

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta

Percepce seniorů žáky středních zdravotnických škol
Diplomová práce

Vedoucí práce: doc. Ing. Lucie Kozlová, Ph.D.

Autor: Lenka Foistová

Abstract

This Diploma work consists of two parts, theoretical and practical. The theoretical part deals with characteristic features of ageing and changes connected with it. I also describe the adolescent development and complete this part with information of the study course called Health Care Assistant. The practical part is focused on research. The aim of this work has been to find out ambivalent attitudes of secondary health care school students to seniors. A technique of the semantic differential was used in the field data collection. The students were asked to define their opinions and attitudes toward seniors in the scale of odd-numbered categories of lexically ambiguous word pairs, e.g. quick – slow, old – young. They were also free to express their opinions about seniors.

Although there were significant differences in responds of 3ZA and 4ZA classes, the total findings have proved both hypotheses stated at the beginning. The students of secondary health care schools perceive seniors positively, on the other hand they consider them as sick people.

It is obvious from the survey information that older students perceive seniors more positively than the younger ones who reported more negative attitudes toward seniors.

The differences in student perception can be connected with the fact that four-year students have already passed their professional training in health care facilities.

The research findings are supposed to be beneficial for professional subject teachers at secondary health care schools and for professional training mentors at health care facilities. The findings should lead to reconsidering methodical approaches to professional subject teaching and the subsequent implementation into the school educational programmes.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci na téma Percepce seniorů žáky středních zdravotnických škol, vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své diplomové práce, a to v nezkrácené podobě v úpravě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných Zdravotně sociální fakultou elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách.

V Českých Budějovicích 25. května 2009

.....

podpis studenta

Poděkování

Děkuji paní doc. Ing. Lucii Kozlové, Ph.D. za vstřícný přístup, cenné informace a rady, které mi během zpracování práce poskytla. Dále děkuji své rodině za podporu, trpělivost a pomoc během studia.

OBSAH

ÚVOD	7
1 SOUČASNÝ STAV	10
1.1 Stárnutí a stáří	10
1.1.1 Stáří a umírání	11
1.1.2 Gerontologie a geriatric	12
1.1.3 Ageismus	13
1.2 Demografické stárnutí populace	15
1.2.1 Stárnutí české populace	15
1.2.2 Národní program přípravy na stárnutí	17
1.2.3 Populační stárnutí v Evropě	18
1.3 Rozdělení věku a věkových skupin	19
1.3.1 Délka života	20
1.4 Změny ve stáří	21
1.4.1 Tělesné změny ve stáří	21
1.4.2 Změny smyslových orgánů	23
1.4.3 Psychické změny ve stáří	24
1.4.4 Sociální změny	29
1.5 Uspokojování potřeb seniora.....	31
1.5.1 Komunikace.....	33
1.5.2 Specifika komunikace se seniorem	34
1.6 Student SZŠ.....	34
1.6.1 Charakteristika období dospívání.....	34
1.7 Charakteristika vzdělávacího programu 53-41M/007 Zdr. asistent... 37	37
1.7.1 Pojetí a cíle vzdělávacího programu	37
1.7.2 Profil absolventa SZŠ	37
2 CÍL PRÁCE A HYPOTÉZY	39
3 METODIKA	39
4 VÝSLEDKY	43
5 DISKUZE	66

6	ZÁVĚR	71
7	KLÍČOVÁ SLOVA	73
8	SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ	74
9	SEZNAM PŘÍLOH	78

ÚVOD

Stáří je neodmyslitelná součást našeho života a také období, kterým se lidé mladšího věku příliš nezabývají. Je to něco, co čeká každého z nás a vlastně od narození k němu všichni spějeme. O stáří se v poslední době mnohem více píše i mluví. Zejména proto, že se mění struktura společnosti. Na celém světě přibývá starých lidí a stárnoucí populace se stává aktuálním tématem pro časté diskuse. Položme si nejprve otázku: „Co pro nás vlastně stáří znamená?“ V naší společnosti žijí lidé, kteří se dělí na dvě skupiny. Jedna skupina považuje seniory za neužitečné jedince, kteří už nejsou nikomu ku prospěchu. Jsou pomalí, nemocní, nechápou co je od nich žádáno, nezvládají tempo dnešní uspěchané doby a jsou spíše na obtíž. A co se týče vzhledu, nejsou ani příliš atraktivní. Shrbená záda, vráscitá tvář, nejistá chůze a zesláblé tělo. Druhá skupina lidí vidí ve starém člověku moudrost, úctu, životní nadhled, zkušenosti a schopnost vidět věci do hloubky. Váží si jich a přejí si být jako oni, až zestárnou. I když neodpovídají měřítkům krásy dnešní doby, jsou pro ně krásní.

Mladší lidé a lidé v produktivním věku neradi přemýšlí o vlastním stáří, protože jim nahání strach. Vytěšňují tyto myšlenky a snad si myslí, že stáří je ještě daleko. Nedokáží nebo nechtějí si představit, jaké to vlastně je být starý a žít v dnešní společnosti, která podléhá kultu mládí, krásy a neomezených možností a hodnotový systém naší doby prožívá krizi. Avšak čas měří všem lidem stejně a jedna z mála jistot, které máme, je to, že všichni jednou zestárneme. Záleží na člověku samotném, jak ke svému stáří, ale i ke stáří druhých lidí bude přistupovat a jak jej prožije. Myslím, že je nutné vnímat stáří jako přirozenou součást našeho života. Pak může být i stáří plnohodnotným a plodným obdobím každého z nás.

Pracovala jsem jako zdravotní sestra na anesteziologicko-resuscitačním oddělení a nyní jsem zaměstnaná jako učitelka odborných předmětů na střední zdravotnické škole. Během celé své praxe, ale i v běžném životě, se setkávám se seniory z různých sociálních vrstev, různých národností a různých povah. S velkým zájmem pozoruji, jaké postavení mají senioři v určitých rodinách a jak se rodinní

příslušníci ke svému seniorovi chovají. Některé příběhy jsou velmi radostné a dojemné, ale bohužel jsou i příběhy neradostné a smutné. Nejsem schopna posoudit, které převažují, ale myslím, že to není nutné. Domnívám se, že vztah k seniorovi v rodině a to, jak jej vnímáme, je věcí výchovy, vždyť se také říká: „Výchova je věc rodinná, z rodiny vychází a do rodiny se vrací.“ Troufám si tvrdit, že to jak se chováme ke svým rodičům a prarodičům, ovlivní to, jak se budou naše děti chovat k nám až zestárneme.

Během studia na střední zdravotnické škole se studenti připravují na budoucí povolání zdravotníka. Tato profese je velice náročná na odbornou přípravu, ale i profesionální výkon. Důležitou roli zde hraje dodržování určitých forem jednání ve vztahu k člověku, ale i ke spolupracovníkům. Ze své zkušenosti si dovoluji tvrdit, že mezi nejdůležitější patří úcta a respekt k člověku bez ohledu na jeho náboženské vyznání, barvu kůže, věk, pohlaví a sociální status. K těmto postojům jsou studenti vedeni po celou dobu studia. Během odborné praxe, která probíhá v nemocnici, ale i u praktických lékařů, se studenti setkávají s různými věkovými skupinami pacientů. Nejrozsáhlejší skupinu tvoří senioři. Je zajímavé, jak se tyto dvě věkově odlišné skupiny lidí navzájem ovlivňují, jak komunikují a jak se navzájem vnímají. Každý zdravotník by si měl být vědom hodnoty a výjimečnosti lidského jedince, tedy i seniora a podle toho k němu přistupovat. V praxi se setkáváme s ambivalentními postoji žáků k seniorům. Na jedné straně je to pacient vděčný, milý a laskavý a na druhé straně jde o obtížného a nepříjemného pacienta. Právě výše uvedené skutečnosti mne přiměly k tomu, zjistit jak ve skutečnosti studenti seniory vnímají a co ovlivňuje vytváření profesionálního vztahu k nim.

Diplomová práce má dvě části. V teoretické části jsem se zaměřila na charakteristiku stárnutí a stáří, rozdělení věku, fyzické, psychické a sociální změny ve stáří, populační stárnutí ve světě, potřeby seniorů a komunikace s nimi. Dále jsem popsala vývojové období studenta a způsob vzdělávání na střední zdravotnické škole v současnosti. V závěru teoretické části jsem se zmínila

o ageismu. V praktické části jsem se soustředila na sběr dat, která byla nutná k provedení výzkumu a zpracování jeho výsledků.

1 SOUČASNÝ STAV

1.1 Stárnutí a stáří

Život člověka se skládá z různých vývojových etap. Každá etapa je charakterizována určitými strukturálními a funkčními znaky a změnami ve vztahu mezi organizmem a přírodním nebo sociálním prostředím. Soubor takových specifických charakteristik většinou od sebe odlišují jednotlivé vývojové etapy. Mezi tyto etapy patří období nitroděložního života, období novorozenecké, kojenecké, dětské a období dospělosti a stáří. Průběh těchto životních etap lze nazvat stárnutím. Tento biologický proces můžeme definovat jako specifický, nevratný a neopakovatelný (38). Konečnou fází procesu stárnutí je stáří, které je nevyhnutelnou perspektivou všech živých jedinců. Jedná se o poslední ontogenetickou vývojovou periodu (38). Je součástí života každého živého tvora a podle definice uvedené v dokumentech OSN začíná tento proces již při početí a pokračuje až do smrti.

Proces stárnutí probíhá na třech úrovních. Jedná se o stárnutí biologické, psychické a stárnutí sociální (38).

Samotný termín stáří je provázán ještě s dalším pojmem, a to je pojem fenomén. Tento výraz poprvé použil Emmanuel Kant, představitel německé klasické filozofie, k označení objektivní reality tak, jak se jeví naší zkušenosti. Ze špatného pochopení fenoménu stáří vyplývá řada mýtů, které nesprávně vnímají staré lidi, jejich potřeby a způsoby myšlení a bez rozdílu je „hází do jednoho pytle“. Tyto mýty jsou v naší generaci silně zakořeněny, předávány z generace na generaci (2).

Stárnutí a stáří je geneticky dlouhodobě nakódováno, řídí se druhově specifickým časovým zákonem a podléhá formativním vlivům prostředí. Mezi jedinci daného druhu probíhá proces stárnutí individuálně a je ovlivňován velkou řadou vnějších a vnitřních faktorů. Je nutno zmínit, že i změny, kterým organismus působením času podléhá, nastupují asynchronně – každá funkce a systém v těle stárne nerovnoměrně (35).

Mezi projevy stárnutí patří zhoršení tělesného a duševního stavu. Jak bylo již uvedeno, tento proces bývá individuálně variabilní z hlediska času, rozsahu i závažnosti projevů. Stárnutí závisí na interakci dědičných předpokladů a důsledků různých vlivů prostředí, které se v organismu stárnoucího člověka postupně nahromadily (55). Můžeme se setkat s aktivními seniory, kteří mají i přes svůj pokročilý věk zájem o kulturu, politiku, sebevzdělávání a někteří se dokonce věnují sportům. Snaží se udržet v dobré duševní a fyzické kondici a dbají i o svůj zevnějšek. Na druhou stranu existují i senioři, kteří vzdali svůj život a neočekávají od něj nic pozitivního, mají pesimistické smýšlení a nic je již netěší. Díky těmto dvěma přístupům seniorů k životu lze uvést dva obecné pohledy na stáří, které se vyskytují v naší společnosti. Jeden, který konstatuje, že stáří je období úpadku, pasivity, smutku a samoty. Druhý pohled zdůrazňuje, že stáří může být i obdobím aktivity, dosažení životní moudrosti, nadhledu a vyrovnanosti. Každý z těchto pohledů, jak dokládají mnohé životní příběhy, má svůj díl pravdy (31).

1.1.1 Stáří a umírání

Se stářím souvisí otázka smrti a umírání. Jedná se o obtížnou životní etapu, která je součástí života každého člověka. Obojí nás v budoucnosti čeká a nemine. Tato zneklidňující jediná jistota je zahalena do nejistoty, neboť nikdo z nás neví, kdy a jak se to stane (12). Z křesťanského pohledu je smrt chápána jako dovršení lidského života. Každý člověk by si měl uvědomovat, že život bez smrti by neměl svůj význam. Většina lidí ovšem na smrt nemyslí, a pokud si vůbec její možnost připouští, chápou ji jako nebezpečí ohrožení zevnějšku. S tímto uvedeným postojem souvisí, že se málokdo dovede vyrovnat s obdobím stáří, které by mělo být prožito tak, aby přineslo co největší duchovní prospěch. Zřetel na cíl života chrání stárnoucího člověka před smutkem z úbytku životní energie a z blížícího se konce (46).

Staří se velice často zajímají, jak zemřel jejich známý, co se kolem jeho smrti událo doma, v nemocnici nebo tam, kde právě byl. Není to veselá tematika, ale je

aktuální. Většina seniorů si přeje umřít především rychle, bez bolesti a strachu. Jiní si naopak přejí prožít svoji smrt a rozloučit se se svými blízkými (43).

1.1.2 Gerontologie a geriatrie

Gerontologie (řecky gerón = starý člověk, logos = věda, nauka) je souhrn poznatků o stárnutí a stáří. Je vyučována na středních a vysokých školách jako předmět i obor a je uznávanou disciplínou. Rodil se však nelehce a teprve nedávno. Samotný termín gerontologie vzniká teprve ve třicátých letech našeho století. Je poměrně nepřesný. Vhodnější a přesnější termín je geratologie (geras = stáří), který se však neujal. Obecně se vžil termín gerontologie, který má několik podoborů (11).

Gerontologie experimentální se zabývá mechanismy a příčinami stárnutí živých organismů.

Gerontologie sociální se zabývá společenskými souvislostmi individuálního i populačního stárnutí.

Klinická gerontologie se zabývá problematikou chorob, zdraví a funkčního stavu. Je označována také jako geriatrie (18). Tento název je častější a je více užíván. Jedná se o samostatný lékařský obor, který v České republice funguje od roku 1982. Zaměřuje se na poskytování specializované zdravotní péče lidem ve vyšším věku (nad 65 let, obvykle však nad 70-75 let). Klimeš uvádí, že geriatrie je: „*Odvětví medicíny, které se zabývá péčí o staré lidi a léčením chorob souvisejících s vysokým věkem*“ (22, s.224). Je založena na poznatku, že znalost zvláštností diagnostiky a terapie nemocí ve stáří, rozpoznání geriatrických rizik a důraz na udržení fyzické zdatnosti a soběstačnosti zlepšuje prognózu seniora a zároveň i výsledky zdravotní péče.

Cíle geriatrie:

- uplatňovat metody primární a sekundární prevence (prevence vzniku nádorových onemocnění)
- monitorovat a léčit chronická, vleklá onemocnění (monitoring diabetika)

- zvýšit šance seniora na uchování zdraví včasnou diagnostikou choroby
- dosáhnout co nejvyšší možné aktivity, funkční zdatnosti, soběstačnosti a nezávislosti v přirozeném prostředí seniora
- napomáhat k udržení kvality života v souvislosti s jeho zdravotním stavem

Charakter moderní geriatrické je intervenčně-preventivní. Vyžaduje komplexní přístup a koordinaci týmové péče s akceptací zdravotně-sociální povahy onemocnění ve vyšším věku (51).

1.1.3 Ageismus

Současná společnost se vyznačuje převážně negativním postojem vůči stáří a stárnutí. Hodnotový systém dnešní společnosti, který klade důraz více na mládí a jeho kompetence, seniory výrazně znevýhodňuje. Tyto tendence ještě podporují média, která kladou velký důraz na vnější vzhled a svěžest mládí a tyto atributy se stávají nebo již staly normou. Z toho logicky vyplývá, že cokoliv, co takové není, je považováno za podřadné a nedostatečné. Z takto nastaveného hodnotového systému vychází ageismus. Jak uvádí Vágnerová, jedná se o postoj, který vyjadřuje obecně sdílené přesvědčení o nízké hodnotě a nekompetentnosti stáří a projevuje se podceňováním, odmítáním, eventuálně až odporem ke starým lidem (55). Díky těmto postojům dochází systematicky k diskriminaci na základě stáří a senior je považován za méněcenného. Je naprosto přehlížena jejich individualita a rozdílnost, která u lidí této věkové skupiny existuje. Dochází k omezování sociálních rolí, znehodnocení statusu seniorů, strukturuje očekávání druhých vůči nim, odpírá jim rovné příležitosti a v mnoha ohledech snižuje jejich životní šance. Může se jednat o hrubé podoby diskriminace: odpírání nákladných léčebných postupů z důvodu věku, přisuzování negativních vlastností všem starým lidem, nerespektování jejich osobnosti a ponižování důstojnosti. S takovým přístupem se můžeme setkat ve zdravotnických zařízeních nebo pobytových zařízeních pro seniory. Pracovníci v pečujících profesích by měli neustále dbát na aktivní kontrolu, zda se svým přístupem nedopouští, byť neúmyslně, věkové diskriminace (18).

Ve společnostech, kde je diferencovaná ekonomická a sociální struktura, jsou senioři přiřazováni k marginalizovaným skupinám společnosti. Jejich vnucená neproduktivita z nich dělá břemeno a devaluje je.

Nízkou prestiž mají i zdravotní a sociální obory, jejichž náplní je péče o seniory. Geriatrické sestry a lékaři spolu se sociálními pracovníky stojí v hierarchii svých profesí na spodních příčkách, včetně odpovídajících menších platů.

K ageistickým postojům dochází v průběhu socializace. Na jejich strukturalizaci se podílí jazyk, který používáme ke každodenní osobní komunikaci, mediální jazyk, jazyk beletrie, vědy nebo náboženství. V běžné mluvě se setkáme se „starými dědky a babami“, v pohádkách jsou to křehcí stařečkové a stařenky. Oslovení „babi, dědo“ místo „paní, pane“ u zdravotníků nebo sociálních pracovníků je příkladem infantilizace seniorů (47). Vágnerová píše: „*Z hlediska ageismu je stáří obdobím ztrát, celkového úpadku a zhoršené kvality života*“ (55, s. 443). Kult mládí, fyzické atraktivitu a výkonu ještě umocňuje a posiluje odpor ke stárnutí a stáří.

Mladší generace nepocituje sounáležitost se starými lidmi, vnímá je jako příslušníky podřadné kategorie. Stáří vnímané tímto pohledem nemá žádné kompetence a ani přijatelný sociální status. Jsou chápáni jako přítěž společnosti, vyžadují mnoho, ale nic nepřináší (55). Z ageismu vychází i tendence staré lidi izolovat od ostatních, protože se stávají nevýznamnou součástí společnosti.

Kdo má naději, že se mu nepříjemnosti spojené se stárnutím a stářím budou vyhýbat, že bude stárnout pomaleji a dožije se vysokého věku? V dávných dobách hledali alchymisté elixír mládí, ale bez úspěchu. Papež Inocenc VIII. si v roce 1492 nechal provést transfúzi mladé krve, aby zůstal věčně mladý. A jak to dopadlo? Zemřel při ní (43).

Jak již bylo řečeno, stárnutí a stáří je nevratné a nelze ho žádnými léky zastavit. Ani v dnešní moderní době, kdy umíme skoro všechno vyrobit, nemáme opravdový elixír mládí. Nezbyvá nám, než tuto skutečnost přijmout a smířit se s ní. Je třeba posunout hodnotový systém dnešní doby, aby senioři byli vnímáni

tak, jak si opravdu zaslouží. S velkou úctou, respektem a bez pohrdání a posměchu. Měli bychom se naučit vnímat seniory jako plnohodnotnou součást našeho života a naší společnosti a poukazovat na potenciál, přínos a roli starších lidí v rodině, ekonomice a celé společnosti a podporovat se v jejich snaze dále se rozvíjet.

O tom, že si to opravdu zaslouží svědčí fakt, že stále více seniorů se snaží o aktivní životní styl, studují na univerzitách třetího věku. Převládá u nich potřeba prožít svůj čas smysluplně a aktivně, najít prostor pro seberealizaci a touha po nových poznacích. Někteří se snaží rozvíjet svoji původní specializaci nebo si rozšiřují obzor. K oblíbeným oblastem patří historie, literatura, zdravý životní styl, umění nebo seznamování se s novými kulturami a zeměmi. Mezi další oblíbené vzdělávací aktivity patří zahrádkaření, kynologie, rybaření, pěstování květin, sběratelství, ruční práce a vaření. Mnozí ze seniorů ovládají práci s počítačem.

Pro mnoho seniorů je v pozadí vzdělávacích zájmů i uspokojování sociálních potřeb – kontakt s druhými lidmi a sociální přijetí a ocenění (31).

1.2 Demografické stárnutí populace

1.2.1 Stárnutí české populace

Oproti západoevropským zemím nastoupilo stárnutí české populace s jistým zpožděním a probíhá ve specifických podmínkách společenské a ekonomické transformace. Obyvatelstvo v České republice je nyní historicky nejstarší, avšak jeho věková struktura patří zatím k evropskému průměru (47).

Proces, při němž se mění věková struktura obyvatelstva, se nazývá demografické stárnutí. Tento proces patří k nejcharakterističtějšímu rysu demografického vývoje u nás, ale i v dalších rozvinutých zemích Evropy. Dochází ke zvyšování počtu osob nad 60 let a snižuje se podíl osob do 15 let. Starší věkové skupiny rostou početně relativně rychleji než populace jako celek.

Podíl hlavních věkových skupin v České republice uvádí tabulka číslo 1.

Tabulka 1: Složení obyvatelstva podle věkových skupin v ČR 1991-2003

Věk	91	92	93	94	95	96	97	98	99	00	01	02	03
0-14	21,1	20,6	20,0	19,5	18,8	18,3	17,9	17,4	17,0	16,6	16,2	15,7	15,4
15-59	61,1	61,6	62,0	62,5	63,2	63,7	64,1	64,6	64,9	65,2	65,4	65,5	65,5
60+	17,8	17,8	18,0	18,0	18,0	18,0	18,0	18,0	18,1	18,2	18,4	18,8	19,1

Zdroj: Demografický portál, 2008

Na základě údajů, které zpracoval Český statistický úřad, by měli lidé starší 65 let v roce 2030 tvořit 22,8 % populace, v roce 2050 pak 31,3 % , což představuje přibližně 3 milióny osob. V roce 2007 tvořily osoby starší 65 let 14,6 % obyvatel České republiky. Nejrychleji se bude zvyšovat počet osob nejstarších. Na základě demografické prognózy zpracované Českým statistickým úřadem bude v roce 2050 žít v České republice přibližně půl miliónu občanů ve věku 85 a více let. Pro srovnání s rokem 2007 to bylo 124937 občanů (**42**). V důsledku vyšší úmrtnosti mužů je v této populaci více žen. Nad 80 let tvoří ženy 71 % , na jednoho muže tak připadá 2,39 žen. Předpokládá se, že do roku 2025 podíl starších žen dosáhne 27 % a podíl mužů 22 % (**48**). Stále více osob v populaci se dožívá 65 let, nyní je to 88 % žen a 75 % mužů (**51**).

Z výše uvedených skutečností vyplývá, že se zvýší také potřebnost sociální a zdravotní péče (**32**). Naděje dožití při narození v roce 2050 bude činit 78,9 let pro muže a 84,5 pro ženy. V roce 2007 činila naděje dožití 73,7 let pro muže a 79,9 let pro ženy.

Je třeba zmínit i postupnou stoupající úhrnnou plodnost, která v devadesátých letech 20. století byla velmi nízká. Přesto patří Česká republika v současné době k zemím s nejnižší plodností na světě. Za úroveň plodnosti, která je nutná k obnově populace, se považuje plodnost 2,1 a u nás činila v roce 2007 plodnost 1,44 (**42**).

Vývoj a prognózu demografického stárnutí v ČR uvádí tabulka 2 na další straně.

Tabulka 2: Demografické stárnutí populace ČR v historickém vývoji a prognóze

Senioři	1950	1975	2000	2025	2050
Zastoupení osob nad 65 let	8,30 %	12,90 %	13,90 %	23,10 %	32,70 %
Zastoupení osob nad 80 let	1,00 %	1,70 %	2,50 %	5,30 %	9,50 %
Index stáří*	51,70 %	82,30 %	111,80 %	243,00 %	296,10 %

*Index stáří je počet osob nad 65 let na 100 osob ve věku 0-14 let

Zdroj: Topinková, E. Geriatrie pro praxi

Demografické stárnutí u nás představuje v důsledku zvyšujícího se vzdělání a zlepšujícího se zdraví populace potenciál pro sociální a ekonomický rozvoj. Těmto demografickým změnám by se měla přizpůsobit politika zaměstnanosti, důchodová politika a další politiky, které se těchto změn účastní. Z pohledu Ministerstva práce a sociálních věcí patří mezi principy politiky přípravy na stárnutí důraz na lidská práva, respektování generového aspektu problematiky stárnutí, celoživotní přístup ke stárnutí a zdraví, důraz na rodinu a mezigenerační vztahy. Nelze opomenout seniory z etnických menšin, seniory zdravotně postižené a duševně nemocné.

1.2.2 Národní program přípravy na stárnutí

9. 1. 2008 přijala naše vláda Národní program přípravy na stárnutí na období let 2008 až 2012. Jedná se o strategický dokument, který stanovuje cíle a opatření, které je třeba přijmout v konkrétních oblastech v kontextu demografického stárnutí a sociálních změn. Cílem tohoto programu je zajistit, aby dílčí politiky adekvátně reagovaly na tyto změny a na potřeby a problémy stárnoucích lidí. Tento dokument vychází z předpokladu, že ke zvýšení kvality života ve stáří a k úspěšnému řešení výzev spojených se stárnutím je nezbytné zaměřit se na oblasti aktivního stárnutí, vstřícnost společnosti ke stáří, zlepšení zdraví a zkvalitnění zdravotní péče ve stáří, podpora rodiny a pečovateli a problematiku lidských práv. Program navazuje na Národní program přípravy na stárnutí na období let 2003 až 2007, na dokumenty OSN a jiných mezinárodních organizací, zejména na Mezinárodní akční plán pro problematiku stárnutí (OSN, Madrid 2002) a Zásady OSN pro starší osoby z roku 1991 (42).

1.2.3 Populační stárnutí v Evropě

Evropa je v současnosti demograficky nejstarším regionem na světě a podle populačních prognóz OSN si tuto pozici udrží i nadále, dokonce po roce 2030 se její prvenství ještě podstatně zvýrazní. Situaci stárnutí obyvatelstva ve vyspělých regionech světa ukazuje tabulka číslo 3.

Tabulka 3: Stárnutí obyvatelstva vyspělých regionů světa, 2005-2005

Region	Podíl osob ve věku 65 a více let (v %)			
	2000	2015	2030	2050
Evropa	13,9	16,4	22,1	27,6
Severní Amerika	12,3	14,6	20,4	21,4
Austrálie/Nový Zéland	12,2	15,1	20,2	22,5

Zdroj: Demografický portál, 2008

Díky mírnému poklesu celkového počtu obyvatelstva budou senioři ve věku nad 65 let v následujících padesáti letech jedinou početně rostoucí věkovou skupinou. Počet dětí ve věku do 15 let a osob v produktivním věku v tomto období v důsledku dlouhodobého setrvávání úhrnné plodnosti pod hranicí prosté reprodukce klesne o 30 % , respektive 24 % . Odrazí se to i v relativním zastoupení hlavních věkových skupin. Počty seniorů se zdvojnásobí ze 14 % na 28 % a podíl dětí klesne o 4 procentní body. Během příštích 15 let dojde k vyrovnání počtů dětí a seniorů a v roce 2050 můžeme očekávat, že v Evropě bude dvakrát více seniorů, kteří budou starší 65 let, než dětí ve věku do 15 let (32). Hlavní věkové skupiny v Evropě zobrazuje tabulka č.4.

Tabulka 4: Vývoj hlavních věkových skupin v Evropě, 2000-2050

Věková skupina	2000	2015	2030	2050	2015	2030	2050	2000	2015	2030	2050
	Absolutní počet (v mil.)				Index (2000=100)			Podíl v populaci (%)			
0-14	150,0	120,0	113,0	106,0	80,0	75,0	70,0	18,6	15,0	14,5	14,7
15-64	546,0	549,0	493,0	414,0	101,0	90,0	76,0	67,5	68,6	63,4	57,7
65+	112,0	132,0	172,0	198,0	117,0	153,0	176,0	13,9	16,4	22,1	27,6
Celkem	808,0	801,0	778,0	718,0	99,0	96,0	89,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Zdroj: Demografický portál, 2008

Úroveň a očekávaný vývoj stárnutí se v jednotlivých zemích Evropy podstatně liší. Tato odlišnost je odrazem jejich různorodé demografické situace, která vyplývá z nestejně doby ukončení demografické revoluce a z vývoje tří hlavních

procesů determinujících vývoj věkové struktury. Jsou to: plodnost, úmrtnost a migrace během 20. století. Na základě prognostických údajů je zřejmé, že mezi zeměmi zůstane zachována jejich heterogenita (32).

Věková struktura evropských zemí je odlišná. Na jedné straně jsou země s velmi mladou věkovou strukturou, kde je počet seniorů pod 6 % celkové populace, a na straně druhé jsou země, kde je počet osob starších 65 let vyšší než 18 % . Rychlé stárnutí bude probíhat zejména v těch evropských zemích, ve kterých je již stárnutí podstatně rozvinuto. V období let 2015-2030 bude intenzivní stárnutí probíhat již ve všech evropských zemích. Reakcí na progresivní stárnutí i na skutečnost, že následující generace starších osob budou zdravější a vzdělanější, je nový koncept přístupu společnosti k populačnímu stárnutí – Aktivní stárnutí. Tento koncept je prosazován na půdě OSN a dalších mezinárodních organizacích. Týká se změn postojů společnosti k seniorům a všech ostatních otázek, které s tímto souvisí (32).

1.3 Rozdělení věku a věkových skupin

Věk patří mezi důležité charakteristiky člověka a je nejběžnějším měřítkem stárnutí. Lze jej dělit dle několika hledisek:

- chronologický, kalendářní, matriční věk – je dán datem narození, ale nemusí být nejspolehlivější (starý člověk může působit mladě a naopak), protože se jedná v podstatě o náhodně zvolenou míru (počet oběhů Země kolem Slunce počítaný od okamžiku narození neřekne o člověku nic, pokud tento časový údaj nekoreluje s funkčnějšími údaji), tento údaj o věku je zapsán v matrice
- sociální věk – souvisí s určitými stereotypy o stáří a se společenským očekáváním chování, které je přiměřené určitému biologickému věku (př. očekávání, že lidé, kteří překročili šedesátku, se chovají klidně a usedle), zahrnuje rozmanité stránky sociálního života jedince a jeho vztahy ke společnosti, k ostatním lidem a aktivitám

- biologický, funkční věk – poukazuje na objektivní stav fyzického vývoje nebo degenerace a zahrnuje stárnutí psychologické a biologické, určuje míru konkrétních involučních změn, ke kterým dochází během stárnutí, velmi často není totožný s věkem kalendářním, je významným znakem biologického stárnutí a stáří, individuální charakteristiku mu určuje geneticky daný program (10). Jedná se o věk, který odpovídá skutečnému stavu organismu po stránce biologické, psychické a sociální. Při posuzování člověka, bychom měli brát zřetel více na věk funkční než na věk chronologický (14).

Podle ekonomického hlediska můžeme věk ještě rozdělit na produktivní a poproduktivní (37).

Populární je rozdělení věku na první, druhý a třetí. Jako první věk se označuje dětství a dospívání. Druhým věkem se označuje dospělost. Třetím věkem je stáří (37). Z tohoto rozdělení vychází také název studijního programu „Univerzita třetího věku.“

Kromě věku rozdělujeme ještě věkové skupiny nebo období. Dělení podle Světové zdravotnické organizace je uvedeno v následujícím schématu:

45–59 let = střední, zralý věk

60–74 let = vyšší, starší věk, rané stáří

75–89 let = pokročilý, stařecký věk, kmetství

90 a více let = dlouhověkost

1.3.1 Délka života

Délka života je geneticky determinována a je specifická pro každý živočišný druh. Podle odhadů je maximální potenciální délka života člověka asi 120–130 let. Zatím popsaná nejvyšší délka života je 120 let (37).

Jaké jsou důvody toho, že není dosahováno maximální délky života? Prvním důvodem jsou více či méně geneticky podmíněná onemocnění, která vedou k projevům předčasného a urychleného stárnutí a nakonec k předčasné smrti nositele. Druhým důvodem je fakt, že pro dosažení maximální délky života nežije

naše obyvatelstvo v ideálním prostředí. Podmínky, které by splňovaly nároky pro každou individuální a jedinečnou genovou kombinaci, není možno vytvořit (37).

Ve spojitosti s délkou života se používá termín střední délka života. Z hlediska populace se jedná o významný ukazatel zdravotního stavu ovlivněný úrovní zdravotní péče, kvality životního stylu včetně stravovacích návyků a pohybového režimu, mírou psychické a ekonomické zátěže populace. Jde o jakýsi předpoklad dožití od okamžiku zjišťování pravděpodobného počtu let zbývajících do smrti člověka určitého věku. To platí za předpokladu, že se po celou dobu jeho života nezmění řád vymírání, zjištěný úmrtnostní tabulkou zrekonstruovanou pro daný kalendářní rok nebo jiné období (32).

Střední délka života u nás dlouhá léta stagnovala. Její mírné prodlužování se projevilo od roku 1991. Díky tomu jsme se přiblížili evropskému průměru (48). V současné době je u nás střední délka života 75,4 let pro ženy a 67,7 let pro muže (37).

V rychlosti stárnutí jsou mezi lidmi značné rozdíly. Tyto rozdíly lze vysvětlit enviromentálními faktory, jako je chudá strava a špatná hygiena. Díky těmto faktorům je mnohem nižší střední délka života v zemích třetího světa v porovnání se západem (10).

1.4 Změny ve stáří

1.4.1 Tělesné změny ve stáří

Stáří mění viditelným způsobem zevnějšek člověka, a tím také ovlivňuje jeho sociální status. Okolí jej v důsledku této změny začíná vnímat jako starce a podle toho se k němu chová. Úroveň proměny zevnějšku není u všech lidí stejná, ale mívá individuálně typický průběh. U některých lidí jsou změny spojené se stárnutím tak významné, že dochází ke ztrátě typických rysů a člověk vypadá úplně jinak. Může nápadněji ztloustnout nebo vyhubnout, stane se vrásčitým, shrbí se postava a zešediví mu vlasy apod. (55). Stáří samo o sobě není nemoc, ale přispívá k trvalým chorobným stavům a změnám (26). Některé tělesné změny

poznáme „na první pohled“ a jiné probíhají uvnitř těla. Jisté je, že tyto změny postihují všechny tělesné systémy v lidském těle. Patří sem:

- *Pohybový systém:* Typické pro změny pohybového aparátu je, že dochází k atrofii svalových vláken, úbytku svalové síly, cílené pohyby (navlékání nitě do ouška jehly) se stávají obtížnější, se změnou funkce pohybového aparátu souvisí změny tělesné výšky, která s věkem klesá. Tento proces začíná u mužů kolem čtyřicátého věku a u žen o něco déle. Tento úbytek tělesné výšky s přibývajícím věkem lze vysvětlit jako důsledek několika vlivů, jako např. ztráta vody, slábnutí jednotlivých svalových skupin, řidnutím kostí atd. Kostra tvoří ve stáří 10 % tělesné hmotnosti, zatímco v mladém věku tvořila 20 % (27). Dále nelze opomenout osteoartrózu, která je nejčastějším onemocněním pohybového aparátu ve stáří. Jde o degenerativní onemocnění kloubních chrupavek (13).
- *Kardiovaskulární systém:* K nejvýraznějším změnám dochází na vaskulárním systému, kde se projevuje arterioskleróza. Jejím důsledkem je hypertenze, která se vyskytuje stále častěji. S tímto jevem souvisí i častý výskyt iktu (27). Závažným problémem je také infarkt myokardu, který má příčinu také v arterioskleróze (33). Srdce ztrácí svoji sílu a k rozvádění krve do oběhu potřebuje mnohem více energie. To znamená, že klesá srdeční výkon.
- *Dýchací systém:* Ve stáří se zpomaluje frekvence dýchání a významně se snižuje vitální kapacita plic. Toto vede k hypoxii, která následně ovlivňuje funkce jiných orgánů. Hypoxie nejvíce postihuje mozek a jeho funkce (10). Změny probíhají i na kostře hrudníku. Ten se stává rigidní, protože dochází k zvápenatění a zkosnatění žeberních chrupavek. Bránice klesá a ztrácí svoji původní pohyblivost. Tyto změny také podmiňují již zmíněnou snižující se vitální kapacitu plic (24).
- *Zažívací systém:* Dochází ke zpomalování trávení, dyspeptickému syndromu, k poruše vyprazdňování stolice a dosti výrazně se mění chuť k jídlu. U mnoha seniorů se mění skladba oblíbených jídel a nápojů. Chrup starších lidí se mění,

což se projevívá na poruše příjmu potravy a ve zkrácené výslovnosti sykavek (27). U seniorů se poměrně často vyskytuje malnutrice, která může být dána také deficitem sebepéče (49). Nechtěný úbytek tělesné hmotnosti, který vede k malnutrici, ovlivňuje také vznik a průběh jiných chorob, jako například kardiální a respirační selhávání, onkologické onemocnění a deprese nebo demence (50).

- *Endokrinní systém:* Dochází ke změnám metabolických procesů. Tyto změny nejvíce souvisejí s udržováním tělesné teploty. Seniori mají problémy s adaptací na výraznější změny tepla. Trpí poruchami štítné žlázy (27).
- *Kožní systém:* S přibývajícím věkem ztrácí kůže svoji elasticitu, stává se sušší a jsou na ní vidět vrásky. Častou komplikací u imobilních seniorů jsou dekubity (narušená integrita kůže) (52).
- *Vylučovací systém:* Vyskytuje se močová a fekální inkontinence díky ochablosti svěračů. V důsledku nedostatečného příjmu tekutin je i snížené množství vylučované moče, která je dosti zahuštěná (29). Snižuje se zahušťovací a zředovací schopnost ledvin díky atrofii nefronů (39).
- *Nervový systém:* Na základě nedostatečného prokrvení mozku, které je způsobeno arteriosklerózou mozkových tepen a sníženou kapacitou plic, dochází ke změnám v mozkové tkáni. Nejčastější je již zmiňovaný iktus neboli mozková mrtvice, která bývá často příčinou úplné imobility starého člověka (10).

1.4.2 Změny smyslových orgánů

Stárnutí má za následek i změny smyslových orgánů. Ty slouží jako prostředník mezi vnějším světem a mozkem. Z toho vyplývá, že jakýkoliv úpadek smyslů přímo ovlivňuje funkci mozku. Zhoršené vnímání, které je následkem stárnutí, zbavuje mozek možnosti plně prožívat okolní svět. Je třeba mít na paměti, že tyto degenerativní změny nezačínají až ve stáří, ale mají počátek v rané dospělosti (10).

- *Zrak*: Dochází ke změně zrakové ostrosti, která souvisí se ztrátou pružnosti čočky. To vede k presbyopii neboli stařecké dalekozrakosti. Mění se vnímání barev, zejména červené a modré (27). Dalším problémem v souvislosti s viděním je ztráta zrakové ostrosti. Mezi nejvážnější poruchy, které mohou vést k úplné ztrátě zraku, patří šedý a zelený zákal a degenerace makuly neboli žluté skvrny.
- *Sluch*: V průběhu dospělosti sluch postupně slábne. Tyto změny začínáme pociťovat většinou mezi pětapadesátým a šedesátým rokem. Záhadou gerontologie je fakt, že během stárnutí se o několik milimetrů zvětšují ušní boltce. Příčina je nejasná. Nejrozšířenějším typem oslabení sluchu je nedoslýchavost stárnoucích (presbyakuze), která postiženého člověka znevýhodňuje (10).
- *Chuť a čich*: Tyto smysly značně otupují a ztrácejí postupně padesát až šedesát procent ostrosti. Tento jev postihuje více ženy než muže. Snižuje se počet chuťových papil a chuť se zhoršuje. Papily zachycují hůře chuť sladkých a slaných potravin a méně snášejí kořeněná jídla. Strava se tak zdá fádňější. Čich také ztrácí na síle a jemnosti. Proto si starší lidé někdy neuvědomují, že přehnané množství parfému nebo navzdory pečlivé hygieně různé tělesné zápachy, nemusí být pro jejich okolí příjemné (3).
- *Hmat*: Kůže, která slouží jako ochranná vrstva je největším plošným orgánem v těle (8). Ztrácí svoji pružnost, ztenčuje se a objevují se vrásky. U dospělého člověka se vyskytuje průměrně padesát senzorických receptorů na centimetr čtvereční kůže a více než milion senzitivních nervů, které vedou informace z kůže do míchy. Díky těmto receptorům a nervovým vláknům člověk vnímá teplo, chlad, bolest, dotyk a jiné vjemy (7). Během stárnutí se počet receptorů snižuje a dochází k zhoršenému vnímání těchto vjemů (6).

1.4.3 Psychické změny ve stáří

Stárnutí vede k různým strukturálním i funkčním změnám mozku. Tyto změny se projeví i v psychické oblasti. Klesá hmotnost mozku, tloušťka mozkové kůry

a dochází ke zvyšování objemu mozkových komor, zpomaluje se průtok krve mozkovými cévami, snižuje se produkce neurotransmiterů, které umožňují přenosy nervových vzruchů. Na základě těchto a dalších involučních změn, dochází ke zpomalování mozkové činnosti. Toto zpomalování se může projevit změnami v prožívání, uvažování, chování stárnoucích lidí, ke zhoršování adaptačních schopností a poklesu inteligence (55).

Probíhá – li stárnutí fyziologicky, nemění se kvalitativně struktura osobnosti. Avšak velký význam na kvalitu psychiky seniora má úroveň jeho osobnosti, na rozdíl od kalendářního věku (5). Je nutné posuzovat osobnost každého člověka jako psychologický celek, jehož integrita zůstala zachována (38).

Říkává se, že stáří karikuje povahu. Charakteristické rysy osobnosti získávají na své intenzitě, nebo upadají. Ve struktuře osobnosti se může přesouvat pořadí potřeb, hodnot a cílů. Šetrnost se může vystupňovat v lakotu, slovní šarvátky mohou dospět v nesnášenlivost a vztahovačnost a ze stárnoucí krasavice, která není schopna a ochotna přijmout přirozený proces stárnutí jako fakt, se stává pomstychtivá, závistivá, a dokonce i zlá žena. Zvýrazňují se ale i příjemné a život obohacující vlastnosti starých lidí. Mezi seniory se objevují moudří vševědové, laskaví dědečkové a hlavně milující a milované babičky (11).

Mohou se objevit změny motivace (vnitřní pohnutky), které vysvětlují, proč starý člověk dělá to či ono neočekávaným způsobem, proč některé potřeby a věci jsou v popředí jeho zájmu, proč se vrací k dřívějším zájmům a jiné opouští. Na intenzitě ztrácí jeho citové prožívání, určité události jej nevzrušují, v některých případech zůstává netečný. Převládá touha po soukromí a pohodlí (38). Přesto všechno je důležité respektovat osobnost starého člověka, a to nejen ve všech sférách zdravotní a sociální péče, ale i v běžném životě. Při nerespektování dochází k maladaptaci a psychickému strádání seniorů (18).

Během stárnutí a stáří nedochází k degradaci, protože stáří má stejně jako jiné životní etapy své cítění, myšlení a snažení, má svou vlastní fyziologii. Velké

množství změn lze kompenzovat a přiměřenou duševní kondici je možné udržet trvalou duševní činností až do vysokého věku (17).

- *Změny ve vnímání seniora:* Díky postupným změnám ve smyslových orgánech a změnám v určitých oblastech mozku, dochází ke zhoršování vnímání. Zhoršené vnímání se podílí na zpomalování reakcí a nepřesném vnímání, snižuje se schopnost posuzovat dané situace a zhoršuje se pohybová schopnost. Dochází k poklesu citlivosti na podněty a smyslovému vnímání. Vyskytují se změny v centrální zvukové analýze. Na základě těchto změn se zvyšuje riziko úrazovosti u seniorů, vznikají podmínky pro špatnou orientaci, mění se možnost komunikace s okolním světem, dochází ke ztrátě kontaktů se sousedy (sociální izolace). Objevují se pocity úzkosti, strachu (19).
- *Změny inteligence a myšlení seniora:* V souvislosti se změnou inteligence u seniorů je třeba rozlišit inteligenci fluidní a krystalickou. Krystalická inteligence udává množství vědomostí, které člověk získal v průběhu života. Fluidní (tekutá) inteligence vypovídá o schopnostech řešit problémy, pro které neexistují žádná řešení, k nimž by bylo možno dojít na základě vzdělání nebo zkušeností. Zjednodušeně řečeno, jde o schopnost řešit nové problémy (10). Na základě experimentálního šetření došli odborníci k závěru, že fluidní inteligence má vrchol v mládí a s přibývajícím věkem klesá. Zároveň se snižuje schopnost řešit problémy. Kdežto krystalická inteligence vrcholí v době raného stáří a její pokles nebývá patrný (27). S věkem klesá psychomotorické tempo, senioři proto podávají horší výkon, je-li prováděn s časovým omezením. Snížení intelektuální výkonnosti může vést k poruchám nálad a ke snižování sebehodnocení u seniorů.
- *Změny kognitivních (poznávacích) schopností:* Jak již bylo zmíněno, v průběhu stárnutí se zpomaluje psychomotorické tempo. Díky tomu můžeme geronta přirovnat ke „zpomalenému filmu“. Toto se projevuje zejména v zátěžových situacích. Bývá ochuzena fantazie a prohlubuje se nechuť řešit aktuální problémy. Mnozí jsou však schopni oslabující duševní funkce do

určité míry kompenzovat zvýšenou opatrností, racionalizací činností, zpomalením tempa, vynaložením většího volního úsilí a využitím bohatých životních zkušeností (38).

- *Změny paměti a učení:* Paměť je důležitá schopnost organismu uchovávat a vybavovat si podněty po jejich odeznění. Je potřebná i pro uchování vlastní identity. Rozeznáváme paměť krátkodobou a dlouhodobou. Poruchy paměti jsou jedním z nejběžnějších projevů stárnutí. Dochází k celkovému útlumu a zpomalení všech paměťových procesů (ukládání i vybavování). Úbytek kompetencí se nejvíce objevuje u epizodické paměti (ta se týká osobní zkušenosti). Starý člověk si nepamatuje, zda si vzal lék atd. Sémantická paměť, která obsahuje obecné poznatky, je trvanlivější. Na úbytek paměti může mít vliv i vzdělání. U lidí, kteří mají nižší vzdělání, funguje paměť hůře. Je-li paměť trénovaná, jsou její funkce narušeny méně a uchovávají se delší dobu. Díky změnám v paměti a myšlení se také mění schopnost učení, nejedná se však o ztrátu schopnosti učit se, ale o určitý kvalitativní posun, o určité přetváření způsobu učení. Ke změně dochází zejména v oblasti všípivosti a reprodukce. Může dojít také k poklesu soustředěnosti a pozornosti. Učení se novým věcem se stává obtížnější a namáhavější (55). Mnozí senioři se vzpírají možnosti získávat nové vědomosti a raději vzpomínají na „staré, zlaté časy“, brání se zapojení do současného moderního života. Svě prožitky berou jako dogma a vydávají je za praktickou životní zkušenost. To je někdy vede k zaujatosti a nedůvěře k okolí i k odlišnému náhledu na přijímání nových informací. Při výuce seniorů je důležitá pochvala a také zdravá soutěživost. Jako nevhodné je znevažování těch, kteří nestačí (21).
- *Změny citového prožívání:* Emoce jsou ve stáří méně bezprostřední a snižuje se jejich intenzita. Starý člověk snadno podléhá dojetí, stává se citově labilnějším. Mimořádné události jej tolik nezajímají a nevzrušují jako mladého člověka, špatně se adaptuje na změny a nerad se rozhoduje. Díky tomu se senior může stahovat více do sebe a více se soustřeďuje na své problémy. Toto zvýšené sebezpozorování může vyústit v přecitlivělost, až hypochondrii.

Popsané změny v citovém prožívání spolu se sníženou schopností komunikovat, vedou k tomu, že se starý člověk ocitá v sociální izolaci. Tato izolace může umocnit pocity osamělosti, méněcennosti a zbytečnosti (5).

Všechny duševní změny však nemusí směřovat vždy k horšímu. V některých případech tomu může být i naopak. Jak uvádí Pacovský: „Často se např. zvyšuje vytrvalost, zvláště v monotónní tělesné a duševní činnosti. Většinou se také stupňuje trpělivost a pochopení pro motivy jednání vrstevníků. U normálního stáří nechybí soudnost a zlepšuje se rozvaha („moudré stáří“). Je větší stálost v názorech a vztazích“ (38, s. 24).

S duševní involucí se kombinují psychické poruchy. Jejich řešení spadá do kompetencí lékařského oboru gerontopsychiatrie. Ve stáří se často vyskytují neurózy, které mohou být způsobeny zvýšenou duševní citlivostí, zranitelností i relativní bezbranností, závislostí seniorů, závažnými ztrátami a stresy. Lze je řešit farmakologicky, ale i psychoterapií.

Typickou psychickou poruchou je demence. Tento výraz může v laické řeči vyznít hanlivě, ale v psychiatrii znamená úbytek rozumových schopností. Také se používá výraz senilní demence. Dochází k narušení jádra osobnosti, člověk ztrácí kontrolu nad svými pudy, bývá zmatený.

S věkem přibývají deprese neboli chorobné smutky, mučivé duševní bolesti, které mohou být spojeny s neklidem a úzkostí. Vznikají jako reakce na těžkou ztrátu (úmrtí partnera, ztráta končetiny, umístění do zařízení pro seniory) nebo při závažném trýznivém onemocnění. Depresivní senior se může pokoušet o suicidium. Podle statistických výzkumů mají ženy více nedokonalých suicidálních pokusů než muži (43). Velice často nacházíme depresivní příznaky jako součást jiných poruch. Rozpoznání deprese je často nesnadné, neboť postižený člověk nebo jeho okolí nezřídka považují příznaky deprese za běžný projev stáří (57).

1.4.4 Sociální změny

Senioři patří ke skupinám, které jsou ohroženy nejen diskriminací, ale také tzv. sociální exkluzí neboli sociálním vyloučením. Tato exkluze je chápána jako úpadek a dezintegrace vztahů mezi jedincem a většinovou společností (18).

Starší lidé bývají ve větší míře izolováni ve svém soukromí a mají méně sociálních kontaktů. Dochází k větší koncentraci na sebe, rodinu a nejbližší okolí. Tento postoj je umocňován ubýváním různých schopností. Víme, že senioři hůře vidí a slyší, bývají labilnější a hůře se adaptují. Na zátěž reagují uzavřením se do svého soukromí. Změny v sociálním chování můžeme chápat i jako signál míry deteriorace psychického stavu seniora. Svůj podíl na tom má i současná společnost, která starým lidem nenabízí téměř žádnou přijatelnou a zvládnutelnou roli.

Senioři potřebují přiměřený kontakt s lidmi, ale potřebují i své soukromí, aby nebyli vystaveni zátěži nadměrné stimulace. Preferují kontakt se známými lidmi, zejména s rodinou a přáteli. Kontakt s vrstevníky se liší od kontaktu s mladšími lidmi. Pociťují silnější generační solidaritu a pochopení současných potíží. Tato generační podobnost usnadňuje sociální kontakt a posiluje pocit akceptace.

Jedním z mnoha problémů ve stáří je osamělost spojená se ztrátou mnoha sociálních kontaktů. Tento pocit může být dán izolací od společnosti, ale i proměnou okolního světa, který se v důsledku toho jeví starému člověku cizí. Riziko samoty a izolace ovlivňuje sociální situace a fyzický i psychický stav. Senioři žijící sami, hledají způsoby, jak se vyrovnat se samotou a opuštěností. Proto pro ně mají velký význam lidé v sousedství, kteří tvoří jejich sociální teritorium. Důležitou věcí se stává telefon, díky kterému mají kontakt s fyzicky vzdálenou osobou. Velice často se setkáváme se seniory venčícími svého náhradního společníka – pejska. Díky němu lze navazovat sociální kontakty s jinými majiteli psů, se kterými mají společné téma (55). Nemusí se jednat pouze o psa. Jakékoliv zvířátko dokáže potěšit a zlepšit komunikaci starších lidí. Této léčebné metodě se říká pet-terapie a její pozitivní vliv na člověka je doložen

i odborníky (56). A samozřejmě jsou tady média – televize a rozhlas. Nabízejí opuštěnému člověku jakousi náhradní společnost. Velice často a intenzivně prožívají osudy seriálových postav. V tomto případě jejich reálný život nebývá bohatý na jakékoliv události (55).

V životě každého člověka dochází ke změnám společenského postavení a ke změnám sociálních rolí (61). Touto změnou je odchod do důchodu. Je to změna, která narušuje rovnováhu dosavadního systému všech rolí, jenž člověk má (55). Stát se důchodcem znamená mít roli - nemít roli (11). Role důchodce má horší sociální status a omezená privilegia. Společnost jej chápe jako méně hodnotného, méně schopného, a tím pádem zbytečného (55). Hořkost vyplývající z této nerole je všem důchodcům společná a stmeluje je. Sjednocení se neděje na základě svobodného rozhodnutí, jednotícím prvkem je vnucená odloženost, což vede k vnitřnímu konfliktu. K tomu ještě přispívá interpretace důchodu jako daru společnosti. Přitom po celou dobu produktivního věku si zaměstnaný člověk „platil na důchod“ formou daní. Tvrzení, že penze je dar, je tak vžitě, že mu nakonec i důchodce uvěří. Nové role se ujímá s vědomím, že je trpěn, protože je živen ostatními. Proto se člověk předdůchodového věku pere s problémem společenského vyřazení, a je-li to možné, oddaluje nástup do důchodu (11).

Ke změnám dochází také v rodinném životě. V období zralé dospělosti dochází k odchodu dospělých dětí z domova a manželé se opět ocitají sami jeden s druhým. Musí nalézt nový způsob života bez dětí. Tato změna je může sblížit a upevnit jejich vztah, nebo naopak vyprovokovat či zhoršit staré konflikty. Někteří lidé začnou mít pocit užitečnosti v okamžiku, kdy se stanou prarodiči. Ztráta rodičovské role je tedy kompenzována novou rolí prarodiče (5).

Další závažnou změnou je partnerova smrt. Jedná se bezpochyby o nejtěžší zkoušku, se kterou se člověk musí vyrovnat. Partner, se kterým strávíte 60 let svého života, najednou není. A s touto změnou se člověk jen tak nesmíří. Najednou chybí pocit bezpečí, radost, přítomnost někoho, s kým jste se společně rozhodovali a vedli domácnost. Mnoho lidí nakonec toto krizové období překoná,

ale jsou i tací, u kterých se tato rána již nezažijí. Život najednou ztrácí smysl. Člověk se náhle uzavře do sebe a stále jen vzpomíná, jaké to bylo v minulosti, když ještě byli s partnerem (40).

Kromě partnera bohužel ze života odcházejí i přátelé a lidé tak ztrácejí kontakty s okolím. Najednou jde člověk po ulici a zjišťuje, že vlastně vůbec nikoho nezná. Staří lidé mají tendence udržovat čím dál tím méně kontaktů a orientují se na úzký okruh přátel. Když pak najednou zemrou dva nebo tři z jeho přátel, člověk zůstává sám se svým pocitem opuštěnosti a také strachem: „Co když to příště budu já?“ (40).

Často dochází ke změně dosavadního bydliště. K tomuto kroku jsou senioři nuceni z několika důvodů. Může to být odchod dětí z domu, snížení příjmů, zhoršení hybnosti. Opustit svůj dům nebo byt znamená rozloučit se s minulostí. Tato změna je horší, jestliže přichází náhle a člověk na ni není připraven nebo se děje proti jeho vůli. Pro starého člověka je tato změna velice psychicky náročná (5).

1.5 Uspokojování potřeb seniora

Člověk normálně vyjadřuje své potřeby žádostmi. Existují však žádosti, které neodpovídají skutečným potřebám. Potřebou se tedy nerozumí pouze něco, co člověku chybí, ale také to, k čemu člověk skrze ni směřuje. Potřeba je určitá síla, která člověkem hýbe a posunuje ho směrem k člověku, předmětu nebo činnosti. Je projevem bytostného přání. Potřeba je vlastností organismu, která pobízí k vyhledávání určitých podmínek nezbytných pro život. Je také výsledkem interakce mezi organismem a prostředím (23). Trachtová uvádí, že potřeba: „*Je něčím, co lidská bytost nutně potřebuje pro svůj život a vývoj. Prožívání nedostatku ovlivňuje veškerou psychickou činnost člověka – pozornost, myšlení, emoce, volní procesy, a tím zcela zásadně vytváří vzorec chování jednotlivce. Jednání zaměřené k uspokojení potřeby převádí potřebu na její psychologickou úroveň (mluvíme také o psychické odezvě)*“ (52, s.10).

Známou hierarchii lidských potřeb sestavil americký psycholog Abraham H. Maslow. Podle Maslowa jsou lidé motivováni hierarchickým systémem základních potřeb. Toto hierarchické uspořádání potřeb vede k tomu, že neuspokojené „nižší“ potřeby převládají a zvítězí nad neuspokojenými vyššími potřebami. K nižším potřebám patří fyziologické potřeby a potřeba jistoty a bezpečí a k vyšším patří potřeba sounáležitosti, uznání a seberealizace (52).

Fyziologické potřeby – jsou zcela základní, a pokud nejsou uspokojeny, může se to odrazit na celkovém zdravotním stavu. Jsou považovány za životně důležité. Patří sem potřeba vylučování, dýchání, spánku, odpočinku, pohybu, chůze, zajištění dostatečné tělesné teploty, hygiena, tlumení bolesti a potřeba výživy (23). U seniorů dochází k narušení stavu výživy nebo dokonce k podvýživě. Jde o závažný problém, který zvyšuje riziko nejrůznějších komplikací, zbavuje seniora soběstačnosti a postupně vede k upoutání na lůžko. Není-li malnutrice včas řešena, končí úmrtím (45).

Potřeba bezpečí – může být uspokojována tehdy, pokud jsou dostatečně uspokojeny životně důležité potřeby fyziologické. Potřeby bezpečí bychom mohli rozdělit na potřebu ekonomického zabezpečení, potřebu fyzického bezpečí (staří lidé mívají strach z pádů), psychického bezpečí (nemít strach, necítit se ztracený).

Sociální potřeby – člověk nemůže žít dlouho sám, potřebuje kontakt a komunikaci. Mezi sociální potřeby patří potřeba informovanosti (mít informace o světě, ve kterém senior žije), potřeba náležet k nějaké skupině (být členem nějaké skupiny např. rodina, přátelé, pracovní skupina), potřeba lásky a potřeba vyjadřovat se a být vyslechnut.

Potřeba autonomie – je v poslední době velice preferovaná, protože její uspokojení vede k tomu, že se jedinec cítí svobodný. Rozhoduje sám o sobě a žije život podle svých pravidel. Člověk může být fyzicky zcela závislý na péči druhé osoby, ale psychicky může být autonomní. Součástí autonomie je potřeba uznání a užitečnosti.

Potřeba seberealizace – je nutná k nalezení smyslu života. Intenzita této potřeby se mění s vývojovým obdobím člověka.

Pro starší občany je velice důležitá přiměřená fyzická aktivita a pozitivní psychická stimulace. Velice dobře známe stereotypy života velké části starých lidí, kteří sedí bez hnutí v křesle, s upřeným prázdňým pohledem. Tito lidé chátrají nedostatkem uspokojování svých intelektuálních a společenských potřeb. Jejich denní režim často charakterizuje velké množství neproduktivního času. Je proto nutné zajistit seniorům kvalitní program, který by tento neproduktivní čas vyplnil. Aktivity lidí ve starobním důchodu, které jim přináší pocit uspokojení a společenského uznání, jsou srovnatelné s tím, když byli zaměstnáni. Tyto aktivity nazýváme druhý životní program (23).

1.5.1 Komunikace

Komunikace je vzájemné předávání informací, pocitů a citů k druhým. Probíhá formou verbální (slovní) a neverbální (mimoslovní). Může se zdát, že v komunikaci jsou nejdůležitější slova, ale většinu informací přijímáme mimoslovně. O pravdivosti sdělení vypoví více pohled, gesto nebo mimika. Pro jasnou a zřetelnou komunikaci je nejlepší, když panuje souhra mezi verbální a neverbální složkou (58).

Je však třeba mít na paměti, že komunikujeme, i když jen přihlížíme slovní výměně mezi dvěma účastníky. Kdybychom nebyli přítomni a nebyli jsme svědky jejich komunikace, informace by proudily jinak nebo by byly jiné. Někteří psychologové rozumějí pod pojmem komunikační výměna jak sdělování, tak sdílení (59).

Výměna informací je pro lidský život důležitější, než jsme schopni si uvědomit. Tématem lidské komunikace je prakticky vše, co je součástí jejich života. Absence této komunikace v daném společenství se projeví pasivitou, ztrátou činorodosti a kreativity. Přestane-li člověk komunikovat, lze to považovat za projev jeho rezignace (16).

1.5.2 Specifika komunikace se seniorem

Komunikace se seniory je determinována třemi hlavními faktory. První skupinu tvoří faktory fyzické (poruchy smyslových orgánů, kognitivních funkcí, pozornosti a poruchy hybnosti). Dále jsou to faktory psychické, kam patří osobnost seniora a jeho povahové rysy. V neposlední řadě jsou to sociální faktory. Z těch nejvýznamnějších lze uvést postoje rodiny a blízkých a celkové naladění společnosti vůči seniorům (41).

Důležitou součástí komunikace je naslouchání. Pro správné naslouchání je třeba nebyť moc blízko ani daleko. Je také nutné dát staršímu člověku dostatek času, který pro rozhovor potřebuje. Při komunikaci se starým člověkem se dostávají do popředí prostředky neverbální komunikace. Zejména jedná-li se o nedoslýchavého člověka. Je důležité hledět mu do tváře, mluvit pomalu a hlasitěji než obvykle, důsledně artikulovat.

Velký význam má oční kontakt. Tím lze vyjádřit pochvalu, povzbuzení, uklidnění a podporu. Svůj význam zde má i dotek. Senior také ocení podání ruky a pohlazení. Takovýmto dotykovým gestem posilujeme jeho důvěru.

Díky celkovému zpomalení fungování organismu starého člověka dochází také ke zpomalování v komunikaci. Jedinou možností, jak s takovým člověkem komunikovat, je přizpůsobit se jeho rytmu.

Někdy jsou chvíle, kdy nevíme, co říct. Můžeme mlčet, protože vyřčená slova nemusí vyjadřovat naše pocity. Mlčení, ze kterého má mnoho lidí strach, může být někdy výmluvnější než veškerá slova (5).

Je důležité mít na paměti, že každý člověk je neopakovatelnou osobností s jedinečnými rysy a vlastnostmi, proto i způsob komunikace je odlišný (60).

1.6 Student SZŠ

1.6.1 Charakteristika období dospívání

Dospívání (adolescence) je podle Kozierové kritickým vývojovým obdobím v životě člověka a jeho trvání je do určité míry podmíněno kulturou. Jedná se

o období, kdy člověk psychicky a tělesně dozrává a buduje si vlastní identitu. Na konci této fáze se stává dospělým člověkem, který je připravený převzít zodpovědnost (28).

Toto období je přechodnou fází lidského života, kdy člověk přestává být dítětem a není ještě dospělý. Je jedincem, který se vyvíjí (9).

Pojem adolescence vymezuje životní fázi, která navazuje na pubescenci (15). Tento termín pochází z latinského slova adolescence a znamená dospívat, dorůstat (30). Podle Vágnerové je toto období druhou fází relativně dlouhého časového úseku dospívání. Trvá přibližně od patnácti do dvaceti let s jistou individuální variabilitou. Ta se projevuje zejména v oblasti psychické a sociální, vzácněji somatické (54). Vstup do fáze adolescence je biologicky ohraničen pohlavním dozráním. Jde však především o dobu komplexnější psychosociální proměny. Dochází k proměnám osobnosti a sociální pozice adolescenta (55). Jelikož tyto proměny probíhají velice radikálně a rychle, lze dospívání považovat za jedno z rizikových období lidského života. Dospívající jedinec se stává „složitým“ a přitom v mnoha ohledech zvýšeně zranitelným. Toto složité období je jednou z nejvíce formujících fází lidského života, které lze srovnat v tomto směru s nejranějším dětstvím (9). Říčan uvádí, že se jedná o nejdramatičtější období života (44).

Rychlé proměny okolního světa, jako je stírání hranic mezi různými kulturami a jejich společenskými normami nebo desinformace ze strany médií z komerčních důvodů, znesnadňují vývoj a zrání člověka v dospívání. Ukazuje se, že dospívání se stalo v moderních technologických společnostech nejrizikovějším obdobím. Jinak tomu bylo v dřívějších dobách, kdy mezi nejrizikovější patřilo období časného dětství. Na základě těchto skutečností stanovila Světová zdravotnická organizace začátkem 90. let minulého století dospívající jako samostatnou rizikovou populační skupinu, pro kterou je nutná samostatná a zvýšená preventivní péče. Zdraví je zde ohroženo rizikovým chováním samotné mládeže (9).

Psychosociální úlohou v dospívání je vybudování vlastní identity. Určitým nebezpečím v této době je záměna rolí. Zmatek a nepokoj mohou vzniknout zejména z neschopnosti rozhodnout se pro budoucí povolání. Budování vlastní stabilní identity je komplikováno dramatickými tělesnými změnami, které probíhají v tomto vývojovém období. Adolescenti utváří separované skupiny, ze kterých vyčleňují ty, co se nějak liší (barvou kůže, stylem oblékání, schopnostmi a zájmy). Tím se snaží překonat vývojovou krizi. Velký význam u dospívajících má především úprava zevnějšku (styl oblékání, účes, líčení). Projevy netolerance vůči těm, kteří k nim nepatří, je třeba chápat jako přechodnou ochranu před zmatkem ze sebe samého (28).

Vágnerová uvádí, že zevnějšek je v době dospívání prostředkem k dosažení sociální akceptace a prestiže (55). Vzhled a úprava zevnějšku bývá sociokulturně podmíněná. Velice často charakterizuje příslušnost k určité společenské vrstvě (20). Existující společenská norma krásy omezuje a tlumí tendenci k dosažení větší individualizace v této oblasti. Dospívající, zejména dívky, dokáží v tomto směru vyvinout velkou aktivitu z důvodu přiblížení se tomuto ideálu. Idealizovanými vzory jsou modelky, zpěvačky a také televizní moderátorky (55).

K důležitým změnám dochází i ve vztahu dospívajícího k rodině. Kolem 15. roku se většina dospívajících začíná odpoutávat od rodiny a stává se nezávislým. Při tomto procesu dochází k vnitřním konfliktům, ale i ke konfliktům v rodině. Příčinou je potřeba nezávislosti a zároveň potřeba opory ze strany rodiny. V tomto nelehkém období je přirozené, že adolescent tráví svůj čas raději s vrstevníky než s rodiči, a potřebuje-li s něčím poradit, obrací se raději na jiné dospělé osoby než na své rodiče. Pro mnohé rodiče je tato skutečnost velkým zklamáním a snaží se své dítě více ovládat, což v něm vyvolává ještě větší vzdor (28).

U některých dospívajících se objevuje „adolescentní moratorium“. Znamená to odklad nebo oddálení dalšího vývoje, protože je najednou příliš mnoho úkolů a nároky jsou vysoké (1). Mnoha adolescentům se jeví dospělost příliš náročná

nebo málo přitažlivá, a proto ji chtějí oddálit. Jedná se o aktuální kult nezralosti, který tyto dospívající lidi ovlivňuje (55).

1.7 Charakteristika vzdělávacího programu 53-41M/007 Zdravotnický asistent

1.7.1 Pojetí a cíle vzdělávacího programu

Studijní obor Zdravotnický asistent, který je poměrně mladý (od 1. září 2004), je určen pro dívky a chlapce a další uchazeče, kteří splnili povinnou školní docházku a vyhověli podmínkám přijímacího řízení. Vzdělávací program připravuje žáky pro práci středních zdravotnických pracovníků, kteří budou pracovat v rámci ošetrovatelského procesu pod odborným dohledem nebo přímým vedením všeobecné sestry, eventuelně lékaře. Toto povolání patří mezi pomáhající profese. Jedná se o jedno z nejkrásnějších a nejdůležitějších povolání. Nutno však dodat, že je také jedno z nejnáročnějších (34). Mezi tyto profese patří povolání, jejichž hlavní náplní je pomáhat lidem. Patří sem lékaři, zdravotní sestry, pedagogové, sociální pracovníci a další. Kromě odborných dovedností a vědomostí, je důležitý lidský vztah ke klientovi (25). Vzdělávání se zaměřuje na zvládnutí ošetrovatelských výkonů a postupů a dalších osobnostních kvalit zdravotnického pracovníka. Důležitým aspektem je výchova žáka k péči o vlastní zdraví. Vzdělávací program je koncipován tak, aby kromě odborného vzdělání poskytl i širší všeobecné vzdělání, které umožní lepší adaptaci na nové podmínky.

1.7.2 Profil absolventa SZŠ

Jestliže žák úspěšně ukončí studium a vykoná maturitní zkoušku, je připraven k výkonu svého povolání. Podle pokynů vykonává určené ošetrovatelské výkony, podílí se na plnění ošetrovatelského plánu a spolupracuje při hodnocení výsledků poskytnuté péče. Zajišťuje činnosti spojené s přijetím, překladem, propuštěním a úmrtím pacienta.

Absolvent se uplatní ve zdravotnických zařízeních lůžkového i ambulantního typu, ale i v zařízeních sociální péče a služeb (53). Zdravotnický asistent podléhá

registraci podle zákona číslo 96/2004 Sb. O nelékařských zdravotnických povoláních. Jestliže si absolventi asistentských oborů nedoplní vyšší vzdělání, budou pracovat pod odborným dohledem registrovaných zdravotnických pracovníků **(36)**.

2 Cíl práce a hypotézy

Cíl práce:

Cílem diplomové práce bylo zjistit, jaké představy mají žáci středních zdravotnických škol o seniorech. Hlavními aspekty byly nemocnost, tolerance, vděčnost, moudrost a krása stáří.

Hypotézy:

H1: Žáci středních zdravotnických škol vnímají seniory pozitivně.

H2: Žáci středních zdravotnických škol vnímají seniory jako nemocné.

3 Metodika

3.1 Použitá metoda

Ve výzkumné části práce byl použit terénní sběr dat s technikou sémantického diferenciálu.

Tato technika byla vyvinuta v roce 1956 Osgoodem, Sucim a Tannenbauem. Je účinným nástrojem pro zjištění toho, jaké stereotypní představy mají lidé o příslušnících jiných sociálních skupin. Je tedy nástrojem k měření dimenzí předsudků, které máme (4).

Žáci – respondenti byli požádáni, aby popsali své názory a postoje vůči seniorům na škále s lichým počtem kategorií, která byla definována v protikladných párech slov, například rychlý – pomalý, starý – mladý. Pro zvýšení výpovědní hodnoty sémantického diferenciálu byly zařazeny otázky, zda žáci preferují seniory jako své pacienty, co se jim na seniorech nelíbí, a co se jim naopak líbí. Žáci měli také prostor pro vyjádření svého názoru na seniory.

3.2 Charakteristika zkoumaného souboru

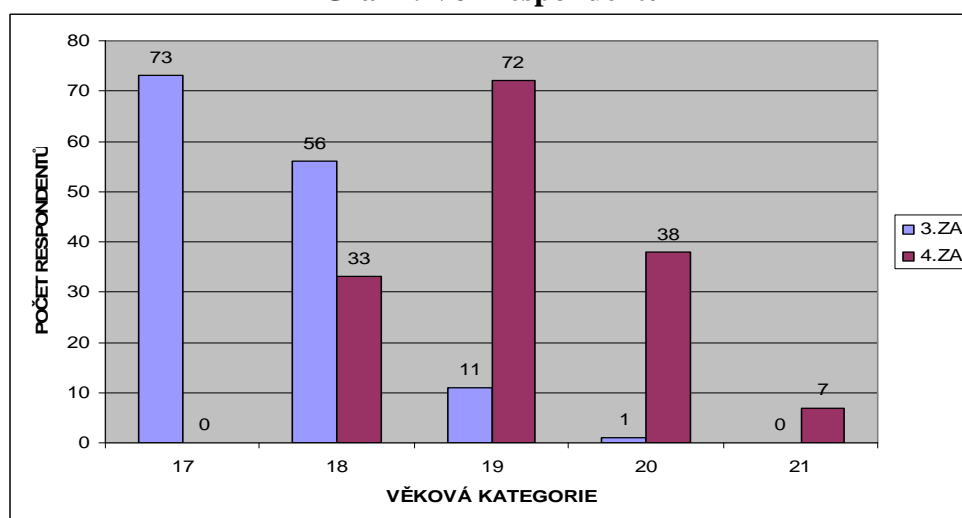
Výzkumný soubor tvořili žáci třetích (dále jen 3. ZA) a čtvrtých (dále jen 4. ZA) ročníků Středních zdravotnických škol oboru Zdravotnický asistent v Domažlicích, Klatovech, Chebu, Liberci, Brně a Písku. Žáci prvních a druhých ročníků nebyli do výzkumu zařazeni, neboť ještě nenavštěvují zdravotnická zařízení v rámci odborné praxe, a tudíž nemají dostatečný kontakt se seniory. Celkem bylo rozdáno 350 záznamových archů. Zpět se vrátilo 291 řádně vyplněných archů. návratnost byla 83 %.

Možnost vyjádřit svými slovy osobní názor na seniory využilo pouze 22 žáků (7,56 %).

Od respondentů byly získávány v rámci otázek identifikační údaje: pohlaví, věk a bydliště (město, venkov).

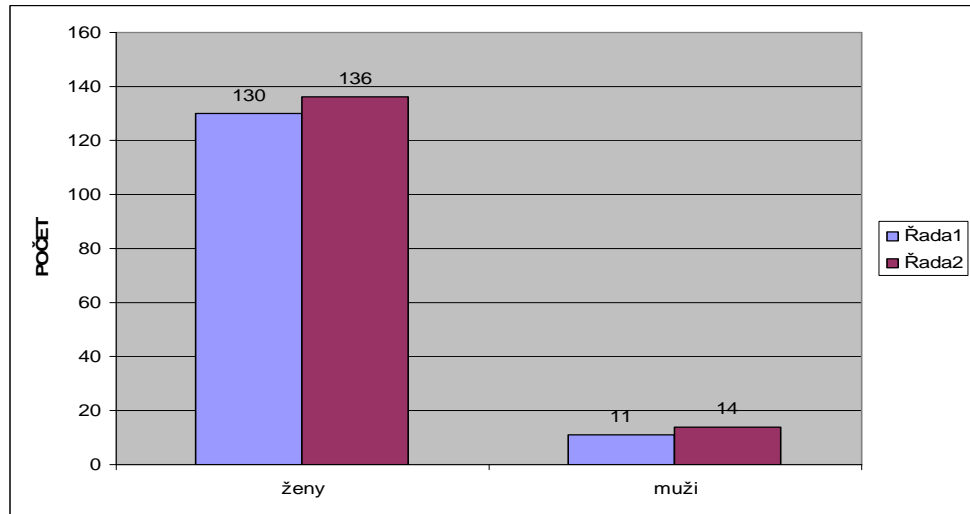
U třetích ročníků převládá kategorie žáků ve věku 17 let (73 žáků) a 18 let (56 žáků), další věkovou kategorií jsou žáci ve věku 19 let (11 žáků) a 20 let (1 žák). U čtvrtých ročníků byli zastoupeni žáci ve věku 18 let (33 žáků), 19 let (72 žáků), 20 let (38 žáků) a 21 let (7 žáků). Věkové zastoupení znázorňuje následující graf.

Graf 1: Věk respondentů



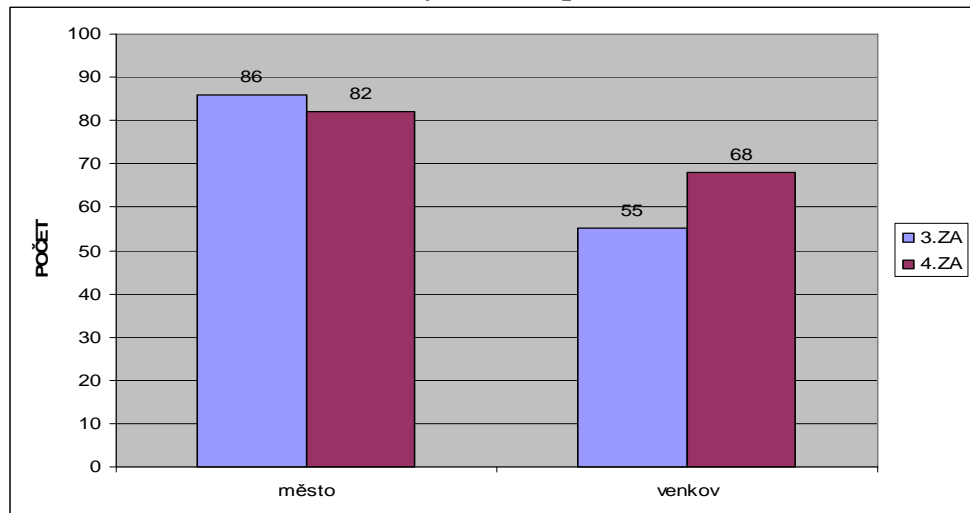
Zastoupení žen a mužů bylo nevyrovnané. Ve třetích ročnících bylo 130 žen a 11 mužů. Ve čtvrtých ročnících 136 žen a 14 mužů. Celkový přehled uvádí následující graf.

Graf 2: Pohlaví respondentů



Bydliště respondentů zobrazuje následující graf, kde je uvedeno, že 86 žáků třetích ročníků žije ve městě a 55 žáků žije na venkově a 82 žáků čtvrtých ročníků žije ve městě a 68 žáků žije na venkově.

Graf 3: Bydliště respondentů



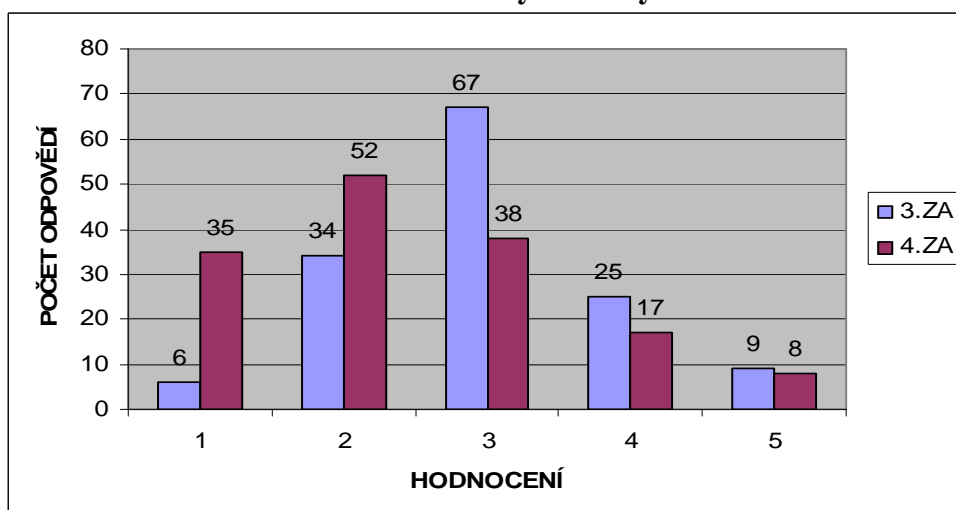
4 Výsledky

4.1 Sémantický diferenciál

Ve výsledcích sémantického diferenciálu je zřejmá značná ambivalence v názorech žáků 3. ZA a 4. ZA na seniory.

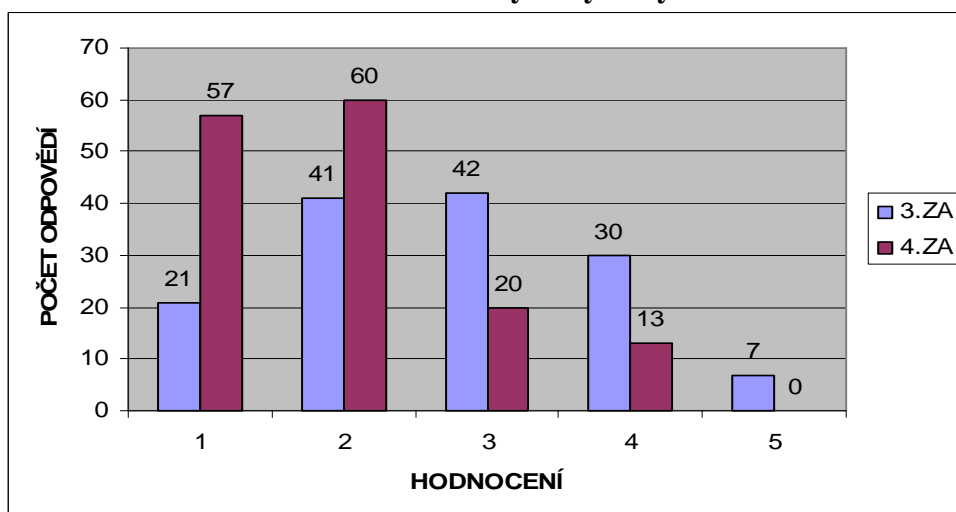
Za krásné považuje seniory 6 žáků 3. ZA (4,26 %) a 35 žáků 4. ZA (23,33 %). Spíše krásné vnímá seniory 34 žáků 3. ZA (24,11 %) a 52 žáků 4. ZA (34,67 %). Neutrální v názoru je 67 žáků 3. ZA (47,52 %) a 38 žáků 4. ZA (25,33 %). Spíše ošklivý je senior pro 25 žáků 3. ZA (17,73 %) a 17 žáků 4. ZA (11,33 %). Pro 9 žáků 3. ZA (6,38 %) a 8 žáků 4. ZA (5,33 %) je senior ošklivý.

Graf 4: Krásný / ošklivý



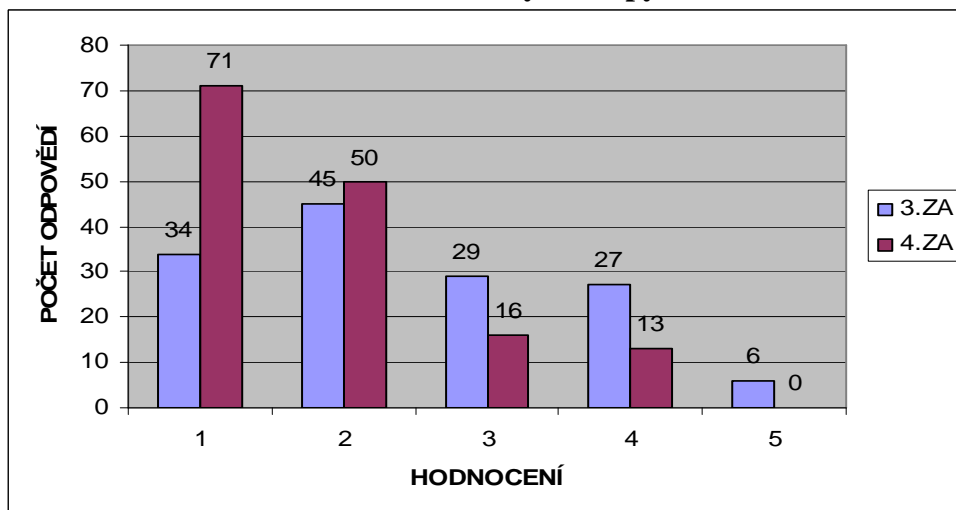
Důležitý je senior pro 21 žáků (14,89 %) 3. ZA a 51 žáků (38,00 %) 4. ZA. Spíše důležitý je senior vnímán 41 žáky (29,08 %) 3. ZA a 60 žáky (40,00 %) 4. ZA. Neutrální postoj má 42 žáků (29,79 %) 3. ZA a 20 žáků (13,33 %) 4. ZA. Za spíše zbytečné považuje seniory 30 žáků (21,28 %) 3. ZA a 13 žáků (8,67 %) 4. ZA. Jako zbytečné vnímá seniory 7 žáků (4,96 %) 3. ZA. Ve 4. ZA nepovažuje ani jeden žák seniora za zbytečného, což znázorňuje následující graf.

Graf 5: Důležitý / zbytečný



Moudrým je senior vnímán 34 žáky 3.ZA (24,11 %) a 71 žáky 4. ZA (47,33 %). 45 žáků (31,91 %) 3. ZA a 50 žáků (33,33 %) 4. ZA považuje seniory za spíše moudré. Neutrální názor má 29 žáků (20,57 %) 3. ZA a 16 žáků (10,67 %) 4. ZA. Spíše hloupý se jeví senior 27 žákům (19,15 %) 3. ZA a 13 žákům (8,67 %) 4. ZA. Za hloupé považuje seniory 6 žáků (4,26 %) 3. ZA. Žáci 4. ZA nepovažují seniory za hloupé.

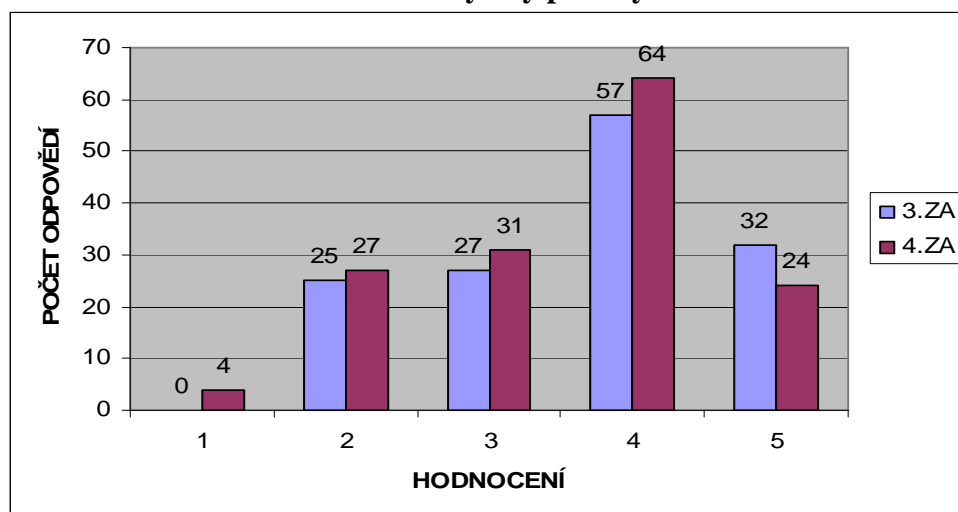
Graf 6: Moudrý / hloupý



Ve 3. ZA nepovažuje žádný žák seniora za rychlého. Ve 4. ZA 4 žáci (2,67 %). Spíše rychlý je senior pro 25 žáků (17,73 %) 3. ZA a 27 žáků (18,00 %) 4. ZA.

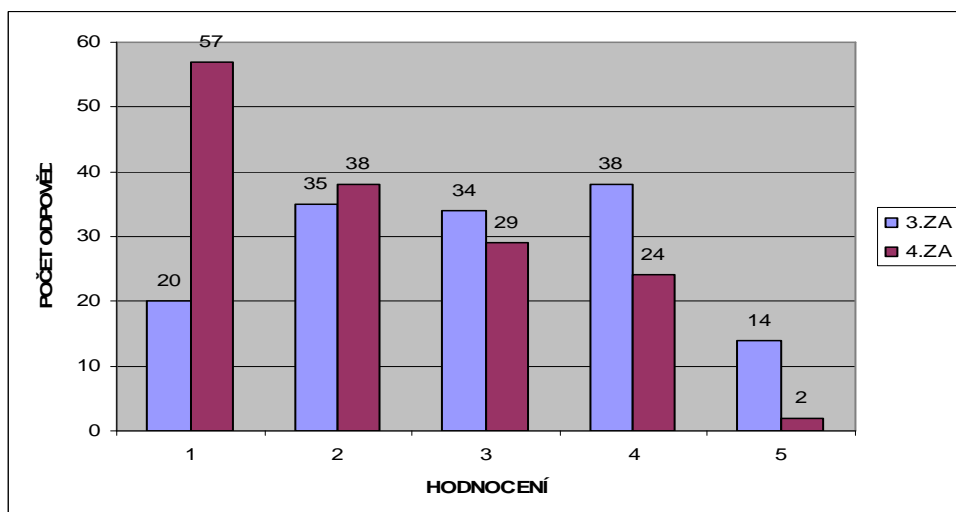
27 žáků (19,15 %) 3. ZA a 31 žáků (20,67 %) 4. ZA zaujímá neutrální postoj. 57 žáků (40,43 %) 3. ZA a 64 žáků (42,67 %) 4. ZA chápe seniory jako spíše pomalé. Pomalý se jeví senior 32 žákům (22,70 %) 3. ZA a 24 žákům (16,00 %) 4. ZA.

Graf 7: Rychlý pomalý



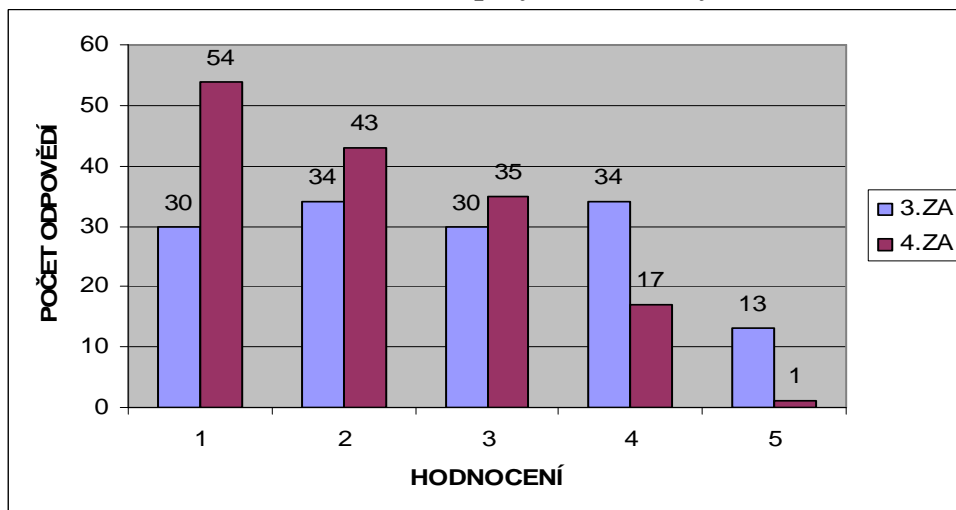
Tolerantní je senior pro 20 žáků (14,18 %) 3. ZA a 57 žáků (38,00 %) 4. ZA. Jako spíše tolerantní se jeví 35 žákům (24,82 %) 3. ZA a 38 žákům (25,33 %) 4. ZA. Neutrální v odpovědích bylo 34 žáků (24,11 %) 3. ZA a 29 žáků (19,33 %) 4. ZA. Spíše netolerantní je senior pro 38 žáků (26,95 %) 3. ZA a 24 žáků (16,00 %) 4. ZA. 14 žáků (9,93 %) 3. ZA a 2 žáci (1,33 %) 4. ZA vnímají seniory jako netolerantní.

Graf 8: Tolerantní / netolerantní



Ohleduplným shledává seniory 30 žáků (21,28 %) 3. ZA a 54 žáků (36,00 %) 4. ZA. Spíše ohleduplný se jeví senior 34 žákům (24,11 %) 3. ZA a 43 žákům (28,67 %) 4. ZA. Neutrální názor zastává 30 žáků (21,28 %) 3. ZA a 35 žáků (23,33 %) 4. ZA. Spíše bezohledný je senior pro 34 žáků (24,11 %) 3. ZA a 17 žáků (11,33 %) 4. ZA. Jako bezohledné chápe seniory 13 žáků (9,22 %) 3. ZA a 1 žák (0,67 %) 4. ZA.

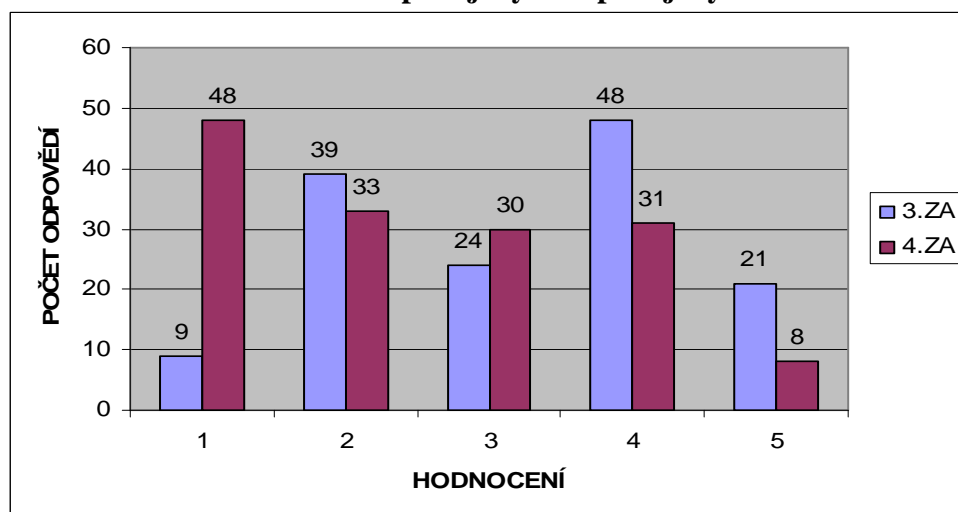
Graf 9: Ohleduplný / bezohledný



9 žáků (6,38 %) 3. ZA a 48 žáků (32,00 %) 4. ZA považuje seniory za spokojené a 39 žáků (27,66 %) 3. ZA a 33 žáků (22,00 %) 4. ZA považuje seniory za spíše

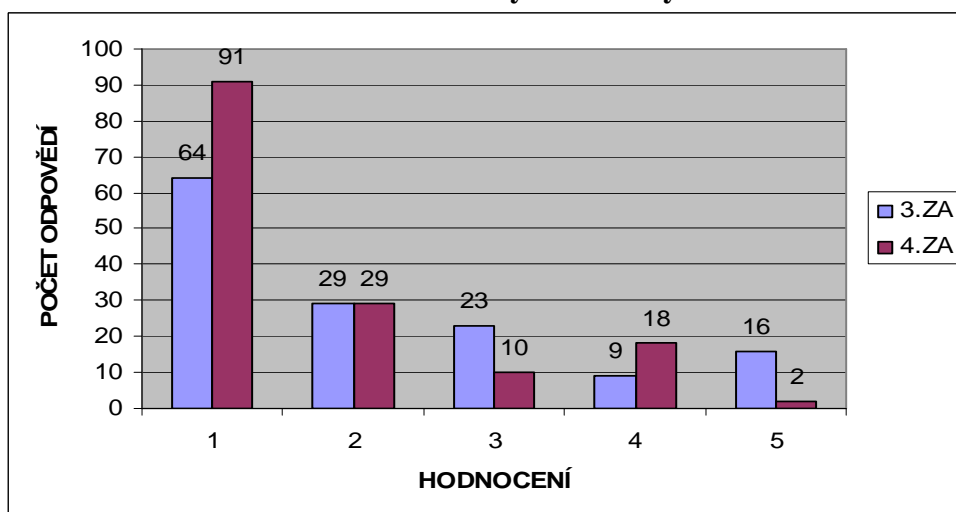
spokojené. Neutrální postoj má 24 žáků (17,02 %) 3. ZA a 30 žáků (20,00 %) 4. ZA. Pro 48 žáků (34,04 %) 3. ZA a 31 žáků (20,67 %) 4. ZA je senior spíše nespokojený. Jako nespokojené vidí seniory 21 žáků (14,89 %) 3. ZA a 8 žáků (5,33 %) 4. ZA.

Graf 10: Spokojený / nespokojený



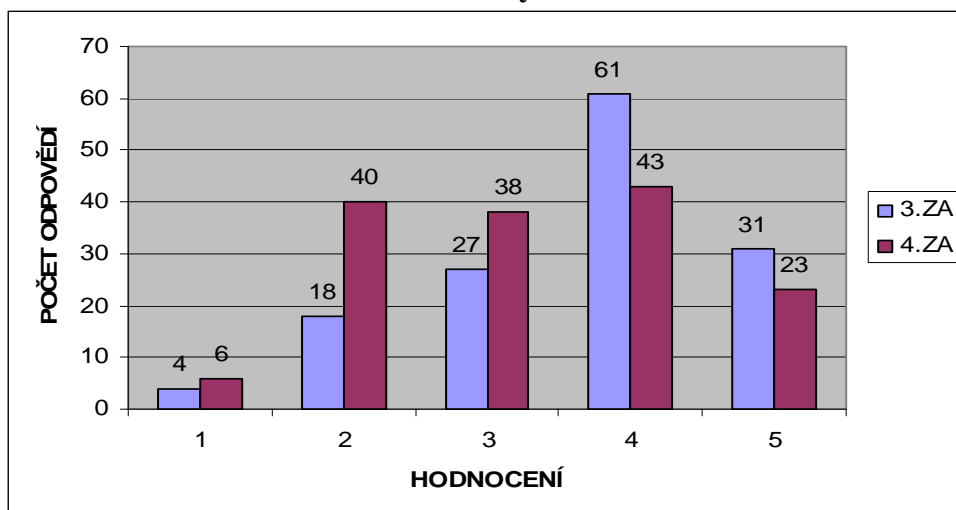
Jako vděčné chápe seniory 64 žáků (45,39 %) 3. ZA a 91 žáků (60,67 %) 4. ZA. Spíše vděčné vidí seniory 29 žáků (20,57 %) 3. ZA a 29 žáků (19,33 %) 4. ZA. Neutrální názor má 23 žáků (16,31 %) 3. ZA a 10 žáků (6,67 %) 4. ZA. Za spíše nevděčné považuje seniory 9 žáků (6,38 %) 3. ZA a 18 žáků (12,00 %) 4. ZA. Nevděčný je senior pro 16 žáků (11,35 %) 3. ZA a 2 žáky (1,33 %) 4. ZA.

Graf 11: Vděčný / nevděčný



Pro 4 žáky (2,84 %) 3. ZA a 6 žáků (4,00 %) 4. ZA je senior pokrokový. 18 žáků (12,77 %) 3. ZA a 40 žáků (26,67 %) 4. ZA chápe seniory jako spíše pokrokové a 27 žáků (19,15 %) 3. ZA a 38 žáků (25,33 %) 4. ZA je v názoru neutrální. 61 žáků (43,26 %) 3. ZA a 43 žáků (28,67 %) 4. ZA nahlíží na seniory jako na spíše staromódní a 31 žáků (21,99 %) 3. ZA a 23 žáků (15,33 %) 4. ZA jako na staromódní.

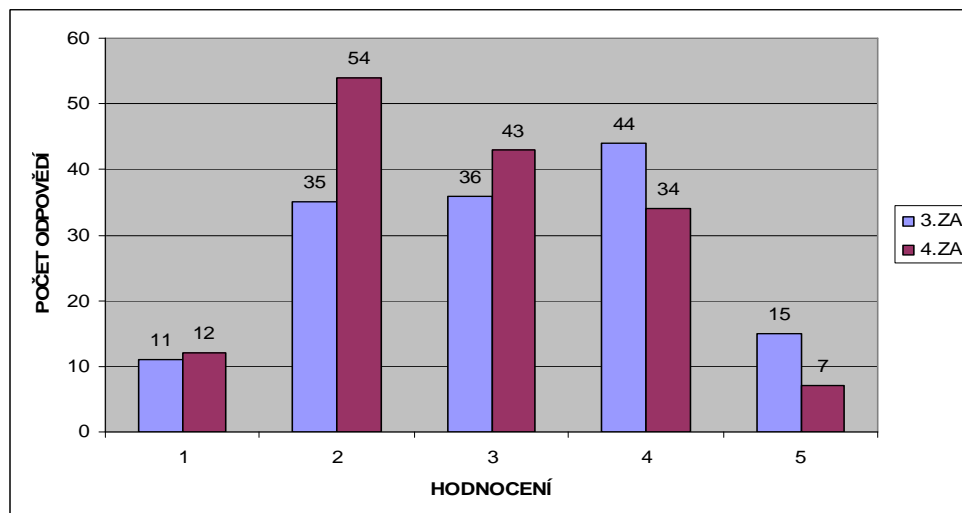
Graf 12: Pokrokový / staromódní



Realistu vidí v seniorech 11 žáků (7,80 %) 3. ZA a 12 žáků (8,00 %) 4. ZA. Spíše realistou je senior pro 35 žáků (24,82 %) 3. ZA a 54 žáků (36,00 %) 4. ZA.

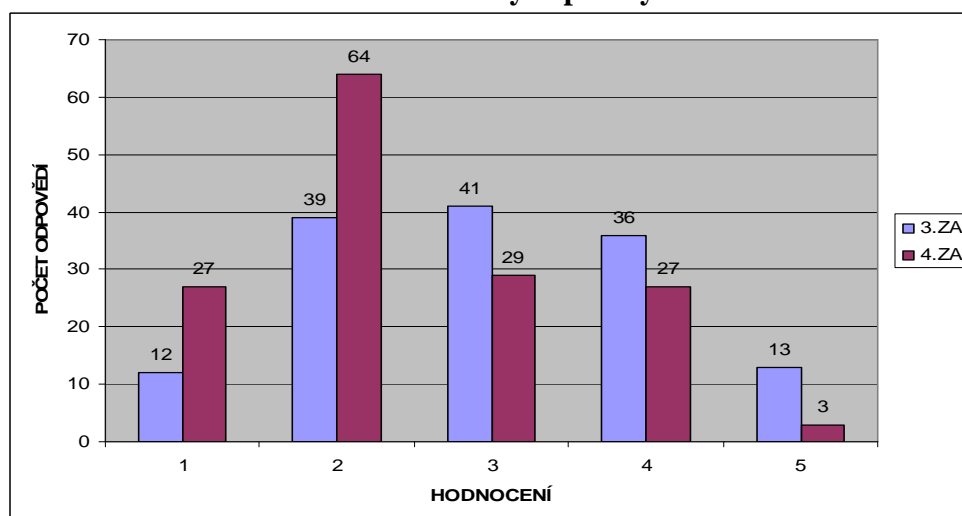
Neutrální názor zastává 36 žáků (25,53 %) 3. ZA a 43 žáků (28,67 %) 4. ZA.
 Spíše idealista je senior pro 44 žáků (31,21 %) 3. ZA a 34 žáků (22,67 %) 4. ZA.
 Idealistu vidí v seniorech 15 žáků (10,64 %) 3. ZA a 7 žáků (4,67 %) 4. ZA.

Graf 13: Realista / idealista



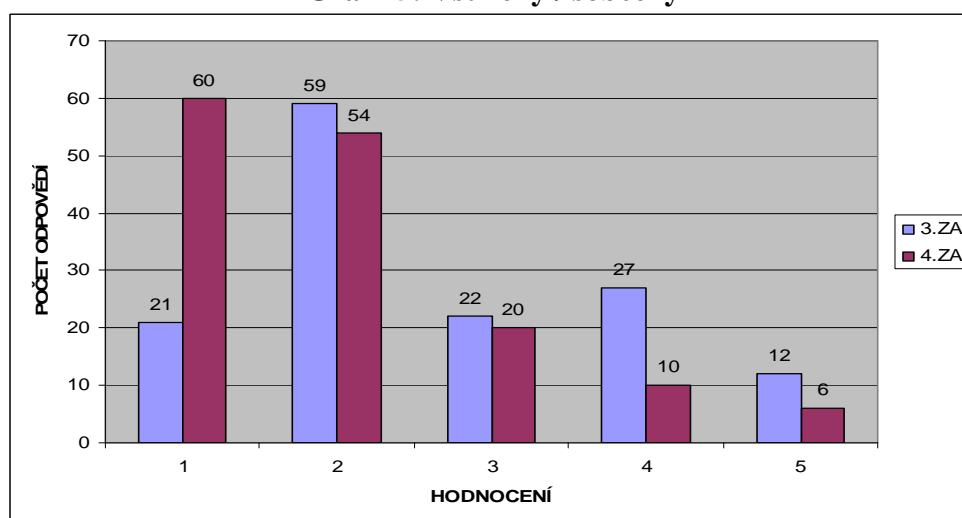
Za čisté považuje seniory 12 žáků (8,51 %) 3. ZA a 27 žáků (18,00 %) 4. ZA.
 Spíše čistý se zdá senior 39 žákům (27,66 %) 3. ZA a 64 žákům (42,67 %) 4. ZA.
 Neutrální postoj zaujímá 41 žáků (29,08 %) 3. ZA a 29 žáků (19,33 %) 4. ZA. Pro
 36 žáků (25,53 %) 3. ZA a 27 žáků (18,00 %) 4. ZA je senior spíše špinavý. Za
 špinavé považuje seniory 13 žáků (9,22 %) 3. ZA a 3 žáci (2,00 %) 4. ZA.

Graf 14: Čistý / špinavý



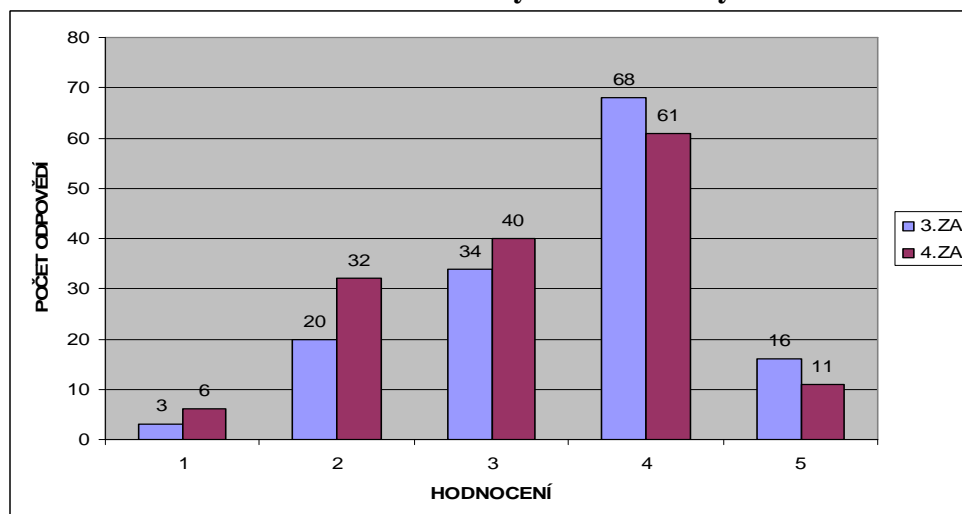
Vstřícným je senior pro 21 žáků (14,89 %) 3. ZA a 60 žáků (40,00 %) 4. ZA. Spíše vstřícný se jeví senior pro 59 žáků (41,84 %) 3. ZA a 54 žáků (36,00 %) 4.ZA. Neutrálně se vyjádřilo 22 žáků (15,60 %) 3. ZA a 20 žáků (13,33 %) 4. ZA. Jako spíše sobeckého vnímá seniora 27 žáků (19,15 %) 3. ZA a 10 žáků (6,67 %) 4. ZA. Sobeckým se zdá senior pro 12 žáků (8,51 %) 3. ZA a 6 žáků (4,00 %) 4. ZA.

Graf 15: Vstřícný / sobecký



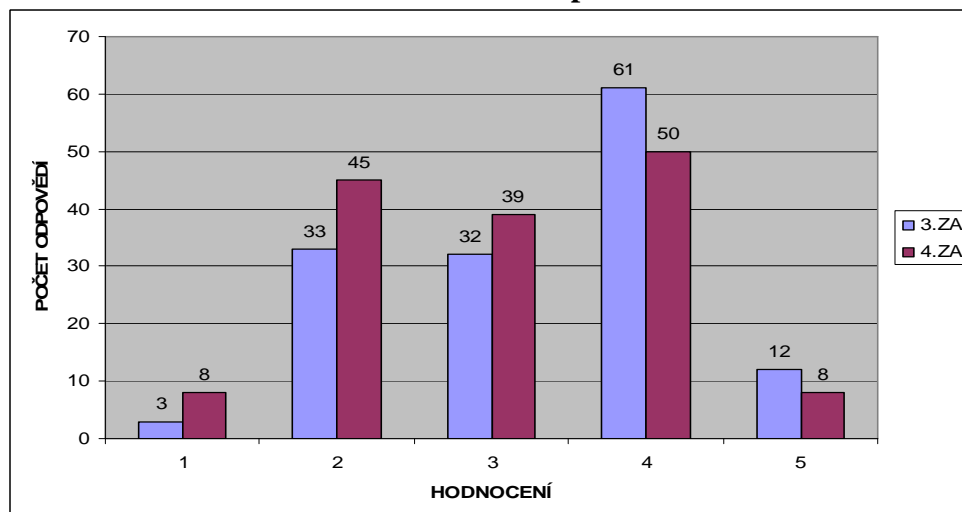
Za soběstačného je senior považován 3 žáky (2,13 %) 3. ZA a 6 žáky (4,00 %) 4. ZA. Spíše soběstačný je senior pro 20 žáků (14,18 %) 3. ZA a 32 žáků (21,33 %) 4. ZA. Neutrální postoj byl zaznamenán u 34 žáků (24,11 %) 3. ZA a 40 žáků (26,67 %) 4. ZA. Pro 68 žáků (48,23 %) 3. ZA a 61 žáků (40,67 %) 4. ZA je senior spíše nesoběstačný. Nesoběstačným je senior pro 16 žáků (11,35 %) 3. ZA a 11 žáků (7,33 %) 4. ZA.

Graf 16: Soběstačný / nesoběstačný



Aktivními shledávají seniory 3 žáci (2,13 %) 3. ZA a 8 žáků (5,33 %) 4. ZA. Spíše aktivním je senior shledán 33 žáky (23,40 %) 3. ZA a 45 žáky (30,00 %) 4. ZA. Neutrální hodnocení bylo zaznamenáno u 32 žáků (22,70 %) 3. ZA a 39 žáků (26,00 %) 4. ZA. Pro 61 žáků (43,26 %) 3. ZA a 50 žáků (33,33 %) 4. ZA jsou senioři spíše pasivní. 12 žáků (8,51 %) 3. ZA a 8 žáků (5,33 %) 4. ZA považuje seniory za pasivní.

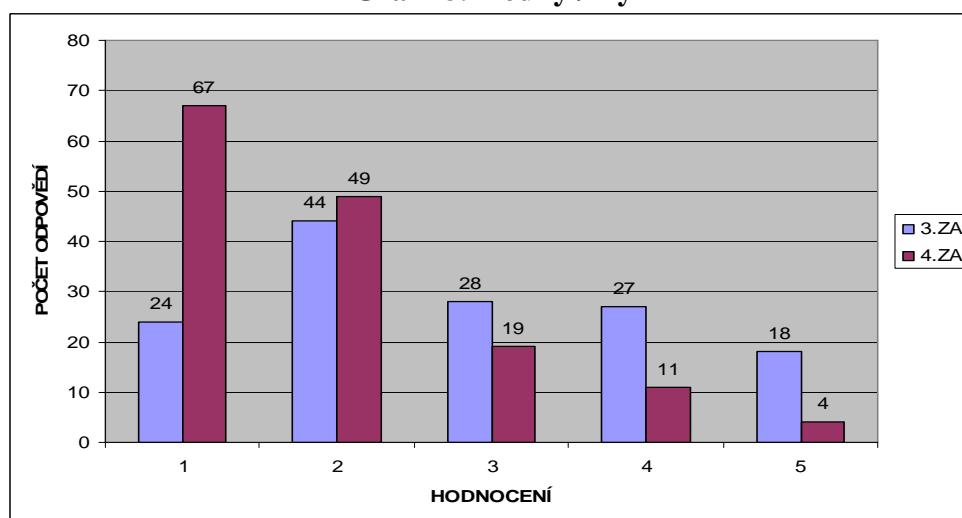
Graf 17: Aktivní / pasivní



Za hodné jsou senioři považováni 24 žáky (17,02 %) 3. ZA a 67 žáky (44,67 %) 4. A. Jako spíše hodné vnímá seniory 44 žáků (31,21 %) 3. ZA a 49 žáků

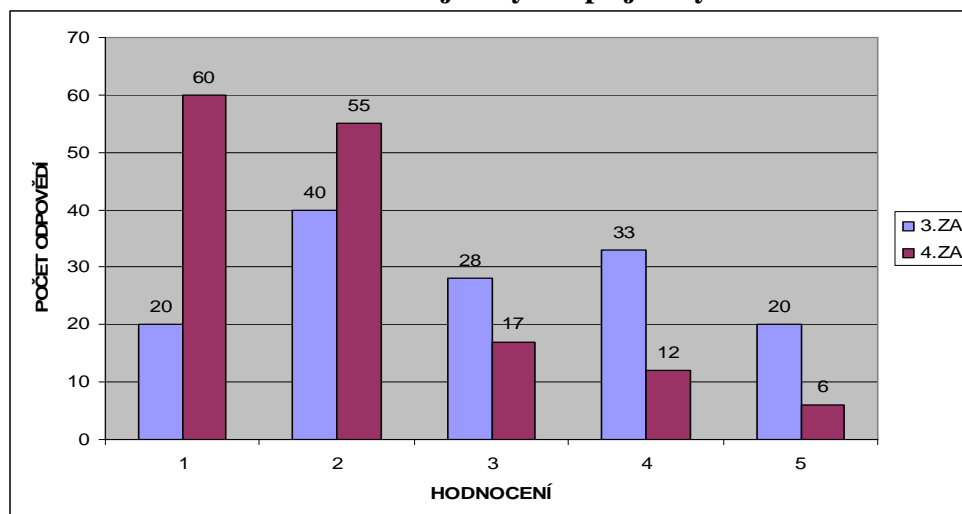
(32,67 %) 4. ZA. 28 žáků (19,86 %) 3. ZA a 19 žáků (12,67 %) 4. ZA se vyjádřilo neutrálně. Spíše zlý je senior shledán 27 žáky (19,15 %) 3. ZA a 11 žáky (7,33 %) 4. ZA. Za zlé jsou senioři považováni 18 žáky (12,77 %) 3. ZA a 4 žáky (2,67 %) 4. ZA.

Graf 18: Hodný / zlý



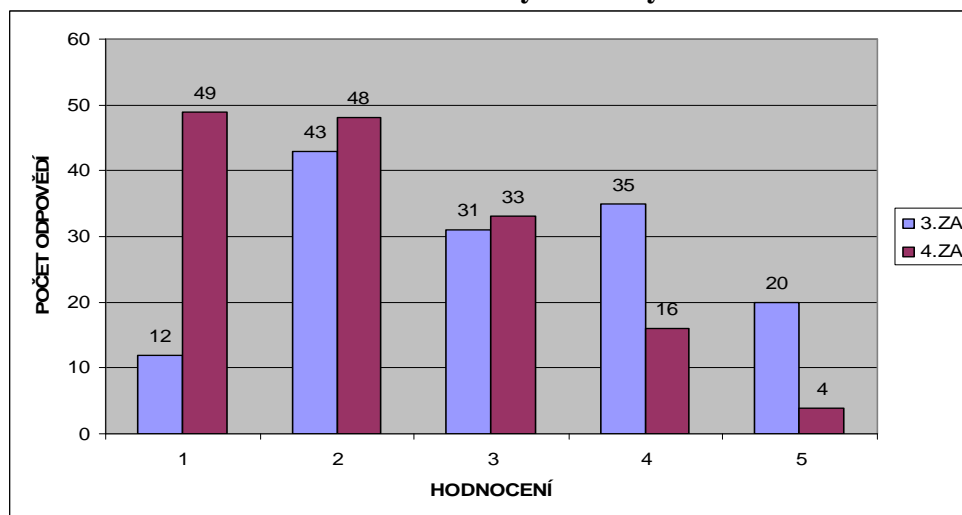
Příjemní jsou senioři pro 20 žáků (14,18 %) 3. ZA a 60 žáků (40,00 %) 4. ZA. Jako spíše příjemné vnímá seniory 40 žáků (28,37 %) 3. ZA a 55 žáků (36,67 %) 4. ZA. Neutrálně se vyjádřilo 28 žáků (19,86 %) 3. ZA a 17 žáků (11,33 %) 4. ZA. Spíše nepříjemným je vnímán senior 33 žáky (23,40 %) 3. ZA a 12 žáky (8,00 %) 4. ZA. Nepříjemný je senior pro 20 žáků (14,18 %) 3. ZA a 6 žáků (4,00 %) 4. ZA.

Graf 19: Příjemný / nepříjemný



Jako veselé vidí seniory 12 žáků (8,51 %) 3. ZA a 49 žáků (32,67 %) 4. ZA. Spíše veselé vnímá seniory 43 žáků (30,50 %) 3.ZA a 48 žáků (32,00 %) 4. ZA. Neutrální v názoru je 31 žáků (21,99 %) 3. ZA a 33 žáků (22,00 %) 4. ZA. Pro 35 žáků (24,82 %) 3. ZA a 16 žáků (10,67 %) 4. ZA jsou senioři spíše smutní. Smutnými byli senioři shledáni 20 žáky (14,18 %) 3. ZA a 4 žáky (2,67 %) 4. ZA.

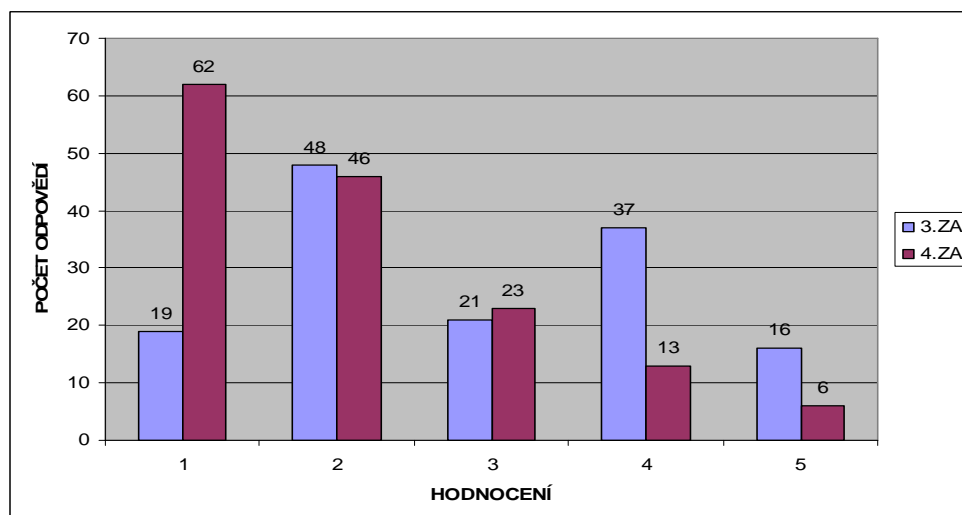
Graf 20: Veselý / smutný



Komunikativní shledalo seniory 19 žáků (13,48 %) 3. ZA a 62 žáků (41,33 %) 4. ZA. Za spíše komunikativní jsou senioři považováni u 48 žáků (34,04 %) 3. ZA a 46 žáků (30,67 %) 4. ZA. Neutrální vyjádření bylo zaznamenáno u 21 žáků

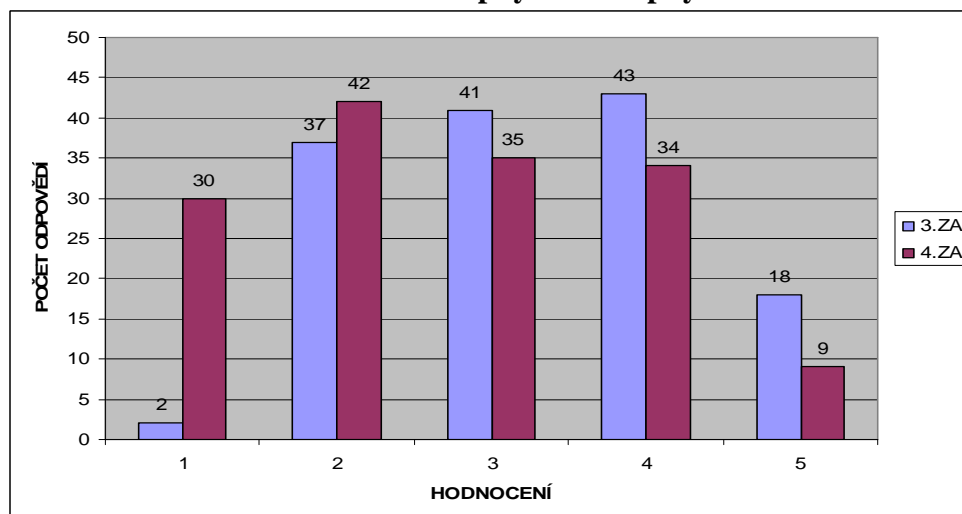
(14,89 %) 3. ZA a 23 žáků (15,33 %) 4. ZA. Spíše nekomunikativními byli senioři shledáni 37 žáky (26,24 %) 3. ZA a 13 žáky (8,67 %) 4. ZA. Nekomunikativní byli shledáni senioři u 16 žáků (11,35 %) 3. ZA a 6 žáků (4,00 %) 4. ZA.

Graf 21: Komunikativní / nekomunikativní



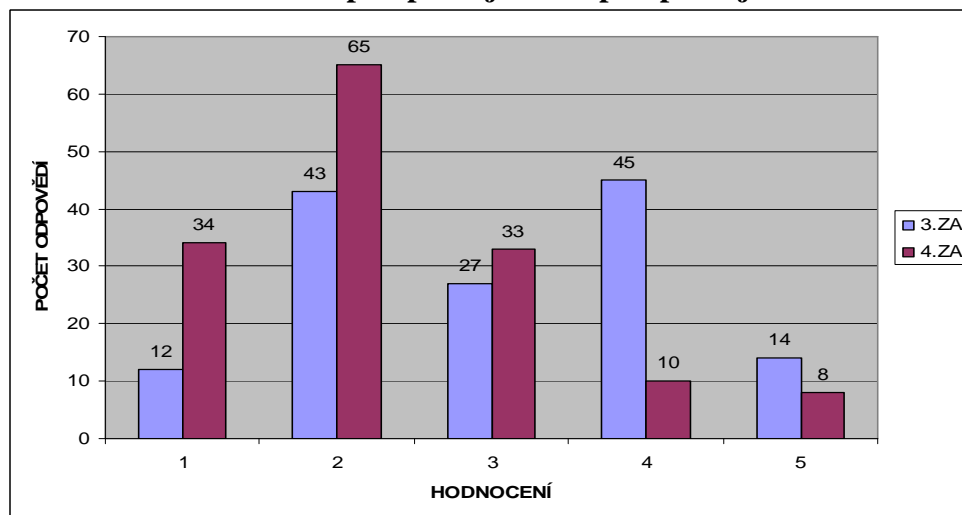
Jako schopné vnímali seniory 2 studenti (1,42 %) 3. ZA a 30 studentů (20,00 %) 4. ZA. Spíše schopné v seniorech vidělo 37 žáků (26,24 %) 3. ZA a 42 žáků (28,00 %) 4. ZA. 41 žáků (29,08 %) 3. ZA a 35 žáků (23,33 %) 4. ZA se vyjádřilo neutrálně. Za spíše neschopné považuje seniory 43 žáků (30,50 %) 3. ZA a 34 žáků (22,67 %) 4. ZA. Neschopnými byli senioři vnímáni 18 studenty (12,77 %) 3. ZA a 9 studenty (6,00 %) 4. ZA.

Graf 22: Schopný / neschopný



Za spolupracující považuje seniory 12 žáků (8,51 %) 3. ZA a 34 žáků (22,67 %) 4. ZA. Spíše spolupracujícími jsou senioři shledáni 43 žáky (30,50 %) 3. ZA a 65 žáky (43,33 %) 4. ZA. Neutrální názor byl zaznamenán u 27 žáků (19,15 %) 3. ZA a 33 žáků (22,00 %) 4. ZA. Za spíše nespupracující jsou senioři vnímáni 45 žáky (31,91 %) 3. ZA a 10 žáky (6,67 %) 4. ZA. Jako nespupracující vidí seniory 14 žáků (9,93 %) 3. ZA a 8 žáků (5,33 %) 4. ZA.

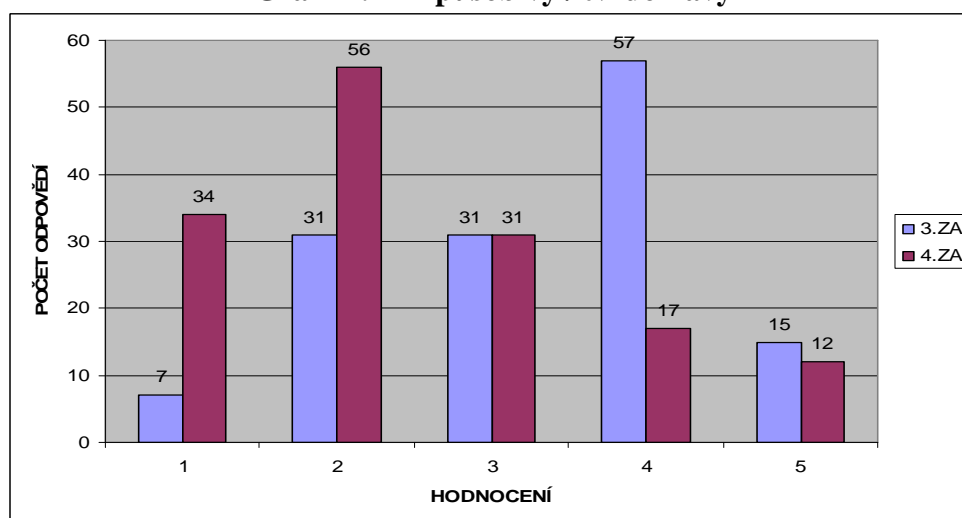
Graf 23: Spolupracující / nespupracující



Přizpůsobiví jsou senioři pro 7 žáků (4,96 %) 3. ZA a 34 žáků (22,67 %) 4. ZA. Spíše přizpůsobivými jsou senioři vnímáni 31 žáky (21,99 %) 3. ZA a 56 žáky

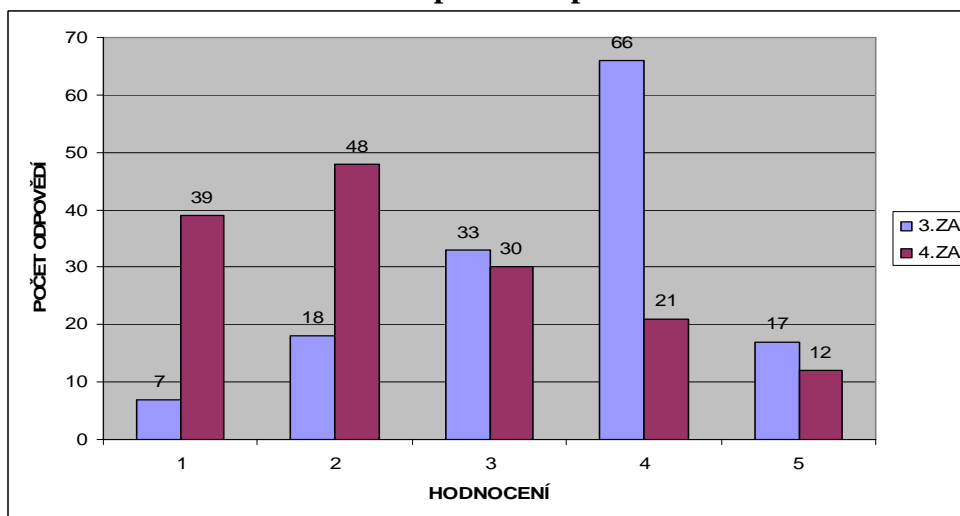
(37,33 %) 4. ZA. 31 žáků (21,99 %) 3. ZA a 31 žáků (20,67 %) 4. ZA vyjádřilo neutrální postoj. Spíše tvrdohlavý je chápán senior 57 žáky (40,43 %) 3. ZA a 17 žáky (11,33 %) 4. ZA. Jako tvrdohlavé vidí seniory 15 žáků (10,64 %) 3. ZA a 12 žáků (8,00 %) 4. ZA.

Graf 24: Přizpůsobivý / tvrdohlavý



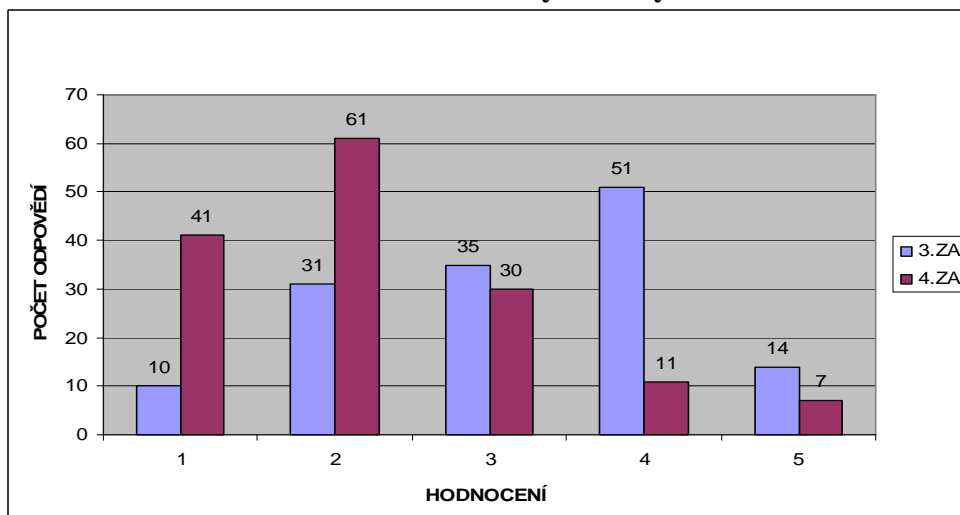
Optimisty vidí v seniorech 7 žáků (4,96 %) 3. ZA a 39 žáků (26,00 %) 4. ZA. Spíše optimisty vidí v seniorech 18 žáků (12,77 %) 3. ZA a 48 žáků (32,00 %) 4. ZA. Neutrálně se vyjádřilo 33 žáků (23,40 %) 3. ZA a 30 žáků (20,00 %) 4. ZA. Za spíše pesimisty považuje seniory 66 žáků (46,81 %) 3. ZA a 21 žáků (14,00 %) 4. ZA. 17 žáků (12,06 %) 3. ZA a 12 žáků (8,00 %) 4. ZA vnímá seniory jako pesimisty.

Graf 25: Optimista / pesimista



Zábavní jsou senioři pro 10 žáků (7,09 %) 3. ZA a 41 žáků (27,33 %) 4. ZA. Spíše zábavní jsou senioři vnímání 31 žáky (21,99 %) 3. ZA a 61 žáky (40,67 %) 4. ZA. Neutrální ve vyjádření bylo 35 žáků (24,82 %) 3. ZA a 30 žáků (20,00 %) 4. ZA. Spíše nudnými se zdají senioři 51 žákům (36,17 %) 3. ZA a 11 žákům (7,33 %) 4. ZA. Za nudné jsou senioři považováni 14 žáky (9,93 %) 3. ZA a 7 žáky (4,67 %) 4. ZA.

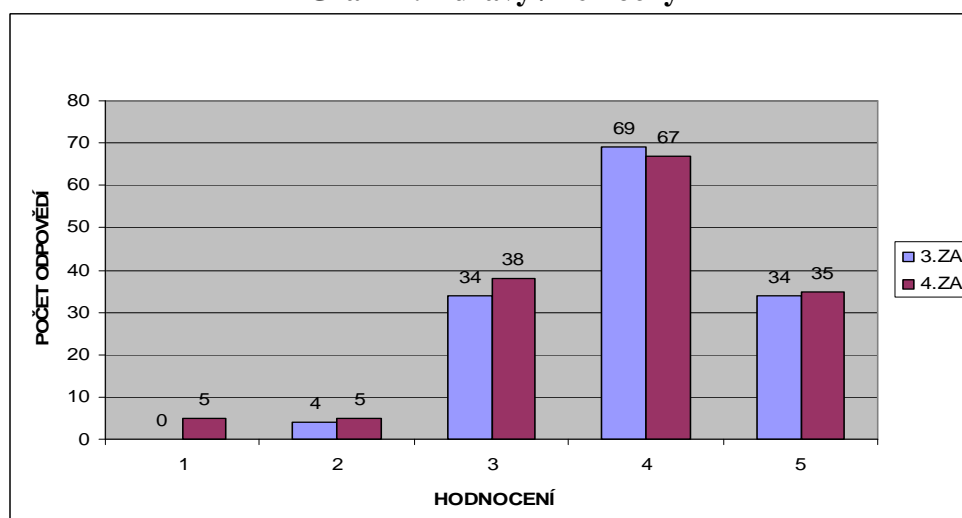
Graf 26: Zábavný / nudný



Zdravé vnímá seniory 0 žáků 3. ZA a 5 žáků (3,33 %) 4. ZA. Spíše zdraví se jeví senioři 4 žákům (2,84 %) 3.ZA a 5 žákům (3,33 %) 4. ZA. 34 žáků (24,11 %)

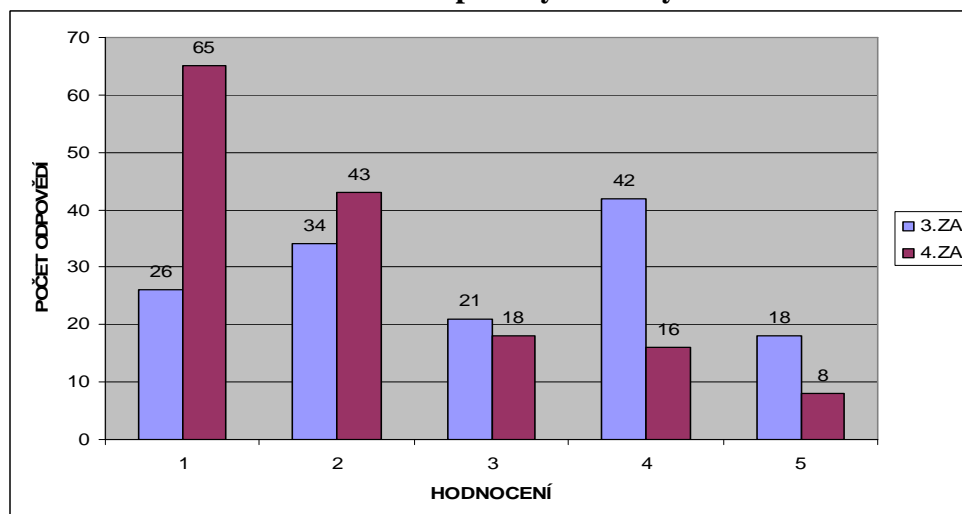
3. ZA a 38 žáků (25,33 %) 4. ZA zaujalo neutrální postoj ve vyjádření názoru. 69 žáků (48,94 %) 3. ZA a 67 žáků (44,67 %) 4. ZA zastává názor, že senioři jsou spíše nemocní. 34 žáků (24,11 %) 3. ZA a 35 žáků (23,33 %) 4. ZA se domnívá, že senioři jsou nemocní.

Graf 27: Zdravý / nemocný



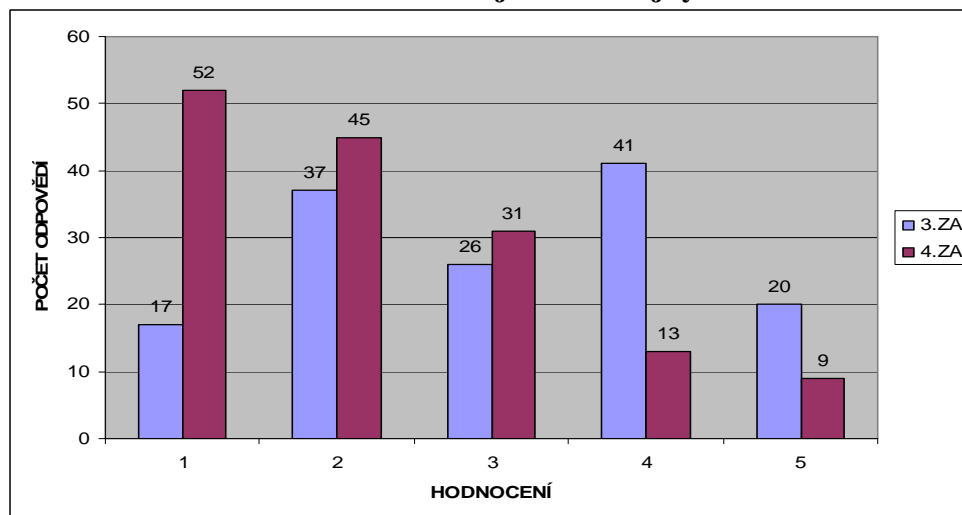
Za upřímné považuje seniory 26 žáků (18,44 %) 3. ZA a 65 žáků (43,33 %) 4. ZA. Spíše upřímní se jeví senioři 34 žákům (24,11 %) 3. ZA a 43 žákům (28,67 %) 4. ZA. Neutrální názor mělo 21 žáků (14,89 %) 3. ZA a 18 žáků (12,00 %) 4. ZA. Spíše falešnými hodnotilo seniory 42 žáků (29,79 %) 3. ZA a 16 žáků (10,67 %) 4. ZA. Za falešné má seniory 18 žáků (12,77 %) 3. ZA a 8 žáků (5,33 %) 4. ZA.

Graf 28: Upřímný / falešný



Za seniory, kteří mají zájem jsou považováni 17 žáci (12,06 %) 3. ZA a 52 žáci (34,67 %) 4. ZA. 37 žáků (26,24 %) 3. ZA a 45 žáků (30,00 %) 4. ZA se domnívá, že senioři mají spíše zájem. Neutrální vyjádření bylo zaznamenáno u 26 žáků (18,44 %) 3. ZA a 31 žáků (20,67 %) 4. ZA. Spíše lhostejnými jsou senioři chápáni 41 žáci (29,08 %) 3. ZA a 13 žáci (8,67 %) 4. ZA. Jako lhostejné vnímá seniory 20 žáků (14,18 %) 3. ZA a 9 žáků (6,00 %) 4. ZA.

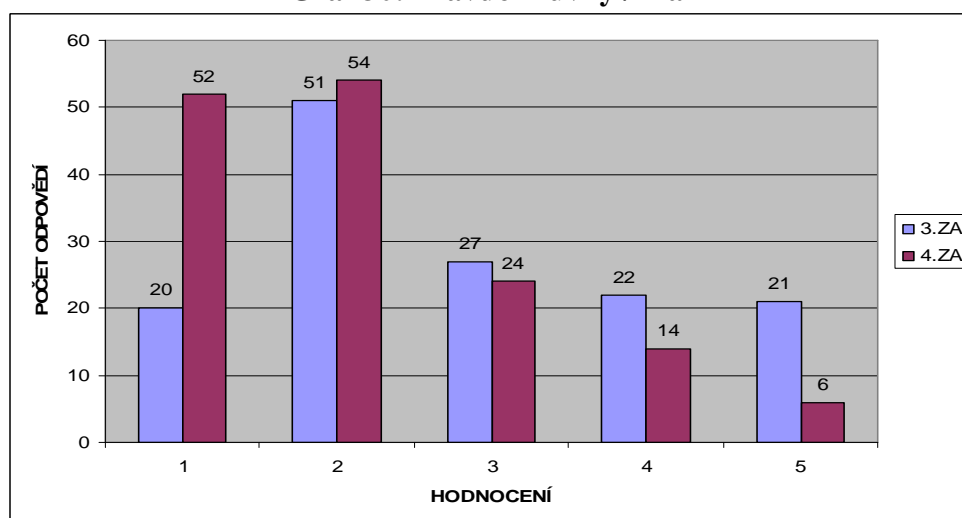
Graf 29: Má zájem / lhostejný



Jako pravdomluvné vidí seniory 20 žáků (14,18 %) 3. ZA a 52 žáků (34,67 %) 4. ZA. Spíše pravdomluvní se jeví senioři 51 žákům (39,17 %) 3. ZA a 54 žákům

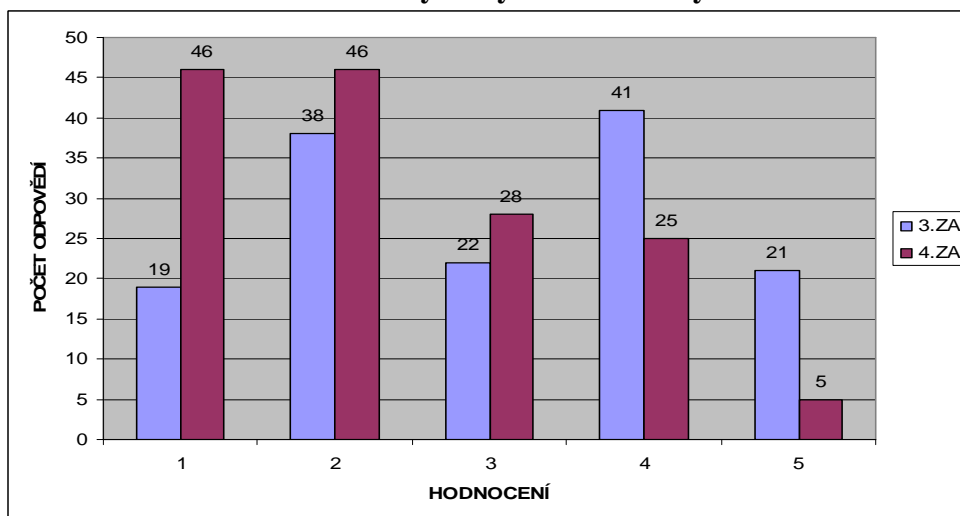
(36,00 %) 4. ZA. Neutrální postoj byl zaznamenán u 27 žáků (19,15 %) 3. ZA a 24 žáků (16,00 %) 4. ZA. Za spíše lháře považuje seniory 22 žáků (15,60 %) 3. ZA a 14 žáků (9,33 %) 4. ZA. Lháři se jeví senioři 21 žákům (14,89 %) 3. ZA a 6 žákům (4,00 %) 4. ZA.

Graf 30: Pravdomluvný / lhář



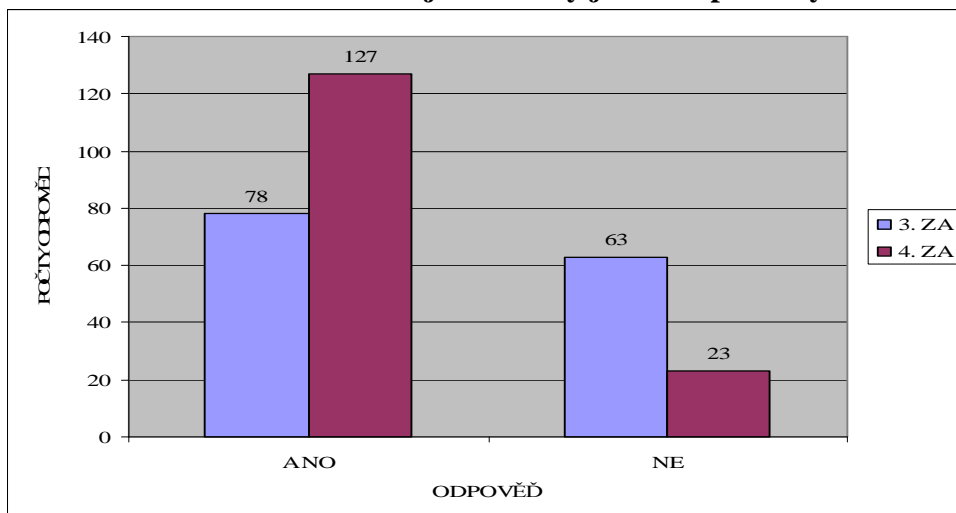
Za výřečné považuje seniory 19 žáků (13,48 %) 3. ZA a 46 žáků (30,67 %) 4. ZA. Spíše výřeční se jeví senioři 38 žákům (26,95 %) 3. ZA a 46 žákům (30,67 %) 4. ZA. 22 žáků (15,60 %) 3. ZA a 28 žáků (18,67 %) 4. ZA se vyjádřilo neutrálně. 41 žáků (29,08 %) 3. ZA a 25 žáků (16,67 %) 4. ZA se domnívá, že senioři jsou spíše málomluvní. 21 žáků (14,89 %) 3. ZA a 5 žáků (3,33 %) 4. ZA uvedlo, že vnímají seniory jako málomluvné.

Graf 31: Výřečný / málomluvný



Na otázku, zda žáci preferují seniory jako své pacienty, byly odpovědi následující: U třetích ročníků odpovědělo 78 žáků (55,32 %) ANO a 63 žáků (44,68 %) NE. Žáci čtvrtých ročníků odpověděli takto: 127 žáků (84,67 %) ANO a 23 žáků (15,33 %) NE. Přehled uvádí následující graf 32.

Graf 32: Preferujete seniory jako své pacienty?



Z výše uvedeného grafu vyplývá, že žáci třetích i čtvrtých ročníků středních zdravotnických škol preferují seniory jako své pacienty během odborné praxe ve zdravotnických zařízeních.

Tabulka 5 znázorňuje odpovědi žáků třetích ročníků středních zdravotnických škol, které vybočují od neutrální pozice. Sečteny byly odpovědi v pozitivní i negativní polaritě. Zvýrazněné pojmy jsou ty, které u jednotlivých kategorií převažují.

Tabulka 5: Celkové výsledky sémantického diferenciálu 3. ZA

krásný	28,37%	24,11%	ošklivý
důležitý	43,97%	26,24%	zbytečný
moudrý	56,02%	23,41%	hloupý
rychlý	17,73%	63,13%	pomalý
tolerantní	39,00%	36,88%	netolerantní
ohleduplný	45,39%	33,33%	bezohledný
spokojený	34,04%	48,93%	nespokojený
vděčný	65,96%	17,73%	nevďečný
pokrokový	15,61%	62,25%	staromódní
realista	32,62%	41,85%	idealista
čistý	36,17%	34,75%	špinavý
vstřícný	56,73%	27,66%	sobecký
soběstačný	16,31%	59,58%	nesoběstačný
aktivní	25,53%	51,77%	pasivní
hodný	48,23%	31,92%	zlý
příjemný	42,55%	37,58%	nepříjemný
veselý	39,01%	39,00%	smutný
komunikativní	47,52%	37,59%	nekomunikativní
schopný	27,66%	43,27%	neschopný
spolupracující	39,01%	41,84%	nespolupracující
přizpůsobivý	26,95%	51,07%	tvrdohlavý
optimista	17,73%	58,87%	pesimista
zábavný	29,08%	46,10%	nudný
zdravý	2,84%	73,05%	nemocný
upřímný	42,55%	42,56%	falešný
má zájem	38,30%	43,26%	lhostejný
pravdomluvný	50,35%	30,49%	lhář
výřečný	40,43%	43,97%	málomluvný

Z celkových výsledků sémantického diferenciálu pro třetí ročníky je zřejmé, že žáci vnímají seniory jako krásné (28,37 %), důležité (43,97 %),

moudré (56,02 %), tolerantní (39 %), ohleduplné (45,39 %), vděčné (65,96 %), čisté (36,17 %), vstřícné (56,73 %), hodné (48,23 %), příjemné (42,55 %), veselé (39,01 %), komunikativní (47,52 %) a pravdomluvné (50,35 %), avšak také je vnímají jako pomalé (63,13 %), nespokojené (48,93 %), staromódní (62,25 %), idealisty (41,85 %), nesoběstačné (59,58 %), pasivní (51,77 %), neschopné (43,27 %), nespolutracující (41,54 %), tvrdohlavé (51,07 %), pesimisty (58,87 %), nudné (46,10 %), nemocné (73,05 %), falešné (42,56 %), lhostejné (43,26 %) a málomluvné (43,97 %). Z výše uvedených údajů je patrné, že u třetích ročníků převládají odpovědi v negativní polaritě.

Tabulka 6 pokračující i na následující straně znázorňuje odpovědi žáků čtvrtých ročníků středních zdravotnických škol, které vybočují od neutrální pozice. I zde byly sečteny odpovědi v pozitivní i negativní polaritě. Zvýrazněné pojmy jsou ty, které u jednotlivých kategorií převažují.

Tabulka 6: Celkové výsledky sémantického diferenciálu 4. ZA

krásný	58,00%	16,66%	ošklivý
důležitý	78,00%	8,67%	zbytečný
moudrý	80,66%	8,67%	hloupý
rychlý	20,67%	58,67%	pomalý
tolerantní	63,33%	17,33%	netolerantní
ohleduplný	64,67%	12,00%	bezohledný
spokojený	54,00%	26,00%	nespokojený
vděčný	80,00%	13,33%	nevďěčný
pokrokový	30,67%	44,00%	staromódní
realista	44,00%	27,34%	idealista
čistý	60,67%	20,00%	špinavý
vstřícný	76,00%	10,67%	sobecký
soběstačný	25,33%	48,00%	nesoběstačný
aktivní	35,33%	38,66%	pasivní
hodný	77,34%	10,00%	zlý
příjemný	76,67%	12,00%	nepříjemný
veselý	64,67%	13,34%	smutný
kommunikativní	72,00%	12,67%	nekomunikativní

schopný	48,00%	28,67%	neschopný
spolupracující	66,00%	12,00%	nespolupracující
přizpůsobivý	60,00%	19,33%	tvrdohlavý
optimista	58,00%	22,00%	pesimista
zábavný	68,00%	12,00%	nudný
zdravý	6,66%	68,00%	nemocný
upřímný	72,00%	16,00%	falešný
má zájem	64,67%	14,67%	lhostejný
pravdomluvný	70,67%	13,33%	lhář
výřečný	61,34%	20,00%	málomluvný

Výsledky sémantického diferenciálu pro čtvrté ročníky jsou následující. Žáci čtvrtých ročníků vnímají seniory jako krásné (58 %), důležité (78 %), moudré (80,66 %), tolerantní (63,33 %), ohleduplné (64,67 %), spokojené (54 %), vděčné (80 %), realisty (44,00 %), čisté (60,67 %), vstřícné (76 %), hodné (77,34 %), příjemné (76,67 %), veselé (64,67 %), komunikativní (72 %), schopné (48 %), spolupracující (66 %), přizpůsobivé (60 %), optimisty (58 %), zábavné (68 %), upřímné (72 %), mající zájem (64,67 %), pravdomluvné (70,67 %) a výřečné (61,34 %), ale jsou však také vnímáni jako pomalí (58,67 %), staromódní (44 %), nesoběstační (48 %), pasivní (38,66 %) a nemocní (68 %). Z výše uvedených výsledků je zřejmé, že u čtvrtých ročníků převládají odpovědi v pozitivní polaritě.

Celkové výsledky sémantického diferenciálu všech respondentů znázorňuje tabulka 7, která pokračuje i na následující straně. Jedná se opět o součet procent v pozitivní a negativní polaritě.

Tabulka 7: Celkové výsledky sémantického diferenciálu 3. ZA a 4. ZA

krásný	43,64%	20,27%	ošklivý
důležitý	61,51%	17,18%	zbytečný
moudrý	68,73%	15,81%	hloupý
rychlý	19,24%	60,82%	pomalý
tolerantní	51,55%	26,80%	netolerantní
ohleduplný	55,33%	22,34%	bezohledný
spokojený	44,33%	37,11%	nespokojený
vděčný	73,20%	15,46%	nevďěčný

pokrokový	23,37%	54,29%	staromódní
realista	38,49%	34,36%	idealista
čistý	48,80%	27,15%	špinavý
vstřícný	66,67%	18,90%	sobecký
soběstačný	20,96%	53,61%	nesoběstačný
aktivní	30,58%	45,02%	pasivní
hodný	63,23%	19,59%	zlý
příjemný	60,13%	24,05%	nepříjemný
veselý	52,23%	25,77%	smutný
komunikativní	60,14%	24,74%	nekomunikativní
schopný	38,14%	35,74%	neschopný
spolupracující	52,92%	26,46%	nespolupracující
přizpůsobivý	43,99%	34,71%	tvrdohlavý
optimista	38,49%	39,86%	pesimista
zábavný	49,14%	28,52%	nudný
zdravý	4,81%	70,45%	nemocný
upřímný	57,73%	28,87%	falešný
má zájem	51,90%	28,52%	lhostejný
pravdomluvný	60,82%	21,65%	lhář
výřečný	51,20%	31,61%	málomluvný

Oslovení žáci středních zdravotnických škol vnímají seniory jako krásné (43,64 %), důležité (61,51 %), moudré (68,73 %), pomalé (60,82 %), tolerantní (51,55 %), ohleduplné (53,33 %), spokojené (44,33 %), vděčné (73,20 %), staromódní (54,26 %), realisty (38,49 %), čisté (48,80 %), vstřícné (66,67 %), nesoběstačné (53,61 %), pasivní (45,02 %), hodné (63,23 %), příjemné (60,13 %), veselé (52,23 %), komunikativní (60,14 %), schopné (38,14 %), spolupracující (52,92 %), přizpůsobivé (43,99 %), pesimisty (39,86 %), zábavné (49,14 %), nemocné (70,45 %), upřímné (57,73 %), mající zájem (51,90 %), pravdomluvné (60,82 %) a výřečné (51,20 %).

Nabízenou možnost vyjádření vlastního názoru využilo pouze 22 respondentů (7,56 %). Nejzajímavější názory budou zmíněny v kapitole Diskuze.

Veškeré tabulky a grafy použité v kapitole Výsledky jsou vytvořeny na základě vlastního výzkumu.

5 Diskuze

Cílem diplomové práce bylo zjistit, jaké představy mají žáci středních zdravotnických škol o seniorech. Hlavními aspekty byla nemocnost, tolerance, vděčnosti, moudrost a krása stáří.

Výzkumný soubor tvořilo 141 žáků třetích ročníků a 150 žáků čtvrtých ročníků středních zdravotnických škol oboru Zdravotnický asistent v Domažlicích, Klatovech, Chebu, Liberci, Brně a Písku. Žáci prvních a druhých ročníků nebyli do výzkumu zařazeni, neboť ještě nenavštěvují zdravotnická zařízení v rámci odborné praxe, a tudíž nemají dostatečný kontakt se seniory. Největší zastoupení respondentů bylo ve věku 18 let (30,58 %) a 19 let (28,52 %), dále byli zastoupeni žáci ve věku 17 let (25,01 %), 20 let (13,4 %) a 21 let (2,4 %) z celkového počtu. Ženy tvořily 91,41 % a muži 8,59 % respondentů.

Celkem jsem rozdala 350 záznamových archů. Řádně vyplněných se vrátilo 291. Návratnost činila 83 %. Sémantický diferenciál byl mimo jiné doplněn otázkou, zda žáci středních zdravotnických škol preferují seniory jako své pacienty během odborné praxe ve zdravotnických zařízeních. Respondenti měli navíc možnost vyjádřit svůj vlastní názor na seniory. Tuto možnost využilo pouze 22 respondentů (7,56 %).

Při oslovení jednotlivých škol s žádostí o spolupráci na výzkumu jsem se setkala se vstřícností a ochotou, což mne velmi příjemně překvapilo. Jedna škola si dokonce vyžádala celkové výsledky výzkumu.

Na základě celkových výsledků sémantického diferenciálu u třetích ročníků (viz. tabulka 5), vnímají žáci seniory jako: krásné, důležité, moudré, tolerantní, ohleduplné, vděčné, čisté, vstřícné, hodné, příjemné, veselé, komunikativní, a pravdomluvné, ale také jako pomalé, nespokojené, staromódní, idealisty, nesoběstačné, pasivní, neschopné, nespolutracující, tvrdohlavé, pesimisty, nudné, nemocné, falešné, lhostejné a málomluvné. Zde mne zaujal sémantický diferenciál jedné respondentky, která ke všem kategoriím přiřadila 1, což znamená, že se plně přiklání ke všem vlastnostem v pozitivní polaritě a zároveň využila možnost volně

vyjádřit svůj názor na seniory, kde uvedla: „*Senioři jsou neohleduplní, sobečtí, málo aktivní. Jsou málo tolerantní a nepříjemní. Většina seniorů je vlezlých a zvědavých po věcech do kterých jim nic není*“. Tato skutečnost mě přiměla k názoru, že respondentka při vyplňování sémantického diferenciálu příliš nepřemýšlela. Další žákyně třetího ročníku napsala: „*Vadí mi jejich až přílišná agrese u některých výkonů a odmítání některých výkonů*“. Jiná žákyně se vyjádřila takto: „*Senioři, kteří jsou aktivní, příjemní, spolupracující mi nevadí. Nemám ráda, když v nemocnici nespolupracují, nadávají a my se s nima zbytečně taháme*“. Na základě těchto názorů se domnívám, že je třeba neustále apelovat na pedagogy odborné praxe a mentorky odborné praxe ve zdravotnických zařízeních, aby neustále vštěpovali žákům nutnost individuálního přístupu k seniorům a hlavně chápat jejich negativní projevy chování, jako skutečnost vycházející z jejich zdravotního stavu a nevnímat tyto projevy osobně.

Žáci čtvrtých ročníků vnímají seniory na základě celkových výsledků sémantického diferenciálu (viz. tabulka 6) jako: krásné, důležité, moudré, tolerantní, ohleduplné, spokojené, vděčné, realisty, čisté, vstřícné, hodné, příjemné, veselé, komunikativní, schopné, spolupracující, přizpůsobivé, optimisty, zábavné, upřímné, se zájmem, pravdomluvné a výřečné, ale považují je také za pomalé, staromódní, nesoběstačné, pasivní a nemocné. Toto rozdílné vnímání, kdy u čtvrtých ročníků převažuje mnohem méně negativního hodnocení seniorů než u třetích ročníků, přisuzuji délce trvání odborné praxe u jednotlivých ročníků (délka odborné praxe třetích ročníků v době trvání výzkumu byla přibližně 6 měsíců u čtvrtých ročníků 16 měsíců). Domnívám se proto, že žáci čtvrtých ročníků mají díky delší odborné praxi ve zdravotnických zařízeních se seniory více osobních zkušeností, mají s nimi více osobního kontaktu a jsou duševně vyspělejší, což se také v hodnocení a vnímání seniorů určitě promítlo.

Přestože ve výsledcích sémantického diferenciálu, což je metoda sloužící k zjišťování stereotypních představ lidí o příslušnicích jiných sociálních skupin (4), byly zjištěny rozdíly v odpovědích žáků třetích a čtvrtých ročníků středních zdravotnických škol, vyhodnocením a prezentací celkových výsledků

sémantického diferenciálu (viz. tabulka 7) byla potvrzena hypotéza H1: *Žáci středních zdravotnických škol vnímají seniory pozitivně*. Toto zjištění je velice potěšující, protože v naší současné společnosti převládají spíše negativní postoje vůči stáří a stárnutí. Hodnotový systém dnešní společnosti, který klade důraz více na mládí a jeho kompetence, seniory výrazně znevýhodňuje. Tyto tendence ještě podporují média, která kladou velký důraz na vnější vzhled a svěžest mládí, a tyto atributy se stávají nebo již staly normou. Z toho logicky vyplývá, že cokoliv, co takové není, je považováno za podřadné a nedostatečné. Z takto nastaveného hodnotového systému vychází ageismus. Jak uvádí Vágnerová, jedná se o postoj, který vyjadřuje obecně sdílené přesvědčení o nízké hodnotě a nekompetentnosti stáří a projevuje se podceňováním, odmítáním, eventuálně až odporem ke starým lidem (55).

Přestože tyto tendence v naší současné společnosti skutečně převládají a dospívající mládež bývá zejména zaměřena na fyzickou krásu, velmi mne potěšila skutečnost, že přibližně polovina respondentů vnímá seniory jako *krásné*. Jedna respondentka ze čtvrtého ročníku dokonce uvedla: „...senioři jsou neobyčejně krásný a úžasný lidičky, já osobně bych bez svého dědečka nemohla žít, neumím si představit, že by senioři nebyli, jsou důležitou součástí našeho života“.

Další skutečnost, která neodpovídá tvrzení Vágnerové je, že více než polovina respondentů považuje seniory za *důležité* a *moudré*. Z názorů respondentů uvádím: „Líbí se mi jejich moudrost a zkušenosti ze života, které nám při praxi vypráví...“, další píše: „...pracuje se mi s nimi moc hezky, jsou moudří a mají nám co říct...“ nebo: „Senioři jsou podle mne důležitou součástí našeho života, jelikož znamenají minulost rodiny, lásku, výchovu našich rodičů, naše předky. Jsou důležití pro naši společnost.“

Dalším kladným zjištěním bylo, že převážná většina žáků vnímá seniory jako *tolerantní* a *vděčné*. Dle mého názoru vděčnost přímo souvisí s pocitem smysluplnosti zdravotnického povolání. Tolerance během jednotlivých odborných

výkonů ze strany seniorů je žáky středních zdravotnických škol vnímána velmi pozitivně. Vděk, vyjádřený ústy pacienta bezprostředně po provedení odborného výkonu, přináší zdravotníkům vždy pocit uspokojení. Troufám si konstatovat, že ani kladné ohodnocení odborného výkonu pedagogem nebo mentorkou odborné praxe, nemá pro žáka během odborné praxe takovou váhu, jakou má právě slovní pochvala přímo od pacientů. Mám s touto skutečností jako pedagog odborných předmětů osobní zkušenosti. Většina seniorů toleruje žákům středních zdravotnických škol při odborné praxi určitá zaváhání, nejistotu a nepřesnosti, se kterými občas provádí odborné výkony. Většinou tento výkon v dobrém komentují, žáky chválí a navrhují vždy známku výbornou, přestože této klasifikaci výkon neodpovídal. Díky těmto okolnostem žáci během odborné praxe ve zdravotnických zařízeních velice často *preferují seniory jako své pacienty*, což potvrzuje i výzkum (viz. graf 32). V tomto směru by se dalo předpokládat, že žáci budou během praxe preferovat atraktivnější obory zdravotnictví, například dětské oddělení atd., ale i ze své osobní zkušenosti mohu potvrdit, že žáci se mnohem více těší na práci se seniory nežli na děti. Tento fakt zřejmě pramení právě z výše uvedených skutečností. Cituji žákyně čtvrtého ročníku: „*Kdybych si mohla vybrat, tak bych šla klidně pracovat se starýma lidma, jsou za všechno vděčný a baví mě to*“ nebo „*Můj názor na seniory je myslím dobrý, je s nima sice práce jako s dětma, ale jinak jsou to vděční pacienti a za každou maličkost, třeba jen za donesení čaje nebo natřesení polštáře nám pořád děkují*“.

Výsledky sémantického diferenciálu dále zdokumentovaly fakt, že více než polovina respondentů vnímá seniory jako *nemocné*. Na základě této skutečnosti se potvrdila také druhá hypotéza H2: *Žáci středních zdravotnických škol vnímají seniory jako nemocné*. Stárnutí a stáří si většina lidí vždy spojuje s výskytem různých onemocnění a zdravotních problémů. Vágnerová uvádí, že stáří mění viditelným způsobem zevnějšek člověka, čímž ovlivňuje jeho sociální status. Okolí jej v důsledku této změny začíná vnímat jako starce a podle toho se k němu chová (55). Z těchto důvodů se domnívám, že je nutno, aby dnešní dospívající mládež přehodnotila v tomto směru pohled na seniory. Zejména mládež, která se

připravuje na budoucí povolání zdravotníka, protože, jak uvádí Koval, stáří samo o sobě ještě není nemocí, ale přispívá ke vzniku trvalých chorobných stavů (26). Myslím si, že v této situaci mají svoji důležitou, ale zároveň nelehkou úlohu právě pedagogové odborných předmětů a mentorky odborné praxe ve zdravotnických zařízeních. Jsou prvním článkem v přípravě žáků středních zdravotnických škol na budoucí nádherné, ale velmi náročné povolání zdravotníka. Náročnost této práce spočívá v každodenním kontaktu s lidmi, kteří mají různé zdravotní problémy. Tyto problémy v různé míře ovlivňují jejich osobnost, což se projevuje v chování k nim. Velkou a možná největší skupinou jsou právě senioři. Je žádoucí, aby tito lidé nebyli jednotně nikým vnímáni jako pasivní, nesoběstační, neschopní a nemocní lidé, kteří jsou odkázáni na péči druhých lidí zejména zdravotníků, přestože i takovéto seniory mezi pacienty máme. Vždyť jak dokládá Matýsková, můžeme se setkat s aktivními seniory, kteří mají i přes svůj pokročilý věk zájem o kulturu, politiku, sebevzdělávání a někteří se dokonce věnují sportům. Snaží se udržet v dobré duševní a fyzické kondici a dbají i o svůj zevnějšek (31). Toto tvrzení dokládá také skutečnost, že na půdě Jihočeské univerzity můžeme potkávat studenty Univerzity třetího věku, kteří spadají právě do věkové kategorie seniorů.

6 Závěr

V diplomové práci „Percepce seniorů studenty středních zdravotnických škol“ jsem se zabývala zjišťováním toho, jak žáci středních zdravotnických škol vnímají seniory. Práce se skládá z teoretické a praktické části. V teoretické části jsem se zaměřila na charakteristiku stárnutí, stáří a na změny, které toto věkové období přináší a dále na období adolescence, jeho hlavní znaky. V závěru teoretické části je charakterizován studijní obor Zdravotnický asistent. V praktické části diplomové práce jsem se soustředila na výzkum.

Cílem diplomové práce bylo zjistit, jaké představy mají žáci středních zdravotnických škol o seniorech. Hlavními aspekty byla nemocnost, tolerance, vděčnost, moudrost a krása stáří. Pro terénní sběr dat byl zvolen sémantický diferenciál. Žáci – respondenti byli požádáni, aby popsali své názory a postoje vůči seniorům na škále s lichým počtem kategorií, která byla definována v protikladných párech slov, například rychlý – pomalý, starý – mladý. Dále byla zařazena otázka zda žáci preferují seniory jako své pacienty. Žáci měli také prostor pro vyjádření svého názoru na seniory. Této možnosti však využilo pouze 22 žáků. Respondenty byli žáci třetích a čtvrtých ročníků středních zdravotnických škol. Celkem bylo rozdáno 350 záznamových archů. Zpět se vrátilo 291 řádně vyplněných archů. Stanoveny byly dvě hypotézy. H1: Žáci středních zdravotnických škol vnímají seniory pozitivně. H2: Žáci středních zdravotnických škol vnímají seniory jako nemocné. Vyhodnocením a prezentací výsledků sémantického diferenciálu byly potvrzeny obě stanovené hypotézy.

Podle celkových výsledků všech respondentů zúčastněných výzkumu vyplývá, že žáci středních zdravotnických škol vnímají seniory pozitivně. Nejvíce žáci volili krásu, moudrost, toleranci a vděčnost, ale také nemocnost. Převážná většina žáků preferuje seniory jako své pacienty.

Přestože je stáří neodmyslitelnou součástí našeho života, dospívající se většinou tímto věkovým obdobím nezabývají, neboť senioři jsou pro ně neatraktivní. Realita stáří je pro ně daleko a se seniory mají většinou osobní zkušenosti jen

z rodiny a ty bývají kladné. Jinak je tomu u adolescentů, kteří studují na školách se zdravotnickým zaměřením. Tito žáci přicházejí do prvního přímého kontaktu s pacienty - seniory přibližně ve věku 17 let. Ne vždy bývá tento kontakt pozitivní, protože zdravotní stav mnohdy dokáže ovlivnit a pozměnit osobnost člověka a díky tomu může být nezkušený dospívající žák při utváření názoru na seniory negativně ovlivněn. Proto je žádoucí vést žáky středních zdravotnických škol ke správnému vnímání seniorů ještě před tím, než nastoupí na odbornou praxi do zdravotnického zařízení a žáky s negativním postojem vůči seniorům vést k přehodnocení názorů. K tomuto přehodnocení názorů, by měl žák dojít sám a být o nich vnitřně přesvědčen.

Výsledky výzkumu považuji za přínosné pro pedagogy odborných předmětů na středních zdravotnických školách a mentorky odborné praxe ve zdravotnických zařízeních. Lze z nich vyvodit závěry, které povedou k zamyšlení a k přehodnocení metodických přístupů ve výuce odborných předmětů, jenž poté zabudují do svých školních vzdělávacích plánů.

7 Klíčová slova

Adolescence

Ageismis

Demografické stárnutí

Gerontologie

Stárnutí a stáří

Umírání

Zdravotnický asistent

8 Seznam použitých zdrojů

- 1) ARLTOVÁ, M. *Puberta je, když začínají s rodiči potíže*. 1. vydání. Praha: Portál, 1994. 134 s. ISBN 80-7178-020-0.
- 2) BLAŽKOVÁ, V. Mýty o stáří. *Florence*, 2008, ročník IV, číslo 7-8, s. 304. ISSN 1801-464X.
- 3) DESSAINTOVÁ, M. P. *Nezačínajte stárnout*. 1. vydání. Praha: Portál, 1999. 232 s. ISBN 80-7178-255-6.
- 4) DISMAN, M. *Jak se vyrábí sociologická znalost*. 3. vydání. Praha: Karolinum, 2000. 374 s. ISBN 80-246-0139-7.
- 5) DUŠEK, J., MINIBERGOVÁ, L. *Vybrané kapitoly z psychologie a medicíny pro zdravotníky pracující se seniory*. 1. vydání. Brno: NCO NZO, 2006. 67 s. ISBN 80-7013-436-4.
- 6) DYLEVSKÝ, I. *Somatologie*. 2. vydání. Olomouc: Epava, 2000. 480 s. ISBN 80-86297-05-5.
- 7) DYLEVSKÝ, I., TROJAN, S. *Somatologie 2*. 2. vydání. Praha: Avicem, 1990. 312 s. ISBN 80-201-0063-6.
- 8) FENEIS, H. *Anatomický obrazový slovník*. 2. vydání. Praha: Grada, 1996. 464 s. ISBN 80-7169-197-6.
- 9) HAMANOVÁ, J., MACHOVÁ, J. *Reprodukční zdraví v dospívání*. 1. vydání. Praha: Nakladatelství H a H, 2002. 197 s. ISBN 80-86022-94-3.
- 10) HAMILTON, I. S., *Psychologie stárnutí*. 1. vydání. Praha: Portál, 1999. 320 s. ISBN 80-7178-274-2.
- 11) HAŠKOVCOVÁ, H. *Fenomén stáří*. 1. vydání. Praha: Panorama, 1989. 416 s. ISBN 80-7038-158-2.
- 12) HAŠKOVCOVÁ, H. *Lékařská etika*. 3. rozšířené vydání. Praha: Galén, 2002. 272 s. ISBN 80-7262-132-7.
- 13) HOLMEROVÁ, I. et al. *Vybrané kapitoly z gerontologie*. Gema, 2002.
- 14) HŮSKOVÁ, J. et al. *Ošetrovatelství 2. část*. 1. vydání. Uherské Hradiště, 1999. 236 s.
- 15) JANDOUREK, J. *Sociologický slovník*. 1. vydání. Praha: Portál, 2001. 288 s. ISBN 80-7178-535-0.
- 16) JANKOVSKÝ, J. *Etika pro pomáhající profese*. 1. vydání. Praha: Triton, 2003. 223 s. ISBN 80-7254-329-6.
- 17) KALVACH, Z. *Úvod do gerontologie a geriatrie*. 1. vydání. Praha: Karolinum, 1997. 193 s. ISBN 80-7184-366-0-

- 18) KALVACH, Z., ONDERKOVÁ, A. *Stáří. Pojetí geriatrického pacienta a jeho problémů v ošetrovatelské praxi*. Praha: Galén, 2006. 44. ISBN 80-7262-455-5.
- 19) KALVACH, Z. a kol. *Geriatric a gerontologie*. 1. vydání. Praha: Grada, 2004. 864 s. ISBN 80-247-0548-6.
- 20) KLÉGROVÁ, J. , VÁGNEROVÁ, M. *Poradenská psychologická diagnostika dětí a dospívajících*. 1. vydání. Praha: Karolinum, 2008. 538 s. ISBN 978-80-246-1538-7.
- 21) KLEVETOVÁ, D. Vzdělávání seniorů. *Florence*, 2007, ročník III, číslo 5, s. 228-229. ISSN 1801-464X.
- 22) KLIMEŠ, L. *Slovník cizích slov*. 5. vydání. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1995. 855 s.
- 23) KNOPOVÁ, V. Uspokojování potřeb starého člověka. *Florence*, 2008, ročník IV, číslo 6, s. 238-239. ISSN 1801-464X.
- 24) KOCIOVÁ, K., PEREGRINOVÁ, Z. *Fyzioterapia v geriatricii*. Martin: Osveta, 2003. 63 s. ISBN 80-8063-132-8.
- 25) KOPŘIVA, K. *Lidský vztah jako součást profese*. 5. vydání. Praha: Portál, 2006. 147 s. ISBN 80-7367-181-6.
- 26) KOVAL, Š. *Antropologický rozmer epidemiologie staroby*. 1. vydání. Košice: PonT,s.r.o., 2001. 178 s. ISBN 80-967611-3-7.
- 27) KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie nemoci*. 1. vydání. Praha: Grada, 2002. 200 s. ISBN 80-247-0179-0.
- 28) KOZIEROVÁ, B., ERBOVÁ, G., OLIVIEROVÁ, R. *Ošetrovatelstvo I. a II. díl*. Martin: Osveta, 1995. 1474 s. ISBN 80-217-0528-0.
- 29) *LEMON* 1. díl. 1. vydání. Brno: IDV PZ, 1997. 184 s. ISBN 80-7013-234-5.
- 30) MACEK, P. *Adolescence*. 2. vydání. Praha: Portál, 2003. 144 s. ISBN 80-7178-747-7.
- 31) MATÝSKOVÁ, D. Vybrané psychologické aspekty vzdělávání seniorů. In: *Vzdělávání seniorů na vysokých školách v České republice 2004*. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích Zdravotně sociální fakulta, 2004. 133s., přílohy- fotodokumentace z konference. ISBN 80-7040-746-8.
- 32) MAŠKOVÁ, M. *Perspektivy populačního stárnutí v Evropě* [online]. [cit. 2008-12-02]. Dostupné z: <http://www.demografie.info/?cz>
- 33) MATOUŠ, M. et. al. *Pohyb ve stáří je šancí*. 1. vydání. Praha: Grada, 2002. 112 s. ISBN 80-247-0331-9.

- 34) MEDLÍNOVÁ, E., ZIMMELOVÁ, P. *Duševní hygiena a relaxace pracovníků v přímé péči o seniory*. In: Sborník konference problematika –generace 50 plus. České Budějovice: Ledax s.r.o., 2006. 186 s. ISBN 80-7040-903-7.
- 35) MÜHLPACHR, P. *Gerontopedagogika*. 1. vydání. Brno: Masarykova Univerzita, 2004. 150 s. ISBN 80-210-3345-2.
- 36) MÜLLEROVÁ, N. Vzdělávání zdravotnických pracovníků, stručně k novele zákona č. 96/2004 Sb., a prováděcím předpisům. *Diagnóza v ošetrovatelství*, 2008, ročník IV, číslo 6, s. 28-29. ISSN 1801-1349.
- 37) NEUWIRTH, J., TOPINKOVÁ, E. *Geriatric pro praktického lékaře*. 1. vydání. Praha: Grada, 1995. 304 s. ISBN 80-7169-099-6.
- 38) PACOVSKÝ, V. *Geriatric: Geriatrická diagnostika*. 1. vydání. Praha: Scientia Medica, 1994. 152 s. ISBN 80-85526-32-8.
- 39) PEJZNOCHOVÁ, I. Další kolo s Hartmanem – o stáří. *Sestra*, 2003, ročník XIII, číslo 1, s. 20. ISSN 1210-0404.
- 40) PICHAUD, C. , THAREAUOVÁ, I. *Soužití se staršími lidmi*. 1. vydání. Praha: Portál, 1998. 156 s. ISBN 80-7178-184-3.
- 41) POKORNÁ, A. Determinanty komunikačních technik v sociální interakci se seniory. In: *Sborník konference problematika-generace 50 plus*. České Budějovice: Ledax s. r. o. , 2006. 186 s. ISBN 80-7040-903-7.
- 42) *Příprava na stárnutí* [online]. Poslední aktualizace 1.8.2008 [cit. 2009-01-04]. Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/cs/2856>.
- 43) ŘÍČAN, P. *Cesta životem*. 1. vydání. Praha: Panorama, 1990. 440 s. ISBN 80-7038-078-0.
- 44) ŘÍČAN, P. *Cesta životem: vývojová psychologie*. 2. vydání. Praha: Portál, 2006. 390 s. ISBN 80-7367-124-7.
- 45) STARNOVSKÁ, T. Stravování a nutriční péče v domovech pro seniory. *Florence*, 2008, ročník IV, číslo 9, s. 343-345. ISSN 1801-464X.
- 46) SLABÝ, A. *Pastorální medicína a zdravotní etika*. Praha: Karolinum, 1991. 186 s. ISBN 80-7066-411-8.
- 47) SÝKOROVÁ, D. *Autonomie ve stáří: Kapitoly z gerontosociologie*. 1. vydání. Praha: Sociologické nakladatelství slon, 2007. 284 s. ISBN 978-80-86429-62-5.
- 48) ŠTILEC, M. *Program aktivního stylu života pro seniory*. 1. vydání. Praha: Portál, 2004. 136 s. ISBN 80-7178-920-8.
- 49) TOMANOVÁ, J. Hodnocení stavu výživy u seniorů. *Diagnóza v ošetrovatelství*, 2008, ročník IV, číslo 4, s. 14-15. ISSN 1801-1349.
- 50) TOMANOVÁ, J. Vliv soběstačnosti na stav výživy u seniorů. *Diagnóza v ošetrovatelství*, 2008, ročník IV, číslo 8, s. 18-19. ISSN 1801-1349.

- 51) TOPINKOVÁ, E. *Geriatric pro praxi*. 1. vydání. Praha: Galén, 2006. 270 s. ISBN 80-7262-365-6.
- 52) TRACHTOVÁ, E. et al. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 2. vydání. Brno: IDV PZ, 2001. 186 s. ISBN 80-7013-324-8.
- 53) Učební dokumenty: *Zdravotnický asistent 53-41-M/007*, MŠMT schválilo 17.12.2003, č. j. 33318/2003-23, s platností od 1.9.2004. Praha: NÚOV, 2004.
- 54) VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie*. 2. vydání. Praha: Karolinum, 1999. 353 s. ISBN 80-7184-803-4-
- 55) VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie: dětství, dospělost, stáří*. 1. vydání. Praha: Portál, 2000. 528 s. ISBN 80-7178-308-0.
- 56) VALENTOVÁ, K. *Zvířátka pomocníky. Sestra*, 2002, ročník XII, číslo 7-8, s. 62. ISSN 1210-0404.
- 57) VAVERKOVÁ, L. *Ergoterapie a deprese u seniorů. Florence*, 2006, ročník II, číslo 4, s. 36. ISSN 1801-464X.
- 58) VENGLÁŘOVÁ, M. *Problematické situace v péči o seniory*. 1. vydání. Praha: Grada, 2007. 96 s. ISBN 978-80-247-2170-5.
- 59) VYBÍRAL, Z. *Psychologie komunikace*. 1. vydání. Praha: Portál, 2005. 320 s. ISBN 80-7178-998-4.
- 60) ZACHAROVÁ, E. *Komunikace s vážně nemocným pacientem. Florence*, 2008, ročník IV, číslo 1, s. 31. ISSN 1801-464X.
- 61) ZAVÁZALOVÁ, H. *Vybrané kapitoly ze sociální gerontologie*. 1. vydání. Praha: Karolinum, 2001. 97 s. ISBN 80-246-0326-8.

9 Seznam příloh

Příloha č. 1

Sémantický diferenciál

Příloha č. 1

Vážení studenti,

obracím se na vás s prosbou o vyplnění tohoto dotazníku, který bude sloužit jako podklad pro vypracování výzkumné části mé diplomové práce. Na číselné škále označte, ke které z vlastností se přikláníte. Čísla jsou jako známky ve škole. Dotazník je anonymní a bude sloužit pouze pro účely této práce.

Děkuji za ochotu a čas, který jste mi věnovali.

Př: Senior je pro mne jednoznačně krásný, označím známkou 1.

Př: Senior je pro mne jednoznačně ošklivý, označím známkou 5.

Věk:

Pohlaví:* žena muž

Studijní ročník:

Bydliště:* město venkov

nehodící se škrtněte

vlastnost	1	2	3	4	5	vlastnost
krásný						ošklivý
důležitý						zbytečný
moudrý						hloupý
rychlý						pomalý
tolerantní						netolerantní
ohleduplný						bezohledný
spokojený						nespokojený
vděčný						nevďečný
pokrokový						staromódní
realista						idealista
čistý						špinavý
vstřícný						sobecký
soběstačný						nesoběstačný
aktivní						pasivní
hodný						zlý
příjemný						nepříjemný
veselý						smutný
komunikativní						nekomunikativní
schopný						neschopný
spolupracující						nespolupracující
přizpůsobivý						tvrdohlavý
optimista						pesimista
zábavný						nudný
zdravý						nemocný
upřímný						falešný
má zájem						lhostejný
pravdomluvný						lhář
výřečný						málomluvný

Preferujete seniory jako své pacienty?

ano

ne

Na druhé straně listu můžete vyjádřit svými slovy váš názor na seniory (co vám na seniorech vadí, co se vám na nich líbí atd.)