17: Názor na sexuální život seniorů

Položka č. 16 se věnovala předsudku ve vztahu k seniorské populaci a impotenci. Tato položka se při vyhodnocování ukázala nejproblematictější položkou celého formuláře. Většina nepoužitých dotazníků byla z šetření vyřazena právě z důvodu nevyplnění této položky. Mnoho respondentů místo označení varianty vepsalo, že si o sexuálním životě seniorů nemyslí nic, že je to nezajímá. Z hodnocení validních dotazníků vyplynulo, že nejčastěji uváděnou možností bylo, že velmi malé procento seniorů se věnuje i ve vyšším věku nějaké sexuální aktivitě. Takto odpovědělo 78 respondentů (46,98%). 61 respondentů (36,75 %) uvedlo, že sexuální aktivita může hrát velmi významnou roli také v životě seniory. Nejméně častá byla varianta odpovědí, že většina seniorů se již nevěnuje žádné sexuální aktivitě. Tuto možnost označilo 27 respondentů (16,27%).
Cílem diplomové práce bylo zhodnotit názory a postoje profesionálních pečujících na seniorskou populaci ve vztahu k mýtům o stáří a zjistit, zda stanovené determinanty (věk, délka praxe, dosažené vzdělání, deklarované soužití respondentů se seniorem a stupeň sebepřece seniory v rodině) ovlivňují náhled profesionálních pečujících na seniorskou populaci ve vztahu k mýtům o stáří. Respondenti, kteří se zúčastnili výzkumného šetření byli seřazeni podle získaného počtu bodů, respektive ageistického skóre. Rozložení respondentů dle výsledného ageistického skóre znázorňuje níže uvedený graf č. 18. V grafu č. 18 je znázorněno kolik procent respondentů získalo určitý počet bodů, v grafu č. 18a je vyjádřeno procentuální zastoupení jednotlivých bodových kategorií vyjadřující míru inklinace k mýtům o stáří. Přesný postup identifikace a zařazení respondentů do jednotlivých kategorií je uveden v kapitole č. 5 na str. 35.

Graf č. 18: Přehled míry inklinace k mýtům o stáří ve sledovaném vzorku populace – počty bodů
Graf č. 18a: Přehled míry inklinace k mýtům o stáří ve sledovaném vzorku populace – kategorie bodového hodnocení

Ve výše uvedených grafech č. 18, 18a jsou přehledně zobrazeny výsledky šetření vyjadřující míru inklinace k mýtům o stáří u dotazovaných respondentů. Z grafů je patrné, že většina respondentů získala v ageistickém skóre 6 – 10 bodů, přičemž nejčastější počet bodů v této kategorii byl 8 bodů. Toto bodové hodnocení vyjadřuje střední míru inklinace k mýtům o stáří. Střední míra inklinace k mýtům o stáří byla zjištěna u 53,6 % respondentů. Druhá nejpočetnější skupina respondentů získala 3 – 5 bodů, přičemž nejčastěji v této kategorii získali respondenti 5 bodů. Toto bodové hodnocení vyjadřuje slabou inklinaci k mýtům o stáří. Slabá míra inklinace k mýtům o stáří byla zjištěna u 18,7 % respondentů. Třetí nejpočetnější skupina respondentů získala bodové hodnocení 11 – 15 bodů, přičemž nejčastější počet bodů byl 12. Respondenti zařazeni do tohoto bodového rozmezí prezentovali silnou inklinaci k mýtům o stáří. Silná inklinace k mýtům o stáří byla zjištěna u 16,9 % respondentů. Méně než 2 body získalo 6 % respondentů. Toto bodové rozmezí vyjadřuje velmi slabou inklinaci k mýtům o stáří. Poslední kategorii respondentů, respektive bodové rozmezí 16 – 20 bodů získalo 4,8 % respondentů, čímž jim byla identifikována velmi silná inklinace k mýtům o stáří.
V následujících podkapitolách jsou testovány a hodnoceny jednotlivé hypotézy. U každé hypotézy je nejdříve uvedeno grafické vyjádření výsledků šetření, dále následuje kontingenční tabulka a tabulka se statistickými výstupy prokazujícími potvrzení či zamítnutí hypotézy a dále finální hodnocení hypotézy.

V průběhu statistického zpracování výsledků bylo zjištěno, že vytvoření kategorií ageistického skóre – velmi slabá inklinace k mýtům o stáří, slabá inklinace k mýtům o stáří, střední inklinace k mýtům o stáří, silná inklinace k mýtům o stáří a velmi silná inklinace k mýtům o stáří – je nevyhovující z důvodu velmi malého počtu respondentů v krajních kategoriích velmi slabá a velmi silná inklinace k mýtům o stáří. Proto byla tato kategorizace přehodnocena a pro statistické zpracování formou kontingenčních tabulek byla použita kategorizace slabá, střední a silná inklinace k mýtům o stáří, tzn. došlo ke sloučení kategorií velmi slabá a slabá inklinace k mýtům o stáří a silná a velmi silná inklinace k mýtům o stáří.
7.1 Testování první hypotézy

**H₀**: Předpokládáme, že nebude zjištěna statisticky významná závislost mezi věkem respondentů a deklarovánou inklinací k ageistickým tendencím ve vztahu k mýtům o stáří

**H₁**: Předpokládám, že bude zjištěna statisticky významná závislost mezi věkem respondentů a deklarovánou inklinací k ageistickým tendencím ve vztahu k mýtům o stáří

![Graf č. 19: Věk versus míra inklinace k mýtům o stáří – kardinální proměnné](image.png)
Graf č. 19a: Věk versus míra inklinace k mýtům o stáří – kategoriální proměnné

Tabulka č. 18: Věk versus míra inklinace k mýtům o stáří

<table>
<thead>
<tr>
<th>Skóre ageismu</th>
<th>18 – 24 let</th>
<th>25 – 34 let</th>
<th>35 a více let</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Slabá inklinace</td>
<td>21,80 %</td>
<td>30,00 %</td>
<td>19,50 %</td>
</tr>
<tr>
<td>Střední inklinace</td>
<td>63,60 %</td>
<td>50,00 %</td>
<td>46,30 %</td>
</tr>
<tr>
<td>Silná inklinace</td>
<td>14,50 %</td>
<td>20,00 %</td>
<td>34,20 %</td>
</tr>
<tr>
<td>Celkem</td>
<td>100,00 %</td>
<td>100,00 %</td>
<td>100,00 %</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Tabulka č. 18a: Statistické hodnocení první hypotézy

<table>
<thead>
<tr>
<th>Pearsnnův koeficient</th>
<th>Signifikance</th>
<th>Hladina významnosti</th>
<th>Statistická významnost</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>0.143</td>
<td>0.066</td>
<td>0.05</td>
<td>NE</td>
</tr>
</tbody>
</table>
Jak lze vyčíst z grafu č. 19 a 19a a tabulky č. 18 a 18a na str. 62, signifikance přesáhla hladinu významnosti a tudíž nebyla ve sledovaném vzorku zjištěna statisticky významná závislost mezi věkem respondentů a deklarovanou inklinací k ageistickým tendencím ve vztahu k mýtům o stáří.

Závěr:

Lze tvrdit, že ve sledovaném vzorku populace (respondentů) nebyla zjištěna statisticky významná závislost mezi věkem a deklarovanou inklinací k ageistickým tendencím ve vztahu k mýtům o stáří.
7.2 Testování druhé hypotézy

2H₀: Předpokládáme, že nebude zjištěna statisticky významná závislost mezi délkou praxe respondentů a deklarovánou inklinací k ageistickým tendencím ve vztahu k mýtům o stáří

2H₁: Předpokládáme, že bude zjištěna statisticky významná závislost mezi délkou praxe respondentů a deklarovánou inklinací k ageistickým tendencím ve vztahu k mýtům o stáří.

Graf č. 20: Délka praxe versus míra inklinace k mýtům o stáří – kardinální proměnné
Graf č. 20a: Délka praxe versus míra inklinace k mýtům o stáří – kategoriální proměnné

Tabulka 19: Délka praxe versus míra inklinace k mýtům o stáří

<table>
<thead>
<tr>
<th>Inklinace k ageismu</th>
<th>Délka praxe</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>Méně než 4 roky</td>
</tr>
<tr>
<td>Slabá inklinace</td>
<td>23,80 %</td>
</tr>
<tr>
<td>Střední inklinace</td>
<td>61,90 %</td>
</tr>
<tr>
<td>Silná inklinace</td>
<td>14,30 %</td>
</tr>
<tr>
<td>Celkem</td>
<td>100,00 %</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Tabulka č. 19a: Statistické hodnocení druhé hypotézy

<table>
<thead>
<tr>
<th>Pearsonův koeficient</th>
<th>Signifikance</th>
<th>Hladina významnosti</th>
<th>Statistická významnost</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>0.187</td>
<td>0.016</td>
<td>0,05</td>
<td>ANO</td>
</tr>
</tbody>
</table>
Z grafů č. 20 a č. 20a a tabulek č. 19 a 19a na str. 65 je patrné, že signifikance testu klesla pod kritickou hodnotu 0,05, tudíž je zjištěný vztah statisticky významný. Korelační koeficient však není příliš vysoký a proto lze říci, že délka odborné praxe vysvětluje 3,5 % variability škály ageismu a tudíž souvislost není věcně významná.

Závěr:

Lze tvrdit, že ve sledovaném vzorku populace (respondentů) byla zjištěna statiscky významná závislost mezi délkou praxe a deklarovanou inklinací k ageistickým tendencím ve vztahu k mýtům o stáří.
7.3 Testování třetí hypotézy

3H₀: Předpokládáme, že nebude zjištěna statisticky významná závislost mezi dosaženým vzděláním respondentů a deklarovanou inklinací k ageistickým tendencím ve vztahu k mýtům o stáří

3H₁: Předpokládáme, že bude zjištěna statisticky významná závislost mezi dosaženým vzděláním respondentů a deklarovanou inklinací k ageistickým tendencím ve vztahu k mýtům o stáří

Při testování této hypotézy bylo nutné sloučit kategorie SZŠ – všeobecná sestra a SZŠ – zdravotnický asistent a kategorie VŠ – Bc. a VŠ – Mgr. z důvodu nízkého počtu respondentů (SZŠ – zdravotnický asistent – N = 7 a VŠ – Mgr. – N = 9).

Graf č. 21: Dosažené vzdělání versus míra inklinace k mýtům o stáří – kategoriální proměnné
Tabulka č. 20: Dosažené vzdělání versus míra inklinace k mýtům o stáří

<table>
<thead>
<tr>
<th>Inklínace k ageismu</th>
<th>Nejvyšší dosažené vzdělání</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Slabá inklinace</td>
<td>22,00 %</td>
</tr>
<tr>
<td>Střední inklinace</td>
<td>58,50 %</td>
</tr>
<tr>
<td>Silná inklinace</td>
<td>19,50 %</td>
</tr>
<tr>
<td>Celkem</td>
<td>100,00 %</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Tabulka č. 20a: Statistické hodnocení třetí hypotézy

<table>
<thead>
<tr>
<th>Chi-kvadrát</th>
<th>Signifikance</th>
<th>Hladina významnosti</th>
<th>Statistická významnost</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>11,32</td>
<td>0,01</td>
<td>0,05</td>
<td>ANO</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Jak lze vidět z grafu č. 21 a z tabulky č. 20 a 20a, byla zjištěna statisticky významná závislost mezi dosaženým vzděláním a deklarovanou inklinací k ageistickým tendencím ve vztahu k mýtům o stáří. Vyšší míra inklinace k mýtům o stáří byla zjištěna u respondentů se specializačním studiem. Tato skutečnost však může být ovlivněna také počty respondentů v jednotlivých kategoriích vzdělání.

Závěr:

Lze tvrdit, že ve sledovaném vzorku populace (respondentů) byla zjištěna statisticky významná závislost mezi dosaženým vzděláním a deklarovanou inklinací k ageistickým tendencím ve vztahu k mýtům o stáří.
7.4 Testování čtvrté hypotézy

4H₀: Předpokládáme, že nebude zjištěna statisticky významná závislost mezi deklarovaným soužitím respondentů se seniorem a deklarovanou inklinací k ageistickým tendencím ve vztahu k mýtům o stáří

4Hₐ: Předpokládáme, že bude zjištěna statisticky významná závislost mezi deklarovaným soužitím respondentů se seniorem a deklarovanou inklinací k ageistickým tendencím ve vztahu k mýtům o stáří

![Diagram]

Graf č. 22: Soužití se seniorem versus míra inklinace k mýtům o stáří
Tabulka č. 21: Soužití se seniorem versus míra inklinace k mýtům o stáří

<table>
<thead>
<tr>
<th>Inklinace k ageismu</th>
<th>Soužití se seniorem</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>Ano (%)</td>
</tr>
<tr>
<td>Mírná inklinace</td>
<td>17,40 %</td>
</tr>
<tr>
<td>Střední inklinace</td>
<td>46,40 %</td>
</tr>
<tr>
<td>Silná inklinace</td>
<td>36,20 %</td>
</tr>
<tr>
<td>Celkem</td>
<td>100,00 %</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Tabulka č. 21a: Statistické hodnocení čtvrté hypotézy

<table>
<thead>
<tr>
<th>Mann-Whitney U/Wilcoxon W</th>
<th>Signifikance</th>
<th>Hladina významnosti</th>
<th>Statistický významnost</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>2345,5/7096,5</td>
<td>0.000961</td>
<td>0,05</td>
<td>ANO</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Jak lze vyčíst z grafu č. 22 na str. 69 a z tabulky č. 21 a 21a, byla ve sledovaném vzorku populace zjištěna statisticky významná závislost mezi deklarovaným soužitím se seniorem ve společné domácnosti a mírou inklinace k mýtům o stáří. Vyšší míra inklinace k mýtům o stáří byla zjištěna u respondentů, kteří uvedli, že žijí se seniorem ve společné domácnosti.

Závěr:

Lze tvrdit, že ve sledovaném vzorku populace (respondentů) byla zjištěna statisticky významná závislost mezi deklarovaným soužitím se seniorem ve společné domácnosti a inklinací k ageistickým tendencím ve vztahu k mýtům o stáří.
7.5 Testování páté hypotézy

5H₀: Předpokládáme, že nebude zjištěna statisticky významná závislost mezi deklarovaným stupněm sebepěče seniora v rodině a deklarovanou inklinací k ageistickým tendencím ve vztahu k mýtům o stáří

5H₁: Předpokládáme, že bude zjištěna statisticky významná závislost mezi deklarovaným stupněm sebepěče seniora v rodině a deklarovanou inklinací k ageistickým tendencím ve vztahu k mýtům o stáří

Graf č. 23: Stupeň sebepěče seniora v rodině versus míra inklinace k mýtům o stáří
Tabulka č. 22: Stupeň sebepřeč seniora v rodině versus míra inklinace k mýtům o stáří

<table>
<thead>
<tr>
<th>Inklinace k ageismu</th>
<th>Stupeň sebepřeč seniora</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>Plně soběstačný</td>
</tr>
<tr>
<td>Mírná inklinace</td>
<td>23,10 %</td>
</tr>
<tr>
<td>Střední inklinace</td>
<td>57,70 %</td>
</tr>
<tr>
<td>Silná inklinace</td>
<td>19,20 %</td>
</tr>
<tr>
<td>Celkem</td>
<td>100,00 %</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Tabulka č. 22a: Statistické hodnocení páté hypotézy

<table>
<thead>
<tr>
<th>Chi-kvadrát</th>
<th>Signifikance</th>
<th>Hladina významnosti</th>
<th>Statistická významnost</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>10,38</td>
<td>0.0155</td>
<td>0,05</td>
<td>ANO</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Jak lze vyčíst z grafu č. 23 na str. 71 a tabulky č. 22 a 22a byla ve sledovaném vzorku populace zjištěna statisticky významná závislost mezi deklarovanou úrovní sebepřeč seniora žijícího ve společné domácnosti s respondentem a mírou inklinace k mýtům o stáří. Vyšší míra inklinace k mýtům o stáří byla zjištěna u respondentů, kteří uvedli, že žijí se seniorem plně závislým.

Závěr:

Lze tvrdit, že ve sledovaném vzorku populace (respondentů) byla zjištěna statisticky významná závislost mezi soužitím se seniorem a deklarovanou inklinací k ageistickým tendencím ve vztahu k mýtům o stáří.
8 DISKUSE

Diplomová práce na téma Percepcie seniorské populace očima profesionálních pečujících si stanovila za cíl zhodnotit názory a postoje profesionálních pečujících na seniorskou populaci ve vztahu k mýtům o stáří a zjistit, zda stanovené determinanty (věk, délka praxe, dosažené vzdělání, soužití respondentů se seniorem a stupeň sebepeče seniora v rodině) ovlivňují náhled profesionálních pečovatelů na seniorskou populaci ve vztahu k mýtům o stáří. Bylo formulováno pět hypotéz vztahujících se k jednotlivým determinantám zmíněným výše.

Sběr dat pro empirickou část práce byl proveden formou originálně sestaveného dotazníku, jehož obsah byl inspirován deseti hlavními předsudky, které formulovala Tošnerová56. Byl distribuován nelékařským zdravotnickým pracovníkům (všeobecným sestrám a zdravotnickým asistentům) v lůžkových částech jednotlivých klinik Fakultní nemocnice, pracoviště medicíny dospělého věku, v Brně – Bohunicích. Pracoviště zařazená do výzkumného šetření nebyla primárně zaměřena na péči o seniory (vyjimku tvoří Klinika interní, geriatrie a praktického lékařství), ale vzhledem k fenoménu „geriatrizace medicíny“ měl i personál na všech zainteresovaných pracovištích ošetřování seniorů bohaté zkušenosti. Podmínkou pro zařazení do výzkumu však byla délka praxe minimálně jeden rok. Celkový počet distribuovaných dotazníků byl 250, z toho bylo získáno celkem 197 dotazníků, což činí návratnost 78,8 %.

Do výzkumného šetření bylo zařazeno pouze 166 dotazníků, což je 66,4 % z celkového počtu distribuovaných dotazníků. Zbývajících 31 formulářů (12,4 %) muselo být z výzkumného šetření vyřazeno z důvodu neúplného nebo chybného vyplnění. Na tomto vysokém procentu vyřazených dotazníků se nejvíce podílela položka č. 16, která byla zaměřena na názor respondentů na sexuální život seniorů. Respondenti v této položce velmi často neoznačili žádnou variantu odpovědí a nezřídka připojili i komentář, např.: „Sexuální život seniorů mě nezajímá.“, „O sexuálním životě seniorů si nemyslím nic.“ Toto zjištění bylo pro nás velmi

56 Stov. Tošnerová, T., Ageismus. Průvodce stereotypy a mýty o stáří, s. 7 – 9
překvapivé. Nečekaly jsme, že osoby produktivního věku budou v dnešní době mít problém vyjádřit se k sexualitě.

Výsledky provedeného průzkumného šetření byly částečně porovnávány s výsledky diplomové práce Bc. Heleny Šlesárové na téma Postoje k seniorům z roku 2008 a okrajově též s výsledky diplomové práce Bc. Soni Dubské na téma Problematika ageismu z pohledu nelékařských zdravotnických pracovníků psychiatrických oddělení z roku 2010. Částečné srovnání bylo provedeno i s výsledky disertační práce PhDr. Andrei Pokorné, Ph.D na téma Rizika kognitivní manipulace se seniory z roku 2009.

První položka dotazníku zjišťovala věk respondentů. Zařazení respondentů do jednotlivých kategorií je znázorněno v grafu č. 2 na str. 41. Nejvíce respondentů bylo ve věkové kategorii 25 – 34 let. Tato kategorie čítala 70 respondentů (42,17 %). Následovala věková kategorie 18 – 24 let, do které bylo zařazeno 55 respondentů (33,13 %) a nejméně respondentů bylo ve věkové kategorii 35 a více let. Bylo jich celkem 41 (24,70 %). Tato položka se vztahovala k první hypotéze, která zkoumala, zda existuje statisticky významná závislost mezi věkem respondentů a náhledem na seniorskou populaci ve vztahu k mýtům o stáří. Ze zjištěných výsledků lze vyčíst, že silná inklinace k mýtům o stáří byla zjištěna nejčastěji u respondentů starších 35 let, tedy u respondentů nejstarších. Z celkového počtu respondentů starších 35 let dosáhlo 34,2 % z nich nejvíce bodů v ageistickém skóre a prokázalo tak silnou inklinaci k mýtům o stáří. Střední inklinace k mýtům o stáří byla nejčastěji zjištěna u respondentů ve věkové kategorii 18 – 24 let. Z celkového počtu respondentů v této věkové kategorii jich 63,6 % prezentovalo střední inklinaci k mýtům o stáří. Slabá inklinace k mýtům o stáří byla nejčastěji zastoupena v kategorii 24 – 34 let a to 30 % z celkového počtu respondentů v této věkové kategorii. Při statistickém testování této hypotézy byla vypočítána statistická signifikance 0,066, byla tedy překročena hladina významnosti a tudíž lze tvrdit, že neexistuje statisticky významná závislost mezi věkem respondentů a mírou inklinace k ageistickým tendencím ve vztahu k mýtům.

57 Šlesárová, H., Postoje k seniorům, diplomová práce, MU, 2008
58 Dubská, S., Problematika ageismu z pohledu nelékařských zdravotnických pracovníků psychiatrických oddělení, diplomová práce, MU, 2010
59 Pokorná, A., Rizika kognitivní manipulace se seniory, disertační práce, MU, 2009

74
o stáří. Tošnerová\textsuperscript{60} uvádí, že s věkem se zvyšují ageistické tendence. V našem šetření tato skutečnost nebyla prokázána. Tyto výsledky však mohou být ovlivněny relativně malým věkovým rozptýlením respondentů.

Druhá položka dotazníku zjišťovala délku odborné praxe respondentů. Zastoupení jednotlivých kategorií znázorňuje graf č. 3 na str. 42. Nejvíce respondentů uvedlo praxi \textit{kratší než 4 roky}, bylo jich 63 (37,95 %), následovala kategorie \textit{11 a více let}, do které se zařadilo 58 respondentů (34,94 %). Nejméně respondentů bylo v kategorii \textit{4 – 10 let}, 45 respondentů (24,11 %). Tato položka měla návaznost na druhou hypotézu zjišťující existenci statisticky významné závislosti mezi délkou odborné praxe respondentů a náhledem na seniorskou populaci ve vztahu mýtům o stáří. Slabá míra inklinace k mýtům o stáří byla nejčastěji zaznamenána u respondentů s délkou odborné praxe \textit{4 – 10 let}. V této kategorii získalo ohodnocení slabá inklinace k mýtům o stáří 31,1 % z celkového počtu respondentů s délkou odborné praxe \textit{4 – 10 let}. Střední míra inklinace k mýtům o stáří byla nejčastější u respondentů s délkou praxe kratší než 4 roky. Z celkového počtu respondentů s takto krátkou praxí jich 61,9 % bylo ohodnoceno střední inklinaci k mýtům o stáří. Silná inklinace k mýtům o stáří byla nejčastější v kategorii délky praxe více než 10 let. Zde prezentovalo silné ageistické tendence 31 % z nich. Statistickým testováním byla zjištěna signifikance 0,016, což je pod kritickou hladinou významnosti a tudíž lze tvrdit, že vztah mezi délkou odborné praxe respondentů a mírou ageistických tendencí ve vztahu k mýtům o stáří je statisticky významný. Naproti tomu je ale nutné podotknout, že korelační koeficient není příliš vysoký a délka odborné praxe respondentů vysvětluje jen 3,5 % variability škály ageismu, tudíž se nedá hovořit o významnosti věcné. Šlesárová\textsuperscript{61} ve své diplomové práci zjišťovala, zda zdravotníci pracující delší dobu mají pozitivnější vztah k seniorům než jejich kolegové s kratší dobou praxe. Tuto skutečnost ve své práci nepotvrdila a uvedla, že nejvíce staré lidi cháphou zdravotníci s nejkratší dobou praxe. Z jejího šetření vyplynulo, že zdravotníci s nejkratší dobou praxe si představují staré lidi jako záhadné, tajemné, ale i do určité míry labilní, potřebující pomoc okolí. Naopak zdravotníci s nejdelší dobou odborné praxe vnímají seniora jako jednoduchého a nezajímavého jedince, který už nemůže nikoho nicím překvapit a zaujmout. Z jejích výsledků lze vyčíst jistou shodu

\textsuperscript{60} Srov. Tošnerová, T., \textit{Ageismus. Průvodce stereotypy a mýty o stáří}, s. 38
\textsuperscript{61} Srov. Šlesárová, H., \textit{Postoje k seniorům}, diplomová práce, s. 78 - 79
Zajímavým faktem je, že respondenti s nejkratší dobou odborné praxe a respondenti z nejnižší věkové kategorie byli nejpočetnější skupinou, která prokázala střední inklinaci k mýtům o stáří. Domníváme se, že tyto výsledky jsou dány nedostatkem zkušenosti profesních, ale i životních, a také že si ještě nevytvorili vyhraněnější postoj k seniorům, nejsou ještě názorově „pevnou“ skupinou. Podle našeho názoru by bylo dobré této situace využít a pozitivně ovlivňovat jejich názory na seniorskou populaci. Předsudky a mýty o stáří v nich ještě nejsou zakořeněny. Naopak lze z výsledků vyčíst silnou inklinaci k mýtům o stáří nejčastěji u respondentů nejmladších a s nejdelší dobou odborné praxe. Zde je pak otázka k zamyšlení, proč je zdravotnický personál s rostoucími zkušenostmi i životními více „zamořen“(ageistickými) postoji. Předpokládáme, že je to dán právě dlouhou odbornou praxí, během které se všeobecně sestry i ostatní NLZP pravidelně setkávali a setkávají se starým člověkem v době nemoci a bezmoci. Tento obraz starého člověka pak aplikují na seniorskou populaci jako celek. To se potvrzuje i s Tošnerovou a Pokornou.

Třetí položka dotazníkového formuláře se ptala na nejvyšší dosažené vzdělání respondentů. Jak lze vyčíst z grafu č. 5 na str. 43, nejvíce respondentů uvedlo, že absolvovalo střední zdravotnickou školu, obor všeobecná sestra. Tato skupina zahrnovala celkem 75 respondentů (45,2 %). Následovala skupina respondentů se specializačním studiem různých oborů v rámci postgraduálního vzdělávání. Bylo jich 34 (20,5 %). Další skupinu tvořili absolventi vyšší odborné školy – diplomovaní specialisté – v počtu 23 respondentů (13,9 %). Vysokoškolsky vzdělaných respondentů, kteří získali titul Bc. bylo 18 (10,8 %) a Mgr. 9 respondentů (5,4 %). Nejméně respondentů bylo z řad zdravotnických asistentů, což je logické, protože první absolventi tohoto oboru nastoupili do praxe teprve v předchozím roce. Bylo jich pouhých 7 (4,2 %). Z důvodu malého počtu respondentů v kategoriích zdravotnických asistentů a vysokoškolsky vzdělaných sester s titulem Mgr. byly sloučeny kategorie

62 Srov. Tošnerová, T., Ageismus. Průvodce stereotypy a mýty o stáří, s. 38
63 Srov. Pokorná, A., Rizika kognitivní manipulace se seniory, s. 115 – 116
střední zdravotnická škola – zdravotnický asistent a střední zdravotnická škola – všeobecná setra a kategorie vysoká škola – Bc. a vysoká škola – Mgr. Dále tedy bylo pracováno pouze se čtyřmi kategoriemi. Z výsledků statistické analýzy je zřejmé, že slabá míra inklinace k mýtům o stáří byla zjištěna nejčastěji u absolventů vysoké školy. V této kategorii prokázalo slabou inklinaci k mýtům o stáří 48,2 % respondentů. Střední míra inklinace k mýtům o stáří byla nejčastěji zjištěna u absolventů vyšší odborné školy, a to u 65,2 % z nich. Naopak silná inklinace k mýtům o stáří byla nejčastěji u absolventů střední zdravotnické školy a specializačního studia. Silná míra inklinace k mýtům o stáří byla prokázána u 38,2 % z nich. Slabým místem našeho šetření je, že jsme nezjišťovaly, v jakém oboru specializační studium respondenti získali. Bylo by zajímavé zjistit, jestli existuje závislost na oboru, popř. které klinické obory inklinují více k ageistickým tendencím ve vztahu k mýtům o stáří. Při statistické analýze získaných dat byla vypočtena statistická signifikance 0,010, což je hodnota, která je pod kritickou hladinou významnosti 0,05 a tudíž lze tvrdit, že vztah mezi nejvyšším dosaženým vzděláním a mírou ageistických tendencí ve vztahu k mýtům o stáří je statisticky významný. Z výsledků je zřejmé, že sestry s vysokoškolským vzděláním prezentují slabší míru inklinace k mýtům o stáří, než jejich kolegyně se středoškolským vzděláním. Domníváme se, že právě na vysoké škole je věnována značná pozornost problematice ageismu. Dále tyto výsledky zřejmě ovlivnila také skutečnost, že sestry s magisterským vzděláním pracující v brněnské nemocnici jsou pravděpodobně z velké většiny absolventkami oboru Ošetřovatelská péče v gerontologii a tudíž mají vynikající znalosti v problematice stáří a stárnutí.

Položka č. 4 se zaměřovala na soužití se seniorem ve společné domácnosti. Rozdělení respondentů dle soužití se seniorem je znázorněno v grafu č. 5 na str. 44. Velká část respondentů (97 respondentů) nežije se seniorem ve společné domácnosti. Tato skupina zaujímá 58,4 % respondentů. Zbývajících 69 respondentů (41,6 %) uvedlo, že žije ve společné domácnosti se seniorem. K této položce se vztahovala čtvrtá hypotéza zjišťující existenci statisticky významného vztahu mezi deklarovaným soužitím se seniorem ve společné domácnosti a mírou inklinace k ageistickým tendencím ve vztahu k mýtům o stáří. Silná inklinace k ageistickým tendencím ve vztahu k mýtům o stáří byla jednoznačně prokázána u respondentů žijících...
ve společně domácnosti se seniorem. Při statistické analýze dat byla vypočtena statistická signifikance 0,000961, což je pod kritickou hladinou významnosti a proto lze tvrdit, že existuje statisticky významná závislost mezi deklarovaným soužitím se seniorem ve společně domácnosti a mírou inklinace k ageistickým tendencím ve vztahu k mýtům o stáří. Tyto výsledky do jisté míry korespondují s hypotézou vztahující se k délce praxe respondentů. I zde byla statistická významnost potvrzena. Dle našeho názoru je osobní zkušenost se seniorem významnou determinantou ovlivňující náhled na seniorskou populaci. Ke stejněmu závěru dospěla i Pokorná.  

Položka č. 5 plynule navazovala na položku předchozí. Respondenti žijící ve společně domácnosti se seniorem hodnotili stupně sebepěče seniora. Volili ze tří možností: plně soběstačný, spíše soběstačný, spíše závislý, plně závislý. Grafické znázornění výsledků této položky vyjadřuje graf č. 6, str. 45. Nejvíce respondentů označilo stupeň sebepěče seniory v jeho rodině jako plně soběstačného, celkem se jednalo o 26 respondentů (37,7 %), kategorie spíše závislý byla označena u 22 respondentů (31,9 %), možnost spíše závislý zvolilo 12 respondentů (17,4 %) a nejméně respondentů označilo seniora žijícího ve společné domácnosti jako plně závislého – 9 respondentů (13 %). Z výsledků vyplývá, že závislost seniora je důležitý aspekt ovlivňující vnímání seniorské populace. Silná inklinace k ageistickým tendencím ve vztahu k mýtům o stáří byla zjištěna u 77,8 % respondentů, kteří mají v rodině plně závislého seniora, což je alarmující výsledek. Statistickým testováním byla zjištěna statistická signifikance 0,0155, což je pod kritickou hodnotou hladiny významnosti a tudíž lze tvrdit, že existuje statisticky významná závislost mezi deklarovaným stupněm sebepěče seniora a mírou inklinace k ageistickým tendencím ve vztahu k mýtům o stáří. I zde byla tedy potvrzena skutečnost, že čím bohatší zkušenosti respondenti se seniory mají, tím víc roste míra inklinace k ageistickým tendencím. Stupeň sebepěče je pak naprosto klíčovou determinantou, jelikož dlouhodobá a často velmi náročná a vyčerpávající péče o nesoběstačného seniora v rodině může vést k zkreslenému pohledu na seniorskou populaci jako celek. Respondenti mající ve společné domácnosti seniora se následně vyjadřovali k tomu, kdo péči o něj zajišťuje. Průzkum ukázal, že větší část respondentů mající doma

64 Srov. Pokorná, A., Rizika kognitivní manipulace se seniory, s. 161
seniorka, který není plně soběstačný, zajišťuje péči o něj osobně. Toto zjištění koresponduje se závěrem, že osobní zkušenost s péči o seniora pohled na seniorskou populaci ovlivňuje.

V následující části dotazníku byly zjišťovány názory respondentů na jednotlivé předsudky tak, jak je formulovala Tošnerová. Prvním z nich byla nemoc. Výsledky vztahující se k předsudku nemoc jsou znázorněny v grafu č. 8, str. 47. U předsudku nemoc byla nejčastěji zjištěna střední míra inklinace k ageismu. Respondenti nejčastěji uváděli (54,8 %, 91 respondentů), že většina seniorů potřebuje vinou nemoci alespoň občasnou pomoc okolí. Tošnerová⁶⁵ ale uvádí, že většina starších (asi 78 %) je dostatečně zdravá, aby se mohla zabývat běžnou činností. Nejméně ageistickou variantu (většina seniorů zvládá běžné aktivity denního života sama) zvolilo 28,3 % (47 respondentů) a variantu s nevice ageistickým podtextem (většina seniorů potřebuje vinou nemoci pomoc okolí i při běžných aktivitách denního života) označilo 16,9 % (28 respondentů). Z výsledků vyplývá, že předsudek nemoc je mezi odbornou zdravotnickou populací rozšířen jen částečně.

Dalším zkoumaným předsudkem byla ošklivost. Výsledky zobrazené v grafu č. 9, na str. 48 ukazují, že tento předsudek není mezi profesionálními pečujícími zakořeněn. Většina respondentů (65 %, 108 respondentů) označila „neageistickou“ odpověď (stáří nemusí nutně souviset s úbytkem krásy).

Pokles duševních schopností byl dalším předsudkem, u něhož byl zkoumán výskyt mezi profesionálními pečujícími. Výsledky této položky zobrazuje graf č. 10 na str. 49. V otázce, zda s věkem dochází k úbytku duševních schopností, nejčastěji respondenti označili středně ageistickou odpověď (ano, ale je to velmi individuální). Odpovědělo tak 105 (63,3 %) respondentů. Pouhých 24 (14,5 %) respondentů zvolilo „neageisticky“ postavenou variantu (ne, většina osob vyššího věku si udržuje normální duševní schopnosti) a 37 (22,2 %) respondentů označilo možnost s nejsilnější mírou inklinace k ageistickým tendencím (ano, většina osob vyššího věku se dřív nebo

⁶⁵ Srov. Tošnerová, T., Ageismus. Průvodce stereotypy a mýty o stáří, s. 7
později stane senilním). Předsudek poklesu duševních schopností tedy považuji mezi nelékařskými zdravotnickými pracovníky za dosti rozšířený.

Předsudek duševní choroby byl dalším z těch, u kterého byla zjištěna střední inklinace k ageistickým tendencím (graf č. 11, str. 50). Na otázku, zda jsou duševní choroby ve stáří běžné, odpovědělo nejvíce respondentů (57,2 %, 95 respondentů) středně ageistickou možností (duševní choroby ve stáří nejsou nevyhnutelné, ale vyskytují se častěji než u mladších jedinců). Tošnerová 66 však uvádí, že duševní choroby ve stáří netvoří žádnou nevyhnutnost, v rámci celé populace má asi 10 % seniorů vážnější duševní chorobu. „Neageisticky“ odpovídalo 42 (25,5 %) respondentů (výskyt duševních chorob ve stáří není v rámci celé populace výrazně vyšší) a 29 (17,5 %) respondentů zvolilo odpověď s nejsilnější mírou inklinace k ageistickým tendencím (duševní choroby jsou velmi častým problémem seniorů).

Dalším zkoumaným předsudkem byla izolace, s níž souvisí osamělost. Osamělost je charakterizována třemi druhy – kognitivní, behaviorální a emoční. Kognitivní osamělost se objevuje v případě, kdy v okolí jedince je jen velmi málo osob, se kterými může sdílet své myšlenky. Behaviorální osamělost vzniká v situaci, kdy jedinec nemá s kým sdílet aktivity míno domov. Emoční osamělost se objevuje při nedostatku citových projevů od ostatních osob. 67 Všechny tyto druhy osamělosti je třeba vnímat jako celek a neoddělovat je. Respondenti byli v šetření dotazováni, zda většina seniorů trpí osamocením, nedostatkem sociálních kontaktů a izolací. Odpovědi respondentů vystihuje graf č. 12 na str. 51. Tento předsudek se ukázal jako velmi rozšířený. Nejvíce respondentů (74 respondentů, 44,6 %) označilo možnost s nevyšší mírou inklinace k ageistickým tendencím (ano, většina seniorů žije sama a má omezené sociální kontakty). Tošnerová 68 přitom uvádí, že většina starších není společensky izolovaných, ale naopak dvě třetiny z nich žijí s partnerem nebo rodinou. Většina studií souhlasí s tím, že s narůstajícím věkem je přítomný pokles společenské aktivity, ale celkově množství osob v sociální síti jedince se ustáli. Středně ageistickou odpověď (ne, ale většina seniorů již společnost nevyhledává) zvolilo 55 (33,1 %) respondentů a „neageistickou“ variantu (ne, většina seniorů žije běžným společenským

66 Srov. Tošnerová, T., Ageismus. Průvodce stereotypy a mýty o stáří, s. 8
67 Srov. Soudková, M., O zdravých vztazích mezi lidmi. Přátelství a manželství, s. 36
68 Srov. Tošnerová, T., Ageismus. Průvodce stereotypy a mýty o stáří, s. 9

80
životem) označilo nejméně respondentů (37 respondentů, 22,3 %).

Jako málo rozšířený předsudek byl na základě průzkumu zhodnocen předsudek chudoba. Respondenti odpovídali na otázku, zda většina seniorů žije v chudobě. Odpovědi respondentů jsou zobrazeny v grafu č. 13 na str. 53. Zde se ukázalo, že tento předsudek není mezi respondenty častý. Většina z nich (98 respondentů, 59 %) uvedla možnost nejméně ageisticky zaměřenou (ne, většina seniorů nespadá mezi nejchudší vrstvy obyvatel). Toto tvrzení potvrzuje Tošnerová69, která uvádí, že v naší společnosti patří mezi nejchudší vrstvy mladší ženy – samozřejmě s malými dětmi a vdovy. Předsudek chudoby bývá ve vztahu k seniorům často prezentován dvěma způsoby. Jednak že se senioři jsou chudí, jednak že jsou naopak bohatí. Jako středně ageistická odpověď byla vytvořena varianta – většina seniorů je naopak velmi dobře situovaná – kterou označilo 14 (8,5 %) respondentů a varianta s nejvyšší mírou inklinace k ageistickým tendencím (většina seniorů žije na hranici životního minima) byla označena 54 (32, 5 %) respondentů.

Položka týkající se předsudku zbytečnost byla ve valné většině (139 respondentů, 83,7 %) hodnocena „neageisticky“. Respondenti odpovídali na otázku, zda starší lidé nemají společnosti již čím přispět, zda jsou pro společnost zbyteční. Nejčastěji volili možnost – ne, starší lidé mohou být zdrojem cenných zkušeností. Silně ageisticky zabarvenou variantu (ano, pro společnost jsou ekonomickou zátěží) označilo 13 (7,8 %) respondentů, středně ageistickou odpověď (ano, pro svou pasivitu nemají společnosti cím přispět) zvolilo 14 (8,5 %) respondentů. Získané výsledky by se daly vnímat jako velmi přiznivé, jelikož vysoké procento respondentů uvedlo, že starší lidé mohou být zdrojem cenných zkušeností. Osobně se však domníváme, že tato položka nebyla příliš vhodně formulována a „neageistická“ varianta odpovědi je ovlivněna tzv. novým ageismem.

Dalším zkoumaným předsudkem byla deprese. Deprese je bezesporu významnou problematickou týkající se starší. Je však třeba uvědomit si několik faktů.

69 Srov. Tošnerová, T., Ageismus. Průvodce stereotypy a mýty o stáří, s. 9

Politická moc je předposledním z deseti předsudků dle Tošnerové. Respondenti odpovídali na otázku, zda starší lidé považují za silnou politickou sílu, která vede k odvrácení politiky od potřebných reforem. Rozložení odpovědí vyjadřuje graf č. 16 na str. 56. V této položce odpovídala většina respondentů, (76 respondentů, 45,8 %) „neageisticky“ (ne, volíci z řad seniorů je hodně, ale nehlasují jednotně jako blok). Odpověď se silnou inklinací k ageistickým tendencím (ano, starší lidí jsou výrazná politická síla, která se ve volbách projeví silnou jednotností) označilo 58 respondentů (34,9 %) a variantu středně ageistickou (ne, velká část seniorů se voleb nezúčastňuje) zvolilo 32 (19,5 %) respondentů. Předsudek politická moc seniorů tedy mezi nelékařskými zdravotnickými pracovníky není výrazněji rozšířen.

Posledním předsudkem je impotence. Tošnerová uvádí, že tento předsudek kopíruje představu, že většina starších se již nevěnuje žádné pohlavní aktivitě a když ano, je to abnormální. Jako skutečný stav věci uvádí, že uspokojivý milostný stav

70 Srov. Pidrman, V., Deprese seniorů, s. 3 - 4
71 Srov. Tošnerová, T., Ageismus. Průvodce stereotypy a mýty o stáří, s. 8
obvykle pokračuje do 70 – 80 let. Respondenti odpovídali na otázku jaký je váš názor na sexuální život seniorů. Nejčastěji (78 respondentů, 47 %) byla označována odpověď se střední mírou inklinace k ageistickým tendencím (velmi malé procento seniorů se věnuje i ve vyšším věku nějaké sexuální aktivitě). Následovala „neageisticky“ zaměřená odpověď (sexuální aktivita může hrát velmi významnou roli také v životě seniora, kterou označilo 61 (36,7 %) respondentů. Nejméně (27 respondentů, 16,3 %) byla volena odpověď se silnou mírou inklinace k ageistickým tendencím (myslím si, že většina seniorů se již nevěnuje žádné sexuální aktivitě.

Shrnutím procentuálních výsledků u jednotlivých předsudků vznikla následující tabulka, která třídí hodnocené předsudky do tří kategorií podle míry inklinace k nim.

Tabulka č. 23: Míra inklinace k jednotlivým předsudkům o stáří

<table>
<thead>
<tr>
<th>silná</th>
<th>střední</th>
<th>slabá</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>izolace</td>
<td>nemoc</td>
<td>ošklivost</td>
</tr>
<tr>
<td>pokles duševních schopností</td>
<td>chudoba</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>duševní choroba</td>
<td>zbytečnost</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>impotence</td>
<td>deprese</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>politická moc</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

72 Srov. tamtéž s. 8
9 NÁVRH NA ŘEŠENÍ ZJIŠTĚNÝCH NEDOSTATKŮ

Diplomová práce byla zaměřena na problematiku ageismu z pohledu nelékařských zdravotnických pracovníků (všeobecných sester a zdravotnických asistentů). V současné době i v blízké budoucnosti lze očekávat zvyšující se podíl pacientů z řad seniorů i na „negeriatričkých“ pracovištích. Hovoříme o geriatrizaci medicíny.

Ošetřovatelský personál vstupuje a bude vstupovat do interakce se seniory stále častěji a je třeba je na tuto situaci nálezitě připravit. Tato příprava by měla začít co nejdříve a to již během pregraduální profesní přípravy. Je nezbytné zařadit do osnov studia nejen základy gerontologie, geriatrie, ale i problematiku ageismu. Domníváme se, že v současné době je v rámci vzdělávání kladen důraz zejména na popis involučních změn ve stáří, nemocí souvisejících se stářím, avšak problematiku zdravého stárnutí a ageismu zůstává v pozadí. Velmi důležitá je pak také návaznost získaných poznatků na praxi prostřednictvím odborných ošetřovatelských praxí a stáží na klinických pracovištích.

Výsledky šetření ukázaly, že sestry s kratší dobou praxe projevují slabší míru inklinace k ageistickým tendencím. Sestry s delší dobou praxe mohou být proto ohroženy ageistickými tendencemi při poskytování ošetřovatelské péče. Domníváme se, že management nemocnice by proto měl zajistit pravidelné vzdělávací aktivity věnující se ageismu, ale také komunikaci se seniory.

Aby mohli NLZP získané vědomosti a dovednosti efektivně využít, musí v sobě identifikovat počínající nebo už značně zakořeněné tendence k ageismu. Pro tyto účely navrhujeme, aby na každém pracovišti byl k dispozici dotazník Věkové IQ (viz příloha č. 4 str. 108), který může zdravotnické pracovníky upozornit na ageisické tendence, nebo je ale spoň přímět k zamyšlení nad svým jednáním, postoji a názory. Mnoho zdravotnických pracovníků sice totiž ani neuvedomuje, že jejich smýšlení i chování vykazuje známky věkové diskriminace.

Střední management zdravotnických zařízení, především staniční sestry, by měli kontinuálně sledovat sociální klima na svých pracovištích. Ošetřovatelská péče
o seniory, ale i o osoby mladšího věku je velmi náročná a nevhodné pracovní prostředí, narušené interpersonální vztahy, přetížený personál apod. náročnost péče zvyšují, což v konečném důsledku snižuje zájem pracovníků o vzdělávání a zdokonalování se, ale i schopnost sebediagnostiky v oblasti odhalování ageistických tendencí. S tím souvisí zajištění dostatku kvalifikovaných pracovníků, dostatek volna mezi službami k zotavení a relaxaci a v neposlední řadě adekvátní finanční ohodnocení. Vedoucí pracovníci by měli znát své podřízené a poskytovat jim podporu nejen z hlediska profesního, ale i lidského.

Vzdělání sester byla další identifikovaná determinanta ovlivňující vnímání seniorské populace. Sestry s vysokoškolským vzděláním jednoznačně prokázaly slabší míru inklinace k ageistickým tendencím. Domníváme se, že právě tyto vysokoškolsky vzdělané sestry by měly být součástí každého ošetřovatelského týmu, protože jejich postoje k seniorům jsou přínosné nejen pro pacienty, ale i pro ostatní zdravotnické pracovníky.
ZÁVĚR

Diplomová práce si stanovila za cíl zhodnotit názory a postoje profesionálních pečovatelů na seniorskou populaci ve vztahu k mýtům o stáří a zjistit, zda stanovené determinanty (věk, délka praxe, dosažené vzdělání, soužití respondentů se seniorem a stupeň sebepéče seniora v rodině) ovlivňují náhled profesionálních pečovatelů na seniorskou populaci ve vztahu k mýtům o stáří. Ke splnění cíle bylo zformulováno pět hypotéz.

Ve vztahu k determinantě věk jsme statistickým testováním dospěly k závěru, že ve sledovaném vzorku populace nebyl zjištěn statisticky významný vztah mezi věkem respondentů a deklarovanou inklinací k ageistickým tendencím ve vztahu k mýtům o stáří.

Ve vztahu k determinantě délka odborné praxe jsme statistickým testováním dospěly k závěru, že ve sledovaném vzorku populace byl zjištěn statisticky významný vztah mezi délkou odborné praxe respondentů a deklarovanou inklinací k ageistickým tendencím ve vztahu k mýtům o stáří.

Ve vztahu k determinantě dosažené vzdělání jsme statistickým testováním dospěly k závěru, že ve sledovaném vzorku populace byla zjištěna statisticky významná závislost mezi dosaženým vzděláním respondentů a deklarovanou inklinací k ageistickým tendencím ve vztahu k mýtům o stáří.

Ve vztahu k determinantě soužití se seniorem jsme statistickým testováním dospěly k závěru, že ve sledovaném vzorku populace byla zjištěna statisticky významná závislost mezi deklarovaným soužitím se seniorem a deklarovanou inklinací k ageistickým tendencím ve vztahu k mýtům o stáří.

86
Ve vztahu k determinantě stupeň sebepěče seniora v rodině jsme statistickým testováním dospělé k závěru, že ve sledovaném vzorku populace byla zjištěna statisticky významná závislost mezi deklarovaným stupněm sebepěče seniora v rodině a deklarovanou mírou inklinace k ageistickým tendencím ve vztahu k mýtům o stáří.

Na základě zjištěných dat byly jednotlivé předsudky o stáří rozděleny do tří kategorií dle míry inklinace k těmto předsudkům.

— Silná inklinace: izolace.
— Střední inklinace: nemoc, pokles duševních schopností, duševní choroba, impotence.
— Slabá inklinace: ošklivost, chudoba, zbytečnost, deprese, politická moc.

Cíl diplomové práce byl splněn. Bylo zjištěno, že náhled profesionálních pečujících na seniorskou populaci je ovlivněn determinantami délka praxe, dosažené vzdělání, soužití se seniorem ve společné domácnosti a stupeň sebepěče seniora v rodině. Statistická významnost naopak nebyla zjištěna u determinanty věk.
**ANOTACE**

<table>
<thead>
<tr>
<th>Jméno a příjmení autora:</th>
<th>Bc. Jana Poláková</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Instituce:</td>
<td>Masarykova univerzita,</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Lékařská fakulta,</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Katedra ošetřovatelství</td>
</tr>
<tr>
<td>Název práce:</td>
<td>Percepce seniorské populace očima profesionálních pečujících</td>
</tr>
<tr>
<td>Vedoucí práce:</td>
<td>PhDr. Andrea Pokorná, Ph.D.</td>
</tr>
<tr>
<td>Počet stran:</td>
<td>108</td>
</tr>
<tr>
<td>Počet příloh:</td>
<td>4</td>
</tr>
<tr>
<td>Rok obhajoby:</td>
<td>2011</td>
</tr>
<tr>
<td>Klíčová slova:</td>
<td>ageismus, mýty, předsudky, stereotypy, stáří, profesionální pečující</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Diplomová práce zkoumá názory a postoje profesionálních pečovatelů na seniorskou populaci ve vztahu k mýtům o stáří a zjišťuje, zda stanovené determinanty (věk, délka praxe, vzdělání, společné soužití se seniorem a stupeň sebepéče seniora v rodině respondentů) ovlivňují náhled profesionálních pečovatelů na seniorskou populaci ve vztahu k mýtům o stáří. Teoretickou část práce tvoří prezentace poznatků o stáří a stárnutí obecně, o možnostech péče o seniory a o problematici ageismu. Těžištěm empirické části práce je kvantitativní průzkum prováděný ve Fakultní nemocnici Brno, určený pro všeobecné sestry a zdravotnické asistenty (NLZP).
ANNOTATION

Name and Surname: Bc. Jana Poláková

Institution: Masaryk University
Faculty of Medicine
Department of Nursing

Title of the work: Perception of senior population from the view of professional carer

Akademic advisor: PhDr. Andrea Pokorná, Ph.D

Number of pages: 108

Number of supplements: 4

Year of defense: 2011

Key words: ageism, myths, prejudices, stereotypes, old age, professional carer.

This thesis is keen on point of view and opinion of professional carers of myths about old people. It is trying to find out whether given determinants (age, length of experience, education, common living with senior and the level of self care in the family of respondent) influence preview of professional carers to senior population in relation to myths about an old people. The theoretical part of the thesis consists of presentation of knowledge of an old age, and aging generally, of possibilities of senior care, and problems of ageism. The main point empiric part is a quantitative research made in Teaching Hospital for the purposes of general health nurses and health assistants (paremedical health workers).
LITERATURA A PRAMENY


2. DUBSKÁ, S. Problematika ageismu z pohledu nelékařských zdravotnických pracovníků. Diplomová práce. Masarykova univerzita. Lékařská fakulta. Katedra ošetřovatelství, 2010. 115 s. Vedoucí diplomové práce PhDr. Andrea Pokorná Ph.D.


27. TOŠNEROVÁ, T. Ageismus. Průvodce stereotypy a mýty o stáří. Vydání první. Praha: Ambulance pro poruchy paměti. Ústav lékařské etiky 3. LF UK a FNKV


**Elektronické zdroje:**


**SEZNAM ZKRATEK**

<table>
<thead>
<tr>
<th>Zkratka</th>
<th>Význam</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>ADP</td>
<td>agentura domácí péče</td>
</tr>
<tr>
<td>aj.</td>
<td>a jiné</td>
</tr>
<tr>
<td>apod.</td>
<td>a podobně</td>
</tr>
<tr>
<td>č.</td>
<td>číslo</td>
</tr>
<tr>
<td>H_A</td>
<td>alternativní hypotéza</td>
</tr>
<tr>
<td>H_0</td>
<td>nulová hypotéza</td>
</tr>
<tr>
<td>např.</td>
<td>například</td>
</tr>
<tr>
<td>NCO NZO</td>
<td>Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů</td>
</tr>
<tr>
<td>NLZP</td>
<td>nelékařský zdravotnický pracovník</td>
</tr>
<tr>
<td>PMDV</td>
<td>pracoviště medicíny dospělého věku</td>
</tr>
<tr>
<td>příl.</td>
<td>příloha</td>
</tr>
<tr>
<td>srov.</td>
<td>srovnaj</td>
</tr>
<tr>
<td>s.,str.</td>
<td>strana</td>
</tr>
<tr>
<td>SZO</td>
<td>Světová zdravotnická organizace</td>
</tr>
<tr>
<td>SZŠ</td>
<td>střední zdravotnická škola</td>
</tr>
<tr>
<td>Tab.</td>
<td>tabulka</td>
</tr>
<tr>
<td>tj.</td>
<td>to je</td>
</tr>
<tr>
<td>viz</td>
<td>vide licet - vidět</td>
</tr>
<tr>
<td>tzn.</td>
<td>to znamená</td>
</tr>
<tr>
<td>tzv.</td>
<td>tak zvaně</td>
</tr>
<tr>
<td>VOŠ</td>
<td>vyšší odborná škola</td>
</tr>
<tr>
<td>VS</td>
<td>všeobecná sestra</td>
</tr>
<tr>
<td>VŠ</td>
<td>vysoká škola</td>
</tr>
<tr>
<td>VZŠ</td>
<td>vyšší zdravotnická škola</td>
</tr>
<tr>
<td>ZA</td>
<td>zdravotnický asistent</td>
</tr>
</tbody>
</table>
SEZNAM GRAFŮ

Graf č. 1: Návratnost dotazníků…………………………………………………..40
Graf č. 2: Věk respondentů……………………………………………………..41
Graf č. 3: Délka praxe respondentů………………………………………….42
Graf č. 4: Nejvyšší dosažené vzdělání……………………………………43
Graf č. 5: Soužití ve společné domácnosti se seniorem………………..44
Graf č. 6: Stupeň sebepeče seniora ve společně domácnosti…………….45
Graf č. 7: Péče o seniora v rodině……………………………………………46
Graf č. 8: Názor – většina seniorů je omezena nemocí…………………..47
Graf č. 9: Názor – stáří souvisí s úbytkem krásy……………………………48
Graf č. 10: Názor – s věkem dochází k úbytku duševních schopností………49
Graf č. 11: Názor – duševní choroby jsou ve stáří běžné…………………50
Graf č. 12: Názor – většina seniorů trpí osamocením, nedostatkem sociálních kontaktů a izolací…………………………………………………51
Graf č. 13: Názor – většina seniorů žije v chudobě……………………………53
Graf č. 14: Názor – staří lidé nemají společnosti již čím přspět, jsou zbyteční…..54
Graf č. 15: Názor – většina seniorů trpí depresí………………………………55
Graf č. 16: Názor – seniorská populace jako silná politická síla………………56
Graf č. 17: Názor na sexuální život seniorů……………………………………….57
Graf č. 18: Přehled míry inklinace k mýtům o stáří ve sledovaném vzorku populace – počty bodů…………………………………………………………….58
Graf č. 18a: Přehled míry inklinace k mýtům o stáří ve sledovaném vzorku populace – kategorie bodového hodnocení……………………………………….59
Graf č. 19: Věk versus míra inklinace k mýtům o stáří – kardinální proměnné….61
Graf č. 19a: Věk versus míra inklinace k mýtům o stáří – kategoriální proměnné…62
Graf č. 20: Délka praxe versus míra inklinace k mýtům stáří – kardinální
proměnné……………………………………………………………………………………………64
Graf č. 20a: Délka praxe versus míra inklinace k mýtům o stáří – kategoriální
proměnné……………………………………………………………………………………………65
Graf č. 21: Dosažené vzdělání versus míra inklinace k mýtům o stáří……………….67
Graf č. 22: Soužití se seniorem versus míra inklinace k mýtům o stáří………………..69
Graf č. 23: Stupeň sebepeče seniora v rodině versus míra inklinace k mýtům o stáří…………………………………………………………………………………………….71
SEZNAM TABULEK

Tabulka č. 1: Návratnost dotazníků.........................................................40
Tabulka č. 2: Věk respondentů.................................................................41
Tabulka č. 3: Délka praxe respondentů....................................................42
Tabulka č. 4: Nejvyšší dosažené vzdělání.................................................43
Tabulka č. 5: Soužití ve společné domácnosti se seniorem......................44
Tabulka č. 6: Stupeň sebepěče seniora ve společné domácnosti..................45
Tabulka č. 7: Pěče o seniora v rodině.......................................................46
Tabulka č. 8: Názor – většina seniorů je omezena nemoci.......................47
Tabulka č. 9: Názor – stáří souvisí s úbytkem krásky...............................48
Tabulka č. 10: Názor – s věkem dochází k úbytku duševních schopností......49
Tabulka č. 11: Názor – duševní choroby jsou ve stáří běžné.....................50
Tabulka č. 12: Názor – většina seniorů trpí osamocením, nedostatkem
sociálních kontaktů a izolací.................................................................51
Tabulka č. 13: Názor – většina seniorů žije v chudobě.............................53
Tabulka č. 14: Názor – stáří lidé nemají společnosti již čím příspět, jsou
zbyteční.................................................................................................54
Tabulka č. 15: Názor – většina seniorů trpí depresí..................................55
Tabulka č. 16: Názor – seniorská populace jako silná politická síla..........56
Tabulka č. 17: Názor na sexuální život seniorů........................................57
Tabulka č. 18: Věk versus míra inklinace k mýtům o stáří..........................62
Tabulka č. 18a: Statistické hodnocení první hypotézy............................62
Tabulka č. 19: Délka praxe versus míra inklinace k mýtům o stáří.............65
Tabulka č. 19a: Statistické hodnocení druhé hypotézy.............................65
Tabulka č. 20: Dosažené vzdělání versus míra inklinace k mýtům o stáří....68
Tabulka č. 20a: Statistické hodnocení třetí hypotézy...............................68
Tabulka č. 21: Soužití se seniorem versus míra inklinace k mýtům o stáří......70
Tabulka č. 21a: Statistické hodnocení čtvrté hypotézy.................................70
Tabulka č. 22: Stupeň sebepéče seniora v rodině versus míra inklinace k mýtům o stáří.................................................................72
Tabulka č. 22a: Statistické hodnocení páté hypotézy.....................................72
Tabulka č. 23: Míra inklinace k jednotlivým předsudkům...............................83
SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1: Žádost o umožnění dotazníkové akce………………………………..100
Příloha č. 2: Dotazník………………………………………………………………………101
Příloha č. 3: Dotazník s hodnocením bodovaných položek………………………………104
Příloha č. 4: Dotazník „Věkové IQ“……………………………………………………108
Příloha č. 1: Žádost o umožnění dotazníkové akce
Příloha č. 2: Dotazník

Vážené kolegyně,

jmenuji se Jana Poláková a jsem studentkou oboru Ošetřovatelská péče v gerontologii na Masarykově univerzitě v Brně.

Ráda bych Vás, milé sestřičky, touto formou požádala o pomoc při sběru dat pro moji diplomovou práci, na téma Percepce seniorské populace očima profesionálních pečujících, vyplněním tohoto dotazníku. Dotazník je anonymní a získaná data budou použita výhradně pro potřeby mé diplomové práce. Věřím, že vyplnění tohoto dotazníku vás příliš nezdrží.

Děkuji vám za vaši ochotu a čas.

U každé otázky zvolte pouze jednu odpověď.

1. Kolik je vám let?

.....................................................let

2. Jaká je délka vaší odborné praxe?

.....................................................let

3. Jaké je vaše nejvyšší dosažené vzdělání?
   a) SZŠ – zdravotnický asistent
   b) SZŠ – všeobecná sestra
   c) SZŠ – specializační studium (NCO NZO)
   d) VZŠ (VOŠ)
   e) VŠ – Bc.
   f) VŠ – Mgr.
   g) Jiné, uveďte..........................................................

4. Žijete ve společné domácnosti se seniorem?
   a) ano
   b) ne

Pokud jste v položce č. 4 označili možnost ne, pokračujte až položkou č. 7
5. Označte stupeň jeho sebepěče

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>1</th>
<th>2</th>
<th>3</th>
<th>4</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>plně soběstačný</td>
<td>spíše soběstačný</td>
<td>spíše závislý</td>
<td>plně závislý</td>
</tr>
</tbody>
</table>

6. Pečujete o seniora ve vaší rodině?
   a) ano, péči zajišťuji osobně
   b) ne, péči zajišťuji další rodinní příslušníci, popř. agentura domácí péče
   c) nepečuji, senior je soběstačný

7. Myslíte si, že je většina osob starších 65 let omezena nemocí?
   a) ano, většina seniorů potřebuje vinou nemoci pomoc okolí i při běžných aktivitách denního života
   b) ne, většina seniorů zvládá běžné aktivity denního života sama
   c) ano, většina seniorů potřebuje alespoň občasnou pomoc okolí

8. Domníváte se, že stáří a stárnutí souvisí s úbytkem krásy?
   a) ne, stáří nemusí nutně souviset s úbytkem krásy
   b) ano, většina seniorů ztrácí zájem o své tělo, a proto dochází k úbytku krásy
   c) ano, změny, které probíhají během stárnutí zcela jistě souvisí s úbytkem krásy

9. Souhlasíte s tvrzením, že s věkem dochází k úbytku duševních schopností?
   a) ano, většina osob vyššího věku se dřív nebo později stane „senilní“
   b) ne, většina osob vyššího věku si udržuje normální duševní schopnosti
   c) ano, ale je to velmi individuální

10. Domníváte se, že duševní choroby jsou ve stáří běžné?
    a) ano, duševní choroby jsou velmi častým problémem seniorů
    b) duševní choroby ve stáří nejsou nevyhnutelné, ale vyskytují se častěji než u mladších jedinců
    c) ne, výskyt duševních chorob ve stáří není v rámci celé populace výrazně vyšší
11. Myslíte si, že většina seniorů trpí osamocením, nedostatkem sociálních kontaktů a izolací?
   a) ne, ale většina seniorů již společnost nevyhledává
   b) ano, většina seniorů žije sama a má omezené sociální kontakty
   c) ne, většina seniorů žije běžným společenským životem

12. Většina seniorů žije v chudobě, souhlasíte?
   a) ne, většina seniorů je naopak velmi dobře situovaná
   b) ne, většina osob nespadá mezi nejchudší vrstvy obyvatel
   c) ano, většina seniorů žije na hranici životního minima

13. Myslíte si, že staří lidé nemají společnosti již čím přispět, že jsou pro společnost zbyteční?
   a) ano, jsou pro společnost ekonomickou zátěží
   b) ano, pro svou pasivitu již nemají společnosti čím přispět
   c) ne, staří lidé mohou být zdrojem cenných zkušeností

14. Domníváte se, že většina seniorů trpí depresí?
   a) ano, většina osob staršího věku je postižena depresí
   b) deprese je problémem seniorů, ale její výskyt není vyšší než než u mladších jedinců
   c) ne, depresi nepovažuji za častý problém seniorů

15. Souhlasíte s tvrzením, že starší lidé jsou silná politická síla, která vede k odvrácení politiky od potřebných reforem?
   a) ano, starší lidé jsou výrazná politická síla, která se ve volbách projeví silnou jednotností
   b) ne, voličů z řad seniorů je hodně, ale nehlasují jednotně
   c) ne, velká část seniorů se voleb nezúčastňuje
16. Jaký je váš názor na sexuální život seniorů?

a) myslím si, že většina seniorů se již nevěnuje žádné sexuální aktivitě
b) velmi malé procento seniorů se věnuje i ve vyšším věku nějaké sexuální aktivitě
c) sexuální aktivita může hrát velmi významnou roli také v životě seniора

Při zpracování dotazníku byl použit tento zdroj:
Příloha č. 2: Dotazník s hodnocením bodovaných položek

_Nebodyované položky:_

1. Kolik je vám let?
2. Jaká je délka vaší odborné praxe?
3. Jaké je vaše nejvyšší dosažené vzdělání?
4. Žijete ve společné domácnosti se seniorem?
   
   _Pokud jste v položce č. 4 označili možnost ne, pokračujte až položkou č. 7_

5. Označte stupeň jeho sebepéče
6. Pečujete o seniora ve vaší rodině?

_Bodované položky:_

7. Myslíte si, že je většina osob starších 65 let omezena nemocí?
   a) ano, většina seniorů potřebuje vinou nemoci pomoc okolí i při běžných aktivitách denního života 2
   b) ne, většina seniorů zvládá běžné aktivity denního života sama 0
   c) ano, většina seniorů potřebuje alespoň občasnou pomoc okolí 1

8. Domníváte se, že stáří a stárnutí souvisí s úbytkem krásy?
   a) ne, stáří nemusí nutně souviset s úbytkem krásy 0
   b) ano, většina seniorů ztrácí zájem o své tělo, a proto dochází k úbytku krásy 1
   c) ano, změny, které probíhají během stárnutí zcela jistě souvisí s úbytkem krásy 2

9. Souhlasíte s tvrzením, že s věkem dochází k úbytku duševních schopností?
   a) ano, většina osob vyššího věku se dřív nebo později stane „senilní“ 2
   b) ne, většina osob vyššího věku si udržuje normální duševní schopnosti 0
   c) ano, ale je to velmi individuální 1

10. Domníváte se, že duševní choroby jsou ve stáří běžné?
a) ano, duševní choroby jsou velmi častým problémem seniorů 2
b) duševní choroby ve stáří nejsou nevyhnutelné, ale vyskytují se častěji než u mladších jedinců 1
c) ne, výskyt duševních chorob ve stáří není v rámci celé populace výrazně vyšší 0

11. Myslíte si, že většina seniorů trpí osamocením, nedostatkem sociálních kontaktů a izolací?
   a) ne, ale většina seniorů již společnost nevyhledává 1
   b) ano, většina seniorů žije sama a má omezené sociální kontakty 2
   c) ne, většina seniorů žije běžným společenským životem 0

12. Většina seniorů žije v chudobě, souhlasíte?
   a) ne, většina seniorů je naopak velmi dobře situovaná 1
   b) ne, většina osob nespadá mezi nejchudší vrstvy obyvatel 0
   c) ano, většina seniorů žije na hranici životního minima 2

13. Myslíte si, že stari lidé nemají společnosti již čím přispět, že jsou pro společnost zbyteční?
   a) ano, jsou pro společnost ekonomickou zátěží 2
   b) ano, pro svou pasivitu již nemají společnosti čím přispět 1
   c) ne, stari lidé mohou být zdrojem cenných zkušeností 0

14. Domníváte se, že většina seniorů trpí depresí?
   a) ano, většina osob staršího věku je postižena depresí 2
   b) deprese je problémem seniorů, ale její výskyt není vyšší než než u mladších jedinců 0
   c) ne, depresí nepovažuji za častý problém seniorů 1

15. Souhlasíte s tvrzením, že starší lidé jsou silná politická síla, která vede k odvrácení politiky od potřebných reform?
   a) ano, starší lidé jsou výrazná politická síla, která se ve volbách projeví silnou
16. Jaký je váš názor na sexuální život seniorů?

a) myslím si, že většina seniorů se již nevěnuje žádné sexuální aktivitě  

b) velmi malé procento seniorů se věnuje i ve vyšším věku nějaké sexuální aktivitě

c) sexuální aktivita může hrát velmi významnou roli také v životě seniora

0 – 2 body  
velmi slabá inklinace k mýtům o stáří

3 - 5 bodů  
slabá inklinace k mýtům o stáří

6 – 10 bodů  
střední inklinace k mýtům o stáří

11 – 15 bodů  
silná inklinace k mýtům o stáří

16 – 20 bodů  
velmi silná inklinace k mýtům ke stáří
Příloha č. 4: Věkové IQ

Jsou následující tvrzení pravdivá, nebo nepravdivá?
(souhlasíte-li uveďte plus, nesouhlasíte-li uveďte mínus)

1. Většina lidí se stane „senilní“ dříve nebo později pokud se dožije vyššího věku + -
2. Inteligence klesá s věkem + -
3. U starších je malý zájem o milostný život + -
4. Rodiny opouští své starší rodinné příslušníky + -
5. Přinejmenším 25 % seniorů žije v ústavní péči + -
6. Senioři mají více dopravních nehod, než mladší řidiči + -
7. Deprese je jeden z nejbežnějších problémů starší populace + -
8. Pouze u dětí je třeba konzumovat více vápníku + -
9. Více mužů než žen se dožije stáří + -
10. Starší lidé více inklinují k víře + -
11. Většina starších jsou osamělí a společensky izolováni + -
12. Střední délka života u žen v ČR je o čtyři roky vyšší než u mužů + -
13. Osobnost se mění s věkem, stejně jako barva vlasů a kožní struktura + -
14. S věkem se mění citlivost všech pěti smyslů + -
15. Důchodci jsou v ČR nejchudší skupinou + -
16. Senioři reprezentují skupinu s vysokým rizikem sebevraždy + -
17. Senioři trpí častěji akutními nemocemi než mladší + -
18. Senioři ustupují přirozeně od společenských aktivit v komunitě + -
19. Sluchová ztráta je jedno z nejčastějších postižení seniorů + -

(Zpracováno a uzpůsobeno českým reáliím dle výukových materiálů Univerzity v Berkeley: Aging – modul Ageism)

Správně je plus u položek č. 14, 15, 16, 19, ostatní jsou správně mínus.
K otázce č. 11 nebyly pro ČR studie prováděny, pro rozvinuté platí mínus.

108