

Univerzita Palackého v Olomouci

Fakulta zdravotnických věd

**AGEISMUS ANEB NEGATIVNÍ POSTOJE ČI CHOVÁNÍ
K SENIORŮM V ČESKÉ POPULACI**

Bakalářská práce

Vedoucí bakalářské práce:

Mgr. Šárka Ježorská, PhD.

Ústav humanitních a společenských věd,

Autorka:

Iveta Řeháčková

bakalářské studium

všeobecná sestra

prezenční, 3. ročník

Olomouc, duben 2010

MOTTO

„Mladé dovede být každé tele,
ale zestárnout, holenku, to je kumšt.“

Karel Čapek

ANOTACE

Jméno a příjmení autora: Iveta Řeháčková

Název bakalářské práce: Ageismus aneb negativní postoje či chování k seniorům v české populaci

Obor: Všeobecná sestra

Program: Ošetřovatelství

Vedoucí práce: Mgr. Šárka Ježorská, PhD.

Datum zadání: 7.12.2009

Datum odevzdání: 30.4.2010

Počet stran: 76

Počet příloh: 6

Rok obhajoby bakalářské práce: 2010

Souhrn: Bakalářská práce je zaměřena na problematiku ageismu seniorů. Průzkumné šetření odpovídá na otázku „Jaké nejčastější negativní postoje či chování zaujímá společnost k seniorům v české populaci?“. Byl zmapován výskyt ageismu, jeho nejčastější zdroje a informovanost seniorů o tomto jevu. Výzkumný vzorek tvořili jednak senioři žijící v pobytových službách – v Domově důchodců v Kroměříži, v Domově s pečovatelskou službou pro seniory v České Lípě a jednak senioři žijící v domácím prostředí.

Klíčová slova: senior, ageismus, stárnutí, stáří, týrání, postoj, stereotypy

Summary: This Bachelor thesis is focused on elderly issues of ageisms. This research work answers on the following question „What are the most frequent negative attitudes or behaviours of our society towards elderly people in Czech?“

The occurrence of ageism was surveyed, its most frequent sources and knowledges of elderly people about this fact. Research has been done in the following elderly facilities – in The Retirement Home in Kroměříž, in The House with day care in Česká Lípa and also with elderly people who live in their own home environment.

Key words: elderly people, ageism, ageing process, maltreating, attitude, stereotypes

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem tuto bakalářskou práci vypracovala samostatně pod vedením Mgr. Šárky Ježorské, PhD. a všechny použité literární a odborné zdroje jsem uvedla v seznamu literatury.

V Olomouci dne 30. dubna 2010

.....
Iveta Řeháčková

Poděkování:

Děkuji Mgr. Šárce Ježorské, PhD. za odborné vedení bakalářské práce, za obětavost, vstřícnost, cenné rady a čas, který mi věnovala pro zvládnutí mé práce. Děkuji Domovu důchodců v Kroměříži a Domovu s pečovatelskou službou v České Lípě za umožnění dotazníkového šetření, které jsem následně použila ve své práci, a všem respondentům ochotným ke sběru dat. V neposlední řadě bych ráda poděkovala své rodině za trpělivost a podporu, které se mi dostávalo po celý čas tvoření závěrečné práce.

OBSAH

ÚVOD.....	9
1 STÁŘÍ A STÁRNUTÍ.....	11
1.1 Teorie stárnutí.....	12
1.1.1 Psychologické aspekty stárnutí.....	13
1.2 Změny ve stáří	16
1.2.1 Tělesné změny	16
1.2.2 Kognitivní změny ve stáří	18
1.2.3 Proměny emocionality.....	20
1.2.4 Změny v oblasti socializace.....	22
1.3 Periodizace stáří dle Vágnerové.....	23
1.4 Současné formy péče o staré občany.....	25
1.4.1 Práva seniorů v zařízeních sociálních služeb.....	28
2 AGEISMUS.....	29
2.1 Definice ageismu.....	30
2.2. Stereotypy, předsudky, mýty o stáří.....	32
2.3 Násilí, špatné zacházení se seniory.....	34
2.3.1 Problematika špatného zacházení se starými lidmi.....	35
2.3.2 Definice násilí.....	37
2.3.3 Násilí na seniorech v ústavní péči.....	38
2.3.4 Rizikové faktory špatného zacházení se seniory.....	41
2.4 Zamyšlené nad právy starších osob v ČR.....	42
3 PŘEHLED CÍLŮ PRÁCE.....	44
3.1 Charakteristika a kritéria zkoumaného souboru.....	45
3.2 Aplikovaná metodika a realizace vlastního výzkumu.....	48
3.3 Interpretace výsledků průzkumného šetření.....	49

DISKUZE.....	65
ZÁVĚR.....	68
LITERATURA A PRAMENY.....	69
SEZNAM TABULEK.....	74
SEZNAM GRAFŮ	75
SEZNAM PŘÍLOH	76

ÚVOD

V České republice ageismus, jako sociálně patologický jev týkající se diskriminace stáří, nebyl zatím systematicky monitorován ani vyhodnocen. Pokud je tento problém vůbec vnímán, je obvykle bagatelizován. V naší literatuře se o něm zmiňuje Haškovcová (1990). Problematice se věnuje také Rabušic (1998), který v projektu Staří lidé ve stárnoucí společnosti se zabýval následujícími okruhy: Jak dosáhnout nejmoudřejšího využití zdrojů ve stárnoucí společnosti a jak produktivně využít rostoucí počty starých osob? Jak zajistit uspokojování nových sociálních potřeb, které generuje stárnoucí společnost? Jak se vyhnout potenciální hostilitě mezi mladou a starou generací v podmínkách stárnoucí a zdrojově limitované společnosti? Jedním z dalších příspěvků k problematice je disertační práce Lucie Ehrenbergové na Fakultě sociálních studií MU Brno: Ageismus – věková diskriminace. (<http://www.pecujici.cz>)

S rostoucí střední délkou života v západní civilizaci je nutné otevřít i u nás toto tabuizované téma. To, že se o něm nemluví, neznamená, že neexistuje. Se vznikem kultu mládí vzniká i opačný extrém – ageismus. Jde o slovo, které nemá český ekvivalent. Pojem je odvozen od anglického slova age, které znamená věk, stáří. Ageismus je potom společenský předsudek vůči stáří. Použil jej Robert Butler, první ředitel National Institute on Aging v USA v roce 1969, který jako první hovořil o diskriminaci na základě věku. Dnes je termín ageismus definovaný širě. Zahrnuje předsudky a negativní představy o starých lidech nebo projevy diskriminace vůči staršímu člověku nebo skupině starších. (Palmore, 1990) Hovoříme o stereotypech, kdy v záporném stereotypu jsou vynechány příznivé charakteristiky. Jedná se o výroky a postoje bez pravdivého základu, ale se zdáním, že mají v jádru

pravdu. Některé projevy diskriminace jsou zřejmé, některé v podtextu nevyslovené. (<http://www.pecujici.cz>)

Tošnerová uvádí: *„Nutno vědět, že pojem stáří je obecně chápán jako cosi negativního. Jde o slovo, které nechceme slyšet, případně používáme místo něho eufemismů. Řada přísloví, lidových pověr a pohádek odráží strach ze starých lidí, především ze osaměle žijících žen. V pohádce bratří Grimmů o perníkové chaloupce čtenář drží palce Mařence, která pro záchranu svého bratříčka posazuje starou čarodějnici na lopatu a vkládá jí do pece. Pohádka patří do zlatého fondu původně lidových německých pověstí a v různých obměnách se rozšířila po celé Evropě. V pohádkách v mnoha zemích se zdají být stařeny nápomocné a laskavé, avšak končí jako zlověstné čarodějnice podle přísloví: „Kam čert nemůže, nastrčí bábu“.* (Tošnerová, 2002, str. 5)

Týrání a zneužívání starých osob má mnoho podob a forem od fyzického násilí přes sexuální zneužívání, vyhrožování, vydírání a ponižování, odmítání pomoci nebo zanedbávání. Obecná představa, že oběťmi jsou výhradně staří lidé fyzicky handikepovaní, či psychicky nemocní, není zcela pravdivá. Oběťmi týrání se mohou stát i senioři zdraví a soběstační, což je dáno i jejich větší zranitelností. (Tošnerová, 2002)

Pro svoji závěrečnou práci jsem si toto téma zvolila zejména proto, že se domnívám, že je tato oblast ošetřovatelství opomíjena.

1. STÁŘÍ A STÁRNUTÍ

Korunková, Červenková (2001) uvádějí, že stárnutí populace vyvolává řadu otázek týkajících se budoucího uspořádání stárnoucích společností a postavení seniorů v těchto společnostech. Úspěšný sociálně ekonomický rozvoj stárnoucích společností i subjektivní spokojenost života ve stáří budou však možné jen tehdy, pokud si lidé ve vyšším věku zachovají zdatnost, aktivitu a také materiální i nemateriální podmínky pro svěbytný aktivní život ve stáří.

Stáří není pouze statistický fakt. Stárnutí je specifický druh změn – jedná se o nepříznivé změny. V minulých letech byl velký protiklad mezi spirituálním a tělesným vývojem. Dnes se vlivem medicíny situace mění v tom, že tělo déle vzdoruje proti nemocem a úpadku. Nepříznivé jsou sociální změny, které působí velmi naléhavě. Osamělost, nejistota, bezcílnost, prožívané ve stáří, ovlivňuje chování společnosti, kdy stáří se stává tabu. Pokles porodnosti má za následek neustále narůstající podíl seniorů ve společnosti. (Wedlichová, Heřmanová, 2008)

Stáří se jako všeobecně rozšířený jev objevuje až v západních zemích 20. století, což je způsobeno snížením kojenecké úmrtnosti a zkvalitněním zdravotní péče a životního stylu v rané dospělosti spíše než vlastním zvýšením kvality lidského stárnutí. Vyšší podíl starších lidí v populaci znamená nižší podíl mladších dospělých. Tento fakt lze vyjádřit tzv. koeficientem závislosti stáří, což je poměr lidí starších šedesáti let a lidí ve věku 20 – 64 let. Tento koeficient se ve většině západních zemí pohybuje zhruba kolem jedné pětiny. Stárnoucí populace zatíží ekonomiky 21. století obrovskými finančními nároky. (Švingalová, 2006)

Je poslední etapou života, která bývá označována jako postvývojová, protože byly již realizovány všechny latentní schopnosti rozvoje. Období stáří je rozděleno na dvě etapy: ranné stáří, které trvá od 65 do 75 let, a pravé stáří, které označuje období po 75. roce. Dověšením 80 let dosáhne

senior tzv. čtvrtého věku, kdy je naživu pouze polovina jeho původní generace. Toto období je spojené s nárůstem problémů daných tělesným a mentálním úpadkem i se zvýšeným rizikem vzniku a kumulace různých zátěžových situací, které mohou být, vzhledem k aktuálnímu starých lidí, někdy subjektivně těžko zvládnutelné (Vágnerová, 2008, s. 104).

1.1. Teorie stárnutí

Stárnutí a stáří je na konci přirozeného vývojového procesu každého individua. Stárnutí je proces, kdy v jednotlivých orgánech nastupují specifické degenerativní, morfologické a funkční změny (Dítě, 2007, s. 511).

Stárnutí je celý soubor pochodů, které začínají mnohem dříve než mluvíme o projevech stáří. Vlastní příčina tohoto stavu nám ještě není známa. Existuje celá řada teorií, které se snaží tuto příčinu stárnutí a délku života vysvětlit. Zůstává faktem, že s postupujícím věkem dochází ke změnám snad ve všech tkáních a tělních tekutinách. (Topinková, 2005)

Jedlička (1983) objasňuje, že tyto změny postihují všechny orgány a tkáně charakteristickým způsobem, nicméně existují výrazné rozdíly mezi jednotlivými orgány, dokonce i mezi jednotlivými částmi jednoho orgánu. V průběhu života do těchto fyziologických pochodů stárnutí zasahují patologické procesy, které někde více, někde méně, modifikují přirozený průběh stárnutí. Důsledkem toho je, že mnohdy nejsme schopni rozhodnout, zda zjištěná námaha je způsobena chorobou, či projevem stáří.

Nástup těchto změn nastává v vývoji jedince v různou dobu a pokračuje různou rychlostí. Jde tedy o proces disociovaný, dezintegrováný a asynchronní. Obecně je to proces postihující každou živou hmotu od jejího vzniku (početí). Délka života jedince v přírodě je druhově různorodá, specifická a má značnou individuální variabilitu. Rychlost stárnutí je geneticky zakódovaná – předpokládá se multifaktoriální typ dědičnosti.

Maximální možná délka života u člověka, dosažitelná v ideálním prostředí, by se mohla pohybovat kolem 110 až 120 let. (Dítě, 2007)

I přes relativně velké množství nashromážděných dílčích poznatků nelze jednoznačně definovat tento jev – ani odpovědět na otázku proč stárneme. Komplexně se o to snaží i **teorie stárnutí**. Existuje jich celá řada a najednou je v nich zaměňována příčina i následek. Úvahy o povaze nejvýznamnějšího mechanismu se týkají především dvou otázek: zda jde o proces programovaný, determinovaný, nebo nahodilý, stochastický. (Dítě, 2007)

Stochastické teorie předpokládají, že děje spojené se stárnutím jsou náhodné a s věkem přibývá poruch selhání buněčného řízení. Mezi ně patří např. teorie omylů a katastrof, teorie překřížení, teorie tzv. opotřebení a teorie volných radikálů.

Nestochastické teorie se domnívají, že stárnutí je geneticky předurčeno. Do této skupiny se řadí teorie pacemakerová, genetická teorie, telomery, apoptóza, mutace atd (Dítě, 2007, s. 511 – 512).

1.1.1 Psychologické aspekty stárnutí (Trpišovská, Vacínová, 2006, s. 74 – 76)

Stárnutí je procesem regresivní změny, která nastupuje a probíhá v čase. Fyziologicky jde o progresivní, ireverzibilní proces, jemuž jsou podloženy biochemické aspekty, jsou mimořádně komplexní a zdaleka ještě nejsou prozkoumány.

Degenerační teorie vychází ze spojení psychického vývoje s biologickým zráním a předpokládá, že vývoj po dosažení dospělosti nepokračuje, ale že dochází postupně k úpadku, jenž se zrychluje. Teorie je

jednodimenzionální, opřená o teorii adolescenčního maxima, podle které psychické procesy dosahují svého vrcholu v adolescenci. Vzhledem k novým vědeckým zkoumáním je tato teorie neudržitelná, psychický vývoj zdaleka nezávisí jen na biologických činitelích.

Teorie dobrého a špatného přizpůsobení rozlišuje přizpůsobení jako proces a jako stav. Proces přizpůsobování se nemění s věkem, ale mění se schopnost zvládat nové situace. Přizpůsobení jako stav je hodnoceno druhými lidmi, kritériem je uspokojení potřeb a způsob trávení volného času. To určuje, zda je subjekt osobně spokojený, zda je relativně uvolněn od tlumících strachů, jak dovede snášet potíže. Teorie předpokládá, že „šťastný“ je synonymem pro „dobře přizpůsobený“.

Teorie je příliš jednostranná, kromě toho nerozlišuje sociální a osobní přizpůsobení. Sám pojem „dobré přizpůsobení“ je neurčitý. Na teorii navazuje varianta, podle níž proces stárnutí působí potíže ne proto, že by stárnoucí dospělý nedovedl přijmout nové role, ale proto, že tyto role jsou v důsledku stereotypního pohledu na stárnutí negativní a tím vznikají potíže. Nedostatkem teorie je, že se role stárnoucího bere jako statická veličina, neproduktivní člověk se ztotožňuje s člověkem společensky neužitečným, nerespektují se společenské poměry a dřívější socializační vlivy.

Variantou teorie přizpůsobení jsou názory, považující za rozhodující osobní způsob přizpůsobování stárnoucího dospělého novým situacím, za rozhodujícího činitele úspěšného stárnutí se považuje subjektivní prožívání, vztah k vlastnímu stárnutí, určující je osobní vývoj a nikoliv vztahy k sociálnímu prostředí.

Kognitivní teorie formuluje tři základní postuláty podtrhující subjektivní prožívání stárnutí. Změny v chování staršího člověka jsou ovlivněny jeho percepcí změn kolem sebe a v sobě. Každou změnu ve své situaci hodnotí dospělý vzhledem k osobní závažnosti, kterou pro něho má.

Přizpůsobení na stárnutí je záležitostí vnitřních změn v poznávacím a motivačním systému jedince. Teorie je příliš úzká.

Teorie neangažovanosti, vypadávání, uvolňování. Úbytek aktivity a sociálních kontaktů ve stáří se považuje za dobrovolný proces distancování se jedince ze společnosti. Stárnoucí člověk se snaží vzdát závazků vůči společnosti a získat tím určitý odstup a novou rovnováhu. Proti teorii byla řada námitek, vytýkalo se jí nerespektování sociálních a kulturních podmínek stárnutí a přílišné biologizování.

Teorie aktivního stárnutí zdůrazňuje, že je třeba i při stárnutí dosahovat určitého stupně aktivity dobře volenou motivací. S odchodem do důchodu ztrácí jedinec svou roli v povolání a tím i svou „funkční identitu“. Odchod do důchodu signalizuje společnosti i jedinci, že je starý a bez užitku. měl by si najít jiné zaměstnání a přispívat tak k blahu svému i společnosti. Teorie je podložena společenskými a sociálními poměry zejména v americké společnosti, je opřena o tezi, že je to především zaměstnání, které dává staršímu člověku status a čestné postavení.

Psychologické výzkumy prokázaly užitečnost teorie aktivity, ovšem vzhledem ke konkrétním podmínkám. Prokázalo se , že permanentní činností, zejména produktivní, se lze vyhnout třeba potížím stárnutí. Udržení aktivity lze dosáhnout identifikací se životem dětí, pěstováním zájmů, veřejnou činností aj. Psychologové se shodují v názoru, že všechny formy činnosti působí blahodárně, ať už se vztahují k k novým činnostním okruhům nebo navazují na dosavadní. Je třeba posilovat pozitivní postoje stárnoucích lidí k vlastnímu stárnutí, pomáhat jim v konstruktivním plánování budoucnosti. Nelze souhlasit s teorií vypadávání ze sociálních kontaktů, stárnoucí dospělí potřebují podporu sociálního okolí stejně, jako ji potřebují mladí, stejně jako oni vysoce hodnotí aktivní život sdílený s druhými lidmi. Čím déle zůstane stárnoucí člověk v sociálních

skupinách, které mu poskytují možnost projevit se, mít přátelské a intimní vztahy, tím je spokojenější a snáze se vyrovnává s potížemi stárnutí.

1.2. Změny ve stáří

Hlavní změny pozorované obecně u stárnoucích lidí lze stručně, popsat v následujících bodech.

1.2.1 Tělesné změny

Stárnutí přináší zhoršení somatického i psychického stavu. Avšak proces tělesného a duševního úpadku bývá individuálně variabilní z hlediska času, rozsahu i závažnosti projevů. Závisí na vzájemném působení a ovlivňování se dědičných předpokladů a různých exogenních vlivů, které se v průběhu života stárnoucího člověka postupně nakumulovaly. (Vágnerová, 2007)

Genetické dispozice jsou jednou z příčin interindividuálních rozdílů. Obecně lze říci, že lidé mají ve svém genetickém programu zakódován počátek a průběh stárnutí i pravděpodobnou délku života. To je základ tzv. primárního stárnutí. Dědičné předpoklady jsou však pouze jedním z faktorů, které mohou ovlivnit rychlost a kvalitu stárnutí. DNA, která je nositelem genetické informace, ovlivňuje proces stárnutí jak prostřednictvím mutací, tak v rámci svých standardních funkcí. Tento proces je regulován na úrovni DNA, jde o mechanismus tzv. genetických hodin. To znamená, že se v určité době aktivují geny, které mají vliv na průběh stárnutí. Existují teorie, které předpokládají, že stárnutí je ovládáno jedním nebo několika specifickými geny. Avšak je pravděpodobnější, že tento vývojový proces – stejně jako všechny ostatní – závisí na interakci mnoha genů a různých vlivů vnějšího prostředí (Vágnerová, 2007, s. 311 – 312).

Stáří je podzimním listím života, projeví se v něm i způsob prožití minulých fází (ovlivnění např. životním stylem, výživou, nadměrným zatěžováním některých orgánových systémů). V průběhu stárnutí musí zcela logicky docházet k postupnému zhoršování tělesných funkcí. (Vágnerová, 2007)

Stáří není samo o sobě chorobným stavem, avšak v průběhu stárnutí dochází k sumaci nepříznivých vlivů, a proto přibývá četnosti nemocných lidí. Každý člověk během svého života prodělá řadu nemocí, které ovlivní jeho somatické funkce, některé z těchto chorob mají chronický charakter. Základním znakem nemocnosti ve stáří je polymorbidita, to znamená, že starší lidé dost často trpí větším počtem různých, zpravidla chronických onemocnění. Seniory netrápí jen somatické choroby, ale i psychické potíže, které nebývají vždycky správně diagnostikovány. Mohou zůstat skryty, popřípadě jsou považovány za reakci na somatické onemocnění nebo životní zátěž. Takovým způsobem bývají často hodnoceny např. depresivní rozlady seniorů. Četnost duševních onemocnění je ve stáří až překvapivě velká, předpokládá se, že postihují přibližně 20% starých lidí (Vágnerová 2007, s. 312).

Průběh nemocí je ve stáří typickým sklonem ke komplikacím a k chronicitě, protože organismus už nemá dostatečné rezervy, aby zvládnul i běžné choroby. Vágnerová (2008) také uvádí, že ve věku nad 70 let trpí nějakým chronickým onemocněním až 87 % lidí, v 85 letech jsou takto postiženi prakticky všichni. Významným ukazatelem zhoršení zdravotního stavu seniorů je nahromadění postižení různých funkcí, která snižuje jejich celkovou péči o sebe sama. Projevuje se neschopností vykonávat běžné činnosti a postarat se adekvátním způsobem o sebe i svou domácnost. Snížení soběstačnosti může vést až k bezmocnosti a závislosti na pomoci jiných lidí či k nutnosti umístění do instituce a nakonec i ke zhoršení subjektivně prožívané kvality života. (Vágnerová, 2008, s. 105)

1.2.2 Kognitivní změny ve stáří

Zhoršuje se smyslové vnímání. Langmeier s Krejčířovou (2006) uvádějí, že asi u 90 % osob lze po 60. roce jejich věku zjistit výrazné zhoršení zrakové percepce a asi u 30 % poklesla úroveň kvality sluchového aparátu. To s sebou přináší ovšem nejen pokles jejich výkonu při některých pracovních činnostech, ale omezují se často i jejich možnosti relaxace (četba, poslech hudby apod.). Kromě toho poruchy sensorické percepce často významně ztěžují dostupnost komunikace s druhými lidmi, což může být provázeno podezíravostí, nejistotou, úzkostí nebo hněvivostí. Zhoršení zrakového a sluchového vnímání však znamená rovněž vyšší riziko úrazů, zejména pokud člověk nepřizpůsobuje činnost svým aktuálním možnostem. Zlepšení zrakové a sluchové percepce kompenzačními pomůckami - brýlemi, sluchadly a jinými, může proto znamenat velkou pomoc v celkovém osobním přizpůsobení i ve společenském zařazení stárnoucího člověka. (Langmeier, Krejčířová, 2006)

Zhoršuje se paměť. Především pak paměť pro nové události, zatímco dávno minulé zážitky (např. z dětství) zůstávají většinou v paměti dobře uchovány. Kromě toho však bývají vzpomínky i obsahově a emočně zkresleny. Minulé je obecně hodnoceno spíše pozitivně a starý člověk lpí často až nepochopitelně na tom, čím byl a co měl, ať už je to postavení, majetek, zvyklosti nebo získané výsady. Většinou jde o určitou obranu proti pocitu ohrožení ze strany mladších, která je však z nepochopení hodnocena jako nepříznivá charakterová vlastnost. (Langmeier, Krejčířová, 2006)

Ve vyšším věku zřetelně klesá inteligence měřená běžnými inteligenčními testy. Tvořivost – měřena podle počtu nejvýznamnějších uměleckých, vědeckých a jiných prací – klesá rovněž už od střední dospělosti. Četné statistiky totiž ukazují, že ve všech odvětvích lidské tvořivé činnosti dosahují lidé svého vrcholu mezi 25. a 40. rokem a pak jejich produktivita klesá. I v tomto směru však může statistika zavádět na

scestí, jak se ukazuje, když sledujeme výkony některých slavných lidí v pozdním stáří:

- *Michelangelo se dožil téměř devadesáti let a ještě nedlouho před svou smrtí pracoval na Pietě. Tesal prý v tomto věku mramor „s takovou silou a s takovou zuřivostí, že se zdálo, že se všechno musí rozletět na kusy“.*
- *Goethe v 83 letech dokončil druhý díl Fausta.*
- *Sofokles psal svého Oidipa krále rovněž jako osmdesátník.*
- *Komenský, který se dožil po životě plném strastí 78 let, pracoval v posledních letech života na dodnes aktuální Všenápravě.*
- *Hobbes psal produktivně do 91 let. A i jiní filozofové napsali významná díla rovněž ve vysokém věku.*
- *Osmdesátiletý I.P.Pavlov napsal: „Mám možnost, a tedy i povinnost poznávat se, a využívat této znalosti, stále se udržovat na vrcholu svých sil.“*

Ve skutečnosti není žádná určitá hranice omezující lidskou tvořivost. Alověk zůstává tvořivým celý život – spíše než o věk jde o motivaci, vytrvalost a entuziasmus. Stejně jako zrání nervové tkáně není jediným činitelem vývoje v dětství, není ani degenerace tkáně ve stáří jediným rozhodujícím činitelem. Jsou mnozí lidé, kteří se ve vysokém věku učí novému jazyku, slepeckému písmu či práci s počítačem. I ve stáří může ještě pokračovat osobní růst a zrát moudrost získaná zkušenostmi (Langmeier, Krejčířová, 2006, s. 206 – 207).

Významnou změnou podmíněnou stárnutím je celkové **zpomalení poznávacích procesů**. Senioři nemusí být méně schopní, ale bývají pomalejší. Celkové zpomalení je důsledkem obecnějších změn ve fungování mozkové tkáně. Ve stáří se zhoršuje i kvalita pozornosti. Starší lidé se nedokáží najednou soustředit na více činností či různé podněty, a obvykle bývají takovými situacemi i subjektivně stresováni. (Vágnerová, 2008)

Starší lidé **dávají přednost rutině a stereotypu**. Nechuť ke všemu novému je dána větší náročností zpracování informací a porozumění kontextu, senioři je hůře chápou, obtížněji se v nich orientují a proto se všemu novému také hůře adaptují. Zátěž může představovat jakákoliv změna, dokonce i taková, která je obecně chápána jako kladná. Starší lidé dost často na nové zkušenosti předem rezignují, ztrácí o ně zájem a někdy se jich dokonce obávají. Zatěžující může být i časová náročnost příslušné aktivity, ať už by šlo o nároky na rychlost či délku trvání. U mnoha starších lidí nemusí jít o zhoršení celkové kapacity rozumových schopností, ale pouze o zpomalení, určitá činnost jim může trvat déle, ale jsou schopni ji dokončit. (Vágnerová 2008)

Ve stáří dochází k poklesu schopnosti koordinovat a integrovat jednotlivé kognitivní funkce (např. funkce pozornosti, paměti a uvažování). Řešení komplexnějšího problému, které je podmíněno pochopením složitější instrukce nebo vyžaduje rozdělení na několik dílčích kroků, je pro seniory příliš náročné. V důsledku toho mají tendenci ke zjednodušování problému nebo ulpívání na jedné zafixované strategii. Míru úbytku rozumových schopností dost často odhalí právě chování seniorů v méně obvyklé situaci, kterou najednou, zdánlivě překvapivě, nejsou schopni zvládnout (Vágnerová, 2008, s. 108 – 109).

1.2.3 Proměna emocionality

Vývojové proměny emočního prožívání v raném stáří mohou mít rozdílný průběh, v závislosti na konstelaci psychických, sociálních a somatických faktorů. Tyto faktory se ve svém působení nejenom sčítají, ale také se navzájem ovlivňují. Jestliže seniora ve větší míře netrápí choroby, jeho vztahy s blízkými lidmi jsou uspokojivé a nemá neřešitelné finanční problémy, pocit bazální emoční pohody může být v období raného stáří relativně vysoký. (Vágnerová, 2007)

Afektivní prožívání nabývá v pokročilejším věku poněkud jiné kvality. Citové prožívání se většinou stává méně bezprostředním a snižuje se intenzita emocí. S věkem klesá „neuroticismus“, člověk se stává emočně stabilnějším, ale často i lhostejnějším vůči vnějšímu světu. To může znamenat větší klid a trpělivost, ale někdy také nezájem a apatii. Na počátku období ranného stáří bývá ještě velmi silná potřeba seberealizace a potřeba být užitečný pro druhé, později vystupuje do popředí spíše potřeba emočního zakotvení a pozitivního přijetí v okruhu blízkých osob. Právě život v domovech důchodců ukazuje na rozdíl mezi reálnou *izolací*, která je dána nedostatkem sociálních kontaktů, a psychologickou *dezolací*, která představuje subjektivní pocit opuštěnosti, osamocení a ztráty významných citových vztahů, tedy emoční deprivaci – citové strádání ve stáří. (Langmeier, Krejčířová, 2006)

V oblasti emocionality dochází v rámci stárnutí ke dvěma, zdánlivě protikladným změnám. Na jedné straně jde o celkové zklidnění, zmírnění a zpomalení, které se projevuje jenom v emočním prožívání, ale i v jiných oblastech psychiky. Na druhé straně se zvyšuje dráždivost, citlivost na určité podněty nebo jejich kumulaci, narůstá citová labilita a snižuje se odolnost vůči zátěži. Ve stáří obvykle klesá intenzita a frekvence mnoha emočních prožitků a může se měnit i jejich kvalita. Ukazatelem celkového emočního ladění seniorů je pocit pohody. Je to subjektivní charakteristika, kterou lze vyjádřit prostřednictvím tří složek: životní spokojenosti a převahy pozitivních či negativních emocí. Důležitým úkolem pozdního stáří, který souvisí s pocitem životní pohody, je udržení přijatelného životního stylu, jehož podmínky lze shrnout do několika bodů:

- *udržení nezbytné autonomie a soběstačnosti proti narůstající bezmocnosti a s ní související závislosti*
- *udržení či znovuvytvoření potřebných sociálních kontaktů a vztahů proti sociální izolaci, pocitu osamělosti a nechtěnosti.*
- *udržení přijatelného osobního významu a sebeúcty proti pocitu vlastní nedostačivosti a nepotřebnosti.*

Ve vztahu k vlastní budoucnosti bývají staří lidé pesimističtí, většinou realisticky očekávají, že v průběhu stárnutí může dojít jen ke zhoršení jejich situace. uvědomění vlastní nedostačivosti nebo selhání, ať už reálného či zdánlivého, pocit nepotřebnosti a neúčinnosti přispívají ke zvýšení emoční zranitelnosti, přecitlivělosti, nárůstu pocitů nejistoty a úzkosti. V rámci úbytku sil a energie, ale i potřeby nenarušení citové pohody, postupně dochází k redukci sociální sítě starých lidí a k eliminaci některých kontaktů (Vágnerová, 2008, s. 109 – 111).

1.2.4 Změny v oblasti socializace

V období stáří dochází k postupné diferencované změně či úbytku různých sociálních dovedností, kterou lze v krajním případě chápat i jako proces desocializace. Tento proces má individuálně specifický průběh a může být nápadnější až v pozdním stáří. Vyplývá ze zákonitých změn života starších lidí, které sociální kompetence ovlivňují. Senioři jsou po odchodu do důchodu mnohem více izolováni od společenského dění, jejich život probíhá převážně v soukromí, především ve vlastní rodině. V průběhu stáří narůstá počet seniorů, kteří nepřekračují hranice rodiny, resp. teritoria bytu a nejbližšího okolí. Vzhledem k tomu se snižují i požadavky na jejich sociální orientaci a společenské chování. Změna životní situace, např. nutnost odejít z vlastního bytu do domácnosti svých potomků nebo do nějaké instituce pro seniory, od nich naopak vyžaduje osvojení nových způsobů chování, které by byly za daných okolností potřebné a účelné. (Vágnerová, 2007)

Odchod do důchodu znamená ztrátu profesní role a s ní spojené společenské prestiže. Tato změna narušuje rovnováhu dosavadního systému všech rolí daného jedince. Role důchodce má horší sociální status a omezená privilegia. V české společnosti je sice obecně považováno za výhodu, když člověk nemusí pracovat a dostává důchod, avšak tato výsada

je spojena s celkově nižším hodnocením starších lidí, které společnost posuzuje na základě jejich aktuálního přínosu a nebere příliš v úvahu to, co dokázali a vykonali dříve. (Vágnerová, 2008)

Vágnerová (2008) uvádí, že zdrojem častého a dlouholetého stresu je ve stáří nemoc manželského partnera. To představuje náročnou životní situaci, bývá prožívána jako vlastní ohrožení. Starý člověk se bojí ztráty partnera, jeho nemohoucnosti, ale i změny stylu života, která z této situace vyplývá. Za těchto okolností je nucen omezit uspokojení vlastních potřeb a věnovat se nemocnému partnerovi. Pod vlivem těžké nemoci jednoho z manželů se mění role obou, a stejně tak i jejich vzájemné vztahy. Nemocný člověk se automaticky dostává do submisivní a závislé pozice. Pečující partner získává dominantní postavení a s ním spojenou moc, ale i značnou zodpovědnost, leckdy větší, než by si přál a než je schopen unést.

Zvládání zátěže ovdovění je náročný proces, protože vyžaduje změnu ve všech oblastech života. Nejobtížnější jsou první měsíce po odeznění šoku, postupně dochází ke zpracování traumatu a přizpůsobení nové situaci. Průměrná doba, která je nezbytná ke zvládnutí této zátěže a vytvoření nové identity i nového životního programu, činí v průměru dva roky. Zvládání zátěže ovdovění se může lišit ve vztahu k pohlaví. (Vágnerová, 2008)

1.3. Periodizace stáří dle Vágnerové

A. Období raného stáří: 60 – 75 let

Stáří je poslední etapou života, fází, která bývá označována jako postvývojová, protože již byly realizovány všechny latentní schopnosti rozvoje. Přináší nadhled a moudrost, pocit naplnění, ale také úbytek energie a nezbytnou proměnu osobnosti směřující k jejímu konci. Je obdobím relativní svobody, ale i dobou kumulace nevyhnutelných ztrát ve všech oblastech. Rané stáří, resp. třetí věk, je obdobím života, v němž sice dochází k evidentním změnám daným stárnutím, které ale nemusí být ještě

tak velké, aby staršímu člověku znemožnily aktivní a nezávislý život. (Vágnerová, 2007, s. 299)

B. Pravé stáří (Vágnerová, 2000, s. 492)

Období po 75. roce života je označováno jako životní fáze pravého stáří. V tomto období, které se část starších lidí nedožívá, je starý člověk ohrožen zvýšeným rizikem vzniku a kumulace různých zátěžových situací, které kladou značné nároky na adaptaci. Tyto zátěže mohou být, vzhledem k aktuálnímu stavu starých lidí, někdy subjektivně téměř nezvládnutelné. Míra závažnosti konkrétní zátěže pro určitého člověka závisí na jeho osobnosti, zkušenostech, hodnotovém systému, ale i na aktuálních psychických a somatických kompetencích.

Staří lidé se mohou z hlediska svých kompetencí významně lišit, diference je v této věkové skupině značná. Na jedné straně jsou lidé, kteří jsou oceňováni pro svou moudrost a nadhled. Na druhé straně tohoto spektra je relativně početná skupina těch, kteří jsou poznamenáni značným somatickým i psychickým úpadkem. Příčiny tak nápadných změn bývají obvykle patologické. Nejde pouze o důsledek pokročilejšího stárnutí, ale o projev různých onemocnění, které ovlivní funkci CNS.

Typické zátěžové situace tohoto období lze shrnout do několika bodů:

1. Nemoc a úmrtí partnera, event. dalších blízkých lidí vrstevnické skupiny, sociální izolace a opuštěnost.

2. Zhoršení zdravotního stavu, úbytek tělesných i psychických schopností, spojený s postupnou ztrátou soběstačnosti a očekáváním smrti.

3. Ztráta jistoty soukromí a vynucená změna životního stylu – častá hospitalizace, event. přemístění do ústavní péče, např. do domova důchodců nebo LDN.

1.4. Současné formy péče o staré občany

Haškovcová (2004) uvádí současné formy péče o staré lidi. Ty se realizují v rodině, v resortech zdravotnictví a sociálních služeb. Významně stoupá úloha občanských sdružení, církevních iniciativ a dobrovolnictví.

A. Rodina, její možnosti a limity

Člověku je nejlépe v rodině, a to jak ve zdraví, tak i v nemoci. Za pozornost stojí historický tzv. výměnkářský systém, který byl provozován v rámci širší rodiny. Mezi střední, tj. produktivní generací a mezi starými členy rodiny uzavírány výměnkářské smlouvy. Staří lidé odešli bydlet do výměnku a měli taxativně zaručeno základní živobytí a pomoc v nemoci a ve stáří. (Topinková, 2005)

Tradiční rodinné formy péče o staré občany však doznaly výrazných změn. Důvody jsou četné, dominuje však proměna moderní rodiny a dále skutečnost, že v druhé polovině 20. století byla péče o staré občany výrazně medicinalizována. Současná moderní rodina je velmi křehká, protože je založena především na citových vazbách. Vzájemnou citovou náklonnost si lidé mohou dovolit především proto, že většina z nich není vázána k půdě jako ke zdroji obživy a také řemesla se nedědí z otce na syna. (Topinková 2005)

Intermitentní péče – občasná, o starého člověka bývá pravidelná a většinou nepůsobí rodinám potíže. Náročnější je dlouhodobá nebo dokonce trvalá péče o starého nemocného člověka. U nás rodinná a sousedská péče pokrývá 70 – 80 % opodstatněných potřeb starých a starých nemocných lidí. Platí, že rodina musí chtít, umět pomoci.

Žádoucí je i rozvoj realitní péče např. formou tzv. parciálních (tj. částečných, časově omezených) hospitalizací, a to zejména v sektoru sociální péče a v nestátních zařízeních. Parciální hospitalizace existuje od 80. let 20. století a jejich princip spočívá v tom, že příslušné kvalifikované

zařízení na určitou dobu převezme do péče starého dlouhodobě nemocného člověka, o které se stará rodina (Topinková, 2005, s. 12 – 15).

B. Zdravotnictví

V posledních letech dochází k tzv. geriatrizaci medicíny. Znamená to, že staří nemocní lidé využívají služeb všech zdravotnických zařízení i všech lékařských oborů. Akutní lůžka jsou velice specializovaná a drahá, a tak je logické, když jsou nemocní následně doléčováni či ošetřováni jinde. Podle Haškovcové problém tkví v tom, že počet geriatrických lůžek, tedy těch, které se nacházejí především v Léčebnách pro dlouhodobě nemocné, právě tak jako i ošetřovatelských lůžek, je citelný nedostatek. (Haškovcová, 2004)

C. Home care

Je definována jako domácí odborná zdravotní péče, kterou provádí především zkušené zdravotní sestry. Velmi často bývá kombinována domácí odborná péče – home care, s domácí laickou péčí – home help. V ČR existuje Asociace domácí péče, která sdružuje jednotlivé Agentury domácí péče. Domácí péče je určena pacientům, u nichž není nutný pobyt v nemocnici a současně nestačí laická domácí péče. Pakliže by domácí odborná péče přesáhla rozsah 3 hodin denně nebo 2 -3 návštěvy, je plně indikován pobyt nemocného v nemocnici. Uvedený rozsah péče home care je plně hrazen pojišťovnou. Domácí péči využívají zejména dvě skupiny pacientů. Jednak ti, kteří jsou propuštěni z nemocnice a u nichž je předpoklad, že doléčení a rekonvalescence může probíhat v domácích podmínkách, jednak ti, kteří jsou chronicky nemocní a vyžadují dlouhodobou, nikoliv však nutně nemocniční péči. (Topinková, 2005)

D. Sociální služby

Klasické formy péče na lůžku s důrazem na sociální potřeby starých lidí je realizována v domovech důchodců, v domovech – penzionech pro seniory, v domovech s pečovatelskou službou a v domovinkách. V současné době probíhá v celém systému sociálních služeb výrazná transformace, a to v oblasti organizační i obsahové. Část ústavní péče bude organizačně přenesena na nižší územně správní celky a nově bude vymezen způsob financování. Je třeba zdůraznit, že domovy důchodců i další typy sociálních ústavů jsou nedílnou součástí péče o staré lidi, jejich charakter by však měl být doplňkový. (Topinková, 2005)

E. Gerontopsychiatrie

Ani starým lidem se nevyhýbají duševní choroby a nejrůznější poruchy chování. Zvláštnostmi duševních chorob ve stáří se věnuje svébytný lékařský obor gerontopsychiatrie. O jeho rozvoj u nás se zasloužil především Quido Kümpel a Miloš Vojtěchovský, nověji Jaroslav Baštěcký. Situace rodin, kde pečují o duševně postiženého nebo duševně alterovaného starého člověka, bývá svízelná a gerontopsychiatrických lůžek je nedostatek. I když se poněkud zlepšuje informovanost o demencích a věnuje se pozornost náležité péči nemocným demencemi, není žádoucí zapomínat i na jiné typy duševních nemocí vyššího věku. (Haškovcová 2004)

1.4.1 Práva seniorů v zařízeních sociálních služeb (Wedlichová, Heřmanová, 2008, s. 117)

1. Právo na zacházení jako s dospělými, s taktem, respektem a zachováním důstojnosti. Právo na soukromí při péči o osobní potřeby.

2. Právo na účast v aktivitách, které směřují k samostatnosti a nezávislosti, k získání nových dovedností a osobního růstu, právo na nenásilné rozvíjení zájmů a talentu.

3. Právo na sebeurčení.

4. Právo na bezpečné prostředí.

5. Právo na rozhodování o tom, zda dát, nebo odepřít písemný souhlas k poskytnutí informací osobám, které nejsou klientovými právními zástupci.

6. Právo si stěžovat, bez následné diskriminace a represe týkající se péče a léčby.

7. Právo klienta být plně informován o svých právech na oddělení, kam je zařazen, a také o svých povinnostech, jako je podepsání souhlasu s tím, že byl řádně o všem informován.

8. Právo být včas informován o zařazení do denního centra pro dospělé, domova důchodců nebo jiného zařízení pro seniory, o jejich službách, aktivitách a kompletních poplatcích.

9. Právo nebýt poškozen – tím se myslí izolace, předávkování léky, psychické a fyzické týrání a celkové zanedbávání.

Kodex práv seniorů je možno využívat pro sociální služby v denních centrech, v penzionech během krátkodobých nebo dlouhodobých pobytů v Domovech pro seniory. Kodex práv seniorů v ČR je odvozen z evropské charty pacientů seniorů, jak ji předložila Mezinárodní gerontologická asociace v r. 1997 – Madrid, Španělsko. (Wedlichová, Heřmanová, 2008)

2. AGEISMUS

„Važ si starce i tehdy, kdyby ze stařecké slabosti pozapomněl svých vědomostí.“

(Talmud)

„Starý člověk ztrácí jedno z největších lidských práv: není už posuzován svými, svou generací.“

(Johann Wolfgang Goethe)

(www.cyberserver.cz, 2010)

Postoj současné společnosti ke stáří a starým lidem je spíše negativní. Stáří je chápáno jako období, kdy může člověk pouze chátrat, v nejlepším případě si zachovává část toho, co získal dříve. Jeho zkušenosti i kompetence ztrácejí svůj význam, pro společnost není takový člověk ničím přínosný. Hodnotový systém této společnosti, který zdůrazňuje zachování všech, především biologicky podmíněných kompetencí mládeži (mladistvého vzhledu, výkonu, atd.), staré lidi silně znevýhodňuje. Tuto tendenci podporují i média, která různým způsobem potvrzují značný význam vnějšího vzhledu a proklamované svěžesti jako současnou normu. To zároveň znamená, že cokoliv, co takové není, je považováno za podřadné. Z tohoto hodnotového systému vychází **ageismus** – postoj, který vyjadřuje obecně sdílené přesvědčení o nízké hodnotě a nekompetentnosti stáří a projevuje se podceňováním, odmítáním, event. až odporem ke starým lidem. V důsledku takového postoje dochází k symbolické i faktické diskriminaci pouze na základě stáří. Ageismus, stejně tak jako všechny ostatní předsudky, příliš zjednodušuje a nepřiměřeně generalizuje. Považuje za méněcenné všechny staré lidi bez rozdílu. Nebere ohled na jejich individualitu a někdy i značné difference, které mezi lidmi této věkové kategorie existují. (Vágnerová, 2000)

2.1. Definice ageismu

Pojem *ageismus* poprvé použil americký psychiatr Robert Butler v roce 1968 v článku *Washington Post* v souvislosti se segregací bytovou politikou. V roce 1975 Butler ve své knize „*Why Survive? Being Old in America*“ pojem rozpracovává a v roce 1979 byl „ageism“ poprvé zahrnut do slovníku „*The American Heritage Dictionary of the English Language*“.

Původní a dodnes pravděpodobně nejrozšířenější definice ageismu hovoří o stereotypizování a diskriminaci lidí pro jejich stáří. Pojem bývá někdy opisován synonymem „věková diskriminace“ nebo „diskriminace na základě věku“. V průběhu času se objevila celá řada nových definic, zejména se snažících celý pojem zpřesnit, respektive rozšířit o celé spektrum „věku“ – tedy i na osoby mladší.

První česká sociologická definice zní:

„Ageismus – neboli věková diskriminace je ideologie založená na sdíleném přesvědčení o kvalitativní nerovnosti jednotlivých fází lidského životního cyklu. Projevuje se skrze proces systematické, symbolické i reálné stereotypizace a diskriminace osob a skupin na základě jejich chronologického věku a/nebo na jejich příslušnosti k určité generaci.“
(www.ageismus.cz , 2009)

Staří lidé mohou být znevýhodňováni v přístupu k zaměstnání, ke zdravotním, sociálním a jiným službám, v míře respektu, který mají v rodině či na veřejnosti. Staří lidé se stávají oběťmi obecně rozšířených předsudků, jež spojují vyšší věk s negativními charakteristikami. Tyto předsudky předpokládají, že všichni staří lidé jsou stejní (nemocní, smyslově a pohybově postižení, trpící ztrátou výkonnosti, poruchami paměti, apod.) Ageismus je postoj prostupující celou společností, není cizí ani pracovníkům sociálních služeb. Mohou ho akceptovat i staří lidé. Je to negativní postoj společnosti ke stáří a starým lidem. (Švingalová, 2006)

Ageismus – věková diskriminace postihující především staré lidi, může vést k věkové segregaci, vyčleňování ze společnosti, je podporován ekonomicko – sociálními problémy a společenskými představami podceňujícími stáří. (Tošnerová, 2003)

I když teoretizace a problematizace věku nemá v sociální teorii příliš dlouhou tradici, ageismus a věková diskriminace se jako jedny z nejvýznamnějších pojmů v sociálně – politické praxi vyskytují již přibližně čtyřicet let. Ageismus můžeme chápat jako proces systematického stereotypizování a diskriminace lidí pro jejich stáří, podobně jako se rasismus a sexismus vztahují k barvě pleti a pohlaví. Staří lidé jsou kategorizováni jako senilní, rigidní ve svém myšlení a způsobech, staromódní v morálce a dovednostech. Ageismus dovoluje mladším generacím vidět starší lidi jako odlišné od nich samých, a proto jim brání, aby se se staršími lidmi identifikovali jako s lidskými bytostmi. Je manifestován širokým spektrem fenoménů jak individuální, tak na institucionální úrovni: stereotypy a mýty, otevřené opovržení a averze nebo jednoduše vyhýbání se kontaktu, diskriminační praktiky v bydlení, v zaměstnání a službách všeho druhu, přídomky, kreslené seriály a vtipy. Někdy se ageismus stává účelnou metodou, jak společnost propaguje pohledy na starší osoby, s cílem setřást část vlastní zodpovědnosti vůči nim (Vidovičová, 2008, s. 111).

Potřeba propracovanější a potencionálně jednodušeji operacionalizovatelné definice vznikla velmi záhy. Butler (1980) později posunul diskusi od osobních, individuálních postojů k rozlišení mezi předsudečnými postoji, diskriminačními praktikami a institucionálními politikami. Palmore (1999) vypracoval na základě citovaného Butlerova vymezení analytickou definici, kde je ageismus „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

nepatřičné, nemístné negativní zacházení se členy dané věkové skupiny. (Vidovičová, 2008)

2.2. Stereotypy, předsudky, mýty o stáří

„Předsudek“ – kriticky nezhodnocený úsudek (vycházející z myšlenkových stereotypů), který je silně ovlivněný tradicí, osobní zkušeností, respektive emocemi a z něj plynoucí postoj, názor přijatý jedincem (skupinou).

„Stereotyp“ – v psychologii a sociologii ustálený a navyklý vzorec myšlení nebo chování, soubor představ, které mají příslušníci společenské skupiny o sobě (autostereotyp) nebo i jiných (heterostereotyp), sociální stereotyp obsahuje hodnotící, často iracionální soudy, mívá blízko k předsudkům. Změna individuálního i sociálního stereotypu je nesnadná, je provázána negativními emocemi.

„Mýtus“ – představa o někom nebo o něčem nekriticky přijímaná, uctívána a zbožňovaná, expresivně – smyšlenka, výmysl, blud (Tošnerová, 2002, s. 6).

Stereotypy o stáří vznikají z předčasného a zjednodušeného hodnocení či dichotomického (černobílého) myšlení. Ageismus se projevuje na příklad v upřednostňování mládí. (Palmore, 1990):

- Mladí mohou chybovat či být pomalí bez nálepky, že jsou nemohoucí či senilní.
- Mladí mohou zapomenout jméno nebo adresu bez toho, že by se s nimi jednalo s blahosklonnou přezíravostí.
- Mladí mohou být popudliví nebo nepříjemní bez toho, že by byli označováni jako podivínští nebo potrhlí.

- Mladý muž může zobrazovat a sdělovat své sexuální pocity nebo citové stavy na veřejnosti, aniž by byl nazván oplzlým dědkem.
- Mladí lidé mohou sdělovat příznaky svých nemocí a zaujmou jimi, aniž by byli odbyti poukazem, že neduhy přináší věk.

Podobně vznikají i některé mýty o stáří:

- Staří žijí jen v rozvinutých zemích.
- Staří lidé jsou všichni stejní.
- Stáří mužů a žen je stejné.
- Stáří je křehké potřebující péči.
- Staří nemají společnosti čím přispět.
- Stáří je ekonomickou zátěží společnosti. (Tošnerová, 2002)

Jiné mýty o stáří dle Haškovcové (2004, s. 27 – 28):

Mýtus falešných představ – je založen na hlubokém přesvědčení o tom, že dobré nebo alespoň vyhovující materiální zajištění starého člověka je předpokladem jeho spokojenosti a že dokonce tuto spokojenost vytváří.

Mýtus zjednodušené demografie – vychází z obecně rozšířeného přesvědčení, že člověk se stává starým v den odchodu do penze.

Mýtus homogenity – se odvíjí od povrchního názoru, že stejně vypadají staří lidé (šedivé vlasy, vráscitá tvář, pomalejší chůze atd.) mají i stejné vlastnosti a tedy i stejné potřeby.

Mýtus neužitečného času – vyvěrá z přesvědčení, že ten, kdo nechodí do práce, a tudíž nic nedělá, je neužitečný. pro svou neužitečnost se stává přítěží společnosti, které ujídá ze společného talíře.

Mýtus ignorace – jeho jádrem je přesvědčení, že člověk, který je starý, nepracuje a není užitečný, nemůže být naším partnerem ani spolupracovníkem. nemůže být dokonce ani naším protivníkem. Nestojí těm mladším ani za slovo, ani za pozornost. Je možné ho přehlížet.

Mýtus o arterioskleróze říká, že každý starý člověk je sklerotický a tudíž také celkově nemocný. „Skleróza“ starých osob je chápána jako signifikantní projev stáří, někdy dokonce jako jeho synonymum.

2.3. Násilí, špatné zacházení se seniory

Novodobý fenomén násilí byl popsán v roce 1958 a i u nás se v poslední době častěji hovoří o jeho nejrůznějších formách. Také staří lidé mohou být oběťmi násilí, a to jak rodinného, tak i společenského. Podle zprávy Českého helsinského výboru z roku 2000 j třeba provádět systematicky monitoring situace seniorů z hlediska ochrany jejich základních lidských práv.

Český helsinský výbor spolupracoval se sdružením Hestia na vydání sborníku prací s názvem Špatné zacházení se seniory a násilí v rodině, kde lze najít další validní informace. Připomeňme, že problematice násilí na seniorech je u nás zatím věnována minimální pozornost a četnou výjimku tvoří tyto autoři: I. Holmerová, Z. Kalvach, J. Torová, T. Tošnerová, M. Lipnem. (Haškovcová, 2004)

2.3.1 Problematika špatného zacházení se starými lidmi (ELDER ABUSE AND NEGLECT SYNDROME – EAN)

Syndrom špatného zacházení se starými lidmi je složitým zdravotně sociálním fenoménem, který vyplývá z dlouhodobého vývoje patologických vztahů v rodině za podpory dalších faktorů, které vedou k jeho manifestaci.

O tomto fenoménu začali hovořit nejdříve britští lékaři (Anne Homer) počátkem šedesátých let. Přestože je tento fenomén tak dlouho znám, jedná se o jeden z nejhůře uchopitelných problémů. Jde o paralelu špatného zacházení s dětmi s mnoha rysy naprosto obdobnými. Na rozdíl od dětí jsou staří lidé vykonavateli své právní vůle a nelze proto proti jejich vůli provádět žádná opatření. V poslední době se setkáváme v odborné literatuře i v médiích stále častěji s otázkou špatného zacházení s dětmi. Vznikla centra, krizové linky bezpečí, jsou dostupné informace. Málo se hovoří o tom, že fenomén špatného zacházení se netýká jenom dětí. opačný pól života je také citlivým obdobím, kdy člověk bývá častěji závislý na pomoci a lásce ostatních. (Holmerová, Jurášková, Zikmundová, 2003)

V literatuře se popisuje několik forem špatného zacházení se starými lidmi. Mezi nejzávažnější a nejčastější formy patří:

Fyzické ubližování. *Měli bychom na ně pomýšlet při nevysvětlených pádech a poraněních, ranách na kůži, odřeninách a popáleninách. Znamky starých a nových poranění najednou by nám měly signalizovat, že cosi není v pořádku. K těmto extrémním případům řadíme také úmyslně chybné či nedbalé podávání léků.*

Psychické ubližování. *Opakované slovní výpady a agrese, vyhrožování, ale také ignorování, zesměšňování či podceňování, vyloučení z rodinného života. Jaké jsou známky tohoto jevu? Starý člověk je jakoby stažený do sebe, úzkostlivý a depresivní. Mnohdy by nás mělo vést k obezřetnosti již to, že se k němu nemůžeme fyzicky přiblížit, že si to rodina nepřeje a brání nám v rozhovoru s ním, zejména o samotě.*

Ekonomické zneužívání. *Nejrůznější způsoby okrádání o majetek či peníze. I zde bychom si měli všimnout situací, kdy již krátce po příjmu důchodu nemá starý člověk prostředky, zejména stává – li se to opakovaně. Na cenných předmětech své domácnosti staří lidé většinou lpějí. Je jistě nápadné, když tyto předměty ubývají.*

Sexuální zneužívání. *Není také výjimkou. Postihuje prakticky výhradně ženy. Opakované záněty rodidel a poranění v této oblasti by měly být upozorněním.*

Zanedbávání. *Nejbanálnější a častá forma špatného zacházení. Může začínat jen nedostatkem pozornosti, nekomunikováním až po odpírání základních hygienických potřeb, dostatečné potravy a léků (Holmerová, Jurášková, Zikmundová, 2003, s. 71 – 72).*

Dále dle Haškovcové (2004, s. 22 – 25):

Institucionální týrání. Speciální formou násilí, o které se dnes hodně hovoří, je tzv. utrpení způsobené institucemi, popř. nevhodnými normami, kdy je důsledkem tzv. druhotné ponižování. Někdy se hovoří o systémovém týrání, které je způsobeno systémem, který byl původně budován s naprosto opačným záměrem. V ústavech sociální péče nebo v nemocnicích má klient najít útočiště či pomoc. Někdy se však dobrý systém obrátí proti němu.

Mediální násilí. Relativní novinkou je tzv. mediální násilí v hraných filmech, jednak dehonestující informace o některé skupině obyvatel (staří lidé) ve zpravodajských relacích.

Fenomén špatného zacházení se starými lidmi se týká asi 4 % seniorů, jedná se o fenomén nesmírně závažný. Proto je třeba na něj myslet a obeznámit s ním jak své spolupracovníky tak veřejnost.

2.3.2 Definice násilí

Definice násilí, tak jak je nacházíme v odborné literatuře, se nezdá překrývat, doplňují či liší. V jednotlivých definicích se promítá konkrétní realita doby a konkrétní úhel pohledu (lékařský, psychologický, kriminalistický, právní atd.). Tak například anglická supervizní zdravotní služba přijala v roce 1997 toto pojetí: **„Násilí je jakýkoliv incident, ve kterém je zaměstnanec slovně zneužit, ohrožován nebo napaden pacientem, nebo příbuznými za okolností souvisejících s výkonem povolání.“** Náš František Koukolník definuje násilí obecněji, a to jako **„takový druh lidského chování, které jiné lidi ohrožuje fyzickou újmou, pokouší se jí přivodit, nebo ji přivodí“** a zdůrazňuje, že **„jeho míra roste natolik, že se hovoří o epidemii“**. (Haškovcová, 2004)

Patrně nejobecněji definovala násilí Světová zdravotnická organizace, která je již v roce 1996 popsala jako: **„Úmyslné použití či hrozbu použití fyzické síly nebo moci proti sobě, jiné osobě, proti skupině či komunitě, a to síly, která má, nebo s vysokou pravděpodobností bude mít, za následek poranění, smrt, psychickou újmu, poruchu vývoje či osobnosti“**.

Týrání je zlé nakládání s druhou osobou, které se vyznačuje značným stupněm bezcitnosti a hrubosti, a které u oběti vyvolává pocity hlubokého příkoří. Bezohlednost a destruktivnost je další charakteristikou zlého nakládání. Týrání může mít různou délku trvání. Od jedné ataky po opakovaná napadání až k dlouhému stavu. Týrání určité trvalosti postihuje zejména členy rodiny, případně členy uzavřených komunit a osoby svěřené do péče, ať již rodinné, náhradní či profesionální (zdravotnické, sociální). Faktické dopady násilí jsou pestré a řada obětí se není schopna vymanit ze své těžké situace bez pomoci druhé osoby a stejně tak není schopna zvládnout její následky. (Haškovcová, 2004)

Jaké jsou následky násilí?

Následky týrání jsou pestré a jejich konkrétní forma je proměnlivá. Záleží na tom, jaký druh násilí oběť prožila, jak dlouho byla týrána a jaký je její psychický potenciál, tedy jaké má schopnosti se s traumatickým zážitkem vyrovnat. Obecně platí, že čím dříve je násilí rozpoznáno, identifikováno, diagnostikováno a léčeno, tím lépe. Mírnější fyzické důsledky násilí se rychle zhojí, rány psychického charakteru se však odstraňují mnohem hůře. Týraný člověk trpí depresemi, má strach, bývá vyděšený, nejistý. U dětí dochází k nápadnému zhoršení prospěchu, u dospělých můžeme pozorovat nevysvětlitelné změny v chování (podrážděnost, nepřiměřené reakce na běžné podněty, apod.). Oběť je v každém případě stigmatizována a raději se vyhýbá kontaktům, v kterých hrozí riziko dalšího týrání. Tím vzniká začarovaný kruh a oběť se dostává do situace, ve které rizika opětovného napadení stoupají. (Haškovcová, 2004)

2.3.3 Násilí na seniorech v ústavní péči (Zimmelová, Stolín, 2006, s. 94 – 95)

V současné době je nezanedbatelné procento seniorů umístěno v závěru svého života do ústavní péče. Vzhledem k tomu, že senioři jsou v těchto ústavech většinou přihlášení k trvalému pobytu, stává se ústav a všechny jeho součásti seniorovým domovem.

problematika špatného zacházení s lidmi v různých ústavních zařízeních se přímo odvíjí od nedostatku financí, který je alarmující zejména proto, že peníze chybí právě v rezortu zdravotnictví a sociálních věcí. Případy neoprávněného vymáhání nepřiměřených částek, např. za ošetřovatelskou péči apod., od klientů umístěných v dlouhodobé ústavní péči, ale zároveň i od jejich rodin, nebývají ojedinělé, ačkoliv si klient určitým finančním obnosem hradí pobyt i ostatní služby. Neoprávněně

inkasované peníze bývají označovány jako sponzorské dary, které šlechetný senior nebo jeho rodina věnovala ústavu.

Primář Koukolník uvádí, že u zhruba 20 % zemřelých osob, u nichž byla diagnostikována demence, nebyly po smrti shledány příznaky organického postižení mozku. jednalo se patrně o falešnou pozitivitu společensky závažné a diskreditující diagnózy. Právě není dostatečně ošetřena problematika špatného zacházení se zranitelnými, oslabenými dospělými občany. Mnozí právníci tuto situaci hodnotí jako vysoce rizikovou v souvislosti s různými formami týrání a zneužívání seniorů.

Vyřešena není ani otázka omezování geriatrických pacientů v zařízeních nepsychiatrického charakteru, což může být příčinou, ze které následně vyplývá riziko výskytu geriatrického hospitalismu.

Využívání kapacit ústavních zařízení v ČR mimo domovskou obec je také nutno považovat za problém. Z něho zákonitě vyplývá vytržení člověka z jeho domácího prostředí, kde je zvyklý. problematický je nadále přetrvávající pohled na křehkého, v některých případech náhodně dekompenzovaného starého člověka, jako na někoho zcela nesoběstačného, bezmocného a zatěžujícího okolí. je třeba překonat názor, že stáří je nemoc. Namísto flexibilní intervence a zaměření se na zlepšení podmínek, které by starým lidem dovolily zůstat co nejdéle v přirozeném domácím prostředí, jsou senioři vystavováni nebezpečí institucionalizace s následnou ztrátou autonomie.

Nejčastější prameny násilí na seniorech v ústavní péči:

- kultura a struktura organizace
- patologické rysy jednotlivých zaměstnanců
- pracovní stres a syndrom vyhoření

Kalvach (1998, s. 10 – 11) uvádí, že podle zahraničních zdrojů může být výskyt nevhodných forem jednání a ošetřování včetně případů zjevného týrání v zařízeních dlouhodobé péče překvapivě vysoký. Výskyt takového jednání i jeho závažnost jsou dány izolovaností a bezbranností podstatné části pacientů a jejich odkázaností na dané zařízení. K rizikovým faktorům patří nevhodné složení a nedostatek personálu, jeho přetížení a ztráta motivace (psychologický „burn out syndrome“). Ale opět také nezáměr o tuto problematiku, její podceňování a neexistence mechanismů k časnému odhalování a předcházení zanedbávání, event. týrání.

K projevům špatného zacházení v dlouhodobé ústavní péči patří např.:

- *hrubé zacházení, bití a tresty za ošetrovatelské prohřešky (inkontinence)*
- *vystavování chladu, mytí studenou vodou*
- *nedostatečný příjem potravy a tekutin, jejich nízká kvalita*
- *hrubé, násilné provádění aktivizace, transportu, úpravy lůžka*
- *nedostatečná aktivizace, nepřiměřený rozvoj imobilizačního syndromu včetně dekubitů.*
- *odpojování signalizačních zařízení*
- *nadměrné používání omezovacích pomůcek, psychofarmak, permanentních močových katetrů*
- *urážlivé jednání a ponižování*
- *nepřiměřený nedostatek soukromí a omezení rozhodování o sobě*
- *zneužívání finančních prostředků a vymáhání neoprávněných plateb*
- *omezování a znesnadňování sociálních kontaktů a duchovního života*

Prevence týrání, zneužívání a zanedbávání seniorů

Pro předcházení jevu špatného zacházení se seniory a boje s tímto jevem navrhuje Habart a Háva (2007) zejména:

Uvědomování pracovníků ve zdravotnictví a v sociálních službách o tomto problému, uvědomování veřejnosti s využitím sdělovacích prostředků a cílených kampaní o špatném zacházení se seniory a jeho různých projevech a příčinách. Aktivní vyhledávání případů špatného zacházení se seniory pomocí dotazníkových šetření a praktických „průvodců“ pro zdravotnický personál. Vytvoření speciálních kurzů a programů věnovaných tomuto problému pro jednotlivé kategorie pracovníků institucionálního zařízení. Aktivní boj proti stresu na pracovišti, vytváření příjemného pracovního prostředí, boj proti profesionálnímu vyhoření, podporu vzájemné komunikace pracovníků a další způsoby pozitivní motivace pracovníků.

Kalvach (1998) k tomuto přidává ještě zavedení účinných kontrolních a odvolacích mechanismů.

2.3.4 Rizikové faktory špatného zacházení se seniory (Zimmelová, Stolín, 2006, s. 83)

Rizikové faktory se týkají oběti i původce. jedná se o tzv. „kriminogenní proměnné“. Právě tyto proměnné by měly působit jako varovný signál pro lékaře a ostatní, kteří mohou s oběťmi zneužívání přicházet do styku. Přítomnost proměnných by měla zvýšit úsilí o podchycení byť jen mírných případů zanedbávání seniorů, ke kterým dochází nejčastěji v rodině.

Faktory zvyšující ohroženost seniora špatným zacházením:

- celkově špatný zdravotní stav
- poruchy kognitivních a komunikačních funkcí
- ztráta soběstačnosti
- sociální izolace

- soužití s agresorem a závislost na něm

Faktory zvyšující pravděpodobnost, že se někdo dopustí špatného jednání vůči závislé osobě:

- alkoholismus, drogová závislost
- psychopatologie, psychopatie
- nízký intelekt
- předchozí agresivní či asociální jednání
- přetížení a existenční problémy rodiny a pokles ochoty a možností jejích členů poskytnout kvalitní péči
- materiální, bytová závislost oběti na agresorovi
- nízká úroveň zájmu a ochrany před nežádoucími jednáními ze strany společnosti, včetně ochrany práv a důstojnosti klientů dlouhodobé ústavní péče
- diskriminační tendence ve společnosti
- syndrom vyhoření u ošetrovatelského personálu

2.4. Zamyšlení nad právy starších osob v ČR

(JUDr. J. Mach)

Špatné zacházení se seniorem či dokonce týrání bezmocného starého člověka, nelze přehlížet nebo dokonce tolerovat. Společnost nesmí tyto jevy podceňovat. Z právního i psychologického hlediska je ovšem velmi těžké starému člověku, který se stal obětí psychického či fyzického týrání, pomoci. Trestní zákon pamatuje na týrání svěřené osoby (dítěte rodičem, člověka zbaveného způsobilosti k právním úkonům opatrovníkem), pamatuje na týrání zvířete, nepamatuje však bohužel na týrání bezmocné (byť nesvěřené) osoby, týrání slabšího, či dokonce týrání kteréhokoli člověka jiným člověkem.

Ale i kdyby hmotné právo bylo v tomto směru u nás dokonalejší a umožňovalo efektivní postih případů, kdy je ubližováno seniorům, mnoho by to nepomohlo. Jednak je těžké tyto případy prokazovat, dějí se většinou beze svědků v úzkém kruhu „zasvěcených“, kteří jsou často spíše ochotni vzájemně si svědčit, že k žádnému týrání nedochází, jednak nelze počítat ani s velkou svědeckou podporou samotného týraného. starý člověk je mnohdy přímo závislý na týrajících – někdy ekonomicky, často i fyzicky a kupodivu i citově.

Ve většině případů však právní prostředky nepomohou. Bylo by jistě vhodné zřídit úřad sociálního kurátora pro staré lidi, který by měl dostatečné právní znalosti a psychologickou průpravu a byl nadán potřebnými právními pravomocemi k případné pomoci. zatím asi nejčastěji zjistí případy týrání či jiného zlého zacházení se starými lidmi jejich lékaři. Je pak na jeho svědomí a etice, zda se rozhodne „nekomplikovat si život“ a raději podlitiny či jiná zranění „nevidět“ nebo nepátrat po jejich původu, stesky a stížnosti starého člověka „neslyšet“, nebo si je nechat pro sebe, anebo se pokusí pomoci (Tošnerová, 2002, s. 59 – 60).

3. PŘEHLED CÍLŮ PRÁCE

Cílem předkládané práce je proniknout do problematiky ageismu i z pohledu samotných seniorů. Průzkumné šetření odpovídá na otázku „Jaké nejčastější negativní postoje či chování zaujímá společnost k seniorům v české populaci?“. Dále byl zmapován výskyt ageismu, a to především v sociálních a zdravotních službách. Zjišťuje informovanost seniorů o této problematice.

Cíl č. 1:

Zmapovat informovanost seniorů o problematice ageismu.

Cíl č. 2:

Zmapovat výskyt ageismu v České republice.

Cíl č. 3:

Zmapovat nejčastější zdroje ageismu.

3. 1 Charakteristika a kritéria zkoumaného souboru

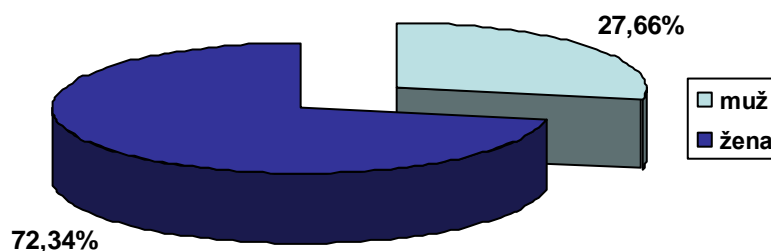
Výběrovým kritériem souboru respondentů pro průzkum byl tvořen osobami staršími 65 let. Z toho bylo 34 žen a 13 mužů. Věkový průměr zkoumaného vzorku byl 76 let. Dalším kritériem pro výběr respondentů byla také včetně věku soběstačnost seniorů a schopnost vyplnit předložený dotazník. Soubor respondentů byl vybrán náhodně po splnění výše uvedených kritérií.

Položka č. 1 Zaznamenejte Vaše pohlaví.

tabulka č. 1 „Pohlaví respondentů“

	absolutní četnost	relativní četnost
muž	13	27,66 %
žena	34	72,34 %

graf č. 1 „Pohlaví respondentů“



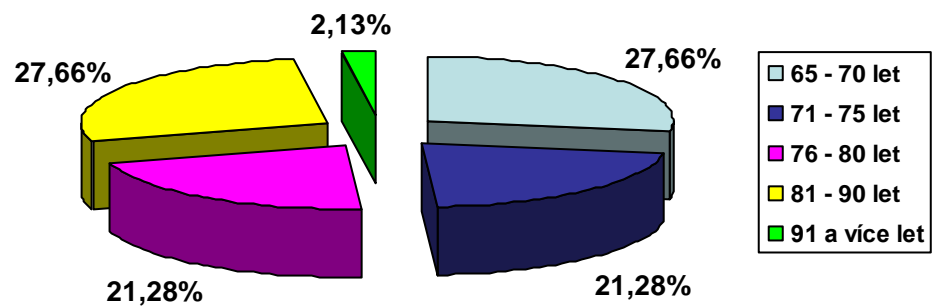
Ve skupině dotazovaných bylo 34 žen (72%) a 13 mužů (28%).

Položka č. 2 Zaznamenejte kolik Vám je let.

tabulka č. 2 „Věk respondentů“

	absolutní četnost	relativní četnost
65 – 70 let	13	27,66 %
71 – 75 let	10	21,28 %
76 – 80 let	10	21,28 %
81 – 90 let	13	27,66 %
91 a více let	1	2,13 %

graf č. 2 „Věk respondentů“



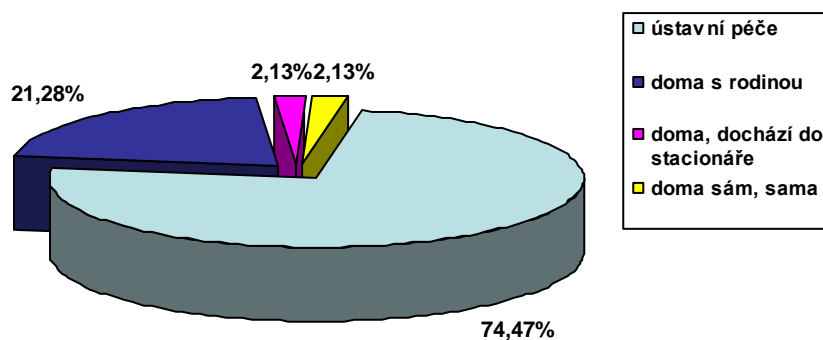
Nejvíce respondentů bylo ve věkovém rozmezí 65 – 70 let a 81 – 90 let (obě skupiny po 13, tj. 28%). Dále shodné zastoupení mělo věkové rozmezí 71 – 75 let a 76 – 80 let (také obě skupiny po 10, tj. 21%). Jeden respondent byl ve věkové hranici 91 a více let (2%).

Položka č. 3 Uveďte, kde momentálně bydlíte, vaše sociální zázemí?

tabulka č. 3 „Sociální zázemí respondentů“

	absolutní četnost	relativní četnost
ústavní péče	35	74,47 %
doma s rodinou	10	21,28 %
doma, stacionář	1	2,13 %
doma sám, sama	1	2,13 %

graf č. 3 „Sociální zázemí respondentů“



Drtivá většina tedy 35 respondentů žije v ústavní péči (74%). Další podstatnou část dotazovaných žije doma s rodinou (10 seniorů, tj. 21%). Jeden z dotazovaných bydlí doma, ale dochází do denního stacionáře (2%). A jeden z respondentů bydlí doma sám (2%).

3.2 Aplikovaná metodika a realizace vlastního výzkumu

Pro dosažení předem stanovených cílů bakalářské práce jsem zvolila nejpoužívanější techniku sběru dat, kvantitativní metodu šetření „dotazník“.

Jako předlohu k dotazníku jsem použila dotazník dle Palmore (2000) v kombinaci s dotazníkem, od Vidovičové a Rabušiče (2003).

Tyto dotazníky jsem upravila k využití mého průzkumného šetření. Výhodou této metody je možnost oslovení velkého počtu respondentů v celkem krátkém časovém období. Dotazník byl zadáván samozřejmě anonymně. Dotazník byl sestaven tak aby klientům nezabíral mnoho času, byl srozumitelný a byli ho ochotni vyplnit. Dotazník je uveden v příloze č. 4.

Z důvodu zjištění srozumitelnosti formulace otázek v dotazníku jsem provedla pilotní studii na 8 seniorech z mého blízkého okolí. Na základě jejich kladných reakcí jsem shledala dotazník srozumitelným.

Oslovila jsem seniory žijící v Domově pro seniory s pečovatelskou službou v České Lípě, v Domově důchodců v Kroměříži, a také seniory žijící v domácím prostředí. Pro zpracování bylo distribuováno 60 dotazníků v období říjen až listopad 2009, využitelných k hodnocení bylo 47. Dotazník má 21 položek. Protože je dotazník určen pro seniory, zvolila jsem 19 uzavřených otázek a 2 otevřené, také jsem použila velikost písma č. 14 pro lepší čitelnost. První 3 oblasti jsou informační, kde zkoumáme pohlaví, věk a sociální zázemí respondentů.

Získaná data jsem rozpracovala do tabulek formou relativní a absolutní četnosti. Pro přehlednost jsem tyto výsledky dosadila také do grafů, kde jsou interpretovány v procentech.

3.3 Interpretace výsledků průzkumného šetření

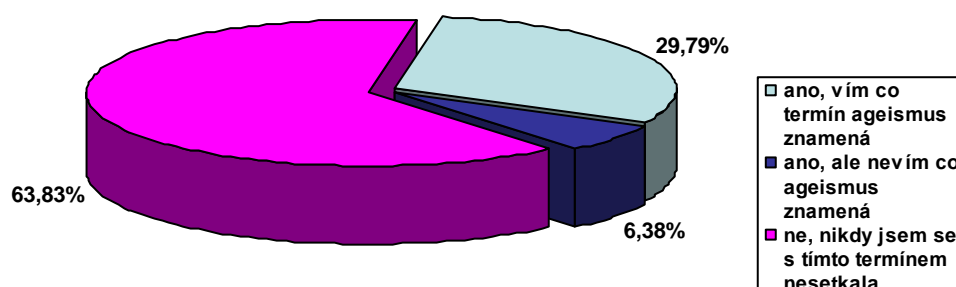
Položky k cíli č. 1 (Zmapovat informovanost seniorů o problematice ageismu)

Položka č. 4 Setkal/a jste se někdy s pojmem ageismus?

tabulka č. 4 „Procentuální četnost setkání se s pojmem ageismus“

	absolutní četnost	relativní četnost
ano, vím co termín ageismus znamená	14	29,79 %
ano, ale nevím co ageismus znamená	3	6,38 %
ne, nikdy jsem s tímto termínem nesetkal/a	30	63,83 %

graf č. 4 „Procentuální četnost setkání se s pojmem ageismus“



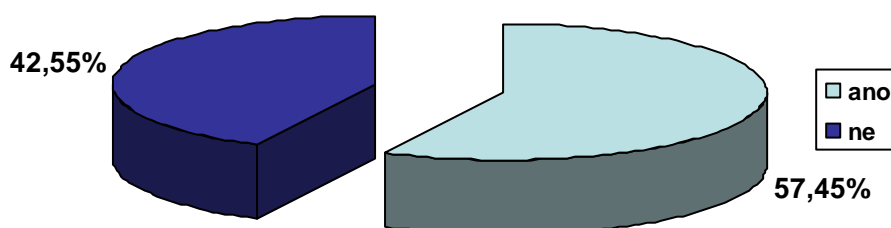
Respondenti nejvíce uváděli odpověď C, že se s termínem „ageismus“ nikdy nesetkali a to v počtu 30 dotazovaných (64%). Následně v počtu 14 dotazovaných zodpovědělo, že ví, co termín ageismus znamená (30%). A jen minimum respondentů, v celkovém počtu 3 seniorů, zodpovědělo, že se již s tímto termínem setkali, ale neví, co přesně znamená (6%).

Položka č. 20 Víte, kam se můžu obrátit v případě špatného zacházení se seniory?

tabulka č. 5 „Procentuální četnost informovanosti seniorů, kam se mohou obrátit v případě nevhodného chování k seniorům“

	absolutní četnost	relativní četnost
ano	27	57,45 %
ne	20	42,55 %

graf č. 5 „Procentuální četnost informovanosti seniorů, kam se mohou obrátit v případě nevhodného chování k seniorům“



U této položky jsem zkoumala, zda respondenti ví, na koho nebo kam se mohou obrátit, když se setkají se situací nevhodného chování k seniorům. Více než polovina respondentů, tedy 27 osob, uvedlo, že ví, na koho se obrátit (57%). A 20 dotazovaných odpovědělo záporně (43%).

Na základě výsledků, které jsem získala z položek k cíli č. 1, můžeme konstatovat, že nadpoloviční většina dotazovaných se s pojmem ageismus nikdy nesetkala. Celkem potěšující je, že více než polovina respondentů by věděla, kam se má obrátit při zkušenosti se špatným zacházením se seniory.

Na základě zjištěných údajů mohu konstatovat, že cíl číslo 1 byl splněn.

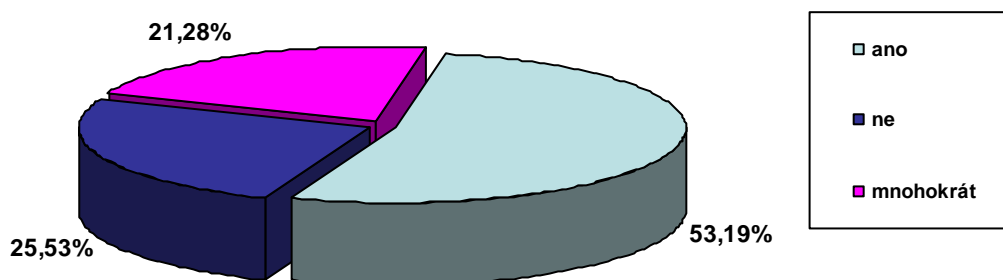
Položky k cíli č. 2 (Zmapovat výskyt ageismu v ČR)

Položka č. 5 Slyšel/a jste vtip, který si tropil žerty ze stáří, seniorů?

tabulka č. 6 „Procentuální zastoupení zkušeností s vtipy, které se týkali stáří“

	absolutní četnost	relativní četnost
ano	25	53,19 %
ne	12	25,53 %
mnohokrát	10	21,28 %

graf č. 6 „Procentuální zastoupení zkušeností s vtipy, které se týkali stáří“



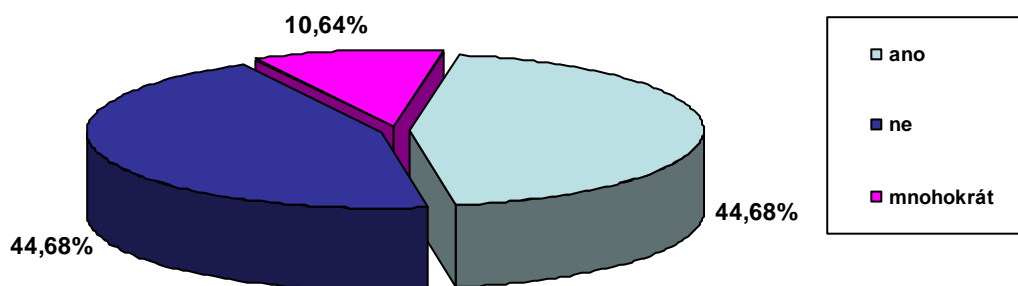
Více než polovina respondentů (25, tj. 53%) uvedla, že slyšela vtip ve svém blízkém okolí, který se týkal seniorů. Téměř stejný počet seniorů zodpovědělo, že neslyšeli vtip, týkající se seniorů (12 respondentů, tj. 26%), a že vtip slyšeli mnohokrát (10 respondentů, tj. 21%)

Položka č. 6 Byl/a jste nazván/a urážejícím jménem vztahující se k Vašemu stáří?

tabulka č. 7 „Procentuální četnost nazývání seniorů urážejícím pojmenováním“

	absolutní četnost	relativní četnost
ano	21	44,68 %
ne	21	44,68 %
mnohokrát	5	10,64 %

graf č. 7 „Procentuální četnost nazývání seniorů urážejícím pojmenováním“



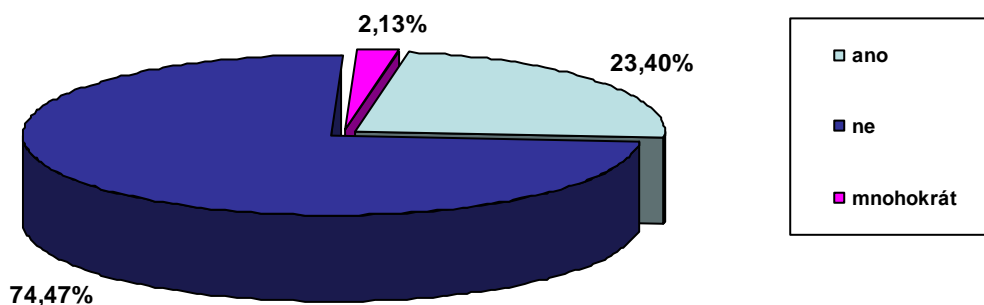
V této položce respondenti uváděli, jestli byli nazýváni urážejícím jménem, vztahující se ke stáří. Přesně 21 respondentů uvedlo, že ano (45%). Stejně tak shodně respondentů (21) uvedlo, že neslyšeli (45%). Pouze 5 seniorů napsalo, že se s těmito vtipy setkali mnohokrát (11%).

Položka č. 7 Stalo se Vám, že se s Vámi jednalo s menší důstojností a respektem, kvůli Vašemu věku?

tabulka č. 8 „Procentuální vyjádření zkušeností s nedůstojným jednáním“

	absolutní četnost	relativní četnost
ano	11	23,40 %
ne	35	74,47 %
mnohokrát	1	2,13 %

graf č. 8 „Procentuální vyjádření zkušeností s nedůstojným jednáním“



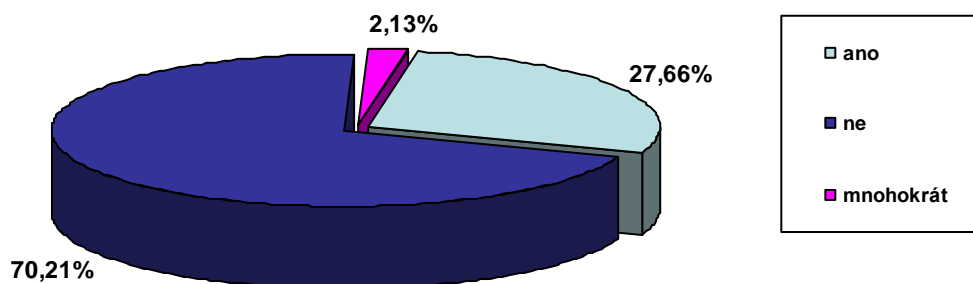
Zde respondenti zhodnotili, jestli se s nimi jednalo nedůstojně. Většina uvedlo, že ne (35 respondentů, tj. 74%). Dále 11 seniorů uvedlo, že se s nimi jednalo nedůstojně (23%). A jen 1 x se v dotazníku objevilo, že mnohokrát (2%).

Položka č. 8 Stalo se Vám, že lékař nebo zdravotní sestra předpokládali Vaši indispozici kvůli Vašemu věku?

tabulka č. 9 „Procentuální vyjádření předpokladu indispozice od zdravotníku“

	absolutní četnost	relativní četnost
ano	13	27,66 %
ne	33	70,21 %
mnohokrát	1	2,13 %

graf č. 9 „Procentuální vyjádření předpokladu indispozice od zdravotníků“



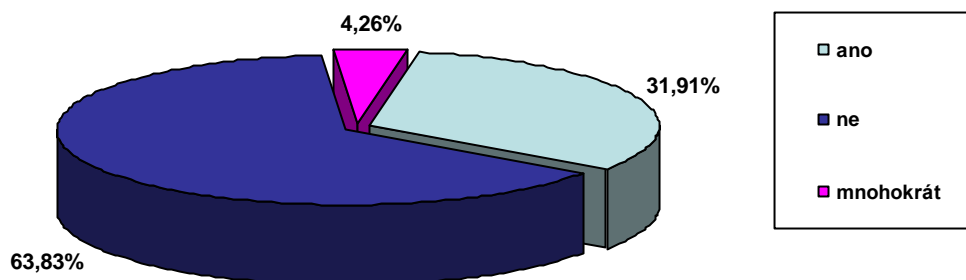
Nejvíce seniorů (33) se přiklonilo k odpovědi B, kdy lékař nebo zdravotní sestra nepředpokládali kvůli věku u seniora určitou indispozici (70%). Dále 13 respondentů uvedlo, že se s touto situací již setkali (28%). A jen 1 respondent uvedl, že se s touto situací setkal mnohokrát (2%).

Položka č. 9 Stalo se Vám, že osoba nepracující ve zdravotnictví, předpokládala Vaši indispozici kvůli Vašemu věku?

tabulka č. 10 „Procentuální vyjádření předpokladu indispozice od nezdravotníků“

	absolutní četnost	relativní četnost
ano	15	31,91 %
ne	30	63,83 %
mnohokrát	2	4,26 %

graf č. 10 „Procentuální vyjádření předpokladu indispozice od nezdravotníků“



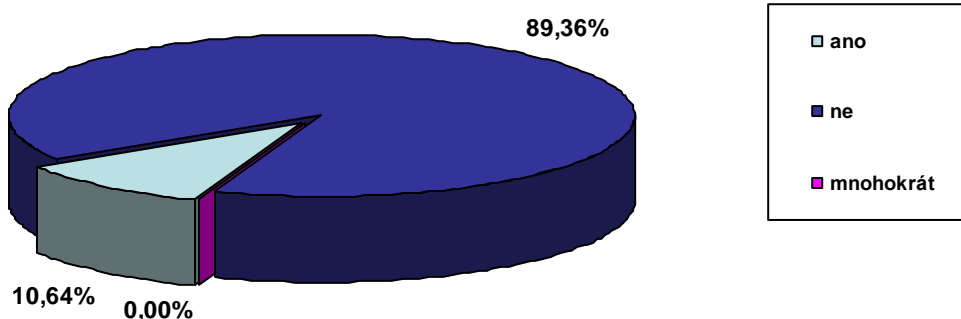
Zde naopak respondenti uváděli, jestli osoby, které nepracují ve zdravotnictví předpokládali indispozici kvůli staršímu věku. 30 respondentů uvedlo, ne (63,83%). Dále 15 respondentů vepsalo, že tuto situaci již zažili (32%). A jen 2 x se objevilo, že se s tímto jevem setkali vícekrát (4%).

Položka č. 10 Byla Vám odmítnuta léčba, v souvislosti s Vaším dosaženým věkem?

tabulka č. 11 „Odmítnutí léčby v souvislosti s vyšším věkem“

	absolutní četnost	relativní četnost
ano	5	10,64 %
ne	42	89,36 %
mnohokrát	0	0 %

graf č. 11 „Odmítnutí léčby v souvislosti s vyšším věkem“



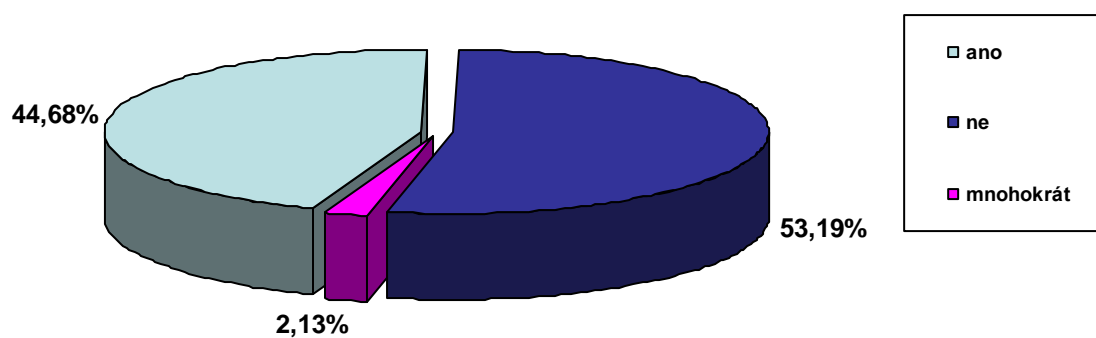
Převážně na tuto položku odpovídali respondenti negativně (42 respondentů, tj. 89%). „Jen“ 5 seniorů uvedlo, že jim byla odmítnuta léčba kvůli vyššímu věku (11%). A nikdo z dotazovaných se s tímto jevem nesetkal vícekrát (0%).

Položka č. 11 Stalo se Vám, že lidé kolem Vás předpokládali, že neslyšíte dobře, kvůli Vašemu věku?

tabulka č. 12 „Předpoklad sluchové indispozice kvůli vyššímu věku“

	absolutní četnost	relativní četnost
ano	21	44,68 %
ne	25	53,19 %
mnohokrát	1	2,13 %

graf č. 12 „Předpoklad sluchové indispozice kvůli vyššímu věku“



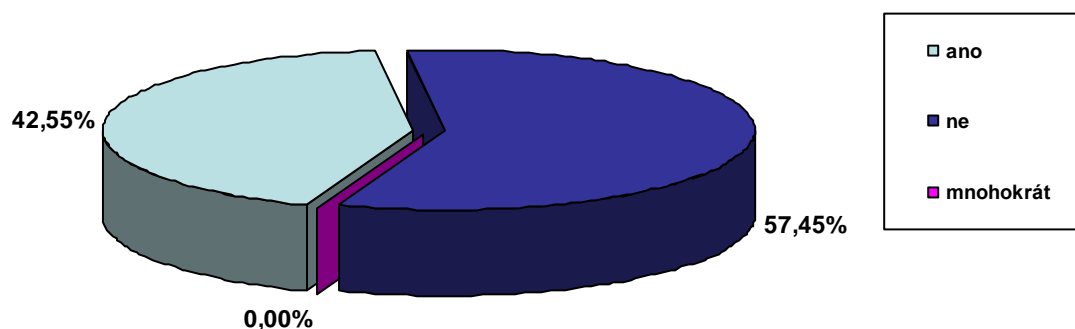
Celkem 25 respondentů zodpovídalo negativně (53%). 21 seniorů uvedlo, že zdravotník předpokládal sluchovou indispozici kvůli vyššímu věku (45%). Jen 1 x se v dotazníku objevilo, že mnohokrát (2%).

Položka č. 12 Stalo se Vám, že lidé kolem Vás předpokládali, že nerozumíte dobře, kvůli Vašemu věku?

tabulka č. 13 „, Procentuální zastoupení předpokladu poruch vnímání z důvodu vyššího věku“

	absolutní četnost	relativní četnost
ano	20	42,55 %
ne	27	57,45 %
mnohokrát	0	0 %

graf č. 13 „, Procentuální zastoupení předpokladu poruch vnímání z důvodu vyššího věku“



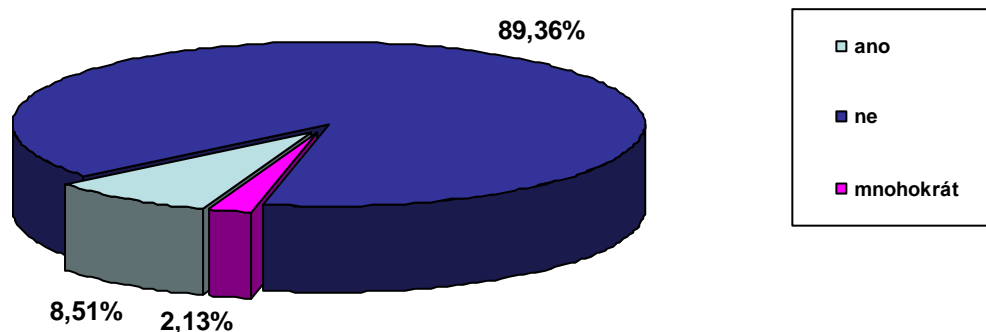
Většina respondentů tedy celkem 27 zodpovědělo, že lidé nepředpokládali, že dotazovaný nerozumí dobře kvůli svému vyššímu věku (57%). 20 respondentů uvedlo, že se s tímto jevem se již setkali (43%). A ani jednou nikdo v dotazníku nezaškrtl, že se s tímto setkal vícekrát (0%).

Položka č. 13 Čekali jste na ošetření u lékaře podstatně déle než ostatní, protože jste byl/a starší?

tabulka č. 14 „Delší čekací doba na ošetření u lékaře z důvodu vyššího věku“

	absolutní četnost	relativní četnost
ano	4	8,51 %
ne	42	89,36 %
mnohokrát	1	2,13 %

graf č. 14 „Delší čekací doba na ošetření u lékaře z důvodu vyššího věku“



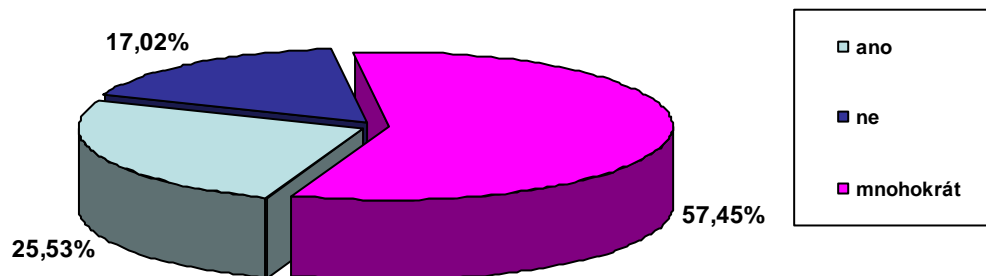
Drtivá většina dotazovaných respondentů (42) označilo, že na ošetření u lékaře nečekali déle než jiní pacienti jen kvůli svému věku (89%). 4 respondenti uvedli, že čekali déle na vyšetření než ostatní (9%). A jen 1 x se v dotazníku objevilo, že se s tímto jevem setkal vícekrát (2%).

Položka č. 14 Pocítil/a jste někdy v poslední době, že se k Vám někdo choval hůře jenom kvůli Vašemu věku?

tabulka č. 15 „Procentuální vyjádření nevhodného chování k seniorům“

	absolutní četnost	relativní četnost
ano	12	25,53 %
ne	8	17,02 %
mnohokrát	27	57,45 %

graf č. 15 „Procentuální vyjádření nevhodného chování k seniorům“



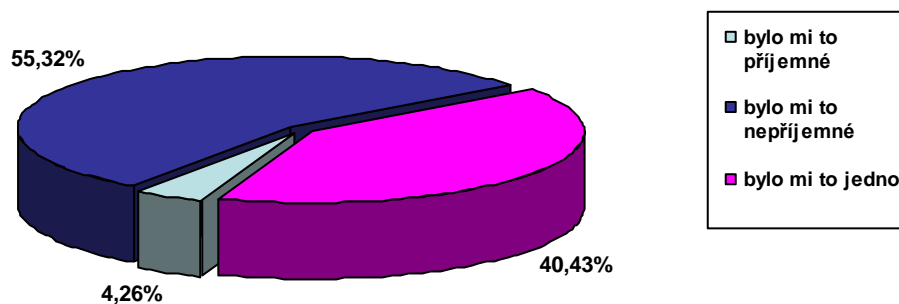
Nejvíce respondentů uvádělo, že se k nim mnohokrát choval někdo nevhodně (27 respondentů, tj. 57%). Dále 12 respondentů uvedlo, že se k nim choval někdo nevhodně (26%). A 8 respondentů vepsalo, že se k nim nikdo nechoval hůře kvůli vyššímu věku (17%).

Položka č. 15 Pokud jste takovou situaci zažil/a, jak to na Vás působilo?

tabulka č. 16 „Subjektivní hodnocení seniora, jak na něj působil nevhodné chování“

	absolutní četnost	relativní četnost
bylo mi to příjemné	2	4,26 %
bylo mi to nepříjemné	26	55,32 %
bylo mi to jedno	19	40,43 %

graf č. 16 „Subjektivní hodnocení seniora, jak na něj působil nevhodné chování“



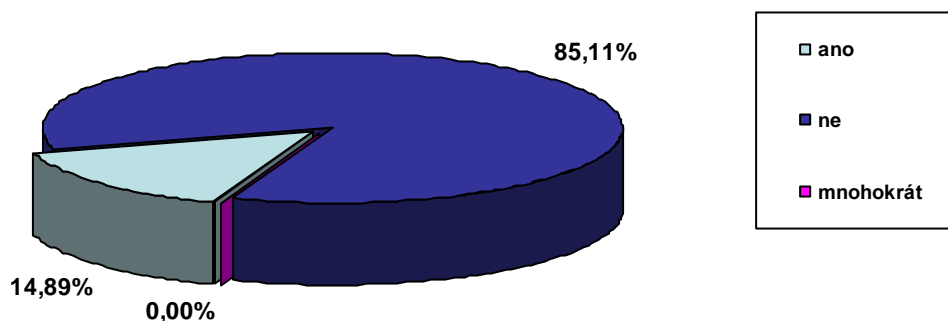
V této oblasti respondenti hodnotili své subjektivní pocity při nevhodném jednání s nimi samotnými. Převážná většina, tedy 26 respondentů odpovědělo, že jim to bylo nepříjemné (55%). 19 dotazovaných uvedly, že jim to bylo jedno (40%). A celkem překvapivě se v dotazníku 2 x objevilo, že jim to bylo příjemné (4%).

Položka č. 19 Byl Váš dům cílem ničení, kvůli vašemu pokročilejšímu věku?

tabulka č. 17 „ Procentuální vyjádření ničení majetku seniorů, kvůli pokročilejšímu věku“

	absolutní četnost	relativní četnost
ano	7	14,89 %
ne	40	85,11 %
mnohokrát	0	0 %

graf č. 17 „ Procentuální vyjádření ničení majetku seniorů, kvůli pokročilejšímu věku“



Zde se zjišťovalo, jestli se majetek seniorů stal cílem ničení, kvůli jejich vyššímu věku. Většina tedy 40 respondentů zodpovědělo že ne (85%). 7 respondentů odpovědělo kladně (15%). a Nikdo z dotazovaných nezodpověděl, že by se jejich majetek stal cílem ničení kvůli jejich vyššímu věku (0%).

Na základě výsledků, které jsme získali z položek k cíli č. 2, můžeme konstatovat, že si naše společnost často tropí žerty ze stáří i starých lidí všeobecně. Respondenti uváděli subjektivně, že se již setkali s jevem, kdy čekali déle na ošetření u lékaře kvůli svému pokročilejšímu věku a byli již někdy nazváni urážejícím jménem. Na druhou stranu, naprostá většina uvedla, že jim nebyl ničen hmotný majetek z důvodu seniorského věku. Na základě zjištěných údajů mohu konstatovat, že cíl číslo 2 byl splněn.

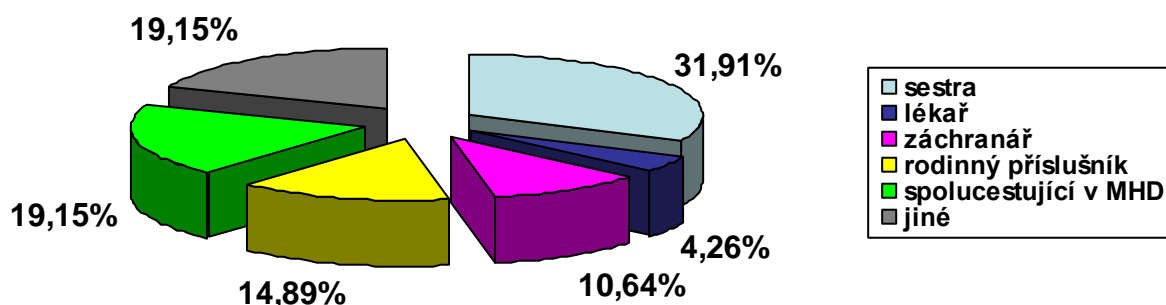
Položky k cíli č. 3 (Zmapovat nejčastější zdroje ageismu)

Položka č. 16 Stalo se, že se k Vám někdo choval nevhodně? Byl/a to?

tabulka č. 18 „Procentuální vyjádření nevhodného chování k seniorské populaci“

	absolutní četnost	relativní četnost
sestra	15	31,91 %
lékař	2	4,26 %
záchranář	5	10,64 %
rodinný příslušník	7	14,89 %
spolucestující v MHD	9	19,15 %
jiné	9	19,15 %

graf č. 18 „Procentuální vyjádření nevhodného chování k seniorské populaci“



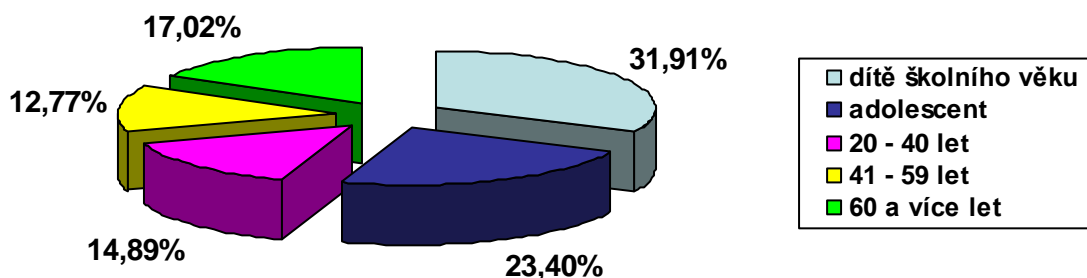
Zde respondenti označovali, kdo se k nim choval nevhodně. Nejvíce - 15 Respondentů uvedlo, že ten kdo se k nim choval nevhodně, byla zdravotní sestra (32%). Dále 9 respondentů zodpovědělo, že se k nim choval nevhodně spolucestující v MHD (19%). Také 9 odpovědí obdržela položka „jiné“ (19%). 7 respondentů uvedlo, že se k nim nevhodně choval rodinný příslušník (15%). 5 seniorů zakroužkovalo odpověď „záchranář“ (11%). A jen 2 x se v dotazníku objevilo, že ten kdo se k dotazovanému choval nevhodně, byl lékař (4%).

Položka č. 17 Pokud se k Vám někdo nevhodně choval, mluvil, tak se řadil do věkové kategorie?

tabulka č. 19 „Věkové vymezení původců ageismu“

	absolutní četnost	relativní četnost
dítě školního věku	15	31,91 %
adolescent	11	23,40 %
20 – 40 let	7	14,89 %
41 – 59 let	6	12,77 %
60 a více let	8	17,02 %

graf č. 19 „Věkové vymezení původců ageismu“



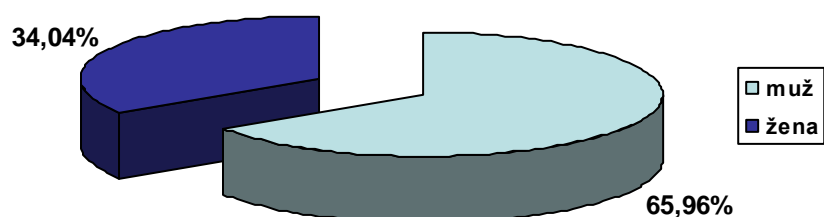
V této položce respondenti uváděli původce ageismu z hlediska věkové kategorie. Nejvíce tedy 15 respondentů uvedlo jako původce ageismu děti školního věku (32%). Dále 11 seniorů uvedlo, že ten, kdo se k nim choval nevhodně, patřil do věkové kategorie adolescentů (23%). Překvapivě 8 respondentů zodpovědělo za E, že ten, kdo se k nim choval nevhodně, patřil do věkové kategorie 60a více let (17%). Dále 7 respondentů uvedlo jako vyvolavatele ageismu osoby patřící do věkové kategorie 20 – 40 let (15%). A 6 respondentů uvedlo jako původce ageismu osoby ve věkové kategorii 41 – 59 let (13%).

Položka č. 18 Pokud se k Vám někdo nevhodně choval, byl/a to?

tabulka č. 20 „Pohlaví původců ageismus“

	absolutní četnost	relativné četnost
muž	31	65,96 %
žena	16	34,04 %

graf č.20 „Pohlaví původců ageismus“



Zde dotazovaní označovali původce ageismu z hlediska pohlaví. 31 Respondentů označilo jako vyvolavatele ageismu muže (66%). A 16 seniorů uvedlo, že ten kdo se k nim choval nevhodně, byla žena (34%).

Na základě zjištěných výsledků z položek k cíli č. 3, můžeme konstatovat, že nejčastějším původcem ageismu, ze zdravotníků, je všeobecná sestra. Z věkové kategorie se mezi nejčastější zdroje ageismu řadí děti školního věku a adolescenti. Z hlediska pohlaví je častějším „agresorem“ muž. Můžeme tvrdit, že cíl číslo 3 byl splněn.

4. DISKUSE

V této části své práce zhodnotím celý průběh výzkumného šetření a dosažené výsledky. Při vyhledávání výsledků od jiných autorů zabývajících se problematikou ageismu jsem zjistila, že se této problematice stále nedostává dostatečné pozornosti.

Gallová (2008) ve své bakalářské práci zjišťovala, zda se hospitalizovaní pacienti setkali s pojmem ageismus. Z celkového počtu 55 respondentů, zodpovědělo záporně 37 dotazovaných, tj. v relativní četnosti 67 %. Z výsledků mé závěrečné práce vyplývá rovněž skutečnost, že je nedostatek informovanosti seniorů ve společnosti o ageismu. Z celkového počtu dotazovaných 47, záporně zodpovědělo 30 seniorů, tj. 64 %. Gallová (2008) též poukazuje na žertování o seniorech mezi zdravotnickým personálem, které proběhlo za dobu hospitalizace více než jednou (12 respondentů, tj. 22%), přičemž v 27% dotazovaných to nevadilo. Na podobné závěry také poukazuje Vavrečková (2008) ve své diplomové práci, kde mimo jiné také mapuje nedůstojné chování vůči seniorům ze strany zdravotníků. Respondenti žijící v ústavní péči uváděli, že se s tímto jevem nesetkali, a to v 95 %. A 85 % dotazovaných, kteří žijí v domácím prostředí označilo, že se také s za hospitalizace s nevhodným chováním k seniorům nesetkali.

Po zhodnocení předchozí kapitoly si můžeme klást otázku, jaké nové poznatky nám toto průzkumné šetření přineslo. Byl zmapován výskyt ageismu v české společnosti, dále jsem zjišťovala, jak jsou senioři informováni o významu tohoto termínu. Cílem bylo také zjistit jaké jsou nejčastější zdroje ageismu.

Z položek k cíli č. 1 bych chtěla poukázat na položku č. 4, kde jsem zjišťovala znalost pojmu ageismus. V 64% respondenti odpověděli, že se s tímto termínem nikdy nesetkali, ve 30% dotazovaní zodpověděli, že se s tímto termínem setkali, a ví, co přesně znamená a jen 6% seniorů označilo, že se setkali s termínem ageismus, ale nevědí, co přesně označuje. Domnívám se, že hlavní příčinou, tohoto celkem očekávaného výsledku, je cizí původ slova ageismus. Senioři by určitě lépe definovali slova „týrání“, „šikana“, apod.

U oblastí týkající se cíle č. 2 bych chtěla zdůraznit, že se zde v odpovědích seniorů promítá jejich subjektivní vnímání situace. Tomuto jevu se nedá v metodice za pomoci

dotazníků zabránit. Zde bych vyzdvihla položku č. 6, kde 45 % respondentů uvedlo, že byli nazváni urážejícím jménem týkající se vysokého věku, např. dědku, nebo i z mých zkušeností velmi oblíbené zdrobněliny. Stejně procentuální zastoupení tedy 45 % dotazovaných označilo, že nebyli takto označováni. A téměř 11 % seniorů uvedlo, že takto hanlivě byli pojmenovávány mnohokrát.

Pro mě jako všeobecnou sestru se jeví jako alarmující výsledek z položky č. 16 vztahující se k cíli č. 3. Kde jsem se zjišťovala jaký je nejčastější původce ageismu. Celých 32 % respondentů uvádělo, že ten, kdo se k nim choval nevhodně, byla právě všeobecná sestra. Měli bychom se zamyslet proč k tomu stále dochází, vždyť naše profese je označována jako pomáhající profese. Je to z toho důvodu, že sestry tráví s pacienty skoro celý den, že sestry, které pečují o seniorskou populaci často podléhají syndromu vyhoření, nebo je to jen o lidech? Zajímavé je, že senioři uváděli mezi nejčastější zdroje ageismu z hlediska věku v 17 % i osoby, které patří do věkové kategorie 60 let a více. V největším procentuálním zastoupení byli vyhodnoceni dle mého očekávání děti školního věku (32 %) a adolescenti v 23 % četnosti.

K doplnění, potvrzení či vyvrácení zjištěných skutečností by byla vhodná oblast dalšího průzkumu. Přála bych si, aby tato bakalářská práce mohla být podnětem k rozsáhlejším a podrobnějším studiím. Bylo by vhodné průzkum zrealizovat pro rozsáhlejší vzorek populace. Stejně tak by bylo přínosné rozpracovat jednotlivé oblasti průzkumu detailněji.

Na základě získaných výsledků vyplývá, že informovanost seniorů o ageismu je nedostačující a globálně i společnost má v této sféře velké rezervy. Navrhovala bych tento problém co nejvíce medializovat. Pomocí letáků, článků v časopisech, odborných publikací. Věnovat ageismu větší pozornost v médiích – televizních pořadech, rádiu a v neposlední řadě i na internetových stránkách. Využít stále oblíbenějších universit třetího věku, pořádat na toto téma přednášky a semináře. Z mého pohledu jako zdravotníka bychom měli zlepšit a zefektivnit především komunikaci se seniory ve zdravotnických zařízeních. K zamyšlení stojí i fakt, že jako student vysoké školy programu ošetrovatelství jsem se nesešla s výukou předmětu komunikace jako takovou. Určitě by bylo vhodné tento předmět zařadit do osnov.

Již řadu let je obecně známo, že populace stárne. Stále více lidí se dožívá vyššího věku. Vyrůstá tím počet seniorů, a přináší to sebou samozřejmě i nové skutečnosti. Budování gerontologických center, geriatrických oddělení či klinik. Zvyšují se požadavky na kapacitu v Domovech pro seniory, Domovech s pečovatelskou službou. A v neposlední řadě jsme zaznamenali stoupající tendenci zřizování nových Agentur domácí péče. Z výše uvedeného vyplývá, že se seniory setkáváme na každém kroku. Měli bychom si našich starších spoluobčanů vážit, umět naslouchat, zefektivnit komunikaci, ale i umět pohladit. Vždyť každý z nás jednou také bude seniorem – nositelem zkušeností a moudrosti.

ZÁVĚR

Ve své bakalářské práci, kterou jsem nazvala „Ageismus: aneb negativní postoje či chování k seniorům v české populaci“ jsem chtěla orientačně zjistit úroveň informovanosti seniorské veřejnosti o tomto jevu. Zda přesně vědí, co tento termín znamená. A jestli se s ageismem setkali osobně, nebo se o některých podobných projevech dozvídali ze svého bližšího okolí. V prvních dvou kapitolách se zabývám teoretickými poznatky, které se týkají stáří, stárnutí, jejich projevy a v závěru teoretické části práce definuji pojem ageismus, jeho nejčastější projevy a rizikové faktory. Ve třetí kapitole byla provedena analýza výsledků průzkumného šetření. Zkoumaný soubor tvořilo 47 seniorů, kteří převážně žijí v ústavní péči ale i v domácím prostředí, relativně soběstační.

Předpoklad, že se senioři nikdy s termínem „Ageismus“ nesetkali, se potvrdil. Z celkového počtu respondentů, zodpovědělo 64% seniorů, že neví, co tento jev znamená. Při zkoumání, zda respondenti ví, na koho nebo kam se mohou obrátit, když se setkají se situací nevhodného chování k seniorům. Více než polovina respondentů, tedy 27 osob, uvedlo, že ví, na koho se obrátit (57%). A 20 dotazovaných odpovědělo záporně (43%). Dále skutečnosti obsažené ve výsledcích průzkumného šetření poukazuje na to, že nejčastějším původcem nevhodného chování k seniorům, jsou zdravotní sestry, a to v 32% ze šesti uvedených možností. Z hlediska věkového vymezení senioři nejčastější původce agesimu uváděli věkové kategorie děti školního věku (32%) a adolescenty (23%).

LITERATURA A PRAMENY

1. *Citáty stáří a mládí*. [online]. [cit. 2007-11-02]. Dostupné na WWW: <<http://www.cyberserver.cz/citaty/stari-mladi>>.
2. DÍTĚ, P.: *Vnitřní lékařství*. Galén 2007. 586 s. ISBN 978-80-7262-496-6.
3. GALLOVÁ, M.: *Problematika ageismu u hospitalizovaných pacientů – seniorů*. Bakalářská práce. Lékařská fakulta, Masarykova Universita. Brno 2008.
4. HABART, P., HÁVA, P.: *Týrání a zanedbávání seniorů, Problém „elder abuse“ v zařízeních ústavní péče v ČR*. *Zdravotnictví v České republice 2007*, roč. 10, č. 1. s. 26.
5. HAŠKOVCOVÁ, H.: *Manuálek o násilí*. NCO NZO Brno 2004, 1.vyd. 83 s. ISBN 80-7013-397-x.
6. HAŠKOVCOVÁ, H.: *Manuálek sociální gerontologie. České ošetřovatelství, praktická příručka pro sestry*. Brno 2004. 1.vyd. 72 s. ISBN 80-7013-363-5.
7. HOLMEROVÁ, I., JURÁŠKOVÁ, B., ZIKMUNDOVÁ, K.: *Vybrané kapitoly z gerontologie*. Česká Alzheimerovská společnost a MZČR 2003. 2.vyd. 88 s. ISBN 80-86541-12-6.
8. *Charta práv seniorů*. [online]. [cit. 2010-03-24]. Dostupné na WWW: <<http://www.fnol.cz/main.jsp?id=18>>.
9. IVANOVÁ, K., JURÍČKOVÁ, L.: *Písemné práce na vysokých školách se zdravotnickým zaměřením*. Universita Palackého v Olomouci, Olomouc 2009. 2.vyd. 99 S. ISBN 978-80-244-1832-2.

10. JEDLIČKA, V.: Fyziologie a patofyziologie stárnutí a stáří, Praktická geriatric. Brno 1983. s. 11 – 16.
11. KALVACH, Z.: Zanedbávání a týrání seniorů, Tématický sešit časopisu Sestra 1998, č. 5, s. 10 – 11.
12. KOTÝNKOVÁ, M. , ČERVENKOVÁ, A.: Začlenění seniorů v sociální struktuře soudobé společnosti. 1. vyd. Praha : Výzkumný ústav práce a sociálních věcí, 2001. 31 s.
13. LANGMEIER, J., KREJČÍŘOVÁ, D.: Vývojová psychologie. Grada 2006. 2. aktualizované vyd. 368 s. ISBN 80-247-1284-9.
14. ŠVINGALOVÁ, D.: Úvod do vývojové psychologie. Technická universita v Liberci, Katedra sociálních studií a speciální pedagogiky 2006. 103 s. ISBN 80-7372-057-4.
15. TOPINKOVÁ, E.: Geriatric pro praxi. Galén 2005. 1.vyd. 270 s. ISBN 80-7262-365-6.
16. TOŠNEROVÁ, T.: Ageismus : Průvodce stereotypy a mýty o stáří. 1. vyd. Praha : Ambulance pro poruchy paměti Ústav lékařské etiky 3. LF UK a FNKV Praha, 2002. 45 s. ISBN 80-238-9506-0.
17. TOŠNEROVÁ, T. : *Www.pecujici.cz* [online]. c2008 , 2008 [cit. 2009-06-08]. Dostupný z WWW: <www.pecujici.cz>.
18. TOŠNEROVÁ, T.: Pohled na diskriminaci starší generace a její formy. Můžeš 2003, Roč. 11, č. 4, s. 9

19. TOŠNEROVÁ, T.: Špatné zacházení se seniory a násilí v rodině, Průvodce pro zdravotníky a profesionální pečovatele. Ambulance pro poruchy paměti, Ústav lékařské etiky 3 LF UK, Praha 2002. 2.vyd. 60 s. ISBN 80-238-9505-2.
20. TRPIŠOVSKÁ, D., VACÍNOVÁ, M.: Ontogenetická psychologie. Universita Jana Evangelisty Turkyň v Ústí nad Labem, Pedagogická fakulta 2006. s. 108. ISBN 80-7044-792-3.
21. VÁGNEROVÁ, M.: Vývojová psychologie: dětství, dospělost, stáří. portál, Praha 2000. 522 s. ISBN 80-7178-308-0.
22. VÁGNEROVÁ, M.: Vývojová psychologie II., Dospělost a stáří. Karolinum, Praha 2007. 1.vyd. 461s. ISBN 978-80-246-1318-5.
23. VÁGNEROVÁ, M.: Vývojová psychologie pro obor penitenciární péče. Technická universita v Liberci, Pedagogická fakulta 2008. 1.vyd. 124 s. ISBN 978-80-7372-307-1.
24. VAVREČKOVÁ, M.: Týrání a zanedbávání seniorů. Diplomová práce. Lékařská fakulta, Masarykova Universita. Brno 2008.
25. VIDOVIĆOVÁ, L.: *Ageismus* [online]. 2007 [cit. 2009-06-09]. Dostupný z WWW: <www.ageismus.cz>.
26. VIDOVIĆOVÁ, L.: Stárnutí, věk a diskriminace – Nové souvislosti. Masarykova universita, Mezinárodní politologický ústav. Brno 2008. 233 s. ISBN 978-80-210-4627-6.
27. VIDOVIĆOVÁ, L., RABUŠIČ, L.: Věková diskriminace – ageismus: Úvod do teorie a výskyt diskriminačních přístupů ve vybraných oblastech s důrazem na pracovní trh. VÚPSV Praha, Výzkumné centrum Brno, 2005. str 54.

28. WEDLICOVÁ, I., HEŘMANOVÁ, V.: Kapitoly z vývojové psychologie. Universita Jana Evangelisty Turkyně v Ústí nad Labem, Pedagogická fakulta 2008. 1. vyd. 143 s. ISBN 978-80-7414-044-0.
29. ZIMMELOVÁ, P., STOLÍN, M.: Domácí násilí na mužích a seniorech, Rizikové faktory špatného zacházení se seniory. Triton, Praha 2006. 108 s. ISBN 80-7254-914-6.

ROZŠIŘUJÍCÍ BIBLIOGRAFIE

1. GABRIEL, J.: Oběťmi násilí jsou nejčastěji staří lidé. Zdravotnické noviny, 2003, roč. 52, č. 45, s 18.
2. HAMILTON, S.: Psychologie stárnutí. Portál 1999. 320 s. ISBN 80-7178-274-2.
3. HAŠKOVCOVÁ, H.: Fenomén stáří. Panorama, Praha 1990. 407 s. ISBN 80-7038-158-2.
4. KALVACH, Z.: Týrání, zneužívání a zanedbávání seniorů jako medicínský problém. Časopis lékařů českých, 1997, č. 6, s. 170 – 173.
5. KOLEKTIV AUTORŮ: Postavení a diskriminace seniorů v České Republice. Praha 2006 Ministerstvo práce a sociálních věcí. 1. vyd. 140 s. ISBN 80-86878-52-x.
6. NOVÁK, T.: O předsudcích. Doplněk, Brno 2002. 106 s. ISBN 80-7239-121-6.

7. TOŠNEROVÁ, T.: Týrání a zneužívání starého člověka. Sestra, 1999, roč. 9, č. 8, s. 3 – 4.
8. VIDOVIĆOVÁ, L., GREGOROVÁ, E.: Mainstreaming věku jako strategie managementu populací se stárnoucí demografickou strukturou. 1. vyd. Brno : Výzkumný ústav práce a sociálních věcí, 2007. 76 s. ISBN 978-80-87007-57-0.
9. VIDOVIĆOVÁ, L., LORMAN, J.: Život v domovech pro seniory, zpráva z výzkumu. problémy týrání, zneužívání a zanedbávání, péče v domovech pro seniory. Úřad vlády ČR, Praha 2008. 24 s. ISBN 978-80-87041-62-8.

SEZNAM TABULEK

tabulka č. 1 „Pohlaví respondentů“

tabulka č. 2 „Věk respondentů“

tabulka č. 3 „Sociální zázemí respondentů“

tabulka č. 4 „Procentuální četnost setkání se s pojmem ageismus“

tabulka č. 5 „Procentuální četnost informovanosti seniorů, kam se mohou obrátit v případě nevhodného chování k seniorům“

tabulka č. 6 „Procentuální zastoupení zkušeností s vtipy, které se týkali stáří“

tabulka č. 7 „Procentuální četnost nazývání seniorů urážejícím pojmenováním“

tabulka č. 8 „Procentuální vyjádření zkušeností s nedůstojným jednáním“

tabulka č. 9 „Procentuální vyjádření předpokladu indispozice od zdravotníku“

tabulka č. 10 „Procentuální vyjádření předpokladu indispozice od nezdravotníků“

tabulka č. 11 „Odmítnutí léčby v souvislosti s vyšším věkem“

tabulka č. 12 „Předpoklad sluchové indispozice kvůli vyššímu věku“

tabulka č. 13 „Procentuální zastoupení předpokladu poruch vnímání z důvodu vyššího věku“

tabulka č. 14 „Delší čekací doba na ošetření u lékaře z důvodu vyššího věku“

tabulka č. 15 „Procentuální vyjádření nevhodného chování k seniorům“

tabulka č. 16 „Subjektivní hodnocení seniora, jak na něj působil nevhodné chování“

tabulka č. 17 „Procentuální vyjádření ničení majetku seniorů, kvůli pokročilejšímu věku“

tabulka č. 18 „Procentuální vyjádření nevhodného chování k seniorské populaci“

tabulka č. 19 „Věkové vymezení původců ageismu“

tabulka č. 20 „Pohlaví původců ageismu“

SEZNAM GRAFŮ

graf č. 1 „Pohlaví respondentů“

graf č. 2 „Věk respondentů“

graf č. 3 „Sociální zázemí respondentů“

graf č. 4 „Procentuální četnost setkání se s pojmem ageismus“

graf č. 5 „Procentuální četnost informovanosti seniorů, kam se mohou obrátit v případě nevhodného chování k seniorům“

graf č. 6 „Procentuální zastoupení zkušeností s vtipy, které se týkali stáří“

graf č. 7 „Procentuální četnost nazývání seniorů urážejícím pojmenováním“

graf č. 8 „Procentuální vyjádření zkušeností s nedůstojným jednáním“

graf č. 9 „Procentuální vyjádření předpokladu indispozice od zdravotníků“

graf č. 10 „Procentuální vyjádření předpokladu indispozice od nezdravotníku“

graf č. 11 „Odmítnutí léčby v souvislosti s vyšším věkem“

graf č. 12 „Předpoklad sluchové indispozice kvůli vyššímu věku“

graf č. 13 „Procentuální zastoupení předpokladu poruch vnímání z důvodu vyššího věku“

graf č. 14 „Delší čekací doba na ošetření u lékaře z důvodu vyššího věku“

graf č. 15 „Procentuální vyjádření nevhodného chování k seniorům“

graf č. 16 „Subjektivní hodnocení seniora, jak na něj působil nevhodné chování“

graf č. 17 „Procentuální vyjádření ničení majetku seniorů, kvůli pokročilejšímu věku“

graf č. 18 „Procentuální vyjádření nevhodného chování k seniorské populaci“

graf č. 19 „Věkové vymezení původců ageismu“

graf č. 20 „Pohlaví původců ageismu“

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1 Charta práv seniorů

Příloha č. 2 Dotazník „Ageismus“ dle Palmore (2002)

Příloha č. 3 Dotazník Ageismus (Vidovičová, Rabušič, 2003)

Příloha č. 4 Dotazník využitý v průzkumném šetření

Příloha č. 5 Žádost o povolení výzkumného šetření v Domově s pečovatelskou službou
Česká Lípa

Příloha č. 6 Žádost o povolení výzkumného šetření v Domově důchodců v Kroměříži

PŘÍLOHY

č. 1 Charta práv seniorů

(Mezinárodní gerontologická asociace - Evropská část, Madrid - Praha 1997, Sekretariát České gerontologické a geriatrické společnosti ČLS JEP)

Úvod

Se stářím se zvyšuje pravděpodobnost onemocnění. Může se stát, že dojde k situaci, kdy člověk nebude moci vést plnohodnotný život. Tím důležitější se stane péče.

Tato výsadní listina se týká starších pacientů. Je všeobecně uznáváno, že některé funkce, například zrak či sluch, se mohou ve stáří zhoršovat. Další známou skutečností je, že starému člověku zpravidla trvá déle, než se zotaví po nemocech či operacích. V žádném případě ale nelze považovat vyšší věk za příčinu či vysvětlení tělesné nebo duševní nemoci. Také množství služeb, které starý člověk potřebuje, se velmi různí. Někteří senioři nepotřebují prakticky žádné služby, někteří křehcí staří pacienti jsou závislí na poskytování trvalé komplexní péče.

Úkoly zdravotní péče o starší občany jsou následující:

- posilovat dobré zdraví a pohodu starého člověka, předcházet nemocem a nesoběstačnosti či je zmírňovat
- léčit pacienta v případě onemocnění
- pomáhat starším lidem vést plný a nezávislý život aktivních a platných členů lidského společenství
- zajistit kontinuitu mezi zdravotnickými a sociálními službami s cílem, aby starší občan zůstal co nejdéle ve svém domě a komunitě s tím, že hospitalizace či pobyt v instituci mu budou umožněny v případě, kdy se stanou nezbytnými
- garantovat, aby nedocházelo k diskriminaci z důvodu věku, pohlaví, náboženského přesvědčení, národnosti občana či místa, kde právě žije.

1. Obecné zásady

Starší občané mají nárok na zajištění takové zdravotní péče, která je potřebná, a to podle zdravotního stavu a stupně závislosti, nikoli dle schopnosti si takovou péči zaplatit.

Většinu zdravotních problémů by měl vyřešit tým primární péče. V případě vzniku složitějších či závažnějších problémů je na místě odeslání do nemocničního zařízení.

2. Komunikace a informace

Starší občan může jako pacient očekávat:

- že bude považován zdravotníky za partnera a bude se podílet na všech rozhodováních, která se budou týkat jeho zdraví a péče o ně
- že mu všichni členové ošetřujícího týmu budou naslouchat způsobem trpělivým, terapeutickým a vstřícným
- že bude moci být zastupován, bude-li si to přát, příbuzným, přítelem či jiným člověkem, který mu bude nápomocen v případě, že bude mít potíže v komunikaci či porozumění tomu, s čím se na něj zdravotníci obrazejí
- že bude mít pomůcky, které budou ulehčovat komunikaci v případě poškození zraku či sluchu
- že bude informován jasně a šetrně o svých zdravotních problémech
- že mu bude vydána písemná zpráva o zdravotním stavu a diagnóze, bude-li si tak přát
- že bude plně informován o možnostech léčby včetně jejích možných rizik
- že bude informován o svém stavu dříve než jeho příbuzní, pokud tomu nebude bránit nemoc sama
- že bude moci nahlížet do svých zdravotních záznamů a bude informován o tom, že všichni ošetřující jsou zákonně vázáni zachovat důvěrnost
- že jeho stížnosti budou řádně šetřeny a obdrží rychlou písemnou odpověď
- že obdrží podrobnou a úplnou informaci o tom, jaké jsou v dané oblasti dostupné zdravotnické a sociální služby a jaké jsou další možnosti podpory a pomoci
- že mu bude dostupná pomoc a vysvětlení v případech, kdy bude potřebovat informace o svém onemocnění pro další rozhodnutí

3. Podpora zdraví

Starší občan může očekávat, že bude informován:

- o zdravém způsobu života
- o zdravé výživě
- o pohybovém režimu a cvičení
- a že bude vyšetřen lékařem ve věku 65 a 75 let.

4. Léky

Starší pacienti mají právo očekávat, že jim budou předepsány léky vhodné k léčení jejich nemoci.

Dále je žádoucí:

- aby nápisy na lékovkách byly dostatečně čitelné
- aby se lékovky daly bez obtíží otevírat
- aby byly léky poskytovány způsobem, který pomůže staršímu pacientovi či tomu, kdo lék podává, lék správně dávkovat a bude minimalizovat omyly a opomenutí

5. Transport

Starší občan může očekávat:

- že mu bude zajištěna přiměřená doprava v případech, že si ji nebude moci zajistit sám, aby se dostal do zdravotnického zařízení
- že ve zdravotnických zařízeních budou všechny prostory a směry vyznačeny jasným a srozumitelným způsobem
- že bude fungovat dopravní spojení mezi nemocnicemi, které bude co nejjednodušší a nejdostupnější

6. Zdravotní problémy

Je žádoucí, aby nemocnice měly oddělení, která jsou specializována na medicínskou a psychiatrickou problematiku starších pacientů. Tato oddělení mohou mít různé názvy, například oddělení medicíny stáří, oddělení geriatrické medicíny atd. Důležitá je týmová spolupráce s pracovníky ostatních oborů včetně rehabilitace a sociální práce .

Poruchy paměti:

Samotné stáří nezpůsobuje zhoršování paměti. Jestliže se však paměť výrazně zhoršuje:

- je vhodné vyšetření psychiatrem, geriatrem či jiným odborným lékařem, který se věnuje problematice poruch paměti. Toto specializované vyšetření může také odhalit i příčinu poruchy paměti, která je léčitelná
- v těch případech, kdy se jedná o onemocnění progredující a neléčitelné, mohou pacienti i ti, kteří se o ně starají, očekávat, že jim bude poskytnuta podpora a rada, a to takovým způsobem, který bude užitečný a přijatelný jak pro pacienta, tak pro jeho blízkého

Pády a zhoršující se hybnost:

S přibývajícím věkem narůstá riziko pádů a zvyšuje se pravděpodobnost, že samostatný pohyb bude obtížnější. Pokud tomu tak je, je třeba hledat příčinu, která může být např. v cévním onemocnění či jiné nemoci. Mnoho příčin pádů je léčitelných. Proto v případě zhoršování hybnosti či pádů může starší pacient očekávat:

- vyšetření specializovaným týmem odborníků
- že mu budou zapůjčeny kompenzační pomůcky, pokud je bude potřebovat, a bude poučen o jejich správném užívání
- že budou učiněna taková opatření, aby mu byla poskytnuta pomoc v nenadálých situacích - např. nouzové volání s čidlem na těle k přivolání pomoci.

Inkontinence:

Situace, kdy není pacient schopen udržet moč či stolici, nastává v důsledku různých onemocnění. Je třeba využít všechny možnosti léčení včetně ev. chirurgického řešení. V případě inkontinence, ať je z jakékoli příčiny, může pacient očekávat:

- specializované vyšetření k objasnění příčiny inkontinence a posouzení možnosti léčení
- v případech, kdy je tento stav neovlivnitelný, odbornou radu a pomoc, které mu umožní co nejlépe se se svou situací vyrovnat.

7. Nemoc

Starší nemocní mají nárok na neodkladnou lékařskou péči v případě, že ji potřebují. Může jim ji poskytnout buď jejich praktický lékař či oddělení neodkladné péče.

V případě, že zdravotní stav staršího pacienta vyžaduje hospitalizaci, může očekávat:

- že prostředí zdravotnického zařízení i složení týmu budou respektovat potřeby jeho zdravotního stavu
- že bude ošetřován týmem, který je specializován na problematiku komplexních zdravotních problémů starších pacientů
- že budou správně diagnostikovány a léčeny tělesné i psychické problémy
- že multidisciplinární tým v případě potřeby posoudí komplexně zdravotní stav, zdravotní a sociální potřeby staršího pacienta
- že všichni profesionálové, kteří se podílejí na péči o multimorbidního staršího pacienta, budou účelně komunikovat v zájmu hladkého průběhu léčení
- že zůstane v nemocnici právě tak dlouho, jak dlouhou hospitalizaci bude vyžadovat jeho zdravotní stav

8. Zotavení a rehabilitace

Starší pacienti potřebují delší dobu k uzdravení a navrácení původního funkčního stavu.

Proto je důležité:

- aby zůstali v péči zdravotnického zařízení do doby, než se budou moci bezpečně vrátit domů či než bude nalezeno alternativní řešení
- v případě, že zdravotní stav staršího pacienta neumožňuje úplně nezávislý život, během dvou týdnů od komplexního posouzení potřeb by měl být zajištěn takový soubor zdravotnických a sociálních služeb, které umožní pacientovi návrat domů
- aby pacienti senioři byli léčeni a ošetřováni multidisciplinárním týmem, který bude identifikovat a podporovat reziduální schopnosti a zajistí rehabilitaci k návratu či zlepšení soběstačnosti
- aby se také rodinní příslušníci a jiní, kteří pacientovi pomáhají, mohli podílet na rehabilitaci

9. Propuštění z nemocnice

Je žádoucí a nutné:

- aby před propuštěním ze zdravotnického zařízení bylo rozhodnuto o optimálním způsobu další péče, která bude "šita na míru" dle potřeb staršího pacienta. Nemocnice domluví další domácí péči s poskytovateli v místě bydliště. Pacient má

právo podílet se na tomto rozhodování sám, či prostřednictvím rodinných příslušníků nebo ostatních osob, které si zvolí.

- Aby při propuštění byl informován a poučen o všech důležitých skutečnostech tak, aby mu bylo známo jak dále pokračovat v rehabilitaci a rekonvalescenci.
- Umožnit staršímu pacientovi, který potřebuje komplexní zdravotnické a sociální služby objektivizované multidisciplinárním vyšetřením v nemocnici, domácí péči dle jeho potřeb v případě, že si přeje setrvat doma.

10. Denní centra

Nepotřebuje-li starší pacient hospitalizaci v nemocnici, či byl-li právě propuštěn a je-li vhodná denní péče, je zapotřebí:

- aby mu praktický lékař doporučil pobyt v denním centru pro další rehabilitaci,
- aby se v denním centru o jeho zdravotní stav staral multidisciplinární tým,
- aby mu byla zajištěna doprava do denního centra, není-li si schopen zajistit dopravu sám.

11. Respítní péče

Jestliže se o staršího pacienta starají dlouhodobě rodinní příslušníci, profesionálové či jiní pečující, mohou po čase všichni (pacient i ošetřující) cítit potřebu tuto péči a kontakt na chvíli přerušit (oddech, respíte). Může se také stát, že pečující bude mít zdravotní problémy, které mu přechodně znemožní tuto činnost.

Proto by měl mít starší pacient a jeho ošetřovatel nárok:

- na pomoc při zhoršení zdravotního stavu, kterou mu zprostředkuje buď praktický lékař nebo tým domácí péče,
- na dva až tři týdny respítní péče - pobytu v domově důchodců, ošetřovatelském ústavu či nemocnici podle pacientova zdravotního stavu. Tento pobyt může být předem domluven tak, aby časově vyhovoval pacientovi i pečujícím.

12. Komunitní a sociální služby

Mají-li být služby pro seniory funkční a úplné, je zapotřebí dobré komunikace mezi praktickým lékařem, pracovníky domácí péče a sociálních služeb. V rámci komunitní péče

může pacient vyššího věku očekávat, že mu budou v případě potřeby poskytovány tyto služby:

- pobyt v denním centru
- domácí péče
- noční "hlídání" a večerní návštěvy (ukládání ke spánku)
- pomůcky pro inkontinentní
- přiměřené pomůcky napomáhající při denních sebeobslužných činnostech
- praní prádla
- fyzioterapie
- péče o nohy
- hygienické služby (vykoupaní)
- systém monitorující bezpečnost v případech, že pacient žije sám, prostředky pro prevenci úrazů.

Účelnost těchto služeb bude přezkoumávána a jejich poskytování upravováno dle aktuální potřeby pacienta.

13. Změna domova

Není-li starý občan již schopen zůstat doma, je třeba mu umožnit pobyt v instituci.

Než k tomu dojde, je třeba provést komplexní multidisciplinární šetření v komunitě a v případě potřeby doporučit další specializované vyšetření či léčení zdravotních problémů a rehabilitaci ve zdravotnickém zařízení. Pacient a jeho rodina musejí být informováni o týmu, který pacienta vyšetřuje.

V instituci má starší občan právo očekávat:

- že bude vypracován plán péče, který bude pravidelně kontrolován a přizpůsobován jeho potřebám
- že bude rozhodovat, pokud to jeho zdravotní stav dovolí, o svém způsobu života včetně toho, kdy si přeje soukromí a kdy chce být ve společnosti
- že jeho pohyb mimo instituci nesmí být omezován, stejně tak i jakékoli jiné kontakty včetně pošty, telefonu či návštěv

- pokud žije v ošetrovatelském domě, že tato instituce bude pravidelně a zevrubně kontrolována tak, aby byla zajištěna kvalitní péče
- že bude péče o něj odborně vedena specialistou geriatrem, bude-li jeho stav vyžadovat složitější lékařskou péči a ošetřování .

č. 2 Dotazník „Ageismus“ dle Palmore (2002)

Napište vlevo do prázdné kolonky před každé tvrzení číslo, které charakterizuje, jak často jste se setkali s uvedenými událostmi:

nikdy – 0, jednou – 1, více než jednou – 2

- _____ 1. Slyšel/a jsem vtip, který si tropil žerty ze stáří.
- _____ 2. Dostal/a jsem pohlednici k narozeninám, která si dělala legraci ze stáří.
- _____ 3. Byl/a jsem ignorován/a nebo nebrán/a vážně kvůli stáří.
- _____ 4. Byl/a jsem nazván/a urážejícím jménem vztahující se k mému stáří.
- _____ 5. Jednalo se se mnou blahosklonně nebo jsem byl umluven/a, protože jsem starý/á.
- _____ 6. Byla mi odepřena půjčka na bytovou výstavbu, protože jsem starý/á.
- _____ 7. Měl/a jsem potíže se získáním půjčky, protože jsem starý/á.
- _____ 8. Byla mi odepřena pozice vedoucího, protože jsem starý.
- _____ 9. Byl/a jsem odmítnut/a jako neatraktivní, protože jsem starý/á.
- _____ 10. Jednalo se se mnou s menší důstojností a respektem, protože jsem starý/á.
- _____ 11. Číšník nebo číšnice mě ignorovali, protože jsem starý/á.
- _____ 12. Lékař nebo sestra předpokládali mou indispozici kvůli mému věku.
- _____ 13. Byla mi odmítnuta léčba, protože jsem starý/á.
- _____ 14. Bylo mi odmítnuto zaměstnání, protože jsem starý/á.
- _____ 15. Bylo mi odmítnuto povýšení, protože jsem starý/á.
- _____ 16. Někteří předpokládali, že neslyším dobře, protože jsem starý/á.
- _____ 17. Někteří předpokládali, že nerozumím dobře, protože jsem starý/á.
- _____ 18. Někdo mi řekl, jsi příliš starý/á pro to a to.
- _____ 19. Můj dům byl cílem ničení, protože jsem starý/á.
- _____ 20. Byl/a jsem obětí kriminálního činu, protože jsem starý/á.

č. 3 Dotazník Ageismus 2003

Autoři dotazníku: Lucie Vidovičová, Ladislav Rabušic
MODUL AGEISMUS 2003 v dotazníku AKTÉR 2003

40. Jste v současné době zaměstnán(a) na plný úvazek?

1. Ano, na plný úvazek
2. Ano, na částečný úvazek v rozsahu hodin týdně
3. Ne, v současné době nejsem, ale dříve jsem byl(a) zaměstnán(a)

(pokud respondent zvolil tuto variantu, uvádějte otázky 41 - 44 v minulém čase)

4. Ne, nikdy jsem nebyl(a) zaměstnán(a) *ot. 45*

41. Jaké je nebo bylo Vaše postavení?

1. Zaměstnanec
2. Zaměstnavatel

42. Stýkáte (stýkal/a jste se) se na pracovišti s lidmi ve vyšším věku?

Pokyn: bude li se respondent ptát po významu pojmu „vyšší věků uveďte: přibližně nad 50 let.

1. Ano
2. Ne

43. Pokud ano, jsou (byli) to zejména: Ano Ne

- a. Podřízení 1 2
- b. Kolegové na zhruba stejné pozici 1 2
- c. Nadřízení 1 2
- d. Klienti, zákazníci 1 2

44. Pozorujete nějaké zvláštnosti v jejich práci, které by bylo možné připsat téměř výhradně

jejich vyššímu věku? Uveďte, prosím, které to jsou. Pokuste se, prosím, o jakýsi průměr za všechny vaše spolupracovníky ve vyšším věku.

Pokyn: Respondent odpovídá .ano. - pokud danou charakteristiku pozoruje/pozoroval a .ne. - pokud si nevšiml, e by takovou charakteristiku tito pracovníci měli, v průběhu dotazování

respondentovi připomínejte zadání otázky (tedy .e by se mělo jednat o charakteristiky spojené s vyšším věkem).

Stupnice: 1. Ano, to pozoruji; 2. Ne, to nepozoruji; 3. Nedovedu posoudit

- a. Mají více zkušenosti
- b. Vydělávají víc peněz
- c. Více se snaží
- d. Už neudělají tolik práce jako dřív
- e. Jsou výkonnější než někteří mladší kolegové
- f. V kolektivu spolupracovníků nejsou oblíbení
- g. Chybí jim znalosti práce s moderní technikou a počítačem
- h. Neumějí se už přizpůsobovat změnám
- i. Mají problémy se zrakem nebo sluchem
- j. Nechtějí odejít a uvolnit tak své místo mladším
- k. Nadřízení by je rádi propustili

52

Pro všechny!

45. Setkal(a) jste se vy osobně nebo někdo z vaší rodiny, přátel či příbuzných nebo jste se doslechl(a) o tom, že by se někomu přihodila některá z následujících situací?

Stupnice:

1. Ano, stalo se to mně osobně
 2. Ano stalo se to někomu z mých blízkých (v rodině, přátelům .)
 3. Nikomu z mých blízkých se to nestalo, ale slyšel(a) jsem, že se to u nás stává
 4. Nikdy jsem o něčem takovém neslyšel(a), myslím že se to u nás nestává
 9. Nevím, nemám názor
- a. Banka odmítla někomu poskytnout půjčku nebo hypotéku kvůli věku žadatele
 - b. Oslovovali někoho u lékaře nebo v nemocnici .babičko./dědečku., přestože to nebyli jejich příbuzní
 - c. Nebyl(a) přijat do práce kvůli tomu, že se zaměstnavateli zdál(a) moc starý(á) pro to místo,
o které se ucházel(a)

- d. Někdo dostal vyšší plat jen proto, že byl(a) starší i když nevykazoval(a) lepší práci než ostatní mladší kolegové
- e. Někdo dostal nižší plat jen proto, že byl(a) starší i když vykazoval(a) stejnou práci jako ostatní kolegové
- f. Někdo ztratil práci kvůli tomu, že užse zdál(a) zaměstnavateli starý
- g. Někdo někomu řekl: „Na to jste moc starý/stará.“
- h. Někdo vykládal vtipy, které se „střefovaly“ do starších lidí nebo do stáří
- i. Někoho nevzali na operaci s odůvodněním, že už je na takový zákrok moc starý/stará
- j. Někdo čekal u lékaře na ošetření podstatně déle než ostatní, protože byl(a) starší
- k. Někdo nadával důchodcům, když se „hrnuli“ do autobusu nebo tramvaje

46. *Uveďte, prosím, do jaké míry souhlasíte nebo nesouhlasíte s následujícími výroky:*

Stupnice:

1. Rozhodně souhlasím; 2. Souhlasím; 3. Nesouhlasím; 4. Rozhodně nesouhlasím

9. Nemám na to názor

a. Bohaté finanční dávky, jaké dostávají starší lidé, ubírají ze státní pokladny peníze, které by měly být poskytnuty mladším.

b. Starší lidé by měli uvolňovat svá pracovní místa mladším, protože ti jsou výkonnější a schopnější.

c. Hodně starších lidí si užívá spokojeného života, zatímco mladší lidé na ně musí pracovat.

d. Mladší a starší lidé jsou velmi rozdílní ve všech oblastech.

e. Starší lidé mají tendenci si pořád na něco stěžovat - a přitom se mají docela dobře.

47. *Pocítil(a) jste někdy v poslední době, že se k Vám někdo choval hůře nebo lépe jenom kvůli Vašemu věku?*

1. Ano, pocítil(a) chovali se ke mně lépe kvůli mému věku

2. Ano, pocítil(a) chovali se ke mně hůře kvůli mému věku

3. Ne, takovou situaci jsem nezažil(a), chovají se ke mně jako k ostatním *ot. 49*

53

48. *Pokud jste takovou situaci zažil/a, jak to na vás působilo?*

1. Bylo to příjemné

2. Bylo to nepříjemné
3. Bylo mi to jedno
4. Nevím, nedokážu posoudit

49. Podle Vašeho názoru, je možné říci, od jakého věku je už člověk starý?

1. Ano
2. Ne *ot. 51*

50. Pokud ano, co myslíte, od jakého věku, můžeme člověka považovat za starého?
od let

51. Často se v poslední době hovoří o problematice věku odchodu do důchodu, mohl(a) byste

nám říci, která z následujících variant se nejvíce blíží vašemu názoru?

1. Žádný určený věk odchodu do důchodu by neměl být, každý by měl odcházet do důchodu až bude mít odpracován potřebný počet let nebo bude mít dostatečně naspořeno
2. Určený věk odchodu do důchodu by měl zůstat takový jako je dnes
3. Určený věk odchodu do důchodu by se měl snížit oproti dnešku
4. Určený věk odchodu do důchodu by se měl zvýšit oproti dnešku
5. Nemám na tento problém vyhraněný názor

52. Který z následujících výroků se více blíží vašemu názoru?

1. To, kolik má člověk let, nehraje v zaměstnání vůbec žádnou roli.
2. V zaměstnání občas záleží na tom, kolik má člověk let. *Ot. 54*

53. Pokud na věku záleží, souhlasíte s tvrzením, že to, kolik má člověk let, je v zaměstnání důležité tam, kde se rozhoduje o tom:

Stupnice:

1. Rozhodně souhlasím, 2. Souhlasím, 3. Nesouhlasím, 4. Rozhodně nesouhlasím
 9. Nemám na to názor
- a. Zda bude přijat do zaměstnání
 - b. Zda ztratí zaměstnání
 - c. Jak vysoký bude mít plat
 - d. Zda bude povýšen
 - e. Zda získá možnost se dále vzdělávat

54. Uveďte, prosím, do jaké míry souhlasíte nebo nesouhlasíte s následujícími výroky:

Stupnice:

1. Rozhodně souhlasím, 2. Souhlasím, 3. Nesouhlasím, 4. Rozhodně nesouhlasím

9. Nemám na to názor

a. Už nemá moc cenu, aby se lidé po padesátce dál něčemu učili.

b. Jelikož lékařské náklady na léčení jsou velmi vysoké, mělo by být stanoveno, do jakého věku má člověk nárok na drahá lékařská vyšetření a zákroky.

c. Protože starých lidí stále přibývá, měli by mít omezenou možnost vstupovat do politiky, aby nemohli tolik ovlivňovat dění ve společnosti.

KONEC MODULU AGEISMUS

č. 4 Dotazník využitý v průzkumném šetření

Dobrý den.

Jmenuji se Iveta Řeháčková a jsem studentkou 3. ročníku na Fakultě zdravotnických věd University Palackého v Olomouci, oboru Všeobecná sestra. V rámci mé závěrečné bakalářské práce, která se týká Ageismu (negativních postojů k seniorům a diskriminaci seniorů v české populaci), Vás žádám o vyplnění následujícího dotazníku. Je samozřejmě anonymní a bude použit jen pro zpracování tohoto průzkumného šetření. Omlouvám se za možnou nečitelnost dotazníku, větší písmo nemohu již zvolit kvůli úspoře papíru. Prosím Vás tedy, aby jste si zajistili při vyplňování své dioptrické brýle, nebo Vám s dotazníkem pomohla sestřička nebo jiná Vámi zvolená osoba. Děkuji za pochopení a spolupráci. Přeji hezký den.

Po přečtení každé otázky, prosím zakroužkujte jednu z uvedených variant, pokud samozřejmě není uvedeno jinak.

1. Zakroužkujte Vaše pohlaví

- a) muž
- b) žena

2. Zaznamenejte kolik je Vám let

3. Uveďte, kde momentálně bydlíte, Vaše sociální zázemí

- a) v ústavní péči (domov důchodců, dům s pečovatelskou službou, dům pro seniory)
- b) doma s rodinou
- c) doma, docházím do denního stacionáře
- d) doma sám , sama

4. Setkal (a) jste se někdy s pojmem ageismus?

- a) ano, vím co termín ageismus znamená
- b) ano, ale nevím co slovo ageismus znamená
- c) ne, nikdy jsem se s tímto termínem nesetkal (a)

5. Slyšel (a) jste vtip, který si tropil žerty ze stáří, seniorů?

- a) ano
- b) ne
- c) mnohokrát

6. Byl (a) jste nazván (a) urážejícím jménem vztahující se k Vašemu stáří (př. „dědku“)?

- a) ano
- b) ne
- c) mnohokrát

7. Stalo se Vám, že se s Vámi jednalo s menší důstojností a respektem, kvůli vašemu věku?

- a) ano
- b) ne
- c) mnohokrát

8. Stalo se Vám, že lékař nebo zdravotní sestra předpokládali Vaši indispozici kvůli Vašemu věku?

- a) ano
- b) ne
- c) mnohokrát

9. Stalo se Vám, že osoba nepracující ve zdravotnictví, předpokládala Vaši indispozici kvůli Vašemu věku?

- a) ano
- b) ne
- c) mnohokrát

10. Byla Vám odmítnuta léčba, v souvislosti s Vaším dosaženým věkem?

- a) ano
- b) ne
- c) mnohokrát

11. Stalo se Vám, že lidé kolem Vás předpokládali, že neslyšíte dobře, kvůli Vašemu věku?

- a) ano
- b) ne
- c) mnohokrát

12. Stalo se Vám, že lidé kolem Vás předpokládali, že nerozumíte dobře, kvůli Vašemu věku?

- a) ano
- b) ne
- c) mnohokrát

13. Čekali jste na ošetření u lékaře podstatně déle než ostatní, protože jste byl (a) starší?

- a) ano
- b) ne
- c) mnohokrát

14. Pocítil (a) jste někdy v poslední době, že se k Vám někdo choval hůře nebo lépe jenom kvůli Vašemu věku?

- a) ano, pocítil(a) chovali se ke mně lépe kvůli mému věku
 - b) ano, pocítil(a) chovali se ke mně hůře kvůli mému věku
 - c) ne, takovou situaci jsem nezažil(a), chovají se ke mně jako k ostatním
- pokračování v ot. 14., 15., 16., 17.*

15. Pokud jste takovou situaci zažil/a, jak to na vás působilo?

- a) bylo to příjemné
- b) bylo to nepříjemné
- c) bylo mi to jedno

16. Stalo se, že se k Vám někdo choval nevhodně? Byl (a) to :

Můžete zakroužkovat více odpovědí

- a) sestra
- b) lékař
- c) záchranář
- d) rodinný příslušník
- e) spolucestující v MHD
- f) jiné

17. Pokud se k Vám někdo nevhodně choval, mluvil, tak se řadil do věkové kategorie? Můžete zakroužkovat více odpovědí

- a) dítě školního věku
- b) adolescent
- c) 20 - 40 let
- d) 41 – 59 let
- e) 60 a více

18. Pokud se k Vám někdo nevhodně choval, byl (a) to:

- a) muž
- b) žena

19. Byl Váš dům cílem ničení, kvůli Vašemu pokročilejšímu věku?

- a) ano
- b) ne
- c) mnohokrát

20. Víte kam se můžu obrátit v případě špatného zacházení se seniory?

- a) ano
- b) ne

21. V této sekci Vám dávám prostor pro vyjádření svého názoru na jednání společnosti se seniory, a co byste popřípadě chtěli změnit.

.....
.....
.....
.....
.....

*Inspirováno dotazníkem dle Palmore (2000) a dotazníkem Lucie Vidovičové a Ladislava Rabušice MODUL AGEISMUS 2003 v dotazníku AKTÉR (2003).
Dotazník byl upraven autorkou.*

Příloha I.

Paní
Ladislava Lahnerová
vedoucí zařízení
Domov s pečovatelskou službou
Ústecká 2855
470 01 Česká Lípa

V Olomouci dne 4.11.2009

Věc: Žádost o povolení výzkumného šetření v Domově s pečovatelskou službou.

Vážená paní Lahnerová,

obracím se na Vás se zdvořilou žádostí o povolení dotazníkového výzkumného šetření u vašich klientů – seniorů, v rámci mé závěrečné bakalářské práce na téma: „**Ageismus aneb negativní postoje či chování k seniorům v české populaci.**“

Cílem práce je zmapovat výskyt ageismu, jeho nejčastější zdroje a informovanost seniorů o tomto jevu. Na závěrečné práci pracuji pod odborným vedením Mgr. Šárky Ježorské, Ph.D. z Ústavu společenských a humanitních věd FZV UP v Olomouci. Výzkumné šetření bude prováděno formou anonymního dotazníku, který příkládám k žádosti.

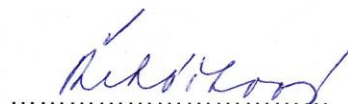
V případě zájmu Vám výsledky šetření ráda poskytnu.

Za spolupráci a kladné vyřízení mé žádosti předem děkuji.

Mgr. Šárka JEŽORSKÁ, Ph.D.
Ústav společenských a humanitních věd
FZV UP
Hněvotínská 3. 779 00 OLOMOUC



Mgr. Šárka Ježorská, Ph.D.
vedoucí bakalářské práce
Ústav společenských a humanitních věd
FZV UP Hněvotínská 3.
779 00 Olomouc



Iveta Řeháčková
studentka FZV
tel: 736267778


Yvett86@email.cz

Vyjádření vedení instituce:

žádost povolena žádost zamítnuta

Odůvodnění:.....

Datum: 6.11.2009

Razítko, podpis 
služby města České Lípy,
 příspěvková organizace
kolej 2213, 470 01 Česká Lípa
Domov s pečovatelskou službou
tel: 487 521 470, IČO: 727 45 339 ⑦

Příloha I.

Mgr. Ivo Vojtek
Ředitel Sociálních služeb města Kroměříže
Sociální služby města Kroměříž
Riegrovo náměstí 159
Kroměříž 767 01

V Olomouci dne 7.11.2009

Věc: Žádost o povolení výzkumného šetření v Domově důchodců v Kroměříži.

Vážený pane Vojtku,

obracím se na Vás se zdvořilou žádostí o povolení dotazníkového výzkumného šetření u vašich klientů – seniorů, v rámci mé závěrečné bakalářské práce na téma: „ **Ageismus aneb negativní postoje či chování k seniorům v české populaci.**“

Cílem práce je zmapovat výskyt ageismu, jeho nejčastější zdroje a informovanost seniorů o tomto jevu. Na závěrečné práci pracuji pod odborným vedením Mgr. Šárky Ježorské, Ph.D. z Ústavu společenských a humanitních věd FZV UP v Olomouci. Výzkumné šetření bude prováděno formou anonymního dotazníku, který přikládám k žádosti.

V případě zájmu Vám výsledky šetření ráda poskytnu.

Za spolupráci a kladné vyřízení mé žádosti předem děkuji.

Mgr. Šárka JEŽORSKÁ, Ph.D.
Ústav společenských a humanitních věd
FZV UP
Hněvotínská 3, 779 00 OLMOUC

Mgr. Šárka Ježorská, Ph.D.
vedoucí bakalářské práce
Ústav společenských a humanitních věd
FZV UP Hněvotínská 3
779 00 Olomouc

Iveta Řeháčková
studentka FZV
tel: 736267778

Yvett86@email.cz

Vyjádření vedení instituce:

žádost povolena žádost zamítnuta

Odůvodnění:

Datum: 15. 10. 2009

SOCIÁLNÍ SLUŽBY MĚSTA KROMĚŘÍŽE,
příspěvková organizace
Domov pro seniory Vážany
vedoucí zřizov. úseku
767 01 Kroměříž, Lesní 299/54

Razítko, podpis