Ageismus očima nelékařských zdravotnických pracovníků v nemocnicích a domovech pro seniory

Petra Nováková

Bakalářská práce
2011

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií
Ústav ošetřovatelství
akademický rok: 2010/2011

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení:	**Petra NOVÁKOVÁ**
Osobní číslo:	**H080208**
Studijní program:	**B 5341 Ošetřovatelství**
Studijní obor:	**Všeobecná sestra**
Téma práce:	**Ageismus očima nelékařských zdravotnických pracovníků v nemocnicích a domovech pro seniory.**

Zásady pro vypracování:

1. Rešerše literatury, studium a analýzy pramenů.
2. Vypracování cílů práce. Stanovení metody a techniky výzkumu.
3. Teoretická východiska – definování pojmu stáří a jeho klasifikace, důstojnost seniorů. Definování ageismu, jak může být zmírňován, body shrnující předsudky, ageismus ve zdravotnictví. Legislativa vztahující se k tématu.
4. Vypracování dotazníku. Pilotní studie k ověření správnosti dotazníku.
5. Výzkumné šetření, které bude realizováno v nemocnicích a domovech pro seniory.
6. Vyhodnocení dat dotazníkového šetření. Vytvoření edukačního materiálu s využitím výsledků šetření.
7. Průběžné předkládání dílčích částí práce a konzultace výsledků s vedoucím práce.
8. Koncipování finální podoby bakalářské práce.

Rozsah bakalářské práce:

Rozsah příloh:

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

Seznam odborné literatury:

1. TOŠNEROVÁ, T.: Průvodce stereotypy a mýty o stáří. Praha: Ambulance pro poruchy paměti, 2002. 45 s. ISBN 80-238-9506-0.
2. VIDOVIČOVÁ, L.: Stárnutí, věk a diskriminace – nové souvislosti. Brno: Masarykova univerzita, Mezinárodní politologický ústav, 2008. 233 s. ISBN 978-80-210-4627-6.
3. POKORNÁ, A.: Komunikace se seniory. Praha: Grada Publishing, 2010. 158 s. ISBN 978-80-247-3271-8.
4. SÝKOROVÁ, D.: Autonomie ve stáří. Praha: Sociologické nakladatelství, 2007. 284 s. ISBN 978-80-86429-62-5.
5. JIRÁSKOVÁ, V.: Mezigenerační porozumění a komunikace. Praha: Eurolex Bohemia, 2005. 198 s. ISBN 80-86861-80-5.
6. PALOMORE, E. B.: Ageism: Negative and positive. New York: Springer Publishing Company, 1999. 269 s. ISBN 0-8261-7002-1.
7. TOPINKOVÁ, E.: Geriatrie pro praxi. Praha: Galén, 2005. 270 s. ISBN 80-7262-365-6.

Vedoucí bakalářské práce:	**doc. PhDr. Jana Kutnohorská, CSc.** Ústav aplikovaných společenských věd
Datum zadání bakalářské práce:	**10. února 2011**
Termín odevzdání bakalářské práce:	**3. června 2011**

Ve Zlíně dne 10. února 2011

L.S.

prof. PhDr. Vlastimil Švec, CSc.
děkan

Mgr. Anna Krátká, Ph.D.
ředitelka ústavu

PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

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

Prohlašuji, že

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

Ve Zlíně 2.6.2011 ..... Horáková Petra .....

---

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

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

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

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

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

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

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

(1) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla (§ 35 odst. 3). Odpírá-li autor takového díla udělit svolení bez vážného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat nahrazení chybějícího projevu jeho vůle u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.

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

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

ABSTRAKT

Jako téma bakalářská práce jsem si vybrala ageismus ve zdravotnictví z pohledu nelékařského zdravotního personálu. Ageismus zahrnuje předsudky a negativní představy či projevy diskriminace vůči starým lidem. Ale jaký význam má ve zdravotnictví? A Vyskytuje se zde? Mým cílem bylo zjistit, zda tito pracovníci znají termín ageismus, jakým způsobem či při kterých činnostech se projevuje nejvíce, který druh nelékařského personálu jej proti seniorům vytváří. Zkoumá jeho výskyt v nemocnicích a domovech pro seniory, porovnává tyto dvě instituce. Ve výzkumné části jsem prováděla šetření pomocí dotazníků. Z výsledků vyplývá, že se agesimus ve zdravotnictví skutečně objevuje, především v oblasti nedostatečného sdělování informací a jeho výskyt je téměř srovnatelný v obou ze zkoumaných institucí.

Klíčová slova:

- ageismus, demografie, diskriminace, důstojnost, geriatrie, předsudek, senior, stáří, stereotyp, vysoký věk

ABSTRACT

As the topic of my bachelor thesis I have chosen ageism in the health service from the perspective of non-doctor medical staff. Ageism includes prejudices and negative ideas or manifestations of discrimination against old people. However, what meaning does it have in the health service? And does it occur here? My objective was to find out whether these employees know the term ageism, in what manner or during what activities it shows itself most, what type of non-doctor staff creates it against seniors. The bachelor thesis examines its occurrence in hospitals and old people's homes, it compares these two institutions. In the research section, I conducted investigation by means of questionnaires. It follows from its results that ageism in the health service really occurs, in particular in area of lack informations in communications, and its occurrence is nearly comparable in both institutions being examined.

Key words:

- ageism, demography, discrimination, dignity, geriatrics, prejudice, senior, old age, stereotype, high age

Děkuji vedoucí mé bakalářské práce paní doc. PhDr. Janě Kutnohorské, CSc. Za obětavou pomoc, povzbuzení a cenné připomínky, které mi velmi napomohly nejen ke zpracování této bakalářské práce. Děkuji také ředitelům nemocnic a domovů pro seniory za svolení provést výzkumné šetření na jejich pracovišti a samozřejmě nelékařským zdravotním pracovníkům.

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

OBSAH

ÚVOD **9**
I TEORETICKÁ ČÁST **11**
1 STÁŘÍ **12**
1.1 KLASIFIKACE STÁŘÍ 13
1.2 GERONTOLOGIE A GERIATRIE, GERIATRICKÝ PACIENT 14
1.3 DEMOGRAFIE STÁŘÍ 15
1.4 ŽIVOTNÍ ZMĚNY VE STÁŘÍ 17
1.5 DŮSTOJNOST VE STÁŘÍ 19
1.6 KOMUNIKACE SE SENIORY 19
1.6.1 Specifika komunikování v ošetřovatelské péči o seniory 19
1.6.2 Bariéry v komunikaci se seniory 20
1.7 DOMOVY PRO SENIORY 21
2 AGEISMUS **23**
2.1 KLASIFIKACE AGEISMU 24
2.2 ZDROJE AGEISMU 25
2.3 PROJEVY AGEISMU V OŠETŘOVATELSKÉ PÉČI 26
2.4 DŮSLEDKY AGEISTICKÝCH TENDENCÍ V OŠETŘOVATELSKÉ PÉČI 27
2.5 ZDRAVOTNICTVÍ JAKO VĚKOVĚ DIFERENCOVANÝ SYSTÉM 27
2.6 ŠPATNÉ ZACHÁZENÍ SE SENIORY 29
II PRAKTICKÁ ČÁST **30**
3 METODIKA PRÁCE **31**
3.1 CÍLE PRÁCE 31
3.2 HYPOTÉZY 31
3.3 CHARAKTERISTIKA VZORKU RESPONDENTŮ 32
3.4 CHARAKTERISTIKA METODY ŠETŘENÍ 32
3.5 ORGANIZACE ŠETŘENÍ 32
3.6 ZPRACOVÁNÍ ZÍSKANÝCH DAT 33
4 ANYLÝZA VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ **51**
4.1 ANALÝZA CÍLŮ A HYPOTÉZ 51
4.2 DISKUSE 53
ZÁVĚR **58**
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY **60**
SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK **63**
SEZNAM TABULEK **64**
SEZNAM PŘÍLOH **68**

ÚVOD

Jako téma své bakalářské práce jsem si zvolila ageismus. Přiznám se, že i pro mě bylo toto slovo nové, doposud jsem se o něm neučila. Možná právě proto mě nadchlo zkoumat něco, co pro mě samotnou bylo záhadou. Časem jsem zjistila, že ageismus znám, že jsem se s ním už setkala, jen jsem ho neuměla správně pojmenovat. Zažila jsem ho právě při práci se seniory, proto mě zajímalo, jestli to byla jen náhodná situace, nebo se ve zdravotnictví opravdu vyskytuje.

Zaměřila jsem se na výzkumy a literaturu, která byla do této chvíle o ageismu napsaná. Prací na toto téma ve zdravotnictví není mnoho, protože převážná většina studentů se zaměřuje spíše na výskyt ageismu ve společnosti či na pracovním trhu. Nejbližší a nejaktuálnější diplomovou prací k mé bakalářské práci je: „Problematika ageismu z pohledu nelékařských zdravotních pracovníků psychiatrických oddělení“ od autorky Mgr. Soni Dubské z roku 2010. Hlavním cílem práce bylo zjišťování rozdílných názorů a zkušeností nelékařských zdravotnických pracovníků s ageistickými projevy v péči o seniory v rámci gerontopsychiatrické ošetřovatelské péče.“ Porovnání výsledků diplomové a bakalářské práce bude zobrazena v oddílu diskuze.

Literatura, která nejvíce obohatila teoretickou část práce, byla čerpána především od autorů jako je Tošnerová, Vidovićová, Haškovcová, Minibergová, Dušek, Topinková, Pokorná a další.

První část teorie se zabývá stářím. Je to konečná časová etapa života, která má svá specifika. Zaměřila jsem se na klasifikaci tohoto období, změny, které stáří přináší a význam důstojnosti, která přes veškeré tělesné i psychické změny musí být zachována. Využila jsem výsledků demografie z roku 2009, což byly nejnovější údaje, které jsem měla v době zpracovávání teoretické části k dispozici. Jelikož bude výzkumné šetření probíhat v nemocnicích a domovech pro seniory, zahrnula jsem zde i problematiku gerontologie, geriatrického pacienta a domovů pro seniory. Důležitým aspektem pro úspěšnou spolupráci pacienta/klienta se zdravotním personálem je samozřejmě komunikace. Na té stojí celá ošetřovatelská péče. I komunikace se seniory má svá specifika, proto je v práci také zařazena.

Druhá teoretická část se plně věnuje ageismu. Jeho klasifikací, zdroji, které ho vyvolávají, projevy a důsledky. Ageismus zahrnuje předsudky a negativní představy či projevy diskriminace vůči starým lidem. Zdravotnictví, jako věkově diferencovaný systém je

oddíl, který řeší financování versus kvalitní ošetřovatelská péče. Dále problematiku podceňování chorob připsaných vyššímu věku, neprovádění řádné diagnostiky, preventivních zákroků a to vše kvůli věku. S tím souvisí v nejkrajnějším případě i špatné zacházení se seniory.

Mezi základní cíle, které jsem si vytyčila, patří: Zjistit, zda nelékařský personál zná termín ageismus. Zjistit, do jaké míry se ageismus ve zkoumaných zařízeních vyskytuje. Porovnat výskyt ageismu ve zdravotních zařízeních a domovech pro seniory. Ke každému cíli jsem stanovila pozitivní a negativní hypotézu. V závěru šetření provedu analýzu, zda byly cíle splněny nebo ne.

Empirická část reaguje na výsledky výzkumného šetření. Průzkum bude proveden kvantitativní metodou pomocí techniky dotazníku. Do nemocnic a domovů pro seniory distribuuji celkem 160 dotazníků. Ty vyhodnotím pomocí tabulek, grafů a komentářů.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 STÁŘÍ

Podle definice Světové zdravotnické organizace je *„stařecký věk neboli senescence obdobím života, kdy se poškození fyzických či psychických sil stává manifestní při srovnání s předešlými životními obdobími.“* (Haškovcová, 2010, s. 20)

Stáří je konečná časová etapa života. Je to přirozený úsek v ontogenetickém vývoji člověka a stejně jako jiná vývojová stadia má svá specifika, kterými se odlišuje od předchozích životních etap. Strukturní a funkční změny, které vznikají v průběhu stárnutí a stáří, mají převážně regresivní charakter a jsou nezvratné. Nastávají změny v somatické, psychické, sociální a duchovní oblasti. (Hanzlíková, 2007, s. 205)

Stárnutí lze definovat jako „působení času na lidskou bytost“. To je definice neutrální, která připouští destruktivní i konstruktivní změny. Fyzické stárnutí přináší primárně změny struktury a následně změny funkcí, tyto změny ale nemusí být fatální. Vhodná duševní a tělesná aktivita může zpomalit nástup funkčních změn a prodloužit aktivní věk. (Minibergerová, Dušek, 2006, s. 5)

Etapa stáří je stejně důležitá jako každá jiná a zaslouží si stejný důraz na rozvoj jako dospělost a mládí. Stáří je další vývojová etapa lidského života, ve které je hlavní důraz kladen na uchování pohybových dovedností a psychosociální rozvoj osobnosti. Stáří není konec života, teprve smrt přináší konec života. (Klevetová, Dlabalová, 2008, s. 11)

Stáří je nevyhnutelnou perspektivou každého živého tvora. O stáří se v poslední době více mluví a píše. Zejména proto, že se mění struktura společnosti. Stárnoucích a starých lidí na celém světě přibývá. A tito lidé potřebují pomoc.

(Minibergerová, Dušek, 2006, s. 5)

Stárnutí a stáří lze vnímat jako souhrn pochodů, především bio-fyziologických, probíhajících v čase. Postupné bio-fyziologické změny, které jsou nezvratné, způsobují nakonec zánik organismu, jeho smrt. Stárnutí, jako postupující řada změn, má u člověka nejen stránku biologickou, ale i psychologickou a sociální. Stářím potom označujeme výsledný stav, který vznikl procesem stárnutí. (Minibergerová, Dušek, 2006, s. 5).

Prodloužení lidského života a vzájemné soužití všech věkových skupin ve společnosti dává prostor k vytvoření nového modelu osobního růstu, kde nebudou vytvářeny hranice mezi mládím, dospělostí a stářím, kde bude lidský život chápán jako jeden nepřetržitý celek od narození až do smrti. (Klevetová, Dlabalová, 2008, s. 11)

Genetické, společenské, psychologické a náhodné procesy působí společně a konstruují tak více či méně rychlé obsahově variabilní procesy stárnutí. (Gruss, 2009, s. 11)

1.1 Klasifikace stáří

Dělené stáří (dle Pacovského):

- Na rané stáří, vyšší věk (mladí senioři): 60-74 let
- Pokročilý věk, vlastní stáří (senioři): 75-89 let
- Dlouhověkost (zralí senioři): 90 a více let (Minibergerová, Dušek, 2006, s. 5)

Dělení stáří dle WHO

- Období středního věku, nebo též zralý věk: 45-59 let
- Období raného stáří (staršího věku): 60-74 let
- Období vlastního stáří (pokročilého, vysokého věku): 75-89 let
- Období dlouhověkosti: nad 90 let (Martinková, 2009, s. 8)

Haškovcová ve své knize „Fenomén stáří“ rozčleňuje stáří:

- Young old: mladí senioři ve věku 65-74 let
- Old old : osoby starší 75 resp. 80 let
- Very old old: osoby, které překročily 85. rok života, tak zvaní dlouhověcí

(Haškovcová, 2010, s. 21)

Z medicínského hlediska rozeznáváme dva typy stárnutí a vlastního stáří. Jde o:

- *Fyziologický typ stárnutí* – se rovná normální součástí života, je to zákonitá epocha (dlouhověcí lidé, neboli zdraví senioři).
- *Stárnutí předčasné* – kdy kalendářní věk je nižší než věk funkční.

Rozeznáváme rozdíly mezi biologickým věkem a kalendářním věkem.

Kalendářní věk je dán dnem narození, ale je nedostatečným kriteriem k určení reálného stupně stárnutí. Nevystihuje individuální rozdíly průběhu stárnutí, ani změny v rychlosti procesu stárnutí doprovázející.

Změny fyziologických funkcí a jejich zhoršení je jasně závislé na věku. Počty starších osob, které vyžadují nutnost asistence při základních životních aktivitách, se zvyšuje z 5%

ve věku 65-74 let na přibližně 35% ve věku nad 85 roků. Mezi základní aktivity vyžadující asistenci patří např. chůze, koupání, oblékání, použití toalety, přesun z lůžka do křesla, krmení, procházky v přírodě a další domácí aktivity (nákupy, vaření jídla, účetnictví a hospodaření s penězi aj.) (Minibergerová, Dušek, 2006, s. 17)

1.2 Gerontologie a geriatrie, geriatrický pacient

Gerontologie se zabývá problematikou stárnutí a stáří v nejširším slova smyslu. Tvoří ji tři vědní disciplíny.

a) *Teoretická gerontologie* vytváří teoretický základ pro praktickou aplikaci poznatků (teorie stárnutí, predikce atd.). Její součástí je *experimentální gerontologie* (klinicko fyziologické studie u lidí).

b) *Klinická gerontologie* = Geriatrie

c) *Sociální gerontologie* analyzuje vztahy starého člověka a společnosti.

Členění gerontologie (viz tabulka č. 1.1. v příloze).

Cílem moderní gerontologie bude:

- Prodloužení let aktivního života.
- Udržení funkčních kapacit co nejdéle. (Dítě, 2007, s. 509-510)

Geriatrie (z angl. geriatrics, překládá se někdy také jako geriatrická medicína – geriatric medicine) je samostatný lékařský obor, v České republice od roku 1982. Poskytuje specializovanou zdravotní péči nemocným vyššího věku – nad 65 let, obvykle však nad 70-75 let. Vychází z poznatku, že znalost zvláštností diagnostiky a terapie chorob ve stáří, rozpoznání geriatrických rizik včetně omezené funkční rezervy a důraz na udržení soběstačnosti a fyzické zdatnosti, zlepšují prognózu seniorů v případě onemocnění i výsledky zdravotní péče.

Cíle geriatrie:

- Zvýšit šance starého pacienta uchovat si dobré zdraví včasným rozpoznáním akutních onemocnění a jejich léčbou, monitorováním a léčbou chronických chorob. Uplatňovat metody primární i sekundární prevence.
- Dosáhnout co nejvyšší aktivity, funkční zdatnosti, soběstačnosti a nezávislosti v prostředí obvyklém pro pacienta.

- Přispívat k udržení kvality života, především v souvislosti se zdravotním stavem seniora.

Moderní geriatrie má intervenčně-preventivní charakter. Kromě specifických metod zdravotní péče se od ostatních oborů medicíny odlišuje šíří a komplexností přístupu, potřebou koordinované týmové péče (nejen interdisciplinární lékařské, ale i ošetřovatelské a rehabilitační) a akceptováním zdravotně-sociální povahy onemocnění v seniu.

Geriatrický pacient bývá charakterizován vyšším věkem, významnou morbiditou a hrozícími či již přítomnými funkčními omezeními. (Topinková, 2005, s. 3)

Protože dochází k posunutí období středního věku do období mladých seniorů (rané stáří), za geriatrického pacienta je považován nemocný až ve věku 75 roků. (Minibergerová, Dušek, 2006, s. 17)

Indikace ke geriatrické léčbě (viz tabulka č. 1.2. v příloze).

1.3 Demografie stáří

V populaci celosvětově narůstá v absolutním počtu i percentuálně počet starých lidí. K hlavním projevům demografického vývoje v druhé polovině 20. století patří zvyšování podílu osob nad 60 let života.

V praxi to znamená, že celou pětinu světové populace budou tvořit lidé starší než 60 let. V zemích západní Evropy, které se už dnes potýkají s nízkou porodností, by staří lidé měli tvořit až třetinu veškerého obyvatelstva. České republice, Arménii a Slovinsku experti předpovídají, že nadpoloviční většině jejich obyvatel bude v polovině tohoto století 50 a více let. (Vurm, 2007, s. 114)

Obyvatelstvo v ČR (viz tabulka č. 1.3. v příloze)

Podle odhadu WHO se do roku 2050 množství lidí nad 60 let celosvětově odhaduje na 2 miliardy, což je více jak třikrát tolik, co nyní. (Prokop, 2008, s. 19)

Obyvatelé naší republiky stárnou tak rychle, až hrozí, že se Česko do roku 2050 změní v zemi, kde průměrný věk přesáhne 54 let proti současným 39 rokům. Dosáhne tak hodnoty, která se vymyká jakékoliv dosavadní zkušenosti kterékoliv země světa, varuje Český statistický úřad v publikaci „Vývoj věkové struktury obyvatelstva a její tendence“.

V naší republice je situace komplikovaná tím, že rok od roku klesá i počet uzavíraných manželství a snižují se i počty narozených dětí. Počet lidí starších 60 let tak už v roce 2001 převážil nad počtem dětí do 14 let.

Průměrný věk žijících obyvatel ČR je nejvyšší v dosavadní historii. U mužů činí 37,1 let, u žen 40,3 let. To znamená, že podíl dětské složky obyvatelstva klesl na nejnižší úroveň v celé historii osídlení území dnešní České republiky. Podle údajů zveřejněných Českým statistickým úřadem vzrostla v období mezi roky 1987 a 2002 naděje dožití při narození u mužů z 67,9 na 72 roku, tj. asi o 4 roky, a u žen ze 75,1 na 78,5 roku, tedy přibližně o 3,5 roku. V současné době je v České republice nejvíce seniorů a nejméně dětí v celé historii. Průměrný věk žijících obyvatel se v letech 1993-2000 zvýšil o 2 roky a při extrapolaci takového stárnutí by se do roku 2050 zvýšil o dalších 15 let, tj. zhruba na 54 let! (Vurm, 2008, s. 114)

Věkové složení obyvatelstva k 31.12.2009 (viz tabulka č. 1.4. příloze).

Zdravotnictví a společnost se na tuto novou demografickou situaci bude muset velmi pečlivě připravit – změnit důchodovou politiku a sociální zázemí státu, ruku v ruce s vnitřní orientovaností zdravotnického systému. (Prokop, 2008, s. 19)

Populace České republiky zaznamenala v průběhu roku 2009 celkový přírůstek 39,3 tis. osob. Ještě vyšší byl však nárůst početnosti skupiny obyvatel nad 65 let věku, pokračuje tak dále proces stárnutí. I přes mírné posílení dětské složky obyvatelstva se opět zvýšil index stáří i průměrný věk obyvatel.

Zastavil se dlouhodobý pokles podílu dětí v populaci a k 31. 12. 2009 se do kategorie osob mladších 15 let řadilo 14,2 procenta obyvatelstva.

V následujících letech můžeme přitom očekávat ještě výraznější ztráty osob produktivního věku, neboť nad hranici 65 let se budou posouvat silné poválečné ročníky, které nebudou dostatečně nahrazovat ročníky mladé.

Nejvýznamnějších změn doznala početnost seniorské složky populace, která posílala o 42,7 tis. seniorů, tj. o tři procenta, podobně jako v roce 2008. Ještě výrazněji se početní růst projevil u dílčí věkové skupiny 85 a víceletých osob, kterých přibylo 9,3 tis., tj. sedm procent. Celkově na konci roku 2009 zastoupení osob starších 65 let v populaci poprvé přesáhlo hranici 15 procent.

Vývoj hlavních věkových skupin se pochopitelně odrazil v syntetických ukazatelích věkového složení populace ČR. Průměrný věk celé populace se zvýšil o jednu desetinu na 40,6 let, u mužů na 39,1 let a u žen na 42,1 let. Na dvě stejně početné části dělil obyvatelstvo na konci roku 2009 věk 39,4 let (věkový medián). Na 100 dětí do 15 let připadlo 107 osob starších 65 let (index stáří). (www.czso.cz)

Hodnota indexu stáří se v posledních deseti letech zvyšovala jak v celé České republice, tak v jejích jednotlivých krajích. Nejvyšší hodnoty indexu stáří zaznamenala Praha, která si po celé sledované období udržovala největší index stáří v populaci ČR. Vůbec nejnižší hodnota indexu stáří byla v roce 2008 zjištěna v kraji Ústeckém. (ČSÚ, 2009, s. 6)

Střední délka zdravého života vyjadřuje průměrný počet let, jež má osoba v určitém věku šanci prožít ve zdraví. Zdraví je zde chápáno jako absence jakýchkoli handicapů a omezení. V letech 2005-2006 měli narození v ČR šanci dožít se ve zdraví v průměru 58 let. V roce 2007 měly v ČR ženy naději dožít se při narození v průměru 63,2 let ve zdraví, muži 61,3 let. (ČSÚ, 2009, s. 10)

1.4 Životní změny ve stáří

Důležitým momentem, který označuje konec jednoho období a počátek dalšího je **odchod do důchodu.** Vyrovnat se s touto chvílí není vždycky snadné, protože je plná nejistot. Je to podobné jako dospívání: nelze se už upínat na minulost a zároveň nevíme, co přijde v budoucnosti. Rozdíl je však v tom, že dětství a dospívání připravuje člověka na dospělost, kdežto důchod představuje pro mnoho lidí odchod ze života dospělých a vstup do stáří, přiřazení ke skupině starých lidí, blízkost smrti. Odchodem do důchodu mění člověk svou identitu. S touto realitou se musí vyrovnat a přijmout ji. Odchodem do důchodu se náhle ztrácí kontakt s lidmi ze zaměstnání. Odchod do důchodu nutí k novému uspořádání našeho života.

Partnerova smrt je bezpochyby jednou z nejtěžších zkoušek, se kterou se staří lidé musí vyrovnávat. Mnoho vdov a vdovců nakonec smutné období překoná a může začít znovu žít. Ale u některých lidí se rána už nezahojí. Kromě partnera mizí postupně také stejně staří přátelé.

Do **rodinného života** starších lidí se promítá celá řada změn. Většinou již v období zralé dospělosti dochází k odchodu dětí z domova. Manželé se tedy opět ocitají sami jeden s druhým. Ztráta rodičovské role bývá kompenzována novou rolí prarodiče.

Žije-li starý člověk sám, ocitá se v sociální izolaci. Rovněž tak vícegenerační soužití často nese určité nesnáze. Některá rodina pociťuje tíživě materiální a psychické nároky, má-li pečovat o svého starého a ne již zcela soběstačného příslušníka. Klesá její aktivita, brzdí se plány. Péče o starého a nemocného člověka v rodině je možná pouze při současném splnění tří podmínek: aby rodina o nemocného pečovat chtěla, aby o něj pečovat mohla a aby to uměla.

Odchod dětí z domova, snížení příjmů, zhoršení hybnosti, to jsou některé možné důvody, které vyvolávají potřebu staršího člověka změnit **dosavadní bydliště.** Starší lidé odcházejí do různých zařízení sociální péče. Ve většině případů si uvědomují, že je to do konce života. Opustit svůj dům nebo byt znamená rozloučit se s minulostí, se vším, co tvořilo dosavadní život. Tato změna je mnohem horší, pokud přichází náhle a člověk na ni není dostatečně připraven nebo s ní dokonce nesouhlasí.

Sexualita ve stáří: Ve stáří dochází k celé řadě somatických změn, tělo se mění a stárne. Naše společnost uznává přehnaný kult mládí a krásy. Člověk se učí přijímat tyto hodnoty (vše, co je mladé, je krásné a dobré) a má sklon svou hodnotu ve vlastních očích snižovat. Od určitého věku se už nemluví o mužích a ženách, ale o starých (bezpohlavních) lidech. Jako kdyby člověk už neměl právo na pohlaví a sex, protože je starý. Skutečné překážky k sexuálnímu životu starších mužů a žen jsou:

- Fyziologické
- Demografické: věku nad 80 let se dožívá mnohem více žen
- Sociologické: sexualita starých lidí je ve společnosti tabu
- Psychologické: staří lidé si myslí, že „se to v jejich věku nehodí“, také mají strach z neúspěchu.

Podle WHO je sexualita – stejně jako zdraví a bezpečí – jedním z elementů hodnotného života starých lidí. Staří lidé mají právo na něžná slova, na pohlazení, milovat a zkoušet rozkoš může člověk i v pokročilém věku. Touha nezná věk. (Miniberegrová, Dušek, 2006, s. 10-12)

1.5 Důstojnost ve stáří

Lidská důstojnost je integrální součástí základních práv a svobod každého člověka, ale jsou to právě ony základní práva a svobody člověka, na která se častěji zapomíná a která jsou světově nejčastěji pošlapávána. Mezi takové dokumenty z celosvětového hlediska patří například Všeobecná deklarace lidských práv (OSN) z roku 1948 nebo připravovaná Evropská ústava, která se v článku 1-2 výslovně zmiňuje o úctě lidské důstojnosti. Z českých oficiálních dokumentů je to například Ústava ČR a to hned v preambuli. I zdravotnické dokumenty nezůstávají pozadu. Tak například Kodex ČLK jasně hovoří o zachování lidské důstojnosti, stejně tak jako Etický kodex sestry. Ten klade důraz na to, aby péče o pacienta byla lidská a byla vždy zachována autonomie a důstojnost člověka. Mezinárodní dokumenty, jako je tzv. Pařížská charta, a které se vztahují obecně na umírající pacienty (Doporučení Rady Evropy č. 1418/1999) „O ochraně lidských práv a důstojnost nevyléčitelně nemocných a umírajících“ nejsou na pasáže o lidské důstojnosti skoupé. (Prokop, 2008, s. 9)

Formy lidské důstojnosti (viz příloha č.1)

1.6 Komunikace se seniory

1.6.1 Specifika komunikování v ošetřovatelské péči o seniory

Komunikační techniky a dovednosti používané v sociální interakci musí být přizpůsobeny individuálním požadavkům komunikujících subjektů. Přizpůsobí-li sdělující komunikační styl schopnostem a dovednostem naslouchajícího, zvýší se pravděpodobnost porozumění a omezí se možnost nesprávného pochopení. Odborné literární zdroje uvádí, že v obecné rovině není potřeba respektovat žádná zvláštní omezení v komunikaci se seniory, nicméně je nutné individuálně přistupovat k jednotlivým nemocným a hodnotit jejich kapacitu, schopnosti a potřeby. Staří lidé bez ohledu na zub času a onemocnění nevykazují ztrátu inteligence, ale mohou vyžadovat více času pro sestavení verbální odpovědi, nebo pro vyhledávání informací z dlouhodobé paměti.

Podle závažnosti nastalých změn lze kognitivní změny stárnutí rozdělit do tří stupňů:

1. Úspěšné stárnutí

2. Normální stárnutí
3. Patologické stárnutí (Pokorná, 2010, s. 49)

Úspěšné stárnutí znamená zachování funkčních schopností, kognice je neporušena, výkonnost je srovnatelná se středním věkem. Neobjevují se poruchy paměti, chování či motoriky.

Normální stárnutí znamená fyziologické změny v kognitivních a dalších psychických schopnostech. Jsou to drobné abnormality, které se vyskytují u většiny zdravé populace. Jde o benigní stav zapomnětlivosti, kdy nedochází k progresi. Jedinec si stěžuje na drobné poruchy paměti. Hovoříme o věkem podmíněném pohledu kognitivních funkcí (Age Related Cognitive Decline – AACD).

Komunikace se „zdravými" seniory tedy nevyžaduje specifickou modifikaci založenou na změnách kognitivních funkcí. Je pouze potřeba poskytnout určitý čas pro umožnění úspěšné efektivní komunikace.

Potřeba komunikovat se v obecné rovině u jedinců vyššího věku ve srovnání s ostatními také neliší. Komunikace v geriatrii se však vyznačuje některými znaky, které ovlivňují výběr komunikačních prostředků, metod a postupů k porozumění. Stejně jako v běžné komunikaci při poskytování péče se i zde vyskytují čtyři hlavní potřeby:

1. Potřeba sociálního kontaktu a interakce
2. Potřeba vysvětlení a potvrzení, ujištění
3. Potřeba rady, podpory a edukace
4. Potřeba komfortu a útěchy, ujištění a uklidnění (Pokorná, 2010, s 50.)

1.6.2 Bariéry v komunikaci se seniory

V důsledku ne zcela reálného hodnocení sociálních změn spojených se zvyšujícím se věkem a stereo typizací, ve vztahu k těmto změnám, spolu se změnami fyzickými a psychickými jsou popisovány různé bariéry komunikace se seniory. V obecné rovině lze bariéry v komunikaci rozdělit na interní a externí (tab. 1.5).

Bariéry komunikace (viz tabulka č. 1.5. v příloze).

Dále jsou popsány bariéry v komunikaci při poskytování péče seniorům dle různých autorů.

Mayerscough a Ford (1996) uvádějí jako nejběžnější bariéry komunikace se seniory demenci, poruchu sluchu, dysartrii či dysfázii. Velmi zajímavé je vyjádření, že jednou z bariér komunikace je „neoblíbený pacient“.

Jiné dělení uvádí například Clark (1992), který popisuje:

- Problémy z důvodu poškození vizuálních (zrakových) funkcí
- Poškození sluchu
- Senzorické deprivace
- Potíže s orientací a zmateností
- Problémy spojené s poruchou řeči
- Potíže způsobené v důsledku cévní mozkové příhody.

Jednodušší třídění prezentuje Arnoldová (2003), která se omezila na rozlišení fyzických, kognitivních a psychosociálních změn.

Podobné kategorie zvolil také Křivohlavý (2002), který zohledňuje:

- Anatomické a fyziologické změny v průběhu stárnutí
- Změny psychických funkcí
- Změny v kognitivní oblasti. (Pokorná, 2010, s. 52-53)

1.7 Domovy pro seniory

„V domovech pro seniory se poskytují pobytové služby osobám se sníženou soběstačností zejména z důvodu věku, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné osoby. Základní služby zahrnují činnost odpovídající činnostem poskytovaným v týdenních stacionářích.“ (Jarošová, 2007, s. 37)

„Zařízení pro seniory, kteří dosáhli věku rozhodného pro přiznání starobního důchodu a kteří pro trvalé změny zdravotního stavu potřebují komplexní péči, jež jim nemůže být zajištěna členy rodiny, pečovatelskou službou, ani jinými typy služeb pro staré občany. Do zařízení nemohou být přijati občané, jejichž zdravotní stav vyžaduje léčbu v lůžkovém zdravotnickém zařízení. Tento typ zařízení byl převládajícím typem ústavní péče o seniory v našem státě před rokem 1989 a zatím jím zůstává.

Je zde tedy poskytována komplexní péče, která zahrnuje ubytování, celodenní stravování, lékařská a ošetřovatelská péče včetně rehabilitace, kulturní a zájmové využití. Pobyt může být umožněn i na dobu 3 měsíců, jako tzv. „přechodný.“ (Krátká, 2008, s. 103)

2 AGEISMUS

„Pojem ageismus je odvozen od anglického slova age, které znamená věk, stáří a obecně je jím označován „společenský předsudek vůči stáří.“ (Jirásková, 2005, s. 112)

Se vznikem kultu mládí vzniká i opačný extrém – ageismus. Jde o slovo, které nemá český ekvivalent. Ageismus je společenský předsudek vůči stáří. Použil jej Robert Butler, první ředitel National Institute on Aging v USA v roce 1969, který jako první hovořil o diskriminaci na základě věku. (Tošnerová, 2002, s. 6).

V každodenním životě se ageismus manifestuje různými způsoby – diskriminačními praktikami na trhu práce, ve zdravotnictví a dalších službách, projevy pohrdání, odporu ke starším lidem. Zasahuje i do intimní sféry rodinných interakcí. Nejhrubší formě ageismu, tj. násilí páchanému na starších lidech, nejčastěji v rodině, začala být věnována pozornost dlouho poté, co bylo vědou a médii „objeveno“ zanedbávání, týrání a zneužívání dětí.

(Sýkorová, 2007, s. 215)

Ageismus se projevuje v upřednostňování mládí, čímž rozumíme např. to, že mladí lidé mohou sdělovat příznaky svých nemocí a zaujmou jimi, aniž by byli odmítnuti poukazem, že neduhy přináší věk. V duchu ageismu mladý člověk může být popudlivý nebo nepříjemný bez toho, že by byl označován za podivína. Mladý člověk může zapomenout adresu nebo jméno a nikdo s ním nejedná s blahosklonnou přezíravostí. (Minibergerová, Dušek, 2006, s. 46)

V současné době je zřejmě nejkomplexněji pojímána definice od Vidovičové: „Ageismus je ideologie založená na sdíleném přesvědčení o kvalitativní nerovnosti jednotlivých fází lidského životního cyklu manifestovaná skrze proces systematické, symbolické i reálné stereo typizace a diskriminace osob a skupin a na základě chronologického věku a/nebo na jejich příslušnosti k určité generaci.“ Přínosem této definice je, že zahrnuje nejen diskriminaci starých a dlouhověkých osob, tak jak je nejčastěji ageismus pojímán, ale identifikuje také další formy věkové diskriminace, o nichž hovoříme například jako o youthismu - diskriminaci mládí a adultismu – diskriminaci dospělých.

Typickým příkladem ageismu ve zdravotní péči pak mohou být věková limitace screeningových vyšetření a v obecné rovině často postoj ke stáří jako k nevyléčitelné nemoci. Z toho důvodu také může docházet k neléčení některých příznaků a tím následně k onemocnění, které jsou považována za běžný projev stáří. Vidovičová v této souvislosti zmi-

ňuje také termíny jako „bed blocker“ (dlouhodobě hospitalizovaný nemocný-blokující lůžko) a „frequent flyer“ pro seniory, kteří opakovaně v krátké době navštěvují lékaře.

V naší kultuře jsou postoje ke stáří ambivalentní. Na jedné straně jsou děti vychovávány k úctě ke stáří, na straně druhé bohužel velmi často hovoříme o starých lidech jako o zátěži, neproduktivním článku společnosti apod. Tošnerová uvádí pět nejčastěji nekriticky přijímaných představ o stáří:

1. Staří lidé jsou všichni stejní
2. Stáří mužů a žen je stejné
3. Staří nemají čím společnosti přispět
4. Stáří je křehké, potřebuje péči
5. Stáří je ekonomickou zátěží společnosti

Těchto pět představ o stáří zahrnuje mýty o stáří v naší společnosti a zdroje ageismu.

Můžeme však říci, že podstatou ageismu je nesprávně pochopená kvalitativní nerovnost jednotlivých fází lidského životního cyklu prostřednictvím procesu systematické, symbolické a i reálné stereotypizace a diskriminace osob a skupin na základě jejich chronologického věku nebo na základě jejich příslušnosti ke srarší generaci. (Jirásková, 2005, s. 213)

2.1 Klasifikace ageismu

U některých jedinců může docházet k paralelním projevům „nového“, tzv. benevolentního ageismu spolu s tzv. „starým-hostilním“ ageismem. Hovoříme o „ambivalentním“ ageismu, kde se obě přesvědčení prolínají a vzájemně posilují. Zdánlivý rozpor společného výskytu pozitivní a negativní diskriminace je vysvětlován v závislosti na pozici skupiny:

- *Benevolentní* – pozitivní ageismus se vyskytuje tam, kde jsou senioři submisivní, nemají zvýšené nároky a „neobtěžují“.
- *Hostilní* – negativní ageismus je prezentován tam, kde se senioři stávají více asertivními – snaží se prosadit své požadavky.

Obecně lze ageismus diferencovat také dle zdrojů ageistických postojů a předsudků a jejich důsledků v jednání a chování na:

- *Individuální* – mikrosociální – týkající se jedince a jeho názorů

- *Mezosociální* – na úrovni sociálních skupin, pečovatelských institucí, firem, aj.
- *Makrosociální* – ve vztahu k legislativním úpravám – ageismus vlastní strukturám.

Významným zdrojem ageismu se stává současná demografická situace. Skutečnost, že seniorů je mnoho a stále jejich populace roste, může být proto problematická. Podobně se do problematiky vnímání stáří promítají také různé hodnotové a intergenerační rozdíly – hodnotový konflikt, aspekt konkurence, procesy modernizace a segregace. (Pokorná, 2010, s. 72-73)

2.2 Zdroje ageismu

1. **Strach ze smrti.**

   Smrt je nahlížena jako nepřátelská k sobě samému. Stáří vzbuzuje strach, smrt a stáří je viděno jako synonymum. Smrt není viděna jako přirozená a nevyhnutelná část lidského života. Toto je v kontrastu s východní filosofií, která život a smrt vnímá jako součást kontinuálního cyklu, život a smrt jsou nerozlučitelně spjaté. Rozvoj medicíny v rozvinutých zemích vymýtil smrt z průběhu jednotlivých životních etap, posunul délku života, smrt ponechal v etapě stáří. Předstíráme, že smrt neexistuje, většina z nás ji ignoruje, neradi si připomínáme vlastní smrtelnost.

2. **K ageismu přispívá důraz na mládí a fyzickou krásu.**

   Staří lidé jsou ignorováni. Pokud jsou zobrazováni, tak obvykle negativně. Důraz na mládí nespočívá jen ve vlivu, jak jsou staří vnímání, ale také jak staří vnímají sami sebe.

3. **Produktivita je těsně spjata s ekonomickým potenciálem.**

   Oba konce životního cyklu jsou viděny jako neproduktivní – děti i staří. Střední věk je vnímán jako nesoucí zátěž o obě skupiny. Děti jsou viděni jako ekonomická investice, kdežto staří jsou vnímáni jako finanční dluh, závazek. Z toho nevyplývá, že by měli být neproduktivní. Ale odchodem do důchodu staří již nejsou viděni jako ekonomicky produktivní a tím jsou devalvováni.

4. **Způsob jak je zjišťován skutečný stav společnosti vedoucí k ageismu**

   Zejména v americké společnosti v tzv. pomáhajících profesích špatně kontrolovatelné gerontologické studie posílily negativní image starých lidí. Stáří bylo v první řadě studované v ústavech s dlouhodobou péčí, ale pouze 5 % populace starších 65 let je institucionalizovaná.(Tošnerová, 2002, s. 12-13)

Palmore (1999) rozděluje možné zdroje ageismu na tři skupiny:

- Individuální (subjektivně-psychologické)
- Kulturní
- Sociální

Zdroje ageismu dle Palmora (viz příloha č. 4).

2.3 Projevy ageismu v ošetřovatelské péči

V ošetřovatelské péči se ageistické postoje dle dostupných odborných zdrojů vyskytují častěji než v běžné populaci, protože zdravotníci pečující o seniory považují jejich problémy za běžné projevy stárnutí za typické pro všechny dlouhověké osoby (hodnotí seniory jako „šedou“, homogenní masu). Předpoklad omezených schopností seniorů a poruch sociální interakce při poskytování péče jistě souvisí s faktem, že při přijetí nemocných starších 70 let k akutní hospitalizaci je u 10-20% přítomen klinický obraz splňující diagnostická kritéria deliria a u 10-30% seniorů se rozvíjí v průběhu hospitalizace na interním oddělení. Na chirurgických oborech je prevalence deliria podstatně vyšší a pohybuje se mezi 35-65% u neplánovaných operací. Na oddělení dlouhodobé péče je výskyt deliria méně vysoký (1/3 až 1/2 nemocných). Budeme-li vycházet z předpokladu, že delirium se ve velké míře manifestuje právě změnami jednání seniorů (např. agitovaností, neklidem, dezorientací časem a místem, poruchami paměti) s důsledky v sociální interakci s pečujícími osobami, lze usuzovat, že pečovatelé přenášejí své profesní osobní zkušenosti a náhled na obecně sníženou labilitu seniorů také do běžného života.

Ageismus v ošetřovatelské péči je tedy běžný fenomén, který je posilován negativními stereotypy. Projevy ageistických tendencí poskytovatelů ošetřovatelské péče následně vycházejí z několika zdrojů: individuální – subjektivně psychologické zdroje, sociální zdroje a kulturně podmíněné zdroje a dále z předsudků a stereotypů.

Proces internalizace ageistických postojů začíná již v období dětství a v průběhu života je spíše posilován než oslabován formulujícími vlivy prostředí. U budoucích zdravotnických pracovníků hraje svou roli také způsob vzdělání v péči o dlouhověké osoby, které bylo dlouhodobě zaměřeno na popis involučních změn ve stáří a nemocí charakteristických pro období stáří a na fragilitu seniorské populace.

V péči o jedince se opět ageistické tendence mohou vyskytovat v měřítku:

- *Individuálním a skupinovém* – devalvující chování, hyperprotektivní chování, elderspeak, infantilizace, vyhýbání se kontaktu se seniorem, nerespektování běžných etických a právních norem, předpoklad snížené ability a vytváření pocitů závislosti aj.
- *Systémovém-mezosociálním i makrosociálním* – rozpočtová politika a omezování výdajů, odpírání či omezování nákladných léčebných postupů z důvodu věku, definice oprávnění – nepřiměřené hodnocení kompetencí (rozhodovacích možností) seniora, etika péče, zneužívání a špatné zacházení se seniory. (Pokorná, 2010, s. 73 – 75)

  Modelová situace č.1 (viz příloha č.2)

2.4 Důsledky ageistických tendencí v ošetřovatelské péči

„Nastane-li skutečnost nereálného hodnocení ve vztahu se seniory, stáváme-li se ageistickými, nejsme schopni adekvátně poskytovat potřebnou péči, protože správně neidentifikujeme míru, rozsah a úroveň požadované péče. Ageistické postoje se pak manifestují nedostatečným či naopak nadměrným rozsahem poskytované péče (starý zlý hostilní ageismus versus nový hyperprotektivní benevolentní ageismus).“ (Vidovićová, 2002, s. 176)

Důsledky ageistických tendencí v ošetřovatelské péči (viz tabulka č. 1.5 v příloze)

2.5 Zdravotnictví jako věkově diferencovaný systém

V diskuzích o ageismu je zdravotní systém jedním z eticky nejcitlivějších témat. Vystavuje totiž zkoumání samotnou legitimitu věkových hranic v poskytování, financování a v kvalitě poskytování péče. Náklady na zdravotní a sociální péči jsou častým argumentem v diskusích o nutnosti omezení výdajů stárnoucích společností, neboť se předpokládá, že tyto náklady neúměrně narostou v přímé souvislosti se zvyšováním počtu seniorů. Podle statistik zdravotních pojišťoven náklady na ošetřování nemocných rostou s jejich věkem a

liší se v závislosti na pohlaví pojištěnce. Zvýšené náklady se začínají objevovat již od 40. až 50. roku věku a vrcholí kolem osmdesátky.

Do problematiky ageismu ve zdravotnictví, a přeneseně i v sociálních službách, se však neřadí pouze věkové restrikce. Typickým příkladem může být podceňování některých chorob a smyslových dysfunkcí tím, že jsou připsány staršímu věku a nejsou rozpoznány jako důsledek nemoci, která má být řádně léčena. Tento typ ageismu vychází z předpokladu, že stárnutí samo je neléčitelná nemoc, a proto mu je věnována menší pozornost než nemocem mladšího nebo středního věku. U pacientů s vyšším věkem není prováděna řádná diagnostika a preventivní zákroky jsou podceňovány jako nepotřebné. Příkladem jsou věkové limity pro provádění preventivních vyšetření, zejména některých screeningových vyšetření v onkologické prevenci. Vyhláška č. 56/1997 v novelizaci z roku 2000 a 2002 zavádí časové rozmezí preventivních prohlídek v závislosti na věku pojištěnce. V případě mamografického vyšetření je stanovena věková hranice žen od 45 do 69 let věku.

Ve zdravotně-sociální oblasti se lze setkat s „profesionálním“ ageismem, při němž dochází ke generalizaci patologických průvodních jevů nemocí ve stáří na stáří samotné. K profesionálnímu ageismu patří i různá jména připisovaná starším pacientům. Jeden z příkladů, oslovení „babičko/dědečku“ bez příbuzenského vztahu k pacientovi. Zahraniční prameny uvádějí i pojmy jako „bed-blocker“ pro dlouhodobě nemocné starší pacienty nebo „frequent flyer“ pro pacienty, kteří opakovaně v krátké době vyhledávají ošetření v ambulancích první pomoci. Jako příklad extrémních forem projevů ageistického chování ve zdravotnictví a sociálních službách lze uvést problém zneužívání pečovatelem.

Uvedený výčet je pouhým nástinem různých možných úrovní a forem věkové diferenciace ve zdravotní oblasti. Většina z nich je středem žhavé a eticky velmi choulostivé diskuse snažící se balancovat argumenty pro a proti v otázce, zda je či není tato diferenciace odsouzeníhodným ageismem.

V ideálním případě by totiž zdravotnictví mělo fungovat především jako systém zajišťující spravedlivý přístup k zdravotním službám, což neimplikuje nutnost poskytovat všem pacientům stejnou léčbu bez ohledu na věk (Vidovićová, 2002, s. 179-180)

2.6 Špatné zacházení se seniory

Jedna definice špatného zacházení se starými osobami zní takto: „*Jednorázový nebo opakovaný čin, nebo zdržení se přiměřeného jednání, k němuž dojde v rámci jakéhokoliv vztahu, kde se očekává důvěra, a který způsobí starší osobě újmu nebo nesnáz“.* Takovýto přístup k definici ubližování starým lidem tvoří základ jeho nahlížení více jak posledních 20 let. (Martinková, 2009, s. 91)

Četnost výskytu špatného zacházení se seniory se ve světě uvádí mezi 3-10% seniorské populace (United Nations 2002). Záleží však na vymezení tohoto pojmu. Tošnerová (2002a) uvádí odhad 60 tisíc osob v ČR. Podle Sládkové přesahuje podíl psychicky a fyzicky týraných seniorů v ČR 5% podíl uváděný v západních zemích.

(Martinková, 2009, s. 7.)

Je zjevné, že média v ČR přispívají v určitých periodách k demografické panice (vzhledem k předpokládanému trendu věkového vývoje naší populace směrem ke stárnutí, která tak pravděpodobně ageismus posiluje. Obecně se v české společnosti závažnosti tématu špatného zacházení se seniory zatím nedostává náležité místo, protože společnost je v současnosti naladěna celkově jinak.

Je však třeba vidět, že na celonárodní úrovni i v ČR již došlo k první větší snaze o angažovanost v otázce stáří a seniorů a v problematice s nimi spojené v tom, že byl vládou přijat vládní Národní program přípravy na stárnutí. První takovýto program byl schválen na období let 2003-2017. „*Při konečném vyhodnocení bylo konstatováno, že příslušná zainteresovaná ministerstva svoje úlohy, které z tohoto programu vyplývají, nesplnila“*. Další Národní program přípravy na stárnutí (Kvalita života ve stáří), které je nyní v platnosti, je na období let 2008-2012. Cílem druhého ze jmenovaných programů jsou značné a odpovídají závažnosti tématiky, na kterou je zaměřen. (Martinková, 2009, s. 13-14.)

II. PRAKTICKÁ ČÁST

3 METODIKA PRÁCE

Bakalářská práce je pojata jako výzkumné šetření. Pro toto šetření jsem zvolila metodu kvantitativního výzkumu pomocí techniky dotazníku. Šetření předcházela analýza všech dostupných informací a bakalářských či diplomových prací o agesimu. (Viz úvod)

Cílem tohoto výzkumného šetření je posoudit, do jaké míry zná nelékařský personál termín ageismus, zda jsou schopni jej vysvětlit. Dále zjistit, zda se ageismus ve zdravotnictví vyskytuje, v jakých oblastech a u které skupiny respondentů nejčastěji. Porovnat rozdíl mezi jeho výskytem v nemocnicích a domovech pro seniory.

3.1 Cíle práce

Cíl č. 1:

Zjistit úroveň znalostí nelékařských zdravotních pracovníků o ageismu.

Cíl č. 2:

Zjistit, do jaké míry se ageismus ve zkoumaných zařízeních vyskytuje.

Cíl č. 3:

Porovnat výskyt ageismu ve zdravotních zařízeních a domovech pro seniory

3.2 Hypotézy

$1H_0$: Nelékařští zdravotní pracovníci znají termín ageismus alespoň z 40%.

$1H_A$: Nelékařští zdravotní pracovníci nemají o termínu ageismus dostatek informací ani z 40%.

$2H_0$: Diskriminace vůči věku se ve zkoumaných zařízeních vyskytuje více než v 30%.

$2H_A$: Ageismus se ve zkoumaných zařízeních vyskytuje zřídka nebo vůbec, pod 30%.

$3H_0$: Ageismus se vyskytuje ve více jak 50% ve zdravotních zařízeních.

$3H_A$: Ageismus se vyskytuje ve více jak 50% v domovech pro seniory.

3.3 Charakteristika vzorku respondentů

Dotazníky byly určeny pro nelékařský zdravotní personál, tzn. osoby se specializací: (sanitárka, ošetřovatelka, nutriční terapeut, pracovník sociálních služeb, fyzioterapeut, zdravotní asistent, všeobecná sestra, všeobecná sestra Dis., všeobecná sestra Bc., všeobecná sestra Mgr. a jiní).

Výzkumného šetření se zúčastnilo celkem 160 respondentů. 80 osob pracujících v nemocnicích a zbylých 80 v domovech pro seniory. Po třídění jsem použila pro zpracování 140 z nich. Z nemocničních oddělení jsem distribuovala dotazníky na oddělení akutní geriatrie, dlouhodobé intenzivní ošetřovatelské péče a interny.

3.4 Charakteristika metody šetření

„Úkolem kvantitativního výzkumu je statisticky popsat typ závislosti mezi proměnnými, změřit intenzitu této závislosti apod. Pracuje většinou s velkým souborem respondentů. Používá metod dotazníku, standardizovaného rozhovoru, analýzy dat apod. Při analýze dat převládají většinou statistické postupy. Kvantitativní výzkum zahrnuje systematické shromažďování a analýzu numerických informací za předpokladu kontroly podmínek. Kvantitativní výzkum se řadí k „těžké" vědě a má sklon zdůrazňovat dedukci, pravidla logiky a měřitelné atributy lidské zkušenosti. Kvantitativní výzkum pracuje se statistickými jednotkami, které třídí." (Kutnohorská, 2009, s. 21-22)

Kvantitativní metodu jsem si vybrala z toho důvodu, že pracuje s velkou masou respondentů a dokáže tak objektivně vyhodnotit více respondentů pro kvalitní vyhodnocení mé bakalářské práce.

3.5 Organizace šetření

Po zhotovení konečné verze dotazníků jsem rozeslala hlavním sestrám tří nemocnic ve Zlínském a Olomouckém kraji dopisy s žádostí o umožnění dotazníkového šetření na jejich pracovišti. Totéž jsem odeslala ředitelům domovů pro seniory do stejných krajů. Moji žádost zamítli celkem dva ředitelé domovů. Po obdržení souhlasů ze zbylých institucí jsem kontaktovala vrchní a staniční sestry a roznesla jsem zde dotazníky v počtu 10 - 15 kusů na oddělení. Po týdnu jsem si vždy dotazníky vybrala. Ty, které nebyly vyplněné, jsem rozdala dál na jiné oddělení či pracoviště, tak abych na konci obdržela všech 160.

Po vybrání prvních patnácti dotazníků jsem provedla pilotní studii. Na základě jejích výsledků jsem položku č. 2 rozčlenila na obor zdravotního asistenta, všeobecnou sestru, všeobecnou sestru Dis., všeobecnou sestru Bc. zvlášť. Dále jsem položku č. 10 doplnila o možnost výběru jiné. Opravené dotazníky jsem distribuovala na další oddělení.

Po získání všech 160 tiskopisů jsem je roztřídila a dvacet z nich vyřadila na základě jejich neúplnosti či nedostatečné validity. 140 dotazníků jsem vyhodnotila v programu Microsoft Office Excel 2007.

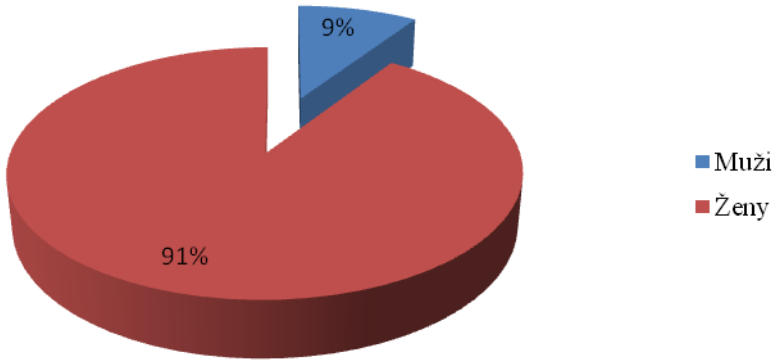
3.6 Zpracování získaných dat

Získaná data jsou statisticky zpracována do tabulek a kruhových diagramů. Každá položka ještě zvlášť obsahuje interpretaci výsledků. Data jsou vyhodnocena pomocí četností. Počet statistických jednotek, jimž přísluší stejná hodnota znaku, se nazývá **absolutní četnost hodnoty znaku x_i označené n_i.** Podíl absolutní četnosti znaku a rozsahu souboru se nazývá **relativní četnost s označením v_i.** Součet absolutních četností je roven rozsahu souboru, součet relativních četností je roven 1. Relativní četnost je vyjádřená v procentech.

Položka č. 1: Pohlaví respondentů

Tabulka č. 1: Pohlaví respondentů

Pohlaví	Absolutní četnost (N)	Relativní četnost (%)
Muž	13	9%
Žena	127	91%
Celkem	140	100%



Graf č. 1: Pohlaví respondentů

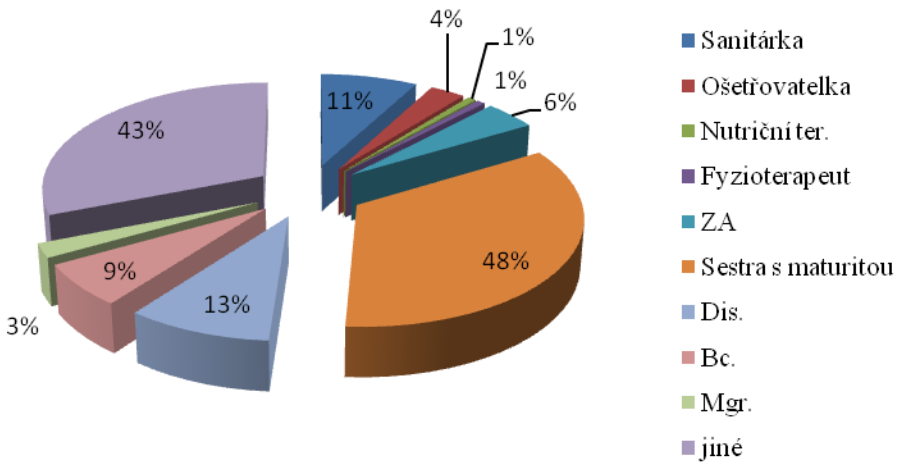
Interpretace výsledků:

Dotazníkového šetření se zúčastnilo celkem 91% žen a 9% mužů.

Položka č. 2: Zaměstnání respondentů

Tabulka č. 2: Zaměstnání respondentů

	Absolutní četnost (N)	Relativní četnost (%)
Sanitárka	11	8%
Ošetřovatelka	4	3%
Nutriční ter.	1	1%
Fyzioterapeut	1	1%
ZA	6	4%
Všeobecná sestra	48	34%
Dis.	13	9%
Bc.	9	6%
Mgr.	3	2%
Jiné	43	31%
Celkem	140	100%



Graf č. 2: Zaměstnání respondentů

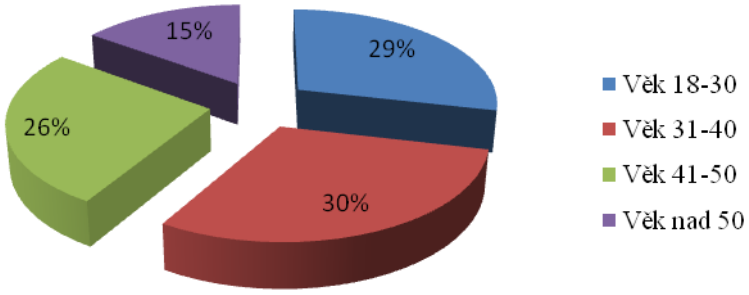
Interpretace výsledků:

Dotazníkového šetření se zúčastnilo nejvíce všeobecných sester 34%, na druhém místě to byli respondenti v kolonce jiní 31% (rehabilitační sestry a pracovníci sociálních služeb). Dále vyplnilo tiskopis 9% respondentů se specializací Dis., 8% sanitárek/sanitářů, 6% respondentů s bakalářským vzděláním, 4% Zdravotních asistentů, 3% ošetřovatelek/ošetřovatelů, 2% respondentů s magisterským vzděláním a po 1% nutriční terapeuti a fyzioterapeuti.

Položka č. 3: Věk respondentů

Tabulka č. 3: Věk respondentů

	Absolutní četnost (N)	Relativní četnost (%)
Věk 18-30	40	29%
Věk 31-40	42	30%
Věk 41-50	37	26%
Věk nad 50	21	15%
Celkem	140	100%



Graf č. 3: Věk respondentů

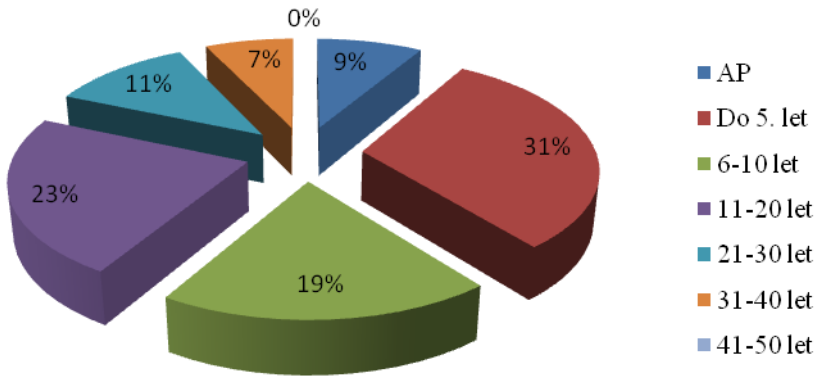
Interpretace výsledků:

Nejvíce respondentů bylo ve věku 31-40 let v procentuální zastoupení 30%, dále personál ve věku 18-30 let 29%, 41-50 let staří respondenti 26% a nejméně vyplnilo dotazník lidí ve věku nad 50 let, což činilo 15%.

Položka č. 4: Délka praxe respondentů

Tabulka č. 4: Délka praxe

	Absolutní četnost (N)	Relativní četnost (%)
AP	12	9%
Do 5. let	43	31%
6-10 let	27	19%
11-20 let	32	23%
21-30 let	16	11%
31-40 let	10	7%
Celkem	140	100%



Graf č. 4: Délka praxe

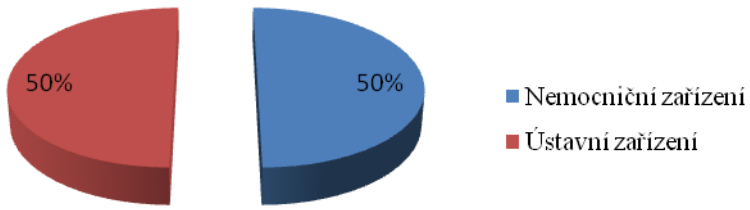
Interpretace výsledků:

31% respondentů pracuje ve zdravotním či ústavním zařízení do 5 let, 23% z nich od 11-20 let, 19% mezi 6-10 roky, 11% z nich mezi 21-30 roky, 9% pracovníků je ještě v adaptačním procesu, 7% pracuje 31-40 let a žádný z dotazovaných nepracuje déle než 41-50 let.

Položka č. 5: V jakém zdravotním zařízení pracujete?

Tabulka č. 5: V jakém zdravotním zařízení pracujete?

	Absolutní četnost (N)	Relativní četnost (%)
Nemocniční zařízení	70	50%
Ústavní zařízení	70	50%
Celkem	140	100%



Graf č. 5: V jakém zdravotním zařízení pracujete?

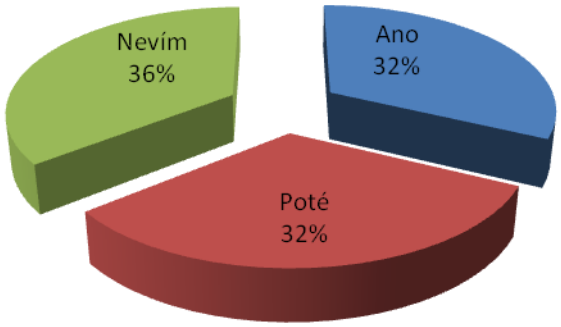
Interpretace výsledků:

Dle předem daných podmínek činí polovina respondentů zaměstnanci z nemocničního zařízení a druhá polovina z ústavního zařízení.

Položka č. 6: Víte, co znamená termín ageismus?

Tabulka č. 6: Víte, co znamená termín ageismus?

	Absolutní četnost (N)	Relativní četnost (%)
Ano	45	32%
Poté	45	32%
Nevím	50	36%
Celkem	140	100%



Graf č. 6: Víte, co znamená termín ageismus?

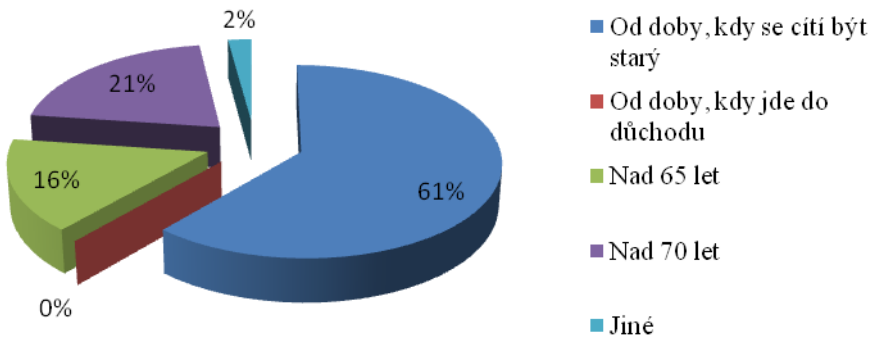
Interpretace výsledků:

Většina, tedy 36% respondentů nedokázalo vysvětlit, co je to ageismus. 32% správně odpovědělo na danou otázku a stejně tak 32% sice nevědělo, co ageismus znamená, ale poté co vyplňovali tento dotazník, se o něm informovaly, což hodnotím velice kladně.

Položka č. 7: Od kdy je podle Vás člověk starý?

Tabulka č.1: Od kdy je podle Vás člověk strarý?

	Absolutní četnost (N)	Relativní četnost (%)
Od doby, kdy se cítí být starý	86	61%
Nad 65 let	22	16%
Nad 70 let	29	21%
Jiné	3	2%
Celkem	140	100%



Graf č. 7: Od kdy je podle Vás člověk starý?

Interpretace výsledků

Na tuto otázku se 61% dotazovaných vyjádřilo k odpověď: „ Od doby, kdy se cítí být člověk starý “. 21% označilo odpověď: „ Nad 70 let“, 16% pokládá člověka za starého od 65 let (16%). 2% respondentů označilo možnost s názvem jiné, do níž zařadily odpově-di:

a) pokud ze zdravotních důvodů nemůže vykonávat to, co doposud

b) v době, kdy je odkázán jen na pomoc druhých

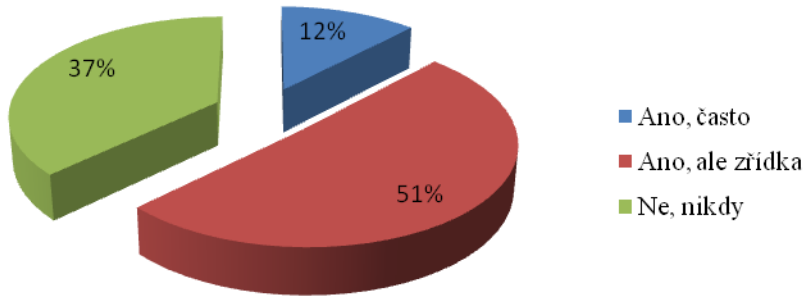
c) individuální – biologický versus kalendářní věk

Nikdo neoznačil odpověď: „ Od doby, kdy jde senior do důchodu.“

Položka č. 8: Zažil (a) jste někdy nevhodné chování své (ho) kolegy (ně) vůči seniorům?

Tabulka č. 8: Zažil (a) jste někdy nevhodné chování své (ho) kolegy (ně) vůči seniorům.

	Absolutní četnost (N)	Relativní četnost (%)
Ano, často	17	12%
Ano, ale zřídka	71	51%
Ne, nikdy	52	37%
Celkem	140	100%



Graf č. 8: Zažil (a) jste někdy nevhodné chování své (ho) kolegy (ně) vůči seniorům

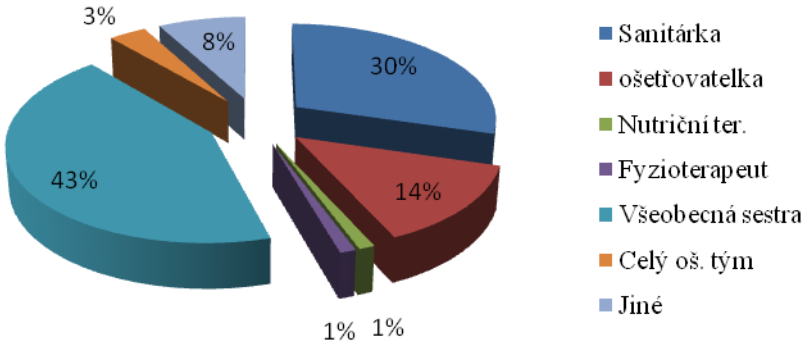
Interpretace výsledků:

Celých 51% respondentů bylo svědkem toho, že se jeho/její kolega (gyně) nevhodně choval(a) k seniorovi, i když zřídka. 37% z nich se s tím nikdy nesetkalo. 12% z nich se setkává s projevy ageismu často.

Položka č. 9: Pokud ano, který zaměstnanec to byl?

Tabulka č. 9: Pokud ano, který zaměstnanec to byl?

	Absolutní četnost (N)	Relativní četnost (%)
Sanitárka	26	30%
ošetřovatelka	12	14%
Nutriční ter.	1	1%
Fyzioterapeut	1	1%
Všeobecná sestra	38	43%
Celý oš. tým	3	3%
Jiné	7	8%
Celkem	88	100%



Graf č. 9: Pokud ano, který zaměstnanec to byl?

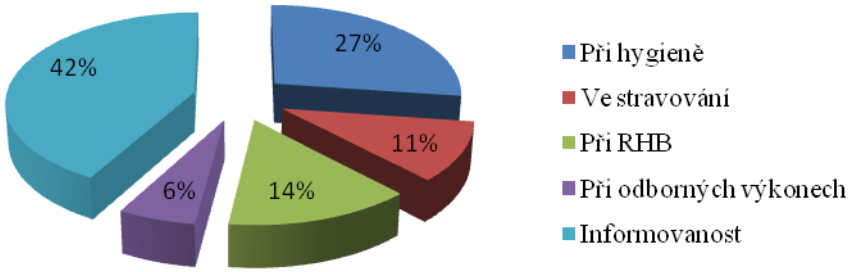
Interpretace výsledků:

88 zaměstnanců, kteří byli svědkem nevhodného chování své (ho) kolegy (ně) vůči seniorům označili nejvíce, tedy 43%, všeobecné sestry, z 30% sanitárky, 14% ošetřovatelky. 8% respondentů označilo položku jiné, kde označily nejvíce pracovníky sociálních služeb a v jednom případě lékaře. 3% označili celý ošetřovatelský tým a po 1% fyzioterapeuta a nutričního terapeuta.

Položka č. 10: V jaké situaci si myslíte, že bývají senioři ve zdravotnictví nejvíce diskriminováni?

Tabulka č. 10: V jaké situaci si myslíte, že bývají senioři ve zdravotnictví nejvíce diskriminováni?

	Absolutní četnost (N)	Relativní četnost (%)
Při hygieně	46	27%
Ve stravování	18	11%
Při RHB	24	14%
Při odborných výkonech	10	6%
Informovanost	71	42%
Celkem	169	100%



Graf č. 10: V jaké situaci si myslíte, že bývají senioři ve zdravotnictví nejvíce diskriminováni?

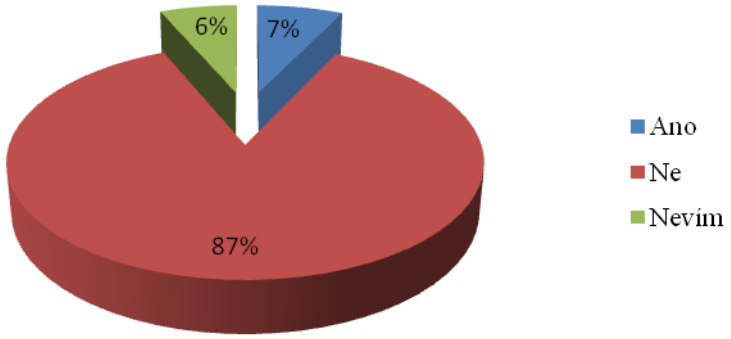
Interpretace výsledků:

V této položce, byl možný výběr více odpovědí, proto na tuto otázku respondenti odpověděli 169. odpověďmi. Většina z nich, tedy 42%, si myslí, že nejčastěji se ageismus projevuje v nedostatku informací od nelékařského zdravotního personálu, 27% z nich se domnívá, že se projevuje nejvíce při hygieně, 14% při rehabilitaci, 11% ve stravování a z 6% při odborných výkonech.

Položka č. 11: Máte vy sám (sama) vůči seniorům nějaké předsudky?

Tabulka č. 11: Máte vy sám (sama) vůči seniorům nějaké předsudky?

	Absolutní četnost (N)	Relativní četnost (%)
Ano	10	7%
Ne	121	86%
Nevím	9	7%
Celkem	140	100%



Graf č. 11: Máte vy sám (sama) vůči seniorům nějaké předsudky?

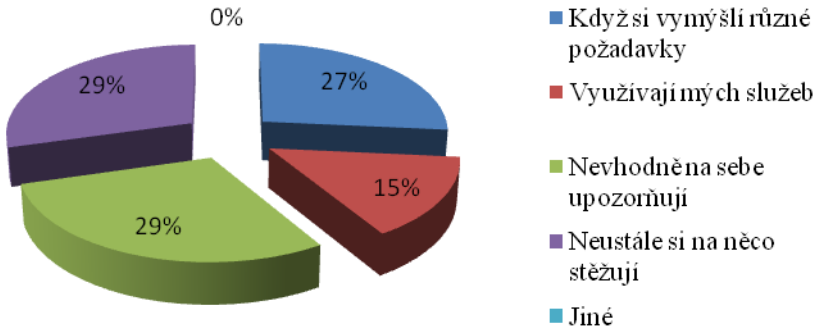
Interpretace výsledků:

87% respondentů nemá vůči seniorům předsudky. 7% z nich ano, 7% z nich neví.

Položka č. 12: Pokud ano, v jakém případě?

Tabulka č. 12: Pokud ano, v jakém případě?

	Absolutní četnost (N)	Relativní četnost (%)
Když si vymýšlí různé požadavky	9	27%
Využívají mých služeb	5	15%
Nevhodně na sebe upozorňují	10	29%
Neustále si na něco stěžují	10	29%
Celkem	34	100%



Graf č. 12: Pokud ano, v jakém případě?

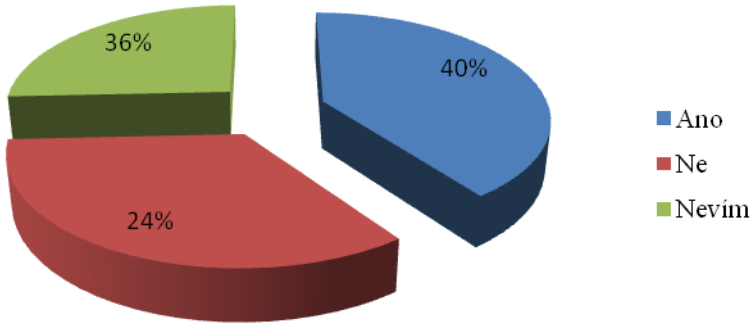
Interpretace výsledků:

U této otázky měli respondenti možnost označit více odpovědí. Dohromady odpovědělo na tuto otázku 10 respondentů 34. mi odpověďmi. Nejčastěji označili možnost: „Nevhodně na sebe upozorňují "a„ Neustále si na něco stěžují" a to z 29%. Na druhém místě dotazující označili možnost: „Když si vymýšlí různé požadavky" z 27% a nejméně byla označována možnost:„Využívají mých služeb" a to z 15%. Do položky jiné nepřispěl nikdo svou odpovědí.

Položka č. 13: Myslíte si, že jsou senioři ve zdravotnictví diskriminováni kvůli svému věku?

Tabulka č. 13: Myslíte si, že jsou senioři ve zdravotnictví diskriminováni kvůli svému věku?

	Absolutní četnost (N)	Relativní četnost (%)
Ano	56	40%
Ne	48	24%
Nevím	36	36%
Celkem	140	100%



Graf č. 13: Myslíte si, že jsou senioři ve zdravotnictví diskriminováni kvůli svému věku?

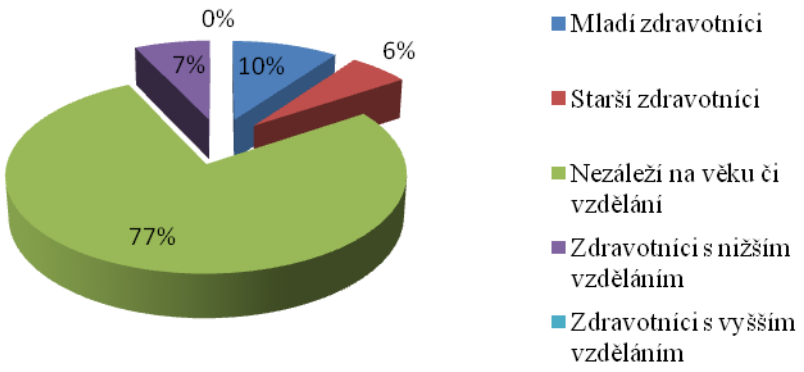
Interpretace výsledků:

Většina respondentů (40%) si myslí, že jsou senioři ve zdravotnictví diskriminováni, 36% neví a 24% z nich si myslí, že ne.

Položka č. 14: Nevhodné chování vůči seniorům mají podle Vás?

Tabulka č. 14: Nevhodné chování vůči seniorům mají podle Vás?

	Absolutní četnost (N)	Relativní četnost (%)
Mladí zdravotníci	14	10%
Starší zdravotníci	8	6%
Nezáleží na věku či vzdělání	108	77%
Zdravotníci s nižším vzděláním	10	7%
Zdravotníci s vyšším vzděláním	0	0%
Celkem	140	100%



Graf č. 14: Nevhodné chování vůči seniorům mají podle Vás?

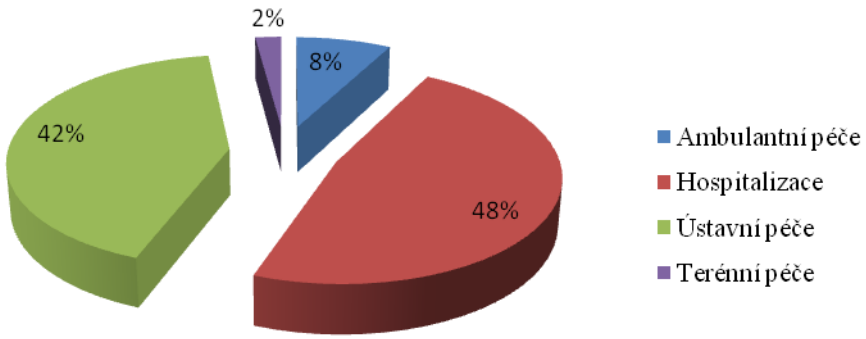
Interpretace výsledků:

Z následujícího grafu vyplívá, že se respondenti v naprosté většině domnívají, že nezáleží ani na věku či vzdělání zdravotníka, aby se choval k seniorům nevhodně. Odpověděli tak z 77%. 10% dotazovaných označilo na druhém místě mladé zdravotníky, 7% se jednalo o zdravotníky s nižším vzděláním a 6% starší zdravotníci.

Položka č. 15: V jakém zdravotním zařízení se dle vašeho názoru vyskytuje ageismus nejvíce?

Tabulka č. 15: V jakém zdravotním zařízení se dle vašeho názoru vyskytuje ageismus nejvíce?

	Absolutní četnost (N)	Relativní četnost (%)
Ambulantní péče	11	8%
Hospitalizace	67	48%
Ústavní péče	59	42%
Terénní péče	3	2%
Cekem	140	100%



Graf č. 15: *V jakém zdravotním zařízení se dle vašeho názoru vyskytuje ageismus nejvíce?*

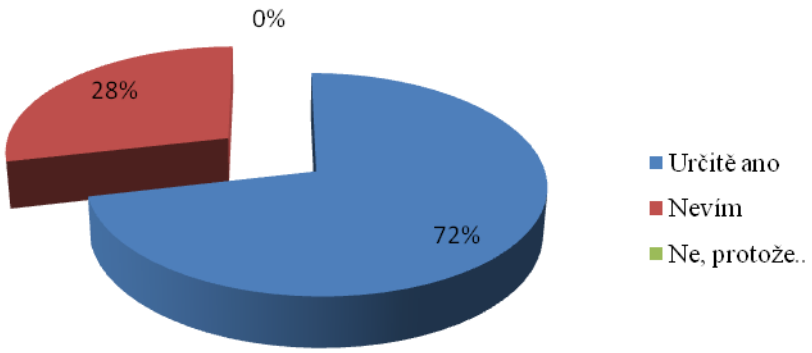
Interpretace výsledků:

Poměrně vyrovnané výsledky se objevili u otázky č. 15, kde respondenti popsali nejčastější výskyt ageismu z 48% v nemocnicích a 42% v ústavní péči. V 8% se pak jednalo o ambulantní péči a pouze ve 2% o terénní péči.

Položka č. 16: Domníváte se, že byste dokázali zasáhnout, v případě kdybyste se stali svědkem nevhodného chování vašich kolegů vůči seniorovi?

Tabulka č. 16: Domníváte se, že byste dokázali zasáhnout, v případě kdybyste se stali svědkem nevhodného chování vašich kolegů vůči seniorovi?

	Absolutní četnost (N)	Relativní četnost (%)
Určitě ano	100	72%
Nevím	40	28%
Celkem	140	100%



Graf č. 16: Domníváte se, že byste dokázali zasáhnout, v případě kdybyste se stali svědkem nevhodného chování vašich kolegů vůči seniorovi?

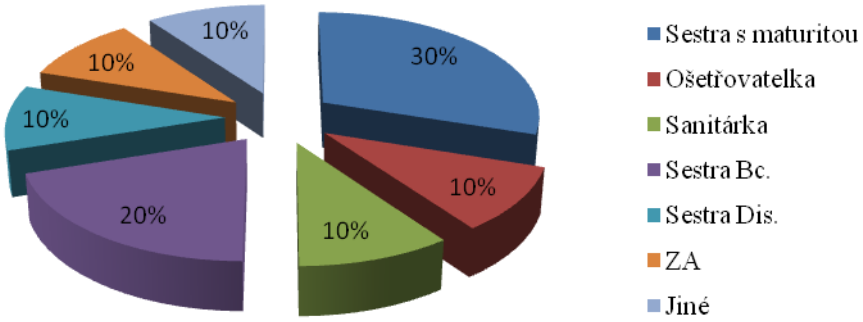
Interpretace výsledků:

72% respondentů by určitě dokázalo zakročit, ale zbylých 28% neví. Na otázku ne, protože.. neodpověděl nikdo.

Zdravotníci, kteří odpověděli na položku číslo 11: (Máte vy sama (sám) vůči seniorům nějaké předsudky?) odpovědí ANO, jsou zaměstnáni jako:

Tabulka č. 17: Zaměstnanci mající vůči seniorům předsudky

	Absolutní četnost (N)	**Relativní četnost (%)**
Sestra s maturitou	3	30%
Ošetřovatelka	1	10%
Sanitárka	1	10%
Sestra Bc.	2	20%
Sestra Dis.	1	10%
ZA	1	10%
Jiné	1	10%
Celkem	10	100%



Graf č. 17: Zaměstnanci mající vůči seniorům předsudky

Interpretace výsledků

Z celkového počtu 10 odpovědí na tuto otázku se stala nejpočetnější skupinou respondentů, skupina všeobecných sester s maturitou (30%) a poté všeobecné sestry Bc. (20%). Po jedné odpovědi (10%) to pak byly zaměstnanci: ošetřovatelka, sanitárka, všeobecná sestra Dis., Zdravotnický asistent, a v odpovědi jiné – pracovnice sociálních služeb.

4 ANYLÝZA VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

4.1 Analýza cílů a hypotéz

Cíl č. 1: Zjistit úroveň znalostí nelékařských zdravotních pracovníků o ageismu.

K tomuto cíli se přímo vztahuje otázka č. 6 s názvem: „Víte, co znamená termín ageismus?“ Na základě zpracování dotazníkového šetření jsem zjistila, že celých 36% respondentů se s tímto cizím slovem nikdy nesetkalo a tedy nezná odpověď. Poměrně vyrovnaně se půlí odpovědi ano (32%), kdy respondenti dokázali správně termín vysvětlit. Odpověď: „ Poté co jsem vyplňoval(a) tento dotazník jsem se o něm informoval(a)“, označilo taktéž 32%.

Samozřejmě nemůžeme očekávat, že všichni vypovídali dle úplné pravdy a nehledali správnou odpověď v literatuře. Oceňuji ale to, že dokázali vybrat i možnost, že si termín ageismus vyhledali v literatuře poté, co se setkali s tímto dotazníkem. Z této možnosti jde totiž poznat, kdo má zájem se něco dozvědět a kdo odpoví volbou nevím.

Potvrdila se tak hypotéza $1H_A$, tedy že nelékařští zdravotní pracovníci nemají o termínu ageismus dostatek informací ani z 40%.

Cíl č. 1 byl splněn.

Cíl č. 2: Zjistit, do jaké míry se ageismus ve zkoumaných zařízeních vyskytuje.

Abych si ověřila tento cíl, aplikovala jsem do dotazníku otázku číslo 8: „ Zažil(a) jste někdy nevhodné chování své(ho) kolegy(ně) vůči seniorům?“ Číslo 9: Pokud ano, který zaměstnanec to byl? Číslo 10: V jaké situaci si myslíte, že bývají senioři ve zdravotnictví nejvíce diskriminováni? Číslo 11: Máte vy sám (sama) vůči seniorům nějaké předsudky? Číslo 12: Pokud ano, v jakém případě? Číslo 13: Myslíte si, že jsou senioři ve zdravotnictví diskriminováni kvůli svému věku?

Na otázku č. 8 odpovědělo 71 respondentů (51%), že se s nevhodným chováním svých kolegů vůči seniorům setkává, ale zřídka. 52 z nich (37%) se nikdy s takovým chováním nesetkalo a 17 dotazovaných (12%) je dokonce často svědkem něčeho takového. Dohromady 63% dotazovaných má s projevy ageismu zkušenosti.

Devátá položka směřovala pouze k těm, kteří odpověděli buď ano, ale zřídka, nebo ano, často. Jednalo se o 88 pracovníků. Ti z 43% označili všeobecné sestry, jako nejčastější

personál vyvolávající nevhodného chování vůči seniorům. Na druhém místě to pak byly z 30% sanitárky, z 14% ošetřovatelky, z 8% jiné, tedy pracovníci sociálních služeb a lékař. 3% obsadil celý ošetřovatelský tým a po 1% nutriční terapeut a fyzioterapeut. Všeobecné sestry s různým stupněm vzdělání se tedy nejvíce podílí na této negativní činnosti.

Dle respondentů jsou senioři ve zdravotnictví z 42% nejvíce diskriminováni z důvodu nedostatečného sdělování informací od nelékařského personálu, poté při hygieně (27%), při rehabilitaci (14%), ve stravování (11%) a odborných výkonech (6%). S diskriminací seniorů (z hlediska odborných výkonů) je tato odpověď úzce spjatá s nedostatkem informací při odborných výkonech. Tím rozumíme na příklad aplikaci injekcí, infuzí, klyzmatu apod. Respondenti ale mohli či nemuseli označit více odpovědí, proto pravděpodobně většina zatrhla raději nedostatek informací. Celkově vzato ve všech oblastech ošetřovatelské péče.

Přestože se 63% dotazovaných setkává či setkalo s projevy ageismu, většina (86%) rozhodně nediskriminuje klienty kvůli jejich věku. Pouze 7% z nich se sami ztotožňují s ageismem a s předsudky vůči starým lidem a dalších 7% neví.

Ti, kterým senioři z jakéhokoliv důvodu vadí, vysvětlili svůj postoj nejčastěji (29%) odpověďmi, že si senioři neustále na něco ztěžují, nevhodně na sebe upozorňují. Z 27% si vymýšlí různé požadavky a z 15% nadměrně využívají jejich služeb. Je to projev vyhoření, nebo špatné výchovy? Ovlivnění ošetřovatelským týmem? Těžko říct, každopádně teď víme, že se ve zdravotnictví pohybují lidé, kteří těžko snášejí přítomnost starých lidí na jejich oddělení.

Na poslední otázku vztahující se k tomuto cílu odpovědělo 40% respondentů, že si myslí, že se ageismus ve zdravotnictví vyskytuje. 36% z nich neví a 24% si myslí opak.

Z těchto výsledků je tedy jasné, že 63% z dotazovaných se s ageismem setkalo či stále setkává. K tomu přispívá i fakt, že 40% z nich si opravdu myslí, že se ve zdravotnictví vyskytuje. Zaměstnanci označili nejčastěji všeobecnou sestru, jako druh nelékařského zdravotního personálu, který se v tomto ohledu projevuje nejvíce. Činnost zasahující takto nevhodně k seniorům se stala z 33% hygiena. 7% personálu, to je 10 lidí, se s ageismem vůči starým lidem ztotožňuje nejčastěji při situacích, kdy si senioři neustále na něco stěžují a nevhodně na sebe upozorňují.

Je tedy patrné, že i přes tak vysoká čísla výskytu ageismu i znalostí respondentů o jeho významu se s ním ztotožňuje minimum z nich.

Mohu tedy potvrdit hypotézu $2H_A$: Diskriminace vůči věku se ve zkoumaných zařízeních vyskytuje více než v 30%.

Cíl č. 2 byl splněn.

Cíl č. 3: Porovnat výskyt ageismu ve zdravotních zařízeních a domovech pro seniory.

Ke zjištění tohoto cíle, odpovídali respondenti v otázce číslo 15, která zněla: „V jakém zdravotním zařízení se dle Vašeho názoru vyskytuje ageismus nejvíce?“ 48% z nich jej tipovaly nejčastěji při hospitalizaci, 42% při ústavní péči, 8% v ambulantní péči a 2% při terénní péči.

56% dotazovaných si tedy myslí, že se ageismus projevuje nejvíce ve zdravotní péči a to při hospitalizaci a ambulantní péči.

Souhlasí tedy hypotéza $3H_0$: Ageismus se vyskytuje ve více jak 50% ve zdravotních zařízeních.

Cíl č. 3 byl splněn.

CÍLE BAKALÁŘSKÉ PRÁCE BYLY SPLNĚNY.

4.2 Diskuse

Tématem bakalářské práce je ageismus očima nelékařských zdravotních pracovníků v nemocnicích a v domovech pro seniory.

Skupinu respondentů zastoupil nelékařský zdravotní personál ve třech nemocnicích a třech domovech pro seniory. Dva domovy odmítly spolupracovat.

Teoretickou část jsem rozdělila na dvě kapitoly. První z nich se zabývá stářím, jeho klasifikací, změnami vyskytujícími se v tomto časovém období, důstojností ve stáří. V rámci lokalit, kde výzkumné šetření probíhalo, jsem zařadila i informace o gerontologii, geriatrii a geriatrickém pacientovi v nemocničním zařízení a samozřejmě i o poslání, činnostech domovů pro seniory. Na závěr této části jsem zde uvedla demografii stáří. Použila jsem tu nejnovější, která mi byla v době zpracovávání této práce k dispozici.

Druhá kapitola se zaměřuje na klasifikaci ageismu, zdroje vytvářející ageismus. Jak se projevuje v ošetřovatelské péči, ve zdravotnictví. Závěrem jsem se zde dotkla i problematiky špatného zacházení se seniory a specifiky komunikace se seniory, což k tematice jistě patří.

Do pracovišť jsem distribuovala 160 dotazníků (80 do nemocnic, 80 do domovů pro seniory). Po třídění jsem použila pro statistické vyhodnocení 140 z nich.

První část dotazníku tvořily informativní otázky o pohlaví, věku, zaměstnání, délky praxe ve zdravotnictví a o druhu zdravotního zařízení. Největší vzorek respondentů tvořily ženy a to 127 z celkového počtu 140. Nejpočetnější skupinou respondentů se staly všeobecné sestry s maturitou. Nejvíce dotazovaných mělo v době vyplňování dotazníků mezi 31 - 40 lety s praxí nejčastěji do 5ti let. 50% z nich pracovalo ve zdravotním a 50% v ústavním zařízení. Toto procentuální zastoupení bylo jedním z požadovaných kritérií, k porovnání těchto dvou institucí.

Druhá část dotazníku se zaměřovala přímo na ageismus. Dle cíle č. 1 jsem chtěla objasnit, zda má nelékařský zdravotní personál znalosti o zkoumaném termínu. 32% zaměstnanců dokázalo správně pojem vysvětlit. Dalších 32% to sice nedokázalo, ale označilo možnost: „Poté, co jsem vyplňoval (a) dotazník, jsem se o ageismu informoval (a).“ Tento výsledek hodnotím velice kladně, protože i přes neznalost pojmu, projevili zájem a zjistili si z literatury jeho význam. Zbylých 36% na otázku odpovědělo variantou nevím. Potvrdila se tak hypotéza $1H_A$, tedy že nelékařští zdravotní pracovníci nemají o termínu ageismus dostatek informací ani z 40ti%. Cíl č. 1 byl splněn.

Otázka číslo 7 měla zjistit, jak na stáří pohlížejí zdravotničtí pracovníci, od kdy považují člověka za starého. Z výsledků vyšlo, že 61% bere člověka starého od té doby, kdy se skutečně starým cítí být. 21% označilo možnost nad 75 let a 16% nad 65 let. Nikdo neoznačil variantu, kdy starého člověka považuje od doby, kdy šel do důchodu. 2% respondentů se vyjádřili k volné odpovědi takto: a) pokud ze zdravotních důvodů nemůže vykonávat to, co doposud, b) v době, kdy je odkázán jen na pomoc druhých, c) individuální – biologický versus kalendářní věk. Většina odpovědí svědčí o tom, že respondenti necítí hranici stáří na pomezí kalendářního věku, ale věku biologického.

Cíl č. 2 zněl: Zjistit, do jaké míry se ageismus ve zkoumaných zařízeních vyskytuje. K němu směřovaly otázky číslo 8, 9, 10, 11, 12 a 13. Z otázky číslo 8 je patrné, že celkem 63% z dotazovaných se s ageismem setkalo. 12% z nich často, 51% zřídka, zbylých 37% nikdy. Tato fakta vypovídají o tom, že se ve zdravotnictví opravdu vyskytuje.

63% mohlo odpovědět na další z položek, v které byla nejčastější skupinou pracovníků projevujících nevhodné chování vůči seniorům, skupina všeobecných sester (43%).

Druhé místo pak obsadily sanitárky (30%). Z této odpovědi nám tedy vyplývá, kdo se na zkoumaném problému ve zdravotnictví podílí nejvíce.

Otázka číslo 10 směřovala k oblasti nejčastějšího výskytu projevů diskriminace. Z 33% respondenti označili možnost při hygieně, 30% z nich potom při nedostatku informací od nelékařského zdravotního personálu.

Na položku číslo 11, máte vy sama (sám) vůči seniorům předsudky, odpovědělo 86% negativně, 7% pozitivně a 7% zaměstnanců neví. Toto procentuální zastoupení je samozřejmě potěšující. Více než 3/4 respondentů se s předsudky k seniorům neztotožňuje.

Ti, kteří bohužel ano, označili za nejčastější důvod (29%) dvě odpovědi. Když na sebe staří lidé nevhodně upozorňují, neustále si stěžují. Druhou nejčastější variantou byla označena možnost: „Když si vymýšlejí různé požadavky"(27%). Do možností jsem zařadila i položku jiné, aby se respondenti nemuseli striktně držet předlohy. Nikdo z nich ovšem tuto možnost nevyužil.

Třináctá otázka se vztahovala k tomu, zda si myslí, že jsou senioři ve zdravotnictví diskriminování kvůli svému věku. 40% z nich odpovědělo, že ano. 36% neví.

Všechny tyto položky dokazují, že se ageismus ve zdravotnictví vyskytuje. Díky tomuto šetření jsem zjistila, která skupina nelékařských pracovníků se dle respondentů chová k seniorům nejhůře, při jaké činnosti nejčastěji, kolik respondentů přiznalo svůj diskriminační postoj k seniorům a v jakých situacích. Zajímavé ovšem je, že přes jasný výskyt ageismu ve zdravotnictví přiznalo minimum respondentů, že by se s ním ztotožňovalo. Potvrzuji hypotézu $2H_A$: Diskriminace vůči věku se ve zkoumaných zařízeních vyskytuje více než v 30%. Cíl č. 2 byl splněn.

K otázce číslo 14 se nejvíce dotazovaných přiklonilo k odpovědi c:, ‚Nezáleží na věku či vzdělání zdravotníka proto, aby se choval nevhodně ke starým lidem" (77%). Druhá nejpočetnější skupina označila mladé zdravotníky (10%). Respondenti dali jasně najevo, že věk ani vzdělání v tomto ohledu zřejmě nemají význam.

Patnáctá otázka se pojí s třetím cílem: Porovnat výskyt ageismu ve zdravotních zařízeních a domovech pro seniory. 48% dotazovaných si myslí, že se ageismus nejčastěji projevuje při hospitalizaci, 42% v ústavní péči, 8% v ambulantní péči a 2% v terénní péči. 56% z nich prakticky označilo to, že se vyskytuje více ve zdravotní péči než v ústavní. S tímto faktem souhlasí hypotéza $3H_0$: Ageismus se vyskytuje ve více jak 50% ve zdravotních zařízeních.

Vyhodnocení poslední otázky mě samu hodně zajímalo. Přestože jsem ji postavila jako závěrečnou, její výsledek ovlivnil celé šetření. 72% respondentů označilo možnost, že by určitě dokázalo zasáhnout v případě, kdyby se stali svědkem nevhodného chování svých kolegů vůči seniorům. Jednalo se o 100 lidí. 28% z nich ale označilo možnost nevím. To je 40 lidí, a to podle mě není málo. Téměř ¼ neví, zda by dokázala něčemu takovému zabránit.

Na konec vyhodnocení celého dotazníku mě ještě zajímalo, kdo byli ti, kteří označili v položce 11 odpověď a: ano, mám vůči seniorům předsudky. Po vyhodnocení vyšlo, že tak z 30% odpověděli všeobecné sestry s maturitou, z 20% všeobecné sestry Bc. a po 10% (ošetřovatelka, sanitárka, všeobecná sestra Dis., zdravotnický asistent, pracovnice sociálních služeb). Tímto se potvrdily i domněnky respondentů, kteří v položce číslo 9 nejčastěji označili všeobecnou sestru, jako zaměstnance projevující ageismus na pracovišti.

Dle konečných výsledků šetření jsem si dovolila srovnat práci paní magistry Dubské z její diplomové práce a výsledky mé bakalářské práce.

Nejzajímavější výsledky výzkumu paní Bc. Soni Dubské	
46% 44%	Respondentů se nesetkalo s pojmem ageismus Respondentů se setkalo s pojmem ageismus
41%	Respondentů si myslí, že se ageismus na jejich pracovišti nevyskytuje
75%	Respondentů si myslí, že hlavním zdrojem ageismu jsou pro seniory jejich příbuzní
28% 23% 20%	Respondentů označilo projevy ageismu nejčastěji ve finančním vykořisťování Respondentů označilo projevy ageismu v psychickém a emocionálním zneužívání Respondentů označilo projevy ageismu ve zneužívání
64%	Respondentů udalo, že při péči se seniory občas ztratí kontrolu sebeovládání
90%	Respondentů se nikdy neabsolvovalo seminář či vzdělávací akci na téma ageismus
90%	Respondentů by tuto možnost využilo

Nejzajímavější výsledky výzkumu této bakalářské práce	
32%	Respondentů ví, co znamená termín ageismus
32%	Respondentů neví, co znamená termín ageismus, ale poté, co vyplňovali tento dotazník, se o něm informovali
36%	Respondentů nedokáže tento pojem vysvětlit
51%	Respondentů se setkává, i když zřídka s nevhodným chováním svých kolegů vůči seniorům
12%	Respondentů se setkává často s nevhodným chováním svých kolegů vůči seniorům
37%	Respondentů nikdy nezažilo nevhodné chování svých kolegů vůči seniorům
43%	Respondentů označilo za hlavní aktéry nevhodného chování k seniorům všeobecné sestry
30%	Respondentů označilo za aktéry nevhodného chování k seniorům sanitárky
42%	Respondentů si myslí, že se věková diskriminace projevuje nejčastěji nedostatkem poskytnutých informací
27%	Respondentů si myslí, že se věková diskriminace projevuje nejvíce při hygieně
86%	Respondentů nemá vůči seniorům žádné předsudky
7%	Respondentů má vůči seniorům předsudky
Respondenti, kteří mají vůči seniorům předsudky	
29%	Z nich označilo jako důvod, že si senioři neustále na něco stěžují
29%	Z nich označilo jako důvod to, že na sebe nevhodně upozorňují
30%	Z nich pracují jako všeobecné sestry s maturitou
20%	Z nich pracují jako všeobecné sestry bakalářky
72%	Respondentů by určitě dokázalo zasáhnout, pokud by se stali svědkem nevhodného chování k seniorovi ve svém zaměstnání
28%	Respondentů neví, zda by zasáhlo

Jako výstup z bakalářské práce nabídnu výsledky výzkumného šetření managementu zařízení, kterých se toto šetření týkalo. Navrhnu opatření, které by mohlo přispět k odstranění ageismu ve zdravotnictví. Vzhledem ke svým předešlým znalostem o ageismu navrhuji zavedení této problematiky do pedagogické praxe a celoživotního vzdělání.

ZÁVĚR

Závěrem by měl autor každé práce zhodnotit její smysl, přínos a navrhnout možná řešení, opatření vycházející z výsledků pro praxi. Ageismus je slovo, které je podstatou celé práce. Je to problém, který se vyskytuje nejen ve zdravotnictví a právě zde o něm moc zmínek není.

Právě tam, kde se nemocní mají uzdravovat, smiřovat se se svým onemocněním, učit se nové věci nebo jen tam kde bydlí. Uvědomme si, kolik stresu klienta stojí jen pobyt v nemocnici, nebo nějaký zdravotní výkon. Představme si, že staří lidé už nemají tak pevnou tělesnou i psychickou schránku na to, aby svůj zdravotní stav brali bez obav. Řada z nich prožívá své problémy intenzivněji, špatně si zvykají na změny, pomaleji se učí nové věci. K tomu všemu bychom tu ale měli být my, nelékařští zdravotníci. Právě my bychom měli být tou oporou pro seniory. Nemůžeme je vyléčit, ale můžeme při nich stát, trpělivě je vyslechnout, a když je třeba chytnou je za ruku, utěšit je, poradit jim.

Spousta zdravotníků pracuje ve svých zaměstnáních několik let. Časem mohou otupět a požadavky, které dříve brali, jako samozřejmost, se rázem mění v obtěžování. Najednou vidí ve starých lidech „parazity“, kteří se z nich snaží vysát energii. Z hlediska demografie České republiky se jejich počet stále zvyšuje, což znamená i více geriatrických pacientů.

Z výsledků tohoto výzkumného šetření je patrné, že se diskriminace seniorů v nemocnicích a v domovech pro seniory vyskytuje. Dobrá zpráva je, že převažují kladná hodnocení. Většina z nich si dokáže zachovat profesionální přístup a nenechá se strhnout emocemi. I když člověk není stroj, musí brát ohled na druhé. Zdravotník se nesmí nechat urážet ani ponižovat, ale musí být natolik erudovaný, aby dokázal projevit o klienta zájem, snahu mu pomoci a řešit problémy v klidu. K tomu se pojí jistá úcta ke starým lidem. Třebaže si v nynější době nic nepamatují, dlouho jim všechno trvá, nemohou si vzpomenout, dříve to byli pracující lidé, kteří dříve řešili stejné problémy jako my dnes.

Z výsledků šetření jsem zjistila, že se ageismus ve zdravotnictví vyskytuje. Potvrdily se všechny cíle, které jsem si vytyčila. Objevuje se nejčastěji při sdělování informací. Respondenti udali všeobecné sestry jako nejčastější aktérky diskriminačního chování k seniorům. Přesto se k ageismu přiznalo pouze 7% dotazovaných a to z 30% všeobecné sestry s maturitou a z 20% všeobecné sestry bakalářky.

Šokovala mě ale poslední položka dotazníku, v které téměř ¼ respondentů nedokázala odpovědět, zda by dovedli jakýmkoliv způsobem pomoci seniorovi, pokud by se stali svědkem nějakého diskriminačního či nevhodného chování ze strany jiného zdravotníka. 40 lidí by tuto situaci možná přešlo a neřešilo ji. Řada z nás se jistě do této kůže pacienta dokáže vcítit, řada z nás to ale nedokáže.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

I. BÁRTLOVÁ, Sylva. *Výzkum a ošetřovatelství.* Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2008. 185 s. ISBN 978-80-7013-467-2.

II. DÍTĚ, Petra. *Vnitřní lékařství: učebnice pro lékařské fakulty.* Praha: Galén, c2007. 586 s. ISBN 978-80-7262-496-6.

III. DUBSKÁ, Soňa. *Problematika ageismu z pohledu nelékařských zdravotnických pracovníků psychiatrických oddělení.* 31. 3. 2010. Dostupné z www. Theses. Cz., Vysokoškolské kvalifikační práce.

IV. FARKAŠOVÁ, Dana. *Výzkum v ošetřovatelství.* Martin: Osveta, 2006. 87 s. ISBN 80-8063-229-4 .

V. GREENHALGH, Trisha. *Jak pracovat s vědeckou publikací.* Praha: Grada Publishing a.s., 2003. 208 s. ISBN 80-247-0310-6.

VI. GRUSS, Peter. *Perspektivy stárnutí: z pohledu psychologie celoživotního vývoje.* Praha: Portál, 2009. 222 s. ISBN 978-80-7367-605-6.

VII. HANZLÍKOVÁ, Alžběta. *Komunitní ošetřovatelství.* Martin: Osveta, 2007. 271 s. ISBN 978-80-8063-257-1.

VIII. HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Fenomén stáří.* 2. vydání. Praha: Havlíček Brain Team, 2010. 365 s. ISBN 978-80-87109-19-9.

IX. HERMANOVÁ, Marie. *Vybrané kapitoly z péče o seniory.* Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů pro Marii Hermanovou - CURATIO, 2008. 68 s. ISBN 978-80-7013-478-8.

X. JAROŠOVÁ, Darja. *Úvod do komunitního ošetřovatelství.* Praha: Grada, 2007. 99 s. ISBN 978-80-247-2150-7.

XI. JIRÁSKOVÁ, Věra. *Mezigenerační porozumění a komunikace.* Praha: Eurolex Bohemia, 2005. 198 s. ISBN 80-86861-80-5.

XII. KAPOUNOVÁ, Jana. *Formální úprava diplomové práce.* Ostrava: Ostravská univerzita, 1998. 20 s. ISBN 80-7042-141-X.

XIII. KLEVETOVÁ, Dana. *Motivační prvky při práci se seniory.* Praha: Grada, 2008. 202 s. ISBN 978-80-247-2169-9.

XIV. KRÁTKÁ, Anna. *Ošetřovatelství v komunitní péči.* Zlín: Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, 2008. 159 s. ISBN 978-80-7318-726-2.

XV. KUTNOHORSKÁ, Jana. *Výzkum v ošetřovatelství.* Praha: Grada, 2009. 175 s. ISBN 978-80-247-2713-4.

XVI. MARTINKOVÁ, Milada. *Špatné zacházení s osobami pokročilého věku – se zvláštním zřetelem k domácímu násilí.* Praha: Institut pro kriminologii a sociální prevenci, 2009. 98 s. ISBN 978-80-7338-087-8.

XVII. MINIBERGEROVÁ, Lenka. *Vybrané kapitoly z psychologie a medicíny pro zdravotníky pracující se seniory.* Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2006. 67 s. ISBN 80-7013-436-4.

XVIII. PETRÁČKOVÁ, Věra a kol. *Akademický slovník cizích slov.* Praha: Academia, 2001. 834 s. ISBN 80-200-0607-9.

XIX. POKORNÁ, Andrea. *Komunikace se seniory.* Praha: Grada, 2010. 158 s. ISBN 978-80-247-3271-8.

XX. SÝKOROVÁ, Dana. *Autonomie ve stáří: kapitoly z gerontosociologie.* Praha: Sociologické nakladatelství, 2007. 284 s. ISBN 978-80-86429-62-5.

XXI. TOPINKOVÁ, Eva. *Geriatrie pro praxi.* Praha: Galén, c2007. 270 s. ISBN 80-7262-365-6.

XXII. TOŠNEROVÁ, Tamara. *Ageismus: průvodce stereotypy a mýty o stáří.* Praha: Ambulance pro poruchy paměti, 2002. 45 s. ISBN 80-238-9506-0.

XXIII. VIDOVIĆOVÁ, Lucie. *Stárnutí, věk a diskriminace – nové souvislosti.* Brno: Masarykova univerzita, Mezinárodní politologický ústav, 2008. 233 s. ISBN 978-80-210-4627-6.

XXIV. VURM, Vladimír. *Vybrané kapitoly z veřejného a sociálního zdravotnictví.* Praha: Triton, 2007. 125 s. ISBN 978-80-7254-997-9.

XXV. DUBSKÁ, Soňa. *Problematika ageismu z pohledu nelékařských zdravotnických pracovníků psychiatrických oddělení* [online]. Brno, 2010. 123 s. Diplomová práce. Masarykova Univerzita, Lékařská fakulta, Katedra ošetřovatelství. Dostupné z WWW: <theses.cz>.

Elektronické zdroje

I. ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD. Česká republika od roku 1989 v číslech. [online] dostupné z: http://www.czso.cz/csu/redakce.nsf/i/cr_od_roku_1989 [citováno 2009 - 11-19]

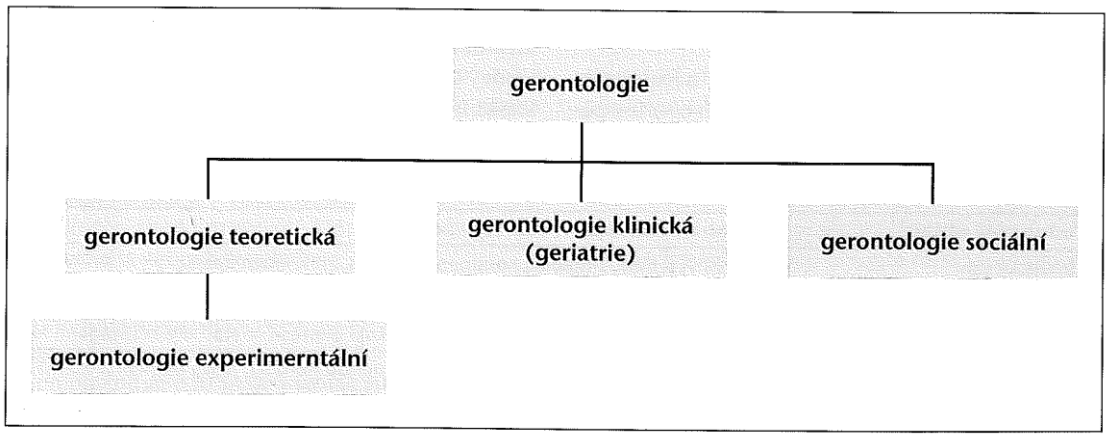
SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

Zkratky, termíny	Význam cizího slova
Agitovanost, agitovaný	Stižený chorobným motorickým neklidem.
Ambivalence	Současná existence protichůdných citových postojů (syptatie, antipatie apod.).
Autonomie	Samospráva, forma urč. nezávislosti, samostatnosti.
Delirium	Porucha vědomí charakterizovaná neklidem, děsivými halucinacemi, blouzněním, hlavně při horečnatých stavech.
Demografie	Věda o obyvatelstvu zkoumající v závislosti na společensko-historických a ekonomických podmínkách zákonitosti jeho rozvoje, složení, zaměstnání, pohybu aj.
ČSU	Český statistický úřad.
Index stáří	Vyjadřuje, kolik je v populaci obyvatel ve věku 60 let a více na 100 dětí ve věku 0-14 let.
Preambule	Úvod, předmluva, úvodní formule významné listiny, zpravidla právní.
Predikace	Přisouzení vlastností, nebo vztahů.
Senescence	Proces stárnutí.
Senium	Fyziologické stáří.
WHO	Světová zdravotnická organizace.

(Petráčková a kol., 2001)

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1.1. *Členění gerontologie*



Obr. 14.1. Členění gerontologie

Tabulka 1.2. *Indikace ke geriatrické léčbě*

Indikace ke geriatrické léčbě	- Věk 80 (85) let nebo starší - Křehkost - Nutnost péče zjevná nebo požadovaná - Obyvatel domova pro seniory - Omezení základních aktivit všedního života (ADL), existující nebo hrozící

(Shuler, 2010, s.119-120)

Tabulka 1.3. *Obyvatelstvo v ČR*

OBYVATELSTVO				
	2006	2007	2008	2009
Složení obyvatelstva podle věkových skupin k 31. 12. (tis. osob)				
Celkem	10 287	10 381	10 468	10 507
do 14 let	1 479	1 477	1 480	1 494
15–64 let	7 325	7 391	7 432	7 414
65 a více let	1 483	1 513	1 556	1 599
Muži	5 026	5 083	5 137	5 157
do 14 let	760	758	760	767
15–64 let	3 683	3 726	3 757	3 750
65 a více let	583	599	620	641
Ženy	5 261	5 298	5 331	5 350
do 14 let	719	719	720	727
15–64 let	3 642	3 665	3 675	3 664
65 a více let	900	914	936	958

Tabulka 1.4. *Věkové složení obyvatelstva* k 31.12.2009

ČSU (www. csu.cz)

V době zpracovávání teoretické části jsem měla k dispozici informace o demografii ČR z roku 2009.

Tab. 1.5. *Bariéry komunikace*

Interní bariéry	**Externí bariéry**
- Vyplívající ze schopností a dovedností jedince, jeho prožívání a zdravotního stavu.	- Dány zevním prostředí, jeho uspořádáním atd.
- Obava z neúspěchu	- Vyrušení další osobou.
- Negativní emoce (strach, zlost)	- Hluk, šum.
- Bariéry postoje (xenofobie)	- Vizuální rozptylování.
- Nepřipravenost	- Neschopnost naslouchat.
- Fyzické nepohodlí, nemoc	- Komunikační zahlcení.

Tab. 1.5. *Důsledky ageistických tendencí v ošetřovatelské péči*

Oblast	**Projev**	**Důsledek**
Průběh a výsledky léčebně terapeutických postupů	- Inhibice léčebných postupů - Omezení diagnosticko-terapeutické péče - Ovlivnění v rozhodování o následné péči	- Neúčinná spolupráce klienta (snížená compliance) - Snížené sebehodnocení - Přejímání ageistických tendencí v sebehodnocení
Vztah k osobnosti příjemce péče	- Nereálné hodnocení schopností seniora - Neadekvátní sociální interakce (elderspeak, newspeak, devalvace aj.) - Infantilizace v jednání a chování (zdrobněliny, čtení pohádek, změna tónu a tempa řeči – baby tolk) - Infantilizace prostředí (na-	- Dopad na kognitivní schopnosti a psychické zdraví - Snížené sebehodnocení - Zvýšená závislost - Snížené očekávání - Přejímání stereotypních ageistických postojů a jejich internalizace

	ivní dětská výzdoba) - Nesprávná identifikace potřeb	
Vztah k poskytovateli péče	- Nejistota při poskytování péče - Nedostatečná organizace ošetřovatelských činností - Neprovázanost ošetřovatelských intervencí v rámci multidisciplinárního týmu - Omezení vertikální a horizontální komunikace v týmu	- Zvýšená psychická i fyzická zátěž - Nedostatečná profesní satisfakce-uspokojení z vlastní práce - Přejímání a internalizace ageistického sebehodnocení
Vztah k blízkým osobám seniory	- Neefektivní sociální interakce - Nerespektování a neakceptování informací od blízkých (režim seniora apod.) - Kognitivní a emocionální manipulace	- Zvýšená psychická i fyzická zátěž blízkých seniora - Nedostatečné uspokojení s průběhem a výsledky terapie - Přejímání a internalizace ageistického sebehodnocení

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1- Formy lidské důstojnosti

Příloha č. 2 – Modelová situace č. 1

Příloha č. 3 – Modelová situace č. 2

Příloha č. 4 – Zdroje ageismu dle Palmora

Příloha č. 5 – Předsudky zakládající ageismus

Příloha č. 6 – Kompetence nelékařských zdravotních pracovníků dle vyhlášky č. 424/2004 Sb.

Příloha č. 7 – Dotazník

Příloha č. 8 – Etický kodex sester

PŘÍLOHA 1: FORMY LIDSKÉ DŮSTOJNOSTI

Formy lidské důstojnosti

1. **Důstojnost zásluh** – zde je chápána lidská důstojnost jako společenský statut, kterého člověk dosáhnul během svého života. Jedná se o finance, společenské postavení, majetek, čest a uznání lidí. Zde dochází ke komplikacím v době změny sociálního statutu – když člověk přestane zastávat tu sociální roli, na kterou byl zvyklý a kterou si celý život namáhavě budoval. Jeho okolí ho přestane brát vážně a jeho důstojnost, která pramenila ze společenského zakotvení, se začne pomalu rozplývat podle toho, jak rychle lidé zapomínají, kým byl a co v životě vykonal. Je tedy patrné, že se nejedná o základní složku lidské důstojnosti, protože je poměrně nestabilní. Tato důstojnost zásluh nesmí zakládat rozdíl v přístupu zdravotníků k pacientům. Právo na odbornou a lidsky citlivou péči má jak bohatý nebo vzdělaný, tak i chudý nebo mentálně postižený člověk.
2. **Důstojnost mravní síly** – Spočívá ve svobodě lidského myšlení, názorů člověka a jeho víry a jeho mravnosti. Právě ona mravní síla – víra člověka, přesvědčení, mravní statut, zásady a normy, je ta část lidské důstojnosti, která má být také akcentovaná v sociálních a nemocničních zařízeních. I tím se člověku vzdává respekt a úcta, když se bude přihlížet k jeho přesvědčení, důvodům chování a celkovému pohledu na mravní principy světa. Mravní síla jednoduše znamená dokázat žít v souladu se svými mravními zásadami. Zbabělost nebo krutost může tuto část lidské důstojnosti silně narušit tím, že se minimalizuje sebeúcta člověka.
3. **Důstojnost osobní identity** – Jedná se o úctu k druhým lidem a sebeúctu člověka k sobě samému. Osobní identita znamená pevné uvědomění si svého já, fyzickou identitu a schopnost nalézat ve svém životě smysl. Narušení této identity může být vnikáním do jeho diskrétní zóny, případně bráněním interakci s jinými lidmi. Toto vše má obrovský vliv na podlomení vlastní ceny a sebedůvěry.
4. **Menschenwürde** – Tento německý termín označuje základní pojetí lidskosti. „Být člověkem“ je samotná podstata našeho lidství. Je to něco, co člověk nezíská časem, ani neztratí nemohoucností, chudobou, případně nemocí nebo

> postižením. Je to univerzální hodnota a také mravní požadavek úcty vůči všem lidským bytostem bez ohledu na onemocnění, která musejí podstupovat. (Prokop, 2008, s. 14-15)

Důstojnost člověka a její garance není něco, co by šlo do zdravotnictví implantovat během několika týdnů nebo měsíců, je to celospolečenský problém, který je třeba řešit systematicky a to již od základního školství. Mohou sice být doporučené návody a postupy, jak se chovat k pacientům, ale pokud to nebude zakořeněno v hlubší podstatě člověka – zdravotníka, bude to pouze další „bolavé místo“, kde mohou zdravotníci pociťovat vlastní frustraci a pacienti přetvářku.

Podobně nastavené by mělo být i státní zřízení, aby seniorům nenaznačovalo nepotřebnost, např. nuceným odchodem do důchodu. Takovým jednáním stát přímo ukazuje starým lidem jejich nepotřebnost a odsuzuje je do submisivní pozice a finanční tísně. (Prokop, 2008, s. 18)

PŘÍLOHA 2: MODELOVÁ SITUACE Č. 1

Modelová situace č. 1 – nerespektování osobního tempa

Pan Novák má být převezen na vyšetření. Je krátce po obědě a pan Novák ještě nedojedl. Na chodbě již čekají pracovníci sanitní služby. Sestra přichází k nemocnému a snaží se jej nakrmit, aby urychlila jeho odjezd. Obává se agresivní reakce sanitářů, případně toho, aby neodjeli bez nemocného a ona nemusela volat jinou sanitu anebo objednávat vyšetření znova. Pan Novák další stravu odmítá a uvádí, že již má dost, přestože v jiné dny sní vše, co je mu předloženo. Sestra jej tedy obléká do županu a snaží se mu pomoci obout přezůvky. Nemocný se zlobí, chce vše zvládnout sám. Sestra však předpokládá, že by mu to trvalo a raději jej obuje. Poté pana Nováka oba muži, kteří jej mají převést, uchopí v podpaží a přemístí jej na pojízdné lůžko. Pan Novák se cítí být ponížen. Přece jindy zvládne sám přesednout na pojízdné křeslo (dokonce na mobilní WC se přesune s jistou dávkou námahy, sám).

Jednání všech zainteresujících pečujících osob v modelové situaci je jistě pochopitelné s ohledem na časovou tíseň a na potřebu zajištění mnoha činností v souběžnou dobu, ale je pochopitelné také s ohledem na potřeby a prožívání seniora? Lze navrhnout jednoduché řešení pro eliminaci projevů ageistických tendencí v této modelové situaci s ohledem na problematiku časové tísně ve vztahu k hospitalizovanému seniorovi? (Pokorná, 2010, s. 76)

PŘÍLOHA 3: MODELOVÁ SITUACE Č.2

Modelová situace č. 2 – úprava zevnějšku

Za paní Novákovou přichází na návštěvu její dcera. Maminku uvidí poprvé po týdnu, protože byla pracovně mimo město. Vstoupí do pokoje a překvapeně se rozhlíží, kde je maminka. Po několika momentech si uvědomí, že ta paní na lůžku u okna se dvěma copy po stranách hlavy je podobná mamince. Ve vlasech má dětské ozdoby a na tváři udivený výraz. Paní Nováková říká: „Maruško, tys mě nepoznala? Čekám Tě už od rána. Jak jsi se měla? Moc jsem na tebe myslela." Dcera je ráda, že je maminka v pořádku, a zároveň je překvapená, jak je maminka, která na sebe vždy velmi dbala, upravená a učesaná. Paní Nováková si pohledu dcery všimne a uklidňuje ji: „Sestřička říkala, že takto to bude pohodlnější, a víš, já jsem jen ráda, pokud nebudu obtěžovat, a takto mi ten účes opravdu vydrží celý den. Nechtěla jsem se nechat ostříhat". Dcera má pocit, že účes a použití dětských vlasových ozdob jsou projevem devalvace maminčiny osobnosti, která po celý život pracovala jako vědkyně, proto vyhledává službu konající sestru. Sestra nechápe, co je špatně. Přece jen chtěla, aby paní Nováková byla pěkně učesaná a byla spokojená. Ty gumičky do vlasů už měla na nočním stolku a jiné sestra nenašla, opravdu ji nenapadlo, že by měla celou věc s paní Novákovou dále konzultovat a probírat.

Jistě lze hodnotit pozitivně, že sestry pečovaly o vlasy nemocné a o její upravenost. Vždy by však měli akceptovat požadavky a přání nemocného s ohledem na možnosti prostředí a pracoviště, na kterém je péče poskytována, spolu s možnostmi spolupráce s rodinou seniora. V souvislosti s touto modelovou situací lze hovořit o tzv. novém-hyperprotektivním ageismu. Dalším projevem ageistických tendencí v péči o seniory s ohledem na úpravu zevnějšku je nedostatečné respektování a neumožnění užívání osobního prádla a denního oděvu. S nadsázkou lze říci, že všechny postupy, které vycházejí z reálných potřeb a požadavků seniorů, lze považovat za potenciálně nebezpečné a ageistické s významnými důsledky v ošetřovatelské péči a kvalitě života seniorů. (Pokorná, 2010, s. 78-79)

PŘÍLOHA 4: ZDROJE AGEISMU DLE PALMORA

Mezi **individuální zdroje** patří především strach ze smrti a stárnutí jako psychosomatického úpadku (v extrémní poloze gerontofobie), dále frustrace a agrese, ze které pramení hostilita vůči členům minoritních skupin, nebo autoritářskou osobnost, u níž jsou předsudky manifestací nejistoty. Významným faktorem vzniku ageismu na individuální úrovni je selektivní vnímání (např. u profesionálního ageismu). Vzhledem k tomu, že stereotypy dotýkající se stáří mají silnou tendenci být akceptovány samotnými seniory, bývá ageismus prohlubován a replikován i skrze autostereotypy v duchu teorie sebenaplňujícího se proroctví – akceptuje-li senior představu sama sebe jako méně výkonného, jeho pracovní výkon bude mít tendenci skutečně upadat.

Mezi **kulturní** zdroje ageismu patří různorodé faktory jako hodnotové systémy, jazyk (pohrdavá jména pro osoby ve vyšším věku), mediální kultura (otázky kvantity a kvality reprezentace seniorů v mediích), humor, umění a literatura. Specifikem těchto zdrojů je jejich schopnost stereotypy a diskriminační postoje do nich jednou vložené dále téměř neomezeně replikovat. Mnohdy jsou proto kulturní zdroje identické se samotnými formami ageismu.

Sociální zdroje ageismu: prvním ze zdrojů nepříznivého pojetí stáří může být prostý fakt, že starých lidí je „hodně“ (jak do počtu, tak do podílu) a stále jich přibývá. Dva hlavní motory populačního stárnutí – zvýšení naděje na dožití a míry přežití – ale také zároveň znamenají, že lidé s tím, jak stárnou, mají početnější společnost svých vrstevníků, kterou si také více uvědomují. To jim dává větší prostor vyjadřovat své potřeby a vyžadovat jejich řešení od společnosti. (Tošnerová, 2002, s. 12-13)

PŘÍLOHA 5: PŘEDSUDKY ZAKLÁDAJÍCÍ AGEISMUS

Předsudky zakládající ageismus

1. **Nemoc**

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

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

2. **Impotence**

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

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

3. **Ošklivost**

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

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

4. Pokles duševních schopností

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

Skutečnost: většina starých lidí si udržuje normální duševní schopnosti. Rozdíl mezi staršími a mladšími osobami může být vysvětlen, kromě věku a nemocí, motivací k učení se, nedostatkem praxe nebo úrovni vzdělání. Jsou-li tyto proměnné vazby v úvahu, chronologický věk nemá výrazný vliv na schopnosti učení.

5. Duševní choroba

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

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

6. Zbytečnost

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

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

7. Izolace

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

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

8. Chudoba

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

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

9. Deprese

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

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

10. Politická moc

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

Skutečnost: starší lidé představují sice velké množství voličů, obvykle ale nesouhlasí jako blok a následně mají méně politické moci, než se předpokládá.

Kromě těchto předsudků jsou také senioři spojováni s charakteristikami jako: pasivní, sobečtí, bezohlední, pohodlní, sebestřední atd. Ale zvláště u charakteristik, souvisejících s osobností člověka, nelze paušalizovat. Pasivní, pohodlný, bezohledný atd. může být člověk jak starý tak mladý. Takové lidi nalezneme u všech věkových kategorií. Nelze ani zpochybňovat skutečnost, že za řadou mezigeneračních konfliktů se může skrývat představa starších: „já mám svý odpracováno“, „já vím všechno nejlíp“, „já mám zkušenosti, zatímco ty ne“, „já mám jenom práva (tj. bez odpovědností)“, atd. V tom případě není divu, že manifestace takových postojů vyvolává averzní charakter u mladších. A tato averze pak vyvolává či posiluje u starších jejich pocity zavrženíhodnosti, sebelítosti, neuznání, nepotřebnosti, ubliženeství. Je to začarovaný kruh, ovšem – jak už bylo zdůrazněno: nelze paušalizovat. Navíc, ruku na

srdce – mnohdy by stačilo, straším lidem věnovat více pozornosti, které se jim často nedostává, vyslechnout jejich názory a pomoci jim třeba rozšířit prostor pro jejich tvůrčí seberealizaci. (Tošnerová, 2002, s. 7-9)

Příloha č. 6 – Kompetence nelékařských zdravotních pracovníků dle vyhlášky č. 424/2004 Sb. (Výběr)

VŠEOBECNÁ SESTRA

(1) Všeobecná sestra vykonává činnosti podle § 3 odst. 1 a dále bez odborného dohledu a bez indikace v souladu s diagnózou stanovenou lékařem poskytuje, případně zajišťuje základní a specializovanou ošetřovatelskou péči prostřednictvím ošetřovatelského procesu. Přitom zejména

a) vyhodnocuje potřeby a úroveň soběstačnosti pacientů, projevů jejich onemocnění, rizikových faktorů, a to i za použití měřicích technik používaných v ošetřovatelské praxi (například testů soběstačnosti, rizika proleženin, měření intenzity bolesti, stavu výživy),

b) sleduje a orientačně hodnotí fyziologické funkce pacientů, to je dech, puls, elektrokardiogram, tělesnou teplotu, krevní tlak a další tělesné parametry,

c) pozoruje, hodnotí a zaznamenává stav pacienta,

d) zajišťuje herní aktivity dětí,

e) zajišťuje a provádí vyšetření biologického materiálu získaného neinvazivní cestou a kapilární krve semikvantitativními metodami (diagnostickými proužky),

f) provádí odsávání sekretů z horních cest dýchacích a zajišťuje jejich průchodnost,

g) hodnotí a ošetřuje poruchy celistvosti kůže a chronické rány a ošetřuje stomie, centrální a periferní žilní vstupy,

h) provádí ve spolupráci s fyzioterapeutem a ergoterapeutem rehabilitační ošetřování, to je zejména polohování, posazování, dechová cvičení a metody bazální stimulace s ohledem na prevenci a nápravu hybných a tonusových odchylek, včetně prevence dalších poruch z imobility,

i) provádí nácvik sebeobsluhy s cílem zvyšování soběstačnosti,

j) edukuje pacienty, případně jiné osoby v ošetřovatelských postupech a připravuje pro ně informační materiály,

k) orientačně hodnotí sociální situaci pacienta, identifikuje potřebnost spolupráce sociálního nebo zdravotně-sociálního pracovníka a zprostředkuje pomoc v otázkách sociálních a sociálně-právních,

l) zajišťuje činnosti spojené s přijetím, přemisťováním a propuštěním pacientů,

m) provádí psychickou podporu umírajících a jejich blízkých a po stanovení smrti lékařem zajišťuje péči o tělo zemřelého a činnosti spojené s úmrtím pacienta,

n) zajišťuje přejímání, kontrolu, uložení léčivých přípravků, včetně návykových látek[13)], (dále jen "léčivé přípravky") a manipulaci s nimi a dále zajišťuje jejich dostatečnou zásobu,

o) zajišťuje přejímání, kontrolu a uložení zdravotnických prostředků[14)] a prádla, manipulaci s nimi, jejich dezinfekci a sterilizaci a jejich dostatečnou zásobu.

(2) Všeobecná sestra se podílí pod odborným dohledem všeobecné sestry se specializovanou způsobilostí nebo porodní asistentky se specializovanou způsobilostí v oboru, případně zaměření, v souladu s diagnózou stanovenou lékařem na poskytování vysoce specializované ošetřovatelské péče. Přitom zejména vykonává činnosti podle odstavce 1 písm. b) až i).

(3) Všeobecná sestra se podílí bez odborného dohledu na základě indikace lékaře na poskytování preventivní, diagnostické, léčebné, rehabilitační, neodkladné a dispenzární péče. Přitom zejména připravuje pacienty k diagnostickým a léčebným postupům, na základě indikace lékaře je provádí nebo při nich asistuje, zajišťuje ošetřovatelskou péči při těchto výkonech a po nich; zejména

a) podává léčivé přípravky[13)] s výjimkou nitrožilních injekcí nebo zavádění infuzí u novorozenců a dětí do 3 let a s výjimkou radiofarmak; pokud není dále uvedeno jinak,

b) zavádí a udržuje kyslíkovou terapii,

c) provádí screeningová a depistážní vyšetření, odebírá biologický materiál a orientačně hodnotí, zda jsou výsledky fyziologické,

d) provádí ošetření akutních a operačních ran, včetně ošetření drénů,

e) provádí katetrizaci močového měchýře žen a dívek nad 10 let, pečuje o močové katétry

pacientů všech věkových kategorií, včetně výplachů močového měchýře,

f) provádí výměnu a ošetření tracheostomické kanyly, zavádí nazogastrické a jejunální sondy pacientům při vědomí starším 10 let, pečuje o ně a aplikuje výživu sondou, případně žaludečními nebo duodenálními stomiemi u pacientů všech věkových kategorií,

g) provádí výplach žaludku u pacientů při vědomí starších 10 let.

(4) Všeobecná sestra pod odborným dohledem lékaře

a) aplikuje nitrožilně krevní deriváty[15)],

b) spolupracuje při zahájení aplikace transfuzních přípravků[16)] a dále bez odborného dohledu na základě indikace lékaře ošetřuje pacienta v průběhu aplikace a ukončuje ji.

NUTRIČNÍ TERAPEUT

(1) Nutriční terapeut vykonává činnosti uvedené v § 3 odst. 1 a poskytuje specifickou ošetřovatelskou péči při zabezpečování nutričních potřeb pacientů v oblasti preventivní a léčebné výživy. Přitom zejména bez odborného dohledu a bez indikace v souladu s diagnózou stanovenou lékařem

a) zpracovává a vyhodnocuje nutriční anamnézu, u pacientů v závažných stavech provádí bilanci stravy přijímané ústy, navrhuje lékaři, případně všeobecné sestře nebo porodní asistentce změny v předepsané dietě, způsobu příjímání stravy či doplnění potravinovými doplňky,

b) provádí vyšetření nutná ke zjištění stavu výživy pacientů,

c) kontroluje, metodicky vede a organizuje přípravu stravy v souladu s poznatky zdravé a léčebné výživy zejména ve stravovacích provozech zdravotnických zařízeních a v případě speciálních diet stravu připravuje,

d) sestavuje jídelní plány a předpis stravy pro jednotlivé diety i pro celé zdravotnické zařízení, včetně propočtů biologické a energetické hodnoty diet,

e) provádí poradenství a edukaci jedinců, rodin a skupin v oblasti zdravé a léčebné výživy, včetně doporučení vhodných výživových doplňků,

f) zajišťuje přejímání, kontrolu a uložení léčivých přípravků[13)], manipulaci s nimi a jejich dostatečnou zásobu,

g) zajišťuje přejímání, kontrolu a uložení zdravotnických prostředků[14)] a prádla, manipulaci s nimi, jejich dezinfekci a sterilizaci a jejich dostatečnou zásobu.

(2) Nutriční terapeut sestavuje bez odborného dohledu na základě indikace lékaře individuální jídelní plány, včetně propočtů biologické a energetické hodnoty diet.

FYZIOTERAPEUT

(1) Fyzioterapeut vykonává činnosti podle § 3 odst. 2 a dále stanoví a provádí bez odborného dohledu v souladu s diagnózou lékaře, případně v souladu s doporučeným postupem lékaře, pokud je stanoven, a na základě vlastních vyšetření optimální varianty a kombinace fyzioterapeutických postupů tak, aby bylo dosaženo cíle požadovaného lékařem. Přitom zejména

a) provádí vyšetření, která jsou nutná pro stanovení dalšího postupu ve fyzioterapii, zejména zjišťování anamnézy, vyšetření postury, pohybového systému, vyšetření jednotlivých tělesných segmentů, vyšetření dechových funkcí, a to zejména pomocí manuálních postupů, měření, specifických testů a přístrojových diagnostických metod,

b) provádí komplexní kineziologické vyšetření včetně diagnostiky funkčních poruch pohybového systému, diagnostiku bolestivých a spoušťových bodů, algeziologické vyšetření, škálové hodnocení spasticity a dalších neurologických projevů,

c) provádí analýzu běžných denních aktivit z hlediska fyzioterapie,

d) provádí cílené ergonomické vyšetření vzhledem ke stavu pacientů,

e) na základě fyzioterapeutické diagnózy stanoví individuální fyzioterapeutický krátkodobý a dlouhodobý plán se znalostí patofyziologie onemocnění, vady nebo poruchy,

f) aplikuje podle aktuálního stavu pacientů fyzioterapeutické a kinezioterapeutické metody, například manuální a přístrojové, provádí interpretaci a korekci funkčních poruch pohybového systému, zejména poruch postury, lokomoce, hybnosti, fyzioterapeutickými a reedukačními metodami,

g) prostřednictvím pohybu a dalších fyzioterapeutických metod cíleně ovlivňuje funkce dalších systémů, včetně psychických funkcí,

h) doporučuje kompenzační pomůcky dle stavu pacientů,

i) aplikuje metody fyzikální terapie a balneologické procedury,

j) hodnotí výsledný efekt fyzioterapeutické péče.

(2) Fyzioterapeut bez odborného dohledu a bez indikace

a) provádí prevenci, edukaci a poradenství za účelem udržení nebo obnovení pohybových funkcí,

b) školí zdravotnické pracovníky způsobilé poskytovat samostatně ošetřovatelskou péči v oblasti rehabilitačního ošetřovatelství, především v prevenci imobilizačního syndromu,

c) doporučuje ergonomické úpravy bydliště a pracoviště pacientů v rámci prevence poruch pohybového systému,

d) seznamuje pacienty s možnostmi sociální péče, podílí se na sociální rehabilitaci osob se zdravotním postižením,

e) zajišťuje přejímání, kontrolu a uložení léčivých přípravků[13)], manipulaci s nimi a jejich dostatečnou zásobu,

f) zajišťuje přejímání, kontrolu a uložení zdravotnických prostředků[14)] a prádla, manipulaci s nimi, jejich dezinfekci a sterilizaci a jejich dostatečnou zásobu.

(3) Fyzioterapeut bez odborného dohledu na základě indikace lékaře

a) provádí specializované diagnostické postupy pro vyšetření pohybového systému včetně přístrojových, například pozitronová elektromyelografie (PEMG), moire, posturografii,

b) aplikuje fyzioterapeutické postupy u pacientů, kde je reálné riziko selhání životních funkcí.

ZDRAVOTNICKÝ ASISTENT

(1) Zdravotnický asistent vykonává činnosti podle § 3 odst. 3 a dále pod odborným dohledem všeobecné sestry nebo porodní asistentky poskytuje základní ošetřovatelskou péči a specializovanou ošetřovatelskou péči v rámci ošetřovatelského procesu, podílí se na získávání informací nutných k určení ošetřovatelských diagnóz, v míře určené všeobecnou sestrou nebo porodní asistentkou plní ošetřovatelský plán a provádí ošetřovatelské výkony. Přitom zejména pod odborným dohledem všeobecné sestry nebo porodní asistentky

a) sleduje fyziologické funkce a stav pacientů, zaznamenává je do dokumentace, pečuje o vyprazdňování, provádí komplexní hygienickou péči, prevenci proleženin, rozděluje stravu pacientům podle diet a dbá na jejich dodržování, dohlíží na dodržování pitného režimu, zajišťuje aplikaci tepla a chladu,

b) provádí rehabilitační ošetřovatelství, včetně prevence poruch z imobility,

c) provádí nácvik sebeobsluhy s cílem zvyšování soběstačnosti pacienta,

d) podílí se na zajištění herních aktivit dětí,

e) podílí se na přejímání, kontrole, manipulaci a uložení léčivých přípravků[13)],

f) podílí se na přejímání, kontrole, manipulaci a uložení zdravotnických prostředků[14)] a prádla, na jejich dezinfekci a sterilizaci a zajištění jejich dostatečné zásoby.

(2) Zdravotnický asistent pod odborným dohledem všeobecné sestry, porodní asistentky nebo lékaře

a) podává léčivé přípravky[13)], s výjimkou aplikace nitrožilně a do epidurálních katétrů a intramuskulárních injekcí u novorozenců a dětí do 3 let věku,

b) odebírá biologický materiál, provádí vyšetření biologického materiálu získaného neinvazivní cestou a kapilární krve semikvantitativními metodami (diagnostickými proužky),

c) zavádí a udržuje kyslíkovou terapii,

d) podílí se na ošetření akutní a chronické rány,

e) připravuje pacienty k diagnostickým nebo léčebným výkonům, podle rozhodnutí lékaře, všeobecné sestry nebo porodní asistentky při nich asistuje, poskytuje ošetřovatelskou péči při těchto výkonech a po nich,

f) podílí se na činnostech spojených s přijetím, přemisťováním, propuštěním a úmrtím pacientů.

(3) Zdravotnický asistent se podílí pod přímým vedením všeobecné sestry se specializovanou způsobilostí nebo porodní asistentky se specializovanou způsobilostí v oboru na poskytování vysoce specializované ošetřovatelské péče. Přitom vykonává činnosti podle odstavce 1.

OŠETŘOVATEL

(1) Ošetřovatel vykonává činnosti podle § 3 odst. 3 a dále pod odborným dohledem všeobecné sestry, porodní asistentky nebo radiologického asistenta

a) podílí se na poskytování základní ošetřovatelské péče a specializované ošetřovatelské péče v rámci ošetřovatelského procesu; přitom zejména

   1. provádí hygienickou péči u pacientů, včetně základní prevence proleženin a úpravy lůžka,

   2. pomáhá při podávání stravy pacientům, pomáhá při jídle ležícím nebo nepohyblivým pacientům, popřípadě je krmí,

   3. pečuje o vyprazdňování pacientů, včetně případného provedení očistného klyzmatu,

b) měří tělesnou teplotu, výšku a hmotnost,

c) doprovází pacienty na odborná vyšetření a ošetření,

d) pečuje o úpravu prostředí pacientů,

e) podílí se na zajištění herních aktivit dětí,

f) provádí úpravu těla zemřelého,

g) podílí se na přejímání, kontrole a uložení léčivých přípravků[13)] a na manipulaci s nimi,

h) podílí se na přejímání, kontrole a uložení zdravotnických prostředků[14)] a prádla, na manipulaci s nimi a dále se podílí na jejich dezinfekci a sterilizaci a na zajištění jejich dostatečné zásoby.

(2) Ošetřovatel pod přímým vedením všeobecné sestry, porodní asistentky, radiologického asistenta asistuje při určených ošetřovatelských, diagnostických nebo léčebných výkonech.

(3) Ošetřovatel se podílí pod přímým vedením všeobecné sestry nebo porodní asistentky se specializovanou způsobilostí v oboru, v souladu s diagnózou stanovenou lékařem, na poskytování vysoce specializované ošetřovatelské péče. Přitom vykonává činnosti podle odstavce 1.

SANITÁŘ

(1) Všeobecný sanitář vykonává činnosti podle § 3 odst. 3 a dále

a) pod odborným dohledem všeobecné sestry nebo jiného zdravotnického pracovníka způsobilého k poskytování ošetřovatelské péče bez odborného dohledu provádí pomocné a obslužné činnosti nutné pro poskytování ošetřovatelské péče, preventivní, léčebné a diagnostické péče; přitom zejména

   1. pečuje o hygienu prostředí,

   2. dováží stravu na oddělení, podle potřeby ji ohřívá, provádí úklid čajové kuchyňky, včetně sběru, mytí a dezinfekce nádobí,

   3. transportuje biologický a zdravotnický materiál, obstarává pochůzky pro potřeby oddělení a pacientů,

   4. manipuluje s prádlem, včetně dezinfekce a transportu,

   5. manipuluje s tlakovými nádobami s medicinálními plyny,

   6. doprovází a převáží dospělé pacienty na vyšetření, ošetření a při překladu na jiné oddělení,

   7. provádí technické manipulace s lůžkem pacientů a jeho mechanickou očistu, dezinfekci a úpravu,

8. podílí se na úpravě těla zemřelého a odváží je,

9. podílí se na přejímání, kontrole, manipulaci a uložení léčivých přípravků[13)],

10. podílí se na přejímání, kontrole a uložení zdravotnických prostředků[14)] a prádla, na manipulaci s nimi a dále se podílí na jejich dezinfekci a sterilizaci a na zajištění jejich dostatečné zásoby;

b) pod odborným dohledem všeobecné sestry nebo porodní asistentky se podílí na poskytování základní ošetřovatelské péče; přitom zejména

1. se podílí na zajišťování hygienické péče o pacienta,

2. se podílí na polohování pacientů a manipulaci s nimi, včetně základní prevence proleženin a úpravy lůžka,

3. pomáhá při rozdělování stravy pacientům, pomáhá při jídle ležícím nebo nepohyblivým pacientům, popřípadě je krmí,

4. pečuje o vyprazdňování pacientů;

c) pod přímým vedením všeobecné sestry nebo porodní asistentky se podílí na poskytování specializované ošetřovatelské péče; přitom zejména vykonává činnosti podle písmene b).

(2) Sanitář pro operační oddělení a centrální sterilizaci vykonává činnosti podle § 26 a dále

a) pod odborným dohledem všeobecné sestry nebo jiného zdravotnického pracovníka způsobilého k poskytování ošetřovatelské péče bez odborného dohledu provádí pomocné a obslužné činnosti nutné pro poskytování ošetřovatelské péče na úseku operačního oddělení, centrální sterilizace a centrální úpravně lůžek; přitom zejména

1. pečuje o hygienu prostředí,

2. transportuje biologický a zdravotnický materiál, obstarává pochůzky pro potřeby oddělení,

3. manipuluje s tlakovými nádobami s medicinálními plyny,
4. doprovází a převáží pacienty, kteří jsou při vědomí,
5. připravuje specifický obvazový materiál dle potřeb oddělení,
6. provádí mechanickou očistu, dezinfekci a úpravu operačního stolu,
7. podílí se na úpravě těla zemřelého,
8. podílí se na přejímání, kontrole, manipulaci a uložení léčivých přípravků[13)],
9. podílí se na přejímání, kontrole a uložení zdravotnických prostředků[14)] a prádla, na manipulaci s nimi a dále se podílí na jejich dezinfekci a sterilizaci a na zajištění jejich dostatečné zásoby;

b) pod přímým vedením zdravotnického pracovníka způsobilého k poskytování ošetřovatelské péče bez odborného dohledu asistuje při ošetřovatelských výkonech na úseku operačního oddělení a v míře určené sálovou sestrou plní ošetřovatelský plán; přitom zejména
   1. podílí se na příjmu, přemisťování a transportu pacienta v rámci operačního oddělení,
   2. provádí hygienickou péči,
   3. provádí polohování a fixaci pacienta před, v průběhu a po operačním výkonu, včetně základní prevence proleženin a úpravy operačního stolu,
   4. provádí technické manipulace s operačním stolem a osvětlením,
   5. asistuje při přikládání obvazových materiálů, snímá tvrdé obvazy pacienta,
   6. manipuluje s přístroji zdravotnické techniky.

(3) Sanitář pro laboratoř a transfuzní službu vykonává činnosti podle § 26 a dále

a) pod odborným dohledem zdravotnického pracovníka způsobilého k poskytování laboratorní diagnostické péče bez odborného dohledu nebo všeobecné

sestry provádí pomocné a obslužné činnosti nutné pro poskytování zdravotní péče na úseku laboratoří a zařízení transfuzní služby; přitom zejména

1. pečuje o hygienu prostředí,
2. provádí transport, třídění a centrifugaci biologického a zdravotnického materiálu, distribuci laboratorních výsledků, obstarává pochůzky pro potřeby pracoviště a pacientů,
3. provádí manipulaci s prádlem, včetně dezinfekce a transportu,
4. manipuluje s tlakovými nádobami,
5. připravuje zdravotnický materiál potřebný pro odběry a další zpracování biologického materiálu,
6. kontroluje teplotu chladicích a mrazicích zařízení,
7. likviduje biologický materiál a kontaminovaný spotřební materiál v souladu s právními předpisy,
8. podílí se na přejímání, kontrole, manipulaci a uložení léčivých přípravků[13)],
9. podílí se na přejímání, kontrole a uložení zdravotnických prostředků[14)] a prádla, na manipulaci s nimi a dále se podílí na jejich dezinfekci a sterilizaci a na zajištění jejich dostatečné zásoby;

b) pod přímým vedením zdravotnického pracovníka způsobilého k poskytování ošetřovatelské péče bez odborného dohledu asistuje při ošetřovatelských výkonech na úseku transfuzních stanic a v míře určené všeobecnou sestrou plní ošetřovatelský plán; přitom zejména

1. spolupracuje při evidenci dárců a odběru a značení vzorků,
2. při odběrech pečuje o dárce.

(4) Sanitář pro zařízení lékárenské péče vykonává činnosti podle § 26 a dále

a) pod odborným dohledem zdravotnického pracovníka způsobilého k poskytování lékárenské péče bez odborného dohledu provádí pomocné a obslužné

činnosti nutné pro činnost zařízení lékárenské péče; přitom zejména

1. zabezpečuje komplexní hygienu pracovního prostředí, včetně prostředí pro aseptickou přípravu,
2. myje, dezinfikuje a sterilizuje laboratorní sklo, pomůcky a obalový materiál,
3. zabezpečuje transport zdravotnického materiálu, obstarává pochůzky pro potřeby lékárny nebo výdejny zdravotnických prostředků;

b) pod přímým vedením zdravotnického pracovníka způsobilého k poskytování lékárenské péče bez odborného dohledu

1. asistuje při přejímce, ukládání, označování léčiv a zdravotnických prostředků,
2. vykonává pomocné činnosti při přípravě léčivých přípravků, zkoumadel a diagnostických zdravotnických prostředků in vitro.

(5) Sanitář pro lázně a léčebnou rehabilitaci vykonává činnosti podle § 26 a dále

a) pod odborným dohledem fyzioterapeuta, ergoterapeuta, případně jiného zdravotnického pracovníka způsobilého k uvedeným činnostem bez odborného dohledu provádí pomocné a obslužné činnosti nutné pro poskytování této péče; přitom zejména

1. pečuje o hygienu prostředí,
2. zabezpečuje transport zdravotnického materiálu, obstarává nutné pochůzky,
3. provádí manipulaci s prádlem, včetně dezinfekce a transportu,
4. doprovází a převáží dospělé pacienty na vyšetření a ošetření,
5. provádí technické manipulace s lůžky a dalšími pomocnými zařízeními pro lázeňskou a rehabilitační péči,
6. podílí se na přejímání, kontrole, manipulaci a uložení léčivých přípravků,

7. podílí se na přejímání, kontrole a uložení zdravotnických prostředků[14)] a prádla, na manipulaci s nimi a dále se podílí na jejich dezinfekci a sterilizaci a na zajištění jejich dostatečné zásoby;

b) pod přímým vedením fyzioterapeuta, ergoterapeuta, případně jiného zdravotnického pracovníka způsobilého k uvedeným činnostem bez odborného dohledu asistuje při fyzioterapeutických a ergoterapeutických výkonech; přitom zejména

1. podílí se na polohování pacientů a manipulaci s nimi,
2. připravuje a podává léčebné zábaly,
3. pomáhá při ergoterapii,
4. připravuje a podává částečné i celkové koupele, včetně přísadových a provádí základní vodoléčebné procedury.

(6) Sanitář pro autoptické oddělení nebo sanitář pro pitevnu vykonává činnosti podle § 26 a dále

a) pod odborným dohledem zdravotnického pracovníka způsobilého k výkonu povolání bez odborného dohledu provádí pomocné a obslužné činnosti na úseku patologie; přitom zejména

1. pečuje o hygienu prostředí,
2. zabezpečuje transport biologického a zdravotnického materiálu, obstarává pochůzky pro potřeby oddělení,
3. provádí manipulaci s prádlem, včetně dezinfekce a transportu,
4. připravuje těla zemřelých k pitvě, po pitvě upravuje těla zemřelých a obléká je pro předání pohřební službě,
5. připravuje nástroje, rukavice a nádobky k odběru materiálu a základní fixační roztoky,
6. podílí se na přejímání, kontrole a uložení zdravotnických prostředků[14)] a prádla, na manipulaci s nimi a dále se podílí na jejich dezinfekci a sterili-

zaci a na zajištění jejich dostatečné zásoby;

b) pod přímým vedením zdravotnického pracovníka způsobilého k poskytování lázeňské a rehabilitační péče bez odborného dohledu asistuje při odborných výkonech na úseku patologie; přitom zejména

   1. pomáhá při výkonu pitvy a vyjímá orgány,

   2. podílí se na evidenci těl zemřelých, jejich šatstva a cenností a dokumentaci o styku s pohřební službou.

PŘÍLOHA Č. 7: DOTAZNÍK

Vážená respondentko, respondente,

jmenuji se Petra Nováková, studuji na Fakultě humanitních studií UTB ve Zlíně studijní program Ošetřovatelství, studijní obor Všeobecná sestra.

V rámci ukončení studia zpracovávám bakalářskou práci se zaměřením na Ageismus očima nelékařských zdravotních pracovníků ve zdravotních zařízeních a domovech pro seniory. Součástí průzkumné části mé práce je dotazník a já Vás chci tímto poprosit o jeho vyplnění.

Dotazník je zcela anonymní a uvedení odpovědi budou sloužit výhradně pro zpracování mojí bakalářské práce. Vždy prosím označte jen jednu možnou variantu. Děkuji Vám za Váš čas.

1. Jsem:
    a) Muž
    b) Žena

2. Jsem zaměstnaný(á) jako:
    a) Sanitárka
    b) Ošetřovatelka
    c) Nutriční terapeut
    d) Fyzioterapeut
    e) Zdravotní asistent
    f) Zdravotní sestra s maturitou
    g) Zdravotní sestra (Dis.)
    h) Zdravotní sestra (Bc.)
    i) Zdravotní setra (Mgr.)
    j) Jiné (prosím vypište)……

3. Můj věk se pohybuje v rozmezí:
    a) 18 - 30 let
    b) 31 – 40 let
    c) 41 – 50 let
    d) Nad 50 let

4. Kolik let pracujete ve zdravotnictví?
    a) Jsem v adaptačním procesu
    b) Do 5. let
    c) 6 - 10 let
    d) 11 – 20 let
    e) 21 – 30 let
    f) 31 – 40 let
    g) 41 – 50 let

5. V jakém zdravotním zařízení pracujete?
    a) V nemocničním prostředí
    b) V ústavní péči

6. Víte co znamená termín ageismus?
    a) Ano, je to (prosím vypište)
    …….....
    b) Poté, co jsem vyplňovala tento dotazník, jsem se o něm informoval (a)
    c) Nevím

7. Od kdy je podle Vás člověk starý?
    a) Od doby, kdy se cítí být starý
    b) Od doby, kdy jde do důchodu
    c) Nad 65 let
    d) Nad 70 let
    e) Jiné (prosím vypište)……

8. Zažil (a) jste někdy nevhodné chování své (ho) kolegy (ně) vůči seniorům?
    a) Ano, často
    b) Ano, ale zřídka
    c) Ne, nikdy

9. Pokud ano, který zaměstnanec to byl?
    a) Sanitárka
    b) Ošetřovatelka
    c) Nutriční terapeut
    d) Fyzioterapeut
    e) Zdravotní sestra
    f) Celý ošetřovatelský tým
    g) Jiné (prosím vypište)……

10. V jaké situaci si myslíte, že bývají senioři ve zdravotnictví nejvíce diskriminováni:
    a) Při hygieně
    b) Ve stravování
    c) Při rehabilitaci
    d) Při odborných výkonech
    e) V oblasti informovanosti o výkonu apod.

11. Máte vy sama (sám) vůči seniorům nějaké předsudky?
    a) Ano
    b) Ne
    c) Nevím

12. Pokud ano, v jakém případě?
    a) Když si vymýšlí různé požadavky
    b) Využívají mých služeb
    c) Nevhodně na sebe upozorňují
    d) Neustále si na něco stěžují
    e) Jiné (prosím vypište)
    ……

13. Myslíte si, že jsou senioři ve zdravotnictví diskriminováni kvůli svému věku?
    a) Ano
    b) Ne
    c) Nevím

14. Nevhodné chování vůči seniorům mají podle Vás:
    a) Především mladí zdravotníci
    b) Především starší zdravotníci
    c) Nezáleží na věku
    d) Zdravotníci s nižším vzděláním
    e) Zdravotníci s vyšším vzděláním

15. V jakém zdravotním zařízení se dle vašeho názoru vyskytuje ageismu nejvíce?
    a) V ambulantní péči
    b) Při hospitalizaci v nemocnicích
    c) V ústavní péči
    d) V terénní péči

16. Domníváte se, že byste dokázali zasáhnout, v případě kdybyste se stali svědkem nevhodného chování vašich kolegů vůči seniorům?
    a) Určitě ano
    b) Nevím
    c) Ne, protože (vypište prosím)
       ……

PŘÍLOHA Č. 8 – ETICKÝ KODEX SESTER

Etický kodex sester vypracovaný Mezinárodní radou sester

PŘEDMLUVA

Mezinárodní etický kodex pro sestry byl poprvé přijat Mezinárodní radou sester (ICN) v roce 1953. Od té doby byl několikrát revidován a znovu schvalován, tato zatím poslední revize byla provedena v roce 2000.

Sestry z České republiky se prostřednictvím České asociace sester hlásí k **Etickému kodexu Mezinárodní rady sester (ICN),** který byl projednán sněmem předsedkyň a předsedů sekcí a regionů ČAS, přijat Etickou komisí a Prezidiem ČAS a je platný od 29. března 2003.

ÚVOD

Sestry mají čtyři základní povinnosti: pečovat o zdraví, předcházet nemocem, navracet zdraví a zmírňovat utrpení. Potřeba ošetřovatelské péče je všeobecná.

Neodmyslitelnou součástí ošetřovatelské péče je respektování lidských práv, jako je právo na život, na důstojnost a právo na zacházení s úctou.

Ošetřovatelská péče není omezena, pokud jde o věk, barvu pleti, vyznání, kulturní zvyklosti, postižení nebo nemoc, pohlaví, národnost, politické přesvědčení, rasu nebo společenské postavení pacienta.

Sestry poskytují zdravotnické služby jednotlivcům, rodinám a komunitám a koordinují svoje služby se službami jiných oborů.

KODEX ICN

Etický kodex sester připravený ICN má čtyři hlavní články, které vymezují normy etického chování.

Články Kodexu

1. Sestry a spoluobčan

Sestra spoluzodpovídá za péči poskytovanou občanům, kteří ji potřebují.

Při poskytování ošetřovatelské péče sestra vytváří prostředí, v němž jsou respektována lidská práva, hodnoty, zvyky a duchovní přesvědčení jednotlivce, rodiny a komunity.

Sestra zaručuje, aby byly jednotlivým osobám poskytnuty dostatečné informace, z nichž může vycházet jejich souhlas s péčí a související terapií.

Sestra dodržuje povinnost mlčenlivosti, chrání důvěrné informace pacienta. Tyto informace sděluje dalším lidem pouze na základě souhlasu pacienta a lékaře.

Sestra se spolupodílí na zahájení a podpoře aktivit zaměřených na uspokojování zdravotních a sociálních potřeb občanů, zejména občanů patřících do ohrožených skupin.

Sestra je také spoluzodpovědná za zachování přirozeného prostředí a jeho ochranu před znehodnocováním, znečišťováním, úpadkem a ničením.

2. Sestry a jejich ošetřovatelská praxe

Sestra nese osobní odpovědnost za ošetřovatelské činnosti a za udržování své kvalifikace na potřebné výši průběžným celoživotním studiem. Sestra je povinna realizovat co možná nejvyšší úroveň poskytované péče.

Sestra pečuje o své vlastní zdraví, aby nebyla narušena její schopnost poskytovat péči.

Sestra pečlivě posuzuje svou kvalifikaci a své schopnosti při přijímání určité povinnosti a stejně tak posuzuje kvalifikaci a schopnosti osob, které pověřuje plněním určité povinnosti.

Sestra za všech okolností dodržuje pravidla slušného chování, vytváří profesionální image a prestižní postavení sester ve společnosti, což přispívá k budování dobré pověsti profese a zvyšuje důvěru občanů.

Sestra při poskytování péče usiluje o to, aby se při užívání nové techniky a uplatňování vědeckého pokroku dbalo na bezpečnost, důstojnost a lidská práva občanů/pacientů.

3. Sestry a profese

Sestra hraje rozhodující roli při určování, vytváření a realizaci norem ošetřovatelské praxe, řízení, výzkumu a vzdělávání.

Sestra se aktivně podílí na rozvoji základní soustavy odborných znalostí vycházejících z vědeckého poznání.

Sestra se prostřednictvím profesní, odborové nebo jiné organizace podílí na vytváření a zachování spravedlivých sociálních a ekonomických pracovních podmínek v ošetřovatelství.

4. Sestry a jejich spolupracovníci

Sestra úzce spolupracuje se všemi spolupracovníky oboru ošetřovatelství a dalších oborů.

Sestra je povinna účinně zasáhnout, pokud je péče o nemocného ohrožena jejím spolupracovníkem nebo kteroukoliv jinou osobou.

NÁVRHY NA VYUŽÍVÁNÍ ETICKÉHO KODEXU MEZINÁRODNÍ RADY SESTER (ICN)

Etický kodex pro sestry připravený ICN poskytuje návod k aktivitám vycházejícím ze společenských hodnot a potřeb. Bude mít smysl jedině tehdy, pokud to bude živý dokument a bude aplikován na skutečnosti ošetřovatelské a zdravotnické péče v měnící se společnosti.

Aby Kodex splnil svůj účel, je třeba, aby jej sestry pochopily, osvojily si jej a používaly jej při všech aspektech své práce. Musí být k dispozici studentům v průběhu jejich studia a sestrám v průběhu jejich pracovního života.

Využívání jednotlivých článků Etického kodexu ICN

Články Etického kodexu pro sestry připraveného ICN poskytují rámec pro normy chování. Následující tabulka by měla sestrám pomoci převést tyto normy do praxe. Sestry a studentky ošetřovatelství tak mohou:

- Studovat normy spadající pod každý článek Kodexu.
- Přemýšlet o tom, co pro ně každá norma znamená a jak uplatnit etiku ve své oblasti ošetřovatelství: v praxi, vzdělání, výzkumu nebo řízení.
- Diskutovat o Kodexu se svými spolupracovnicemi a dalšími lidmi.
- Použít specifický příklad ze zkušenosti k určení etických problémů a norem chování, které jsou stanoveny v Kodexu. Sdělovat si navzájem, jak by sestry a studentky dané situace řešily.
- Pracovat ve skupinách na objasnění etického rozhodování a dospět ke shodě, pokud jde o normy etického chování.
- Spolupracovat s Českou asociací sester, spolupracovníky a dalšími lidmi při kontinuální aplikaci etických norem v ošetřovatelské praxi, vzdělání, řízení a výzkumu.

Článek Kodexu č. 1: Sestry a spoluobčan

Pracovníci a řídící pracovníci	Pedagogičtí a výzkumní pracovníci	Česká asociace sester
Poskytovat péči, která respektuje lidská práva a citlivě přistupuje k hodnotám, zvykům a přesvědčení občanů.	Do osnov zařadit informace o tom, že poskytování péče vychází z respektování lidských práv a zásad rovnosti, spravedlnosti a solidarity.	Vytvořit programy a směrnice, které podporují lidská práva a etické normy.
Zajistit kontinuální vzdělávání v etických otázkách.	Při výuce a studiu zajistit možnost zabývat se otázkami etiky a rozhodování.	Lobovat za zapojení sester do výborů zabývajících se otázkami etiky.
Zajistit dostatek informací, které by umožňovaly informovaný souhlas pacienta a uplatnění práva souhlasit s léčbou nebo ji odmítnout.	Při výuce a studiu zajistit možnost zabývat se otázkami týkajícími se informovaného souhlasu.	Vytvořit směrnice zabývající se otázkami informovaného souhlasu a zajistit kontinuální vzdělávání v této problematice.
Používat takové systémy dokumentace a zpracování informací, které zajišťují diskrétnost.	Do osnov zavést poučení o pojmech soukromí a důvěrnost informací.	Začlenit otázky soukromí a důvěrnosti informací do národního etického kodexu pro sestry.
Zajišťovat a sledovat bezpečnost prostředí na pracovišti.	Poučit studenty, aby dokázali vnímat význam sociálních aktivit v aktuálních problémech.	Podporovat zdravé a bezpečné prostředí.

Článek kodexu č. 2: Sestry a ošetřovatelská praxe

Pracovníci a řídící pracovníci	Pedagogičtí a výzkumní pracovníci	Česká asociace sester
Vytvořit normy péče a takové pracovní prostředí, které podporují poskytování kvalitní péče.	Při výuce a studiu vytvořit možnosti, které podporují touhu po celoživotním vzdělávání a zvyšování kvalifikace pro praxi.	Zajistit možnost kontinuálního vzdělávání prostřednictvím časopisů, konferencí, distančního studia apod.
Zavést do praxe systémy pracovního hodnocení, kontinuálního vzdělávání a registraci sester.	Provádět výzkum, který ukazuje spojitost mezi kontinuálním vzděláváním a náležitou kvalifikací pro praxi, a šířit jeho výsledky.	Lobovat za zajištění příležitostí ke kontinuálnímu vzdělávání a vytvoření norem kvalitní péče.
Sledovat a podporovat osobní zdraví ošetřovatelského personálu ve vztahu k jejich schopnosti pracovat.	Propagovat význam osobního zdraví, předávat informace a ilustrovat jeho vztah k ostatním hodnotám.	Propagovat mezi ošetřovatelským personálem zdravý životní styl. Lobovat za zdravé pracovní prostředí a za dodržování Zákoníku práce.

Článek Kodexu č. 3: Sestry a profese

Pracovníci a řídící pracovníci	Pedagogičtí a výzkumní pracovníci	Česká asociace sester
Stanovit normy (standardy) pro ošetřovatelskou praxi, výzkum, vzdělávání a management.	Při výuce a studiu zajistit příležitost zabývat se vytvářením norem pro ošetřovatelskou praxi, výzkum, vzdělávání a management.	Spolupracovat s ostatními institucemi na vytváření norem pro ošetřovatelské vzdělávání, praxi, výzkum a management.
Podporovat na pracovišti provádění výzkumu souvisejícího s ošetřovatelstvím a zdravím. Šířit a využívat výsledků výzkumu v praxi.	Provádět výzkum směřující k rozvoji ošetřovatelské profese, šířit a využívat jeho výsledky.	Připravovat a vydávat prohlášení, dokumenty a normy vztahující se k ošetřovatelskému výzkumu.
Podporovat členství v celostátních asociacích sester, za účelem vytvořit příznivé socioekonomické podmínky.	Studující sestry vést k důležitosti členství a účast v profesních sesterských asociací.	Lobovat za spravedlivé sociální a ekonomické pracovní podmínky v ošetřovatelství. Připravit směrnice týkající se otázek pracovního prostředí.

Prvek Kodexu č. 4: Sestry a spolupracovníci

Pracovníci a řídící pracovníci	Pedagogičtí a výzkumní pracovníci	Česká asociace sester
Budovat povědomí o specifických a překrývajících se funkcích a o možnosti vzniku napětí mezi jednotlivými obory.	Rozvíjet pochopení pro role ostatních pracovníků.	Stimulovat spolupráci s ostatními spřízněnými obory.
Vytvořit pracovní prostředí, které podporuje společné profesní etické hodnoty a chování.	Informovat o zásadách ošetřovatelské etiky sestry i ostatní zdravotnické pracovníky.	Vytvořit povědomí o etických otázkách jiných profesí.
Vytvořit mechanismy k ochraně jednotlivců, rodin i komunit, je-li jejich péče ohrožena zdravotnickým personálem.	Ve studentech vychovat potřebu ochraňovat jednotlivce, rodiny nebo komunity, když je jejich péče ohrožena zdravotnickým personálem.	Zajistit směrnice a diskusní fóra související se zabezpečením lidí, když je jejich péče ohrožena zdravotnickým personálem.

Šíření etického kodexu pro sestry vytvořeného Mezinárodní radou sester

Aby Etický kodex pro sestry mohl být používán, musí jej sestry znát. Vyzýváme vás, abyste pomohli šířit tento Kodex na školách, kde se vzdělávají budoucí sestry, v tisku pro sestry a dalších hromadných sdělovacích prostředcích. S Kodexem by se měli seznámit také ostatní zdravotničtí pracovníci a zaměstnavatelé sester, skupiny pacientů/klientů, organizace lidských práv a skupiny tvořící politiku, i veřejnost.

Slovníček termínů používaných v Etickém kodexu sester vytvořeném Mezinárodní radou sester

Vztah spolupráce	Profesionální vztah založený na kolegiální a reciproční aktivitě a chování, který má za cíl dosažení určitých cílů.
Spolupracovník	Jiné sestry a jiní zdravotničtí a nezdravotničtí pracovníci a odborníci.
Sestra se dělí se společností	Sestra, jako zdravotnická pracovnice a občanka, iniciuje a podporuje vhodné aktivity na uspokojování zdravotních a sociálních potřeb obyvatel.
Osobní zdraví	Duševní, tělesná, sociální a duchovní pohoda sestry.
Osobní informace	Informace o jednotlivci nebo rodině získané během profesionálního kontaktu, které jsou důvěrného charakteru a jejichž sdělení může znamenat porušení práva na soukromí, stud, vznik nepříjemností nebo škody pro jednotlivce nebo rodinu.
Související / příbuzné skupiny	Jiné sestry, zdravotničtí pracovníci nebo jiní pracovníci, kteří poskytují službu jednotlivci, rodině nebo komunitě a jejichž práce vede k dosažení požadovaných cílů.