

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

Pedagogická fakulta

Katedra výchovy ke zdraví

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2013

Štěpánka Dvořáková

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

Pedagogická fakulta

Katedra výchovy ke zdraví

## **Vybrané aspekty životního stylu klientů v domovech pro seniory**

Bakalářská práce

Autor: Štěpánka Dvořáková

Studijní program: Specializace v pedagogice

Studijní obor: Výchova ke zdraví

Vedoucí práce: Mgr. Petra Zimmelová, PhD.

České Budějovice, duben 2013

University of South Bohemia in České Budějovice  
Faculty of Education  
Department of Health Education

**Certain aspects of clients lifestyle in the retirement home**

Bachelor Thesis

Author: Štěpánka Dvořáková  
Study programme: Specialization in Education  
Study of Programme: Health Education  
Supervisor: Mgr. Petra Zimmelová, PhD.

České Budějovice, April 2013

**Jméno a příjmení autora:** Štěpánka Dvořáková

**Název bakalářské práce:** Vybrané aspekty životního stylu klientů v domovech pro seniory

**Pracoviště:** Katedra výchovy ke zdraví, Pedagogická fakulta, Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

**Vedoucí bakalářské práce:** Mgr. Petra Zimmelová, PhD.

**Rok obhajoby bakalářské práce:** 2013

**Abstrakt:**

Bakalářská práce se zabývá problematikou seniorů ve vztahu s vybranými aspekty životního stylu a to stravováním a pohybovou aktivitou. V teoretické části práce jsou zmiňovány základní souvislosti, které se vztahují ke stáří a stárnutí člověka. V praktické části popisují metodologické aspekty zpracování výzkumné části. Pro výzkum byla zvolena komparace metod kvalitativních a kvantitativních. Anketa se seniory proběhla ve dvou zařízeních, kdy dotazováno bylo vždy 10 klientů. Cílem práce bylo zjistit, zda ve vybraných aspektech životního stylu došlo k posunu, vlivem pobytu v zařízení – domov pro seniory. Z výzkumu vyplývá, že důvodem pro změnu životního stylu jsou akceptované změny zdravotního stavu včetně pochopení diety jako součásti léčby.

**Klíčová slova:** senior, domov pro seniory, pohybová aktivita, stravování, životní styl

**Name and Surname:** Štěpánka Dvořáková

**Title of Bachelor Thesis:** Certain aspects of clients lifestyle in the retirement home

**Department:** Health Education, Faculty of Education, University of South Bohemia in České Budějovice

**Supervisor:** Mgr. Petra Zimmelová, PhD.

**The year of presentation:** 2013

**Abstract:**

This thesis is focused on issues concerning certain aspects of lifestyle, diet and physical activity of seniors. The theoretical part of the work addresses basic data related to the age and aging. The practical part describes the methodological aspects of the research process. The research is based on the comparison of qualitative and quantitative methods. Two polls were held with 10 elderly clients interviewed at each. The aim of the study was to determine whether the selected aspects of lifestyle had changed as a result of residence in the facility – the retirement home. The research implies that medical condition, including perceiving of diet as part of the treatment, is accepted as a reason why to change the lifestyle.

**Keywords:** senior, retirement home, physical activity, eating, lifestyle

Prohlašuji, že jsem svou bakalářskou práci „Vybrané aspekty životního stylu klientů v domovech pro seniory“ vypracovala samostatně a použila jen pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě 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 též elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích, dne 15. 4. 2013

Štěpánka Dvořáková

Poděkování:

Děkuji Mgr. Petře Zimmelové, Ph.D. za odborné vedení bakalářské práce, poskytování cenných rad a ochotu vyjít mi vstříc.

# OBSAH

1 Úvod.....	8
2 Teoretická část .....	9
2.1 Stáří a stárnutí .....	9
2.2 Stáří a osamělost .....	11
2.3 Potřeby seniorů.....	12
2.4 Ageizmus.....	13
2.5 Podpora zdravého stárnutí.....	14
2.6 Vzdělávání seniorů.....	17
2.7 Pohyb ve stáří.....	19
2.8 Výživa ve stáří.....	23
3 Praktická část .....	29
3.1 Cíl práce a výzkumná otázka .....	29
4 Metodika .....	30
5 Výsledky .....	32
5.1 Výsledky sekundární analýzy dat.....	32
5.2 Výsledky ankety u seniorů .....	32
5.3 Výsledky standardizovaných rozhovorů .....	33
6 Diskuze .....	39
7 Závěr .....	43

Seznam použité literatury

Přílohy



# 1 ÚVOD

Téma bakalářské jsem si zvolila zejména proto, že současná doba významným způsobem akcentuje problematiku seniorů. V posledních letech se seniorská problematika začíná diskutovat i v oblastech zdravého životního stylu, jehož je nedílnou součástí stravování, pohyb a trávení volného času. Právě těmto akcentům se chci v této práci věnovat.

Práce se zaměřuje jak na otázky zdraví, tak na otázky, které souvisí se sociálním statutem seniora. V případě mé bakalářské práce jde zejména o problematiku seniorů, kteří vzhledem k svému zdravotně sociálnímu statutu volí jako místo svého života pobytovou službu domov pro seniory. Právě adaptace na nové prostředí sebou může přinést některé vynucené změny v životním stylu, které musí senior přijímat.

Z pohledu racionální výživy se v práci zaměřuji zejména na vnímání dietních opatření, která senioři musí dodržovat ve vztahu se stravou, kterou si volí zcela sami.

Dále mě zajímá problematika volného času ve vztahu s pohybovou aktivitou. Zde je v posledních letech patrný vyšší zájem seniorů o tyto aktivity. Někdy se však setkávají s nepříjemnými reakcemi okolí, zejména pokud se chtějí zapojit do aktivit komerčně organizovaných.

Výzkumná část práce je komparací kvalitativních a kvantitativních strategií výzkumu. Cílem práce je zjistit, zda došlo k zásadním změnám životního stylu ve vybraných aspektech a jak tuto změnu senioři vnímají. Důležitou součástí výzkumu bude i vyjádření odborníků na sociální a zdravotní péči ve zkoumaných zařízeních ve vztahu k možnosti individuálního nastavení životního stylu seniorů, kteří žijí v domovech pro seniory.

## 2 TEORETICKÁ ČÁST

### 2.1 Stáří a stárnutí

Autoři se shodují na faktu, že stáří má celou řadu příčin, ale je nevyhnutelně poslední ontogenetickou etapou života člověka.

Hartl a Hartlová (2000) popisují ve slovníku stáří (old age) jako konečnou etapu geneticky vyměřeného trvání života, přičemž je dle Světové zdravotnické organizace (World Health Organization – WHO) doporučena jeho 15-ti letá periodizace:

- rané stáří – 60 až 70 let,
- vlastní stáří- 75 až 89 let,
- dlouhověkost- 90 a více let.

Někteří autoři ovšem připomínají, že je nutné tuto periodizaci přizpůsobit moderním poznatkům a posunují hranici raného stáří až k 65 roku. Kalvach (2009) charakterizuje stáří jako důsledek a projev geneticky podmíněných involučních procesů modifikovaných dalšími faktory (chorobami, způsobem života a životními podmínkami) a je spojeno s řadou významných sociálních změn (osamostatnění dětí, penzionování, změny sociálních rolí). Stáří člení podle tří hledisek: biologického, sociálního a kalendářního.

Jsme na samém začátku třetího tisíciletí a máme příležitost přehodnotit dosavadní způsob života a chápání stáří. Etapa života je stejně důležitá jako každá jiná a zaslouží si stejný důraz na rozvoj jako dospělost a mládí. Období stáří trvá 30-40 let a bude stejně dlouhé jako mládí a dospělost. Zaslouží si proto pozornost a zájem nejen ze strany samotného seniora, ale i ze strany pomáhajících profesí a v neposlední řadě i zájem státní sociální a zdravotní politiky (Klevetová, Dlabalová 2008).

Mlýnková (2011) ve své monografii uvádí, že vědci, zabývající se stárnutím, vypracovali několik teorií, které by mohly pomoci vysvětlit, proč vlastně ke stárnutí dochází. Těchto teorií je několik a mnohé z nich jsou poměrně složité. Mezi základní teorie uvádí:

- teorie o působení zevních vlivů,
- teorie volných radikálů,
- genetická teorie,
- imunologická teorie.

Mlýnková (2011) ve své učebnici pro obor sociální činnost dodává, že existuje několik definic stárnutí, avšak žádná z nich není, dle jejího vyjádření, zcela výstižná.

Zavázalová (2001) poukazuje na pojmy stáří a stárnutí. Stárnutí popisuje jako všeobecný proces, kdy stárne celá populace a jehož výsledkem je různý stupeň stáří a zároveň jako proces individuální, kdy jedinec stárne individuálně s individuálními odchylkami a proto věk kalendářní nemusí odpovídat věku biologickému (fyziologickému) a vysoký kalendářní věk tudíž nemusí být odpovídající věku psychickému a sociálnímu.

Podle Jarošové (2006) má stáří vysoce individuální charakter s velkými rozdíly. Autorka popisuje stáří jako tzv. biologické, psychologické a sociální. Uvádí, že mezi typické projevy biologického stárnutí patří celkové snížení výkonnosti všech funkcí, atrofie (úbytek původní funkční tkáně a nahrazení jinou) a změny reakcí organismu na určitou zátěž. Změny v psychické oblasti při fyziologickém stárnutí nastupují pozvolna, kdy gradující tělesné změny negativně prožívány mohou vést ke změnám psychickým. Dále mezi jinými uvádí, že mezi nejvýznamnější nepříznivé sociální aspekty patří odchod do důchodu, omezení sociální integrace a změna ekonomické situace seniorů.

Mezi psychickými změnami a projevy stáří existují značné individuální rozdíly. Dochází ke zhoršení kognitivních (poznávacích) funkcí, tedy vnímání, pozornosti, paměti, představ, myšlení. Některé psychické pochody naopak zaznamenávají zlepšení, například vytrvalost, trpělivost, schopnost úsudku, rozvaha (Mlýnková 2011).

Venglářová (2007) popisuje změny v organismu ve stáří na třech úrovních: tělesné, psychické a sociální. Dále poukazuje na to, že reakce člověka na tyto změny a to, jak se s nimi bude vyrovnávat, jsou ovlivněny hlavně jeho osobností, životními

zkušenostmi, výchovou, vzděláním, prostředím, ve kterém žije, reakcemi okolí a jeho možnostmi. Přehled změn ve stáří popisuje následující tabulka.

Tabulka 1: Přehled změn ve stáří (Venglářová, 2007)

Tělesné změny	Psychické změny	Sociální změny
<ul style="list-style-type: none"> <li>• změny vzhledu,</li> <li>• úbytek svalové hmoty,</li> <li>• změny termoregulace,</li> <li>• změny činnosti smyslů,</li> <li>• degenerativní změny smyslů,</li> <li>• degenerativní změny kloubů,</li> <li>• kardiopulmonální změny,</li> <li>• změny trávicího systému,</li> <li>• (trávení, vylučování),</li> <li>• změny vylučování moči (častější nucení),</li> <li>• změny sexuální aktivity.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• zhoršení paměti,</li> <li>• obtížnější osvojování nového,</li> <li>• nedůvěřivost,</li> <li>• snížená sebedůvěra,</li> <li>• sugestibilita,</li> <li>• finanční obtíže,</li> <li>• emoční labilita,</li> <li>• změny vnímání.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• odchod do penze,</li> <li>• změna život. stylu,</li> <li>• stěhování,</li> <li>• ztráty blízkých lidí,</li> <li>• finanční obtíže,</li> <li>• osamělost.</li> </ul>

## 2.2 Stáří a osamělost

Ve stáří dochází k zúžení sociální sítě, především odchodem do důchodu, tím člověk ztrácí pracovní kontakty a většinu svých vrstevníků. Zároveň se také mění životní styl, může přicházet strach z osamělosti a nesoběstačnosti. Důležitý je životní postoj seniora k životu, chuť zužitkovat své dosavadní životní zkušenosti a v neposlední řadě je také zcela jistě nezanedbatelný přístup rodiny, která dokáže seniora pozitivně motivovat a vzbudit v něm zájem o dění kolem sebe, aktivizovat ho, pomoci mu neustále nalézat životní cíle, utvrdit ho v postoji, že je důležitý a že ho životní zkušenosti mohou neustále obohacovat.

Sak (2012) se domnívá, že před vlastním odchodem do důchodu může být stresující faktor z důvodu sociálního vyloučení, protože současná společnost starší lidi často diskriminuje. Z druhé strany může být toto období východiskem vyhledávání

nových aktivit, angažování se v občanských sdruženích, možností studovat a naučit se něco nového.

Klvetová, Dlabalová (2008) uvádějí, že motivace je hybnou pákou lidského chování, které nás nutí uspokojovat své vnitřní potřeby. Domnívají se, že zdravotníci mohou seniorům pomoci především tím, že ho dokáží povzbudit ve správném postoji a svým chováním mu podávat zprávu, že věří v jeho schopnosti. Dodávají, že cokoli děláme, má nějaký motiv, vnitřní potřebu, která nás dokáže hnát dopředu a přemýšlet o svých životních cílech.

## 2.3 Potřeby seniorů

Hartl, Hartlová (2009) ve svém slovníku popisují Maslowovu teorii potřeb. V této teorii patří do primárních, základních, potřeby fyziologické, jako je potrava, voda, nepřítomnost bolesti, základní psychologické potřeby, pocit bezpečí, lásky, sebeúcty a teprve po jejich naplnění přicházejí v úvahu potřeby vyšší, sekundární, kterými jsou potřeba pořádku, krásy, cti a sebeaktualizace.

U osob nad 75 let dochází k určitým změnám v životních potřebách oproti mladší a střední generaci, mění se hodnotová orientace potřeb, do popředí se dostávají potřeby zdraví, klidu, bezpečí a spokojenosti. Senioři jako by se vraceli z výšek Maslowovy pyramidy k jejím základům (Mlýnková 2011).



Obr. 1: Maslowova pyramida potřeb

Zdroj: (Nakonečný, 2005, s.13)

Mlýnková (2011) dále ve své monografii uvádí, že zůstávají a jsou zvýrazněny potřeby fyziologické, kdy zdůrazňuje především potřebu chutného jídla, zvýšenou potřebu odpočinku a spánku, jako velmi důležitou potřebu zdůrazňuje být bez bolesti, v teple a pohodlí a z psychosociálních potřeb jsou to především potřeby bezpečí, jistoty, lásky a sounáležitosti.

Preferování potřeb a touha po saturaci (uspokojení, doplnění) jedné nebo více potřeb se mohou v průběhu života a pod vlivem různých okolností měnit. Jedinec pak vyžaduje změnu pořadí, míry nebo způsobu uspokojení svých potřeb. Je nutné ale počítat i s faktem, že někteří lidé v náročných situacích naopak tvrdošijně trvají na stále stejném pořadí svých potřeb a způsobech jejich uspokojení, i když je to vzhledem ke změněným okolnostem obtížné, či nemožné (Malíková 2011).

Podle Mlýnkové (2011) senioři v závěrečné fázi života bilancují, hodnotí svůj dosavadní život a kladou si otázky o smyslu svého života. Přemýšlí, zda splnili všechno, co si kladli za úkol a cíl. Potřebují se svěřit se svými myšlenkami někomu, kdo aktivně naslouchá a poskytuje prostor k tomu, aby odpovědi na otázky našli sami v sobě. Zároveň se zmiňuje, že potřeba sounáležitosti, důvěry, jisté závislosti na někom spadá do duchovních potřeb seniora.

Malíková (2011) k tomu dodává, že senioři na sklonku svého života bilancují, ohlíží se zpět a kladou si otázky o smyslu svého života. Často si kladou otázky, na které nemohou najít odpověď. Senioři, kteří byli celý život ateisté, mohou pod vlivem řady okolností dojít ke změně názorové orientace.

## **2.4 Ageizmus**

Hartl, Hartlová (2009) definují ageizmus jako věkovou diskriminaci, znevýhodňování osob jejich věku. Ageizmus je definován jako věková diskriminace postihující především staré lidi.

Termín ageizmus (age - věk) se poprvé objevil v USA koncem šedesátých let 20. století a zájem o něj roste se zvyšujícím se stárnutím populace (Sak, 2012).

Diskriminace je chápána jako omezování či upírání některých práv určitým skupinám obyvatel a to z několika důvodů, jako například etických, náboženských, jazykových nebo sexuálních (Hartl, Hartlová, 2000).

Mlýnková (2011) popisuje ageismus jako věkovou diskriminaci, která může být pro seniory dosti nebezpečná, vychází totiž z předpokladu, že jednotliví zástupci určité věkové kategorie mají odlišné charakteristiky i jinou společenskou hodnotu.

Projevy diskriminace u pečovatelů (Mlýnková, 2011):

- Neskryvaná averze (odpor, nechut') vůči seniorovi – jde o projevy nespokojenosti a nechuti ošetřovat seniory.
- Vyhýbání se kontaktu se seniorem – pečovatel u seniora zajistí pouze to, co „musí“ např. zajištění hygieny, příjmu potravy chybí zde aktivní přístup k péči o seniora.
- Nadměrná podpora – ošetřující osoba se staví do role experta, který je jediný, kdo zvládne dobře pomoc. Tak je senior připraven o možnost aktivně se účastnit vlastního ošetřování, snižuje se jeho sebevědomí.
- Ageismus v komunikaci – typické je oslovení „babi, dědo“. Nikdo nemá právo takto oslovovat osoby vyššího věku kromě blízkých příbuzných. Toto oslovení nepatří do profesionální etiky pečovatelů a zástupců všech pomáhajících profesí.

## 2.5 Podpora zdravého stárnutí

Klevetová, Dlabalová (2008) uvádějí, že během posledních několika let vznikají organizace, sdružení a skupiny, které se zabývají otázkou týkající se seniorů, věnují se programům pro seniory a zároveň se snaží změnit pohled na stáří. Ve své publikaci zmiňují nejnovější dokument OSN, kterým je Mezinárodní akční plán pro problematiku stárnutí, přijatý 12. 4. 2002 na světovém shromáždění o stárnutí v Madridu.

Holmerová, Jurašková, Zikmundová (2003) také zmiňují jako významné celosvětové fórum Druhé světové shromáždění Organizace spojených národů o stárnutí a stáří uskutečněné v dubnu 2002 v Madridu a zmiňují jako důležité schválení

závěrečného dokumentu shromáždění Mezinárodní akční plán pro stárnutí a stáří 2002, který vyzdvihuje tři důležité oblasti:

- Staří lidé a rozvoj – zdůrazňuje důležitost aktivního přístupu seniorů v životě a společnosti, vzdělávání a zabezpečení seniorů.
- Zdraví a pohoda ve vyšším věku – zabývá se zdravím seniorů a jeho podporou, při zvýšené pozornosti k zdravotně a duševně postiženým seniorům.
- Vstřícné a podporující prostředí pro život – vytyčuje čtyři problémové body v životě seniorů, kterými jsou bydlení, podpora seniorů v rodině, špatným zacházením se seniory a pozitivnímu obrazu stáří.
- Holmerová, Jurašková, Zikmundová (2003) poukazují na zdravé stárnutí jako jeden z velmi důležitých aspektů, které zdůrazňuje i Světová zdravotnická organizace ve svém programu Zdraví 21 s tím, že odpovědnost za zdraví je vzájemná v mezinárodním měřítku a je orientována na podporu zdraví během celého života a obsahuje principy zdravého stárnutí. Dále uvádějí, že v tomto programu se doporučuje, aby lidé v závěru produktivního života zpomalili své pracovní nasazení a připravili se tím na další životní etapu za pomoci sociálních vztahů a aktivit.

Klevetová, Dlabalová (2008) připomínají důležitost aktivního přístupu seniorů ke svému životu v péči o své zdraví jako důležitou k pozitivnímu vnímání procesu stárnutí. Dále jako podstatné považují poskytovat takové podmínky seniorům, aby se mohli účastnit společenského a politického života. Časopisy Senior revue, Generace, zpravodaj Senioři určených pro seniorskou veřejnost, se věnují otázkám zdravého stárnutí, příčinám některých chorob včetně režimových opatření a přispívají k informovanosti seniorů.

Malíková (2011) zmiňuje Dokument Kvalita života ve stáří - Národní program přípravy na stárnutí na období let 2008 – 2012, který stanovuje přístup ke starším osobám a stárnutí populace z následujících principů:

- **Celoživotní přístup** - je zaměřen prioritně na zdraví a prevenci nemoci, ale má být uplatněn i ve vzdělávání, zaměstnanosti, bydlení, hmotném zabezpečení nebo sociální participaci.



- **Partnerství vlády a samosprávy** – pro zdravé, důstojné a aktivní stáří je důležité partnerství mezi vládou a samosprávou – to by mělo podpořit naplnění stanovených cílů a odpovídat regionálním potřebám.
- **Mezigenerační vztahy a soudržnost** – provázanost jednotlivých generací je důležitá. Je velmi potřebné udržovat dobré mezigenerační vztahy a přejímat od starších osob jejich životní zkušenosti.
- **Zvláštní pozornost věnovaná znevýhodněným a zranitelným skupinám** – v naší společnosti existují malé specifické skupiny ohrožené např. svým stavem (osoby s demencí, duševně nemocní) nebo následky různých životních traumat, které potřebují větší pozornost a specifickou péči.
- **Genderový přístup** – rozdíly mezi muži a ženami se promítají do všech oblastí našeho života. Měl by být zohledněn vyšší počet žen ve vyšším věku a rozdílná rizika, potřeby a specifika mužů a žen v jednotlivých oblastech života.
- **Dialog s občanskou společností a sociálními partnery** – zapojení starších osob do spolupráce i s neziskovými organizacemi, které mají širokou působnost, může přispět k většímu zapojení do řešení otázek, které se osob ve vyšším věku týkají.
- **Odpovědnost jednotlivce a společnosti** – na kvalitě života ve stáří i na aktivním zapojení se do společnosti se podílíme všichni. Společnost má poskytovat všem stejné podmínky a jednotlivci mají být aktivní a usilovat o své místo ve společnosti.
- **Snižování sociálních a geografických rozdílů (ekvita)** – všichni lidé mají ve společnosti stejná práva na služby, produkty a zdravotní péči a proto by měly být dostupné ve stejné kvalitě bez územních rozdílů, především ve srovnání mezi městem a venkovem.
- **Politika podložená důkazy** – pro tvorbu opatření ke kvalitnímu životu ve stáří je důležité vycházet z výzkumných priorit stanovených v Programu výzkumu v oblasti stárnutí pro 21. století.
- **Důstojnost** – dodržování důstojnosti znamená rovný přístup všech starších občanů k uspokojení jejich duchovních a kulturních potřeb, podporu aktivní nezávislosti. Brání omezení starších osob a umožňuje jim svobodnou volbu.

- **Informovanost a mainstreaming** - zohlednění demografického stárnutí a potřeb starších lidí v činnosti různých subjektů může vést ke vzniku opatření, které vyřeší určitý konkrétní problém a zlepší kvalitu života ve stáří více početné skupině osob.

## 2.6 Vzdělávání seniorů

„Gerontopedagogika v užším slova smyslu se zabývá výchovou a vzděláváním seniorů ve stáří a ke stáří. Nová vědní disciplína se snaží hledat cesty, jakým způsobem připravit člověka na poslední etapu života, jak navrátit důstojnost stáří a vymezit úlohu člověka ve stáří“ (Klevetová, Dlabalová, 2008, s. 52).

Holmerová, Jurašková, Zikmundová (2003) zmiňují, že staří lidé jsou pokladnicí informací a tradic a je proto důležité, aby široká veřejnost byla vzdělávána o stárnutí populace a to bylo chápáno jako přirozený proces. Dále pokládají za nezbytné, aby se stáří zahrnovalo do školství především pro ty studenty, kteří se budou věnovat sociální péči a mají zájem se zabývat aspekty stárnutí.

Klevetová, Dlabalová (2008) uvádějí v seniorské etapě celoživotního vzdělávání dva stupně:

- *Všeobecné seniorské vzdělávání*, které nemá profesní charakter a zaměřuje se především na výuku jazyků, informatiky aj., přičemž si senioři rozšiřují obzor a zároveň je jim umožněn sociální kontakt s vrstevníky.
- *Inovace odborných znalostí a dovedností*, kdy je cílem zapojit seniory do aktivního života, s využitím a udržením získané kvalifikace.

Klevetová, Dlabalová (2008) dále zmiňují možnosti vzdělávání seniorů v České republice:

- Akademie třetího věku – jednorázové přednášky na aktuální témata určené seniorům, kteří chtějí vyplnit svůj volný čas vzděláváním a chtějí se něčemu novému naučit.

- Univerzity třetího věku – jsou vzdělávací a společenské aktivity určené pro seniorské studenty a jsou vázány na vysoké školy, s obsahově rozmanitými výukovými programy a naučnými přednáškami, jsou předávány informace na vysokoškolské úrovni a patří v současnosti u nás mezi nejběžnější způsob vzdělávání seniorů.
- Univerzity volného času – zájmové vzdělávání nejširší veřejnosti, s kvalitními cykly přednášek a kurzů cizích jazyků. Jsou organizovány domovy důchodců, knihovnami, či soukromými agenturami, bez vázanosti na vysoké školy, nejsou věkově ohraničené, a tudíž přispívají k tvorbě mezigeneračních vazeb, včetně odstranění pocitu izolace.
- Centra celoživotního vzdělávání – nabízí kurzy a vzdělávání na špičkové úrovni v rámci celoživotního vzdělávání, včetně nabídkového kurzu univerzit třetího věku

Klevetová, Dlabalová (2008) zmiňují, že proces učení ve stáří je odlišný od učení v jiném věku, z hlediska osvojitelnosti, kdy krátkodobá paměť přestává fungovat a tím se zhoršuje schopnost mechanické paměti. Dále zdůrazňují, že senioři na upevnění nových poznatků potřebují více času a k procvičování nového má probíhat postupně, krok za krokem.

Zásady při vzdělávání seniorů (Klevetová, Dlabalová 2008):

- starší člověk potřebuje k naučení nového své tempo,
- nové informace musí být přehledné a rozdělené na části,
- při vzdělávání seniorů je důležité nepřekračovat jejich schopnosti,
- informace musí být podávány pomalu a srozumitelně,
- úkoly mají být zadávány postupně,
- nové poznatky je nutné opakovat a uložit do dlouhodobé paměti,
- senior potřebuje znát proč a k čemu nové informace získává,
- důležité je ocenění a pochvala seniora za snahu,
- při zvolení správných přístupů si senior uvědomí své nové schopnosti a chuť získávat nové informace.

## 2.7 Pohyb ve stáří

Starší lidé upřednostňují sedavý způsob života, který neprospívá lidskému zdraví z toho důvodu, že zhoršuje jejich pohybovou a také psychickou kondici. Důležitá je vedle fyzické aktivity také aktivita intelektuální a nemalou roli před nemocemi a nemohoucností je také udržování společenských kontaktů (Roslawski 2005).

Oslabení psychofyzické obratnosti u starších lidí často není důsledkem samotného procesu stárnutí, ale důsledkem sedavého způsobu života. Naopak vhodně zvolené pohybové aktivity zpomalují procesy stárnutí lidského organismu a zlepšují kvalitu života u seniorů. Pravidelný pohyb umožňuje starším lidem udržet nebo zpětně získat takovou úroveň fyzické obratnosti a výkonnosti, která jim umožňuje být nezávislým na permanentní péči svého nejbližšího okolí (Roslawski 2005).

Klvetová, Dlabalová (2008) jsou toho názoru, že pravidelný pohyb udržuje v kondici každého z nás, zpomaluje proces stárnutí a snižuje bolesti pohybového aparátu. Dále dodávají, že pohyb má také vliv na naše sebevědomí, příznivě ovlivňuje naše vnitřní pocity a přispívá k pocitům pohody.

Pohybová aktivita účinně přispívá ke zdraví pouze tehdy, pokud je prováděna dlouhodobě, pravidelně, se správným rozložením pohybových aktivit a s následným psychickým uspokojením – prožitkem (Štilec, 2004).

Roslawski (2005) uvádí ve své monografii benefity, které pravidelný pohyb přináší vedle zmírnění poruch spánku, depresivních a neurotických poruch. Mezi těmito benefity je to především prevence před mnoha nemocemi, snižování nadváhy, zlepšení činnosti pohybového ústrojí a dýchacího systému, zesílení vláken srdečního svalu a také zpomalení procesu stárnutí s prodloužením období fyzické výkonnosti.

Sak (2012) se zmiňuje o tom, že nezbytným základem pro spokojený a zdravý život a omezení rizika srdečních chorob a vysokého krevního tlaku je fyzická aktivita spolu s vhodnou stravou a uveřejnil faktory, které mohou ohrozit správné stravování ve stáří. Mezi nimi jsou:

- špatný stav chrupu,
- fyzická slabost a invalidita,
- zrakový deficit,
- poškození chuti a čichu,
- ztráta zažívacích sekretů,
- těžkosti při zažívání,
- zácpa,
- snížení metabolismu,
- změny ve stavbě těla,
- změny v metabolismu sacharidů,
- vzájemné působení léků a výživných látek,
- větší potřeba výživných látek,
- menší fyzická energie.

Klevetová, Dlabalová (2008) popisují změny, které ovlivňují hybnost seniora:

- svalová síla se snižuje až o 25-30 %,
- s vyšším věkem ubývá aktivní svalová tělesná hmota a ubývá tuk a vazivo,
- klesá hmotnost kostry a vnitřních orgánů,
- mění se tělesné proporce a poměr výšky trupu k délce končetin,
- zvětšuje se obvod hrudníku,
- úbytek celkové tělesné vody je 40- 50 %,
- páteř se zkracuje,
- ztráta pružnosti vazivových struktur,
- dochází k atrofii tkání,
- zhoršení motoriky,
- posturální svaly se zkracují,
- kosti jsou v důsledku úbytku minerální a bílkovinné složky křehčí.

Klevetová, Dlabalová (2008) se dále zmiňují ve své publikaci o tom, že je ve stáří nutné pravidelně provádět tělesná i duševní cvičení, která ovlivní biologické děje v organismu a podpoří kognitivní funkce. Dále uvádějí, že lenost je jednou z lidských vlastností, která je vrozená a máme genetickou informaci s energií šetřit. K tomuto faktu

ještě připisují skutečnost, že moderní doba nám dala mnoho technických vynálezů, které nahrazují fyzickou aktivitu a mnozí lidé nejsou ochotni se nějakým způsobem více hýbat.

Vyšší věk přináší změnu psychomotorického tempa, která se projevuje zpomalením pohybů především při chůzi a z toho důvodu senior potřebuje ke zvládnání běžných činností více času. Avšak tento úbytek může být vyrovnán systematickostí, důsledností a důkladností v jednání. U některých starších lidí dochází ke snížení nápaditosti a vynalézavosti, ale může se zvyšovat vytrvalost ve fyzické i duševní činnosti, stupňovat se trpělivost a pochopení ( Klevetová, Dlabalová 2008).

### **2.7.1 Senior před zahájením pohybových aktivit**

Před zahájením pravidelných fyzických aktivit je třeba provést na doporučení geriatrů odborné vyšetření, které zhodnotí celkový zdravotní stav seniora a na základě interního vyšetření, vyšetření funkčních schopností a duševního zdraví jsou doporučeny směry vhodných pohybových aktivit nastavených individuálně pro každého seniora (Klevetová, Dlabalová, 2008).

Roslawski (2005) k tomu dodává, že většina seniorů může provádět pohybové aktivity bez zhodnocení zdravotního stavu u lékaře s výjimkou těch seniorů, kteří trpí nemocemi pohybového aparátu, dýchacího systému, oběhového systému a dalších. Dále dodává, že k ukončení fyzické aktivity s následným vyšetřením a zhodnocením zdravotního stavu by měli okamžitě přestat senioři, u kterých se objeví příznaky, jakými jsou dušnost, závratě, pocity strachu, bolesti za hrudní kostí vystřelující do levé horní končetiny.

### **2.7.2 Aktivity vhodné pro seniory**

Fyzická aktivita je prospěšná s pozitivním vlivem na metabolismus, na funkci kardiovaskulárního systému, snižuje riziko srdečních příhod a obnovuje svalovou hmotu u starých mužů i žen i přesto, že svalový úbytek je běžným projevem stárnutí (Kalvach 2004).

Vztah mezi tělesným pohybem a výživou je všeobecně známý a pravidelnou pohybovou aktivitou lze regulovat tělesnou hmotnost (Křivohlavý, 2001).

Délku tělesného cvičení seniora určují faktory, jakými jsou věk, individuální výkonnost a intenzita zátěže (Štilec, 2004).

Vhodný prostor pro získávání fyzické kondice je cvičení nejen venku, ale také v domácím prostředí, kde je třeba zajistit vhodné podmínky ke cvičení. Těmi jsou zejména čistý, teplý a snadno větratelný byt. Cvičení v domácím prostředí je někdy vhodné vzhledem k tomu, že počasí není vždy k provádění pohybových aktivit příznivé.

K nastartování celého dne je důležitá pravidelná **ranní rozcvička**, trvající v délce 10 až 15 minut s přiměřeným tempem, s možností provádět některé cviky v posteli, jakými jsou protahování, obracení se z boku na bok, kroužení zápěstím, rameny, lokty a kroužení kyčelních, holenních a hlezenních kloubů. V pozici vsedě senior může přidat úklony trupu, předklony hlavy a kroužení (Roslawski, 2005).

Důležitá pro seniory jsou **dechová cvičení**, kdy senior nacvičuje správné dýchání, které zahrnuje tři typy dýchání – břišní dýchání, hrudní dýchání a horní hrudní dýchání. Cílem je zvládnout jednu dechovou fázi, která zahrnuje všechny tři typy dýchání. Dechová cvičení jsou důležitá pro vyváženou činnost organismu (Štilec, 2004).

Vhodné pro všechny věkové kategorie jsou **jogová cvičení**, která mají pozitivní vliv na pružnost svalstva, pohyblivost kloubů, funkci vnitřních orgánů a udržují dobrý psychický a tělesný stav. Důležité pro seniora je dodržovat zásady při cvičení jogy:

- cvičíme pomalu, nepřepínáme se,
- cvičíme v klidném a tichém prostředí,
- cvičení provádíme tahem,
- rozsah pohybu je dán možnostmi jedince (necvičíme přes bolest),
- necvičíme s plným žaludkem (Štilec, 2004).

Aktivita vhodná pro osoby staršího věku je **jízda na kole**, která umožňuje seniorům kontakt s přírodou, pohyb na čerstvém vzduchu. Této aktivitě se nemusí

vyvarovat ani senioři s bolestmi páteře, pokud budou jezdit po rovném povrchu, se správně nastavenými říditky (Roslawski, 2005).

Roslawski(2005) dále uvádí jako vhodnou pohybovou aktivitu **procházku**, která je aktivitou přirozenou a vhodnou pro všechny věkové kategorie, tudíž i pro seniory. Procházka by měla být aktivitou pro seniory každodenní, protože hraje důležitou roli při prevenci a léčbě mnoha chorob. Díky pobytu v přírodě a každého počasí dochází k otužování organismu. Velkou roli hraje také kontakt s přírodou, který působí pozitivně na psychiku.

**Taneční a pohybová terapie** umožňuje seniorům zlepšit sociální kontakt, přispívá k prohloubení komunikace mezi seniory a je velmi přínosná pro všechny, dokonce i pro ty seniory, kteří mají nějaké formy fyzického omezení a trpí chronickými chorobami. K této pohybové aktivitě se připojují také lidé trpící demencí a často se jí účastní i lidé na vozíčku (Haškovcová, 2010).

## 2.8 Výživa ve stáří

„Se stoupajícím věkem dochází k fyziologickým změnám, které ovlivňují homeostázu a metabolické procesy. Charakteristickým rysem jsou změny složení těla a energetické potřeby. Obecně dochází ke snížení netukové hmoty těla, buněčné hmoty, k poklesu kostní denzity, hmotnosti tělesného svalstva a obsahu vody v organismu. Naopak stoupá celkový podíl tukové tkáně, zejména akumulace tuku v centrálních oblastech těla.“ (Kalvach 2004, s. 298).

Zdravá a pestrá strava by měla být samozřejmostí v každém věku a je bezesporu základem zdraví v každé etapě života. Správné stravovací návyky bychom si měli osvojovat již od mládí, kdy je člověk nejvíce ovlivňován rodinou a stravovacími návyky v ní. Každá etapa života přináší obecné charakteristiky vyvážené stravy. Starý člověk by měl konzumovat rozmanitou, chutnou a nutričně vyváženou potravu v závislosti na svém zdravotním stavu, kdy například špatný stav chrupu znamená problém se žvýkáním a následně s trávením špatně rozmělněné potravy a s tím, že každý senior má individuální potřebu stravování, vzhledem věku, tělesné konstituci a fyzické aktivitě



a i když existují nějaké obecné charakteristiky zdravého stravování, odborník na výživu by je měl potvrdit, nebo pozměnit vzhledem k individualitě seniora.

Výživa pro seniory by měla být velmi kvalitní, s menší energetickou vydatností, vzhledem na menší energetický výdej, než který měli v produktivním věku. Obecně platné doporučení výživy neexistuje, liší se podle věku, psychické a fyzické aktivity a aktuálního zdravotního stavu. Senioři trpí často chronickými chorobami, například cukrovkou, diabetem a osteoporózou, proto je nutné, aby se stravovali podle příslušné diety určené lékařem.

Sak (2012) zmiňuje psychosociální jevy, které mohou mít vliv na nevhodné stravování seniorů:

- Samota, deprese, chudoba, omezení schopností a osamocení jsou okolnosti nebo stavy, které u staršího člověka často nastanou a přispívají k nevhodnému stravování.
- Špatné stravovací návyky jsou u starší populace značně vžitě. Tradiční návyky, nákup a příprava potravin zároveň se špatným rozžvýkáním potravy vedou k tomu, že vyváženost živin v potravě bývá horší.

Mlýnková (2011) ve své monografii uvádí, že nelze vyloučit sníženou chuť k jídlu z důvodů depresivního naladění klienta, nebo při naordinované neslané dietě. Dále dodává, že u seniora s omezením a sníženou soběstačností je chutné jídlo nesmírně významné a že senior těžce nese omezení chuti předpokládaných jídel.

Sak (2012) uveřejnil faktory, které mohou ohrozit správné stravování ve stáří. Mezi nimi jsou:

- špatný stav chrupu,
- fyzická slabost a invalidita,
- zrakový deficit,
- poškození chuti a čichu,
- ztráta zažívacích sekretů,
- těžkosti při zažívání,

- zácpa,
- snížení metabolismu,
- změny ve stavbě těla,
- změny v metabolismu sacharidů,
- vzájemné působení léků a výživných látek,
- větší potřeba výživných látek,
- menší fyzická energie.

I když model stravování je u lidí třetího věku často lepší než u zbytku populace, některé studie dokládají nižší obsah výživných látek ve stravě a větší nebezpečí neadekvátního příjmu potravy.

Příjem potravy je jedním ze základních úkolů v životě a je důležité dodržovat příjem potravy v dimenzích „zdravého způsobu výživy“ a vyvarovat se extrémů ve stravování, jakými jsou nedostatečná výživa a odmítání stravy na straně jedné a na straně druhé je nezdravé přejídání (Křivohlavý, 2011).

Křivohlavý dále dodává, že je důležité organismu dodávat správné množství živin – tuků, bílkovin, glycidů, vitamínů, minerálů, vlákniny a vody. Nedodržením optimálního množství se může výživa stát škodlivou pro zdraví díky předávkování tuků, soli a cukru.

Výživa plní funkci prevence proti různým druhům onemocnění, zásady stravování pro seniory jsou následující:

- strava musí být pestrá, čerstvá s ohledem na stav chrupu seniora,
- omezit spotřebu soli a cukru (sladkosti, cukrovinky),
- jíst menší porce 5x denně, nepřejídat se, ale ani nehladovět,
- zvýšit příjem vlákniny (syrová zelenina, ovoce, celozrnný chléb),
- mléčné výrobky, sýry, jogurty (acidofilní mléko), alespoň dvě dávky denně,
- ovoce, zelenina několikrát denně (prevence zácpy, prevence nádorů tlustého střeva),
- jídelníček sestavujeme s ohledem na stav chrupu seniora (kašovitá strava, mixovaná strava, pokrmy krájíme na malé kousky),

- dbáme na energetickou přiměřenost stravy se zajištěním optimálního příjmu všech živin,
- nedílnou součástí správné výživy je dodržování pitného režimu, senior by měl vypít během dne minimálně 2 litry tekutin, vhodné jsou čaje, ovocné a zeleninové čaje, voda,
- strava může být více kořeněná (u seniorů dochází ke ztrátě chuti),
- při přípravě pokrmů dbáme na prevenci nález (infekcí z jídla, kterými je například salmonelóza), starší člověk je více ohrožen dehydratací a následnými komplikacemi,
- V případě, že je strava seniorům připravována mimo domácí prostředí, je standardně využíván dietní systém, včetně jeho číselného označení.

Tabulka 2: Číselné označení diet ( Malíková, 2011)

č. 1	Dieta kašovitá	č. 10	Dieta neslaná šetřící
č. 2	Dieta šetřící	č. 11	Dieta výživná
č. 3	Dieta racionální	č. 13	Strava větších dětí
č. 4	Dieta s omezením tuků	č. 14	Dieta výběrová
č. 4S	Dieta s přísným omezením tuků	č. 0S	Čaj
č. 5	Dieta s omezením zbytků	č. 1S	Dieta tekutá výživná
č. 6	Dieta nízkobílkovinná	č. S20	Dieta s omezením B neslaná
č. 8	Dieta redukční	č. S35	Dieta s omezením B neslaná
č. S42	Dieta přísně redukční	č. SP1-4	Dieta pankreatická
č. S25	Dieta přísně redukční	č. BLP	Dieta bezlepková
č. 9	Dieta diabetická	č. I-IV IMC	Dieta pro koronární jednotky

## 2.8.1 Problémy v oblasti výživy u seniorů

### a. Tendence k obezitě

Křivohlavý (2011) nahlíží na obezitu a přejídání jako na dva stejné termíny pro tutéž věc, ale poukazuje na skutečnost, že ne každý, kdo se přejídá, je obézní a naopak. Odlišnosti pro tendence k tlouстnutí mohou být v rozdílné funkci látkové přeměny a svou roli hraje poměr mezi množstvím svalové hmoty a tuku.

Problém nerovnováhy mezi příjmem a výdejem energie je častý ve středním a seniorském věku v důsledku snižování fyzické aktivity spojené s nevhodnými stravovacími návyky.

### **b. Nedostatečná výživa a podvýživa**

„Snížením energetické potřeby dochází ve stáří ve většině případů i ke snížení energetického příjmu. To však má za následek mnohdy i snížení přívodu energeticky hodnotných proteinů a některých mikronutrientů, především vitamínů a stopových prvků. V důsledku toho 6% jedinců starších 70 let, bez ohledu na socioekonomické postavení, trpí některou formou malnutrice a velmi často i škálou karenčních stavů.“ (Kalvach, 2004, s. 300).

Problémy podvýživy u seniorů jsou časté u osob starších 75 let. Příčiny jsou jak fyziologické, spojené s procesem stárnutí – ztráta chrupu, přítomnost některých závažných onemocnění, užíváním léků (mohou způsobit nechutenství), problémy s nakupováním v důsledku omezení hybnosti, ekonomické (nízký příjem) a nezanedbatelné jsou také faktory psychosociální. Starý člověk, který je osamělý, který jí sám, ztrácí chuť k jídlu a odbývá se, jeho výživa se stává nedostatečnou a často jednotvárnou. Podvýživa sebou přináší zdravotní komplikace, náchylnost k infekcím, snižuje se celková obranyschopnost organismu.

„Malnutrice je patologický stav způsobený nedostatkem živin. Pro pokročilá stadia bílkovinné a energetické malnutrice používáme termín kachexie. Nejvyšší stupeň kachexie se někdy označuje jako marasmus.“ (Kalvach, 2004, s. 301).

Kalvach (2004) ještě dodává, že počet pacientů v současné době narůstá ze dvou hledisek. Jedním z nich je přibývání starých osob v populaci a druhým je izolace starších osob ve městech, spojená se změnou životního stylu. Malnutrici je třeba věnovat pozornost především v seniorském věku, protože příznaky malnutrice mohou být zastřeny běžnými projevy ve stáří, jakými jsou úbytek svalstva, redistribuce tuku a otoky z kardiovaskulárních příčin.

K rozvoji malnutrice dochází v seniorském věku častěji a to z několika důvodů. Nedostatečná kvalita a množství potravy přijímané seniorem závisí na stavu chrupu

a s ním související slizničním onemocněním ústní dutiny, dále to může být mentální stav seniora (demence, deprese), který ovlivní výběr kvality a množství potravy. Při nedostatečné pohyblivosti, nedostatečnou stimulací a pomoci okolí, může být zhoršený přístup k normálnímu jídlu, také sociální izolace ovlivní množství a kvalitu přijímané potravy seniorem. (Kalvach, 2004).

### **c. Poruchy vodního hospodářství**

K dehydrataci starších občanů dochází často v důsledku snižování pocitu žízně. Napomáhat k těmto poruchám může být konzumace některých léků. Komplikace, které vznikají v důsledku dehydratace, mohou být velmi závažné (selhání ledvin, vznik krevní sraženiny v důsledku zahuštění krve) (Kalvach, 2004).

## 3 PRAKTICKÁ ČÁST

### 3.1 Cíl práce a výzkumná otázka

Cílem práce je zjistit zda ve vybraných aspektech životního stylu došlo k posunu vlivem pobytu zařízení – domov pro seniory.

#### **Výzkumná otázka**

Jaké jsou důvody pro změnu životního stylu u seniorů v domovech pro seniory?

#### **Operacionalizace pojmů**

Vybrané aspekty životního stylu:

- racionální výživa (komparace dietního režimu nařízeného lékařem a vlastního přístupu.),
- pohybová aktivita,
- původně naplánované zjišťování volnočasových aktivit bylo při tvoření BP vypuštěno, vzhledem k faktu, že komparace a následné zpracování by bylo ve velkém rozsahu.

## 4 METODIKA

Pro výzkum byla zvolena komparace metod kvalitativních a kvantitativních.

### **Sekundární analýza dat**

Sekundární analýza je analýza dat, která byla pořízena pro jiný výzkumný záměr, než v jehož rámci jsou právě používána. To mimo jiné znamená, že výzkumník provádějící sekundární analýzu, se nepodílel na vytvoření původního datového souboru. Pro účely BP byly jako zdroje dat využity záznamy ve zdravotní dokumentaci a dále záznamy ze sociální dokumentace klientů vybraných zařízení. Získaná data byla zpracována způsobem přehledových tabulek (Kozlová, 2007).

### **Polostandardizovaný rozhovor**

Kozlová (2007, s. 11) uvádí: „Rozhovor je ucelená soustava ústního jednání mezi tazatelem a respondentem, v němž výzkumník získává informace prostřednictvím otázek, směřujících ke zjištění skutečností, vztahujících se ke zkoumané společenské realitě. Rozhovor je možno definovat jako systém verbálního kontaktu mezi tazatelem a dotazovaným s cílem získat informace prostřednictvím otázek, které klade tazatel. Nároky na zvládnutí situace rozhovoru se liší podle tématu, kterému je věnováno, podle požadované hloubky informačního záměru, typu nástrojů a pomůcek a také podle typu respondentů.“

Pro účely BP byl zvolen polostandardizovaný rozhovor, kdy byly respondentům kladené předem vytvořené otázky s možností volných odpovědí. Otázky byly konstruovány tak, aby odpovědi respondenta nemohly být zavádějící. Z těchto důvodů byl rozhovor podroben předvýzkumu, kdy byl připravený rozhovor předložen jedné potencionální respondentce. Na základě jejích připomínek byl pak rozhovor finalizován.

### **Anketa**

Anketou, jak uvádí Kozlová (2007, s. 12) „rozumíme nejjednodušší výzkumnou techniku, jenž je velmi často používána při průzkumných šetření. Rozsahem by neměla

zahrnovat více než 5 -10 otázek. Ve srovnání s technikou dotazníkového šetření používá anketa většinou uzavřené otázky umožňující snadnou orientaci v problému a rychlou odpověď. Při použití ankety není kontrolován výběr respondentů, a nelze proto hodnotit reprezentativnost výběrového souboru stejným způsobem jako při šetřeních založených na metodách pravděpodobnostního (náhodného výběrového šetření).“ Pro účely BP byla zvolena anketa mezi vybranými seniory ve dvou zařízeních sociálních služeb typu domov pro seniory. Tento způsob získání informací vztahujících se k cíli práci se jevil jako účelný vzhledem k faktu, že daná skupina respondentů by mohla mít problémy s vyplňováním dotazníku či případnou zdlouhavostí při vedení rozhovorů.

### **Výzkumný soubor**

Výzkumné soubory byly vybrány dva:

První soubor pro polostandardizovaný rozhovor, byl vybrán ve dvou zařízeních. V obou byli osloveni jak pracovníci v přímé péči (dle zák. 108/2006 Sb. – pracovník v sociálních službách), tak zdravotnický personál. Pouze v zařízení B byl v pracovním poměru fyzioterapeut, tudíž byli ve finální podobě dotazováni v každém zařízení – 2 pracovníci v přímé péči, 1 všeobecná sestra. Rozhovory nejsou přepsány doslovně, ale byla provedena redukce odpovědí, která je zaznamenána v kapitole výsledky.

Druhým zkoumaným souborem byli vybraní senioři - klienti obou zařízení pro zpracování ankety. Klienti byli vybráni za pomoci předvýběru, kdy vhodné seniory (zachování kognitivních funkcí, možnost samostatného pohybu i mimo zařízení) vytipovala sociální pracovníce. Následně byli osloveni a zpracovány odpovědi prvních 10 respondentů, kteří byli ochotni odpovídat. Byli dotazováni senioři dvou zařízení v Českých Budějovicích, kdy zřizovatelem je město a počtem klientů i jejich skladbou jsou si podobné. Pro zachování anonymity jsou zařízení označeny písmeny A a B. Podobný klíč byl využit i pro označení respondentů, kdy je zkratka tvořena označením zařízení, identifikací pohlaví ( M- muž, Ž – žena) a dále pořadovým číslem v souboru.



## 5 VÝSLEDKY

### 5.1 Výsledky sekundární analýzy dat

Sekundární analýzou byla zjišťována data týkající se 10 respondentů z každého zařízení, s nimiž byla následně vedena anketa. Údaje jsou pro přehlednost uvedeny v tabulkách č. 3 a 4, které je součástí přílohy.

Tabulka 3 je souhrnnou informací o respondentech ze zařízení A, které vyplývají ze zdravotní dokumentace a ze sociální dokumentace. Ze zdravotní dokumentace byly poskytnuty informace týkající se zdravotního stavu a nařízené diety. Pohybová aktivita a vztah ke stravovacímu režimu je součástí sociální dokumentace klíčových pracovníků. Pro účely výzkumu byla poskytnuta pouze tato data, přímo s dokumentací nebylo pracováno.

Tabulka 4 je souhrnnou informací o respondentech ze zařízení B, které vyplývají ze zdravotní dokumentace a ze sociální dokumentace. Ze zdravotní dokumentace byly poskytnuty informace týkající se zdravotního stavu a nařízené diety. Pohybová aktivita a vztah ke stravovacímu režimu je součástí sociální dokumentace klíčových pracovníků. V tomto zařízení pohybovou aktivitu u vybraných klientů koordinuje fyzioterapeutka. Pro účely výzkumu byla poskytnuta pouze tato data, přímo s dokumentací nebylo pracováno.

### 5.2 Výsledky ankety u seniorů

V rámci ankety byli senioři požádáni, aby odpověděli na krátké otázky. Z důvodu snadné komparace výsledků jsou respondenti označeni stejnými kódy jako u sekundární analýzy dat a jejich odpovědi zaneseny do tabulek v příloze.

Tabulka 5 přehledově znázorňuje odpovědi na anketní otázky v zařízení A, tabulka 6 v zařízení B.

## 5.3 Výsledky standardizovaných rozhovorů

Výsledky standardizovaných rozhovorů jsou zpracovány způsobem, který dovoluje okamžité srovnání odpovědí od jednotlivých respondentů. Respondenty jsou označeny vždy dle zařízení a pracovního zařazení.

VS- všeobecná sestra, PPP- pracovník přímé péče, F – fyzioterapeutka.

### Výsledky rozhovorů zařízení A.

*Jaký názor máte na stravování vašich klientů?*

A VS: odpovídá všem nutričním předpisům, je dle mne chutná a bez problémů<sup>1</sup>.

APPP1: záleží na konkrétní dietě, jsou oblíbená a neoblíbená jídla, ale v rámci možností je strava dle mne v pořádku.

APPP2: je to klient od klienta, pro většinu z nich je to velké téma, řeší se každý týden, mají možnost jídelníčky připomínkovat, ale oficiálně to nikdo nedělá. Klienti, kteří si mohou stravu zpestřit z vlastních zdrojů, často i rodina přiváží stravu. Někdy je to problém, zejména u diabetiků, ale známe své klienty a dokážeme s nimi probrat i téma stravy.

*V čem vidíte problémy se stravou?*

A VS: problémy nastávají, pokud měl klient z domova jiné návyky a např. nedodržel dietu, jinak je to vždy dle toho, co kdo má rád.

APPP1: Dle mého názoru je problémem určitá jednotvárnost, časem se vždycky jídlo tak trochu přejí.

APPP2: problém jsou individuální zejména s dietními opatřeními, častěji si stěžují diabetici, ale je to individuální.

---

<sup>1</sup> Modře zvýrazněné jsou ty části rozhovorů, které se vztahují k cíli práce a budou následně diskutovány.

*Změní se u klientů postoj ke stravování v průběhu pobytu?*

A VS: Rozhodně. Na začátku pobytu si většinou stravu klienti pochvalují. Časem však dochází asi i díky stereotypu ke kritice.

APPP1: Je to dle mne individuální, záleží na zvycích klienta. Častěji mají problém muži, pokud byli z domova zvyklí na uzeniny, tučné jídlo a zde je podávána racionální strava.

APPP2: Ano s tím se potýkáme často. Nejde jen o skladbu stravy, ale i čas kdy je podávána. Každý klient má své chutě, ale v podstatě je to individuální a jde hlavně o velikost porcí a určitý stereotyp. Jsou však jídla, která jsou všeobecně oblíbená a neoblíbená. Zde se projevuje trochu konzervativní přístup klientů, kteří některá jídla dříve vůbec nejedli.

*Jaké nabízíte pohybové aktivity pro seniory?*

A VS: denně je nabízena rozcvička, pak je nabízeno několikrát denně krátké cvičení v naší tělocvičně.

APPP1: rozcvička, v rámci dalších aktivit i možnost procházek s doprovodem, byla nabízena i severská chůze, ale není o ní velký zájem.

APPP2: ranní rozcvička, možnost využití rotopedu a dalších možností v tělocvičně pod vedením sestry.

*Co je podle Vás důležité pro volbu těchto aktivit?*

A VS: Ze zkušenosti vím, že záleží na tom, zda klient někdy pravidelně cvičil a hodně dají na lékaře. I spolubydlící a jeho účast někdy bývá motivací.

APPP1: Je to velmi individuální. Záleží na pohledu na život, vůbec aktivitách, které senior vykonával i v mládí. Máme zapálené cvičence, ale jsou klienti, kteří kolektivní aktivity nechtějí, ale alespoň zajdou do tělocvičny. Většina cvičí krátkodobě, třeba po doporučení lékařem, ale často si pak stěžují na zdravotní obtíže a cvičit přestanou. Oblíbené jsou ranní rozcvičky.

APPP2: Faktorů je celá řada. Při nástupu je klient motivovanější, chce si pobyt užít, tak i cvičí. Bohužel v průběhu času vydrží jen Ti, kteří **cvičili i v mládí**. Velkou roli hrají vztahy. Často jdou **cvičit spolubydlící**, nebo ti, co se spolu přátelí. Ráno na rozcvíčkách je účast nejvyšší.

### **Výsledky rozhovorů zařízení B**

*Jaký názor máte na stravování vašich klientů?*

B VS: Stravování našich klientů je dle **zásad racionální výživy**<sup>2</sup>. Jídelníčky sestavuje **lékař ve spolupráci s externí nutriční terapeutkou**. Samozřejmě, že důležitá je i cena jídla, ale jídelníček je dle mne chutný.

BPPP1: Myslím si, že se **dobře vaří**. Sama se tu stravuji a **jídlo je chutné**. Samozřejmě to **není domácí strava**. Dle mne by se mohla zařadit i modernější jídla, ale senioři jsou k těmto pokusům často kritičtí.

BPPP2: Dle **mne je strava odpovídající**. Někdy je jí **až nadbytek**, často klienti nedojídají. **Strava je pestrá**, včetně mléčných výrobků, ovoce a zeleniny.

*V čem vidíte problémy se stravou?*

B VS: Pokud se problémy objevují, jde většinou **o klienty s nařízenou dietou**, která něco omezuje. Nejčastější je diabetická dieta, ale tam klienti většinou respektují jídelníček. Někteří ovšem „hřeší“ a **dokupují si potraviny**, které nejsou úplně vhodné. Záleží na klientovi a jeho přístupu k stravě.

BPPP1: Jídlo je zde **velké téma**. Někteří klienti ho mají jako svůj **velký zájem**. Řeší zejména, zda za peníze dostávají **odpovídající porce**, někteří mají problém, pokud mají dietu. Zvláště Ti, kteří jsou na **žlučnickové dietě**, si častěji stěžují, že **mají jídlo bez chuti**. U těch také častěji zjistíme, že si dokupují jídlo, které by jíst neměli. Ale pokud je to jen občas tolerujeme to.

---

<sup>2</sup> Hnědě zvýrazněné jsou ty části rozhovorů, které se vztahují k cíli práce a budou následně diskutovány.

BPPP2: Dle mého názoru nejčastější stížnost je, proč se častěji **nevaří oblíbená jídla**. Další problém vidím ve faktu, že senioři **mají své návyky z domova** a některá jídla vůbec nejí.

*Změní se u klientů postoj ke stravování v průběhu pobytu?*

B VS: Je to **individuální**, záleží na způsobu, kterým se stravovali v **domácím prostředí**. Spíše časem dojde k faktu, že jídelničky se opakují a klienti již mají svá oblíbená jídla.

BPPP1: Asi u většiny. Záleží, odkud k nám klienti nastupují. Pokud **žili sami, tak stravu chválí**. Problematictější jsou klienti, kterým vařil někdo doma. Ti, co přicházejí **z nemocnice nebo měli pečovatelskou službu, jsou na tento typ stravování zvyklí a nemají s ním problém**. Také záleží na přístupu rodiny. Klienti, kteří jsou v pravidelném kontaktu s rodinou, si nestěžují, protože mají občas **přísun oblíbených jídel od rodiny**. I když někdy nejsou v souladu s dietou, pokud nejsou vážné zdravotní důvody, tato vylepšení tolerujeme.

BPPP2: U některých určitě. Dá se říct, že hodně **klientů kritizuje jídlo v souvislosti s délkou pobytu**. Častěji jsou to **muži**. Na začátku jim vše chutná, ale časem jsou už vybíravější. Je to i podle diety, kterou mají. Nejlépe se adaptují ti, co jsou bez omezení nebo diabetici.

*Jaké nabízíte pohybové aktivity pro seniory?*

B VS: U nás pohybové aktivity řídí **fyzioterapeutka**. Nabízí **3x týdně hodinku kondice a pak 1x týdně i jógová cvičení**. S některými klienty cvičí i **individuálně a o tato cvičení je docela zájem**.

BPPP1: Pohybové aktivity jsou pod vedením **fyzioterapeutky**. Cvičí jak samostatně, dle zdravotních problémů, tak **je i cvičení v tělocvičně a jóga**. Dále mohou klienti chodit na **procházk**y a ti, co se nepohybují, tak samostatně tak **s naším doprovodem**.

BPPP2: Cvičí se u nás **pravidelně**. Klientům je nabízen **pohybový program s fyzioterapeutkou**. Dále pak chodíme na procházky a snažíme se mi méně mobilní klienty rozhýbat.

*Co je podle Vás důležité pro volbu těchto aktivit?*

B VS: Hodně se **změnilo s příchodem fyzioterapeutky**. Ta na začátku vytvořila návrhy a klienti hojně využívají individuální cvičení. Souvisí to i s **doporučením lékaře** a i s jeho hodnocením. Pokud senior cvičí, zaznamenáváme tuto skutečnost do dokumentace a **lékař klienta chválí a podporuje**.

BPPP1: Pohybové aktivity jsou klienty vybírány **podle zvyku z minula**. Poslední dobou častěji využívají **individuálního cvičení** a zde je důležitým faktorem i ohlas okolí. Obecně, ale dle mne **klienti moc necvičí**.

BPPP2: Hodně **tu záleží na vztazích**. Když cvičí jeden, často s sebou **strhne i své kamarády**. Nyní zde cvičení vede fyzioterapeutka a zájem se zvýšil. Klienti jsou rádi, že se jim **věnuje odborník**. Velkou úlohu má **i lékař**, který je může motivovat.

Tabulka 7: Shrnutí klíčových informací z rozhovorů

	<b>Zařízení A</b>	<b>Zařízení B</b>
<i>Názor na stravování klientů</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• chutná a bez problémů,</li> <li>• jsou oblíbená a neoblíbená jídla,</li> <li>• možnost jídelníčky připomínkovat,</li> <li>• stravu si zpestří, z vlastních zdrojů.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• strava dle zásad racionální výživy,</li> <li>• jídelníček sestavuje lékař ve spolupráci s externí nutriční terapeutkou,</li> <li>• jídlo je chutné,</li> <li>• strava je pestrá.</li> </ul>
<i>Problémy se stravováním</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• klient má z domova jiné návyky,</li> <li>• určitá jednotvárnost,</li> <li>• dietní opatření,</li> <li>• na začátku pobytu si většinou</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• klienty s nařízenou dietou,</li> <li>• dokupují si potraviny,</li> <li>• nevaří se oblíbená jídla,</li> <li>• návyky z domova.</li> </ul>

	<p>stravu klienti pochvalují, později kritika,</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• častěji mají problém muži,</li> <li>• čas kdy je strava podávána.</li> </ul>	
<p><i>Změna postojů klientů ke stravování</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• na začátku pobytu si většinou stravu klienti pochvalují,</li> <li>• záleží na zvycích klienta,</li> <li>• všeobecně oblíbená a neoblíbená.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• individuální,</li> <li>• odkud klienti nastupují,</li> <li>• přisun oblíbených jídel od rodiny,</li> <li>• kritika v souvislosti s délkou pobytu,</li> <li>• dietní omezení v průběhu pobytu.</li> </ul>
<p><i>Nabídka pohybových aktivit</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• rozcvička,</li> <li>• procházky s doprovodem,</li> <li>• severská chůze, ale není o ní velký zájem,</li> <li>• individuální využití tělocvičny.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• cvičení s fyzioterapeutkou,</li> <li>• 3x týdně hodinku kondice,</li> <li>• 1x týdně i jógová cvičení,</li> <li>• individuální cvičení s fyzioterapeutkou.</li> </ul>
<p><i>Faktory pro volbu pohybových aktivit</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• lékař a jeho doporučení,</li> <li>• návyk z předchozích let,</li> <li>• ostatní klienti,</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• doporučení a pochvala lékaře,</li> <li>• možnost individuálního cvičení s fyzioterapeutkou,</li> <li>• ostatní klienti</li> </ul>

## 6 DISKUZE

Bakalářská práce je zaměřena na vybrané aspekty životního stylu seniorů. Jako zásadní aspekty byly vybrány stravování a pohyb. V souvislosti se současnými doporučeními je žádoucí, aby i senioři měli v těchto aspektech životní styl vyvážený. (Čevela a kol, 2012). Práce shrnuje výsledky tří výzkumných technik, sekundární analýzy dat, ankety se seniory ze dvou zařízení a v neposlední řadě rozhovory s odborným personálem.

Z výsledků sekundární analýzy dat vyplynulo, že v současné době jsou v zařízeních sociálních služeb typu domov pro seniory, zejména senioři, u nichž převládly zdravotní problémy a mají další sociální konsekvence. Ty jsou zejména v rámci samostatnosti a soběstačnosti klientů. Jak uvádí Topinková (2005) je možné počítat s určitým nárůstem tzv. křehkých seniorů, jejichž funkční rezervy byly vyčerpány a balancují na hraně možnosti sám o sebe se postarat. Ze sekundární analýzy dat vyplývá, že nejčastějším problémem z pohledu zdraví a životního stylu je diabetes mellitus II typu. Zde se shodují s odborníky, že z této choroby se v posledním desetiletí stává pandemie, která ohrožuje velkou část seniorské populace. (Holmerová et al, 2003).

Musím však zmínit, že většina seniorů touto chorobou trpí již v raném seniorském věku. Diabetes mellitus významným způsobem také ovlivňuje život seniora ve vztahu ke stravě a pohybu. Můj výzkum ukazuje, že dle údajů poskytnutých ze zdravotní dokumentace (viz tabulka 3 a 4) většina seniorů trpí nadváhou či dokonce obezitou. Určitou souvislost by bylo možné nalézt i v přirozených změnách při stárnutí organismu, kdy se mění poměr tělesného tuku a svalové hmoty. I z tohoto důvodu se lze domnívat, že senioři, kteří nevykazují vysokou míru obezity, nejsou omezováni např. redukční dietou. I zde dochází ke shodě s autory, kteří varují před tvrdým použitím dietních restrikcí, které mohou vést až k malnutričním stavům. (Malíková, 2011)

Vzhledem k faktu, že strava klientů je dle vyjádření z rozhovorů (viz tabulka 6) racionální a chutná, tak se v mém výzkumu se neobjevil žádný klient s podvýživou. Je ovšem nutné zdůraznit, že výběr respondentů odpovídal účelu bakalářské práce a tudíž



nemohli být zahrnuti zcela imobilní klienti s poruchou kognitivních funkcí, u kterých se tento problém vyskytuje častěji. Jak uvádí Kalvach (2008) je malnutrice ve stáří spojená s celou řadou zdravotních i sociálních problémů, které je třeba pečlivě rozkrýt.

Dalšími zdravotními komplikacemi, které ovlivňují jak stravování, tak pohybové aktivity jsou kardiovaskulární onemocnění. U respondentů je zaznamenána nejčastěji hypertenze, ischemická choroba srdeční a v jednom případě i akutní forma tohoto onemocnění a to infarkt myokardu. Tato onemocnění stále patří mezi nejčastější příčiny úmrtí v ČR a lze říct, že některým projevem aterosklerózy trpí většina seniorů (Jarošová, 2006).

Výčet zdravotních omezení by nebyl úplný, pokud bych se nepozastavila nad onemocněním pohybového aparátu. Z tabulky 3 a 4 vyplývá, že respondenti mají ve své anamnéze degenerativní onemocnění kloubů (artrózy), stavy po náročných implantacích kloubů či úrazech. V několika případech je také zmíněná osteoporóza. Toto onemocnění je velmi nebezpečné, a proto pro mne bylo překvapením, že klientky, které touto nemocí trpí, nejsou více motivovány k pohybu. I literatura zmiňuje důležitost kombinace stravy bohaté na vápník a další látky v kombinaci s pohybem (Kalvach 2004).

Další zajímavá zjištění jsou výsledky z anketního šetření. Potěšujícím zjištěním bylo, že většina respondentů zná svá omezení v rámci stravovacího režimu, nařízená lékařem. V tabulce 4 a 5 jsou uvedeny i další informace, které z ankety vyplynuly. Jde zejména o postoj k stravě a případné doplňování jídelníčku. Za pozitivní lze označit fakt, že až na výjimky se senioři stravují bez zásadních chyb. Pokud si dokupují některé potraviny, jsou to nejčastěji nápoje a pak potraviny, které lze zařadit do kategorie sladkostí a pochutin.

Překvapivé je zjištění, že pokud nákup pochutin přiznali diabetici, dbali na fakt, že nakupují výrobky s označením dia. Výjimečně se respondenti přiznávali i k nákupu uzenin či potravin, které zcela s racionální výživou nekorespondují. Domnívám se ve shodě s výše zmiňovanými autory se zde projevují určité stereotypy a návyky. Odborníci upozorňují na fakt, že stravovací návyky se tvoří celoživotně a ve vyšším

věku se velmi obtížně mění. To se projevuje i v jakési netoleranci k novinkám v jídelníčku, jak bylo zmíněno v rozhovorech (Křivohlavý 2011).

Součástí anketního šetření bylo také zjišťování vztahu k pohybovým aktivitám. Zde byli senioři dotazováni na pohyb před pobytem v zařízení a na pohybové aktivity nyní. V anketě se v této oblasti objevily významnější rozdíly v rámci dvou zkoumaných zařízení. Opět zde byla potvrzena slova odborníků, kteří zmiňují vhodnost vedení pohybových aktivit profesionály (Roslawski, 2005). V zařízení B, kde jsou aktivity vedené pod vedením fyzioterapeutky, se v anketě k pohybu hlásilo více respondentů.

Dle mého názoru zde hraje významnou úlohu profesionalita a možnost individuálního přístupu ke klientům. Častěji je v tomto zařízení také využívána možnost cvičení jógy, která je autory velmi doporučována. Přestože v zařízení A není odborník, pohybové aktivity jsou nabízeny i zde. Forma rozcviček je zde využita relativně často a i tato aktivita má své opodstatnění.

Ráda bych se ovšem zastavila u respondentky, která je velmi aktivní a chtěla využít možnosti kolektivního cvičení i mimo zařízení. Dostala se dle jejího vyjádření do situace, kdy byla odmítnuta vzhledem k věku. Toto jednání lze v podstatě i dle odborníků označit za ageismus. Bohužel respondentka se již ze studu a strachu dál nedotazovala u jiných firem a zůstala u pohybu v zařízení a plavání v dostupném bazénu. I z uvedené ankety bylo jasné, že jde o člověka, který je i ve vyšším věku schopen rozšiřovat sociální kontakty a udržovat si „mladý pohled na svět“. Tato skutečnost je zmiňována i v literatuře, kde možnost a schopnost udržení si sociálních kontaktů autor vnímá jako podstatný prvek ve vnímání stáří (Křivohlavý 2011).

Poslední částí výzkumu byly rozhovory s odborným personálem. Zde byly dotazovány pracovnice zdravotní péče i sociálního úseku. V jejich odpovědích, jak je uvedeno v souhrnné tabulce 6, lze najít shodu. Většina respondentek jasně deklaruje fakt, že jak stravování, tak pohyb velmi souvisí s třemi faktory. Prvním faktorem jsou návyky z předchozího prostředí. To se projevuje jak v přijímání stravovacího režimu, tak ve volbě pohybových aktivit.

Ve stravování vidí pracovnice velkou souvislost s dietními omezeními, určitým stereotypem centrálně připravovaných jídel a vlivu lékaře jako autority. Zde je nutno jejich odpovědi podpořit i vyjádřením odborníků, kteří upozorňují na nutnost důkladné edukace ve vztahu ke stravovacím omezením. Je důležité, aby senior nevnímal tato omezení jako zbytečná a velmi tvrdá, ale pochopil úzkou souvislost se zdravotním stavem. Proto je doporučeno v rámci individuálního plánování zařadit i možnost diskuze nad stravovacím režimem. V současné době technologických vymožeností vybavení stravovacích provozů, je možné vytvořit individuální úpravy diet, které by více vyhovovaly individuálním nárokům klientů (Dvořáčková, 2012).

Souvislost s odborným pohledem na problematiku je jasně deklarována v odpovědích ze zařízení B ve vztahu s pohybovými aktivitami. Dle vyjádření pracovnic zde výborně funguje spolupráce fyzioterapeutky a lékaře. Lékař povzbuzuje klienty ve cvičení a možnost individuálního zapojení je využívána. Respondentky se shodly s autory i v dalším důležitém aspektu pro volbu pohybové aktivity a to cvičení spolubydlících a přátel v zařízení. Literatura často zmiňuje vyšší tendenci k činností, které jsou vybírány na základě zkušenosti někoho z okolí (Hauke, 2011).

Závěrem diskuze je třeba konstatovat, že cílem práce bylo zjistit, zda ve vybraných aspektech životního stylu došlo k posunu, vlivem pobytu zařízení – domov pro seniory. U některých klientů došlo k posunu, ale vždy zejména v souvislosti s nastavením vybraných aspektů životního stylu již v minulosti. Pokud došlo k posunu k lepšímu, výraznou úlohu sehrává způsob a vedení aktivity (pohybové aktivity pod vedením fyzioterapeuta) a možnost se seznámit s důvody změn ve stravování oproti celoživotním zvykům. Zde opět sehrává klíčovou roli odborný personál a jeho ochota se tématu věnovat. Z výzkumu tedy vyplývá, že důvodem pro změnu životního stylu jsou akceptované změny zdravotního stavu včetně pochopení diety jako součásti léčby. Pohybové aktivity a jejich pravidelné provozování souvisí s celoživotním postojem k pohybu a změnu lze docílit opět kvalitní edukací odborným personálem.

## 7 ZÁVĚR

Celá bakalářská práce se týká vybraných aspektů životního stylu seniorů. Vzhledem k oboru, který studuji, jsem zvolila pohyb a stravování. Výzkum prokázal, že jakákoliv změna v těchto aspektech je v séniu relativně obtížná, ale přesto možná. Seniori jsou informováni o zdravotním stavu, někteří však nejsou schopni vnímat změnu jako přínos pro jejich kvalitu života.

Přesto, že celá řada z nich trpí tzv. civilizačními chorobami, nevnímají změny životního stylu jako nutnou součást klidného života. Výzkum ukázal větší ochotu ke změně v případě, že klienti mají možnost využití odborníka. Přítomnost fyzioterapeutky jako zaměstnance jednoho ze zkoumaných zařízení, dle všech dotazovaných, zkvalitnila přístup k pohybovým aktivitám.

Současný stav financování sociálních služeb je velmi komplikovaný ve vztahu k ekonomické krizi veřejných rozpočtů. Přesto však musím doporučit, aby zejména ve vztahu ke kvalitě života klientů, byly v rámci možností poskytovány služby vyškolenými odborníky. Tak jako lékaři a nutriční specialisté mají možnost motivace klientů v těchto zařízeních ke změně, odborníci na pohybové aktivity mohou přimět vyšší procento seniorů v zařízeních typu domov pro seniory ke zdravému pohybu.

## SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

ČEVELA, R., KALVACH, Z., ČELEDOVÁ, L. *Sociální gerontologie*. 1. vyd. Praha: Grada, 2012, 264 s. ISBN 978-80-247-3901-4

DVOŘÁČKOVÁ, D. *Kvalita života seniorů v domovech pro seniory*. 1.vyd. Praha: Grada, 2012, 112 s. ISBN 978-80-247-4138-3.

HARTL, P., HARTLOVÁ, H. *Psychologický slovník*. 1. vyd. Praha: Portál, 2000. 776 s. ISBN 80-7178-303-X

HAŠKOVCOVÁ, H. *Fenomén stáří*. 2. doplněné vyd. Praha: Havlíček Brain Team, 2010. ISBN 978-80-87109-19-9.

HAUKE, M. *Pečovatelská služba a individuální plánování*. 1.vyd. Praha: Grada, 2011,136 s. ISBN 978-80-247-3849-9.

HOLMEROVÁ, I., JUŘAŠKOVÁ, B., ZIKMUNDOVÁ, K. *Vybrané kapitoly z gerontologie*. 2. vyd. Praha: Česká alzheimerská společnost, 2003, 88 s. ISBN 80-86541-12-6.

JAROŠOVÁ, D. *Péče o seniory*. 1. vyd. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, Zdravotně sociální fakulta, 2006. 96 s. ISBN 80-7368-110-2

KALVACH, Z. a kol. *Geriatrické syndromy a geriatrický pacient*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008. 336 s. ISBN 978-80-247-2490-4

KALVACH, Z. *Geriatric a gerontologie*. 1. vyd. Praha: Grada, 2004, 861 s. ISBN 8024705486.

KLEVETOVÁ, D. DLABALOVÁ I., *Motivační prvky při práci se seniory*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008, 202 s. ISBN 9788024721699.

KOZLOVÁ, L. *Metody výzkumu v sociální práci. Opora pro studenty ZSF JU*. 2007, 29s. České Budějovice on-line, [cit.2013-15-03] dostupné z: [www.zsf.jcu.cz/studium...spvs/metody-vyzkumu-v-socialni-praci/](http://www.zsf.jcu.cz/studium...spvs/metody-vyzkumu-v-socialni-praci/)

KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie zdraví*. 1. vyd. Praha: Portál, 2001. 280 s. ISBN 80-7178-551-2

KŘIVOHLAVÝ, J. *Stárnutí z pohledu pozitivní psychologie*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011, 144 s. ISBN 978-80-247-3604-4

MALÍKOVÁ, E. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. 1.vyd. Praha: Grada, 2011, 328 s. ISBN 978-80-247-3148-3.

MLÝNKOVÁ, J. *Péče o staré občany*. 1.vyd. Praha: Grada, 2011, 192 s. ISBN 978-80-247-3872-7.

NAKONEČNÝ, M. *Sociální psychologie organizace*. 1. vyd. Praha : Grada, 2005, 225 s. ISBN 80-247-0577-X

ROSLAWSKI, Adam. *Jak zůstat fit ve stáří*. 1. vyd. přeložil Danuta Kulová. Brno: Computer Press, 2005, 71 s. ISBN 8025107744.

ŘÍČAN, P. *Psychologie osobnosti: obor v pohybu*. Praha:Grada, 2010.208 s. ISBN 978-80-247-3133-9

SAK, P., KOLESÁROVÁ, K. *Sociologie stáří a seniorů*. 1. vyd. Praha: Grada, 2012, 232 s. ISBN 978-80-247-3850-5.

ŠTILEC, Miroslav. *Program aktivního stylu života pro seniory*. 1. vyd. Praha: Portál, 2004, 135 s. ISBN 8071789208.

TOPINKOVÁ, E. *Geriatric pro praxi*. 1. vydání. Praha: Galén, 2005. 270 s. ISBN 80-7262-365-6

VENGLÁŘOVÁ, M. *Problematické situace v péči o seniory*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007, 96 s. ISBN978-80-247-2170-5.

ZAVÁZALOVÁ, H. *Vybrané kapitoly ze sociální gerontologie*.1.vyd. Praha: Karolinum, 2001.97 s. ISBN 80-246-0326-8 (brož.)

# PŘÍLOHY

## **Seznam příloh**

Tabulka 3: Data o respondentech v zařízení A

Tabulka 4: Data o respondentech v zařízení B

Tabulka 5: Výsledky ankety - zařízení A

Tabulka 6: Výsledky ankety - zařízení B

Tabulka 3: Data o respondentech v zařízení A

Označení respondenta (věk)	Dietní režim	BMI	Choroby ve vztahu k pohybu a stravovacím omezením	Vztah k pohybu
				Vztah k dietnímu režimu - stravování v zařízení
A Ž1 (74)	Racionální dieta (3)	27	ICHS (ischemická choroba srdeční) Artróza 2. stupně levý kyčel Nadváha	Cvičení v zařízení odmítá, samostatně procházky
				Dietu dodržuje, nemá připomínky
A M1 (78)	Diabetická dieta (9)	26	DM (diabetes mellitus) II typu hypertenze nadváha	Cvičí ranní rozcvičky
				Problematické dodržování diabetické diety, pravidelné konzultace s lékařem, výhrady k jídelníčku
A Ž2 (72)	Racionální dieta (3)	31	ICHS (Ischemická choroba srdeční) Artróza 3. stupně pravý kyčel Obezita	Odmítá- bolest kloubů
				Dietu dodržuje, nemá připomínky
A Ž3 (80)	Diabetická dieta (9)	34	DM (diabetes mellitus) II typu – pozdní komplikace (poškození zraku) Obezita	Ranní rozcvičky, jóga
				Dietu dodržuje, nemá připomínky
A Ž4 (76)	Racionální dieta (3)	25	Hypertenze Porucha koagulace	Ranní rozcvičky, jóga
				Dodržuje dietní režim, dbá na zdravou výživu, připomínkuje jídelníček
A Ž5 (81)	Racionální dieta (3)	26	Nadváha Hypertenze	Ranní rozcvičky, jóga
				Dietu dodržuje, nemá připomínky
A M2 (74)	Šetřící dieta (2)	26	Nadváha Chronický zánět žlučníku Hypertenze Ischemická choroba dolních končetin	Zcela odmítá
				Dietu dodržuje, nemá připomínky



Tabulka 3 – pokračování

A Ž6 (72)	Racionální dieta (3)	28	Nadváha Osteoporóza Stav po totální endoprotéze kyčelního kloubu	Občas ranní rozcvička
				Dietu dodržuje, nemá připomínky
A Ž7 (71)	Šetřící dieta (2)	29	Chronický zánět žlučníku hypertenze obezita	Zcela odmítá
				Dietu dodržuje, nemá připomínky
A M3 (73)	Diabetická dieta (9)	31	Diabetes mellitus Obezita	Zcela odmítá
				Dietu dodržuje, nemá připomínky

Tabulka 4: Data o respondentech v zařízení B

Označení respondenta (věk)	Dietní režim	BMI	Choroby ve vztahu k pohybu a stravovacím omezením	Vztah k pohybu
				Vztah k dietnímu režimu - stravování v zařízení
B Ž1 (73)	Diabetická dieta (9)	30	Diabetes mellitus Hypertenze	Cvičí s fyzioterapeutkou
				Dodržuje dietu bez vážnějšího porušení
B Ž2 (75)	Diabetická dieta (9)	31	Diabetes mellitus Stav po operaci zlomeniny krčku stehenní kosti	Odmítá, samostatně, pravidelná chůze denně 30 minut
				Dodržuje dietu bez vážnějšího porušení
B Ž3 (75)	Diabetická dieta (9)	28	Diabetes mellitus Stav po IM (infarkt myokardu)	Cvičí s fyzioterapeutkou
				Dodržuje dietu bez vážnějšího porušení
B M1 (82)	Diabetická dieta (9)	26	Diabetes mellitus	Cvičí s fyzioterapeutkou
				Dodržuje dietu bez vážnějšího porušení
B Ž4 (76)	Racionální dieta (3)	24	Hypertenze	Cvičí s fyzioterapeutkou
				Dodržuje dietu bez vážnějšího porušení
B Ž5 (79)	Diabetická dieta (9)	26	Diabetes mellitus	Odmítá, samostatně procházky
				Dodržuje dietu, občas dietní chyba
B M2 (81)	Redukční dieta (8)	38	Obezita Hypertenze Artróza kyčelních kloubů Ischemická choroba dolních končetin	Odmítá řízené pohybové aktivity, chůze alespoň 2x 10 min. denně
				Dietní režim není zcela dodržován, časté výtky lékaře

Tabulka 4 – pokračování

B M3 (75)	Diabetická dieta (9)	26	Diabetes mellitus	Cvičí s fyzioterapeutkou
				Dodržuje dietu, občas dietní chyba
B Ž6 (78)	Racionální dieta (3)	28	Hypertenze Osteoporóza	Cvičí s fyzioterapeutkou
				Dodržuje dietu bez vážnějšího porušení
B Ž7 (71)	Diabetická dieta (9)	26	Diabetes mellitus	Cvičí občas – protažení těla
				Dodržuje dietu bez vážnějšího porušení

Tabulka 5: Výsledky ankety - zařízení A

Označení respon- denta (věk)	Stravujete se zdravě?	Kupujete potraviny jaké?	Nařídil Vám lékař dietu?	Pohybová aktivita dříve
				Pohybová aktivita dnes
A Ž1 (74)	Ano	Ovoce, minerálku, sušenky	Ne	nesportovala Chůze, nevyhovuje jí kolektiv
A M1 (78)	Ano, ale nechutná mi	Uzeninu, dia čokoládu, limonády, pivo, a to co nedostane v zařízení	Ano	Jízda na kole Ráno na rozcvičku
A Ž2 (72)	Ano	Jen občas perlivou vodu nebo ovoce, v létě zmrzlinu	Ne	Jízda na kole, zahrádka, vycházky se psem Neprovozují, bolesti kloubů, jen krátké vycházky
A Ž3 (80)	Ano	Občas něco od rodiny, vodu, dia sušenky	Ano	Ráda jsem chodila s ženskýma cvičit, jezdila na kole, procházky Chodím na jógu, ale problémy s očima mi nedovolují cvičit i jinak.
A Ž4 (76)	Ano, ale některá jídla by mohla být ještě zdravější, více zeleniny jako přílohy, méně omáček	Ano, zeleninu, ovoce, saláty, šťávy atd.	Ne, ale vždy o stravě diskutujeme	Ano, pravidelně turistiku, jógu, aerobik, kolo, plavání Využívám možnost cvičení v zařízení, cvičení ve městě už není možné, byla odmítnuta s tvrzením, že cvičení pro seniory neprovozují. Před rokem ještě navštěvovala 1x měsíčně bazén, nyní z finančních důvodů již ne.

Tabulka 5 – pokračování

A Ž5 (81)	Ano	Ano, pamlsek, limonádu	Ano, redukční	Jezdila na kole
				Chodí se spolubydlíci, aby neupadla cestou, ale moc mě to nebaví.
A M2 (74)	Ano	Ano, šunku, pečivo	Ano, jaterní	Pracoval v lese, další pohyb nepotřeboval
				Ne, chce odpočívat
A Ž6 (72)	Ano	Ano, jogurt, ovoce, minerální vodu	Ano, vápníkovou <sup>3</sup>	Trochu kolo, v létě plavání, manuálně pracovala
				Někdy ráno, ale má strach z úrazu při pohybu.
A Ž7 (71)	Ano	Ano, kávu, cukr, ovoce, někdy uzeniny (dietní párky)	Ano, žlučníkovou	Preferovala společenský život, pohyb nevyhledávala
				Radši se dívá na televizi nebo povídá. Cvičení jí nebaví
A M3 (73)	Ano	Ano, hlavně nápoje, dia pivo, vodu a pak pochoutky, ale vždy diabetické	Ano diabetickou	Manuálně pracoval, nesportoval
				Nevyhledává, občas se jde projít.

Tabulka 6: Výsledky ankety - zařízení B

Označení respon- denta (věk)	Stravujete se zdravě?	Kupujete potraviny jaké?	Nařídil Vám lékař dietu?	Pohybová aktivita dříve
				Pohybová aktivita dnes
B Ž1 (73)	Ano	Nápoje, kávu, občas uzeninu	Ano diabetickou	Jízda na kole, zahrádka, ale necvičila Cvičí s fyzioterapeutkou, procházky
B Ž2 (75)	Ano	Ano, jogurt, ovoce, minerální vodu	Ano diabetickou	Ne, manuálně pracovala Ne v zařízení, každý den vycházka
B Ž3 (75)	Ano	Ano, nápoje, tvaroh, občas i uzeniny	Ano diabetickou	Jízda na kole, v létě plavala Ano, cvičí s fyzioterapeutkou kvůli srdci
B M1 (82)	Ano	Ano, nápoje, pivo, uzeniny, dia čokoládu	Ano diabetickou	Manuálně pracoval Ano, cvičí s fyzioterapeutkou
B Ž4 (76)	Ano	Ano, ovoce, saláty, občas nějaký pamlsek	Ne	Cvičila v sokole Ano, cvičí s fyzioterapeutkou
B Ž5 (79)	Ano	Ne, nekupuje nic k jídlu jen vodu	Ano	Chodila do lesa a na procházky Občas procházka dle počasí
B M2 (81)	Ne, má často hlad	Ano, často i vaří. Strava v zařízení není dostatečná, chtěl by více masa a příloh, někdy kupuje i knedlík a nosí si je k obědu, konflikty s personálem	Ano, redukční	Sport jen v mládí Kvůli sestřám, alespoň krátká procházka každý den
B M3 (75)	Ano	Ne, nekupuje nic k jídlu jen vodu nebo dia pivo	Ano diabetickou	Jízda na kole, chůze Ano, cvičí s fyzioterapeutkou
B Ž6 (78)	Ano	Ano, jogurt, mléko, ovoce	Ne	Ano cvičila v sportovní jednotě 1x týdně Ano, cvičí s fyzioterapeutkou
B Ž7 (71)	Ano	Ano, nápoje, ovoce	Ano diabetickou	Nikdy se pohybu nijak nevěnovala Někdy přes den s personálem, ale málo