

# Znalosti všeobecných sester o ageismu.

Veronika Achilisová, DiS.



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně  
Fakulta humanitních studií  
Ústav ošetrovatelství  
akademický rok: 2012/2013

## ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Veronika ACHILISOVÁ, DiS.**  
Osobní číslo: **H09669**  
Studijní program: **B5341 Ošetrovatelství**  
Studijní obor: **Všeobecná sestra**  
Forma studia: **kombinovaná**

Téma práce: **Znalosti všeobecných sester o ageismu**

Zásady pro vypracování:

**Studium odborné literatury.**  
**Vymezení pojmů a teoretických východisek v oblasti stáří, stárnutí a ageismu.**  
**Příprava metodiky průzkumné části.**  
**Realizace průzkumu u všeobecných sester pomocí dotazníkového šetření.**  
**Zpracování, vyhodnocení a interpretace získaných dat.**  
**Prezentace výsledků šetření, jejich shrnutí a návrh doporučení pro praxi.**

Rozsah bakalářské práce:

Rozsah příloh:

Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**

Seznam odborné literatury:

**KALVACH, Zdeněk. Úvod do gerontologie a geriatry. Praha: Karolinum, 1997. ISBN 80-7184-366-0.**

**STUART-HAMILTON, Ian. Psychologie stárnutí. Praha: Portál, 1999. ISBN 80-7178-274-2.**

**MALÍKOVÁ, Eva. Péče o seniory. Praha: Grada Publishing, 2012. ISBN 978-80-247-3148-3.**

**MŮHLPACHR, Pavel. Gerontopedagogika. Brno: Masarykova univerzita, 2009. ISBN 978-80-210-5029-7.**

**VIDOVIČOVÁ, Lucie. Stárnutí, věk a diskriminace – nové souvislosti. Brno: Masarykova univerzita: Mezinárodní politologický ústav, 2008. ISBN 978-80-210-4627-6.**

Vedoucí bakalářské práce:

**doc. Mgr. Martina Cichá, Ph.D.**

Ústav aplikovaných společenských věd

Datum zadání bakalářské práce:

**4. února 2013**

Termín odevzdání bakalářské práce:

**24. května 2013**

Ve Zlíně dne 4. února 2013

  
doc. Ing. Anežka Lengalová, Ph.D.  
děkanka



  
Mgr. Anna Krátká, Ph.D.  
ředitelka ústavu

## PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- odevzdáním bakalářské práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby <sup>1)</sup>;
- beru na vědomí, že bakalářská práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k nahlédnutí;
- na moji bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3 <sup>2)</sup>;
- podle § 60 <sup>3)</sup> odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60 <sup>3)</sup> odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – bakalářskou práci - nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování bakalářské práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky bakalářské práce využít ke komerčním účelům.

Prohlašuji, že

- elektronická a tištěná verze bakalářské práce jsou totožné;
- na bakalářské práci jsem pracoval samostatně a použitou literaturu jsem citoval. V případě publikace výsledků budu uveden jako spoluautor.

Ve Zlíně .....*8.3.2013*.....

.....*[Signature]*.....

*1) zákon č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, § 47b Zveřejňování závěrečných prací:*

*(1) Vysoká škola nevydělečně zveřejňuje disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce, u kterých proběhla obhajoba, včetně posudků oponentů a výsledku obhajoby prostřednictvím databáze kvalifikačních prací, kterou spravuje. Způsob zveřejnění stanoví vnitřní předpis vysoké školy.*

(2) Disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce odevzdané uchazečem k obhajobě musí být též nejméně pět pracovních dnů před konáním obhajoby zveřejněny k nahlázení veřejnosti v místě určeném vnitřním předpisem vysoké školy nebo není-li tak určeno, v místě pracoviště vysoké školy, kde se má konat obhajoba práce. Každý si může ze zveřejněné práce pořizovat na své náklady výpisy, opisy nebo rozmnoženiny.

(3) Platí, že odevzdáním práce autor souhlasí se zveřejněním své práce podle tohoto zákona, bez ohledu na výsledek obhajoby.

2) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 35 odst. 3:

(3) Do práva autorského také nezasahuje škola nebo školské či vzdělávací zařízení, užije-li nikoli za účelem přímého nebo nepřímého hospodářského nebo obchodního prospěchu k výuce nebo k vlastní potřebě dílo vytvořené žákem nebo studentem ke splnění školních nebo studijních povinností vyplývajících z jeho právního vztahu ke škole nebo školskému či vzdělávacímu zařízení (školní dílo).

3) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 60 Školní dílo:

(1) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla (§ 35 odst.

3). Odpírá-li autor takového díla udělit svolení bez vážného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat nahrazení chybějícího projevu jeho vůle u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.

(2) Není-li sjednáno jinak, může autor školního díla své dílo užit či poskytnout jinému licenci, není-li to v rozporu s oprávněnými zájmy školy nebo školského či vzdělávacího zařízení.

(3) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení jsou oprávněny požadovat, aby jim autor školního díla z výdělku jim dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence podle odstavce 2 přiměřeně přispěl na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložily, a to podle okolností až do jejich skutečné výše; přitom se přihlídí k výši výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.

## **ABSTRAKT**

Tato práce popisuje proces stárnutí a stáří v bio-psycho-sociálních proměnách. Nastihuje prvky a pravidla efektivní komunikace zdravotnických pracovníků se seniory a přibližuje pojem ageismus. V praktické části jsou zjišťovány znalosti všeobecných sester o ageismu, ale také jejich přístup ke starým lidem.

Klíčová slova: ageismus, komunikace, sestra, senior, stáří.

## **ABSTRACT**

This paper describes the aging process and age in the bio-psycho-social transformations. It also outlines the elements and rules of effective communication between seniors and medical staff and introduces the concept of ageism. The practical part of this paper focuses on knowledge of surveyed nurses about ageism as well as their attitude to old people.

Key words: ageism, communication, nurse, senior, old age.

Děkuji paní doc. Mgr. Martině Ciché, Ph.D. za ochotu a odborné vedení této bakalářské práce do finální podoby.

Děkuji také doc. PhDr. Janě Kutnohorské, CSc. za odborné konzultace při zpracovávání teoretické části této práce.

Prohlašuji, že odevzdaná verze bakalářské práce a verze elektronická nahraná do IS/STAG jsou totožné.

*„Šťěstí je poznat v mládí přednosti stáří a stejné štěstí je udržet si ve stáří přednosti mládí“*

Johan Wolfgang Goethe



## Obsah

ÚVOD.....	11
TEORETICKÁ ČÁST.....	13
1 STÁRNUTÍ A STÁŘÍ.....	14
1.1 DEFINICE STÁRNUTÍ A STÁŘÍ.....	14
1.2 KATEGORIZACE STÁŘÍ.....	15
1.2.1 KALENDÁRNÍ (CHRONOLOGICKÉ) STÁŘÍ.....	15
1.2.2 BIOLOGICKÉ STÁŘÍ.....	15
1.2.3 SOCIÁLNÍ STÁŘÍ.....	16
1.2.4 PSYCHOLOGICKÉ STÁŘÍ.....	16
1.3 TEORIE STÁRNUTÍ.....	16
1.3.1 TEORIE VOLNÝCH RADIKÁLŮ.....	16
1.3.2 NEUROENDOKRINNÍ TEORIE.....	16
1.3.3 MUTAČNÍ TEORIE.....	17
1.3.4 TEORIE PROGRAMOVÉHO STÁRNUTÍ.....	17
1.4 BIO-PSYCH-SOCIÁLNÍ ASPEKTY STÁRNUTÍ.....	17
1.4.1 BIOLOGICKÉ ASPEKTY STÁRNUTÍ.....	17
1.4.2 PSYCHICKÉ ASPEKTY STÁRNUTÍ A KOGNITIVNÍ ZMĚNY.....	18
1.4.3 SOCIÁLNÍ ASPEKTY STÁRNUTÍ.....	19
1.5 REAKCE ČLOVĚKA NA STÁŘÍ.....	20
1.6 FAKTORY OVLIVŇUJÍCÍ DÉLKU ŽIVOTA.....	21
1.7 GERIATRICKÉ (GERONTOLOGICKÉ) OŠETŘOVATELSTVÍ.....	22
1.8 NOVÉ TRENDY V PÉČI O SENIORY.....	22
2 KOMUNIKACE SE SENIORY.....	25
2.1 JAK SPRÁVNĚ KOMUNIKOVAT A PŘÍSTUPOVAT K SENIORŮM.....	25
2.2 NEJČASTĚJŠÍ ZLOZVYKY V PŘÍSTUPU K SENIOROVI.....	27
2.3 KOMUNIKAČNÍ BARIÉRY.....	29
3 AGEISMUS.....	30
3.1 ZDROJE AGEISMU.....	31
3.2 KLASIFIKACE AGEISMU.....	32
3.3 PŘÍČINY AGEISMU.....	32
3.4 RIZIKOVÉ FAKTORY ŠPATNÉHO ZACHÁZENÍ SE SENIORY.....	33
3.5 PROJEVY ŠPATNÉHO ZACHÁZENÍ SE SENIORY.....	33
3.6 AGEISMUS MEZI ZDRAVOTNÍMI PROFESIONÁLY.....	35
3.7 OPATŘENÍ KE SNÍŽENÍ VÝSKYTU AGEISMU.....	35
PRAKTICKÁ ČÁST.....	38
4 METODIKA PRÁCE.....	39
4.1 CÍLE VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ.....	39
4.2 METODA PRÁCE.....	39
4.3 CHARAKTERISTIKA VZORKU RESPONDENTŮ A ORGANIZACE DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ.....	40

---

<b>4.4</b>	<b>CHARAKTERISTIKA POLOŽEK DOTAZNÍKU.....</b>	<b>40</b>
<b>4.5</b>	<b>ZPRACOVÁNÍ ZÍSKANÝCH DAT .....</b>	<b>41</b>
<b>4.6</b>	<b>INTERPRETACE DAT VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ .....</b>	<b>42</b>
<b>5</b>	<b>ANALÝZA A REFLEXE VÝSLEDKŮ .....</b>	<b>62</b>
<b>5.1</b>	<b>ANALÝZA CÍLŮ .....</b>	<b>62</b>
<b>5.2</b>	<b>DISKUZE .....</b>	<b>64</b>
<b>5.3</b>	<b>ZÁVĚR.....</b>	<b>65</b>
	<b>SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY .....</b>	<b>67</b>
	<b>SEZNAM TABULEK.....</b>	<b>72</b>
	<b>SEZNAM GRAFŮ .....</b>	<b>72</b>
	<b>SEZNAM PŘÍLOH.....</b>	<b>72</b>

## ÚVOD

Život. Co si pod tímto pojmem dokážeme představit? Kde a kdy začíná a končí? Mládí je dar. V mládí je síla a takřka bezmezná možnost lidského bytí. Co je ale potom odvrácená strana mládí a jaká má být přirozená cesta k jeho konci? V těle každého živého jedince probíhají určité biologické procesy, které postupují k nezvratným změnám. Po dosažení určitého vývojového vrcholu dospívání (evoluce) zákonitě dochází k procesu vývojových poklesů stárnutí (involuce). Stárnutí je charakteristický jev provázený určitým opotřebením organismu. Každý jedinec prochází stejným biologickým vývojem, který se odlišuje v projevech, v osobnostních postojích, v přístupu i ve vnímání onoho vývoje. Stárnutí a stárí se většina z nás obává. Je jmenovatelem strachu zbytečnost, marnost, samota, beznaděj, opovrženlivost, nevyhnutelná blízkost smrti či snad ztráta síly, snů a vizí do budoucnosti? Možná někdy cítíme jistou nejistotu a pesimismus pozorující ty, kteří se v „oněch“ rovinách již ocitají. A protože většinu z nás, nedá-li tomu osud jinak, s největší pravděpodobností čeká jistá procházka parkem stářím „provoněným“, je dobré vědět, znát a pochopit, co proces stárnutí i stárí obnáší. Každý mládím ovívaný jedinec ať rozhlédne se okolo sebe, a až zahlédne starého člověka, nechť se zamyslí. V překotu několika let s největší pravděpodobností bude nahlížet právě na sebe samého, možná věčně nepochopeného, jakým se starý člověk může mladému zdát.

Lidský život ubíhá v čase, a proto jej můžeme přirovnat k hodinám. Jejich ručičky odbíjejí každému člověku minutu po minutě i hodinu po hodině stejně. Na počátku života je zrození, na jeho konci je smrt. Ubíhající čas života bez lítosti a čím déle, tím více hlasitěji, „promlouvá“ k našemu vědomí i k našemu tělu. Záleží na nás, jak se k neodvratnosti stárnutí postavíme, a jak moc budeme ve zdravém těle utužovat i zdravého ducha. Genetický základ pozměnit neumíme. Existují však možnosti, jak lze alespoň péčí o naše zdraví podpořit dlouhý a kvalitní život.

Teoretická část práce popisuje definice stárnutí a stárí, ale také členění stárí na biologické, sociální, chronologické a psychologické. Často dochází k rozporu věku chronologického s těmi dalšími. Dozvíme se také, jak je možné reagovat na stárnutí, a jak ovlivnit délku a kvalitu života. Průběh stárnutí a stárí samotné jsou ovlivněny nejen zdravotním stavem jedince, ale také jeho sociální situací. Výchova a působení rodiny na jednotlivce staví základy tomu, jak v budoucnu bude přistupovat ke svému zdraví. Stárnutí může být urychleno nemocí, přemírou starostí, náročnými životními okolnostmi, ale i třeba tím, že se člověk necítí být šťastným. K pochopení proč vlastně stárneme, poslouží výpis

několika teorií stárnutí. Dalším bodem je komplexní popis veškerých změn v bio-psycho-sociálním pojetí jedince. Další oddíl této práce poukazuje na vhodnou komunikaci se seniory a na nejčastější chyby ošetřovatelského personálu v přístupu k nim. Poslední celek je věnován problematice ageismu. Pojem ageismus je poměrně nový fenomén v naší společnosti, a proto se pokouším popsat a přiblížit jeho vznik a význam. Pro mnoho lidí je tento pojem neznámý, nicméně jej můžeme pozorovat v různých situacích dnes a denně. Ageismus v sobě zahrnuje předsudky, negativní představy a projevy diskriminace namířené vůči starým lidem. Diskriminace je právem zakázané zacházení vůči druhým, které je v naší společnosti patrné téměř ve všech oblastech lidské existence.

Praktická část odhaluje, zda všeobecné sestry znají termín ageismus, a jakým způsobem či při kterých činnostech se projevuje nejvíce. V péči o pacienta je sestra mnohdy nejbližší osobou, která může jak pozitivně tak i negativně ovlivnit pocity hospitalizovaného jedince. Jak sestry vnímají problematiku seniorského věku, a jak k samotným seniorům vůbec přistupují? Může sestra seniora vnímat jako pacienta náročnějšího? Osoby pečující o staré lidi by měly znát specifika seniorského věku. Jedině díky vědomostnímu základu je možné reagovat tak, aby nedocházelo k věkové diskriminaci s devalvačním (znehodnocujícím) dopadem na osobnost seniora.

Mnoho lidí si myslí, že stárnutí je proces, který do života přináší určitou invaliditu a jistá omezení, vyžadující závislost a potřebu pomoci od druhých lidí. Je třeba si uvědomit, že proces stárnutí je nutnou součástí života. Přes všechny obtíže seniorského věku je možné spatřit mnoho aktivních jedinců, kteří oplývají nespornou výhodou v podobě obrovské životní zkušenosti. Svoji bakalářskou práci jsem se rozhodla věnovat starým lidem, neboť se domnívám, že v tomto hektickém světě si právě oni zaslouží naši zvýšenou pozornost.

## **I. TEORETICKÁ ČÁST**

# 1 STÁRNUTÍ A STÁŘÍ

## 1.1 Definice stárnutí a stáří

Existuje mnoho definic, které se vzájemně prolínají, a proto jich zde uvádím hned několik. Stáří je důsledkem a projevem geneticky podmíněných involučních (zánikových) procesů, které mohou být ovlivněny dalšími faktory (např. nemoc, styl života, vliv prostředí). Stáří bývá spojeno s řadou důležitých změn v sociálních rolích (např. dospělost dětí, odchod do penze) (Kalvach, 1997). „*Stáří je nevyhnutelnou perspektivou každého živého tvora. O stáří se v poslední době více mluví a píše. Zejména proto, že se mění struktura společnosti. Stárnoucích a starých lidí na celém světě přibývá. A tito lidé potřebují pomoc*“ (Minibergerová, Dušek, 2006, s. 5).

Minibergerová a Dušek (2006) rozlišují dvě křivky života:

- **první křivka** popisuje tři fáze života: progrese (dětství a mládí), rovina (dospělost) a úpadek (stáří),
- **druhá křivka** života vychází z faktu, že stáří neznamená vždy jen úpadek, protože i v tomto období je možno objevovat nová poznání.

Poslední fází lidského vývoje je proces stárnutí, jehož výsledkem je stáří. Stáří můžeme vnímat jako proces zárodečného vývoje jedince do jeho zániku, který se odehrává v průběhu celého života (Mühlpachr, 2009).

„*Stáří je zároveň tělesný, psychický, sociální i duchovní jev*“ (Gruss, 2009, s. 11). *Stárnutí je specifický, nezvratný a neopakovatelný biologický proces jednotný pro celou přírodu, jehož průběhem je život. Délka života pak závisí na genetické výbavě a odolnosti jedince a je pro každý živočišný druh specifická*“ (Topinková, Neuwirth, 1995, s. 13). Proces stárnutí je na konci přirozeného vývoje každého živého individua, který se odehrává v jednotlivých orgánech ve smyslu změn degenerativních, morfologických a funkčních. Tyto změny představující zvýšenou zranitelnost, sníženou schopnost a výkonnost jedince, kulminují v terminálním stádiu a ve smrti (Langmeier a Krejčířová, 1998).

Pojem senior není právní ani statistickou kategorií, ale kategorií spíše sociologickou. Od 1. ledna 2007 vstoupil v platnost zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů, který s pojmem senior vůbec poprvé pracuje. Český statistický úřad uvádí, že definice seniora není v České republice ani ve světě jednotná. V této práci

můžeme za seniora označovat člověka nad 60 let, ale i člověka, který by se dle vnímání svého věku stavu i společenské reality do této kategorie zařadil sám.

## 1.2 Kategorizace stáří

### 1.2.1 Kalendářní (chronologické) stáří

Kalendářní věk je pouze pomocným kritériem, které se používá z nedostatku vhodnějšího měřítka postupu stárnutí (Martiník a kol., 2007).

Kalendářní stáří představuje stanovený věk, od kterého se projevují involuční změny, a který nám jednoduše řekne, jak je člověk starý. Chronologický věk nemůže být pokládán za spolehlivý ukazatel životního stavu konkrétního jedince, pokud nemáme další funkční údaje (Stuart-Hamilton, 1999).

*„Očekává se, že věk (tj. forma měření času) bude univerzálním, všem srozumitelným jazykem. Věk nás v různých formách obklopuje, definuje a usměrňuje, je klíčem k právům i k povinnostem, je naším jízdním řádem a možná lze s jistou nadsázkou říct, že se stal naším druhým „já“. Je však více než to, věk je otevřenou formou sociální kontroly i tichým nástrojem manipulace a regulace pronikající do všech oblastí života“ (Vidovičová, 2008, s. 14). Z medicínského hlediska rozlišujeme stárnutí fyziologické, které se rovná normální součásti života. Jde o tzv. zákonitou epochu. Předčasné stárnutí znamená, že kalendářní věk je nižší než ten biologický (Minibergerová, Dušek, 2006).*

- **Dělení stáří a dospělosti dle Světové zdravotnické organizace:**

45 – 59 let = období středního věku,

60 – 74 let = senescence (období počínajícího stáří),

75 – 89 let = kmetství (senium, období vlastního stáří),

nad 90 let = patriarchum (období dlouhověkosti) (Malíková, 2011).

### 1.2.2 Biologické stáří

Tento výraz posuzuje objektivní stav fyzického vývoje či přítomnost degenerativních změn jedince. Jde o vyjádření celkového stavu organismu a lze jej po biologické stránce více specifikovat na:

- **anatomický věk:** vyjadřuje stav tělesné stavby,
- **karpální věk:** vyjadřuje stav zápěstních kůstek,

- **fyziologický věk:** vyjadřuje stav fyziologických procesů (např. metabolismus) (Stuart-Hamilton, 1999).

### 1.2.3 Sociální stáří

Sociální věk vychází z určitého společenského chování k přiměřenému biologickému věku. Naše společnost předpokládá, že stáří je doba odpočinku bez pracovních poměrů s odchodem do penze (Stuart-Hamilton, 1999). Toto období je provázeno velkým množstvím změn v sociálním životě (např. ztráta životního programu, ztráta společenské prestiže, nadbytek volného času, přítomnost ageismu) (Kalvach, 1997).

### 1.2.4 Psychologické stáří

Psychologické stáří je dané osobnostními rysy, vznikem charakteristických psychických změn během stárnutí a stáří a subjektivním vnímáním vlastního věku (Kalvach, 1997).

## 1.3 Teorie stárnutí

Biologické znaky stárnutí můžeme pozorovat ve všech tkáních i v buňkách. Nejvýraznější změny probíhají v nervovém a hormonálním systému. Degenerativní změny a pokles základního metabolismu zapříčiňují ochabnutí tělesných a duševních pochodů (Langmeier, Krejčířová, 1998). Existuje řada teorií zabývajících se otázkou, proč stárneme. Z mnoha teorií stárnutí jsem si vybrala ty nejzajímavější:

### 1.3.1 Teorie volných radikálů

Tato teorie popisuje přítomnost volných radikálů jako atomů, které vznikají přímo v buňkách při buněčném dýchání, nebo jsou součástí ionizujícího záření (rentgenové a radioaktivní záření či ultrafialové světlo). Tato teorie předpokládá, že existuje jediná základní příčina stárnutí, modifikovaná genetickými faktory a faktory prostředí.

### 1.3.2 Neuroendokrinní teorie

Tato teorie říká, že proces stárnutí ovlivňuje hormonální systém, konkrétně nadvěsek mozkový a jeho hormon melatonin (podílející se na činnosti biorytmů, imunity a buněk), který má antioxidační a protinádorový účinek (Univerzita Karlova, 2000).



### 1.3.3 Mutační teorie

Podle této teorie stárneme díky hromadění mutací (změna genetické informace) v buňkách v průběhu života (Univerzita Karlova, 2000).

### 1.3.4 Teorie programového stárnutí

Na základě genetické informace si tělo samo volí způsob stárnutí, kdy určitá životnost genů může snížit činnost imunitního a hormonálního systému. Organismy v sobě mají vybudovaný systém ničení a zániku buněk, aby byla uvolněna cesta mladším jedincům a předešlo se tak přemnožení (Stuart-Hamilton, 1999). *„Obecně lze říci, že lidé mají ve svém genetickém programu zakódován počátek a průběh stárnutí i pravděpodobnou délku života. Dědičné předpoklady jsou však pouze jedním z faktorů, které mohou ovlivnit rychlost a kvalitu stárnutí. DNA (deoxyribonukleová kyselina), která je nositelem genetické informace, ovlivňuje proces stárnutí. Jde o mechanismus tzv. genetických hodin. To znamená, že se v určité době aktivují geny, které mají vliv na průběh stárnutí“* (Vágnerová, 2007, s. 311 – 312).

## 1.4 Bio-psych-sociální aspekty stárnutí

Změny v době stárnutí dělíme do tří skupin.

### 1.4.1 Biologické aspekty stárnutí

Příčinou fyzických změn organismu je zpomalování metabolismu, pokles biologických adaptačních mechanismů a celkové opotřebování orgánů (Jarošová, 2006).

**Znaky biologického stárnutí:**

- rozvoj tkáňové a orgánové atrofie (úbytek živé tkáně např. atrofie svalů),
- hormonální nerovnováha,
- zmenšuje se postava, zpomaluje se růst nehtů a vlasů, které padají a šediví,
- suchá, tenká a svráštělá kůže se vznikem stařeckých skvrn,
- metabolické změny: snížená adaptace na změnu tělesné teploty, porucha glukózové tolerance, řidnutí a zvýšená lámavost kostí,
- trávicí trakt: snížená tvorba slin, snížená kyselost žaludečních šťáv a schopnost vstřebávání a pohybů střev,

- vylučovací systém: snížená kapacita močového měchýře se sníženou očišťovací funkcí ledvin,
- dýchací systém: snížená poddajnost plic a funkce řasinkového epitelu,
- oběhový systém: úbytek srdečních buněk, klesající pružnost cév a průtok krve všemi orgány,
- nervový systém: poruchy stability a hybnosti, poruchy spánku (např. poruchy usínání, časté buzení se, nekvalitní a mělký spánek),
- smyslové orgány: postih řeči, chutě, čichu, hmatu, sluchu i zraku.

Nejčastější problémy seniorů jsou: demence (porucha intelektu), stavy zmatenosti, deprese, proleženiny, sebevraždy, pády, zlomeniny, onkologická a cévní onemocnění, bolesti, pomočování, poruchy výživy a příjmu tekutin (Malíková, 2011). „*Významným ukazatelem zhoršení zdravotního stavu seniorů je nahromadění postižení různých funkcí, které snižuje jejich celkovou péči o sebe sama. Projevuje se neschopností vykonávat běžné činnosti a postarat se adekvátním způsobem o sebe i svou domácnost*“ (Vágnerová, 2008, s. 105). Omezení soběstačnosti může vyústit do stavu bezmocnosti, závislosti na pomoci druhých lidí či k potřebě institucionální péče.

#### 1.4.2 Psychické aspekty stárnutí a kognitivní změny

Změny v psychosociální oblasti jsou ovlivněny životním stylem jedince a také postoji společnosti jakožto modelu chování společnosti. Kvalitu psychického stavu ve stáří ovlivňuje především typ osobnosti jedince. Charakteristické osobnostní rysy získávají nebo upadají ve své intenzitě. Dříve preferované pořadí hodnot, cílů a potřeb se mění (Vágnerová, 2000).

Erik Erikson rozdělil vývoj osobnosti do devíti fází, přičemž poslední fázi vytvořil ve svých jedenadevadesáti letech, moudrým náhledem svého věku. Podle něj předposlední etapa života (od 60 let až do smrti) je plna životních rekapitulací a sebeuspokojováním nad dosaženými schopnostmi. Člověk pozbývá jistotu mládí a pociťuje snížení poznávacích smyslů, které teprve ukazují jejich velký význam při poznávání světa. Stáří by mělo přijmout vlastní život takový, jaký byl se vším dobrým i zlým. Obhájit svůj život a být spokojen dokáže jen ten, kdo ví, že jeho život je pokračováním života svých předků, ale také myslí na život svých potomků. Přijetí smrti jako zakončení života je výsledek vyrovnání se s vlastním životem (Kleťetová, Dlabalová, 2008).

**Nejčastějšími změnami jsou:**

- nerozhodnost, nestálost rozhodnutí a postojů, snadná ovlivnitelnost,
- nedokonalá tvorba a porozumění řeči,
- poruchy paměti, nedostatečná krátkodobá paměť,
- oploštělost sluchových a zrakových podmětů,
- snížená adaptace na změny, snížená aktivita a činorodost,
- zvýšená emoční nestabilita, náladovost, citová oploštělost, vznik nejistot a depresí,
- větší zájem o rodinu, zdraví, duchovní potřeby, větší potřeba lásky a sounáležitosti,
- tendence bilancovat a hodnotit svůj život,
- nezájem o společenský život,
- zvýraznění povahových rysů, častěji těch negativních,
- oploštělé vnímání z důvodu snížené funkce smyslových orgánů (Jarošová, 2006).

V této životní etapě je důležitá psychohygiena, která podporuje adaptaci na stáří. Znamý profesor psychologie Josef Švancara říká, že pro příznivou adaptaci je nutné dodržovat 5P, což je:

- **perspektiva**: udržování orientace na budoucnost,
- **pružnost**: přijímání nových podnětů, změna zvyků a umění sebekritičnosti,
- **prozíravost**, včetně schopnosti kompenzovat vlastní nedostatky,
- **porozumění**, včetně tolerance jiných postojů,
- **potěšení**: udržet si své radosti a potěšení (Kalvach a kol., 2004).

**1.4.3 Sociální aspekty stárnutí**

Malíková (2011) rozděluje sociální aspekty na **nepříznivé**:

- odchod do penze a omezení sociální interakce,
- generační osamělost: úmrtí partnera či přátel,
- změna ekonomické situace: nedostatek financí, malá penze,
- zhoršená možnost udržování přátelských či rodinných kontaktů, sociální izolace,
- strach ze stáří, smrti, osamělosti a z nesoběstačnosti, citová závislost,

- fyzická závislost v době nemoci či skrze pohybové a smyslové omezení,
- velké riziko sebevražd (např. nemoc, osamocenosť, bída),
- změna životního stylu, změna zvyků, vliv ageismu, konflikty s mladšími lidmi,
- tabulace sexu, která je daná výchovou, ale i tím, že staří lidé si myslí, že sex se do jejich věku už nehodí,

a na **příznivé**:

- více fungující rodina než u mladých párů, vznik role prarodičů, pevná citová pouta, možnost uspokojení potřeb seniora,
- plánovaná ekonomická příprava na stáří: penzijní připojištění, vhodné bydlení,
- plánování volnočasových a zájmových aktivit,
- sexualita: vznik tabuizace, která je daná výchovou, ale i tím, že staří lidé si myslí, že sex se do jejich věku už nehodí (Stuart-Hamilton, 1994).

## 1.5 Reakce člověka na stáří

*„Vztah ke stáří si člověk vytváří na základě názorů a postojů, se kterými se setkává v rodině a ve společnosti. V rodině se učíme vztahu ke stáří a ke starým lidem napodobováním způsobu chování mladších členů ke starším. Cena starých lidí pro určitou společnost je dána tím, jaké hodnoty příslušná společnost preferuje. Zvykli jsme si, že většina lidí umírá ve stáří. To znamená, že smrt spojujeme s vyšším věkem“ (Zacharová, 2011, s. 177). Vnitřní boj seniora je třeba udržovat v harmonii všech aspektů života*

- *vlastního (biologického a chronologického) věku, tj. věku, který je objektivně dán,*
- *věku, který je možné odečítat od toho, jak člověk vypadá (jak ho vidí druzí),*
- *věku, na který se cítí“ (Křivohlavý, 2002, s. 149).*

Modely vyrovnávání se se stářím jsou rozděleny do pěti strategií:

- **konstruktivní strategie:** je ideálním postojem, protože člověk je soběstačný a smířený se stářím i s možnou smrtí, hýří optimismem, radostí, humorem i zájmy. Tito lidé často prožívali šťastné dětství a spokojenost i v dospělosti.

- **strategie závislosti:** je méně příznivá, ale sociálně přijatelná. Je zde sklon k pasivitě a závislosti na druhých lidech. Povinnosti jsou přenechávány mladším.
- **strategie obranná:** přehnaná aktivitu s cílem zahnat své vlastní starosti či blízkost životního konce. Vyskytuje se zde nadměrná emoční kontrola a jednání dle společenských zvyků.
- **strategie hostility** (nepřátelství a hněv na druhé lidi): neúspěchy jedince se projevují sváděním viny na druhé, agresí, podezíravostí a neustálými nářky,
- **strategie sebenávisti:** nadměrně sebekritičtí jedinci obrací agresivitu sami proti sobě. Smrt je chápána jako vysvobození. Tito lidé většinou prožívali neveselé dětství a plné osamělosti (Langmeier, Krejčířová, 1998).

Malíková (2011) uvádí, že postoj jedince vůči stárnutí ovlivňuje: prostředí, výchova, vzdělání, postoj společnosti ke stáří, schopnost řešit zátěžové situace, typ osobnosti, zdravotní stav, rodinné, citové, sociální, finanční a kulturní zázemí.

## 1.6 Faktory ovlivňující délku života

Nejvýznamnějšími faktory podporující dlouhověkost jsou: genetická dispozice, psychická odolnost vůči stresu (znalost relaxačních technik), zdravé a střídme stravování (škodlivost rafinovaného cukru a chemických konzervantů, převaha ovoce, zeleniny a ryb), pohybová aktivita, stav životního prostředí (pozitivní vliv vysokohorských podmínek oproti smogu velkoměst), včasná prevence, diagnostika a léčba nemocí (Mühlpachr, 2009). Řada lidí si v dnešní době myslí, že se dlouholetého života nedožije. Ve své desetileté praxi jsem se setkala s mnoha lidmi, kteří dosahovali vysokého věku, a přesto překypovali životním optimismem a tělesnou zdatností.

Dle Kalvacha (1997) lze rozlišit dva přístupy člověka vůči stárnutí a umírání:

### a) epidemiologický přístup, který tvrdí, že:

- stárnutí a umírání jsou děje ovlivněné vnějšími a chorobnými vlivy,
- přirozená smrt stářím neexistuje, smrt je „jako nehoda“,
- v optimálních podmínkách může být život velmi dlouhý,

### b) gerontologický přístup, který tvrdí, že:

- stárnutí a umírání jsou procesy zákonité, jasně dané, vykazují druhovou specifickou a jsou zakódovány v genetické informaci,
- přirozená smrt stářím existuje,

- život se ani v optimálních podmínkách neprodlouží nad jistou hranici, pokud nedojde k ovlivnění genetické informace.

## 1.7 Geriatrické (gerontologické) ošetrovatelství

*„Cílem jakékoliv gerontologické (geriatrické) péče, včetně péče ošetrovatelské, je zajistit všestrannou, odborně erudovanou a lidsky kultivovanou péči o staré nemocné. Sestry tak poskytují ošetrovatelskou péči seniorům v jejich vlastních domácnostech, v nemocnicích, v institucích dlouhodobé a specializované péče, dále v ordinacích praktických lékařů a v agenturách domácí péče. Postihnout roli sestry v péči o starého nemocného a zdravého člověka je obtížné, protože sestry pracují v různých podmínkách ambulantní, terénní, ale také ústavní péče“ (Jarošová, 2006, s. 77).*

Ošetrovatelství v gerontologii je multidisciplinární obor, který zasahuje téměř do všech ošetrovatelských specializací. Současné formy péče o staré občany se dělí na služby:

- **sociální péče:** osobní asistence, pečovatelské služby, podpora samostatného bydlení, kluby důchodců, odlehčovací služby, centra denních služeb, denní a týdenní stacionáře, domovy pro osoby se zdravotním postižením, domovy se zvláštním režimem, chráněné domovy a sociální služby ve zdravotnickém zařízení,
- **zdravotní péče:** geriatrické ambulance a oddělení, zařízení následné péče (rehabilitační a doléčovací centra), hospice, domácí péče, geriatrická denní centra (Jarošová, 2006).

## 1.8 Nové trendy v péči o seniory

Moderní přístupy k seniorům jsou zaměřeny na aktuální kvalitu jejich života, což je pro každého velmi subjektivní a individuální pojem. Dobrý zdravotní stav seniorů je hlavním kritériem k tomu, aby senioři mohli nadále přispívat společnosti, a aby se mohli radovat ze života. V roce 2008 byl vládou České republiky přijat Národní program přípravy na stárnutí na období let 2008 – 2012. Jeho cílem bylo podpořit rozvoj společnosti pro lidi všech věkových skupin tak, aby lidé mohli stárnout důstojně a aby se mohli podílet na životě společnosti. Program má za cíle:

- zachovat přirozené sociální prostředí pro seniory, podpořit zaměstnávání seniorů v rámci aktivizace s ohledem na ekonomický přínos pro společnost,

- podpořit vlastní odpovědnost za přípravu na stáří v rámci celoživotního procesu, podpořit penzijní připojištění, modernizovat systémy sociální ochrany a poskytování cílené podpory,
- podpořit zdravý životní styl pro udržení fyzické a psychické zdatnosti v produktivním i seniorském věku,
- zlepšovat životní prostředí, dbát na prevenci úrazů, pečovat o zdraví seniorů,
- vytvořit systém komplexní sociální a zdravotní péče tak, aby senioři mohli co nejdéle využívat své domácí prostředí, a také podpořit rodiny pečující o nesoběstačné seniory,
- podpořit možnosti celoživotního vzdělávání z důvodu utužování znalostí a schopností stárnoucích osob a seniorů.

Uplatněním těchto trendů a splněním cílů Národního programu přípravy na stárnutí by se mělo dosáhnout stavu, kdy podpora a pomoc seniorům bude v České republice standardem (Mühlpachr, 2009). Koncem roku 2012 byl předložen vládě nový Národní program přípravy na stárnutí na období let 2013 - 2017, jehož cílem je podpořit aktivní zapojení starších osob a seniorů do společnosti a zvýšit kvalitu jejich života. Tento program navazuje na předchozí program, ve kterém je preferován komunitní přístup, což znamená, že do jeho tvorby jsou aktivně zapojeni neziskové organizace, místní a krajské samosprávy, akademická sféra a senioři. Je potřeba podpořit rozvoj virtuálních univerzit třetího věku do menších měst a zařazení koncepce age (věkového) managementu do personálních procesů firem. Snahou je vytvořit přátelské prostředí pro seniory ve smyslu zajištění vhodného bydlení a dopravy, dostupnosti zdravotních a sociálních služeb a aktivního zapojení seniorů do dobrovolnických a kulturních akcí.

*„I stárnoucí člověk je schopen tvůrčí práce pokud dovede svoje síly přizpůsobit věku. V tvořivém úsilí a činorodosti zapomíná na věk a dokáže se odpoutat od pozorování svého stárnoucího těla a neduhů, které postupně se stáří přicházejí. Prevence negativních důsledků stáří a podpora aktivního stáří pomáhají zajišťovat např. univerzity třetího věku, svépomocné skupiny, programy podpory zdraví ve stáří“* (Šafránková, Nejedlá, 2006, s. 194). Prvotním cílem programu je snaha o prodloužení života člověka, ale především zajištění jeho kvality a plnohodnotnosti. Odtud pochází zmiňovaný požadavek „přidat život letům, nejen léta životu“. Je povinností nás všech

se důsledně a pečlivě připravovat na stáří, ale také pečovat o své zdraví. Život je jako banka. Vše, co do něj vložíme, zúročíme a později i vybereme.



## 2 KOMUNIKACE SE SENIORY

Uspokojení potřeby sociálního kontaktu očekávají senioři nejen od spolupacientů, ale především od zdravotnického personálu. Při deficitu této potřeby se senioři mohou cítit neuspokojení, frustrováni i naštvaní. „*Komunikace se staršími pacienty představuje pro zdravotnické pracovníky nezřídka velkou prověrku jejich komunikačních dovedností*“ (Špatenková a Králová, 2009, s. 76). „*Dobrá komunikace s pacientem či klientem se zdá být základem vztahu mezi pečujícím a příjemcem péče*“ (Venglářová, 2007, s. 74). Problém nastává, trpí-li jedinec onemocněním, které má na komunikaci vliv (např. porucha smyslového vnímání, neurologické onemocnění) (Plevová, 2011).

### 2.1 Jak správně komunikovat a přistupovat k seniorům

Pro správnou komunikaci při poskytování péče seniorům platí tato doporučení:

- důležité je jasně vymežit cíl, smysl a účel komunikace,
- součástí přístupu k seniorům je být trpělivý, projevovat takt, vlídnost a zájem,
- nalezení vhodného a klidného prostředí s dostatkem času, v němž se budou činitelé komunikace cítit dobře,
- vhodně zvolená komunikační technika na základě důsledné anamnézy seniora,
- taktní ověření, rozpoznání a respektování určitých omezení staršího věku, specifických problémů a komunikačních bariér (např. porucha sluchu, zraku), vhodné je použití měřících testů kognitivních funkcí,
- při kontaktu s nedoslýchavými lidmi je důležitá vhodně zvolená vzdálenost těla, oční kontakt, pomalé mluvení, použití naslouchadla, neverbální komunikace (ukázky, použití obrázků-piktogramů) doplněna psaným slovem,
- seniory se špatným zrakem bychom měli zdravít jako první, představit se a vše co děláme důsledně popisovat. Nedotýkat se klienta bez upozornění je nutností. Pozor na vedlejší a rušivé zvuky v okolí, které mohou vzbudit úzkost klienta. Při opuštění místnosti je dobré se rozloučit zase stejným dotykem, jako při oslovení. Vhodné je užití Braillova písma.
- vhodné je hlasitější a pomalé mluvení bez křičení, sledování neverbálních projevů, řádné artikulování a minimalizování používání odborných pojmů a zdrobnělin,
- předstíraný zájem bez naslouchání může znamenat ztrátu potřeby komunikovat,

- mluvit v krátkých větách, opakovat podstatné informace, nedávat příkazy a ověřovat, zda nám jedinec rozuměl, aby nedošlo k nedorozumění,
- udržovat přímý zrakový kontakt, aby poslouchající viděl do tváře mluvenému,
- v komunikaci je vhodná pochvala, povzbuzení, uklidnění a pozitivní naladění seniora. Dotekový kontakt jako je podání ruky, pohlazení po ruce nebo položení ruky na rameno seniora, úsměv a upřímný pohled do očí, vytváří přátelskou atmosféru.
- nevhodné projevy seniora je vhodné přehlédnout a vulgarismy nekomentovat,
- chráníme seniory před časovým stresem, počítáme se zpomalením psychomotorického tempa a se zhoršenou pohyblivostí,
- v některých situacích pouhé naslouchání, mlčení a upřímný pohled nahradí prázdná slova. Pomoc nabízíme, ale nevnučujeme.
- když klient nechce komunikovat, je vhodné ho taktně vybízet k hovoru Někteří lidé potřebují více času, než se osmělí, nebo jen mají nižší potřebu mluvit.
- vhodné je nabízet klientům témata k hovoru, která rozšiřují pole ke komunikaci. Oblíbená témata seniorů jsou: životní témata (např. dětství, škola, koníčky), přírodní témata, vaření, vzpomínky, rady, názory a úvahy. Senioři také rádi slyší pozitivní informace o svém vzhledu a oblečení, i když mají tendenci chválu vyvracet.
- nabízení co nejvyšší míry samoobslužnosti, umožnění smysluplné existence a zachování co možná nejlepšího emocionálního stavu seniora,
- nepodceňovat stesky klienta, protože mohou být důležitým ukazatelem strastí,
- pamatovat na to, že mírný stres (např. při podpoře aktivity seniora) je vhodnější než kompletní péče o něj,
- předpokladem přínosné spolupráce se seniorem je přiměřené množství informací o současném zdravotním stavu, o prognóze, o rizicích a přínosu léčby,
- chceme-li získat seniora pro spolupráci, měli bychom si získat také jeho rodinu. Dle přání klienta se snažíme do spolupráce o něj začleňovat i členy rodiny.
- důstojné chování, empatie (vcítění se), pocit bezpečí a jistoty, nedirektivní přístup, respektování studu a soukromí, právo na rozhodování, vhodná aktivizace, zapojení do života komunity a vyloučení takové péče, kterou senior vnímá jako ponižující je samozřejmostí,

- nepoužívat elderspeak = pomalé tempo řeči, přehnaná intonace, zvýšená intenzita hlasu, používání zdvořilých a žargonu (např. „babi“ nebo „kočičko“), příliš jednoduchý slovník a gramatika, než je běžná normální řeč dospělých. Nevhodné je používání množného čísla (např. „jsme vyspaní?“). Vždy se představíme a zeptáme, jak můžeme klienta seniora oslovovat. Reakcí na elderspeak může být snížené sebevědomí, sklíčenost nebo sociální izolace.
- dobré je vyhýbat se situacím, které nedovolí starší osobě projevit se samostatně, (Minibergerová, Dušek, 2006; Venglářová, 2007; Janáčková, Weiss, 2008; Plevová, 2011).

### **V ošetrovatelské péči o klienty seniory respektujeme tyto požadavky principů geriatrické péče:**

- zabezpečení: zajištění přístřeší, ošacení, potravy a vody, zdravotní a sociální péče poskytované kvalifikovanými pracovníky,
- pomoc při pohybu, oblékání, stravování a dalších činnostech denních potřeb a aktivit,
- zařízení pro seniory by měla být dobře přístupná a bezbariérová, s dostatečným osvětlením, protiskluzovou úpravou podlah, s přehledným značením a vybavená opěrnými, chodícími, polohovacími a rehabilitačními pomůckami,
- péče by měla být soustředěná tak, aby akceptovala socio-kulturní zázemí jedince,
- v péči o seniory musí být zachována lidská důstojnost, která je součástí listiny základních práv a svobod každého člověka, etického kodexu sester a kodexu české lékařské komory,
- péče o seniory by měla být učení se navzájem, kdy je potřeba vzájemně respektovat jeden druhého (Máhrvá, Venglářová, 2006).

*„Důležité je, aby sestra nepohlížela na klienta ohraničeně, jako na soubor částí, ale aby se snažila vnímat své klienty jako celek“ (Kelnarová, 2007, s. 53).*

## **2.2 Nejčastější zlovyky v přístupu k seniorovi**

- odsuzování, kritizování a moralizování způsobu seniorova chování a jednání, nedostatečná pozornost a zájem o seniora, unáhlenost při utváření závěrů a zjednodušování jeho problémů,

- přesvědčení, že známe myšlenky druhého, dávání rad, vnucování názorů, hledání pravd a řešení ve chvílích, kdy se to od nás neočekává, může vyvolávat zlost, ale i smutek. Vhodnější je navigovat seniora k hledání správné cesty.
- nevhodný přenos vlastních zkušeností do komunikace může být daný určitou představou podmíněnou našimi předchozími pozitivními či negativními zkušenostmi se seniory, vztahy v rodině a v širším sociálním okolí,
- paternalistický (autoritativní, nadřazený) přístup v komunikaci může vyjadřovat přílišné poučování, pokyny a omezování seniora,
- ukvapené zklidňování seniora v zátěžové situaci vede k neuvolnění a zvýšení jeho napětí,
- vyhýbání se rozhovoru se seniorem, když nevíme, jak adekvátně zareagovat na citlivé téma či nedokážeme unést jeho bolest,
- kladení zbytečných otázek, když senior nereaguje, odmítá kontakt nebo o komunikaci nestojí, nerespektování přání, když chce být sám,
- poskytování jiné formy pomoci než senior očekává,
- hovor na stále stejné téma, odpovídání si na vlastní dotazy, nabízení činností místo naslouchání,
- nepoměr mezi verbálním a neverbálním projevem může zkreslit sdělení či způsobit jeho nepochopení,
- nepřipustné při rozhovoru je přerušování a komentování řeči neverbálními projevy, nereagování na seniorovo sdělení, neochota seniorovi zopakovat, sdělené informace,
- mylný předpoklad ošetřujícího personálu, že senior nechce komunikovat, protože o hovor nestojí. Ve skutečnosti senior může mít obavy z toho, že nebude v rozhovoru dostačovat nebo, že jeho reakce mohou být pomalejší.
- mylný předpoklad omezení komunikačních schopností seniora, kdy již od počátku komunikace předpokládáme snížení jeho intelektových a smyslových funkcí,
- užívání klišé, odborných termínů, nevhodné a familiární oslovování seniorů, nedůstojnost, netrpělivost, nedostatečná příprava prostředí a okolností nutných pro efektivní komunikaci (Klevetová, Dlabalová, 2008; Pokorná, 2009).

### 2.3 Komunikační bariéry

**Bariéry na straně klienta seniora:** neochota, nespolupráce či nezájem komunikovat, nedůvěra a obavy jak bude s jeho informacemi naloženo, hovor na nepříjemné téma (např. finanční, intimní či rodinné problémy), věk, vzdělání, fyzické obtíže, snížení poznávacích funkcí, smyslová porucha, bolest, zdravotní stav, únava, stres.

**Bariéry na straně pracovníka:** strach ze závažných témat jako je umírání, nevyléčitelná choroba, ztráta partnera, neuvědomělost významu komunikace s klientem, neefektivní komunikace bez využití vlastní emoční inteligence, neznalost komunikačních technik a neverbálních projevů, nezájem o komunikaci, osobní problém a negativní předsudek vůči klientovi či předešlá negativní zkušenost, nedostatek času a hovor na erotické téma.

**Bariéry v prostředí:** komunikace v prostředí s nadměrným hlukem, nedostatek soukromí a času (Venglářová, 2007; Malíková, 2011).

### 3 AGEISMUS

V lidských genech je zakódována náchylnost ke krutosti, tak jako k soucitu. S vývojem lidstva vznikaly tendence ovlivňovat a pokořovat druhé jedince, odebírat jim majetek a vítězit nad nimi. Člověk byl ochoten pro zisk i potěchu své bližní vykořisťovat, zraňovat a působit jim bolest. V České republice není v současné době dostatečně zajištěn monitoring výskytu zneužívání starých osob. Chybí zde statistické údaje o všech formách násilí vůči starému člověku. „*Záměrné ubližování starých osob může být fyzické, psychické, ekonomické, společenské, ale i sexuální. Starý člověk se nedokáže bránit, chybí průkazné materiály a jeho vlastní strach mu brání sdělit prožité utrpení, které v jeho duši zanechává hluboké rány. Ve většině případů jsou to praktičtí lékaři nebo sousedi, kteří upozorní na neradostný osud starého člověka*“ (Klevetová, Dlabalová, 2008, s. 167).

Ageismus vyjadřuje přesvědčení o nízké hodnotě stáří. K tomuto postoji dochází pouze na základě stáří. Ageismus považuje všechny staré lidi bez rozdílu za méněcenné. Nezohledňuje individualitu jednotlivce ani rozdíly, které mezi seniory mohou být (Vágnerová, 2000).

Pojmem „ageism“ vznikl ve 20. století ve Spojených státech amerických. V českém jazyce nemá doslovný překlad, proto můžeme použít počestěný výraz ageismus, který překládáme jako „věkismus“ (Vidovičová, 2008). Doposud nebyla vytvořena jedna souhrnná definice, která by pokrývala celou oblast tohoto fenoménu. „*V naší kultuře jsou postoje ke stáří ambivalentní. Na jedné straně jsou děti vychovávány k úctě ke stáří, bohužel na straně druhé velmi často hovoříme o starých lidech jako o zátěži a neproduktivním článku společnosti*“ (Pokorná, 2009, s. 82).

První česká sociologická definice popisuje ageismus jako ideologii založenou na sdíleném přesvědčení o kvalitativní nerovnosti jednotlivých fází lidského života. Ageismus v sobě zahrnuje proces stereotypizace a diskriminace osob na základě jejich chronologického věku, anebo příslušnosti k určité generaci. Patří sem stereotypy a mýty, otevřené opovržení a odpor, vyhýbání se kontaktu se seniory, diskriminační praktiky v bydlení, v zaměstnání a ve službách všeho druhu, kreslené seriály a vtipy narážející na věk, stáří a důchodce (Vidovičová, 2008).

K pochopení ageismu je potřeba vysvětlit tyto pojmy:

**Stereotypizace** je proces přisuzování určitých vlastností lidem na základě určité podobnosti.

**Diskriminace** je termín označující „rozlišování“ lidí na základě příslušnosti k nějaké obecné skupině bez ohledu na schopnosti konkrétního jedince v negativním slova smyslu. Existuje diskriminace vznikající na základě rasy, národní příslušnosti, náboženského vyznání, pohlaví a věku.

**Předsudek** je kriticky zhodnocený úsudek vycházející z myšlenkových stereotypů, který je silně ovlivněn tradicí, výchovou, osobní zkušeností a emocemi. Jde o názor přijatý jedincem nebo skupinou (Pokorná, 2010).

Staří lidé mohou být znevýhodňováni v zaměstnání, ve zdravotnických a sociálních službách i v míře respektu rodiny a společnosti. Staří lidé se stávají oběťmi společenských předsudků, které spojují vyšší věk s negativními charakteristikami. Tyto předsudky předpokládají, že všichni staří lidé jsou stejní (např. nemocní, smyslově a pohybově postižení, zapomětliví). Ageismus je podporován ekonomickými a sociálními problémy, ale také společností, která stáří podceňuje (Tošnerová, 2002).

### 3.1 Zdroje ageismu

Existují čtyři možné zdroje ageismu vedoucí k negativním stereotypům a mýtům:

- **strach ze smrti:** v podvědomí smrt ignorujeme a neradi si připomínáme vlastní smrtelnost, což je v rozporu s východní filosofií, která život a smrt vnímá jako nerozlučitelný celek,
- **důraz na mládí a fyzickou krásu:** zelenou v životě má mládí a krása. Staří lidé jsou ignorováni a často zobrazováni velmi negativně. Není rozhodující jen to, jak jsou senioři vnímáni mladými jedinci, ale také jak vnímají sami sebe.
- **spojení produktivity a ekonomického potenciálu:** dítě i nepracující senior je vnímán jako neproduktivní článek společnosti. Děti jsou však viděny jako ekonomická investice, zatímco senioři jako finanční dluh a závazek. Lidé zapomínají, že senior svůj přínos společnosti již dávno odevzdal.
- **způsob zjišťování skutečného stavu společnosti vedoucí k ageismu:** vnímání seniorů společností je dáno tím, jak se provádějí gerontologické studie. Často dochází k velmi zkresleným závěrům (Tošnerová, 2002). V české společnosti zatím nebyl proveden plošný a systematický monitoring ani vyhodnocení ageismu jako sociálně patologického jevu (Malíková, 2011).

### 3.2 Klasifikace ageismu

Ageismus je možné rozdělit podle zdrojů ageistických postojů, předsudků a jejich důsledků v jednání a chování na:

- **individuální** (mikrosociální): týká se jedince a jeho názoru,
- **mezosociální**: týká se sociálních skupin, pečovatelských institucí a firem (např. omezování nebo odpírání nákladných léčebných postupů z důvodu vysokého věku),
- **makrosociální**: týká se legislativních norem (např. změny rozpočtové politiky a omezování výdajů pro seniorskou populaci) (Vidovičová, 2008).

Dále rozlišujeme ageismus:

- **benevolentní** (pozitivní): vyskytuje se tam, kde jsou senioři podřazenější, nemají zvýšené nároky a „neobtěžují“. Může zahrnovat postoje druhých, že starší lidé jsou milejší nebo že se o sebe nedokáží sami postarat, což vede k nabízení přehnané pomoci a lítosti.
- **hostilní** (negativní): je prezentován tam, kde jsou senioři více průbojní a snaží se prosadit své požadavky,
- **ambivalentní** ageismus: je ten, kde se vzájemně prolíná hostilní a benevolentní ageismus (Pokorná, 2010).

### 3.3 Příčiny ageismu

Podrobný výpis předsudků proti stárnutí popisuje příloha č. 1.

*„Stereotypy o stáří vznikají z předčasného a zjednodušeného hodnocení či černobílého myšlení. Ageismus se projevuje například v upřednostňování mládí. Běžné projevy preference mládí jsou:*

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



- *mladý muž může zobrazovat a sdělovat své sexuální pocity nebo citové stavy na veřejnosti, aniž by byl nazván oplzlým dědkem,*
- *mladí lidé mohou sdělovat příznaky svých nemocí a zaujmou jimi, aniž by byli odbyti poukazem, že neduhy přináší věk“ (Tošnerová, 2002, s. 7).*

Nekriticky přijímané představy a mýty o stáří v naší společnosti a zdroje ageismu jsou tyto:

- staří lidé jsou všichni stejní,
- stáří mužů a žen je stejné,
- staří nemají čím společnosti přispět,
- stáří je křehké a potřebuje péči,
- stáří je ekonomickou zátěží společnosti (Pokorná, 2010).

### **3.4 Rizikové faktory špatného zacházení se seniory**

Rizikové faktory týkající se oběti i původce násilného chování mohou být odhaleny všemi, kteří se zneužívanými přicházejí do styku. Cílem je podchycení jakéhokoliv druhu zneužívání či zanedbávání seniora, ke kterému dochází nejčastěji v rodině. Patří sem:

- celkově špatný fyzický a psychický stav jedince,
- ztráta soběstačnosti, sociální izolace, soužití s agresorem a závislost na něm,
- alkoholismus, drogová závislost, psychopatie (určitý druh poruchy osobnosti),
- nízký intelekt a agresivní či asociální jednání pečovatele,
- existenční problémy rodiny, omezení ochoty a možností rodiny zajišťovat kvalitní péči o seniora, materiální a bytová závislost oběti na agresorovi,
- nedostatečná úroveň zájmu a ochrany před nežádoucími postoji ze strany naší společnosti vůči seniorům, včetně ochrany práv a důstojnosti klientů dlouhodobé ústavní péče, diskriminační tendence ve společnosti a syndrom vyhoření u ošetrovatelského personálu.

### **3.5 Projevy špatného zacházení se seniory**

Mezi známky špatného zacházení ošetrovatelského personálu se seniory v ústavní péči patří:

- hrubé zacházení, fyzické násilí a tresty za ošetrovatelské prohřešky (např. pomočování),
- vystavování seniora chladu, mytí studenou vodou, nedostatečný příjem potravy a tekutin,
- hrubé a násilné provádění aktivizace, transportu a úpravy lůžka,
- nedostatečná aktivizace seniorů, rozvoj imobilizačního syndromu včetně dekubitů,
- vypínání signalizačních zařízení, časté používání omezovacích pomůcek, močových katetrů a psychofarmak (léky, ovlivňující lidskou psychiku), urážlivé jednání, zesměšňování a ponižování,
- nedostatek soukromí a omezování svobodné vůle seniora,
- okrádání, zneužívání finančních prostředků a vymáhání neoprávněných plateb,
- znesnadňování sociálních kontaktů a duchovního života,
- nadměrné umírání v institucích (Kalvach, 1998).

Výskyt špatného zacházení se seniory je dán jejich izolovaností, bezbranností a odkázaností na dané zařízení. K rizikovým faktorům patří nevhodné složení a nedostatek personálu, jeho přetížení a ztráta motivace. Nezájem společnosti o tento problém, tak jako podceňovaný a nedostatečný systém kontrol znemožňuje odhalování a předcházení zanedbávání a týrání seniorů (Kalvach, 1998).

Definice zanedbávání, týrání a zneužívání jedince závisí na frekvenci, trvání, intenzitě, důsledcích, ale také na kulturním kontextu, a proto jejich definice nelze zcela rozlišit.

Zde je základní charakteristika:

- **fyzické týrání:** zahrnuje formy tělesného násilí (např. přítomnost krevních podlitin, oděrek, zlomenin),
- **psychologické týrání:** jde o slovní agresivní projevy (např. křik, nadávky, vyhrožování), lhaní, ponižování, ignoraci či vyloučení seniora z rodinného života. Senior obvykle reaguje úzkostí, depresemi a nevysvětlitelnými změnami chování. Psychické ubližování snáší senioři hůře než fyzické.
- **sexuální zneužívání:** postihuje prakticky výhradně ženy,
- **ekonomické zneužívání:** okrádání seniora o peníze a majetek,

- **zanedbávání:** je pasivní forma týrání, která se projevuje nedostatkem pozornosti k uspokojování fyziologických, psychologických a sociálních potřeb jedince.

*„V současných podmínkách se rodina pečující o seniora dostává do sociální izolace. Pečující rodina v důsledku závislosti a neustálé pohotovosti ztrácí kontakty s okolním světem. Osoba, která pečuje o seniora, trpí fyzickým i psychickým tlakem. Nedochází-li ke snižování tohoto tlaku, sám pečující může hledat východisko např. v násilí vůči ošetřovanému. Společnost by měla nabízet rodině pečující o seniora dostatečnou sociální podporu“* (Minibergerová, Jičínská, 2010, s. 72). Typickými příklady ageismu ve zdravotnictví může být limitování a omezování léčebných či diagnostických výkonů nebo pomůcek vzhledem k věku. (Pokorná, 2010).

### 3.6 Ageismus mezi zdravotními profesionály

Ageismus můžeme pozorovat v různých věkových i sociálních skupinách. Jedním z příkladů je „profesionální ageismus“, který je typický u všech zdravotnických pracovníků. V běžné ošetrovatelské praxi jsou senioři neatraktivní pacienti skrz větší ošetrovatelskou i časovou zátěž. Zdravotníci mívají málo informací o normálním stárnutí, spíše znají patologickou stránku nemoci. Snad i tím, že mívají zkreslené zkušenosti se stářím a mají sklon vidět pouze nemocné seniory, zapomínají na to, že senioři mohou být také normální a zdraví lidé (Pokorná, 2010).

### 3.7 Opatření ke snížení výskytu ageismu

Ke snížení výskytu ageismu ve společnosti by mohla sloužit tato doporučení:

- rodina nebo široké sociální okolí může seniora podporovat a motivovat ho k rozvíjení jeho schopností, tak jako zvyšovat a utužovat jeho samostatnost a soběstačnost,
- podporovat seniora pravdivým zviditelněním bez předsudků a stereotypů, včetně objektivit reklam, novinových článků a televizních pořadů,
- zvyšovat sebevědomí a podporovat zájmy seniorů s ohledem na jejich zdravotní stav (Malíková, 2011).

Pečující profese by měly aktivně kontrolovat své vlastní projevy při jednání a komunikaci se starými lidmi tak, aby se třebaže neúmyslně nedopouštěli věkové diskriminace (Kalvach, Onderková, 2006). Whistleblowing je nová metoda kontroly, kterou můžeme chápat jako udavačství v pozitivním slova smyslu. Využit lze nových členů

ošetřovatelského týmu, kteří bývají objektivnější a mají na věci jiný pohled, což umožňuje překonání zažitých stereotypů. Nasloucháním těmto pracovníkům může přinést do již zaběhnutého přístupu přínosné změny dříve, než sami spadnou do stejné pasti stereotypu jako ostatní. Je třeba si uvědomit, že z jedince, který se chová diskriminačně, se později může stát diskriminovaný. Ageismus se potencionálně dotýká každého jedince (Vidovičová, 2008).

Každý z nás se může svobodně rozhodnout, jaký názor, postoj nebo vztah k seniorům bude volit. Pokud chceme něco změnit, musíme vždy začít u sebe. Přínosné je pozitivním postojem projevit podporu a respekt vůči stáří (Malíková, 2011). Abychom proti ageismu mohli vůbec bojovat, je potřeba ho nejprve rozpoznat. Představení pravdivého obrazu stáří v médiích, ve školách, podpora častějšího a aktivnějšího osobního kontaktu se staršími lidmi, by mohla být efektivní možností, jak předcházet ageismu nebo jej alespoň redukovat (Tošnerová, 2002).

*„Máme právo chybovat, ale je potřeba chybu vždy přijmout a pokusit se ji napravit. Máme právo nerozumět starším lidem tak, jako všichni ne vždy rozumíme svým dětem a rodičům, ale budeme-li je odstavovat na vedlejší kolej, pak patrně ke vzájemnému porozumění nikdy nedojde. Slovem a kultivovanou myšlenkou je možné ovlivnit fyziologické procesy v materiálním těle bez jakékoliv biochemické léčby. A to jak směrem k nemoci, tak k uzdravení“* (Pokorná, 2009, s. 93).

Dokumenty, které upravují přístup k seniorům, jsou např.: Evropská charta práv (příloha č. 2) a zásady Organizace spojených národů pro seniory (příloha č. 3).

Já sama jsem se s ageismem setkala již dávno, jen jsem ho tímto pojmem neuměla nazvat. Nejčastěji se jednalo o situace, kdy pomalejší tempo starších spoluobčanů bylo nevolí pro ostatní jedince (např. zdržování při placení v obchodě nebo na poště), což bylo komentováno projevy (např. „dělej ty dědku pomalej“, nebo „důchodci mají přece času dost“). Dalším projevem bylo neuvolnění místa staršímu člověku v dopravním prostředku, což se neobešlo bez hlučné diskuze hned několika postarších občanů, kteří zase tímto dávali najevo nelibost oné situace. Obdivuhodná však byla velmi silná soudržnost a síla starších spoluobčanů, a to i v případě, že se jednalo o neúmyslné neuvolnění místa k sezení. Na stranu druhou jsem se však setkala se situací, kdy naopak mladší občan uvolnil místo staršímu, za což byl zkritizován výtkou, že přeci není ještě tak starý, aby musel sedět. Nejhorší zkušenost však byla v jednom nejmenovaném domovu pro seniory. Takřka osamocení a opuštění lidé tam čekali na jakékoliv vytržení z nicotného prázdna.

Nevím, jestli byl zdravotnický personál příliš pracovně zatěžován, ale kromě základní ošetrovatelské péče se jiné pozornosti, nejčastěji nevidomým jedincům, nedostávalo. Z pozice brigádníka u uklízací agentury, mi z této ohromné samoty vyplněné převážně tichem a tmou bylo opravdu úzko. Takové čekání muselo být nekonečné....

## **II. PRAKTICKÁ ČÁST**

## 4 METODIKA PRÁCE

### 4.1 Cíle výzkumného šetření

Ve svém osobním i profesním životě jsem se nesčetněkrát setkala s diskriminačním chováním různého charakteru. Zajímalo mě, jaké zkušenosti v tomto směru mají ostatní zdravotníci z řad všeobecných sester, ale také to, jaký postoj k seniorům zaujímají. Tato část práce má za úkol zjistit, zda respondenti znají pojem ageismus, zda se setkali s věkovou diskriminací, či zda se jí přímo neúčastní, i to jakým způsobem k seniorům přistupují.

**Cíl č. 1: Zjistit, zda se respondenti setkali s pojmem ageismus a zda jej dokáží charakterizovat.**

**Cíl č. 2: Zjistit, zda si respondenti uvědomují problémy spojené se stářím.**

**Cíl č. 3: Zjistit, jaký postoj zaujímají respondenti ke klientům seniorům.**

**Cíl č. 4: Zjistit, zda se respondenti setkali s diskriminací seniorů.**

### 4.2 Metoda práce

Bakalářskou práci jsem pojala jako výzkumné šetření, pro které jsem zvolila metodu kvantitativního výzkumu. Data od respondentů jsem sbírala pomocí dotazníkové techniky. Dotazník je explorační výzkumná metoda, sloužící k získávání informací prostřednictvím subjektivních výpovědí zkoumaných osob (respondentů). Dotazník je složen z dotazníkových položek, kdy každá položka se skládá z otázky a z odpovědi. Základem pro sestavování dotazníku by měl být stanoven cíl výzkumu tedy to, co chceme zjistit. Rozlišujeme otázky otevřené (výpis konkrétní odpovědi), zavřené otázky (označení jedné či více možností), a polootevřené otázky (kombinace otevřených a zavřených otázek spočívá ve zvolení konkrétní odpovědi s možností písemného doplnění). *Kvantitativní výzkum zahrnuje systematické shromažďování a analýzu numerických informací za předpokladu kontroly podmínek. Kvantitativní výzkum se řadí k „těžké“ vědě a má sklon zdůrazňovat dedukci, pravidla logiky a měřitelné atributy lidské zkušenosti. Kvantitativní výzkum pracuje se statistickými jednotkami, které třídí“* (Kutnohorská, 2009, s. 21 - 22).

### 4.3 Charakteristika vzorku respondentů a organizace dotazníkového šetření

Cílovou skupinou tohoto dotazníkového šetření byli nelékařští zdravotničtí pracovníci na pozicích všeobecné sestry. Všechny dotazníky jsem rozdávala osobně, abych si tak zajistila 100% návratnost. K oslovení respondentů jsem využila seminářů, kterých jsem se osobně účastnila. Všechny semináře byly určeny pro všeobecné sestry z různých zdravotnických oborů a pracovišť. Jednalo se o seminář hygienicko-epidemiologický, o seminář ošetřování ran a kožních defektů a o seminář zabývající se péčí o invazivní vstupy.

Na počátku šetření jsem se zabývala vyhledáváním a studiem dostupných informací z odborné literatury. Po sestavení dotazníku (příloha č. 4) následovala jeho konzultace s vedoucí mé práce, a až poté, jsem v rozmezí měsíců listopad až únor, zahájila provádění dotazníkového šetření. Vždy na počátku semináře jsem požádala jeho organizátora, zda by mi umožnil rozdat dotazníky. Souhlas jsem nežádala, neboť kladnou odpověď jsem považovala jako souhlas. V případě záporné reakce bych dotazníky nerozdávala, protože by to bylo neetické. Zúčastněným jsem stručně popsala můj záměr s tím, že kdo se nechce účastnit, necht' se neúčastní. Respondentů bylo celkem 110.

### 4.4 Charakteristika položek dotazníku

Dotazník obsahoval 16 otázek. Byly do něj zahrnuty všechny typy otázek, tedy uzavřené, polotevřené i otevřené.

Otázky č. 1, 3, 4, 5, 6, 7, 11, 14, 15, 16 byly uzavřené.

Otázky č. 8, 9, 10, 12, 13 byly polouzavřené.

Otázka č. 2 byla otevřená.

Otázky č. 1, 2, 3, 4, 5 se týkaly identifikačních údajů respondentů (pohlaví, věk, vzdělání, délka praxe a typ oddělení, na kterém pracují).

K cíli č. 1 se vztahuje otázka: č. 8.

K cíli č. 2 se vztahuje otázka č. 13, 14, 16.

K cíli č. 3 se vztahuje otázka č. 9, 10, 15.

K cíli č. 4 se vztahuje otázka č. 12.

Otázky č. 6, 7 a 11 by se daly považovat jako otázky doplňující.



## 4.5 Zpracování získaných dat

Získaná data byla shrnuta do tabulek s absolutní (prosté číslo) a relativní četností (procentuální vyjádření) a zaokrouhlena na dvě desetinná místa. Absolutní četnost (N) byla znázorněna pomocí grafů. Absolutní četnost v tabulce udává počet respondentů, kteří odpovídali v položce se stejnou odpovědí ze všech nabídnutých možností. Relativní četnost v % znázorňuje údaje o tom, jak velká část z celkového počtu hodnot připadá na jednotlivou dílčí hodnotu. Každá položka je vyjádřena dotazníkovou otázkou v původním znění, tabulkou, grafem a komentářem k výsledku. Dotazníky byly zpracovány v počítačovém programu Microsoft Office Word 2007 a Microsoft Office Excel 2007. U otázek, kde respondenti mohli volit z více odpovědí je absolutní četnost (N) počet jednotlivých odpovědí, které jsou opět znázorněny do tabulky a grafu. Relativní četnost v tomto případě vyjádřena není.

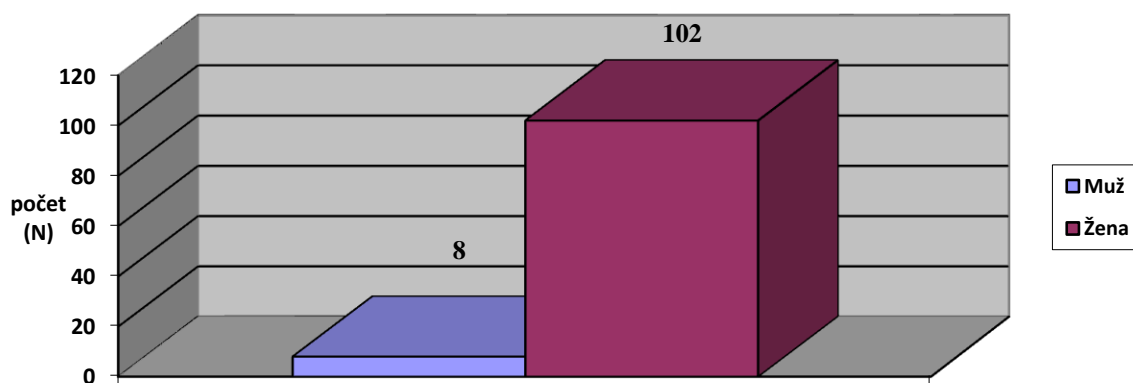
## 4.6 Interpretace dat výzkumného šetření

Otázka č. 1: Jste:

Tabulka č. 1: Pohlaví respondentů

Odpověď	Absolutní četnost (N)	Relativní četnost (%)
Muž	8	7,27 %
Žena	102	92,73 %
Celkem	110	100,00 %

Graf č. 1: Pohlaví respondentů



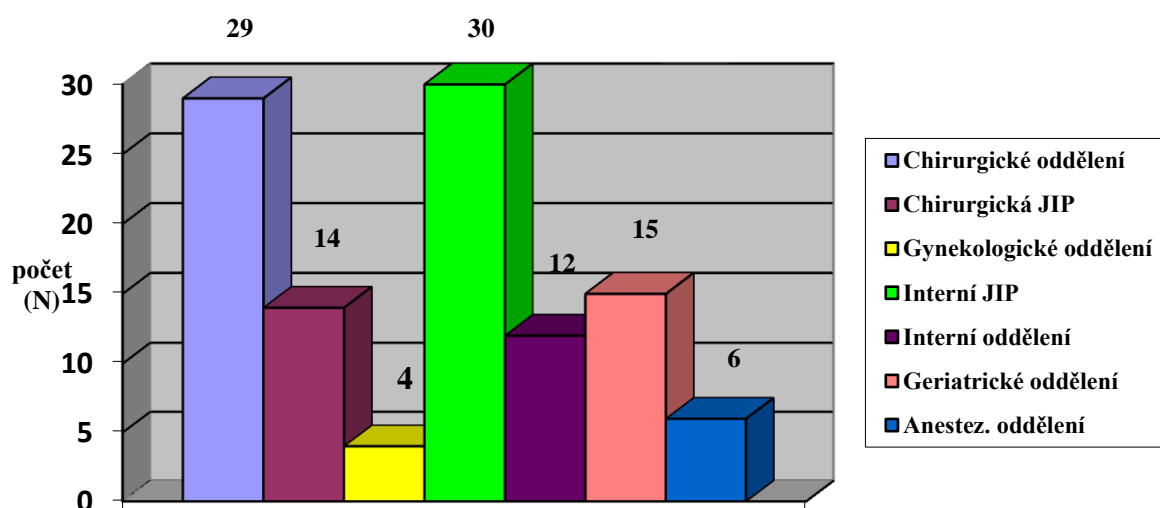
Dotazník vyplnilo celkem 110 respondentů, což je 8 (7,27 %) mužů a 102 (92,73 %) žen.

**Položka č. 2: Na jakém oddělení pracujete?**

Tabulka č. 2: Pracoviště respondentů

Odpověď	Absolutní četnost (N)	Relativní četnost (%)
Chirurgické oddělení	29	26,36 %
Chirurgická JIP	14	12,73 %
Gynekologické oddělení	4	3,64 %
Interní JIP	30	27,27 %
Interní oddělení	12	10,91 %
Geriatrické oddělení	15	13,64 %
Anesteziologicko-res.odd.	6	5,45 %
Celkem	110	100,00 %

Graf č. 2: Pracoviště respondentů



V této položce byli respondenti rozčleněni dle pracovního zaměření následovně: chirurgické oddělení 29 (26,36 %) respondentů, chirurgická JIP 14 (12,73 %) respondentů, gynekologické oddělení 4 (3,64 %) respondenti, interní JIP 30 (27,27 %) respondentů,

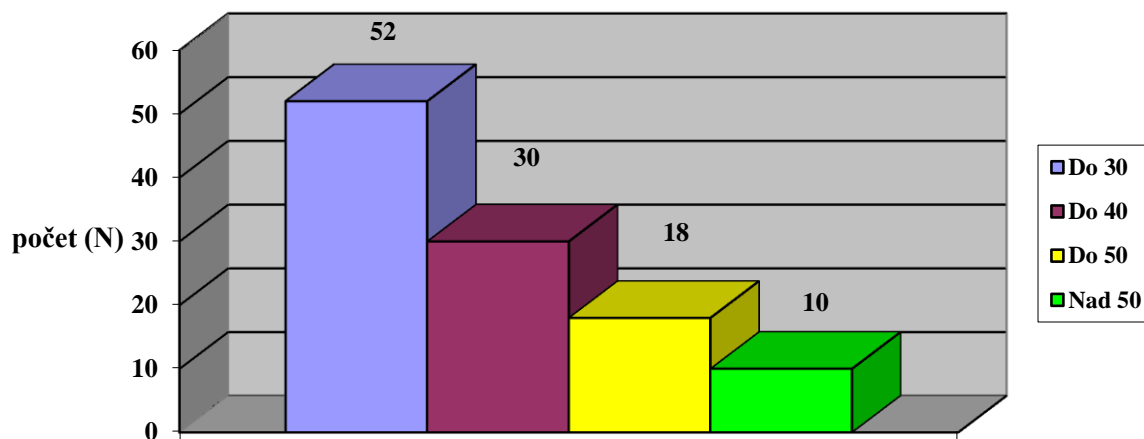
interní oddělení 12 (10,91 %) respondentů, geriatrické oddělení 15 (13,64 %) respondentů a anesteziologicko-resuscitační oddělení 6 (5,45 %) respondentů.

**Otázka č. 3: Váš věk se pohybuje v rozmezí:**

Tabulka č. 3: Věk respondentů

Odpověď	Absolutní četnost (N)	Relativní četnost (%)
Do 30 let	52	47,27 %
Do 40 let	30	27,28 %
Do 50 let	18	16,36 %
Nad 50 let	10	9,09 %
Celkem	110	100,00 %

Graf č. 3: Věk respondentů



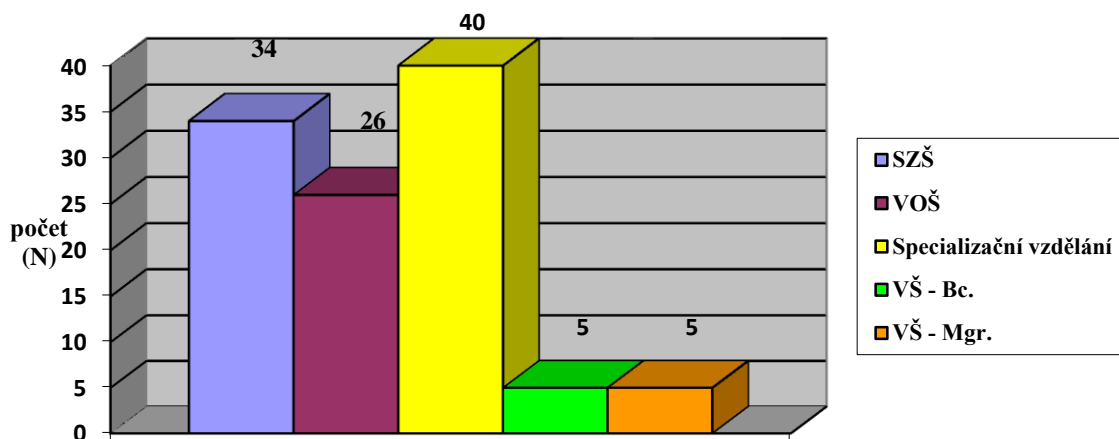
Věkovou hranici do 30 let uvedlo 52 (47,27 %) respondentů, do 40 let 30 (27,28 %) respondentů a do 50 let 18 (16,36 %) respondentů. 10 (9,09 %) respondentů bylo starších 50 let.

**Otázka č. 4: Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?**

Tabulka č. 4: Vzdělání respondentů

Odpověď	Absolutní četnost (N)	Relativní četnost (%)
SZŠ	34	30,91 %
VOŠ	26	23,64 %
Specializační vzdělání	40	36,35 %
VŠ – Bc.	5	4,55 %
VŠ – Mgr.	5	4,55 %
Celkem	110	100,00 %

Graf č. 4: Vzdělání respondentů



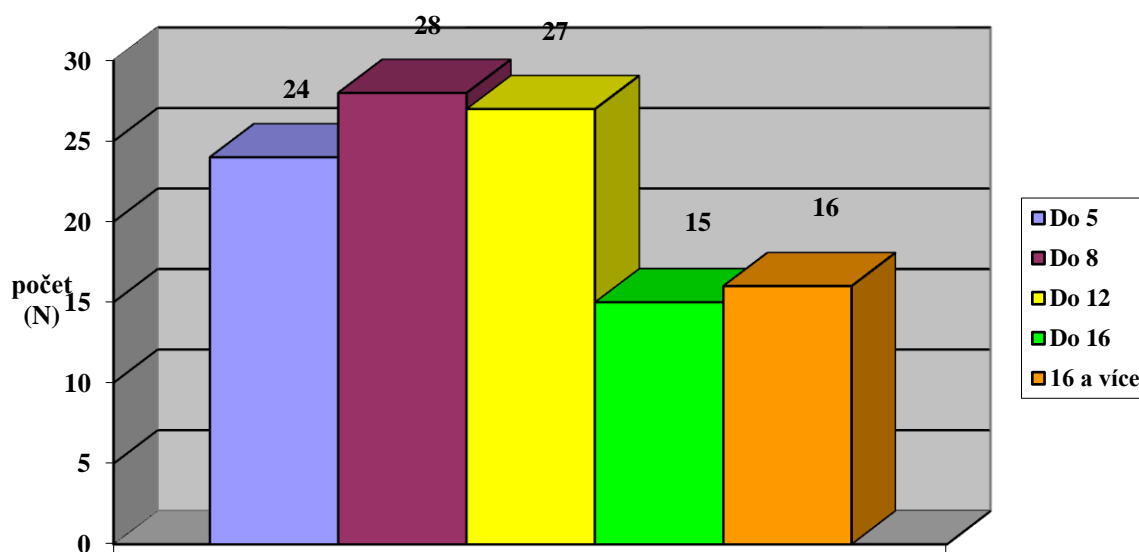
Dotazníkového šetření se zúčastnilo 34 (30,91 %) respondentů se vzděláním na střední zdravotnické škole, 26 (23,64 %) respondentů studovalo na vyšší odborné škole, 40 (36,35 %) absolvovalo specializační studium, 5 (4,55 %) respondentů vystudovalo vysokou školu v bakalářském programu a 5 (4,55 %) respondentů v programu magisterském.

**Otázka č. 5: Jaká je doba Vaší praxe?**

Tabulka č. 5: Délka praxe respondentů

Odpověď	Absolutní počet (N)	Relativní počet (%)
Do 5 let	24	21,82 %
Do 8 let	28	25,45 %
Do 12 let	27	24,55 %
Do 16 let	15	13,64 %
16 let a více	16	14,54 %
Celkem	110	100,00 %

Graf č. 5: Délka praxe respondentů



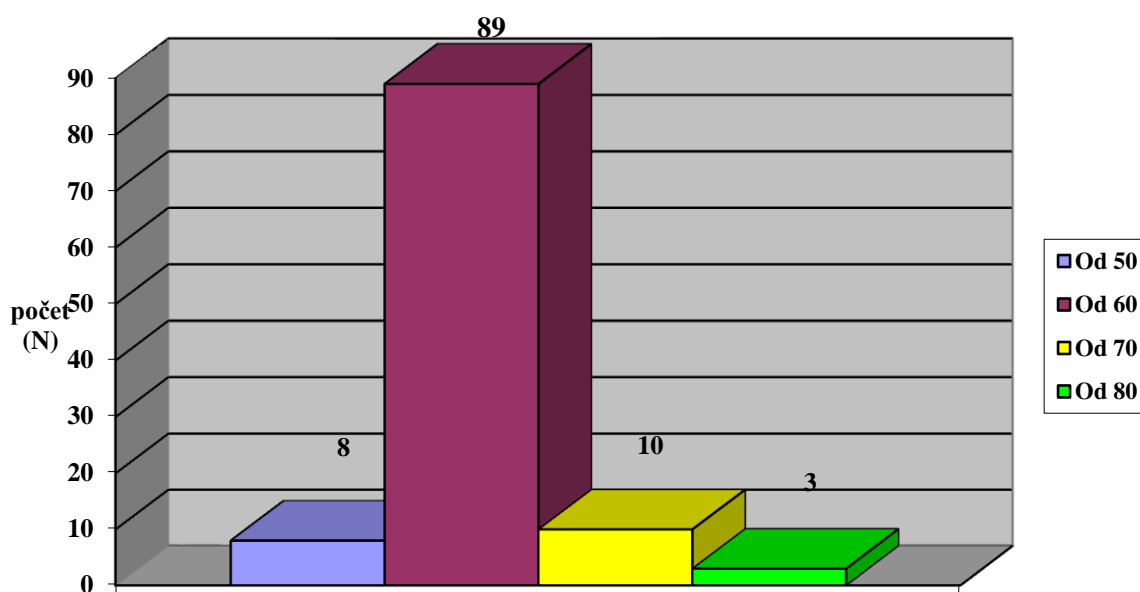
24 (21,82 %) respondentů pracovalo ne více než 5 let, 28 (25,45 %) respondentů pracovalo ne více než 8let, 27 (24,55 %) respondentů pracovalo ne více jak 12 let, 15 (13,64 %) respondentů pracovalo ne více jak 16 let a pouze 16 (14,54 %) pracovalo více jak 16 let.

**Otázka č. 6: Za seniora považujete člověka s věkem?**

Tabulka č. 6: Věk seniorů

Odpověď	Absolutní četnost (N)	Relativní četnost (%)
Od 50 let	8	7,27 %
Od 60 let	89	80,91 %
Od 70 let	10	9,09 %
Od 80 let	3	2,73 %
Celkem	110	100,00 %

Graf č. 6: Věk seniorů



Že seniorský věk začíná od 50let věku uvedlo 8 (7,27 %) respondentů, od 60 let 89 (80,91 %) respondentů, od 70 let 10 (9,09 %) respondentů a od 80 let 3 (2,73 %) respondentů.

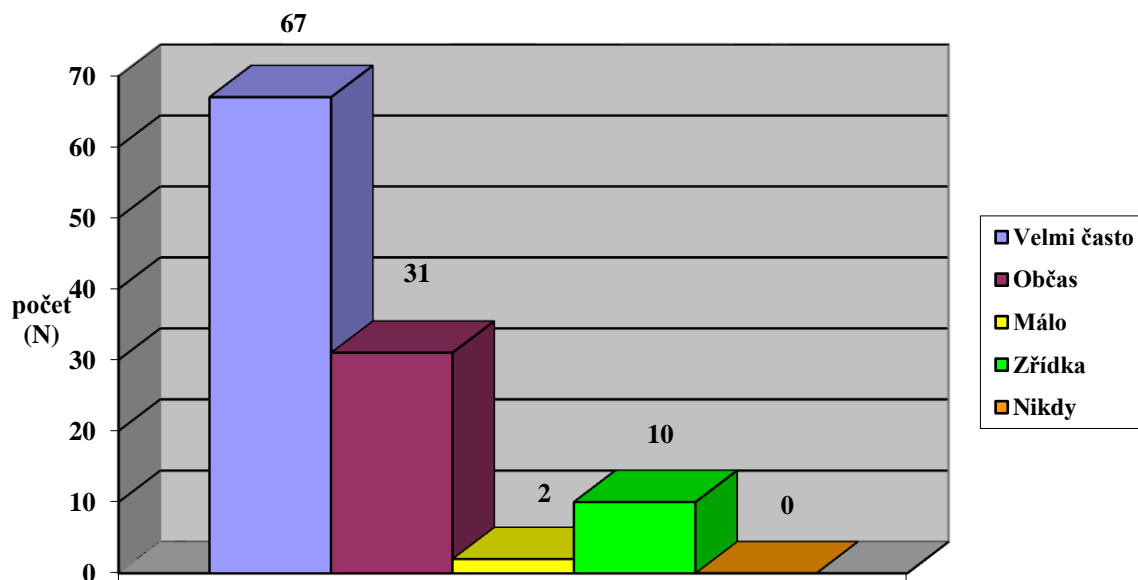


**Otázka č. 7: Jak často jste v kontaktu se seniory?**

Tabulka č. 7: Četnost kontaktu se seniory

Odpověď	Absolutní počet (N)	Relativní počet (%)
Velmi často	67	60,91 %
Občas	31	28,18 %
Málo	2	1,82 %
Zřídka	10	9,09 %
Nikdy	0	0,00 %
Celkem	110	100,00 %

Graf č. 7: Četnost kontaktu se seniory



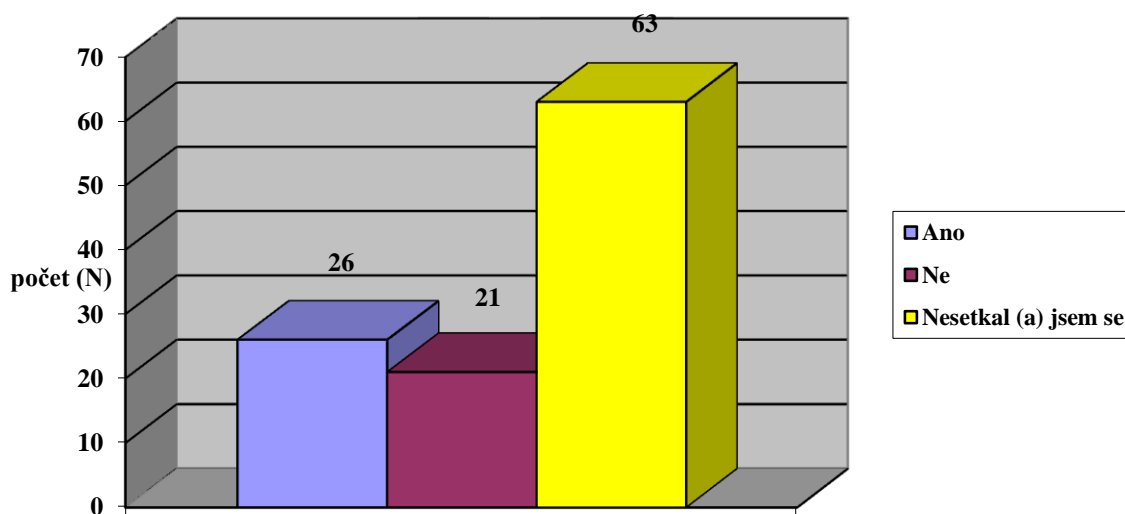
Velmi často bylo v kontaktu se seniory 67 (60,91 %) respondentů, občas 31 (28,18 %) respondentů, málo 2 (1,82 %) respondenti a zřídka 10 (9,10) respondentů.

**Položka č. 8: Víte, co znamená pojem ageismus?**

Tabulka č. 8: Znalost slova ageismus

Odpověď	Absolutní četnost (N)	Relativní četnost (%)
Ano	26	23,64 %
Ne	21	19,09 %
Nesetkal (a) jsem se	63	57,27 %
Celkem	110	100,00 %

Graf č. 8: Znalost slova ageismus



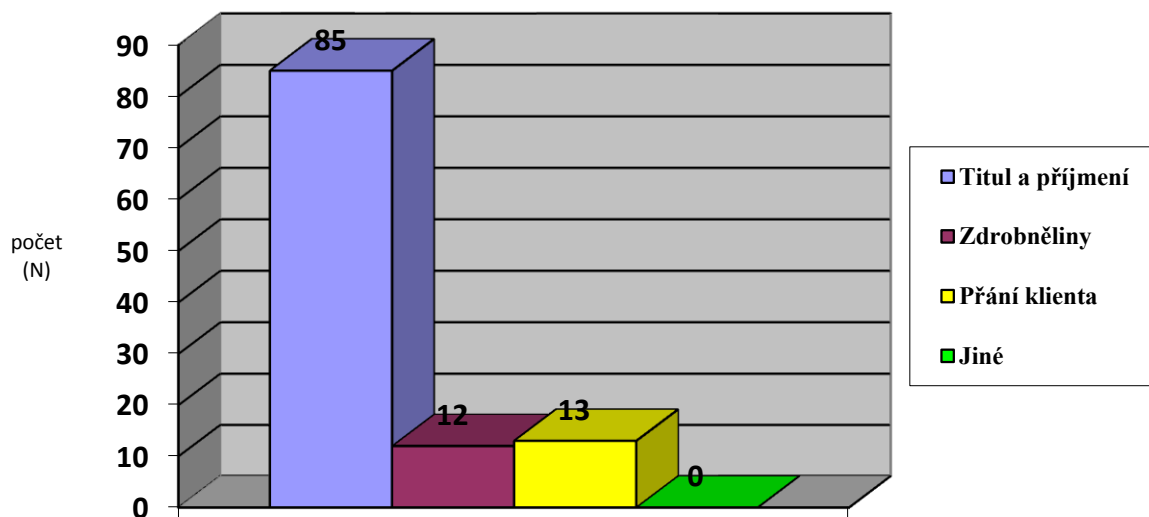
Pojem ageismus znalo 26 (23,64 %) respondentů. Neznalost pojmu uvedlo 21 (19,09 %) respondentů. Zbývajících 63 (57,27 %) respondentů se s tímto pojmem nikdy nesetkalo, což nevylučuje fakt, že tento pojem mohl být respondentem zapomenut, nebo je přijatelnější tuto možnost zvolit více než přiznat neznalost jako takovou. Z 26 respondentů popsalo správnou definici 24, pouze 2 respondenti podali vysvětlení špatné.

**Otázka č. 9: Jak oslovujete seniory?**

Tabulka č. 9: Oslovení seniorů

Odpověď	Absolutní četnost (N)	Relativní četnost (%)
Titul a příjmení	85	77,27 %
Zdrobněliny	12	10,91 %
Přání klienta	13	11,82 %
Jiné	0	0,00 %
Celkem	110	100,00%

Graf č. 9: Oslovení seniorů



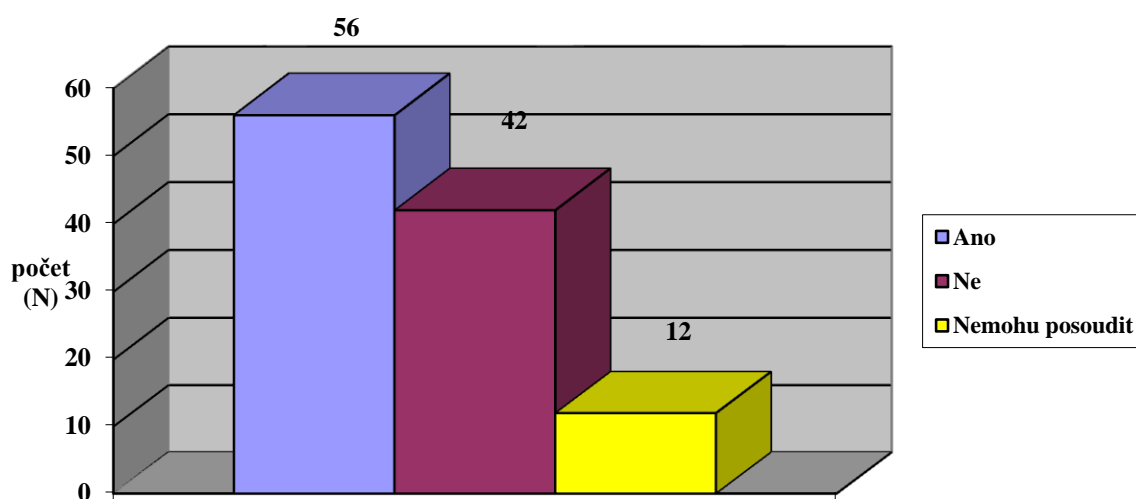
85 (77,27 %) respondentů uvedlo, že oslovovalo seniory titulem a příjmením, přání klienta respektovalo jen 13 (11,82%) respondentů a 12 (10,91 %) respondentů oslovovalo seniory dokonce zdrobnělinami. Položku jiné neoznačil nikdo, což však nevylučuje, že respondenti neoslovují seniory i jinak.

**Otázka č. 10: Jsou klienti, o které se Vám pečuje hůře?**

Tabulka č. 10: Náročnost péče

Odpověď	Absolutní četnost (N)	Relativní četnost (%)
Ano	56	50,91 %
Ne	42	38,18 %
Nemohu posoudit	12	10,91 %
Celkem	110	100,00 %

Graf č. 10: Náročnost péče



Z uvedeného vyplývá, že 56 (50,91 %) respondentů pociťovalo jisté problémy při poskytování ošetrovatelské péče. 42 (38,18 %) respondentů popřelo, že by mělo problém při poskytování ošetrovatelské péče klientům z jakýchkoliv důvodů a 12 (10,91 %) respondentů nedokázalo zhodnotit svůj postoj. 56 (50,91 %) dotázaných, co zvolilo položku ano, si poté mohlo vybrat důvody, proč tomu tak je. Následující tabulka č. 11 popisuje pouze absolutní četnost jednotlivých odpovědí:

Tabulka č. 11: Důvody náročnější péče

Odpověď	Absolutní četnost jednotlivých odpovědí (N)
Věk	40
Pohlaví	22
Diagnóza	25
Schopnost komunikace	12
Jiné	8

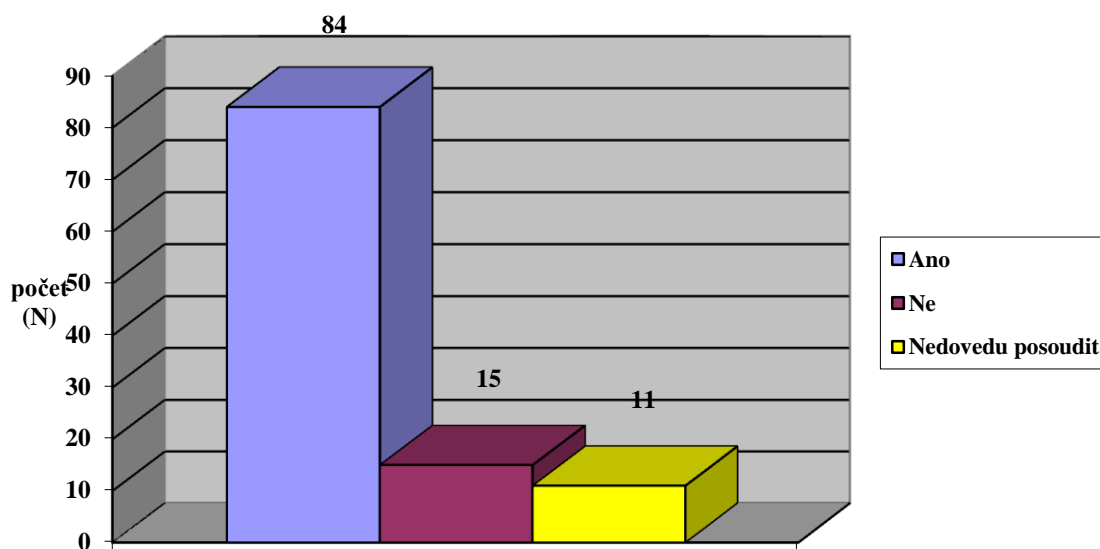
Z 56 (50,91 %) kladně odpovídajících respondentů jich 40 vnímalo, že náročnější péče byla poskytována v souvislosti s věkem klienta, poté ve 25 případech s diagnózou, a ve 22 případech s pohlavím klienta. Paradoxně položku schopnost komunikovat uvedlo jen 12 respondentů. 8 respondentů zvolilo možnost jiné důvody. Nejčastěji se vyskytovaly důvody obtížnější péče o pacienty v bezvědomí, ve stavu psychomotorického neklidu nebo když šlo o pacienty se zajištěnými dýchacími cestami.

**Otázka č. 11: Myslíte si, že v ošetrovatelské péči přibývá seniorů?**

Tabulka č. 12: Nárůst seniorů v ošetrovatelské péči

Odpověď	Absolutní četnost (N)	Relativní četnost (%)
Ano	84	76,36 %
Ne	15	13,64 %
Nedovedu posoudit	11	10,00 %
Celkem	110	100,00 %

Graf č. 11: Nárůst seniorů v ošetrovatelské péči



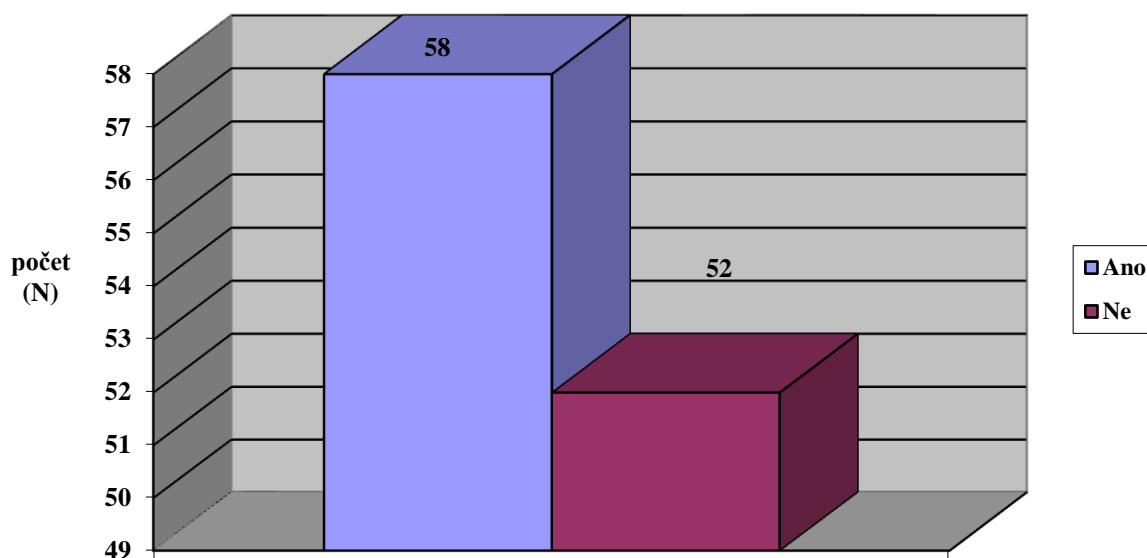
Z uvedeného šetření vyplývá, že téměř 84 (76,36 %) respondentů pozorovalo v ošetrovatelské péči nárůst populace seniorů. Pouze 15 (13,64 %) respondentů tento nárůst nezaznamenalo. 11 (10,0 %) respondentů nedokázalo otázku posoudit.

**Otázka č. 12: Vnímáte jakýkoliv druh diskriminace seniorů na pracovišti či ve svém okolí?**

Tabulka č. 13: Výskyt diskriminačního chování

Odpověď	Absolutní četnost (N)	Relativní četnost (%)
Ano	58	52,73 %
Ne	52	47,27 %
Celkem	110	100,00 %

Graf č. 12: Výskyt diskriminačního chování



Z těchto údajů bylo patrné, že 52 (47,27 %) respondentů nijak nevnímalo ani nepozorovalo přítomnost diskriminačních praktik vůči seniorům, pokud ne ve své profesi, tak ani ve svém okolí, což bylo alarmující, anebo šlo spíše o to, že si respondenti nebyli vědomi, co všechno diskriminace obnáší. 58 (52,73 %) respondentů uvedlo, že se setkala s diskriminačním chováním vůči seniorům. Tato skupina měla za úkol vypsát konkrétní

případy. Reakce těchto respondentů jsem rozdělila podle odpovědí následovně (tabulka č. 14), protože někteří popisovali i více případů. Všechny odpovědi jsem si rozdělila podle toho, kde k diskriminaci mělo dojít. Všech 58 respondentů uvádělo diskriminační praktiky vůči seniorům od zdravotnického personálu ve zdravotnických zařízeních. Mezi nejčastější odpovědi patří: infantilní chování personálu, zesměšňování, nedůstojnost, snižování osobnosti a potřebnosti seniora, bagatelizace jak fyzických, ale i psychických nářků, nepodávání tekutin, nedostatečná hygienická péče a péče o vyprazdňování. 38 respondentů pozorovalo diskriminaci seniorů ve veřejné sféře, a to na úřadech a poštách a v obchodech. 12 respondentů zmínilo problémy seniorů ve veřejné dopravě (např. neuvolnění místa k sezení a situace, kdy řidič autobusu nepočká na dobíhajícího seniora).

Tabulka č. 14: Oblasti diskriminačního chování

Odpověď	Absolutní četnost jednotlivých odpovědí (N)
Zdravotnická zařízení	58
Veřejná sféra	38
Veřejná doprava	12



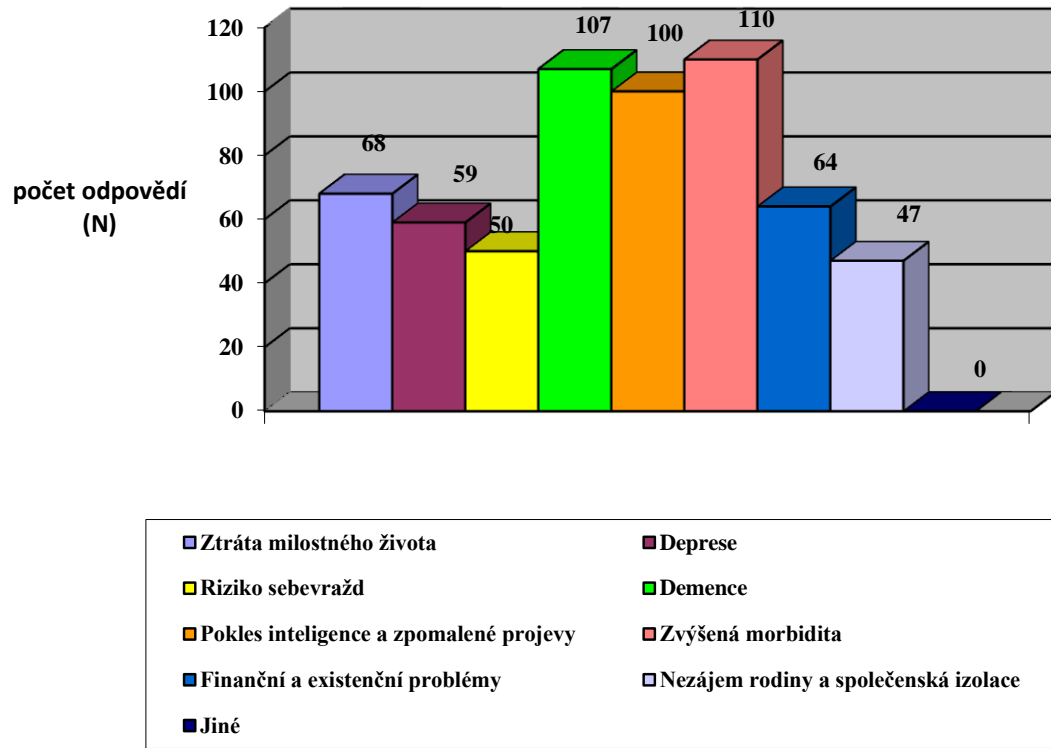
**Otázka č. 13: Jaký je podle Vás největší problém v seniorském věku?**

Pro možnost vícečetných odpovědí jsem zpracovala do tabulky i grafu pouze absolutní četnost jednotlivých odpovědí. Absolutní četnost je tedy počet všech jednotlivých odpovědí respondentů.

Tabulka č. 15: Problémy seniorů

Odpověď	Absolutní četnost jednotlivých odpovědí (N)
Ztráta milostného života	68
Deprese	59
Riziko sebevražd	50
Demence	107
Pokles inteligence, zpomalené projevy	100
Zvýšená nemocnost	110
Finanční, existenční problémy	64
Nezájem rodiny, spol. izolace	47
Jiné	0

Graf č. 13: Problémy seniorů



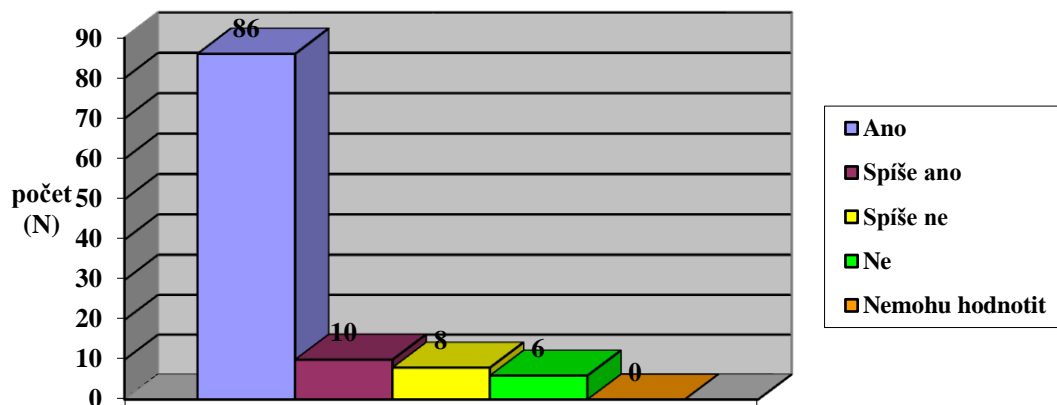
Všichni respondenti shodně udávají, že největší problém pro seniorský věk je zvýšená nemocnost, další problém v pořadí je pokles inteligence a zpomalené projevy, pak demence, ztráta milostného života, finanční problémy, riziko sebevražd a až na posledním místě je nezáměr rodiny a společenská izolace.

**Otázka č. 14: Pokud pečujete o klienta seniora, vnímáte jako dostatečný zájem jeho rodiny?**

Tabulka č. 16: Zájem rodiny o seniora

Odpověď	Absolutní četnost (N)	Relativní četnost (%)
Ano	86	78,18 %
Spíše ano	10	9,09 %
Spíše ne	8	7,27 %
Ne	6	5,46 %
Nemohu hodnotit	0	0,00 %
Celkem	110	100,00 %

Graf č. 14: Zájem rodiny o seniora



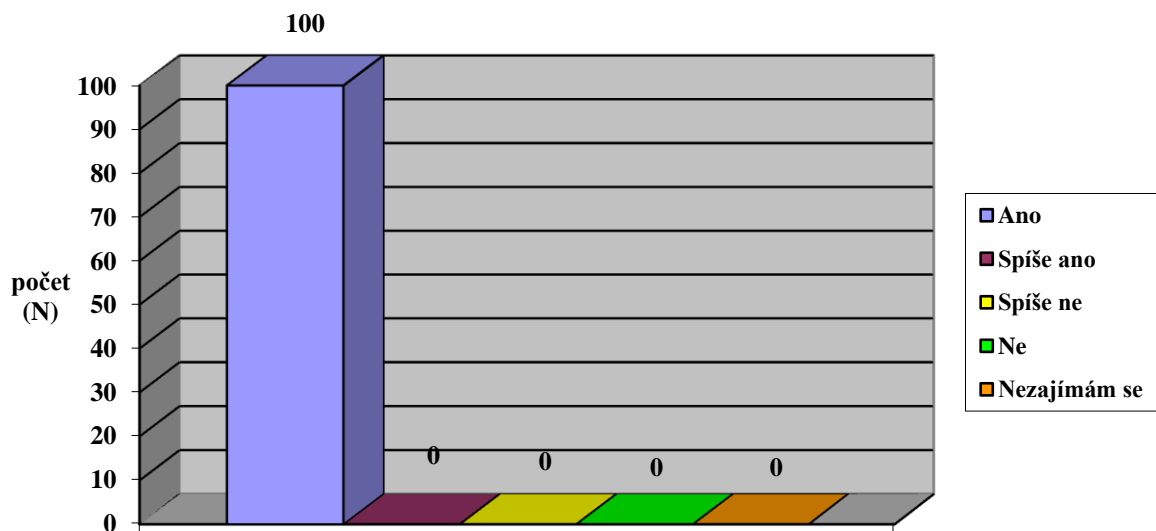
Pozitivním zjištěním bylo, že 86 (78,18 %) respondentů vnímalo zájem rodiny o svého příslušníka jako dostatečný. Pouze 6 (5,46 %) respondentů hodnotilo zájem rodiny jako nedostatečný. 10 (9,09 %) respondentů zvolilo odpověď spíše ano a 8 (7,27 %) odpověď spíše ne.

**Položka č. 15: Je podle Vás nutná zvýšená pozornost a důležitost v přístupu ke starým lidem?**

Tabulka č. 17: Pozornost věnovaná seniorům

Odpověď	Absolutní četnost (N)	Relativní četnost (%)
Ano	110	100,00 %
Spíše ano	0	0,00 %
Spíše ne	0	0,00 %
Ne	0	0,00 %
Nezajímám se	0	0,00%
Celkem	110	100,00 %

Graf č. 15: Pozornost věnovaná seniorům



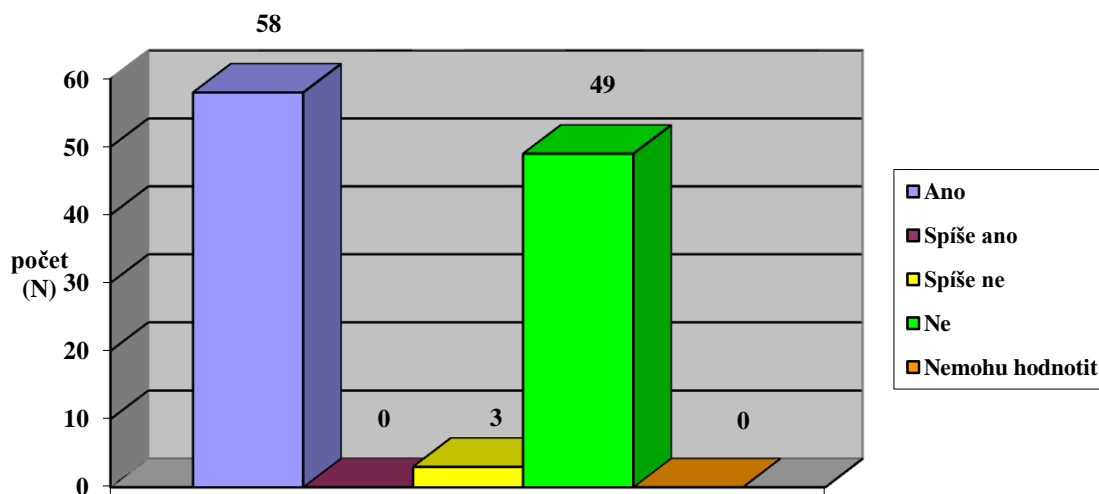
Tento graf jasně ukazuje 100% shodu ve zvolených odpovědích, kdy si všichni dotázaní myslí, že je potřeba se seniorům věnovat zvýšenou pozornost.

**Položka č. 16: Myslíte si, že je v České republice poskytována dostatečná péče o osoby v seniorském věku?**

Tabulka č. 18: Poskytování péče seniorům

Odpověď	Absolutní četnost (N)	Relativní četnost (%)
Ano	58	52,73 %
Spíše ano	0	0,00 %
Spíše ne	3	2,73 %
Ne	49	44,54 %
Nemohu hodnotit	0	0,00 %
Celkem	110	100,00 %

Graf č. 16: Poskytování péče seniorům



**Interpretace výsledků:**

58 (52,73 %) respondentů považovalo péči o seniory v naší republice za dostatečnou, avšak 49 (44,54 %) respondentů bylo přesvědčena o pravém opaku, což je výsledek zajisté alarmující. 3 (2,73 %) respondenti zvolili položku spíše ne.

## 5 ANALÝZA A REFLEXE VÝSLEDKŮ

### 5.1 Analýza cílů

**Cíl č. 1: Zjistit, zda se respondenti setkali s pojmem ageismus a zda jej dokáží charakterizovat.**

K tomuto cíli se vztahovala otázka č. 8: Víte, co znamená pojem ageismus?. Z odpovědí vyplývá, že pouze 26 (23,64 %) respondentů znalo význam slova ageismus, avšak 2 dotazovaní podali špatnou odpověď. 24 respondentů dokázalo popsat definici správně. Je docela alarmující, že 63 (57,27 %) respondentů se s tímto výrazem vůbec nesešlo. 21 (19,09 %) respondentů přiznalo, že neví, co pojem ageismus vystihuje. Těžko však lze mezi tázanými vystihnout, kdo tento pojem viděl v textu úplně poprvé nebo se s ním už někdy setkal, ale nikterak mu v mysli nezůstal, tak jako to, jestli odpověď „nesešlo (a) jsem se“ nebyla méně zostuzující než odpověď „ne, neznám“.

Cíl č. 1 byl splněn.

**Cíl č. 2: Zjistit, zda si respondenti uvědomují problémy spojené se stářím.**

K tomuto cíli se vztahovala otázka č. 13: Jaký je podle Vás největší problém v seniorském věku?, otázka č. 14: Pokud pečujete o klienta seniora, vnímáte jako dostatečný zájem jeho rodiny?, a také položka č. 16: Myslíte si, že je v České republice poskytována dostatečná péče o osoby v seniorském věku?

U otázky č. 13 mohli respondenti uvádět více možností, a proto jsem pracovala pouze s absolutní četností konkrétní možnosti. Všechny 110 respondentů označilo, že největším problémem ve stáří je zvýšená nemocnost, dále ve 107 odpovědích se vyskytla demence, ve 100 odpovědích pokles inteligence a zpomalenost projevů, a v 68 odpovědích ztráta milostného života. Finanční a existenční problémy byly zvoleny 64krát, deprese 59krát, riziko sebevražd 50krát a nezáměr rodiny a společenská izolace se objevila 47krát.

Z otázky č. 16 se dalo zjistit, jak si dotazovaní myslí, že je seniorům v naší zemi poskytována péče respektive, je-li dostatečná. Nezáměr státu by se dal považovat také jako úskalí seniorského věku. 58 (52,73 %) respondentů, kteří zvolili možnost „ano“ si myslelo, že péče o seniory je státem zajišťována dostatečně, avšak 49 (44,54 %) respondentů tento názor nesdílelo. 3 (2,73 %) respondenti spíše nepovažují péči za dostatečnou.

Dalším bodem, který by mohl poukazovat na to, jak moc si respondenti uvědomují problémy spojené se stářím je zájem rodiny, položka č. 14. 86 (78,18 %) respondentů zvolilo položku „ano“, tedy že rodina jeví dostatečný zájem o svého staršího člena. 10 (9,09 %) jedinců zvolilo možnost spíše ano, ale 8 (7,27 %) respondentů zvolilo odpověď „spíše ne“, tedy že zájem je spíše nedostatečný a 6 (5,46 %) respondentů ohodnotilo zájem rodiny jako nedostatečný, když zvolilo odpověď „ne“. Z tohoto cíle tedy vyplývá, že většina respondentů vnímá problémy spojené se stářím a také si uvědomuje význam rodiny v ošetrovatelské péči, což se hodnotí pozitivně. Pozitivní také je to, že většina respondentů vnímá skutečnost, jak je celkově nastavený systém péče o seniory státem.

Cíl č. 2 byl splněn.

### **Cíl č. 3: Zjistit jaký postoj zaujímají respondenti ke klientům seniorům.**

K tomuto cíli se vztahuje položka č. 9, která se ptá: Jak oslovujete seniory?, také položka č. 10: Jsou klienti, o které se Vám pečuje hůře?, a položka č. 15: Je podle Vás nutná zvýšená pozornost a důležitost v přístupu ke starým lidem? Všech 110 (100 %) respondentů odpovědělo „ano“ tudíž všichni tito lidé považují zájem, zvýšenou pozornost a důležitost v péči o staré lidi za nutnou, což hodnotím velmi pozitivně.

Položkou č. 10 jsem se respondentů ptala, zda jsou klienti - pacienti, o které se jim pečuje hůře. 42(38,18 %) respondentů uvedlo, že „ne“, 12 (10,91 %) uvedlo, že nemůže tuto skutečnost posoudit a 56 (50,91 %) dotázaných zvolilo odpověď „ano“. Pokud respondent zvolil „ano“, pak měl vystihnout čím je to dáno. Zde bylo možno vybírat z více odpovědí, tak jako vypsát svůj konkrétní názor. V otázce, čím je podmíněná náročnější péče o klienta bylo 40-krát zvoleno, že je to dáno věkem, 25-krát diagnózou klienta, 22-krát pohlavím, 12krát schopností komunikace a 8 respondentů uvedlo svoji vlastní příčinu. Někteří z těchto respondentů pracovali na lůžkách resuscitačních, neboť uváděli jako důvod náročnější ošetřování pacientů v bezvědomí.

Velice zajímavá byla položka č. 9. Z ní jsem zjistila, že 85 (77,27 %) respondentů oslovuje seniora titulem a příjmením, 13 (11,82 %) dá na přání a domluvu se seniorem a 12 (10,91 %) respondentů při oslovování používá zdrobnělin, což je v rámci profesionálního chování nepřijatelné, pokud to nebylo vyloženo přání klienta, což jasně z odpovědí vyplývá.

Cíl č. 3 byl splněn.

**Cíl č. 4: Zjistit, zda se respondenti setkali s diskriminací seniorů.**

K tomuto cíli se vztahovala položka 12. Z odpovědí je patrné, že 58 (52,73 %) respondentů bylo nebo je svědky diskriminačního jednání vůči starým lidem. 52 (47,27 %) respondentů uvedlo, že toto jednání na pracovišti ani ve svém okolí nezažilo. Otázkou zůstává, co se stane, když si přiznáme, že pro mnoho respondentů je pojem ageismus neznámý, a tudíž ani nemusí být pasivně pozorovaný. U pozitivní odpovědi dotazovaní nejčastěji setkali s diskriminačním chováním v léčebných zařízeních, poté ve veřejných službách, ale i ve veřejné dopravě.

Cíl č. 4 byl splněn.

**5.2 Diskuze**

Chtěla bych podotknout, že si jsem vědoma toho, že je možné, že ne všichni respondenti odpovídali pravdivě, dle svého svědomí, ale spíše podle toho, co je společensky i profesně vhodné.

Tohoto výzkumného šetření se zúčastnilo 8 (7,27 %) mužů a 102 (92,73 %) žen. 29 (26,36 %) respondentů pracovalo na oddělení chirurgickém, 14 (12,73 %) na chirurgické intenzivní péči, 4 (3,64 %) respondenti pracovali na gynekologickém oddělení, 30 (27,27 %) respondentů na interní jednotce intenzivní péče, 12 (10,91 %) na interním oddělení, 15 (13,64 %) na oddělení geriatricke, a 6 (5,45 %) respondentů na anesteziologicko resuscitačním oddělení.

Věk respondentů do 30 let udalo 52 (47,27 %) jedinců, do 40 let 30 (27,28 %), do 50 let 18 (16,36 %) a věk nad 50 let uvedlo pouze 10 jedinců má věk do 50let a pouze 10 jedinců. Z toho vyplývá, že dotazníkového šetření se zúčastnila spíše generace mladších lidí.

34 (30,91 %) respondentů absolvovalo pouze střední zdravotnickou školu, 26 (23,64 %) respondentů vyšší odbornou školu, 40 (36,35 %) respondentů specializační vzdělání. Pouze 5 (4,55 %) má vysokou školu v bakalářském studijním programu a dalších 5 respondentů absolvovalo magisterské studium. I z tohoto šetření vyplývá, že stále je nedostatek vysokoškolsky vzdělaných pracovníků na pozicích všeobecných sester.

24 (21,82 %) respondentů udalo délku praxe do 5 let, 28 (25,45 %) do 8 let, 27 (24,55 %) do 12 let, do 16 let 15 (13,64 %) nad 16 let a více udalo 16 (14,54 %) respondentů.



Na otázku, v jakém věku je považován starý člověk za seniora, udala většina, tedy 89 (80,91 %) respondentů shodně věk od 60 let, což je vcelku validní úsudek, 8 (7,27 %) respondentů uvedlo, že za seniora vnímají člověka již od 50 let, což není příliš příznivá skutečnost. Nutné je však podotknout, že všichni, kteří takto odpověděli, patří do věkové skupiny do 30 let. Pouze 3 (2,73 %) tázání považují za seniora člověka, který dovršil 80 let a více, 10 (9,09 %) respondentů vnímá seniora člověka od 70 let věku. S předešlou položkou souvisí otázka, zda si respondenti myslí, že v ošetrovatelské péči seniorů přibývá. 84 (76,36 %) respondentů odpovědělo, že ano. Tuto skutečnost však popírá 15 (13,64 %) respondentů. 11 (10,00 %) respondentů nemohlo jakýkoliv vztah k této otázce posoudit.

### 5.3 Závěr

Tato práce mi umožnila proniknout do světa starých lidí. Nikdy jsem problematiku stárnutí a stáří takto blíže nestudovala. Zároveň si uvědomuji, jakými nedostatky oplývají někteří mí kolegové. Mohu říci, že jsem byla velice překvapená z některých odpovědí, např. 12 (10,91 %) respondentů oslovuje své klienty zdvořilými, aniž by s tím souhlasili. Dále mě zarazilo, že téměř 56 (50,91 %) respondentů pociťuje jisté problémy při ošetrování lidí vzhledem ke stáří klienta. Je tedy patrné, že ošetrovatelská péče se mnohým zdravotníkům provádí hůře, když jde o seniory. Ze své praxe sama musím přiznat, že někdy je péče o starší občany velice náročná. Často nevědí, kde se ocitají a co se s nimi děje. A i když je jim přítomnost trpělivě opakována, tak mnohdy reagují velmi neadekvátně, což narušuje vzájemné vztahy. Na stranu druhou však z otázky nelze zjistit, o jakou věkovou skupinu přesně jde, neboť není věková skupina blíže specifikována. Mohlo by se stát, že na konkrétnější dotaz by některý respondent zmínil třeba právě péči o dítě. Práce se seniory tak i s malými dětmi je vysoce specifická. Dále mě překvapilo, že pouze 25-krát respondenti označili náročnější péči na základě klinické diagnózy. Právě zde jsem očekávala větší ohlas. Na stranu druhou je docela pozitivní odpověď, že 42 (38,18 %) respondentů nepociťovalo žádné problémy při poskytování ošetrovatelské péče.

Alarmující je zjištění, že pouze 26 (23,64 %) respondentů zná pojem ageismus, zatímco 63 (57,27 %) respondentů se s tímto pojmem ještě nikdy nesešlo. Možná je to zapříčiněno nedostatečným vzděláváním zdravotníků. Pojem ageismus není v naší praxi příliš používán. Tento fakt musím bohužel sama podpořit. Při zmínce slova ageismus na pracovišti, se mě většina kolegů dotazuje na jeho význam. Avšak v případě, že jej

vysvětlím jako pojem značící věkovou diskriminaci se zdá, že si poté každý jeho význam uvědomí.

Na závěr celé práce bych si dovolila vyslovit jedno přání. Chovejme se ke všem živým bytostem s respektem a s úctou. Zahodme předsudky a stereotypní chování. Pokusme se dělat věci jinak a lépe, i když se nám třeba nechce, jsme unavení či máme své těžkosti. Ať už mezi námi zdravotníky, tak i lidmi v běžném životě je třeba si uvědomit, že většina lidí má své blízké, kteří se vzájemně milují. Pocit, že lidem které milujeme, bylo ubližováno, může v milujících zanechat obrovské trauma. Před rokem, kdy jsem začala zkoumat problematiku diskriminace by mě nenapadlo, kolikrát budu svědkem diskriminačního chování, ať už ve zdravotnických zařízeních, tak třeba i na ulici. Ovšem že se stanu svědkem diskriminačního chování aplikovaného na mou maminku, bych nečekala. Moje maminka nebyla stará, ale obézní. Víím, že poslední chvíle trpěla právě díky neprofesionálnímu chování některých zdravotníků. Moje přesvědčení o tom, že zdravotnická profese je posláním, utrpěla těžkou ránu. Se svíravým pocitem, že vše špatné, co se děje mezi lidmi, je výsledek především svědomí jednotlivce a jeho zásad bych chtěla apelovat na to, abychom k sobě nebyli lhostejní, chovali k sobě úctu a neubližovali si.

**SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY**

- /1/ GRUSS, Peter, 2009. *Perspektivy stárnutí: z pohledu psychologie celoživotního vývoje*. Praha: Portál. ISBN: 978-80-7367-605-6.
- /2/ JANÁČKOVÁ, Laura, WEISS, Petr, 2008. *Komunikace ve zdravotnické péči*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-477-9.
- /3/ JAROŠOVÁ, Darja, 2006. *Péče o seniory*. Ostrava: Ostravská univerzita. ISBN 80-7368-110-2.
- /4/ KALVACH, Zdeněk, 1997. *Úvod do gerontologie a geriatrie*. Praha: Karolinum. ISBN: 80-7184-366-0.
- /5/ KALVACH, Zdeněk a kol., 2004. *Geriatrie a gerontologie*. Praha: Grada Publishing. ISBN 80-247-0548-6.
- /6/ KALVACH, Zdeněk, ONDERKOVÁ, Alice, 2006. *Stáří: Pojetí geriatrického pacienta a jeho problémů v ošetrovatelské praxi*. Praha: Galén. ISBN: 80-7262-455-5.
- /7/ KELNAROVÁ, Jarmila, 2007. *Tanatologie v ošetrovatelství*. Brno: Littera. ISBN 978-80-85763-36-2.
- /8/ KLEVETOVÁ, Dana, DLABALOVÁ, Irena, 2008. *Motivační prvky při práci se seniory*. Praha: Grada. ISBN: 978-80-247-2169-9.
- /9/ KŘIVOHLAVÝ, Jaro, 2002. *Psychologie nemoci*. Praha: Grada. ISBN: 80-247-0179-0.
- /10/ KUTNOHORSKÁ, Jana, 2009. *Výzkum v ošetrovatelství*. Praha: Grada. ISBN: 978-80-247-2713-4.
- /11/ LANGMEIER, Josef, KREJČÍŘOVÁ, Dana, 1998. *Vývojová psychologie*. Praha: Grada Publishing. ISBN: 80-7169-195-X.
- /12/ MINIBERGEROVÁ, Lenka, DUŠEK, Jiří, 2006. *Vybrané kapitoly z psychologie a medicíny pro zdravotníky pracující se seniory*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. ISBN: 80-7013-436-4.
- /13/ MINIBERGEROVÁ, Lenka, JÍČÍNSKÁ, Kateřina, 2010. *Vybrané kapitoly z psychologie pro zdravotnické pracovníky*. Brno: NCO NZO. ISBN: 57-852-10.
- /14/ MALÍKOVÁ, Eva, 2011. *Péče o seniory*. Praha: Grada Publishing. ISBN: 978-80-247-3148-3.

- /15/ MARTINÍK, Karel a kol., 2007. *Výchova ke zdraví a zdravému životnímu stylu*. Hradec Králové: Institut dalšího vzdělávání. ISBN: 978-80-7041-141-4.
- /16/ MÜHLPACHR, PAVEL, 2004. *Gerontopedagogika*. Brno: Masarykova univerzita. ISBN 978-80-210-5029-7.
- /17/ MÜHLPACHR, Pavel, 2009. *Gerontopedagogika*. Brno: Masarykova univerzita. ISBN: 978-80-210-5029-7.
- /18/ PLEVOVÁ, Ilona, 2011. *Ošetrovatelství II*. Praha: Grada, 2011. ISBN: 978-80-247-3558-0.
- /19/ POKORNÁ, Andrea, 2009. *Efektivní komunikační techniky v ošetrovatelství*. Brno: NCO NZO. ISBN: 57-867-07.
- /20/ POKORNÁ, ANDREA, 2010. *Komunikace se seniory*. Praha: Grada. ISBN: 97-8802-473-2718.
- /21/ STUART-HAMILTON, Ian, 1999. *Psychologie stárnutí*. Praha: Portál. ISBN: 80-7178-274-2.
- /21/ ŠAFRÁNKOVÁ, Alena, NEJEDLÁ, Marie, 2006. *Interní ošetrovatelství II*. Praha: Grada Publishing. ISBN: 80-247-1777-8.
- /22/ ŠPATENKOVÁ, Naděžda, KRÁLOVÁ, Jaroslava, 2009. *Základní otázky komunikace: komunikace (nejen) pro sestry*. Praha: Galén, ISBN: 978-80-7262-599-4.
- /23/ TOPINKOVÁ, Eva, NEUWIRTH, Jiří, 1995. *Geriatricie pro praktického lékaře*. Praha: Grada Publishing. ISBN: 80-7169-099-6.
- /24/ TOŠNEROVÁ, Tamara, 2002. *Ageismus: průvodce stereotypy a mýty o stáří*. Praha: Ambulance pro poruchy paměti. ISBN: 80-238-9506-0.
- /25/ VÁGNEROVÁ, Marie, 2000. *Vývojová psychologie*. Praha: Portál. ISBN: 80-7178-308-0.
- /26/ VÁGNEROVÁ, Marie, 2007. *Vývojová psychologie II., Dospělost a stáří*. Praha: Karolinum. ISBN: 978-80-246-1318-5.
- /27/ VÁGNEROVÁ, Marie, 2008. *Psychopatologie pro pomáhající profese: variabilita a patologie lidské psychiky*. Praha: Portál. ISBN: 978-80-7367-414-4.
- /28/ VENGLÁŘOVÁ, Martina, MAHROVÁ, Gabriela, 2006. *Komunikace pro zdravotní sestry*. Praha: Grada Publishing. ISBN: 80-247-1262-8.
- /29/ VENGLÁŘOVÁ, Martina, 2007. *Problematické situace v péči o seniory: příručka pro zdravotnické a sociální pracovníky*. Praha: Grada. ISBN: 978-80-247-2170-5.

/30/ VIDOVIČOVÁ, Lucie, 2008. *Stárnutí, věk a diskriminace – nové souvislosti*. Brno: Masarykova univerzita: Mezinárodní politologický ústav. ISBN: 978-80-210-4627-6.

/31/ WEBER, Pavel a kol., 2000. *Minimum z klasické gerontologie pro lékaře a sestru v ambulanci*. Brno: IDV PZ. ISBN: 80-7013-314-7.

/32/ ZACHAROVÁ, Eva, 2011. *Základy psychologie pro zdravotnické obory*. Praha: Grada Publishing. ISBN: 978-80-247-4062-1

ELEKTRONICKÉ ZDROJE:

Současné teorie stárnutí. *Gerontologie* [online]. Hradec Králové: Farmaceutická fakulta Univerzity Karlovy, 22. 11. 2000 [cit. 2012-04-05].

Dostupné z:<http://www.faf.cuni.cz/apps/Gerontology/Mechanisms/>

Zásady OSN pro seniory. *Mpsv* [online]. Praha, 11.5.2005 [cit. 2013-05-24]. Dostupné z:<http://www.mpsv.cz/cs/1111>

Nemocnice na Homolce. Evropská charta práv pacientů seniorů. Rok neuveden. Online

[cit. 11. 05. 1212] dostupné z [http://www.homolka.cz/public/data/charta\\_prav\\_senioru.PDF](http://www.homolka.cz/public/data/charta_prav_senioru.PDF)

**SEZNAM TABULEK**

Tabulka č. 1: Pohlaví respondentů	41
Tabulka č. 2: Pracoviště respondentů	42
Tabulka č. 3: Věk respondentů	44
Tabulka č. 4: Vzdělání respondentů	45
Tabulka č. 5: Délka praxe respondentů	46
Tabulka č. 6: Věk seniorů	47
Tabulka č. 7: Četnost kontaktu se seniory	48
Tabulka č. 8: Znalost slova ageismus	49
Tabulka č. 9: Oslovení seniorů	50
Tabulka č. 10: Náročnost péče	51
Tabulka č. 11: Důvody náročnější péče	52
Tabulka č. 12: Nárůst seniorů v ošetrovatelské péči	53
Tabulka č. 13: Výskyt diskriminačního chování	54
Tabulka č. 14: Oblasti diskriminačního chování	55
Tabulka č. 15: Problémy seniorů	56
Tabulka č. 16: Zájem rodiny o seniora	58
Tabulka č. 17: Pozornost věnovaná seniorům	59
Tabulka č. 18: Poskytování péče seniorům	60

**SEZNAM GRAFŮ**

Graf č. 1: Pohlaví respondentů	41
Graf č. 2: Pracoviště respondentů	42
Graf č. 3: Věk respondentů	44
Graf č. 4: Vzdělání respondentů	45
Graf č. 5: Délka praxe respondentů	46
Graf č. 6: Věk seniorů	47
Graf č. 7: Četnost kontaktu se seniory	48
Graf č. 8: Znalost slova ageismus	49
Graf č. 9: Oslovení seniorů	50
Graf č. 10: Náročnost péče	51
Graf č. 11: Nárůst seniorů v ošetrovatelské péči	53
Graf č. 12: Výskyt diskriminačního chování	54
Graf č. 13: Problémy seniorů	57
Graf č. 14: Zájem rodiny o seniora	58
Graf č. 15: Pozornost věnovaná seniorům	59
Graf č. 16: Poskytování péče seniorům	60

## **SEZNAM PŘÍLOH**

Příloha č. 1: Seznam předsudků proti stárnutí

Příloha č. 2: Evropská charta práv seniorů

Příloha č. 3: Zásady OSN pro seniory

Příloha č. 4: Dotazník



# **PŘÍLOHA Č. 1: SEZNAM PŘEDSUDKŮ PROTI STÁRNUTÍ**

## **Předsudky zakládající ageismus**

### **Nemoc**

Představa: že nemoc je vážný problém pro většinu lidí přes 65 let, že tráví hodně času v posteli kvůli nemoci, cítí se unaveni, jsou odkázáni na ústavní péči, potřebují péči dlouhodobě, mají akutnější nemoci než mladší a většina starších se vzhledem ke svému zdravotnímu stavu nemůže zapojit do běžných aktivit.

Skutečnost: většina starších (kolem 78 %) je dostatečně zdravá, aby se mohla zabývat běžnou činností. Jen 5 % seniorů je odkázáno na celodenní ústavní péči a u 81 % není žádné onemocnění v jejich aktivitách denního života. Zatímco více osob nad 65 let trpí chronickou nemocí, které omezují jejich aktivity (43 %) než u mladších (10 %), starší mají méně akutních nemocí, méně zranění v domácnosti, méně nehod na silnici než mladší osoby.

### **Impotence**

Představa: že většina starších se už nevěnuje žádné pohlavní aktivitě, žádostivosti, a v případě, že ano, tak musí být přinejmenším abnormální, sexualita je nedůležitá v pozdním životním cyklu.

Skutečnost: uspokojivý milostný vztah obvykle pokračuje do 70 až 80 let pro zdravé páry. Hraje důležitou roli v životech většiny mužů a žen.

### **Ošklivost**

Krása je v naší západní kultuře spojována s mládím, proto se především ženy s přibývajícím věkem bojí její ztráty. Negativní stereotyp odrážejí termíny: bába, babizna, fosílie, čarodějnice, starý patron, stará koza, scvrklý dědek apod., ponižujícím způsobem používané v běžné řeči.

Skutečnost: Jen v některých kulturách se setkáváme s obdivem a úctou ke stáří. Toto osobní hodnocení obvykle podléhá kulturním standardům krásy a ošklivosti.

## **4. Pokles duševních schopností**

Představa, že schopnosti od středního věku klesají, především schopnosti motivace, učení se, poznávání, a že se jedná o nevyhnutelný proces v rámci stárnutí.

Skutečnost: většina starých lidí si udržuje normální duševní schopnosti. Rozdíl mezi

staršími a mladšími osobami může být vysvětlen, kromě věku a nemocí, motivací k učení se, nedostatkem praxe nebo úrovní vzdělání. Jsou-li tyto proměnné vazby v úvahu, chronologický věk nemá výrazný vliv na schopnosti učení.

## **5. Duševní choroba**

Představa, že duševní porucha je postižení, které bytostně patří ke stáří, nevyhnutelně a neléčitelně.

Skutečnost: duševní choroby ve stáří netvoří žádnou nevyhnutelnost, jen kolem 2 % osob nad 65 let je institucionalizováno s primární diagnózou psychiatrické choroby.

## **6. Zbytečnost**

Představa, že většina starých lidí je díky zdravotnímu stavu či duševní chorobě vyřazena, vede k předpokladu, že starší lidé jsou neschopni pokračovat v práci, a ti, kteří schopni jsou, tak jejich práce je neproduktivní.

Skutečnost: většina starších může pracovat stejně jako mladší. Ve studiích za-městnaných starších lidí se prokazuje např. menší fluktuace, méně nehod, větší spolehlivost než u mladších zaměstnanců.

## **7. Izolace**

Představa, že většina starších lidí je společensky izolovaných či žije osaměle, a domněnka, že osamělost je velmi vážný problém pro většinu lidí nad 65 let.

Skutečnost: většina starších není společensky izolovaných, kolem 2/3 z nich žije s manželem nebo s rodinou. Jen okolo 4 % starších je extrémně izolovaných a již dříve v životě tento rys byl u nich přítomný.

## **8. Chudoba**

Široký rejstřík názorů a představy, že většina starších je chudá, až po předpoklad, že většina z nich je bohatá - oboje s negativním významem.

Skutečnost: uvádět americké výsledky nemá příliš význam, v našich poměrech patří k nejchudší vrstvě mladší ženy samoživitelky s malými dětmi.

## **9. Deprese**

Předpoklad, že typická starší osoba je nemocná, bezmocná, senilní, neužitečná, osamělá, v bídě, tudíž deprimovaná, postižená nutně depresí.

Skutečnost: těžší deprese je méně častá mezi staršími lidmi než mezi mladšími. Nicméně mezi různými duševními chorobami je deprese u starších lidí nejběžnější. Toto, spolu se skutečností, že počet sebevražd u seniorů je nejvyšší ze všech věkových skupin, činí depresi významným problémem pro starší populaci, což platí i v našich podmínkách.

## **10. Politická moc**

Stereotyp, že starší lidé jsou silná, sobecká politická síla. Předpoklad, že politická moc starších lidí odvrátí politiky od potřebných reforem.

Skutečnost: starší lidé představují sice velké množství voličů, obvykle ale nesouhlasí jako blok a následně mají méně politické moci, než se předpokládá. Kromě těchto předsudků jsou také senioři spojováni s charakteristikami jako: pasivní, sobečtí, bezohlední, pohodlní, sebestřední atd. Ale zvláště u charakteristik, souvisejících s osobností člověka, nelze paušalizovat. Pasivní, pohodlný, bezohledný atd. může být člověk jak starý tak mladý. Takové lidi nalezneme u všech věkových kategorií. Nelze ani zpochybňovat skutečnost, že za řadou mezigeneračních konfliktů se může skrývat představa starších: „já mám své odpracováno“, „já vím všechno nejlíp“, „já mám zkušenosti, zatímco ty ne“, „já mám jenom práva (tj. bez odpovědností)“, atd. V tom případě není divu, že manifestace takových postojů vyvolává averzní charakter u mladších. A tato averze pak vyvolává či posiluje u starších jejich pocity zavrženíhodnosti, sebelítosti, neuznání, nepotřebnosti, ublíženectví. Je to začarovaný kruh, ovšem -jak už bylo zdůrazněno: nelze paušalizovat. Navíc, ruku na srdce - mnohdy by stačilo, straším lidem věnovat více pozornosti, které se jim často nedostává, vyslechnout jejich názory a pomoci jim třeba rozšířit prostor pro jejich tvůrčí seberealizaci (Tošnerová, 2002).

## **PŘÍLOHA Č. 2 : EVROPSKÁ CHARTA PRÁV SENIORŮ**

### **Evropská charta práv pacientů seniorů**

#### **Úvod**

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

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

#### **Úkoly zdravotní a sociální péče o starší občany jsou následující:**

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

#### **1. Obecné zásady**

Starší občané mají nárok na zajištění takové zdravotní péče, která je potřebná, a to podle zdravotního stavu a stupně závislosti, nikoli dle schopnosti si takovou péči zaplatit, prostředí, ze kterého pocházejí či s ohledem na životní styl. Většinu zdravotních problémů by měl vyřešit tým primární péče. V případě vzniku složitějších či závažnějších problémů je na místě odeslání na příslušné oddělení nemocnice.

## 2. Komunikace a informace

Starší občan může jako pacient očekávat:

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

### **3. Podpora zdraví**

Starší občan může očekávat, že bude informován:

- o zdravém způsobu života,
- o zdravé výživě,
- o pohybovém režimu a cvičení,
- a že bude mít nárok na celkové preventivní lékařské vyšetření ve věku 65 a 75 let, eventuálně častěji dle zdravotního stavu či potřeb.

### **4. Léky**

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

Dále je žádoucí:

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

### **5. Transport**

Starší občan může očekávat:

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

### **6. Zdravotní problémy**

Je žádoucí, aby nemocnice měly oddělení, která jsou specializována na medicínskou a

psychiatrickou problematiku starších pacientů. Tato oddělení mohou mít různé názvy, například oddělení medicíny stáří, oddělení geriatrické medicíny atd. Důležitá je týmová spolupráce s pracovníky ostatních oborů včetně rehabilitace a sociální práce.

### **Poruchy paměti**

Samotné stáří nezpůsobuje zhoršování paměti. Někdy může mít zhoršování paměti léčitelnou příčinu. Jestliže se paměť výrazně zhoršuje:

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

### **Pády a zhoršující se hybnost**

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

Proto v případě zhoršování hybnosti či pádů může starší pacient očekávat:

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

### **Inkontinence**

Situace, kdy není pacient schopen udržet moč či stolici, nastává v důsledku různých onemocnění. Je třeba využít všechny možnosti léčení včetně ev. chirurgického řešení.

V případě inkontinence, ať je z jakékoli příčiny, může pacient očekávat:

- specializované vyšetření k objasnění příčiny inkontinence a posouzení možností léčení,
- v případech, kdy je tento stav neovlivnitelný, odbornou radu, pomoc a takové pomůcky, které mu pomohou tuto situaci zvládnout.

## **7. Nemoc**

Starší nemocní mají nárok na neodkladnou lékařskou péči v případě, že ji potřebují. Může jim ji poskytnout buď jejich praktický lékař, pohotovostní služba či jiný lékař.

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

- že prostředí zdravotnického zařízení i složení týmu budou respektovat potřeby jeho zdravotního stavu,
- že bude ošetřován zkušeným a zaškoleným týmem znalým komplexní problematiky starších pacientů,
- že budou správně diagnostikovány a léčeny tělesné i psychické problémy,
- že multidisciplinární tým v případě potřeby posoudí komplexně zdravotní stav, zdravotní a sociální potřeby staršího pacienta,
- že všichni profesionálové, kteří se podílejí na péči, budou účelně komunikovat v zájmu hladkého průběhu léčení
- že zůstane v nemocnici právě tak dlouho, jak dlouho bude vyžadovat jeho zdravotní stav.

## **8. Zotavení a rehabilitace**

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

Proto je důležité:

- aby zůstali v péči zdravotnického zařízení do doby, než se budou moci bezpečně vrátit domů nebo než bude nalezeno jiné vyhovující řešení,
- v případě, že zdravotní stav staršího pacienta neumožňuje úplně nezávislý život,



během dvou týdnů od komplexního posouzení potřeb by měl být zajištěn takový soubor zdravotnických a sociálních služeb, který umožní pacientovi návrat domů,

- aby pacienti senioři byli léčeni a ošetřováni multidisciplinárním týmem, který bude identifikovat a podporovat reziduální schopnosti a zajistí rehabilitaci k návratu či zlepšení soběstačnosti a možnosti nezávislého života,
- aby se také rodinní příslušníci a jiní, kteří pacientovi pomáhají, mohli podílet na rehabilitaci.

## **9. Propuštění z nemocnice**

Je žádoucí a nutné:

- aby před propuštěním ze zdravotnického zařízení bylo rozhodnuto o optimálním způsobu další péče, která bude odpovídat potřebám staršího pacienta. Nemocnice domluví další domácí péči s poskytovateli v místě bydliště. Pacient má právo podílet se na tomto rozhodování sám či prostřednictvím rodinných příslušníků nebo jiných osob, které si sám zvolí.
- aby při propuštění byl pacient informován a poučen o všech důležitých skutečnostech tak, aby mu bylo známo, jak má dále pokračovat v rehabilitaci a rekonvalescenci.
- umožnit staršímu pacientovi, který potřebuje komplexní zdravotnické a sociální služby a přeje si setrvat doma, domácí péči dle jeho potřeb objektivizovaných komplexním odborným posouzením.

## **10. Denní centra**

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

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

## **11. Respitní péče**

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

Proto by měl mít starší pacient a jeho ošetřovatel nárok

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

## **12. Komunitní a sociální služby**

Mají-li být služby pro seniory funkční a úplné, je zapotřebí dobré komunikace mezi praktickým lékařem a pracovníky domácí péče i sociálních služeb. V rámci komunitní péče může pacient vyššího věku očekávat, že mu budou v případě potřeby poskytovány tyto služby:

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

Pravidelně je třeba přezkoumávat účelnost těchto služeb a prostředků a přizpůsobovat je

aktuálním potřebám pacienta.

### **13. Změna domova**

Není-li starý občan již schopen zůstat doma, je třeba mu umožnit pobyt v instituci. Než k tomu dojde, je třeba provést komplexní multidisciplinární šetření v komunitě a v případě potřeby doporučit další specializované vyšetření či léčení zdravotních problémů a rehabilitaci ve zdravotnickém zařízení. Pacient a jeho rodina musejí být seznámeni s týmem, který pacienta vyšetřuje.

V instituci má starší občan právo očekávat:

- že bude vypracován plán péče, který bude pravidelně kontrolován a přizpůsobován jeho potřebám,
- že bude rozhodovat, pokud to jeho zdravotní stav dovolí, o svém způsobu života, včetně toho, kdy si přeje soukromí a kdy chce být ve společnosti,
- že jeho pohyb mimo instituci nesmí být omezován, stejně tak i jakékoli jiné kontakty včetně pošty, telefonu či návštěv,
- pokud žije v ošetrovatelském domě, že tato instituce bude pravidelně a zevrubně kontrolována tak, aby byla zajištěna kvalitní péče,
- že bude péče o něj odborně vedena specialistou geriatrem, bude-li jeho stav vyžadovat složitější lékařskou péči a ošetřování,

Doporučení Evropské sekce Mezinárodní gerontologické asociace z roku 1997 ve znění, které bylo v roce 1998 schváleno výbory České gerontologické a geriatrické společnosti ČLS JEP a České alzheimerovské společnosti (homolka, 2013).

(dostupné na [http://www.homolka.cz/public/data/charta\\_prav\\_senioru.PDF](http://www.homolka.cz/public/data/charta_prav_senioru.PDF))

## **PŘÍLOHA Č. 3 : ZÁSADY OSN PRO SENIORY**

Zásady OSN pro seniory byly přijaty Valným shromážděním OSN (rezoluce 46/91) dne 16. prosince 1991. Vlády jsou vyzývány k tomu, aby tyto zásady včlenily do svých národních programů, kdykoli je to možné. Některé hlavní myšlenky zásad jsou následující:

### **Nezávislost**

Senioři by měli

- mít přístup k odpovídající stravě, vodě, obydlí, oděvu a zdravotní péči na základě zajištění příjmu, podpory rodiny a společnosti a svépomoci;
- mít příležitost pracovat nebo mít přístup k jiným příležitostem zajišťujícím příjem;
- mít možnost účastnit se rozhodování, kdy a jak rychle bude probíhat jejich odchod z pracovního života;
- mít přístup k odpovídajícím vzdělávacím a výcvikovým programům;
- žít v prostředí, které je bezpečné a přizpůsobitelné osobním preferencím a měnícím se schopnostem;
- žít ve svém domově, jak nejdéle je to možné.

### **Zařazení do společnosti**

Senioři by měli

- zůstat zařazení do společnosti, zúčastňovat se aktivně formulování a realizace politik, které přímo ovlivňují jejich blaho, a podílet se o své znalosti a schopnosti s mladšími generacemi;
- mít možnost hledat a rozvíjet příležitosti pro služby občanské společnosti a pracovat jako dobrovolníci na místech odpovídajících jejich zájmům a schopnostem;
- mít možnost vytvářet hnutí nebo asociace starých lidí.

### **Péče**

Senioři by měli

- mít užitek z rodinné péče a péče a ochrany společnosti v souladu se

systémem kulturních hodnot každé společnosti;

- mít přístup ke zdravotní péči, která by jim pomohla udržet nebo nabýt optimální úroveň tělesného, duševního a emočního zdraví a zabránit nebo zpozdít propuknutí nemoci;
- měli mít přístup k sociálním a právnickým službám, které by rozšířily jejich autonomii, ochranu a péči o ně;
- mít možnost využívat odpovídající úroveň institucionální péče zajišťující ochranu, rehabilitaci, sociální a duševní stimulaci v humánním a bezpečném prostředí;
- požívat lidských práv a základních svobod, až žijí v jakémkoli obydlí, zařízení sociální péče nebo léčebném zařízení, což zahrnuje i respektování jejich důstojnosti, víry, potřeb a soukromí a práv činit rozhodnutí o péči o ně a o kvalitě jejich života.

### **Seberealizace**

Senioři by měli

- mít možnost využívat příležitosti k plnému rozvoji svých schopností;
- mít přístup ke vzdělávacím, kulturním, duchovním a rekreačním zdrojům společnosti.

### **Důstojnost**

Senioři by měli

- žít v důstojnosti a bezpečí a nemělo by být využíváno jejich tělesné nebo duševní závislosti;

Se seniory by mělo být dobře zacházeno bez ohledu na jejich věk, pohlaví, rasovou nebo etnickou příslušnost, postižení a další stav, a měli by být hodnoceni nezávisle na jejich ekonomickém přínosu. (Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2013)

## **PŘÍLOHA Č. 4 : DOTAZNÍK**

Vážení kolegové,

jmenuji se Veronika Achilisová a jsem studentkou 3. ročníku oboru Všeobecná sestra na Univerzitě Tomáše Bati ve Zlíně. Toto studium je zakončeno vypracováním bakalářské práce. Prosím Vás tímto o vyplnění krátkého dotazníku, který se týká tématu: “**Znalosti všeobecných sester o ageismu**”. Dotazník je zcela anonymní a uvedené odpovědi budou sloužit výhradně pro zpracování méj bakalářské práce. Vždy prosím označte jen jednu možnou variantu, pokud není uvedeno jinak. Dotazník je zcela anonymní.

Děkuji za spolupráci a za Váš čas.

Veronika Achilisová

### **1. Jste:**

- a) Muž
- b) Žena

### **2. Na jakém oddělení pracujete? Prosím vypište: .....**

### **3. Váš věk se pohybuje v rozmezí:**

- a) Do 30 let
- b) Do 40 let
- c) Do 50 let
- d) Nad 50 let

### **4. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?**

- a) SZŠ
- b) VOŠ
- c) Specializační vzdělání
- d) VŠ - Bc.
- e) VŠ - Mgr.

### **5. Jaká je doba Vaší praxe?**

- a) Do 5 let

- b) Do 8 let
- c) Do 12 let
- d) Do 16 let
- e) 16 a více let

**6. Za seniora považujete člověka s věkem?**

- a) Od 50 let
- b) Od 60 let
- c) Od 70 let
- d) Od 80 let

**7. Jak často jste v kontaktu se seniory?**

- a) Velmi často
- b) Občas
- c) Málo
- d) Zřídka
- e) Nikdy

**8. Víte, co znamená pojem ageismus?**

- a) Ano, prosím popište: .....
- b) Ne
- c) Ne, nesetkal (a) jsem se s ním

**9. Jak oslovujete seniory? (lze uvést více odpovědí)**

- a) Titulem a příjmením
- b) Zdrobnělinami – např. “babičko,,
- c) Respektuji přání klienta
- d) Jiné, popište prosím: .....

**10. Jsou klienti, o které se Vám pečuje hůře?**

- a) Ano, a je to dáno: a) Věkem (u položky ano, můžete uvést více odpovědí)

- b) Pohlavím
- c) Diagnózou
- d) Schopností komunikace
- e) Jiné, prosím vypište: .....

- b) Ne
- c) Nemohu posoudit

**11. Myslíte si, že v ošetrovatelské péči přibývá seniorů?**

- a) Ano
- b) Ne
- c) Nedovedu posoudit

**12. Vnímáte jakýkoliv druh diskriminace seniorů na pracovišti či ve svém okolí?**

- a) Ano – popište prosím: .....
- b) Ne

**13. Jaký je podle Vás největší problém v seniorském věku? (lze uvést více odpovědí)**

- a) Ztráta milostného života
- b) Deprese
- c) Riziko sebevražd
- d) Demence
- e) Pokles inteligence a zpomalené projevy
- f) Zvýšená morbidita
- g) Finanční a existenční problémy
- h) Nezáměr rodiny a společenská izolace
- i) Jiné – uveďte: .....



**14. Pokud pečujete o klienta seniora, vnímáte jako dostatečný zájem jeho rodiny?**

- a) Ano
- b) Spíše ano
- c) Spíše ne
- d) Ne
- e) Nemohu hodnotit

**15. Je podle Vás nutná zvýšená pozornost a důležitost v přístupu ke starým lidem?**

- a) Ano
- b) Spíše ano
- c) Spíše ne
- d) Ne
- e) Nezajímám se

**16. Myslíte si, že je v České republice poskytována dostatečná péče o osoby v seniorském věku?**

- a) Ano
- b) Spíše ano
- c) Spíše ne
- d) Ne
- e) Nezajímám se