

Univerzita Palackého v Olomouci
Katedra psychologie Filozofické fakulty

Ageismus

Ageism

Diplomová práce

Autor: **Bc. Veronika Kremplová Dvořáková**

Vedoucí práce: **PhDr. Soňa Lemrová, Ph.D.**

Olomouc
2011

Děkuji PhDr. Soně Lemrové, Ph.D. za odborné vedení diplomové práce a PhDr. Naděždě Špatenkové, Ph.D. za konzultace práce. Dále bych ráda poděkovala vedení FNOL, primáři geriatrické Mudr. Zdeňku Zábojovi, vrchní sestře geriatrické Mgr. Libuši Danielové za umožnění sběru dat a všem, těm kteří mi data poskytli.

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně a všechny použité prameny řádně citovala a uvedla.

V Olomouci 20. června 2011

.....

OBSAH

Úvod.....	5
Teoretická část.....	6
1 POSTOJE, PŘEDSUDEKY, STEREOTYPY.....	7
1.1 Vymezení postojů.....	7
1.2 Vznik a změna postojů.....	10
1.3 Vymezení předsudků.....	12
1.4 Význam a změna předsudků.....	14
1.5 Předsudky a diskriminace.....	16
1.6 Charakteristiky stereotypizace.....	16
2 STÁŘÍ.....	20
2.1 Stáří a stárnutí.....	20
2.2 Vznik a průběh stárnutí.....	20
2.3 Změny ve stáří.....	22
2.3.1 Tělesné změny.....	22
2.3.2 Tělesně nemocné stáří.....	23
2.3.3 Psychické změny.....	25
2.3.4 Psychicky nemocné stáří.....	27
2.3.5 Psychosociální změny.....	28
2.3.6 Změny v oblasti vztahů s lidmi.....	28
2.4 Vývojové úkoly stáří.....	30
2.5 Terminální stadium a smrt.....	31
2.6 Demografické minimum.....	32
3 AGEISMUS.....	34
3.1 Definice ageismu.....	34
3.2 Negativní ageismus.....	35
3.3 Pozitivní ageismus.....	39
3.4 Příčiny ageismu.....	41
3.4.1 Individuální zdroje ageismu.....	42
3.4.2 Sociální vlivy.....	44
3.4.3 Kulturní zdroje.....	46
3.5 Negativní a pozitivní diskriminace – oblasti ageismu.....	48
3.5.1 Ekonomika, zaměstnanost.....	49
3.5.2 Vládní politika.....	49
3.5.3 Rodina.....	50
3.5.4 Bydlení.....	51
3.5.5 Zdravotní péče.....	51
3.6 Sebepojetí a ageismus.....	52
3.7 Redukce ageismu.....	53
4 SYNDROM VYHOŘENÍ JAKO ZÁTĚŽ PROFESIONÁLŮ PEČUJÍCÍCH O SENIORY.....	56
4.1 Syndrom vyhoření, definice.....	56
4.2 Syndrom vyhoření, příčiny.....	56
4.3 Syndrom vyhoření, průběh.....	57
4.4 Projevy vyhoření u sester.....	58
4.5 Psychická a fyzická zátěž na geriatricii.....	58
4.6 Ageismus mezi zdravotními profesionály.....	59
4.7 Syndrom vyhoření a ageismus.....	64
Výzkumná část.....	65
5 Přehled hlavních teoretických a praktických problémů práce a její cíle.....	66

6	Popis zkoumaného souboru	68
6.1	Organizace a průběh šetření	68
6.2	Zkoumaný soubor	69
7	Aplikovaná metodika	70
7.1.1	Dotazník statusových dat	70
7.1.2	Dotazník ageistické mýty	70
7.1.3	Dotazník ROPE - hodnocení vztahu ke starým lidem (Cherry, Palmore, 2008)	70
7.1.4	Dotazník BM – psychického vyhoření (in Křivohlavý, 1998)	71
7.1.5	Modifikovaný dotazník „Ageismus“ (in Gallová, 2008)	72
7.1.6	Použité statistické metody	72
8	Výsledky práce	74
8.1	Porovnání ageistických přesvědčení (negativní, pozitivní) u dvou studovaných souborů probandů	74
8.2	Porovnání ageistického chování (negativní, pozitivní) u dvou studovaných souborů probandů	75
8.3	Ověření vnímání ageismu v nemocnici	76
8.4	Výzkum vztahu mezi syndromem vyhoření a ageistickým míněním a chováním	77
9	K platnosti hypotéz	78
10	Interpretace vybraných výsledků šetření v dotazníku mýty	79
11	Kvalitativní výzkum	89
11.1	Otevřené kódování odpovědí zdravotníků a pacientů	89
11.2	Shrnutí výsledků kvalitativního šetření	97
12	Diskuse	99
13	Závěry	102
Souhrn		103
14	Teoretická část	104
15	Výzkumná část	106
Použitá literatura		109
Přílohy		112

Úvod

Téma diplomové práce jsem si zvolila hned z několika důvodů. Prvním je má práce. Jako zdravotní sestra na geriatrici se s problematikou ageismu (předsudkům vůči stáří a starým lidem) setkávám téměř denně. Ageismu lze zachytit na mnoha místech, od příbuzných hospitalizovaných seniorů, přes odborný personál poskytující péči, až po samotné seniory, kteří tyto postoje přijímají za své.

Dalším důvodem je snaha upozornit na tento jev a „dostat“ ho do povědomí odborné i laické veřejnosti. Řada lidí tento pojem nezná a co je horší, následně ho ani prakticky nevnímá, přestože reálně existuje.

Ani „boj za práva“ seniorů by neměl zůstat opomíjený. Tím, že se jejich počet stále zvyšuje, měli by přestat být odstrkovanou minoritní skupinou. Geriatrie by tak mohla být konečně vnímána stejně hodnotně jako ostatní medicínské obory.

Posledním důvodem práce, je otázka, kterou si kladu a na niž bych ráda našla odpověď. A to zda existuje souvislost mezi projevy ageismu vůči seniorům a syndromem vyhoření pečujícího personálu.

Cílem diplomové práce je:

- v teoretické části zachytit problematiku postojů, předsudků a stereotypů, popsat lidský vývoj z hlediska stárnutí, zmapovat pojem ageismus a zmínit problematiku profesionálů pečujících o seniory
- v praktické části zjistit ageistická přesvědčení a chování u skupiny zdravotních sester a geriatrických pacientů, lišících se věkově i specificky; ověřit vnímání ageismu v nemocnici a hledat souvislost mezi syndromem vyhoření a ageismem u zdravotních sester.

Teoretická část

1 POSTOJE, PŘEDSUDKY, STEREOTYPY

Termín postoj je běžně komunikovaný pojem, jeho užití lze najít napříč všemi obory, nejen v psychologii. Postoj může člověk zaujímat téměř ke všemu i k nejruznějším sociálním skupinám a abstraktním jevům. Patří sem i ageismus, tedy postoje vůči stáří a starým lidem. Naším hlavním zájmem jsou předsudky, jakožto značně emočně podbarvené postoje a stereotypy, tedy zkreslené představy vůči období stáří a skupině jedinců vyššího věku.

1.1 Vymezení postojů

Poprvé byl postoj, jako odborný termín použit roku 1918 W. J. Thomasem a F. Znanieckym v sociologické studii o polských sedlácích v Americe, kteří ho popsali jako „stav mysli jedince vůči hodnotě.“ Etymologický původ slova postoj (angl. Attitude) souvisí s latinským aptus, což znamená být připraven, vystrojen (in Novák, 2002, s. 8).

V oblasti sociální psychologie, jak uvádí Výrost a Slaměník (2008, s. 128), se postoje staly na dlouhou dobu hlavním předmětem zkoumání a to zejména pro jejich možnou funkci řídit lidské chování.

G. W. Allport, který se zabýval významně touto problematikou, v roce 1935 charakterizoval postoj jako „mentální a nervový stav pohotovosti, organizovaný zkušeností, vyvíjející direktivní nebo dynamický vliv na odpovědi individua vůči všem objektům a situacím, s nimiž je v relaci“ (in Nekonečný, 2009, s. 239).

Dle Fishbeina a Ajzena se postoj dá definovat jako „naučená predispozice k celkově příznivé nebo nepříznivé reakci na daný objekt, osobu či událost“ (in Hayesová, 1998, s. 95).

Jiná definice A. H. Eaglyho a S. Chaikena popisuje postoj jako psychologickou tendenci, která se projevuje v hodnocení konkrétní entity s jistým stupněm upřednostňování nebo odmítání (in Výrost, Slaměník, 2008, s. 127).

Utváření postojů má pro člověka svůj význam. Postoje napomáhají lidem přizpůsobovat se světu D. Katz (in Nakonečný, 2009, s. 248-249) rozlišil čtyři hlavní **funkce postojů**:

- kognitivní – mají vliv na utřídění našich zkušeností
- instrumentální – vychází z předpokladu nejvyšších zisků, za co nejmenších ztrát, neboli odměn a trestů

- hodnotově expresivní – pomocí postojů jedinec vyjadřuje své hodnoty, snaží se o jejich realizaci
- ego defenzivní – pomáhá udržet vlastní sebeobraz, integritu osobnosti a kompenzuje negativní složky já.

Pojetí H. C. Trandise chápe postoje jako dimenzi psychiky, jež dává lidskému chování smysl a zajišťuje:

- chápání okolního světa
- ochranu vlastní hodnoty, odstranění negativních poznatků o sobě
- orientaci ve světě tak, že se každý snaží získat pro sebe to nejlepší
- vyjádření své základní osobní teze (přesvědčení) (in Nakonečný, 2009, s. 250).

Podle Smitha, Brunera a Whita (in Hayesová, 1998, s. 97–98) postoje hrají roli při:

- hodnocení objektů – usměrňuje reakce vůči věcem a událostem (například k věcem které ublížily, umožní vytvořit negativní postoj a příště se jim vyhnout)
- sociálním přizpůsobení – jsou důležité v posilování sociálních vztahů, skupinové soudržnosti a vyjadřování názorů
- externalizaci – spojování nevědomých motivů a vnitřních stavů s tím, co probíhá v okolí, tak lze vyjádřit některé vnitřní stavy či konflikty (neuspokojené vztahy s druhými, mohou vést k odmítání manželství a skepsi vůči němu, tím dojde k vyjádření vlastních pocitů).

Názory na **strukturu postojů**, tedy z jakých komponent se vlastně postoj skládá, se vyvíjely v závislosti na hloubce poznání a ověřování teorií výzkumy. Srozumitelný přehled názorů na vývoj pojmu postoj předkládá Výrost a Slaměnik (2008, s. 128 - 135):

1. etapa – od počátku do 40. let 20. stol

V této době docházelo k vymezení pojmu postoj, vytváření nástrojů k měření postojů a k jejich aplikaci. Postoje jsou považovány za individuální mentální procesy, determinují odpověď jedince v sociální realitě, která ho obklopuje. Základní charakteristiky postojů jsou vztah k objektu sociální povahy a psychologické prožívání jeho významu. Představiteli této etapy jsou například Thomas, Znaniecki, Smith s tříložkovým modelem a Heideger s teorií rovnováhy. Ve Smithově klasické teorii je postoj chápán jako komplexní pojem, skládající ze složky poznávací, citové a konativní, kdy základem jejich formování je podle A. G. Greenwalda kognitivní učení, klasické

podmiňování a instrumentální učení. Predikce chování bude dle této teorie jednodušší, pokud budeme znát všechny tyto složky postoje a vztahy mezi nimi budou konzistentní.

Krech, Crutchfield, Ballachey (1968, s. 170-171) uvádí, že poznávací složka postoje zahrnuje názor jedince na předmět, citová složka se vztahuje k emocím souvisejícím s předmětem a tendence k chování jako další složka, vyjadřuje připravenost k určitému chování vůči předmětu postoje.

Nakonečný (2009, s. 246-247) též popisuje vnitřní skladbu postoje ze tří komponent - kognitivní, emotivní a konativní. Obvykle jsou tyto komponenty vyvážené, někdy však může jedna převažovat. Kognitivní komponentu nazýváme smýšlením, o emotivní mluvíme jako o sentimentu. Smýšlení zahrnuje poznatky o objektu postoje. Afektivní komponenta obsahuje emoce, jež objekt postoje v člověku vyvolává. Konativní komponenta vyjadřuje snahu či pohotovost chovat se vůči objektu postoje určitým způsobem.

2. etapa – 50., 60. léta 20. stol.

V této době se odehrávají výzkumy změn postojů. Do teorie postojů zasahuje klasické schéma S-R-O, tedy vlastnosti podnětu, psychologické procesy a odpověď jedince. Po vzoru behaviorálního schématu se reakce vysvětluje na základě kauzální sekvence, určitý postoj vyvolá určité chování. Baggozi pomocí dvousložkového modelu vysvětluje skladbu postoje ze dvou komponent - kognitivní a emocionální. Ty ovlivňují jak záměr, tak chování samo osobě. U různých postojů se předpokládá různé zastoupení jednotlivých subsystémů. Postoje se seskupují do určitých celků, tvoří tak vnitřně organizované a hierarchicky upořádané struktury. LaPierre a jeho výzkumy s Číňany (i mnoho dalších modifikací) však vyvolali krizi. Chování účastníků totiž nekorespondovalo s jejich postoji.

Řehan to celé vysvětluje takto: „Dvousložkový model zahrnuje do postoje pouze komponentu kognitivní a emocionální s tím, že následné chování jedince je příliš ovlivněné situačně aktuálními okolnostmi, které varují nezávisle na vnitřním postoji jedince“ (Řehan, 2007, s. 11).

3. etapa – od 70. let 20. stol. po současnost

Modely vysvětlující vztah postoj - chování. Unidimenzionální pojetí postoje obsahuje pouze afektivní složku - přitažlivost nebo odpudivost objektu. Zahrnuje emoce, jež objekt postoje vyvolává, jako antipatie, hněv či radost. Zvlášť je kognitivní stránka, tedy přesvědčení či smýšlení a chování, vyjadřující tendenci reagovat vůči objektu postoje

určitým způsobem, to lze rozdělit na záměr a aktuální chování. Postoj je pak funkcí těchto vlastností. Jednosložkový model popisují M. Fishbein a I. Ajzen.

Podle Řehana (2007, s. 11) to znamená, že kognitivní komponenta se skládá, jak z vlastních názorů jedince tak i všeobecného mínění o jevu. První se vztahuje k vlastnímu emočnímu vyladění postoje, druhé k subjektivní normě. Z obojího pak plyne plánování jednání a následně reálné chování. Toto zachycuje složitý vztah mezi emocemi, přesvědčením a normami vzhledem k záměrům a následnému skutečnému chování. Všechny komponenty, tak stále hrají roli, ovšem jsou detailněji rozebrány a vnímány.

1.2 Vznik a změna postojů

Postoje vyjadřují vztah k hodnotám. Umožňují orientovat se ve světě hodnot. **Utvářejí se** procesem učení a zkušenostmi. Hodnotová orientace se vytváří od dětství prostřednictvím souboru primárních zkušeností. Dítě se postupně odpoutává od smyslových hodnot a vstupuje k hodnotám sociálním. Učí se rozpoznávat dobré a špatné na úrovni kulturní, sociální a osobní. Dobré a špatné vzniká na základě emoční zkušenosti v důsledku učení. Averze a apetence tak vznikají v závislosti na trestech a odměnách. Postupně se rozvíjí síť k hodnocení objektů, uplatňuje se zevšeobecňování a diferenciací. Vzniká kognitivní obraz světa, zahrnující významné objekty, činnosti a vztahy mezi nimi. Na to navazuje citová a konativní složka. Obraz světa je založen na uspořádání toho, co je pro člověka významné a co ne. To vše je produktem učení a součástí systému postojů (Nakonečný, 2009, s. 259-260).

Krech, Crutchfield a Ballacheye (1968, s. 215-251) popisují vytváření postojů jako složitý proces, v němž figuruje řada faktorů. V první řadě poukazují na vliv uspokojování potřeb při vývoji postojů. Kladné postoje se rozvíjí vůči předmětům uspokojujícím potřeby jedince. Negativní proti těm, které stojí v cestě dosažení vytouženého cíle. Postoje též vznikají pod vlivem informací, jimž je jedinec vystaven i když získané informace většinou podporují, již existující postoj nebo vytváří jemu příbuzný. Příslušnost k určité sociální skupině může mít také vliv na vytváření postojů. Odráží tak skupinové normy, hodnoty a názory. Postoje navíc vyjadřují osobnost jedince, ten přijímá za své ty postoje, jež korespondují s jeho osobností.

H. Scherif a M. Cantril (in Nakonečný, 2009, s. 261-262) uvádí kritéria pohotovosti vytváření postojů takto:

- postoj zahrnuje vztah k subjektu – vytváří se vždy ve vztahu k subjektivně významnému stimulu

- postoje se vytváří k objektům, které mohou, ale nemusí mít primárně motivační charakter
- postoje mají afektivní vlastnosti různého stupně, vytváří se ve vztahu k hodnotám či normám jedince.

Mezi základní **charakteristiky postoje** patří podle Krech, Crutchfield a Ballacheye (1968, s. 253-257):

- extrémnost – postoj může být zcela pozitivní či negativní
- multiplexita postoje – postoj může být jednoduchý nebo mnohotvárný, založený na jedné informaci nebo více, jednoduché postoje lze snadněji přepólovat
- konzistence – vyjadřuje vnitřní vyrovnanost složek postoje
- interkoherence – vyjadřuje vzájemnou spojitost postojů, mohou být na sobě různě závislé
- konsonance v seskupení – zde se jedná o shodnost, jednotu, opak disonance
- centrálnost vztažných hodnot – centrální postoj zaujímá jedinec vůči objektům, jež mají pro něj velký význam (hodnotu)
- síla a množství uspokojených potřeb – postoje uspokojují potřeby, čím více jich uspokojí, tím stabilnější postoj je, souvisí s osobností jedince.

Pokusit se o **změnu postojů** je možné na základě některých vlivů. Jednou z možností je práce s informacemi. H. C. Triandis (in Nakonečný, 2009, s. 268-269) upozorňuje na následující vlastnosti informací, jež mohou ovlivnit změnu postoje:

- věrohodnost zdroje informace
- atraktivita zdroje informace
- moc zdroje informace
- styl, struktura a obsah informace.

Výrost a Slaměník (2008, s. 138-140) k tomu dodává ještě další faktory:

- zdroj přesvědčující informace
- informační kanál – media, osobní zkušenost, pasivní informace
- faktory na straně příjemce – psychické charakteristiky, psychický stav, pohlaví.

Proces změny postoje se odehrává podle Muellera a Thomase (in Nakonečný, 2009, s. 269) prostřednictvím těchto kroků:

- prolomení hodnotové struktury – pokořování jedince až začne pochybovat o svém dosavadním smýšlení
- vytvoření motivace pro přijetí nového hodnocení (mučení, ...)
- cvičení nového postoje – jestliže se zničí identita jedince je schopen přijmout vše, co se mu nabídne; opakováním se nové udržuje.

Krech, Crutchfield a Ballacheye (1968, s. 309) k tomu připomíná, že změna závisí na charakteristikách systému postojů a příslušnosti jedince ke skupině. Modifikaci postoje tak lze uskutečnit pomocí podávání informací, změny příslušnosti ke skupině, vynucené úpravy chování a prostřednictvím změny osobnosti.

Za zvláštní druhy postojů lze považovat předsudky a stereotypy.

1.3 Vymezení předsudků

Novák popisuje předsudek jako „iracionálně založený postoj nebo postoj afektivně zvýrazněný. Součástí předsudků je averze a hostilita, někdy to ale mohou být pocity právě opačného rázu“ (Novák, 2002, s. 8).

Podle Hayesové (1998, s. 121) „představují předsudky formu agrese systematicky zaměřené proti určité etnické či kulturní skupině. Předsudek je tak fixovaný, předem zformovaný postoj k nějakému objektu, projevující se bez ohledu na individualitu nebo povahu tohoto objektu“.

Allport chápe předsudek jako „odvrácený nebo hostilní postoj vůči osobě, která náleží k určité skupině, jednoduše proto že náleží k této skupině, proto se předpokládá, že má závadné kvality připisované této skupině“ (in Novák, 2002, s. 9).

Hawstone a Stroebe (2006, s. 536) definují předsudek jako „hanlivý postoj či soubor postojů ke všem či většině členů nějaké skupiny“.

Krech, Crutchfield a Ballacheye (1968, s. 251) vidí předsudek jako „Nepříznivý postoj k předmětu. Tento postoj má tendenci k vysoké stereotypnosti, k emocionálnímu náboji a nemění se lehce pod vlivem opačné informace“.

Za hlavní znak předsudků lze považovat silnou emoční „akcentaci postoje“. Jako takové jsou velmi odolné vůči změnám. Kognitivní komponentu předsudků H. W. Bierhoff označuje jako stereotyp. Samy předsudky jsou zvláštním druhem postojů. Jsou něco předem vytvořeného a převzatého. Mají pejorativní význam, protože jsou obvykle, ale ne správně, spojovány s negativními a neodůvodněnými postoji. Nakonečný sám dále

popisuje, že ignorují objektivní a relevantní kritéria usuzování, jejich předmětem může být prakticky cokoliv (in Nakonečný, 2009, s. 276-277).

Jedinec své předsudky nebere na vědomí, poskytují mu možnost alternativy při posuzování druhých. Výsledek zhodnocení druhého člověka je dopředu jasný a určený nějakou vlastností druhého. Předsudky lze rozlišovat na pozitivní a negativní. Pozitivní postoj může vést k preferenci a sympatiím k určité společnosti. Extrémně negativní postoj vůči skupině může vyústit až v praktiky známé z druhé světové války (Hayesová, 1998, s. 121).

Allport (2004, s. 41) chápe předsudky jako „antipatie založené na chybných a nepružných generalizacích“. Tyto nesympatie lze pouze pociťovat nebo otevřeně vyjádřit. Antipatie může být vyjádřena proti skupině jako celku nebo proti jedinci, jelikož je příslušníkem této skupiny. Předsudky se mohou promítat do celé řady projevů: vyhýbání se, osočování, diskriminace, animozita, fyzické napadání až vraždění (Allport, s. 46-47).

Hayesová (1998, s. 126) dále uvádí tři kognitivní mechanismy, jež se uplatňují při formování předsudků:

- kategorizace – způsob jakým klasifikujeme informace, potom obzvláště proces stereotypizace, který hraje velkou roli ve vývoji předsudků
- asimilace – způsob jak se učíme hodnotit (např. pomocí slov, dobrý, špatný, sympatický, nesympatický - jako by podobné soudy byly skutečné a neměnné) a použití těchto soudů při kategorizaci
- hledání koherence – pokusy vysvětlit či ospravedlnit vlastní myšlenky a postoje.

Lidé se snaží dávat svým zkušenostem smysl. Způsob vysvětlování událostí, který určitý člověk používá, je rozhodující pro utváření předsudků.

Kognitivní vymezení předsudků má velice blízko k našemu pojetí stereotypů.

Principy etnických předsudků uvádí Bethlehem (in Hayesová, 1998, s. 126-127), ale domnívá se, že mohou platit pro všechny skupiny dotčené předsudky:

1. Existují dva druhy předsudků, které jsou ve vzájemné interakci. První má podklad v osobnosti. Druhý ve špatné informovanosti a potřebě minimalizovat kognitivní úsilí.
2. Když spolu soutěží dvě skupiny lidí nebo mezi nimi dojde ke konfliktu, stane se z diskriminace členů vnější skupiny oproti členům vnitřní skupiny společenská norma.
3. Čím méně informací o někom máme tím spíše se uchýlíme k stereotypům.
4. Postoje a stereotypy akceptované společností jsou známé naprosté většině jejich členů a výrazně ovlivňují jejich chování.

5. Předsudky mohou sami sebe naplnit a vytvořit si tak vlastní důkazy.
6. Kategorie lidí, proti níž jsou předsudky namířeny, se u různých skupin liší.
7. Předsudky přetrvávají dokud přetrvávají společenské normy a mění se zároveň se změnou společenské normy.
8. Inteligence, vzdělání a příslušnost ke společenské vrstvě negativně koreluje s předsudky.
9. Děti si osvojují předsudky od svých rodičů a příbuzných.
10. Děti rozlišují mezi etnickými skupinami již od útlého věku, ale teprve později si vytvářejí stále postoje a preference.

1.4 Význam a změna předsudků

Předsudky plní určitou **roli** v našem životě, podle Krecha, Crutchfielda, Ballacheye (1968, s. 216) mohou :

- ospravedlňovat patologické nepřátelství
- odůvodňovat kulturně nepřijatelné potřeby a chování ve službě kulturně přijatelných aspirací
- napomoci zvládnout potlačené potřeby
- odůvodňovat akty sobectví
- chránit proti ohrožení sebeúcty
- napomoci k bohatství
- poskytnout rozumné vysvětlení, proč člověk zůstává „chudý“
- sloužit k maskování potlačených impulsů chamtivosti, krutosti a jiných.

Myers (in Nakonečný, 2009, s. 278) považuje předsudky za normální jev, konkrétně se zmiňuje o stereotypech, tedy kognitivních zdrojích předsudků. Poukazuje zejména na vnímání podobnosti a odlišnosti, které se uplatňuje mezi jednotlivci, ale i mezi skupinami.

Vysvětlení pro předsudky je více, mohou mít mnoho společného s utvářením postojů. My si vybereme souhrn teorií předsudků, které vyčerpávajícím způsobem popisuje Novák (2002, s. 41-86):

- Samostatnou kapitolu představují teorie zabývající se **autoritářskou osobností** (Adorno, Sanford, Horneyová), které se věnujeme níže v rámci individuálních příčin ageismu.

- **Racionalizace.** Neboli vytváření pseudozdůvodnění předsudků, domnělého alibi, např. Romové kradou, ale i opačně, když Romům nedají práci, nezbude jim než krást. Někdy dochází ke zevšeobecňování zarážejícího charakteru.
- **Oko, do duše okno.** Někdy se stává, že výroky v různých titulcích se berou jako by byly shrnutím výsledků výzkumů i když jsou nepravdivé. Hodí se k ospravedlnění vlastního předsudku.
- **Kognitivní disonance.** Jev zavedený L. Festingrem, označující podvědomou tendenci člověka sladit postoje a chování. Chování, které je v rozporu s postoji člověka, utváří tlak vedoucí ke změně postojů. Existuje vrozená náchylnost k uchování si kognitivní konzistence, naopak nekonzistence vyvolává negativní pocity.
- **Teorie rovnováhy.** Naše poznání směřuje k harmonii, nerovnovážné systémy mají tendenci vyhledávat informace, které navodí opětovnou rovnováhu.

Zjednodušené a zkreslené vnímání skutečnosti.

- **Haló efekt** se projevuje náchylností hodnotit osobnost pod vlivem výrazného či nápadného jevu jeho chování, které je vnímáno. Pozornost strhne nějaká výrazná vlastnost. Odlišnosti skupiny jsou vždy nápadné, podle nich si lze udělat představu o celé skupině, tedy bez ohledu zda konkrétní jedinec tuto vlastnost také má.
- **Tradice.** Lépe hodnotíme ty s nimiž máme „tradičně“ dobré zkušenosti (např. policisté, jeptišky).
- **Figura a pozadí.** Vnímání se odehrává na základě figury a pozadí. Figura je vnímána jako kladná, na rozdíl od pozadí. Kdo je dobře upraven, stává se figurou tedy získává kladné hodnocení, pozadí splývá, vyvolává negativní hodnocení.
- **Vliv osobního vztahu k posuzovanému.** Je běžné, že preferujeme a nadhodnocujeme své příbuzné a blízké přátele (např. „byl to taky Novák“, „rodák, ze stejné školy“), ale i opačně.
- **Soukromá teorie osobnosti.** „Tloušťáci jsou dobrosrdeční“, „hubení jsou nervózní“, takových soukromých teorií existují hromady, i když nemají žádný objektivní důvod.
- **Obranné mechanismy.** Jsou nevědomé sebeklamy chránící osobnost jedince, umožňují co se týče předsudků, setrvat v klidu a pohodě svých předsudků a pomáhají odstranit nepříjemný pocit úzkosti. Mezi jednotlivé druhy patří

projekce, represe, regrese, identifikace, substituce, rezignace, bagatelizace, somatizace, izolace a únik.

Jak je vidět předsudky mohou vznikat pod vlivem mnoha faktorů a zkreslení, často ani nelze vlastního původce předsudku vypátrat, o tak složitý a mnohvrstevný děj se jedná.

Měnit předsudky je podobně jako u postojů složité, ale možné. Podle Hayesové (1998. s. 127) má redukce a změna předsudků pět podmínek:

- Kognitivní faktory (změna kognitivního rámce)
 - a. Zúčastnění musí mít rovnoprávné postavení.
 - b. Musí mít příležitost k osobnímu kontaktu.
 - c. Je nutný kontakt s nestereotypními jedinci.
- Společenské faktory (společenské normy a sociální identifikace)
 - d. Kontakt mezi skupinami musí být podporován společností.
 - e. Měla by existovat příležitost ke spolupráci.

1.5 Předsudky a diskriminace

Vztah **předsudků a diskriminace** je složitý a často provázaný.

Obecně pomáhají předsudky ospravedlnit, jak zjevnou tak skrytou formu diskriminace. Můžeme uvažovat o pozitivní diskriminaci i negativní diskriminaci. V podstatě ať se jedná o jakoukoliv formu (i když může danou skupinu zvýhodňovat), při hlubším rozboru pod tlakem předsudků její výhodnost klesá. (Novák, 2002, s. 37)

Yingera uvádí pět možností vztahu předsudků a diskriminace:

- Předsudky mohou existovat bez diskriminace.
- Možná je i diskriminace bez předsudků vůči dané skupině.
- Diskriminace může být příčinou předsudků.
- Předsudek může být příčinou diskriminace.
- Předsudky a diskriminace se mohou potencovat a s největší pravděpodobností se potencují (in Novák, 2002, s. 37).

1.6 Charakteristiky stereotypizace

Pojem stereotyp začal jako odborný pojem užívat Lippmann v roce 1922 a chápe ho jako „zkratkovitou představu o věcech, osobách, skupinách a institucích, přičemž tyto zkratkovité představy jsou připisovány všem jednotlivcům patřícím k dané skupině nebo třídě jevů“ (in Novák, 2002, s. 10).

Hayesová (1998, s. 147) definuje stereotyp jako „klasifikaci členů společenské skupiny jako by byli všichni stejní a jednání s příslušníky této skupiny jako by se nevyznačovali žádnými jinými než skupinovými charakteristikami.“

J. P. Leyens a J. P. Codola vidí stereotypy jako „skupinově sdílené implicitní teorie osobnosti o této nebo jiné skupině, týká se tak malých i velkých skupin“ (in Nakonečný 2009, s. 160).

Pojem stereotyp podle výše uvedených definic vyzdvihuje zejména shodné skupinové charakteristiky a stírání individuálních rozdílů. Stereotyp, ale ve svém významu může zahrnovat i kognitivní zkreslení, o kterém se řada autorů zmiňuje i v rámci předsudků. Stereotyp chápou jako kognitivní komponentu předsudků (např. Bierhoff, Hayesová a jiní). Dále se budeme věnovat podrobnějšímu vysvětlení stereotypizace.

Stereotypizace souvisí se **sociální kognicí**, tak se vytváří kompletní obraz jedince i skupiny, který není produktem vlastní zkušenosti, ale příslušnosti k určité skupině a je tedy přebírán jako hotový. Jedná se o druh předsudku o určité sociální kategorii, většinou pejorativní. Jsou to určité kategorie či schémata, používaná jako jakýsi filtr pomocí něhož se lidé zařazují do určité škatulky aniž si všimneme jejich skutečných kategorizací (Nakonečný, 2009, s. 142-143).

Vidovičová (2008, s. 122) daný jev popisuje takto: „Pomocí předem daných schémat hodnotíme a percipujeme svět. To, ale potlačuje komplexnost vnímání, vede to k zkreslení, zjednodušení a nadhodnocení jevu, osoby či události. Schéma si sami nevytváříme, ale sociálně sdílíme na základě socializace v rodině, škole a dalším sociálním okolí. Stereotypy jsou kombinací reality a našeho očekávání, vyjadřují hodnoty, názory a postoje.“

J. E. Alcock a D. W. Sadava (in Výrost, Slaměník, 2008, s. 190) spojují stereotypy s organizováním dojmů. Nic není stejné a nic nelze prožít dvakrát, ale existují podobnosti. Panovala by značná nejistota, kdyby byla každá situace vnímána jako jedinečná, existuje tedy tendence organizovat svět a kategorizovat události v něm podle znaků, například věk, pohlaví, rasa, atd.

Podle R. S. Feldmanna zjednodušování a organizování uskutečňují schémata, jež uspořádávají soubory informací uložené v paměti (in Výrost, Slaměník, 2008, s. 191).

Jde o spojování nových informací, s tím co již víme, tím zjednodušujeme velké množství údajů, které přijímáme. To také pomáhá interpretovat novou zkušenost a určuje to co si zapamatujeme. Schéma pro sociální skupiny se nazývá stereotyp. Vystihuje určitou vymezenou skupinu nebo kategorii lidí. Schémata jsou sdílená, to znamená, že se na nich

shodne více lidí a ti určují, které vlastnosti tato skupina má. Dokáží určit alespoň jeden identifikační znak, který je pro tuto skupinu společný. Autostereotyp se týká představ a mínění skupiny, jíž jsou jedinci sami příslušníky. Heterostereotyp, se váže k jiné sociální skupině a jejím členům. Chování členů naší skupiny je upřednostňováno, je vnímáno přívětivěji než chování lidí mimo skupinu. Schéma osoby poskytuje poznatky o typickém nebo specifickém jedinci. Tato schémata obsahují informace o osobnostních vlastnostech a jejich vzájemném propojení. V podobném významu se používá pojem implicitní teorie osobnosti (Výrost, Slaměník, 2008, s. 190-191).

Takto to pojímal už dříve i Allport. Lidské myšlení si musí vypomáhat kategorizací (generalizací), jakmile kategorie vzniknou, stanou se základem předčasného úsudku. Tomuto procesu se nelze vyhnout, závisí na něm uspořádaný život. Kategorizace tak formuje velká seskupení informací, jimiž se řídíme při každodenních odhadech situace. Kategorizace se přizpůsobuje seskupení, jak jen to jde. Proces kategorizace má několik důležitých charakteristik. Kategorie nám umožňuje rychle identifikovat příbuzný objekt. Kategorie dává všemu, co do ní patří jistou příchut', která pak vyvolá stejné představy a stejné emoce. Kategorie mohou být více či méně racionální (Allport, 2004, s. 51-53).

Ve skutečném životě se předsudky od stereotypů dají jen těžko rozpoznat a oddělit, většinou se vzájemně prolínají. Novák (2002, s. 11) upozorňuje na některé odlišnosti mezi nimi, stereotypy se týkají především:

- Iracionálně a afektivně založeného posuzování lidí, někdy i zvířat. V tomto jsou oproti předsudkům užší, ty se mohou týkat i politických, vědeckých, světových názorů.
- Skupiny. Ten, kdo hodnotí někoho jako příslušníka určité skupiny, nediferencuje.
- Slovního hodnocení. Předsudky svým vysoce afektivním nábojem více aktivizují k činnosti.
- Nemusí být negativní. Třeba Němci jsou známi jako pečliví, Italové jako temperamentní a podobně.

Výrost a Slaměník (1997, s. 411) upozorňuje na rozdíl mezi postojem a stereotypem. Postoj zahrnuje vztahový a afektivně hodnotící aspekt, stereotyp charakterizuje zejména kognitivní kategorie, tedy představa, obraz nebo mentální reprezentace jevu.

V návaznosti na problematiku postojů, předsudků a stereotypů se lze ještě zmínit o významu slova **mýtus**. Bochénki ho definuje jako „líčení o němž víme, že je nepravdivé, a jehož se přidržíme, jako by pravdivé bylo“ (in Novák 2002, s. 15).

V překladu toto řecké slovo znamená bájný příběh, pohádku, legendu či soustavu názorů. Mýty nesou kategorická tvrzení, poskytují jakousi jistotu v nejasném světě. Nabízí jednoduchá a jasná řešení, v situacích jež jsou někdy tak složité, že na ně jen s těžší najdeme jasnou odpověď. Mýty výše zmíněné konstrukty často podporují (Novák, 2002, s. 16).

Vytváření postojů, předsudků a stereotypů je pro člověka výhodné (v podstatě nezbytné), šetří čas a energii při orientaci ve světě, na druhou stranu však vede k celé řadě zkreslení a v určitých momentech může být i nebezpečné, hlavně pokud vytváří prostor pro diskriminaci.

V našem dalším textu budeme používat pojem postoj, stereotyp a předsudek jako synonyma. Diferenciace mezi nimi je někdy nejasná.

2 STÁŘÍ

V této kapitole se budeme věnovat období lidského vývoje - stáří a pokusíme se postihnout všechna důležitá specifika této části života.

2.1 Stáří a stárnutí

Prchlík (in Pokorná, 2010, s. 81) považuje stáří za plynulý pozvolný přirozeně zákonitý fyziologický proces, ve kterém dochází ke změnám v organismu i v psychice člověka.

Stáří je dle Vágnerové (2007, s. 299) poslední etapou života, fází, která bývá označována jako postvývojová, protože již byly realizovány všechny latentní schopnosti rozvoje. Přináší nadhled a moudrost, pocit naplnění, ale také úbytek energie a nezbytnou proměnu osobnosti směřující k jejímu konci. Je obdobím relativní svobody, ale i dobou kumulace nevyhnutelných ztrát ve všech oblastech.

Stáří je zvláštním obdobím vývoje zejména proto, že je posledním a uzavírá tak celou lidskou existenci.

Stárnutí lze definovat jakou „soubor změn ve struktuře a funkci organismu, které mají za následek jeho vyšší zranitelnost, úbytek schopností a výkonnosti, jež ústí až v terminální stadium a následně smrt“ (Langmeier, Krejčířová, 1998, s. 184).

Mühlpachr (2004, s. 22) vymezuje stárnutí jako zákonitý a druhově specifický celoživotní proces. Je individuální, jelikož v něm vládne značná interindividuální variabilita. Současně je to proces asynchronní, postihuje nerovnoměrně různé struktury a funkce organismu. Souvisí se stimulací, aktivitou a zatěžováním či poškozováním. Průběh je modulován také pozdními důsledky různých vlivů.

Stárnutí je postupně probíhající proces, který se projevuje změnami ve všech oblastech života jedince, tedy v psychické, fyzické i sociální rovině.

2.2 Vznik a průběh stárnutí

Co vlastně vede ke stárnutí lidí? Na to se snaží odpovědět celá řada odborníků. Současně s tím se hledá „lék“ na zpomalení stárnutí, což s sebou ale nese řadu etických otazníků, typu Věc Makropulos, zachycenou v dramatu Karla Čapka.

Teorie stárnutí přináší hypotézy o možných příčinách stárnutí lidského organismu. Například Pacovský a Heřmanová (1981, s. 65-72) rozdělují teorie stárnutí na:

- teorie vlivu vnějších faktorů (ekologické podmínky, bakterie, viry, radioaktivita)

- teorie vlivu vnitřních faktorů (genetický program, chyby při syntéze proteinů, metabolické změny, stárnutí kolagenových struktur)
- teorie poruchy integrace a organizace (biokybernetické a imunologické teorie).

Kalvach a Otová upozorňují na složitost stárnutí, které probíhá od úrovně molekulární přes buněčnou až k celostní. Nezapomínají na vlivy genetické, nahodilé ani vlivy životního prostředí, navíc počítají s adaptačními, obrannými i opačně patologickými mechanismy. Z nejvýznamnějších biologických mechanismů uvádí:

- evoluční vlivy - vývoj lidstva ovládají evoluční síly, tyto procesy vždy budou stanovovat délku života
- buněčné aspekty stárnutí (dělení a stárnutí buněk; telomery; regulace buněčného cyklu; apoptóza-buněčná smrt)
- molekulární aspekty stárnutí (volné radikály, jež obsahují škodlivý nepárový elektron; mutace genů; lipofuscin-hromadění pigmentu v buňkách s následkem jejich smrti; zhoršení signální kaskády v neuronech, jež regulují ionty vápníku; glykace-patologické spojení cukrů a bílkovin (in Kalvach, Zadák, Jirák, Zavázalová, Sucharda a kol., 2004, s. 67-89).

Tělesný a duševní úpadek bývá individuálně variabilní, podle většiny autorů se však odvíjí hlavně od genetických předpokladů a působení vnějších faktorů. Člověk má ve svém genetickém programu zakódován počátek stárnutí, jeho průběh a pravděpodobnou délku života, tzv. primární stárnutí. Skutečné tempo stárnutí, ale závisí na tlacích z vnějšku. Exogenní zátěž modifikuje fungování jednotlivých systémů, proto se časem na těle projeví vliv životního stylu, stravovacích návyků, zátěže či onemocnění. Výsledkem je tzv. sekundárně podmíněném stárnutí (Vágnerová, 2007, s. 311-312). Za maximální hranici života je obecně považován věk 125 let.

Pro lepší orientaci v tomto období slouží různé **periodizace stáří**. Nejčastěji se používá klasifikace světové zdravotnické organizace (WHO):

- 60 – 74 let rané stáří, tedy vyšší věk
- 75 – 89 let období vlastního stáří neboli sénia
- 90 let a více je považováno za dlouhověkost (in Špatenková, 2008, s. 14).

Naproti tomu například Vágnerová (2007) užívá rozdělení stáří pouze do dvou období a to na:

- rané stáří (60 až 75let), respektive od 60 roků třetí věk - postproduktivní

- pravé stáří (75 a více let), od 80 let takzvaný čtvrtý věk – fáze závislosti (první a druhý věk je rozdělen na neproduktivní a produktivní, která stadia zahrnuje si lze logicky odvodit).

Vnímání vlastního stáří je individuální záležitost. Někdo může mít věk stáří odpovídající, ale necítí se na něj. Medicína může být velkým pomocníkem, pomáhá zpomalit důsledky i projevy stárnutí, díky léčebným zákrokům. S tímto souhlasí Říčan (2004, s. 335) i Langmeier a Krejčířová (1998, s. 185), navíc upozorňují na nerovnoměrnost stárnutí, kdy často v jedné činnosti může výkon klesat, v jiné ale naopak zase stoupat.

V našem textu budeme hovořit o stáří od 60 roků života a označení senior, geront, starý člověk, starší, budeme používat jako synonyma.

2.3 Změny ve stáří

Období stáří charakterizuje celá řada změn. Jejich nástup je většinou pozvolný a plynule navazuje na předchozí vývojové období. Zachycené změny jsou spíše rázu involučního.

2.3.1 Tělesné změny

Jedná se, jak o známky fyziologického stárnutí, tak i o rozvoj celé řady chronických onemocnění, jimž věnujeme samostatnou kapitolu. Říčan (2004, s. 331) tvrdí, že biologická involuce dává životu všech lidí do jisté míry podobný ráz a všechny staví před podobnou nejistotu, bolest a bezmoc.

Tělesné změny zahrnují zejména biologickou stránku stárnutí organismu, typická je atrofie a involuce orgánů. Zpomaluje se látková výměna a syntéza bílkovin, mění se vzorce nukleových kyselin, také se snižuje spotřeba kyslíku. Klesá tělesná hmotnost v důsledku úbytku svalové hmoty a podkožního tuku. Kůže ztrácí elasticitu, je suchá a vráscitá, často se objevují pigmentové skvrny. Vlasy i ostatní tělesné ochlupení řídne, šediví a vypadává. Dochází k odvápnění kostí a tím se zvyšuje náchylnost k úrazům. Změnám podléhají také vnitřní orgány, zhoršuje se funkčnost srdce, plic, ledvin a jater. Snižuje se sekrece žláz s vnitřní sekrecí, činnost některých je zastavena úplně. Nervový systém je méně odolný vůči zátěžovým situacím. Zhoršují se smysly ve všech oblastech, to je hmat, chuť, čich, zrak i sluch (Juřeníková, Hůsková, Petrová, Tomanová, 1999, s. 205-206).

Viditelné známky stárnutí čítají změnu vzhledu a celé bytosti. Jedinec může ztratit své typické rysy. Také může ztloustnout nebo naopak zhubnout, shrbí se, stane se

vrásčitým, zešediví mu vlasy a podobně (Vágnerová, 2007, s. 314). Říčan (2004, s. 335-336) jde v popisu estetických negativ ještě dál: řídké, slabé vlasy nebo pleš; skvrnitá nečistá pokožka; zvadlý, vráskami zbrázděný obličej; ochablé tělo, vyhublé ruce; visící břicho a ňadra, kožní záhyby a tukové polštáře; skvrnky a drobné nádory po celém těle; vymizelá linie pasu; oteklé nebo hubené nohy apod. Na tomto místě otevřeně otvírá otázku stařecké ošklivosti a snaží se najít příčinu tohoto vnímání. Spatřuje ji v biologických a sexuálních instinktech lidí. Senioři se tak musí učit čelit stigmatům stáří a hledat v devastované krajině něco pěkného. Zároveň jim to, ale poskytuje možnost splnit jeden z úkolů (smyslů stáří): ukázat dalším generacím, jak důstojně stárnout, jak situaci zvládnout, jelikož stárnutí je úděl všech bez výjimky.

2.3.2 Tělesně nemocné stáří

Tato kapitola úzce souvisí s tělesnými změnami ve stáří. Nahromadění nepříznivých vlivů totiž vede k přibývání nemocných (Vágnerová, 2000, s. 448). Nemocným gerontům se věnujeme zvlášť, jelikož skupina seniorů, kterými se budeme výzkumně zabývat, patří právě do této kategorie.

Někteří senioři ve svém věku trpí jedním nebo dokonce více chronickými onemocněními. Mezi nejčastější **choroby** vyskytující se **ve stáří** patří poruchy pohybového aparátu (osteoporóza, artróza), kardiovaskulární onemocnění (ICHS, hypertenze, ikty), onkologická, oční, metabolická, gastrointestinální a respirační onemocnění. Tyto choroby mívají ve stáří specifický průběh (Topinková, 2005). Vágnerová k tomu ale dodává, že zdraví má ve stáří jinou dimenzi, důležitý je postoj k vlastním potížím, které jsou v tomto věku běžné. Stáří je spojeno s nutností přizpůsobit se svým možnostem a akceptovat omezení (Vágnerová, 2000, s. 449). S tím souhlasí i Špatenková (2008, s. 43): „Senioři vnímají své zdraví na základě každodenních požadavků, v kontextu kvality života a soběstačnosti. Výborné zdraví může znamenat: mám cukrovku, amputovanou dolní končetinu, špatně spím, ale jinak je to dobré, protože jsem schopný se o sebe postarat.“

Průběh chorob v tomto věku může být atypický. Častá je **polymorbidita**, tedy sdružování nemocí. A to buď bez kauzální souvislosti nebo dochází k příčinnému řetězení, kdy jedna vyvolá druhou, tzv. kaskádová reakce. Příkladem může být zlomenina krčku vedoucí k imobilizaci, vzniku dekubitů, komplikované flebotrombóze s následnou embolizací do plic. Také **klinický obraz** je **odlišný**. Někdy se nemoc manifestuje pouze mikrosymptomatologicky, tedy příznaky jsou vyjádřeny minimálně nebo vůbec

(u infekčních onemocnění chybí horečka, nemá ischemie myokardu). Nemoc se běžně projeví celou škálou příznaků, u geriatrických pacientů je to obvykle pouze jeden jediný příznak – monosymptomatologie. Nespecifičnost příznaku jako únava nebo nechutenství se objevuje u celé řady nemocí. Symptomy druhotného postižení, kdy na postižení určité oblasti reaguje jiný orgán či soustava, často je to mozek. Projevem infekce tak může být delirium. Atypická léková reakce ohrožuje pacienta nedostatečným nebo naopak zvýšeným účinkem léku. Prudké zhoršení stavu, které je způsobené malou funkční rezervou může vést až k úmrtí, někdy lze pozorovat „akcelerační fenomén“ – zestárnutí přímo před očima. Vysoký invalidizující potenciál nemoci znamená, že nemoc častěji vede ke ztrátě soběstačnosti. Sociální rozměr nemoci mění statut nemocného a má vliv i na okolí pacienta (rodina, pečující). **Stařecká křehkost**, tedy rizikovost této skupiny plynoucí z fyziologických změn stáří vede k ohrožení disabilitou (Topinková, 2005, s. 8-9). S tím souvisí i rozvoj geriatrických syndromů, který lze chápat buď jako synonymum jednotlivých typických geriatrických příznaků nebo jako složitější příznakové a problémové soubory s vnitřní logickou patogenetickou provázaností. Například lze uvést:

- syndrom hypomobility, dekontrace a svalové slabosti
- syndrom anorexie a malnutrice
- syndrom instability s pády
- syndrom inkontinence
- imobilizační syndrom
- syndrom kognitivního deficitu, poruch paměti a chování
- syndrom duálního smyslového deficitu
- syndrom zanedbávání, týrání a zneužívání starého člověka (elder abuse)
- syndrom terminální geriatrické deteriorace (Kalvach, Zadák, Jiráček, Zavázalová, Holmerová, Weber a kol., 2008, s. 142).

Přítomnost chorob, jejich dekompenzace nebo progresse může vyústit v **umístění** seniora **do nemocnice**. Anonymizující instituce vyvolává negativní pocity a aktivuje obranné mechanismy. Senior zažívá neosobní roli pacienta, kde se ztrácí jeho jedinečnost. Je mu poskytována pomoc, ne vždy v takové míře v jaké potřebuje. Mnohdy je považován za závislého, neschopného se samostatně rozhodnout. Jeho hospitalizace je však přechodná, což mu může dodávat naději na vyléčení, jeho zdraví se zlepší a on se zase vrátí domů na rozdíl od situace institucionalizace seniora (Vágnerová, 2007, s. 427).

2.3.3 Psychické změny

Psychické změny ve stáří postihují různým způsobem řadu níže zmíněných oblastí. Jedná se opět o přirozenou involuci, ta může ale vyústit až v duševní poruchu, jejich diferenciaci není vždy úplně jednoduchá. Chybou by však bylo, domnívat se, že součástí každého stáří je duševní patologie (Říčan, 2004, s. 337).

Celkově lze říci, že duševní činnost se ve stáří zpomaluje. Aktivita mozkových buněk je pomalejší. Starý člověk se rychleji vyčerpá a unaví při duševní i fyzické práci. Příčinou mohou být atrofie mozkové tkáně, k níž dochází díky zmenšování neuronů a redukci synaptických spojení. Mozek však v tomto období funguje komplexněji (Vágnerová, 2007, s. 316). Říčan (2004, s. 337) souhlasí se zpomalením psychické činnosti, doplňuje ale jako možnou příčinu, zvýšenou opatrnost gerontů. Také uvažuje o odlišných představách o stáří u různých generací.

Zhoršuje se **smyslové vnímání**, poruchy sluchu, zraku, čichu, hmatu i chuti jsou v tomto věku velice časté. Devadesát procent osob po šedesátém roce má problémy se zrakem, třicet procent se sluchem. Toto omezení s sebou nese ale další handicap, smyslové deficity zasahují do trávení volného času a koníčků (hudba, čtení knih i novin), také limitují mezilidské kontakty, což přináší pocity psychického dyskomfortu. Navíc hrozí mnohem větší riziko úrazů. Což potvrzují například statistiky pádů z oddělení geriatric - pády se zde vyskytují mnohem častěji než na jiných odděleních. Kompenzační pomůcky jako naslouchadla a brýle představují pro seniory velkou pomoc, pokud ji ovšem sami neodmítají (Langmeier, Krejčířová, 1998, s. 185).

Snižuje se pozornost a objevují se poruchy soustředění (Jedlička, 1991, s. 14).

Paměť také funguje trochu jinak, zhoršuje se zejména novopaměť, zatím co minulé události si člověk pamatuje dobře. Minulé je hodnoceno spíše pozitivně. Člověk podivuhodně lpí na tom čím byl, co měl, co vybudoval. Typická je neochota starších lidí cokoliv měnit ve své domácnosti (Langmeier, Krejčířová, 1998, s. 185-186). Vágnerová (2000, s. 453) dodává, že zhoršování paměti nezávisí pouze na biologických změnách, svou roli hraje i její trénink a vzdělávání.

Úbytek je u seniorů pozorován též v oblasti **inteligence**, podle řady studií se to ale týká pouze některých jejích částí. Vrozená část inteligence a zkušenosti získané, jak formální, tak neformální cestou, zůstávají během života stále stejné nebo stoupají. Naopak schopnosti jako učit se novému, přemýšlet ve stressu nebo přecházet z jednoho druhu myšlení k druhému - takzvaná flexibilita myšlení, se v pozdějším věku výrazně snižuje (Langmeier, Krejčířová, 1998, s. 186). Převažuje tendence k dogmatismu, rigidita

v přístupu k problémům i při jejich řešení. Typická je ulpívavost a rozvláčnost v uvažování. Rozvoj moudrosti jako vrcholu post formálního přístupu řešení problémů, se odvíjí od určité konstelace osobních vlastností, primární inteligence a zkušeností. Starý člověk tak dosáhne úrovně, kdy většinu možných životních situací zažil nebo viděl a ví jaké mají vyústění (Vágnerová, 2007, s. 329-331). Říčan (2004, s. 338) přináší hypotézy o možném vlivu nerozpoznaných či neléčených duševních nebo tělesných chorob na výkon v testech inteligence u gerontů, které by mohli alespoň částečně vyvrátit domněnky neodvratnosti poklesu inteligence ve stáří.

Kreativita je další oblastí poklesu i když se mohou objevit individuální rozdíly, které potvrzuje řada slavných osobností. Většinou však senioři dávají přednost rutině a stereotypu (Langmeier, Krejčířová, 1998, s.188)

Emoční prožívání se stává méně intenzivním, bezprostředním a nadšeným pro nové (Langmeier, Krejčířová, 1998, s. 186). Životní zkušenosti přináší lepší porozumění svým emocím. Stáří také doprovází lepší regulace emočních projevů. Negativní vliv na emoce má kumulace ztrát a zátěží (Vágnerová, 2000, s. 456).

Aktualita **potřeb ve stáří** se mění. Na začátku se projevuje většinou silná potřeba seberealizace formující se do snahy být užitečný pro druhé. Později hraje hlavní roli potřeba emočního zakotvení a přijetí blízkými lidmi. Ještě později přichází vzdalování se vnějšímu světu, zaujetí sebou samým a svými problémy (Langmeier, Krejčířová, 1998, s. 188). V dalších lidských potřebách dochází též ke změnám. Potřeba stimulace a otevřenost novým zkušenostem se snižuje. Potřeba intimity je významná i když může mít jinou podobu. Potřeba otevřené budoucnosti a naděje se mění a klade důraz na zachování soběstačnosti a sebeúcty (Vágnerová, 2007, s. 344-347). Potřeba smysluplného světa zůstává, pouze se modifikuje podle aktuální situace. Potřeba jistoty sociální role a pozice ve společnosti prochází řadou změn, ztráta pracovní role, odchod dětí, omezení společenské role a jiné. Potřebu identity a uznání vlastního já mohou narušit životní ztráty, onemocnění či sociální omezení (Klvetová, Dlabalová, 2008, s. 57-70)

Některé studie potvrdily, že dochází i ke **změnám osobnostních charakteristik** – akcentace některých vlastností (vzrůstá introverze a egoismus, mění se hodnotová orientace), s tímto pravděpodobně souvisí také snížení zájmu o okolí a netečnost. Klesají také adaptační schopnosti, geronti špatně snáší změny. Mají rádi svůj pořádek a každé další přizpůsobování pro ně může být traumatem (Jedlička a kol., 1983). Říčan ale připomíná, že důležitou roli hraje také to, že se většinou jedná o změny k horšímu (2004, s. 337).

Tento popis změn ve stáří je pouze obecné povahy a nelze zapomenout na to, že i mezi jedinci stejného věku mohou být velké rozdíly.

2.3.4 Psychicky nemocné stáří

Psychickou involuci mohou doprovázet duševní onemocnění, kterým se věnuje obor gerontopsychiatrie. Nejčastější z nich jsou psychogenní neurózy, psychosomatické poruchy, změny osobnosti, demence a deprese jako reakce na ztrátu či deprese endogenního původu (Říčan, 2004, s. 339-341). Špatenková (2008, s. 52-54) doplňuje drogovou interakci a deliria.

Neurózy psychického původu může vyprovokovat přílišná citlivost, zranitelnost, závislost i ztráty a stresy gerontů. Na místě je pak farmakologická nebo psychoterapeutická léčba. V pozadí těchto příznaků může stát i tělesné onemocnění. Ani léčba psychosomatických onemocnění není v tomto věku marná, je nutno se zaměřit na rozuzlení chronického konfliktu. Problémem poruch osobnosti je hlavně paranoia, hrozící hlavně lidem osamělým s kognitivním deficitem (Říčan, 2004, s. 339-340).

Demence jako narušení vyšších korových funkcí je globálním problémem stárnoucí populace. Riziko této nemoci je pětiprocentní u jedinců starších 65 let, s přibývajícím věkem však stoupá. Mezi nejběžnější formy patří atroficko-degenerativní typ, většinou Alzheimerova choroba a vaskulární typ s nejhojnějším zastoupením multiinfarktové demence (Bouček a kol., 2006, s. 9-11). Demenci provází, jak kognitivní změny, tak behaviorální a psychiatrické příznaky i poruchy soběstačnosti se všemi sociálními dopady (Holmerová, Jurášková, Zikmundová a kol., 2007, s. 84).

Depresi charakterizuje protrahovaný a zesílený afekt smutku. Jejich incidence roste s věkem a postihuje častěji ženy. Z etiologického hlediska hrají hlavní roli sociální faktory, somatická onemocnění a endogenní původci. Dobré léčebné výsledky přináší antidepressiva. U depresí by se nikdy nemělo zapomínat na zhodnocení rizika sebevraždy (Pacovský, Heřmanová, 1981, s. 140-141; Říčan, 2004, s. 341-342). Holmerová, Jurášková, Zikmundová a kol. (2007, s. 89) upozorňují na odlišný průběh deprese ve stáří. Pacienti často somatizují, jsou hypochondričtí a trpí poruchami spánku. Výskyt deprese u hospitalizovaných nebo institucionalizovaných seniorů (až 50 %) je výrazně vyšší než u starých žijících doma (asi 10-20 %).

Deliria vznikají jako nespecifická reakce mozku na různé škodliviny a projeví se akutním stavem zmatenosti. Příčinou mohou být hypoxie mozku, infekce, rozvrat vnitřního prostředí, farmaka a úrazy (Pacovský, Heřmanová, 1981, s. 137-138).

Špatenková (2008, s. 52-54) dodává ještě demenci jako predisponující faktor pro delirium a „drogovou“ interakci. Někteří senioři jsou závislí na malých dávkách léků, jejich vysazení pak může vyvolat závažný a život ohrožující stav.

Závěrem lze říci, že aktivní způsob života a trénink mozku zlepšuje tělesnou i psychickou pohodu ve stáří. Všem změnám samozřejmě předejít nelze, význam prevence a zdravého životního stylu však upřít nelze.

2.3.5 Psychosociální změny

Stagnace většiny psychosociálních kompetencí seniorů, tedy to proč se říká, že jsou nemoderní, zastaralí a podobně, se dá vysvětlit:

- Kohortovou příslušností. Lidé určité generace zažili určitý způsob vzdělání, obdobnou sociální zkušenost, podobné sociokulturní vlivy a makrosociální stresy.
- Individuálně specifickým životním stylem a návyky. Dovednosti, které si dříve osvojili, již nejsou potřebné a aktuální.
- Ke změnám mohou přispívat očekávání a postoje společnosti, vnucují staré populaci tyto postoje a tlačí je k určitým způsobům chování (Vágnerová, 2007, s. 317).

2.3.6 Změny v oblasti vztahů s lidmi

V oblasti sociálních vztahů dochází též k četným proměnám, některé vztahy ustupují do pozadí, jiné se zintenzivňují, další nově vznikají.

I v tomto věku jsou **citové vztahy** velice důležité, právě v tuto chvíli potřebuje člověk jistotu emočního zakotvení jako nikdy jindy. V rodině senioři v této době většinou zastávají nenahraditelnou roli prarodiče. Tuto roli intenzivně pozitivně prožívají, jsou velice reaktivní ve vztahu a hře s dětmi. Důležitou funkci mají v předávání rodinné historie a událostí z minulosti. Mohou jim poskytnout nové hodnoty a nakonec i svým odchodem z tohoto světa podávají důležité poselství. Umožňují pochopit realitu smrtelnosti a tím podporují vědomí vlastní smrti a zodpovědnější přístup k vlastnímu životu. Citový vztah manželů je většinou značně intenzivní, proto ztráta jednoho je velmi závažnou situací pro druhého (Langmeier, Krejčířová, 1998, s. 190). Vágnerová (2000, s. 483) dodává že, zaměřenost na vztahy s lidmi a snaha být v nich prospěšný a užitečný vyplývá z generativity stáří.

Odchod do důchodu je jedením z přechodových rituálů, který s sebou nese pocit ztráty výkonnosti a společenské užitečnosti. Uvádí seniora do nové situace na niž si musí

zvyknout a adaptovat. V tomto okamžiku nemá jasně vymezenou strukturu času a obecně platný smysl života. Na základě této změny se zužují sociální kontakty se spolupracovníky a tak se zvyšuje riziko izolace. Člověk je nucen přijmout novou roli důchodce a zvyknout si na ni. Může být ohrožena potřeba jistoty a bezpečí z důvodu změny ekonomické situace. Senioři jsou často nuceni šetřit a vzdát se řady prožitků. Odchod do důchodu ovlivní i manželství, někdy může ústít až ve výměnu rolí, tedy proměnu dominance v manželském vztahu. V rámci prodloužení doby trávené společně doma je třeba vytvořit nový životní program a překonat tzv. „ponorkovou nemoc“ (Vágnerová, 2007, s. 355-360). Říčan vidí klíčové problémy vstupu do důchodu dost podobně. Uvažuje o nutnosti přebudování vlastní identity. Těživý je i strach z budoucnosti, ať už finanční, tak náhle vzniklý nenaplněný prostor času. Pocit už „tam“ nebudu patřit vyvolává smutek. Větší prostor pro rodinné a přátelské vztahy může přinést vyhlídky příjemné i nepříjemné (Říčan, 2004, s. 345-350).

Ve stáří dochází ke stabilizaci **manželského vztahu** a většinou stoupá i manželská spokojenost. K tomuto přispívá omezení ostatních vztahů, dlouholeté společné zkušenosti, větší potřeba opory a jistoty, nadhled a důraz na pozitivní stránky soužití, odbourání touhy očekávat nějaké změny od partnera. Také dochází k vyrovnání se s genderovými rozdíly a harmonizaci mužského a ženského principu (Vágnerová, 2000, s. 473-482). Taková manželství bývají velmi šťastná, spojují je dlouholeté společné vzpomínky i prožité krize, manželé si dokonale rozumějí, přizpůsobili se navzájem. Navíc mohou, pokud zdraví dovolí, žít aktivní a společenský život. I když s přibývajícím věkem intenzita těchto činností klesá. Později se jejich tempo zpomaluje, vzájemná intimita a závislost se prohlubuje (Říčan, 2004, s. 351). V manželství obvykle setrvávají i lidé, kteří spokojení nejsou, ale naučili se spolu žít (Vágnerová, 2000, s. 473-482). Ve velmi nešťastných manželstvích se zklamání životem připisuje partnerovi. Objevuje se zde ponorková nemoc, komunikace vážně a ojediněle nejsou ani úvahy o rozvodu či přání si smrti partnera. Ovšem i v tomto věku se mohou vyskytnout dobré a špatné dny, láska i nenávisť, hádky a usmíření či boj a odlehčení (Říčan, 2004, s. 351).

Jak člověk stárne, četnost **sexuálních aktivit** obvykle klesá, ale intenzita sexuálního zájmu a schopností zůstávají zcela beze změny. Pokud je sexualita jednotlivce během života stálá, biologické změny spojené se stárnutím jsou méně výrazné a méně sexualitu ohrožují. Sexualita je více než jen běžný pohlavní styk. Je mnoho jiných forem intimního vyjadřování od držení se za ruce, líbání, masturbace až po orální sex. Sexualita v pozdějším věku je přijatelná a přirozená, pokračuje i v sedmdesáti letech a výše. „Sexuální

zdraví“ může mít záslužný podíl na celkovém zdraví staršího člověka (Jones, Fluharty in Tošnerová, 1998). Řada vývojových psychologií u nás, se sexualitě ve stáří věnuje pouze okrajově. Podává její vysvětlení pomocí jednoho odstavce, se slovy, že sexualita je možná, i když má klesající tendenci a dokládá se to statistickými údaji o sexu u seniorů (Langmeier, Krejčířová, 1998, s. 191). Naopak Říčan jako jeden z mála českých autorů, kritizuje zažitá stereotypy a představy asexuálního stáří. Detailně popisuje anatomii a funkci obou pohlavních aparátů a vyzdvihuje milostný život jako důležitou část lidského vztahu v každém věku (Říčan, 2004, s. 353-357).

Vztahy s dětmi a vnuky seniorům přináší nové podněty, umožňují jim zažívat pocity citové jistoty a potvrdit si svůj význam. Na základě identifikace s nimi spoluprožívají jejich úspěchy. Jejich vztahy prochází proměnou vzájemné závislosti od asymetrie k symetrii až k opětovnému vzniku asymetrie (Vágnerová, 2007, s. 384-394).

Institucionalizace jako změna domova přináší nové vztahy, ale i omezení starých. Často ji provází pocity spojené se ztrátou soukromí a zázemí, autonomie i dosavadního životního stylu. Někdy mohou být vnímány jako signál blížícího se konce a vyvolat tak pocity úzkosti a strachu. Navíc je nutné aktivovat adaptační mechanismy. Nastoupení do ústavní péče s sebou nese řadu problémů od zmíněného omezení sociálních kontaktů a zálib až po podporu nesoběstačnosti seniorů (Vágnerová, 2000, s. 495-502).

2.4 Vývojové úkoly stáří

Z hlediska psychologických teorií má stáří svůj specifický klíčový význam (Vágnerová, 2000, s. 444). Jako každé vývojové období i toto si nese svůj úkol ke splnění, ukončuje celé lidské žití, nutí lidi zamyslet se a důstojně uzavřít své bytí.

Podle **Eriksonova** pojetí vývoje, je úkolem tohoto stadia dosažení osobní integrity. Toho ovšem nelze dosáhnout bez návaznosti na předchozí život. *Integrita* je jeho smysluplným dovršením. Integrita je patrná u zralých lidí. Člověk by měl být smířený se vším, co prožil, samozřejmě dělal chyby, ale kdyby žil znovu nechtěl by nic jinak. Měl by být pravdivý sám k sobě. Charakteristická je moudrost, která vyplývá z celoživotní zkušenosti, jde o pochopení hodnot života i smrti. Opakem je *zoufalství* a následně strach ze smrti, bývá důsledkem prázdného života. Životní cesta byla nenaplněná, prázdná, ale již není možnost návratu a ani čas na nový začátek. Lhostejnost a znechucení ze života je jen zástěrkou pro zoufalství. Toto vrcholné stadium člověka je klíčové, nejen pro něho samotného, ale i pro okolí. Pomáhá svým blízkým, a to i svou smrtí, přijmout jejich vlastní smrtelnost a tím plnou odpovědnost za vlastní život (Erikson, 2002, s. 243-245).

Podmínky pro dosažení integrity shrnuje Říčan (2004, s. 380-381) do čtyř klíčových oblastí:

- Pravdivost k sobě samému, už nemá cenu něco předstírat, obrat k hodnotám a autenticitě
- Smíření, znamená přijetí života a reality, takové jaká je i když neodpovídá ideálům.
- Domov, místo kam jedinec patří a vždycky patřil. Kontinuita ve vztahu k minulosti osobnosti. To s čímž se nejlouběji sžil.
- Životní filozofie, moudrost na základě celoživotní zkušenosti.

C.G. Jung chápe stáří jako období *dokončení individuace*, tedy proces rozvoje osobnosti, kdy by mělo dojít k integraci a harmonizaci vědomých i nevědomých stránek osobnosti (přijetí stínu, rovnováha mezi ženským a mužským principem, moudrým starcem a velkou matkou). V průběhu stárnutí lidé více a více pozornosti věnují svému nevědomí a návratu ke kořenům. Očekávaná smrt je psychicky stejně důležitá jako narození (in Vágnerová, 2007, s. 301).

2.5 Terminální stadium a smrt

Pojem smrti s sebou nese dva významy. Zahrnuje přeměnu, kdy živý tvor ztrácí život, stává se mrtvým tělem, všechny životní projevy se nenávratně ztrácejí. Obvykle ale obsahuje i trvalý následek smrti, tedy ztrátu lidské existence (Říčan, 2004, s.366).

Smrt je nedílnou součástí života i když se to dnešní společnost snaží potlačit. Pro jedince nacházející se na sklonku života je důležité o ní mluvit se svými blízkými, jinak může být frustrován. Umírání patří k intimním okamžikům života. Umírající většinou chce strávit poslední chvíle mezi lidmi, které má rád, ne být osamocen. Což může být v době institucionalizace smrti problém (Langmeier, Krejčířová, 1998, s. 196).

Senioři jsou se smrtí často konfrontováni, prostřednictvím úmrtí blízkých, známých, vrstevníků, sourozenců nebo dokonce partnera. Smrt je v tomto období reálnou záležitostí, ať už tuto skutečnost senioři akceptují nebo popírají.

Strach ze smrti ovlivňuje věk, pohlaví, osobnostní vlastnosti, obtíže nynějšího života, vyrovnanost s vlastním životem i stabilita hodnot. Objevuje se spíše strach z utrpení spojeného se smrtí než strach z ní samotné a hledání smyslu smrti. Smrt sociální by nikdy neměla předcházet smrti biologické. Je nutné saturovat potřebu jistoty a bezpečí, poskytnout podporu a pomoc, naslouchat. Senioři si potřebují zachovat sebeúctu a očekávají respekt jejich osobnosti a přání. S tím souvisí i přesah fyzické existence, často se

týká budoucnosti blízkých. Umírání lze chápat jako završení života. Podle Junga „vznikání a zanikání tvoří jednu a tutéž křivku. Smrt je stejně duševně důležitá jako narození a je stejně integrální součástí života“ (in Vágnerová, 2007, s. 239).

2.6 Demografické minimum

Demografické trendy české populace shrnuje Topinková (2005, s. 4) do následujících bodů:

- Stále klesá porodnost a snižuje se úmrtnost ve všech věkových skupinách.
- Prodlužuje se střední délka života. Průměrná střední délka života je v ČR u žen 80 let a mužů 74 roků (ČSÚ, 2010).
- Z výše uvedeného pramení zvyšování absolutního počtu seniorů i jejich procentuálního zastoupení v populaci.
- Trend populačního stárnutí bude v celém světě i v ČR pokračovat.

Popsané trendy zachycuje tabulka, která ukazuje vývoj zastoupení seniorské populace v ČR od historie do budoucnosti:

	1950	2000	2025	2050
Osoby nad 65 let	8,3 %	13,9 %	23,1 %	32,7 %
Osoby nad 80 let	1,0 %	2,5 %	5,3 %	9,5 %

Tabulka 1 Podle ÚZIS, 2002 in Topinková 2005, s. 4

V souvislosti s uvedenými údaji lze zmínit pojem **demografická panika**. Vidovičová (2008, s. 26) ji vysvětluje jako „zjednodušenou a emocionálně zabarvenou prezentaci dat o věkové skladbě společnosti, vedenou s cílem implementovat do veřejného mínění soubor partikulárních zájmů“. Demonstraci demografických předpovědí stárnutí populace nelze přehlédnout při prosazování nepopulárních opatření vlády .

Již v roce 1991 Jedlička (s. 171) popsal nové jevy v populaci, které se mají projevit už od roku 2000 :

- demografická prognóza stárnutí populace
- vzestup chronických onemocnění, invalidity, závislosti a nesoběstačnosti
- rizikové stáří
- stupající nároky a životní úroveň starých
- nedostatečná příprava na aktivní stáří
- přesun péče o staré do institucí

- problematika rodinné struktury až čtyř generační rodiny
- stoupající náklady na léčbu
- stoupající požadavky na sociální zabezpečení.

V současnosti můžeme již zpětně hodnotit jejich naplnění. S některými lze s jistotou souhlasit, u jiných byli předpoklady nepřiměřené. Praktické zkušenosti potvrzují setrvání velkého množství seniorů v domácím prostředí i péči rodinných příslušníků. Jurášková udává, že 80 % péče o nesoběstačné osoby vyššího věku zajišťuje rodina (in Papežová, 2009, s. 45). Podobné je to se závislostí a nesoběstačností seniorů.

3 AGEISMUS

Vzhledem k předsudkům o celkovém úpadku a zhoršené kvalitě života seniorů, tedy na základě zjednodušení a generalizace, jsou staří považováni za bezcenné nebo méněcenné, už od nich nikdo nečeká nic pozitivního a to je základem ageismu (Vágnerová, 2000, s. 443). Tedy tam, kde se objevují zkreslené postoje o stáří či starých lidí, mluvíme o ageismu.

3.1 Definice ageismu

Název vychází z anglického age, což v překladu znamená věk. Ageismus je potom společenský předsudek vůči stáří (Tošnerová, 2002, s. 6).

Pojem prvně zavedl Robert Butler, ředitel Národního institutu pro stárnutí v USA v roce 1969, uvažoval o něm jako o další formě fanatismu, podobně jako je rasismus a sexismus. Později ho definoval jako „proces systematické stereotypizace a diskriminace osob, protože jsou staré“ (in Palmore, 1999, s. 4). Palmore (1999, s. 45) také uvádí, že předsudky a diskriminace se mohou vyskytovat ve prospěch nebo proti této věkové skupině.

Thomson (in Vidovičová, 2008, s. 113) chápe ageismus jako sociální proces, skrze který negativní představy a postoje ke starším lidem, založené na charakteristikách stáří (vyššího věku) samotného, mají za následek diskriminaci.“

Vágnerová (2000, s. 443) vidí ageismus jako „obecně sdílené přesvědčení o nízké hodnotě a nekompetentnosti stáří a projevuje se podceňováním, odmítáním až odporem ke starým lidem.“

Podle Pokorné tento jev lze považovat za velice nebezpečný a diskriminující. Příslušníkům věkové skupiny (generace) jsou připisovány nejenom odlišné charakteristiky, ale i odlišná sociální a lidská hodnota (Pokorná, 2010, s. 69).

Vidovičová (2008, s. 113) shledává uvedené definice jako nedostatečné a navrhuje vlastní definici, kdy ageismus vidí jako: „Ideologii založenou na sdíleném přesvědčení o kvalitativní nerovnosti jednotlivých fází lidského životního cyklu, manifestovanou 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.

Palmore předsudky vůči starším rozděluje na negativní (pozitivní) stereotypy a negativní (pozitivní) postoje. Stereotypy jsou chybná nebo přehnaná přesvědčení o skupině

starších osob. Negativní (pozitivní) postoje jsou negativní (pozitivní) pocity o této skupině. Stereotypy jsou kognitivní a postoje jsou afektivní i když obě tendence spolu souvisí. Negativní (pozitivní) stereotypy obvykle vytváří negativní (pozitivní) postoje a negativní (pozitivní) postoje podporují negativní (pozitivní) stereotypy (Palmore, 1999, s. 19). Vše vysvětluje tabulka:

	negativní	negativní	pozitivní	pozitivní
předsudek	stereotypy	postoje	stereotyp	postoje
diskriminace	osobní	institucionální	osobní	institucionální

Tabulka 2 Stereotypy a postoje (Palmore, 1999, s. 19)

Osobně budeme pod pojmem ageismus vnímat veškeré postoje, předsudky a stereotypy vůči stáří a starým lidem i s jejich následky, tedy diskriminací.

3.2 Negativní ageismus

Negativní ageismus v sobě nese záporné postoje, které se týkají řady oblastí seniorského života. Tyto teze (oblasti) přináší alibi pro postoje a naopak, často se navzájem prolínají a vytváří bludný kruh, kdy jedno podporuje druhé a nelze zjistit, co bylo dřív.

Palmore (1999, s. 20-30) uvádí devět negativních předsudků, které jsou společností obecně přijímány i když skutečnost je jiná, oboje vychází z výzkumných studií.

Snad k nejčastějším předsudkům vůči starším lidem patří, že jsou **nemocní**, invalidní nebo je trápí špatné zdraví. Také panuje představa o nezbytnosti pobytu těchto lidí v institucích pro dlouhodobě nemocné a jejich potřebě náročnější akutní péče než u mladších lidí (Palmore, 1999, s. 20). *Skutečnost:* Většina starší populace (více než 85% starších 65 let) je dostatečně zdravá na to, aby se mohla zapojit do základních denních aktivit jako je jídlo, koupání či oblékání (Weiner a kol.). Jen 5% tvoří senioři v ústavní péči (Kahana). I když osoby starší 65 let trpí častěji (než mladší) chronickou nemocí, jež omezuje jejich činnost, starší zase méně často postihují nemoci akutní (Národní centrum pro zdravotnickou statistiku). Navíc mají méně zranění v domácnosti a méně dopravních nehod, to může být způsobené větší péčí o sebe a opatrností (Národní bezpečnostní rada). Z toho vyplývá, že vyšší míra chronických onemocnění je kompenzována „úsporami“ za léčbu akutních úrazů (in Palmore, 1999, s. 21).

Přesvědčení, že většina seniorů již nevede sexuální život, automaticky předpokládá jejich **impotenci**. Odmítá jak jejich sexuální aktivitu, tak sexuální fantazie. Ti kteří by případně sexuální touhy měli jsou považováni za morálně zvrácené nebo abnormální (Hammond; Starr). Často i lékaři připisují sexualitě ve stáří pouze malý význam (Butler).

Mnoho starších lidí tento postoj přijímá a za své touhy se stydí. To pak ovlivní prožívání přirozeného potěšení ze sexuální aktivity. Tento stereotyp může bránit vytváření nových partnerských vztahů v pozdějším věku a sňatkům vdov i vdovců (in Palmore, 1999, s.21). *Skutečnost:* Většina seniorů má nadále zájem i kapacitu pro sexuální život, uspokojivé sexuální vztahy pokračují často až do sedmdesáti a osmdesáti let (Masters a Johnson). Dokonce někteří ze starších se vyjádřili, že sex po šedesátce je lepší či více uspokojující, než v mládí. K důvodům lze přičíst zralejší vztahy, absenci rizika těhotenství, méně stresu z práce a výchovy dětí, více volného času (Starr a Werner in Palmore, 1999, s. 22). Podobné informace přináší i článek českých autorů Weisse a Zvěřiny: „Věk a sexuální aktivita obyvatel České republiky: výsledky národního výzkumu“. Výzkum byl prováděn v roce 1994 pomocí anonymního dotazníku, a to zvlášť pro ženy a zvlášť pro muže. Obsahoval 35 okruhů otázek týkajících se sexuálních zkušeností, znalostí a postojů. Vyšetřovaný soubor respondentů (1719 osob) byl tvořen 862 muži a 857 ženami. Počet osob se zachovalou potřebou sexuálního vybití nad 60 let je u mužů 47,9%, u žen 29%. Zastoupení jedinců masturbujících ve věku nad 60 let je 27,8% u mužů a 29,2% u žen. Jedinců v partnerském vztahu je u mužů nad 60 let 41,7% a u žen 61,5% (in Tošnerová, 1998).

Další stereotyp uvádí, že ke stáří patří **ošklivost**. Mnohé studie s použitím obrázků atraktivních a nezajímavých tváří zjistili, že existuje významný vztah mezi nimi a věkem (Wernick a Manaster). S vnímáním vyššího věku souvisí neatraktivnost, krása je obvykle spojena s mládím. Mnoho lidí, zejména žen, má strach ze ztráty krásy s přibývajícím věkem (in Palmore, 1999, s. 22). *Skutečnost:* Některé kultury mají tendenci obdivovat charakteristiky stáří. Ošklivost je subjektivní hodnota, podléhá kulturním normám pro krásu a ošklivost.

Dalším všeobecně přijímaný předpoklad říká, že **mentální schopnosti** začínají od středního věku **klesat** a to zejména schopnost učit se a zapamatovat si nové. Pro starší lidi je pak téměř nemožné naučit se ovládat technologické novinky. Kognitivní úpadek (ztráta paměti, zmatenost, dezorientace) jsou tak nezbytnou součástí procesu stárnutí. *Skutečnost:* U většiny starších zůstávají zachovány jejich obvyklé duševní schopnosti. Je pravdou, že reakční doba má tendenci se zpomalovat, může tedy trvat poněkud déle, než se něco naučí. Nicméně, tyto rozdíly mezi staršími a mladší osobami, mohou souviset s jinými proměnnými (motivace, učební styl, nedostatek praxe, úroveň vzdělání). Většina studií dlouhodobé i krátkodobé paměti u seniorů neuvádí žádný zásadní pokles u významného procenta této populace (Kausler). Je jasné, že se může vyskytovat přibývání problémů

s pamětí, většina seniorů však nemá vážné poruchy paměti. A konečně je běžné, že řada starších lidí využívá počítač, komunikuje přes e-mail a surfuje na internetu (in Palmore, 1999, s. 23)

Podobný stereotyp jako předchozí, předpokládá „senilitu“ většiny starých osob. **Duševní nemoc** je tedy nevyhnutelná součást stáří, starší mají větší potíže s duševním zdravím než mladší. Někteří si dokonce myslí, že problémy jsou tak závažného charakteru, že senioři potřebují ochranné prostředí a mohou být nebezpeční sami sobě. Toto může vyústit až v sebenaplňující prorocství, v němž představa nevyhnutelné a neléčitelné duševní poruchy, vede k jejich nedostatečné prevenci a léčbě. *Skutečnost:* Většina starších nejsou senilní a duševní onemocnění není nevyhnutelnou či nevléčitelnou skutečností. Jen asi 3 procenta osob ve věku 65 let a více jsou v ústavní péči pro duševní poruchu (Kahana). Méně než 10 procent má významnou nebo těžkou poruchu, dalších 10% až 32% má mírné až středně těžké mentální obtíže, ale většinu z nich nijak zásadně neomezují (Gurland). Ve skutečnosti duševními chorobami trpí více mladších jedinců než starších (Myers, Weissman a další in Palmore, 1999, s. 24).

Kvůli přesvědčení, že lidé nad 65 let jsou fyzicky nebo duševně nemocní, nemůže většina z nich pokračovat v práci, tudíž jsou **nepotřební a zbyteční**. Často je jejich práce vnímána jako neproduktivní. *Skutečnost:* Většina starších pracovníků může fungovat stejně efektivně jako mladší pracovníci. Studie zaměstnaných starších lidí ve skutečném provozu ukazují, že podávají srovnatelné výsledky ne-li lepší. Jsou spolehlivější, mají méně nehod a absencí. Pokud práci chtějí, jsou schopni si ji i v tomto věku opatřit.

Tento postoj shrnuje, že většina starých lidí je společensky **izolovaná a osamělá**. Uvádí, že staří lidé žijí většinou sami a samota představuje velmi vážný problém jejich populace. *Skutečnost:* Většina starších není společensky izolovaných, povětšinou žijí se svými životními partnery nebo rodinami (Coward, Necer). Jen asi 4% starších jsou extrémně izolovaní (Kahana). Většina starších může příbuzné snadno navštívit a kontakty mezi nimi jsou poměrně frekventované. Většina studií připouští pokles společenských aktivit s věkem, ale celkový počet osob v sociální síti zůstává stabilní (in Palmore, 1999, s. 25).

Názory na ekonomické postavení starších se pohybuje od těch, co se domnívají, že většina starších jsou **chudí**, až po ty kdo si myslí, že důchodci patří k bohatým či dobře zajištěným skupinám. *Skutečnost:* U nás patří k nejchudším ženy samoživitelky starající se o děti. (Tošnerová, 2002, s. 9)

Protože mnozí věří, že typický starý člověk je senilní, nemocný, bezmocný, osamělý, žijící v chudobě, musí být logicky nešťastný, tedy i **depressivní**. Lidé očekávají, že stáří bude smutné. *Skutečnost*: Těžší deprese se vyskytují dokonce častěji v mladším věku než ve starším, nepočítáme-li období smutku související s truchlením. Většina starších jsou relativně šťastní po většinu života. Pouze jedna čtvrtina starších uvádí stáří jako nejchmurnější část života, jinak ho považují za stejně šťastné jako předchozí část života. Naproti tomu Tošnerová (2002, s. 9) udává, že deprese patří mezi nejběžnější duševní onemocnění seniorské populace.

Tošnerová (2002, s. 7) zmiňuje „svých“ šest nejčastějších nekritických představ o stáří:

- Staří lidé jsou všichni stejní.
- Staří žijí pouze v rozvinutých zemích.
- Staří mužů a žen je stejné.
- Staří nemají společnosti čím přispět.
- Staří je křehké a potřebuje péči.
- Staří je ekonomickou zátěží společnosti.

Populární kniha o úspěšném stárnutí Rowe a Kahn (in Palmore, 1999, s. 28-29) uvádí šest „nejznámějších mýtů o stárnutí.“ Tyto mýty jsou podobné zmíněným stereotypům dle Palmora (1999):

- „Kdo je starý je nemocný.“ Podobné jako první stereotyp „Nemoc“.
- „Starého psa novým kouskům nenaučíš.“ Identické se stereotypem duševní úpadek.
- „Kůň je mimo stáj.“ Mýtus, o tom že ve stáří je příliš pozdě na to začít s něčím novým. Například s úsilím ke snížení rizika onemocnění a podpoře zdraví. Jsou důkazy, že nikdy není pozdě začít se zdravým životním stylem
- „Tajemství úspěšného stárnutí je dobře si zvolit rodiče.“ Vliv dědičnosti na stárnutí je nepopíratelný, týká se však genetických chorob, které mohou zkrátit život (vysoký cholesterol nebo rakovina). V dalších oblastech je vliv životního prostředí a životního stylu důležitější než genetické faktory.
- „Světlo může svítit dál, ale napětí je nízké.“ To znamená představu, že staří jsou bezpohlavní a bez zájmu o sex.

- „Starší neutáhnou vlastní váhu.“ Předpoklad neproduktivity staří a s tím spojená diskriminace v zaměstnání, přitom už bylo zmíněno, že většina starších se angažují v placené nebo dobrovolné pracovní činnosti.

Mylným představám o staří se věnují i jiní čeští autoři, podle Haškovcové (1989, s. 57) lze některé falešné představy o seniorské populaci, které ještě nebyly zmíněny, shrnout do následujících tvrzení:

- Mýtus falešných představ – představa o tom, že existuje přímá úměra mezi množstvím finančních prostředků a spokojeností starých.
- Mýtus zjednodušené demografie – přesvědčení, že se jedinec stane starým v den odchodu do důchodu.
- Mýtus homogenity – staří všech lidí je stejné.
- Mýtus neužitečného času – devalvace staří na čas nic nedělání.
- Mýtus ignorace – senior (důchodce) není rovnoprávným partnerem, je možné ho přehlížet a nerespektovat.
- Mýtus schematismu a automatizace – staří už nepřemýšlí, pouze na základě prožitých let automaticky fungují.

3.3 Pozitivní ageismus

Mnohem méně pozornosti je věnováno pozitivnímu ageismu, i ten ale existuje. Můžeme nalézt pozitivní stereotypy o staří i velký počet jedinců, kteří zaujímají obecně pozitivní postoje ke starším. Podle výzkumu Vidovičové a Rabušice (2003, s. 14) lze konstatovat, že postoje české populace vůči starším jsou vesměs pozitivní. Celkově pohlíží na starého člověka jako na moudrého, zkušeného, plného porozumění a zachovávajícího tradiční hodnoty.

Palmore (1999, s. 34-40) se jako ojedinělý věnuje i pozitivním předsudkům a uvádí je **Obraz laskavé** babičky nebo dědečka, rozmazlujících prarodičů věnujících se svým vnoučatům, poskytuje pohled na seniory jako na obecně přívětivé a velkorysé lidi. *Skutečnost:* Ve skutečnosti neexistuje žádný důkaz o tomto stereotypu. Méně starších ve srovnání s mladšími 65 let říká, že tráví „spoustu času“ starostí o rodinné příslušníky, zábavou s přáteli nebo dobrovolnou činností (Harris). A pokud by byli skutečně laskavější, daly by se předpokládat liberálnější postoje k lidskému chování, podpora sociální změny a zlepšení společnosti. Výzkumy však ukazují shovívavost a liberalismus spíše výjimečně a

pokud přeče, tak hlavně tam, kde plyne prospěch pro ně samotné (zdravotní péče) (in Palmore, 1999, s. 35).

Víra v to, že více let a více zkušeností přinese větší **moudrost**. Právě kvůli tomuto přesvědčení možná převažují starší v senátu, na prezidentských místech a jiných řídicích orgánech. *Skutečnost*: Zde je jen malý vědecký důkaz pro nebo proti tomuto stereotypu, jelikož nejsou vyvinuta platná a spolehlivá měření moudrosti (Baltes a Staudinger). Mnozí předpokládají, že zkušenosti mají tendenci ke zvýšení moudrosti, je to ale obecný a nevyzkoušený předpoklad. Oproti tomu stojí názor, že moudrost starších snižuje zastarávání znalostí, nepotřebnost již osvojených dovedností, stažení se z hlavního proudu dění a další (in Palmore, 1999, s. 35).

Pokud jsou starší pokládáni za laskavější a moudřejší, jsou často považováni za **spolehlivější** a důvěryhodnější. *Skutečnost*: Zde máme potvrzující důkazy. Starší jsou skutečně spolehlivější, mají méně absencí, nižších úrazovost, fluktuaci a pravděpodobně nižší výskyt alkoholismu a drogových závislostí. Samozřejmě mnoho seniorů se nevejde do tohoto stereotypu, proto zůstává stereotypem a ne faktem.

Myšlenku, že důchodci patří k bohatým či dobře zajištěným vrstvám společnosti, žijícím v **blahobytu**, odráží negativní komentáře vůči jejich sociálnímu zabezpečení a jiným výhodám důchodového věku. *Skutečnost*: Tento stereotyp není o moc pravdivější než ten, který tvrdí že žijí v chudobě. V České republice máme jistě „bohatší“ vrstvy.

Domněnka, že politická moc starších brání politikům uskutečnit potřebné reformy. Senioři tak tvoří významnou a vlivnou skupinu voličů, která hraje klíčovou roli v utváření vlády. *Skutečnost*: Starší obvykle nejdou volit jako blok, jejich potenciální **politická síla** je rozdrobená a tím oslabuje. Tento názor je ve velké míře tradován i v Česku, příkladem byla předvolební kampaň „Přemluv bábu, přemluv dědu!“, kde Marta Isovoá s Jiřím Mádlem vyzívali seniory k upuštění od sociálních jistot a tedy k volbě pravice.

Vzhledem k tomu, že jsou senioři v penzi a žijí si v „blahobytu“ mohou si zadarmo dělat co chtějí, kdy chtějí a jak si přejí. Není přesně vymezena jejich role ve společnosti, nevyskytuje se jasné strukturování činnosti či času starých, to jim dává **naprostou volnost a svobodu**. *Skutečnost*: Pravda, většina seniorů žije bez nutnosti vydělávat nebo vychovávat děti, nemohou si však dělat co chtějí. Zákony upravují formálně chování všech, nevyjímaje seniorů. Neformálně chování seniorů korigují normy a očekávání dané kultury. Musejí se přizpůsobit roli důchodce, naučit se hospodařit s financemi, mají pečovat o své zdraví, aby byli samostatní a schopni se o sebe postarat. Dále se

předpokládá, že vnoučata zahrnou pozorností a láskou. Nadále pokračuje jejich role rodičů a poskytují svým dětem pomoc hmotnou nebo podpůrnou.

Věčné mládí, fenomén dnešní doby. Pokud člověk používá krém proti vráskám, barví si vlasy, podstoupí chirurgické zákroky, užívá vitamíny a pravidelně cvičí, může tak zastavit proces stárnutí. Tento postoj podporují i media s hromadou reklam na tyto prostředky. V důsledku toho utrácí celá populace spoustu peněz za tyto služby. *Skutečnost:* Není možné stárnutí zabránit, pouze ho lze zpomalit, zejména nepříznivé vlivy jako nečinnost, kouření, slunění a obezita ho urychlují. Dlouhověkost se může zvýšit zdravým životním stylem, přesto však nejsou známy žádné chemické nebo jiné látky či aktivity, které by život prodloužily nad 125 let. Lidské tělo je naprogramované maximálně na tuto délku života.

Mýtus klidu, vyrovnanosti a pokoje. Vidina stárí jako času klidu a pohody. Opět médiu podporovaný obraz života seniorů. Pokud staří žijí v blahobytu, plní energie, svobodní a moudří musí být zaručeně **šťastní**. *Skutečnost:* Přestože jsou senioři spokojenější než mladší a trpí méně depresemi, nejsou bez starostí. Starosti se zaměstnáním jsou nahrazeny starostmi o finanční zajištění, obavy o malé děti nahradí obavy o velké děti a vnoučata.

Závěrem lze říci, že většina lidí má směs negativních a pozitivních postojů vůči starým lidem. Jen málokdo zaujímá převážně pozitivní či negativní postoje vůči věku. Příčiny ageismu je však nutné hledat ještě hlouběji. Popis pojetí mýtů, stereotypů a předsudků jednotlivých autorů dokládá pouze rozmanitost okruhů, kterých se může ageismus dotknout.

3.4 Příčiny ageismu

Proč vůbec vznikají postoje k seniorům, na základě čeho se vytváří? Lidské společnosti ke stárí zaujímalo v průběhu vývoje rozmanité postoje. Možné původce ageismu se pokusila odhalit řada autorů.

Vidovičová (2008, s. 120-143) se zaměřuje zejména na sociálně-strukturální podmínky, které mohou být zdroji ageismu nebo výrazně podporují jeho rozvoj. Rozděluje je na:

- demografické – skutečnost, že starých lidí přibývá

- věkové a strukturální nesoulady – asynchronie individuálního věku, důležitost věku, strukturální zpoždění a nevhodné sociální struktury, vyjadřuje přílišnou aktivitu vzhledem k věku
- věkový/generační konflikt – konflikt hodnot
- věková segregace – izolace seniorů od zbytku společnosti
- historická změna statusu stáří – snižující se sociální postavení starých lidí
- nevhodná paradigmatata stáří – negativní obraz stáří
- jazyk, media, populární kultura – pejorativní označení starších

Základní zdroje ageismu, které vedou k negativním stereotypům podle Traxlera z roku 1980 (in Tošnerová, 2002, s. 12-13) lze shrnout takto:

- strach ze smrti-stáří rovná se smrt
- důraz na mládí a fyzickou krásu
- produktivita těsně spjatá s ekonomickým potenciálem
- způsob jak je zjišťován skutečný stav společnosti vedoucí k ageismu-zkreslený pohled na stáří studované v institucích.

Pokorná (2010, s. 72) nabízí typologie ageismu dle zdrojů ageistických postojů a důsledků na chování:

- individuální – mikrosociální, týkající se jedince a jeho názorů
- mezosociální – na úrovni sociálních skupin, pečovatelských institucí a firem
- makrosociální – ve vztahu k legislativě.

Palmore (1999, s. 61-99) se příčinami ageismu zabývá vyčerpávajícím způsobem a velice detailně. Vnímá tři velké skupiny zdrojů ageismu: individuální, kulturní a sociální.

3.4.1 Individuální zdroje ageismu

Mezi individuální zdroje se řadí především strach ze smrti a stárnutí jako psychosomatického úpadku (v extrémní poloze gerontofobie), dále frustrace a agrese, ze které pramení hostilita vůči členům minoritních skupin, nebo autoritářská osobnost, u níž jsou předsudky manifestací nejistoty. Významným faktorem vzniku ageismu na individuální úrovni je selektivní vnímání (např. u profesionálního ageismu). Vzhledem k tomu, že stereotypy dotýkající se stáří mají silnou tendenci být akceptovány samotnými seniory, bývá ageismus prohlubován a replikován i skrze autostereotypy v duchu teorie sebenaplňujícího se proroctví (Vidovičová, 2007, s. 49).

Podle teorie **autoritářské osobnosti** jsou předsudky často projevem vlastní nejistoty, nedostatku sebevědomí, potlačovaných impulzů, víry, že náš život je stále v ohrožení a soutěživosti v mezilidských vztazích. Osobní vlastnosti, které podporují stereotypy zahrnují rigiditu názoru, netoleranci k nejasnostem, pseudovědecké až antivědecké postoje a lehkou ovlivnitelnost, přílišnou důvěřivost, nerealistické pohledy na to jak dosáhnout cíle. Autoritářská osobnost je také spojována s nízkou mírou vzdělání či inteligence (Christie a Cook) a s averzí či nedůvěrou k lidem (Sullivan a Adelson). Výzkumy zjistily, že čím více předsudků lidé mají, tím jsou více anomičtí, to znamená pesimističtí ohledně budoucnosti, cítí se bezmocní vůči silným sociálním skupinám, neschopní najít smysl života. Tyto pocity mohou vyústit v negativní pohled na stárání a stárnutí. Ačkoli teorie spojující autoritářskou osobnost s ageismem nebyla důkladně testována, existují důkazy o tom, že stejné rysy osobnosti, jež přispívají k rasismu, mohou mít vztah také k ageismu (in Palmore, 1999, s. 62).

Frustrující události často vyvolávají u jedinců nepřátelské impulsy a **agresivitu** (Simpson a Yinger). Nepřátelství mnohdy nemůže být přesměrováno na skutečný zdroj frustrace, v těchto situacích se může vytvořit hostilita proti některým menšinám. Členové menšiny jsou obviňováni a stávají se oběťmi generované frustrace. Diskriminující navíc hledají racionální důvody pro svoje činy (stereotypy). Tuto teorii potvrzují intenzivnější ageistické postoje v nižších sociálních vrstvách. Tyto lidi frustruje chudoba a nízká prestiž, proto důchodce znevažují. Považují je za bohaté s velkou politickou silou, pro ekonomiku nepřínosné (in Palmore, 1999, s. 63).

Psychologický fenomén **selektivní percepce** se uplatňuje zejména v utvrzování stávajících názorů. Máme sklon vidět, to co očekáváme. Tendence vnímat potvrzující důkazy a ignorovat ty vyvracející je obzvláště silná v případě ageistických stereotypů. Skutečný chronologický věk nám obvykle není znám, usuzujeme tedy z vlastností. (Palmore, 1999, s. 64).

Racionalizace je proces přidělování rozumového zdůvodnění naší činnosti (Novák, 2002, s. 80). V oblasti ageismu existuje mnoho racionalizací. Věková hranice k odchodu do důchodu může být racionalizována důvody zpomalení pracovního tempa, staromódností, neflexibilitou, i když hlavním důvodem je nahradit více placené (starší) pracovníky těmi méně placenými (mladšími) pracovníky. Umístění staršího příbuzného do ústavní péče může být vysvětlováno: „je to pro jejich vlastní dobro, poskytnou jim tam kvalitnější péči“, přitom si chtějí pečující odpočinout od břemene. Fixace starších pacientů na lůžku sestrami může být ospravedlňována poukazy na jejich bezpečnost, spíše než

přiznáním, že hlavním důvodem je snaha o redukci pozornosti, kterou musí věnovat jednomu pacientovi. Dalšími příklady by bylo mnoho (Palmore, 1999, s. 64).

Ignorance a nevědomost o skutečnostech týkajících se stárnutí, může rovněž přispět k rozvoji předsudků a diskriminaci vůči starším. Zvýšení informačního povědomí o stáří by tedy mělo vést ke snížení ageismu (Palmore, 1999, s. 65-66).

Gerontofobii lze definovat jako „nepřiměřený strach nebo iracionální nenávisť vůči starším lidem“ (Bunzel). Gerontofobie je silnější v moderní společnosti (oproti dřívějším společnostem), protože tady je smrt spojována se stářím. Úmrtnost se prudce zvyšuje v senu, dříve byla smrt rovnoměrněji rozvrstvena mezi mladé i staré, což podporuje **strach ze smrti**. Podobně stárnutí se lze obávat, protože se předpokládá, že každý rok je smrt blíže a blíže. (in Palmore, 1999, s. 66). Vidovičová a Rabušic (2005, s. 10) předpokládají, že zdrojem tohoto strachu je neznalost a nezáměr o proces biologického stárnutí. Informovanost tak může opět pomoci negativní pocity snížit.

3.4.2 Sociální vlivy

Sociální vlivy zahrnují modernizační teorii, referující o vlivu prudkého pokroku na seniory. Postihují historický a demografický vývoj. Dále se zabývají zastaráváním, konkurenceschopností, segregací, konfliktem hodnot, sebenaplňujícím proroctvím a osvětluje fenomén dvojitého ohrožení.

Modernizační teorie, tedy přechod k dnešní moderní průmyslové společnosti způsobil pokles statutu a prestiže starších. Devalvace vyplývá z mnoha skutečností. Snížení poměru narozených a zemřelých způsobuje vyšší podíl starých lidí v populaci a tím i zvyšování příspěvků na péči o staré. Zvýšené využívání technologií a automatizace snižuje poptávku po starších pracovnících. Rychle se měnící technologie a nové povolání, způsobují, že pracovní dovednosti starších pracovníků zastaraly. Zvyšování odchodu do důchodu snižuje příjem a sociální postavení starých. Vzdělání zaměřené na děti a prudké sociální změny způsobují, že vědomosti, které dříve přinášely starým prestiž, jsou dnes zastaralé. Urbanizace často nechává starší ve venkovských oblastech nebo okrajových částech měst, tím snižuje jejich postavení a prestiž. Tyto vlivy modernizace je třeba si uvědomit a redukovat je pomocí kultury a sociální struktury (Palmore 1999, s. 68-69). Vidovičová (2007, s. 55) navíc upozorňuje na to, jak bylo na staré pohlíženo dříve. V předindustriálních společnostech nebyli staří lidé tak početní jako dnes a společnost je uznávala jako experty na zdraví a dlouhověkost. V jejich zkušenosti byla viděna jakási

mystická znalost. V souvislosti s tím **historický vývoj společnosti** signalizuje spíše přechod od pozitivního ageismu k negativnímu.

Jedním ze zdrojů nepříznivého pojetí stáří může být prostý fakt, že starých lidí je „hodně“ (jak do počtu, tak do podílu) a stále jich přibývá, tedy **demografie**. Většina států zažívá tzv. babyboom kohort, silných ročníků narozených v období po druhé světové válce. Tyto kohorty, dnes čerství šedesátníci, budou v roce 2030 představovat historicky bezprecedentně vysoký podíl osob nad osmdesát let (Vidovičová, 2007, s. 49). Senioři se stanou velmi početnou skupinou a to jim umožní dát najevo své potřeby a požadovat řešení svých problémů. V souvislosti s tímto lze očekávat hrozbu generačních konfliktů a třídního boje ve smyslu skupin věkových ne socioekonomických (Chudacoff in Vidovičová, 2007, s. 50).

To co Vidovičová zahrnuje pod demografickou problematiku, Palmore (1999, s. 75-78) zařazuje do samostatné kapitoly. Mluví o soupeření mezi mladou a starou populací, nazývá to „mezigeneračním soubojem generací“, konkurenceschopností. Domnívá se, že zasáhne mnoho oblastí, nejzřetelněji se ale projeví v zaměstnanosti a veřejných financích.

Většina společností klade důraz na stálé reedukace a rekvalifikace svých zaměstnanců, aby zabránila jejich **zastarávání**. U starších pracovníků se však předpokládá, že již půjdou do důchodu a tak rekvalifikace není nutná nebo nestojí za to. Většina našich vzdělávacích systémů je zaměřena na mladší lidi, ačkoli některé vysoké školy, poskytují výuky i pro seniory (např. UPOL univerzita třetího věku). I když je to spíše výjimka než pravidlo. Všeobecně zanedbávání dalšího vzdělávání u starších pracovníků a důchodců podporuje jejich zastarávání. Zastarávání je tedy, jak příčinou tak výsledkem ageismu (Palmore, 1999, s. 78).

Hodnotový konflikt mezi starší a mladší generací způsobují rozdílné hodnoty i jiné společenské úkoly. Dalším důvodem je příslušnost k jiné kohortě, každý vyrůstá v jiné společenské éře. Tento fakt je příčinou toho, proč se říká, že senioři mají „staromódní“ názory (Palmore, 1999, s.79). Navíc podle Fonera (in Vidovičová, s. 52) nové ekonomické, sociální či politické trendy obvykle silněji zasahují mladší generace, které ještě nepřilnuly k ustanoveným vzorcům, jež má naopak starší generace silně zakotvené socializací. Avšak podle řady výzkumů prováděných na těchto dvou populacích, neexistují žádné velké nebo zásadní odlišnosti v hodnotách (Palmore, 1999, s. 80).

Věkovou segregaci můžeme popsat jako reálné či symbolické oddělení věkových skupin ve společnosti. Různé společnosti mají různé formy a důvody pro toto oddělování, jeho motivy mohou mít sociální či rituální charakter (Vidovičová, 2007, s. 53). Podle

Hagestadové a Uhlenberga rozděluje věkovou segregaci na prostorovou, institucionální a kulturní. *Prostorová segregace* na základě věku znamená nejen seniorské obytné komplexy či celá „městečka“, ale i domovy důchodců a léčebné ústavy. *Institucionální věková segregace* se objevuje tehdy, pokud určité sociální instituce, obsahují chronologický věk jako nezbytnou podmínku členství, nejčastěji se to objevuje v oblasti školství a práce. Poslední *věková kulturní segregace* se šíří prostřednictvím jazyka. Jazyk zde slouží k uchopení a vyzdvižení rozdílů mezi jednotlivými věkovými kategoriemi a vytváří tak distinkce mezi „my“ a „oni“. Formy této segregace jsou především symbolické (in Vidovičová, 2007, s. 54).

Sebenaplňující proroctví znamená, že určitý předpoklad se potvrdí jako skutečný, protože se vyskytne v reálu. Tento proces je obzvláště zákeřný, pokud tomu uvěří i sami diskriminovaní a chovají se tak, že tyto stereotypy potvrdí. Pokud lidé věří, že starší nemohou dělat žádnou fyzicky či psychicky náročnou aktivitu, přinutí je to odejít do důchodu a už nebude zájem starších pracovníků o práci (Palmore, 1999, s. 82). České průzkumy přináší podobné naplnění. Většina nepracujících důchodců uvádí hlavní důvody ekonomické neaktivity zdravotní potíže. Nejde však o objektivní nemožnost, ale spíše o subjektivní pocity (Pacovský, Hěřmanová, 1981, s. 43).

Hypotéza **dvojitého ohrožení** mluví o interakci předsudků týkajících se dvou menšin. Například kombinace ageismu a sexismu, nebo ageismu a rasismu (Down a Bebgton; Markides). Někomu se může zdát, že rozdíly mezi černými a bílými jsou větší ve stáří, než ve středním věku, nebo že rozdíly mezi staršími a mladšími jsou větší mezi černošky než mezi bílými. Sexismus předpokládá použití dvojího standardu, na muže a na ženy. Nejčastěji je to zachytitelné při hodnocení krásy, sexuality a kompetencí. Ženy obecně vnímáme jako krásné, atraktivní a schopné v mládí, u mužů je tomu naopak (in Palmore, 1999, s. 83).

3.4.3 Kulturní zdroje

Mezi kulturní zdroje patří faktory jako hodnotové systémy, jazyk, mediální kultura, humor, umění a literatura. Palmore do kulturních zdrojů řadí i fenomén „obviňování obětí“.

Kulturní hodnota může být definována jako širší víra či sentiment, který určuje některé činnosti, vztahy, pocity nebo cíle, důležité pro kulturní identitu či existenci ve společnosti (Broom a Selznick in Palmore, 1999, s. 87).

Williams produkoval klasický souhrn osmi velkých hodnotových orientací, pět má tendenci podporovat ageismus:

- Aktivní zvládnutí spíše než pasivní přijímání. Pokud jsou staří považováni za pasivní a přijímající, odklání se od této hodnotové orientace.
- Zaujetí vnějším světem raději než vnitřním. Vzhledem k tomu, že u starších je obvyklé zaujetí svými myšlenkami a minulostí (vzpomínání, psaní monografie, apod.) větší, odchyľují se od této hodnoty.
- Racionalismus spíše než tradicionalismus. Starší často lpí na tradici (tradiční hodnoty) a jsou konzervativní spíše než racionální (tedy orientováni na budoucnost a podněcující změnu), opět vidíme odklon.
- Univerzalismus raději než partikularismu. Senioři mají tendenci dávat přednost zvláštnímu zacházení než respektovat platnost všeobecných pravidel (např. rovnost před zákonem a to rovné příležitosti bez ohledu na pohlaví, rasu, atd.), tím se liší.
- Horizontální spíše než vertikální vztahy. Starší preferují vztahy s charakterem nadřízenost či podřízenost (např. děti, zaměstnavatel), spíše než na vztahy stejného druhu (např. sourozenci, kolegové), toto je další výchylka (in Palmore, 1999, s. 88).

Tyto odklony starších ze základní hodnotové orientace společnosti inklinují k podpoře předsudků a diskriminace. Odsouzení těchto odchylek je shrnuto v termínech jako staromódní či zpátečnický.

Pacovský a Heřmanová (1981, s. 33) se o ageismu zmiňují také ve vztahu ke společnosti. Image stáří, postoje ke starým lidem jsou produktem společenského dění a atmosféry (ekonomické, sociální, strukturální). Postoj společnosti ke stáří se vyvíjí a mění, z toho plyne sociální status a role starých a promítá se do jejich práv a požadavků.

Se zajímavými zjištěními přišel Palmore a Cherryová (2008) kteří uvádí, že lidé v mládí (18-39 let), střední dospělosti (40-57 let) a senioři (60 a více let) produkují velmi podobné ageistické chování. Domnívají se, že způsoby chování ke starým lidem jsou v kultuře tak zakořeněné, že se nemění ani v průběhu stárnutí jedince. Ageistické chování, tak může přetrvávat ve stejné frekvenci po celý život.

Vidovičová a Rabušic (2005, s. 11) mezi kulturní zdroje ageismu zahrnují také **strukturální posun**. Vysvětlují ho jako nesoulad tempa vývoje materiálních složek kultury (technologie) oproti nemateriálním složkám (sociální struktura).

Jazyk a slova používáme k identifikaci či označení osob nebo skupin. Vyvozování definic, konotace slov, synonyma, antonyma a kontext, ve kterém jsou slova používána často podporuje ageismus. Jazyk je mocným nástrojem, má své čestné místo v produkování ageismu (např. hanlivé pojmenování seniorů). Existuje mnoho důkazů, že náš jazyk ovlivňuje naše představy a spoluvytváří tak předsudky. Vidovičová s Rabušicem (2005, s. 20) ještě dodává, že oblast jazyka a komunikace může být zároveň zdrojem i místem prezentace ageismu. Také **humor, písně, literatura, noviny, televize a umění** má možnost a tedy i schopnost podporovat ageismus. Vzhledem k síle těchto kulturních prostředků je třeba upozornit na jejich význam (Palmore, 1999, s. 89-99). Význam medií v produkci ageismu souvisí zejména s četností a formou prezentace seniorů (Vidovičová, 2008). Vztah a postoj medií k seniorům, vnímají oni sami velmi citlivě a bolestně, jako jednu z forem špatného zacházení (Holmerová, Jurášková, Zikmundová a kol., 2009, s. 23).

Známa tendence majority **obviňovat menšinu** zahrnuje tvrzení, že si za své postavení může vlastně sama (Levin a Levin). Diskriminaci seniorské populace ospravedlňují negativní stereotypy, může se tak stát, že například rodina zneužívá či zanedbává staršího člena, protože ho považuje za senilního, ošklivého, nepříjemného a zbytečného. Svalování viny na oběť probíhá nevědomě, podobně jako racionalizace (in Palmore, 1999, s. 87).

3.5 Negativní a pozitivní diskriminace – oblasti ageismu

Proč je třeba věnovat pozornost těmto předsudkům? Protože většinou nezůstane pouze u nich, velká část z nich vyústí v diskriminaci seniorů. Znevýhodňování starších navazuje na negativní předsudky. Naopak diskriminace ve prospěch starších může být výsledkem pozitivní stereotypizace. A co je důvodem diskriminace starých lidí? Pokud někdo usoudí, že starší jsou moudří, bude spíše hlasovat při udělování postu soudce staršímu kandidátovi než mladšímu. Pokud třeba i odborník uvěří, že staří jsou vesměs nemocní a nesoběstační, bude bojovat za rozšiřování zařízení pro seniory a usilovat o jejich umístování sem. Uvedené příklady rozbíhají další bludný kruh, kdy jedno potencuje druhé.

Vidovičová s Rabušicem (2005, s. 12) uvádí, že ageismus můžeme sledovat a dokumentovat nejčastěji v těchto oblastech sociálního života: občanství, pracovní trh, důchodový systém, zdravotní péče, sociální péče, životní prostředí, média, jazyk, literatura, vtipy, vzdělání, věda.

Palmore (1999) shrnuje diskriminaci starších do pěti velkých oblastí (ekonomika, vládní politika, rodina, bydlení a zdravotní péče), kterým se budeme věnovat blíže.

3.5.1 Ekonomika, zaměstnanost

V této oblasti se **negativní diskriminace** dotýká přijímání do zaměstnání, podnikání, povinného odchodu do důchodu. I když existují zákony proti věkové diskriminaci, nadále je dle výzkumů běžnou praxí (Palmore, 1999, s. 119-127, s. 172-175). V naší republice též zachytíme odmítání seniorů jako plnohodnotné pracovní síly. Inzeráty nabízejí práci v mladém a dynamickém kolektivu. Pokud se omezení věkem neobjevuje, šance dostat se do dalších kol výběrového řízení je mizivá. Pracovníci na úřadech práce nevěnují příliš pozornosti starším nezaměstnaným, rekvalifikaci nepovažují za vhodné řešení jejich situace, proto ho raději ani nenabízí (Papežová, 2009, s. 45). Výzkumně tento fakt u nás potvrdila Vidovičová (2007, s. 114) nadpoloviční většina respondentů (64 %) věří, že v zaměstnání přinejmenším občas záleží na tom, kolik má člověk let. Věk hraje roli nejvíce tam, kde se rozhoduje o přijetí do zaměstnání, o propouštění, zda získá pracovník možnost dále se vzdělávat, ale i při udělování povýšení a zvyšování platu. Pacovský a Heřmanová (1981, s. 43-44) se domnívají, že je nutné přesvědčit širokou veřejnost o tom, že senioři pracovní činnost potřebují. Seniorská práce by se však měla odvíjet od individuálních pracovních schopností a hledat vhodné pracovní zařazení. Jako problém k řešení, vidí uvedení autoři, vztahy a názory ostatních pracovníků v kolektivu.

Pozitivní diskriminace se vztahuje k daňovým výhodám – odpočtům. Služby nebo zboží, poskytované zdarma či se slevou, jsou také běžné v obchodech, restauracích, divadle, dopravě i ve vzdělávacích institucích. Někdy lze zachytit i preference starších v zaměstnání. K dalším výhodám patří udělování povýšení starším nebo podržení pracovního místa v zaměstnání než dosáhne důchodového věku (Palmore, 1999, s. 172-175).

3.5.2 Vládní politika

Ačkoliv existuje řada antidiskriminačních zákonů, v Americe byly prokázány znaky **negativní diskriminace** téměř ve všech vládních programech. Například v oblasti komunitních center duševního zdraví, právních nebo sociálních službách. U zdravotní péče má vláda tendenci diskriminovat staré nejruznějšími způsoby. Tato forma diskriminace navíc postihuje starší populaci v celém jejím rozsahu, přičemž čím starší jedinec, tím více diskriminaci pociťuje (Palmore, 1999, s.31). V české politice jsou přijímána též

rozporuplná diskriminační rozhodnutí. Na jedné straně se věk pro odchod do důchodu stále prodlužuje, na straně druhé jsou půjčky na bydlení pouze pro osoby ve věku do 35 let. Podpora sociálních služeb z fondů EU nesměřuje k seniorům vůbec. Zaměstnanci v sociálních službách s obavami očekávají každé volby, jejichž výsledky přinášejí rozdílné částky přidělených dotací (Papežová, 2009, s. 47). Podle výzkumu Vidovičová a Rabušice (2005, s. 23-38) na české populaci je ageismus přítomen v celém cyklu zaměstnání i v pojetí důchodového systému. Potvrzuje se zde, že věková hranice odchodu do důchodu omezuje jak ty, kteří mohou a chtějí pracovat dále, tak i ty, jež z důvodu namáhavého a fyzicky či psychicky náročného zaměstnání nemohou opustit pracovní trh na základě svých potřeb.

Pozitivní politická diskriminace ve prospěch starších má dvě hlavní formy. První má podobu zvýhodňování zákonodárců, správních zaměstnanců a soudců ze strany voličů, ve prospěch starších kandidátů na úřad. Druhá forma odráží častou shovívavost soudů a policie při styku se staršími podezřelými nebo zločinci. Na základě stereotypu, že jsou v podstatě poctiví, že za svou vinu úplně nemohou a už asi ani dlouho žít nebudou, tak trest odnětí svobody by byl příliš tvrdý (Palmore, 1999, s. 43). Některé vládní programy směřují i k pozitivní diskriminaci, například odchod do důchodu v závislosti na počtu dětí, to ale znevýhodňuje bezdětné a muže, proto se také schyluje k zrušení tohoto nařízení.

3.5.3 Rodina

Dalo by se předpokládat, že právě rodina bude místem bez projevů **negativní diskriminace**, ale ani tato oblast se předsudkům nevyhne. I když jí je podstatně menší procento než v ostatních oblastech, objevují se nejrůznější formy znevýhodňování. Zneužívání a zanedbávání jsou ty nejtěžší z nich. Výskyt této varianty se odhaduje na tři procenta. Nejčastěji se rodina vůči svým starším příbuzným dopouští verbální agrese nebo fyzického násilí. Klasický obraz násilníka je životní partner, obvykle žena. Tabu přísně dodržované příbuznými zahrnuje sexualitu, navazování nových partnerských vztahů a uzavírání manželství v pozdním věku (Palmore, 1999, s. 135-139). Ony podoby domácího násilí uvádí Kalvach a Onderková (2006, s. 30-31) jako jakýkoliv druh psychického, fyzického, sociálního násilí, ekonomického nebo sexuálního zneužívání či jejich kombinace, nevhodné zacházení či zanedbávání. Přispívá k němu závažný zdravotní stav a nesoběstačnost na straně seniorů, anomální osobnost toho, kdo se o seniora stará, přetížení pečující rodiny, nedostatečná poučenost a podpůrná síť pečujících a častý nezáměr o problematiku i podcenění výskytu násilí na seniorech.

Pozitivní diskriminace. Sem patří zprávy o dětech, které obětovali svou kariéru a rodinný život pro péči o své staré rodiče (Palmore, 1999, s. 43)

3.5.4 Bydlení

Negativní diskriminace v oblasti bydlení zachycuje odlišný přístup realitních kanceláří, věřitelů nebo prodejců bytů k seniorské populaci. Kupříkladu v Americe panuje trend speciálního bydlení pro staré, známé důchodové komunity. Vysoká koncentrace starších se nachází v Kalifornii, Arizoně a na Floridě (Palmore, 1999, s. 81). Nevýhody lze spatřovat v podpoře pocitů izolace, deprivaci, segregaci a omezení interakce, vytěsnění stárnutí a poznatků o něm z běžného života. Architektura domů pro seniory rovná se vybavení pro tělesně postižené, což ale rozhodně není totéž. Nabízí se otázka zda je tato segregace dobrovolná nebo vynucená (otevřeně či skrytě) ostatními. Většina obyvatel důchodových komunit si však pochvaluje přátelské vztahy a vyšší morálku. Nicméně, všude přítomný ageismus ve společnosti může být nepřímá příčina tohoto odloučení. Starší lidé nachází přátele snadněji a jsou šťastnější ve věkově-segregovaných komunitách, třeba právě proto, že tam nejsou terčem ageistických postojů mladších generací (Palmore, 1999, s.140-144). V ČR podobnou formu představují odborné léčebné ústavy, domovy důchodců, domy s pečovatelskou službou a podobně. Sem se hromadně odsouvají staří lidé, jejich úroveň přítom není považována za nijak valnou, proto pro některé české autory je fungování v USA vzorem. Například Di Cara na jarní konferenci sester předkládala nesporné výhody důchodových komunit (2010, ústní sdělení). Tyto komunity sice podporují segregaci seniorů, nicméně vzhledem k českým možnostem představují mnohem přijatelnější alternativu. Zahraniční i domácí statistiky informují o vysokém procentu úmrtnosti během prvního půl roku od přijetí do trvalé ústavní péče. Hlavní úlohu při tom hraje zcela nové prostředí, špatné přizpůsobení, vysoký věk a chatrné zdraví (Pacovský a Heřmanová, 1981, s. 227).

Pozitivní diskriminace ve prospěch starších v oblasti bydlení vychází z vládních programů o bydlení a týká se nízkého nájemného a dotací na bydlení. Oddělené „věkové“ bydlení má jistě své nesporné výhody, přináší nižší míru kriminality vůči starším, snadný přístup k službám a potřebným zařízením (Palmore, 1999, s. 140-144).

3.5.5 Zdravotní péče

Negativní diskriminaci ve zdravotní péči se obtížně posuzuje. Panují rozdílné názory na přiměřenost péče o seniory. První, že čerpání peněz touto skupinou z pojišťoven

je obrovské. Druhý, že se jim nedostává odpovídající péče. K nedostatečné péči přispívá rozšířený názor (sdílený i jimi samotnými), že většina nemocí a zdravotních problémů jsou normální a nevratné (Palmore, 1999, s. 34). To však vede k podceňování některých chorob a smyslových dysfunkcí, ty nejsou rozpoznány jako důsledek nemoci a nejsou tak adekvátně léčeny (Vidovičová, 2007, s. 122). Na druhou stranu aktuální je i problematika nepřiměřeného prodlužování života či bránění smrti a kvalita péče o terminálně nemocné. Podle Vidovičové (2008, s. 177) se „zvýšené náklady začínají objevovat již od 40. až 50. roku věku a vrcholí kolem osmdesátky“. Pojišťovnam ale chybí informace o věkové diferenciaci nejdražších či nejčastěji předepisovaných léků nebo finanční náročnosti úkonů. Absence těchto analýz činí oprávněnost soudů o finanční náročnosti péče o starší pacienty diskutabilní (Vidovičová, 2007, s. 121). Vynaložené prostředky pojišťoven, sponzorů i odborných firem jistě ovlivní úroveň péče. A je pravdou, že do geriatrických oborů se peníze neinvestují. Tento obor jako takový je stále ještě podceňován a finančně podhodnocen i přes jeho náročnost. Téma „profesionálního“ ageismu ve zdravotně-sociální oblasti je podrobněji rozpracováno v poslední kapitole.

Pozitivní diskriminace, prostřednictvím poskytování benefitů starším zdravotní pojišťovnou ve formě výhod jako jsou rehabilitační programy, preventivní programy (očkování) a jiné. I když na druhou stranu i tyto benefity jsou limitovány věkem (např. mamografické vyšetření se provádí pouze od 45 do 69 let) (Vidovičová, 2007, s. 122).

Odmítání nebo preferování seniorů v určitých oblastech s sebou může nést četné výhody, je ale ageistické, protože je omezené pouze na tuto věkovou skupinu (Palmore, 1999, s.115).

3.6 Sebepojetí a ageismus

Již několikrát jsme se zmínili o skutečnosti, že pokud je jedinci „vnucována“ nějaká nálepka, jedinec ji může přijmout, aniž by vlastně sám chtěl a byl s ní identifikován. Pro může mluvit fenomén sebenaplňujícího prorocství nebo teorie labelingu. Jakým způsobem může tato identifikace ageistického postoje probíhat ukazuje Traxler. Fáze, kterými jedinec může procházet vypadají takto:

1. stádium: jedinec je ochoten přistoupit na přijetí nálepky, která vede ke ztrátě jeho dosavadní identity (role), přijímá oslovení důchodce, vdovec
2. stádium: nálepku přijímá za svou bez negativních pocitů, pokud je nálepka převážně pozitivní, pokud je negativní, tak dochází k rozvoji dalšího stadia

3. stádium: ztráta sebeúcty a přijetí negativních postojů okolní společnosti, přijetí závislé role nemocného neschopného jedince(in Tošnerová, 2002, s. 14).

3.7 Redukce ageismu

Eliminace ageismu je složitou záležitostí, odvíjí se od původců tohoto fenoménu. Snížení ageismu se může odehrávat prostřednictvím **změn osobnosti**. Prakticky nám pomáhá vzdělávání, propaganda a různé způsoby nabádání zaměřené přímo na jedince. Konkrétní způsoby, ale závisí na reálné situaci. **Změny struktury** uvažují o korekci ageismu v oblasti zaměstnávání, vládních programů, rodiny, bydlení a zdravotní péči ve vztahu k seniorům. **Strategie změny** úspěšně použité u rasismu a sexismu se zdají být vhodné i k tlumení ageismu. Vidovičová a Rabušic (2005, s. 46) v souvislosti s tím uvádí jako možnou metodu řešení „age mainstreaming“, tedy přijetí koncepce rovnosti bez ohledu na chronologický věk a její následné praktické užívání. Ať už se jedná o individuální akce či organizovaná opatření, klíčová je informovanost celé populace o stáří, jako běžné součásti života. Je třeba se zaměřit na eliminace vlastních akcí zvýrazňujících ageismus a vyhýbat se ageistické řeči nebo vtípkům. Vyplatí se také investovat čas do psaní dopisů editorům tiskovin a upozorňovat na projevy ageismu v médiích. Organizování akcí, sbírání a šíření informací o stáří, lobování za antiageistickou legislativu, právní akce, stávky, demonstrace jsou pouze namátkou vybrané formy odporu. Palmore vidí uvedené postupy jako účinné, doporučuje je a považuje za významné jejich uplatnění v praxi (1999, s. 155-200).

Jiní autoři většinou uvádí možnou redukci ageismu na základě změn struktury, tedy prezentují své podněty pro jednotlivé oblasti diskriminace.

Vidovičová a Rabušic (2005, s. 45-46) se věnují konkrétním návrhům pro ČR a vychází ze svých výzkumných zjištění. V oblasti postoje k věku jako sociální charakteristice navrhuje vytvoření inkluzivní společnosti, kde učení, práce a odpočinek nebudou závislé na věku a odstranění věkové bariéry všude tam, kde je to nutné a účelné. Význam vidí v podpoře mezigeneračního dialogu, celoživotního vzdělání a výzkumu v gerontologii a geriatrii. Na trhu práce podporují celoživotní vzdělání, adekvátní výběr pracovníků, zvýšení flexibility pracovního trhu, odměňování na základě výkonu ne věku, kompenzační techniky v práci a budování přátelských mezigeneračních kolektivů. V populární kultuře doporučují dbát na etiku při prezentaci v médiích, představovat objektivní image stáří a přirozenost stárnutí a redukovat demografickou paniku. Důležitá je výchova k životu jako uzavřenému cyklu, s důrazem na rodinné funkce a vazby.

Důchodový systém potřebuje celkově redefinovat svou koncepci, změnit přiznávání nároku na něj a neohraničovat možnost podílet se na pracovní činnosti. Pro oblast zdravotnictví zmiňují důslednou výchovu lékařů a ostatního zdravotnického personálu ve smyslu úcty k životu jako celku. Je nezbytné pracovat na rozvoji v lékařství, které by vedlo k rozšiřování kvality a dostupnosti péče a naučit se poznat kvalitu života ve stáří.

Obecnější doporučení přináší Holmerová, Jurášková, Zikmundová a kol. (2007, s. 23-25) a upozorňují na antidiskriminační body mezinárodního akčního plánu pro stárnutí. Plán pro stárnutí a stáří přijatý v roce 2002, zdůrazňuje potřebu aktivní účasti seniorů na životě i rozvoji společnosti a měl by platit pro celý svět. Zabývá se aspekty stárnoucí pracovní síly, jejich znalostmi a vzděláním. Považuje za nutné podávání přiměřeného mediálního obrazu seniorů, alespoň ve veřejnoprávních médiích. Vzdělání široké veřejnosti by se mělo zaměřit na skutečnosti související se stárnutím populace a to již od raného věku. Podpořit image stáří jako přirozeného procesu, jež se týká všech. Zvláštní pozornost věnovat vzdělání jedinců pracujícím nebo těm, co jsou v kontaktu s touto věkovou skupinou (sociálně-zdravotní péče, ekonomika, politika, náboženství, architektura.). Vzdělání, edukace, výcvik a výzkum seniorů poslouží k lepšímu porozumění stáří. Neodmyslitelné je udržení jejich integrace ve společnosti. Integrované komunitní bydlení na základě plánování měst a obcí by mělo zajistit dostupnost péče a služeb s ohledem na potřeby občanů. Ústavní péči lze realizovat až tehdy když není možné zůstat doma. Vše by mělo být bezpečné, přístupné a bezbariérové. Samozřejmostí je podpora péče v rodině a rodinných pečujících na všech úrovních. Prostředky osvěty tvoří informační, edukační a komunikační kampaně.

Při snaze o eliminaci předsudků o stáří a redukci ageismu je nutné dodržet a zajistit, již zmíněné podmínky pro změnu předsudků, příležitost k osobnímu kontaktu s nestereotypními jedinci, rovnoprávné postavení mezi nimi, podporu společností a příležitost ke spolupráci (Hayesová, 1998, s. 127). Stejně tak Palmore (1999, s. 171) klade důraz hlavně na rovné postavení mezi jednotlivými aktéry, nerovnost stereotypy posiluje. Za úspěšné považuje projekty založené na spolupráci, často cílené k podpoře mezigenerační interakce.

Pojmu ageismus, jeho charakteristikám a redukci je v České republice věnováno málo pozornosti, což dokazuje minimum dostupných publikací o této problematice. Otázkou zůstává, co je důvodem tak malého zájmu. Většina odborných materiálů však předkládá alespoň jeho stručnou definici. Lze předpokládat, že na základě iniciativy řady

organizací, projektů a kampaní bude v blízké budoucnosti jeho existence dostána do vědomí široké veřejnosti. K hlavním organizacím, které pracují na snížení ageismu patří Organizace AGE, Evropská platforma seniorů, Americká společnost stárnutí a jiné. U nás je to web www.ageismus.cz, www.pecujici.cz a www.mluvmeostari.cz. I tyto malé střípky mohou přinést své ovoce.

4 SYNDROM VYHOŘENÍ JAKO ZÁTĚŽ PROFESIONÁLŮ PEČUJÍCÍCH O SENIORY

Tuto kapitolu uvádíme proto, abychom upozornili na náročnost práce zdravotníků a její možné důsledky. Zejména pak syndrom vyhoření a ageismus ve zdravotnictví.

4.1 Syndrom vyhoření, definice

Pojem burn out byl uveden do literatury H. Freudenbergerem v roce 1975. Syndrom vyhoření je překladem anglického „burn out syndrome“, kde „burn out“ znamená „vypálit, vyhořet, vyhasnout, vyčerpat“. Zájem o tuto problematiku začal stoupat na přelomu 70. a 80. let (Baštecká a kol., 2003, s. 138).

Kebza a Šolcová (1998) v Československé psychologii uvádí následující shodné prvky burn out:

- jde především o stav duševní, prožitek vyčerpání
- vyskytuje se obzvláště u profesí, jejichž hlavní náplní práce je práce s lidmi a nebo jsou na jejich hodnocení závislí
- projevují se celou řadou symptomů - hlavně psychické a fyzické ale i sociální
- hlavní složkou vyhoření je celkové vyčerpání, kognitivní vyčerpání a také celková únava
- všechny tyto složky pramení z chronického stresu.

4.2 Syndrom vyhoření, příčiny

Vnitřní příčiny syndromu vyhoření

Křivohlavý (1998, s. 15-16) popisuje lidi nejvíce ohrožené syndromem vyhoření takto. Jsou to lidé velmi nadšení svou prací, kteří na sebe mají vysoké nároky, pracují na maximum (někdy i nad něj), patří mezi nejodpovědnější, nejnáročnější, nejproduktivnější. Tito lidé nesnesou porážku, nikdy se nevzdávají, jsou workholiky, neustále pracují, neumí odpočívat, neumí prohrávat. Často se setkávají s interpersonálními konflikty a v nich i figurují. Dále jsou to lidé, kteří vynaložili velké úsilí v něčem, ale byli neúspěšní a ti kteří více dávají než přijímají. Lidé s poruchami osobnosti, lidé příliš soupeřiví, s typem osobnosti A a podobně. Podle Henniga a Kellera (1996) se za příčiny spočívající v jedinci považuje vnější umístění vlivu, negativní myšlení, nedostatek smysluplnosti v životě jedince, nevhodné strategie používané ke zvládnutí stresu, nadměrné množství nepříznivých životních událostí, snížená odolnost vůči zátěži, nezdravý způsob života.

Vnější příčiny syndromu vyhoření

Z vnějších podmínek ke vzniku burn out přispívá dlouhodobý osobní styk a jednání s lidmi, často neúspěšné. Dlouho trvající pracovní přetěžování, mimořádné pracovní nároky, velké množství úkolů, časový stres, náročné situace (hlavně emocionálně náročné), velké množství úkolů, neuspokojení prioritních potřeb jedince, strohý pracovní režim, diktátorský režim a manipulace s lidmi (Křivohlavý, 1998, s. 18). Podle Vodáčkové (2002) krom těchto uvedených podmínek dále mohou k vyhoření vést nejasnost profesionální role, nedostatečné finanční ohodnocení, kritika pracovníka a jeho práce, absence ocenění.

Maslachová uvádí jako nejčastější činitele vedoucí k burn out u zdravotníků:

- Péče o pacienty – s ní spojená její kvantitativní i kvalitativní náročnost, zacházení s emočními reakcemi klientů, dotýkání se vlastních i obecně lidsky zranitelných míst (umírání).
- Nejednoznačnost a nezvladatelnost situací – léčebné výsledky a vývoj nemoci se nedají jednoznačně předvídat, zdravotník se dostává do nejednoznačných a náročných situací .
- Nedostatek sociální opory – hlavně od spolupracovníků a vedení (in Baštecká a kol., 2003, s. 140).

Podle Kocmanové (2005) je důležitou příčinou syndromu vyhoření nepříznivá atmosféra na pracovišti a to zejména ze strany nadřízených. Riziko je větší tam, kde se nadřízení nezajímají o psychický stav sester, málo je chváli a naopak hodně kritizují, nevidí oprávněnost požadavků sester, nehledají řešení, jež by vyhovovala oběma stranám. Také tam, kde dochází k častým nedorozuměním a sestry nemají dostatek informací o provozu pracoviště.

Podpořit vznik syndromu vyhoření u sester může také jejich postoj k profesi a důvod proč se toto povolání rozhodli vykonávat. Pokud se zdravotními sestrami stávají, proto aby své osobnosti dodali váhu prostřednictvím pomoci druhým, získali důležitost a smysl vlastní existence, tak tváří v tvář bolesti a utrpení velmi snadno vyhoří nebo začnou mít psychické nebo somatické potíže případně obojí. Pomáhající profese vyžadují člověka, který si ví rady se svým životem. (Šulistová, 2005)

4.3 Syndrom vyhoření, průběh

Hennig a Keller (1996, s. 17) uvádí průběh takto:

- Nadšení – pracovník má vysoké ideály, pracuje s velkým nasazením, jak pro organizaci, tak pro ty jimž pomáhá.
- Stagnace (uváznutí) – původní ideály se nedaří naplňovat, požadavky organizace i klientů ho obtěžují.
- Frustrace (zmaření) – zaměstnanec je svou prací zklamán, do práce chodí nerad.
- Apatie (netečnost) – zaměstnanec zaujímá vůči klientům nepřátelský postoj, dělá jen to nejnnutnější omezuje se na rutinní postupy, vyhýbá se aktivitám souvisejícím s prací.
- Syndrom vyhoření – pracovník dosáhl naprostého vyčerpání.

4.4 Projevy vyhoření u sester

Syndrom vyhoření se u zdravotních sester projevuje narůstajícími absencemi v práci, méně často a málo ochotně pečují o náročné a neperspektivní pacienty. Snižují se délka času stráveného s nemocnými, kontakt s nimi omezují na minimum, jen na nezbytné ošetrovatelské činnosti. Dochází k přesunu od kontaktu s pacienty k administrativní činnosti. Dochází k prodlužování odpočinkových přestávek. S pacientem je zacházeno jako s diagnózou. Sestry používají nejrůznější obranné postoje. Někdy je výsledkem cynismus, hostilita, apatie, arogance, negativismu nebo dokonce agrese ve vztahu k osobám, jež jsou součástí jejich práce (pacienti, klienti, atd.) Sestry se cítí celkově nespokojené, stísněné, pochybují o správnosti volby svého povolání, což často vyústí v odchod z traumatizujícího oddělení nebo zdravotnictví vůbec. K rozvoji syndromu vyhoření dochází během 3-5 let. Tam, kde se nachází větší počet vážně nevléčitelných nebo starých nemocných je riziko burn out větší (Jedlička, 1991, s. 25-28). Také platí, že čím vyšší funkci pracovník zastává, tím snadněji vznikne syndrom vyhoření. Potvrzuje se tím relativně známá skutečnost, že být přímo u věci a nebát se konfrontace s úzkostí a neštěstím druhého, je strategicky výhodnější než si s hrůzou domýšlet z povzdálí (Haškovcová, 2007, s. 193).

4.5 Psychická a fyzická zátěž na geriatrui

Pro geriatrické pacienty jsou charakteristické určité změny vyplývající z jejich věku. Důležité je ale připomenout, že tyto změny probíhající ve stáří mají velkou interindividuální variabilitu. Starý člověk je odlišný od ostatních věkových skupin, ale určitě není defektní a méněcenný. Choroba a hospitalizace pro starého pacienta znamená výraznou zátěž, jeho schopnosti reakce a přizpůsobení jsou sníženy. Role sestry při péči o geriatrického pacienta je náročná. Od sestry je vyžadován individuální diferencovaný

přístup. Je důležité, aby sestra znala psychologické zvláštnosti starých lidí, to jí napomáhá chápat a zvládat situace při styku s nimi (Jedlička a kol., 1983).

Choroby, které se u geriatrických pacientů objevují a sestry u nich realizují ošetrovatelský proces, jsou jak interní tak chirurgické povahy. Tyto choroby mívají ve stáří zvláštní průběh, jak již bylo výše zmíněno. Celá řada nemocí objevujících se ve stáří, jsou chronické a úplně se je nikdy nepodaří vyléčit. (Jedlička, 1991, s. 34) Z výše uvedeného vyplývá jak náročná je práce na geriatrici na teoretické znalosti a odbornou výbavu sestry.

Práce se starými lidmi je náročná fyzicky i psychicky. Psychická náročnost spočívá jednak v neustálém styku a konfrontaci zdravotníka s problematikou bolesti, stáří a umírání. Sestra může doufat, že nemocem a bolesti se vyhne, ale stáří a smrti předejít nelze, práce s dlouhodobě nemocnými nám neustále připomíná naši vlastní smrtelnost (Jedlička, 199, s. 25). Kvůli tabuizaci smrti v dnešní společnosti jsou sestry na kontakt s terminálně nemocnými méně připravené (Kisvetrová, 2005, s. 22). Podle Jedličky (1991, s. 25) je každá sestra neustále vystavena porovnávání s ostatními obory, co se týče jejich úspěchů a neúspěchů. Pracovníci na geriatrici jsou si vědomi malé efektivity a pozitivních výstupů své práce. Výsledky neodpovídají vynaloženému úsilí, málo kdo se uzdraví a odchází domů. Sestry jsou opakovaně zklamány, domnívali se, že budou pomáhat lékařům nad nemocí vítězit a uzdravovat. „Vnitřní konflikt ošetřujících na geriatrici je dán tím, že emočně přijímáme nebo máme blízko k uvedenému pojetí beznaděje, ačkoliv racionálně uznáváme vysokou potřebnost a náročnost své práce“ (Jedlička, 1991, s. 26). Požadavky na geriatrickou sestru jsou vysoké a předpokládají práci na vlastním charakteru, trpělivost a zdvořilost (Kisvetrová, 2005, s. 22).

4.6 Ageismus mezi zdravotními profesionály

Můžeme také rozeznávat ageismus v různých věkových a sociálních skupinách. Případem ageismu sociální skupiny je tzv. „profesionální ageismus“, který obvykle vzniká následkem selektivního vnímání generalizujícího patologické projevy, s nimiž se profesionálové setkávají ve své praxi, na stárnutí obecně. Typická je tato forma u lékařů, gerontologů, pečujících profesí apod. Nezřídka má podobu níže zmíněného „nového ageismu“ (Vidovičová, 2007, s. 46).

Zdravotníci mohou být původcem několika druhů ageismu. Při zaměření na nemoci a postižení mohou zapomenout, že zdraví a normální schopnosti jsou u starších běžné. Mohou tak být v pokušení předpokládat, že veškeré obtíže a nemoci jsou součástí stáří. Pro

zdravotní sestry jsou geriatričtí pacienti neatraktivní a vyžadují časově náročnou ošetrovatelskou péči. Takový přístup může ovlivnit léčbu a proces hojení. Zlepšení není možné tam, kdy chybí motivace. Navíc mnoho odborníků práci se seniory nevyhledává a když ano, nemá zájem o další specializaci a kvalifikaci (Palmore, 1999, s. 147).

V ošetrovatelské péči se ageistické postoje vyskytují častěji než v běžné populaci. Zdravotníci pečující o seniory shledávají jejich problémy za typické pro všechny členy této skupiny. Může to souviset s tím, že u hospitalizovaných gerontů často (asi třicet procent) proběhne delirantní stav. U chirurgických oborů a na odděleních dlouhodobé péče se výskyt delirií ještě zvyšuje, dosahuje až šedesáti pěti procent. Své profesní zkušenosti pak přenáší do běžného života. Proces internalizace ageistických postojů začíná již v dětství a během života je spíše posilován vlivy prostředí. Svou roli tak může hrát i vzdělání zaměřené na involuční pochody a nemoci stáří (Pokorná, 2010, s. 73-74).

Ageismus ve zdravotnictví se může vyskytovat v měřítku:

- individuálním a skupinovým – devalvující chování, hyperprotektivita, elderspeak, infantilizace, ignorování osobního tempa, vyhýbání se kontaktu se seniorem, nerespektování běžných etických a právních norem, nevhodná úprava zevnějšku, předpoklad ability a vytváření pocitů závislosti a jiné
- systémovém – mezosociální i makrosociální – rozpočtová politika a omezování výdajů, odpírání či omezování nákladných léčebných postupů z důvodu věku, definice oprávnění (nepřiměřené hodnocení kompetencí a rozhodovacích možností seniora), etika péče, zneužívání, špatné zacházení se seniory a jiné (Pokorná, 2010, s. 75).

Poskytovatelé zdravotní péče používají dle Palmore (1999, s. 34) některé specifické způsoby vyjadřování v komunikaci s geronty:

- zjednodušování - pomalost a užití jednoduché slovní zásoby
- objasnění, například pečlivé artikulace a jednoduché věty
- ponižující emocionální tón
- povrchnosti
- používání dětské mluvy.

Kalish (1979) navrhl, že existuje "nový ageismus", který panuje především mezi odborníky a poskytovateli služeb pro seniory, má snahu chránit seniory jako slabé a ohrožené jedince. Podporuje ho stereotyp, který u nich předpokládá, že jsou méně schopní, méně bystří a méně zdraví. Vnímání starší osoby, jako bezmocného a závislého jedince,

vyžaduje podporu odborných organizací. To vyvolává rozvoj služeb bez ohledu, na to zda nedochází k omezování svobody a vlastních rozhodnutí seniorů. Zdravotníci, pak produkují kritiku vůči společnosti obecně i některým jednotlivcům ve společnosti. Vyzdvihují špatné zacházení se staršími lidmi, zdůrazňují nepříjemnosti, kterým staří pacienti čelí v souvislosti s nedostatkem poskytované péče. Tento postoj ač je často dobře míněný a snaží se seniorům prospět, staví je do pasivní a submisivní role. (in Palmore, 1999, s. 15)

K „profesionálnímu ageismu“, kdy dochází ke generalizaci patologických průvodních jevů nemocí ve stáří na stáří samotné, patří i různá jména připisovaná starším pacientům. Od oslovení „babičko/dědečku“ bez příbuzenského vztahu po hanlivá označení typu dement, blázen, placka atd. Zahraniční prameny uvádějí pojmy jako „bed-blocker“ pro dlouhodobě nemocné starší pacienty nebo „frequent flyer“ pro pacienty, kteří opakovaně v krátké době vyhledávají ošetření v ambulancích první pomoci. Jako příklad extrémních forem projevů ageistického chování ve zdravotnictví a sociálních službách lze uvést problém zneužívání pečovatelem (Vidovičová, 2007, s. 123).

Zkušenosti českých seniorů s tímto jevem uvádí Vidovičová (2007, s. 124). Relativně frekventovaný je verbálně-komunikační typ ageismu. Konkrétně se jedná o blahosklonného oslovení. Závislost mezi věkem a zkušeností s uvedenými situacemi je více zřejmá u respondentů ve vyšším věku. Ostatní dvě sledované situace (čekání na ošetření a nepřijetí na operaci z důvodu stáří) jsou v populaci zastoupeny téměř na hranici statistické chyby. Gallové (2008) ve výzkumu Problematika ageismu u hospitalizovaných seniorů sleduje, zda se senioři setkali s diskriminací z důvodu věku. Většina seniorů uvedla, že ne. Otázky zjišťovaly, zda se senioři setkali při hospitalizaci s vtipy, ignorací, hanlivým označováním, očekáváním jejich deficitů nebo zda pocítovali nátlak ze strany ošetřujícího personálu při hospitalizaci. Papežová (2009, s. 82) uvádí tyto oblasti ageismu reflektované seniory: chování lékařů (přezíravost, předjímání poruchy sluchu, neochota k řešení zdravotních problémů z důvodu vyššího věku) a chování personálu v sociálních službách (odebírání dokladů, omezování v jídle, časový provozní harmonogram).

Palmore (1999, s. 146) shrnuje, že profesionálové mají stejné nebo horší ageistické postoje a to pravděpodobně z řady důvodů. Zdravotníci mají jen málo informací o normálním stárnutí, mnoho vědí hlavně o patologii a nemocech stáří. Pocítoují silný strach ze smrti, který si spojují se stářím. Mají zkreslené zkušenosti se stářím, ošetřují nemocné a tak mají sklon vidět pouze slabé, nemocné a senilní seniory. Pod vlivem negativní

zkušenosti zapomínají na to, že existují normální zdraví senioři. I pocity k vlastním rodičům či starším příbuzným mohou ovlivnit jednání se seniory.

Traduje se, že péče o seniory je obtížná, nepříjemná a deprimující. Je sice pravda, že péče o takové pacienty je fyzicky a psychicky náročná, nicméně nemusí to vždy být pravidlem. Negativní stereotypy o seniorech je tendence přehánět a vyvolávat neopodstatněné obavy. To může vést až nevhodnému či špatnému zacházení se seniory (Palmore, 1999). Mühlpachr (2004, s. 80) shrnuje nejčastější projevy špatného zacházení v zařízeních:

- hrubé zacházení
- vystavování chladu, mytí studenou vodou
- násilně prováděná aktivizace
- nedostatečný příjem potravy a tekutin, jejich nízká kvalita
- nedostatečná ošetrovatelská péče, rozvoj imobilizačního syndromu
- odpojování signalizačních zařízení
- nadměrné používání omezovacích pomůcek, močových katétrů, psychofarmak
- urážlivé jednání a ponižování
- nepřiměřené porušování soukromí
- nepřiměřené omezení rozhodovacích práv a autonomie
- nadměrné přemísťování
- zneužívání finančních prostředků a vymáhání neoprávněných plateb
- omezování sociálních kontaktů, sociální deprivace
- omezování duchovního života, nedostupnost církevních úkonů
- nadměrná institucionalizace umírání

Dalšími typickými příklady ageismu ve zdravotnictví může být limitace a omezení léčebných či diagnostických výkonů nebo pomůcek vzhledem k věku. Nebo obecně postoj ke stáří jako k nevléčitelné nemoci (Pokorná, 2010, s. 72).

Ageistické postoje se manifestují nedostatečným nebo nadměrným poskytováním služeb, hostilní versus benevolentní ageismus. Kdy hostilní ageismus, negativní „zlý“ ageismus se vyskytuje tam, kde jsou senioři asertivní a snaží se prosadit své nároky. Benevolentní ageismus, tedy pozitivní ageismus je prezentován tam, kde jsou senioři submisivní, nemají nijak vysoké nároky a neobtěžují (Pokorná, 2010, s. 75).

V tabulce uvádíme důsledky ageistických tendencí v ošetrovatelské péči. (Pokorná, 2010, s. 82)

Oblast	Projev	Důsledek
<i>Průběh a výsledky terapeutických postupů</i>	inhibice léčebných postupů omezení diagnosticko terapeutické péče ovlivnění v rozhodování o následné péči	neúčinná spolupráce, compliance snížené sebehodnocení přijímání ageistických tendencí v sebehodnocení
<i>Vztah k osobnosti příjemce péče</i>	neréálné hodnocení schopností klienta neadekvátní sociální interakce infantilizace v jednání a chování infantilizace prostředí nesprávná identifikace potřeb	dopad na kognitivní schopnosti a psychické zdraví snížené sebehodnocení zvýšená závislost snížené očekávání přijímání ageistických postojů a jejich internalizace
<i>Vztah k poskytovateli péče</i>	nejistota při poskytování péče nedostatečná organizace ošetrovatelských činností neprovázanost ošetrovatelských intervencí v rámci multidisciplinárního týmu omezení vertikální a horizontální komunikace v týmu	zvýšená fyzická a psychická zátěž nedostatečná profesní satisfakce – uspokojení z vlastní práce přejímání a internalizace ateistického sebehodnocení
<i>Vztah k blízkým osobám seniora</i>	neefektivní sociální interakce nerespektování a neakceptování informací od blízkých(režim seniora) kognitivní a emocionální manipulace	zvýšená fyzická a psychická zátěž blízkých seniora nedostatečné uspokojení s průběhem a výsledky terapie přijímání a internalizace egoistického sebehodnocení

Tabulka 3 Důsledky ageismu v ošetrovatelské praxi

Kalvach a Onderková (2006, s. 10) se domnívají, že pečující profese by měly trvale dbát na aktivní kontrolu, aby se svým jednáním, byť neúmyslně, nedopouštěly věkové diskriminace. Klasickou formu představují různé druhy supervize. Novou metodou kontroly je tzv. whistleblowing chápaný jako udavačství v pozitivním slova smyslu, upozorňující na chyby. Noví členové týmu jsou často objektivnější, mají na věci jiný pohled, to umožňuje překonání zažitých stereotypů. Mohli by být významným bodem při práci s již existujícím profesionálním ageismem. Pokud budou tito pracovníci vnímáni pozitivně mohou přinést změnu do zaběhnutého systému, dříve než sami spadnou do stejné pasti jako ostatní (Holmerová, Jurášková, Zikmundová a kol., 2007, s. 44-45).

4.7 Syndrom vyhoření a ageismus

Ačkoliv žádný z dostupných autorů projevy syndromu vyhoření a ageismu přímo nespojuje, existují mezi nimi jisté podobnosti. Holmerová, Jurášková, Zikmundová a kol. (2007, s. 34) se domnívají, že příčinou nerespektování důstojnosti seniorů může být to, že pečující jsou unaveni z přesčasových hodin, z náročné práce, nedostatečného personálního obsazení a následkem toho bohužel i vyhořelí. Všude tam, kde dochází jen k malým změnám, zaběhnou se určité způsoby práce a pokračuje se v nich i poté, co ztratily svůj smysl, všude tam může dojít k zafixování postojů, které pacientovi nepomáhají, ale škodí (Minibergerová, Dušek, 2006, s. 36). Sami jsme si všimli, že dlouholetá péče o seniory a praxe v geriatrii má pozitivní vliv na ageistické tendence zdravotníků. Ageistické postoje se prohlubují a rozšiřují i na běžnou seniorskou populaci. Často se u profesionálů objevuje „alergie“ a ageistické chování ke starším i v běžných životních situacích, například v dopravních prostředcích, v obchodních domech, kulturních zařízeních, službách a podobně. Je tady možné, že existuje souvislost mezi pracovním přetížením pečujících, tedy syndromem vyhoření a šířením ageismu v institucích i mimo ně? Tento předpoklad se pokusíme výzkumně potvrdit. V případě potvrzení vlivu burn out na předsudky vůči starým, by existoval další důvod proč neodkladně řešit personální situaci v institucích pro geriatrické pacienty (přetěžování personálu přesčasy, nadbytek klientů, nereálné požadavky na administrativu versus skutečné časové možnosti).

Výzkumná část

5 Přehled hlavních teoretických a praktických problémů práce a její cíle

Ageismus je fenomén zasahující celou společnost, vzhledem ke zkušenostem se pokusíme zmapovat ageismus u zdravotních sester a geriatrických pacientů.

Ageismus se projevuje konkrétními způsoby ageistického chování. Byla hledána souvislost mezi věkem a projevy ageismu, překvapivě neexistují žádné výrazné rozdíly mezi věkovými skupinami. Je možné, že jsou tyto způsoby chování ke starým lidem v kultuře zakořeněné a nemění v průběhu stárnutí jedince (Cherry, Palmore, 2008). Tento fakt se pokusíme dokázat u dvou specifických generací, u mladých zdravotních sester a hospitalizovaných geriatrických pacientů. Bude nás zajímat, jak ageistické chování, tak ageistická přesvědčení. Jsme si samozřejmě vědomi, že se jedná o zvláštní věkové skupiny. Víme, že předsudky a stereotypy o stáří může zdravotnická populace přijímat snadněji. Nelze však zapomenout ani na skutečnost, že i senioři mohou být pod vlivem ageismu. I když sami žijí aktivně, mohou mít pocit, že jiní jsou na tom hůře, jak jim praví zažitá stereotypy (Tošnerová, 2002, s. 12). Předpokládáme, tak že míra ageismu se u obou skupin nebude významně lišit.

Existenci ageismu ve zdravotně-sociálním systému literatura zmiňuje, osobní zkušenosti příjemců zdravotní (sociální) péče jsou však různé. Někteří autoři uvádí, že se senioři s diskriminací z důvodu věku setkávají (Palmore, 1999). České výzkumy udávají minimální zkušenosti seniorské populace (Vidovičová, 2007; Gallová, 2008). Zaměříme se tedy na zdravotníky jako potenciálního „původce“ a geriatrické pacienty jako „příjemce“ ageismu v nemocnici, kdy se domníváme, že vnímání diskriminace bude jednotné. Obě skupiny budou udávat ojedinělý výskyt diskriminace.

Mezi projevy syndromu vyhoření a ageismem existují jisté podobnosti. Sami jsme si všimli, že dlouholetá péče o seniory a praxe v geriatrici má pozitivní vliv na ageistické tendence zdravotních sester. Ageistické postoje se pak prohlubují a mohou se rozšířit i na běžnou seniorskou populaci. Často se u profesionálů objevuje ageistické chování ke starším i v běžných životních situacích (dopravních prostředky, obchodní domy, kulturní zařízení, služby...). Je tady možné, že existuje souvislost mezi pracovním přetížením pečujících, tedy syndromem vyhoření a šířením ageismu v institucích i mimo ně. Tento předpoklad se pokusíme výzkumně potvrdit.

Není nám známo, že by byla publikována práce věnovaná námi sledovaným souvislostem.

Kvantitativní výzkum.

V naší práci jsme si vytyčili tři cíle:

1. Zjistit ageistická přesvědčení (mínění) a chování na oddělení geriatricke u dvou studovaných souborů probandů, lišících se věkově i specificky (odlišné sociální skupiny).
2. Ověřit vnímání ageismu a diskriminace v nemocnici, jestli je stejné jak u zdravotních sester, tak u geriatrických pacientů.
3. Hledat souvislost mezi syndromem vyhoření a předsudky vůči stáří a starým u zdravotních sester.

a čtyři hypotézy:

- H1:** U skupiny mladých zdravotních sester a geriatrických pacientů není statisticky významný rozdíl v ageistických míněních o stáří.
- H2:** Mezi skupinou mladých zdravotních sester a geriatrických pacientů není statisticky významný rozdíl v ageistickém chování.
- H3:** Neexistuje statisticky významný rozdíl ve vnímání ageismu v nemocnici mezi zdravotními sestrami a geriatrickými pacienty.
- H4:** Mezi stupněm syndromu vyhoření a ageismem (negativní mínění a chování) u zdravotních sester existuje statistická kladná závislost.

Kvalitativní výzkum.

Kvalitativní šetření by mělo odpovědět na otázky:

1. V jakých oblastech v nemocnici cítí geriatrictí pacienti ageistické postoje a jakými způsoby se tyto ageistické tendence konkrétně projevují?
2. Jak vnímají projevy „nemocničního“ ageismu vůči pacientům geriatricke zdravotní sestry?

6 Popis zkoumaného souboru

6.1 Organizace a průběh šetření

Data, která byla použita k ověření přednesených hypotéz, byla získána od zdravotních sester a geriatrických pacientů ve Fakultní nemocnici Olomouc.

První část výzkumných informací jsme získali pomocí dotazníků, které vyplnily zdravotní sestry dobrovolně a anonymně. Vyšší míra anonymity byla zajištěna, tím že dotazník hned po vyplnění vložily do obálky a zalepily ji.

Profesi zdravotní sestry si volí zejména ženy a jen málo mužů, respektování této skutečnosti by bylo možné, kdybychom znali poměr procentuálního zastoupení mužů a žen v této profesi a tento poměr zanesli i do výzkumu. To ale není možné, nemáme k dispozici žádnou zprávu o těchto údajích. Výzkum je tedy prováděn na ženské i mužské populaci s tím, že ženy převažují. Do výzkumného vzorku byly zařazeny pouze ty zdravotní sestry, které pracují na současném lůžkovém oddělení déle než 1 rok, nezastávají nějakou vyšší řídicí funkci a nepracují na ambulanci. U ambulantních, staničních a vrchních sester je náplň práce odlišná.

Další část dat byla získána od geriatrických pacientů pomocí řízeného rozhovoru (prostřednictvím dotazníku), z důvodu úspory času a ulehčení práce hospitalizovaným (jednalo se o nějak nemocné pacienty, samostatné vyplnění dotazníku by tak pro ně nemuselo být vždy snadné). Soubor zahrnoval pacienty, kteří byly v době výzkumu na oddělení geriatry hospitalizováni, výzkumu se chtěli dobrovolně účastnit a jejich zdravotní stav to dovoľoval. V rámci skupiny pacientů byly zařazeni též muži i ženy i když ženy opět převažují, což platí i celorepublikově. Například Demografická ročenka ČR 2009, uvádí poměr mužů vůči ženám ve věkové kategorii 65 -74 let 0,796, v letech 75 – 84 je 0,593 a v 85 let a více je poměr 0,378 (ČSÚ, 2010). Na oddělení geriatry tento fakt též reálně existuje, což potvrzují i interní statistiky. Zmíněnými údaji jsme se však nemohli řídit, vybrali jsme způsob výběru souboru, který byl závislý pouze na možnosti a ochotě pacientů ke spolupráci a nespĺňuje tak podmínky reprezentativnosti vzorku. Jiný způsob se nám však nezdá vhodný, do výzkumu byli totiž zařazeni pouze pacienti nad 65 roků, převážně soběstační nebo soběstační s pomocí, bez kognitivní deteriorace, bez aktuálně probíhajícího nezaléčeného psychického onemocnění a bez významného smyslového nebo tělesného deficitu.

6.2 Zkoumaný soubor

Celkový soubor tedy tvořilo 30 zdravotních sester a 30 hospitalizovaných pacientů z oddělení geriatrické Fakultní nemocnice Olomouc.

Zkoumaný soubor tvořený zdravotními sestrami, zahrnoval 2 muže a 28 žen. Ve věku od 21 do 39 let, průměrný věk byl tedy 29,4 roku, průměrná délka praxe na daném oddělení 5,5 roku. 18 sester má střední zdravotnickou školu, 1 má vyšší odbornou školu, 6 absolvovalo vysokoškolské vzdělání a 5 postgraduální specializaci. Z celkového počtu sester zná význam pojmu ageismus 15 z nich, 3 tento pojem slyšelo, ale význam nezná, 7 jich tento pojem nikdy neslyšelo a 5 neví jestli se s ním někdy setkala.

Zkoumaný soubor geriatrických pacientů tvořilo 11 mužů a 19 žen. Ve věkové skupině od 65 do 75 let bylo 9 respondentů, od 76 do 85 let bylo 12 dotázaných a 86 a více let mělo 9 seniorů. Pouze 1 z nich byl v pracovním poměru, zbylých 29 již nepracovalo, byli starobními důchodci. 5 z nich neví jestli o ageismu někdy slyšelo a 25 tento pojem nikdy neslyšelo.

Zdravotní sestry (30)											
muži	ženy	věk	délka praxe	vzdělání				pojem ageismus			
				SŽŠ	VŠ	vyšší škola	specializace	zná pojem	slyšelo, ale nezná	nikdy neslyšelo	neví
2 (6,7%)	28 (93,3%)	29,4	5,5	18 (60%)	6 (20%)	1 (3,3%)	5 (16,7%)	15 (50%)	3 (10%)	7 (23,3%)	5 (16,7%)

Tabulka 4 Základní údaje zkoumaného souboru

Geriatrickí pacienti (30)								
muži	ženy	v prac. poměru	starobní důchodce	věk			pojem ageismus	
				65-75 let	76-85 let	86 a více let	nikdy neslyšelo	neví
11 (36,6%)	19 (63,3%)	1	29	9 (30%)	12 (60%)	9 (30%)	25 (83,3%)	5 (16,7%)

Tabulka 5 Základní údaje zkoumaného souboru

7 Aplikovaná metodika

Pro získání potřebných údajů jsme použili čtyři dotazníky: Dotazník statusových dat, Dotazník ageistické mýty, Dotazník ROPE, Modifikaci dotazníku „Ageismus“ a Dotazník BM – psychického vyhoření.

7.1.1 Dotazník statusových dat

Obsahoval otázky pro seniory zaměřené na zjištění pohlaví, věku, zaměstnání a znalosti pojmu ageismus. U zdravotníků jsme se ptali na pohlaví, věk, vzdělání, délku praxe na daném oddělení a znalost pojmu ageismus. (Příloha č. 5)

7.1.2 Dotazník ageistické mýty

Dotazník jsme vytvořili speciálně pro účely této diplomové práce. Při jeho zhotovení jsme vycházeli z obecně tradovaných mýtů o stáří, předkládaných Palmorem (1999). Dotazník obsahuje 16 položek zaměřujících se na 10 negativních a 6 pozitivních předsudků a stereotypů, zjišťuje osobní názory a mínění o problematice. Pětibodová škála zjišťuje míru souhlasu s nimi, zcela nesouhlasím (1), spíše nesouhlasím (2), nevím (3), spíše souhlasím (4), souhlasím (5). Součet bodů vydělený maximálním možným počtem bodů, ukazuje subjektivní míru souhlasu s předsudky. Dotazník též umožňuje analyzovat jednotlivé stereotypy (s kterými položkami většina souhlasí, nesouhlasí či si není jistá). (Příloha č. 1)

7.1.3 Dotazník ROPE - hodnocení vztahu ke starým lidem (Cherry, Palmore, 2008)

Tento dotazník zjišťuje míru vlastního ageismu a typy ageistického chování. Dotazník obsahuje 20 typů ageistického chování: 6 pozitivních a 14 negativních. Může odpovědět na tři základní otázky: Jaký je výskyt ageistického chování ve společnosti? Které typy ageistických chování jsou více převládající? Které typy lidí hlásí více ageistického chování?

Pro každou položku, respondenti vybrali jednu ze tří možností odpovědi: nikdy (0), někdy (1) nebo často (2). Existují dva způsoby, jak dotazník zpracovávat, my jsme si vybrali způsob, kdy sečteme počet bodů v rámci každé dimenze a vydělíme maximálním možným počtem bodů. Skóre je založeno na počtu i četnosti hlášeného chování. Zkoumaní test-retest a vnitřní konzistence (0,70) ukázalo dotazník jako spolehlivý a platný nástroj pro měření ageistického chování u širokého spektra účastníků. (Příloha č. 2)

7.1.4 Dotazník BM – psychického vyhoření (in Křivohlavý, 1998)

Dotazník BM psychického vyhoření byl vytvořen A. Pinesovou a E. Aronsonem, je zaměřen na zjišťování tří aspektů psychického vyčerpání (exhaustice):

- **Fyzického vyčerpání** - jako je únava, celková slabost, pocit ztráty sil a podobně.
- **Emocionálního vyčerpání** - což jsou pocity tísně, deprese, beznaděje, bezvýchodnosti, chycení do pastí.
- **Psychického vyčerpání** - kam patří pocity naprosté bezcennosti, ztráty lidské hodnoty, ztráta iluzí, pocity marnosti vlastní existence.

Faktorovou analýzou bylo zjištěno, že hlavní faktor, který tento dotazník sytí je vyčerpání. Dotazník BM má dobrou vnitřní konzistenci, vysokou reliabilitu po dobu od jednoho do čtyř měsíců, vysokou míru shody mezi údaji, kdy se člověk hodnotí sám a kdy ho hodnotí někdo jiný, kdo ho dobře zná. Také se ukazuje souvislost a dobrá shoda s výsledky jiných vyšetření zabývajících se spokojeností v práci, vlastním životem a sám se sebou, se snahou odejít ze zaměstnání, se zdravotními problémy, s množstvím vypitého alkoholu a pocity beznaděje.

Dotazník BM obsahuje 21 položek, kdy jedinec uvádí následující frekvenci výskytu položek. 1 = nikdy, 2 = jednou za čas, 3 = zřídka kdy, 4 = někdy, 5 = často, 6 = obvykle, 7 = vždy.

K vyhodnocení dotazníku je třeba vypočítat hodnoty A, B, C, D. A se vypočítá tak, že se sečtou hodnoty které jsou uvedeny u otázek s číslem 1, 2, 4, 5, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 21. Potom vypočítáme položku B a to tak, že sečteme hodnoty u otázek číslo 3, 6, 19, 20. K C dojdeme tak, že od Hodnoty 32 odečteme výsledek, který nám vyšel v B. K hodnotě D se dopracujeme tak, že sečteme hodnoty A a C. Na závěr vypočteme celkový skóre BQ a tím, že D vydělíme 21(množství položek dotazníku). BQ je hodnota psychického vyhoření.

Pokud byl dotazník vyplněn upřímně lze výsledky dotazníku interpretovat takto:

- **BQ = 2 a nižší** – dobrý výsledek
- **BQ = 3** – uspokojivý výsledek
- **BQ = 3 – 4** – doporučuje se ujasnit si žebříček hodnot, zamyslet se nad smysluplností života
- **BQ = 4 – 5** – je přítomen syndrom vyhoření

- **BQ = vyšší než 5** – havarijní stav, nutno jednat a neotálet, je bezpodmínečně nutná intervence (psychologická - logoterapie a existenciální psychoterapie) (Křivohlavý, 1998) (Příloha č. 3)

7.1.5 Modifikovaný dotazník „Ageismus“ (in Gallová, 2008)

Kvantitativní část

Pro dotazník „Ageismus“ sloužil jako předloha dotazník dle Palmore (2000) a dotazník Lucie Vidovičové a Ladislava Rabušice (2003). Dotazník byl přepracován vzhledem k našim cílům, tedy zjištění ageismu a diskriminace seniorů ve zdravotnickém zařízení. Obsahuje celkem 10 položek a je rozdělen na dvě části. První část otázek zjišťuje frekvenci výskytu tohoto chování Nikdy (0), Jednou (1), Více než jednou (2), součet bodů lomený maximem možných dosažených bodů dává výsledek. Dotazník zahrnuje zejména položky, které se týkají ageistických postojů a diskriminace v nemocnici. (Příloha č. 4)

Kvalitativní část

Druhou část dotazníku tvoří volné odpovědi hospitalizovaných i zdravotních sester, poskytuje tak detailnější a konkrétnější informace o ageismu v nemocnici. Kvalitativní část má spíše deskriptivní charakter a snaží se doplnit kvantitativu konkrétními údaji bez hlubší interpretace. (Příloha č. 4)

Pro kvalitativní výzkum je východiskem idiografický přístup, který se zabývá jednotlivými událostmi, snaží se je popsat, případně vysvětlit. Kvalitativní výzkum je slovní (nečíselné) zjištění, jež zobrazuje výsledky, tak že vytvářejí nové hypotézy, porozumění věci či teorie (Miovský, 2006).

Po sběru dat jsme použili k analýze a shrnutí otevřené kódování. Otevřené kódování je proces, kdy prvotní autentický záznam dat převádíme do jednotek. Významové jednotky jsou složeny z pojmů, které označují jednotlivé jevy. Dochází ke kategorizaci pojmů. Kategorie je pojem vyššího řádu, má tedy abstraktnější význam. Deskriptivní přístup (utřídění a klasifikace) při kvantitativní analýze může mít hodnotu sám o sobě. Metoda kontrastů a srovnání je vhodná tam, kde chceme upozornit na rozdíly mezi kategoriemi nebo naopak vyzdvihnout, co mají společného. (Miovský, 2006, s. 223, 230).

7.1.6 Použité statistické metody

Dva zkoumané soubory, zdravotní sestry a geriatricí pacienti, byly mezi sebou srovnávány. Vzhledem k normálnímu rozložení výsledků byly použity parametrické

metody. Použily jsme Studentův t-test pro testování statistické významnosti rozdílu dvou aritmetických průměrů (Reiterová, 2003). Stupeň závislosti syndromu vyhoření a ageismu u zdravotních sester byl zkoumán pomocí Pearsonova korelačního koeficientu. Výpočty jsme prováděli v počítačovém programu Microsoft Excel – Analýza dat. Použité kritické hodnoty pro jednotlivé testy jsou zmíněny vždy v příslušné části u konkrétního výsledku, přičemž jsme zvolili hladinu významnosti 0,05, pokud se rozdíl prokázal, použili jsme hladinu významnosti 0,01.

8 Výsledky práce

8.1 Porovnání ageistických přesvědčení (negativní, pozitivní) u dvou studovaných souborů probandů

Po výpočtu t-testu dvou nezávislých výběrů při porovnání $t = 1,445$ s kritickou hodnotou $t_{(0,05)} = 2,007$ bylo zjištěno, že $t < t_{(0,05)}$, tedy mezi výběrovými průměry není rozdíl. Na základě výsledků bylo zjištěno, že mezi skupinou mladých zdravotních sester a geriatrických pacientů neexistuje statisticky významný rozdíl v souhlasu s negativními předsudky o stáří, tedy že ageistická mínění (přesvědčení) těchto dvou skupin se neliší.

Dvouvýběrový t-test s nerovností rozptylů		
Mýty/negativní		
	Zdravotní sestry	Geriatřiční pacienti
Stř. hodnota	0,578	0,623
Rozptyl	0,020	0,010
Pozorování	30,000	30,000
Rozdíl stř. hodnot		0,000
Rozdíl		52,000
t stat		-1,445
P(T<=t) (1)		0,077
t krit (1)		1,675
P(T<=t) (2)		0,154
t krit (2)		2,007

Tabulka 6 Dvouvýběrový t-test pro dotazník Mýty/N

Po výpočtu t-testu dvou nezávislých výběrů při porovnání $t = 1,805$ s kritickou hodnotou $t_{(0,05)} = 2,002$ bylo zjištěno, že $t < t_{(0,05)}$. Tedy mezi výběrovými průměry není rozdíl. Tyto výsledky ukazují, že ani v souhlasu s pozitivními stereotypy o stáří neexistuje statisticky významný rozdíl mezi skupinou mladých zdravotních sester a geriatrických pacientů.

Dvouvýběrový t-test s rovností rozptylů		
Mýty/pozitivní		
	<i>Geriatřiční pacienti</i>	<i>Zdravotní sestry</i>
Stř. hodnota	0,608	0,542
Rozptyl	0,023	0,017
Pozorování	30,000	30,000
Společný rozptyl	0,020	
Rozdíl stř. hodnot	0,000	
Rozdíl	58,000	
t stat	1,805	
P(T<=t) (1)	0,038	
t krit (1)	1,672	
P(T<=t) (2)	0,076	
t krit (2)	2,002	

Tabulka 7 Dvouvýběrový t-test pro dotazník Mýty/P

8.2 Porovnání ageistického chování (negativní, pozitivní) u dvou studovaných souborů probandů

Po výpočtu t-testu dvou nezávislých výběrů při porovnání $t = 1,765$ s kritickou hodnotou $t_{(0,05)} = 2,002$ bylo zjištěno, že $t < t_{(0,05)}$. Tedy mezi výběrovými průměry není rozdíl. Výsledky tak dokládají, že neexistuje statisticky významný rozdíl v projevení negativního ageistického chování mezi skupinou mladých zdravotních sester a geriatrických pacientů.

Dvouvýběrový t-test s rovností rozptylů		
ROPE/negativní		
	<i>Geriatřiční pacienti</i>	<i>Zdravotní sestry</i>
Stř. hodnota	0,244	0,296
Rozptyl	0,016	0,010
Pozorování	30,000	30,000
Společný rozptyl	0,013	
Rozdíl stř. hodnot	0,000	
Rozdíl	58,000	
t stat	-1,765	
P(T<=t) (1)	0,041	
t krit (1)	1,672	
P(T<=t) (2)	0,083	
t krit (2)	2,002	

Tabulka 8 Dvouvýběrový t-test pro dotazník ROPE/N

Po výpočtu t-testu dvou nezávislých výběrů při porovnání $t = 0,888$ s kritickou hodnotou $t_{(0,05)} = 2,002$ bylo zjištěno, že $t < t_{(0,05)}$. Tedy mezi výběrovými průměry není rozdíl. Na základě výsledků bylo tedy zjištěno, že mezi skupinou mladých zdravotních

sester a geriatrických pacientů neexistuje statisticky významný rozdíl ani v projevování pozitivního ageistického chování.

Dvouvýběrový t-test s rovností rozptylů		
ROPE/pozitivní		
	<i>Geriatřiční pacienti</i>	<i>Zdravotní sestry</i>
Stř. hodnota	0,508	0,539
Rozptyl	0,018	0,018
Pozorování	30,000	30,000
Společný rozptyl	0,018	
Rozdíl stř. hodnot	0,000	
Rozdíl	58,000	
t stat	-0,888	
P(T<=t) (1)	0,189	
t krit (1)	1,672	
P(T<=t) (2)	0,378	
t krit (2)	2,002	

Tabulka 9 Dvouvýběrový t-test pro dotazník ROPE/P

8.3 Ověření vnímání ageismu v nemocnici

Po výpočtu t-testu dvou nezávislých výběrů při porovnání $t = 6,446$ s kritickou hodnotou $t_{(0,05)} = 2,002$ a $t_{(0,01)} = 2,663$ bylo zjištěno, že $t > t_{(0,05)}$ a $t > t_{(0,01)}$, mezi výběrovými průměry tak existuje rozdíl. Na základě výsledků bylo tedy zjištěno, že mezi skupinou zdravotních sester a geriatrických pacientů existuje statisticky významný rozdíl ve vnímání „nemocničního“ ageismu, přičemž zdravotní sestry zachycují v průměru vyšší míru ageismu a diskriminace v nemocnici, než sami pacienti.

Dvouvýběrový t-test s rovností rozptylů		
Palmore 2000		
	<i>Zdravotní sestry</i>	<i>Geriatřiční Pacienti</i>
Stř. hodnota	0,535	0,180
Rozptyl	0,059	0,032
Pozorování	30,000	30,000
Společný rozptyl	0,045	
Rozdíl stř. hodnot	0,000	
Rozdíl	58,000	
t stat	6,446	
P(T<=t) (1)	0,000	
t krit (1)	2,392	
P(T<=t) (2)	0,000	
t krit (2)	2,663	

Tabulka 10 Dvouvýběrový t-test pro dotazník Ageismus na hladině významnosti 0,01

8.4 Výzkum vztahu mezi syndromem vyhoření a ageistickým míněním a chováním

Hodnota korelace mezi souhlasem s negativními ageistickými tvrzeními a stupněm syndromu vyhoření je 0,337, což naznačuje menší pozitivní závislost mezi oběma naměřenými veličinami. Čím větší stupeň psychického vyhoření, tím je větší souhlas s ageistickými stereotypy.

	<i>Sloupec 1</i>	<i>Sloupec 2</i>
<i>Sloupec 1</i>	1,000	
<i>Sloupec 2</i>	0,337	1,000

Tabulka 11 Korelace mýty/N a BM

Korelace mezi negativním ageistickým chováním a stupněm syndromu vyhoření je 0,499. Můžeme tak tvrdit, že existuje pozitivní statistická závislost mezi oběma naměřenými hodnotami. Čím vyšší stupeň psychického vyhoření, tím je častější výskyt ageistického chování.

	<i>Sloupec 1</i>	<i>Sloupec 2</i>
<i>Sloupec 1</i>	1,000	
<i>Sloupec 2</i>	0,499	1,000

Tabulka 12 Korelace ROPE/N a BM

9 K platnosti hypotéz

H 1: U skupiny mladých zdravotních sester a geriatrických pacientů není statisticky významný rozdíl v ageistických míněních o stáří.

Hypotézu 1 **přijímáme**, nebyl zjištěn statisticky významný rozdíl mezi mladými zdravotními sestrami a geriatrickými pacienty v ageistických míněních o stáří

H 2: Mezi skupinou mladých zdravotních sester a geriatrických pacientů není statisticky významný rozdíl v ageistickém chování.

Hypotézu 2 **přijímáme**, nebyl zjištěn statisticky významný rozdíl mezi mladými zdravotními sestrami a geriatrickými pacienty v ageistickém chování.

H 3: Neexistuje statisticky významný rozdíl ve vnímání ageismu v nemocnici mezi zdravotními sestrami a geriatrickými pacienty.

Hypotézu 3 **zamítáme**, byl zjištěn statisticky významný rozdíl ve vnímání ageismu v nemocnici mezi zdravotními sestrami a geriatrickými pacienty.

H 4: Mezi syndromem vyhoření a ageismem (negativní přesvědčení a chování) u zdravotních sester existuje kladná statistická závislost.

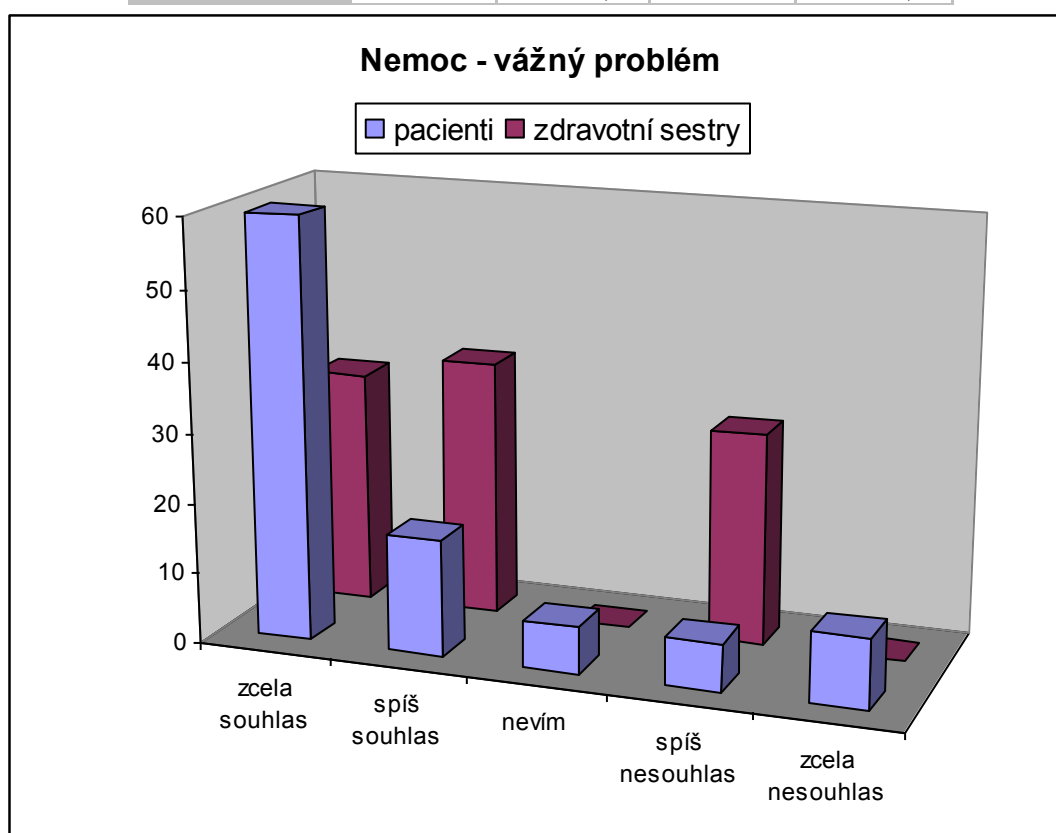
Hypotézu 4 **přijímáme**, byla zjištěna kladná statistická závislost mezi syndromem vyhoření a ageismem (negativní přesvědčení a chování) u zdravotních sester.

10 Interpretace vybraných výsledků šetření v dotazníku mýty

Porovnání jednotlivých výsledků konkrétních otázek v dotazníku Mýty je zajímavé, proto je níže uvádíme i s komentářem.

Otázka č. 1: Nemoc představuje velmi vážný problém pro populaci nad 65 let.

	geriatřiční pacienti		zdravotní sestry	
	absol. č.	relat.č.%	absol. č.	relat.č.%
zcela souhlas	18	60,00	10	33,33
spíš souhlas	5	16,67	11	36,67
nevím	2	6,67	0	0,00
spíš nesouhlas	2	6,67	9	30,00
zcela nesouhlas	3	10,00	0	0,00
celkem	30	100,00	30	100,00

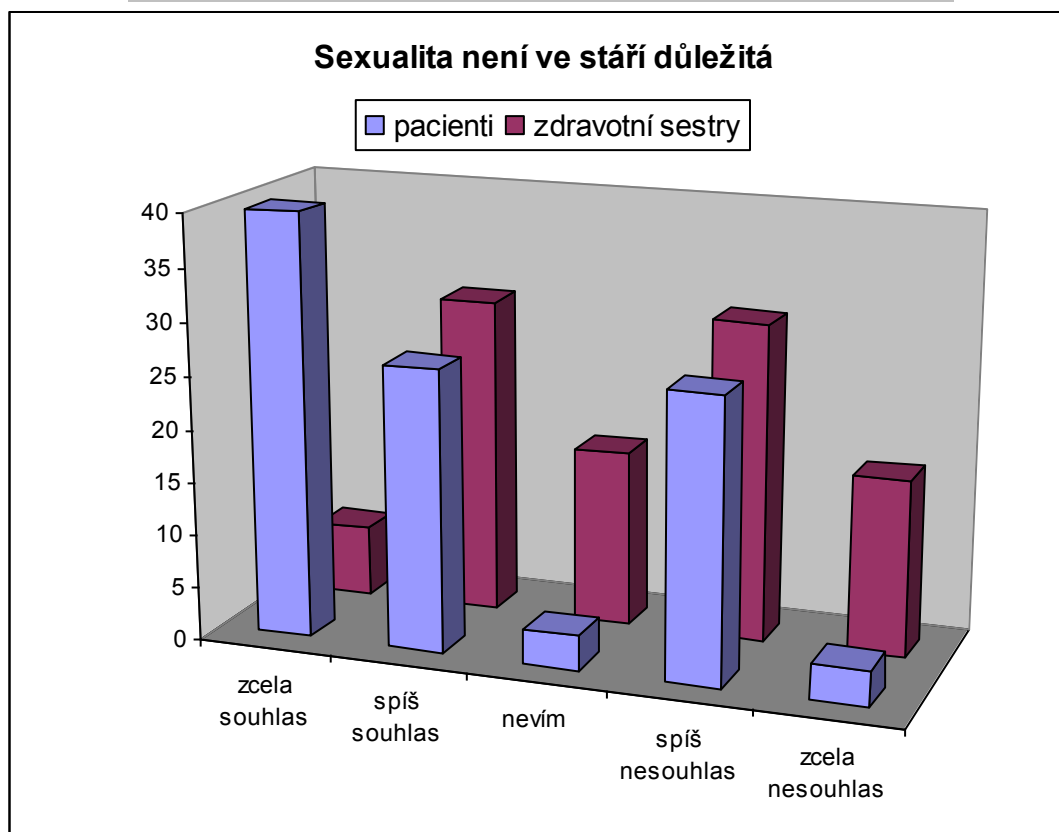


S tímto tvrzením souhlasilo (v obou podkategoriích zcela a spíše souhlasím) 76,67 % pacientů (kdy 60 % dokonce zcela souhlasí) a 70,00 % sester. Předložené výsledky ukazují, že nemoc je daným souborem respondentů, vnímána jako vážný problém ve stáří. Tento fakt lze jistě vysvětlit, tím že se jednalo o hospitalizované seniory, se skutečnými vážnějšími zdravotními problémy a zdravotní sestry, které se s nemocnými seniory setkávají téměř denně. Tato skutečnost potvrzuje předpoklady Palmora (1999, s. 146), že profesionálové mají zkreslené zkušenosti se stářím, ošetřují nemocné a tak mají

sklon vidět spíše slabé, nemocné a senilní seniory. Pod vlivem negativní zkušenosti zapomínají na to, že existují normální zdraví senioři.

Otázka č. 2: Většina starších osob se již nevěnuje žádné pohlavní aktivitě, sexualita není pro ně v tomto věku již důležitá.

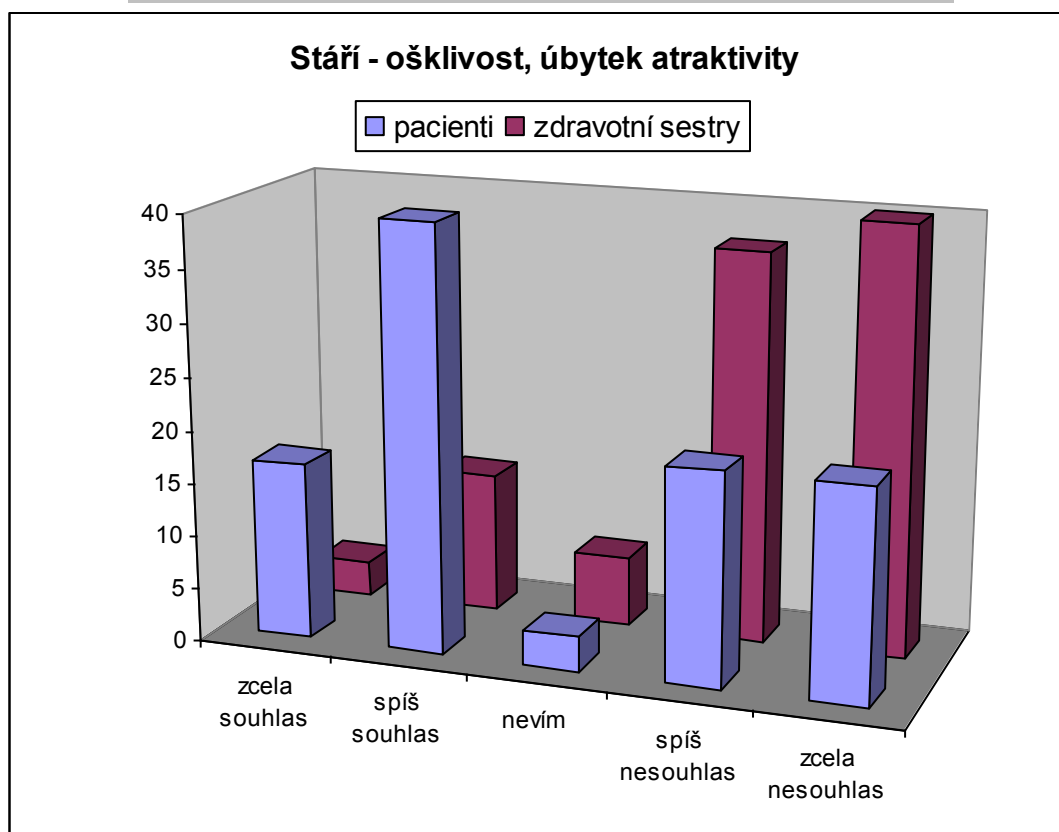
	geriatrickí pacienti		zdravotní sestry	
	absol. č.	relat.č.%	absol. č.	relat.č.%
zcela souhlas	12	40,00	2	6,67
spíš souhlas	8	26,67	9	30,00
nevím	1	3,33	5	16,67
spíš nesouhlas	8	26,67	9	30,00
zcela nesouhlas	1	3,33	5	16,67
celkem	30	100,00	30	100,00



Tato tabulka a graf zachycují rozdílné vnímání sexuality. Zatímco 66,67 % geriatrických pacientů nepovažuje sex v jejich věku za důležitý (40 % z nich dokonce s tvrzením zcela souhlasí), u zdravotních sester se objevuje poměrně rovnoměrné rozložení odpovědí do všech kategorií. Tento jev by se dal vysvětlit primárním zaměřením se na vlastní nemoc a odsunutím sexuálních potřeb do pozadí. Lze uvažovat také o možnosti, že lékařská diagnóza je natolik závažná, že brání intimnosti uskutečnit.

Otázka č. 3: K mládí patří krása, ke stáří ošklivost či úbytek atraktivity vzhledu.

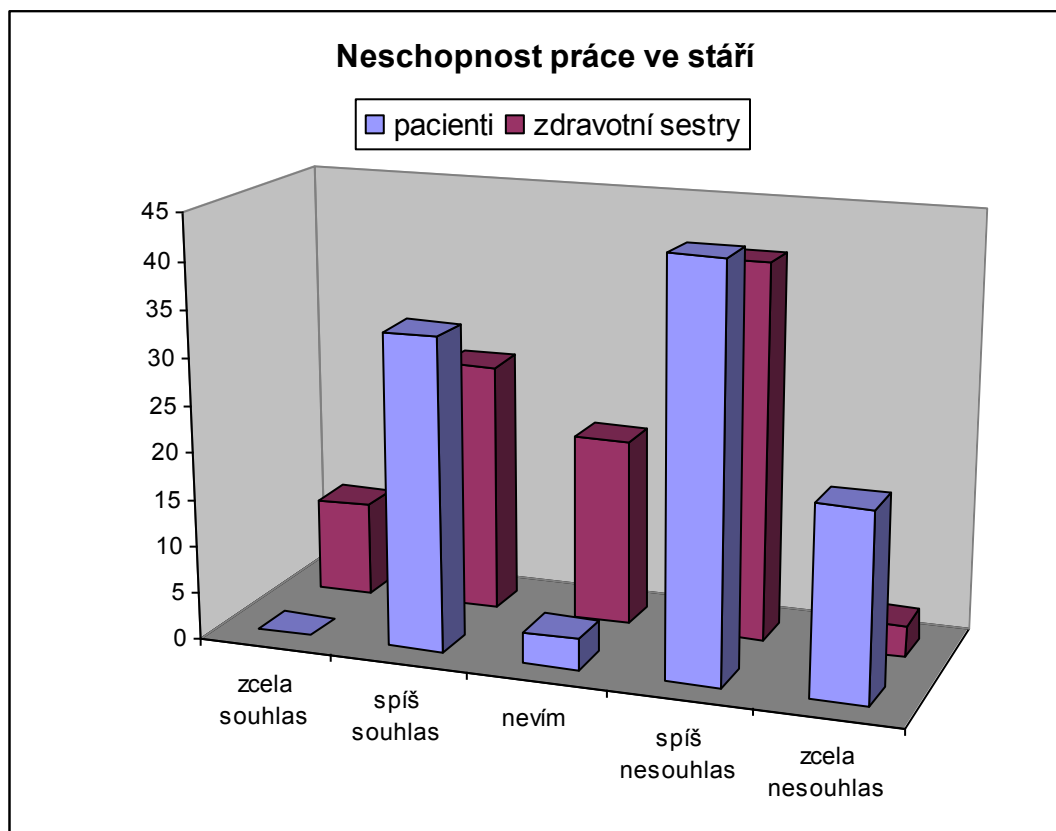
	geriatričtí pacienti		zdravotní sestry	
	absol. č.	relat.č.%	absol. č.	relat.č.%
zcela souhlas	5	16,67	1	3,33
spíše souhlas	12	40,00	4	13,33
Nevím	1	3,33	2	6,67
spíše nesouhlas	6	20,00	11	36,67
zcela nesouhlas	6	20,00	12	40,00
celkem	30	100,00	30	100,00



V tomto tvrzení mají odpovědi rovnoměrněji rozložené geriatričtí pacienti s příkláněním se spíše k souhlasu. Kdežto zdravotní sestry vyjadřují značný nesouhlas. Důvodem by mohla být populární propagace prostředků proti stárnutí, spoléhání se na ně a tím i možnost vyhnout se negativním dopadům stáří.

Otázka č. 6: Většina starých lidí není schopna vzhledem k svému věku a duševní chorobě pracovat ve svém oboru, nebo je jejich práce neproduktivní.

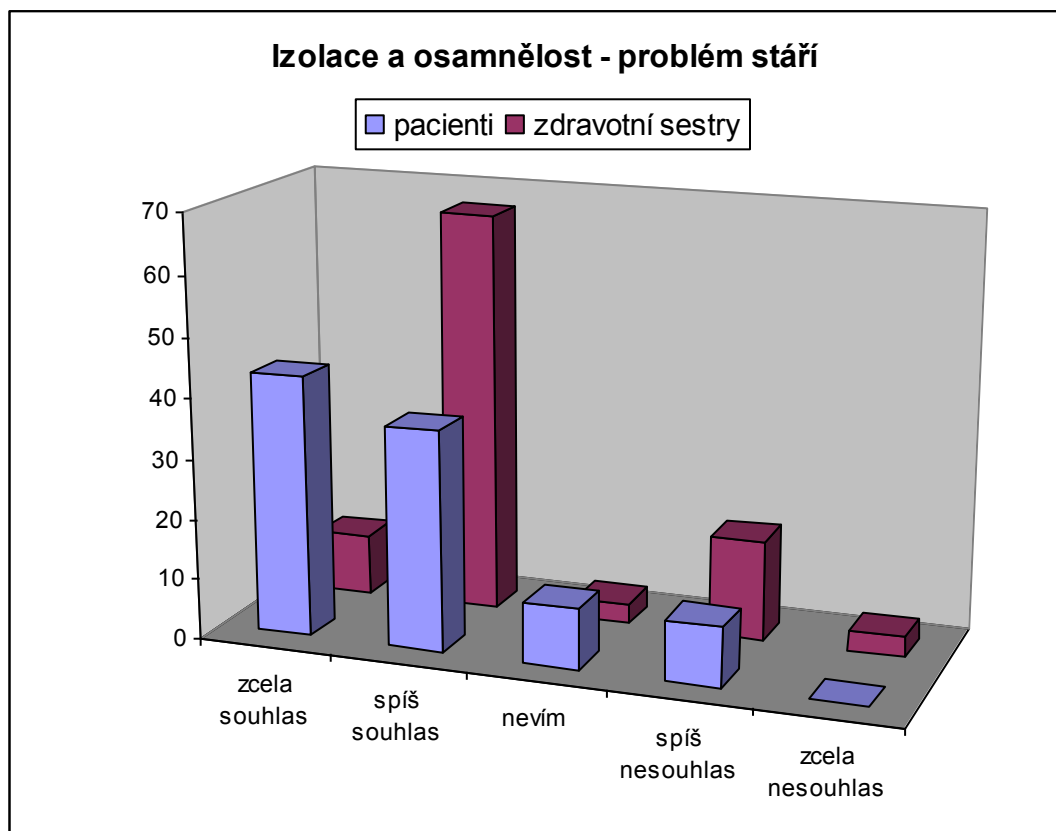
	geriatričtí pacienti		zdravotní sestry	
	absol. č.	relat.č.%	absol. č.	relat.č.%
zcela souhlas	0	0,00	3	10,00
spíše souhlas	10	33,33	8	26,67
nevím	1	3,33	6	20,00
spíše nesouhlas	13	43,33	12	40,00
zcela nesouhlas	6	20,00	1	3,33
celkem	30	100,00	30	100,00



S tímto tvrzením jen málo geriatrických pacientů souhlasilo, většina byla proti tomuto tvrzení a to i přesto, že z celého souboru byl pouze jeden z dotázaných v pracovním poměru. U zdravotních sester též převažuje nesouhlas, i když to již není tak jednoznačné (43,33 %) a celých 20 % neví.

Otázka č. 7: Izolace a osamělost je velmi vážný problém postihující většinu občanů nad 65 let.

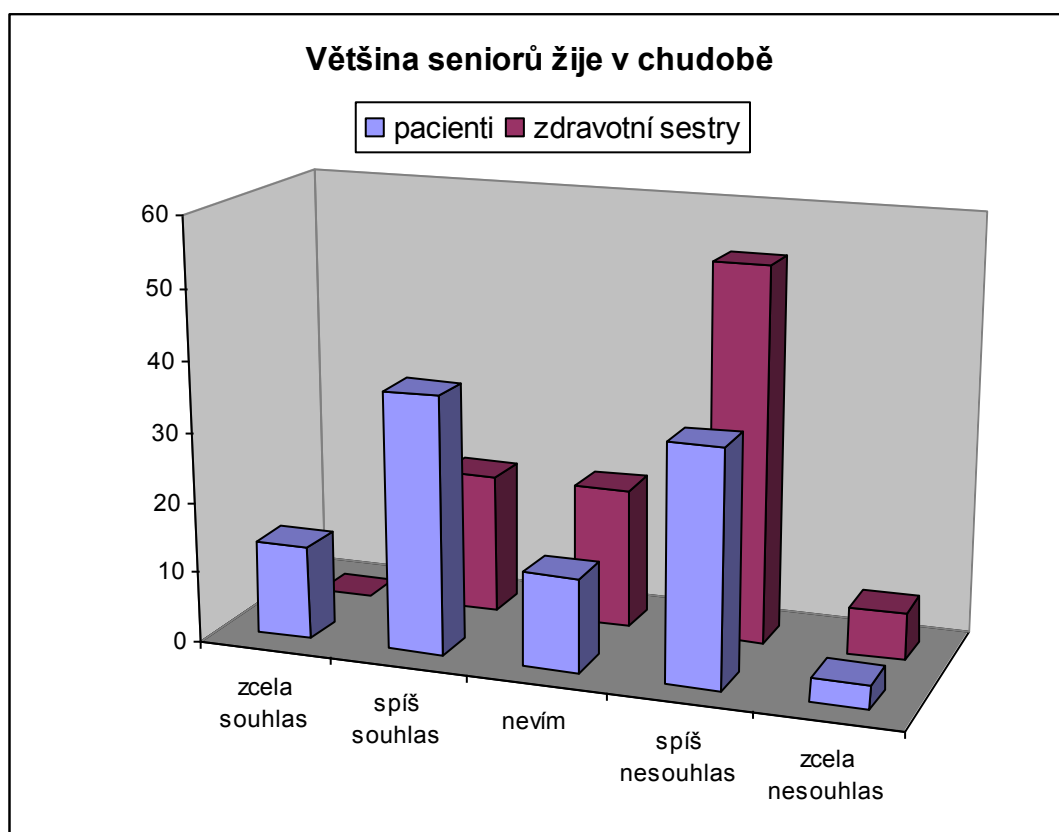
	geriatrickí pacienti		zdravotní sestry	
	absol. č.	relat.č.%	absol. č.	relat.č.%
zcela souhlas	13	43,33	3	10,00
spíš souhlas	11	36,67	20	66,67
nevím	3	10,00	1	3,33
spíš nesouhlas	3	10,00	5	16,67
zcela nesouhlas	0	0,00	1	3,33
celkem	30	100,00	30	100,00



Poměrně zajímavé zjištění, jež je v rozporu s výzkumy uváděnými Palmorem (1999) pod tímto předsudkem. Osamělost seniorů ve většině (76,67 %) nejen přepokládají zdravotní sestry, ale i sami geriatričtí pacienti ji potvrzují (souhlas v 80 %), což je dosti překvapivé a zarážející. Tato otázka by zasluhovala další zkoumání. Vliv by mohlo mít právě ono zmiňované „já sice samotou netrám, jiní jsou však na tom hůř!“

Otázka č. 8: Většina starších občanů žije v chudobě.

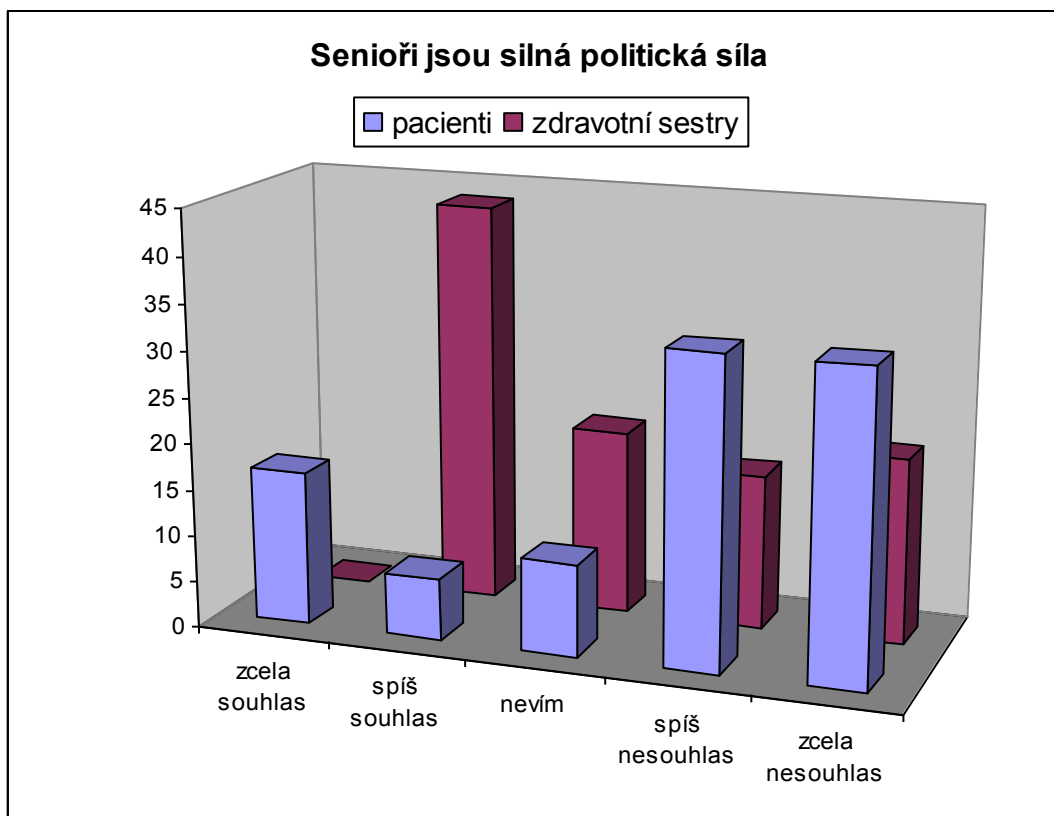
	geriatričtí pacienti		zdravotní sestry	
	absol. č.	relat.č.%	absol. č.	relat.č.%
zcela souhlas	4	13,33	0	0,00
spíš souhlas	11	36,67	6	20,00
nevím	4	13,33	6	20,00
spíš nesouhlas	10	33,33	16	53,33
zcela nesouhlas	1	3,33	2	6,67
celkem	30	100,00	30	100,00



Co se týče finančního zajištění seniorů, výsledky nijak nepřekvapují. Docela dobře odráží obraz celé společnosti, kdy pacienti vnímají své finanční prostředky jako značně omezené (v 50 %), kdežto ostatní mladší pracující ročníky, v našem případě zdravotní sestry, zastávají spíše nesouhlasné stanovisko (v 60 %) s životem seniorů v chudobě.

Otázka č. 10: Starší lidé jsou silná politická síla, mají velkou politickou moc.

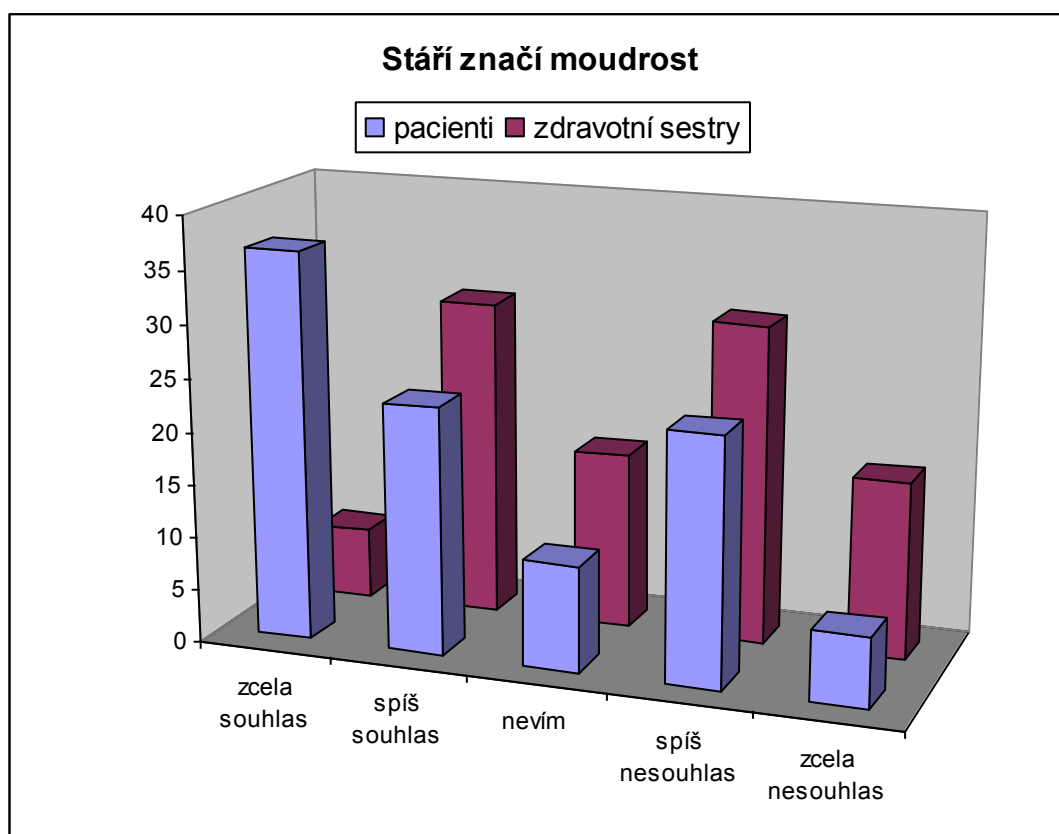
	geriatřiční pacienti		zdravotní sestry	
	absol. č.	relat.č.%	absol. č.	relat.č.%
zcela souhlas	5	16,67	0	0,00
spíš souhlas	2	6,67	13	43,33
nevím	3	10,00	6	20,00
spíš nesouhlas	10	33,33	5	16,67
zcela nesouhlas	10	33,33	6	20,00
celkem	30	100,00	30	100,00



U této otázky jsou odpovědi zdravotních sester rozděleny rovnoměrně, u pacientů převažuje nesouhlas s tvrzením (66,66 %). Názor sester tak nekorresponduje s přesvědčením většiny společnosti, viz kampaň „Přemluv bábu, přemluv dědu!“

Otázka č. 12: Pro většinu lidí starších 65 let je charakteristickým znakem moudrost.

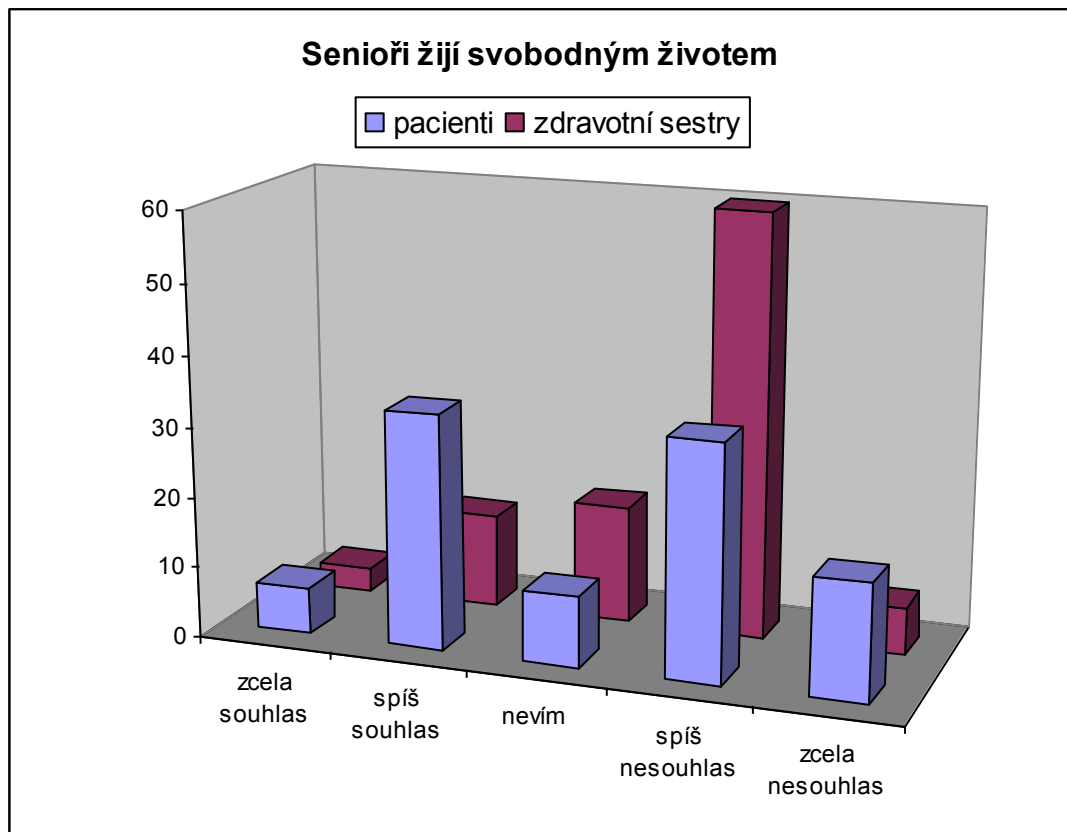
	geriatřiční pacienti		zdravotní sestry	
	absol. č.	relat.č.%	absol. č.	relat.č.%
zcela souhlas	11	36,67	2	6,67
spíš souhlas	7	23,33	9	30,00
nevím	3	10,00	5	16,67
spíš nesouhlas	7	23,33	9	30,00
zcela nesouhlas	2	6,67	5	16,67
celkem	30	100,00	30	100,00



Moudrost jako znak stáří, geriatričtí pacienti potvrzují, souhlasí s tímto předpokladem (60 %). U zdravotních sester dochází k rovnoměrnému rozptýlení názorů.

Otázka č. 14: Většina starých lidí žijí značně svobodným životem. Mohou si dělat co chtějí, kdy chtějí a jak si přejí.

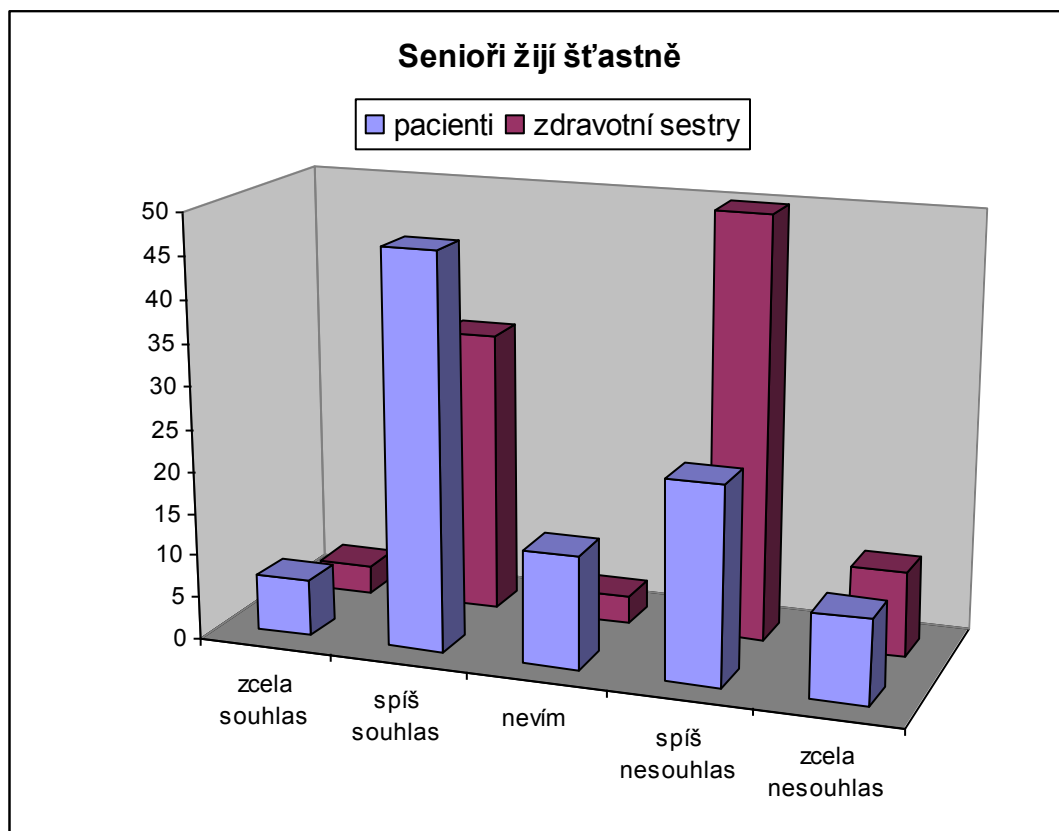
	geriatričtí pacienti		zdravotní sestry	
	absol. č.	relat.č.%	absol. č.	relat.č.%
zcela souhlas	2	6,67	1	3,33
spíš souhlas	10	33,33	4	13,33
nevím	3	10,00	5	16,67
spíš nesouhlas	10	33,33	18	60,00
zcela nesouhlas	5	16,67	2	6,67
celkem	30	100,00	30	100,00



Obě skupiny s tvrzením svobodného života ve stáří spíše nemohou souhlasit, k tomu se přiklání 50 % pacientů a 66,67 % zdravotních sester.

Otázka č. 15: Většina seniorů žije šťastně - vyrovnaně, v pokoji a klidu.

	geriatřiční pacienti		zdravotní sestry	
	absol. č.	relat.č.%	absol. č.	relat.č.%
zcela souhlas	2	6,67	1	3,33
spíš souhlas	14	46,67	10	33,33
nevím	4	13,33	1	3,33
spíš nesouhlas	7	23,33	15	50,00
zcela nesouhlas	3	10,00	3	10,00
celkem	30	100,00	30	100,00



V této otázce se objevuje rozpor, kdy geriatričtí pacienti připouští šťastný život ve stáří (53,34 %). Zdravotní sestry v něj nevěří (60 %), nejspíš na základě předsudků nebo osobních zkušeností s nemocným stářím.

11 Kvalitativní výzkum

11.1 Otevřené kódování odpovědí zdravotníků a pacientů

Jednotlivé otázky byly v rámci otevřeného kódování zařazeny do několika kategorií, tedy množin prvků podle klíčových slov.

Téměř všechny dotázané zdravotní sestry popisují, že diskriminace na úkor seniorů se čas od času vyskytnou u *všech členů zdravotnického personálu* a to od uklízeček přes nižší zdravotnický personál až k sestřám a lékařům. Tato odpověď je stejná napříč všemi otázkami. Navíc ještě často dodávají informaci o tom, že tyto postoje často neprojevují přímo před pacienty, ale tak aby je pacienti nezachytili.

Naopak pacienti upozorňují na projevy ageismu jen velmi málo, což dokazují i výsledky kvantitativního šetření, pokud však nějaké ageistické projevy registrují tak opět od *všech členů zdravotnického týmu*.

Mezi dvě nejpodrobněji zodpovídané otázky patřila otázka č. 5 a 6, tedy předpoklad kognitivního a smyslového deficitu a nerespektování osobního tempa.

Setkal jste se někdy v průběhu hospitalizace s vtipy, jež si dělali legraci ze stáří. Popište prosím konkrétní vtipy, zesměšňování, s nimiž jste se sekal/a. Kdo, jaký vtip a jak pacient reagoval.

Zdravotní sestry

Co se týče reakcí pacientů, zde jsou kódovány kategorie: **Žádná reakce**, pacient se nebránil nebo se nevyjadřoval, případně dělal, že nerozumí nebo opravdu nerozuměl. **Urážka**, kdy se hospitalizovaný cítil dotčený, někdy pomlouval zdravotníky, stěžoval si, byl nespokojený a dával to najevo po celou dobu další hospitalizace. **Bral to jako žert**, usmál se, pobavil se, poznal že je to vtip, vtipně situaci okomentoval.

O jaké konkrétní zesměšňování se jednalo, se dá shrnout do následujících kategorií: **Image**, tedy projevy zesměšňování tělesných proporcí, účesu, oděvu, pachů, pohlavních orgánů, chůze atd. Sem spadají poznámky typu „Jé co to je? Podvazky? A to vy ještě nosíte?“ „Ty vaše vlasy jsou hrozné, měla byste se ostříhat!“ „Měl byste zhubnout, nebo se za chvíli neunesete a my Vás taky ne!“ **Netolerance k zastarávání**, se projevuje útoky na typicky seniorské zvyky, staromódnost, neefektivnost některých činností. Označováním některého chování za nesmyslné a podobně. Například „Neobkládejte to tu celé novinami, je tady pak hrozný nepořádek!“. **Odsuzování stylu života a životní náplně** se vyznačuje narážkami na jejich „věčné“ stěžování si na tělesné obtíže, přehnanou šetřivost, „posedlost

akcemi“ v obchodech, cestování v MHD a tak dále. Příkladem může být narážka typu „No moc Vám to chození nejde, kdyby tady bylo maso ve výprodeji, to by byla jiná!“

Geriatřiční pacienti

Pacienti uvádějí, že vtipy, které míří na jejich věk se vztahují zejména k jejich častým **nemocem a hospitalizacím**. „Tak vy už jste tady u nás zase?“ „Jste v nemocnici více než doma, je to tady jak Váš druhý domov?“ nebo „No jo všechny ty vaše nemoci se vyléčit nedají.“ „A najde se ve vašem těle nějaké zdravé místo?“

Všiml/a jste si, že by někdo z personálu ignoroval nebo nebral vážně v průběhu hospitalizace pacienta kvůli jeho stáří? Kdo a popište prosím situaci?

Zdravotní sestry

Menší zájem o pacienty se z pohledu personálu vyskytuje zejména v oblasti **tělesných potřeb** „bolest přejde, všechny tady něco bolí“ „musíte pít (jíst) i když nemáte žízeň (hlad), to už tak ve vašem věku bývá.“. Nedostatečného reagování je silnější u **dezorientovaných a dementních pacientů** „To on si takhle pořád stěžuje, je chudák starý a zmatený!“.

Geriatřiční pacienti

Jestliže se pacienti setkali s ignorací od personálu, tak se to týkalo tří oblastí. **Ignorování individuálních přání**, senior vyslovil nějaké přání, které bylo pracovníky registrováno, ale nesplněno „Chtěl bych jít co nejdřív domů! Ale to nepůjde musíte do DD, sám byste to ve vašem věku nezvládl.“ **Neléčení onemocnění** „Takové potíže se ve vašem věku už léčit nedají.“ „Špatně se Vám dýchá? Ukažte? Mě se nezdá, vydržte za chvíli se přijdu podívat. – A nikdo už nepřišel.“ **Tělesných potřeb** - vyprazdňování „Zase chcete čůrat, byla jste před chvílí nebo už si to nepamatujete?“

Zažil/a jste, že by někdo ze zdravotníků nazval v průběhu hospitalizace pacienta hanlivým jménem vztahujícím se k jeho stáří? Kdo a jak?

Zdravotní sestry

Hanlivé názvy se objevují buď jako vyjádření **příbuzenského vztahu (familiárnost)**, „dědek jeden plesnivej“, „babka škaredá“, „dědouš“ a jiné. Nebo formou **odborného názvosloví**, ale s **pejorativním významem** „geront“, „geriatrické miminko“, „gerontíci“ a podobně. Ovšem všichni shodně přiznávají, že tyto názvy nikdy nepoužívají přímo před pacientem, ale v rámci jejich „žargonu“.

Geriatřiční pacienti

Pacienti se brání tomu, že by byli nazýváni hanlivými výrazy. Pojmenování jsou různě, ale určitě ne nepěkně, nejčastěji jsou to různé **familiárnosti** jako „Babi“ „Dědoušku“. Mnohdy jim to ani nevadí „vždyť jsou babičky a dědečci“. Minimálně se objevuje označení v souvislosti se **smyslovým deficitem** „Jste už takový slepoň“ nebo „hluchoun“.

Zaznamenal/a jste, že by se někdo z personálu choval k pacientovi lépe jenom kvůli jeho věku? Kdo a jak?

Zdravotní sestry

Bylo to často v situaci, kdy pacient měl velmi vysoký věk (okolo sta let), kdy z pacienta číselná moudrost a respekt, dalo by se zde mluvit o fenoménu **kmetství**. Dále pod vlivem **vlastních zkušeností**, kdy se dotazovaným zdál pacient strašně milý, sympatický, připomínal vlastního pra/rodiče. Svou roli hrají i **etické normy a zásady** protože by se to mělo, je to tak správné, patří se to, chovat se k osobám „ve věku“ s respektem. Nebo pod vlivem **soucitu a lítosti**, že už mu nezbývá mnoho času.

Geriatřiční pacienti

Profesionálové se často chovají k pacientům lépe právě z důvodu jejich věku. Poskytují jim **adekvátní pomoc** „Ochotně pomůžou, když potřebuji.“ „Dopomáhají mi při všech činnostech.“ Mají **profesionální chování** „Jsou milý.“ „Chovají se ohleduplně.“ „Byli vždy vstřícní a ochotní.“

Zažil/a jste, že by někdo ze zdravotníků předpokládal, že staří lidé mají obecně problémy se sluchem, zrakem, pamětí a pozorností? Kdo a jak se k nim vzhledem k tomuto předpokladu choval?

Zdravotní sestry

Předpoklad kognitivních a smyslových deficitů se projevuje typickým **nevhodným komunikováním** zdravotníků a to mluvení nahlas a pomalu, vícenásobným opakováním jedné informace, tedy **zjednodušováním**. Vyhnouti se úsilí, aby pacient něco pochopil, tedy raději **nevysvětlování** mu některých skutečností. Používání **infantilního vyjadřování** i **specifické konotace slov**. **Nevhodného reagování** typu **posunků, narážek, obličejů** se zdravotníci též dopouští. V situaci vlastního pochybení (časovaný lék není podán v určitém hodině) **svalování chyb na pacienta** (copak nevěděl kolik je hodin? měl se připomenout nebo přihlásit).

Geriatřiční pacienti

Předpoklad omezení smyslového vnímání je typický pro personál a projevuje se **specifickými způsoby komunikace** jako mluvení nahlas, pomalu, zřetelně v **jednoduchých větách** a jiné. Pacienti k tomuhle ale často připojují, že je to potřeba. Kognitivní deficit je též někdy očekáván a vede k **nevhodnému reagování** „Chtěl bych mluvit s panem doktorem. A je to něco akutního? Ne to ne, chci se jen na něco zeptat. - A nikdo nepřišel, asi si mysleli, že sem tak senilní, že na to za chvíli zapomenou.“ tedy **ignorování** pacienta. Další neméně významnou oblastí je tendence k **podceňování**, projevující se děláním úkonů za pacienta, podáváním pomůcek, dopomoc při pohybu, oblékání, hygieně i když to není třeba.

Všiml/a jste si, že by profesionálové někdy projevíli nátlak na pacienta z důvodu nedostatku času (nerespektování jeho osobního tempa)? Kdo, kdy a jak?

Zdravotní sestry

Profesionálové nátlak na pacienta vyvíjí při **vzájemné interakci** jako je **vyplňování zdravotnické dokumentace** (informované souhlasy, anamnéza, edukace, screening) a při **vysvětlování odborných informací** (diagnóza, vyšetření, léčba). Nerespektují seniorovo osobní tempo zejména při **sebepěči**, ať už je to **strava, vyprazdňování, pohyb nebo osobní hygiena**. To dále vede k produkci **jednostranné komunikace** (ze strany zdravotníků, dopoví za ně, co asi chtěli říct) a vytváření **naučené pasivity** (dělají úkony za ně).

Geriatřiční pacienti

Nátlak pociťují pacienti v rámci **sebepěče** při podávání **stravy a léků** „Otevřete pusku já Vám je tam dám.“ „Ukažte já Vás dokrmím.“, při **hygieně** „Raději mě umyjí, než by čekali až to udělám sám.“, při **rehabilitaci** „Projdeme jenom jednu chodbu, víc bychom toho časově nezvládli.“, ve **vzájemné interakci informování**, u **zodpovídání dotazů** nemocným nebo **získávání údajů** od nemocných.

Zaznamenal/a jste, že by někdo ze zdravotníků jednal s pacientem s menší důstojností a respektem, protože je starý? Kdo a jak konkrétně.

Zdravotní sestry

Projevem nedostatku respektu bývá nejčastěji **ponižování pacienta a povyšování sebe** „Doma taky raději děláte pod sebe, než aby jste si zazvonil na mísu?“ **Nerespektování osobních přání**, se objevuje v situacích, kdy se z důvodu „nesoudnosti“ starého člověka nechá rozhodovat rodina nebo se mu závažná diagnóza raději nesdělí atd. S tím souvisí i **projevování nátlaku či omezování vlastních rozhodnutí** „Raději Vám ty

postranice zvedneme, mohl byste spadnout, zlomit si krček a už se nepostavíte, ve vašem věku se to už všechno špatně hojí! Je to pro vaše bezpečí!“ .

Geriatřiční pacienti

I zde se objevují odpovědi ano. Je zde opět zmiňován **kognitivní deficit** popsany výše. Jako nedůstojnou vnímají pacienti nedostatečnou péči o jejich **vizáž a intimitu**, jako oblečení „anděl“, „holý zadek“, rozčuchané nečesané vlasy, vyprazdňování se na pokoji a podobně. Někdy i **nerespektování jejich handicapů**.

Myslíte, že se někdy stalo, že by byla pacientovi omezena nebo odmítnuta léčba, protože je příliš starý/á? Kdo a v jaké situaci?

Zdravotní sestry

Omezení adekvátních **léků** - ATB, převazový materiál, opiáty „Zvolíme raději levnější lék“, nebo „jak by jsme to vysvětlili pojišťovně v tomhle věku.“ Odepírání **zákroků** (operace) a **vyšetření** nebo **prestižních oddělení** jako ARO, RHB. Také sem spadá problematika **resuscitace**, která by měla být poskytována na základě přání pacienta, ne jeho věku.

Geriatřiční pacienti

Ukončení hospitalizace i když se na to pacient necítí. Striktně se dodržuje doba hospitalizace, přestože si hospitalizovaný nemyslí, že je zralý nebo připravený na překlad či propuštění. Omezení v **poskytování rehabilitačních služeb, lázeňské péče a operací**.

Všiml/a jste si, že by někdo ze zdravotníků řekl pacientovi, že je příliš starý/á pro něco. Kdo a pro co?

Zdravotní sestry

Na tuto otázku byli odpovědi minimální a když už tak se to týkalo opět **léčby** (operaci, chemoterapie,...) nebo **sportu**.

Geriatřiční pacienti

Odpovědi jsou dosti podobné jako u předchozí otázky a týkají se různých druhů **léčby** a nejčastěji se s ní setkávají od lékařů.

Zaznamenal/a jste, že by někdy někdo jednal s pacientem blahosklonně a přemlouval ho k něčemu, protože je starý? Kdo a pro co?

Zdravotní sestry

Nejčastěji personál pacienty přemlouvá k **nástupu do následné péče** (léčebna dlouhodobě nemocných, odborný léčebný ústav nebo domov důchodců) „Doma už to sám

nezvládnete, máte svůj věk nebylo by lepší, dát si žádost do domova důchodců?“. Někdy se vyskytne přesvědčování ohledně **spirituálních hodnot** „Nechtěl by jste jít na mši nebo se vyzpovídat, ve vašem věku člověk nikdy neví.“ a ohledně **dodržení léčebného režimu** „Ve vašem věku už byste, ale mohl vědět, jak je kouření nebezpečné!“

Geriatřiční pacienti

S tím to jevem se nikdo ze seniorů neseťkal.

zdravotní sestry	vtipy o stáří	reakce pacientů	žádná reakce	
			urážka	
			bral to jako žert	
		konkrétní typy zesměšňování	image	
			netolerance k zastarávání	
			odsuzování životního stylu a náplně	
	ignorování, nebrání vážně	tělesné potřeby	u dezorientovaných a demenčních	
	hanlivé jméno	příbuzenský vztah		
		pejorativní odborné názvosloví		
	lepší chování	kmetství		
		vlastní zkušenost		
		etika		
		soucit a lítost		
	předpoklad smyslového a kognitivního deficitu	nevhodná komunikace	zjednodušování	
			nevysvětlení	
			infantilní vyjadřování	
			konotace slov	
	nevhodné chování	svalování chyb na pacienta		
		posunky, narážky, obličej		
	nátlak na osobní tempo	vzájemná interakce	vyplňování dokumentace	jednostranná komunikace
vysvětlování				
sebepéče		strava	naučená pasivita	
		vyprazdňování		
	pohyb			
hygiena				
nedůstojné jednání	neprofesionální chování	ponižování		
		povyšování		
		nerespektování přání		
		nátlak		
		omezování		
omezení léčby	léky			
	zákroky, vyšetření			
	prestižní oddělení			
	resuscitace			
starý na něco	léčba			
	sport			
blahosklonné jednání a přemlouvání k něčemu	léčba	následná péče		
		dodržení léčebného režimu		
	spiritualita			

geriatričtí pacienti	vtipy o stáří	reakce pacientů	nepopisují
		konkrétní typy zesměšňování	hodně nemocí časté hospitalizace
	ignorování, nebrání vázně	tělesné potřeby	
		individuální přání	
		neléčení onemocnění	
	hanlivé jméno	příbuzenský vztah	
		smyslový deficit	
	lepší chování	adekvátní pomoc	
		profesionální chování	
	předpoklad smyslového a kognitivního deficitu	specifické způsoby komunikace	zjednodušování mluvení nahlas a pomalu
		nevhodné reagování	ignorace podceňování
	nátlak na osobní tempo	vzájemná interakce	podávání informací
			získávání informací
		sebepéče	strava
			hygiena
	léky rehabilitace		
	nedůstojné jednání	kognitivní deficit	
		vizáž	
		intimita	
nerespektování handicapu			
omezení léčby	ukončení hospitalizace		
	zákroky		
	prestižní oddělení		
starý na něco	léčba		
blahosklonné jednání a přemlouvání k něčemu			

11.2 Shrnutí výsledků kvalitativního šetření

Z kvalitativního výzkumu uskutečněného u geriatrických pacientů a zdravotních sester vyplynulo:

- Existuje zásadní rozpor ve vnímání vtipů o stáří. Zdravotní sestry si všímají zejména legrace na úkor osobnosti a životní historie seniorů. Pacienti jsou citliví zejména k poznámkám týkajících se vážnosti jejich nemocí a nutnosti hospitalizace, což je u skupiny hospitalizovaných seniorů logické.
- Ignorování a nebrání v nemocnici vážně pacienti nejčastěji pociťují (z obou pohledů) v uspokojení tělesných potřeb. Na psychické potřeby, tedy individuální přání, zdravotníci z pohledu pacienta také často zapomínají, oni sami si to však patrně neuvědomují. Kognitivní deficit pacienta oba typy ignorace pravděpodobně zvyšuje.
- Užívání hanlivých názvů se objevuje nejčastěji za použití familiárností nebo smyslových deficitů, kdy to pacientům buď nevadí nebo to vidí jako oprávněné. Zdravotní sestry zmiňují typické uplatnění odborných pojmů s pejorativním nádechem, pacienti je neznají a proto je nemohou ani rozpoznat.
- Odpovědi na tuto otázku přináší vlastně dvě strany jedné mince. Důvody lepšího chování zdravotníků k pacientům (kmetství, osobní zkušenosti, etika a soucit) vedou ke vnímání adekvátní pomoci a profesionálního chování pacienty.
- Předpoklad kognitivních a smyslových deficitů je běžný a vnímaný oběma stranami. Projevuje se hlavně specifickými způsoby komunikace a nevhodným reagováním personálu na pacienta.
- V nerespektování osobního tempa panuje opět velká shoda, sebeděče a proces vzájemné interakce vnímají jako krizový obě skupiny.
- Jako projev menší důstojnosti a respektu vnímají obě skupiny celou řadu způsobů neprofesionálního chování.
- Limity léčby způsobené věkem vidí zdravotní sestry v oblastech, které pacientům zůstávají nepoznané a nedostupné (resuscitace, dražší léčiva). Obě skupiny pak chápou jako problém omezení v léčebném režimu či následné péči.
- Pokud je někdo z pacientů ve zdravotnictví na něco starý, tak je to opět hlavně léčba.

- Blahosklonné jednání a přemlouvání nikdo z pacientů nezažil. Zdravotní sestry zachycují přemlouvání ke spolupráci při léčbě a nabádání ke spiritualitě.

12 Diskuse

Tato práce se snažila zachytit ageismus u geriatrických pacientů a zdravotních sester.

V našem výzkumu byla sledována ageistická přesvědčení a chování u skupiny zdravotních sester a geriatrických pacientů, lišících se jak věkově tak i specificky. Nebyl mezi nimi nalezen významný rozdíl ani v jedné dimenzi (složce) ageistického postoje.

Výsledky ageistického chování odpovídají výchozím předpokladům a potvrzují zjištění Cherryové a Palmora (2008), kteří udávají, že mladí dospělí (18-39 let) a senioři (60 a více let) produkují velmi podobné ageistické chování. Pravděpodobně jsou tyto způsoby chování ke starým lidem v kultuře tak zakořeněné, že se nemění v průběhu stárnutí jedince. Ageistické chování, které jsou si lidé ochotni připustit, tak může přetrvávat ve stejné frekvenci po celý život. Pozitivní ageistické chování je častější (stř. hodnota 0,53), negativní se objevuje méně (stř. hodnota 0,23) (Cherry, Palmore, 2008). Průměrná střední hodnota našich respondentů byla u pozitivních položek ROPE 0,524 a u negativních 0,27. Dá se také usuzovat na to, že ageismus zjištěný v našem šetření se pohybuje na podobné úrovni jako v USA, kde byl výzkum realizován též pomocí dotazníku ROPE.

Výsledky zkoumání ageistických přesvědčení ukazují na existenci ageistických názorů u obou sledovaných skupin, stejně jako tomu bylo u ageistických tendencí v chování. Na trend spíše souhlasit s negativními i pozitivními předsudky mohou mít vliv i jiné faktory. Vysvětlení u zdravotních sester uvádí například Palmore (1999). Přestože by se u zdravotních sester dalo očekávat, že právě oni budou umět přesně odlišit mýty od reality a to na základě informací získaných vzděláním, realita je jiná. Většina učebnic geriatrické a gerontologie podává popis toho, co se ve stáří zhoršuje, opotřebovává, ztrácí a podobně. I osobní zkušenost s převážně „nemocným a defektním stářím“ to jen potvrzuje. Tak lze skutečně nabýt dojmu, že stáří je hlavně obdobím ztrát a negativních změn. Navíc pohled samotných seniorů na tyto změny nikdo neřeší, prožívání nemoci a zhoršení zdraví často nemusí mít přímý vliv na kvalitu jejich života. Svou roli může hrát i profesní zátěž sester. U geriatrických pacientů vnímáme jako klíčový, vliv ageistických postojů a identifikace se s nimi. Osoby vystavené předsudkům a diskriminaci přijímají dominantní záporný skupinový obraz a chovají se tak, jak tomu napovídá negativní stereotyp (Palmore in Tošnerová, 2008, s. 15). Na základě výše zmíněných zjištění by se dalo podotknout, že ho možná přijímají již v mládí. Domníváme se tak, že naše výsledky jsou v souladu

s odbornou literaturou. Ovšem existují i výzkumy svědčící proti našim zjištěním. Například v roce 2001 Kalavar s použitím Fraboniho škály ageismu zjistil, že ageistické postoje klesají s věkem a zvyšujícími se životními zkušenostmi (in Palmore, 2008). Proto by bylo vhodné v dalším zkoumání použít i tento nástroj ke zjištění ageismu či nějaké jiné.

Na základě výsledků bylo zjištěno, že mezi skupinou zdravotních sester a geriatrických pacientů existuje statisticky významný rozdíl ve vnímání „nemocničního“ ageismu, přičemž zdravotní sestry zachycují v průměru vyšší míru ageismu v nemocnici oproti pacientům. Podobné informace od pacientů o nízkém výskytu projevů ageismu u zdravotníků přináší například Gallová (2008) ve výzkumu Problematika ageismu u hospitalizovaných seniorů. Zde se hospitalizovaní pacienti jen výjimečně zmiňují o setkání s ignorací, vtipy či označováním hanlivými jmény. To samé zjistila Vidovičová (2007), senioři nepocítují výrazné omezování kupříkladu v neprovedení operace, čekání u lékaře nebo familiárním oslovení. Tento výsledek je zajímavý vzhledem k přiznání ageistického chování zdravotními sestrami. Dalo by se to vysvětlit tím, co samy sestry potvrzují v kvalitativní části výzkumu. Ageismus se vyskytuje hlavně tam, kde se jedinci nemohou bránit – neslyší, mají jiné výrazné postižení nebo je prezentován, tak aby byl obtížně zachytitelný. V návaznosti na to stojí za zmínku problematika nepřesnosti výzkumu, jelikož pacienti s těžkým zdravotním omezením (demence, dezorientace, nesoběstačnost) se vyjádřit nemohli. Jak by takové šetření dopadlo, nelze zjistit. A právě tyto osoby jsou nejvíce ohrožené, jak samotné sestry nepřímo potvrdily.

Mezi syndromem vyhoření a ageismem (negativní mínění a chování) u zdravotních sester existuje statistická kladná závislost. To se shoduje s naší domněnkou. Tedy čím je větší hodnota psychického vyhoření, tím je větší skóre u negativního ageismu. Každá profese zanechává na jedinci stopy, ovlivní jeho pohled, vede ke zúženému vnímání a řadě zkreslení. Výsledkem dlouhodobé pracovní zátěže pak bývá, stav totálního psychického vyčerpání, cynizmu a nezájmu o pacienty. Přetěžování zdravotních sester tak může mít vliv na výskyt a šíření ageismu, i mimo nemocniční seniorskou populaci. Často se dá pozorovat takzvaná „alergie na seniory“ a ageistické chování ke starším i v běžných životních situacích. Tyto výsledky by mohly sloužit jako další argument pro lepší péči a hygienu zaměstnanců pracujících se seniory.

Kvalitativní část je pouze jakousi sondou do problematiky. Doplnuje kvantitativní získané údaje, proto ji v takovéto míře považujeme za dostatečnou. Přináší hrubý obraz diskriminace v nemocnici z obou stran (pacienti X sestry), kdy někdy ukazuje stejné

vnímání skutečnosti, jindy podává odlišné pohledy na věc. V dalším bádání by si tato část jistě zaslouhovala hlubší a širší zkoumání za pomoci jiných kvalitativních metod.

Příčinou nepotvrzení naší hypotézy, případně zkreslení zjištěných výsledků by mohl být fakt, že údaje jsou relativně intimní, a i když byly dotazníky anonymní je celkem pravděpodobné, že respondenti nemuseli být upřímní. Výsledky ve všech dotaznících mohli být ovlivněny snahou jevit se v lepším světle, popíráním nebo bagatelizací. Navíc vyplňování dotazníků s pacienty, prostřednictvím druhé osoby mohlo vést též ke zkreslením.

Nedostatkem této práce je relativně malý výzkumný vzorek, což bylo zapříčiněno poměrně náročným sběrem dat od seniorů pomocí rozhovoru, menší počet personálu byl získán pomocí zařazení pouze zdravotních sester, které pracují u lůžka a déle než jeden rok. Vzhledem k praktickým zkušenostem, nás zajímali hlavně geriatrické zdravotní sestry. Dalším nedostatkem je způsob výběru souboru, který byl závislý pouze na ochotě sester a pacientů ke spolupráci a nesplňuje tak podmínky reprezentativnosti vzorku. Jiný způsob se nám však zdá značně obtížný. Při dalších výzkumech na toto téma by bylo vhodné užít větší zkoumaný soubor a použít vhodnější metodu výběru vzorku. Problémem je též převaha žen v obou zkoumaných souborech. Výsledky tedy platí převážně pro ženskou populaci. Krom již zmíněného byl problém v získání souhlasu některých jiných organizací ke sběru dat. Z důvodu výše uvedených nedostatků není možné tyto výsledky zobecňovat, bylo by třeba dalšího zkoumání.

13 Závěry

Předmětem výzkumu bylo zmapovat ageismus u zdravotních sester a geriatrických pacientů, jako odlišné věkové i společenské skupiny .

Zjistili jsme, že ageistická přesvědčení a chování na oddělení geriatric, u dvou studovaných souborů probandů (mladé zdravotní sestry a geriatrictí pacienti) se statisticky významně neliší.

Mezi skupinou zdravotních sester a geriatrických pacientů existuje statisticky významný rozdíl ve vnímání „nemocničního“ ageismu, přičemž zdravotní sestry zachycují v průměru vyšší míru ageismu v nemocnici oproti pacientům.

Byla nalezena kladná statistická závislost mezi syndromem vyhoření a ageismem (negativní mínění a chování) u zdravotních sester.

Kvalitativní šetření přineslo konkrétní popis ageismu a diskriminace v nemocnici a to jak z pohledu pacientů, tak zdravotních sester.

I přes nedostatky uvedené v diskusi hodnotíme práci jako přínosnou, protože by mohla sloužit jako podklady pro další výzkumy v této oblasti.

Souhrn

14 Teoretická část

Postoj se dá definovat různě, souhrnně je to však tendence reagovat určitým způsobem vůči jistému předmětu. Postoje mají v našem životě celou řadu funkcí, pomáhají přizpůsobovat se světu a dávají lidskému chování smysl. Na vnitřní skladbu postoje existuje celá řada názorů, každopádně vždy je řeč o třech komponentách - kognitivní, emotivní a konativní. Existuje řada zvláštních druhů postojů. Předpoklad lze chápat jako většinou negativní postoj vůči členům nějaké skupiny. Na vzniku předpokladů se podílí řada psychologických procesů, třeba i zkreslené vnímání. Stereotyp je klasifikací členů společenské skupiny. Mýtus je nepravdivé tvrzení, jehož se přidržíme, jako by skutečně platilo.

Stáří je obdobím života, které se stejně jako ostatní vývojová období, vyznačuje svými specifiky. Dochází k jistým psychickým, fyzickým i sociálním změnám. Na konci tohoto stadia přichází smrt, klíčová otázka období i celého života, se kterou je potřeba se nějak vyrovnat. Délka života se prodlužuje a starých lidí přibývá.

Tam, kde dochází ke kombinaci zkreslených postojů o stáří či starých lidech, mluvíme o ageismu. Předpoklady vůči starším lze rozdělit na negativní a pozitivní, z řady těchto zkreslení plyne diskriminace stejného druhu, v různých oblastech života. Samotné příčiny ageismu lze hledat v individuálních zdrojích, sociálních vlivech nebo kulturních zdrojích. Pod vlivem ageismu a diskriminace seniorů může dojít k ovlivnění jejich sebepojetí a vyústit to ve vlastní identifikaci se s postojí okolí. Redukce tohoto fenoménu souvisí hlavně se změnami osobnosti a struktury, k čemuž lze využít různé strategie.

Syndrom vyhoření lze definovat různými způsoby, souhrnně se však jedná o stav psychického, fyzického a citového vyčerpání, který se projevuje řadou symptomů v těchto oblastech. Objevuje se zejména u profesí, kde hlavní náplní práce je kontakt s lidmi a u povolání, jež jsou emocionálně mimořádně náročná, tam kde emoční výdeje přesahují emoční zisky. Ke vzniku syndromu vyhoření mohou přispívat, jak vnitřní charakteristiky osobnosti, tak vnější podmínky. Typický průběh burn out vypadá takto: pracovník prochází postupně fázemi nadšení, stagnace, frustrace, apatie až se rozvine syndrom vyhoření. Diagnostika syndromu vyhoření je možná pomocí celé řady dotazníkových metod. Při jeho přítomnosti je nutná odborná intervence.

Profese zdravotní sestry je jedním z povolání, které je ohroženo vznikem syndromu vyhoření a to z důvodu působení celé řady stresových faktorů. Je to fyzikální, chemické a fyzické zatížení i výrazná psychická zátěž. Existuje celá řada zdravotnických pracovišť, liší

se jak skladbou pacientů, tak specifiky práce. Geriatrické oddělení je charakteristické skladbou pacientů nad 60 let, kteří většinou vyžadují komplexní ošetrovatelskou péči a individuální přístup. Práce se starými lidmi je náročná, jak fyzicky tak i psychicky.

Zdravotníci mohou být původcem několika druhů ageismu. V ošetrovatelské péči se ageistické postoje vyskytují častěji než v běžné populaci. Zdravotníci pečující o seniory shledávají jejich problémy za typické pro všechny členy této skupiny. Negativní stereotypy o seniorech tak mají tendenci přehánět a vyvolávat neopodstatněné obavy.

Mezi projevy syndromu vyhoření a ageismem zdravotníků existují jisté podobnosti.

15 Výzkumná část

Ageismus je fenomén zasahující celou společnost, vzhledem ke zkušenostem jsme se pokusili zmapovat ageismus u zdravotních sester a geriatrických pacientů.

V práci jsme si vytyčili tři cíle a čtyři hypotézy. Zjistit ageistická přesvědčení (mínění) a chování na oddělení geriatricke u dvou studovaných souborů probandů, lišících se věkově i specificky (odlišné sociální skupiny). Ověřit vnímání ageismu a diskriminace v nemocnici, jestli je stejné jak u zdravotních sester, tak u geriatrických pacientů. Hledat souvislost mezi syndromem vyhoření a předsudky vůči stáří a starým u zdravotních sester.

H 1: U skupiny mladých zdravotních sester a geriatrických pacientů není statisticky významný rozdíl v ageistických míněních o stáří.

H 2: Mezi skupinou mladých zdravotních sester a geriatrických pacientů není statisticky významný rozdíl v ageistickém chování.

H 3: Neexistuje statisticky významný rozdíl ve vnímání ageismu v nemocnici mezi zdravotními sestrami a geriatrickými pacienty.

H 4: Mezi syndromem vyhoření a ageismem (negativní mínění a chování) u zdravotních sester existuje statisticky kladná závislost.

Kvalitativní šetření by mělo odpovědět na otázky: V jakých oblastech cítí geriatrické pacienti ageistické postoje a jakými způsoby se tyto ageistické tendence konkrétně projevují? Jak vnímají projevy ageismu vůči pacientům geriatricke zdravotní sestry?

Data, která byla použita k ověření přednesených hypotéz, byla získána od 30 zdravotních sester a 30 geriatrických pacientů ve Fakultní nemocnici Olomouc na oddělení geriatricke. A to za pomoci dotazníků u sester a řízeného rozhovoru (prostřednictvím dotazníku) u pacientů.

Pro získání potřebných údajů jsme použili čtyři dotazníky: Dotazník statusových dat, Dotazník ageistické mýty, Dotazník ROPE – hodnocení vztahu ke starým lidem, Modifikace dotazníku „Ageismus“ a Dotazník BM – psychického vyhoření.

Zkoumaný soubor zdravotníci byl tedy tvořen 30 sestrami. Tento soubor zahrnoval dva muže a 28 žen. Průměrný věk sester byl 29,4 let. Zkoumaný soubor pacienti tvořilo 30 hospitalizovaných seniorů, z toho 11 mužů a 19 žen. Ve věkové skupině od 65 do 75 let bylo 9 respondentů, Od 76 do 85 let bylo 12 dotázaných a 86 a více roků mělo 9 seniorů.

Tyto dva zkoumané soubory byly pak mezi sebou srovnávány. Soubory byly symetrické, pro zpracování dat jsme pak použily Studentův t-test pro rozdíl výběrových

průměrů a Pearsonův korelační koeficient. Výpočty jsme prováděli v počítačovém programu Microsoft Excel – Analýza dat.

Výsledky přináší zjištění, že mezi skupinou mladých zdravotních sester a geriatrických pacientů není statisticky významný rozdíl v ageistickém chování ani v ageistických míněních. Byl zjištěn statisticky významný rozdíl ve vnímání ageismu v nemocnici mezi zdravotními sestrami a geriatrickými pacienty, přičemž zdravotní sestry zachycují v průměru vyšší míru „nemocničního ageismu“ oproti pacientům. Byla nalezena kladná statistická souvislost mezi syndromem vyhoření a ageismem (negativní přesvědčení a chování) u zdravotních sester.

Kvalitativní šetření přineslo konkrétní popis ageismu a diskriminace v nemocnici a to jak z pohledu pacientů, tak sester.

Téměř všichni dotázaní zdravotníci popisují, že diskriminace na úkor seniorů se čas od času vyskytnou u všech členů zdravotnického personálu. Navíc ještě dodávají informaci o tom, že tyto postoje často neprojevují přímo před pacienty, ale tak aby je pacienti jen nesnadno zachytili. Naopak pacienti upozorňují na projevy ageismu jen velmi málo, což dokazují i výsledky kvantitativního šetření, pokud však nějaké ageistické projevy zachytily tak opět od všech členů zdravotnického týmu.

Z kvalitativního výzkumu uskutečněného u geriatrických pacientů a zdravotních sester vyplynulo několik závěrů: Existuje zásadní rozpor ve vnímání vtipů o stáří. Zdravotní sestry si všímají zejména legrace na úkor osobnosti a životní historie seniorů. Pacienti jsou citliví zejména k poznámkám týkajících se vážnosti jejich nemocí a nutnosti hospitalizace, což je u skupiny hospitalizovaných seniorů logické. Ignorování a nebrání pacienta vážně senioři nejčastěji pociťují (z obou pohledů) v uspokojení tělesných potřeb. Na psychické potřeby, tedy individuální přání, zdravotníci z pohledu pacienta také často zapomínají, oni sami si to však patrně neuvědomují. Kognitivní deficit pacienta tyto oba typy ignorace pravděpodobně zvyšuje. Užívání hanlivých názvů se objevuje nejčastěji za použití familiárností nebo smyslových deficitů, kdy to pacientům buď nevadí nebo to vidí jako oprávněné. Zdravotní sestry zmiňují typické uplatnění odborných pojmů s pejorativním nádechem, pacienti je neznají a proto je nemohou ani rozpoznat. Odpovědi na další otázku přináší vlastně dvě strany jedné mince. Důvody lepšího chování zdravotníků k seniorům (kmetství, osobní zkušenosti, etika a soucit) vedou ke vnímání adekvátní pomoci a profesionálního chování pacienty. Předpoklad kognitivních a smyslových deficitů je běžný a vnímaný oběma stranami. Projevuje se hlavně specifickými způsoby komunikace a nevhodným reagováním personálu na pacienta. V nerespektování

osobního tempa panuje opět velká shoda, sebepéče a proces vzájemné interakce vnímají jako krizový obě skupiny. Jako projev menší důstojnosti a respektu vnímají obě skupiny celou řadu způsobů neprofesionálního chování. Limity léčby způsobené věkem vidí zdravotníci v oblastech, které pacientům zůstávají nepoznané a nedostupné (resuscitace, dražší léčiva). Obě skupiny pak chápou jako problém omezení v léčebném režimu či následné péči. Pokud je někdo z pacientů ve zdravotnictví na něco starý, tak je to opět hlavně léčba. Blahosklonné jednání a přemlouvání nikdo z pacientů nezažil. Profesionálové zachycují přemlouvání ke spolupráci při léčbě a nabádání ke spiritualitě.

Hlavní nedostatky této práce spočívají v malém počtu zkoumaných osob a v nevhodném výběru osob, který nesplňuje reprezentativnost vzorku. Ovšem i přes uvedené nedostatky hodnotíme práci jako přínosnou, protože by mohla sloužit jako podklad pro další výzkumy v této oblasti.

Naše výsledky existenci ageismu potvrzují, ale vesměs v přijatelné míře. Výsledky mohou být přínosné k redukci ageismu ve společnosti i zdravotně sociálních zařízeních a přispět k lepšímu přístupu zaměstnavatele v péči o zdravotnický personál na těchto odděleních.

Použitá literatura:

- Allport, G. W.** (2004). *O povaze předsudků*. Praha: Prostor.
- Baštecká, B.** (2003). *Klinická psychologie v praxi*. Praha: Portál.
- Bouček, J. a kol.** (2006). *Speciální psychiatrie*. Olomouc: UPOL Lékařská fakulta.
- Český statistický úřad.** (2009). *Demografická ročenka ČR 2009*, Počet obyvatel podle pohlaví a jednotek věku. Citováno 5. ledna, 2011, dostupné z <http://www.czso.cz/csu/2010edicniplan.nsf/p/4019-10>
- Český statistický úřad.** (2010). *Statistická ročenka ČR 2010*, Obyvatelstvo. Citováno 10. března, 2011, dostupné z <http://www.czso.cz/csu/2010edicniplan.nsf/p/1409-10>
- Di Cara, V.**(2010, květen). *Péče o seniory v zahraničí*. 2. jarní konference prezidia České asociace sester, Brno, Česká republika.
- Erikson, E.H.** (2002). *Dětství a společnost*. Praha: Argo.
- Gallová, M.** (2008). *Problematika ageismu u hospitalizovaných pacientů – seniorů*. Bakalářská práce, Masarykova univerzita, Brno.
- Haškovcová, H.** (1989). *Fenomén stáří*. Praha: Panorama.
- Haškovcová, H.** (2007). *Thanatologie - nauka o umírání a smrti*. Praha: Galén.
- Hawstone, M., Stroebe, W.** (2006). *Sociální psychologie*. Praha: Portál.
- Hayesová, N.** (1998). *Základy sociální psychologie*. Praha: Portál.
- Hennig, C., Keller, G.** (1996). *Antistresový program pro učitele*. Praha: Portál.
- Cherry, K.E., Palmore, E.** (2008). Relating to older people evaluation (ROPE): A measure of self-reported ageism [Elektronická verze]. *Educational gerontology*, 34, 849-861. Dostupné z <http://web.ebscohost.com.ezproxy.vkol.cz/ehost/detail?hid=14&sid=5e29928c-3959-4ed6-8945-cf69c069105e%40sessionmgr14&vid=5&bdata=Jmxhbm9Y3Mmc2l0ZT1laG9zdC1saXZl#db=a9h&AN=34506336>
- Jedlička, V. a kol.** (1983). *Praktická geriatric*. Brno: IDV SZP.
- Jedlička, V.** (1991). *Praktická gerontologie*. Zlín: Grafa.
- Juřeníková, P., Hůsková, J., Petrová, V., Tománková, D.** (1999). *Ošetrovatelství*. Uherské Hradiště: Středisko služeb školám.
- Kalvach, Z., Onderková, A.** (2006). *Stáří-Pojetí geriatrického pacienta a jeho problémů v ošetrovatelské praxi*. Praha: Galén.

- Kalvach, Z., Zadák, Z., Jiráček, R., Zavázalová, H., Holmerová, I., Weber, P., a kol.** (2008). *Geriatrické syndromy a geriatrický pacient*. Praha: Grada.
- Kalvach, Z., Zadák, Z., Jiráček, R., Zavázalová, H., Sucharda, P. a kol.** (2004). *Geriatric a gerontologie*. Praha: Brada.
- Kebza, V., Šolcová, I.** (1998). Burnout syndrom: teoretická východiska, diagnostické a intervenční možnosti. *Československá psychologie*, roč. XLII, č. 5, s. 429-427.
- Kisvetrová, H.** (2005, říjen). Paliativní péče. *Sestra*, roč. 15, č. 10, s. 22.
- Klvetová, D., Dlabalová, I.** (2008). *Motivační prvky při práci se seniory*. Praha: Grada.
- Kocmanová, A.** (2005, prosinec). Syndrom vyhoření. *Sestra*, roč. 15, č. 12, s. 20-22.
- Křivohlavý, J.** (1998). *Jak neztratit nadšení*. Praha: Grada.
- Langmeier, J., Krejčířová, D.** (1998). *Vývojová psychologie, aktualizované vydání*. Praha: Grada.
- Minibergerová, L., Dušek, J.** (2006). *Vybrané kapitoly z psychologie a medicíny pro zdravotníky pracující se seniory*. Brno: NCO NZO.
- Miovský, M.** (2006). *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada.
- Mühlpachr, P.** (2004). *Gerontopedagogika*. Brno: Masarykova univerzita.
- Nakonečný, M.** (2009). *Sociální psychologie, přepracované a rozšířené vydání*. Praha: Academia.
- Novák, T.** (2002). *O předsudcích*. Brno: Doplněk.
- Pacovský, H., Heřmanová, H.** (1981). *Gerontologie*. Praha: Avicenum.
- Palmore, E. B.** (1999). *Ageism: Negative and positive*. New York: Springer.
- Papežová, E.** (2009). *Ageismus – vnímání seniory a postoje mladých dospělých*. Diplomová práce, Masarykova univerzita, Brno.
- Pokorná, A.** (2010). *Komunikace se seniory*. Praha: Grada.
- Reiterová, E.** (2003). *Základy statistiky pro studenty psychologie*. Olomouc: Univerzita Palackého.
- Řehan, V.** (2007). *Sociální psychologie 2, studijní texty pro kombinované studium*. Olomouc: ICV.
- Říčan, P.** (2004). *Cesta životem, přepracované vydání*. Praha: Portál.
- Špatenková, N.** (2008). *Gerontopsychologie, studijní text pro distanční studium*. Olomouc: Univerzita Palackého.
- Šulistová, J.** (2005, listopad). Touží sestry po moci? *Sestra*, roč. 15, č. 11, s.20-21.
- Topinková, E.** (2005). *Geriatric pro praxi*. Praha: Galén.

- Tošnerová, T.** (1998). *Sexualita ve stáří*. Z přednášek uveřejněných na internetu. Praha: Ambulance pro poruchy paměti FNKV. Dostupné z <http://www.pecujici.cz/publikace.shtml?x=212271>
- Tošnerová, T.** (2002). *Ageismus, průvodce stereotypy a mýty o stáří*. Praha: Ambulance pro poruchy paměti.
- Vágnerová, M.** (2000). *Vývojová psychologie, Dětství, dospělost, stáří*. Praha: Portál.
- Vágnerová, M.** (2007). *Vývojová psychologie II, Dospělost a stáří*. Praha: Karolinum.
- Vidovičová, L., Rabušic, L.** (2003, květen). *Senioři a sociální opatření v oblasti stárnutí v pohledu české veřejnosti, zpráva z empirického výzkumu*. Brno: Výzkumné centrum. Dostupné z <http://www.vupsv.cz/index.php?p=publications&site=default&kateg=vupsv>
- Vidovičová, L., Rabušic, L.** (2005). *Věková diskriminace-ageismus, úvod do teorie a výskyt diskriminačních přístupů ve vybraných oblastech s důrazem na pracovní trh*. Brno: Výzkumné centrum. Dostupné z <http://www.vupsv.cz/index.php?p=publications&site=default&kateg=vupsv>
- Vidovičová, L.** (2007). *Věk jako závislá proměnná. Ideologie věku, ageismus a stárnutí v české společnosti*. Disertační práce, Masarykova univerzita, Brno.
- Vidovičová, L.** (2008). *Stárnutí, věk a diskriminace – nové souvislosti*. Brno: Masarykova univerzita.
- Vodáčková, D. a kol.** (2002). *Krizová intervence*. Praha: Portál.
- Výrost, J., Slaměník, I.** (1997). *Sociální psychologie*. Praha: ISV.
- Výrost, J., Slaměník, I.** (2008). *Sociální psychologie, 2. přepracované vydání*. Praha: Grada.

Přílohy

Příloha č. 1 Dotazník Ageismus Mýty

Zatrhněte v kolonce Váš názor na dané tvrzení:

1. Nemoc představuje velmi vážný problém pro populaci nad 65 let. (to znamená, že tato věková skupina potřebuje dlouhodobou lékařskou či ústavní péči, kvůli nemoci se nemohou zapojit do běžných aktivit)

Zcela souhlasím	Spíše souhlasím	Nevím	Spíše nesouhlasím	Zcela nesouhlasím
-----------------	-----------------	-------	-------------------	-------------------

2. Většina starších osob se již nevěnuje žádné pohlavní aktivitě, sexualita není pro ně v tomto věku již důležitá.

Zcela souhlasím	Spíše souhlasím	Nevím	Spíše nesouhlasím	Zcela nesouhlasím
-----------------	-----------------	-------	-------------------	-------------------

3. K mládím patří krása, ke stáří ošklivost či úbytek atraktivity vzhledu.

Zcela souhlasím	Spíše souhlasím	Nevím	Spíše nesouhlasím	Zcela nesouhlasím
-----------------	-----------------	-------	-------------------	-------------------

4. Ve starším věku dochází k významnému pokles v duševních schopnostech člověka.

Zcela souhlasím	Spíše souhlasím	Nevím	Spíše nesouhlasím	Zcela nesouhlasím
-----------------	-----------------	-------	-------------------	-------------------

5. Duševní choroba je porucha ve stáří běžná (postihuje většinu starších osob).

Zcela souhlasím	Spíše souhlasím	Nevím	Spíše nesouhlasím	Zcela nesouhlasím
-----------------	-----------------	-------	-------------------	-------------------

6. Většina starých lidí není schopna vzhledem k svému věku a duševní chorobě pracovat ve svém oboru, nebo je jejich práce neproduktivní.

Zcela souhlasím	Spíše souhlasím	Nevím	Spíše nesouhlasím	Zcela nesouhlasím
-----------------	-----------------	-------	-------------------	-------------------

7. Izolace a osamělost je velmi vážný problém postihující většinu občanů nad 65 let.

Zcela souhlasím	Spíše souhlasím	Nevím	Spíše nesouhlasím	Zcela nesouhlasím
-----------------	-----------------	-------	-------------------	-------------------

8. Většina starších občanů žije v chudobě.

Zcela souhlasím	Spíše souhlasím	Nevím	Spíše nesouhlasím	Zcela nesouhlasím
-----------------	-----------------	-------	-------------------	-------------------

9. Osoby starší trpí depresí častěji než lidé mladšího věku.

Zcela souhlasím	Spíše souhlasím	Nevím	Spíše nesouhlasím	Zcela nesouhlasím
-----------------	-----------------	-------	-------------------	-------------------

10. Starší lidé jsou silná politická síla, mají velkou politickou moc.

Zcela souhlasím	Spíše souhlasím	Nevím	Spíše nesouhlasím	Zcela nesouhlasím
-----------------	-----------------	-------	-------------------	-------------------

11. Většina seniorů jsou laskaví lidé.

Zcela souhlasím	Spíše souhlasím	Nevím	Spíše nesouhlasím	Zcela nesouhlasím
-----------------	-----------------	-------	-------------------	-------------------

12. Pro většinu lidí starších 65 let je charakteristickým znakem moudrost.

Zcela souhlasím	Spíše souhlasím	Nevím	Spíše nesouhlasím	Zcela nesouhlasím
-----------------	-----------------	-------	-------------------	-------------------

13. Seniors lze považovat za spolehlivé, spolehlivější než ostatní věkové skupiny.

Zcela souhlasím	Spíše souhlasím	Nevím	Spíše nesouhlasím	Zcela nesouhlasím
-----------------	-----------------	-------	-------------------	-------------------

14. Většina starých lidí žije značně svobodným životem. Mohou si dělat co chtějí, kdy chtějí a jak si přejí.

Zcela souhlasím	Spíše souhlasím	Nevím	Spíše nesouhlasím	Zcela nesouhlasím
-----------------	-----------------	-------	-------------------	-------------------

15. Většina seniorů žije šťastně - vyrovnaně, v pokoji a klidu.

Zcela souhlasím	Spíše souhlasím	Nevím	Spíše nesouhlasím	Zcela nesouhlasím
-----------------	-----------------	-------	-------------------	-------------------

16. Většina starých lidí žije v bohatství.

Zcela souhlasím	Spíše souhlasím	Nevím	Spíše nesouhlasím	Zcela nesouhlasím
-----------------	-----------------	-------	-------------------	-------------------

Příloha č. 2 dotazník ROPE

Zatrhněte v kolonce, jak často projevujete uvedené chování (události):

1. Dát kompliment staršímu člověku kvůli jeho vzhledu, navzdory jeho věku

Nikdy	Občas	Často
-------	-------	-------

2. Poslat narozeninovou pohlednici, která si tropí legraci z vyššího věku

Nikdy	Občas	Často
-------	-------	-------

3. Užít si konverzaci se starým člověkem, protože je starší

Nikdy	Občas	Často
-------	-------	-------

4. Říci starému člověku vtip o stáří

Nikdy	Občas	Často
-------	-------	-------

5. Přidršet otevřené dveře staršímu člověku, kvůli jeho věku

Nikdy	Občas	Často
-------	-------	-------

6. Říci starší osobě, „Jste na to příliš starý.“

Nikdy	Občas	Často
-------	-------	-------

7. Nabídnout pomoc starému člověku přes ulici z důvodu jeho věku

Nikdy	Občas	Často
-------	-------	-------

8. Když zjistím skutečný věk člověka, říct, „Nevypadáte na svůj věk.“

Nikdy	Občas	Často
-------	-------	-------

9. Zeptat se starého člověka na radu, kvůli jeho stáří

Nikdy	Občas	Často
-------	-------	-------

10. Když má starý člověk nějakou indispozici, říci, " To je normální v tomto věku“

Nikdy	Občas	Často
-------	-------	-------

11. Když si starý člověk nemůže na něco vzpomenout, říci,“To je to, čemu se říká 'stařecká zapomnětlivost““.

Nikdy	Občas	Často
-------	-------	-------

12. Hovořit hlasitěji nebo pomaleji na staré lidi, kvůli jejich věku.

Nikdy	Občas	Často
-------	-------	-------

13. Používání jednoduchých slov při rozhovoru se starším člověkem.

Nikdy	Občas	Často
-------	-------	-------

14. Ignorování starých lidí, kvůli jejich věku.

Nikdy	Občas	Často
-------	-------	-------

15. Hlasování pro starého člověka, protože je starý

Nikdy	Občas	Často
-------	-------	-------

16. Hlasování proti starém člověku, kvůli jeho věku.

Nikdy	Občas	Často
-------	-------	-------

17. Vyhýbání se starým lidem, kvůli jejich věku

Nikdy	Občas	Často
-------	-------	-------

18. Vyhýbání se starým lidem, protože jsou mrzutí

Nikdy	Občas	Často
-------	-------	-------

19. Když je přede mnou pomalý řidič pomyslím si, „To musí být starý člověk.“

Nikdy	Občas	Často
-------	-------	-------

20. Oslovení staré ženy, „mladá dámo,“ nebo starého muže, „mladý muži.“

Nikdy	Občas	Často
-------	-------	-------

Příloha č. 3 Dotazník BM- psychického vyhoření (pro zdravotní sestry)

Tímto dotazníkem můžeme změřit míru vlastního psychického vyhoření. Při vyplňování použijte prosím níže uvedeného odstupňování. Pro účely tohoto zkoumání se zaměřte na předcházející období 1 roku.

1 ... nikdy	4 ... někdy	5 ... často
2 ... jednou za čas		6 ... obvykle
3 ... zřídka kdy		7 ... vždy

1. Byla jsem unavena. ()
2. Byla jsem v depresi (tísni). ()
3. Prožívala jsem krásný den. ()
4. Byla jsem tělesně vyčerpaná. ()
5. Byla jsem citově vyčerpaná. ()
6. Byla jsem šťastná. ()
7. Cítila jsem se vyřízená (zničená). ()
8. Nemohla jsem se vzchopit a pokračovat dále. ()
9. Byla jsem nešťastná. ()
10. Cítila jsem se uhoněná a utahaná. ()
11. Cítila jsem se jako uvězněná v pasti. ()
12. Cítila jsem se jako bych byla nula (bezpečná). ()
13. Cítila jsem se utrápená. ()
14. Tížily mne starosti. ()
15. Cítila jsem se zklamaná a rozčarovaná. ()
16. Byla jsem slabá a na nejlepší cestě k onemocnění. ()
17. Cítila jsem se beznadějně. ()
18. Cítila jsem se odmítnuta a odstrčena. ()
19. Cítila jsem se plna optimismu. ()
20. Cítila jsem se plna energie. ()
21. Byla jsem plna úzkosti a obav. ()

Zatrhňte prosím v kolonce tvrzení, které charakterizuje, jak často jste se setkali s uvedenými událostmi a dále specifikujte.

1. Zažil/a jste někdy situaci, že by někdo z personálu prohodil historku (vtip), které si tropily žerty ze stáří před pacientem?

Nikdy 0	Jednou 1	Více než jednou 2
------------	-------------	----------------------

Kdo (lékař, zdravotní sestra, ošetřovatel/ka, sanitář/ka) Jaký vtip a jak pacient reagoval?

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

2. Všiml/a jste si, že by někdo z personálu ignoroval nebo nebral vážně v průběhu hospitalizace pacienta kvůli jeho stáří?

Nikdy 0	Jednou 1	Více než jednou 2
------------	-------------	----------------------

Kdo (lékař, zdravotní sestra, ošetřovatel/ka, sanitář/ka) Popište prosím situaci?

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

3. Zažil/a jste, že by někdo ze zdravotníků nazval v průběhu hospitalizace pacienta hanlivým jménem vztahujícím se k jeho stáří?

Nikdy 0	Jednou 1	Více než jednou 2
------------	-------------	----------------------

Kdo (lékař, zdravotní sestra, ošetřovatel/ka, sanitář/ka) Jak?

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

4. Zaznamenal/a jste, že by se někdo z personálu choval k pacientovi lépe jenom kvůli jeho věku?

Nikdy 0	Jednou 1	Více než jednou 2
------------	-------------	----------------------

Kdo (lékař, zdravotní sestra, ošetřovatel/ka, sanitář/ka) a jak?

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

5. Zažil/a jste, že by někdo ze zdravotníků předpokládal, že staří lidé mají obecně problémy se sluchem, zrakem, pamětí a pozorností?

Nikdy 0	Jednou 1	Více než jednou 2
--------------------------	---------------------------	------------------------------------

Kdo (lékař, zdravotní sestra, ošetřovatel/ka, sanitář/ka) Jak se k nim vzhledem k tomuto předpokladu choval?

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

6. Všiml/a jste si, že by profesionálové někdy projevili nátlak na pacienta z důvodu nedostatku času (nerespektování jeho osobního tempa)?

Nikdy 0	Jednou 1	Více než jednou 2
--------------------------	---------------------------	------------------------------------

Kdo (lékař, zdravotní sestra, ošetřovatel/ka, sanitář/ka) Kdy a jak?

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

7. Zaznamenal/a jste, že by někdo ze zdravotníků jednal s pacientem s menší důstojností a respektem, protože je starý.

Nikdy 0	Jednou 1	Více než jednou 2
--------------------------	---------------------------	------------------------------------

Kdo (lékař, zdravotní sestra, ošetřovatel/ka, sanitář/ka) Jak konkrétně?

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

.....
.....
8. Myslíte, že se někdy stalo, že by byla pacientovi omezena nebo odmítnuta léčba, protože je příliš starý/á.

Nikdy 0	Jednou 1	Více než jednou 2
------------	-------------	----------------------

Kdo (lékař, zdravotní sestra, ošetřovatel/ka, sanitář/ka) V jaké situaci?

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

9. Všiml/a jste si, že by někdo ze zdravotníků řekl pacientovi, že je příliš starý/á pro něco.

Nikdy 0	Jednou 1	Více než jednou 2
------------	-------------	----------------------

Kdo (lékař, zdravotní sestra, ošetřovatel/ka, sanitář/ka) a pro co?

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

10. Zaznamenal/a jste, že by někdy někdo jednal s pacientem blahosklonně a přemlouval ho k něčemu, protože je starý?

Nikdy 0	Jednou 1	Více než jednou 2
------------	-------------	----------------------

Kdo (lékař, zdravotní sestra, ošetřovatel/ka, sanitář/ka) a pro co?

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

PRO PACIENTY

1. Uved'te prosím vaše pohlaví

- a) Žena
- b) Muž

2. Uved'te prosím váš věk

- 4. 65 – 75 let
- 5. 76 – 85 let
- 6. 86 a více

3. Setkali jste se někdy s pojmem ageismus?

- a) Ano, znám význam tohoto pojmu
- b) Ano, slyšel/a jsem jej, ale neznám význam tohoto pojmu
- c) Ne, nikdy
- d) Nevím

4. Jste v současné době

- a) Zaměstnan/a
- b) Nezaměstnan/a
- c) Invalidní důchodce/kyně
- d) Starobní důchodce/kyně

PRO PERSONÁL

Dobrý den,

jmenuji se Veronika Dvořáková, pracuji jako zdravotní sestra a jsem studentkou psychologie. Touto cestou bych Vás chtěla požádat a poprosit o vyplnění těchto dotazníků, které jsou naprosto anonymní (anonymitu zajistíme tak, že dotazníky po vyplnění vložíte do malé obálky, kterou zalepíte a teprve pak je vložíte do velké obálky) a budou sloužit pouze k účelu vypracování mé výzkumné práce. Na otázky prosím odpovídejte, co nejpravdivěji. Za spolupráci a zpracování moc děkuji. S pozdravem Veronika Dvořáková

Pohlaví:

- a) muž
- b) žena

Nejvyšší dosažené vzdělání:

- a) SZŠ
- b) VOŠ-diplomovaná sestra
- c) Vysokoškolské vzdělání bakalářské
- d) Vysokoškolské vzdělání magisterské
- e) Postgraduální vzdělání, specializace v oboru. **Jaké:**

Věk:

.....
Počet let praxe na současném oddělení:

.....
Oddělení (pracoviště):

.....
Pracovní zařazení:

.....
. Setkali jste se někdy s pojmem ageismus?

- a) Ano, znám význam tohoto pojmu
- b) Ano, slyšel/a jsem jej, ale neznám význam tohoto pojmu
- c) Ne, nikdy
- d) Nevím

Příloha č. 6 Zadání diplomové práce

Univerzita Palackého v Olomouci
Filozofická fakulta
Akademický rok: 2009/2010

Studijní program: Psychologie
Forma: Kombinovaná
Obor/komb.: Psychologie (PSYN)

Podklad pro zadání DIPLOMOVÉ práce studenta

PŘEDKLÁDÁ:	ADRESA	OSOBNÍ ČÍSLO
Bc. DVORÁKOVÁ Veronika	Bílsko 37, Bílsko	108453

TÉMA ČESKY:

Ageismus

NÁZEV ANGLICKY:

Ageism

VEDOUCÍ PRÁCE:

PhDr. Soňa Lemrová, Ph.D. - PCH

ZÁSADY PRO VYPRACOVÁNÍ:

1. Prostudování problematiky ageismu v literatuře. Vypracování ucelené rešerše.
2. V teoretické části se bude práce zabývat postoji, předsudky a stereotypy. Bude popsán lidský vývoj z hlediska stárnutí. Pokusíme se popsat pojem ageismus a zmíníme problematiku profesionálů pečujících o seniory.
3. Hlavním cílem výzkumného projektu bude zjištění míry vnímaného ageismu na straně seniorů a projevování ageistických postojů ze strany pečujících.
4. Výzkumný soubor bude tvořit cca 30 seniorů a 30 pečujících
5. Postup: Získání dat pomocí dotazníků „Ageismus? (Palmore, 2000) upravený pro potřeby této práce, dotazník ROPE (Hodnocení vztahu ke starým lidem) dle Palmore 2008, dotazník zaměřený na zjištění přijetí ageistických mýtů a dotazník psychického vyhoření BM. Získaná data budou vyhodnocena vhodnými statistickými a kvalitativními metodami.
6. Závěry diplomové práce mohou přinést další informace o problematice ageismu, zejména v prostředí institucí a personálu pečujícího o seniory

SEZNAM DOPORUČENÉ LITERATURY:

- PALMORE, E. B.: Ageism: Negative and positive, New York, Springer, 1999
BAŠTECKÁ, B.: Klinická psychologie v praxi, Praha, Portál, 2003
HAŠKOVCOVÁ, H.: Fenomén stáří. 1. vyd. Praha: Panorama, 1989
JEDLIČKA, V. a kol.: Praktická Gerontologie. Brno 1991.
KALVACH, Z. Úvod do gerontologie a geriatric. 1. vyd. Praha: Karolinum, 1997.
KŘIVOHLAVÝ, J.: Jak neztratit nadšení. Praha, Grada, 1998
TOŠNEROVÁ, T. Ageismus. Průvodce stereotypy a mýty o stáří. 1. vyd. Praha: Ambulance pro poruchy paměti, Ústav lékařské etiky 3. LF UK a FNKV Praha, 2002.
VIDOVIČOVÁ, L.: Stárnutí, věk a diskriminace? nové souvislosti. 1. vyd. Brno: MU, 2008.
VÝROST, J., SLAMĚNÍK, I.: Sociální psychologie. 2., přepracované a doplněné vyd. Praha: Grada, 2008

Časopisecké zdroje (Československá psychologie)
Databáze přístupné pro UP (ProQuest, EBSCOhost atd.)

Podpis studenta: Ortina Karel Veronika

Datum: 29.5.2010

Podpis vedoucího práce: [Signature]

Datum: 21.5.2010

Příloha č. 7
Souhlas s provedením výzkumu

FN Olomouc
Mudr. Radomír Maráček
I. P. Pavlova 6
Olomouc
775 20

V Olomouci 15. června 2010

Žádost o poskytnutí dat pro závěrečnou diplomovou práci

Vážený pane řediteli,
žádám o umožnění sběru dat ve FNO pro diplomovou práci. Data budou získávána od pacientů hospitalizovaných na geriatrickém oddělení (cca 30 subjektů) a od zdravotnického personálu pracujícího na tomto oddělení (cca 30 subjektů). Použity budou dotazníky přizpůsobené oběma zkoumaným skupinám: „Ageismus“ (Palmore, 2000) upravený pro naše potřeby, dotazník ROPE (Hodnocení vztahu ke starým lidem) dle Palmore 2008, dotazník zaměřený na zjištění přijetí ageistických mýtů a dotazník psychického vyhoření BM (pouze pro zdravotníky). Získaná data budou vyhodnocena vhodnými statistickými a kvalitativními metodami. Cílem diplomové práce je přinést další informace o problematice ageismu (předsudky vůči starším lidem) a zjištění jeho vnímání oběma zkoumanými stranami. Data budou využita pouze k účelům zpracování mé výzkumné práce.

S pozdravem Veronika Dvořáková (studentka 2. ročníku magisterské kombinovaného studia psychologie na UPOL)

Prozi kora: Veronika

Veronika Dvořáková
Bílsko 37
Poš. Cholína
Olomouc
783 22

*Souhlasím, medev: FNOL není
mánilky.
15.6.2010*

FAKULTNÍ NEMOCNICE OLOMOUC
I.P. Pavlova 6
775 20 OLOMOUC

Příloha č. 8
Výzkumná data

Pacienti	Zdravotníci
0,20	0,5
0,30	0,25
0,00	0,45
0,15	0,5
0,20	0,3
0,05	0,45
0,00	0,4
0,20	0,9
0,60	0,6
0,40	0,4
0,35	0,45
0,40	0,4
0,10	0,4
0,00	0,5
0,10	0,25
0,15	0,85
0,45	0,6
0,10	0,9
0,00	0,1
0,00	0,5
0,10	1
0,10	0,9
0,20	0,9
0,00	0,3
0,00	0,45
0,40	1
0,15	0,45
0,00	0,35
0,10	0,6
0,60	0,4

Tabulka 13 Výsledky dotazník modifikace Palmore 2000

Pacienti		Zdravotníci	
P	N	P	N
1,000	0,560	0,767	0,560
0,667	0,620	0,633	0,560
0,733	0,600	0,667	0,840
0,367	0,460	0,933	0,920
0,800	0,640	0,667	0,780
0,433	0,660	0,767	0,700
0,633	0,680	0,567	0,720
0,433	0,700	0,900	0,380
0,733	0,620	0,733	0,820
0,467	0,380	0,733	0,640
0,667	0,720	1,000	0,700
0,400	0,780	0,600	0,640
0,800	0,460	0,567	0,600
0,633	0,440	0,567	0,620
0,667	0,380	0,733	0,480
0,567	0,560	0,467	0,420
0,567	0,560	0,633	0,540
0,367	0,520	0,667	0,580
0,500	0,580	0,533	0,660
0,567	0,440	0,767	0,580
0,667	0,540	0,600	0,480
0,567	0,620	0,467	0,440
0,600	0,700	0,667	0,580
0,400	0,520	0,667	0,780
0,467	0,540	0,667	0,840
0,667	0,560	0,633	0,480
0,433	0,640	0,533	0,400
0,533	0,660	0,567	0,720
0,700	0,540	0,567	0,600
0,733	0,620	0,467	0,600

Tabulka 14 Výsledky dotazník mýty negativní a pozitivní

Pacienti		Zdravotníci	
P	N	P	N
0,750	0,250	0,750	0,357
0,750	0,321	0,500	0,143
0,417	0,179	0,583	0,321
0,500	0,250	0,583	0,286
0,583	0,250	0,500	0,429
0,500	0,214	0,417	0,393
0,250	0,107	0,417	0,179
0,500	0,179	0,583	0,357
0,500	0,536	0,583	0,250
0,583	0,500	0,583	0,286
0,500	0,250	0,667	0,321
0,750	0,321	0,667	0,357
0,750	0,250	0,417	0,179
0,667	0,179	0,500	0,393
0,333	0,250	0,417	0,214
0,500	0,214	0,750	0,536
0,333	0,393	0,583	0,429
0,583	0,143	0,750	0,214
0,583	0,143	0,500	0,179
0,500	0,143	0,500	0,214
0,333	0,179	0,417	0,286
0,333	0,036	0,500	0,286
0,583	0,036	0,750	0,214
0,417	0,214	0,500	0,429
0,417	0,143	0,583	0,321
0,500	0,179	0,250	0,250
0,417	0,321	0,750	0,464
0,417	0,214	0,417	0,179
0,500	0,393	0,417	0,179
0,500	0,536	0,333	0,250

Tabulka 15 Výsledky dotazník ROPE negativní a pozitivní

Zdravotníci
2,48
2,33
3,86
1,86
3,62
2,81
2,76
4,48
2,71
3,81
4,57
2,62
3,29
4,52
4,14
3,52
4,86
3,24
2,10
2,48
3,10
3,57
3,24
3,62
3,86
3,57
4,76
2,76
3,29
2,90

Tabulka 16 Výsledky dotazníku BM