

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI

FILOZOFICKÁ FAKULTA

Katedra sociologie, andragogiky a kulturní antropologie

AGEISMUS VE ZDRAVOTNICTVÍ OČIMA SENIORŮ
AGEISM IN HEALTH CARE FROM THE SIGHT OF SENIORS

Bakalářská diplomová práce

Bára Feberová

Vedoucí bakalářské diplomové práce: doc. PhDr. Dana Sýkorová, Ph.D.

Olomouc 2017

Prohlašuji, že jsem bakalářskou diplomovou prací na téma „*Ageismus ve zdravotnictví očima seniorů*“ vypracovala samostatně a uvedla v ní veškerou literaturu a ostatní zdroje, které jsem použila.

V Olomouci dne

Podpis

Poděkování:

Tímto způsobem bych velice ráda poděkovala vedoucí práce paní doc. PhDr. Daně Sýkorové, Ph.D., a to za trpělivost, vstřícný přístup, cenné rady a čas, který mi věnovala pro přípravu mé bakalářské práce.

Podklad pro zadání BAKALÁŘSKÉ práce studenta

PŘEDKLÁDÁ:	ADRESA	OSOBNÍ ČÍSLO
FEBEROVÁ Bára	Okružní 851/30, Karviná - Ráj	F14921

TÉMA ČESKY:

Ageismus ve zdravotnictví očima seniorů

TÉMA ANGLICKY:

Ageism in health care from the sight of seniors

VEDOUcí PRÁCE:

doc. PhDr. Dana Sýkorová, Ph.D. - KSA

ZÁSADY PRO VYPRACOVÁNÍ:

- A. Cíl práce: Cílem je zjistit zkušenosti seniorů s ageistickými postoji či chováním pracovníků zdravotnických zařízení vůči starším pacientům-klientům.
- B. Konkretizace cíle a předmětu práce (včetně zdůvodnění): Diplomantka zpracuje přehled dosavadního vědění o ageismu (teorii, klíčových teoretických konceptů a výsledků empirických výzkumů zejména v české gerontosociologii). Revize literatury bude východiskem pro koncipování a následnou realizaci kvantitativního výzkumu mezi seniory.
- C. Návrh postupu řešení (metodika): Diplomantka se zaměří na zkušenosti starších lidí s různými projevy ageismu v různých situacích a různých typech zdravotnických zařízení (ambulancích praktických lékařů, ambulantních specialistů, nemocnicích apod.). Bude realizovat kvantitativní výzkum, předběžně se předpokládá užití některé z dotazovacích metod (dotazník/strukturovaný rozhovor).
- D. Harmonogram práce:
- Četba literatury vztahující se k tématu diplomové práce. T: Průběžně. (Diplomantka předloží seznam prostudované literatury nejpozději 31. 5. 2016.)
 - Vypracování osnovy DP. T: 31. 5. 2016
 - Zpracování výzkumného projektu. T: 30. 6. 2016
 - Realizace sběru dat, analýza a interpretace. T: září listopad 2016.
 - Zpracování jednotlivých kapitol DP. T: 15. 2. 2017 (Diplomantka bude od počátku ledna 2017 postupně předkládat jednotlivé kapitoly vedoucí práce).
 - Termín odevzdání kompletní DP vedoucí práce: 15. 2. 2017
 - Termín odevzdání finální verze DP: 31. 3. 2017

SEZNAM DOPORUČENÉ LITERATURY:

- BAND-WINTERSTEIN, T. 2013. Health Care Provision for Older Persons: The Interplay between Ageism and Elder Neglect. *Journal of Applied Gerontology*. XX(X): 115. Dostupné na <http://jag.sagepub.com/content/early/2013/01/30/0733464812475308.full.pdf>
- HÁŠKOVCOVÁ, H. 2010. Fenomén stáří. Praha: Havlíček Brain Team.
- SÝKOROVÁ, D. 2007. Autonomie ve stáří. Kapitoly z gerontosociologie. Praha: Slon.
- TOŠNEROVÁ, T. 2002. Ageismus. Průvodce stereotypy a mýty o stáří. Praha: Ambulance pro poruchy paměti, Ústav lékařské etiky 3. LF UK a FNKV Praha.
- VIDOVIČOVÁ, L. 2008. Stárnutí, věk a diskriminace: nové souvislosti. Brno: MU.
- VURM, V. 2007. Vybrané kapitoly z veřejného a sociálního zdravotnictví. Praha: Triton.

Podpis studenta:  _____

Datum: 19.4.2016

Podpis vedoucího práce:  _____

Datum: 24.4.2016

Anotace

Jméno a příjmení:	Bára Feberová
Katedra:	Katedra sociologie, andragogiky a kulturní antropologie
Obor studia:	Sociologie – Andragogika
Obor obhajoby práce:	Sociologie
Vedoucí práce:	doc. PhDr. Dana Sýkorová, Ph.D.
Rok obhajoby:	2017

Název práce:	Ageismus ve zdravotnictví očima seniorů
Anotace práce:	<p>Problematika věkové diskriminace je v dnešní stárnoucí společnosti stále více aktuální. Bakalářská práce je orientována na ageismus ve zdravotnictví, a to konkrétně očima seniorů. Teoretická část předkládá základní informace o stárnutí a změnách, které stárnutí přináší. Dále se zabývá samotným ageismem a jeho výskytem v poskytování zdravotní péče. Empirická část se zaměřuje na osobní zkušenosti seniorů s ageistickými postoji ze strany zdravotnických pracovníků různých zdravotnických zařízení, která je zjišťována pomocí konkrétních ageistických situací nastíněných v dotazníkovém šetření. Výzkum prokázal, že dle mých respondentů se senioři s ageistickými postoji ze strany zdravotních pracovníků opravdu setkávají, ne však ve velké míře.</p>
Klíčová slova:	Ageismus, věková diskriminace, stáří, stárnutí, senior, stereotyp, mýtus, předsudek, osobní zkušenost, zdravotnictví, zdravotní pracovníci, zdravotní zařízení
Title of thesis:	Ageism in health care from the sight of seniors
Annotation:	<p>The issue of age discrimination in today's society of population aging is more current. Bachelor thesis is concentrate on ageism in health care, concretely from the sight of seniors. Theoretical part presents some basic informations about aging and so the changes, which aging brings. It also deals with the actual ageism and its occurrence in the provision of health care. Empirical part is focused on personal experiences of seniors with ageist attitudes of health workers in different medical institutions, which is researched thought specific ageist situations adumbrated in questionnaire survey. The research showed up that according to my</p>

	respondents seniors are really experienced with ageist attitudes by the medical staff, but not to a great extent.
Keywords:	Ageism, age discrimination, old age, aging, senior, stereotype, myth, prejudice, personal experience, health care, health workers, medical institutions
Názvy příloh vázaných k práci:	Příloha č. 1 - Dotazník pro empirický výzkum
Počet literatury a zdrojů:	43
Rozsah práce:	87 s. (131 916 znaků včetně mezer)

OBSAH

ÚVOD	10
I. TEORETICKÁ ČÁST	12
1. STÁŘÍ A STÁRNUTÍ	12
1.1 Vymezení charakteristiky stáří a stárnutí	12
1.2 Životní změny ve stáří	14
1.3 Stárnutí populace	18
1.4 Stáří a společnost.....	20
2. AGEISMUS	22
2.1 Definice ageismu.....	22
2.2 Zdroje a faktory vedoucí ke vzniku ageismu	25
2.3 Mýty o stáří a stereotypy ve stáří	28
3. AGEISMUS VE ZDRAVOTNICTVÍ	35
3.1 Charakteristika zdravotnických zařízení a zdravotnického personálu	36
3.2 Zdravotnictví jako věkově diferencovaný systém.....	38
3.3 Projevy ageismu v ošetrovatelství	39
3.4 Komunikace se seniory	44
3.4.1 Specifika komunikace se seniory	44
3.4.2 Bariéry v komunikaci se seniory	45
3.4.3 Inhibující postupy v komunikaci se seniory	46
II. PRAKTICKÁ ČÁST	48
4. METODIKA VÝZKUMU.....	48
4.1 Předmět a cíl výzkumu.....	48
4.2 Výzkumné otázky a výzkumné hypotézy	48
4.3 Operacionalizace výzkumných hypotéz	49
4.4 Charakteristika výzkumného souboru	54
4.5 Metoda a výzkumná technika.....	55

5. INTERPRETACE VÝSLEDKŮ VÝZKUMU	56
5.1 Osobní zkušenost seniorů s projevy ageismu	56
5.2 Osobní zkušenost s projevy ageismu u mužů a žen	61
5.3 Vliv věku seniora na výskyt osobní zkušenosti s projevy ageismu	64
5.4 Projevy ageismu ze strany zdravotnických pracovníků očima seniorů	67
5.5 Projevy ageismu ve zdravotnických zařízení očima seniorů	69
6. ZÁVĚRY VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ.....	72
ZÁVĚR.....	74
Seznam použitých zdrojů	76
Seznam grafů, tabulek a obrázků	80
Přílohy	82

ÚVOD

„Stáří se nevysmívej – vždyť k němu směřuješ.“ (Menandros)

Proces stáří a stárnutí je součástí života každého jedince, stáří čeká každého z nás. Stárnout v dnešní moderní společnosti je pro seniora velmi obtížné, jelikož postoj současné společnosti ke stáří a stárnutí bývá většinou negativní povahy. Lidé si ve společnosti utváří mylné představy o starších lidech a vznikají tak mýty a stereotypy o stáří, které tento negativní postoj prohlubují. Stáří je většinou znázornováno jako období, kdy je člověk neustále nemocný a připoutaný na lůžko, straní se společnosti a čeká na svůj konec života. Tyto stereotypy a mýty se stávají základem věkové diskriminace seniorů, jinak nazývaným ageismus. V případě ageismu je kvalita seniora posuzována pouze vzhledem k jeho chronologickému věku a jiné aspekty stáří nejsou brány v potaz. Osoby vykazující ageistické postoje vůči seniorům neberou v úvahu fakt, že každý jedinec je individuální povahy a považují tuto věkovou skupinu za homogenní. Problematika ageismu je ve společnosti závažným tématem, které se s rostoucím trendem stárnutí populace a prodlužování střední délky života jedince stává stále více aktuálním.

S diskriminací na základě věku se můžeme setkat v různých oblastech života jedince. Pro svou bakalářskou práci jsem zvolila oblast zdravotnictví. Jako dobrovolník v olomoucké nemocnici jsem byla sama svědkem ageistického chování vůči seniorům ze strany zdravotnických pracovníků. Také během vyprávění samotných seniorů byly nastíněny osobní zkušenosti se situacemi, které svědčí o věkové diskriminaci vůči jejich osobě. Z tohoto důvodu jsem si položila řadu otázek. Jaké postoje zaujímají zdravotní pracovníci vůči seniorům v mém rodném městě Karviná? Setkávají se senioři s ageistickými postoji ve zdravotnictví? Pokud ano, tak u jakého zdravotnického pracovníka a v jakém zdravotnickém zařízení je tento výskyt nejčastější? Má nějaký vliv věk a pohlaví seniora na přítomnost osobní zkušenosti s ageismem ve zmíněném zdravotnictví? Na tyto otázky odpovím pomocí svého výzkumu a následně dospěji k závěru, zda se zde skutečně vyskytuje osobní zkušenost seniorů s ageistickými projevy ze strany zdravotnických pracovníků různých zdravotnických zařízení či nikoliv.

Má bakalářská práce je rozdělena do dvou hlavních částí, tyto části jsou následně rozděleny do několika kapitol. První, teoretická část, se zpočátku zaměřuje na fenomén stáří a stárnutí, jejich charakteristiku, změny ve stáří, stárnutí populace a různé pohledy

společnosti na poslední životní etapu jedince. Následná kapitola je věnována negativnímu postoji vůči zmíněnému stáří a stárnutí, tedy problematice ageismu. Je zde vyložena definice ageismu, zdroje a faktory, které mohou vést k této diskriminaci na základě věku a mýty a stereotypy, které jsou základem ageistického chování. Z této kapitoly poté navazují na poslední část práce, která se již týká ageismu ve zdravotnictví a jeho projevy v ošetrovatelské péči. Druhá část je část výzkumná, jejíž cílem je zjistit osobní zkušenosti seniorů s projevy ageismu ze strany pracovníků zdravotnických zařízení pomocí dotazníkového šetření.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1. STÁŘÍ A STÁRNUTÍ

1.1. Vymezení charakteristiky stáří a stárnutí

Život každého jedince, který je individuální bytostí, se skládá z jednotlivých po sobě jdoucích vývojových stádií, přičemž s každým stádiem se pojí určité strukturální a funkční znaky. V každém stádiu rovněž dochází ke změnám ve vztahu mezi organismem a přírodním či sociálním prostředím (Pacovský, 1990: 29).

Stáří představuje „...*přirozenou a závěrečnou etapu v rámci ontologického vývoje člověka.*“ (Holmerová, Jurášková a kol., 2007: 59). I přes svou jedinečnost tato závěrečná vývojová etapa velmi úzce souvisí s etapou předcházejícími. Každý člověk je ovlivněn svou minulostí, která v něm zanechala určité stopy. „*Stáří je přirozené období lidského života, které vztahujeme také k ostatním životním obdobím: k dětství, mládí, k době zralosti*“ (Haškovcová, 2010: 37). Stáří je ovlivněno nejen předchozími prožitými etapami člověka, ale také společností, ve které senior žil a žije. „*Stáří jako určitý fenomén ve společnosti je produktem společnosti a výpovědí o ní.*“ (Sak, 2012: 11).

Teorie a úvahy o stáří se v průběhu historie diametrálně změnily. Můžeme se setkat s různými modely přijetí života lidí, kteří procházejí stárnutím. Na jedné straně pozorujeme obraz starých, bezmocných, nemocných a nepotřebných lidí a na straně druhé obraz stárnoucího člověka, který je ovšem spojován s moudrostí, zkušeností a úctou. Postavení starého člověka ve společnosti se tedy v průběhu historie proměnilo (viz kapitola 1.4). Během studia postavení starého člověka v minulosti se můžeme setkat s tím, že mnozí museli o úctu a uznání velmi usilovat, což si protirečí s názory laiků, kteří jsou toho názoru, že staří lidé byli v minulosti vždy respektováni, uznáváni a milováni. Z tohoto vyplývá, že významné postavení v životě stárnoucího člověka zaujímá vlastní zkušenost, dále to, jaký si vytvořil obraz sama sebe (sebepojetí), ale také jaký si vytvořil obraz o svém okolí, obraz stáří u vlastních předků, postoj dané společnosti vůči němu, ale i mýty a stereotypy o stáří a stárnutí (viz kapitola 2.3) (Holmerová, Jurášková a kol., 2007: 59).

Stárnutí můžeme definovat jako „...*komplexní a dynamický proces zahrnující vzájemně propletené procesy stárnutí biologického, psychologického a sociálního.*“

(Sýkorová, 2007: 47). Můžeme také tvrdit, že stárnutí je určitým přechodným obdobím mezi dospělostí a stářím (Pacovský, 1990: 29). Pacovský ve své knize také podotýká, že „stárnutí je velmi složitý multifaktoriální děj. Je výslednicí vzájemného působení genetických podmínek a faktorů zevního prostředí.“ (Pacovský, 1990: 30).

Stáří tedy představuje určitou etapu v lidském životě, zatímco stárnutí je proces, který začíná ihned po narození člověka. Pokud vycházíme z předpokladu, že stárnutí je přechodným obdobím mezi dospělostí a stářím, je dle Stuart-Hamiltona velmi těžké definovat okamžik, ve kterém končí střední věk (dospělost) a začíná stáří (Stuart-Hamilton, 1994: 18). Existuje celá řada psychologických a fyzických změn, které jsou charakteristické pro stáří, ale i přesto nemůžeme jednoznačně určit dobu, kdy se člověk definitivně stane starým člověkem. Pro správné pochopení je nejběžnějším objektivním měřítkem stárnutí **chronologický (kalendářní) věk**. Haškovcová ve své knize uvádí následující členění stáří dle chronologického věku, které je shodné s členěním dle Světové zdravotnické organizace (WHO):

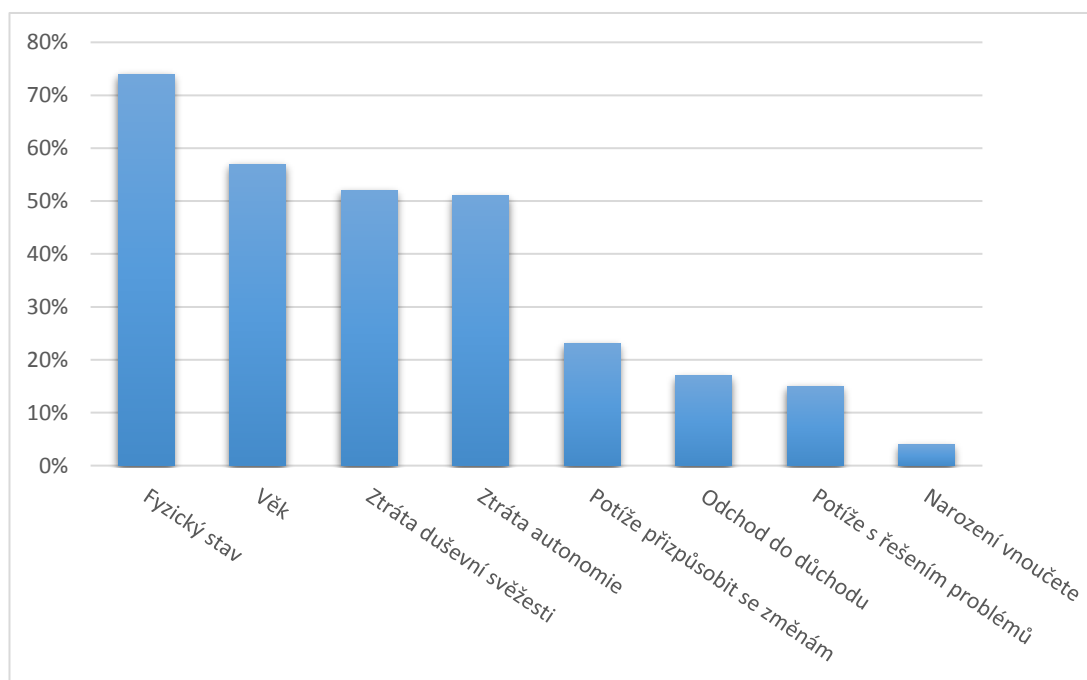
- 60–74 let – rané stáří,
- 75–89 – stařecký věk neboli vlastní stáří,
- 90 let a více – dlouhověkost; (srov. Haškovcová, 2010: 20)

WHO sice stanovila hranici stárnutí věk 60 let, Haškovcová ovšem zdůrazňuje, že „každý člověk stárne již od zrození a každý stárne jinak.“ (Haškovcová, 2010:20). Znamená to, že někdo může v určité fázi svého života stárnout rychleji, a naopak v jiné zase pomaleji. Můžeme si povšimnout, že kolem nás existují jedinci, kteří sice dle chronologického věku odpovídají například ranému stáří, ale psychologické a fyzické znaky, které jsou obvykle charakteristické pro určité období stáří, nejsou znatelné. Haškovcová v takovém případě hovoří o tom, že „známe „staré mladíky“ a „mladé staříky.““ (Haškovcová, 2010: 20). Z tohoto vyplývá, že chronologický věk „je sám o sobě bez informací (...). Počet oběhů Země kolem Slunce počítaný od okamžiku narození neřekne o člověku nic, pokud tento časový údaj není korelován s dalšími, funkčnějšími údaji.“ (Stuart-Hamilton, 1994: 19). Pacovský zdůrazňuje, že při nahlížení na starého člověka bychom se měli řídit hlavně **věkem funkčním**. „Funkční věk odpovídá skutečnému funkčnímu potenciálu člověka (věk skutečný). Nemusí být totožný s věkem kalendářním (...). Funkční věk má charakteristiky biologické (biologický věk), psychologické a sociální.“ (Pacovský, 1990: 16). Tím, že stárnutí má

individuální charakter a každý jedinec stárne jinak, dochází k tomu, že se kalendářní věk nekryje s věkem funkčním.

Ovšem věk (ať už je chronologický či funkční) není nejčastějším znakem při definování stáří. Nejčastějším znakem je totiž fyzický zdravotní stav, poté věk a ztráta duševní svěžesti (viz graf č. 1).

Graf č. 1: Faktory určující vnímání člověka jako starého



Zdroj: srov. Sýkorová, 2007, s. 48.

Definic stáří a stárnutí je celá řada, ve své bakalářské práci budu vycházet z údajů obecných. Pro výzkum mé bakalářské práce je potřeba stanovit si mou definici seniora (stárnoucího), se kterou budu pracovat. Za seniora považuji osobu starší 60 let, kteří již nechodí do zaměstnání a pobírají starobní či invalidní důchod.

1.2. Životní změny ve stáří

I přesto, že každý jedinec prožívá svůj život jedinečným způsobem, lze zobecnit významné změny, které přichází s nástupem vyššího věku. Během procesu stárnutí dochází ve struktuře a funkci organismu stárnoucího člověka k mnoha změnám, které mohou podmiňovat pokles některých schopností a zvýšenou zranitelnost organismu. Jedná se zejména o změny, které se projevují v oblasti somatické, psychické, emoční a sociální (Holmerová, Jurášková a kol., 2007: 60). Významný podíl na tom, jakým způsobem změny přicházejí, a to z hlediska času,

rozsahu a závažnosti, mají genetické dispozice a důsledky různých vnějších vlivů, které se v průběhu života jedince nahromadily. Lidé totiž mají obecně ve svých genech zakódováno, jakým způsobem bude začínat a probíhat stárnutí, ale také to, jakého věku se přibližně dožijí. Do jaké míry se stárnoucí přiblíží svému předpokládanému maximálnímu věku dožití, spolu s tempem stárnutí, velmi často ovlivňují již zmíněné vnější faktory. Zátěže z vnějšího prostředí působí v průběhu života jedince negativně na fungování orgánových systémů a v některých případech i fungování celého organismu. Může se jednat například o špatný životní styl člověka, nevhodná strava nebo nadměrné zatěžování některých orgánových systémů (Vágnerová, 2007: 312).

Jak už jsem výše zmínila, stárnutí je celkový proces, který v sobě zahrnuje procesy stárnutí biologické, psychologické a sociální. V případě **biologického stárnutí** se jedná zejména o oslabení tělesných a smyslových funkcí jedince. Dochází ke změně stavby těla a váhy stárnoucího, přičemž nejvíce lze věk člověka rozpoznat ve tváři (Holmerová, Jurášková a kol., 2007: 61-62). „*Svalstvo ochabuje, jeho pružnost klesá, kůže pigmentuje.*“ (Haškovcová, 2010: 31). Každý z nás si dokáže představit obraz stárnoucího člověka s šedivými vlasy a vráscitou kůží. U většiny případů populace starší 60 let lze pozorovat snížení zrakového vnímání, sluchu a v menší míře i pokles funkcí ostatních smyslů. Toto stárnutí smyslů ovlivňuje správné fungování mozku, protože „*smysly slouží mozku jako nástroje kontaktu s okolním prostředím (...). Stárnutím podmíněné zhoršování vnímání zbavuje mozek možnosti plně prožívat okolní svět.*“ (Stuart-Hamilton, 1994:27). V případě stárnutí zraku dochází k zhoršení schopnosti zaostřit na různé vzdálenosti (zejména tedy na blízko) a nejčastější zrakovou vadou je tudíž ztráta zrakové ostrosti. Sluch u jedince slábne postupně již v průběhu jeho dospělosti a míra oslabení sluchu bývá ovlivněna prostředím, ve kterém jedinec pobývá. Nejčastějším typem poruchy sluchu u starších lidí bývá stařecká nedoslýchavost (Stuart-Hamilton, 1994: 27-31).

V průběhu procesu stárnutí dochází také k psychickým změnám, jedná se tak o **stárnutí psychologické**. Tyto změny jsou podmíněny mnoha faktory, některé mohou být podmíněny biologicky, jiné jsou zase důsledky psychosociálních vlivů, ale nejčastěji se jedná o výsledný efekt vzájemného působení těchto činitelů. Pokud hovoříme o biologicky podmíněných změnách, konkrétně tedy změny v prožívání, uvažování a chování starších lidí, jedná se především o celkové psychomotorické zpomalení organismu, potíže se zapamatováním a vybavováním apod.

(Vágnerová, 2007: 315). Holmerová, Jurášková a kol. ve své knize uvádí, že „*dochází ke snížení odolnosti organismus a snížené schopnosti adaptovat se na nové podněty, zejména je-li jich mnoho.*“ (Holmerová, Jurášková a kol., 2007: 62).

Proces stárnutí způsobuje různé změny v mozku staršího člověka. Jedná se o změny strukturální i funkční. Funkční změny se reflektují ve zhoršení paměti, pozornosti i schopnosti plánovat a selektovat informace. Z toho vyplývá, že tyto změny způsobují zhoršení tzv. fluidní inteligence (Vágnerová, 2007: 316). Fluidní inteligence znamená „*schopnost řešit problémy, které se nedají řešit na základě dosaženého vzdělání, zkušenosti nebo dané kultury.*“ Znamená to tedy, že jedinec je schopen řešit nové problémy. Na druhé straně stojí inteligence krystalická, což je určitý balík vědomostí, dovedností, odborných znalostí, které člověk nabyt v průběhu svého života a které zůstávají oproti fluidní inteligenci věkem téměř netknutelné (Holmerová, Jurášková a kol., 2007: 63).

Starší člověk se během procesu stárnutí vypořádává s celkovým zpomalením poznávacích procesů. Dochází ke zpomalení v reakcích, a proto je pro seniora důležité, aby mu byl poskytnut čas a prostor pro uskutečnění určité činnosti nebo pro vyjádření, někdy se jedná až o dvojnásobný časový limit (Vágnerová, 2007: 318). Již zmíněné celkové psychomotorické oslabení organismu se může u jedince odrážet v různých poruchách myšlení, kdy nejčastější podobou bývá tzv. zabíhavé myšlení, „*což se v praxi projeví sníženou schopností udržet myšlenku nebo naopak ji opustit, protože najednou člověk neví, co chtěl říct dál.*“ (Holmerová, Jurášková a kol., 2007: 63). Všeobecně známým projevem, který nastává s nástupem stáří, je **zhoršení paměti** stárnoucího, s čímž také souvisí obtížnější koncentrace pozornosti. Za determinanty, které způsobují oslabení paměti a výkonu intelektu, můžeme považovat například emocionální stav, socioekonomický status nebo dosažené vzdělání seniora (Stuart-Hamilton, 1994: 119). Velmi často se u starších lidí můžeme setkat s naříkáním, že jejich paměť není, co bývala. Senioři rádi vyprávějí o své minulosti a vzpomínají tím na své „staré časy“, dodává jim to totiž určitý pocit bezpečí, že jsou si své vzpomínky nadále schopni vybavit. Ovšem s přibývajícím věkem paměť postupně slábne.

Během stárnutí se ve velké míře vyskytují změny charakteru sociálního, které bývají často podmíněny změnami biologickými a psychickými. Můžeme tedy hovořit o **sociálním stárnutí**. U seniorů se vyskytuje snížená soběstačnost a závislost na ostatních. Mnozí ze seniorů ovšem nedokážou přijmout fakt, že jsou závislí na

společnosti a jiných lidech a nedokáží si říct o pomoc. Jeho účast na společenském životě se mění a často se ocitá v sociální izolaci. To je způsobeno tím, že jeho život probíhá převážně v soukromí, v určitém osobním teritoriu. Nejvýznamnějším teritoriem seniorů, které pro něj má velmi významnou hodnotu a pojí se k němu mnoho vzpomínek, bývá teritorium vlastního bytu. V tomto místě se senior cítí bezpečně a dobře se zde orientuje. Také platí, že doma si každý určuje svůj řád sám (Vágnerová, 2007: 350–351). Ve svém bytě se určitě každý cítí nejlépe, a ne nadarmo se říká: „Všude dobře, doma nejlíp.“. Pro stáří je rovněž typická redukce a obměna některých sociálních rolí. Sociální identitu stárnoucího tvoří převážně role, které se vztahují k rodině, jedná se o role rodiče a prarodiče. Změny rolí mohou být podmíněny jak sociálně, konkrétně odchodem seniora do důchodu, tak biologicky, kdy běžnou ztrátou ve stáří je úmrtí partnera, které poté člověku vnutí roli vdovy/vdovce (Vágnerová, 2007: 356).

Jedna z největších sociálně podmíněných změn ve stáří je **odchod seniora do důchodu**. Důchodce je takto vylučován na okraj společnosti. Mnoho lidí se těší na vytoužený odpočinek, ale když přijde, je ho někdy až moc a neví co s ním. Myslí si, že odchodem do důchodu bude jejich život bezstarostný a budou se cítit šťastnější. Opak ale může být pravdou. Vágnerová uvádí, že *„pocit životní pohody a spokojenosti s vlastním životem se může po odchodu do důchodu měnit různým způsobem, může se zhoršit, ale i zlepšit, a stejně tak se nemusí měnit vůbec nebo jen minimálně.“* (Vágnerová, 2007: 357). Pro mnohé seniory bývá přechod z období ekonomické aktivity do počátku důchodové fáze života opravdu velkým životním skokem (Kuchařová, 2003: 10). Většina seniorů má potřebu i v pokročilém věku podílet se na výdělečné činnosti, ale jsou nuceni svou profesní dráhu ukončit v tzv. „předepsaném“ věku. Důchodový systém je právě jeden z oblastí výskytu věkové diskriminace, která představuje bariéru v participaci seniora na pracovním trhu, a to jak ve smyslu další participace, tak ve smyslu limitované možnosti seniora tento pracovní trh opustit (Vidovičová, 2008: 167). Této problematice se budu věnovat v následující kapitole (viz kapitola č. 2).

Tím, že člověk odejde do důchodu, mění se jeho společenský status. Dochází ke ztrátě profesní role, která člověku dávala určitou významnost a v rámci společnosti měla určité místo na žebříčku společenské prestiže. Tato životní změna také člověka nutí nově si uspořádat život. To znamená, že si musí čas, který byl dříve organizován

práci, organizovat sám. Musí si tedy vymyslet nové činnosti, koníčky a nějakým způsobem se zaměstnat. Pro některé důchodce je velmi obtížné vyrovnat se s touto chvílí, jiní však svůj důchodový věk využívají k realizaci svých vysněných plánů, které nebyli schopni uskutečnit ve svém produktivním věku (Pichaud, & Thareauová, 1998: 27). Odchod do důchodu může mít pro stárnoucí občany různý osobní význam. Může ovlivnit skladbu potřeb, životní styl a mít také vliv na složky osobnosti, postoj ke světu i k sobě samému (srov. Vágnerová, 2007: 357-367).

U každého stárnoucího člověka dochází v jeho životě k určitým změnám, jednotliví lidé se potom liší v tom, jak tyto změny přijímají, jak se s nimi vyrovnávají a jakým způsobem si dokáží vybudovat nový spokojený život. Jedná se o schopnost adaptace, která umožňuje lidem přežít i ty situace, které jsou pro ně velmi obtížné. Je ovšem důležité, aby změna měla únosnou míru a také musí mít pro seniora smysl, poté ji teprve dokáže přijmout. Velmi důležitou pomoc s přijutím a vyrovnáváním se představuje okolí, jeho tolerance a trpělivost s člověkem, který se s danou změnou potýká (Venglářová, 2007: 13).

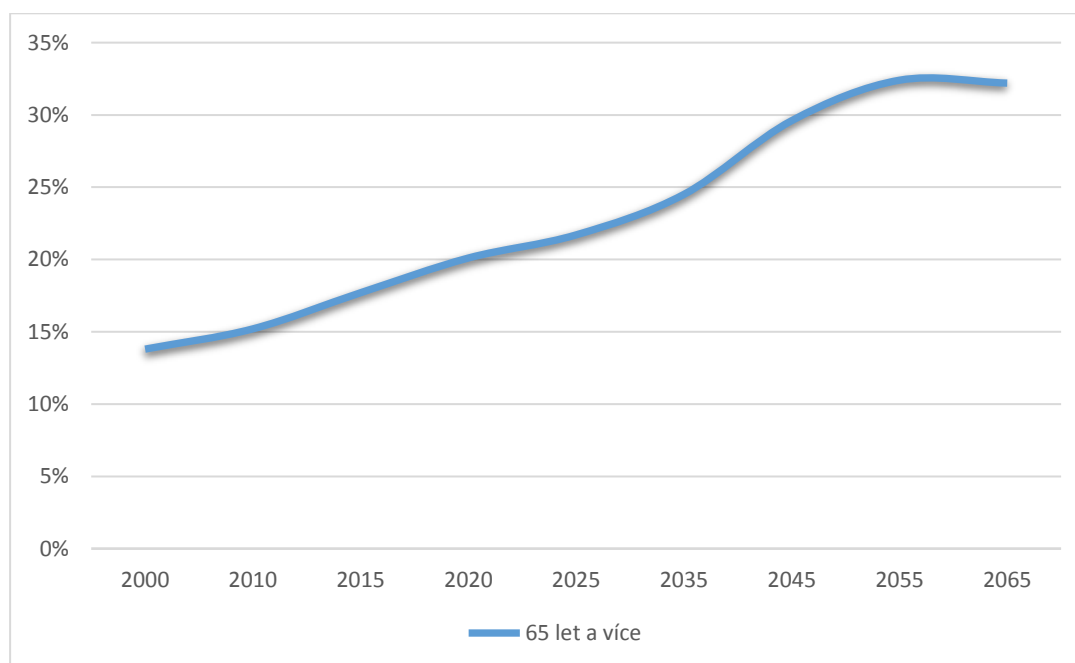
1.3. Stárnutí populace

Neustálé posuny věkových struktur a nárůst absolutního počtu stárnoucích a starých osob jasně dokazuje, že populace stárne. „(...) žijí u nás bezmála dva miliony osob ve věku šedesát a více let, které tak tvoří necelé dvě pětiny obyvatelstva.“ (Sýkorová, 2007: 40). Zvýšení počtu seniorů v České republice nám dokazuje sčítání lidu v roce 2001, kdy bylo zjištěno, že na území České republiky se nachází 1 410 571 osob starších 65 let (srov. ČSÚ, 2014) a nejnovější studie provedena Kurkinem a Němečkovou, která udává ke dni 31.12. 2014 číslo 1 880 400 osob starších 65 let (Kurkin, Němečková, 2015: 215). Jedná se tedy o nárůst o zhruba 470 000 lidí (25%) příslušné věkové skupiny za 13 let. Obě studie rozdělily obyvatelstvo na tři věkové skupiny, které následně sledovali: 0-14 let, 15-64 let a 65 a více let, přičemž právě u skupiny 65 a více let byl zpozorován největší nárůst. Kurkin a Němečková uvádí, že „za poslední čtyři roky přibylo v ČR 243 tis. (15%) seniorů. V průběhu roku 2014 jejich počet vzrostl o 54,9 tis. na 1,880 mil., což odpovídalo 17,8 % podílu na obyvatelstvu.“ (Kurkin, Němečková, 2015: 215). Stejně tak průměrný věk a index stáří nám dosvědčují stárnutí populace. Průměrný věk oproti roku 2001, kdy byl 38,8 let (srov. ČSÚ, 2014), stoupl v roce 2014 na 41,7 let (srov. Kurkin, Němečková, 2015).

Index stáří nám ukazuje počet osob ve věku 65 let a více na 100 dětí ve věku 0-14 let. Již od roku 2006 senioři převládají nad dětmi a poslední uvedený poměr je 117 seniorů na 100 dětí (srov. Kurkin, Němečková, 2015). Pro srovnání, v roce 2001 hodnota indexu stáří uváděla poměr 85 seniorů na 100 dětí (srov. ČSÚ, 2014).

Stárnutí populace pokračuje a nejspíš nadále pokračovat bude. Český statistický úřad sestavil v roce 2009 projekci obyvatelstva České republiky do roku 2065, kde nastínil, že počet osob starších 65 let stále poroste (viz graf č. 2). Za jejich vzrůst bude moci především nepravidelnost věkové struktury a očekávané prodloužení maximální délky života (ČSÚ, 2009). „Absolutně jejich počet vzroste ze současných 1,56 mil. na 2,97- 3,90 mil. osob ke konci roku 2065, jejich relativní zastoupení v populaci z dnešních 14,9 % na 31,5- 32,8 %.“ (Štyglerová a kol., 2010:10). Po roce 2025 nastane výrazné zrychlení přírůstku osob do věkové kategorie nad 85 let. „Celkově se počet osob ve věku 85 a více let do roku 2066 zvýší 7,5násobně, když celá kategorie 65 a víceletých se zhruba zdvojnásobí. (...) Každý desátý obyvatel České republiky by tak měl být starší 85 let.“ (Štyglerová a kol., 2010:11). Průměrný věk se bude v roce 2065 pohybovat mezi 48–50 let, z čehož vyplývá, že se lidé dožijí zhruba o 8–10 let více než dnes. Index stáří by se měl pohybovat zhruba stejně, kdy senioři starší 65 let stále převažují nad dětmi 0-14 let (Štyglerová a kol., 2010: 11-12).

Graf č. 2: Vývoj obyvatelstva ČR starších 65 let mezi vybranými roky 2000-2065



Zdroj: srov. ČSÚ in demografie.info

„Protože víme, že nároky na zdravotní a sociální péči rostou s věkem, jsou strukturální změny nejstarší části populace velmi důležité.“ (Pacovský, 1990: 23). Je třeba brát v úvahu, že věková skupina osob starších 60 let je nehomogenní, a to po všech stránkách. Během zajišťování péče o staré občany je také důležité rozmístění obyvatel, které se v demografii vyjadřuje pomocí ukazatele hustoty. Můžeme se setkat se seniory, kteří pobývají v oblastech řídké zalidněných (vesnice) nebo v oblastech hustě zalidněných (města, velkoměsta), s ohledem na to se poté zvolí vhodná sociální a zdravotní zabezpečení starého obyvatelstva (Pacovský, 1990: 23-24).

Proces stárnutí obyvatelstva má důsledky na celou naši společnost, není to pouze záležitost individuální. Jedná se o ekonomické, sociálnězdravotní a psychosociální důsledky. Ekonomické důsledky vyplývají z toho, že zvyšování počtu osob v poproduktivním věku vede k tomu, že společnost musí vydávat stále větší prostředky na zajištění starých lidí a to pomocí osob ekonomicky aktivních. Neustálé stárnutí obyvatelstva vede k nárůstu nemocnosti a staří lidé mají tedy zvýšenou potřebu využívat různé formy sociální a zdravotní péče. Psychosociální důsledky je rovněž důležité zmínit. Tyto důsledky se týkají zabezpečení práv a potřeb starých lidí ve společnosti, řešení jejich specifických problémů (například bydlení, hmotné zabezpečení, stravování). Společnost musí tedy zvolit vhodné instituce a služby, které se budou snažit tyto problémy seniorů řešit a zajistí našim starším občanům spokojené stáří (srov. Pacovský, 1990: 25).

1.4. Stáří a společnost

„Staří lidé žijí ve společnosti, jsou její součástí, musí v ní a s ní být integrováni. Nezbytná je celospolečenská atmosféra, která racionálně chápe stáří a sympatizuje s ním.“ (Pacovský, 1990:11). Společnost můžeme chápat jako určitou sociální strukturu, která je tvořena sítí vzájemně propletených společenských vztahů. Tyto společenské vztahy se poté odrážejí v hodnocení určité věkové skupiny obyvatel, vyvíjejí se a tím se obměňuje i postoj společnosti ke stáří. Mění se tedy definice sociální role starších občanů a jejich sociální status, který se pojí s určitými právy a povinnostmi (srov. Pacovský, 1990: 45).

V historii se můžeme setkat s různými pohledy na stáří a stárnoucí. Na jedné straně bylo stáří akceptováno, jindy uctíváno a na straně druhé zase odmítáno. Obecně můžeme říci, že lidé nepočítali s tím, že by se dožili vysokého věku, bylo to velmi

málo pravděpodobné (Pacovský, 1990: 45). Pokud měl ale někdo to štěstí, že se vyššího věku dožil, byl ve společnosti velmi uctíván. Lidem ovšem nešlo o samotný vysoký věk, ale o to, že staří lidé byli ti, kteří mohli předávat profesní a životní zkušenosti dalším generacím (Haškovcová, 2010: 33). Stáří bylo tedy považováno za „*vyjimečnost, starcům byla připisována moudrost a mimořádné schopnosti (domnělé nebo skutečné)*“ (Pacovský, 1990: 45). Pravděpodobnost, že se člověk dožije vysokého věku se postupně zvyšovala a stáří se stalo společenským jevem. Změny ve výrobní sféře vedly k tomu, že starší člověk takovému tempu nestačil a musel odejít do penze, odchází na tzv. „zasloužený odpočinek“ (viz sociální změny ve stáří, kapitola 1.2) (Pacovský, 1990: 45-46).

Negativní hodnocení bylo historicky spjato s nástupem 19. století, kdy byly více upřednostňovány děti před tzv. „krásným stářím“, na období stárnutí bylo pohlíženo jako na obtížně přijatelné. Stáří bylo v tomto případě spojováno především s nemocemi, hrůzou a pocitem utrpení. (Haškovcová, 2010: 33). Pacovský toto hodnocení spojuje s faktem „ujídání ze společného talíře“. V tomto období bylo pro mnohé stáří velmi stresující fází života (Pacovský: 1990: 44). V dnešní době nejsou staří občané bohužel ceněni ani milováni. Došlo až k tomu, že ostatní stáří a stárnutí ve většině případů odmítají a zaujímají vůči starým lidem nepřátelské postoje. Mezi těmito dvěma typy (pozitivní a negativní smysl) postojů ke stáří se rozkládá celá řada mezistupňů. Představy o stáří se v minulosti střídaly, kdy vždy jeden z postojů měl postavení dominantní. Haškovcová uvádí, že dnešní situace je velmi atypická: „*obě základní představy nejenže žijí vedle sebe, ale dokonce se chaoticky pomíchaly a dominantní postavení spolu soupeří.*“ (Haškovcová, 2010: 34- 35). Mladá a střední generace obyvatel starší občany až přehlíží, i když moc dobře ví, jak se k seniorům mají správně chovat. „*Ve vulgarizovaném pojetí opěvuje moudrou laskavost, ve kterou nevěří, a dobrotu starých lidí, kterou necítí.*“ (Haškovcová, 2010: 35). Ať už se nacházíme v obchodě, na ulici či ve veřejné dopravě, můžeme si povšimnout nezáměrné ignorování a mnohdy až odpor a vulgarismus vůči seniorům ze strany mladší generace. I když je mladá generace od narození vedena k respektování a úctě starších, často se setkáváme s tím, že mladí lidé například nepustí staršího sednout ve veřejných dopravních prostředcích a berou seniora jako někoho, kdo ve společnosti „překáží“. „*Čtvrtina mladých lidí ve věku 15-29 let si myslí, že senioři žijí na úkor mladší generace. Pro řadu mladých lidí představují senioři spíše ekonomickou zátěž a zdroj*

problému.“ (Vavroň, 2010). Takovéto nepřátelské až agresivní chování vůči starým lidem je označováno pojmem **ageismus**. O ageismu budu podrobněji hovořit v následující kapitole.

2. AGEISMUS

Vztah člověka k vlastnímu stáří a ke svému staršímu okolí se vždy odvíjí od obecně chápaného pojetí stáří, které je ovlivněno určitými názory a postoji společnosti. Jak už jsem v předešlé kapitole zmínila, je patrné, že dnešní společnost obecně pohlíží na stáří negativně. Dochází k odmítání stáří a starých lidí a v návaznosti na to vznikají nepřátelské postoje vůči starším občanům. Tento odmítavý postoj cizojazyčná literatura nazývá ageismus (Haškovcová, 2010: 34). Vidovičová ve své knize uvádí, že v případě ageismu se jedná o „*téma problematizace (vyššího) věku v současných moderních společnostech.*“ (Vidovičová, 2008: 109). Ageismus a věková diskriminace jsou tedy výrazy, které v dnešní době používáme především v souvislosti se stářím a staršími lidmi. S ohledem na demografický vývoj a neustálé stárnutí populace můžeme předpokládat, že toto téma bude stále více ve společnosti aktuální, protože počet starších lidí neustále poroste.

Problematika ageismu, která bezprostředně souvisí se zraňováním lidské důstojnosti, vede skrze celou společnost a můžeme se s ní setkat v oblasti rodinných a pracovních vztahů nebo na poli sociální a zdravotní péče (srov. Holmerová, Jurášková a kol., 2007: 14). Tato kapitola přibližuje pojem ageismus v různých definicích a jsou zde vyloženy možné zdroje a faktory vedoucí ke vzniku ageismu. S pojmem ageismus jsou úzce spojeny mýty a stereotypy o stáří, proto je další podkapitola věnována právě těmto předpoklům o starších občanech ve společnosti.

2.1. Definice ageismu

Pojem ageismus je odvozen od anglického slova **age**, které v překladu znamená věk, stáří. Ageismus potom označujeme jako určitý společenský předpoklad vůči stáří (Tošnerová, 2002: 6). Poprvé tento pojem použili v roce 1968 američtí sociologové Neugartenová a Butler, kdy označili silně negativní názory a postoje vůči starým lidem jako „ageismus“ a to s úmyslem asociace tohoto termínu s pojmem „rasismus“ (Jirášková, 2005: 21 cit. dle: Neugarten, 1968).

V dnešní době je ageismus formulován různými definicemi a neexistuje jedna shodná definice, která by tento pojem vysvětlila v celé jeho šíři a stanovila jeho praktické hranice. Na ageismus můžeme pohlížet jako na „*proces systematického stereotypizování a diskriminace lidí pro jejich stáří, podobně jako se rasismu a sexismu vztahují k barvě pleti a pohlaví. Staří lidé jsou kategorizováni jako senilní, rigidní ve svém myšlení a způsobech, staromódní v morálce a dovednostech. Ageismus dovoluje mladším generacím vidět starší lidi jako odlišné od nich samotných, a proto jim brání, aby se se staršími lidmi identifikovali jako s lidskými bytostmi (...).*“ (Vidovičová, 2008: 111 cit. dle: Butler, 1975:12). Podobně na tuto problematiku nahlíží Sýkorová, která uvádí, že ageismus „*znamená omezení sociálních rolí a znehodnocení statusu seniorů, strukturuje očekávání druhých vůči nim, odpírá jim rovné příležitosti, v mnoha ohledech snižuje jejich životní šance.*“ (Sýkorová, 2007: 50)

Na základě Butlera vypracoval Palmore (1999) vlastní definici, kde uvádí, že ageismus je „*jakýkoliv předsudek nebo diskriminace proti nebo ve prospěch věkové skupiny (...). Diskriminace vůči věkové skupině je nepatřičné, nemístné negativní zacházení se členy dané skupiny.*“ (Vidovičová, 2008: 112 cit dle: Palmore, 1999:4). Zde můžeme vidět, že Palmore ve své definici hovoří o věkových skupinách obecně. I když se ageismus nejčastěji spojuje s vyšším věkem a stářím, můžeme se s diskriminací setkat i u mladších věkových skupin. I mladí se mohou setkat s předpojatými názory vůči sobě samým, kdy bývají například obviněni z toho, že nechtějí pracovat, ovšem pravdou je, že mají problém najít zaměstnání na trhu práce, protože jim chybí praxe v daném oboru. Ovšem diskriminace starších lidí je vnímána jako závažnější problém, který má podstatně větší negativní důsledky pro jedince i společnost (srov. Vidovičová, 2008: 112). Jiní autoři zase považují ageismus jako sociální proces a nadřazený pojem nad diskriminací. Thompson (1997) totiž uvádí, že „*ageismus jako sociální proces, skrze který negativní představy a postoje ke starším lidem, založené pouze na charakteristikách stáří (vyššího věku) samotného, mají za následek diskriminaci.*“ (Vidovičová, 2008: 113 cit. dle Thompson, 1997: 85).

Některé definice, zejména ty starší, mají samy v sobě zabudovanou určitou antinomii. Vychází totiž z konceptu, kdy jsou „*stáří*“ a „*stárnutí*“ považovány za objektivní kategorie, které sdružují neurčitou skupinu osob na základě chronologického věku, z čehož vyplývá, že jsou samy o sobě ageistické (Vidovičová,

2008: 112). Jako příklad se nám nabízí definice Encyklopedie Diderot, která uvádí, že ageismus je „*věková diskriminace postihující především staré lidi.*“ (Tošnerová, 2002: 6 cit. dle Diderot, 2002). Vidíme zde paradox pojmu ageismus, který lze definovat jako diskriminaci vůči starému člověku nebo skupině starších, v sobě sám skrývá dle Jiráskové „*nový ageismus*“. Nový ageismus lze charakterizovat jako „*často dobře míněné, ochranné (patronizační) postoje vůči seniorům, které je staví do pasivní a submisivní role adresáta „zlého ageismu“, před nímž je „my“ (ne-staří) chráníme.*“ (Jirásková, 2005: 21).

Nový ageismus můžeme také označit jako **ageismus benevolentní**. Benevolentní neboli pozitivní ageismus se vyskytuje v situacích, kde jsou senioři submisivní, nemají zvýšené nároky a „neobtěžují“. Oproti pozitivnímu ageismu stojí ageismus negativní, jinak nazývaný starý a **hostilní ageismus**. V tomto případě se jedná o ageismus, který je prezentován tam, kde se senioři stávají více asertivními a snaží se prosadit své požadavky (Pokorná, 2010: 72-73). Můžeme se tedy setkat s diskriminací, která má charakter ochranný a na druhé straně s ageismem, který má nepřátelskou a hostilní povahu.

Dle výsledků svého zkoumání sestavila Vidovičová svou vlastní definici ageismu, která má dle mého názoru nejkompexnější charakter: „*Ageismus je ideologie založená na sdíleném přesvědčení o kvalitativní nerovnosti jednotlivých fází životního cyklu, manifestovaná skrze proces systematické, symbolické i reálné stereotypizace a diskriminace osob a skupin na základě jejich chronologického věku a/nebo na jejich příslušnosti k určité kohortě/ generaci.*“ (Vidovičová, 2008: 113). Velkým přínosem této definice ageismu je to, že neobsahuje jen pojmy, které se týkají pouze stáří, ale identifikuje také další formy věkové diskriminace, které se mohou vztahovat ke všem věkovým skupinám populace a pokrývat celou škálu chronologického věku (Vidovičová, 2008: 113).

Stejně tak jako pojetí stáří a stárnutí není definice ageismu věcí konsenzuální. Existuje spousta definic, které vychází od různých autorů a vysvětlují pojem ageismus z rozdílných pohledů. I přesto, že tyto definice mohou pokrývat celé spektrum chronologického věku, cílovou skupinu mé výzkumné části bakalářské práce tvoří respondenti ve věku 60 a více let a z tohoto důvodu se bude můj zájem orientovat především na věk vyšší. Budu tedy vycházet z obecné definice, která uvádí, že

ageismus je diskriminace na základě věku, která v sobě zahrnuje předsudky a nepřátelské nebo naopak příliš ochranné postoje vůči starším lidem.

2.2. Zdroje a faktory vedoucí ke vzniku ageismu

Existuje široká škála faktorů, které lze považovat za zdroje a příčiny výskytu ageistického chování vůči starším osobám. Vidovičová s odkazem na celou řadu autorů představuje podrobný výčet již identifikovatelných zdrojů. Během identifikace zdrojů a příčin ageismu lze na možné faktory pohlížet z hlediska psychologie a sociologie. Zdroje je možné rozdělit na individuální, kulturní a sociální (Vidovičová, 2008: 113).

Za **individuální zdroje** lze považovat zvláště *strach ze smrti a stárnutí* (Vidovičová, 2008: 120 cit. dle Palmore, 1999). Tento faktor, jako jeden ze čtyř možných zdrojů vedoucí k negativním postojům vůči stáří, také zmiňuje Tošnerová, která zdůrazňuje, že smrt není ve společnosti chápána jako přirozená část lidského života. Na smrt a stáří, které lidé ve společnosti považují za synonyma, pohlíží pouze negativně, protože tyto dva procesy u lidí vzbuzují pocit strachu (Tošnerová, 2002: 12). Lidé nekomunikují se staršími lidmi na téma smrti nikoliv proto, že by očekávali nezájem ze strany seniorů, ale proto, že se smrti obávají snad více sami než senioři (Sýkorová, 2007: 52). Dalším individuálním zdrojem ageismu může být *frustrace a agrese* (z nichž poté pramení hostilita vůči členům minoritních skupin) nebo *autoritářská osobnost*, která v mezilidských vztazích klade důraz především na moc. Za další zdroje na individuální úrovni můžeme považovat *selektivní vnímání* (např. u profesionálního ageismu). Stejně tak bylo potvrzeno, že ageismus bývá prohlubován samotnými seniory, a to ve formě tzv. *autostereotypů* (samotní senioři mají silnou tendenci akceptovat stereotypy, které se týkají stáří a stárnutí). Funguje zde také Mertonova teorie *sebenaplňujícího se proroctví*. Je založená na tom, že pokud senior vidí sám sebe jako například méně výkonného, jeho pracovní výkon bude mít potom tendenci skutečně upadat. Senior tedy může skutečně nabýt přesvědčení o vlastních nedostačujících schopnostech. Důležitou úlohu zde také plní *stereotypy ve stáří*, kterým bude věnována následující podkapitola, spolu s procesem *zautomatizované kategorizace*, podle které potom rozdělujeme „druhé“ do tzv. *in-groups* a *out-groups* (na základě významných charakteristik jako je rasa, pohlaví a věk). Členové *out-groups* jsou pak nejčastěji oběťmi stereotypů a generalizace. Přemýšlíme totiž o nich

jako o skupině, v našem případě skupina seniorů, nikoliv jako o jedincích (Vidovičová, 2008: 120-123). Sýkorová dodává, že „*odpor ke stárnutí a stáří je posilován kultem mládeži, fyzické atraktivity a výkonu.*“ (Sýkorová, 2007: 52). Tyto individuální zdroje jsou podporovány kulturou a sociálním prostředím.

„*Ageistické postoje se vytvářejí v průběhu socializace.*“ (Sýkorová, 2007: 51). Během vytváření postojů ke stáří hraje významnou roli skupina faktorů, které označujeme jako **zdroje kulturní**. Spadá zde *hodnotový systém, jazyk* (různá zesměšňující jména pro seniory a vtipy mířené na jejich osobu), *umění a literatura* a také *mediální kultura* (mediální obraz a reprezentace seniorů) (Vidovičová, 2008: 125). Můžeme si povšimnout znázornění starých lidí v dětské literatuře, kde bývají zobrazeni jako křehké stařenky a stařečci, nebo naopak jako staré čarodějnice a stárnoucí žárlivé královny. Nejenom dětská literatura má v sobě zabudovaný skrytý ageismus. Stejně tak medicínská a psychologická literatura nám poskytuje obraz starých lidí, které spojuje se ztrátou síly, energie a u kterých se objevují chronické nemoci, oslabování osobní kontroly a odpovědnosti, senilita, inkontinence a ztráta důstojnosti (Sýkorová, 2007: 52). Média mají velkou moc při tvorbě veřejného mínění. Jednotlivé projevy ageismu lze v médiích identifikovat ve způsobu, kterým média uchopila tematiku stáří – jak se o stáří hovoří, jaká jsou zastoupena témata, jakou měrou a v jakém kontextu jsou zde zastoupeni senioři (Vidovičová, 2005: 20). Tato skupina zdrojů má specifickou schopnost šířit a dále reprodukovat stereotypy stáří a různé diskriminační postoje. Kulturní zdroje lze dokonce často ztotožnit se samotnými formami ageismu (Vidovičová, 2008: 125).

Za jeden z možných zdrojů ageismu na **sociální** úrovni lze označit demografii. Jedná se konkrétně o proces *stárnutí populace*, o kterém jsem pojednávala v kapitole 1.3., a z toho plynoucí *demografickou paniku*. Jak už jsem v předchozí kapitole zmínila, starých lidí v naší společnosti neustále přibývá a tento demografický trend bude dle prognózy pokračovat i do budoucna (viz kapitola č. 1.3.). Zvyšování počtu starších lidí a stále se zvětšující skupina jejich vrstevníků ve společnosti vede k tomu, že je seniorům nabízen větší prostor k vyjadřování svých potřeb a následně také vyžadují od společnosti jejich řešení. Přílišné prosazování skupinových zájmů může vést ke generačním konfliktům a k třídnímu boji (třídní ve smyslu tříd věkových) (Vidovičová, 2008: 127). S tím souvisí i fakt, že zvyšující se podíl seniorů v moderní společnosti má neblahé ekonomické důsledky. Tyto nepříznivé důsledky se projevují

v systému důchodového zabezpečení a ve zdravotní péči a rovněž mohou vést ke generačním konfliktům nebo k třídnímu boji (Vidovičová, 2005: 10). Starší lidé jsou vnímáni jako určitý finanční dluh a závazek, odchodem do důchodu se pro ostatní stávají ekonomicky neproduktivní (Tošnerová, 2002: 13). Ovšem Vidovičová uvádí, že „na druhou stranu je zvyšující se počet seniorů příležitostí k odstraňování segregáčních bariér a v konečném důsledku může napomáhat odbourávání ageismu“ (Vidovičová, 2005: 10).

Sociálním zdrojem ageismu mohou být také *věkové a strukturní nesoulady*, kde můžeme zařadit například *asynchronii individuálních věků*. Nastává v situaci, kdy jedinec zcela nevnímá svou věkovou identitu a věnuje se sociálním aktivitám, které neodpovídají jeho věku či generaci, tyto aktivity přísluší například ke generaci mladší. „Někdo může mít sociální aktivity mladíka, ale jeho tělo je biologicky o patnáct let starší, než by byl průměr v jeho věkové kohortě.“ (Vidovičová, 2008: 127). Okolí může na tyto neúměrnosti reagovat diskriminačně, jelikož jedná v souladu se zažitými stereotypy. Je rovněž dokázáno, že na vzniku ageismu se podílí *prominence (důležitost) věku*. Právě díky hluboko zakotveného sociálního významu věku ve společnosti vznikl koncept ageismu. Pokud by společnost nepovažovala věk za důležitý, nenahlížela by na věkovou diskriminaci jako na problematiku, kterou je třeba řešit. Již v minulosti se objevovaly určité formy diskriminace a sociálního vyloučení starších občanů, ale nikdy nenabývaly současných rozměrů a nedosahovaly podoby dnešní ideologie (Vidovičová, 2008: 127-128).

Jak už jsem již zmínila, existují ve společnosti určité faktory, které mohou vést ke *generačním konfliktům* a ty se následně stávají zdrojem ageistického chování. Vidovičová uvádí, že generační konflikt vzniká v důsledku nerovnoměrného přidělování vzácných statků a prestižních rolí, kterých je ve společnosti jen omezené množství. Jsou totiž rozdělovány na základě věkových kritérií a staví tak příslušné generace proti sobě. V tomto případě znevýhodněné skupiny usilují o větší moc a skupiny privilegované jsou nuceny si svá privilegia chránit (Vidovičová, 2008: 129). Většina mezigeneračních konfliktů „*pramení z pokřiveného názoru a předpojatých představ o jiných generacích, a zejména pak z povýšení těchto teorií na jedinou pravdu.*“ (Jirásková, 2005: 26). Generační konflikt může rovněž vzniknout v důsledku *neshody v zastávaných hodnotách*. Projevuje se nekonformním a opozičním chováním

příslušníků nové mladší generace, která odmítá socializaci zakotvené hodnoty a normy starších lidí. Považují je za již překonané (Vidovičová, 2008: 129-130).

Za další příčinu diskriminace seniorů ve společnosti lze stanovit *věkovou segregaci a historickou změnu statusu stáří*. Věkovou segregací se rozumí oddělení věkových skupin ve společnosti. V případě seniorů se může jednat o různé domovy důchodců, které jsou izolované od ostatní společnosti a senioři se zde koncentrují za účelem péče. Nepromyšlená věková segregace komplikuje lidem ve společnosti navázat mezigenerační vztahy a kontakty a v závěru vede k nepochopení a vytváření určitých stereotypů a předsudků (Vidovičová, 2008: 131-132). Ve druhém případě (historická změna statusu stáří) hovoříme o tom, že znaky jako zkušenost, vědomosti, prestiž a autorita, které byly v minulosti spjaty se stářím, ztratily v důsledku vědeckotechnického pokroku na své důležitosti a byly nahrazeny jinými hodnotami, které jsou blízké spíše mladým lidem (například flexibilita, adaptabilita). I přesto, že v minulosti byli staří viděni jako moudří, nebylo nikdy stáří vnímáno příliš pozitivně a úctyhodně (Vidovičová, 2008: 133-136).

Veškeré tyto zdroje mohou probíhat na úrovni *mikrosociální* – týkající se jedince a jeho názorů, *mezosociální* – na úrovni sociálních skupin, pečovatelských institucí a firem a úrovni *makrosociální* – zdroje se projevují na celorepublikové úrovni ve vztahu k legislativním úpravám (Pokorná, 2010: 72). Příkladem makrosociálního zdroje negativních postojů ke stáří a stárnutí mohou být nepříznivě nastavené strukturální a institucionální systémy. Konkrétně se může jednat o zákonem stanovenou hranici odchodu do důchodu, která podporuje myšlenku, že za určitou věkovou hranicí klesá ekonomická a sociální hodnota jedince a jedinec se v tu chvíli stává pro společnost neproduktivní – vidíme zde prvky diskriminace (srov. Vidovičová, 2008: 128).

2.3. Mýty o stáří a stereotypy ve stáří

Jak již bylo několikrát uvedeno, v současné moderní společnosti je na stáří a stárnutí pohlíženo spíše negativně. Každý jedinec si v průběhu svého života utváří postoje ke starším občanům, ale i k vlastnímu stáří. Tento utvořený obraz stáří a starších lidí je „*spíše výsledkem sociálního konstruování nerealit – zatížený mýty a stereotypy či diskreditujícími, stigmatizujícími atributy.*“ (Sýkorová, 2007: 49). Jedná se o „*předčasné a zjednodušené hodnocení či dichotomické (černobílé) myšlení.*“

(Tošnerová, 2002: 7). Můžeme tedy říci, že se jedná o jakýsi zjednodušený náhled. Je třeba si na začátek stanovit definice důležitých pojmů, se kterými budu pracovat. Jedná se o stereotyp, předsudek, mýtus a postoj.

Stereotyp – rozumíme jím velmi stabilní prvek ve vědomí, regulující vnímání a hodnocení určitých skupin jevů, ovlivňující názory, mínění, postoje a chování jedince. Jedná se o ustálené představy ve vědomí lidí, které jsou obvykle přejímány z jiných zdrojů, než je naše vlastní sociální zkušenost. Tyto představy hrají velmi důležitou roli, protože poté vystupují jako předem daná schémata vnímání, uvažování a hodnocení nových jevů. Stereotypy mají spíše iracionální charakter, jsou provázeny negativními emocemi, a proto se obtížně mění čistě logickými argumenty (Maříková a kol., 1996: 1229-1330). Jedná se o „soubor představ, které mají příslušníci společenské skupiny o sobě (autostereotypy) nebo o jiných (heterostereotypy).“ (Tošnerová, 2002: 6 cit. dle Diderot, 2002).

Předsudek – jedná se o zvláštní druh stereotypu, který je chápán jako uzavřený postoj k čemukoliv, určitá předpojatost a názorová strnulost. V sociologii se většinou předsudek zkoumá jako negativní postoj vůči určité skupině či skupinám lidí, který má posílit a ospravedlnit jejich diskriminaci, a to na základě jejich skupinového členství, nikoliv vlastností osobních. Nejčastěji se jedná o předsudky rasové či předsudky národnostní, které vychází z přesvědčení, že určitá kategorie lidí má kvalitu nižší než my sami. Tento názor je považován za platný, i když není nijak prověřen (Maříková a kol., 1996: 875).

Mýtus – je považován za nepravdu, vybájené nebo vymyšlené tvrzení bez jakéhokoliv pravdivého základu. Za mýtický „se označuje každý jev, instituce nebo předmět, který je ojedinělý nebo nepravděpodobný.“ (Maříková a kol., 1996: 657).

Postoj – je „relativně ustálený sklon jedince chovat se v určité situaci určitým způsobem, příp. reagovat pozitivně nebo negativně na podněty s takovou situací spjaté.“ (Maříková a kol., 1996: 812)

Jakékoliv mýty a stereotypy poté tvoří základ diskriminace na základě věku neboli ageismus a s ním spojená již zmíněná benevolentní ochrana (pozitivní ageismus) tzv. „bezmocných“ starších lidí, nebo ageismus hostilní (negativní) (viz kapitola 2.1) (Sýkorová, 2007: 49).

Tošnerová vymezuje výčet hlavních předsudků, které se vztahují ke stáří. Uvedu tedy příklad některých z nich. Za prvé zde stáří zobrazuje jako *nemoc*. Většina lidí mívá představu, že lidé staršího věku stráví většinu svého času v posteli kvůli tomu, že jsou neustále nemocní a unavení. Mají také představu, že většina starších lidí se díky svému špatnému zdravotnímu stavu nemohou zapojit do běžných aktivit (Tošnerová, 2002: 7). Sýkorová dle svého výzkumu uvádí, že „*hlavními hledisky posuzování stáří jedinců ve společnosti jsou podle názoru příslušníků střední generace zdravotní potíže, únava a slábnutí fyzické kondice.*“ (Sýkorová, 2007: 64). Autorka v návaznosti na představu stáří jako nemoc hovoří o tak zvaném *mýtu nemocného a nesoběstačného stáří* (Sýkorová, 2006: 153).

Je velmi těžké zjistit objektivní zdravotní stav seniorů v České republice, jelikož mnoho starších lidí má skryté nemoci nebo se se svými nemocemi vypořádají sami a nenavštěvují lékaře, tudíž o nich není zmínka (srov. Pacovský, 1990: 61). Dle výběrového šetření Zdravotní ročenky České republiky z roku 2015 můžeme souhrnně posoudit zdravotní stav naší starší populace pomocí ukazatele celkové délky života prožitého ve zdraví (bez dlouhodobého omezení v běžných činnostech). Tento ukazatel je u každého pohlaví jiný. V roce 2014 dosahoval ukazatel 63,4 let z celkově prožitých 75,8 let u mužů a 65 let z celkově prožitých 81,7 let u žen (ÚZIS, 2015). Vidíme zde vyšší věk dožití u žen, ovšem poměr zastoupení délky života prožitého ve zdraví vzhledem k celkovému počtu dožitých let je u mužů vyšší (jedná se o 83,6 % z celkového počtu let, u žen pouze 79,6 %). „*S přibývajícím věkem sice pochopitelně narůstají zdravotní problémy člověka, výsledky prováděných šetření však ukazují, že pojetí stáří, tradované v naší společnosti jako období závislosti a pasivního přijímání služeb od okolí, je do značné míry mylné.*“ (Vohralíková, Rabušic, 2004: 30). Výzkumy totiž dokazují, že senioři o sobě ve většině případů nepřemýšlí jako o starých a své zdravotní problémy berou jako součást svého momentálního životního období. Můžeme se odkázat na Sýkorovou, která ve svém výzkumu (2002) zjistila kontradikci mezi objektivním zdravotním stavem a osobním hodnocením subjektivního zdraví, kde byly naměřeny velmi příznivé hodnoty. I přesto, že zdravotní stav je pro seniory

velmi důležitý, se svým funkčním omezením se snaží nějakým způsobem vyrovnat a o svých zdravotních problémech většinou hovoří optimisticky a „jen tak mezi řečí“ (Sýkorová, 2006: 153-155). Lze tedy říci, že se senioři subjektivně většinou cítí lépe, navzdory horšímu objektivnímu zdravotnímu stavu. S ohledem na tuto skutečnost je možné mýtus nemocného stáří zpochybnit. Tošnerová zpochybňuje předsudek, který pohlíží na stáří jako nemoc, pomocí statistiky, která zobrazuje, že je většina starších lidí (kolem 78%) dostatečně zdravá, aby mohla vykonávat běžné činnosti a u 81 % seniorů nebyla vyzorována žádná omezení v jejich aktivitách každodenního života. U starších lidí se vykazuje menší zastoupení akutních nemocí, mají méně zranění v domácnosti a bývají v menší míře viníky či oběťmi dopravních nehod než osoby mladší (Tošnerová, 2002: 7).

Druhý předsudek, který Tošnerová uvádí, se týká *impotence*. Vyjadřuje domněnku, že sexualita již není pro staré lidi důležitá, a tudíž senioři se již nevěnují žádné pohlavní aktivitě (Tošnerová, 2002: 7). Říká se, že sex je záležitostí pouze mladých lidí a sexualita u starších lidí je považována za amorální. Je sice pravda, že během procesu stárnutí dochází k poklesu sexuálního vzrušení, neznamená to však, že intimní vztah končí ve věku 60 let (Tošnerová, 1998 cit. dle Koszarycz). Pro mnohé je téma sex a intimita ve stáří tabu téma, ale pro naše starší občany je stále důležitým aspektem života. Tošnerová dodává, že „*uspokojivý milostný vztah obvykle pokračuje do 70 až 80 let pro zdravé páry.*“ (Tošnerová, 2002: 8).

Další předsudek, a to představa o *ošklivosti* stáří, je založena na přesvědčení o tom, že přibývajících léta ubírají člověku na kráse (viz. kapitola 1.2. týkající se biologických změn ve stáří). Není divu, že tento negativní postoj vznikl. Přiznejme si, že v naší kultuře je krása spojována především s mládím, proto se lidé (především ženy) bojí o její ztrátu. Stačí se podívat na literaturu či kinematografii. Ženy bývají zobrazovány jako zlé a ošklivé čarodějnice, v jiném případě označovány jako „báby“ a „babizny“, muži zase „dědkové“. Média nám neustále podsouvají obraz mladých a úspěšných lidí. Být krásný rovná se být mladý. Leckterá stárnoucí slavná osobnost se snaží zachovat svoji krásu pomocí plastických operací a vyhrát tak souboj s časem (srov. Tošnerová, 2002: 8). Přestože v naší kultuře jsou upřednostňováni mladí lidé, není tomu tak všude. „*V Japonsku se ve stříbrných vlasech a vráskách odráží moudrost, dospělost a dlouhá léta služby.*“ (Tošnerová, 2002: 8). Pojem krása a ošklivost jsou stavěny především na subjektivním hodnocení každého individua. Toto

osobní hodnocení je determinováno určitými kulturními standardy toho, co znamená být ve společnosti krásný a co ošklivý (Tošnerová, 2002: 8).

Následující předsudek vůči stáří vypovídá o tom, že se stáří se většinou pojí *výskyt duševní choroby*. Tedy představa, že „*duševní choroba je postižení ve stáří běžné, nevyhnutelné a neléčitelné.*“ (Tošnerová, 2002:8). Mezi nejčastější duševní onemocnění stárnoucí populace patří stařecká demence, ze které je nejzávažnější forma Alzheimerova choroba. Počet lidí trpící touto chorobou neustále narůstá, k roku 2014 jich bylo odhadováno přes 150 tisíc. Riziko onemocnění demencí narůstá také s věkem. „*Zatímco do 65 let věku trpí demencí každý 866., nad 65 let je to každý 13.*“ (Mátl a Mátlová, 2015: 12). I přesto, že se jedná o více jak 10 % lidí z celkové populace, která trpí duševní chorobou, nemůžeme říci, že každá stárnoucí osoba starší 60 let je dementní a nelze tuto představu vztahovat na celou stárnoucí skupinu populace.

Za další stereotyp lze považovat zobrazení stáří jako *neužitečné a zbytečné*. Tento stereotyp vychází z představy, že většina starších lidí nejsou schopni díky svému špatnému zdravotnímu stavu dále pokračovat ve své práci a stávají se tudíž pro společnost neproduktivní a neužiteční (Tošnerová, 2002: 8). Lidé ve společnosti jsou poté přesvědčeni, že senioři by neměli zabírat místa na pracovním trhu mladším. Díky této skutečnosti společnosti a firmy vykazují diskriminační postoje vůči seniorům a to tím, že je vedou k nucenému odchodu a nahrazují je mladšími pracovníky (Sak, 2012: 158). Skutečností ovšem je, že většina seniorů dokáže pracovat stejně jako jejich mladší kolegové. Během výzkumu bylo dokázáno, že „*téměř 40 % nezaměstnaných starších 50 let vykazuje dobrou a téměř 20 % dokonce vynikající hodnotu indexu, což znamená, že jim zdravotní důvody v práci výrazně nebrání.*“ (MUNI, 2014). Samozřejmě platí, že hůř jsou na tom lidé, jejichž zaměstnání vyžaduje fyzickou náročnost než lidé s povoláním s vyššími duševními nároky. V návaznosti na to byl vytvořen projekt *Implementace Age Managementu v České republice*, jehož cílem je přispět ke zvýšení podpory pracovní schopnosti, a to zejména u věkové skupiny osob nad 50 let. Jsou toho názoru, že je třeba využívat silné stránky naší starší populace a také možností mezigenerační spolupráce (MUNI, 2014).

Mezi negativní stereotypy ve stáří lze zařadit také *závislost* starších občanů. Jedná se o mýtus nesamostatných seniorů navyklých státnímu paternalismu, pasivních a spoléhajících se na pomoc druhých. Předchozí režim, který vládl v naší společnosti,

způsobil oslabení smyslu občanů pro osobní odpovědnost. Stát na sebe převzal tuto odpovědnost, díky čemu se všichni ve společnosti začali na pomoc ze strany státu spoléhat. Z různých výzkumů veřejného mínění vyplývá, že důchodci jsou plně přesvědčeni o tom, že v případě potřeby má stát povinnost se o ně postarat. Nelze ovšem říci, zda tyto výsledky vypovídají o tom, že jsou všichni senioři jednoznačně pasivní, nezodpovědní a inkompetentní. Senioři berou na vědomí význam státu, ale rozumí mu spíše jako poskytovateli jimi zaslouženého starobního důchodu. Významnější požadavek, který kladou od společnosti, je spíše záruka dostupné a kvalitní péče a léků. Žádají také o toleranci, ohleduplnost a úctu, nikoliv paternalistické zacházení (jak ze strany státu, tak ze strany rodiny) (Sýkorová, 2006: 158). „Český senior se podle svých činností jeví jako individualista, který do velké míry preferuje individuální činnosti. Rád a často se setkává s blízkými, ale snaží se zůstat na rodině komunitě co nejvíce nezávislý.“ (Kuchařová, 2003: 41). Naši starší občané chtějí rozhodovat o tom, zda pomoc potřebují a eventuálně jakou, kdy a od koho. Z výzkumu Sýkorové vyplývá, že „naprostá většina seniorů je přesvědčena o vlastní, věkem nedotčené schopnosti samostatně a kompetentně rozhodovat o svých záležitostech, včetně přijímané podpory“ (Sýkorová, 2006: 159).

Poslední velmi rozšířený stereotyp, který zde uvedu, je *chudoba a chudé stáří*. Jinak také mýtus univerzální a ve stáří samozřejmé chudoby. Existují sice také názory, že většina seniorů z celkového počtu je bohatá (i na to je pohlíženo negativně) (Tošnerová, 2002: 9), ovšem „v očích české veřejnosti se však starší spoluobčané stále jeví spíše jako chudí.“ (Sýkorová, 2006: 156). Určení objektivní (reálné) chudoby ve stáří je opět složitou záležitostí (stejně jako u zdravotního stavu), neboť záleží na tom, jaké měřítko si k jejímu posouzení zvolíme. Pokud se podíváme na starobní důchod, tak jeho průměrná výše dosahuje přibližně 40–45 % z průměrné hrubé mzdy (Sýkorová, 2006: 156 cit. dle MPSV). Otázkou je, zda je tato hodnota dostačující nebo ne, pokud je mezi starobními důchodci 70 % těch, kteří mají starobní důchod jako jediný zdroj příjmu (srov. Kuchařová, 2003: 16). „Evropští experti tvrdí, že k tomu, aby člověk mohl důstojně prožít své důchodové stáří, potřebuje mít alespoň 75 % příjmu, který měl v době ekonomické aktivity.“ (Rabušic, 1998: 307). V případě, že si zvolíme jako měřítko chudoby její oficiální hranici, tedy životní minimum¹, zjistíme, že většina důchodců se nachází nad touto hranicí. Také tzv. „starodůchodci“, jejichž

¹ Částka životního minima pro jednotlivce na měsíc činí pro rok 2017 3410 Kč (MPSV, 2016)

důchod byl vypočítán z příjmů, které jsou oproti dnešním příjmům několikanásobně nižší a kteří by tak chudobou mohli být ohroženi nejvíce, spadá pod životní úroveň jen pár případů (Rabušic, 1998: 308). Z toho tedy vyplývá, že z pohledu oficiálně stanovené hranice chudoby objektivně chudí senioři nejsou. Tento mýtus ústí z představy, která vysvětluje důvod chudoby ve stáří tím, že senioři nebyli připraveni na důsledky transformačních procesů v 90. letech. *„Ideologie socialistického státu neustále ujišťovala nové a nové kohorty seniorů, že důchod je „zasloužený odpočinek“, během něhož se stát komplexně postará a vrátí mu to, co si za celý život našetřil.“* (Rabušic, 1998: 305). Senioři se stali tedy odkázaní na finanční zabezpečení, které jim poskytuje stát, protože dřívější režim jim neumožnil si na stáří nějakým způsobem spořit (Sýkorová, 2006: 156). Ve stanovení chudoby je také velmi důležitá chudoba subjektivní. Sýkorová ve svém výzkumu zjistila, že *„podstatná část seniorů pociťuje negativní disproporci mezi příjmy a částkou, kterou považují za adekvátní k zabezpečení svých potřeb a potřeb své domácnosti.“* (Sýkorová, 2006: 156-157). Což vede k tomu, že se senioři snaží vyjít se svou nízkou penzí, šetří a hospodaří. Zachovat si svou vlastní finanční soběstačnost je pro ně velmi důležité, jelikož si přejí mít kontrolu nad svým životem a nedožadovat se o pomoc druhých. I přesto, že se musí ve svých výdajích uskromnit, představují se jako lidé, kteří jsou víceméně spokojeni se svou finanční situací (srov. Sýkorová, 2006: 157). *„Představa chudých, nespokojených seniorů, stěžujících si na nízké důchody a sobecky se prosazujících vůči mladším generacím, považujeme za mýtus.“* (Sýkorová, 2006: 158). Tošnerová dodává, že *„k nejchudší vrstvě patří mladší ženy samoživitelky s malými dětmi.“* (Tošnerová, 2002: 9).

Lidé mají tendenci tyto stereotypy, tedy ustálený soubor představ o starším člověku, přenášet z jednotlivce na celou skupinu (Vidovičová, 2008: 124). Stáří je považováno za homogenní neboli stejnorodé, na seniory je tedy pohlíženo se stejným měřítkem. Tato stereotypní generalizace je nesprávná, protože *„senioři jsou, díky dlouhodobému vrstvení zkušeností, zážitků i sociálních a profesionálních rolí a výtobytků (či ztrát) z nich, jednou z nejvíce heterogenních, věkově definovaných skupin ve společnosti.“* (Vidovičová, 2008: 124). Ve společnosti existují jedinci staršího věku, kteří těmito stereotypům neodpovídají, ale na druhou stranu se zde také najdou případy, kteří se mohou s těmito charakteristikami plně ztotožnit. Je třeba brát v úvahu skutečnost, že stáří je individuální záležitostí a neprobíhá vždy a u všech

stejně. Každý člověk je totiž individuální bytostí s vlastními a jedinečnými postoji, názory a prožíváním, a to bez ohledu na svůj věk (srov. Vidovičová, 2008: 124).

3. Ageismus ve zdravotnictví

S projevy ageistického chování se můžeme setkat v různých oblastech sociálního života jedince. Může se jednat o trh práce, důchodový systém, média, jazyk, literatura, vzdělání, sociální péče a v neposlední řadě také péče zdravotní. V každé z těchto oblastí se ageistické tendence projevují v různé míře a intenzitě (Vidovičová, 2005: 12). V případě ageismu ve zdravotnictví se jedná o jedno z nejcitlivějších témat. Poskytovaná spravedlivá a dostatečná péče je pro život seniora velmi důležitá a senior má na tuto péči nárok stejně tak jako příslušník jiné věkové skupiny. S rostoucím věkem u seniora přibývají nemoci, které bývají mylně připisovány projevům stáří a není jim věnována dostatečná pozornost. Zdravotnický personál neposkytuje seniorům dostatečnou péči a porušuje tak jeden z hlavních principů etiky zdravotní péče, tedy princip spravedlnosti. Tento princip *„souvisí zejména s rozdělováním prostředků a s požadavkem rovného přístupu k pacientům bez ohledu na věk, rasu, národ, pohlaví, sexuální orientaci, společenskou pozici či náboženské vyznání.“* (Vurm, 2007: 95). Starší lidé se stávají obětmi věkové diskriminace, která vyvolává u starších občanů pocit sociální izolace, a proto je důležité se problematikou ageismu ve zdravotnictví zabývat.

Na začátek této kapitoly je důležitá stručná charakteristika soustavy zdravotnických zařízení a zdravotnického personálu. Další podkapitola popisuje zdravotnictví jako věkově diferencovaný systém a následně jsou vyličené projevy diskriminačního chování v ošetrovatelské péči. Správně nastavená komunikace je základem fungujícího vztahu mezi zdravotním pracovníkem a pacientem, a proto je poslední část této kapitoly věnována komunikaci se seniory, jejím specifickým bariérám a inhibujícím prvkům, které mohou tuto komunikaci negativně ovlivnit.

3.1. Charakteristika zdravotnických zařízení a zdravotnického personálu

„Ve všech tzv. vyspělých státech je zdravotní péče důležitou prioritou státní politiky a je věcí veřejnou. Je to společenský úkol pro vedení státu, který by měl být řešen v zájmu občana, v jeho prospěch i prospěch národa jako celku.“ (Vurm, 2007: 49). Staří lidé péči od společnosti potřebují. Péče je považována za jakési vyjádření „příznivé společenské atmosféry, konkrétní formou pozornosti, která se staré populaci věnuje.“ (Pacovský, 1990: 109). Zdravotnická péče je poskytována v různých typech zdravotnických zařízení a bývá převážně hrazena z veřejných prostředků, které jsou z větší části tvořeny daněmi z příjmu obyvatel a z menší části z doplňkové platby národního pojištění (Vurm, 2007: 52). Na území celé České republiky existují jak státní, tak nestátní *zdravotnická zařízení*². Zdravotní péči poskytuje populaci soustava zdravotnických zařízení, která se dělí na *ambulantní péči* a *péči lůžkovou* (Vurm, 2007: 31).

Mezi zdravotnické zařízení **ambulantní péče** patří především

- ordinace praktického lékaře pro dospělé,
- ordinace praktického lékaře pro děti a dorost,
- ordinace lékařů pro ženy (gynekologů),
- ordinace praktických zubních lékařů,
- ordinace odborných ambulantních specialistů, poradny.

Mezi zdravotnické zařízení **lůžkové péče** řadíme

- nemocnice,
- odborné léčebné ústavy (léčebny pro dlouhodobě nemocné, psychiatrické léčebny, rehabilitační léčebny a ústavy, lázeňské léčebny, ochrany, sanatoria a kojenecké ústavy) (Vurm, 2007: 32).

Základem je péče primární, kterou poskytuje praktický lékař působící pro dospělé. V péči o seniory spolupracuje s rodinou a ostatními složkami primární péče (např. s domácí ošetrovatelskou službou). Domácí ošetrovatelská péče (jinak home care) je druh péče, která je hrazena z prostředků zdravotních pojišťoven a bývá poskytována na doporučení praktického lékaře. Tato péče může být zajišťována

² Podle výpočtů bylo koncem roku 2013 v ČR evidováno 29 218 tisíc zdravotnických zařízení, přičemž 213 z nich jsou zřizované státem a 29 005 jsou nestátní (ÚZIS, 2013). Téměř všechna tyto zařízení mají se zdravotní pojišťovnou uzavřenou smlouvu o poskytování a úhradě zdravotní péče a poskytují pacientům registrovaným v příslušné pojišťovně zdravotní péči bezplatně (IZPAE, 2003).

různými státními, městskými, charitativními či soukromými organizacemi, k jejichž typickým úkolům patří ošetřování chronických ran, aplikace inzulínu či poskytování poradenství o kompenzačních pomůckách (Hrozenková, Dvořáčková, 2013: 61).

V Moravskoslezském kraji se ze zdravotnických zařízení nejvíce vyskytují nemocnice, odborné léčebné ústavy, ordinace různých praktických lékařů, ordinace odborných lékařů, lázeňská zdravotnická zařízení a domácí péče (IZPAE, 2003). Tento kraj byl vybrán z důvodu toho, že výzkum bakalářské práce bude prováděn ve městě Karviná, které do tohoto kraje spadá. V Karviné se nachází dvě fungující nemocnice, jedno lázeňské zařízení, mnoho ordinací praktického lékaře, nespočet ordinací odborného lékaře (gynekologie, stomatologie apod.) a domácí péče. Z tohoto důvodu jsem pro svůj výzkum bakalářské práce zvolila těchto pět možností a druhů zdravotnických zařízení, které mohl respondent (osoba starší 60 let) v Karviné navštívit a kde mohl následně zažít osobní zkušenost s ageistickým chováním ze strany zdravotnických pracovníků.

Pro správné fungování systému zdravotnictví je také kromě zdravotnických zařízení velmi důležitý *zdravotnický personál*. Ke konci roku 2013 pracovalo v Moravskoslezském kraji ve zdravotnických zařízení přes 28 tisíc osob, z nichž 18,2 % pracovalo ve státním sektoru a 81,8 % osob připadlo na sektor nestátní. Z celkového počtu zdravotních pracovníků tvoří 84 % odborní zdravotní pracovníci, mezi které můžeme zařadit *lékaře, farmaceuty, zdravotnické pracovníky s nelékařskou odbornou způsobilostí* (například zdravotní sestry/bratři, porodní asistentky, zdravotní laboranti, záchranáři, nutriční terapeuti, fyzioterapeuti) a *zdravotní pracovníci nelékaři pod odborným dohledem nebo přímým vedením* (například zdravotnický asistent, nutriční asistent, laboratorní asistent, masér, sanitář). (Zdravotnická ročenka MSK, 2014). V návaznosti na pět vybraných zdravotnických zařízení, které může senior v Karviné navštívit, jsem do výzkumu vybrala pět zdravotních pracovníků, kteří dle mého názoru v těchto zdravotnických zařízení přicházejí s pacienty do kontaktu nejvíce (tudíž může z jejich strany docházet k ageistickým postojům vůči seniorům). Jedná se o lékaře, zdravotní sestru, zdravotního bratra, zdravotního asistenta a fyzioterapeuta.

3.2. Zdravotnictví jako věkově diferencovaný systém

Zdravotní stav nepochybně ovlivňuje všechny aspekty a kvalitu života ve vyšším věku. U starších občanů se vyskytují častěji než u mladších jedinců různá onemocnění a choroby, které poté ovlivňují jeho zdravotní stav. Různá chronická onemocnění mohou u stárnoucího urychlit a zhoršit proces stárnutí či zvýraznit celkový úbytek sil (Pokorná, 2010: 71). V diskuzích, které jsou vedeny o problematice ageismu, je zdravotní systém považován za jedno z eticky nejcitlivějších témat. Předmětem zkoumání je zde totiž samotná legitimita věkových hranic, a to v poskytování, financování a v kvalitě zdravotní péče. Náklady na zdravotní a sociální péči bývají velmi častým tématem, které v diskuzích probíhají. Argumentem pro omezení nákladů na zdravotní a sociální péči bývá neustálé zvyšování výdajů momentálně stárnoucí společnosti. Předpokládá se, že náklady rostou se zvyšováním počtu seniorů (Vidovičová, 2008: 177). Statistiky zdravotních pojišťoven dokazují, že náklady na péči nemocných rostou s jejich věkem a liší se také v návaznosti na pohlaví. I přesto, že se jedná o stejnou nemoc, může se v různém věku projevat různě, mít odlišnou délku léčení, odlišný průběh a s tím i spojené odlišné náklady (ČSÚ, 2016: 20). *„Ženy se obecně dožívají vyššího věku než muži, ve věku nad 85 let tvoří 70 % populace ČR, což je jedním z důvodů, proč je uvedená struktura výdajů dle věku a pohlaví odlišná.“* (ČSÚ, 2016: 20). Ze svých celkových nákladů poskytují zdravotní pojišťovny na zdravotní péči každoročně zhruba 47 % na péči o muže a 53 % na péči o ženy. Vidíme zde vyšší náklady na zdravotní péči o ženy, a to ve všech věkových skupinách. Vyšší výdaje na péči o muže byly vysledovány jen v roce 2014, ovšem v případě seniorů se to týkalo pouze věkové skupiny 55-69 let. Nejvyšší částky v poskytování zdravotní péče se u obou pohlaví objevují ve věkové skupině 65-69 let. Mezi lety 2010–2014 byl zaznamenán výrazný nárůst výdajů na poskytování zdravotní péče a zároveň došlo k významnému zvýšení počtu obyvatel. Jedná se současně o věkové skupiny, u nichž je velmi vysoká míra nemocnosti, tudíž zvýšení nákladů na zdravotní péči je u těchto skupin předvídatelné (ČSÚ, 2016: 20).

Na zdravotní péči rovněž přispívají domácnosti. Částka, kterou domácnosti poskytují, představuje 12 % z celkových výdajů na zdravotní péči v České republice. Tyto výdaje zahrnují přímé náklady domácností na zdravotní péči, jedná se především o platbu léků (na předpis nebo volně prodejné), příplatky u stomatologů, regulační poplatky, platby za nadstandardní výkon, rehabilitační a lázeňskou péči či různé

kosmetické operace, které nejsou hrazeny z veřejného zdravotního pojištění (ČSÚ, 2016: 23). Vidovičová považuje statistiky zdravotních pojišťoven za neúplné. Aby totiž skutečně odpovídaly reálným nákladům systému, musely by být průměrné náklady vynásobeny skutečným počtem osob, které čerpají zdravotnickou péči v jednotlivých věkových kategoriích. Tyto počty ovšem zdravotnické pojišťovny nesledují. Chybí zde i informace o věkové diferenciaci nejdražších či nejčastěji předepisovaných léků nebo finančně náročných úkonů (Vidovičová, 2008: 178). Stárnutí populace povede ke zvýšení počtu lidí ve vyšším věku, kteří budou vyžadovat zdravotní péči, a naopak snížení počtu příjemců péče, kteří se nachází na opačném konci věkové osy (Vidovičová, 2008: 178).

Zvýšení počtu starší populace vyžaduje od zdravotnických služeb přizpůsobení se této situaci. Očekává se *„zajištění dostupnosti geriatrické péče, rehabilitace, dlouhodobé a paliativní péče a podporu zdravého života. Zdravotní stav starších a starých lidí je třeba hodnotit nejenom délkou života a výskytem chorob, ale především funkční zdatností a zdravím podmíněnou kvalitou života.“* (Klevetová, 2011)

3.3. Projevy ageismu v ošetřovatelství

Ageistický přístup k seniorům se nevyhýbá ani sféře zdravotnictví. Pokorná uvádí, že se ageismus v ošetřovatelství objevuje dokonce častěji, než v jiných oblastech (Pokorná, 2010: 73). Výzkum Vidovičové, který byl zaměřen na analýzu osobní zkušenosti s výskytem ageismu v systému zdravotní péče, dokazuje, že závislost mezi věkem a osobní zkušeností s výčetem situací je více zřejmá u osob vyššího věku. Zejména tedy v případě situace nevhodného oslovení seniorů³ mělo osobní zkušenost 11 % padesátníků, 16 % šedesátníků a již 27 % sedmdesátníků a starších (Vidovičová, 2008: 182). Ve společnosti existují různé názory, které se týkají přiměřenosti péče o seniory. První se přiklání k tomu, že tato věková skupina čerpá nadměrné prostředky, které jim poskytují různé zdravotní pojišťovny. Druhý naopak vychází z toho, že se jim nedostává odpovídající péče. K této nedostatečné péči přispívá rozšířený názor (sdílený i samotnými seniory), že většina nemocí a zdravotních problémů jsou normální a nezvratné (Palmore, 1999: 33). Zvnitřnění si ageistických postojů začíná u jedince již v období dětství a v průběhu jeho života

³ Respondenti byli dotazováni, zda měli osobní zkušenost s následující situací: Oslovovali někoho u lékaře nebo v nemocnici „babičko“/ „dědečku“, přestože to nebyli jejich příbuzní.

potom bývají tyto postoje formovány a posilovány (více než oslabovány) vlivy vnějšího prostředí. „*U budoucích zdravotnických pracovníků hraje svou roli také způsob vzdělávání v péči o dlouhověké osoby, které bylo dlouhodobě zaměřeno na popis involučních změn ve stáří a nemocí charakteristických pro období stáří a na fragilitu seniorské populace.*“ (Pokorná, 2010: 74).

Typickým příkladem projevu ageismu ve zdravotnické péči může být podceňování některých chorob a smyslových dysfunkcí a to tím, že jsou ztotožňovány se starším věkem a nebývají považovány za důsledky nemoci, která by měla být řádně léčena (Vidovičová, 2008: 179). Zdravotní pracovníci, kteří mají za úkol péči seniorů, považují jejich problémy za běžné a projevy stáří a stárnutí za typické a homogenní pro všechny jedince vyššího věku (Pokorná, 2010: 73). Velmi závažným důsledkem předsudků vůči seniorům bývá to, že stejně tak jako v jiných oblastech bývají ve zdravotnictví více upřednostňováni mladí. Zdravotní personál se chová předpojatě a v léčbě preferuje mladší pacienty (Palmore, 1999: 33). Diskriminace na základě věku se poté zobrazuje ve vztahu k přidělování léčby. Zdravotnický personál je přesvědčen o tom, že by měla být léčba zaměřena zejména na osoby mladší, jelikož právě od těch se očekává, že budou žít déle než občané staršího věku, kteří mají již životnost kratší, nebo potřebují léčbu s dražšími náklady (Kabátová, Uříčková, 2013). Vycházejí z předpokladu, že stárnutí je samo o sobě nemoc, která je neléčitelná, a proto mu zdravotníci věnují menší pozornost, než nemocem věku mladšího či středního (Vidovičová, 2008: 179).

Ve zdravotnických zařízeních se můžeme setkat s absencí řádného vyšetření a diagnostiky u pacientů vyššího věku, přičemž i preventivní prohlídky jsou považovány za nepotřebné. Jako vhodný příklad lze uvést stanovené věkové hranice pro provádění některých preventivních vyšetření, zejména tedy screeningových vyšetření v onkologické prevenci. Například mamografické vyšetření má stanovenou věkovou hranici žen od 45 do 69 let (Vidovičová, 2005: 40). „*Někdy bývá limitována i aplikace léčby, která je naopak nezřídka nahrazována častou a zvýšenou (někdy zbytečnou) farmakoterapií jako „nejschůdnějším“ řešením problémů seniorů.*“ (Vidovičová, 2008: 179-180). Musíme podotknout, že tento fakt je v rozporu s hlavní úlohou ošetřovatelství, a to pomáhat všem svým pacientům, zdravým i nemocným (Kabátová, Uříčková, 2013).

V praxi můžeme u zdravotnického personálu vyzorovat ageistické tendence, které se projevují v předpokladu *snížených schopností pacienta* (v našem případě seniora) a *nereálného hodnocení jeho aktuálních schopností*. Mimo komunikaci verbální může dojít také k ageistickým projevům v neverbální komunikaci (například neudržení očního kontaktu či nadměrná gestikulace). Pokorná uvádí příklady těchto projevů na několika modelových situacích. Ageistické tendence ve verbální komunikaci můžeme zaregistrovat u příkladu pacienta, který byl hospitalizován v nemocnici a požadoval po zdravotní sestře podrobnější informace o charakteru plánovaných výkonů a vyšetření, které jsou nezbytné. „*Sestra jej odbude s tím, že nemá dostatek času mu vše vysvětlovat a že by to stejně všechno nepochopil. (...) Na chodbě informuje svou kolegyni, že je tam zase nějaký „chytrý“ a že jej má raději vzít na vozíku, aby se ještě někde neztratil.*“ (Pokorná, 2010: 75). Dalším příkladem ageistických postojů v ošetrovatelství je *nerespektování osobního tempa seniorů*. Dle modelové situace Pokorné můžeme usoudit, že se toto nerespektování projevuje snahou zdravotní sestry či jiného personálu nakrmit, obléct či pomoci vstát pacientovi, přestože je sám schopen tyto úkony provést. „*Nemocný se zlobí, chce vše zvládnout sám. Sestra však předpokládá, že by to dlouho trvalo a raději jej obuje.*“ (Pokorná, 2010: 76). Ve sféře zdravotnictví lze také narazit na „profesionální ageismus“, při kterém dochází ke „*generalizaci patologických průvodních jevů nemoci ve stáří na stáří samotné.*“ (Vidovičová, 2008: 180). Mezi profesionální ageismus řadíme také nevhodné oslovení starších pacientů. Jedná se například o oslovení ze strany personálu „babi/dědo“, i když s daným pacientem nemají žádný příbuzenský vztah. Za extrémní formu projevu ageismu ve zdravotnictví lze považovat například problém zneužívání seniorů pečovatelem (Vidovičová, 2008: 180).

Ageismus v ošetrovatelství představuje velký problém, jelikož přímo ovlivňuje pacienta tím, že snižuje jeho sebedůvěru a ohrožuje jeho autonomii. Stává se, že senioři internalizují ageistické postoje a chovají se dle daného negativního stereotypu, převezmou tedy pasivní a závislou roli. Některé studie dokonce ukazují, že ageismus má také vliv na úmrtnost pacienta. Tím, že senioři na sebe pohlížejí negativně, vede k tomu, že prodloužení života může být ohroženo (Kabátová, Uříčková, 2013). Pokorná vytvořila přehled důsledků ageistických situací v ošetrovatelské péči a rozdělila je do čtyř kategorií. Uvedla zde jaké má diskriminace důsledky na průběh a výsledky léčebně terapeutických postupů, vztah k osobnosti příjemce péče, vztah

k poskytovateli péče a vztah k blízkým osobám seniora. Pro přiblížení jsem vybrala první dvě kategorie, které se mi vzhledem k tématu a výzkumu mé bakalářské práce zdály jako nejdůležitější. Jelikož je předmětem mého výzkumu osoba staršího věku⁴ a jeho pohled na danou problematiku, je zde důležité zmínit, jaké důsledky mohou mít jednotlivé ageistické projevy na vztah k jeho osobnosti. Samotné ageistické postoje ze strany poskytovatelů péče vedou k fatálním nedostatkům v péči (Pokorná, 2010: 80). A poněvadž je hlavní úlohou ošetrovatelství zajistit spravedlivou péči všem svým pacientů, přijde mi vhodné zde také zmínit důsledky na celkový průběh a výsledky léčebných postupů, které významně ovlivňují hodnocení zdravotnických služeb z pohledu seniora. Shrnutí znázorňuje následující tabulka (tabulka č. 1).

Tabulka č. 1: Důsledky ageistických tendencí v ošetrovatelské péči

<i>Oblast</i>	<i>Projev</i>	<i>Důsledek</i>
Průběh a výsledky léčebně terapeutických postupů	<ul style="list-style-type: none"> - inhibice léčebných postupů - omezení diagnosticko – terapeutické péče - ovlivnění v rozhodování o následné péči 	<ul style="list-style-type: none"> - neúčinná spolupráce klienta (snížená kompliance) - snížené sebehodnocení - přejímání ageistických tendencí v sebehodnocení
Vztah k osobnosti příjemce péče	<ul style="list-style-type: none"> - nereálné hodnocení schopností seniora - neadekvátní sociální interakce - infantilizace v jednání a chování (zdrobněliny, změna řeči) - infantilizace prostředí (naivní dětská výzdoba) - nesprávná identifikace potřeb 	<ul style="list-style-type: none"> - dopad na kognitivní schopnosti a psychické zdraví - snížené sebehodnocení - zvýšená závislost - snížené očekávání - přejímání stereotypních, ageistických postojů a jejich internalizace

Zdroj: srov. Pokorná, 2010: 82

V souvislosti s problematikou ageismu ve zdravotnictví realizoval Tova-Band Winterstein výzkum, jehož cílem bylo prozkoumat souvislost mezi nedbalostí a ageismem. Byl přesvědčen, že ageismus funguje jako mechanismus pro podporu zanedbávání starších v zařízeních dlouhodobé péče. Během výzkumu zjistil, že starší občané bývají zanedbávání prostřednictvím nedostatečné péče a diagnostiky.

⁴ Osoba starší 60 let

Docházelo například k tomu, že pacientovi nebyly včas podány léky. Definoval starší populaci jako transparentní (průhlednou), které není věnován dostatečný zájem a respekt. Transparentnost považoval za znak ageismu, který následně vede k lékařskému zanedbání pacienta. Pracovníci zaujímali k seniorům postoj jako k objektům. Tento proces objektivizace má opět ageistické kořeny a vede k fyzickému a emocionálnímu zanedbávání. Emocionálním zanedbáváním se rozumí nedostatek komunikace s pacientem a fyzické zanedbávání znamená například absence pomoci pacientovi vstát z lůžka (Band-Winterstein, 2011).

Hlavní krok, který vede k úspěšné eliminaci ageistických předsudků ve zdravotnictví, ale i v ostatních oblastech, by měl být odstoupení od tzv. „škatulkování“ populace do jednotlivých věkových skupin na základě jejich kalendářního věku a posuzování těchto lidí podle funkčního (biologického) věku (Kabátová, Uříčková, 2013). Jelikož, jak už jsem výše zmínila, funkční věk je údaj nespolehlivý, tento fakt potvrzuje výskyt tzv. „mladých staříků“ a „starých mladíků“ (viz. kapitola č. 1.1.). Kalendářní věk tedy neodpovídá věku funkčnímu, což je jeden z důvodů, proč je nevhodné považovat seniory stejného věku za homogenní skupinu, tedy skupinu, jejíž členové jsou všichni stejní. *„Funkční zhodnocení seniora a formulování jeho limitů, rizik a potřeb je nezbytným předpokladem bezbariérové a nediskriminační péče.“* (Kabátová, Uříčková, 2013).

Dalším důležitým krokem ke snížení ageistických tendencí ve zdravotnické péči je uvědomění si a identifikace ageistických příznaků ve vztahu k seniorům ve svém vlastním jednání samotnými zdravotními pracovníky. Zdravotní pracovník by si měl uvědomit své vlastní předsudky vůči starším osobám a snažit se je nějakým způsobem snížit (Pokorná, 2010: 80). Ke snížení ageismu také výrazně přispívá vzdělávání zdravotnických pracovníků v oblasti gerontologie a geriatric, pro tyto pracovníky se pořádají různé semináře, kde problematika ageismu a jeho negativní dopady zdůrazňuje. Schopnost uvědomit si a snížit vliv ageismu je pro zdravotní personál velmi důležitý, dostávají se totiž každý pracovní den do přímého kontaktu s pacienty a jejich rodinou (Kabátová, Uříčková, 2013). V důsledku stárnutí populace se zdravotnický personál stále častěji dostává do kontaktu se seniory, a tím jsou na něho kladeny i specifické požadavky. Například zdravotní sestra musí mít ve svých osobnostních předpokladech zahrnuto vysoké sociální cítění a humánní postoj, který následně přenáší do kontaktu se starším člověkem (Kabátová, Uříčková, 2013).

3.4. Komunikace se seniory

Faktorem, který výrazně napomáhá ke snížení ageistických tendencí vůči seniorům ve zdravotnické péči je správně nastavená komunikace mezi zdravotnickým personálem a staršími pacienty. Výsledky mnoha empirických studií, zabývajících se komunikací pracovníků poskytující péči, vykazují neznalost těchto pracovníků v oblasti efektivní komunikace (Pokorná, 2010: 35). Dobrá komunikace je ovšem považována za základ vztahu mezi pečujícím a příjemcem péče. V rámci profese vyžaduje zcela zvláštní dovednosti, kterým se musí zdravotníci naučit již během jejich profesní přípravy. Komunikací rozumíme předávání informací, pocitů, citů a veškerá lidská komunikace probíhá na dvou úrovních – *verbální* (slovní) a *neverbální* (mimoslovní). I když se mnohým zdá, že ve světě vládnu slova, a to vyslovená či psaná, pravdou je, že většinu informací přijímáme právě pomocí neverbálních znaků (gesta, symboly, mimika). Předpokladem správné a příjemné komunikace je udržet verbální a neverbální komunikaci ve vzájemné rovnováze (Venglářová, 2007: 74).

3.4.1. Specifika komunikace se seniory

Během komunikace se staršími lidmi přibývají k obecným komunikačním problémům, které zažíváme během komunikace všichni, specifické potíže seniorů. Senioři mohou trpět poruchou smyslů (stávají se nedoslýchavými nebo trpí zhoršujícím se zrakem), poruchou řeči – afázií, kognitivními poruchami či psychiatrickými poruchami (Venglářová, 2007: 75-76). Techniky a dovednosti, které v sociální interakci s pacientem používáme, musí být přizpůsobeny individuálním požadavkům komunikujících subjektů. Přizpůsobení komunikačního stylu schopnostem a dovednostem komunikačního partnera vede ke zvýšení pravděpodobnosti porozumění a k omezení možnosti chybného pochopení. V obecné rovině není potřeba respektovat žádná specifická omezení v komunikaci se seniory, ovšem je žádoucí přistupovat individuálně k jednotlivým nemocem a hodnotit jejich kapacitu, schopnosti a potřeby. Staří lidé i přesto, že trpí nějakým onemocněním, nevykazují ztrátu inteligence. Potřebují pouze více času pro sestavení odpovědi, nebo pro vyhledávání informací z dlouhodobé paměti (Pokorná, 2010: 49).

Venglářová zdůrazňuje, že důležitou součástí dobré komunikace je *ochota naslouchat*. Pro starší lidi je velmi důležité, když je u zdravotnického personálu znát opravdový a nepředstíraný zájem. Naslouchání lze projevit pomocí neverbální

komunikace a mírným náklonem směrem k vypravěči, očním kontaktem a klidným postojem či posazením. Verbálně svůj zájem projevíme pomocí parafrázování jeho sdělení a dotazy k danému tématu. Důležité také je neodsuzovat pacienta a vyjádřit pochopení, podporovat pacientovu důstojnost a schopnost rozhodování. Tímto přístupem dodržujeme princip autonomie (Venglářová, 2007: 77-78). „Právě skutečnost schopnosti respektování autonomie pacienta – seniora je významným hlediskem, které by mělo být zdůrazňováno v procesu profesní přípravy pečujících osob.“ (Pokorná, 2010: 38)

3.4.2. Bariéry v komunikaci se seniory

Ve vztahu k sociálním, fyzickým a psychickým změnám, které jsou spojeny s věkem a stereotypizací jsou popisovány různé bariéry komunikace se seniory. Tyto bariéry lze rozdělit na *interní* a *externí* (viz tabulka č. 2).

Tabulka č. 2: *Bariéry komunikace*

Interní bariéry	Externí bariéry
- vyplývající ze schopností a dovedností jedince, jeho prožívání a zdravotního stavu	- dány zevním prostředím, jeho uspořádáním atd.
- obava z neúspěchu	- vyrušení další osobou
- negativní emoce (strach, zlost)	- hluk, šum
- bariéry postoje (xenofobie)	- vizuální rozptylování
- nepřipravenost	- neschopnost naslouchat
- fyzické nepohodlí, nemoc	- komunikační zahlcení

Zdroj: Pokorná, 2010: 53

V důsledku tohoto rozdělení lze bariéry pojímat jako překážky, které jsou způsobené na straně pacienta (v našem případě seniora), na straně zdravotnického pracovníka či vycházejí z vnějšího prostředí. Ze strany seniora se může jednat například o zábrany, které jsou způsobené nedůvěrou a obavou seniora, jak bude s informacemi naloženo. Dochází k tomu, že senior není ochotný komunikovat. Důvodem neochoty komunikovat může být také to, že o určitých tématech se v generaci dnešních seniorů nemluví. Tabu téma bývají oblasti sexuality, intimity, nebo také finanční situace či nepříjemnosti v rodině. Velmi významný podíl na správné a příjemné komunikaci má samozřejmě také aktuální stav pacienta, ať už

psychický či fyzický. Bariérou v komunikaci se poté stávají fyzické obtíže, bolesti či zdravotní komplikace seniora. Negativně se v sociální interakci projevuje také únava, stres a úzkost. V případě bariér, které vychází ze *strany zdravotnického pracovníka*, můžeme hovořit o situacích, které obvykle brání hovoru s pacientem. Příkladem může být strach pracovníka mluvit o závažných tématech, jako je umírání či nevyléčitelné choroby. Dále může mít zdravotní pracovník dřívější negativní zkušenost nebo problém s konkrétním pacientem. A za běžný faktor, který brání v komunikaci s pacientem, lze považovat také nedostatek času. Pokud hovoříme o bariérách vycházejících z vnějšího prostředí, máme na mysli například fakt, že se velmi obtížně komunikuje v hlučném prostředí, kde nemají komunikační partneři žádné soukromí popřípadě, pokud jednají ve spěchu (Venglářová, 2007: 75).

3.4.3. Inhibující postupy v komunikaci se seniory

V sociální interakci mezi zdravotním pracovníkem a seniorem jsou využívány specifické a efektivní postupy, které zaručují účinnou komunikaci a vzájemné porozumění, přičemž vše je bráno s ohledem na schopnosti a možnosti jednotlivých seniorů. V určitých případech ale může dojít k tomu, že jsou tyto postupy využity neadekvátně k aktuálnímu stavu komunikujících partnerů. Hovoříme zde o tzv. *inhibujících* (negativně ovlivňujících) postupech (Pokorná, 2010: 61).

„*Nejčastěji se jedná o využití specifických přístupů a technik komunikace bez ohledu na potřeby nemocných.*“ (Pokorná, 2010: 61). Je důležité zmínit, že sociální interakce je hodnotícím faktorem kvality života seniorů, proto by měly být sestry poskytující péči starším občanům citlivé k vyhledávání specifických potřeb seniorů a posilovat tak snahu seniorů. Většina zdravotních pracovníků používá v komunikaci se seniory specifické řečové vzorce. Používají příliš zjednodušené větné vazby, ponižující tón a mají také tendenci neustále objasňovat danou situaci (Pokorná, 2010: 61). V souvislosti se změnou komunikace v péči o seniory se hovoří o tzv. *elderspeak*. Tento komunikační styl implicitně zpochybňuje způsobilost starší populace a má negativní efekt (Williams, Kemper a kol., 2003: 243). U těchto profesionálů se můžeme setkat taktéž s dětskou řečí neboli *baby talk*. Baby talk, jako jeden z komunikačních stylů, je charakteristický svou pomalou rychlostí, přehnanou intonací, neustálým opakováním a lidé, kteří tento styl provozují, využívají jednodušší slovní zásobu a gramatiku než při komunikaci s dospělými (Williams, Kemper a kol. 2003: 243).

Elderspeak bývá také označován jako „*anglické označení pro eticky nevhodné hovoření o starých lidech a se starými lidmi.*“ (Pokorná, 2010: 63 cit. dle Kalvach, 2006). Elderspeak tedy vychází ze stereotypů a mýtů nereálného hodnocení seniorů a jejich schopností. K hlavním formám tohoto stylu řeči řadíme urážlivé hovoření a nepřátelství vůči starým lidem, projevy věkové diskriminace (ageismus), fenomén zvěcnění (hovoření o starých lidech jako o věci) či ponižující pseudofamiliárnost a infantilizace (například oslovování starších lidí babi, dědo) (Pokorná, 2010: 63). Zdravotnický personál využívá tento inhibující komunikační styl velmi často a nevědomě. Považují tento styl za efektivní ve smyslu podpory komunikace, ovšem důsledkem využívání tohoto způsobu komunikace může být nevědomé posilování závislosti, dochází k izolaci, snížení sebehodnocení a snížení pocitu odpovědnosti u seniora. Je tedy důležité se vyvarovat těmto formám řeči a uvědomit si, že komunikace má seniory obohacovat ne zpochybňovat jejich schopnosti. „*Zlepšení komunikačního prostředí podpoří kognitivní a funkční schopnosti seniorů a dosažení optimálního komunikačního prostředí může vést ke zvýšení pohody seniorů a kvality jejich života.*“ (Pokorná, 2010: 66).

Spolu s podceňováním některých chorob seniora, tím, že jsou ztotožňovány se starším věkem, upřednostňováním mladých pacientů před pacienty seniory, předpokladem snížení schopností seniora apod. je využívání inhibujících postupů zdravotnického personálu v komunikaci s pacienty považováno za projev ageistického chování. Osobní zkušenost seniorů s ageistickými projevy ze strany zdravotnických pracovníků různých zdravotnických zařízení nám přibližuje empirická část této práce.

II. PRAKTICKÁ ČÁST

4. METODIKA VÝZKUMU

4.1. Předmět a cíl výzkumu

Předmětem mého výzkumu je ageismus ve zdravotnictví, a to konkrétně očima seniorů. Cílem empirické části je zjistit osobní zkušenosti seniorů s projevy ageismu ze strany pracovníků zdravotnických zařízení.

4.2. Výzkumné otázky a výzkumné hypotézy

Výzkumné otázky:

HVO1: Setkali se respondenti s projevy ageismu ze strany pracovníků ve zdravotnických zařízeních?

VO2: Mají osobní zkušenost s ageismem spíše ženy nebo muži?

VO3: Má vliv věk pacienta na výskyt osobní zkušenosti s ageismem ve zdravotnictví?

VO4: U jakého typu zdravotnického personálu se senioři setkávají nejčastěji s ageistickými projevy?

VO5: V jakém zdravotnickém zařízení se senioři nejčastěji setkávají s ageistickými projevy?

Výzkumné hypotézy:

Hypotéza H1: Více jak 50 % respondentů uvedlo, že se setkali s projevem ageismu ze strany pracovníků zdravotnických zařízení.

Hypotéza H2: Osobní zkušenost s ageismem se vyskytuje častěji u žen než u mužů.

Hypotéza H3: S přibývajícím věkem seniorů se zvyšuje podíl osobních zkušeností s projevy ageismu ze strany pracovníků zdravotnických zařízení.

Hypotéza H4: Zdravotní sestry vykazovaly, dle respondentů, častěji projevy ageismu než jiný zdravotnický personál.

Hypotéza H5: Projevy ageismu jsou dle respondentů nejčastější v nemocnicích.

4.3. Operacionalizace výzkumných hypotéz

HVO1: Setkali se respondenti s projevy ageismu ze strany pracovníků ve zdravotnických zařízeních?

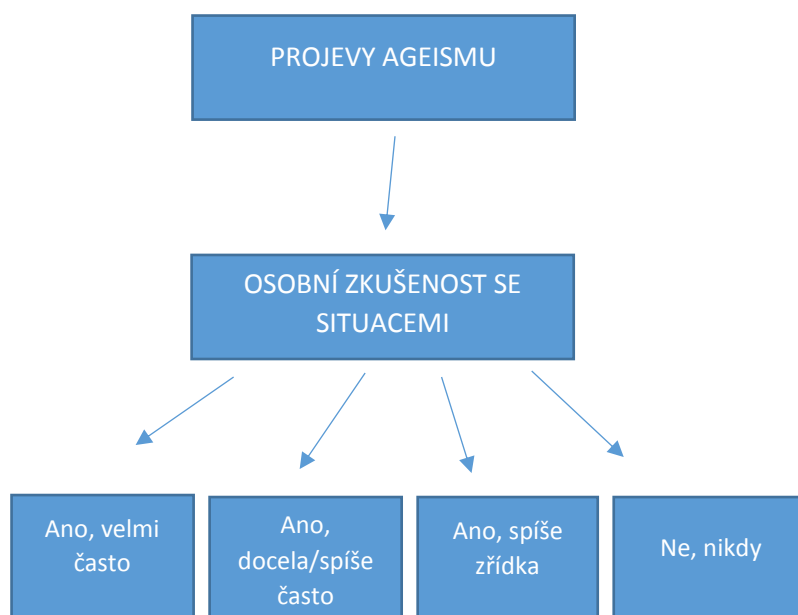
Hypotéza H1: Více jak 50 % respondentů uvedlo, že se setkali s projevem ageismu ze strany pracovníků zdravotnických zařízení.

Projevy ageismu myslíme to, jakým způsobem přistupuje zdravotnický personál k seniorům. Tyto postoje jsou manifestovány nedostatečným či naopak nadměrným rozsahem poskytované péče. *Projevy ageismu* byly zjišťovány pomocí konkrétních situací projevů ageismu, se kterými se můžou senioři v rámci zdravotnických zařízení setkat. Situace byly vypsány v jednotlivých otázkách č. **1, 4, 5, 8 a 11** (viz tabulka č. 3). Otázka č. 4 byla rozdělena do kategorií 4a, 4b, 4c a 4d, přičemž každá z těchto kategorií zahrnovala jednu situaci. Stejně tak u otázky č. 11 byly jednotlivé formy omezení schopností rozděleny do kategorií 11a, 11b, 11c a 11d. Respondenti následně odpověděli, zda se s danými situacemi setkali, tedy zda s nimi měli nějakou osobní zkušenost. Odpovědi u jednotlivých otázek v sobě zahrnovaly také míru výskytu osobní zkušenosti s danou situací. Respondenti tedy volili, zda se s danou situací setkávají *velmi často, docela/spíše často, spíše zřídka* nebo *nikdy* (viz obrázek č. 1). U otázky č. 4 vybírali respondenti z možností *ano, ne*.

Tabulka č. 3: *Výčet situací u otázek zjišťujících osobní zkušenost*

Č. otázky	Situace
1	Upřednostnění mladších pacientů před pacienty seniory.
4a	Zlehčování příznaků nemoci seniora.
4b	Odmítnutí aplikace medikace z důvodů vyššího věku seniora.
4c	Odmítnutí provést vyšetření z důvodů vyššího věku seniora.
4d	Neposkytnutí veškerých informací, předpoklad nepochopení.
5	Nevhodné oslovení seniora, například „babi, dědo“.
8	Příliš ochranné chování.
11a	Předpoklad dopadu stárnutí na smysly seniora.
11b	Předpoklad dopadu stárnutí na pohybové schopnosti.
11c	Předpoklad dopadu stárnutí na komunikační schopnosti.
11d	Předpoklad dopadu stárnutí na zvládnání hygieny.

Obrázek č. 1: *Projevy ageismu dle respondentů*



VO2: Mají osobní zkušenost s ageismem spíše ženy nebo muži?

Hypotéza H2: Osobní zkušenost s ageismem se vyskytuje častěji u žen než u mužů.

Osobní zkušenost rozumíme souhrn prožitků a poznatků, které člověk získal v průběhu života a které jsou zahrnuty do jeho psychického a motorického vybavení (Palán in Andromedia.cz).

Osobní zkušenost byla zjišťována opět pomocí konkrétních situací, které byly vypsané v jednotlivých otázkách a respondenti následně odpověděli, zda se s nimi setkali, tedy zda s nimi měli nějakou zkušenost. Jedná se znovu o otázky **číslo 1, 4, 5, 8 a 11** (viz tabulka č. 3).

Pohlaví je dichotomická proměnná, která nabývá hodnot žena – muž. Tato nezávislá proměnná byla zjišťována otázkou **číslo 12**. Následně dochází k porovnání a hledání souvislostí mezi výskytem osobní zkušeností u žen a u mužů.

VO3: Má vliv věk pacienta na výskyt osobní zkušenosti s ageismem ve zdravotnictví?

Hypotéza H3: S přibývajícím věkem seniorů se zvyšuje podíl osobních zkušeností s projevy ageismu ze strany pracovníků zdravotnických zařízení.

Osobní zkušenost je popsána výše (viz operacionalizace H2). **Věk** je polytomická proměnná. Bude zjišťován otázkou **číslo 13**, kde respondenti napíšou svůj

věk. Následně dochází k porovnání jednotlivých věkových skupin (viz tabulka č. 4.) a hledání souvislostí mezi výskytem osobní zkušeností u respondentů a jejich věkem.

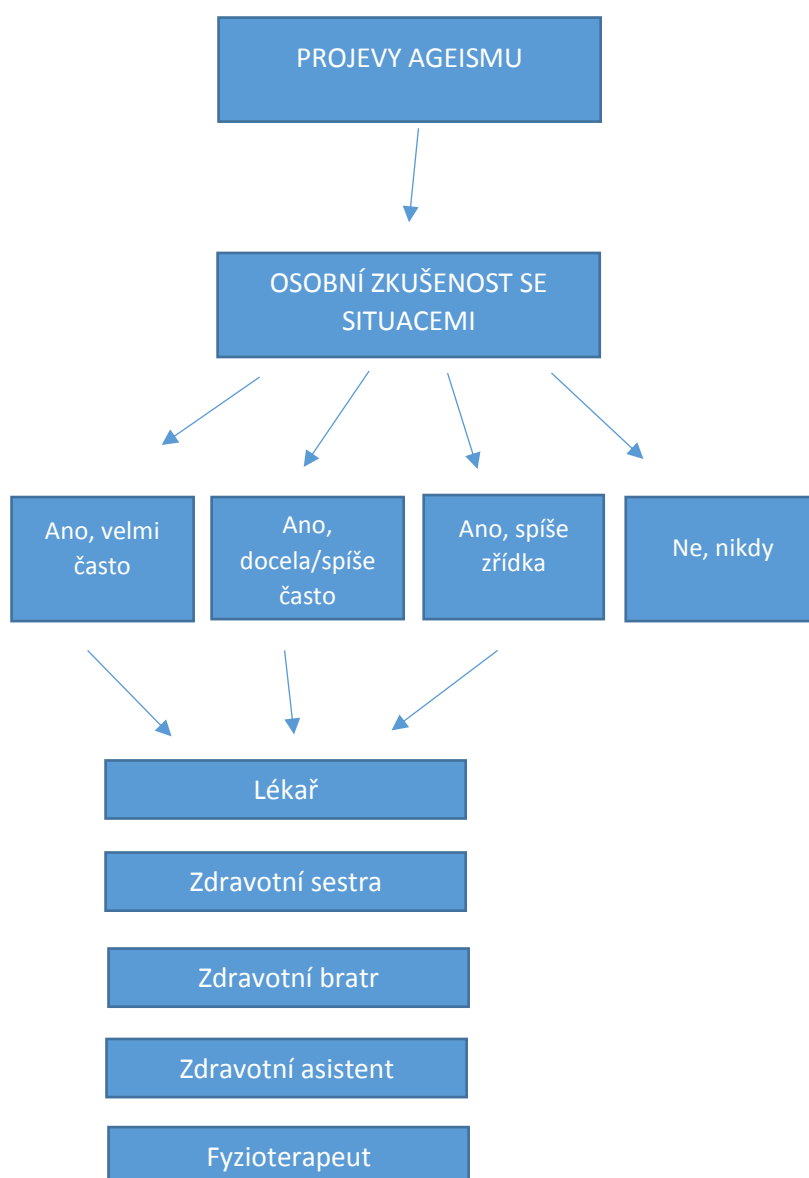
VO4: U jakého typu zdravotnického personálu se senioři setkávají nejčastěji s ageistickými projevy?

Hypotéza H4: Zdravotní sestry vykazovaly, dle respondentů, častěji projevy ageismu než jiný zdravotnický personál.

Projevy ageismu byly zjišťovány stejně jako u hypotézy č. 1 (viz operacionalizace H1). Pokud respondent potvrdil osobní zkušenost s danou situací, tedy zvolil možnost „ano, velmi často“, „ano, docela/spíše často“, „ano, spíše zřídka“ nebo u otázky č. 4 „ano“, měl také respondent určit u jakého konkrétního zdravotnického pracovníka se s danou situací setkal (viz obrázek č. 2).

Do kategorie *zdravotnických pracovníků* zahrnujeme dle Ústavu zdravotnických informací a statistiky ČR lékaře, zdravotní sestru, zdravotního bratra, zdravotního asistenta a fyzioterapeuta. Do této kategorie spadá více pracovníků, ale pro můj výzkum bylo vybráno pouze těchto pět, a to s ohledem na pět zdravotnických zařízení, kterých se bude tento výzkum týkat. O jakého konkrétního zdravotnického pracovníka se zkušenosti respondentů s ageistickými situacemi (viz tabulka č. 3) týkají, zjistíme pomocí otázek č. **2, 6, 9** a jsou také součástí otázky č. **11a, 11b, 11c a 11d**. Jedná se o polytomicky výčtové otázky, kdy respondent mohl vybrat více možností svých odpovědí. Porovnávala jsem jednotlivé pracovníky a zjišťovala, u kterého zdravotního pracovníka se dle respondentů vyskytl největší počet ageistických situací.

Obrázek č. 2: *Projevy ageismu zdravotnického personálu dle respondentů*



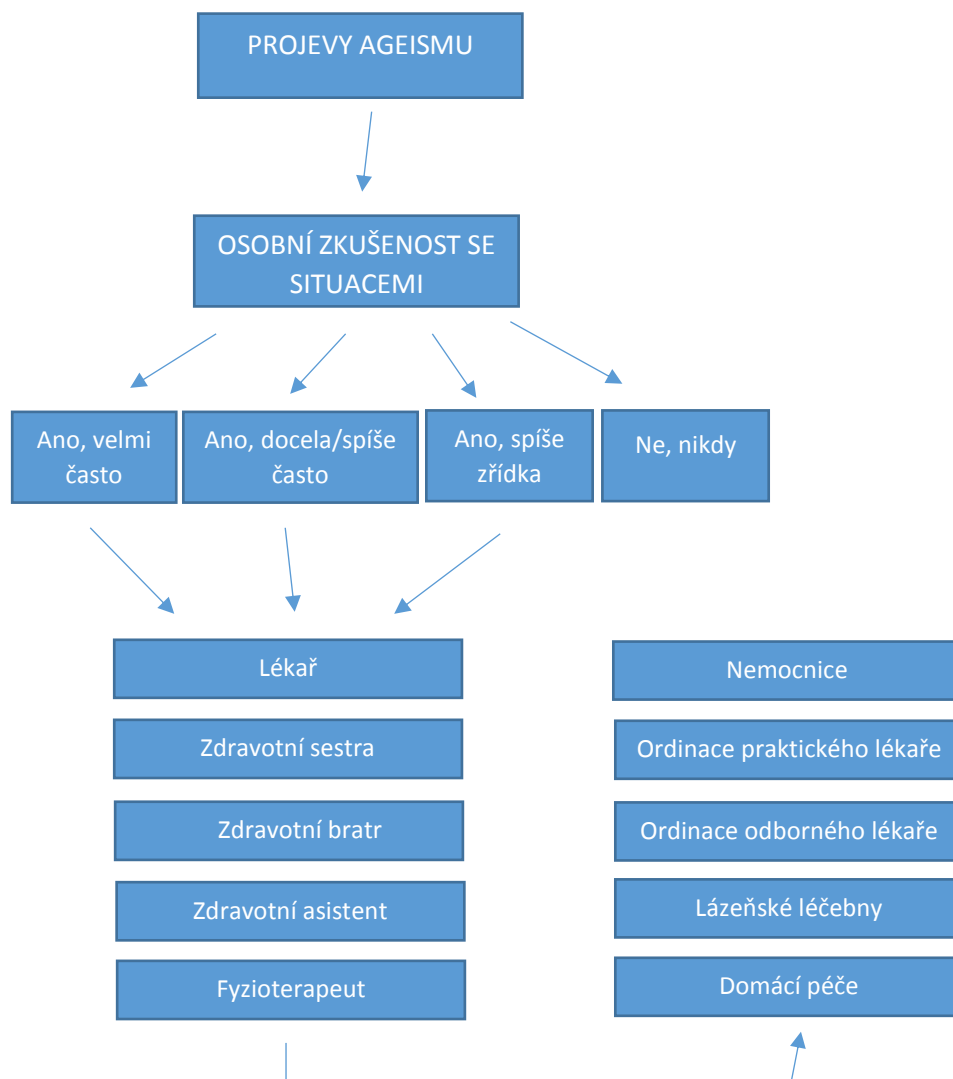
VO5: V jakém zdravotnickém zařízení se senioři nejčastěji setkávají s ageistickými projevy?

Hypotéza H5: Projevy ageismu jsou nejčastější v nemocnicích.

Projevy ageismu byly zjišťovány stejně jako u hypotézy č. 1 (viz operacionalizace H1). Pokud respondent potvrdil osobní zkušenost s danou situací, tedy zvolil možnost „ano, velmi často“, „ano, docela/spíše často“, „ano, spíše zřídka“ nebo u otázky č. 4 „ano“, následně určil zdravotního pracovníka, dalším krokem bylo zvolení konkrétního zdravotnického zařízení, ve kterém se respondent s danou ageistickou situací setkal (viz obrázek č. 3).

Mezi *zdravotnické zařízení* jsem pomocí kategorizace Ústavu zdravotnických informací a statistiky ČR zařadila nemocnici, ordinaci praktického lékaře, ordinaci odborného lékaře, lázeňské léčebny a domácí péči. Vybrala jsem právě těchto pět z důvodu toho, že výzkum provádím v Karviné, kde se právě tato zařízení nacházejí. V jakých konkrétních zdravotnických zařízení se respondenti s ageistickými situacemi (viz tabulka č. 3) setkávají, zjistíme pomocí otázek č. **3, 7, 10** a jsou také součástí otázky č. **11a, 11b, 11c a 11d**. Jedná se o polytomicky výčtové otázky, kdy respondent může vybrat více možností svých odpovědí. Následně jsem porovnávala jednotlivá zdravotnická zařízení a hledala, ve kterém zdravotnickém zařízení se respondenti nejčastěji setkávali s ageistickými situacemi.

Obrázek č. 3: *Projevy ageismu zdravotnického personálu ve zdravotnických zařízeních dle respondentů*



4.4. Charakteristika výzkumného souboru

Rozhodla jsem se, že svůj výzkum provedu ve městě Karviná. Důvod, proč jsem zvolila toto město je, že z Karviné pocházím, znám jednotlivá zdravotnická zařízení, a proto pro mě bylo jednodušší provádět výzkum právě zde. V Karviné se nachází 55 163 obyvatel a z toho 14 621 seniorů (60 a více let), to znamená 26,5 % z celkového počtu obyvatel Karviné (RIS, 2015). Senioři byli do výzkumného souboru vybráni dle předem stanoveného kritéria, věk: jednalo se o osoby 60leté a starší, kteří již nechodí do zaměstnání a pobírají starobní či invalidní důchod. Toto kritérium bylo zvoleno dle definice stáří Světové zdravotnické organizace (WHO), která určuje rané stáří věkem nad 60 let.

Původní záměr výzkumu byl získat data pocházejících od 100 respondentů. Návratnost dotazníků byla 100 %. Avšak osm respondentů bylo z analýzy odstraněno, jelikož vyplnili dotazník neúplně, a díky této skutečnosti by došlo ke zkreslení výsledných analýz. To znamená, že 92 je celkový počet respondentů, kteří byli do statistické analýzy zahrnuti. Výzkumu se zúčastnilo 50 (54 %) žen a 42 (46 %) mužů. Tyto respondenty jsem pro názornější interpretaci výzkumu rozdělila do pěti věkových kategorií. Časový interval jednotlivých věkových skupin je vždy 5 let. Nejmladší respondent má 60 let a nejstarší je ve věku 86 let. Věkové rozložení a rozložení pohlaví je popsáno v tabulce č.4.

Tabulka č. 4: *Procentuální rozložení respondentů podle věku a pohlaví*

Věk	Ženy %		Muži %		Celkem %	
60–64	14,0		23,8		18,5	
65–69	34,0		28,6		31,5	
70–74	30,0		23,8		27,2	
75–79	16,0		14,3		15,2	
80–84	6,0		9,5		7,6	
Celkem	100 %	N 50	100 %	N 42	100 %	N 92

4.5. Metoda a výzkumná technika

K tomu, abych dosáhla vytýčeného cíle, jsem se rozhodla uskutečnit kvantitativní výzkum. Jako výzkumnou kvantitativní metodu jsem vybrala techniku dotazování. Tato technika byla zvolena především díky své nízké časové náročnosti a také pro svou anonymitu, která do určité míry respondentům zabraňuje zkreslování jejich odpovědí. Ovšem technika dotazování s sebou nese i určitá rizika. Může se například stát, že bude malá návratnost dotazníků, dotazník může za respondenta vyplnit jiná osoba, nebo dojde k nepochopení otázek. Nástrojem techniky dotazování se stal standardizovaný dotazník.

Dotazník je strukturovaný, skládá se převážně z uzavřených otázek. Pro ověření tohoto dotazníku byl realizován předvýzkum, kterého se zúčastnilo pět náhodných seniorů z okolí. Po vyplnění dotazníků jsem se seniorů tázala na jejich připomínky k technice dotazníku. Dle respondentů byly zaznamenány určité nedostatky, které byly následně odstraněny drobnými úpravami. Konkrétně byla poupravena otázka č. 11, která v sobě zahrnuje podotázky 11a, 11b, 11c a 11d, zahrnující jednotlivé ageistické situace. U každé z těchto podotázek jsem vytvořila zjednodušenou tabulku odpovědí, která byla tvořena vždy možnostmi, zda se respondent setkal s danou situací či nikoliv a pokud ano, tak v jaké míře se daná situace vyskytuje. Druhý řádek zahrnoval výčet jednotlivých zdravotních pracovníků a řádek třetí obsahoval výčet zdravotnických zařízení. Respondent měl u každé situace zvolit četnost výskytu, zdravotního pracovníka, u kterého se s danou situací setkal a zdravotnické zařízení, ve kterém měl s danou situací osobní zkušenost, přičemž u zdravotního pracovníka a zdravotnického zařízení mohl vybrat více možností. Ukázku již upraveného dotazníku naleznete v příloze č. 1.

Část dotazníků byla předána na různá oddělení ve zdravotnickém zařízení v Karviné. Dotazníky jsem nemohla rozdat a sesbírat osobně, protože v těchto zdravotnických zařízeních je provádět jakékoliv výzkumy složité, jelikož není dovoleno cizím lidem pohybovat se na příslušných odděleních. Proto jsem byla nucena odevzdat dotazníky zdravotním sestřám konkrétního oddělení, které vybraly vhodné pacienty odpovídající mým kritériím výzkumu, následně dotazníky mezi pacienty rozdaly a poté zpětně vysbíraly. K zabránění obavám respondentů z toho, že by se k jejím dotazníkům dostal zdravotnický personál, i když je dotazník anonymní, byla respondentům poskytnuta obálka, do které svůj vyplněný dotazník vložili a následně

obálku zalepili. Samozřejmě není jisté, zda respondenti svůj dotazník vkládali do obálky sami, ovšem více jsem pro tuto situaci udělat nemohla. Ochota vyplnit dotazník byla ze strany respondentů velmi nízká, nejspíš proto, že neměli náladu na vyplňování dotazníků a necítili se dobře z důvodu nemoci, se kterou se v příslušném zdravotnickém zařízení léčili. A proto jsem zbývající dotazníky rozdala seniorům ve svém okolí. U respondentů ve svém okolí jsem dotazníky sesbírala osobně, čímž jsem opět snažila snížit obavy respondentů z toho, že by se jejich dotazník dostal do jiných rukou.

5. INTERPRETACE VÝSLEDKŮ VÝZKUMU

V této části bakalářské práce jsou vyhodnocena data získaná pomocí dotazníkového šetření. Ke zpracování dat jsem použila program STATISTICA 12 a výsledné tabulky a grafy jsem dále zpracovala pomocí programu Microsoft Word. Výsledky jsou členěny do podkapitol a logických celků, které se týkají ověřování jednotlivých hypotéz. Před samotnou interpretací podotýkám, že jsem si vědoma toho, že je můj vzorek nereprezentativní a závěry výzkumu nelze zobecnit na celou populaci.

5.1. Osobní zkušenost seniorů s projevy ageismu

Osobní zkušenost seniorů s ageistickými projevy ze strany zdravotnického personálu byla zjišťována pomocí pěti otázek (všechny situace viz tabulka č. 10). Na základě těchto otázek bylo posuzováno, se kterou situací, která zahrnovala projevy ageistického chování, se respondenti setkávali nejvíce.

Tabulka č. 5: Četnost odpovědí na otázku č. 1- *Měl/a jste někdy zkušenost s tím, že zdravotní personál nějakým způsobem upřednostnil mladší pacienty seniory?*

	%	
Ano, velmi často	1,0	
Ano, docela/spíše často	8,7	
Ano, spíše zřídka	32,6	
Ne, nikdy	57,6	
CELKEM	100	N= 92

První otázka se týkala zkušenosti seniorů s upřednostněním mladších pacientů před jejich osobou ze strany zdravotnického personálu. Z tabulky lze vyčíst, že zhruba 2/5 (**42,3 %**) z celkového počtu respondentů uvedlo, že s touto situací někdy zkušenost **měli**. Nejčastěji respondenti uváděli, že se s danou situací setkávají spíše zřídka (**32,6 %**). Pouze jeden respondent uvedl výskyt dané situace jako velmi častý. V případě upřednostnění mladších pacientů tvoří většinu, zhruba tedy 3/5 (**57,6 %**) z celkového počtu respondentů, ti, kteří se s touto situací nikdy **nesetkali**.

Další otázka (otázka č. 4), která ověřovala zkušenost seniorů s ageistickými projevy, v sobě zahrnovala následující čtyři situace:

Tabulka č. 6: Četnost odpovědí na otázku č. 4a, 4b, 4c a 4d

	ANO	NE	CELKEM
Zdravotní pracovník zlehčoval příznaky nemoci	68,5 %	31,5 %	100 %⁵
Lékař odmítl aplikovat medikaci z důvodu vyššího věku	13,0 %	87,0 %	100 %
Lékař odmítl provést určité vyšetření z důvodu vyššího věku	22,8 %	77,2 %	100 %
Zdravotní pracovník neposkytl veškeré informace o zdravotním stavu	45,7 %	54,3 %	100 %

První situace, která byla nastíněna v otázce č. 4a, se vztahovala k zlehčování příznaků nemoci pacienta zdravotnickým personálem a má procentuálně největší zastoupení kladných odpovědí. Zde vidíme, že více než polovina (**68,5 %**) respondentů souhlasila, že se s danou situací někdy setkala. Oproti tomu měli respondenti nejméně zkušenost s odmítnutím aplikace medikace kvůli jejich vyššímu věku. Pouhých **13,0 %** seniorů uvedlo, že s danou situací měli někdy osobní zkušenost.

⁵ Procenta jsou počítána z celkového počtu respondentů, tedy **N = 92**

Následující otázkou (otázka č. 5) byla zkoumána osobní zkušenost respondentů s nevhodným oslovením ze strany zdravotního pracovníka, které se dotýkalo jejich věku. Otázka v dotazníku tedy zjišťovala, zda byli respondenti někdy nazýváni „babi“ či „dědo“ zdravotním personálem, přestože to nebyli jejich příbuzní.

Tabulka č. 7: Četnost odpovědí na otázku č. 5- *Měl/a jste někdy zkušenost s tím, že by Vás zdravotnický personál oslovil nebo nazval nevhodným jménem ve vztahu k Vašemu stáří?*

	%	
Ano, docela/spíše často	16,3	
Ano, spíše zřídka	38,0	
Ne, nikdy	45,7	
CELKEM	100	N = 92

Můžeme si povšimnout, že více než polovina respondentů (**54,3 %**) uvedla, že s nemístným oslovením osobní zkušenost již měla. Pokud tedy senioři zvolili možnost, že se s danou situací setkali, měli také určit míru výskytu této osobní zkušenosti. Po vyhodnocení bylo zjištěno, že respondenty oslovili zdravotníci spíše zřídka (**38,0 %**) a docela/ spíše často (**45,7 %**), možnost velmi často nebyla uvedena ani jednou.

Tabulka č. 8: Četnost odpovědí na otázku č. 8- *Měl/a jste někdy zkušenost s tím, že by s Vámi některý ze zdravotních pracovníků jednal jinak než s ostatními pacienty?*

	%	
Ano, docela/spíše často	11,9	
Ano, spíše zřídka	37,0	
Ne, nikdy	51,1	
CELKEM	100	N = 92

Otázka číslo 8 se snažila odhalit osobní zkušenost u respondentů s příliš opatrným a ochranným přístupem zdravotnického personálu, resp. zda s nimi jednal personál jinak než s ostatními, tj. „ne-starými“ pacienty, i když to vůbec nebylo zapotřebí. Můžeme říci, že i když se jedná o rozdíl dvou respondentů, více jak polovina

(**51,1 %**) z celkového počtu respondentů, se řadí do skupiny, která s touto situací zkušenost nikdy neměla.

Poslední otázka zabývající se odhalením osobních zkušeností respondentů s ageistickým chováním zdravotních pracovníků je otázka číslo 11 (viz tabulka č. 9).

Tabulka č. 9: Četnost odpovědí u otázky č. 11: Předpoklad dopadů stáří na schopnosti seniora

	Velmi často	Docela/spíše často	Spíše zřídka	Nikdy	CELKEM
Dopady na smysly (11a)	1,1 %	25,0 %	52,2 %	21,7 %	100 %⁶
Dopady na pohybové schopnosti (11b)	0,0 %	13,1 %	40,2 %	46,7 %	100 %
Dopady na komunikační schopnosti (11c)	0,0 %	18,5 %	45,7 %	35,8 %	100 %
Dopady na zvládnutí hygieny (11d)	0,0 %	4,4 %	23,9 %	71,7 %	100 %

Pokud se podíváme na dopady stárnutí na smysly seniora (11a), z tabulky můžeme vyčíst, že většina respondentů (**78,3 %**) souhlasila s tím, že zdravotnický personál někdy předpokládal omezení jejich smyslů (například tím, že na respondenty mluvili příliš hlasitě). Z těchto případů se s daným předpokládaným dopadem stárnutí **52,2 %** respondentů setkává **spíše zřídka** a jeden respondent velmi často. U dopadu stárnutí na pohybové schopnosti (11b) není četnost tak vysoká jako u smyslového omezení, ovšem stále můžeme říci, že více jak polovina respondentů (**53,3 %**) tuto situaci potvrdila.

Vysoké zastoupení četností lze zaznamenat také u předpokládaného dopadu stáří na schopnost komunikovat (11c). **64,2 %** respondentů z celkového počtu vzorku souhlasilo s tím, že někdo ze zdravotnického personálu automaticky mluvil velmi

⁶ Procenta jsou počítána z celkového počtu respondentů, tedy **N = 92**

pomalu či nápadně zřetelně, předpokládal tedy, že jsou v důsledku stáří omezeny komunikační schopnosti seniora. Opět se zde nejčastěji respondenti setkávají s výskytem předpokládaného dopadu stáří na komunikační dovednosti **spíše zřídka (45,7 %)**. Poslední, předpokládaný dopad stáří na zvládnání hygieny seniora (11d), je zastoupen nejméně. Pouze **28,3 %** z celkového počtu respondentů se někdy setkal se situací, že zdravotnický personál předpokládal jejich neschopnost zvládnout základní hygienu. Respondentům byl také poskytnut prostor pro doplnění jiných možností omezení jejich schopností, ovšem tuto eventualitu nevyužil ani jeden z respondentů. Tato možnost tedy nebyla zahrnuta do statistické analýzy.

Tabulka č. 10: Četnost odpovědí otázek zjišťujících osobní zkušenost ageistických postojů

Situace		%
1	Upřednostnění mladších pacientů před pacienty seniory	42,3 %⁷
4a	Zlehčování příznaků nemoci seniora	68,5 %
4b	Odmítnutí aplikace medikace z důvodů vyššího věku seniora	13 %
4c	Odmítnutí provést vyšetření z důvodů vyššího věku seniora	22,8 %
4d	Neposkytnutí veškerých informací, předpoklad nepochopení.	45,7 %
5	Nevhodné oslovení seniora, například „babi, dědo“	54,3 %
8	Příliš ochranné chování	48,9 %
11a	Předpoklad dopadu stárnutí na smysly seniora	78,3 %
11b	Předpoklad dopadu stárnutí na pohybové schopnosti	53,2 %
11c	Předpoklad dopadu stárnutí na komunikační schopnosti	64,2 %
11d	Předpoklad dopadu stárnutí na zvládnání hygieny	28,2 %

⁷ Dopočet do 100 % připadá na záporné odpovědi, procenta jsou počítána z celkového počtu respondentů, tedy **N = 92**

Dle tabulky č. 10 můžeme tvrdit, že ze všech představených situací se nejvíce respondenti setkávali s předpokladem dopadu stárnutí na jejich smysly (**78,3 %**), dále se zlehčováním příznaků nemoci (**68,5 %**). Na třetí místo můžeme zařadit osobní zkušenost seniorů s předpokládaným dopadem stárnutí na jejich komunikační schopnosti (**64,2 %**), následně také více než polovina respondentů potvrdila, že je někdo ze zdravotnického personálu nevhodně oslovoval (**54,3 %**). U těchto situací více než 50 % z celkového počtu respondentů potvrdila osobní zkušenost. Lze tedy konstatovat, že předpoklady se potvrdily a senioři se s projevy ageistického chování (dle jejich osobní zkušenosti) ze strany zdravotních pracovníků v Karviné setkávají.

5.2. Osobní zkušenost s projevy ageismu u mužů a žen

Dle Vidovičové existují silně genderově odlišné postoje respondentů k okolnímu světu a stárnutí, liší se vnímání času a zážitek a prožitků stárnutí. Ženy a muži totiž vnímají věci jinak a určité události jsou hodnoceny jedním způsobem u žen a jiným zase u mužů. Říká se, že ženy bývají častějšími oběťmi věkově diskriminačního chování (Vidovičová, 2008: 192-199). Nyní si popíšeme, zda nějakým způsobem souvisí pohlaví s výskytem osobní zkušenosti u mého vzorku respondentů či nikoliv.

Výzkumu se zúčastnilo 50 žen a 42 mužů (viz tabulka č. 4). Relativní četnost výskytu odpovědí u jednotlivých otázek (dotazujících se na respondentovu osobní zkušenost) jsem porovnávala vzhledem k pohlaví respondentů. Rozdíly mezi pohlavím nebyly až tak zásadní, nemůžeme tedy říci, že by pohlaví bylo zásadní intervenující proměnnou. Největší rozdíl lze zaznamenat u otázky č. 11b, která se týká předpokladu dopadu stárnutí na pohybové schopnosti seniora.

Tabulka č. 11: Četnost odpovědí u otázky č. 11b podle pohlaví

	Docela/spíše zřídka	Spíše zřídka	Nikdy	CELKEM	
Žena	12,0 %	50,0 %	38,0 %	100 %	N = 50
Muž	14,3 %	28,6 %	57,1 %	100 %	N = 42

V tabulce č. 11 si můžeme povšimnout, že po sečtení četností u „docela/spíše zřídka“ a „spíše zřídka“ získáme celkový počet respondentů obou pohlaví, kteří měli osobní zkušenost s danou situací. Celkem **62,0 %** z celkového počtu žen se u zdravotnického personálu setkaly s automatickým předpokladem dopadu stárnutí na jejich pohybové schopnosti. Naopak u mužů se osobní zkušenost s touto situací vyskytuje ve **42,9 %**. V tomto případě můžeme konstatovat, že z mého vzorku respondentů mají ženy procentuálně větší míru osobní zkušenosti s ageistickými postoji než muži.

Je pozoruhodné, že největší četnost kladných odpovědí (výskytu osobní zkušenosti respondentů) ze všech situací lze u obou pohlaví zaznamenat u situace týkající se předpokladu dopadu stárnutí na smysly seniora (viz tabulka č. 12). V případě žen se jedná o **80,0 %** z celkového počtu žen a u mužů je to **76,2 %** z celkového počtu mužů. Ve srovnání jednotlivých pohlaví lze říci, že s tímto předsudkem se setkávají častěji ženy než muži.

Tabulka č. 12: Četnost odpovědí u otázky č. 11a podle pohlaví

	Velmi často	Docela/spíše zřídka	Spíše zřídka	Nikdy	CELKEM	
Žena	0,0 %	26,0 %	54,0 %	20,0 %	100 %	N = 50
Muž	2,4 %	23,8 %	50,0 %	23,8 %	100 %	N = 42

Tabulka č. 13: Četnost odpovědí otázek zjišťujících osobní zkušenost ageistických postojů dle pohlaví

	Situace	Ženy	Muži
1	Upřednostnění mladších pacientů před pacienty seniory.	40,0 % ⁸	45,2 % ⁹
4a	Zlehčování příznaků nemoci seniora.	68,0 %	69,1 %
4b	Odmítnutí aplikace medika z důvodů vyššího věku seniora.	12,0 %	14,3 %
4c	Odmítnutí provést vyšetření z důvodů vyššího věku seniora.	20,0 %	26,2 %
4d	Neposkytnutí veškerých informací, předpoklad nepochopení.	42,0 %	50,0 %
5	Nevhodné oslovení seniora, například „babi, dědo“.	56,0 %	52,4 %
8	Příliš ochranné chování.	50,0 %	47,6 %
11a	Předpoklad dopadu stárnutí na smysly seniora.	80,0 %	76,2 %
11b	Předpoklad dopadu stárnutí na pohybové schopnosti.	62,0 %	42,9 %
11c	Předpoklad dopadu stárnutí na komunikační schopnosti.	66,0 %	62,0 %
11d	Předpoklad dopadu stárnutí na zvládnání hygieny.	32,0 %	23,8 %

Pokud analyzujeme ostatní stereotypy, liší se relativní četnost dle pohlaví většinou o **2-4 %**, tento rozdíl je tedy zanedbatelný. Procentuálně větší rozdíl mezi pohlavím lze zaznamenat u otázky č. 4d, tedy situace týkající se neposkytnutí veškerých informací pacientovi (seniorovi) a to z důvodů předpokladu nepochopení těchto informací ze strany seniora. Ženy se s touto situací setkaly ze 42 % a muži z 50 %, rozdíl je tedy **8 %**. Podobně je na tom situace v otázce č. 11d, která zjišťuje respondentovu osobní zkušenost s předpokladem dopadu stárnutí na zvládnání hygieny ze strany zdravotního pracovníka. Zde vidíme, že 32 % z celkového počtu žen potvrdila osobní zkušenost s danou situací a z mužů je to 23,8 % respondentů, rozdíl činí **8,2 %**. Ovšem ani tyto rozdíly nejsou až tak výrazné.

⁸ Dopočet do 100 % připadá na záporné odpovědi, procenta jsou počítána z celkového počtu žen, tedy **N = 50**

⁹ Dopočet do 100 % připadá na záporné odpovědi, procenta jsou počítána z celkového počtu mužů, tedy **N = 42**

5.3. Vliv věku seniora na výskyt osobní zkušenosti s projevy ageismu

Respondenty jsem rozdělila do pěti věkových skupin (viz tabulka č. 4). V této části se budeme zabývat, zdali existuje vliv věku respondenta na jeho osobní zkušenost s ageistickými předsudky vůči stáří (viz. kapitola 5.2.1). Porovnávala jsem výskyt četností odpovědí u jednotlivých situací zahrnujících projevy ageismu, a to dle jednotlivých věkových skupin. Největší rozdíly lze zaznamenat u situací týkajících se nevhodného oslovení (otázka č. 5), ochranného přístupu (otázka č. 8), zdravotníky předpokládaného dopadu stárnutí na pohybové schopnosti seniora (otázka č. 11b) a předpokládaného dopadu stárnutí na komunikační schopnosti seniora (otázka č. 11c) a. Pojďme se tedy na tyto situace podívat podrobněji.

Tabulka č. 14: Četnost odpovědí u otázky č. 5 dle věkových skupin

Věková skupina	Ano, docela/spíše často	Ano, spíše zřídka	Celkem	
60–64 let	11,8 %	11,8 %	23,6 %¹⁰	N = 17
65–69 let	10,3 %	37,9 %	48,2 %	N = 29
70–74 let	24,0 %	56,0 %	80,0 %	N = 25
75–79 let	21,4 %	42,9 %	64,3 %	N = 14
80 a více let	14,3 %	28,6 %	42,9 %	N = 7

Pokud se podíváme na situaci týkající se nevhodného oslovení, vidíme největší zastoupení osobní zkušenosti u věkové skupiny 70–74 let (**80,0%**). Můžeme si povšimnout, že s přibývajícím věkem četnost odpovědí stoupá. Od 75. roku lze zaznamenat klesání kladných odpovědí, ale relativní četnost je stále vysoká (**64,3%**). U nejstarší věkové skupiny 80 a více let je procento zase nízké, ovšem je třeba zmínit, že tuto věkovou skupinu tvoří nejmenší počet respondentů, tedy 7 seniorů. Pokud porovnáme věkovou skupinu 60-64 let a skupinu 70-74 let, vidíme výrazný rozdíl **56,4 %**. Lze také vyzorovat, že u každé věkové skupiny je výskyt tohoto předsudku zastoupen spíše zřídka.

¹⁰ Dopočet do 100 % připadá na záporné odpovědi

Tabulka č. 15: Četnost odpovědí u otázky č. 8 dle věkových skupin

Věková skupina	Ano, docela/spíše často	Ano, spíše zřídka	Celkem	
60–64 let	0,0 %	29,4 %	29,4 %¹¹	N = 17
65–69 let	10,3 %	31,0 %	41,3 %	N = 29
70–74 let	20,0 %	52,0 %	72,0 %	N = 25
75–79 let	7,1 %	42,9 %	50,0 %	N = 14
80 a více let	28,6 %	14,3 %	42,9 %	N = 7

U otázky č. 8, zkoumající osobní zkušenost seniorů s příliš ochranným přístupem ze strany zdravotnického personálu, lze také zaznamenat největší četnost odpovědí u věkové skupiny 70–74 let (**72,0%**) a 75-79 let (**50,0%**). Pokud porovnáme skupinu nejmladší, tedy 60-64 let a skupinu nejstarší, 80 a více let, nenalezneme zde markantní rozdíl (pouhých 13,5 %). Ovšem je třeba opět zmínit, že věková skupina 80 a více let je tvořena nejmenším počtem respondentů.

Tabulka č. 16: Četnost odpovědí u otázky č. 11b dle věkových skupin

Věková skupina	Ano, docela/spíše často	Ano, spíše zřídka	Celkem	
60–64 let	11,8 %	17,7 %	29,5 %¹²	N = 17
65–69 let	13,8 %	34,5 %	48,3 %	N = 29
70–74 let	16,0 %	48,0 %	64,0 %	N = 25
75–79 let	0,0 %	64,3 %	64,3 %	N = 14
80 a více let	28,6 %	42,9 %	71,5 %	N = 7

¹¹ Dopočet do 100 % připadá na záporné odpovědi

¹² Dopočet do 100 % připadá na záporné odpovědi

Co se týče osobní zkušenosti respondenta s tím, že zdravotní pracovníci automaticky předpokládali dopad stárnutí na respondentovy pohybové schopnosti, lze z tabulky vyzorovat, že počet případů osobní zkušenosti s danou situací roste dle přibývajících věku (viz tabulka č. 16). Nejmenší výskyt četností můžeme tedy vidět u nejmladší věkové skupiny (**29,5%**) a naopak největší u věkové skupiny nejstarší (**71,5 %**).

Tabulka č. 17: Četnost odpovědí u otázky č. 11c dle věkových skupin

Věková skupina	Ano, docela/spíše často	Ano, spíše zřídka	Celkem
60–64 let	5,9 %	29,4 %	35,3 % N = 17
65–69 let	13,8 %	55,2 %	69,0 % N = 29
70–74 let	24,0 %	48,0 %	72,0 % N = 25
75–79 let	35,7 %	35,7 %	71,4 % N = 14
80 a více let	14,3 %	57,1 %	71,4 % N = 7

V případě osobní zkušenosti seniorů s předpokladem dopadu stáří na komunikační schopnosti seniora ze strany zdravotních pracovníků, lze největší zastoupení kladných odpovědí vyčíst u věkové skupiny 70-74 let (**72 %**), 75-79 let (**71,4%**) a 80 a více let (**71,4 %**). Vidíme zde opět velký rozdíl (**36,1%**) mezi nejmladší věkovou skupinou 60-64 let a věkovou skupinou nejstarší, tedy 80 a více let.

5.4. Projevy ageismu ze strany zdravotnických pracovníků očima seniorů

Nyní se zaměříme na typ *zdravotních pracovníků*, u kterých se respondenti s danými ageistickými projevy setkali. Respondenti volili u jednotlivých situací (viz. kapitola 5.2.1.) konkrétní zdravotní pracovníky, přičemž mohli vybrat více možností.

Tabulka č. 18: Četnost zvolených zdravotních pracovníků u otázek č. 2, 6 a 9

	Lékař	Zdravotní sestra	Zdravotní bratr	Zdravotní asistent	Fyzioterapeut	CELKEM	
Upřednostnění mladších (č. 2)	27,1 %	42,9 %	10,0 %	15,7 %	4,3 %	100 %	N = 70
Nevhodné oslovení (č. 6)	8,7 %	51,0 %	17,4 %	16,3 %	6,5 %	100 %	N = 92
Ochranitelský přístup (č. 9)	8,4 %	53,0 %	19,3 %	16,9 %	2,4 %	100 %	N = 83

Vycházíme-li u každé otázky z celkového počtu odpovědí (celkového počtu zvolených zdravotních pracovníků), můžeme říci, že nejvíce volili respondenti osobní zkušenost ageistického chování ze strany lékařů a zdravotních sester. Zdravotní sestry mají největší zastoupení u situace týkající se příliš ochranitelského přístupu, jedná se o **53 %** z celkového počtu 83 odpovědí, které respondenti u dané situaci zvolili. V případě těchto tří situací má lékař největší zastoupení u upřednostnění mladších pacientů před pacienty seniory (**27,1 %**). Můžeme si také povšimnout, že nejmenší zastoupení má zdravotní pracovník fyzioterapeut, v případě těchto tří otázek je zaznamenán pouze v 11 případech.

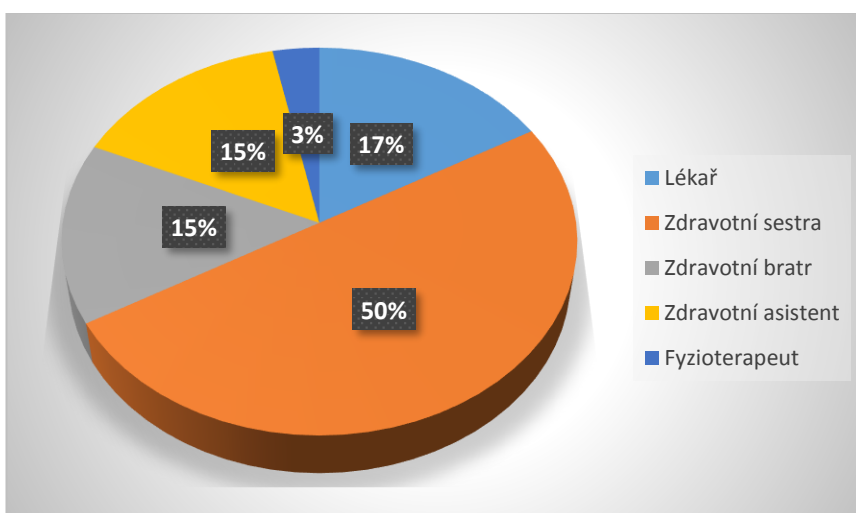
Podíváme-li se na otázku č. 11, která zahrnuje čtyři situace, zjistíme, že v tomto případě má největší zastoupení opět zdravotní sestra a lékař (viz tabulka č. 19). U zdravotních sester se senioři nejvíce setkávají s ageistickými postoji, které jsou proječovány automatickým předpokladem dopadu stárnutí na pohybové schopnosti seniora. Jedná se o **63,2 %** z celkového počtu 76 zvolených zdravotnických pracovníků u dané situace. V případě lékařů jsou ageistické tendence nejčastěji zaznamenány u předsudku týkajícího se předpokládaného dopadu stárnutí na komunikační dovednosti. Například když lékaři automaticky mluvili na pacienty

(seniory) velmi pomalu a nápadně zřetelně. Tedy **28,9 %** z celkového počtu odpovědí u otázky č. 11c připadalo na lékaře.

Tabulka č. 19: Četnost zvolených zdravotních pracovníků u otázky č. 11 (11a, 11b, 11c a 11d)

	Lékař	Zdravotní sestra	Zdravotní bratr	Zdravotní asistent	Fyzioterapeut	CELKEM	
Dopady na smysly (č. 11a)	25,4 %	47,1 %	11,6 %	13,8 %	2,2 %	100 %	N = 138
Dopady na pohybové schopnosti (č. 11b)	0,0 %	63,2 %	19,7 %	15,8 %	1,3 %	100 %	N = 76
Dopady na komunikační schopnosti (č. 11c)	28,9 %	43,8 %	11,6 %	11,6 %	4,1 %	100 %	N = 121
Dopady na zvládnutí hygieny (č. 11d)	0,0 %	56,8 %	22,7 %	20,5 %	0,0 %	100 %	N = 44

Graf č. 3: Zastoupení jednotlivých zdravotních pracovníků ze všech ageistických situací



Celkově bylo u všech ageistických situací (otázky č. 1, 5, 8, 11a, 11b, 11c a 11d), vyjímaje otázky č. 4 (u které nebyli respondenti dotazováni na zdravotní pracovníky), zaznamenáno **624** odpovědí (u otázky č. 2, 6, 9, 11a, 11b, 11c a 11d) zahrnující pět variant zdravotnického personálu. Je důležité zmínit, že respondenti mohli u každé otázky zvolit více možností zdravotních pracovníků, což má za následek tak vysoké číslo odpovědí. Na grafu vidíme, že z celkového počtu 624 odpovědí byly nejvíce dle mého vzorku respondentů voleny zdravotní sestry (**50,0 %**), poté lékaři (**16,6%**), zdravotní bratr a zdravotní asistent jsou zastoupeni ve stejné míře (**15,1 %**) a poslední místo zaujímá fyzioterapeut s pouhými **3,2 %** (viz graf č. 3).

5.5. Projevy ageismu ve zdravotnických zařízeních očima seniorů

Další část je věnována *zdravotnickým zařízením*, ve kterých se mohou senioři setkat s projevy ageistického chování (viz kapitola 5.2.1.) ze strany zdravotních pracovníků (viz kapitola 5.2.2.) nejčastěji. Respondenti mohli stejně jako u zdravotních pracovníků volit více možností zdravotnických zařízení. Budeme opět vycházet z celkového počtu odpovědí u dané otázky (celkového počtu zvolených zdravotních zařízení).

Tabulka č. 20: Četnost zvolených zdravotnických zařízení u otázky č. 3, 7 a 10

	Nemocnice	OPL ¹³	OOL ¹⁴	Lázně	DP ¹⁵	CELKEM	
Upřednostnění mladších (č. 3)	50,9 %	28,1 %	12,3 %	7,0 %	1,8 %	100 %	N = 57
Nevhodné oslovení (č. 7)	57,7 %	19,2 %	3,8 %	17,9 %	1,3 %	100 %	N = 78
Ochranitelský přístup (č. 10)	61,9 %	17,5 %	3,2 %	15,9 %	1,6 %	100 %	N = 63

¹³ Ordinace praktického lékaře

¹⁴ Ordinace odborného lékaře

¹⁵ Domácí péče

V případě prvních tří ageistických situací, které jsou zahrnuty v otázce č. 1, 5 a 8. a jejichž výskyt u konkrétního zdravotnického zařízení dle respondentů byl zjišťován pomocí otázek č. 3, 7 a 10 si můžeme povšimnout, že s diskriminačními projevy se senioři nejčastěji setkali v nemocnicích a ordinacích praktických lékařů. Respondenti uvedli, že nejvíce se v nemocnicích setkávali s příliš ochranným přístupem ze strany zdravotních pracovníků, jedná se o **61,9 %** z celkového počtu 63 zvolených zdravotnických zařízení u této ageistické situace. Ordinance praktického lékaře byla nejvíce zvolena u ageistického chování, které se projevuje upřednostněním mladších pacientů před pacienty seniory (**28,1%**). Nejméně se respondenti s těmito třemi ageistickými situacemi setkali v domácí péči (viz tabulka č. 20).

Tabulka č. 21: Četnost zvolených zdravotnických zařízení u otázky č. 11 (11a, 11b, 11c a 11d)

	Nemocnice	OPL ¹⁶	OOL ¹⁷	Lázně	DP ¹⁸	CELKEM	
Dopady na smysly (č. 11a)	52,2 %	24,8 %	7,9 %	13,3 %	1,8 %	100 %	N = 113
Dopady na pohybové schopnosti (č. 11b)	62,7 %	9,0 %	10,4 %	14,9 %	3,0 %	100 %	N = 67
Dopady na komunikační schopnosti (č. 11c)	51,1 %	26,6 %	8,5 %	11,7 %	2,1 %	100 %	N = 94
Dopady na zvládnutí hygieny (č. 11d)	78,1 %	0,0 %	0,0 %	18,8 %	3,1 %	100 %	N = 32

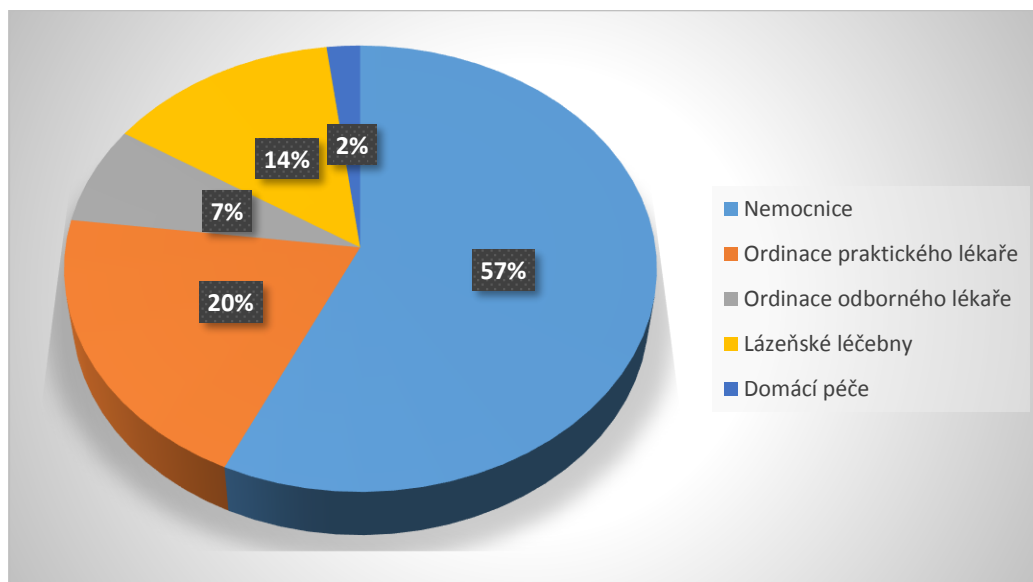
¹⁶ Ordinance praktického lékaře

¹⁷ Ordinance odborného lékaře

¹⁸ Domácí péče

Zaměříme-li se na otázku č. 11 zahrnující předsudky o dopadu stárnutí na seniora, můžeme si povšimnout, že stejně jako v předchozích situacích/otázkách má nejvyšší zastoupení opět nemocnice a ordinace praktického lékaře (viz tabulka č. 21). V nemocnicích se senioři nejčastěji setkávali s předpokládanou neschopností základní hygieny ze strany zdravotnického personálu. Nemocnice v této situaci představují **78,1 %** z celkového počtu zvolených zdravotnických zařízení. Předsudky o dopadu stárnutí na komunikační schopnosti seniora se dle respondentů nejvíce projevují v ordinacích praktického lékaře (**26,6 %**).

Graf č. 4: Zastoupení jednotlivých zdravotnických zařízení ze všech ageistických situací



Celkově bylo u všech ageistických situací (viz kapitola 5.2.1.), opět vyjímaje otázky č. 4, zaregistrováno **504** odpovědí, zahrnujících pět variant zdravotnických zařízení. Opět připomínám, že respondenti mohli u každé otázky zvolit více možností zdravotnických zařízení. Podíváme-li se na graf č. 4, vidíme, že respondenti u všech ageistických situacích volili nejvíce nemocniční zařízení, které představují **56,9 %** z celkových odpovědí. Dále jsou to ordinace praktického lékaře (**20,0%**) a lázeňské léčebny (**13,9%**). Nejméně respondenti uváděli ordinace odborného lékaře (**7,1%**) a domácí péči (**2,0%**).

6. ZÁVĚRY VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

Do svého výzkumu jsem zahrнула 11 ageistických situací, se kterými se mohou senioři ze strany zdravotnického personálu daných zdravotnických zařízení setkat. U pěti situací byla zaznamenána osobní zkušenost u více jak 50 % respondentů. Na základě zjištěných poznatků lze konstatovat, že dle respondentů se senioři s ageistickými postoji ve zdravotnictví setkávají, ovšem pouze v nízké míře. Pokud respondenti uváděli, že s danou ageistickou situací nějakou osobní zkušenost měli, většinou také zvolili, že se tato situace vyskytuje spíše zřídka. Procentuálně největší podíl odpovědí na otázky osobní zkušenosti s ageistickými postoji ze strany zdravotnických pracovníků byla zaznamenána u situace týkající se předpokladu dopadu stárnutí na smysly seniora. Znamená to tedy, že **78,3 %** seniorů z celkového počtu respondentů se někdy setkalo s tím, že některý ze zdravotních pracovníků automaticky předpokládal omezení jejich smyslů, manifestované například příliš hlasitým projevem zdravotnického pracovníka. Vysokou četnost kladných odpovědí respondentů pozorujeme také u zlehčování příznaků nemoci zdravotním pracovníkem (**68,5%**) a předpokladu dopadu stárnutí na komunikační dovednosti seniora (**64,2%**).

V případě mého vzorku respondentů nelze zaznamenat mezi výskytem osobní zkušenosti s ageistickými postoji mužů a žen výrazné rozdíly. Největší rozdíl lze zpozorovat u situace týkající se dopadu stárnutí na pohybové schopnosti seniora. **62,0 %** z celkového počtu žen potvrdilo, že je někdo ze zdravotnického personálu oblékal či jím pomáhal vstát, i když by to samy zvládly. Naopak u mužů se osobní zkušenost s touto situací vyskytuje méně, tedy u **42,9 %**. U mého vzorku respondentů lze více méně říci, že se ženy s ageistickými situacemi setkávají častěji než muži. V porovnání jednotlivých situací bylo zjištěno, že v šesti z nich byl větší výskyt odpovědí zaznamenán u žen a v pěti situacích u mužů. Nejvíce byla osobní zkušenost s ageismem zaregistrována u věkové skupiny 70–74 let. Z výsledků výzkumu můžeme také zachytit, že s přibývajícím věkem narůstá osobní zkušenosti s ageistickými postoji ve zdravotnictví. Tento nárůst není sice rovnoměrný, ale stále můžeme říci, že větší počet odpovědí potvrzujících osobní zkušenost vykazují 3. a 4. věkové skupiny, tedy respondenti ve věku 70–74 let a 75-79 let. U respondentů patřící do věkové kategorie 80 a více let osobní zkušenost s ageistickými situacemi klesá, to může ale být způsobeno tím, že tato věková skupina je zastoupena velmi nízkým počtem respondentů.

Poslední dvě hypotézy mého výzkumu jsou vázány na zdravotní pracovníky, u kterých se s danými diskriminačními projevy můžeme setkat a na zdravotnické zařízení, ve kterém tyto ageistické postoje zdravotní pracovníci vůči seniorům zauímají. Na výzkumnou otázku „U jakého typu zdravotnického personálu se senioři nejčastěji setkávají s ageistickými projevy?“ a „V jakém zdravotnickém zařízení se senioři nejčastěji setkávají s ageistickými projevy?“ lze dle výsledků mého výzkumu odpovědět, že nejvíce se senioři s diskriminačními postoji setkávají u zdravotních sester (**50 %**) a lékařů (**17 %**). U zdravotnických zařízení byli nejčastější volbou nemocnice (**57 %**) a ordinace praktického lékaře (**20 %**).

ZÁVĚR

Teoretická část mé bakalářské práce se zabývala vymezením a charakteristikou poznatků, které sloužily k objasnění problematiky ageismu ve zdravotnictví. V důsledku demografického stárnutí populace dochází k neustálému přibývání občanů starší věkové skupiny. Senioři jsou tedy nedílnou součástí naší společnosti. Pro pochopení světa našich starších občanů bylo nutné přiblížit specifika stáří a stárnutí a změny, které stáří a stárnutí přináší, a to na úrovni biologické, psychologické i sociální. Pohled na stáří a staršího člověka se v průběhu dějin neustále obměňuje. Současná společnost pohlíží na stáří spíše negativně, dochází tak k odmítání stáří členy společnosti a vzniku nepřátelských postojů vůči starším jedincům. Ve společnosti se tedy rozvíjí problematika věkové diskriminace neboli ageismus. Propagace zkresleného negativního obrazu stáří a stárnutí podporuje a prohlubuje vznik stereotypů a mýtů o stáří. Na starší členy naší společnosti je pohlíženo jako na nemocné, ošklivé, impotentní, neužitečné, závislé a chudé osoby.

Projevy ageistického chování se manifestují ve všech oblastech sociálního života, a to v různé míře a intenzitě. Je tedy zřejmé, že ageistický přístup se nevyhýbá ani sféře zdravotnictví. Diskriminace na základě věku se zobrazuje ve vztahu k přidělování léčby, kdy bývají v poskytování péče upřednostňováni mladší pacienti. Můžeme se také setkat ze strany zdravotních pracovníků s podceňováním některých chorob a smyslových dysfunkcí a to tím, že jsou ztotožňovány s vyšším věkem pacienta. Za základem vztahu mezi ošetřujícím a pacientem je považována správně nastavená a efektivní komunikace. U zdravotních pracovníků může docházet k tomu, že použijí inhibující postupy v komunikaci se seniory, které brání ve vzájemném porozumění. Zdravotnický personál v tomto případě využívá v komunikaci specifické přístupy bez ohledu na potřeby seniorů.

Empirickou část tvořil kvantitativní výzkum, který měl za úkol zjistit osobní zkušenost seniorů s projevy ageismu ze strany pracovníků zdravotnických zařízení. Výzkum byl prováděn ve městě Karviná pomocí dotazníkového šetření, a to u respondentů ve věku 60 a více let. Na základě výsledků výzkumu lze konstatovat, že respondenti se s ageistickými postoji ze strany pracovníků zdravotnických zařízení opravdu setkávají. Během srovnávání osobní zkušenosti u mužů a žen nebyly shledány markantní rozdíly. Můžeme ovšem říci, že s přibývajícím věkem seniorů narůstá dle respondentů osobní zkušenost s ageistickými postoji ve zdravotnictví. Můj

předpoklad, že ageistické postoje častěji dle mých respondentů vykazují zdravotní sestry než jiný zdravotní personál, se potvrdil. Respondenti opravdu volili, že se nejčastěji setkávali s jednotlivými ageistickými situacemi u zdravotních sester. Stejně tak se potvrdilo, že projevy ageismu jsou dle mých respondentů nejčastější v nemocnicích, více jak polovina odpovědí respondentů na konkrétní zdravotnické zařízení připadala nemocnicím.

Vzhledem k těmto nepříznivým výsledkům je opravdu žádoucí seznamovat během vzdělávacího procesu budoucí zdravotnické pracovníky s problematikou věkové diskriminace a jejího dopadu na stárnoucího občana. Jak už jsem již zmínila, velmi důležité je správné nastavení efektivní komunikace s pacientem, na úrovni verbální i neverbální. Zdravotní personál se tedy musí během své profesní přípravy naučit přizpůsobit komunikační styl schopnostem a dovednostem pacienta. Je důležité si uvědomit, že pro seniora je samotná léčba stresující záležitostí, proto by se měli zdravotní pracovníci snažit být pro pacienta oporou, projevovat jim úctu a nepohlížet na ně jako na „parazity“. Každý pacient má právo na rovný přístup ve své léčbě bez ohledu na svůj věk.

Zásluhou realizace této bakalářské práce je rozšíření mého okruhu informací o problematice ageismu ve zdravotnictví a také pochopení, že být senior v současné společnosti není opravdu lehké. Společnost by měla mladé generaci přiblížit pozitivní stránky stárnutí a vzbuzovat v nich úctu ke stáří a jeho pozitivního vnímání. Je opravdu nutné seniory do společnosti integrovat a nastavit společenskou atmosféru, která stáří chápe. Protože *„způsob, jakým pečujeme o své děti v době svítání jejich života, a způsob, jakým pečujeme o staré v období soumraku jejich života, je měřítkem kvality společnosti.“* (HUBERT HUMPREY).

SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

1. BAND – WINTERSTEIN, T. (2013). Health Care Provision for Older Persons: The Interplay Between Ageism and Elder Neglect. *Journal of Applied Gerontology*, XX(X), s. 1–15. [online] [cit. 2017-02-28]. Dostupné z: <http://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/0733464812475308>
2. ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD (ČSÚ). (2009). *Projekce obyvatelstva České republiky do roku 2065*. [online] [cit. 2017-02-10]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/csu/czso/projekce-obyvatelstva-ceske-republiky-do-roku-2065-n-58t98jgowg>
3. ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD (ČSÚ). (2014). *Věková struktura obyvatel podle dat sčítání lidu*. [online] [cit. 2017-02-05]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/documents/10180/20551781/170217-14.pdf/9f50d576-fb17-4b2a-a221-01b0ff96ee3b?version=1.0>
4. ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD (ČSÚ). (2016). *Výsledky zdravotnických účtů ČR 2010-2014*. [online] [cit. 2017-02-11]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/documents/10180/43674671/26000516k3.pdf/2d3e7975-c98e-4c51-bd0c-e1d2bfcecec5?version=1.1>
5. DEMOGRAFICKÝ INFORMAČNÍ PORTÁL. (2012). *Demografické stárnutí ČR podle výsledků projekce*. [online] [cit. 2017-02-10]. Dostupné z: http://www.demografie.info/?cz_detail_clanku&artclID=824
6. HAŠKOVCOVÁ, H. (2010). *Fenomén stáří*. Praha: Havlíček Brain Team.
7. HOLMEROVÁ, I., JURÁŠKOVÁ B. a ZIKMUNDOVÁ K. (2007). *Vybrané kapitoly z gerontologie*. Praha: EV public relations.
8. HROZENSKÁ, M. a DVOŘÁČKOVÁ, D. (2013). *Sociální péče o seniory*. Praha: Grada.
9. INSTITUT ZDRAVOTNÍ POLITIKY A EKONOMIKY (IZPAE). (2003). Systém poskytování zdravotní péče v ČR. *Doma v České republice*. [online] [cit. 2017-02-20]. Dostupné z: <https://www.domavcr.cz/rady-pro-zivot-v-ceske-republike/zdravi-a-lekarska-pece/system-poskytovani-zdravotni-pece-v-cr>
10. JIRÁSKOVÁ, V. (2005). *Mezigenerační porozumění a komunikace*. Praha: Eurolex Bohemia.

11. KABÁTOVÁ, O. a URÍČKOVÁ, A. (2013). Ageismus – věkově podmíněná diskriminace. *Sestra*. [online] [cit. 2017-02-27]. Dostupné z: <http://zdravi.euro.cz/clanek/sestra/ageismus-vekove-podminena-diskriminace-470127>
12. KLEVETOVÁ, D. (2011). Kvalita života ve stáří. *Sestra*. [online] [cit. 2017-02-05]. Dostupné z: <http://zdravi.euro.cz/clanek/sestra/kvalita-zivota-ve-stari-460333>
13. KUCHAROVÁ, V. (2003). *Život ve stáří. Zpráva o výsledcích empirického šetření*. [online] [cit. 2017-02-10]. Dostupné z: <http://www.ncss.cz/files/ivot-ve-stari.pdf>
14. KURKIN, R. a NĚMEČKOVÁ, M. (2015). Populační vývoj v České republice v roce 2014. *Demografie, revue pro výzkum populačního vývoje*, 57 (3), s. 213-230. [online] [cit. 2017-02-05]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/documents/10180/20555393/13005315q3.pdf/05492ae5-7188-4275-8372-c83b23f9821f?version=1.1>
15. MÁTL, O. a MÁTLOVÁ, M. (2015). *Zpráva o stavu demence 2015*. [online]. Praha: Česká alzheimerovská společnost. [cit. 2017-02-27]. Dostupné z: <http://www.alzheimer.cz/res/archive/002/000331.pdf?seek=1452679851>
16. MASARYKOVA UNIVERZITA (MUNI). (2014). *Studie: Česko nevyužívá pracovní schopnost starších lidí*. [online] [cit. 2017-02-15]. Dostupné z: <https://www.online.muni.cz/veda-a-vyzkum/4782-studie-cesko-nevyuziva-pracovni-schopnost-starsich-lidi>
17. MAŘÍKOVÁ H., PETRUSEK, M., VODÁKOVÁ, A. (1996). *Velký sociologický slovník*. Praha: Karolinum.
18. MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ (MPSV). (2016). *Životní a existenční minimum* [online] [cit. 2017-03-25]. Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/cs/11852>
19. PACOVSKÝ, V. (1990). *O stárnutí a stáří*. Praha: Avicenum.
20. PALÁN, Z. Zkušenost – empirie. In: *Andromedia.cz* [online]. [cit. 2017-03-29]. Dostupné z: <http://www.andromedia.cz/andragogicky-slovník/zkusenost-empirie>
21. PALMORE, E. B. (1999). *Ageism: Negative and Positive*. New York: Springer.

22. PICHAUD, C. & THAREAU I. (1998). *Soužití se staršími lidmi: praktické informace pro ty, kdo doma pečují o staré lidi, i pro sociální a zdravotnické pracovníky*. Praha: Portál.
23. POKORNÁ, A. (2010). *Komunikace se seniory*. Praha: Grada.
24. RABUŠIC, L. (1998). Jsou čeští senioři chudí? *Sociologický časopis*. Praha: Sociologický ústav AV ČR, 34 (3), s. 303-320. [online] [cit. 2017-02-06]. Dostupné z:
http://sreview.soc.cas.cz/uploads/9d57942914c56e3087e4744e298b838fbeb735_28_303RABU2.pdf
25. RABUŠIC, L. a VOHRALÍKOVÁ, L. (2004). *Čeští senioři včera, dnes a zítra*. Praha: VÚPSV, výzkumné centrum Brno.
26. REGIONÁLNÍ INFORMAČNÍ SERVIS (RIS). (2015). *Karviná*. [online] [cit. 2017-02-06]. Dostupné z:
<http://www.risy.cz/cs/vyhledavace/obce/detail?Zuj=598917#obyvatelstvo>
27. SAK, P. a KOLESÁROVÁ K. (2012). *Sociologie stáří a seniorů*. Praha: Grada.
28. STUART-HAMILTON, I. (1999). *Psychologie stárnutí*. Praha: Portál.
29. SÝKOROVÁ, D. (2006). *Senioři v České republice. Mýty a jejich dekonstrukce*. *Sociológia*, 38 (2), s. 151-164. [online] [cit. 2017-02-27]. Dostupné z:
<https://www.sav.sk/journals/uploads/02061042Sykorova.pdf>
30. SÝKOROVÁ, D. (2007). *Autonomie ve stáří: kapitoly z gerontosociologie*. Praha: Sociologické nakladatelství (SLON).
31. ŠTYGLEROVÁ, T., NĚMEČKOVÁ, M., ŠIMEK, M. (2010). Projekce obyvatelstva České republiky 2009-2065. *Demografie: revue pro výzkum populačního vývoje*, 52 (1), s. 1-14. [online] [cit. 2017-02-10]. Dostupné z:
<https://www.czso.cz/documents/10180/20566251/180310q1.pdf/91a1c0f3-f3bf-4a88-80c6-97008c1a9cff?version=1.0>
32. TOŠNEROVÁ, T. (1998). *Sexualita ve stáří*. [online] [cit. 2017-02-15]. Dostupné z: <http://www.pecujici.cz/cz/prirucky/sexualita-ve-stari>
33. TOŠNEROVÁ, T. (2002). *Ageismus: průvodce stereotypy a mýty o stáří*. Praha: Ambulance pro poruchy paměti.

34. ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY ČR (ÚZIS). (2013). *Síť zdravotnických zařízení*. [online] [cit. 2017-02-25]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/category/tematicke-rady/zdravotnicka-zarizeni/zdravotnicka-zarizeni-cr>
35. ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY ČR. (2014). *Zdravotnická ročenka Moravskoslezského kraje 2013*. [online] [cit. 2017-02-15]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/katalog/rocenky/zdravotnicka-rocenka-moravskoslezskeho-kraje>
36. ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY ČR (ÚZIS). (2015). *Zdravotnická ročenka České republiky*. [online] [cit. 2017-02-26]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/node/7693>
37. VÁGNEROVÁ, M. (2007). *Vývojová psychologie II.: dospělost a stáří*. Praha: Karolinum.
38. VAVROŇ, J. (2010). Čtvrtina mladých chápe seniory jako přítěž, která jim bere peníze. *Novinky.cz*. [online] [cit. 2017-02-06]. Dostupné z: <https://www.novinky.cz/ekonomika/198755-ctvrtina-mladych-chape-seniory-jako-pritez-ktera-jim-bere-penize.html>
39. VENGLÁŘOVÁ, M. (2007). *Problematické situace v péči o seniory: Příručka pro zdravotnické a sociální pracovníky*. Praha: Grada.
40. VIDOVIČOVÁ, L. a RABUŠIC, L. (2005). *Věková diskriminace – ageismus: úvod do teorie a výskyt diskriminačních přístupů ve vybraných oblastech s důrazem na pracovní trh*. Praha: Výzkumný ústav práce a sociálních věcí.
41. VIDOVIČOVÁ, L. (2008). *Stárnutí, věk a diskriminace – nové souvislosti*. Brno: MU.
42. VURM, V. (2007). *Vybrané kapitoly z veřejného a sociálního zdravotnictví*. Praha: TRITON.
43. WILLIAMS, K., KEMPER S., HUMMERT, M. L. (2003). Improving nursing home communication: Art Intervention to reduce elderspeak. *The Gerontologist*, 43 (2), s. 242-247. [online] [cit. 2017-03-01]. Dostupné z: <https://academic.oup.com/gerontologist/article-lookup/doi/10.1093/geront/43.2.242>

SEZNAM GRAFŮ, TABULEK A OBRÁZKŮ

Graf č. 1: Faktory určující vnímání člověka jako starého	str. 14
Graf č. 2: Vývoj obyvatelstva ČR starších 65 let mezi vybranými roky 2000-2065	str. 19
Graf č. 3: Zastoupení jednotlivých zdravotních pracovníků ze všech ageistických situací	str. 68
Graf č. 4: Zastoupení jednotlivých zdravotnických zařízení ze všech ageistických situací	str. 71
Obrázek č. 1: Projevy ageismu dle respondentů	str. 50
Obrázek č. 2: Projevy ageismu zdravotnického personálu dle respondentů	str. 52
Obrázek č. 3: Projevy ageismu zdravotnického personálu ve zdravotnických zařízeních dle respondentů	str. 53
Tabulka č. 1: Důsledky ageistických tendencí v ošetrovatelské péči	str. 42
Tabulka č. 2: Bariéry komunikace.....	str. 45
Tabulka č. 3: Výčet situací u otázek zjišťujících osobní zkušenost	str. 49
Tabulka č. 4: Procentuální rozložení respondentů podle věku a pohlaví	str. 54
Tabulka č. 5: Četnost odpovědí na otázku č. 1- Měl/a jste někdy zkušenost s tím, že zdravotní personál nějakým způsobem upřednostnil mladší pacienty seniory?	str. 56
Tabulka č. 6: Četnost odpovědí na otázku č. 4a, 4b, 4c a 4d	str. 57
Tabulka č. 7: Četnost odpovědí na otázku č. 5- Měl/a jste někdy zkušenost s tím, že by Vás zdravotnický personál oslovil nebo nazval nevhodným jménem ve vztahu k Vašemu stáří?.....	str. 58
Tabulka č. 8: Četnost odpovědí na otázku č. 8- Měl/a jste někdy zkušenost s tím, že by s Vámi některý ze zdravotních pracovníků jednal jinak než s ostatními pacienty?	str. 58
Tabulka č. 9: Četnost odpovědí u otázky č. 11: Předpoklad dopadů stáří na schopnosti seniora	str. 59

Tabulka č. 10: Četnost odpovědí otázek zjišťujících osobní zkušenost ageistických postojů	str. 60
Tabulka č. 11: Četnost odpovědí u otázky č. 11b podle pohlaví	str. 61
Tabulka č. 12: Četnost odpovědí u otázky č. 11a podle pohlaví	str. 62
Tabulka č. 13: Četnost odpovědí otázek zjišťujících osobní zkušenost ageistických postojů dle pohlaví	str. 63
Tabulka č. 14: Četnost odpovědí u otázky č. 5 dle věkových skupin	str. 64
Tabulka č. 15: Četnost odpovědí u otázky č. 8 dle věkových skupin	str. 65
Tabulka č. 16: Četnost odpovědí u otázky č. 11b dle věkových skupin	str. 65
Tabulka č. 17: Četnost odpovědí u otázky č. 11c dle věkových skupin	str. 66
Tabulka č. 18: Četnost zvolených zdravotních pracovníků u otázek č. 2, 6 a 9	str. 67
Tabulka č. 19: Četnost zvolených zdravotních pracovníků u otázky č. 11 (11a, 11b, 11c a 11d)	str. 68
Tabulka č. 20: Četnost zvolených zdravotnických zařízení u otázky č. 3, 7 a 10.	str. 69
Tabulka č. 21: Četnost zvolených zdravotnických zařízení u otázky č. 11 (11a, 11b, 11c a 11d)	str. 70

PŘÍLOHY

Příloha č. 1 - *Dotazník pro empirický výzkum*

Vážené dámy, vážení pánové,

jmenuji se Bára Feberová a studuji obor Sociologie a Andragogika na Univerzitě Palackého v Olomouci. V rámci ukončení studia zpracovávám bakalářskou práci se zaměřením na Ageismus ve zdravotnictví očima seniorů. Ageismus můžeme definovat jako předsudky a negativní představy o starších lidech nebo projevy znevýhodňování starších lidí. Určitě jste se někdy setkal/a s chováním, které Vám nebylo příjemné a které podceňovalo člověka, jenom proto, že je starý.

Součástí mé výzkumné části je dotazník a já bych Vás ráda touto cestou požádala o jeho vyplnění. Cílem dotazníku je zjistit zkušenosti pacientů s chováním/přístupem zdravotnických pracovníků k pacientům. Tento dotazník je zcela anonymní a zodpovězení otázek je dobrovolné. Veškeré Vaše odpovědi budou sloužit výhradně pro zpracování mé bakalářské práce, která je zavázána etickými i právními pravidly.

Děkuji Vám za Váš čas a za vyplnění tohoto dotazníku, velmi mi tím pomůžete ke zpracování mé bakalářské práce.

V případě jakýchkoliv dotazů se můžete obrátit na následující osoby:

Bára Feberová
Diplomantka
Telefon: 731 613 873
e-mail: b.feberova@seznam.cz

Doc. PhDr. Dana Sýkorová, Ph.D.
Vedoucí bakalářské práce
Tel: 585 633 404
e-mail: dana.sykorova@upol.cz

Radmila Wagnerová
Odborná sekretářka
Tel.: 585 633 392
e-mail: radmila.wagnerova@upol.cz

1. Měl/a jste někdy zkušenost s tím, že zdravotní personál nějakým způsobem upřednostnil mladší pacienty před pacienty seniory?

- a) Ano, velmi často se s tím setkávám.
- b) Ano, docela/ spíše často se s tím setkávám.
- c) Ano, spíše zřídka se s tím setkávám.
- d) Ne, nikdy jsem se s tím neseťkal/a.

V případě, že vyberete odpověď „ne, nikdy jsem se s tím neseťkal/a“, vynechejte prosím otázky č. 2 a 3.

2. Pokud jste odpověděl/a na otázku č. 1 „Ano, velmi často se s tím setkávám“, „Ano, docela/ spíše často se s tím setkávám.“, nebo „Ano, spíše zřídka se s tím setkávám.“, tak jakého zdravotního pracovníka se to konkrétně týkalo? (Zakroužkujte prosím příslušného pracovníka. Můžete vybrat i více možností)

a)	Lékař	d)	Zdravotní asistent (pracuje pod dohledem)
b)	Zdravotní sestra	e)	Fyzioterapeut
c)	Zdravotní bratr		

3. Pokud jste odpověděl/a na otázku č. 1 „Ano, velmi často se s tím setkávám“, „Ano, docela/ spíše často se s tím setkávám.“, nebo „Ano, spíše zřídka se s tím setkávám.“, tak u jakého zdravotnického zařízení jste se s touto situací setkal/a? (Zakroužkujte prosím příslušné zdravotnické zařízení. Můžete vybrat i více možností)

a)	Při hospitalizaci v nemocnici	d)	Lázeňské léčebny
b)	Ordinace praktického lékaře	e)	Domácí péče
c)	Ordinace odborného lékaře		

4. Máte zkušenosti s následujícími situacemi?

Prosím zakroužkujte u každé situace buď „ANO“, pokud jste se s tím setkal/a, nebo „NE“ neseťkal/a

- a) Zdravotní pracovník zlehčoval Vaše příznaky nemoci (Říká: „Je to ve vašem věku normální“, „starší lidé jsou přecitlivější“ apod.) ANO/ NE
- b) Lékař odmítl aplikovat medikaci z důvodu Vašeho vyššího věku ANO/NE

c) Lékař odmítl provést určité vyšetření z důvodu Vašeho vyššího věku ANO/NE

d) Zdravotní pracovník Vám neposkytl veškeré informace o Vašem stavu, protože předpokládal, že „byste je jako senior/ka stejně nepochopil/a“ ANO/NE

5. Měl/a jste někdy zkušenost s tím, že by Vás zdravotnický personál oslovil nebo nazval nevhodným jménem ve vztahu k Vašemu stáří? (Například „babi, dědo“)

a) Ano, velmi často.

b) Ano, docela/ spíše často.

c) Ano, spíše zřídka.

d) Ne, nikdy jsem s tím neměl/a zkušenost.

V případě, že vyberete odpověď „ne, nikdy jsem s tím neměl/a zkušenost.“, vynechejte prosím otázky č. 6 a 7.

6. Pokud jste odpověděl/a na otázku č. 5 „Ano, velmi často.“, „Ano, docela/ spíše často.“, nebo „Ano, spíše zřídka.“, tak jaký zdravotní pracovník konkrétně Vás nevhodným způsobem oslovil? (Zakroužkujte prosím příslušného pracovníka. Můžete vybrat i více možností.)

a)	Lékař	d)	Zdravotní asistent (pracuje pod dohledem)
b)	Zdravotní sestra	e)	Fyzioterapeut
c)	Zdravotní bratr		

7. Pokud jste odpověděl/a na otázku č. 5 „Ano, velmi často.“, „Ano, docela/ spíše často.“, nebo „Ano, spíše zřídka.“, tak u jakého zdravotnického zařízení jste se s touto situací setkal/a? (Zakroužkujte prosím příslušné zdravotnické zařízení. Můžete vybrat více možností.)

a)	Při hospitalizaci v nemocnici	d)	Lázeňské léčebny
b)	Ordinace praktického lékaře	e)	Domácí péče
c)	Ordinace odborného lékaře		

8. Měl/a jste někdy zkušenost s tím, že by s Vámi některý ze zdravotních pracovníků jednal jinak než s ostatními pacienty (příliš opatrně a ochranitelsky, dá se říct, že jako s malým dítětem), i když to vůbec nebylo zapotřebí?

- a) Ano, velmi často.
- b) Ano, docela/ spíše často.
- c) Ano, spíše zřídka.
- d) Ne, nikdy jsem se s tím zkušenost neměl/a, zacházeli se mnou jako s ostatními.

V případě, že vyberete odpověď „Ne, nikdy jsem se s tím zkušenost neměl/a, zacházeli se mnou jako s ostatními.“, vynechejte prosím otázky č. 9 a 10.

9. Pokud jste odpověděl/a na otázku č. 8 „Ano, velmi často.“, „Ano, docela/ spíše často.“, nebo „Ano, spíše zřídka.“, jakého konkrétního zdravotního pracovníka se to týkalo? (Zakroužkujte prosím příslušného zdravotního pracovníka. Můžete vybrat i více možností.)

a)	Lékař	d)	Zdravotní asistent (pracuje pod dohledem)
b)	Zdravotní sestra	e)	Fyzioterapeut
c)	Zdravotní bratr		

10. Pokud jste odpověděl/a na otázku č. 8 „Ano, velmi často.“, „Ano, docela/ spíše často.“, nebo „Ano, spíše zřídka.“, ve kterém zdravotnickém zařízení jste se s tímto jednáním setkal/a? (Zakroužkujte prosím příslušné zdravotnické zařízení. Můžete vybrat i více možností.)

a)	Při hospitalizaci v nemocnici	d)	Lázeňské léčebny
b)	Ordinace praktického lékaře	e)	Domácí péče
c)	Ordinace odborného lékaře		

11. Stalo se Vám, že někdo ze zdravotnického personálu automaticky předpokládal, že budou omezeny vaše schopnosti? Pokud ano, o jaké předpokládané dopady stáří na Vaše schopnosti se konkrétně jednalo? Kdo konkrétně omezení Vašich schopností předpokládal a v jakém zdravotnickém zařízení? (Prosím zakroužkujte, jak často se s následujícím předpokládaným dopadem

stárnutí setkáváte, u jakého konkrétního zdravotnického pracovníka a v jakém zdravotnickém zařízení)

a) Dopady stárnutí na Vaše smysly (zrak a sluch- např. mluvili příliš hlasitě apod.)

Velmi často	Docela/ spíše často	Spíše zřídka	Nikdy	
Lékař	Zdravotní sestra	Zdravotní bratr	Zdravotní asistent	Fyzioterapeut
Nemocnice	Ordinace praktického lékaře	Ordinace odborného lékaře	Lázeňské léčebny	Domácí péče

b) Dopady stárnutí na pohybové schopnosti (Např.: Oblékali mě, i když bych to zvládl/a, pomáhali mi vstát apod.)

Velmi často	Docela/ spíše často	Spíše zřídka	Nikdy	
Lékař	Zdravotní sestra	Zdravotní bratr	Zdravotní asistent	Fyzioterapeut
Nemocnice	Ordinace praktického lékaře	Ordinace odborného lékaře	Lázeňské léčebny	Domácí péče

c) Dopady na schopnost komunikovat s lidmi (Např.: Mluvili nápadně zřetelně, velmi pomalu apod.)

Velmi často	Docela/ spíše často	Spíše zřídka	Nikdy	
Lékař	Zdravotní sestra	Zdravotní bratr	Zdravotní asistent	Fyzioterapeut
Nemocnice	Ordinace praktického lékaře	Ordinace odborného lékaře	Lázeňské léčebny	Domácí péče

d) Dopady na zvládání hygieny (umývali mě, i když bych to zvládl/a)

Velmi často	Docela/ spíše často	Spíše zřídka	Nikdy	
Lékař	Zdravotní sestra	Zdravotní bratr	Zdravotní asistent	Fyzioterapeut
Nemocnice	Ordinace praktického lékaře	Ordinace odborného lékaře	Lázeňské léčebny	Domácí péče

e) Jiné (prosím uveďte)

Velmi často	Docela/ spíše často	Spíše zřídka	Nikdy	
Lékař	Zdravotní sestra	Zdravotní bratr	Zdravotní asistent	Fyzioterapeut
Nemocnice	Ordinace praktického lékaře	Ordinace odborného lékaře	Lázeňské léčebny	Domácí péče

Nakonec bych Vás poprosila o zodpovězení těchto dvou otázek:

12. Jaké je Vaše pohlaví?

a) žena

b) muž

13. Uveďte prosím svůj věk

.....