

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

DIPLOMOVÁ PRÁCE

2014

Bc. Dita Kalfeřtová

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

Studijní program: Ošetrovatelství 5341

Bc. Dita Kalfeřtová

Studijní obor: Ošetrovatelství ve vybraných klinických oborech

MANAGEMENT ŽIVOTNÍHO STYLU SENIORŮ

Diplomová práce

Vedoucí práce: Mgr. Lenka Kroupová

PLZENĚ 2014

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně a všechny použité zdroje jsem uvedla v seznamu použitých zdrojů.

V Plzni dne 31. 3. 2014

.....

vlastnoruční podpis

Poděkování:

Děkuji Mgr. Lence Kroupové za odborné vedení diplomové práce a poskytování cenných rad. Dále děkuji seniorů za vyplnění dotazníků, bez jejichž ochoty by tato práce nemohla být realizována.

Anotace

Příjmení a jméno: Bc. Kalfeřtová Dita

Katedra: Ošetřovatelství a porodní asistence

Název práce: Management životního stylu seniorů

Vedoucí práce: Mgr. Lenka Kroupová

Počet stran – číslované: 100

Počet stran – nečíslované: 32

Počet příloh: 7

Počet titulů použité literatury: 71

Klíčová slova: ageismus – management – stárnutí – stáří – senior – životní styl – sociální péče – zdravotní péče

Souhrn:

Diplomová práce je zaměřena na management životního stylu seniorů. Práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část. Teoretická část je věnována vysvětlení pojmů vztahujících se k tématu, jedná se o stárnutí a stáří, životní styl, potřeby seniorů, sexualita seniorů, senior a rodina, zdravotní a sociální péče o seniory, podpora zdravého stárnutí a management. Praktická část interpretuje a prezentuje průběh a získané výsledky výzkumného šetření.

Annotation

Surname and name: Bc. Kalfeřtová Dita

Department: Nursing and midwifery

Title of thesis: Management of quality of life in elderly

Consultant: Mgr. Lenka Kroupová

Number of pages – numbered: 100

Number of pages – unnumbered: 32

Number of appendices: 7

Number of literature items used: 71

Keywords: ageism – management – aging – age – senior – lifestyle – social welfare – health care

Summary:

The dissertation focuses on management lifestyle of seniors. This work is divided into theoretical and practical part. Theoretical part includes description of terms related to the main topic such as ageing, senescence, lifestyle, needs of seniors, their sexuality, senior and family, health and social care for seniors, support of healthy ageing and management. Practical part interprets and presents the process and results of research study.

OBSAH

ÚVOD.....	9
TEORETICKÁ ČÁST	11
1 STÁRNUTÍ A STÁŘÍ	11
1.1 Defínování stárnutí a stáří.....	12
1.2 Gerontologie a další obory.....	13
1.3 Členění stáří	14
1.3.1 Kalendářní (chronologické) stáří	14
1.3.2 Biologické stáří.....	15
1.3.3 Sociální stáří	15
1.4 Teorie stárnutí	16
1.5 Změny ve stáří	17
1.5.1 Biologické změny	17
1.5.2 Psychické změny	19
1.5.3 Sociální změny	20
1.6 Adaptace na stáří.....	20
1.7 Pohled společnosti na stáří.....	21
1.7.1 Mýty o stáří.....	22
1.7.2 Ageismus	23
1.8 Příprava na stáří	26
2 POTŘEBY SENIORŮ	28
3 SEXUALITA SENIORŮ	30
4 SENIOR A RODINA	32
5 ŽIVOTNÍ STYL	33
5.1 Životní styl seniorů	34
5.2 Složky životního stylu s přihlédnutím na seniory.....	35
5.2.1 Výživa.....	35
5.2.2 Kouření	36
5.2.3 Alkohol	37
5.2.4 Volnočasové aktivity	38
5.2.5 Spánek	43
5.3 Zdravý životní styl	44
5.3.1 Zásady zdravého stravování	44
5.3.2 Vhodné pohybové aktivity	46
5.3.3 Duševní hygiena	47
6 ZDRAVOTNÍ A SOCIÁLNÍ PÉČE O SENIORY	48

6.1	Zdravotní péče o seniory.....	48
6.2	Sociální péče o seniory	50
7	PODPORA ZDRAVÉHO STÁRNUTÍ.....	52
8	MANAGEMENT	54
	PRAKTICKÁ ČÁST	55
9	FORMULACE PROBLÉMU	55
9.1	Hlavní problém	55
9.2	Dílčí problémy	55
10	CÍL A ÚKOL VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ.....	55
11	METODIKA	56
12	HYPOTÉZY	57
13	VZOREK RESPONDENTŮ	58
14	PREZENTACE A INTERPRETACE ZÍSKANÝCH ÚDAJŮ	60
15	DISKUZE	90
	ZÁVĚR.....	99
	SEZNAM ZDROJŮ	101
	SEZNAM TABULEK	107
	SEZNAM GRAFŮ	108
	SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK	109
	SEZNAM PŘÍLOH	110
	PŘÍLOHY	111

ÚVOD

V současné době mají lidé možnost prožít mnohem delší život, než to mu bylo v minulosti a v této souvislosti se mění i životní styl, možnosti a očekávání seniorů. Jeden z aspektů ovlivňující chod společnosti je problematika stárnutí, stáří a život seniorů. Proto se tato problematika stává čím dál více aktuálnější a diskutovanější, a to především z důvodů politických, ekonomických a sociálních, jelikož tyto oblasti jsou nejvíce ovlivňovány narůstajícím počtem seniorské populace. Statistická data dokazují, že se zvyšuje podíl seniorů a snižuje se míra porodnosti. V roce 2050 bude v České republice žít přibližně půl miliónů občanů ve věku 85 a více a skoro tři milióny osob ve věku nad 65 let. Je předpokládáno, že v období mezi rokem 2000 až 2050 bude ve vyspělých zemích třikrát vyšší podíl lidí starších 80 let. (1, s. 7, 2)

Období stárnutí a stáří je většinou doprovázeno změnami, které mají regresivní charakter. Změny probíhají v různých oblastech života seniora a mohou vést k negativním postojům společnosti k období stárnutí a stáří, které je chápáno jako období nemoci, nemožnosti a samoty. Je velice důležité změnit negativní postoje společnosti vůči seniorům a přijmout opatření v řadě oblastí. Změna může nastat, jakmile dojde k odstranění mýtů o stáří a to nelze bez analýzy životních potřeb a pochopení problémů seniorů. (1, s. 7)

Společnost pro seniorskou populaci zajišťuje velké množství různých aktivit. Vzhledem k těmto aktivitám může senior zůstat užitečnou a důstojnou osobou společnosti a především si může zajistit smysluplný a aktivní život. Není možné stáří pojímat jako konečnou etapu lidského života, nýbrž jako další fázi života, kterou je zapotřebí si dostatečně užívat.

Jak již bylo zmíněno, populace stárne a proto je nezbytné problematiku stárnutí a stáří dostat do povědomí celé společnosti. Uvědomit si, že aktivní stylem života se dá žít v kterémkoli věku. Cílem této práce je přispět k odbourání mýtů o stáří, k pochopení života seniorů, a to především jejich hodnot, potřeb a způsobu života, a poukázat na to, že tato životní etapa se dá prožít plnohodnotně.

Toto téma jsem si zvolila hned z několika důvodů. Nejen proto, že se seniory přicházím do kontaktu každý den, ať již osobně, v práci nebo prostřednictvím médií. Ale také proto, že ho považuji za poutavé a závažné téma, kterému bych chtěla více porozumět a obohatit si vědomosti o nové informace týkající se seniorů.

Diplomová práce se skládá z teoretické a praktické části. Teoretická část obsahuje osm kapitol, které na sebe logicky navazují. První kapitola pojednává obecně o stárnutí a stáří a je velmi důležitá k pochopení této problematiky, proto je umístěna jako první. Je zde uvedena definice stárnutí a stáří, členění stáří, teorie stárnutí, změny doprovázející stárnutí a stáří. Závěr této kapitoly je věnován adaptaci a přípravě na stáří. Druhá kapitola se zabývá potřebami seniorů. Znat potřeb seniorů je nezbytné hlavně při péči o seniory ve zdravotních nebo sociálních zařízeních, ale i v běžném životě, jelikož senioři s uspokojenými potřebami jsou šťastnější a spokojenější. Třetí kapitola je věnována sexualitě seniorů. Sexualita je jednou z lidských potřeb, proto je tato kapitola umístěna za potřebami seniora, ale zároveň je to samostatná kapitola, kvůli neustálému tabuizování tohoto tématu. Čtvrtá kapitola je nazvána senior a rodina. Rodina je pro seniora nezastupitelná, dává mu pocit jistoty a bezpečí, proto je nezbytné tuto kapitolu uvést. Pátá kapitola poskytuje obecné informace o životním stylu, ale také o specifikách životního stylu seniorů. Jsou zde vysvětleny jednotlivé složky životního stylu, které jsou zaměřeny na seniory. Závěrem této kapitoly je zdravý životní styl, kde jsou uvedena doporučení jak se správně stravovat, pohybovat a v neposlední řadě i jaké jsou zásady pro duševní hygienu seniorů. Šestá kapitola zasvěcuje do nabídky zdravotních a sociálních služeb pro seniory. Sedmá kapitola je věnována programům, které jsou určeny na podporu zdravého stárnutí. Poslední kapitola v teoretické části je pojmenována management, kde je stručně uveden význam i pojetí problematiky v českém prostředí.

Praktická část diplomové práce je zaměřena na životní styl seniorů. Výzkumné šetření bylo provedeno kvantitativní metodou pomocí dotazníku vlastní konstrukce. Cílem výzkumného šetření je zjistit, zda mají senioři zdravý životní styl a jaké jsou rozdíly životního stylu u seniorů žijících v domácím prostředí, dále u seniorů žijících v domácím prostředí s využíváním služeb domácí péče nebo pečovatelské služby a u seniorů žijících v domově pro seniory. Zjištění rozdílnosti životního stylu u těchto jednotlivých skupin seniorů je zaměřeno na několik oblastí, jedná se o výživu, kouření, alkohol, volnočasové aktivity a spánek. Tyto oblasti jsou charakteristickými složkami životního stylu. Výsledkem práce je identifikace způsobu života seniorů žijících v rozličných podmínkách, na něž navazuje informační brožura obsahující zásady zdravé výživy, vhodné pohybové aktivity, zásady duševní hygieny a seznam služeb v České republice pro seniory.

TEORETICKÁ ČÁST

1 STÁRNUTÍ A STÁŘÍ

Život každého člověka probíhá od narození až ke smrti v určitých vývojových etapách. Každé vývojové období umožňuje určité možnosti, ale má také různá omezení. Od okamžiku, kdy se člověk narodí, začíná stárnout a pomalu se každým dnem stáří přibližuje, proto hodně záleží na daném člověku, jak se na stáří připraví a jak u něho stárnutí a stáří bude probíhat. Je důležité si uvědomit, že etapa stáří je jako každá jiná. Období stáří trvá zhruba 30 – 40 let a je vlastně stejně dlouhé jako dospělost a mládí. V mnoha případech je stáří chápáno spíše negativně, protože je bráno z pohledu ztrát možností a radostí ze života. Stáří, ale vůbec takové nemusí být. Pohled většiny lidí na stáří a seniory je hodně jednostranný, představují si nesoběstačnou osobu, neschopnou samostatného života a závislou na pomoci druhých lidí. Jsou lidé, kteří stáří chápou jako jedno z nejkrásnějších období, protože mají dostatek času k realizaci všeho, co zatím v životě nestihli. (3, s. 14, 4, s. 11)

V současné době dochází k výrazným demografickým změnám obyvatelstva a to tím, že se prodlužuje střední délka života, to je největší úspěch 20. století. Pro společnost a daného člověka to znamená novou situaci. Jedinec se mnohdy teprve učí přijímat skutečnost, že i ve vyšším věku lze žít zajímavým a plnohodnotným životem. (5, s. 12)

Na prodlužování lidského života je kladen velký důraz, ale je také důležité dbát na kvalitu prožívaného života, jako je správná životospráva a psychická pohoda. Na stáří by se měl každý člověk připravovat už od dospělosti, a to jak po stránce materiální, tak i vytvořením nového životního poslání. (6, s. 6)

Hlavně mladí lidé, kteří jsou ekonomicky činní, by měli rozhodovat a spolurozhodovat o tom, jak kvalitně budou žít dnešní senioři a tím si současně připravují dobré či špatné podmínky pro vlastní stáří. (7, s. 20)

Je důležité poskytnout seniorům dostatečný prostor k aktivní spolupráci na životě společnosti a jejím rozvoji. Současně se senioři musí naučit využívat nabízených možností k posílení vlastního postavení, k dosažení bezpečného stárnutí a k rovnoprávnému zapojení. (8, s. 14)

Je všeobecně známé a uznávané, že každý člověk stárne. V lidském životě je stárnutí jedinou spravedlivou jistotou. Mnoho lidí o svém stárnutí a stáří neuvažuje do doby, než se jich začne opravdu týkat. Situaci seniorů ještě více zhoršuje dnešní

tzv. ideál mládí, kde je důležitý rychlý životní styl, kterého je třeba využít ještě dříve, než se dostaví stárnutí a stáří. (7, s. 17)

Moderní lidé se snaží stárnutí „uniknout“ tím, že žijí „mladý“ životní styl a to bohužel i tehdy, kdy je to v jejich věku směšné. Stále více žen i mužů využívá moderní metody medicíny, jako je plastická chirurgie a doufá, že tím svoje stárnutí pozastaví. (7, s. 17)

1.1 Definování stárnutí a stáří

Existuje mnoho definic procesu stárnutí a stáří, ale žádná není absolutní a definitivní. Jarošová cituje Wievegga, podle kterého omezuje stálé a přesné vymezení definic velké rozdíly v projevech stáří u daného jedince (např. odlišnost mezi fyzickými a psychickými změnami), interindividuální variabilita (u jedinců stejného kalendářního věku probíhá stáří rozdílně), sociokulturní aspekt hodnocení stáří (jiná hodnotící kritéria z hlediska sociálního, kulturního, historického) a v neposlední řadě prodlužující se věk. (9, s. 7)

Štilec uvádí: *„Stárnutí lze považovat za přirozený a biologicky zákonitý proces, který se projevuje sníženou adaptační schopností organismu a úbytkem funkčních rezerv.“* (5, s. 14)

Langmeier a Krejčířová definují stárnutí: *„Jako souhrn změn ve struktuře a funkcích organismu, které podmiňují jeho zvýšenou zranitelnost, pokles schopností a výkonnosti jedince, které kulminují v terminálním stadiu a ve smrti.“* (10, s. 202)

Mühlpachr uvádí, že *„Stáří není choroba, je však spojeno se zvýšeným výskytem nemocí a zdravotních potíží, které se vyskytují mnohočetně, ve vzájemné kombinaci a se sklonem k chronicitě. Kromě smrti je hlavní hrozbou chorob ztráta soběstačnosti.“* Zvyšujícím se věkem se soběstačnost snižuje a senior nemá možnost veškeré činnosti provádět samostatně bez pomoci druhých lidí. (11, s. 39)

Kalvach charakterizuje stáří jako pozdní fázi ontogeneze. Jedná se o projev a důsledek involučních změn, jak funkčních tak i morfologických, které probíhají svou specifickou rychlostí a u každého se individuálně liší. (12, s. 47)

Dle Křivohlavého je stárnutí projevem pozdější fáze života, zatímco dle Dienstbiera začínáme stárnout již od narození. (13, s. 19, 14, s. 13)

Období stárnutí a stáří je spojováno s očekávanými problémy, jako je ztráta soběstačnosti, snížení mentálních funkcí, omezením kontaktů a ztráta seberealizace. Tyto problémy jsou neopodstatněné, protože při normálním průběhu stárnutí a stáří k těmto

problémům nemusí dojít. U každého jedince probíhá proces stárnutí zcela individuálně. (3, s. 14)

Stárnutí a stáří je životní období jako každé jiné, které má stejně jako ta předchozí své radosti, naproti tomu i smutky, naděje i zklamání, hodnoty i trápení. Je důležité, aby se všichni naučili umění stárnout, neboť i kvalita života ve stáří a jeho smysl záleží do značné míry na přístupu a postojích každého člověka. (15, s. 13)

Gruss cituje Baltese, podle kterého má stáří i své silné stránky. V popředí stojí životní a každodenní zkušenost. Staří lidé mohou dosahovat lepších výsledků než mladší lidé, a to především v kategoriích jako je např. emocionální inteligence a moudrost. Podobné je to v určitých oblastech umění a vysoce odborných profesních znalostech, jako např. starší skladatelé, spisovatelé. (16, s. 13)

„Podle teorie psychosociálního vývoje E. H. Eriksona je hlavním vývojovým úkolem stáří dosáhnout integrity v pojetí vlastního života.“ To se projevuje přijetím svého života, jeho pojetím jako celku, který měl smysl. Starý člověk potřebuje posuzovat vlastní život kladně, bez velké lítosti nad tím, co mohlo být jinak, aby mohl přijmout i jeho konec. To zahrnuje i přijetí vlastní nedokonalosti, smíření se svými chybami a vyrovnání se vším, co se nepodařilo. (17, s. 299)

Stárnutí lze dělit na fyziologické a patologické. Fyziologický typ stárnutí je naprosto přirozený, představuje normální součást lidského života. Jedná se o zákonitý vývoj jedince od oplození až po smrt. Druhý patologický typ stárnutí je spojován s předčasným stárnutím nebo sníženou soběstačností. (3, s. 14)

Nazývání jedince prožívajícího etapu stáří je různorodé a rozmanité. V odborné literatuře se objevují různé termíny. Gerontologie pracuje s pojmem geront, což může vyvolat představy o nesoběstačném člověku. Psychologie využívá pojem senescent, jehož použití je zastaralé. Také pojem důchodce je nevhodný, jelikož označuje pouze jedince pobírajícího starobní důchod. V současné době, jako nejvhodnější, se ustálil termín senior, který je považován za významově neutrální, protože v sobě nemá žádný emocionální nádech. Termín senior nahrazuje specifické označení starého člověka z pohledu různých vědeckých disciplín, jako je např. medicína, psychologie a sociologie. (9, s. 9)

1.2 Gerontologie a další obory

Gerontologie je nauka o stárnutí a stáří. Zabývá se problematikou starých lidí a života ve stáří. Obor se orientuje na specifické potřeby a na zkvalitňování života starých lidí. Podle Webera není jen cílem zabývat se degenerativními onemocněními u starých lidí,

ale v první řadě základními fyziologickými mechanismy stárnutí. Gerontologie se tradičně člení do tří hlavních proudů: experimentální, sociální a klinická. (12, s. 48, 3, s. 23)

Gerontologie experimentální se zabývá stárnutím živých organismů. Umožňuje předvídání procesů stárnutí a jeho prevenci. (12, s. 48 – 49)

Sociální gerontologie analyzuje vzájemné vztahy starého člověka a společnosti tím, co staří lidé od společnosti potřebují a jak stárnutí populace ovlivňuje společnost a její rozvoj. Jedná se o širokou problematiku zahrnující sociologii, politologii, demografii, psychologii a mnoho dalších oborů. (12, s. 48 – 49)

Klinická gerontologie, v širším slova smyslu geriatrie, se zabývá problematikou zdraví, zvláštnostmi chorob ve stáří, specifickými aspekty jejich výskytu, klinickým obrazem, průběhem, léčením i sociálními souvislostmi. (12, s. 48 – 49) V České republice je geriatrie samostatný specializační lékařský obor, který vychází z vnitřního lékařství a zabývá se kromě interní problematiky i problémy rehabilitační, psychiatrické, ošetrovatelské atd. (11, s. 11)

Gerontopedagogika je v užším slova smyslu disciplína zabývající se výchovou a vzděláním seniorů. V širším slova smyslu zabezpečuje podporu a pomoc seniorům při uspokojování jejich potřeb. (3, s. 23)

1.3 Členění stáří

Průběh lidského života bývá různým způsobem členěn. Jednotlivých klasifikací existuje nepřeberné množství. Jednotné členění stáří je velmi obtížné. Příčinou obtížného vymezení stáří jsou individuální příčiny a projevy, které nastupují v různém věku. Tudiž je nejčastější členění stáří na kalendářní, biologické a sociální stáří. (12, s. 47)

1.3.1 Kalendářní (chronologické) stáří

Je vymezeno dosažením období od narození do smrti. Výhodou tohoto členění je jeho jednoznačnost a nevýhodou je, že nebere v úvahu interindividuální variabilitu. S rozvojem společnosti se věková hranice stále mění. V roce 1800 byl za starého člověka označován člověk, kterému bylo 40 let. V roce 1900 to byl člověk padesátiletý a v současné době se dolní hranice stáří udává věkem 65 let. (10, s. 203 – 204)

V současné době se nejvíce uplatňuje následující členění: **mladí senioři** ve věku 65 až 74 let, **starší senioři** v rozmezí 75 až 84 lety a **velmi staří senioři** ve věku nad 85 let. (11, s. 21)

Vágnerová člení stáří na dvě období, a to na rané stáří a pravé stáří. **Rané stáří** je ve věku 60 až 75 let, kdy dochází ke změnám, ale nemusejí být tak velké, aby člověku podstatně změnilo jeho současný život. **Pravé stáří** nastupuje ve věku nad 75 let. Toto období je charakteristické nárůstem problémů daných tělesných a psychických změn a také zvýšením zátěžových situací. (17, s. 299, s. 398)

Šramo uvádí základní klasifikaci vyššího věku podle Světové zdravotnické organizace: **Střední či zralý věk**, kde je věkové rozpětí mezi 45 až 59 lety. Období od 60 do 74 let je označováno jako **vyšší věk nebo také rané stáří**. **Počátek vlastního stáří** je ve věku mezi 75 až 89 lety. Poslední období je označováno za **dlohověkost**, které je od 90 let a více. (18, s. 20)

Hrozenská a Dvořáčková dělí stáří na tři podobdobí. Období **počátečního stáří**, které je ve věku od 60 do 65 let. Období od 75 let věku je označováno jako **pokročilé stáří**. Poslední etapa je **vrcholné stáří** probíhající od 90 let věku, které může být nazýváno dlohověkostí. (19, s. 13)

1.3.2 Biologické stáří

Je to hypotetické označení míry involučních změn, které jsou spojeny s onemocněním tohoto věku. Pokusy o určení biologického stáří, které by bylo přesnější než kalendářní stáří, se nezdařily a stanovení tohoto stáří ani jeho dílčích variant se nevyužívá. (11, s. 19)

Biologické stárnutí a stáří má individuální charakter, který mu dávají genetické dispozice, různě rychle nastupuje úbytek funkcí daných orgánů a výskyt nemocí. (6, s. 10)

V gerontologii je určování biologického věku ústřední, a to jak po stránce verifikace teorií, tak i pro ověřování postupů, které směřují ke zpomalení procesu stárnutí. Gerontologové se dlouhou dobu snaží objevit žádoucí indikátory stárnutí. (8, s. 34 – 35)

1.3.3 Sociální stáří

Kalvach charakterizuje sociální stáří jako proměnu sociálních rolí a potřeb, životního stylu i ekonomického zajištění. Pojem upozorňuje na společné problémy seniorů jako je např. ztráta životního programu, osamělost, riziko ztráty soběstačnosti, segregace a diskriminace. Za začátek toto období obecně uvádí vznik nároku na starobní důchod. (12, s. 47)

Dle Mühlpachra je sociální stáří rozděleno do tří až čtyř velkých období, tzv. věků. První věk neboli předproduktivní, do kterého je zařazeno období dětství a mládí.

Druhý věk je označován jako produktivní, kam patří období dospělosti. Třetí věk je postproduktivní, kde již začíná postupný úbytek sil a člověk přestává produkovat hodnoty. Poslední čtvrtý věk také označován jako fáze závislosti. Toto tvrzení ale odporuje konceptu úspěšného stárnutí, které předpokládá soběstačnost jedince do pozdního věku. (11, s. 19 – 20)

Na rozdíl od Kalvacha diferencuje Mühlpachr stáří jako: biologické, sociální, kalendářní a dlouhověkost. (11, s. 19 – 21) I Haškovcová člení stáří trochu jiným způsobem, a to na kalendářní (chronologický) věk, sociální věk, psychologický věk a biologický (funkční) věk. (7, s. 22 – 25) A v neposlední řadě vymezení stáří dle Jarošové na biologické, psychologické a sociální. (9, s. 10)

1.4 Teorie stárnutí

Pro objasnění stárnutí organismu existuje celá řada teorií, které vysvětlují a chápou příčiny stárnutí z pohledu biologických změn, sociálních a psychologických vlivů. (3, s. 16)

Teorie volných radikálů je založená na radikálech, což jsou vysoce reaktivní látky. Radikály stoupají při chorobných stavech organismu. Vyskytují se nejčastěji ve formě kyslíku. „*Volné radikály vstupují do reakcí s biologicky významnými molekulami a mění jejich chemické složení a funkci, což následně vede ke stárnutí buněk.*“ (19, s. 29) Užívání antioxidantů je nevhodnější prevence proti volným radikálům.

Neuroendokrinní teorie spatřuje příčinu stárnutí v hormonálních změnách. Moderní endokrinologie vidí příčinu stárnutí ve změnách spojených s pohlavním stárnutím, které hlavně probíhají v hypotalamu. Hypotalamus je spojený s biologickými hodinami. Další změny ovlivňující proces stárnutí jsou změny v hormonech nadledvinek a imunitním systémem, o které se věda také velmi zajímá. (20, s. 22)

Teorie programového stárnutí pojímá proces stárnutí jako výsledek použití určitého genetického plánu, tedy geneticky předurčený jev. Platnost požadavků o časové omezenosti se očekává u funkce jednotlivých genů či skupin genů. (8, s. 29)

Teorie o rychlosti života definoval a představil Pearl, kterého cituje Jarošová: „*délka života závisí na rychlosti, s jakou organismy vydávají energii.*“ Jarošová ve své publikaci uvádí, že Sohal posílil tuto teorii svými výsledky měření fyzické aktivity populace, které ukazovaly, že lidé s větší pohyblivostí žijí kratší dobu nežli lidé méně aktivní. (9, s. 13)

1.5 Změny ve stáří

„Každý člověk se rodí s určitými dispozicemi, a to jak bude reagovat na situace ve svém životě, je ovlivněno jeho genetickými předpoklady, životními zkušenostmi, prostředím, ve kterém žije.“ Každý žije svůj život svým jedinečným způsobem, ale přesto jsou zde významné okamžiky, které se objevují se stoupajícím věkem. Změny způsobené procesem stárnutí se projevují v rovině tělesné, psychické a sociální. Roviny se vzájemně propojují. (21, s. 11 – 15)

1.5.1 Biologické změny

Staří lidé se od mladých lidí odlišují tělesnými projevy, které jsou označovány jako fenotyp stáří. Biologické změny v procesu stárnutí probíhají na fyziologické úrovni, postihují tělesné tkáně a orgány. Je důležité podotknout, že neprobíhají u každého člověka stejně, jelikož jsou ovlivňovány genetickými dispozicemi a životním stylem daného jedince. (1, s. 12, 4, s. 19)

Obecně lze říci, že biologické změny se projevují menší výkonností a koordinovaností tělesných funkcí a opotřebeností tělesných orgánů. Zmenšují se všechny orgány a tkáně, jako následek ubývání vody v lidském těle. (20, s. 68)

V pohybovém systému dochází ke změnám, které jsou spjaté s výškou a váhou seniora. Snižuje tělesná výška, která se již po 60. roce života zmenšuje o 3 – 5 cm. Úbytek tělesné výšky je způsoben atrofií meziobratlových plotének a svalovou ochablostí. Někteří senioři nejsou schopni udržet postavu zpříma, to se děje kvůli ochabování kosterních svalů. Ve stáří se mění chemická stavba kostí. Změna spočívá ve snížení obsahu vápníku, kosti řidnou a jsou křehčí, proto v tomto období přibývá více úrazů a následně fraktur. Tělesná hmotnost naopak stoupá. Dochází k tomu do 70 až 80 let, pak dochází k poklesu tělesné váhy. Důležitější však je, že ubývá aktivní tělesná hmota a naopak přibývá tuk a vazivo. To, jaký bude poměr mezi svalovou hmotou a tukem, lze významně ovlivnit životním stylem. (12, s. 100, 20, s. 68, 22, s. 21)

V kožním ústrojí dochází ke snížení činnosti mazových žláz. Kůže je suchá, tenká, svráštělá a vznikají na ní vrásky, děje se tak kvůli poklesu její pružnosti a ubývání podkožního tuku. Objevuje se stařecká pigmentace hlavně na nekrytých částech těla, což je projevem nahromadění melanocytů. Vlasy ve stáří šediví a řidnou. Na nehtech se objevují podélné rýhy a jejich růst je pomalejší. (9, s. 22, 22, s. 21)

Kardiopulmonální systém prochází řadou změn. Snižuje se funkce plic a klesá vitální kapacita plic. Srdce přečerpá menší množství krve, tím klesá průtok krve všemi

orgány a to především ledvinami. Klesá elasticita cév a může se objevit pružnicková hypertenze, která se vyznačuje zvýšeným systolickým tlakem při normální hodnotě diastolického tlaku. Dochází ke kornatění cév. Při zvýšené zátěži se vyskytuje dušnost, to se děje kvůli snížené výkonnosti levé srdeční komory a tím může dojít k levostrannému srdečnímu selhání. (4, s. 20)

Trávicí systém bývá postižen nejméně, ale i zde jsou zřetelné změny. Snižuje se množství trávicích šťáv. Je zpomalená motilita orgánů trávicí trubice, což vede k chronické zácpě. Dále je snižena absorpce vitamínů, živin a dalších látek. V dutině ústní se může dojít ke ztrátě chrupu. (22, s. 22)

Je podstatné se zastavit i u pohlavního a vylučovacího systému. U některých seniorů dochází k poklesu pohlavní aktivity. U mužů jsou pohlavní změny pomalejší. Varlata tvoří spermie, ale snižuje se jejich počet. U žen jsou změny výraznější, je ukončena sekrece pohlavních hormonů, zmenšuje se mléčná žláza a snižuje se zvlhčující schopnost pochvy. Ledviny mají menší očišťovací a koncentrační schopnost. U močového měchýře klesá kapacita a snižuje se elasticita uretry a také se zmenšuje síla svalových svěračů uretry, což může vést k močové inkontinenci. 15 až 30 % osob starších 60 let trpí močovou inkontinencí. Dále vlivem nižší kapacity močového měchýře se snižuje schopnost úplného vyprázdnění močového měchýře, tím dochází k postmikčnímu reziduu (v měchýři po vymočení zůstává více než 300 ml moči). (4, s. 21, 22, s. 22 – 23)

Zhoršuje se výkonnost smyslových orgánů - snižuje se chuť, čich, hmat, sluch i zrak. Chuť i čich se snižují zejména u kuřáků. U zraku klesá akomodační schopnost, zraková ostrost, citlivost na barvy a slábnou oční svaly. Je postižena především schopnost vidění do blízka. Oči bývají zapadlé kvůli ztrátě očnicového tuku. Ve stáří často vzniká glaukom (zelený zákal) a katarakta (šedý zákal). Také se objevují poruchy sluchu, které jsou častější u mužů. Atrofické změny sluchové dráhy se projevují zhruba po 60. roce života, které vedou ke stařecké nedoslýchavosti. Porucha sluchu ztěžuje komunikaci se seniorem. (9, s. 24)

V řeči seniora také dochází ke změnám, je pomalejší a málo dynamická. Ve stáří nastává ochabnutí hlasivek a může dojít k nesrozumitelné řeči vlivem úpadku centrální nervové soustavy. (20, s. 69)

Všechny strukturální a funkční změny mají vliv na vzhled i chování seniora. Změněné chování seniora se projevuje pocity nedůvěry a nejistoty. Senior se stále více zaobírá sám sebou, svými tělesnými změnami, které jsou úzce spjaty se změnami v psychickém vývoji člověka. (1, s. 12)

1.5.2 Psychické změny

Psychické změny se od těch biologických změn liší. Jsou pomalejší, skrytější, méně znatelné a jsou projevem změn v mozku i ve smyslových orgánech. Zrakové a sluchové vnímání je nepřesné a pomalé. Nedokonalé jsou procesy smyslové diferenciaci. Senior nezískává ze svého okolí potřebné informace a postupně může dojít k izolovanosti od reality. (20, s. 69)

Jarošová cituje Pacovského, podle kterého nemusí být změny jenom sestupného charakteru. Ke změnám ve smyslu zhoršení dochází např. v omezení tvůrčích schopností, k poklesu v sebehodnocení, vzrůstu úzkosti a nejistoty. Některé mohou zůstat nezměněné, kupříkladu slovní zásoba, jazykové dovednosti a intelekt. Naopak jiné mohou být dokonce i zlepšeny, třeba vytrvalost, trpělivost a schopnost úsudku. (9, s. 25)

V procesu stárnutí dochází k poruchám v reakčním čase, což se projevuje zpomalením v reakcích. Vhodné je poskytovat seniorovi větší prostor a čas pro uskutečnění dané činnosti. Objevuje se zpomalení psychomotorického tempa a s ním se mohou projevit i poruchy myšlení. Nejčastější poruchou myšlení je tzv. zabíhavé myšlení, které se projevuje sníženou schopností udržet myšlenku nebo ji naopak opustit, člověk neví, co chtěl říci dále. (23, s. 63)

Přibližně u 2/3 seniorské populace je vyšší citová nestálost a sklon k negativním emocím. Citové reakce jsou slabší, méně výbušné a převládá vážnost a pláč. Senior více trpí úzkostnými náladami a melancholií a s tím se objevují i pocity méněcennosti. V procesu stárnutí zesiluje egocentrismus, senior se nevhodně zabývá pouze sám sebou a soustředí se na své vlastní problémy. (20, s. 70)

K negativním změnám dochází i v procesu učení, především při řešení komplexních úkolů. Od rané dospělosti se snižuje schopnost učení a největší sestup se objevuje kolem 70 let života, což je způsobeno změnami v krátkodobé paměti, ale i složkami, které přímo s pamětí nesouvisí (percepční organizace, zaměření pozornosti). Poruchy paměti se projevují zejména ve složce vstřípivosti a v opětovném vybavení zapamatované informace. U seniorů je typické, že mají neporušenou dlouhodobou paměť a zhoršenou krátkodobou paměť. (9, s. 27)

Psychické změny v průběhu stárnutí mohou doprovázet i psychické poruchy, kterými se zabývá gerontopsychiatrie. Do typických psychiatrických onemocnění vznikajících u seniorů lze zařadit deprese. Nejčastější psychiatrickou nemocí ve stáří je demence. U seniorů se může objevit i delirium jako následek akutní neuropsychické

komplikace somatických chorob nebo vlivem psychického traumatu. Dále jsou také ve stáří časté psychické poruchy způsobené léky. (15, s. 34)

1.5.3 Sociální změny

Nejpodstatnějšími změnami v životě stárnoucích lidí jsou odchod do starobního důchodu, úmrtí partnera a vrstevníků a tzv. syndrom „prázdného hnízda“, což je osamostatnění dospělých dětí a narození vnoučat. (1, s. 11)

Odchod do starobního důchodu představuje snížení sociálních rolí a vztahů, ztrátu společenského postavení, změnu ekonomické situace a pocit nepotřebnosti. Řešením pro seniory je vyhledat si něco, s čím budou ojedinelí a zaslouží si tím vážnost, která předtím byla dána jejich pracovním zařazením. (24, s. 44)

Mužská populace seniorů hůře prožívá odchod do starobního důchodu, což dokazuje jejich zhoršující se životní spokojenost po 50 letech života. Jarošová cituje Bartka, který předpokládá, že ženy se lépe přizpůsobují na odchod do starobního důchodu, jelikož mají možnost pokračovat ve svých některých aktivitách, jako jsou třeba domácí práce, práce na zahradě a nákupy. (9, s. 30)

Další, již uvedenou změnou, je odchod dětí z domova. Partneri se po dlouhé době ocitají sami, pouze jeden s druhým. Pro manželský pár to znamená, že si musí najít nový způsob života bez dětí, o které se dlouhodobě starali a pečovali o ně. Tato změna může vést ke sblížení manželů nebo naopak se objeví trhliny a usadí se prázdnota. (1, s. 14)

Ondrušová cituje Vohralíkovou a Rabušice, podle kterých bude nadcházející generace seniorů vzdělanější, aktivnější, s vyššími nároky na životní úroveň a v relativně lepším zdravotním stavu. Proto se domnívají, že pro ně bude období stárnutí a stáří obdobím uvolnění a k realizaci svých zájmů. (15, s. 36)

1.6 Adaptace na stáří

Některý senior může období stárnutí a stáří chápat jako velmi pozitivní a plnohodnotný úsek života. Takovýto senior vyrovnaně přijímá svůj věk, užívá si zaslouženého odpočinku, umí si najít různé aktivity na vyplnění volného času a dokáže se přizpůsobit nastávajícím změnám. Ovšem jiný senior v sobě nemá schopnost a sílu přijmout a uznat přibývajícím věk se všemi nemocemi a omezeními, které může období stárnutí a stáří přinášet. Postoj ke stáří je individuální a závisí na spoustě okolností, jak se s nimi kdo vyrovná. Je mnoho odlišných způsobů a projevů v chování, přístupů

a životních stylů, které velmi vypovídají o tom, jak se daný senior vyrovnává či nevyrovnává se svým zvyšujícím se věkem. (3, s. 24)

Jarošová cituje Bromlee, který klasifikoval prožívání stárnutí a stáří a na základě postojů lidí k nastupujícímu stáří definoval pět strategických adjustačních modelů, tedy: konstruktivní přístup, strategie závislosti, obranná strategie, nepřátelský postoj, strategie sebenenávisti. (9, s. 28 – 29)

Člověk, který zaujímá **konstruktivní přístup**, je vyrovnaný se stárnutím, je soběstačný, klade na sebe přiměřené cíle a plány. Jeho vystupování je otevřené a tolerantní. Nemá problém navazovat nové kontakty s druhými lidmi. K životu přistupuje optimisticky, spokojeně a se smyslem pro humor. (9, s. 28)

Strategie závislosti se vyznačuje vynucováním pomoci a péče na druhých lidech. Senior využívá své zdravotní problémy a jiné obtíže jako manipulativní prostředek k ovlivnění svého okolí, aby mu bylo poskytnuto vše, co potřebuje. Tito lidé upřednostňují komfortní způsob života a spoléhají se na materiální zabezpečení od druhých lidí. (3, s. 25)

Obranná strategie je specifická pro profesně a společensky úspěšné lidi. Do této strategie patří lidé, kteří v životě spíše dávali, než brali. Odmítají přijmout stáří tím, že odmítají odchod do starobního důchodu a bojí se, že by byli na někom závislí. (9, s. 28)

Nepřátelský postoj je velmi náročný a zatěžující, jak pro samotného seniora, tak pro osoby v jeho okolí (příbuzné, sousedy, pečující). Postoj jasně sděluje, že senior nepřijal nepříznivé situace v jeho životě. Zaujímají ho takoví lidé, kteří přes veškerou svou snahu a vynaložené úsilí neměli příliš úspěšný život. Mají negativní emoce, jako je pocit křivdy, nenávisti, vzteku atd. Nespokojenost se svým životem, jak už se svým věkem, tak i se svou celoživotní situací, chtějí prožívat o samotě bez druhých lidí. Nepřátelství a obviňování je zakrývání jejich velké lítosti a silné emoční bolesti. (3, s. 25)

Strategie sebenenávisti vypovídá o silně negativním vztahu seniora k sobě samému, který může být vyhrocený až do pocitu sebenenávisti. Člověk nebyl v životě příliš prosperující, proto se zlobí sám na sebe a není schopen si to prominout. (3, s. 25)

Strategie se v průběhu života různě obměňují a infiltrují podle předchozích životních zkušeností a podle osobnostních rysů člověka. (9, s. 29)

1.7 Pohled společnosti na stáří

Pohled na stáří je v různých dobách a různých kulturách odlišný, např. japonská filozofie uvádí, že poslední třetina lidského života je nejdůležitější, jelikož jedinec v této vývojové fázi přetváří svět k lepšímu. Tyto slova vzbuzují respekt ke stáří. (25, s. 70)

V dřívějších dobách bylo stáří pokládáno za přirozený vývoj a převažovala úcta ke stáří, proto byli lidé automaticky připraveni postarat se o seniory. Především příbuzní, ale i blízcí a známí počítali s povinností postarat se o seniory vlastním přičiněním. (18, s. 27)

Pohled mladší generace na člověka odcházejícího do starobního důchodu je negativní, představují si starého člověka, který je nepotřebný, překážející a mladším ubírající prostor. Pro pomalejší, uvážlivější reakce je považují za neschopné, mají k nim nižší úctu, ohleduplnost, pochopení a odvracejí se od nich. Hlavním důvodem tohoto všeho je, že se v mladých lidech vytváří obraz vlastní budoucnosti. (18, s. 28)

Důležitým ukazatelem je vztah společnosti k seniorům, který velmi svědčí o její vyspělosti a morální úrovni. V české společnosti nelze nynější situaci klasifikovat jako uspokojivou a bezproblémovou. Převažuje zde řada nepříznivých projevů vypovídajících pro nedocenění stáří, ignoraci, zesměšňování a nerespektování starších osob. (3, s. 35)

Problémem je, že stále mladší lidé a děti devalvují vše, co ke stáří patří, a stále mladší lidé jsou označováni za staré, zbytečné a nepotřebné. Lidé, kterým je 50 let, jsou odmítáni do zaměstnání z důvodu svého „stáří“, a ani jim není dána šance ukázat své schopnosti a dovednosti. Mnoho pracovních pozic je omezeno věkem. Mladí lidé často nevhodně komentují přítomnost osob, které jsou mnohdy ještě v produktivním věku, na sportovních, kulturních i jiných aktivitách. (3, s. 35)

1.7.1 Mýty o stáří

Haškovcová uvádí typické mýty o stáří, které jsou utvářeny mladým, úspěšným, ambiciózním a ekonomicky prosperujícím lidstvem. (7, s. 42)

Mýtus falešných představ vychází z představ většiny lidí, že starý člověk nárokuje výhradně nebo zejména ekonomické a materiální zajištění. Společnost má pocit, že výborné nebo alespoň vyhovující materiální zabezpečení je základ osobní spokojenosti seniorů. Základní ekonomicko-materiální zabezpečení nelze zajisté zpochybnit, ale jsou známi bohatí nespokojenci a šťastní chudáci. (7, s. 42)

Mýtus zjednodušené demografie vznikl na základě mylného přesvědčení, že starým člověkem se stává jedinec v den odchodu do starobního důchodu. Mýtus absolutně opomíjí rozdíl mezi „mladými“ a „starými“ seniory i očividný fakt, že zásluhou stále se prodlužující střední délky života může jedinec prožívat smysluplný život i ve starobním důchodě. (7, s. 42)

Mýtus homogenity pojednává o tom, že zevnějšek seniorů je stejnorodý, proto se potřeby starých lidí neliší. Nelze vyvracet existenci některých stejných znaků pro stárnutí a stáří, ale není náležité dovozovat, že všichni senioři jsou stejní. (7, s. 42)

Mýtus neužitečného času je velmi vžitý. Každý senior je podle společnosti pokládán za neužitečného, protože kdo pracuje, je užitečný a naopak, kdo nepracuje „je k ničemu“ a „nic neznamenaá“. Toto tvrzení je velmi nebezpečné, protože vede k neúctě ke starým lidem. (7, s. 43)

Mýtus ignorace vznikl z pojmu „neužitečný“. Se starým člověkem se nemůže, nedá i nemá počítat, protože to není rovnocenný partner ani konkurent. Názory seniora jsou nepodstatné a nezajímavé. Senior stojí stranou a je možné ho beztrně ignorovat. (7, s. 43)

Mýtus schematismu a automatismu vychází z předpokladu, že senior už není schopen přijímat nové informace a přemýšlet o nich. Pouze mu zbylo ze svých letitých pracovních i životních zkušeností jen nepodstatný nástin automatismu určitých funkcí. (7, s. 43)

Mýtus o úbytku sexu spočívá v představě, že senioři nemají zájem o sexuální život. (7, s. 44)

Mýtus o lékařích, především těch, kteří se zabývají péčí o seniory. Mýtus tkví v chybné představě, že veškeré problémy seniorů vyřeší příslušný a k tomu odpovědný lékař. Lidé předpokládají, že jim medicína a správné léky navrátí zdraví a přinesou spokojenost a štěstí, aniž by pro to něco museli udělat. Je pravdou, že lékaři v některých případech léčí a pomáhají navracet ztracené zdraví, ale nezajistí osobní spokojenost a štěstí. Není možné počítat se zázračnými léky, které zvrátí a zastaví změny způsobené procesem stárnutí. (7, s. 44)

Mýtus o panu Alzheimerovi dříve také nazývaný mýtus o arterioskleróze. Skleróza je charakteristický projev stáří a trpí na ni všichni senioři. (7, s. 45)

Mýtus o chudobě seniorů je nejspíš důvodem nízkých starobních důchodů, ale i v neustálých reformách důchodového zabezpečení. Mladí lidé se obávají, že žádnou penzi nedostanou a naopak senioři mají strach, že jejich budou pozastaveny. (7, s. 45)

1.7.2 Ageismus

Jednoznačná definice ageismu není, jelikož se jedná o jedno z nejkompexnějších pojetí nynější sociální i politické vědy. Obsahuje celou řadu procesů na rovině individuální i strukturální. Poprvé se pojem ageismus objevuje v Americe koncem šedesátých let

20. století a použil ho Robert N. Butler, který byl ředitelem amerického Národního institutu pro stárnutí. (25, s. 69)

Prvotní Butlerova formulace identifikovala ageismus „*jako proces systematického stereotypizování a diskriminace lidí pro jejich stáří, které je manifestováno širokým spektrem fenoménů a stává se jednou účelnou metodou společnosti propagovat tento pohled na starší osoby s cílem setřást část vlastní zodpovědnosti vůči nim.*“ (25, s. 69 – 70)

Vidovičová uvádí následující definici ageismu. „*Ageismus je ideologie založená na sdíleném přesvědčení o kvalitativní nerovnosti jednotlivých fází lidského životního cyklu, manifestovaná skrze proces systematické, symbolické i reálné stereotypizace a diskriminace osob a skupin na základě jejich chronologického věku a/nebo na jejich příslušnosti k určité kohortě/generaci.*“ (26, s. 113)

Ageismu je možno považovat za nadřazený pojem věkové diskriminace starých lidí. Diskriminace je jeho důsledkem či projevem. Je to také soubor více elementů, např. intolerance, předsudků, stereotypů atd. a všeho, co se z velké části týká věku. Ageismus vychází z všeobecných pravd a tvrzení, které mají ve společnosti své velmi pevné kořeny a utvrzují tak předsudky. (27, s. 62)

1.7.2.1 Zdroje ageismu

Traxler uvádí čtyři zdroje ageismu, které vedou k negativním stereotypům a mýtům o stárnutí a stáří v západních zemích:

Strach ze smrti. Stáří je chápáno jako ekvivalent smrti. Smrt je vnímána a chápána velmi negativně, nikdo na ni nechce myslet a ani se jí zabývat. Ve východní filozofii je smrt pojímána jako zcela přirozená a nedílná součást lidského života, bohužel pro západní svět je toto tvrzení nepřijatelné. Hospice i obor paliativní péče se zasloužily o pozitivní změnu na pohled naší společnosti na smrt, ale stále mnoho lidí nemá vybudovaný vztah ke smrti. Řešením této situace je návrat do svého nitra a sjednocení životní cesty spolu s duchovní. (3, s. 38)

Důraz na mládí a fyzickou krásu. Ideálem současné společnosti je mládí a krása. Nezkušenému mládí postačí, když bude mít dobrý fyzický vzhled a nic víc není zapotřebí. Důraz na mládí nespočívá jen v tom, jak jsou senioři vnímáni společností, ale také jak vnímají sami sebe. To, jak lidé vnímají seniory, je z velké části ovlivněno samotnými seniory a jejich vystupováním ve společnosti. Většina seniorů má nízké sebevědomí, malou schopnost se asertivně prosadit. Senior bez zdravého sebehodnocení k sobě přitahuje potvrzení názorů, které ho degradují. (3, s. 39)

Spojení produktivity a ekonomického potenciálu. Období stáří a dětství je společností z ekonomického hlediska hodnoceno jako tzv. neproduktivní. Nejpřínosnější skupina jsou osoby ve středním věku. U dětské populace je toto tolerováno, protože u dětského věku se předpokládá pozdější ekonomický přínos. Bohužel u seniorů tento předpoklad není. Nemělo by se ale zapomínat, že senioři už svůj ekonomický přínos dali. (3, s. 39)

Způsob zjišťování skutečného stavu společnosti vedoucí k ageismu. Postoje a pohledy společnosti na seniory jsou hodně ovlivňovány tím, jakým způsobem se gerontologické studie provádějí. Například gerontologický výzkum v americké společnosti, vedl k nepříznivým a zkresleným závěrům, který podpořil negativní vnímání seniorské populace. Stáří bylo především studováno v institucích s dlouhodobou péčí o seniory, takže šlo jen o malý vzorek seniorské populace. Skutečnost je, že jen 5 % populace starších 65 let je poskytována ústavní péče. (3, s. 39)

Někteří autoři rozlišují zdroje ageismu na individuální, kulturní a sociální. Mezi individuální zdroje patří hlavně strach ze smrti a stárnutí jako psychosomatického úpadku, dále také frustrace, agrese a někdy taky racionalizace. Mezi kulturní zdroje lze zařadit různorodé faktory, jako jsou hodnotové systémy, jazyk, humor, umění a literatura. Mezi sociální zdroje se řadí konflikt hodnot a efekt kohorty. (19, s. 54 – 55)

1.7.2.2 Prevence ageismu

Pro všechny civilizované a demokratické země světa je ideálem rovnost lidí. Ústavy a zákony zahrnují ustanovení, na základě kterých jsou si všichni lidé rovni. Lidé jsou si rovni ve své důstojnosti a svých právech. Ústavy a zákony také obsahují zákaz diskriminace, ať už na základě pohlaví, barvy pleti, věku, zdravotního postižení, atd. (19, s. 56)

Malíková cituje Tošnerovou, která uvádí opatření ke snížení ageismu ve společnosti, kterými jsou: *„podpora seniora v rodině a v jeho okolí, rozvíjení jeho schopností, podpora motivace. Podpora seniora pravdivým zviditelněním a bez stereotypů, včetně reklam, novinových článků, televizních pořadů apod. Zvyšování sebevědomí seniorů pomocí různých organizací, iniciativ a hnutí, podpora jejich aktivní účasti na společenském životě a v zájmových činnostech, které je možné realizovat s ohledem na zdravotní stav a chronická onemocnění. Podpora soběstačnosti seniorů vedoucí ke snížení sebevraždnosti.“* (3, s. 40)

1.8 Příprava na stáří

Haškovcová člení přípravu na stáří na dlouhodobou, střednědobou a krátkodobou.

Dlouhodobá příprava nebo také celoživotní příprava, by měla být integrální součástí všech výchovných a vzdělávacích programů. V dětství je důležité využít pevných citových vazeb prarodičů s vnoučaty a po dobu povinné školní docházky podporovat kladný postoj ke stáří. Na středních školách je podstatná výchova k odpovědnému manželství, správné výchově dětí a rozvíjení úcty vůči seniorům. Na některých školách se v poslední době realizují projekty nazývané „Každý má svou babičku nebo dědečka“, které učí žáky či studenty naslouchat seniorům, rozumět jejich problémům a poznávat, jak stáří vypadá. Projekt spočívá v tom, že si žáci či studenti vyberou nějakého seniora a celý školní rok mu pomáhají. (7, s. 173 – 174)

Střednědobá příprava je od doby, kdy zbývá zhruba 10 let do nástupu do starobního důchodu. Ve středním věku by měl každý člověk vnímat stáří jako zákonitou nedílnou součást lidského života a zavčas přemýšlet o druhém životním programu. Společnost by měla napomáhat seniorovi ve vyhledávání nových aktivit tím, že vytvoří prostor a nabídku možností. Každý senior je sám odpovědný za kvalitu svého života. V sociální rovině je podstatné přípravu zaměřovat na udržování a systematické rozvíjení rodinných a přátelských vztahů. V biologické rovině se zdůrazňuje osvojení si zásad zdravého životního způsobu, který napomáhá k udržení soběstačnosti. (7, s. 174 – 175)

Krátkodobá příprava na stáří, má být zahájena přibližně 3 až 5 let před předpokládaným odchodem do starobního důchodu. V tomto období je dobré vyměnit byt za menší, pohodlnější a nejlépe v blízkosti dospělých dětí. U bytu je vhodné, aby se nacházel v nejnižším patře nebo alespoň v domě s výtahem. V blízkosti bytu, by se měly nalézat obchody s nejnütnějšími věcmi denní potřeby a také praktický lékař. Uspořádání bytu by mělo být takové, aby bylo možné udržet chod domácnosti vlastními silami. Důležitá je i bezpečnost, proto je vhodné odstranit všechny rizikové bariéry. Nebezpečným prostředím jsou i koupelny, kde dochází k největšímu počtu pádů, tudíž je žádoucí doplnit koupelnu o účelně rozmístěná madla, protiskluzové podložky a vyměnit vanu za sprchový kout. Důležité také je být připraven i po stránce ekonomické, např. nezapomínat na přiměřené finanční zásoby a počítat s možností penzijního připojištění. (7, s. 176 – 178)

Ministerstvo práce a sociálních věcí zpracovalo dokument „Národní akční plán podporující pozitivní stárnutí pro období let 2013 až 2017“. Plán navázal na „Národní programy přípravy na stárnutí od roku 2003 do roku 2012“. Účelem je komplexní postoj

k řešení problematiky stárnutí populace, koordinace a propojování jednotlivých strategií v oblasti přístupů ke stárnutí a vytvoření jednotných priorit všech schválených opatření. Hlavním rámcem plánu je zabezpečit dodržování a ochranu lidských práv seniorů (práva seniorů - viz příloha 1). Plán se skládá z následujících strategických oblastí: zajištění a ochrana lidských práv starších osob, celoživotní učení, zaměstnávání starších pracovníků a seniorů ve vazbě na systém důchodového pojištění, dobrovolnictví a mezigenerační spolupráce, kvalitní prostředí pro život seniorů, zdravé stárnutí, péče o nejkřehčí seniory s omezenou soběstačností. Národní akční plán také obsahuje podkladovou studii. Ta prokazuje, jak jsou navržená opatření nezbytná, a to na základě statistických dat, mezinárodních výzkumů a trendů, aktuální situace v České republice a odborné literatury. (28)

2 POTŘEBY SENIORŮ

Hrozenská a Dvořáčková citují Nakonečného, podle kterého je potřeba „*jako základní forma motivu, a to ve smyslu nějakého deficitu v biologické či sociální dimenzi bytí a během života se potřeby člověka mění, a to z hlediska kvality i kvantity.*“ Naopak Trachtová definuje potřebu jako projev nějakého nedostatku nebo naopak nadbytku, jehož odstranění je žádoucí. (19, s. 119)

Ondrušová cituje Smékala, který vysvětluje potřebu jako „*stav osobnosti odrážející rozpor mezi tím, co je dáno, a tím, co je nutné (nebo se jeví jako nutné) pro přežití a rozvoj, stav podněcující osobnost k činností, zaměřeným na odstranění tohoto rozporu.*“ (15, s. 41)

Převážná část klasifikací a hierarchií lidských potřeb je zaměřena na oblasti vztahující se k fyzické a psychické pohodě, vztahům k blízkým lidem, ke společenskému uplatnění a duchovním potřebám. Při neuspokojení některých potřeb dochází u člověka k deprivaci. (1, s. 38)

Všichni lidé neohledě na věk potřebují naplňovat své potřeby a stejně tak je to i u seniorů, kteří jsou velmi často odkázáni na pomoc od druhých lidí. Potřeba pomoci není prvotně propojena s věkem, nýbrž má souvislost s úbytkem funkčních schopností a soběstačnosti, jenž brání seniorovi vyhovět všedním potřebám. (19, s. 119)

Ondrušová cituje Haškovcovou, která je také toho názoru, že seniori mají podobné potřeby jako ostatní lidé. Uvádí, že potřeby seniorů se odvíjí od zdravotního stavu, ekonomického zabezpečení a prostředí, ve kterém senior žije a cítí se být doma, kde ho někdo má rád, kde i on má někoho rád, ale zároveň i kde má svoje soukromí. Všichni lidé mají potřebu být užiteční, u mladší generace je tato potřeba většinou uspokojována prostřednictvím zaměstnání. Rozdíl mezi potřebami u mladších lidí a seniorů tedy není v odlišných potřebách, ale v jiném způsobu uspokojování potřeb. (15, s. 41)

V kontextu s definováním potřeb u seniorů je důležité vysvětlit koncept sociálního fungování. Jedná se o proces, který se realizuje prostřednictvím vzájemného působení mezi nároky člověka a nároky prostředí, v němž člověk žije. Podle toho, kde je poškozená rovnost mezi nároky prostředí a způsobilostí jedince tyto nároky zvládat, tam se projevují potíže v oblasti sociálního fungování. (1, s. 38)

Národní asociace sociálních pracovníků vydala slovník, kde definuje sociální fungování jako „*naplnění rolí člověka ve společnosti, ve vztahu k lidem v bezprostředním sociálním okolí i ve vztahu k sobě samému.*“ Senior, který zvládá sociální fungování

a společenské role, by měl dosáhnout k uspokojení potřeb, které jsou nepostradatelné k jeho další existenci. (19, s. 119)

Senior ve svém životě potřebuje pocit jistoty a bezpečí, a to především v oblasti fyzického a psychického bezpečí a ekonomického zabezpečení. Dále staří lidé dychtí po důvěře, stabilitě a spolehlivosti. Přílišná snaha pomáhat a ochraňovat seniora může vést k rozvoji závislosti na okolních lidech. Proto je důležité, aby pomoc druhých lidí nebránila seniorovi rozhodovat o sobě, o svých činnostech a svém životě. (1, s. 39)

Ondrušová cituje Šiklovou, která uvádí, že v naší společnosti jsou základní potřeby seniorů vcelku naplňovány a uspokojovány, má tím na mysli, že senioři neumírají hladem. Kde ovšem vnímá strádání seniorů, je v potřebách sociální důstojnosti, mezilidských vztazích a v neposlední řadě lásce od blízkých lidí. (15, s. 43)

Dvořáčková ve své publikaci cituje Kaufmanovou, která ve svém výzkumu zjistila, že pro seniory jsou nejdůležitější tyto hodnoty: láska, zdraví, rodina, přátelství, nezávislost, společenský kontakt, vlastní domov, psychická a fyzická pohoda. U potřeb vyzkoumala, že pro seniory jsou nejpodstatnější potřeby fyziologické a sociální a dále potřeba bezpečí. Je toho názoru, že senioři vyzdvihují nejvíce ohrožené hodnoty a potřeby. Předpokládá, že hodnoty budou podléhat podmínkám bydlení, zdravotnímu stavu, intenzitě sociálních kontaktů a dalším faktorům. (1, s. 39)

3 SEXUALITA SENIORŮ

Nezbytnou součástí života je sexualita. Nasvědčuje o tom zájem, jaký je věnován otázkám partnerského vztahu, dobrým vztahům v manželství a pozornost zaměřená na kvalitu sexuálního života. Sexualitou se zabývá vědecký obor sexuologie, která se nevěnuje jenom samotnému sexuálnímu aktu, ale i mnoha dalším oblastem. Sexuologie se věnuje např. i změnám v pojetí a prožívání sexuality v průběhu života, tedy i ve stáří. Dále řeší i problémy, jako jsou sexuální dysfunkce nebo partnerské neshody v sexuálním životě. Zaobírá se také otázkami sexuality lidí žijících v institucích a uspokojováním sexuálních potřeb u jedinců, kteří jsou postiženi některou psychickou či somatickou poruchou. (21, s. 65)

Sexualita seniorů byla a je tabuizovaná, protože ve společnosti stále existuje názor, že sexuální aktivita je hlavně u lidí v produktivním věku. Mnoho lidí si myslí, že sexuální aktivita bude ukončena v určitém věkovém období. Biologické změny v procesu stárnutí mohou ovlivnit náruživost mužů či žen, ale pro spousta seniorů zůstává sexualita velmi důležitým a naplňujícím faktorem v životě. Sexuální život je zdrojem pozitivních citových zkušeností, a proto je sexuální život ve stáří tak důležitý a nezbytný. Problém spočívá v již zmíněných mýtech o stáří. Někteří lidé se domnívají, že senioři již nemají potřeby intimity, respektive sexuality. Ale i přátelé a děti seniorů mají představy, že být starý znamená být bez sexuální aktivity. (1, s. 49, 11, s. 162)

Sexualita je určená kvalitativně a nevyžaduje čistě pohlavní styk, aby mohla být naplňována. Takový pohled, gesto, dotyk, úsměv může vyzařovat mnohem více sexuálního tepla než samotný pohlavní styk. Sexuální projev zahrnuje lásku, teplo, láskyplné pocity a společný prožitek. Povaha sexuálního života se s věkem mění a na významu stoupá kvalita vztahu. (7, s. 158, 1, s. 51)

Něha a dotyky jsou základními lidskými potřebami a setrvávají v průběhu celého života, ale problém začíná, jakmile člověk začne žít v ústavním zařízení, kde tyto potřeby bývají neuspokojené. Dvořáčková ve své publikaci cituje Hrozenskou a Švihelovou, které uvádějí, že pro některé zaměstnance v ústavních zařízeních určené pro seniory jsou známky sexuality mezi obyvateli nepohodlné. V rámci domovního řádu nebo jiných vnitřních směrnic nejsou zohledněny otázky intimity a sexuality. (1, s. 51)

Negativní pohled na lásku a sexuální aktivitu u seniorů není vůbec jednoduché změnit, a to především pokud tyto postoje jsou dílem všeobecných obav z vlastního stárnutí a smrti a jsou zde přetrvávající pochybnosti o sexu, který je společností chápán

jako tabu. Mýty v oblasti sexuality u seniorů zřetelně ovlivňují nejen postoj k sexu a aktivnímu způsobu života seniorů, ale také se zásadně promítají v přístupu k péči o seniory, kteří žijí v institucích poskytující sociální služby. Je nezbytné, aby každý senior měl právo na intimitu a plnohodnotný života, a to ať žije v domácím prostředí nebo ve zdravotnických či sociálních zařízeních. (1, s. 51 – 52)

4 SENIOR A RODINA

Rodina představuje nejstarší základní jednotku lidského společenství. Možnost být s rodinou ve stáří je nezastupitelná a v četných případech dává seniorovi možnost vyššího věku dožití nebo alespoň šťastnější okamžiky v životě. Skoro každý senior je rád, jakmile ví, že je potřebný a když ví, na koho se bude moci obrátit v krizových situacích. A právě v tuto dobu je rodina nejvíce potřeba. Rodina seniorovi dává pocit jistoty a bezpečí, proto v životě staršího člověka hraje významnou roli. Vědecké výzkumy dokládají, že senioři žijící v prostředí s rodinou jsou mnohem šťastnější, zdravější a delší dobu zůstávají soběstační. Ve stáří je dobře fungující rodina nositelem pomoci, a to jak po stránce fyzické, psychické, tak i sociální, a to hlavně v době, kdy seniorovi slábne zdraví, snižují se sociální kontakty a vzrůstá nesoběstačnost. (19, s. 46)

Společné bydlení manželských párů či jedinců střední generace s některým z jejich rodičů není příliš časté. Upřednostňované oddělené bydlení mezi členy rodiny počítá s tím, že senior bude potřebovat jen občasnou pomoc, kterou bude možno poskytovat docházením některého člena rodiny za seniorem. Dvořáčková ve své publikaci uvádí, že převážná část dotázaných, kteří byli různého věku, zastává stanovisko, že by obě generace neměly žít společně, ale pouze v blízkosti kvůli případné pomoci. Jen někteří pokládají společné bydlení obou generací za žádoucí. (1, s. 53)

Většina lidí seniorské populace zakládá pozitivní postoj k životu na podkladě drobných radostí a malých sociálních pohlazeních. Pro některé seniory je stáří velmi těžkým obdobím. Tento pocit může pramenit z nedostatku času mladší generace pro generaci starší. Senioři pozorují, jak jejich děti v životě spěchají a neodvažují se je zdržovat. To vyvolává u seniorů pocity opuštěnosti a samoty, které vedou k názoru, že stáří je k ničemu. Proto je důležité, aby si mladá generace uvědomila, že tímto přístupem dává svým dětem vzor, jak se chovat k seniorům. Nejedná se tolik o čas trávený společně, ale hlavně o kvalitu, která je významná pro vytváření mezilidských vztahů, jako je láska, jistota a trpělivost. (4, s. 82)

Familiární život se stal přístupnější k sociálním a technickým pokrokům, a to způsobilo, že senioři nemohou využít dlouhodobé pracovní zkušenosti. Rychlé tempo v technických změnách degraduje zkušenosti seniorů, a tím dochází ke snížení jejich sebevědomí. Moudrost a životní rady od seniorů nejsou uznávány tak, jako v minulých letech, a proto vzniká nízká společenská prestiž seniorů. Přitom mladší generace by mohla starší generaci naučit pracovat s novými technologickými vymoženostmi a naopak staří generace by mohla mladší generaci obohatit o životní zkušenosti. (4, s. 82)

5 ŽIVOTNÍ STYL

Životní styl je psychologický a sociologický termín, který označuje příznačné způsoby myšlení a jednání, charakteristické struktury norem, hodnot a postojů u jednotlivce nebo u sociální skupiny. (29, s. 286)

Kraus charakterizuje životní styl „jako široký komplex činností a s nimi spjatých postojů, norem, hodnot, návyků, které mají trvalý ráz a jsou pro každého individuálně specifické.“ (30, s. 166 – 167)

Machová definuje životní styl: „Životní styl zahrnuje formy dobrovolného chování v daných životních situacích, které jsou založené na individuálním výběru z různých možností. Můžeme se rozhodnout pro zdravé alternativy z možností, které se nabízejí, a odmítnout ty, jež zdraví poškozují. Životní styl je tedy charakterizován souhrou dobrovolného chování a životní situace.“ (31, s. 16)

Chování člověka není, tak úplně svobodné, jak by se zdálo být, protože je v souladu s rodinnými zvyklostmi, tradicemi společnosti a je omezeno ekonomickou situací, jak vlastní, tak společenskou, ale také sociálním postavením. Spočívá tedy na věku, temperamentu, vzdělání, zaměstnání, finančních možnostech, pohlaví a hodnotovém žebříčku každého jedince. (31, s. 16)

Správnost rozhodnutí závisí na dostatečných znalostech daného člověka o tom, co jeho zdraví posiluje a co mu naopak škodí. Proto je velmi důležité, aby poskytování správných znalostí, dovedností a návyků bylo hlavně součástí výchovy dítěte, jak ze strany rodiny, tak i školy. (31, s. 16)

Duffková vymezuje životní styl: „Životní styl je způsob, jakým lidé žijí, tedy jak bydlí, stravují se, vzdělávají se, chovají se v různých situacích, baví se, pracují, spotřebovávají, vzájemně komunikují, jednají, rozhodují se, cestují, vyznávají a dodržují určité hodnoty, starají se o děti, pěstují potraviny, vyrábějí atd.“ (32, s. 52)

Duffková rozlišuje životní styl jednotlivce a skupiny. Pod životním stylem jednotlivce je možné rozumět konzistentní životní způsob, jehož jednotlivé části se vzájemně shodují, jsou ve vzájemném vztahu, vycházejí ze společného základu, mají jednotné jádro, které se jako červená linie infiltrují všemi podstatnými činnostmi jedince daného životního stylu. Životní styl skupiny tvoří do určité míry typické rysy životního způsobu, které jsou charakteristické pro převážnou většinu členů nějaké skupiny. (33, s. 80)

K vymezení životního stylu jsou podstatná následující fakta. Životní styl je obsahově velice rozsáhlá oblast, do které se řadí i vzájemně málo související témata. Jeho význam je rozdílný mezi běžným povědomím a v oblasti vědeckého zkoumání. V běžném povědomí má životní styl řadu různých představ a souvislostí. (34, s. 29)

Životní styl je rozhodující faktor zdraví, proto nesprávný životní styl má největší vliv na vzniku civilizačních onemocnění, mezi které se řadí kardiovaskulární choroby, onkologická onemocnění, diabetes mellitus a obezita. Lidé jsou civilizačními nemocemi nejvíce postiženi a nejčastěji se na ně v dnešní době umírá. Je důležité naučit se zdravému životnímu stylu, jelikož se jedná o základ lidského zdraví. K hlavním faktorům životního stylu, které ovlivňují zdraví, patří výživa, pohybová aktivita, stres, relaxace, denní režim, kouření, alkohol a návykové látky. (35, s. 5)

V dnešní technicky pokročilé době se životní styl změnil. Převažuje sedavý způsob života. Většina lidí v pracovní době převážně sedí, do práce a z práce se dopravují autem nebo městskou dopravou a po práci opět sedí u počítače nebo u televize. Domácí práce zastala vyspělá technologie, která nás zbavuje alespoň minimálního pohybu. Neustálá honba za úspěchem a penězi má vliv na zhoršení mezilidských vztahů. (31, s. 17)

Životní styl jedince se mění a vyvíjí po celý život, 24 hodin denně. V každé životní fázi je životní styl přizpůsobován dané životní situaci a sociální pozici, ale stále je to životní způsob určitého jedince nebo věkové skupiny. K největším změnám životního stylu dochází při nástupu do zaměstnání, při založení rodiny, při odchodu dětí z domova a v neposlední řadě při odchodu do starobního důchodu. (36, s. 29 – 31, 37, s. 98)

5.1 Životní styl seniorů

Průměrný věk se prodlužuje a záleží jenom na daném člověku, zda bude zdravý a aktivní nebo chronicky nemocný se sníženou mobilitou. Změnit životní styl a začít zdravě žít je možné bez ohledu na věk. Stárnutí sebou nese řadu různých zdravotních problémů. Z tohoto důvodu je důležité zachovat a udržet zdraví do co nejvyššího věku, a to tím, že se člověk bude zdravě stravovat, pravidelně cvičit a dbát o vhodnou životosprávu. (38, s. 53)

Ve stáří jsou dva hlavní způsoby životního stylu, a to aktivní a pasivní. Aktivní způsob je charakterizovaný snahou být ve společnosti potřebný a užitečný, což znamená aktivně se zapojovat do profesního, společenského, zájmového, politického i klubového života. Aktivně se zapojovat neznamená, že člověk jako pasivní pozorovatel přijde na nějakou akci, ale sám ji pomáhá uskutečňovat. Pasivní způsob je vymezován tím, že se

člověk neangažuje, je nečinný, pasivně přijímá události. Tento způsob preferují hlavně zastánci klidného života bez stresů. (18, s. 69)

Na počátku stáří dochází ke změně životního stylu hlavně při odchodu do starobního důchodu. V pozdější době závisí změny na míře zhoršování zdravotního stavu a na možnostech seniorů vykonávat každodenní činnosti, z toho vyplývá, že všední péče o domácnost i o sebe sama se stává subjektivně i časově náročnější. (17, s. 372)

5.2 Složky životního stylu s přihlédnutím na seniory

5.2.1 Výživa

Člověk výživou dodává tělu všechny potřebné živiny, které lidský organismus potřebuje pro správné fungování jednotlivých orgánů. Je důležité, aby výživa byla ve správném množství a poměru. Výživa je činitel, který hned po vodě, má největší vliv na naše zdraví. Vhodná strava dokáže zabránit nebo alespoň zmírnit příznaky různých nemocí. Dále vhodná strava pomůže při zdravotních problémech, zlepšuje psychický stav, dodává energii, zlepšuje spánek, zvyšuje funkci imunitního systému. (35, s. 5)

U seniorů je největším rizikem jednostrannost a jednotvárnost ve výživě. Dochází ke snížení chuti k jídlu, které vede k malnutrici a k onemocněním z nedostatku důležitých látek. Jako následek snížené produkce trávicích enzymů a žaludečních šťáv se zpomaluje bazální metabolismu. Zpomalením bazálního metabolismu a ubýváním fyzické zátěže klesá i energetická potřeba ve stáří. S každou životní dekádou klesá energetická potřeba, ve věku nad 60 let je to o 8 až 10 %. Z toho vyplývá, že příjem energie ve stáří musí být nižší než ve středním věku. (4, s. 154, 39)

U seniorů starších 75 let je častá malnutrice. Příčin malnutrice je nepřeborné množství, jedná se např. o zhoršené vnímání chuti, ztrátu chrupu, již zmiňovanou zhoršenou funkci trávení a vstřebávání živin, omezení hybnosti, a s tím spojené potíže při nakupování a přípravě jídla, výskyt závažných onemocnění, užívání léků, depresivní nálady, ekonomické faktory a psychosociální faktory. Ztráta partnera může vést k tomu, že se člověk na jídle více odbývá, nebaví ho vařit pouze pro sebe. Dále je ve stáří velmi častá dehydratace, která je způsobena změnami vodního hospodářství. Příčinou dehydratace může být užívání některých léků, ale také fakt, že senioři mají snížený pocit žízně. (39)

Senioři mívají potíže při příjmu nadýmavých potravin, a proto se je snaží ze svého jídelníčku vyloučit. Jedná se o potraviny jako je měkký chléb, luštěniny, různé druhy zeleniny. Ovoce a zelenina jsou pro seniory špatně stravitelné. Nechtějí jíst papriku,

rajčata, jablka, hroznové víno a pomeranče z toho důvodu, že mají slupku. Banány odmítají, jelikož říkají, že „staví“. Kedlubny, květák a zelí je nadýmají. Ale právě a hlavně senioři potřebují pravidelný a dostatečný příjem vitamínů, aby se zvyšovala funkce imunitního systému. (22, s. 83 – 84)

Někteří senioři se přejídají, ale nadměrný příjem potravy není vhodný. Přejídání u seniorů je způsobeno převážně psychosociálními faktory. Tím, že mají větší příjem nežli výdej, dochází k přibývání tělesné hmotnosti a následně k obezitě, která může vést k rozvoji diabetu mellitu, onkologickým a kardiovaskulárním onemocněním, degenerativním onemocněním kloubů. (22, s. 84, 39)

5.2.2 Kouření

Na celém světě kouří zhruba 1,1 miliardy lidí. Zajímavé na tom je, že 85 % kuřáků žije v rozvojových zemích. Kouření je jedním z nejrizikovějších faktorů životního stylu. Kouření je příčinou každého pátého úmrtí v Evropě i České republice. Ve spojených státech umírá na následky kouření každý rok více jak 300 tisíc osob, kde většina z nich jsou senioři. V České republice je asi 30 % kuřáků, což představuje asi 2 miliony osob. Za posledních 10 let došlo k poklesu počtu kuřáků cca o 15 %. Ovšem problémem je, že začátek kouření se posunuje do stále nižších věkových skupin. (35, s. 121 – 122, 40, s. 81)

Cigareta obsahuje škodlivé látky jako je nikotin, dehet, oxid uhelnatý, amoniak, nitrosaminy, formaldehyd, kyanid, arzenik a spoustu dalších látek, které jsou prudce jedovaté a kancerogenní. (31, s. 60)

Kuřáci staršího věku jsou mnohem více rizikovými než mladší kuřáci, protože se předpokládá, že kouřili déle (průměrně 40 let) a z toho vyplývá, že mají tendenci být těžšími kuřáky. Je pravděpodobné, že většina kuřáků seniorského věku trpí nějakou nemocí, která souvisí s kouřením. S přibývajícím věkem počet kuřáků klesá, jelikož většina následkem kouření umírá nebo zanechají kouření poté, co byli vinou kouření ohroženi na životě. Velké množství států přijímá důsledná opatření, která slouží k chránění nekuřáků a mají snížit hranice vzniku závislosti na nikotinu u mladé populace. (41, s. 49, 42)

Důležitost zanechání kouření není třeba zdůvodňovat. Přestat kouřit i v pokročilém věku má cenu, protože je dokázáno, že pokud starší člověk přestane kouřit, okamžitě se mu zlepšuje krevní oběh a plíce se začnou regenerovat. Už za jeden rok lze snížit riziko kardiovaskulárního onemocnění, cévní mozkové příhody a onkologické onemocnění plic o polovinu. Je zajímavé, že ženy, které přestaly kouřit ve věku 65 let,

získaly 2,7 – 3,4 roků života navíc, než kdyby v kouření pokračovaly. Muži, kteří také přestali kouřit v tomto věku, získali navíc 1,4 – 2,0 roky života. Lidí, kteří chtějí přestat s kouřením, mají k dispozici spoustu účinných způsobů léčby. O nezbytnosti přestat kouřit je třeba kuřáky neustále a usilovně přesvědčovat a upozorňovat je na tragické následky tohoto zlovyku. Podstatné je se i vyhýbat pasivnímu kouření, což znamená omezit pobývání mezi kuřáky. (42, 43, s. 12)

5.2.3 Alkohol

Česká republika se řadí dlouhodobě do celosvětového žebříčku mezi země s nejvyšší spotřebou alkoholu. Průměrná spotřeba alkoholu, v přepočtu na stoprocentní alkohol, vzrostla na 10 litrů na obyvatele, započítány jsou do toho i děti. V konzumaci piva jsme na prvním místě celosvětových tabulek. Piva se v České republice vypije přibližně 160 litrů na obyvatele za rok. Při pravidelném pití alkoholu v dávkách 20 – 60 g za den (přepočtena na 100 % alkohol) může dojít k vážným zdravotním potížím. (35, s. 136 – 137)

Odborníci věnující se problematice užívání alkoholu se především zaměřují na dospělé uživatele, ale je nutné podotknout, že v posledním desetiletí se cílovou skupinou stali mladiství konzumenti. Bohužel opomíjenou skupinou jsou senioři, přestože poruchy vyvolané konzumací alkoholu jsou u seniorů poměrně časté a jsou spojené s významnými zdravotními problémy. U seniorů se poruchy vyvolané konzumací alkoholu objevují spíše u mužské populace a u osob, které jsou svobodné nebo rozvedené a sociálně izolované. Seniorský nadměrný užívání alkoholu lze rozdělit do dvou skupin. První skupinu tvoří senioři, kteří konzumovali nadměrně alkohol celý život. V druhé skupině se jedná o seniory, u kterých se nadměrné užívání objevilo až ve stáří. (44)

Senioři, kteří konzumují alkohol, to většinou dělají pro jeho chuťové vlastnosti a někteří považují pivo jako zdroj tekutin. Jen zhruba 10 – 15 % mužů a 6 – 8 % žen pijí alkohol pro jeho uklidňující nebo povzbuzující účinky. Jedná se o takové seniory, kteří prostřednictvím konzumace alkoholu potlačují pocity osamění, zahánějí žal, chtějí na něco zapomenout nebo si chtějí navodit lepší náladu. (12, s. 565)

Mírná konzumace alkoholu u seniorů je prospěšná, podporuje chuť k jídlu, střevní aktivitu a dochází ke zlepšení nálady. Naopak nadměrné užívání vede k závažnějším onemocněním, depresivním symptomům, nízké spokojenosti se životem a ke zmenšení sociálních kontaktů. Alkohol negativně působí na léky, které lidé seniorského věku často užívají. (44)

5.2.4 Volnočasové aktivity

Jednou z nejvýznamnějších konkrétních oblastí životního stylu je i trávení volného času. Volný čas je prostor, kde je možné nejvíce uplatňovat svobodná rozhodnutí o charakteru volného času na základě vlastních potřeb, zájmů a hodnot. Volný čas lze rozdělit z hlediska kvantitativního a kvalitního. Z kvantitativního hlediska se jedná o časový prostor, který jedinci zbývá po splnění pracovních a mimopracovních povinností. Z hlediska kvalitativního je volný čas souborem těch činností, pro které se člověk rozhodl sám ze své vlastní vůle a to bez ohledu na společenské a rodinné závazky. (34, s. 111 – 112)

Základní funkce volného času jsou tři. První funkcí je odpočinek, a to především fyzický. Druhá funkce je sebevzdělání a třetí poslední funkcí pak rozptýlení, zábava a do ní se řadí i duševní relaxace. Pokud jsou všechny tři funkce v činnostech volného času vyrovnané, je to ideální situace. Při jednostrannosti a důrazu pouze na jednu funkci dochází k jednostrannosti osobnosti člověka. (32, s. 152, 34, s. 119)

Činnosti volného času obsahují velké spektrum nejrůznějších konkrétních aktivit. Volnočasové aktivity se nejčastěji člení na kulturní, sportovní, sociální, vzdělávací, veřejné, rekreační a cestovatelské, hobby a manuální aktivity. Kulturní aktivity se dělí na dva typy činností, a to na sledování televize a návštěva divadel, koncertů, galerií, výstav apod. Do sociálních aktivit lze zařadit pěstování sociálních kontaktů, mezilidských vztahů a setkávání s rodinnými příslušníky a s přáteli. Vzdělávací aktivity se mohou rozlišovat na individuální sebevzdělání (čtení odborné literatury, získávání informací přes internet) a na různé kroužky a spolky či návštěvy veřejných přednášek až k institucionalizovanému vzdělávání. Veřejné aktivity jsou takové činnosti, které vyžadují jakýkoli typ angažování se člověka ve veřejných záležitostech, řešení problémů širší komunity nebo celospolečenské. Do rekreačních a cestovatelských aktivit se řadí zahrádkaření, chalupaření a cestování za účelem relaxace a poznání. Hobby a manuální aktivity jsou činnosti, které si člověk vybírá podle svého zájmu a má k nim často citový vztah. (34, s. 121 – 124)

Někteří senioři nevědí, co dělat a jakou aktivitou naplnit volný čas po odchodu do starobního důchodu. Jindy neumění své činnosti ve volném čase zorganizovat nebo mají pochybnosti, a i když o některých aktivitách vědí, raději se jich nezúčastní. Lidé pracující se seniory, by měli dobře vědět, kde a jaké volnočasové aktivity jsou na výběr v dané lokalitě, a aktivně je nabízet i těm, kteří se ostýchají. V sociálních zařízeních je nespočet

pravidelně provozovaných a nabízených aktivit pro seniory. Ovšem problém je, jak zapojit do těchto aktivit i seniory, kteří žijí ve svých domácnostech. (45, s. 170)

Aktivita, nehledě na věku, zlepšuje psychickou i fyzickou stránku osobnosti člověka. Nečinnost člověka v pokročilém věku může vést k depresím, urychlení fyziologického procesu stárnutí a v neposlední řadě i k rozpadu osobnosti. Pravdou je, že senior má nárok na odpočinek, ale nesmí to vést k úplné nečinnosti, protože aktivita vede ke zpomalení procesů stárnutí a tím i k delší soběstačnosti. (36, s. 34)

O aktivizaci seniorů lze hovořit, jak v užším slova smyslu, tak v širším slova smyslu. V užším slova smyslu se jedná o takovou aktivizaci, která zahrnuje problematiku osob s ohroženou nebo již ztracenou soběstačností. Obsahuje prevenci imobilizačního syndromu, ergoterapii s nácvikem všedních činností a návratem nebo alespoň zlepšením soběstačnosti. Aktivizace v širším slova smyslu zahrnuje smysluplné a dostačující trávení volného času nebo zachování a podporování pohybových aktivit. Dvořáčková uvádí: „*Aby činnost byla smysluplná, musí splňovat určitá kritéria. Každá prováděná činnost musí být příjemná, dělaná dobrovolně a má mít jasný účel. Dále by měla být společensky přijatelná a neměla by vést k neúspěchu.*“ (36, 2013, s. 34 – 35)

5.2.4.1 Pohybová aktivita

Pohybová aktivita výrazně ovlivňuje v podstatě všechny životně důležité systémy. Pohyb má vliv na pokles nebo vzestup sebevědomí. V životě jsou chvíle, kdy člověk podléhá touze nic nedělat, ale i to je určováno pohybem. Pohyb vyplývá z klidu a zase do klidu směřuje. Pravidelný pohyb a cvičení udržuje člověka v kondici, udržuje svalový tonus a rozsah pohybu kloubů. Také je prevencí mnoha různých onemocnění a může zpomalit proces stárnutí. Pohybová aktivita zmírňuje poruchy spánku, neurotické a depresivní stavy. Pravidelná fyzická zátěž způsobuje zesílení vláken srdečního svalu, což přispívá k lepšímu okysličení organismu. Dále zlepšuje činnost dýchacího systému. Pohyb pozitivně ovlivňuje soběstačnost, vnitřní pocity, myšlenkové pochody a také zmírňuje bolesti pohybového aparátu a v neposlední řadě přispívá k pocitům pohody. (4, s. 125, 43, s. 7 – 8)

S přibývajícím věkem se lidé stávají méně aktivními. U asi 40 % osob ve věku 60 – 74 let se lze setkat s nějakou poruchou motoriky a s ní spojenou sníženou schopností volného pohybu. Ve věku nad 75 let tento počet stoupá na 65 % jedinců. (12, s. 153)

U seniorů je vhodné sledovat intenzitu tepové zátěže. Měření orientační hodnoty tepové zátěže lze tak, že od 220 tepů se odečte věk seniora a vypočtený výsledek je počet tepů, který vyhovuje danému seniorovi. Zhruba na 60 – 70 % této vypočítané hodnoty by měl senior vést svůj trénink, ale nejlepším řešením je se poradit s lékařem. (4, s. 125)

Přesvědčit seniory změnit životní styl je náročné a těžké, protože zde sehrávají velkou roli chybějící pohybové návyky, ale také mylné přesvědčení, že oslabení těla a chronické nemoci jsou přirozeným a nezvratným faktem procesu stárnutí. I názor, že odchod do starobního důchodu je přechod na zasloužený odpočinek, nabádá k méně aktivnímu způsobu života. Je třeba si uvědomit, že u seniorů je sedavý způsob života činitelem, který podporuje vznik a vývoj chronických onemocnění vyskytujících se v tomto věku. (43, s. 10)

Existují dva dokumenty zabývající se základními pokyny pro pohybovou aktivitu seniorů. První dokument se nazývá „Physical Activity Guidelines for Americans“ v českém překladu „Pokyny pohybové aktivity Američanů“, který byl vydán v roce 2008 vládou USA. Druhý dokument, který je České republice bližší, je pojmenován „Physical activity and health in Europe: evidence for action“ opět v českém překladu „Pohybová aktivita a zdraví v Evropě: důkazy pro činnost“. Tento dokument byl vydán v roce 2006. Na základě tohoto dokumentu vznikají ve městech „hřiště pro seniory“. Samozřejmě, že hřiště nejsou určeny pouze seniorům, nýbrž i ostatním generacím. Jedná se o prostory, kde se nacházejí zařízení pro venkovní cvičení, masážní a posilovací stroje. Cílem není jen posilovat, ale také udržet motorické schopnosti. Názornější ukázka takových to hřišť je vyobrazena v příloze 2. (46, 47, 48, s. 24 – 25)

5.2.4.2 Vzdělávání seniorů

Domněnka, že výchova a vzdělání je jen záležitostí dětské a mladé populace je naštěstí překonána. Výchova a vzdělávání je v současné době chápáno jako celoživotní proces, kde jedním z nejdůležitějších požadavků je, aby k němu měli příležitost všichni. Senioři jsou skupina diferencovaná. Rozdíly jsou jednak v dosažené úrovni vzdělání, původní profesi, sociálním zařazení, finančních možnostech, ale také mají rozdílný zdravotní stav, celoživotní zkušenosti, mentální výkonnost a životní orientaci. (11, s. 132, s. 141)

Spekulace o smysluplném naplnění volného času seniorů byly charakteristické pro 70. léta minulého století. V tomto období se zrodil kvalitní druhý životní program a velice rychle se rozšířil po Evropě. V roce 1973 byla založena ve francouzském městě

Toulouse první univerzita třetího věku (dále jen U3V). Základní ideou U3V bylo vytvořit druhý životní program pro ty seniory, kteří se nechtěli spokojit jen se svými koníčky, ale chtěli se dále vzdělávat. Hlavním zakladatel první U3V byl francouzský profesor lékařství P. Vellas. (7, s. 127)

Vzdělávání seniorů je ve světě realizováno v různých formách. V České republice je k dispozici U3V, Akademie třetího věku (dále jen A3V), Kluby třetího věku a Univerzita volného času. U3V poskytují vzdělání na nejvyšší úrovni a jedná se o oficiálně uznané instituce. Obsahové zaměření je různorodé podle možností příslušné vysoké školy a podle zájmů zúčastněných seniorů. V současné době je U3V přibližně 42, na vysokých školách či fakultách České republiky. Se stoupajícím počtem U3V a potřebou vzájemně mezi sebou komunikovat vedla v roce 1977 k založení Mezinárodního sdružení U3V - AIUTA (Association Internationale des Universités du Troisième Age). V České republice vznikla roku 1993 Asociace Univerzit Třetího Věku (dále jen AU3V). AU3V má dva hlavní úkoly, a to zabezpečit vzájemnou informovanost svých členů a postarat se o mezinárodní kontakty s vedoucími evropskými organizacemi. A3V a Kluby třetího věku mají uspokojovat vzdělávací potřeby seniorům v těch regionech, kde nejsou vysoké školy. A3V představuje semestrální studium, které je určené těm seniorům, kteří chtějí věnovat svůj volný čas vzdělání, chtějí se něčemu naučit a setkávat se s dalšími stejně zaměřenými jedinci. Jedná se o jednorázové nebo krátkodobé akce, které se věnují aktuální problematice nebo akce pořádané dle zájmu účastníků. Častým organizátorem A3V je Červený kříž. Kluby třetího věku mohou mít různé odborné zaměření, jejich častou aktivitou jsou i jednorázové vzdělávací akce. Jedná se o dobrovolná neformální seskupení seniorů s cílem společného trávení volného času. Univerzity volného času nejsou věkově segregované a nejsou vázány na vysoké školy, organizují je soukromé agentury, knihovny nebo domovy pro seniory. (11, s. 139 – 140, 45, s. 167 – 168, 49, 50)

Cílem vzdělávání seniorů je smysluplně zdokonalovat jejich volný čas. Vzdělání plní několik funkcí jako preventivní, anticipační, rehabilitační, posilovací a komunikační funkce. Funkce preventivní tkví v tom, že vzdělání pozitivně ovlivňuje proces stárnutí a kvalitu života. Anticipační funkce přispívá k pozitivní připravenosti seniorů na případné změny v životním stylu. Rehabilitační funkce spočívá v udržení či rozvíjení fyzických a duševních sil. Posilovací funkce vzdělání je brána jako jedna z nejvýznamnějších, rozvíjí zájem a tím podporuje kultivovaný obsah volného času. Vzdělání uvádí seniora do společenství lidí, kde může rozvíjet své přátelství a v tom spočívá funkce komunikační. (7, s. 129, 11, s. 138)

5.2.4.3 Možnosti aktivizačních činností

Aktivizace seniorů je velice důležitá, protože představuje prevenci proti ztrátě soběstačnosti. Vychází z ergoterapie neboli léčby prací. Nejen seniorům vyplňuje volný čas, ale také posiluje psychickou a fyzickou kondici a poskytuje seniorům uvědomění si vlastní ceny. Aktivizaci lze rozdělit na činnosti podporující mentální schopnosti, činnosti podporující fyzické schopnosti a činnosti podporující senzorické schopnosti. (22, s. 158, 51)

Činnosti podporující mentální schopnosti nemají význam pouze u těch seniorů, kteří mají postižené kognitivní funkce a paměť, ale jsou významné a potřebné u všech seniorů. Cílem činností podporujících mentální schopnost seniorů je zlepšit a udržet paměť a kognitivní funkce, oddálit zapomínání. Do těchto činností patří trénink paměti, kognitivní rehabilitace, reminiscence a orientace v realitě. Trénink paměti je významný především u zdravých seniorů. Jsou různé metody ke zlepšení nebo udržení paměti. Metody musí klást důraz na rychlost, úplnost a správnost. Aktivity na cvičení paměti mohou být např. luštění křížovek, sudoku, početní úlohy, společenské hry atd. Kognitivní rehabilitace je podobná jako trénink paměti, ale je šetrnější, nepracuje se na čas a nesoutěží se, proto je vhodná u seniorů s postižením kognitivních funkcí. Reminiscence je vybavování si událostí ze života. Reminiscenční terapie spočívá v rozhovoru terapeuta se seniorem o jeho dosavadním životě, dřívějších aktivitách, prožitých událostech a často za pomoci vhodných pomůcek jako např. staré fotografie, předměty, nástroje. Tato metoda je vhodná zvláště u seniorů s demencí. Poslední z uvedených činností je orientace v realitě, která je zaměřena na poznávání seniora. Jedná se o edukační techniku, která je zaměřena pro seniora s postižením kognitivních funkcí, pomáhá mu rozumět situacím, jež ho obklopují, po co možná nejdelší dobu. (22, s. 159 – 166, 52, s. 21 – 22)

Činnosti podporující fyzické schopnosti mají různý charakter a formy. Zde budou vypsány pouze jednotlivé cviky, které může pečovatel se seniorem provádět v domácím prostředí i v sociálním zařízení. O vhodných pohybových aktivitách pro seniory bude pojednáváno v podkapitole zdravý životní styl. Základní cviky jsou zaměřeny na hlavu, ramena, dolní končetiny, ruku a na udržení a zvýšení svalové síly. Cviky se opakují 4 až 6 krát. Cvičení může být prováděno vleže, vsedě, vestoje, bez opory, s oporou, v místnosti nebo venku. Bližší popis cviků bude uveden v příloze 3. (22, s. 167 – 171)

Mezi činnosti podporující senzorické schopnosti se řadí muzikoterapie a arteterapie. Muzikoterapie je překládána jako léčení a pomoc člověku hudbou a patří

mezi expresivní terapii. Využívá melodii, harmonii, rytmus, zvukové barvy, dynamiku, tempo. Muzikoterapie má dvě složky receptivní a aktivní. Receptivní složka se soustředí na poslech buď živé hudby, nebo reprodukované hudby. Aktivní složka je práce s vokálním a instrumentálním projevem. Arteterapie používá k léčení výtvarné činnosti, tedy především kresby, ale není to jen léčebná metoda, slouží také k diagnostice - např. lze pomocí ní odhalit depresivní ladění či radost. (6, s. 49, 22, s. 173, 53, s. 21)

5.2.5 Spánek

Spánek je velice důležitou, neoddělitelnou a nutnou složkou života každého člověka. Slouží k uklidnění, odpočinku a načerpání energie do dalšího dne. Ve spánku se střídají dvě fáze REM (Rapid Eye movement) a NREM (Non – REM). REM spánek je charakteristický rychlými očními pohyby a probíhá v těsném spojení se sny. NREM spánek má čtyři stádia a každé stadium má svoji funkci. Základní metabolismu klesne o 5 až 25 %, sníží se spotřeba kyslíku, tepová frekvence, tělesná teplota i hladina cukru v krvi. Ve třetím a čtvrtém stádiu NREM spánku, což je považováno za hluboký spánek, dochází k nejnižšímu metabolickému obratu. Hluboký spánek napomáhá regenerovat tělo v době, kdy člověk trpí nemocí. Spánek má význam také pro psychický stav. Pokud není spánek kvalitní, zhoršuje se soustředění, objevuje se točení hlavy, slabost dolních končetin a nauzea. Ve spánku se fixuje paměťová stopa a posiluje se paměť. (35, s. 119, 54, s. 11)

U dospělého člověka je průměrná doba spánku okolo osmi hodin, ale toto tvrzení neplatí všeobecně, protože potřeba spánku je velmi individuální. Potřeba spánku se s věkem mění. U seniorů se doba spánku zkracuje a současně také přibývá poruch spánku. Senioři mají kratší a lehčí spánek. (54, s. 13)

Nekvalitní a nedostatečný spánek u seniora, při kterém nedochází k načerpání dostatku fyzických a psychických sil, se negativně odráží na jeho náladě, schopnosti vykonávat denní aktivity, na chuti řešit problémy a být aktivní. Senior, který má nedostatečný spánek je přes den unavený, mrzutý, podrážděný a potřebuje si pospat. U seniorů je běžné, že si chodí po obědě zdřímnout, ale je nezbytné, aby odpolední spánek nenahrazoval noční spánek. Při nočním spánku je důležité zajistit klid, aby nedošlo k rušení seniora při usínání či během noci. Každý člověk je individuální, takže někteří vyžadují malé světlo, jiní plnou tmou. V pobytových sociálních zařízeních je těžké každému seniorovi vyhovět. V domácím prostředí lze tyto rušivé podněty odstranit lépe. (22, s. 86)

Senioři by měli chodit spát každý den ve stejný čas, podle toho, jak jsou zvyklí. Měli by před spaním omezit příjem tekutin a těžko stravitelných potravin. Těsně před

spánkem by se měl vyvětrat pokoj, ve kterém senior bude spát, upravit lůžko a senior by se měl jít vymočit. (22, s. 86)

5.3 Zdravý životní styl

Zdravě žít znamená chovat se tak, aby nebylo ohroženo vlastní zdraví, ale ani zdraví ostatních. Zejména je důležité spojit vlastní snahy s ostatními lidmi a chtít změnit hodnotové priority a orientaci lidské společnosti jako celku. Při uskutečňování zdravého životního stylu je nutné přemýšlet o základních faktorech, jako je životní rytmus, pohybový režim, duševní aktivita, životospráva a racionální výživa a zvládání náročných životních situací. U životního rytmu se musí uvažovat o vhodném poměru pracovní činnosti a odpočinku, o fyzické a psychické zátěži a v neposlední řadě o přiměřeném množství spánku. U pohybového režimu je třeba se zamyslet nad pravidelným pohybem a nad přiměřenou fyzickou námahou. Dalším zmiňovaným faktorem je duševní aktivita, zde je důležité přemýšlet o rozvoji kulturních zájmů, dalším vzdělání, respektováním zásad duševní hygieny a o odreagování se od každodenního napětí. U životosprávy a racionální stravy se musí uvažovat o vhodném stravovacím režimu. Posledním uváděným faktorem je zvládání náročných životních situací, kde je třeba přemýšlet o schopnosti řešit konflikty, zvládání stresové situace a o překonávání frustrace. (30, s. 170)

Začít dlouhou cestu ke zdravému životnímu stylu a tím i vlastně k aktivnímu sebeutváření není lehký úkol. Zejména je důležité začít pozvolnou a dobrovolnou proměnou životních preferencí, což znamená zabývat se sebou samým, ale ne ve smyslu pěstovat egoismus či se stát hypochondrem nebo narcisistem, nýbrž budovat mravní odpovědnost za vlastní život, a to včetně zdraví. Mravní odpovědnost probouzí úctu k životu a přírodě. Všichni by měli studovat a trénovat se v metodách hlubšího sebepoznání a moudrého používání všeho, co je přirozeně k dispozici. (5, s. 26)

Zdravý životní styl je velmi rozsáhlé téma a to především z toho důvodu, že se na celkovém zdraví podílí mnoho již uvedených faktorů tělesných, duševních, sociálních i duchovních. V této kapitole budou uvedeny pouze základní oblasti prevence a podpory zdraví. Do základních oblastí se řadí péče o správnou výživu, tělesný pohyb a duševní hygienu. (48, s. 18)

5.3.1 Zásady zdravého stravování

Arabský lékař Avicenna napsal již v 11. století našeho letopočtu, že existují čtyři hlavní ctnosti člověka, a to střídmost, sebeovládání, moudrost a spravedlnost, které

by se měly týkat i stravování. Tedy jíst střídavě, rozdělit dávky jídla moudře a spravedlivě a mít patřičnou míru sebeovládání v tom, co tělu není prospěšné. (4, s. 154)

Strava u seniorů by měla být pravidelná, což znamená podávat větší počet dávek a v malých porcích během dne. U seniorů by měla být strava podávána osmkrát denně. Jídlo by mělo být chutné a úhledně upravené, aby podporovalo chuť k jídlu. Strava by měla být mnohostranná, smíšená a především lehce stravitelná. Špatně stravitelná jsou jídla, která se připravují smažením. Důležité je věnovat pozornost i stolování. (4, s. 152, 8, s. 10 – 11, 22, s. 84 – 85, 55)

Podstatnými složky stravy jsou proteiny, sacharidy a lipidy. Denní příjem proteinů by měl být ve stravě zastoupen 15 – 20 %. U seniorů není možné množství proteinů snižovat, protože jejich využití je nižší. Zvýšený výskyt nemocnosti ve stáří klade zvýšené nároky na příjem proteinů a na jejich kvalitu. Především je důležité preferovat proteiny živočišné, které se nacházejí v mase, vejcích, mléce a mléčných výrobcích. Sacharidy by měly být ve stravě zastoupeny 55 %. Senioři by měli omezit příjem jednoduchých sacharidů, jako jsou sladkosti, zákusky a slazené nápoje. Základ by měly tvořit ty sacharidy, které nezatěžují organismus prudkým vzestupem glykémie a zajišťují pomalou a stálou dodávku energie. Třetí základní živinou jsou lipidy, které by měly tvořit z celkového energetického příjmu 25 %. U seniorů bývá častý deficit polynenasycených mastných kyselin, které jsou zejména v rostlinných olejích, margarínech a rybím tuku. Důležité je snížení nasycených lipidů, které se nacházejí v tučném masu, uzeninách a tučných mléčných výrobcích. (4, s. 155, 48, s. 19 – 21, 55, 56)

Příjem energie musí odpovídat výdeji energie. Potřeba energie u seniorů může klesat, kvůli snížené pohybové aktivitě, to ovšem platí pouze u jinak zdravého člověka, který má jenom sníženou aktivitu. Jinak tomu bude u seniora, který trpí některým chronickým onemocněním (kardiální a respirační nedostatečností), kde základní energetická potřeba může být zvýšena. (55)

Denní příjem vitamínů, minerálních látek a vlákniny by měl být zajištěn denní konzumací 500 g zeleniny a ovoce, přičemž zelenina by měla tvořit 300 g a ovoce 200 g. Seniorům často chybí beta-karoten, kyselina listová, vitamíny B12, C, D a E. Doplnění vitamínu C, beta-karotenu a kyseliny listové jim zajistí již zmiňovaná zelenina a ovoce. Vitamín E mohou senioři doplnit prostřednictvím ořechů a semínek. Vitamín D doplní tím, že budou minimálně dvakrát týdně konzumovat ryby. Senioři by měli jíst více celozrnných obilnin s nízkým glykemickým indexem a s vysokým obsahem vlákniny. Jedná

se potraviny, jako jsou luštěniny, celozrnné pečivo, neloupaná rýže a pohanka. (8, s. 11, 56)

Nezbytnou věcí pro zdravé stravování je také dodržovat pitný režim. Doporučuje se vypít až dva litry tekutin denně. Je důležité dbát na celkové denní množství tekutin v souvislosti s chronickým onemocněním, např. doporučená dávka tekutin u pravostranného selhání srdce je 1,5 – 2 litry denně. U seniorů není vhodné před spaním vypít hodně tekutin. Tekutiny, které jsou doporučovány: nenasycené vody s kombinací minerálních vod, bylinné čaje, ovocné a zeleninové šťávy. Pozor na sycené vody s vysokým množstvím sodíku zejména u seniorů, kteří trpí hypertenzí a srdečním selháním. Běžně dostupné džusy je příhodné ředit vodou a nepít je nalačno, neboť dráždí žaludeční sliznici. Senior, který netrpí hypertenzí, může černou kávu, ale v pozdních odpoledních hodinách není doporučována, z důvodu její močopudnosti, která by mohla přetrvávat i do brzkých večerních hodin a tím by mohla znepříjemnit usínání. Z alkoholických nápojů je ve vhodné míře, což je cca 2 dl, doporučováno pivo, které podporuje trávení. Tekutiny by neměly být příliš chladné ani teplé. Dále se seniorům nedoporučuje naráz vypít velké množství tekutin, kvůli možnému přetížení kardiovaskulárního systému. (22, s. 85, 4, s. 152)

5.3.2 Vhodné pohybové aktivity

O pohybových aktivitách bylo psáno již v podkapitole pohybové aktivity, proto zde budou pouze vypsány vhodné pohybové aktivity pro seniory. Výběr pohybové aktivity se musí odvíjet od zdravotního stavu seniora a vybraná pohybová aktivita by měla být prokonzultována s lékařem. Samozřejmě je důležité při výběru zohlednit i změny, které jsou součástí stáří, ať už to jsou individuální nebo subjektivní pocity cvičícího. Zdravotnické organizace doporučují cvičit buď 3 krát týdně po dobu 1 hodiny, anebo 5 krát týdně po dobu 0,5 hodiny. (57)

Seniorům jsou doporučovány tyto pohybové aktivity: nordic walking, plavání, jízda na kole či rotopedu, pět Tibetů, pilates, kalanetika, petanque, chůze, aqua gymnastika, jóga. Některé z těchto pohybových aktivit zde budou popsány více. (8, s. 93 – 96)

Nordic walking neboli severská chůze. Je ideální a velmi oblíbená činnost pro seniory. K této činnosti jsou zapotřebí speciální hůlky, o které se člověk při chůzi opírá. Nordic walking má několik výhod jako je aktivní trénink kardiopulmonálního systému, tepová frekvence je vyšší o 40 až 50 % ve srovnání s chůzí bez hůlek, pozitivně působí na psychiku, uvolňuje bederní, krční a hrudní páteř, posiluje svalstvo horních končetin,

ulevuje nosným kloubům. Technika severské chůze je v zásadě jednoduchá. Podstatné je, že při každém kroku se musí došlápnout na patu. Krok je delší. Speciální hůlka je držena v pravém úhlu a díky tomu dochází při chůzi k správnému držení těla. Při chůzi se vyměňují pravá noha s levou rukou a naopak. (58, 59)

Plavání lze provozovat po celý rok, ať už v bazéně nebo třeba v rybníce či moři. Plavání protahuje celé tělo a nabízí také účinnou pomoc při redukci váhy. Umožňuje procvičení kloubů bez zatížení a podporuje proudění lymfy. Voda má také relaxační efekt, působí jako by smyla veškeré problémy, nepříjemné pocity a obavy. (8, s. 93)

Pět Tibet'anů jsou harmonizační a posilující cviky. Jak už z názvu vyplývá, cviků je pět. Cviky by se měly provádět každý den. Množství cviků je minimálně 3 krát od každého cviku a maximálně 21 krát. Provádějí se pomalu a soustředěně, ale pouze do té míry, aby nedošlo k únavě. Podrobnější popis cviků bude umístěn v příloze 4. (8, s. 93 – 94)

Pilates je cvičení, které rozvíjí koordinaci, sílu, rovnováhu, flexibilitu a dýchání. Protahuje a posiluje zádové, břišní a hýžděové svalstvo a to vede k lepšímu držení těla. Základem tohoto cvičení je soustředění na správné dýchání, které napomáhá k okysličení svalů a podporuje cirkulaci krve. Správný pilates by neměl vyčerpávat, naopak by měl dodávat energii. (60)

5.3.3 Duševní hygiena

„Duševní hygienou se rozumí systém propracovaných pravidel a rad sloužících k udržení, prohloubení nebo znovuzískání duševní rovnováhy. Základním pojmem duševní hygieny je pojem duševního zdraví, pod kterým chápeme dosažení ideálního stavu, jenž je výsledkem dodržování zásad duševní hygieny.“ (38, s. 63 – 64)

Zásadami duševní hygieny pro seniory jsou udržet si šíři zájmů, uchovat se v aktivitě, ale v rovnováze s odpočinkem, utřídit si životní náplň podle předešlého zaměření tak, aby zahrnovala fyzickou a duševní činnost, být otevřen novým vědomostem a usilovat o přizpůsobení na nové požadavky, pěstovat pozitivní přátelské vztahy a nebát se navazovat vztahy nové, přispívat při výchově dětí, mít radost z dobrých věcí, které život stále přináší a naplno si jich užívat, vyhýbat se nepříjemným situacím a zdolávat vše s moudrostí. (36, s. 29)

6 ZDRAVOTNÍ A SOCIÁLNÍ PÉČE O SENIORY

Při navrhování zdravotní a sociální péče o seniory je potřeba akceptovat, že seniorská populace je velmi heterogenní skupina. V roce 1982 byly na Vídeňském sympoziu o stárnutí a stáří deklarovány principy, které byly upraveny a vycházejí z nich dnešní principy institucionální a neinstitucionální formy péče o seniory. Jedná se o čtyři principy demedicinalizace, deinstitucionalizace, desektorizace a deprofesionalizace. První princip demedicinalizace klade důraz na kvalitu života seniora, na přirozenost prostředí a na autonomii. Druhý princip deinstitucionalizace klade akcent na přednostní ošetřování a zabezpečení v domácím prostředí, na prioritní rozvoj terénních zdravotních a sociálních služeb a na podporu začlenění seniora do společnosti. Třetí princip desektorizace zdůrazňuje, že potřeby a služby mají mít multidimenzionální a multidisciplinární povahu. Dále vyzdvihuje potřebu týmové práce, propojení zdravotních a sociálních služeb a propojení rodinné a profesionální péče. Poslední čtvrtý princip deprofesionalizace klade důraz na podporu rodiny, sousedskou pomoc, seniorskou svépomoc a dobrovolnictví. (61, s. 73 – 74)

Zdravotní a sociální péči o seniory nelze od sebe separovat, jelikož v praxi jsou často zdravotní problémy doprovázeny sociálními a naopak. V České republice se model poskytování péče nesoběstačným seniorů zakládá o konvenční pojetí, které předpokládá, že primární zajištění potřeb seniorů poskytne rodina, přičemž státní služby bývají využívány až v situaci, kdy rodina chybí nebo péči nezvládá. Kvůli tomuto důvodu je velice nezbytné formovat dostatečnou nabídku služeb, které mohou neformální poskytovatelé, tedy rodinu, doplnit nebo dočasně nahradit a podporovat tak život seniora. Natolik nesoběstační senioři, kteří nemohou žít ve svém přirozeném prostředí a péče jejich rodin je nedostatečná nebo úplně chybí, mohou využít služby pobytových zařízení. (19, s. 60)

6.1 Zdravotní péče o seniory

Podle materiálů Světové zdravotnické organizace je nejdůležitější složka zdravotní péče primární zdravotní péče, která by měla být založená na integraci služeb. V České republice je toto pojetí primární péče zřetelně omezeno na vybrané poskytovatele, kterými je např. praktický lékař pro dospělé, gynekolog, stomatolog, proto se používá snáze termín komunitní péče. (9, s. 44)

Instituce, které se řadí do poskytování zdravotní péče o seniory, jsou nemocnice, hospice, ambulantní a terénní služba a geriatrické denní centrum. O jednotlivých institucích zde bude podrobněji pojednáváno. (22, s. 63 – 65)

V nemocnicích je zdravotní péče poskytována ambulantně nebo za pomoci hospitalizace daného člověka. Nemocnice v malých městech mají většinou k dispozici základní oddělení jako je interní, chirurgické a gynekologické a někde může být i psychiatrické oddělení, ale bohužel ne u všech jsou založena gerontopsychiatrická oddělení. V některých nemocnicích jsou oddělení následné péče a doléčovací oddělení. Tato oddělení jsou rehabilitační a slouží seniorům, kteří jsou v dobrém zdravotním stavu, ale je u nich potřeba zajistit následnou rehabilitaci jako je např. nácvik chůze, nácvik soběstačnosti při sebezpečí atd. Ve fakultních nemocnicích jsou další typy speciálních oddělení, které slouží k vyléčení akutního onemocnění, návratu do původního zdravotního stavu a původního sociálního prostředí. (22, s. 63 – 64)

Hospice poskytují péči umírajícím a podporu jejich rodinám. Jejich hlavní cíl je umožnit umírajícím důstojný odchod ze života. Hospice mohou také poskytovat respitní péči, což je odlehčovací pobyt seniora. Repitní péči využívají rodiny, které si potřebují odpočinout od péče o seniora nebo jedou na dovolenou. Existují také domácí hospice, které mají za cíl umožnit seniorům, u kterých není nutná nemocniční péče, důstojně a především v kruhu rodinném prožít závěrečnou etapu svého života. (22, s. 64, 45, s. 88)

Ambulantní a terénní služba je poskytována v domácím prostředí seniora a je pro ty lidi, kteří nevyžadují hospitalizaci v nemocnici, ale zároveň není dostupná potřebná rodinná péče. Poskytovatelem této služby jsou agentury domácí péče. Domácí péče je dostupná nejméně 14 hodin denně 7 dní v týdnu, je zde dostatečná spolupráce s rodinou nebo sociálními službami. V domácí péči je ošetrovatelská péče zajišťována kvalifikovanou sestrou. Cílem služeb domácí péče je zachovat nebo zlepšit soběstačnost a zlepšit či udržet kvalitu života. (9, s. 47, 22, s. 64)

Poslední institucí poskytující zdravotní péči seniorům je geriatrické denní centrum. Jedná se o denní péči o geriatrické pacienty. Pobyt v instituci trvá 6 až 12 hodin, některá centra umožňují i noční pobyt. Jsou zde zajištěny léčebné, ošetrovatelské a rehabilitační výkony, psychická aktivizace a ergoterapie, kognitivní trénink. Do zařízení je přijat takový senior, který potřebuje zdravotní péči, která ovšem není kontinuální, ale zároveň trvá déle než možnost ambulantního ošetření. (9, s. 47)

6.2 Sociální péče o seniory

Pomocí sociálních služeb je zabezpečována pomoc při péči o vlastní osobu, a to v oblastech stravování, ubytování, pomoci při zajištění chodu domácnosti, ošetřování, poskytování informací, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím a pomoci při prosazování práv a zájmů. Sociální služby mají za cíl i mimo jiné napomáhat rozvoji nebo udržení stávající soběstačnosti seniora, jeho návrat do vlastního domácího prostředí, obnovení nebo uchování životního stylu, snížení sociálních a zdravotních rizik, které souvisejí s životním stylem seniora. (1, s. 81)

Sociální služby jsou v České republice složkou státního systému sociálního zabezpečení. Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, v platném znění, definuje druhy sociálních služeb. Druhy sociálních služeb jsou rozdělovány na sociální poradenství, služby sociální péče a služby sociální prevence. Všechny tyto služby si může jedinec na základě přiznaného příspěvku na péči nakupovat nebo objednat u dané organizace poskytující sociální služby a za poskytnuté služby zaplatit. (1, s. 82, 62)

Sociální služby lze dělit podle forem poskytování na služby pobytové, ambulantní a terénní. Pobytové služby jsou takové služby, které jsou spojeny s ubytováním v sociálním zařízení. Službami ambulantními jsou služby, za kterými si daný jedinec musí docházet nebo je doprovázen nebo dopravován do sociálního zařízení. Poslední terénní služby jsou jedinci poskytovány v jeho přirozeném sociálním prostředí. (19, s. 62)

Zařízení poskytující sociální služby je nepřehledné množství, proto zde budou podrobněji vymezeny jen organizace, které poskytují sociální služby seniorům. Podrobný seznam o všech zařízeních poskytujících sociální služby lze najít v již zmiňovaném zákoně č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. Instituce poskytující sociální služby pro seniory jsou domovy pro seniory, domovy se zvláštním režimem, domovy s pečovatelskou službou, centra denních služeb, denní stacionáře, týdenní stacionáře a pečovatelská služba. (22, s. 65 – 66)

Domovy pro seniory jsou řazeny do kategorie pobytových služeb, které jsou provozovány celoročně. Služby jsou určeny seniorům se sníženou soběstačností a s potřebou pravidelné pomoci v komplexní péči a zejména seniorům, kteří z důvodu své neschopnosti se o sebe postarat nemohou nadále zůstat ve svém přirozeném, domácím prostředí. (3, s. 45)

Domovy se zvláštním režimem jsou velmi podobné domovům pro seniory. Tato instituce je také pobytová a celoroční služba. Rozdíl mezi domovy pro seniory a domovy

se zvláštním režimem je ve větším počtu personálu a jsou zde přijímáni lidé, kteří mají specifické potřeby vyplývající z chronické duševní poruchy, ze závislosti na návykových látkách nebo z mentálního postižení. (22, s. 65)

Domy s pečovatelskou službou jsou určeny pro relativně zdravé seniory, ať už se jedná o jednotlivce nebo manželské páry. Relativně zdravým seniorem je myšlen takový senior, který nepotřebuje ústavní komplexní péči, ale pouze pomoc při některých činnostech. Domy s pečovatelskou službou mají kvalitnější bydlení, kde jsou senioři ubytováni v samostatné bytové jednotce na základě smlouvy. (22, s. 65 – 66)

Centra denních služeb dříve také nazývané domovinky patří do ambulantních služeb. Do centra denních služeb docházejí senioři, kteří mají sníženou soběstačnost a potřebují pomoc při řadě úkonů. V centru je seniorům nabízena sociálně terapeutická činnost, jako jsou výtvarné, tělovýchovné a společenské aktivity. Centra, ale nepomáhají jen seniorům samotným, ale pomáhají i jejich rodinám a to např. v podobě zajištění respitní péče. (3, s. 45, 22, s. 66)

Denní stacionáře jsou také řazeny do ambulantních služeb. Denní stacionáře využívají senioři, kteří mají sníženou soběstačnost. Ve stacionáři se provádějí aktivizační a sociální terapeutické činnosti a je zde poskytnuta komplexní péče seniorům. (3, s. 45)

Týdenní stacionáře jsou v podstatě stejné jako denní stacionáře, akorát je zde delší pobyt seniora. Týdenní stacionář je určen pro seniory se sníženou soběstačností a sebepéčí. Většinou fungují od neděle večer nebo od pondělí ráno do pátku odpoledne. (22, s. 66)

Poslední uvedenou institucí je pečovatelská služba. Tato služba se řadí mezi terénní služby a je poskytována seniorů v jejich domácím prostředí. Služby zahrnují ošetrovatelské úkony, nakupování, péči o domácnost, praní, žehlení, doprovodné a asistenční služby. (3, s. 45, 22, s. 67)

7 PODPORA ZDRAVÉHO STÁRNUTÍ

Během posledních let jsou zakládány organizace, občanská sdružení a nadace, svépomocné skupiny, které se věnují programům pro seniory a zaobírají se seniorskou otázkou. Zároveň usilují o ovlivnění celospolečenského pohledu na stárnutí a stáří. (4, s. 14)

Již v roce 1982 se konalo první Světové zasedání o stárnutí a stáří ve Vídni, které bylo pod patronací Organizace spojených národů (dále jen OSN). Výsledkem zasedání bylo vytvoření Mezinárodního akčního plánu, který byl v Československu realizován jako Rok úcty ke starším, později po desetiletém projektu byl přeformulován na: Úcta ke starším. Jedním z cílů již tenkrát bylo mezigenerační solidarita a posílení soběstačnosti stárnoucích lidí. (45, s. 21)

V roce 1992 byly definovány Principy Spojených národů pro starší občany, které jsou známé pod názvem Zásady OSN pro seniory. Zejména zde byla zdůrazněna nezávislost, společenské zapojení, seberealizace, důstojnost a v případě potřeby i přístupnost zdravotní a sociální péče. V roce 1991 vyhlásila OSN, že 1. říjen bude pokládán za mezinárodní den seniorů, na tento den jsou každoročně pořádány spousty akcí určené pro seniory. Rok 1999 by také velmi významným, jelikož došlo k vyhlášení, že rok 1999 bude mezinárodním rokem seniorů. V tomto roce také stojí za pozornost Montrealská deklarace s názvem My starší celého světa, dále vznik Charty seniorů a Evropské charty pacientů seniorů. (4, s. 16, 45, s. 22)

Program Světové zdravotnické organizace (dále jen WHO) z roku 1991 musí být také počítán k mimořádným aktivitám na celosvětové úrovni. Program WHO byl dříve znám pod názvem Zdraví pro všechny do roku 2000 a který dnes pokračuje programem Zdraví pro všechny v 21. století. Je nutno podotknout, že tyto programy nejsou zaměřeny jen na seniory. (45, s. 22)

V roce 2002 bylo uskutečněno druhé Světové shromáždění o stárnutí a stáří, které se probíhalo v Madridu. Shromáždění projednávalo problémy celého světa a to včetně zemí rozvojových, jejichž populace také výrazně zestárla. Dále se zabývalo stárnutím handicapovaných osob, problematikou duševního zdraví, špatným zacházením se starými lidmi atd. Shromáždění přijalo závěrečný dokument Mezinárodní akční plán pro stárnutí a stáří neboli Madridský plán. (23, s. 22)

Program Stárnout v Evropě je moderní celoevropský program zdravotní výchovy pro staré občany. Program zahrnuje informace o zdravém životním stylu a zdravotní

výchově v jednotlivých regionech. Cílem je dosáhnout prodloužení aktivního nezávislého života seniorů. Do programu se zapojila řada občanských sdružení např. Život 90, Gema atd. (4, s. 15)

V roce 2005 založil svaz důchodců České republiky Radu seniorů České republiky. Rada publikuje noviny s názvem Doba seniorů. Za neuspokojivý považuje Rada seniorů situaci státní podpory, která má sloužit organizacím seniorů při rozvíjení jejich společenských, kulturních, sportovních a vzdělávacích aktivit. (4, s. 16)

Senioři mohou využívat v centech sociálních služeb kluby důchodců, dále jsou zde linky pro seniory, kam mohou bezplatně volat a požádat o radu. Jsou publikovány časopisy, jako je Senior revue, Generace, zpravodaj Senioři a mnoho dalších. Tyto časopisy se věnují otázkám zdravého stárnutí, zaměřují se na objasnění spousty nemocí a jejich příčin a doporučují režimová opatření. Ve většině měst a obcí jsou informační a poradenské centra pro seniory. Dále mohou senioři využívat projektu Areion, což je projekt zabývající se tísňovým voláním pro zdravotnickou pomoc. I na internetu je řada webových stránek, které jsou určeny pouze pro seniory a poskytují mu informace. Jedná se např. o diakonie.cz, zivot90.cz, stáří.cz, tretivek.cz atd. (4, s. 16)

8 MANAGEMENT

Pro objasnění všech pojmů je důležité uvést i vymezení pojmu management. Management je anglický pojem, který je překládán jako řízení. Jedná se o proces, jelikož jde o soustavu následných aktivit a úkolů, které se vzájemně provázejí. Management má několik významů, např. management je určitý způsob vedení lidí, vedoucí představitelé organizace, předmět studia a výzkumu, dovednost a činnost člověka. (63, s. 9, 64, s. 7, 65, s. 11)

V českém prostředí je poměrně nový pojem case management neboli případové vedení. Case manager je profesionál, jedná se o zdravotníka nebo sociálního pracovníka, který vyhledává seniory nebo je seniory kontaktován. Seniorům dává cenné rady a sjednává potřebné sociální a zdravotní služby. Tento pracovník je zodpovědný za vytvoření, průběžnou aktualizaci a plnění plánu péče. Case manager edukuje seniory o správném životním stylu a napomáhá seniorům udržet co možná nejdéle jejich soběstačnost. Pokud je senior nemocný zajistí koordinovanou, kvalitní rehabilitaci a měl by spolupracovat s jeho rodinou, která potřebuje informace o zdravotních či sociálních službách. (45, s. 61)

PRAKTICKÁ ČÁST

9 FORMULACE PROBLÉMU

9.1 Hlavní problém

Z důvodu narůstajících moderních léčebných a diagnostických metod dochází k již zmíněnému nárůstu seniorské populace. Nabízí se otázka, zda zvyšující se věk průměrného dožití člověka je shodný s kvalitou života ve stáří. S možností dožít se vyššího věku se mění životní styl, postoje a hodnoty seniora. Sám senior rozhoduje o tom, jaká bude jeho poslední etapa života, zda bude zdravý a aktivní nebo chronicky nemocný a závislý na pomoci druhé osoby. K největší změně životního stylu ve stáří dochází při odchodu do starobního důchodu, dále při zhoršení zdravotního stavu a dále když se stane senior nesoběstačným. Je velice důležité dostat problematiku stárnutí a stáří do povědomí celé společnosti a tak si v této souvislosti uvědomit, že zdravý a aktivní životní styl je nezbytný v kterémkoli věku. Tento fakt vedl k tomu, aby výzkumné šetření bylo zaměřeno na zjištění životního stylu a na rozdílnosti životního stylu u jednotlivých seniorů, a to v závislosti na faktorech ovlivňujících změny životního stylu nejvýrazněji.

9.2 Dílčí problémy

Výzkumné šetření bylo orientováno na několik oblastí životního stylu. Jedná se o výživu, kouření, alkohol, volnočasové aktivity a spánek. Tyto oblasti jsou charakteristickými složkami životního stylu.

10 CÍL A ÚKOL VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

Cílem výzkumného šetření bylo pomocí výzkumných metod zjistit, zda senioři žijí zdravě a jaké jsou rozdíly životního stylu u seniorů žijících v domácím prostředí, dále u seniorů žijících v domácím prostředí s využíváním služeb domácí péče nebo pečovatelské služby a u seniorů žijících v domově pro seniory. Zjištění rozdílnosti životního stylu u těchto jednotlivých skupin seniorů bylo zaměřeno na několik oblastí, jednalo se o výživu, kouření, alkohol, volnočasové aktivity a spánek.

Hlavní cíle:

Cíl 1: Zjistit, zda mají senioři zdravý životní styl.

Cíl 2: Zjistit diferencovanost životního stylu u seniorů žijících v domácím prostředí, u seniorů žijících v domácím prostředí s využíváním služeb domácí péče nebo pečovatelské služby a u seniorů žijících v domově pro seniory.

Dílčí cíle:

Cíl 1: Zjistit diferencovanost ve stravovacích návycích u uvedených skupin seniorů.

Cíl 2: Zjistit diferencovanost v kouření u uvedených skupin seniorů.

Cíl 3: Zjistit diferencovanost v konzumaci alkoholu u daných skupin seniorů.

Cíl 4: Zjistit diferencovanost mezi způsoby trávení volného času u daných skupin seniorů.

Cíl 5: Zjistit diferencovanost ohledně oblasti spánku u uvedených skupin seniorů.

Úkolem výzkumného šetření bylo na základě prostudované literatury zformulovat hypotézy, které jsou zaměřeny na danou problematiku. Dalším úkolem bylo získat relevantní data za pomoci dotazníkového šetření, která budou statisticky zpracována a porovnána s výsledky jiných autorů. Posledním úkolem výzkumného šetření bylo navrhnout na základě zjištěných výsledků doporučení pro praxi.

11 METODIKA

K zrealizování výzkumného šetření byla zvolena kvantitativní metoda. Sběr dat probíhal prostřednictvím explorační výzkumné metody formou dotazníku vlastní konstrukce (viz příloha 5). Otázky pro dotazník byly vytvořeny na základě prostudované literatury zabývající se danou problematikou. Dotazník byl určen seniorům žijícím v domácím prostředí, seniorům žijícím v domácím prostředí s využíváním služeb domácí péče nebo pečovatelské služby a seniorům žijícím v domově pro seniory. Kritériem pro vyplnění dotazníku byl věk, senioři museli být starší 65 let. V současné době se nejvíce využívá členění: mladí senioři ve věku 65 až 74 let, starší senioři v rozmezí 75 až 84 lety a velmi staří senioři ve věku nad 85 let. Z tohoto důvodu bylo dané kritérium stanoveno.

Dotazník byl zcela anonymní a jeho vyplnění dobrovolné. Dotazník obsahoval 30 otázek. Otázky v dotazníku byly konstruované tak, aby byly pro danou skupinu respondentů srozumitelné a jasné. Formy dotazníkových položek byly z velké části tvořeny uzavřenými otázkami, pouze jedna položka byla otevřená otázka. Respondenti mohli vybírat z jednotlivých variant odpovědí. V dotazníku byla vytvořena tabulka

se stupnicí 1 – 5, kde respondent označil, jak často provozuje různé volnočasové aktivity. U otázek byla povolena pouze jedna možnost odpovědi.

Prvních pět otázek v dotazníku bylo zaměřeno na demografické údaje. Šestá až desátá otázka zkoumala oblast výživy. Jedenáctá a dvanáctá otázka se zabývala oblastí kouření. Třináctá otázka zjišťovala konzumaci alkoholických nápojů. Čtrnáctá až dvacátá sedmá otázka vyšetřovala oblast volnočasových aktivit. Otázky dvacet osm až třicet byly směřované na oblast spánku.

Před výzkumným šetřením byla provedena pilotní studie, a to zejména z důvodu korekce dotazníku. Pilotní studie se zúčastnilo 10 respondentů. Při provádění pilotní studie byly zjištěny nedostatky, které byly následně na podkladě doporučení respondentů odstraněny přeformulováním a upravením otázek v dotazníku.

Data z dotazníkového šetření byla zpracována a vyhodnocena za pomoci Microsoft Office Excel 2007. Prezentace a interpretace získaných údajů byla realizována slovním komentářem, tabulkami a grafy.

12 HYPOTÉZY

H 1: Životní styl seniorů žijících v domovech pro seniory se liší od životního stylu seniorů žijících v domácím prostředí.

H 1a: Životní styl seniorů žijících v domovech pro seniory se liší od životního stylu seniorů žijících v domácím prostředí s využíváním služeb domácí péče nebo pečovatelské služby.

H 2: Senioři žijící v domovech pro seniory mají zdravější stravovací návyky než senioři žijící v domácím prostředí.

H 2a: Senioři žijící v domovech pro seniory mají zdravější stravovací návyky než senioři žijící v domácím prostředí s využíváním služeb domácí péče nebo pečovatelské služby.

H 3: Nejvíce každodenních kuřáků se vyskytuje ve skupině seniorů žijících v domácím prostředí oproti seniorům žijícím v domovech pro seniory.

H 3a: Nejvíce každodenních kuřáků se vyskytuje ve skupině seniorů žijících v domácím prostředí oproti seniorům žijícím v domácím prostředí s využíváním služeb domácí péče nebo pečovatelské služby.

H 4: Senioři žijící v domácím prostředí konzumují více alkoholu než senioři žijící v domově pro seniory.

H 4a: Senioři žijící v domácím prostředí konzumují více alkoholu než senioři žijící v domácím prostředí s využíváním služeb domácí péče nebo pečovatelské služby.

H 5: Senioři žijící v domově pro seniory mají více volnočasových aktivit než senioři žijící v domácím prostředí.

H 5a: Senioři žijící v domově pro seniory mají více volnočasových aktivit než senioři žijící v domácím prostředí s využíváním služeb domácí péče nebo pečovatelské služby.

H 6: Senioři žijící v domácím prostředí lépe subjektivně hodnotí kvalitu spánku, nežli senioři žijící v domově pro seniory.

H 6a: Senioři žijící v domácím prostředí s využíváním služeb domácí péče nebo pečovatelské služby lépe subjektivně hodnotí kvalitu spánku, nežli senioři žijící v domově pro seniory.

13 VZOREK RESPONDENTŮ

Vzorek respondentů byl tvořen seniory, kteří žijí v rozličných podmínkách. Jednalo se o seniory žijící v domácím prostředí, seniory žijící v domácím prostředí s využíváním služeb domácí péče nebo pečovatelské služby a seniory žijící v domově pro seniory. Distribuce dotazníků byla zajištěna pro seniory bydlící v domácím prostředí při osobním kontaktu. Senioři žijící v domácím prostředí s využíváním služeb domácí péče nebo pečovatelské služby a senioři žijící v domově pro seniory byli kontaktováni prostřednictvím organizace, kterou využívají. Výzkumné šetření probíhalo v sedmi organizacích. Organizace byly tvořeny třemi domovy pro seniory a čtyřmi organizacemi poskytující domácí péči nebo pečovatelskou službu.

Před započítáním samotného výzkumného šetření byla vytvořena žádost o povolení dotazníkového výzkumného šetření (viz příloha 6), která byla předložena spolu s dotazníkem v organizacích, kde bylo výzkumné šetření prováděno. Každý odpovědný pracovník dané organizace žádost podepsal a svým podpisem svolil k provedení výzkumného šetření. Výzkumné šetření probíhalo na začátku března 2014.

Celkem bylo rozdáno 330 dotazníků. Z celkového počtu 110 (100%) dotazníků, které byly rozdány seniorům žijícím v domácím prostředí, byla návratnost 105 (95%) dotazníků, z toho správně vyplněných jich bylo 97 (88%). Organizacím poskytující domácí péči nebo pečovatelskou službu bylo opět rozdáno 110 (100%) dotazníků, zpět se vrátilo 108 (98%) dotazníků, z toho 17 nebylo řádně vyplněných. A posledních 110 (100%) dotazníků bylo rozdáno v domovech pro seniory, kde činila návratnost 104 (95%), z toho

správně vyplněných jich bylo 95 (86%). Celková návratnost tedy byla 283 (86%) dotazníků. Záměr byl získat od každé skupiny 100 dotazníků, z toho důvodu byl chybějící počet rozdán znovu jiným seniorům. Tudiž bylo rozdáno dalších 17 dotazníků, tj. celkem rozdáno 347 (100%) dotazníků. Do výzkumného šetření bylo použito 300 dotazníků, což představuje 86 % z celkového počtu všech rozdaných dotazníků. Pro lepší znázornění je zde vyobrazena tabulka 1.

Tabulka 1 Dotazníky

Organizace	Distribuované dotazníky		Vrácené dotazníky		Správně vyplněné dotazníky		Znovu rozdané dotazníky	Použité dotazníky	
	AČ	RČ	AČ	RČ	AČ	RČ	AČ	AČ	RČ
Domovy pro seniory	110	100%	104	95%	95	86%	5	100	87%
Organizace poskytující DP nebo PS	110	100%	108	98%	91	83%	9	100	84%
Domácí prostředí	110	100%	105	95%	97	88%	3	100	88%
Celkem	330	100%	317	96%	283	86%	17	300	86%

Zdroj: vlastní

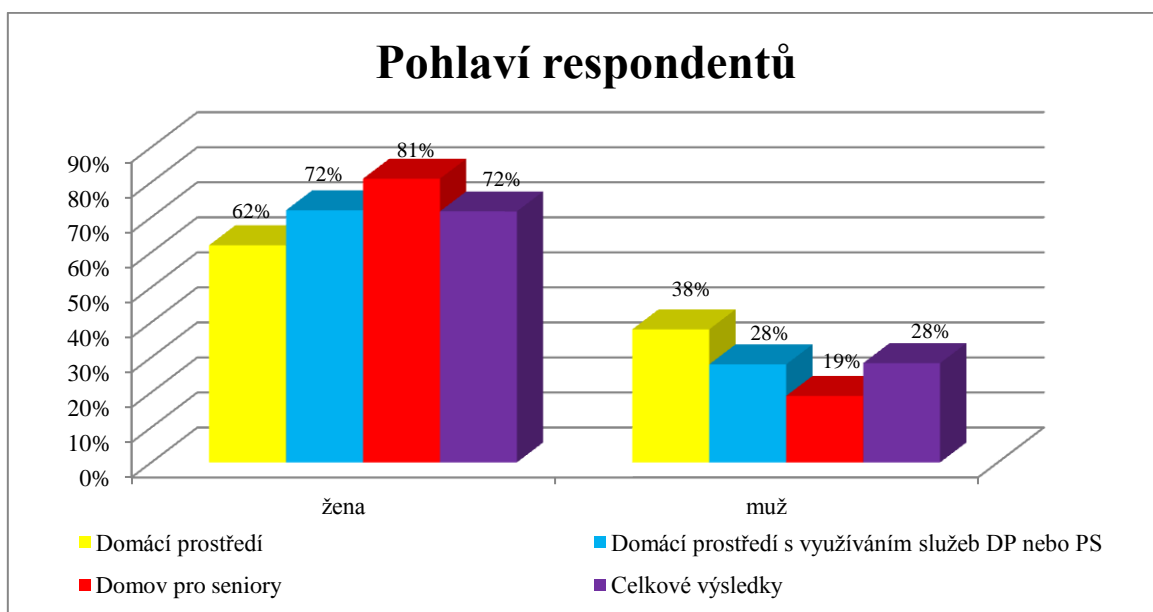
14 PREZENTACE A INTERPRETACE ZÍSKANÝCH ÚDAJŮ

Tato kapitola pojednává o výsledcích výzkumného šetření. Jak již bylo zmíněno, získaná data byla zpracována prostřednictvím Microsoft Office Excel 2007, a to za pomoci funkce suma, countif, relativní a absolutní četnost. Funkcí countif byly vyhodnoceny jednotlivé odpovědi respondentů v dotazníkových položkách. Funkcí absolutní četnost byly zjišťovány počty z naměřeného statistického souboru dat pro dané hodnoty. Absolutní četnost bude uvedena v komentářích pod grafy. Funkcí relativní četnost bylo spočítáno, jaké je procentuální zastoupení určitého znaku ve statistickém souboru. Relativní četnost je vyobrazena v celých číslech ve sloupcových grafech. Pouze k vyhodnocení otázky číslo 12 byly použity k prezentaci získaných údajů tabulky.

Dále uváděné grafy a za nimi následující popisky interpretují údaje získané za jednotlivé skupiny a dále i celkové údaje za všechny respondenty. Sumarizace za všechny dotázané je prezentována z důvodu ověření hlavního cíle šetření, zda senioři žijí zdravým životním stylem.

Vyhodnocení otázky č. 1 – Vaše pohlaví je:

Graf 1 Pohlaví respondentů

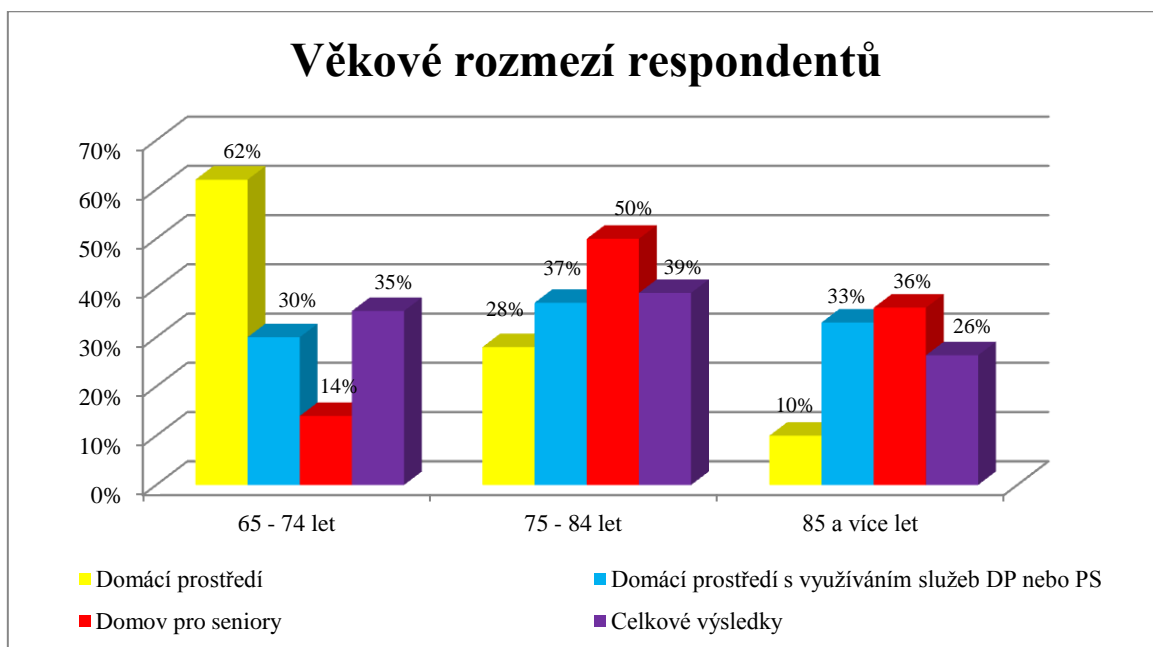


Graf zobrazuje pohlaví respondentů. Vyplývá z něho, že zastoupení žen v domácím prostředí bylo 62 (62%) a mužů v domácím prostředí bylo 38 (38%). Z domácího prostředí s využíváním služeb domácí péče nebo pečovatelské služby opět největší zastoupení měly ženy, a to 72 (72%) seniorů. Mužů z domácího prostředí s využíváním služeb domácí péče nebo pečovatelské služby bylo 28 (28%). Z domova pro seniory bylo 81 (81%) žen

a 19 (19%) mužů. Z celkového počtu 300 (100%) seniorů, bylo 215 (72%) žen a 85 (28%) mužů.

Vyhodnocení otázky č. 2 – Kolik je Vám let?

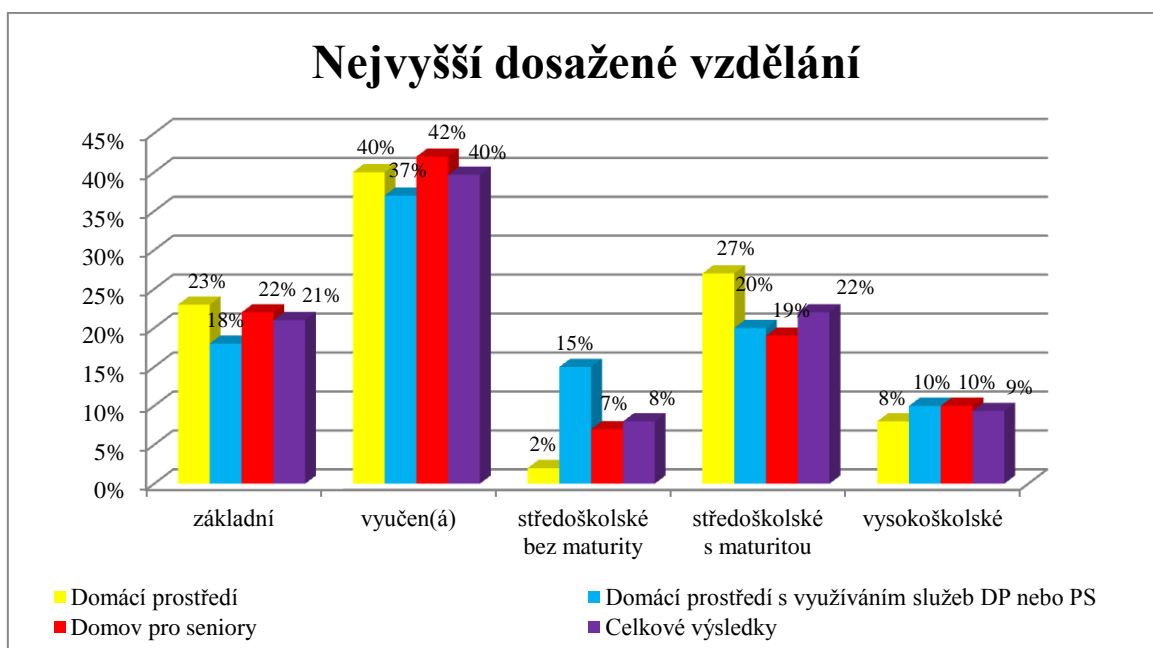
Graf 2 Věkové rozmezí respondentů



Z grafu vyplývá, že respondentů z domácí prostředí, bylo ve věkové skupině 65 – 74 let 62 (62%) respondentů, ve věkové skupině 75 – 84 let bylo 28 (28%) respondentů a ve věkové skupině 85 a více let bylo 10 (10%) respondentů. Respondentů z domácího prostředí s využíváním služeb domácí péče nebo pečovatelské služby, bylo ve věkové skupině 65 – 74 let 30 (30%) respondentů, ve věkové skupině 75 – 84 let bylo 37 (37%) respondentů a ve věkové skupině 85 a více let bylo 33 (33%) respondentů. Respondentů z domova pro seniory bylo ve věkové skupině 65 – 74 let 14 (14%) respondentů, ve věkové skupině 75 – 84 let bylo 50 (50%) respondentů a ve věkové skupině 85 a více let bylo 36 (36%) respondentů. Z celkového počtu 300 (100%) respondentů bylo ve věkové skupině 65 – 74 let 106 (35%) respondentů, ve věkové skupině 75 – 84 let bylo 115 (39%) respondentů a ve věkové skupině 85 a více let bylo 79 (26%) respondentů.

Vyhodnocení otázky č. 3 – Jaké máte nejvyšší dosažené vzdělání?

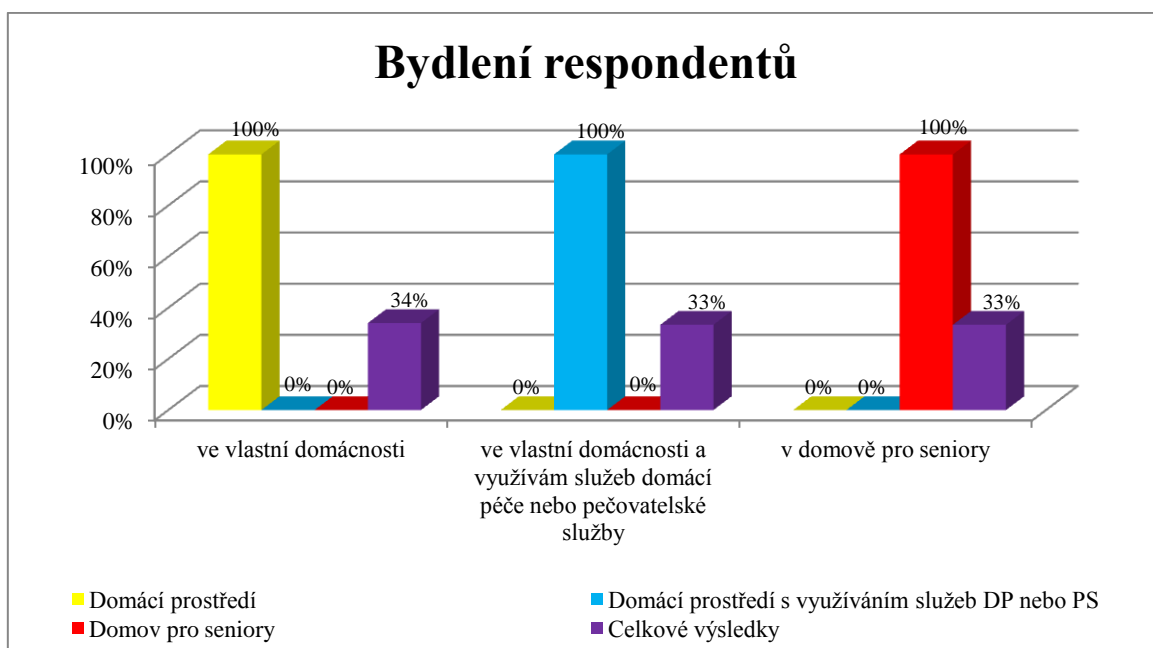
Graf 3 Nejvyšší dosažené vzdělání



Graf znázorňuje nejvyšší dosažené vzdělání. Z domácího prostředí označilo z celkového počtu 100 (100%) respondentů odpověď „základní“ 23 (23%) dotazovaných, odpověď „vyučen(á)“ 40 (40%) respondentů, odpověď „středoškolské bez maturity“ 2 (2%) respondenti, odpověď „středoškolské s maturitou“ 27 (27%) dotazovaných a odpověď „vysokoškolské“ 8 (8%) respondentů. Z domácího prostředí s využíváním služeb domácí péče nebo pečovatelské služby vybralo odpověď „základní“ 18 (18%) dotazovaných, odpověď „vyučen(á)“ 37 (37%) respondentů, odpověď „středoškolské bez maturity“ 15 (15%) respondentů, odpověď „středoškolské s maturitou“ 20 (20%) dotazovaných a odpověď „vysokoškolské“ 10 (10%) respondentů. Z domova pro seniory zvolilo z celkového počtu 100 (100%) respondentů odpověď „základní“ 22 (22%) dotazovaných, odpověď „vyučen(á)“ 42 (42%) respondentů, odpověď „středoškolské bez maturity“ 7 (7%) respondentů, odpověď „středoškolské s maturitou“ 19 (19%) dotazovaných a odpověď „vysokoškolské“ 10 (10%) respondentů. Z celkového počtu 300 (100%) respondentů vybralo odpověď „základní“ 63 (21%) dotazovaných, odpověď „vyučen(á)“ 119 (40%) respondentů, odpověď „středoškolské bez maturity“ 24 (8%) respondenti, odpověď „středoškolské s maturitou“ 66 (22%) dotazovaných a odpověď „vysokoškolské“ 28 (9%) respondentů.

Vyhodnocení otázky č. 4 – Kde bydlíte?

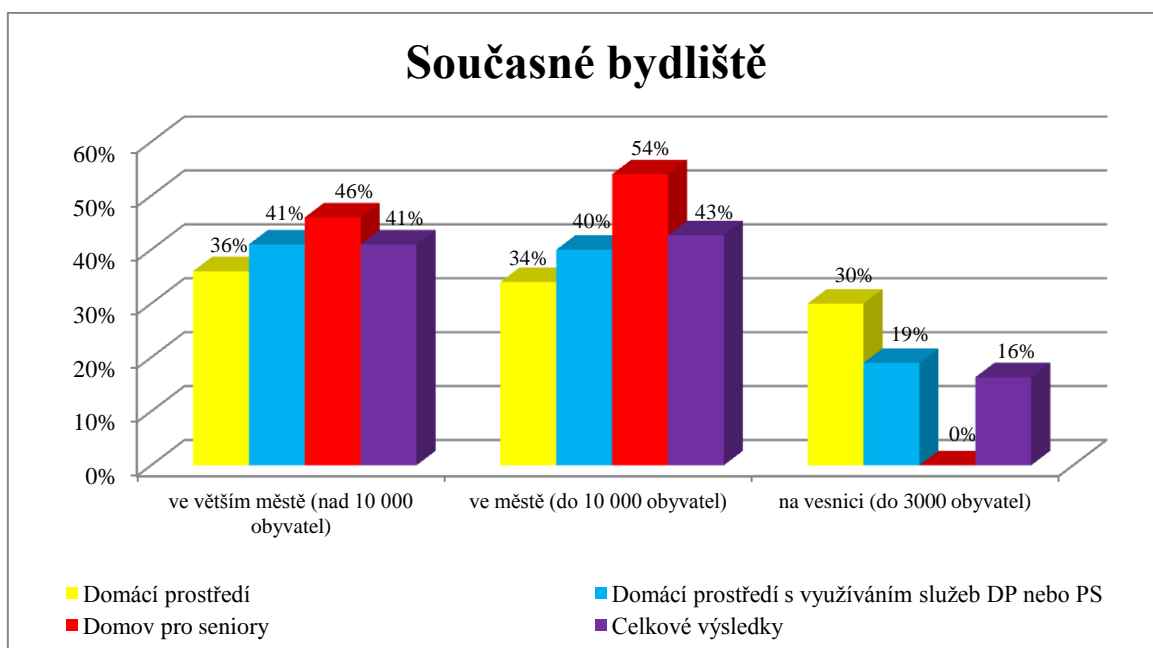
Graf 4 Bydlení respondentů



Tato otázka byla zařazena z důvodu zařazení daného respondenta do příslušné skupiny. 100 (100%) respondentů z domácího prostředí, tedy uvedlo možnost „ve vlastní domácnosti“. 100 (100%) dotazovaných z domácího prostředí s využíváním služeb domácí péče nebo pečovatelské služby označilo variantu „ve vlastní domácnosti a využívám služeb domácí péče nebo pečovatelské služby“. A opět 100 (100%) respondentů z domova pro seniory zvolilo odpověď „v domově pro seniory“. Z celkového počtu 300 (100%) respondentů bylo 100 (34%) dotazovaných z domácího prostředí, 100 (33%) seniorů z domácího prostředí s využíváním služeb domácí péče nebo pečovatelské služby a 100 (33%) respondentů z domova pro seniory.

Vyhodnocení otázky č. 5 – Kde žijete?

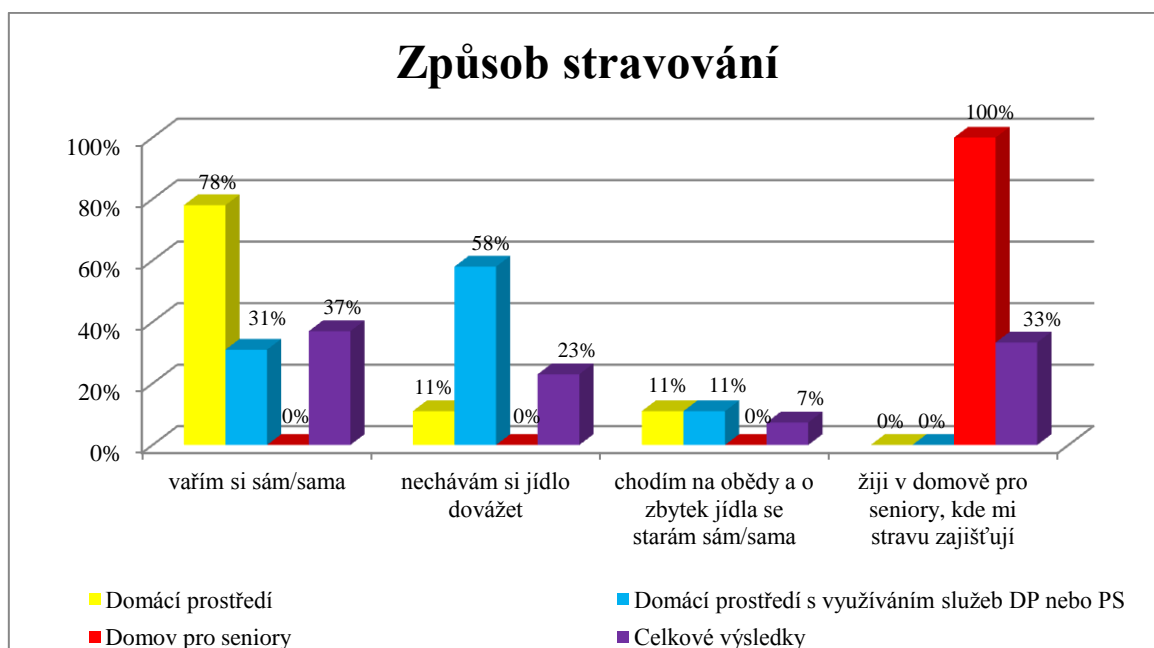
Graf 5 Současné bydliště



Graf demonstruje trvalé bydliště respondentů. Ze skupiny seniorů žijících v domácím prostředí žije 36 (36%) respondentů ve větším městě, 34 (34%) dotazovaných ve městě a 30 (30%) respondentů na vesnici. Z domácího prostředí s využíváním služeb domácí péče nebo pečovatelské služby bydlí 41 (41%) dotazovaných ve větším městě, 40 (40%) respondentů ve městě a 19 (19%) respondentů na vesnici. Z domova pro seniory žije 46 (46%) respondentů ve větším městě, 54 (54%) dotazovaných ve městě a žádný respondent na vesnici. Z celkového počtu 300 (100%) respondentů odpovědělo 123 (41%), že žijí ve větším městě. 128 (54%) respondentů bydlí ve městě a 49 (16%) dotazovaných pobývá na vesnici.

Vyhodnocení otázky č. 6 – Jakým způsobem se stravujete?

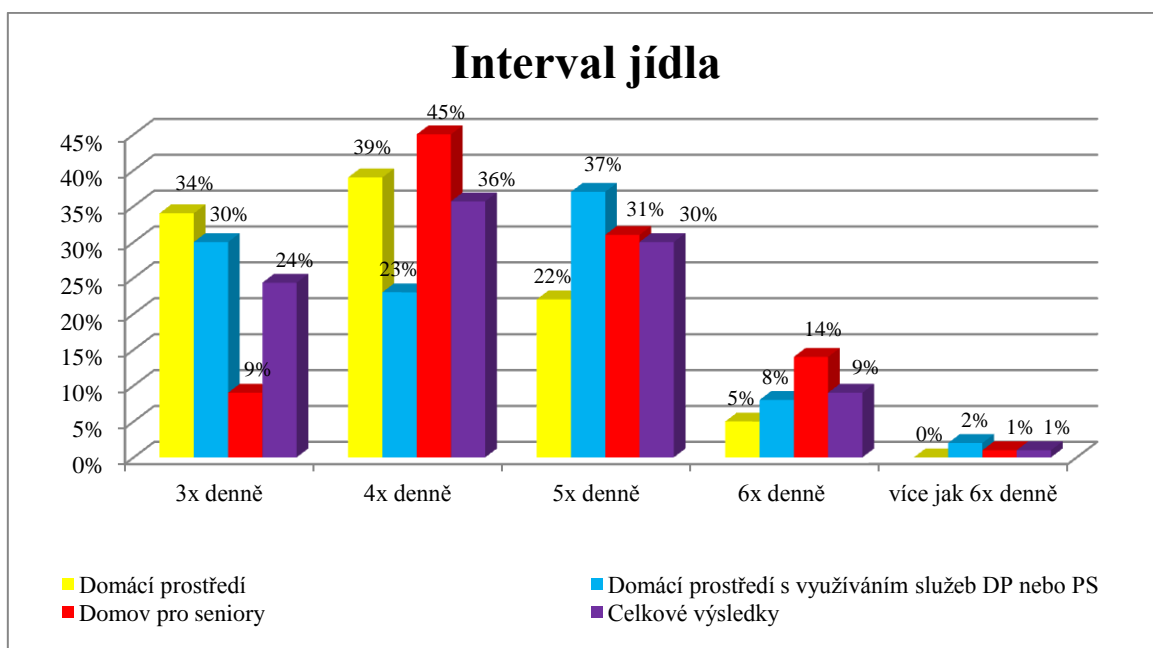
Graf 6 Způsob stravování



Z dat zaznamenaných v grafu vyplývá, že 78 (78%) respondentů z domácího prostředí zvolilo variantu „vařím si sám/sama“. Možnost „nechávám si jídlo dovážet“ označilo 11 (11%) dotazovaných, variantu „chodím na obědy a o zbytek jídla se starám sám/sama“ vybralo 11 (11%) respondentů a poslední možnou odpověď neoznačil žádný senior z domácího prostředí. 31 (31%) respondentů si vaří samo, 58 (58%) seniorů si nechávají jídlo dovážet a zbylých 11 (11%) dotazovaných z domácího prostředí s využíváním služeb domácí péče nebo pečovatelské služby si chodí na obědy a o zbytek se starají sami. 100 (100%) respondentů, tudíž všichni senioři z domova pro seniory odpověděli, že žijí v domově pro seniory, kde jim stravu zajišťují. Z celkového počtu 300 (100%) respondentů označilo první možnost 109 (37%) seniorů, druhou variantu 69 (23%) dotazovaných, třetí možnost 22 (7%) respondentů a poslední variantu 100 (33%) seniorů.

Vyhodnocení otázky č. 7 – Jak často denně jíte?

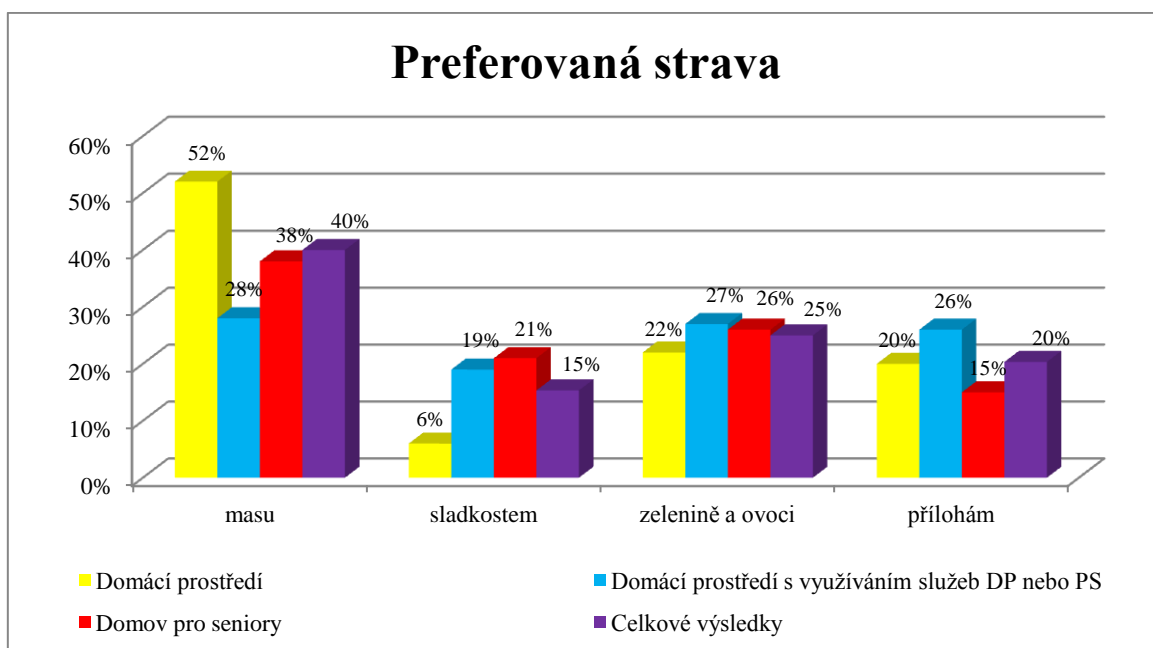
Graf 7 Interval jídla



Z výsledků výzkumného šetření vizualizovaných v grafu vyplývá, že největší počet dotazovaných z domácího prostředí, tedy 39 (39%) zvolilo možnost „4x denně“, variantu „3x denně“ označilo 34 (34%) respondentů, odpověď „5x denně“ vybralo 22 (22%) dotazovaných, možnost „6x denně“ zvolilo 5 (5%) respondentů a poslední varianta nebyla označena žádným seniorem z domácího prostředí. Největší počet dotazovaných z domácího prostředí s využíváním služeb domácí péče nebo pečovatelské služby, tj. 37 (37%) zvolilo možnost „5x denně“. 30 (30%) seniorů z domácího prostředí s využíváním služeb domácí péče nebo pečovatelské služby jí 3x denně, 23 (23%) dotazovaných se stravuje 4x denně, 6x denně jí 8 (8%) seniorů a 2 (2%) respondenti z tohoto prostředí jí více jak 6x denně. Nejčastější odpověď u respondentů z domova pro seniory byla, že se stravují 4x denně, takto odpovědělo 45 (45%) dotazovaných. 31 (31%) seniorů z domova pro seniory označilo možnost „5x denně“, variantu 6x denně vybralo 14 (14%) respondentů, 9 (9%) dotazovaných zvolilo odpověď „3x denně“ a zbylý 1 (1%) senior z domova pro seniory označil možnost „více jak 6x denně“. Z celkového počtu 300 (100%) respondentů vybralo 73 (24%) dotazovaných možnost „3x denně“, 107 (36%) respondentů zvolilo variantu „4x denně“, 90 (30%) seniorů označilo odpověď „5x denně“, 27 (9%) dotazovaných vybralo možnost „6x denně“ a zbylí 3 (1%) uvedli, že jí více jak 6x denně.

Vyhodnocení otázky č. 8 – Čemu dáváte ve stravě přednost?

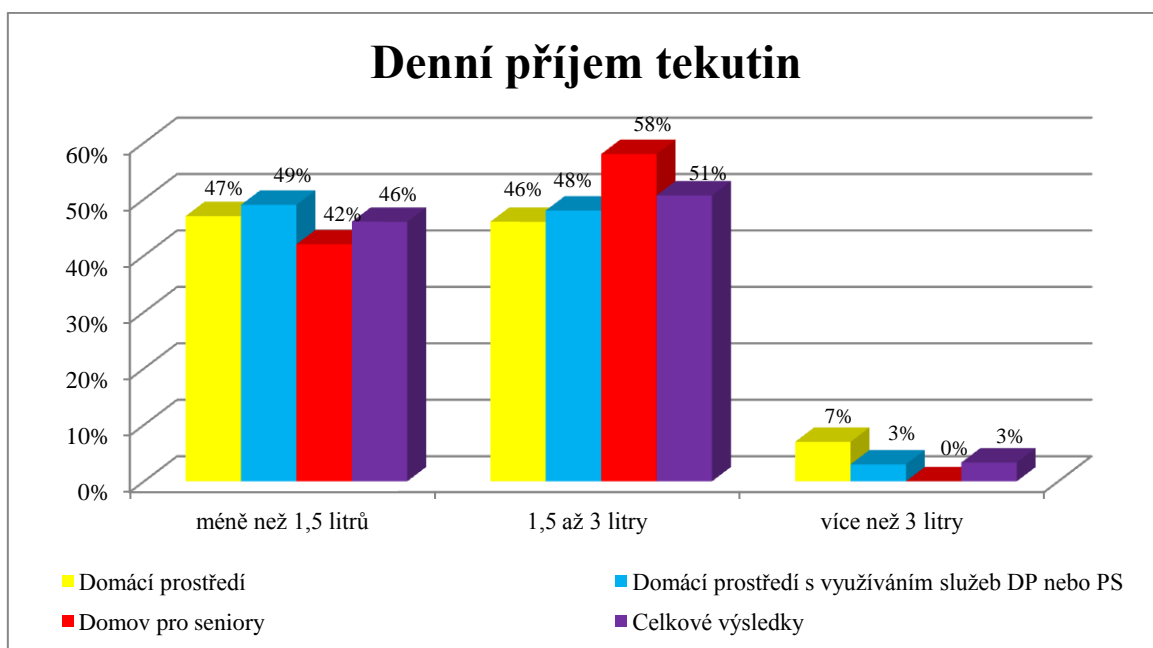
Graf 8 Preferovaná strava



Z grafu je evidentní, že nejvíce seniorů z domácího prostředí tedy 52 (52%) dává ve stravě přednost masu. Ostatní respondenti z domácího prostředí zvolili zbývající možnosti, a to konkrétně „sladkostem“ 6 (6%), 22 (22%) „zelenině a ovoci“ a „přílohám“ 20 (20%) dotazovaných. 28 (28%) seniorů z domácího prostředí s využíváním služeb domácí péče nebo pečovatelské služby upřednostňuje maso, 19 (19%) respondentů z této skupiny dává přednost sladkostem, 27 (27%) dotazovaných preferuje zeleninu a ovoce a zbylých 26 (26%) těchto seniorů upřednostňuje přílohy. Nejvíce seniorů z domova pro seniory, tedy 38 (38%), udává možnost „masu“, možnost „sladkostem“ zvolilo 21 (21%) respondentů, variantu „zelenině a ovoci“ vybralo 26 (26%) dotazovaných a odpověď „přílohám“ označilo 15 (15%) seniorů z domova pro seniory. Z celkového počtu 300 (100%) seniorů nejvíce, tj. 118 (40%) respondentů dává přednost masu, 46 (15%) dotazovaných upřednostňuje sladké, 75 (25%) preferuje zeleninu a ovoce a zbylých 61 (20%) seniorů dává přednost přílohám.

Vyhodnocení otázky č. 9 – Kolik denně vypijete tekutin?

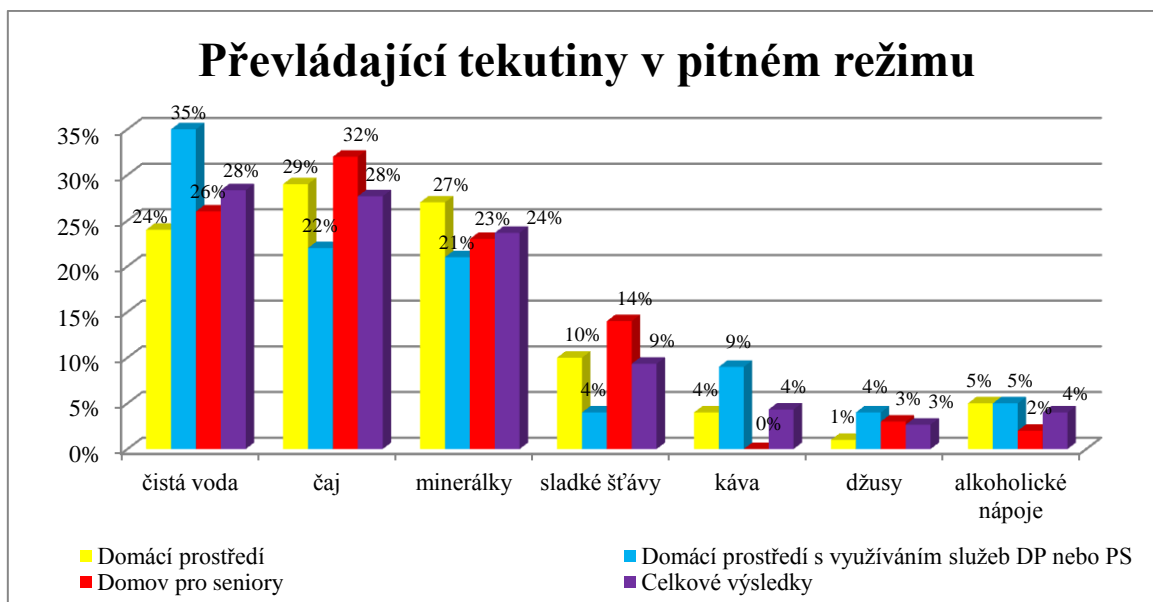
Graf 9 Denní příjem tekutin



Z celkového počtu 100 (100%) respondentů z domácího prostředí uvedlo možnost „méně než 1,5 litrů“ 47 (47%) dotazovaných, variantu „1,5 až 3 litry“ zvolilo 46 (46%) seniorů a alternativu „více než 3 litry“ označilo 7 (7%) respondentů. 49 (49%) dotazovaných z domácího prostředí s využíváním služeb domácí péče nebo pečovatelské služby uvedlo odpověď „méně než 1,5 litrů“, variantu „1,5 až 3 litry“ vybralo 48 (48%) respondentů a možnost „více než 3 litry“ označili 3 (3%) dotazovaní. 42 (42%) respondentů z domova pro seniory uvedlo možnost „méně než 1,5 litrů“, 58 (58%) seniorů zvolilo odpověď „1,5 až 3 litry“ a variantu „více než 3 litry“ nevybral nikdo. Z celkového počtu 300 (100%) respondentů označilo alternativu „méně než 1,5 litrů“ 138 (46%) dotazovaných, možnost „1,5 až 3 litry“ zvolilo 152 (51%) respondentů a poslední odpověď vybralo 10 (3%) seniorů.

Vyhodnocení otázky č. 10 – Jaké tekutiny ve Vašem pitném režimu převládají?

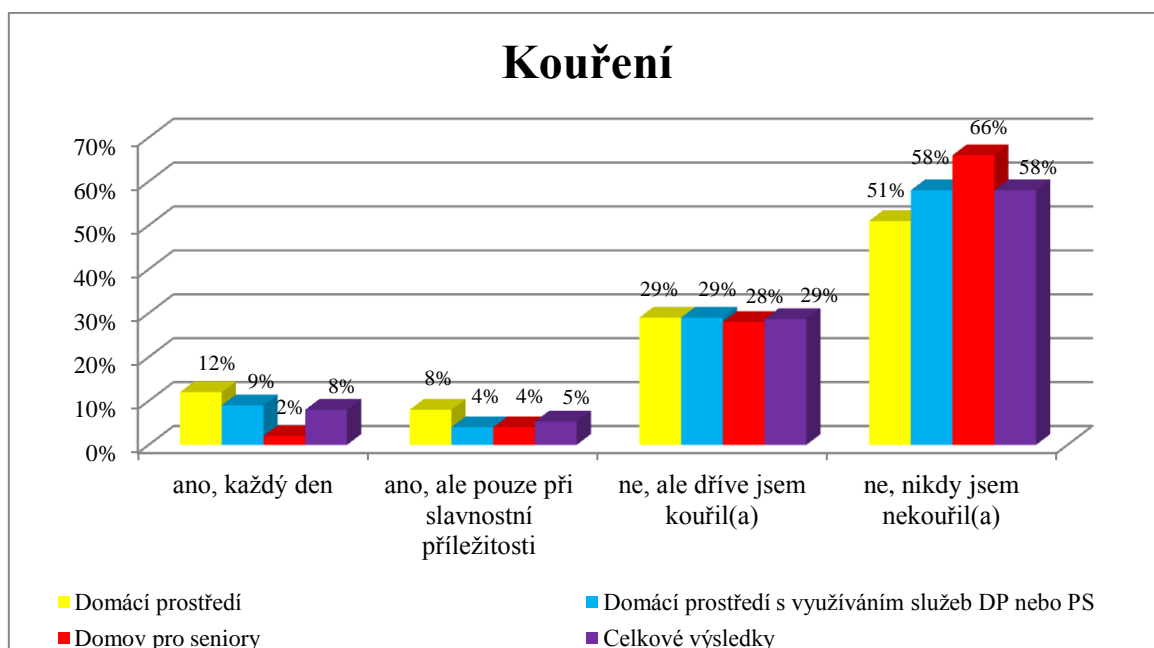
Graf 10 Převládající tekutiny v pitném režimu



Graf zobrazuje odpovědi na otázku, jaké tekutiny převládají v pitném režimu seniorů. Respondenti z domácího prostředí odpověděli následovně: možnost „čistá voda“ zvolilo 24 (24%) dotazovaných, variantu „čaj“ vybralo 29 (29%) respondentů, odpověď „minerálky“ uvedlo 27 (27%) seniorů, alternativu „sladké šťávy“ označilo 10 (10%) dotazovaných, možnost „káva“ zvolili 4 (4%) respondenti, variantu „džusy“ uvedl 1 (1%) senior a odpověď „alkoholické nápoje“ vybralo 5 (5%) dotazovaných. Respondenti z domácího prostředí s využíváním služeb domácí péče nebo pečovatelské služby zvolilo možnost „čistá voda“ 35 (35%) dotazovaných, variantu „čaj“ uvedlo 22 (22%) seniorů, odpověď „minerálky“ vybralo 21 (21%) respondentů, alternativu „sladké šťávy“ označili 4 (4%) dotazovaní, možnost „káva“ zvolilo 9 (9%) respondentů, variantu „džusy“ uvedli 4 (4%) senioři a odpověď „alkoholické nápoje“ vybralo 5 (5%) dotazovaných. 26 (26%) respondentů z domova pro seniory označilo možnost „čistá voda“, dále 32 (32%) dotazovaných této skupiny vybralo variantu „čaj“, 23 (23%) seniorů uvedlo alternativu „minerálky“, 14 (14%) respondentů zvolilo odpověď „sladké šťávy“, žádný respondent neoznačil možnost „káva“, 3 (3%) dotazovaní uvedli variantu „džusy“ a 2 (2%) senioři vybrali alternativu „alkoholické nápoje“. Z celkového počtu 300 (100%) respondentů označilo alternativu „čistá voda“ 85 (28%) dotazovaných, možnost „čaj“ zvolilo 83 (28%) respondentů, odpověď „minerálky“ vybralo 71 (24%) seniorů, variantu „sladké šťávy“ uvedlo 28 (9%) dotazovaných, možnost „káva“ označilo 13 (4%) respondentů, alternativu „džusy“ označilo 8 (3%) seniorů a poslední odpověď „alkoholické nápoje“ vybralo 12 (4%) dotazovaných.

Vyhodnocení otázky č. 11 – Kouříte?

Graf 11 Kouření



Graf znázorňuje kouření seniorů. Z domácího prostředí označilo z celkového počtu 100 (100%) respondentů odpověď „ano, každý den“ 12 (12%) dotazovaných, možnost „ano, ale pouze při slavnostní příležitosti“ 8 (8%) respondentů, variantu „ne, ale dříve jsem kouřil(a)“ 29 (29%) respondentů a alternativu „ne, nikdy jsem nekouřil(a)“ 51 (51%) dotazovaných. Z celkového počtu 100 (100%) respondentů z domácího prostředí s využíváním služeb domácí péče nebo pečovatelské služby vybralo možnost „ano, každý den“ 9 (9%) dotazovaných, variantu „ano, ale pouze při slavnostní příležitosti“ 4 (4%) respondenti, alternativu „ne, ale dříve jsem kouřil(a)“ 29 (29%) respondentů a odpověď „ne, nikdy jsem nekouřil(a)“ 58 (58%) dotazovaných. Z domova pro seniory zvolilo z celkového počtu 100 (100%) respondentů variantu „ano, každý den“ 2 (2%) dotazování, odpověď „ano, ale pouze při slavnostní příležitosti“ 4 (4%) respondenti, alternativu „ne, ale dříve jsem kouřil(a)“ 28 (28%) respondentů a variantu „ne, nikdy jsem nekouřil(a)“ 66 (66%) dotazovaných. Z celkového počtu 300 (100%) respondentů vybralo variantu „ano, každý den“ 23 (8%) dotazovaných, možnost „ano, ale pouze při slavnostní příležitosti“ 16 (5%) respondentů, alternativu „ne, ale dříve jsem kouřil(a)“ 86 (29%) respondentů a odpověď „ne, nikdy jsem nekouřil(a)“ 174 (58%) dotazovaných.

Vyhodnocení otázky č. 12 – Pokud jste u otázky 11 odpověděl(a), že kouříte každý den, uveďte prosím kolik cigaret denně vykouříte?

Tabulka 2 Denní počet cigaret

Otázka číslo 12	Domácí prostředí	Domácí prostředí s využíváním služeb DP nebo PS	Domov pro seniory	Celkové výsledky
Průměr	13	16	13	14
Modus	10	20	nelze vypočítat	10
Max	20	20	15	20
Min	5	10	10	5

Z tabulky je patrné, že respondenti z domácího prostředí, kteří jsou každodenními kuřáky, průměrně denně vykouří 13 cigaret. Každodenní kuřáci ze skupiny respondentů z domácího prostředí s využíváním služeb domácí péče nebo pečovatelské služby, průměrně denně vykouří 16 cigaret. Respondenti z domova pro seniory, kteří kouří každý den, průměrně denně vykouří 13 cigaret. Všichni kuřáci nehlédě na prostředí, ve kterém žijí, průměrně denně vykouří 14 cigaret. Nejčastěji se vyskytující počet cigaret je v domácím prostředí 10 cigaret za den, v domácím prostředí s využíváním služeb domácí péče nebo pečovatelské služby 20 cigaret za den. V domově pro seniory tato hodnota nelze vypočítat z důvodu malého množství každodenních kuřáků. Celkově u všech skupin seniorů je nejčastěji vyskytující se počet 10 cigaret za den. Maximum cigaret za den je v domácím prostředí a v domácím prostředí s využíváním služeb domácí péče nebo pečovatelské služby 20 cigaret, v domově pro seniory 15 cigaret a celkově ze všech skupin seniorů 20 cigaret. Minimum cigaret za den je v domácím prostředí 5 cigaret, v domácím prostředí s využíváním služeb domácí péče nebo pečovatelské služby a v domově pro seniory 10 cigaret a celkově ze všech skupin seniorů 5 cigaret.

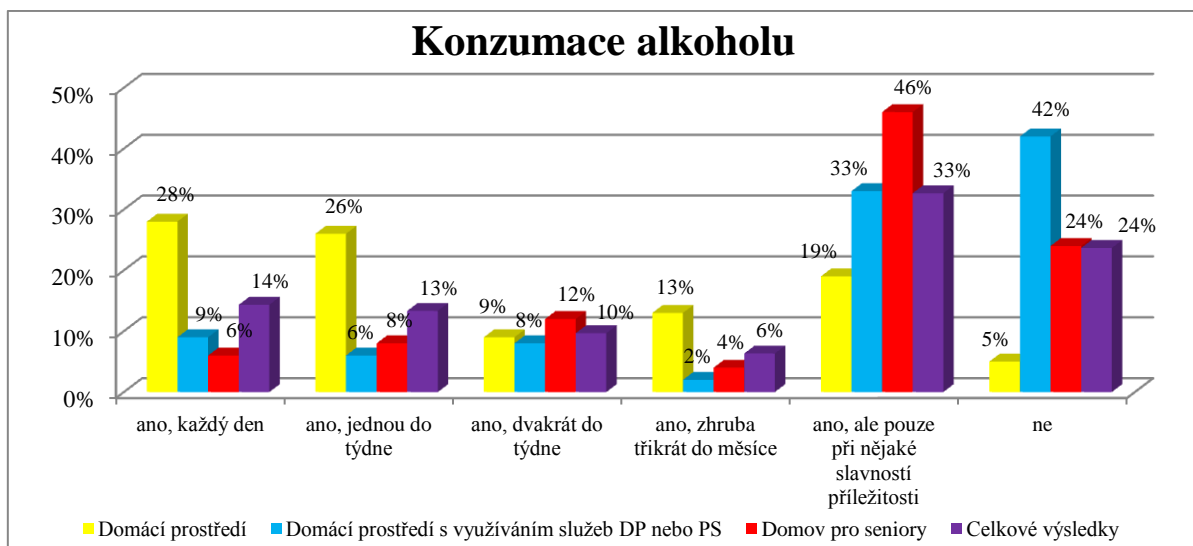
Tabulka 3 Každodenní kuřáci

Každodenní kuřáci	Domácí prostředí	Domácí prostředí s využíváním služeb DP nebo PS	Domov pro seniory
AČ	12	9	2
RČ	52%	39%	9%

Tabulka znázorňuje z celkového počtu 23 (100%) každodenních kuřáků, že nejvíce respondentů kouří v domácím prostředí a to 12 (52%) respondentů. V domácím prostředí s využíváním služeb domácí péče nebo pečovatelské služby je 9 (39%) každodenních kuřáků. Nejméně každodenních kuřáků se vyskytuje v domově pro seniory, a to konkrétně 2 (9%) seniory.

Vyhodnocení otázky č. 13 – Pijete alkohol?

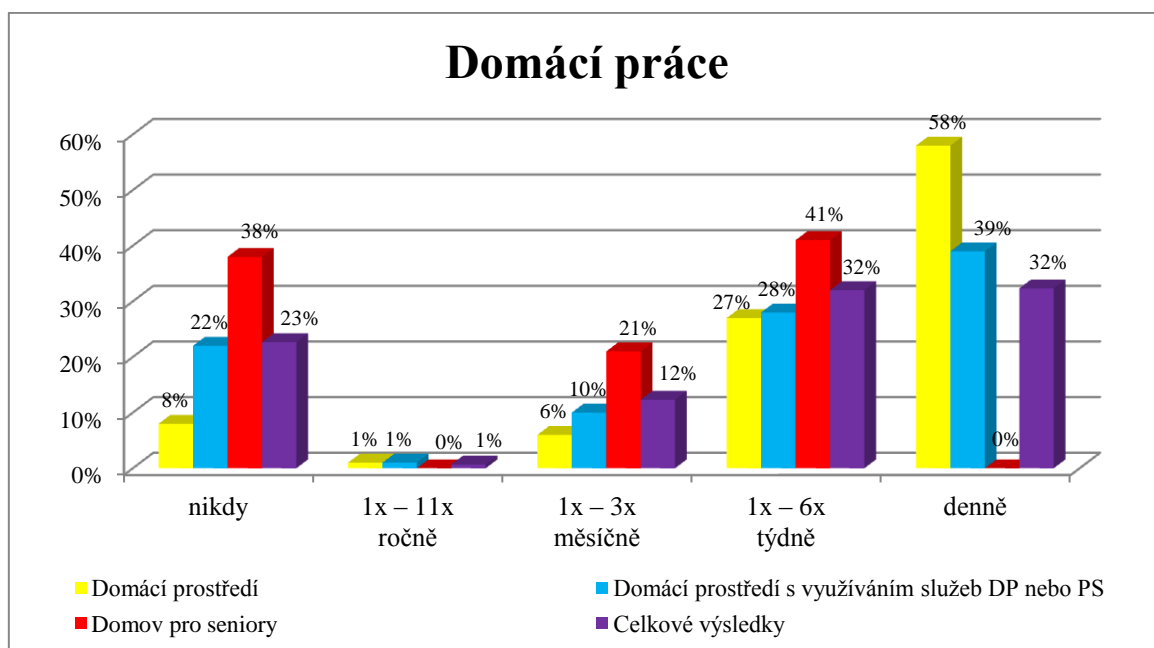
Graf 12 Konzumace alkoholu



Graf zobrazuje odpovědi na otázku, zda senioři konzumují alkohol. Respondenti z domácího prostředí odpověděli následovně: možnost „ano, každý den“ zvolilo 28 (28%) dotazovaných, variantu „ano, jednou do týdne“ vybralo 26 (26%) respondentů, odpověď „ano, dvakrát do týdne“ uvedlo 9 (9%) seniorů, alternativu „ano, zhruba třikrát do měsíce“ označilo 13 (13%) dotazovaných, možnost „ano, ale pouze při nějaké slavnosti příležitosti“ zvolilo 19 (19%) respondentů a variantu „ne“ uvedlo 5 (5%) seniorů. Ze skupiny respondentů z domácího prostředí s využíváním služeb domácí péče nebo pečovatelské služby zvolilo možnost „ano, každý den“ 9 (9%) dotazovaných, variantu „ano, jednou do týdne“ uvedlo 6 (6%) seniorů, odpověď „ano, dvakrát do týdne“ vybralo 8 (8%) respondentů, alternativu „ano, zhruba třikrát do měsíce“ označili 2 (2%) dotazovaní, možnost „ano, ale pouze při nějaké slavnosti příležitosti“ zvolilo 33 (33%) respondentů a variantu „ne“ uvedlo 42 (42%) seniorů. 6 (6%) respondentů z domova pro seniory označilo možnost „ano, každý den“, dále 8 (8%) dotazovaných vybralo variantu „ano, jednou do týdne“, 12 (12%) seniorů uvedlo alternativu „ano, dvakrát do týdne“, 4 (4%) respondenti zvolili odpověď „ano, zhruba třikrát do měsíce“, 46 (46%) dotazovaných uvedlo variantu „ano, ale pouze při nějaké slavnosti příležitosti“ a 24 (24%) seniorů vybralo alternativu „ne“. Z celkového počtu 300 (100%) respondentů označilo alternativu „ano, každý den“ 43 (14%) dotazovaných, možnost „ano, jednou do týdne“ zvolilo 40 (13%) respondentů, odpověď „ano, dvakrát do týdne“ vybralo 29 (10%) seniorů, variantu „ano, zhruba třikrát do měsíce“ uvedlo 19 (6%) dotazovaných, možnost „ano, ale pouze při nějaké slavnosti příležitosti“ označilo 98 (33%) respondentů a alternativu „ne“ označilo 71 (24%) seniorů.

Vyhodnocení otázky č. 14 – Jak často děláte domácí práce?

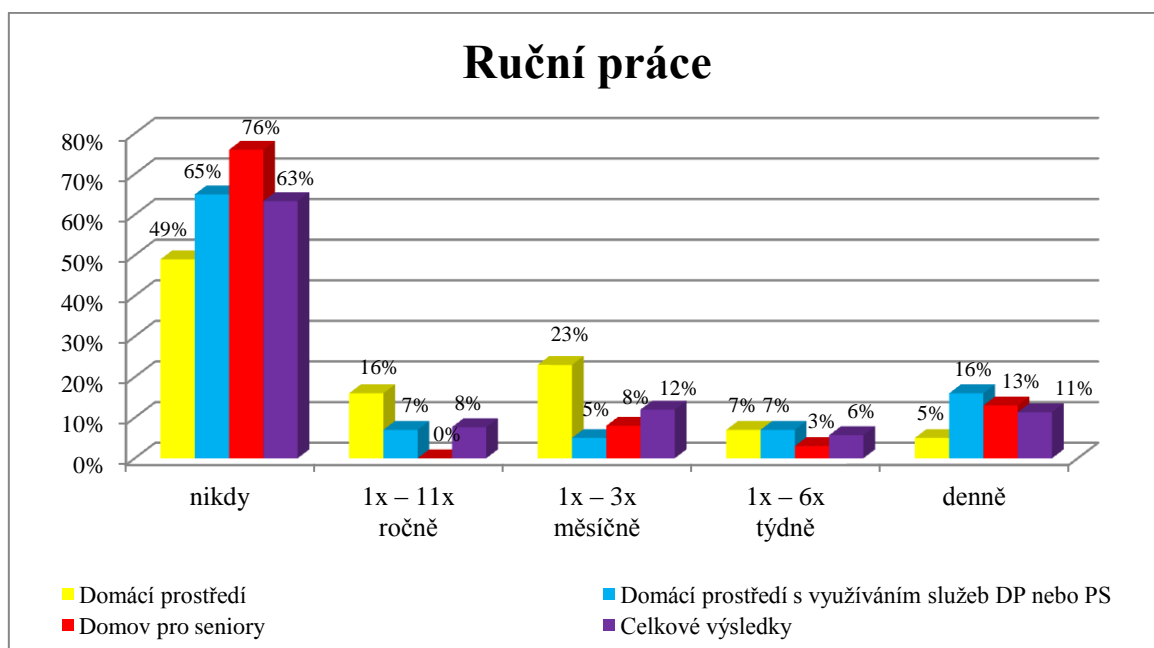
Graf 13 Domácí práce



Graf přináší informace o tom, jak často respondenti vykonávají domácí práce. Nejvíce seniorů z domácího prostředí, tedy 58 (58%), dělá domácí práce denně. Ostatní respondenti z domácího prostředí zvolili zbývající možnosti, a to konkrétně „nikdy“ 8 (8%) dotazovaných, 1 (1%) respondent „1x – 11x ročně“, „1x – 3x měsíčně“ 6 (6%) dotazovaných a „1x – 6x týdně“ 27 (27%) seniorů. 22 (22%) seniorů z domácího prostředí s využíváním služeb domácí péče nebo pečovatelské služby nedělá domácí práce, 1 (1%) respondent dělá domácí práce 1x – 11x ročně, 10 (10%) dotazovaných vykonává domácí práce 1x – 3x měsíčně, 28 (28%) respondentů koná domácí práce 1x – 6x týdně a zbylých 39 (39%) seniorů dělá domácí práce denně. Nejvíce seniorů z domova pro seniory, tedy 41 (41%), udává možnost „1x – 6x týdně“, možnost „nikdy“ zvolilo 38 (38%) respondentů, variantu „1x – 3x měsíčně“ vybralo 21 (21%) dotazovaných, odpověď „1x – 11x ročně“ a možnost „denně“ neoznačil nikdo z domova pro seniory. Z celkového počtu 300 (100%) seniorů nedělá domácí práce nikdy 68 (23%) respondentů, 2 (1%) dotazovaní vykonávají domácí práce 1x – 11x ročně, 37 (12%) seniorů koná domácí práce 1x – 3x měsíčně, 96 (32%) respondentů dělá domácí práce 1x – 6x týdně a 97 (32%) dotazovaných vykonává domácí práce každý den.

Vyhodnocení otázky č. 15 – Jak často děláte ruční práce?

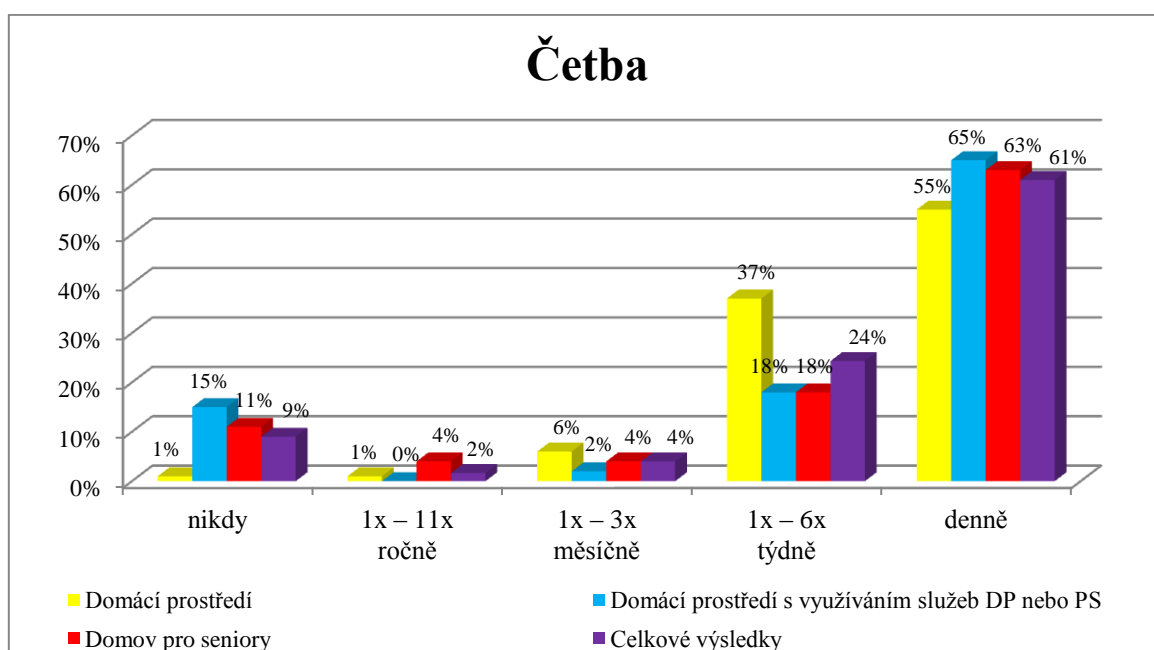
Graf 14 Ruční práce



Z celkového počtu 100 (100%) respondentů z domácího prostředí uvedlo možnost „nikdy“ 49 (49%) dotazovaných, variantu „1x – 11x ročně“ zvolilo 16 (16%) seniorů, odpověď „1x – 3x měsíčně“ vybralo 23 (23%) respondentů, alternativu „1x – 6x týdně“ označilo 7 (7%) respondentů a možnost „denně“ uvedlo 5 (5%) dotazovaných. 65 (65%) dotazovaných z domácího prostředí s využíváním služeb domácí péče nebo pečovatelské služby uvedlo odpověď „nikdy“, variantu „1x – 11x ročně“ vybralo 7 (7%) respondentů, odpověď „1x – 3x měsíčně“ zvolilo 5 (5%) seniorů, alternativu „1x – 6x týdně“ uvedlo 7 (7%) respondentů a možnost „denně“ označilo 16 (16%) dotazovaných. 76 (76%) respondentů z domova pro seniory uvedlo možnost „nikdy“, žádný z respondentů nevybral alternativu „1x – 11x ročně“, 8 (8%) seniorů zvolilo odpověď „1x – 3x měsíčně“, možnost „1x – 6x týdně“ označili 3 (3%) respondenti a variantu „denně“ vybralo 13 (13%) dotazovaných. Z celkového počtu 300 (100%) respondentů označilo alternativu „nikdy“ 190 (63%) dotazovaných, možnost „1x – 11x ročně“ zvolilo 23 (8%) respondentů, odpověď „1x – 3x měsíčně“ uvedlo 36 (12%) seniorů, variantu „1x – 6x týdně“ označilo 17 (6%) respondentů a poslední odpověď vybralo 34 (11%) seniorů.

Vyhodnocení otázky č. 16 – Jak často si čtete?

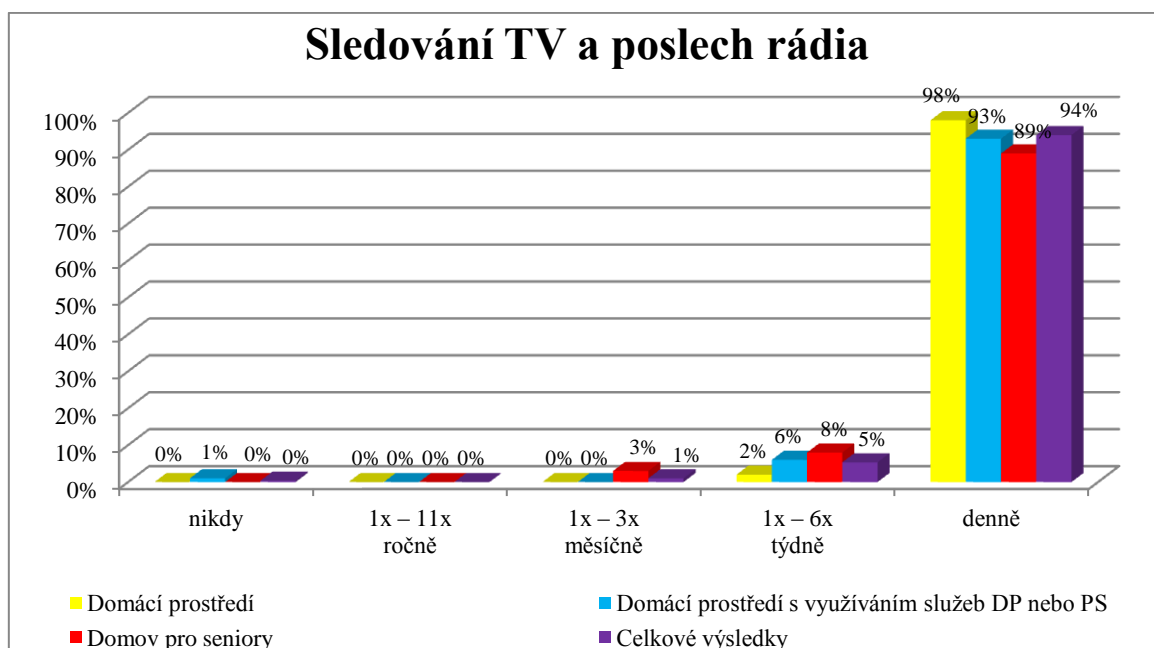
Graf 15 Četba



Data uvedená v grafu vypovídají o tom, jak často senioři čtou. 1 (1%) respondent z domácího prostředí uvedl možnost „nikdy“, odpověď „1x – 11x ročně“ vybral opět 1 (1%) senior, variantu „1x – 3x měsíčně“ označilo 6 (6%) respondentů, alternativu „1x – 6x týdně“ zvolilo 37 (37%) respondentů a možnost „denně“ vybralo 55 (55%) dotazovaných. Z domácího prostředí s využíváním služeb domácí péče nebo pečovatelské služby uvedlo možnost „nikdy“ 15 (15%) dotazovaných, alternativu „1x – 11x ročně“ nevybral nikdo, odpověď „1x – 3x měsíčně“ zvolili 2 (2%) respondenti, variantu „1x – 6x týdně“ uvedlo 18 (18%) respondentů a možnost „denně“ vybralo 65 (65%) dotazovaných. 11 (11%) respondentů z domova pro seniory vybralo možnost „nikdy“, 4 (4%) senioři uvedli alternativu „1x – 11x ročně“ a odpověď „1x – 3x měsíčně“, možnost „1x – 6x týdně“ označilo 18 (18%) respondentů a variantu „denně“ zvolilo 63 (63%) dotazovaných. Z celkového počtu 300 (100%) respondentů zvolilo alternativu „nikdy“ 27 (9%) seniorů, odpověď „1x – 11x ročně“ uvedlo 5 (2%) respondentů, variantu „1x – 3x měsíčně“ vybralo 12 (4%) seniorů, možnost „1x – 6x týdně“ označilo 73 (24%) respondentů a odpověď „denně“ zvolilo 183 (61%) dotazovaných.

Vyhodnocení otázky č. 17 – Jak často sledujete televizi nebo posloucháte rádio?

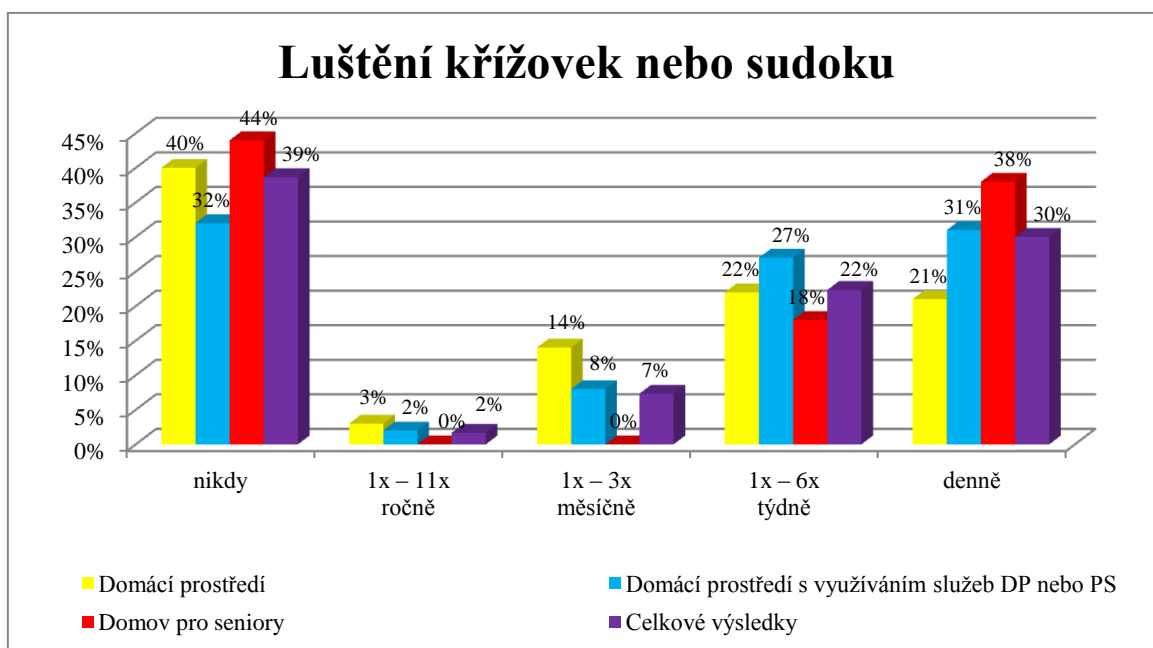
Graf 16 Sledování TV a poslech rádia



Graf zobrazuje, jak často senioři sledují televizi a poslouchají rádio. Respondenti z domácího prostředí odpověděli takto: možnost „nikdy“, variantu „1x – 11x ročně“ a odpověď „1x – 3x měsíčně“ neoznačil žádný dotazovaný, alternativu „1x – 6x týdně“ vybrali 2 (2%) respondenti a možnost „denně“ uvedlo 98 (98%) seniorů. Z domácího prostředí s využíváním služeb domácí péče nebo pečovatelské služby zvolil odpověď „nikdy“ 1 (1%) respondent, možnost „1x – 11x ročně“ a variantu „1x – 3x měsíčně“ neoznačil nikdo, 6 (6%) dotazovaných vybralo alternativu „1x – 6x týdně“ a 93 (93%) seniorů odpovědělo možností „denně“. Možnost „nikdy“ a variantu „1x – 11x ročně“ nevybral žádný respondent z domova pro seniory, odpověď „1x – 3x měsíčně“ označili 3 (3%) dotazovaní, alternativu „1x – 6x týdně“ zvolilo 8 (8%) seniorů a poslední možnost vybralo 89 (89%) respondentů z domova pro seniory. Z celkového počtu 300 (100%) dotazovaných odpověděl variantou „nikdy“ 1 (0%) respondent, možnost „1x – 11x ročně“ nezvolil nikdo z respondentů, alternativu „1x – 3x měsíčně“ označili 3 (1%) dotazovaní, odpověď „1x – 6x týdně“ vybralo 16 (5%) seniorů a možností „denně“ odpovědělo 280 (94%) respondentů.

Vyhodnocení otázky č. 18 – Jak často luštíte křížovky nebo sudoku?

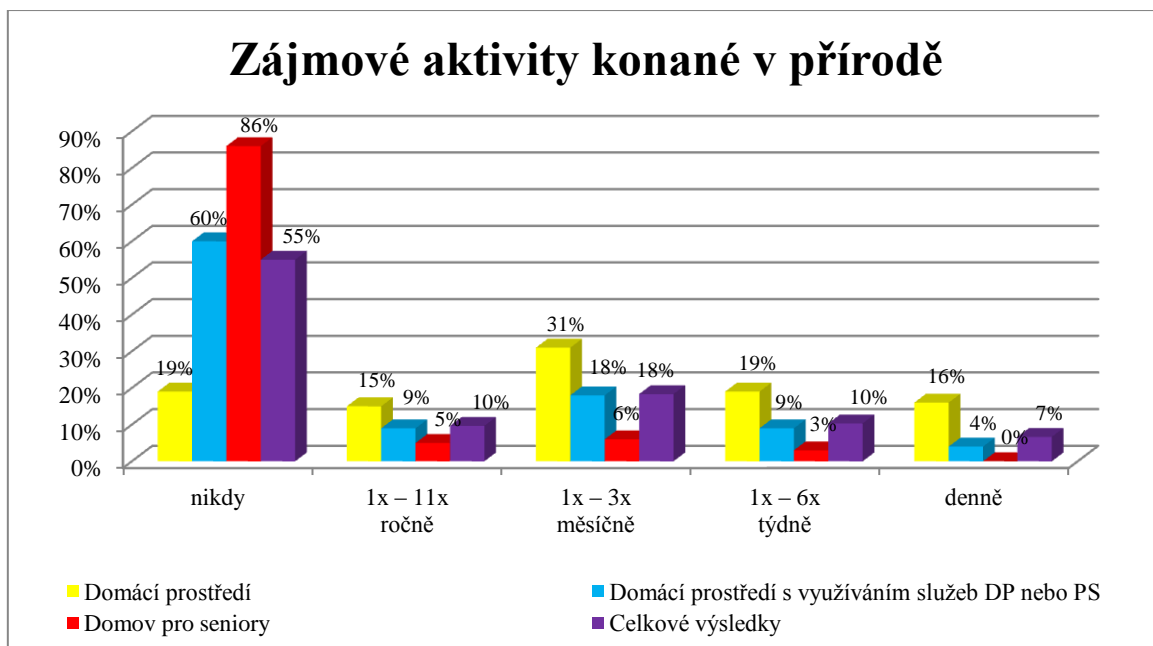
Graf 17 Luštění křížovek nebo sudoku



Graf poukazuje na četnost luštění křížovek nebo sudoku. 40 (40%) respondentů z domácího prostředí zvolilo odpověď „nikdy“, 3 (3%) dotazovaní označili možnost „1x – 11x ročně“, 14 (14%) seniorů uvedlo variantu „1x – 3x měsíčně“, 22 (22%) respondentů vybralo alternativu „1x – 6x týdně“ a 21 (21%) dotazovaní odpověděli, že luští každý den. Z domácího prostředí s využíváním služeb domácí péče nebo pečovatelské služby uvedlo 32 (32%) respondentů, že křížovky nebo sudoku neluští nikdy. Dále 3 (3%) dotazovaní luští křížovky nebo sudoku 1x až 11x ročně, 8 (8%) seniorů zvolilo odpověď „1x – 3x měsíčně“, 27 (27%) respondentů označilo možnost „1x – 6x týdně“ a 31 (31%) dotazovaných vybralo poslední možnou odpověď. Respondenti z domova pro seniory odpovídali následovně: variantu „nikdy“ vybralo 44 (44%) dotazovaných, možnost „1x – 11x ročně“ a alternativu „1x – 3x měsíčně“ nezvolil žádný respondent, odpověď „1x – 6x týdně“ uvedlo 18 (18%) seniorů a možností „denně“ odpovědělo 38 (38%) dotazovaných. Z celkového počtu 300 (100%) respondentů odpovědělo možnostmi „nikdy“ 116 (39%) dotazovaných, variantu „1x – 11x ročně“ vybralo 5 (2%) seniorů, odpověď „1x – 3x měsíčně“ zvolilo 22 (7%) respondentů, alternativu „1x – 6x týdně“ uvedlo 67 (22%) dotazovaných a možnost „denně“ označilo 90 (30%) seniorů.

Vyhodnocení otázky č. 19 – Jak často provozujete své zájmové aktivity konané v přírodě?

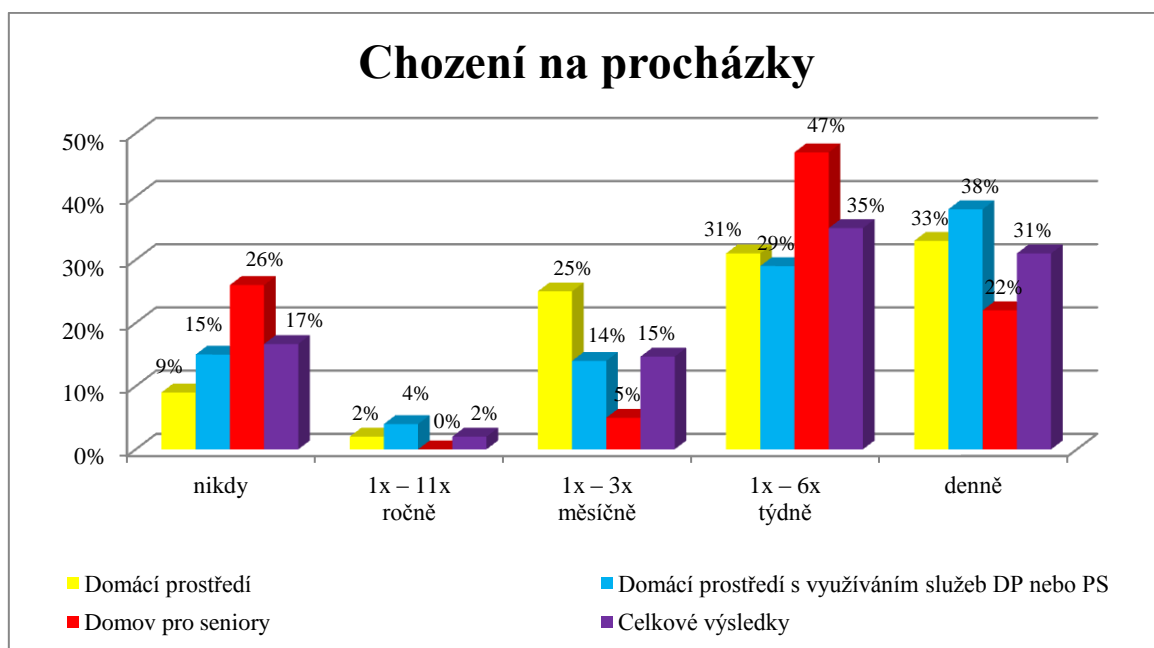
Graf 18 Zájmové aktivity konané v přírodě



Graf zobrazuje, jak často senioři vykonávají zájmové aktivity konané v přírodě. Respondenti z domácího prostředí uvedli následující odpovědi: možnost „nikdy“ označilo 19 (19%) dotazovaných, variantu „1x – 11x ročně“ zvolilo 15 (15%) seniorů, alternativu „1x – 3x měsíčně“ vybral 31 (31%) respondent, odpověď „1x – 6x týdně“ uvedlo 19 (19%) dotazovaných a možnost „denně“ označilo 16 (16%) respondentů. 60 (60%) seniorů z domácího prostředí s využíváním služeb domácí péče nebo pečovatelské služby vybralo odpověď „nikdy“, možnost „1x – 11x ročně“ odpovědělo 9 (9%) respondentů, variantu „1x – 3x měsíčně“ označilo 18 (18%) dotazovaných, alternativu „1x – 6x týdně“ zvolilo 9 (9%) seniorů a odpověď „denně“ uvedli 4 (4%) respondenti. Dotazování z domova pro seniory odpovídali následovně: variantu „nikdy“ jich vybralo 86 (86%), alternativu „1x – 11x ročně“ označilo 5 (5%) respondentů, odpověď „1x – 3x měsíčně“ uvedlo 6 (6%) seniorů, možnost „1x – 6x týdně“ zvolili 3 (3%) dotazovaní a alternativou „denně“ neodpověděl žádný z dotazovaných. Z celkového počtu 300 (100%) respondentů vybralo možnost „nikdy“ 165 (55%) dotazovaných, variantu „1x – 11x ročně“ označilo 29 (10%) seniorů, odpověď „1x – 3x měsíčně“ zvolilo 55 (18%) respondentů, alternativu „1x – 6x týdně“ uvedlo 31 (10%) dotazovaných a možnost „denně“ vybralo 20 (7%) seniorů.

Vyhodnocení otázky č. 20 – Jak často chodíte na procházky?

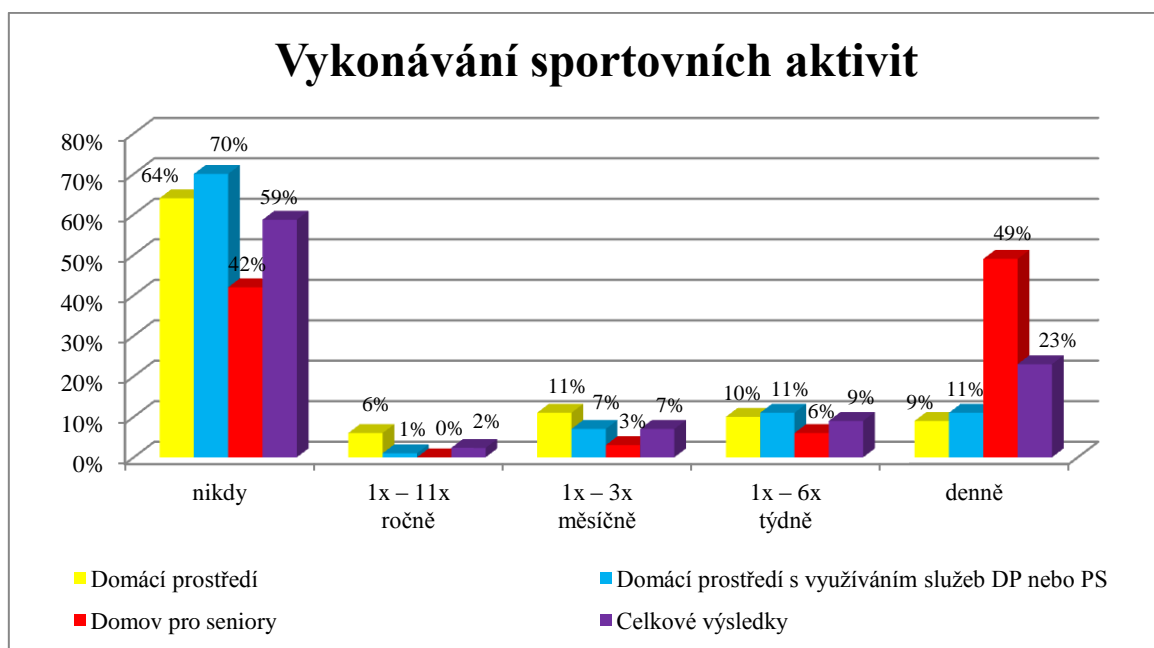
Graf 19 Chození na procházky



Z grafu je zřejmé, že 9 (9%) respondentů z domácího prostředí označilo možnost „nikdy“, 2 (2%) dotazovaní vybrali odpověď „1x – 11x ročně“, 25 (25%) seniorů zvolilo variantu „1x – 3x měsíčně“, 31 (31%) respondentů uvedlo alternativu „1x – 6x týdně“ a 33 (33%) seniorů odpovědělo možností „denně“. Z domácího prostředí s využíváním služeb domácí péče nebo pečovatelské služby vybralo variantu „nikdy“ 15 (15%) respondentů, 4 (4%) senioři uvedli možnost „1x až 11x ročně“, 14 (14%) dotazovaných zvolilo odpověď „1x – 3x měsíčně“, 29 (29%) respondentů označilo možnost „1x – 6x týdně“ a 38 (38%) dotazovaných odpovědělo poslední alternativou. Respondenti z domova pro seniory odpovídali následovně: možnost „nikdy“ uvedlo 26 (26%) dotazovaných, variantu „1x – 11x ročně“ nezvolil žádný respondent, alternativu „1x – 3x měsíčně“ označilo 5 (5%) seniorů, odpověď „1x – 6x týdně“ vybralo 47 (47%) dotazovaných a možností „denně“ odpovědělo 22 (22%) respondentů. Z celkového počtu 300 (100%) dotazovaných uvedlo alternativu „nikdy“ 50 (17%) seniorů, variantu „1x – 11x ročně“ vybralo 6 (2%) respondentů, odpověď „1x – 3x měsíčně“ zvolilo 44 (15%) dotazovaných, alternativu „1x – 6x týdně“ uvedlo 107 (35%) respondentů a možnost „denně“ označilo 93 (31%) seniorů.

Vyhodnocení otázky č. 21 – Jak často vykonáváte sportovní aktivity?

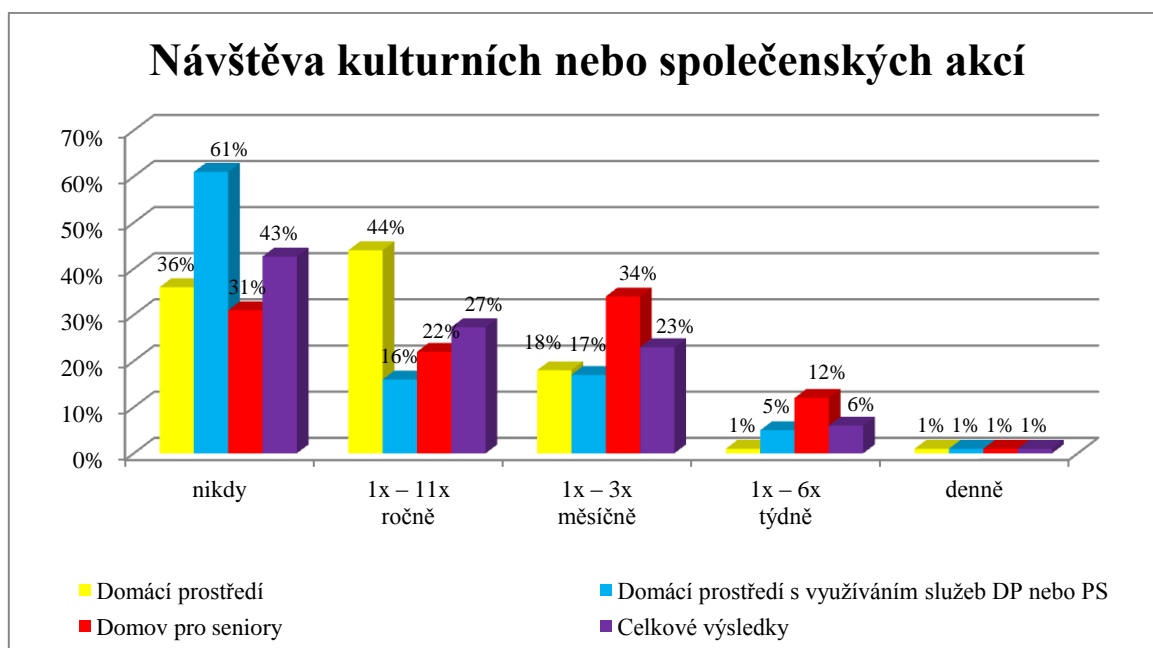
Graf 20 Vykonávání sportovních aktivit



Z grafu je patrná četnost vykonávání sportovních aktivit. Ze skupiny seniorů žijící v domácím prostředí zvolilo alternativu nikdy 64 (64%) dotázaných. 6 (6%) seniorů z této skupiny vykonává aktivity „1x – 11x ročně“, 11 (11%) zvolilo alternativu „1x – 3x měsíčně“, 10 (10%) odpověď „1x – 6x týdně“ a 9 (9%) koná tyto aktivity „denně“. Výběr odpovědí u skupiny seniorů žijících v domácím prostředí s využitím služeb domácí péče nebo pečovatelské služby byl následující: „nikdy“ zvolilo 70 (70%) respondentů, „1x – 11x ročně“ 1 (1%) dotázaný, „1x – 3x měsíčně“ 7 (7%) dotázaných, „1x – 6x týdně“ 11 (11%) seniorů a „denně“ také 11 (11%). 42 (42%) seniorů ze skupiny žijící v domově pro seniory nevykonává nikdy sportovní aktivity, možnost „1x – 11x ročně“ nezvolil nikdo z této skupiny, 3 (3%) vybrali odpověď „1x – 3x měsíčně“, 6 (6%) alternativu „1x – 6x týdně“ a 49 (49%) jich vykonává aktivity „denně“. Z celkového počtu 300 (100%) respondentů nevykonává nikdy sportovní aktivity 176 (59%), 1x – 11x ročně sportuje 7 (2%) dotázaných, 1x – 3x měsíčně provozuje aktivity 21 (7%), 1x – 6x týdně 27 (9%) seniorů a denně sportuje 69 (23%) respondentů.

Vyhodnocení otázky č. 22 – Jak často chodíte na kulturní nebo společenské akce?

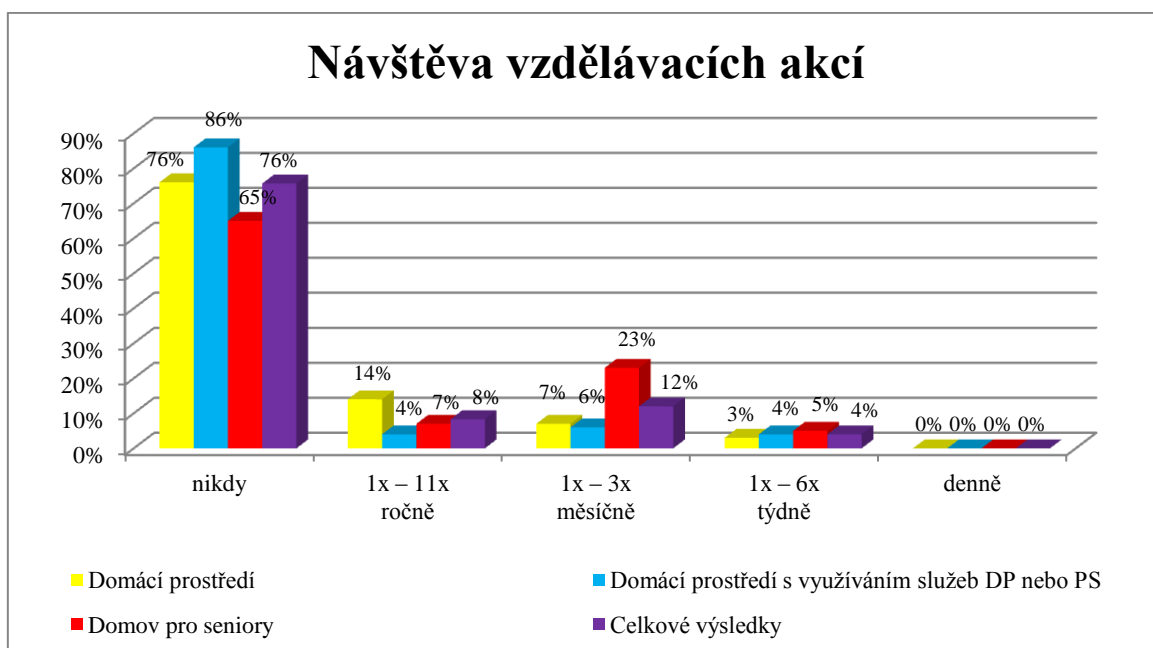
Graf 21 Návštěva kulturních nebo společenských akcí



Z grafu je patrna četnost návštěvy kulturních nebo společenských akcí. Nikdy nenavštěvuje akce 36 (36%) seniorů ze skupiny žijící v domácím prostředí. 1x – 11x ročně navštěvuje tyto akce 44 (44%) dotázaných z této skupiny, 1x – 3x měsíčně uvádí návštěvu kulturních nebo společenských akcí 18 (18%) seniorů této skupiny, jeden (1%) respondent zvolil odpověď „1x – 6x týdně“ a jeden (1%) vybral možnost „denně“. Výběr odpovědí u skupiny seniorů žijících v domácím prostředí s využitím služeb domácí péče nebo pečovatelské služby byl následující: „nikdy“ zvolilo 61 (61%) respondentů, „1x – 11x ročně“ 16 (16%) dotázaných, „1x – 3x měsíčně“ 17 (17%) dotázaných, „1x – 6x týdně“ 5 (5%) seniorů a „denně“ jeden (1%) senior. U seniorů žijících v domově pro seniory nikdy nenavštěvuje kulturní nebo společenské akce 31 (31%) dotázaných, možnost „1x – 11x ročně“ zvolilo 22 (22%) respondentů, 34 (34%) vybralo odpověď „1x – 3x měsíčně“, 12 (12%) alternativu „1x – 6x týdně“ a jeden (1%) odpověděl, že chodí na tyto akce „denně“. Z celkového počtu 300 (100%) nikdy nechodí na kulturní a společenské akce 128 (43%) seniorů. 82 (27%) navštěvuje akce 1x – 11x ročně, 69 (23%) 1x – 3x měsíčně, 18 (6%) 1x – 6x týdně a 3 (1%) uvedlo každodenní návštěvu kulturních nebo společenských akcí.

Vyhodnocení otázky č. 23 – Jak často navštěvujete vzdělávací akce?

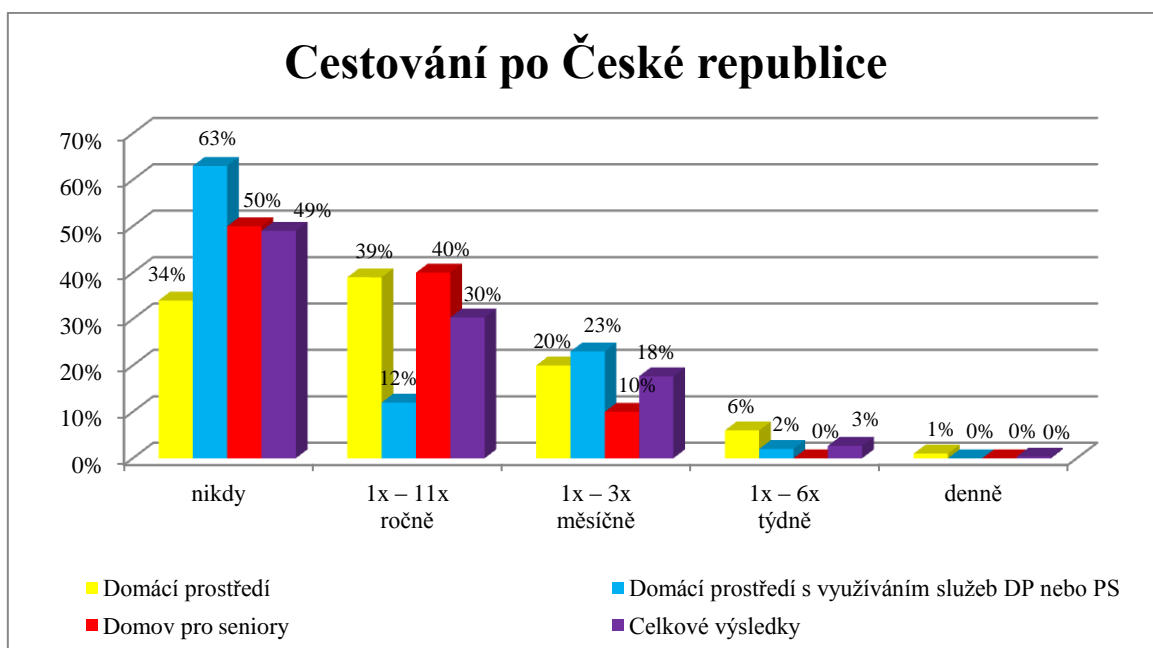
Graf 22 Návštěva vzdělávacích akcí



Graf znázorňuje četnost návštěv vzdělávacích akcí. Nikdy nenavštěvuje akce 76 (76%) seniorů žijících v domácím prostředí. 1x – 11x ročně navštěvuje tyto akce 14 (14%) respondentů z této skupiny, 1x – 3x měsíčně uvádí návštěvu vzdělávacích akcí 7 (7%) seniorů žijících v domácím prostředí, 3 (3%) respondenti vybrali odpověď „1x – 6x týdně“ a nikdo nenavštěvuje vzdělávací akce denně. Odpovědi u skupiny seniorů žijících v domácím prostředí s využitím služeb domácí péče nebo pečovatelské služby byly následující: „nikdy“ odpovědělo 86 (86%) respondentů, „1x – 11x ročně“ 4 (4%) dotázaní, odpověď „1x – 3x měsíčně“ 6 (6%) seniorů, odpověď „1x – 6x týdně“ 4 (4%) respondenti a nikdo nezvolil možnost „denně“. U seniorů žijících v domově pro seniory nikdy nenavštěvuje vzdělávací akce 65 (65%) dotázaných, odpověď „1x – 11x ročně“ vybralo 7 (7%) respondentů, 23 (23%) zvolilo odpověď „1x – 3x měsíčně“, 5 (5%) alternativu „1x – 6x týdně“ a nikdo neodpověděl, že chodí na vzdělávací akce denně. Z celkového počtu 300 (100%) nikdy nenavštěvuje vzdělávací akce 227 (76%) dotázaných. 25 (8%) navštěvuje vzdělávací akce 1x – 11x ročně, 36 (12%) 1x – 3x měsíčně, 12 (4%) 1x – 6x týdně a nikdo neuvedl každodenní návštěvu vzdělávacích akcí.

Vyhodnocení otázky č. 24 – Jak často cestujete po České republice?

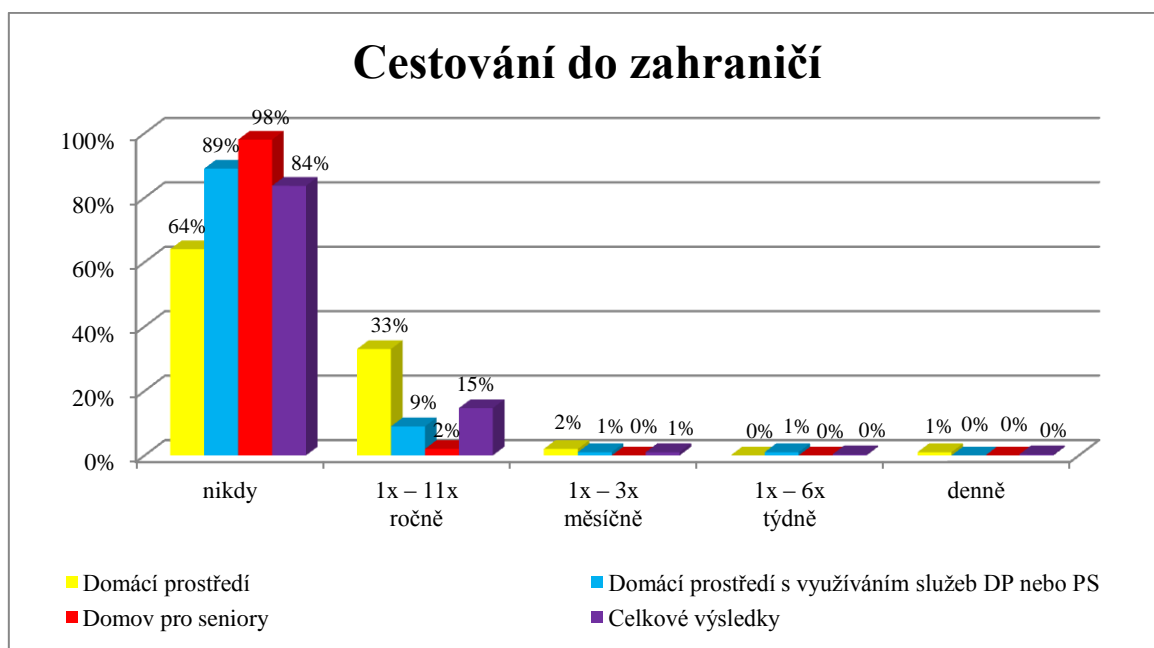
Graf 23 Cestování po České republice



Graf znázorňuje, jak často senioři cestují po České republice. U skupiny seniorů žijících v domácím prostředí vyplývají z výzkumného šetření následující údaje: 34 (34%) nikdy necestuje po České republice, 39 (39%) jich cestuje 1x – 11x ročně, 20 (20%) dotázaných cestuje 1x – 3x měsíčně, 6 (6%) uvádí četnost 1x – 6x týdně a jeden (1%) zvolil odpověď denně. Seniorů žijících v domácím prostředí s využitím služeb domácí péče nebo pečovatelské služby nikdy necestuje 63 (63%), frekvenci „1x – 11x ročně“ uvádí 12 (12%) dotázaných, odpověď „1x – 3x měsíčně“ zvolilo 23 (23%) respondentů, „1x – 6x týdně“ cestují 2 (2%) senioři a nikdo neudal odpověď „denně“. Ze seniorů žijících v domově pro seniory nikdy nepodniká cesty po České republice 50 (50%) dotázaných, 40 (40%) jich udalo frekvenci cestování 1x – 11x ročně, 10 (10%) zvolilo odpověď „1x – 3x měsíčně“ a nikdo nezvolil zbývající dvě alternativy. Z šetření vyplynulo, že 147 (49%) z celkového počtu 300 (100%), nikdy nepodniká cesty po České republice. 91 (30%) respondentů k otázce ohledně cestování uvedlo možnost „1x – 11x ročně“, 53 (18%) vybralo odpověď „1x – 3x měsíčně“, 8 (3%) zvolilo alternativu „1x – 6x týdně“ a jeden (0%) odpověděl, že podniká cesty každodenně.

Vyhodnocení otázky č. 25 – Jak často cestujete do zahraničí?

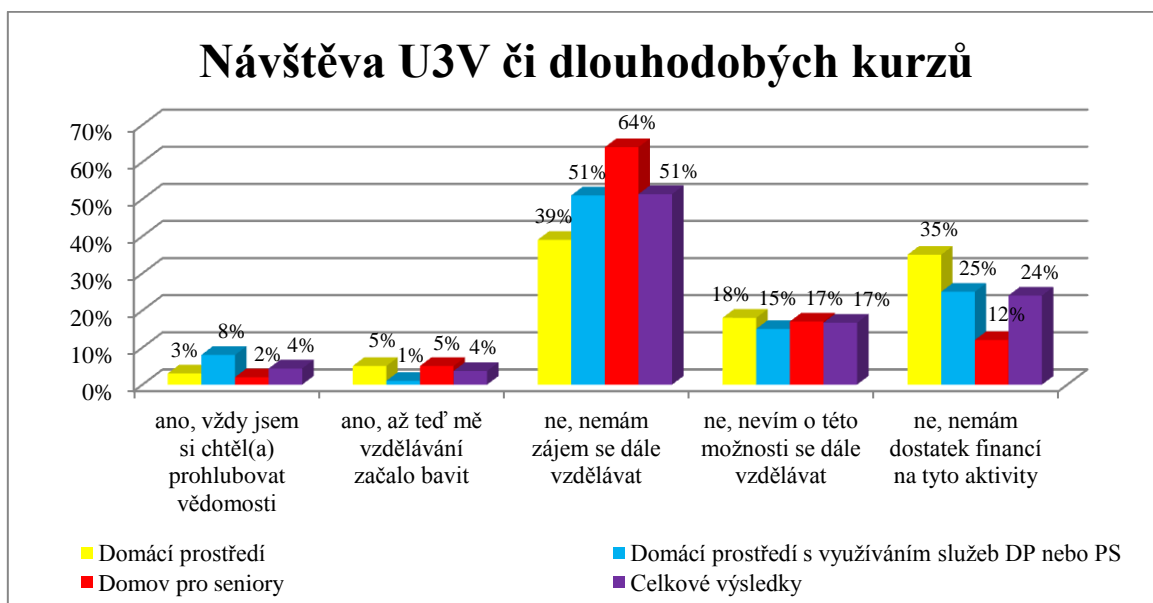
Graf 24 Cestování do zahraničí



Graf ukazuje, jak často senioři cestují do zahraničí. U seniorů žijících v domácím prostředí vyplývají z výzkumného šetření následující údaje: 64 (64%) nikdy necestuje do ciziny, 33 (33%) jich cestuje 1x – 11x ročně, 2 (2%) podnikají cesty 1x – 3x měsíčně, nikdo neuvedl možnost „1x – 6x týdně“ a jeden zvolil odpověď denně. Ze skupiny seniorů žijících v domácím prostředí s využitím služeb domácí péče nebo pečovatelské služby nikdy necestuje 89 (89%), odpověď „1x – 11x ročně“ uvádí 9 (9%) respondentů, možnost „1x – 3x měsíčně“ vybral jeden (1%) respondent, „1x – 6x týdně“ cestuje také jeden (1%) a nikdo neuvedl odpověď „denně“. 98 (98%) seniorů z domova pro seniory nikdy nepodniká cesty do zahraničí, 2 (2%) dotázaní uvedli, že cestují 1x – 11x ročně a zbývající tři alternativy nezvolil nikdo. Z dotazníkového šetření vyplynulo, že 251 (84%) seniorů nikdy nepodniká cesty do zahraničí – údaje byly získány z celkového počtu 300 (100%) dotazníků. 44 (15%) oslovených respondentů udalo, že podnikají cesty do ciziny 1x – 11x ročně, 3 (1%) uvedli frekvenci zahraničních cest 1x – 3x měsíčně a po jednom (0%) zvolili alternativu „1x – 6x týdně“ a „denně“.

Vyhodnocení otázky č. 26 – Navštěvujete Univerzity třetího věku nebo dlouhodobé kurzy pro seniory?

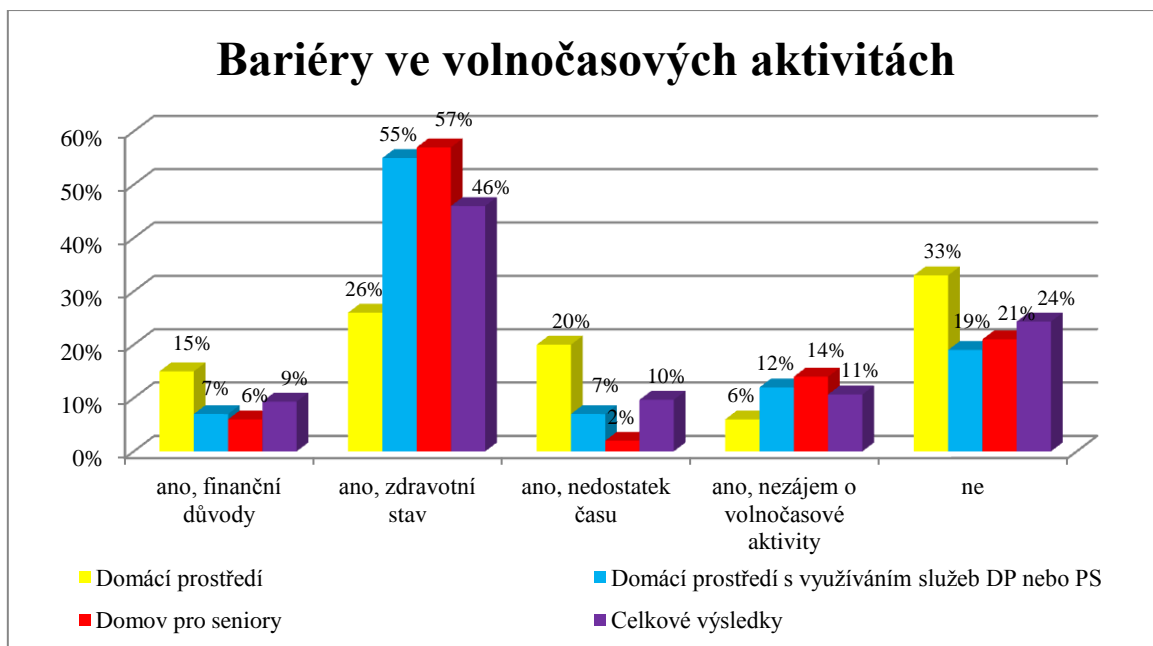
Graf 25 Návštěva U3V či dlouhodobých kurzů



Z grafu jsou patrné údaje týkající se vzdělávání seniorů formou Univerzity třetího věku nebo dlouhodobých kurzů pro seniory. Možnost odpovědi „ano, vždy jsem si chtěl(a) prohloubit vědomosti“ zvolili 3 (3%) senioři ze skupiny seniorů žijící v domácím prostředí, 8 (8%) seniorů ze skupiny žijící v domácím prostředí s využíváním služeb domácí péče nebo pečovatelské služby, 2 (2%) senioři z domova pro seniory. Odpověď „ano, až teď mě vzdělávání začalo bavit“ vybralo 5 (5%) seniorů žijící doma, jeden (1%) respondent ze skupiny z domácího prostředí s využitím služeb a 5 (5%) seniorů z domova pro seniory. Ve všech skupinách byla nejčastější odpověď „ne, nemám zájem se dále vzdělávat“ – tuto odpověď zvolilo 39 (39%) seniorů z domácího prostředí, 51 (51%) seniorů z domácího prostředí s využitím služeb a 64 (64%) seniorů z domovů pro seniory. O možnosti touto formou se dále vzdělávat neví 18 (18%) respondentů ze skupiny žijící v domácím prostředí, 15 (15%) v domácím prostředí s využitím služeb a 17 (17%) seniorů z domova pro seniory. Poslední možnost „ne, nemám dostatek financí na tyto aktivity“ vybralo 35 (35%) dotazovaných z domácího prostředí, 25 (25%) z domácího prostředí s využitím služeb a 12 (12%) z domova pro seniory. V souhrnu 300 (100%) dotazovaných volilo první odpověď, že se vždy chtěli vzdělávat, 13 (4%) respondentů. 11 (4%) dotázaných na otázku odpovědělo, že až teď je vzdělávání začalo bavit. Nejvíce dotázaných, tj. 154 (51%), uvedlo, že nemá zájem se dále vzdělávat. O možnosti se vzdělávat na Univerzitě třetího věku nebo v dlouhodobých kurzech pro seniory neví 50 (17%) respondentů. 72 (24%) dotázaných se těmito formami nevzdělává z důvodu nedostatku financí na tyto aktivity.

Vyhodnocení otázky č. 27 - Máte nějaké důvody, které Vám brání vykonávat volnočasové aktivity?

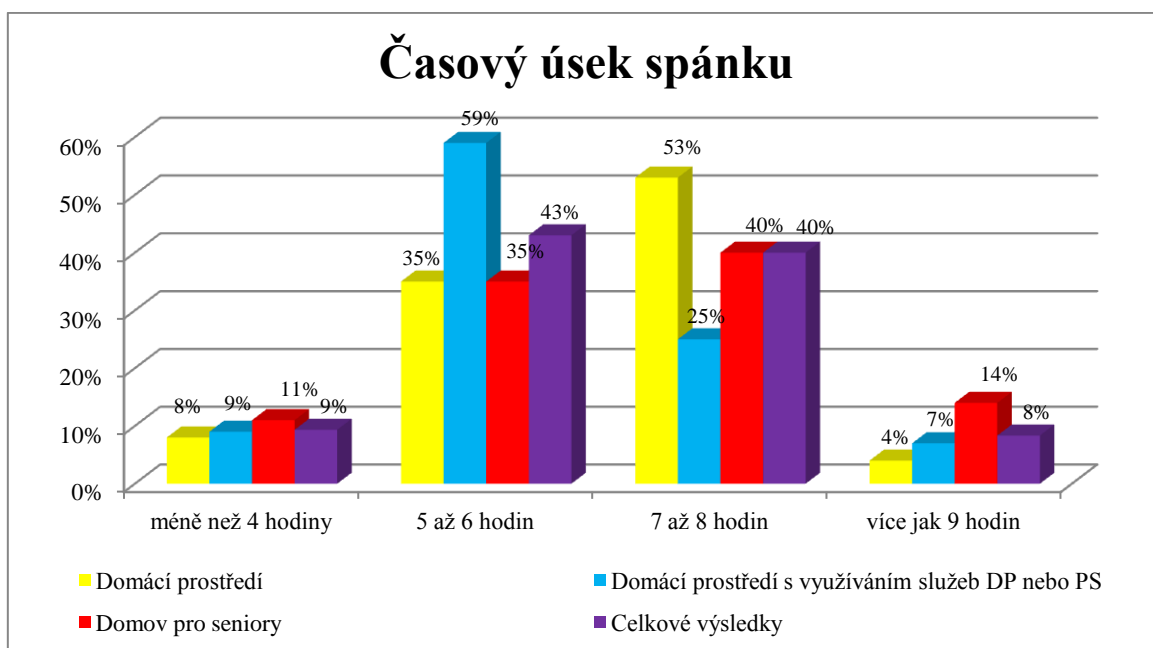
Graf 26 Bariéry ve volnočasových aktivitách



Graf znázorňuje odpovědi na otázku, zda dotazovaní mají nějaké důvody, které jim brání ve vykonávání volnočasových aktivit. 15 (15%) seniorům v domácím prostředí brání ve volnočasových aktivitách finanční důvody, 26 (26%) seniorům z této skupiny brání jejich zdravotní stav, 20 (20%) nedostatek času a 6 (6%) jich nemá zájem o volnočasové aktivity. 33 (33%) seniorům žijících v domácím prostředí žádné důvody nebrání. Ve skupině seniorů žijící v domácím prostředí s využitím služeb domácí péče nebo pečovatelské služby brání vykonávat tyto aktivity finanční důvody v 7 (7%) případech, zdravotní stav v 55 (55%) případech, nedostatek času v 7 (7%) případech a zájem o volnočasové aktivity nemá 12 (12%) seniorů. 19 (19%) dotazovaných z této skupiny odpovědělo, že jim žádné důvody nebrání. Odpovědi seniorů žijících v domově pro seniory byly tyto: 6 (6%) brání finanční důvody, 57 (57%) brání zdravotní stav, 2 (2%) brání nedostatek času, 14 (14%) jich nemá zájem o tyto aktivity a 21 (21%) žádné důvody nebrání. Z celkového počtu 300 (100%) respondentů uvedlo jako bariéru volnočasových aktivit finanční důvody 28 (9%) respondentů, zdravotní stav 138 (46%) dotázaných, nedostatek času 29 (10%) seniorů a nezájem o volnočasové aktivity uvedlo 32 (11%). Z celkového počtu dotazovaných seniorů odpovědělo 73 (24%), že jim žádné důvody nebrání ve vykonávání volnočasových aktivit.

Vyhodnocení otázky č. 28 – Kolik hodin denně asi spíte?

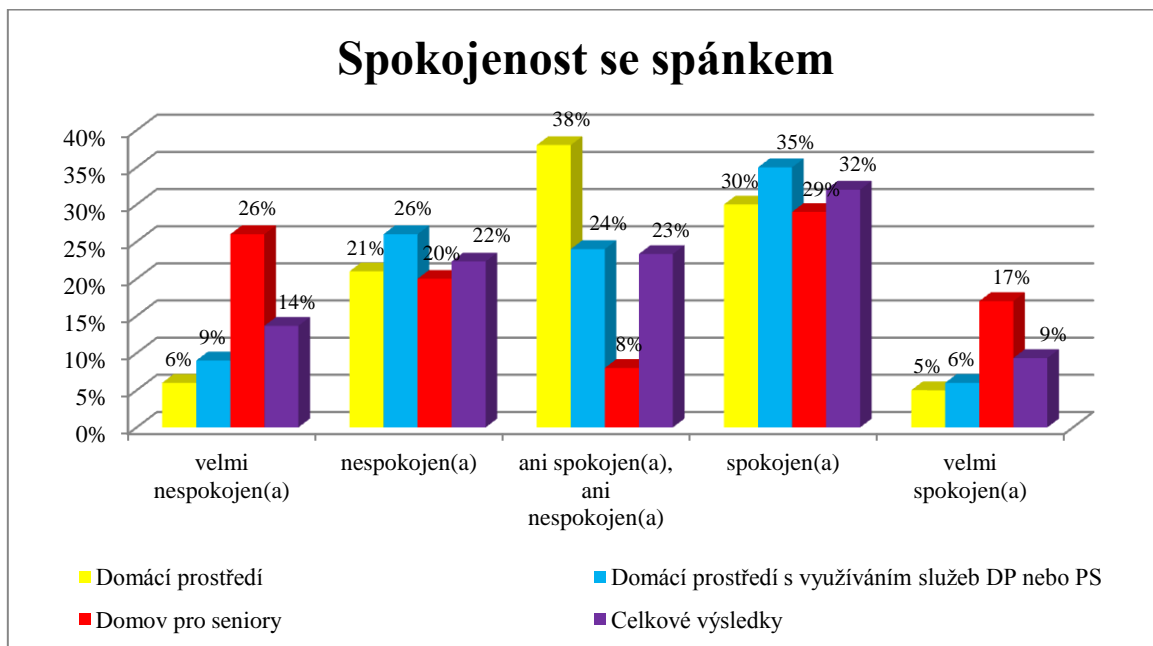
Graf 27 Časový úsek spánku



Výše uvedený graf znázorňuje dobu spánku. Senioři žijící v domácím prostředí uvedli tyto doby spánku: méně než 4 hodiny udává 8 (8%), 5 až 6 hodin uvedlo 35 (35%), 7 až 8 hodin odpovědělo 53 (53%) a více jak 9 hodin zvolili 4 (4%). Senioři žijící v domácím prostředí s využíváním služeb domácí péče nebo pečovatelské služby volili možnosti takto: méně než 4 hodiny 9 (9%), 5 až 6 hodin 59 (59%), 7 až 8 hodin 25 (25%) a více jak 9 hodin 7 (7%). V domovech seniorů spí méně než 4 hodiny 11 (11%) dotázaných, 5 až 6 hodin 35 (35%) seniorů, 7 až 8 hodin 40 (40%) respondentů a více než 9 hodin 14 (14%) dotázaných. Z šetření vyplynulo, že 28 (9%) z celkového počtu 300 (100%), spí méně než 4 hodiny, 129 (43%) seniorů spí 5 až 6 hodin, 118 (40%) udává dobu spánku 7 až 8 hodin a více jak 9 hodin spánku uvedlo 25 (8%) respondentů.

Vyhodnocení otázky č. 29 – Jak jste spokojen(a) se svým spánkem?

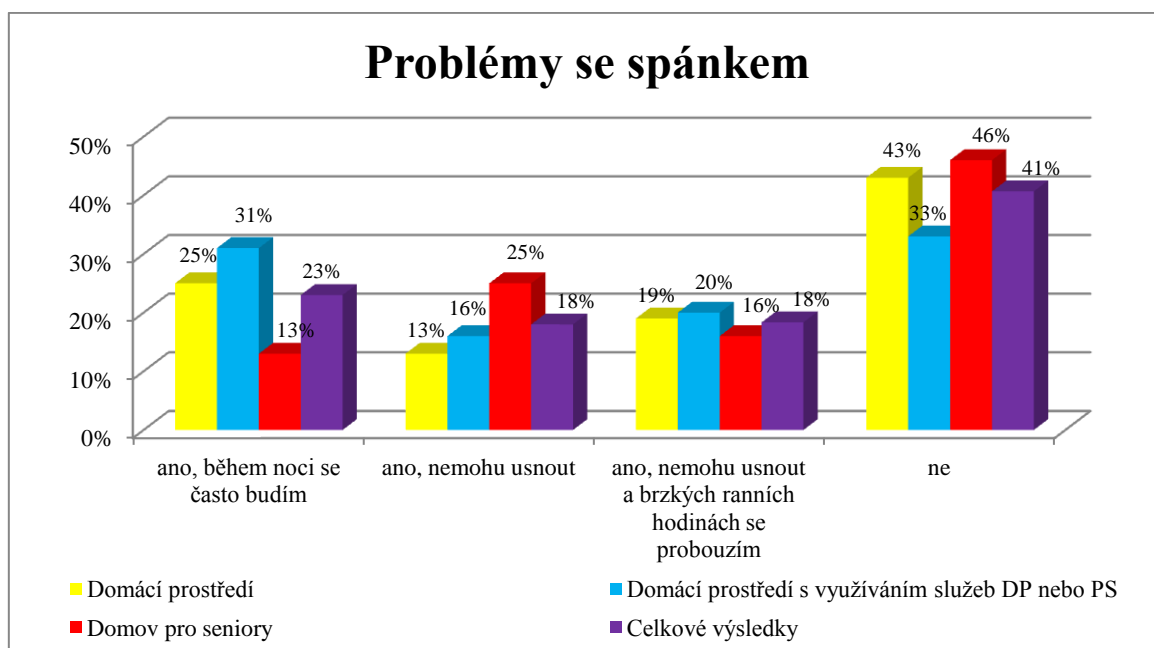
Graf 28 Spokojenost se spánkem



Graf 28 zobrazuje hodnocení spokojenosti se spánkem. U seniorů žijících v domácím prostředí uvedlo 6 (6%) dotazovaných, že je se spánkem velmi nespokojeno, dále nespokojeno bylo 21 (21%) respondentů, odpověď „ani spokojen(a), ani nespokojen(a)“ uvedlo 38 (38%) seniorů, spokojeno se svým spánkem bylo 30 (30%) odpovídajících a velmi spokojeno 5 (5%) seniorů. U další skupiny, tj. seniorů žijících v domácím prostředí s využíváním služeb domácí péče nebo pečovatelské služby, bylo velmi nespokojeno 9 (9%) respondentů, nespokojeno 26 (26%) odpovídajících, ani pozitivní ani negativní hodnocení spánku udalo 24 (24%) seniorů, 35 (35%) dotázaných v této skupině bylo spokojeno a 6 (6%) v téže skupině bylo velmi spokojeno. Odpovědi seniorů z domova pro seniory byly tyto: „velmi nespokojen(a)“ 26 (26%), „nespokojen(a)“ 20 (20%), „ani spokojen(a), ani nespokojen(a)“ 8 (8%), „spokojen(a)“ 29 (29%) a „velmi spokojen(a)“ 17 (17%). Ze souhrnu 300 (100%) dotazovaných jich bylo velmi nespokojeno se svým spánkem 41 (14%), nespokojeno jich bylo 67 (22%), ani spokojeno, ani nespokojeno jich bylo 70 (23%), spokojeno jich bylo nejvíce, a to 94 (32%), velmi spokojeno jich bylo 28 (9%).

Vyhodnocení otázky č. 30 – Máte problémy se spánkem?

Graf 29 Problémy se spánkem



Poslední otázka byla zaměřena na problémy se spánkem. Odpovědi jsou znázorněny v grafu 29. U seniorů v domácím prostředí udává 25 (25%) respondentů, jako problém, že se během noci často budí, dále 13 (13%) odpovídajících uvedlo, že nemohou usnout, 19 (19%) seniorů, že nemohou usnout a v brzkých ranních hodinách se probouzí. 43 (43%) seniorů žijících v domácím prostředí problémy se spánkem neudává. U další skupiny, tj. seniorů žijících v domácím prostředí s využíváním služeb domácí péče nebo pečovatelské služby, byly odpovědi tyto: „ano, během noci se často budím“ 31 (31%), „ano, nemohu usnout“ 16 (16%), „ano, nemohu usnout a v brzkých ranních hodinách se probouzím“ 20 (20%) a „ne“ 33 (33%). Senioři z domova pro seniory se ve 13 (13%) případech často během noci budili, 25 (25%) případech nemohli usnout, v 16 (16%) případech nemohli usnout a v brzkých ranních hodinách se probouzeli a v 46 (46%) případech problém neudávali. Celkově všichni respondenti, tj. 300 (100%), hodnotili problémy se spánkem takto: 69 (23%) mělo problém spočívající v častém buzení během noci, 54 (18%) mělo problém s usínáním, 55 (18%) uvedlo jako problém kombinaci nemožnosti usnutí a časného ranního buzení a zbývajících 122 (41%) respondentů žádný problém neuvádělo.

15 DISKUZE

Proces stárnutí je přirozený fenomén, který postihuje všechny živé organismy. Ve společnosti lidí je nezbytným faktorem schopnost adaptovat se vlivům prostředí. Způsob životního stylu ovlivňuje proces stárnutí a délku života. Faktory, které negativně působí na životní styl a mají významný vliv na zdraví a délku života, jsou především nedostatek pohybu, nevhodné stravování, kouření a nadměrná konzumace alkoholu. Z tohoto důvodu bylo jedním z hlavních cílů zjistit, zda senioři mají zdravý životní styl. Dalším hlavním cílem výzkumného šetření bylo zjistit diferencovanost životního stylu u seniorů žijících v domácím prostředí, u seniorů žijících v domácím prostředí s využíváním služeb domácí péče nebo pečovatelské služby a u seniorů žijících v domově pro seniory.

Dále byly stanoveny dílčí cíle, které se podrobněji zabývaly jednotlivými složkami životního stylu a zjišťovaly jejich diferencovanost u jednotlivých skupin seniorů. Jednalo se o oblast výživy, kouření, alkoholu, volnočasových aktivit a spánku. Ke každému dílčímu cíli byla stanovena hypotéza. O jednotlivých hypotézách bude pojednáváno níže a rovněž bude provedeno jejich vyhodnocení.

Na začátku výzkumného šetření byly zjišťovány demografické údaje a bližší údaje o respondentech. Ačkoliv se přímo nevztahují k hypotézám, jsou důležité pro zkoumanou problematiku a komplexnost výzkumného šetření. Ze získaných dat je patrné, že větší zastoupení měly ženy oproti mužům. Z celkového počtu 300 (100%) seniorů bylo 215 (72%) žen a 85 (28%) mužů. Tento nepoměr je dán demografickými trendy vykazujícími nárůst indexu feminity v seniorské populaci a dále možná také tím, že ženy jsou vstřícnější a ochotnější vyplňovat dotazník. Další zjišťovanou informací byl věk. Z 300 (100%) respondentů bylo ve věkové skupině 65 – 74 let 106 (35%) respondentů, ve věkové skupině 75 – 84 let jich bylo 115 (39%) a ve věkové skupině nad 85 let bylo 79 (26%) respondentů. Úbytek ve věkové skupině 85 a více let může být vysvětlen průměrným věkem dožití, který je u žen 80 let a u mužů 73,5 let. Dále bylo zkoumáno nejvyšší dosažené vzdělání respondentů. Nejvíce, tj. 119 (40%) respondentů, je vyučeno. Vysokoškolské vzdělání má pouhých 28 (9%) respondentů. Možný (66, s. 105) ve své publikaci uvádí, že na začátku 20. století měla naše republika velmi dobrou úroveň školství. Bohužel tuto příležitost nemohli využít všichni. Faktory, které znemožňovaly vzdělání, byly doba a možnosti. Pokud rodina měla více dětí, tak nebylo možné umožnit vzdělání všem, a to především z důvodů finančních. Většina z dětí musela pomáhat

rodičům s jejich domácností a hned po vyučení musely začít pracovat. Poslední prošetřovanou informací z této oblasti bylo místo bydliště respondentů. Z celkového počtu 300 (100%) respondentů žije 123 (41%) dotazovaných ve větším městě – nad 10 000 obyvatel, 128 (54%) respondentů ve městě – do 10 000 obyvatel a 49 (16%) dotazovaných na vesnici – do 3000 obyvatel.

Hlavním cílem prováděného výzkumného šetření bylo zjistit, zda senioři mají zdravý životní styl. Mezi nejzákladnější charakteristiku zdravého životního stylu patří zdravá strava a pohyb, proto byly dotazníkové otázky zaměřeny na stravování, pitný režim, kouření, alkohol a pohybové aktivity. K ověření této skutečnosti se vztahovaly dotazníkové otázky číslo 7, 8, 9, 10, 11, 13, 20, 21. Pro hodnocení byly použity celkové údaje za všechny respondenty bez ohledu na jejich zařazení do jednotlivých skupin, tedy údaje prezentované a interpretované v předcházející kapitole jako celkové výsledky. Kritériem pro potvrzení bylo, aby minimálně vždy 50 % respondentů odpovědělo na jednotlivé otázky takto: na otázku číslo 7 možnost „6x denně“, na otázku číslo 8 variantou „zelenině a ovoci“, na otázku číslo 9 pak odpovědí „1,5 až 3 litry“, na otázku číslo 10 variantou „čistá voda“, na otázku číslo 11 možnost „ne, nikdy jsem nekouřil(a)“, na otázku číslo 13 odpovědí „ne“, na otázky číslo 20 a 21 možnost „denně“. Otázka číslo 7 zjišťuje, kolikrát denně respondenti jí. Senioři by měli jíst v pravidelných intervalech minimálně 6x denně. Dotazovaní však nejčastěji odpověděli, že se stravují 4x denně. Bohužel jen 27 (9%) respondentů uvedlo, že jí 6x denně. Nejčastější odpovědí u otázky zkoumající preferovanou stravu bylo, že senioři dávají ve stravě přednost masu. Zeleninu a ovoce upřednostňuje jen 75 (25%) respondentů. Jak již bylo uvedeno v teoretické části práce, zeleniny a ovoce by senioři měli snít 500 gramů denně. Bc. Jitka Čermáková (67, s. 41) ve své diplomové práci uvádí rozdílné výsledky výzkumného šetření na tuto otázku. Z jejího výzkumného šetření vyplývá, že senioři nejvíce preferují přílohy. Otázka číslo 9 prošetřuje velikost denního příjmu tekutin. V současné době je doporučován příjem tekutin alespoň 2 litry denně, což se samozřejmě mění v závislosti na teplotě prostředí, pohybových aktivitách a zdravotním stavu seniora. Největší počet respondentů, tj. 152 (51%), pije 1,5 až 3 litry tekutin za den. Podobné výsledky vyšly i Dorotě Nitschové (68, s. 36), když 63 % dotazovaných uvedlo, že denně vypije 1,5 až 3 litry tekutin. Otázka číslo 10 se zabývala tím, jaké tekutiny převládají v pitném režimu. Čistá voda a čaj byly nejčastější odpovědi na tuto otázku. Stejně jako ve výzkumném šetření Bc. Jitky Čermákové (67, s. 44), kde ji odpověď „čaj“ označilo 33 % respondentů. Další zkoumanou oblastí bylo kouření respondentů, ke kterému se vztahovala otázka číslo 11.

Ve výzkumném šetření bylo zjištěno, že 174 (58%) dotazovaných nikdy nekouřilo, což může být považováno za velmi příznivé zjištění. Podobné výsledky byly získány i ve výzkumném šetření Doroty Nitschové (68, s. 36), zde nekouří 88 % respondentů. Konzumace alkoholu je také nedílnou součástí životního stylu a je mapováno v otázce číslo 13. Z výzkumného šetření vyplývá, že 98 (33%) respondentů konzumuje alkohol jen při slavnostní příležitosti a 71 (24%) seniorů nekonzumuje alkohol vůbec. Je známo, že mírná konzumace alkoholu je zdraví prospěšná, podporuje chuť k jídlu a střevní aktivitu. Poslední dvě otázky vztahující se k potvrzení či vyvrácení hypotézy ohledně životního stylu byly zaměřeny na pohyb seniorů. Pravidelný pohyb a cvičení udržuje člověka v kondici, udržuje svalový tonus a rozsah pohybu kloubů. Také je prevencí mnoha různých onemocnění a může zpomalit proces stárnutí. První otázka se zabývala četností chůze na procházky. Nejčastější odpovědí bylo, že senioři chodí na procházku 1x až 6x týdně, takto odpovědělo 107 (35%) seniorů. Pouze 93 (31%) respondentů uvedlo každodenní procházky. Druhá otázka byla zaměřena na frekvenci sportovních aktivit, vyhodnocením odpovědí bylo zjištěno, že denně cvičí pouze 69 (23%) respondentů. K názornému dokreslení mohou sloužit i údaje v následující tabulce.

Tabulka 4 Zdravý životní styl

	Zdravý životní styl		
	Prokazující odpověď	Počet odpovědí	
Počet jídel denně	6x denně	27	9%
Preferovaná strava	zelenina a ovoce	75	25%
Denní příjem tekutin	1,5 až 3 litry	152	51%
Převládající tekutiny v pitném režimu	čistá voda	85	28%
Kouření	nikdy ne	174	58%
Konzumace alkoholu	ne	71	24%
Chůze na procházky	každý den	93	31%
Vykonávání sportovních aktivit	každý den	69	23%

Zdroj: Vlastní

Vzhledem k získaným výsledkům musí být konstatováno, že senioři mají určité rezervy ve zdravém životním stylu. Největší rezervy vyplývající z výzkumného šetření jsou v oblasti výživy a pohybu. Přesvědčit seniory změnit životní styl je nelehký úkol

a to hlavně z důvodu, že mají mylné přesvědčení, že oslabení těla a chronické nemoci neodmyslitelně patří ke stárnutí a stáří. Je důležité zvýšit povědomost seniorů o nutnosti zdravého životního stylu, jehož propagace by mohla být uskutečňována i v rámci návštěv u praktického lékaře.

H 1: Životní styl seniorů žijících v domovech pro seniory se liší od životního stylu seniorů žijících v domácím prostředí.

H 1a: Životní styl seniorů žijících v domovech pro seniory se liší od životního stylu seniorů žijících v domácím prostředí s využíváním služeb domácí péče nebo pečovatelské služby.

K těmto hypotézám se vztahovaly v podstatě všechny otázky v dotazníku mimo otázky zjišťující demografické údaje. Pro potvrzení či vyvrácení daných hypotéz byly ale vybrány jen následující otázky: 7, 11, 13, 18, 30. Četnost nejčastějších odpovědí za jednotlivé skupiny se musela odlišovat o více jak 25 %, aby mohly být dané hypotézy potvrzeny. U otázky číslo 7 byla nejčastější odpověď, že respondenti jí 4x denně. Rozdíl mezi skupinou seniorů žijících v domovech pro seniory a skupinou seniorů žijících v domácím prostředí byl 6%. Rozdíl mezi skupinou seniorů žijících v domovech pro seniory a skupinou seniorů žijících v domácím prostředí s využitím služeb byl 22%. U otázky číslo 11 bylo nejčastěji odpovězeno variantou „ne, nikdy jsem nekouřil(a)“. Odchylka mezi skupinou seniorů žijících v domovech pro seniory a skupinou seniorů žijících v domácím prostředí byla 15%. Odchylka mezi skupinou seniorů žijících v domovech pro seniory a skupinou seniorů žijících v domácím prostředí s využitím služeb byla 8%. Nejčastější odpověď na otázku číslo 13 byla příležitostná konzumace alkoholu. Diference mezi skupinou seniorů žijících v domovech pro seniory a skupinou seniorů žijících v domácím prostředí byla 27%. Diference mezi skupinou seniorů žijících v domovech pro seniory a skupinou seniorů žijících v domácím prostředí s využitím služeb byla 13%. K otázce číslo 18 odpověděli respondenti nejčastěji, že nikdy neluští křížovky nebo sudoku. Rozdíl mezi skupinou seniorů žijících v domovech pro seniory a skupinou seniorů žijících v domácím prostředí byl 4%. Rozdíl mezi skupinou seniorů žijících v domovech pro seniory a skupinou seniorů žijících v domácím prostředí s využitím služeb byl 12%. Na otázku číslo 30 nejvíce respondentů uvedlo, že nemá problémy se spánkem. Odpovědi seniorů žijících v domově pro seniory se lišily o 3% oproti seniorům žijícím v domácím prostředí a o 13% oproti seniorům využívajícím služeb. Na základě porovnání odchylek v nejčastějších odpovědích na vybrané otázky bylo zjištěno, že životní styl seniorů žijících v domovech pro seniory se významně neliší od životního stylu seniorů žijících

v domácím prostředí a ani od životního stylu seniorů žijících v domácím prostředí s využíváním služeb domácí péče nebo pečovatelské služby. Z výsledků výzkumného šetření je tedy patrné, že hypotézy 1 a 1a se nepotvrdily.

H 2: Seniori žijící v domovech pro seniory mají zdravější stravovací návyky než seniori žijící v domácím prostředí.

H 2a: Seniori žijící v domovech pro seniory mají zdravější stravovací návyky než seniori žijící v domácím prostředí s využíváním služeb domácí péče nebo pečovatelské služby.

Otázkami vztahujícími k těmto hypotézám byly otázky číslo 7, 8, 9, 10. Kritériem pro potvrzení bylo, aby minimálně vždy 50 % seniorů žijících v domovech pro seniory odpovědělo na jednotlivé otázky takto: na otázku číslo 7 možností „6x denně“, na otázku číslo 8 variantou „zelenině a ovoci“, na otázku číslo 9 pak odpovědi „1,5 až 3 litry“, na otázku číslo 10 variantou „čistá voda“ a dalším kritériem bylo, aby zároveň u této skupiny seniorů žijících v domovech pro seniory byla četnost nejvyšší. Bylo předpokládáno, že seniori žijící v domově pro seniory mají zdravější stravovací návyky z důvodu, že jim stravu zajišťuje dané zařízení, kde za správnost složení jídelníčku zodpovídá pracovník stravovacího úseku společně nutričním terapeutem. Výše uvedené odpovědi, a to ve výše uvedeném pořadí, zvolilo ze seniorů žijících v domovech pro seniory 14%, 26%, 58%, 26%. Výše uvedené odpovědi, a to ve výše uvedeném pořadí, zvolilo ze seniorů žijících v domácím prostředí 5%, 22%, 46%, 24%. Stejně údaje u skupiny seniorů žijících v domácím prostředí s využíváním služeb byly tyto: 8%, 27%, 48%, 35%. Z výsledků je patrné, že odpovědi na dané otázky se velmi shodovaly a nebyl mezi nimi významný rozdíl, tudíž musí být zkonstatováno, že hypotézy se nepotvrdily. Vyloženě zdravé stravovací návyky bohužel nemá žádná skupina seniorů a chtělo by to zvýšit informovanost o zásadách zdravé stravy. Z výzkumného šetření vyplývá, že 94 % respondentů ze všech skupin denně sleduje televizi nebo poslouchá rádio, proto by se jevilo za vhodné informace o zásadách zdravé stravy medializovat právě prostřednictvím televize a rádia.

H 3: Nejvíce každodenních kuřáků se vyskytuje ve skupině seniorů žijících v domácím prostředí oproti seniorům žijícím v domovech pro seniory.

H 3a: Nejvíce každodenních kuřáků se vyskytuje ve skupině seniorů žijících v domácím prostředí oproti seniorům žijícím v domácím prostředí s využíváním služeb domácí péče nebo pečovatelské služby.

V hypotézách 3 a 3a bylo očekáváno, že nejvíce každodenních kuřáků se vyskytuje ve skupině seniorů žijících v domácím prostředí oproti zbylým porovnávaným skupinám seniorů. Otázky vztahující se k těmto hypotézám byly otázky číslo 4, 11, 12. Kritérium pro potvrzení hypotéz bylo, aby minimálně 50% každodenních kuřáků pocházelo z domácího prostředí. Z výsledků výzkumného šetření je jasně patrné, že největší převahu mají nekuřáci. Každodenních kuřáků je z celkového počtu 300 (100%) respondentů pouze 23 (8%). Z celkového počtu 23 (100%) každodenních kuřáků je 12 (52%) respondentů z domácího prostředí. V domácím prostředí s využíváním služeb domácí péče nebo pečovatelské služby je 9 (39%) každodenních kuřáků. Nejméně každodenních kuřáků se vyskytuje v domovech pro seniory, a to konkrétně 2 (9%). Jitka Dvořáková (69, s. 57–58) ve své práci srovnávala kuřáctví u žadatele o umístění do domova pro seniory a u uživatele sociální služby v domově pro seniory. Byly zjištěny shodné výsledky a to, že seniorů kuřáků je více v domácím prostředí. Hypotézy 3 a 3a byly potvrzeny.

H 4: Seniori žijící v domácím prostředí konzumují více alkoholu než seniori žijící v domově pro seniory.

H 4a: Seniori žijící v domácím prostředí konzumují více alkoholu než seniori žijící v domácím prostředí s využíváním služeb domácí péče nebo pečovatelské služby.

V dotazníku k ověření těchto hypotéz patří otázky číslo 4, 10, 13. Kritérium pro dané hypotézy bylo formulováno následovně: minimálně 75 % respondentů z domácího prostředí konzumuje alkohol. Bylo tak předpokládáno z důvodu toho, že seniori využívající sociálních nebo zdravotních služeb mají určitý zdravotní problém a z toho důvodu je jejich konzumace alkoholu nižší. 95 (95%) respondentů z domácího prostředí uvedlo, že konzumuje alkohol. Pouze 5 (5%) jich nekonzumuje alkohol vůbec. 58 (58%) seniorů žijících v domácím prostředí s využíváním služeb domácí péče nebo pečovatelské služby konzumuje alkohol a 42 (42%) respondentů se řadí mezi abstinenty. 76 (76%) seniorů z domova pro seniory jsou konzumenti alkoholu a zbylých 24 (24%) nepijí alkohol nikdy. Zjišťováním četnosti při požívání alkoholu bylo vyzkoumáno, že

nejvíce alkoholu konzumují senioři z domácího prostředí. Hypotézy 4 a 4a byly potvrzeny. Stejně zjištění bylo vyzkoumáno i ve výzkumném šetření Jitky Dvořákové (69, s. 59 – 60).

H 5: Senioři žijící v domově pro seniory mají více volnočasových aktivit než senioři žijící v domácím prostředí.

H 5a: Senioři žijící v domově pro seniory mají více volnočasových aktivit než senioři žijící v domácím prostředí s využíváním služeb domácí péče nebo pečovatelské služby.

K těmto hypotézám se vztahují otázky číslo 14 až 27. Jednou z nejdůležitějších konkrétních oblastí životního stylu je i trávení volného času. Aktivita zlepšuje psychickou i fyzickou stránku seniora a nečinnost může vést k depresím, urychlení fyziologického procesu stárnutí a v neposlední řadě i k rozpadu osobnosti. Tento fakt byl hlavním důvodem pro zkoumání volnočasových aktivit seniorů. Otázka číslo 14 byla zaměřena na zkoumání četnosti vykonávání domácích prací. Nejčastější odpovědí u seniorů žijících v domově pro seniory bylo, že domácí práce vykonávají 1x až 6x týdně. U seniorů žijících v domácím prostředí a u seniorů žijících v domácím prostředí s využíváním domácí péče nebo pečovatelské služby byla nejčastější odpověď, že domácí práce vykonávají denně. Výsledky jsou logické, protože u seniorů žijících v domově pro seniory jsou tyto práce vykonávány za ně a oni sami tuto činnost provádějí pouze v rámci ergoterapie, což také odpovídá výsledkům. Další otázka číslo 16 se zaměřovala na četnost čtení seniorů. Výsledky byly opět podobné u všech skupin seniorů. Nejčastější odpovědí bylo, že senioři čtou denně, což je považováno za pozitivní zjištění. Čtení významně pozitivně ovlivňuje kognitivní funkce seniora a je velice důležité, aby senioři četli. Nejčastější zastoupení ve volnočasových aktivitách má ale sledování televize a rádia. Denně sleduje televizi a poslouchá rádio 280 (94%) seniorů, konkrétně z domácího prostředí 98 (98%) seniorů, z domácího prostředí s využíváním domácí péče nebo pečovatelské služby 93 (93%) respondentů a z domovů pro seniory 89 (89%) seniorů. Zdeňka Kozáková a Oldřich Müller (6, s. 31) ve své publikaci také uvádějí, že v jejich výzkumném šetření bylo sledování televize nejčastější aktivitou seniorů. Rozdílný výsledek výzkumného šetření uvádí Bc. Pavla Chalupová (70, s. 87). Autorka publikuje, že sledování televize bylo zmíněno pouze výjimečně. Na otázky vztahující se k volnočasovým aktivitám odpovídali senioři jednotlivých skupin velmi podobně. Z těchto důvodů musí být konstatováno, že hypotézy se nepotvrdily. Pouze u dvou otázek byl rozdíl, a to v otázkách zkoumající sportovní aktivity a návštěvy kulturních nebo společenských akcí. Senioři žijící v domovech pro seniory častěji uvedli, že sportovní aktivity vykonávají denně a častější je i návštěva

kulturních nebo společenských akcí. Je předpokládáno, že tyto výsledky jsou zapříčiněny velkou nabídkou různých aktivit, které domovy pro seniory poskytují. Další možnou příčinou tohoto rozdílu by mohly být finanční prostředky. Senioři žijící v domácím prostředí si ve většině případů musí hradit náklady na bydlení spojené s živobytím ve svém přirozeném prostředí a nemají poté dostatek financí na kulturní nebo společenské akce. Oproti tomu senioři žijící v domově pro seniory mají nabídku těchto akcí v základních službách a s minimálním vlastním příspěvkem. Lenka Chýlková (71, s. 39) ve své diplomové práci ale uvádí odlišná zjištění. Podle autorky jsou kulturně aktivnější lidé žijící v domácím prostředí. Otázka číslo 26 zjišťuje, zda senioři navštěvují Univerzity třetího věku nebo dlouhodobé kurzy. Bohužel nejčastější odpovědí na tuto otázku bylo, že senioři nenavštěvují Univerzity třetího věku ani dlouhodobé kurzy, a to z důvodu nezájmu se dále vzdělávat. Tyto výsledky se neshodují s výsledky Bc. Jitky Čermákové (67, s. 49), která uvedla, že snahu o vzdělání vykazuje většina dotazovaných. Další otázka zkoumala, zda senioři mají nějaké bariéry ve vykonávání volnočasových aktivit a pokud mají, tak jaké. Bylo vyzkoumáno, že u seniorů žijících v domácím prostředí s využíváním služeb domácí péče nebo pečovatelské služby a u seniorů žijících v domově pro seniory byla nejčastější odpověď, že mají bariéry ve vykonávání volnočasových aktivit a to z důvodu zdravotního stavu. Dorota Nitschová (68, s. 46) uvádí, že nejčastějšími determinanty ve volnočasových aktivitách jsou zdraví a finanční situace. Finanční důvody byly v tomto výzkumném šetření uvedeny jen u 28 (9%) respondentů. Senioři žijící v domácím prostředí odpovídali nejčastěji, že nemají žádné bariéry v provozování svých volnočasových aktivit. U seniora je velice důležité vyplnit čas aktivitami, které mu mohou přinášet inspiraci a uklidnění. Způsob trávení volného času je velmi ovlivněn zdravotním stavem seniora, jeho finanční situací, ale také společenskou atmosférou. Úkolem každé vyspělé společnosti musí být seniory integrovat, ale v žádném případě segregovat. Z výzkumného šetření zaměřeného na volnočasové aktivity se ukázalo, že volnočasové aktivity seniorů lze rozdělit na aktivní a pasivní. Mezi aktivní způsoby lze zařadit procházky, návštěvy kulturních nebo společenských akcí, vykonávání domácích prací. Do pasivního způsobu jsou řazeny ty, které nevyžadují fyzickou zátěž, ale přesto obohacují život seniorů. Jedná se o četbu, luštění křížovek nebo sudoku, sledování televize a poslech rádia. Takovéto rozdělení životního způsobu uvádí i Ján Šramo (18, s. 69) ve své publikaci.

H 6: Senioři žijící v domácím prostředí lépe subjektivně hodnotí kvalitu spánku, nežli senioři žijící v domově pro seniory.

H 6a: Senioři žijící v domácím prostředí s využíváním služeb domácí péče nebo pečovatelské služby lépe subjektivně hodnotí kvalitu spánku, nežli senioři žijící v domově pro seniory.

Poslední zkoumanou oblastí byl spánek, na nějž se vztahují hypotézy 6 a 6a. K těmto hypotézám se váží otázky číslo 28, 29, 30. Kritériem pro dané hypotézy bylo, aby minimálně vždy 50% seniorů žijících v domácím prostředí nebo seniorů žijících v domácím prostředí s využíváním služeb odpovědělo, že jsou spokojeni či velmi spokojeni se svým spánkem a zároveň musí být o 5% tyto skupiny spokojenější oproti seniorům žijícím v domově pro seniory. Spokojeno či velmi spokojeno se spánkem bylo 35% seniorů z domácího prostředí, 41% seniorů z domácího prostředí s využitím služeb a 46% seniorů žijících v domovech pro seniory. Jak z výsledků vyplývá, tak subjektivně lépe hodnotí kvalitu spánku senioři žijící v domově pro seniory, tudíž hypotézy H 6 a H 6a potvrzeny nebyly. Při výzkumném šetření ohledně oblasti spánku se zjistilo, že nejčastější odpovědí u otázky zkoumající dobu spánku bylo u seniorů žijících v domácím prostředí s využíváním služeb domácí péče nebo pečovatelské služby, že spí 5 až 6 hodin denně. Naproti tomu senioři žijící v domácím prostředí a senioři žijící v domově pro seniory nejčastěji odpověděli, že spí 7 až 8 hodin denně. Claudia Borzová (54, s. 13) ve své publikaci uvádí, že u seniorů se doba spánku zkracuje a současně také přibývá poruch spánku. Z tohoto důvodu byla otázka číslo 30 zaměřena na problémy se spánkem. Nejčastější odpovědí všech skupin seniorů bylo, že problémy se spánkem nemají. Pokud senioři nějaký problém uvedli, tak nejčastěji u seniorů žijících v domácím prostředí a u seniorů žijících v domácím prostředí s využíváním služeb domácí péče nebo pečovatelské služby se jednalo o časté buzení během noci. Senioři žijící v domově pro seniory uvedli jako nejčastější problém neschopnost usnout.

ZÁVĚR

V současné době se problematika stárnutí a stáří stává čím dál více aktuálnější a diskutovanější, a to z důvodů markantního nárůstu seniorské populace. Je proto důležité, aby této problematice byla věnována dostatečná pozornost jak ze strany odborníků, tak i veřejnosti. K zajištění kvalitního života ve stáří je nezbytné blíže poznat životní styl seniorů, jejich hodnoty a postoje. Stáří je často spojováno se stereotypními mýty a předsudky, proto je nezbytné poukázat na to, že stáří lze prožívat smysluplně a plnohodnotně. Stárnutí a stáří není jen záležitostí daného jedince, nýbrž celé společnosti. Na stáří by se měl každý jedinec připravovat rozvíjením zájmových aktivit a udržováním sociálních kontaktů. Společnost by pro seniory měla zajistit dostatek volnočasových aktivit, zdravotních a sociálních služeb a v neposlední řadě také přijmout opatření, která by odbourávala mýty a předsudky o stárnutí a stáří.

Cílem výzkumného šetření bylo zjistit, zda senioři žijí zdravě a jaké jsou rozdíly životního stylu u seniorů žijících v domácím prostředí, u seniorů žijících v domácím prostředí s využíváním služeb domácí péče nebo pečovatelské služby a u seniorů žijících v domově pro seniory. Zjištění kvality a dále i rozdílnosti životního stylu u těchto jednotlivých skupin seniorů bylo zaměřeno na několik oblastí, jednalo se o výživu, kouření, alkohol, volnočasové aktivity a spánek. Vytyčené cíle byly splněny.

Z výsledků výzkumného šetření vyplývá, že senioři nemají zdravý životní styl. Proto je velice nezbytné neustále klást důraz na zdravý životní styl, poskytovat seniorům mnohem více informací ohledně zdravé stravy, vhodných pohybových aktivit a nabídky služeb určené pro seniory. Dále bylo zjištěno, že životní styl u jednotlivých skupin seniorů se nijak významně neliší.

Bylo stanoveno šest hypotéz skládajících se z dvou částí, všechny byly testovány pomocí dotazníkového šetření u seniorů žijících v rozličných podmínkách. Dvě hypotézy se potvrdily, zbylé čtyři se nepotvrdily.

Doporučením pro praxi je dbát na zřetelnější důraz na poskytování kvalitních sociálních a zdravotních služeb, na nabídku volnočasových aktivit, na odbourání mýtů a předsudků spojených se stářím, na poskytování informací seniorům týkajícím se zdravého životního stylu. Předsudky a mýty by bylo možné odstranit i prostřednictvím vzdělávání mladší generace. Informace o zdravém životním stylu by mohly být předávány prostřednictvím médií, protože z výzkumného šetření je zřejmé, že většina seniorů hlavně sleduje televizi a poslouchá rádio.

Výstupem do praxe je informační brožura obsahující zásady zdravé výživy, vhodné pohybové aktivity, zásady duševní hygieny a seznam služeb v České republice pro seniory. Informační brožura bude nabídnuta v ordinacích praktických lékařů pro dospělé.

SEZNAM ZDROJŮ

1. DVOŘÁČKOVÁ, Dagmar. *Kvalita života seniorů: v domovech pro seniory*. Praha: Grada, 2012, 112 s. ISBN 978-80-247-4138-3.
2. MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ. *Národní program přípravy na stárnutí na období let 2008 až 2012* [online]. Publikováno 1. 8. 2008 [cit. 2014-01-13]. Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/cs/5045>.
3. MALÍKOVÁ, Eva. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. Praha: Grada, 2011, 328 s. ISBN 978-802-4731-483.
4. KLEVETOVÁ, Dana, DLABALOVÁ, Irena. *Motivační prvky při práci se seniory*. Praha: Grada, 2008, 202 s. ISBN 978-802-4721-699.
5. ŠTILEC, Miroslav. *Program aktivního stylu života pro seniory*. Praha: Portál, 2004, 135 s. ISBN 80-7178-920-8.
6. KOZÁKOVÁ, Zdeňka, MÜLLER, Oldřich. *Aktivizační přístupy k osobám seniorského věku*. Olomouc: Univerzita Palackého, 2006, 54 s. ISBN 80-244-1552-6.
7. HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Fenomén stáří*. 2. vyd. Praha: Havlíček Brain Team, 2010, 365 s. ISBN 978-80-87109-19-9.
8. MARTINÍK, Karel et al. *Výchova ke zdraví a zdravému životnímu stylu: Ovlivnění zdravotního stavu výživou ve stáří*. Hradec Králové: Gaudeamus, 2007, 97 s. ISBN 978-80-7041-141-4.
9. JAROŠOVÁ, Darja. *Péče o seniory*. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, 2006, 96 s. ISBN 80-736-8110-2.
10. LANGMAIER, Josef, KREJČÍŘOVÁ, Dana. *Vývojová psychologie*. 2. vyd. Praha: Grada, 2006, 368 s. ISBN 80-247-1284-9.
11. MÜHLPACHR, Pavel. *Gerontopedagogika*. 2. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2009, 203 s. ISBN 978-80-210-5029-7.
12. KALVACH, Zdeněk; ZADÁK, Zdeněk; JIRÁK, Roman; ZAVÁZALOVÁ, Helena; SUCHARDA, Petr; et al. *Geriatric a gerontologie*. Praha: Grada, 2004, 864 s. ISBN 80-247-0548-6.
13. KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Stárnutí z pohledu pozitivní psychologie: možnosti, které čekají*. Praha: Grada, 2011, 144 s. ISBN 978-802-4736-044.
14. DIENSTBIER, Zdeněk. *Průvodce stárnutím, aneb, Jak ho oddálit: učebnice pro obor sociální činnost*. Praha: Radix, 2009, 184 s. ISBN 978-80-86013-88-0.

15. ONDRUŠOVÁ, Jiřina. *Stáří a smysl života*. Praha: Karolinum, 2011, 168 s. ISBN 978-80-246-1997-2.
16. GRUSS, Peter. *Perspektivy stárnutí: z pohledu psychologie celoživotního vývoje*. Praha: Portál, 2009, 222 s. ISBN 978-80-7367-605-6.
17. VÁGNEROVÁ, Marie. *Vývojová psychologie II: dospělost a stáří*. Praha: Karolinum, 2007, 461 s. ISBN 978-80-246-1318-5.
18. ŠRAMO, Ján. *Příprava na stáří*. Praha: Občanské sdružení Melius, 2012, 192 s. ISBN 978-80-87638-00-2.
19. HROZENSKÁ, Martina, DVOŘÁČKOVÁ, Dagmar. *Sociální péče o seniory*. Praha: Grada, 2013, 191 s. ISBN 978-80-247-4139-0.
20. NOVOTNÁ, Lenka; HŘÍCHOVÁ, Miloslava; MIŇHOVÁ, Jana. *Vývojová psychologie*. 4. vyd. Plzeň: ZČU, 2012, 84 s. ISBN 978-80-261-0115-4.
21. VENGLÁŘOVÁ, Martina. *Problematické situace v péči o seniory: příručka pro zdravotnické a sociální pracovníky*. Praha: Grada, 2007, 96 s. ISBN 978-802-4721-705.
22. MLÝNKOVÁ, Jana. *Péče o staré občany: učebnice pro obor sociální činnost*. Praha: Grada, 2011, 192 s. ISBN 978-802-4738-727.
23. HOLMEROVÁ, Iva; JURAŠKOVÁ, Božena; ZIKMUNDOVÁ, Květuše. *Vybrané kapitoly z gerontologie*. 3. vyd. Praha: EV public relations, 2007, 143 s. ISBN 978-80-254-0179-8.
24. SCHMEIDLER, Karel et al. *Problémy mobility stárnoucí populace*. Brno: Novpress, 2009, 180 s. ISBN 978-80-87342-05-3.
25. POKORNÁ, Andrea. *Komunikace se seniory*. Praha: Grada, 2010, 158 s. ISBN 978-80-247-3271-8.
26. VIDOVIČOVÁ, Lucie. *Stárnutí, věk a diskriminace - nové souvislosti*. Brno: Masarykova univerzita, Mezinárodní politologický ústav, 2008, 233 s. ISBN 978-802-1046-276.
27. DOLEČEK, Zdislav. Ageismus jako společenský problém. In: VÁCLAVÍKOVÁ, Anna, CHMELÁŘOVÁ, Magdalena. *Udržitelnost rozvoje společnosti a kvalita života: podpora aktivního stáří v kontextu mezigenerační solidarity*. Opava: Ústav veřejné správy a regionální politiky, 2012, s. 59-66. ISBN 978-80-7248-794-3.
28. MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ. *Národní akční plán podporující pozitivní stárnutí pro období let 2013 až 2017* [online]. Publikováno 7. 1. 2014 [cit. 2014-01-13]. Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/cs/14540>.

29. PRŮCHA, Jan, VETEŠKA, Jaroslav. *Andragogický slovník*. Praha: Grada, 2012, 296 s. ISBN 978-802-4739-601.
30. KRAUS, Blahoslav. *Základy sociální pedagogiky*. Praha: Portál, 2008, 216 s. ISBN 978-807-3673-833.
31. MACHOVÁ, Jitka, KUBÁTOVÁ, Dagmar. *Výchova ke zdraví*. Praha: Grada, 2009, 296 s. ISBN 978-80-247-2715-8.
32. DUFFKOVÁ, Jana; URBAN, Lukáš; DUBSKÝ, Josef. *Sociologie životního stylu*. Plzeň: Aleš Čeněk, 2008, 237 s. ISBN 978-80-7380-123-6.
33. DUFFKOVÁ, Jana. Životní způsob/styl a jeho variantnost (Malé zamyšlení nad tím, co všechno se může skrývat pod označením „alternativní životní styl“). In: *Aktuální problémy životního stylu*. Praha: Univerzita Karlova v Praze-Filozofická fakulta, 2006, s. 79-90. ISBN 80-7308-131-8.
34. DUFFKOVÁ, Jana; URBAN, Lukáš; DUBSKÝ, Josef. *Sociologie životního stylu*. Praha: Policejní akademie České republiky, 2007, 125 s. ISBN 978-80-7251-266-9.
35. KASTNEROVÁ, Markéta. *Poradce zdravého životního stylu*. České Budějovice: Nová Forma, 2012, 378 s. ISBN 978-80-7453-250-4.
36. HOLCZEROVÁ, Vladimíra, DVOŘÁČKOVÁ, Dagmar. *Volnočasové aktivity pro seniory*. Praha: Grada, 2013, 96 s. ISBN 978-80-247-4697-5.
37. SAK, Petr, KOLESÁROVÁ, Karolína. *Sociologie stáří a seniorů*. Praha: Grada, 2012, 232 s. ISBN 978-802-4738-505.
38. ČELEDOVÁ, Libuše, ČEVELA, Rostislav. *Výchova ke zdraví: Vybrané kapitoly*. Praha: Grada, 2010, 128 s. ISBN 978-80-247-3213-8.
39. NOVOTNÁ, Jana, LAHOLOVÁ, Jitka. *Výživa ve stáří* [online]. Publikováno 13. 1. 2009 [cit. 2014-02-6]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/vyziva-ve-stari-417234>.
40. FRIES, James F. *Living well: taking care of yourself in the middle and later years*. 4th ed.; completely rev. and updated. Cambridge, MA, 2004, 366 s. ISBN 07-382-0955-4.
41. KOLOUCH, Vladimír. Ovlivňování kvality života seniorů. *Osobní lékař*. 2003, 3 (3), 48-49. ISSN 1213-2470.
42. AMERICAN LUNG ASSOCIATION. *Smoking and Older Adults* [online]. Publikováno 2010 [cit. 2014-02-7]. Dostupné z: <http://www.lung.org/stop-smoking/about-smoking/facts-figures/smoking-and-older-adults.html>.

43. ROSŁAWSKI, Adam. *Jak zůstat fit ve stáří: Cvičení a pohybové hry pro seniory, zdravý životní styl ve stáří, pohyb v době nemoci*. Brno: Computer Press, 2005, 74 s. ISBN 80-251-0774-4.
44. VONDRÁČKOVÁ, Petra. *Užívání alkoholu u seniorů* [online]. Publikováno 29. 6. 2011 [cit. 2014-02-7]. Dostupné z: <http://www.adiktologie.cz/cz/articles/detail/72/2935/Uzivani-alkoholu-u-senioru>.
45. HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Sociální gerontologie: aneb Senioři mezi námi*. Praha: Galén, 2012, 194 s. ISBN 978-80-7262-900-8.
46. COLMEX. *Senioři a sport?* [online]. Publikováno 2014 [cit. 2014-02-7]. Dostupné z: <http://www.colmex.cz/o-fitparcich/seniori-a-sport/>.
47. MÉZL, Radek; CÍSAŘ, Jan; CHMELA, Ondřej. *Doporučení pohybové aktivity pro seniory* [online]. Publikováno 4. 10. 2011 [cit. 2014-02-7]. Dostupné z: <http://www.vemeste.cz/2011/10/doporuceni-pohybove-aktivity-pro-seniory/>.
48. MARKOVÁ, Marie. *Determinanty zdraví*. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2012, 54 s. ISBN 978-807-0135-457.
49. VZDĚLÁNÍ A STUDIUM. *Vzdělávání seniorů* [online]. Publikováno 30. 4. 2013 [cit. 2014-02-7]. Dostupné z: <http://www.magazinpodnikani.cz/vzdelani-a-studium.10/vzdelavani-senioru.21.html>.
50. SHROMAŽDÍLOVÁ, Lenka. *Asociace Univerzit Třetího Věku* [online]. Publikováno 10. 6. 2013 [cit. 2014-02-7]. Dostupné z: <http://au3v.vutbr.cz/index.php>.
51. DOMOV PRO SENIORY CHODOV. *Aktivizace* [online]. Publikováno 2013 [cit. 2014-02-7]. Dostupné z: <http://www.seniordomov.cz/zivot-v-domove/aktivizace/>.
52. JANEČKOVÁ, Hana, VACKOVÁ, Marie. *Reminiscence: využití vzpomínek při práci se seniory*. Praha: Portál, 2010, 152 s. ISBN 978-807-3675-813.
53. KANTOR, Jiří; LIPSKÝ, Matěj; WEBER, Jana. *Základy muzikoterapie*. Praha: Grada, 2009, 296 s. ISBN 978-80-247-2846-9.
54. BORZOVÁ, Claudia et al. *Nespavost a jiné poruchy spánku: Pro nelékařské zdravotnické obory*. Praha: Grada, 2009, 144 s. ISBN 978-80-247-2978-7.
55. KOHOUT, Pavel. *Výživa seniorů* [online]. Publikováno 1. 3. 2010 [cit. 2014-02-7]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/priloha-pacientske-listy/vyziva-senioru-450010>.

56. VISCOJIS. *Výživa seniorů* [online]. Publikováno 2014 [cit. 2014-02-7].
Dostupné z:
http://www.viscojis.cz/teens/index.php?option=com_content&view=article&id=160:155&catid=64&Itemid=114.
57. PELIKÁN, Šimon, CHARVÁT, Petr. *Senioři a pohybová aktivita* [online]. Publikováno 16. 5. 2011 [cit. 2014-02-7]. Dostupné z: <http://www.vemeste.cz/2011/05/seniori-a-pohybova-aktivita/>.
58. KREIMER, Denis. *Nordic Walking aneb severská chůze pro seniory* [online]. Publikováno 16. 12. 2013 [cit. 2014-02-7]. Dostupné z: <http://www.penzista.net/zdravi/pohybove-aktivity/1123-nordic-walking-aneb-severska-chze-pro-seniory>.
59. SENIORHELP. *Nordic walking* [online]. Publikováno 2012 [cit. 2014-02-7]. Dostupné z: <http://www.senior-help.cz/aktivizacni-sluzby/nordic-walking>.
60. SEHNALOVÁ, Pavla. *Zdravé cvičení – pilates 2* [online]. Publikováno 29. 1. 2008 [cit. 2014-02-7]. Dostupné z: <http://www.tretivek.cz/200801/zdrave-cviceni-pilates-2/>.
61. JAROŠOVÁ, Darja. *Úvod do komunitního ošetrovatelství*. Praha: Grada, 2007, 100 s. ISBN 978-802-4721-507.
62. Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. In. Sbíрка zákonů. 14. 3. 2006, částka 37, s. 1257. [on-line]. 2006 [cit. 2014-02-26]. ISSN 1211 1244. Dostupné z: <http://portal.gov.cz/app/zakony/zakonInfo.jsp?idBiblio=62334&fulltext=&nr=108~2F2006&part=&name=&rpp=15#local-content>.
63. CIMBÁLNÍKOVÁ, Lenka. *Základy managementu: základní manažerské činnosti 25 manažerských technik*. 3. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2009, 125 s. ISBN 978-80-244-2352-4.
64. BĚLOHLÁVEK, František; KOŠTĀN, Pavol; ŠULEŘ, Oldřich. *Management*. Brno: Computer Press, 2006, 724 s. ISBN 80-251-0396-X.
65. PLEVOVÁ, Ilona et al. *Management v ošetrovatelství*. Praha: Grada, 2012, 304 s. ISBN 978-80-247-3871-0.
66. MOŽNÝ, Ivo. *Česká společnost: nejdůležitější fakta o kvalitě našeho života*. Praha: Portál, 2002, 207 s. ISBN 80-717-8624-1.
67. ČERMÁKOVÁ, Jitka. *Životní styl seniorů*. [online]. 2008 [cit. 2013-05-08]. Diplomová práce. UNIVERZITA PARDUBICE, Fakulta zdravotnických studií. Vedoucí práce Pavol Hlúbik. Dostupné

- z: http://dspace.upce.cz/bitstream/10195/29580/1/CermakovaJ_Zivotni%20styl_PH_2008.pdf.
68. NITSCHOVÁ, Dorota. Zdravý životní styl seniorů a možnosti jeho ovlivňování [online]. 2011 [cit. 2013-04-18]. Bakalářská práce. Vysoká škola ekonomická v Praze. Vedoucí práce Miroslav Karlíček. Dostupné z: <<http://theses.cz/id/fgnh6m/>>.
69. DVOŘÁKOVÁ, Jitka. Životní styl žadatele o umístění do domova pro seniory a uživatele sociální služby v domově pro seniory [online]. 2012 [cit. 2013-04-18]. Bakalářská práce. JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH, Pedagogická fakulta. Vedoucí práce Miroslav Procházka. Dostupné z: <<http://theses.cz/id/4nhcv0/>>.
70. CHALUPOVÁ, Pavla. Diferenciace životního stylu seniorů. [online]. 2012 [cit. 2013-05-08]. Diplomová práce. UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE, Filozofická fakulta. Vedoucí práce Jana Duffková. Dostupné z: <https://is.cuni.cz/webapps/zzp/detail/109414/>.
71. CHÝLKOVÁ, Lenka. Životní styl seniorů. [online]. 2011 [cit. 2013-05-08]. Diplomová práce. UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI, Fakulta tělesné kultury. Vedoucí práce Jaroslav Čihovský. Dostupné z: <http://theses.cz/id/wteyds/?furl=%2Fid%2Fwteyds%2F;so=nx;lang=en>.

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 Dotazníky

Tabulka 2 Denní počet cigaret

Tabulka 3 Každodenní kuřáci

Tabulka 4 Zdravý životní styl

SEZNAM GRAFŮ

- Graf 1 Pohlaví respondentů
- Graf 2 Věkové rozmezí respondentů
- Graf 3 Nejvyšší dosažené vzdělání
- Graf 4 Bydlení respondentů
- Graf 5 Současné bydliště
- Graf 6 Způsob stravování
- Graf 7 Interval jídla
- Graf 8 Preferovaná strava
- Graf 9 Denní příjem tekutin
- Graf 10 Převládající tekutiny v pitném režimu
- Graf 11 Kouření
- Graf 12 Konzumace alkoholu
- Graf 13 Domácí práce
- Graf 14 Ruční práce
- Graf 15 Četba
- Graf 16 Sledování TV a poslech rádia
- Graf 17 Luštění křížovek nebo sudoku
- Graf 18 Zájmové aktivity konané v přírodě
- Graf 19 Chůze na procházky
- Graf 20 Vykonávání sportovních aktivit
- Graf 21 Návštěva kulturních nebo společenských akcí
- Graf 22 Návštěva vzdělávacích akcí
- Graf 23 Cestování po České republice
- Graf 24 Cestování do zahraničí
- Graf 25 Návštěva U3V či dlouhodobých kurzů
- Graf 26 Bariéry ve volnočasových aktivitách
- Graf 27 Časový úsek spánku
- Graf 28 Spokojenost se spánkem
- Graf 29 Problémy se spánkem

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

A3V – Akademie třetího věku

AIUTA – Association Internationale des Universités du Troisième Age

AU3V – Asociace univerzit třetího věku

NREM – Non Rapid Eye movement

OSN – Organizace spojených národů

REM – Rapid Eye movement

U3V – Univerzita třetího věku

WHO – Světová zdravotnická organizace

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha 1 Charta práv a svobod starších občanů

Příloha 2 Hřiště pro seniory

Příloha 3 Popis základních cviků

Příloha 4 Pět Tibetánů

Příloha 5 Dotazník

Příloha 6 Žádosti o povolení dotazníkového výzkumného šetření

Příloha 7 Informační brožura – Rady seniorům, aneb jak zůstat fit i ve stáří

PŘÍLOHY

Příloha 1 Charta práv a svobod starších občanů

Chartu práv a svobod starších občanů, kteří potřebují péči a pomoc druhé osoby, vypracovala francouzská Národní nadace pro gerontologii ve spolupráci s Ministerstvem práce a sociálních věcí Francie v roce 1966.

Článek I (svoboda volby)

Každý občan se sníženou soběstačností má právo vybrat si sám způsob svého života. Musí používat autonomie dle svých fyzických a psychických možností, a to i za cenu určitého rizika. Je však třeba, aby byl o tomto riziku informován a přizpůsobil mu prostředí, ve kterém žije.

Rodina a ošetřující by měli jeho volbu respektovat.

Článek II (domácnost a prostředí)

Prostředí, ve kterém žije starší občan se sníženou soběstačností (ať je to již jeho domácnost či jiné zařízení), by mělo respektovat jeho volbu a být přizpůsobeno jeho potřebám.

Je třeba, aby tito lidé mohli co nejdéle setrvat v domácím prostředí. Tomu by také mělo odpovídat uspořádání, zařízení a vybavení jejich domácnosti.

Možnost setrvání doma může mít své meze, a proto je třeba, aby se tito lidé mohli rozhodnout pro alternativní řešení, kterým bývá nejčastěji pobyt v instituci. Častou příčinou, proč je třeba volit pobyt v instituci, je duševní onemocnění (nejčastěji demence). V tomto případě je třeba, aby pacient i jeho rodina volili vždy podle potřeb pacienta. Cílem je zajistit duševní i psychickou pohodu a kvalitní život. Proto by zařízení měla být koncipována tak, aby odpovídala potřebám soukromého života. Zařízení by mělo být přístupné, bezpečné a umožňovat dobrou orientaci.

Článek III (sociální život s handicapem)

Všichni lidé, kteří jsou v důsledku svého onemocnění závislí na pomoci a péči druhých osob, by měli mít garantovanou svobodu volně komunikovat, neomezeně se pohybovat a podílet se na společenském životě.

Urbanisté by při plánování měst měli vzít v úvahu stárnutí populace. Veřejná doprava a prostranství by měly být přizpůsobeny změněným potřebám zdravotně postižených.

Všichni starší občané by měli být jasným, srozumitelným a přesným způsobem informováni o svých sociálních právech a o legislativních změnách, které jsou pro ně důležité.

Článek IV (přítomnost a role blízkých a příbuzných)

Pro občany se sníženou soběstačností je zásadně potřebné, aby si mohli zachovat a udržovat dosavadní přátelské a příbuzenské vztahy.

Je třeba společensky respektovat roli pečujících rodin, které by měly být zejména psychologicky podporovány. Také instituce by měly dbát na spolupráci s rodinami pacientů, která je důležitá pro zlepšení kvality jejich života. V případě, že není rodina, je třeba, aby její roli převzali profesionálové nebo dobrovolníci.

Je třeba, aby si tito lidé také mohli zvolit a prožívat své intimní vztahy.

Článek V (majetek)

Všechny starší osoby s omezenou soběstačností mají nezpochybnitelné právo si zachovat movitý i nemovitý majetek.

S tímto majetkem mohou sami disponovat, kromě případů, kdy je soudem rozhodnuto jinak. Pokud tito lidé nejsou schopni nést náklady svého handicapu, je třeba jim pomoci.

Článek VI (aktivní život)

Je třeba umožnit všem starším občanům, kteří jsou závislí na pomoci a péči druhé osoby, aby si co nejdéle zachovali své dosavadní aktivity.

Potřeba vyjádřit se a kreativně uplatnit trvá i v situaci těžkého zdravotního i duševního postižení. Je třeba vytvořit centra, která se této problematice budou věnovat. Aktivity by neměly být stereotypem, ale měly by respektovat přání starších občanů. Při koncipování aktivit je třeba se vyvarovat degradujících prvků.

Článek VII

Každý starší člověk se sníženou soběstačností musí mít možnost podílet se na náboženských či filozofických aktivitách dle své vlastní vůle a volby.

Každé zařízení by mělo tuto potřebu respektovat a umožnit ji prostorově i přístupem zástupců různých církví a vyznání.

Článek VIII

Stáří je fyziologickým - normálním stavem. Nesoběstačnost je vždy důsledkem tělesné či psychické choroby. Některým z těchto chorobných stavů je možné předcházet. Proto je důležité prosazovat takové medicínské postupy, které povedou k prevenci nesoběstačnosti.

Způsoby, jakými lze těmto stavům předcházet, by měly být předmětem informací určených široké veřejnosti, zejména občanům vyššího věku.

Článek IX

Každý člověk se zhoršenou soběstačností by měl mít přístup k takovým službám, které potřebuje, a jsou mu užitečné.

V žádném případě by se neměl stát pouhým pasivním příjemcem služeb, a to ani v instituci, ani doma. Přístup ke službám by se měl řídit individuálními potřebami nemocného. Nesmí docházet k věkové diskriminaci. Služby zahrnují všechny lékařské a jiné odborné zdravotnické činnosti, měly by se přizpůsobovat potřebám starších lidí, nikoli naopak.

Cílem je zlepšení kvality života nemocného a zmírnění obtěžujících příznaků, např. bolesti, zlepšení nebo udržení dobrého duševního stavu, vrácení naděje.

Instituce obecně (i nemocnice) by měly být personálně, věcně i architektonicky vybaveny pro přijetí starších občanů, a to i těch, kteří jsou nemocní duševně.

Musejí být zrušena veškerá administrativní opatření, která vedou ke zbytečnému čekání na příslušnou službu - a jsou vlastně jednou z forem špatného zacházení se starými lidmi.

Článek X

Všichni, kteří pracují se staršími pacienty, by měli získat vzdělání v gerontologii odpovídající jejich profesi. Vzdělání musí být úvodní a kontinuální, mělo by se zabývat zvláštnostmi onemocnění a potřebami pacientů vyššího věku.

Všichni profesionálové by měli mít možnost analyzovat své postoje a praktické přístupy ve spolupráci s psychologem.

Článek XI (úcta ke konci života)

Nemocnému v terminálním stadiu onemocnění i jeho rodině by měla být poskytnuta péče, pomoc a podpora.

Je samozřejmé, že nelze směšovat stavy závažné a stavy neodvratitelné vedoucí ke smrti. Odmítnutí terapie, kdo má naději na vyléčení je stejným omylem, jako obtěžující a nadbytečné léčení toho, kdo se nachází v terminálním stadiu nevléčitelného onemocnění. Jakmile se blíží neodvratitelně smrt, je třeba nemocného obklopit péčí a pozorností přiměřenou jeho stavu. Znamená to citlivé doprovázení, zmírňování všech nepříjemných psychických i fyzických příznaků, které stav doprovázejí. Umírající by měli svůj život končit co nejpřirozenějším způsobem, obklopeni blízkými, s respektem k víře a přání umírajících.

Ošetřující by měli umět doprovázet pacienta, ale i jeho rodinu obdobím před i po smrti.

Článek XII (výzkum: priorita a povinnost)

Prioritou by měl být multidisciplinární výzkum o stárnutí a o všech aspektech a souvislostech soběstačnosti.

Jenom výzkum umožní lepší znalost poruch a chorob, které se váží ke stárnutí a tím také k jejich lepší prevenci. Výzkum by měl zahrnovat kromě disciplin biomedicínských také humanitní a ekonomické aspekty. Rozvoj takového výzkumu by měl vést ke zlepšení kvality života osob se zhoršenou soběstačností, ke zmírnění jejich utrpení. Také by měl přinést ekonomický efekt.

Článek XIII (uplatnění práva a právní ochrana osob s omezenou soběstačností)

Každý člověk s omezenou soběstačností musí požívat ochrany svých práv a své osobnosti.

Článek XIV (informace, nejlepší prostředek boje proti vyloučení)

Veřejnost by měla být efektivně informovaná o obtížích, se kterými se setkávají lidé s omezenou soběstačností.

Tyto informace by se měly šířit co nejvíce. Neznalost a nevědomost vedou příliš často k sociálnímu vyloučení lidí, kteří by se díky svým zachovaným schopnostem mohli a přáli podílet se na společenském životě.

K vyloučení (exkluzi) může vést jednak nerespektování oprávněných potřeb pacientů, ale i nadbytečná infantilizující a invalidizující péče.

Často nejsou možnosti ani typy služeb známy, a to dokonce ani profesionálům. Pojmenovat reálnou situaci, poukázat na tento problém v celé složitosti a seznámit s ním veřejnost je významný krok k prevenci sociálního vyloučení starších lidí s omezenou soběstačností.

Zdroj: HELPNET. *Charta práv a svobod starších občanů* [online]. Publikováno 21.1.2007 [cit. 2014-02-7]. Dostupné z: <http://www.helpnet.cz/seniori/dokumenty-tykajici-se-senioru/364-3>.

Příloha 2 Hřiště pro seniory







Zdroj: vlastní

Příloha 3 Popis základních cviků

Cvičení hlavy a ramenou

Senior sklání hlavu co nejvíc na prsa, poté mírně zakloní. Zaklon hlavy musí být skutečně mírný nebo žádný, protože jinak by mohla dojít ke stlačení páteřních tepen vyživujících mozek, následnému nedokrvení mozku a ztrátě vědomí.

Při rotaci hlavy do stran senior otáčí hlavou doprava a doleva. Tyto pohyby několikrát opakuje. Cílem otáčení hlavy je zvýšit rozsah pohybu krční páteře.

Senior zvedá ramena co nejbliže k uším. Paže jsou podél těla. Na chvíli by měl udržet zvednutá ramena a poté ramena zatlačí co nejvíce k zemi. V této poloze senior opět chvíli setrvá. Cvikem se zvyšuje pohyblivost ramenního kloubu.

Kroužení v ramenním kloubu – prsty se položí na ramena. tzn., že se udělají „křidélka“ a senior pomalu krouží v ramenu dopředu a dozadu. Cílem je zvětšení pohybu v ramenním kloubu.

Cvičení s dolními končetinami

Senior sedí a pomalu zvedá nataženou pravou dolní končetinu. Stejný cvik se provádí s levou dolní končetinou. Posilují se tak lýtkové a stehenní svaly.

Senior zvedá pravé koleno k hrudi. Rukama si pomáhá a na chvíli koleno drží co nejbliže u hrudi. Celé to opakuje s druhým kolenem. Zvyšuje se rozsah pohybu v kyčelním kloubu, posilují se i svaly na zadní straně stehna a zádové svaly.

Procvičení hlezenního kloubu v poloze vsedě – senior sedí, natáhne levou dolní končetinu a krouží levým kotníkem směrem dovnitř a poté ven. Stejný cvik provede i na pravé noze. Cílem je udržet rozsah pohybu v hlezenním kloubu.

Senior má nataženou dolní končetinu a ohýbá a natahuje prsty pravé a levé nohy. Cvik je opět zaměřen na rozsah pohybu v hlezenním kloubu.

Cviky rukou

Senior krouží rukama v zápěstí, nejprve na jednu stranu, poté na druhou stranu. Udržuje se tak rozsah pohybu v zápěstí.

Senior otočí dlaně směrem k obličejí, roztáhne co nejvíce prsty a poté je dá zpět. Cvik se opakuje. Procvičují se klouby prstů.

Senior se palcem postupně dotýká ostatních prstů na ruce. Prsty, kterých se palec nedotýká, jsou propnuté. Tímto způsobem se procvičuje jemná motorika. Cvik se zdá být jednoduchý, avšak ve skutečnosti je náročný na přesnost provedení.

Sevrnou se prsty co největší silou v pěst. Poté se pěsti doširoka rozevrou.

Senior předpaží a pohybuje v zápěstí nahoru a dolů. Cvik je opět zaměřen na rozsah pohybu v zápěstí.

Cviky zaměřené na udržení a zvýšení svalové síly

Cviky s činkami nebo malými pet lahvemi – vsedě nebo vestoje.

Mírné podřepy s oporou – senior udělá mírný dřep a zároveň se drží pevné opory (ne židle, ale madla) – procvičují se svaly dolních končetin.

Ohýbání dolní končetiny v kolenou – zanožování s oporou.

Unožování dolních končetin do stran.

Při cvičení vycházejí senioři ze svých možností, sil a fyzických a mentálních schopností.

Význam cvičení však nespočívá pouze v udržení fyzické kondice, ale má velký pozitivní vliv na psychiku seniora a jeho sebevědomí.

Zdroj: MLÝNKOVÁ, Jana. *Péče o staré občany: učebnice pro obor sociální činnost*. Praha: Grada, 2011, 168 - 171 s. ISBN 978-802-4738-727.

Příloha 4 Pět Tibet'anů

První cvik: Postavte se zpříma a rozpažte se. Paže byste měli mít vodorovně ze země, dlaněmi dolů. Pomalu a jemně se začněte otáčet s výdechem kolem osy těla ve směru hodinových ručiček. Vnímejte své tělo, pokud se Vám začne točit hlava, zastavte. Můžete se posadit nebo si lehnout. Začněte velmi zvolna s maximálně 6 otáčkami. Po čase zjistíte, jestli můžete počet otáček zvýšit. Začínajte se otáčet s výdechem a pokoušejte se sladit dech s rychlostí pochybu.

Druhý cvik: Lehněte si na podložku, paže natáhněte podél těla, dlaněmi dolů. Nohy si volně položte na podložku, tak aby se kotníky a kolena dotýkaly. Několikrát se zhluboka nadechněte a vydechněte. S výdechem zvedejte hlavu od podložky a bradu opírejte do klíční kosti. Zároveň zvedejte dolní končetiny od podložky. Pokud je to možné nekrčte kolena a nohy zvedněte do svislé polohy. V konečné poloze se na chvíli zastavte, ale nezadržujte při tom dech. S dalším výdechem se pomalu a jemně vracejte do výchozí polohy.

Třetí cvik: Klekněte si na podložku. Tělo držte vzpřímené, prsty nohou opírejte o podložku, dlaněmi se opírejte o stehenní svaly pod zadečkem, palec směřujte vpřed. S výdechem sklápějte hlavu bradou ke klíční kosti, s nádechem hlavu mírně zaklánějte. Záklon proved'te jen tolik, aby Vám to bylo příjemné. Zároveň mírně zaklánějte tělo a pomáhejte si opíráním do dlaní. Počkejte si na výdech a opatrně se vracejte do výchozí pozice.

Čtvrtý cvik: Sedněte si na podložku, dolní končetiny mějte natažené před sebou, chodidla mějte asi 30 cm od sebe. Paže mějte volně podél těla, dlaněmi se opírejte o podložku, prsty směřujte ke kolenům. Tělo držte zpříma. Dýchejte volně do břicha. Počkejte na výdech a skopte hlavu bradou ke klíční kosti, s nádechem hlavu pomalu zaklánějte tak, jak Vám to je příjemné. Současně zvedejte zadeček vzhůru a vytvořte tělem jakousi „lavici“. Dýchejte volně, nezadržujte dech. Počkejte si na výdech a pozvolna se vracejte do výchozí polohy, uvolněte se.

Pátý cvik: Lehněte si na břicho. Chodidla opírejte prsty o podložku. Zvolna se opřete dlaněmi vedle prsou a s nádechem a tlakem do podložky zvedejte hrud'. Vaše hlava je v mírném záklonu. S výdechem sklápějte hlavu bradou ke klíční kosti a zároveň zvedejte zadeček vzhůru. Vaše tělo tvoří obrácené písmeno „V“. Vaše nohy by měly zůstat v kolenech propracované. S výdechem se pozvolna vracíte do výchozí polohy.

Zdroj: MARTINÍK, Karel et al. *Výchova ke zdraví a zdravému životnímu stylu: Ovlivnění zdravotního stavu výživou ve stáří*. Hradec Králové: Gaudeamus, 2007, 94 - 95 s. ISBN 978-80-7041-141-4.

6. Jakým způsobem se stravujete?

- a) vařím si sám/sama
- b) nechávám si jídlo dovážet
- c) chodím na obědy a o zbytek jídla se starám sám/sama
- d) žiji v domově pro seniory, kde mi stravu zajišťují

7. Jak často denně jíte?

- a) 3x denně
- b) 4x denně
- c) 5x denně
- d) 6x denně
- e) více jak 6x denně

8. Čemu dáváte ve stravě přednost?

- a) masu
- b) sladkostem
- c) zelenině a ovoci
- d) přílohám (brambory, těstoviny, rýže atd.)

9. Kolik denně vypijete tekutin?

- a) méně než 1,5 litrů
- b) 1,5 až 3 litry
- c) více než 3 litry

10. Jaké tekutiny ve Vašem pitném režimu převládají?

- a) čistá voda
- b) čaj
- c) minerálky
- d) sladké šťávy (cola atd.)
- e) káva
- f) džusy
- g) alkoholické nápoje

11. Kouříte?

- a) ano, každý den
- b) ano, ale pouze při slavnostní příležitosti (např. narozeniny)
- c) ne, ale dříve jsem kouřil(a)
- d) ne, nikdy jsem nekouřil(a)

12. Pokud jste u otázky 11 odpověděl(a), že kouříte každý den, uveďte prosím kolik cigaret denně vykouříte?

.....

13. Pijete alkohol?

- a) ano, každý den
- b) ano, jednou do týdne
- c) ano, dvakrát do týdne
- d) ano, zhruba třikrát do měsíce
- e) ano, ale pouze při nějaké slavnostní příležitosti
- f) ne

Následující otázky zjišťují, jak často děláte jednotlivé volnočasové aktivity (prosím označte na stupnici 1 – 5 v jaké míře se věnujete jednotlivým aktivitám)

	Nikdy	1x – 11x ročně	1x – 3x měsíčně	1x – 6x týdně	Denně
14. Jak často děláte domácí práce? (pečení, úklid, vaření)	1	2	3	4	5
15. Jak často děláte ruční práce? (pletení, háčkování, výtvarné činnosti)	1	2	3	4	5
16. Jak často si čtete? (časopisy, knihy, noviny)	1	2	3	4	5
17. Jak často sledujete televizi nebo posloucháte rádio?	1	2	3	4	5
18. Jak často luštíte křížovky nebo sudoku?	1	2	3	4	5
19. Jak často provozujete své zájmové aktivity konané v přírodě? (houbaření, rybaření, včelaření, atd.)	1	2	3	4	5
20. Jak často chodíte na procházky?	1	2	3	4	5
21. Jak často vykonáváte sportovní aktivity? (cvičení, jóga atd.)	1	2	3	4	5
22. Jak často chodíte na kulturní nebo společenské akce? (divadlo, kino, ples)	1	2	3	4	5
23. Jak často navštěvujete vzdělávací akce? (naučné přednášky)	1	2	3	4	5
24. Jak často cestujete po České republice? (výlety, pobytové zájezdy, atd.)	1	2	3	4	5
25. Jak často cestujete do zahraničí? (výlety, pobytové zájezdy, atd.)	1	2	3	4	5

26. Navštěvujete Univerzity třetího věku nebo dlouhodobé kurzy pro seniory?

- a) ano, vždy jsem si chtěl(a) prohlubovat vědomosti
- b) ano, až teď mě vzdělávání začalo bavit
- c) ne, nemám zájem se dále vzdělávat
- d) ne, nevím o této možnosti se dále vzdělávat
- e) ne, nemám dostatek financí na tyto aktivity

27. Máte nějaké důvody, které Vám brání vykonávat volnočasové aktivity?

- a) ano, finanční důvody
- b) ano, zdravotní stav
- c) ano, nedostatek času
- d) ano, nezájem o volnočasové aktivity
- e) ne

28. Kolik hodin denně asi spíte?

- a) méně než 4 hodiny
- b) 5 až 6 hodin
- c) 7 až 8 hodin
- d) více jak 9 hodin

29. Jak jste spokojen(a) se svým spánkem?

- a) velmi nespokojen(a)
- b) nespokojen(a)
- c) ani spokojen(a), ani nespokojen(a)
- d) spokojen(a)
- e) velmi spokojen(a)

30. Máte problémy se spánkem?

- a) ano, během noci se často budím
- b) ano, nemohu usnout
- c) ano, nemohu usnout a brzkých ranních hodinách se probouzím
- d) ne

Příloha 6 Žádosti o povolení dotazníkového výzkumného šetření



FZS ZČU v Plzni
Tylova 59
306 14, Plzeň

Věc: Žádost o povolení dotazníkového výzkumného šetření

Vážená paní magistro Hajšmanová,

jmenuji se Dita Kalfeřtová a jsem studentkou 2. ročníku magisterského navazujícího studia na Fakultě zdravotnických studií, ZČU v Plzni. Nyní zpracovávám diplomovou práci na téma „Management životního stylu seniorů“. Dovoluji si Vás tímto požádat o povolení dotazníkového výzkumného šetření, které by bylo realizováno s Vaším laskavým svolením na Vašem pracovišti. Dotazníkové šetření bude směřováno seniorům, kteří využívají Vašich služeb. Dotazník je anonymní a jeho vyplnění samozřejmě dobrovolné. Získaná data využiji pouze pro zpracování své diplomové práce.

Předem děkuji za kladné vyřízení mé žádosti.

Studentka

Bc. Dita Kalfeřtová *Kalfeřtová*

Ředitelka

Mgr. Bohumila Hajšmanová *Hajšmanová*

Název organizace: Domovinka

Úslavská 75, 326 00 Plzeň

Schváleno den: *4.3.2014*

DOMOVINKA - SOCIÁLNÍ SLUŽBY o.p.s.
Úslavská 75, 326 00 Plzeň
tel.: 377 384 716, 603 195 840
e-mail: info@domovinka.cz
IČO: 29123747





FAKULTA
ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ
ZÁPADOČESKÉ
UNIVERZITY
V PLZNI

FZS ZČU v Plzni
Tylova 59
306 14, Plzeň

Věc: Žádost o povolení dotazníkového výzkumného šetření

Vážená paní Kubišová,

jmenuji se Dita Kalfeřtová a jsem studentkou 2. ročníku magisterského navazujícího studia na Fakultě zdravotnických studií, ZČU v Plzni. Nyní zpracovávám diplomovou práci na téma „Management životního stylu seniorů“. Dovoluji si Vás tímto požádat o povolení dotazníkového výzkumného šetření, které by bylo realizováno s Vaším laskavým svolením na Vašem pracovišti. Dotazníkové šetření bude směřováno seniorům, kteří využívají Vašich služeb. Dotazník je anonymní a jeho vyplnění samozřejmě dobrovolné. Získaná data využiji pouze pro zpracování své diplomové práce.

Předem děkuji za kladné vyřízení mé žádosti.

Studentka

Bc. Dita Kalfeřtová *Kalfeřtová*

Sociální pracovnice

Kubišová *Kubišová*

 1
Kompas Social o.s.
Sokolovská 1099/80, 323 00 Plzeň
IČ: 26817621 • tel.: 373 392 300

Název organizace: Senior Residence Terasy

Sokolovská 1099/80, 323 00 Plzeň

Schváleno den: *6.3.2014*

FZS ZČU v Plzni
Tylova 59
306 14, Plzeň

Věc: Žádost o povolení dotazníkového výzkumného šetření

Vážená paní bakalářko Kučerová,

jmenuji se Dita Kalfeřtová a jsem studentkou 2. ročníku magisterského navazujícího studia na Fakultě zdravotnických studií, ZČU v Plzni. Nyní zpracovávám diplomovou práci na téma „Management životního stylu seniorů“. Dovoluji si Vás tímto požádat o povolení dotazníkového výzkumného šetření, které by bylo realizováno s Vaším laskavým svolením na Vašem pracovišti. Dotazníkové šetření bude směřováno seniorům, kteří využívají Vašich služeb. Dotazník je anonymní a jeho vyplnění samozřejmě dobrovolné. Získaná data využiji pouze pro zpracování své diplomové práce.

Předem děkuji za kladné vyřízení mé žádosti.

Studentka

Bc. Dita Kalfeřtová *Kalfeřtová*

Vedoucí zařízení

Bc. Ludmila Kučerová, Dis. *Ludmila Kučerová*

Název organizace: Domov pro seniory sv. Jiří

Mohylová 92, 312 00 Plzeň

Schváleno den: *6/3 2014*



FAKULTA
ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ
ZÁPADOČESKÉ
UNIVERZITY
V PLZNI

FZS ZČU v Plzni
Tylova 59
306 14, Plzeň

Věc: Žádost o povolení dotazníkového výzkumného šetření

Vážená paní Sládková,

jmenuji se Dita Kalfeřtová a jsem studentkou 2. ročníku magisterského navazujícího studia na Fakultě zdravotnických studií, ZČU v Plzni. Nyní zpracovávám diplomovou práci na téma „Management životního stylu seniorů“. Dovoluji si Vás tímto požádat o povolení dotazníkového výzkumného šetření, které by bylo realizováno s Vaším laskavým svolením na Vašem pracovišti. Dotazníkové šetření bude směřováno seniorům, kteří využívají Vašich služeb. Dotazník je anonymní a jeho vyplnění samozřejmě dobrovolné. Získaná data využiji pouze pro zpracování své diplomové práce.

Předem děkuji za kladné vyřízení mé žádosti.

Studentka

Bc. Dita Kalfeřtová *Kalfeřtová*

Vedoucí útvaru

Petra Sládková

49	IČO: 263 55 850
308	Domácí péče Tachov s.r.o. Prokopa Velikého 707
001347.01.Tachov..... tel.: 724 261 037

Název organizace: Domácí péče Tachov

Benešova 511, 349 01 Stříbro

Schváleno den: *5.3.2014*

FZS ZČU v Plzni
Tylova 59
306 14, Plzeň

Věc: Žádost o povolení dotazníkového výzkumného šetření

Vážená paní Šmídová,

jmenuji se Dita Kalfeřtová a jsem studentkou 2. ročníku magisterského navazujícího studia na Fakultě zdravotnických studií, ZČU v Plzni. Nyní zpracovávám diplomovou práci na téma „Management životního stylu seniorů“. Dovoluji si Vás tímto požádat o povolení dotazníkového výzkumného šetření, které by bylo realizováno s Vaším laskavým svolením na Vašem pracovišti. Dotazníkové šetření bude směřováno seniorům, kteří využívají Vašich služeb. Dotazník je anonymní a jeho vyplnění samozřejmě dobrovolné. Získaná data využiji pouze pro zpracování své diplomové práce.

Předem děkuji za kladné vyřízení mé žádosti.

Studentka

Bc. Dita Kalfeřtová 

Vedoucí pečovatelské služby

Věra Šmídová 

Název organizace: Pečovatelská služba

Jirásková 1830, 509 01 Nová Paka

Schváleno den: 4.3.2014

FZS ZČU v Plzni

Tylova 59

306 14, Plzeň

Věc: Žádost o povolení dotazníkového výzkumného šetření

Vážená paní Ulihancová,

jmenuji se Dita Kalfeřtová a jsem studentkou 2. ročníku magisterského navazujícího studia na Fakultě zdravotnických studií, ZČU v Plzni. Nyní zpracovávám diplomovou práci na téma „Management životního stylu seniorů“. Dovoluji si Vás tímto požádat o povolení dotazníkového výzkumného šetření, které by bylo realizováno s Vaším laskavým svolením na Vašem pracovišti. Dotazníkové šetření bude směřováno seniorům, kteří využívají Vašich služeb. Dotazník je anonymní a jeho vyplnění samozřejmě dobrovolné. Získaná data využiji pouze pro zpracování své diplomové práce.

Předem děkuji za kladné vyřízení mé žádosti.

Studentka

Bc. Dita Kalfeřtová

Kalfeřtová

Vedoucí zařízení

Dagmar Ulihancová

41	DOMÁCI ZDRAV. OŠETŘ. PÉČE HOME - CARE
241	DAGMAR ULIHANCOVÁ <i>Ulihan</i>
817	Libušina 537/7, 353 01 Mar. Lázně Tel.: 354 620 453, Mob.: 724 086 542

Název organizace: Domáci zdravotní ošetrovatelská péče- HOME CARE

Libušina 537/7, 353 01 Mariánské Lázně

Schváleno den: *3.3.2014*

FZS ZČU v Plzni
Tylova 59
306 14, Plzeň


Věc: Žádost o povolení dotazníkového výzkumného šetření

Vážená paní Zívrová,

jmenuji se Dita Kalfeřtová a jsem studentkou 2. ročníku magisterského navazujícího studia na Fakultě zdravotnických studií, ZČU v Plzni. Nyní zpracovávám diplomovou práci na téma „Management životního stylu seniorů“. Dovoluji si Vás tímto požádat o povolení dotazníkového výzkumného šetření, které by bylo realizováno s Vaším laskavým svolením na Vašem pracovišti. Dotazníkové šetření bude směřováno seniorům, kteří využívají Vašich služeb. Dotazník je anonymní a jeho vyplnění samozřejmě dobrovolné. Získaná data využiji pouze pro zpracování své diplomové práce.

Předem děkuji za kladné vyřízení mé žádosti.

Studentka

Bc. Dita Kalfeřtová 

Sociální pracovnice

Radka Zívrová DiS. 

Název organizace: Domov pro seniory

Svatojánská 494, 509 01 Nová Paka

Schváleno den: 4.3. 2014