



TECHNICKÁ UNIVERZITA V LIBERCI
Fakulta přírodovědně-humanitní
a pedagogická



Ageismus jako sociálně patologický jev ve společnosti

Bakalářská práce

Studijní program:

B7508 Sociální práce

Studijní obor:

Sociální práce a penitenciární péče

Autor práce:

Tereza Kočová

Vedoucí práce:

Mgr. Robert Trebicki, MBA

Katedra sociálních studií a speciální pedagogiky





TECHNICKÁ UNIVERZITA V LIBERCI
Fakulta přírodovědně-humanitní
a pedagogická ■

Zadání bakalářské práce

Ageismus jako sociálně patologický jev ve společnosti

Jméno a příjmení: Tereza Kočová
Osobní číslo: P19000699
Studijní program: B7508 Sociální práce
Studijní obor: Sociální práce a penitenciární péče
Zadávající katedra: Katedra sociálních studií a speciální pedagogiky
Akademický rok: 2020/2021

Zásady pro vypracování:

Cíl bakalářské práce: Charakterizovat ageismus jako sociálně patologický jev a zjistit, kdo v seniorské populaci patří do rizikové skupiny, která se s ageismem potýká ve svém životě.

Požadavky: Formulace teoretických východisek, příprava průzkumu, sběr dat, formulace závěrů.

Metody: Dotazování.

Při zpracování bakalářské práce budu postupovat v souladu s pokyny vedoucího práce.

Rozsah grafických prací:
Rozsah pracovní zprávy:
Forma zpracování práce:
Jazyk práce:

tištěná/elektronická
Čeština



Seznam odborné literatury:

- KLEVETOVÁ, D., DLABOLOVÁ, I., 2008. *Motivační prvky při práci se seniory*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2169-9.
- KUBEŠOVÁ, H., 2015. *Vybrané klinické stavy u seniorů: úskalí diagnostiky a terapie*. 1. vyd. Praha: Mladá fronta. ISBN 978-80-204-3394-7.
- ONDRUŠKOVÁ, J., 2011. *Stáří a smysl života*. 1. vyd. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-1997-2.
- TOMEŠ, I., aj., 2017. *Sociální souvislosti aktivního stáří*. 1. vyd. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-3612-2.
- STUART-HAMILTON, I., 1999. *Psychologie stárnutí*. 1. vyd. Praha: Portál. ISBN 80-7178-274-2.
- VODÁČKOVÁ, D., aj., 2002. *Krizová intervence*. 1. vyd. Praha: Portál. ISBN 80-7178-696-9.

Vedoucí práce:

Mgr. Robert Trebicki, MBA
Katedra sociálních studií a speciální pedagogiky

Datum zadání práce:

20. dubna 2021

Předpokládaný termín odevzdání:

30. dubna 2022

prof. RNDr. Jan Pícek, CSc.
děkan

L.S.

PhDr. Pavel Kliment, Ph.D.
vedoucí katedry

V Liberci dne 11. června 2021

Prohlášení

Prohlašuji, že svou bakalářskou práci jsem vypracovala samostatně jako původní dílo s použitím uvedené literatury a na základě konzultací s vedoucím mé bakalářské práce a konzultantem.

Jsem si vědoma toho, že na mou bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb., o právu autorském, zejména § 60 – školní dílo.

Beru na vědomí, že Technická univerzita v Liberci nezasahuje do mých autorských práv užitím mé bakalářské práce pro vnitřní potřebu Technické univerzity v Liberci.

Užiji-li bakalářskou práci nebo poskytnu-li licenci k jejímu využití, jsem si vědoma povinnosti informovat o této skutečnosti Technickou univerzitu v Liberci; v tomto případě má Technická univerzita v Liberci právo ode mne požadovat úhradu nákladů, které vynaložila na vytvoření díla, až do jejich skutečné výše.

Současně čestně prohlašuji, že text elektronické podoby práce vložený do IS/STAG se shoduje s textem tištěné podoby práce.

Beru na vědomí, že má bakalářská práce bude zveřejněna Technickou univerzitou v Liberci v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb., o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších předpisů.

Jsem si vědoma následků, které podle zákona o vysokých školách mohou vyplývat z porušení tohoto prohlášení.

Poděkování

Mé poděkování patří Mgr. Robertovi Trebicki, MBA za ochotu, flexibilitu, vstřícnost, cenné rady a celkovou podporu.

Mé další poděkování patří nejbližší rodině a partnerovi za morální podporu, pomoc a pevné nervy při soužití v době tvorby této práce.

Anotace

Bakalářská práce se zabývá ageismem jako sociálně patologickým jevem ve společnosti. Cílem práce je charakteristika Ageismu jako sociálně patologického jevu a zjištění od seniorské populace, která se s Ageismem potýká ve svém životě.

Teoretická část definuje samotný pojem ageismus, jeho zdroje a projevy. Srovnání postojů tří zemí, jak pohlíží na problematiku ageismu. Definujeme také sociální patologii, kde se hlouběji zabýváme teoriemi zdrojů sociální patologie a následně agresivitou a násilím. Klíčovou podkapitolou je prevence násilí a agresivního chování. Zmiňujeme v závěru teoretické části pojem senior a změny, které s sebou stáří přináší. Změny zmiňujeme velice obsáhle a z každého pohledu, protože každý senior je individuální bytostí a bio-psycho-sociální jednotkou. V poslední kapitole dochází ke komparaci přístupů k seniorům v České republice vs. USA a v závěru teoretické části definujeme nadřazený pojem pro ageismus, kterým je EAN. Což je zkratka anglického sousloví Elder Abuse and Neglect Syndrom, který si překládáme, jako špatné zacházení či týrání seniorů.

V empirické části se zaměřujeme na kvantitativní výzkum v podobě dotazníkového šetření, zároveň interpretací získaných dat a zodpovězení si na výzkumné otázky.

Klíčová slova – ageismus, EAN, sociální patologie, senior, domácí prostředí, sociální služby.

Annotation

This bachelor's thesis is focused on ageism as social-pathological phenomenon in society. The aim of the thesis is characterization of ageism such as social-pathological phenomenon and a survey of this issue within the elderly, who face ageism in their lives.

Theoretical part defines ageism and its cause and manifestation and comparison of approaches of three different countries. We define social pathology and the theories of its cause and aggression and violence. The key chapter is the prevention of violence and aggression. In the end of the theoretical part there are mentioned the term senior and changes, which are brought by getting old. The changes are described extensively and from different points of view, because every senior is an individual human being and bio-psycho-social unit. The comparison of the approaches in the Czech Republic and the USA is found in the last chapter. In the end of the theoretical part there is superordinate term for ageism EAN (= Elder Abuse and Neglect Syndrom).

The practical part is focused on quantitative research through a questionnaire survey, interpretation of given data and answering of research question.

Key Words – Ageism, EAN, social pathology, senior, home environment, social services.

Obsah

Úvod.....	12
1 Ageismus.....	13
1.1 Zdroje ageismu.....	13
1.2 Projevy ageismu.....	14
1.3 Srovnání projevů Ageismu v ČR, VB a Německu.....	16
2 Sociální patologie.....	18
2.1 Teorie zdrojů sociální patologie.....	18
2.2 Agresivita a násilí.....	21
2.3 Prevence násilí a agresivního chování.....	22
3 Senior.....	25
3.1 Změny ve stáří.....	25
3.2 Pohled na seniory v ČR a v USA.....	27
3.3 EAN.....	28
EMPIRICKÁ ČÁST.....	30
4 Cíl bakalářské práce.....	30
5 Použité metody.....	31
5.1 Kvantitativní průzkum.....	31
5.2 Etické zásady.....	32
6 Průběh průzkumu.....	33
6.1 Pilotní průzkum.....	33
6.2 Průzkum.....	34
7 Popis zkoumaného vzorku.....	35
8 Interpretace dat.....	37
8.1 Položka 3.....	38
8.2 Položka 4.....	39
8.3 Položka 5.....	40
8.4 Položka 6.....	41
8.5 Položka 7.....	43

8.6	Položka 8	45
8.7	Položka 9	47
8.8	Položka 10	49
8.9	Položka 11	51
8.10	Položka 12	53
8.11	Položka 13	55
8.12	Položka 14	57
8.13	Položka 15	58
9	Vyhodnocení výzkumných otázek.....	60
	Diskuse.....	62
	Navrhovaná opatření	63
	Závěr	66
	Seznam použitých zdrojů	67
	Seznam příloh	69

Seznam tabulek

Tabulka 1 Nejvyšší dosažené vzdělání respondentů	38
Tabulka 2 Povolání respondentů	39
Tabulka 3 Obor, ve kterém respondenti pracovali	40
Tabulka 4 Kde respondenti bydlí?	41
Tabulka 5 Setkali se respondenti s diskriminací?	43
Tabulka 6 Mají respondenti osobní zkušenost s diskriminací?	45
Tabulka 7 Kdo byl agresorem při diskriminaci?	47
Tabulka 8 Způsob diskriminace	49
Tabulka 9 Prostředí diskriminace	51
Tabulka 10 Informovanost o diskriminaci	53
Tabulka 11 Zaměstnanost respondentů	55
Tabulka 12 Postavení respondentů ve společnosti	57
Tabulka 13 Povědomí o ageismu	58

Seznam grafů

Graf 1 Pohlaví respondentů	35
Graf 2 Věk respondentů	36
Graf 3 Nejvyšší dosažené vzdělání respondentů	38
Graf 4 Povolání respondentů	39
Graf 5 Kde respondenti bydlí?	41
Graf 6 Setkali se respondenti s diskriminací?	43
Graf 7 Mají respondenti osobní zkušenost s diskriminací?	45
Graf 8 Kdo byl agresorem při diskriminaci?	47
Graf 9 Způsob diskriminace	49
Graf 10 Prostředí diskriminace	51
Graf 11 Informovanost o diskriminaci	53
Graf 12 Zaměstnanost respondentů	55
Graf 13 Postavení respondentů ve společnosti	57
Graf 14 Povědomí o ageismu	58

Seznam použitých zkratek a symbolů (dle abecedy): (dopsat a doladit)

APPS ČR – asociace poskytovatelů sociálních služeb České republiky

MPSV – Ministerstvo práce a sociálních věcí

OSVČ – osoba samostatně výdělečně činná

OZP – osoby se zdravotním postižením

ÚP ČR – Úřad práce Česká republika

WHO – World Health Organization

ZSST – Zdravotně sociální služby Turnov

Úvod

Cílem bakalářské práce je charakteristika ageismu jako sociálně patologického jevu a zjištění od seniorské populace, která se s ageismem potýká ve svém životě. Od seniorů budeme zjišťovat, zda a jakým způsobem či kde se s diskriminací na základě věku, potýkají nejčastěji.

V první kapitole se s pojmem ageismus seznámíme hlouběji. Nejprve si tento pojem vydefinujeme a následně se budeme zabývat zdroji, které nejčastěji nalzáme ve stereotypech a mýtech o seniorech. Tématem další podkapitoly budou projevy, jak se s ním můžeme v praxi setkat a v závěrečné podkapitole si srovnáme postoje, jaké zaujímají zvolené země ČR, VB a Německo.

Druhá kapitola se zabývá sociální patologií, kde se budeme úvodem zabývat definicemi tohoto sousloví. Dále si vydefinujeme různé teorie sociálně patologických jevů pramenících z biologicko-psychologických teorií, sociálně psychologických teorií a sociologických teorií. Zaměříme se také na agresivitu a násilné chování. Závěrem si zformulujeme prevenci násilí a agresivního chování.

Třetí kapitola se má za úkon vymezit si zde, kdo je senior. K jakým biologickým, psychickým a sociálním změnám u seniorů dochází. Další podkapitolou si specifikujeme pohled na české a americké seniory, také zhodnotíme jejich životní úroveň a srovnáme jejich pohybovou aktivitu. Na závěr této kapitoly si definujeme syndrom EAN.

1 Ageismus

Pojmem ageismus se začali zabývat v USA v druhé polovině dvacátého století. Zavedl jej ředitel Národního institutu pro stárnutí, R. N. Butler, který reagoval na stárnutí populace moderní společnosti (Farková 2009, s. 100). Pojem je odvozen od anglického slova age, který v překladu znamená věk. Definici tohoto pojmu si můžeme v nejširším pojetí vysvětlit jako diskriminaci na základě věku (Hartl, aj. 2000, s. 20). Jak definice napovídá, s touto diskriminací se může člověk setkat v jakémkoliv věku. Senioři jsou jako skupina obyvatel velice oslabená díky změnám, které s sebou stáří přináší (Mlýnková 2011, s. 36).

Mlýnková vysvětluje diskriminaci jako odlišný, rozdílný přístup k lidem nebo různým společenským skupinám. Může docházet k omezení jejich práv a oslabování rovnosti mezi ostatními skupinami ve společnosti (2011, s. 37).

Farková ve své monografii zmiňuje ageismus jako *systematické stereotypizování a diskriminace lidí pro jejich stáří* (2009, s. 100). Senioři jsou kategorizováni jako staromódní, senilní a rigidní ve svých způsobech a myšlení. Mlýnková ve své monografii specifikuje důvody, proč jsou senioři kategorizováni, zejména pak jejich neúčast v pracovním procesu, jejich označení, jako neproduktivní část společnosti, která spíše využívá sociální služby a více lékařské péče (2011 s. 38).

Vidovičová specifikuje ageismus jako ideologii založenou na sdíleném přesvědčení o nerovnosti jednotlivých fází lidského životního cyklu, manifestovanou skrze proces systemické, symbolické i reálné stereotypizace a diskriminace osob a skupin na základě jejich chronologického věku nebo na základě jejich příslušnosti k určité generaci (Štěpánová 2014, s. 32).

Jak zmiňujeme v definicích výše, dnes se jedná o širě definovaný termín, který zahrnuje předsudky a negativní představy o seniorech, nebo samotné projevy vůči starší skupině společnosti. Jsou to stereotypy, které utváří naše výroky a postoje k této cílové skupině. Špatně zakotvené stereotypy nás vlastně přesvědčují, že mají pravdu (Tošnerová 2002, s. 6).

1.1 Zdroje ageismu

Tošnerová definuje jednotlivé zdroje ageismu ve své monografii, které vedou k negativním stereotypům a mýtům. Jedním ze zdrojů je **strach ze smrti**, což pojmáme jako součást životního cyklu. Velice často se ve společnosti setkáváme s předsudky, že smrt neexistuje. Je ve společnosti velice tabuizována nebo bagatelizována. Dalším zdrojem je **propagace fyzické krásy a mladého vzhledu**, který je tolik ve společnosti propagován. Setkáváme se zobrazováním seniorů buď v negativním světle, nebo nejsou zobrazováni vůbec, což může utvářet pohled seniora sám na sebe rovněž v nelibém pohledu. Jak jsme již výše zmínili, senioři jsou v této životní fázi vnímání spíše jako neproduktivní, což navazuje na další zdroj ageismu, který je **spojením produktivity s ekonomickým potenciálem** (Tošnerová 2002, s. 13). Důsledkem těchto zdrojů je rozdělení společnosti podle

věkových kategorií, které s sebou nesou příslušné role. Ale jednotlivé věkové kategorie se spolu již nedovedou domluvit a ubývá mezigenerační solidarity vůči starší generaci (Klevetová, aj. 2008, s. 14).

Na základě výše zmíněného jsou níže vydefinována další „klíčová slova“, která předchází samotným zdrojům vzniku ageismu:

Stereotyp je souhrn úsudků o osobnostních či tělesných rysech, charakteristik celé skupiny společnosti. Používání stereotypů umožňuje rychlé zpracování a uložení informací ať pravdivých či nepravdivých (Hartl, aj. 2000, s. 564). **Stereotypy o stáří** často vznikají ze zjednodušeného hodnocení či tzv. černobílého myšlení (Tošnerová 2002, s. 7).

Mýtus je představa o něčem či někom, která je nekriticky přijímaná, expresivně je to blud či výmysl (Tošnerová 2002, s. 6). Ve společnosti pak nalezneme nejčastěji čtyři mýty o seniorech. První z nich říká, že senioři nejsou aktivní. Tento mýtus pramení z předsudku a škatulkování seniorů do jedné skupiny. Přitom právě odchodem do penze začíná seniorovi zasloužený odpočinek od pracovního procesu, čímž jim vznikne zároveň prostor pro aktivní trávení svého volného času. Další z mýtu české společnosti tvrdí, že moderní dotykový telefon není pro „staré“, což můžeme opět vyvrátit. A to na základě vztahu seniorů ke své rodině. Když má rodina mezi sebou mnoho kilometrů, které neumožňují seniorovi se každodenně scházet s rodinou, jsou motivováni se s moderními technologiemi naučit pracovat. Senioři se nechtějí učit již nic nového, mají rádi stereotyp, což je další z mýtů naší společnosti. Což rovněž není pravda, senioři mají možnosti docházet na univerzity třetího věku, aktivně se zabývají svými koníčky, navštěvují jazykové kurzy apod. Také společnost tvrdí, že senioři v penzi nepracují, což se opět mýlíme. Na trhu práce stále nalezneme seniory, kteří pracují, byť jim již vznikl nárok na starobní důchod (Oko24.cz 2021).

Diskriminace je podle obecné definice omezování či upírání práv jiné osoby nebo skupiny osob z jakýchkoliv příčin, např.: etnicita, náboženství, jazykových, věkových apod. Podle kontinuitní teorie se jedná o vytváření podmíněné asociace, která se postupně upevňuje, a ostatní zanikají. Hartlův slovník nabízí výklad ještě teorie diskontinuitní, což je celostní teorie. Říká, že jde o složité situace složené z mnoha prvků, na které jedinec reaguje pouze z dominantní části, ostatní jsou neúčinné (Hartl, aj. 2000, s. 115).

1.2 Projevy ageismu

Zejména senioři se mohou s projevy ageismu setkat prakticky kdekoliv, v dopravních prostředcích, obchodech, na úřadech, u lékaře, v sociálních službách či v domácím prostředí.

Trh práce je běžným místem, kde se ageismus vyskytuje. Je celkem běžnou skutečností, že zaměstnavatelé shání mladé, flexibilní a dynamické pracovníky, kteří umí několik světových jazyků. Zejména ženy, kterým chybí pět let k dosažení nároku na starobní důchod, mají velice náročné si sehnat novou práci. Proto vzniká třetí plocha mezi mladší generací a stárnoucí. Díky nástrojům

sociální politiky je možnost zrovnoprávnění podmínek pro přijetí do zaměstnání a také bariéra sociálního vyloučení z důvodu věku (Haškovcová 2010, s. 35).

Ageismus na **pracovišti** se jako kdekoli jinde velice špatně prokazuje. Nadřizený se může obávat, že na práci již člověk předdůchodového věku nestačí. Výpověď tedy může být zdůvodněna, že toto pracovní místo již zaniká nebo to zkrátka nadřizený neodůvodňuje. Jedinou možností mladšího seniora je jednat narovinu, přizpůsobit se a brát skutečnost s nadhledem (Štrauchová 2014).

Podívejme se do **médií**, jak často a jakým způsobem dochází ke styku se seniory. Dalo by se říci, že jde o mizející skupinu, protože jak stárnou, ztrácejí na důležitosti a v televizi jsou tedy téměř neviditelní. Senioři jsou především cílovou skupinou osob, která nejčastěji sleduje televizi. Reklamy, časopisy a noviny nejsou vůbec orientovány na seniorskou cílovou skupinu.

Co se týče zdravotníků, jsou to odborníci, ke kterým naše společnost vzhlíží, jenže i oni potvrzují tento stereotyp svým přístupem a vystupováním. Ke **zdravotníkům** se přidává i farmaceutický průmysl i výrobci kompenzačních pomůcek. Farková označuje tyto odborníky za tzv. průvodce stářím (2009, s. 100). Tito průvodci, profesionálové zaměřující se na péči o lidi se sníženou soběstačností, mají deformovaný pohled. Protože se přirozeně zaměřují na ty, kteří jejich péči potřebují, což je pouze 5 % lidí nad 65 let (Wija 2018).

Od **pečovatelů** v sociálních službách se též mohou senioři dočkat ageistických projevů. Jedním z těchto projevů může být neskrývaná averze vůči seniorům. V praxi se takové jednání projevuje jako nechť pečovatele ošetřit seniora. Další z projevů od pečovatele je vyhýbání se kontaktu se seniory. Pečovatel v takovém případě zajistí u seniora jen „to nejnnutnější“ z ošetrovatelské péče, ale zbytek potřeb seniora je zanedbán. Chybí zde aktivní přístup k péči o seniora a jeho subjektivní pohodlí či nepohodlí. Posledním z projevů, které Mlýnková v monografii uvádí, je nadměrná podpora pečovatele. Je tedy úplným opakem zmíněných projevů. Pečovatel se sám staví do role experta na péči, čímž seniora připravuje o aktivní účast na vlastní péči. Je mu odmítáno poskytnutí prostoru na úkony, které zvládá byť pomaleji, díky čemuž se snižuje seniorovo sebevědomí, soběstačnost a je více závislá na péči druhých osob (Mlýnková 2011, s. 37).

Samotné projevy můžeme spatřovat i v **přístupu společnosti k roli důchodce**. Senior se neúčastní pracovního procesu a může být vnímán jako neproduktivním konzumentem příspěvku na péči a zdravotnické péče, na kterou daněmi přispívá pracující část společnosti. Také je senior vnímán jako osoba závislá na péči druhých, neschopna samostatné existence a co víc, je senior přirovnáván k dítěti, které se pro svůj nízký věk a nevyzrálou o sebe neumí postarat (Mlýnková 2011, s. 38).

S projevy Ageismu se můžeme setkat i v **komunikaci**, zejména typickém familiérním oslovení „babi“, „dědo“. Na takové oslovení má pouze nárok blízká rodina a nikoliv profesionál sociálních

služeb porušováním profesní etiky. Další z komunikačních projevů jsou zdobněliny při hovoru se seniorem např.: „jdeme se napapat“, „pojďte si hajnout“, apod. (Mlýnková 2011, s. 37).

Důležitou roli také hraje fakt, jak moc sami senioři přebírají stereotypy o stáří a identifikují se s nimi (Wija 2018).

1.3 Srovnání projevů Ageismu v ČR, VB a Německu

Ve **Velké Británii** byla provedena studie, ze které vyplývá, že nejvíce negativní postoje ke stárnutí mají mileniálové, což je skupina obyvatel, která se narodila po roce 1982. Čtvrtina této generace vidí jako normu u seniorů, že jsou nešťastní a depresivní. Celých 40 % věří, že neexistuje způsob úniku od demence. Studie také ukazuje, že jedna čtvrtina dotazovaných respondentů vidí osamělost, jako součást procesu stárnutí. Dvě třetiny z dotazovaných také ve studii uvedlo, že nemají přátele, kteří jsou starší o 30 let. Další ze zjištění studie bylo, že polovina žen a čtvrtina mužů uvedla, jaký cítí tlak ze strany společnosti, aby vypadali dlouho mladě.

Jak studie ukazuje, jsou ageistické postoje v Anglické společnosti hojně zastoupeny a mají zásadní dopad na zdraví veřejnosti.

Společnost na základě výsledků studie učinila kroky ke zmírnění ageistických dopadů pro společnost, např.: zákaz používání termínu „anti-ageing“ v kosmetickém průmyslu. Důležité je realistické zobrazení stárnutí, které odráží výzvy i příležitosti, které seniorský věk přináší (The Guardian, 2022).

Průzkumy v **Německu** prokázaly, že věk je nejčastější důvod, proč jsou lidé diskriminováni. Shrnují nejčastější projevy ageismu v jejich společnosti, zejména neobdržení kreditní karty na základě věku, nebo nepojištění v soukromém zdravotnickém pojištění po dosažení určitého věku. V kolektivních smlouvách jsou některé odměny také podmíněny věkem. Ageismus obecně dělí na různé formy (Senioren bedarf, 2022):

- urážlivý komentář
- věkově omezená pravidla, předpisy nebo kritéria

Interní průzkumy ukazují, že každý pátý Němec byl alespoň jednou diskriminován na základě svého věku. Velice smutné je, že to většina postižených považuje za normální (Senioren bedarf 2022).

Ageismus je jako věková diskriminace velice obsáhlý a bohatý koncept, který stále není probádáný a řada oblastí zůstává neobjasněná. Důvodem dle Vidovičové je spíše neuvědomění si širé a hloubky s jakou je ageismus ve společnosti zakořeněný. Čím dříve se začneme touto problematikou zabývat, tím dříve budeme moci změnit nadcházející hluboké změny v demografické struktuře české společnosti. Inkluzivní společnost, kterou se snažíme vytvořit, si nemůže dovolit věkové bariéry přehlížet (Vidovičová 2006).

První kapitola byla o ageismu, v úvodu jsme si vydefinovali samotný pojem. V první podkapitole jsme se zabývali zdroji ageismu a následně stereotypy a mýty, které se váží k seniorské populaci. V druhé podkapitole jsme si zmínili, kde se s ageismem můžeme potkat. Poslední podkapitola nám sloužila jako aktuální data ve společnosti, která se zabývají ageismem.

V druhé kapitole se zaměříme na sociální patologii. V počátku kapitoly si vydefinujeme sousloví a teorie zdrojů sociální patologie. V závěru druhé kapitoly se zaměříme na prevenci agrese a násilného chování.

2 Sociální patologie

Pojem patologie pochází z latinského slova pathos, které překládáme jako utrpení, choroba. Sousedství sociální patologie si vysvětlujeme, jako souhrnné označení něčeho abnormálního, nežádoucího a nezdravého, co ve společnosti porušuje sociální a morální normy. Sociální patologie se zabývá zdroji a příčinami. Dále se snaží o aplikaci preventivních postupů, jejichž cílem je eliminace sociální patologie ve společnosti. Také můžeme říci, že se sociální patologie zabývá takovými způsoby chování a jednání, které jsou ve společnosti nežádoucí, protože porušují morální, sociální či právní normu danou a uznávanou společností (Fischer 2020, s. 15 – 16).

Příčiny vzniku sociálně patologických jevů a chování lze označit, jako multifaktoriální. Na základě osobnosti a jeho nositele, důsledkem působení různých bio–psycho–sociálních faktorů, což ve vzájemné interakci působí v inkriminovaném čase. Díky čemuž vzniklo v etiologii sociální patologie, ke třem základním postupům (Fischer 2020, s. 30):

1. Kinds of people theory – Teorie, které předpokládají u určitých typů lidí tendence volit chování mimo společenské normy.
2. Situační teorie – Předpokládá, že se v určité sociální situaci navozují možnosti vzniku a rozvoje sociální patologie. Takového chování by se mohl dopustit téměř kdokoliv.
3. Konjunktivní teorie – Jedná se o kombinaci obou výše zmíněných teorií. Faktem je, že se v určitých situacích určité typy lidí budou chovat mimo společenskou normu.

2.1 Teorie zdrojů sociální patologie

Existují teoretická východiska, která poskytují velice ucelený přehled, pro aplikování u vzniku a rozvoje dalších patologických jevů. Tyto teorie se mohou prolínat a potvrzují výše zmíněný výrok o multifaktoriálních příčinách sociálně patologických jevů (Fischer 2020, s. 31). Lze je rozdělit do tří přístupů, které si nyní blíže definujeme:

Biologicko-psychologické teorie mají své kořeny v daleké historii, tedy již v Antice v podobě pozorování nerovností tělních tekutin. Ve středověku zkoumání pokročilo k znakům charakterovým a chováním člověka. Fyzické anomálie byly považovány jako ukazatel nemorálního chování, což mělo pro jeho nositele většinou tragické následky (Fischer 2020, s. 31).

V 18. století byla zformulována vídeňským anatomem Franzem Josephem Gallem tzv. frenologie. Ta přisuzovala vládu nad určitým typem chování lidské vlastnosti a protisociálního jednání určitým oblastem mozku. Také tvrdil, že čím je větší regulační oblast v mozku, tím lépe je daná vlastnost rozvinuta. Velikost této oblasti určoval tvar a výstupky na lebce (Fischer 2020, s. 31).

Vlivem rozvoje přírodních věd v 19. století, byly výrazně ovlivněny vědy o společnosti. Zejména pozitivistická kriminologie, která se v této době rozvíjela, vychází z principů evoluční biologie. Což znamená, že jedincův vývoj byl narušen a jeho abnormalita se projevuje nejen po tělesné, duševní i morální stránce ale i kriminálním chováním (Fischer 2020, s. 31).

Criminal man, v překladu rozený zločinec je Lambrosova teorie, která měla v polovině 19. století a později veliký význam. Autor totiž zkoumal na čtyřech tisících odsouzených lidí jejich měřitelný duševní i tělesný znak, tedy tvar lebky. Jeho zjištěním u odsouzených bylo, že se jedná o degenerovanou skupinu lidské populace. Později sám autor přezkoumal svou teorii a připustil existenci vícero faktorů, které se podílí na vzniku kriminálního chování (Fischer 2020, s. 32).

Dalším významným autorem je H. H. Goddard a jeho teorie Oligofrenie jako příčina delikvence. Tento autor se zaměřil ve své studii na mentálně retardované jedince, jejichž mentální úroveň se pohybuje ve slaboduché rovině. Goddardovi se nepodařilo přesně vymezit podíl biologických a sociálních faktorů na kriminogenezi, čímž se tato biologicko-psychologická teorie nelze považovat za prokazatelnou (Fischer 2020, s. 32).

Konstituční teorie se snaží na základě zděděných tělesných a duševních vlastností jedinců přiřadit určité psychické vlastnosti včetně sklonu k deviantnímu chování. V Evropě byl nejvýznamnějším autorem konstituční teorie Ernest Kretschmer, který na základě analýzy patologických případů přišel na čtyři tělesné typy. Kretschmer byl inspirací pro Wiliama H. Sheldona, který vytvořil klasifikaci lidských typů (Fischer 2020, s. 33).

Další studií, kterou Fischer ve své monografii zmiňuje, jsou genetické a adopční studie. Dědičné predispozice nebyly statisticky potvrzeny. Značný podíl byl přisouzen sociálním vlivům, zejména učením a výchovou (2020, s. 33). Mednick analyzoval adopční studie, které byly orientovány na výzkum kriminality adoptovaných dětí, jejichž biologický či adoptivní otec spáchal či nespáchal trestný čin. Výsledky těchto analýz nepotvrdily spolehlivě genetickou predispozici k delikvenci. Díky čemuž Mednick tvrdí, že má větší vliv prostředí než genetická predispozice (Fischer 2020, s. 34).

Současné biokriminologické přístupy se od počátku osmdesátých let 20. století liší zejména v klasickém pojetí biologických teorií, které ustupují v důsledku rozvoje medicíny, moderní biologie, etologie a sociologie. Zaměřuje se spíše na fyzické aspekty psychologických poruch a onemocnění. Moderní teorie jsou ve svých tvrzeních opatrnější než v historii. Jejich současným znakem je akceptace a relativistický pohled i přes vyzdvihnutí primárního významu biologické determinace lidského jednání (Fischer 2020, s. 34).

Sociálně psychologické teorie považují psychologické teorie devianty za nositele jisté abnormality. Z psychologického hlediska je deviace označována za nemoc a abnormalitu, je potřeba ji léčit a kontrolovat. V každé společnosti se potýkáme s deviantním, pohoršujícím, nemorálním a společensky nebezpečným chování (Fischer 2020, s. 34).

Psychologické teorie v zárodku hojně vycházely z teorií S. Freuda a behaviorismu. Také vychází z koncepce, která tvrdí, že deviace není dědičná, ale je následkem špatné socializace v dětském věku. Zejména koncepce J. Bowlbyho, který se zaměřoval na vazbu mezi dítětem a matkou, analýzu rané dětské socializace s případnými vývojovými potížemi při tvorbě postojů vůči

společenským normám a hodnotám. Nejnovější teoretické přístupy již počítají s větším počtem vnějších vlivů (Fischer 2020, s. 34).

Teorie sociálního učení je další zmiňovaná teorie ve Fischerově monografii. Zejména zmiňuje Eysenckovu teorii příčin kriminálního jednání, která pracuje s vybranými osobnostními charakteristikami. Konkrétně extrovertní neurotičtí jedinci mají nižší schopnost požadovaného sociálního učení, což se může projevat na nerespektování společenských norem. Eysenckovu teorii doplnili Bronner a Healy, kteří hovoří o polyetiologii kriminálního chování. Což spočívá v interakci zátěžových situací, frustrací, poruch emocionality, pocitů méněcennosti a jejich kompenzace (Fischer 2020, s. 35).

Teorie charakteru a temperamentu vychází z teorie osobnosti a předpokládají specifické reakce. Tato koncepce pracuje s vybranými rysy temperamentu a charakteru, zejména jimi jsou (Fischer 2020, s. 35):

- Vyhledávání nového – s tímto temperamentovým rysem souvisí snadná impulzivita, znučenost a neukázněnost. Důsledkem může být nestálost v jednání a vztazích.
- Vyhýbání se poškození – ladění tohoto rysu temperamentu souvisí s nízkou zodpovědností, nedostatkem sebereflexe a riskantními způsoby chování.
- Vytrvalost – ve smyslu k patologickým jevům je tento rys laděn v nižší schopnost plnit cíle a nižší zájem o práci.
- Sebeřízení – nízká hodnota souvisí s nevyzrálostí, tendencí k destruktivitě, nezodpovědnost a nespolehlivost. U těchto osob se často mohou vyskytovat poruchy osobnosti.
- Spolupráce – lidé s nízkými hodnotami u tohoto rysu charakteru jsou sebestřední, netolerantní a pomstychtiví. Zajímají se hlavně o vlastní prospěch a bývají bezohlední vůči druhým.
- Sebepřesah – osoby s nižší úrovní charakterového rysu jsou pyšné, sebevědomí. Jsou charakterističtí honbou za majetkem a obecně stálou nespokojeností.

Delikventní jedinec je egocentrický a je mu lhostejná reakce okolí. Důležité je pro takového člověka vlastní uspokojení a vlastní názor. Také má zvýšenou potřebu zážitku a stereotyp běžného člověka jej neuspokojuje. V menší míře pociťuje strach, nereaguje na nebezpečí, není schopen odhadnout rizikovost vlastního jednání. Důsledkem je neschopnost zvládnout konkrétní situace, což pak ústí právě v delikventní nebo patologické chování (Fischer 2020, s. 36).

Psychologie morálního vývoje se zabývá vznikem a vývojem deviantním jednáním v závislosti na osobní morálce. Za deviantní jedince jsou považováni jedinci, kteří mají nedostatečně rozvinutou úroveň morálky (Fischer 2020, s. 36).

Sociologická teorie se zabývá společensky nežádoucím až nepřijatelným chování a zaměřuje se na jeho souvislost v různých společenských kontextech, zejména pak problém existence různých

skupin a subkultur, které v moderní společnosti můžeme pozorovat. V současné literatuře můžeme nalézt základní klasifikaci teorií sociálně deviantního jednání (Fischer 2020, s. 37).

Teorie kulturního přenosu předpokládá, že deviantní chování se lidé učí v interakci s jinými lidmi obvykle v primárních skupinách. Vzniká obvykle v subkulturách, kde je považováno za normální, ale většinová společnost takové chování netoleruje (Veteška, aj. 2020, s. 86).

Teorie anomie tvrdí, že v každé společnosti jsou určité hodnoty, kterých se většina jedinců snaží dosáhnout. Ve společnosti, kde nejsou hodnoty dostatečně vymezené, se může jedinec dezorientovat, což vede k náchylnosti chovat se deviantně až kriminálně. Nejvýznamnějším autorem, který se těmito teoriemi zabýval, byl R. K. Merton. Upozorňoval na výrazný nesoulad mezi obecně uznávaným hodnotovým systémem uznávaným ve společnosti a legitimními prostředky pro dodržování. Což vede k deviantnímu chování, které vede k nárůstu kriminality i dalších sociálně deviantních jevů (Veteška, aj. 2020, s. 86).

Etiketizační teorie říká, jak by mohla být identita a chování jednotlivců určována nebo ovlivňována pojmy používanými k jejich popisu nebo klasifikaci. Dominantním tvrzením této teorie je, že deviantní a kriminální chování vzniká teprve v sociálních procesech, kdy určitým vzorcům chování připisujeme určité významy. Díky této tézi je důležité studovat nejen pachatele kriminálního chování také interakce s těmi, kteří vytváří normy (Veteška, aj. 2020, s. 87).

2.2 Agresivita a násilí

Úvodem této kapitoly si nejprve specifikujeme klíčová slova této podkapitoly. **Agresivita** je sklon k agresivnímu chování. **Agrese** označuje aktuální projev agresivního chování, v běžné řeči bychom mohli agresi označit jako synonymum pro násilí a brutalitu. **Agresivní chování** definujeme jako porušení sociálních norem, omezení práv a narušení integrity jiných osob. Jedná se o symbolické nebo reálné omezování, poškozování či ničení. **Hostilita** je dlouhodobým emočním stavem nemocného člověka, který projevuje agresivní chování vůči druhým. Hlavním rysem takového chování je hněvivé odmítání druhých, vědomá snaha a touha uškodit (Kopecká 2015, s. 51).

Zkoumání příčin a možnosti eliminace agresivních forem chování je čím dál tím více na pořadu dne. Díky masmédiím a internetu se agresivita a násilím šíří a rozrůstá, je tedy otázkou psychologickou, sociologickou ale i politickou (Fischer 2020, s. 47).

Z pohledu sociální patologie je to velice obsáhlé téma. Z počátku K. Lorenze definoval agresi jako pudovou tendenci bez vnějšího podnětu. Což bylo později v rozporu, díky rozvoji behaviorismu. Příčiny agrese byly hledány nikoliv v člověku, ale v jeho okolí. Dollard se zabýval teorií, která tvrdila, že agresivita je reakcí na frustraci (Fischer 2020, s. 47).

Jednotná definice pro agresivní chování a násilí není. Ale můžeme jej definovat jako manifestní a pozorovatelné chování, které má za cíl poškodit jiný organismus nebo předmět neživotný. Také lze

takové jednání definovat jako porušení sociálních norem a omezující práva narušující integritu sociálního okolí (Fischer 2020, s. 48).

Agresivita a násilí může být součástí poruch osobnosti nebo psychotickými poruchami u osob, které toto jednání vykazují velice často (Fischer 2020, s. 48).

Agresivitu lze také dělit dle charakteru: zlostná agresivita, instrumentální a spontánní (Fischer 2020, s. 49). Také lze toto chování rozdělit dle doby vzniku na vrozené a získané. Každý člověk má k agresivnímu jednání vrozené dispozice, které jsou individuální. Jsou také potřebné k vytvoření společenské hierarchie (Fischer 2020, s. 51).

APSS ČR zrealizovala projekt proti násilí v péči o seniory, cílem samotného projektu bylo reagovat na tuto problematiku. Samotnému problému je obecně potřeba předcházet pomocí průběžnému vzdělávání pracovníků a to nejen managementu v sociálních službách. V rámci projektu byla vytvořena analýza současného stavu násilí v péči o seniory a následně byla vyhodnocena. Samotná analýza si dala za otázku, jak je sledována daná problematika reflektována ve vzdělávání profesionálů a jakým způsobem je řešena ve strategických dokumentech vymezujících státní politiku. V projektu se vycházelo zejména s explicitními formami násilí verbálního a fyzického charakteru, které nebylo náhodné a způsobilo nějaké bezpráví, zranění, strach či bolest seniorů sociálních služeb (Čáslava 2021, s. 20).

2.3 Prevence násilí a agresivního chování

Míra agresivity a její tolerance závisí na normách společnosti a řadě dalších faktorů. Značnou úlohu zde hrají média, internet, různé instituce, ale také vzory, které se snaží společnost různou měrou napodobovat (Fischer 2020, s. 57).

Jednou z účinných metod, je trénink zvládnání vlastní agresivity. Bývá realizován formou kognitivně-behaviorální terapie, v individuální či skupinové formě. Tyto terapie vychází z teorie, že agresivní chování bývá chybný způsob chování a myšlení. Hlavním cílem je pomocí terapie a jiných aktivit korekce a změna agresivních způsobů reagování a jednání do sociálně přijatelné formy (Fischer 2020, s. 57).

Psychoterapie je hojně využívaná metoda k eliminaci agresivity. Při této terapii jsou hojně využívané různé tréninkové aktivity. Využíván je zde režimový přístup, úprava prostředí, ve kterém se nejčastěji vyskytuje jedincovo agresivní chování, individuální poradenství a intervence v krizových situacích (Fischer 2020, s. 57).

Jistou prevencí agresivního chování spočívá při samotném jednání s klienty, zejména poznání některých specifických rysů osobnostních zvláštností. První ze zmíněných specifických rysů je paranoidní osobnost. Tito lidé se vyznačují nadměrnou nedůvěrou ve vztahu k druhým s pocitem nespravedlnosti a bezpráví v pohledu na vlastní osobu. Tímto jednáním se člověk s paranoidní

osobností sám uvádí do sociální izolace. Při jednání s těmito lidmi je důležité udržení kontaktu, zachování věcnosti a stabilně vstřícnému přístupu navzdory nedůvěřivosti klienta (Lorenc 2002, s. 415).

Dalším ze specifických osobnostních rysů je schizoidní osobnost, která se vyznačuje neschopností vřelého emocionálního výrazu a kontaktu, proto bývají jejich sociální vztahy chudé. Jsou většinou samotářští, s velice rozvinutou fantazií, kterou vyzdvihují na úkor reálných vztahů. Je důležité uvědomovat si jejich zranitelnost při vytváření závislejších vztazích, kterým se díky svému strachu vyhýbají (Lorenc 2002, s. 415).

Disociální osobnost je další ze specifických rysů osobnosti, který se vyznačuje absencí empatie, nedostatkem schopností sociálního učení, nerespektováním společenských pravidel a norem, sníženou schopnost kontroly svých spontánních a agresivních impulzů. Při kontaktu s takovou osobností je důležité sdělit cíl komunikace a možnosti dalšího postupu, vedení komunikace věcně a přiměřeně vede k zachování profesionálního přístupu odborníka (Lorenc 2002, s. 416).

Dalším specifickým rysem je historionská osobnost, která má typický sklon k dramatizaci a inscenaci vlastních prožitků. Z hlediska vnitřního prožívání se jedná o nevědomé jednání. Obvykle dochází k nedorozumění ve vztahu tak, že je okolí podezírá z úmyslného jednání. Historionská osobnost vyvolává ve svém sociálním okolí odmítavé až agresivní reakce. Při kontaktu s těmito lidmi je důležitý důstojný, ale pevný přístup, přiměřená emoční podpora a jasné hranice (Lorenc 2002, s. 416).

Poslední specifickou osobností, kterou si vymezíme je úzkostná, vyhýbavá osobnost. Tito lidé jsou specifický svými zábrany v sociálních vztazích, pocity nedostatečnosti a přecitlivělostí vůči kritice. Při kontaktu s takovými lidmi je důležité dbát na laskavost, trpělivost a delší čas na sdělení svých skutečných obtíží. Také je důležité laskavě leč jasně vymezit hranice při jednání s touto specifickou osobností lidí (Lorenc 2002, s. 417).

Lorenc v rámci monografie o krizové intervenci vydefinoval osmero pravidel zacházení s agresivitou (Lorenc 2002, s. 409):

- Realistické odhadnutí situace, orientací je nám psychický stav klienta, jeho verbální vyjádření např.: impulzivní reakce, schopnost kontroly vlastní impulzivity apod., ale i vyjadřování příbuzných a vlastních emocí.
- Jestliže klient reaguje podrážděně či nadávkami, je dobré mít připravený scénář s dalšími pracovníky a držet se rolí a předem domluvených signálů.
- S klientem jdeme do bezpečné místnosti, případně do otevřeného prostoru.
- Snažíme se situaci, co nejvíce strukturovat, abychom předešli nejasnostem, které by zvyšovaly klientovu úzkost.
- Zaměřujeme se na cílené a jednoduché úkony.
- Redukujeme rušivé podněty z okolí, které by mohly narušovat samotný hovor.

- Při rozhovoru udržujeme verbální kontakt s klientem, následně podle jeho reakcí se snažíme o takový způsob intervence, abychom snížili klientovy pocity úzkosti a vzrušení.
- Před samotným násilím chráníme nejen sebe, ale i klienta a případně i jiné zúčastněné osoby.

V druhé kapitole jsme si představili pojem sociální patologie a vysvětlili si zdroje sociálně patologických jevů. V podkapitole jsme zmínili násilí a agresivní chování, kde jsme si vyspecifikovali jednotlivé teorie, z čeho či jak se disociální chování projevuje. Zmínili jsme i velice zajímavý zdroj, jak se k prevenci násilí staví česká organizace, APSS. V závěru druhé kapitoly jsme se zabývali prevencí agresivního chování a násilí. Jak lze změnit naučené vzorce chování či s jakými osobnostmi se při jednání můžeme setkat a jakým způsobem k nim přistupovat, abychom předešli agresivnímu chování.

3 Senior

Tato práce se zabývá ageismem, který se primárně děje seniorům díky jejich změnám ve stáří, zranitelnosti a potřebě pomoci druhou osobou. Proto si v této kapitole vyspecifikujeme pojem senior, a jaké změny sebou stáří přináší. V další podkapitole se zaměříme na životní úroveň seniorů v ČR a v USA. V poslední podkapitole definujeme pojem EAN a jeho projevy na seniorech.

Rozdíly mezi lidmi obecně jsou formulovány celoživotním vývojem jedince, jsou patrné ještě před obdobím stárnutí. Konkrétní roli zde hraje dědičnost, vrozené genetické dispozice, výchova a vzdělání, socializace, apod. (Štěpánková, aj. 2014, s. 15).

Samotné období stáří obecně trvá podle Klevetové stejně dlouho jako dospělost i mládí, proto si zaslouží pozornost a zájem ať ze strany samotného seniora, pomáhajících profesí, ale i státní sociální a zdravotní politiky. Také je důležité mít na paměti, že stáří není konec života, protože ten končí smrtí (Klevetová, aj. 2008, s. 11).

Stále se ve společnosti objevuje pohled na seniory modelem šedesátých let, kdy bylo na tuto skupinu obyvatel pohlíženo, že již mají své odžito a odpracováno. Mají nárok na odpočinek v domácím prostředí, ochotně přijímají veškeré změny, nové sociální role a bez obtíží snášejí osamělost. Kdyby bylo potřeba, jsou zde k dispozici nemocnice a domovy pro seniory, které se dovedou velice kvalitně o seniory postarat. Chybí sociální služby, které by se zaměřovaly na setrvání seniora v domácím prostředí za bezpečných podmínek, kvalitní a dostupné péče. Nikdo tyto seniory nepřipravuje na příchozí změny, dostávají nálepkou „důchodce“ a tím velice nadsazeno život končí. Dalo by se uvažovat, zda se senior nedostává do syndromu vyhoření díky nepřipravenosti na řadu změn a důsledků sociální role (Klevetová, aj. 2008, s. 14).

3.1 Změny ve stáří

S vyšším věkem dochází ke změnám v lidském organismu, u každého člověka se objevují velice individuálně v souvislosti s genetickými dispozicemi, životním stylem, apod. (Mlýnková 2011, s. 20). Jednotlivé změny jsou na sobě závislé a ovlivňují se. Štěpánková zmiňuje v návaznosti na individualitu osob, že nemůžeme konkrétně říci, jak budou jednotlivé změny probíhat, nemůžeme je tedy specifikovat ani z časového hlediska (Štěpánková, aj. 2014 s. 18).

Biologický model zdraví je zacílen na hodnocení tělesného zdraví a fungování jednotlivých orgánů. Se stářím přichází fyziologické změny, což je nevyhnutelný jev stáří, proto s ním lze počítat a svým životním stylem je lze oddálit (Klevetová, aj. 2008, s. 11).

Změny ve stáří bychom si mohli obecně rozdělit do tří skupin a to zejména biologické, psychické a sociální změny.

Biologické změny jsou odrazem celkové zdravotní kondice, zobrazují se ve smyslovém vnímání a jeho změnách, postupné zhoršení kognitivních funkcí (Štěpánková, aj. 2014 s. 18). Tělesné změny se většinou týkají orgánových soustav a jejich orgánů, např.: kardiovaskulární systém, trávicí systém, smyslové vnímání, spánek apod. Obecně dochází k všeobecným úbytkům sil a schopností reparace (Mlýnková 2011, s. 21).

Dalším znakem, který s sebou stáří přináší, je polymorbidita. Je to výskyt vícero chronických onemocnění jedince najednou. Také může docházet i k řetězení nemocí. Znamená to, že jedna nemoc sebou postupně přinese komplikace, např.: onemocnění pohybového aparátu, díky čemuž je senior upoután na lůžko a pokud není dostatečně polohován, může vzniknout riziko vzniku dekubitů (Mlýnková 2011, s. 23).

Psychické změny se projevují zejména v kognitivních funkcích, integritě osobnosti, hierarchii potřeb seniora a přizpůsobení se životním změnám.

Dochází ke změnám psychiky, což můžeme jednoduše shrnout jako zhoršení některých kognitivních funkcí. Zejména pak vnímání, pozornost, paměť, myšlení. Také může docházet ke snížení pružnosti psychické vitality. Co naopak bývá zachováno je slovní zásoba a jazykové dovednosti, také může být rozvíjena schopnost vytrvalosti, trpělivosti a rozvahy u seniora (Mlýnková 2011, s. 25).

Celistvost osobnosti bývá zachována, dochází ke změnám pouze jejich dílčích schopností, zejména osobností rysy a vlastnosti jedince se mohou odlišovat ve své intenzitě, např.: ztráta smyslu pro pořádek, zvýšené obavy o vlastní osobu aj. (Mlýnková 2011, s. 25).

Další neméně důležitou změnou, kterou s sebou stáří přináší, je rolová ztráta i specifického místa seniora ve společnosti. Míra této ztráty je přímo úměrná míře identifikace s danou rolí, s kterou je senior spojen. Senioři často vyhledávají odbornou pomoc díky vzniku depresivních příznaků na různé úrovni. Odchod do penze sebou přináší i ztrátu či redukci sociálních kontaktů a změnu náplně svého volného času (Mlýnková 2011, s. 25).

Dochází také ke znovu uspořádání hierarchie potřeb jedince, kdy se do popředí dostává vlastní zdraví, potřeba jistoty a bezpečí a touha po uplatnění. Jsou si jistí v řádu a stereotypu, proto je pro ně náročnější se přizpůsobit životním změnám, kterých je v seniorském období mnoho. Zejména ztráta životního partnera, což je velice traumatizující změna, se kterou se někteří senioři naučí po nějaké době žít, ale někteří tuto velikou emocionální ztrátu neunesou a může dojít ke zrychlení vlastního procesu umírání (Mlýnková 2011, s. 25).

V neposlední řadě jsou **změny sociální**, konkrétně změna sociální role, které jedince ovlivňují pozitivně i negativně. Nejvýznamnější je odchod do starobního důchodu, kdy končí role každodenního odchodu do zaměstnání, kdy jedinec vytvářel hodnoty pro společnost a nyní je konzumentem penze a jiných služeb od státu (Mlýnková 2011, s. 23).

Štěpánová také uvádí ve své monografii změny v oblasti sociálně ekonomické, kde se jedná o příjmy seniorů, sociální zabezpečení, dostupnosti zdravotní péče a vlivem nižších příjmů se mění životní standard seniora (Štěpánková, aj. 2014, s. 18).

3.2 Pohled na seniory v ČR a v USA

Z dlouhodobého hlediska se životní úroveň seniorů v České republice lepší, byť z krátkodobého hlediska se to tak jevit nemusí. Toto vyplývá z průzkumu mezinárodní organizace Help Age. Tento průzkum mapoval kvalitu života seniorů ve stovece zemí. V tomto průzkumu se čeští senioři umístili na 22. místě. Z tohoto výsledku vyplývá, že je kam se posouvat, co ještě zlepšovat (Porovnej24.cz 2022).

Pohled na seniory v USA není vůbec jednoduchý, protože je tato země orientovaná na mládí, neboli pokožka bez vrásek a aktivní zdravotní styl života. Možná proto mnoho USA seniorů investuje nemalé částky do botoxových injekcí a všemožných způsobů, jak potlačit příznaky stárnutí. Pro USA není problém se přestěhovat několik set kilometrů za prací, proto nemalé procento seniorů trápí nedostatečný kontakt s potomky. Na druhé straně jsou američtí senioři charakterizováni aktivním životním stylem. Mnohým z nich nevyhovuje nečinnost důchodového věku, díky čemuž pracují i po vzniku nároku na starobní důchod. Za posledních pět let vzrostl počet pracujících občanů nad 65 let z 14 % na 22 % (Porovnej24.cz 2022).

Jak zmiňujeme v předchozí kapitole, je právě upozadování seniorů jeden ze stereotypů, který vede k ageistickému chování společnosti vůči seniorům. Proto můžeme říci, na základě internetového článku, že má americká společnost více předsudků vůči seniorům.

Co se týče pohybových aktivit a motivaci k ní českých seniorů vznikla studie, která byla posléze srovnána s daty získanými v USA, přibližně ekvivalentního souboru, aby došlo k porovnání českých a amerických seniorů. Celá studie se zabývala mírou jejich účasti v pohybové aktivitě, druhy pohybové aktivity, do které se senioři zapojují apod. Po vyhodnocení výsledků bylo zjištěno, že čeští senioři se hodnotí jako více pohybově aktivní než američtí senioři. Celkově se pohybové aktivitě na základě získaných dat věnují čeští senioři průměrně 630 minut za týden, zatímco američtí senioři 430 minut za týden (Slepička, aj. 2015, s 98).

Na základě získaných dat z komparovaných studií by na to měla společnost reagovat při péči o seniorskou populaci.

3.3 EAN

Syndrom špatného zacházení se seniory, které zahrnuje formy nevhodného chování k seniorské populaci. Jedná se tedy o různé formy domácího či ústavního násilí nebo zanedbávání péče (Mlýnková 2011, s. 38).

Druhy špatného zacházení se seniory můžeme rozdělit do jednotlivých oblastí, které jsou narušovány:

Tělesné násilí nebo týrání je vědomé způsobování tělesné bolesti, bezdůvodné fyzické omezování osoby nebo zraňování. Typickými projevy tělesného násilí jsou zlomeniny a otoky z nejasných příčin, popáleniny na neobvyklých místech, podlitiny různého zbarvení a stárí, apod. (Mlýnková 2011, s. 39).

Další oblastí, která může být narušována, je **materiální či finanční zneužívání** týrané osoby a to zejména nízké povědomí o vlastních financích týrané osoby. Náhlý nedostatek finančních prostředků na placení běžných potřeb, služeb. Prodej svých cenností pro získání financí, mizející majetek, náhlý převod majetku na příbuzné, neochota rodiny investovat do péče týraného seniora (Mlýnková 2011, s. 39).

Emocionální zanedbávání definuje Mlýnková ve své monografii jako další oblast. Projevem takového zanedbávání může být izolace seniora, ponižující výroky, vulgarismy, dávání najevo, že je senior na obtíž. Senior může pociťovat nejistotu, beznaděj, pocity ohroženosti, změnu chuti k jídlu, nespavost, stáhnutí se do sebe. Vtírají se častěji myšlenky „kdybych tu nebyl, ulevilo by se rodině“ apod. (Mlýnková 2011, s. 40).

Zanedbávání druhou osobou, rodinnou pečující či jiným pečovatelem, který nedovede dostatečně uspokojovat seniorovy potřeby, nezvládá zajištění kvalitní péče o pitný režim, pravidelný příjem potravy, čistota a pořádek v prostředí seniora, nedostatečné kompenzační pomůcky. Senior bývá podvyživený, dehydratovaný, můžou se častěji vyskytovat proleženiny z nedostatku polohování seniora apod. Nebo i restriktivní opatření častější v institucionální péči. Pro seniora to v praxi znamená, že je omezován v pohybu, není mu umožněno vykonávat většinu běžných činností (Mlýnková 2011, s. 41).

Poslední oblastí, kterou Mlýnková ve své monografii vydefinovala je **sexuální zneužívání**. Častěji se týká žen a pro nezávislého pozorovatele je vodítkem k odhalení např.: opakované záněty rodidel, krvácení a bolesti v podbřišku (2011, s. 41).

Co může být důvodem, který vede, k takovému chování a jednání nejbližších osob? Může to být např.: vyhoření pečujícího, který již není schopen zvládat celodenní péči a možná se i bojí si o pomoc říci z morálních důvodů. Další z důvodů může být samotná osobnost pečovatele, který může mít

násilné osobnostní sklony, které se projevily na základě zvýšené moci nad seniorem (Mlýnková 2011, s. 42).

Senioři mají své specifické potřeby, které vycházejí i z určité nemoci či postižení, které se přidalo při běžném procesu stárnutí. O to víc jsme si vědomi náročnosti takové péče.

V této poslední kapitole teoretické části jsme se seznámili s pojmem senior a uvedli jsme si, k jakým změnám v procesu stárnutí dochází, ale nesmíme zapomínat, že každý senior je individuální. Dále jsme si porovnali, jaký životní standard mají senioři v ČR a v USA.

Nyní bude následovat empirická část této bakalářské práce, kde budeme realizovat dotazníkové šetření od seniorské populace. Budeme zjišťovat od této části populace, zda a s jakými projevy ageismu se ve svém seniorském věku potýkají.

EMPIRICKÁ ČÁST

Tématem naší bakalářské práce je ageismus jako sociálně patologický jev ve společnosti. V teoretické části této práce, jsme si vydefinovali ústřední pojem naší práce, ageismus. Vyspecifikovali si jeho zdroje a projevy. Závěrem první kapitoly jsme komparovali projevy ageismu v ČR, VB a Německu. V druhé kapitole jsme si vydefinovali další klíčové sousloví, kterým je sociální patologie. V podkapitolách jsme si představili teorie zdrojů sociální patologie a konkrétně definovali, co je to agrese a násilí. V poslední podkapitole jsme se zabývali prevencí násilí a agresivního chování. V poslední kapitole teoretické části jsme se zaměřili na klíčovou populaci, které se Ageismu týká. Nejprve jsme si definovali pojem senior a následně si v podkapitole vydefinovali změny, které sebou seniorský věk přináší. V další podkapitole jsme si představili pohled na seniory v ČR vs. USA a v poslední podkapitole jsme si představili nadřazený pojem pro ageismus, kterým je EAN. Nyní plynule navážeme na Empirickou část.

Tato část bakalářské práce navazuje na teoretickou část a nalezneme zde výsledky dotazníkového šetření. Dotazník je zaměřen na vyčlenění si ve společnosti možné rizikové faktory seniora, který se může ocitnout v roli oběti diskriminace na základě věku. Nalezneme zde cíl, metody průzkumu a specifikace respondentů. Nejdůležitější ovšem pro nás bude kapitola s interpretacemi dat z dotazníkového šetření, výzkumné otázky, interpretace dat a navrhovaná opatření v úplném závěru.

4 Cíl bakalářské práce

Cílem bakalářské práce je charakteristika ageismu jako sociálně patologického jevu a zjištění, kdo v seniorské populaci patří do rizikové skupiny, která se s ageismem potýká ve svém životě.

Zjišťujeme tedy od seniorské populace formou dotazníkového šetření:

1. Jaké mají senioři povědomí v domácím prostředí a senioři umístění v domovech pro seniory o ageismu?
2. Lze ve společnosti definovat skupinu seniorů, kteří by mohli být ageismem ohroženi?

V empirické části této práce je cílem realizace průzkumu. Průzkum byl proveden kvantitativním přístupem a metodou, kterou jsme použili, byl dotazník. V této části byla sesbírána data, která byla následně analyzována, vyhodnocena a interpretována. Na základě těchto informací jsme formulovali odpovědi na průzkumné otázky.

Průzkum musí být velmi pečlivě a dobře připraven. Výzkumník by měl mít dostatek teoretických vědomostí o této problematice a přehled o průzkumech v daném tématu. Samozřejmostí je připravit si pečlivě výzkumný proces, protože na tom je závislý konečný výsledek výzkumného šetření (Kutnohorská 2009, s. 49).

5 Použité metody

5.1 Kvantitativní průzkum

V rámci kvantitativního průzkumu předpokládáme, že v sociálním světě jsou předměty zkoumání, které jsou měřitelné, tříditelné a uspořádatelné. Kvantitativní průzkum je extenzivní šetření zkoumané skutečnosti. Kvantitativní průzkum je realizován na základě dedukce, což znamená, že nejprve formulujeme vztahy a poté sbíráme data. Při tomto průzkumu zkoumáme několik aspektů u mnoha objektů. Celý kvantitativní průzkum je předem naplánován a posléze realizován. Sběr samotných dat je poměrně rychlý, po jeho výběru sběr dat končí a přichází další fáze, kterou je vyhodnocení a statistické zpracování. Typické je také zobecnění výsledků a relativní nezávislost na výzkumníkovi (Reichel 2009, s. 40).

K získání těchto dat jsme volili metodu dotazníkového šetření z důvodu formální porovnatelné podoby. Dotazník je formulář pro respondenta, kterým je osoba dotazovaná během výzkumu. Dotazník obsahuje otázky a odpovědi, možnosti pro rozvoj vlastní, spontánní odpovědi. Dotazník je obecně v sociologickém výzkumu velmi oblíbený. Umožňuje nám u reprezentativního vzorku dotazovaných poměrně snadnou kontrolu reprezentativity a data, která jsou touto formou získána, jsou pak snadno a rychle zpracována. Úskalí, které dotazník přináší, je respondentova svázanost a dá se použít jen v prostředí, které výzkumníci dobře znají. Dotazník se obvykle zasílá s průvodním dopisem a poděkováním autora. Může docházet k samotné nevýhodě dotazníku, což je prvotní rozdělení respondentů na ty, kteří jej vyplní a na ty, kteří jej vyhodí do koše (Jandourek 2008, s. 45).

Metoda dotazníkového šetření je velmi efektivní technika, díky níž obsáhneme veliký počet jedinců při vynaložení relativně malých nákladů, poměrně krátkého časového intervalu. Z pohledu respondenta je zde zajištěna poměrně přesvědčivá anonymita. Ovšem se můžeme v dotazníku setkat i se zápornými stránkami, jako je například dotazník, který klade veliký důraz na ochotu respondentů, s čím může být spojená s nízkou návratností dotazníků, někdy může být tak nízká, že je reprezentativnost výzkumného vzorku ztracena. Při návratnosti alespoň 50 % můžeme mluvit o velkém úspěchu (Disman 2020, s. 141). Použitou metodou je, jak jsme již zmiňovali, dotazníkové šetření (viz příloha A).

Dotazník se skládal z 15 položek, obsahoval otázky otevřené, polootevřené a uzavřené. Převládaly otázky, kde respondenti označovali pouze jednu odpověď. Stěžejní otázky, které jsou klíčové pro první výzkumnou otázku, jsou 7., 8., 9., 10., 11. a 15. Stěžejní otázky pro druhou výzkumnou otázku pak jsou 1., 6., 7., 9. a 10.

5.2 Etické zásady

V rámci každého průzkumu je třeba dbát etických zásad. Nejklíčovější pro nás bylo, nesledovat své zájmy na úkor respondentů, kteří se našeho průzkumu účastnili. Jak již bylo zmíněno, protože pracujeme s lidmi, je důležité dbát etických zásad, zejména principy úcty k jednotlivci, spravedlnost, zachování důstojnosti člověka a anonymizace dotazníků. Je velice obtížné si vymezit jasné a pevné hranice (Kutnohorská 2009, s. 97).

Úcta k lidem je jedna z důležitých etických zásad. Tímto principem je myšleno přistupovat k člověku jako s autonomní bytostí, která je schopná uvažovat o osobních cílech. Další z důležitých etických zásad je důležité respektování důstojnosti člověka. Úctou k sobě ukazujeme, nakolik si ceníme sebe a úctou k ostatním zase vyjadřujeme, jakou hodnotu vidíme v nich. Každý jedinec je nejlepším strážcem svých zájmů. Spravedlnost je další ze zásad, kterou při průzkumu uplatňujeme, protože každý respondent má právo na spravedlivé zacházení. Ale nejklíčovější zásada je anonymita, která respektuje důvěrný charakter individuálních informací. Anonymita a její vysvětlení respondentovi je důležité v každém průzkumu! Kutnohorská ve své monografii rozlišuje tři druhy anonymity (2009, s. 101):

- Faktickou, kdy není známo jméno respondenta
- Psychologickou, spočívající ve vyloučení „choulostivých otázek“
- Sociologickou, zaručující neidentifikovatelnost osoby v průběhu zpracování dat

Na úvod této kapitoly jsme si vymezili, co je to kvantitativní výzkum a jaké metody jsme při zpracování této empirické části použili. A protože nás celým tímto procesem provázeli etické otázky, považovali jsme to za důležité jim věnovat podkapitulu.

6 Průběh průzkumu

Základem je příprava, důležité je si vymežit typ realizovaného průzkumu, upřesnit si jeho cíl a říct si, k čemu průzkum směřuje. Nezbytné je před teoretickým začátkem realizace průzkumu uvážit společenské souvislosti. Samozřejmě je důležité mít na paměti i nebezpečí zneužití výsledků zkoumané činnosti (Kutnohorská 2009, s. 49).

6.1 Pilotní průzkum

Disman ve své monografii uvádí, že účelem pilotní studie je zjištění, zda je námi zvolený průzkum v definované populaci možný. Také uvádí pár rad, jak zvýšit návratnost dotazníků, při samotné tvorbě, počátku (2020, s. 120).

Reichel popisuje ve své monografii postup, pro kvantitativní průzkum. Po zadání tématu následuje postupná formulace výzkumných otázek na základě rozhovoru mezi zpracovatelem a zadavatelem. Jinými slovy pilotní průzkum je upřesňování tématu, aby bylo jasné a zřetelné, co je předmětem zkoumání (Reichel 2009, s. 49).

Pilotní průzkum má za úkol prověřit projekt po stránce věcné. Ověřuje předem zadané otázky z obsahové stránky, snaží se o předvídání dalšího průběhu výzkumu. Následně řeší problémy spojené s výsledky u zvoleného vzorku (Kutnohorská 2009, s. 54).

Před samotným pilotním průzkumem probíhalo studium odborné literatury k tématu a odborné diskuze na toto téma. Výsledkem toho byla formulace průzkumných otázek a připraven jednoduchý dotazník o 10 otázkách.

Pilotní průzkum jsme provedli s malým vzorkem respondentů, kteří nejprve vyplnili dotazník a pak byli dotázáni, zda jsou otázky srozumitelné, zda časová náročnost není moc dlouhá apod. Tento krok nám přinesl poměrně rychlou odezvu.

Jak se později ukázalo, otázky byly špatně formulované, proto byly přeformulovány a dodány další možnosti odpovědí, protože u některých otázek chyběly. Dotazovali jsme se také respondentů, zda rozumí otázkám a jak je chápou. Při formulaci otázek jsme se snažili o redukci počtu proměnných, ale zároveň analýza měřitelnosti jejich odpovědí (Reichel 2009, s. 50).

Úskalí jsme shledali, při pomoci respondentovi vyplnit samotný dotazník. Již na první pohled respondent dal najevo, že mu naše přítomnost nemusí být příjemná, několik informací při čtení otázek se respondent pokusil zatajit nebo odvést téma našeho hovoru jinam, což nebylo cílem pilotního průzkumu, proto jsme později dotazníky nechávali vyplňovat bez naší přítomnosti, případně za pomoci jiné, nezasvěcené osoby.

Také jsme shledali chybu v počtu otázek, zjistili jsme, že 10 otázek je poměrně málo, když jsou dvě otázky zaměřeny na pohlaví a věk respondenta. Proto jsme se rozhodli a vyspecifikovali další otázky.

Na základě pilotního průzkumu vznikl dotazník o 15 otázkách. Tento dotazník byl použit v jako datový základ pro empirickou část této bakalářské práce (viz příloha A).

6.2 Průzkum

Průzkum byl dopředu velice pečlivě naplánován. Tato fáze naší práce probíhala přibližně v období od 25. 3. 2021 do 15. 8. 2021, kdy jsme vybrali všechny dotazníky od respondentů. Poměrně rychle jsme je nashromáždily a porovnali tak, abychom mohli získaná data dále zpracovat a vyhodnotit. Předáno do organizací bylo 40 dotazníků v tištěné podobě a vrátilo se jich 35 vyplněných. Návratnost je tedy 88 %, což obecně vzato velikým úspěchem.

7 Popis zkoumaného vzorku

Tato kapitola je poměrně důležitou kapitolou empirické části této bakalářské práce. Na tomto vzorku respondentů, skupině osob, předpokládáme znaky, které budeme měřit po realizaci našeho průzkumu (Disman 2020, s. 93).

Soubor osob, které označujeme jako zkoumaný vzorek. Je to záměrný výběr, jeho kritériem je velikost vzorku a reprezentativnost. Taková základní hlediska, která svědčí o reprezentativnosti souboru, jsou považována: pohlaví, věk vzdělání, sociální status, lokalita, národnost apod. (Kutnohorská 2009, s. 56).

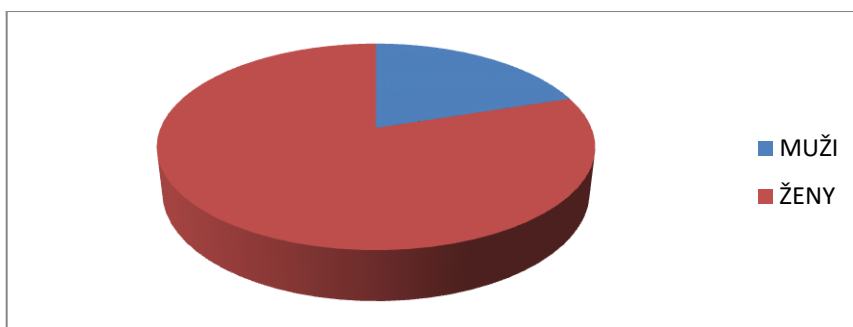
Výběr zkoumaného vzorku by se měl vždycky řídit principem generální reprezentativnosti, neboli mnohostranné reprezentativnosti populace, které se získané závěry týkají. Generální reprezentativnost závisí na velikosti daného vzorku. Čím větší vzorek z populace obsáhneme, tím je větší pravděpodobnost, že bude vzorek reprezentován na celou populaci. V extrémním případě by se výběr mohl týkat celé populace. Počtem menší vzorek může být podstatně reprezentativnější než neadekvátně uskutečněný výběr velkého vzorku populace (Ferjenčík 2000, s. 115).

Oslovili jsme tři organizace, domov pro seniory Pohoda, Domov pokojného stáří a Spokojený domov, o. p. s., které nám pomohly uskutečnit dotazníkové šetření. Také jsme oslovili pár seniorů, kteří bydlí v domácím prostředí, bez pomoci jakékoliv sociální služby, aby byl zkoumaný vzorek dostatečně rozmanitý.

Domov pro seniory Pohoda je zařízení města Turnova spadající pod ZSST, dotazníkové šetření bylo provedeno v rámci aktivizačních programů v domově.

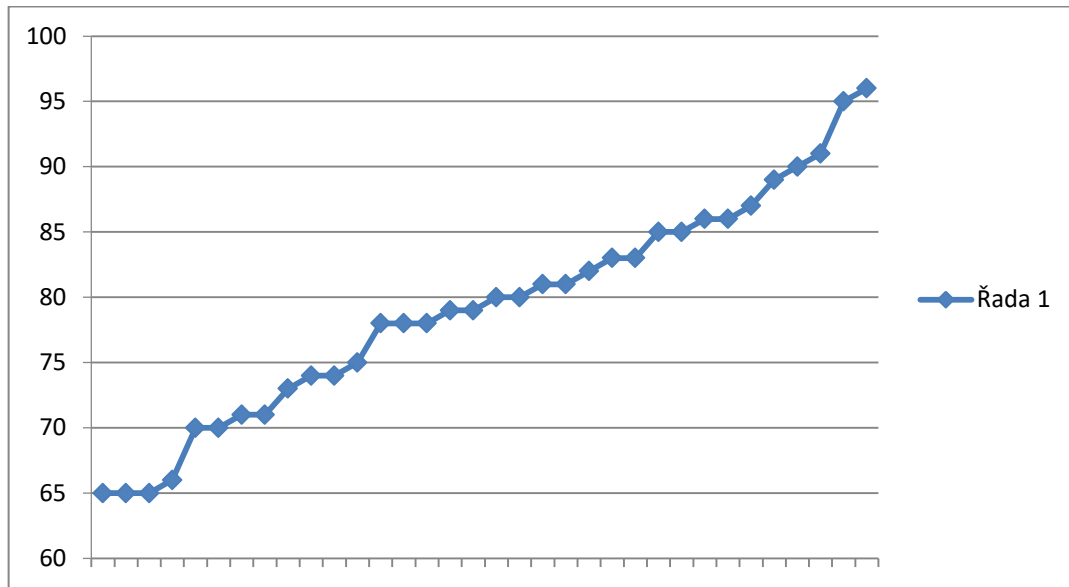
Domov pokojného stáří je menší domov pro seniory v obci Libošovice, který patří pod oblastní charitu Sobotka, kde byl dotazník rozdán uživatelům.

Spokojený domov, o. p. s. je nezisková organizace, která se poskytuje terénní pečovatelské služby vesnicím (obcím) v ORP Turnov a Železný Brod. Dotazníky byly v této organizaci rozvezeny uživatelům této služby.



Graf 1 Pohlaví respondentů

Graf 1 nám znázorňuje zastoupení mužů a žen ve zkoumaném vzorku, můžeme z něj vyčíst zastoupení genderu v našem dotazníkovém šetření, 7 respondentů (20 %) a 28 respondentek (80 %). Tato data jsme získali z první dotazníkové položky.



Graf 2 Věk respondentů

Graf 2 zobrazuje věkovou strukturu zkoumaného vzorku, která je od 64 let po 96 let. Z grafu můžeme vyčíst věkové zastoupení našich respondentů. Tyto data jsme získali z druhé položky dotazníkové položky.

V této kapitole jsme si představili, odkud naši respondenti pochází, zda z domácího prostředí nebo z pobytové sociální služby. Poté jsme díky dotazníkovému šetření vymezili naše respondenty genderově a na závěr věkově. Nyní se budeme věnovat nejdůležitější části empirické části této bakalářské práce, kterou je interpretace získaných dat.

8 Interpretace dat

Po zrealizovaném pilotním průzkumu, vypracování definitivního vzoru dotazníku a následném shromáždění potřebných dat, jsme pečlivě posbírali data, která nyní budeme interpretovat. Tento proces je uspořádaný a plánovaný, bylo třeba provést kontrolu dat a seřadit vyplněné dotazníky tak, abychom je mohli porovnat (Kutnohorská 2009, s. 58).

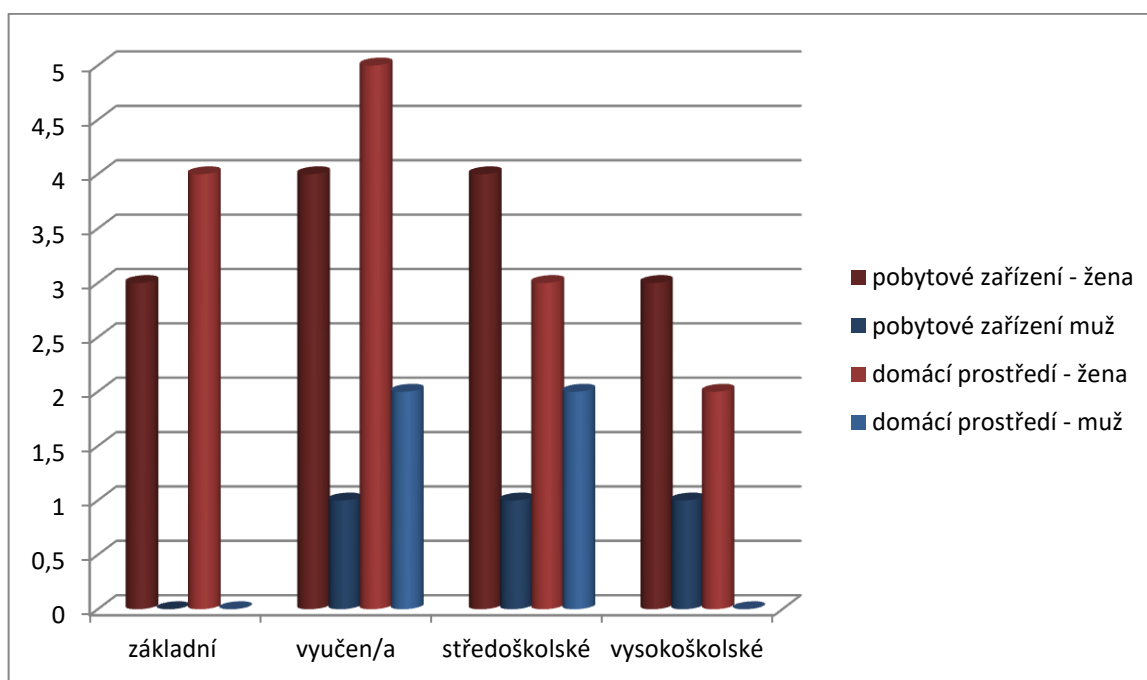
Podle Reichela je to popis třídění dat a jejich další analýza, komentáře tabulek a grafů. Výklad zjištění výsledků na základě získaných dat. Pro kvantitativní zkoumání je přehledné a užitečné nejprve prezentovat samotné výsledky, v jejich úplnosti a objektivně. Teprve poté vyslovit závěry, názory a přesvědčení. První část je tedy systematická výzkumná práce. V této fázi je zde místo pro kreativitu a schopnost logického myšlení, ale neměla by zde být ztracena rovnováha. Je důležité mít na paměti, že sociální průzkumy pracují v dost specifických podmínkách se specifickými daty (Reichel 2009 s. 169).

Jak jsme již zmiňovali, jsou v interpretaci dat velice důležité některé položky z dotazníku. Pro první výzkumnou otázku jsou to položky č. 7., 8., 9., 10., 11. a 15. Pro druhou výzkumnou otázku jsou to položky zejména 1., 6., 7., 9. a 10.

8.1 Položka 3

Tabulka 1 Nejvyšší dosažené vzdělání respondentů

Nejvyšší dosažené vzdělání	pobytové zařízení		domácí prostředí		počet	v procentech
	ženy	muži	ženy	muži		
základní	3	0	4	0	7	20 %
vyučen/a	4	1	5	2	12	34 %
středoškolské	4	1	3	2	10	29 %
vysokoškolské	3	1	2	0	6	17 %
celkem	14	3	14	4	35	100 %



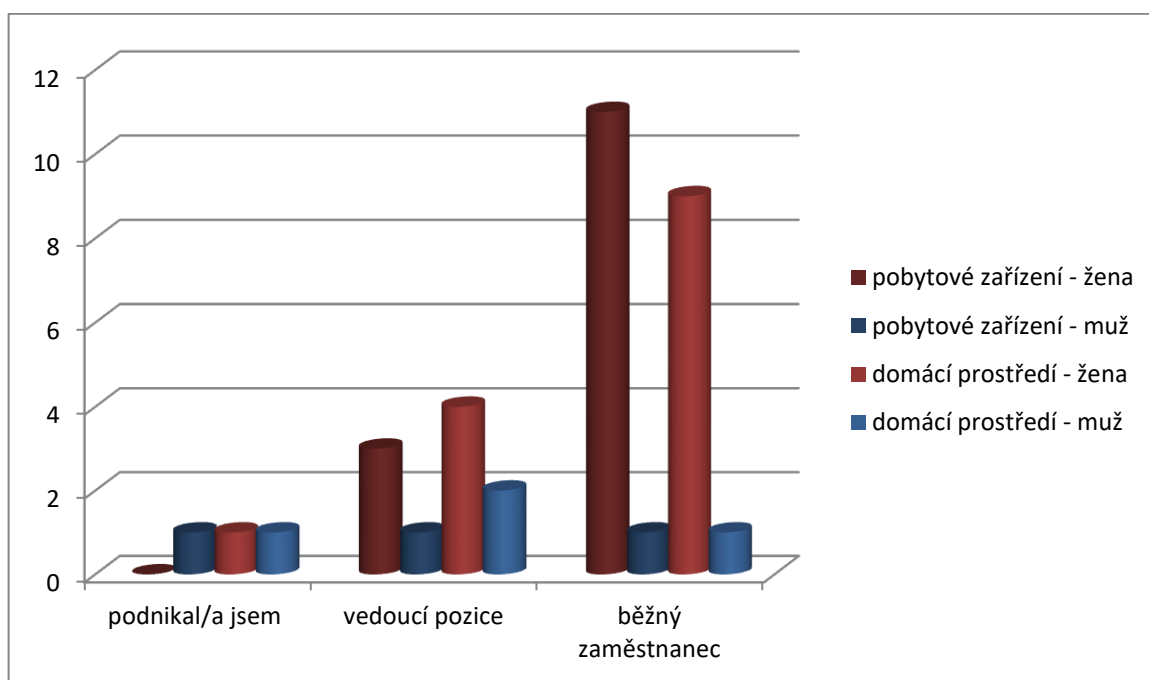
Graf 3 Nejvyšší dosažené vzdělání respondentů

Ve třetí položce rozebíráme míru vzdělanosti, dosaženého nejvyššího vzdělání dotazovaných respondentů. Tabulka nám znázorňuje, že celkový počet respondentů je 35 (100 %). Sedmáct respondentů je z pobytové sociální služby, 14 respondentek (40 %) a 3 respondenti (9 %). Osmnáct respondentů je z domácího prostředí, zejména čtrnáct respondentek (40 %) a čtyři respondenti (11 %). Souhrnně můžeme říci, že respondentů se základním vzděláním je 7 respondentů (20 %). Vyučilo se 12 respondentů (34 %). Studium zakončilo maturitní zkoušku 10 respondentů (29 %) a vysokoškolské vzdělání má 6 respondentů (17 %). V porovnání zastoupení respondentů v domácím prostředí a v instituci jsou výsledky srovnatelné, i z pohledu genderu.

8.2 Položka 4

Tabulka 2 Povolání respondentů

Jaké bylo vaše povolání?	pobytové zařízení		domácí prostředí		počet	v procentech
	ženy	muži	ženy	muži		
podnikal/a jsem	0	1	1	1	3	9 %
vedoucí pozice	3	1	4	2	10	29 %
běžný zaměstnanec	11	1	9	1	22	62 %
celkem	14	3	14	4	35	100 %



Graf 4 Povolání respondentů

Druhá položka našeho dotazníku se zaměřila na pracovní zařazení respondentů. V této položce odpověděli všichni respondenti – 35 (100 %). Nejčastějším zařazením dotázaných respondentů, ať z pobytového zařízení i z domácího prostředí, je běžný pracovník. Toto pracovní zařazení označilo 22 respondentů (62 %). Vedoucí pozici vykonávalo 10 respondentů (29 %) a podnikatelů mezi respondenty byli 3 (9 %).

8.3 Položka 5

Tabulka 3 Obor, ve kterém respondenti pracovali

V jakém oboru jste nejčastěji pracoval/a?	pobytové zařízení		domácí prostředí		počet	v procentech
	ženy	muži	ženy	muži		
AGROTOP – instalatér	0	1	0	0	1	3 %
účetnictví	2	1	0	0	3	9 %
zemědělství	2	1	1	1	5	14 %
školství	4	0	1	0	5	14 %
domovníctví	1	0	0	0	1	3 %
úřednice	2	0	0	0	2	6 %
prodavačka	1	0	1	0	2	6 %
kovovýroba	0	0	0	1	1	3 %
zlatník	0	0	0	1	1	3 %
dělnice	2	0	3	0	5	14 %
televizní opravářka	0	0	1	0	1	3 %
ekonomka	0	0	2	0	2	6 %
sociální služby	0	0	2	0	2	6 %
celkem	14	3	11	3	31	90 %

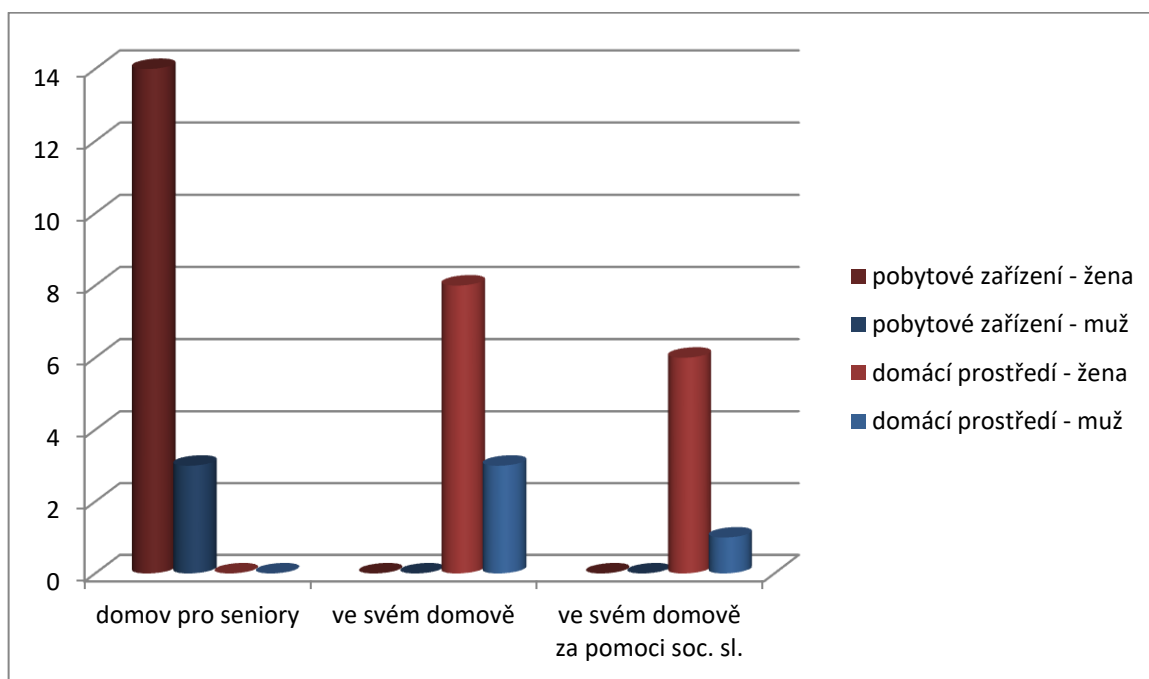
V této dotazníkové položce jsme se dotazovali respondentů, kde pracovali. Zde nám odpovědělo celkem 31 respondentů (89 %), pouze tři respondentky (9 %) z domácího prostředí neodpověděly, zbytek odpovědí znázorňuje nejčastější pracovní zaměření našich respondentů.

Jsme si vědomi systémové chyby, při zadávání dotazníku, proto je takto vyhodnocena názorně v tabulce. Tato položka našeho dotazníkového šetření pro nás má pouze vizuální charakter, kde nejčastěji naši respondenti pracovali.

8.4 Položka 6

Tabulka 4 Kde respondenti bydlí?

Bydlím ...	pobytové zařízení		domácí prostředí		počet	v procentech
	ženy	muži	ženy	muži		
V domově pro seniory	14	3	0	0	17	49 %
Ve svém domově	0	0	8	3	11	31 %
Ve svém domově za pomoci sociální služby	0	0	6	1	7	20 %
celkem	14	3	14	4	35	100 %



Graf 5 Kde respondenti bydlí?

Další položkou dotazníku byla otázka, ke zjištění, o jakého respondenta se jedná, zda bydlí v domácím prostředí, v domácím prostředí za pomoci sociální služby nebo v domově pro seniory, což je pro tuto bakalářskou práci poměrně klíčové rozdělení, které slouží k porovnání respondentů. Z tabulky je zřejmé, že polovina respondentů je z domácího prostředí a polovina z pobytové služby. V této položce, jsme respondenty z domácího prostředí ještě rozdělili do dvou podkategorií, které nám

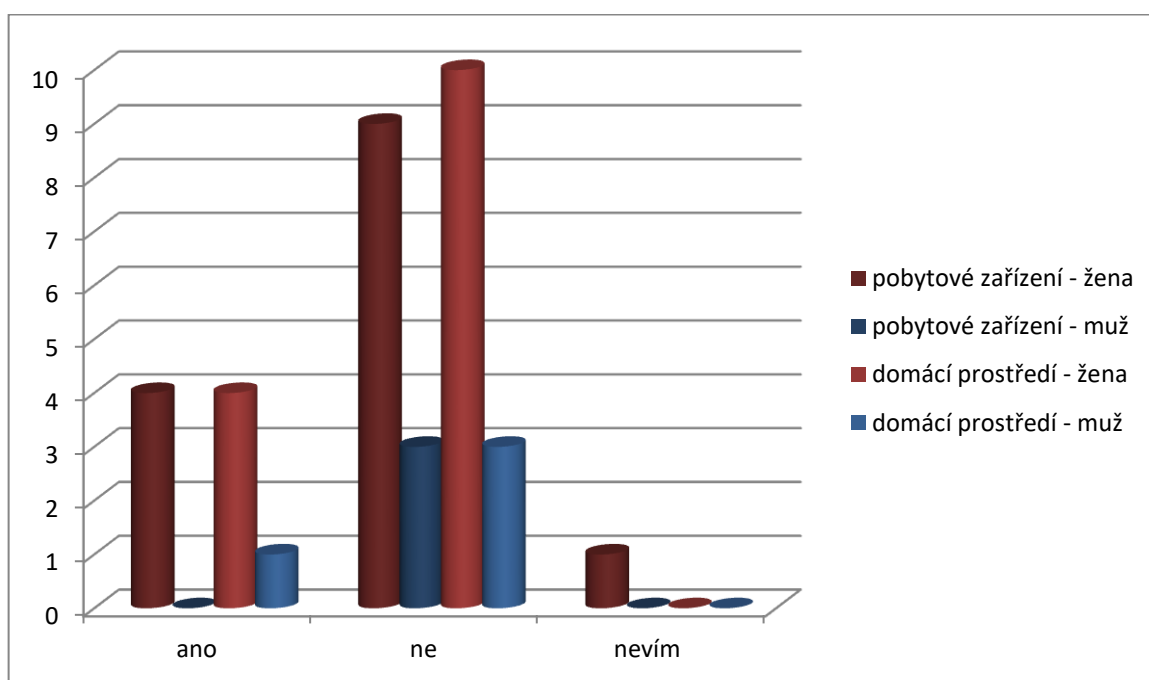
říkají, že 7 respondentů (20 %) bydlí v domácím prostředí za pomoci sociální služby. A 11 respondentů (31 %) bydlí v domácím prostředí samostatně díky své soběstačnosti a vitalitě.

Tato otázka je zároveň stěžejní, pro druhou výzkumnou otázku, která zjišťuje mezi seniorskou populací, zda lze definovat skupinu seniorů, kteří by mohli být ohroženi ageismem víc. Touto položkou bychom si mohli částečně odpovědět, zejména dalšími otázkami k zamyšlení, zda senioři, kteří jsou umístěni v pobytové službě, byli diskriminováni od rodinného příslušníka, a proto jsou nyní umístěni. Nebo jsou v pobytovém zařízení diskriminováni od personálu, se kterým se respondenti každodenně setkávají. Na druhé straně se nám naskýtají otázky, zda senioři v domácím prostředí mohou být diskriminováni, na základě snížené soběstačnosti od rodinných příslušníků, protože jsou již velmi unavení z každodenní péče o seniory. Nebo jsou senioři jinak ohrožováni od jiných odborníků, lidí, se kterými se v domácím prostředí setkávají?

8.5 Položka 7

Tabulka 5 Setkali se respondenti s diskriminací?

Setkal/a jste se někdy s diskriminací seniorů?	pobytové zařízení		domácí prostředí		počet	v procentech
	ženy	muži	ženy	muži		
Ano	4	0	4	1	9	26 %
Ne	9	3	10	3	25	71 %
Nevím	1	0	0	0	1	3 %
celkem	14	3	14	4	35	100%



Graf 6 Setkali se respondenti s diskriminací?

Sedmá položka našeho dotazníku je stěžejní, klíčová pro obě výzkumné otázky. V této položce jsme se dotazovali našich respondentů, zda se někdy setkali s diskriminací seniorů. Tuto položku vyplnili všichni respondenti – 35 (100 %). Devět z dotazovaných respondentů (26 %) označilo, že se setkali s diskriminací, z toho čtyři respondentky (11 %) pobytové služby, čtyři respondentky (11 %) z domácího prostředí a jeden respondent (3 %) z domácího prostředí. 25 respondentů (71 %) mělo to štěstí a s diskriminací seniorů se nesetkali a jedna respondentka (3 %) nedovedla rozlišit, zda se s diskriminací setkala. Zde by se dalo dále přemýšlet, jaký je kontext respondentky nevědomosti. Neví, protože je to tak? Neví, protože by si přála, aby s ní o tom někdo hovořil? Případně ji pomohl?

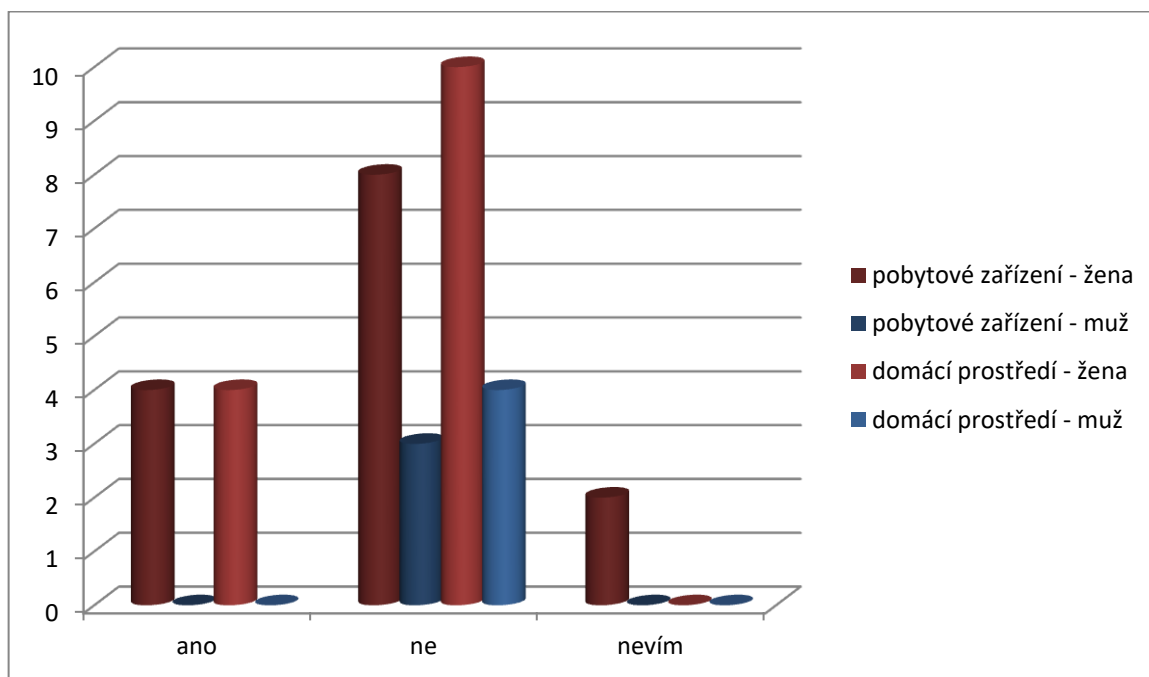
Částečně si zde můžeme odpovědět na první výzkumnou otázku, jaké povědomí mají senioři v domácím prostředí a v pobytové službě. Z dat, která jsme díky dotazníkovému šetření získali, je patrné, že senioři mají povědomí o tom, co je diskriminace seniorů, ať jsou umístěni v pobytové službě nebo žijí v domácím prostředí.

Tato položka je klíčovou i pro druhou výzkumnou otázku, která zjišťuje od seniorské populace, zda lze ve společnosti vydefinovat skupinu seniorů, kteří by mohli být Ageismem více ohroženi. Z dat, která zde prezentujeme, je patrné, že se setkali s diskriminací spíše ženy než muži, ale i tyto fakta jsou skreslená díky většímu zastoupení respondentek než respondentů.

8.6 Položka 8

Tabulka 6 Mají respondenti osobní zkušenost s diskriminací?

Zažili jste někdy diskriminaci na sobě?	pobytové zařízení		domácí prostředí		počet	v procentech
	ženy	muži	ženy	muži		
Ano	4	0	4	0	8	23 %
Ne	8	3	10	4	25	71 %
Nevím	2	0	0	0	2	6 %
celkem	14	3	14	4	35	100 %



Graf 7 Mají respondenti osobní zkušenost s diskriminací?

I tato položka z dotazníku je pro nás stěžejní. Osmá položka dotazníkového šetření se respondentů dotazovala, zda zažili diskriminaci na sobě. Z 35 respondentů (100 %) odpovědělo 8 respondentek (23 %), že se setkaly s diskriminací na sobě. Dvě respondentky (6 %) z pobytového zařízení nedovedly rozlišit, zda se s diskriminací na sobě setkaly a zbylých 25 respondentů (71 %) odpověděli záporně.

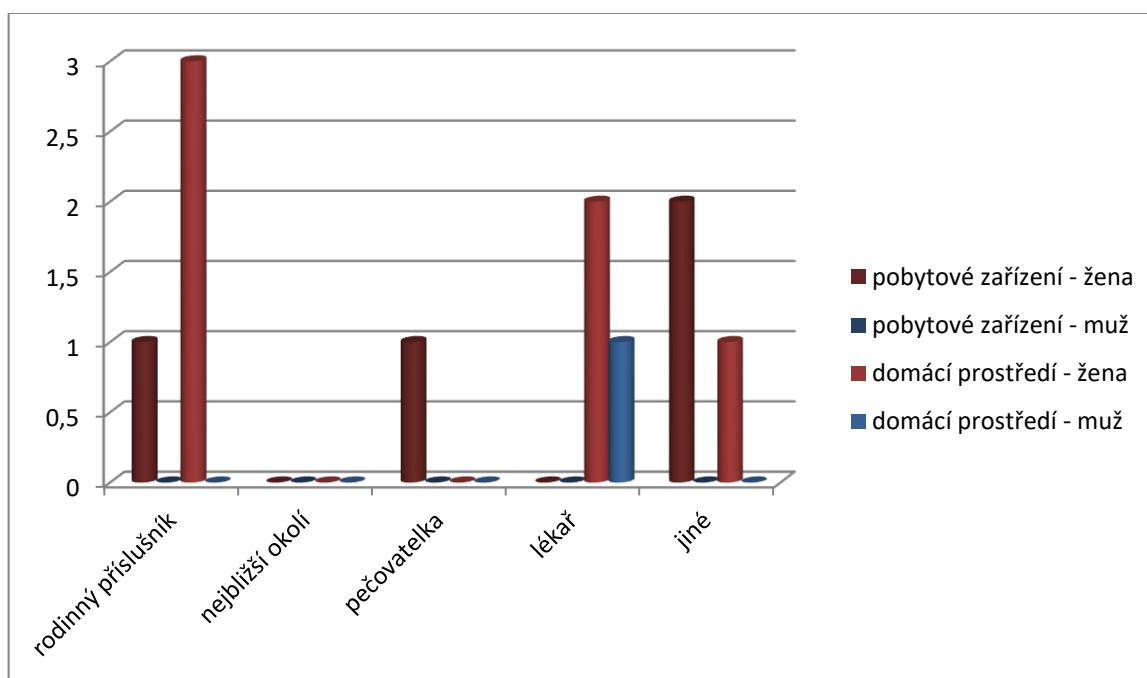
Jak výše zmiňujeme, je tato otázka klíčovou, zejména pro první výzkumnou otázku, ve které zjišťujeme povědomí seniorů v domácím prostředí a seniorů umístěných v pobytové službě o Ageismu. Opět bychom mohli vyčíst v získaných datech, že se s diskriminací setkaly pouze ženy.

A opět dvě respondentky z pobytové služby nedovedly rozlišit skutečnost, zda se s diskriminací setkaly. Při hlubším zkoumání opět narážíme na případný důvod jejich nevědění.

8.7 Položka 9

Tabulka 7 Kdo byl agresorem při diskriminaci?

Kdo diskriminoval vás nebo jiného seniora?	pobytové zařízení		domácí prostředí		počet	v procentech
	ženy	muži	ženy	muži		
rodinný příslušník	1	0	3	0	4	10 %
nejbližší okolí	0	0	0	0	0	0 %
pečovatelka	1	0	0	0	1	3 %
lékař	0	0	2	1	3	9 %
jiný	2	0	1	0	3	9 %
celkem	4	0	6	1	11	31 %



Graf 8 Kdo byl agresorem při diskriminaci?

I tato položka patří ke stěžejním pro obě výzkumné otázky. Zde jsme zjišťovali od respondentů nejčastějšího aktéra diskriminace. V dotazníkovém šetření měli respondenti na výběr z pěti položek, kde měli zakroužkovat libovolný počet odpovědí. Odpovědělo celkem 11 respondentů (31 %). Opět je patrné z pohledu gender, že převládají ženy. Tři respondentky (9 %) z domácího prostředí označily za aktéra diskriminace rodinného příslušníka, dvě respondentky (6 %) lékaře, kterého označil i jeden

respondent (3 %). U respondentek z pobytového zařízení to byla jedna respondentka (3 %), která označila aktéra diskriminace rodinného příslušníka a jedna respondentka (3 %) označila pečovatelku. Tři respondentky (9 %) z pobytové služby označily odpověď v dotazníkovém šetření jiné. Jedna z odpovědí říká, že respondentku diskriminovali rodiče žáků i žáci, které učila. Opět by zde přicházely v úvahu další doplňující otázky, kterými by se zjistilo, zda se jednalo o ageismus. Pokud ano k čemu tato diskriminace dovedla respondentku? Musela skončit v zaměstnání? Potřebovala pak nějakou odbornou pomoc? Další z jiné odpovědi byly cizí děti, kde bychom se mohli zamyslet obecně nad stereotypy a mýty, které jsou ve společnosti poměrně častým jevem a také zamyšlení se nad vícegeneračním soužitím a jeho výhodami, jak zmiňujeme v teoretické části této práce. Poslední jinou odpovědí je velice zavádějící – „kdokoliv“, protože opět neznáme respondentky kontext a myšlenku, kterou při vyplňování měla. Jedna respondentka (3 %) z domácího prostředí označila odpověď jiná a vypsala, že ji diskriminoval nadřízený. Opět nám zde vyvstávají doplňující otázky, zda se opravdu jedná o ageismus a jaké byly projevy diskriminace.

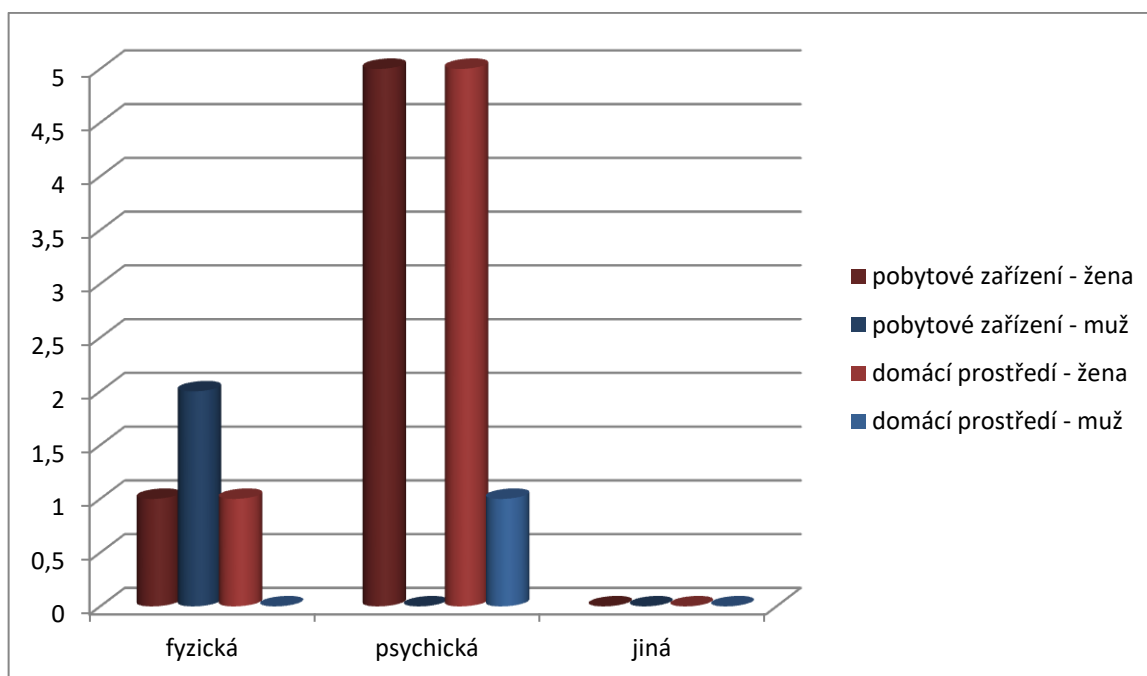
Výše zmiňujeme, že tato položka odpovídá na první výzkumnou otázku. Senioři, kteří jsou umístěni v pobytové sociální službě, se potýkají s diskriminací od pečovatelek, se kterými jsou v neustálém kontaktu. Také nám vyplývá, že se jedna respondentka (3 %) setkala s diskriminací od rodinného příslušníka, opět se můžeme jen domnívat, zda to byl důvod k umístění respondentky do pobytové sociální služby.

Také pro druhou výzkumnou otázku je tato položka dotazníkového šetření poměrně důležitá. Z dat, která jsme šetřením získali, je patrné, že jsou ohroženi Ageismem spíše senioři v domácím prostředí, zejména ženy.

8.8 Položka 10

Tabulka 8 Způsob diskriminace

O jakou diskriminaci se jednalo?	pobytové zařízení		domácí prostředí		počet	v procentech
	ženy	Muži	ženy	muži		
fyzická	1	0	1	0	2	6 %
psychická	5	0	5	1	11	31 %
jinak	0	0	0	0	0	0 %
celkem	6	0	6	1	13	36 %



Graf 9 Způsob diskriminace

Tato položka patří mezi stěžejní, důležité, odpovídá nám na obě výzkumné otázky. Na tuto položku dotazníkového šetření odpovědělo pouze 13 respondentů (36 %). V zastoupení mužské populace to byl pouze jeden respondent (3 %) a opět převládalo ženské zastoupení, celkem dvanáct respondentek (33 %). Šest respondentek (17 %) z domácího prostředí a šest respondentek (17 %) z pobytového zařízení se sešlo i v totožném způsobu diskriminace. Data ze šetření znázorněná v tabulce jednoznačně říkají, že je jedná většinou o psychický způsob diskriminace. Tuto možnost označilo 10 respondentek (29 %) a jeden respondent (3 %). Fyzickou diskriminaci označily dvě respondentky (6 %) opět je podíl totožný, jedna respondentka (3 %) je z domácího prostředí a druhá z pobytové služby.

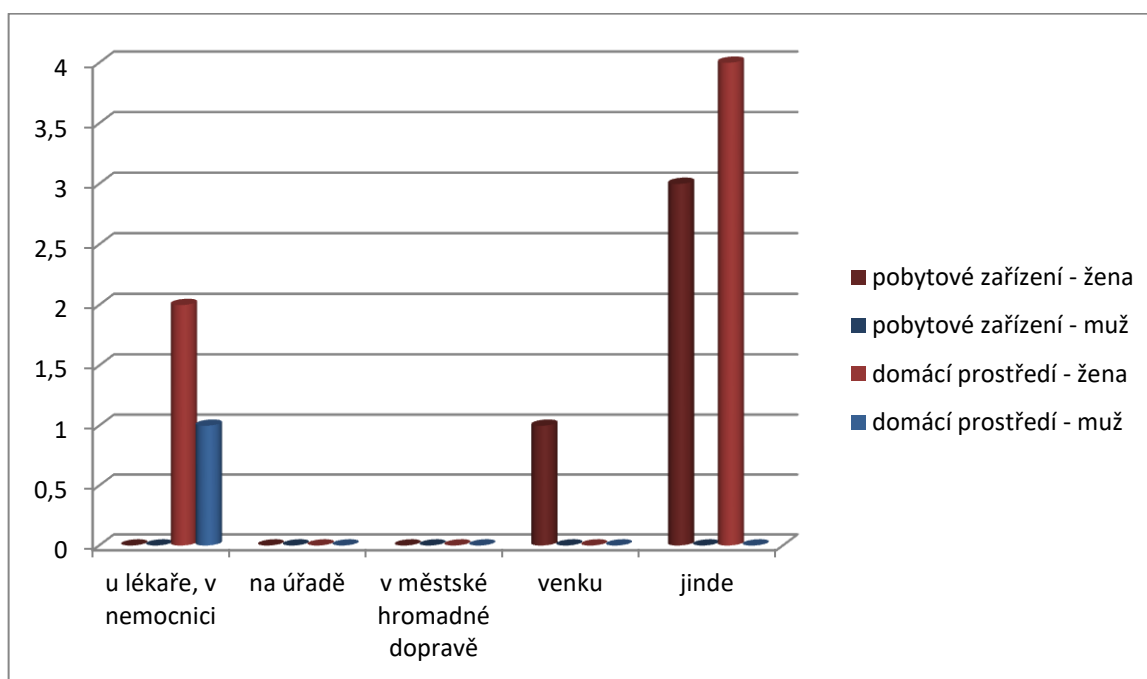
Data, která nám odpovídají pro první výzkumnou otázku z dotazníkového šetření, nám říkají, jaké mají senioři povědomí o Ageismu. Na základě dat můžeme říci o této položce dotazníku, že mají senioři totožné povědomí, ať bydlí v domácím prostředí, nebo jsou umístěni v pobytové službě a souhrnně mají senioři povědomí o diskriminaci z 36 %, což je méně jak polovina z dotazovaných respondentů. Zajímavá data pro výzkumnou otázku jsou v porovnání seniorské populace v domácím prostředí a senioři umístěni v pobytovém zařízení, že se způsob diskriminace neliší, jsou to z 31 % psychické projevy, které jsou zároveň jednoznačně nejčastější.

Získaná data jsou klíčová i pro druhou výzkumnou otázku, která má za úkol vydefinovat skupinu seniorů, kteří by mohli být Ageismem víc ohroženi. Na základě získaných dat můžeme označit ženy, které jsou více Ageismem ohroženy.

8.9 Položka 11

Tabulka 9 Prostředí diskriminace

Kde k diskriminaci došlo?	pobytové zařízení		domácí prostředí		počet	v procentech
	ženy	muži	ženy	muži		
u lékaře, v nemocnici	0	0	2	1	3	9 %
na úřadě	0	0	0	0	0	0 %
v městské hromadné dopravě	0	0	0	0	0	0 %
venku	1	0	0	0	1	3 %
jinde	3	0	4	0	7	20 %
celkem	4	0	6	1	11	31 %



Graf 10 Prostředí diskriminace

Další položka dotazníkového šetření se zaměřuje na prostředí, ve kterém k diskriminaci docházelo. I tato otázka je klíčovou pro první výzkumnou otázku.

Celkem odpovědělo 11 respondentů (31 %), z toho 4 respondentky (11 %) z pobytového zařízení a šest respondentek (17 %) a jeden respondent (3 %) z domácího prostředí. Nejčastější

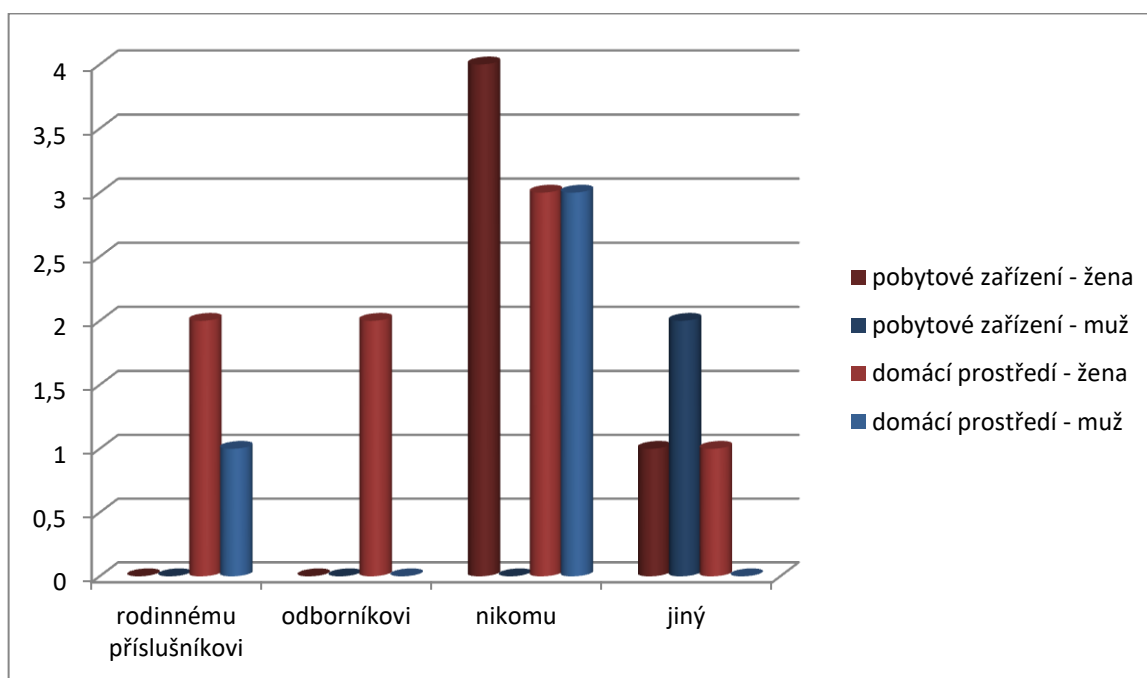
odpovědí, 8 respondentů (21 %) byla možnost volby „jiná“, konkrétně tady vypisovali v domácím prostředí tj. 6 respondentek (17 %) a 1 respondentka (3 %) v pobytové sociální službě. Druhou nejčastější odpovědí bylo u lékaře, v nemocnici a to konkrétně 4 respondenti (12 %), 3 respondentky (9 %) a 1 respondent (3 %). Jedna respondentka (3 %) označila, že k diskriminaci došlo venku a žádný z dotazovaných respondentů se s projevy diskriminace seniorů neseťkalo v městské hromadné dopravě a na úradě.

Jak výše zmiňujeme, je tato položka dotazníkového šetření stěžejní pro první výzkumnou otázku. Zde si tedy můžeme odpovědět, jaké mají povědomí seniori z domácího prostředí a jaké povědomí mají seniori umístění v pobytové sociální službě. Celkem nám zde odpovědělo 11 respondentů (31 %) z toho byly 4 respondentky (11 %) z pobytové služby a šest respondentek (17 %) z domácího prostředí a jeden respondent (3 %) z domácího prostředí. Z těchto dat je patrné, že mají větší povědomí seniori z domácího prostředí, než seniori umístění v pobytové sociální službě.

8.10 Položka 12

Tabulka 10 Informovanost o diskriminaci

Řekl/a jste o tom někomu?	pobytové zařízení		domácí prostředí		počet	v procentech
	ženy	muži	ženy	muži		
rodinnému příslušníkovi	0	0	2	1	3	9 %
odborníkovi	0	0	2	0	2	6 %
nikomu	4	0	3	3	10	29 %
jiný	1	0	1	0	2	6 %
celkem	5	0	8	4	17	50 %



Graf 11 Informovanost o diskriminaci

V této položce dotazníkového šetření nás zajímalo, komu se respondenti svěřili o diskriminaci. Na tuto otázku v dotazníkovém šetření nám odpovědělo 17 respondentů (50 %), což je přesně polovina. Ze 17 respondentů to bylo 5 respondentek (14 %) z pobytové sociální služby a 12 respondentů (34 %) z domácího prostředí.

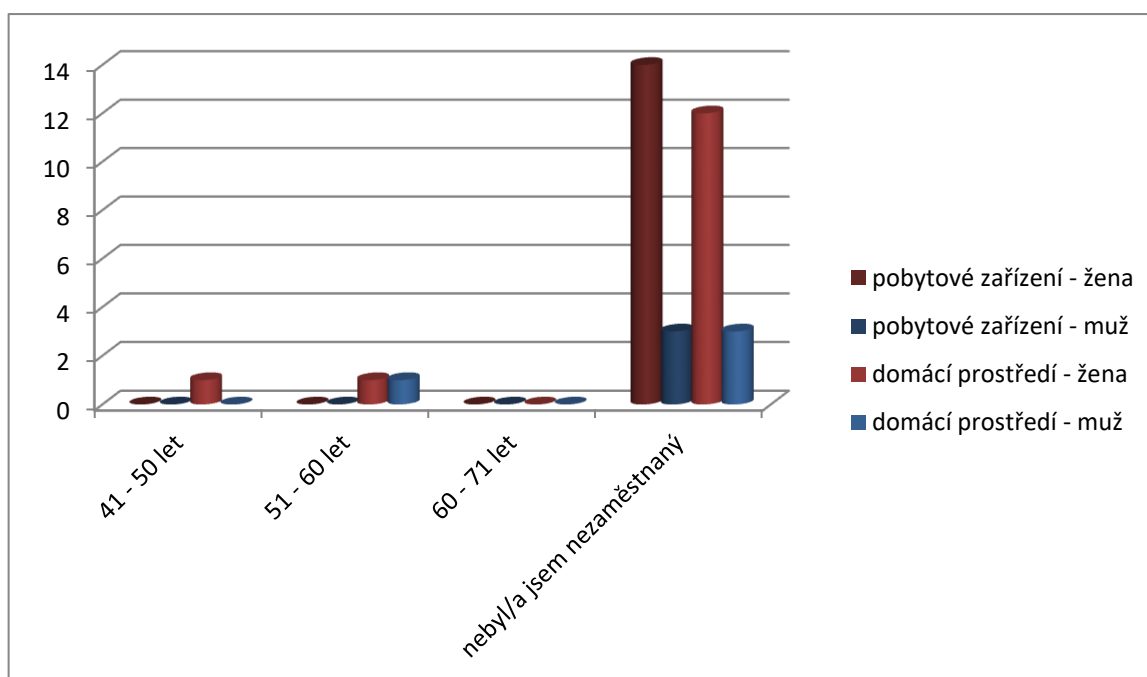
Nejčastější odpovědí respondentů byla, že se nikomu o diskriminaci nesvěřili, zejména 4 respondentky (11 %) z pobytového zařízení a šest respondentů (17 %) z domácího prostředí, kdy takto odpověděly 3 respondentky (9 %) a 3 respondenti (9 %). Druhou nejčastější odpovědí je

rodinný příslušník, kterého označili 3 respondenti (9 %), zejména dvě respondentky (6 %) a jeden respondent (3 %) z domácího prostředí. Dále pak odpověděli 2 respondenti (6 %) z domácího prostředí, že se svěřili odborníkovi. Dva respondenti (6 %) také zvolili možnost, komu se svěřili – jiné. Jedna respondentka (3 %) z domácího prostředí sdělila v dotazníku, že nebylo potřeba tuto skutečnost někomu sdělovat. Jedna respondentka (3 %) z pobytového zařízení vypsala, že se svěřila svým spolupracovníkům.

8.11 Položka 13

Tabulka 11 Zaměstnanost respondentů

Byl/a jste někdy nezaměstnaný? Kdy?	pobytové zařízení		domácí prostředí		počet	v procentech
	ženy	muži	ženy	muži		
41 – 50 let	0	0	1	0	1	3 %
51 – 60 let	0	0	1	1	2	6 %
60 – 71 let	0	0	0	0	0	0 %
nebyl/a jsem nezaměstnaný	14	3	12	3	32	91 %
celkem	14	3	14	4	35	100 %



Graf 12 Zaměstnanost respondentů

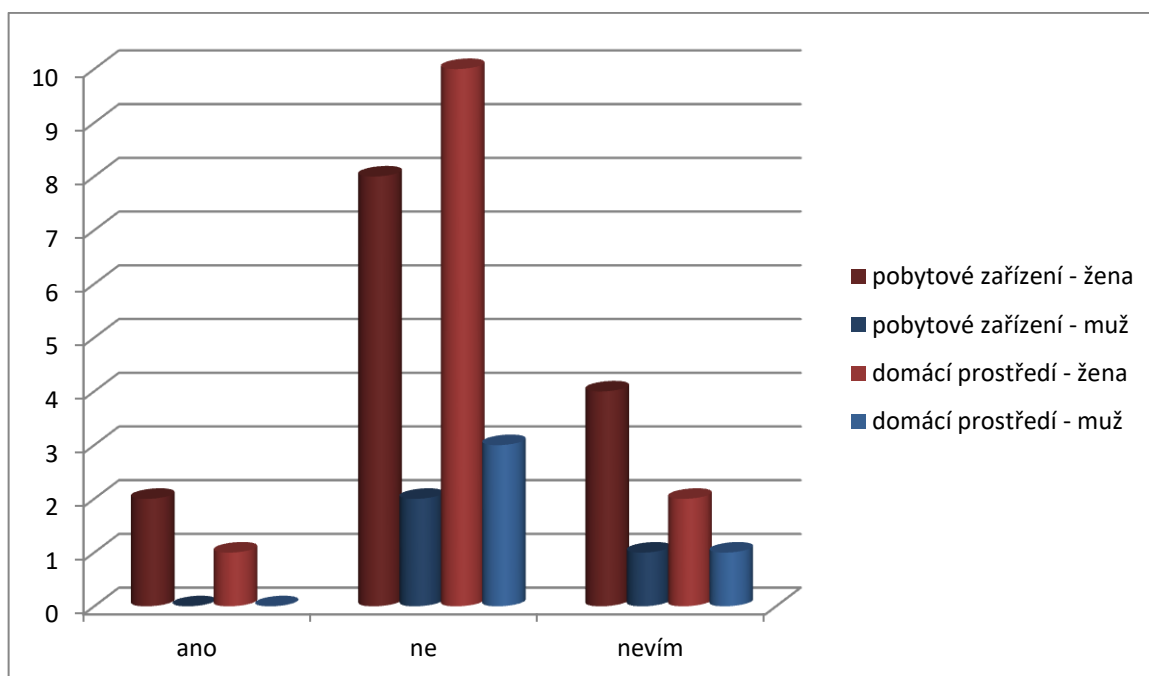
Tato položka dotazníku se zaměřuje na mapování zaměstnanosti respondentů. Odpovědi bylo 35 (100 %). Jedna respondentka (3 %) z domácího prostředí zaškrtnula možnost 41 – 50 let, že byla nezaměstnaná. Možnost 51 – 60 let zaškrtnuly dvě respondenty (6 %) z domácího. Třetí možnost, 60 – 71 let nezaškrtnl nikdo, zřejmě proto, že již splnili podmínky pro vznik nároku starobního důchodu. Poslední možnost odpovědělo 91 % respondentů, že nebyli zaměstnaní, což poukázalo na systémovou

chybu, která plynula ze zakládání dotazníku, zejména fakt, že do roku 1990 byl v platnosti zákon o příživnictví, který ukládal nulovou toleranci nezaměstnanosti.

8.12 Položka 14

Tabulka 12 Postavení respondentů ve společnosti

Přijdete si, jako přítěž pro společnost?	pobytové zařízení		domácí prostředí		počet	v procentech
	ženy	muži	ženy	muži		
ano	2	0	1	0	3	9 %
ne	8	2	10	3	23	65 %
nevím	4	1	2	1	8	23 %
celkem	14	3	13	4	34	97 %



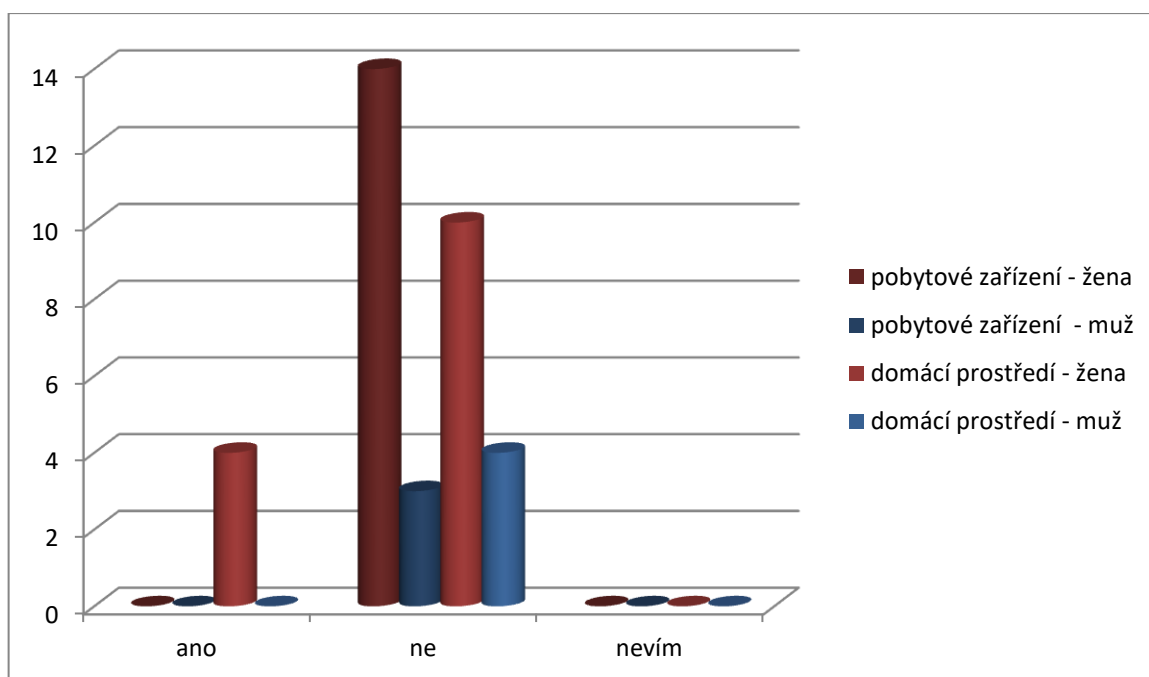
Graf 13 Postavení respondentů ve společnosti

Toto byla velice intimní otázka, ve které jsme chtěli zjistit, jak se senioři cítí ve společnosti. Na tuto otázku odpovědělo 34 respondentů (97 %). Odpověď ano, označili 3 respondentů (9 %), z toho převládaly dvě respondentky (6 %) z pobytového zařízení a jedna respondentka (3 %) z domácího prostředí. 23 respondentů (65 %) odpovědělo záporně na tuto otázku zbývajících 8 respondentů (23 %) nedovedlo rozlišit, zda si přijdou pro společnost či nikoliv.

8.13 Položka 15

Tabulka 13 Povědomí o ageismu

Setkal/a jste se někdy s pojmem ageismus?	pobytové zařízení		domácí prostředí		počet	v procentech
	ženy	muži	ženy	muži		
ano	0	0	4	0	4	11 %
ne	14	3	10	4	31	89 %
nevím	0	0	0	0	0	0 %
celkem	14	3	14	4	35	100 %



Graf 14 Povědomí o ageismu

Tato poslední položka našeho dotazníkového šetření je zároveň stěžejní pro první výzkumnou otázku a dotazuje se respondentů, zda znají, pro naši práci velice klíčový pojem, ageismus.

Na tuto otázku nám odpovědělo všech 35 respondentů (100 %). 31 respondentů (89 %) odpovědělo záporně. 4 respondentky (11 %) z domácího prostředí odpověděly na otázku kladně. Žádný z respondentů neoznačil odpověď, že neví.

Z této dotazníkové položky je jednoznačné, že větší povědomí o ageismu mají senioři z domácího prostředí, ale v obecné rovině seniorům tento pojem nic neříká, byť jsou s jeho dopady ve společnosti v neustálé interakci, ať už v pobytové sociální službě, tak v domácím prostředí.

V této klíčové kapitole, interpretace dat jsme si na úvod vydefinovali klíčové položky našeho dotazníku pro jednotlivé výzkumné otázky. Poté jsme interpretovali postupně všechny položky z dotazníkového šetření, těm klíčovým jsme věnovali větší pozornost, protože nám částečně odpovídali na výzkumné otázky. Nyní bude následovat další kapitola, kterou je vyhodnocení výzkumných otázek, kde si ucelíme odpovědi na jednotlivé výzkumné otázky.

9 Vyhodnocení výzkumných otázek

V položce č. 9., 10. a 11. nám průměrně odpovědělo na dotazníkové otázky 36 % respondentů, což bohužel nejsou validní empirická data. V položce č. 9. jsme se dotazovali respondentů: „Kdo diskriminoval vás nebo jiného seniora?“. V položce č. 10. jsme se dotazovali: „O jakou diskriminaci se jednalo?“ a v 11. položce dotazníkového šetření jsme se respondentů dotazovali: „Kde k diskriminaci došlo?“. Předpokládáme, že odpověděl tak nízký počet respondentů z důvodu citlivosti tématu. Případně z důvodu neporozumění otázkám, a vzhledem ke skutečnosti, že na sebe jednotlivé otázky navazovali, můžeme také brát v úvahu i možnost, že respondenti nemají s diskriminací zkušenost. Proto by také mohla vyvstat námitka, že i zde se objevila systémová chyba při tvorbě samotného dotazníku, kdy jsme měli do těchto otázek přidat zápornou možnost pro respondenty, kteří se s diskriminací žádným způsobem nepotkali.

První výzkumná otázka zjišťovala, jaké mají senioři povědomí v domácím prostředí a jaké povědomí mají senioři umístění v domovech pro seniory o ageismu. Pro tuto výzkumnou otázku byly klíčové položky z dotazníku č. 7, 8, 9, 10, 11 a 15.

V sedmé dotazníkové položce jsme se respondentů dotazovali, zda se setkali s diskriminací seniorů. Z dat nám vyplývá, že senioři mají povědomí o tom, co je to samotná diskriminace seniorů, a to jak respondenti z pobytové sociální služby, tak z domácího prostředí. V osmé položce dotazníkového šetření je na základě získaných dat patrné, že na základě vlastní zkušenosti, mají totožné povědomí o ageismu spíše respondentky z domácího prostředí i z pobytové sociální služby. Další devátá klíčová otázka se dotazovala respondentů, kdo byl agresorem, od kterého pramenila samotná diskriminace seniorů. Opět už jen na základě odpovědi, ze které my vyčteme, že respondenti vědí, na co odpovídají, můžeme vyhodnotit i tuto položku. Získaná data zde jednoznačně ukazují, že mají senioři v domácím prostředí větší povědomí o ageismu. Další stěžejní položkou našeho dotazníku je otázka deset, ve které jsme zjišťovali od respondentů způsob diskriminace. Opět za předpokladu, že respondenti odpověděli „ano“ můžeme vyhodnotit, že jsou na tom senioři v domácím prostředí i v pobytové sociální službě stejně. Další důležitou dotazníkovou položkou pro první výzkumnou otázku je otázka 11, která se dotazovala respondentů na místo, kde se uskutečňovala diskriminace. Zde nám z dat plyne jednoznačná odpověď, že větší povědomí mají senioři v domácím prostředí. Poslední dotazníková otázka je pro nás rovněž stěžejní a zde jsme se seniorů dotazovali, zda se pojmem ageismus setkali. I zde plyne jednoznačná odpověď po vyhodnocení dotazníkového šetření, že mají větší povědomí o Ageismu respondenti z domácího prostředí.

Po hlubší analýze stěžejních otázek jsme zjistili odpověď na první výzkumnou otázku. Je tedy jednoznačně patrné ze získaných dat, že mají větší povědomí senioři z domácího prostředí. Domníváme se, že je to díky větší sociální interakci, kterou senioři v domácím prostředí mají. V úvahu přikládáme domněnku, že senioři v domácím prostředí mají větší dovednosti a možnosti k získání dat,

případného sebevzdělávání v univerzitách třetího věku. Na závěr pak můžeme říci, s ohledem na 6 položku našeho dotazníku, že o 3 % převládali respondenti z domácího prostředí.

Druhá výzkumná otázka zjišťovala, zda lze ve společnosti definovat skupinu seniorů, kteří by mohli být ageismem ohroženi. Na tuto otázku byly stěžejní položky dotazníku 1, 6, 7, 9 a 10.

První klíčovou položkou pro druhou výzkumnou otázku byla první položka dotazníkového šetření, kde jsme od respondentů zjišťovali jejich pohlaví. Zda by to mohl být jeden z určujících faktorů pro výsledky výzkumné otázky. Výsledky dotazníkového šetření ukazují, že se účastnilo 80 % žen a 20 % mužů. Z čehož bylo 40 % žen a 9 % mužů z pobytového zařízení a 40 % žen a 11 % mužů z domácího prostředí. V šesté klíčové položce našeho dotazníku jsme se dotazovali našich respondentů, kde dotázaní respondenti bydlí. Mezi respondenty převládají ti v domácím prostředí – 51 % a respondentů z pobytové sociální služby – 49 %. Sedmá položka našeho dotazníkového šetření patří také do klíčových otázek pro druhou výzkumnou otázku. V této položce dotazníkového šetření jsme zjišťovali od respondentů, zda se setkali s diskriminací seniorů. Ze získaných dat můžeme konstatovat, že se s diskriminací setkali spíše ženy než muži. Další klíčovou položkou našeho dotazníkového šetření, je otázka číslo devět. Zde jsme se respondentů dotazovali, kdo diskriminoval seniora, nejčastější odpovědí byl rodinný příslušník – 10 %. Další nejčastější odpovědi byl lékař, jiná odpověď a pečovatelka. V jiné odpovědi respondenti byli cizí děti, děti ve škole a jejich rodiče. Poslední klíčová položka našeho dotazníku pro druhou výzkumnou otázku je desátá otázka, která od respondentů zjišťuje způsob diskriminace. Ze získaných dat můžeme konstatovat, že jsou ve společnosti ageismem ohroženější ženy.

Po hlubší analýze stěžejních položek dotazníkového šetření jsme zjistili odpověď na druhou výzkumnou otázku, která je, zda lze ve společnosti definovat skupinu seniorů, kteří by mohli být ageismem ohroženi. Z našich získaných dat, můžeme vydefinovat ohroženější skupinu seniorek z pobytové sociální služby, které diskriminuje pečovatelka či rodinný příslušník.

V této kapitole jsme vyhodnotili data z klíčových položek pro jednotlivé výzkumné otázky, které jsme podrobily hlubší analýze, díky které jsme si mohli na obě výzkumné otázky odpovědět. Nyní bude následovat kapitola s diskuzí nad klíčovým tématem a této práce.

Diskuse

Při počátku tvorby dotazníků jsme oslovili tři organizace, které neshledali problém ve zprostředkování respondentů ze seniorské populace. Byť je naše téma bakalářské práce poměrně tabuizováno a obecně sebou také nese velice citlivý charakter, díky kterému víme, že je ageismus velice tabuizované téma. Proto jsme volili jako respondenty seniory, kterých se tento jev primárně týká.

V návratnosti dotazníků jsme se shledali s úspěchem návratnosti celých 88 %, ovšem tři položky z dotazníkového šetření měly nadměrně citlivý charakter a jejich návratnost odpovědí byla v průměru 31 %. V těchto třech položkách dotazníkového šetření jsme se respondentů dotazovali na prostředí, kde k diskriminaci došlo, na způsob diskriminace a kdo byl agresorem. Můžeme se pouze domnívat, co bylo důvodem tak nízké návratnosti tří položek. Jednou z možností je špatně postavené dotazníkové šetření, kdyby v těchto položkách přibyla možnost odpovědi, kde by respondenti měli možnost odpovědět, že nedovedou odpověď posoudit, nebo že nemají zkušenosti. Také je otázka, zda seniory vedla k nízkému počtu odpovědím systémová chyba z naší strany nebo stud ze strany respondentů, že nechtěli pravdivě odpovědět na otázky tak citlivého charakteru.

Ze získaných dat jsme měli si možnost odpovědět na první výzkumnou otázku, která měla za úkol od respondentů zjistit, jaké mají senioři povědomí v domácím prostředí a jaké povědomí mají senioři umístění v domovech pro seniory o ageismu. Po získání dat jsme provedli hlubší analýzu u stěžejních otázek dotazníku pro první výzkumnou otázku a následně si na ni mohli odpovědět. Větší povědomí mají senioři z domácího prostředí, je jednoznačný výsledek. Domníváme se tedy, že tato skupina seniorů má větší interakci se sociálním prostředím. Zejména v málo častém vícegeneračním soužití či na vesnicích jsou senioři součástí komunity, která si velice pomáhá. Naopak senioři ve městech mají možnost docházet do denních stacionářů či se účastnit jiných volnočasových aktivit, zejména např. univerzit třetího věku. Další tabuizované téma, které se v tomto směru váže na ageistické projevy, je izolace seniorů. Myslíme si, že data, která by zkoumala tyto projevy ve společnosti nyní, budou mít v porovnání s předešlými výzkumy rostoucí tendenci díky pandemii a jejími dopady.

Díky datům z dotazníkového šetření jsme si mohli odpovědět i na druhou výzkumnou otázku, která byla vyhodnocována stejným způsobem jako první. Druhá výzkumná otázka měla za úkol zjistit, zda lze ve společnosti definovat skupinu seniorů, kteří by mohli být Ageismem ohroženi. Získanou odpovědí je skupina seniorek v pobytové sociální službě, které nejčastěji diskriminuje pečovatelka a rodinný příslušník. I v tomto ohledu si myslíme, že tento jev bude mít rostoucí tendenci ve společnosti.

Dalo by se uvažovat nad tím, zda se nejedná o špatné vzorce chování, které jsou ve společnosti a pramení z mýtů a stereotypů o seniorech. Pak ve spojení se stresem a jiným vlivům dochází k ageistickým projevům a obecně jiným diskriminačnímu či agresivnímu chování.

Navrhovaná opatření

První navrhované opatření je důležité pro zvýšení povědomí ve společnosti a jak budeme zmiňovat níže, není nad zvolení vhodného způsobu předávání informací. Čímž by se mohl změnit pohled na seniory.

Druhé a třetí navrhované opatření má za úkol podpořit a motivovat formální i neformální pečující. Aby nevznikal syndrom vyhoření a byly jim usnadněny podmínky pro péči o seniory. Aby docházelo k rozvoji vícegeneračního soužití a nižší fluktuace pracovníků v sociálních službách. Domníváme se totiž, že tyto překážky na straně pečujících vedou snadněji k ageistickému chování, které je velice zakořeněné ve společnosti. Kdyby se eliminovali možné tzv. spoušťové situace, mohl by se snížit výskyt Ageismu.

Prvním navrhovaným opatřením je nástroj pro seniory, který by měl za úkol snížit dopady ageistických stereotypů ve společnosti a posílit kladný pohled na seniory. Zejména, kdyby vznikaly chráněné dílny, volnočasové kluby, nebo třeba kluby pro seniory, kam by senioři pravidelně docházeli a vyráběli např. rukodělné výrobky, které by mohli prodávat přes e-shop nebo na regionálních trzích. Tím by senioři prozatím na regionální úrovni zvyšovali povědomí ve společnosti, že jsou stále aktivní, činní a nejsou zátěží pro společnost. Ale protože jsme si vědomi faktu, že každého nemusí bavit rukodělné aktivity. Mohli by vznikat i aktivity pro seniory jiného charakteru, který by měl za cíl zvyšování povědomí o seniorech v kladném slova smyslu.

Pro začátek by stačilo, pokud by se dařilo zvyšovat povědomí v komunitách nebo na regionální úrovni, protože v té mase informací, která putuje po internetu, na sociálních sítích nebo v novinách je velmi snadné se ztratit. Proto se domníváme, že nejlepší způsob pro předávání informací je na základě osobních zkušeností, formou reference.

Tošnerová ve své monografii uvádí dobrý příklad mezigeneračního soužití. V ČR je velice běžné, že se senioři stěhují z větších měst na vesnice do chalupy, kde přetrvávají celé léto až do brzkého podzimu. Stávají se tak součástí místní komunity, jsou zde samostatnější, aktivní, blíží přírodě apod., což je vnímáno jako velice pozitivní (Tošnerová 2002, s. 14). U těchto seniorů jsou znatelné zlepšení ve zdravotním stavu, vitalitě a vidině, že má život stále ještě smysl. Na malých vesnicích stále funguje mezigenerační soudržnost, solidarita a sousedská výpomoc.

Druhým navrhovaným opatřením je nástroj pro podporu vícegeneračního soužití.

Vícegenerační soužití je tvořeno třemi generacemi rodiny, tj. prarodiče, rodiče a děti. Výhodami tohoto soužití je např. bezpečné bydlení stárnoucí generaci, také je snadněji splňován jeden z principů sociální politiky, konkrétně principi sociální solidarity (Krebs 2015, s. 31). Své výhody toto soužití nese i ve výchově dětí, které získávají zkušenosti a lepší povědomí starání se o seniora v rodině. Na druhé straně, pokud v rodině chybí láska, podpora, schopnost pomáhat si, tolerance apod. nepanují zde dobré vztahy (Mlýnková 2011, s. 36).

Navrhovaným opatřením je tedy realizace organizací, specifických odlehčovacích služeb. Tyto odlehčovací služby by byly realizovány přímo v domácnosti pro rodinné pečující, aby mohli odjet s klidným svědomím na dovolenou a zároveň by bylo postaráno o seniora. Pečovatelka by bydlela se seniorem v domácím prostředí a pečovala by o něj v nepřítomnosti pečující rodiny. Takto specifické služby by byly velice významné pro rodiny, aby mohli odjet na dovolenou, odpočinout si a nabrat nové síly na každodenní péči o seniora.

Tyto organizace by spadaly pod zákon o sociálních službách, charakter by měli specifických odlehčovacích služeb. V praxi by to vypadalo, že by organizace zprostředkovala pečovatelky přímé péče, které by byly po dobu nepřítomnosti pečující rodiny 24 hodin denně se seniorem v domácím prostředí. Při sjednávání těchto služeb by bylo klíčové sociální šetření, kdy by sociální pracovnice přijela do domácího prostředí a společně se seniorem a pečující rodinou by sepsali přání, zvyklosti seniora a oblasti podpory, při úkonech, které si již senior nezvládá sám, a poté by připravili pevnou metodiku, podle které by se pečovatelka po odjezdu pečující rodiny řídila při péči o seniora.

U tohoto navrhovaného opatření jsme se inspirovali v Rakousku, kde pracují pečovatelky přímé péče spíše formou volné živnosti, tedy OSVČ a zároveň spadají pod agenturu, která zprostředkovává pečovatelky konkrétním rodinám. Takto zprostředkované sociální služby by měli přispívat k rozvoji podnikání a usnadnění finanční situace v začátku podnikání (ALTAXO 2022).

Neustále je důležité mít na paměti, že seniory nemůžeme paušalizovat a umístit je všechny do ústavů. I senioři, kteří jsou zdravotně omezení, mají dostat tu šanci za pomoci sociálních a jiných dostupných komerčních služeb, zůstat ve svém přirozeném prostředí. Na společnosti tedy je, aby bylo zřízeno větší množství sociálních služeb, které budou docházet k seniorům do jejich přirozeného prostředí a pomůžou případně rodinným pečujícím, aby bylo podporováno vícegenerační soužití (Tošnerová 2002, s. 14).

Třetí navrhovaným opatřením bude nástroj pro snížení vzniku syndromu vyhoření u profesionálních pečujících v sociálních službách.

Syndrom vyhoření je typický u pracovníků pomáhajících profesí v důsledku nezvládnutého pracovního stresu. Na subjektivní úrovni převládá příčina, že pracovník sociálních služeb svou roli nezvládá nebo sociální práci opouští. Obecnou příčinou jeho vzniku jsou zvláštní nároky, jež na pracovníka klade intenzivní kontakt s lidmi, kteří využívají sociální služby. Dlouhodobý kontakt s lidmi, kteří potřebují pomoc druhé osoby, vyžaduje ze strany pracovníka schopnost průběžně a efektivně se vyrovnávat s pracovním stresem. Ze strany organizace takový pracovník vyžaduje zajištění podmínek k minimalizování specifického stresu. Mezi projevy syndromu vyhoření může být neangažovanost pracovníka v sociálních službách v interakci s klientem sociálních služeb, ztráta tvořivému přístupu v práci, částečná pracovní neschopnost, omezování komunikace s klienty apod. Proces vývoje může být lineární ale i v cyklech (Matoušek aj., 2003, s. 55).

Jak jistě víme, péče o druhé je především psychicky náročná, ovšem občas i fyzicky. V rámci prevence syndromu vyhoření mají pracovníci v sociálních službách nárok na pravidelnou supervizi a jiná opatření, která by měla vést k prevenci syndromu vyhoření. Naším navrhovaným opatřením jsou benefity, které by dostávali tito pracovníci, aby se snižovalo riziko syndromu vyhoření, který by mohl vést k ageistickým projevům ze strany pracovníků v sociálních službách ke klientům. Benefity by mohli být v podobě slev na relaxační či jiné revitalizační aktivity, jako např. pravidelné cvičení jógy, či jiné pohybové aktivity, slevy na pravidelné masáže či návštěva bazénu apod.

Závěr

Neustále bychom měli mít na paměti, že námi zkoumané téma je součástí širokého kontextu, pole sociálního světa, který je neustále proměnlivý (Reichel 2009, s. 22).

V úvodu empirické části této práce jsme si určili cíl naší bakalářské práce, kterým byla charakteristika ageismu jako sociálně patologického jevu a zjištění, kdo v seniorské populaci patří do rizikové skupiny, která se s ageismem potýká ve svém životě. Také jsme si v úvodu zmínili obě výzkumné otázky.

V další kapitole jsme si vydefinovali použité metody průzkumu, který je součástí této práce. Dále jsme čtenáře této práce seznámili s průběhem pilotního průzkumu a pak jej seznámili se samotným průzkumem.

V kapitole, popis zkoumaného vzorku jsme vydefinovali respondenty, kteří se účastnili našeho průzkumu. Následovala nejdůležitější kapitola této práce, tj. interpretace dat pramenící z dotazníkového šetření. Celkem bylo osloveno 40 respondentů, abychom mohli dotazníkové šetření zkoumat na kvalitně zvoleném vzorku. Návratnost dotazníků byla 88 %, což lze považovat za úspěch. Ale bohužel jsme se setkali u tří položek z dotazníkového šetření s návratností v průměru pod 36 %, což pro nás nebyla validní informací. V další kapitole jsme si zodpověděli obě výzkumné otázky. V první výzkumné otázce jsme zjišťovali, jaké povědomí mají senioři v domácím prostředí, a jaké povědomí mají senioři v domovech pro seniory o ageismu. Na základě získaných dat z dotazníkového šetření jsme zjistili, že větší povědomí mají senioři v domácím prostředí. V druhé výzkumné otázce jsme zjišťovali, zda lze ve společnosti vydefinovat skupinu seniorů, kteří by mohli být Ageismem ohroženi. Opět jsme díky provedenému průzkumu zjistili, že nejohroženější jsou seniorky z pobytového zařízení.

V kapitole, diskuze jsme se podívali na náš průzkum z nejedné optiky a na závěr empirické části této práce jsme se zaměřili na navrhovaná opatření. V poslední kapitole jsme se zaměřili na seniory, jejich zlepšení postavení ve společnosti a eliminaci stereotypů a mýtů. Navrhovaná opatření se také zaměřují na podporu vícegeneračního soužití jako praktického nástroje pro neformální pečující. Také pro formální pečující jeden nástroj, aby se snížilo riziko vzniku syndromu vyhoření, protože se domníváme, že při zmiňovaném syndromu, nebo vystavení nadměrnému stresu, by mohli pečující snáze přistoupit k naučeným špatným vzorcům chování.

Seznam použitých zdrojů

ALTAXO.cz: *Pečovatel = podnikatel v Rakousku*. [online]. [vid. 28. 5. 2022]. Dostupné z: <https://www.altaxo.cz/zacatek-podnikani/priprava-na-podnikani/pecovatel-podnikatel-v-rakousku>.

ČÁSLAVA, P., 2021. Násilí v péči o seniory. *Listy sociální práce*, roč. 9, č. 27, s. 20 – 21. ISSN 2336-2332.

DISMAN, M., 2020. *Jak se vyrábí sociologická znalost*. 1. vyd. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-1966-8.

FARKOVÁ, M., 2009. *Dospělost a její variabilita*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2480-5.

FERJENČÍK, J., 2000. *Úvod do metodologie psychologického výzkumu: jak zkoumat lidskou duši*. 1. vyd. Praha: Portál. ISBN 80-7178-367-6.

FISCHER, S., 2020. *Sociální patologie – závažné sociálně patologické jevy, příčiny, prevence, možnosti řešení*. 2. rozš. a aktual. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5046-0.

HARTL, P., HARTLOVÁ, H., 2000. *Psychologický slovník*. 1. vyd. Praha: Portál. ISBN 80-7178-303-X.

HAŠKOVCOVÁ, H., 2010. *Fenomén stáří*. 2. přepr. vyd. Praha: Havlíček Brain-team. ISBN 97880807109199.

JANDOUREK, J., 2008. *Průvodce sociologií*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2397-6.

KLEVETOVÁ, D., aj., 2008. *Motivační prvky při práci se seniory*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2169-9.

KOPECKÁ, I., 2015. *Psychologie 3. díl – učebnice pro obor sociální činnost*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-9880-6.

KREBS, V., aj., 2015. *Sociální politika*. 6. přepr. a aktual. vyd. Praha: Wolters Kluwer. ISBN 978-80-7478-921-2.

KUTNOHORSKÁ, J., 2009. *Výzkum v ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2713-4.

LORENC, J., 2002. Psychopatologické otázky v krizové intervenci. In: VODÁČKOVÁ, D., aj. *Krizová intervence*. 1. vyd. Praha: Portál, s. 375-425. ISBN 80-7178-696-9.

MATOUŠEK, O., aj., 2003. *Metody a řízení sociální práce*. 1. vyd. Praha: Portál. ISBN 80-7178-548-2.

MATOUŠEK, O., aj., 2005. *Sociální práce v praxi*. 1. vyd. Praha: Portál. ISBN 80-7367-002-X.

MLÝNKOVÁ, J., 2011. *Péče o staré občany*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3872-7.

Oko24.cz: *4 mýty o seniorech* [online]. [vid. 28. 11. 2021]. Dostupné z: <http://www.oko24.cz/2018/09/22/4-myty-o-seniorech/>.

ONDRUŠOVÁ, J., aj., 2019. *Gerontologie pro sociální práci*. 1. vyd. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-4383-0.

POROVNEJ24.cz: *Seniři ve světě: Žijí si ti zahraniční než čeští?*[online]. [vid. 28. 5. 2022]. Dostupné z: <https://www.porovnej24.cz/clanky/seniori-ve-svete-ziji-si-ti-zahranicni-lepe-nez-cesti>.

REICHEL, J., 2009. *Kapitoly metodologie sociálních výzkumů*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3006-6.

Seniorenbedarf: *Altersdiskriminierung: Die Situation in Deutschland und was Betroffene tun können* [online]. [vid. 28. 2. 2022]. Dostupné z: <https://www.seniorenbedarf.info/altersdiskriminierung>

Sociální služby, 2020, roč. 22, č. 12. ISSN 1803-7348.

SLEPIČKA, P., aj., 2015. *Sport a pohyb v životě seniorů*. 1. vyd. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-3110-3.

ŠPATENKOVÁ, N., aj., 2004. *Krizová intervence pro praxi*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 80-247-0586-9.

ŠTĚPÁNOVÁ, H., aj., 2014 *Gerontologie současné otázky z pohledu biomedicíny a společenských věd*. 1. vyd. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-2628-4.

ŠTRAUCHOVÁ, L., 2014. Ageismus. In: *Nestori* [online]. 8. 12. 2014 [vid. 28. 2. 2022]. Dostupné z: <https://www.nestori.cz/ageismus/>.

The Guardia: Ageismus rozšířený ve Velké Británii, zjistila studie [online]. [vid. 14. 2. 2022]. Dostupné z: <https://www.theguardian.com/society/2018/jun/08/ageism-widespread-in-uk-study-finds>

TOŠNEROVÁ, T., 2002. *Ageismus Průvodce stereotypy a mýty o stáří*. 1. vyd. Praha: Ambulance poruchy paměti. ISBN 80-238-9506-0.

VETEŠKA, J., aj., 2020. *Psychologie kriminálního chování*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-1480.

VIDOVIČOVÁ, L., 2006. Ageismus.cz. In: *Teoretický základ ageismu*[online]. [vid. 28. 2. 2022]. Dostupné z: <https://www.ageismus.cz/o-ageismu/ageismus-teorie>

VODÁČKOVÁ, D., 2002. *Krizová intervence*. 1. vyd. Praha: Portál. ISBN 80-7178-696-9.

WIJA, P., 2018. Metodický portál RVP.cz. In: *Ageismus. Mýty a stereotypy o stáří a stárnutí*. [online]. 13. 2. 2018 [vid. 28. 2. 2022]. Dostupné z: <https://clanky.rvp.cz/clanek/c/g/21662/AGEISMUS-MYTY-A-STEREOTYPY-O-STARI-A-STARNUTI.html>

Seznam příloh

Příloha A – dotazník pro seniory

Příloha B – Chci zůstat doma APSS ČR

Příloha A

Dobrý den,

studuji v Liberci na Technické univerzitě na katedře sociálních studií a speciální pedagogiky. Tento anonymní dotazník bude součástí mé bakalářské práce, proto Vás chci požádat o jeho vyplnění.

Tento dotazník je anonymní a plně dobrovolný.

U každé otázky prosím vyplnit pouze jednu odpověď (pokud u dané otázky není uvedeno jinak). Chtěla bych Vás poprosit, když jste se rozhodli odpovědět na můj dotazník, abyste jej vyplnili pravdivě, podle svého přesvědčení.

Děkuji za Váš čas

Tereza Kočová

1. Jsem:
 - Žena
 - Muž
2. Váš věk
3. Nejvyšší dosažené vzdělání
 - Základní
 - Vyučen/a
 - Středoškolské
 - Vysokoškolské
4. Jaké bylo vaše povolání?
 - Podnikal/a jsem
 - Vedoucí pozice
 - Běžný zaměstnanec
5. V jakém oboru jste nejčastěji pracoval/a? (prosím vypsát)
 -
6. Bydlím ...
 - V domově pro seniory
 - Ve svém domově
 - Ve svém domově za pomoci sociální služby
7. Setkal/a jste se někdy s diskriminací seniorů
 - Ano
 - Ne
 - Nevím

8. Zažili jste někdy diskriminaci na sobě?
- Ano
 - Ne
 - Nevím
9. Kdo diskriminoval vás nebo jiného seniora?
- Rodinný příslušník
 - Nejbližší okolí
 - Pečovatelka
 - Lékař
 - Jiný (prosím uveďte)
10. O jakou diskriminaci se jednalo? (zde můžete zaškrtnout vícero odpovědí)
- Fyzická (např.: někdo někoho tloukl)
 - Psychická (např.: slovní nadávky, nátlak)
 - Jinak (prosím uveďte)
11. Kde k diskriminaci došlo? (zde můžete zakroužkovat vícero odpovědí)
- U lékaře, v nemocnici
 - Na úřadě
 - V městské hromadné dopravě
 - Venku
 - Jinde (prosím vypište)
12. Řekl/a jste o tom někomu?
- Rodinnému příslušníkovi
 - Odborníkovi
 - Nikomu
 - Jiný (prosím vypište)
13. Byl/a jste někdy nezaměstnaný? Kdy?
- 41 – 50 let
 - 51 – 60 let
 - 60 – 71 let
 - Nebyl/a jsem nezaměstnaný
14. Přijdete si, jako přítěž pro společnost?
- Ano
 - Ne
 - Nevím
15. Setkal/a jste se někdy s pojmem ageismus?
- Ano
 - Ne

Příloha B

Chci zůstat doma

KPS ČR