

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií

Životní styl seniorů v současných sociálních podmínkách

Bc. Jana Horynová

Diplomová práce

2010

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií
Akademický rok: 2009/2010

ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Bc. Jana HORYNOVÁ**
Studijní program: **N5341 Ošetřovatelství**
Studijní obor: **Ošetřovatelství**
Název tématu: **Životní styl seniorů v současných sociálních podmínkách**
Zadávající katedra: **Katedra ošetřovatelství**

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

1. Studium literatury a současných poznatků o problematice seniorské populace a jejich životním stylu.
2. Stanovení podmínek, metod a cílů práce.
3. Zaměření na určitou věkovou skupinu seniorů.
4. Vytvoření dotazníku.
5. Vyhodnocení získaných dat.
6. Závěr, zhodnocení práce, doporučení.

Rozsah grafických prací: dle doporučení vedoucího
Rozsah pracovní zprávy: 50 stran
Forma zpracování diplomové práce: tištěná/elektronická

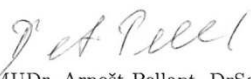
Seznam odborné literatury:

1. JAROŠOVÁ, D. Péče o seniory. 1. vyd. Ostravská univerzita v Ostravě, Zdravotně sociální fakulta, 2006. ISBN 80-7368-110-2.
2. KALVACH, Z.; ZADÁK, Z. a kol. Geriatrie a gerontologie. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, a.s., 2004. ISBN 80-247-0548-6.
3. LANGMEIER, J.; KREJČÍŘOVÁ, D. Vývojová psychologie - 2. aktualizované vydání. Praha : Grada publishing, a.s., 2006. ISBN 80-247-1284-9.
4. ŘÍČAN, P. Psychologie osobnosti - obor v pohybu. 5. rozšířené vydání. Praha : Grada Publishing, a.s., 2007. ISBN 978-80-247-1174-4.
5. TOPINKOVÁ, E. Geriatrie pro praxi. 1. vyd. Praha : Galén, 2005. ISBN 80-7262-365-6.


Vedoucí diplomové práce: doc. MUDr. Pavol Hlúbik, CSc.
Fakulta zdravotnických studií

Datum zadání diplomové práce: 30. listopadu 2009

Termín odevzdání diplomové práce: 30. dubna 2010


prof. MUDr. Arnošt Pellant, DrSc.
děkan

L.S.


Mgr. Eva Hlaváčková
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 1. února 2010

Prohlášení autora

Prohlašuji:

Tuto práci jsem vypracovala samostatně. Veškeré literární prameny a informace, které jsem v práci využila, jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

Byla jsem seznámena s tím, že se na moji práci vztahují práva a povinnosti vyplývající ze zákona č. 121/2000 Sb., autorský zákon, zejména se skutečností, že Univerzita Pardubice má právo na uzavření licenční smlouvy o užití této práce jako školního díla podle § 60 odst. 1 autorského zákona, a s tím, že pokud dojde k užití této práce mnou nebo bude poskytnuta licence o užití jinému subjektu, je Univerzita Pardubice oprávněna ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložila, a to podle okolností až do jejich skutečné výše.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v Univerzitní knihovně.

V Pardubicích dne 23. 4. 2010

Jana Horynová

ANOTACE A KLÍČOVÁ SLOVA

ANOTACE

Tato práce je zaměřena na životní styl seniorů. V teoretické části se zabývám životním stylem, problematikou stáří a stárnutí, dále také různými změnami, které tato životní etapa přináší. Praktická část obsahuje výzkum, jehož cílem bylo zjistit rozdíly v životním stylu mezi muži a ženami a seniory žijících ve vlastním domácím prostředí a v domovech pro seniory.

KLÍČOVÁ SLOVA

senior, stárnutí, životní styl, civilizační choroby

TITLE

Lifestyle of the elderly people under current social conditions

ANNOTATION

This diploma thesis is focused on the lifestyle of seniors. The theoretical part deals with the lifestyle, the problems of old age and aging, as well as the various changes that this phase of life brings. The practical part includes research the aim of which was to identify the differences in the lifestyles of men and women and the elderly living in their home settings and homes for the elderly people.

KEYWORDS

senior, aging, lifestyle, civilization diseases

OBSAH

OBSAH	6
ÚVOD	8
CÍLE	9
I TEORETICKÁ ČÁST	10
1 ŽIVOTNÍ STYL A JEHO KOMPONENTY	10
1.1 Výživa.....	10
1.2 Kouření.....	11
1.3 Alkohol.....	11
1.4 Pohybová aktivita.....	12
1.5 Nadměrný stres.....	13
2 CIVILIZAČNÍ CHOROBY	13
2.1 Kardiovaskulární choroby.....	13
2.2 Hypertenze.....	14
2.3 Nádorová onemocnění.....	14
2.4 Diabetes mellitus.....	15
2.5 Obezita.....	15
2.6 Osteoporóza.....	16
2.7 Deprese.....	17
3 STÁŘÍ – SENIUM	17
3.1 Stáří kalendářní.....	18
3.2 Sociální stáří.....	18
3.3 Biologické stáří.....	19
3.4 Stáří a dnešní společnost.....	19
4 POPULAČNÍ VÝVOJ V ČESKÉ REPUBLICE	20
5 TEORIE STÁRNUTÍ	20
6 INVOLUČNÍ ZMĚNY VE STÁŘÍ	21
6.1 Biologické změny.....	21
6.1.1 Pohybový systém.....	22
6.1.2 Kardiopulmonální systém.....	22
6.1.3 Gastrointestinální systém.....	22
6.1.4 Urogenitální systém.....	23
6.1.5 Kožní systém.....	23
6.1.6 Nervový systém.....	23
6.1.7 Smyslové orgány.....	23
6.2 Psychosociální změny.....	24

7	ADAPTACE A PŘÍPRAVA NA STÁŘÍ.....	24
7.1	Adaptace	24
7.1.1	Konstruktivnost	25
7.1.2	Obranný postoj	25
7.1.3	Závislost	25
7.1.4	Nepřátelství.....	25
7.1.5	Sebenenávist.....	25
7.2	Příprava na stáří	26
7.2.1	Dlouhodobá příprava	26
7.2.2	Středně dlouhá příprava.....	26
7.2.3	Krátkodobá příprava.....	26
8	POTŘEBY SENIORŮ	26
9	SLUŽBY PRO SENIORY	27
9.1	Zdravotní služby	28
9.2	Sociální služby	29
10	PREVENCE U SENIORŮ.....	30
10.1	Obecná opatření	30
10.2	Screening.....	31
11	MEDICÍNA PROTI STÁRNUTÍ.....	32
II	PRAKTICKÁ ČÁST	33
1	CÍLE A HYPOTÉZY.....	33
2	METODIKA VÝZKUMU	34
3	ANALÝZA VÝSLEDKŮ.....	35
4	TESTOVÁNÍ HYPOTÉZ.....	58
	DISKUZE.....	67
	ZÁVĚR.....	70
	SOUPIS BIBLIOGRAFICKÝCH CITACÍ.....	72
	SEZNAM TABULEK.....	74
	SEZNAM OBRÁZKŮ	75
	SLOVNÍČEK CIZÍCH POJMŮ	76
	SEZNAM ZKRATEK.....	78
	SEZNAM PŘÍLOH.....	79

ÚVOD

V současné době se složení lidské populace mění. Snižování úmrtnosti a prodlužující se délka lidského života způsobily přibývání starších jedinců a stárnutí představuje rostoucí problém pro všechny rozvinuté společnosti. Podle statistiků má být 21. století stoletím seniorů. Poprvé v historii lidstva bude na zemi žít více občanů starších 60 let než jedinců mladších 15 let. Tento jev sebou přináší řadu nutných změn a to nejen v geriatrické péči, ale i v legislativě. Ukazuje se však, že na tuto skutečnost, kde populace rychlým tempem stárne, nejsme jako společnost připraveni.

Seniorům se podle mého názoru obecně nevěnuje dostatek pozornosti a v řadě případů jsou společností diskriminováni. Podívejme se například na televizní reklamy, či pořady. V kterém z nich hraje hlavní roli starší jedinec? S odmítáním se starší populace setkává asi nejčastěji při žádosti o zaměstnání. Muži jsou v některých případech označeni za starého již po 40. roce života, ženy tento problém udávají po 36. roku. (12,17)

Vzhledem k demografickému vývoji populace je potřeba pochopit změny, které doprovázejí stáří a naučit se respektovat potřeby stárnoucího člověka. Proto se popisem této problematiky věnuji v teoretické části práce. Praktická část je zaměřena na vybrané oblasti životního stylu seniorů.

Stáří je životní etapa stejně důležitá jako mládí a dospělost, zaslouží si proto zájem nejen seniora samotného, ale i pomáhajících profesí a státní sociální i zdravotní politiky.

CÍLE

- Teoreticky popsat problematiku stáří a stárnutí a změny s nimi související
- Zaměřit se na životní styl seniorů se sledováním rozdílů především dle života v domácím či v sociálním zařízení a pohlaví
- Zmapovat problémové oblasti v životním stylu seniorů
- Na základě výzkumu vytvořit edukační materiál pro seniory

I TEORETICKÁ ČÁST

1 ŽIVOTNÍ STYL A JEHO KOMPONENTY

Životní styl je termín, který vyjadřuje typické formy chování jedinců ve společnosti, jedná se o dynamický proces. Má největší vliv na zdraví a je tedy jeho nejdůležitější determinantou. Zahrnuje dobrovolnou volbu chování z různých možností, kdy se člověk může rozhodnout pro zdravou alternativu a odmítnout tu, která zdraví poškozuje. Životní styl se v průběhu života mění, je podmíněn rodinnými zvyklostmi, kulturními tradicemi, ale i sociální a ekonomickou situací. Je podmíněn věkem, pohlavím a zdravotním stavem. Dostatečné množství informací o tom, co upevňuje zdraví a o co mu naopak škodí, vedou jedince k tomu, aby se mohl správně rozhodnout a popřípadě svůj dosavadní životní styl upravit. Je nutné, aby tyto informace o vlivu životního stylu na zdraví jedince pronikaly do široké veřejnosti a vedly tak k odpovědnosti každého člověka za své zdraví.

Životní styl současného člověka je ovlivněn velkým technickým pokrokem moderní doby, což přispívá k sedavému způsobu života. Neustálý spěch a honba za úspěchem, penězi a mocí vede také ke zhoršení mezilidských vztahů.

Zdraví nejvíce poškozují následující komponenty životního stylu: kouření, alkohol, drogy, nesprávná výživa, nedostatečná pohybová aktivita a psychická zátěž.

Životním stylem se zabývá 11. cíl programu Zdraví 21, který říká, že do roku 2015 by si lidé v celé společnosti měli osvojit zdravější životní styl. Konkrétně by se měla zvýšit odpovědnost za zdravější chování (výživa, pohyb) a také nabídka a dostupnost zdravých a bezpečných potravin. (1,16, 23,33)

1.1 Výživa

Organismus k zajištění své činnosti a výstavbě tkání a orgánů potřebuje energii, kterou získává potravou. Racionální strava vyžaduje vyváženost po stránce kvantitativní (příjem energie odpovídá výdeji) i kvalitativní (vyvážený přísun živin, vitamínů, minerálů, tekutin).

U seniorů se často vyskytuje podvýživa, jejímž důsledkem není jen pokles hmotnosti, ale také pokles proteosyntézy, která se projeví změnami v imunitním systému a horším hojení ran. Snížený přísun energie často provází nízký příjem tekutin. Vzniká dehydratace a porušení

prokrvení orgánů. Objevují se závratě, cévní mozkové příhody, flebotrombózy s rizikem plicní embolie. Nejčastějšími příčinami zhoršené výživy ve stáří jsou psychosociální izolace, deprese i počínající demence. Mezi další faktory negativně ovlivňující nutriční stav seniorů patří porucha hybnosti, polykání, ztráta zubů a problémy se zubní protézou.

Při přípravě stravy dbáme na to, aby byla co nejvíce pestrá. Ve stáří jsou časté poruchy chuti, proto se doporučuje kořeněná strava a její konzistenci přizpůsobujeme stavu chrupu. Denní příjem libového masa se pohybuje kolem 100g, alespoň jednou týdně by měly být zařazeny ryby. Doporučené jsou minimálně dvě dávky mléčných výrobků a konzumace ovoce a zeleniny několikrát denně. U starších jedinců je velice důležitá péče o pitný režim, měli by vypít minimálně 2 litry tekutin. Jedinci mají snížený pocit žízně, proto je nutné jim tekutiny aktivně nabízet v průběhu celého dne. (16, 19, 20, 23)

1.2 Kouření

Kouření je významným rizikovým faktorem životního stylu, nepříznivě působící na zdraví člověka. Patří mezi nejrozšířenější a nejzávažnější návyky lidské populace. V České republice je kouření příčinou až 18 000 úmrtí za rok. Společnost neustále podceňuje škodlivé účinky aktivního i pasivního kouření. I pasivní kouření u nás způsobuje ročně až 3000 úmrtí. V Česku kouří přibližně 30 % populace nad 15 let. (16)

Základními složkami tabákového kouře je nikotin, oxid uhelnatý, amoniak, dehty, nitrosaminy, formaldehyd, kyanid, arzenik a další. Mnoho látek je řazeno mezi kancerogenní – rakovinotvorné. Příčinou návyku je nikotin, který se rychle vstřebává do krve, následuje zvýšení krevního tlaku, zrychlení srdeční činnosti, stažení srdečních cév. Tyto účinky jsou vysoce rizikové pro vznik ischemické choroby srdeční. Mezi další nemoci podmíněné kouřením patří onemocnění periferních cév (ischemická choroba dolních končetin), karcinom plic, chronická respirační onemocnění a také vředová choroba žaludku a duodena. Omezení kouření významně ovlivňuje snížení nemocnosti a úmrtnosti na cévní a srdeční choroby, zhoubné nádory a choroby dýchacích cest. (2, 16, 20, 23)

1.3 Alkohol

Alkohol je aktivní složkou alkoholických nápojů, kde je obsažen v různé koncentraci. Rychle se vstřebává v žaludku a tenkým stěvě odkud proniká do mozku, plic, ledvin a jater. Právě v játrech dochází k odbourávání alkoholu, který pro ně znamená velikou zátěž

a narušuje základní jaterní funkce. Za rizikové pití je považován příjem alkoholu s pravděpodobnými zdravotními riziky – u mužů více než 350g alkoholu za týden, u žen 210g.

Alkohol ovlivňuje především centrální nervovou soustavu. Snižuje napětí, úzkost, navozuje uklidnění, odstraňuje zábrany, navozuje mnohmluvnost, potřebu se družít a narušuje svalovou koordinaci. K bezvědomí až smrti dochází při koncentraci alkoholu v krvi kolem 3 – 5 ‰. Mimo jiné mají také některé alkoholické nápoje vysokou energetickou hodnotu. (viz příloha A)

Konzumace alkoholu poklesla v zemích západní Evropy, naopak stoupající trend má ve střední a východní Evropě. Česká republika se řadí k oblastem s nejvyšší spotřebou alkoholu, zvyšuje se především konzumace těchto nápojů u žen a mládeže.

Dlouhodobé nadužívání alkoholu sebou přináší řadu dalších rizik. Poškozuje srdce, játra a slinivku břišní. Na druhou stranu byl prokázán projektivní účinek mírného příjmu alkoholu (1 jednotka denně) na kardiovaskulární systém.

Existují 4 přístupy v prevenci nadužívání alkoholu. Za první se jedná o národní politiku boje proti alkoholismu, která zahrnuje finanční legislativu, zemědělskou a obchodní politiku ovlivňující produkci a dovoz alkoholu. Druhý přístup v prevenci alkoholismu tvoří zdravotní výchova, kde je základem informovanost veřejnosti o rizicích alkoholismu. Za třetí obecné uznání, jež by mělo být součástí podvědomí, vytváří se na podkladě vědomostí o příčinách a důsledcích alkoholismu. Čtvrtý a nejúčinnější prostředek v prevenci nadužívání alkoholu představuje individuální intervence, je v kompetenci lékaře v primární péči, který se často setkává se svými pacienty a dobře zná jejich rodinný život. (1,16,20)

1.4 Pohybová aktivita

Jedním z projevů existence člověka je pohyb, zajišťován činností pohybového aparátu. Předpokladem zachování a upevnění zdraví je aktivní pohyb. Sedavý způsob života a nečinnost jsou příčinou různých zdravotních poruch - kardiovaskulární onemocnění, vysoký krevní tlak, osteoporózou, non-inzulin dependentní diabetes, poruchy pohybového aparátu. Tělesný pohyb má příznivý vliv na zdravotní stav. Snižuje krevní tlak, redukuje riziko vzniku onemocnění cév a srdce, zlepšuje lipoproteinový profil, podporuje udržení váhy nebo její redukci, snižuje hladinu glykémie, zabraňuje vzniku osteoporózy a v neposlední řadě se podílí na dobrém psychickém stavu jedince.

Nejčastěji je doporučována aerobní aktivita trvající minimálně 20-30minut, 4-5x týdně. Aktivitu je třeba podřídit věku, zdravotnímu stavu a trénovanosti. Pro seniory je vhodnou pohybovou aktivitou především plavání, jízda na kole, běžky, jóga a turistika. (16, 20)

1.5 Nadměrný stres

Jako stres je označován stav, kdy se jedinec dostává do situace, která je nad jeho psychické síly. Jedná se o těžké podmínky, okolnosti nebo nepříznivé faktory, působící na člověka. Existují určité souvislosti mezi chronickým stresem a vznikem a rozvojem různých poruch a onemocnění (poruchy spánku, soustředění, bolestí hlavy, kardiovaskulární i nádorové onemocnění). Lidé by měli mít dostatek informací o tom, jak stres negativně ovlivňuje jejich zdraví. Zdrojem stresu mohou být různé oblasti života - práce a seberealizace, manželství, rodina, zdravotní stav či ekonomická situace. Identifikace zdrojů chronického stresu a cílené omezování těchto situací vyvolávající stres má zásadní význam v prevenci. Se stresem je důležité umět se vyrovnat, slouží k tomu následující techniky: určení pořadí důležitosti, umět odpočívat, správná výživa, dostatek pohybu a různé relaxační techniky. (1, 16, 20, 23)

2 CIVILIZAČNÍ CHOROBY

Nejčastější příčinou úmrtí obyvatel České republiky je onemocnění srdce a cév. Druhé místo patří nádorovým onemocněním. Nárůst těchto chorob byl zaznamenán v souvislosti s technickým pokrokem, který ušetřil člověka pohybu, námahy a přinesl blahobyt. Vznik zmíněných onemocnění podporují rizikové faktory životního stylu, mezi něž řadíme přejídání, nevhodnou stravu, kouření, alkohol, nedostatek pohybu a psychickou zátěž. (2,12,20,27)

2.1 Kardiovaskulární choroby

Podle Českého statistického úřadu jsou nejčastější příčinou smrti v rozvinutých zemích srdečně-cévní choroby na podkladě aterosklerózy. V roce 2008 jim u nás podlehla téměř polovina všech zemřelých. Ateroskleróza způsobuje ztlustění cévní stěny, ke kterému dochází v důsledku ukládání lipidů a vytváření fibrózní tkáně. Následkem je snížení cévní průchodnosti, často se přidá trombóza a vzniklá ztráta přívodu krve vede k chronické ischemii a infarktu různých tkání a orgánů. Vznik aterosklerózy je podmíněn řadou rizikových faktorů.

Mezi nejdůležitější jsou řazeny: Postupující věk, kouření, vysoká hladina cholesterolu, zvýšený krevní tlak, nedostatek pohybu, nadváha, obezita, diabetes mellitus, pozitivní rodinná anamnéza. Prevence aterosklerózy tedy spočívá především v ovlivnění zmíněných rizikových faktorů zdravým životním stylem. (2,12,20,27)

2.2 Hypertenze

Hypertenze je velice častým onemocněním. Hodnoty vyšší než 140/90 mm Hg jsou považovány za rizikové. Příčinou onemocnění je pravděpodobně funkční změna v oblastech mozku, které regulují napětí cév a tím i krevní tlak. Nejčastější komplikací hypertenze je zbytnění a zvětšení levé komory a porucha srdeční činnosti, dále cévní změny, krvácení do očního pozadí, poruchy funkce ledvin i poruchy CNS. K rizikovým faktorům jsou řazeny genetické dispozice, obezita, nadměra alkoholu, soli, kouření, stres a nedostatek pohybu. Hypertenzi nebo riziko jejího vzniku lze ovlivnit dodržováním správného životního stylu. Důležitá je dostatečná pohybová aktivita, racionální strava s omezením tučných jídel a solení, omezení konzumace alkoholu, nekuřáctví a v neposlední řadě dostatek odpočinku a umění relaxace. (2,12,20)

2.3 Nádorová onemocnění

Nádorová onemocnění jsou druhou nejčastější příčinou úmrtí v České republice. Jedná se o stav, kdy organismus odpovídá patologickým procesem na růst a šíření nádoru. Vznik nádorového onemocnění je podmíněn rodinnou zátěží, věkem a onemocněními snižující odolnost vůči nádorům. Mezi další faktory podporující vznik nádorového onemocnění patří nevhodná strava, kouření, nadměrné užívání alkoholu, infekční záněty, radioaktivita a další negativní vlivy životního prostředí. Zhoubných nádorů dlouhodobě přibývá, příčinou tohoto nárůstu není jen zvýšení absolutního počtu nemocných, ale i dokonalejší diagnostika a větší rozšíření screeningových metod. Snížení výskytu těchto nemocí spočívá především v primární prevenci, což znamená chovat se tak, aby onemocnění vůbec nevzniklo. Obecná preventivní opatření obsahují vhodné stravování, udržování přiměřené hmotnosti, dostatek fyzické aktivity, nekouřit, omezit příjem alkoholu, vyhýbat se nadměrnému slunění, umět relaxovat a odpočívat, navštěvovat lékaře včas při objevení neobvyklých příznaků, provádět samovyšetření prsu a v neposlední řadě využívat preventivní prohlídky u lékaře. (2,12,20)

2.4 Diabetes mellitus

Diabetes patří v dnešní době k nejčastějším civilizačním chorobám a jeho výskyt každoročně roste. Ústav zdravotnických informací a statistiky uvádí, že ke konci roku 2008 bylo evidováno 773 561 léčených diabetiků.

Diabetes mellitus je chronické onemocnění, které se projevuje poruchou metabolismu sacharidů. Tato porucha je způsobena buď nedostatkem, nebo nedostatečnou účinností inzulínu. Hlavním příznakem je zvýšená koncentrace glukózy v krvi. Onemocnění se neprojevuje jen poruchou metabolismu sacharidů, ale také tuků a bílkovin. Klinicky se diabetes klasifikuje do třech skupin. Diabetes mellitus I. typu – inzulin dependentní DM je charakteristický absolutním nedostatkem inzulínu. DM II. typu non-inzulin dependentní diabetes mellitus vzniká jako důsledek inzulinové rezistence, která má za následek porušené vyměšování inzulínu. Třetím typem je gestační diabetes, který se objevuje u některých nediabetiček, kdy se následkem metabolické zátěže objeví porucha glukózové tolerance nebo jiné příznaky diabetu. Nadměrná výživa, která vede k obezitě, a nízká pohybová aktivita jsou považovány za hlavní příčiny nárůstu diabetu v technicky vyspělé společnosti.

Diabetes má řadu komplikací. Mezi akutní patří hypoglykémie, chronické komplikace jsou spojeny s poškozením drobných vlásečnic i větších cév a nervových vláken. Léčba diabetiků vyžaduje úpravu životosprávy včetně dietních opatření, pokud toto nestačí, je zavedena léčba perorálními antidiabetiky nebo inzulínem. V péči o diabetika je velice důležitá edukace, kdy je nutné pacientovi vysvětlit podstatu nemoci, dietní zásady a význam zdravého životního stylu. Primární prevence diabetu je zaměřena na rodiny s genetickou predispozicí a spočívá v ovlivnění rizikových faktorů (nadváha, nedostatek pohybu). Cílem sekundární prevence je udržet co nejlepší hladinu glukózy v krvi a předcházet komplikacím diabetu u jedinců, kteří již diabetes mají.

Diabetes je onemocněním léčitelným, ale nikoliv vyléčitelným, proto diabetik doživotně navštěvuje diabetologickou ordinaci. (20,30)

2.5 Obezita

Obezitu i nadváhu způsobuje nadměrné hromadění tukové tkáně, které se projeví vyšší tělesnou hmotností. Hmotnost má nejtěsnější vztah k tělesné výšce. V dnešní době se nejčastěji používá Body Mass Index (BMI), jeho velikost souvisí s množstvím tělesného tuku. Vypočítá se podle vzorce: hmotnost v kilogramech vydělená druhou mocninou výšky

v metrech. Za normu BMI je považované hodnota 18,5 – 24,9 kg/m². Obezitu charakterizují hodnoty nad 30 kg/m². (viz příloha B)

Podle místa na těle, kde se tuk nejvíce hromadí, rozlišujeme dva typy obezity – mužský a ženský typ. U mužské obezity (androidní, typ jablko) se tu ukládá nejvíce v oblasti hrudníku a uvnitř břicha. Ženský typ obezity (gynoidní, typ hruška) charakterizuje ukládání tuku na hýždích a stehnech. Zmíněné typy obezity nejsou jednoznačně vázány na dané pohlaví, tzn., že androidní obezita se může vyskytovat i u žen a gynoidní u mužů.

Obezita je závažným chronickým onemocněním, které s sebou přináší řadu komplikací. K mechanickým komplikacím patří zatížení pohybového aparátu a dýchací obtíže. Mezi metabolické komplikace se počítá diabetes, zvýšený krevní tlak, kardiovaskulární onemocnění, zvýšená hladina cholesterolu a vznik nádorového onemocnění.

Nadměrný příjem potravy u jedinců s nízkou pohybovou aktivitou je nejčastější příčinou obezity. Významnou roli hrají také rodinné zvyklosti, dědičnost, hormonální poruchy a stres.

Obezita je považována za globální zdravotní problém lidstva, který nabývá pandemického charakteru. V České republice obezita postihuje 20% dospělé populace. Prevence obezity se týká celé společnosti. Základem je dostatečná znalost příčin a následků obezity a jasná představa o tom, co je to normální hmotnost. Léčba obezity spočívá v kombinaci nízkoenetické diety, zvýšení pohybové aktivity a změně životního stylu. (1,2,16,19,20)

2.6 Osteoporóza

Osteoporóza představuje častý problém žen po menopauze a postihuje jednu ze čtyř žen. (19) K jejím projevům patří zlomeniny, které snižují kvalitu života starých lidí. Nejčastěji zlomeniny postihují obratle, předloktí a krček stehenní kosti. Dílčí cíl 5 „Zdravé stárnutí“ programu Zdraví 21 – zdraví pro všechny do 21. století se zaměřuje na problémy starých jedinců, mezi něž patří i osteoporóza. Cílem je omezit výskyt úrazů, zlomenin snížením prevalence osteoporózy.

Při osteoporóze dochází k úbytku kostní hmoty. Nejčastější příčinou je nedostatek ženských pohlavních hormonů – estrogenů po menopauze. Důležitý je také vliv výživy – nedostatek vitamínu D, věk, genetika, kouření a nadužívání alkoholu.

Prevence je zaměřena na omezení zlomenin ve stáří. Základ tvoří dostatečná pohybová aktivita, nekouřit, omezit užívání alkoholu, dostatečný příjem vápníku, vitamínu D a hormonální substituce u nedostatku estrogenů po menopauze. (2,19,20)

2.7 Deprese

Deprese je závažným psychickým onemocněním, které zahrnuje soubor psychických, emočních a kognitivních projevů a jejím fatálním následkem může být sebevražda. Jedná se o časté onemocnění seniorského věku. Je charakteristická chorobnou změnou nálady, dlouhodobým smutkem, jejichž důvod není známý. Deprese je doprovázena pocitem beznaděje, opuštěností a bezvýznamností. Změny obsahu myšlení, poruchy spánku a změna chuti k jídlu patří mezi další možné projevy. Senioři jsou často apatičtí, rezignují a zanedbávají péči o sebe sama. Jedinci velice často nechtějí mluvit o svých psychických problémech, stydí se za ně, proto je důležité myslet na to, že jedinec může trpět depresí.

Pravděpodobnost vzniku deprese zvyšuje genetika, stresující události akutní či dlouhodobé a typ osobnosti. Mohou ji vyvolat i různá onemocnění mozku nebo léky.

Diagnostika deprese je velice důležitá především proto, že je léčitelná. Moderní antidepresiva mají minimální nežádoucí účinky a mohou zmírnit, či úplně odstranit příznaky deprese tak, že se stanou pro jedince únosnými. (2,8,16,20)

3 STÁŘÍ – SENIUM

Definovat stáří lze mnoha způsoby. V Geriatrii, od Z. Kalvacha a kol., je stáří označováno jako pozdní fáze ontogeneze a přirozený průběh života. Jde o projev a důsledek involučních změn, které probíhají druhově specifickou rychlostí. Délka života je tedy pro každý živočišný druh specifická a to od několika hodin - jepice, až do stovek let - želvy. U člověka je potencionální délka života 130 let. Je podmíněna nejen geneticky, ale i vlivy prostředí, zdravotním stavem, životním stylem, sociálně ekonomickými a psychickými vlivy. Stáří (senium) je výsledkem stárnutí (involuce). Příčinou obtížného vymezení stáří jsou četné a individuální příčiny, které nastupují v různém věku a také jejich podmíněnost i rozpornost. Proto se nejčastěji stáří rozlišuje na kalendářní, sociální a biologické.

Odpověď na otázku – kdy je člověk pokládán za starého - je velice obtížná a shrnuje již výše zmíněná fakta. První důvod neshodného vymezení stáří je takový, že u jednoho člověka se může vyskytnout pokles výkonnosti v některé činnosti, přičemž výkon v jiném ohledu stoupá, nebo je stabilní. Druhým důvodem je, že někteří jedinci si zachovávají fyzickou i duševní zdatnost do vysokého věku kdežto jiní naopak stárnou velmi brzy. Za třetí – příčinou kladných změn ve zdravotním stavu jsou změny ve zdravotnictví i společenské

změny, které však na druhou stranu mění zátěž kladenou na seniory a tak je hranice stáří tlačena buď jedním, nebo druhým směrem. Ze společenského hlediska je člověk považován za starého, když ho za něj pokládá společnost. (12,13,15)

3.1 Stáří kalendářní

Kalendářní stáří je jednoznačně vymežitelné. Označuje datum narození až úmrtí. Nevýhodou tohoto dělení je, že nepostihuje interindividuální rozdíly. V dnešní době je počátkem stáří považován věk 65 let. Od věku 75 let mluvíme o vlastním stáří. Tyto věkové hranice se s prodlužující se očekávanou dobou dožití stále posunují. V roce 1800 byl za starého označován člověk čtyřicetiletý, v roce 1900 pak padesátník.

Kalendářní stáří lze rozdělit dle věku do třech základních skupin. Za první mladí senioři (65-74 let), toto období zahrnuje problematiku odchodu do důchodu, volného času, aktivit a seberealizace. Další skupinu tvoří staří senioři (75-84 let), zde je hlavním problémem tolerance zátěže, specifického stonání, adaptace a osamělosti. Velmi staří senioři (85 a více let), představují poslední, třetí skupinu kalendářního stáří, kde se vyskytují obtíže se soběstačností a zabezpečeností. (12)

3.2 Sociální stáří

Stáří sociální zahrnuje změnu sociálních rolí a potřeb, ekonomického zajištění a životního stylu. Pojem upozorňuje na určitá rizika, jako jsou maladaptace s penzionováním, ztráta sociálních kontaktů, společenské prestiže, smyslu života, osamělost, dále věková segregace a diskriminace (ageismus). Počátkem tohoto období je označován odchod do důchodu či doba, kdy vzniká nárok na pobírání starobního důchodu.

V sociální periodizaci života se setkáme s dělením na první, druhý, třetí a čtvrtý věk. První věk představuje předproduktivní období, dětství a mládí, učení, profesní přípravu a získávání sociálních zkušeností. Produktivní období, dospělost, produktivita ekonomicko-sociální a biologická je řazena pod tzv. druhý věk. Pod tzv. třetí věk patří postproduktivní období, stáří nad 65 let až po 85 let. Čtvrtý věk charakterizuje období závislosti (nad 85 let).

Toto dělení je správné, ale vstěpuje chybné představy o stáří a to, že ztráta soběstačnosti a závislost jsou nezbytnou součástí dlouhého života. (12,15)

3.3 Biologické stáří

Biologický věk ukazuje objektivní stav fyzického vývoje či degenerace. Toto označení se užívá k vyjádření celkového stavu lidského organismu. Biologické stárnutí tedy označuje konkrétní míru involučních změn daného jedince. Dochází ke zpomalení a oslabení funkcí tělesných systémů a k poklesu biologických adaptačních mechanismů. (12,13,15)

3.4 Stáří a dnešní společnost

Moderní uspěchaná doba se vyznačuje poklesem společenské prestiže seniorů, kteří se tak dostávají na okraj společnosti. Mladí lidé již dnes nemají takové zkušenosti se soužitím se svými prarodiči, proto nemohou najít porozumění pro jejich přání a potřeby.

Dříve žilo pod jednou střechou několik generací, úloha starších spočívala ve výchově vnoučat a předávání zkušeností. Současní staří lidé byli vychováváni k disciplíně, poslušnosti a odříkání. Zažili válečné útrapy, hlad a finanční nouzi. Dnes dochází k odcizení jednotlivých členů rodiny. Vznikají mezigenerační propasti s oboustranným nepochopením a netolerantností. Staří lidé se cítí ohroženi uspěchanou dobou.

Věková diskriminace, postihující staré lidi je označována pojmem **ageismus**. Poprvé toto označení použil americký psychiatr Robert Butler v roce 1968 v souvislosti se segregací bytovou politikou. Tento termín současně obsahuje negativní představy o stáří. Mladí se v tomto pojetí považuje za něco lepšího, hodnotnějšího než stáří. Současný kult mládí vyzdvihuje biologické hodnoty na první místo. Mezi zdroje ageismu patří celá řada faktorů jako např. strach ze smrti nebo nemoci, důraz na mládí, fyzickou krásu. Z ekonomického hlediska je stáří chápáno jako dluh, závazek společnosti. Důsledky ageismu mohou být různé, ať už se jedná o stěhování do segregovaného bydlení, alkoholismus, ale i sebevraždy. Důležitým faktorem pro zmírnění ageismu je představení pravdivého obrazu stáří společnosti a podpora častějších kontaktů se staršími lidmi. (12,14,21,22)

4 POPULAČNÍ VÝVOJ V ČESKÉ REPUBLICE

Vývoj společnosti podmiňují změny reprodukce, především se jedná o procesy porodnosti a úmrtnosti. Jejich důsledkem jsou i změny věkového složení obyvatelstva. Demografické stárnutí se stává nejvýznamnějším faktorem, který ovlivňuje další vývoj společnosti a stává se nejvíce sledovaným jevem. Populační stárnutí je charakterizováno rychlejším nárůstem starších věkových skupin. Tento jev může být způsoben buď zpomalením růstu mladších věkových skupin, což je způsobeno poklesem plodnosti a porodnosti. Demografové tento typ stárnutí nazývají jako „stárnutí ze spodu věkové pyramidy“. Druhou příčinou stárnutí populace bývá pokles úmrtnosti zejména ve starším věku, toto je označováno jako tzv. „stárnutí na vrcholu věkové pyramidy“.

V České republice je vývoj závažný, podle různých prognóz může mít v polovině 21. století spolu s Itálií a Řeckem nejvyšší podíl starých lidí na světě. K tomuto stárnutí dochází především snížením úrovně plodnosti, ale také prodlužováním života. (viz příloha C)

Ve vyspělých zemích v současné době nejrychleji přibývá osob starších 85 let včetně seniorů nad 100 let. Vývoj stárnutí v konkrétní populaci je podmíněn plodností, úmrtností a migrací. Tyto faktory mohou stárnutí zbrzdit či pozastavit nebo naopak zrychlit.

Nárůst seniorské populace se v brzké době projeví výrazným ekonomickým zatížením obyvatelstva produktivního věku, jejich počty se budou snižovat. Převaha osob v důchodovém věku způsobí nárůst výdajů za zdravotní a sociální péči. Bude docházet nejen k poklesu počtu jedinců v produktivním věku, ale i jejich stárnutí. Nejrychlejší nárůst zaznamenají nejstarší věkové skupiny. Jedná se o osoby se zvýšenými požadavky na rodinnou, zdravotní i sociální péči. Předpokladem je, že mladší senioři budou zdravější a budou se moci zapojovat do společenského života. Podle populační prognózy OSN se Česká republika stane jednou z nejstarších populací v Evropě. (12,14,17, 32)

5 TEORIE STÁRNUTÍ

V současné literatuře existuje mnoho teorií, které vysvětlují proces stárnutí. Každá z nich na jeho příčinu nahlíží z různých stran.

Teorie genetická předpokládá, že stárnutí je projevem určitých biochemických změn, které jsou zakódovány v molekulách DNA, a pravděpodobnost dožití jedince je naprogramované. Vychází z druhově specifické nebo familiárně podmíněné délky života.

Teorie mutační vysvětluje úbytek buněk a pokles funkční zdatnosti mutací somatických buněk. Stárnutí je tedy výsledkem jejich mutačního poškození. Mutace může postihnout DNA chromozomů i mitochondrií.

Teorie omylů proteosyntézy, omyly v sekvenci aminokyselin vedou ke změnám jejich funkce i struktury. Následkem je tedy poškození buněk popřípadě jejich smrt.

Teorie autoimunní popisuje zánik buněk na podkladě autoimunních procesů. Jedná se o autointoxikaci produkty metabolismu a tělesné činnosti, například laktátem při práci svalů. Na molekulární úrovni se za autointoxikaci považuje působení volných radikálů, které vznikají při metabolické činnosti.

Teorie překřížení představuje znehodnocení (zestárnutí) makromolekul jejich překřížením reaktivními nízkomolekulárními látkami (aldehydy). Postiženy mohou být řetězce DNA i molekuly bílkovin v cytoplazmě nebo membránách. Tato teorie bývá také aplikována na stárnutí vaziva a kolagenu, jehož změna struktury vyvolává změnu elasticity tkání, která je nejvíce patrná na kůži.

Teorie volných radikálů neboli teorie o významu reaktivních sloučenin kyslíku a oxidačního stresu, mají zásadní význam v procesu stárnutí při poškozování buněk. Volné radikály mají podíl na vzniku lipofuscinu, peroxidují lipidy, poškozují makromolekuly bílkovin a mitochondrie. (3,10,12)

6 INVOLUČNÍ ZMĚNY VE STÁŘÍ

Stárnutí je součtem změn v čase, kterým organismus podléhá. Jedná se o změny individuální a asynchronní to znamená, že funkce i systémy organismu stárnou nerovnoměrně. Tato involuce se projevuje v oblasti biologické, tělesné i duševní.

6.1 Biologické změny

Fenotypem stáří bývají označovány tělesné změny, kterými se staří lidé odlišují od mladých. Tyto změny zasahují orgány a tělesné tkáně. U každého jedince probíhají individuálně a jsou podmíněny životním stylem a genetikou. Atrofii, která postihuje orgány a tkáně, hodnotí Zdeněk Kalvach jako obecný rys stárnutí. Nejvíce je ohrožen mozek, jehož tkáň bývá nahrazena vazivem. (6,10,12)

6.1.1 Pohybový systém

Snižující se výška těla, ubývání kostní hmoty, oplošťování meziobratlových plotének patří mezi základní změny pohybového systému ve stáří. Vazivo ztrácí pružnost, chrupavky v kloubech jsou tužší, zpomaluje se rychlost nervových vzruchů. To vše vede k obtížnějšímu, pomalejšímu často i bolestivému pohybu. Atrofie meziobratlových plotének a ochabnutí meziobratlových svalů způsobí to, že se starý člověk hrbí. Snižuje se pružnost i rychlost příčně pruhovaného svalstva, naopak hladké svalstvo plní svou činnost až do vysokého věku. Výjimkou jsou hladké svaly cév, kde se ukládá tuk a vápník, postupem věku dochází k jejich zužování, což vede k ischemii zásobující části těla. (6,10,12)

6.1.2 Kardiopulmonální systém

Pohyby hrudníku jsou menší, proto člověk přijímá méně kyslíku z okolního prostředí. Funkce plic se snižuje, klesá vitální kapacita plic. Snižuje se také průtok krve orgány tím, že srdce přečerpává méně krve. Cévy jsou méně pružné a tenčí.

Snížením elasticity v cévním řečišti dochází ke vzniku tzv. pružnickové hypertenze, která se vyznačuje vysokým systolickým tlakem, přičemž hodnota diastolického tlaku je v normě. Regulace krevního tlaku je narušena prodlužujícími se tepnami a jejich nižší elasticitou. Protože je levá komora srdeční méně výkonná, dochází při vyšší zátěži k levostrannému srdečnímu selhávání.

Častější výskyt respiračních infekcí je způsoben poklesem výkonnosti řasinkového epitelu v plicních cestách.

Ve stáří zaniká schopnost převodního srdečního systému a buněk srdeční svaloviny samostatně tvořit vzruchy. Mění se i srdeční chlopně, průtok krve zde znesnadňuje ukládání vápníku. (6,10,12)

6.1.3 Gastrointestinální systém

Stáří, u zdravých jedinců nemá vcelku velký vliv na gastrointestinální funkce. Výjimkou může být proximální část jícnu, anální oblast a pánevní dno, protože kombinace drobných lézí a stárnutí může vést ke klinicky zřetelným problémům, např. dysfagie, zácpa, či inkontinence stolice.

Snižuje se množství trávicích šťáv, je pomalejší rozkládání i vstřebávání potravy. Méně výkonné jsou játra i pankreas. Chronická zácpa vzniká v důsledku poklesu činnosti tlustého střeva. Tento problém bývá i příčinou bolestí v bederní oblasti. (6,10,12)

6.1.4 Urogenitální systém

Po 40. roce věku klesá očišťovací a koncentrační funkce ledvin, následně se mění i jejich struktura. V močovém měchýři a močové trubici klesá elasticita, což vede ke stoupání postmikčního rezidua. Dále také ochabují svěrače kolem uretry. Výskyt močové inkontinence se po 60. roce života zvyšuje.

Pohlavní činnost zaznamenává pokles. U mužů se snižuje potence. Benigní hypertrofie prostaty může postihnout už i muže středního věku. Pravděpodobně každý muž ve věku nad 80 let má karcinom prostaty, který se málo kdy klinicky manifestuje, jedná se o tzv. latentní karcinom. U žen končí menstruace. Se stoupajícím věkem dochází k redukci elastických a kolagenních vláken, což je spojeno s poklesem orgánům, především dělohy. (6,10,12)

6.1.5 Kožní systém

Stárnutím je ovlivněna i kůže, ztenčuje se, ztrácí pružnost, ubývá podkožního tuku a tvoří se vrásky. Snižuje se kožní turgor. Na kůži můžeme pozorovat jednak zvýšenou pigmentaci, kdy se kožní barvivo ukládá do určitých částí kůže a způsobí tak zhnědnutí – stařecké skvrny, nebo naopak pigmentace v určitých částech kůže chybí. (6,10,12)

6.1.6 Nervový systém

V neuronech dochází k biochemickým změnám vlivem ukládání lipofuscinu, který se ukládá také v játrech a ve svalech. Tyto změny vedou ke snížení rychlosti vedení vzruchů. Lipofuscin je nahnědlý pigment vznikající z tuku. V obalech neuronů vznikají senilní plaky, které mohou být příčinou demence.

Poruchami chůze a rovnováhy se projevují změny hlubokého cití. Zpomalením regulačních mechanismů se snižuje schopnost adaptace na nové podmínky a také odolnost k zátěži. Délka i kvalita spánku se snižuje, často se vyskytuje spánková inverze, kdy jedinci spí přes den, v noci se budí a špatně usínají. (6,10,12)

6.1.7 Smyslové orgány

Smyslové orgány umožňují vnímání signálů z okolního prostředí, ve stáří se tato schopnost snižuje. Zhoršení postihuje všechny smysly a to jak zrak, sluch, chuť, ale i čich a hmat. Vnímání síly, chladu, tepla, chladu, tlaku i polohy a pohybu těla je častou příčinou úrazů. (6,10,12)

6.2 Psychosociální změny

Stáří je doprovázeno nejen změnami biologickými, ale také psychosociálními. Psychologické stárnutí představuje všechny změny psychiky, které jsou ve vyšším věku stále častější. Psychické změny jsou značně individuální což je podmíněno biologickým stárnutím. Psychosociální oblast seniorů je ovlivněna zkušenostmi, které jedinci získali, jejich životním stylem a také postojem společnosti.

Osobnost člověka a její úroveň se nemalým dílem podepisuje na kvalitě psychiky seniora. Typické osobnostní rysy mohou upadat nebo se naopak zvýrazní. Jedinec v tomto období může přehodnocovat své hodnoty, potřeb či cíle.

Významným sociálním mezníkem je penzionování, které přináší podstatné změny v životě seniora. Sociální role se mění z hlediska pracovního, společenského i rodinného. Tyto situace mohou vést až k tomu, že se jedinec cítí jako méněhodnotný až úplně zbytečný. Na tento nežádoucí jev proto vhodné se dobře připravit. (10, 12)

7 ADAPTACE A PŘÍPRAVA NA STÁŘÍ

Naše populace se dožívá stále vyššího věku a dochází k postupnému navyšování počtu seniorů. Adaptaci a přípravu jedince na stáří podmiňují faktory, mezi které neodmyslitelně patří osobnost člověka se svou životní filozofií a zkušenostmi.

7.1 Adaptace

Stárnutí organismu je individuální proces. Úspěšné vyrovnání se se změnami, které přináší stárnutí (coping) spočívá ve schopnosti adaptace.

Existují různé teorie, vysvětlující jak nejlépe se přizpůsobit změnám ve stáří.

V teorii aktivního stáří spočívá adaptace na stáří v udržení aktivit a kontaktů se společností. Při omezení řady činností a funkcí jedince se jedná o tzv. *teorii postupného uvolňování aktivit*. *Substituční teorie* je založena na náhradě činností a aktivit, které již starší člověk nezvládá činnostmi pro něj vhodnějšími

Adaptace probíhá dvěma mechanismy, při nichž se člověk přizpůsobuje zvláštnostem, problémům = *akomodace*, a kdy člověk přizpůsobuje věci sobě = *mechanismy asimilace*.

Existuje pět strategií jak se vyrovnat se svým stářím. (12,14,15,21)

7.1.1 Konstruktivnost

Tato strategie je optimální. Jedinci navazují vztahy s ostatními lidmi, jsou optimističtí, přizpůsobiví okolnostem a tolerantní, těšící se ze života. Své zájmy rozvíjejí, jsou smíření se stárnutím a vědí o svých možnostech, ale i mezích. S rodinou udržují dobré vztahy a jejich povaha vychází většinou ze šťastného dětství. (12,14,15,21)

7.1.2 Obranný postoj

Obranný postoj je typický pro lidi, kteří dříve žili aktivním životem a nemohou se smířit s tím, že stárnou. Mají strach ze ztráty svých aktivit a především z jakékoli závislosti. Odmítají pomoc, počítají s problémy ve stáří a jsou na ně připraveni. Na stáří nahlíží spíše pesimisticky, ale smíří se s ním. (12,14,15,21)

7.1.3 Závislost

Závislí jsou ve stáří převážně ti lidé, kteří byli celý život pasivní. I v tomto životním období proto očekávají, že se o ně a jejich potřeby někdo postará. Jedná se převážně o vyrovnané jedince. Často své problémy zveličují, čímž manipulují s okolním světem. Tito jedinci bývají podezřívaví a ostražití. Bez okolků se vzdají práce a rádi odpočívají. (12,14,15,21)

7.1.4 Nepřátelství

Strategii nepřátelství používají jedinci, kteří již dříve s lidmi nevycházeli dobře. Často svalují vinu na druhé, jsou agresivní, také podezřívaví, nespokojení a rádi vyvolávají konflikty. Jejich nepřátelský postoj se projevuje hlavně k mladším lidem a to z prostého důvodu a to, že jim jednoduše závidí.

Stáří chápou jako nespravedlnost osudu. Protože se jim lidé a to i rodina raději vyhýbají, žijí většinou osaměle. Nepřátelský typ osobnosti má ke stáří odpor a špatně se s ním smiřuje. (12,14,15,21)

7.1.5 Sebenávist

Jedinci, kteří patří do této skupiny, zanedbávají mezilidské kontakty jsou depresivní lítostiví, pesimističtí a cítí se být obětí svého osudu. Se stáráním, ale i se smrtí si nedělají velké starosti. Smrt považují za vysvobození ze svého „promarněného života“. U těchto seniorů se nejvíce vyskytují sebevraždy. (12,14,15,21)

7.2 Příprava na stáří

Stárnutí je celoživotním procesem. Příprava na stáří musí proto být neodmyslitelnou součástí lidského života. Z praktického pohledu se rozlišují tři formy přípravy.

7.2.1 Dlouhodobá příprava

Dlouhodobá příprava začíná již od dětství. Děti by se měly učit správným zásadám chování a úctě ke starším lidem. Dospělí svým chováním k rodičům, prarodičům i ostatním seniorům rozhodují právě o tom, jak k této generaci bude přistupovat jejich dítě. (12,14,15,21)

7.2.2 Středně dlouhá příprava

Středně dlouhá příprava na stáří se týká jedinců středního věku. Měli by se cíleně připravovat na stáří správnou životosprávou a chápáním stáří jako součástí života. Vhodné v tomto období je rozvíjet takové aktivity, kterým se budou moci věnovat i v pozdějším věku. Udržování a včasné vytvoření přátelství také usnadňuje adaptaci na stáří. (12,14,15,21)

7.2.3 Krátkodobá příprava

Krátkodobá příprava zahrnuje období tří let před odchodem do starobního důchodu a je již převážně praktická. Týká se bezbariérových úprav v bytě, výměny starých spotřebičů. Tyto činnosti se mají uskutečnit ještě v době, kdy mají ještě lepší finanční možnosti a jsou při síle. Dále je důležité dbát na zdravý životní styl, udržování společenských kontaktů, aktivit a koníčků k vyplnění volného času. Existují dvě možnosti jak stárnout, buď pasivně čekat až zestárneme nebo aktivně žít svůj život a dále ho utvářet. (12,14,15,21)

8 POTŘEBY SENIORŮ

Potřebou označujeme něco, co živé bytosti nezbytně potřebují pro svůj vývoj a život. Životní situace a vývoj osobnosti ovlivňují individuální hierarchii potřeb jedince. Základem dnešního ošetřovatelství je uspokojování potřeb jedince každého věku.

Americký psycholog Abraham Harold Maslow je zakladatelem nejrozšířenější hierarchie lidských potřeb, kterou zobrazoval jako pyramidu. Fyziologické potřeby tvoří základnu pyramidy, vyskytují se při poruše homeostázy, označují potřebu organismu (např.: potřeba dýchání, spánku, výživy, pohybu, hygieny, vylučování). Potřeba bezpečí a jistoty nastává při

ztrátě životní jistoty, nebezpečí, patří sem potřeby ekonomického, sociálního a fyzického bezpečí. Spolu s fyziologickými potřebami řadíme tuto skupinu do potřeb nižších, kdy platí skutečnost, že pokud nejsou uspokojeny potřeby nižší, nemohou být uspokojeny potřeby vyšší. Sociální potřeby vyplouvají na povrch v situacích, kdy se člověk cítí osamělý, projevem je snaha patřit do nějaké skupiny, být milován. Řadíme sem potřebu vyjadřovat se být vnímán, potřeba informovanosti, sounáležitosti a lásky. Potřebu sebeúcty a uznání pociťují jedinci při ztrátě kompetencí, respektu, důvěry, kdy výsledkem je snaha o získání ztracené společenské hodnoty. Na vrcholu pyramidy stojí potřeba sebeaktualizace, která se projevuje realizací svých schopností a záměrů

Jak již bylo zmíněno, hodnotová orientace potřeb se ve stáří mění. Senior potřebuje vědět, že je milován a někam patří. Chce být přesvědčován o existenci své pozice v rodině a citového vztahu. S věkem se zvyrazňují fyziologické potřeby, senior požaduje především teplo a pohodu.

Senioři se cítí ohroženi, osamoceni, postupně se smiřují s určitou závislostí na druhých lidech, v tomto případě se dominantní stává potřeba bezpečí, kterou může zvládnout, například rodinná péče. Řešení problémů a uspokojování potřeb je základní součástí péče o seniora. (8,10)

9 SLUŽBY PRO SENIORY

Geriatrická medicína prochází napříč všemi obory klinické medicíny. Starší pacienti často v nemoci potřebují nejen služby zdravotní, ale i sociální. Jedná se o kompletní zdravotně-sociální problematiku. Z toho plyne potřeba vzájemné návaznosti a propojenosti těchto služeb.

V 80. letech 20. století byly deklarovány na Vídeňském sympoziu o stárnutí 4 základní principy zdravotně-sociální péče.

Prvním principem je demedicinace, která znamená podřízení medicínských aspektů kvalité života seniorů, zvláště pokud jsou dlouhodobě a chronicky nemocní. Jedná se především o zachování či obnovu sociální role, zajištění důstojnosti, autonomie a seberealizace pacienta.

Druhý princip - deinstitucionalizace říká, že větší část péče a služeb by měla být poskytována v rámci terénních komunitních služeb. Upravené bezbariérové domácí prostředí s využitím kompenzačních pomůcek je upřednostňováno před institucionalizací pacienta.

V ústavní péči je snaha o vytvoření přirozeného prostředí, zachování soukromí a zabránění sociální deprivaci.

Třetí princip - desektorializace popisuje nutnost prolomení bariér mezi zdravotnickou a sociální problematikou a také mezi ústavní a ambulantní službou. Předpokladem je vzájemné prolínání odborností. Zahrnuje koordinovanost, komplexnost, návaznost i účelnost při zabezpečení klienta.

Čtvrtý princip - deprofesionalizace udává vhodnost zlaičtění péče, spolupráce s rodinou a podpory laických pečovatелů. Součástí péče by měly být terénní, stacionářové a respitní péče. Odborníci by zde měli zaujímat roli supervizorů. (10, 12, 18)

9.1 Zdravotní služby

Zdravotní péče o staré osoby je hrazena ze zdravotního pojištění. Základ tvoří primární péče poskytovaná praktickým lékařem. Ten by měl dobře znát rodinné poměry a sociální zázemí pacienta. Koordinuje péči o seniora, sleduje její návaznost a to jak ve zdravotnické tak v sociální sféře. Protože by měl jedince znát nejlépe, předchází vzniku nesoběstačnosti a závislosti, čímž snižuje potřebu další zdravotně-sociální péče. Praktický lékař by také měl spolupracovat s ostatními složkami primární péče, kam patří rodina, terénní a komunitní služby. (10, 12, 18)

Jedinci starší 60 let tvoří velkou část klientely specializované ambulantní odborné péče. Jedná se především o obory interní, urologii, neurologii, oftalmologii a dermatovenerologii.

Mezi zdravotní služby patří také domácí péče, která je poskytována na doporučení praktického lékaře nebo na omezenou dobu na doporučení specialisty. Tato péče je do určitého rozsahu hrazena ze zdravotního pojištění. Nadstandardní služby si hradí klient sám. Slouží k zajištění akutní péče, péče po propuštění z nemocnice i péči o chronicky nemocné. Předpokladem pro fungování domácí péče je její dostupnost, vhodné rodinné zázemí a zapojení rodiny do péče. Domácí péče může poskytovat služby sociální (hygiena, praní, úklid, donáška jídla, nákupy) i služby zdravotní. (10, 12, 18)

Ústavní péče poskytuje zázemí zdravotnickým a sociálním terénním službám. Poskytuje péči nesoběstačným, závislým pacientům a chronicky nemocným. Cílem péče je stabilizace stavu, pozitivní ovlivnění kvality života a návrat jedince do domácího prostředí. Dochází zde k prolínání lékařské, rehabilitační, ošetrovatelské a paliativní péče. Dlouhodobou ústavní péči poskytují léčebny dlouhodobě nemocných a zařízení hospicového typu. (10, 12, 18)

V důsledku stárnutí populace dochází ke geriatrizaci nemocničních služeb. Je vyšší výskyt chorob ve stáří a mnohé ambulantní výkony, které se u mladších jedinců provádějí ambulantně, je často nutné u seniorů provést za hospitalizace. Dále se prodlužuje doba pobytu v nemocnici a je nutný multidisciplinární tým. Ideální model uspořádání nemocniční geriatrické péče obsahuje následující oddělení:

Akutní geriatrická oddělení slouží seniorům, kteří přicházejí pro urgentní zhoršení stavu. Hlavní je zde diagnostika léčba nekompensujících chorob.

Funkčně diagnostická oddělení (oddělení pro komplexní geriatrické hodnocení) se zabývá stanovením funkčního potenciálu a individualizací komplexní péče. Nezabývá se již urgentní diagnostikou a léčbou.

Geriatrické rehabilitační oddělení mají zvýrazněnou rehabilitační a rekondiční činnost. Převážnou část klientů tvoří jedinci po CMP, amputacích a po operacích na pohybovém aparátu. Tuto péči nyní částečně poskytují léčebny dlouhodobě nemocných.

Ošetrovatelské geriatrické oddělení je vedeno odborníky v ošetrovatelství. Spadají sem pacienti, jejichž ošetrovatelský problém přesahuje možnosti domácí péče, například rozsáhlé dekubity. Tento problém řeší akutní oddělení – interní, neurologické, kožní, i léčebny dlouhodobě nemocných.

Úzce specializovaná geriatrické zařízení se zaměřují například na ikty, úrazy, operace pohybového aparátu a gerontopsychiatrickou problematiku. V ČR existují gerontopsychiatrická oddělení, která jsou součástí psychiatrických léčeben. (12)

9.2 Sociální služby

Sociální péče o seniory zajišťuje pomoc prostřednictvím poskytování sociálních dávek a sociálních služeb, na jejichž úhradě se podílí klient.

Mezi sociální služby patří pečovatelská služba, o kterou si žádá sám klient. Tato služba je poskytována občanům v jejich domácím prostředí. Nejvíce jsou využívána střediska osobní hygieny, prádelny a jídelny pro seniory.

Do komunitních služeb spadají domovinky, denní či týdenní stacionáře. Pomáhají rodinám, které se starají o jedince v domácím prostředí, ale v době svých pracovních povinností nemohou péči zajistit. Z pravidla se jedná o všední dny. Péče zahrnuje dohled, stravování, zájmovou a kulturní činnost. (8,10,11,12)

Domy s pečovatelskou službou poskytují individuální bydlení seniorům. Umožňují žít v přirozeném prostředí a využívat pečovatelských služeb. Obyvatelé obdrží dekret na malometrážní byt a běžným způsobem platí nájemné.

Mezi ostatní společenská a kulturní zařízení pro seniory patří kavárny pro seniory, denní centra a kluby důchodců.

Plně ústavním sociálním zařízením jsou domy seniorů (dříve domovy důchodců). Klient je přijímán na základě žádosti. Negativem této péče je nedostatek soukromí a izolace od blízkých. Tento typ péče si klient hradí sám, soukromá zařízení bývají dražší než státní či církevní. Péče je poskytována zdravotními sestrami a součástí zařízení je i ordinace praktického lékaře.

Určitou formu pomoci rodině pečující o jedince poskytuje respitní péče. Přebírá klienta do péče v době dovolené, lázeňské léčby či hospitalizace pečujících. Náklady na tuto péči plně hradí klient nebo rodina. (8,10,11, 12)

10 PREVENCE U SENIORŮ

Preventivní opatření u seniorů obsahuje primární, sekundární i terciární prevenci. Doporučení pro jedince ve věku od 65 do 75 let jsou zaměřena na udržení fyzické zdatnosti a soběstačnosti, snížení rizika vzniku poranění, úrazů a onemocnění. V primární péči provádí prevenci praktický lékař formou preventivních prohlídek 1x za dva roky, které jsou hrazeny zdravotní pojišťovnou. U rizikových seniorů a osob starších 75 let jsou doporučeny tyto prohlídky 1x ročně. (25)

10.1 Obecná opatření

Obecná opatření zahrnují fyzickou aktivitu prováděnou minimálně 3-5x týdně po dobu 30 minut (chůze, udržení rozsahu pohybu v kloubech pomocí denního procvičování, cvičení zaměřená na stabilitu a rovnováhu). Dále Nekuřáctví a vhodné stravovací návyky, které spočívají ve vyvážené stravě obsahující 0,6 – 1g/kg/den proteinů, kalcium 1000-1500mg/den u žen, vitamin D 400-800 ID/den, omezení tuku, dostatek vlákniny, ovoce a zeleniny. Přiměřená hmotnost je dalším opatřením, kontroluje se měřením BMI 1x za rok.

Prevence úrazů a to především dopravních představuje používání pásů v autě, přilby při jízdě na kole a pravidelné ověřování způsobilosti k řízení vozu., dále je nutné snížení rizik v domácnosti a prevence pádů.

Imunizace – očkování proti chřipce probíhá 1x ročně, proti pneumokoku 1x v 65 letech, dále po 5 letech a tetanus 1x za 10 let. (25)

10.2 Screening

Screening znamená použití různých diagnostických metod sloužících k vyhledávání rizikových nebo nemocných osob, u kterých se ještě neprojeví příznaky daného onemocnění. Principem tedy je zachytit nemoc dříve, než se projeví příznaky pokročilého stádia, kdy je pochopitelně nižší šance na vyléčení.

Onkologický screening obsahuje 1x měsíčně palpační samovyšetření prsů. Mamografické vyšetření je určeno ženám od 45 let, a to jednou za dva roky. V mezidobí se doporučuje provést ještě ultrazvukové vyšetření a 1x ročně klinické vyšetření. Dále se doporučuje 1x ročně vyšetření kůže. Pro včasné odhalení kolorektálního karcinomu je vhodné od 50 do 54 let provádět hemokult – test na okultní (skryté) krvácení každý rok, od 55 let 1x za 2 roky. V 55 letech je možné se rozhodnout buď pro primární screeningovou kolonoskopii, nebo test na okultní krvácení. Gynekologické vyšetření a vaginální cytologii žena podstupuje 1x za 3 roky do 65-70 let. Mužům se v rámci prevence karcinomu prostaty odebírá krev na prostatický specifický antigen a vyšetření per rektum se provádí 1x ročně. V ČR zatím celoplošný screening karcinomu prostaty není zaveden.

K dalším vyšetřením, prováděným jednou ročně, patří screening zraku, sluchu, krevního tlaku, diabetu, TSH, kognitivní screening, zubní vyšetření a lipidogram u manifestní aterosklerózy a rizikových faktorů (ICHS, DM, ICHDK, CMP), jinak 1x za 5 let. Vyšetření kostní denzity se provádí v 60 letech u rizikových žen (nízká hmotnost, bez hormonální substituce), v 65 letech u všech žen. (24,25)

11 MEDICÍNA PROTI STÁRNUTÍ

Anti – aging medicína neboli medicína proti stárnutí je poměrně nový medicínský směr 21. století, který vznikl v důsledku stárnutí populace. Tato lékařská specializace má za cíl dosáhnout co nejlepší kvality života a dlouhověkosti. Základem je péče o vlastní zdraví již od dětského věku, proto má tato medicína význam pro všechny věkové kategorie. Medicína proti stárnutí zahrnuje různé formy terapie nebo jiných prostředků vedoucí k časně diagnostice, prevenci, terapii a nápravě seniorských dysfunkcí, poruch a onemocnění. V tomto tisíciletí představuje nejdůležitější model zdravotní péče. Mimo prodloužení života je jejím cílem radost ze života, produktivnost a vitálnost člověka. Medicína proti stárnutí velice usiluje o úplné odstranění životního období, kdy je člověk závislý na ostatních.

Do České republiky tento směr pronikl v květnu roku 2005, kdy byla založena Asociace Medicíny proti stárnutí ČR. Cílem je rozvoj medicíny proti stárnutí v ČR a její prosazování do společenského života, dále podpora médií, veřejnosti, lékařů, pacientů k udržování zdravého životního stylu.

Na internetových stránkách je zájemcům o anti-aging medicínu k dispozici oficiální test dlouhověkosti (viz příloha D). Dotazování zde zjistí, co ovlivňuje délku jejich života a jak se chovat aby se dožili vysokého věku ve zdraví a dobré kondici.(3,4)

II PRAKTICKÁ ČÁST

1 CÍLE A HYPOTÉZY

Cíle:

- 1) Zaměřit se na životní styl seniorů se sledováním rozdílů dle života v domácím či sociálním zařízení a dle pohlaví
- 2) Zmapovat problémové oblasti v životním stylu seniorů
- 3) Na základě výzkumu vytvořit edukační materiál pro seniory

Hypotézy:

1. Předpokládám, že hodnoty BMI budou vyšší u jedinců žijící v domácím prostředí a u mužů budou hodnoty nižší než u žen.
2. Domnívám se, že život v sociálním zařízení ovlivňuje stravování a pitný režim jedinců a to tak, že se zde stravují pravidelněji (5-6 krát denně) a vypijí více tekutin než jedinci žijící v domácím prostředí
3. Domnívám se, že respondenti žijící v sociálním zařízení se budou věnovat kulturním i pohybovým aktivitám ve větším počtu než senioři žijící v domácím prostředí.
4. Myslím si, že většina seniorů nebude mít zájem o další vzdělávání.
5. Předpokládám, že lidé žijící v sociálním zařízení budou svoji finanční situaci hodnotit hůře než lidé žijící v domácím prostředí.

2 METODIKA VÝZKUMU

Výzkumné šetření probíhalo od června 2009 do ledna 2010 v Pardubickém kraji. Jako metodu jsem zvolila dotazování technikou dotazníku (viz příloha E) a také zúčastněné pozorování. Dotazník byl použit pro jeho jednoduchost, anonymitu a dobrovolnost. Účelem dotazníku bylo především zmapovat rozdíly v životním stylu seniorů, kteří žijí v domácím prostředí, sociálním zařízení a rozdíly mezi pohlavím. Pro rozsáhlost této problematiky jsem se zaměřila především na zdravotní problémy seniorů, stravování, pohybovou a volnočasovou aktivitu.

Pilotáž proběhla v červnu loňského roku. Osloveno bylo 10 respondentů. Na základě výsledků pilotáže jsem provedla pouze drobnou úpravu týkající se bydlení, kdy senioři v některých případech nevěděli, kolik obyvatel má místo, kde žijí. Proto jsem variantu počtu obyvatel nahradila možností město či vesnice.

Celkem bylo vyplněno 100 dotazníků, určeny pro seniory od 65 let a více. Polovina dotazníků sledovala seniory žijících v domácím prostředí a druhá polovina jedince, kteří žijí v sociálním zařízení. Dotazník obsahuje celkem 23 otázek vztahujících se ke zmíněné problematice. Jsou zde použity otázky identifikační, které dotazované rozdělují do sledovaných skupin, dále otázky otevřené, uzavřené polytomické výběrové i výčtové a otázky dichotomické.

Zúčastněné pozorování probíhalo během osobního vyplňování dotazníků s respondenty, při kterém jsem si všimla jednoho patrného rozdílu mezi seniory žijící v domácím prostředí a sociálním zařízení. Většina respondentů z druhé zmíněné skupiny si chtělo povídat, často odbočovali od tématu a byli vděční za moji přítomnost.

Dotazník je zpracován v tabulkách i grafech (Microsoft Office Word a Microsoft Excel 2007). Tabulky obsahují absolutní i relativní četnosti, kdy absolutní četnost vyjadřuje počet odpovědí a relativní četnost udává procentuální zastoupení v jednotlivých skupinách. K určení procentuálního vyhodnocení otázek z dotazníku jsem použila statistický vzorec $f_i = (n_i/n) \times 100$. V grafech je k popisu jednotlivých výsledků použita relativní četnost. Hypotézy jsou, po konzultaci s Ing. Janou Holou, statisticky testované pomocí chí-kvadrátu.

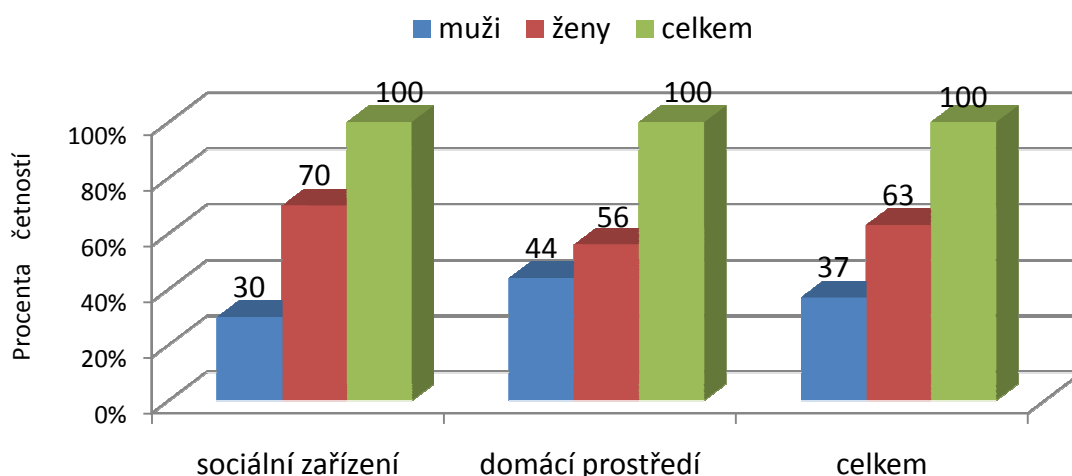
3 ANALÝZA VÝSLEDKŮ

Tato kapitola je věnována seznámení s výsledky dotazníkového šetření. Odpovědi na jednotlivé otázky jsou zpracovány do tabulek a grafů s krátkým popisem. V grafech jsou hodnoty vyjádřeny v procentech – relativní četnosti, mimo otázku 2, kde je uvedený průměrný věk jedinců.

1) Pohlaví respondentů:

Tab. 1 Pohlaví respondentů

	Sociální zařízení		Domácí prostředí		Celkově	
	Absol.č.	Relat.č.	Absol.č.	Relat.č.	Absol.č.	Relat.č.
muži	15	30 %	22	44 %	37	37 %
ženy	35	70 %	28	56 %	63	63 %
celkem	50	100 %	50	100 %	100	100 %



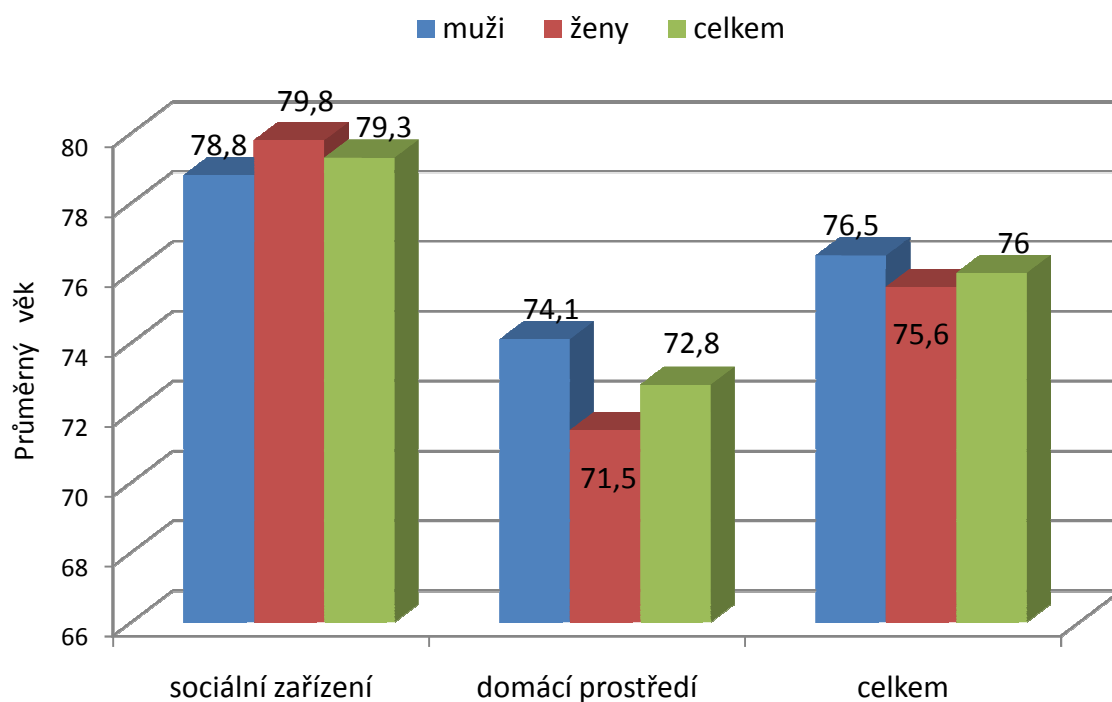
Obr. 1 Graf zastoupení mužů a žen u dotazovaných jedinců

Tento graf ukazuje zastoupení počtu mužů a žen v sociálním zařízení a domácím prostředí. Celkem bylo osloveno 100 respondentů a to 50 jedinců žijící v domácím prostředí a 50 v sociálním zařízení. Sledovaný soubor se skládal z 30 % (15) mužů a 70 % (35) žen žijících v sociálním zařízení, 44 % (22) mužů a 56 % (28) žen, kteří žijí v domácím prostředí. Celkem tedy 37 % (37) mužů a 63 % (63) žen.

2) Průměrný věk respondentů:

Tab. 2 Průměrný věk respondentů

	Sociální zařízení	Domácí prostředí	Celkem
muži	78,8	74,1	76,5
ženy	79,8	71,5	75,6
celkem	79,3	72,8	76



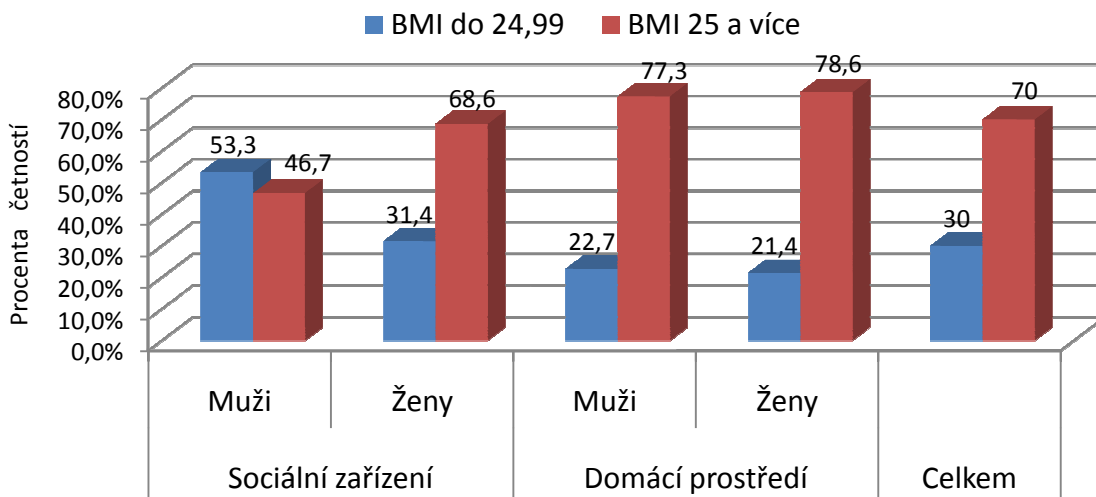
Obr. 2 Graf průměrného věku respondentů

Průměrný věk seniorů byl vyšší u jedinců žijící v sociálním zařízení – 79,3 let, což je pochopitelné vzhledem, k tomu, že starší lidé mívají více zdravotních problémů a nedovedou se o sebe doma postarat tak, jako dříve. V domácím prostředí činil průměrný věk respondentů 72,8 let. Celkový průměrný věk všech dotazovaných je 76 let.

3) BMI u jedinců

Tab. 3 BMI

	Sociální zařízení				Domácí prostředí				Celkem	
	Muži		Ženy		Muži		Ženy			
	Absol. č.	Relat. č.	Absol. č.	Relat. č.	Absol. č.	Relat. č.	Absol. č.	Relat. č.	Absol. č.	Relat. č.
BMI do 24,99	8	53,3 %	11	31,4 %	5	22,7 %	6	21,4 %	30	30 %
BMI 25 a více	7	46,7 %	24	68,6 %	17	77,3 %	22	78,6 %	70	70 %
celkem	15	100 %	35	100 %	22	100 %	28	100 %	100	100 %



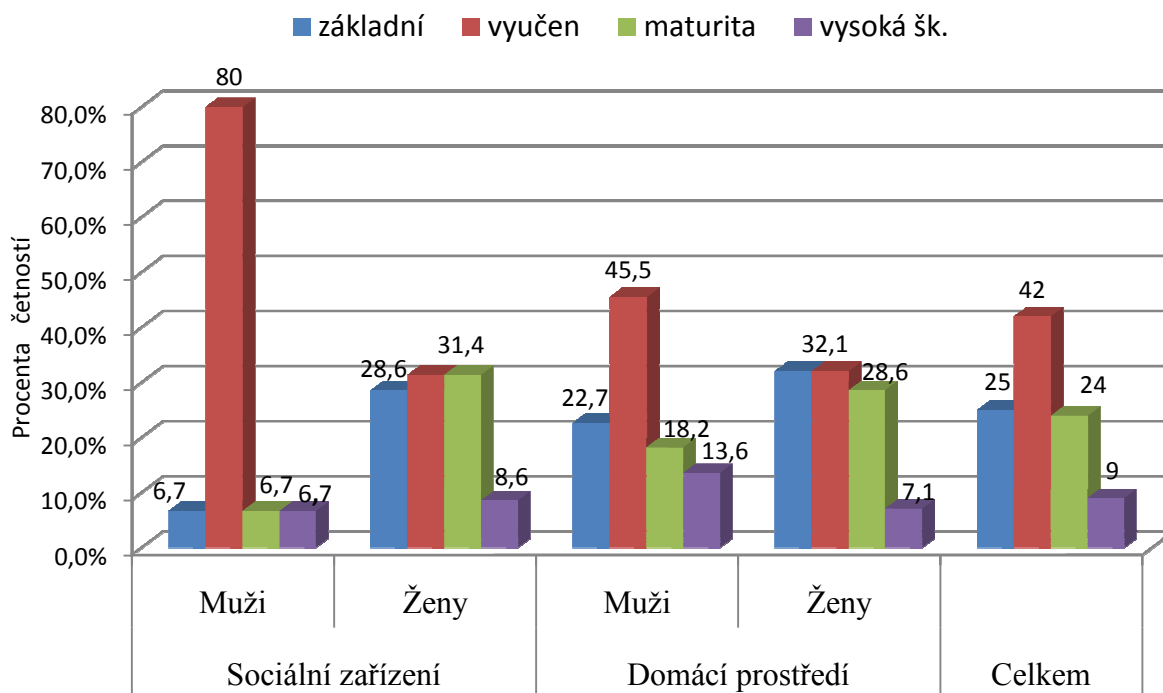
Obr. 3 Graf hodnot BMI u jedinců v sociálním zařízení a domácím prostředí

Jak vyplývá z grafu a tabulek hodnoty BMI jsou viditelně vyšší u jedinců v domácím prostředí, kde BMI 25 a více má 77,3 % muž a 78,6 % žen, v sociálním zařízení je to pouze 46,7 % mužů a 68,6 % žen. V této skupině je patrný rozdíl mezi muži a ženami, kdy ženy mají vyšší hodnoty, u jedinců v domácím prostředí tento rozdíl je minimální. V celkovém výsledku má pouze 30 % respondentů normální BMI a 70 % seniorů má BMI 25 a vyšší.

4) Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

Tab. 4 Vzdělání

	Sociální zařízení				Domácí prostředí				Celkem	
	Muži		Ženy		Muži		Ženy			
	Absol. č.	Relat. č.	Absol. č.	Relat. č.	Absol. č.	Relat. č.	Absol. č.	Relat. č.	Absol. č.	Relat. č.
základní	1	6,7 %	10	28,6 %	5	22,7 %	9	32,1 %	25	25 %
vyučen	12	80 %	11	31,4 %	10	45,5 %	9	32,1 %	42	42 %
maturita	1	6,7 %	11	31,4 %	4	18,2 %	8	28,6 %	24	24 %
vysoká škola	1	6,7 %	3	8,6 %	3	13,6 %	2	7,1 %	9	9 %
celkem	15	100 %	35	100 %	22	100 %	28	100 %	100	100 %



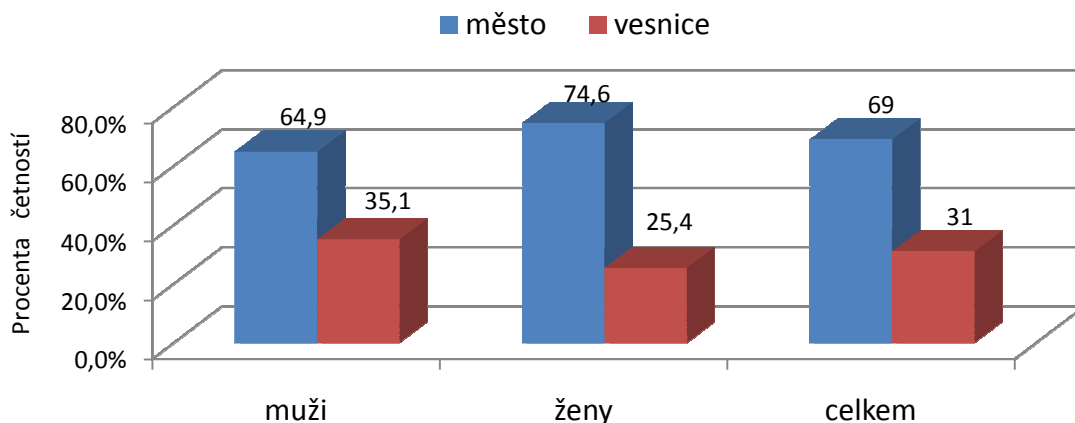
Obr. 4 Graf dosaženého vzdělání seniorů žijících v sociálním zařízení a domácím prostředí

Celkově je největší podíl respondentů vyučených. U mužů v sociálním představuje toto vzdělání 80 % zastoupení (12 respondentů), u žen 31,4 % (tedy 11 dotázaných). U jedinců žijících v domácím prostředí – muži 45,5 % (10 respondentů) a ženy 32,1 % (9 dotázaných). Druhou celkově nejpočetnější skupinu tvoří vzdělání základní (25 % - 25 dotázaných) následováno třetí skupinou – střední vzdělání s maturitou (24 % - 24 dotázaných). Nejméně početná část patří jedincům s vysokoškolským vzděláním obsahující 9 % čili 9 dotázaných ze 100.

5) Žijete ve městě či na vesnici?

Tab. 5 Místo bydliště

	Muži		Ženy		Celkem	
	Absolutní č.	Relativní č.	Absolutní č.	Relativní č.	Absolutní č.	Relativní č.
město	24	64,9 %	47	74,6 %	69	69 %
vesnice	13	35,1 %	16	25,4 %	31	31 %
Celkem	37	100 %	63	100 %	100	100 %



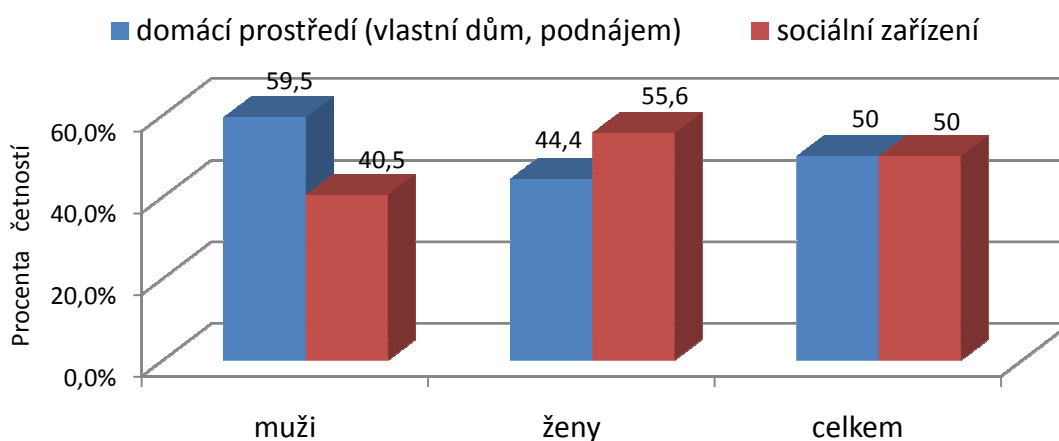
Obr. 5 Graf místa bydliště seniorů

Ve sledovaném vzorku převažují dotazovaní žijící ve městě – celkem 69 % respondentů. Pouze 31% respondentů žije na vesnici. Tento výsledek je ovlivněn především tím, že sociální zařízení, kde byla provedena polovina výzkumu, se nachází ve městě.

6) Bydlíte v

Tab. 6 Typ bydlení

	Muži		Ženy		Celkem	
	Absolutní č.	Relativní č.	Absolutní č.	Relativní č.	Absolutní č.	Relativní č.
domácí prostředí (vlastní dům, podnájem)	22	59,5 %	28	44,4 %	50	50 %
sociální zařízení	15	40,5 %	35	55,6 %	50	50 %
celkem	37	100 %	63	100 %	100	100 %



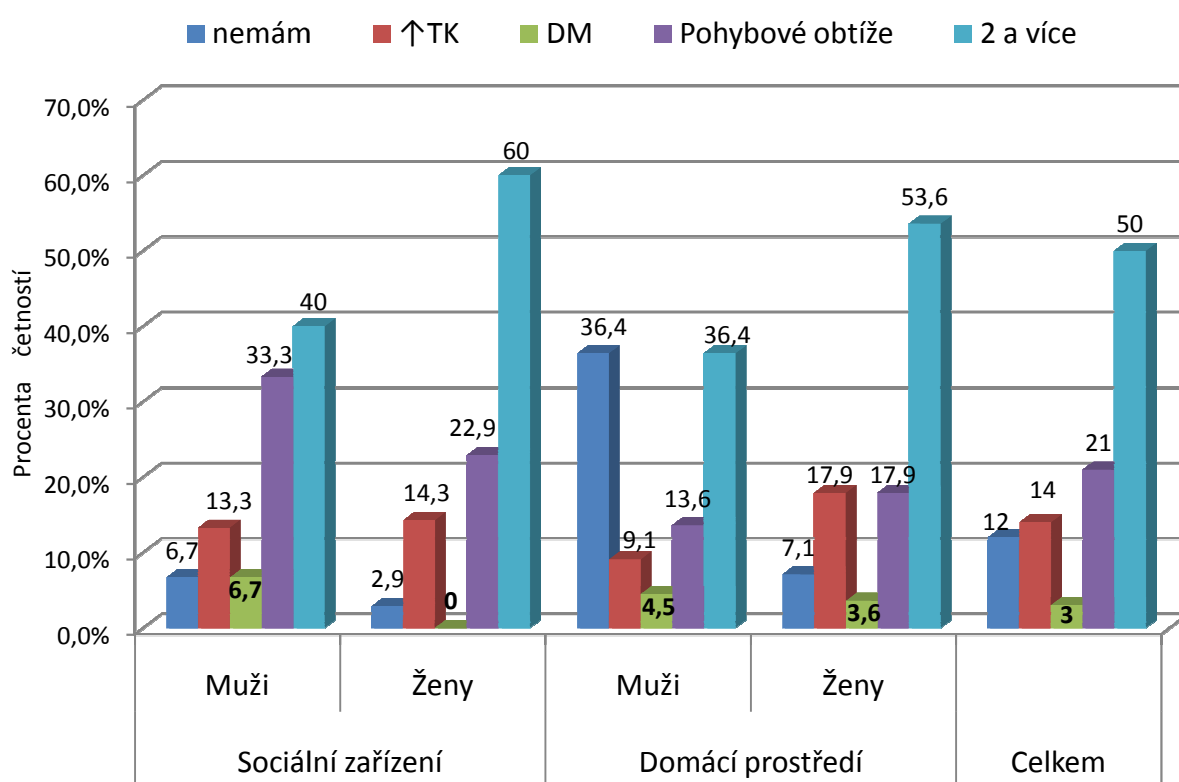
Obr. 6 Graf typů bydlení seniorů

Výzkumné šetření bylo prováděno z poloviny u jedinců v sociálním zařízení a respondentů žijících v domácím prostředí, této skutečnosti tedy odpovídá graf 6 – 50 % dotázaných bydlí v domácím prostředí a 50 % v sociálním zařízení.

7) Máte nějaké zdravotní problémy?

Tab. 7 Zdravotní problémy seniorů

	Sociální zařízení				Domácí prostředí				Celkem	
	Muži		Ženy		Muži		Ženy			
	Absol. č.	Relat. č.	Absol. č.	Relat. č.	Absol. č.	Relat. č.	Absol. č.	Relat. č.	Absol. č.	Relat. č.
nemám	1	6,7 %	1	2,9 %	8	36,4 %	2	7,1 %	12	12 %
↑TK	2	13,3 %	5	14,3 %	2	9,1 %	5	17,9 %	14	14 %
DM	1	6,7 %	0	0,0 %	1	4,5 %	1	3,6 %	3	3 %
pohybové obtíže	5	33,3 %	8	22,9 %	3	13,6 %	5	17,9 %	21	21 %
2 a více	6	40 %	21	60 %	8	36,4 %	15	53,6 %	50	50 %
celkem	15	100 %	35	100 %	22	100 %	28	100 %	100	100 %



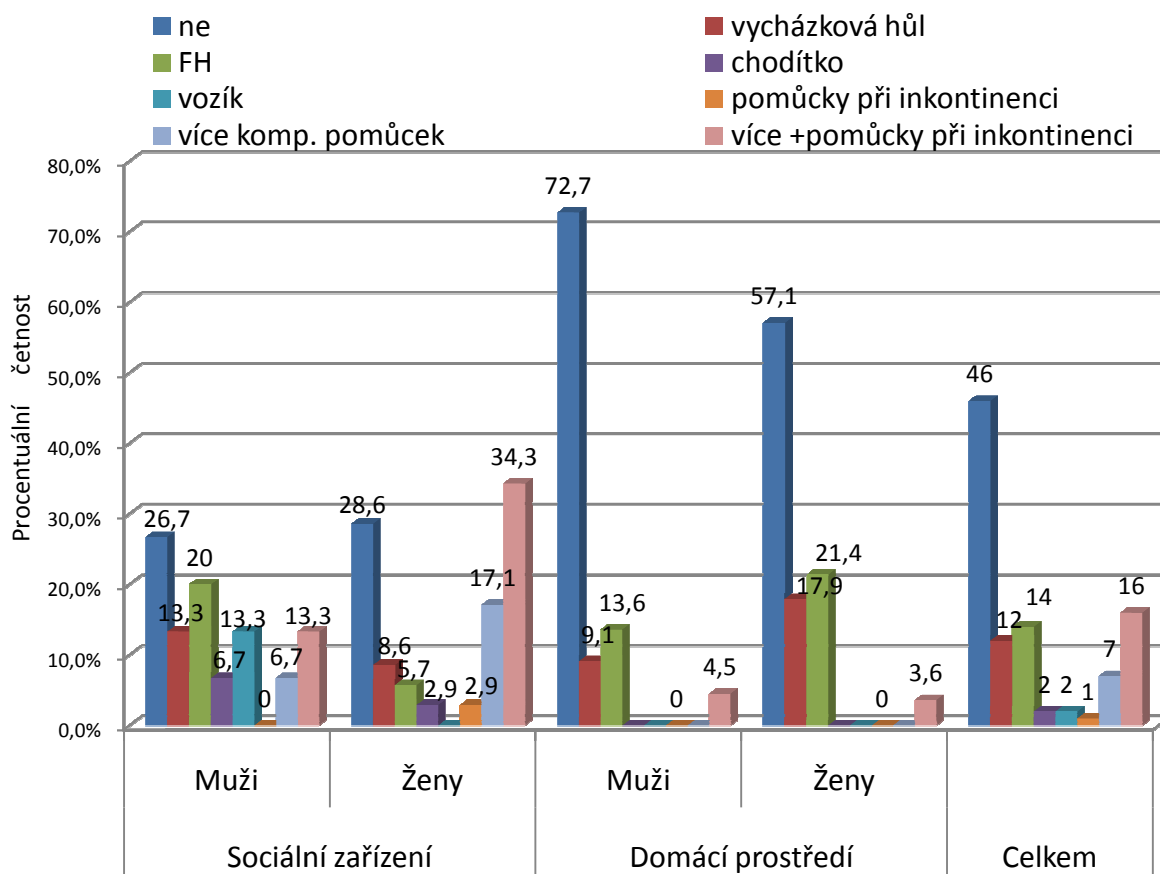
Obr. 7 Graf zdravotních problémů seniorů žijících v sociálním zařízení a domácím prostředí

Z výsledků odpovědí na tuto otázku je patrné, že jedinci, žijící v domácím prostředí uváděli ve více případech, že nemají zdravotní problémy než lidé ze sociálního zařízení. 36,4 % (8) mužů a 7,1 % (2) ženy v domácím prostředí netrpí zdravotními problémy. V sociálním zařízení stejnou odpověď označila pouze 2,9 % (1) žen a 6,7 % (1) mužů. Nejvíce respondentů ve všech sledovaných skupinách trpí 2 a více problémy, nejčastěji se jednalo o kombinaci pohybových obtíží s diabetem, vysokým krevním tlakem nebo zvýšenou hladinou cholesterolu.

8) Používáte nějaké kompenzační pomůcky?

Tab. 8 Kompenzační pomůcky

	Sociální zařízení				Domácí prostředí				Celkem	
	Muži		Ženy		Muži		Ženy			
	Absol. č.	Relat. č.	Absol. č.	Relat. č.	Absol. č.	Relat. č.	Absol. č.	Relat. č.	Absol. č.	Relat. č.
ne	4	26,7 %	10	28,6 %	16	72,7 %	16	57,1 %	46	46 %
vycházková hůl	2	13,3 %	3	8,6 %	2	9,1 %	5	17,9 %	12	12 %
FH	3	20 %	2	5,7 %	3	13,6 %	6	21,4 %	14	14 %
chodítko	1	6,7 %	1	2,9 %	0	0 %	0	0 %	2	2 %
vozik	2	13,3 %	0	0 %	0	0 %	0	0 %	2	2 %
pomůcky při inkontinenci	0	0 %	1	2,9 %	0	0 %	0	0 %	1	1 %
více kompenz. pomůcek	1	6,7 %	6	17,1 %	0	0 %	0	0 %	7	7 %
více +pomůcky při inkontinenci	2	13,3 %	12	34,3 %	1	4,5 %	1	3,6 %	16	16 %
celkem	15	100 %	35	100 %	22	100 %	28	100 %	100	100 %



Obr. 8 Graf používání kompenzačních pomůcek

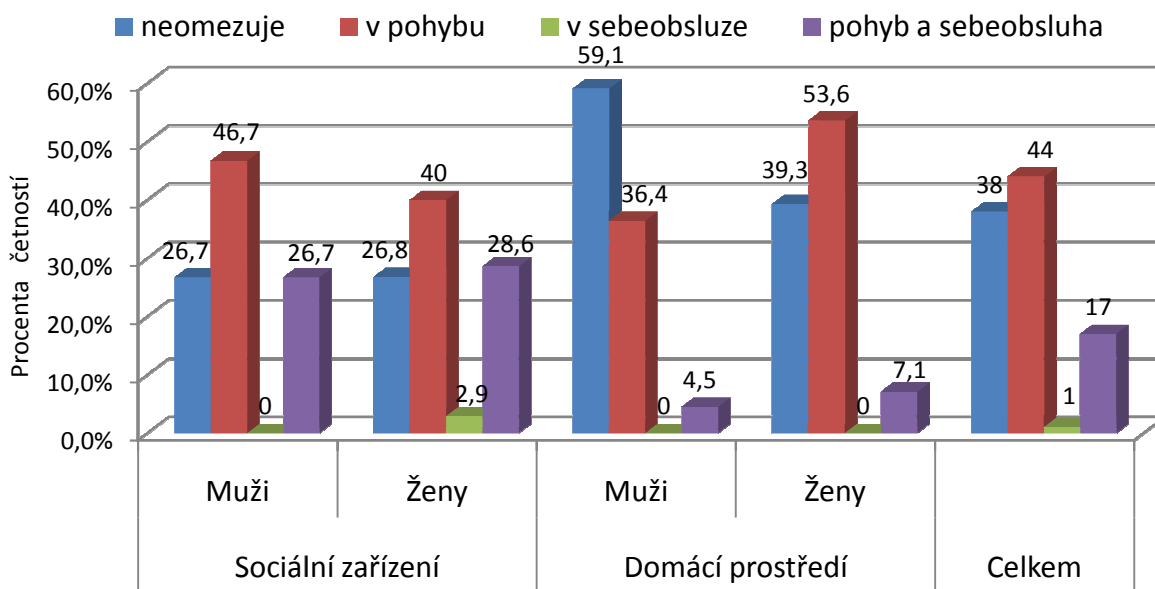
Z grafu i tabulek vyplývá, že jedinci v domácím prostředí méně často používají kompenzační pomůcky než jedinci v sociálním zařízení. V domácím prostředí se jedná o 72,7 % (16) mužů a 57,1 % (16) žen, které nepotřebují žádné pomůcky. V sociálním zařízení nepoužívá kompenzační pomůcky

26,7 % (4) mužů a 28,6 % (10) žen. Dotazovaní ze sociálních zařízení a to 34,3 % (12) žen používá více kompenzačních pomůcek spolu s pomůckami při inkontinenci. Ve výsledku tedy 46 % ze všech dotazovaných nepoužívá kompenzační pomůcky, 16 % potřebuje více kompenzačních pomůcek spolu s pomůckami pro inkontinentní, 14 % respondentů používá francouzskou hůl, 12 % seniorů vycházkovou hůl, 7 % oslovených potřebuje více kompenzačních pomůcek, 2 % potřebují chodítko, další 2% seniorů invalidní vozík a 1 % respondentů pouze pomůcky pro inkontinentní.

9) V jakých činnostech Vás omezuje Váš zdravotní stav?

Tab. 9 Omezení zdravotním stavem

	Sociální zařízení				Domácí prostředí				Celkem	
	Muži		Ženy		Muži		Ženy		Absol. č.	Relat. č.
	Absol. č.	Relat. č.	Absol. č.	Relat. č.	Absol. č.	Relat. č.	Absol. č.	Relat. č.		
neomezuje	4	26,7 %	10	26,8 %	13	59,1 %	11	39,3 %	38	38 %
v pohybu	7	46,7 %	14	40 %	8	36,4 %	15	53,6 %	44	44 %
v sebeobsluze	0	0 %	1	2,9 %	0	0 %	0	0 %	1	1 %
pohyb a sebeobsluha	4	26,7 %	10	28,6 %	1	4,5 %	2	7,1 %	17	17 %
celkem	15	100 %	35	100 %	22	100 %	28	100 %	100	100 %



Obr. 9 Graf omezení seniorů zdravotním stavem v různých oblastech

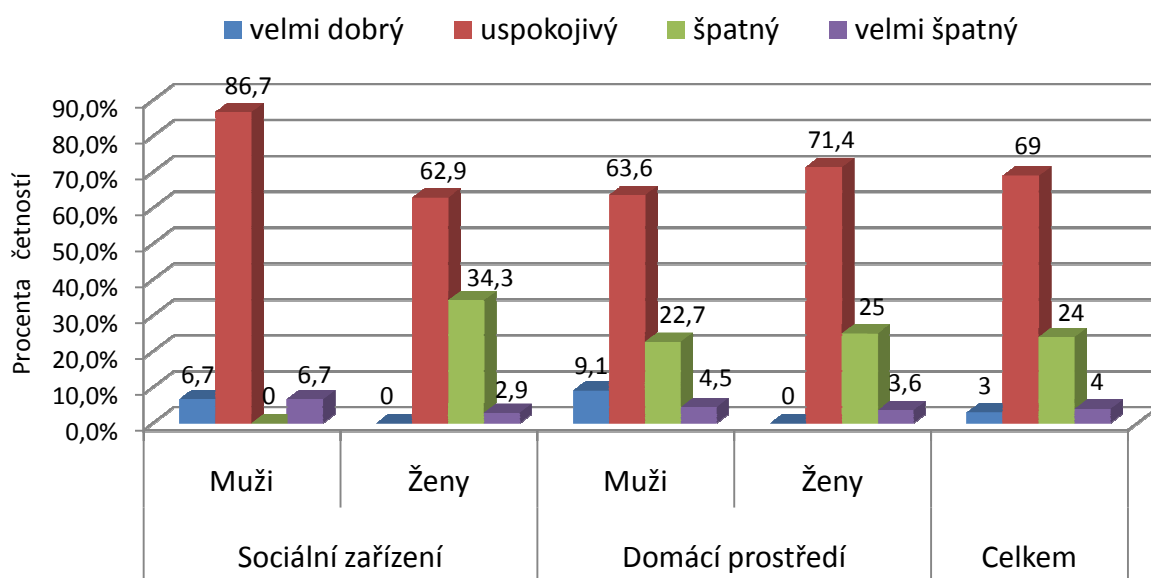
Problematiku omezenosti zdravotním stavem seniorů ukazuje graf 9. 59,1 % (13) mužů a 39,3 % (11) žen uvedlo, že nejsou svým zdravotním stavem nikterak omezeni. Oproti tomu v druhé sledované skupině, seniři ze sociálního zařízení, označilo stejnou odpověď pouze 26,7 % (4) mužů a 26,8 % (10) žen. V pohybu se cítí omezeno 46,7 % (7) mužů a 40 % (14) žen ze sociálního zařízení,

v domácím prostředí je to 36,4 % (8) mužů a 53,6 % (15) žen. V sebeobsluze se cítí být omezeno pouze 2,9 % (1) žen ze sociálního zařízení. Pohyb a sebeobsluha dělají problém 26,7 % (4) mužů a 28,6 % (10) žen ze sociálního zařízení, 4,5 % (1) mužů a 7,1 % (2) žen žijící v domácím prostředí. Celkem se necítí být omezeno zdravotním stavem 38 % respondentů, 44 % je omezeno v pohybu, 17 % v pohybu a sebeobsluze a 1 % pouze v sebeobsluze.

10) Jak hodnotíte svůj zdravotní stav?

Tab. 10 Hodnocení zdravotního stavu

	Sociální zařízení				Domácí prostředí				Celkem	
	Muži		Ženy		Muži		Ženy		Absol. č.	Relat. č.
	Absol. č.	Relat. č.	Absol. č.	Relat. č.	Absol. č.	Relat. č.	Absol. č.	Relat. č.		
velmi dobrý	1	6,7 %	0	0 %	2	9,1 %	0	0 %	3	3 %
uspokojivý	13	86,7 %	22	62,9 %	14	63,6 %	20	71,4 %	69	69 %
špatný	0	0 %	12	34,3 %	5	22,7 %	7	25 %	24	24 %
velmi špatný	1	6,7 %	1	2,9 %	1	4,5 %	1	3,6 %	4	4 %
celkem	15	100 %	35	100 %	22	100 %	28	100 %	100	100 %



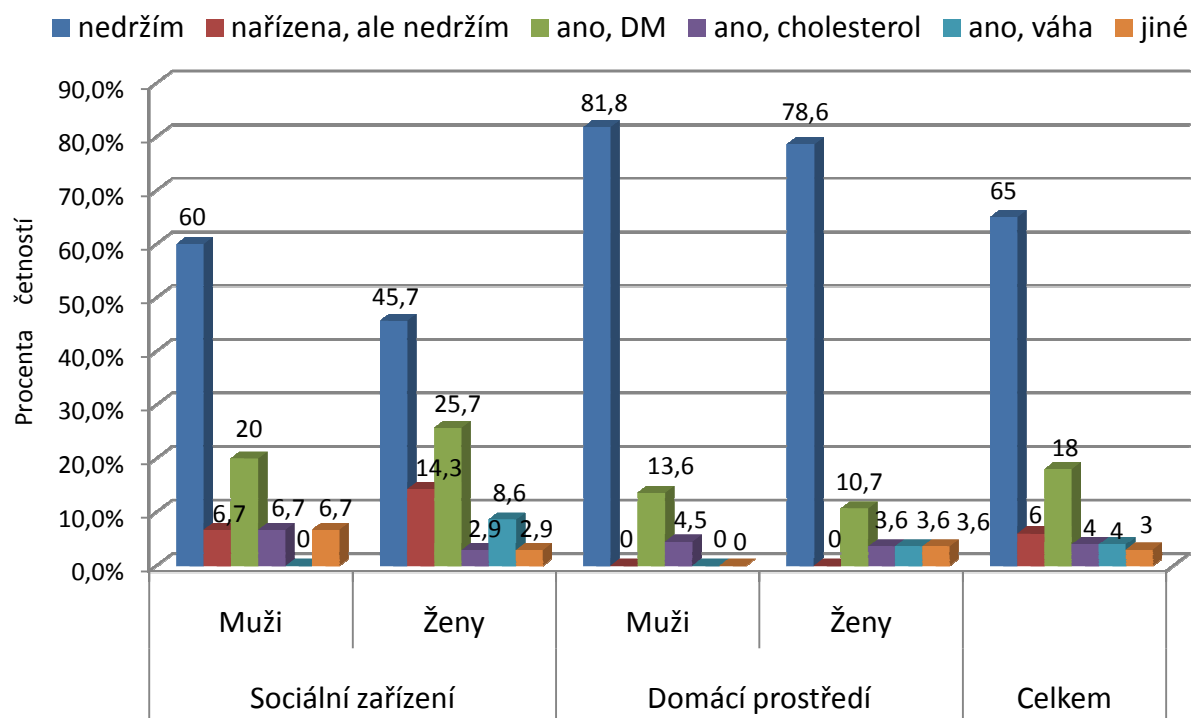
Obr. 10 Graf hodnocení vlastního zdravotního stavu dotazovanými seniery

V této otázce hodnotili dotazovaní svůj zdravotní stav. 86,7 % (13) mužů a 62,9 % (22) žen, žijící v sociálním zařízení, ho ohodnotili jako uspokojivý, za špatný pak 34,3 % (12) žen. V domácím prostředí svůj zdravotní stav považuje za uspokojivý 63,6 % (14) mužů a 71,4 % (20) žen, jako špatný 22,7 % (5) mužů a 25 % (7) žen. Celkově tedy 3 % všech dotazovaných označilo svůj zdravotní stav za velmi dobrý, 4 % za velmi špatný, 24 % za špatný a největší zastoupení má odpověď – uspokojivý zdravotní stav 69 %.

11) Držíte nějakou dietu?

Tab. 11 Dieta

	Sociální zařízení				Domácí prostředí				Celkem	
	Muži		Ženy		Muži		Ženy		Absol. č.	Relat. č.
	Absol. č.	Relat. č.	Absol. č.	Relat. č.	Absol. č.	Relat. č.	Absol. č.	Relat. č.		
nedržím	9	60 %	16	45,7 %	18	81,8 %	22	78,6 %	65	65 %
nařízena, ale nedržím	1	6,7 %	5	14,3 %	0	0 %	0	0 %	6	6 %
ano, DM	3	20 %	9	25,7 %	3	13,6 %	3	10,7 %	18	18 %
ano, cholesterol	1	6,7 %	1	2,9 %	1	4,5 %	1	3,6 %	4	4 %
ano, váha	0	0 %	3	8,6 %	0	0 %	1	3,6 %	4	4 %
jiné	1	6,7 %	1	2,9 %	0	0 %	1	3,6 %	3	3 %
celkem	15	100 %	35	100 %	22	100 %	28	100 %	100	100 %



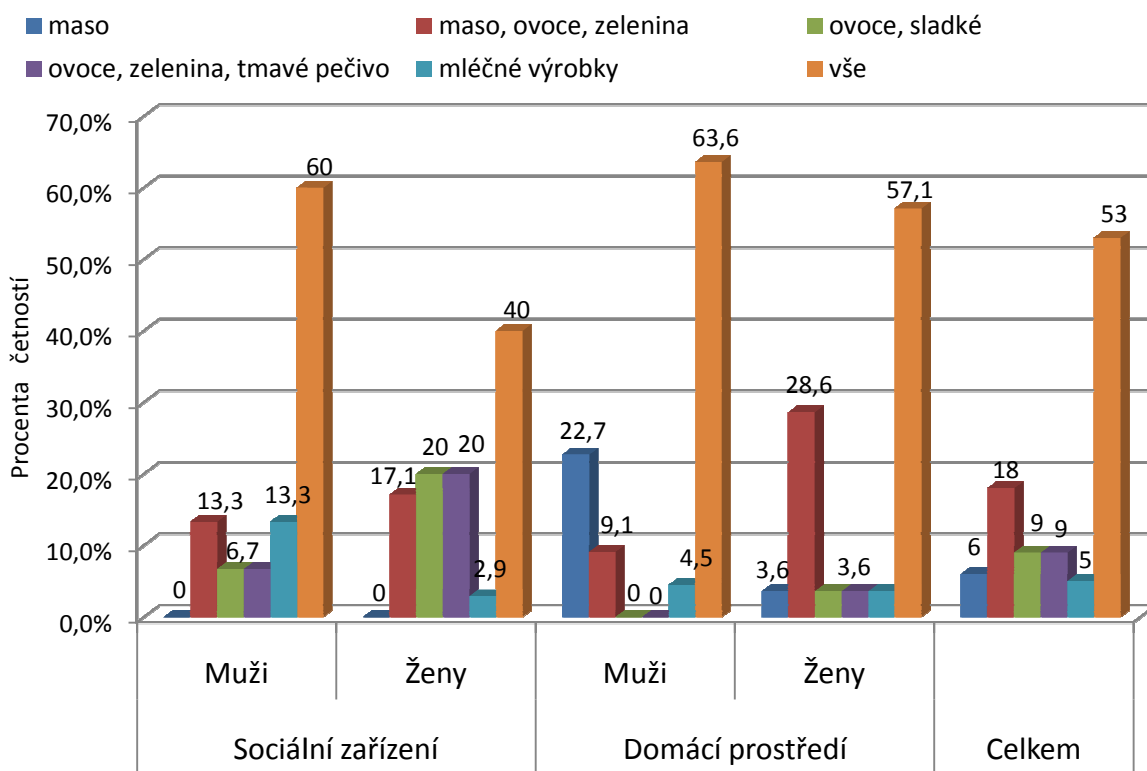
Obr. 11 Graf dodržování diety u seniorů žijících v sociálním zařízení a domácím prostředí

Tento graf, týkající se diety ukazuje, že 60 % mužů a 45,7 % žen, žijící v sociálním zařízení, nedrží žádnou dietu. Větší počet a to 81,8 % mužů a 78,6 % žen žijící v domácím prostředí uvedli stejnou odpověď. 6,7 % mužů a 14,3 % žen ze sociálního zařízení mají sice lékařem nařízenou dietu, ale nedodržují ji. Celkem tedy 65 % dotazovaných nedrží žádnou dietu, 18 % drží, z důvodu cukrovky, 6 % respondentů má držet dietu, ale nerespektují to, po 4 % získala odpověď, že jedinci drží dietu z důvodu zvýšeného cholesterolu, a aby si udrželi ideální hmotnost. 3 % seniorů uvedla jinou možnost (jaterní, žlučnicková dieta).

12) Jaké potraviny ve Vašem jídelníčku převažují?

Tab. 12 Preference potravin

	Sociální zařízení				Domácí prostředí				Celkem	
	Muži		Ženy		Muži		Ženy			
	Absol. č.	Relat. č.	Absol. č.	Relat. č.	Absol. č.	Relat. č.	Absol. č.	Relat. č.	Absol. č.	Relat. č.
maso	0	0 %	0	0 %	5	22,7 %	1	3,6 %	6	6 %
maso, ovoce, zelenina	2	13,3 %	6	17,1 %	2	9,1 %	8	28,6 %	18	18 %
ovoce, sladké	1	6,7 %	7	20 %	0	0%	1	3,6 %	9	9 %
ovoce, zelenina, tmavé pečivo	1	6,7 %	7	20 %	0	0 %	1	3,6 %	9	9 %
mléčné výrobky	2	13,3 %	1	2,9 %	1	4,5 %	1	3,6 %	5	5 %
vše	9	60 %	14	40 %	14	63,6 %	16	57,1 %	53	53 %
celkem	15	100 %	35	100 %	22	100 %	28	100 %	100	100 %



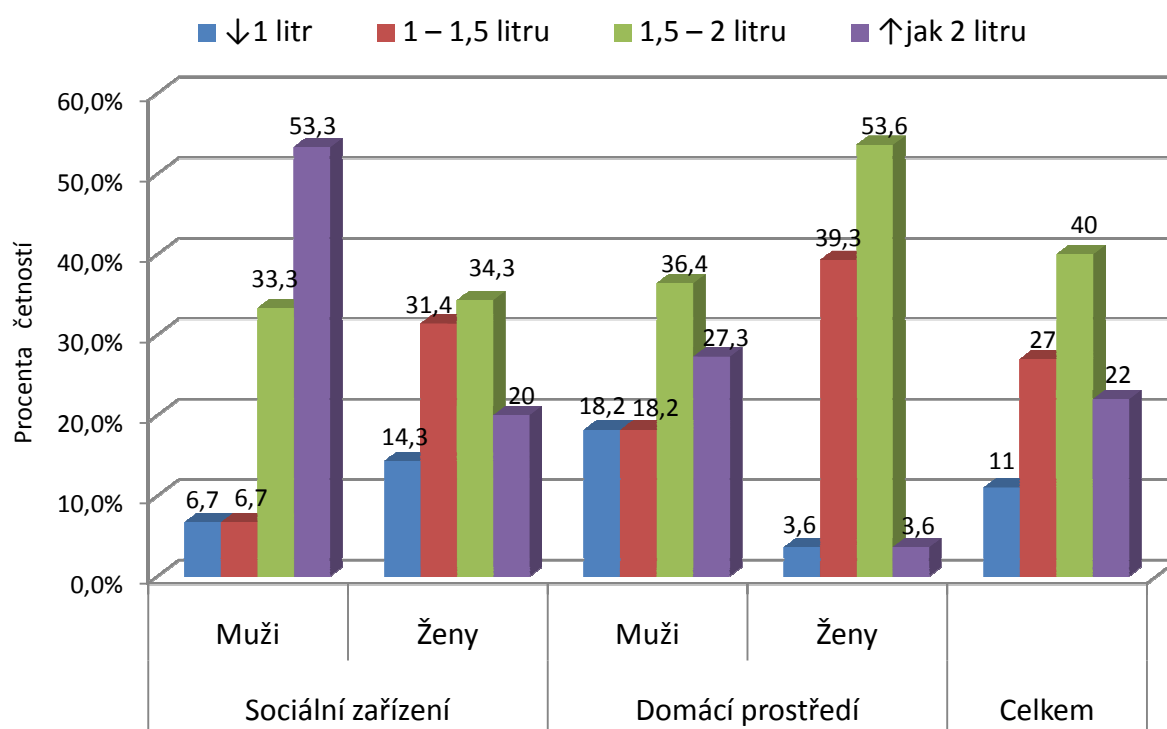
Obr. 12 Graf preference potravin u seniorů žijících v sociálním zařízení a domácím prostředí

Z tohoto grafu je čitelné, že senioři preferují pestrou stravu. To, že jedí vše v přiměřeném množství, jako odpověď uvedlo 60 % (9) mužů a 40 % (14) žen ze sociálního zařízení a 63,6 % (14) mužů a 57,1 % (16) žen žijící v domácím prostředí. Celkem tedy pestrou stravu preferuje 53 % seniorů.

13) Kolik za den vypijete tekutin a jaké tekutiny preferujete?

Tab. 13 Množství tekutin

	Sociální zařízení				Domácí prostředí				Celkem	
	Muži		Ženy		Muži		Ženy		Absol. č.	Relat. č.
	Absol. č.	Relat. č.	Absol. č.	Relat. č.	Absol. č.	Relat. č.	Absol. č.	Relat. č.		
↓1 litr	1	6,7 %	5	14,3%	4	18,2 %	1	3,6 %	11	11 %
1 – 1,5 litru	1	6,7 %	11	31,4 %	4	18,2 %	11	39,3 %	27	27 %
1,5 – 2 litru	5	33,3 %	12	34,3 %	8	36,4 %	15	53,6 %	40	40 %
↑jak 2 litru	8	53,3 %	7	20 %	6	27,3 %	1	3,6 %	22	22 %
celkem	15	100 %	35	100 %	22	100 %	28	100 %	100	100 %

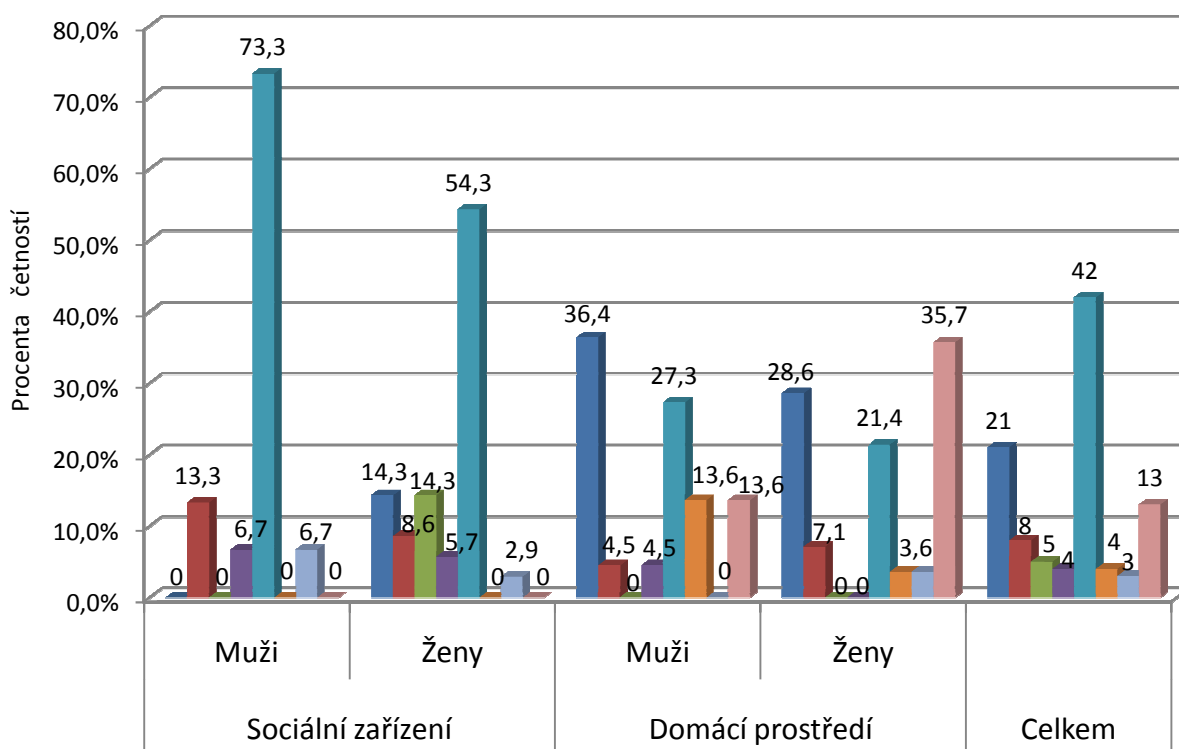
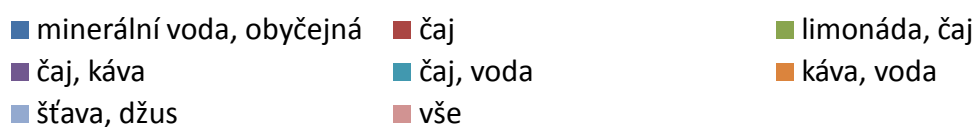


Obr. 13 Graf denního příjmu tekutin u seniorů žijících v sociálním zařízení a domácím prostředí

Na otázku „Kolik vypijete za den tekutin?“ odpovědělo 6,7 % (1) mužů a 14,3 % (5) žen ze sociálního zařízení, že vypijí méně jak 1 litr, v domácím prostředí to bylo 18,2 % (4) muži a 3,6 % (1) žen. 1 – 1,5 litru uvedlo 6,7 % (1) mužů a 31,4 % (11) žen ze sociálního zařízení a 18,2 % (4) mužů a 39,3 % (11) žen z domácího prostředí. Překvapil mě celkem vysoký počet mužů 53,3 % (8) a 20 % (7) žen, kteří vypijí více jak 2 litry tekutin denně. V domácím prostředí více jak 2 lity denně vypije pouze 27,3 % (6) mužů a 3,6 % (1) žen.

Tab. 14 Druh tekutin

	Sociální zařízení				Domácí prostředí				Celkem	
	Muži		Ženy		Muži		Ženy			
	Absol. č.	Relat. č.	Absol. č.	Relat. č.	Absol. č.	Relat. č.	Absol. č.	Relat. č.	Absol. č.	Relat. č.
minerální voda, obyčejná voda	0	0 %	5	14,3 %	8	36,4 %	8	28,6 %	21	21 %
čaj	2	13,3 %	3	8,6 %	1	4,5 %	2	7,1 %	8	8 %
limonáda, čaj	0	0 %	5	14,3 %	0	0 %	0	0 %	5	5 %
čaj, káva	1	6,7 %	2	5,7 %	1	4,5 %	0	0 %	4	4 %
čaj, voda	11	73,3 %	19	54,3 %	6	27,3 %	6	21,4 %	42	42 %
káva, voda	0	0 %	0	0 %	3	13,6 %	1	3,6 %	4	4 %
šťáva, džus	1	6,7 %	1	2,9 %	0	0 %	1	3,6 %	3	3 %
vše	0	0 %	0	0 %	3	13,6 %	10	35,7 %	13	13 %
celkem	15	100 %	35	100 %	22	100 %	28	100 %	100	100 %



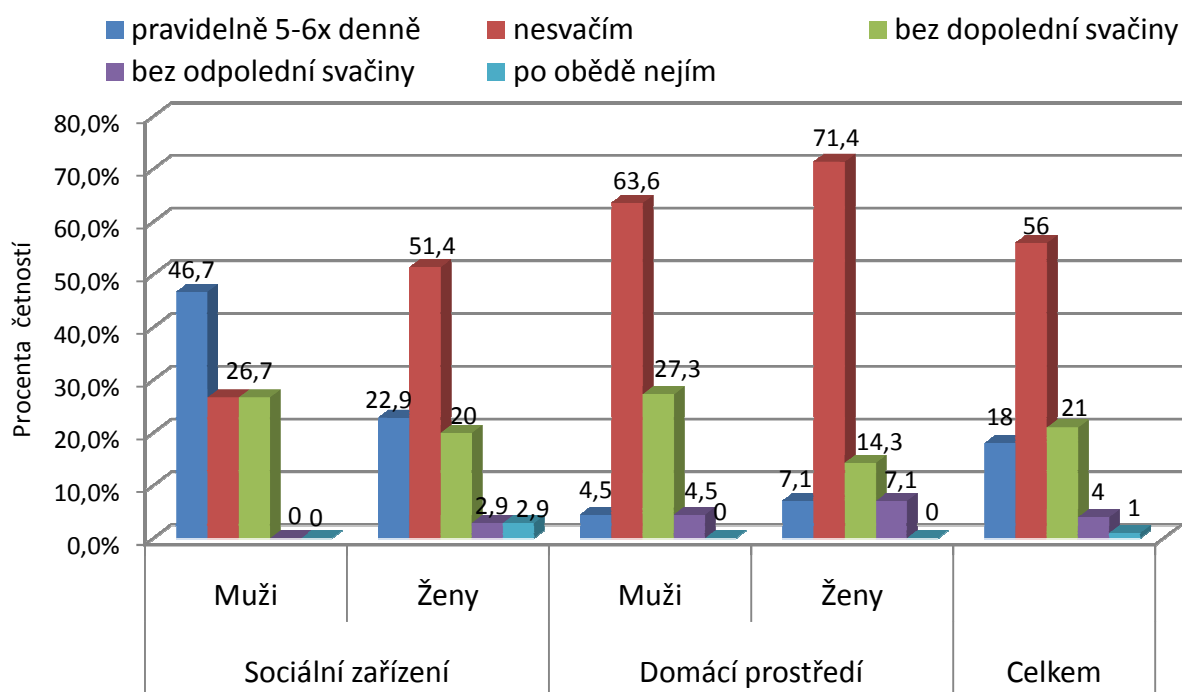
Obr. 14 Graf druhu tekutin u seniorů v sociálním zařízení a domácím prostředí

Výsledek odpovědí na výše zmíněnou otázku ukazuje, že jedinci žijící v sociálním zařízení pijí nejčastěji čaj a vodu - 73,3 % (11) mužů a 54,3 % (19) žen, kdežto jedinci z domácího zařízení preferují minerální či obyčejnou vodu - 36,4 % (8) mužů a 28,6 % (8) žen.

14) Kolikrát denně se stravujete?

Tab. 15 Denní stravování

	Sociální zařízení				Domácí prostředí				Celkem	
	Muži		Ženy		Muži		Ženy		Absol. č.	Relat. č.
	Absol. č.	Relat. č.	Absol. č.	Relat. č.	Absol. č.	Relat. č.	Absol. č.	Relat. č.		
pravidelně 5-6x denně	7	46,7 %	8	22,9 %	1	4,5 %	2	7,1 %	18	18 %
nesvačím	4	26,7 %	18	51,4 %	14	63,6 %	20	71,4 %	56	56 %
bez dopolední svačiny	4	26,7 %	7	20 %	6	27,3 %	4	14,3 %	21	21 %
bez odpolední svačiny	0	0 %	1	2,9 %	1	4,5 %	2	7,1 %	4	4 %
po obědě nejím	0	0 %	1	2,9 %	0	0 %	0	0 %	1	1 %
celkem	15	100 %	35	100 %	22	100 %	28	100 %	100	100 %



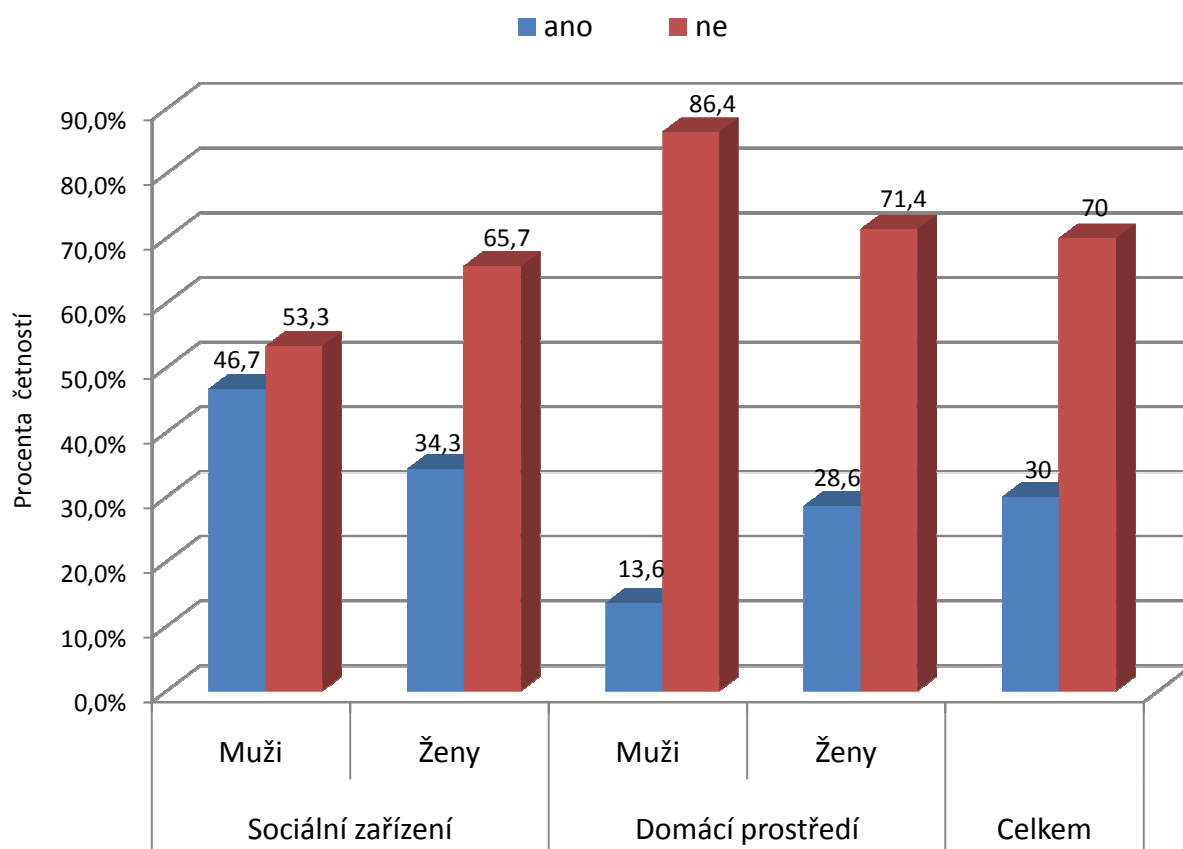
Obr. 15 Graf denního stravování seniorů žijících v sociálním zařízení a domácím prostředí

Téměř polovina mužů - 46,7 % (7) a 22,9 % (8) žen ze sociálního zařízení jí pravidelně 5-6 x denně. Oproti tomu v druhé sledované skupině, žijící v domácím prostředí, jí pravidelně pouze 4,5 % (1) muž a 7,1 % (2) žen. Ve výsledku 56 % dotazovaných ze všech uvedlo, že vynechávají svačinu, 21 % nesvačí dopoledne a třetí nejpočetnější odpovědí bylo, že 18 % seniorů se stravuje pravidelně 5-6 x denně.

15) Navštěvujete pravidelně nějaké kulturní akce?

Tab. 16 Kulturní akce

	Sociální zařízení				Domácí prostředí				Celkem	
	Muži		Ženy		Muži		Ženy		Absol. č.	Relat. č.
	Absol. č.	Relat. č.	Absol. č.	Relat. č.	Absol. č.	Relat. č.	Absol. č.	Relat. č.		
ano	7	46,7 %	12	34,3 %	3	13,6 %	8	28,6 %	30	30 %
ne	8	53,3 %	23	65,7 %	19	86,4 %	20	71,4 %	70	70 %
celkem	15	100 %	35	100 %	22	100 %	28	100 %	100	100 %



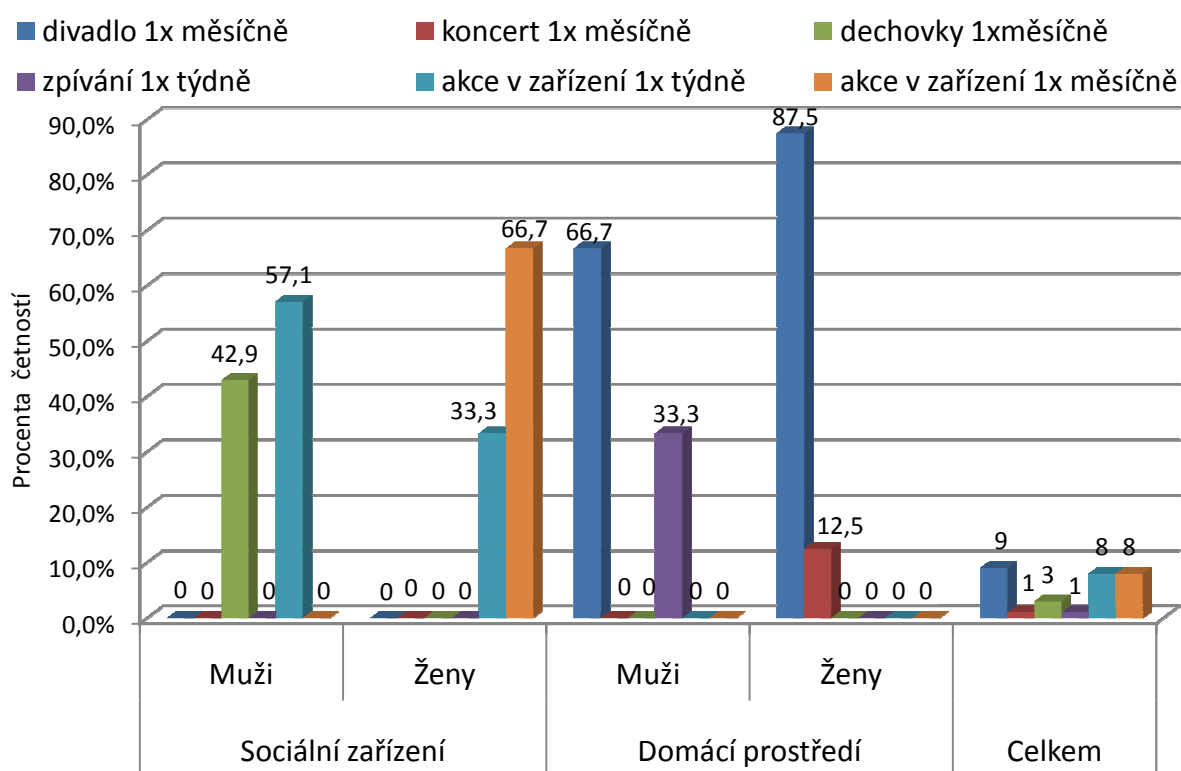
Obr. 16 Graf návštěvnosti kulturních akcí seniorů ze sociálního zařízení a domácího prostředí

Z grafu je patrné, že jedinci v sociálním zařízení – 46,7 % (7) mužů a 34,3 % (12) žen, navštěvují kulturní akce ve větším počtu než jedinci z domácího prostředí -13,6 % (3) mužů a 28,6 % (8) žen.

Z celkového počtu 100 seniorů navštěvuje pravidelně kulturní akce pouze 30 %.

Tab. 17 Druh a četnost kulturní akce

	Sociální zařízení				Domácí prostředí				Celkem	
	Muži		Ženy		Muži		Ženy		Absol. č.	Relat. č.
	Absol. č.	Relat. č.	Absol. č.	Relat. č.	Absol. č.	Relat. č.	Absol. č.	Relat. č.		
divadlo 1x měsíčně	0	0 %	0	0 %	2	66,7 %	7	87,5 %	9	9 %
koncert 1x měsíčně	0	0 %	0	0 %	0	0 %	1	12,5 %	1	1 %
dechovky 1x měsíčně	3	42,9 %	0	0 %	0	0 %	0	0 %	3	3 %
zpívání 1x týdně	0	0 %	0	0 %	1	33,3 %	0	0 %	1	1 %
akce v zařízení 1x týdně	4	57,1 %	4	33,3 %	0	0 %	0	0 %	8	8 %
akce v zařízení 1x měsíčně	0	0 %	8	66,7 %	0	0 %	0	0 %	8	8 %
celkem	7	100 %	12	100 %	3	100 %	8	100 %	30	30 %



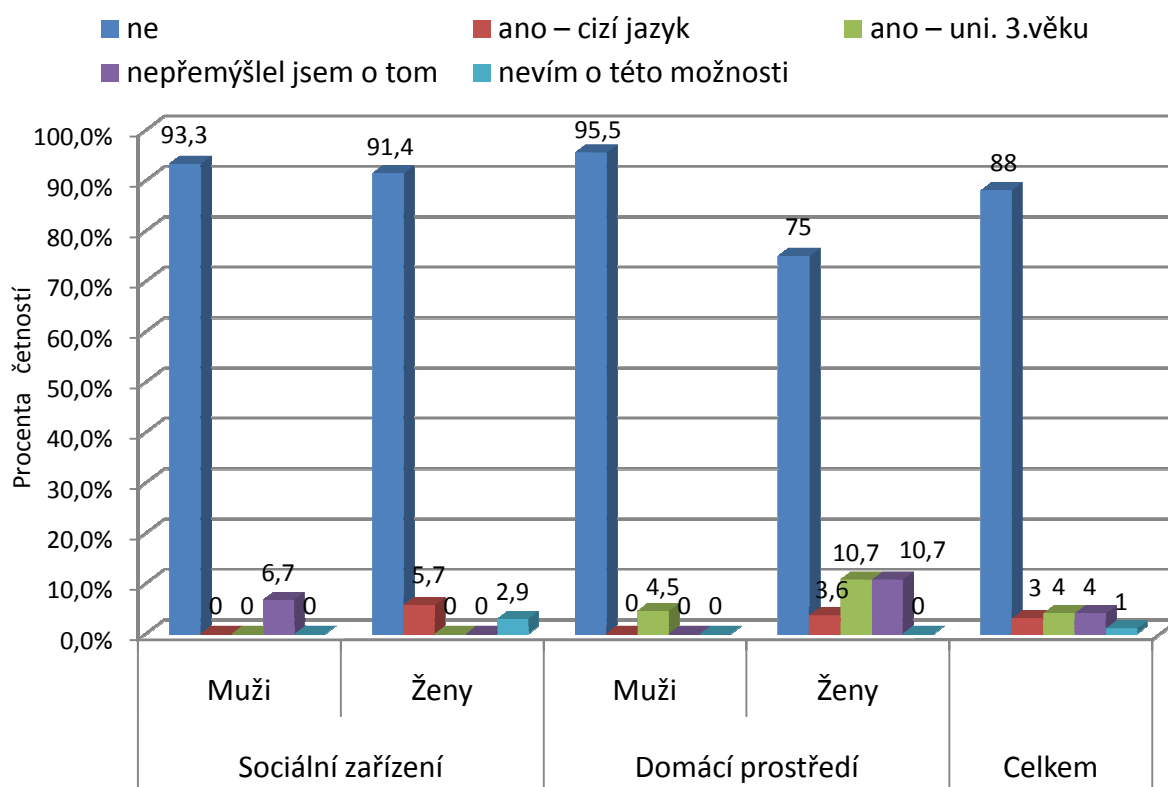
Obr. 17 Graf druhu a pravidelnosti návštěv kulturních akcí u seniorů ze sociálního zařízení a domácího prostředí

Na otázku: „Jak často a jaké kulturní akce navštěvujete“ odpovědělo pouze 30 respondentů, kteří se účastní kulturních akcí. Muži v sociálním zařízení ve 42,9 % (3) navštěvují 1x měsíčně dechovky a 57,1 % (4) se účastní 1x týdně různých kulturních akcí, které pořádá zařízení. Ženy se ve 33,3 % (4) účastní 1 x týdně akcí v zařízení a 66,7 % (8) navštěvuje tyto akce pouze 1x měsíčně. U jedinců z domácího prostředí převažuje jak u mužů tak žen návštěva divadla a to 1 x měsíčně.

16) Máte zájem o další vzdělávání?

Tab. 18 Další vzdělávání

	Sociální zařízení				Domácí prostředí				Celkem	
	Muži		Ženy		Muži		Ženy		Absol. č.	Relat. č.
	Absol. č.	Relat. č.	Absol. č.	Relat. č.	Absol. č.	Relat. č.	Absol. č.	Relat. č.		
ne	14	93,3%	32	91,4 %	21	95,5%	21	75 %	88	88 %
ano – cizí jazyk	0	0 %	2	5,7 %	0	0%	1	3,6 %	3	3 %
ano – univ. 3. věku	0	0 %	0	0 %	1	4,5 %	3	10,7 %	4	4 %
nepřemýšlel jsem o tom	1	6,7 %	0	0 %	0	0 %	3	10,7 %	4	4 %
nevím o možnosti	0	0 %	1	2,9 %	0	0 %	0	0 %	1	1 %
celkem	15	100 %	35	100 %	22	100 %	28	100 %	100	100 %



Obr. 18 Graf zájmu seniorů ze sociálního zařízení a domácího prostředí o další vzdělávání

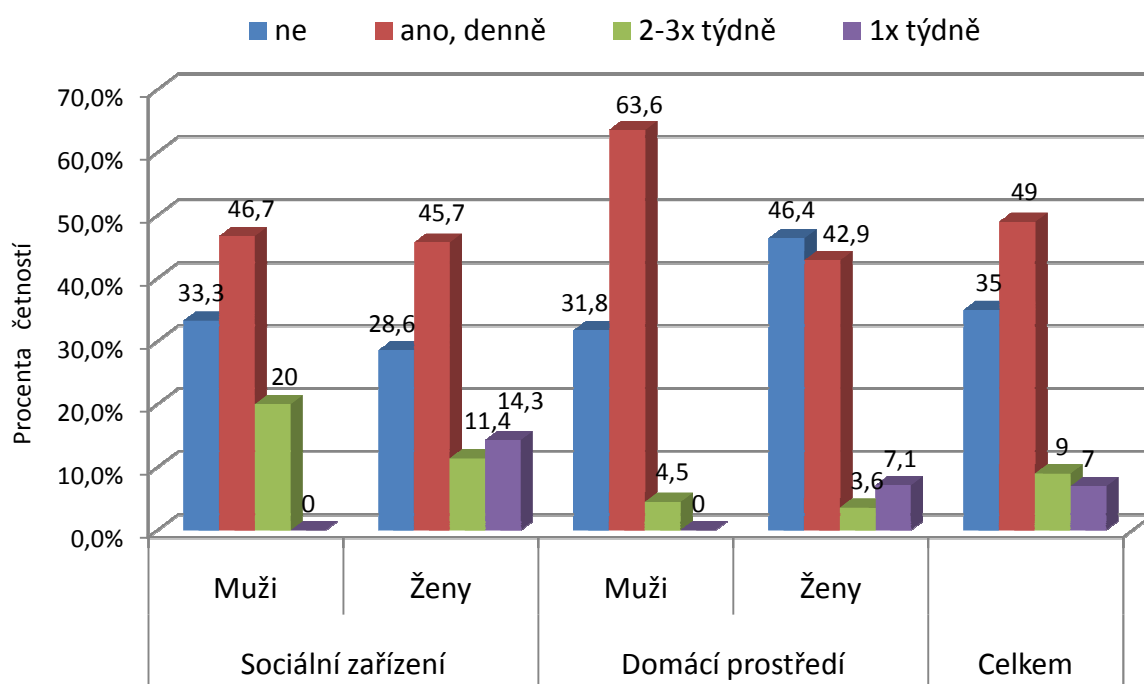
Výsledek této otázky mne překvapil, nečekala jsem tak jednoznačný negativní postoj k dalšímu vzdělávání. Nejlépe dopadla skupina žen, žijící v domácím prostředí, které se v 10,7 % (3) dále vzdělávají na univerzitě 3. věku a 3,6 % (1) se učí cizí jazyk. Respondenti, kteří se dále vzdělávají, mají vysokoškolské vzdělání nebo střední s maturitou.

Výzkum, zveřejněný v časopise Sestra, zjišťuje zájem seniorů o studium na univerzitě 3. věku. Ze 188 dotázaných mělo zájem 24,5 % seniorů a 53,2 % nemělo zájem. Výsledky jsou tedy podobné, i zde více než polovina respondentů netouží po dalším vzdělání. (9)

18) Věnujete se pravidelně nějaké pohybové aktivitě?

Tab. 19 Pohybová aktivita

	Sociální zařízení				Domácí prostředí				Celkem	
	Muži		Ženy		Muži		Ženy		Absol. č.	Relat. č.
	Absol. č.	Relat. č.	Absol. č.	Relat. č.	Absol. č.	Relat. č.	Absol. č.	Relat. č.		
ne	5	33,3%	10	28,6 %	7	31,8 %	13	46,4 %	35	35 %
ano, denně	7	46,7%	16	45,7 %	14	63,6 %	12	42,9 %	49	49 %
2-3x týdně	3	20 %	4	11,4 %	1	4,5 %	1	3,6 %	9	9 %
1x týdně	0	0 %	5	14,3 %	0	0 %	2	7,1 %	7	7 %
celkem	15	100 %	35	100 %	22	100 %	28	100 %	100	100 %



Obr. 19 Graf pohybové aktivity seniorů ze sociálního zařízení a domácího prostředí

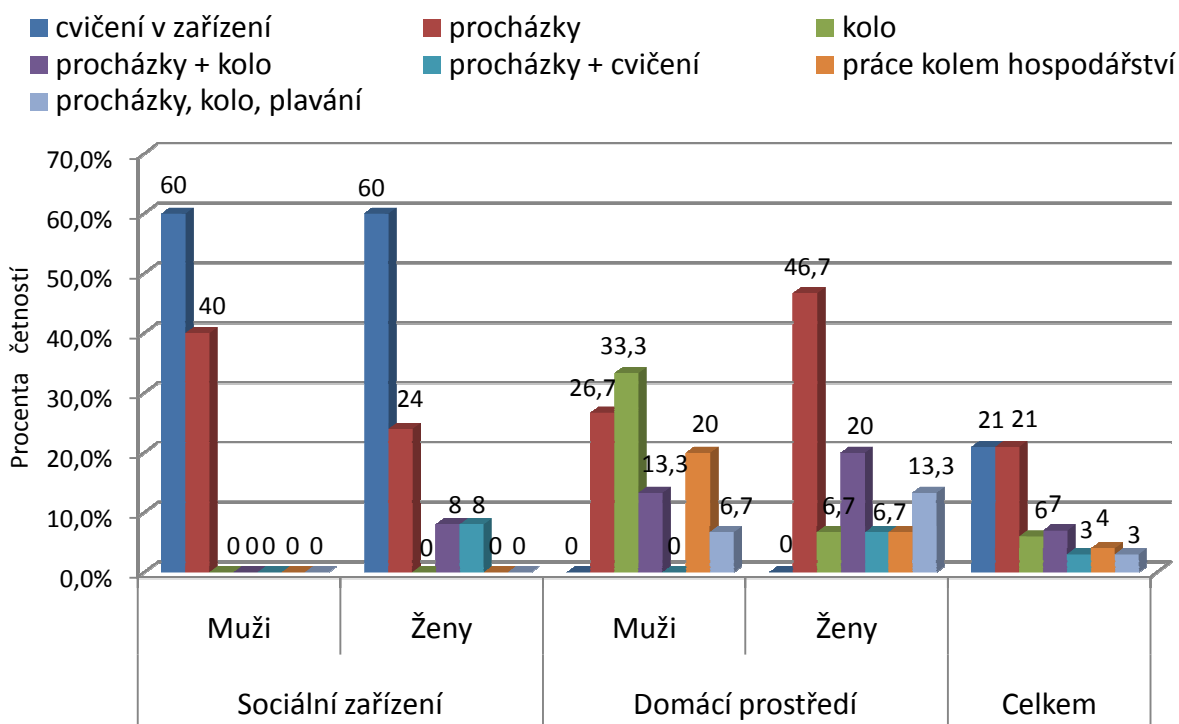
Téměř ve všech skupinách se respondenti nejčastěji věnují pohybové aktivitě denně. Pouze u skupiny žen v domácím prostředí převažuje odpověď, že se pohybové aktivitě pravidelně nevěnují – 46,4 % (13). Z celkového počtu dotázaných seniorů se tedy 35 % nevěnuje pravidelně pohybu, 49 % se mu věnuje denně, 9 % 2-3x týdně a 7 % provozuje pohybovou aktivitu 1x do týdne.

Touto otázkou se zajímal i výzkum zveřejněný v časopise Sestra, podle nějž se pohybu denně věnuje 43 % seniorů (ze 188 respondentů), a pravidelně se mu nevěnuje 31 % dotázaných, tedy podobné výsledky jako jsou uvedené výše. Výzkumné šetření také sleduje rozdíl mezi jedinci v domácím a sociálním prostředí, i zde je určitá podobnost ve výsledcích, pohybu se denně věnuje více jedinců žijících v domácím prostředí (25,7 %) než v sociálním zařízení (17,3 %), tento rozdíl je patrný také ve výše uvedeném grafu 19. (9)

19) Pokud jste uvedli, že se věnujete pohybové aktivitě, napište jaké.

Tab. 20 Druh aktivit

	Sociální zařízení				Domácí prostředí				Celkem	
	Muži		Ženy		Muži		Ženy		Absol. č.	Relat. č.
	Absol. č.	Relat. č.	Absol. č.	Relat. č.	Absol. č.	Relat. č.	Absol. č.	Relat. č.		
cvičení v zařízení	6	60 %	15	60 %	0	0 %	0	0 %	21	21 %
procházky	4	40 %	6	24 %	4	26,7 %	7	46,7 %	21	21 %
kolo	0	0 %	0	0 %	5	33,3 %	1	6,7 %	6	6 %
procházky + kolo	0	0 %	2	8 %	2	13,3 %	3	20 %	7	7 %
procházky + cvičení	0	0 %	2	8 %	0	0 %	1	6,7 %	3	3 %
práce kolem hospodářství	0	0 %	0	0 %	3	20 %	1	6,7 %	4	4 %
procházky, kolo, plavání	0	0 %	0	0 %	1	6,7 %	2	13,3 %	3	3 %
celkem	10	100 %	25	100 %	15	100 %	15	100 %	65	65 %



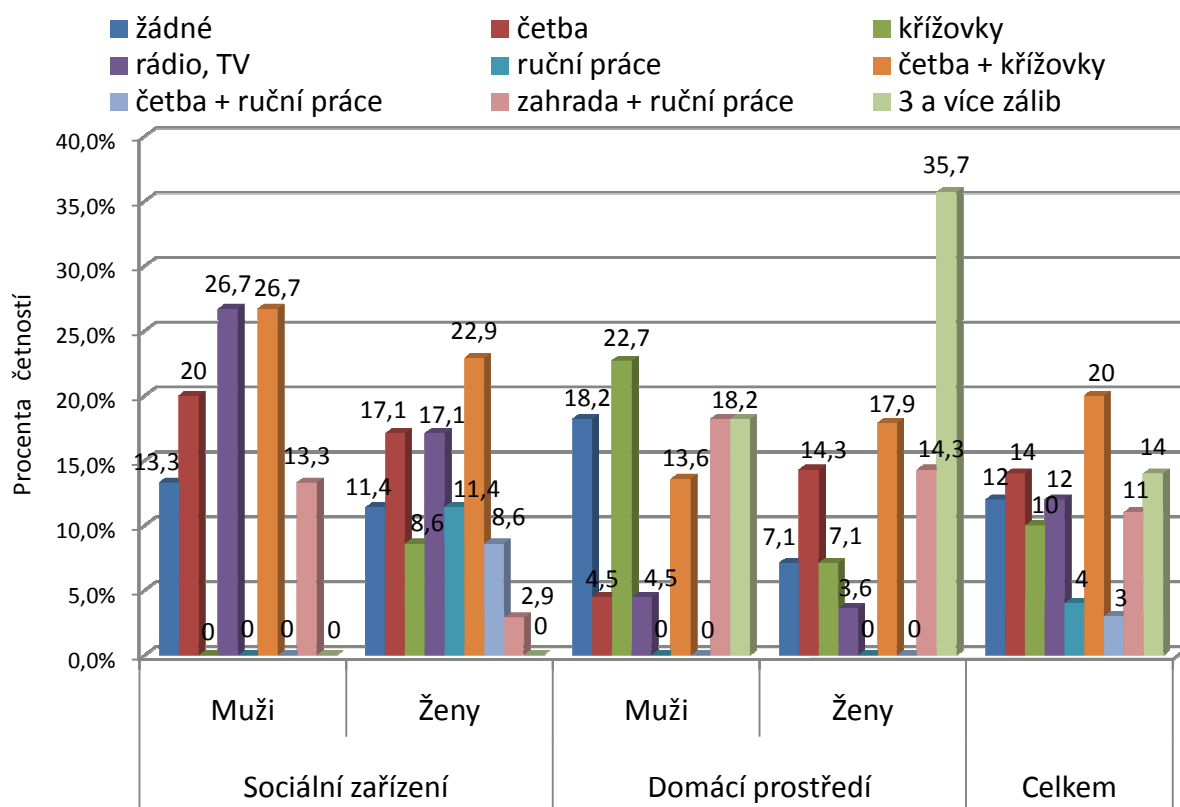
Obr. 20 Graf druhu aktivit seniorů ze sociálního zařízení a domácího prostředí

Tato otázka je hodnocena 65ti respondenty, kteří uvedli, že se pravidelně věnují pohybové aktivitě. 60 % (6) mužů a 60 % (15) žen ze sociálních zařízení se účastní cvičení, které organizuje zařízení. Druhou nejčastější odpovědí u zmíněné skupiny bylo, že chodí na procházky- 40 % (4) mužů a 24 % (6) žen. Muži v domácím prostředí nejčastěji jezdí na kole – 33,3 % (5), ženy se naopak rády procházejí – 46,7 % (7).

20) Jaké máte záliby a koníčky?

Tab. 21 Záliby

	Sociální zařízení				Domácí prostředí				Celkem	
	Muži		Ženy		Muži		Ženy			
	Absol. č.	Relat. č.	Absol. č.	Relat. č.	Absol. č.	Relat. č.	Absol. č.	Relat. č.	Absol. č.	Relat. č.
žádné	2	13,3	4	11,4 %	4	18,2 %	2	7,1 %	12	12 %
četba	3	20 %	6	17,1 %	1	4,5 %	4	14,3 %	14	14 %
křížovky	0	0 %	3	8,6 %	5	22,7 %	2	7,1 %	10	10 %
rádio, TV	4	26,7%	6	17,1 %	1	4,5 %	1	3,6 %	12	12 %
ruční práce	0	0 %	4	11,4 %	0	0 %	0	0 %	4	4 %
četba + křížovky	4	26,7%	8	22,9 %	3	13,6 %	5	17,9 %	20	20 %
četba + ruční práce	0	0 %	3	8,6 %	0	0 %	0	0 %	3	3 %
zahrad + ruční práce	2	13,3%	1	2,9 %	4	18,2 %	4	14,3 %	11	11 %
3 a více zálib	0	0 %	0	0 %	4	18,2 %	10	35,7 %	14	14 %
celkem	15	100 %	35	100 %	22	100 %	28	100 %	100	100 %



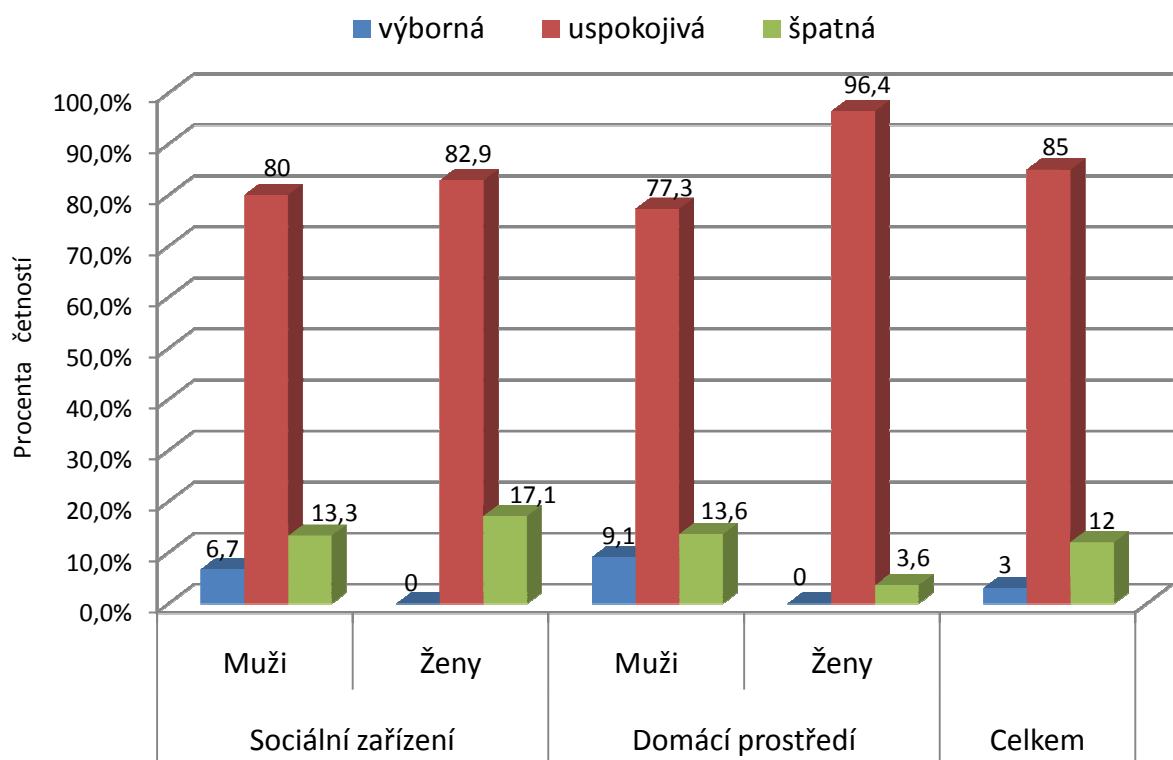
Obr. 21 Graf zálib seniorů ze sociálního zařízení a domácího prostředí

13,3 % (2) mužů a 11,4 % (4) žen ze sociálních zařízení uvedlo, že nemají žádné záliby. Stejnou odpověď zvolilo i 18,2 % (4) muži a 7,1 % (2) žen žijící v domácím prostředí. Z grafu je patrné, že 3 a více zálib mají ženy žijící v domácím prostředí – 35,7 % (10) žen. Senioři mají v celkovém výsledku jako nejčastější zálibu četbu a křížovky, tuto variantu označilo 20 % dotázaných.

21) Jak byste ohodnotili svoji finanční situaci?

Tab. 22 Finanční situace

	Sociální zařízení				Domácí prostředí				Celkem	
	Muži		Ženy		Muži		Ženy		Absol. č.	Relat. č.
	Absol. č.	Relat. č.	Absol. č.	Relat. č.	Absol. č.	Relat. č.	Absol. č.	Relat. č.		
výborná	1	6,7 %	0	0 %	2	9,1 %	0	0 %	3	3 %
uspokojivá	12	80 %	29	82,9 %	17	77,3 %	27	96,4 %	95	85 %
špatná	2	13,3%	6	17,1%	3	13,6 %	1	3,6 %	12	12 %
celkem	15	100 %	35	100 %	22	100 %	28	100 %	100	100 %



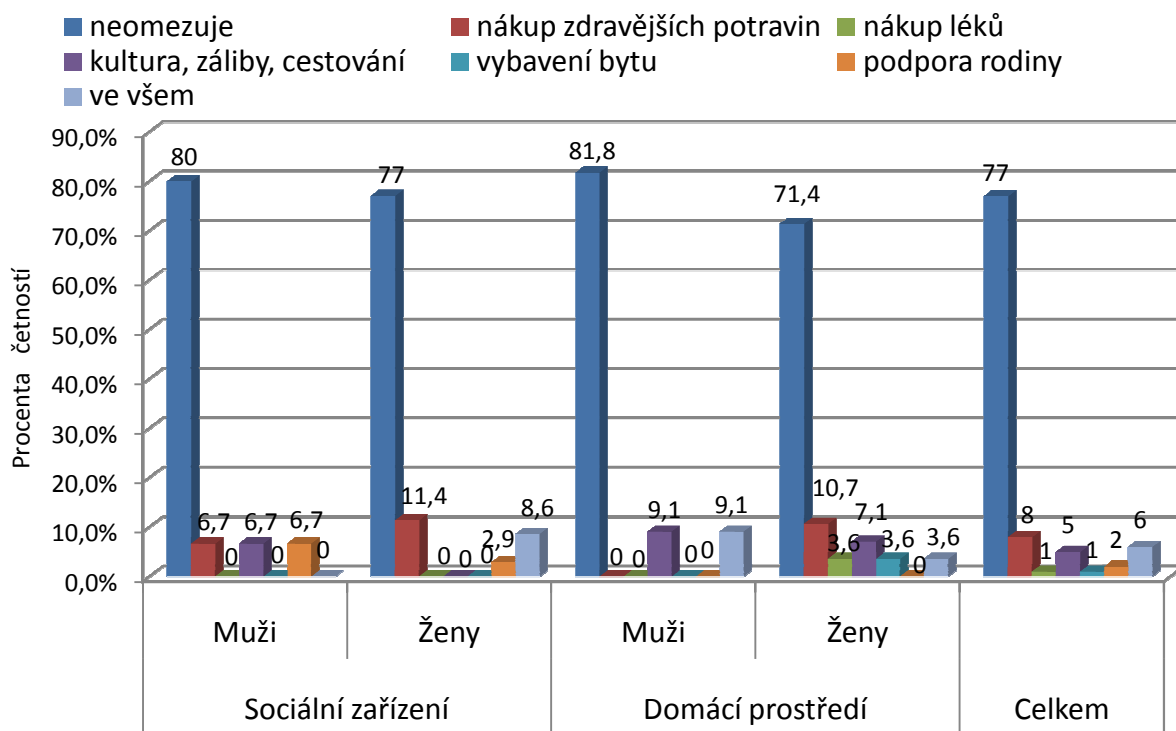
Obr. 22 Graf hodnocení finanční situace seniory ze sociálního zařízení a domácího prostředí

Převážná většina respondentů ve všech sledovaných skupinách (85 %) hodnotí svoji finanční situaci jako uspokojivou. Jediní v sociálním zařízení ji častěji označili za špatnou – 13,3 % (2) mužů a 17,1 % (6) žen v porovnání se seniory žijící doma, kde tuto variantu uvedlo 13,6 % (3) mužů a 3,6 % (1) žen. Muži z obou skupin dokonce ohodnotily svůj finanční stav za výborný, jednalo se o 6,7 % (1) mužů ze sociálního zařízení a 9,1 % (2) mužů žijící v domácím prostředí.

22) Omezuje Vás Vaše finanční situace v některých oblastech života?

Tab. 23 Omezení finanční situací

	Sociální zařízení				Domácí prostředí				Celkem	
	Muži		Ženy		Muži		Ženy		Absol. č.	Relat. č.
	Absol. č.	Relat. č.	Absol. č.	Relat. č.	Absol. č.	Relat. č.	Absol. č.	Relat. č.		
neomezuje	12	80 %	27	77,1%	18	81,8%	20	71,4 %	77	77 %
nákup zdravějších potravin	1	6,7 %	4	11,4%	0	0 %	3	10,7 %	8	8 %
nákup léků	0	0 %	0	0 %	0	0 %	1	3,6 %	1	1 %
kultura, záliby, cestování	1	6,7 %	0	0 %	2	9,1 %	2	7,1%	5	5 %
vybavení bytu	0	0 %	0	0 %	0	0 %	1	3,6 %	1	1%
podpora rodiny	1	6,7 %	1	2,9 %	0	0 %	0	0 %	2	2 %
ve všem	0	0 %	3	8,6 %	2	9,1 %	1	3,6 %	6	6 %
celkem	15	100 %	35	100 %	22	100 %	28	100 %	100	100 %



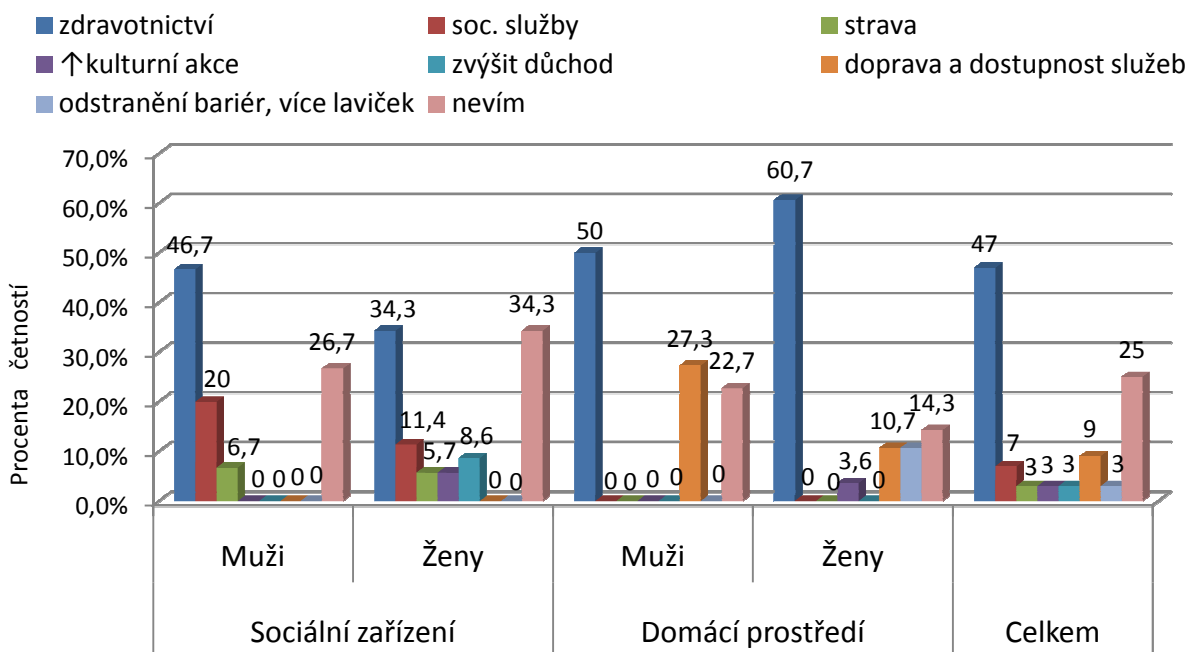
Obr. 23 Graf omezení seniorů žijících v sociálním zařízení a domácím prostředí vlastní finanční situací v různých oblastech života

Většina respondentů sledovaných skupin se necítí být omezena svou finanční situací – 77 %. Následuje omezení v nákupu zdravějších potravin a to především u žen – 11,4 % (4) ze sociálních zařízení a 10,7 % (3) žen v domácím prostředí. 6 % seniorů se cítí být omezeno ve všech oblastech života, 5 % je omezeno v kultuře, cestování. 2% seniorů udali jako omezení, že nemohou finančně vypomoci své rodině. 1 % dotazovaných odpovědělo, že je finanční situace omezuje v nákupu léků a stejné procento uvedlo omezení ve vybavení svého bytu.

23) Které oblasti života seniorů by se podle Vašeho názoru měly zlepšit?

Tab. 24 Oblast zlepšení

	Sociální zařízení				Domácí prostředí				Celkem	
	Muži		Ženy		Muži		Ženy		Absol. č.	Relat. č.
	Absol. č.	Relat. č.	Absol. č.	Relat. č.	Absol. č.	Relat. č.	Absol. č.	Relat. č.		
zdravotnictví	7	46,7%	12	34,3 %	11	50 %	17	60,7%	47	47 %
soc. služby	3	20 %	4	11,4 %	0	0 %	0	0 %	7	7 %
strava	1	6,7 %	2	5,7 %	0	0 %	0	0 %	3	3 %
↑ kulturní akce	0	0 %	2	5,7 %	0	0 %	1	3,6 %	3	3 %
zvýšit důchod	0	0 %	3	8,6 %	0	0 %	0	0 %	3	3 %
doprava a dostupnost služeb	0	0 %	0	0 %	6	27,3 %	3	10,7 %	9	9 %
bariéry, více laviček	0	0 %	0	0 %	0	0 %	3	10,7 %	3	3 %
nevím	4	26,7%	12	34,3 %	5	22,7 %	4	14,3 %	25	25 %
celkem	15	100 %	35	100 %	22	100 %	28	100 %	100	100 %



Obr. 24 Graf návrhů seniorů na zlepšení různých oblastí života

Téměř ve všech sledovaných skupinách respondenti udali jako oblast zlepšení zdravotnictví a celkem 47 % seniorů. 25 % dotázaných nevědělo, co by se mělo zlepšit. 9% seniorů uvedlo, že by se měla zlepšit doprava a dostupnost služeb. Zde se jednalo především o jedince, kteří žijí na venkově. 7 % seniorů si myslí, že by se měli zlepšit sociální služby (více personálu, lepší vybavení zařízení). Tuto variantu udávali pouze jedinci, kteří v sociálním zařízení bydlí. Po 3 % získaly všechny ostatní možné odpovědi, to znamená strava, (což také udávali jedinci ze sociálních zařízení), kulturní akce pro seniory a zvýšení důchodů.

4 TESTOVÁNÍ HYPOTÉZ

Hodnoty BMI jedinců v sociálním zařízení a domácím prostředí, otázka č. 3

H₀ = Hodnoty BMI budou stejně rozložené u mužů žijících doma a v sociálním zařízení.

H_A = Hodnoty BMI budou vyšší u mužů, žijících v domácím prostředí.

Tab. 25 BMI mužů v sociálním zařízení a domácím prostředí

Muži	Sociální zařízení	Domácí prostředí	Celkem
BMI do 24,99	8	5	13
BMI 25 a více	7	17	24
celkem	15	22	37

Tab. 26 BMI mužů v sociálním zařízení a domácím prostředí – očekávané hodnoty

Muži	Sociální zařízení	Domácí prostředí	Celkem
BMI do 24,99	5,3	7,7	13
BMI 25 a více	9,7	14,3	24
celkem	15	22	37

$$\chi^2 = \sum (\text{pozorovaná} - \text{očekávaná četnost})^2 / \text{očekávaná četnost}$$

$$\chi^2 = \frac{(8 - 5,3)^2}{5,3} + \frac{(5 - 7,7)^2}{7,7} + \frac{(7 - 9,7)^2}{9,7} + \frac{(17 - 14,3)^2}{14,3} =$$
$$= 1,375 + 0,947 + 0,752 + 0,51 = 3,584$$

Kritická hodnota: 3,84 (počet stupňů volnosti: 1, hladina významnosti: 0,05)

Závěr: Výsledná hodnota (3,584) je nižší než kritická hodnota proto:

H₀ přijímáme, mezi hodnotami BMI u mužů v sociálním zařízení a domácím prostředí, není rozdíl. H_A zamítáme.

H0 = Hodnoty BMI budou stejně rozložené u žen žijících doma a v sociálním zařízení.

HA = Hodnoty BMI budou vyšší u žen, žijících v domácím prostředí.

Tab. 27 BMI žen v sociálním zařízení a domácím prostředí

Ženy	Sociální zařízení	Domácí prostředí	Celkem
BMI do 24,99	11	6	17
BMI 25 a více	24	22	46
celkem	35	28	63

Tab. 28 BMI žen v sociálním zařízení a domácím prostředí – očekávané hodnoty

Ženy	Sociální zařízení	Domácí prostředí	Celkem
BMI do 24,99	9,4	7,6	17
BMI nad 25	25,6	20,4	46
celkem	35	28	63

$$\chi^2 = \sum (\text{pozorovaná-očekávaná četnost})^2 / \text{očekávaná četnost}$$

$$\chi^2 = \frac{(11 - 9,4)^2}{9,4} + \frac{(6 - 7,6)^2}{7,6} + \frac{(24 - 25,6)^2}{25,6} + \frac{(22 - 20,4)^2}{20,4} = 0,272 + 0,337 + 0,1 + 0,125 = 0,834$$

Kritická hodnota: 3,84 (počet stupňů volnosti: 1, hladina významnosti: 0,05)

Závěr: Výsledná hodnota (0,834) je nižší než kritická hodnota proto:

H0 přijímáme, mezi hodnotami BMI u žen v sociálním zařízení a domácím prostředí, není rozdíl. HA zamítáme.

H0 = Hodnoty BMI mužů a žen budou stejně rozloženy.

HA= Hodnoty BMI budou vyšší u žen než u mužů, bude mezi nimi rozdíl.

Tab. 29 Hodnoty BMI u mužů a žen

BMI	Muži	Ženy	Celkem
BMI do 24,99	13	17	30
BMI nad 25	24	46	70
celkem	37	63	100

Tab. 30 Hodnoty BMI u mužů a žen – očekávané hodnoty

BMI	Muži	Ženy	Celkem
BMI do 24,99	11,1	18,9	30
BMI nad 25	25,9	44,1	70
celkem	37	63	100

$$\chi^2 = \sum (\text{pozorovaná-} \text{očekávaná četnost})^2 / \text{očekávaná četnost}$$

$$\chi^2 = \frac{(13 - 11,1)^2}{11,1} + \frac{(17 - 18,9)^2}{18,9} + \frac{(24 - 25,9)^2}{25,9} + \frac{(46 - 44,1)^2}{44,1} = 0,325 + 0,191 + 0,139 + 0,082 = 0,737$$

Kritická hodnota: 3,84 (počet stupňů volnosti: 1, hladina významnosti: 0,05)

Závěr: Výsledná hodnota (0,737) je nižší než kritická hodnota proto:

H0 přijímáme, mezi hodnotami BMI u mužů a žen není rozdíl, jsou stejně rozloženy.

HA zamítáme.

Stravování a pitný režim respondentů v sociálním zařízení a domácím prostředí, otázka 13 – 14.

H0 = Denní stravování bude u jedinců žijících v sociálním zařízení i doma stejně rozložené.

HA= Jedinci v sociálním zařízení se stravují pravidelněji (5-6 x denně) než jedinci žijící doma, denní stravování není stejně rozložené.

Tab. 31 Pravidelnost stravování u jedinců v sociálním zařízení a domácím prostředí

	Sociální zařízení	Domácí prostředí	Celkem
5-6 x denně	15	3	18
nesvačí	22	34	56
nesvačí dopoledne	11	10	21
nesvačí odpoledne	1	3	4
po obědě už nejí	1	0	1
celkem	50	50	100

Tab. 32 Pravidelnost stravování u jedinců v sociálním zařízení a domácím prostředí – očekávané hodnoty

	Sociální zařízení	Domácí prostředí	Celkem
5-6 x denně	9	9	18
nesvačí	28	28	56
nesvačí dopoledne	10,5	10,5	21
nesvačí odpoledne	2	2	4
po obědě už nejí	0,5	0,5	1
celkem	50	50	100

$$\chi^2 = \sum (\text{pozorovaná} - \text{očekávaná četnost})^2 / \text{očekávaná četnost}$$

$$\chi^2 = \frac{(15-9)^2}{9} + \frac{(3-9)^2}{9} + \frac{(22-28)^2}{28} + \frac{(34-28)^2}{28} + \frac{(11-10,5)^2}{10,5} + \frac{(10-10,5)^2}{10,5} + \frac{(1-2)^2}{2} + \frac{(3-2)^2}{2} + \frac{(1-0,5)^2}{0,5} + \frac{(0-0,5)^2}{0,5} = 4 + 4 + 1,286 + 1,286 + 0,024 + 0,024 + 0,5 + 0,5 + 0,5 + 0,5 = 12,62$$

Kritická hodnota: 9,49 (počet stupňů volnosti: 4, hladina významnosti: 0,05)

Závěr: Výsledná hodnota (12,62) je vyšší než kritická hodnota proto:

H0 zamítáme, denní stravování není u jedinců žijících v sociálním zařízení a domácím prostředí stejně rozložené. Přijímáme HA, mezi denním stravováním jedinců žijících doma a v sociálním zařízení je rozdíl.

Pitný režim jedinců v sociálním zařízení a domácím prostředí

H0 = Příjem tekutin bude u jedinců v sociálním zařízení i domácím prostředí stejně rozložený.

HA = Příjem tekutin u jedinců v sociálním zařízení a domácím prostředí nebude stejný.

Tab. 33 Denní příjem tekutin u jedinců v sociálním zařízení a domácím prostředí

	Sociální zařízení	Domácí prostředí	Celkem
↓ 1 l	6	5	11
1 - 1,5 l	12	15	27
1,5 - 2 l	17	23	40
↑ 2 l	15	7	22
celkem	50	50	100

Tab. 34 Denní příjem tekutin u jedinců v sociálním zařízení a domácím prostředí – očekávané hodnoty

	Sociální zařízení	Domácí prostředí	Celkem
↓ 1 l	5,5	5,5	11
1 - 1,5 l	13,5	13,5	27
1,5 - 2 l	20	20	40
↑ 2 l	11	11	22
celkem	50	50	100

$$\chi^2 = \sum (\text{pozorovaná} - \text{očekávaná četnost})^2 / \text{očekávaná četnost}$$

$$\chi^2 = \frac{(6 - 5,5)^2}{5,5} + \frac{(5 - 5,5)^2}{5,5} + \frac{(12 - 13,5)^2}{13,5} + \frac{(15 - 13,5)^2}{13,5} + \frac{(17 - 20)^2}{20} + \frac{(23 - 20)^2}{20} + \frac{(15 - 11)^2}{11} + \frac{(7 - 11)^2}{11} = 0,045 + 0,045 + 0,167 + 0,167 + 0,45 + 0,45 + 1,455 + 1,455 = 4,234$$

Kritická hodnota: 7,81 (počet stupňů volnosti: 3, hladina významnosti: 0,05)

Závěr: Výsledná hodnota (4,234) je nižší než kritická hodnota proto:

Přijímáme H0, příjem tekutin je u jedinců v sociálním zařízení i domácím prostředí stejně rozložený. HA zamítáme, mezi příjmem tekutin u jedinců v sociálním zařízení a domácím prostředí není rozdíl.

Věnování se kulturním a pohybovým aktivitám u jedinců v sociálním zařízení a domácím prostředí, otázka 15, 18.

H0 = Respondenti ze sociálních zařízení i z domácího prostředí se budou kulturním aktivitám věnovat stejně, nebude rozdíl mezi sledovanými skupinami.

HA = Respondenti ze sociálních zařízení se budou věnovat kulturním aktivitám ve větším počtu než jedinci žijící v domácím prostředí.

Tab. 35 Návštěvnost kulturních aktivit u jedinců v sociálním zařízení a domácím prostředí

	Sociální zařízení	Domácí prostředí	Celkem
ano	19	11	30
ne	31	39	70
celkem	50	50	100

Tab. 36 Návštěvnost kulturních aktivit u jedinců v sociálním zařízení a domácím prostředí – očekávané hodnoty

	Sociální zařízení	Domácí prostředí	Celkem
ano	15	15	30
ne	35	35	70
celkem	50	50	100

$$\chi^2 = \sum (\text{pozorovaná} - \text{očekávaná četnost})^2 / \text{očekávaná četnost}$$

$$\chi^2 = \frac{(19-15)^2}{15} + \frac{(11-15)^2}{15} + \frac{(31-35)^2}{35} + \frac{(39-35)^2}{35} = 1,067 + 1,067 + 0,457 + 0,457 = 3,048$$

Kritická hodnota: 3,84 (počet stupňů volnosti: 1, hladina významnosti: 0,05)

Závěr: Výsledná hodnota (3,048) je nižší než kritická hodnota proto:

Přijímáme H0, respondenti ze sociálního zařízení a domácího prostředí se kulturním aktivitám věnují stejně, není mezi nimi rozdíl. HA zamítáme.

Pravidelnost pohybové aktivity jedinců ze sociálního zařízení a domácího prostředí

H0 = Respondenti ze sociálních zařízení i z domácího prostředí se budou pohybovým aktivitám věnovat stejně, nebude rozdíl mezi sledovanými skupinami.

HA = Respondenti ze sociálních zařízení se budou věnovat pohybovým aktivitám ve větším počtu.

Tab. 37 Věnování se pohybovým aktivitám

	Sociální zařízení	Domácí prostředí	Celkem
ano	35	30	65
ne	15	20	35
celkem	50	50	100

Tab. 38 Věnování se pohybovým aktivitám – očekávané hodnoty

	Sociální zařízení	Domácí prostředí	Celkem
ano	32,5	32,5	65
ne	17,5	17,5	35
celkem	50	50	100

$$\chi^2 = \sum (\text{pozorovaná} - \text{očekávaná četnost})^2 / \text{očekávaná četnost}$$

$$\chi^2 = \frac{(35-32,5)^2}{32,5} + \frac{(30-32,5)^2}{32,5} + \frac{(15-17,5)^2}{17,5} + \frac{(20-17,5)^2}{17,5} = 0,192 + 0,192 + 0,357 + 0,357 = 1,098$$

Kritická hodnota: 3,84 (počet stupňů volnosti: 1, hladina významnosti: 0,05)

Závěr: Výsledná hodnota (1,098) je nižší než kritická hodnota proto:

Přijímáme H0, respondenti ze sociálního zařízení a domácího prostředí se pohybovým aktivitám věnují stejně, není mezi nimi rozdíl. HA zamítáme.

Zájem všech respondentů o další vzdělávání, otázka č. 16

H₀ = Mezi seniory, kteří mají a nemají zájem o další vzdělávání, není rozdíl.

H_A = Většina seniorů nebude mít zájem o další vzdělávání.

Tab. 39 Zájem respondentů o další vzdělávání

	Sociální zařízení		Domácí prostředí		Celkem	
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
ne	46	92 %	42	84 %	88	88%
ano	2	4 %	5	10 %	7	7%
neví	1	2 %	0	0 %	1	1%
nepřemýšlel o tom	1	2 %	3	6 %	4	4%
celkem	50	100 %	50	100 %	100	100%

$$x^2 = n * \frac{(p_i - p_j)^2}{p_i + p_j} = 100 \frac{(0,88 - 0,07)^2}{0,88 + 0,07} = 100 \frac{(0,81)^2}{0,95} = 100 \frac{0,6561}{0,95} = 69,06$$

Kritická hodnota: 7,81 (počet stupňů volnosti: 3, hladina významnosti: 0,05)

Závěr: Výsledná hodnota (69,06) je vyšší než kritická hodnota proto:

H₀ se zamítá, mezi jedinci, kteří mají a nemají zájem o další vzdělávání je statisticky významný rozdíl. Přijímáme H_A, zájem o další vzdělávání je u dotazovaných seniorů odlišný.

Hodnocení finanční situace jedinci ze sociálních zařízení a domácího prostředí

H₀ = Hodnocení finanční situace seniorů v sociálním zařízení a žijících doma bude stejné.

H_A = Lidé žijící v sociálním zařízení budou svoji finanční situaci hodnotit hůře než lidé žijící v domácím prostředí.

Tab. 40 Hodnocení finanční situace jedinci ze sociálního zařízení a domácího prostředí

	Sociální zařízení	Domácí prostředí	Celkem
výborná	1	2	3
uspokojivá	41	44	85
špatná	8	4	12
celkem	50	50	100

Tab. 41 Hodnocení finanční situace jedinci ze sociálního zařízení a domácího prostředí – očekávané hodnoty

	Sociální zařízení	Domácí prostředí	Celkem
výborná	1,5	1,5	3
uspokojivá	42,5	42,5	85
špatná	6	6	12
celkem	50	50	100

$$\chi^2 = \sum (\text{pozorovaná} - \text{očekávaná četnost})^2 / \text{očekávaná četnost}$$

$$\chi^2 = \frac{(1-1,5)^2}{1,5} + \frac{(2-1,5)^2}{1,5} + \frac{(41-42,5)^2}{42,5} + \frac{(44-42,5)^2}{42,5} + \frac{(8-6)^2}{6} + \frac{(4-6)^2}{6} = 0,167 + 0,167 + 0,053 + 0,053 + 0,667 + 0,667 = 1,774$$

Kritická hodnota: 5,99 (počet stupňů volnosti: 2, hladina významnosti: 0,05)

Závěr: Výsledná hodnota (1,774) je nižší než kritická hodnota proto:

Přijímáme H₀, hodnocení finanční situace jedinci v sociálním zařízení a domácím prostředí je stejné. H_A zamítáme

DISKUZE

V této části se vyjádřím k jednotlivým stanoveným hypotézám.

1) Předpokládám, že hodnoty BMI budou vyšší u jedinců žijící v domácím prostředí a u mužů budou hodnoty nižší než u žen.

Tato hypotéza se mi nepotvrdila ani v jednom bodu. Podle hodnot v tabulkách a grafech by se dalo říci, že rozdíly mezi sledovanými skupinami jsou přítomny, avšak podle statistického testování hypotéz je závěr takový, že hodnoty BMI jsou u jedinců v sociálním zařízení i domácím prostředí stejně rozložené, tentýž závěr platí také mezi muži a ženami.

53,3 % mužů a 31,4 % žen ze sociálního prostředí mají hodnoty BMI do 24,99, tedy normální, v domácím prostředí je to pouze 22,7 % mužů a 21,4 % žen. Ostatní jedinci spadají do skupiny s BMI 25 a vyšším - jedná se o 46,7 % mužů a 68,6 % žen ze sociálního zařízení a 77,3 % mužů a 78,6 % žen z domácího prostředí.

Moje domněnka vznikla na podkladě toho, že jedinci v sociálním zařízení dostávají stravu pravidelně a většinou snědí pouze to, co se jim naservíruje. Oproti tomu senioři, kteří žijí v domácím prostředí, mohou mlsat kdykoliv během dne, nemají pevně stanovený režim stravování, proto jsem se domnívala, že hodnoty BMI těchto jedinců budou vyšší. Ženy většinou preferují sladkosti ve své jídelničce častěji než muži, na tomto předpokladu vznikla další moje myšlenka a to, že ženy budou mít vyšší BMI než muži. Nepotvrzení hypotéz může být způsobeno buď náhodou či počtem dotázaných seniorů.

2) Domnívám se, že život v sociálním zařízení ovlivňuje stravování a pitný režim jedinců a to tak, že se zde stravují pravidelněji (5-6 krát denně) a vypijí více tekutin než jedinci žijící v domácím prostředí.

Výsledek odpovědí na otázku 13, která zjišťuje denní příjem tekutin, mne celkem překvapil, předpokládala jsem větší rozdíl mezi jedinci, kteří žijí v sociálním zařízení a seniory žijícími v domácím prostředí. Dle výzkumu muži pijí více tekutin než ženy a to v obou sledovaných skupinách. V sociálním zařízení vypije 1,5-2 litru tekutin 33,3 % mužů a 34,3 % žen, v domácím prostředí je to 36,4% mužů a 53,6 % žen. Více jak 2 litry tekutin vypije 53,3 % mužů ze sociálního zařízení a 20 % žen, doma je to 27,3 % mužů a jen 3,6 % žen. Podle statistického testování hypotéz se mi moje domněnka nepotvrdila a platí, že příjem tekutin je u jedinců v sociálním zařízení i domácím prostředí stejně rozložený, není mezi nimi rozdíl.

Ve 14. Otázce se ptám na denní stravování seniorů. Předpokládala jsem, že jedinci v sociálním zařízení se stravují pravidelněji. Z grafů a tabulek je patrný rozdíl mezi sledovanými skupinami, 46,7 % mužů a 22,9 % žen se sociálního zařízení se stravují pravidelně 5-6 x denně, kdežto u jedinců žijících doma je to pouze 4,5 % mužů a 7,1 % žen. 26,7 % mužů a 51,4 % žen v sociálním zařízení a 63,6 % mužů a 71,4 % žen žijících v domácím prostředí uvedlo, že nesvačí, i zde je zřetelný rozdíl mezi jedinci. Můj předpoklad se tedy i dle statistického testování hypotéz potvrdil. Platí, že rozložení denního stravování u jedinců není stejné, umístění seniorů v sociálním zařízení má vliv na jejich pravidelné rozložení stravy. Tento výsledek je pravděpodobně dán tím, že v sociálním zařízení jedinci dostávají stravu opravdu 5-6 x denně a většina seniorů připravenou svačinu sní.

3) *Domnívám se, že respondenti žijící v sociálním zařízení se budou věnovat kulturním i pohybovým aktivitám ve větším počtu než seniori žijící v domácím prostředí.*

15. otázka dotazníku zjišťuje, jak se seniori staví ke kulturním akcím. Z grafu je patrné, že dle procentuálního zastoupení se více věnují kulturním aktivitám jedinci ze sociálního zařízení. Viditelný je také rozdíl mezi pohlavím, v sociálním zařízení pravidelně navštěvuje kulturní akce 46,7 % mužů a 34,3 % žen, kdežto v domácím prostředí je to 13,6 % mužů a 28,6 % žen. Tedy v sociálním zařízení navštěvují kulturní akce častěji muži než ženy, ale v domácím prostředí je to obráceně – častěji ženy než muži. Celkem navštěvuje kulturní akce pravidelně pouze 30% respondentů. Jak již jsem zmínila rozdíl mezi jedinci ze sociálního zařízení a domácího prostředí je zřejmý, přesto se mi moje domněnka při testování hypotéz nepotvrdila a platí tedy, že mezi respondenty ze sociálního zařízení a domácího prostředí ve věnování se kulturním akcím není rozdíl.

Pohybové aktivitě se věnuje otázka 18. Téměř ve všech sledovaných skupinách převažují odpovědi jedinců, kteří se věnují pohybové aktivitě pravidelně. Výjimku tvoří skupina žen, které žijí v domácím prostředí, zde 46,4 % uvedlo, že se pravidelně nevěnují žádné pohybové aktivitě. Rozdíly mezi skupinami nejsou markantní, ale z tabulek a grafů můžeme vyčíst, že více jedinců, kteří se pohybu pravidelně nevěnují, je ve skupině seniorů žijících v domácím prostředí. Myslím si, že tato skutečnost je dána především tím, že sociální zařízení pravidelně pořádají pro své klienty dostatečné množství různých aktivit, ze kterých si jistě většina seniorů vybere tu, která mu bude vyhovovat. Můj předpoklad, ale vyvrátilo statistické testování hypotéz a závěr zní, že mezi respondenty ze sociálních zařízení a domácích prostředí není rozdíl a pohybovým aktivitám se věnují obě skupiny stejně.

4) *Myslím si, že většina seniorů nebude mít zájem o další vzdělávání.*

Zájem o další vzdělávání sleduje otázka č. 16, kde odpovědi byly jednoznačné ve všech skupinách, přičemž nejlépe dopadla skupina žen z domácího prostředí – 3,6 % se dále vzdělává v cizím jazyce a 10,7 % navštěvuje univerzitu 3. věku. O další vzdělávání nemá zájem 93,3 % mužů a 91,4 % žen ze sociálních zařízení a 95,5 % mužů a 75 % žen z domácího prostředí. Celkem nemá zájem o další vzdělávání 88 % respondentů. Tato hypotéza byla statisticky testována a má domněnka se mi potvrdila a platí, že mezi jedinci, kteří mají a nemají zájem o další vzdělávání, je statisticky významný rozdíl. Jednoznačný výsledek této otázky není příliš pozitivním zjištěním, může to být zapříčiněno malou informovaností a propagačními možnostmi dalšího vzdělávání starší populace. Internet sice obsahuje nepřehledné množství informací o tomto tématu, ale který jedinec v sociálním zařízení, ale i doma má k dispozici právě tento zdroj informací? Za vhodné považuji propagační možnosti vzdělávání v sociálních zařízeních, dále na různých místech, kde se senioři nejčastěji shromažďují /kluby seniorů/, a také v nemocnicích.

5) *Předpokládám, že lidé žijící v sociálním zařízení budou svoji finanční situaci hodnotit hůře než lidé žijící v domácím prostředí.*

21. otázka dotazníku zjišťuje hodnocení finanční situace dotazovaných respondentů. Nejvíce respondentů ze všech skupin ohodnotilo svou finanční situaci jako uspokojivou. Muži tuto možnost udávali méně často než ženy a to jak v sociálním zařízení tak i doma. V sociálním zařízení považuje svoji finanční situaci za uspokojivou 80 % mužů a 82,9 % žen, doma je to 77,3 % mužů a 96,4 % žen. Viditelný je rozdíl mezi jedinci ze sociálního a domácího prostředí, kde senioři v první zmíněné skupině hodnotili svoji finanční situaci jako špatnou v 13,3 % muži a 17,1 % ženy. V druhé skupině to bylo 13,6 % mužů a pouze 3,6 % žen. Z grafů a tabulek je patrný rozdíl mezi seniory, kteří žijí v sociálním zařízení a domácím prostředí, jak jsem předpokládala, ale při statistickém ověřování se mi moje hypotéza nepotvrdila. Závěr je tedy takový, že hodnocení finanční situace jedinci v sociálním zařízení a domácím prostředí je stejné.

ZÁVĚR

Cílem mé diplomové práce bylo teoreticky popsat problematiku stáří, stárnutí a změny, které s touto životní etapou souvisí. V další řadě se zaměřit na vybrané komponenty životního stylu seniorů, zmapovat jeho problémové oblasti a zjistit rozdíly mezi jedinci žijícími v sociálním zařízení a domácím prostředí, muži a ženami. Poslední cíl spočíval ve vytvoření názorného edukačního materiálu pro seniory, který je součástí diplomové práce a je zařazen mezi přílohy. (viz příloha F)

Z výzkumného šetření vyplynulo, že průměrné hodnoty BMI seniorů se u všech sledovaných skupin pohybují nad hranicí normy, proto ve zmíněném edukačním materiálu popisují důležitost správného stravování, pohybové aktivity, ale i negativní následky, které se mohou vyskytnout při nedodržování obecně známých pravidel. Z dotazníků dále vzešlo, že stále jsou tací jedinci, kteří vypijí méně než 1 litr tekutin za den, proto je v tomto materiálu zahrnuta i potřeba dostatečného příjmu vhodných tekutin. Poslední problematika, která je součástí edukačního materiálu se týká možnosti dalšího vzdělávání starší populace. Výsledky výzkumného šetření prokázaly, že převážná většina dotázaných seniorů nemá zájem o to, aby se dále vzdělávali. Někteří dokonce o této možnosti ani nevědí, proto jsem se rozhodla tuto kapitolu zařadit do zmíněného edukačního materiálu.

Životní styl ovlivňuje kvalitu života každého z nás. Preference zdravého životního stylu by měla být samozřejmostí, pokud se tedy chceme dožít vysokého věku v co možná nejlepším zdraví a kondici. Rozhodnutí, zda žít zdravě nebo ne, je pouze na nás. Dnes již máme na trhu k dispozici nepřeberné množství cenově dostupných zdravých potravin a společnost nabízí neustále nové druhy pohybových aktivit pro jedince každého věku. Domnívám se, že je stále důležité propagovat zdravý životní styl, ale i negativní důsledky, ke kterým může dojít při nezdravém způsobu života. Na základě těchto informací se pak jedinec rozhodne, jak naloží se svým zdravím.

Ministryně zdravotnictví Dana Jurásková uvedla v rozhovoru pro časopis „Moje zdraví“, že z hlediska životního stylu vytýká Čechům nezdravou stravu, málo pohybu, životní trysk a ignoraci prevence. Z údajů Ústavu zdravotnických informací a statistiky totiž vyplynulo, že více než polovina populace v České republice ignoruje preventivní prohlídky. (7) Sami lékaři přiznávají, že v ordinaci nemají příliš času na to, aby poučovali své pacienty o prevenci. V této situaci se nabízí role sester v primární péči, které by samy vyhledávaly rizikové skupiny pacientů a cíleně je vzdělávaly o screeningových preventivních programech, ale i o zmíněném zdravém životním stylu.

Jak již bylo zmíněno v teoretické části mé práce, demografické ukazatele mluví jasně, populace neustále stárne. Změny, které jsou nutné pro tento společenský vývoj, by se měly týkat nejen politiky, zdravotnictví, ale i přístupu nás všech k lidem pokročilého věku. Považuji za potřebné zajímat se o seniory, jejich potřeby a komplexně pochopit jejich problematiku. Za další důležitou věc pokládám osvětu společnosti a to především dětí a mládeže ve školách, která se týká soužití se staršími lidmi a chování k nim. Na postoji jedinců k seniorům se velkou měrou podepisuje i chování rodičů ke starší populaci, ať již v rodině, či ve veřejném životě. Děti si pamatují tento přístup a ve většině případů ho přijímají za vlastní.

Stárnutí tvoří nedílnou součást života a jednou se bude týkat každého z nás, proto je potřeba tuto problematiku dostat do podvědomí celé společnosti a vychovávat takové jedince, kteří seniory budou nejen respektovat, ale i považovat za své rovnocenné partnery.

SOUPIS BIBLIOGRAFICKÝCH CITACÍ

- 1) ČEVELA, R.; ČELEDOVÁ, L.; DOLANSKÝ, H. *Výchova ke zdraví pro střední zdravotnické školy*. Praha : Grada Publishing, a.s., 2009. ISBN 978-80-247-2860-5.
- 2) FAIT, T.; VRABLÍK, M.; ČEŠKA, R. a kol. *Preventivní medicína*. Praha : Maxdorf, 2008. ISBN 978-80-7 345-160-8.
- 3) GOLKOVÁ, M. *Anti-aging – Jak si zachovat mládí a krásu*. Praha : Grada Publishing, a.s., 2010. ISBN 978-80-247-2106-4.
- 4) GOLKOVÁ, M. *Medicína proti stárnutí – nejrychleji rostoucí lékařská specializace na světě*. *Praktický lékař*, 2006, 86, č. 8, s. 470 – 474.
- 5) GROFOVÁ, Z. *Výživa ve stáří*. *Medicína pro praxi*, 2009, roč. 6, č. 1, s. 42-43.
- 6) GRUSS, P. *Perspektivy stárnutí : z pohledu psychologie celoživotního vývoje*. 1.vyd. Praha : Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-605-6.
- 7) HEJLOVÁ, M. *Berou Češi prevenci vážně? – otázky pro ministryni zdravotnictví Danu Juráskovou*, *Moje zdraví*, 2010, č.4. s. 10-11.
- 8) HOLMEROVÁ, I.; JURAŠKOVÁ, B.; ZIKMUNDOVÁ, K. *Vybrané kapitoly z gerontologie*. Vydala Česká alzheimerská společnost, 2003. ISBN 80-86541-12-6.
- 9) HORŇÁKOVÁ, M. ; MARTÍNKOVÁ, V. *Aktivní život seniorů*. *Sestra*, 2009, č.11, s. 39-40.
- 10) JAROŠOVÁ, D. *Péče o seniory*. 1.vyd. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, Zdravotně sociální fakulta, 2006. ISBN 80-7368-110-2.
- 11) JAROŠOVÁ, D. *Úvod do komunitního ošetřovatelství*. 1.vyd. Praha : Grada Publishing, a.s., 2007. ISBN 978-80-247-2150-7.
- 12) KALVACH, Z.; ZADÁK, Z. a kol. *Geriatric a gerontologie*. 1.vyd. Praha : Grada Publishing, a.s., 2004. ISBN 80-247-0548-6.
- 13) KALVACH, Z.; ZADÁK, Z. a kol. *Geriatrické syndromy a geriatrický pacient*. 1.vyd. Praha : Grada Publishing, a.s., 2008. ISBN 978-80-247-2490-4.
- 14) KLEVETOVÁ, D.; DLABALOVÁ, I. *Motivační prvky při práci se seniory*. 1.vyd. Praha : Grada Publishing, a.s., 2008. ISBN 978-80-247-2169-9.
- 15) LANGMEIER, J.; KREJČÍŘOVÁ, D. *Vývojová psychologie - 2., aktualizované vydání*. Praha : Grada Publishing, a.s., 2006. ISBN 80-247-1284-9.
- 16) MACHOVÁ, J.; KUBÁTOVÁ, D. *Výchova ke zdraví*. 1.vyd. Praha : Grada Publishing, a.s., 2009. ISBN 978-80-247-2715-8.

- 17) MAŠKOVÁ, M. a kol. *Postavení a diskriminace seniorů v České republice*. Vydalo Ministerstvo práce a sociálních věcí, Praha : 2006. ISBN 80-86878-52-X.
- 18) MLČOCHOVÁ, R. *Geriatrize ošetřovatelství a medicíny – realita nebo fikce?*. *Sestra*, 2009, č. 1, s. 42.
- 19) NOVOTNÁ, J.; LAHOLOVÁ, J. *Výživa ve stáří*. *Sestra*, 2009, č.1, s. 44 – 45.
- 20) PROVAZNÍK, K.; KOMÁREK, L. *Manuál prevence v lékařské praxi – souborné vydání*. Praha : Fortuna 2003, 2004. ISBN 80-7168-942-4.
- 21) ŘÍČAN, P. *Cesta životem*. 2., přepracované vyd. Praha : Portál, 2004. ISBN 80-7178-829-5.
- 22) ŘÍČAN, P. *Psychologie osobnosti – obor v pohybu*. 5., rozšířené vydání. Praha : Grada Publishing, a.s., 2007. ISBN 978-80-247-1174-4.
- 23) SVĚTOVÁ ZDRAVOTNÍCKÁ ORGANIZACE. *Zdraví 21 – zdraví do 21. století*. Praha, 2001. ISBN 80-85047-19-5.
- 24) ŠIMŮNKOVÁ, M. *Screening – Síto na zdraví., Moje zdraví*, 2010, č.4. s. 13-19.
- 25) TOPINKOVÁ, E. *Geriatric pro praxi*. 1.vyd. Praha : Galén, 2005. ISBN 80-7262-365-6.
- 26) VOKURKA, M.; HUGO, J. a kol. *Velký lékařský slovník*. 8. vydání. Praha : Maxdorf, 2009. ISBN 978-80-7345-166-0.
- 27) Český statistický úřad. *Česká republika v číslech 2009*. [On-line]: [http://www.czso.cz/csu/2009edicniplan.nsf/t/850021C490/\\$File/14090905.pdf](http://www.czso.cz/csu/2009edicniplan.nsf/t/850021C490/$File/14090905.pdf)
- 28) E-SENIOR, portál vzdělávání seniorů. [On-line]: <http://www.e-senior.cz/>
- 29) KOŽÍŠEK, F. *Jak se vyznat v balených vodách*. [On-line]: http://www.szu.cz/uploads/documents/czsp/edice/plne_znani/letaky/pitny_rezim.pdf
- 30) Ústav zdravotnických informací a statistiky. *Zdravotnictví České republiky 2008 ve statistických údajích*. [On-line]: <http://www.uzis.cz/>
- 31) WIKIPEDIE – Otevřená encyklopedie [On-line]: <http://cs.wikipedia.org/wiki/>
- 32) Zdraví EU, Portál EU o veřejném zdraví. *Ageing and health*. [On-line]: http://ec.europa.eu/health/ph_information/dissemination/diseases/age_en.htm
- 33) Zdraví EU, Portál EU o veřejném zdraví. *Lifestyle*. [On-line]: http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/lifestyle_en.htm

SEZNAM TABULEK

Tab. 1 Pohlaví respondentů.....	35
Tab. 2 Průměrný věk respondentů	36
Tab. 3 BMI.....	37
Tab. 4 Vzdělání	37
Tab. 5 Místo bydliště.....	38
Tab. 6 Typ bydlení	39
Tab. 7 Zdravotní problémy seniorů.....	40
Tab. 8 Kompenzační pomůcky	41
Tab. 9 Omezení zdravotním stavem.....	42
Tab. 10 Hodnocení zdravotního stavu	43
Tab. 11 Dieta.....	44
Tab. 12 Preference potravin	45
Tab. 13 Množství tekutin	46
Tab. 14 Druh tekutin	47
Tab. 15 Denní stravování	48
Tab. 16 Kulturní akce.....	49
Tab. 17 Druh a četnost kulturní akce.....	50
Tab. 18 Další vzdělávání	51
Tab. 19 Pohybová aktivita.....	52
Tab. 20 Druh aktivit	53
Tab. 21 Záliby	54
Tab. 22 Finanční situace	55
Tab. 23 Omezení finanční situací.....	56
Tab. 24 Oblast zlepšení	57
Tab. 25 BMI mužů v sociálním zařízení a domácím prostředí	58
Tab. 26 BMI mužů v sociálním zařízení a domácím prostředí – očekávané hodnoty	58
Tab. 27 BMI žen v sociálním zařízení a domácím prostředí	59
Tab. 28 BMI žen v sociálním zařízení a domácím prostředí – očekávané hodnoty	59
Tab. 29 Hodnoty BMI u mužů a žen.....	60
Tab. 30 Hodnoty BMI u mužů a žen – očekávané hodnoty.....	60
Tab. 31 Pravidelnost stravování u jedinců v sociálním zařízení a domácím prostředí	61
Tab. 32 Pravidelnost stravování u jedinců v sociálním zařízení a domácím prostředí – očekávané hodnoty.....	61
Tab. 33 Denní příjem tekutin u jedinců v sociálním zařízení a domácím prostředí	62
Tab. 34 Denní příjem tekutin u jedinců v sociálním zařízení a domácím prostředí – očekávané hodnoty.....	62
Tab. 35 Návštěvnost kulturních aktivit u jedinců v sociálním zařízení a domácím prostředí .	63
Tab. 36 Návštěvnost kulturních aktivit u jedinců v sociálním zařízení a domácím prostředí – očekávané hodnoty.....	63
Tab. 37 Věnování se pohybovým aktivitám	64
Tab. 38 Věnování se pohybovým aktivitám – očekávané hodnoty	64
Tab. 39 Zájem respondentů o další vzdělávání	65
Tab. 40 Hodnocení finanční situace jedinci ze sociálního zařízení a domácího prostředí	66
Tab. 41 Hodnocení finanční situace jedinci ze sociálního zařízení a domácího prostředí – očekávané hodnoty.....	66

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obr. 1 Graf zastoupení mužů a žen u dotazovaných jedinců	35
Obr. 2 Graf průměrného věku respondentů	36
Obr. 3 Graf hodnot BMI u jedinců v sociálním zařízení a domácím prostředí	37
Obr. 4 Graf dosaženého vzdělání seniorů žijících v sociálním zařízení a domácím prostředí	38
Obr. 5 Graf místa bydliště seniorů	39
Obr. 6 Graf typu bydlení seniorů	39
Obr. 7 Graf zdravotních problémů seniorů žijících v sociálním zařízení a domácím prostředí	40
Obr. 8 Graf používání kompenzačních pomůcek	41
Obr. 9 Graf omezení seniorů zdravotním stavem v různých oblastech	42
Obr. 10 Graf hodnocení vlastního zdravotního stavu dotazovanými seniory	43
Obr. 11 Graf dodržování diety u seniorů žijících v sociálním zařízení a domácím prostředí	44
Obr. 12 Graf preference potravin u seniorů žijících v sociálním zařízení a domácím prostředí	45
Obr. 13 Graf denního příjmu tekutin u seniorů žijících v sociálním zařízení a domácím prostředí	46
Obr. 14 Graf druhu tekutin u seniorů v sociálním zařízení a domácím prostředí	47
Obr. 15 Graf denního stravování seniorů žijících v sociálním zařízení a domácím prostředí	48
Obr. 16 Graf návštěvnosti kulturních akcí seniorů ze sociálního zařízení a domácího prostředí	49
Obr. 17 Graf druhu a pravidelnosti návštěv kulturních akcí u seniorů ze sociálního zařízení a domácího prostředí	50
Obr. 18 Graf zájmu seniorů ze sociálního zařízení a domácího prostředí o další vzdělávání ..	51
Obr. 19 Graf pohybové aktivity seniorů ze sociálního zařízení a domácího prostředí	52
Obr. 20 Graf druhu aktivit seniorů ze sociálního zařízení a domácího prostředí	53
Obr. 21 Graf zálib seniorů ze sociálního zařízení a domácího prostředí	54
Obr. 22 Graf hodnocení finanční situace seniory ze sociálního zařízení a domácího prostředí	55
Obr. 23 Graf omezení seniorů žijících v sociálním zařízení a domácím prostředí vlastní finanční situací v různých oblastech života	56
Obr. 24 Graf návrhů seniorů na zlepšení různých oblastí života	57

SLOVNÍČEK CIZÍCH POJMŮ

Adaptace: přizpůsobení se

Aerobní: žijící, probíhající za přítomnosti kyslíku

Ateroskleróza: onemocnění tepen „kornatění“, při němž se v jejich stěnách ukládají tukové látky

Atrofie: regresivní změna postihující normálně vyvinutý orgán nebo tkáň, při atrofii dochází k úbytku živé tkáně

Benigní hypertofie prostaty: nezhoubné zvětšení předstojné žlázy

Cytoplazma: tekuté prostředí buňky, v němž jsou uloženy buněčné organely a další buněčné struktury, ze 75–80 % se skládá z vody

Diabetes mellitus: cukrovka, úplavice cukrová, způsobené nedostatkem inzulínu nebo jeho malou účinností

Dysfagie: porucha polykání, ztížené polykání

Flebotrombóza: zánět hlubokých žil, nejčastěji na dolních končetinách nebo v pánvi, spojený se vznikem krevní sraženiny trombozy

Geriatric: lékařský obor zabývající se diagnózou a léčbou chorob starých osob a péčí o ně

Gerontopsychiatrie: podobor psychiatrie zabývající se psychikou a duševními onemocněními starých osob

Gestační diabetes: cukrovka - diabetes mellitus vznikající v době těhotenství, obvykle po 20. týdnu těhotenství

Glykémie: koncentrace hladina glukosy v krvi

Homeostáza: schopnost udržovat stabilní vnitřní prostředí

Hypertenze: vysoký tlak krve

Hypoglykémie: patologický pokles glykémie pod 3,3 mmol/l doprovázený klinickými projevy

Chromozom: vláknitá struktura buněčného jádra, v níž je v podobě DNA obsažena dědičná informace

Inkontinence: neschopnost udržet moč nebo stolici

Inzulín: hormon slinivky břišní tvořený v Langerhansových ostrůvcích v tzv. beta buňkách

Kancerogenní: vyvolávající rakovinu

Karcinom: zhoubný nádor vznikající z epitelu

Kardiovaskulární: týkající srdce a cév

Kolagen: základní stavební hmota pojivových tkání

- Kolonoskopie:** endoskopická metoda k vyšetření tlustého střeva., koloskop se zavádí konečníkem a umožňuje prohlédnout celou oblast tlustého střeva a ev. odebrat vzorky k histologickému vyšetření.
- Mamografie:** rentgenologické vyšetření prsu., jedna z metod umožňujících včasné zachycení abnormálního růstu či útvaru v mléčné žláze, zejm. nádoru.
- Mitochondrie:** buněčná organela zabezpečující buňce energii další metabolické funkce
- Osteoporóza:** časté onemocnění charakterizované úbytkem kostní hmoty „řidnutí kostí“
- Pandemický:** hromadně se vyskytující onemocnění bez prostorového omezení
- Perorální antidiabetika:** léky proti cukrovce - diabetes mellitus v tabletové
- Postmikční reziduum:** zbytek v močovém měchýři, moč zbývající v močovém měchýři po vymočení, např. při onemocnění prostaty
- Potence:** schopnost soulože resp. dostatečné erekce.
- Proteosyntéza:** tvorba bílkovin z jejich jednodušších složek – aminokyselin
- Proximální:** bližší počátku či vzniku, opak distální, prox. částí horní končetiny je rameno, distální částí ruka s prsty
- Rezistence:** odolnost, odpor
- Screening:** použití diagnostických testů k vyhledávání rizikových nebo nemocných osob v exponované populaci zdánlivě zdravých osob bez příznaků daného onemocnění
- Uretra:** močová trubice, součást močového ústrojí, resp. močových cest

(26,31)

SEZNAM ZKRATEK

BMI: body mass index, index tělesné hmotnosti, statistický ukazatel míry obezity

CMP: cévní mozková příhoda

CNS: centrální nervový systém, soustava

ČR: Česká reepublika

DM: diabetes mellitus - cukrovka

DNA: deoxyribonukleová kyselina, je nukleová kyselina, která je nositelkou genetické informace organismů

ICHDK: onemocnění tepen dolních končetin, kdy dochází k postupnému uzávěru tepen až do stádia úplného uzávěru s následnou ischemií

OSN: Organizace spojených národů

TSH: Thyreotropní hormon = glykoprotein, stimuluje syntézu a uvolňování hormonů štítné žlázy tím, že zvyšuje prokrvení a látkovou výměnu štítné žlázy

(26,31)

SEZNAM PŘÍLOH

A: Energetické hodnoty alkoholických nápojů	80
B: BMI	82
C: Věková struktura populace	83
D: Test dlouhověkosti	84
E: Dotazník	87
F: Edukační materiál	90

Příloha A: Energetické hodnoty alkoholických nápojů, obsah alkoholu

OBSAH ALKOHOLU V NÁPOJÍCH		
NÁZEV	OBSAH ALKOHOLU (%)	MNOŽSTVÍ ALKOHOLU (g)
pivo 0.5l	5%	25
světlé pivo 0.5l	3.5%	18
víno 2dl	12%	24
sherry 0.5dl	20%	10
whisky 0.5dl	40%	20

http://www.alkoholik.cz/zavislost/obsah_alkoholu/obsah_alkoholu_v_alkoholickych_napojich_v_pivu_ve_vinu_destilatech.html

<u>Název</u>	Hodnoty ve 100g potraviny					<u>Skupina</u>	<u>Orientační váha porce, kusu, balení...</u>
	<u>Energie kJ</u>	<u>Energie kcal</u>	<u>Tuky</u>	<u>Bílkoviny</u>	<u>Sacharidy</u>		
Baileys	1361 kJ	324 kcal	0 g	0 g	0 g	Nápoje alkoholické	Obvyklý panák: 50 g
Becherovka	1200 kJ	285 kcal	0 g	0 g	32 g	Nápoje alkoholické	Obvyklé balení: 50 g
Bertold lehké světlé pivo Pivovar Holba	120 kJ	28 kcal	0 g	0.25 g	2.5 g	Nápoje alkoholické	Obvyklá sklenice: 500 g
Burčiak	416 kJ	99 kcal	0 g	0 g	0 g	Nápoje alkoholické	Obvyklé balení: 300 g
Destiláty 40% alkoholu - průměr	1172 kJ	279 kcal	0 g	0 g	0 g	Nápoje alkoholické	Obvyklý panák: 50 g
Gin	800 kJ	190 kcal	0 g	0 g	0 g	Nápoje alkoholické	Obvyklý panák: 50 g
Mojito	298 kJ	71 kcal	0 g	0 g	6 g	Nápoje alkoholické	Obvyklý panák: 300 g
Pivo 12° světlý ležák	185 kJ	44 kcal	0 g	0.4 g	2.8 g	Nápoje alkoholické	Obvyklá sklenice: 500 g
Pivo nealkoholické	80 kJ	19 kcal	0 g	0.4 g	5.4 g	Nápoje alkoholické	Obvyklé balení: 500 g
Pivo světlé 10°	134 kJ	32 kcal	3.4 g	0.2 g	3 g	Nápoje alkoholické	Obvyklá sklenice: 500 g
Pivo světlé 12°	144 kJ	34 kcal	3.6 g	0.3 g	6 g	Nápoje alkoholické	Obvyklá sklenice: 500 g

Pivo tmavé 10°	215 kJ	51 kcal	0 g	0 g	0 g	Nápoje alkoholické	Obvyklá sklenice: 500 g
Rum	1000 kJ	238 kcal	0 g	0 g	0 g	Nápoje alkoholické	Obvyklý panák: 50 g
Sekt	335 kJ	79 kcal	0 g	0 g	0 g	Nápoje alkoholické	Obvyklá sklenice: 100 g
Sherry	568 kJ	135 kcal	0 g	0 g	0 g	Nápoje alkoholické	Obvyklá sklenice: 50 g
Vaječný koňak	1400 kJ	333 kcal	0 g	0 g	0 g	Nápoje alkoholické	Obvyklé balení: 700 g
Vermut	564 kJ	134 kcal	0 g	0 g	0 g	Nápoje alkoholické	Obvyklá sklenice: 100 g
Víno bílé - průměr	226 kJ	53 kcal	0 g	0.1 g	0.1 g	Nápoje alkoholické	Obvyklá sklenice: 200 g
Víno červené - průměr	281 kJ	66 kcal	0 g	0.2 g	0.2 g	Nápoje alkoholické	Obvyklá sklenice: 200 g
Víno dezertní	567 kJ	135 kcal	1 g	6 g	16.2 g	Nápoje alkoholické	Obvyklá sklenice: 200 g
Víno šumivé - sladké	328 kJ	78 kcal	0 g	0 g	1 g	Nápoje alkoholické	Obvyklá sklenice: 200 g
Vodka	1000 kJ	238 kcal	0 g	0 g	0 g	Nápoje alkoholické	Obvyklý panák: 50 g

<http://www.lucy.cz/energeticke-tabulky/napoje-alkoholicke/>

Příloha B: BMI

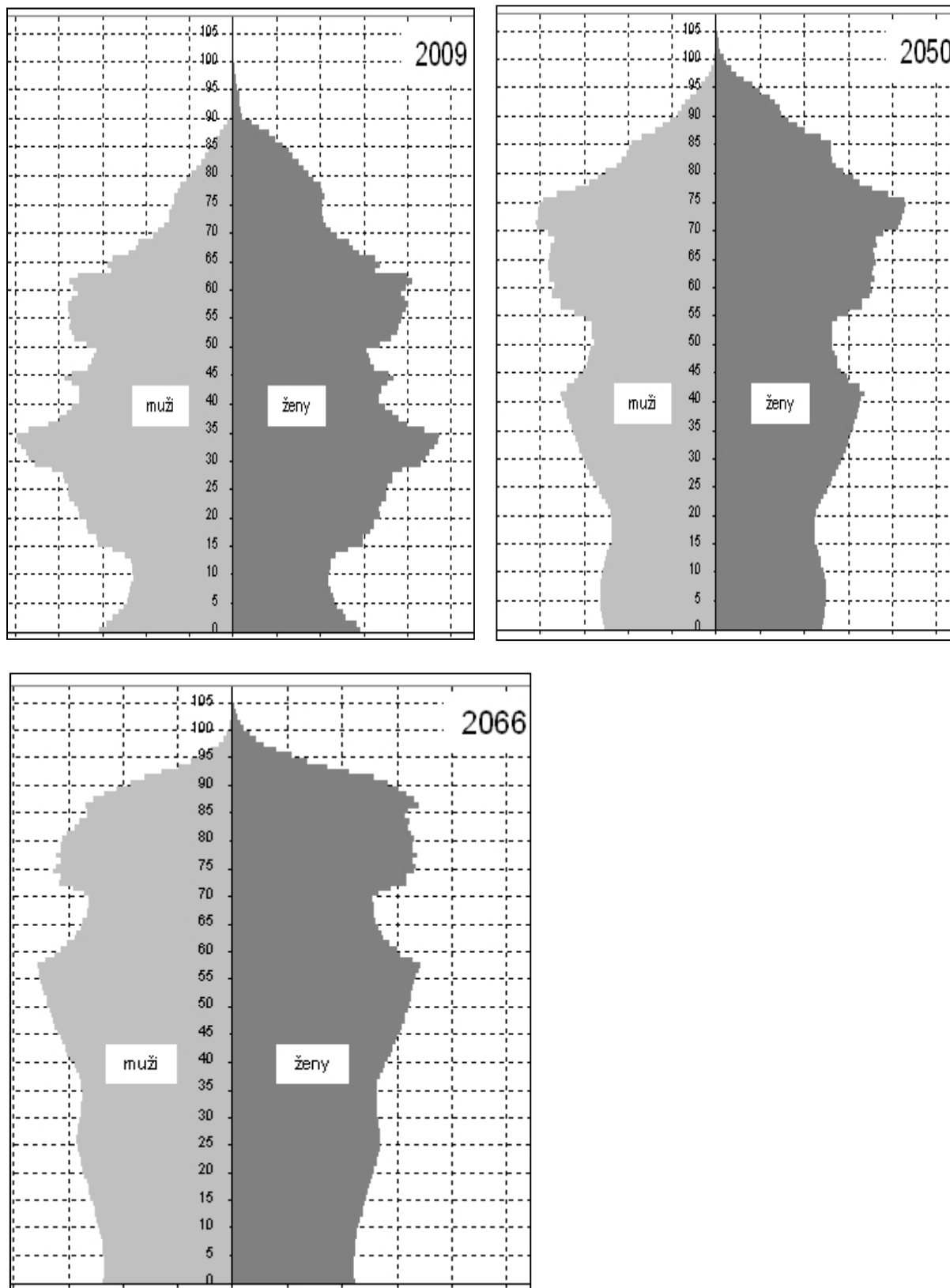
BMI	Kategorie	Zdravotní rizika
méne než 18,5	podváha	vysoká
18,5 - 24,9	normální váha	minimální
25 - 29,9	nadváha	středně vysoká
30 - 34,9	obezita	1. stupně vysoká
35 - 39,9	velká obezita	2. stupně vysoká
40 a více	klinická obezita	velmi vysoká

<http://www.vypocet.eu/bmi/>

kg																			
180					70.3	66.1	62.3	58.8	55.6	52.6	49.9	47.3	45.0	42.8	40.8	38.9	37.2		
175					68.4	64.3	60.6	57.1	54.0	51.1	48.5	46.0	43.8	41.6	39.7	37.9	36.2		
170				70.8	66.4	62.4	58.8	55.5	52.5	49.7	47.1	44.7	42.5	40.5	38.5	36.8	35.1		
165			73.3	68.7	64.5	60.6	57.1	53.9	50.9	48.2	45.7	43.4	41.3	39.3	37.4	35.7	34.1		
160		76.1	71.1	66.6	62.5	58.8	55.4	52.2	49.4	46.7	44.3	42.1	40.0	38.1	36.3	34.6	33.1		
155	79.1	73.7	68.9	64.5	60.5	56.9	53.6	50.6	47.8	45.3	42.9	40.8	38.8	36.9	35.1	33.5	32.0		
150	76.5	71.3	66.7	62.4	58.6	55.1	51.9	49.0	46.3	43.8	41.6	39.4	37.5	35.7	34.0	32.4	31.0		
145	74.0	69.0	64.4	60.4	56.6	53.3	50.2	47.3	44.8	42.4	40.2	38.1	36.3	34.5	32.9	31.4	30.0		
140	71.4	66.6	62.2	58.3	54.7	51.4	48.4	45.7	43.2	40.9	38.8	36.8	35.0	33.3	31.7	30.3	28.9		
135	68.9	64.2	60.0	56.2	52.7	49.6	46.7	44.1	41.7	39.4	37.4	35.5	33.8	32.1	30.6	29.2	27.9		
130	66.3	61.8	57.8	54.1	50.8	47.8	45.0	42.4	40.1	38.0	36.0	34.2	32.5	30.9	29.5	28.1	26.9		
125	63.8	59.5	55.6	52.0	48.8	45.9	43.3	40.8	38.6	36.5	34.6	32.9	31.3	29.7	28.3	27.0	25.8		
120	61.2	57.1	53.3	49.9	46.9	44.1	41.5	39.2	37.0	35.1	33.2	31.6	30.0	28.6	27.2	26.0	24.8		
115	58.7	54.7	51.1	47.9	44.9	42.2	39.8	37.6	35.5	33.6	31.9	30.2	28.8	27.4	26.1	24.9	23.8		
110	56.1	52.3	48.9	45.8	43.0	40.4	38.1	35.9	34.0	32.1	30.5	28.9	27.5	26.2	24.9	23.8	22.7		
105	53.6	49.9	46.7	43.7	41.0	38.6	36.3	34.3	32.4	30.7	29.1	27.6	26.3	25.0	23.8	22.7	21.6		
100	51.0	47.6	44.4	41.6	39.1	36.7	34.6	32.7	30.9	29.2	27.7	26.3	25.0	23.8	22.7	21.6	20.7		
95	48.5	45.2	42.2	39.5	37.1	34.9	32.9	31.0	29.3	27.8	26.3	25.0	23.8	22.6	21.5	20.6	19.6		
90	45.9	42.8	40.0	37.5	35.2	33.1	31.1	29.4	27.8	26.3	24.9	23.7	22.5	21.4	20.4	19.5	18.6		
85	43.4	40.4	37.8	35.4	33.2	31.2	29.4	27.8	26.2	24.8	23.5	22.4	21.3	20.2	19.3	18.4	17.6		
80	40.8	38.0	35.6	33.3	31.3	29.4	27.7	26.1	24.7	23.4	22.2	21.0	20.0	19.0	18.1	17.3	16.5		
75	38.3	35.7	33.3	31.2	29.3	27.5	26.0	24.5	23.1	21.9	20.8	19.7	18.8	17.8	17.0	16.2	15.5		
70	35.7	33.3	31.1	29.1	27.3	25.7	24.2	22.9	21.6	20.5	19.4	18.4	17.5	16.7	15.9	15.1	14.5		
65	33.2	30.9	28.9	27.1	25.4	23.9	22.5	21.2	20.1	19.0	18.0	17.1	16.3	15.5	14.7	14.1	13.4		
60	30.6	28.5	26.7	25.0	23.4	22.0	20.8	19.6	18.5	17.5	16.6	15.8	15.0	14.3	13.6	13.0	12.4		
55	28.1	26.2	24.4	22.9	21.5	20.2	19.0	18.0	17.0	16.1	15.2	14.5	13.8	13.1	12.5	11.9	11.4		
50	25.5	23.8	22.2	20.8	19.5	18.4	17.3	16.3	15.4	14.6	13.9	13.1	12.5	11.9	11.3	10.8	10.3		
45	23.0	21.4	20.0	18.7	17.6	16.5	15.6	14.7	13.9	13.1	12.5	11.8	11.3	10.7	10.2	9.7	9.3		
	140	145	150	155	160	165	170	175	180	185	190	195	200	205	210	215	220		
									cm										

<http://www.vychovakezdravi.cz/clanky/vyziva/educacni-materialy.html>

Příloha C: Věková struktura populace



<http://www.investujeme.cz/clanky/starneme-rychleji-co-s-tim/>, www.czso.cz

Příloha D: Test dlouhověkosti

Medicína proti stárnutí:

Oficiální test dlouhověkosti

Lidé stárnou. Náš věk určuje nejen datum v rodném listě, ale i vnitřní stav našeho organismu, tzv. biologický věk. Biologický věk se ale může výrazně lišit od věku chronologického. Biologický věk určují změny odehrávající se na úrovni DNA, buněk, tkání, orgánů i hladin hormonů našeho těla. Biologický věk je ovlivňován našim chováním, můžeme ho ovlivnit a ve výsledku se může lišit o 20 i více let od našeho věku úředního.

Tento test, který vám dnes předkládáme, je vytvořen na základě dlouholetých vědeckých poznatků týkajících se dlouhověkosti.

Ať vám test dopadne jakkoliv, jedno se zcela určitě dozvíte. Jaké jsou faktory ovlivňující délku života, co dělat, abyste se ve zdraví a kondici dožili vysokého věku.

Nezapomeňte: Mnoho faktorů v našem životě je ovlivnitelných a je jen na vás, jak se získanými informacemi naložíte. Pamatujte si, že nikdy není ani brzy, ani příliš pozdě oddálit nástup stárnutí a prodloužit si život.

Tip: pokud si nejste s otázkou jisti, odpovězte raději ne.

Mnoho štěstí a dlouhý život !!!

Část A

Pohlaví

Muž

Žena

Věk

0–29

30–55

55–65

65 a více

Genetické predispozice

Některý z prarodičů se dožil více než 80 let /max +4body/

Průměrný věk, kterého se dožili všichni 4 prarodiče je :

60–70

71–80

nad 80

Rodinná anamnéza

Některý z rodičů měl mrtvici či srdeční infarkt

před dosažením věku 50 let

Člen rodiny (prarodiče, rodiče, sourozenci) před dosažením věku 65

let onemocněli

hypertenzi /vysoký krevní tlak/

rakovinou

srdeční chorobou (infarkt, ischemická ch. s.)

mozkovou mrtvicí

cukrovkou

jiné dědičné onemocnění

CELKEM ČÁST A

Část B

Rodinný příjem

Osobní příjem pod 100 000 Kč ročně

Osobní příjem nad 100 000 do 240 000 Kč

Osobní příjem nad 240 000 do 360 000 Kč

(+1 bod pro každých 500 000 navíc max. do 5 mil. ročně)

Vzdělání

Základní

Středoškolské

Vysokoškolské

Postgraduální a celoživotní vzdělávání

Osobnost

Klidný ale ohebný

Flegmatický, pasivní

Vznětlivý, lehce podrážditelný

Povolání

Specialista

Živnostník

Zdravotník

Duchovní

Práce na směny

Nad 65 let a pracující

Nezaměstnaný

Možnost profesního vzrůstu a vzdělávání

Pravidelný kontakt s chemikáliemi, toxickými látkami,

radiací, užívání stříelné zbraně v práci

Životní prostředí

Velkoměsto, velmi industrializovaná oblast

Zemědělská oblast, farma

Oblast v blízkosti, nebo se znečištěným ovzduším

Oblast s vysokou kriminalitou

Oblast bez kriminality nebo s velice nízkou

Pozitivní test na radon v místě kde žijete

Trvání cesty do práce a z práce dohromady

0–1 hodiny

1/–1 hodiny

(každá 1/2 hodina navíc nad 1 hodinu

Nemocnice v dosahu 30 min od bydliště

Zádná nemocnice v dosahu 30 minut

CELKEM ČÁST B

Část C

Celkový zdravotní stav

Dokonalé zdraví, většinu času se cítíte zdraví a ve formě

Nemocnost 10 či méně dní v roce, velmi dobrý osobní pocit

Nemocnost 11 či více dní v roce, pocit mírné únavy

Častá nemocnost více než 20 dní v roce, stálý pocit únavy

Krevní tlak – měřený v posledním roce

Normální (do 120/80 mmHg včetně)

Hraniční 140/90 až 160/95

Vysoký – systolický nad 160 a/nebo diastolický nad 95

Nevím

Cholesterol celkový

nízký do 5 mmol/l

střední 5,0–6,5 mmol/l

vysoký nad 6,5 mmol/l

nevím

HDL cholesterol

Nízký pod 1 mmol/l

1 mmol/l

nad 1,1 mmol/l nevím	+8 -5	Muži: 102 a více 85 a méně	-12 +12
Máte Vy nebo Váš blízký příbuzný cukrovku ?	-4	Výživa	
Ano	0	Vyvážená, pestrá, zdravá strava	+3
Ne		Ano	-3
		Ne	
Zdravotní pojištění		Pravidelné stravování 5–6 malých jídel denně	
Předplacení nadstandardní zdravotní péče	+2	Ano	+2
s pravidelnými ročními preventivními prohlídkami	+2	Ne	-2
Možnost využívání lékařských služeb podle potřeby	-5	Jídlo pozdě v noci	-2
Limitované pojištění bez možnosti volby lékaře	-7	Pravidelná snídaně	+2
Bez pojištění		Ryby a kuřecí maso jako hlavní zdroj bílkovin	+5
		Alespoň 5krát týdně zeleninové saláty	+3
		Alespoň 1 porce čerstvého ovoce denně	+2
		Ano	-1
		Ne	
		Nízký podíl tuku ve stravě	+2
		Ano	
		Ne	
		-5	
		50 procent stravy tvoří smažená jídla, polotovary	-8
		Každodenní příjem vlákniny (celozrnné pečivo, zelenina, ovoce)	+2
		Ano	-3
		Ne	
Kouření : 1 dýmka – 2 cigarety, 1 doutník – 3 cigarety		Každodenní užívání multivitaminového a minerálního suplementu, který obsahuje alespoň	
Nikdy nekouřil	+7	Beta karoten, vit. C, E, B komplex, zinek, selen	+10
Ukončení kouření	+3	Ano	-10
Kouření 1 krabičky denně	-7	Ne	+3
Kouření 1–2 krabičky denně	-10	Ženy – užívající preventivně vápník	
Více než dvě krabičky denně	-20		
		Trpíte nachlazením nebo jinými infekcemi více než 1x za 2 měsíce ?	
		Ano	-6
		Ne	0
Počet vykouřených krabiček denně násobených počtem roků kouření		Trpíte běžnými infekcemi déle než 2 týdny v kuse ?	
7–15	-5	Ano	-6
16–25	-10	Ne	0
nad 25	-20	Potřebujete antibiotika třikrát v roce a více	-8
		Ano	-8
		Ne	0
		Míváte zvětšené lymfatické uzliny ?	
		Ano	-4
		Ne	0
Alkohol		Pravidelně užívám opalovací krém při slunění	+2
Abstinent	0	Odebírám časopisy o zdraví, či sleduji informace i jinde	+2
0,2 del vína, 0,5 l piva, malý „panák“ či méně	+6	Aktivně se zapojuji do preventivních programů zdraví	+5
0,4 del vína, 1 l piva, velký „panák“ či více	-4		
navíc každé 0,2 del vína, 0,5 l piva, malý „panák“	-1		
Cvičení (35a více minut pohybu, sportování v kuse)		CELKEM ČÁST C	
5 a více krát týdně	+10		
4 krát týdně	+6	Část D	
3 krát týdně	+3	Prevence zranění a nehod	
2 krát týdně	+1	V autě vždy používám bezpečnostní pás	+6
žádná pravidelná aktivita	-10	Ano	-6
		Ne	+2
		Nikdy nepiji když řídím a oni nejezdím s někým kdo pil	
		Za každé řízení pod vlivem alkoholu v posledních	
		5 letech	-10
		Pokuta za dopravní přestupek v posledním roce	-2
		Najetých 30 000 km a více za rok	-1
		Bezpečné auto, střední třída	+10
		Malé, městské auto	-5
		Motorka	-10
		Dopravní nehoda v posledních 3 letech	-2
		Alarm kouře v obydlí	+1
Kolik schodů šlapete denně			
12–60	0		
72–120	+1		
více než 120	+3		
Chůze			
chůze 3 km denně	+3		
každý 1 km chůze denně nad 3 km	+1		
sedavé zaměstnání bez pohybu	-6		
Následně po rychlé chůzi máte některé z těchto symptomů?			
bušení srdce, nepravidelnost srdečního rytmu, bolesti na hrudi?			
Ano	-15		
Ne	0		
Poznámka – pokud ano, kontaktujte co nejdříve svého lékaře			
Potřebujete více než dva polštáře na spaní kvůli lepšímu dýchání?			
Ano	-12		
Ne	0		
Váha (BMI mezi 18,5–25)			
Udrží si ideální váhu	+5		
Mírná nadváha	-6		
Obezita	-10		
Těžká obezita	-22		
Podváha 1–3 kg	+5		
Podváha více než 3 kg	-15		
Obvod pasu v cm			
Ženy:			
88 a více	-5		
75 a méně	+3		

Prevence a aktuální zdravotní stav

Preventivní vyšetření včetně vyšetření cholesterolu a krevní obraz
Každé 3–4 roky před 50 lety života, každý 1–2 roky po padesátce/
Ano +3
Ne 0

Ženy

Každoroční gynekologické vyšetření s cytologií +2
Měsíční sebevyšetřování prsu +2
Mamografické vyš. – ultrazvuk či RTG
(35–50, každé 3 roky, nad 50 let každoročně) +2
Jaký je váš menstruační status?
Stále menstruji +3
Jsem v menopauze
od 41 let nebo později +1
od 40 let či dříve -5
Jsem po hysterektomii před svým 41 rokem -8
od 41 let či později -4
Jsem již v menopauze, ale užívám estrogenovou substituci +5

Muži

Provádím sebevyšetřování genitálií každé 3 měsíce +1
Pravidelně podstupuji vyšetření prostaty (3 krát za rok po 40 letech věku) +2

Všichni

Pravidelné vyšetření konečníku a test na okultní krvácení (nad 40 let věku každé 2 roky, nad 50 let věku každý rok) +2
Žádné vyšetření konečníku a test ani v 50 letech a později -4
Dobře formovaná stolice a vyprazdňování bez obtíží 1–2 krát denně +3
zácpa, obtížné, bolestivé vyprazdňování, méně než 1krát denně -10
dráždivý tračník, nebo jiné problémy s vyprazdňováním -7

pokud je Vám nad 50 let :

rektoskopie, kolonoskopie každé 3 roky +2
špatné hojení povrchových ran trvajících 6 týdnů a více -10

CELKEM ČÁST D**Část E****Psychosomatické faktory**

Žijící v manželství nebo v dlouhodobém partnerském svazku +10
Žádný dlouhodobý partnerský vztah -6
Spokojený sexuální život dvakrát a vícekrát týdně +4
Nespokojivý sexuální život -10
Děti pod 18 let žijící v domě +2
Osamělý život 5 a více let -1
Za každých dalších 5 let osamělého života -1
Bez blízkých přátel -10
Každý dobrý kamarád (max +3 body) +1
Aktivní členství ve společenské organizaci +2
Vlastnictví domácího zvířete +2
Pravidelná denní rutina (vstávání, snídane, práce) +3
Nepravidelná denní rutina -10
Noční spánek bez přerušení
Méně než 5 hodin -5
6–8 hodin +5
9–10 hod -7
Špatná kvalita spánku -5
Pravidelná pracovní aktivita +3
Nepravidelná pracovní aktivita -5
Práce přesčas – každých 5 hodin nad 40 hodin týdně -2
Pravidelná každoroční dovolená alespoň 4 týdny +5
Žádná dovolená v posledních 2 letech -5
Pravidelné odbourávání stresu (jóga, meditace, hudba) +3
Žádné odbourávání stresu -4

CELKEM ČÁST E**Část F****Emoční faktory**

N – nikdy
Z – zřídka
O – občas
V – vždy, nebo tak hodně jak je to možné

	N	Z	O	V
Jsem šťastný	-2	-1	+1	+2
Užívám si čas s rodinou a přáteli	-2	-1	+1	+2
Personální život a kariéru mám pod kontrolou	-2	-1	+1	+2
Žiji bez finančních obtíží	-2	-1	+1	+2
Vytyču si úkoly a cíle	-2	-1	+1	+2
Mám kreativní koníčky	-2	-1	+1	+2
Užívám si volný čas	-2	-1	+1	+2
Vyjadřuji své pocity okolí	-2	-1	+1	+2
Často se směji	-2	-1	+1	+2
Myslím pozitivně	-2	-1	+1	+2
Lehce se rozčilím	+2	+1	-1	-2
Jsem sebekritický	+2	+1	-1	-2
Jsem kritický k ostatním	+2	+1	-1	-2
Cítím se osamělý i uprostřed lidí	+2	+1	-1	-2
Bojím se věcí, které nemám pod kontrolou	+2	+1	-1	-2
Lituji oběti, které jsem v životě udělal	+2	+1	-1	-2

CELKEM ČÁST F**Vyhodnocení**

Vaše skóre:

A ___ + B ___ + C ___ + D ___ + E ___ + F ___ = ___ základní skóre

Základní skóre vydělte číslem 3 nebo násobte 0,333.

Toto je vaše pracovní skóre.

Nyní vaše skóre doplňte do výpočtu:

Věk

1–30	Věk + 30 +	(vaše skóre x 2,0)
31–46	Věk + 2 +	(vaše skóre x 1,5)
47–61	Věk + 10 +	(vaše skóre x 1,2)
62–73	Věk + 5 +	(vaše skóre x 1,0)
74–84	Věk + 3 +	(vaše skóre x 0,5)
83+	Věk + 1 +	(vaše skóre x 0,2)

Číslo, které vám vyšlo**je vaše předpokládaná délka života.**

Tak jak jste dopadli? Naučili jste se něco o rizikových faktorech, které ovlivňují délku a kvalitu lidského života? Už nyní jste udělali obrovský pokrok na cestě k poznání, jak zůstat mladý a zdravý. Přejeme Vám mnoho úspěchů v další získávání poznatků pro mladší a zdravější já. Jsme tady pro vás jako zdroj nejnovějších informací jak si užít a prodloužit krásný život.

MUDr. Monika Golková,
president Asociace medicíny proti stárnutí ČR,
Trnová 53,
252 10 Praha-západ
E-mail: amps@amps.cz, golkova@amps.cz

(Zdroj - 4)

Příloha E: Dotazník

Vážená paní, vážený pane !

Jmenuji se Jana Horynová, studuji 1. ročník navazujícího magisterského studia obor Ošetrovatelství (Univerzita Pardubice). Mým úkolem je provést výzkum týkající se problematiky životního stylu seniorů v současných sociálních podmínkách. Proto Vás prosím o spolupráci a pravdivé vyplnění níže uvedených otázek. Dotazník je anonymní a získaná data nebudou nijak zneužita.

Předem děkuji za Váš čas a ochotu.

Dotazník:

U každé otázky prosím **zakroužkujte** správnou odpověď, **můžete označit i více odpovědí**.

U otázek bez výběru možností odpověď vypište.

1) Jste : a) žena b) muž

2) Věk :let

3) Jaká je Vaše výška:cm Váha :kg

(*BMI:.....)

4) Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

- a) základní b) vyučen
c) střední s maturitou d) vysokoškolské

5) Žijete ve městě nebo na vesnici?

- a) město b) vesnice

6) Bydlíte :

- a) ve svém bytě/domě b) v nájmu
c) u dětí/příbuzných d) v domově důchodců

7) Máte nějaké zdravotní problémy?

- a) nemám žádné zdravotní problémy
b) ano, mám vysoký krevní tlak
c) ano, mám zvýšenou hladinu cholesterolu
d) ano, mám cukrovku
e) ano, mám problémy s chůzí
f) jiné, prosím uveďte:.....

8) Používáte nějaké kompenzační pomůcky?

- a) ne, nepoužívám žádné pomůcky b) ano, používám vycházkovou hůl
c) ano, francouzské hole d) ano, chodítka
e) ano, vozík f) ano, pomůcky při úniku moči (vločky, pleny)
g) jiné, uveďte:.....

9) V jakých činnostech Vás omezuje Váš zdravotní stav?

(např. nakupování, vaření, úklid, pohyb,....)

- a) zdravotní stav mne neomezuje
b) omezuje mne v pohybu
c) omezuje mne v sebeobsluze (hygiena, stravování, oblékání,....)
d) jiné, uveďte:

10) Jak hodnotíte svůj zdravotní stav ?

- a) velmi dobrý b) uspokojivý c) špatný

11) Držíte nějakou dietu?

- a) ne, žádnou dietu nedržím
- b) mám sice lékařem nařízenou dietu, ale nedržím ji
- a) ano, držím dietu z důvodu cukrovky
- b) ano, protože mám zvýšený cholesterol
- c) ano, abych si udržel/a váhu
- d) jiný důvod – uveďte jaký:.....

12) Jaké potraviny ve Vašem jídelníčku převažují?

- a) maso
- b) sladkosti
- c) ovoce
- d) zelenina
- e) bílé pečivo
- f) tmavé pečivo
- g) jiné, uveďte:.....

13) Kolik za den vypijete tekutin a jaké tekutiny preferujete?

Uveďte množství:

- a) minerální voda
- b) obyčejná voda
- c) limonády
- d) káva
- e) čaj
- f) bílá káva
- g) jiné, uveďte:.....

14) Kolikrát denně se stravujete?

- | | | |
|------------------|-----------------------|-----------------------|
| Snídaně : | a) snídám pravidelně | b) snídani vynechávám |
| Svačina : | a) svačím pravidelně | b) nesvačím |
| Oběd : | a) obědvám pravidelně | b) neobědvám |
| Svačina : | a) svačím pravidelně | b) nesvačím |
| Večeře: | a) večeřím pravidelně | b) nevečeřím |

15) Navštěvujete pravidelně nějaké kulturní akce? (kino, divadlo,zájezdy,.....)

- a) ano
 - b) ne
- Pokud ano, uveďte jaké akce navštěvujete:.....
- a jak často(např. 1xtýdně, měsíčně,..) :

16) Máte zájem o další vzdělávání?

- a) ano, ale nemám dostatek informací o možnostech vzdělávání
- b) ano, ale nemám k tomu dostatek financí
- c) ano, dále se vzdělávám
- d) ne
- e) nepřemýšlel jsem o tom
- f) nevím o této možnosti

17) Pokud jste v předchozí otázce uvedli, že se dále vzděláváte, uveďte v jaké oblasti.

- a) univerzita 3. věku
- b) počítačové kurzy
- c) cizí jazyk
- d) jiné, uveďte:

18) Věnujete se pravidelně nějaké pohybové aktivitě?

- a) ne, pravidelně se žádné aktivitě nevěnuji
- b) ano, denně

- c) ano, obden
- d) ano, 1x týdně
- e) jiné, uveďte:.....

19) Pokud jste uvedli, že se věnujete pohybové aktivitě, napište jaké.

- a) procházky
- b) plavání
- c) jízda na kole
- d) tanec
- e) jiné, uveďte:.....

20) Jaké máte záliby a koníčky?

- a) nemám žádné
- b) čtení
- c) zahrádka
- d) křížovky
- e) ruční práce
- f) jiné, uveďte:

21) Jak byste ohodnotil svoji finanční situaci?

Uveďte:

22) Omezuje Vás Vaše finanční situace v některých oblastech života?

- a) ne, neomezuje
- b) ano, omezuje, uveďte prosím konkrétní oblast omezení – např. v nákupu zdravějších potravin, možnosti vzdělávání, v zálibách, koníčcích kultuře, cestování, atd..)

Uveďte:.....

23) Které oblasti života seniorů by se podle Vašeho názoru měly zlepšit?

Např: zdravotnictví, kultura, stravování, informovanost o daných oblastech, atd....

Uveďte prosím oblasti, které byste chtěli zlepšit, popřípadě napište návrhy pro zlepšení :

.....
.....
.....
.....



media.rozhlas.cz/_obrazek/00660325.gif

SENIORŮ, VÍTE, ŽE

.....

PITNÝ REŽIM



zdroj:img.blesk.cz/img/1/gallery/327289_voda-led-pi...

je pro vás životně důležitý? Dostatečné množství tekutin zajišťuje správnou funkci organismu, vylučování škodlivých látek z těla, podporuje tedy tělesné, ale i duševní funkce a napomáhá normálnímu vzhledu pokožky.

Pokud je vody v těle nedostatek mluvíme o tzv. dehydrataci, která způsobuje mnoho problémů. Můžete pociťovat bolesti hlavy, únavu, pokles tělesné i duševní kondice a v neposlední řadě také sníženou schopnost se soustředit. Nízký příjem tekutin vede k zácpě a vzniku ledvinných a močových kamenů, vzniku infekce močových cest a dalším závažnějším nemocem.

V případě, že se dehydratace prohlubuje, následky bývají horší, hrozí selhání vaše krevního oběhu a šokový stav. Varovným příznakem této situace bývá zrychlený tep a nízký krevní tlak.

Kolik vypít tekutin?

Na tuto otázku neexistuje jednoznačná odpověď. Potřebné množství tekutin, které má jedinec vypít, závisí na mnoha faktorech. Mezi nejdůležitější patří hmotnost, věk, pohlaví, složení stravy, pohybová aktivita, teplota prostředí a zdravotní stav dotyčného. Pocit žízně nás upozorní na potřebu pít, avšak

s rostoucím věkem se tento pocit snižuje. Nadměrná žízeň může také signalizovat různá onemocnění, například cukrovku.

Obecně se doporučuje vypít v průběhu dne 2-3 litry tekutin, s tím, že větší množství by se mělo vypít během dopoledne, méně pak navečer. Důležitý je druh tekutin, ne všechny jsou vhodné.

Vhodné tekutiny

- čistá voda z vodovodu,
- balené kojenecké a pramenité vody
- slabě mineralizované vody, které neobsahují oxid uhličitý
- ovocné a zeleninové šťávy ředěné vodou
- neslazené čaje, zvláště zelené (ne moc silné)



www.studio-wellness.cz/files/images/img/voda.jpg

STRAVA



media.novinky.cz/026/110261-article-plytg.jpg

hraje ve Vašem životě významnou roli? Základem je pestrá strava s dostatečným obsahem bílkovin, minerálů, vitamínů a stopových prvků. K udržení hmotnosti je potřeba přiměřený energetický příjem, bílkoviny jsou potřebné pro imunitní systém a hojení ran. Z jídelníčku není vhodné vyřazovat žádnou skupinu potravin jako například mléčné výrobky, maso, ryby, ovoce, zeleninu.

Bílkoviny

Potřeba bílkovin se s přihlédnutím ke zdravotnímu stavu pohybuje kolem 1,2 g/kg hmotnosti za den. Při zátěži organismu tato potřeba stoupá až na 1,5 g/kg hmotnosti za den. Jedná se především o zátěž organismu zánětem, operací, hojením či úrazem. Přibližně 100g bílkovin je obsaženo v 1kg tvarohu, 0,5 kg tvrdého sýra nebo 5 velkých porcích masa nebo ryby. V dnešní době, ale existuje spousta přípravků, které obohacují stravu o bílkoviny.

Energetický příjem

Energetický příjem má být v rovnováze s výdejem a pohybuje se mezi 25 – 30kcal/kg. Celkově okolo 2000 kcal. Při zátěži se samozřejmě potřebné množství zvyšuje.

Strava jako prevence různých onemocnění (vysoký krevní tlak, cukrovka, nádorová onemocnění, kardiovaskulární nemoci) má určité zásady:

- **příjem tuků nepřekročí 30 % energetického příjmu**
- **příjem cholesterolu nepřekročí 300 mg/den**
- **příjem sacharidů by měl být 55 – 60 / energetického příjmu**

Strava a zdravotní rizika

- **tuk a cholesterol zvyšují riziko aterosklerózy (kornatění tepen)**
- **vysoký energetický příjem a velké množství nasycených tuků je spojen s rizikem vzniku nádoru prsu, kolorekta, ...**
- **přemíra soli vede k vysokému krevnímu tlaku**
- **dlouhodobý příjem sacharidů vede k obezitě a rozvoji cukrovky**
- **málo vlákniny může vést ke vzniku aterosklerózy, nádorem střev a cukrovkou**
- **osteoporóza je ovlivněna nedostatkem vit. D a vápníku**
- **malý přísun jódu hraje roli při poruchách funkce štítné žlázy**

Doporučení pro stravování

- **jezte pestrou stravu**
- **udržujte si vhodnou hmotnost**
- **preferujte stravu s nízkým obsahem tuku /živočišného/ a cholesterolu**

- jezte dostatek ovoce a zeleniny a potravin připravených z obilovin
- omezte spotřebu cukru a kuchyňské soli
- nezapomínejte na pitný režim, alkohol konzumujte s mírou

Potravinová pyramida



POHYB

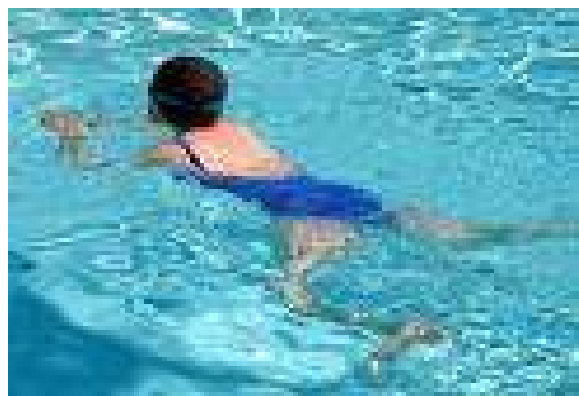


www.mojekolo.cz/.../velky.jpg

je důležitou součástí Vašeho života? Člověk je od přírody připraven na vyrovnání se s náročnou fyzickou činností. Dnešní moderní doba ale pohybu příliš nepřeje a omezuje ho na minimum. Je tedy třeba na pohyb myslet a aktivně ho vyhledávat. Sedavý způsob života a fyzická nečinnost sebou přináší mnoho zdravotních problémů, jako je cukrovka, vysoký krevní tlak, osteoporóza, cévní a srdeční onemocnění, ale i problémy pohybového aparátu, které bývají zejména ve vyšším věku velice časté.

Pohyb má příznivý vliv na zdraví

- **minimalizuje riziko srdečně cévních onemocnění**
- **snižuje krevní tlak**
- **zlepšuje hladinu tuků v krvi**
- **podílí se na prevenci obezity, podporuje redukci váhy**
- **snižuje hladinu krevního cukru, prevence cukrovky**
- **brání vzniku osteoporózy**
- **zvyšuje tělesnou kondici**
- **zlepšuje psychické stav**



www.health-fitness.com.au/userimages/user1204...

Doporučení k pohybové aktivitě

- věnujte se pohybové aktivitě mírné intenzity denně minimálně 30 minut
- hlídejte si tepovou frekvenci, která by neměla přesáhnout 60-70 % maximální tepové frekvence, kterou vypočítáte:
 $220 - \text{věk v letech}$
- zátěž postupně zvyšujte
- nutnost dýchat ústy značí nadměrnou zátěž
- přestaňte ihned cvičit, pokud pocítíte bolest na prsou, v pažích, šiji nebo čelisti, dále při závratí, hučení v uších, dušnosti, nevolnosti a značné bolesti ve svalech
- důležitá je pravidelnost pohybu a jeho dlouhodobost
- výsledky lze očekávat po 1 měsíci pravidelného pohybu

Druh pohybu

- vyberte si takou aktivitu, která Vás baví a přináší radost
- vhodnost pohybu vzhledem k vašemu zdravotnímu stavu konzultujte s lékařem
- vhodné jsou aerobní aktivity, ne silové sporty
 - chůze, běhkování
 - cvičení na míči, plavání
 - cyklistika, tanec, gymnastika,.....



www.knihovna-litvinov.cz/upload/aerobic_.jpg

VZDĚLÁVÁNÍ

a jeho možnosti jsou pro vás stále otevřené? Paměť je potřeba trénovat a to především v pokročilém věku. V dnešní době existuje mnoho oblastí, ve kterých se můžete dále vzdělávat.

Asociace univerzit třetího věku

Tato asociace je občanské sdružení, které nabízí různé vzdělávací aktivity na úrovni vysokoškolského vzdělání. Je určené občanům v důchodovém věku.



Univerzita třetího věku

Univerzity třetího věku řadí vysoké školy do nabídky celoživotního vzdělávání. Poskytují osobám v pokročilém věku všeobecné, zájmové a neprofesní vzdělávání na univerzitní úrovni. Možnosti vzdělávání jsou rozmanité, zahrnuje 1 -3 leté ucelené programy, různé kurzy o nových technologiích, jazykové kurzy, ale i další aktivity k podpoře fyzické a psychické kondice.

www.nf-senior.cz/.../modules/aktuality/mozek.gif

Hlavními cíli univerzit třetího věku je:

- Rozvoj člověka
- Přizpůsobení se životním a společenským podmínkám, které se mění (především technologie – počítače,...)
- Lepší mezigenerační vztahy

Přehled univerzit třetího věku

- ČVUT - České vysoké učení technické v Praze
- ČZU - Česká zemědělská univerzita v Praze
- ČZU PEF- Česká zemědělská univerzita PEF v Praze
- MU - Masarykova univerzita Brno
- MZLU - Mendelova zemědělská a lesnická univerzita v Brně
- SLU - Slezská univerzita v Opavě
- TUL - Technická univerzita v Liberci
- UHK - Univerzita Hradec Králové
- UJEP - Univerzita Jana Evangelisty Purkyně
- UK - Univerzita Karlova v Praze
- UPa - Univerzita Pardubice
- UPOL - Univerzita Palackého Olomouc
- UTB - Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
- VFU - Veterinární a farmaceutická univerzita Brno
- VŠB - Vysoká škola báňská Ostrava
- VŠE - Vysoká škola ekonomická
- VŠCHT - Vysoká škola chemicko-technologická v Praze
- VŠPJ - Vysoká škola polytechnická Jihlava
- VUT - Vysoké učení technické v Brně
- ZČU - Západočeská univerzita v Plzni



www.abchistory.cz/.../images/nove-knihy-big.gif

(zdroj: 5, 20, 28, 29)