

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta

VLIV ŽIVOTNÍHO STYLU NA ZDRAVOTNÍ STAV SENIORŮ
Diplomová práce

Vedoucí práce: Mgr. et Mgr. Jitka Vacková, Ph.D.
Autor: Bc. Lada Haplová
20. 5. 2011

ABSTRAKT

Influence of life style on seniors health

The age of population is becoming longer, at the same time the age limit for retirement is increasing. There are seniors among us who live to old age in relatively good health and they are also in excellent mental and psychical condition. In contrast, there are among us the fellow citizens who became ill at a relatively early retirement age of civilization diseases. The aim of this thesis is to map the life style on health state of seniors. There is not just an aspect of health, but with health is connected financial issue too. Prevention is cheaper than treatment and it is not only just about the finances of individual, but about finances of whole society.

In thesis I chose qualitative research where I used the technique of semi-controlled interview.

Suspense file included twelve seniors from home for the elderly. These seniors were between the ages of eighty and one hundred three years old and they had lived in home for the elderly at least for five years. Experimental questions were asked the nursing staff and a doctor who regularly visits the home for the elderly.

In the framework to achieve the objective I have asked three research questions.

First question was, whether the lifestyle has the influence on the prevention of civilization diseases and contributes to the extension of life.

Lifestyle plays an important part in prevention of civilization diseases and contributes to the extension of life.

The second question was, if the seniors, who lived to see more than eighty years, lived healthy. The answer to this question was observing of seniors present lives. This question compares more the life which it was used to live sooner in comparison of the life which the young people live today.

Third experimental question concerned the fact, whether the residence in home for the elderly has an effect on health and extension of the life. On this question I was able to answer after the discussion with the nursing staff and the doctor. From the results of the statements it can be claimed that in homes for the elderly with

regard to the all-day presence of the nursing staff, it underpins the disease in time. So the disease cannot fully develop or it is not in so hard form.

Regular care and supervision of the seniors in residential homes for the elderly extends life and strengthens health. The research questions which I put in my thesis can be a basis for further exploration in other works. As a very interesting thing it appears the possibility of comparison of seniors' lifestyle that lived to old age at home background.

Prohlášení

Prohlašuji, že svojí diplomovou práci jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury u vedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 4/b zákona č. 111/1998 Sb. V platném znění souhlasím se zveřejněním své diplomové práce, a to v nezkrácené podobě fakultou – elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích 20.5.2011

Podpis.....

Poděkování

Na tomto místě děkuji paní Mgr.et Mgr. Jitce Vackové, Ph.D., za odborné vedení, cenné rady, pomoc a ochotu, kterou mi poskytla při zpracování této diplomové práce.

Děkuji své rodině za trpělivost a podporu, kterou mi poskytli během mého studia.

V Českých Budějovicích 20.května 2011

Obsah

Obsah	7
Úvod	8
1. Současný stav	10
1.1 Životní styl	10
1.2 Stáří	12
1.2.1 Stárnutí	15
1.3 Dlouhověkost	20
1.4 Podpora zdraví	23
1.4.1 Harmonizující Pohyb	27
1.4.2 Vliv výživy na kvalitu života	30
1.4.3 Onemocnění související se životním stylem	34
1.5 Bolest	48
1.6 Obezita	49
2 Cíl práce a výzkumné otázky	52
2.1 Cíl práce	52
2.2 Výzkumné otázky	52
3 Metodika	53
3.1 Metodika	53
3.2 Sledovaný soubor	54
4 Výsledky	55
5 Diskuse	95
6 Závěr	103
7 Klíčová slova	105
8 Seznam použitých zdrojů	106

Úvod

K tématu diplomové práce mne přivedlo mé zaměstnání. Pracuji v Senior domě v Soběslavi, kde je v současné době celkem 76 uživatelů ve věku od 52 do 103 let. Senior dům slouží svým uživatelům od roku 2003 a poskytuje pobytové sociální služby osobám, které pobírají starobní nebo invalidní důchod a kteří z důvodu snížené soběstačnosti nemohou žít ve vlastním sociálním prostředí, tzn., že nemají zajištěnu pravidelnou pomoc fyzické osoby, která by jim pomohla se zajištěním sociálních potřeb.

Za dobu fungování Senior domu, již tři uživatelé dožili věku vyššího než 100 let. Mezi uživateli je poměrně velké procento těch, kteří se dožili přes 90 let a kteří jsou ke svému věku vitální, a to hlavně po psychické a mentální stránce.

Ještě před dvaceti lety, pokud se člověk dožil devadesáti let, byl téměř výjimkou. Dnes, pokud bychom prošli jednotlivé domovy pro seniory, zjistili bychom, že náš domov není výjimkou a není ani vzácností dožít se nebo překročit ve svém životě sto let. Věk občanů České republiky se prodlužuje. Prodlužuje se i střední délka života. Zatímco z jedné strany hovoříme o prodlužování délky života a to i podle demografických studií, na straně druhé se stále častěji vyskytují civilizační choroby i u mladší generace. Stále častěji se u generace středního věku vyskytují problémy s pohybovým ústrojím, a to v takovém rozsahu, že jejich důsledkem je přiznání invalidního důchodu.

Odchod do důchodu se prodlužuje, ale je otázkou, jaké procento populace se v relativně dobrém zdravotním stavu dožije spokojeného a klidného důchodu a v tomto stavu si bude užívat svých vnoučat, pravnoučat, bude se věnovat svým koníčkům a zájmům, na které nebyl při pracovním procesu čas. Je známo, že nemocí s věkem přibývá, jsou větší náklady na zdravotnictví, jak ze strany občanů, tak ze strany státu. Zdravotnictví je dnes tak pokročilé, že se vyléčí, nebo zmírní nemoci, na které se dříve umíralo. Ale léčba je vždy nákladnější, než prevence. Prevence musí začít dříve, než začnou první příznaky nemoci.

Žádostí do Senior domu v Soběslavi je velké množství a není možné uspokojovat všechny zájemce. Upřednostňováni jsou zájemci, jejichž zdravotní

stav se zhoršil natolik, že potřebují nepřetržitou ošetrovatelskou službu celých 24 hodin a nemají v rodině ani v blízkém okolí nikoho, kdo by se o ně staral. Domovy pro seniory ve velkém procentu nahrazují léčebny pro dlouhodobě nemocné.

A tak se v Senior domu scházejí lidé jednak v pokročilém věku, ale přitom velmi schopní jak po stránce fyzické, psychické a mentální a jednak lidé mladšího věku, kteří jsou oproti nim více nemocní. Stává se, že přijímáme klienty, kteří by jinak ještě vzhledem ke svému věku do domovů pro seniory vůbec nenastoupili. A právě v tuto chvíli si pokládám otázku, co ovlivňuje zdraví a dlouhověkost a zda může být příčina nemocí v životním stylu, kterým tito nemocní žili.

Cílem této diplomové práce je zmapování vlivu životního stylu na zdravotní stav seniorů, právě z toho důvodu, aby nejen dnešní senioři, ale i dnešní mladá populace mohla prožít stáří v co nejlepším relativním zdraví a kondici, s co nejmenšími bolestmi. Pomoci nalézt odpovědi na otázky, co je důvodem toho, že někteří ve svém opravdu pokročilém věku jsou čilí, plní energie a chutí užít si každého dne, oproti svým mladším vrstevníkům, kteří jsou mnohdy špatně pohybliví a mají zdravotní problémy. Zdraví přeci úzce souvisí s ekonomikou státu a pokud budeme zdravější, ušetříme peníze nejen sobě, ale i státu. Vznikají otázky, co je životní styl, co považujeme za dlouhověkost, zda má životní styl vliv na dlouhověkost a na zdraví populace? Souvisí vše jen s genetikou, nebo záleží na životním stylu, jak žijeme, jak se stravujeme, jak se pohybujeme? Pokud chci hledat odpovědi na tyto otázky, musím se zajímat i o jednotlivá onemocnění, která jsou považována za civilizační a zároveň jsou i běžně se vyskytující u občanů ve středním a starším věku.

1. Současný stav

1.1 Životní styl

Hartl (2000) uvádí, že životní styl (life-style) je individuální souhrn postojů, hodnot a dovedností odrážejících se v činnosti člověka výrobní, umělecké, zahrnuje síť mezilidských vztahů, výživu, tělesný pohyb, organizaci času, zájmy a záliby. Dle A.Adlera (1999) je to jedinečný způsob chování jedince, který vychází z jeho motivů, rysů, zájmů a hodnot a prolíná veškerým jeho chováním.

Životní styl je popsán i v knize „Vše o bolesti“ (Kolektiv autorů, 2006): *„Životní styl je pojem široký jako život sám. Není možné vyjádřit ho pár větami, neexistuje pro něj definice. Ale to, jakým životním stylem žijeme, může ovlivnit naše zdraví, ale i délku života. Proto pro tuto práci vyjmeme části, které nejvíce mohou ovlivnit celkové zdraví jedince. Tím je pohyb, strava, pitný režim a relaxace.“*

Dle Müllerové (2003), Kynychové (2007) se na životní styl váží choroby, které mají v populaci vysoký výskyt. Označují se jako civilizační choroby. V současné době civilizačních onemocnění neubývá. Mohou být chápány jako důsledek nedostatečné nebo pro svého nositele nepříznivé adaptace na zevní prostředí. Během evolučně krátkého období 200 – 250 let došlo v rozvinutých zemích k zásadnímu poklesu fyzické aktivity člověka (pokles potřeby energie a snížení kapacity uklízet tuky) v kombinaci se snadnou dostupností energeticky bohaté stravy na tuky a bílkoviny na úkor polysacharidů.

Podle Vítka (2008) se lidstvo nachází na počátku celosvětové pandemie obezity. Data z poslední doby ukazují, že s výjimkou zemí subsaharské Afriky, venkovských oblastí Indie a některých dalších chudých zemí Asie stoupá výskyt obezity po celém světě. Podle údajů WHO bylo na celém světě v roce 2005 1,6 miliardy dospělých lidí s nadváhou alespoň 400 miliónů obézních, což je podstatně více, než lidí trpících podvýživou – těch je odhadem zhruba 800 miliónů. Dokonce i ve velmi chudých oblastech, jako je například severozápadní

Brazílie, trpí chudí obyvatelé nadváhou. V rozporu s obecným míněním a ve shodě s výše uvedenými údaji se obezita stává problémem hlavně chudších vrstev společnosti. Je to tím, že většina levných a lehce dostupných potravin, zejména ve městech je ve vysoce kalorické formě nabitě nasycenými tuky a jednoduchými cukry.

Dle Pokorného a Pánka (2002) stejně tak, jako ohrožuje zdraví podvýživa, škodí zdraví i nadváha a obezita.

Výživa je zajištění živin potřebných pro existenci organismu. Správná výživa je založena na současných vědeckých poznatcích, které podávají informaci o nezbytném příjmu určitého množství energie, živin a vody, o optimálním příjmu živin během dne i delšího časového období a o jejich poměru v jednotlivých jídlech. Důležitým faktorem není jen absolutní obsah živin v pokrmu, ale i jejich využitelnost v lidském organismu. Výživové potřeby záleží na věku, pohlaví, tělesné a duševní aktivitě a tělesném typu.

Fořt (2001) uvádí, že složení stravy má zásadní význam v kterémkoliv období života. Úprava stravy dokáže zapůsobit jako prostředek obrany před různými zdravotními problémy a přitom zamezí předčasnému stárnutí. Čím je člověk starší, tím paradoxně kvalitnější by měla být konzumovaná strava, a to už třeba proto, že přispěje k ochraně před vznikem onemocnění související s postupujícím věkem.

Pánek a Pokorný (2001) uvádí, že pro výživu člověka je nezbytné, aby v první řadě správně fungoval trávicí systém a orgány s ním související. Pokud orgány dobře fungují, organismus se lépe brání nemocem.

Müllerová (2003) uvádí, že nevyvážená strava, přejídání, nedostatečný pohyb, nepravidelný režim, to vše mohou být příčiny obezity. Obezita je opravdu rizikovým faktorem pro velké množství nemocí. Je jednoznačná souvislost mezi obezitou a celkovou úmrtností (mortalitou) obyvatel. Již děti a adolescenti s nadváhou mají více než 40x vyšší riziko rozvoje metabolických změn vedoucích ke kardiovaskulárním nemocem a cukrovce. Další nemoci, které ohrožují zdraví a

život již ve středním věku jsou hypertenze, cévní mozková příhoda a karcinom, a z nemocí, které se častěji objevují u obyvatelstva jsou alergie a astma.

Ve „vybraných kapitolách z Geriatrie“ od Holmerové (2002) je uvedeno, že mnohdy se lidé o správnou výživu nezajímají, ale správnou výživou se dá předejít mnoha nemocem a se zdravím souvisí i délka života.

1.2. Stáří

V sociologickém slovníku od Jandourka (2001) je vysvětlen pojem **stáří** následovně. „*Stáří (age)* můžeme definovat jako časový úsek, který uplynul od vzniku (narození) organismu (člověka). *Stáří* (jako poslední životní fáze) *old age*, fáze životního cyklu, která nastává většinou po skončení ekonomické činnosti a je doprovázena fyzickými a duševními změnami. Nedá se vymezit pouze věkem, protože individuální rozdíly mezi jedinci jsou velké.

Dle Gruberové (2000) je *Stáří* posledním ontogenetickým obdobím v životě člověka, které nese pečeť období předcházejících, odpovídá do značné míry stylu života, který člověk žil zejména ve středním věku, ve fázi dospělosti.

Dle WHO je doporučena 15 letá periodizace stáří:

- a) rané stáří 60-74 let;
- b) vlastní stáří 75-89 let;
- c) dlouhověkost 90 a více let.

V anglosaských zemích se stále ještě udržuje tato periodizace:

- a) mladí staří (young old) 65 – 74let;
- b) staří (old old) 75 – 84 let;
- c) velmi staří (very old) 85 a více let.

Existuje též dělení do pouhých dvou seniorských období:

- a) mladší stáří 60-75 let;

b) pokročilé stáří 75 a více let.

Stejně rozdělení jsem našla i v publikacích od Holmerové (2002), Gruberové (2000), Pacovského (1994), Krajčíka (2008), Haškovcové (1990), Sýkorová (2007)

Ve vybraných kapitolách ze sociální gerontologie (Zavázalová, 2001) je uvedeno, že z demografického hlediska je stáří obyvatelstva výsledkem procesu demografického stárnutí. Stárnutí a stáří nejsou pojmy totožné. Stárnutí je proces, všeobecný, stárne celá populace a zároveň individuální, stárne konkrétní jedinec. Lidé nestárnou stejně rychle. Dokonce jednotlivé orgány nestárnou souběžně (synchronně). Proto se setkáváme s četnými individuálními odchylkami, věk kalendářní nemusí odpovídat věku biologickému (fyziologickému). Rozeznáváme stáří kalendářní, biologické, psychické, sociální, demografické apod. Vysoký kalendářní věk nemusí ještě znamenat vysoký věk psychický či sociální.

Pacovský (1994) uvádí, že v praxi je jednou z nejdůležitějších charakteristik stárnutí a stáří, věk.

V knize Demografie nejen pro demografy (Kolektiv autorů 1993) je uvedeno, že věk je jedna ze dvou základních charakteristik každé populace (vedle pohlaví), a proto i základní dimenze demografické struktury a jeden z hlavních identifikačních znaků a výběrových a třídících kritérií sociologického výzkumu.

Gruberová (2000) uvádí, že věk je biologický proces, který je charakterizován tím, že je nezvratný a končí smrtí jedince. Tomuto období je nyní věnována velká pozornost v tzv. *preventivní geriatrici*. Na bázi vědeckých poznatků se vypracovávají celé systémy přípravy na stáří. Studium gerontologie má význam pro pochopení problematiky staré populace. To se stává stále více aktuální vzhledem ke zvyšujícímu se počtu starých lidí. K narůstání počtu starých lidí dochází zejména v průmyslově vyspělých zemích, ale i celosvětově.

Dle Holmerové (2002) z lékařského i demografického pohledu považujeme u nás za počátek stáří obvykle věk 65 let. Nejčastěji se vychází z kalendářního věku, který je daný datem narození.

Dle Gruberové (2000) je chronologické neboli kalendářní stáří vymezeno dosažením určitého věku.

V knize „Fenomén stáří“ od Haškovcové (1990), je kalendářní věk také limitem produkčního věku. Může, ale nemusí korespondovat s tzv. funkčním neboli skutečným věkem. Říká se, že každý člověk stárne jinak. To je samozřejmě pravda, i když je nutno zdůraznit a doplnit, často opomíjený dodatek, že každý stárne, a to stále, pouze rychlost procesu bývá různá a projevem jsou faktické modifikace.

To uvádí i Gruberová (2000), Haškovcová (1990), Krajčák (2008) a Pacovský (1994). Podle Bašteckého (1994), Kalvacha (1997) se s postupujícím věkem množí počty nemocných, protože člověk v průběhu svého života prodělává řadu nemocí, které na něm zanechávají stopy a eventuálně přetrvávají ve formě chronicity. Proto i pojem *zdraví* je ve stáří formulován rozdílně.

V Gerontopsychiatrii od Bašteckého (1994) je rozdělení chorob:

Choroby vyššího věku můžeme rozdělit do tří skupin:

- a) *choroby s přímým vztahem ke stáří* – do této kategorie se řadí choroby, které se vyskytují výhradně ve vysokém věku: senilní demence, verrucae senilit, keratona senile, apod. Dále sem řadíme choroby se speciálním průběhem ve stáří, např. tzv. stařecký diabetes, senilní emfyzém a choroby vystupňované stářím, např. stařecká osteoporóza.
- b) *choroby s částečným vztahem ke stáří* – např. ateroskleróza, hypertrofie prostaty.
- c) *choroby bez přímého vztahu ke stáří* – do této skupiny řadíme choroby, které přecházejí do vyššího věku ze středního.

Základními znaky chorob ve stáří jsou multimorbidita, zvláštnosti klinického obrazu a průběhu. Například starý člověk nepopisuje všechny chorobné příznaky, ale pouze část, ostatní bagatelizuje. Toto nazýváme: *fenomén ledovce*. Nemoci mají protražovaný průběh, netypické a vzdálené příznaky. Dále

je závažný tzv. *akcelerační fenomén*, kdy jakákoliv choroba může výrazně urychlit proces stárnutí.

Pacovský (1994) uvádí, že skutečnému funkčnímu potenciálu člověka odpovídá věk funkční, neboli skutečný. Velmi často není totožný s věkem kalendářním. Je dán souhrnem charakteristik biologických, psychologických a sociálních.

Biologický věk (biologické stáří) je důsledkem jednak geneticky řízeného programu biologického stárnutí, především involučních fyziologických dějů, celoživotním působením zevního prostředí, způsobem života a chorobnými situacemi.

1.2. Stárnutí

Stárnutí popisuje Hamilton (1999) ve své knize „Psychologie stárnutí“. Podle něho existuje celá řada způsobů, jak definovat stárnutí. Je například možno zaměřit se na charakteristiky vyzorované u starého člověka. Ty můžeme dělit na znaky, které lze přičíst událostem relativně vzdálených (např. ztráta pohyblivosti způsobená obrnou v dětství) – to jsou takzvané *vzdálené (distální) efekty stárnutí* a znaky, jež jsou důsledkem mnohem aktuálnějších dějů, jako je např. ztráta pohyblivosti způsobená zlomenou nohou – to jsou takzvané *časově blízké (proximální) efekty stárnutí*. Tyto charakteristiky lze také sledovat z hlediska pravděpodobnosti, že je sdílejí ostatní staří lidé.

Univerzální znaky stárnutí jsou takové znaky, které sdílejí všichni staří lidé (např. vrásčité kůže), zatímco *probabilistické znaky stárnutí* jsou pravděpodobné, ale nikoliv univerzální, jako např. artróza. Tyto termíny je možno srovnat s podobnými pojmy jako *primární stárnutí (tělesné změny stárnoucího organismu)* a *sekundární stárnutí* (změny, které se ve stáří objevují častěji, nejsou však doprovodným jevem).

Hartl (2000) v Psychologickém slovníku popisuje stárnutí takto:

„*Stárnutí* - involuce, je proces, který se projevuje změnami v průběhu času. Vliv věku jako jeden z prvních zkoumal již F. Galon kolem r. 1883, pod pojem stárnutí jsou nejčastěji zahrnovány změny chápané jako negativní, k nimž dochází po adolescenci.

Dle Holmerové (2002) *Stárnutí* probíhá u každého jinak, je to dáno výslednicí nejen involučních změn, ale také původního funkčního stavu (kostní dentista, stav svalstva), životního způsobu a podobně. Stárnutí je posledním přechodným obdobím v životě člověka a tedy možností, kdy lze aktivně ovlivnit kvalitu stáří. Rozlišuje se stárnutí biologické (senescing), psychologické (geronting), sociální (eldering).

Hartl (2000) i Pacovský (1994) popisuje stárnutí následovně:

„*Stárnutí biologické*“ - praktické poznatky o biologickém stárnutí mají praktický význam, lze je shrnout tímto způsobem:

- a) Zpomalení a oslabení většiny regulačních funkcí. Omezení rezerv. Snížení adaptačních schopností a odolností k zátěžím.
- b) Změna imunitních mechanismů, zvláště pak pokles imunity (včetně imunity protinádorové) a zvýšená tvorba autoprotilátek.
- c) Snížená tvorba nebo působení různých humorálních regulačních půsovců, včetně hormonů. Změněná citlivost receptorů.
- d) Zpomalení psychomotorického tempa a vedení vzruchů. Alterace v tvorbě a působení neurotransmitérů. Úbytek motoneuronů.
- e) Zhoršené vnímání tzv. zevními smysly (zrak, sluch, chuť, čich, hmat).
- f) Úbytek kostní hmoty.
- g) Involuce struktur a funkcí jednotlivých orgánů. Změna struktury obvykle předchází změně funkce.
- h) Snížený průtok krve důležitými orgány (mozek, srdeční sval, ledviny) a omezená schopnost jeho regulace.
- i) Omezená kapacita a rychlost energeticky náročných metabolických dějů.

Stárnutí (involuce) je provázeno úbytkem fyzické výkonnosti, zmenšenou adaptabilitou. V mezních zátěžích se projevuje již po třicítce, u každého jedince probíhá rozdílným tempem, i u jednotlivých funkcí. Existuje skupina schopností, které s věkem neklesají, jako např. znovupoznání, na rozdíl od reprodukce, znovuvybavení, dále skupiny schopností, které s věkem klesají jen málo, jako základní početní operace, i takové, u nichž je pokles dán jen fyziologickým omezením (učení se novým senzomotorickým dovednostem).

Schopnosti, které neklesají s věkem

Bez poklesu či s možností dalšího růstu s věkem jsou např. paměť na jednoduché materiály, profesní paměť, paměť pro tóny, slovní zásoba, všeobecná informovanost.

Schopnosti, které jen částečně klesají s věkem

S určitým poklesem motorická rychlost, senzomotorická koordinace, tradiční školní učivo, analogické usuzování.

Schopnosti, které s věkem klesají

S nejvýraznějším poklesem výbavnost nových materiálů, učení se symbolům, vštípnost čísel a bezsmyslných slabik, ale nejvýraznější je vliv fyziologických změn na rychlost učení, to se projevuje především u zrakové a sluchové výkonnosti, dále v pružnosti při přepojování pozornosti.

„Stárnutí psychologické“

Názory odborníků na přirozené psychické změny s přibývajícím věkem nejsou jednotné. K jejich poznání u nás přispěli zvláště psychologové Příhoda, Říčan, Srnec, Švancara, z psychiatrů Dobiáš, a Vondráček. Všichni shodně upozorňují na velké inter- a intraindividuální rozdíly.

Důležitá jsou především osobnost. Osobnost každého člověka je nutné posuzovat jako psychologický celek. Integrita osobnosti zůstává zachována,

obvykle se mění jen dílčí funkční schopnosti osobnosti, jako jsou poznávací schopnosti, vnímání, paměť, představy, myšlení. Intenzita osobnostních charakteristických rysů se snižuje, stejně tak i citové prožívání. Převládá touha po soukromí a pohodlí. Nejvíce znát jsou změny v zátěžových situacích, například při složitějším jednání. Bývá ochuzena fantazie a je nechuť řešit aktuální problémy. Proto starý člověk často působí dojmem bezradnosti. Bývají zároveň změny paměti a učení. Obtížně se vybavují některé názvy, jména, hůře se v paměti udrží nové poznatky, ožívují se však staré vzpomínky. Je nižší koncentrace pozornosti. Postupné oslabování psychických funkcí lze však do určité míry kompenzovat (zvýšená opatrnost, racionalizace činnosti, zpomalení tempa, větší volní úsilí, využití bohatých zkušeností. Ne všechny změny směřují k horšímu. Často se zvyšuje vytrvalost, zvláště v monotónní tělesné a duševní činnosti. Většinou se také stupňuje trpělivost a pochopení pro motivy jednání vrstevníků. Je větší stálost v názorech a vztazích.

„Stárnutí sociální“

H.J.Curtis (1966) definuje stárnutí jako rostoucí pravděpodobnost získat jednu z degenerativních chorob. Biochemické nálezy ukazují, že aktivita enzymu MAO, která odbourává biogenní aminy, roste s věkem, stárnoucímu se proto rychleji rozkládají suroviny pro psychickou energii a zvyšuje se riziko deprese

Pacovský (1994) uvádí, že od okamžiku, kdy si člověk uvědomuje, že stárne, začíná problém jeho reakce a adaptace na stáří. Průběh reakcí nelze dopředu odhadnout. U každého člověka je reakce jiná, rozhoduje komplex různých činitelů. Důležitý je průběh celé životní dráhy. Většinou ti, kteří byli v životě přizpůsobiví, mají zpravidla schopnost vytěžit ze zkušenosti svého předcházejícího života co nejvíce, když mají zvládat situace, s nimiž jsou ve stáří konfrontováni. Naopak lidé, kteří byli v mládí hůře přizpůsobiví, trpí špatnou adaptací i na vlastní stáří.

V knize „Perspektivy stárnutí“ od Grusse, se stále znovu objevuje otázka, jak by společnost a jednotlivci mohli přispět k vytvoření lepšího stáří. Bude

zapotřebí mnoha společenských změn, v jejichž důsledku bude společnost ke starým lidem vstřícnější, a tím jim poskytne víc příležitostí k dalšímu rozvoji. Celá situace je výrazně komplikována skutečností, že současně s tím, jak jedinec stárne, se celková populace zmenšuje.

Podle Pacovského (1994), každý stárnoucí a starý člověk je členem společenství. Společenství má přijímat stáří jako přirozenou realitu a starou subpopulaci jako svou nedílnou součást. Cílem je nikoliv segregace, ale integrace.

Dle Fořta (2008) je proces stárnutí sice neodvratitelný, nicméně současná gerontologie označuje z jedné strany stárnutí za nemoc! Argumentem je zřejmě úvaha, že člověk neumírá na stáří, ale na konkrétní onemocnění. V této souvislosti je třeba rozlišovat dvě strany mince – devastaci fyzickou a psychickou. Základním prostředkem prevence předčasného stárnutí a vzniku chronických civilizačních onemocnění je správný životní styl.

Pacovský (1994) uvádí, že zdraví ovlivňuje všechny aspekty života ve vyšším věku a ve stáří. Spoluurčuje kvalitu života, postavení starých lidí v rodině i ve společenském životě. Pokud není přítomna zjevná choroba nebo obtěžující symptom, považuje se sám geront za zdravého, je spokojen s kvalitou svého života a je soběstačný. V tom případě obecně ono klasické „senectus ipsa est morbus“ (již samo stáří je nemoc), neplatí. S přibývajícím věkem se však snižuje počet lidí, kteří jsou zdraví ve smyslu uvedené charakteristiky. V šedesáti je jich kolem 60 %, v 70 kolem 40 %, v 80 asi 20%. Tato čísla však jsou pouze orientační, nemocných je více, než kolik vyhledává lékařskou pomoc. Ve stáří mohou být různé stupně zdraví. Tzv. *pozitivní zdraví*, (super zdraví) se vyznačuje zvýšenou odolností, adaptabilitou, dobrými vyhlídkami na dlouhý život. Takovým modelem pozitivního zdraví jsou dlouhověcí lidé.

1.3 Dlouhověkost

Jandourek (2001) v Sociologickém slovníku definuje dlouhověkost (longevity) jako vysoký průměrný věk dosažený v okamžiku smrti, zpomalení rychlosti stárnutí. Prodloužení života jako společenský cíl. Ačkoliv se statisticky průměrný věk prodloužil (snížením kojenecké a dětské úmrtnosti), horní biologická hranice lidského života je v zásadě ve srovnání s minulostí nezměněna. Dlouhověkost je i nadprůměrný výskyt jedinců vysokého věku na určitém území. Protože se většinou jedná o nerozvinuté oblasti, dají se údaje o stáří pouze těžko ověřovat.

Podle Grusse (2009) od r. 1840 se střední délka života ve vyspělých průmyslových zemích neustále zvětšuje. V zemích s dosud nejvyšší průměrnou délkou života u žen došlo v posledních 160 letech k prudkému nárůstu průměrné dosažené délky života, a to téměř o tři měsíce za rok. V roce 1840 dosahovaly nejvyššího věku Švédky, a to s průměrnými 45 lety, dnes jsou na špici Japonky, s téměř 86 lety. Ženy se dožívají průměrně vyššího věku, ale i rekordní průměrné délky života u mužů v období od roku 1840 lineárně narůstaly, i když méně strmě, než tomu bylo u žen.

Střední délka života se nezvyšuje všude stejně rychle. Rychlost nárůstu není místně ani časově jednotná a fenomén prodlužování průměrné délky života není omezen pouze na vyspělé průmyslové země. Jak tedy vyplývá ze srovnání průměrné délky života v jednotlivých zemích, je očekávaná délka života v mnoha ohledech ovlivnitelná. Ale čím a jak? Jednotlivci se ptají, co mohou udělat, aby žili co nejdéle. Překvapivým závěrem epidemiologických a demografických studií prováděných po mnoho staletí je právě skutečnost, že dlouhověcí lidé mají pouze velmi málo společného, mají rozdílný původ, různé životní osudy, jiný způsob života, různou pracovní zátěž, a velmi rozmanité stravovací návyky. Předpoklady dlouhověkosti zatím neznáme. Studie s dvojčaty ukazuje, že dlouhověkost je geneticky podmíněná pouze z jedné čtvrtiny. V některých rodinách se vyskytuje mnoho prastarých lidí, ale jako obvykle se zde prolínají genetické vlohy a sdílený způsob rodinného života.

Podle Hartla (2000) i Kalvacha (1997) je dlouhověkost označení pokročilého věku, obvykle nad 90 let (někdy nad 85 let). Dlouhověcí tvoří jen nepatrný zlomek populace, ale jejich počet stoupá (zvyšování životní úrovně, snižování nároků životního prostředí na tělesnou zdatnost, medicínský pokrok). Jako index dlouhověkosti je označován poměr dlouhověkových ke všem osobám ve věku 60 a více let v dané populaci (90+/60+). věku Dlouhověkost je vyvrcholením tzv. úspěšného stárnutí.

Pacovský (1994) uvádí, jako dlouhověké označujeme osoby nad 90 let kalendářního tvoří asi 1 promile celkové populace. Je to nepochybně skupina selektovaná, u níž bylo dosaženo výhodné kombinace dědičných faktorů (existují tzv. dlouhověké rodiny) a vlivů prostředí. To zřejmě podmiňuje výhodný způsob reakcí a adaptací, takže dlouhověcí snadněji překonávají zátěže různého typu.

Dle Pacovského (1994) je délka života dána interakcí genotypu a faktorů zevního prostředí, v němž člověk žije. Dědičnost má polygenní (multifaktoriální) charakter a vliv otců a matek na délku dožití potomků je stejný. Zevních faktorů je nekonečná řada a působí různým mechanismem. Experti odhadují, že maximální potencionální (teoreticky možná) délka života je 120 – 130 let. Nebylo ale bezpečně prokázáno, že by se tohoto věku někdo dožil.

Mechanismy zodpovězené za pozoruhodné prodlužování průměrné délky života a za nárůst počtu letitých lidí jsou velmi mnohostranné, komplexní a samy o sobě podléhají změnám.

V současné době je známá řada geneticky podmíněných chorob, které jsou spojeny s předčasnou smrtí. Patří mezi ně např.

- *choroby tzv. hromadného výskytu* (diabetes mellitus, některé formy primární hypertenze, ateroskleróza, nádorová onemocnění - některé cytogenetické změny u nádorů a ve stáří jsou si velmi podobné, Alzheimerova choroba, obezita, atd.), vyznačují se polygenní dědičností a také spoluúčastí jiných patogenních mechanismů než jsou faktory výhradně genetické.

- *vrozené poruchy metabolismu.*

- *choroby vyznačující se změněným počtem chromosomů* (Downův syndrom, Turnerův syndrom, aj.).

1.4. Podpora zdraví

Dle Fořta (2001) v knize „Výživa pro dokonalou kondici a zdraví“ je uvedeno, že základním prostředkem ochrany před předčasným vznikem jakéhokoliv onemocnění je využití celého komplexu prostředků „aktivní osobní sebeobrany“, zahrnující výživu, který by odpovídal individualitě jejího konzumenta (věk, pohlaví, typ metabolismu, genetická zátěž) a zároveň by byl doplněn pravidelnou fyzickou aktivitou a psychickou relaxací.

Pacovský (1994) uvádí, že do procesu stárnutí zasahují negativně i různé množství. Mají povahu biologickou, chemickou nebo fyzikální. Dále nelze mechanismy zevního prostředí. Nepříznivě působících takových faktorů je velké zapomínat ani na činitele psychosociální, jako je např. chronický stres.

Z jedné strany jsou různé mechanismy, které negativně ovlivňují naše zdraví, na straně druhé se může každý podílet sám na podpoře svého zdraví. Pro pojem podpora a rozvoj zdraví má angličtina svůj elegantní název „health promotion“ a tento pojem byl definován Světovou zdravotnickou organizací v tzv. Ottawské chartě následujícím vcelku jednoduchým způsobem: „*Podpora zdraví je proces, který umožní lidem dohlížet na své zdraví a zlepšovat je*“. K tomu však (dle Ottawské charty a jiných dokumentů) mají být vytvořeny alespoň následující podmínky a předpoklady:

- podpora zdraví by měla být součástí veřejné politiky, všech významných dokumentů a opatření.
- prostředí, ve kterém člověk žije, by mělo usnadňovat podporu zdraví.
- podpora zdraví by měla být součástí komunitní politiky a praxe.
- lidé by měli mít možnost získávat informace a znalosti vedoucí ke zlepšení zdraví.
- zdravotnické služby by se měly více orientovat na podporu a rozvoj zdraví.

Holmerová (2002) uvádí, z výše uvedeného vyplývá, že podpora zdraví ve stáří neznamena pouze poradenství, jak žít zdravěji. Naopak zahrnuje široké spektrum činností, které mají starším lidem pomoci naplnit a využít jich

potenciál. Jedná se o pozitivní přístup zahrnující jak osobní rozvoj a umožnění zdravé volby, tak aktivity směřující k pozitivnímu ovlivnění životního prostředí, aby umožňovalo zdravější a lepší život a dále opatření k prevenci nemocí a optimalizaci terapie. Strategie podpory zdraví respektuje, že primární příčiny předčasné úmrtnosti a nemocnosti, kterým lze předcházet, jsou spojeny s nezdravým životním stylem a chováním. Na druhé straně lidé, kteří chtějí žít zdravěji s tím mohou mít problémy vlivem špatného zevního i sociálního prostředí.

Podpora zdraví na individuální úrovni zahrnuje zejména vzdělání a získání takových informací a znalostí, které umožní dobrá rozhodnutí pro zdraví. Na komunitní, regionální a národní úrovni se jedná o přijetí a vypracování přiměřených politických záměrů, struktur a podpůrných systémů. Klíčové determinanty zdraví (faktory, které podmiňují zdraví) se velmi často nacházejí mimo zdravotnický sektor (životní styl, životní prostředí). Aktivity mnoha sektorů, a to jak soukromé tak veřejnoprávní, mají proto samozřejmě vliv také na zdraví.

Podpora zdraví je uvedena i v publikacích od Grofové (2007), Fejfara (1987), Hauschka (1951) a Hejdy (1982). Zdůvodnění strategie podpory zdraví vychází z následujících faktů:

- zdraví je základním zdrojem pro kvalitní život,
- zdravý životní styl je spoluurčován prostředím, ve kterém člověk žije,
- životní styl je ovlivňován znalostmi o podpoře zdraví.

Cílem veškerých programů podpory zdraví:

- zlepšení zdraví a pohody,
- snížení nemocnosti,
- snížení incidence úrazů.

Přesvědčivé jsou také základní cíle podpory zdraví seniorů:

- zachování dobré kvality života, Dle Roslawského (2005) „Jak zůstat fit ve stáří“ je uvedeno, že oslabení psychofyzické obratnosti u starších lidí často není důsledkem samotného procesu stárnutí, nýbrž důsledkem sedavého způsobu života. Naopak vhodně zvolené pohybové aktivity zpomalují procesy stárnutí lidského organismu a zlepšují kvalitu života seniorů. Přesvědčit seniory o nutnosti změnit životní styl je těžké.

- zmírnění důsledků choroby a zdravotního postižení,
- zlepšení soběstačnosti,
- aktivní účast v životě celé společnosti.

Pokud budou starší lidé zdravější, budou moci společnosti více pomáhat a přinášet jí významné hodnoty. Zdravější staří lidé budou také čerpat méně prostředků na zajištění zdravotní a sociální péče. To jsou přesvědčivé argumenty nejen etické, ale i ekonomické.

Křivohlavý (2002), ve své publikaci „Psychologie nemoci“ uvádí, že ne každý vnímá, co se s ním děje, stejně. Nejvýrazněji je to vidět na vnímání bolesti. Tentýž fyzický podnět, který působí bolest, může jeden člověk vnímat jako nepatrnou bolest, avšak druhý člověk se může svíjet nesnesitelnou bolestí.

Křivohlavý (2002) uvádí, že lidé, u nichž se častěji objevují kardiovaskulární formy onemocnění, vykazovali příliš intenzivní zájem o práci (pro ně smysluplnou činnost) a díky tomu zapomínali na nejzákladnější podmínky udržování dobrého zdravotního stavu. Lidé s tímto zaměřením byli označeni jako „typ chování A“ – na rozdíl od lidí „typu chování B“, kteří se více zaměřují na udržování dobrého zdravotního stavu, např. tělesným cvičením, joggingem, sportem, pravidelnými procházkami, apod. U skupiny typu „B“ jsou včasněji objeveny příznaky onemocnění.

S tím vším souvisí i otázka, proč lidé chodí „pozdě“ k lékaři. Řada prací zkoumala, příčiny zdržení ve vztahu k návštěvě lékaře (Leventhal et al., 1993) a ukázalo se, že v pozadí stojí řada faktorů:

- a) Jedním je věk. Ukázalo se, že starším lidem trvá déle než lidem středního věku, nežli se dostaví se zjištěným příznakem k lékaři.

- b) Jinou skupinou, u níž bylo zjištěno povážlivé zdržení, byli lidé, kteří nebyli v pravidelném kontaktu se zdravotním systémem (lékařem, nemocnicí atd.).
- c) Zdržení bylo zjištěno i u lidí, kteří chodí k lékaři až po té, co je něco výrazně bolí, nadmíru trápí a pokud je to tak moc nebolí, netrápí, k lékaři zásadně nejdou.
- d) Zdržení bylo zjištěno i u lidí, kteří k tomu, aby něco udělali, potřebují být nuceni druhými lidmi (rozhodnou se tak něco udělat až pod tzv. sociálním tlakem).
- e) Později k lékaři chodí i lidé, kteří se bojí lékařů a zdravotnických zařízení a toho, co tam člověka čeká (injekce, operace, chirurgické zásahy, atd.).
- f) Pokud šlo o různé skupiny lidí, zjistilo se, že poměrně později chodí k lékaři lidé z nižších společenských skupin a lidé relativně chudí (bezdomovci atd.).
- g) Později přichází také k lékaři lidé, jejichž zdravotní návyky jsou chabé či problematické.

Ukázalo se však naopak (Křivohlavý, 2002), že častěji k lékaři přicházeli lidé, kteří měli velice výrazné příznaky, lidé, kteří měli pro danou nemoc charakteristické příznaky, i lidé, kteří již s podobným příznakem u lékaře byli a věděli, že daný příznak nutně potřebuje odborné lékařské ošetření.

Při těchto pracích (Leventhal, 1993) se však zjistilo, že zdržení při první návštěvě u lékaře není jediným a konečným projevem daného pacienta. Ukázalo se, že 25% těch pacientů, jimž byl vytčen pozdní příchod k lékaři s vážným onemocněním, přišlo pozdě i podruhé.

V knize Psychologie nemoci od Křivohlavého (2002) je popisován určitý vhled do toho, co se děje v duši pacienta, který se snaží zvládnout svou nemoc. To vše popisuje klinický psycholog, který musel sám bojovat s rakovinou. Po tomto boji označil deset nadějných kroků, které vyzoroval sám u sebe v procesu zvládnání.

1.4.1 Harmonizující pohyb

V knize „Nezačínajte stárnout“ od Dessaintové (1999) je uvedeno, čím jsme starší, tím je tělo méně pružné a silné. Pokud nejsme aktivní, mohou se objevit fyzické a psychosomatické nemoci, bolesti za krkem, v zádech, v nohou, problémy s krevním oběhem a s obezitou. Jestliže necvičíme, svaly se ztenčují a oslabují, hromadí se fyzické a psychické napětí a nakonec ztrácíme životní sílu. Z těla se stane těžkopádný cizinec, který nám překáží a občas je nesnesitelný. Jsme náchylní k nemocem.

Dle Roslawského (2005) „Jak zůstat fit ve stáří“ je uvedeno, že oslabení psychofyzické obratnosti u starších lidí často není důsledkem samotného procesu stárnutí, nýbrž důsledkem sedavého způsobu života. Naopak vhodně zvolené pohybové aktivity zpomalují procesy stárnutí lidského organismu a zlepšují kvalitu života seniorů. Přesvědčit seniory o nutnosti změnit životní styl je těžké. Velkou roli zde sehrává absence pohybových návyků a také přesvědčení, že oslabení těla a chronické nemoci jsou přirozeným jevem ve stáří a prakticky se s tím nedá nic dělat. Je známo, že odchod do důchodu se označuje jako „přechod na zasloužený odpočinek“, což vybízí k méně aktivnímu způsobu života.

Dle Maršálka (2006) se ukazuje, že sedavý způsob života u starších lidí je činitel podporující vznik a vývoj chronických nemocí vyskytujících se v tomto věku. Přestože fakta dokazují, že tělesný pohyb je nezbytný a zdravý životní styl ubrzdí proces stárnutí a udržuje fyzickou i duševní kondici, starší lidé je třeba obvykle ke cvičením přesvědčovat dlouhodobě a trpělivě. Velmi často se stává, že lidé, kteří se doma rozhodnou začít cvičit podle doporučení, poměrně brzy na cvičení rezignují a vracejí se ke starému způsobu života. Negativní roli někdy sehrává přemíra péče ze strany rodiny, kdy její členové brání starší osobě vykonávat běžné činnosti těch nejlehčích. Nejlepší výsledek zaručuje pohyb spojený se změnou životního stylu.

Holmerová (2002) uvádí, mezi nejčastější onemocnění ve stáří patří vedle onemocnění srdce a cév hned na druhém místě nemoci pohybového aparátu.

Nejčastějším onemocněním pohybového aparátu ve stáří je např. osteoporóza, polyartrotické postižení, degenerativní změny páteře. Léčba analgetiky je nedostatečná, tlumí pouze bolestivou složku. Onemocnění je charakterizováno bolestí, deformací a omezení hybnosti.

Podle Dessaintové (1999) lze bez ohledu na věk proces stárnutí zpomalit a jeho účinky do jisté míry omezit díky dobře připravenému programu tělesných aktivit a zdravé výživy. Štilce (2004) uvádí, že celoživotně prováděná tělesná cvičení oddálila fyziologický pokles výkonnosti ve stáří a snížila biologický věk.

Dle Dessaintové (1999) je klíčovým problémem chápání kvality života. Závisí především na hodnotové orientaci člověka, na jeho vnímání smyslu života a ochotě volit k jeho dosažení odpovídající nástroje. Potvrzuje se význam tělesných aktivit, které kladně ovlivňují zdraví, nezávislost jedince ve společnosti, pocit společenské efektivnosti, pozitivních emocí. V současné době je známa řada dlouhodobých sledování kladného vlivu pohybových činností na jedince s depresemi, pocity strachu a nedůvěry v sebe sama.

Dle Štilce (2004) je potvrzeno, že deprese se dnes nejčastěji vyskytují u lidí nad 60 let a ti své psychické problémy spíše skrývají.

Dessaintová (1999) uvádí že kromě toho, že cvičení má uklidňující efekt a zbavuje každodenního stresu, posiluje také svaly, zlepšuje koordinaci, rovnováhu a reflexy, modeluje postavu a zkvalitňuje kapacitu srdce a plic. Dokonce může přispět k tvorbě doplňkové sítě krevních kapilár, které by mohly v případě potřeby zmírnit účinky srdeční příhody. Tělesným cvičením se zmírňuje osteoporóza, vysoký tlak a cukrovka. Cvičení pomáhá předcházet některým druhům rakoviny: prsu, tračnicku, prostaty a plic. Přispívá k ochraně proti arterioskleróze, k ředění krve, snižování počtu astmatických záchvatů. Umožňuje nemocným vyvinout nadměrné fyzické a morální úsilí k tomu, aby nemoc přemohli nebo omezili její účinky na minimum. Čím je člověk v lepší fyzické formě, tím více kyslíku absorbuje a tím více krve srdce vypumpuje. Krev potom snadněji obíhá v žilách a když podáváme nějaký výkon, srdeční rytmus zůstává nízký. Kyslík má význam pro kvalitní paměť, duševní bystrost a celkově pro

zdraví. Kyslík také umožňuje spalování tuků a cukrů nahromaděných v organismu za účelem produkce potřebné energie. Naše fyzické možnosti jsou ostatně omezeny množstvím kyslíku, které srdce dokáže organismu dodat.

V knize „Cvičení pro seniory“ od Klepalové (2004) je uvedeno, že seniorem se může stát ale i člověk mnohem dříve, než odchází do důchodu. Záleží na životním stylu člověka a na jeho vůli, kam chce hranici „seniora“ posunout. Změny stáří se týkají celého těla, všech orgánů. První, čeho si můžeme všimnout, je ubývání svalové hmoty a svalové síly. Svaly jsou mohutný orgán v těle, který dokáže udržet páteř ve správném postavení, kloubní štěrbiny v přiměřené vzdálenosti. Proto zdravý člověk chodí rovně, všechny klouby pracují v plném rozsahu. První změnou, kterou si můžeme všimnout, je, že „člověk roste do země“. Chodí více shrbený, ramena se posunují k sobě a nahoru, hlava se předklání, záda se ohýbají, rozsah v kyčlích se zmenšuje, kyčle bolí, kolena se pokrčují, ztrácí se jistota při došlapu. Svou aktivitu si může i v těchto případech každý senior prodloužit, nebo alespoň udržet v určité míře pravidelným jednoduchým cvičením. V současné době je mnoho civilizačních chorob, kde první příčinou je duševní skleslost, stres, zátěž. Mnohé z těchto problémů se těžko odstraňují, ale pravidelným cvičením lze tyto potíže lépe zvládat a lépe snášet veškerou psychickou zátěž. Pohyb svalů je řízen nervovým systémem. Informace z nervových vláken jsou zpracovány v mozku, resp. v mozečku, který je orgánem estetického pohybu, má téměř jako první zpracovávat zrakové a sluchové vjemy. Proto má mnohem větší účinek cvičení při příjemné hudbě a v hezkém prostředí – třeba i v přírodě.

Dle Štilce (2004) je klíčovým problémem chápání kvality života. Závisí především na hodnotové orientaci člověka, na jeho vnímání smyslu života a ochotě volit k jeho dosažení odpovídajícího nástroje. Zdraví je vysokou hodnotou a nemoc vždy znamená zhoršení kvality života. Psychologickým problémem je neochota lidí preventivně se zabývat pohybovým programem pro udržení kvality života nebo oddálení nepříjemných involučních změn. Lidé spíše začnou s určitým druhem pohybu až na začátku zdravotních obtíží. Motivace a

ovlivňování starších jedinců k aktivnímu stylu života, jehož nezbytnou součástí jsou tělovýchovné aktivity, je úkol velmi obtížný a dlouhodobý. Touto závažnou problematikou se zabývají všechny ekonomicky vyspělé státy světa, jsou však úspěšné stále pouze částečně. Veškerý život se projevuje pohybem, který je vnímán jako symptom změn. Pohyb je základní potřebou každého živého tvora, včetně člověka, zvláště je-li uskutečňován s pozorností a spontánně. Pohybová cvičení mohou významně napomáhat ke změně postoje k sobě samotnému, především ke svému tělu. Prohloubením této vnímavosti získáme zkušenost, že právě pohyb může být zdrojem radosti a vnitřních prožitků obohacujících člověka. Vhodné formy pohybu pro seniory, které by splnily tyto náležitosti jsou zvláště pohyby pomalé vědomě, klidně a soustředěně prováděné. Jeden z významných faktorů, který aktivnímu přístupu k životu pomáhá bez ohledu na věk, je přiměřený tělesný pohyb. Člověk smysluplně žije a je relativně zdravý, když se dostatečně pohybuje, plně dýchá, žije v rytmu s přírodou, rozumně se vyživuje, má svěží a pozitivní smysl a udržuje dobré vztahy se světem.

1.4.2 Vliv výživy na kvalitu života

Kunová (2006) ve své knize „Zdravá výživa a hubnutí“ uvádí, že zatímco obecná informovanost o výživě stále narůstá, řada lidí má problém, jak uskutečnit zdravé změny v jídelníčku ve víru každodenního života.

Dle Dessaintové (1999) 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. Dobrá strava zajišťuje nezbytnou energii ke každodenním aktivitám, správnou činnost organismu dobré udržování a obnovu orgánů. Také je to výborný prostředek k tomu, jak zůstat mladý, pomalu zhubnout prodloužit si věk, odolávat nemocem a pečovat o sebe bez lékařského dohledu a bez léků. Mnoho mladých i starších lidí však význam stravy podceňuje. Někteří nejedí, jiní jedí příliš, někdy

ze vzteku nebo z frustrace. Oblíbené potraviny jsou příliš tučné, slané nebo sladké. Některé kombinace potravin brání adekvátnímu vstřebávání. Pro některé osoby není život něčím jiným než příjemným střídáním bohatých a dobře zapitých hostin. Pro jiné osoby je jídlo zase těžkou dřinou rychle odbytou na kraji stolu nebo ve stoje, přičemž se stihne i jiná práce. Tito lidé si nedávají záležet ani na tom, aby jídlo pořádně rozkousali, a vůbec se nepozastaví nad chutí toho, co v rychlosti zhltnou.

Pánek (2002) ve své knize „Základy výživy“ uvádí, že výživa je zajištění živin potřebných pro existenci organismu. Pojmu výživa se u nás často užívá také označení souboru jednotlivcem nebo skupinou osob přijímaných pokrmů a nápojů, tedy ve významu jako má slovo strava (dieta). Správná výživa je založena na současných vědeckých poznacích, které podávají informaci o nezbytném příjmu určitého množství energie, živin a vody o optimálním příjmu živin během dne i delšího časového období a o jejich poměru v jednotlivých jídlech. Důležitým faktorem není jen absolutní obsah živin v pokrmu, ale i jejich využitelnost v lidském organismu.

Podle Roslowskeho (2005) k nejdůležitějším znakům zdravého životního stylu patří: omezení spotřeby kuchyňské soli, zanechání kouření, podstatné omezení alkoholu, pravidelná strava, snížení tělesné váhy u obézních lidí, pravidelné tělesné aktivity různého druhu.

Podle Müllerové (2003) výživa jako vědecký obor je nesmírně rozsáhlá oblast, která by měla integrovat prověřená poznání v podoborech výroby a produkce potravin (složení potravy), hygieny výživy (zdravotní nezávadnost konkrétních potravin), nutriční epidemiologie (skladba konzumace potravin v populaci ve spojení se zdravotními problémy) a klinické výživy (vliv výživy na chorobné stavy jedince, léčebná výživa nemocných). Výživa jako vědecký obor nemůže být založena na subjektivních, dostatečně neprověřených údajích, přestože fakt, že každý z nás stravu konzumuje a má s ní své vlastní zkušenosti, dává mnoha lidem pocit, že je to dostatečná licence k udělování rad druhým.

V publikacích od Hejdy (1982), Haushka (1951) i Kunové (2006) se uvádí, jak zdravou výživou lze předcházet a zabránit vzniku a rozvoji epidemicky se vyskytujících metabolických chorob, mezi které řadíme obezitu, diabetes, aterosklerózu hypertenzi, některá nádorová onemocnění, tedy choroby, které významným způsobem zhoršují kvalitu a zkracují délku života svých nositelů. Česká republika ve srovnání s ostatními evropskými zeměmi patří, bohužel, k zemím s nejvyšším výskytem kardiovaskulárních a nádorových onemocnění, které jsou zároveň u nás nejčastějšími příčinami úmrtí. Jak kardiovaskulární nemoci, tak nádorová onemocnění mají souvislost se stravováním. Z nádorových onemocnění, vezmeme-li v úvahu obě pohlaví dohromady, se nejčastěji umírá v 17% na kolorektální karcinom (UZIS ČR2001, novotvary 1998). Z faktorů životního stylu se na jejich rozvoji s výjimkou novotvarů plic nejvíce podílí nesprávná výživa, fyzická inaktivita a z nich vyplývající obezita. Primární prevence, tj. předcházení těmto nemocem ještě před jejich zvykem, je jak z lidského, tak z ekonomického hlediska nejúčinnější řešení. K její aplikaci je ale třeba dvou základních předpokladů. Jedním je dosáhnout dobré znalosti a všeobecného povědomí národa o vztahu výživy a zmiňovaných nemocí. Druhým předpokladem je dobrá výživová politika státu, vycházející ze znalosti zdravotního stavu obyvatel a stavu spotřeby potravin, a tlak na výrobce potravin, který by lidem umožnil a usnadnil dostupnost zdravé volby potravin.

Dle Dessaintové (1999) sebelepší výživová politika a znalosti o správné výživě nejsou pro výživovou situaci přínosné, pokud se nepodaří přesvědčit nejširší kruhy obyvatelstva o jejich správnosti. To je základní podmínkou pro úspěšnou realizaci výživové politiky. Výchova ke správné výživě je proto velmi důležitou složkou úsilí o zlepšení stravování obyvatelstva.

Dle Grahama (2007) hraje výživa nezastupitelnou roli v prevenci a léčbě kardiovaskulárních onemocnění. Pestrá a energeticky vyvážená strava spolu s pravidelnou fyzickou aktivitou má významnou úlohu v zachování kardiovaskulárního zdraví.

Dle Dessaintové (1999) u mladých lidí mohou být stravovací výstřelky, půsty, nedostatky ve výživě a nepravidelná strava více nebo méně vyrovnávány vitalitou a rezervami organismu, ale u starších lidí tomu tak není. S přibývajícím věkem trávicí funkce ztrácejí na účinnosti a nedostatky ve výživě ovlivňují veškerou činnost organismu. Špatně vyvážená strava může způsobit různé potíže nebo už existující problémy zhoršit (pálení žáhy, trávicí potíže, nedostatek živin pro činnost svalů, nespavost, únavu, nadměrnou hladinu cholesterolu, cukrovku, srdeční a cévní onemocnění, obezitu nebo ubývání na váze).

V knize „Stáří jako životní šance“ od Kubíčkové (1988) je uvedeno, v souvislosti s výživou nesmí být opomíjený pitný režim. Pokud jde o pití, doporučují se bylinné čaje, čerstvá nebo v případě nutnosti převařená voda, sojová a žitná káva, do níž lze přidat pár zrněk pravé kávy .

Dle Pánka (2002), lidské tělo obsahuje v průměru 45 až 75% vody. Obsah vody závisí na několika faktorech: věku, dehydrataci organismu, pohlaví individuálních rozdílů. Se vzrůstajícím věkem se postupně dehydratují tkáňové proteiny a snižuje se obsah vody v extracelulárním prostoru (Pánek, 2002).

Podle Jarošové (2006) se ve stáří často vyskytuje dehydratace a její důsledky bývají vážné. Nejčastější příčinou dehydratace je snížený pocit žízně, strach z inkontinence při větším přísunu tekutin, poruchy mobility, psychické příčiny (pocit nepotřebnosti, deprese, sociální nejistota). Důsledky dehydratace se projeví nejčastěji na urologickém, trávicím a kardiopulmonálním systému. Projevuje se změnami fyzického stavu (neklid, apatie), bolestí hlavy, únavou, nestabilitou až pády . Mnoho seniorů nemá od určitého věku pocit žízně. Zároveň je mnoho seniorů, kteří nechtějí pít, jelikož mají obavy z častějšího nucení na močení a strach z inkontinence. Senioři jsou více ohroženi dehydratací, než lidé středního věku.

1.4.3 Onemocnění související se životním stylem

Podle Fořta (2001) většina lidí onemocní vlastní vinou, protože zanedbává prevenci a podceňuje negativní vliv nevhodného životního stylu, stresu, dědičných dispozic a špatného životního prostředí či rizikových pracovních podmínek.

Je nutné začít se starat o svoje zdraví včas, jinak se o něj budou muset starat lékaři. Za zdraví si odpovídáme sami, přesto jeho poškození není vždy pouze vlastní vina. Až příliš často je to důsledek negativního působení civilizačních faktorů. Nejvíce lidí umírá na oběhová onemocnění a na rakovinu, mezi nejčastěji se vyskytující civilizační onemocnění řadíme osteoporózu, diabetes druhého typu, onemocnění periferních cév a oběhová onemocnění, deprese.

Hypertenze

Podle Leibolda (2002) zvýšený krevní tlak (hypertenze) je jednou z nejčastějších civilizačních chorob a zároveň jedním z nejdůležitějších rizikových faktorů některých závažných nemocí srdečně-cévního systému, jako je tepenná skleróza, srdeční infarkt a mozková mrtvice. Přibližně každý pátý občan naší země, kterému je více než 40 let, má zvýšený krevní tlak.

Za arteriální hypertenzi označujeme opakované zvýšení TK > 140/90 mm Hg naměřené minimálně při dvou návštěvách. I v rozmezí normotenze jsou hodnoty dále stratifikovány a podle TK rozlišujeme i hypertenzi. Organové změny bez výraznější poruchy funkce charakterizující hypertenzi II. Stadia se označují jako poškození cílových orgánů. (Diabetes mellitus a komplikace a přidružené onemocnění – Rybka) Více než polovina postižených o své nemoci neví. Zvýšený krevní tlak probíhá dlouhou dobu bez příznaků nebo jen s mírnými a necharakteristickými obtížemi, které jsou často brány na lehkou váhu. Když se pak hypertenze zjistí, bývá již často přítomno poškození srdce a cév v takovém rozsahu, že již není možné vyléčit. Takovým trvalým následkům lze zabránit jen tehdy, jestliže se

hypertenze zjistí co nejdříve a jestliže je cílevědomě léčena, někdy i po celý život. To předpokládá pravidelné kontroly krevního tlaku. Léčení zvýšeného krevního tlaku bývá často obtížné a zdouhavé. Užívání léků při vysokém krevním tlaku však často není zdaleka to nejdůležitější. Je často v souvislosti s chybnou výživou a životosprávou a s duševně –nervovými vlivy. Proto musí nemocný sám aktivně při léčení spolupracovat tím, že postupně vyřadí všechna rizika. To samo mnohdy postačí k tomu, aby se krevní tlak na dlouhou dobu normalizoval, vždy to však alespoň podpoří ostatní léčebné metody.

V Lékařském repetitoriu od Horkého (2003) je uvedeno, že arteriální hypertenze u dospělého jedince je onemocnění charakterizované opakovaně naměřenými hodnotami TK vyššími než nebo rovnajícími se 140/90 mm Hg.

Pokud jde o percepci, změn v krevním tlaku, Křivohlavý (2002) odkazuje na (Baumannna a Levennthala (1985), kde se ukázalo, že naše vnímavost není na výši. To je též asi příčinou falešné představy mnohých lidí, která říká, že hypertenzi necítí.

U hypertenze se rozlišují s ohledem na její časový průběh tři stádia:

I. stadium – jedinou zjistitelnou známkou esenciální hypertenze je zvýšený krevní tlak

II. stadium – je možné pozorovat změny na EKG a RTG hrudníku (zbytnění levé srdeční komory), změny na očním pozadí, v moči mírná proteinurie, atp.

III. stadium – srdeční selhávání, dušnost, výrazné změny na sítnici, postižení mozkových cév přechodnými mozkovými příhodami, případně tzv. mozkovou mrtvicí(mozkovou cévní příhodou).

Křivohlavý (2002) uvádí, v etiopatogenezi esenciální hypertenze rozeznáváme celou řadu tzv. rizikových faktorů, do kterých se počítají:

a) vrozené faktory – např. projevující se v rodinné historii kardiovaskulárních onemocnění.

b) Obezita – esenciální hypertenze je u obézních osob třikrát častější nežli u lidí s normální hmotností. Ukazuje se též že pokles hmotnosti bývá provázen poklesem tlaku.

- c) Pravidelná konzumace vyšších dávek alkoholu.
- d) Vyšší obsah natria ve výživě (vyšší příjem kuchyňské soli).
- e) Zvýšená aktivita sympatoadrenální.
- f) Soubor psychosociálních faktorů.

Tyto rizikové faktory nepůsobí na sobě nezávisle, ale naopak existuje mezi nimi složitá forma interakce.

Od tzv. *esenciální hypertenze* je třeba odlišovat tzv. *sekundární hypertenzi*. Dle Křivohlavého (2002) je vyvolána celou řadou příčin – jako je onemocnění ledvin, některými endokrinními poruchami atp.

Dle Leibolda (2002) *Sekundární hypertenze* jsou pouze symptomem jiných primárních onemocnění: endokrinních, renálních, cévních a dalších. Prevalence hypertenze v dospělé populaci je 25-30% a zvyšuje se s věkem. Přitom 95% tvoří esenciální hypertenze a jen 5% připadá na hypertenze sekundární.

Podle Křivohlavého (2002) z celkového souboru pacientů trpících hypertenzí tvoří pacienti se sekundární hypertenzí jen nepatrnou část – asi 5 – 6%. *Renální hypertenze* je nejčastější formou sekundární hypertenze. Prevalence renální hypertenze stoupá s věkem, s dobou trvání neuropatie a s poklesem funkce ledvin.

Leibold (2002) uvádí, že choroby ledvin mohou stát na počátku renální hypertenze, ale mohou se též objevit v průběhu hypertenze, která vznikla dříve, nezávisle na ledvinách.

V Lékařském repertoriu od Horkého (2003) je uvedeno, že *Hypertenze při diabetu* se vyskytuje asi 1,5 – 2x častěji u diabetiků než u nediabetické populace. Diabetes 2. typu a hypertenze jsou provázeny inzulinovou rezistencí. Diabetes mellitus 1. typu je provázen výskytem hypertenze.

Hypertenze je častým společníkem diabetu postihuje asi 60 – 80% diabetiků (v případě mikroalbuminurie až 90%). Urychluje vývoj mikrovaskulárních komplikací cukrovky, zejména diabetické nefropatie a retinopatie. Prevalence hypertenze stoupá s věkem a ve všech věkových

skupinách u dospělých se při diabetes mellitus vyskytuje 2 – 3x častěji, než u osob s normální látkovou výměnou. Hypertenze u diabetu 1. typu je většinou spojena s rozvojem diabetické neuropatie, která pak zhoršuje i hypertenzi.

Dle Štochlové (2007) je hypertenze i součástí diabetu. U diabetu II. typu je součástí fenotypicky heterogenního syndromu inzulínové rezistence

Podle Hoffmana (1997) je vysoký krevní tlak je největším rizikovým faktorem vedoucím ke vzniku onemocnění koronárních tepen a k infarktu nebo mrtvici. U žen vede ke třem z pěti infarktů a zvyšuje možnosti vzniku ledvinových onemocnění a slepoty.

Kardiovaskulární nemoci

V publikaci Meryna, Metky a Kindela (2004) jsou kardiovaskulární nemoci charakterizovány jako nemoci srdce a cév, zahrnující chorobu srdeční, poruchy srdečního rytmu, jako je např. tzv. fibrilace síní, ischemickou chorobu dolních končetin, nemoci cév zásobující mozek. Jejich poškození arterosklerózou je příčinou vysokého rizika mozkové mrtvice u obézních nemocných. Kardiovaskulární nemoci jsou nejčastější příčinou úmrtí v České republice a v celém západním světě.

Dle Křivohlavého (2002) patří kardiovaskulární onemocnění k nejčastějším diagnostickým údajům, a to u nás i v celém západním světě. Do této skupiny onemocnění se počítají jednak onemocnění srdce, jednak nemoci krevního oběhu (např. náhlé příhody mozkové – tzv. mozkové mrtvice, trombózy atp.) Na rozdíl od jiných onemocnění (např. infekčních, kde onemocnění způsobují viry, bakterie), tyto nemoci úzce souvisejí s životním stylem.

Kynychová (2007) uvádí, že ve většině případů je jejich příčinou ateroskleróza. Dochází k ní v důsledku ukládání cholesterolu formou lipoproteinů do stěny tepen, které se tím postupně zužují. Pokud se výrazně zúží až uzavřou věnčité tepny, rozvine se koronární (ischemická) srdeční choroba se všemi důsledky, jako jsou arytmie, angina pectoris nebo srdeční infarkt.

V Lékařském Repetitoriu (Horký, 2003) jsou uvedeny rizikové faktory kardiovaskulárních chorob jako souvisejí s vrozenými předpoklady, ale do značné míry též s výživou a životním stylem. Patří sem dyslipidemie (hypercholesterolemie, hypertriacylglycerolemie), vysoký krevní tlak (hypertenze), kouření, diabetes mellitus, genetické dispozice a další.

Infarkt myokardu akutní

Staněk (1986) v knize „Infarkt myokardu“ uvádí, že obvykle přichází znenadání, bez jakéhokoliv varování. Je označován jako náhlá srdeční příhoda.

V lékařském Repetitoriu od Horkého (2003) je uvedena jako ischemická nekróza srdečního svalu, která vzniká při trvalém nebo dočasném uzávěru věnčité tepny zásobující příslušnou oblast. Podkladem uzávěru je trombotická okluze, která nasedá na ateromový plát, jenž nemusel významněji zužovat průsvitné tepny. Tento plát praská a na obnaženém povrchu vzniká nejprve bílý neokludující destičkový trombus, který zpravidla progreduje do obrazu červeného okludujícího trombu. Buněčná smrt se vyvíjí již po 20 minutách.

Dle Staňka (1986) ischemická choroba srdeční vytváří řadu klinických obrazů, které se vzájemně prolínají a mohou přecházet jeden v druhý. Akutní formy mohou být první manifestní choroby, anebo vznikají u nemocných, kteří již trpí chronickými formami onemocnění. Mezi akutní formy ICHS řadíme především skutný infarkt myokardu, dále náhlou koronární smrt a nestabilní angínu pectoris.

Akutní infarkt myokardu laterární

Podle Horkého (2003) akutní infarkt boční stěny vzniká při uzávěru některé z větších marginálních větví levé věnčité tepny. Druhou možností je uzávěr diagonální. Nekróza postihuje boční stěnu, objem nekrotické tkáně nebývá velký a nevznikají žádné převodní poruchy.

Akutní infarkt spodní stěny Q-typu

Horký (2003) uvádí, že nekróza spodní nebo též diafragmatické stěny levé komory vzniká při uzávěru pravé věnčité tepny. Při nejčastější variantě cévního zásobení nebývá objem nekrózy velký. Nekrózou je postižena často též horní a zadní část mezikomorového septa a zhruba ve 20 % je postižena i stěna pravé komory, která k této části mezikomorového septa přiléhá. Nebezpečím je postižení zadního papilárního svalu se vznikem mitrální insuficience nebo ruptury svalu. Na rozdíl od infarktu přední stěny není tak velké riziko vzniku srdeční slabosti, ale jsou časté vagové reakce a poruchy síňo-komorového převodu. Vagová reakce se vyskytuje během první hodiny po vzniku infarktu spodní stěny u většiny nemocných a u některých nemocných bradykardie s hypotenzí přetrvává i řadu hodin. Příhoda vzniká při úplném a náhlém uzávěru ramus interventricularis anterior levé věnčité tepny. Velikost nekrózy, funkční postižení, výskyt komplikací a úmrtnost jsou u této lokalizace srdečního infarktu nejméně 2x vyšší, nežli u jiných lokalizací.

Dle Horkého (2003) větší nekróza se hojí jizvou, která v této lokalizaci vytváří často srdeční aneurysma. Toto ložiskové vyklenutí plošné jizvy, která vykazuje v systole paradoxní pohyb, může být zdrojem embolizací z nástěnné trombózy, arytmií, srdeční dilatace a srdeční slabosti.

Akutní infarkt myokardu – non –Q-typ

Podle Kynychové (2007), ale i Fejfara (1987) Non-Q-infarkt myokardu vzniká stejným mechanismem jako Q-infarkt. Nevznikají nové Q-kmity, což může být dáno jednak dříve změněným elektrokardiogramem, jednak menším rozsahem nekrózy. Infarkt non-Q-typu stanovíme retrospektivně podle vzestupu kardiospecifických enzymů. Do znalosti hladiny enzymů nelze rozhodnout mezi kategorií nestabilní anginy pectoris anebo non-Q-infarktu.

Závažnost stavu spočívá v tom, že u části nemocných progreduje obraz do transmurální ischémie a infarktu Q-typu. Prognóza závisí na funkci levé komory a stavu koronárních tepen. Obecně platí, že nemocný s prvním non-infarktem, který neprogredoval během hospitalizace do obrazu Q-infarktu, má dobrou prognózu.

Angina pectoris

Dle Kynychové (2007) u anginy pectoris bývají tepny pouze zúžené, ale k úplnému ucpání nedochází. Obvykle se objevují příznaky ukazující na zúžení některé koronární tepny. Tyto příznaky, zvané angina pectoris, se vyskytují při námaze. Podobají se příznakům infarktu, ale netrvají tak dlouho. Bolesti při angině pectoris znamenají, že při tělesné námaze srdci schází kyslík.

Podle Horkého (2003) základním patologickým substrátem pro vznik anginy pectoris je koronární ateroskleróza. Pro vznik anginy pectoris je nutné, aby ateroskleróza dosáhla takového stupně, že alespoň jedna velká epikardiální koronární tepna má zúžené lumen o více než 50 % původního průsvitu. Na zužující aterosklerotický plát může nasednou nástěnná trombóza, která dále úží lumen tepny. Přechodné zúžení může být též vyvoláno spasmem postihujícím ateroskleroticky změněný segment. Stabilní angina pectoris je způsobena chronickou aterosklerotickou stenózou, která vede ke snížení koronární rezervy.

Danchin (2006) uvádí, že nestabilní angina pectoris je způsobena erozí či exulcelací aterosklerotického plátu s nasedající nástěnnou koronární trombózou, která neokluduje tepnu úplně nebo ji okluduje přechodně na několik minut. Často se přidružují i koronární spasmy. Intrakoronární tromby jsou u nestabilní anginy pectoris velmi dynamické a fragilní a mohou spontánně či vlivem léčby vymizet, nebo mohou progredovat do úplně kludující koronární trombózy – tedy do Q-infarktu myokardu.

Arytmie

Podle Horkého (2003) je pojem arytmie souhrnný název pro poruchy srdečního rytmu různých forem, hemodynamické a prognostické závažnosti. Arytmie mohou být přechodné (záchvatovité), nebo trvalé.

Špinar (2007) uvádí, při arytmiích může dojít ke zpomalení srdečního rytmu (bradykardie), ale i ke zrychlení srdečního rytmu (tachykardie). Projevy arytmií jsou velmi rozmanité a bohužel ty nejzávažnější se někdy mohou projevit až náhlým úmrtím nemocného.

Podle Touška (1994) se trvalé arytmie snadno dají zjistit ze záznamu na EKG. Arytmie nepravidelné je třeba zjišťovat pomocí dlouhodobého EKG, nejčastěji jde o tzv. *Holterovo monitorování*. Principem této metody je dlouhodobé, obvykle 24 hodinové elektrokardiografické monitorování pacienta při jeho běžném každodenním režimu. Pacient má na svém těle napojen miniaturní EKG přístroj s magnetickým záznamem EKG křivky. Arytmie se mohou projevovat různými symptomy, které jsou podmíněny hemodynamickou závažností srdečního rytmu.

Brydyarytmie se obvykle projevuje zvýšenou únavností, menší výkonností, závratěmi a při výskytu pauz v trvání několika sekund i krátkodobou poruchou vědomí (synkopou).

Tachyarytmie jsou provázeny pocitem bušení srdce (palpitace), či nepravidelného rychlého pulsu a komplexem příznaků ze sníženého minutového výdeje.

Horký (2003) uvádí, že v léčbě chronických či recidivujících bradyarytmií je suverénní metodou trvalá elektrická kardiostimulace. V léčbě řady tachykardií lze již v současné době docílit úspěšného výsledku též nefarmakologickými postupy – katetrizační či chirurgickou ablací nebo implantabilními kardiovertery – defibrilátory. V řadě případů lze farmakologickou a nefarmakologickou léčbu kombinovat jako tzv. hybridní terapii.

Ateroskleróza

Podle Hoffmana (2000) v publikaci „Zdravé srdce“ je *Ateroskleróza* onemocnění artérií tepen, jež je charakterizováno hromaděním tukových zásob na vnitřní stěně tepen. Přítomnost tukových usazenin neboli plaku vede ke ztrátě důležité charakteristiky tepen, a to jejich elasticity. Rovněž dojde k jejich zúžení. To je příčinou, proč nakonec životně důležité orgány nemají dostatečný přísun krve. Krevní sraženiny mohou v takto zúžených tepnách přivádějící krev k srdci uvíznout, a tak způsobit infarkt. Nebo mohou uvíznout v mozkové tepně a způsobit mrtvici .

Aterosklerózou se zabývají i publikace od Hejdy (1982), Čertíka (2003), Danchina (2006). Ateroskleróza postihuje obvykle všechny cévy v organismu, ale na některých místech organismu mohou být změny cév výraznější a z funkčního hlediska pro člověka závažnější. Vedle aterosklerózy věnicových tepen je velice závažná též ateroskleróza mozkových a ledvinových cév, vedoucí k mozkovým příhodám (mrtvici, hypertenzi nebo vleklému selhávání ledvin. Neméně závažné jsou projevy na cévách dolních končetin, vedoucí nezřídka až k nutnosti amputace postižené končetiny.

Toušek (1994) uvádí, ateroskleróza je proces, který začíná v průběhu lidského života již od mladého věku a postupně progreduje ve stáří. Je tedy jedním z faktorů, které se podílejí na stárnutí organismu. U některých jedinců však dochází k předčasné a nadměrné ateroskleróze, kterou již nemůžeme pokládat za přirozený proces stárnutí .

Podle Staňka (1986) se při vzniku aterosklerózy uplatňují dvě základní příčiny: zvýšená hladina krevních lipidů a intimální mikrotraumata. Těžká koronární ateroskleróza a ateroskleróza vůbec je onemocnění, v jehož etiologii má primární význam porušený lipidový metabolismus a dále faktory poškozující cévní stěnu, především hypertenze a kouření tabáku. Dnes je k dispozici množství evidence o tom, že přemíra tuku v potravě vede k nadměrnému ukládání cholesterolu a jeho esterů do cévní stěny. Souvislostí cholesterolu a zdraví se

zabývají publikace Hauschka (1951), Kunové (2006), Hejdy (1982), Staňka (1986).

Cholesterol je součástí tuků, které jsou nezbytnou složkou všech živých buněk. V buňkách slouží tuky jednak jako zásobní zdroj energie a jednak jako chemická kostra biologických membrán. Tuky přijímané potravou jsou vstřebávány v tenkém střevě za pomoci žluči a enzymů produkovaných slinivkou břišní. Přenos tuků z míst vstřebávání nebo z míst vzniku a ukládání k jednotlivým buňkám probíhá výhradně ve spojení s bílkovinou, která slouží jako přenašeč – tzv. bílkovinný nosič. Vznikají tak velkomolekulární komplexy, již zmíněné lipoproteidy, které jsou transportovány krevní cestou nebo cestou mízních cév.

Diabetes mellitus

Pod tímto označením se skrývá několik skupin diabetu. Dříve zařazovaných jako sekundární diabetes.

Dle Horkého (2003) je *Diabetes mellitus 1. typu* – což je metabolická porucha charakterizovaná hyperglykemií a glykosurií při absolutním nedostatku endogenního inzulínu. Diabetes mellitus, jako onemocnění a komplikace jsou podrobně rozebírány kromě Horkého (2003) a jeho Repetitoria i v publikacích od Svačiny (2007), Vondrové (1999), Lebla (2004) a Kubáta(2001). Diabetes mellitus 1. typu onemocnění charakteristické různě rychle probíhajícím zánětem B-buněk, který vede k absolutnímu nedostatku inzulínu, což podmiňuje nutnost jeho substituce. Rybka (2003) -Diabetes mellitus – komplikace a přidružená onemocnění. Specifická prevence pro toto onemocnění neexistuje, významná je prevence komplikací. *Diabetes mellitus 2. typu* – je porucha metabolismu glycidů spojená často s řadou dalších metabolických odchylek při rezistenci periferních tkání na inzulín a relativním nedostatku inzulínu. K inzulínové rezistenci dochází nejčastěji v souvislosti s obezitou v důsledku nadměrného přívodu energetických substrátů v potravě. Nadměrná sekrece

bazálního i stimulovaného inzulínu je typická pro obezitu . Na etiopatogenezi obou typů se podílejí jak faktory genetické, tak faktory zevního prostředí. Odlišná dědičnost, rozdílný klinický průběh a různé riziko chronických komplikací nás nutí přesněji klasifikovat diabetický syndrom – hyperglykemie jako důsledek různých příčin, které vedou k symptomům diabetu.

Dle Touška (1994) je jednoznačně prokázáno, že cukrovka nejen zhoršuje tradiční rizikové faktory ischemické choroby srdeční, ale pravděpodobně je i samostatným a nezávislým rizikovým faktorem srdečního infarktu. Vlastním mechanismem je pravděpodobně zvýšená tendence k trombózám a předpokládá se i možnost přímého poškození srdečního svalu. (diabetická kardiomyopatie). Dobrá léčba cukrovky je vysoce žádoucí, neboť oddálí vlastní komplikace diabetu (poškození očí, ledvin, periferních cév a nervů. Dobrá léčba cukrovky je žádoucí i při výskytu aterosklerózy v jiných lokalizacích než na srdci – dolní končetiny, mozek, ledviny atd. Nejčastějším problémem je snížení renálních funkcí až akutní selhání ledvin. Důležitým úkolem je vyloučit, že proteinurie není způsobena jiným onemocněním ledvin. Hlavním cílem primární prevence je zabránění vzniku mikroalbuminurie. Význam těsně metabolické kompenzace i ostatních opatření je jednoznačně prospěšný. Cílem léčby chronické renální insuficience je zpomalení rychlosti poklesu funkce ledvin a rozvoje dalších sekundárních komplikací. Léčebná opatření se shodují s obecnými principy léčby bez ohledu na etiologii. Jedním z opatření konzervativní léčby je chronické renální insuficience korekce acidózy.

Diabetická neuropatie (Toušek 1994) je nejčastější chronickou komplikací diabetu a také častým důvodem potíží nemocných cukrovkou. Je přítomna v 5 – 10% již při diagnóze diabetu, asi po deseti letech se vyskytuje již u 40 – 90% diabetiků. Diabetická neuropatie se závažně podílí na etiopatogenezi diabetické nohy a autonomní neuropatie se významně podílí na bolesti diabetiků. Diabetickou neuropatii můžeme také klasifikovat na podkladě převažujícího typu postižených nervových vláken.

Syndrom diabetické nohy (Toušek 1994) je jednou z nejzávažnějších komplikací diabetu a je hlavní příčinou komplikací. Počet amputací u diabetiků je 15x vyšší než u pacientů bez diabetu a 40-70% všech amputací dolních končetin je prováděno u diabetiků. Syndrom diabetické nohy tak významně ovlivňuje jak morbiditu, tak mortalitu nemocných diabetem.

Syndrom diabetické nohy je podle WHO definován nejen jako ulcerace, ale také jako destrukce hlubokých tkání nohy spojená s neuropatií, angiopatií a infekcí. Podle této definice jsou k syndromu diabetické nohy zařazováni také pacienti s Charcotovou osteoartropatií. Do syndromu diabetické nohy řadíme i stavy po amputacích na dolních končetinách a diagnózu vzhledem k velké tendenci k recidivám považujeme za „celoživotní“. Hlavními patogenetickými faktory k rozvoji syndromu diabetické nohy jsou diabetická neuropatie, především distální symetrická polyneuropatie. Kritickým činitelem je vždy přítomná infekce. Vyvolávajícími příčinami, které vedou ke vzniku ulcerací, bývají při již přítomné senzomotorické neuropatii traumata (nevhodná obuv, chůze naboso, pády, úrazy, předměty uvnitř obuvi, poruchy pohyblivosti kloubů, edémy.

Klinicky dělíme diabetickou nohu podle hlavní příčiny na: neuropatickou, angiopatickou, neuroischemickou.

Somatická neuropatie se projevuje pálivými, řezavými a palčivými bolestmi nohou distálních partií bérců, častěji jsou bolesti v klidu.

Hypercholesterolemie (Toušek 1994) je jedním z nejlépe popsáných rizikových faktorů progresu diabetické neuropatie. Zvýšené hladiny cholesterolu a triglyceridů jsou u diabetiků I. typu spojeny se zvýšeným rizikem ischemické choroby srdeční. Předpokladem úspěchů jsou dietní opatření.

Akutní srdeční selhání (Toušek 1994) u diabetiků bývá v průběhu těchto onemocnění komplikováno zhoršením kompenzace diabetu, u nediabetiků bývá často zjišťována hyperglykemie. Všechny akutní kardiální příhody u diabetiků mají komplikovanější průběh a horší prognózu. Prevence kardiovaskulárních onemocnění u diabetiků má zahrnovat snahu o těsnou kompenzaci diabetu, i když se nelze, jak tomu bylo dříve soustředit jen na léčbu poruchy glykoregulace.

Terapii diabetiků je nutno pojímat jako komplexní metabolickou poruchu. Jen komplexní, dostatečně agresivní terapií všech rozokových faktorů s cílem maximálního prospěchu a minimálního rizika pro daného jedince lze přiblížit mortalitu diabetické populace na kardiovaskulární nemoci populaci nediabetické.

Obezita a diabetes mellitus (Toušek, 1994) je závažné onemocnění, jehož komplikace výrazně zkracují délku života. Pacientů s diabetes mellitus. Prevalence obézních diabetiků a obézních vůbec v posledních desetiletích výrazně stoupá. Klíčovým faktorem pro rozvoj obezity se jeví nerovnováha mezi příjmem a výdejem energie, přičemž podíl genetických faktorů se uplatňuje především na různých úrovních regulačních a metabolických procesů.

Obezita je onemocnění charakterizované zvýšeným nahromaděním tukové tkáně. Množství tuku tvoří u mužů nad 25%, u žen nad 30 % celkové tělesné hmotnosti. Nadváhou nebo obezitou trpí 80 -90% nemocných DM2T. DM II. typu je tedy silně spojen s nadváhou. Podle aktuálních průzkumů se vyskytuje u české dospělé populace v 17% a dalších 35% má nadváhu. Obezita je multifaktoriální onemocnění se silnou genetickou komponentou, pro kterou svědčí jak familiární výskyt, tak konkordance v tělesném složení.

Diabetická retinopatie (Toušek 1994) - je onemocnění , které postihuje cévy sítnice u pacientů s diabetem. Jde o typickou mikrovaskulární komplikaci diabetu, která vzniká na podkladě specifických morfologických změn, jež jsou důsledkem metabolické poruchy u diabetického syndromu. Je tedy typickou mikrovaskulární komplikací jak u diabetu I., tak i II. Typu. Diabetická retinopatie je v současnosti nejčastější příčinou slepoty i v západních zemích. Velice důležité je nejen vyhledávání , včasná léčba a kompenzace nemocných. Diabetes mellitus nelze v současné době úplně vyléčit, ale lze ho léčbou stabilizovat.

IKTUS

Dle Horkého (2003) je iktus klinický syndrom, který je charakterizovaný rychlým rozvojem klinických příznaků ložiskových nebo globálních, trvají déle než 24

hodin (či vedou k úmrtí) a jejich příčina je vaskulární. U akutní ischemické CMP není dosud znám lék ani léčebný postup, který by prokázal svou účinnost. Mrtvice patří rovněž k neobávanějším komplikacím zvýšeného krevního tlaku. Tímto názvem označujeme náhle vznikající nebo i pozvolna se vyvíjející různě těžké výpadové projevy mozkové, často spojené s těžkými poruchami vědomí až po hluboké kóma.

Podle Leibolda (2002) rozlišujeme dvě formy mrtvice:

a) *malacké (ložiskové změknutí mozku)* nejčastější forma, při poruše prokrvení, postihuje lidi po 70 roce života. Často tu hraje i roli náhlého poklesu tlaku ve spánku.

b) *krvácení do mozku z prasklé tepny* s vniknutím krve do mozkových komor. Tato forma postihuje téměř 90 % nemocných, kteří jsou ve věku teprve 40 – 50 let; 80% z nich trpí vysokým krevním tlakem, který nakonec způsobí roztržní přetížených mozkových cév. Příznaky se objeví většinou náhle, v denních hodinách, často v souvislosti s příliš velkým příjmem alkoholu. U více než poloviny nemocných vedou k bezvědomí až k hlubokému kómatu.

Moderním trendem v terapii akutní ischemické CMP je reperfuze, a to pomocí trombolýzy – rozpuštění trombu či embolu. Tento postup lze použít asi u 8 – 10 % všech nemocných s ischemickou CMP.

Pro úspěšnou léčbu je důležitá včasná diagnóza, týmová spolupráce (včetně kardiologa , radiologa). Nejefektivnější je léčba nemocného na specializované jednotce. Primární prevence CMP je možná především důslednou léčbou hypertenze , ale také kardiálních nemocí (včetně arytmií), hyperlipidémie, úpravou životosprávy (kouření, tělesná aktivita, nadváha, vztah k alkoholu).

Dle Leibolda (2002) v typických případech způsobí záchvat mrtvice ochrnutí jedné poloviny těla různého rozsahu. Vzniká náhle, vzácněji během několika hodin. Ochrnutí je zpočátku chabé, později křečovité (Spastické). Jestliže mrtvice nezpůsobí smrt, zanechává často různě těžká ochrnutí. Podle umístění poškozeného ložiska v mozku se objevují poruchy řeči, vidění, které se také nedají zcela odstranit.

1.5 BOLEST

Bolest je nepříjemným sensorickým a emocionálním zážitkem, který je spojen se skutečným či domnělým poškozením tkáně, případně který je popisován v termínech takového poškození.“ (Brannon a Feist 1997)

Z toho, co bylo řečeno o anatomii a fyziologii nervového systému, který zprostředkuje vnímání bolesti, vychází i tzv. vrátková teorie bolesti (gate kontrol Tudory), kterou publikovala dvojice autorů Donald Melzack a Peter Wall (1965). Tato teorie je dodnes přijímána jako nejspolehlivější vysvětlování toho, co se v nás děje při zážitku bolesti, je náš nervový systém v neustálé činnosti. To, co se děje na úrovni míchy v dané chvíli, rozhoduje o tom, zda a jak bude vnímán ten či onen podnět. V jednom případě může být tentýž podnět zesílen, v jiném naopak utlumen (Melzack 1978).

Podle Křivohlavého (2002) není bolest jako bolest. Jednou z charakteristik bolesti, která se stále častěji objevuje ve všech studiích bolesti je doba trvání bolesti. Z tohoto hlediska se odlišuje bolest akutní a bolest chronická.

Akutní bolest je definována dobou trvání. Ustálila se zde hranice šesti měsíců, ale ukazuje se, že tato doba je nadměrná. Stávající doporučení uvažují o hranici trvání v rozsahu jednoho měsíce. V jádru je to krátkodobý signál toho, co člověku škodí. Příkladem mohou být bolesti při popálení, škrábnutí, úderu atp.

Chronická bolest je definována bolest, která trvá déle než půl roku. Může jít o bolesti trvalé, které bolí bez přestání nebo bolesti s přestávkami.

Terapie bolesti patří k relativně nejčastěji indikovaným druhům mírnění utrpení pacientů. Různé druhy terapie bolesti se obvykle rozdělují do dvou skupin: *lékařské formy tišení bolesti* -lékové, chirurgické, elektrická stimulace nervové činnosti, akupunktura.

psychologické -modulace dolního prahu a tolerance bolesti, placebo, sugesce, hypnóza, relaxace, biologická zpětná vazba, kognitivní psychoterapie bolesti, sociálně-psychologické vztahové přístupy k mírnění bolesti.

I když se dle Křivohlavého (2002) v běžné praxi dosud používá převážně lékařských způsobů tlumení bolesti, přece jen se stále častěji setkáváme s používáním obou těchto druhů metod v kombinaci.

1.6 OBEZITA

Světová zdravotnická organizace v roce 1997 uznala obezitu jako nemoc. Jedná se o metabolické onemocnění a zároveň rizikový faktor, zejména tzv. abdominální obezita je spojena se zvýšeným výskytem řady onemocnění (hypertenze, diabetes mellitus, ischemická choroba srdeční). V České republice trpí nadváhou více muži než ženy. Muži trpí tzv. androidním typem obezity. Dle Málkové (2009) je snaha mužů změnit nezdravý životní až tehdy, kdy jsou zjištěny vážné zdravotní komplikace.

Obezita neboli otylost je definována zmnožením tuku v organismu. Podíl tuku v organismu je určován pohlavím, věkem a etnickým charakterem populace. Fyziologicky je vyšší podíl tuku u žen (do 28 – 30%), než u mužů (do 23 – 25%). S věkem podíl tuku v těle stoupá.

Podle Vítka (2008) z hlediska nových poznatků se jasně ukazuje, že náchylnost k rozvoji obezity je ovlivňována genetickými faktory. Geneticky podmíněnou individuální odlišnost ve schopnosti redukovat tukové zásoby je třeba brát v úvahu při hodnocení úspěšnosti redukčních režimů. Rovněž je geneticky podmíněná i náchylnost k vzestupu hmotnosti při zvýšené konzumaci tuků.

Dle Müllerové (2003) je možnost posoudit obezitu podle množství podkožního tuku kaliperem, kdy se měří tloušťka podkožních řas na přesně definovaných částech těla.

Nejčastější rozlišení obezity je dle indexu tělesné hmotnosti BMI (body mass index) Počítá se tak, že hmotnost v kilogramech se dělí druhou odmocninou tělesné výšky v metrech.

Dle Špinara (2007) se typ obezity určuje i podle velikosti obvodu pasu . Typ obezity se takto rozděluje na typ *centrální, maskulinní, periferní a feminní*.

Dle Defelice (2005) ale i v dalších publikacích od Fejfara (1987) Danchena (2006) je současné snížení nadváhy , její prevence u rizikových osob a u nemocných s prokázaným kardiovaskulárním rizikem zcela nezbytné. Léčba musí být komplexní a obézní musí být motivovány a pod odborným dohledem. Důrazné doporučení snížení hmotnosti platí u jedinců obézních s BMI 30kg /m², s nadváhou BMI 25< 30 kg/m², také s abdominální obezitou (obvod pasu > 102cm u mužů a 88cm u žen.

Dle Štejfy (2007) je obezita spojena s vyšší úmrtností (odhaduje se 30 – 40 % celkové úmrtnosti). Lidé trpící obezitou mají zhoršenou kvalitu života z důvodu většího množství zdravotních a psychosociálních problémů.

Dle Müllerové (2003) by výživová doporučení měla vždy vycházet ze znalosti hlavních zdravotních problémů dané populace, vymezené jak geograficky, tak v poslední době také sociálně ekonomicky.

V našich současných českých podmínkách, jak uvádí Müllerová (2003), jde v oblasti stravy zejména o zachování pěti základních pravidel:

1. Strava by měla být energeticky skromná, tj. energetický příjem by neměl u zdravého dospělého člověka převyšovat energetický výdej, tedy jeho potřebu. Kontrolou je udržování optimální tělesné hmotnosti.
2. V naší stravě by měly být v mnohem vyšším zastoupení než doposud přítomny potraviny rostlinného původu: zejména zelenina, ovoce, luštěniny, a vlákniny. Doporučuje se až 400 – 500g zeleniny a ovoce denně.
3. Rovněž by měl být zvýšen příjem mořských ryb vzhledem k jejich obsahu PMK n-3, jódu, selenu a dalších látek.
4. Strava by měla být pestrá, co se týče potravinových zdrojů. Omezuje se tak riziko kumulace škodlivých látek z jednoho převažujícího zdroje a naopak, se získává široké spektrum nutrietů a seminutrientů.
5. Oproti současnému stavu by měl být snížen příjem:

a) energeticky bohatých, ale nutričně chudých potravin (řepný cukr, slazené nápoje a limonády, potraviny typu „fast food“, živočišný tuk včetně uzenin),

b) bílkovinou a živočišným tukem bohatých potravin (tučné potraviny živočišného původu).

Müllerová (2003) dále uvádí, že žádná potravina není vysloveně škodlivá, pokud se neužívá nestřídmě. Ke zdravé výživě neoddělitelně patří i aktivní sval, tedy pravidelná fyzická aktivita a spokojená mysl.

2. CÍL PRÁCE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY

2.1 Cíl práce

Cílem mého výzkumu bylo zmapování životního stylu na zdravotní stav seniorů. Výzkum jsem prováděla se seniory , kteří porovnávali svůj životní styl a zdravotní stav před nástupem do Senior domu a nyní po pěti letech v Senior domě. Rozhovor byl vedený jak se seniory, tak s ošetřovatelským personálem, který měl možnost si některá fakta ověřit z ošetřovatelských záznamů, a s lékařem, který klienty zná z lékařského pohledu.

2.2 Výzkumné otázky

Otázka č. I:

Má životní styl vliv na prevenci civilizačních nemocí a přispívá k prodloužení života?

Otázka č. II:

Žili dnešní senioři, kteří se dožili více jak 80 let, zdravým způsobem života?

Otázka č.III:

Má pobyt v domovech pro seniory a celodenní péče vliv na zdraví a prodloužení života ?

3. METODIKA

3.1 Metodika

V diplomové práci byl využit kvalitativní typ výzkumu, metoda dotazování – technika polořízeného rozhovoru.

Sběr dat probíhal formou dotazování ze záznamových archů pro polořízený rozhovor.

Polořízený rozhovor jsem prováděla v Senior domě v Soběslavi. Cílový soubor byl tvořen seniory, pracovníky přímé péče a lékařem. Rozhovor trval u každého dotazovaného od 15 – 30 minut. Výzkum jsem prováděla v období prosince 2009 do února 2011.

Se seniory jsem vedla polořízený rozhovor dle záznamového archu, kde byly 3 otázky identifikační, 5 otázek na zdravotní stav a 12 otázek na životní styl. Otázky byly uzavřené, otevřené. Odpovědi na otázky jsem zapisovala do záznamových archů tak, jak mi klienti na otázky odpovídali.

Záznamový arch pro ošetrovatelský personál obsahoval 8 otázek a týkal se vybraného cílového souboru. Obsahoval otázky otevřené a uzavřené. Odpovědi ošetrovatelského personálu na dané otázky byly důležitou součástí a pomohly při vyhodnocování záznamových archů .

Záznamový arch pro lékaře obsahoval 9 otázek, které byly otevřené i uzavřené.

Se všemi získanými informacemi, které jsem použila do záznamových archů, jsem nakládala v souladu se zákonem č. 101/2000 Sb. o ochraně osobních dat v platném znění.

3.2 Sledovaný soubor

Sběr dat jsem prováděla u 12 seniorů v Senior domě v Soběslavi, věkové rozmezí sledovaného souboru bylo 80 – 103 let. Senioři byli v domově nejméně 5 let a jejich duševní zdraví bylo na dobré úrovni. Co se týká pohlaví, zkoumané skupiny nejsou genderově vyrovnané. Důvodem je, že ženy se dožívají vyššího věku a dále i to, že ženy jsou zastoupeny v domovech pro seniory ve větším poměru vůči ženám. Muži oddalují svůj nástup do domova pro seniory ve většině až do doby, kdy jejich zdravotní stav jim již neumožňuje být a starat se o sebe celý den. Mužů, kteří se rozhodnou jít do domova pro seniory z důvodu zajištění klidného a zabezpečeného stáří, je minimum. Muži byli 2, žen 10. Základní vzdělání měli 2 dotazovaní, 7 mělo učební obor a 2 dotazovaní měli vysokoškolské vzdělání, 1 respondent měl maturitu. Během realizace výzkumu 2 senioři ze sledovaného souboru zemřeli.

Druhou cílovou skupinu tvořilo 8 pracovníků z ošetřovatelského personálu a jeden lékař, který pravidelně dochází do Domova pro seniory.

4. VÝSLEDKY

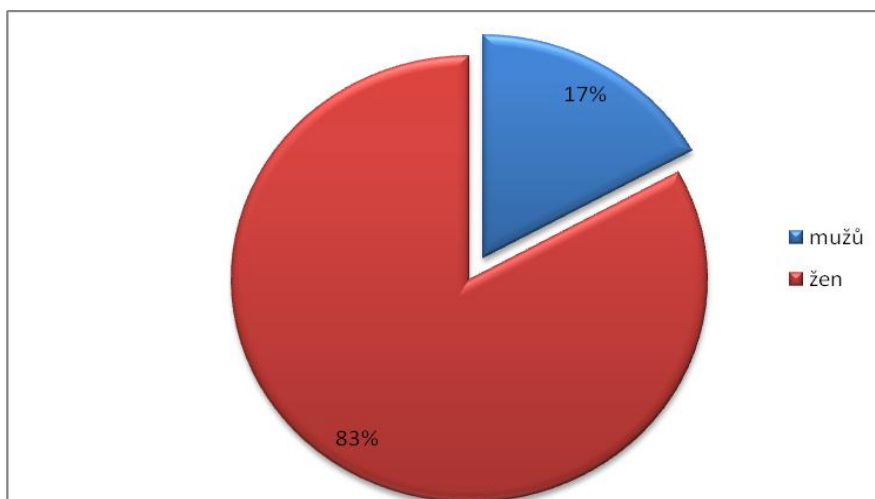
Záznamový arch pro položený rozhovor - pro seniory

A. Identifikační otázky

1. Pohlaví

Z počtu dotázaných seniorů ve věkovém rozmezí 80 a více, bylo dotázaných seniorů 12, z toho byli 2 muži (17%), 10 žen (83%).

Graf č. 1: Procentuelní rozdělení dle pohlaví



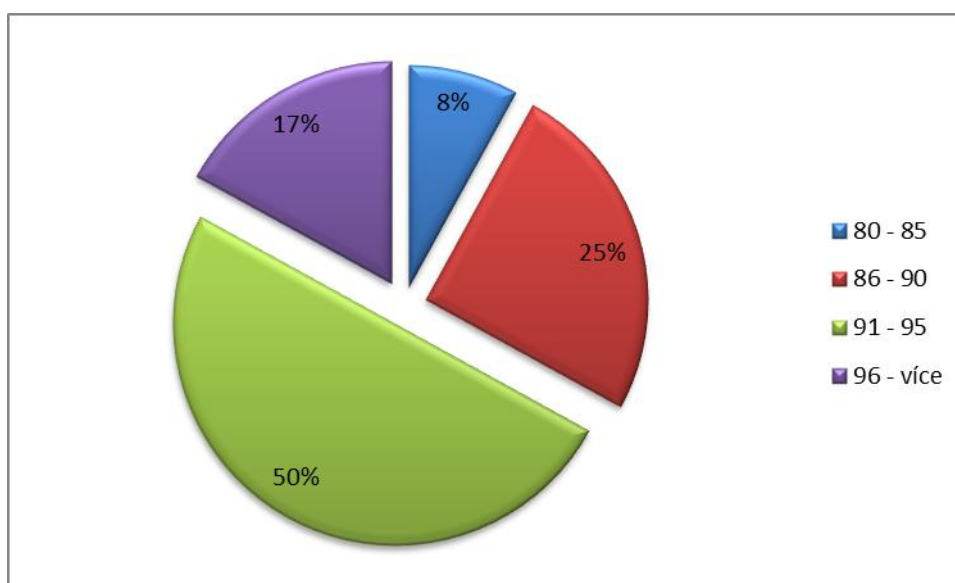
Zdroj: Vlastní výzkum

2. Rok narození

Nejmladší dotazovaný respondent byl ve věku 80 let, nejstarší dotazovaný respondent byl ve věku 103 let. Procentuelně rozdělený věk dotazovaných po pěti letech:

80 – 85 let	1 respondenti	8 %
86 – 90 let	3 respondenti	25 %
91 – 95 let	6 respondentů	50 %
96 – více	2 respondenti	17 %

Graf č. 2: Procentuelní rozdělení dotazovaných seniorů dle věku

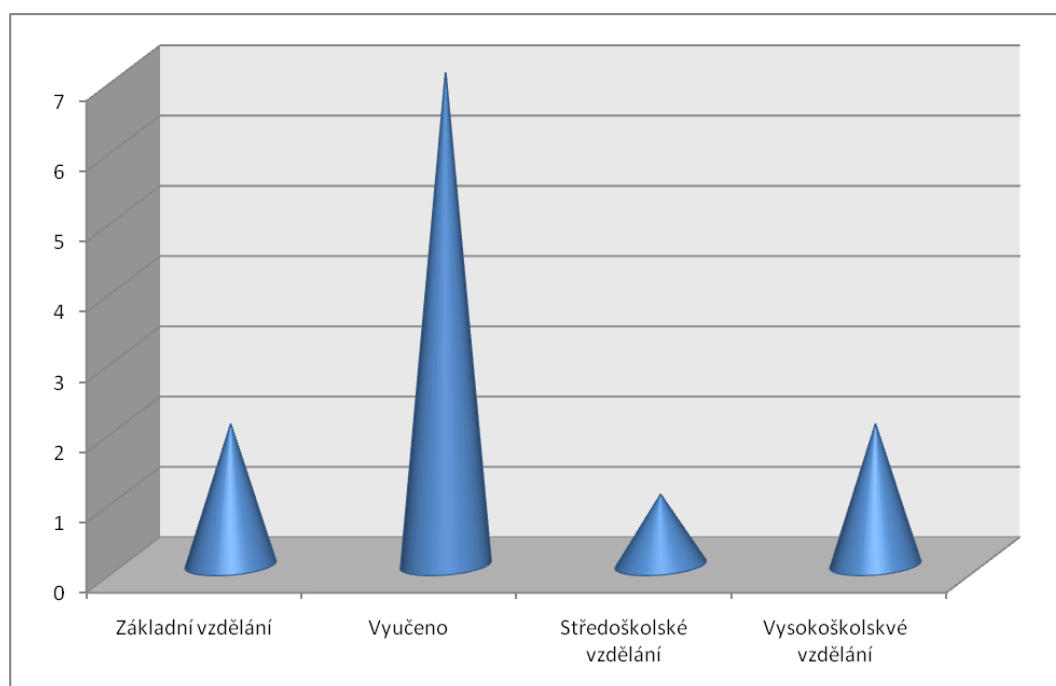


Zdroj: Vlastní výzkum

3. Jaké je vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

Vzdělání cílové skupiny je následující: 2 dotazovaní (17%) mají základní vzdělání, 7 je vyučeno (58%), jeden dotazovaný je středoškolák (8%) a 2 absolvovali vysokou školu (17%)

Graf č.. 3: Vzdělání respondentů



Zdroj: Vlastní výzkum

Senior A : „Byla bída, rodiče mě poslali do Prahy, vyučila jsem se švadlenou, moc mě to bavilo, dokonce byly mé šaty vystaveny v obchodě s látkami na panně.“

Senior B: „Měla jsem tři měšťanky, nebyly peníze, měli jsme hospodářství, musela jsem pracovat.“

Senior C: „ Vychodila jsem měšťanku, potom jsem chodila na gymnázium a potom jsem si udělala specializaci na logopedii“.

Senior D: „ Byla špatná doba, moc možností nebylo, tak jsem šla na učitelský ústav“.

Senior E: „ Vyučil jsem se řezníkem“.

Senior F: „Měli jsme hospodářství, musel jsem pracovat doma, potom byla válka, až po válce jsem si dodělával zemědělské inženýrství“.

Senior G: „Měla jsem tři měšťanky, na to, abych chodila do školy jsme neměli peníze, bylo nás plno dětí“.

Senior H: „Vyučila jsem se švadlenou“.

Senior CH: „ Vyučila jsem se dámskou krejčovou“.

Senior I: „ Chodila jsem na reálné gymnázium“.

Senior J: „ Vyučila jsem se, byla to taková škola pro děvčata – kde jsem se naučila šít, vařit, starat o domácnost“.

Senior K: „ Vyučila jsem se švadlenou“.

B. Zdravotní stav

Otázka 1: Jak jste se cítil(a) po zdravotní stránce těsně před nástupem do Senior domu?

Senior A: Zdravotní stav se horšil, cítila jsem se ale ještě velmi dobře, ale šla jsem hlavně kvůli manželovi , ten měl zdravotní potíže.

Senior B: Šli jsme sem s manželem, uvolnilo se místo, tak jsme ho přijali. Po zdravotní stránce už jsme měli problémy. Tak průměrně.

Senior C: Šla jsem do domova rovnou z nemocnice, byla jsem na tom spíše špatně. prakticky jsem na tom nyní lépe.

Senior D: Přijela jsem do domova rovnou z nemocnice. Takže spíše velmi špatně.

Senior E: Otvíral se nový domov, tím, že mi přibývají léta, chtěl jsem se zaopatřit na stáří, tak jsem do domova nastoupil. Po zdravotní stránce jsem se ještě cítil ještě velmi dobře.

Senior F: Cítil jsem se spíše špatně, byl jsem přes den doma sám a jsem po dvou mrtvicích.

Senior G: Cítila jsem se tak průměrně, nastupovala jsem hlavně, že jsem byla sama.

Senior H: Otvíral se nový domov , cítila jsem se velmi dobře, ale přijala jsem místo v novém domově, chtěla jsem myslet na zajištění stáří.

Senior CH: Cítila jsem se ještě velmi dobře, ale byla jsem sama, tak jsem nastoupila, abych nebyla nikomu na obtíž.

Senior I: Měla jsem již věk, nastoupila jsem do domova, ale tak po zdravotní stránce jsem se cítila průměrně.

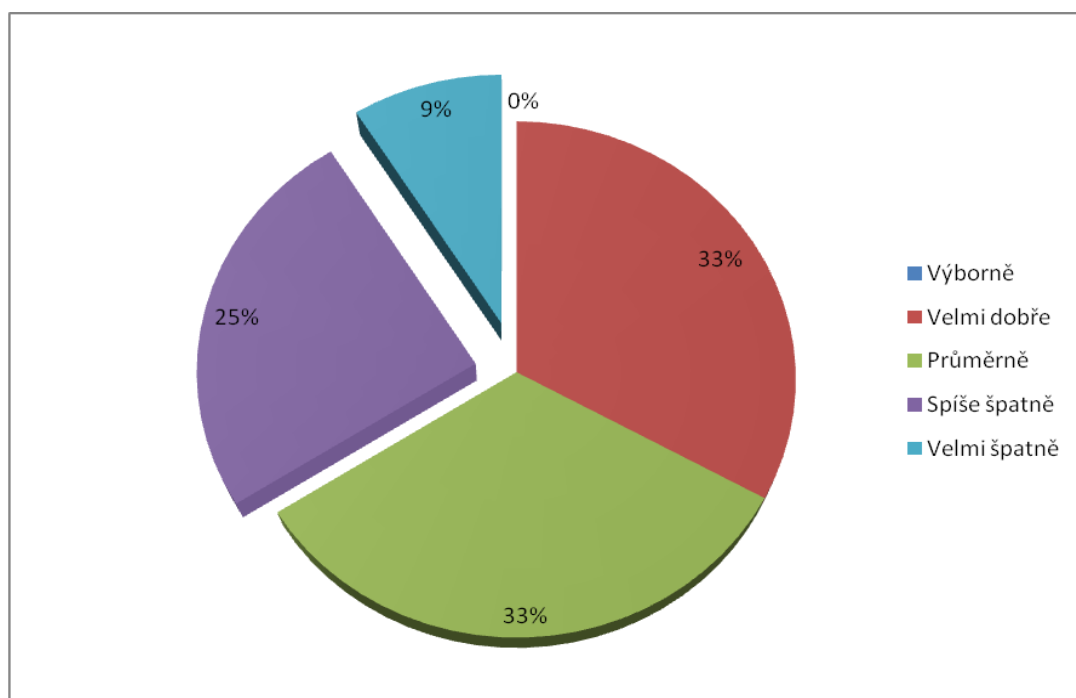
Senior J: Před nástupem jsem se cítila spíše špatně, proto jsem nastoupila do domova pro seniory.

Senior K: Cítila jsem se po zdravotní stránce průměrně, ještě jsem se doma zcela sama opatřila, ale měla jsem věk a tak jsem se rozhodla , že už nastoupím do domova pro seniory.

U dotázaných se před nástupem do domova po zdravotní stránce cítili velmi

dobře 4 klienti (33 %), průměrně také 4 klienti (33 %), spíše špatně 3 klienti (25 %) a velmi špatně pouze 2 klienti (9 %).

Graf č. 4. Jak jste se cítil(a) po zdravotní stránce před nástupem do Senior domu



Zdroj: Vlastní výzkum

Otázka č. 2 Jak se cítíte po zdravotní stránce nyní?

Senior A: „V současné době se cítím průměrně“.

Senior B: „Trápí mě zdravotní problémy, spíš se cítím špatně“.

Senior C: „Cítím se nyní spíše špatně“.

Senior D: „Mám problémy, cítím se tím spíše špatně“.

Senior E: „Je to tak průměrně, někdy hůř, někdy lépe“.

Senior F: „Stále se cítím velmi špatně“.

Senior G: „Nyní je to tak spíše špatně“.

Senior H: „Někdy je mi lépe, ale častěji se cítím spíše špatně“.

Senior CH: „V současnosti jsem na tom už velmi špatně“.

Senior I: „Už mě nebaví život, už bych chtěla umřít, cítím se velmi špatně.“

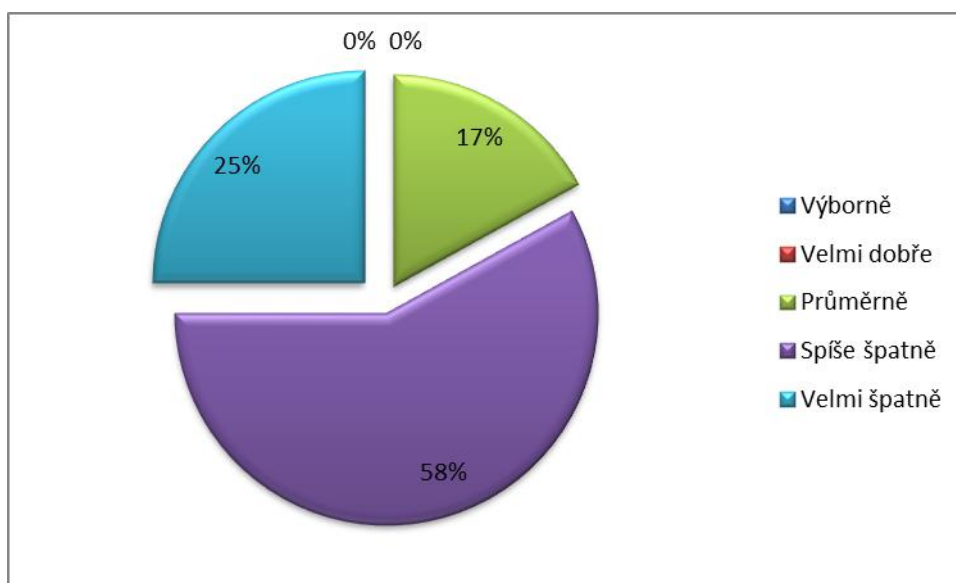
Senior J: „Snažím se stále chodit a pohybovat, ale cítím se spíše špatně“.

Senior K: „Mám čím dál tím více zdravotních problémů, cítím se spíše špatně.“

Na tuto otázku odpověděli 2 klienti průměrně (17 %), 7 klientů spíše špatně (58 %) a 3 klienti velmi špatně (25 %). Zdravotní stav se v průběhu let u klientů zhoršil.

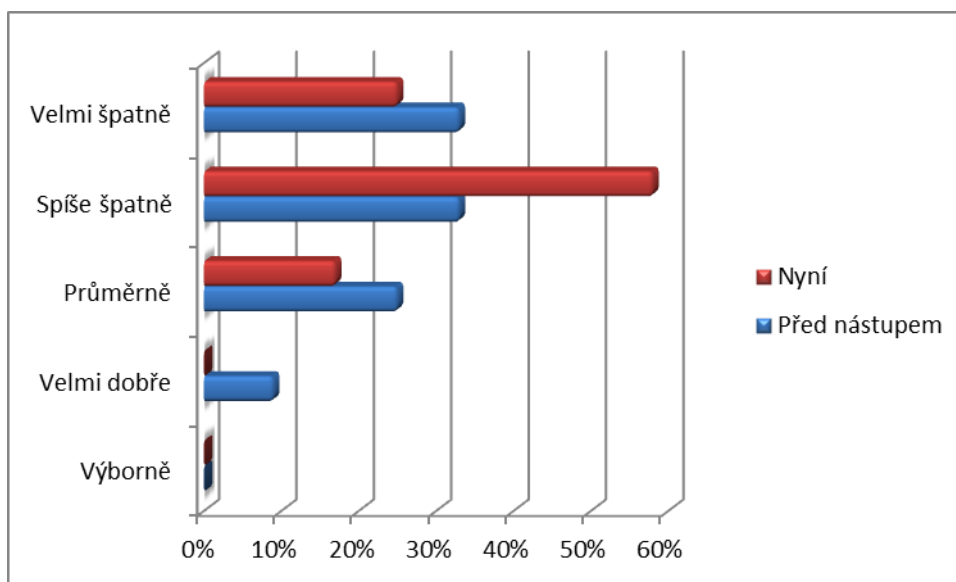
Při porovnání zdravotního stavu se v průměru u 10 klientů z 12 zdravotní stav zhoršil.

Graf č. 5 : Jak se cítíte po zdravotní stránce nyní?



Zdroj: Vlastní výzkum

Graf č. 6: Porovnání , jak se klienti po zdravotní stránce cítili před nástupem do Senior domu a nyní, po pěti letech



Zdroj: Vlastní výzkum

Otázka č. 3: Co způsobilo zlepšení/zhoršení zdravotního stavu?

Všichni dotazovaní odpověděli na tuto otázku stejně, a to, že jejich zdravotní stav se úměrně zhoršuje s věkem, nebo v souvislosti s nemocemi. Za největší zdravotní problém všichni uváděli, že velkým problémem je zhoršení pohyblivosti. Dle odpovědí - u žádného klienta nedošlo ke zlepšení zdravotního stavu.

Otázka č.4: Kdy jste navštěvoval/a lékaře?

Odpovědi:

Senior A: Lékaře jsem navštěvovala, když jsem byla nemocná, ale moc jsem nemarodila.

Senior B: Snažila jsem se vyléčit doma, k doktorovi to bylo daleko. Až když už jsem byla v důchodu, tak jsem si chodila pro prášky.

Senior C: Já raději k doktorovi nechodila.

Senior D: Snažila jsem se léčit sama.

Senior E: Nepotřeboval jsem doktora.

Senior F: Když jsem byl nemocný, k doktorovi jsem šel..

Senior G: Snažila jsem se nebrat zbytečně prášky, ani nechodit k lékaři.

Senior H: Neměla jsem moc zdravotních problémů, poradila jsem si sama.

Senior CH: Když jsem onemocněla, k lékaři jsem šla.

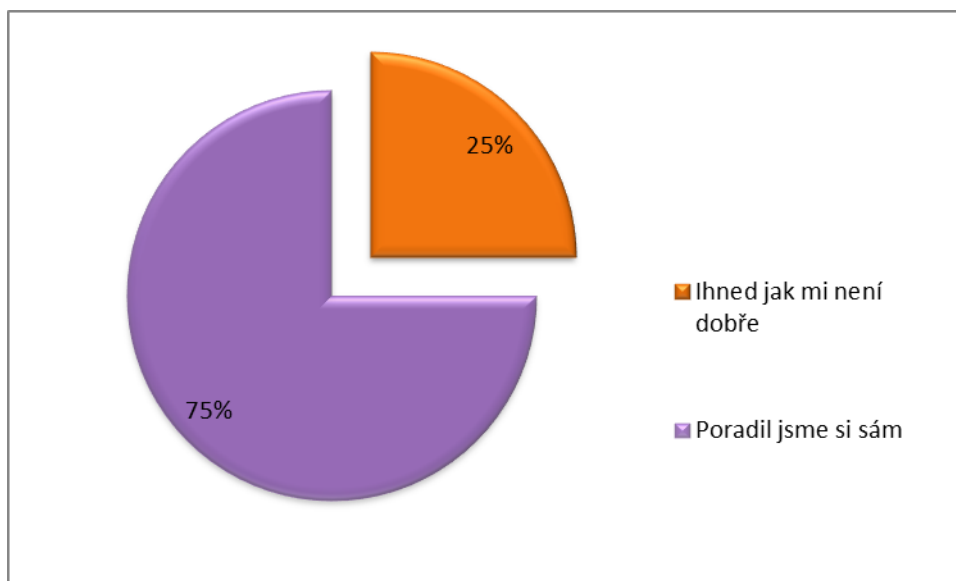
Senior I: Používala jsem domácí prostředky, nebyla jsem zvyklá chodit k doktorovi.

Senior J: Dříve jsme nebyli zvyklí chodit k doktorovi.

Senior K: Doktor byl daleko, těžko bychom se tam dostali, tak jsme si vždy snažili pomoci si sami. To už muselo být hodně zle, abychom k doktorovi šli.

Dotazovaní měli možnost výběru v odpovědi. Tři senioři (25 %) odpověděli, že navštěvovali lékaře, kdykoliv se necítili dobře, 9 (75 %) navštívilo lékaře teprve tehdy, když už si nemohli poradit sami.

Graf č.7: Kdy jste navštěvoval/a lékaře?



Zdroj: Vlastní výzkum

Otázka č. 5: Chodil(a) jste na preventivní lékařské prohlídky?

Odpovědi:

Senior A: „Samozřejmě, na prohlídky jsem chodila“.

Senior B: „Ani si nevzpomínám, že by nějaké preventivní prohlídky byly, to snad až před důchodem“.

Senior C: „ Ani nevím, že by nějaké preventivní prohlídky byly“.

Senior D: „ Nikdo mě na žádné nepozval“.

Senior E: „ Na preventivní prohlídky jsem chodil“.

Senior F: „ Samozřejmě, na preventivní prohlídky jsem chodil“.

Senior G: „ Ne, nechodila“.

Senior H: „ Nikdo mě nepozval“.

Senior CH: „ Nepotřebovala jsem nikam chodit“.

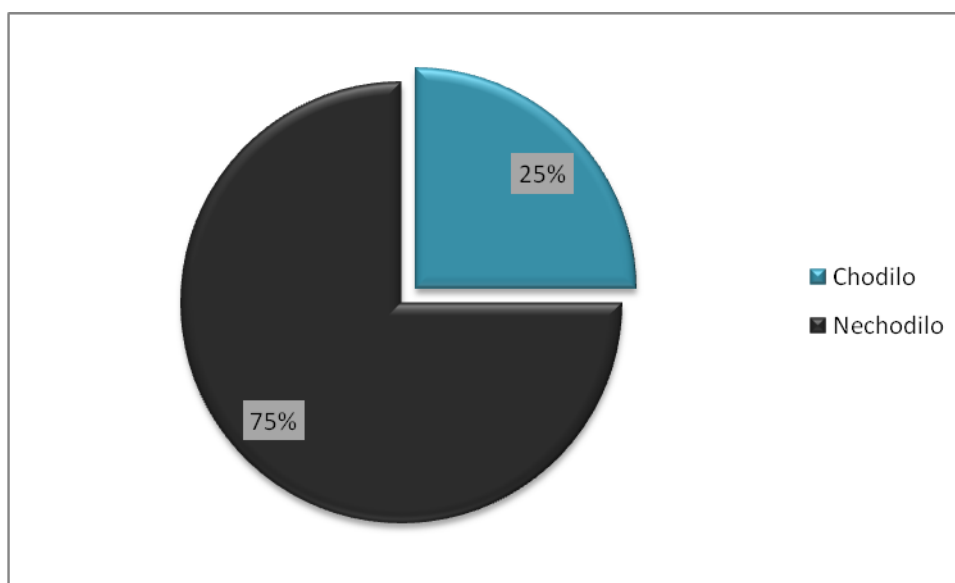
Senior I: „ Jak to myslíte? Já se léčila sama“.

Senior J: „ Ne, nevzpomínám si, že bych někam chodila“.

Senior K: „ Říkám, že doktor byl daleko, tak jsme nikam nechodili“.

Respondenti měli možnost výběru ze dvou odpovědí, pouze 3 (25%) chodili na pravidelné preventivní prohlídky, 9 (75 %) na preventivní prohlídky nechodilo.

Graf č. 8: Preventivní prohlídky



Zdroj: Vlastní výzkum

C. Životní styl

Otázka č.1: Co pro vás znamená životní styl?

Odpovědi:

Senior A: „Pohyb“.

Senior B: „Pohyb a strava“.

Senior C: „ Pohyb“.

Senior D: „ Pohyb, chůze“.

Senior E: „ Strava“.

Senior F: „ Strava“.

Senior G: „ Nevím, co bych na to řekla“.

Senior H: „Práce, rodina“.

Senior CH: „ Takovéto výrazy za nás nebyly“.

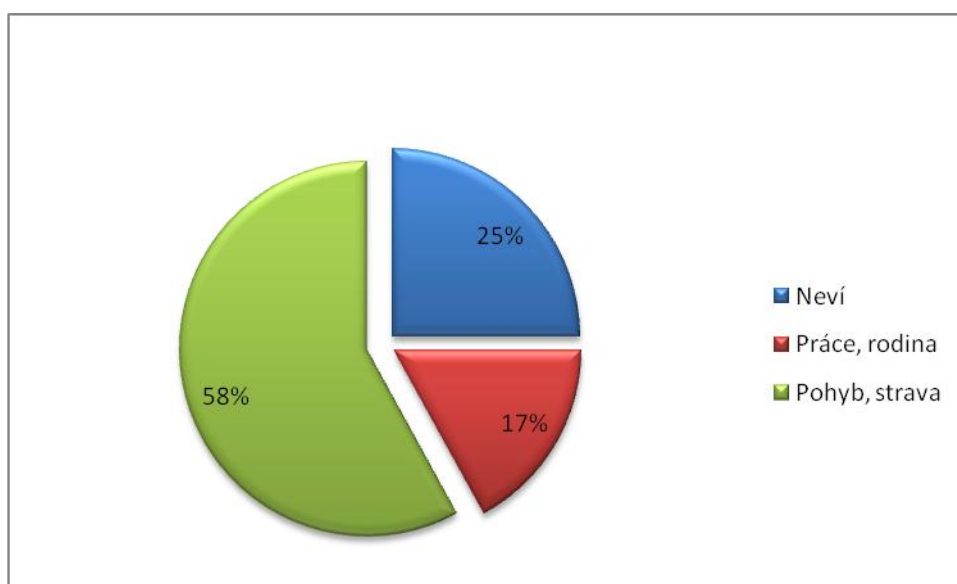
Senior I: „ Co tím myslíte“? Na to nedokážu odpovědět“.

Senior J: „ V první řadě rodina a děti, potom práce“.

Senior K: „ Strava a pohyb“.

Tato otázka byla otevřená, respondenti se mohli sami vyjádřit k otázce. Tři z dvanácti dotazovaných (25%) nedokázali popsat životní styl, pro dva (17%) seniory je životní styl práce a rodina, pro zbytek respondentů (58%) znamená životní styl pohyb a strava.

č. 9: Co znamená životní styl



Zdroj: Vlastní výzkum

Otázka č. 2: Popište, jak vypadá Váš běžný den v Senior domě

a) v domově pro seniory.

Tato otázka byla otevřená, klienti popisovali svůj běžný den. Odpovědi klientů úzce souvisí s jejich pohyblivostí. Mohli bychom je tedy rozdělit na tři

skupiny. Jedna skupina se týká klientů upoutaných na lůžko. Do této skupiny jsou zařazeny čtyři klienti (33 %), tři klienty bychom mohli zařadit do druhé skupiny, jsou plně aktivní, zúčastňují se všech možných aktivit, mají rádi společnost (25 %). Do třetí, nejpočetnější skupiny, spadá 5 klientů (42%), kteří mají rádi svůj klid, ale přitom chodí na pravidelné procházky a zúčastňují se pravidelných cvičení.

První skupina a jejich běžný den v Senior domě:

U těchto seniorů začíná den v 6.30 ranní hygienou, kdy postupně personál jednotlivé klienty obchází, pomáhá s toaletou, hygienou, klienti jsou převlečeni do čistého prádla, probíhá péče o pokožku, polohování, apod. Poté roznáší ošetrovatelský personál snídani, popřípadě pomáhá s podáváním stravy.

V dopoledních hodinách navštěvuje uživatele ošetřující personál a rehabilitační pracovník. Probíhá cvičení, polohování, aktivizační činnosti na lůžku. V 11:00 je oběd, v odpoledních hodinách probíhají opět cvičení na lůžku, program je již volnější.

V 16:45 začíná rozvoz večeří, opět je personál nápomocný s podáváním stravy. Od 18:30 začíná večerní hygiena a ukládání seniorů k spánku.

Druhá skupina a jejich běžný den v Senior domě:

Senior A: „ Ráno vstanu, umyji se, poté jdu na snídani. Po snídani odpočívám, bolí mě nohy a klouby. Pak se jdu projít, pokud je cvičení, jdu na cvičení, dopoledne uběhne, je oběd, po obědě si odpočinu a jdu se projít, pokud je hezké počasí, jdu ven. Popovídám s lidmi, je večeře a po večeři si pustím hudbu a pak jdu spát.

Senior B: „ Ráno vstanu, provedu hygienu, pak je snídaně. Po snídani dojdou pro noviny, přečtu noviny, nebo luštím křížovky. Pak jdu třeba něco vyrábět a je oběd. Po obědě jdeme ven na procházku, pokud je to možné, poté hrajeme karty a je večeře. Po večeři televize, spánek.

Senior F: „ Ráno vstanu, provedu hygienu, jdu na snídani, po snídani se scházíme něco tvořit, pokud je jóga, jdu na jógu. Dopoledne uteče a je oběd, po obědě jdeme, když to počasí dovolí, na procházku, potom popovídáme, posedíme, je večere a po večeri se ukládám ke spánku.

Třetí skupina a jejich běžný den v Senior domě:

Senior A: „ Ráno vstanu, po hygieně jdu nakrmit naše zvířátko, pak je snídaně. Po snídani se scházíme, jdeme něco vyrábět, nebo jdeme cvičit. No a je oběd. Po obědě chvilka odpočinku, když počasí dovolí, jdeme ven, dopoledne hrajeme karty, nebo je společné čtení. Pak je večere, po večeri zhlédnu televizi, nebo si pustím rádio a jdu spát“.

Senior B: „ Ráno po hygieně jdu snídat, potom si chvilku odpočinu, jdu se projít, popovídat s lidmi, podívat se , jak pracují, potom je oběd. Po obědě si odpočinu, jdu na procházku nebo posedíme na lavičce a je večere. No a po večeri je hygiena a spánek.

Senior C: „ Ráno vstanu, jdu na snídani, potom odpočívám, když je cvičení nebo jóga, jdu cvičit, potom je oběd, po obědě si odpočinu, jdu na malou procházku a je večere. Po večeri následuje spánek.

Senior D: „ Ráno vstanu, provedu hygienu, jdu na snídani, po snídani se scházíme něco tvořit, pokud je jóga, jdu na jógu. Dopoledne uteče a je oběd, po obědě jdeme , když to počasí dovolí na procházku, potom popovídáme, posedíme, je večere a po večeri se ukládám ke spánku.

Senior E: „ Ráno vstanu, nechám si pomoci s hygienou, jdu se projít, potom na snídani, po snídani si odpočinu, jdu si zacvičit, chodím po chodbě nebo si přečtu noviny, je oběd, po obědě si odpočinu, pak jdu na procházku, nebo si jdu sama zacvičit, potom je večere a po večeri se připravuji k ukládání ke spánku.

Senior F: „ Ráno vstanu, provedu hygienu, jdu se projít, pak jdu na snídani. Po snídani jdu opět obejít svou trasu okolo domova, potom chvíli posedím, když je cvičení nebo jóga, zúčastním se, pak se jdu projít, je oběd, po obědě opět

procházka, večeře, po večeři opět jdu na procházku, potom se teprve připravuji ke spánku

Otázka č. 3. Popište, jak vypadal Váš běžný den před nástupem do domova pro seniory

Odpovědi:

Senior A: Ráno jsme s manželem vstali, připravila jsem snídani, poté jsme poseděli, něco četli nebo jsme šli na procházku. Pak nám přivezli oběd, po obědě jsem umyla nádobí, potom jsme šli na procházku, připravili si něco k večeři, potom jsme poslouchali hudbu, nebo zhlédli televizi a šli spát.

Senior B: „ Ráno jsme vstali, nasnídali jsme se s manželem, poklidila jsem po snídani, na to jsem šla nakoupit, potom jsem připravila oběd, poobědvali jsme, odpoledne jsem šla něco udělat na zahrádce, a byl večer.

Senior C: „ Po snídani jsem poklidila, šla na nákup, když jsem nešla na nákup, ráda jsem chodila na procházky. Připravila jsem oběd, odpoledne jsem se zaměstnala domácími pracemi, procházkami, když byl čas hub, ráda jsem chodila na houby, doma jsem luštila křížovky.

Senior D: „ Po snídani jsem poklidila, bavilo mě pletení, hodně jsem pletla. Něco přečetla, v poledne přivezli oběd, poklidila jsem po obědě, vyšla ven na zahrádku, prošla jsem se, byl večer a večeře.

Senior E: „ Ráno snídaně, šel jsem se projít, popovídat se známými, něco udělat na zahrádce. V poledne jsem šel na oběd, poté malý odpočinek, procházky, večer jsem si připravil večeři.

Senior F: „ Ráno snídaně, něco jsem si přečetl, pokoukal z okna, pokud to šlo, malá procházka. V poledne přivezli oběd, pak byl malý odpočinek, když to šlo a byla možnost, tak jsem šel na procházku. Odpoledne uběhlo a byl večer, večeře, ukládání.

Senior G: „ Ráno začalo hygienou, připravila jsem si snídani, po snídani, když bylo počasí, práce na zahrádce, příprava oběda, poklizení po obědě, odpoledne třeba opět na zahrádce a byl večer.

Senior H: „ Ráno hygiena, snídaně, potom jsem šla na nákup, něco udělala na zahrádce, v poledne mi přivezli oběd, po obědě jsem poklidila, šla ven na zahrádku, nebo na procházku a byl večer.

Senior CH: „ Ráno jsem vstala, připravila jsem si snídani, nohy mi už moc nesloužily, tak jsem něco přečetla, poslouchala rádio, v poledne mi přivezli oběd, po obědě jsem si umyla nádobí, pochodila po bytě, popř. šla na malou procházku, pokud to trochu šlo, a byl večer.

Senior I: „ Ráno jsem vstala, připravila si snídani, pokud to šlo, došla jsem si ještě na nákup, v poledne mi přivezli oběd. Po obědě jsem si umyla nádobí, něco přečetla, nebo koukala na televizi. Popocházela jsem po bytě, chvílku venku a byl večer.

Senior J: „ Ráno jsem vstala, udělala jsem si hygienu, připravila jsem si snídani, chodit jsem už moc nemohla, spíše jsem posedávala. Něco jsem přečetla, cvičila jsem si paměť. V poledne mi přivezli oběd, po obědě jsem umyla nádobí, potom odpočívala, četla noviny, knihy , večer jsem zhlédla televizi a byl večer.

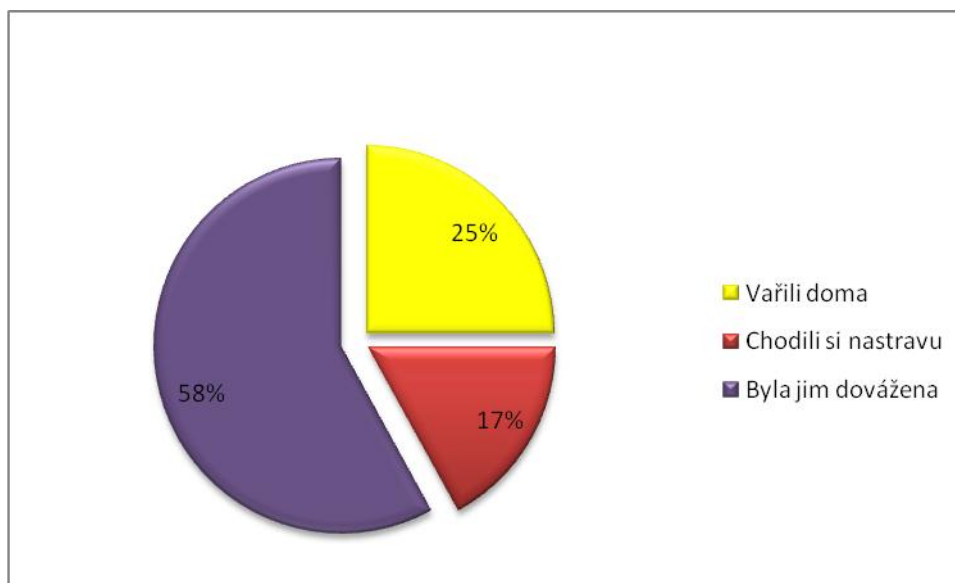
Senior K: „Ráno jsem vstala, umyla se, připravila snídani, po snídani jsem poklidila, šla nakoupit, něco jsem udělala na zahrádce. V poledne přivezli oběd, po obědě jsem poklidila, šla na zahrádku nebo na procházku, pokud to šlo, snažila jsem se chodit. No a byl večer, připravila jsem si něco k jídlu a připravila se ke spánku.

U části „b“, kde měli klienti popsat svůj běžný den před nástupem do domova, se dá rozdělit na tři skupiny. Celodenní „rituál“ byl prakticky u všech dotázaných stejný, lišil se pouze v přípravě stravy. Tři klienti si připravovali stravu sami (25 %), dva klienti na obědy denně docházeli (17 %), sedmi klientům byla strava dovážena buď pečovatelskou službou, nebo z družstevní vývařovny (58 %).

Otázka č. 3: Stravovala jste se před nástupem do Domova pro seniory pravidelně?

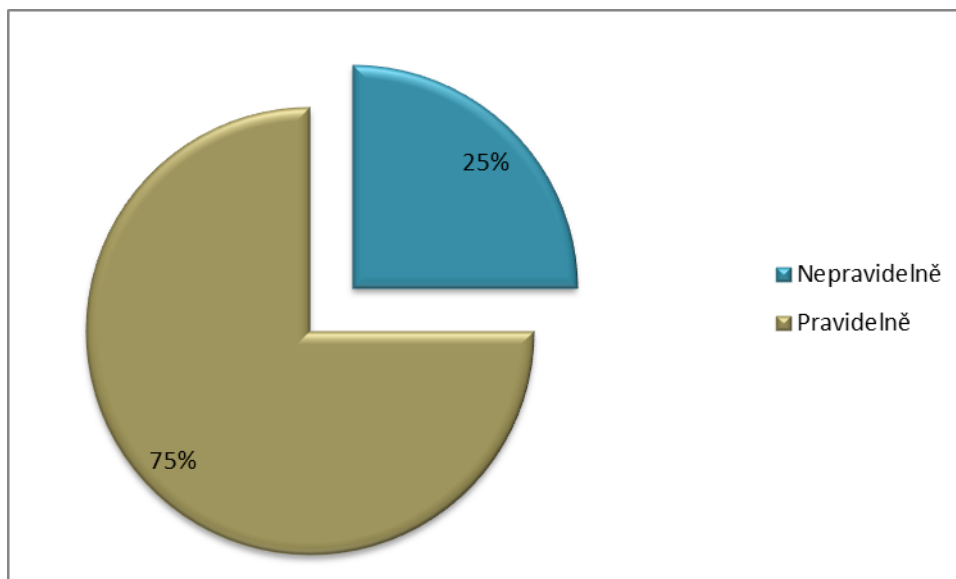
Odpovědi u této otázky potvrzují otázku předcházející, senioři, kteří v předcházející otázce napsali, že si připravují sami stravu, nyní odpověděli, že se stravovali nepravidelně. Tím se potvrzuje i důležitost dovážené stravy seniorům. 3 senioři, kteří v předcházející otázce odpověděli, že si stravu připravovali sami, odpověděli nyní, že strava nebyla pravidelná. Ostatní, kteří v předcházející otázce odpověděli, že buď na obědy docházeli, nebo že jim byl oběd dovážen, potvrdili v této otázce, že se stravovali pravidelně. Nepravidelně 3, (25 %), 9 pravidelně (75 %).

Graf č. 10: Příprava stravy v domácím prostředí



Zdroj: Vlastní výzkum

Graf č. 11: Pravidelnost ve stravě



Zdroj: Vlastní výzkum

Otázka č.4: Zhodnoťte své stravovací návyky po nástupu do DD

Odpovědi:

Senior A: „Stravovací návyky jsou prakticky stejné“.

Senior B: „Doma jsem více hřešila, zde mám předepsanou dietu pro diabetiky“.

Senior C: „Nejsem diabetik, stravovací návyky jsou stejné.“

Senior D: „Stravuji se přibližně stejně, jako doma, snad jen je strava více pravidelná.“

Senior E: „Na jídlo jsem docházel, tak se u mě stravování moc nezměnilo.“

Senior F: „Doma jsem nebyl diabetik, dietu jsem nemusel držet. Nyní jsem diabetik, mám předepsanou dietu, sestřičky mi ji hlídají.“

Senior G: „Vařila jsem si sama, ale mám ráda hodně zeleniny a zdravou výživu, takže jsem dodržovala i pravidelnost. Nemůžu říct, že by se stravování u mě nějak výrazně zlepšilo.“

Senior H: „Tady je strava opravdu pravidelná, doma jsem jedla, když jsem měla hlad“.

Senior CH: „V domově mám pravidelnou stravu, doma jsem nekoukala na hodiny“.

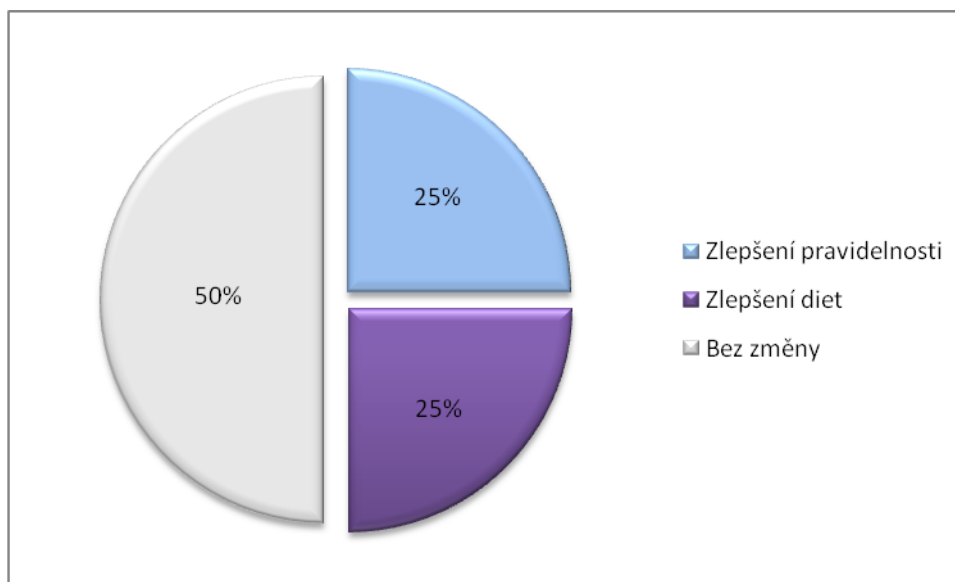
Senior I: „Obědy mi dováželi, jen večere jsem si připravovala.“

Senior J: Na jídlo, co je tady, jsem zvyklá, předtím mi ho dováželi. Nemám ráda brambory, nikdy jsem je ráda neměla“.

Senior K: Stravuji se stále stejně.

Tato otázka měla čtyři možnosti otevřených odpovědí, senioři využili pouze dvě možnosti. U této otázky jsem si spíše utvrdila, že v Domově pro seniory je pravidelná strava s důrazem na dodržování diety, zejména i diabetiků. Zároveň se i touto otázkou opět potvrdilo, že pokud mají Senioři připravenou a doručenu stravu, odráží se to v dodržování dietního stravování. 3 senioři odpověděli, že se zlepšila pravidelnost ve stravování (25 %), 3 senioři si polepšili dohledem nad dietou (25 %), 6 seniorů (50 %) uvedlo, že se stravovací návyky nezměnily.

č. 12:: Stravovací návyky po nástupu do DS



Zdroj: Vlastní výzkum

Otázka č. 5 : Zúčastňujete se aktivit v Domově pro seniory? Pokud ano, jakých?

Odpovědi:

Senior A: „Chodím na kulturní vystoupení a hromadné cvičení“.

Senior B: „Děláme výrobky pro děti, chodím na jógu i na hromadná cvičení, samozřejmě jsou kulturní programy“.

Senior C: „Šijeme, chodím na kulturní akce, cvičit nechodím, když tak si zacvičím sama a chodím na jógu.“

Senior D: „Jsem upoutaná na lůžko, odmítám se zúčastňovat akcí“.

Senior E: „Na kulturní akce chodím, občas si zajdu zacvičit sám, dříve jsem chodil na jógu, nyní už nechodím, necítím se na to“.

Senior F: „Chodím na pravidelná cvičení, na jógu, na kulturní akce, někdy jdu sám cvičit“.

Senior G: „Sice moc nevidím, ale snažím se pomáhat při ručních pracích, zúčastňuji se kulturních akcí, jógy a hromadných cvičení.“

Senior H: „Cvičím raději sama, kulturních akcí se zúčastňuji“.

Senior CH: „Chodím akorát na kulturní akce, někdy na hromadná cvičení“.

Senior I: „Když jsem dovezena, jsem ráda, když vidím děti, jak zpívají a tančí, cvičit nechodím.“

Senior J: „Nikam nechodím, nevidím, špatně slyším, už bych z toho nic neměla. Cvičím ale sama na posteli“.

Senior K: „Občas chodím na kulturní akce, pravidelně chodím na společná cvičení a jógu“.

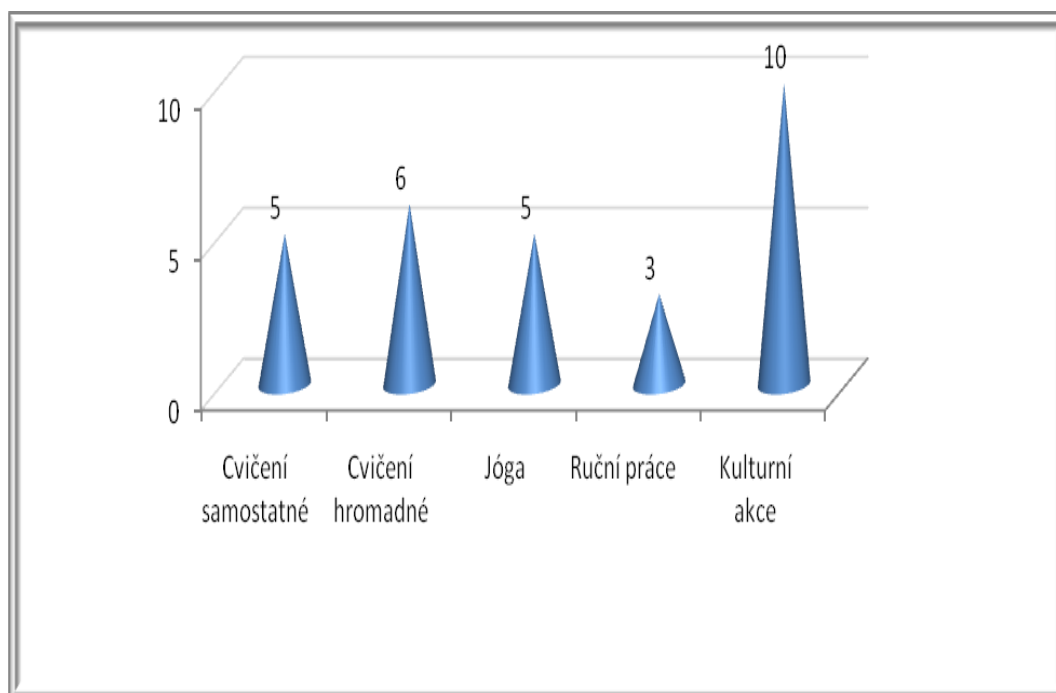
U této otevřené otázky jsem nechala dotazované seniory, aby se sami vyjádřili k aktivitám, kterých se zúčastňují. Největší účast je na kulturních akcích 10 seniorů (83 %), hromadného cvičení se zúčastňuje 6 seniorů (50 %), cvičení samostatného 5 seniorů (42 %), jógy 5 seniorů (42 %), nejmenší účast je na ručních pracích, 3 seniory (25 %). Aktivizační činnosti jsou dobrovolné. Někteří seniory se aktivit nezúčastňují vůbec, ale není to jen z důvodů že nemohou, ale

z důvodu, že nechtějí.. Nezúčastňují 2 senioři (17 %), jedné aktivity se zúčastňují 2 senioři (17 %), dvou aktivit 1 senior (8 %), čtyř aktivit 3 senioři (25 %), všech pěti možností žádný respondent.

Tabulka č. 1: Rozdělení aktivizačních činností a počet zúčastněných

Akce	Počet seniorů	%
Cvičení samostatné	5	42
Cvičení hromadné	6	50
Jóga	5	42
Ruční práce	3	25
Kulturní akce	10	83

Graf č.13: Senioři, kteří se zúčastňují nejvíce aktivit



Zdroj: Vlastní výzkum

Otázka č. 6: Zúčastňujete se pravidelných pohybových cvičení, pokud ano, jak se po cvičení cítíte?

Odpovědi:

Senior A: „Učila jsem tělocvik, jsem zvyklá cvičit a hýbat se, cítím se výborně“.

Senior B: „Bolí mě nohy, snažím se udržet pohyblivost, cítím se velmi dobře po cvičení“.

Senior C: „Snažím se cvičit, abych se udržela pohyblivá, pocitově se cítím ale stejně jako před cvičením“.

Senior D: „Když si jdu zacvičit, tak abych se udržel v kondici, cítím se po cvičení velmi dobře“.

Senior E: „Chodím cvičit na doporučení reh. pracovníka, moc mě bolí nohy a myslím, že mi to pomůže, po cvičení se cítím stejně jako před cvičením“.

Senior F: „Chodím cvičit, abych se rozhýbala, po cvičení se cítím stejně jako před cvičením“.

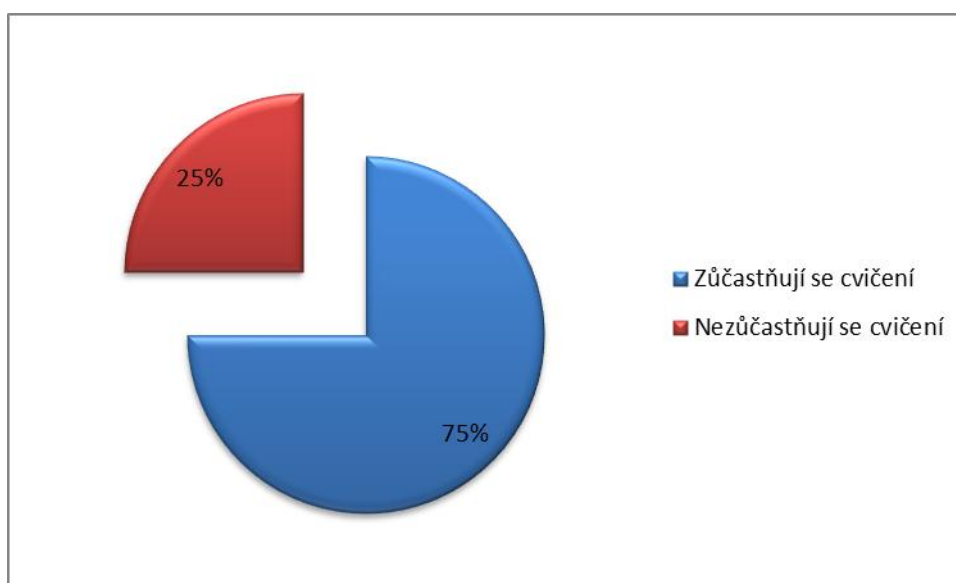
Senior G: „Udržuji si pohyblivost, ale jinak se cítím stejně“.

Senior H: „Po cvičení se cítím stejně, ale chodím cvičit, abych se hýbala.“

Senior CH: „Cvičím, protože se cítím po cvičení velmi dobře, zdá se, že mi cvičení ulevuje od bolesti.“

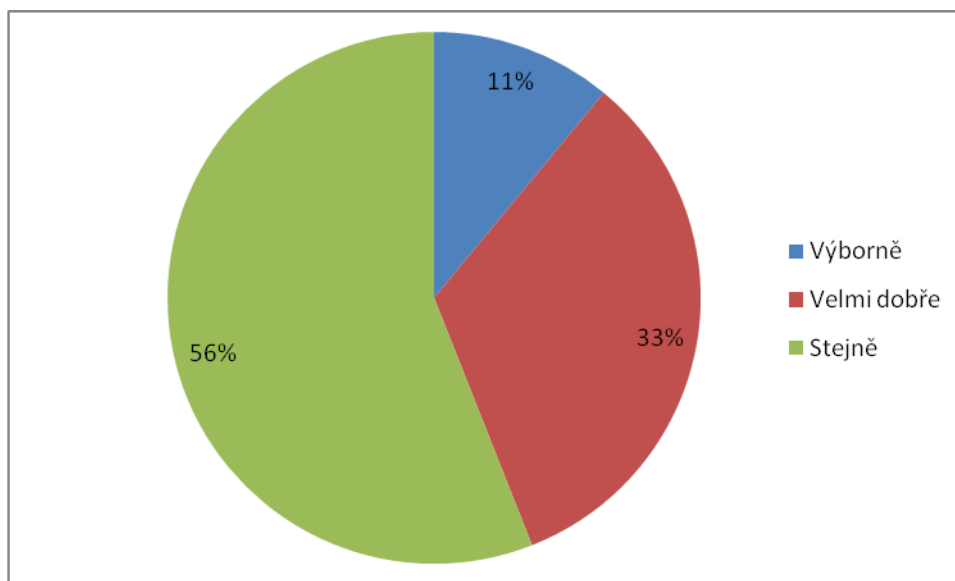
Tato otázka se týká všech tělesných cvičení, hromadných i individuálních. U této otázky měli senioři možnost odpovídat podle tzv. škály odpovědí. Alespoň jednoho cvičení se zúčastňuje 9 seniorů (75%). Tři senioři se nezúčastňují cvičení vůbec (25%). Z devíti seniorů se cítí po cvičení výborně 1 senior (11%), velmi dobře 3 senioři (33%), 5 seniorů se cítí stejně (56%). Tito senioři chodí cvičit spíše proto, aby měly nějaký pohyb.

Graf č. 14: Účast na cvičení:



Zdroj: Vlastní výzkum

Graf č. 15: Pocit po cvičení seniorů, kteří se zúčastňují cvičení



Zdroj : Vlastní výzkum

Otázka č. 7: Z jakého důvodu chodíte na pravidelná cvičení?

Odpovědi:

Senior A: „Cvičím, protože se cítím výborně“.

Senior B: „Chodím cvičit, abych si udržela pohyblivost“.

Senior C: „Cvičím, abych si rozhýbala končetiny, aby mě tolik nebolely“.

Senior D: „Ulevuji si cvičením od bolesti“.

Senior E: „Mám to doporučené a krátím si cvičením čas“.

Senior F: „Cvičením se uvolním a mám dojem, že se lépe pohybuji“.

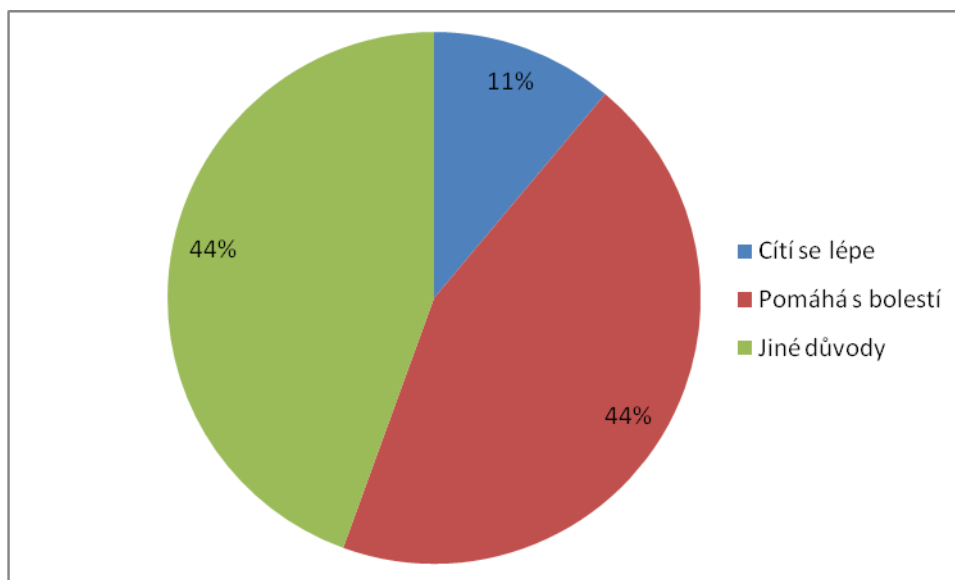
Senior G: „Když mě bolí záda , jdu si zacvičit a protáhnout, pomáhá mi to od bolesti“.

Senior H: „Když cvičím, tolik mě nebolí nohy“.

Senior CH: „Chodím cvičit, protože už jsem tak naučená, ale myslím, že žádný účinek to na mě nemá“.

U této otázky byla také možnost výběru odpovědí. Odpovídali na otázku pouze ti, kteří se cvičení zúčastňují, což je devět seniorů z celkového cílového souboru. Jeden senior se cítí po cvičení celkově lépe (12%), čtyři senioři chodí cvičit, jelikož jim cvičení pomáhá zvládat bolest (44%), čtyři senioři chodí cvičit z jiného důvodu a zlepšení pohyblivosti (44%).

Graf č. 16: Důvod, proč senioři navštěvují cvičení



Zdroj: Vlastní výzkum

Otázka č. 8 : Kouřil(a) jste před nástupem do Senior domu

Otázka č. 9 : Kouříte i po nástupu do Senior domu?

V současné době nikdo z dotazovaných seniorů nekouří ani nekouřil

Otázka č.10: Pil(a) jste alkohol v minulosti, pijete alkohol nyní?

Odpovědi:

Senior A: „ Ráno si dám malinkou skleničku Becherovky, mám nízký tlak“.

Senior B: „ Malinko si dám pouze příležitostně.“

Senior C: „ Dříve jsem si připila třeba příležitostně, nyní vůbec, nedělá mi to dobře s práškama“.

Senior D: „ Už můj děda si dával ráno maličko kořaličky a dožil se požehnaného věku, já si dám ráno po snídani také stopičku, mám Becherovku a je mi dobře“.

Senior E: „ Pravidelně ráno si dám jednu zdravotní skleničku Becherovky“.

Senior F: „ Nikdy jsem alkohol nepil, jsem jeho velký nepřítel“.

Senior G: „Ráno si dám na lžici trochu Becherovky, dělá mi to dobře na trávení“.

Senior H: „ Ne, alkohol nepiji“.

Senior CH: „ Pouze příležitostně a malinko“.

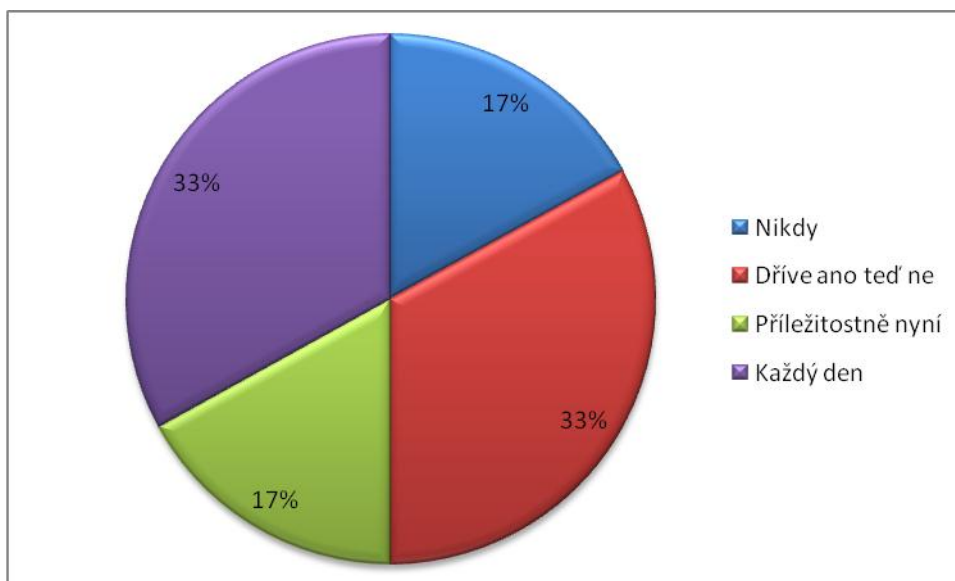
Senior I: „ Dříve trochu červeného vína, příležitostně, nyní už ani příležitostně“.

Senior J: „ Dříve jsem si příležitostně dala skleničku vína, dnes nedám alkohol do úst“.

Senior K: „ Před lety jsem si dala s chutí pivo na trávení, ale nyní už mi ani to nedělá dobře, ne, už si nedám ani to pivo“.

U otázky č. 10 byla škála možných odpovědí, na které odpověděli senioři takto: Dva nikdy nepožívali alkohol (17%), čtyři dříve příležitostně pili alkohol, nyní nepijí (33%), dva odpověděli, že v minulosti i nyní pijí alkohol příležitostně (17%), čtyři senioři si dají pravidelně denně jednu malou skleničku Becherovky „na trávení“ (33%).

Graf č. 17: pití alkoholu



Zdroj: Vlastní výzkum

Otázka č. 1: Co si myslíte, že právě u vás ovlivnilo vysoký věk?

Odpovědi:

Senior A: „Myslím, že je to ovlivněno pohybem a stravou“.

Senior B: „Celý život jsem tvrdě pracovala. Asi je to tím“.

Senior C: „Měla jsem stále dostatek pohybu, žila jsem celkem střídmě“.

Senior D: „Nevím, čím by byl můj věk ovlivněný, nikdo v rodině se takto vysokého věku nedožil“.

Senior E: „Myslím, že to je geneticky dané, u nás se dožila vysokého věku sestra a matka“.

Senior F: „Nevím, čím to je, u nás se nikdo vysokého věku nedožil“.

Senior G: „Asi je to dané geneticky“.

Senior H: „Tvrdě jsem pracovala, měla jsem dostatek pohybu i starostí“.

Senior CH: „Nevím, proč zrovna já se měla dožít vysokého věku“.

Senior I: „Tak vysokého věku jsem se nikdy nechtěla dožít. Přežila jsem svoje dítě, život už mě nebaví a chci zemřít. Nevím, proč jsem se tak vysokého věku

dožila. Ovdověla jsem, když mi bylo 30 let, od té doby jsem byla se dvěma malými dětmi sama, nikdo mi nepomohl, žádné peníze mi také od státu nechodily, musela jsem se o vše starat sama. Tvrdě jsem musela pracovat, abych děti uživila. Syna jsem přežila, zemřel mladý, na rakovinu. Snad je to geneticky dané. Měla jsem hodně sourozenců, někteří se dožili také vysokého věku, ale takto vysokého se nikdo nedožil.

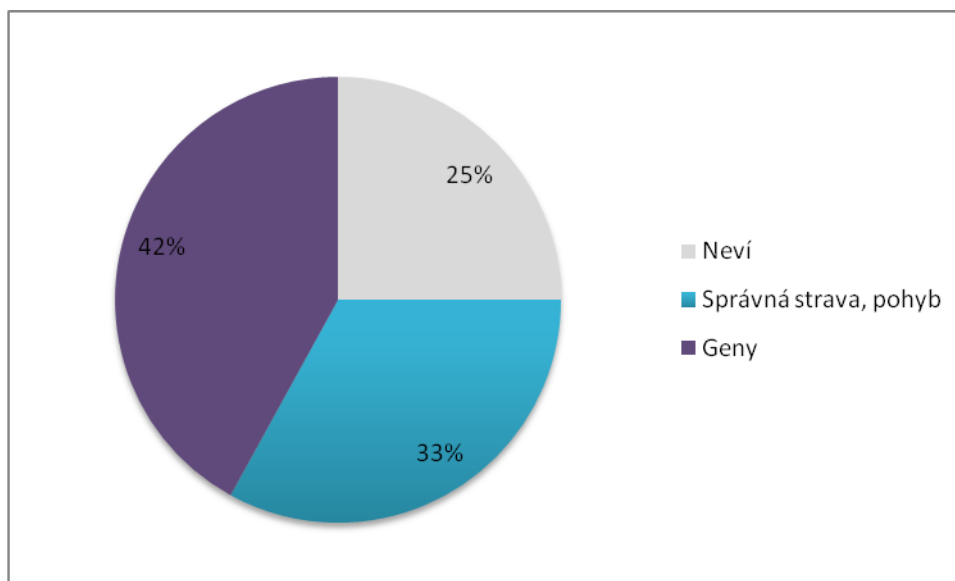
Senior J: „ Asi je to dané geneticky. I v naší rodině se dožívali všichni vysokého věku. To, že by to bylo prací nebo pohybem – nevím. Manžel byl zavřený, já byla vystěhovaná do jedné malé místnosti bez vody a topení s dvěma dětmi, musela jsem tvrdě pracovat, abych děti uživila. Starostí a stresu jsem měla víc než dost. Mám moc hodné děti. Už jsou to také babička a dědeček, ale jsou to stále děti.

Senior K: „ Asi je to geneticky. V naší rodině se také dlouho dožili mí příbuzní.

Tato otázka je otevřená, cílová populace se mohla zcela sama vyjádřit k této otázce. Respondenti se rozpovídali o svém životě, pro některé to bylo i smutné vzpomínání.

Čtyři dotazovaní (33%) si myslí, že jejich vysoký věk je ovlivněn stravou, velkým pohybem v mládí a tvrdou prací, tři dotazovaní neví, jak odpovědět (25%), pět dotazovaných (42%) si myslí, že jejich vysoký věk je ovlivněn genetickou dispozicí.

Graf č.18: Co ovlivnilo vysoký věk respondentů



Zdroj: Vlastní výzkum

Otázka č. 12: Dožil se někdo z rodiny také vysokého věku a kdo?

Odpovědi:

Senior A: „Nikdo v rodině se takto vysokého věku nedožil“.

Senior B: „Matka se dožila vyššího věku“.

Senior C: „Otec zemřel, v 87 letech“.

Senior D: „Nevzpomínám si, že by se někdo v rodině dožil 80 let“.

Senior E: „Matka zemřela v 89 letech“.

Senior F: „Nikdo v rodině se vysokého věku asi nedožil – nevzpomínám si“.

Senior G: „Sestra se také dožila vyššího věku, ale byla starší než já, už nežije“.

Senior H: „Otec se dožil vyššího věku, ale já ho předhonia“.

Senior CH: „U nás v rodině se asi nikdo vysokého věku nedožil“.

Senior I: „Některé sestry také žily dlouho, ale takového věku jako já se nedožily“.

Senior J: „Maminka se dožila vysokého věku“.

Senior K: „ Sestry se dožily také vysokého věku, jedna ještě žije.

Otázka byla otevřená a je součástí předešlé otázky. Od některých jsem se dozvěděla odpověď už z předcházející otevřené otázky. U čtyř dotazovaných se vysokého věku dožila matka dotazovaných, u dvou otec dotazovaných, u dvou dotazovaných se vysokého věku dožili sourozenci, čtyři senioři si neuvědomují, že by se někdo v rodině dožil vysokého věku (85 let a výše).

Tabulka č. 2: Příslušníci rodiny, kteří se dožili vysokého věku

Příbuzní	Počet seniorů	%
Matka	4	33
Otec	2	17
Sourozenci	2	17
Neví	4	33

Záznamový arch pro položený rozhovor

Ošetrovatelský personál:

Otázka č. 1 : Zhodnoťte u vybrané skupiny uživatelů následující oblasti, a to jednak při nástupu a nyní. Použijte při tom stupnici 1. – 5.

1= výborná, 2= velmi dobrá, 3= průměrná, 4= špatná, 5= velmi špatná

Při odpovědích na tuto otázku nahlížel ošetrovatelský personál do ošetrovatelských záznamů, aby odpovědi na otázky byly co nejvíce objektivní.

Všichni odpovídali stejně.

Psychická stránka při nástupu do Domova pro seniory byla při nástupu u 1 seniora výborná (8%), u ostatních průměrná (92%).

Nyní průměrná (100%).

Fyzická stránka při nástupu u dvou uživatelů byla velmi dobrá (17%), průměrná u sedmi uživatelů (58%), špatná u 3 uživatelů (25%).

Nyní je u 8 uživatelů průměrná (67%), velmi špatná u čtyř uživatelů (33%).

Celkový zdravotní stav při nástupu u jednoho seniora velmi dobrý (8%), průměrný u 9 seniorů (75%), u tří seniorů špatný (25%).

Nyní u tří seniorů špatný (25%), průměrný (75%).

Tabulka č.3:

Sloupec1	Při nástupu	V současnosti
Stupnice	1 - 2 - 3 - 4 - 5	1 - 2 - 3 - 4 - 5
Psychická stránka	3,4,5	4,6,2
Fyzická stránka	3,7,2	7,2,3
Celkový zdravotní stav	4,5,3	7,3,2

Zdroj : Vlastní výzkum

Otázka č.2: Změnila se životospráva uživatelů od nástupu do Domova pro seniory? Pokud ano, jak?

Odpovědi:

Otázka č.2: Změnila se životospráva uživatelů od nástupu do Domova pro seniory? Pokud ano, jak?

Odpovědi:

Sestra A: „ Ano , doma byli zvyklí jíst střídměji a zdravěji“.

Sestra B: „ Ano, nyní mají k dispozici dle zdravotního stavu dietní jídla a strava je pravidelná“.

Sestra C: „ Ano, je to hlavně v pravidelnosti“.

Sestra D: „ Ano, hlavně diabetici, dodržují dietu“.

Sestra E: „ Myslím, že ne“.

Sestra F: „ Asi ne“.

Sestra G: „Ne“.

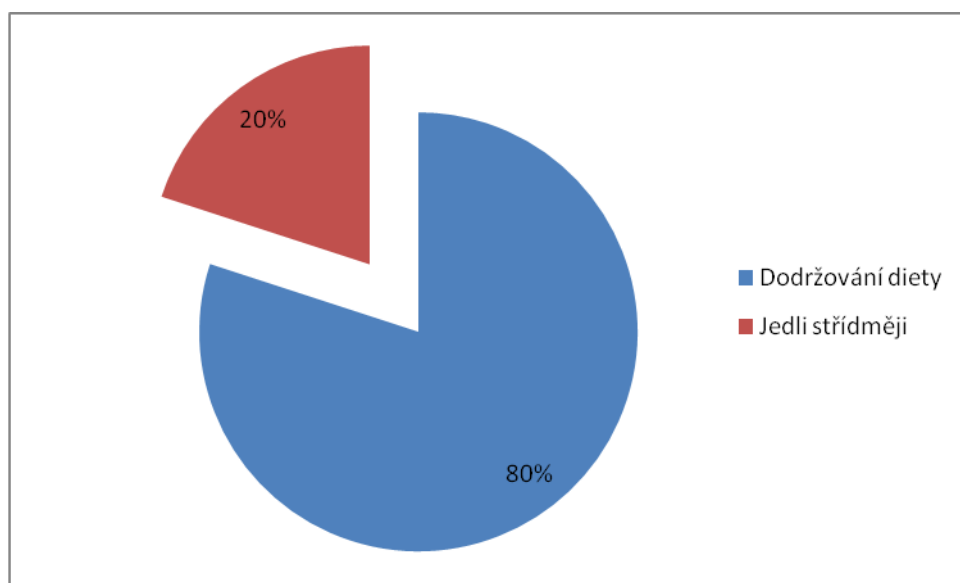
Sestra H: „ Ano, hlavně u diabetiků – dietní jídla“.

Sestra CH: „ Ano, pravidelnost, možnost dietních jídel“.

Sestra I: „ Ano, pravidelná a dietní strava u diabetiků, šetřící dieta“.

Na tuto otázku odpovědělo 5 (63%) dotázaných kladně, 3 (38 %) záporně. Na otevřenou část otázky odpověděli pouze dotázaní, kteří odpovídali kladně v první části otázky. 4 (80%) odpovědělo, že změna v Domově je v pravidelnosti a dodržování diety, 1 (20%) si myslí, že naopak doma se senioři stravovali střídměji.

Graf č.19: Změna životosprávy po příchodu do Domova pro seniory

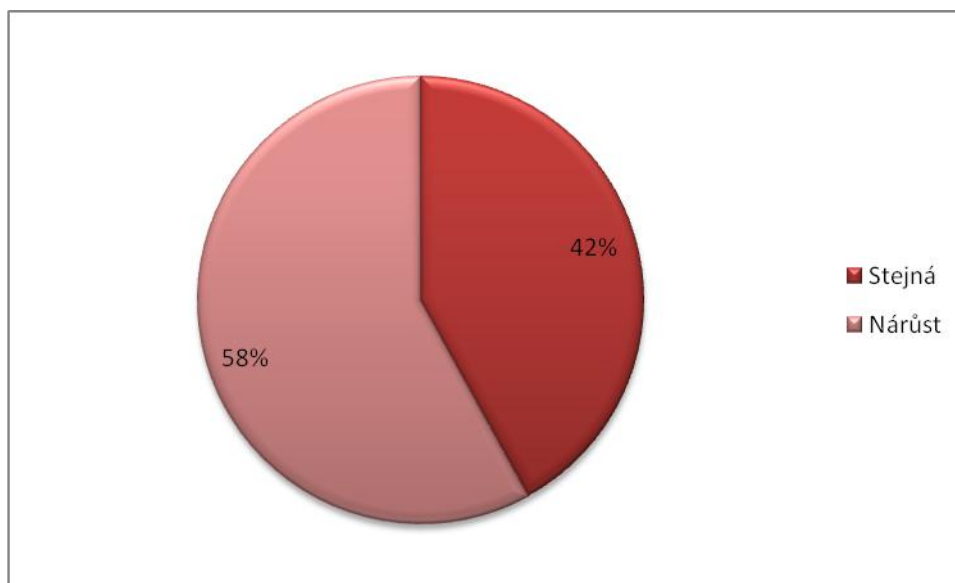


Zdroj: Vlastní výzkum

Otázka č.3: Změnila se od nástupu váha uživatelů?

Odpověď na tuto otázku vychází z ošetřovatelských záznamů. U pěti uživatelů (42 %) je váha stejná jako při nástupu, u sedmi došlo ke zvýšení váhy (58 %), žádný uživatel z cílového souboru nezhubl.

Graf č. 20: Váha uživatelů



Zdroj: Vlastní výzkum:

Otázka č.4: Je nutné uživatele pobízet k pohybovým aktivitám?

Odpovědi:

Sestra A: „Ne, na aktivity docházejí sami a sami si je hlídají“.

Sestra B: „Ano, některým uživatelům musíme připomínat cvičení, jinak by na ně nechodili“.

Sestra C: „ Ano, ale pouze některé uživatele“.

Sestra D: „ Ano, někteří se musí pobízet“.

Sestra E: „ Ne, na aktivity chodí sami a vybírají si, co se jim líbí, jóga nebo hromadná cvičení, někteří chodí cvičit i sami“.

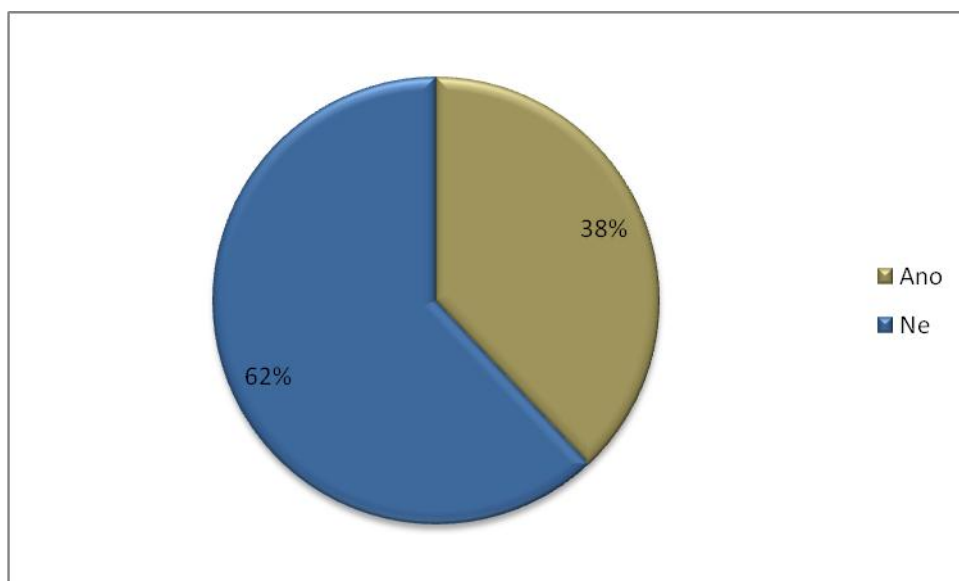
Sestra F: „ Není třeba, sami si aktivity hlídají“.

Sestra G: „ Ne, na aktivity chodí sami“.

Sestra I: „ Ne, chodí na aktivity sami“.

U této otázky bylo myšleno cvičení i chůze. Dotazovaná skupina vycházela z přímé praxe. 3 (38%) respondenti odpověděli ano, 5 (62%) odpovědělo ne.

Graf č. 21: Pobízení k aktivitám



Zdroj: Vlastní výzkum

Otázka č. 5 : Jak uživatelé zvládají bolest? Jakým způsobem si ulevují od bolesti?

Odpovědi:

Sestra A: „Bolest zvládá vybraná skupina uživatelů průměrně, na bolest si moc nestěžují“.

Sestra B: „Vybraná skupina si stěžuje na bolest velmi málo, takže průměrně“.

Sestra C: „Bolest zvládají velmi dobře, nestěžují si moc“.

Sestra D: „Moc si nestěžují, bolest zvládají velmi dobře“.

Sestra E: „Bolest zvládají průměrně, uživatelé této skupiny si moc nestěžují, to už musí mít opravdu velké bolesti“.

Sestra F: „Bolest zvládá tato skupina uživatelů velmi dobře“.

Sestra G: „ Bolest zvládá tato skupina průměrně“.

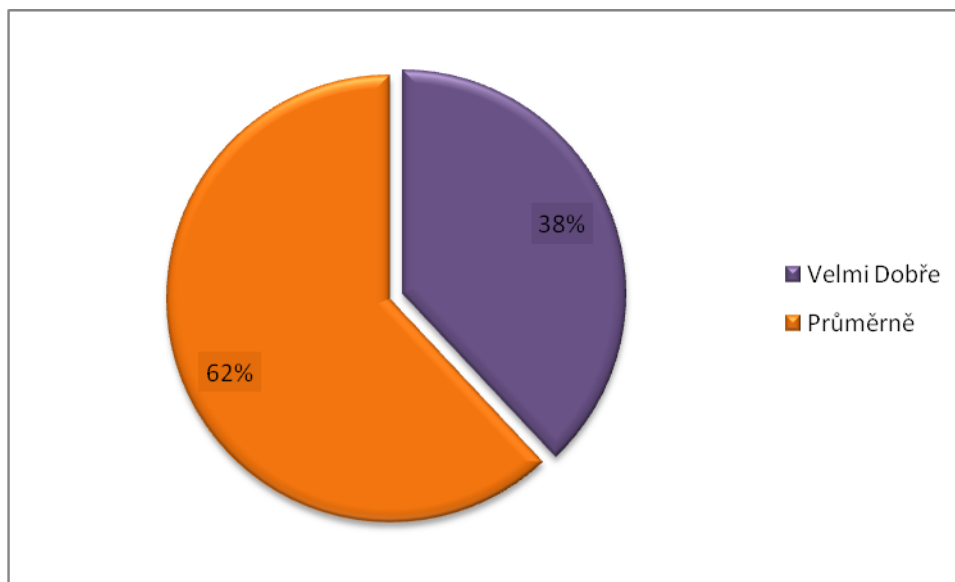
Sestra H: „ Bolest zvládají průměrně, pokud má některý z nich problémy, spíše to na nich vidíme, než aby si sami stěžovali“.

Odpovědi na druhou část otázky:

Část personálu uvedla stejně, že při bolesti podávají klientům analgetika, je jim doporučeno cvičení, úlevové polohy. Z této vybrané skupiny si ale na bolest moc nestěžují. Větší polovina respondentů odpověděla, že si vybraná skupina stěžuje na bolest velmi málo, někteří pokud mají bolesti si vezmou analgetika sami, aniž by o tom někdo věděl“.

Na první část otázky respondenti odpovídali dle škály, bylo pět možností, 3 (38%) z dotazovaných odpovědělo -velmi dobře, 5 (62%) odpovědělo průměrně. U druhé otázky, která byla otevřená, odpovídali dotazovaní podle zkušeností s klienty. 3 respondenti (38 %) uvedli na prvním místě úlevové polohy, cvičení, analgetika, 5 respondentů (62%) odpovědělo, že cílový soubor si stěžuje na bolest velmi málo.

Graf č. 22: Zvládání bolesti:



Zdroj: Vlastní výzkum

Otázka č.6: Existuje něco v životním stylu uživatele, co má vliv na výskyt (zhoršení) jeho onemocnění?

Odpovědi:

(Uvádím pouze odpovědi, které byly kladné)

Sestra A: „Občas nedodržují stravovací návyky“.

Sestra B: „Pokud nedodržují stravovací návyky. Stravu mají dietní, ale přesto mnohdy „zhřeší“, také často nedodržují pitný režim“.

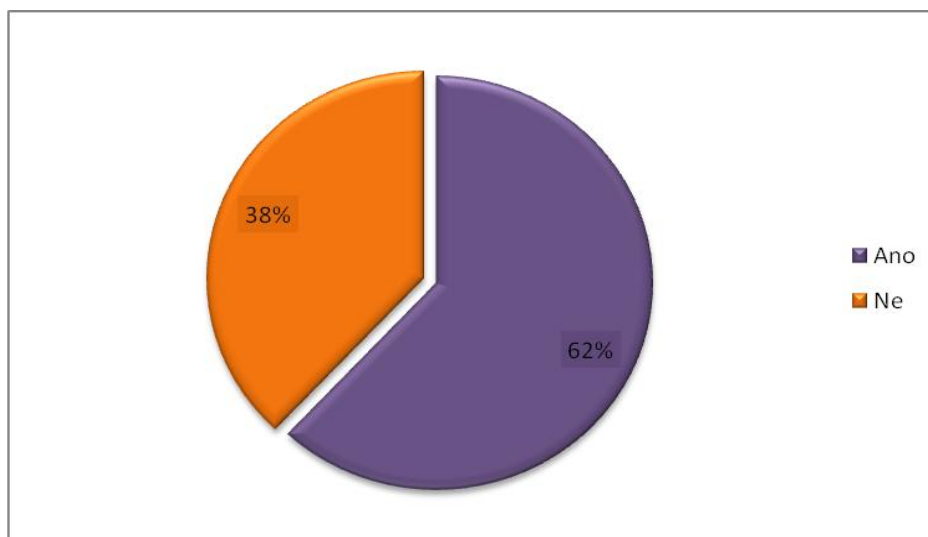
Sestra C: „Někteří přesto, že mají dietní stravu, tak zhřeší, nedodržují pitný režim, mohli by mít víc pohybu, jejich váha se zvyšuje“.

Sestra D: „Někteří si nehlídají pitný režim, nechtějí víc pít, aby nemuseli často na toaletu.“

Sestra E: „Někteří nedodržují dietní režim , nedodržují pitný režim“.

Otázka byla otevřená, 3 (38%) respondenti odpověděli ne, 5 (62%) respondentů odpovědělo ano. Kdo odpověděl kladně, pokračoval otevřenou otázkou. 4 (80%) respondenti označili za příčinu zhoršení stavu u seniorů porušování dietního režimu, nedostatečný pitný režim, 1 (20%) respondent uvedl ještě navíc nedostatek pohybu.

Graf č. 23:: Existuje něco v životním stylu seniorů, co ohrožuje jejich zdraví?



Zdroj: Vlastní výzkum

Otázka č. 7: Jaký je pitný režim uživatelů?

Odpovědi:

Na tuto otázku odpověděli všichni dotazovaní shodně, a to tak, že ležící klienti se musí k pití pobízet, ošetrovatelský personál sám dává těmto klientům napít, u některých jsou i záznamy o pitném režimu, pokud je to potřeba. Uživatelé, kteří jsou soběstační, si hlídají pitný režim sami, tam mnohdy pitný režim nedodržují, a to i z toho důvodu, aby nemuseli často chodit na toaletu“.

Respondenti měli možnost ze tří odpovědí, ale doplnili odpověď. U ležících seniorů je třeba na pitný režim dohlížet, tito klienti se musí k pití i pobízet. Vybraný soubor zařadili respondenti do skupiny, která má pitný režim dostatečný, ale musí se i hlídat.

Otázka č. 8: Co by mohlo zlepšit zdravotní stav uživatelů?

Odpovědi:

Sestra A: „ Určitě by se zlepšil zdravotní stav, pokud by se u některých snížila váha. Jde hlavně o pohybové ústrojí uživatelů“.

Sestra B: „ Ještě více pohybu, méně léků, méně stresu“.

Sestra C: „ Někteří diabetici by měli dodržovat více dietní režim a měli by mít ještě více pohybu (chůze)“.

Sestra D: „ Trochu více pohybu a víc dodržovat dietní stravu, to by určitě pomohlo. Sice je jim podávána dietní strava, ale na pokojích ji nedodržují a málo pijí“.

Sestra E: Více pohybu, dodržování pitného režimu a diety, to vše by určitě pomohlo ke zlepšení zdravotního stavu“.

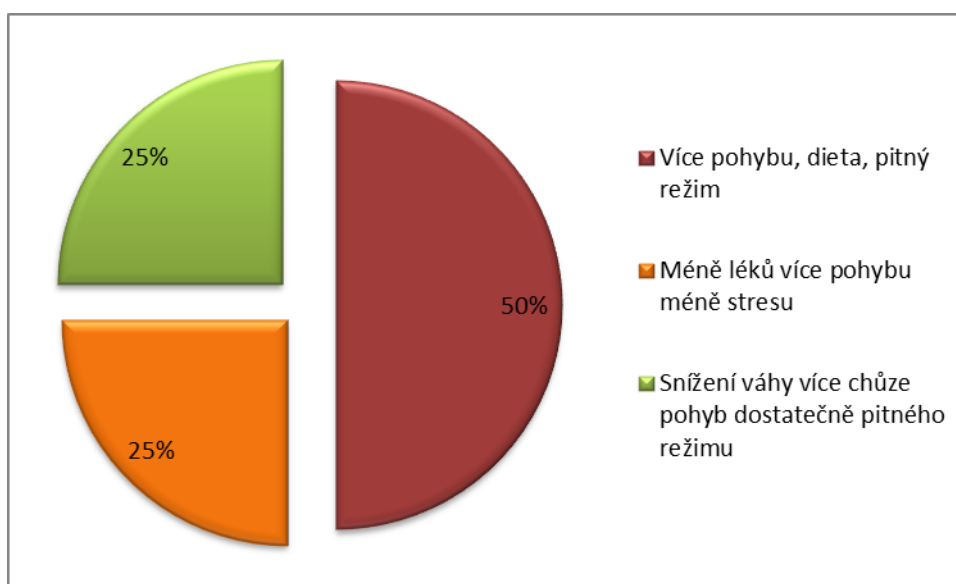
Sestra F: „ Někteří klienti jsou ve stresu, tím se zhoršuje zdravotní stav. Více pohybu na čerstvém vzduchu, více dodržovat pitný režim a zdravotní stav by se mohl zlepšit“.

Sestra G: „ Zdravotní stav by se mohl zlepšit, pokud by uživatelé měli méně léků, místo toho více RHB, více pohybu“.

Sestra H: „ U některých uživatelů by pomohlo snížení váhy, více pohybu“.

Na tuto otevřenou otázku odpověděli 4 respondenti (50 %) více pohybu, dodržování diety, dodržování pitného režimu, 2 respondenti (25 %) preferují méně léků, více pohybu, RHB, méně stresu, 2 respondenti (25 %) odpověděli – snížení váhy, více chůze, a celkového pohybu, dostatečný pitný režim.

Graf č. 24: Návrhy zlepšení zdravotního stavu



Zdroj: Vlastní výzkum

Záznamový arch pro položený rozhovor

Lékař

Otázka č.1: Jaký je zdravotní stav vybraných uživatelů od nástupu do Domova pro seniory?

U vybrané skupiny uživatelů zdravotní stav zlepšil.

Otázka č.2: Které z uvedených onemocnění se vyskytuje u vybrané skupiny uživatelů ?

Vysokým krevním tlakem trpí 5 respondentů (42 %), ICHS trpí 6 respondentů (50 %), DM má 5 respondentů (42 %), IKTEM onemocněl jeden respondent (8 %), onemocnění IKTEM zanechalo na klientovi minimální následky.

Tabulka

č.4:

ISCH	6
DM	5
IKTUS	1
TK	5

Otázka č. 3: Je možné, že v domácím prostředí by byl zdravotní cílové skupiny lepší?

Zdravotní stav nejen vybrané skupiny , ale i ostatních , pokud by byli v domácím prostředí, byl horší.

Otázka č.4: Myslíte si, že vzhledem k věku a zdravotnímu stavu mají senioři v Domově pro seniory dostatek pohybu?

Senioři mají dostatek pohybu.

Otázka č. 5: Dodržuje vybraná skupina seniorů pitný režim?

Pitný režim seniorů v Domově pro seniory je dostatečný.

Otázka č.6: Jaké jsou Vaše návrhy na zlepšení zdravotního stavu seniorů v domácím prostředí.

Péče v domovech pro seniory je dostatečná a jednoznačně zlepšuje kvalitu života i ve smyslu prodloužení délky života.

Otázka č.7: Jaké jsou Vaše návrhy na zlepšení zdravotního stavu seniorů v domovech pro seniory?

Pokud je senior v domácím prostředí a žije s příbuzným, či osobou, která o seniory pečuje a žijí spolu celých 24 hodin, je na seniory prakticky po celý den dohled a seniorovi to prospívá. Pokud žije senior sám, je stále ohrožený z hlediska náhlého onemocnění. Navíc bývá problém s celkovou péčí.

Otázka č.7: Myslíte si, že dnešní mladá generace má šanci také se dožít takto vysokého věku?

Věk se prodlužuje, šance na vysoký věk u dnešní mladé generace je, ale je tady otázka nemocí.

Otázka č. 8: Co by měla dnešní mladá generace z hlediska životního stylu zlepšit?

Více pohybu, žít zdravěji.

5. DISKUSE

Cílem mé diplomové práce bylo zjistit, do jaké míry souvisí zdravotní styl se zdravím a dlouhověkostí. Výzkum jsem prováděla v Senior domě v Soběslavi, u seniorů, kteří byli v domově pro seniory alespoň 5 let a byli ve věku 80 a více let. U těchto seniorů nebyly žádné znaky zmatenosti ani demence. Položený rozhovor jsem vedla a vyplňovala s dvanácti seniory, 8 pracovníky ošetrovatelského personálu a jedním lékařem. Záznamový arch pro položený rozhovor pro seniory obsahoval 3 otázky identifikační, 5 otázek na zdravotní stav a 12 otázek na životní styl. Pro ošetrovatelský personál obsahoval 8 otázek a pro lékaře 10 otázek. Otázky byly uzavřené, otevřené. Do vybraného zkoumaného souboru jsem vybrala 12 seniorů. Se všemi těmito seniory se mi podařilo vyplnit záznamový arch.

Jednotlivé záznamové archy (seniorů – respondentů, ošetrovatelského personálu a lékaře) se v některých odpovědích od sebe lišily. Je to způsobeno odlišným náhledem na dané téma.

K záznamovým archům pro seniory:

A. Identifikační otázky

První část záznamového archu pro seniory se týká rozložení věku v jednotlivých věkových obdobích, počtu seniorů vzhledem k pohlaví a vzdělání. Výsledky, které jsem získala, odpovídají údajům ze Statistické ročenky z roku 2008, co se týká poměru počtu žijících mužů a žen v daných věkových skupinách. Tomu zároveň odpovídá i poměr počtu mužů a žen z celkového počtu klientů v Senior domě. Ženy se dožívají vyššího věku než muži, výsledky odpovídají rozložení gender ve zkoumané věkové skupině. Ve statistické ročence z roku 2008 jsou uvedeny výsledky rozdílu pohlaví vzhledem k věku.

Podle Grusse (2009) od r. 1840 se střední délka života ve vyspělých průmyslových zemích neustále zvětšuje. V zemích s dosud nejvyšší průměrnou délkou života u žen došlo v posledních 160 letech k prudkému nárůstu průměrné dosažené délky života, a to téměř o tři měsíce za rok.

B. Zdravotní stav

Skupina otázek, které se týkají zdravotního stavu seniorů, jsou jednak otázky, kterými jsem zjišťovala zdravotní stav seniorů před nástupem do Senior domu a jednak jejich současný zdravotní stav.

Ve sledované skupině je většina uživatelů, kteří jsou v Senior domě od samého začátku. Pouze dva ze zkoumané skupiny nastupovali do Senior domu rovnou z nemocnice a ne z vlastní vůle. Původně byl smysl Senior domu takový, aby zde žili uživatelé vyššího věku, kde budou mít zdravotní dohled, ošetrovatelskou pomoc a v klidu si budou užívat pohodového důchodového věku. A právě tito senioři jsou z těch, kteří jsou v Senior domě od samého začátku. Většina z dotazovaných seniorů šla do Senior domu zcela dobrovolně. To vyplývá i z odpovědí na zdravotní stav před nástupem do Senior domu. Pro seniory, kteří nastupují do Domova pro seniory z důvodu nemoci, je vždy nástup dramatičtější a psychicky náročnější vzhledem k tomu, že nastupují do zařízení hlavně z důvodu

zdravotního stavu, není jim dobře, z nemocnice místo domů jdou do zařízení a jejich představa je taková, že jejich život končí. Navíc je i procento těch, kteří do Senior domu nastupují nedobrovolně, pouze z důvodu špatného zdravotního stavu a s tím, že není v jejich blízkosti nikdo, kdo by se o ně mohl celodenně postarat.

Pacovský (1994) uvádí, že do procesu stárnutí zasahují negativně i různé mechanismy zevního prostředí. Takových nepříznivě působících faktorů je velké množství. Mají povahu biologickou, chemickou nebo fyzikální. Dále nelze zapomínat ani na činitele psychosociální, jako je např. chronický stres.

Z jedné strany jsou různé mechanismy, které negativně ovlivňují naše zdraví, na straně druhé se může každý podílet sám na podpoře svého zdraví.

Pacovský (1994) uvádí, že od okamžiku, kdy si člověk uvědomuje, že stárne, začíná problém jeho reakce a adaptace na stáří. Průběh reakcí nelze dopředu odhadnout. U každého člověka je reakce jiná, rozhoduje komplex různých činitelů. Důležitý je průběh celé životní dráhy. Většinou ti, kteří byli v životě přizpůsobiví, mají zpravidla schopnost vytěžít ze zkušenosti svého předcházejícího života co nejvíce, když mají zvládat situace, s nimiž jsou ve stáří konfrontováni. Naopak lidé, kteří byli v mládí hůře přizpůsobiví, trpí špatnou adaptací i na vlastní stáří.

Tím se potvrzuje to, že senioři, kteří šli dobrovolně do Senior domu poměrně v dobrém zdravotním stavu a psychické pohodě, sami smíření s tím, že stráví své stáří v jiném než domácím prostředí, přežívají své i o mnoho let mladší vrstevníky a mohou se dožít vysokého věku.

Podle seniorů se zdravotní stav zhoršil, podle lékaře je zdravotní stav lepší. Senioři vidí u sebe zhoršení zdravotního stavu hlavně z hlediska zhoršení mobility.

C. Životní styl

Otázky k životnímu stylu se týkaly pohybu a stravování, i toho, jak senioři ze zkoumané skupiny prožívali běžný den před nástupem do Senior domu a po nástupu do Senior domu.

V době, v jaké dnešní senioři žili, se žilo zcela odlišně než dnes, a to jak z hlediska stravování, tak i z hlediska pohybu.

Strava byla střídavá, většinou z vlastních zdrojů, méně masa, méně cukrů.

Dle Pokorného a Pánka (2002) stejně tak, jako ohrožuje zdraví podvýživa, škodí zdraví i nadváha a obezita.

Výživa je zajištění živin potřebných pro existenci organismu. Správná výživa je založena na současných vědeckých poznatcích, které podávají informaci o nezbytném příjmu určitého množství energie, živin a vody, o optimálním příjmu živin během dne i delšího časového období a o jejich poměru v jednotlivých jídlech.

Co se týká optimálního příjmu potravin během dne, vzhledem k době, v jaké senioři žili, neměli všichni zkoumaní senioři přímo optimální stravu ani z hlediska množství ani z hlediska výživové potřeby.

Důležitým faktorem není jen absolutní obsah živin v pokrmu, ale i jejich využitelnost v lidském organismu. Výživové potřeby záleží na věku, pohlaví, tělesné a duševní aktivitě a tělesném typu.

Fořt (2001) uvádí, že složení stravy má zásadní význam v kterémkoliv období života. Úprava stravy dokáže zapůsobit jako prostředek obrany před různými zdravotními problémy a přitom zamezí předčasnému stárnutí. Čím je člověk starší, tím paradoxně kvalitnější by měla být konzumovaná strava, a to už třeba proto, že přispěje k ochraně před vznikem onemocnění související s postupujícím věkem.

Z odpovědí seniorů dále vyplynulo, že respondenti, jelikož žili právě v době předválečné a válečné, neměli zrovna lehký život, museli tvrdě pracovat, měli hodně pohybu a zároveň všichni prošli i obdobími, které pro ně bylo z nějakých důvodů značně stresujícím.

Dá se říct, že respondenti se stravovali v minulosti střídmě, měli dostatek pohybu, ale ne z vlastní vůle. Naproti tomu, co se týká pohybu dnes, sami senioři se snaží v maximální míře, jak jim umožňuje jejich zdravotní stav, cvičit, chodit, trénují si paměť luštěním křížovek a kvízů, jen aby zůstali co nejdéle aktivní.

K záznamovým archům ošetrovatelského personálu

Odpovědi ošetrovatelského personálu byly jednak převzaté z ošetrovatelských materiálů, na některé otázky odpovídal personál tak, jak jednotlivé klienty znal. Ošetřující personál se o pohybu vyjadřoval, že by senioři mohli mít pohybu ještě více. Je to myšleno tak, že ne že by potřebovali více chůze, ale spíše více odborného cvičení, což se týká i záležitosti bolesti. Cvičením by se mohl vyřešit v mnohých případech problém s bolestí, aniž by se byly museli využívat léky.

V knize „Nezačínajte stárnout“ od Dessaintové (1999) je uvedeno, že čím jsme starší, tím je tělo méně pružné a silné. Pokud nejsme aktivní, mohou se objevit fyzické a psychosomatické nemoci, bolesti za krkem, v zádech, v nohou, problémy s krevním oběhem a s obezitou. Jestliže necvičíme, svaly se ztenčují a oslabují, hromadí se fyzické a psychické napětí a nakonec ztrácíme životní sílu. Z těla se stane těžkopádný cizinec, který nám překáží a občas je nesnesitelný. Jsme náchylní k nemocem.

Dle Roslowskeho (2005) „Jak zůstat fit ve stáří“ je uvedeno, že oslabení psychofyzické obratnosti u starších lidí často není důsledkem samotného procesu stárnutí, nýbrž důsledkem sedavého způsobu života. Naopak vhodně zvolené pohybové aktivity zpomalují procesy stárnutí lidského organismu a zlepšují kvalitu života seniorů. Přesvědčit seniory o nutnosti změnit životní styl je těžké.

Jedním z dalších problémů u seniorů je pitný režim. Větší problém je u chodících a aktivních seniorů, než u ležících. Je to tím, že upoutaní na lůžko se krmí a pítí se více uhlídá, kdežto u aktivních se stává, že si sami senioři pitný režim nehlídají, nebo nechtějí pít z důvodu, aby nemuseli často na toaletu.

K záznamovým archům lékaře

Lékař se vyjádřil k otázkám k otázkám zdravotní stránky, pitného režimu a pohybu, a to z pozice lékaře, který léčí seniory v Senior domě, ale zároveň se setkává i se seniory v domácím prostředí. Proto z jeho pohledu byly odpovědi na otázky odlišné od ošetrovatelského personálu.

Podle lékaře mají senioři v Senior domě dostatek pohybu. V Senior domě je možnost společného cvičení, nebo je možné využívat místnosti a přístrojů, které s cvičením pomáhají, což lidé v domácím prostředí nemají. K tomu pravidelná hygienická péče, hlídání pitného režimu, to vše dle lékaře přispívá ke zlepšení zdravotního stavu. Celkově se podle lékaře zdravotní stav seniorů v Senior domě zlepšil. Je to ale také tím, že většina nemocí se podchytí ve velmi časně formě, vzhledem k tomu, že jsou klienti pod stálým ošetrovatelským dozorem.

Podpora zdraví je uvedena i v publikacích od Grofové (2007), Fejfara (1987), Hauschka (1951) a Hejdy (1982). Zdůvodnění strategie podpory zdraví vychází z následujících faktů:

- zdraví je základním zdrojem pro kvalitní život
- zdravý životní styl je spoluurčován prostředím, ve kterém člověk žije
- životní styl je ovlivňován znalostmi o podpoře zdraví

Tím se potvrzují fakta, že jednak prevence je levnější než léčba a v případě léčby je nemoc včas podchycená a snadněji vyléčitelná.

6. ZÁVĚR

Cílem diplomové práce bylo zmapovat, zda má životní styl vliv na zdraví seniorů na zdravotní stav seniorů. Cílovou skupinou byli senioři ve věku 80 a více. Hlavním důvodem bylo, že jsem se při své práci setkala na jedné straně se seniory, kteří byly ve vysokém věku, ale přitom ke svému věku v relativně dobrém zdravotním stavu, na druhé straně se seniory, kteří v poměrně mladém seniorském věku onemocněli civilizačními nemocemi. A tak jsem si zadala tři výzkumné otázky, na něž jsem hledala odpovědi

1. Má životní styl vliv na prevenci civilizačních nemocí a přispívá k prodloužení života?
2. Žili dnešní senioři, kteří se dožili více jak 80 let, zdravým způsobem života?
3. Má pobyt v domovech pro seniory a celodenní péče vliv na zdraví a prodloužení života?

Zdravotnická péče je v Čechách ve stylu solidárnosti, to znamená, že každý přispívá svým daným procentem povinně na zdravotnictví (zdravotní pojištění je ze zákona povinné), mnozí částku nevyčerpají, naopak peníze jsou rozdělovány mezi ty, kteří ji momentálně potřebují. Peníze jsou použity jak na léčbu nemocnění, tak i na prevenci. Prevence je vždy levnější než léčba rozvinutého onemocnění. Z ekonomického hlediska je léčba nemocí stále více nákladnější, a to jak pro stát, tak i pro občany.

Na první otázku nelze jednoznačně odpovědět, vzhledem k tomu, že životní styl je velice široký pojem a každý má jinou představu zdravého životního stylu a nelze najít univerzální recept na všechny.

Druhou otázku, zda žili senioři zdravým životem, oslovení senioři žili v době, kdy měli dostatek pohybu, mnohdy těžkou a náročnou práci a strava byla střídá.

U třetí výzkumné otázky bychom mohli uvést, že celodenní ošetrovatelskou péčí lze podchytit řadu nemocí v začátku a tím se nemoc zcela nerozvine, nebo probíhá v mírnější podobě a je tím dáno větší procento

k úspěšnému uzdravení. Pravidelnou péčí a dohledem nad seniory se v pobytových zařízeních v domech pro seniory prodlužuje život a upevňuje zdraví. Výzkumná otázka, kterou jsem si v diplomové práci položila se může stát podkladem pro další zkoumání v rámci jiných diplomových prací. Velmi zajímavé se jeví též možnost komparace životního stylu u seniorů, kteří se dožili vysokého věku v domácím prostředí.

Výsledky práce mohou být informací a zamyšlení mladým lidem, kteří žijí v dnešní době zcela odlišným způsobem života, ale zároveň právě jim se bude prodlužovat doba odchodu do důchodu, takže pro ně by tato práce měla být doporučením, aby i oni se mohli dožít ve zdraví vysokého věku a užít si pohodového důchodového věku.

7. KLÍČOVÁ SLOVA

- 1) Dlouhověkost
- 2) Podpora zdraví
- 3) Stárnutí
- 4) Stáří
- 5) Životní styl

Keywords:

- 1) Longevity
- 2) Health support
- 3) Aging
- 4) Old age
- 5) Lifestyle

8. SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

1. ADLER, A. *Psychologie*. 1. vyd. Praha: Aurora, 1999. 160 s. ISBN 80-85974-76-2.
2. ANDREW, W.M.D. *Zdravé stárnutí*. 1.vyd., Praha: nakl. Pragma. 2007. 280 s. ISBN 978-80-7349-030-0.
3. BLÁHA, M. a kol. *Vnitřní lékařství II*. díl. 1.vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1999. 281 s. ISBN 80-7013-2744.
4. BAŠTECKÝ, J., KUMPEL, Q. a kol. *Gerontopsychiatrie*. 1.vyd. Praha: Grada Avicenum. 320 s. ISBN80-7169-070-8.
5. BRAGDON, D. ALLEN, GAMON, D. *Nedovolte mozku stárnout*. Praha: Portál, 2002. 109 s. ISBN 80-7178-567-9.
6. ČERTÍK, B. *Akutní končetinová ischemie*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing,a.s. 1.vyd. 148 s. 2003. ISBN 80-247-0624-5.
7. DANCHIN, N., CUZIN, E. *Srdceční infarkt, jak mu předcházet a jak se s ním vyrovnat*. 1. vyd. Praha: Portál. 2006. 120 s. ISBN 80-7367-077-1.
8. DEFELICE, E., M.D. *Prevention of cardiovascular disease*. Lincoln: Universe, 2005. 137 s. ISBN-10: 0-595-81297-X.
9. KOL. AUTORŮ. *Demografie nejen pro demografy*,.1. vyd. 1993. 125 s. Praha: nakl. Slon. ISBN 80-90142-2-7.
10. DESSAINTOVÁ, M.,P. *Nezačínajte stárnout*. 1. vyd. Praha: Portál. 1999. 232 s. ISBN 80-7178-255-6.
11. ENRIGHT, B. JR. *Social Gerontology*. Allyn and Bacon A Division of Simon & Schuster, Inc. Massachusetts. 1994. 40 s. ISBN 0-205-15433-6.
12. FEJFAR, Z. *Srdce známé i neznámé*. 1. vyd. Praha: Mír, n.p., závod 3. 1987. 224 s.. ISBN 23-008-87.
13. FEIGIN, V. *When Lightning Strike. An Illustrated Guide to Stroke Prevention and Recovery*, edited
14. FOŘT, P. *Jak stárnout pomalu*. E.B nakladatelství, Havlíčkův Brod, 2001. by Dr. Valery Feigin, ISBN 1-86950-533-2.
15. FOŘT, P. *Mládněte jídlem i po 50*. 1. vyd. Brno: Computer Press, a.s. 2008. 256 s. ISBN 978-80-251-2148-1.
16. GRAHAM, I et al. Acute myocardial infarction in a 24 year old man possibly Associated with sibutramine use. *International Journal of Kardiologiy*, 2009. Volume 137.ISSUE, 2, October 2009. Page e43-e45. ISSN 0167-5273.
17. GROFOVÁ, Z. *Nutriční podpora*, 1.vyd., Grada Publishing, a.s. 2007, Praha, 237 s. ISBN 978-80-247-1868-2.
18. GRUBEROVÁ, B., *Gerontologie*. 1. vyd. České Budějovice: Jihočeská univerzita Zdravotně sociální fakulta 2000. 86 s. ISBN 80-7040-286-5.
19. GRUSS, P. *Die ZUKUNFT des Alterns. Die Antwort der Wissenschaft (ein Report der Max-Planck-Gesellschaft)*. Verlag C.H.Beck oHG Copyright, Verlag C.H. Beck oHG, München, 2007. ISBN 978-80-7367-605-6.

20. HARTL, P. *Psychologický slovník*, 2. vyd. 1994. Praha: Česká typografie a.s. 297 s. ISBN 80-90-15-49-0-5.
21. HAINER, V. a kol. *Základy klinické obezitologie*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing,a.s., 2004. 356 + 16 s. ISBN 80-247-0233-9.
22. HAINER,V., KUNEŠOVÁ, M. *Obezita*. 1.vyd. Praha: Galén, 1997. 124 s. ISBN 80-85824-67-1.
23. HAMILTON, I.,S. *Psychologie stárnutí*. 1. vyd. Praha: Portál 1999. 320 s. ISBN 80-7178-27-42.
24. HARTL, P., HARTLOVÁ, H. *Psychologický slovník*. 1. vyd. Praha: Portál 2000. 774 s. ISBN 80-7178-303-X.
25. HAŠKOVCOVÁ, H. *Fenomén stáří*. 1.vyd. Praha: Panorama, 1990. 416 s. ISBN 80-7038-158-2.
26. HAUSCHKA, R. *Člověk a výživa*. 9. vyd. .Frankfurt am Main: nakl. Vittorio Klostermann, 1951, 290 s. ISBN 80-902829-4-6.
27. HEJDA, S., JEŽKOVÁ, D. *Výživou proti cévní skleróze*. 3.vyd. Praha: Avicenum. 1982. 120 s. ISBN 08-062-81.
28. HERZIG, R. *Ischemické cévní mozkové příhody*. 1.vyd. Praha: Maxdorf, 2008. 84 s. ISBN 978-80-7345-148-6.
29. HOCMAN, G. *Stravou proti rakovině*. 2.vyd. Praha: Avicenum, 1991. 116 s. ISBN 80-201-0155-1.
30. HOFFMANN, P. *Od pramene Čínské medicíny*.1. vyd. Praha: Euromedia, 2007, 319 s. ISBN 978-80-242-1992-9.
31. HOLMEROVÁ, I., *Vybrané kapitoly z gerontologie*. 2.vyd. Praha: Česká alzheimerovská společnost. 2003. ISBN 80-86541-12-6.
32. HORKÝ, K. *Lékařské repetitorium*. 1. vyd. Praha: Galén, 2003.788 s., ISBN 80-7262-241-2.
33. JANDOUREK, J. *Sociologický slovník*. 1.vyd. Praha: Portál. 2001. 284 s. ISBN 807178-535.
34. JAROŠOVÁ, D. *Péče o seniory*. 1. vyd. Ostravská univerzita v Ostravě, Zdravotně sociální fakulta, 2006, 96 s, ISBN 80-7368-110-2.
35. JESSEL, CH. *Úspěšně proti osteoporóze*. 1. vyd. Praha: nakl. Pavel Dobrovský. 2006. 96 s. ISBN 80-7306-232-1.
36. KALVACH, Z. a kol. *Úvod do gerontologie a geriatrie- 1. díl Gerontologie obecná a aplikovaná*, 1.vyd.. Karolinum Praha: 1997. 193 s. ISBN 80-7148-366-0.
37. KOLEKTIV AUTORŮ, *Vše o bolesti*. 1. vyd.Praha: Grada Publishing, a.s. 2006, 355s. ISBN 80-247-1720-4.
38. KRAJČÍK, Š., *Princípy diagnostiky a terapie v geriatrii*. 1.vyd. Bratislava: Charita, s.r.o. 2008. 192 s, ISBN 978-80-88743-72-9.
39. KRČÍLEK, A., *Trombózy a záněty žil*. 3.vyd. 1988.8Praha: Avicenum, , 85 s. ISBN 08-071-87-0.
40. KŘIVOHLAVÝ, J., *Psychologie nemoci*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing. 2002. 198 s. ISBN 80-247-0179.
41. KUNOVÁ V. *Zdravá výživa a hubnutí*, 1. vyd.Praha: Grada Publishing, a.s., 2006. 128 s. ISBN 80-247-1050-1.

42. KYNÝCHOVÁ, H. *Tajemství životního stylu*. 1.vyd. Praha: Propolis. 2007. 230 s. ISBN 80-903818-0-4.
43. LEBL, J., PRUHOVÁ, Š. a kol., *Abeceda diabetu*, 2. vyd. Praha: Maxdorf, s.r.o 1998, 2004. 183 s., ISBN 80-7345-022.
44. LEIBOLD, G. *Risiko Bluthochdruck*. 1.vyd., Dr. Werner Jopp Verlag Wiesbaden Praha: Ivo Ulrich- Růžičkův statek, 2005. 123 s. ISBN 80-86579-17-4.
45. MÁLKOVÁ, I. *Muži s nadváhou-úvodní slovo*.(on line.). 12.1.2009 (cit. 2010-03-8). Dostupné z www.stob.cz
46. MARŠÁLEK, P. *Pohybová terapie po akutních srdečních příhodách*. 1. vyd. Praha. Triton. 2006. 83 s. ISBN 80-7254-709-7.
47. MERYN, S., METKA, M., KINDEL, G. *Muži a stárnutí*. 1. vyd. nakl. Ilja Zlámal. 336 s. ISBN 80-903396-0-3.
48. MÜLLEROVÁ, D. *Zdravá výživa a prevence civilizačních nemocí ve schématech*, 1.vyd. Triton s.r.o Praha, 2003. 99 s. ISBN 80-7254-421-7.
49. PACOVSKÝ, V., *Geriatric*. 1.vyd. Scienta medica, Praha. 1994. 152 s. ISBN 80-85526-32-8.
50. PÁNEK, J., POKORNÝ, J., a kol. *Základy výživy*. 1. vyd. Svoboda Servis, 2002. 203 s. ISBN 80-8620-23-6.
51. ROSLAWSKI, A. *Jak zůstat fit ve stáří*. 1.vyd. Brno:Computer Press, a.s. 71 s., ISBN 80-251-0774-4.
52. SLÁMA, O., KABELKA, L., VORLÍČEK, J. *Paliativní medicína*. 1.vyd., Galén, Praha. 2007. 352 s. ISBN 978-80-7262-505-5.
53. SOVOVÁ, E., A KOL. *100 + 1 otázek a odpovědí o prevenci nejčastějších onemocnění*. 1.vyd. Praha: Grada Publishung, a.s., 2007. 237 s., ISBN 978-80-247-1868-2.
54. STANĚK V. a kol. *Infarkt myokardu*. 1. vyd. Praha: Avicenum. 1986. 367 s., ISBN 08-095-86.
55. STUART-HAMILTON. *Psychologie stárnutí*. 1. vyd. 1999. Praha: Portál. 320 s. ISBN 80-7178-274-2.
56. SVAČINA Š. *Hypertenze při obezitě a diabetu*. 1.vyd. Praha: Triton. 2007. 128 s. ISBN 80-7254-911-1.
57. SÝKOROVÁ, D. *Autonomie ve stáří*. 1: vyd. Praha: Sociologické nakladatelství. 2007. 283 s. ISBN 978-80-86429-62-5.
58. SURYNEK, A., KOMÁRKOVÁ, R. *Základy sociologického výzkumu*. 1.vyd. Praha: Management Press. 2001. 160 s. ISBN 80-7261-038-4.
59. ŠPINAR, J., VÍTKOVEC, J. a kol. *Jak dobře žít s nemocným srdcem*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing. 2007. 256 s. ISBN 978-80-247-1822-4.
60. ŠTEJFA, M., a kol. *Kardiologie*. 3. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s. 2007. 722 s. ISBN 978-80-247-1385-4.
61. ŠTILEC, M. *Program aktivního stylu života pro seniory*. 1.vyd.. Praha: Portál. 2004. 135 s. ISBN 80-7178-920-8.
62. ŠTOCHLOVÁ, J., CÍFKOVÁ, R.. *Vysoký krevní tlak-dieta a rady lékaře*. 1.vyd.. Praha: Triton . 2007. 83 s. ISBN 978-80-7254-633-6.

63. TOUŠKA P. Deprese.1.vydání. Praha Společnost všeobecného lékařství 12 s ISBN 80-903573-1-8
64. ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY ČR. *Zdravotnická ročenka české republiky 2008*. Praha: ÚZIS. 2009. 260 s. ISBN 978-80-7280-845-8
65. VALSROVÁ, J., *Genger a spol.*,1. vyd. Ústí nad Labem: Univerzita J.E. Turkyň. 2006. 235 s. ISBN-80-7044-808-3.
66. VENGLÁŘOVÁ M., *Problematické situace v péči o seniory*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing,a.s. 2007. 96 s. ISBN 978-80-247-2170-5.
67. VÍTEK, L. *Jak ovlivnit nadváhu a obezitu*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, a.s. 2008. 160 s. ISBN 978-80-247-2247-4.
68. VÍTOVEC, J., ŠPINAR, J. a kol. *Farmakologie kardiovaskulárních onemocnění*. 2.vyd. Grada Publishing, a.s. 248 s. ISBN 80-247.
69. VONDROVÁ, H. *Cukrovka a poruchy nervového systému*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, s.r.o. 1999. 100 s. SBN 80-7169-364-2.
70. ZAVÁZALOVÁ, H. a kol. *Vybrané kapitoly ze sociální gerontologie*. 1. vyd. Praha: Univerzita Karlova. 2001. 46 s. ISBN 80-246-0326-8.

9. Přílohy

Záznamový arch pro položený rozhovor - uživatelé

Záznamový arch pro položený rozhovor – ošetrovatelský personál

Záznamový arch pro položený rozhovor - lékař

Záznamový arch pro polořízený rozhovor

A. Identifikační otázky

1. Pohlaví
 - a) muž
 - b) žena

2. Rok narození.....

3. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?.....
 - a) základní neukončené
.....
 - b) základní ukončené
.....
 - c) učební obor
.....
 - d) učební obor
s maturitou.....
 - e) střední škola
.....
 - f) vysoká
škola.....

B. Zdravotní stav

1. Jak jste se cítil(a) po zdravotní stránce těsně před nástupem do Domova pro seniory?
 - a) výborně
 - b) velmi dobře
 - c) dobře
 - d) průměrně (ani dobře ani špatně)
 - e) spíše špatně
 - f) velmi špatně

2. Jak se cítíte po zdravotní stránce nyní?
 - a) výborně
 - b) velmi dobře
 - c) dobře
 - c) průměrně (ani dobře ani špatně)
 - d) spíše špatně

e) velmi špatně

3. Co způsobilo Vaše zlepšení/zhoršení zdravotního stavu? (Proč se v současné době cítíte lépe/hůře než před nástupem do domova pro seniory?)

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

4. Kdy jste navštěvovala lékaře, dokud jste nebyl(a) v Senior domu?

- a) v případě nemoci
- b) když jsem si nedokázal(a) pomoci sama

5. Chodil(a) jste na pravidelné preventivní prohlídky?

- a) ano
- b) ne

C. Životní styl

1. Co pro vás znamená životní styl?

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

2. Popište , jak vypadá Váš běžný den?

a) v Senior domě

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

b) před nástupem do Senior domu

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

3. Stravoval(a) jste se před nástupem do Senior domu pravidelně?

- a) ano
- b) ne

4. Zhodnoťte prosím své stravovací návyky:

- a) jsou stejné
- b) zlepšily se (uved'te prosím v čem)

.....
.....

- c) zhoršily se (uved'te prosím proč)

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

- d) nedokáži posoudit

5. zúčastňujete se aktivit v DD ? Pokud ano, kterých?

.....
.....

6. Zúčastňujete se pravidelných pohybových cvičení, pokud ano, jak se po cvičení cítíte?

- a) výborně
- b) velmi dobře
- c) stejně
- d) spíše špatně
- e) velmi špatně
- f) nechodím cvičit
- g) cvičení se nemůže zúčastňovat ze zdravotních důvodů

7. Z jakého důvodu chodíte na pravidelná cvičení?

- a) po zdravotní stránce se cítím lépe
- b) cvičení mi pomáhá zvládat bolest
- c) cvičení mi dělá radost
- d) cvičit chodím z jiných důvodů

8. Kouřil/a jste v minulosti před nástupem do Senior domu?

b) ne

Kolik cigaret denně jste vykouřil/a?

.....
.....

Kouříte i po nástupu do Senior domu?

a) ano

b) ne

Kolik cigaret denně vykouříte?

.....
.....

10. Pil/a jste alkohol v minulosti, pijete alkohol nyní?

a) nikdy jsem nepil(a)

b) dříve jsem pil/a příležitostně, nyní už vůbec

c) v minulosti i v současnosti piji alkohol pouze příležitostně

d) denně si dám malou skleničku pro zdraví

d) dříve jsem pil(a) , nyní ne

11. Co si myslíte, že právě u Vás ovlivnilo vysoký věk?

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

12. Dožil se někdo z rodiny také vysokého věku, a kdo?

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

Záznamový arch pro polořízený rozhovor

Lékař:

1. Jaký je zdravotní stav vybraných uživatelů od nástupu do Senior domu?
 - a) zdravotní stav se zlepšil
 - b) zdravotní stav se zhoršil
 - c) je stejný

2. Které z uvedených onemocnění se vyskytuje u vybrané cílové skupiny DD nejčastěji?
 - a) DM
 - b) ICHS
 - c) iktus
 - d) vysoký KT

3. Je možné, že v domácím prostředí by byl zdravotní stav vybrané cílové skupiny
 - a) stejný
 - b) lepší
 - c) horší

4. Kolik mají uživatelé v Senior domě pohybu?
 - a) málo
 - b) dostatečně
 - c) nadbytek

5. Ovlivňuje pitný režim zdravotní stav uživatelů?
 - a) ano
 - b) ne

6. Jaké jsou Vaše návrhy na zlepšení zdravotního stavu
 - a) u seniorů v Senior domě
.....
.....
.....
.....
 - b) v domácím prostředí
.....
.....
.....
.....

7. Co by se mělo zlepšit dle Vašeho názoru z hlediska životního stylu u dnešní mladé populace?

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

Záznamový arch pro polořízený rozhovor

Ošetřovatelský personál:

1. zhodnoťte prosím u uživatele následující oblasti (použijte stupnici 1. – 5. od nejlepšího k

Nejhoršímu 1= výborná, 2 = velmi dobrá, 3 = průměrná, 4 = špatná, 5 = velmi špatná)

- | | | |
|---------------------------|-------------|------|
| a) psychická stránka | při nástupu | nyní |
| b) fyzická stránka | při nástupu | nyní |
| c) celkový zdravotní stav | při nástupu | nyní |

2. změnila se životospráva uživatelů od nástupu do DD?

- a) ano
- b) ne

Jak se změnila životospráva? (Popište, prosím)

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

3. váha uživatelů se od nástupu

- a) zvýšila
- b) snížila
- c) je stejná

4. je nutné uživatele pobízet k pohybovým aktivitám?

- a) ano
- b) ne

5. jak uživatel zvládá bolest?

- a) výborně
- b) velmi dobře
- c) průměrně
- d) špatně
- e) velmi špatně

6. Existuje něco v životním stylu, či zlepšení uživatele, co má vliv na výskyt (zhoršení) jeho onemocnění

- a) ano
- b) ne

Pokud jste uvedl(a) ano, rozeberte prosím podrobně :

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

7. Jaký je pitný režim uživatelů?

- a) dostatečný, nemusíme pitný režim hlídat
- b) dostatečný, ale musíme k pitnému režimu pobízet
- c) nedostatečný

8. Co by mohlo zlepšit zdravotní stav uživatelů?

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