

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI

FILOZOFICKÁ FAKULTA

Katedra sociologie, andragogiky a kulturní antropologie

AGEISMUS A PRACOVNÍCI PŘÍMÉ PÉČE

Ageism and Direct Care Workers

Diplomová práce

Bc. Romana Smolová

Vedoucí práce: PhDr. Mgr. Naděžda Špatenková, Ph.D.

Olomouc 2016

Prohlášení

Místopřísežně prohlašuji, že jsem diplomovou práci na téma: Ageismus a pracovní příčné péče vypracovala samostatně pod odborným dohledem vedoucího diplomové práce a uvedla jsem všechny použité podklady a literaturu.

V Olomouci dne 18. března 2016

Podpis

Poděkování

Děkuji vedoucí práce, PhDr. Mgr. Naděždě Špatenkové za pomoc při jejím vedení a za cenné rady a informace, které mi při realizaci práce poskytovala. Děkuji také Mgr. Ivaně Olecké za konzultace výzkumné části práce.

Dále děkuji mojí mamince, paní Mirce Lancové, za její pomoc a podporu během celé doby mého studia.

V Olomouci dne 18. března 2016

Podpis

Obsah

Úvod.....	6
1 Ageismus jako střet věkových skupin.....	8
1.1 Stáří.....	8
1.2 Definice ageismu	9
1.3 Roviny a zdroje ageismu	15
1.4 Stereotypy stáří.....	17
1.5 Mýty o stáří.....	19
2 Výskyt ageismu ve vybraných oblastech života seniorů	21
2.1 Ageismus ve vztahu k vlastnímu sebepojetí.....	21
2.2 Ageismus v domácí péči.....	24
2.3 Ageismus ve zdravotně - sociální oblasti	26
3 Eliminace projevů ageismu.....	30
3.1 Eliminace projevů ageismu ve vztahu k vlastnímu sebepojetí	32
3.1.1 Příprava na stáří	33
3.1.2 Zdravé - aktivní stárnutí	38
3.2 Eliminace projevů ageismu ve zdravotně sociální oblasti.....	40
3.2.1 Individuální plánování.....	42
3.2.2 Vzdělávání pracovníků přímé péče	45
3.2.3 Supervize jako nástroj snižování ageismu.....	47
4 Pracovníci přímé péče	49
4.1 Etické zásady pracovníka přímé péče.....	50
4.2 Profesní profil pracovníka přímé péče	51
4.3 Úskalí pracovníků přímé péče	53
4.4 Pracovníci přímé péče a syndrom vyhoření	54
5 Design výzkumu a vlastní empirické šetření.....	57
5.1 Cíle práce.....	57
5.2 Metodika empirického šetření	57
5.3 Operacionalizace dílčích cílů výzkumu.....	58
5.4 Charakteristika výzkumné techniky	65
5.5 Organizace výzkumu	65
6 Analýza a interpretace výsledků	66
6.1 První výzkumná otázka	66
6.2 Druhá výzkumná otázka	72
6.3 Třetí výzkumná otázka	75
6.4 Diskuse	77
7 Program dalšího vzdělávání s názvem Stárněme bez ageismu!	79
7.1 Identifikační údaje programu dalšího vzdělávání.....	80
7.2 Profil absolventa	80
7.3 Charakteristika programu dalšího vzdělávání	81
7.4 Učební plán.....	83
7.5 Moduly programu dalšího vzdělávání	84
Závěr.....	89
Anotace diplomové práce.....	90
Annotation.....	91

Seznam použité literatury a dalších zdrojů	92
Seznam tabulek, obrázků a grafů.....	96
Seznam příloh.....	97
Přílohy	98

ÚVOD

„Štěstí je poznat v mládí přednosti stáří a stejné štěstí je udržet si ve stáří přednosti mládí.“

Johann Wolfgang von Goethe

Problematika stáří se týká, až na "nešťastné" výjimky nás všech. Moderní technologie přináší nové změny tak rychle, že je člověk, který se v dané problematice každodenně nepohybuje, nedokáže ani absorbovat. Současná generace lidí vysokého věku zažila za svůj život tolik změn, že se v současné době mohou cítit jako cizinci ve vlastní kultuře. Stáří je často prezentováno negativně. Společnost je ovlivněna řadou mylných představ o stáří a starých lidech a na jejich základě potom usuzuje o kvalitě člověka ve stáří. Stereotypy a mýty o stáří tak způsobují, že jsou senioři ohroženi diskriminací na základě věku - ageismem. Předmětem diplomové práce je právě zmíněný ageismus.

Já osobně si stáří velmi vážím. Ve velké úctě chovám své rodiče i prarodiče, proto jsem si toto zajímavé téma pro svoji diplomovou práci vybrala.

Diplomová práce je teoreticko - empirická. Jejím cílem je: *na základě analýzy povědomí pracovníků přímé péče v institucích sociální péče Orlickoústeckého regionu o ageismu navrhnout program dalšího vzdělávání*. Pokud se v práci zmiňuji o pracovnících přímé péče, mám na mysli pracovníky přímé péče v institucích sociální péče Orlickoústeckého regionu, dále tuto lokalitu nebudu v cíli opakovat.

První kapitola teoretické části definuje pojem stáří. Dále stereotypy a mýty o stáří, které výrazně ovlivňují celkový obraz společnosti o stáří. Stereotypy a mýty o stáří mají vliv na ageistické postoje vůči seniorům. V této kapitole definuji také základní pojem, a to právě ageismus. Druhá kapitola pojednává o výskytu ageismu ve vybraných oblastech života seniorů. Považuji za nutné definovat ageismus ve vztahu k vlastnímu sebepojetí, protože jak vnímá člověk sám sebe je pro zdravé stárnutí velmi důležité. Také rodina má neoddiskutovatelný vliv na formování postojů ke stáří a v neposlední řadě, především s ohledem na cíl práce, se věnuji ageismu v kontextu zdravotně sociální oblasti. Velká pozornost je věnována kapitolám o možné eliminaci ageismu. V souvislosti s názvem práce Ageismus a pracovníci přímé péče se zaměřuji na možnou eliminaci ageismu u pracovníků přímé péče. Kapitola o pracovnících přímé péče uzavírá teoretickou část práce.

K naplnění cíle jsem postupovala hlavně v empirické části práce, kterou tvoří kvantitativní výzkum. Na základě výzkumných otázek, které vycházejí z hlavních kapitol, teoretické části práce analyzuji, zda mají pracovníci přímé péče povědomí o ageismu; zda mají tendence k ageistickému chování a zda mají zájem o další vzdělávání v této oblasti. Jako následnou andragogickou intervenci navrhuji pro pracovníky přímé péče, program dalšího vzdělávání s názvem STÁRNĚME BEZ AGEISMU.

1 AGEISMUS JAKO STŘET VĚKOVÝCH SKUPIN

Vzhledem k tématu diplomové práce Ageismus a pracovníci přímé péče zahajují teoretickou část práce kapitolou o ageismu. Kapitola o ageismu je stěžejní kapitolou v deskriptivní části práce, a to též s ohledem na cíl, který jsem si stanovila: *na základě analýzy povědomí pracovníků přímé péče o ageismu navrhnout program dalšího vzdělávání*. V současné době je ageismus pojem, který se stále více dostává do povědomí lidí, častěji se o něm diskutuje, přesto je tento pojem stále pro řadu lidí "obestřen" tajemstvím. Již samotné označení "ageismus" budí respekt a vyvolává otázky. Přitom se s tímto pojmem setkáváme zpravidla denně, ať již v pozitivním či negativním významu. Ba dokonce má celá řada lidí ageistické projevy v chování, vědomé či nevědomé.

Pro pochopení celé problematiky nejprve definuji pojem stáří, a to v následující kapitole.

1.1 Stáří

Stáří je přirozený a předvídatelný proces změn, který se vyznačuje značnou variabilitou v typech a rychlosti. Týká se fyzického vzhledu, energetického stavu, duševních schopností a společenského života (Tošnerová, 2009, s. 13).

Jedním z nejdůležitějších a také nejstudovanějších aspektů stárnutí a stáří jsou poznávací schopnosti, kterými jsou inteligence, schopnost se vzdělávat a paměť. Tyto schopnosti jsou velice důležité v každé etapě života člověka, ať již v pracovních, volnočasových aktivitách či sociálních vztazích (Hooyman, Kiyak, 2011, s. 179).

Nejčastěji je stáří vymezováno chronologicky. Hranice, kdy je člověk považován za starého se stále posouvá.

V poslední době se v odborné literatuře vyskytuje označení "young old", dále pak "old", termín "old old" a osoby starší 85 let věku jsou označovány pojmem "very old old" (Haškovcová, 2010, s. 21).

Stáří je důsledkem a projevem geneticky podmíněných involučních procesů, modifikovaných dalšími faktory (především chorobami, životním způsobem a životními podmínkami) a je spojeno s řadou významných sociálních změn (osamotnění dětí, penzionování a jiné změny sociálních rolí). Všechny změny se vzájemně prolínají,

mnohé jsou protichůdné a jednotné vymezení i periodizace stáří není jednoznačné (Dvořáčková, 2012, s. 11).

Naopak Pacovský a Heřmanová (1981) definují stáří následovně: *"stárnutí a stáří je specifický biologický proces, který je charakterizován tím, že je dlouhodobě nakódovaný, je nevratný, neopakuje se, jeho povaha je různá a zanechává trvalé stopy."* Pod pojmem stárnutí se nejčastěji rozumí souhrn změn ve struktuře a funkcích organismu, které se projevují zvýšenou zranitelností a poklesem výkonnosti jedince (Dvořáčková, 2012, s. 9).

Haškovcová uvádí definici Světové zdravotnické organizace, která uvádí, že *"stařecký věk je obdobím života, kdy se poškození fyzických či psychických sil stává manifestní při srovnání s předešlými životními obdobími"* (Haškovcová, 2010, s. 20).

Pokorná spatřuje možnost jak eliminovat ageistické projevy ve společnosti i ve zdravotní péči mimo jiné v nutnosti nalézt výstižnou a celospolečensky akceptovatelnou definici stáří. Definice stáří již bylo vytvořeno bezpočet, což dokládají i mé výše uvedené definice. Z některých definic bohužel jasně nevyplývá fakt, že stáří není a nemůže být považováno za nemoc, ale za přirozený fyziologický proces. Výstižnou definici stáří uvedl již před 40 lety Prchlík (1969), který považuje stáří za plynulý, pozvolný, přirozený, zákonitý fyziologický proces, ve kterém dochází ke změnám organismu i v psychice člověka. Lidé jsou různí, svérázně se liší a i průběh stárnutí je u každého člověka jiný, individuální (Pokorná, 2010, s. 81).

1.2 Definice ageismu

Jak jsem zmínila v předchozí kapitole s rostoucí střední délkou života je nutné vysvětlit pojem ageismus. Se vznikem kultu mládí a krásy vzniká opačný extrém - ageismus. Toto slovo nemá český ekvivalent. Pojem je odvozen od anglického slova ege, které znamená věk, stáří. Ageismus je potom společenský předsudek vůči stáří. Ageismus, definuje Tošnerová, jako věkovou diskriminaci¹ postihující především staré

¹ **Věková diskriminace.** Za společensky vysoce nebezpečnou lze jednoznačně považovat diskriminaci věkově podmíněnou, která vychází z předpokladu, že jednotliví zástupci určité věkové kategorie či generace vykazují nejen rozdílné charakteristiky, ale i společenskou a lidskou hodnotu. Označení fenoménu věkové diskriminace vychází z anglického slova age - věk (stáří) a v současné době tedy hovoříme o ageismu (Pokorná, 2010, s. 69).

lidi; může vést k věkové segregaci; vyčleňování ze společnosti; je podporován ekonomicko-sociálními problémy a společenskými představami podceňujícími stáří (Tošnerová, 2002, s. 6).

Pokorná pak zastává názor, že ageismus můžeme považovat dokonce za jev společensky nebezpečný, protože vychází z předpokladu, že jednotliví zástupci určité věkové kategorie či generace vykazují nejen rozdílné charakteristiky, ale i společenskou a lidskou hodnotu (Pokorná, 2010, s. 69).

Poprvé se pojem ageismus objevil v USA koncem 60. let 20. století. Dosud nebylo dosaženo jedné konsenzuální definice, která by pokrývala celou šíři tohoto dynamického jevu. O diskriminaci na základě věku poprvé hovoří Robert N. Butler, tehdy předseda Poradního sboru pro stárnutí distriktu Columbia a později ředitel National Institute on Aging v USA v roce 1968. Definici tohoto autora ve znění *"ageismus můžeme chápat jako proces systematického stereotypizování a diskriminace lidí pro jejich stáří, podobně jako se rasismus a sexismus vztahují k barvě pleti a pohlaví"* uvádí také ve svém textu Vidovičová (Vidovičová, 2008, s. 111).

Původní Butlerova definice (1975) identifikovala ageismus jako proces systematického stereotypizování a diskriminace lidí pro jejich stáří, které je manifestováno širokým spektrem fenoménů (např. otevřená averze, vyhýbání se kontaktu) a stává se jednou účelnou metodou společnosti propagovat tento pohled na starší osoby s cílem setřást část vlastní zodpovědnosti vůči nim. Jindy slouží jako vysoce osobní objektiv chránící mladší osoby před přemýšlením o věcech, kterých se bojí, jako je například smrt, stáří, nemoc aj. (Pokorná, 2010, s. 69).

Vidovičová pracuje mimo jiné též s definicí Butlera (1980), který později posunul diskusi od individuálních postojů k rozlišení mezi předsudečnými postoji, diskriminačními praktikami a institucionálními politikami.

Stejná autorka uvádí definici Palmoreho (1999), který definuje ageismus jako jakýkoliv předsudek nebo diskriminace proti nebo ve prospěch věkové skupiny (Vidovičová, 2008, s. 112). Dle mého soudu však tato definice není zcela přiléhavá, protože nerozlišuje, zda se jedná o diskriminaci mladších nebo starších věkových skupin. Můžeme se domnívat, že autor předpokládal, že diskriminace mladých není tak častá a má méně negativních důsledků pro jedince i pro společnost. Jak ovšem z pozdějších výzkumů vyplývá, věková diskriminace v nižším věku není tak ojedinělá.

Vytváří se řada nových odvozených konceptů jako např.: "youthismus" (zvýhodňování mladých proti starým); "adultismus" (zvýhodňování dospělých oproti dětem), apod. (Vidovičová, 2008, s. 112). Těmito pojmy se však v práci vzhledem k mému cíli nebudu zabývat.

Pokorná uvádí též analytickou definici Palmoreho (1999), která spatřuje ageismus v jakémkoli předsudku nebo diskriminaci proti nebo ve prospěch některé věkové skupiny (Pokorná 2010, s. 70).

Vidovičová dále uvádí definici Thompsona (1997), která chápe ageismus jako sociální proces, skrze který negativní představy a postoje ke starším lidem, založené pouze na charakteristikách stáří (vyššího věku) samotného, mají za následek diskriminaci (Vidovičová, 2008, s. 113).

Encyklopedie Diderot (2002) charakterizuje ageismus jako diskriminaci, která může vést až k věkové segregaci, vyčleňování ze společnosti; je podporován ekonomicko-sociálními problémy a společenskými představami podceňujícími stáří (Vidovičová, 2008, s. 112).

V současné době je zřejmě nejkomplexněji pojímána definice Vidovičové: *"Ageismus je ideologie založená na sdíleném přesvědčení o kvalitativní nerovnosti jednotlivých fází lidského životního cyklu manifestovaná skrze proces systematické, symbolické i reálné stereotypizace a diskriminace osob a skupin a na základě chronologického věku a/nebo na jejich příslušnosti k určité generaci"*.

Ageismus je postoj, který vyjadřuje obecně sdílené přesvědčení o nízké hodnotě a nekompetentnosti stáří a projevuje se podceňováním odmítáním, event. až odporem ke starým lidem. V důsledku takového postoje dochází k symbolické i faktické diskriminaci pouze na základě stáří. Ageismus, stejně tak jako všechny ostatní předsudky, příliš zjednodušuje a nepřiměřeně generalizuje. Považuje za méněcenné všechny staré lidi bez rozdílu. Z hlediska ageismu je stáří obdobím ztrát, celkového úpadku a zhoršené kvality života. Společnost za těchto okolností od starých lidí nic pozitivního neočekává. Z ageismu vyplývá i tendence staré lidi izolovat, aby nezdržovali a nepřekáželi. Stávají se méně významnou součástí majoritní společnosti (Vágnerová, 2000, s. 443).

Novák zmiňuje zvláštní formou ageismus, a to legislativní, což jsou např. různé formy legislativně podloženého finančního znevýhodňování pracujících důchodců (Novák, 2014, s. 24).

Dle Pokorné (2010, s. 72) lze ageismus typologicky diferencovat na základě zdrojů ageistických postojů a předsudků a jejich důsledků v jednání a chování na:

- individuální - **mikrosociální**, který se týká jedince a jeho názorů,
- **mezosociální**, který se projevuje na úrovni sociálních skupin, pečovatelských institucí, firem, aj.,
- **makrosociální**, který se vyskytuje ve vztahu k legislativním úpravám.

Je třeba si uvědomit, že ageismus může mít i pozitivní podobu. Přesto se jedná o ageismus, tedy o diskriminaci, což může v seniorech vyvolávat (ať již ze strany pracovníků přímé péče nebo ze strany rodiny) pocity bezmoci a může to vést až k zvnitřnění, přijetí faktu, že je starý a nemohoucí, viz kapitola číslo 2.1.

Ageismus nemusíme vždy vnímat pouze negativně a rozlišujeme.

a) Nový ageismus - jak uvádí Vidovičová dle Kalishe jsou to dobře míněné, neúměrně ochranné postoje vůči seniorům, které je staví do pasivní a submisivní role subjektu "zlého ageismu", před kterým je "my", tedy ne-staří, ochráníme (Vidovičová 2008, s. 113).

b) Sageismus / Benevolentní ageismus / Pozitivní ageismus.

Jedná se v podstatě o synonyma.

Sageismus: Jedná se o pozitivní ageismus, který poprvé jak uvádí Vidovičová představil Palmore (1999). Minichiello, Browne a Kendig (2000) jej pak označují za sageismus (od angl. sage - moudrost) (Vidovičová 2008, s. 115).

Benevolentní ageismus definuje Vidovičová dle Bugentalové a Hehmanové jako opozitum k "hostilnímu/nepřátelskému ageismu", což je koncept, který zahrnuje subjektivně pozitivní postoje a ochranný paternalismus vůči starším dospělým v závislé roli. Benevolentní ageismus může zahrnovat postoj, že starší lidé jsou milejší než lidé mladší, stejně jako přesvědčení, že starší lidé jsou méně schopní se o sebe postarat. Takové postoje pak mohou vyústit v neadekvátní poskytování "přehnané pomoci", která je chápána jako projev neúcty a může vést až k vytvoření či prohloubení pocitů bezmoci. Benevolentní (pozitivní) ageismus se vyskytuje tam, kde jsou senioři submisivní, senior se cítí bezmocný, neschopný a méněcenný (Vidovičová 2008, s. 113).

c) Hostilní / negativní ageismus / předsudky.

Hostilní (negativní) ageismus (také izolující či podceňující) se vyskytuje tam, kde se stávají senioři více asertivními (aktivními) - snaží se prosadit své požadavky. U hostilního ageismu se jedná o otevřeně projevovanou nenávist a odpor ke starým lidem a k symbolům stáří (Vidovičová, 2008, s. 113).

Novák uvádí, že za hostilní či averzní postoj vůči osobě, která náleží k určité skupině (např. seniorů) lze považovat předsudek (Novák, 2014, s. 24).

Dle Kutnohorské pak někteří autoři chápou předsudek a stereotyp jako synonyma, jiní autoři ho definují jako negativní stereotyp (Kutnohorská, 2013, s. 33).

České slovo **před-sudek**, podobně jako latinské *prae-judicium* a německé *Vor-urteil*, vyjadřuje, že předsudky typicky vznikají „předem“, dříve než člověk získal s danou osobou, skupinou nebo tématem vlastní zkušenost či vědomosti.

Předsudek je zakořeněný úsudek či názor, který není založen na spolehlivém poznání, ale na pouhém mínění či předpokladu. Je to nezhodnocený úsudek, který vychází z myšlenkových stereotypů. Předsudek je silně ovlivněný tradicí, osobní zkušeností a emocemi. Z hlediska postojů, které z předsudků vycházejí, můžeme některé předsudky považovat za pozitivní, jiné za negativní. Takto uvažujeme zejména o předsudcích vůči určitým osobám, lidským skupinám, rasám, kulturním a společenským institucím a podobně (Allport, 2004, s. 574).

Předsudek je pevné stanovisko zaujaté a priori, kdy diskuse o jeho správnosti není připuštěna. Je to nedostatečně odůvodněný názor na druhé lidi či jevy. Jedna z klasických definic hovoří o předsudku jako o typu nepřátelství v meziosobních vztazích, jež je zaměřeno buď proti jednotlivci, nebo celé skupině osob. Předsudky bývají častěji negativní, mají emocionální zabarvení a bývají rezistentní vůči novým informacím (Novák, 2014, s. 24).

Vidovičová, Rabušič dle Encyklopedie Diderot (2002) charakterizují předsudek jako kriticky nezhodnocený úsudek, který vychází z myšlenkových stereotypů, je silně ovlivněn tradicí a osobní zkušeností (Vidovičová, Rabušič, 2005, s. 6).

Pokorná se přiklání k názoru Palmoreho, který za předsudek považuje negativní stereotypy vůči skupině, anebo negativní postoje založené na stereotypech a diskriminaci označuje nepatřičné, nemístné negativní zacházení se členy dané věkové skupiny (Pokorná, 2010, s. 70).

Jako příklad předsudku dle Palmoreho uvádí Vidovičová, Rabušic, přesvědčení, že většina starších lidí je senilní a jako příklad negativního postoje pocit, že stáří je obvykle nejhorším stádiem života. Příkladem diskriminace je např. pevná hranice odchodu do důchodu bez ohledu na zdraví a schopnosti pracovníka (Vidovičová, Rabušic, 2005, s. 9).

Mezi velmi často skloňované moderní předsudky patří: stáří jako nemoc, chudoba, impotence (asexualita), ošklivost, duševní choroba, senilita, zbytečnost (nepotřebnost), osamělost, deprese, dětinskost, ale i (kvazi)pozitivní zkratkovité vnímání stáří jako období moudrosti, politické moci, laskavosti, bohatství a individuální svobody (Vidovičová, 2008, s. 124).

Tošnerová dle Palmoreho uvádí následujících deset hlavních bodů shrnující předsudky, viz tabulka č. 1 (Tošnerová, 2002, s. 7-9).

Tabulka 1: Předsudky dle Palmoreho

Deset hlavních bodů shrnující předsudky	
nemoc	zbytečnost
impotence	izolace
ošklivost	chudoba
pokles duševních schopností	deprese
duševní choroba	politická moc

Přístup k seniorům na základě jakéhokoliv předsudku vede k nepochopení jedince, opomíjení jeho potřeb, pocitů, nároků a práv, nerespektování jeho lidské důstojnosti, ponížení a degradaci osobnosti (Malíková, 2011, s. 38).

d) Ambivalentní ageismus.

V naší kultuře jsou postoje ke stáří ambivalentní. Na jedné straně jsou děti vychovávány k úctě ke stáří, na straně druhé hovoříme bohužel velmi často o starých lidech jako o zátěži, neproduktivním článku naší společnosti. V kapitole číslo 2.2 poukazují na nemalý dokonce až zásadní vliv rodiny a výchovy na formování postoje ke stáří.

Ambivalentním ageismem je tedy označován ageismus, kde dochází ke kombinaci benevolentního a nepřátelského ageismu, kde se obě přesvědčení prolínají a vzájemně posilují. Zdánlivý paradox koexistence pozitivní a negativní diskriminace

autorky Bugentalová a Hehmanová (2007) vysvětlují v závislosti na pozici skupiny, ve které se jedinec nachází.

Závěrem této kapitoly uvádím souhrn faktorů podílejících se na ageismu, dle Tošnerové (2002, s. 41-42):

- demografické trendy "šedivějící" Ameriky a dalších rozvinutých zemí, postupně se bude týkat i rozvojových zemí,
- stratifikace (rozvrstvení) dle věku: segregace lidí do různých skupin na základě věku,
- obecná devalvace tradic,
- hodnoty založené na principech individualismu a nezávislosti,
- rychlé sociální změny v postindustriální informační společnosti,
- vývoj technologií, které vyžadují rychlou změnu a odbornou způsobilost,
- nadměrná hodnota mladistvého zevnějšku,
- víra (domněnka), že stáří je neužitečné,
- masmedia podporující ageismus, příklady oživující gerontofobii.

1.3 Roviny a zdroje ageismu

Roviny ageismu se vztahují k rozlišení mezi předsudečnými postoji, diskriminačními praktikami a institucionálními politikami, který definuje Vidovičová dle Butlera. Vidovičová uvádí tři možné roviny ageismu:

- **individuální** (mikrosociální), týkající se jedince a jeho názorů,
- **mezosociální**, tedy na úrovni sociálních skupin, pečovatelských institucí, firem, aj.,
- **makrosociální**, do kterých patří legislativní úpravy, ageismus vlastní strukturám (Vidovičová, 2008, s. 112).

Odkud může ageismus "pramenit", kde jsou jeho zdroje uvádím v textu níže.

Vidovičová dělí dle Palmoreho (1999) **zdroje ageistických postojů** do tří základních úrovní (Vidovičová, 2008, s. 10 - 13).

1) Individuální (subjektivně - psychologické) zdroje.

Do této úrovně patří především **strach ze smrti a stárnutí**. Jejich extrémním projevem je gerontofobie. Má se za to, že zdrojem těchto obav a strachů může být hlavně neinformovanost, neznalost a nezájem o proces biologického stárnutí. Tyto

negativní pocity lze tedy snížit vyšší informovaností o problematice. V kapitole číslo 2.2 poukazují na nemalý dokonce až zásadní vliv rodiny a výchovy na formování postoje ke stáří. Další možný zdroj ageismu na individuální úrovni bývá označována **frustrace a agrese**, ze které pramení **hostilita** vůči členům minority. Velmi významným faktorem vzniku ageismu je **selektivní vnímání**. V některých oblastech je jako individuální zdroj ageismu označovaná **racionalizace** neboli rozumové zdůvodňování. Jednání jsou připisovány racionální a věrohodné motivy, aniž by byly analyzovány skutečné důvody, např. umístění seniora rodinou do domova pro seniory, a to z důvodu "jejich vlastního dobra" (Vidovičová, 2008, s. 10).

2) Sociální zdroje.

Sociální zdroje mohou podporovat výše uvedené individuální zdroje. Modernizační teorie uvádí, že možnou příčinou snižování sociálního statusu starých lidí je **přechod z předindustriální společnosti ve společnost industriální**. Staří lidé během těchto změn ztrácí společenskou prestiž. **Rozvoj technologií a automatizace** snižuje poptávku po starší pracovní síle a navíc dovednosti starých lidí relativně velmi rychle zastarávají. Dále hodnoty, na kterých moderní společnost staví (např. výkon, seberealizace, apod.) jsou vyššímu věku spíše nepřátelské. Rozšiřující se **urbanizace** často starší lidi segreguje. **Prostorová i symbolická segregace** může sloužit jako původce ageismu, zejména v kombinaci s některým z individuálních zdrojů (viz výše). Sociálním zdrojem ageismu může být také **konflikt hodnot**, který pramení z předpokladu, že staří lidé zastávají výrazně jiné hodnoty než lidé mladšího věku. Efekt stárnutí jako možný sociální zdroj ageismu může být dále posilován **efektem kohorty**. Ten vzniká rozdílnou socializací jednotlivých kohort v rozdílných podmínkách. Např. rodinné hodnoty vštěpované dnešním dětem se velmi pravděpodobně liší od těch, které dostali do vínku jejich prarodiče. Vzniklé rozdíly mezi generacemi mohou produkovat konflikt hodnot, někdy označovaný jako generační mezera, resp. zpoždění (Vidovičová, 2008, s. 10-11).

3) Kulturní zdroje.

Do kulturních zdrojů patří různé faktory jako **hodnotové systémy, jazyk** (pohrdavá jména pro osoby vyššího věku), **mediální kultura** (otázky kvantity a kvality reprezentace seniorů v médiích - např. senioři vyzařující klid a pohodu s vložkami proti inkontinenci), **humor, umění a literatura**. Specifikem těchto zdrojů je jejich schopnost

stereotypy a diskriminační postoje do nich vložené dále replikovat. Často jsou proto kulturní zdroje identické se samotnými formami ageismu (Vidovičová, 2008, s. 11).

Za další specifický zdroj lze také považovat tzv. demografickou paniku², která kombinuje některé z již výše zmíněných zdrojů.

Dle různých zdrojů můžeme ageismus sledovat v následujících oblastech sociálního života:

- občanství (problém participace, občanství druhé třídy),
- pracovní trh (nezaměstnanost osob vyššího věku),
- důchodový systém (předčasné odchody do důchodu, rigidita systému),
- zdravotní péče (rozpočtová politika a omezování výdajů, etika péče, špatné zacházení se seniory),
- sociální péče,
- životní prostředí (bariéry volného pohybu),
- média (neobjektivní budování image stáří),
- jazyk, literatura, vtipy, jazykové obraty,
- vzdělání (nerovný přístup vzhledem k ostatním věkovým skupinám),
- věda (selekce výzkumných témat) a další (Vidovičová, 2008, s. 12).

V následující kapitole se budu zabývat stereotypy stáří a mýty o stáří.

1.4 Stereotypy stáří

Stereotypy stáří a mýty o stáří mají vliv na vnímání stáří nejen společností, ale i člověkem samotným. Mohou vést k projevům ageismu. Cílem mé práce je na základě *analýzy povědomí pracovníků přímé péče o ageismu navrhnout program dalšího vzdělávání*. Povědomí pracovníků přímé péče o ageismu může být ovlivněno právě stereotypy, které za svůj život získali a mýty o stáří, kterých se ve společnosti vyskytuje celá řada.

Stereotyp je ustálený a navyklý vzorec myšlení nebo chování. Je to soubor představ, které mají příslušníci společenské skupiny o sobě (autostereotyp) nebo

² **Demografická panika** pramení z obav z budoucího vývoje vyspělých společností na základě měnících se demografických struktur, ve kterých ubývá podíl narozených dětí a zvyšuje se podíl seniorů (Vidovičová, 2008, s. 11). Dle Českého statistického úřadu lze očekávat složení obyvatelstva v ČR v roce 2055 ve věkové kategorii 65+ ve výši 32,4 % (příčemž v roce 2000 byl počet obyvatel v kategorii 65+ ve výši 13,8 %).

o jiných (heterostereotyp). Sociální stereotyp obsahuje hodnotící, často iracionální postoje, mívá blízko k předsudkům (Tošnerová, 2002, s. 6).

Mikuláščík k rozlišení autostereotypů a heterostereotypů uvádí, že autostereotypy jsou pozitivnější než heterostereotypy (Mikuláščík, 2010, s. 59).

Vidovićová, Rabušic (2005) rozlišují ve smyslu zdroje působení stereotypy vnější a stereotypy vnitřní, tzv. autostereotypy (Vidovićová, Rabušic, 2005, s. 9).

Traxler (1980) uvádí následující čtyři zdroje ageismu, které vedou k negativním stereotypům a mýtům o stáří v západních zemích. Jedná se o:

- 1) strach ze smrti,
- 2) důraz na mládí a fyzickou krásu,
- 3) produktivita je těsně spjata s ekonomickým potenciálem,
- 4) způsob jak je zjišťován skutečný stav společnosti vedoucí k ageismu.

O stereotypech stáří píše už Cicero (106 - 43 př. n. l.) ve svém fiktivním rozhovoru s Catonem, který se dožil 85 let. Cicero se pokusil popřít čtyři základní dobové představy o nesnesitelnosti a nešťastnosti stáří, které se odvrací od veřejnosti, oslabuje tělo a paměť, odnímá tělesné radosti a rozkoše a není příliš daleko od smrti. Cato tyto domnělé chyby a nedostatky popírá nebo se aspoň pokouší vysvětlit, že ztráta (tělesné rozkoše, smyslnosti) spíše prospívá růstu rozvážnosti a konání dobrých skutků (Tošnerová, 2002, s. 11,12).

Mikuláščík definuje stereotypy jako formu posuzování lidí, kteří mají společný nějaký znak, díky němuž se skupina jeví jako specifická. Je to klasifikování lidí podle nějakých povrchních vlastností, znaků, signálů (když se člověk mračí - je naštvaný, tlustí lidé jsou veselí, staří lidé jsou nemocní, apod.). Člověk, který podlehe stereotypům, již přiřazuje ostatní do určité skupiny, na základě předem stanovených kritérií (Mikuláščík, 2010, s. 58).

Také Kutnohorská zmiňuje stereotypy v souvislosti s nedostatečnou objektivní znalostí určité skupiny lidí. Tato neznalost se promítá v předsudku či stereotypu zevšeobecnujícím názorem přijímanou neověřeně od jiných lidí. Tyto postoje se často přenáší z generace na generaci a jsou obtížně odstranitelné (Kutnohorská, 2013, s. 33).

Stereotyp může být i pozitivní. V souvislosti se stářím existují také některé pozitivní stereotypy, které jsou založeny na nepřesných informacích, posilujících zkreslený pohled právě na starší generaci. Patří sem moudrost, spolehlivost, laskavost

a soucit, která trvale provází stáří. Z naší klasické literatury lze uvést Boženu Němcovou, která psala ve své knize "Babička" o idealizovaných vztazích, jak by v rodině mohly vypadat (Tošnerová, 2002, s. 11).

Stereotypy o stáří vznikají z předčasného a zjednodušeného hodnocení či dichotomického myšlení. Jak uvádí Tošnerová na základě Palmoreho (1990) ageismus se projevuje například v upřednostňování mlád:

- mladí mohou chybovat či být pomalí bez nálepky, že jsou nemohoucí či senilní,
- mladý muž může zobrazovat a sdělovat své sexuální pocity nebo citové stavy na veřejnosti, aniž by byl nazván oplzlým dědkem (Tošnerová, 2002, s. 7).

Otázkou zůstává, nakolik sami senioři přebírají stereotypy stáří a identifikují se s nimi a nic víc již nečekají a tím se sami podílejí na jejich udržení. Studie potvrzují, že sami senioři jsou pod vlivem ageismu, protože očekávají, i když sami žijí aktivně, že jiní jsou na tom hůře, jak jim napovídají zažitá stereotypy (Tošnerová, 2002, s. 11 - 12).

1.5 Mýty o stáří

Podle Haškovcové mezi nejčastěji vyskytující se mýty o stáří patří.

- Mýtus falešných představ: předpokládá, že spokojenost seniora je podmíněna materiálním zajištěním a hmotným dostatkem. *Ve skutečnosti senioři preferují také jiné hodnoty (především upevnění rodinných vazeb, citových pout).*
- Mýtus zjednodušené demografie: za starého člověka považuje každého, který právě přestal chodit do zaměstnání a odešel do starobního důchodu. *Nástup do starobního důchodu však slouží k aktivnímu využití řady další činností.*
- Mýtus homogenity: představa, že všichni senioři vypadají stejně (vráscitá tvář, šedivé vlasy, zhoršený zrak a sluch) a ztratili svoji osobní identitu, mají všichni stejné vlastnosti a potřeby. *Skutečnost je ovšem zcela opačná. Mezi seniory je mnoho rozdílů a jedná se o velmi různorodou skupinu.*
- Mýtus neužitečného času: staří lidé nepracují, nejsou pro společnost přínosem, naopak jsou neužiteční a přítěží. *Ve skutečnosti ale využití celoživotních zkušeností může být pro mladou generaci přínosem. Zásluhy žádné osoby nemají končit okamžikem ukončení jeho aktivní činnosti.*
- Mýtus ignorace: tvrdí, že staří lidé jsou neužiteční, nemají žádnou hodnotu a jsou ekonomickou zátěží pro společnost. Dále, že nejsou partnerem ostatním pro diskusi,

není podstatný jejich názor. *Popírání a přehlížení stáří i všeho, co se stářím souvisí, je určitou formou rasismu, zaměřenou na starší skupinu osob, jde tedy o projev ageismu.*

- Mýtus o arterioskleróze neboli o senilitě: všichni staří lidé jsou dle tohoto mýtu sklerotičtí a nic si nepamatují. Skleróza a senilita je v tomto případě chápána jako vždy přítomný projev stáří. *Ano, skleróza se u seniorů vyskytuje častěji a často se také rozvíjí některá forma demence, neznamená to ovšem, že je to nedílná součást etapy stárnutí. Důležité je proto, uvědomit si riziko tohoto možného stavu a zaměřit se na prevenci, která spočívá v aktivním tréninku mozkových funkcí a ve vhodné životosprávě.* Tento mýtus je velmi nebezpečný v tom, že prezentuje stáří jako nemoc. (Malíková, 2011, s. 37-38).

Pokorná uvádí dle Tošnerové pět nejčastěji nekriticky přijímaných představ, tedy mýtů o stáří.

- Mýtus, že staří lidé jsou všichni stejní.
- Mýtus, že stáří mužů a žen je stejné.
- Mýtus, že staří nemají čím společnosti přispět.
- Mýtus, že stáří je křehké, potřebuje péči.
- Mýtus, že stáří je ekonomickou zátěží společnosti.

Příbyl pak uvádí další mýty o stáří.

- Mýtus schematismu a automatismu: vychází z přesvědčení, že senior "funguje" pouze na základě naučeného vzorce chování, že není schopen naučit se nic nového a není schopen ani předat žádné zkušenosti, které by byly použitelné v dnešní moderní době. *Je pravdou, že zapamatování si nových věcí činí seniorům potíže, ale je to pouze ve zpomalení reakční doby, proto jim učení nového trvá déle, nicméně senioři jsou schopni naučit se novým věcem.*
- Mýtus o úbytku sexu: je založen na představě asexuálního stáří. Sexualitu ve vyšším věku považuje za nedůležitou či až dokonce za nechutnou. *Realita je však taková, že většina zdravých sedmdesátníků považuje svůj sexuální život za uspokojivý a fyzický kontakt s partnerem i v tomto věku je pro ně velmi důležitý* (Příbyl, 2015, s. 26 - 27).

Mýtu o stáří je mnohem více a ve společnosti stále přetrvávají, a to v nejrůznějších obměnách. Jak jsem již v úvodu této kapitoly psala, mýty mají nemalý vliv na vnímání stáří a mohou vést k projevům ageismu.

2 VÝSKYT AGEISMU VE VYBRANÝCH OBLASTECH ŽIVOTA SENIORŮ

Kapitola výskyt ageismu ve vybraných oblastech života seniorů je zařazena do diplomové práce s úmyslem nastínit stěžejní části života seniorů³ a to především ve vztahu k vlastnímu sebepojetí a výskytu ageismu v sociálně zdravotní oblasti. Oblasti výskytu byly vybrány s ohledem na téma a cíl práce.

2.1 Ageismus ve vztahu k vlastnímu sebepojetí

To jak člověk vnímá sám sebe, má velký vliv na to, jak je zpětně vnímán okolím.

Sebepojetí je vlastní představa člověka o tom, kdo je. Je to vnímání sebe sama, tedy úvahy o vlastních silných a slabých stránkách, o vlastních schopnostech i jejich hranicích. Představu o sobě ovšem člověk odvozuje také z představ, které o něm mají druzí lidé, ze srovnávání se s ostatními lidmi, z kulturních vlivů a z hodnocení vlastních myšlenek a chování (DeVito, 2008, s. 66).

Vágnerová uvádí, že postoj k vlastnímu stárnutí a ke stáří obecně bývá individuálně rozdílný. Lidé se mohou lišit z hlediska přiměřenosti svých názorů, prožitků i chování. Adaptace na stárnutí může mít různý průběh v čase, zpravidla v závislosti na vnějších stresorech i změnách psychického a somatického stavu. Zvládnutí zátěže stárnutí je závislé na schopnosti i motivaci aktivizovat přiměřené a účelné obranné mechanismy. Úroveň celkové adaptace na stáří lze vymezit v rámci několika základních osobnostních dimenzí, a to:

- e)** aktivity - pasivity,
- f)** optimismu - pesimismu,
- g)** přijetí - popření reality.

³ **Senior.** Tento pojem lze definovat z různých hledisek. Nejčastěji je definován v kontextu lidského věku (kalendářního, biologického nebo sociálního). Pro účely mé práce vymezuji pojem senior jako člověka vyššího věku v kategorii 65+.

Na této úrovni rozlišuje Vágnerová pět různých modelů, kdy se v rámci sebepojetí každý jedinec do některého z nich stylizuje:

- 1) Člověk, který stárí reálně akceptuje, je optimistický a aktivní.
- 2) Člověk, který je realistický a přijatelně optimistický, ale je pasivní, nevadí mu závislost na druhých.
- 3) Člověk, který odmítá akceptovat skutečnost, že stárne, nechce se s ní smířit.
- 4) Člověk, který je realistický a zároveň pesimistický, považuje stárí za katastrofu.
- 5) Rezignující a pesimistický postoj k vlastnímu stárí (Vágnerová, 2000, s. 447).



Obrázek č. 1: Zdroje sebepojetí

Obrázek č. 1: čtyři zdroje pohledu na vlastní osobu. Každý z níže uvedených faktorů měl, má nebo bude mít vliv na vnímání vlastní osoby - sebepojetí (DeVito, 2008, s. 66).

Tošnerová dle Traxlera (1980) shrnuje sebepojetí ovlivněné ageismem do tří stádií, kterými člověk může procházet s postupujícím věkem.

Stádium 1:

Jednotlivec přistoupí k nálepkování, které ale způsobuje ztrátu jeho původní role či referenční skupiny. Jedná se například o nálepky důchodce, vdovec.

Stádium 2:

Upevňuje se závislost na vnějškové nálepce. Syndrom ztráty sebeúcty se nevyvíjí, pokud je nálepka převážně kladná. Pokud se jedná o negativní nálepkou, rozvíjí se třetí stádium.

Stádium 3:

Hlavním rysem je ztráta sebeúcty, kdy je vlastní prožitek stáří charakterizován pohledem společnosti jako nekompetentní. Rozvíjí se závislá role, pokud senior přijímá negativní postoje. Senior vnímá ztrátu dovedností. Často sám sebe označuje za neadekvátního, nekompetentního a nemocného (Tošnerová, 2002, s. 14-15).

Novák uvádí, že s těmito stádii souvisejí pocity starého člověka a vedou k „dialekticky“ spjaté dvojici prožitků – depresi a agresi. Tyto pak mívají vůči všemu a všem agresivní charakter nebo jsou tak alespoň vnímány (Novák, 2014, s. 27).

Tošnerová dle Palmoreho (1990) konstatuje, že osoby vystavené předsudkům a diskriminaci přijímají dominantní skupinový záporný obraz a chovají se tak, jak tomu odpovídá negativní stereotyp (Tošnerová, 2002, s. 15).

Starší lidé, kteří mají problémy v oblasti poznávacích schopností, mohou zažívat pocity stresu také spolu s prohlubujícím se nesouladem mezi jejich kompetencemi a požadavky okolí (Hooyman, Kiyak, 2011, s. 179).

Termín sebenaplnující proroctví vystihuje Novák podle Allporta (2004) jako vazbu mezi tím, co si o nás lidé myslí, a tím, jací jsme. Neodůvodněné nebo zkresleně prezentované záporné představy o stáří mají na seniory podobný negativní vliv. Těžko lze očekávat, že "zatnou zuby" a s ohromným úsilím budou předpojaté osoby přesvědčovat o opaku. Nepřátelský postoj vyvolává nepřátelskou odezvu, záporná očekávání vedou k zápornému chování (Novák, 2014, s. 24).

Také Ptáček, Bartůněk, a kol. vidí souvislost mezi snižujícím se sebehodnocením seniorů, zvyšující se závislostí na péči druhé osoby, přijímáním stereotypních ageistických postojů a jejich internalizaci a infantilizaci v jednání a chování pečující osoby, infantilizaci prostředí či nesprávném vyhodnocení potřeb seniora (Ptáček, Bartůněk & kol., 2014, s. 290).

Důsledky diskriminace stáří mohou mít řadu podob. Postoj k diskriminaci může být ale i aktivní, kdy senior pozná snahy o jeho vyloučení ze společnosti a brání se.

Zapírání skutečného věku a "opatření" vedoucí k popírání věku (plastické operace, omlazovací kůry, barvení vlasů) je v dnešní společnosti běžné. Nebezpečí spočívá v soustavné a převažující snaze po věčném mládí a v pokusu zastavit přirozený proces stárnutí (Tošnerová, 2002, s. 15).

2.2 Ageismus v domácí péči

Rádi si idealizujeme svou minulost a zapomínáme, jaké opravdu vztahy mezi lidmi dříve byly, a to nejen mezilidské např. v politice, ale i vztahy osobní a vztahy v rodině. Idealizujeme si i ty mezi starými a mladými lidmi a myslíme si, že v minulosti byly ideální. Sami staří lidé často opakují, že v minulosti byly mezigenerační vztahy krásné, jak si mladí vážili starých lidí a měli je rádi. Není to tak zcela pravda. Většina lidí se vyššího stáří nedožívala, lidí starších než 65 let bylo jen několik procent a ani ti nežili v ideálních vztazích se svými dospělými dětmi. Dokazují to nejen úsloví třeba o tom, že *"jedna matka uživí deset dětí, ale deset dětí neuživí matku"*. Kdyby byli staří lidé opravdu v rodinách vždy milováni a kdyby si jich všichni vážili, tak by i Desatero božích přikázání, které se objevuje ve Starém i Novém zákoně, a dokonce je i v Koránu, znělo asi jinak. První tři přikázání se vztahují k Bohu, to čtvrté je již o lidech: "cti otce svého a matku svou, aby se ti dobře vedlo na zemi". Kdyby láska mezi rodiči a dětmi byla samozřejmostí, nemusela by být přikazována (Šiklová, 2015).

Také existence velkého množství dříve starobinců a domovů důchodců nasvědčují tomu, že postarat se o starého člena rodiny v rodině nebylo zcela běžné. V současné době je trend odklonu od institucionální péče a snaha podpořit péči o seniora v jeho domácím prostředí nebo v prostředí jeho rodiny.

Rozhodnutí pečovat o seniora v rodině má však smysl především tehdy, pokud jde o vlastní rozhodnutí pečovatele. Ne tehdy, jde-li o podvolení se sociálnímu tlaku, ve smyslu „co by tomu jinak řekli lidé“ (Novák, 2014, s. 23).

Vzhledem k tomu, že se oslabily sociální vazby uvnitř rodiny, mohou nabývat na významu pudové, biologické tendence, které motivují pozitivní chování k vlastnímu potomstvu, ale nemají žádný význam ve vztahu ke starým lidem. Negativní postoj ke starým lidem mohou posilovat i nezpracované obavy z vlastního stárnutí. Mohou se projevit generalizovaným odporem vůči starým lidem, kteří jsou chápáni jako představitelé něčeho nežádoucího (Vágnerová, 2000, s. 444).

Tělesné a zejména psychické změny seniorů působí často na rodinné příslušníky jako šok. Tento šok z reality stárí je posilován citovou vazbou na rodiče, do určité míry i přetrvávající zafixovanou představou o jejich kompetencích. Nelze se jen tak snadno vyrovnat s faktem úpadku člověka, který byl samozřejmou součástí vlastního života a od jeho počátku fungoval jako opora. Negativní změny osobnosti starého člověka stimulují vznik ambivalentních pocitů, které se stávají součástí postoje k tomuto člověku. V důsledku toho pociťují rodinní příslušníci k takto změněnému starci nejen soucit, ale i různé negativní emoce, za něž se cítí vinni (Vágnerová, 2000, s. 430).

Z. Matějček a Z. Dytrych (1997, s. 113, in: Vágnerová, 2000, s. 430) citují výpověď jednoho takového člověka: "Co máte dělat, když zjistíte, že máma, kterou jste znali a měli vřele rádi, je někdo, koho už rádi mít nemůžete. Když zjistíte, že tato milovaná osoba je líná, špinavá a že o sebe naprosto nedbá... Už máte dost těch věčných požadavků, věčných stížností a věčně předstíraných nemocí, a to nemluvím o věčném citovém vydírání ...".

V rodině bývá s ageismem spojena averze vůči starému člověku, pošklebování se jeho vzpomínkám i současným názorům. Ageismus se může projevovat v rodině coby individuální předsudek (Novák, 2014, s. 23).

Existuje čtveřice základních postojových vzorců chování ke starému člověku, které mohou vycházet z ageistických postojů. Jsou to:

Autoritativní přístup spočívá v tom, že pečující osoba rozhoduje a jedná za starého člověka a moc se ho neptá, co a jak.

Manipulativní přístup nastává v situaci, kdy manipulátorovi jde především o své pohodlí. Př. "Všechno bude maminko jak si přejete. Chci jen maličkost - abyste si přála to, co si přeji já. Snad se domluvíme po dobrém - po mém...".

Ochranitelský přístup spočívá v přílišné ochraně a péči. Starý člověk potřebuje ochranu, ale všeho moc škodí. V tomto přístupu lze nalézt prvky zbavení svéprávnosti. Ochrana totiž znamená postupné, ale cílevědomé zbavování samostatnosti, převzetí kompetencí, pod záminkou starostlivosti. Trvalé ochranielství navíc sděluje: "nejsi schopen žít sám", což přinejmenším masivně narušuje sebevědomí. Jinými slovy - jde o hlazení do vyhlazení.

Spolupracující přístup, kdy pečující osoba "stojí věrně po boku" připravena zasáhnout, pokud je o pomoc požádána, nebo je-li pomoc prokazatelně potřebná.

Naznačená terminologie se nemusí týkat pouze pečující osoby k seniorovi. Zaměření může být i opačné, vycházející z jednání seniora (Novák, 2014, s. 31 - 32).

Od diskriminačního postoje je nepatrný kousek k týrání seniorů. Za extrémní formu ageismu lze považovat týrání a zanedbávání seniorů - Elder Abuse and Neglect (EAN).

Problematické týrání a zanedbávání seniorů⁴ se nevěnuje dostatečná pozornost, přitom násilí na seniorech je v celosvětovém měřítku závažný společenský problém. Jsou různé formy špatného zacházení se seniory a každá z nich může mít za důsledek škodlivé chování seniora. Abychom si všichni uvědomili naléhavost tohoto jevu, koná se vždy 15. června Světový den proti násilí na seniorech.

2.3 Ageismus ve zdravotně - sociální oblasti

Podle Pokorné se v ošetrovatelské péči ageismus vyskytuje častěji než v běžné populaci, protože zdravotníci často pečují o seniory s kognitivním či fyzickým omezením, které pak připisují všem seniorům, a to i bez jejího objektivního posouzení a považují jejich problémy za běžné a projevy stárnutí za typické pro všechny dlouhověkové osoby, hodnotí seniory jako "šedou", homogenní masu (Pokorná, 2010, s. 73).

Zdravotníci mohou být původcem několika druhů ageismu. Při zaměření na nemoci a postižení mohou zapomenout, že zdraví a normální schopnosti jsou u starších lidí běžné. Mohou pak předpokládat, že veškeré obtíže a nemoci jsou součástí stáří. Takový přístup může ovlivnit léčbu a proces hojení (Palmore, 1999, s. 147).

Rostoucí počet seniorů v moderních společnostech bývá spojován s neúměrně rostoucími náklady na zdravotně-sociální systémy.

Tyto změny pak mohou vyústit v mezigenerační konflikt⁵, což může posilovat negativní vnímání senia (Vidovičová, 2008, s. 8).

⁴ k **týrání a zanedbávání seniorů** dochází často právě v domácím prostředí, osobou blízkou, lze se s ním bohužel setkat také v institucionální péči a společnosti obecně. Vzhledem k šíři tohoto pojmu a názvu mé práce "Ageismus a pracovníci přímé péče" a především s ohledem na cíl "na základě analýzy povědomí pracovníků přímé péče o ageismu nevrhnout program dalšího vzdělávání", se této problematice nebudu podrobněji věnovat.

⁵ **Mezigenerační konflikt** lze definovat jako střet generací z důvodu historicky rozdílných pozic. Uvádí, že stará generace je poslední generací gramotné kultury a mladá generace je první generací kyberkultury (Sak, Kolesárová, 2012, s. 115).

Dalším problémem je pak podceňování potíží, zlehčování zdravotní situace a neochota posílat seniory na specializované vyšetření. Typickým příkladem ageismu ve zdravotní péči pak mohou být věková limitace screeningových vyšetření a v obecné rovině často postoj ke stáří jako k nevyлéčitelné nemoci. Z tohoto důvodu také může docházet k neléčení některých příznaků a tím následně k onemocnění, která jsou považována za běžný projev stáří (Vidovičová, 2008, s. 179).

Pokorná v této souvislosti zmiňuje termíny jako "bed blocker" (dlouhodobě hospitalizovaný nemocný - blokující lůžko) a "frequent flyer" pro seniory, kteří opakovaně v krátké době navštěvují lékaře (Pokorná, 2010, s. 71).

Za zvláštní formu nevhodného chování v institucionální péči můžeme považovat hyperprotektivní (paralyzující) péči s naučenou závislostí jako projevem adaptace a nevhodná komunikace včetně infantilizace - komunikování se starými lidmi jako s dětmi, tzv. elderspeak (Čevela, Kalvach & Čeledová, 2012, s. 110).

Pokorná rozděluje ageistické tendence v péči o jedince na:

- **individuální a skupinové**, které se projevují devalvujícím chováním hyperprotektivním chováním, elderspeakem, infantilizací (baby talk); vyhýbáním se kontaktu se seniorem; nerespektováním běžných etických a právních norem; předpokladem snížené ability a vytvářením pocitů závislosti aj.
- **systémové - mezosociální i makrosociální**, kterou ovlivňuje rozpočtová politika a omezování výdajů; odpírání či omezování nákladných léčebných postupů z důvodu věku; nepřiměřené hodnocení kompetencí (rozhodovacích možností) seniora; etika péče, zneužívání a špatné zacházení se seniory aj. (Pokorná, 2010, s. 75).

Ústavní péče, zvláště dlouhodobá, se považuje za vysoce rizikovou z hlediska nevhodného zacházení, zanedbávání všech forem týrání a zneužívání. Důvodem je:

- vysoká míra zranitelnosti (bezbrannosti) klienta, včetně značného výskytu demence, fatických poruch a trvalého upoutání na lůžko,
- osamělost značné části klientů,
- praktická nemožnost klientů trvale či alespoň dočasně zařízení opustit,
- přetížení a syndrom vyhoření u personálu (viz. kapitola číslo 4.4),
- nedostatečná edukace personálu (viz. kapitola číslo 4.2),
- nedostatečná kontrola kvality péče (Kalvach & kol., 2008, s. 256).

Ageismus v ošetrovatelství je velký problém, protože přímo ovlivňuje pacienta, snižuje jeho sebedůvěru a ohrožuje jeho autonomii. U seniorů dochází k internalizaci ageistických postojů a chovají se tak, jak tomu odpovídá negativní stereotyp (převezmou pasivní, závislou roli). Některé studie naznačují, že ageismus má vliv i na úmrtnost pacienta, protože pozitivní vnímání sebe sama má větší vliv na prodloužení života, jako například snižování vysokého krevního tlaku či cholesterolu (Kabátová & Uríčková, 2013).

Závažným důsledkem předsudků vůči starším lidem je to, že se při diagnostice a léčbě upřednostňují mladší lidé. Ve vztahu k přidělování léčby může nedostatek zdrojů vést k diskriminaci starších pacientů na základě přesvědčení, že potřebují léčbu dražší nebo že mají kratší „životnost“, a proto by se měly zdroje přesměrovat na mladší lidi, od kterých se očekává, že budou žít déle. Věk proto lze často nazvat jako kontraindikaci pro mnohé diagnostické a léčebné výkony (Bowling, 1999).

Některé výzkumy naznačují, že věk pacienta a ageistické postoje poskytovatele zdravotní péče přímo ovlivňují to, jak s pacientem komunikuje a léčí jej (Kabátová & Uríčková, 2013).

Ageismus se v ošetrovatelské péči může manifestovat různými způsoby. Mezi nejčastější projevy ageismu v ošetrovatelství Pokorná řadí:

- omezení diagnosticko-terapeutické péče,
- inhibici léčebných postupů,
- ovlivňování v rozhodování o následné péči,
- nereálné hodnocení schopností seniora,
- neadekvátní sociální interakci (devalvace, elderspeak – eticky nevhodné hovoření o starých lidech a se starými lidmi),
- infantilizaci v jednání a chování (používání zdvořilostí, čtení pohádek),
- infantilizaci prostředí (naivní dětská výzdoba),
- nesprávnou identifikaci potřeb,
- nejistotu při poskytování péče,
- nedostatečnou organizaci ošetrovatelských činností,
- nenavazování ošetrovatelských intervencí v rámci multidisciplinárního týmu,
- omezení komunikace v týmu,
- nerespektování a neakceptování informací od blízkých,
- kognitivní a emocionální manipulaci.

Tyto nejčastější projevy ageismu v ošetrovatelské péči mají dle Pokorné tyto důsledky:

- neúčinnou spolupráci klienta/seniora,
- snížené sebehodnocení,
- přejímání ageistických tendencí v sebehodnocení,
- dopad na kognitivní schopnosti a psychické zdraví,
- snížené očekávání,
- přejímání stereotypních ageistických postojů a jejich internalizace,
- zvýšenou psychickou i fyzickou zátěž,
- nedostatečnou profesní satisfakci - uspokojení z vlastní práce,
- zvýšenou psychickou i fyzickou zátěž blízkých seniora, apod. (Pokorná, 2010, s. 82)

Palmore konstatuje, že profesionální pracovníci, kteří pracují se seniory, mají stejné nebo horší ageistické postoje a to z řady důvodů. Především proto, že zdravotníci mají málo informací o "normálním" stárnutí, mnoho vědí hlavně o patologii a nemocech stáří. Pociťují silný strach ze smrti, který si spojují se stářím. Mají zkreslené zkušenosti se stářím, ošetřují nemocné a tak mají sklon vidět pouze slabé a nemocné seniory (Palmore, 1999, s. 146).

Jak jsem se již zmínila v předcházející kapitole č. 2.3, k týrání a zanedbávání seniorů může docházet také v ústavní péči. Jde především o ponižování (nerespektování soukromí, autonomie, důstojnosti, studu - mytí před jinými osobami, nucení močení do plen), maligní komunikaci, omezování pohybu mimo zařízení, mechanické omezování (kurtování, postranice po celé délce lůžka a po obou stranách) i farmakologické (psychofarmaka), o zanedbání výživy, apod. (Čevela, Kalvach & Čeledová, 2012, s. 110). Více se týrání a zanedbávání seniorů nebudu věnovat a to jednak z důvodu, že se jedná o téma velmi obsáhlé a především z důvodu, že není hlavním tématem a cílem mé práce.

Možné eliminací projevů ageismu se věnuji v následujících kapitolách.

3 ELIMINACE PROJEVŮ AGEISMU

V předcházejících kapitolách jsem definovala ageismus a věnovala se vybraným oblastem života, ve kterých se senior setkává s projevy ageismu, a které korespondují s názvem mé práce Ageismus a pracovníci přímé péče. Nyní se zaměřím na možnosti, jak lze projevy ageismu zmírňovat nebo jim předcházet. Jak jsem již mnohokrát zmínila, společnost stárne. Vzhledem k cíli mé práce *na základě analýzy povědomí pracovníků přímé péče o ageismu navrhnout program dalšího vzdělávání* se zaměřím na dvě oblasti, a to jak může s ageismem bojovat každý sám za sebe a jak lze ageismus eliminovat v ošetrovatelské péči, tedy jak ho může eliminovat pracovník přímé péče.

Ke snížení ageismu ve společnosti doporučuje Tošnerová následující opatření:

- podpora seniora v rodině a v jeho okolí k rozvíjení jeho schopností, podpora motivace,
- podpora seniora pravdivým zviditelněním a bez stereotypů, včetně reklam, novinových článků, televizních pořadů, apod.,
- zvyšování sebevědomí seniorů pomocí různých organizací, iniciativ a hnutí, podpora jejich aktivní účasti na společenském životě a v zájmových činnostech, které je možné realizovat s ohledem na zdravotní stav a chronická onemocnění,
- podpora samostatnosti seniorů vedoucí ke snížení sebevražednosti (Tošnerová, 2002, s. 41 - 42).

Představení pravdivého obrazu stárí by mělo být samozřejmostí na školách, jejichž absolventi se budou věnovat i stárí, což platí nejen pro sociální vědy a medicínu, ale i např. pro žurnalistiku a architekturu (Tošnerová, 2002, s. 16).

Tošnerová dále uvádí, že rozhodující skutečností, která utváří naše postoje k seniorům je množství a kvalita kontaktů se starší populací v rodině v dětství i dospívání. Podpora této mezigenerační komunikace mezi juniory a seniory i mimo rámec rodiny může oběma skupinám přinést mnoho. Podpora častějšího a aktivnějšího osobního kontaktu se staršími lidmi je tedy efektivní způsob, jak předejít nebo redukovat ageismus (Tošnerová, 2002, s. 16, 41).

V této souvislosti bych ráda zmínila pojem elderspeak, který můžeme interpretovat jako specifický styl hovoru, který využívají mladší lidé při komunikaci se staršími. Často může být až urážlivý nebo degradující. Obsah a odstín řeči mladších lidí

napovídá o podceňování schopností starších. Mladí hovoří v jednoduchých větách, pomalu a mnohdy zbytečně hlasitě. Takovéto jednání je pravým opakem komunikace sycené úctou a respektem.

Výzkum European Social Survey Round 4 mimo jiné prokázal důležitost mezigenerační soudržnosti v prevenci ageistických projevů. Trusínová ve svém článku "Stáří mladýma očima: zdroje nevraživosti mladých k seniorům" mimo jiné uvádí, že příprava konkrétních kroků na podporu mezigenerační solidarity je úlohou pro expertní úvahy v konkrétních společenských oblastech. Dle autorky lze nastínit přehled postupů, jejichž integrování do programů a politik na podporu mezigenerační soudržnosti má potenciál zvyšovat jejich úspěšnost. Podobně jako důvody neúcty, lze i možnosti zvyšování úcty mladých vůči stáří rozdělit do tří okruhů.

- 1) Despekt mladých vůči stáří coby životní etapě lze překonávat diskusí a osvětou. Lepší informovanost o skutečné podobě stárnutí a o možnostech ve stáří by měla vést k narušení univerzalistické představy mladých o stáří jako etapě plné neštěstí.
- 2) Fascinace mladých aktivním životním stylem a odmítání způsobů trávení času českých seniorů lze těžko programově měnit. Bylo by nutné změnit celé zaměření dnešní společnosti na výkonnost, hromadění zážitků a aktivitu. Na mikroúrovni má však smysl podporovat programy aktivního stárnutí.
- 3) Třetí fáze mezigeneračního sbližování tkví hlavně v prevenci, a tedy ve výchově dětí k respektu a slušnosti v nejširším měřítku. Konkrétní rada pro rodiče zní nechovat se před svými dětmi povýšeně vůči jejich prarodičům. Na straně vychovatelů na všech dalších úrovních je pak vhodné zvýšit apel na slušnost a toleranci vůči všem odlišným společenským kategoriím (Trusínová, 2013).

Výsledky ve všech těchto třech směrech sbližování generací může vždy jen akcelarovat podpora mezigeneračního setkávání. Mezigenerační kontakty jakéhokoliv charakteru umožňují generacím vzájemně se poznat, snižují bariéru mezi pojmy "my" a "oni" a zvyšují zábrany pro vyjadřování nepřátelství vůči "neznámému nepříteli".

Musíme vzít na vědomí, že ne všichni senioři patří do pobytových zařízení. Jejich místo je doma a je ideální, mohou-li ve svém původním sociálním prostředí podzim svého života také strávit. Ke splnění tohoto požadavku má sloužit vybudovaná kvalitní síť terénních a ambulantních služeb pro případ, že určitou formu pomoci budou ve spolupráci s rodinnou potřebovat (Malíková, 2011, s. 40).

3.1 Eliminace projevů ageismu ve vztahu k vlastnímu sebepojetí

V kapitole 2.1 jsem uvedla, že jak člověk vnímá sám sebe má velký vliv na to, jak je zpětně vnímán okolím.

Sebepojetí je vlastní představa člověka o tom, kdo je. Je to vnímání sebe sama, tedy úvahy o vlastních silných a slabých stránkách, o vlastních schopnostech i jejich hranicích. Představu o sobě ovšem člověk odvozuje také z představ, které o něm mají druzí lidé, ze srovnávání se s ostatními lidmi, z kulturních vlivů a z hodnocení vlastních myšlenek a chování (DeVito, 2008, s. 66).

Celý život potřebujeme dostatek vnitřní životní energie. Čerpáme ji především ze vztahů k druhým, k prostředí, ale i sobě samým. Měli bychom se naučit přijímat svá omezení, která přichází s věkem. Dvořáčková dle Klevetové dále zdůrazňuje, že v každém věku je důležité udržovat sociální vazby a získávat si nová přátelství. U některých seniorů převládá touha po soukromí a uzavření se do vlastního světa. Může se jednat o dobrovolnou sociální izolaci a my bychom to měli respektovat a přijmout to jako životní volbu jedince. Je však důležité, aby senior věděl, kam a na koho se může v případě potřeby obrátit o pomoc. Osobnost seniora je utvářena celým jeho předchozím vývojem. Důležitá je jeho primární rodina, kde se učil vytvářet vztahy k lidem, a způsob života, ale také životní zkušenosti a schopnost adaptace na zátěžové situace (Dvořáčková, 2012, s. 16).

Mlýnková uvádí pět strategií, jak se vyrovnat s vlastním stářím.

- **Konstruktivní způsob:** jde o pozitivní postoj k životu. Seniori jsou přizpůsobiví, realizují své zájmy, zajímají se o dění kolem sebe. Jsou smíření se svým stárnutím. Vyhledávají aktivní formy trávení volného času a udržují si duševní i tělesnou svěžest.
- **Obranný postoj:** tuto reakci lze spatřit u seniorů, kteří byli dříve velmi aktivní (např. pracující ve vedoucích pozicích). Nemohou se smířit se stárnutím, úbytkem sil, mohou mít strach ze závislosti na druhých osobách. V nemoci odmítají pomoc, nejsou schopni o pomoc sami požádat a přijmout ji.

- **Závislost:** sklon k závislosti mívají spíše lidé, kteří byli celý život spíše pasivní, spoléhali se na druhé, nechali se vést druhými lidmi. I ve stáří očekávají, že je povede někdo jiný. Okolí se může zdát, že své potíže často zveličují.
- **Nepřátelský postoj:** mají sklon ke svalování viny na druhé, bývají agresivní, zlostní, mrzutí, nespokojení, k ostatním lidem se mohou chovat nepřátelsky. Často žijí tito senioři osaměle.
- **Sebenenávist:** někteří senioři mohou být lítostivý, pesimističtí, jejich život se jim zdá nedostatečně naplněn. Cítí se osaměle, ale sociální kontakty nevyhledávají (Mlýnková, 2011, s. 17).

Jednotlivé způsoby zvládání změn se mohou kombinovat a reakce na stárnutí je vždy individuální.

Dalším preventivním opatřením proti ageismu je podpora mezigenerační solidarity v rodině. Jde o soudržnost v rámci rodiny, senioři, kteří cítí tuto solidaritu, a to v různých formách, jsou ve stáří spokojenější než ostatní. Obecně platí, že rodinné zázemí prodlužuje život a nabízí mu smysl. v rodině může fungovat:

- solidarita citová,
- solidarita kontaktů a společných prožitků,
- solidarita pomoci a podpory,
- solidarita respektovaných rodinných hodnot,
- solidarita možných příležitostí (Mlýnková, 2011, s. 17).

3.1.1 Příprava na stáří

Otázce aktivního stárnutí a přípravě na stáří nebylo v minulosti věnováno mnoho pozornosti, protože se jen málokdo dožil vysokého věku v dobrém zdravotním stavu. Situace se změnila prudkým nárůstem podílu seniorů v populaci a životní etapa stáří tak nabyla na významu. Aby vstup do tohoto období nebyl prudkou a negativní změnou, je žádoucí se na stáří připravovat s předstihem. Příprava na stáří by měla být celoživotním úkolem a zodpovědností každého člověka. Stáří je nutno přijmout jako fakt a zajímat se o možnosti, jak smysluplně a aktivně žít i v seniorském věku (Příbyl, 2015, s. 22).

Stáří představuje v životě jedince velkou změnu. Na každou změnu, která nás v životě potká, je třeba se adaptovat. Adaptace jedince na stáří závisí na mnoha faktorech, z nichž nejdůležitější je osobnost člověka, jeho aktivita během dosavadního života a vlastní životní filosofie (Mlýnková, 2011, s. 16).

Dvořáčková dle Gruberové poukazuje na nutnost přípravy jako široce pojatým, celoživotním programem a každý z nás by si měl uvědomit, že je sám odpovědný za své stáří (Dvořáčková, 2012, s. 26).

Příprava na stárnutí musí být dle Křivohlavého mnohostranná a musí se na ní podílet odborníci různých oborů (je multidisciplinárním úkolem). Nespočívá jen v získávání širokého spektra informací a poznatků, ale uskutečňuje se i paralelně využitím intervenčních programů, přednášek, kurzů, cvičení, aj. (Křivohlavý, 2011, s. 130).

Příprava na stáří je dle Mlýnkové celoživotní záležitost a rozlišuje tři formy přípravy na stáří.

- **Dlouhodobá** (celoživotní tvorba postojů ke stárnutí a stáří). Začíná již v dětství, kdy učíme děti úctě ke stáří a správným formám chování k seniorům. Praktické informace o tom, jak se chovat ke starým lidem, poskytují rodiče dětem tím, jak se chovají k vlastním rodičům, jak o nich hovoří, jak se tváří, jak s nimi komunikují.
- **Střednědobá** (asi od 45 let věku). Člověk ve středním věku má začít s cílenou přípravou na stáří. Může se týkat životosprávy, cvičení, kontaktů s přáteli. Nezbytným krokem je však sociální příprava zahrnující finanční zajištění svého stáří z vlastních zdrojů. Součástí střednědobé přípravy jsou dle Špatenkové (2015, s. 41) tyto tři oblasti:
 - a) zdravý způsob života za účelem udržení soběstačnosti do co nejvyššího věku;
 - b) psychická adaptace spojená zejména s požadavkem přijetí stáří jakožto nedílné součásti života;
 - c) udržování a systematické rozvíjení lidských vztahů v rámci rodiny i společnosti.Tato sociální rovina je dle Příbyla velmi důležitá, protože je zaměřena na budování mimopracovních aktivit, vytváření a udržování interpersonálních vztahů i mimo pracoviště (posilování sociální sítě). Je to tvorba náhradního programu, aby člověk ve stáří smysluplně vyplnil volný čas (Příbyl, 2015, s. 23).

- **Krátkodobá** (2-3 roky před penzionováním). Má být ryze praktická a týká se např. úpravy bytu, výměny opotřebovaných spotřebičů, apod. Součástí krátkodobé přípravy je i plán, jak vyplnit svůj volný čas (Mlýnková, 2011, s. 17, 18).

Příprava na stárnutí obsahuje dva druhy snah, a to jednak snahu minimalizovat hromadění negativních vlivů a snahu posilovat pozitivně působící faktory (vlivy). Jde o přípravu na cílevědomou tvorbu zdravého způsobu života v každém věkovém údobí člověka, tj. o celoživotní (biodromální) přípravu na život a stárnutí. Tato příprava spočívá v naplňování krátkodobých cílů a jednoho dlouhodobého, celoživotního cíle (Křivohlavý, 2011, s. 130).

Novák vychází z Tošnerové, kdy jako jedno z řešení problematiky ageismu uvádí „nutný kontakt s nestereotypními jedinci“, tedy s lidmi, kteří se jasně odlišují od obecné představy o skupině, na niž se předsudky zaměřují. Nestereotypními kontaktními jedinci by měli být nejenom vrstevníci, ale i osoby o seniory pečující. Být „nestereotypní“ znamená nebýt vyčerpaný a vyhořelý ve smyslu komplexu příznaků burn out syndromu (Novák, 2014, s. 27). Syndromu vyhoření ve spojitosti s ageismem se věnuje v kapitole číslo 4.4.

Osobní a rodinná příprava na stáří začíná dětskou zkušeností v orientační rodině. Jde o pozitivní zkušenost s podobou stáří a včlenění starých lidí do rodinného i společenského života, s jejich pozitivní rolí v životě rodiny. Podstatná je také zkušenost dětí s mezigenerační solidaritou. Vzdělávací programy dětí by neměly opomíjet ucelenost ontogeneze s cílevědomým eliminováním různých mýtů o stáří a stereotypizací starých lidí. Měly by jasně ukázat rozdíly mezi úspěšným stárnutím a neúspěšným, mezi stářím zdravě aktivním a chorobně závislým, mezi přirozenou involucí a projevy chorob. Měly by také poučit o osobní zodpovědnosti za jeho průběh a o nezbytnosti vytvoření ekonomických a jiných rezerv (Čevela, Kalvach & Čeledová, 2012, s. 128).

Ve středním věku je vhodné rozvíjet síť sociálních kontaktů, zájmů a návyků, cílevědomě posilovat vlastní zaměstnatelnost, konkurenceschopnost na trhu práce (celoživotní vzdělávání, rekvalifikace) i ekonomické zajištění ve stáří. Důležité je vědomí, že člověk stárne tak, jak žil. V předdůchodovém věku je dobré věnovat pozornost kontrole a zlepšení zdravotního stavu, posílení zdraví, rozhodnutí o době a způsobu penzionování, volnočasovým aktivitám po penzionování, bytové situaci,

apod. Bydlení se stává zásadním faktorem přípravy na stáří. Tento trend se zvýrazní zestárnutím generace tzv. singels (Čevela, Kalvach & Čeledová, 2012, s. 128).

Vzdělávání v seniorském věku můžeme z aspektu přípravy na stáří nebo již úspěšného stárnutí rozdělit dle Čevely, Kalvacha & Čeledové na čtyři oblasti:

- 1) **preventivní** - informace o úspěšném stárnutí, o možnostech ovlivnění průběhu stáří včetně přípravy na stáří, podpory funkčního zdraví, apod.,
- 2) **rehabilitační** - edukační rehabilitace znalostí, dovedností a schopností,
- 3) **volnočasovou** - poskytnutí nových znalostí, podnětů k řešení, poskytnutí inspirace k volnočasovým aktivitám a sociálním kontaktům, apod.,
- 4) **anticipační** - poskytnutí informací o změnách, nových jevech, aby nedocházelo k vypadávání z kontextu společenského vývoje, nových objevů a technologií.

V současné době je žádoucí vzdělávání zaměřené na rozvoj kvalifikace a na reaktivizaci seniorů. S prodlužováním střední délky života se již ukazuje jedno-profesní životní kariéra jako nepostačující. Nadějnou se tedy jeví myšlenka akreditace vzdělávacích programů univerzit třetího věku (Čevela, Kalvach & Čeledová, 2012, s. 38).

Proces vzdělávání tedy nekončí odchodem z trhu práce, ale je důležitou součástí života i v seniorském věku. Získávání nových znalostí a dovedností přispívá k rozvoji aktivního občanského života seniorů, zdokonalení zájmových aktivit, jejich lepší spokojenosti i podpoře duševní a fyzické kondice. Díky účasti na vzdělávacích akcích mohou osoby v seniorském věku mimo jiné navázat i nové společenské kontakty. Vzdělávání seniorů se v ČR věnuje celá řada organizací s různou právníkou subjektivitou – vysoké školy i školy nižších stupňů, kluby seniorů, seniorská centra i knihovny. Bližší pozornost zaměříme na koncepci univerzit třetího věku. Koncepce speciálního vzdělávacího programu pro seniory – univerzit třetího věku (U3V) – má svůj původ ve Francii v 70. letech minulého století. V ČR se seniorské vzdělávání začalo rozvíjet v 80. letech minulého století, přičemž k jeho většímu rozmachu došlo v 90. letech, kdy byla též založena Asociace univerzit třetího věku - AU3V (ČSÚ, 2015, 80).

První univerzita třetího věku v ČR byla uspořádána v Olomouci ve školním roce 1986/1987 (Haškovcová, 2010, s. 129).

Pro přijímání zájemců o studium na univerzitách třetího věku si stanovují vysoké školy individuálně. Pravidlem bývá dosažení alespoň důchodového věku

a případně i požadovaného stupně nejvyššího dokončeného vzdělání (obvykle středoškolské s maturitou). Individuální je i délka vzdělávání. Studium bývá zakončeno slavnostním aktem (promocí), na němž absolventi obdrží osvědčení či certifikát. Za studium na U3V posluchači v převážné většině případů platí. Vzdělávací aktivity škol jsou přitom často financovány i z jiných zdrojů (ČSÚ, 2015, 80).

Součástí celoživotního učení je i vzdělávání pro seniory, které je v ČR velmi dobře etablované prostřednictvím již zmíněných univerzit třetího věku, ale i skrze akademie seniorů a další vzdělávací kurzy, nabízené nestátními organizacemi. Univerzity třetího věku nabízí 21 českých veřejných vysokých škol s více než 700 specializovanými kurzy pro starší občany a s přibližně 35 tisíci posluchači. I přes dobře etablovaný systém univerzit třetího věku v České republice ve srovnání s dalšími státy, poptávka po nich stále převyšuje nabídku. V současné době se této aktivitě účastní pouze 2% všech seniorů v ČR (MPSV, Národní strategie podporující pozitivní stárnutí pro období let 2013 až 2017).

V této oblasti jsou stanoveny v Národní strategii podporující pozitivní stárnutí pro období let 2013 - 2017 tyto základní cíle:

- školní osnovy i pedagogické postupy upravit tak, aby studenti v každé fázi vzdělávání byli připraveni na další zapojení do školení a vzdělávání i po opuštění vzdělávací soustavy,
- uznání dobrovolných aktivit jako jedné z forem celoživotního učení,
- zefektivnit systém dalšího vzdělávání ve vazbě na trh práce a posílit spolupráci a koordinaci za účelem rozvoje konceptu celoživotního učení do všech oblastí společnosti,
- využít celoživotních zkušeností starších občanů a nabídnout jim možnost dalšího pracovního uplatnění skrze rekvalifikace odrážející jejich potenciál,
- rozvíjet univerzity třetího věku a další vzdělávací aktivity pro seniory s důrazem na zajištění dostupnosti i v menších městech a obcích (MPSV, Národní strategie podporující pozitivní stárnutí pro období let 2013 až 2017).

Neméně důležitá je také mezigenerační solidarita, která obsahuje porozumění mezi lidmi různých věkových skupin. V posledních desetiletích postupně klesá, proto je neformální mezigenerační solidarita v rámci rodiny, sousedských a přátelských vazeb postupně doplňována "formálními" a podporovanými aktivitami. Příkladem posilování mezigenerační solidarity jsou nejen různé svépomocné skupiny, ale třeba i výchovné

akce "Každý má svého dědečka (babičku)", organizované na základních a středních školách. Mezigenerační solidaritu upevňuje i experimentální univerzita třetího věku pro prarodiče a vnoučata (Haškovcová, 2012, s. 117).

Jako přirozenou reakci na demografické změny ve společnosti vyhlásila rok 2012 Evropská komise za Evropský rok aktivního stárnutí a mezigenerační solidarity - European Year for Active Ageing and International Solidarity (Holczerová & Dvořáčková, 2013, s. 70).

Dnes se jen málokdo na své stáří připravuje promyšleně. V informační společnosti rychlého rozvoje, záplavy vědeckotechnických objevů a rychlého zastarávání znalostí a dovedností se stalo nezbytností celoživotní vzdělávání. Metodicky by je měla rozvíjet andragogika jako věda o vzdělávání a výchově v dospělosti, jejíž součástí je též gerontopedagogika (gerontogogika, geratogogika) (Čevela, Kalvach & Čeledová, 2012, s. 37).

3.1.2 Zdravé - aktivní stárnutí

Jedním z preventivních opatření ageismu je aktivní stárnutí. Již dříve jsem zmínila, že „třetí věk“ by měl být spojován s aktivním stárnutím. Podle Světové zdravotnické organizace jde o tzv. *„Naplnění všech možností k udržení nebo znovuzískání alespoň relativního zdraví a patřičné kvality života“*.

Zdravé stárnutí a aktivní životní styl ve stáří lze považovat za účinnou prevenci ageismu.

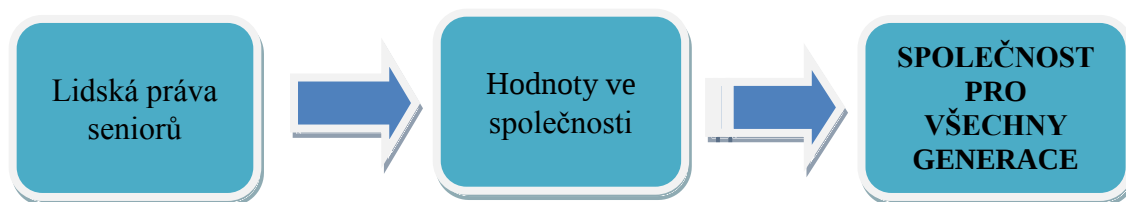
Každý chce přeci žít dlouho, ale především s přáním "kvalitně a v plném zdraví". Takovému cíli může napomoci i projekt Evropské unie Zdravé (nebo též úspěšné) stárnutí. Cílovou skupinou jsou lidé nad 50 let. I senioři, kteří už ukončili svoji ekonomickou činnost, mají a mohou úspěšně stárnout. To se jim bude dařit v případě, že si odpovědně zvolí svůj druhý životní program (jehož příkladem jsou třeba Akademie a Univerzity třetího věku) a budou pečovat o udržení praktické soběstačnosti tak, aby oddálili vrcholnou periodu stáří (Haškovcová, 2012, s. 24-25).

Trusínová ve svém článku "Stáří mladýma očima: zdroje nevraživosti mladých k seniorům" (č. 1/2013) mimo jiné uvádí: Podpora aktivního stárnutí je pevně zakořeněna v programových dokumentech České republiky i Evropské unie (Národní

program přípravy na stárnutí 2008-2012, Active Aging, Národní akční plán podporující pozitivní stárnutí pro období let 2013-2017, Alternativa 50+, atd.).

Usnesením vlády České republiky ze dne 30. března 2015 č. 218 o Národním akčním plánu podporujícím pozitivní stárnutí pro období let 2013 až 2017 byla schválena aktualizace strategického dokumentu Národní akční plán podporující pozitivní stárnutí pro období let 2013 až 2017 (aktualizovaná verze ke dni 31. prosince 2014). Aktualizovaná verze navazuje na předchozí národní strategie, které jsou zpracovávány jednou za pět let (ČSÚ, 2015, 82).

Lidská práva seniorů a hodnoty ve společnosti jsou výchozím rámcem celé Národní strategie podporující pozitivní/zdravé stárnutí pro období let 2013 - 2017, která by měla vést ke zvýšení kvality života všech generací (MPSV, Národní strategie podporující pozitivní stárnutí pro období let 2013 až 2017).



Obrázek č. 2: Strategie podporující pozitivní stárnutí

V této oblasti jsou stanoveny v Národní strategii podporující pozitivní stárnutí pro období let 2013 - 2017 základní cíle.

- Zvýšit informovanost o významu zdravého životního stylu a prevence nemoci mezi všemi věkovými skupinami s důrazem na starší občany tak, aby mohli na základě znalostí a informací rozhodovat o svém životě.
- Podporovat a aktivizovat obce a regiony v rozvíjení zdravého prostředí, které je přátelské všem generacím.
- Podpořit aktivity a projekty zaměřující se na podporu zdravého stárnutí s ohledem na rozmanité potřeby starších občanů (s ohledem na jejich věk, etnický původ, soci-ekonomický statut).
- Podpořit vzdělávací kurzy pro relevantní profese v oblasti veřejného zdraví za účelem zvýšení znalostí nástrojů ke zvyšování komunitního zdraví a principů v jejich práci se staršími lidmi.

- Podpořit výzkum na téma podpory zdraví a zdravého stárnutí a sledovat relevantní statistická data, která budou využitelná pro porovnávání jednotlivých obcí (MPSV, Národní strategie podporující pozitivní stárnutí pro období let 2013 až 2017).

Stáří je náročnou etapou v životě každého člověka. K životu ale náleží a lze ji prožít aktivně a plnohodnotně. Abychom eliminovali dopady této změny a aby byly tyto změny pro každého co nejméně náročné, je žádoucí se na stáří připravovat s předstihem. Příprava na stáří by měla být celoživotním úkolem a zodpovědností každého člověka.

3.2 Eliminace projevů ageismu ve zdravotně sociální oblasti

Jak jsem již v textu uvedla, jsou i jiné projekty než rodina a jedinec. Existují projekty např. územních samospráv (obcí), kde žije relativně hodně lidí, a které se také přizpůsobují trendu stárnutí populace a snaží se preventivně působit proti ageismu.

V projektu s názvem Bedekr aktivního stárnutí (2013), jehož cílem je převedení principů zdravého a aktivního stárnutí do praxe, se objevují oblasti podpory bydlení, bezbariérovosti prostředí, dostupnosti dopravy, pohybových aktivit a sportů, mezigenerační solidarity, dobrovolnictví, ale i vzdělávání společenských aktivit atd., což svědčí o tom, že se česká společnost snaží v této oblasti preventivně působit.

Jak uvádí Pokorná, postupně se nestává hrozbou samotný ageistický postoj poskytovatelů péče, i když i ten je samozřejmě nebezpečný a vede často k fatálním nedostatkům v péči, ale hrozí další prohlubování zátěže ageismem v rámci následující generace jednotlivců. Primárním úkolem poskytovatelů péče je tedy identifikovat příznaky ageistického jednání ve vztahu k seniorům a snažit se jich vyvarovat i ve vztahu k sobě samým.

Je nezbytné vytvářet reálný obraz stárnutí a stáří a tím se pokusit eliminovat projevy ageismu ve společnosti i zdravotní péči s účinnou mediální a celospolečenskou podporou. Jednou z možností je pokusit se nalézt výstižnou a celospolečensky akceptovatelnou definici stáří (Pokorná, 2010, s. 80).

Vidovićová na základě provedených výzkumů uvádí doporučení, která by mohla vést ke zmírnění projevů ageismu v naší populaci nebo alespoň působit preventivně proti jeho dalšímu rozvoji (Vidovićová, 2005, s 45).

Vzhledem k názvu mé práce a jejímu cíli zde uvádím doporučení pouze pro oblast zdravotních systémů (nikoliv oblast trhu práce, důchodových systémů, apod.). v oblasti zdravotních systémů Vidovičová doporučuje:

- rozpoznávat (byť změněnou) kvalitu života ve vyšším věku,
- pracovat na rozvoji lékařského výzkumu, který by vedl k rozšiřování kvality a dostupnosti péče,
- vychovávat lékaře i ostatní zdravotnický personál ve smyslu úcty k životu jako celku (Vidovičová, 2005, s 46).

K eliminaci projevů ageismu ve zdravotně sociální oblasti může velkou měrou přispět samotný střední management každého zařízení, který má celou řadu prostředků, aby mohl žádoucí motivy při péči o seniory podporovat a dále rozvíjet. Kvalitní práce týmu závisí na motivaci jeho členů. Je proto žádoucí, aby management dokázal práci každého jednotlivce dostatečně ohodnotit. Významným stimulem je jistě solidní platové ohodnocení a celkové materiální zázemí pracoviště. Zaměstnanci ale ocení i dobré vztahy mezi kolegy na pracovišti, spravedlivé zacházení nadřízených, ústní ocenění nebo poděkování (Bicková, Čámský, Francová, Friedlová, Hlawizcka, Hofmanová, et. al., 2010, s. 192).

Aby pečující "nevyhasli" a neztratili elán do práce, je třeba pamatovat na efektivní rozvrh práce a na redukci značné administrativy. Většina pečujících si stěžuje na nedostatečnou nebo nevhodnou úroveň týmové komunikace. S tímto problémem může napomoci supervize, která byla v sociálních službách povinně zavedena. Také celoživotní vzdělávání má v motivaci k práci nezastupitelné místo. Podle možností lze zařazovat i společné a společenské aktivity. Neméně důležitá je také oblast individuálního života, kdy každý pečující by měl realizovat své osobní záliby a důsledně dbát na dobrou fyzickou i psychickou kondici (Haškovcová, 2012, s. 38-39).

Při snaze o eliminaci ageismu v zařízeních by měla být důležitá nejen reflexe aktuální situace v institucích pečujících o seniory, ale také návrh množnosti řešení této situace, včetně prevence, ale i možných intervencí. Zásadním výstupem by měl být návrh na řešení dané problematiky, doporučení tzv. dobré praxe.

- **Zlepšení podmínek pro zaměstnance** - adekvátní vzdělávání, zlepšení komunikace mezi pracovníky přímé péče a administrativními pracovníky, ponechání více času na budování vztahů mezi uživateli a zaměstnanci, zvýšení počtu zaměstnanců,

přiměřený plat, příležitost pro zvýšení platu, větší respekt a porozumění pro složitý život mnoha zaměstnanců.

- **Vzdělávání** - zaměřené na ošetrovatelské dovednosti, schopnost zvládat těžké situace s uživateli při péči, schopnost řešit problémy vycházející ze vztahů mezi seniory a zaměstnanci, techniky pro redukci stresu, informace o demenci.
- **Podpůrné skupiny** pro pracovníky v přímé péči.
- **Výběr zaměstnanců** - výběr nových zaměstnanců zaměřený na trestní minulost a minulost nevhodného zacházení v instituci či domácí péči. Dotazování se na jejich pocity při péči o seniory, jejich reakce na agresivní uživatele, etiku práce, jejich schopnost zvládat stres a hněv.
- **Prostředí** napomáhající k dobré péči (Kadrnožková, 2015).

Dále k eliminaci projevů ageismu ve zdravotně sociální oblasti může přispět uvědomění, že svá práva má nejenom klient/senior, ale má je zcela jistě také pracovník. Zde se dostáváme ke kultuře, která panuje v organizaci a k jejímu vnitřnímu fungování. Pracovník občas mívá pocit, že právy disponuje pouze klient a pracovník musí plnit každé jeho přání. V opačném případě je pracovník považován za neochotného a neschopného a co hůř, stává se, že při řešení stížnosti na "neochotu" pracovníka stojí vedení za klientem a zapomíná chránit práva svých podřízených (Hauke, 2014, s. 57).

Ti potom na přemíru stresu a nepochopení reagují ageistickými projevy či syndromem vyhoření.

Jsou tedy práva pracovníků chráněna dostatečně? Znájí pracovníci skutečně svá práva, nebo i oni jsou přesvědčeni, že musí klientovi vždy vyhovět? Toto téma by mělo být součástí porad poskytovatele a rovněž tématem pro supervize. Existují pracovníci, kteří svá práva hájit umí (musí je však hájit asertivně), jsou však také pracovníci, kteří vždy vyhoví klientovi, jen aby si nestěžoval. (Hauke, 2014, s. 57).

3.2.1 Individuální plánování

Individuální plánování může velkou měrou přispívat k lepší organizaci práce a k uspokojení individuálních potřeb klientů. Z tohoto důvodu může také přispívat k eliminaci ageismu u pracovníků přímé péče.

Hauke uvádí, že individuální plánování je bohužel často pouze formální a vedení ani pracovníci přímé péče nevěří plánování samotnému a nedoceňují jeho význam (Hauke, 2011, s. 15).

Tuto kapitolu jsem do své práce zařadila z důvodu, že jsem přesvědčena, že individuální plán může být prospěšný nejen pro seniora samotného, ale také pro pracovníka přímé péče, u kterého může oddalovat syndrom vyhoření a eliminovat případné ageistické projevy. Individuální plánování tvoří také jednu ze základních činností v procesu deinstitutionalizace.

Individuální plánování nařizuje standart č. 5 kvality sociálních služeb a je nezbytnou součástí výkonu práce mimo jiné též u pracovníků přímé péče.

Zákon číslo 108/2006 Sb. o sociálních službách § 88 písm. f) nařizuje "plánovat průběh poskytování sociální služby podle osobních cílů, potřeb a schopností osob, kterým poskytují sociální služby, vést písemné individuální záznamy o průběhu poskytování sociální služby a hodnotit průběh poskytování sociální služby za účasti těchto osob, je-li to možné s ohledem na jejich zdravotní stav a druh poskytované sociální služby, nebo za účasti jejich zákonných zástupců nebo opatrovníků a zapisovat hodnocení a jeho výstupy do písemných individuálních záznamů".

Zákon o sociálních službách přinesl také zásady, které nastavují hranice pro poskytování sociálních služeb. Zásady hovoří např. o lidských právech a důstojnosti, o samostatnosti a o tom, že pomoc musí vycházet z individuálně určených potřeb uživatelů. Právě tato poslední zásada je naplňována také individuálním plánem (Bicková, Čámský, Francová, Friedlová, Hlawizcka, Hofmanová, et. al., 2010, s. 254).

Individuální plánování je jeden z nejvýznamnějších instrumentů zajištění kvality poskytovaných služeb. Je to proces, ve kterém uživatel/senior a poskytovatel/pracovník přímé péče hledají cíle, které bude uživatel ve spolupráci s poskytovatelem dosahovat. V závislosti na dohodnutém cíli je pak naplánován postup, jak tohoto cíle bude dosaženo. Služby jsou plánovány individuálně s ohledem na vnitřní možnosti a schopnosti uživatele tak, aby byly podporou a aby směřovaly k maximální možné míře jeho samostatnosti a nezávislosti (Hauke, 2011, s. 16).

Nezbytnou podmínkou pro kvalitní poskytování služby je stanovení osobního cíle. Osobní cíl (tedy cíl společné práce) je takový cíl uživatele, který je možné naplnit základními a fakultativními úkony poskytovatele, a na kterém se dohodne senior spolu poskytovatelem, a který vede ke zmírňování či řešení nepříznivé sociální situace seniora (Hauke, 2014, s. 80).



Obrázek č. 3: Cíl společné práce

Osobní cíl se nachází v průsečíku všech tří kružnic.

Hauke uvádí tyto cíle individuálního plánování:

- poskytovat sociální službu v co největším zájmu uživatele,
- přizpůsobit službu jeho specifickým podmínkám, požadavkům, možnostem a schopnostem, osobním cílům,
- zapojit uživatele do procesu plánování i výkonu samotné služby (Hauke, 2011, s. 16).

Individuální plány pomáhají zmírňovat projevy ageismu především proto, že pracovníkům přímé péče pomáhají ujasnit, co mají v péči o konkrétního seniora dělat, ví na čem se společně domluvili.

Je-li individuální plánování smysluplně nastaveno, slouží jako účinná metoda při snižování závislosti seniora na službě a zvyšování jeho odpovědnosti za vlastní život a rozhodování (Bicková, Čámský, Francová, Friedlová, Hlawizcka, Hofmanová, et. al., 2010, s. 255).

Individuální plánování má však velký význam také pro seniora a ten spatřuje Hauke především v těchto aspektech:

- senior vystupuje jako rovnocenný partner,
- senior má možnost a právo se rozhodnout, zda jím oslovená služba mu pomáhá naplňovat jeho představy o potřebné pomoci,
- znamená pro uživatele větší bezpečí - ví, na čem se domluvil s pracovníkem přímé péče, ví, jak bude služba probíhat a v jakém časovém rozmezí,
- zná svá práva a povinnosti,
- zvyšuje jeho kompetence v oblasti rozhodování a přijímání zodpovědnosti za volby ve svém životě. Uživatel tedy není pouze pasivním příjemcem sociální služby (Hauke, 2011, s. 17).

Proces individuálního plánování je vlastně totožný s procesem případové práce: nejprve zjišťujeme, jaká je situace člověka, se kterým máme pracovat, pak společně dohodneme, co se má změnit a jak má vypadat nová, lepší situace. Na základě toho naplánujeme postup, jak dosáhnout zlepšení, návazně se realizují kroky k dosažení cílů a my sledujeme, jak vše probíhá. Je potřeba, aby dojednané cíle směřovaly k posílení sociálního začlenění člověka (Johnová, 2011).

Účelem individuálního plánování v průběhu poskytování služeb je zajistit jejich poskytování v souladu s předem vyjednanými individuálními požadavky a osobními cíli uživatele tak, aby služby přispívaly k řešení jeho nepříznivé životní situace. Individuální plánování umožňuje průběžnou aktualizaci způsobu poskytování služeb, pokud se situace na straně uživatele nebo zařízení změní. Východiskem, pro plánování a poskytování služby je individuální potřeba individuálního uživatele (www.dsepurkynove.cz/sq5.html).

3.2.2 Vzdělávání pracovníků přímé péče

Další vzdělávání pracovníků přímé péče je nezbytnou součástí kvality poskytované služby. Ve společnosti se neustále objevuje řada neznámých pojmů, ke kterým bezesporu patří také ageismus a management sociálních služeb by měl na tento trend reagovat průběžným vzděláváním svých pracovníků. S ohledem na cíl práce *na základě analýzy povědomí pracovníků přímé péče o ageismu navrhnout program dalšího vzdělávání* považuji tuto kapitolu za patřičnou. Řadu předsudků si osvojujeme na základě neznalosti daného pojmu. Z tohoto důvodu také ve výzkumné části práce navrhnu program dalšího vzdělávání, který bude obsahovat informace o ageismu. Na pracovnících přímé péče často závisí kvalita poskytované služby, a proto je potřeba

jim věnovat dostatečnou pozornost. Musí jim být poskytována dostatečná podpora, motivace a prostor pro účast na rozvoji služeb, které zařízení poskytuje, a pro řešení problémů, se kterými se pracovníci setkávají při plnění pracovních úkolů. Stávající situaci v oblasti lidských zdrojů - potenciál, schopnosti a dovednosti pracovníků - lze účinně zjistit analýzou vzdělávacích potřeb. Zaměstnavatel má zákonnou povinnost zabezpečit další vzdělávání pracovníků v sociálních službách v rozsahu nejméně 24 hodin za kalendářní rok. Profesní rozvoj zaměstnanců upravuje i zákoník práce - zaměstnanec je povinen prohlubovat si soustavně kvalifikaci k výkonu práce sjednané v pracovní smlouvě (Bicková, Čámský, Francová, Friedlová, Hlawizcka, Hofmanová, et. al., 2010, s. 192). Více v kapitole č. 4.2.

Levy dle Kabátové a Uričkové uvádí, že pokud chceme snížit ageismus ve zdravotně sociální oblasti, musí pracovníci nejprve pochopit a přiznat si ageistické postoje u sebe samých. Pracovník přímé péče by si měl být vědom svých vlastních předsudků vůči seniorům a vhodným způsobem je snižovat. Ke snížení ageismu výrazně přispívá i vzdělávání pracovníků v oblasti geriatric a gerontologie, organizování konferencí, seminářů zaměřených na ageismus a jeho negativní dopady či integrování problematiky ageismu do učebních osnov na lékařských a ošetrovateľských školách (Bowling, 1999; Simkins, 2008). Prvním krokem k úspěšné eliminaci fenoménu věkově podmíněné diskriminace nejen v ošetrovateľstve, ale ve všech oblastiach života je ustoupení od „škatulkování“ lidí do jednotlivých věkových kategorií na základě jejich kalendářního věku a posuzování lidí podle funkčního (biologického) věku. Na tento fakt upozorňujú i Pacovský a Heřmanová (1981), Pokorná (2010), Haškovcová (2002) aj., kteří zdůrazňujú, že kalendářní věk je z biologického hlediska údaj nespolehlivý a že známe i mladé starce a staré mladíky. Kalendářní věk tedy neodpovídá věku funkčnímu a není na místě považovat seniory stejného věku za homogenní skupinu lidí, ve které jsou všichni stejní. Funkční zhodnocení seniora a formulování jeho limitů, rizik a potřeb je nezbytným předpokladem bezbariérové a nediskriminační péče (Kabátová & Uričková, 2013).

Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR (dále jen APSS ČR) rozšiřuje své aktivity do oblasti rozvoje lidských zdrojů. Od začátku roku 2010 zahájil činnost Institut vzdělávání APSS ČR s cílem vytvářet a zajišťovat kvalitní vzdělávací programy splňující veškeré podmínky a náležitosti celoživotního i kvalifikačního vzdělávání dle zákona 108/2006 Sb., o sociálních službách. Institut vzdělávání APSS ČR realizuje od

března 2010 řadu akreditovaných kurzů a školicích akcí pro sociální pracovníky i pracovníky v sociálních službách po celé České republice. Nabízí jak kvalifikační kurzy, tak i široké spektrum školicích akcí, jejichž absolvování napomůže účastníkům obnovovat si znalosti, upevňovat dovednosti či doplňovat kvalifikaci v sociálních službách. Součástí nabídky jsou i specializované vzdělávací programy pro sociální pracovníky, zdravotnické pracovníky i vedoucí pracovníky, zaměřené nejen na odborná či praktická témata přínosná pro výkon sociální práce a zdravotní péče, ale i na rozvoj manažerských kompetencí a moderních metod řízení nezbytných pro poskytování stále se rozvíjejících a kvalitních služeb (APSS ČR (n.d.) Institut vzdělávání).

3.2.3 Supervize jako nástroj snižování ageismu

Tato kapitola je závěrečnou částí v oddíle pojednávajícím o ageismu.

Vzhledem k cíli práce a šíři pojmu "supervize" se budu této problematice věnovat pouze okrajově.

Supervize je aktivita, která má v sobě velký potenciál, jak pomoci mimo jiné také pracovníkům přímé péče "pustit páru prožitkům vztahujících se k emočně náročným profesním situacím" nebo jak zprostředkovat zážitek "aha, to mě nenapadlo" (Bicková, Čámský, Francová, Friedlová, Hlawizcka, Hofmanová, et. al., 2010, s. 201). Tímto způsobem si pracovníci přímé péče mohou uvědomit diskriminační chování vůči seniorům a mohou toto své chování změnit.

Supervize představuje zároveň integrální součást celoživotního vzdělávání v sociálních službách, které patří mezi náročné profese s vysokým rizikem syndromu vyhoření (Tošner, 2013 s. 5).

Záleží ovšem, jak organizace, v níž pracovníci pracují a pracovníci samotní k supervizi přistoupí a co jsou ochotni do tohoto procesu investovat sami ze sebe. Supervize je nástrojem vnější pomoci, jehož hlavním cílem je podpora či pomoc pracovníkům, aby se v konečném důsledku projevila lepší péčí o cílovou skupinu klientů.

Na základě Standardu kvality sociálních služeb číslo 10 písm. e) poskytovatel zajišťuje pro zaměstnance, kteří vykonávají přímou práci s osobami, kterým je poskytována sociální služba, podporu nezávislého kvalifikovaného odborníka. Tímto ustanovením se zavádí povinnost nezávislého kvalifikovaného odborníka a pracovníci

k tomu často jako k "nepříjemné" povinnosti přistupují a supervize tak ztrácí na významu. Supervize by měla být nedílnou součástí procesu: „vývoje a naplňování osobních profesních cílů a potřeby další odborné kvalifikace“.

Vzhledem k podmínkám a současnému stavu sociálních služeb je třeba, aby návrh supervizního systému v sociálních službách zahrnoval a podporoval zejména tyto složky:

- schopnosti managementu reflektovat a naplňovat vzdělávací a supervizní potřeby pracovníků v souladu s posláním a cíli organizace poskytovatele;
- schopnost pracovníků rozpoznat a definovat svoje individuální vzdělávací a supervizní potřeby;
- schopnost supervizora navodit a udržet bezpečnou atmosféru v průběhu supervize;
- schopnost supervizora podpořit dávání a přijímání zpětných vazeb v procesu supervize.

Také zahraniční autorky Alpaugh McDonald a Haney poukazují na nutnost licencovaných pracovníků, kteří mají zkušenosti v gerontologii. Nutnost těchto profesionálů je v mnoha státech vyžadována zákonem (Alpaugh McDonald, Haney, 1997, s. 151).

Potenciál supervize v sociálních službách je stále ještě málo využívaný a nedostatečně rozvíjený. To však nemění skutečnost, že supervize je jednou z možností profesionální podpory pracovníků přímé péče, vize do budoucnosti, nabídka pro management zdravotnických a sociálních zařízení, jak zlepšit péči o ty, kdož pečují.

Splnění podmínek supervize je považováno za klíčové pro implementaci supervize do sociálních služeb. Jejich podcenění může vést k zavádění formální a neúčinné supervize, resp. k jejímu rozmělnění v systému pracovních porad a nesystémových konzultací (Tošner, 2013, s. 6), čehož jsme dle mého názoru v současné době bohužel velmi často svědky.

4 PRACOVNÍCI PŘÍMÉ PÉČE

S ohledem na cíl práce *na základě analýzy povědomí pracovníků přímé péče o ageismu navrhnout program dalšího vzdělávání* považují za nezbytné charakterizovat pracovníka přímé péče, tedy pracovníka v sociálních službách, a to především jeho kvalifikační a osobnostní předpoklady, které mohou zmírňovat ageistické projevy vůči seniorům.

Pracovníci přímé péče jsou kvalifikované osoby, pracující v sociálních službách. Mají nezastupitelnou sociální i zdravotní roli, a to v domácí i institucionální péči. Vykonnávají tzv. přímou obslužnou péči.

Přímá obslužná péče, tak jak je v současné době v zařízeních sociální péče vykonávána, prošla svým dlouholetým vývojem od systému nemocniční péče k rodinnému pojetí a nemá v žádném případě zdravotnický charakter. Pro zabezpečování přímé obslužné péče o klienty v zařízeních sociální péče je možno využít povolání s názvem "pracovník sociální péče" s tím, že tato činnost je zařazena dle složitosti, odpovědnosti a psychické a fyzické náročnosti do 3. nebo 4. platové třídy. Zaměstnanci zařazení do tohoto povolání nesmí být pověřováni zdravotnickou činností, tudíž nesmí poskytovat zdravotnické služby ve smyslu směrnice MZ č. 10/1986 o náplni činnosti středních, nižších a pomocných zdravotnických pracovníků (Myšička, 2005).

Pro přímou obslužnou péči je, dle informací MPSV, charakteristické následující vymezení:

- přímou obslužnou péči zajišťují pracovníci sociálních služeb;
- tato činnost plně odráží snahu o další rozvoj osobnosti klienta respektováním jeho svéprávnosti a vedením k odpovědnosti za sebe (pomoc ke svépomoci).

K vykonávání těchto činností v zařízeních sociálních služeb je zatím ze strany MPSV doporučováno získání kvalifikačních předpokladů (odborné způsobilosti) absolvováním kvalifikačního kursu odborně zaměřeného pro oblast sociálních služeb. Tímto by v zařízeních sociálních služeb nebylo k vykonávání přímých obslužných činností využíváno zdravotnických pracovníků ("sanitářek"), jejichž hlavním posláním je poskytování pomocných prací zdravotnického charakteru. Stanovení odborné způsobilosti pracovníka sociálních služeb vychází ze zákona číslo 108/2006 Sb. o sociálních službách (viz. kapitola č 4.2).

Pracovník v sociálních službách vykonává:

- 1) přímou obslužnou péčí o osoby spočívající v nácviku jednoduchých denních činností, pomoc při osobní hygieně a oblékání, manipulaci s přístroji, pomůckami, prádlem, udržování čistoty a osobní hygieny, podporu soběstačnosti, posilování životní aktivizace, vytváření základních sociálních a společenských kontaktů a uspokojování psychosociálních potřeb;
- 2) základní výchovnou nepedagogickou činnost spočívající v prohlubování a upevňování základních hygienických a společenských návyků až po jejich fixaci, působení na vytváření a rozvíjení pracovních návyků, manuální zručnosti a pracovní aktivity, provádění volnočasových aktivit zaměřených na rozvíjení osobnosti, zájmů, znalostí a tvořivých schopností formou výtvarné, hudební a pohybové výchovy, zabezpečování zájmové a kulturní činnosti a provádění asistenční služby a osobní asistence;
- 3) pečovatelskou činnost spočívající ve vykonávání prací spojených s přímým stykem s osobami s fyzickými a psychickými obtížemi, komplexní péči o jejich domácnost, zajišťování sociální pomoci, provádění sociálních depistáží pod vedením sociálního pracovníka, poskytování pomoci při vytváření sociálních a společenských kontaktů a psychické aktivizaci, organizační zabezpečování a komplexní koordinování pečovatelské činnosti v územním celku (Malíková, 2011, s. 92).

Podmínkou výkonu činnosti pracovníka v sociálních službách je plná svéprávnost, bezúhonnost, zdravotní způsobilost, odborná způsobilost a dle mého též osobnostní předpoklady.

4.1 Etické zásady pracovníka přímé péče

Etické zásady pracovníků v sociálních službách jsou ukotveny v Etickém kodexu (viz. příloha č. 1). Jedna ze zásad etického kodexu zní: *"Sociální pracovník respektuje jedinečnost každého člověka bez ohledu na jeho původ, etnickou příslušnost, rasu či barvu pleti, mateřský jazyk, **věk**, pohlaví, rodinný stav, zdravotní stav, sexuální orientaci, ekonomickou situaci, náboženské a politické přesvědčení a **bez ohledu na to, jak se podílí na životě celé společnosti**".* Tato kapitola tedy logicky navazuje na předcházející kapitoly a s ohledem na cíl práce nachází uplatnění v magisterské práci.

V souladu s etickými zásadami by měli pracovníci činit svá etická rozhodnutí. Kromě etického ukotvení jsou pro jednání pracovníků přímé péče nezbytné také odborné znalosti a jejich adekvátní aplikace, vhodné osobnostní charakteristiky a osobní odpovědnost. Osobnost sociálního pracovníka, jeho zkušenosti a schopnosti často hrají v poskytování odborné pomoci uživatelům/seniorům, stěžejní roli (Holasová, 2014, s. 10).

Etika sociální práce představuje soubor mravních zásad, které by měl pracovník v sociálních službách znát a dodržovat. Hlavním úkolem profesní etiky je co nejúspěšněji plnit profesionální úkoly. Je nutné, aby se v pracovnících vypěstovala schopnost samostatné etické orientace v chování, při volbě prostředků a metod k dosažení cílů (Mahrová & Venglářová, 2008, s. 49).

4.2 Profesní profil pracovníka přímé péče

Nezbytným předpokladem pro legitimní výkon profese pracovníka přímé péče je průběžné a systematické vzdělávání nebo absolvování vhodných kurzů a seminářů. Jenom tak pracovník nepodlehne automatizaci své práce a stereotypům, které si pak pracovník není schopen uvědomit, a které se mohou projevat také ageistickými postoji k seniorům.

Zaměstnavatel je povinen zabezpečit pracovníku v sociálních službách další vzdělávání v rozsahu nejméně 24 hodin za kalendářní rok, kterým si obnovuje, upevňuje a doplňuje kvalifikaci.

Zaměstnavatel je také na základě Standardu kvality sociálních služeb číslo 10 písm. b) povinen mít písemně zpracován program dalšího vzdělávání svých zaměstnanců.

Předpoklady pro výkon povolání pracovníka přímé péče jsou svéprávnost (kterou upravuje zákon číslo 89/2012 Sb. občanský zákoník, v ust. § 15) a dále bezúhonnost, zdravotní způsobilost a odborná způsobilost (které upravuje zákon číslo 108/2006 Sb. o sociálních službách, v ust. §§ 79 a 116). Osobně jsem přesvědčena o tom, že k profesnímu profilu pracovníka přímé péče patří také určité osobnostní předpoklady.

Svéprávnost byla dříve označována jako "způsobilost k právním úkonům". Pod tímto pojmem rozumíme způsobilost nabývat pro sebe vlastním právním jednáním práva a zavazovat se k povinnostem.

Bezúhonnost je stav, kdy fyzická osoba (pracovník přímé péče) nebyla odsouzena pro úmyslný trestný čin, ani trestný čin spáchaný z nedbalosti v souvislosti s vykonáváním činností při poskytování sociálních služeb nebo činností s nimi srovnatelných. Dále se vztahuje na osoby, jejichž odsouzení pro tyto trestné činy bylo zahlazeno nebo se na ně z jiných důvodů hledí, jako by nebyly odsouzeny. Bezúhonnost se dokládá výpisem z evidence Rejstříku trestů.

Zdravotní způsobilost zjišťuje a lékařský posudek o zdravotní způsobilosti vydává registrující poskytovatel zdravotních služeb v oboru všeobecné praktické lékařství nebo v oboru praktický lékař pro děti a dorost a u zaměstnanců poskytovatel pracovně lékařských služeb.

Odbornou způsobilostí k výkonu povolání pracovníka v sociálních službách/pracovníka přímé péče je:

- a) základní vzdělání nebo střední vzdělání a absolvování akreditovaného kvalifikačního kurzu v minimálním rozsahu 150 hodin; absolvování akreditovaného kvalifikačního kurzu se nevyžaduje u fyzických osob, které získaly podle zvláštního právního předpisu způsobilost k výkonu zdravotnického povolání v oboru ošetrovatel, u fyzických osob, které získaly odbornou způsobilost k výkonu povolání sociálního pracovníka podle § 110, a u fyzických osob, které získaly střední vzdělání v oboru vzdělání stanoveném prováděcím právním předpisem,
- b) střední vzdělání s výučním listem nebo střední vzdělání s maturitní zkouškou a absolvování akreditovaného kvalifikačního kurzu v minimálním rozsahu 200 hodin; absolvování akreditovaného kvalifikačního kurzu se nevyžaduje u fyzických osob, které získaly podle zvláštního právního předpisu způsobilost k výkonu zdravotnického povolání ergoterapeut, u fyzických osob, které získaly odbornou způsobilost k výkonu povolání sociálního pracovníka podle § 110, a u fyzických osob, které získaly střední vzdělání v oboru vzdělání stanoveném prováděcím právním předpisem,
- c) základní vzdělání, střední vzdělání, střední vzdělání s výučním listem, střední vzdělání s maturitou nebo vyšší odborné vzdělání a absolvování akreditovaného kvalifikačního kurzu; absolvování akreditovaného kvalifikačního kurzu se nevyžaduje u fyzických osob, které získaly podle zvláštního právního předpisu způsobilost k výkonu zdravotnického povolání v oboru ošetrovatel, u fyzických osob, které získaly odbornou způsobilost k výkonu povolání sociálního pracovníka

podle § 110, a u fyzických osob, které získaly střední vzdělání v oboru vzdělání stanoveném prováděcím právním předpisem,

- d)** základní vzdělání, střední vzdělání, střední vzdělání s výučním listem, střední vzdělání s maturitní zkouškou nebo vyšší odborné vzdělání a absolvování akreditovaného kvalifikačního kurzu; absolvování akreditovaného kvalifikačního kurzu se nevyžaduje u fyzických osob, které získaly odbornou způsobilost k výkonu povolání sociálního pracovníka podle § 110.

Osobnostní předpoklady jsou v legislativě opomíjené, zřejmě z důvodu, že nejsou při výběrových řízeních na první pohled zřejmé a jsou těžko měřitelné. Mezi osobnostní předpoklady bych řadila například schopnost týmové spolupráce, empatie, psychická stabilita, flexibilita a dobré komunikační schopnosti.

V této kapitole jsem shrnula nezbytné předpoklady pro výkon profese pracovníka přímé péče, jejichž zvnitřnění a respektování bezesporu nejenom zkvalitní péči, kterou poskytují v zařízení seniorům, ale mohou též zmírnit případné ageistické projevy pracovníka přímé péče.

4.3 Úskalí pracovníků přímé péče

Práce v pomáhajících profesích je psychicky i fyzicky velmi náročná. Již v předcházejících kapitolách jsem nastínila řadu úskalí, se kterými se pracovník v sociálních službách každodenně potýká. Tato i další níže uvedená úskalí pak dávají předpoklad pro vznik syndromu vyhoření, který se může projevovat nerespektováním osobnosti klienta, tedy jeho diskriminací.

Práce pracovníka přímé péče je založena především na ochotě pomoci, dobrých komunikačních dovednostech a na vztahu pracovníka se seniorem, popřípadě jeho rodinou. Pracovník se ale může dostat do situace, kdy mu nejsou všichni klienti sympatičtí. Pak musí zapojit vůli a schopnost být nezávislý a nestranný, aby udržel profesionální vztah i s těmito klienty. To je ovšem citově velmi náročné. Navazování vztahu se seniorem je velmi náročné a zdlouhavé. Senioři se často bojí zklamání, proto si u něho buduje pracovník přímé péče důvěru velmi dlouho. Na druhou stranu tento vztah je často ukončen smrtí seniora, proto obranou pracovníka přímé péče, před smutkem může být podvědomá tendence se emočně příliš neangažovat (Venglářová, 2007, s. 81).

Dalším úskalím pracovníků přímé péče je konflikt mezi profesionalitou a požadavky klienta či jeho rodiny. Víme, že prevencí závislosti na péči je zachování co nejvyšší míry samostatnosti každého klienta. Na druhé straně rodina nebo klient často očekávají, že zařízení převezme veškerou péči i úkony, které klient může bez problémů zvládnout sám (Venglářová, 2007, s. 81).

Pracovník občas mívá pocit, že právy disponuje pouze klient a pracovník musí plnit každé jeho přání. V opačném případě je pracovník považován za neochotného a neschopného (Hauke, 2014, s. 57).

Pracovníci potom na přemíru stresu a neporozumění reagují ageistickými projevy či syndromem vyhoření. Nemalou překážkou pro efektivní výkon práce pracovníka přímé péče je stále narůstající administrativa, kterou musí při své každodenní činnosti vykonávat a velký počet přesčasových hodin, které pracovníci v sociálních službách každý měsíc odpracují nad rámec svých běžných pracovních povinností.

V neposlední řadě má vliv na pojetí pomáhajícího také veřejné mínění. Často už v průběhu přípravy na profesi vzniká přesvědčení, že kdo chce opravdu dobře pomáhat druhým, musí umět potlačit své potřeby, adaptovat se rychle na zátěž, nedávat na sobě nic znát. Citlivější jedinci mohou mít pochybnosti, zda budou (nebo jsou) dobrými pracovníky, jestliže nedokážou "vydržet" velký stres. I v dnešní době se setkáváme se situacemi, kdy se i velmi přetížení profesionálové zdráhají nebo i obávají přijmout profesionální podporu, například formou supervize (Venglářová, 2007, s. 82).

4.4 Pracovníci přímé péče a syndrom vyhoření

Ačkoliv jsem u žádného autora nenašla přímé spojení syndromu vyhoření s ageismem, jsem přesvědčená o tom, že mezi těmito pojmy existují jisté podobnosti a navzájem spolu souvisí. Příčinou ageistických projevů pracovníků přímé péče vůči seniorům může být únava z psychicky i fyzicky náročné práce, velký počet přesčasových hodin, velké množství klientů a přemíra administrativní práce, následkem čehož jsou pracovníci přímé péče extrémně ohroženi syndromem vyhoření. Zde spatřuji souvislost mezi syndromem vyhoření a ageismem.

Vzhledem k cíli práce a širší pojmu "syndrom vyhoření" se této problematice budu věnovat pouze okrajově. V empirické části pak tuto problematiku řeším v rámci programu dalšího vzdělávání pracovníků přímé péče.

Syndrom vyhoření, jinak také burnout syndrom, je jedním z opomíjených závažných problémů v oblasti českých sociálních služeb. Často bývá neprávem podceňován a vnímán jen jako drobný psychický problém někoho ze zaměstnanců, skutečnost však bývá mnohem závažnější. V těžší fázi může zasáhnout celé pracoviště, stát se mlčky trpěnou normou jednání i přístupu ke klientům a něčím, co „přece máme všichni a nic se s tím dělat stejně nedá. Stav vyhoření ale normální není a není ani v pořádku jej jakkoliv pasivně tolerovat (Štarková, 2015).

Za průkopníka ve zkoumání této problematiky je považován Herbert Freudenberger již v roce 1974 (Venglářová, 2011, s. 23).

Venglářová definuje syndrom vyhoření jako stav psychického, fyzického a emocionálního vyčerpání v důsledku dlouhodobého setrvávání v emocionálně těžkých situacích. Syndrom vyhoření přichází v souvislosti s pracovní zátěží u jinak zdravých jedinců (Venglářová, 2007, s. 80).

Jednou z příčin vzniku vyhoření je, když lidé vstupují do zaměstnání, kde na ně pracoviště klade vysoké nároky na kvalitu, odpovědnost a pracovní nasazení, ale zároveň neposkytuje dostatečné množství autonomie v pracovní činnosti. Příčinou dále může být pracovník, který nemůže rozhodovat o tempu své práce a jejím rozdělení v průběhu jeho pracovního dne. Dále nedostatek opory může být jedním z příčin vzniku tohoto jevu. Mezi nejdůležitější vnitřní faktory se řadí osobnostní předpoklady jedince. Za rizikový vnitřní faktor je považováno chování, které klade důraz na soutěživost, vysokou míru empatie spojenou s nízkou schopností asertivního chování, vysoké požadavky na výkon mnohdy spojené s nízkým sebehodnocením a sebepojetím, úzkostné, obsedantní a perfekcionistické rysy, osamělý život a další (Stibalová, 2010).

Výskyt syndromu vyhoření ve společnosti se postupně dále rozšiřuje mj. vzhledem ke zvýšenému životnímu tempu, rostoucím nárokům na ekonomické, sociální a emoční zdroje člověka v dnešní společnosti. Prodloužila se též etapa života, po kterou je potřeba těmto nárokům čelit, proto by každý člověk měl dbát správných zásad duševní hygieny, nalézt smysl ve své profesi, soustavně se ve své profesi vzdělávat a pravidelně se účastnit supervize.

Touto kapitolou ukončuji deskriptivní část práce. Jak jsem již výše zmiňovala, výzkumná část bude analyzovat povědomí pracovníků přímé péče o ageismu, a to formou dotazníku. Jako andragogickou intervenci navrhnu program dalšího vzdělávání, který bude mít za cíl zvýšit povědomí pracovníků přímé péče o ageismu.

5 DESIGN VÝZKUMU A VLASTNÍ EMPIRICKÉ ŠETŘENÍ

Metodologická část diplomové práce se zabývá předmětem analýzy výzkumu, výzkumnými metodami a technikami sběru dat.

5.1 Cíle práce

Hlavním cílem diplomové práce je *na základě analýzy povědomí pracovníků přímé péče zařízení Orlickoústeckého regionu o ageismu navrhnout program dalšího vzdělávání*. V této části práce budu analyzovat povědomí pracovníků přímé péče o ageismu a v kapitole č. 7 vytvořím program dalšího vzdělávání. Předmětem analýzy je zjistit, jaký vliv má povědomí o ageismu na kvalitu (profesionalitu) práce pracovníků přímé péče (dále jen PPP) v zařízeních pro seniory v Orlickoústeckém regionu. Hlavní cíl práce je rozdělen do několika dalších výzkumných otázek, které vycházejí z hlavních kapitol teoretické části práce. Jedná se o to, analyzovat:

- souvislost vzdělání pracovníků přímé péče s jejich povědomím o ageismu.
- zda mají pracovníci přímé péče tendence chovat se někdy v zaměstnání ageisticky,
- souvislost délky praxe pracovníků přímé péče se zájmem o vzdělávání v oblasti ageismu.

5.2 Metodika empirického šetření

Vzhledem k cíli práce jsem zvolila kvantitativní strategie (dotazník, operacionalizaci, měření a využití matematicko-statistického zpracování dat). Metoda je zvolena s ohledem na možnost získání velkého množství informací v poměrně krátkém časovém intervalu s možností statistického zpracování.

Kvantitativní výzkum používá náhodné výběry, experimenty a strukturované sběry dat pomocí různých testů, dotazníků či pozorování. Bývá spojován s hypoteticko-deduktivním modelem (Hendl, 2005, s. 46).

5.3 Operacionalizace dílčích cílů výzkumu

Operacionalizace je založena na deduktivním postupu, tzn. vyvozování, kde z teorie vyvozují pracovní hypotézy a z jejich obsahu vyvozují jednotlivé položky. Ze specifikace pojmů v deskriptivní části práce byly vytvořeny dílčí výzkumné otázky. Pro všechny výzkumné otázky platí, že velikosti odpovědí každého vzorku respondentů, jejichž rozsah nedosáhne minimálně 37 %, tvrzení neprokazují.

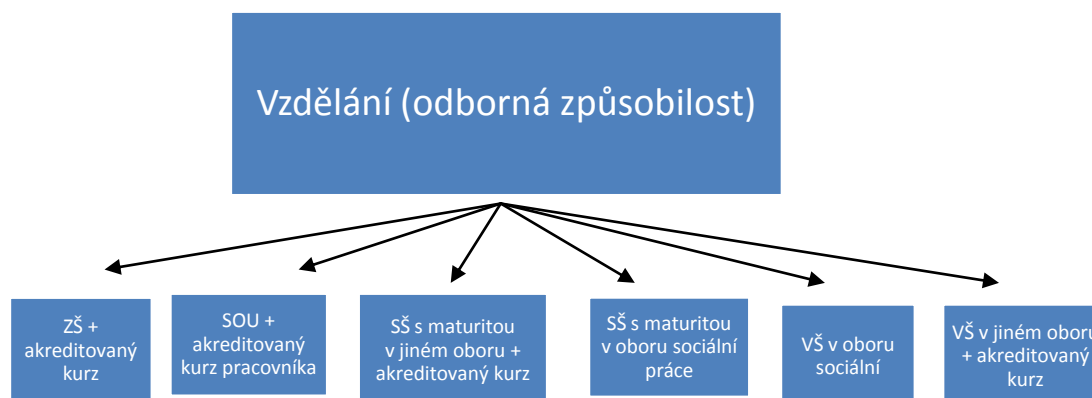
Hlavní cíl diplomové práce:

Na základě analýzy povědomí pracovníků přímé péče zařízení Orlickoústeckého regionu o ageismu navrhnout program dalšího vzdělávání.

VO1: Má vzdělání pracovníků přímé péče v zařízeních pro seniory Orlickoústeckého regionu vliv na míru povědomí o ageismu ?

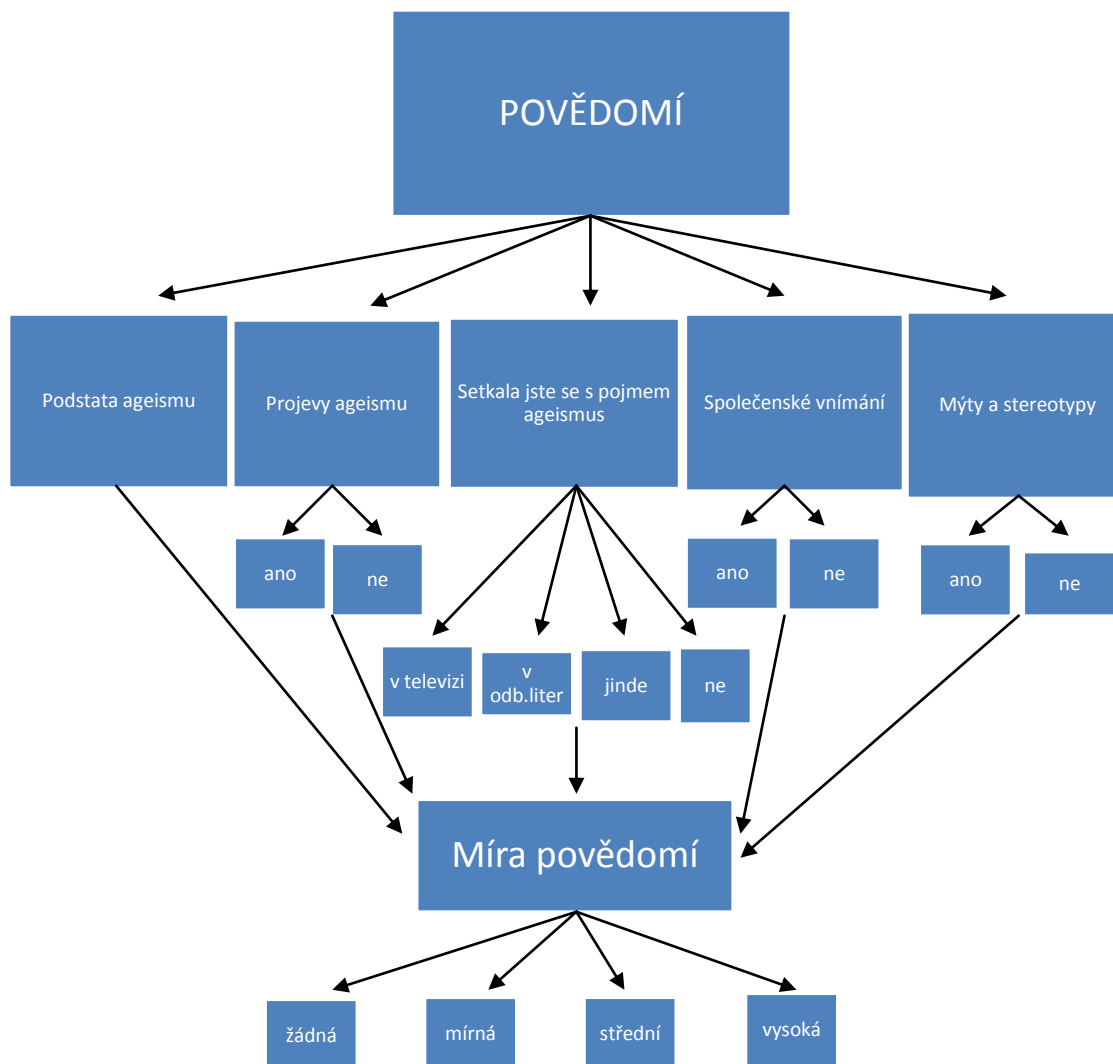
H1.1 Čím nižší vzdělání pracovníků přímé péče, tím menší povědomí o ageismu.

Vzděláním rozumíme souhrn znalostí, které získáváme prostřednictvím vzdělávání. V užším slova smyslu vzdělání pracovníků přímé péče definuje odborná způsobilost, kterou upravuje zákon číslo 108/2006 Sb. o sociálních službách, v ust. §§ 79 a 116. Vzdělání je polytomická proměnná, nabývající hodnot: 1. ZŠ + akreditovaný kurz pracovníka v přímé péči, 2. SOU + akreditovaný kurz pracovníka v přímé péči, 3. SŠ s maturitou v oboru sociální práce, 4. SŠ s maturitou v jiném oboru + akreditovaný kurz pracovníka v přímé péči, 5. VŠ v oboru sociální, 6. VŠ v jiném oboru + akreditovaný kurz pracovníka v přímé péči. Bude zjišťována otázkou číslo 1.



Obrázek č. 4 Vzdělání PPP

Povědomí rozumíme povrchní vědomost, kterou pracovník přímé péče o ageismu má. V užším slova smyslu se jedná o jistý (nižší) stupeň uvědomování si něčeho, vědění něčeho, vědomosti o něčem; jistá povšechná znalost něčeho (Havránek, 1989, s. 716). Povědomí je polytomická proměnná, nabývající hodnot: 1. žádné, 2. mírné, 3. střední, 4. vysoké. Bude zjišťováno otázkami číslo 4, 5, 6, 7, a 8.



Obrázek č. 5 Povědomí PPP

Za žádné povědomí považuji schopnost odpovědět správně jednu z pěti otázek. Za mírné dvě z pěti otázek. Za střední tři a čtyři z pěti otázek a za vysoké pět správně zodpovězených otázek.

Otázka zjišťující podstatu ageismu je otevřená. Za správnou odpověď považuji tyto možnosti: *diskriminace z důvodu věku, předsudky vůči věku*.

Otázka poptávající projevy ageismu nabízí možnosti odpovědí *ano*, *ne*. V případě uvedení možnosti *ano*, vyžadují příklady projevů ageismu. Za správné odpovědi považují možnosti typu: *diskriminace ve zdravotnictví*, *diskriminace na trhu práce*, *infantilizace projevu při práci se seniory*, *apod.* V případě uvedení odpovědi *ano*, ale neuvedení konkrétního příkladu projevu, hodnotím odpověď jako *ne*.

Otázka mapující oblast kontaktu s ageismem nabízí možnosti odpovědí *ano* *v televizi*, *ano* *v odb. literatuře*, *ano* *jinde*, *ne*. V případě, že v předcházejících otázkách respondent neuvedl, v čem spočívá podstata ageismu, ani nenapsal projevy ageismu a v této otázce uvedl odpověď *ano*, hodnotím tuto odpověď jako *ne*. Respondent totiž nemůže posoudit, zda se s ageismem někde setkal, když neví, co tento pojem znamená.

Na otázku zda jsou ageistické projevy dány společenským vnímáním jsou možnosti odpovědí *ano*, *ne*. V případě, že v předcházejících otázkách respondent neuvedl, v čem spočívá podstata ageismu, ani nenapsal projevy ageismu a v této otázce uvedl odpověď *ano*, hodnotím tuto odpověď jako *ne*. Respondent ani v tomto případě nemůže posoudit, zda jsou ageistické projevy dány společenským vnímáním, když neví, co tento pojem znamená.

Otázka zaměřená na povědomí o mýtech a stereotypech stáří nabízí možnosti odpovědí *ano*, *ne*. V případě uvedení možnosti *ano*, vyžadují příklady mýtů či stereotypů stáří. Za správné odpovědi považují např.: *staří lidé jsou cítit, už nic nepotřebují*, *společnosti nic nového nepřináší*, *apod.* V případě uvedení odpovědi *ano*, ale neuvedení správného příkladu, hodnotím odpověď jako *ne*.

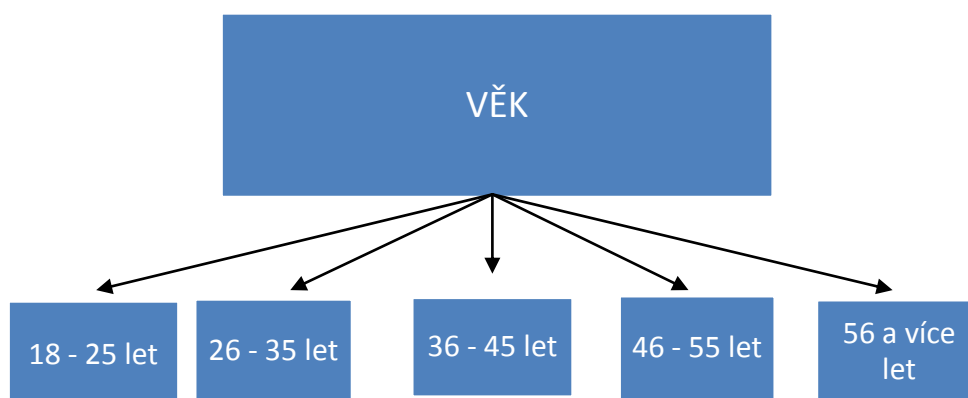
Hypotéza se potvrdí v případě, že pracovníci přímé péče se základním vzděláním a se středním odborným učilištěm nebudou mít žádné povědomí o ageismu. Pracovníci se středoškolským vzděláním (mimo obor sociální práce), budou mít mírné povědomí o ageismu. Pracovníci se středoškolským vzděláním v oboru sociální práce, budou mít střední povědomí o ageismu a pracovníci s vysokoškolským vzděláním budou mít vysoké povědomí o ageismu.

VO2: Mají pracovníci přímé péče v zařízeních pro seniory Orlickoústeckého regionu tendence chovat se ve svém zaměstnání ageisticky ?

H2.1 Čím vyšší věk pracovníka přímé péče, tím vyšší tendence k ageistickému chování.

Věk můžeme rozlišovat z různých hledisek, např. kalendářní, biologický či sociální věk. Mnohem důležitější než kalendářní věk je věk funkční. Ten je dán právě souhrnem biologických, psychologických a sociálních charakteristik. Jedná se o soubor funkčního potenciálu daného jedince, který je na rozdíl od kalendářního věku ovlivňován celou řadou hlavně vnějších faktorů (Ondrušková, 2011, s. 12).

Věk je polytomická proměnná, nabývající hodnot: 1. 18 - 25 let, 2. 26 - 35 let, 3. 36 - 45 let, 4. 46 - 55 let, 5. 56 a více let. Bude zjišťována otázkou číslo 3.

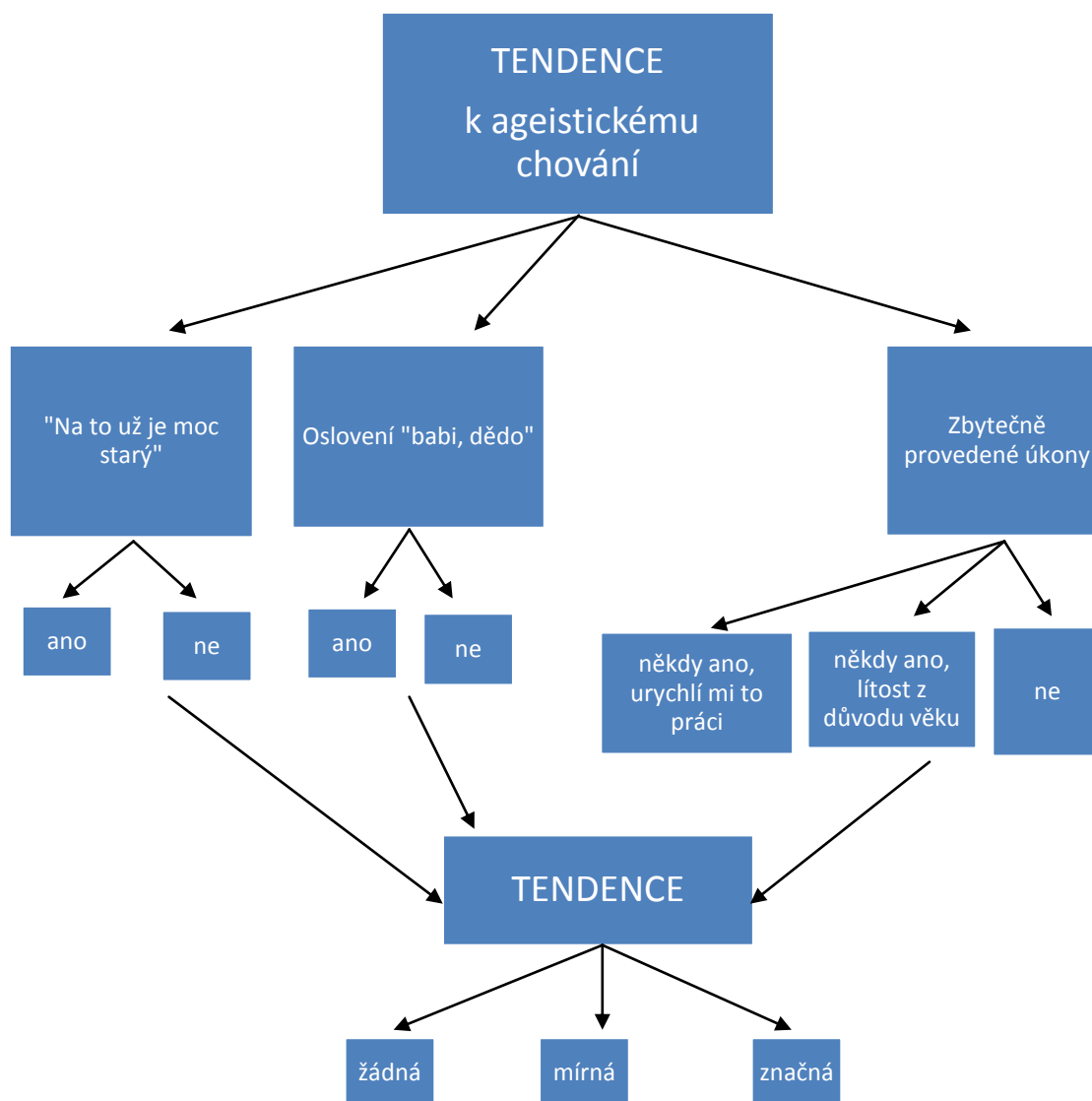


Obrázek č.6. Věk PPP

Ageistické chování můžeme chápat jako sociální proces, skrze který negativní představy a postoje ke starším lidem, založené pouze na charakteristikách stáří (vyššího věku) samotného, mají za následek diskriminaci (Vidovičová, 2008, s. 113).

Ageismus je charakterizován jako proces systematického stereotypizování a diskriminace lidí pro jejich stáří, které je manifestováno širokým spektrem fenoménů, např. otevřená averze, vyhýbání se kontaktu (Pokorná, 2010, s. 69).

Tendence k ageistickému chování je polytomická proměnná, nabývající hodnot: 1. žádné, 2. mírné, 3. značné. Bude zjišťováno otázkami číslo 9, 10, a 11.



Obrázek č. 7. Tendence k ageistickému chování

Za žádné tendence k ageistickému chování považuji odpovědět na všechny tři otázky *ne*. Mírné tendence odpoví-li respondent na jednu otázku ze tří *ano*. Značné tendence odpoví-li na dvě nebo tři otázky *ano*.

Otázka "Řekla jste si někdy větu typu: na to už je moc starý" nabízí možnosti odpovědi *ano*, *ne*. Případně uvedená odpověď *ano*, vykazuje tendence k ageistickému chování.

Otázka na téma oslovování seniorů v zařízení nabízí možnosti odpovědi v *ano*, *ne*. Případně uvedená odpověď *ano*, vykazuje tendence k ageistickému chování.

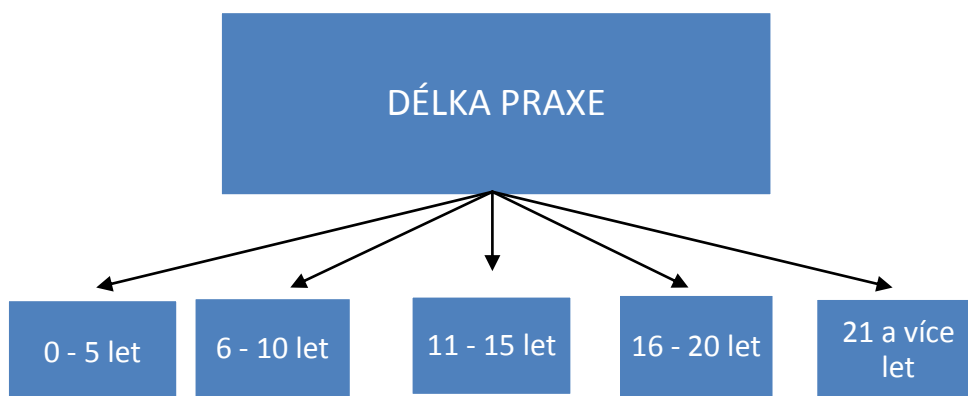
Na otázku pracovník někdy vykonává za seniory úkony (věci), které by zvládl senior sám, jsou možnosti odpovědí *někdy ano, urychlí mi to práci, někdy ano je mi ho líto z důvodu vysokého věku, ne*. Případně uvedená odpověď *někdy ano je mi ho líto z důvodu vysokého věku*, vykazuje tendence k ageistickému chování.

Hypotéza se potvrdí v případě, že pracovníci přímé péče ve věkové skupině 36 - 45 let a ve věkové skupině 46 - 55 let vykazují mírné tendence k ageistickému chování a u pracovníků přímé péče ve věkové skupině 56 let a více se projevují značné tendence k ageistickému chování. U ostatních věkových skupin se neprojeví žádné tendence k ageistickému chování.

VO3: Má délka praxe pracovníků přímé péče v zařízeních pro seniory Orlickoústeckého regionu vliv na zájem o vzdělávání v oblasti ageismu ?

H3.1 Čím delší praxe na pozici pracovníka přímé péče, tím vyšší zájem o vzdělávání v oblasti ageismu.

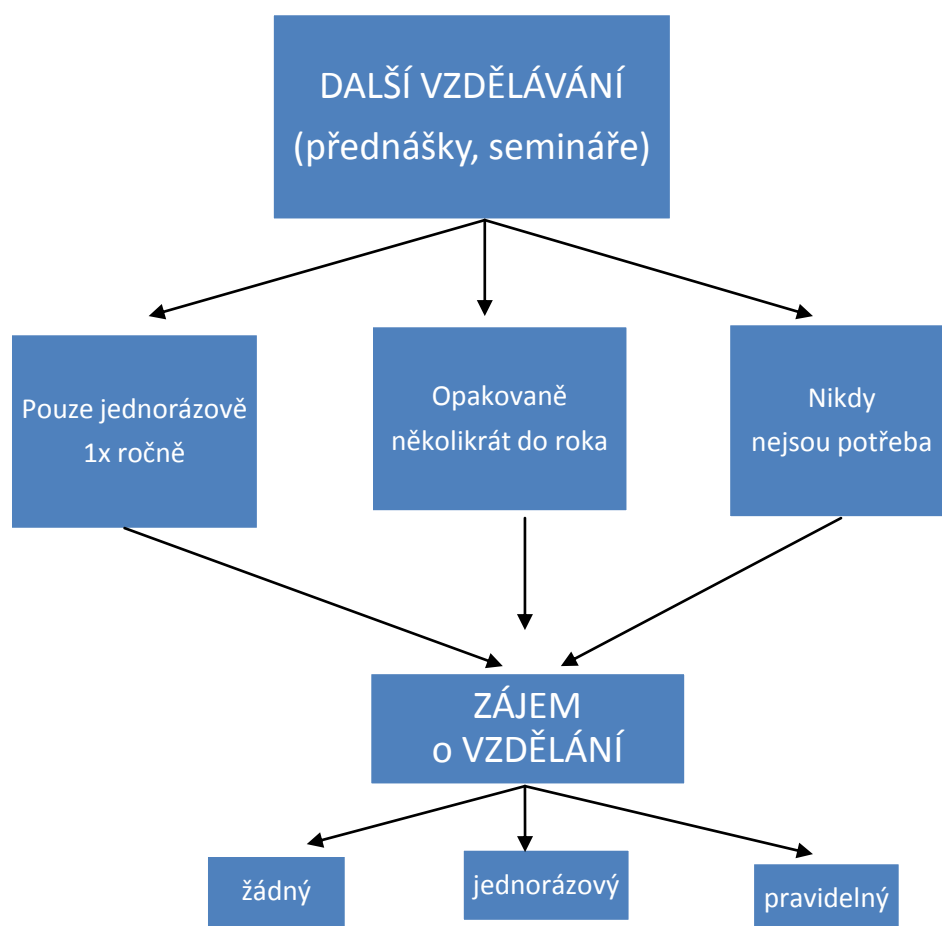
Délka praxe je doba, po kterou je respondent zaměstnán v sociálních službách na pozici pracovníka v přímé péči. Délka praxe je polytomická proměnná, nabývající hodnot: 1. 0 - 5 let, 2. 6 - 10 let, 3. 11 - 15 let, 4. 16 - 20 let, 5. 21 a více let. Bude zjišťována otázkou číslo 2.



Obrázek č. 8 Délka praxe PPP

Vzdělávání je záměrné, organizované učení, které je výsledkem vědomého úsilí vzdělavatele. Na straně účastníka vzdělávání může probíhat na úrovni vědomí i nevědomí. Vzdělávání bývá primárně zaměřeno na přímou kultivaci znalostí nebo dovedností. Ambice ve vzdělávání mohou spočívat v předání znalostí, ve vzniku dovedností nebo v iniciaci či fixaci návyků. Forma vzdělávání se musí konkrétnímu výběru z těchto možností přizpůsobit (Plamínek, 2014, s. 35).

Zájem o vzdělávání je polytomická proměnná, nabývající hodnot: 1. žádný, 2. jednorázový, 3. pravidelný. Bude zjišťován otázkou číslo 12.



Obrázek č. 9 Zájem o další vzdělávání

Hypotéza se potvrdí v případě, že pracovníci přímé péče s délkou praxe 11 - 15 let budou mít zájem alespoň o jednorázové vzdělávání v oblasti ageismu a pracovníci přímé péče s délkou praxe 16 - 20 let a 21 let a více budou mít zájem o opakované vzdělávací akce. Pracovníci v ostatních věkových skupinách v současné době nemají žádný zájem o vzdělávání v oblasti ageismu.

5.4 Charakteristika výzkumné techniky

Jako techniku sběru dat v empirické části diplomové práce jsem zvolila dotazník.

Dotazník je standardizovaný soubor otázek, které jsou předem připraveny na určitém formuláři (Kutnohorská, 2009, s. 41).

Pro účely této práce jsem zpracovala dotazník (viz příloha č. 2), který je sestaven z 12 otázek, které mají formu převážně uzavřených otázek, a to zejména z důvodů úspory času pro pracovníky přímé péče a snadnější vyhodnocování výsledků dotazníkového šetření. Výjimku tvoří polouzavřené otázky číslo 5, 8 a jedna otevřená otázka číslo 4.

V úvodu dotazníku jsou řazeny otázky zaměřující se na věk, dosažené vzdělání a délku praxe na pozici pracovníka přímé péče. V dotazníku není zařazena otázka na pohlaví respondenta, neboť všichni pracovníci přímé péče v zařízeních pro seniory v Orlickoústeckém regionu jsou ženy. Následující otázky 4 - 7 jsou zaměřeny na povědomí o problematice ageismu. Otázky 8 - 11 zjišťují, zda mají pracovníci přímé péče při výkonu své práce tendence chovat se ageisticky. Poslední otázka číslo 12 se zaměřuje na ochotu respondentů dále se vzdělávat.

Data budou statisticky a následně interpretativně zpracovány a vyhodnoceny.

5.5 Organizace výzkumu

Dotazník je určen pracovníkům přímé péče zařízení pro seniory v Orlickoústeckém regionu. Tato cílová skupina byla vybrána pro jejich každodenní práci se seniory a také s ohledem na název a cíl diplomové práce. Samotnému šetření předcházela diskuse s vedoucími pracovníky jednotlivých zařízení, kdy jsem se snažila domluvit veškeré podrobnosti realizace dotazníkového šetření. Šetření se uskutečnilo v měsíci lednu 2016. Dotazník jsem osobně, s žádostí o jeho vyplnění, rozdala pracovníkům přímé péče na pravidelné poradě a domluvila jsem způsob navrácení. Vyplněný dotazník pracovníci přímé péče vhažovali na konci směny do uzavřeného boxu v kanceláři sociální pracovnice, kde jsem si je následně vyzvedla. Dotazník jsem distribuovala v celkovém množství 150 kusů. Úplně vyplněných dotazníků jsem obdržela zpět 123 kusů (27 respondentů vyplnilo dotazník neúplně).

6 ANALÝZA A INTERPRETACE VÝSLEDKŮ

Pro naplnění cíle diplomové práce *na základě analýzy povědomí pracovníků přímé péče o ageismu navrhnout program dalšího vzdělávání* bylo nutné provést výzkumem analýzu získaných dat. Pomocí operacionalizace v kapitole č. 5.3 jsem vytvořila dílčí výzkumné otázky, které poskytly odpovědi na hypotézy, jež povedou k naplnění hlavního cíle diplomové práce. Pro vyhodnocení všech hypotéz jsem využila dotazníkového šetření.

Ke statistickému zpracování bylo použito 150 dotazníků. Úplně vyplněných dotazníků se mi zpět vrátilo 123 kusů. Pro výzkumné šetření je tedy zpracován vzorek o 123 dotaznících z institucí sociální péče pro seniory v Orlickoústeckém regionu.

Tabulka 2: Návratnost dotazníků

Distribuované dotazníky	Absolutní četnost (N)	Relativní četnost (%)
Rozdané celkem	150	100
Neúplně vyplněné	27	18
Úplně vyplněné	123	82

6.1 První výzkumná otázka

VO1: Má vzdělání pracovníků přímé péče, v zařízeních pro seniory Orlickoústeckého regionu, vliv na míru povědomí o ageismu ?

H1.1: Čím nižší vzdělání pracovníků přímé péče, tím menší povědomí o ageismu.

Tuto výzkumnou otázku ověřuji na základě porovnání otázky 1 spolu s otázkami 4, 5, 6, 7 a 8. Výsledky prezentuji v tabulce, jednotlivých grafech a v následné slovní interpretaci.

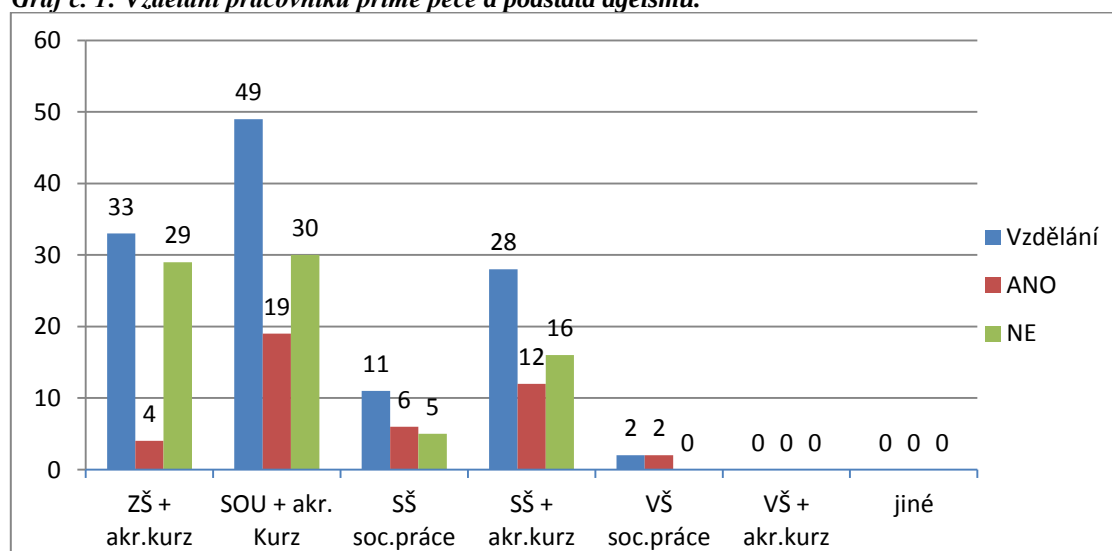
Otázka č. 1: Jaké máte nejvyšší dosažené vzdělání?

Tabulka č. 3: Vzdělání pracovníků přímé péče.

Vzdělání	Počet respondentů (N)	Počet respondentů (%)
ZŠ + akreditovaný kurz pracovníka v přímé péči	33	26 %
SOU + akreditovaný kurz pracovníka v přímé péči	49	40 %
SŠ s maturitou v oboru sociální práce	11	9 %
SŠ s maturitou v jiném oboru + akreditovaný kurz pracovníka v přímé péči	28	23 %
VŠ v oboru sociální	2	2 %
VŠ v jiném oboru + akreditovaný kurz pracovníka v přímé péči	0	0 %
Jiné	0	0 %
Celkem	123	100 %

Otázka č. 4: Co je podle Vás podstatou ageismu?

Graf č. 1: Vzdělání pracovníků přímé péče a podstata ageismu.

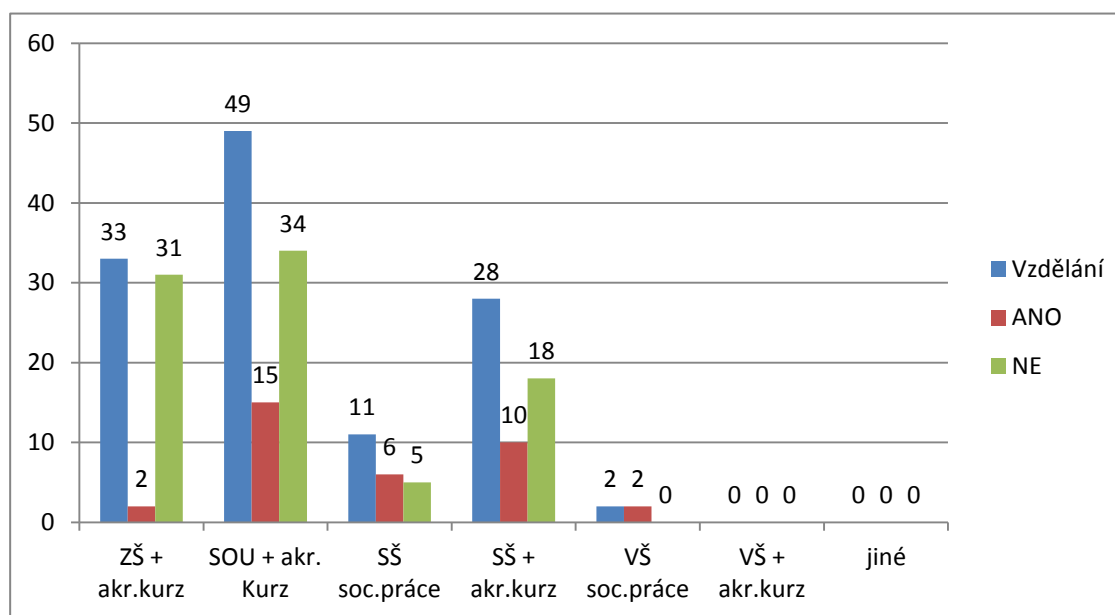


Zdroj: vlastní výzkum

Co je podstatou ageismu věděli 4 (12 %) respondenti se základním vzděláním; 19 (39 %) respondentů se středním odborným učilištěm; 6 (55 %) respondentů se středoškolským vzděláním v oboru sociální práce; 12 respondentů (43 %) se středoškolským vzděláním a 2 (100 %) respondenti s vysokoškolským vzděláním. Nejčastěji uváděli tyto odpovědi: *znevýhodňování seniorů, diskriminace z důvodu věku, nepřiměřené zacházení se seniory, apod.* Ostatní respondenti odpověď na tuto otázku neuvedli nebo uvedli odpověď chybnou. Mezi chybné odpovědi patří např.: *posouzení stáří, kvalitativní nerovnost, problémy starých lidí.*

Otázka č. 5: Znáte některé projevy ageismu?

Graf č. 2: Vzdělání pracovníků přímé péče a projevy ageismu.



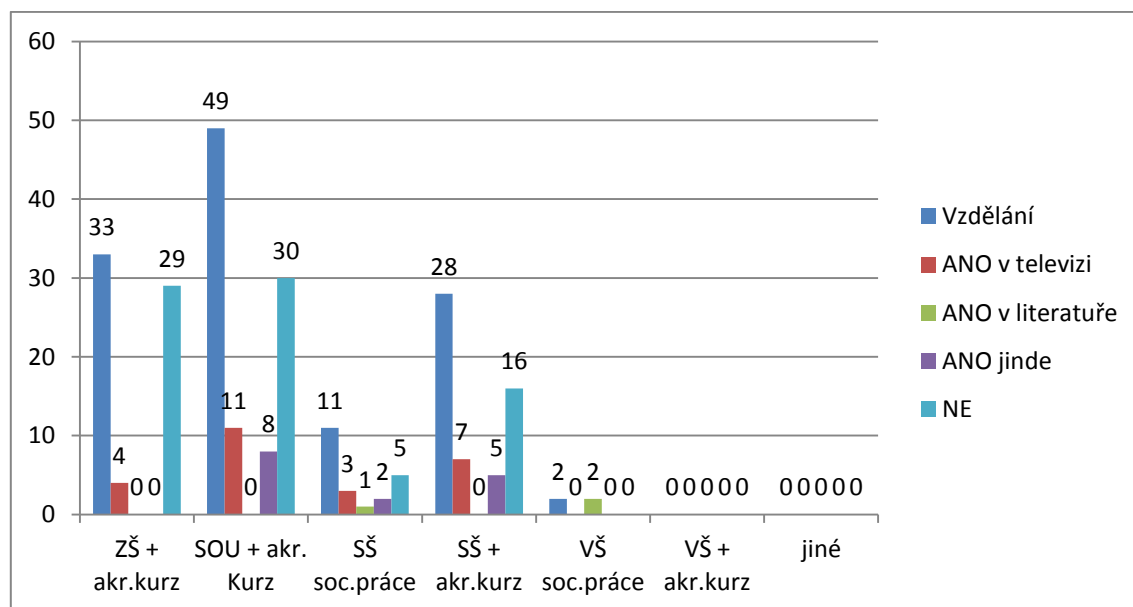
Zdroj: vlastní výzkum

Správně uvedli projevy ageismu 2 (6 %) respondenti se základním vzděláním; 15 (31 %) respondentů se středním odborným učilištěm; 6 (55 %) respondentů se středoškolským vzděláním v oboru sociální práce; 10 (36 %) se středoškolským vzděláním a 2 (100 %) respondenti s vysokoškolským vzděláním. Nejčastěji uváděli tyto odpovědi: *znevýhodňování na trhu práce, diskriminace starých lidí ve zdravotnictví.* Ostatní respondenti uvedli odpověď *ne* nebo neuvedli žádný příklad projevů ageismu.

Při komparaci otázek č. 4 (podstata ageismu) a č. 5 (projevy ageismu) zjišťují, že 8 (19 %) respondentů správně vystihuje podstatu ageismu, avšak nedokáže uvést příklady projevů.

Otázka č. 6: Setkala jste se s pojmem ageismus ?

Graf č. 3: Vzdělání pracovníků přímé péče a střet s ageismem.



Zdroj: vlastní výzkum

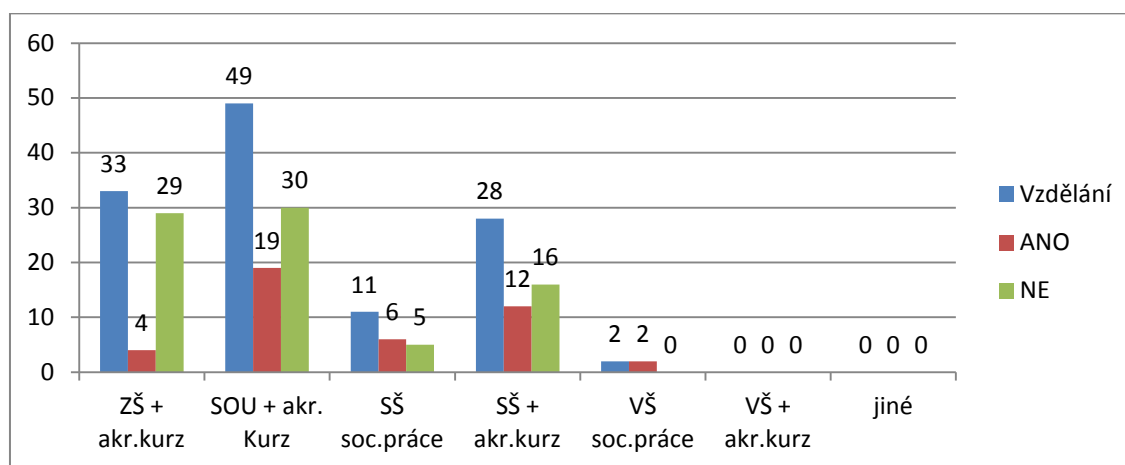
Všichni respondenti se základním vzděláním v počtu 4 (12 %), kteří dle otázky č. 4 (podstata ageismu) věděli, co ageismus znamená, uvedli, že se s tímto pojmem setkali v *televizi*. Zbylých 29 (88 %) respondentů se základním vzděláním uvedlo odpověď *ne* (nesetkali se). Z počtu 19 (39 %) respondentů se středním odborným učilištěm, kteří dle otázky č. 4 (podstata ageismu) věděli, co ageismus znamená, uvedlo 11 (22 %), že se s tímto pojmem setkali v *televizi* a 8 (16 %) *jinde*. Zbylých 30 (62 %) uvedlo odpověď *ne* (nesetkali se). U respondentů se středoškolským vzděláním v oboru sociální práce znalo podstatu ageismu 6 (55 %) respondentů, z toho 3 (27 %) respondenti uvedli, že se s tímto pojmem setkalo v *televizi*, 1 (9 %) respondent v *odborné literatuře*, 2 (18 %) respondenti uvedli možnost *jinde* a 5 (46 %) respondentů uvedlo *ne* (nesetkali se). U respondentů se středoškolským vzděláním znalo podstatu ageismu 12 (43 %) respondentů, z toho 7 (25 %) respondentů uvedlo, že se s tímto pojmem setkalo v *televizi*, 5 (18 %) respondentů uvedlo možnost *jinde* a 16 (57 %)

respondentů uvedlo *ne* (nesetkali se). Oba vysokoškolsky vzdělání respondenti (100 %) uvedli, že se s pojmem ageismus setkali v *odborné literatuře*.

Pokud se respondenti setkali s pojmem ageismus v televizi, pak uváděli: *reklama*. U varianty jinde uváděli: *na úřadu práce, ve svém zaměstnání*.

Otázka č. 7: Jsou ageistické projevy dány společenským vnímáním ?

Graf č. 4: Vzdělání pracovníků přímé péče a společenské vnímání.

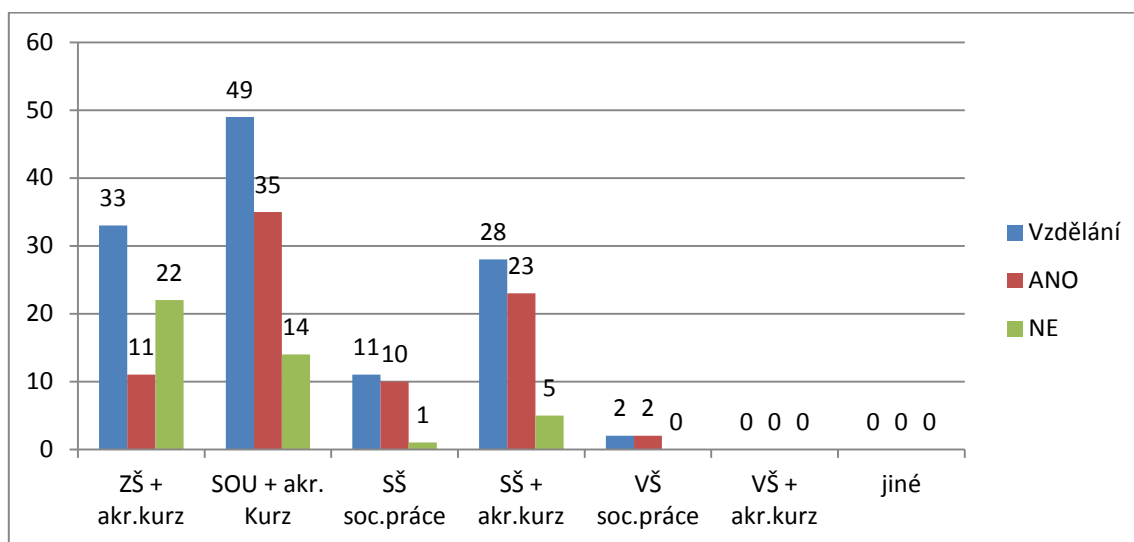


Zdroj: vlastní výzkum

Že jsou ageistické projevy dány společenským vnímáním a odpověď *ano* uvedl, ve všech vzdělanostních skupinách, stejný počet respondentů, který uvedl správně podstatu ageismu. Tedy 4 (12 %) respondentů se základním vzděláním; 19 (39 %) respondentů se středním odborným učilištěm; 6 (55 %) respondentů se středoškolským vzděláním v oboru sociální práce; 12 respondentů (43 %) se středoškolským vzděláním a 2 (100 %) respondenti s vysokoškolským vzděláním.

Otázka č. 8: Znáte některé mýty a stereotypy stáří?

Graf č. 5: Vzdelání pracovníků přímé péče a mýty a stereotypy stáří.



Zdroj: vlastní výzkum

11 (33 %) respondentů se základním vzděláním, 35 (71 %) respondentů se středním odborným učilištěm, 10 (91 %) respondentů se středoškolským vzděláním v oboru sociální práce, 23 (82 %) respondentů se středoškolským vzděláním a 2 (100 %) respondentů s vysokoškolským vzděláním uvedlo odpověď *ano*, tedy že znají některé mýty a stereotypy stáří. Nejčastěji uváděli odpovědi typu: *staří lidé nejsou sexuálně aktivní, už se o nic nezajímají, jsou nerudní, nic nepotřebují*.

Z výše uvedených výsledků vyplývá, že respondenti se základním vzděláním nemají **žádné povědomí** o ageismu. Dle nadefinovaných podmínek v operacionalizaci (kap. č. 5.3.) odpověděli správně pouze na jednu otázku z pěti. **Hypotéza se potvrdila.**

Také respondenti se středním odborným učilištěm nemají **žádné povědomí** o ageismu. Odpověděli správně též pouze na jednu otázku z pěti. **Hypotéza se potvrdila.**

Mírné povědomí o ageismu jsem očekávala u respondentů se středoškolským vzděláním mimo obor sociální práce. Zde se **hypotéza nepotvrdila**, protože tato skupina respondentů odpověděla správně na čtyři otázky z pěti, tedy jejich povědomí je **střední**.

U respondentů se středoškolským vzděláním v oboru sociální práce jsem očekávala povědomí střední. Tato skupina však odpověděla správně na pět otázek z pěti. Jejich povědomí o ageismu je **vysoké** a hypotéza se mi u této skupiny **nepotvrdila**.

Vysokoškolsky vzdělaní respondenti mají dle mých výsledků **vysoké** povědomí a **hypotéza se potvrdila**.

6.2 Druhá výzkumná otázka

VO2: Mají pracovníci přímé péče, v zařízeních pro seniory Orlickoústeckého regionu, tendence chovat se ve svém zaměstnání ageisticky ?

H2.1: Čím vyšší věk pracovníka přímé péče, tím vyšší tendence k ageistickému chování.

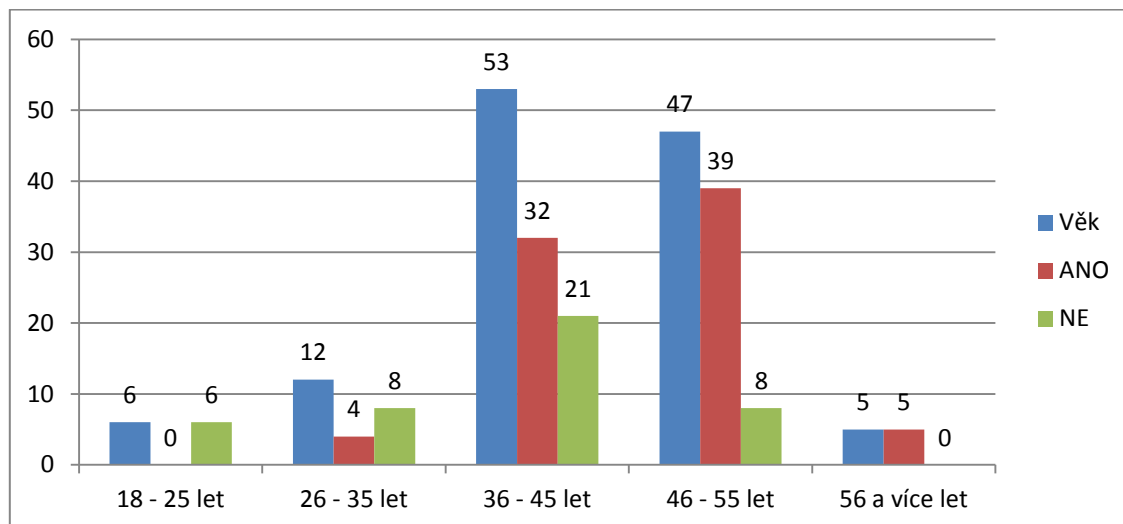
Tuto výzkumnou otázku ověřuji na základě porovnání otázky 3 spolu s otázkami 9, 10 a 11. Výsledky prezentuji v tabulce, jednotlivých grafech a v následné slovní interpretaci.

Tabulka č. 4: Věk pracovníků přímé péče.

Věk	Počet respondentů (N)	Počet respondentů (%)
18 - 25 let	6	5 %
26 - 35 let	12	10 %
36 - 45 let	53	43 %
46 - 55 let	47	38 %
56 a více let	5	4 %
Celkem	123	100 %

Otázka č. 9: Řekla jste si někdy větu typu: "Na to už je moc starý" ?

Graf č. 6: Věk a tendence k ageistickému chování.

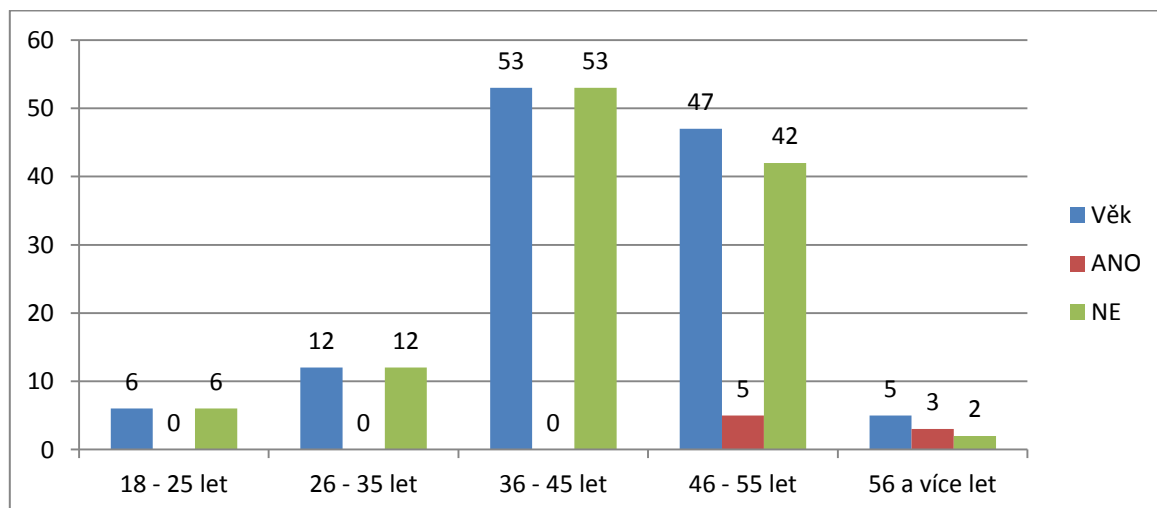


Zdroj: vlastní výzkum

Žádný z respondentů si ve věkové skupině 18- 25 let neřekl větu typu "na to už je moc starý". Ve věkové skupině 26 - 35 let tuto větu někdy řekli 4 (33 %) respondenti, ve skupině 36 - 45 let už celých 32 (60 %) respondentů, ve věkové skupině 46 -55 let tuto větu řeklo 39 (83 %) respondentů a ve věkové skupině 56 a více let odpověď *ano* označilo 5 (100 %) respondentů.

Otázka č. 10: Stalo se Vám, že jste klienta oslovili "dědo, babičko"?

Graf č. 7: Věk a oslovování seniorů.

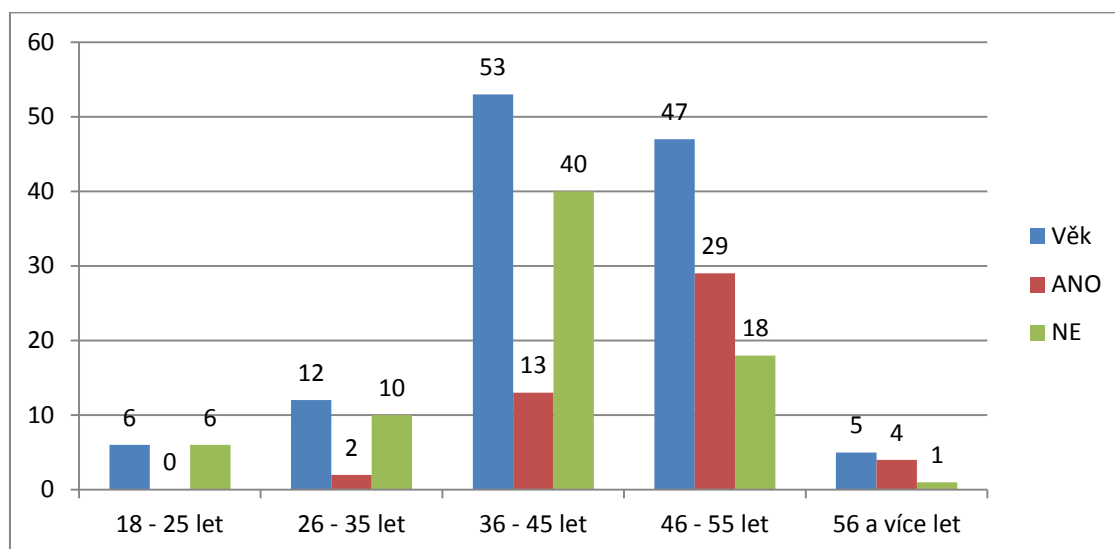


Zdroj: vlastní výzkum

Žádný z respondentů ve věkové skupině 18- 25 let, ve věkové skupině 26 - 35 ani ve věkové skupině 36 - 45 let nikdy neoslovil klienta "babi, dědo". Ve věkové skupině 46 - 55 let toto oslovení někdy za svoji profesní praxi užilo 5 (11 %) respondentů a ve věkové skupině 56 a více let dokonce 3 (60 %) respondenti.

Otázka č. 11: Vykonáváte někdy za klienta věci, které by zvládl sám?

Graf č. 8: Věk a úkony.



Zdroj: vlastní výzkum

Žádný z respondentů ve věkové skupině 18- 25 let nevykonává za klienta úkony, které je klient schopen vykonat samostatně. Ve věkové skupině 26 - 35 vykonávají za klienta zbytečně některé úkony 2 (17 %) respondenti. Uvedli variantu: *úspora času*, ve věkové skupině 36 - 45 let *ano* označilo 13 (25 %) respondentů z toho 8 uvedlo: *úspora času* a 5 uvedlo: *lítost z důvodu věku*. Ve věkové skupině 46 - 55 let odpověď *ano* uvedlo 29 (62 %) respondentů. Z toho 11 uvedlo: *úspora času* a 18 (38 %) uvedlo: *lítost z důvodu věku*. ve věkové skupině 56 a více let *ano* odpověděli 4 (80 %) respondenti. Z toho 1 uvedl: *úspora času* a 3 (60 %) uvedlo: *lítost z důvodu věku*.

Z výše uvedených výsledků vyplývá, že respondenti ve věkových skupinách 18 - 25 let a 26 - 35 let nemají **žádné tendence** k ageistickému chování. Dle nadefinovaných podmínek v operacionalizaci (kap. č. 5.3.), neuvedli žádnou pozitivní odpověď. **Hypotéza se potvrdila.**

Respondenti ve věkové skupině 36 - 45 let uvedli odpověď *ano* v jednom případě, tedy vykazují **mírné tendence k ageistickému chování**. **Hypotéza se potvrdila.**

U respondentů ve věkové skupině 46 - 55 let jsem očekávala také mírné tendence, ovšem kladnou odpověď uvedli ve dvou případech, tedy vykazují **značné tendence a v tomto případě se hypotéza nepotvrdila.**

Respondenti ve věkové skupině 56 a více let uvedli kladné odpovědi ve všech třech případech. Objevují se u nich **značné tendence a hypotéza se potvrdila.**

6.3 Třetí výzkumná otázka

VO3: Má délka praxe pracovníků přímé péče v zařízeních pro seniory Orlickoústeckého regionu vliv na zájem o vzdělávání v oblasti ageismu?

H3.1: Čím delší praxe na pozici pracovníka přímé péče, tím vyšší zájem o vzdělávání v oblasti ageismu.

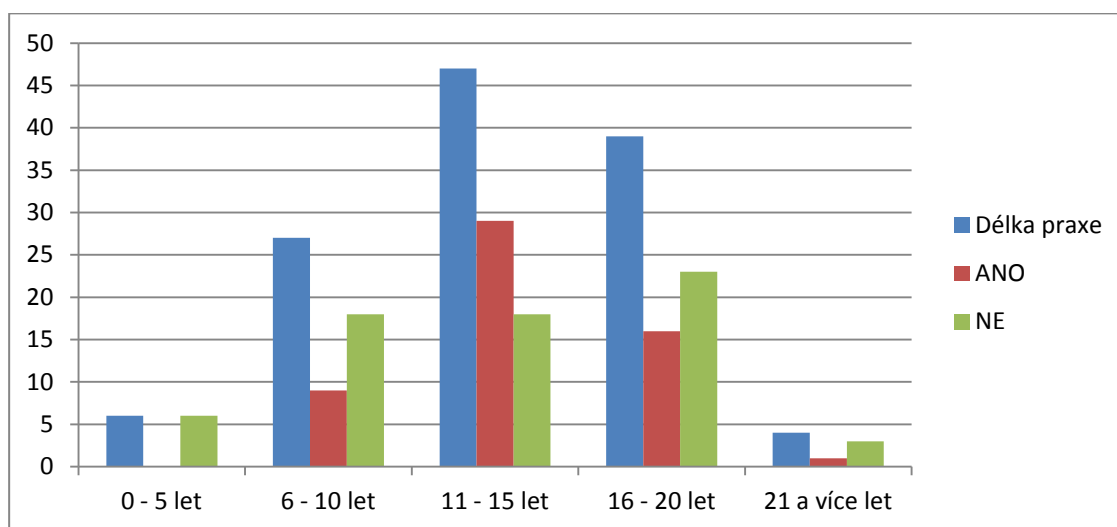
Tuto výzkumnou otázku ověřuji na základě porovnání otázky 2 spolu s otázkou 12. Výsledky prezentuji v tabulce, grafu a v následné slovní interpretaci.

Tabulka č. 5: Délka praxe pracovníků přímé péče.

Délka praxe	Počet respondentů (N)	Počet respondentů (%)
0 - 5 let	6	5 %
6 - 10 let	27	22 %
11 - 15 let	47	38 %
16 - 20 let	39	32 %
21 a více let	4	3 %
Celkem	123	100 %

Otázka č. 12: Jak často byste uvítala přednášky, semináře týkající se problematiky ageismu ?

Graf č. 9: Délka praxe na pozici pracovníka přímé péče a ochota vzdělávat se.



Zdroj: vlastní výzkum

Žádný z respondentů s délkou praxe na pozici pracovníka přímé péče v rozmezí 0 - 5 let nemá v současné době zájem o další vzdělávání v oblasti ageismu. Respondenti s délkou praxe 6 - 10 let mají zájem o další vzdělávání v 9 (33 %) případech. Respondenti s délkou praxe 11 - 15 let mají zájem o vzdělávání v 29 (62 %) případech. Z toho 21 (45 %) respondentů uvedlo: *jednorázové vzdělávání* a 8 uvedlo: *opakované vzdělávání*. Ve skupině s délkou praxe 16 - 20 let odpověď *ano* (mají zájem o vzdělání) uvedlo 16 (41 %) respondentů. Z toho 2 respondenti uvedli: *jednorázové vzdělávání* a 14 (36 %) uvedlo: *opakované vzdělávání*. V poslední skupině s délkou praxe 21 a více let *ano* odpověděl 1 (25 %) respondent. Tento respondent by uvítal *jednorázové vzdělávání* v oblasti ageismu.

Z výše uvedených výsledků vyplývá, že respondenti s délkou praxe 0 - 5 let a 6 - 10 let **nemají** v současné době zájem o další vzdělávání v oblasti ageismu. **Hypotéza se potvrdila.** Respondenti s délkou praxe 11 - 15 let uvedli odpověď *ano* v případě **jednorázového** vzdělávání v 21 (45 %) případech. **Hypotéza se potvrdila.**

Skupina pracovníků v rozmezí 16 - 20 let praxe vyžadují opakované vzdělávání ve 14 (36 %) případech. **Hypotéza se potvrdila.** Respondenti s délkou praxe 21 a více let uvedli odpověď *ano* v 1 (25 %) případě, avšak pouze **jednorázového** vzdělávání. **Hypotéza se nepotvrdila.**

6.4 Diskuse

Práce se snažila analyzovat ageismus u pracovníků přímé péče. Toto téma považuji za aktuální též s ohledem na Národní program přípravy na stárnutí (2008), který považuje ageismus v České republice za velmi rozšířený a snaha o jeho mírnění je proto jednou z jeho priorit.

Ve výzkumu jsem analyzovala povědomí pracovníků přímé péče o ageismu, tendence k ageistickému chování při výkonu jejich profese a jejich zájem o další vzdělávání v oblasti ageismu.

Cílovou skupinou mého výzkumu byli pracovníci přímé péče. Podle Pokorné se totiž v ošetrovatelské péči ageismus vyskytuje častěji než v běžné populaci (Pokorná, 2010, s. 73). Provedeným výzkumem jsem zjistila, že pracovníci přímé péče se základním vzděláním a středním odborným učilištěm nemají žádné povědomí o ageismu. Tento pojem neumí definovat a neznají jeho projevy. Jak uvádí Pokorná, primárním úkolem poskytovatelů péče by mělo být příznaky ageistického jednání ve vztahu k seniorům identifikovat (Pokorná, 2010, s. 80). Tomu musí předcházet znalost nebo alespoň povědomí o tomto pojmu. Levy dle Kabátové a Uríčkové uvádí, že pokud chceme snížit ageismus ve zdravotně sociální oblasti, musí pracovníci nejprve pochopit a přiznat si ageistické postoje u sebe samých. Pracovník přímé péče by si měl být vědom svých vlastních předsudků vůči seniorům a vhodným způsobem je snižovat. Ke snížení ageismu výrazně přispívá i vzdělávání pracovníků. Z tohoto důvodu navrhuji následnou andragogickou intervenci v podobě programu dalšího vzdělávání, a to v kapitole číslo 7.

Výsledky zkoumání dále ukazují na existenci ageistických tendencí v chování pracovníků přímé péče při výkonu jejich profese. Tyto tendence jsou intenzivnější u pracovníků vyššího věku. Výzkumem se potvrzuje též tvrzení Vidovičové dle Kalishe o "novém ageismu", že jsou to dobře míněné, neúměrně ochranné postoje vůči seniorům, které je staví do pasivní a submisivní role (Vidovičová 2008, s.113).

Respondenti totiž často vykonávají za seniory úkony, které by zvládli sami, a to nejenom z důvodu úspory času, ale také z důvodu lítosti nad jejich stářím a domnělou nemohoucností.

Pozitivně hodnotím ochotu pracovníků přímé péče se dále v této oblasti vzdělávat. Též v kontextu kapitoly číslo 3.2.2, kde uvádím zákonnou povinnost

zaměstnavatele zabezpečit další vzdělávání pracovníků v sociálních službách v rozsahu nejméně 24 hodin za kalendářní rok. Stejně tak Bicková, Čámský, Francová, Friedlová, Hlawizcka, Hofmanová, et. al., 2010, s. 192 považují pravidelné vzdělávání pracovníků přímé péče za nezbytné (Bicková, Čámský, Francová, Friedlová, Hlawizcka, Hofmanová, et. al., 2010, s. 192).

Příčinou nepotvrzení hypotézy, případně zkreslení zjištěných výsledků by mohl být fakt, že výsledky ve všech dotaznících mohly být ovlivněny snahou jevit se v lepším světle, popíráním nebo bagatelizací.

Nedostatkem výzkumu je 100 % zastoupení žen ve zkoumaném souboru. Získané výsledky nelze zobecňovat a je třeba dalšího zkoumání.

7 PROGRAM DALŠÍHO VZDĚLÁVÁNÍ S NÁZVEM STÁRNĚME BEZ AGEISMU!

V předcházející kapitole jsem dotazníkovým šetřením provedla analýzu povědomí pracovníků přímé péče o ageismu. Z výsledků vyplynulo, že pracovníci přímé péče se základním vzděláním a středním odborným učilištěm, kteří jsou v institucích na této pozici nejpočetněji zastoupenou skupinou, nemají povědomí o ageismu. Tendence k ageistickému chování v zaměstnání alespoň v mírné míře vykazují respondenti již ve věkové skupině od 36 let k otázce na možnost dalšího vzdělávání se respondenti s délkou praxe nad 11 let vyjádřili pozitivně.

Na základě výsledků dotazníkového šetření navrhuji v této kapitole program dalšího vzdělávání.

Program je určen pro pracovníky přímé péče institucí sociálních služeb v Orlickoústeckém regionu. Jeho cílem je zprostředkovat pracovníkům přímé péče informace o ageismu a naučit je, jak případným projevům ageismu předcházet. Dále program umožní rozšířit jejich poznatky v oblasti sebepoznání a sebeúcty a seznámí je se základními technikami prevence syndromu vyhoření, neboť tyto oblasti mohou být zdrojem ageistického chování. Absolvent tohoto programu se lépe uplatní jako pracovník v sociálních službách při poskytování přímé péče seniorům. Program dalšího vzdělávání nabízí rozšíření profesních kompetencí, nevytváří žádnou novou kvalifikaci.

Pro úplnost uvádím, že program dalšího vzdělávání je fiktivní, taktéž údaje o realizátorovi vzdělávací akce.

7.1 Identifikační údaje programu dalšího vzdělávání

Název realizátora	Vzdělávací agentura Viktoria s.r.o.
Adresa realizátora	Ústí nad Orlicí, Příčná 1304, PSČ: 562 06.
Název programu vzdělávací akce	STÁRNĚME BEZ AGEISMU !
Typ programu dalšího vzdělávání	Vzdělávací program prohlubující kvalifikaci.
Vstupní požadavky na uchazeče	Zaměstnan na pozici pracovníka přímé péče
Podmínky zdravotní způsobilosti uchazeče	Nejsou stanoveny
Forma studia	Kurz
Délka studia	18 hodin
Způsob ukončení	Osvědčení o absolvování programu
Získaná kvalifikace	Nezvyšuje se

7.2 Profil absolventa

Účastník (pracovník přímé péče), který absolvuje celý vzdělávací program, bude vybaven teoretickými informacemi o ageismu, poznatky z oblasti sebepoznání a sebeúcty a základními technikami prevence syndromu vyhoření. Program dalšího vzdělávání směřuje k tomu, aby jeho absolvent byl odborně zdatným pracovníkem přímé péče s odpovídajícími informacemi o ageismu a schopností rozlišovat své diskriminační chování a eliminovat jej. Dokáže respektovat vlastní odborné i osobnostní hranice.

Absolvent

- definuje pojem ageismus,
- identifikuje projevy ageismu,
- aplikuje získané vědomosti v praxi,

- aplikuje hlavní principy etiky sociální práce při jejím výkonu,
- pracuje samostatně i v týmu,
- účinně zvládá stres s cílem zabránit vzniku syndromu vyhoření.

7.3 Charakteristika programu dalšího vzdělávání

Pojetí a cíle vzdělávacího programu

Cílem vzdělávacího programu je připravit pracovníky na výkon činnosti v přímé péči a zkvalitnit jejich pracovní výkon. Zahrnuje v sobě vzdělávací moduly v oblasti ageismu, podpory sebeúcty a prevence syndromu vyhoření.

Cílem vzdělávacího programu je odpoutat lidskou mysl od zaběhlých a nebezpečných stereotypních vzorců v myšlení a chování lidí. Motivovat pracovníky k práci na svém dalším profesním i osobním růstu a rozvoji.

Práce probíhá ve skupině, která umožňuje porovnávání názorů a postupů, pomáhá při vytváření náhledu a zprostředkovává zpětnou vazbu.

Charakteristika obsahu vzdělávacího programu

Vzdělávací program je složen ze tří samostatných modulů. Moduly nabízejí penzum informací a sebezkušenost.

Obsah vzdělávacího programu je rozdělen do tří modulů, přičemž všechny jsou povinné:

- Problematika ageismu.
- Sebepoznání a rozvoj sebeúcty.
- Prevence syndromu vyhoření.

Charakteristika jednotlivých modulů:

Problematika ageismu

Tento modul je stěžejní částí programu dalšího vzdělávání. Je vypracován na základě zjištění, že povědomí nejpočetnější skupiny pracovníků přímé péče o ageismu je žádné nebo minimální. Cílem modulu je zprostředkovat pracovníkům správné informace o ageismu a zvýšit tak jejich povědomí o dané problematice. Nabyté

povědomí pomůže pragmaticky zamezit negativním stereotypům v myšlení a chování pracovníků.

Sebepoznání a rozvoj sebeúcty

Cílem modulu je odpoutat lidskou mysl, prožívání a chování od zaběhlých stereotypních vzorců, které mohou být zdrojem ageistického chování. Motivovat účastníky k práci na svém osobním růstu. Posilovat důvěru v sebe sama a ve své schopnosti. Uvolnit stres a vést k vytváření nadhledu ve stresových situacích.

Prevence syndromu vyhoření

Modul staví na základech psychohygieny, na zásadách výkonu efektivní práce, respektuje přirozenost osobnosti a poskytuje návody ke zdravému životnímu stylu. Techniky prevence syndromu vyhoření jsou účinným nástrojem eliminace vzniku tendencí k ageistickému chování. Cílem je vytvoření odolnosti vůči stresovým faktorům běžného života i práce, poznání vlastních potřeb a vědomá práce na budování odolnosti ve fyzické i psychické rovině. Modul zahrnuje bioenergetická cvičení a techniky relaxace.

Organizace výuky

Výuka probíhá v prostorách zařízení v České Třebové. Hodinová dotace celého programu dalšího vzdělávání činí 18 hodin výuky. Moduly jsou organizovány do šestihodinových bloků. Bloky jsou dále rozděleny na přímou práci v trvání 1,5 hodiny a přestávku 15-20 minut.

Metodické postupy výuky a postupy hodnocení výsledků výuky

Lektoři používají metodu frontálního výkladu kombinovanou rozechřívajícími technikami a technikami interaktivní praktické práce. Skupina těží ze zkušenosti a schopnosti vhledu a improvizace lektora a zároveň přináší množství podnětů a návrhů řešení zadaných úkolů. Realizuje se v komunitním kruhu, v různě velkých skupinách, individuálním způsobem. Stěžejní část práce tkví v teoretickém předávání informací o problematice ageismu, v praktických technikách, ve kterých pracovníci sami reflektují svoje osobnostní a profesionální nastavení a efektivní výkon.

Hodnocení jednotlivých modulů proběhne formou evaluace⁶ a autoevaluace jednotlivých pracovníků.

Vstupní předpoklady

Účastník programu musí být zaměstnán na pozici pracovníka přímé péče.

7.4 Učební plán

Vzdělávací agentura Viktoria s.r.o.	Příčná 1304, Ústí nad Orlicí, PSČ:562 06
STÁRNĚME BEZ AGEISMU!	

Název modulu	kód modulu	hodinové dotace			ukončení modulu
		teorie	praxe	samo-studium	

Problematika ageismu	PA	6	-	-	Evaluace, sebeevaluace.
Sebepoznání a rozvoj sebeúcty	SRS	6	-	-	Evaluace, sebeevaluace.
Prevence syndromu vyhoření	PSV	6			Evaluace, sebeevaluace.
					součet
		18			CELKEM

⁶ viz. příloha číslo 3

7.5 Moduly programu dalšího vzdělávání

název modulu	Problematika ageismu	kód	PA
délka modulu	6 hod	platnost	1.1.2016
typ modulu	povinný		
vstupní předpoklady	Účastník programu musí být zaměstnán na pozici pracovníka přímé péče.		
Stručná anotace vymezující cíle modulu Tento modul je stěžejní částí programu dalšího vzdělávání. Je vypracován na základě zjištění, že povědomí nejpočetnější skupiny pracovníků přímé péče o ageismu je žádné nebo minimální. Cílem modulu je zprostředkovat pracovníkům správné informace o ageismu a zvýšit tak jejich povědomí o dané problematice. Nabyté povědomí pomůže pragmaticky zamezit negativním stereotypům v myšlení a chování pracovníků.			
Předpokládané výsledky výuky Absolvent modulu bude schopen: - definovat pojem ageismus a identifikovat projevy ageismu, - rozpoznávat správné a diskriminační chování, - aplikovat získané vědomosti v praxi,			
Učivo / obsah výuky 1. Pojem stáří a stárnutí. 2. Stereotypy stáří a mýty o stáří. 3. Pojem ageismus.			
Doporučené postupy výuky Teoretický výklad lektora. Práce s textem.			
Způsob ukončení modulu Evaluace a autoevaluace			

Doporučená literatura a informační zdroje

Haškovcová, H. (2012). *Sociální gerontologie, aneb, Senioři mezi námi*. Praha: Galén.

Kutnohorská, J. (2013). *Multikulturní ošetřovatelství pro praxi*. Praha: Grada Publishing, a.s.

Tošnerová, T. (2002). *Ageismus: průvodce stereotypy a mýty o stáří*. Praha: Ambulance pro poruchy paměti.

Vidovičová, L. (2008). *Stárnutí, věk a diskriminace - nové souvislosti*. Brno: Masarykova univerzita, Mezinárodní politologický ústav.

Vidovičová, L. & Rabušic, L. (2005). *Věková diskriminace - ageismus: úvod do teorie a výskyt diskriminačních přístupů ve vybraných oblastech s důrazem na pracovní trh*. Praha: VÚPSV, výzkumné centrum Brno.

název modulu	Sebepoznání a rozvoj sebeúcty	kód	SRS
délka modulu	6 hodin	platnost	1.1.2016
typ modulu	povinný		
vstupní předpoklady	Účastník programu musí být zaměstnán na pozici pracovníka přímé péče.		

Stručná anotace vymezující cíle modulu

Cílem modulu je odpoutat lidskou mysl, prožívání a chování od zaběhlých stereotypních vzorců. Motivovat účastníky k práci na svém osobním růstu. Posilovat důvěru v sebe sama a ve své schopnosti. Vytvořit atmosféru tvořivého kooperativního učení s paměťovým efektem. Uvolnit stres a vést k vytváření nadhledu ve stresových situacích.

Předpokládané výsledky výuky

Absolvent modulu bude schopen:

- uvědomit si a pojmenovat zdroje negativních emocí,
- najít příčiny nedostatku sebeúcty,
- vytvořit si náhled na své chování.

Učivo / obsah výukySeznamovací techniky:

Kdo jsem – cvičení sociální percepce

To jsem já – vizitka, inzerát

Dialogové kreslení ve dvojici

Techniky posilující podporu sebeúcty:

Vnitřní úsměv – Slunečnice

Trojnožka životní spokojenosti

4 základní závislosti

Co mě povznáší – co mě táhne ke dnu

Nechci se chlubit, ale...

Brašna s náradím na údržbu sebeúcty

Doporučené postupy výuky

Skupinová práce v komunitním kruhu.

Práce v různě velkých skupinách podle cíle a možnosti používaných technik.

Individuální práce s pracovními listy.

Způsob ukončení modulu

Evaluace a autoevaluace.

Studijní literatura

Bakalář, E. (2000). *Předposlední psychohry. Společenské hry pro všestranný rozvoj osobnosti*. Praha: Portál.

Berne, E. (1992). *Jak si lidé hrají*. 2. vyd. Liberec: Dialog.

Hermochová, S. (1994). *Hry pro život 1, 2*. 2. vyd. Praha: Portál.

Kolařík, M. (2013). *Interakční psychologický výcvik pro praxi*. Praha: Grada Publishing a.s.

Slaměník, I. (2011). *Emoce a interpersonální vztahy*. Praha: Grada Publishing a.s.

název modulu	Prevence syndromu vyhoření	kód	PSV
délka modulu	6 hodin	platnost	1.1.2016
typ modulu	Povinný		
vstupní předpoklady	Účastník programu musí být zaměstnán na pozici pracovníka přímé péče.		
Stručná anotace vymezující cíle modulu			
Modul staví na základech psychohygieny, na zásadách výkonu efektivní práce, respektuje přirozenost osobnosti a poskytuje návody ke zdravému životnímu stylu. Cílem je vytvoření odolnosti vůči stresovým faktorům běžného života i práce, poznání vlastních potřeb a vědomá práce na budování odolnosti ve fyzické i psychické rovině. Modul zahrnuje bioenergetická cvičení a techniky relaxace.			
Předpokládané výsledky výuky			
Absolvent modulu bude schopen:			
- popsat své slabé stránky, - pojmenovat stresové faktory, - eliminovat stresové faktory dostupnými prostředky, - použít techniky prevence syndromu vyhoření.			
Učivo / obsah výuky			
1. Stres a my			
Teoretický průvodce potřebnosti a škodlivosti tlaku a nervozity, neuspokojování potřeb a nedostatku pozitivní zpětné vazby.			
Komunikační pravidla jako prevence syndromu vyhoření			
2. My a práce, vztahy, volný čas			
Vzorec cesty			
Pole společné práce			
3. Techniky prevence syndromu vyhoření			

Ukotvení smyslů

Relaxace, meditace

Pohyb a rytmus

4. Vyhořelé se nedá hasit....

Co se „hasí“ a co se staví nové

Kdo a co jak pomáhá

Doporučené postupy výuky

Skupinová práce v komunitním kruhu.

Práce v různě velkých skupinách podle cíle a možnosti používaných technik.

Individuální práce s pracovními listy.

Způsob ukončení modulu

Evaluace a autoevaluace.

Doporučená literatura a informační zdroje

Jeklová, M. & Reitmayerová, E. (2006). *Syndrom vyhoření*. Praha: Vzdělávací institut ochrany dětí.

Kebza, V. & Šolcová, I. (2003). *Syndrom vyhoření*. 2. rozšířené a doplněné vydání. Praha: Státní zdravotní ústav.

Maroon, I. (2012). *Syndrom vyhoření u sociálních pracovníků*. Praha: Portál.

Stock, Ch. (2010). *Syndrom vyhoření a jak jej zvládnout*. Praha: Grada Publishing a.s.

Kalwass, A. (2007). *Syndrom vyhoření v práci a v osobním životě*. Praha: Portál.

ZÁVĚR

Předmětem diplomové práce byl ageismus a objektem zkoumání pracovníci přímé péče. Jako cíl jsem si stanovila *analyzovat povědomí pracovníků přímé péče v zařízeních sociální péče v Orlickoústeckém regionu o ageismu a navrhnout program dalšího vzdělávání.*

Ageismus je v České republice velmi rozšířený a snaha o jeho mírnění je proto jednou z priorit Národního programu přípravy na stárnutí (2008). Lidé se dožívají vyššího věku, starších lidí přibývá. Zároveň jsou díky pokrokům v medicíně a změnám v životním stylu senioři zdravější a aktivnější. Přesto se nezdá, že by společnost upouštěla od stereotypních představ o seniorech. Naopak média často mluví o vztazích mezi generacemi v termínech jako mezigenerační konflikt, nebo dokonce válka generací, zejména s důrazem na projevy znevažování a diskriminace seniorů mladými lidmi (Trusínová, 2013).

V České republice žije přes 1,5 milionu lidí starších 65 let a lidí v této věkové kategorii bude přibývat. O stárnutí se přitom často mluví jako o hrozbě a stáří je vnímáno jako něco negativního. Též z tohoto důvodu jsem pro svoji diplomovou práci volila téma stáří, konkrétně pojem ageismus, který definuji v teoretické části práce.

Pohled na stáří se liší v různých dobách a různých kulturách, např. podle japonské filozofie je poslední třetina lidského života nejdůležitější, protože člověk v této fázi přetváří svět k lepšímu. Z těchto slov lze jistě rozpoznat respekt ke stáří. (Pokorná, 2010, s. 71).

Cíl práce naplňuji především v empirické části, kde výsledkem výzkumného šetření bylo mimo jiné zjištění, že pracovníci přímé péče se základním vzděláním nemají povědomí o ageismu. S rostoucím vzděláním se povědomí pracovníků přímé péče o ageismu zvyšuje. Přesto vykazují pracovníci tendence k ageistickému chování na pracovišti a to především v důsledku stereotypů a mýtů o stáří. S ohledem na výsledky kvantitativního šetření byl zpracován program dalšího vzdělávání v problematice ageismu s názvem STÁRNĚME BEZ AGEISMU. Tento vzdělávací program nabízí účastníkům nejenom možnost rozšířit si své znalosti o ageismu, ale také osvojit si dovednosti, kterými lze projevy ageismu eliminovat.

ANOTACE DIPLOMOVÉ PRÁCE

Jméno a příjmení autora: Bc. Romana Smolová

Název fakulty: Filozofická fakulta

Název katedry: Katedra sociologie, andragogiky a kulturní antropologie

Název práce: Ageismus a pracovníci přímé péče

Vedoucí práce: PhDr. et Mgr. Naděžda Špatenková, Ph.D.

Počet znaků: 170 767

Počet příloh: 3

Počet použitých zdrojů: 62

Klíčová slova: ageismus, stáří, stereotypy stáří, mýty o stáří, pracovník přímé péče, další vzdělávání.

Anotace:

Diplomová práce se zabývá analýzou povědomí pracovníků přímé péče o ageismu a návrhem programu dalšího vzdělávání. Práce je rozdělena na teoretickou a empirickou část.

Teoreticky zaměřené kapitoly se zabývají vymezením pojmu stáří v kontextu s mýty a stereotypy stáří. Stěžejní kapitolou deskriptivní části práce je kapitola pojednávající o ageismu. Akcent je kladen na vymezení pojmu ve vztahu k vlastnímu sebepojetí a ve zdravotně sociální oblasti. Důležitou částí práce je též kapitola zabývající se eliminací tohoto jevu. Ta zahrnuje již zmíněné oblasti osobních možností a dále pak možností v oblasti zdravotně sociální. Vzhledem k názvu *Ageismus a pracovníci přímé péče* práce pojednává také o pracovnících přímé péče. v kapitole jsou popsány mimo jiné kvalifikační předpoklady, úskalí pracovníků přímé péče, etické zásady, aj.

V empirické části diplomové práce jsou prezentovány výsledky kvantitativního výzkumu. Pro dosažení cíle byl proveden kvantitativní výzkum, který analyzoval povědomí pracovníků přímé péče v institucích sociální péče Orlickoústeckého regionu o ageismu. Na základě zjištěné potřeby dalšího vzdělávání pracovníků přímé péče v oblasti ageismu byl zpracován program dalšího vzdělávání s názvem STÁRNĚME BEZ AGEISMU.

ANNOTATION

Name of the Author: Bc. Romana Smolová

Faculty: Faculty of Arts

Department: Department of Sociology, Andragogy and Cultural Anthropology

Title of the Thesis: Ageism and Direct Care Workers

Consultant: PhDr. et Mgr. Naděžda Špatenková, Ph.D.

Number of Characters: 170 767

Number of Appendices: 3

Number of Sources: 62

Key Terms: ageism, old age, old age stereotypes, old age myths, direct care worker, further education

Annotation:

The thesis aims at the analysis of direct care workers' knowledge of ageism and the proposal for follow-up educational programme. The thesis is divided into the theoretical and the practical part.

The chapters in the theoretical part are focused on the definition of old age in the context of old age myths and stereotypes. The most important chapter in the descriptive part of the thesis deals with ageism. It emphasizes its meaning in relation to one's self-concept and its impact in social and health care fields. Another significant chapter covers the theme of eliminating ageism. It includes the above mentioned spheres of personal opportunities and options in social and health care fields. As the title suggests, it also deals with direct care workers. The chapter about them describes their necessary qualification, difficulties of their work, ethical principles, etc.

The empirical part of the thesis presents results of quantitative research that was aimed at finding out, how much direct care workers in social care facilities in Orlickoústecko region know about ageism. It came out that further education of these people about ageism is needed. a follow- up educational programme „Getting Old Together without ageism“ was developed on the basis of this conclusion.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY A DALŠÍCH ZDROJŮ

Allport, G. W. (2004). *O povaze předsudků*. Praha: Prostor.

APSS ČR (n.d.). Institut vzdělávání [online] [cit. 2016-01-10] dostupné z: <http://www.apsscr.cz/cz/konference-a-kongresy-a-seminare/institut-vzdelavani>.

Bicková & Čámský & Francová & Friedlová & Hlawiczka & Hofmanová & Horecký & Husáková & Kainráthová & Kalvach & Klufová & Kozlová & Kubíková & Merkhautová & Mlejnková & Mrazíková & Novotný & Pelíšková & Procházková & P. Průša, & Roytová & Sembdner & Soukupová & Svět & Špotová & Vítová & Vybíral & Zajíc. (2010). *Pečovatelská služba v České republice*. Vydala Asociace poskytovatelů sociálních služeb České republiky.

Čevela, R. & Kalvach, Z. & Čeledová, L. (2012). *Sociální gerontologie: úvod do problematiky*. Praha: Grada Publishing, a.s.

Český statistický úřad, Senioři v Pardubickém kraji 2015, čj. 30/2015 -7901

Devito, J. A. (2008). *Základy mezilidské komunikace*. 6. vyd., Praha: Grada Publishing, a.s.

Domov pro seniory Elišky Purkyňové (n.d.). Standardy kvality sociálních služeb [online] [cit. 2016-01-10] dostupné z: <http://www.dsepurkynove.cz/sq5.html>.

Dvořáčková, D. (2012). *Kvalita života seniorů: v domovech pro seniory*. Praha: Grada Publishing, a.s.

Haškovcová, H. (1990). *Fenomén stáří*. Praha: Panorama.

Haškovcová, H. (2010). *Fenomén stáří*. 2. vyd., Havlíček Brain Team.

Haškovcová, H. (2012). *Sociální gerontologie, aneb, Senioři mezi námi*. Praha: Galén.

Haney M. & Alpaugh McDonald P. (1997). *Counseling the older adult. a training manual in clinical gerontology*. 2nd ed.p.cm. Jossey-Bass Publishers San Francisco.

Hauke, M. (2011). *Pečovatelská služba a individuální plánování*. Praha: Grada Publishing, a.s.

Hauke, M. (2014). *Zvládání problémových situací se seniory: nejen v pečovatelských službách*. Praha: Grada Publishing, a.s.

- Havránek, B. (1989). *Slovník spisovného jazyka českého*. Praha: Academia.
- Holasová, V. (2014). *Kvalita v sociální práci a v sociálních službách*. Praha: Grada Publishing, a.s.
- Holczerová, V. & Dvořáčková, D. (2013). *Volnočasové aktivity pro seniory*. Praha: Grada Publishing, a.s.
- Hooyman, N. R. & Kiyak H. A. (2011). *Social Gerontology a multidisciplinary perspective*. 9th ed.p.cm. Pearson Education, Inc., publishing as Allyn & Bacon.
- Johnová, M. (2011). Individuální plánování - utajovaná síla sociální práce. *Sociální práce*, časopis sociální práce, 11(3), s. 5.
- Kabátová, O. & Uričková, A. (2013), Ageismus - věkově podmíněná diskriminace [online] In *zdravi.e15.cz* [cit. 2016-01-08] dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/ageismus-vekove-podminena-diskriminace-470127>.
- Kadrnožková, L. (2015). Senior jako oběť domácího násilí na Lince seniorů. *Sociální služby*, 17(1), 18-19.
- Kalvach, Z. & Zadák, Z. Jiráček R. & Zavázalová, R. & Holmerová I. & Weber P., spol. Geriatrické syndromy a geriatrický pacient. Praha: Grada Publishing, a.s.
- Křivohlavý, J. (2011). *Stárnutí z pohledu pozitivní psychologie. Možnosti, které čekají*. Praha: Grada Publishing, a.s.
- Kupka, M. (2014). *Psychosociální aspekty paliativní péče*. Pardubice: Grada Publishing, a.s.
- Kutnohorská, J. (2009). *Výzkum v ošetrovatelství*. Praha: Grada Publishing, a.s.
- Kutnohorská, J. (2013). *Multikulturní ošetrovatelství pro praxi*. Praha: Grada Publishing, a.s.
- Langmeier, J. & Krejčířová, D. (1998). *Vývojová psychologie*. 3. přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s.
- Mahrová, G. & Venglářová, M. (2008). *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. Praha: Grada Publishing, a.s.
- Malíková, E. (2011). *Péče o seniory v pobytových a sociálních zařízeních*. Praha: Grada Publishing, a.s.

Mikuláščík, M. (2010). *Komunikační dovednosti v praxi*. 2. doplněné a přepracované vydání, Praha: Grada Publishing, a.s.

MPSV. Národní strategie podporující pozitivní stárnutí pro období let 2013 až 2017. [online] In *Ministerstvo práce a sociálních věcí*. 18.06.2012. [cit. 2016-01-10] dostupné z: http://www.mpsv.cz/files/clanky/13099/Teze_NS.pdf.

Myšička, B. (2005). *Výklad MPSV k zařazování zaměstnanců, kteří vykonávají přímou obslužnou péči o klienty v zařízeních sociální péče* (Ústavy sociální péče, domovy důchodců) do povolání a příslušné platové třídy, [online] In *MPSV* [cit. 2016-01-12] dostupné z: <http://www.mpsv.cz/cs/66>.

Mlýnková, J. (2011). *Péče o staré občany. Učebnice pro obor sociální činnost*. Praha: Grada Publishing, a.s.

Novák, T. (2014). *Jak (ne)rozumět emocím stárnoucích rodičů*. 1. Praha: Grada Publishing, a.s.

Nováková, R. (2008). *Pečovatelsví I*. Praha: Triton.

Ondrušková, J. (2011). *Stáří a smysl života*, Praha: Karolinum.

Pacovský, V. & Heřmanová, H. (1981). *Gerontologie*. Praha: Avicenum.

Palmore, E. B. (1999). *Ageism: negative and positive*. 2nd ed. New York: Springer.

Plamínek, J. (2014). *Vzdělávání dospělých*. 2. rozšířené vydání. Praha: Grada

Projekt (2013). *Bedekr aktivního stárnutí*. Praha: Grada Publishing, a.s.

Pokorná, A. (2010). *Komunikace se seniory*. Praha: Grada Publishing, a.s.

Ptáček, R. & Bartůněk, P. a kol. (2014). *Etické problémy medicíny na prahu 21. století*. Praha: Grada Publishing, a.s.

Příbyl, H. (2015). *Lidské potřeby ve stáří*. Maxdorf s.r.o.

Sak, P. & Kolesárová, K. (2012). *Sociologie stáří a seniorů*, Praha: Grada Publishing, a.s.

Stíbalová, K. (2010). Co je Burnout syndrom. *Sociální služby*, 12(1), 20-21.

Stuart-Hamilton, I. (1999). *Psychologie stárnutí*. Praha: Portál.

Šiklová, J. (2015). Násilí na seniorech. *Sociální služby*, 17(1), 12.

- Špatenková, N. & Smékalová, L. (2014). *Edukace seniorů*. Praha: Grada Publishing, a.s.
- Štarková, P. (2015). Burnout syndrom aneb Jak pomáhat a nevyhořet. *Sociální služby*, 17(3), 30.
- Tošner, J. (2013). *Metodika supervize v sociálních službách v podmínkách projektu Podpora transformace sociálních služeb v letech 2011 - 2013*. MPSV ČR.
- Tošnerová, T. (2002). *Ageismus: průvodce stereotypy a mýty o stáří*. Praha: Ambulance pro poruchy paměti.
- Tošnerová, T. (2009). *Jak si vychutnat seniorská léta*. Brno: Computer Press.
- Vágnerová, M. (2000). *Vývojová psychologie: dětství, dospělost, stáří*. Praha: Portál.
- Trusinová, R. (2013), Stáří mladýma očima: Zdroje nevraživosti mladých k seniorům [online] In *antropoweb.cz* [cit. 2015-11-06] dostupné z: <http://www.antropoweb.cz/cs/stari-mladyma-ocima-zdroje-nevrazivosti-mladych-k-seniorum>.
- Venglářová, M. (2007). *Problematické situace v péči o seniory: příručka pro zdravotnické a sociální pracovníky*. Praha: Grada Publishing, a.s.
- Venglářová, M. a kol. (2011). *Sestry v nouzi. Syndrom vyhoření, mobbing, bossing*. Praha: Grada Publishing, a.s.
- Vidovičová, L. (2008). *Stárnutí, věk a diskriminace - nové souvislosti*. Brno: Masarykova univerzita, Mezinárodní politologický ústav.
- Vidovičová, L. & Rabušic, L. (2005). *Věková diskriminace - ageismus: úvod do teorie a výskyt diskriminačních přístupů ve vybraných oblastech s důrazem na pracovní trh*. Praha: VÚPSV, výzkumné centrum Brno.
- Wolf, J. (1982). *Umění žít a stárnout*. Praha: Svoboda.
- Zákon číslo 10/2006 Sb., o sociálních službách.
- Zákon číslo 89/2012 Sb., občanské zákoník.
- Vyhláška číslo 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách

SEZNAM TABULEK, OBRÁZKŮ A GRAFŮ

Tabulka 1: Předsudky dle Palmoreho	14
Obrázek č. 1: Zdroje sebepojetí	22
Obrázek č. 2: Strategie podporující pozitivní stárnutí	39
Obrázek č. 3: Cíl společné práce	44
Obrázek č. 4 Vzdělání PPP	58
Obrázek č. 5 Povědomí PPP	59
Obrázek č.6. Věk PPP	61
Obrázek č. 7. Tendence k ageistickému chování	62
Obrázek č. 8 Délka praxe PPP	63
Obrázek č. 9 Zájem o další vzdělávání	64
Tabulka 2: Návratnost dotazníků	66
Tabulka č. 3: Vzdělání pracovníků přímé péče.	67
Graf č. 1: Vzdělání pracovníků přímé péče a podstata ageismu.	67
Graf č. 2: Vzdělání pracovníků přímé péče a projevy ageismu.	68
Graf č. 3: Vzdělání pracovníků přímé péče a střet s ageismem.	69
Graf č. 4: Vzdělání pracovníků přímé péče a společenské vnímání.	70
Graf č. 5: Vzdělání pracovníků přímé péče a mýty a stereotypy stárání.	71
Tabulka č. 4: Věk pracovníků přímé péče.	72
Graf č. 6: Věk a tendence k ageistickému chování.	73
Graf č. 7: Věk a oslovování seniorů.	73
Graf č. 8: Věk a úkony.	74
Tabulka č. 5: Délka praxe pracovníků přímé péče.	75
Graf č. 9: Délka praxe na pozici pracovníka přímé péče a ochota vzdělávat se.....	76

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha číslo 1: Etický kodex sociálních pracovníků

Příloha číslo 2: Dotazník pro PPP

Příloha číslo 3: Evaluace programu dalšího vzdělávání

PŘÍLOHY

Příloha č. 1

ETICKÝ KODEX PRACOVNÍKŮ v SOCIÁLNÍCH SLUŽBÁCH

Je součástí standardu číslo 1

1. Etické zásady

1.1. Sociální práce je založena na hodnotách demokracie, lidských práv a sociální spravedlnosti. Pracovníci v sociálních službách proto dbají na dodržování lidských práv u skupin a jednotlivců.

1.2. Pracovník v sociálních službách respektuje jedinečnost každého člověk bez ohledu na jeho původ, etnickou příslušnost, rasu či barvu pleti, mateřský jazyk, **věk**, pohlaví, rodinný stav, sexuální orientaci, ekonomickou situaci, náboženské a politické přesvědčení a **bez ohledu na to, jak se podílí na životě celé společnosti**.

1.3. Pracovník v sociálních službách respektuje právo každého jedince na seberealizaci v takové míře, aby nedocházelo k omezení stejného práva druhých osob.

1.4. Pracovník v sociálních službách pomáhá jednotlivcům, skupinám, komunitám a sdružení občanů svými znalostmi, dovednostmi a zkušenostmi při jejich rozvoji a při řešení konfliktů jednotlivců se společností a jejich následků.

1.5. Pracovník v sociálních službách dává přednost profesionální odpovědnosti před svými soukromými zájmy. Služby poskytuje a nejvyšší odborné úrovni.

2. Pravidla etického chování pracovníka v sociálních službách

2.1. ve vztahu ke uživateli

2.1.1. Pracovník v soc. službách podporuje své uživatele k vědomí vlastní odpovědnosti.

2.1.2. Pracovník v soc. službách jedná tak, aby chránil důstojnost a lidská práva svých uživatelů.

2.1.3. Pracovník v soc. službách pomáhá se stejným úsilím a bez jakékoliv formy diskriminace všem uživatelům. Pracovník v soc. službách jedná s každým člověkem jako s celostní bytostí. Zajímá se o celého člověka v rámci rodiny, komunity a společenského a přirozeného prostředí a usiluje o rozpoznání všech aspektů života

člověka. Pracovník v soc. službách se zaměřuje na silné stránky jednotlivců, skupin a komunit a tak podporuje jejich zmocnění.

2.1.4. Chrání právo uživatele na soukromí a důvěrnost jeho sdělení. Data a informace požaduje s ohledem na potřebnost při zajištění služeb, které mají být uživateli poskytnuty a informuje ho o jejich potřebnosti a použití. Žádnou informaci o uživateli neposkytuje bez jeho souhlasu.

2.1.5. Pracovník v soc. službách podporuje uživatele při využívání všech služeb a dávek sociálního zabezpečení, na které mají nárok, a to nejen od instituce, ve které jsou zaměstnání, ale i ostatních příslušných zdrojů. Poučí uživatele o povinnostech, které vyplývají z takto poskytnutých služeb a dávek. Podporuje uživatele při řešení problémů týkajících se dalších sfér jeho života.

2.1.6. Pracovník v soc. službách podporuje uživatele při hledání možností jejich zapojení do procesu řešení jejich problémů.

2.1.7. Pracovník v soc. službách je si vědom svých odborných a profesních omezení. Pokud s uživatelem nemůže sám pracovat, předá mu informace o dalších formách pomoci. Pracovník v soc. službách jedná s uživateli, kteří používají jejich služby s účastí, empatií a péčí.

2.2. ve vztahu ke svému zaměstnavateli

2.2.1. Pracovník v soc. službách odpovědně plní své povinnosti vyplývající ze závazku ke svému zaměstnavateli.

2.2.2. v zaměstnavatelské organizaci spolupůsobí při vytváření takových podmínek, které umožní pracovníkům v soc. službách v ní zaměstnaných přijmout a uplatňovat úroveň služeb poskytovaných uživatelům.

2.3. ve vztahu ke kolegům

2.3.1. Pracovník v soc. službách respektuje znalosti a zkušenosti svých kolegů a ostatních odborných pracovníků. Vyhledává a rozšiřuje spolupráci s nimi a tím zvyšuje kvalitu poskytovaných sociálních služeb.

2.3.2. Respektuje rozdíly v názorech a praktické činnosti kolegů a ostatních odborných pracovníků. Kritické připomínky k nim vyjadřuje na vhodném místě vhodným způsobem.

2.3.3. Pracovník v soc. službách iniciuje a zapojuje se do diskuzí týkajících se etiky se svými kolegy a zaměstnavateli a je zodpovědný za to, že jeho rozhodnutí budou eticky podložena.

2.4. ve vztahu ke svému povolání a odbornosti

2.4.1. Pracovník v soc. službách dbá na udržení a zvyšování prestiže svého povolání.

2.4.2. Neustále se snaží o udržení a zvýšení odborné úrovně sociální práce a uplatňování nových přístupů a metod.

2.4.3. Je zodpovědný za své soustavné celoživotní vzdělávání a výcvik, což je základ pro udržení stanovené úrovně odborné práce a schopnosti řešit etické problémy.

2.4.4. Pro svůj odborný růst využívá znalosti a dovednosti svých kolegů a jiných odborníků, naopak své znalosti a dovednosti rozšiřuje v celé oblasti sociální práce.

2.5. ve vztahu ke společnosti

2.5.1. Pracovník v soc. službách má právo i povinnosti upozorňovat širokou veřejnost a příslušné orgány na případy porušování zákonů a oprávněných zájmů občanů

3. Závěr

3.1. Etický kodex je pro každého pracovníka závazný a jeho nedodržování by bylo posuzováno jako porušení pracovní kázně se všemi vyplývajícími důsledky.

3.2. Všichni zaměstnanci pečují o uživatele ve smyslu etického kodexu. Práce zaměstnanců v sociální péči nemůže být vykonávána pouze podle předpisů a norem, ale ještě více záleží na etice, chování, trpělivosti a obětavosti při péči o naše obyvatele.

Vážení respondenti,

obracím se na Vás s prosbou o spolupráci a o vyplnění níže uvedeného dotazníku, který bude použit při zpracování mé diplomové práce na téma "Ageismus a pracovníci přímé péče". Vážím si Vašeho času, proto je níže uvedený dotazník formulován tak, že Vám zabere jeho vyplnění pouze několik minut.

Tento dotazník má pomoci naplnit cíl práce: **na základě analýzy povědomí pracovníků přímé péče zařízení sociálních služeb Orlickoústeckého regionu o ageismu navrhnout program dalšího vzdělávání.**

Předem Vám děkuji za Váš čas a ochotu vyplnit dotazník.

Romana Smolová

Dotazníkové šetření:

1) Jaké máte nejvyšší dosažené vzdělání?

- a) ZŠ + akreditovaný kurz pracovníka v přímé péči
- b) SOU + akreditovaný kurz pracovníka v přímé péči
- c) SŠ s maturitou v oboru sociální práce
- d) SŠ s maturitou v jiném oboru + akreditovaný kurz pracovníka v přímé péči
- e) VŠ v oboru sociální
- f) VŠ v jiném oboru + akreditovaný kurz pracovníka v přímé péči
- g) jiné

2) Jak dlouhá je vaše praxe na pozici pracovníka přímé péče v zařízení pro seniory?

- a) 0 – 5 let
- b) 6 – 10 let
- c) 11 – 15 let
- d) 16 – 20 let
- e) 21 a více let

3) Kolik je Vám let ?

- a) 18 - 25 let
- b) 26 - 35 let
- c) 36 - 45 let
- d) 46 - 55 let
- e) 56 a více let

4) Co je podle Vás podstatou ageismu ?

5) Znáte některé projevy ageismu ?

- a) Ano, uveďte prosím
- b) Ne

6) Setkala jste se s pojmem ageismus ?

- a) ano v televizi
- b) ano v odb. literatuře
- c) ano jinde
- d) ne

7) Jsou ageistické projevy dány společenským vnímáním ?

- a) Ano
- b) Ne

8) Znáte některé mýty a stereotypy stáří ?

- a) Ano, uveďte prosím
- b) Ne

9) Řekla jste si někdy větu typu. "Na to už je moc starý" ?

- a) Ano
- b) Ne

10) Stalo se Vám, že jste klienta oslovili „ dědo, babičko“?

- a) Ano
- b) Ne

11) Vykonáváte někdy za klienta věci, které by zvládl sám ?

- a) někdy ano, urychlí mi to práci
- b) někdy ano, je mi ho líto z důvodu vysokého věku
- c) ne

12) Jak často byste uvítala přednášky, semináře týkající se problematiky ageismu ?

- a) pouze 1x
- b) několikrát do roka
- c) nikdy, nejsou potřeba

Způsob zjišťování zpětné vazby od účastníků

Na konci jednotlivých modulů bude účastníkům předložen dotazník s prosbou o vyjádření zpětné vazby písemně, anonymně, individuální formou.

EVALUACE VZDĚLÁVACÍHO PROGRAMU

"STÁRNĚME BEZ AGEISMU"

název modulu:

datum konání:

jméno lektora:

Vážená kolegyně, vážený kolego,

žádáme Vás laskavě o zodpovězení několika otázek, které se týkají právě ukončeného vzdělávání. Vaše odpovědi budou využity pro zkvalitnění výuky vzdělávacích programů.

Děkujeme.

Odpovídal obsah vzdělávacího modulu Vaším představám?

Vybranou odpověď označte křížkem.

☐
☐
☐
☐

Obsah vzdělávacího modulu zcela odpovídal mým představám.

Většinu poznatků získaných absolvováním modulu využiji při své práci.

Některé získané poznatky mi mohou v mé práci pomoci.

S úkoly, které mám při své práci plnit, se zaměření modulu míjelo.

Jiné hodnocení:

Obsah programu

Vybranou odpověď označte křížkem.

☐	Byl příliš jednoduchý, informace nebyly přínosné.
☐	Náročnost obsahu byla odpovídající.
☐	Modul byl pro mne příliš náročný.

Vyjádřete se k následujícím položkám pomocí škály, na které:

1 znamená „ano“

4 znamená „spíše ne“

2 znamená „převážně ano“

5 znamená „ne“

3 znamená „v některých případech / částech ano, v jiných ne“

Projev lektora byl srozumitelný.

Lektor odpovídal jasně na otázky účastníků.

Lektor dokumentoval svůj výklad ukázkami a příklady.

Lektor se snažil reagovat na rozdílné povědomí účastníků.

Lektor vystupoval přesvědčivě, se znalostí problematiky.

Lektor podněcoval účastníky ke kladení otázek.

Prostředí, ve kterém výuka probíhala, bylo vhodné.

Metodika výuky byla vhodná.

Organizace výuky byla bez problémů.

Čas konání výuky byl zvolen vhodně.

1	2	3	4	5

Uveďte oblasti, ve kterých byste potřeboval/a prohloubit své znalosti a dovednosti týkající se vlastní praxe:

Máte další návrhy, které by bylo možno využít pro zlepšení výuky?