

JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH
ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍ FAKULTA

Hodnotový systém seniorů

Diplomová práce

Jméno autora: Bc. Soňa Bernátová

Jméno vedoucího práce: doc. Ing. Lucie Kozlová, Ph.D.

28.5.2007

Value system of seniors

The main focus of this thesis is the lifestyle and value system of seniors. It is based both upon the specialized literature and the related information. I was able to gather.

The theoretical part of this thesis deals with the characteristics of the basic concepts – the old age and the process of ageing. It looks at different levels of personality which are affected by the process. Periodization of age, lifestyle and value system, risk factors endangering healthy lifestyle, stereotypes and myth about old ages are mentioned. The last part of theory gives an overview of the contemporary senior-care system in the Czech Republic. It divided into two parts – healthcare and social welfare.

The research part goes deeper into the seniors' lifestyle aimed at their daily activities and boarding skills. It compares value system of seniors living in family environment in town and those, who live in village. 2 hypotheses have been confirmed, one not.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci na téma Hodnotový systém seniorů vypracovala samostatně a použila jen pramenů, které cituji a uvádím v přiložené bibliografii.

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

V Českých Budějovicích 28.5.2007

Podpis studenta

Poděkování

Děkuji doc. Ing. Lucii Kozlové, Ph.D. za konzultace, rady a připomínky, které mi napomohly při zpracování diplomové práce. Rovněž chci poděkovat všem seniorům za jejich ochotu a vstřícný postoj k vyplňování dotazníků.

Úvod	7
1. Současný stav.....	8
1.1. POPULAČNÍ STÁRNUTÍ V EVROPĚ	8
<i>1.1.1. Populační stárnutí v České Republice.....</i>	<i>8</i>
1.2. POPULAČNÍ STÁRNUTÍ VE SVĚTĚ.....	9
1.3. VYMEZENÍ POJMU STÁŘÍ A STÁRNUTÍ.....	9
1.4. OSOBNOST V PROCESU STÁRNUTÍ A JEJÍ SPECIFIKA.....	12
<i>1.4.1. Změny v oblasti fyzické.....</i>	<i>13</i>
<i>1.4.2. Změny v oblasti psychické.....</i>	<i>14</i>
<i>1.4.3. Změny v oblasti sociální</i>	<i>17</i>
1.5. ŽIVOTNÍ STYL A HODNOTY SENIORŮ.....	17
<i>1.5.1. Aktivní stárnutí.....</i>	<i>18</i>
<i>1.5.2. Rizikové faktory ohrožující zdravý životní styl seniora.....</i>	<i>19</i>
1.6. GERONTOFOBIE, STEREOTYPY, PŘEDSUDKY A MÝTY O STÁŘÍ.....	21
1.7. POSTAVENÍ SENIORA POHLEDEM LEGISLATIVY.....	26
<i>1.7.1. Zdravotní zabezpečení</i>	<i>26</i>
1.7.2. Sociální zabezpečení.....	31
2. Cíl práce a hypotézy.....	35
3. Metodika.....	36
3.1. POUŽITÁ METODA.....	36
3.2. CHARAKTERISTIKA VÝZKUMNÉHO SOUBORU.....	36

4. Výsledky.....	37
5. Diskuse.....	66
6. Závěr.....	72
7. Seznam literatury.....	73
8. Klíčová slova.....	79
9. Přílohy.....	80

„Stáří se nevysmívej- vždyť k němu směřuješ“

Menadros Zathén (341-292 př.n.l)

Úvod

Seniory denně potkáváme na ulicích, v parcích, v tramvajích. Jsou však jako sociální skupina spíše opomíjeni a vnímáni jako šedá jednolitá masa. Jak na ně na základě svých každodenních zkušeností pohlížíme? Především jako na jedince s nízkými důchody a spoustou volného času, který tráví objížděním supermarketů s letákem se slevami v ruce. Tento pohled je však velice zkreslený, a proto nám může jejich život připadat pohodlný a jejich stížnosti neopodstatněné. Status „důchodce“ však jednoho dne připadne na každého z nás. Víme nebo alespoň tušíme, co vůbec obnáší život v penzi? Jak žijí tito lidé, s jakými problémy se musí vyrovnávat a jaké radosti naplňují jejich dny? Co je jejich smyslem života?

Důležitými impulsy pro výběr tématu mé diplomové práce „Hodnotový systém seniorů“ pro mě byl jednak každodenní kontakt s nimi, neboť pracuji jako zdravotní sestra v nemocnici, ale zároveň i vnímání rozdílu v životním stylu na vesnici a ve městě u svých příbuzných. Rozhodla jsem se proto provést pilotáž u seniorů žijících ve vlastním rodinném prostředí na vesnici a ve městě. Zajímalo mě, jak se liší jejich hodnotové orientace, jaké hodnoty považují za nejdůležitější, jaké jsou vztahy v rodině a příbuzenstvu, zda jsou spokojeni s místem bydliště. Dále jsem chtěla porovnat jejich stravovací návyky a volnočasové aktivity.

Naše společnost podléhá kultu mládí, krásy a neomezených možností. Dnešní mladý člověk si jen těžko připouští, že jednou zestárne a dostane se do situace, kdy by mohl ztratit svoji nezávislost a potřebovat pomoc ostatních. Krize hodnot současné civilizace, malý zájem ze strany rodiny, pocit, že člověk, který je „starý“, je jen na obtíž, to vše se odráží v mysli těchto lidí, kteří zažívají „svůj podzim života“. Nové pojmenování této sociální skupiny však v sobě skrývá naději. Senior je aktivní. Je nezávislý, má své zájmy a koníčky. Stále ještě od života něco chce. Učí se, ptá se, hledá, dokáže se radovat. Proto aktivní stáří a příprava na něj by měl být úkol nás všech.

1. Současný stav

1.1. POPULAČNÍ STÁRNUTÍ V EVROPĚ

V rámci mírného poklesu celkového počtu obyvatelstva budou senioři ve věku nad 65 let v příštích padesáti letech jedinou početně rostoucí věkovou skupinou. Počty dětí ve věku do 15 let i osob v produktivním věku (15-64 let) v tomto období v důsledku dlouhodobého setrvávání úhrnné plodnosti pod hranici prosté reprodukce poklesnou o 30%, resp. 24%. Odrazí se to i v relativním zastoupení hlavních věkových skupin. Podíl seniorů se zdvojnásobí ze 14% na téměř 28%, podíl dětí klesne o další 4 procentní body. Již během příštích 15 let dojde k vyrovnání počtů dětí a seniorů a v roce 2050 lze očekávat, že v Evropě bude dvakrát více seniorů starších 65 let než dětí ve věku do 15 let (27).

Tabulka 1. Vývoj hlavních věkových skupin v Evropě v letech 2000-2050

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

Zdroj: Demografický portál,2005

1.1.1. Populační stárnutí ve České republice

Strmý pokles porodnosti pod úroveň 2,1 dětí na ženu se odráží v rychlém poklesu počtu a podílu dětí v populaci ČR. Mezi roky 1990 a 2005 klesl podíl dětské složky v populaci z 21,2% na 14,6%. Projekce obyvatelstva předpokládá pokles podílu dětí v populaci, bude se snižovat i zastoupení osob ve věkové skupině 15-64 let, přičemž obyvatelstvo nad 65 let bude výrazně přibývat. Obyvatelstvo starší 65 let tvoří v současnosti jednu sedminu všech obyvatel, do roku 2050 by se jeho podíl přiblížil až

k jedné třetině. Vzroste průměrný věk v populaci, do roku 2050 zhruba o 10 let, tj. na hodnotu 48-50 let (27).

Tabulka 2. Projekce počtu seniorů v ČR v celé populaci v %

Věk	2002	2005	2010	2015	2020	2025	2030	3035	2040	2045	2050
65-74	8,0	7,9	9,1	11,6	12,8	12,0	11,6	12,2	14,5	16,8	16,0
75-84	4,9	5,3	5,2	5,2	6,3	8,2	9,2	8,9	8,9	9,7	11,8
85+	1,0	1,0	1,4	1,7	1,8	2,0	2,7	3,7	4,5	4,6	5,2

Zdroj: ČSÚ, 2004

1.2. POPULAČNÍ STÁRNUTÍ VE SVĚTĚ

V roce 2025 se předpokládá, že podíl osob starších 60 let bude dosahovat 1,2 miliardy, v roce 2050 to budou 2 miliardy. Dnes žijí přibližně 2/3 starých osob v rozvojových zemích, do roku 2025 tento podíl vzroste na 75 %. Ve vyspělých zemích se zvyšuje především zastoupení osob starších 80 let (27).

Tabulka 3. Stárnutí obyvatelstva vyspělých regionů světa 2000-2050

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

Zdroj: Demografický portál, 2005

1.3. VYMEZENÍ POJMU STÁŘÍ A STÁRNUTÍ

Stárnutí je obecný a neodmyslitelný projev živého organismu. Ve své podstatě se jedná o vnitřní záležitost každého organismu, záležitost, která se projevuje pomalu postupujícím snižováním schopnosti uvolňovat a přenášet energii. Je průvodním jevem individuálního běhu života.

Stárnutí a stáří je specifický biologický proces, který je charakterizován tím, že je dlouhodobě nakódován, je nevratný, neopakuje se, jeho povaha je různá, zanechává

trvalé stopy. Jeho rozvoj se řídí druhově specifickým zákonem. Podléhá formativním vlivům prostředí.

Podle definice uvedené v dokumentech OSN začíná proces stárnutí při početí a pokračuje plynule až do smrti. Jedná se o dlouhodobý proces s pomalu postupujícími změnami biologických struktur, které se pak odráží ve funkční zdatnosti na různých úrovních psychických funkcí.

Stárnutí je tedy součtem změn, kterým podléhá organismus v průběhu času. Tyto změny však nenastupují synchronně, nýbrž jak uvádí Mühlpachr (29) stárnutí je individuální a asynchronní – i jednotlivé systémy a funkce organismu stárnou nerovnoměrně.

Projevy stárnutí jsou ovlivněny jak velkými intraindividuálními rozdíly, tak interindividuální variabilitou, na které se podílí individuální genetické dispozice, různé životní podmínky a životní úroveň, individuální kvalita života, mezilidská interakce a komunikace, vzdělanostní úroveň a řada dalších faktorů.

Úpadek funkcí nezačíná ve stáří, ale již v rané dospělosti, neboť většina tělesných soustav vykazuje po třicátém roce věku každoročně úbytek funkce o přibližně 0,8 až 1 procento (14). Jak uvádí Start-Hamilton (10), jednotlivé funkce se zhoršují jen nepatrně, ale mají-li pracovat v komplexnější součinnosti, je celkové zhoršení větší než pouhý součet úbytku jednotlivých funkcí.

Tato involuční disproporciálnost se projevuje nejen v oblasti biologické a tělesné, ale i duševní. Jak uvádí Pacovský a Heřmanová (30) i když se stárnutí a stáří vyznačuje převahou regredujících změn, některé vlastnosti organismu se s věkem vůbec nemění a v každé fázi ontogeneze – tedy i ve stáří – lze identifikovat změny vzestupné povahy (progrese). Starý organismus dokáže zmobilizovat některé neobvyklé kompenzační mechanismy homeostázy, které jsou mu geneticky dány, ale které předtím nevyužíval tzv. „spící mechanismy“.

Existuje celá řada definic, teorií a členění, avšak odborníci se stále ještě nedohodli na obecně přijatelné definici stárnutí a stáří, ani na tom, co je vlastně prvořadou příčinou stárnutí. Fenomény stárnutí a stáří nelze zkoumat ani popisovat odděleně. Vždy mezi nimi bude velmi úzké propojení a bez znalostí změn, které

probíhají během stárnutí, bychom nikdy nemohli poznat (alespoň částečně) podstatu stáří.

V teoretických pracích a studiích týkajících se problematiky stáří se můžeme tedy setkat s různým členěním stáří :

- zralá dospělost /presenium/ 46/48 – 65 let,
- stáří /senium/ nad 65 let,
- vysoký věk nad 80 let.

Dle WHO je věkové období 45 až 59 let označováno jako střední (zralý věk), období mezi 60 až 74 lety jako rané stáří /vyšší věk/. Za počátek vlastního stáří se pokládá sedmdesátý pátý rok života. Obdobím senescence (kmetství) je nazýván věk od 75 do 90 let. Věk nad 90 let je považován za dlouhověkost (**18**).

V poslední době se uplatňuje také toto členění:

65 – 74 let	mladí senioři (dominuje problematika adaptace na penzionování, volného času, aktivit, seberealizace),
75 – 84 let	staří senioři (změna funkční zdatnosti, specifická zdravotnická problematika, atypický průběh chorob),
85 a více let	velmi staří senioři (na významu nabývá sledování soběstačnosti a zabezpečení).

Přestože je stáří stále zkoumáno a něco o něm již opravdu víme, pořád je popisově a fakticky málo zřetelně vymezeno a ohraničeno. V současnosti se stále častěji také setkáváme s pojmem třetí věk, který se vztahuje k postproduktivnímu životnímu období, tedy k období odchodu do důchodu, k ukončení pracovně výdělečné činnosti.

V některé odborné literatuře se můžeme setkat také s vymezením čtvrtého věku, které bývá označováno jako období závislosti, osobní nesamostatnosti (**17**).

Období lidského života je tedy rozčleněno do několika etap, které představují tzv. sociální periodizaci života. Jinými slovy, můžeme hovořit o sociálním věku, který označuje měnící se životní styl, jeho znaky a vztahy v různých obdobích životního cyklu (**15**).

Každého jedince dále charakterizuje věk kalendářní (chronologický, matriční), který je pevně stanoven počtem let uplynulých od narození (i když z hlediska biologického se může jednat o údaj velmi nespolehlivý) a věk funkční (biologický), který nemusí být vždy v souladu s věkem kalendářním a vyznačuje se složitostí v jeho určování. Biologický věk se shoduje s funkční zdatností organismu a měl by určovat konkrétní míru involučních změn, které probíhají při procesu stárnutí člověka (18).

1.4. OSOBNOST V PROCESU STÁRNUTÍ A JEJÍ SPECIFIKA

Obecně lze říci, že proces stárnutí je ovlivněn zejména třemi faktory. Faktory genetickými, se kterými se člověk rodí, faktory z okolního světa (vlivy prostředí) a určitou časovou dynamikou. Vzájemná účinnost těchto faktorů vytváří jedinečnost a neopakovatelnost každého jedince. Určuje tedy i to, jak bude ten či onen stárnout. Zda rychleji, pomaleji nebo úměrně svému kalendářnímu věku. Interindividuální rozdíly jsou také ovlivněny úrovní vzdělání, šíří zájmů člověka, jeho osobním životním stylem, přístupem k životu.

Jak uvádí Stuart-Hamilton (10) k problematice stárnutí osobnosti, první pokusy jejího systematického popisu byly učiněny na poli psychoterapie.

Na základě výzkumů a studií zabývajících se charakteristikou stárnoucí osobnosti a hodnocením kvality jejího životního stylu konstatuje, že jednotlivé výzkumy typů osobnosti se od sebe navzájem výrazně neliší. Všechny bez výjimky zdůrazňují, že osobnost se do značné míry formuje dříve, než se objevují první viditelné známky stárnutí. Staří lidé proto mohou svou osobnost jenom nepatrně přizpůsobovat, nikoli však radikálně měnit (12).

Pro srovnání a seznámení se s jednotlivými typy osobnosti předkládá popis pěti typů osobnosti :

- konstruktivní osobnost – charakteristickým rysem takového člověka je smíření
- se se svým životem, nemá obavy ze stárnutí a stáří a s ostatními lidmi se snaží komunikovat,

- závislá osobnost (osobnost na „houpacím křesle) – člověk se vyznačuje poměrně vysokou mírou spokojenosti, výsledky vlastního úsilí však neodpovídají jeho představám, začíná spoléhat na pomoc či péči druhých a stáří chápe jako čas odpočinku,
- defenzivní osobnost („obrněná“ osobnost) – takový člověk se snaží vyvíjet celou řadu aktivit, snaží se pokračovat ve své práci, jako by si chtěl dokázat, že je zdravý a nepotřebuje pomoc od ostatních lidí, jeví se jako neurotický,
- hostilní osobnost – člověk, který z vlastního neštěstí obviňuje druhé, nerealisticky připisuje svá životní selhání jiným faktorům než vlastní osobnosti, není schopen správně plánovat,
- nenávisť k vlastní osobě – takový člověk se svými vlastnostmi velmi podobá hostilní osobnosti, jen s tím rozdílem, že svou zlost a nenávisť obrací k sobě samému, dovnitř.

I v průběhu normálního stáří tedy dochází k řadě změn a člověk se stává více podoben sobě samému. Může se změnit jeho hierarchie hodnot, kdy do popředí se dostávají hodnoty nové na místo těch starých. Pokud ovšem člověk nenalezne náhradní hodnoty za hodnoty staré (ztracené), mohou se u něho objevit pochybnosti o smyslu vlastního života. To se stává pouze v extrémních případech. Za normálních okolností stáří postupuje pomalu, harmonicky, pozvolna, člověk si ho ani neuvědomuje (32).

1.4.1. Změny v oblasti fyzické

Po stránce fyzické dochází ke změnám, z nichž některé poznáme „na první pohled“ a jiné probíhají skrytě – uvnitř těla. Vedle celkového zhubnutí, změny barvy vlasů a jejich vypadávání dochází k opotřebenosti orgánů, k horšímu prokrvování horních a zejména dolních končetin, ke snižování svalové a fyzické výkonnosti, k úbytku tkání a struktur, kůže se stává vrásčitou a ztrácí svou elasticitu, kostra se stává křehčí, objevují se poruchy rovnováhy, potíže s dýcháním (mění se poddajnost plic, klesá vitální kapacita plic), změny v zažívacím ústrojí (dochází k opotřebenosti a ztrátě zubů, zpomaluje se motilita trávicí trubice), změny smyslových orgánů (hmatu, zraku, sluchu, čichu a chuti) (30).

Dalším důležitým biologickým ukazatelem stárnutí člověka je jeho neschopnost přizpůsobit se podmínkám stresu ve stejném rozsahu a kvalitě jako v mládí. Jeho adaptace na zátěž a stres je nedokonalá, nedostatečná, což může být příčinou nedokonalé tlakové a teplotní regulace, úpravy pH krve, udržování rovnováhy ve stáří atd. Také orgány a systémy každého člověka stárnou nestejně, nevyrovnaně a dokonce i jednotlivé části a složky téhož orgánu stárnou odlišně. Všechny tyto morfologické a funkční změny mají vliv na vzhled i chování starého člověka. Začínají se objevovat pocity nejistoty, nedůvěry, introvertní zaměření. Člověk se čím dál více začíná zabírat sám sebou, svými tělesnými orgány a jejich funkcemi. S těmito tělesnými změnami úzce souvisí i změny v duševním vývoji starého člověka. Změny na mozkových cévách mění i psychiku člověka, časté jsou poruchy spánku (obtížné usínání, časté noční buzení, spánková inverze) (18).

1.4.2. Změny v oblasti psychické

Změny v oblasti psychických funkcí mohou mít charakter sestupný - zhoršené vnímání, klesá elán, vitalita, snížení výbavnosti a všípivosti, některé se věkem téměř nemění - jazykové znalosti, slovní zásoba, intelektuální úroveň, nebo mohou být dokonce vzestupné povahy - vytrvalost, trpělivost (30).

Duševní vývoj ve stáří závisí do značné míry na tom, jak se stárnoucí člověk dokáže s touto skutečností vyrovnat. Dochází k úbytku řady duševních funkcí, kdy tyto úbytky vznikly biologicky přirozenými změnami. Snižuje se funkční kapacita organismu, což znamená, že se zhoršuje vnímání, motorika, dochází ke zpomalení duševních pochodů, k celkovému snížení životní dynamiky.

Typickým příznakem je také psychomotorické zpomalení, tedy zpomalení pohybů, pohybová váhavost, pokles v úkonech vyžadujících rychlost. Cíle ztrácí přitažlivost, v oblasti zájmů dochází k redukci a snižuje se motivace k jakékoliv činnosti.

Stáří stejně jako jiné životní etapy má své cítění, myšlení a snažení, má svou vlastní fyziologii. Nejde tedy o degradaci. Mnohé změny lze kompenzovat a dobrou

duševní kondici jde udržet trvalou činností až do vysokého věku. Duševní činnost se může stát protiváhou k biologickému úpadku (20).

Změny ve vnímání starého člověka – postupem času, s přibývajícím věkem dochází ke zhoršování vnímání. Příčinou jsou změny ve smyslových orgánech a změny v nejvyšších oblastech mozku.

Zhoršené vnímání má hlavní podíl na zpomalení reakcí, vnímání se stává nepřesným, snižuje se schopnost posuzování a zhoršuje se pohybová funkce. Dále klesá citlivost na podněty, snižuje se ostrost vnímání – zhoršuje se zrak a sluch. Ubývá citlivosti na zvuky o vyšším kmitočtu a objevují se změny v centrální sluchové analýze. Výsledkem těchto změn mohou být úrazy, vznik špatných podmínek pro orientaci, snížené možnosti čtení, psaní, sledování televize, ztráta kontaktů se sousedy atd. Úbytek vnímání také někdy způsobuje pocity úzkosti, strachu a vyšší stupeň úbytku může mít dokonce důsledky i pro celkové duševní zdraví člověka, snižuje se hladina bdělosti, dochází k omezení v činnosti (18).

Intelligence a změny myšlení ve stáří – podle posledních výzkumů nedochází ve stáří k výraznému poklesu inteligence. Bylo zjištěno, že psychická a intelektuální výkonnost je závislá především na vzdělání a profesní kvalifikaci, na kvalitě prostředí, ve kterém člověk žije a na stimulaci mozkové činnosti přímo od starého člověka. Četba, studium dějin, cizích jazyků, to vše udržuje rozumovou činnost v aktivitě a zabraňuje jejímu stárnutí.

V moderní psychologii rozeznáváme dva druhy inteligence. Krystalickou inteligenci, která operuje s informacemi dříve zpracovanými, a proto ani ve vyšším věku nebývá její pokles patrný a tekutou inteligenci, která s věkem klesá, včetně schopnosti řešit problémy. Snížená intelektuální výkonnost může způsobit poruchy nálady, sebehodnocení.

Mírný pokles inteligence u starého člověka se vyznačuje například tím, že se poznatky vybavují pomaleji, je snížena jeho pohotovost reagovat ihned na slovní podněty, jsou postiženy základní myšlenkové pochody. Starý člověk neustále odbíhá od hlavní myšlenky k vedlejší, je rozvláčný a můžeme se také setkat s automatismy, které vznikají mnohaletým opakováním stejných aktů a slovních projevů (46).

I když dochází k určitým změnám v myšlení, je většina osob staršího věku schopna stejného intelektuálního výkonu jako dříve. Potřebují k tomu pouze více času.

Inteligence a schopnost mozkové činnosti se tedy ve stáří nevytrácí, pouze mírně klesá. Čím vyšší je úroveň rozumových schopností, tím pomalejší je pokles (21).

Paměť a učení – v průběhu normálního stárnutí a stáří dochází jen k mírnému poklesu, oslabení paměti. Pro seniora je charakteristické, že si lépe vybavuje události časově vzdálenější, což znamená, že dochází ke zhoršování vstřípivosti pro nové poznatky, hůře si pamatuje události nedávno minulé. Proto musí vyvinout úsilí, aby podržel v paměti nové poznatky.

Z psychologického hlediska má paměť také určující význam pro pojetí „já“ (sebehodnocení): „já“ je to, co člověk prožil, souhrn životních úspěchů a nezdarů, lásek a zklamání. Paměť je předpokladem životního bilancování a úspěšného vyřešení vývojové krize období stáří, krize „integrity“ (47).

Vlivem změn v paměti a myšlení se také mění schopnost učení. Zde se projevují poruchy paměti zejména ve složce vstřípivosti a reprodukce. Člověk se hůře učí, osvojování nových poznatků je pro něho namáhavější. Schopnost učení tedy klesá a za tento pokles jsou zodpovědné právě změny v procesech krátkodobé paměti, kterými musí projít vstupní data dříve, než se uloží do paměti dlouhodobé.

Během procesu učení může dojít také k poklesu soustředěnosti a pozornosti. Blahodárný vliv na jejich posílení má pravidelné rekreační sportování. Lépe se prokrví a okysličí mozek, tím se zlepší schopnost soustředění, člověk se může lépe koncentrovat na to, co se právě učí.

Ve stáří nejde o ztrátu schopnosti učení, nýbrž o určitý kvalitativní posun, o určité přetváření způsobu učení. Starý člověk se neučí tak lehce a rychle jako mladý člověk, ale zato se může učit intenzivněji, důkladněji. Učení, vzdělávání není omezeno věkem, ale záleží spíše na celoživotním procvičování rozumových schopností. Schopnost učení není výrazně oslabena, člověk na ni jen zbytečně rezignuje – nechce se učit (46).

1.4.3. Změny v oblasti sociální

V průběhu lidského života dochází ke změnám společenského postavení, ke změně sociálních rolí každého jedince.

Neexistují fyzické a psychické změny v průběhu stárnutí a stáří, které by byly závislé pouze na organismu. K těmto změnám vždy dochází za určitých společenských podmínek. Znamená to, že biologický i duševní vývoj ve stáří spoluurčují také sociální faktory.

Negativní změny v sociálních podmínkách ovlivňují nejen duševní vývoj, ale podporují i úbytek fyziologických funkcí. Například poruchy, které vedou v nepříznivých sociálních podmínkách k chronicitě, mohou mít v dobrých podmínkách společensky ohleduplné péče lehký a příznivý průběh.

Faktory jako sociální nejistota, tíživá finanční situace, osamocení stárnoucího člověka, změny motivace, vzrůstající pasivita, věková diskriminace a segregace jsou pro průběh stárnutí stejně významné jako faktory biologické a psychické.

Z toho vyplývá, že změny v sociálním postavení seniorů se odrážejí v jejich postojích k druhým lidem a celé společnosti, v neposlední řadě k sobě samým (51).

1.5. ŽIVOTNÍ STYL A HODNOTY SENIORŮ

Jak uvádí Čornaničová (4) životní styl je „forma lidských vztahů, jednání, vědomí a hmotného prostředí“. Životní styl seniorů navazuje na jejich aktivity v předdůchodovém věku. Stárnutí však může ovlivnit změnu životního stylu, a to na základě fyzických a ekonomických možností, členství ve skupinách, aktivit, prostředí, které jsou náchylné ke změnám podle věku.

Životní styl seniorů navazuje na jejich aktivity v předdůchodovém věku. Stárnutí však může ovlivnit změnu životního stylu, a to na základě fyzických a ekonomických možností, členství ve skupinách, aktivit, prostředí, které jsou náchylné ke změnám podle věku. I když bereme v úvahu velké individuální rozdíly, jako přelomový věk, kdy se mění podmínky a styl života, se ukazuje období 75 – 80 let (23).

Jak uvádí Vágnerová (46) životní styl seniorů je jako málo prostředků, méně možností a mnoho času. Stárnutí však s sebou přináší určitou svobodu ze sociálních omezení . Ovšem vytváření osobního životního stylu není pouze záležitostí jedince. Hodnoty ovlivňující životní styl jsou určovány částečně kulturní nebo subkulturní tradicí a částečně zkušeností jedince. „Odchod do důchodu představuje významný sociální mezník, kdy se mění a přehodnocují nejen role, ale v závislosti na tom i hodnoty a postoje“. Hodnoty, které utvářejí chování a jednání lidí úzce souvisí s potřebami člověka. Uspokojování lidských potřeb je předpokladem pro vznik hodnotového systému a jak uvádí Hartl (11) hodnotová hierarchie je uspořádaný systém hodnot podle důležitosti, určuje nejobecnější postoje, životní styl a morálku každého člověka. Špůr (43) vidí hodnoty jako věc ryzí subjektivity člověka a Dorotíková (6) hodnotou nazývá všeobecně platné normy lidského chování.

Ve stáří se mění hodnotová orientace potřeb. Dochází k fixaci na rodinu a senior potřebuje neustálé potvrzování především potřeby lásky a sounáležitosti. Z psychologických potřeb nejsou dobře saturovány potřeby komunikace, staří lidé se cítí více osamoceni. Potřeby fyziologické se s přibývajícím věkem zvyrazňují (17). V souvislosti s otázkou životních stylů seniorů je třeba zmínit v poslední době často užívaný koncept aktivního stárnutí.

1.5.1. Aktivní stárnutí

Dnešní trend podpory aktivního stárnutí vychází z předpokladu, že život dělá kvalitnější aktivní zapojení jedince do vztahů a aktivit v různých sférách společnosti. Koncept aktivního stárnutí byl OECD v roce 1998 definován jako kapacita lidí jak v průběhu stárnutí budou vést produktivní život ve společnosti a v ekonomice. Aktivní stárnutí zahrnuje vysoký stupeň flexibility v tom, jak jednotlivci a rodiny budou trávit svůj čas v průběhu života – v práci, v učení, ve volném čase a v péči o druhé (23).

Jak uvádí Rabušic (48) úspěšnost implementace politiky aktivního stárnutí bude ale záviset na vnímání stáří a zacházení se starým věkem jak v rovině individuální tak i institucionální. Politika aktivního stárnutí bude založena na snaze snížit pomocí vlastního aktivního přístupu míru závislosti seniora na státu. V roce 2002 vláda České

republiky přijala „Národní program přípravy na stárnutí na období let 2003 až 2007“, strategický dokument, který vychází z teorie aktivního stárnutí. Cílem dokumentu je zajistit, aby politiky v konkrétních oblastech reagovaly na demografické a sociální změny a na potřeby a problémy starších lidí. „Vytváření ke stáří a starším lidem vstřícné společnosti je úkolem pro každého jednotlivce, rodiny, komunity, organizace zaměstnavatelů a zaměstnanců, soukromé podniky, občanská sdružení, odbornou a akademickou veřejnost a další části společnosti“ (29).

Politika přípravy na stárnutí si klade za cíl dva základní úkoly: integraci starších osob do ekonomického a sociálního rozvoje a vytvoření věkově inkluzivní společnosti. „Je třeba překonat a změnit dosavadní stereotypní pohledy na stárnutí a stáří, překonat předsudky o životě, postavení a významu seniorů ve společnosti. Změna postojů jednotlivců i společnosti ke stárnutí a seniorům se musí stát základem pro přístup k naplňování celospolečenského programu přípravy na stárnutí“ (49).

1.5.2. Rizikové faktory ohrožující zdravý životní styl seniora

Poruchy spánku a výživy

Spánek je důležitý regenerační životní proces, během spánku probíhá v těle mnoho pochodů nezbytných zdraví. U seniorů dochází ke změnám spánku, ale existují i zde značné individuální rozdíly. Celkové trvání nočního spánku se ve stáří pomalu zkracuje. Denní spánky jsou však častější, takže celkové trvání spánku za 24 hodin není zásadně odlišné. U seniorů jsou častými příčinami zhoršeného usínání různé stresující životní situace, nemohou se často osvobodit od tíživých myšlenek, jsou napjatí a nedovedou se uvolnit. Víme, že starší lidé se v noci budí častěji, což je v tomto věku normální, není to chorobné. Celková potřeba spánku se ani ve stáří příliš nemění. Poruchy spánku jsou ve stáří velmi časté a je nutno odlišit organicky podmíněné poruchy a tyto, pokud možno kauzálně léčit. Neorganické poruchy, zejména insomnie, je třeba léčit režimovými opatřeními, informovaností pacienta a psychoterapií (42).

Výživa je jedním z faktorů, které významně ovlivňují pohodu seniora. Stárnoucí člověk by měl vědět, která jídla jsou biologicky a energeticky hodnotná. Z literatury vyplývá, že stárnoucí organismus má mít dostatečně vysoký příjem bílkovin. Jelikož ve stáří dochází ke zřídnutí kostí je důležité zařazovat i jídla s obsahem vápníku. Zelenina a ovoce patří rovněž k hodnotným pokrmům důležitým pro stárnoucího člověka. Nejenže podporuje odolnost proti infekcím, ale někteří odborníci se domnívají, že vitamin C může působit proti vzniku aterosklerózy.

Stárnoucí člověk by měl také omezit příjem živočišných tuků a cukrů. U staršího člověka se snižuje pocit žízně a proto by neměl zapomínat, že je nutné pít více, než je obvyklé. Nedostatek tekutin může způsobit malátnost, únavu, bolesti hlavy. Také je potřeba podstatně snížit příjem alkoholu u seniora a zanechat kouření. To znamená, že chceme-li být zdraví i ve stáří a těžit z nejrůznějších potěšení života, musíme nejen cvičit, dobře spát, procvičovat si paměť a osvojovat si pozitivní duševní návyky, ale také se starat o to, co jíme.

Nedostatek pohybu

Sedavý způsob života vede k dekonkci a k úbytku funkčních rezerv u seniorů. Výkonnost, zdatnost, odolnost k zátěži i svalová síla klesají nejen v důsledku stárnutí, ale především v důsledku nečinnosti (18).

Pohybová aktivita představuje jeden z nejvýznamnějších faktorů úspěšného stárnutí a zdravého stáří. Pravidelný pohyb dovoluje starším lidem udržet nebo zpětně získat takovou úroveň fyzické obratnosti a výkonnosti, která jim umožňuje být nezávislým na permanentní péči svého okolí. Seniorům se doporučují především tyto aktivity: jogging, jízda na kole, plavání (19).

Duševní a sociální inaktivita

Psychická nečinnost zhoršuje u seniorů výbavnost i vštípivost paměti, ochuzuje slovník, zpomaluje a zhoršuje řešení úkolů. A také zhoršuje obavu z neúspěchu, oslabuje sebevědomí. V extrémních případech může pasivita vést u neúspěšného stárnutí až k projevům chorobného nedostatku smyslových a komunikačních podnětů,

označovanému jako deprivace. Ale dokonce u osob zdánlivě přiměřeně psychicky aktivních, které se „pouze“ nezajímají o nové dění, může dojít během stárnutí a zvláště po penzionování k rychlému zastarávání znalostí a zkušeností. Objevuje se fenomén veteránství, který závažně ohrožuje participaci seniorů na společenském životě (19). K prevenci tohoto fenoménu i jako nástroj aktivizace mozku je významné seniorské vzdělávání (samostudium, kurzy, akademie či univerzity třetího věku). V současnosti je důraz kladen na počítačovou gramotnost.

Ze sociálního hlediska nabývají na významu dobrovolnické aktivity především v rámci seniorské svépomoci a rozvoje seniorské klubové činnosti. Všechny tyto i podobné aktivity přispívají nejen k psychické činnostnosti, osobnostní integritě a k pocitu životní smysluplnosti, ale také k posilování a zahušťování sociální sítě, která kolem každého seniora brání osamělosti a navozuje atmosféru sounáležitosti a jistoty kontaktu (29).

1.6. GERONTOFOBIE, STEREOTYPY, PŘEDSUDEKY A MÝTY O STÁŘÍ

V moderní společnosti zatížené kultem mládí se stáří stalo hrozbou moderního člověka. „V české populaci stále panuje poměrně silné přesvědčení, že stáří je něco, čeho bychom se měli jako společnost obávat, a že stáří nepřináší mnoho dobrého nebo perspektivního, do čeho by se ještě vyplatilo investovat zdroje“ (48).

Jak uvádí Schirrmacher (40) gerontofobie (strach ze stárnutí) se v moderní společnosti, šíří především prostřednictvím globálního mediálního průmyslu.

Strach ze stáří je strach z konečnosti života. Mladí lidé si většinou konečnost života nepřipouštějí, na stáří nemyslí. Stáří je chápáno jako období, kdy člověk může již jen chátrat. Hodnotový systém dnešní společnosti zaměřený na výkon, aktivitu, mládí, navíc podporovaný masmédií, staré lidi znehodnocuje. Vzhledem k tomu, že se oslabily sociální vazby uvnitř rodiny, mohou nabývat na významu pudové, biologické tendence, které motivují pozitivní chování k vlastnímu potomstvu, ale nemají žádný význam ve vztahu ke starým lidem (46).

Strach ze stáří a předsudky o neužitečnosti stáří by však měly být odbourávány. Stáří je plnohodnotnou fází lidského života, má v rámci celého života smysl.

Stereotypy o stáří vznikají z předčasného a zjednodušeného hodnocení či dichotomického (černobílého) myšlení

Mladí mohou chybovat či být pomalí bez nálepky, že jsou nemohoucí či senilní.

Mladí mohou zapomenout jméno nebo adresu bez toho, že by se s nimi jednalo s blahosklonnou přezíravostí.

Mladí mohou být popudliví nebo nepříjemní bez toho, že by byli označováni jako podivínští nebo potrhlí.

Mladý muž může zobrazovat a sdělovat své sexuální pocity nebo citové stavy na veřejnosti, aniž by byl nazván oplzlým dědkem.

Mladí lidé mohou sdělovat příznaky svých nemocí a zaujmou jimi, aniž by byli odbyti poukazem, že neduhy přináší věk

Podobně vznikají některé mýty o stáří

Stáří žijí jen v rozvinutých zemích.

Stáří lidé jsou všichni stejní.

Stáří mužů a žen je stejné.

Stáří je křehké – potřebující péči.

Stáří je ekonomickou zátěží společnosti (45).

Deset hlavních bodů shrnující předsudky :

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

Skutečnost: většina starších (kolem 78%) je dostatečně zdravá, aby se mohla zabývat běžnou činností (udává Národní centrum pro zdravotní statistiku v USA v roce 1981). Jen 5% seniorů je odkázáno na celodenní ústavní péči a u 81% není žádné omezení v jejich aktivitách denního života. Zatímco více osob nad 65 let trpí chronickou nemocí, které omezují jejich aktivity (43%) než u mladších (10%), starší mají méně akutních nemocí, méně zranění v domácnosti, méně nehod na silnici než mladší osoby.

2) Impotence – představa, že většina starších se už nevěnuje žádné pohlavní aktivitě, žádostivosti, v případě, že ano, jsou přinejmenším abnormní, sexualita je nedůležitá v pozdním životním cyklu.

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

3) Ošklivost – krása je v naší západní kultuře spojovaná s mládím, proto se především ženy s přibývajícím věkem bojí její ztráty. Negativní stereotyp stáří odráží termíny bába, babizna, fosílie, čarodějnice, starý patron, stará koza, scvrklý dědek nebo-li používání ponižujícího jazyka při hovoru o stáří.

Skutečnost: jen v některých kulturách se setkáváme s obdivem a úctou ke stáří. V Japonsku se ve stříbrných vlasech a vráskách odráží moudrost, dospělost a dlouhá léta služby. Ošklivost je zde chápána jako subjektivní hodnocení jinými slovy: „Ošklivost je v oku diváka“ (45).

4) Pokles duševních schopností – představa, že schopnosti od středního věku klesají, především schopnost učit se, zapamatovat si, poznávat a že se jedná o nevyhnutelný proces v rámci stárnutí.

Skutečnost: většina starších si udržuje normální duševní schopnosti. Reakční doba se zpomaluje, což má za následek delší dobu učení. Nicméně, rozdíl mezi staršími a mladšími osobami může být vysvětlen, kromě věku a nemocí, motivací k učení se, nedostatkem praxe nebo úrovní vzdělání. Jsou-li tyto proměnné vzaty v úvahu, chronologický věk nemá výrazný vliv na schopnost učení.

5) Duševní choroba – představa, že duševní choroba je postižení ve stáří běžné, nevyhnutelné a neléčitelné. Řada zdravotníků si toto myslí, což může částečně vysvětlovat, proč je tak málo profesionálů v oblasti geriatrického duševního zdraví.

Skutečnost: duševní choroby ve stáří netvoří žádnou nevyhnutelnost, jen kolem 2% osob nad 65 let je institucionalizovaná s primární diagnózou psychiatrické choroby. V rámci populace má méně než 10% vážnou duševní chorobu a od 10 do 32% její mírné projevy.

6) Zbytečnost – představa, že většina starých lidí je díky zdravotnímu stavu či duševní chorobě vyřazena, vede k předpokladu, že starší lidé jsou neschopni pokračovat v práci a ti, kteří schopni jsou, tak jejich práce je neproduktivní. Tato představa je hlavním východiskem pro nucený odchod a diskriminaci v najímání, přeškolení a podpoře starších zaměstnanců.

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

7) Izolace – představa, že většina starých lidí je společensky izolovaných, či žije osaměle a domněnka, že osamělost je velmi vážný problém pro většinu lidí přes 65 let (45).

Skutečnost: většina starších není společensky izolovaných, kolem 2/3 z nich žije s manželem nebo s rodinou (údaje z roku 1988, USA). Jen okolo 4% starších je extrémně izolovaných a již dříve v životě tento rys byl u nich přítomný. Většina starších má blízké příbuzné v dosažitelné vzdálenosti a kontakty jsou relativně časté. Většina studií souhlasí s tím, že je přítomný pokles společenské aktivity s přibývajícím věkem, ale celkové množství osob v sociální síti se ustálí. Lidé v sociální síti inklinují přejít od starších k mladším osobám, včetně přátel a sousedů.

8) Chudoba – široký rejstřík názorů od představy, že většina starších je chudá až po předpoklad, že většina z nich je bohatá – oboje s negativním významem.

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

9) Deprese – předpoklad, že typicky starší osoba je nemocná, bezmocná, senilní, neužitečná, osamělá v bídě, tudíž deprimovaná, postižená nutně depresí.

Skutečnost: těžší deprese je méně častá mezi staršími lidmi než mezi mladšími. Nicméně mezi různými duševními chorobami je deprese u starších lidí nejběžnější. Toto, spolu se skutečností, že počet sebevražd u seniorů je nejvyšší ze všech věkových skupin, činí depresi významným problémem pro starší populaci, což platí i v našich podmínkách. V ČR v roce 2000 připadalo celkem 15,8 sebevražd na 100 000 obyvatel, ale již 27,3 sebevražd ve věku 70 – 74 let a ve věku nad 85 let se jedná o 49 sebevražd na 100 000 obyvatel.

10) Politická moc – stereotyp, že starší lidé jsou silná, sobecká politická síla. Předpoklad, že politická moc starších lidí odvrátí politiky od potřebných reforem.

Skutečnost: starší lidé představují sice velké množství voličů, obvykle ale nehlasují jako blok a následně mají méně politické moci, než se předpokládá (45).

1.7. POSTAVENÍ SENIORA POHLEDEM LEGISLATIVY

1.7.1. Zdravotní zabezpečení

Zdravotní péče, kterou poskytuje společnost všem zdravotně oslabeným, akutně či chronicky nemocným pacientům-seniorům dle jejich individuálních potřeb, je nedílnou součástí celkové péče o osoby vyššího věku. Tato péče je zajišťována Ministerstvem zdravotnictví ve spolupráci s Ministerstvem práce a sociálních věcí zejména prostřednictvím krajských, městských nebo obecních úřadů.

Nárůst počtu seniorů, kteří potřebují a budou potřebovat zdravotní péči, povede k rostoucím požadavkům na systémy zdravotní péče (17).

Stávající systém zdravotního zabezpečení starých lidí tvoří:

Primární geriatrická péče

Dle dokumentu Světové zdravotnické organizace „Zdraví pro 21. století“ je chápána za nejdůležitější součást zdravotní péče o seniory, jejímž jádrem je rodinný lékař, sestry a týmy dalších pracovníků, které s nimi úzce spolupracují, stejně tak jako sociální služby a místní správa. Do budoucna by měla zahrnovat také denní centra pro seniory, noční péči, možnost krátkodobých a dlouhodobých pobytů, nouzové volání, návštěvní služby (15). V České republice základní geriatrickou péči zajišťují především praktičtí lékaři pro dospělé ve spolupráci se zdravotními sestrami, případně geriatrickými sestrami, které jsou vyškolené pro péči o staré a dlouhodobě nemocné pacienty. Kromě péče léčebné poskytují neméně důležitou péči preventivní.

Domácí péče

Jedná se o ošetrovatelskou, léčebnou a rehabilitační péči prováděnou kvalifikovanými zdravotními sestrami v domácím prostředí seniorů. Tato péče je nejčastěji poskytována agenturami domácí péče, ale mohou ji poskytovat i některá gerontologická centra nebo nemocnice.

Geriatrické ordinace, ambulance

Jejich těžiště práce spočívá v oblasti léčebně preventivní péče, v oblasti organizačně metodické, konsiliární a poradenské péče. Geriatrické ambulance a ordinace mohou být zřizovány jako samostatná pracoviště NsP (odborné oddělení nemocnice s poliklinikou) nebo fungují v návaznosti na lůžkovou část jednotek akutní geriatric, některé vznikají při LDN nebo ONP. Jejich počet je však stále nedostačující, prakticky neexistují. Jako velký problém se jeví také neochota zdravotních pojišťoven činnost ambulantních geriatrů nasmlouvat.

Geriatrické stacionáře

Nazývané také denní nemocnice, jsou formou poloinstitucionální péče, jejímž principem je pobyt v zařízení zdravotnického charakteru v rozsahu 6-12 hodin, zabezpečující léčebné, ošetrovatelské a rehabilitační výkony, které nevyžadují plnou hospitalizaci. Pacienti-senioři se večer vrací do domácího prostředí a je jim tak umožněno zachování sociálních kontaktů s rodinou a rodině je poskytnuta úleva v péči o ně.

Gerontologické poradny, centra, kliniky – nabízí souhrn zdravotních, ale i sociálních služeb ve spolupráci s orgány sociální péče. Personální složení tvoří lékař-geriatr, další lékaři-specialisté, zdravotní sestry, sociální pracovnice (17).

Zdravotnická ústavní péče

Představuje nejvyšší formu léčebně preventivní péče o nemocné osoby, která je zaměřená na zlepšení jejich zdravotního stavu a je poskytována 24 hodin denně. Zdravotnická ústavní péče zahrnuje:

- *nemocnice* – instituce, které poskytují zdravotní péči mimo jiné také seniorům. Se starými lidmi se můžeme setkat na všech odděleních, které jsou v nemocnici zřízeny. Podle Holmerové a kol. (15) je nezbytné, aby se jednotlivá nemocniční oddělení více

přizpůsobovala potřebám starých lidí a byla zřizována speciální lůžka určená geriatrickým pacientům.

Akutní geriatrická oddělení by pak sloužila pro ty pacienty, kteří propadají sítem dosavadní zdravotní péče z důvodu nejasně vymezené diagnózy, která by indikovala jejich pobyt na některém ze specializovaných oddělení. Cílem geriatrického oddělení by mělo být navrácení původního zdravotního a funkčního stavu jaký byl před onemocněním a navrácení pacienta do jeho přirozeného prostředí. Tato léčba by měla být poskytována nejdéle po dobu 3 týdnů.

Jednotky pro doléčovací péči, oddělení následné péče, ošetrovatelská oddělení jsou určeny těm pacientům jejichž uzdravení potrvá delší dobu. Tato péče je poskytována v různé délce trvání podle povahy onemocnění. Doléčovací a rehabilitační péče je poskytována zpravidla do 3 měsíců, ošetrovatelská péče několik měsíců i roků. Tato oddělení jsou zřizována většinou při interních odděleních a měla by úzce navazovat na péči akutních geriatrických lůžek včetně specializovaného geriatrického oddělení. Důraz je kladen na navrácení soběstačnosti, kompenzaci chybějících funkcí, vertikalizaci, nácvik chůze, hygienický režim, zlepšení stavu výživy, rehabilitaci fatických funkcí, antidekubitní režim, nácvik aktivit denního života, podávání léků atd. (29). Na oddělení následné péče jsou k dispozici také sociální pracovníce, které informují pacienty nebo jejich rodinné příslušníky o dalších možnostech péče po odchodu z nemocnice. Například o možnostech umístění v LDN (dle místa bydliště) nebo v zařízeních neziskových organizací jako je Charita, Diakonie atd. Pokud je pacient zcela soběstačný a odchází do domácí péče, je informován o službách pečovatelské služby (17).

Stanice pro sociální hospitalizaci – jedná se o sociální hospitalizaci. Tato lůžka jsou určena těm pacientům, u kterých již pominula potřeba zdravotní péče, ale návrat do domácího prostředí není možný z řady jiných důvodů (ztráta bytu, nedostupnost pečovatelské služby, nevhodné vybavení, nedostatek podpůrných pomůcek apod.) a senior musí nadále setrvávat ve zdravotnickém zařízení,

- *odborné léčebné ústavy a gerontopsychiatrická oddělení* – odbornou péči v plném rozsahu poskytují i osobám vyššího věku také specializované léčebné ústavy jako

léčebny pro tuberkulózu a respirační nemoci, rehabilitační ústavy a psychiatrické léčebny – gerontopsychiatrická oddělení, která léčí primární duševní poruchy ve stáří, ale také druhotné psychické alterace při závažných somatických onemocnění (Jedlička, 1991, s. 176),

- *léčebny dlouhodobě nemocných (LDN) a oddělení následné péče (ONP)* – jsou specializovaná zdravotnická zařízení určená starým a dlouhodobě nemocným osobám. Komplexní péči v těchto zařízeních tvoří diagnostika, léčebná péče včetně dietoterapie, ošetrovatelská péče (pasivní i aktivní), rehabilitační péče (rehabilitační ošetrovatelství, reaktivace, rekondice, regenerace), nácvik denních dovedností, ergoterapie. Dominuje péče léčebně rehabilitační a symptomaticko-ošetrovatelská (20). Hlavním hlediskem pro pobyt zde však není ani diagnóza, ani chronicita onemocnění, ale invalidizující potenciál nemoci, který neumožňuje starému člověku žít nezávisle ve svém domácím prostředí. Navíc je zde kromě zdravotní problematiky vždy přítomna i problematika sociální. Dlouhodobá péče má vždy charakter zdravotně sociální (17).

- *hospic* – jedná se o zařízení paliativní péče, které je určené pacientům s nevléčitelnými chorobami. Kombinuje několik typů péče (dominuje péče ošetrovatelská) a podpory pacienta a jeho rodiny (návštěvy psychologa, kněze apod.).

- hospic je většinou nestátním lůžkovým zdravotnickým zařízením, které poskytuje hospicovou péči definovanou v návrhu zákona o zdravotní péči,
- hospic má navázány smlouvy o hrazení poskytnuté péče se zdravotními pojišťovnami,
- péče v hospici je zásadně multidisciplinární a týmová,
- v rámci celodenního programu respektuje hospic specifické potřeby člověka stojícího na konci života,
- standardní součástí vybavení hospice je i vysoký technický standard vybavení i poskytované péče, součástí hospice je např. kaple a místnost posledního rozloučení,
- při péči o klienta hospic počítá s účastí blízkých osob a poskytuje péči doprovázejícím a pozůstalým,

- při hospici působí sbor dobrovolníků, kteří představují potřebný spojovací článek mezi hospicem a vnější realitou,
- hospic má obvyklou kapacitu cca 25 lůžek a stejný počet lůžek pro doprovázející, kteří se na péči podílejí, ale svůj pobyt si hradí,
- hospic plní funkci edukačního centra hospicové péče v regionu (29).

Geriatrická péče se postupně stává důležitou složkou všeobecné sítě zdravotních služeb a geriatrii lze bez nadsázky označit jako obor budoucnosti. Stárnutí populace začíná dominovat demografickému vývoji, a proto dochází k výrazné geriatrizaci medicíny. Celkový dopad na zdravotnictví se pak projevuje jednak kvalitativně – zvyšování kapacit, jednak kvantitativně – modifikace tradičních přístupů podle specifických rizik a potřeb seniorské populace (49).

I přes veškeré snahy o rozvoj systému zdravotní péče, zvyšování účelnosti a účinnosti zdravotní péče poskytované seniorům, existuje stále řada problémů. Mezi nejzávažnější problémy současné geriatrické péče patří:

- nedostatečná spolupráce a návaznost mezi rezorty zdravotnictví a sociální péče,
- nedostatek podkladů pro hodnocení zdravotní péče o seniory,
- praktická neexistence geriatrických ambulancí, nemocničních geriatrických oddělení,
- nedořešení problematiky sociálně zdravotního lůžka a zdravotně sociálního lůžka a jejich přiměřeného financování,
- nedořešení problematiky dlouhodobé péče a jejího financování,
- snaha o přeložení pacientů v nestabilizovaném stavu do následné péče, která se jim brání a vzniká tak rozsáhlé „území nikoho“,
- nedostatečná kapacita rehabilitačních center a nedostatečný rozvoj komplexní ucelené rehabilitace,
- nedostatečný rozvoj ústavní a domácí paliativní péče o dlouhodobě a terminálně nemocné seniory,
- chybění právního řešení vazeb a předávání informací o pacientech mezi poskytovateli zdravotní a sociální péče

- nedostatečná informovanost zdravotnického personálu o gerontologické a geriatrické problematice, o možnostech poskytování sociálních služeb, jejich necitlivý přístup k hospitalizovaným seniorům,
- nedostatečný rozsah výuky geriatrie na lékařských fakultách apod.

Problémů, se kterými se zdravotní péče zaměřená na seniory potýká, je ještě mnohem více. Stále je co zlepšovat, zkvalitňovat a rozvíjet. Je třeba zvyšovat informovanost občanů v oblasti péče o zdraví, podporovat gerontologické výzkumy, rozvíjet diferencovanou geriatrickou medicínu, usilovat o zlepšení zdravotního stavu samotných seniorů, rozvíjet integrovanou komunitní péči s pečovatelskou službou, zlepšovat koordinaci zdravotní péče a sociálních služeb (18).

1.7.2. Sociální zabezpečení

Stálé zvyšování počtu seniorů ve společnosti vede také k rostoucí potřebě sociální péče a sociálních služeb. Je třeba vytvořit moderní systém sociální práce a sociálních služeb, který bude pružně reagovat na různost sociální situace seniorů a minimalizovat riziko jejich sociálního vyloučení a institucionalizace.

Sociální péče představuje systém dávek a služeb určených občanům, kteří nejsou schopni zabezpečit své životní potřeby a péči o sebe v potřebném rozsahu, a to buď z důvodu nedostatečného příjmu (například nedostatečné důchodové zabezpečení), nebo vzhledem k nepříznivému zdravotnímu stavu, vysokému nebo nízkému věku, společenské nepřizpůsobenosti, zvláštní životní situaci apod., občanům, kteří bez pomoci společnosti nemohou překonat takovou obtížnou situaci (48).

Dávky sociální péče pro staré a těžce zdravotně postižené občany jsou upraveny v Listině práv a svobod, v článku 30, kde je ustanoveno, že občané mají právo na přiměřené hmotné zabezpečení ve stáří a při nezpůsobilosti k práci.

Dávky sociální péče poskytují jednotlivé obecní úřady a tyto dávky jsou přiznávány na základě žádosti, jejíž forma není právními předpisy nikterak upravena, předepsána.

Kromě dávek sociální péče může být v případě potřeby uvedeným občanům poskytována také poradenská pomoc a další sociální služby.

Základní význam sociálních služeb pro seniory spočívá v možnosti lépe a důstojněji žít ve svém přirozeném domácím prostředí a ve zvyšování jejich nezávislosti a samostatnosti při rozhodování o svém životě, a jestliže je to nezbytně nutné také v poskytování ústavní péče. Sociální služby jim mají pomáhat k překonání nebo alespoň ke zmírnění jejich nesoběstačnosti a lepší kvalitě vlastního života. Cílem sociálních služeb je také vyrovnání příležitostí, kteří jsou v důsledku zdravotního nebo sociálního stavu znevýhodněni, zapojení do života společnosti (22).

V současnosti jsou rozsah a formy péče o staré občany obsaženy v zákoně č. 589/1992 Sb, v zákoně č. 155/1995 Sb, zákoně č. 108/2006 Sb. v platném znění, vyhlášce 505/2006 a 506/2006 (39).

Mezi hlavní *služby sociální péče poskytované seniorům* státní správou, ale i nestátními subjekty (církve, charita, občanská sdružení, Červený kříž apod.) a jednotlivci patří:

- pečovatelská služba

Dle legislativy ji zabezpečují obce a okresní úřady prostřednictvím svých pracovníků a dobrovolných pracovníků pečovatelské služby. Někdy je poskytována také nestátními subjekty v rámci nabídky jejich služeb. Jak uvádí Průša, L.(22) stávající financování sociálních služeb však v sobě zahrnuje výrazné prvky centrálního administrativně direktivního charakteru řízení, které brání rozvoji této sféry a potlačuje iniciativu obcí a nestátních neziskových organizací. O pečovatelskou službu žádá občan sám nebo ji navrhne ošetřující lékař popřípadě sociální pracovníce.

Pečovatelská služba zajišťuje potřebným seniorům především úklid, udržování domácností a jejich osobní péče, a to buď přímo ve vlastních domácnostech včetně domácností v domech s pečovatelskou službou, v zařízeních pečovatelské služby, v domácnostech dobrovolných pracovníků pečovatelské služby, popřípadě i mimo domácnosti a zařízení. Tato služba se poskytuje za částečnou nebo plnou úhradu s výjimkou úkonů, kterými jsou zabezpečovány nezbytné životní potřeby,

s přihlédnutím k věku, zdravotnímu stavu, příjmu a majetkovým poměrům občana a jeho rodinných příslušníků.

- *osobní asistence*

Osobní asistence je terénní služba se poskytuje bez časového omezení, v přirozeném sociálním prostředí seniora. Tato služba obsahuje zejména tyto činnosti: pomoc při zvládnání běžných úkonů, pomoc při osobní hygieně, pomoc při zajištění stravy a chodu domácnosti, výchovné a vzdělávací činnosti, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím

- *tísňová péče*

Tísňová péče je terénní služba, kterou se poskytuje nepřetržitá distanční hlasová a elektronická komunikace s osobami vystavenými stálému vysokému riziku ohrožení zdraví nebo života. V případě akutního ohrožení života nebo zdraví zprostředkovává zákrok záchranné služby, policie nebo hasičů. Tato služba umožňuje bezpečný pobyt seniorů v jejich domácím prostředí (**50**).

Zařízení sociálních služeb pro seniory

- Domovy pro seniory

V domovech pro seniory se poskytují pobytové služby osobám, které mají sníženou soběstačnost zejména z důvodu věku. Služba obsahuje tyto základní činnosti: poskytnutí ubytování, poskytnutí stravy, pomoc při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, sociálně terapeutické činnosti, aktivizační činnosti, pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí. Maximální výše úhrady za poskytování sociálních služeb (ubytování) činí 160 Kč denně, 140 Kč denně za celodenní stravu, 70 Kč za oběd., včetně provozních nákladů souvisejících s přípravou stravy.

- Zdravotnické zařízení ústavní péče

Ve zdravotnických zařízeních ústavní péče se poskytují pobytové sociální služby osobám, které již nevyžadují ústavní zdravotní péči, ale vzhledem ke svému zdravotnímu stavu nejsou schopny se obejít bez pomoci jiné fyzické osoby.

- Centra denních služeb a denní stacionáře

V centrech denních služeb a stacionářích se poskytují ambulantní služby seniorům, které mají sníženou soběstačnost. Služba obsahuje tyto základní činnosti: pomoc při osobní hygieně, poskytnutí stravy, výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti.

- Týdenní stacionáře

V týdenních stacionářích se poskytují pobytové služby seniorům. Služba obsahuje tyto základní činnosti: pomoc při osobní hygieně, poskytnutí stravy, výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti (**50**).

Mezi hlavní *dávky důchodového pojištění* patří:

- Starobní důchod-
- Plný invalidní důchod-
- Částečně invalidní důchod-
- Vdovský a vdovecký důchod-

Mezi hlavní *příspěvky sociální péče pro seniory* patří:

- Příspěvek na péči-
- Příspěvek na provoz motorového vozidla-
- Příspěvek na individuální dopravu-
- Příspěvek na úpravu bytu-
- Příspěvek na zvýšené životní náklady – (**39**).

2. Cíle práce a hypotézy

Cíl práce:

1. Zjistit a porovnat, jaké životní hodnoty preferují senioři žijící v rodinném prostředí ve městě a na vesnici.
2. Analyzovat celkový životní styl seniorů žijících v rodinném prostředí ve městě a na vesnici, se zaměřením na jejich volnočasové aktivity a stravovací návyky.

Hypotézy:

Hypotéza 1: Se zvyšujícím se věkem seniorů klesají volnočasové aktivity.

Hypotéza 2: Větší množství volnočasových aktivit převládá u seniorů žijících ve městě než u seniorů žijících na vesnici.

Hypotéza 3: Senioři žijící ve městě dodržují více zásady správné výživy než senioři žijící na vesnici.

3. Metodika

3.1. POUŽITÁ METODA

Ke sběru dat jsem použila techniku dotazníku tvořeného 40 otázkami (viz příloha) na základě účelového výběru u seniorů žijících ve vlastním rodinném prostředí ve městě a na vesnici. Jak uvádí Bártlová, S. (1) dotazníkem získáváme empirické informace, založené na nepřímém dotazování se respondentů. Anonymní dotazník obsahoval otevřené, uzavřené a polouzavřené otázky. U některých otázek jsem také použila hodnotící škály.

3.2. CHARAKTERISTIKA VÝZKUMNÉHO SOUBORU

Základní soubor byl tvořen seniory v krajském městě České Budějovice a seniory v obci Černov. Celkem bylo rozdáno 100 dotazníků (50 dotazníků v Českých Budějovicích a 50 dotazníků v Černově). Výzkum byl proveden v období únor-březen 2007 a návratnost byla 100%.

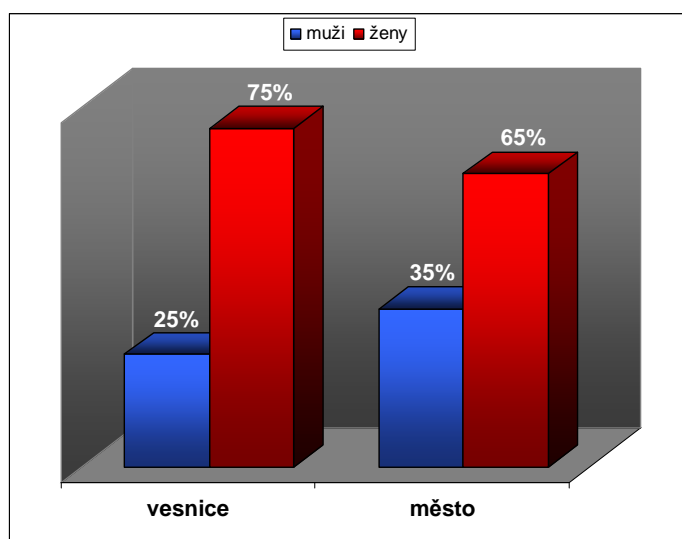
Obec Černov se nachází v okrese Pelhřimov v kraji Vysočina. Ke dni 1.1. 2007 žilo v této obci 117 obyvatel a to převážně seniorů (36). V této obci je jeden malý obchůdek, a veřejná knihovna s internetem. Nejbližší zdravotní péče- (ambulantní) a sociální služby (domov pro seniory) se nacházejí v obci Horní Cerekev, která je vzdálena 4 km.

Statutární, okresní a zároveň krajské město České Budějovice se nachází v Jihočeském kraji a ke dni 31.12.2006 mělo 94 747 obyvatel (z toho 13 085 osob ve věku 65 a výše) (37). Zdravotní péče je poskytována nejvíce Nemocnicí České Budějovice, a.s. (Horní a Dolní areál) a dále mnoha soukromými ordinacemi praktických a odborných lékařů. Sociální a sociálně zdravotní služby jsou ve městě zajištěny mnoha poskytovateli. Výsledky výzkumu jsou uvedeny nejvíce graficky (porovnávají vždy situaci vesnice/město), některé výsledky jsou pro větší přehlednost vyhodnoceny tabulkou, vždy se zaměřením na cíle práce a stanovené hypotézy.

4. Výsledky

Graf 1: POHLAVÍ (v %)

(k otázce č. 1)



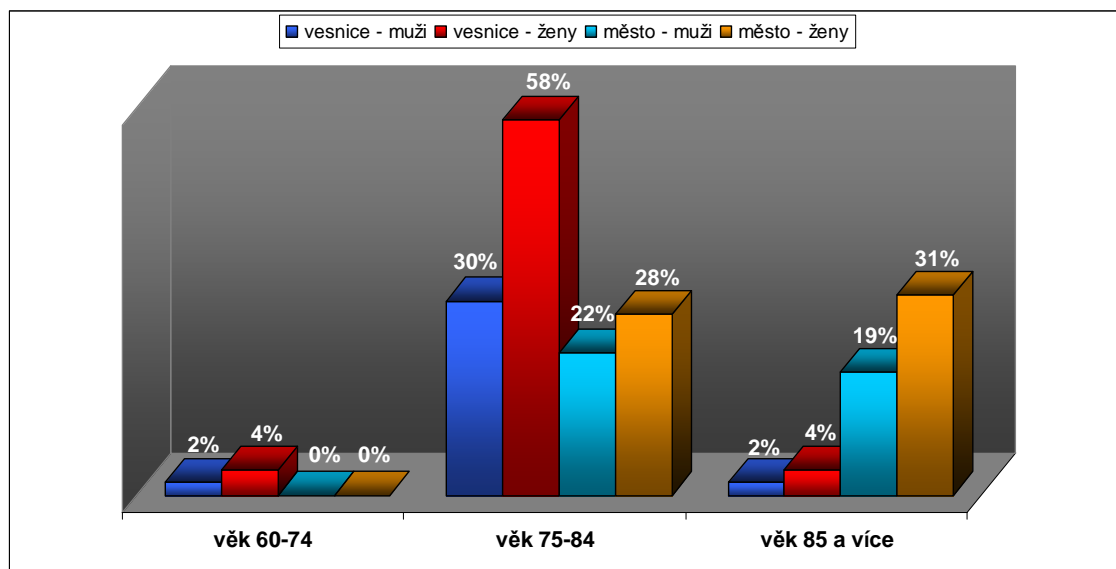
Zdroj: vlastní výzkum

Z 50 respondentů žijících na vesnici bylo 25 % mužů a 75% žen. Z 50 respondentů žijících ve městě tvořili muži 36% a ženy 65%.

(Přičemž: 50 respondentů v každém souboru je 100%).

Graf 2: VĚK A POHLAVÍ RESPONDENTŮ (v %)

(k otázce č. 2)

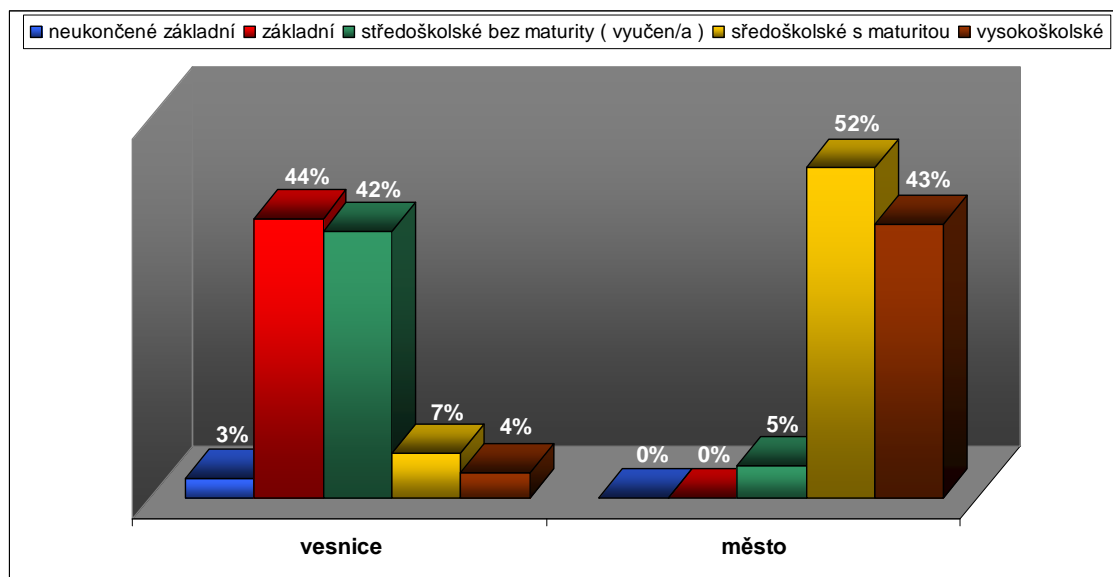


Zdroj: vlastní výzkum

Věk a pohlaví respondentů byl zastoupen takto: Na vesnici žilo ve věku 60-74 let 2% respondentů pohlaví mužského, 4% pohlaví ženského. Ve věku 75-84 let bylo 30% pohlaví mužského, 58% pohlaví ženského. Ve věku 85 a více let bylo 2% pohlaví mužského a 4% pohlaví ženského. Ve městě věk 64-74 let nebyl zastoupen, ve věku 74-84 let bylo 22% pohlaví mužského a 28% pohlaví ženského. Ve věku 85 let bylo 19% pohlaví mužského a 31% pohlaví ženského

Graf 3: VZDĚLÁNÍ RESPONDENTŮ (v %)

(k otázce č. 3)



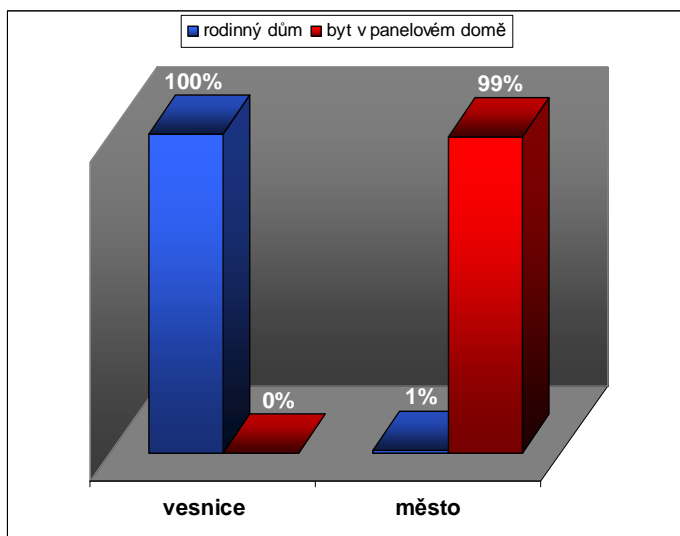
Zdroj: vlastní výzkum

Z 50 respondentů žijících na vesnici mělo 3% neukončené vzdělání, 44% základní, 42% středoškolské bez maturity, 7% středoškolské a 4% vysokoškolské vzdělání. Z 50 respondentů žijících ve městě mělo 5% středoškolské vzdělání bez maturity, 52% středoškolské a 43% vysokoškolské vzdělání.

(Přičemž: 50 respondentů v každém souboru je 100%).

Graf 4: BYDLENÍ RESPONDENTŮ (v %)

(k otázce č. 4)



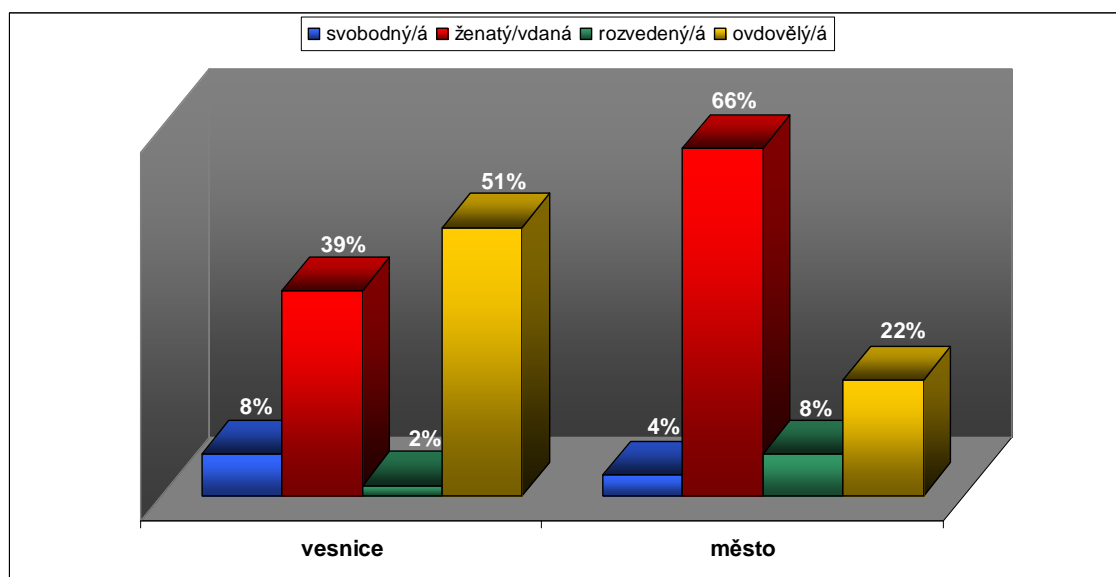
Zdroj: vlastní výzkum

Z 50 respondentů na vesnici žije 100% v rodinném domě, ve městě 1% dotazovaných žije také v rodinném domě a 99% v panelovém domě.

(Přičemž: 50 respondentů v každém souboru je 100%).

Graf 5: RODINNÝ STAV (v %)

(k otázce č. 5)



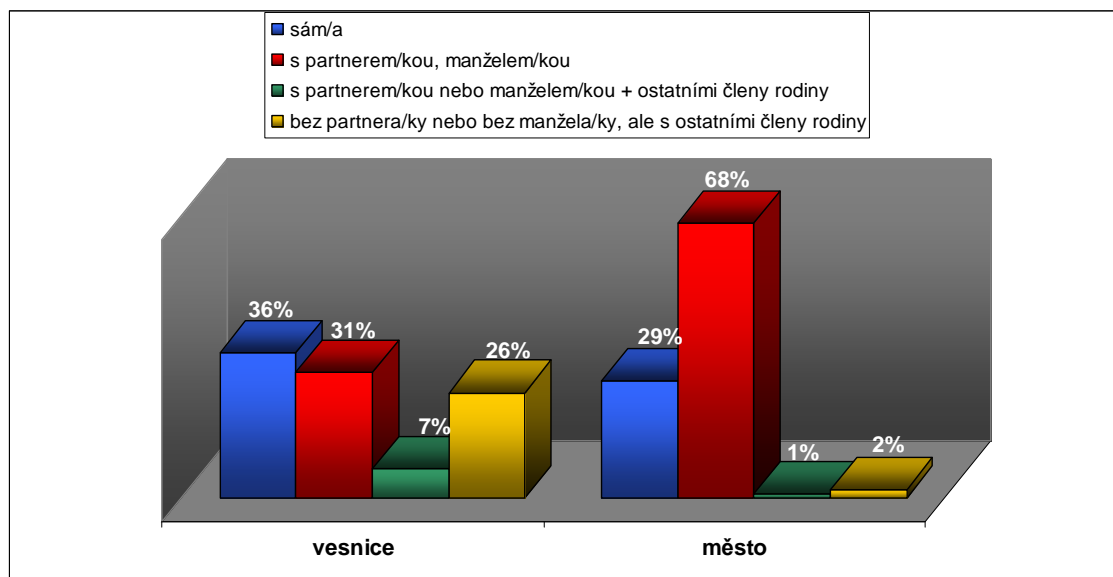
Zdroj: vlastní výzkum

Z 50 dotazovaných žijících na vesnici je 8% svobodných, 39% ženatých/vdaných, 2% rozvedených a 51% ovdovělých. Z 50 dotazovaných žijících ve městě je 4% svobodných, 66% ženatých/vdaných, 8% rozvedených a 22% ovdovělých.

(Přičemž: 50 respondentů v každém souboru je 100%).

Graf 6: SOUŽITÍ RESPONDENTŮ (v %)

(k otázce č. 7)



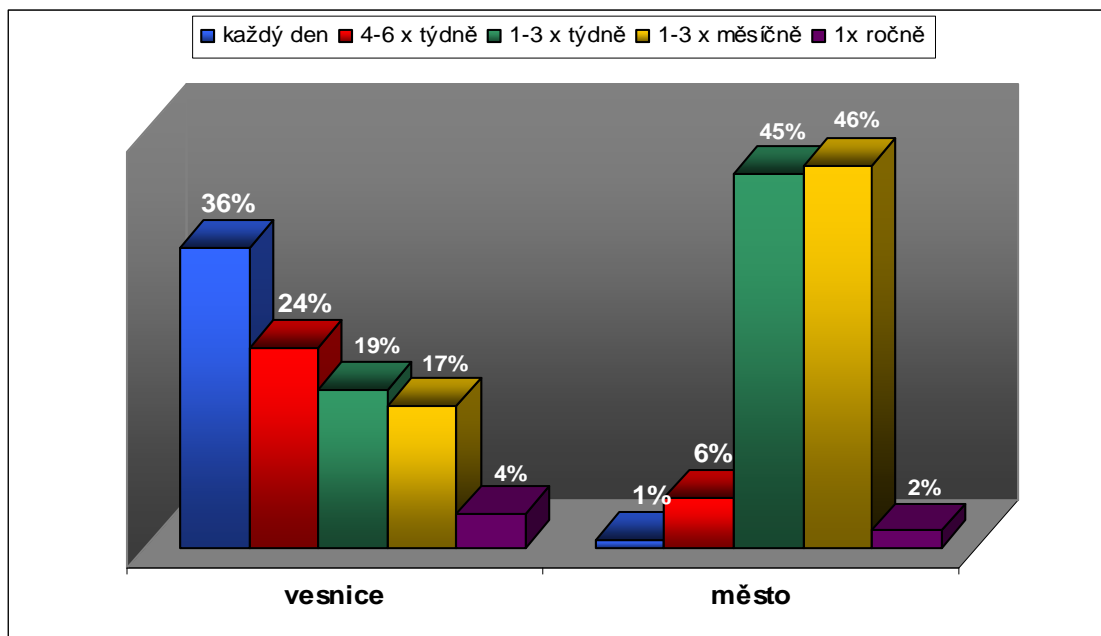
Zdroj: vlastní výzkum

Z 50 respondentů žijících na vesnici bydlí 36% sami, 31% s partnerem/kou, manželem/kou, 7% s partnerem/kou nebo manželem/kou a ostatními členy rodiny, 26% bydlí bez partnera/ky, manžela/ky, ale s ostatními členy rodiny. Z 50 respondentů žijících ve městě bydlí 29% sami, 68% s partnerem/kou, manželem/kou, 1% s partnerem/kou nebo manželem/kou a ostatními členy rodiny, 2% bydlí bez partnera/ky, manžela/ky, ale s ostatními členy rodiny

(Přičemž: 50 respondentů v každém souboru je 100%).

Graf 7: NÁVŠTĚVY RODINY A PŘÁTEL (v %)

(k otázce č. 8)



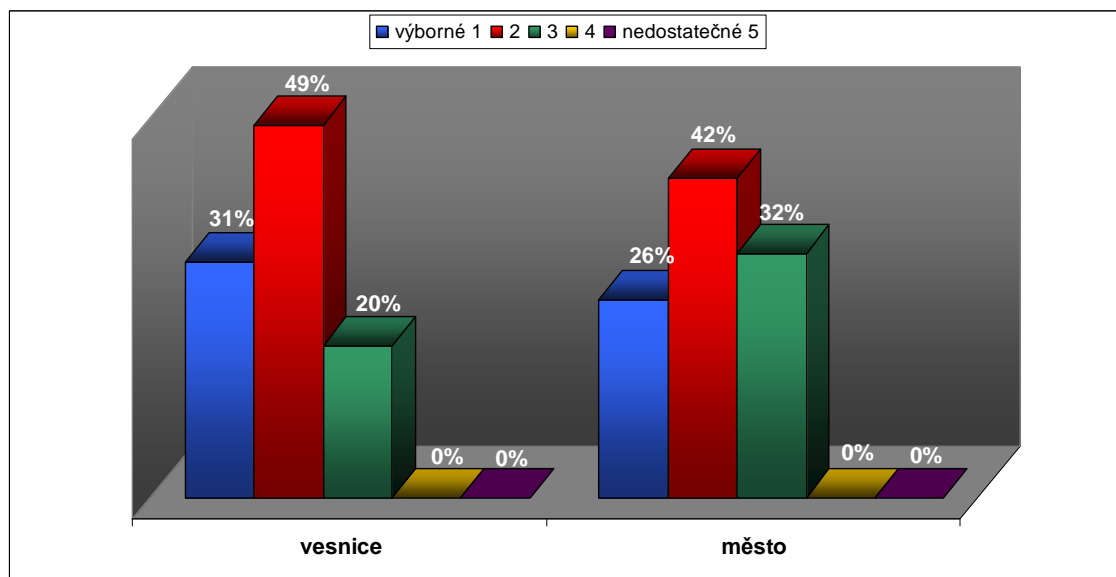
Zdroj: vlastní výzkum

Z 50 respondentů žijících na vesnici odpovědělo 36%, že se každý den stýká s rodinou nebo přáteli, 24% se stýká 4-6x týdně, 1-3 x týdně se stýká 19% respondentů, 1-3 x měsíčně 17% a 1x ročně 4% dotazovaných. Z 50 respondentů žijících ve městě 1% se stýká s rodinou nebo přáteli každý den, 6% 4-6x týdně, 45% 1- 3 x týdně, 46% dotazovaných 1- 3 x měsíčně a 2% 1 x ročně.

(Přičemž: 50 dotazovaných v každém souboru je 100%).

Graf 8: HODNOCENÍ RODINNÝCH VZTAHŮ (v %)

(k otázce č. 9)



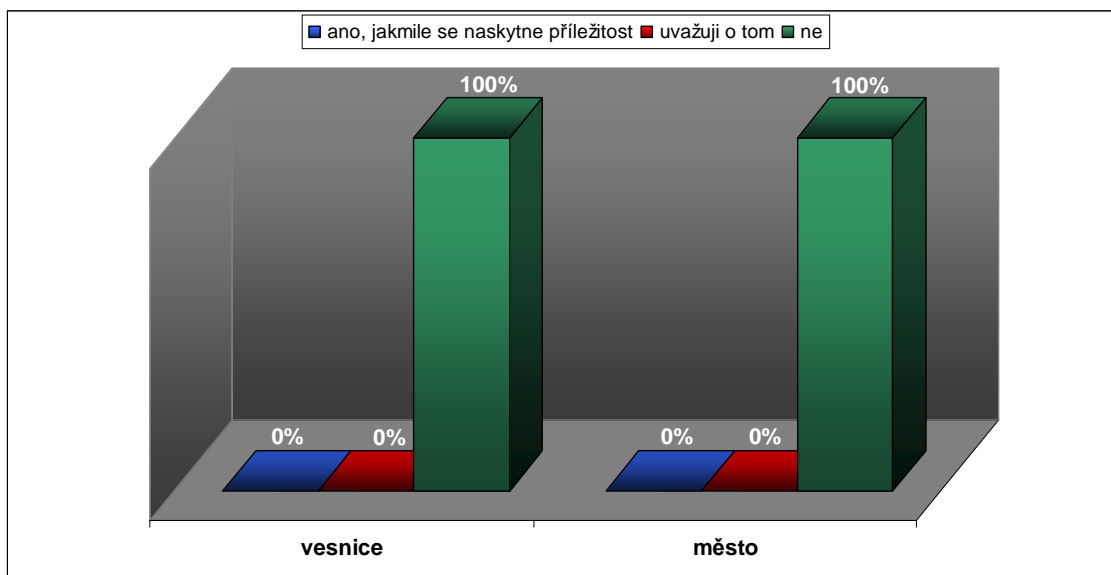
Zdroj: vlastní výzkum

Z 50 dotazovaných na vesnici hodnotilo 31% rodinné vztahy jako výborné, 49% velmi dobré a 20% jako dobré. Z 50 dotazovaných žijících ve městě hodnotilo 26% rodinné vztahy jako výborné, 42% velmi dobré, 32% jako dobré.

(Přičemž: 50 dotazovaných v každém souboru je 100%).

Graf 9: ZMĚNA MÍSTA BYDLIŠTĚ (v %)

(k otázce č. 10)



Zdroj: vlastní výzkum

50 respondentů žijících na vesnici a ve městě nikdo neuvažuje o tom, že by změnili bydliště.

(Přičemž: 50 dotazovaných v každém souboru je 100%).

Tab 4: DOSTUPNOST AKTIVIT VE MĚSTĚ (v %).

(K otázce č.12)

	konají se	nevím, zda se konají	není dostupné
Kina	100%	0%	0%
Plesy, bály, zábavy	100%	0%	0%
Akce pro seniory	100%	0%	0%
Udržování tradic a obyčejů	50%	50%	0%
Veřejná knihovna	100%	0%	0%
Internet	100%	0%	0%
Bohoslužby	100%	0%	0%

Zdroj:vlastní výzkum

Ve městě se konají kina, plesy, bály, zábavy, akce pro seniory, bohoslužby. Dostupná je také knihovna a internet. 50% respondentů ví, že se udržují tradice a obyčeje, 50% dotazovaných neví, zda se udržování tradic ve městě koná.

Tab 5: DOSTUPNOST AKTIVIT NA VESNICI (v %)

(K otázce č.12)

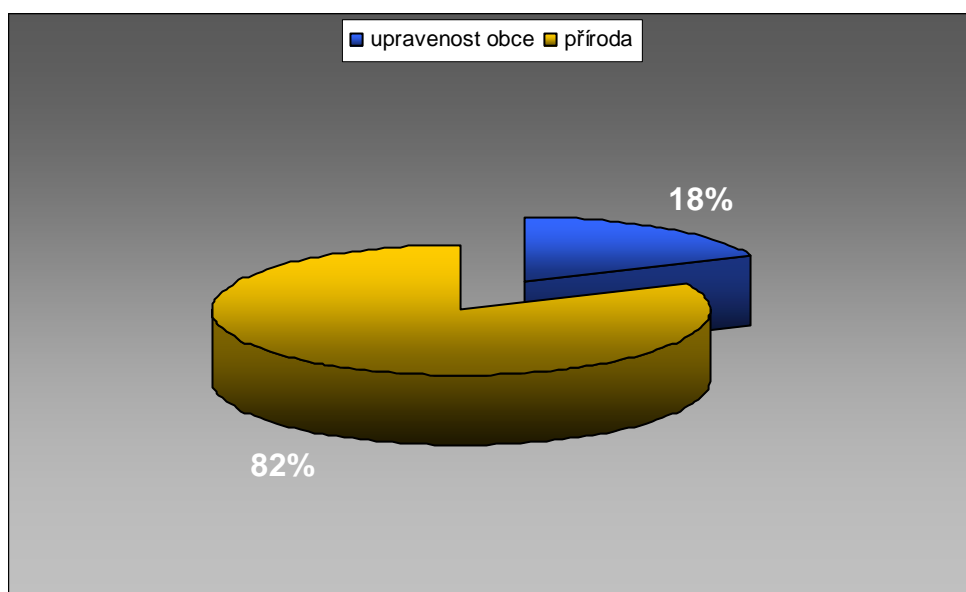
	konají se	nevím, zda se konají	není dostupné
Kina	0%	0%	100%
Plesy, bály, zábavy	0%	0%	100%
Akce pro seniory	0%	0%	100%
Udržování tradic a obyčejů	50%	50%	0%
Veřejná knihovna	100%	0%	0%
Internet	100%	0%	0%
Bohoslužby	0%	0%	100%

Zdroj:vlastní výzkum

Na vesnici je dostupná jen veřejná knihovna a internet. 50% respondentů ví, že se v obci udržují tradice a obyčeje a 50% ne. Není dostupné kino, plesy, bály a zábavy, akce pro seniory a bohoslužby.

Graf 10: HODNOCENÍ OBCE –POZITIVNÍ (v %)

(k otázce č. 13)

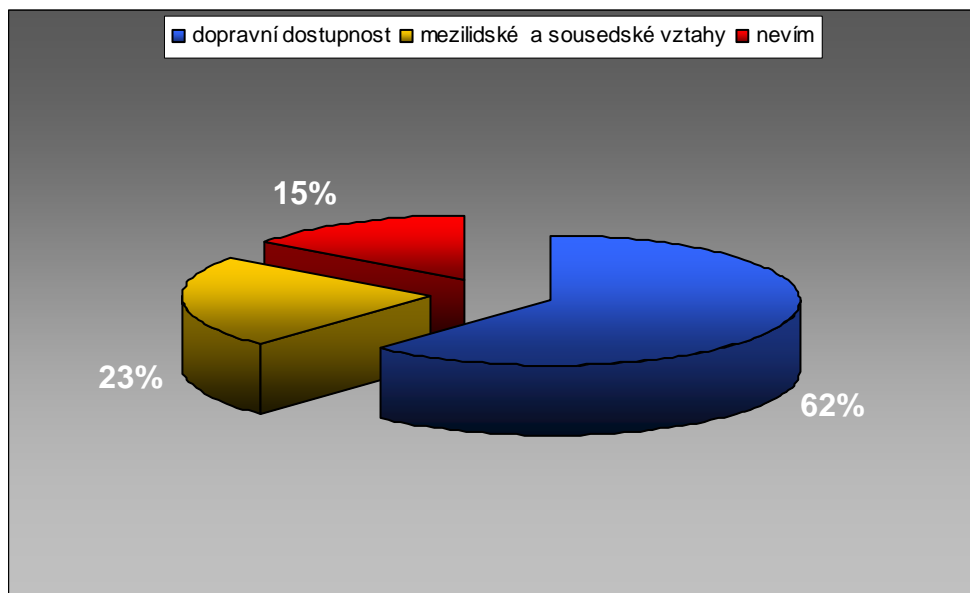


Zdroj: vlastní výzkum

Z 50 dotazovaných žijících na vesnici 82% hodnotilo kladně upravenost obce a 18% přírodu. (Přičemž: 50 dotazovaných je 100%).

Graf 11: HODNOCENÍ OBCE –NEGATIVNÍ (v %)

(k otázce č. 14)

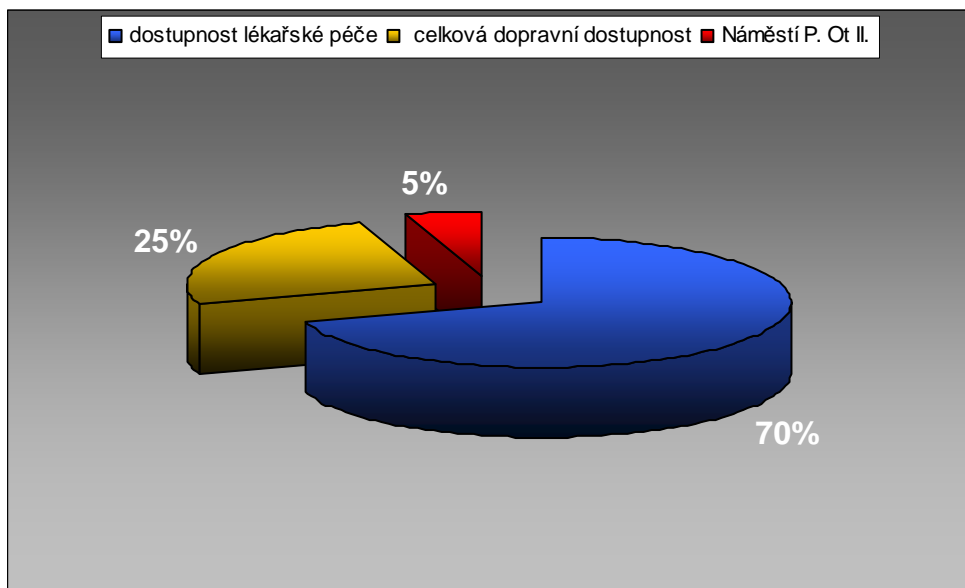


Zdroj: vlastní výzkum

Z 50 dotazovaných žijících na vesnici 62% hodnotilo negativně upravenost obce a 23% mezilidské, sousedské vztahy. 15% se nevyjádřilo. (Přičemž: 50 dotazovaných je 100%).

Graf 12: HODNOCENÍ MĚSTA –POZITIVNÍ (v %)

(k otázce č. 13)

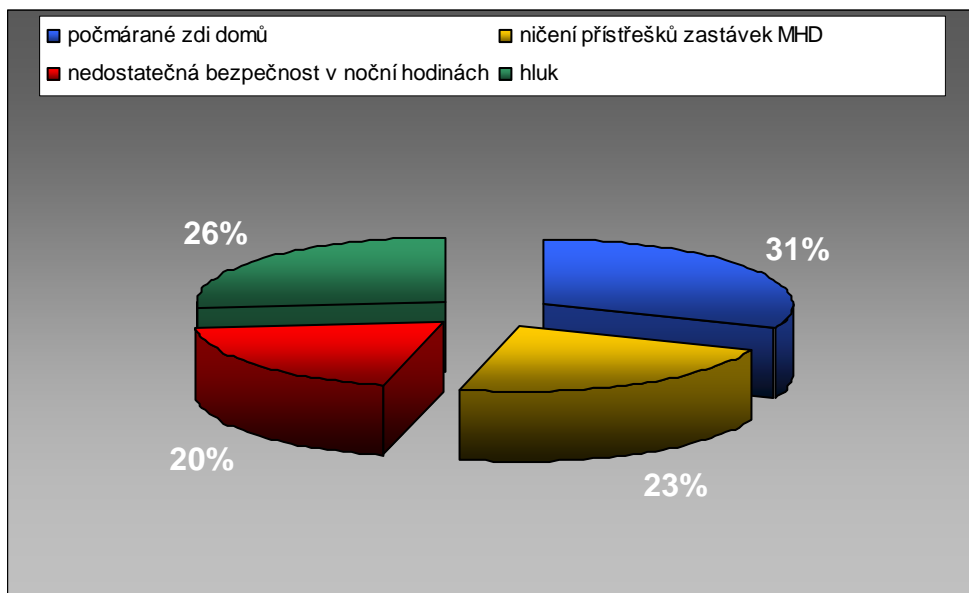


Zdroj: vlastní výzkum

Z 50 dotazovaných žijících ve městě 70% hodnotilo kladně dostupnost lékařské péče 25% celkovou dopravní dostupnost a 5% hodnotilo kladně Náměstí Přemysla Otakara II. (Příčemž: 50 dotazovaných je 100%).

Graf 13: HODNOCENÍ MĚSTA –NEGATIVNÍ (v %)

(k otázce č. 14)



Zdroj: vlastní výzkum

Z 50 dotazovaných 31% se ve městě nelíbí počmárané zdi domů, 26% hluk, 23% ničení přístřešků zastávek MHD, 20% nedostatečná bezpečnost v nočních hodinách.

(Přičemž: 50 dotazovaných je 100%).

Tab. 6: AKTIVITY SENIORŮ NA VESNICI (v %)

(k otázce č.15)

	často	někdy	vůbec ne
Práce na zahradě, údržba obydlí	100%	0%	0%
Ruční práce, kutilství	80%	10%	10%
Sport, cvičení	0%	0%	100%
Sběratelství	10%	30%	60%
Vaření	100%	0%	0%
Kontakt s dětmi, příbuznými	85%	15%	0%
Četba	100%	0%	0%
Sledování televize, poslech rádia	50%	20%	30%
Návštěvy kulturních akcí	0%	20%	80%
Hra na hudební nástroj	0%	25%	75%
Výtvarné aktivity	15%	10%	75%
Studium, kurzy, vzdělávání	0%	0%	100%
Podnikání	0%	0%	100%
Práce ve společenských organizacích	0%	0%	100%
Péče o zdraví-pobyty ve zdravotnických zařízeních, lázních	0%	15%	85%
Náboženské aktivity	10%	25%	65%

Zdroj: vlastní výzkum

Z 50 respondentů z vesnice odpovědělo na tyto aktivity takto: 100% se věnuje práci na zahradě a údržbě obydlí často, ručním pracím a kutilství se věnuje často 80% dotazovaných, někdy tuto aktivitu provozuje 10% dotazovaných a 10% se nevěnuje této aktivitě vůbec. Sportu a cvičení se nikdo nevěnuje. Sběratelství se často věnuje 10% respondentů, někdy se této aktivitě věnuje 30% dotazovaných a 60% se sběratelství nevěnuje vůbec. Vaření se věnují často všichni respondenti. S dětmi a příbuznými se stýká často 85% respondentů a 15% jen někdy. Četbě se věnují všichni senioři. Sledování televize a poslech rádia provozuje často 50% respondentů, 20% jen někdy a 30% vůbec. Kulturní akce někdy navštěvuje 20% seniorů a 80% akce vůbec nenavštěvuje. Na hudební nástroj hraje někdy 25% dotazovaných a 75% nehraje vůbec. Výtvarné aktivity pěstuje často 15% respondentů, 10% někdy a 75% se nevěnuje této aktivitě vůbec. Nevzdělává se, nepodniká ani nepracuje ve společenských organizacích 100% dotazovaných. O své zdraví se stará někdy 15% respondentů a 85% vůbec ne. Náboženské aktivity „pěstuje“ často 10% respondentů, 25% někdy a 65% vůbec ne.

Tab. 7: AKTIVITY SENIORŮ VE MĚSTĚ (v %)

(k otázce č.15)

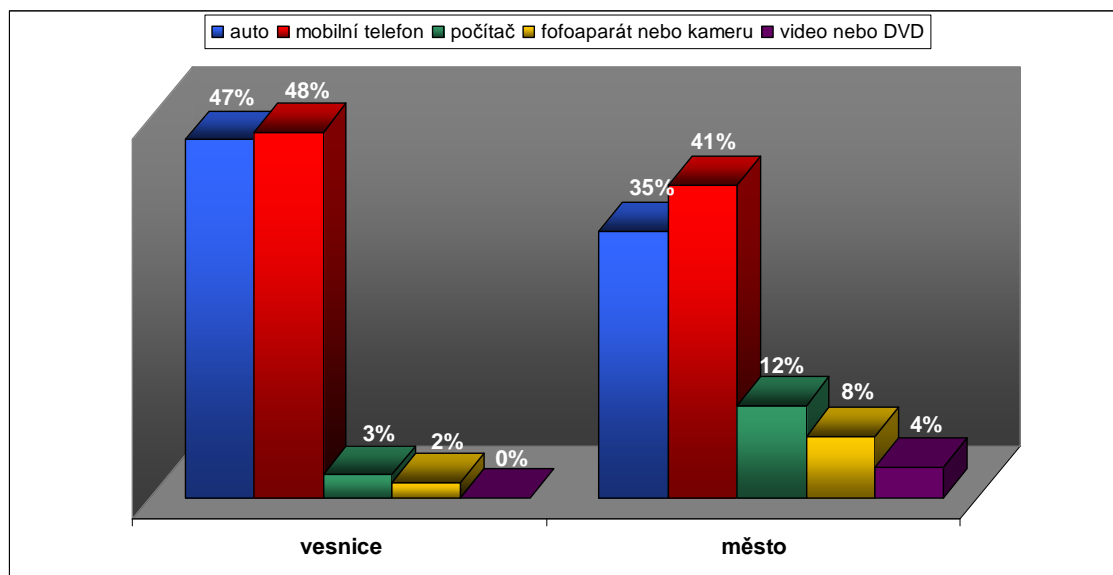
	často	někdy	vůbec ne
Práce na zahradě, údržba obydlí	0%	0%	100%
Ruční práce, kutilství	0%	0%	100%
Sport, cvičení	30%	50%	20%
Sběratelství	38%	60%	2%
Vaření	50%	50%	0%
Kontakt s dětmi, příbuznými	40%	50%	10%
Četba	100%	0%	0%
Sledování televize, poslech rádia	80%	20%	0%
Návštěvy kulturních akcí	30%	50%	20%
Hra na hudební nástroj	15%	70%	15%
Výtvarné aktivity	15%	10%	75%
Studium, kurzy, vzdělávání	80%	20%	0%
Podnikání	0%	35%	65%
Práce ve společenských organizacích	0%	40%	60%
Péče o zdraví-pobyty ve zdravotnických zařízeních, lázních	38%	60%	2%
Náboženské aktivity	10%	25%	65%

Zdroj: vlastní výzkum

Z 50 respondentů z města odpovědělo na tyto aktivity takto: Práci na zahradě, údržbě obydlí, ručním pracím, kutilství se nevěnuje nikdo. 30% dotazovaných se sportu a cvičení věnuje často, 50% někdy a 20% vůbec ne. Sběratelství se věnuje 38% často, 60% někdy a 2% vůbec ne. Vaření se věnuje 50% často a 50% dotazovaných jen někdy. S dětmi a příbuznými se často stýká 40% respondentů, 50% někdy a 10% se s nimi nestýká vůbec. Četbě se věnují často všichni respondenti. 80% dotazovaných sleduje televizi a poslouchá rádio často, 20% někdy. Kulturní akce navštěvuje často 30% seniorů, 50% někdy, 20% je nenavštěvuje vůbec. Na hudební nástroj hraje často 15% dotazovaných, 70% někdy a 15% nehraje vůbec. Výtvarným aktivitám se věnuje často 15% respondentů, 10% někdy a 75% vůbec ne. Studiu, kurzům a vzdělávání se věnuje často 80% dotazovaných a 20% někdy. Podnikání se věnuje někdy 35% dotazovaných a 65% nepodniká. 40% seniorů pracuje někdy ve společenských organizacích a 60% vůbec ne. O své zdraví se často stará 38% seniorů, někdy 60% a 2% vůbec ne. Náboženské aktivity „pěstuje“ 10% často, 25% někdy a 65% vůbec ne.

Graf 14: POUŽÍVÁNÍ TECHNIKY (v %)

(k otázce č.16)

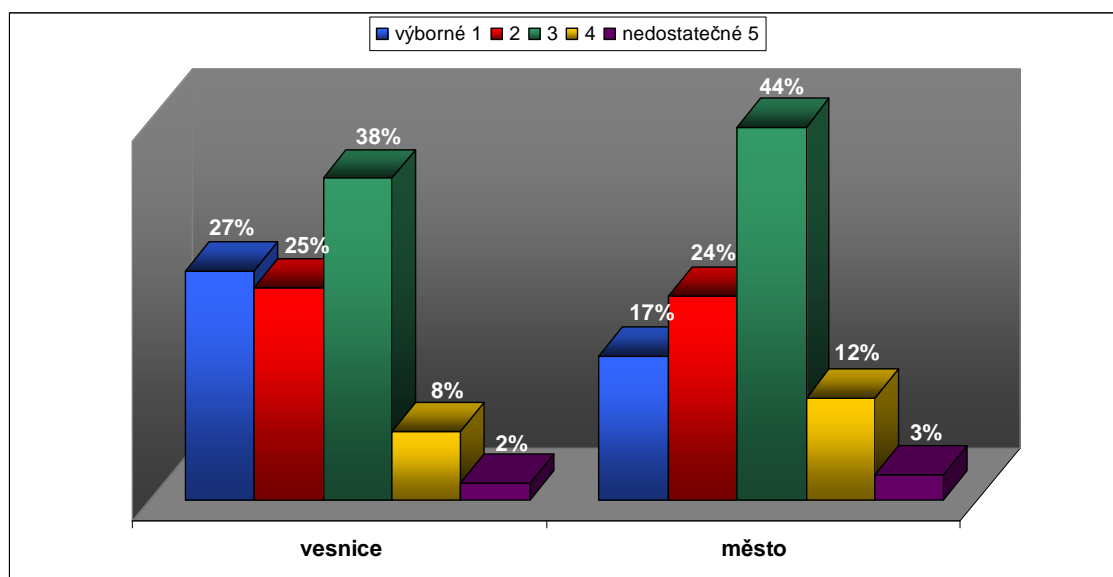


Zdroj: vlastní výzkum

Z 50 seniorů žijících na vesnici využívá 47% auto, 48% mobilní telefon, 3% počítač, 2% fotoaparát nebo kameru. Z 50 seniorů žijících ve městě využívá 35% auto, 41% mobilní telefon, 12% počítač, 8% fotoaparát nebo kameru a 4% video nebo kameru. (Přičemž: 50 dotazovaných v každém souboru je 100%).

Graf 15: HODNOCENÍ FINANČNÍ SITUACE (v %)

(k otázce č.19)



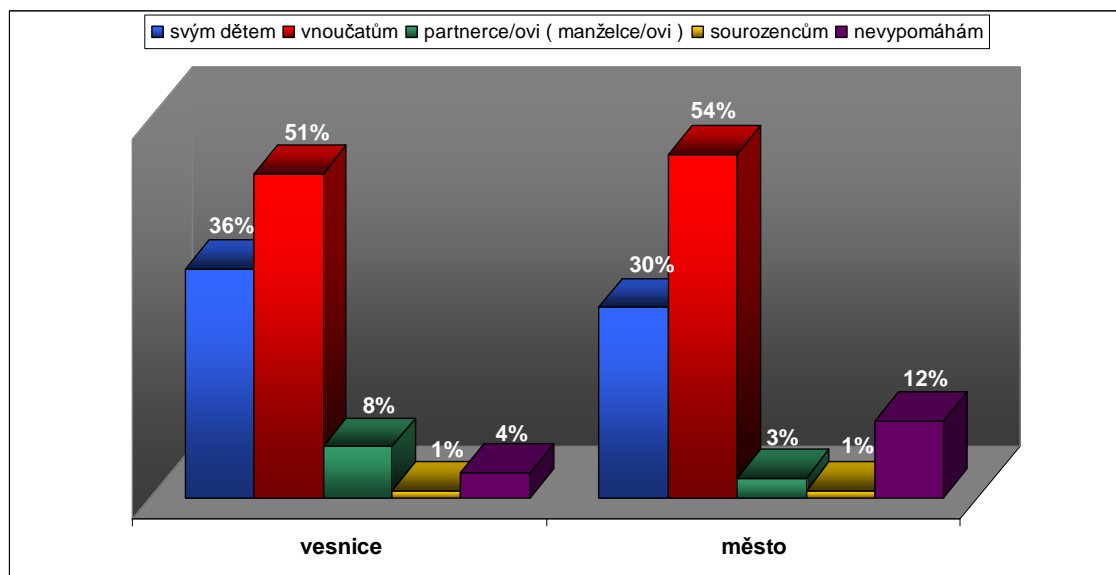
Zdroj: vlastní výzkum

Z 50 dotazovaných na vesnici hodnotí 27% svou finanční situaci jako výbornou, 25% jako velmi dobrou, 38% jako dobrou, 8% jako dostatečnou a 2% nedostatečnou. Z 50 seniorů ve městě hodnotí 17% svou finanční situaci jako výbornou, 24% jako velmi dobrou, 44% jako dobrou, 12% jako dostatečnou a 3% jako nedostatečnou.

(Přičemž: 50 dotazovaných v každém souboru je 100%).

Graf 16: FINANČNÍ VÝPOMOC (v %)

(k otázce č.21)



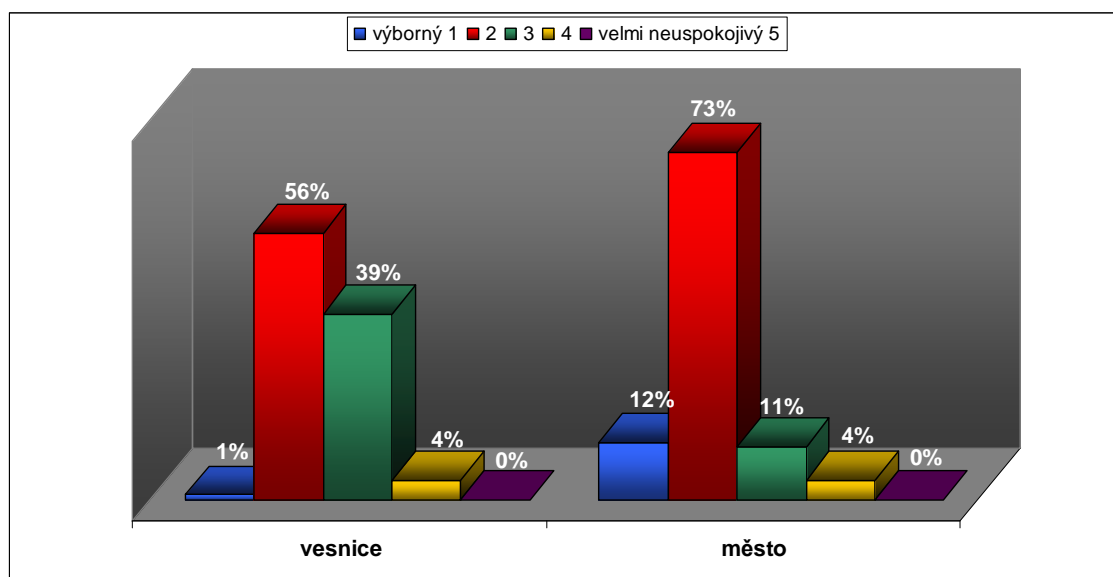
Zdroj: vlastní výzkum

Z 50 dotazovaných: 36% seniorů žijících na vesnici vypomáhá svým dětem, 51% vypomáhá vnoučatům, 8% partnerce/ovi (manželce/ovi), 1% sourozencům a 4% nevypomáhá nikomu. Z 50 dotazovaných: 30% seniorů žijících ve městě vypomáhá svým dětem, 54% vnoučatům, 3% partnerce/ovi (manželce/ovi), 1% sourozencům a 12% nevypomáhá nikomu.

(Příčemž: 50 dotazovaných v každém souboru je 100%).

Graf 17: HODNOCENÍ ZDRAVOTNÍHO STAVU (v %)

(k otázce č.23)



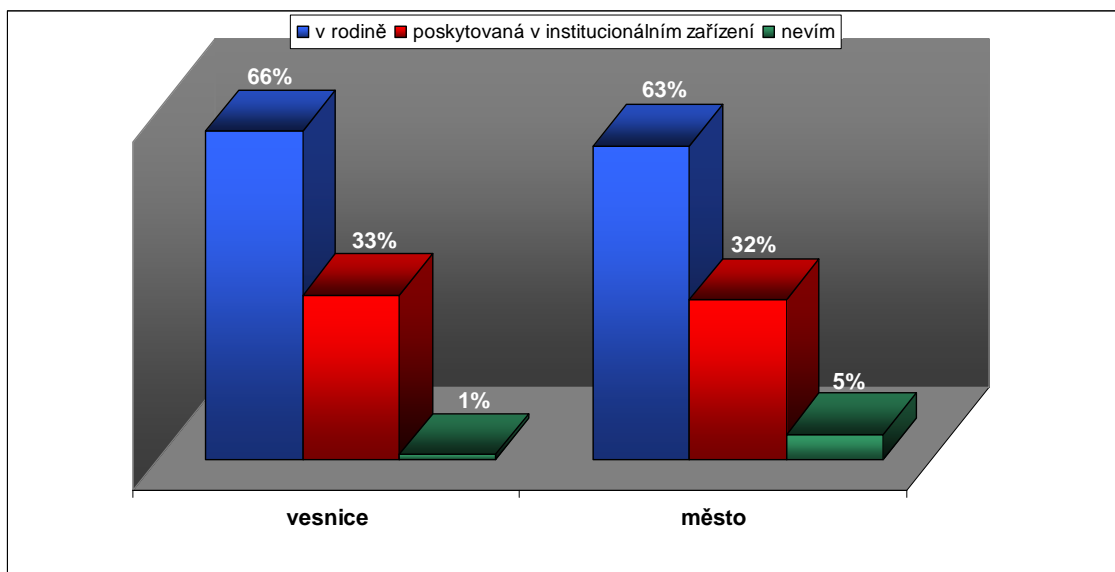
Zdroj: vlastní výzkum

Z 50 dotazovaných žijících na vesnici 1% hodnotilo svůj zdravotní stav jako výborný, 56% jako velmi dobrý, 39% jako dobrý a 4% jako uspokojivý. Z 50 dotazovaných žijících ve městě 12% hodnotilo svůj zdravotní stav jako výborný, 73% jako velmi dobrý, 11% jako dobrý, 4% jako uspokojivý.

(Přičemž: 50 dotazovaných v každém souboru je 100%).

Graf 18: PÉČE (v %)

(k otázce č.26)



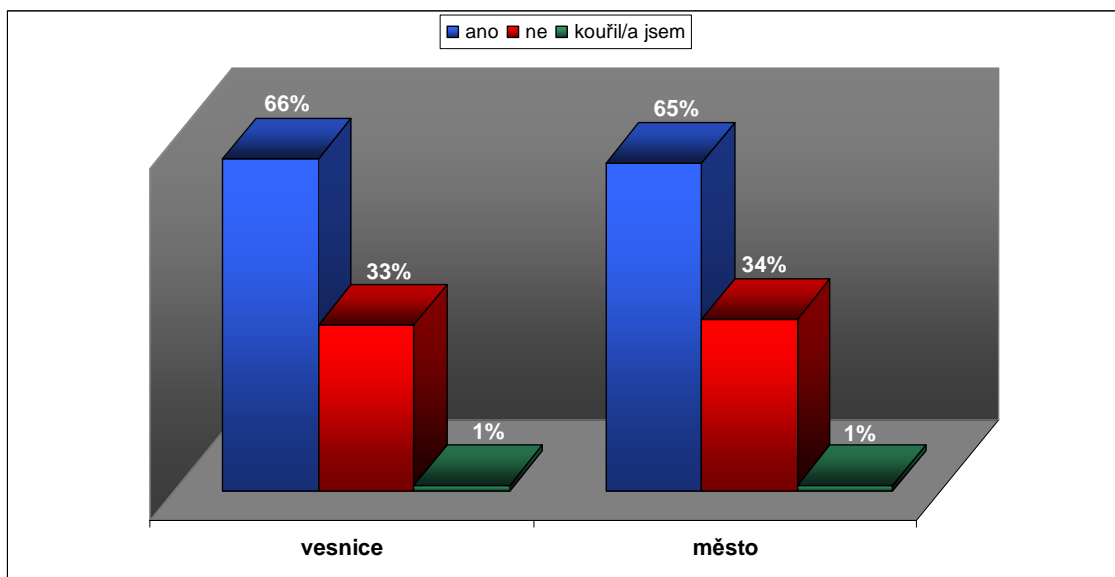
Zdroj: vlastní výzkum

66% seniorů žijících na vesnici by dalo v případě ztráty soběstačnosti přednost péči v rodině, 33% péči poskytované v institucionálním zařízení, 1% není rozhodnuto. 63% seniorů žijící ve městě by dalo přednost péči v rodině, 32% péči poskytované v institucionálním zařízení a 5% není rozhodnuto.

(Přičemž: 50 dotazovaných v každém souboru je 100%).

Graf 19: KOUŘENÍ (v %)

(k otázce č.27)



Zdroj: vlastní výzkum

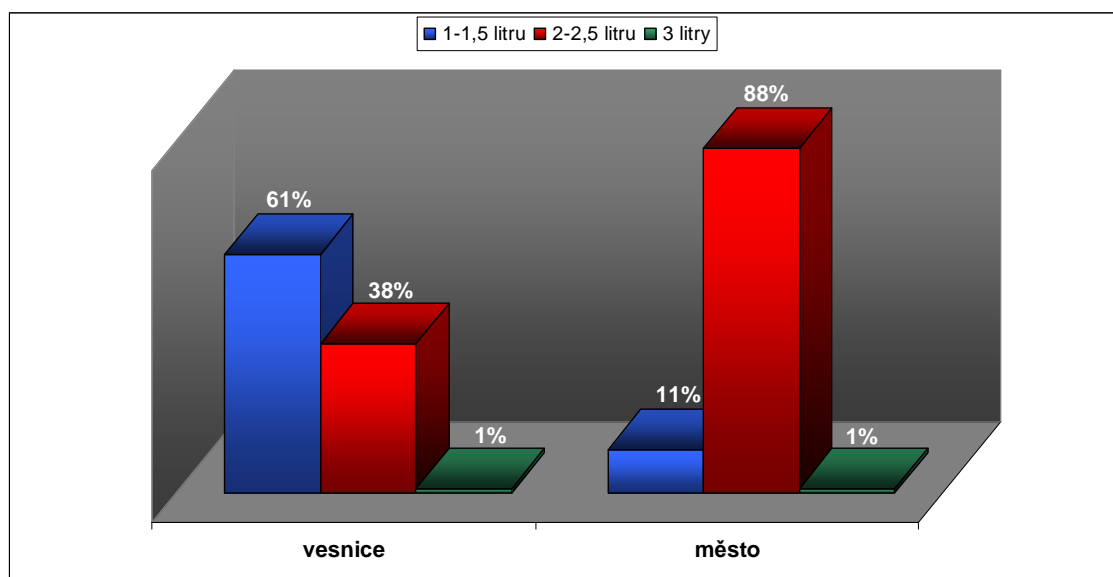
Z 50 seniorů žijících na vesnici 66% kouří, 33% nekouří a 1% ve svém životě kouřilo.

Z 50 seniorů žijících ve městě 65% kouří, 34% nekouří a 1% ve svém životě kouřilo

(Přičemž: 50 dotazovaných v každém souboru je 100%).

Graf 20: MNOŽSTVÍ TEKUTIN (v %)

(k otázce č.29)



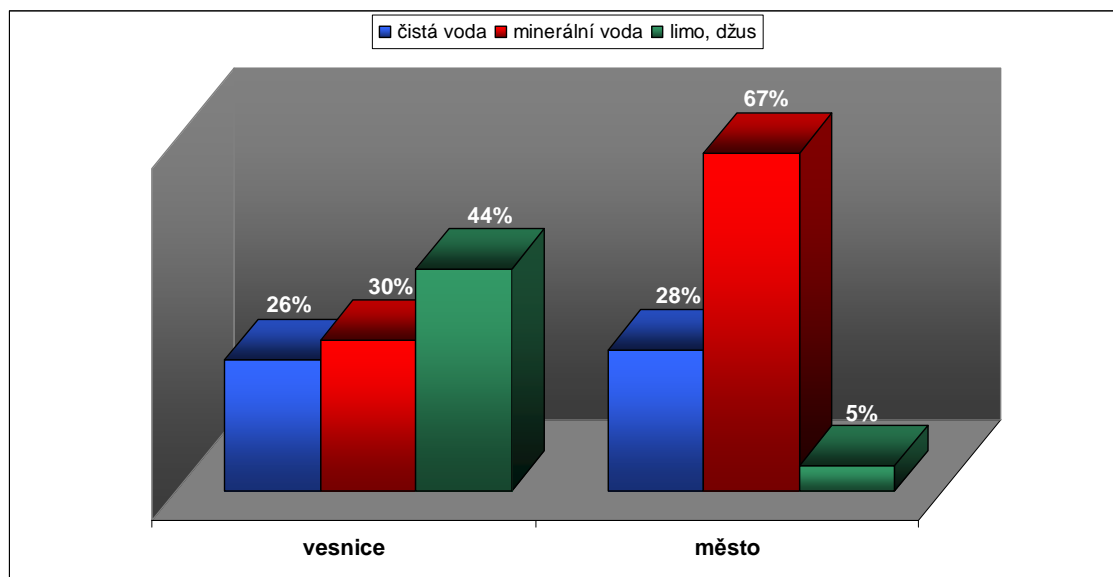
Zdroj: vlastní výzkum

Z 50 respondentů žijících na vesnici vypije denně 1-1,5l tekutin 61% seniorů, 2-2,5 litru tekutin 38%, 1% vypije denně 3 litry tekutin. Z 50 respondentů žijících ve městě denně vypije 1-1,5 l tekutin 11% seniorů, 2-2,5 litru tekutin 88% seniorů a 1% vypije 3 litry tekutin.

(Přičemž: 50 dotazovaných v každém souboru je 100%).

Graf 21: DRUHY NEALKOHOLICKÝCH NÁPOJŮ (v %)

(k otázce č.30)

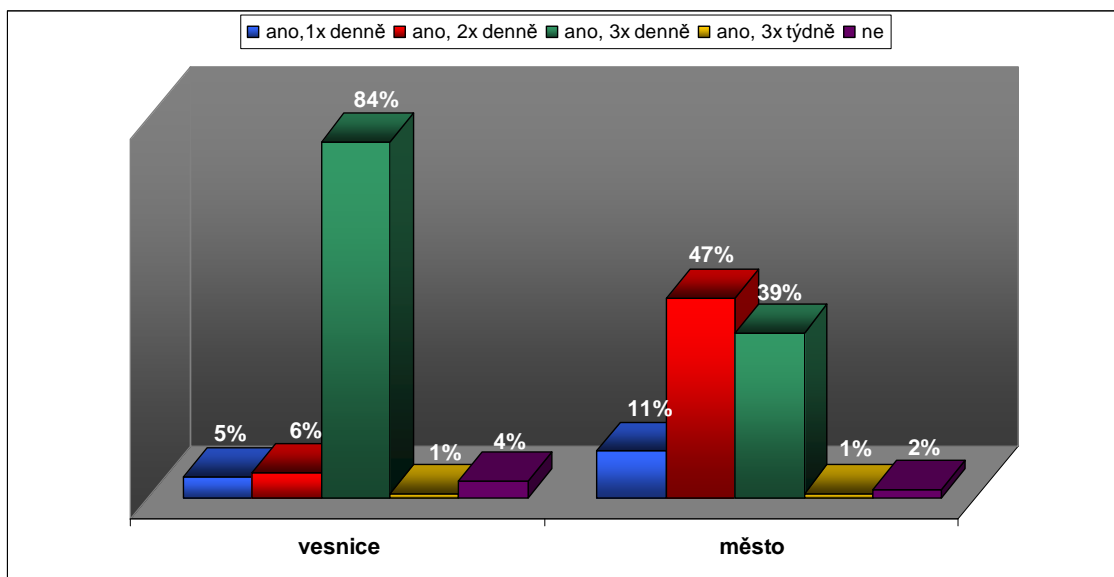


Zdroj: vlastní výzkum

26% dotazovaných žijících na vesnici pije čistou vodu, 30% minerální vodu a 44% dává přednost limonádám, džusu. 28% dotazovaných žijících ve městě pije čistou vodu, 67% dává přednost minerální vodě a 5% konzumuje nejvíce limonády a džusy. (Přičemž: 50 dotazovaných v každém souboru je 100%).

Graf 22: PITÍ KÁVY (v %)

(k otázce č.31)

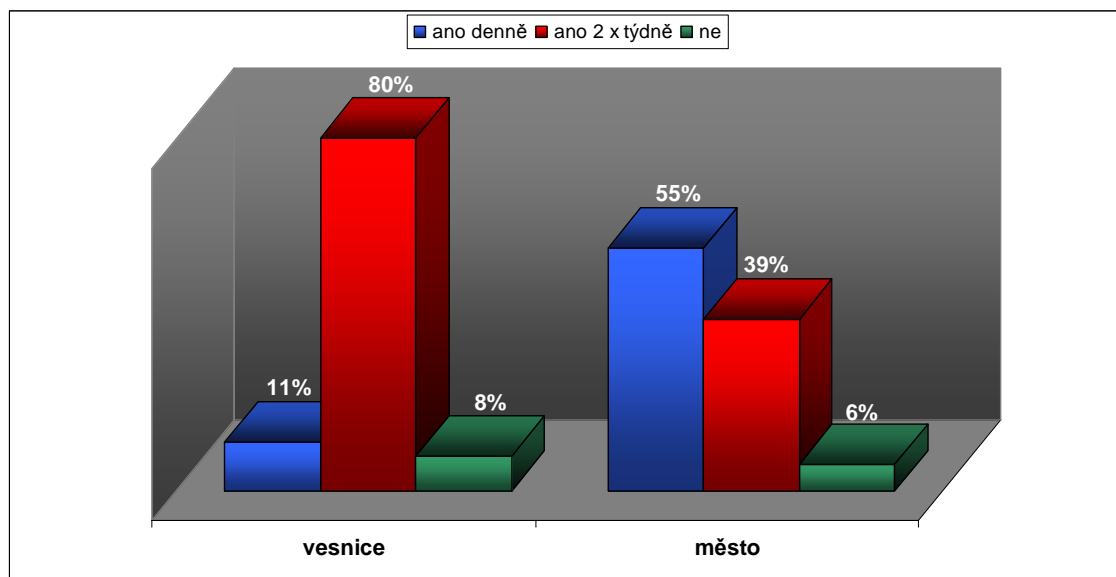


Zdroj: vlastní výzkum

Z 50 seniorů žijících na vesnici pije kávu denně 5%, 6% 2x denně, 84% 3x denně, 1% 3x týdně a 4% nepije kávu vůbec. Z 50 seniorů žijících ve městě pije kávu denně 11%, 47% 2x denně, 39% 3x denně, 1% 3x týdně a 2% seniorů nepije kávu vůbec.

Graf 23: KONZUM MLÉČNÝCH VÝROBKŮ (v %)

(k otázce č.33)



Zdroj: vlastní výzkum

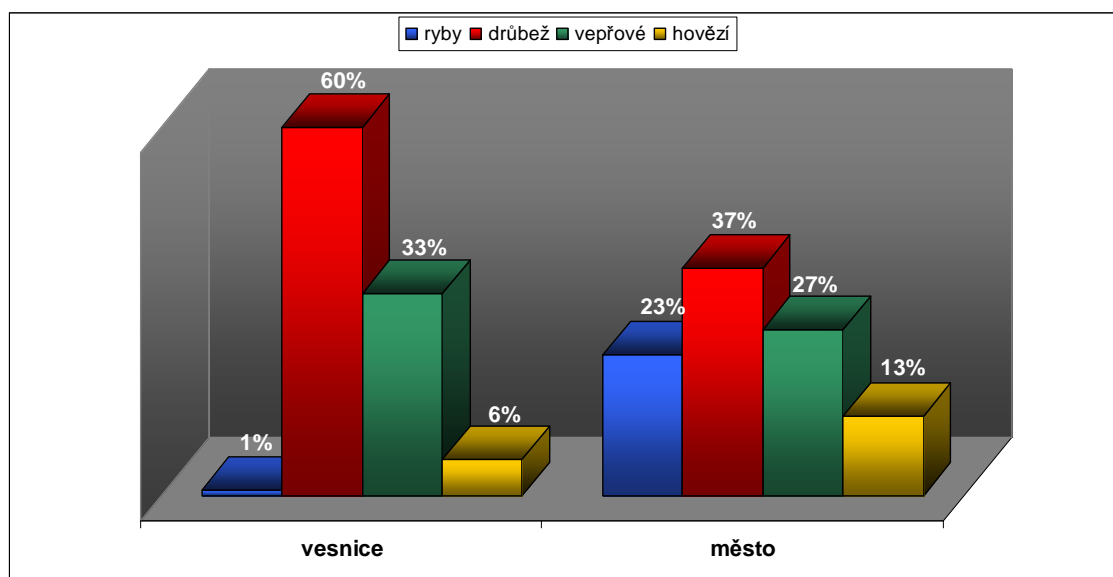
Z 50 seniorů žijících na vesnici: 11% dotazovaných zařazuje mléčné výrobky denně do svého jídelníčku, 2x týdně 80% dotazovaných a 8% mléčné výrobky nezařazuje vůbec.

Z 50 seniorů žijících ve městě : 55% zařazuje mléčné výrobky denně do svého jídelníčku, 2x týdně 39% dotazovaných a 6% mléčné výrobky nezařazuje vůbec.

(Přičemž: 50 dotazovaných v každém souboru je 100%).

Graf 24: KONZUM MASA (v %)

(k otázce č.34)

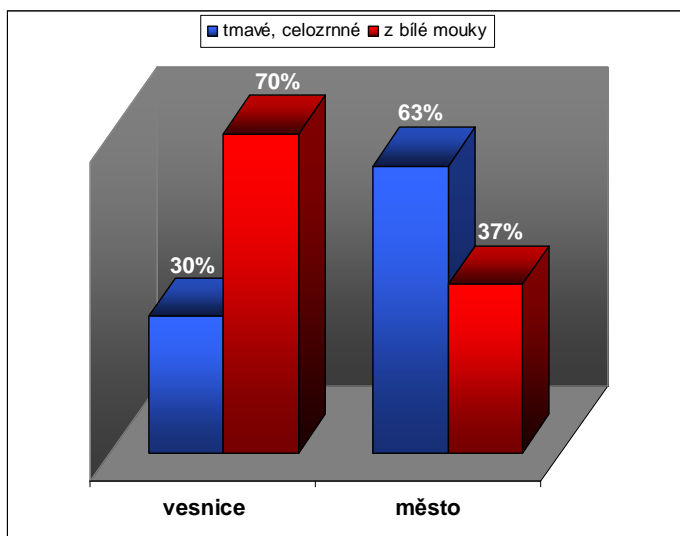


Zdroj: vlastní výzkum

Z 50 seniorů žijících na vesnici: 1% konzumuje ryby, 60% drůbež, 33% vepřové maso a 6% dává přednost hovězímu masu. Z 50 seniorů žijících ve městě: 23% dotazovaných konzumuje ryby, 37% drůbež, 27% vepřové a 13% hovězí maso. (Přičemž: 50 dotazovaných v každém souboru je 100%).

Graf 25: DRUHY PEČIVA (v %)

(k otázce č.35)



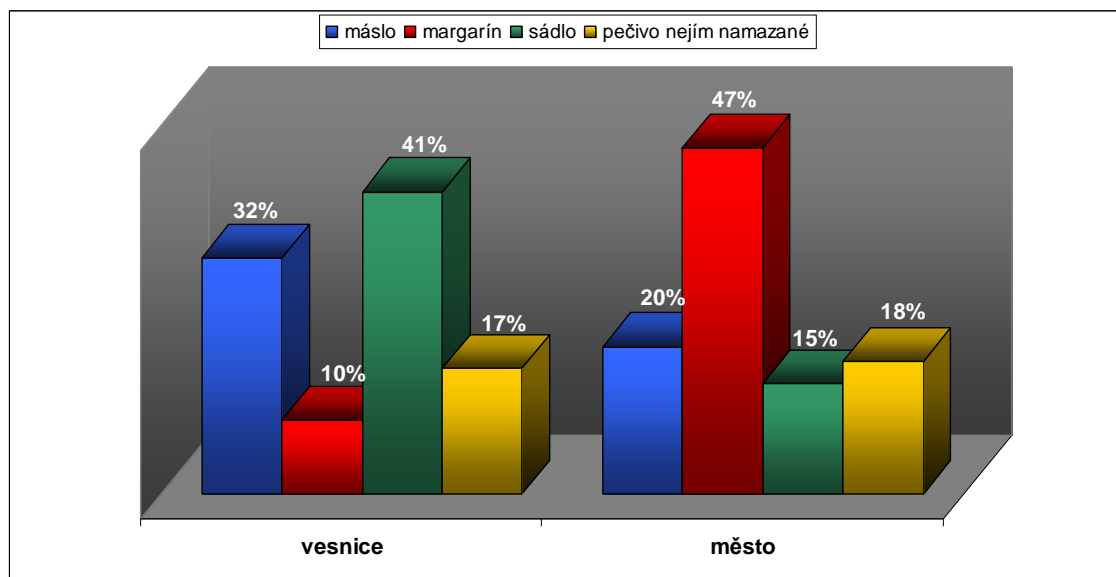
Zdroj: vlastní výzkum

30% seniorů žijících na vesnici konzumuje nejvíce tmavé, celozrnné pečivo a 70% pečivo z bílé mouky. 63% seniorů žijících ve městě konzumuje tmavé, celozrnné pečivo a 37% pečivo z bílé mouky.

(Přičemž: 50 dotazovaných v každém souboru je 100%).

Graf 26: MAZÁNÍ PEČIVA (v %)

(k otázce č.36)



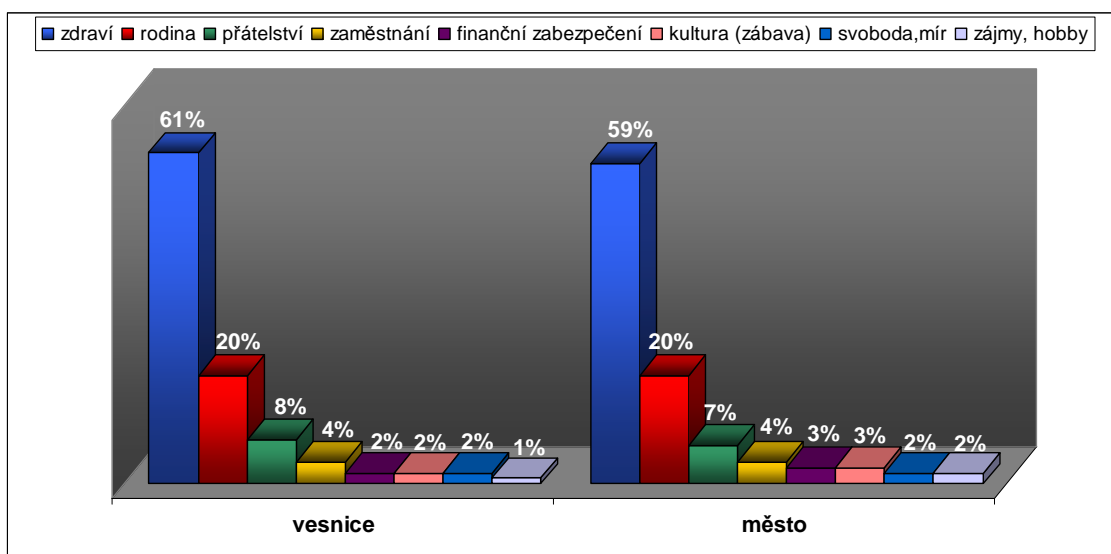
Zdroj: vlastní výzkum

32% seniorů žijících na vesnici používá k namazání pečiva máslo, 10% margarín, 41% sádlo a 17% pečivo nejm namazané. 20% seniorů žijících ve městě používá nejčastěji máslo, 47% margarín, 15% sádlo a 18% pečivo nejm namazané.

(Přičemž: 50 dotazovaných v každém souboru je 100%).

Graf 27: HODNOTY (v %)

(k otázce č.40)



Zdroj:vlastní výzkum

Hodnotu zdraví uvedlo 61% respondentů na vesnici a 59% respondentů ve městě. Hodnotu rodina uvedlo 20% respondentů na vesnici a ve městě. Hodnotu přátelství uvedlo 8% dotazovaných na vesnici a 7% ve městě. Hodnotu zaměstnání uvedlo 4% respondentů na vesnici i ve městě. Finanční zabezpečení uvedlo 2% respondentů na vesnici a 3% ve městě. Kultura, zábava, svoboda a mír je důležitá pro 2% respondentů na vesnici a 3% ve městě. Zájmy a hobby jsou důležité pro 1% respondentů na vesnici a 2% ve městě.

(Přičemž: 50 respondentů v obou souborech je 100%).

5. Diskuse

Hlavním kritériem pro výběr respondentů byla jejich ochota a souhlas s účastí na výzkumu. Z provedeného výzkumu lze sestavit obecně obraz toho, jaké životní hodnoty považují senioři ve městě a na vesnici za nejdůležitější a jaký je jejich celkový životní styl. Samozřejmě je to obraz omezený rozsahem výzkumu a jistě nemůže postihnout názory všech seniorů.

První 4 otázky zjišťovaly identifikační znaky u seniorů (tzn. pohlaví, věk, vzdělání, místo bydliště, rodinný stav). V souboru 50 seniorů žijících na vesnici, bylo osloveno 75% žen a 25% mužů, u seniorů žijících ve městě 65% žen a 35% mužů. Věk 60-74 byl u seniorů na vesnici zastoupen v 6%, věk 75-84 v 88% a věk 85 a více let také v 6%. Senioři žijících ve městě byly zastoupeni jen ve dvou věkových kategoriích: 75-84 let a to v 50%, 85 a více let také v 50%. Na vesnici i ve městě byly z hlediska pohlaví a věku nejvíce zastoupeny ženy. To potvrzuje skutečnost, že „stáří je zkušeností žen“ (28). Otázka č. 3 zjišťovala, jaké mají senioři vzdělání. Z výsledků odpovědí na otázku dosaženého vzdělání vyplynulo, že větší počet respondentů se středoškolským a vysokoškolským vzděláním se vyskytoval v městském souboru (konkrétně 52% středoškolsky vzdělaných a 43% vysokoškolsky vzdělaných seniorů). Na vesnici byly nejvíce zastoupeni senioři se základním a středoškolským vzděláním bez maturity (44% a 42%). Vysoký počet vesnických seniorů s takovýmto stupněm vzdělání bude souviset s faktem, že neměli v dobách svého mládí takové příležitosti dosáhnout vyššího vzdělání jako lidé ve městech a většinou byli nuceni pomáhat rodičům s hospodářstvím. Další příčinou mohla být skutečnost, že na vesnicích nebyly výjimkou rodiny s pěti a více dětmi, a proto z ekonomického hlediska nebylo možné nechat všechny děti studovat a jak uvádí Rabušic (48) struktura seniorů dle vzdělání v určitém roce vypovídá spíše o úrovni vzdělávacího systému tak, jak fungoval před několika desítkami let.

Z odpovědí na otázku rodinného stavu seniorů vyplynulo, že méně rozvedených seniorů žije na vesnici. Tyto údaje se shodují i s tím, co uvádí Možný (28), že míra rozvodovosti je závislá na velikosti obce. Čím menší obec, tím méně rozvodů.

Domnívám se, že absence rozvedených manželství ve vesnickém souboru může souviset s tím, že se na vesnici všichni znají, funguje tu tak silná „sociální kontrola“. Rozvod byl v minulosti chápán především jako selhání a velká ostuda pro celou rodinu, kdežto v anonymním městě se rozvod tolik neřešil. Celkově však mezi seniory v obou souborech převažují lidé žijící v manželství, druhou nejpočetnější skupinu představují ovdovělí. Jak uvádí Pavlík, Z.(31), manželství seniorů už se v zásadě nerozvádějí.

Otázka č. 6 v dotazníku zjišťovala, zda senioři mají děti. Více jak 90% seniorů z obou souborů odpovědělo kladně. U této otázky mě ještě zajímalo, jak daleko od místa bydliště žijí jejich děti (odpovídali jen ti, se kterými děti nebydlí). Očekávala jsem rozdíly, a to především u seniorů na vesnici. Domnívala jsem se, že jejich děti budou bydlet spíše v blízkosti obce, což výsledky neukázaly (více než polovina dotazovaných v obou souborech uvedla vzdálenost 100 km a výše).

Otázka č. 7 zjišťovala soužití seniorů. Rodina představuje pro každého člověka bez rozdílu věku zázemí a jistotu. Ve stáří pak dobře fungující rodina znamená záruku pomoci psychické, fyzické i hmotné. Rodina navíc rozvíjí aktivity ve stáří a je výrazným referenčním rámcem života starších lidí. Soužití se seniory navíc obohacuje, zprostředkovává nezažité zkušenosti a napomáhá vytvářet sociální rovnováhu mezi generacemi. Ale samotný rodinný stav nic nevyovídá o frekvenci, kvalitě či náplni mezigeneračních vztahů (49). Jak již zjišťovala otázka č. 4, většina seniorů na vesnici žije v rodinném domě a proto se domnívám, že vícegenerační soužití je z hlediska prostoru, tak i vztahů v rodině častější, což potvrdily i výsledky v dotazníku (grafy č.6,7). Jak uvádí Gregor, O.(8) přátelství a lidské vztahy v rodině se mohou stát nelepší medicínou na bolavou duši. To jak hodnotí senioři rodinné vztahy ve své rodině ukazuje graf č. 8. Také prostředí-obytné prostředí- velmi výrazně ovlivňuje kvalitu života seniorů. O to důležitější je pro seniory, kterým ubývá schopností lehce se v našem světě pohybovat. To jak upravit obytný prostor tak, aby zabezpečoval soukromí a nabízel možnost sociálních kontaktů pro seniory, je dobře popsáno v literatuře (9).

Otázka č. 10 zjišťovala, zda by senioři změnily místo svého bydliště. Myslím si, že žije-li člověk určitou dobu na nějakém místě, obvykle si k tomuto místu vytvoří

citové pouto a u „starších“ lidí je míra patriotismu vyšší (26). Moji myšlenku potvrdili i senioři v obou souborech (graf č. 9).

Je ale zajímavé, že na otázku č. 11 („Řekl/a by jste, že vaše obec/město čeká dobrá budoucnost, život v obci/městu bude snazší?“) odpověděli kladně více senioři žijící ve městě. To je možná tím, že České Budějovice patří mezi 20 nejatraktivnějších měst v České republice, což určitě zavazuje zastupitele k neustálému rozvoji města (33). Výsledky odpovědí na následující otázku č.12 („Jaká je dostupnost těchto společenských akcí ve Vaší obci/městu“) to jenom potvrzují. V otázkách č.13 a 14 se senioři vyjadřovali, co se jim v obci/městě líbí nevíce a nejméně. Výsledky zobrazují grafy č.10-13. Domnívám se, že by uvedené výsledky mohly přispět k sestavování výše zmíněných plánů rozvoje města a především obce Černov.

Otázka č. 15 zjišťovala do jaké míry se senioři věnují jednotlivým aktivitám. Ve využití volného času u seniorů v obou souborech najdeme rozdíly (tabulky č.6,7). Tyto rozdíly se podle mého názoru odvíjejí od skutečnosti, že na vesnici naprostá většina seniorů žije v rodinných domech, které mají zahradu, hospodářství, což s sebou nese plno práce a povinností (práci na zahradě a údržbu obydlí uvedli respondenti jako nejčastější aktivitu ve svém každodenním životě). Kdežto ve městě téměř všichni dotazovaní žijí v bytech a z toho lze usoudit, že senioři žijící ve městě mají podstatně více volného času, který mohou věnovat svým zálibám, kultuře, vzdělávání a péči o své zdraví. Oblasti zájmů odpovídají v podstatě možnostem, které město a vesnice nabízí. Myslím si, že ve městě České Budějovice funguje mnoho subjektů pro seniory , které poskytují vzdělávání, trénink paměti, atd. Dozvědět se o nich může senior např. v stručném průvodci sociálními službami města (39). Je důležité mít na paměti, že, bohatší a spokojenější život žijí senioři zapojení do společenských vztahů a rozmanitých osobních aktivit (21). Je ale také pravda, že život šťastný nebývá vždy totožný se smysluplným (25). K posouzení hypotézy 1 („Se zvyšujícím se věkem seniorů klesají volnočasové aktivity“) bylo použito této otázky v dotazníku. Na základě výsledků mohu konstatovat, že *hypotéza 1 není* oběma soubory respondentů *jednoznačně potvrzena*, neboť v souboru seniorů ve městě nebyl zastoupen věk 60-74 let. K posouzení hypotézy 2 („Větší množství aktivit převládá u seniorů žijících ve městě než u seniorů žijících na

vesnici“) byla použita také tato otázka a dále z části i otázka č.12. Na základě výsledků mohu konstatovat, že *hypotéza 2 je oběma soubory respondentů potvrzena.*

Otázka č. 16 zjišťovala využívání některých technických zařízení. Auto, mobilní telefon využívá přibližně stejné procento seniorů na vesnici i ve městě. Rozdíly v odpovědích byly v otázce práce s počítačem, používání fotoaparátu/kamery, videa/DVD. Tyto technologie využívají mnohem méně senioři žijící na vesnici, to odpovídá tomu, co uvádí Hubík, S.(16), že současný senior je ve virtuální realitě počítačové generace dezorientován a ztracen. Na tuto skutečnost stále častěji reagují univerzity třetího věku, kde se i senioři vysokého věku učí využívat počítače a internet .

Otázky č.17 a 18 zjišťovaly, zda je důležitá aktivita ve stáří (případně proč) a zda senioři byli aktivními sportovci. Senioři v obou souborech jsou si podle výsledků vědomi, že aktivita ve stáří je důležitá, ale aktivně sportovali jen senioři ve městě. Je pravdou, že k uchování duševního zdraví by měl senior žít svůj život co neaktivněji (32). Otázky v dotazníku č. 19-22 zjišťovaly finanční situaci respondentů. Výsledky ukazují, že senioři žijící na vesnici jsou více „optimističtější“. Ekonomicky aktivní zůstávají více senioři ve městě. Sýkorová (41) ve svém výzkumu uvádí, že většina seniorů hodnotila finanční situaci jako uspokojivou, což ukazují i výsledky provedené pilotáže. V otázce finanční výpomoci se senioři z obou souborů téměř shodují-nejvíce vypomáhají vnoučatům a svým dětem (graf č.16). Shodují se také na tom, že nepotřebují finanční výpomoc.

Svůj zdravotní stav hodnotili respondenti v otázce následující. Víc než polovina dotazovaných v obou souborech zhodnotila svůj stav jako velmi dobrý (graf č.17). Subjektivní vnímání zdraví ovlivňuje každodenní život seniora více než objektivní charakteristiky zdravotního stavu (49). Berme také v úvahu, že zdraví není v tomto věku chápáno jako neexistence nemoci, víc jde o zachování soběstačnosti (47). V otázce č.23 uvedla více jako polovina dotazovaných z obou souborů, že se odchodem do důchodu jejich zdraví nezměnilo. Otázka následující zjišťovala užívání léků u seniorů. Téměř 80% seniorů v obou souborech odpovědělo kladně, utratí za ně víc jak 300 Kč měsíčně. Je všeobecně známo, že spotřeba léků stoupá s věkem , ale téměř 60 % seniorů v ČR neužívá léky podle doporučení lékaře (44). Na otázku č.26, která zjišťovala jaké péči by

dali přednost v případě ztráty soběstačnosti. Více než polovina dotazovaných v obou souborech by upřednostnila péči v rodinném prostředí. Jak uvádí Vidovičová (48) tuto péči upřednostňují praktikující věřící a spíše ženy. Výsledky ukazují, že je nutné podpořit starající se rodiny, více rozvinout domácí a komunitní formy péče. Jak uvádí Haškovcová (13) v péči o starého člověka se může určitým způsobem postarat každý. Ten, kdo je ochoten a schopen se na péči podílet má být přizván ke spolupráci, nikomu nemá být v účasti bráněno.

Zdravotní rizikové faktory zjišťovaly otázky 27 a 28. Více než polovina seniorů v obou souborech kouří, což považují za znepokojivé zjištění. Kouření (tabakismus) akceleruje aterosklerosu. Nikotin zužuje krevní cévy a zhoršuje průtok krve. Literatura uvádí, že pokud si člověk vytvoří návyky, které patří k zdravému životnímu stylu už v průběhu života, může riziko vzniku chorob, které souvisejí s vyšším věkem eliminovat na minimum (34). Souhlasím s názorem prof. Solicha, že čeští senioři mají možnost prožít zdravé a kvalitní stáří, musejí ovšem sami chtít (7) a já bych k tomu ještě dodala, že musejí mít informace. Myslím si, že v době počítačové techniky je otázkou jen několika minut natisknout stovky informačních letáků, ze kterých se občan dozví vše potřebné. Pilotáž ukázala, že v konzumaci alkoholu se senioři také moc neliší. Na vesnici je vyšší konzumace destilátů a méně tu senioři konzumují víno. Je všeobecně známé, že červené víno má protektivní účinek před vznikem ischemické choroby srdeční. Literatura (38) doporučuje vypít 250 ml tohoto vína denně.

K posouzení hypotézy 3 („Senioři žijící ve městě dodržují více zásady správné výživy než senioři žijící na vesnici“) byly použity otázky 29-37. Výsledky celkové konzumace tekutin (bez kávy a alkoholu) ukázaly, že senioři na vesnici požívají daleko méně tekutin, než senioři ve městě (graf č.20). Obecně platí, že ve stáří má člověk oslabený pocit žízně, ale je potřeba denně vypít nejméně 2 a více litrů tekutin (52). Samozřejmě je také důležité, jaký druh tekutin člověk konzumuje. K nevíce upřednostňovaným nealkoholickým nápojům u seniorů na vesnici patří u 46% dotazovaných limo a džus. Pití kávy ukazuje graf č.22. Z těch, kteří konzumují kávu, uvedlo 84% seniorů, že ji pijí 3x denně, což považují za nadměrný příjem. Jak víme, káva odvodňuje organismus a to je u seniorů nežádoucí. Na otázku č.32 („Jak často

zařazují do svého jídelníčku ovoce a zeleninu odpovídaly senioři takto: 47% seniorů na vesnici uvedlo denní konzum, ve městě to bylo 70%, ale 1x týdně konzumují zeleninu a ovoce 33% seniorů na vesnici. Ve městě je to jen 15% seniorů. Dle zásad výživy ve stáří by měl být denní konzum ovoce a převážně zeleniny několikrát denně (**18**). Mléčné výrobky (graf č.23)nezařazuje vůbec do svého jídelníčku 8% seniorů na vesnici a 6% seniorů ve městě. 2 x týdně konzumuje mléčné výrobky 80% seniorů na vesnici, což považují za nedostatečné s ohledem na zásady správné výživy. Doporučení pro seniory je přijímat mléčné výrobky minimálně 2 x denně. Následující otázka v dotazníku, zjišťovala jakému druhu masa dávají senioři přednost (graf č.24). Ryby konzumuje jen 1% seniorů na vesnici, což je velice málo. Otázka č.36 zjišťovala, jaký druh pečiva senioři upřednostňují(graf č.25). Na vesnici je v jídelníčku málo zastoupeno celozrnné pečivo. Lékaři doporučují sníst denně alespoň 3 porce tohoto druhu (**52**). K namazání pečiva používá 41% seniorů žijících na vesnici sádlo a jen 10% margarín. Nejvíce seniorů ve městě konzumuje margarín a sádlo konzumuje 15% dotazovaných (graf č.26). Na následující otázku, která zjišťovala, zda senioři konzumují sladkosti, odpověděli respondenti takto: Více jak polovina seniorů žijících na vesnici konzumuje sladkosti denně a nejčastěji jde o čokoládu, řezy a moučník. Ve městě je situace lepší.

Na základě výsledků, mohu konstatovat, že *hypotéza 3 byla potvrzena.*

Musíme si však uvědomit, že při sestavování jídelníčku u seniorů by měla být strava energeticky přiměřená. Na druhé straně (a pokud to není nezbytné ze zdravotních důvodů), snažíme se člověku, co nejméně znepríjemňovat život zákazy a restrikcemi potravin, které má rád (**52**).

V otázce 38- 39 se senioři zamýšleli, co pozitivního/negativního jim vyšší věk přinesl. Na pozitivech vyššího věku se moji respondenti shodovali: nejčastěji uváděli více osobního volna, vyrovnanost, zmoudření. V negativních se opět shodují: nejčastěji uváděli ztrátu blízkých, nemoc a snížení soběstačnosti.

V otázce poslední, přiřazovali respondenti uvedeným životním hodnotám body podle důležitosti. Senioři na vesnici a ve městě se téměř shodují na prvních 3 nejdůležitějších hodnotách, a to je zdraví, rodina, přátelství (graf č.27). Mé výsledky v oblasti hodnot se shodují s tím, co uvádí doc. Loučková (**24**).

6. Závěr

Tématem diplomové práce byl „Hodnotový systém seniorů“. Provedená pilotáž si kladla za cíl zjistit a porovnat, jaké hodnoty preferují senioři žijící v rodinném prostředí ve městě a na vesnici a dále analyzovat jejich celkový životní styl se zaměřením na volnočasové aktivity a stravovací návyky. Podle mého názoru byl cíl splněn.

Hypotéza 1 („Se zvyšujícím se věkem seniorů klesají volnočasové aktivity“) nebyla soubory respondentů potvrzena. Hypotéza 2 („Větší množství volnočasových aktivit převládá u seniorů žijících v rodinném prostředí ve městě než u seniorů žijících na vesnici“) a hypotéza 3 („Senioři žijící ve městě dodržují více zásady správné výživy než senioři žijící na vesnici“) byly potvrzeny.

Výsledky výzkumu poukázaly na to, že senioři, kteří žijí v rodinném prostředí, preferují v podstatě stejné hodnoty bez ohledu na místo bydliště. Senior žijící na vesnici však není tak aktivní a nedodržuje tolik zásady zdravé výživy jako senior žijící ve městě. Domnívám se, že hlavním důvodem je nedostatečná informovanost těchto lidí o zdravém životním stylu. Na venkově je proto nutné rozvíjet síť sociálních a zdravotních služeb, především terénních programů, které by prováděly osvětu u těchto lidí. Myslím si, že by se tak zpomalilo tempo stárnutí a věk by se prodloužil ve prospěch toho funkčního. Záleží na každém člověku, jak zodpovědně přistoupí k přípravě na vlastní stáří, jak využije všech prostředků k dosažení důstojného a hodnotného prožití této fáze života, k čemuž zároveň potřebuje informace.

Doufám, že má diplomová práce přinesla užitek pro seniory minimálně v tom, že prostřednictvím dotazníků jsem u nich přispěla k zamyšlení se nad svým životem. Výstupy této práce by mohly být použity při zpracování sociální a zdravotní demografické analýzy obce/města. Na základě výsledků pilotáže bych navrhovala provést další výzkumy na větším vzorku respondentů a jako techniku dotazování použít rozhovor. Tyto výzkumy by měly být zaměřeny na problematiku zdraví u seniorů žijících v odlišném prostředí.

7. Seznam literatury

1. BÁRTLOVÁ,S., HNILICOVÁ,H. *Vybrané metody a techniky výzkumu. Zjišťování spokojenosti pacientů*.1. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2000. 118 s. ISBN 80-7013-311-2.
2. BOLDIŠ, P. *Bibliografická citace dokumentů podle ČSN ISO 690-2: Část 1- Citace: metodika a obecná pravidla* [online]. Verze 3.3. c 1999-2004, poslední aktualizace 11.11.2004 [cit 2007-02-19].
Dostupné z: <<http://www.boldis.cz/citace/citace1.pdf>>
3. BOLDIŠ, P. *Bibliografická citace dokumentů podle ČSN ISO 690-2: Část 2- Modely a příklady citací u jednotlivých typů dokumentů* [online]. Verze 3.0 (2004). C 1999-2004, poslední aktualizace 11.11.2004 [cit. 2007-02-19].
Dostupné z:<<http://www.boldis.cz/citace/citace2.pdf>>
4. ČORNANIČOVÁ, R. Kvalita života v senu. In SÝKOROVÁ, D.: *Autonomie ve stáří. Strategie jejího zachování*. 1. vyd. Ostrava: Zdravotně sociální fakulta Ostravské univerzity, 2004.323 s. ISBN 80-7326-026-3.
5. DISMAN, M. *Jak se vyrábí sociologická znalost*. 3. vyd. Praha: Karolinum, 2002. 374 s. ISBN 80-246-0139-7.
6. DOROTÍKOVÁ, S. *Filosofie hodnot*. 1. vydání. Praha: Pedagogická fakulta Univerzity Karlovy v Praze, 1998. 162 s. ISBN 80-86039-79-X.
7. FLEISCHMANNOVÁ, P. I staří lidé jsou zodpovědní za svůj život. *Zdravotnické noviny*, 2003, roč. 52, č. 18, s.12. ISSN 0044-1996.

8. GREGOR, O. *Stárnout je kumšt*. 1. vyd. Praha: Olympia, 1983. 136 s. ISBN 27-005-83.
9. GLOSOVÁ a kol. *Bydlení pro seniory*. 1. vyd. Brno: Era, 2006. 179 s. ISBN 80-7366-057-1.
10. HAMILTON, I. *Psychologie stárnutí*. 1. vyd. Praha: Portál, 1999. 119 s. ISBN 80-7178-274-2.
11. HARTL, P., HARTLOVÁ. *Psychologický slovník*. 1. vyd. Praha: Portál, 2004. 776 s. ISBN 80-7178-303-X.
12. HAŠKOVCOVÁ, H. *Fenomén stáří*. 1. vyd. Praha: Panorama, 1989. 416 s. ISBN 80-7038-158-2.
13. HAŠKOVCOVÁ, H. V péči o staré lidi je nutné podpořit jejich rodiny. *Zdravotnické noviny*, 2003, roč. 52, č. 18, s. 18. ISSN 0044-1996.
14. HAYFLICK, L. The cellular basis for biological aging. [online]. [cit. 2007- 02-27].
Dostupné z: <<http://www.sciencedaily.com/news/healthmedicine/>>
15. HOLMEROVÁ, J. a kol. *Vybrané kapitoly z gerontologie*. 2. vyd. Praha: Česká alzheimerská společnost, 2003. 88 s. ISBN 80-86541-12-6.
16. HUBÍK, S. Dromokracie, stárnutí a zmizení skutečnosti. In: *Sborník konference Generace 50 plus v České republice*. Třeboň: Jihočeská Univerzita- Zdravotně sociální fakulta a Ledax, s.r.o., 2004, s.2-6.
17. JAROŠOVÁ, D. *Péče o seniory*. 1. vyd. Ostrava: Ostravská univerzita, Zdravotně sociální fakulta, 2006. 110 s. ISBN 80-7368-110-2.

18. KALVACH, Z. a kol. *Geriatric a gerontologie*. 1. vyd. Praha: Grada, 2004. 864 s. ISBN 80-247-0548-6.
19. KALVACH, Z. *Úspěšné stárnutí a aktivní stáří*. 1. vyd. Praha: Státní zdravotní ústav, 2004. 8 s.
20. KALVACH, Z. *Úvod do gerontologie a geriatric*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 1997. 193 s. ISBN 80-7184-366-0.
21. KERN, H., et al. *Přehled psychologie*. 3. vyd. Praha: Portál, 2006. 287 s. ISBN 80-7367-121-2.
22. KOZLOVÁ, L. *Sociální služby*. 1. vyd. Praha: Triton, 2005. 79. s. ISBN 80-7254-662-7.
23. KUCHARŮVÁ, V. *Život ve stáří. Zpráva o výsledcích empirického šetření*. [online]. [cit. 2007- 03-27].
Dostupné z : Dostupné z : <[http:// www.vups. cz/empiricky vyzkum.pdf](http://www.vups.cz/empiricky_vyzkum.pdf)>
24. LOUČKOVÁ, I. Hodnoty a hodnotové hierarchie seniorů. In *Sborník konference Generace 50 plus v České republice*. Třeboň: Jihočeská Univerzita-Zdravotně sociální fakulta a Ledax, s.r.o., 2004, s.21-28.
25. MACHOVEC, M. *Smysl lidské existence*. 3. vyd. Praha: Akropolis, 2006. 128 s. ISBN 80-7304-069-7.
26. MAJEROVÁ, V. *Český venkov 2004, život mladých a starých lidí*. 1. vyd. Praha: Česká zemědělská univerzita v Praze, Provozně ekonomická fakulta, 2005. 174 s. ISBN 80-213-1281-5.

27. MAŠKOVÁ, M. *Analýza populačního stárnutí v Evropě*. [online]. [cit. 2007-02-27].
Dostupné z: <<http://www.demografie.info/?cz.detail.clanku&artc/ID=201>>
28. MOŽNÝ, I. *Česká společnost*. 1. vyd. Praha: Portál, 2002. 207 s. ISBN 80-7178-624-1.
29. MÜHLPACHR, P. *Gerontopedagogika*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2004. 150 s. ISBN 80-210-3345-2.
30. PACOVSKÝ, V.; HEŘMANOVÁ, H. *Gerontologie*. 1. vyd. Praha: Avicenum, 1981. 298 s.
31. PAVLÍK, Z. *Populační vývoj České republiky 1990-2002*. [online]. [cit. 2007-02-27].
Dostupné z: <<http://www.demografie.info/cz.detail.clanku/ID88>>
32. PICHAUD, C., THAREAU, I. *Soužití se staršími lidmi*. 1. vyd. Praha: Portál, 1998. 160 s. ISBN 80-7178-184-3.
33. POPELOVÁ, I. *České Budějovice jsou mezi dvacítkou nejatraktivnějších míst*. [online]. [cit. 2007-02-14].
Dostupné z: <<http://www.budnews.cz/clanek.php?id.clanku=15538>>
34. PTÁK, P. Největší zdravotní rizikové faktory vyššího věku. In *Sborník konference Generace 50 plus v České republice*. Třeboň: Jihočeská Univerzita-Zdravotně sociální fakulta a Ledax, s.r.o., 2004, s.41-44.
35. *Průvodce sociálními službami města České Budějovice*. České Budějovice: Odbor sociálních věcí Magistrátu města České Budějovice, 2006.

36. *Počet obyvatel v obcích Vysočiny k 1.1.2007*. [online]. [cit. 2007-04-14].
Dostupné z: <[http://www.czso.cz/xj/redakce.nsf/i/mesta a obce](http://www.czso.cz/xj/redakce.nsf/i/mesta_a_obce)>
37. *Počet obyvatel v obcích Jihočeského kraje k 31.12.2006*. [online]. [cit. 2007-04-14].
Dostupné z: <[http://www.2.czso.cz/xc/redakce.nsf/i/pocet obyvatel v obcích jihoceskeho kraje](http://www.2.czso.cz/xc/redakce.nsf/i/pocet_obyvatel_v_obcich_jihoceskeho_kraje)>
38. ROSLAWSKI, A. *Jak zůstat fit ve stáří*. 1. vyd. Brno: Computer press, 2005. 74 s. ISBN 80-251-0774-4.
39. *Stručný průvodce zákonem o sociálních službách*. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2006.
40. SCHIRRMACHER, F. *Spiknutí metuzalémů*. 1. vyd. Praha: Knižní klub, 2005. 208 s. ISBN 80-242-1496-2.
41. SÝKOROVÁ, D. Strategie zachování osobní autonomie. In ŠPATENKOVÁ, N. : *Krize –psychologický a sociologický fenomén*. 1. vyd. Praha: Grada , 2004. 132 s. ISBN 80-247-0888-4.
42. ŠONKA, K. *Poruchy spánku ve stáří*. [online]. [cit. 2007-02-14].
Dostupné z :<[http://www. neurologiepropraxi. cz/artkey/neu-200301-0004.php](http://www.neurologiepropraxi.cz/artkey/neu-200301-0004.php)>
43. ŠPŮR, J. *Úvod do systematické filosofie, Gnoseologie*. 1. vyd. Dobrá Voda: Aleš Čeněk, 2002. 159 s. ISBN 80-86473-17-1.
44. TOPINKOVÁ, E. *Zvláštnosti farmakoterapie ve stáří* [online]. [cit 2007-01-30]. Dostupné z : <[http:// www. edukafarm. cz/clanek. php?=548](http://www.edukafarm.cz/clanek.php?=548)>.
45. TOŠNEROVÁ, T. *Ateismus- průvodce stereotypy a mýty o stáří*. [online]. [cit. 2007-04-14]. Dostupné z : <[http://www.pecujici.cz/publikace online.html](http://www.pecujici.cz/publikace_online.html)>

46. VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie*. 1. vyd. Praha: Portál, 2000. 528 s. ISBN 80-7178-308-0.
47. VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie II*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2007. 461 s. ISBN 978-80-246-1318-5.
48. VIDOVIČOVÁ, L., RABUŠIC, L. *Senioři a sociální opatření v oblasti stárnutí v pohledu české veřejnosti. Zpráva z empirického výzkum*. [online]. [cit. 2007-03-27].
Dostupné z : <[http:// www.vups. cz/Rabusic-seniori a soc .opat.pdf](http://www.vups.cz/Rabusic-seniori_a_soc_opat.pdf)>
49. VOHRALÍKOVÁ, L., RABUŠIC, L. *Čeští senioři včera, dnes a zítra*. [online]. [cit. 2007-04-21].
Dostupné z : <[http:// www.vups.cz/Vohralikova-Rabusic-cesti_seniori.pdf](http://www.vups.cz/Vohralikova-Rabusic-cesti_seniori.pdf)>
50. *Zákon 108/2006 Sb., o sociálních službách*
51. ZAVÁZALOVÁ, H. *Vybrané kapitoly ze sociální gerontologie*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2001. 97 s. ISBN 80-246-0326-8.
52. ZIMMELOVÁ, P. Obecné zásady výživy ve stáří. In *Výživa- nedílná součást léčby závažných chorob*. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta, 2005, s. 56-61.

8. Klíčová slova

Hodnota

Péče

Senior

Služba

Stárnutí

Životní styl

9. Přílohy

Příloha 1: Dotazník pro seniory

Vážená paní, vážený pane,

jsem studentkou 2. ročníku Zdravotně sociální fakulty a dovoluji si Vás požádat o pravdivé vyplnění tohoto dotazníku. Veškeré Vámi vyplněné údaje jsou naprosto anonymní a stanou se podkladem pro zpracování mé diplomové práce na téma „Hodnotový systém seniorů“. Vybranou odpověď prosím označte křížkem, u hodnotících škál zakroužkujte číslici, která nejvíce odpovídá skutečnosti (hodnotíte jako ve škole), u otázek s volnou odpovědí, prosím odpovězte dle skutečnosti.....

Za vyplnění dotazníku předem děkuji

Bc. Soňa Bernátová

1. Uveďte Vaše pohlaví:

muž

žena

2. Uveďte Váš věk:

60 - 74

75 - 84

85 a více

3. Uveďte Vaše nejvyšší dosažené vzdělání:

neukončené základní

základní

středoškolské bez maturity (vyučen/a)

středoškolské s maturitou

vysokoškolské

4. Uveďte, kde bydlíte:

město rodinný dům byt

vesnice rodinný dům byt

5. Váš rodinný stav je:

- svobodný/á
- ženatý/vdaná
- rozvedený/á
- ovdovělý/á

6. Máte děti?

- ano
- ne

7. V současné době bydlíte:

- sám/a
- s partnerem/kou, manželem/kou
- s partnerem/kou nebo s manželem/kou + ostatními členy rodiny
- bez partnera/ky nebo bez manžela/ky, ale s ostatními členy rodiny
- pokud máte děti a nebydlíte společně, jak daleko od Vašeho bydliště žijí? Uveďte.....

8. Jak často Vás navštěvují členové rodiny, přátelé, známí?

každý den

4-6 x týdně

1-3 x týdně

1-3 x měsíčně

1x rok

jiný údaj, uveďte.....

9. Rodinné vztahy ve své rodině hodnotím jako:

výborné 1 2 3 4 5 nedostatečné

10. Chtěl/a by jste se odstěhovat z Vaší obce/města?

ano, jakmile se naskytne příležitost

uvažuji o tom

ne

11. Řekl/a by jste, že vaše obec/město čeká dobrá budoucnost, život v obci/městu bude snazší?

určitě ano

spíše ano

určitě ne

nevím

12. Jaká je dostupnost těchto společenských akcí ve Vaší obci/městu?

Kina	<input type="checkbox"/> konají se	<input type="checkbox"/> nevím, zda se konají	<input type="checkbox"/> není dostupné
Plesy, bály, zábavy	<input type="checkbox"/> konají se	<input type="checkbox"/> nevím, zda se konají	<input type="checkbox"/> není dostupné
Akce pro seniory	<input type="checkbox"/> konají se	<input type="checkbox"/> nevím, zda se konají	<input type="checkbox"/> není dostupné
Udržování tradic a obyčejů	<input type="checkbox"/> konají se	<input type="checkbox"/> nevím, zda se konají	<input type="checkbox"/> není dostupné
Veřejná knihovna	<input type="checkbox"/> konají se	<input type="checkbox"/> nevím, zda se konají	<input type="checkbox"/> není dostupné
Veřejně dostupný internet	<input type="checkbox"/> konají se	<input type="checkbox"/> nevím, zda se konají	<input type="checkbox"/> není dostupné
Bohoslužby	<input type="checkbox"/> konají se	<input type="checkbox"/> nevím, zda se konají	<input type="checkbox"/> není dostupné

13. Co se Vám na vaší obci/měště líbí nejvíce?

14. Co se Vám na vaší obci/měště líbí nejméně?.....

15. Vyznačte, v jaké míře se věnujete následujícím aktivitám:

Práce na zahradě, údržba obydlí	<input type="checkbox"/> často	<input type="checkbox"/> někdy	<input type="checkbox"/> vůbec ne
Ruční práce, kutilství	<input type="checkbox"/> často	<input type="checkbox"/> někdy	<input type="checkbox"/> vůbec ne
Sport, cvičení	<input type="checkbox"/> často	<input type="checkbox"/> někdy	<input type="checkbox"/> vůbec ne
Sběratelství	<input type="checkbox"/> často	<input type="checkbox"/> někdy	<input type="checkbox"/> vůbec ne
Vaření	<input type="checkbox"/> často	<input type="checkbox"/> někdy	<input type="checkbox"/> vůbec ne
Kontakt s dětmi, příbuznými	<input type="checkbox"/> často	<input type="checkbox"/> někdy	<input type="checkbox"/> vůbec ne
Kontakt s přáteli, známými	<input type="checkbox"/> často	<input type="checkbox"/> někdy	<input type="checkbox"/> vůbec ne
Četba	<input type="checkbox"/> často	<input type="checkbox"/> někdy	<input type="checkbox"/> vůbec ne
Sledování televize, poslech rádia	<input type="checkbox"/> často	<input type="checkbox"/> někdy	<input type="checkbox"/> vůbec ne
Návštěvy kulturních akcí - divadlo, koncerty, kino	<input type="checkbox"/> často	<input type="checkbox"/> někdy	<input type="checkbox"/> vůbec ne
Hra na hudební nástroj	<input type="checkbox"/> často	<input type="checkbox"/> někdy	<input type="checkbox"/> vůbec ne
Výtvarné aktivity	<input type="checkbox"/> často	<input type="checkbox"/> někdy	<input type="checkbox"/> vůbec ne
Studium, kurzy, vzdělávání	<input type="checkbox"/> často	<input type="checkbox"/> někdy	<input type="checkbox"/> vůbec ne
Podnikání	<input type="checkbox"/> často	<input type="checkbox"/> někdy	<input type="checkbox"/> vůbec ne
Práce ve společenských organizacích	<input type="checkbox"/> často	<input type="checkbox"/> někdy	<input type="checkbox"/> vůbec ne
Péče o zdraví - pobyty ve zdravotnických zařízeních, lázních	<input type="checkbox"/> často	<input type="checkbox"/> někdy	<input type="checkbox"/> vůbec ne
Náboženské aktivity	<input type="checkbox"/> často	<input type="checkbox"/> někdy	<input type="checkbox"/> vůbec ne
Jiné aktivity, uveďte.....	<input type="checkbox"/> často	<input type="checkbox"/> někdy	<input type="checkbox"/> vůbec ne

16. Která z technických zařízení využíváte?

auto

mobilní telefon

počítač

fotoaparát nebo kameru

video

17. Myslíte, že je důležitá aktivita ve stáří?

ano a proč?(uveďte).....

ne

nevím

18. Provozoval/a jste aktivně nějaký druh sportu?

- ano
- ne
- stále jsem aktivním sportovcem/kyní – uveďte typ sportu.....

19. Svou finanční situaci v penzi hodnotím jako:

výbornou 1 2 3 4 5 nedostatečnou

20. Přivyděláváte si k důchodu?

- ano
- ne

21. Vypomáháte finančně:

- svým dětem
- vnoučatům
- partnerce/ovi (manžel/ka)
- nevypomáhám
- jiné, uveďte.....

22. Vypomáhají Vám finančně:

- Vaše děti
- vnoučata
- partner/ka(manžel/ka)
- nepotřebuji finanční výpomoc
- Jiné, uveďte.....

23. Svůj zdravotní stav hodnotím jako:

výborný 1 2 3 4 5 velmi neuspokojivý

24. Odchodem do důchodu se moje zdraví

zlepšilo

nezměnilo

zhoršilo

25. Užíváte pravidelně nějaké léky?

ano

ne

Pokud ano, uveďte, kolik za ně měsíčně utratíte.....

26. V případě ztráty soběstačnosti dáváte(by jste dal/a) přednost péči:

v rodině

poskytující v institucionálním zařízení

nevím

27. Kouříte?

ano

ne

kouřil/a jsem

28. Konzumujete alkohol?

ano

ne

Pokud ano, uveďte jaký druh a jak často.....

29. Uveďte, jaké množství tekutin vypijete za den? (nepočítejte kávu a alkohol).....

30. Jakým nealkoholickým nápojům dáváte přednost?

- čistá voda
- minerální voda
- limo, džus

31. Pijete kávu?

- ano
- ne

Pokud ano, jak často, uveďte.....

32. Jak často zařazujete ovoce, zeleninu do svého jídelníčku? Uveďte.....

33. Zařazujete do svého jídelníčku mléčné výrobky?

- ano
- ne

Pokud ano, jak často.....

34. Jakému druhu masa dáváte přednost?

- ryby
- drůbež
- vepřové
- hovězí

35. Jaké pečivo převažuje ve Vašem jídelníčku?

- tmavé, celozrnné
- z bílé mouky

36. K namazání pečiva používáte nejčastěji:

- máslo
- margarín
- sádlo
- pečivo nejím namazané

37. Jíte sladkosti (moučník,čokoláda,atd....)?

- ano
- ne

Pokud ano, které sladkosti a jak často, uveďte.....

38. Kdybyste měl/a uvést, co pozitivního Vám přinesl vyšší věk, co by to bylo?

Uveďte.....

39. Kdybyste měl/a uvést, co negativního Vám přinesl vyšší věk, co by to bylo?

Uveďte.....

40. U následujících bodů přiřaďte čísla od 1-8 podle pořadí důležitosti.....

(1- nejdůležitější, 2-méně, atd.)

Zdraví

Rodina

Přátelství

Zájmy, Hobby

Zaměstnání

Finanční zabezpečení

Kultura (zábava)

Svoboda, mír