

UNIVERZITA PARDUBICE
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

DIPLOMOVÁ PRÁCE

2008

Bc. Jitka Čermáková

UNIVERZITA PARDUBICE

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

ŽIVOTNÍ STYL SENIORŮ

Bc. Jitka Čermáková

Diplomová práce

2008

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií
Katedra ošetrovatelství
Akademický rok: 2007/2008

ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Bc. Jitka ČERMÁKOVÁ**

Studijní program: **N5341 Ošetrovatelství**

Studijní obor: **Ošetrovatelství**

Název tématu: **ŽIVOTNÍ STYL SENIORŮ**

Z á s a d y p r o v y p r a c o v á n í :

I. TEORETICKÁ ČÁST

1. popis změn souvisejících se stářím, postupy, které vedou k aktivitě seniorů
2. zásady zdravého životního stylu - rady, doporučení
3. seznámení s evropskými programy zdraví zaměřenými na skupinu seniorů, organizacemi pro seniory, univerzitami 3. věku

II. VÝZKUMNÁ ČÁST

4. stanovení cílů a hypotéz práce, tvorba dotazníku, konzultace s vedoucím
5. frekvenční analýza získaných dat, relační analýza údajů získaných výzkumem
6. zhodnocení hypotéz

III. DISKUZE

7. vyvození závěrů a zamyšlení nad výsledky práce, doporučení pro další práce podobného zaměření

IV. ZÁVĚR

8. shrnutí poznatků důležitých pro praxi

Rozsah grafických prací:

Rozsah pracovní zprávy:

50 stran

Forma zpracování diplomové práce:

tištěná/elektronická

Seznam odborné literatury:

1. FOŘT, P. Jak stárnout pomalu. Havlířkův Brod: EB nakladatelství, 2001. ISBN 80 - 238 - 7893 - X.
2. Health 21. Praha: Ministry of Health of the Czech Republic, 2003.
3. KALVACH, Z., HRABĚTOVÁ, E. Senior a já...já a senior? Praha: Společnost přátelská všem generacím, 2005.
4. PETŘKOVÁ, A., ČORNANIČOVÁ, R. Gerontagogika. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2004. ISBN 80 - 244 - 0879 - 1.
5. PETŘKOVÁ, A. Aktuální problémy vzdělávání seniorů. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 1999. ISBN 80 - 244 - 0007 - 3.

Vedoucí diplomové práce:

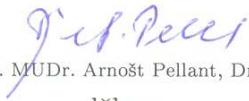
doc. MUDr. Pavol Hlúbik, CSc.
Fakulta zdravotnických studií

Datum zadání diplomové práce:


30. listopadu 2007

Termín odevzdání diplomové práce:

18. dubna 2008


prof. MUDr. Arnošt Pellant, DrSc.
děkan

L.S.


Mgr. Eva Hlaváčková
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 15. ledna 2008

SOUHRN

Práce se zabývá životním obdobím člověka, které s sebou přináší mnoho změn v oblasti fyzické, psychické, sociální i zdravotní. Cílem práce je zhodnotit stárnutí a stáří z několika pohledů, zjistit problematiku oblasti životního stylu seniorů a navrhnout řešení.

KLÍČOVÁ SLOVA

senior; stárnutí; životní styl; edukace

TITLE

Seniors style of life.

ABSTRACT

This thesis describes changes in physical, psychical, social and health sphere during old age. The aim of this thesis is to review aging and old age, to explore the problems that senior citizens face and to propose solutions to these problems.

KEYWORDS

senior; aging; lifestyle; education

PODĚKOVÁNÍ

Chtěla bych poděkovat svému vedoucímu práce doc. MUDr. Pavolu Hlúbikovi, CSc., který se mnou na diplomové práci spolupracoval, seniorům, kteří se zúčastnili výzkumu a zdravotníkům, které jsem oslovila a mohla dát dotazníky právě do jejich čekáren.

OBSAH

Seznam zkratek	9
ÚVOD, CÍL PRÁCE A HYPOTÉZA.....	10
<i>Cíle práce</i>	10
<i>Hypotézy</i>	10
I. Teoretická část.....	11
1. STÁRNUTÍ JAKO PŘIROZENÁ SOUČÁST ŽIVOTA.....	12
1.1 <i>Pojem senior a stárnutí</i>	12
1.2 <i>Členění a terminologie seniorského věkového období</i>	12
1.3 <i>Vyrovňávání se s důsledky populačního stárnutí</i>	12
1.4 <i>Rozdíl mezi seniorskou a mladší generací</i>	12
2. ZMĚNY VE STÁŘÍ	14
2.1 <i>Mozek</i>	14
2.1.1 <i>Vegetativní nervový systém</i>	14
2.2 <i>Změny v hormonální regulaci</i>	14
2.2.1 <i>Steroidní hormony</i>	14
2.2.2 <i>Inzulin</i>	14
2.3 <i>Další fyziologické změny v průběhu stárnutí</i>	15
2.4 <i>Změny v oblasti kognitivních funkcí</i>	15
2.4.1 <i>Intelligence</i>	15
2.4.2 <i>Změny v oblasti pamětních funkcí a učení</i>	16
2.4.3 <i>Schopnost učit se a studovat</i>	16
3. TEORIE VYSVĚTLUJÍCÍ PROCES STÁRNUTÍ	17
3.1 <i>Teorie vitální substance</i>	17
3.2 <i>Teorie genetických mutací</i>	17
3.3 <i>Teorie naprogramovaného stárnutí</i>	17
3.4 <i>Teorie neuroendokrinní</i>	17
3.5 <i>Teorie postupného opotřebení</i>	17
3.6 <i>Teorie hromadění odpadních látek</i>	18
3.7 <i>Teorie příčných vazeb</i>	18
3.8 <i>Teorie volných radikálů</i>	18
3.9 <i>Teorie nárůstu pravděpodobnosti poruch buněčného dělení</i>	18
3.10 <i>Teorie vyřazování důležitých bílkovin z činnosti jejich vazbou na glukózu</i>	18

4.	ŽIVOTNÍ STYL	19
4.1	<i>Obezita</i>	19
4.2	<i>Kouření</i>	19
4.3	<i>Porucha tukového metabolismu</i>	20
4.4	<i>Hypertenzní choroba</i>	20
4.5	<i>Pohybová aktivita</i>	21
4.6	<i>Možnosti pohybových aktivit seniorů</i>	21
4.7	<i>Výživa a metabolismus</i>	21
5.	PROGRAMY ZABÝVAJÍCÍ SE SENIORY	22
5.1	<i>Program Stárnout v Evropě</i>	22
5.2	<i>Program Stárnout zdravě v Evropě</i>	22
5.3	<i>Program Zdraví 21</i>	23
5.3.1	Cíl 5: Zdravé stárnutí	23
5.3.2	Cíl 11: Zdravější životní styl	24
5.4	<i>Evropské aktivity a programy</i>	24
6.	EDUKACE A VZDĚLÁVÁNÍ SENIORŮ	25
II.	Praktická část	27
7.	Výsledky výzkumu	28
	DISKUZE	56
	ZÁVĚR	60
	Soupis bibliografických citací:	61
	Seznam tabulek:.....	62
	Seznam grafů:	63
III.	PŘÍLOHY	64

SEZNAM ZKRATEK

OSN = Organizace spojených národů

DNA = deoxyribonukleová kyselina

SZO = Světová zdravotnická organizace

MK = mastné kyseliny

EU = Evropská unie

RE = Rada Evropy

ÚZIS ČR = Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky

ÚVOD, CÍL PRÁCE A HYPOTÉZA

Cílem práce je zhodnotit stárnutí a stáří z několika pohledů. Kromě popisu změn ve stáří (kognitivních, fyzických, psychických) a teorií vysvětlujících proces stárnutí se v práci věnuji doporučením ke správnému životnímu stylu, ale i edukaci seniorů, která je podle mne velmi důležitá. Z primární medicíny uvádím také podrobněji 2 cíle programu Zdraví 21, týkající se právě životního stylu a seniorské populace. Uvádím i další národní a evropské aktivity a programy.

Demografické trendy jsou jasné: bude přibývat lidí, kteří budou závislí na penzijním programu, na zdravotnických službách a na sociálních dávkách. Zároveň ale bude přibývat lidí, kteří budou chtít být i po dosažení důchodové hranice aktivní. Senioři mají a budou mít více času na své zájmy, ale také více času na to, aby se spolupodíleli na utváření občanské společnosti.

Cíle práce

- zaměřit se na život seniora v oblasti fyzické, psychické, sociální
- zmapovat životní styl seniorů, všítat si odlišností životního stylu dle věku, pohlaví, soc. stavu, zdravotního stavu, života na venkově a ve městě
- zjistit problematické oblasti životního stylu seniorů a navrhnout řešení
- popsat charakteristické rysy seniorské populace, seznámit se s vývojovými změnami v průběhu stárnutí a stáří.

Hypotézy

1. Ženy ve stravě více preferují zeleninu a ovoce než muži.
2. Větší část respondentů má příjem tekutin menší než 1 litr denně.
3. Většina seniorů neprovozuje pohybovou aktivitu.
4. Více jak polovina seniorů je spokojena s frekvencí svých sociálních kontaktů.
5. Senioři s vysokoškolským vzděláním se dále vzdělávají.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1. STÁRNUTÍ JAKO PŘIROZENÁ SOUČÁST ŽIVOTA

(PETŘKOVÁ, ČORNANIČOVÁ, 2004)

1.1 Pojem senior a stárnutí

Stárnutí charakterizujeme jako posloupnost nezvratných změn, ke kterým dochází v živém organismu a které postupně omezují a oslabují jeho funkce. Jde o proces, který má určitou časovou dynamiku, je geneticky naprogramován a podléhá vlivům prostředí.

Z hlediska vývoje je stárnutí vlastně cestou do stáří, které je přirozenou a v pořadí poslední etapou životní cesty. I tato etapa, stejně jako jiné vývojové etapy, má své specifické biologické znaky. Strukturální i funkční změny, ke kterým dochází při normálním, fyziologickém stárnutí, mají především regresivní charakter, neopakují se.

Stárnutí je v materiálu OSN (Organizace spojených národů) chápáno jako celoživotní proces. Příprava na pozdější stádia života by měla být nedílnou součástí sociální politiky. Měla by zahrnovat faktory tělesné, duševní, kulturní, náboženské, ekonomické i zdravotní. Je třeba respektovat jednak potřeby a zájmy stále početnější skupiny starších lidí, otázky smysluplnosti, kvality jejich života, ale i sociálně ekonomické důsledky stárnutí populace.

1.2 Členění a terminologie seniorského věkového období

- 60 – 74 let – rané stáří, jednatelce je označován jako starší člověk nebo **mladý senior**
- 75 – 89 let – vlastní stáří, jednatelce je označován jako starý člověk nebo **starý senior**
- 90 a více let – dlouhověkost, **velmi starý senior**

1.3 Vyrovnávání se s důsledky populačního stárnutí

Vyrovnávání se s důsledky populačního stárnutí si vyžadá:

- uvědomování si stavu demografické struktury společnosti
- vytváření prostředků na pokrývání rostoucích nákladů (zdravotní a sociální péče)
- vytváření společenské atmosféry ve prospěch seniorů.

1.4 Rozdíl mezi seniorskou a mladší generací

Seniorská generace je ve srovnání s mladšími generacemi zranitelnější. **Ohrožení a rizika** jsou spatřována např.

- ve věkové diskriminaci (ageismu) a v segregaci (vytěšňování ze společnosti)

- v generační intoleranci, v předsudcích (např. pokles funkční zdatnosti s vyšším věkem)
- v osamělosti, zejména v souvislosti s ovdověním
- v rychlém vývoji společnosti (např. zastarávání technologických znalostí, ztráta konkurenceschopnosti na trhu práce, zhoršení orientace ve společenském dění)
- ve vyšší nemocnosti a ve zvýšeném riziku ztráty soběstačnosti
- v poklesu schopnosti a vůle signalizovat své potřeby a potíže
- v manipulování, ztrátě možnosti samostatně se rozhodovat
- v zanedbávání a týrání nesoběstačných seniorů, v chudobě.

Demografické trendy vykazují nárůst indexu feminity; v seniorské populaci je **převaha žen**. Jestliže ve věku nad 65 let tvoří ženy 56% obyvatelstva, pak ve věku nad 80 let je to už 64%. S tímto faktem souvisí osamělost starších žen.

Senioři jsou ohroženi i tím, že řada aktivit potřebná k uchování kvality jejich života je pro ně nedostupná. Jsou **ekonomicky limitováni**, protože odchodem do důchodu klesá příjem a tím musí omezit řadu aktivit, které jim dříve přinášely radost. Cesty k řešení tohoto problému jsou spatřovány v reformě důchodových systémů, ve sledování reálné hodnoty starobních důchodů, v komerčním připojištění, ve vytváření pracovních příležitostí pro seniory a v řešení situace žen – vdov, které nebyly zaměstnány a mají nízké důchody.

Odchodem do důchodu dochází také **ke změně struktury volného času**. Ztráta pracovní role a prestiže, nadbytek volného času a pokles životní úrovně mohou vyústit v tzv. syndrom penzionování. Řešením je nabídka vhodných aktivit (poznávacích, vzdělávacích, pohybových aj.), příprava na stáří a vytváření tzv. druhého životního programu a také podpora společnosti při vytváření pracovních míst v zařízení pro seniory.

Další riziko představuje **ohrožení v souvislosti se silničním provozem a dopravou**. Nejvíce jsou ohroženi senioři – chodci; jejich chování v dopravním prostředí je negativně ovlivňováno poruchami hybnosti, stability a prodloužením reakčního času. Závažným problémem je také adaptabilita starších řidičů na technické novinky.

I když stáří už dnes není ztotožňováno s nemocemi, přesto je doprovázeno zvýšeným výskytem nemocí a zdravotních obtíží. Zejména ve vyšším věku je hlavním ohrožením vyplývajícím z nemocí **ztráta soběstačnosti**. Ta prohlubuje závislost na rodině, na sociálních a pečovatelských službách. Znamená také často vytržení z domácího prostředí s následnou ústavní péčí.

2. ZMĚNY VE STÁŘÍ

2.1 Mozek

Mozek se s postupujícím stárnutím zmenšuje a těžko říci, zda v přímém kontextu klesá i kapacita krátkodobé paměti. Zhoršuje se schopnost udržet pozornost, zpomaluje se reakční doba a klesá rychlost nervosvalového přenosu, způsobující zhoršení koordinace při složitějších pohybech.

Souběžně dochází ke změnám kvality spánku, což je problém především starých lidí. Zkracuje se doba spánku a mění se jeho jednotlivé fáze.

2.1.1 Vegetativní nervový systém

Ve stáří se také mění kvalita činnosti autonomního vegetativního nervového systému produkujícího naprosto nezbytné látky – neurotransmitery. V důsledku toho dochází ke změnám regulace krevního tlaku, produkce tepla, poruchám spánku a bdělosti a zhoršení mentálních funkcí, souběžně klesá odolnost proti stresu.

2.2 Změny v hormonální regulaci

U starších osob dochází ke zhoršení zásobení orgánů krví, současně také klesá citlivost většiny cílových tkání k hormonům. Tím může – i přes neporušenou produkci hormonů – dojít k onemocnění, obvykle spojenému s nedostatkem některého hormonu. Klasickým příkladem je u senilních diabetiků pokles citlivosti na inzulín a tím zhoršení glukózové tolerance.

2.2.1 Steroidní hormony

S věkem klesá produkce všech steroidních hormonů. Z toho také vychází případný „test stavu a intenzity stárnutí“, sledující hladinu androsteronu, epiandrosteronu a dehydroepiandrosteronu (DHEA). Steroidní hormony však přímo ovlivňují i kostní metabolismus, což je příčinou osteoporózy.

2.2.2 Inzulín

Ve vyšším věku nastávají nepříznivé změny v produkci inzulínu. Pokles jeho tvorby spolu se sníženou citlivostí tkání znamená rozvoj senilního diabetu. Projevuje se především sníženou tolerancí k většímu množství glukózy. V tomto případě je velmi účinným obranným

opatřením pravidelná, co do intenzity poměrně náročná, fyzická aktivita. V každém případě je však žádoucí konzumovat především potraviny s nízkým glykemickým indexem.

(FOŘT, 2001)

2.3 Další fyziologické změny v průběhu stárnutí

Nejvíce patrné, jsou změny v oblasti biologické; odrážejí se ve vzhledu, držení těla, kvalitě kůže a vlasů, v pohybovém aparátu.

Stárnutí se projevuje **změnami v pohybovém aparátu**: svalová vlákna atrofují, ubývá svalové síly, objevují se obtíže při cílených pohybech (navlékání nití do ucha jehly apod.). Některé motorické stereotypy však zůstávají v relativně dobrém stavu i ve vyšším věku (hra na hudební nástroje, psaní na stroji apod.).

Změny v kardiovaskulárním systému a jeho činnost: mění se stav cév (arterioskleróza), důsledkem je pak zvýšený krevní tlak (hypertenze); přibývá také mozkových příhod.

V průběhu stárnutí se objevují i **potíže s dýcháním**: snižuje se jeho rychlost i množství vdechovaného a vydechovaného vzduchu. Snížená funkce dýchacího aparátu může vést k hypoxii.

Senioři, zvláště starší, mají také **problémy s regulací tělesné teploty**. Obtížněji se adaptují na výraznější změny teploty (přechod z tepla do chladu, jsou zimomřiví).

Typické jsou také **změny v zažívacím systému** (např. dyspeptický syndrom, potíže s vyprazdňováním).

Mění se stav kostry: u 20tiletého člověka tvořila kostra 20% jeho celkové váhy, zatímco ve stáří tvoří pouze 10%. Častá je osteoporóza, kterou trpí zvláště ženy.

V průběhu stáří dochází ke snížení, respektive ke **zpomalení smyslových funkcí**, ke zhoršení souhry sensoriky a motoriky. V oblasti vidění se zhoršuje akomodace, jejímž důsledkem je presbyopie. Zhoršuje se také zraková ostrost a dochází k posunu ve vnímání barev. V oblasti sluchu má progresivní průběh ztráta schopnosti slyšet zvuky na všech kmitočtech. U mužů nad 70 let se toto zhoršení nejvýrazněji projevuje v oblasti vyšších tónů.

2.4 Změny v oblasti kognitivních funkcí

2.4.1 Inteligence

Bylo zjištěno, že pokles intelektové výkonnosti s věkem není rovnoměrný; některé schopnosti se snižují rychleji, jiné pomaleji a některé dokonce nevykazují téměř žádný pokles

ani u 70letých jedinců. Z psychologických a gerontologických výzkumů vyplývá, že ve stáří nedochází ani k výraznému poklesu sociální a praktické inteligence.

2.4.2 Změny v oblasti pamětních funkcí a učení

Podobně jako u inteligence existují značné rozdíly i v pamětních funkcích a výkonech. S přibývajícím věkem jsou ovlivněny pamětní výkony především v oblasti krátkodobé paměti. Aktivní duševní činností však lze paměť trénovat, udržovat a rozvíjet. To se týká zejména dlouhodobé paměti a pamětních výkonů, které jsou úzce spojeny s pracovní činností.

V důsledku specializace paměti podle specifík vykonávaného povolání se vytváří tzv. profesní paměť, která může spolehlivě fungovat až do nejvyššího věku.

2.4.3 Schopnost učit se a studovat

Ve starším věku byla také zpochybňována schopnost učit se a studovat poukazem na snižující se intelektuální kapacitu v tomto období. Při posuzování této způsobilosti je brána v úvahu krystalizovaná inteligence jako výsledek předcházejícího učení a životních zkušeností. Připravenost k učení ve starším věku zahrnuje také „otevřenost“ k učení a vzdělávání.

(PETŘKOVÁ, ČORNANIČOVÁ, 2004)

3. TEORIE VYSVĚTLUJÍCÍ PROCES STÁRNUTÍ

(FOŘT, 2001)

3.1 Teorie vitální substance

Teorie vychází z předpokladu, že každému organismu je při svém zrození dáno určité množství životodárné látky, nazvané "vitální substance" a délka života závisí na její spotřebě. Zachází - li s ní člověk šetrně, dožije se vyššího věku, pokud s ní plýtvá a žije intenzivně, umírá dříve. Pokud za onou vitální substancí vidíme DNA (deoxyribonukleová kyselina), tvořící naše geny, má tato teorie moderní vědecký základ.

3.2 Teorie genetických mutací

V průběhu života každého jedince zákonitě dochází k různě četným poruchám genové výbavy – mutacím. Tato teorie není definitivně prokázána.

3.3 Teorie naprogramovaného stárnutí

Teorie hovoří o zakódovaném procesu odumírání přítomném v každé buňce, na základě kterého jsou buňky schopny pouze omezeného dělení – až na některé nečetné výjimky.

Tato teorie v současnosti nepatří mezi preferované, protože je nesporné, že stárneme dříve, než buňky tvořící tkáň našeho těla začnou rapidně odumírat.

3.4 Teorie neuroendokrinní

Podle této teorie je celý organismus řízen hormony. Novinkou v této oblasti je hormon dehydroepiandrosteron (DHEA), vytvářený nadledvinami. Ukázalo se, že jeho značný pokles je projevem stáří anebo předzvěstí vážné choroby, především rakoviny.

Dalším hormonem je melatonin a růstový hormon somatotropin.

3.5 Teorie postupného opotřebení

Stárnutí, alespoň z pohledu této teorie, není předem naplánováno, je důsledkem působení různých událostí. Takovou událostí může být náhodná mutace. Teorie je tedy založena na stárnutí postihující samotné buňky, opotřebovávají se přímo mitochondrie přítomné v buňce.

3.6 Teorie hromadění odpadních látek

Teorie vychází z pozorování postupně se zvyšující tvorby buněčného barviva (pigmentu), zvaného lipofuchsin, jehož hromadění je s nejvyšší pravděpodobností až důsledkem, nikoliv příčinou stárnutí.

3.7 Teorie příčných vazeb

Tato teorie vychází z praktických pozorování prokazujících, že s postupem věku stoupá ve tkáních riziko vzniku specifických změn, při nichž dochází ke spojování částí molekul některých důležitých bílkovin (tvorba příčných vazeb). Předpokládá i, že k podobnému procesu dochází i v molekulách nebílkovinné povahy - DNA. Výsledkem je porucha činnosti takto napadené tkáně.

3.8 Teorie volných radikálů

Volné radikály jsou chemicky nestabilní molekuly bohaté na energii, které v těle vznikají při procesech látkové výměny a působením životního prostředí. Urychlují proces stárnutí a obecně vedou k poškození buněk, pokud nedojde k jejich neutralizaci.

Už desítky let se hledají antioxidanty (sloučeniny bránící nadměrné oxidaci), které brání vzniku agresivních, tkáně poškozujících volných radikálů, které jsou zřejmě základním původcem poškozujícím organismus a způsobujícím stárnutí.

Přesto asi nejde o jedinou příčinu stárnutí. Na druhé straně je téměř jisté, že dlouhodobé podávání antioxidantů skutečně může „odsunout“ vznik chorob souvisejících se stářím do vyššího věku.

3.9 Teorie nárůstu pravděpodobnosti poruch buněčného dělení

Vychází z toho, že čím se organismus dožívá vyššího věku, tím více stoupá počet již proběhlých buněčných dělení a zvyšuje se riziko, že dojde k nějaké poruše.

Tato teorie je uznávána především jako zdůvodnění vzniku nádorových onemocnění.

3.10 Teorie vyřazování důležitých bílkovin z činnosti jejich vazbou na glukózu

Tomuto procesu se říká glykosylace proteinů. Změna struktury molekuly je nutně příčinou toho, že ta se stává nefunkční.

4. ŽIVOTNÍ STYL

Životní styl je do značné míry určován podmínkami, v nichž člověk žije. Životní podmínky ovlivňují průběh stárnutí, zdravotní i funkční stav seniora a aktivity, kterým se věnuje.

Životní podmínky ovlivňují průběh stárnutí přímo, ale také nepřímo: spolupůsobí např. při akceptaci funkčních změn organismu. Příkladem je člověk, který v důsledku zdravotního handicapu žije v optimálních podmínkách a může být i přes funkční deficit soběstačný. (PETŘKOVÁ, ČORNANIČOVÁ, 2004)

4.1 Obezita

Zvýšená mortalita a snížená kvalita života obézní populace posunuje tento rizikový faktor mezi závažné zdravotní problémy globálního výskytu v civilizované společnosti. Je definována jako **metabolické onemocnění v jejímž důsledku dochází ke zmožení tukové tkáně v organismu**. Vznik a rozvoj obezity velmi úzce souvisí s typem stravy a poměrem příjmu a výdeje. Obezita je nepoměr ve „prospěch“ zvýšeného energetického příjmu nad výdejem a tím dochází k ukládání tělesného tuku v typických lokalitách různých pro muže (břicho) a ženy (hýždě, boky, stehna) = pozitivní energetická bilance.

4.2 Kouření

Kouření je nejvýznamnější rizikový faktor, který působí nepříznivě na zdraví člověka. Odborníci ze SZO (Světové zdravotnické organizace) uvádějí, že na následky kouření dnes umírají každý rok ve světě 3 miliony lidí a předpokládá se zvýšení během několika příštích let až na 10 milionů mrtvých každý rok. Každoročně se také ve světě vyskytne téměř 1,5 milionů nových nádorů, které vznikají za podstatného přispění účinků tabáku.

Příčinou návyku je nikotin. Je to alkaloid, který se velmi rychle dostává do krevního oběhu a k nervovým buňkám mozku. Působí uvolnění četných biologicky aktivních látek v těle (např. adrenalinu), jehož důsledkem je zvýšená srdeční činnost, zvýšení krevního tlaku a zúžení cév (hlavně srdečních kapilár).

Po delší době kuřáctví se může vyvíjet chronický zánět průdušek nebo rozedma plic, obě onemocnění člověka invalidizují nebo předčasně ukončují jeho život. Jiným následkem kouření může být rakovina plic.

4.3 Porucha tukového metabolismu

Tuky jsou nezbytnou součástí mnoha biochemických pochodů, tvoří tzv. tkáňové hormony, které ovlivňují napětí cév, imunitní systém, tělesnou teplotu, obranyschopnost organismu atd.

Z hlediska prevence onemocnění srdce a cév, ale i některých forem rakoviny, je nutné jednak snížit celkový příjem tuků v potravě, jednak změnit podíl nasycených a nenasycených MK (mastných kyselin), tzn. snížit konzumaci živočišných tuků, tučného masa, mléka a výrobků z nich a zvýšit konzumaci mořských ryb, drůbeže a vhodných rostlinných olejů.

Denní potřeba tuků je vyjadřována jako doporučený podíl tuků na celkovém energetickém příjmu – tento podíl by neměl být vyšší než 25 – 30% celkového příjmu energie.

Součástí tukového metabolismu je i cholesterol. Tvoří nepostradatelnou součást každé buňky lidského těla, je potřebný pro řadu pochodů v lidském těle, je výchozí látkou pro tvorbu žluče a některých hormonů. Cholesterol v našem těle pochází ze dvou zdrojů - jednak je přijímán v potravinách živočišného původu, jednak je v našem organismu tvořen.

Cholesterolemie je ovlivněna jednak geneticky, jednak životním stylem, především způsobem výživy. U většiny lidí je však příčinou vysoké hladiny cholesterolu v krvi nevhodný způsob života, tj. především nevhodná skladba stravy, kouření, nedostatek pohybu a stres. Obvykle je tento stav spojen s různým stupněm nadváhy.

V současné době je doporučován denní příjem cholesterolu potravou nejvýše 300 mg za den u dospělých, děti vzhledem k vývoji a růstu mohou přijímat až do 400 mg/den.

4.4 Hypertenzní choroba

Ve vzniku hypertenze hraje významnou roli dědičnost a životní styl. Dalšími rizikovými faktory jsou obezita, věk, nadměrný příjem kuchyňské soli, život v neustálé časové tísní, stresu a další psychosociální faktory. Ke snižování krevního tlaku přispívá pohybová aktivita vytrvalostního charakteru a snižování hmotnosti u obézních. Nelze vyloučit ani působení dalších pozitivních faktorů jako např. změna výživy, změna denního režimu, omezení kouření, psychické vyrovnání, motivace při řízených kondičních programech, které trvají řadu měsíců.

4.5 Pohybová aktivita

Pohybová aktivita má příznivé účinky na lidský organismus nejen v podobě zvýšené fyzické zdatnosti a lepší kondice, ale zlepšuje výrazně i psychický stav a zvládání stresu.

Pohybem se uvádí do chodu řada reakcí na zátěž, jejichž důsledkem je lepší prokrvení některých orgánů, zvláště svalů. Je rovněž zlepšen přívod kyslíku do mozku.

Chůze: je nepřírozenějším pohybem, dává se jí přednost před během, poněvadž méně zatěžuje klouby, páteř a svaly, zejména při vyšší tělesné hmotnosti.

Běh: patří k velmi efektivním pohybovým aktivitám. Dříve byl nekriticky doporučován ke zvýšení tělesné kondice, přestože má některá zdravotní rizika (namáhání kloubů, páteře...).

Jízda na kole: patří k velmi hodnotným pohybovým činnostem. Pro pohybový aparát představuje menší riziko než např. běh.

Plavání: harmonicky zatěžuje celé tělo, příznivě působí na dýchací ústrojí a srdeční činnost. Plavání odlehčuje páteř a klouby a navíc lze takto zvýšit tělesnou kondici ve velmi krátké době. (VONDRUŠKA, BARTÁK, 2002)

4.6 Možnosti pohybových aktivit seniorů

V jednotlivých městech a obcích existují různé tělovýchovné možnosti pro seniory a začíná jich přibývat. Pohybovým aktivitám se začala věnovat i některá fitness a rekondiční centra nabízející speciální programy. Pro seniory mohou být velmi užitečné zdánlivě exotické kurzy jógy a tai-chi, které kromě jiného pomáhají zlepšovat stabilitu při chůzi a poskytují také relaxaci. Při zdravotních problémech se doporučují alespoň pomalejší procházky. Intenzivním pohybovým aktivitám by mělo předcházet odborné vyšetření, nejlépe funkční – zátěžové EKG, pro stanovení bezpečné zátěže. (KALVACH, HRABĚTOVÁ, 2005)

4.7 Výživa a metabolismus

Složení stravy má zásadní význam v kterémkoliv období života. Případná úprava stravy dokáže zapůsobit jako prostředek obrany před různými zdravotními problémy a přitom zamezí předčasnému stárnutí. Čím je člověk starší, tím kvalitnější musí být konzumovaná strava. Potřeba některých nutrietů ve stáří stoupá. Senioři potřebují více kvalitních bílkovin, vyšší příjem vápníku, zinku, vitamínů ze skupiny B (vit.B₁, B₂, B₆, B₁₂ a kyselina listová), vitamínu D a E. Ve stáří je **změněná schopnost asimilace potravy**, která souvisí s tím, že se snižuje nutný příjem energie a mění se nebo zhoršuje funkce orgánů souvisejících se zpracováním potravy. (VONDRUŠKA, BARTÁK, 2002)

5. PROGRAMY ZABÝVAJÍCÍ SE SENIORY

5.1 Program Stárnout v Evropě

Jedná se o moderní celoevropský program zdravotní výchovy pro starší občany. Jeho cílem je podpora zdraví a prodloužení aktivního nezávislého života seniorů. Program zahrnuje řadu projektů podpory zdraví, šíření informací o zdravém životním stylu a zdravotní výchovy v jednotlivých regionech a obcích. Tyto projekty se zabývají nejvýznamnějšími otázkami zdraví a nejčastějšími příčinami nemocí a nesoběstačnosti starších občanů.

Důležitou roli v této oblasti má i EU. Členské státy by měly spolupracovat s cílem podpořit zdraví občanů Evropy. Na úrovni EU, v jejích jednotlivých zemích, lze nyní přijímat opatření pro prevenci chorob, včetně šíření informací o prevenci zdraví a organizování zdravotně vzdělávacích akcí.

5.2 Program Stárnout zdravě v Evropě

1) ...se obrací k řešení potřeb komunit

Projekty mají za úkol reagovat na místní potřeby, mohou poskytovat obecnou podporu zdravému způsobu života a zaměřit se na specifické místní zdravotní problémy.

2) ...podporuje aktivní zapojení starších občanů

Starší občané se aktivně zapojují do plánování a realizace projektů. Mnohé projekty zahrnují aktivní výuku prováděnou dobrovolnými instruktory – seniory, kteří šíří znalosti zdravého způsobu života a provádějí kvalifikovanou výchovu o zdraví a prevenci nemocí mezi svými vrstevníky při nejrůznějších setkáních, a to jak v zdravotních centrech, tak v průběhu neformálních setkání.

3) ...podněcuje spolupráci v otázkách zdraví

Dané projekty podporují spolupráci v otázkách zdraví mezi ministerstvy, místními zdravotnickými a sociálními úřady, útvary zdravotní výchovy, organizacemi starších občanů, nevládními organizacemi, výzkumnými institucemi, sdělovacími prostředky a podnikatelským sektorem. Tyto projekty mohou být realizovány na místní, národní a mezinárodní úrovni.

4) ...podporuje šíření nabytých zkušeností

Výměna informací a dobrých zkušeností na evropské úrovni zajišťuje uplatnění všech úspěšných iniciativ v členských státech. (PETŘKOVÁ, 1999)

5.3 Program Zdraví 21

Program Zdraví 21 je komplexní strategie pro podstatné zlepšení zdraví a sociální rovnosti lidí v evropských státech. Mimo jiné je také zaměřen na životní styl a stárnutí, proto uvádím nejdůležitější cíle vztahující se k tématu diplomové práce:

5.3.1 Cíl 5: Zdravé stárnutí

Do roku 2020 by měli mít lidé nad 65 let možnost plně využít svůj zdravotní potenciál a aktivně se podílet na životě společnosti.

Zdravotní potenciál ve stáří je možné hodnotit nejen délkou života (aspekty mortality), ale především funkční zdatností (aspekty disability), zdravím podmíněné kvality života (aspekty seberealizace, důstojnosti, autonomie, participace) a spotřeby společenských zdrojů na zdravotní a sociální péči (aspekty účelnosti a únosnosti nákladů).

Koncept úspěšného stárnutí vychází z představy, že na funkčním stavu ve stáří se kromě neovlivnitelné biologické involuce podílejí významně i choroby (ovlivnitelné prevencí i účelnou intervencí), kondice (ovlivnitelná životním způsobem, intervenčními programy) a vlivy prostředí, včetně jeho náročnosti (rizika úrazů, hendikepující situace, bariéry).

U většiny seniorů, které je možno chápat jako typicky geriatrické pacienty, vystupuje do popředí křehkost (vyžadující včasnou intervenci), atypičnost chorobných projevů a mnohočetnost jejich obtíží (vyžadující komplexní diagnostiku).

Jen u menšiny seniorů dochází ke ztrátě soběstačnosti, která je vždy důsledkem kombinace zdravotního postižení, nároků prostředí a sociální situace (významná je zvláště osamělost) a právě u těchto seniorů je třeba zajistit účelnou koordinaci služeb zdravotnických a sociálních s využitím všech možností k životu v přirozeném prostředí. Dlouhodobou ústavní péči vyžaduje ve vyspělých státech méně než 5 % osob starších 65 let, resp. méně než 20 % osob starších 80 let).

Aktivita ke splnění cíle 5:

- **snížit prevalenci funkčně závažných projevů kardiovaskulárních a cerebrovaskulárních chorob - důsledná kontrola projevů a rizikových faktorů aterosklerózy ve středním věku, zvláště u mužů**
- **snížit prevalenci funkčně významných úrazů a jejich důsledků, především zlomenin**

- **se zaměřením na:** snížení prevalence osteoporózy u žen, zdravotně výchovné programy, zvyšování bezpečnosti prostředí (domácnosti, veřejná prostranství, doprava), zlepšení dostupnosti a účelnosti využití kompenzačních pomůcek, zdravý životní styl
- **zlepšit účinnost a účelnost zdravotnických služeb pro seniory**
- **podporovat programy občanských sdružení v oblasti tělovýchovy zaměřené na podporu pohybových aktivit stárnoucí populace**

5.3.2 Cíl 11: Zdravější životní styl

Do roku 2015 by si lidé v celé společnosti měli osvojit zdravější životní styl.

Jedním z nejdůležitějších faktorů ovlivňující zdraví jedince je životní styl. Jeho vliv se uplatňuje v celé řadě oblastí života - rodině, škole, pracovišti, volno- časových aktivitách atd.

Na neuspokojivém zdravotním stavu se významně podílela a dosud podílí nevhodná skladba výživy, i když v posledních letech dochází ke změnám ve spotřebě potravin, které je možno pokládat za pozitivní (zvýšená spotřeba zeleniny, ovoce, drůbežího masa, pokles spotřeby vepřového masa, trvanlivých salámů, másla, vajec, cukru). I přesto se zvyšuje prevalence nadváhy a obezity u mužů i žen. Souvisí to nejen s nevhodnou skladbou potravy, ale i s nízkou pohybovou aktivitou populace. (*Health 21*, 2003)

5.4 Evropské aktivity a programy

RE (Rada Evropy) se problémy starých lidí věnuje od svého založení v roce 1949; aktivity se soustřeďovaly na různé aspekty ekonomického, sociálního i kulturního života seniorů.

Významnou propagační úlohu v problematice seniorů sehraává také **EU**, která, vyhlásila rok 1993 Evropským rokem starších lidí a solidarity mezi generacemi. Jeho cílem bylo aktivizovat zájem odborníků o problémy starších lidí a hledat možnosti jak ulehčit starším lidem jejich snahu žít nezávislým životem a jak se vyrovnat se zdravotními problémy staršího věku. (PETŘKOVÁ, 2004)

6. EDUKACE A VZDĚLÁVÁNÍ SENIORŮ

K nejvýznamnějším volno- časovým aktivitám patří seniorské vzdělávání. Základem je osobní neformální vzdělávání, ale existují také organizované formy. Tzv. univerzity 3. věku (USA) organizují v ČR prakticky všechny vysoké školy.

Psychologická teorie aktivního stárnutí předpokládá, že ve stáří jsou v podstatě zachovány potřeby středního dospělého věku – především potřeba být nadále aktivní a mít pocit užitečnosti. Odchod do důchodu a s ním související úbytek sociálních kontaktů znamená omezení aktivity a sníženou možnost komunikace.

Edukační aktivity jsou tedy důležitým parametrem sociální pozice a zejména pro ty seniory, kteří již nepokračují v pracovní činnosti, představují nové zaměstnání.

Z řady studií totiž vyplývá, že právě edukační aktivity jsou jeden z nejdůležitějších faktorů udržení kvality života. **Edukace** v této životní etapě **přispívá:**

- k mobilizaci intelektových a kognitivních funkcí
- k upevnování fyzického a duševního zdraví
- k posilování sebedůvěry a tím i životní spokojenosti.

Edukace seniorů patří mezi kulturní a duchovní práva člověka. Její rozvíjení vyžaduje:

- podporu státu, vhodnou společenskou atmosféru, institucionální systém celoživotního vzdělávání a jeho dostupnost pro jednotlivce
- u potenciálního nebo aktuálního účastníka edukace v seniorském věku také individuální předpoklady pro účast na edukačních aktivitách, poznávací potřeby a touhu po seberealizaci. (KALVACH, HRABĚTOVÁ, 2005)

Ve vztahu ke společnosti edukace seniorů reprezentuje:

- jednu z možností společenské podpory života ve stáří
- pozitivní prvek při utváření názorů společnosti na stáří
- akceptování modelu plnohodnotného životního stylu ve stáří
- obohacení modelu plnohodnotného života člověka v každé jeho etapě
- integrující prvek mezigeneračního pochopení, mezigenerační solidarity, postoju úcty k životu
- součást základních sociálních programů týkajících se stáří (i když samozřejmě, nemůže nahrazovat žádoucí sociální a ekonomické zabezpečení ve stáří).

Edukace může ulehčit celkové chápání vývojových úloh v průběhu lidského života a tím podpořit úspěšný přechod a adaptaci na změněný způsob života ve stáří. Může nejen zlepšit orientaci v nové životní situaci, ale i v omezeních, které jsou s ní spojeny. V individuálních životních projevech to znamená „oddálit stárnutí“, bojovat proti němu, získat nadhled a uchovat si schopnost samostatně se rozhodovat.

Cílem a smyslem edukace seniorů je zejména:

- kultivace života a jeho obohacování, pochopení vývojových úkolů seniorského věku a usnadnění adaptace na změněný způsob života
- udržování tělesné i duševní aktivity, pomoc při orientaci v dnešním rychle se měnícím světě

Funkce edukace seniorů lze rozdělit na:

- **vzdělávací** – primárně zaměřené na získávání poznatků, informací, osvojování dovedností
- **kulturně kultivační** – zaměřené na neustálé rozvíjení osobnosti člověka prostřednictvím umění, kultury, pohybové výchovy, pěstováním koníčků apod. v oblasti zájmových aktivit
- **sociálně psychologické** – zaměřené na udržení přiměřené kvality života v oblasti sociálních vztahů a psychického rozvoje a na činnosti přispívající k prevenci, oddalování a přizpůsobování se psychosociálním omezením, které jsou se stárnutím spojeny. (PETŘKOVÁ, ČORNANIČOVÁ, 2004)

II. PRAKTICKÁ ČÁST

7. VÝSLEDKY VÝZKUMU

V této části následuje seznámení s výsledky dotazníkového průzkumu, který **probíhal v Hradci Králové od dubna do července 2007**. Cílovou skupinou šetření byli senioři nad 65 let (jediné kritérium k vyplňování), kteří byli osloveni v čekárnách praktických lékařů (MUDr. Středové a MUDr. Žučka) a senioři v domácím prostředí k vyplnění anonymního dotazníku a vhození do zapečetěné krabice. Celkem **se zúčastnilo 66 respondentů** ve věku nad 65 let.

Dotazník obsahoval celkem 24 strukturovaných otázek, které se zaměřovaly na základní osobnostní charakteristiku seniora, zdravotní stav, výživové zvyklosti, pohybovou aktivitu, záliby, viz dotazník v příloze práce. Rozdáno bylo 90 dotazníků, vyplněných se vrátilo 66, proto **návratnost byla 73,3 %**.

Výsledky výzkumu byly zpracovány do tabulek a grafů v MS Word a Excel a zhodnoceny procentuálně. Tabulky a grafy jsou konstruovány tak, že procentní součet dává vždy 100%.

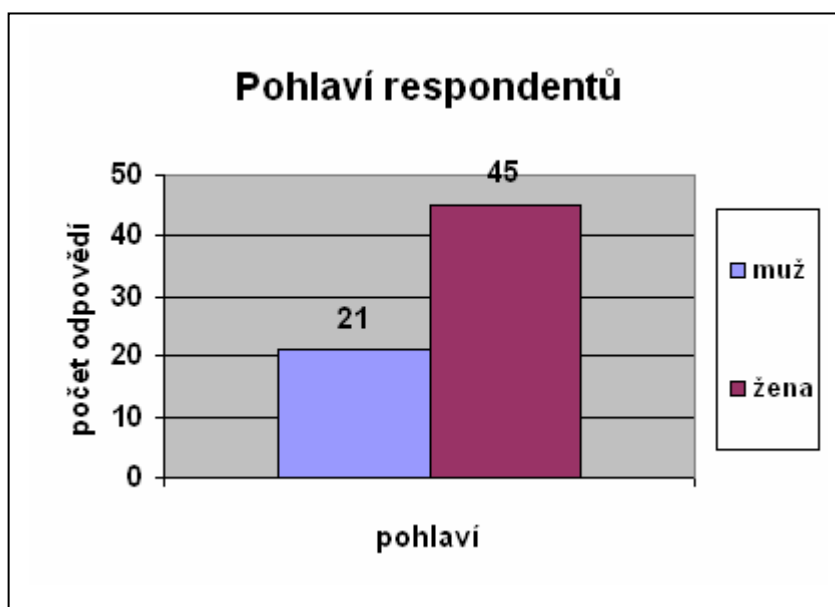
OTÁZKA 1. Vaše pohlaví:

muž

žena

Tabulka 1 - Pohlaví respondentů

Pohlaví respondentů		
odpovědi	počet odpovědí	v procentech
muž	21	31,8 %
žena	45	68,1 %



Graf 1 – Pohlaví respondentů

Rozložení pohlaví potvrzuje demografické trendy vykazující nárůst indexu feminity s rostoucím věkem, protože převažovalo ženské pohlaví (68,1 %), oproti mužům, kteří byli zastoupeni v 31,8 %.

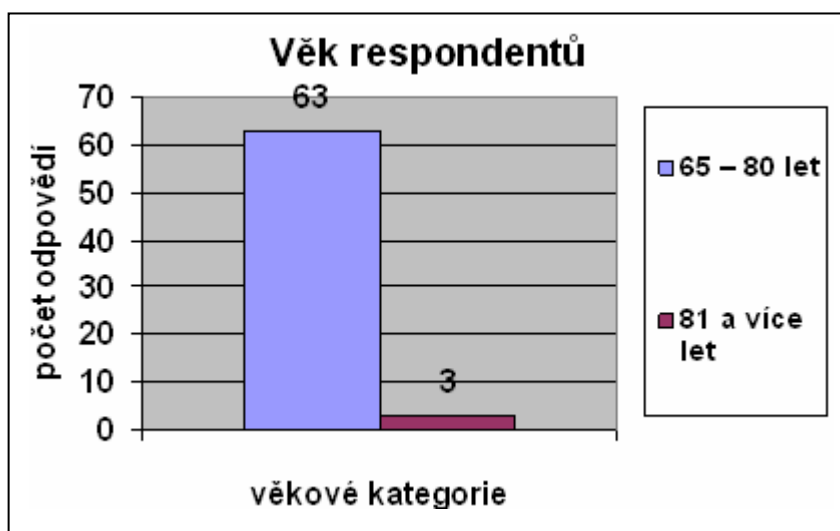
OTÁZKA 2. Můžete uvést Váš věk?

65 – 80 let

81 a více

Tabulka 2 – Věk respondentů

Věk respondentů		
odpovědi	počet odpovědí	v procentech
mladší senioři	63	95,4 %
starší senioři	3	4,5 %



Graf 2 – Věk respondentů

Největší počet dotazovaných byl z věkové kategorie mladších seniorů (65 – 80 let) - 95,4 %.

OTÁZKA 3. Dosažené vzdělání:

základní

vyučen(a)

SŠ

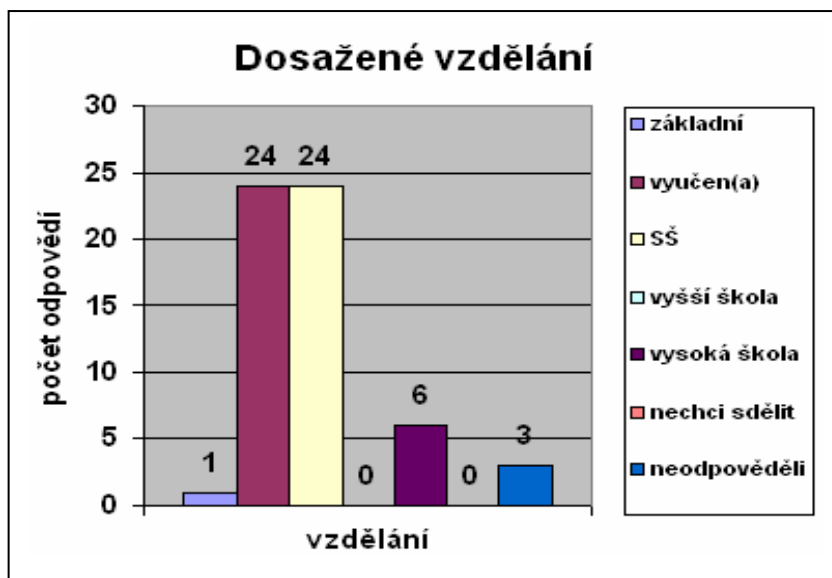
vyšší škola

vysoká škola

nechci sdělit

Tabulka 3 – Dosažené vzdělání respondentů

Dosažené vzdělání respondentů		
odpovědi	počet odpovědí	v procentech
základní	9	13,6 %
vyučen(a)	24	36,3 %
SŠ	24	36,3 %
vyšší škola	0	0,0 %
vysoká škola	6	9,0 %
nechci sdělit	0	0,0 %
neodpověděli	3	4,5 %



Graf 3 – Dosažené vzdělání respondentů

Nejvíce dotazovaných bylo vyučeno nebo středoškolsky vzděláno (po 36,3 %), vysokou školu vystudovalo 9 % seniorů. Odpovídá to možnostem a sociální poptávce po vzdělání v letech 1947 – 1962.

OTÁZKA 4. Zaškrtněte prosím Váš společenský stav:

vdaná/ženatý

ovdovělá/ovdovělý

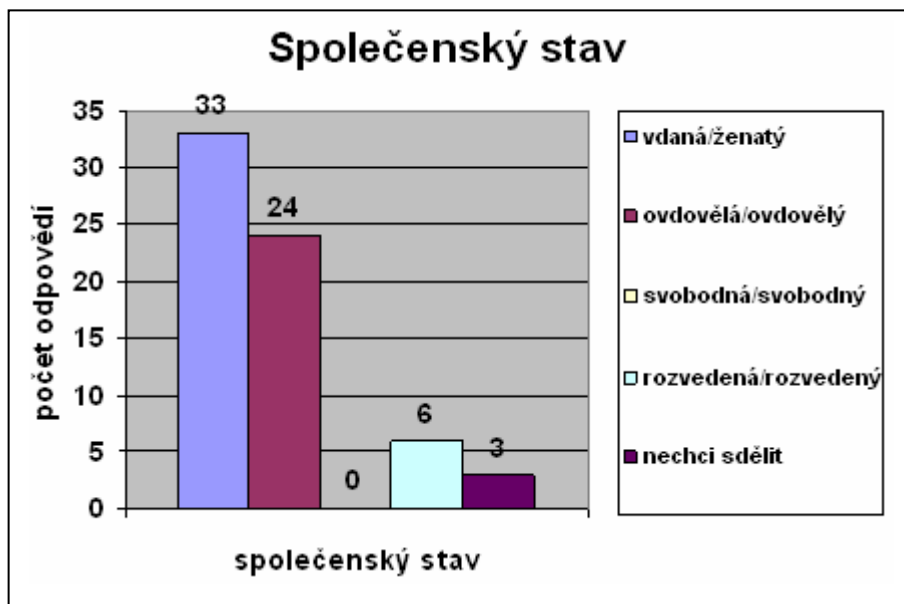
svobodná/svobodný

rozvedená/rozvedený

nechci sdělit

Tabulka 4 – Společenský stav dotazovaných

Společenský stav dotazovaných		
odpovědi	počet odpovědí	v procentech
vdaná/ženatý	33	50,0 %
ovdovělá/ovdovělý	24	36,3 %
svobodná/svobodný	0	0,0 %
rozvedená/rozvedený	6	9,0 %
nechci sdělit	3	4,5 %



Graf 4 – Společenský stav dotazovaných

Polovina respondentů je vdaných/ženatých, ale početnou skupinu tvoří i ovdovělí (36,3 %). Ve skupině ovdovělých bylo 16 žen (66,6 %) a 8 mužů (33,3 %).

OTÁZKA 5. Žijete:

s partnerem

sám

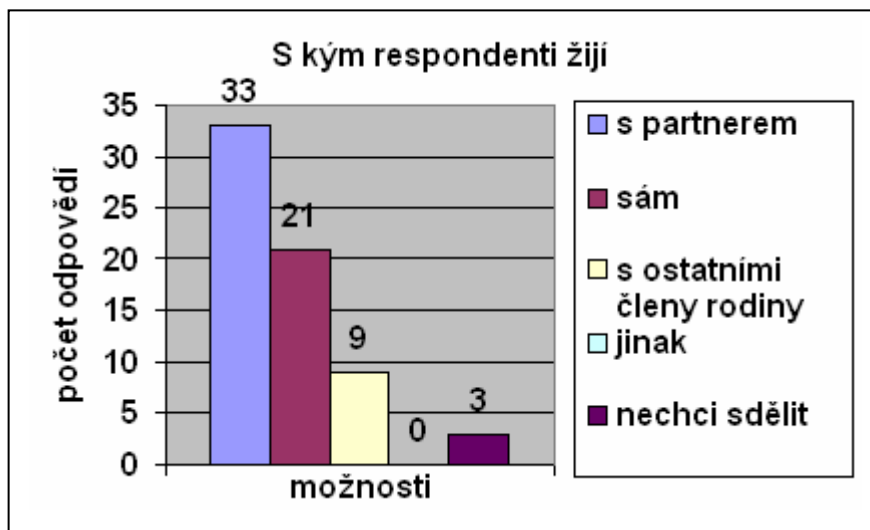
s ostatními členy rodiny

jinak _____

nechci sdělit

Tabulka 5 – S kým respondenti žijí

S kým respondenti žijí		
odpovědi	počet odpovědí	v procentech
s partnerem	33	50,0 %
sám	21	31,8 %
s ostatními členy rodiny	9	13,6 %
jinak	0	0,0 %
nechci sdělit	3	4,5 %



Graf 5 – S kým respondenti žijí

Polovina dotazovaných udává, že žije s partnerem, 31,8 % osamoceně. Z tabulky 4 a 5 je tedy patrné, že osoby ovdovělé většinou žijí sami a počet žijících s partnerem zcela koresponduje s počtem ženatých/vdaných z tabulky 4.

OTÁZKA 6. Bydlíte ve městě?

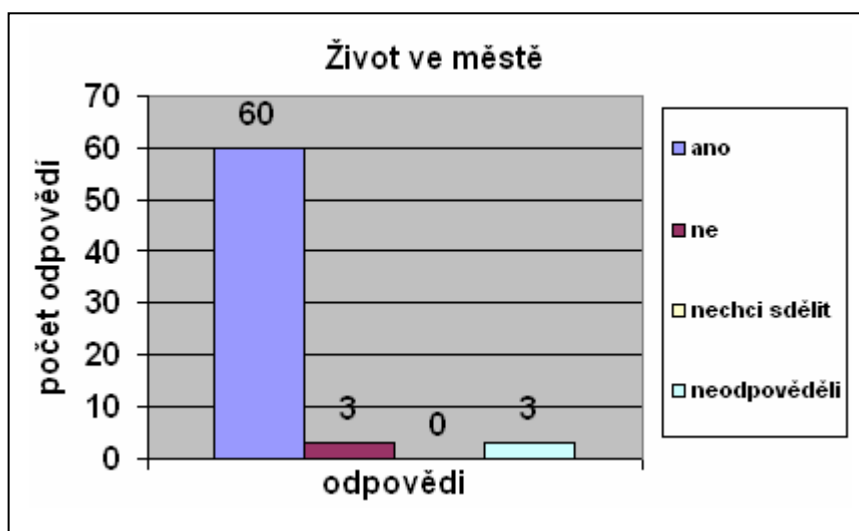
ano

ne

nechci sdělit

Tabulka 6 – Život ve městě

Život ve městě		
odpovědi	počet odpovědí	v procentech
ano	60	90,9 %
ne	3	4,5 %
nechci sdělit	0	0,0 %
neodpověděli	3	4,5 %



Graf 6 – Život ve městě

Převážná většina dotazovaných odpověděla, že žije ve městě (90,9 %). Toto číslo souvisí s místem dotazníkového šetření, kterým bylo velké město a tudíž byla velká část seniorů právě odtud.

OTÁZKA 7. Trpíte zdravotními problémy?

ne, nemám zdravotní problémy

ano, mám problémy – uveďte jaké z následujících možností:

srdečně- cévní (např. arytmie, selhávání srdce, vysoký krevní tlak,...)

metabolické (např. jaterní, ledvinné, cukrovka, zvýšení tuků v krvi, včetně cholesterolu..)

revmatologické

infekční

poruchy imunity (např. alergie)

psychické (deprese, poruchy paměti, časté změny nálad,...)

zažívací aparát (žaludeční, dvanáctníkové vředy, ...)

jiné _____

Tabulka 7 – Zdravotní problémy seniorů

Zdravotní problémy seniorů		
odpovědi	počet odpovědí	v procentech
ne, nemám zdravotní problémy	6	9,0 %
srdečně- cévní problémy	18	27,2 %
metabolické problémy	9	13,6 %
revmatologické problémy	18	27,2 %
infekční nemoci	0	0,0 %
poruchy imunity	6	9,0 %
psychické problémy	0	0,0 %
problémy se zažívacím aparátem	3	4,5 %
jiné	3	4,5 %
neodpověděli	3	4,5 %



Graf 7 – Zdravotní problémy seniorů

V otázce na zdravotní problémy odpovědělo pouze 9 %, že žádnými netrpí. Ostatní většinou uváděli více odpovědí, mezi kterými byly nejčastější problémy srdečně – cévní a revmatologické (po 27,2 %). 3 respondenti uvedli chronickou lymfocytární leukemii, sníženou funkci štítné žlázy a závratě.

OTÁZKA 8. Jak časté jsou Vaše sociální kontakty (= styky s ostatními lidmi- příbuzní, sousedé, přátelé)?

jsem rád(a) ve společnosti lidí a moje sociální kontakty jsou časté

jsem rád(a) ve společnosti lidí, ale moje sociální kontakty nejsou tak časté

jsem zvyklý být sám (sama) a společnost lidí nevyhledávám

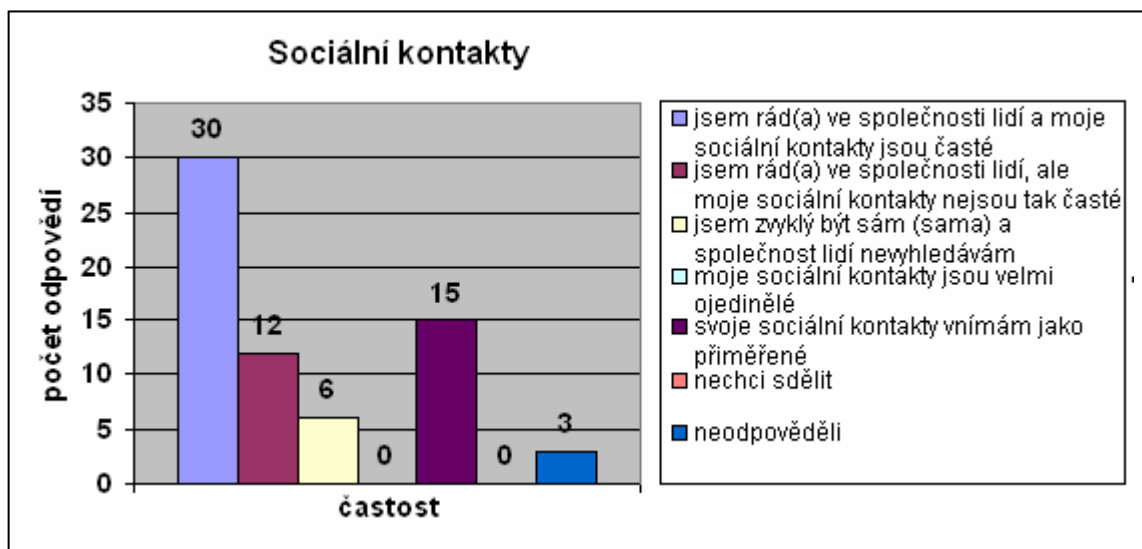
moje sociální kontakty jsou velmi ojedinělé

svoje sociální kontakty vnímám jako přiměřené

nechci sdělit

Tabulka 8 - Častost sociálních kontaktů seniorů

Častost sociálních kontaktů seniorů		
odpovědi	počet odpovědí	v procentech
jsem rád(a) ve společnosti lidí a moje sociální kontakty jsou časté	30	47,6 %
jsem rád(a) ve společnosti lidí, ale moje soc. kontakty nejsou tak časté	12	19,0 %
jsem zvyklý být sám (sama) a společnost lidí nevyhledávám	6	9,5 %
moje sociální kontakty jsou velmi ojedinělé	0	0,0 %
svoje sociální kontakty vnímám jako přiměřené	15	23,8 %
nechci sdělit	0	0,0 %
neodpověděli	3	4,7 %



Graf 8 – Častost sociálních kontaktů seniorů

Výsledky se jeví pozitivně, protože 47,6 % seniorů uvedlo, že jejich společenské kontakty jsou časté a 23,8 % je vnímá jako přiměřené.

OTÁZKA 9. Máte nějaké záliby?

ne, žádné záliby nemám

ano, mám (prosím uveďte druhy zájmu):

čtení, luštění křížovek, hlavolamů

ruční práce (pletení, vyšívání, háčkování a jiné)

zahrada

rybaření

pobyt v přírodě, procházky, výlety

sbírky

hudba

malování

další vzdělávání (internet, univerzita třetího věku,...)

společenský život, kulturní vyžití (např. návštěvy koncertů, výstav, přednášek apod.)

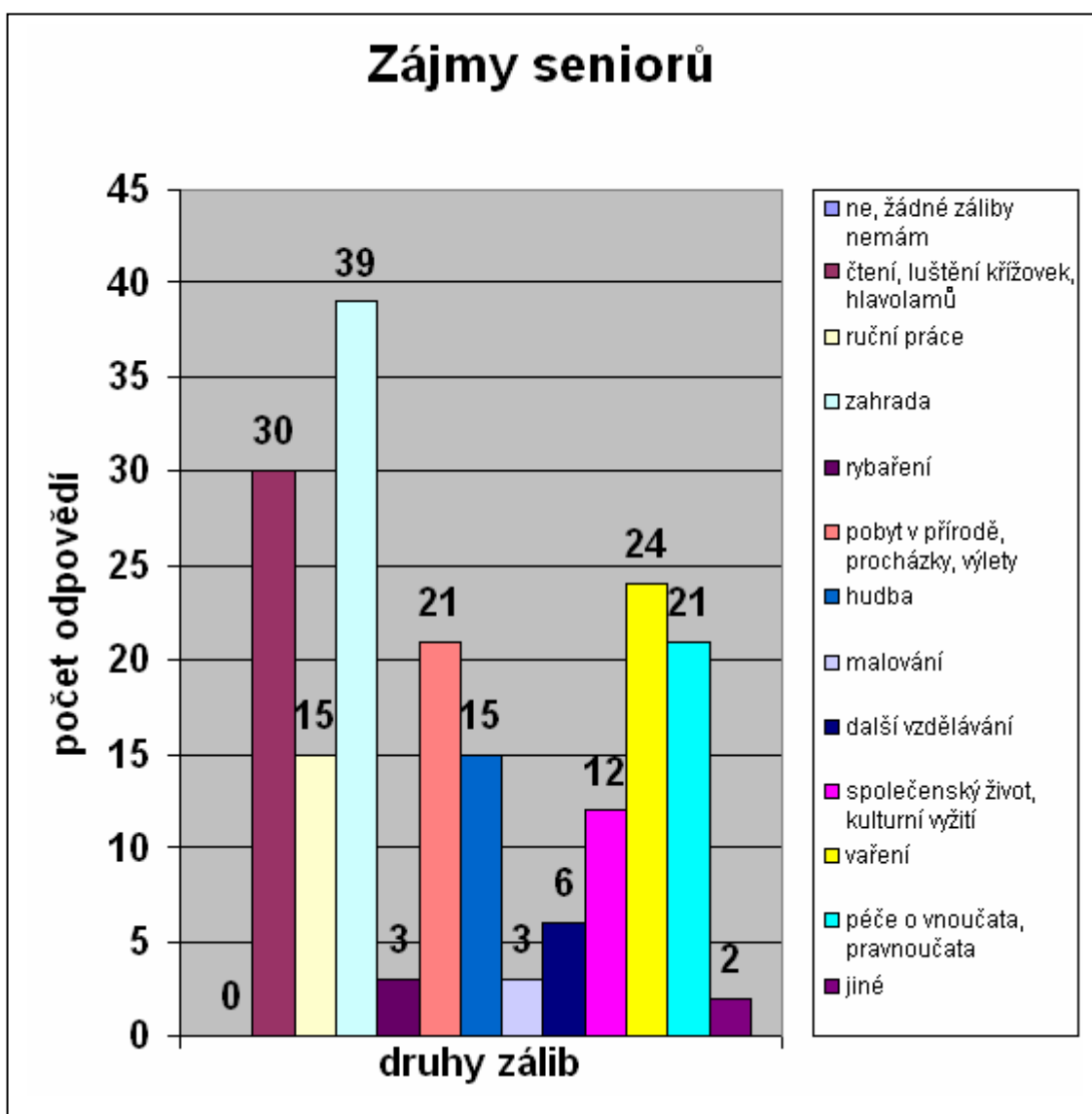
vaření

péče o vnoučata, pravnoučata

jiné, prosím uveďte: _____

Tabulka 9 - Záliby seniorů

Záliby seniorů		
odpovědi	počet odpovědí	v procentech
ne, žádné záliby nemám	0	0,0 %
čtení, luštění křížovek, hlavolamů	30	15,7 %
ruční práce	15	7,8 %
zahrada	39	20,4 %
rybaření	3	1,5 %
pobyt v přírodě, procházky, výlety	21	10,9 %
hudba	15	7,8 %
malování	3	1,5 %
další vzdělávání	6	3,1 %
společenský život, kulturní vyžití	12	6,2 %
vaření	24	12,5 %
péče o vnoučata, pravnoučata	21	10,9 %
jiné	2	1,0%



Graf 9 – Zájliby seniorů

V otázce na záliby opět respondenti uváděli více možností a bylo zřejmé, že si našli činnosti, které jim přináší uspokojení a zaplňují volný čas. Nejčastěji senioři uváděli potěšení ze zahrady (20,4 %), čtení, luštění křížovek a hlavolamů (15,7 %), ale 3,1 % uvedlo i další vzdělávání a 6,2 % společenský život a kulturní vyžití. 2 respondenti uvedli, že dále pracují.

Nikdo z dotazovaných nevedl, že by mu chyběly záliby a tím se potvrzuje stále větší aktivita seniorů, kterou by měli zdravotníci, rodinní příslušníci a okolí podporovat.

OTÁZKA 10. Máte lékařem předepsanou dietu? Např. na cukrovku, ke snížení cholesterolu, hmotnosti...

ano, lékař mi dietu předepsal a snažím se jí dodržovat

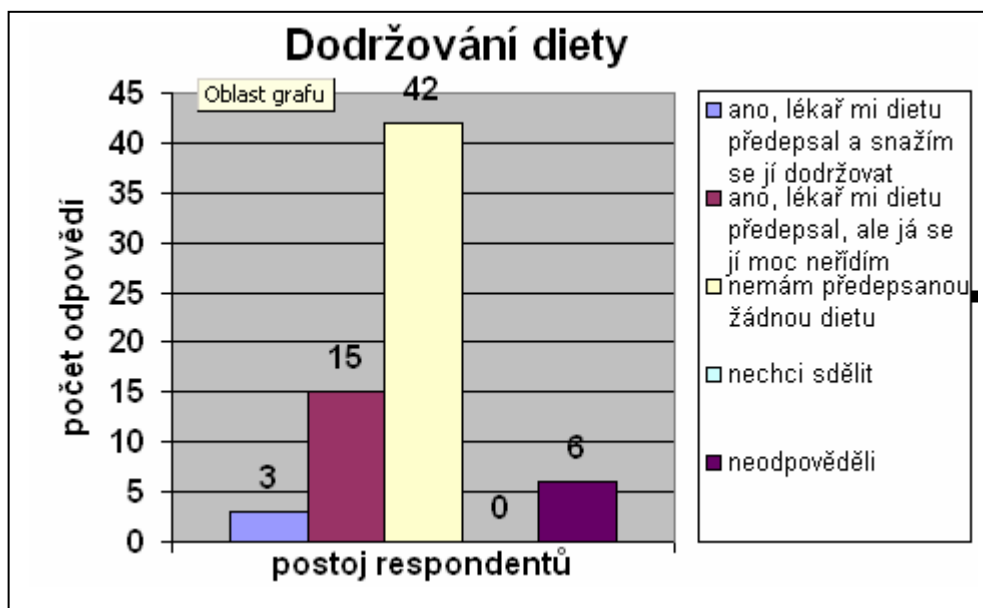
ano, lékař mi dietu předepsal, ale já se jí moc neřídím

nemám předepsanou žádnou dietu

nechci sdělit

Tabulka 10 - Doporučená dieta a její dodržování respondenty

Doporučená dieta a její dodržování respondenty		
odpovědi	počet odpovědí	v procentech
ano, lékař mi dietu předepsal a snažím se jí dodržovat	3	4,5 %
ano, lékař mi dietu předepsal, ale já se jí moc neřídím	15	22,7 %
nemám předepsanou žádnou dietu	42	63,6 %
nechci sdělit	0	0,0 %
neodpověděli	6	9,0 %



Graf 10 – Doporučená dieta a její dodržování respondenty

Většině respondentů žádná dieta doporučena nebyla (63,6 %), ale z počtu 27,2 %, kterým lékař dietu doporučil se přiznalo 22,7 %, že se jí neřídí a pouze 4,5 %, kteří se jí snaží dodržovat. Dodržující dietu byly všechny ženy (3), mezi nedodržujícími (15) bylo 5 žen (33,3 %) a 10 mužů (66,6 %).

OTÁZKA 11. Co ve stravě preferujete?

maso

sladkosti

zeleninu a ovoce

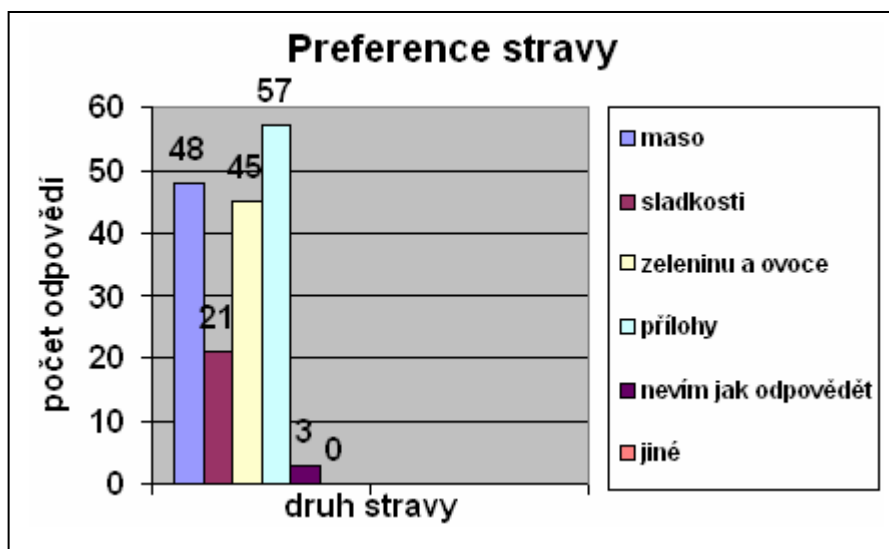
přílohy (brambory, těstoviny, rýže..)

nevím jak odpovědět

jiné _____

Tabulka 11 – Preference stravy

Preference stravy		
odpovědi	počet odpovědí	v procentech
maso	48	27,5 %
sladkosti	21	12,0 %
zeleninu a ovoce	45	25,8 %
přílohy	57	32,7 %
nevím jak odpovědět	3	1,7 %
jiné	0	0,0 %



Graf 11 – Preference stravy

Z výsledků výzkumu vyplývá, že strava seniorů je vyvážená.

OTÁZKA 12. Objevuje se u Vás něco, co má vliv na Vaše stravování?

ne

ano, vyberte z následujících možností:

faktor problému se zdravotním stavem (poruchy chrupu, bolest, nevolnosti, apod.)

faktor nedostatečné soběstačnosti (potřebuji pomoc nebo dopomoc druhé osoby)

faktor, že žiji sám a v jídle se „odbyívám“

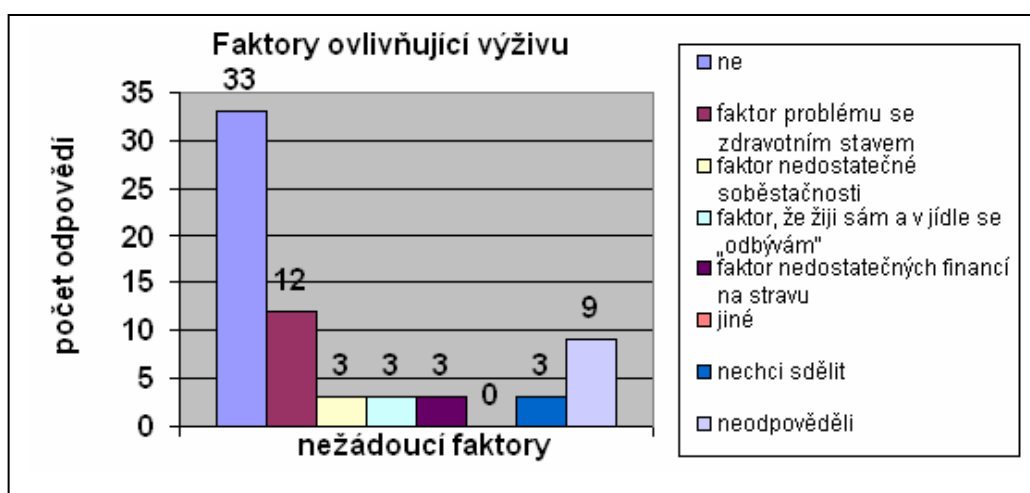
faktor nedostatečných financí na stravu

jiné _____

nechci sdělit

Tabulka 12 - Faktory ovlivňující stravování seniorů

Faktory ovlivňující stravování seniorů		
odpovědi	počet odpovědí	v procentech
ne	33	50,0 %
faktor problému se zdravotním stavem	12	18,1 %
faktor nedostatečné soběstačnosti	3	4,5 %
faktor, že žiji sám a v jídle se „odbyívám“	3	4,5 %
faktor nedostatečných financí na stravu	3	4,5 %
jiné	0	0,0 %
nechci sdělit	3	4,5 %
neodpověděli	9	13,6 %



Graf 12 - Faktory ovlivňující stravování seniorů

Překvapivě až polovina dotazovaných uvedla, že na jejich stravování nemá vliv žádný výraznější faktor, zdravotní stav ovlivňuje stravování u 18,1 %. Zanedbatelná není ani odpověď 4,5 % seniorů, kteří uvedli, že faktorem, který má vliv na jejich výživu, jsou finance.

OTÁZKA 13. Kolik asi denně vypijete tekutin? Prosím uvádějte bez polévek.

do půl litru

do 1 litru

do 1,5 litru

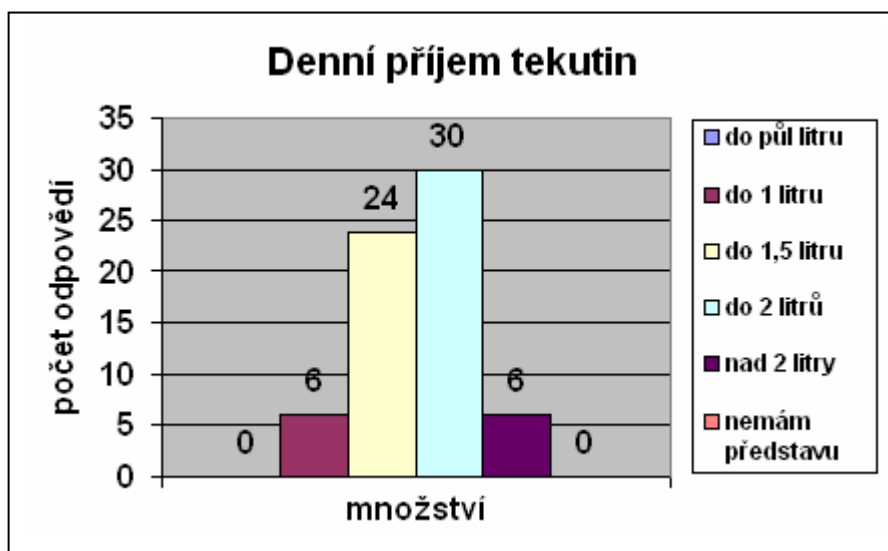
do 2 litrů

nad 2 litry

nemám představu

Tabulka 13 - Množství denního příjmu tekutin

Množství denního příjmu tekutin		
odpovědi	počet odpovědí	v procentech
do půl litru	0	0,0 %
do 1 litru	6	9,0 %
do 1,5 litru	24	36,3 %
do 2 litrů	30	45,4 %
nad 2 litry	6	9,0 %
nemám představu	0	0,0 %



Graf 13 - Množství denního příjmu tekutin

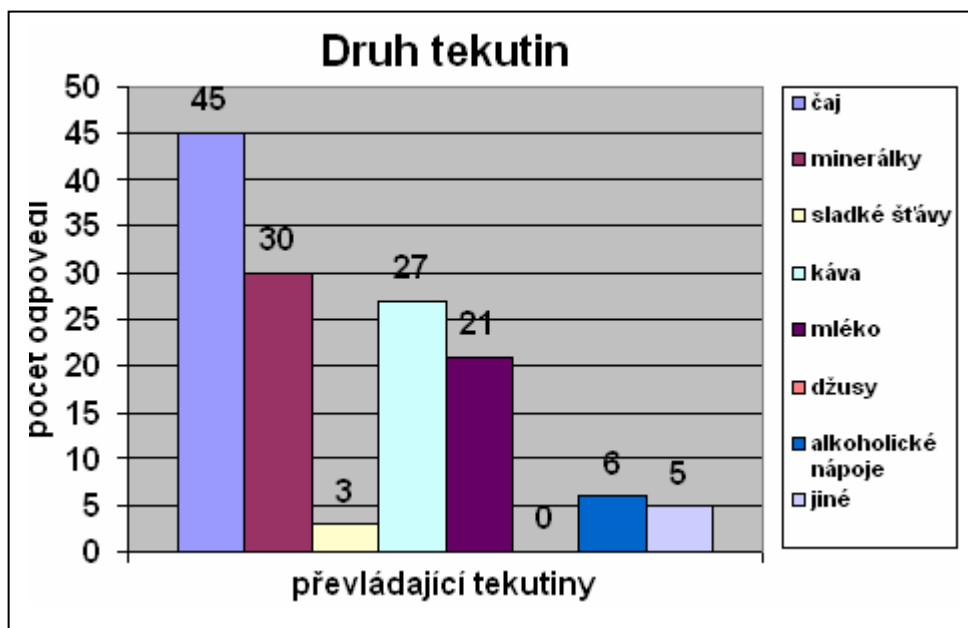
Pozitivní bylo zjištění, že 45,4 % seniorů se snaží denně vypít téměř 2 litry tekutin a 36,3 % 1,5 litrů.

OTÁZKA 14. Jaké tekutiny ve Vašem pitném režimu převládají?

čaj mléko
minerálky džusy
sladké šťávy (cola apod.) alkoholické nápoje
káva jiné _____

Tabulka 14 - Převládající tekutiny v pitném režimu seniorů

odpovědi	počet odpovědí	v procentech
čaj	45	32,8 %
minerálky	30	21,8 %
sladké šťávy	3	2,1 %
káva	27	19,7 %
mléko	21	15,3 %
džusy	0	0,0 %
alkoholické nápoje	6	4,3 %
jiné	5	3,6 %



Graf 14 - Převládající tekutiny v pitném režimu seniorů

Pitný režim seniorů je převážně složen z čaje (32,8 %), minerálek (21,8 %). 5 respondentů doplnilo pití stolní neperlivé vody. 19,7 % uvedlo, že nejvíce denně vypijí kávy, z alkoholických nápojů (4,3 %) nejčastěji dotazovaní senioři uváděli pivo.

OTÁZKA 15. Jaká je Vaše hmotnost?

_____ kg

nechci sdělit

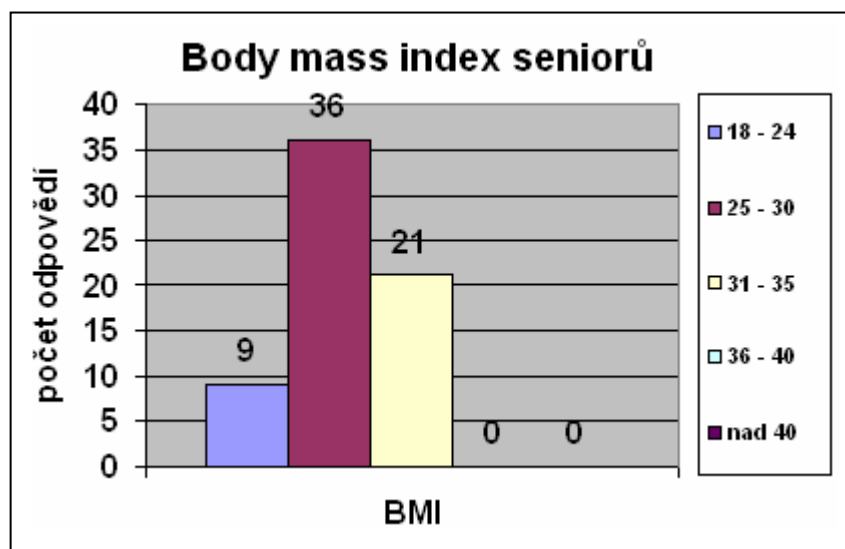
OTÁZKA 16: Jaká je Vaše výška?

_____ cm

nechci sdělit

Tabulka 15 - Body mass index dle výpočtu zapsaných údajů

Body mass index seniorů dle výpočtu zapsaných údajů		
BMI	počet odpovědí	v procentech
18 - 24	9	13,6 %
25 - 30	36	54,5 %
31 - 35	21	31,8 %
36 - 40	0	0,0 %
nad 40	0	0,0 %

**Graf 15 - Body mass index dle výpočtu zapsaných údajů**

Pouze 13,6 % dotázaných seniorů se nacházelo v pásmu normální hmotnosti, většina (54,5 %) měla nadváhu a 31,8 % obezitu. Zde je opět prostor pro uplatnění zdravotnické osvěty a zamyšlení se nad zlepšením těchto výsledků.

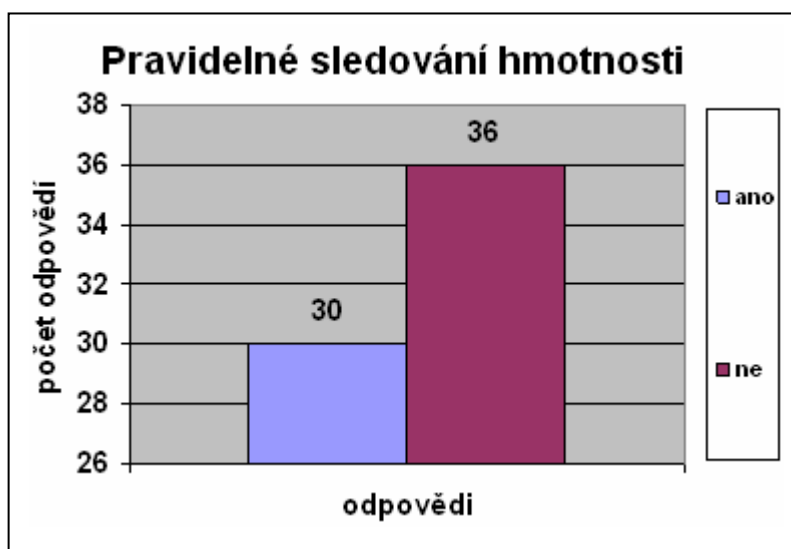
OTÁZKA 17.Sledujete pravidelně svoji hmotnost?

ano

ne

Tabulka 16 - Pravidelné sledování hmotnosti

Pravidelné sledování hmotnosti		
odpovědi	počet odpovědí	v procentech
ano	30	45,4 %
ne	36	54,5 %



Graf 16 - Pravidelné sledování hmotnosti

V této otázce se nedospělo k žádným větším výsledkům, protože lidé pravidelně sledující svou hmotnost (45,4 %) a lidé, kteří ji nesledují (54,5%), byli téměř v rovnováze.

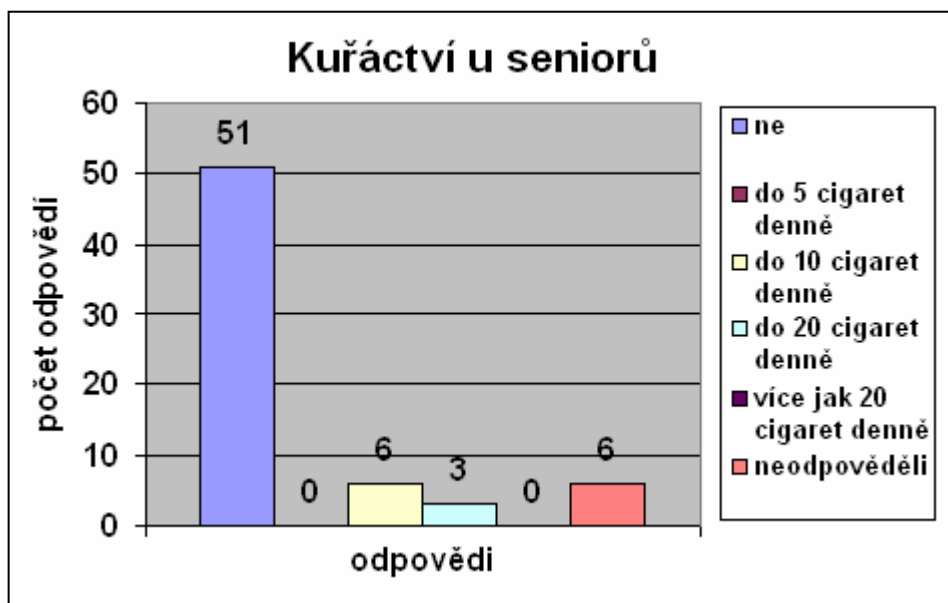
OTÁZKA 18. Kouříte?

ne

ano – můžete uvést kolik cigaret denně vykouříte? _____

Tabulka 17 - Kouření

Kouření		
odpovědi	počet odpovědí	v procentech
ne	51	77,2 %
do 5 cigaret denně	0	0,0 %
do 10 cigaret denně	6	9,0%
do 20 cigaret denně	3	4,5 %
více jak 20 cigaret denně	0	0,0 %
neodpověděli	6	9,0 %



Graf 17 - Kouření

Dle výsledků 77,2 % seniorů jsou nekuřáci, 13,5 % se přiznalo, že kouří.

OTÁZKA 19. Provozujete sami nějakou pohybovou aktivitu? Např. procházky, jóga, cvičení, plavání apod.

ne

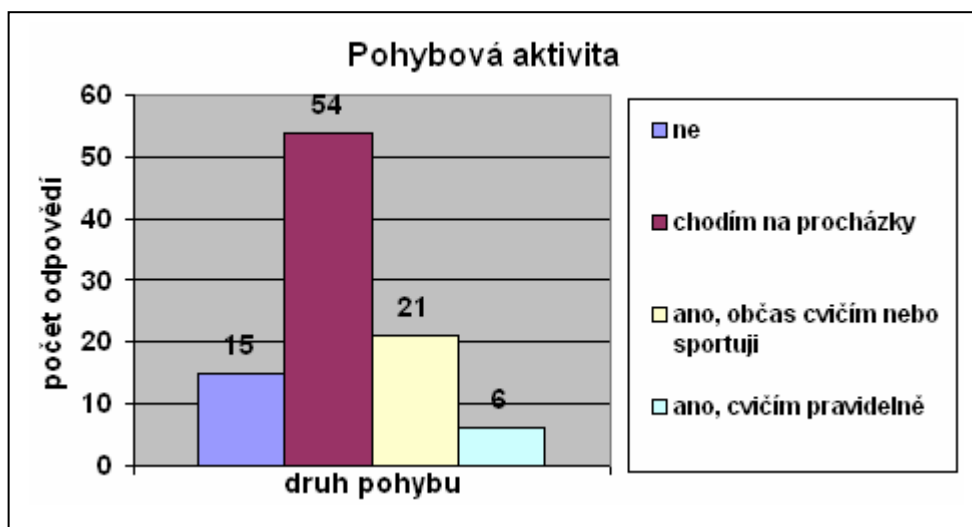
chodím na procházky

ano, občas cvičím nebo sportuji

ano, cvičím pravidelně – prosím uveďte druh aktivity: _____

Tabulka 18 - Pohybová aktivita

Pohybová aktivita		
odpovědi	počet odpovědí	v procentech
ne	15	15,6 %
chodím na procházky	54	56,2 %
ano, občas cvičím nebo sportuji	21	21,8 %
ano, cvičím pravidelně	6	6,2 %



Graf 18 - Pohybová aktivita

Nejčastější pohybovou aktivitou seniorů jsou dle výzkumu procházky (56,2 %), 21,8 % cvičí nebo sportuje občas, pouze 6,2 % cvičí pravidelně a 15,6 % dokonce neprovozuje žádnou pohybovou aktivitu. Respondenti odpovídali více možnostmi, ale neobjevila se kombinace žádné pohybové aktivity a jiné možnosti.

OTÁZKA 20. Snažíte se vzdělávat i ve starším věku?

ne

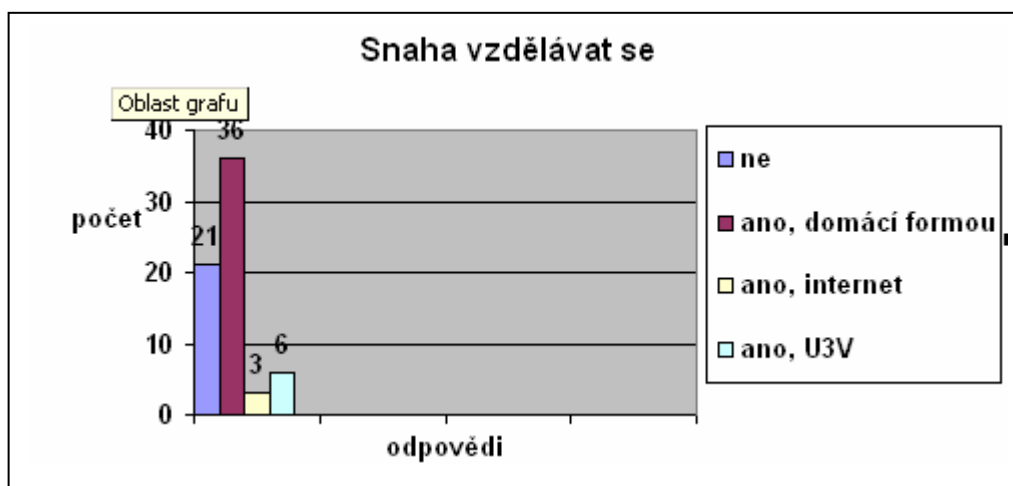
ano, vzdělávám se doma, čtu nebo sleduji zajímavosti v televizi

ano, učím se s internetem

ano, účastním se přednášek univerzity třetího věku

Tabulka 19 - Snaha vzdělávat se i ve starším věku

Snaha vzdělávat se i ve starším věku		
odpovědi	počet odpovědí	v %
ne	21	31,8 %
ano, vzdělávám se doma, čtu nebo sleduji zajímavosti v TV	36	54,5 %
ano, učím se s internetem	3	4,5 %
ano, účastním se přednášek univerzity třetího věku	6	9,0 %



Graf 19 - Snaha vzdělávat se i ve starším věku

Snahu o vzdělání i v seniorském věku vykazuje většina dotazovaných. Ať už je to domácí formou (52,1 %), učením se s internetem (4,3 %) nebo formou přednášek na univerzitě třetího věku (8,6 %). Zde odkazuji na 6. teoretickou kapitolu z mé práce, kde se věnuji právě edukaci a vzdělávání seniorů a důvodům, proč právě tyto aktivity podporovat.

OTÁZKA 21. Máte pocit, že se v ČR dělá pro skupinu seniorů v oblasti trávení volného času, vzdělávání a zdravotní osvěty dostatek?

a) v oblasti trávení volného času:

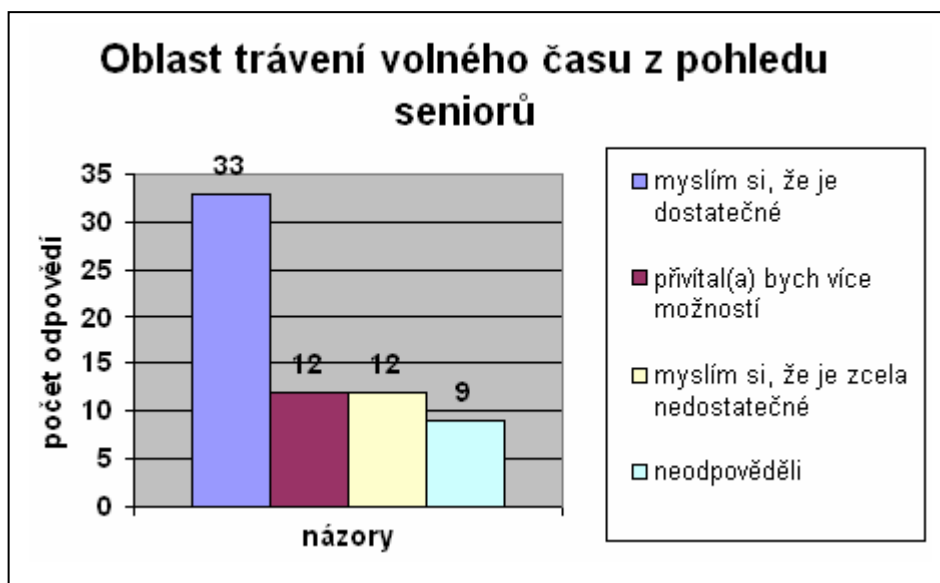
myslím si, že je dostatečné

přivítal(a) bych více možností (piště návrhy: _____)

myslím si, že je zcela nedostatečné

Tabulka 20 - Oblast trávení volného času

Oblast trávení volného času		
odpovědi	počet odpovědí	v procentech
myslím si, že je dostatečné	33	50,0 %
přivítal(a) bych více možností	12	18,1 %
myslím si, že je zcela nedostatečné	12	18,1 %
neodpověděli	9	13,6 %



Graf 20 - Oblast trávení volného času

Možnosti trávení volné času v seniorském věku vidí 50 % respondentů jako dostatečné, 18,1 % by přivítalo více možností, ale návrh v dotaznících byl pouze jeden a to „divadla“. Stejně množství lidí (18,1 %) ale možnosti vidí jako zcela nedostatečné.

b) v oblasti vzdělávání

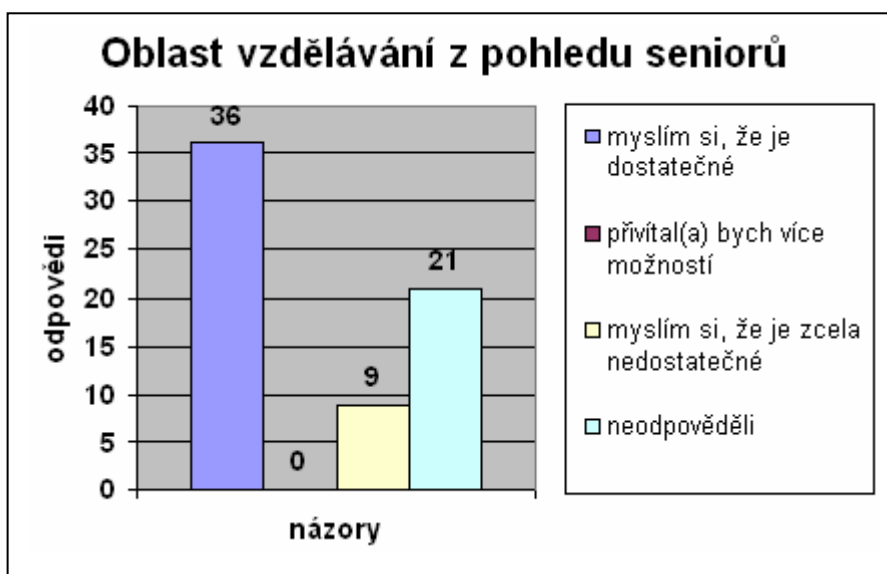
myslím si, že je dostatečné

přivítal(a) bych více možností (piště návrhy: _____)

myslím si, že je zcela nedostatečné

Tabulka 21 - Oblast vzdělávání

Oblast vzdělávání		
odpovědi	počet odpovědí	v procentech
myslím si, že je dostatečné	36	54,5 %
přivítal(a) bych více možností	0	0,0 %
myslím si, že je zcela nedostatečné	9	13,6 %
neodpověděli	21	31,8 %



Graf 21 - Oblast vzdělávání

Oblast vzdělávání hodnotilo 54,5 % respondentů jako dostatečné – mezi nimi bylo 5,5 % lidí se základním vzděláním, 16,6 % vyučených, 16,6 % vysokoškoláků a 61,11 % středoškolsky vzdělaných seniorů. 13,6 % respondentů vidí vzdělávání jako nedostatečné. Mezi nimi převládali lidé se základní školou (77,7 %) a dále tak odpovědělo 22,2 % vyučených seniorů.

c) v oblasti zdravotní osvěty:

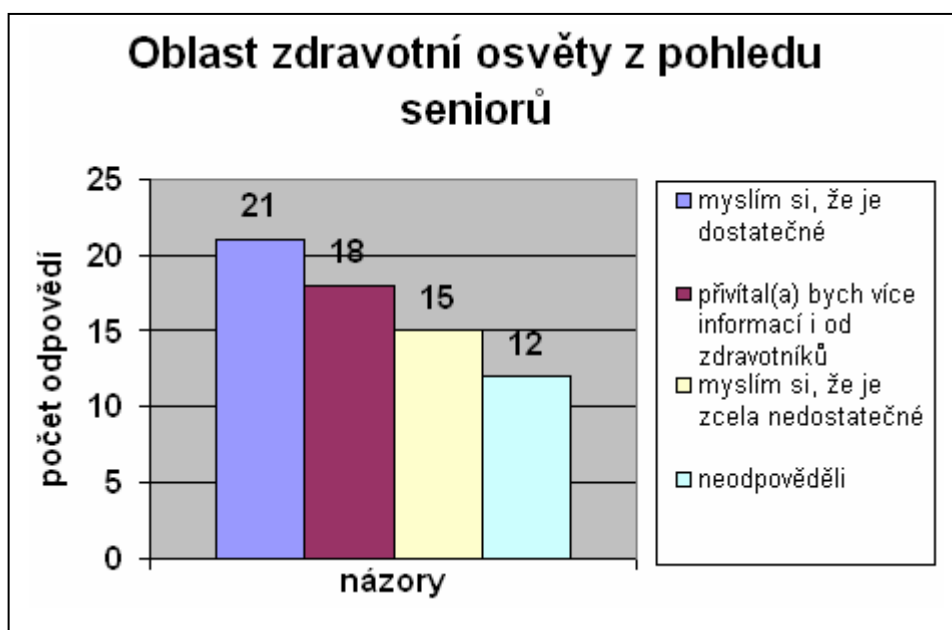
myslím si, že je dostatečné

přivítal(a) bych více informací i od zdravotníků

myslím si, že je zcela nedostatečné

Tabulka 22 - Oblast zdravotní osvěty

Oblast zdravotní osvěty		
odpovědi	počet odpovědí	v procentech
myslím si, že je dostatečné	21	31,8 %
přivítal(a) bych více informací i od zdravotníků	18	27,2 %
myslím si, že je zcela nedostatečné	15	22,7 %
neodpověděli	12	18,1 %



Graf 22 - Oblast zdravotní osvěty

Zdravotní osvětu hodnotí jako dostatečnou 31,8 %, jako nedostatečnou jí vnímá 22,7 % seniorů a 27,2 % by přivítalo informace i od zdravotníků.

OTÁZKA 22. Máte problémy se spánkem?

ano, často se budím

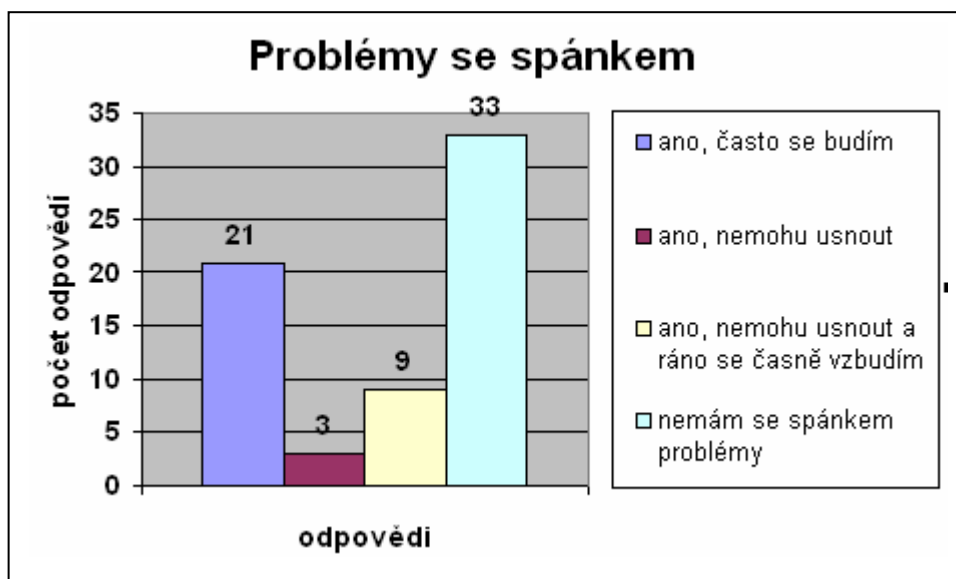
ano, nemohu usnout

ano, nemohu usnout a ráno se časně vzbudím

nemám se spánkem problémy

Tabulka 23 - Problémy se spánkem

Problémy se spánkem		
odpovědi	počet odpovědí	v procentech
ano, často se budím	21	31,8 %
ano, nemohu usnout	3	4,5 %
ano, nemohu usnout a ráno se časně vzbudím	9	13,6 %
nemám se spánkem problémy	33	50,0 %



Graf 23 - Problémy se spánkem

Polovina dotázaných nemá se spánkem problémy, často se budí 31,8 %, 4,5 % má obtíže s usínáním a 13,6 % nemůže usnout a ráno se často budí. Spánkové obtíže má ve stáří téměř polovina dotázaných.

OTÁZKA 23. Kolik hodin v noci asi spíte?

asi méně než 3 hodiny

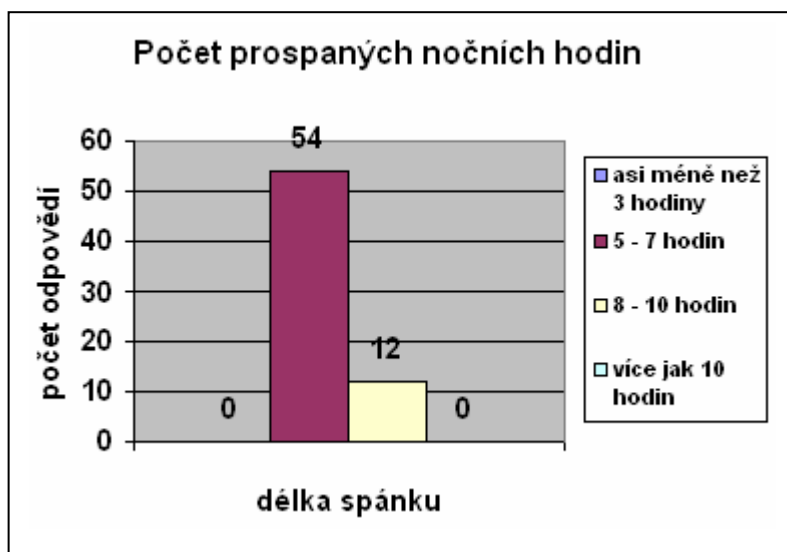
5 - 7 hodin

8 - 10 hodin

více jak 10 hodin

Tabulka 24 - Počet prospaných nočních hodin

Počet prospaných nočních hodin		
odpovědi	počet odpovědí	v procentech
asi méně než 3 hodiny	0	0,0 %
5 - 7 hodin	54	81,8 %
8 - 10 hodin	12	18,1 %
více jak 10 hodin	0	0,0 %



Graf 24 - Počet prospaných nočních hodin

81,8 % seniorů spí v noci 5 – 7 hodin a 18,1 % dokonce 8 – 10 hodin. Překvapivě nikdo z dotázaných nevedl spánek kratší než 3 hodiny.

OTÁZKA 24. Chcete mi ještě něco sdělit, co by souviselo s Vaším životním stylem?

Na tuto otázku odpověděli pouze 3 respondenti. Jeden respondent v doplňující otázce uvedl, že je se životem seniora plně spokojen, druhý radil nesledovat politiku a třetí doporučoval pohyb a hluboké dýchání podle zásad jógy.

DISKUZE

Seniorský věk jistě není pasivním obdobím života. Z výzkumu vyplynulo, že dnešní senioři jsou mnohem více aktivnější než předešlé generace, snaží se více vzdělávat, provozovat pohybovou aktivitu. Pozitivním zjištěním bylo, že současní senioři netrpí nedostatkem sociálních kontaktů, účastní se řady společenských, kulturních, pohybových a jiných aktivit.

Pro zdravotníky ale vychází najevo zjištění, že mnohdy senioři nedodržují léčebný režim a mají potřebu získávat od zdravotníků více informací. Je třeba se zamyslet, zda zdravotní osvěta a informace ohledně nutnosti a benefitu dodržování určených diet a úpravy životosprávy jsou dostačující. Tyto výsledky by měly být impulsem pro lékaře i sestry, aby více apelovali na dodržování léčebného režimu u seniorů, podávali dostatek informací o dietě ústně, ale i prostřednictvím letáků a brožur. Dobrým pravidlem by mělo být občasné zopakování zásad diety a zdůraznění nutnosti jejího dodržování.

Z výsledků vyplývá, že bychom měli neustále klást důraz na zdravý životní styl, dodávat seniorům více informací o pohybové aktivitě, stravování, pitném režimu, sledování hmotnosti a to opakovaně, využívat dostupné informační materiály a poskytovat je v čekárnách praktických lékařů i specialistů nebo kontakty na oddělení, které umožní seniorovi zorientovat se v dnešní nemalé nabídce služeb, aktivit a možností.

V práci bylo stanoveno 5 základních hypotéz:

1. Ženy ve stravě více preferují zeleninu a ovoce než muži.

Z celkového počtu respondentů (66) uvedlo 45 (68,18 %), že dává přednost právě ovoci a zelenině. Bylo mezi nimi 29 žen (64,4 %) a 16 mužů (35,5 %), z čehož vyplývá, že ženy preferují ovoce a zeleninu častěji a hypotéza se potvrdila. Souvisí to zřejmě i s větší sledovaností televizních pořadů o zdraví, čtením časopisů, receptů a větším zájmem o svůj vzhled u žen než u mužů. Konzumace ovoce a zeleniny (25,8 %) by mohla být vyšší, ale zde hrají pravděpodobně roli i další faktory (finanční, zdravotní osvěta, faktor zdravotního stavu – např. stav chrupu). Podle šetření ÚZIS ČR v roce 2002 dávalo přednost ovoci ve věkové kategorii mužů 65 – 74 let 81,7 %, u žen to bylo 98 %. Zelenině dávalo přednost ve stejné věkové kategorii 82,6 % mužů a 87,9 % žen, takže i nadále zůstává vyšší podíl žen při konzumaci ovoce a zeleniny.

Ve vztahu k ženám bylo i pozitivní zjištění vyššího dodržování dietního režimu v otázce č. 10. Z počtu 27,2 % respondentů, kterým lékař doporučil dietu, se přiznalo 22,7 %, že se jí

neřídí a pouze 4,5 %, kteří se jí snaží dodržovat. Dodržující dietu byly všechny ženy (3), mezi nedodržujícími (15) bylo 5 žen (33,3 %) a 10 mužů (66,6 %).

Zvláště v seniorském období může existovat několik faktorů, které mohou mít vliv na jejich stravování a toto jsem zjišťovala v otázce č. 12. Potvrdilo se, že senioři bývají ekonomicky limitováni, protože odchodem do důchodu jim klesne příjem. Cesty k řešení tohoto problému jsou spatřovány v reformě důchodových systémů, ve sledování reálné hodnoty starobních důchodů, v komerčním připojištění, ve vytváření pracovních příležitostí pro seniory a v řešení situace žen – vdov, které nebyly zaměstnány a mají nízké důchody.

Zjišťován byl i postoj seniorů na dostatečnost zdravotní osvěty u nás. Více jak polovina respondentů uvedlo nedostatečný přístup ke zdravotní osvětě. Samozřejmě, že práce v ordinaci i na různých odděleních je náročná a nezbyvá příliš volného času, ale myslím, že bychom jako zdravotníci neměli zapomínat na určitou informovanost a to zvláště u starších lidí, kteří nejsou vždy vysokoškolsky vzdělaní a mnohdy se stydí zeptat z obavy, aby se nezesměšlili. K tomu slouží i dnes hojné množství informačních materiálů, brožur, ale také zdravotníková trpělivost, takt a empatie!

2. Větší část respondentů má příjem tekutin menší než 1 litr denně.

Tato hypotéza se nepotvrdila, což je pozitivní zjištění. Pouze 9 % seniorů uvedlo, že jejich denní příjem tekutin je skutečně menší než 1 litr, ale 45,4 % seniorů se snaží denně vypít téměř 2 litry tekutin a 36,3 % dotázaných 1,5 litrů.

Domnívám se, že je to důsledkem větší informovanosti seniorské populace o dodržování pitného režimu a o důsledcích vyplývajících z nedostatečného příjmu. Dotazujme se však i na skladbu pitného režimu. Senioři nemusí mít dostatek informací o vhodných a nevhodných tekutinách a je třeba jim občas připomenout některé zásady. Například kávu bychom neměli brát jako příspěvek do pitného režimu, neboť má výrazný diuretický účinek, proto se doporučuje ke každému šálku kávy vypít alespoň 3 dcl vody. Stejně tak mléko neřadíme do tekutin pro jeho vyšší obsah bílkovin.

V současné době je doporučován příjem tekutin alespoň 2 - 3 litry denně, což se samozřejmě mění v závislosti na teplotě prostředí, pohybových aktivitách apod.

Můžeme se setkat se seniory, kteří záměrně svůj příjem tekutin snižují např. z důvodu zhoršení mobility, inkontinence atd. Zde je pak nutné, aby zdravotník odhalil pravou příčinu nedostatečného příjmu tekutin a vysvětlil pacientovi negativa takového jednání.

3. Většina seniorů neprovozuje pohybovou aktivitu.

I v tomto bodě se ukazuje, že dnešní senioři jsou aktivnější a ve svém životě nepostrádají pohybovou aktivitu. Nejčastější pohybovou aktivitou seniorů jsou dle výzkumu procházky (56,2 %), 21,8 % cvičí nebo sportuje občas, 6,2 % cvičí pravidelně. 15,6 % seniorů neprovozuje žádnou pohybovou aktivitu, čímž došlo k potvrzení hypotézy.

Naším cílem by ale měla být pravidelná pohybová aktivita u daleko větší populace seniorů, samozřejmě také s ohledem na jejich zdravotní stav. Podávejme proto informace o vhodných pohybových aktivitách a jejich pozitivních účincích!

S pohybovou aktivitou souvisí i sledování hmotnosti a hodnoty BMI, kde se ve výzkumném šetření nacházelo pouze 13,6 % seniorů v pásmu normální hmotnosti, většina (54,5 %) měla nadváhu a 31,8 % obezitu. Průměrnou hodnotou BMI u věkové kategorie 64 – 80 bylo 29,12 a u kategorie starších seniorů (nad 81 let) 28,25. Podle hodnot ÚZIS ČR (viz. www.uzis.cz) zjišťovaných v roce 2002 měli senioři ve věku 65 – 74 průměrnou hodnotu BMI 27,4 a v kategorii nad 75 let 25,9. Podle mého šetření tedy dochází ke zvýšení hmotnosti seniorů oproti roku 2002, ale to souvisí s celkovým zvyšováním hmotnosti v populaci.

Nemocnost seniorů je jistě dalším faktorem, který se podílí na aktivním pohybu. Otázkou č.7 jsem zjišťovala nejčastější obtíže seniorského věku, kde převládaly nejčastěji problémy srdečně – cévní a revmatologické (po 27,2 %) a dále metabolické nemoci (13,6 %). 9 % seniorů uvedlo, že je zcela bez obtíží. I když stáří už dnes není ztotožňováno s nemocí, přesto je doprovázeno zvýšeným výskytem nemocí a zdravotních obtíží. Zejména ve vyšším věku je hlavním ohrožením vyplývajícím z nemocí ztráta soběstačnosti. Ta prohlubuje závislost na rodině, na sociálních a pečovatelských službách. Znamená také často vytržení z domácího prostředí s následnou ústavní péčí.

Řada seniorů může spojovat svoje záliby právě s pohybovou aktivitou. Podle výsledků mají senioři spoustu volno- časových aktivit, které s pohybem souvisí, např. práce na zahradě, výlety, procházky a další. Rozložení aktivit ukazuje graf č.9.

V otázce č.21 se zjišťovalo hodnocení možností trávení volného času z pohledu seniorů. Polovina dotázaných sice uvedla, že nepocítuje potřebu většího výběru volno - časových aktivit, ale 18 %, což není zanedbatelná část, naopak uvádí tyto možnosti jako nedostatečné.

Převážná většina dotázaných seniorů byla z města, proto otázkou zůstává, proč někteří senioři hodnotí paletu možností trávení volného času jako nedostatečnou. Možná je to z důvodu deficitu informací, nepovědomosti o klubech seniorů a dalších aktivitách, které v současné době řada měst seniorům nabízí.

4. Více jak polovina seniorů je spokojena s frekvencí svých sociálních kontaktů.

Zde se hypotéza potvrdila, 47,6 % seniorů uvedlo, že jejich společenské kontakty jsou časté a 23,8 % je vnímá jako přiměřené. Žádný respondent nezvolil možnost velmi ojedinělých sociálních kontaktů. Souvisí to zřejmě s vyšší aktivitou seniorů, kteří se účastní řady společenských, kulturních, pohybových a jiných aktivit, proto neudávají nedostatek sociálních kontaktů a to by měla naše společnost co nejvíce podporovat např. slevami pro seniory, programy pro seniory v divadle, cestovních kancelářích, sportovních zařízeních apod.

5. Senioři s vysokoškolským vzděláním se dále vzdělávají.

Ve 100 % (6 seniorů) dotazovaní s vysokoškolským vzděláním odpověděli, že se snaží vzdělávat i nadále, ale spíše domácí formou. Je to dáno zřejmě zvyklostí celoživotního vzdělávání. Univerzitu 3. věku nenavštěvuje ani jeden z nich. K posluchačům Univerzity 3. věku patřilo 6 seniorů se středoškolským vzděláním. Počet seniorů navštěvujících právě toto vzdělávání by mohl být vyšší v souvislosti s vyšší propagací, která by se měla více objevovat ve zdravotnických zařízeních, knihovnách, informačních centrech, televizních pořadech, protože jak jsem již uvedla v teoretické části (viz. kapitola 6. edukace a vzdělávání seniorů), přináší jednoznačně pozitivní výsledky nejen v oblasti kognitivní, ale i sociální a psychické.

V souvislosti se vzděláním byla i otázka č.21, kterou jsem zjišťovala, jak senioři hodnotí možnosti vzdělávání pro ně v ČR. Jako dostatečné ho hodnotilo 54,5 % respondentů – mezi nimi bylo 5,5 % lidí se základním vzděláním, 16,6 % vyučených, 16,6 % vysokoškoláků a 61,1 % středoškolsky vzdělaných seniorů. 13,6 % respondentů vidělo vzdělávání jako nedostatečné. Mezi nimi převládali lidé se základní školou (77,7 %) a dále tak odpovědělo 22,2 % vyučených seniorů.

Příčiny postoje, že možnosti vzdělávání jsou nedostatečné zřejmě pramení převážně z neznalosti než z nedostatečného přístupu k těmto aktivitám. Základní školy pořádají pravidelné kurzy pro seniory, kteří mají zájem se naučit pracovat s internetem, vysoké školy nabízí vzdělávání v rámci „univerzity třetího věku“, knihovny nabízí také spoustu programů převážně pro starší občany.

ZÁVĚR

Evropa je ve světě na jednom z nejpřednějších míst v počtu starších obyvatel. Starší občané využívají stále větší část zdravotních služeb. Se vzrůstajícími náklady na zdravotnictví je nutno restrukturalizovat služby tak, aby lépe odpovídaly měnícím se potřebám i omezeným zdrojům. Proto je třeba jasně definovat specifické potřeby starších občanů a prověřovat nové možnosti, jak tyto potřeby uspokojit.

SOUPIS BIBLIOGRAFICKÝCH CITACÍ:

1. FOŘT, P. *Jak stárnout pomalu*. Havlíčkův Brod: EB nakladatelství, 2001. ISBN 80 – 238 – 7893 – X
2. *Health 21*. Praha: Ministry of Health of the Czech Republic, 2003
3. KALVACH, Z., HRABĚTOVÁ, E. *Senior a já...já a senior?* Praha: Společnost přátelská všem generacím, 2005.
4. PETŘKOVÁ, A., ČORNANIČOVÁ R. *Gerontagogika*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2004. ISBN 80 – 244 – 0879 – 1
5. PETŘKOVÁ, A. *Aktuální problémy vzdělávání seniorů*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 1999. ISBN 80 – 244 – 0007- 3
6. VONDRUŠKA, V., BARTÁK, K. *Zdravý životní styl aneb „Prevence založená na důkazech“* Hradec Králové: Ústav tělovýchovného lékařství FN a LFUK, 2002. ISBN 80 – 238 – 9361 – 0
7. [on-line], [cit. 2008-03-26] <http://www.uzis.cz>

SEZNAM TABULEK:

Tabulka 1 - Pohlaví respondentů	29
Tabulka 2 – Věk respondentů	30
Tabulka 3 – Dosažené vzdělání respondentů.....	31
Tabulka 4 – Společenský stav dotazovaných	32
Tabulka 5 – S kým respondenti žijí	33
Tabulka 6 – Život ve městě.....	34
Tabulka 7 – Zdravotní problémy seniorů	35
Tabulka 8 - Častost sociálních kontaktů seniorů	37
Tabulka 9 - Záliby seniorů.....	38
Tabulka 10 - Doporučená dieta a její dodržování respondenty	40
Tabulka 11 – Preference stravy	41
Tabulka 12 - Faktory ovlivňující stravování seniorů.....	42
Tabulka 13 - Množství denního příjmu tekutin	43
Tabulka 14 - Převládající tekutiny v pitném režimu seniorů.....	44
Tabulka 15 - Body mass index dle výpočtu zapsaných údajů	45
Tabulka 16 - Pravidelné sledování hmotnosti.....	46
Tabulka 17 - Kouření	47
Tabulka 18 - Pohybová aktivita	48
Tabulka 19 - Snaha vzdělávat se i ve starším věku	49
Tabulka 20 - Oblast trávení volného času	50
Tabulka 21 - Oblast vzdělávání	51
Tabulka 22 - Oblast zdravotní osvěty	52
Tabulka 23 - Problémy se spánkem	53
Tabulka 24 - Počet prospaných nočních hodin	54

SEZNAM GRAFŮ:

Graf 1 – Pohlaví respondentů	29
Graf 2 – Věk respondentů	30
Graf 3 – Dosažené vzdělání respondentů	31
Graf 4 – Společenský stav dotazovaných	32
Graf 5 – S kým respondenti žijí	33
Graf 6 – Život ve městě	34
Graf 7 – Zdravotní problémy seniorů	36
Graf 8 – Častost sociálních kontaktů seniorů	37
Graf 9 – Záliby seniorů	39
Graf 10 – Doporučená dieta a její dodržování respondenty	40
Graf 11 – Preference stravy	41
Graf 12 - Faktory ovlivňující stravování seniorů.....	42
Graf 13 - Množství denního příjmu tekutin	43
Graf 14 - Převládající tekutiny v pitném režimu seniorů.....	44
Graf 15 - Body mass index dle výpočtu zapsaných údajů	45
Graf 16 - Pravidelné sledování hmotnosti	46
Graf 17 - Kouření.....	47
Graf 18 - Pohybová aktivita.....	48
Graf 19 - Snaha vzdělávat se i ve starším věku	49
Graf 20 - Oblast trávení volného času	50
Graf 21 - Oblast vzdělávání	51
Graf 22 - Oblast zdravotní osvěty	52
Graf 23 - Problémy se spánkem.....	53
Graf 24 - Počet prospaných nočních hodin.....	54

III. PŘÍLOHY

DOTAZNÍK

Dobrý den! Jmenuji se Jitka Čermáková, jsem studentkou Fakulty zdravotnických studií (Univerzita Pardubice) – magisterský obor ošetrovatelství a pracuji na diplomové práci s tématem **ŽIVOTNÍ STYL SENIORŮ**.

Dotazník je anonymní a bude sloužit čistě jen k mé práci. Můžete zaškrtnávat i více odpovědí v otázce. Prosím Vás tímto o laskavé vyplnění tohoto dotazníku.

1. Vaše pohlaví: muž žena

2. Můžete uvést Váš věk? 65 – 80 let 81 a více

3. Dosažené vzdělání:

základní vyučen(a) SŠ vyšší škola vysoká škola nechci sdělit

4. Zaškrtněte prosím Váš společenský stav:

vdaná/ženatý ovdovělá/ovdovělý svobodná/svobodný rozvedená/rozvedený
nechci sdělit

5. Žijete:

s partnerem sám s ostatními členy rodiny jinak _____ nechci sdělit

6. Bydlíte ve městě? ano ne nechci sdělit

7. Trpíte zdravotními problémy?

ne, nemám zdravotní problémy

ano, mám problémy – uveďte jaké z následujících možností:

srdečně- cévní (např. arytmie, selhávání srdce, vysoký krevní tlak,...)

metabolické (např. jaterní, ledvinné, cukrovka, zvýšení tuků v krvi, včetně cholesterolu..)

revmatologické

infekční

poruchy imunity (např. alergie)

psychické (deprese, poruchy paměti, časté změny nálad,...)

zažívací aparát (žaludeční, dvanáctníkové vředy, ...)

jiné _____

8. Jak časté jsou Vaše sociální kontakty (= styky s ostatními lidmi- příbuzní, sousedé, přátelé)?

jsem rád(a) ve společnosti lidí a moje sociální kontakty jsou časté

jsem rád(a) ve společnosti lidí, ale moje sociální kontakty nejsou tak časté

jsem zvyklý být sám (sama) a společnost lidí nevyhledávám

moje sociální kontakty jsou velmi ojedinělé

svoje sociální kontakty vnímám jako přiměřené

nechci sdělit

9. Máte nějaké záliby?

ne, žádné záliby nemám

ano, mám (prosím uveďte druhy zájmu):

čtení, luštění křížovek, hlavolamů

ruční práce (pletení, vyšívání, háčkování a jiné)

zahrada

rybaření

pobyt v přírodě, procházky, výlety

sbírky

hudba

malování

další vzdělávání (internet, univerzita třetího věku,...)

společenský život, kulturní vyžití (např. návštěvy koncertů, výstav, přednášek apod.)

vaření

péče o vnoučata, pravnoučata

jiné, prosím uveďte: _____

10. Máte lékařem předepsanou dietu? Např. na cukrovku, ke snížení cholesterolu, hmotnosti...

ano, lékař mi dietu předepsal a snažím se jí dodržovat

ano, lékař mi dietu předepsal, ale já se jí moc neřídím

nemám předepsanou žádnou dietu

nechci sdělit

11. Co ve stravě preferujete?

maso

sladkosti

zeleninu a ovoce

přílohy (brambory, těstoviny, rýže..)

nevím jak odpovědět

jiné _____

12. Objevuje se u Vás něco, co má vliv na Vaše stravování?

ne

ano, vyberte z následujících možností:

faktor problému se zdravotním stavem (poruchy chrupu, bolest, nevolnosti, apod.)

faktor nedostatečné soběstačnosti (potřebuji pomoc nebo dopomoc druhé osoby)

faktor, že žiji sám a v jídle se „odbyívám“

faktor nedostatečných financí na stravu

jiné _____

nechci sdělit

13. Kolik asi denně vypijete tekutin? Prosím uvádějte bez polévek.

do půl litru

do 1 litru

do 1,5 litru

do 2 litrů

nad 2 litry

nemám představu

14. Jaké tekutiny ve Vašem pitném režimu převládají?

čaj minerálky sladké šťávy (cola apod.) káva mléko džusy

alkoholické nápoje jiné _____

15. Jaká je Vaše hmotnost? _____ kg nechci sdělit

16: Jaká je Vaše výška? _____ cm nechci sdělit

17. Sledujete pravidelně svoji hmotnost? ano ne

18. Kouříte? ne

ano – můžete uvést kolik cigaret denně vykouříte? _____

19. Provozujete sami nějakou pohybovou aktivitu? Např. procházky, jóga, cvičení, plavání apod.

ne

chodím na procházky

ano, občas cvičím nebo sportuji

ano, cvičím pravidelně – prosím uveďte druh aktivity: _____

20. Snažíte se vzdělávat i ve starším věku?

ne

ano, vzdělávám se doma, čtu nebo sleduji zajímavosti v televizi

ano, učím se s internetem

ano, účastním se přednášek univerzity třetího věku

21. Máte pocit, že se v ČR dělá pro skupinu seniorů v oblasti trávení volného času, vzdělávání a zdravotní osvěty dostatek?

a) v oblasti trávení volného času:

myslím si, že je dostatečné

přivítal(a) bych více možností (piště návrhy: _____)

myslím si, že je zcela nedostatečné

b) v oblasti vzdělávání

myslím si, že je dostatečné

přivítal(a) bych více možností (piště návrhy: _____)

myslím si, že je zcela nedostatečné

c) v oblasti zdravotní osvěty:

myslím si, že je dostatečné

přivítal(a) bych více informací i od zdravotníků

myslím si, že je zcela nedostatečné

22. Máte problémy se spánkem?

ano, často se budím

ano, nemohu usnout

ano, nemohu usnout a ráno se časně vzbudím

nemám se spánkem problémy

23. Kolik hodin v noci asi spíte?

asi méně než 3 hodiny

5 - 7 hodin

8 - 10 hodin

více jak 10 hodin

24. Chcete mi ještě něco sdělit, co by souviselo s Vaším životním stylem?

Děkuji za ochotu vyplňovat dotazník a přeji co nejméně zdravotních problémů!

Energetické hodnoty vybraných základních potravin (kJ/100g)			
mléko 2% (1,4 l)	504	slepice	1260
eidam	1118	telecí	505
máslo	3000	hovězí libové	620
brambory	306	vepřové libové	990
zelí	105	špekáčky	1218
hlávkový salát	50	vejce 1 ks	345
rajčata	105	chléb	1050
cukr	1600	rýže	1486
mléčná čokoláda	2220	pražené buráky	2310
džem	1067	světlé pivo (1,2l)	693
kuře	520	salám gothaj	1950
kapr	440	filé	310
šlehačka	1300	ořechy vlašské	2700
housky, veka	1220	přírodní víno	570

Energetický výdej za 1 hodinu při různých činnostech (kJ)			
čtení, ruční šití	330	volejbal	960
řízení auta	460	tenis, valčík	1900
věšení prádla	670	fotbal	2100
gymnastika	840	veslování, plavání	2500

Doporučení denního příjmu (kJ)				
Práce	Muži		Ženy	
	19 – 34 let	35 – 39 let	19 – 34 let	35 – 39 let
lehká	11 000	10 000	9 000	8 500
středně těžká	12 000	11 500	10 000	9 000
těžká	14 000	13 000	11 000	10 000

PRŮMĚRNÝ DOPORUČENÝ PŘÍJEM ENERGIE

VĚK	MUŽI		ŽENY	
	kJ	kcal	kJ	kcal
12 - 14	10 252	2 440	7 804	1 860
15 - 17	12 138	2 890	6 867	1 635
18 - 19	12 226	2 910	6 724	1 600
20 - 24	11 726	2 792	6 636	1 580
25 - 34	10 882	2 590	6 548	1 560
35 - 44	10 261	2 443	6 350	1 512
45 - 54	9 425	2 245	6 153	1 465
55 - 64	8 350	1 988	5 590	1 331
nad 65	7 216	1 718	5 267	1 260