



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Studies

Jihočeská univerzita
v Českých Budějovicích
University of South Bohemia
in České Budějovice

Změny životního stylu seniorů ve vybraných pobytových zařízeních

Bakalářská práce

Studijní program:

REHABILITACE

Autor: Lenka Matoušková

Vedoucí práce: Mgr. Petra Zimmelová, Ph.D.

České Budějovice 2017

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci s názvem Změny životního stylu seniorů ve vybraných pobytových zařízeních jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů 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 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 bakalářské práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé bakalářské práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 03.05.2017

.....

Lenka Matoušková

Poděkování

Touto cestou bych ráda poděkovala paní Mgr. Petře Zimmelové, Ph.D. za poskytnuté rady a odborné vedené mé práce, dále bych ráda poděkovala ředitelům a sociálním pracovnícům, které mi umožnili udělat rozhovory se seniory a poskytl mi tak materiály pro vypracování praktické části mé práce. V neposlední řadě patří díky všem seniorům, kteří byli ochotní obětovat mi chvíli času na rozhovor se mnou.

Změny životního stylu seniorů ve vybraných pobytových zařízeních

Abstrakt

Bakalářská práce s názvem Změny životního stylu seniorů ve vybraných pobytových zařízeních je zaměřená na změny života seniorů po nástupu do zařízení. Teoretická část obsahuje demografii stárnutí populace v České republice se zmínkou o stárnutí v Jihomoravském kraji. Dále pak pojmy související se stárnutím, jako je například gerontologie, geriatrie, ageismus, senior, stáří a stárnutí. Popisují zde změny vyvolané stárnutím, a to změny tělesné a funkční, psychické a změny v sociální oblasti. Další kapitolou je životní styl, který je popisován obecně, protože tak, jak žijeme v mládí, tak se nám to odrazí ve stáří. A nakonec jsem uvedla pár programů pro zdravý a aktivní život seniorů.

V praktické části jsou uvedeny výsledky mého kvalitativního výzkumu. Cílem práce je zjistit, v jakých aspektech se životní styl dotazovaných seniorů výrazně změnil. Vzhledem k cílové skupině byla zvolena kvalitativní analýza formou polostrukturovaného rozhovoru, pozorování a dotazování.

Data jsou získána pomocí rozhovoru s klientem. Ten byl rozdělen do 7 okruhů, které obsahovaly různé body, na které jsem se v rámci svého zkoumání dotazovala. Okruhy jsou tvořeny představením komunikačního partnera, tělesnými a funkčními změnami, změnami v oblasti stravování, volnočasových aktivit, spánku, kvality života, a nakonec jsem se zaměřila na programy pro zdravý a aktivní život seniorů. Výzkumný soubor je tvořen 12 seniory, kteří žijí v sociálním zařízení, domovech pro seniory. Průměrný věk komunikačních partnerů je 81 let.

Největší změny jsou dle výsledků zpozorovány v oblasti volnočasových aktivit a stravování. Nikdo z dotazovaných seniorů nezná programy pro zdravý a aktivní život seniorů.

Klíčová slova

Senior; stáří; stárnutí; životní styl; domov pro seniory; programy pro aktivní a zdravý životní styl seniorů

Changes in Lifestyle of the Elderly in Selected Housing Facilities

Abstract

The thesis titled Changes in lifestyles of seniors in selected residential facilities is focused on changes of the elderly after entering to the facility. The theoretical part summarises demographics of an aging population in Czech republic with mention of the aging in the South Moravian region. Furthermore the terms related to aging as for example gerontology, geriatrics, ageism, senior, old age and aging. I am describing here the changes caused by aging and changes in physical and functional, psychological and social sectors. Another chapter is lifestyle that is generally described as the way, how we live in young age, so it is reflected in our old age. And finally I mention a few programs for a healthy and active life for senior citizen.

In the practical part the results of my qualitative research are presented. The goal of this thesis is to try to find out in which aspects the lifestyle of seniors surveyed has changed significantly. Given the target group a qualitative analysis of semi-structured interview, observation and questioning was chosen.

Data are retrieved through interview with a client. The interview was divided into seven areas, which included various points which I questioned during my research. The areas consist of introducing the communication partner, physical and functional changes, changes in eating habits, leisure activities, sleep, quality of life, and finally I asked about programs for a healthy and active life of seniors. That was part of its investigation questioned. Circuits are made by introducing communication partner, physical and functional changes, changes in eating, leisure activities, sleep, quality of life, and I finally interviewed on programs for a healthy and active life of seniors. The research group consists of twelve seniors who live in social facilities, homes for the elderly. The average age of the communication partners is 81 years.

According to the results, the biggest changes are observed in the area of leisure activities and eating habits. None of the respondents knows of seniors programs for a healthy and active life of seniors.

Key words

Senior; old age; aging; lifestyle; retirement home; programs for an active and a healthy lifestyle of seniors.

OBSAH

ÚVOD.....	9
1 SOUČASNÝ STAV.....	11
1.1 DEMOGRAFICKÉ STÁRNUTÍ POPULACE V ČESKÉ REPUBLICE	11
1.2 VYMEZENÍ POJMŮ SOUVISEJÍCÍCH SE STÁŘÍM.....	12
1.2.1 Pojmy související se stárnutím	12
1.2.1.1 Gerontologie	12
1.2.1.2 Geriatrie	13
1.2.1.3 Ageismus	13
1.2.2 Vymezení pojmů senior, stáří, stárnutí	14
1.2.2.1 Senior	14
1.2.2.3 Stárnutí.....	15
1.3 ZMĚNY VYVOLANÉ STÁRNUTÍM	16
1.3.1 Tělesné a funkční změny	17
1.3.1.1 Rané stáří	17
1.3.1.2 Pravé stáří	18
1.3.2 Psychické změny.....	19
1.3.2.1 Rané stáří	19
1.3.2.2 Pravé stáří	20
1.3.3 Změny v sociální oblasti	20
1.3.3.1 Rané stáří	20
1.3.3.2 Pravé stáří	21
1.4 ŽIVOTNÍ STYL.....	22
1.4.1 Faktory ovlivňující životní styl.....	23
1.4.2 Rizikové faktory životního stylu.....	24
1.4.2.1 Alkoholismus	24
1.4.2.2 Tabakismus	24
1.4.2.3 Stres	25
1.5 PROGRAMY PRO ZDRAVÝ A AKTIVNÍ ŽIVOT SENIORŮ	25

1.5.1 Zdraví 21	26
1.5.2 Evropské inovační partnerství v oblasti aktivního a zdravého stárnutí	26
1.5.3 Zdraví 2020	27
1.5.4 Národní program zdraví	27
1.5.5 Národní program přípravy na stárnutí	28
1.5.6 Program aktivní život seniorů	28
2 CÍLE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY	30
2.1 Operacionalizace pojmů	30
3 METODIKA	31
3.1 Použitá metoda	31
3.1.1 Kvalitativní výzkum	31
3.1.2 Polostrukturovaný rozhovor	32
3.1.3 Pozorování	32
3.1.4 Dotazování	32
3.2 Charakteristika výzkumného souboru	33
3.3 Způsob zpracování dat	33
4 VÝSLEDKY	34
5 DISKUZE	38
6 ZÁVĚR	44
7 POUŽITÉ ZDROJE	46
PŘÍLOHY	51

Úvod

Tématem mé bakalářské práce jsou změny životního stylu seniorů ve vybraných pobytových zařízeních. Toto téma jsem si zvolila z důvodu, že k seniorům mám blízko a vždy mě práce s nimi zajímala a bavila.

Jelikož jsem měla možnost být v několika domovech pro seniory, a to jak z pozice zdravotníka, tak z pozice sociálního pracovníka, zajímalo mě, v jakých aspektech se životní styl seniorů mění.

Jak je známo, populace stárne a starších lidí stále přibývá. Je proto důležité nezaměřovat se pouze na populaci dětí, mládeže a mladých dospělých, ale měli bychom věnovat čas, sílu a energii i pro osoby v poslední etapě života. S přibývajícím počtem seniorů je zapotřebí mít i dostatek volných míst v sociálních zařízeních pro osoby, které již nejsou schopné se o sebe postarat a budou potřebovat pomoc při běžných denních aktivitách.

Ve své práci se na začátku jen ve zmínce zajímám o demografické stárnutí populace se zaměřením na Jihomoravský kraj, protože právě v tomto kraji jsem dělala výzkum. Dále jsem pak vymezila základní pojmy, které mi přišly stěžejní pro toto téma. Jelikož téma zní „Změny životního stylu seniorů“, nesmím opomenout ani změny vyvolané stárnutím a následně životní styl a faktory, které jej ovlivňují. V poslední řadě teoretické části jsem definovala pár programů pro zdravý a aktivní život seniorů. Vybrala jsem ty, které mi přišly nejznámější, ale samozřejmě jich je více. Praktická část je zaměřená na změny, které u seniorů nastaly po jejich nástupu do domova pro seniory.

Zaměřuji se na to, zda se změny životního stylu seniorů liší u jedinců, kteří žijí v domově pro seniory na osadě a u osob, které žijí v domově pro seniory ve městě. V dřívějších dobách se senioři, kteří žili na vesnici, umísťovali spíše do organizace nacházející se na vesnici či osadě, kdežto senioři, kteří trávili svůj život ve městě, byli umístěni do domova pro seniory nacházejícího se právě v těchto místech.

Věřím tomu, že i senioři mají možnost mít kvalitní životní styl a mají právo na důstojné stárnutí a stáří. Je důležité, aby si to člověk uvědomil už v mladším věku a pečoval o svou osobu tak, aby mohlo být jeho stáří kvalitnější. Uvědomuji si, že pod pojmem kvalita života a životní styl si každý z nás představí něco jiného. Pro někoho je kvalita

života zdraví, pro někoho rodina, pro dalšího například kariéra. Je proto důležité umožnit seniorům se neustále vyvíjet a dát jim možnost, aby prožili poslední životní etapu plnohodnotně a podle svých představ.

Tato práce může být dále použita jako podklad pro výuku, dále může sloužit k tomu, aby si sám klient vybral, zda bude chtít svůj život dožít v blízkosti města či na osadě, pokud mu už jeho zdravotní stav neumožní dožít svůj život ve svém vlastním bydlišti.

1 Současný stav

1.1 Demografické stárnutí populace v České republice

Pokorná (2010) uvádí, že stárnutí je nedílnou součástí života a jedná se o vlastnost každého živého organismu. Dále říká, že se nejedná pouze o stav postihující jednotlivce, ale o něco, co postihuje celou populaci. Jde o významný fenomén života moderní společnosti, který se v rámci demografie stává čím dál tím více diskutovanější (Pokorná, 2010).

Klevetová a Dlabalová (2008) ve své publikaci zmiňují, že složení lidské populace v současné době je hodně nestálé a mění se. Zmiňují se o tom, že starších lidí přibývá, a to nejen v České republice, ale po celém světě. Uvedli, že je to způsobeno tím, že se lidé dožívají vysokého věku, dle prognóz statistiků má být 21. století stoletím seniorů. Předpokládá se, že v průběhu 50 let to bude poprvé v historii, co bude na zemi žít více lidí starších 60 let, než osob mladších 15 let, přičemž v případě takového nárůstu populace bude zapotřebí, aby se společnost více zaměřila na geriatrickou péči (Klevetová, Dlabalová, 2008).

Index stáří

Vaňková (2011) popisuje Index stáří jako „*poměr počtu obyvatel ve věku od 65 let a více k počtu obyvatel ve věku od 0 do 14 let. Podle posledního měření činily hodnoty 110, což znamená, že na 100 osob ve věku od 0 do 14 let připadá 110 osob starších 65 let včetně.*“ (Vaňková, 2011).

Demografie v Jihomoravském kraji

Jelikož jsem výzkum prováděla ve vybraných zařízeních v Jihomoravském kraji, ráda bych zde uvedla ještě demografické stárnutí populace právě v těchto místech.

Český statistický úřad (2017) (dále jen ČSÚ) uvedl, že populace v Jihomoravském kraji, stejně jako v okolním světě, prudce stárne. Dále uvádí, že ke konci roku 2016 bylo v Jihomoravském kraji 1 178 812 obyvatel. Skupina obyvatel ve věku od 65 let tvořila 18,2 % populace, konkrétně v číslech to činí 213 228 (ČSÚ, 2017).

ČSÚ (2017) uvádí, že se zvyšuje počet obyvatel ve věku od 65 let výše a tím se také zvyšuje průměrný věk. Průměrný věk obyvatel žijících v Jihomoravském kraji byl v roce 2016 41,9 let, kdy ženám bylo v průměru 43,4 let a mužům 40,3 let (ČSÚ, 2017).

Index stáří v Jihomoravském kraji udává, že v roce 2014 bylo na 100 dětí ve věku od 0 do 14 let 121,2 osob starších 65 let (ČSÚ, 2017).

1.2 Vymezení pojmů souvisejících se stářím

1.2.1 Pojmy související se stárnutím

Je celá řada pojmů, které se stárnutím souvisejí. Já bych zde ráda vymezila pojmy: gerontologie, geriatrie a ageismus. Tyto pojmy jsem si vybrala, protože mi přijdou stěžejní pro toto téma.

1.2.1.1 Gerontologie

Kalvach a Onderková (2006) ve své publikaci uvádějí, že gerontologie je z řečtiny, kdy *gerón* je starý člověk a *logos* nauka, slovo. Jedná se tedy o jakýsi souhrn poznatků o stáří, stárnutí a životě ve stáří (Kalvach, Onderková, 2006).

Haškovcová (2006) ve své publikaci dělí gerontologii na tři části, které bych zde jen v krátkosti uvedla a popsala.

Jako první je *gerontologie experimentální*. Haškovcová (2006) uvádí, že se tato gerontologie zabývá tím, jak lidský organismus stárne, jaký je proces stárnutí buněk, tkání, orgánů a organismů. Říká, že také studuje procesy biologického a psychologického stárnutí člověka. Jedná se o důležitou činnost, díky které můžeme předvídat procesy stárnutí a následně sestavit nějakou prevenci (Haškovcová, 2006).

Jako druhá je *gerontologie sociální*, která dle Haškovcové (2006) zkoumá sociální dopady stárnutí a stáří člověka. Dále autorka uvádí, že zkoumá společenské a sociální faktory, které ovlivňují proces stárnutí, zjišťuje a dává do kategorií sociální potřeby stárnoucích a starých lidí. V posledních letech se zabývá také prevencí a formuluje různé programy pro seniory, které se zaměřují například na to, jak zdravě stárnout, aby byla udržena praktická soběstačnost a další (Haškovcová, 2006).

A poslední odvětví gerontologie je *gerontologie klinická*. Ta se dle Haškovcové (2006) zabývá zvláštnostmi chorob ve stáří a specifickými aspekty léčby starých lidí. Většina lidí ji může znát pod pojmem geriatric (Haškovcová, 2006).

1.2.1.2 Geriatric

Topinková (2010) uvádí, že se jedná o multidisciplinární obor, který je uznáván jako samostatná specializace ve většině zemí Evropské unie a v evropském regionu. Autorka dále uvádí, že poskytuje specializovanou zdravotní péči nemocným lidem, kteří jsou starší věku 65 let. Obvykle ale pracuje s lidmi ve věku od 70 do 75 let, kteří mají komplexní zdravotní problémy (Topinková, 2010).

Malíková (2011) uvádí, že vzhledem k tomu, že populace stárne, dochází k tzv. „geriatrizační“ medicíny. Tento pojem znamená to, že se senioři vyskytují ve stále větším zastoupení, a to téměř ve všech lékařských i nelékařských oborech (Malíková, 2011).

Geriatric má za cíl dosažení co nejlepšího stupně zdraví, dosažení maxima funkční zdatnosti a soběstačnosti a dále přispívat k udržení kvality života převážně v souvislosti se zdravotním stavem seniora (Topinková, 2010).

1.2.1.3 Ageism

Dle Kalvacha a Onderkové (2006) se jedná o věkovou diskriminaci starých lidí. Autoři uvádějí, že tento pojem je převzat od anglického *age*, tedy věk. Ageism může mít různé podoby – může se jednat o diskriminaci (např. odpírání léčebných postupů, které jsou nákladné, a to z důvodu věku), nebo může jít i o nějaké předsudky a myšlenkové stereotypy (tzn. mýty o stáří) vůči starým lidem (Kalvach, Onderková, 2006). Autoři dále uvádějí, že se sem řadí ještě nevhodné jednání, které je podmíněné přisuzováním negativních vlastností, nebo chorobných jevů všem starým lidem. Může jít například o infantilizaci, neboli „zdětinšťování“ starých lidí, nebo o nepřiměřené odebrání kompetencí seniorů, podceňování jejich schopností (včetně schopnosti na uzdravení), nerespektování jejich osobnosti, nebo ponižování jejich důstojnosti (Kalvach, Onderková, 2006).

1.2.2 Vymezení pojmů senior, stáří, stárnutí

1.2.2.1 Senior

Najít definici pro seniora je velmi obtížné. Autorky Mahrová a Venglářová (2008) uvádějí, že za seniora je považován starší nebo starý člověk, který se nachází v důchodovém věku, tedy jedná se o osobu starší 60 let. Dále říkají, že v tomto věku se objevují různé fyzické známky stárnutí, jako jsou například úbytky kvality funkce smyslových orgánů, suchá kůže, která ztratila svou elasticitu, objevují se vrásky, vlasy začínají šednout, objevuje se stařecký třes, kosti jsou křehčí a další (Mahrová, Venglářová, 2008).

Stáří

Dle Kalvacha a Onderkové (2006) je stáří vcelku obtížně definovatelná etapa života člověka. V této fázi se objevuje spousta involučních (zánikových) změn, jako je zhoršování zdatnosti, adaptability a odolnosti organismu (Kalvach, Onderková, 2006).

Autoři z předchozího odstavce dále uvádějí, že dochází k rozporům mezi stářím biologickým (zdatnost, míra involuce) a stářím kalendářním (věk člověka). Kalvach a Onderková (2006) dále uvádějí, že je zde mnoho lidí, kteří jsou na svůj věk velmi zdatní a výkonní, jiní zase působí předčasně zestárlým dojmem. Ve většině vyspělých zemích se za začátek kalendářního stáří považuje věk 65 let (Kalvach, Onderková, 2006).

Holmerová (2007) rozdělila stáří následovně:

1. 60 až 74 let – počínající stáří
2. 75 až 89 let – vlastní stáří
3. 90 a více let – dlouhověkost (Holmerová, 2007).

Dle autorky se dále můžeme setkat i s následujícím dělením:

1. 65 až 74 let – mladí senioři
2. 75 – 84 let – staří senioři
3. 85 a více let – velmi staří senioři (Holmerová, 2007).

Kalendářní stáří

Dalším pojmem, který bych ráda objasnila je kalendářní věk. Pacovský (1994) uvádí, že kalendářní věk se určuje datem narozením a mezi jeho výhody patří jednoznačnost.

Svobodová (2012) uvedla, že se jedná o nejběžnější měřítko určování začátku stáří. Dále se autorka zmiňuje, že za počátek stáří se považuje ukončení pracovního poměru a odchod do důchodu. Jedná se o věkové rozmezí od 60 do 65 let, kdy zhruba v tomto období dochází k tělesným a psychickým změnám, které jsou na organismu znatelné (Svobodová, 2012).

Sociální stáří

Sociální věk zahrnuje nepřítomnost životního programu a do jisté míry může záviset na důchodovém věku (Hrozenská, Dvořáčková, 2013).

Biologické stáří

U biologického stáří jde o involuční změny organismu (Kalvach a kol, 2004). V tomto období dochází dle Pacovského (1994) k různým změnám. Jedná se například o sníženou adaptační schopnost, klesání imunity, mění se citlivost receptorů, dochází k úbytku tělesné hmoty a poklesu svalové síly, zpomaluje se psychomotorické tempo a vedení vzruchů, je omezená kapacita a rychlost energeticky náročných metabolických dějů a další (Pacovský, 1994).

1.2.2.3 Stárnutí

Malíková (2011) ve své publikaci píše, že náš život probíhá od narození do smrti v různých vývojových etapách, kdy každá má nějaké zákonitosti, které ovlivňují kvalitu, rozsah a způsob našeho života a těmto etapám se musíme nějakým způsobem přizpůsobit. Většina lidí si pod pojmem stáří představí osobu, která je nesoběstačná, neschopná samostatného života a je závislá na pomoci někoho jiného při plnění běžných činností (Malíková, 2011).

Dle Malíkové (2011) je stáří pro mnoho lidí jedno z nejkrásnějších období v životě, protože mají prostor pro realizaci všeho, co doposud ve svém životě nestihli. Stáří se posuzuje podle různých kritérií (Malíková, 2011).

Nejaktuálnější definice stárnutí je od Langmeiera a Krejčířové (2006), kteří popisují stárnutí jako „*souhrn změn ve struktuře a funkcích organismu, které podmiňují jeho zvýšenou zranitelnost, pokles schopností a výkonnosti jedince, které kulminují v terminálním stádiu a ve smrti*“ (Malíková, 2011, s. 15).

1.3 Změny vyvolané stárnutím

Změny vyvolané stárnutím bych rozdělila do dvou období, a to do období raného a období pravého stáří.

Vágnerová (2007) pravé stáří popisuje od 60 do 75 let, kdy dochází k mnoha změnám.

Vágnerová (2007) ve své publikaci uvádí, že stáří přináší moudrost a nadhled, pocit naplnění ale také úbytek energie a nezbytnou proměnu osobnosti, která směřuje ke svému konci. Autorka říká, že je to období relativní svobody, ale také se zde kumulují ztráty ve všech oblastech. Jedná se o období života, kde sice dochází k evidentním změnám, ty ovšem nemusí být tak velké, aby staršímu člověku znemožnily aktivní a nezávislý život (Vágnerová, 2007).

Jako další bych pro porovnání uvedla období pravého stáří, které Vágnerová (2007) datuje od 75 a více let.

Dle Vágnerové (2007) se toto období dále pojí s nárůstem problémů, které jsou dány tělesným a mentálním úpadkem i zvýšeným rizikem vzniku a nahromadění různých zátěžových situací. Autorka uvádí, že staří lidé se mohou v tomto období hodně lišit, kdy na jedné straně jsou zde senioři, kteří jsou oceňováni pro svou moudrost a nadhled a na druhé straně je zde relativně početná skupina seniorů, kteří jsou značně poznamenáni psychickým i somatickým úpadkem.

Chang, Chen, Chien, Lin, Chang (2015) ve svém článku popisují to, jak stárnutí ovlivňuje zdraví, které má dále vliv na chronická onemocnění, fyzické degenerace i mentální zdraví. Dále uvádějí, že se v tomto věku objevují depresivní poruchy, ale ještě není dostatek studií, které by se zaměřovaly na vliv životního stylu a depresivních poruch. Autoři zjistili, že muži, kteří ve svém životě jedli hodně zeleniny měli nižší skóre depresivních příznaků a ženy, které zase pravidelně cvičily, měly také nižší skóre depresivních příznaků. Studie naznačuje, že senioři potřebují být motivováni k tomu, aby více cvičili a jedli dostatek zeleniny, aby se podporovalo jejich duševní zdraví (Chang, Chen, Chien, Lin, Chang, 2015).

Davenne (2015) ve svém článku říká, že stárnutí je spojeno s obtížemi v oblasti kvality nočního spánku. Dle autora se ve studiích ukazuje, že v seniorském věku je spánek roztržštěný a je v nějakých etapách. Senioři se častěji probouzejí, nemohou následně

usnout, a to má potom souvislost s denní fyzickou aktivitou, kdy vyhledávají spíše sedavý způsob života (Davenne, 2015). Bylo zjištěno, že fyzická aktivita má vliv na spánek, který je dle Davenne rozdělen na dva mechanismy. Prvním z nich je vliv fyzické aktivity na vnitřní biologické hodiny, kdy cvičení může napravit denní rytmus, jako druhý je přímý vliv fyzické aktivity na homeostatické parametry regulace spánku (Davenne, 2015). Dle autora tyto dva mechanismy přispívají k tomu, že pravidelným cvičením se může udržet kvalitní spánek u seniorů.

Ráda bych se zde ještě zmínila o stravování u seniorů, co se týče rostlinných produktů. Po rozhovorech s komunikačními partnery (viz. kapitola 5) jsem zjistila, že mnoha lidem chybí v zařízeních zelenina a ovoce. Dle autorů Cherlita C. Cudal a Corazon T. Biong (2013) se zjistilo, že má vegetariánská strava pozitivní vliv na svalovou vytrvalost a svalovou sílu člověka. Dále se zmiňují, že vegetariánská strava, která má méně nasycených tuků a obsahuje vysoký podíl vlákniny, zvyšuje odolnost kardiovaskulárního systému, objemovou pružnost stresu a fyzickou aktivitu. Vegetariánská strava u seniorů zlepšuje zdravotní stav, ale samozřejmě se díky této stravě nevyhneme stárnutí (Cherlita C. Cudal a Corazon T. Biong, 2013). Autoři zmiňují, že civilizační choroby byly zpozorovány jak u vegetariánů, tak i u lidí, kteří se nestravují rostlinnou stravou, ale v podstatě lze říci, že vegetariánská strava podporuje zdravý životní styl.

1.3.1 Tělesné a funkční změny

1.3.1.1 Rané stáří

Vágnerová (2007) uvádí, že stáří není samo o sobě chronickým stavem, ale v průběhu toho, jak člověk stárne, dochází k nahromadění nepříznivých vlivů, a to je důvodem k přibývání četnosti nemocných lidí. Dle autorky je základním znakem nemoci ve stáří polymorbidita, což znamená, že starší člověk často trpí větším množstvím různých nemocí, kdy jsou tato onemocnění zpravidla chronického charakteru. Seniorské nemoci netrápí pouze somatické choroby, ale také psychické potíže, které ovšem nebývají vždy správně diagnostikovány, mohou tedy zůstat skryty, nebo mohou být považovány za reakci na somatické onemocnění nebo životní zátěž (Vágnerová, 2007).

Janovská (© 2017) zmínila, že zhruba od 50 let věku člověka dochází k viditelným změnám stárnutí a dalším problémům, které s touto změnou souvisejí. Autorka dále

uvádí, že ne každá změna v životě seniora přináší negativa. Někteří se na nástup do důchodu mohou těšit a v této životní etapě vidí samá pozitiva, pro někoho na druhou stranu představuje odchod do důchodu vážný problém (Janovská, © 2017).

Janovská (© 2017) také uvádí, že k větším problémům převážně dochází až po 70. roce, kdy se v tomto období výrazně zhoršuje paměť a smyslové vnímání. Jedinec začíná mít problémy s pohybem, dochází k oslabení svalstva a řidnutí kostí (Janovská, © 2017). V tomto období obecně platí, že nemoci mají delší dobu léčby a mohou na člověku zanechat větší následky, ale jsou zde i nemoci, které se objevují až v pozdějším věku, jako je například Alzheimerova choroba (Janovská, © 2017).

1.3.1.2 Pravé stáří

Vágnerová (2007) popisuje, že v tomto období dochází ke zhoršování zdravotního stavu, a s tím dále souvisí i úbytek kompetencí. I v tomto období trpí staří lidé polymorbiditou, ovšem v mnohem vyšší míře, než je to u stáří raného, protože organismus už nemá dostatečné rezervy k tomu, aby zvládal i běžná onemocnění, což může vést ke komplikacím a chronicitě (Vágnerová, 2007).

Dle Vágnerové (2007) zdraví v tomto období není o tom, zda je nějaké onemocnění přítomno, jako spíše o tom, jak je zachovaná soběstačnost a zda jedinec cítí přijatelný pocit pohody. Snížení soběstačnosti může vést až k bezmocnosti a závislosti na pomoci od druhých lidí, nebo je jedinec nucen být umístěn do nějaké instituce (Vágnerová, 2007).

Mezi nejčastější onemocnění řadí Vágnerová (2007) chronická onemocnění oběhové soustavy – kardiovaskulární choroby mohou být spojeny s různými funkčními problémy, které mají za následek zhoršení kvality života, jako například výrazná omezení fyzické výkonnosti, kdy je následně ovlivněn i psychický stav. Může se jednat o kolísání emočního ladění, úzkostnost, zvýšení citlivosti k zátěžím, unavitelnost a nevykonnost (Vágnerová, 2007).

Autorka z předešlého odstavce dále zmínila, že dalším onemocněním v tomto období, je cévní mozková příhoda, která může mít nepříznivé důsledky i na psychické úrovni, v krajním případě může dojít až ke vzniku vaskulární demence. Ti, kteří prodělali toto onemocnění, se obtížně soustředí a pomalu reagují, nebo jsou naopak dráždiví a emočně labilní (Vágnerová, 2007). Soběstačnost v běžném životě může být narušena, protože

člověk ztrácí naučené motorické dovednosti, například se nedokáže obléci, obout si boty, vyčistit si zuby apod. (Vágnerová, 2007).

Dalším častým onemocněním je dle Vágnerové demence. Kantorková (2011) popisuje, že demence snižuje intelekt a může narušovat i další funkce, jako například paměť, která se zhoršuje, dále zhoršení úsudku, které narušuje běžný život jedince. Jedinec nemá problémy pouze s vybavováním si informací, a to zejména těch nových, ale zhoršuje se i uchovávání těchto nových informací (Kantorková, 2011). Autorka dále zmiňuje, že je pro člověka s demencí obtížné vnímat více věcí najednou.

Jako časté nemoci uvádí Vágnerová (2007) nemoci pohybového ústrojí. Senioři, kteří se hůře pohybují, mají obavy z pádu, z nezvládnutí situací v běžném denním provozu (na ulici, v dopravním prostředku, v obchodě) a to zejména pokud se nejedná o bezbariérové prostředí, senioři se nechtějí pohybovat, zůstávají v bytě a tím omezují kontakty s dalšími lidmi (Vágnerová, 2007).

Lidé v tomto období mohou trpět depresemi, ty mohou být reakcí na kumulaci různých stresů, které jsou typické pro období stáří, nebo jsou spojeny s obavami z budoucnosti, s úzkostí, strachem a z toho vyplývá pocit bezmoci (Vágnerová, 2007). Dle autorky může být důvodem deprese i vyrovnání se s blížící se smrtí.

1.3.2 Psychické změny

1.3.2.1 Rané stáří

Dle Janovské (© 2017) dochází ke změnám emocí a kognitivních funkcí, senior se hůře orientuje v prostředí, zhoršuje se vnímání, paměť a klesá pozornost. Jedinci v tomto věku jsou více senzitivnější a labilnější, změny v psychickém rozpoložení jedince souvisí i se sociálními změnami (Janovská © 2017).

Dle Vágnerové (2007) se za významné změny považuje zpomalení poznávacích procesů a prodlužování reakčních časů. Starým lidem netrvá dlouho jen zpracování informací, ale i volba reakce, která je v danou chvíli pro ně adekvátní (Vágnerová, 2007). To je dle autorky způsobeno především tím, že se senioři déle rozhodují.

Další psychickou změnou je podle Vágnerové (2007) percepce. Zhoršování vidění a sluchu v období stáří je běžná věc a jedinci užívají kompenzační pomůcky, jako jsou brýle a naslouchadla (Vágnerová, 2007). Dále autorka uvádí, že je mnohem složitější se

adaptovat na naslouchadla, protože nositel může slyšet různé šumy, které ho mohou dráždit a rušit, na druhou stranu jsou brýle vnímány neutrálně.

V tomto období se podle Vágnerové (2007) mohou objevovat nedostatky paměťových funkcí. Ve stáří je zhoršeno zpracovávání a ukládání nových informací, jedinec má problémy s tím si vybavit i dříve zapamatované věci (Vágnerová, 2007). Je důležité trénovat paměť v průběhu života, protože se potom lépe uchovávají její funkce na přijatelné úrovni po delší dobu (Vágnerová, 2007).

1.3.2.2 Pravé stáří

I v tomto období dochází k procesu zpomalování a úbytku přesnosti, kdy to, jak jedinec zareaguje na nějakou situaci a jak ji zpracuje, trvá delší dobu (Vágnerová, 2007). Autorka dále uvádí, že se zhoršují zrakové a sluchové funkce, to může vést ke zhoršení orientace v prostředí a ovlivní to i kvalitu mezilidské integrace. Zhoršuje se paměť, což má za následek to, že člověk nebude schopný uchovat aktuální informace, takže je nebude schopný ani zpracovat (Vágnerová, 2007).

I kognitivní funkce jsou zhoršené, kdy se jedná například o pozornost, paměť nebo uvažování (Vágnerová, 2007).

Vágnerová (2007) ještě popisuje, že v tomto období také dochází ke zhoršování sebehodnocení. Velmi staří lidé se hodnotí hůře než o něco mladší senioři, jejich sebehodnocení je spíše pesimistické, zahrnuje více nepříznivých znaků a pozitivní znaky ubývají (Vágnerová, 2007). Mění se zájmy, hodnoty i osobní preference člověka, do středu zájmů se dostává hlavně vlastní zdraví a kompetence, které jsou potřebné k udržení soběstačnosti (Vágnerová, 2007).

1.3.3 Změny v sociální oblasti

1.3.3.1 Rané stáří

Dle Janovské (© 2017) je jednou z největších změn odchod do důchodu. Senioři odchod do důchodu berou buď pozitivně, kdy se těší na zasloužený odpočinek a na časové možnosti, kdy mohou neomezeně realizovat svoje koníčky, ovšem některým přijde tato změna jako zbytečná a nevyužitelná (Janovská, © 2017).

Janovská (© 2017) dále uvádí, že s ukončením pracovní činnosti souvisí i změna sociálního statusu a zároveň i změna životního stylu. Jedinec si musí najít nějakou

náhradu za dobu, kterou dříve trávil v práci, je proto vhodné, aby se každý na odchod do penze průběžně připravoval (Janovská, © 2017).

Senioři se pohybují v určitém teritoriu, kdy pro ně nejvýznamnější je skoro vždy teritorium vlastního bytu, mají zde své soukromí, cítí se zde v bezpečí (Vágnerová, 2007). Dle Vágnerové (2007) je významné teritorium okolí domova, chaty nebo chalupy. Autorka dále říká, že starší člověk se v tomto prostředí cítí bezpečně, protože se v něm orientuje a má zde i svá významná místa, kdežto teritorium instituce, ať už se jedná o domov pro seniory nebo nemocnici, má neosobní charakter. Senior zde musí dodržovat určitá pravidla a nemůže se rozhodovat sám (Vágnerová, 2007).

Je důležité, aby se udržovaly styky s okolím, hlavně s nejužší rodinou, dětmi a vnoučaty (Janovská, © 2017). Autorka uvádí, že jedinec nemá zájem o kontakty s větší skupinou lidí, proto pocit samoty nemusí znamenat pocit osamocení. Člověk si často sám vybírá zúžení sociálních vztahů, ovšem i nadále se stýká s rodinou, která mu přináší možný rozvoj pomoci a spokojenosti, kdežto senioři preferují samostatné bydlení v dosahu svých dětí (Janovská, © 2017).

Langmeier a Krejčířová (2006) se zmiňují o tom, že na konci období pozdní dospělosti odchází většina lidí do důchodu. Toto je pro jedince náhlá změna, protože prakticky ze dne na den změní celý svůj dosavadní život, okruh lidí a tím i sociální kontakty a někdy to může být i změna v oblasti životního standardu, který do té doby měli (Langmeier, Krejčířová, 2006).

Holmerová a kol. (2007) popisují, že se senior musí „*vyrovnat se změnami vnějšími, jako je odchod do důchodu, změnami sociálního postavení, životního stylu, sociálního prostředí i úmrtí vrstevníků a blízkých.*“ Člověk musí přijmout fakt, že už je na konci svého života a jedinci, kteří se zvládli adaptovat na stáří, nemají ve větší míře problémy s vyrovnáním se s vlastní smrtelností (Holmerová a kol., 2007).

1.3.3.2 Pravé stáří

Vágnerová (2007) uvádí, že teritorium, které jedinec má se postupně zužuje, až se nakonec život starých lidí odehrává jen ve velmi limitovaném prostoru v rámci domova nebo instituce, ve které se jedinec nachází, tím pádem se zužuje i sociální síť. Dále se zmiňuje o tom, že k tomuto jevu dochází ztrátou známých a blízkých vrstevníků a to

dále vede k pocitu osamělosti. Riziko samoty a izolace může ovlivňovat sociální situace, fyzický stav a psychický stav (Vágnerová, 2007).

Vágnerová (2007) popisuje, že se staří lidé většinou dožívají jako vdovy a vdovci, tudíž se cítí být osamělí a sociálně izolovaní. Mají většinou zdravotní potíže a jsou závislí na pomoci soběstačných osob (Vágnerová, 2007).

Janovská (© 2017) ztrátu partnera uvádí jako nepříjemnou změnu, která nejčastěji postihuje ženy. Dle autorky s tím dále obvykle souvisí i finanční problémy, samota, smutek a stres. Lidé mají často problémy se vyrovnat s odchodem partnera a propadají depresím (Janovská, © 2017). Odcházejí také stejně staří lidé, někdy i mladší, blízcí a vrstevníci, což může vést k myšlenkám na svoji vlastní smrtelnost (Janovská, © 2017).

1.4 Životní styl

Je spousta definic životního stylu. O životním stylu a faktorech, které jej příznivě či nepříznivě ovlivňují, se můžeme v poslední době setkávat čím dál tím více. Uvedla bych zde pár definic životního stylu.

Drapela (2003) ve své publikaci uvádí, že pojem životní styl byl vytvořen rakouským psychologem Alfredem Adlerem, a to už v roce 1929. Dle Adlera „*životní styl zahrnuje rysy, znaky a způsoby chování, dále vyjadřuje pokusy o kompenzaci, které člověk používá k překonávání pocitů méněcennosti a k usilování o nadřazenosti*“ (Drapela, 2003). Adler byl přesvědčen, že psychické i somatické složky osoby významně ovlivňují životní styl. Dále autor uvádí, že vliv má i rodinné prostředí, které nám životní styl ztvárňuje (Drapela, 2003).

Dle Diderota (1998) je životní styl převládající způsob života jak jednotlivců, tak i sociálních skupin. Podle autora zahrnuje reprodukční charakteristiky, způsob sociální interakce, trávení volného času apod. Dle autora je životní styl ovlivněn prostředím, tradicemi, sociální i ekonomickou vyspělostí dané společnosti atd. (Diderot, 1998).

V sociologickém slovníku od Jandourka (2001) je uvedeno, že „*pojem životní styl označuje komplex psaných a nepsaných norem a identifikačních vzorců, souhrn životních podmínek, na které lidé berou ohled ve vzájemných vztazích a chování. Jeho podoba je ovlivněna životním cyklem, společenskými rolemi, tradicí apod. Výrazný životní styl může přejít v subkulturu.*“ (Jandourek, 2001, s. 243).

1.4.1 Faktory ovlivňující životní styl

Je mnoho faktorů, které ovlivňují životní styl. Ráda bych se zaměřila na faktory ovlivňující životní styl obecně, protože to, jak člověk žije v mladším věku, se následně odráží ve zdravotním stavu a způsobu života ve starších letech.

Dle Kukačky (2009) se pro zdravý životní styl jedinců doporučuje následující:

- *Pohybové aktivity* – je důležité, aby měl člověk pravidelný pohyb. Prokázalo se, že dlouhodobá pohybová aktivita je nástrojem pro delší život. I jedinci s onemocněním srdce, rakovinou a dalšími by měli vykonávat pohybové aktivity, například s mírnou zátěží, aby se jejich stav zlepšil.
- *Výživa* – doporučuje se jíst pestrou, vyváženou stravu s menším obsahem tuků a tučných výrobků. Strava může být kořeněná ale ne přesolená, měl by se omezit příjem sladkostí a zařadit více celozrnných výrobků, zeleniny, ovoce, méně živočišných a více rostlinných bílkovin. Jíst by se mělo častěji a méně. Co se pitného režimu týče, doporučuje se vypít zhruba 2 litry tekutin denně.
Grofová (2007) ve své publikaci zmínila kapitolu s názvem Výživa ve stáří. Uvádí, že bylo zjištěno, že polovina geriatrických klientů potřebuje nějakou nutriční podporu. Autorka dále zmiňuje, že je zapotřebí, aby byla strava hlavně plnohodnotná, aby se udržela přiměřená hmotnost a zachovala se svalová hmota. Je zapotřebí udržovat nějakou pohybovou aktivitu, která bude doplněná o vhodnou stravu, převážně bílkoviny, aby byla zachována svalová hmota (Grofová, 2007).
- *Tělesná hmotnost* – důležité je se zabývat aktivním a pravidelným cvičením, které má potom vliv na naši tělesnou hmotnost.
- *Spánek* – spánek patří mezi fyziologické potřeby. Je důležité mít pravidelný a kvalitní spánek. Délka spánku je u každého jedince individuální. Je zapotřebí odstranit veškeré rušivé vlivy, aby byl spánek kvalitní.
- *Stres* – to, jak jedinec vnímá stres a stresové faktory závisí na jeho aktuálním stavu. Rozlišujeme stres krátkodobý a dlouhodobý, přičemž krátkodobý stres má na náš organismus pozitivní vliv, zvyšuje obranyschopnost organismu. Na druhou stranu stres dlouhodobý nám může snižovat funkci imunitního systému.
- *Relaxace* – relaxace nám pomáhá udržovat dobrý zdravotní stav. Je důležité, aby se člověk naučil dokonale relaxovat tělo.

- *Návykové látky* – podle studií má pravidelné pití alkoholu v malé míře pozitivní vliv na zdraví. Statistiky ukazují velké množství úmrtnosti v souvislosti s kouřením. Podle studií lidé, kteří kouří pravidelně cigarety umírají o 15 let dříve, než by zemřeli, kdyby nekouřili. Co se užívání drog týče, tato problematika byla dost podceněna. Důsledek je ten, že je stále více jedinců, kteří jsou závislí na drogách. Tato problematika se ovšem týká spíše mladistvých a do období dnešních seniorů tolik nezasahuje.

1.4.2 Rizikové faktory životního stylu

Podle Státního zdravotního ústavu (© 2017) je základem prevence (i léčby) různých druhů onemocnění omezení zdravotních rizik životního stylu. Ústav uvádí, že se jedná zejména o nesprávnou výživu, nedostatek pohybové aktivity, tabakismus a nadměru stresu (SZÚ, © 2017). Ráda bych se zde zaměřila na alkoholismus, tabakismus a stres. Jelikož jsou pro mě stěžejní senioři, budu se zabývat těmito problémy v seniorském věku.

1.4.2.1 Alkoholismus

Drástová a Krombholz (2010) ve své publikaci uvádějí, že pijáctví u lidí starších 60 let je nejméně časté v komunitě, zatímco u seniorů žijících v nějaké instituci toto riziko stoupá. Dle autorů je pití alkoholu v tomto věku rizikovější, kvůli úbytku kognitivních funkcí. Dále se zmiňují o tom, že u starších osob požívajících alkohol je vyšší riziko náhodného úmrtí, a to zejména z důvodu různých úrazů, umrznutí či utonutí.

Hofmanová (2016) ve svém článku zmiňuje problém pití alkoholu v seniorském věku hlavně z důvodu, že starší organismus ho hůře odbourává a senioři užívají medikamenty, které se s pitím alkoholu neslučují.

1.4.2.2 Tabakismus

Štejfá (2007) se zmiňuje o tom, že stárnutí je proces, který nezastavíme, ale je možné jej zpomalit, k čemuž nám určitě kouření cigaret nepomůže, právě naopak. Autor uvádí, že kouření cigaret způsobuje žloutnutí zubů, stárnutí pleti a celkově dohází k poškození organismu.

Autorka Stephanie Clarke (© 2017) se pokusila problematiku kouření u seniorů vzít z trochu jiného úhlu pohledu. Zmiňuje se, že všichni znají rizika kouření ve starším

věku, proto se zaměřil na benefity, které by následné přestání kouření mohlo přinést. Autorka mezi tyto výhody zařadila například:

- Snížení rizika zlomenin
- Vyšší schopnost vykonávat pohybovou aktivitu
- Nižší výskyt kardiovaskulárních onemocnění

1.4.2.3 Stres

Geist (2000) uvádí, že definice přijatá na mezinárodním kongresu o stresu definuje stres jako „*nespecifickou reakci organismu na jakýkoliv vliv, který na organismus působí*“.

Dle serveru ComfortKeepers.com (2014) je stres společný faktor pro život všech věkových kategorií. Zmiňuje se o tom, že děti prožívají stres ze školy, nevyhnutelného vyrůstání a dalších sociálních situací, dospělí zase pocítují stres z práce, údržby domácnosti, placení účtů a tak dále. Senioři také prožívají stres, a to například z odchodu do důchodu, úmrtí partnera, přátel, mohou cítit pocit izolace a pro některé mohou být stresující i běžné situace (ComfortKeepers.com, 2014).

1.5 Programy pro zdravý a aktivní život seniorů

Dnešní společnost nabízí seniorům velké množství různých programů pro jejich zdravý a aktivní život. Jelikož populace stárne a starých lidí přibývá, je dobré mít nějaké programy, které život seniorům zpříjemní a aktivizují je.

Mendoza-Ruvalcaba a Arias-Merino (2015) se ve svém článku zmiňují o tom, co je aktivní stárnutí. Autoři uvádějí, že aktivní stárnutí „*znamená životní strategii, která umožňuje zachovávat fyzické i duševní zdraví v průběhu procesu stárnutí*.“ Autoři popisují program „I am Active“, který je určený na podporu aktivního stárnutí, zvýšení fyzické aktivity, zdravého stravování a zlepšení kognitivních funkcí. Dle autorů je účelem jejich studie zjistit, jak byl tento program účinný. Zjistilo se, že skupina, která se zúčastnila tohoto programu, vykazuje zlepšení, oproti ostatním lidem této věkové kategorie, v oblasti fyzické aktivity, kognitivní výkonnosti a kvality života (Arias-Merino, Mendoza-Ruvalcaba, 2015).

Také bych se ráda zmínila o kvalitě života. Raphael, Brown, Renwick a Rootman (2007) uvádějí, že kvalita života je dána tělesnou a duševní činností, pracovní výkonností, jakou má jedinec duševní a sociální pohodu, ale hlavně jde o to, jak je

člověk spokojený a zda se dokáže radovat ze života i v případě přítomnosti starostí a potíží. Dále autoři definují zdraví dle WHO jako tělesný, psychologický a sociální blahobyt a duševní zdraví. Přístup QOL kvality života poskytuje prostředky pro zlepšení života jedinců a to prostřednictvím řady aktivit v oblasti podpory zdraví (Raphael, Brown, Renwick a Rootman, 2007).

Ráda bych zde uvedla pár programů, které mohou senioři pro svůj životní styl využít. Zvolila jsem je z toho důvodu, že mi přišly nejznámější. Je jich samozřejmě více, existují různé spolky, kluby, občanská sdružení a další.

1.5.1 Zdraví 21

Dle Světové deklarace zdraví je tento program vytvořený Světovou zdravotnickou organizací WHO. Portál zdrav.cz (2000) zmiňuje, že primární myšlenkou je, aby bylo dosaženo co nejvyšší úrovně zdraví, na jejíž rozvoj a udržování má právo každý jedinec. Zaměřuje se na to, aby bylo podporováno a chráněno zdraví během celého života a aby se snížil výskyt hlavních nemocí a úrazů, zmírnilo se utrpení, které tyto stavy přinášejí (zdrav.cz, 2000).

Čeledová a Čevela (2010) ve své publikaci zmínili principy tohoto programu v pěti bodech:

- Spravedlnost v péči o zdraví a v rozvoji zdravotního potencionálu
- Solidarita v poskytování zdravotní péče osobám v ohrožení a s omezenými možnostmi, trvalá udržitelnost ve smyslu uspokojení současných zdravotních potřeb bez omezení, uspokojení těchto potřeb v budoucnu
- Vlastní účast na péči o své zdraví a právo rozhodnout o něm
- Etická volba jako brzda spotřební a tržní povahy společnosti, která se týká především oplození, narození a smrti.

1.5.2 Evropské inovační partnerství v oblasti aktivního a zdravého stárnutí

Na stránkách ec.europa.eu (© 2017) je zmíněno, že tento projekt má za cíl prodloužit počet let prožitých ve zdraví do roku 2020 u občanů Evropské unie a to o 2 roky. Chce toho dosáhnout zlepšením zdravotního stavu populace i kvality života, a to se zaměřením na starší osoby, dále pak zajištěním udržitelnosti a účinnosti zdravotnictví a systémů sociální péče (ec.europa.eu, © 2017).

„Cílem je zlepšit život starších občanů, pomoci jim aktivně se zapojit do společnosti i ve stáří a snížit tlak na systémy zdravotní a sociální péče.“ (ec.europa.eu, © 2017).

1.5.3 Zdraví 2020

Ministerstvo zdravotnictví České republiky (2014) (dále jen MZ ČR) popisuje Zdraví 2020 jako *„rámcový souhrn opatření, která slouží pro rozvoj veřejného zdraví v České republice“*. Dále uvádí, že účelem této strategie je stabilizovat systém prevence nemocí a ochrany a podpory zdraví. Dále pak nastartování účinných a dlouhodobě udržitelných mechanismů, které vedou ke zlepšení zdravotního stavu populace (MZ ČR, 2014).

1.5.4 Národní program zdraví

Ministerstvo zdravotnictví České republiky (2014) sestavilo tento dotační program. Zaměřuje se na šest oblastí podpory (MZ ČR, 2014). Dle portálu p12.helpnet.cz (2016) vymezilo MZ ČR pro rok 2017 následující okruhy:

- *Ozdravění výživy a optimalizace pohybové aktivity* – zejména prevence nadváhy a obezity – tento projekt chce dosáhnout změn ve stravovacích návycích a výživovém stavu.
- *Prevence užívání tabáku a nadměrné spotřeby alkoholu* – chce informovat společnost za pomoci intervenčních aktivit o zdravotních rizicích, které jsou spojeny s užíváním tabáku a škodlivou konzumací alkoholu, cílem je změnit postoj a chování ve prospěch zdravého způsobu života.
- *Zdravé stárnutí* – tyto projekty jsou zaměřeny na podporu zdraví a zdravého životního stylu seniorů. Zvyšuje informovanost o aktivitách, které jsou pro seniory vhodné, zaměřené na primární prevenci nemocí, dále jsou zaměřeny na ochranu zdraví seniorů, zvyšování jejich soběstačnosti a zdravotní gramotnosti. Jako primární je stanoveno zdravé a aktivní stárnutí, zlepšování výživy, životního stylu, prevence úrazů a dále programy pro vhodné tělesné aktivity a cvičení.
- *Zvýšení zdravotní gramotnosti se zaměřením na prevenci nemocí a na důležitost očkování.*
- *Prevence úrazů, otrav, násilí a šikany* – projekty jsou zaměřené na prohloubení protiúrazové výchovy se zaměřením na rizikové skupiny, do kterých se řadí i

senioři. Také se zaměřuje na prevenci násilí a šikany, zejména kyberšikany, opět se zaměřením na nejohroženější skupiny, mezi které se senioři řadí.

- *Prevence zubního kazu* – zde je cílem vytvoření návyků spojených se správnou hygienou chrupu, účinným čištěním zubů, zdravou výživou a zvýšením zodpovědnosti za péči o svůj chrup.
- *Komplexní projekty* – cílem je snížit výskyt různých rizikových faktorů, a to ovlivňováním způsobu života cílových skupin populace. Primární je zvýšit znalost o možnosti primární prevence nemocí, motivovat ke změně chování cílových skupin populace, rozvíjet odpovídající dovednosti. Mezi rizikové faktory řadí nesprávnou výživu, nadváhu a obezitu, nízkou pohybovou aktivitu, škodlivé užívání alkoholu, kouření a stres.

1.5.5 Národní program přípravy na stárnutí

Dle Ministerstva práce a sociálních věcí (dále jen MPSV ČR) (2012) „*cílem tohoto programu je podpořit aktivní zapojení starších osob a seniorů do společnosti a zvýšit kvalitu jejich života.*“

MPSV ČR a další aktéři (zástupci rezortů, neziskové organizace, akademické sféry, senioři a další) (2012) se shodli na následujících oblastech:

- „*Rozvoj virtuálních univerzit třetího věku do menších měst a obcí*
- *Zařazení age-managementu do personálních procesů firem*
- *Rozvoj projektů a aktivit zaměřených na mezigenerační dialog a využití životních zkušeností a moudrosti seniorů ve společnosti*
- *Vytváření zdravého a k seniorům přátelského prostředí v komunitě s ohledem na zajištění vhodného bydlení, dopravu a dostupnost zdravotních a sociálních služeb*
- *Aktivní zapojení seniorů do dobrovolnictví, zvyšování mediální kultury ve vztahu k seniorům*
- *Stárnutí populace obecně.*“

1.5.6 Program aktivní život seniorů

Nadace České spořitelny (© 2017) se zmiňuje o tom, že v dnešní době bohužel stoupá počet zneužívaných či týraných seniorů a domácího násilí na seniorech. Dále uvádí, že starší lidé nemají v naší společnosti pocit jistoty, bezpečí a opory. Nemají se tedy na co

spolehnout při těžké životní situaci, která u nich může nastat (Nadace České spořitelny, © 2017).

Nadace České spořitelny (© 2017) popisuje následující služby, které byly vytvořeny proto, aby mohli senioři zůstat co nejdéle doma, v kruhu své rodiny a v prostředí, ve kterém se cítí bezpečně a mají ho rádi. Dle Nadace České spořitelny (© 2017) se jedná například o:

- Krizová linka Senior telefon
- Tísňová péče Života 90
- Portál www.seniorum.cz
- Počítačové kurzy Senioři komunikují
- Péče o seniory v zařízeních Charity ČR
- Sociální a zdravotnická péče o seniory
- Týmové supervize pro odborný personál pečující o seniory
- Počteníčko s babičkou
- Hospicová a paliativní péče
- Volnočasové aktivity pro seniory

2 Cíle a výzkumné otázky

Cílem mé práce je zjistit, v jakých aspektech se životní styl dotazovaných seniorů změnil nejvíce. Porovnávám výsledky z domova pro seniory, který se nachází na osadě, tedy za městem a z domova pro seniory, který se nachází ve městě. Ráda bych zjistila, jestli se životní styl seniorů liší výrazně i v závislosti na lokalitě domova.

Výzkumnou otázkou jsem chtěla zjistit, jaké změny životního stylu měly zásadní vliv na tělesné a funkční změny, stravování, volnočasové aktivity, spánek, kvalitu života, a nakonec jsem se zaměřila na to, zda dotazovaní senioři znají nějaké programy pro jejich aktivní a zdravý životní styl. Tímto způsobem jsem rozlišila a nazvala oblasti, pod kterými jsem měla stanovené další okruhy, na které jsem se dotazovaných seniorů ptala.

2.1 Operacionalizace pojmů

Životní styl jsou nějaké zvyklosti, činnosti, vztahy, které jsou významné pro život daného jedince. Jsou to tedy činnosti, které jsou každodenní součástí života člověka. Pro zdravý životní styl je klíčové, aby byl člověk zdravý. Měl by se vyhýbat škodlivým látkám jako alkoholu, nikotinu, drogám, kofeinu a podobně. Vztahuje se i na stravování, kdy by se měl člověk vyvarovat přehnaně přesoleným nebo přeslazeným pokrmům.

Změna je označení pro něco, co přechází z jednoho stavu do druhého, nebo se může jednat o výměnu něčeho. Je to označení pro něco, co je pozorovatelné a měřitelné a může mít jak pozitivní, tak i negativní dopad.

3 Metodika

3.1 Použitá metoda

Ke sběru dat pro svou bakalářskou práci jsem zvolila kvalitativní analýzu formou polostrukturovaného rozhovoru. Dále jsem použila metodu pozorování a dotazování. Data jsou získávána pomocí rozhovoru s komunikačním partnerem. Výběrový soubor jsou klienti, kteří využívají služeb domova pro seniory.

3.1.1 Kvalitativní výzkum

Olecká a Ivanová (2010) říkají, že má kvalitativní výzkum procesuální charakter, který dále vysvětlují jako postup, který se utváří v průběhu sběru dat. Dále se zmiňují o tom, že díky této metodě získává výzkumník spoustu dat, a to vzhledem k podrobnostem a zkoumáním do hloubky. O tom, kolik nám bude sděleno informací rozhoduje komunikační partner, který si sám určí, kolik toho výzkumníkovi řekne (Olecká, Ivanová, 2010).

U kvalitativního výzkumu sbíráme „všechna data“, mezi kterými se následně snažíme najít nějakou strukturu a pravidelnost (Olecká, Ivanová, 2010).

Vojtíšek (2012) uvádí, že pro tento výzkum je záměrný výběr vzorku, protože jsou komunikační partneři voleni na základě nějakého záměru. Dále autor uvádí, že vzorky pro výzkum jsou menší, flexibilnější a poskytují validní informace, ale informace od nich jdou zobecnit na větší populaci.

Vojtíšek (2012) dále uvádí, že výběrový soubor pro výzkum by měl být homogenizovaný, takže by mělo výzkumné téma komunikační partnery spojovat, například se může jednat o určité organizace, klienty stejné instituce, návštěvníky stejné akce a další.

Výše zmíněný autor rozdělil výběrový soubor do dvou základních skupin na:

- Pravděpodobnostní (náhodný) výběr, jehož cílem je dát všem jednotkám stejnou pravděpodobnost a výběr respondentů je náhodný
- Záměrný (nenáhodný) výběr jehož cílem je vybrat komunikační partnery již s předem definovaným záměrem

Pro svou práci jsem zvolila záměrný výběr, kdy jsem volila seniory žijící v Domově pro seniory buď na osadě nebo ve městě.

3.1.2 Polostrukturovaný rozhovor

Polostrukturovaný rozhovor se dle Reichela (2009) vyznačuje tím, že dotazovaný má připravený soubor otázek či témat, které tvoří jeho předmět, aniž by bylo předem stanoveno jeho pořadí. Dle autora je možné pokládat doplňující otázky, nebo má stanovené tematické okruhy, které jsou předepsány v nějaké pořadí a mají určitou formu, nebo může tazateli nechat volný prostor. Díky tomu může komunikace lehčeji plynout, údaje se dají lépe třídit. Je ovšem vhodné mít nějakou strukturu, které se budeme držet, aby byla komunikace lehčí a pro sběratele potom třídění dat rychlejší (Reichel, 2009).

3.1.3 Pozorování

Hendl (2005) definuje pozorování jako „*snahu zjistit, co se ve skutečnosti děje, v kvalitativním výzkumu jde o jeho promyšlené používání.*“ Autor dále říká, že v rámci pozorování nejde pouze o vizuální vjem, ale také o vjemy sluchové, čichové a pocitové. Autor ve své knize dělí pozorování do následujících dimenzí:

- *Skryté – otevřené pozorování*
- *Zúčastněné (participantní) – nezúčastněné (neparticipantní) pozorování*
- *Úplný účastník*
- *Účastník jako pozorovatel*
- *Pozorovatel jako účastník*
- *Úplný pozorovatel*

3.1.4 Dotazování

Reichel (2009) ve své publikaci uvádí, že „*podstatou dotazování je kladení otázek, ať už mluvenou formou, což je rozhovor, nebo písemnou formou jako dotazník.*“ Autor dále uvádí, že by dotazy měly vycházet z předem vyjasněných záměrů, které s výzkumem máme. V rámci dotazování se neptáme na zbytečné věci, ani na to, co můžeme sami zjistit jinak, například pohlaví komunikačního partnera, či popis místnosti a podobně. Dle autora je důležité nezapomenout na tvorbu položených otázek, které mají být srozumitelné, jednoznačné, psychologicky přijatelné (tazatel se snaží komunikovat

opisem, nepoužije slova jako „zabil se“, „utekl“, „umřel“ apod.) a formulace dotazu by neměla působit sugestivně.

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumným vzorkem jsou senioři, kteří žijí v sociálním zařízení Domov pro seniory. Výzkumný vzorek mi tvoří 12 komunikačních partnerů, přičemž 6 z nich žije v domově pro seniory na osadě a dalších 6 v domově pro seniory ve městě. Komunikační partneři jsou ve věku od 68 let do 94 let. Průměrný věk je tedy 81 let.

Výzkum probíhal v sociálním zařízení Domov pro seniory. Jedno zařízení se nachází na osadě, na porovnání jsem si zvolila druhé zařízení nacházející se ve městě. Jelikož jsem z Jihomoravského kraje, zaměřila jsem se na zařízení, která se nachází právě v tomto kraji. Rozhovory jsem si nahrávala do mobilního telefonu se souhlasem komunikačních partnerů, sociálních pracovníků a ošetřujícího personálu.

3.3 Způsob zpracování dat

Rozhovory s respondenty jsem si nahrávala do mobilního telefonu. Následně jsem zjištěné údaje přepsala do dokumentu. Ze zjištěných informací jsem do tabulek vložila stěžejní údaje pro zpracování bakalářské práce. Ty následně porovnávám mezi sebou, abych zjistila, v jakých aspektech se životní styl seniorů nejvíce liší.

4 Výsledky

4.1 Výsledky rozhovorů – Domov pro seniory na osadě

Tabulka 1a: Základní údaje

	Pohlaví	Věk	Vzdělání	Rodinný stav	Původní bydliště	Bydliště před nástupem do domova
Komunikační partner 1a	Žena	78 let	Středoškolské	Vdova	Vesnice	Vesnice
Komunikační partner 1b	Žena	69 let	Střední odborné učiliště	Vdova	Vesnice	Město
Komunikační partner 1c	Žena	68 let	Střední odborné učiliště	Vdaná	Město	Město
Komunikační partner 1d	Žena	86 let	Vysokoškolské	Vdova	Město	Město
Komunikační partner 1e	Žena	92 let	Vysokoškolské	Vdova	Město	Město
Komunikační partner 1f	Muž	80 let	Střední odborné učiliště	Vdovec	Vesnice	Město

Zdroj: vlastní zkoumání, rozhovory s komunikačními partnery

Tabulka 2a: Pohybové a funkční změny po nástupu do domova

	Chůze	Vyprazdňování	Sluch	Zrak
Komunikační partner 1a	Mírné zlepšení	Beze změny	Beze změny	Beze změny
Komunikační partner 1b	Zlepšení	Zlepšení	Beze změny	Zhoršený
Komunikační partner 1c	Zhoršení	Beze změny	Zhoršený	Zhoršený
Komunikační partner 1d	Zlepšení	Zhoršení	Beze změny	Zhoršený
Komunikační partner 1e	Beze změny	Beze změny	Beze změny	Beze změny
Komunikační partner 1f	Beze změny	Zhoršení	Zhoršený	Zhoršený

Zdroj: vlastní zkoumání, rozhovory s komunikačními partnery

Tabulka 3a: Změny v oblasti stravování po nástupu do domova

	Strava	Pitný režim
Komunikační partner 1a	Beze změny	Beze změny
Komunikační partner 1b	Beze změny	Beze změny
Komunikační partner 1c	Zlepšení	Zlepšení
Komunikační partner 1d	Zlepšení	Zlepšení
Komunikační partner 1e	Zlepšení	Beze změny
Komunikační partner 1f	Zlepšení	Beze změny

Zdroj: vlastní zkoumání, rozhovory s komunikačními partnery

Tabulka 4a: Změny v oblasti volnočasových aktivit a programů pro zdravý a aktivní život seniorů po nástupu do domova

	Volnočasové aktivity	Programy pro zdravý a aktivní život seniorů
Komunikační partner 1a	Zvýšeno	Slyšela, dále nezná
Komunikační partner 1b	Zvýšeno	Nezná
Komunikační partner 1c	Zvýšeno	Nezná
Komunikační partner 1d	Zvýšeno	Nezná
Komunikační partner 1e	Zvýšeno	Nezná
Komunikační partner 1f	Zvýšeno	Nezná

Zdroj: vlastní zkoumání, rozhovory s komunikačními partnery

Tabulka 5a: Změny v oblasti spánku a kvality života po nástupu do domova

	Spánek	Kvalita života
Komunikační partner 1a	Zhoršení	Aktivita, za něco stát
Komunikační partner 1b	Zhoršení	Společnost
Komunikační partner 1c	Beze změny	Zdraví, rodina, domov
Komunikační partner 1d	Zlepšení	Zdraví, dělání věcí, co má ráda, výchova dcery
Komunikační partner 1e	Zlepšení	Šťastné manželství
Komunikační partner 1f	Beze změny	Nenudit se, rodina, využít svůj volný čas

Zdroj: vlastní zkoumání, rozhovory s komunikačními partnery

4.2 Výsledky rozhovorů – Domov pro seniory ve městě

Tabulka 1b: Základní údaje

	Pohlaví	Věk	Vzdělání	Rodinný stav	Původní bydliště	Bydliště před nástupem do domova
Komunikační partner 2a	Žena	68 let	Vysokoškolské	Vdova	Město	Město
Komunikační partner 2b	Muž	85 let	Středoškolské	Vdovec	Město	Město
Komunikační partner 2c	Žena	85 let	Střední odborné učiliště	Vdova	Vesnice	Město
Komunikační partner 2d	Žena	94 let	Středoškolské	Vdova	Město	Město
Komunikační partner 2e	Žena	73 let	Střední odborné učiliště	Vdova	Město	Město
Komunikační partner 2f	Žena	72 let	Střední odborné učiliště	Vdova	Vesnice	Město

Zdroj: vlastní zkoumání, rozhovory s komunikačními partnery

Tabulka 2b: Pohybové a funkční změny po nástupu do domova

	Chůze	Vyprazdňování	Sluch	Zrak
Komunikační partner 2a	Zhoršení	Beze změny	Beze změny	Beze změny
Komunikační partner 2b	Zlepšení	Beze změny	Beze změny	Zhoršený
Komunikační partner 2c	Zhoršení	Beze změny	Zhoršený	Beze změny
Komunikační partner 2d	Zhoršení	Beze změny	Beze změny	Zhoršený
Komunikační partner 2e	Zhoršení	Beze změny	Beze změny	Beze změny
Komunikační partner 2f	Zhoršení	Zhoršení	Beze změny	Beze změny

Zdroj: vlastní zkoumání, rozhovory s komunikačními partnery

Tabulka 3b: Změny v oblasti stravování po nástupu do domova

	Strava	Pitný režim
Komunikační partner 2a	Zlepšení	Beze změny
Komunikační partner 2b	Zlepšení	Zlepšení
Komunikační partner 2c	Zlepšení	Beze změny
Komunikační partner 2d	Zlepšení	Zlepšení
Komunikační partner 2e	Zlepšení	Zlepšení
Komunikační partner 2f	Zlepšení	Zhoršení

Zdroj: vlastní zkoumání, rozhovory s komunikačními partnery

Tabulka 4b: Změny v oblasti volnočasových aktivit a programů pro zdravý a aktivní život seniorů po nástupu do domova

	Volnočasové aktivity	Programy pro zdravý a aktivní život seniorů
Komunikační partner 2a	Zlepšení	Nezná
Komunikační partner 2b	Zhoršení	Slyšel, ale dále nezná
Komunikační partner 2c	Zlepšení	Nezná
Komunikační partner 2d	Zlepšení	Nezná
Komunikační partner 2e	Beze změny	Nezná
Komunikační partner 2f	Beze změny	Nezná

Zdroj: vlastní zkoumání, rozhovory s komunikačními partnery

Tabulka 5b: Změny v oblasti spánku a kvality života po nástupu do domova

	Spánek	Kvalita života
Komunikační partner 2a	Zhoršení	Spokojenost se svým životem
Komunikační partner 2b	Zhoršení	Plnohodnotný život, žít slušně, nebýt v ústraní, zapojit se do dění
Komunikační partner 2c	Zlepšení	Vše, co má, odpočinek, ruční práce
Komunikační partner 2d	Beze změny	Spokojenost, vážit si věcí, co má, plnohodnotný život
Komunikační partner 2e	Beze změny	Společenský život, rodina, přátelé
Komunikační partner 2f	Zhoršení	Naplnění všech oblastí jejího života, aby bylo vše v normě a v ničem nestrádala

Zdroj: vlastní zkoumání, rozhovory s komunikačními partnery

5 Diskuze

Cílem mé bakalářské práce bylo zjistit, v jakých aspektech se životní styl dotazovaných seniorů nejvíce změnil. Výzkumná otázka byla stanovena jako jaké změny životního stylu měly zásadní vliv na stravování, pohyb, hygienu, spánek, komunikaci, osobní a společenský život a další základní potřeby.

Výzkum jsem si rozdělila do 7 kategorií, do kterých jsem si shrnula věci, které se chci od komunikačních partnerů dozvědět (viz. příloha 1.). Pro přehlednost jsem zjištěné údaje vložila do tabulek, které jsou zpracované v kapitole 4 Výsledky.

Ráda bych ještě vysvětlila pár zkratk objevujících se v následující kapitole. Jelikož jsem dělala výzkum ve dvou domovech pro seniory, tak pro lepší orientaci jsem zvolila následující dělení:

- KP1 – označení pro domov pro seniory na osadě
- KP2 – označení pro domov pro seniory ve městě
- KP1a – komunikační partner 1 z domova pro seniory na osadě (následující je pak KP1b, KP1c atd.)
- KP2a – komunikační partner 1 z domova pro seniory ve městě (následující je pak KP2b, KP2c atd.)

První tabulka se týká základních údajů. Komunikační partnery mi tedy tvořil soubor 10 žen a 2 mužů. Dále jsem se zajímala o dosažené vzdělání, kdy v domově pro seniory na osadě vystudovali 3 respondenti střední odborné učiliště, 1 respondent střední školu a 2 respondenti vysokou školu. V domově pro seniory ve městě vystudovali 3 respondenti střední odborné učiliště, 2 respondenti střední školu a 1 respondent vysokou školu. V této oblasti jsem se zabývala ještě rodinným stavem. Jak jsem zmínila v kapitole 3 Změny vyvolané stárnutím, tak Vágnerová (2007) říká, že se staří lidé většinou dožívají jako vdovy a vdovci. Janovská (© 2017) zase zmínila, že ztráta partnera se uvádí jako nepříjemná změna, která nejčastěji postihuje ženy. Při svých rozhovorech v domovech pro seniory jsem upozorovala, že většina uživatelů jsou právě ženy. Po rozhovorech s komunikačními partnery jsem zjistila, že v domově pro seniory na osadě je 1 respondentka vdaná, ta se svým manželem bydlí na stejném pokoji a 5 respondentů jsou ovdovělí. V domově pro seniory ve městě byli všichni komunikační partneři, se kterými jsem dělala rozhovor ovdovělí. Jako poslední bod v této kategorii jsem si zvolila

bydliště v dětství a následně v dospělosti. Zajímalo mě, zda má nějaký vliv bydliště v dospělosti s následným výběrem organizace. Předpokládala jsem, že obyvatelé domova pro seniory na osadě žili v dospělosti spíše na vesnici. Toto tvrzení se mi vyvrátilo. Zjistila jsem, že z domova pro seniory na osadě žili 3 respondenti v dětství na vesnici a 3 ve městě. V dospělosti zůstala pouze KP1a na vesnici, jinak se odstěhovali do města, nebo v něm již žili. V domově pro seniory ve městě jsem zjistila, že 2 respondenti žili v dětství na vesnici a 4 ve městě. Následně se všichni přestěhovali do města, kde trávili dospělost.

Do druhé kategorie jsem zařadila pohybové a funkční změny po nástupu do domova. Dle Topinkové (2010) dochází se vzrůstajícím věkem k podmíněným změnám. S věkem se zhoršují různé funkce, jak senzorké, jako například zrak, tak změny centrálního systému, například zpracování informací v centrální nervové soustavě i efektorového systému, což jsou například posturální reflexy, zpomalené motoriky, omezený rozsah kloubní pohyblivosti a další. Dle autorky tyto fyziologické změny přispívají ke vzniku pádu. Dotazovala jsem se seniorů v domovech, jaký je jejich stav chůze po nástupu do domova. V domově pro seniory na osadě se chůze u 3 respondentů zlepšila, u 2 zůstala beze změny a u 1 se zhoršila. V domově pro seniory ve městě bylo u 1 respondenta zlepšení, u zbylých 5 se stav zhoršil. KP1a říká, že: *„Po tom, co jsem nastoupila do domova se mi zlepšila chůze. Jen trochu, ale dokážu se už postavit z vozíku, to jsem předtím nemohla a byla jsem odkázaná na pomoc jiných.“* KP1b uvádí že: *„Díky rehabilitacím se mi stav zlepšil, ujdou krátkou vzdálenost. Asi 50 metrů s francouzskou holí, ale předtím jsem musela jenom ležet na posteli kvůli mrtvici. Díky sestrám tady se mi zlepšil i stav rukou.“* Poslední zlepšení bylo u KP1d: *„Z ničeho nic jsem se nemohla zvednout z postele. Byla jsem v nemocnici na LDNce, ale když jsem došla semka, tak jsem se díky sestrám postavila a můžu s nima chodit. Ale pohybu je málo, potřebuji víc.“* U KP1c bylo zaznamenáno zhoršení *„... teď je můj stav zhoršený, nechci chodit, mám strach, že zase spadnu a nikdo mi nepomůže.“* Na druhou stranu v domově pro seniory ve městě jsem zaznamenala zlepšení pouze u KP2b: *„po tom, co jsem nastoupil jsem byl zrovna po operaci s kyčlí, proto jsem se nehýbal. Když jsem měl po operaci, začal jsem jezdit na kole, zlepšila se mi chůze a chodím na procházky.“* U zbylých komunikačních partnerů bylo zaznamenáno zhoršení. U 2 respondentů je to z důvodu prodělání cévní mozkové příhody, dále pak kvůli bolesti kolenou, zlomenině krčku stehenní kosti a závratím. Další oblastí v této kategorii jsem si stanovila vyprazdňování.

V domově pro seniory na osadě se stav u 1 respondenta zlepšil, u 3 je stav beze změny a 2 pocítují zhoršení. V domově pro seniory ve městě je stav u 5 respondentů beze změny a u 1 se stav zhoršil. Problémy s vyprazdňováním jsou převážně z důvodu omezení pohybu, nebo se jedná o stav po změně prostředí. Dalším bodem je sluch. Topinková (2010) ve své publikaci uvádí, že poruchy sluchu a hluchota patří mezi jedno z nejčastějších chronických onemocnění ve stáří. Důsledkem těchto poruch je omezení komunikace, osamělost, sociální izolace a ztráta kontaktu s okolím. Tyto stavy mohou doprovázet deprese, někdy se mohou vyskytnout sluchové halucinace. V domově pro seniory na osadě jsem zjistila, že sluch se zhoršil u 2 respondentů. U zbylých 4 je stav beze změny. V domově pro seniory ve městě bylo zjištěno zhoršení sluchu u 1 respondenta, zbytek má sluch beze změny. KP1c uvádí: *Po nástupu do domova se mi zhoršil sluch, píská mi v uších.* KP1f uvádí: *„... ve sluchu pocítuji změnu, hučí mi v hlavě, ale jinak slyším dobře.“* V domově pro seniory ve městě byl sluch zhoršený u KP2c: *„Sluch se mi zhoršil až tady, ale to je způsobeno věkem a cukrovkou. Říkala mi to doktorka.“* Posledním bodem v této kategorii jsou změny v oblasti zraku. Topinková (2010) uvádí, že poruchy zraku jsou častou příčinou disability ve stáří, zhoršuje soběstačnost, pohyblivost a kvalitu života. V domově pro seniory na osadě se zrak zhoršil u 4 uživatelů služby, zbylí 2 mají stav beze změny. KP1b říká, že: *„Zrak se mi zhoršil po mrtvici a kvůli cukrovce.“* KP1c: *„V domově jsem šla na operaci šedého zákalu, teď mám ještě zelený.“* Dalším udávaným důvodem je porucha zraku z důvodu věku. V domově pro seniory ve městě se zrak zhoršil u 2 respondentů, zbylí 4 nepocítují žádnou změnu. KP2b uvádí: *„Zrak se mi zhoršil kvůli zelenému zákalu. Ten jsem dostal až tady.“* KP2d říká, že: *„Odkakživa mám krátkozrakost, ale tady jsem začala vidět dvojité a mám ochrnutý oční nerv.“*

Další kategorií jsou změny v oblasti stravování. Dle Střítecké (2015) by neměla být strava seniorů podceňována. Dle autorky se ve stáří zhoršuje rozeznávání různých chutí a snižuje se chuť k jídlu, to může vést ke snižování množství potravy a senioři vyhledávají více ochucená jídla. Autorka uvedla několik zásad stravování pro seniory, mezi které patří například to, že by měla být strava pestrá, alespoň 3x denně, konzistence stravy by měla být měkčí, mixovaná, mletá, aby senioři neměli takové problémy s konzumací jídla. Dále pak autorka podotýká, aby bylo dostatečné množství bílkovin, mléka a mléčných výrobků, zeleniny a ovoce a nemělo by se zapomínat na dodržování pitného režimu. Co jsem zaznamenala od seniorů, se stravou jsou většinou

spokojení, ale uvítali by více ochucená jídla. V domově pro seniory na osadě se strava nezměnila u 2 komunikačních partnerů. U zbylých 4 došlo ke zlepšení. V domově pro seniory ve městě došlo u všech komunikačních partnerů ke zlepšení. KP1d: „*Myslím si, že je moje strava pestrá, jsem spokojená. Jen mi tu chybí ovoce a zelenina. Byla jsem zvyklá jíst více ovoce a zeleniny a teď ji tady tolik nemáme. Hlavně té zeleniny.*“ KP2c uvedla, že: „*Jídlo mám pravidelně 5x denně, ale vadí mi, že se všechno pořád opakuje. Strava je pestrá, protože musí být, ale je to takový nedochucený, mdlý. My stále cítíme a nechceme jíst jen neochucené kaše.*“ Většina respondentů se shodla na tom, že strava je pestrá. V domově pro seniory na osadě by většina z nich uvítala více ovoce a zeleniny, kterou moc nemívají. Dále jsem se ptala na pitný režim. V domově pro seniory na osadě se u 4 respondentů nic nezměnilo a pijí zhruba 1 – 2 litry tekutin denně. U dvou respondentů je zlepšení, kdy pitný režim před nástupem do domova nedodržovali a nyní se to spravilo. V domově pro seniory ve městě došlo u 3 respondentů ke zlepšení, u 2 zůstal stav stejný a u 1 se stav zhoršil. KP2f: „*Za den vypiju asi půl litru vody. Dřív jsem pila víc kvůli cukrovce, pořád jsem měla žízeň. To jsem vypila asi 2 litry. Od sester jsem upozorňována, abych pila více, takto mi to ale stačí.*“

V další kategorii jsem se zaměřila na oblast volnočasových aktivit a programů pro zdravý a aktivní život seniorů. Zde jsem se zaměřila na aktivity, které měli dotazovaní respondenti před nástupem do domova a na aktivity, které jim domov nabízí. U všech komunikačních partnerů z domova pro seniory na osadě se počet volnočasových aktivit navýšil. KP1a: „*Před nástupem do domova jsem ráda pekla dorty, cukroví, buchty. Na zahrádce jsem pěstovala zeleninu, množila rostliny a vařila jsem. Tady máme vaření, pečení cukroví, toho se ráda zúčastním. V létě pěstujeme zeleninu na zahrádce. Chodím na všechny aktivity, co mi domov umožní. Moje nejoblíbenější je práce na zahrádce, vaření. Přináší mi to radost. Mám pocit, že za něco stojím.*“ V domově pro seniory ve městě se navýšilo množství aktivit u 3 obyvatel zařízení. U 2 respondentů nedošlo ke změnám ve volnočasových aktivitách a u 1 z respondentů došlo ke zhoršení. KP2b: „*Než jsem sem nastoupil, mezi moje koníčky patřila jízda na kole, turistika a hudba. Teď už to tak není. Kvůli tomu, že se mi zhoršil zrak nemám moc koníčků. Poslouchám rádio a hudbu. Volnočasových aktivit tu je dost, ale nechodím na ně, protože nevidím. Chodím jen na koncerty, protože u toho mi stačí poslouchat.*“ Obyvatelé obou domovů pro seniory mají dostatečný výběr volnočasových aktivit. Navštěvují ty, které chtějí a podle toho, jestli jim to jejich zdravotní stav umožní. Na množství aktivit nabízených

domovem si nikdo nestěžoval a všichni jsou v rámci možností spokojeni s tím, jaké aktivity mají. Další okruhem v této kategorii jsou programy pro zdravý a aktivní život seniorů. Zde mě zajímalo, zda mají senioři ponětí o tom, co všechno jim je nabízeno a zda jsou o těchto programech informováni. V domově pro seniory na osadě o programech slyšela jen jedna komunikační partnerka, zbytek respondentů o ničem takovém nikdy neslyšeli. KP1a: *„O těchto programech jsem slyšela jenom v televizi, jinak je neznám.“* V domově pro seniory ve městě byl stav stejný. O programech slyšel pouze jeden respondent, dále o nich ovšem nic neví. Zbytek o nich nikdy neslyšel. KP2b: *„O programech jsem slyšel v rádiu, ale nezajímal jsem se o to dál. Věřím tomu, že tady ví, co je pro nás nejlepší a kdyby to mělo k něčemu být, tak by tady ty programy byly.“* Předpokládala jsem, že senioři toho o programech nebudou moc vědět, každopádně by se mělo podvědomí o tom, co vše za programy pro seniory je zvyšovat.

Dle Kelnarové a kol. (2009) je spánek *„aktivní děj, jedná se o funkční stav organismu charakterizovaný minimální fyzickou aktivitou, různou úrovní vědomí a změnami fyziologických funkcí.“* Autorka dále rozdělila délku spánku, kdy u seniorů se zmínila o časovém intervalu 6 – 7 hodin. Autoři se dále zmiňují o stařecké nespavosti, kdy starší nemocní jedinci trpí více nespavostí jako zdravý mladší člověk. Spánek není tolik kvalitní, senior spí spíše povrchně a často se v noci budí (Kelnarová a kol, 2009). Dále se autoři zmiňují o spánkové inverzi, kterou popisují jako stav, kdy jedinec pospává spíše přes den a v noci se stává aktivnější. Topinková (2010) definuje insomnii neboli nespavost, jako *„subjektivně vnímaný relativní úbytek kvality a délky spánku.“* Dále autorka zmiňuje, že se o chronické nespavosti hovoří v momentě, kdy se porucha vyskytuje minimálně 3x týdně po dobu několika týdnů. Dále autorka uvádí, že ji doprovází snížená fyzická a psychická výkonnost během dne. Ze statistického hlediska postihuje insomnie až 25 % starší populace (Topinková, 2010). Zjistila jsem, že v domově pro seniory na osadě se zhoršil spánek u 2 komunikačních partnerů, u 2 zůstal stav beze změny a u 2 se kvalita spánku zlepšila. KP1a: *„Spím 6 hodin, ale spím špatně. Mám bolesti v rameni a v malé pánvi, tak nemůžu spát. Prášky na spaní neberu.“* KP1b: *„Od doby, co jsem tady mám problém s usínáním. A když usnu, tak se v noci budím s už nemůžu zabrat znova. Ale aspoň se můžu koukat na programy v televizi, které přes den nejedou. Spím asi 8 hodin.“* V domově pro seniory ve městě se zhoršil spánek u 3 komunikačních partnerů, u 2 zůstal stav beze změny a 1 zaznamenal zlepšení. KP2a: *„Spím nepravidelně, určitě se mi spánek zhoršil. Nemůžu usnout. Než usnu tak hodně přemýšlím a kvůli tomu se mi špatně spí.“* U KP2b je také zhoršení, kdy komunikační partner uvádí: *„Spím více než předtím, jsem hodně unavený. Spím asi 10 hodin, když to sečtu dohromady. Dopoledne si lehnu tak na hodinu, odpoledne taky, někdy na dvě, rád poslouchám rádio. A večer spím asi 7 nebo 8 hodin.“* A KP2f mi

zmínila, že: „*Spím 4 hodiny, tak jsem to měla vždycky. Ale spím nepravidelně a v noci se hodně budím, to jsem předtím takto neměla.*“ Dále jsem se v této kategorii zaměřila na kvalitu života dotazovaných seniorů. Každý je individuální a každý má proto kvalitu života jinou. Je tedy samozřejmé, že nemůžeme mít nějaký soupis toho, co je kvalita života pro seniory. Po rozhovorech jsem zjistila, že každý za kvalitu života považuje něco jiného, nicméně se nějaké hodnoty opakovaly. Zdraví bylo zaznamenáno u 2 komunikačních partnerů. Dále rodina byla zmíněná u 3 komunikačních partnerů. Do rodiny bych mohla zařadit i šťastné manželství a výchovu dcery. Jak jsem zmínila, jedná se o velmi individuální kategorii. Do přílohy přikládám přepsané tabulky, kde jsou zmínky o dalších hodnotách, které senioři považují za kvalitu života (viz. příloha 2).

6 Závěr

V bakalářské práci Změny životního stylu seniorů ve vybraných pobytových zařízeních jsem měla za cíl zjistit, v jakých aspektech se životní styl dotazovaných výrazně seniorů změnil.

Po vyhodnocení výsledků jsem zjistila, že bydliště v mládí a následně v dospělosti nemá v tomto případě vliv na volbu instituce. Předpokládala jsem, že do domova pro seniory na osadě se budou více stěhovat senioři, kteří žili v dospělosti na vesnici. Po dotazování jsem zjistila, že domov si většinou vybírají jedinci kvůli blízkosti domova, nebo podle péče, kterou sociální služba nabízí. U jednoho komunikačního partnera byla zmínka o tom, že se odstěhovali do domova pro seniory na osadě díky vstřícným řádovým sestřám, které jim ubytování poskytly.

Dále jsem zjistila, že se chůze převážně zlepšovala v domově pro seniory na osadě. Tam bylo zaznamenáno pouze jedno zhoršení, zatímco v domově pro seniory ve městě se stav chůze zhoršil u 5 komunikačních partnerů a u 1 došlo ke zlepšení. Stav chůze je ovlivněn věkem a přidruženým onemocněním seniora. Jelikož jsem absolvovala praxi v domově pro seniory na osadě a měla jsem možnost tam být i ubytovaná, všimla jsem si, že se rehabilitační sestry snaží chodit v chodítkách se seniory podle rozpisu nejlépe několikrát týdně. To je během roku náročné, ovšem v době letních prázdnin je domov plný dobrovolníků, kteří se seniorům věnují. Po rozhovorech s uživateli služby v domově pro seniory ve městě jsem zaznamenala, že převážně chodí jen na rozcvičku, která se uskutečňuje každé ráno v jídelně. Jinak se snaží cvičit na pokoji, ale za rehabilitační sestrou moc nechodí.

V domovech se uživatelům horšil zrak. To je způsobené buď vzrůstajícím věkem, nebo byly časté zmínky o zeleném či šedém zákalu a zhoršení vidění zapříčiněné Diabetem mellitus či prodělání cévní mozkové příhody.

V oblasti stravování jsou zaznamenány převážně změny k lepšímu. V domově pro seniory ve městě se strava zlepšila u všech komunikačních partnerů. V domově pro seniory na osadě se stav zlepšil u 4 uživatelů služby a u 2 byl stav beze změny. Senioři v domovech mají stravu pravidelnou, vyváženou, doplněnou o svačiny, které převážně předtím neměli. Se stravou jsou většinou spokojeni, jen si někdy stěžují na nedochucená jídla. U pitného režimu je stav převážně beze změny, nebo dochází ke zlepšení stavu.

V oblasti volnočasových aktivit se stav zlepšil u 9 komunikačních partnerů. Oba domovy nabízí dostatečné množství volnočasových aktivit, které senioři navštěvují. Mají nabitý program a je jen na nich, čeho se budou chtít zúčastnit. U 1 komunikačního partnera se množství volnočasových aktivit omezilo z důvodu zhoršení zdravotního stavu. Zbylí klienti mají stav beze změny.

Co mě překvapilo, byla neznalost o programech pro zdravý a aktivní život seniorů. Předpokládala jsem, že většina seniorů nebude o těchto programech nic znát. Dozvěděla jsem se, že nikdo blíže nezná žádné programy pro seniory, které jsem vyjmenovala (viz. kapitola 1.5) a ani jiné, pouze dva z dotazovaných seniorů mi řekli, že o programech slyšeli ale blíže je neznají. Dle mého názoru by se mělo podvědomí a možnostech, které senioři mají, zvyšovat. Na druhou stranu jsou dotazovaní senioři spokojeni s množstvím aktivit, které mají a nepotřebují nic navíc. Většinou mají rádi svůj klid nebo mají spoustu možností nabízených institucí, ve které žijí.

Změny v oblasti spánku jsou vyvážené. U 5 komunikačních partnerů došlo ke zhoršení. Nemohou usnout z různých důvodů, budí se v noci nebo jsou přes den více unavení. U 4 dotazovaných seniorů nedošlo ke změně a 3 zaznamenali zlepšení.

Nejvýraznější změny tedy vidím v oblasti chůze, kde dochází spíše ke zhoršení, v oblasti stravování, kde dochází ke zlepšení díky stravě nabízené ze strany domova a v oblasti volnočasových aktivit dochází k nárůstu množství, opět díky domovu. O programech pro zdravý a aktivní život seniorů by se mělo více hovořit, aby se podvědomí o těchto službách navýšilo.

7 Použité zdroje

CUDAL, CH., BIONG, C., 2013. Vegetarianism and health status among the senior citizens of Iligan City. *Mediterranean Journal of Social Sciences*. 4(9), 586-594. ISSN 2039-9340.

DAVENNE, D., 2015. Pysical aktivty and sleep in older adults. *Journal of Applied Psysiology*. 12(4), 181-189. ISSN 1769-4493.

ČELEDOVÁ, L., ČEVELA, R., 2010. *Výchova ke zdraví: vybrané kapitoly*. 1. vyd. Praha: Grada. 126 s. ISBN 978-802-4732-138.

DIDEROT, D., 1996. *Všeobecná encyklopedie ve čtyřech svazcích IV. Díl Ř/Ž* 1. vyd. Praha: OP. 717 s. ISBN 80-85841-17-7.

DLABALOVÁ, I., KLEVETOVÁ, D., 2008. *Motivační prvky při práci se seniory*. Praha: Grada Publishing, 208 s. ISBN 978-80-247-2169-9.

DRAPELA, V., 2003. *Přehled teorií osobnosti*. Praha: Portál. 175 s. ISBN 80-7178-766-3.

GEIST, B., 2000. *Psychologický slovník*. 2. vydání. Praha: Vodnář. 425 s. ISBN 80-86226-07-7.

GROFOVÁ, Z., 2011. *Dieta pro vyšší věk*. Praha. Forsapi. 167 s. ISBN 978-80-87250-11-2.

HAŠKOVCOVÁ, H., 2006. *ČESKÉ OŠETŘOVATELSTVÍ 10 Manuálek ze sociální gerontologie*. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně. 72 s. ISBN 80-7013-363-5.

HENDL, J., 2005. *Kvalitativní výzkum – základní metody a aplikace*. Praha: Portál. 408 s. ISBN 80-7367-040-2.

HOLMEROVÁ, I., a kol. 2007. *Vybrané kapitoly z gerontologie*. Praha: EV public relation, spol. s r. o. 143 s. ISBN 978-80-254-0179-8.

HROZENSKÁ, M., DVOŘÁČKOVÁ, D., 2013. *Sociální péče o seniory*. Praha: Grada Publishing. 192 s. ISBN 978-80-247-4139-0.

- CHANG, S.-H., CHEN, M.-C., CHIEN, N.-H., LIN, T.-Y., CHANG, Y.-Y., 2016. Gender differences in the relationship of lifestyle and depressive symptoms among Taiwanese older people. *Collegian*. 23(3), 249-255. ISSN 1322-7696.
- JANDOUREK, J., 2001. *Sociologický slovník*. Praha: Portál. 285 s. ISBN 80-7178-535-0.
- KALVACH, Z., a kol., 2004. *Geriatric a gerontologie*. Praha: Grada. 861 s. ISBN 80-247-0548-6.
- KALVACH, Z., ONDERKOVÁ, A., 2006. *STÁŘÍ Pojetí geriatrického pacienta a jeho problémů v ošetrovatelské praxi*. Praha: Galén. 44 s. ISBN 80-7262-455-5.
- KUKAČKA, V., 2009. *Zdravý životní styl*. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zemědělská fakulta, 176 s. ISBN 978-80-7394-105-5.
- LANGMEIER, J., KREJČÍŘOVÁ, D., 2006. *Vývojová psychologie 2. vydání*. Praha: Grada Publishing, 368 s., ISBN 978-80-247-1284-0.
- LANGMEIER, J., KREJČÍŘOVÁ, D., 2006. Stárnutí. In: MALÍKOVÁ, E., *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. Praha: Grada Publishing. s. 15. ISBN 978-80-247-3148-3.
- MAHROVÁ, G., VENGLÁŘOVÁ, M. a kol., 2008. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. Praha: Grada Publishing. 168 s. ISBN 978-80-247-2138-5.
- MALÍKOVÁ, E., 2011. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. Praha: Grada Publishing. 328 s. ISBN 978-80-247-3148-3.
- RAPHAEL, D., BROWN, I., RENWICK, R., ROOTMAN, I., 2007. Quality of Life: What Are the Implication for Health Promotion?. *American Journal of Health Behavior*. 21(2), 118-128. ISSN 1087-3244.
- RUVALCABA, M., MERINO, A., 2015. "I am active": Effects of a program to promote active aging. *Clinical Interventions in Aging*. 10(5), 829-837. ISSN 1176-9092.
- PACOVSKÝ, V., 1994. *Geriatrická diagnostika*. Praha: Scientia Medica. 152 s. ISBN 80-85526-32-8.

POKORNÁ, A., 2010. *Komunikace se seniory*. Praha: Grada Publishing. 160 s. ISBN 978-80-247-3271-8.

REICHEL, J., 2009. *Kapitoly metodologie sociálních výzkumů*. Praha: Grada Publishing. 192 s. ISBN 978-80-247-3006-6.

ŠTEJFA, M., 2007. *Kardiologie*. Vyd. 3. Praha: Grada Publishing. 722 s. ISBN 978-80-247-1385-4.

TOPINKOVÁ, E., 2010. *Geriatric pro praxi*. Praha: Galén. 270 s. ISBN 978-80-7262-365-5.

VÁGNEROVÁ, M., 2007. *Vývojová psychologie II*. Praha: Karolinum. 461 s. ISBN 978-80-246-1318-5.

VAŇKOVÁ, V., 2011. Senioři v číslech. *Statistika&My*. 3, 18-19. ISSN 1804-7149.

CLARKE, S., © 2017. *Smoking and the Elderly – To Stop or Not to Stop; This is the Question* [online]. Ohio [cit. 2016-12-16]. Dostupné z: <http://www.seniormatter.com/senior-living/smoking-elderly-stop-not-stop-question/>

COMFORT KEEPERS, 2014. *Five signs of senior stress* [online]. USA [cit. 2017-03-10]. Dostupné z: <http://www.comfortkeepers.com/home/info-center/articles/FiveSignsOfStress>

ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD, 2017. *Demografické charakteristiky populace seniorů* [online]. Brno [cit. 2017-04-10]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/csu/czso/seniori-v-jihomoravskem-kraji>

DRÁSTOVÁ, H., KROMBHOLZ, R., 2010. Závislosti a stáří. *Psychiatr. prax.* 11(5-6), 161-164. [online]. Praha [cit. 2017-04-10]. Dostupné z: <http://www.solen.sk/pdf/882e3d09bcd338694a8b7fe481be4ed0.pdf>

EVROPSKÁ KOMISE, © 2017. *Evropské inovační partnerství v oblasti aktivního a zdravého stárnutí (AHA)* [online]. Praha [cit. 2017-03-19]. Dostupné z: http://ec.europa.eu/health/ageing/innovation_cs

HOFMANOVÁ, V., 2016. *Senioři alkoholicí? Přibývá jich!* [online]. Praha [cit. 2017-04-10]. Dostupné z: <https://www.i60.cz/clanek/detail/15728/seniori-alkoholici-pribyva-jich>

IVANOVÁ, K., OLECKÁ, I., 2010. *Metodologie vědecko-výzkumné činnosti* [online]. Olomouc [cit. 2017-04-12]. Dostupné z: file:///C:/Users/Lenka/Downloads/41metodologie_vedecko-vyzkumne_cinnosti.pdf

JANOVSKÁ, V., © 2017. *Problémy seniorského věku* [online]. Praha [cit. 2017-04-02]. Dostupné z: <http://proseniory.ff.cuni.cz/pro-knihovniky/problemy-seniorskeho-veku/>

KANTORKOVÁ, M., 2011. *Demence – vývojová stádia a doporučení* [online]. Petrov nad Desnou [cit. 2017-04-04]. Dostupné z: <http://zdravi.euro.cz/clanek/sestra/demence-vyvojova-stadia-a-doporuceni-458228>

MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ, 2012. *Národní program přípravy na stárnutí na období 2013 až 2017 (Týdeník Školství)* [online]. Praha [cit. 2017-03-19]. Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/cs/13113>

MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČESKÉ REPUBLIKY, 2014. *Zdraví 2020 – Národní strategie ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí* [online]. Praha [cit. 2017-03-19]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/verejne/dokumenty/zdravi-2020-narodni-strategie-ochrany-a-podpory-zdravi-a-prevence-nemoci_8690_3016_5.html

NADACE ČESKÉ SPOŘITELNY, © 2017. *Aktivní život seniorů* [online]. Praha [cit. 2017-03-19]. Dostupné z: <http://www.nadacecs.cz/programy/aktivni-zivot-senioru>

POMOC NA DVANÁCTCE, 2016. *Národní program zdraví – projekty podpory zdraví pro rok 2017* [online]. Praha [cit. 2017-03-19]. Dostupné z: <http://p12.helpnet.cz/aktualne/narodni-program-zdravi-projekty-podpory-zdravi-pro-rok-2017>

STÁTNÍ ZDRAVOTNÍ ÚSTAV, © 2017. *Rizikové faktory životního stylu* [online]. Praha [cit. 2017-03-12]. Dostupné z: <http://www.szu.cz/tema/prevence/rizikove-faktory-zivotniho-stylu>

SVOBODOVÁ, K., 2012. *ANALÝZA: Demografické stárnutí ČR podle výsledků projekce* [online]. Praha [cit. 2016-12-16]. Dostupné z: http://www.demografie.info/?cz_detail_clanku&artclID=824

VOJTÍŠEK, P., 2012. *Výzkumné metody – metody a techniky výzkumu a jejich aplikace v absolventských pracích vyšších odborných škol* [online]. Praha [cit. 2017-04-13]. Dostupné z: http://skoly.praha.eu/files/=84121/Skripta+++V%C3%BDzkumn%C3%A9_metody.pdf

ZDRAVÍ A ZDRAVOTNICTVÍ, 2000. *Světová deklarace zdraví* [online]. Praha [cit. 2017-03-13]. Dostupné z: <http://www.zdrav.cz/modules.php?op=modload&name=News&file=article&sid=1670>

Přílohy

Příloha 1

Změny životního stylu seniorů ve vybraných pobytových zařízeních

1. Představení (pohlaví, věk, rodinný stav, dosažené vzdělání, bývalé zaměstnání, kde jste vyrůstal/a, jaké jste měl/a dětství, kde jste žil/a v dospělosti, máte děti, zkuste se charakterizovat, jaký/á jste, jak vás vidí okolí)
2. Tělesné a funkční změny (co všechno se v oblasti pohybu u vás změnilo, jaký byl váš stav před nástupem do domova a nyní, využíváte rehabilitací, cvičíte si na pokoji, jak často máte pohybovou aktivitu, o jakou aktivitu jde, co je pro vás největší přítěž v oblasti tělesných a funkčních změn, máte bolesti, užíváte analgetika, změny v oblasti vyprazdňování, zrak, sluch, pohyblivost končetin)
3. Změny v oblasti stravování (jak jste se stravoval/a před nástupem do domova a nyní, stravoval/a jste a nyní se stravujete pravidelně, spokojenost se stravou, oblíbené jídlo, pestrost stravy, jsou nějaké změny ve stravování, které byste uvítal/a, pijete dostatečně, oblíbený nápoj, kolik litrů tekutin denně vypijete, jak jste pil/a před nástupem do domova a nyní)
4. Změny v oblasti volnočasových aktivit (jaké jste měl/a koníčky před nástupem do domova a nyní, máte zde dostatečný výběr volnočasových aktivit, které aktivity navštěvujete, nejoblíbenější aktivity, proč jsou nejoblíbenější, co vám přinášejí, co za aktivity provádíte v rámci domova, využíváte nabídek aktivit, které od domova máte, jste spokojen/a s množstvím aktivit, které máte)
5. Změny v oblasti spánku (spíte pravidelně, jak dlouho spíte, v kolik chodíte spát, je váš spánek kvalitní, užíváte farmaka, měl/a jste někdy problémy se spánkem, jak jste spával/a před nástupem do domova, míváte noční můry)
6. Změny v oblasti kvality života (užívání návykových látek, kouření, alkohol, kofein, co pro vás znamená kvalita života, co si pod tímto pojmem představíte, v jaké oblasti vašeho životního stylu pocítujete největší změnu, prožíval/a jste nebo prožíváte nějaké stresové situace, co je pro vás největším spouštěčem stresu)

7. Programy pro zdravý a aktivní život seniorů (znáte nějaké programy, myslíte si, že váš životní styl je zdravý, jaký byl váš životní styl před nástupem do domova a nyní)

Příloha 2

Komunikační partner 1a

Anamnéza	Žena, 78 let, vdova, rozsáhlá rodina (sourozenci, děti, vnoučata), studium na střední škole ekonomické, žila na vesnici, pracovala jako účetní, od roku 2005 v plném invalidním důchodu, ve 49 letech nádor v děloze, chudokrevnost, plastika močového měchýře, Diabetes mellitus, problémy s pohyblivostí LHK, časté zlomeniny, operace levého kolene, časté uroinfekce, CMP
Tělesné a funkční změny	Před nástupem do DPS: Stav zhoršený po operacích, hospitalizovaná na LDN, neschopnost se pohybovat V DPS: Stav se mírně zlepšil, postavení se z invalidního vozíku, odkázaná na pomoc druhých, nedostatečný prostor v pohybu z důvodu invalidního vozíku Rehabilitace – 1x týdně společná rehabilitace, každý den cvičí na pokoji Bolest – málokdy, neužívá analgetika Vyprazdňování – nepravidelná stolice odjakživa, užívá laxativa Sluch – bez problémů s ohledem na věk Zrak – zelený zákal, operace šedého zákalu před nástupem do domova, stav zůstal stejný
Změny v oblasti stravování	Před nástupem do DPS: Strava pravidelná, 3x denně, jedla více zeleniny, pitný režim dodržovala, zhruba 2 – 2,5 litru V DPS: Strava pravidelná, 3x denně, dostává méně zeleniny, zelenina ji chybí, pitný režim dodržuje, pije 2,5 – 3 litry V zařízení by uvítala více zeleniny, méně sladkých jídel, nejčastěji pije ovocný džus, dia minerálky

Změny v oblasti volnočasových aktivit	Před nástupem do DPS: Pečení dortů cukroví, buchet, pěstování zeleniny, množení rostlin, vaření V DPS: Vaření, pečení cukroví, pěstování zeleniny za zahrádce, účastní se všech aktivit nabízených domovem, nejoblíbenější aktivita je práce na zahrádce, vaření, aktivity ji přináší radost, má pocit, že za něco stojí
Změny v oblasti spánku	Před nástupem do DPS: Spánek 6 hodin, nerušený V DPS: Spánek 6 hodin, spí špatně – bolesti v rameni a malé pánvi Hypnotika neužívá
Změny v oblasti kvality života	Nikdy neužívala návykové látky, nepila alkohol, kávu pije, když je posezení u kávy, nevyžaduje ji Před nástupem do DPS: Kvalita života pro ni znamenala příroda, turistika, houbaření V DPS: Nyní je kvalita života stálá aktivita a za něco stát Stres – nikdy neprožívala a neprožívá stresové situace
Programy pro zdravý a aktivní život seniorů	O programech slyšela, doslech z TV, blíže o nich nic neví O svém životním stylu říká, že je kvalitní a zdravý, životní styl se moc nezměnil, je spokojená, její životní styl jí vyhovuje

Komunikační partner 1b

Anamnéza	Žena, 69 let, vdova, vyrůstala na vesnici, v 10 letech se odstěhovala do města, dosažené vzdělání odborné učiliště, poté pedagogické minimum, práce oprava motorů, má dvě dcery, po CMP, operace mozku, ochrnutá na levou polovinu těla, Diabetes mellitus
Tělesné a funkční změny	Před nástupem do DPS: Po prodělání CMP stav zhoršený, upoutaná na lůžko, díky rehabilitacím se trochu rozpohybovala, pohyblivost hodně omezená V DPS: Díky rehabilitacím se stav zlepšil, respondentka ujde krátkou vzdálenost (50 m) s francouzskou holí, pohyblivost HK se také zlepšila Rehabilitace – 1x týdně společná rehabilitace, každý den si sama rehabilituje na pokoji, 2x týdně za ní chodí rehabilitační sestra na pokoj a cvičí s ní pasivně i aktivně Bolest – levá horní končetina, analgetika neužívá Vyprazdňování – po nástupu do domova vyprazdňování stolice pravidelné, před nástupem zácpy Sluch – beze změn Zrak – zhoršení zraku po CMP a DM
Změny v oblasti stravování	Před nástupem do DPS: Strava pravidelná, 5x denně, pitný režim dodržovala 1,5 l V DPS: Strava beze změny, pravidelná 5x denně, pitný režim 1,5 l Strava je pestrá, nepociťuje výrazné změny, sní vše, kromě pohankové a jáhlové kaše, oblíbený nápoj je čistá voda
Změny v oblasti volnočasových aktivit	Před nástupem do DPS: Ruční práce, turistika, po CMP již nebylo možné

	V DPS: Navlékání korálků, zažehlování korálků, vymalovávání mandal, v domově má dostatečný výběr volnočasových aktivit, účastní se všech, nejoblíbenější je trénování paměti a společné cvičení, má je ráda, protože nepotřebuje tolik namáhat HK, DK V létě jezdí s dcerou na výlety – dostane se na místa, na která se předtím nedostala, je za to vděčná
Změny v oblasti spánku	Před nástupem do DPS: Problémy s usínáním, ne v takové míře, spánek zhruba 8 hodin V DPS: Stav zhoršený, problémy s usínáním, spánek zhruba 8 hodin, noční buzení, nemožnost opět usnout Hypnotika užívá, stav se začíná stabilizovat
Změny v oblasti kvality života	Nikdy nekouřila, alkohol příležitostně, kofein pravidelně každý den nyní i před nástupem do domova Před nástupem do DPS: Kvalita života pro ni byla společnost, návštěva divadla, kina, kulturní akce V DPS: Kvalita života je pro ní společnost, největší změnu pocítuje v oblasti pohybu, nemůže dělat věci jako dříve (řízení, háčkování, čtení) Kvalita života je taková, jakou si ji člověk udělá Stres – nikdy neprožívala stresové situace
Programy pro zdravý a aktivní život seniorů	O programech nikdy neslyšela, její životní styl je zdravý, protože takový být musí, nemá jinou možnost Se svým životem je docela spokojená, chybí jí styk s přáteli, o které přišla po nástupu do zařízení

Komunikační partner 1c

Anamnéza	Žena, 68 let, vdaná, střední odborné učiliště elektro, silnoproudy, elektromontér, bývalé zaměstnání na elektroúdržbě, následně pracovala na pásu, vyrůstala ve městě, bydlela s rodiči, sourozence nemá, má dvě děti, potom co se vdala se přestěhovala z města na dědinu, po smrti otce se opět stěhovala do města, strach z lidí z důvodu dlouhé izolace od okolí, CMP, invalidní důchod od roku 1986, rakovina vaječníků, následná operace, operace šedého zákalu, zelený zákal, Diabetes mellitus, před nástupem bydlela v bytě, je upovídaná, veselá, pozitivní, nekonfliktní
Tělesné a funkční změny	Před nástupem do DPS: Upoutaná na invalidní vozík, chůze prakticky nemožná, po rehabilitacích zlepšení stavu, chůze o francouzské holi V DPS: Po nástupu stav stejný, nyní zhoršený, užívání invalidního vozíku, z chůze má strach – upadnutí, diabetická noha, zhoršená chůze Rehabilitace – každý den cvičení na pokoji, sama nebo s rehabilitační sestrou, ta chodí 2x týdně, spíše pasivní rehabilitace (masáže) Bolest – záda (od 16 let, naučila se s ní žít), kolena (po pádu), bolest svalů a v loktech, pažích, bolesti hlavy, užívá analgetika Vyprazdňování – žádné změny Sluch – pískání v uších, stav zhoršený po nástupu do domova Zrak – zhoršení, operace šedého zákalu (v domově), zelený zákal
Změny v oblasti stravování	Před nástupem do DPS: Nepravidelná strava, jedla méně (krajíc chleba k obědu),

	0,5 l tekutin V DPS: Pravidelná strava 5x denně, spokojená se stravou, 2 l tekutin Myslí si, že má stravu pestrou, nepotřebuje žádnou změnu, oblíbený nápoj je voda
Změny v oblasti volnočasových aktivit	Před nástupem do DPS: Pletení, vyšívání, četba V DPS: Vyšívání, našívání čísel na oblečení obyvatelům vaření Má dostatečný výběr volnočasových aktivit, oblíbené aktivity Posezení nad Božím slovem, besídky, aktivity jí přinášejí motivaci, povzbuzení, sílu se s něčím vyrovnat, je spokojená s množstvím aktivit
Změny v oblasti spánku	Před nástupem do DPS: Pravidelný spánek, zhruba 7 – 8 hodin V DPS: Spánek beze změny Hypnotika neužívá
Změny v oblasti kvality života	Nikdy nekouřila, nepila alkohol, pije kávu 1x denně – i před nástupem do domova Před nástupem do DPS: Kvalita života je zdraví, práce, rodina, domov V DPS: Nyní je kvalita života zdraví, rodina, domov Největší změnu pocítuje v kulturním vyžití, dříve chodívala do divadel, kina Stres – neprožívá, jediná stresová situace v jejím životě byl rozvod dcery, myslí si, že by stres prožívala znovu, kdyby měla opět CMP
Programy pro zdravý a aktivní život seniorů	Nezná žádné programy, svůj životní styl považuje za zdravý

Komunikační partner 1d

Anamnéza	Žena, 86 let, vdova, dosažené vzdělání Vysoká škola na akademii muzických umění, bývalé zaměstnání pěvkyně v opeře, profesorka na konzervatoři, poté vyučovala na Lidové škole umění, vyrůstala ve městě v bytě s rodiči a bratrem, má dceru, je dobrotivá, nikomu nechce ublížit, chápavá, perfekcionistka, prodělala CMP, počínající demence
Tělesné a funkční změny	Před nástupem do DPS: Pohyb omezený, z ničeho nic se nemohla postavit, hospitalizace v nemocnici V DPS: Zlepšení stavu, chůze ve vysokém chodítku, ujde kratší vzdálenost Rehabilitace – 1x týdně společné cvičení, 3x týdně chůze ve vysokém chodítku, rehabilitace na pokoji 3x týdně Za největší přítěž považuje špatnou pohyblivost dolních končetin Bolest – dolní končetiny, analgetika výjimečně Vyprazdňování – po nástupu do domova se stav zhoršil, nepravidelné, zácpy Sluch – beze změny Zrak – zhoršení (z důvodu věku)
Změny v oblasti stravování	Před nástupem do DPS: Nepravidelná strava, 2x – 3x denně, 1 l tekutin, káva 7x denně V DPS: Pravidelná strava 5x denně, 1 l tekutin, káva 2x – 3x denně Se stravou je docela spokojená, myslí si, že je pestrá, uvítala by více ovoce a zeleniny, oblíbený nápoj je káva a neochucená minerální voda

Změny v oblasti volnočasových aktivit	Před nástupem do DPS: Cvičení, plavání, poslech hudby, zpěv, sledování televize V DPS: Poslech hudby, sledování televize, aktivity nabízené domovem, nejoblíbenější jsou pohybové aktivity, rehabilitace, chůze ve vysokém chodítku, oblíbené jsou z důvodu toho, že doufá ve zlepšení stavu, dobrý pocit, že pro to něco dělá, je spokojená s množstvím aktivit, chtěla by více rehabilitovat
Změny v oblasti spánku	Před nástupem do DPS: Pravidelný, 6 hodin denně V DPS: Pravidelný, 10 hodin denně Hypnotika užívá
Změny v oblasti kvality života	Nikdy nekouřila, alkohol užívala výjimečně, pravidelně pije kávu, několik šálků denně nyní i před nástupem do zařízení Před nástupem do DPS: Kvalita života je zdraví, dělání věcí, co chce, co má ráda, výchova dcery V DPS: Kvalita života je stále stejná Stres – občas prožívá stresové situace, nejvíce stresující je stav dolních končetin, těžce nese neschopnost se pohybovat, se stresem se vyrovnává sama, chce mít klid, chce odpočívat, myslí pozitivně Největší změnu pocítuje v oblasti běžných denních aktivit, které dělala, těžce nesla odchod do zařízení
Programy pro zdravý a aktivní život seniorů	O programech nikdy neslyšela Myslí si, že její životní styl je zdravý, ale je nespokojená, nespokojenost vyvolává stav dolních končetin

Komunikační partner 1e

Anamnéza	Žena, 92 let, vdova, vystudovala konzervatoř, bývalé zaměstnání sekretářka na přírodovědecké fakultě, vyrůstala ve městě, v dětství bydlela v domečku s rodiči a bratrem, má dvě děti, společenská, bezkonfliktní, po CMP
Tělesné a funkční změny	Před nástupem do DPS: Chůze bez kompenzační pomůcky, francouzská hůl výjimečně V DPS: Po nástupu do domova se sta nezměnil Rehabilitace – 1x týdně společné cvičení Bolest – u srdce, analgetika neužívá Vyprazdňování – pravidelné, beze změny Sluch – zhoršený i před nástupem do zařízení Zrak – stejný, nosí brýle na čtení i na dálku
Změny v oblasti stravování	Před nástupem do DPS: Pravidelné, 3x denně, 1,5 l tekutin V DPS: Pravidelné, 5 x denně, 1,5 l tekutin Sní vše, strava pestrá, oblíbený nápoj káva
Změny v oblasti volnočasových aktivit	Před nástupem do DPS: Muzika, hra na klavír, housle V DPS: Muzika, hra na klavír, má dostatečný výběr volnočasových aktivit, ráda se zúčastní všeho, přináší jí to potěšení
Změny v oblasti spánku	Před nástupem do DPS: Pravidelný, 9 hodin denně, problémy s usínáním, noční buzení V DPS: Pravidelný, 10 hodin denně, problémy s usínáním Hypnotika užívá

Změny v oblasti kvality života	Nikdy nekouřila a nepila alkohol, káva 1x denně i před nástupem do domova Před nástupem do DPS: Šťastné manželství V DPS: Šťastné manželství, které měla Stres – nikdy neprožívala Největší změnu pocítuje v přechodu do zařízení, kde je stanovený harmonogram a pravidla, nebyla zvyklá být mezi tolika lidmi, měla ráda samotu a svou domácnost
Programy pro zdravý a aktivní život seniorů	O programech neslyšela Její životní styl před nástupem do domova byl téměř stejný, rozdíl je ve velké společnosti

Komunikační partner 1f

Anamnéza	Muž, 80 let, vdovec, vyučen v oboru palíř v železárnách, bývalé zaměstnání v železárnách, vyrůstal na vesnici, odstěhoval se do města, rozsáhlá rodina – 2 sourozenci, 4 děti, vnoučata, sebe neuměl charakterizovat, chtěl by být lepší, po CMP, problémy s dýcháním, hučení v hlavě
Tělesné a funkční změny	Před nástupem do DPS: Pravidelná chůze V DPS: Stav stejný, myslí si, že chodí víc – zlepšení, problémy se rozpohybovat při delším sezení Rehabilitace – 1x týdně skupinové cvičení, každý den se protahuje, na pokoji cvičí podle potřeby, pohybuje se dostatečně – pomáhá personálu s odvozem jídla, prádla Bolest – záda občas, i před nástupem do zařízení, v zařízení zlepšení stavu, analgetika neužívá Vyprazdňování – zhoršení stavu, nepravidelné vyprazdňování, užívání laxativ Sluch – hučení v hlavě, sluch jinak nezměněn Zrak – zhoršení po CPM
Změny v oblasti stravování	Před nástupem do DPS: Po zesnutí manželky stravování nepravidelné, 4x denně, 3 l tekutin V DPS: Pravidelná, 5x denně, se stravou je spokojený, oblíbené jídlo je řízek, salát, strava pestrá, 3 l tekutin, oblíbený nápoj čaj
Změny v oblasti volnočasových aktivit	Před nástupem do DPS: Šachy s dětmi a vnoučaty, Dáma, Člověče nezlob se, četba V DPS: Vyšívání, má dostatečný výběr volnočasových aktivit, navštěvuje vše, co může, nejoblíbenější aktivita je

	vyšívání, protože tím udělá někomu radost
Změny v oblasti spánku	Před nástupem do DPS: Pravidelný, 7 hodin denně, problémy s usínáním V DPS: Pravidelný, 7 hodin denně, problémy s usínáním, občas noční můry Hypnotika neužívá
Změny v oblasti kvality života	Nekouří, alkohol příležitostně, v době zaměstnání pil hodně alkoholu, káva příležitostně Před nástupem do DPS: Nenudit se, využít veškerý svůj volný čas, rodina (výchova dětí, soužití s manželkou) V DPS: Nenudit se, využít veškerý svůj volný čas Největší změnu pocítuje v chůzi ven, mimo budovu Stres – málokdy, stresující byl nástup do domova (problémy se sestrou)
Programy pro zdravý a aktivní život seniorů	O programech nikdy neslyšel Myslí si, že jeho životní styl je zdravý, více méně stejný jak před nástupem do zařízení, vždy měl režim, před nástupem větší možnost chodit do přírody

Komunikační partner 2a

Anamnéza	Žena, 68 let, dosažené vzdělání vysoká škola pedagogická, bývalé zaměstnání učitelka, vyrůstala ve městě, dětství měla krásné – sportovala (atletika, volejbal), v dospělosti žila ve městě, má dceru, sebe nedokáže charakterizovat, okolí si myslí, že ji vidí jako nekonfliktní, komunikativní, přátelskou, prodělala CMP, má hypertenzi
Tělesné a funkční změny	Před nástupem do DPS: Bez problémů, chůze v pořádku V DPS: Prodělala CMP, zhoršená chůze a stabilita, nízké chodítko Rehabilitace – každé ráno před snídaní, každý den rehabilitace sama na pokoji – šlapaní na šlapadle, chůze po pokoji Bolest – nemá Vyprazdňování – pravidelné odjakživa Sluch – beze změny Zrak – beze změny Hůře chodí, po pokoji bez chodítka, jinak s ním
Změny v oblasti stravování	Před nástupem do DPS: Pravidelné, 3x denně, vařila si, co měla ráda, 1,5 l tekutin V DPS: Pravidelné, 5x denně, se stravou je spokojená, oblíbené jídlo knedlo vepřo zelo (odjakživa), strava je pestrá, 1,5 l tekutin, nejčastěji voda, oblíbený nápoj neslazená minerální voda
Změny v oblasti volnočasových aktivit	Před nástupem do DPS: Atletika, běh, skok do výšky a do dálky V DPS: Sledování televize, akce od domova, besídky, dílny,

	koncerty Nemá žádnou oblíbenou aktivitu, navštěvuje vše, na co má náladu, aktivity ji přinášejí vzdělání, procvičuje mozek
Změny v oblasti spánku	Před nástupem do DPS: Pravidelný, 8 hodin V DPS: Pravidelný, problémy s usínáním, hodně přemýšlí, spí 8 hodin Hypnotika užívá
Změny v oblasti kvality života	Kouřila a kouří, alkohol nikdy nepila, káva 2x denně nyní i před nástupem Před nástupem do DPS: Spokojenost, aby člověk žil tak, aby byl dobrým jedincem, aby kdyby něco potřebovala se mohla na někoho obrátit a on pak na ni, rodina, kontakt s přáteli V DPS: Spokojenost se svým životem Stres – nikdy neprožívala Chybí ji přátelství, připadá si sama
Programy pro zdravý a aktivní život seniorů	O programech nikdy neslyšela Myslí si, že její životní styl je zdravý, pocítuje změnu, před nástupem do zařízení žila „naplno“, měla přátele, nyní k sobě nikoho nemá, nemá si s kým popovídat

Komunikační partner 2b

Anamnéza	Muž, 85 let, vdovec, dosažené vzdělání střední průmyslová škola textilní, bývalé zaměstnání tkadlec, ředitel Krajky, prodavač, vyrůstal ve městě, v domečku se svými rodiči a mladším bratrem, v dětství hodně pomáhal rodičům s prací na zahradě a na poli, pečoval o dobytek, jeho dětství nebylo moc hravé, musel rychle vyrůst, v dospělosti žil ve městě, sebe charakterizuje jako průbojný, svědomitý, zodpovědný, myslí si, že ho okolí vidí jako nekonfliktního, problémy s loktem na pravé ruce, operace pravé kyčle, s levou kyčlí má problémy, má zborcenou páteř, po operaci levého oka – zelený zákal, na pravém oku zelený zákal
Tělesné a funkční změny	Před nástupem do DPS: Problémy s chůzí kvůli kyčli V DPS: Operace kyčle, zlepšení chůze, aktivní, jízda na kole, procházky Rehabilitace – každé ráno rozcvička v jídelně, nyní je zhoršení zdravotního stavu – necvičí Bolest – záda, analgetika neužívá Vyprazdňování – pravidelné, beze změny Sluch – zhoršený, nosí naslouchátko, již před nástupem do domova (levé ucho, pravé ucho mu zalehává), sluch zhoršený ze zaměstnání Zrak – zhoršený, v domově se mu zhoršil kvůli zelenému zákalu Největší přítěž jsou problémy s chůzí na delší vzdálenost
Změny v oblasti stravování	Před nástupem do DPS: Pravidelná, 3x denně, 0,5 l tekutin, 5 šálků kávy, spíše instantní pokrmy V DPS: Pravidelná, 5x denně, 2 l tekutin

	Se stravou je spokojený, oblíbené jídlo krupicová kaše, rýžový nákyp, žemlovka, myslí si, že strava je pestrá, před nástupem pestrá nebyla, oblíbený nápoj kakao
Změny v oblasti volnočasových aktivit	Před nástupem do DPS: Jízda na kole, turistika, muzika V DPS: Nemá moc koníčků kvůli zhoršenému zraku, poslech rádia, hudba Volnočasových aktivit je dostatek, nezúčastní se jich – nevidí, jediné koncerty, aktivity mu přinášejí relaxaci, uvolnění od prostředí, je spokojený s množstvím aktivit
Změny v oblasti spánku	Před nástupem do DPS: Pravidelný, zhruba 7 hodin V DPS: Pravidelný, zhruba 10 hodin, unavený, spánek dopoledne i odpoledne Hypnotika neužívá
Změny v oblasti kvality života	Kouřil dříve, alkohol pil příležitostně, nyní si rád dá sklenici alkoholu s přáteli a rodinou, kávu má 1 – 2 šálky denně, před nástupem do domova 6 šálků denně Před nástupem do DPS: Nedělat věci povrchně, být zodpovědný, prožít život tak jak se má, rodina, přátelé V DPS: Žít plnohodnotně, nebýt v ústraní, zapojovat se do dění, žít tak, jak se má, žít slušně Stres – nikdy neprožíval stresové situace Největší změnu pociťuje v omezení v rámci domova, žije v režimu
Programy pro zdravý a aktivní život seniorů	O programech slyšel v rádiu, jinak o nich nic neví Myslí si, že jeho životní styl je zdravý, před nástupem byl jeho život mnohem samostatnější, vše si určoval sám, nyní musí dodržovat pravidla

Komunikační partner 2c

Anamnéza	Žena, 85 let, vdova, dosažené vzdělání odborné učiliště, obor švadlena, bývalé zaměstnání listonoška, vyrůstala v domečku na vesnici s rodiči, má dvě sestry, dětství měla hezké, v dospělosti žila ve městě s manželem v bytě v panelovém domě, má dva syny, sebe charakterizuje jako dobrého člověka, okolí ji vidí různě, záleží na člověku, má Diabetes mellitus, revma, artrózu, po operaci šedého zákalu
Tělesné a funkční změny	Před nástupem do DPS: Chůze bez problémů V DPS: Zhoršení chůze, kvůli bolesti kolenou, chůze s nízkým chodítkem Rehabilitace – každé ráno rozcvička v jídelně, na rehabilitace nechodí, na pokoji se protahuje, prochází se Bolest – kolena, užívá analgetika Vyprazdňování – pravidelné, beze změny Sluch – zhoršený po nástupu do domova (věk, Diabetes mellitus) Zrak – zhoršený, již před nástupem do domova Největší přítěž je to, že nemůže sama jít do obchodu
Změny v oblasti stravování	Před nástupem do DPS: Pravidelné, 3x denně, 1,5 l tekutin V DPS: Pravidelné, 5x denně, oblíbené jídlo knedlo vepřo zelo, svíčková, 1,5 l tekutin Vadí ji, že se jídla stále opakují, myslí si, že je strava pestrá, oblíbený nápoj káva
Změny v oblasti volnočasových aktivit	Před nástupem do DPS: Ruční práce, pletení, háčkování V DPS: Ruční práce, pletení, háčkování, četba

	Má dostatečný výběr volnočasových aktivit, nejoblíbenější je dílna, přináší ji odreagování, je spokojená s množstvím aktivit
Změny v oblasti spánku	Před nástupem do DPS: Pravidelný, problémy s usínáním, 5 hodin denně V DPS: Pravidelný, problémy s usínáním, 8 hodin denně Hypnotika užívá Od mala problémy s usínáním, přemýšlení předtím, než usne
Změny v oblasti kvality života	Nikdy nekouřila a nekouří, alkohol pila příležitostně, nyní vůbec, za den vypije 1 šálek kávy, před nástupem do domova pila 2 šálky denně Před nástupem do DPS: Dobré manželství, rodina V DPS: Vše, co má, odpočinek, ruční práce Stres – až nyní v domově, stres vyvolává domov celkově, není spokojená, hodně přemýšlí, stresu se zbavuje ručními pracemi, snaží se odreagovat
Programy pro zdravý a aktivní život seniorů	O programech nikdy neslyšela Myslí si, že je její životní styl není moc zdravý, musí jíst jídla která nechce kvůli Diabetu, kdyby si vařila doma, její životní styl by byl jiný, myslela si, že se ve stáří bude moci dobře najíst, to se ji zatím neplní

Komunikační parter 2d

Anamnéza	Žena, 94 let, vdova, dosažené vzdělání maturita na gymnáziu, bývalé zaměstnání plánovačka investiční výstavby, vyrůstala v bytě ve městě s rodiči, krásné dětství, sourozence nemá, hodně aktivit v mládí, měla spoustu přátel, chodila do Sokola, sportovala, v dospělosti žila ve městě, rozsáhlá rodina – 2 děti, 7 vnoučat, sebe nedokáže charakterizovat, myslí si, že ji okolí vnímá dobře, bezkonfliktní, spíše samotářská, má ochrnutý oční nerv, závratě, žlučnickové kameny, onemocnění štítné žlázy, kardiostimulátor, nízký krevní tlak
Tělesné a funkční změny	Před nástupem do DPS: Chůze bez problémů V DPS: Zhoršení stavu, závratě, neudrží rovnováhu, chůze s nízkým chodítkem Rehabilitace – každé ráno rozcvička s rehabilitační sestrou, občas protahování na pokoji Bolest – v momentě žlučnickového záchvatu, jinak bez bolesti Vyprazdňování – pravidelné, beze změny Sluch – beze změny Zrak – zhoršený, dvojité vidění začalo v domově, ochrnutý oční nerv, krátkozrakost odjakživa Největší přítěží jsou závratě, žlučnickové záchvaty, bolesti slinivky
Změny v oblasti stravování	Před nástupem do DPS: Pravidelná, 3x denně, 1 l tekutin V DPS: Pravidelná, 5x denně, přísná dieta, se stravou spokojená v rámci možností, nemá oblíbené jídlo, strava pestrá, 1,5 l tekutin, oblíbený nápoj káva

Změny v oblasti volnočasových aktivit	Před nástupem do DPS: Pohybové aktivity, hudba V DPS: Četba, hudba, luštění křížovek, má dostatečný výběr volnočasových aktivit, nezúčastňuje se jich, koníčky ji přináší relaxaci, odreagování se, je spokojená s množstvím aktivit, které má
Změny v oblasti spánku	Před nástupem do DPS: Pravidelný, 6 – 7 hodin V DPS: Pravidelný, 6 – 7 hodin Hypnotika neužívá
Změny v oblasti kvality života	Alkohol nikdy nepila, kouřila a kouří, před nástupem do domova kouřila více, kávu pije 2x denně, i před nástupem do domova Před nástupem do DPS: Být spokojená, mít radost z toho, co člověk má, žít plnohodnotný život V DPS: Být spokojená, mít radost z toho, co člověk má, žít plnohodnotný život Stres – když zemřel někdo z rodiny, vyrovnávala se s ním sama, člověk se musí sám vzpamatovat
Programy pro zdravý a aktivní život seniorů	O programech nikdy neslyšela Žije si podle svého, je pod dozorem, proto nepotřebuje žádné programy Myslí si že je její životní styl zdravý, je pod dozorem lékařů, životní styl má stejný, chyběla jí společnost, potom si zvykla na samotu

Komunikační partner 2e

Anamnéza	Žena, 73 let, vdova, dosažené vzdělání odborné učiliště v oboru švadlena, vyrůstala ve městě v panelovém domě v bytě s rodiči a dvěma mladšími bratry, měla krásné dětství, v dospělosti žila ve městě v bytě, má dvě děti, jedno vnouče, myslí si, že je obětavá, společenská, okolí ji vidí jako komunikativní, společenskou, nápomocnou, prodělala CMP, vysoký krevní tlak, žlučnickové kameny
Tělesné a funkční změny	Před nástupem do DPS: Pohyb bez problémů, občas bolest u srdce, zhoršené dýchání V DPS: Zhoršení stavu po CMP, nyní stav stabilizován Rehabilitace – každé ráno rozcvička v jídelně, chůze v nízkém chodítku 3x týdně, pohyb v rámci pokoje Bolest – občas žlučník, dolní končetiny po delší chůzi, záda, analgetika užívá občas Vyprazdňování – nepravidelné, zácpy odjakživa, užívá laxativa Sluch – beze změny Zrak – krátkozrakost, astigmatismus, odjakživa Největší přítěží je zhoršení chůze, pohyblivost končetin po CMP zhoršení (levá polovina těla)
Změny v oblasti stravování	Před nástupem do DPS: Nepravidelná, 2x – 3x denně, 0,5 l tekutin V DPS: Pravidelná, 5x denně, 1,5 l tekutin Se stravou je spokojená, oblíbené jídlo palačinky, strava pestrá, před nástupem do domova moc pestrá nebyla, uvítala by více zeleniny, oblíbený nápoj káva a broskvový ledový čaj
Změny v oblasti volnočasových aktivit	Před nástupem do DPS: Hudba, hra na flétny, zpěv, péče o domácí mazlíčky

	(pes, dvě kočky) V DPS: Hudba, poslech písniček, trávení času s přáteli Má dostatečný výběr volnočasových aktivit, nejoblíbenější aktivita je dílna, přináší jí uvolnění, relaxaci, společnost, je spokojená s množstvím aktivit
Změny v oblasti spánku	Před nástupem do DPS: Pravidelný, 8 hodin V DPS: Pravidelný, 8 hodin Problémy se spánkem, když je úplněk, odjakživa Hypnotika neužívá
Změny v oblasti kvality života	Nikdy nekouřila, alkohol pila příležitostně, nyní ne, pije kávu, denně 3 šálky, před nástupem do domova 5 šálků denně, kávu upřednostňovala před jídlem Před nástupem do DPS: Společenský život, rodina, přátelé V DPS: Společenský život, rodina, přátelé Stres – po nástupu do domova, po smrti manžela, vyrovnává se se stresem sama, uzavírá se do sebe, pomáhá jí, když se může svěřit Největší změna je ve společenském životě, nemá své staré přátele, rodinu kolem sebe
Programy pro zdravý a aktivní život seniorů	O programech nikdy neslyšela Myslí si, že je její životní styl zdravý, je pod dohledem lékařů a sester, před nástupem do domova zasvětila život blízkým, nyní je sama, chybí jí domov, je ale ráda za to, co má

Komunikační partner 2f

Anamnéza	Žena, 72 let, vdova, dosažené vzdělání odborné učiliště v oboru kadeřnice, bývalé zaměstnání kadeřnice, prodavačka, vyrůstala na vesnici v rodinném domečku s rodiči a dvěma staršími bratry, dětství měla zajímavé, v 10 letech se přestěhovali do města, pomáhala s domácností, starala se o dobytek, má 3 děti, sebe charakterizuje jako obětavou pro rodinu, život zasvětila rodině, je milující, myslí si, že ji okolí vidí jako ženu, která se postará o rodinu, má vysoký krevní tlak, Diabetes mellitus, po operaci vředu, po zlomenině krčku stehenní kosti
Tělesné a funkční změny	Před nástupem do DPS: Bez problémů, chodila na procházky V DPS: Zhoršení chůze po zlomenině krčku, není tolik pohyblivá, hůře vstává z postele Rehabilitace – každé ráno rozcvička v jídelně s rehabilitační sestrou, 2x týdně návštěva rehabilitační sestry Bolest – záda, klouby hlavně při vstávání z postele, nohy, otoky kotníků, užívá analgetika Vyprazdňování – zácpy po nástupu do domova Sluch – zhoršený již před nástupem do domova Zrak – beze změny Největší přítěží je zhoršení chůze
Změny v oblasti stravování	Před nástupem do DPS: Nepravidelná, 2x denně, 2 l tekutin V DPS: Pravidelná, 3x denně (svačiny odmítá), 0,5 l tekutin, oblíbené jídlo svíčková, strava pestrá, doma nebyla, uvítala by více dochucená jídla, oblíbená nápoj káva

Změny v oblasti volnočasových aktivit	Před nástupem do DPS: Práce na zahradě, četba, luštění křížovek, sledování televize V DPS: Četba, luštění křížovek, sledování televize Má dostatečný výběr volnočasových aktivit, je ráda za svůj klid, oblíbené aktivity besídky, koncerty, dílny, od mala má ráda zpěv, dodávají jí klid, pocit jistoty, je spokojená s množstvím aktivit
Změny v oblasti spánku	Před nástupem do DPS: Pravidelný, 4 hodiny denně V DPS: Nepravidelný, 4 hodiny denně, noční buzení Hypnotika neužívá
Změny v oblasti kvality života	Několik let kouřila, nyní už ne, alkohol pila příležitostně, pije kávu, zhruba 3 šálky denně, před nástupem 4 – 5 šálků denně Před nástupem do DPS: Spokojený život, péče o manžela a rodinu V DPS: Naplnění různých oblastí jejího života, přála by si, aby bylo vše v normě a v ničem nestrádala Největší změnu pocítuje ve spánku a ve stravě Stres – když nastoupila do domova, smrt manžela, se stresem se vyrovnává sama, uzavírá se do sebe, trvalo jí, než si zvykla na život v domově, se smrtí manžela se nevyrovnala, ale naučila se s tím žít
Programy pro zdravý a aktivní život seniorů	Programy nezná, nikdy o nich neslyšela Její životní styl je zdravý, před nástupem do domova měla hektický život, myslela spíše na rodinu jak na sebe, nyní je její životní styl klidnější a uvolněnější