

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE

HUSITSKÁ TEOLOGICKÁ FAKULTA

Hodnotový systém seniorů ve vztahu k chronické nemoci

The value system of older people in relation to chronic disease

Bakalářská práce

Vedoucí práce:

Mgr. Tereza Palánová

Autor:

Michaela Březinová

Praha 2017

Poděkování

Ráda bych poděkovala Mgr. Tereze Palánové za cenné rady, připomínky a laskavý přístup při vedení mé bakalářské práce. Také bych ráda poděkovala své rodině za podporu.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem předkládanou bakalářskou práci „Hodnotový systém seniorů ve vztahu k chronické nemoci“ vypracovala samostatně s použitím uvedených pramenů a dalších zdrojů. Dále prohlašuji, že tato práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

V Praze dne

Michaela Březinová

Anotace

Bakalářská práce se zabývá hodnotami seniorů ve vztahu k chronické nemoci a celkově stářím z různých úhlů pohledu. Teoretická část se věnuje vymezení pojmu stáří, mýtům o stáří, kvalitě života ve stáří, životním hodnotám a několika dalším okrajovým tématům. Významnou částí je vymezení zvolené chronické nemoci – diabetu mellitu. Praktická část zahrnuje výzkum, který se věnuje sociálním otázkám nemocných seniorů s diabetem, dále rodinným vztahům, finančnímu zabezpečení a životním hodnotám. Sběr dat byl proveden kvantitativní metodou pomocí dotazníků s využitím rozhovorů. V poslední části jsou uvedeny výsledky výzkumu.

Annotation

Bachelor work refers to the values of older people in relation to a chronic disease and generally about old age with various views. Theoretical part focuses on the definition of terms as old age, myths of aging, quality of life in old age, life values and some other marginal topics. Significant part is also the specification of diabetes mellitus, which was chosen as a chronic disease for this work. Empirical part includes a research, which is dedicated to social issues of diseased seniors with diabetes as well as family issues, security of livelihood and life values. Data collection was accomplished by quantitative method with application of a questionnaire and interviews. The outcome of research is situated at the end of the empirical part.

Klíčová slova

Senior, stáří, ageismus, životní hodnoty, potřeby seniorů, kvalita života, chronická nemoc, diabetes mellitus

Keywords

Senior (older people), old age, ageism, life values, needs of seniors, quality of life, chronic disease, diabetes mellitus

Obsah

Úvod	8
1. STÁŘÍ, STÁRNUTÍ, SENIOR	10
1.1. Vymezení pojmů – stáří, stárnutí, senior	10
1.2. Základní teorie stárnutí.....	16
1.3. Demografický vývoj stáří a stárnutí.....	19
2. MÝTY O STÁŘÍ A STÁRNUTÍ.	25
2.1. Současné postoje, názory, mínění o stáří a stárnutí.....	25
2.2. Ageismus – definice, příčiny vzniku a projevy.....	29
3. HODNOTOVÝ SYSTÉM CHRONICKY NEMOCNÝCH SENIORŮ.....	33
3.1. Základní přehled hodnot a jejich funkce.....	33
3.2. Kvalita života ve stáří a potřeby seniorů	38
3.3. Sociální zabezpečení a podpora ve stáří.....	42
3.4. Chronické onemocnění – demografie, definice, psychosociální projevy a důsledky.....	47
3.5. Diabetes mellitus jako jedno z nejčastějších chronických onemocnění, základní typy diabetu a příčiny jeho vzniku	51
3.6. Akutní a chronické projevy diabetu.....	53
3.7. Možnosti a cíle léčby diabetu ve stáří.....	56
3.8. Kvalita života a psychické projevy diabetu	57
4. PROJEKT VÝZKUMU	60
4.1. Cíl průzkumu.....	60
4.2. Hypotézy průzkumu	60
4.3. Metodika průzkumu	60
4.4. Výsledky průzkumu a jejich interpretace	61
4.5. Závěry průzkumu	106
Závěr	110

5. Zdroje.....	111
5.1. Prameny	111
5.2. Slovníky.....	113
5.3. Elektronické zdroje.....	113
6. Přílohy.....	115
6.1. Dotazník	115
6.2. Seznam obrázků	122
Summary.....	123

Seznam zkratek

WHO – Světová zdravotnická organizace - agentura Organizace spojených národů (OSN). Je koordinační autoritou v mezinárodním veřejném zdraví. WHO byla založena Spojenými národy dne 7. 4. 1948.

ČSÚ - Český statistický úřad - je ústřední orgán státní správy České republiky. Byl zřízen dne 8. 1. 1969. Jako hlavní orgán státní statistické služby koordinuje sběr a zpracování statistických údajů, která provádějí jednotlivá ministerstva.

OSN - Organizace spojených národů - je mezinárodní organizace, jejímiž členy jsou téměř všechny státy světa – v současné době má celkem 193 členských států. OSN byla založena 24. 10. 1945 v San Franciscu (USA) na základě přijetí Charty OSN padesáti státy včetně tehdejší Československé republiky. Nahradila původní Společnost národů.

Úvod

Tato bakalářská práce se zabývá pojetím stáří, mýty o stáří a především hodnotovým systémem seniorů ve vztahu k chronickému onemocnění s důrazem na diabetes mellitus. Práce je rozdělena do dvou hlavních částí, tj. teoretickou a praktickou. Cílem této práce je předložit ucelený pohled na stáří, uvést jej do kontrastu s mýty o stáří a především vymezit hodnotový systém seniorů, tj. kvalitu jejich života, potřeby, životní hodnoty a celkové prožívání života s chronickým onemocněním. Pomocí výzkumu formou dotazníkového šetření následně zjistit, jak vnímají dané oblasti senioři současné doby.

V úvodu práce jsou uvedeny kapitoly, které se zabývají pojetím stářím a stárnutím z pohledu několika různých autorů, neboť vymezení stáří je celkově stále nejednotné. Vybraní autoři tak představí svá pojetí, přičemž není záměrem jejich porovnání a vytvoření jednotné a univerzálně dané definice. Samotná pojetí by však měla pomoci potencionálním čtenářům této práce s pochopením a vytvořením vlastního náhledu na stáří a stárnutí. Následně navazuje současný demografický stav stárnutí obyvatelstva, včetně celkového procesu stárnutí od konce 19. století na území České republiky. Nedílnou součástí je také představení prognóz, konceptu aktivního stárnutí a historických souvislostí spojených s poklesem či nárůstem obyvatelstva.

Další kapitoly se zabývají mýty o stáří, kde je opět uvedeno několik autorů. Společně představují přehled všech těchto mýtů. Významnou součástí je i výzkum současných postojů a mínění o starší generaci, který byl v nedávných letech uskutečněn na našem území. Souhrnem těchto mýtů je poukázat na kontrast, který panuje ve vztahu ke stáří.

Hlavní částí této práce je uvedení hodnotového systému seniorů, i ve vztahu k chronickému onemocnění. Nejprve jsou představené životní hodnoty a jejich funkce, dále i souhrn lidských potřeb se zaměřením na seniory, přičemž součástí práce je samotné odlišení hodnoty a potřeby. Zmíněny jsou možnosti a formy sociálního zabezpečení ve stáří, včetně role sociálního pracovníka. Poté je obecně definováno chronické onemocnění a projevy, které se k němu vztahují. Dále se práce věnuje diabetu mellitu, který je podrobně rozebrán ve zbývajících kapitolách teoretické části.

Praktická část byla rozdělena do několika částí, přičemž začíná s cílem průzkumu, dále s popisem hypotéz, se zvolenou metodikou, s průběhem zkoumání a s popisem průzkumného vzorku. Dále následuje interpretace výsledků s pomocí grafů, včetně tabulek

a slovního komentáře. Praktická část je zakončena konečnými závěry a potvrzením či nepotvrzením hypotéz.

Při vypracovávání bakalářské práce bylo použito především pramenné literatury z několika knihoven a to z oblasti sociologické, psychologické, gerontologické i lékařské. Celkově bylo použito většího množství knih, přičemž za stěžejní nelze plně považovat žádnou z těchto knih, neboť se jednalo o celkově větší záběr při vypracování tématu této bakalářské práce.

1. STÁŘÍ, STÁRNUTÍ, SENIOR

Tato kapitola si klade za cíl definovat pojmy *stáří*, *stárnutí* a *seniora*. Autorka považuje správné vyjádření těchto pojmů za klíčové, neboť bez správného vymezení může následně docházet k významným rozporům. Takovým rozporem může být např. vedení výzkumu dvou zkoumajících, sice ve stejném tématu a oblasti (viz stáří a stárnutí), kdy však může dojít k rozdílným výsledkům, z důvodu jinak vnímané věkové hranice stáří nebo jeho celkového pojetí. Z tohoto důvodu je **správná terminologie důležitým aspektem**. Po vymezení pojmosloví klíčových slov následuje *přehled dvou základních teorií stáří a stárnutí* s jejich vzájemným postavením. Posledním klíčovým prvkem první kapitoly bude představení současného *demografického vývoje stáří a stárnutí v České republice*.

1.1. Vymezení pojmů – stáří, stárnutí, senior

Vymezení těchto pojmů se ukazuje jako nesnadná záležitost, přinejmenším se tak jevilo autorce této práce při jejím badání. Především možnosti dnešní doby a zlepšující se životní podmínky posouvají samotnou hranici věku stáří, tudíž pokusy o přesné vymezení se místy více či méně liší. Nicméně není předmětem práce určit danou věkovou hranici. Je třeba poukázat na skutečnost, že tuto hranici stáří ovlivňovalo a ovlivňuje řada podmínek (např. sociálně ekonomické možnosti aj.). Také porovnat názory autorů v oblasti stáří, tj. autorů současné doby a konce minulého století, je obtížné. Pro toto porovnání bylo vybráno několik autorů – dobu konce 20. století reprezentuje Josef Wolf¹, který vedl kolektiv autorů v dané problematice, pokračuje s Helenou Haškovcovou², která reprezentuje i dobu současnou. Obdobným způsobem pak i Jaro Křivohlavý³. Představiteli doby počátku 21. století, je např. Jiřina Ondrušová. Dále kolektiv autorů - Rostislav Čevela, Zdeněk Kalvach⁴ a Libuše Čeledová, kteří se zabývají oborem sociální gerontologie. V poslední řadě dvojice autorek – Naděžda Špatenková a Lucie Smékalová, které se zabývají gerontodidaktikou.

¹ **RNDr. Josef Wolf, CSc.** (1927 – 2012) – byl přední český antropolog, etnolog a vysokoškolský pedagog. [online]

² **Prof. RNDr. PhDr. Helena Haškovcová, CSc.** (*1945) – česká bioložka, filosofka, vysokoškolská pedagožka, profesorka lékařské etiky. [online]

³ **Prof. PhDr. Jaro Křivohlavý, CSc.** (1925 – 2014) - byl český psycholog a spisovatel, který se zabýval psychologii zdraví, experimentální psychologii, logoterapií a pozitivní psychologii. [online]

⁴ **MUDr. Zdeněk Kalvach, CSc.** (*1957) – český lékař se zaměřením na medicínu seniorů - geriatrii a gerontologii. Dlouhodobě byl členem výboru České geriatrické a gerontologické společnosti. [online]

J. Wolf a jím vedený kolektiv autorů chápe stáří a stárnutí v širších souvislostech, kde vedle sebe staví tři časové dimenze – minulost, přítomnost a budoucnost. Poukazuje na skutečnost, jak člověk těmito dimenzemi prochází. Nejdříve jako dítě, které ve svém myšlení reflektuje pouze přítomnost, kde minulost je téměř nevýznamná a budoucnost stejně tak. Je to samozřejmě přirozené, neboť dítě své okolí poznává poprvé a teprve až později v procesu tohoto poznávání dospěje k dalšímu vědomí času. S ranou dospělostí přichází proměna ve vnímání dimenzí času, dospělý člověk si již uvědomuje vliv minulosti na svou osobu a také nadcházející budoucnost. Vše nyní nabývá konkrétnějších podob. Stále však zůstává přítomnost v primární pozici.

Pomalou se však ukazuje, že přítomnost nebude nastálo jistotou. Děje se tak v době, kdy člověk dosahuje druhé části svého života. Jedná se již o zralého, života znalého člověka. Období stáří už je pomalu bližší. Jedná se o období, kdy také vyvstává mnoho otázek, na které si musí člověk odpovědět. Jednou takovou otázkou může být např. „*Jak všechno dosavadní konání završit?*“ Každý člověk na tuto otázku nedokáže okamžitě odpovědět a nad podobnými otázkami dlouho uvažuje. **Pokud odpověď nenachází, stává se jeho přítomnostní působení přinejmenším složitě.**

Značnou rolí ve Wolfově vnímání je i představa dalšího působení po smrti, kde je Wolf toho názoru, že české smýšlení je převážně ateistické. Naopak u lidí, kde převažovala víra v Boha, tvrdí, že se takový člověk z určitého pohledu na stáří nedíval se strachem, neboť zde bylo přesahující očekávání lepší budoucnosti. Pokud by stáří a stárnutí představovalo problém, tak problém pouze materiální úrovně bytí. Takový člověk by nechtěl svou případnou nemohoucností být na obtíž druhým lidem. Uvádí však také, že ani **socioekonomická jistota není jasným pozitivem v lepším vnímání stáří**, neboť je brána lidmi jako samozřejmá. Wolf ukazuje, v jak velkém filozofickém zápasu se člověk na určitou dobu ocitá, než dojde odpovědi. (1982, str. 11-18)

V poslední řadě je třeba u Wolfa a jeho kolegů vyzdvihnout místa, kde je ukázáno, jak je třeba stáří a stárnutí vnímat. Na prvním místě: „*Nepřipravujeme-li se už dnes, tj. v přítomnosti, na své stáří, pak mu dovolujeme, aby nás jednoho dne zaskočilo nepřipravené.*“ Na druhém místě: „*Umění stárnout je pro nás uměním žít. Je uměním prožívat uspokojivě celý svůj život. Je uměním prožívat odpovídajícím způsobem vždy právě tu fázi života, v níž jsme.*“ (1982, str. 18-19) Na třetím místě: „*Stáří není koncem, ale vyvrcholením životního období.*“ (1982, str. 211)

H. Haškovcová uvažuje o pojetí stáří a stárnutí ve společenském kontextu, kde se snaží poukázat, jak lze vůbec stáří popsat. Vychází primárně z toho, že společnost má tendenci označovat starými lidi, kteří se tak nemusí vůbec cítit. Myslí tím především dobu, kdy člověk dosáhne důchodového věku, tj. věku cca. 60 let (důchodový věk se liší u mužů a žen, přičemž ovlivňujících faktorů je více). Vedle dohadu o stáří a jeho počátku také poukazuje na nesourodost mezi náhledy mladší a starší generace. Jinými slovy mladí nerozumí starším a ti naopak mladým. **Počátek stáří je tak komplikovanější ve svém určení.** Přesnější vymezení nabízí v období vyzrálého stáří (75 až 89 let), kde charakteristika tohoto věku má výraznější rysy – fyzický zevnějšek a psychika často prochází znatelnou změnou. Chápe jej jako racionální a v současném pojetí jako platné. Lze tak hovořit o tom, že stáří lze definovat pouze s pomocným přídatným jménem:

- Rané stáří - 60 až 74 let
- Vyzrálé stáří - 75 až 89 let
- Dlouhověkost - nad 90 let

Tímto způsobem chápala WHO věkové rozdělení stáří, které ve své publikaci Haškovcová zmiňuje. (1990, str. 21-22). V současné době a především z důvodů zlepšování zdravotního a fyzického stavu seniorů vzniklo nové orientační rozdělení, kde také definujeme tři skupiny v poslední etapě života:

- Období mladých seniorů - 65 až 74 let
- Období starých seniorů - 75 až 84 let
- Období velmi starých seniorů - 85 let a více (Ondrušová, 2011, str. 17)

Pokud se opomine snaha o věkové rozdělení stáří, zůstává stále otázka stárnutí či věku, kde Haškovcová zdůrazňuje, že „*každý stárne a to neustále*“. Vedle toho se liší také rychlost stárnutí. **Rychlost stárnutí je individuální**, nabývá různých podob a je ovlivněna několika faktory (biologické, psychické a sociální). Uvádí, že běžně zaznamenáváme rozdíly mezi tzv. **kalendářním** (určený datem narození) a **biologickým věkem** (funkční věk, skutečný věk). Tedy skutečnost, že někdo je např. kalendářně starší (nebo mladší), ale biologicky neodpovídá svému kalendářnímu věku, tj. vypadá fyzicky mladší (nebo starší). Nejpatrnější rozdíly vidí Haškovcová v době důchodu, avšak již během života a mladého věku lze také zpozorovat tyto rozdíly. Neradostným faktem je stigmatizace v době důchodového věku. Ačkoli člověk na důchodový věk nevypadá (fyzicky ani psychicky), je označován jako „starý“, neboť dosáhl daného kalendářního věku. Člověk důchodového

věku musí nedobrovolně vstoupit do skupiny starých lidí, na základě společenské konvence. **V době počátku důchodu se neužívá pojmu raného stáří, nýbrž pouze stáří.** Skutečnost, že člověku zbývá přibližně 15 let do vyzrálého stáří (definovaného výše), je již mnohými přehlížena. Lidé blížící se důchodovému věku si záhy začnou stigmatizaci uvědomovat a přirozeně se tomu brání. Doslova si takový člověk podle Haškovcové řekne: „*Nechci se stát důchodcem, protože se nechci stát starým.*“ (1990, str. 23-25)

Haškovcová tak uvádí příklady, jak nelze popisovat stáří. „*Stáří není nutně synonymem nemoci, i když se ve stáří výrazně více stůně.*“ Také se snaží normalizovat pojem stárnutí, které chápe jako „*normální součást života, zákonitá epocha ontogeneze*⁵“. (1990, str. 26) Seniora vnímá jako „*staršího člověka (příp. nejstaršího), zpravidla člověka váženého v určitém společenství*“. (2012, str. 148) Celkově uvádí, že je třeba pochopit celou skutečnost, odvrátit se od mýtů, vysvětlit podstatu věci, neužívat paralel, které nejsou objektivní skutečností a usilovat o pravý obraz stáří.

Pomezím představitelem je i **J. Křivohlavý**. Stáří a stárnutí v jeho pojetí spolu zřetelně souvisí, problém ale vidí v otázce, jak konkrétním způsobem. Uvádí ve své publikaci několik různých příkladů, kde je zřejmé, že slovo „starý“ se může vyskytovat také ve věku, kdy je člověk mladý. Celkově pojímá pojem stárnutí s užitím přirovnání či zabarvení. V jeho slovech je „*stárnutí plynutím vody*“. Samotnou pozici začátku stárnutí nedává na pozdější část života, nýbrž na dobu početí, tj. nejranějšího vývojového období. Stáří chápe opět obrazným způsobem, jakožto „*stav vody řeky v určitém místě*“. A pokud se zamýšlí nad termínem seniora nebo starého člověka, volí slov opatrnějšího rázu. Preferuje radši mluvu o „*starsích lidech*“. (2011, str. 17-19)

Další představitel v okruhu této problematiky **J. Ondrušová**, čerpá z děl několika autorů, kteří přispěli k vymezení pojmů staří a stárnutí. Ve svém pojetí jej chápe jako etapu přirozeného vývoje v lidském životě, která se týká každého jedince. Dodává však, že nelze uchopit proces stárnutí pouze jako proces neustálého úpadku fyzických, psychických sil či jiných ztrát. **Stáří jako takové je třeba uchopit jako období, které má svou důležitost** a mnohé projevy jsou obdobné jako v předchozích obdobích, neboť také v mládí prožívá člověk smutek, zklamání atd. Tím se od stáří neliší. A tedy i ve stáří člověk prožívá radost a spokojenost. (2011, předmluva)

⁵ tj. individuální vývoj jedince od zárodečného vývoje až po jeho zánik.

Ve své publikaci uvádí tedy několik autorů, je jim např. Leonard Hayflick (1994)⁶, který uvádí, že „*stárnutí není pouhé plynutí času, je ovšem projevem biologických dějů, které nastávají v čase a po určitý čas trvají*“. Vedle Hayflicka formulují svou definici Eva Topinková (1995)⁷ a Jiří Neuwirth (1995)⁸, v jejich pojetí je „*stárnutí specifický, nevratný, neopakovatelný biologický proces, který je univerzální pro celou přírodu*“. Poté zde vystupuje Helena Zavázalová (2001)⁹ společně se svým kolektivem autorů, přičemž stárnutí chápou jako „*proces všeobecný a zároveň individuální*“. Posledním autorem v jejím vymezení je Vladimír Pacovský (1994)¹⁰, který udává několik charakteristických znaků stárnutí. Jsou jimi např. „*individualita stárnutí každého jedince, zanikání různých struktur či funkcí, změna charakteristik biologických, psychických a sociálních*“. Důležitým znakem je také „*nesouběžný proces stárnutí u jednotlivých orgánů*“. (2011, str. 13-14)

V pojetí a vymezení stáří Ondrušová zmiňuje i Z. Kalvacha (1997), který definuje stáří jako „*obecné označení pozdních fází ontogeneze přirozeného průběhu života*“. Stáří představuje poslední vývojovou etapu v lidském životě jedince, je přirozeným projevem genetiky člověka, přičemž zde působí ještě další ovlivňující faktory z našeho prostředí či způsobu života. K vymezení stáří přispívá i Ian Stuart-Hamilton (1999)¹¹, který se vyjadřuje k tzv. kalendářnímu věku, o němž říká, že představuje nedostatečnou či nepřesnou míru. V jeho pojetí by neměl být kalendářní věk určujícím měřítkem životního

⁶ **Leonard Hayflick** (*1928) – profesor anatomie a mikrobiologie. Bývalý prezident Gerontologické společnosti (GSA) v USA a zakládající člen Národního institutu stárnutí (NIA). Nositel několika ocenění v oblasti gerontologie. [online]

⁷ **Prof. MUDr. Eva Topinková, CSc.** (*1953) - přední česká gerontoložka a internistka, přednostka Geriatrické kliniky 1. LF UK a VFN v Praze. [online]

⁸ **Doc. MUDr. Jiří Neuwirth, CSc.** (*1932) – český gerontolog, věnuje se oblasti klinické medicíny, geriatrické a ošetrovatelství. Společně s prof. Topinkovou publikoval v roce 1995 první celostátní učebnici geriatrické, orientovanou především na praktické znalosti a dovednosti v geriatrické. [online]

⁹ **Doc. MUDr. Helena Zavázalová, CSc.** (1943 - 2013) – byla zakládající členka občanského sdružení Soužití 2000, jehož cílem je pomáhat zlepšit kvalitu života osob vyššího věku v domácím prostředí. Také se zasloužila o prestiž v rámci oboru sociální lékařství a veřejné zdravotnictví doma i v zahraničí. [online]

¹⁰ **Prof. MUDr. Vladimír Pacovský, DrSc.** (1928 - 2011) – byl profesor vnitřního lékařství se zaměřením na geriatrické. Bývalý prorektor UK. Významně se zasloužil o vznik gerontologie a geriatrické jako samostatného oboru, o realizaci vysokoškolského studia ošetrovatelství u nás a o vznik tzv. univerzit třetího věku. [online]

¹¹ **Ian Stuart-Hamilton** (*1959) – britský odborník, který se zabývá důkladným psychologickým rozbořením stárnutí a stáří. Zabývá se také vztahem stárnutí a intelektu, paměti, řeči a v neposlední řadě i vlivem stárnutí na celou osobnost člověka. [online]

období jedince, neboť jak již bylo uvedeno výše, **stárnutí je proces individuální**, kde biologický věk jedince v mnohých případech značně odbočuje od onoho kalendářního věku. Tento věk lze užít pouze v demografickém a statistickém měření, podstatu věku však už nevystihuje. (2011, str. 16)

V dalším vymezení následuje kolektiv tří autorů – **R. Čevela, Z. Kalvach a L. Čeledová**. Stáří chápou také jako „*označení pro pozdní fázi ontogeneze*“, „*etapu, která uzavírá a završuje život*“. Taktéž popisují tuto etapu jako proces změn, který má individuální prvky (genetická determinace, prostředí, životní podmínky, sociálně ekonomické vlivy aj.), tj. každý stárne jiným způsobem, který je však společný pro celou přírodu, tedy všeobecně. Jako mnozí jiní autoři jsou toho názoru, že **nelze stáří přímo či trvale určit**, např. zvolit dobu, kdy stárnutí začíná (výjimku lze zpozorovat u rozdílného názoru Křivohlavého, který chápe jako počátek stárnutí dobu početí), nebo proč vůbec člověk stárne. V tomto ohledu lze vidět, že se současní vědci stále aktivně zabývají hledáním genu, který podmiňuje stárnutí a poznat jeho podstatu. (2012, str. 19-20)

Vedle definování poslední etapy lidského života vymezují i stárnutí samotné, které chápou jako „*souhrn zánikových (involučních, regresivních, negativních) změn morfologických a funkčních nastupujících postupně se značnou interindividuální variabilitou a heterochronně (v různých orgánech a systémech téhož organismu v různém věku) po dosažení sexuální dospělosti a adaptačních reakcí na ně. Jde o proces, který je disociovaný, dezintegrovaný a asynchronní, který je zčásti geneticky kódován (např. odolnost bílkovin a jiných struktur), zčásti rozvíjen náhodnými jevy, chybami a případně poruchami*“. (2012, str. 19-20)

V posledním vymezení se snaží přiblížit pojem seniora dvojice autorek – **N. Špatenková a L. Smékalová**. Uvádějí, že tento pojem je užíván jako další možnost označení pro starého člověka nebo člověka pobírajícího starobní důchod. Již výše ale bylo uvedeno u jiných autorů, že toto vnímání je přinejmenším zavádějící. Člověk v důchodu se nutně nemusí považovat za starého člověka či seniora. Uvádí také, že pojem seniora je nejenom u nás nejednoznačně vymezen (odborně či legislativně), ale i ve světě. Pojem seniora chápou pomocí slovníku cizích slov „*jako příslušníka starší věkové kategorie*“. Obdobnou definici lze spatřit i u Haškovcové (viz výše). Pojem seniora je v současné době více využíván a to především na základě jisté neutrality, kterou má vyjadřovat. Ukazují však, že **pojem seniora pouze nahrazuje či vytlačuje dlouhodobě používaný termín**

důchodce, který naopak získává negativního zabarvení. Neutralita termínu senior v tomto využití tak mnohdy pozbývá smyslu. (2015, str. 47-48)

1.2. Základní teorie stárnutí

Ve vztahu k vymezení pojmů stáří, stárnutí a senior je třeba vyjasnit i základní teorie stárnutí. V předchozí podkapitole bylo již nastíněno, jak konkrétně se může projevovat stáří na lidském těle. Vedle toho byly také zmíněny faktory (determinanty), které hrají značnou roli v procesu stárnutí. Nebylo však plně do hloubky vysvětleno, co je na počátku stárnutí. Proč člověk vůbec stárne? Co proces stárnutí vůbec spouští? Je stárnutí otázkou náhody, nebo naopak otázkou naprogramování v genetickém kódu člověka? Ukazuje se, že výpovědi (teorií) na tyto otázky je několik. Také se však ukazuje, že nepanuje celková shoda v těchto teoriích. Proto je třeba, jako u pojmů stáří a stárnutí, pokusit se o vymezení těchto teorií, ačkoli nebude jednotná a konečná odpověď. Vymezení dvou hlavních větví teorií o stárnutí představuje ve své publikaci kolektiv tří autorů – R. Čevela, Z. Kalvach, L. Čeledová a podobným způsobem i dvojice dalších autorů - Kamil Janiš, Jitka Skopalová.

V první řadě se jedná o větev teorií stochastických, tj. takové teorie, které ve svých závěrech usuzují, že děje stárnutí jsou založené na náhodných změnách. Nepředpokládají určité nastavení v našem genetickém kódu, které by celé stárnutí spustilo. **Zastánci stochastické linie spojují stárnutí s plynutím času.** V rámci času a přibývání věku jedince dochází k opotřebení těla, ke vzniku různých poruch a obvykle v závěrečné části života k selhání organismu. Vedle této teorie má fungovat její opak, tj. větev teorií nestochastických, které jsou založené na předpokladu, že **proces stárnutí je stanoven na základě genetického naprogramování.** Jinými slovy, že celé stárnutí je určeno naším genetickým kódem. (Čevela, 2012, str. 21) Nedá se však pevně stanovit, že by tyto dvě větve byly vyložené v protikladu. Ďoubal a kolektiv (1997) došli k závěru, že se „*východiska, závěry těchto teorií mnohdy překrývají, někdy si značně odporují*“. Jistá je však skutečnost, že se tyto teorie opírají o stejný základ, resp. že se snaží vysvětlit proces stárnutí na základě biologických, psychologických a sociálních faktorů. (Janiš, 2016, str. 40)

Příklady stochastických teorií

- **Teorie omylů a katastrof** - předpokládá nahromadění chyb ve slučování bílkovin při jejich následném přenosu. Abnormální (odchýlené) bílkoviny vznikají především ve fázi po jejich přenosu, tj. fázi posttranslační.

- **Teorie překřížení** – v této teorii dochází k překřížení a tedy znehodnocení bílkovin a dalších buněčných makromolekul. Toto překřížení postihuje např. DNA, buněčné membrány či mimobuněčný kolagen tj. základní stavební hmotu pojivových tkání (to vyúsťuje např. v šedý zákal, změny tepenných stěn a artérií samotných, nebo pokles jejich pružnosti).
- **Teorie opotřebení** – zde podle předpokladu dochází ke hromadnému a rostoucímu poškození životně nenahraditelných částí organismu. Počínaje od zániku buněk vedoucího k poškození tkání, orgánů a nakonec celého organismu. To celé včetně glykace (navázání molekul cukru na jinou látku, obvykle na bílkovinu) vystupňované u lidí s diabetem, neboť glykace při dlouhodobě trvající hyperglykémii je jednou z příčin poškození tkání některých orgánů.
- **Teorie mutační** – vychází z toho, že somatické mutace DNA a poruchy reparace (nahrazení) vedou k zániku buněk, k poškození tkáně, orgánu a nakonec organismu jako celku.
- **Teorie volných radikálů** – na základě této teorie má docházet k poškození membránových bílkovin, enzymů, bílkovinných makromolekul, lipidů, DNA a tím i produkce buněčné energie. Dále má docházet k hromadění lipofuscinu¹² v důsledku působení volných, superoxidových¹³ radikálů kyslíku, jejichž výskyt souvisí s oxidačním stresem. Hladiny přirozeně se vyskytujícího antioxidantu - enzymu superoxiddismutázy¹⁴ u primátů dobře souvisí s délkou života. V této oblasti se jedná o jednu z nejvýznamnějších teorií.
- **Teorie spolehlivosti** – zde je stárnutí, stejně jako vymírání věkových kohort, projevem univerzálního selhávání systému v čase, a s tím přicházející pravděpodobnosti výskytu poškození, chyb a poruch.

Příklady nestochastických teorií

- **Pacemakerová teorie** – jiným označením jako teorie genetických hodin, vypovídá o tom, že určité orgány a systémy (především hypotalamus) se považují za

¹² **Lipofuscin** - žlutohnědé barvivo, které se objevuje od 10. roku života ve tkáních jako pigment z opotřebenosti organismu. (Petráčeková, 1995, str. 462)

¹³ **Superoxidy** - peroxidy a oxidy s větším počtem kyslíkových atomů, hydroxidy. Tamtéž, str. 721.

¹⁴ **Superoxiddismutáza (SOD)** - je přirozeně se vyskytující enzym (důležitý, přirozený, tělu vlastní antioxidant), který chrání tělo před aktivními volnými kyslíkovými radikály, přeměňuje je na méně toxický peroxid vodíku. Jeho množství se v těle s postupujícím věkem a v závislosti na genetických dispozicích snižuje. SOD je také důležitý v mnoha dalších aspektech zdraví a dlouhověkosti. [online]

pacemaker (z angličtiny udavatel rytmu, kroku), který je geneticky naprogramován na jistý algoritmus a celkovou délku života. Tento předpis daných kroků se počíná již od doby po početí v rámci individuálního vývoje jedince. Konkrétním příkladem může být např. brzlík (tymus), který vrcholného rozvoje dosahuje v dětství a již v období adolescence dochází k jeho zanikání a mění se v tukovou tkáň. Plně ji získává ve stáří, kde se jeho absence projevuje vzestupem krevního tlaku, změnou metabolismu či změnou melatoninu v mozku. Snížení hladiny melatoninu následně způsobuje nekvalitu spánkového schématu, což může predikovat některé zdravotní obtíže. V oblasti této teorie je však známější faktor časového vypnutí produkce hormonů, který má vliv na chování člověka, na schopnost tvořivého myšlení a dále na kvalitu kostní, svalové a kožní hmoty.

- **Genetická teorie** – zastánci této teorie vycházejí z toho, že délka života je specifická pro každý živočišný druh.
- **Hayflickova teorie buněčného dělení** – u této teorie vychází její zastánci z úvahy, že dělení buněk má svou konečnost, tj. každá buňka může podstoupit pouze nadefinovaný počet dělení. Dochází tak postupem času k buněčnému stárnutí až nakonec k buněčné smrti.
- **Teorie existence genů dlouhověkosti či předčasného stárnutí** – zde se předpokládá, že genetické faktory ovlivňují více než třetinovou roli v délce života. Zbývající ovlivnitelná část je následně dána vnějším prostředím, tj. vedení zdravého způsobu života, život ve zdravých podmínkách aj. Vedle toho koexistují náhodné jevy včetně geneticky nedeterminovaných nemocí či úrazů.
- **Teorie hledání smyslu a potřeby stárnutí** – touto teorií se do určité míry zabývají evoluční teorie, které zkoumají délku života a délku stáří v jejich souvztáhnosti, a to i ve vztahu k délce péče o potomstvo. Ve zvířecí sféře je takovým projevem např. střídání vůdčích jedinců v určité smečce; vystřídání starých jedinců za mladé má za cíl zajistit přežití smečky. Na základě této změny dochází k obměně genofondu. V důsledku stárnutí tak dochází k přirozenému střídání rolí ve skupině. Potřeba a smysl těchto starších jedinců spočívá v roli péče o nové přírůstky ve smečce a to z důvodu ještě neúplné soběstačnosti jejich nástupců. (Čevela, 2012, str. 21-23)

Vedle teorií o stárnutí a stáří se také spekuluje o dosažitelnosti maximálního věku. Na základě toho se tak provádějí různé výzkumy, které mají za cíl prozkoumat všechny možné faktory a činitele, které by měly rozhodný vliv na délku věku. Tedy od zkoumání

ideálního prostředí, ve kterém by člověk žil dlouhý a kvalitní život, až po zkoumání genetického kódu. Čevela a kolektiv uvádí ve své publikaci v tomto ohledu postup, který má mít za cíl zpomalit stárnutí a involuci. Jedná se zatím o jediný funkční postup, který je založen na tzv. **kalorické restrikci**, ta funguje na principu **omezení příjmu potravy, nikoli však hladovění**. Navozením tohoto omezení má dojít k příznivému přizpůsobení organismu a metabolismu. Tímto způsobem se tak má dojít ke značnému snížení glykace bílkovin a produkci volných radikálů, které jsou pro náš organizmus toxické. Nepříznivost glykace a volných radikálů vysvětlují již výše zmíněné stochastické teorie. (Čevela, 2012, str. 23)

1.3. Demografický vývoj stáří a stárnutí v ČR

Po určitém vymezení stáří a stárnutí, základních teorií stárnutí a psychologických aspektů tohoto věkového období, přichází v důležitost i otázka současné věkové struktury obyvatelstva v České republice. Konkrétně v oblasti procesu stárnutí obyvatelstva, podílu starých lidí a predikce v letech nadcházejících. Dnes se celkově věnuje demografii stáří celá řada odborníků a organizací. Zde lze např. zmínit WHO nebo ČÚS. Ve výběru této práce bylo vybráno několik autorů, kteří ve svých publikacích zmiňují stav demografie stáří. Mezi vybrané autory se řadí Josef Alan, který ukazuje ve své sociologii vývoj stáří z pohledu 80. let minulého století. Dále se v oblasti demografie stáří vyjadřuje dvojice autorek – N. Špatenková, L. Smékalová, které za pomoci dalších autorů přinášejí také otázku konceptu aktivního stárnutí. Prognózy stáří postihuje kolektiv tří autorů – R. Čevela, Z. Kalvach, L. Čeledová. Do oblasti demografie včetně historického kontextu přispívá i Jiřina Ondrušová. Zvolený výběr následně zakončuje dvojice autorů – Petr Sak, Karolína Kolesárová, kteří ve své publikaci taktéž formulují demografický vývoj a jeho dopad na stárnutí společnosti.

J. Alan¹⁵ se snaží postihnout všechny etapy v lidském životě, přičemž etapou stáří průběh života zakončuje. Snaží se přehledně a přesvědčivě ukázat vnitřní souvislost životního cyklu a to pohledem sociologie s pomocí tehdejších demografických dat. Konkrétně čerpá ze závěrů zpracovaných v roce 1982. Na jejich podkladě ukazuje tehdejší procesy a změny ve společnosti, resp. proměny charakteru stáří a stárnutí. Již tehdy byl zjevnou změnou narůstající počet starších a starých osob v naší české společnosti.

¹⁵ **Prof. PhDr. Josef Alan, CSc.** (*1938) – autor řady odborných i popularizačních publikací, emeritní profesor sociologie. [online]

Sledování tohoto růstu probíhalo od roku 1900. Dále se ukázalo, že **mezi podílem starších lidí převažují především ženy, kde byl zaznamenán soustavný nárůst, a to i v oblasti dožívaného věku.** Dalším důležitým ukazatelem proměn stáří a stárnutí bylo také zdvojnásobení střední délky¹⁶ života. Jednalo se o sledování období od r. 1869 do r. 1980. Na počátku r. 1869 byla střední délka u mužů 32,7 let, u žen 35,3 let. O sto let později byla již střední délka života u mužů 66,8 let a u žen 74 let. Je zde možné zpozorovat značnou diferenciaci dožitého věku mezi oběma pohlaví. Faktorů, které ovlivnilo tento proces, je několik. Zlepšení životního stylu, kvalitnější a dostupnější zdravotní péče, příznivější ekonomická situace země aj. (1989, str. 371-373)

V oblasti demografického vývoje poukazuje dvojice autorek - **N. Špatenková, L. Smékalová** na proces stárnutí obyvatelstva v jeho celosvětovém kontextu. Nejenom v rámci České republiky. V jejich pojetí je tento kontext stárnutí nejvíce znatelný v Evropě, kde se podíl starších lidí s věkem nad 60 let značně zvyšuje. V rámci ČR čerpají z dat ČSÚ (získaných v r. 2013), který předpokládá, že kolem roku 2020 bude žít v ČR čtvrtina seniorů (ve věku 65 a výše) z celkového počtu obyvatelstva. Ve světle těchto dlouhodobých změn, které lze rozpoznat již u J. Alana, se vyjevují problematické stránky tohoto procesu. Nejvíce zmiňovaná je stránka ekonomická. Na základě jejího budoucího zatížení se hovoří v různých ohledech jako o možné pohromě pro společnost (např. Ian Stuart-Hamilton). Jiní naopak hovoří i o světlejší stránce. Předpokládá se, že nadcházející kvalita lidí ve stáří bude mít v budoucnu ještě lepší aspekty, než je tomu dnes. V tomto ohledu by tak mělo dojít k oddálení zdravotních a sociálních problémů ve stáří. (2015, str. 11)

V ohledu stárnutí populace se již dlouhodobě řeší otázka aktivního stárnutí jedince. Tato otázka byla stanovena koncem minulého století. WHO považuje obecné aktivní stárnutí nikoli jako pouhou otázku zdraví, ale primárně jako otázku aktivní účasti starších lidí ve společnosti a jejích složkách. Poukazuje na to, že **právo na aktivní účast na veřejném životě, vlastnění stejných práv a dostatek příležitostí, má i člověk staršího věku.** Vize konceptu aktivního stárnutí vychází taktéž z požadavků OSN:

- Nezávislost
- Účast na životě ve společnosti

¹⁶ **Střední délka života** - nebo také naděje dožití – je vyjádřením počtu let, které má v průměru člověk prožít za předpokladu, že po celou dobu jeho života nedojde ke změně ve specifiku stárnutí. Jedná se o údaj hypotetický. (Ondrušová, 2011, str. 24)

- Důstojnost
- Péče
- Sebeuplatnění

Koncept aktivního stárnutí však nesmí být jakýmsi politickým heslem, musí být prezentován a užíván jako celkové řešení pro společnost a lidi ve starším věku. Má být založen na zásadách, kdy stáří není pouhou poslední etapou před koncem života, ale naopak právoplatnou etapou. Aby se tak dělo, je třeba kooperace ze strany všech důležitých činitelů dané společnosti a seniorů samotných. Celkový koncept aktivního stárnutí velmi dobře vystihuje Haškovcová, která jej chápe v tom přesvědčení, že *„lidský život se v současnosti může nejen prodlužovat, ale i zkvalitňovat“*. Z toho plyne, že **není primárním cílem pouze přidat člověku roky života, nýbrž přidat i život k těmto rokům**. D. Bromley navíc ukazuje, že rezignace, apatie, odsunutí seniora ze společnosti, nebo nečinnost člověka při vstupu do důchodu, může vést k urychlení a završení této etapy života. Proto je velmi významná aktivizace a edukace seniorů v rámci celé společnosti. S využitím edukace seniorů jako součásti aktivního stárnutí souhlasí i Ondrušová, jakožto prostředek k sebeuplatnění seniorů. Na základě využití tohoto konceptu by tak mohlo dojít k dalšímu zlepšení stavu seniorů i v budoucnu. (Špatenková, 2015, str. 11-13)

K dalšímu pojetí demografie stáří přispívá trojice autorů – **R. Čevela, Z. Kalvach, L. Čeledová**, kteří čerpají obdobně z projekce demografického vývoje, kterou provedl ČÚS. Uvádí tedy jeden z vyzkoumaných závěrů výše zmíněných, tj. **čtvrtina populace bude tvořena seniory ve věku 65 let a výše, jak zní predikce do roku 2020**. V dlouhodobé prognóze, tj. do roku 2050, by se měl tento počet ustálit na jedné třetině z celkového souhrnu obyvatelstva. Závěrů je celkově několik a jsou zaměřeny především v dlouhodobém horizontu. Dále se předpokládá nárůst seniorů ve věku nad 85 let a to pětinasobně, než je tomu dnes. Počet lidí ve věku nad 80 let by se měl do roku 2050 ustálit na jedné desetině z celkového souhrnu obyvatelstva. Proces stárnutí obyvatelstva bude stále pokračovat, obdobně jako v jiných státech Evropy. S tímto procesem však přichází také jiné projevy. **Předpokládá se, že život budoucích seniorů bude mít lepší kvalitu, jak po fyzické, tak po psychické i sociální stránce**. To vše ale záleží na uzpůsobení podmínek společností, např. stejné příležitosti, rovná práva, sociální podpora, tj. zásady OSN výše zmíněné. Dále poroste hranice dožití mužů a žen, tj. střední délky života. (2012, str. 83-84)

Pro gerontologickou oblast zkoumání určují několik směrodatných údajů, které jsou důležité ve vypracování prognóz:

- **Absolutní počet lidí označovaných za seniory** - zde je určena věková hranice 65 let. Připouští se však i možnost pohybu s touto hranicí níže či výše, a to na základě zhoršování (nebo zlepšování) zdraví nově stárnoucích lidí. Očekává se pravděpodobněji zvyšování této hranice.
- **Absolutní počet tzv. velmi starých seniorů** - zde je stanovena věková hranice 80 let, i zde se případně počítá se zvýšením hranice.
- **Naděje dožití** - při narození a ve věku 75 let
- **Naděje dožití bez chronických chorob**
- **Absolutní počet příjemců penzí, sociálních dávek, na zdravotní péči** - zde jsou důležité údaje zdravotních pojišťoven, poměr nákladů na jednotlivce dle věkového zařazení a pohlaví.
- **Relativní počet seniorů v populaci** - index stáří a index závislosti (2012, str. 72)

Ve vztahu k demografii stáří zmiňuje **J. Ondrušová** faktory, které ovlivňovali proměnu obyvatelstva, v tomto případě stárnutí a k tomu se vztahující porodnost. Za zřejmou složku, která formovala do velké míry dnešní obraz, je období 20. století, ve kterém docházelo k velkým společenským změnám po celé Evropě. Jako taková formovala svůj obraz na základě událostí od 1. světové války až po rozdělení na západní a východní blok. K těmto změnám je ještě třeba zařadit jednotlivé události ve státech samotných.

Již zmíněná **porodnost má velký vliv na stárnutí obyvatelstva**. Světové války přispěly ke snížení porodnosti, zhoršení podmínek porodů, tj. dětské úmrtnosti. Teprve po válkách se dostavovaly natalitní vlny, které měly postupně nahradit celkové snížení, dělo se tak i v případě tehdejší Československé republiky. Vedle zvýšení porodnosti docházelo také ke snížení úmrtnosti dětí v období porodním či poporodním. Dělo se tak na základě celoplošného zásahu státu, tj. zavedení lepších hygienických poměrů a očkování dětí.

Dobrá situace však neměla zcela pevného trvání, jiný problém nahradil ten předešlý. Došlo ke zpomalení vědeckého rozvoje v oblasti zdravotnictví, přičemž bylo třeba řešit nárůst civilizačních chorob. V 60. letech 20. století se postup natalitních vln pozastavil. Vykompenzovala jej však sociální politika v 70. letech, která zajistila další nárůst natalitních vln. Trvalou změnu přinesla 90. léta, kdy došlo k úplnému snížení porodnosti,

ačkoli se v pozitivním ohledu prodloužila délka života. Více než o 2% u mužů, tak i u žen. Do roku 1990 se sice naděje dožití zvyšovala stále, ale maximálně o 1%. Podle současných prognóz s horizontem do roku 2050, se střední délka života bude stále zvyšovat, každých 5 let o cca 0,6%. **Česká republika by tak měla v následující dekádě dosáhnout úrovně nejvyspělejších států.** Celkově by se měli muži v 2050 dožít 79 let a ženy 85 let. Jedná se o počet let, kterých se pravděpodobně dožijí, pokud nedojde ke specifické změně ve struktuře stárnutí. Tak o tom vypovídají prognózy OSN z r. 2008.

V ohledu dalších budoucích prognóz OSN uvádí, že se **Česká republika stane jednou z nejstarších populací v Evropě.** Důvodem tohoto procesu bude stále nízká porodnost, případně její mírný nárůst. Přispěje k tomu i velká část ročníků narozených po válce, která přesáhne počáteční věkovou hranici stáří, tj. 65 let. Hlavním **faktorem stárnutí obyvatelstva bude stále nízká porodnost.** Za starou populaci je však ČR považována dlouhodobě. OSN má v tomto ohledu určitá kritéria, kdy je možné považovat populaci daného státu za starou. Konkrétně se jedná o minimálně 7% obyvatel ve věku nad 65 let. Tato hranice byla tehdejší republikou překonána již v roce 1950. (2011, str. 18-22)

Dopad na stárnutí společnosti, včetně příčin a důsledků tohoto procesu představuje dvojice autorů **P. Sak, K. Kolesárová.** Jako výše uvedení autoři hovoří také o rostoucím počtu seniorů a snížení počtu nově narozených dětí. Očekávají stálý nárůst seniorů v české populaci. Jako důležitý faktor uvádějí i nepravidelnou věkovou strukturu. To znamená, že dochází k častému střídání věkových generací, kdy populačně slabá generace střídá silnou a naopak.

Velmi důležité jsou však příčiny změn v porodnosti. Již bylo několikrát zmíněno, že pokles porodnosti je významným činitelem při stárnutí populace. Tento pokles však provází několik příčin. Jednou z těchto příčin je používání hormonální antikoncepce. Její první použití není situováno v posledních letech, nýbrž už v 60. letech 20. století. K značnému rozšíření antikoncepce však došlo v ČR až v 90. letech, tedy právě na začátku období většího snížení míry porodnosti. Na základě jejího používání **došlo ke kontrole reprodukce** a tím k úbytku dětí tzv. neplánovaných a ke zvýšení počtu dětí tzv. plánovaných. V rámci této kontroly však došlo i k pozitivnímu vlivu. **Úbytek prováděných interrupcí se ukázal jako znatelný.** Obecně v České republice platí, že žena má plné právo rozhodovat se v otázce mateřství. Má možnost dobrovolně podstoupit interrupci. Tato skutečnost se liší podle různých států, obvykle hraje v této otázce roli

náboženství (u nás zejména křesťanství), které je určitým omezením v oblasti interrupce. (2012, str. 86-89)

Více okrajovým faktorem snížení míry porodnosti, který byl v 90. letech pokládán za jeden z hlavních, je nárůst příležitostí a možností. **Člověku se otevřely nové obzory, ve kterých se mohl lépe realizovat** a to např. svobodným podnikáním a cestováním. Dvojice autorů však uvádí, že tento faktor není hlavní, ale do jisté míry zde koexistuje s ostatními. Značnějším a vlivnějším faktorem je vytvoření ekonomicky stabilní rodiny. Mladí lidé často obtížně získávají práci - ačkoli dnešní situace v r. 2017 je ekonomicky příznivá, též se nachází se v celém spektru firem dostatek volných míst. Taková situace tu však nebyla dlouhodobě a s nezaměstnaností se držela ČR na hranici 10%. Z tohoto hlediska tak nezískávali mladí uplatnění na trhu, neboť nebylo volných míst. **Pokud se mladé páry rozhodnou pro potomka, musí počítat s ekonomickou zátěží**, která trvá až do dosažení dospělosti jejich dítěte (mnohdy i déle). Mladí tak musí zprvu po určitou dobu šetřit na hypotéku, jejíž podmínky se změnilly. Od r. 2017 se totiž Česká národní banka rozhodla pro zrušení stoprocentních hypoték, které se tak nyní budou pohybovat v rozmezí 80 - 90% hodnoty nemovitosti. Vyšší hypoteční úvěry budou navíc vyžadovat větší finanční zajištění. Mladé páry se tak musí více spolehnout na zajištění od svých příbuzných, vlastní zdroje, nebo doplnění jinými úvěry. Na základě těchto nových podmínek se i takto odsouvá zakládání rodiny. Mezi další faktory, které ovlivňují snižování míry porodnosti lze zařadit (2012, str. 90-91):

- **Změna životních hodnot současné mladé generace oproti generaci minulé** (např. větší orientace na kariérní život, život bez stále partnera aj.)
- **Zvyšování neplodnosti u žen a mužů** (tuto skutečnost se snaží řešit alternativní prostředky, např. umělé oplodnění aj.)
- **Zvýšení homosexuální orientace** (konkrétní jedinci se však v tomto ohledu také snaží o alternativní prostředky, jak pro svou rodinu získat dítě – u žen lze uvést možnost spermobanky a umělého oplodnění)

2. MÝTY O STÁŘÍ A STÁRNUTÍ

Tato kapitola si klade za cíl vyjádřit *určitá mínění, názory a postoje* ve vztahu mladší a starší generace. Dále poukázat na příčiny vzniku a působení těchto názorů. V poslední řadě bude představení tzv. *ageismu - definování tohoto pohledu, příčiny vzniku a projevy* s ním spojené. K tomuto především mezigeneračnímu nedorozumění a z toho plynoucích problémů se vyjádří několik představitelů s různými náhledy.

2.1. Názory, mínění, postoje o stáří a stárnutí

Ve společnosti jako takové panuje pluralita názorů různého charakteru, které jsou do značné míry ovlivňovány prostřednictvím masmédií. Dennodenně se tak člověk setkává s různými články a titulky na internetu či v televizi. **Ne vždy jsou však všechny informace pravdivé, naopak některé mohou mít charakter polopravdy, ba dokonce nepravdy.** Informace získané na těchto podkladech pak často v lidech zakotví, posléze přinášejí škodlivý vliv a způsobují tak mezigenerační nedorozumění. Často jsou to však lidé samotní, kteří určují předsudky a postoje bez jakýchkoli podkladů, ale pouze na základě svého vnitřního přesvědčení. Nevyhýbá se to ani oblasti seniorů, kde lze zpozorovat velkou variabilitu názorů a postojů. Ve zkoumání této problematiky je **významné působení sociologie.** V jejím pojetí je předním zájmem prozkoumat stávající strukturu společnosti, sociálních skupin a jejich vzájemné sociální interakce. K tomuto ohledu patří i vyjádření vztahu společnosti vůči starším lidem. Pojednání o stáří výše uvedené již naznačilo, že **ve společnosti panují určitá přesvědčení, která různým způsobem interpretují stáří a různě se i vůči stáří staví.** V neustálém chodu změn probíhajících ve společnosti, vyvstává zásadní otázka, zdali společnost směřuje tím správným směrem. Sociologie s dalšími doplňujícími vědními obory se tyto proměny snaží zkoumat, podat o nich co nejpřesnější výsledky, které by mohly o onom směřování více vypovědět. Na jejich základě poté vypracovat opatření, pokud se proud směřování negativním způsobem odchyluje. Sociologie a její aplikace slouží celkově k pochopení fenoménu stáří, nejenom v určitém prostředí lidí, nýbrž v okruhu všech lidí ve společnosti, mladých i starých.

Ve své publikaci **H. Haškovcová** uvádí několik různých mýtů, které vystihují určité názory a postoje ve společnosti. Jeden z těchto mýtů, kde se pojednávalo o tom, že určitá část populace (v tomto případě staří lidé), je označována jako stará a to na základě dosažení důchodového věku, byl již výše naznačen. Haškovcová takovéto pojetí nazývá **mýtem zjednodušené demografie** – člověk, který vstoupí do starobního důchodu, je

označován jako již starý člověk, případně jako senior. Následně zakládá na tom přesvědčení, že všichni staří lidé jsou důchodci, kterým právě v tuto dobu skončila dobrá část života a že nyní nadchází pouze špatná. Přesně to vystihuje větou: „*Jako by dál už nebylo nic než jen obtížné, strastiplné stáří, doprovázené nemocemi s perspektivou blízké smrti*“ (2010, str. 42) Takovým způsobem však nelze období stáří nazvat. Potvrzuje to už jen skutečnost prodlužujícího se věku a zlepšování kvality života ve stáří. Navíc se tento trend nemá v budoucnu zpomalovat či měnit, nýbrž naopak.

Dalším uvedeným mýtem, který je do jisté míry vžitý, je tzv. **mýtus neužitečného času**. V tomto mýtu figuruje určitý paradox. Na jedné straně si myslí mladá či střední generace, že mají staří lidé po vstupu do důchodu právo na oddech po celém životním úsilí ve prospěch společnosti a nastupující generace. Přesto se však objevuje názor, že staří lidé v zásadě nic nedělají a ničím společnosti už nepřispívají. V tomto mýtu se zakořenila myšlenka, že: „*Kdo pracuje, je užitečný, kdo nepracuje, byť proto, že je v penzi, ten není k ničemu*“ (2010, str. 43) Pokud by společnost obecně přijala takovou myšlenku, popřeli by se její morální a etické hodnoty. Člověk by byl určen pouze na svém figurování v pracovním poměru, a pokud by jej opustil, čistě svým vlastním právem na základě důchodového věku, byl by nazírán odsuzujícím pohledem. V určitém počtu případů k tomu dochází, často nemusí člověk takové myšlení nutně vyslovit, jenže už samotné uvažování je alarmující, je to znevažování starých lidí a jejich zaslouženého odpočinku. (2010, str. 43)

Navazující je tzv. **mýtus ignorance a mýtus schematismu a automatismu**. Už v předešlém mýtu dochází k eskalaci vztahů, kde nic nedělající starý člověk je vynášen do negativní oblasti. V těchto mýtech je důchodce či senior ignorován a odsouván mimo hlavní proud. Jako člověk nemá v myšlenkovém procesu již co nabídnout a je tak všemožně přehlížen. Dřívější (a převážně aplikovanou) zvyklostí bylo předávat získané znalosti a dovednosti mladší generaci a to především starší generací. Jistě už dnes nepředá senior svým vnoučatům poznatky o počítačových technologiích, pokud nebyl u jejich vývoje, ale např. jako truhlář a člověk, který prošel velkou škálou událostí ve svém životě, předá poznatky morálního rázu a praktickou dovednost, jak si sám zhotovit vlastní nábytek či postavit chatu. Zajištění domova pro budoucí rodinu je stejně cenná jako znalost práce s IT technologií, ba dokonce cennější. (2010, str. 43)

Mezi další mýty v publikaci H. Haškovcové patří:

- **Mýtus o úbytku sexu** - představa o úbytku či žádném sexu ve starším věku

- **Mýtus o lékařích** - představa, že všechny problémy u starých lidí vyřeší pokrok a možnosti medicíny (léky, medicínské postupy), tj. že lékař dokáže navrátit zdraví a tím i osobní spokojenost starého člověka. Lékař jako takový dokáže pomoci především po fyzické stránce, samozřejmě i po stránce psychické, ale větší míru zajištění této stránky mohou obnovit pouze lidé člověku blízcí (přátelé, rodina). A především člověk samotný.
- **Mýtus o Alzheimerovi** - zde působí především povědomí, že ve stáří přichází nutně demence a skleróza, jakožto jeden z charakteristických rysů stárnutí. Opomíjí se však běžná zapomnětlivost. V povědomí, opět určité části lidí, panuje jako společný ukazatel u všech stárnoucích a starých lidí.
- **Mýtus o chudobě seniorů** – vznik tohoto mýtu je zřejmě postaven na základě relativně nízkých důchodů, ale také ve vztahu s neustálou snahou k vytvoření důchodového systému takovým způsobem, aby byl výhodný pro každého důchodce a zároveň, aby se tento systém nezhroutil. Panují zde obavy, především v pohledu mladé generace, že systém zkolabuje a žádný důchod nebudou pobírat. U lidí v důchodu panuje obava neustálého snižování jejich důchodu. Tuto obavu zesiluje četnost případů lidí, kteří jsou toho názoru, že s důchodem nelze vyžít. (2010, str. 44-45)

V dalším ohledu přispěli do této problematiky svou publikací **P. Sak a K. Kolesárová**, kteří se snažili poskytnout ucelený pohled na sociologii stáří. Poskytují celkový obraz hodnocení seniorů pohledem české společnosti a to v několika oblastech, např. ekonomické, společenské funkci, ale také v oblasti negativních pohledů vůči stáří. Na tuto problematiku byl v letech 2007 - 2011 proveden výzkum (s názvem: **Senioři ve stárnoucí české společnosti**), kde odpovídalo téměř jeden a půl tisíce lidí rozdělených do dvou věkových kategorií: **15 - 60 let, 61 let a výše**. Na základě různých vypovědí (celkově 20) odpovídali respondenti na škále šesti odpovědí (rozhodně ne až rozhodně ano). Výsledky získané tímto výzkumem ukázaly, že postoje a náhledy obou generací vzájemně ve vztahu ke stáří, jsou do větší míry laděny v pozitivním směru, co do kulturní a sociální stránky.

Mezi některé zkoumané výpovědi patří (z pohledu věkové kategorie 15 – 60 let):

- I. **Stáří je pouhým čekáním na smrt** - v odpovědi na tuto otázku byla téměř polovina rozhodnutá, že stáří rozhodně není pouhým čekáním na smrt, čtvrtina dotazovaných si myslí, že stáří spíše není pouhé čekání na smrt, jedna šestina

respondentů odpověděla nerozhodným způsobem, tj. ani ano, ani ne. Zbývající jedna osmina je spíše pro ano či rozhodně ano.

- II. **Stáří je významné pro každého člověka, je završením a naplněním smyslu jeho života** - v odpovědi na tuto otázku, tazající se po významnosti etapy stáří, odpověděly dvě třetiny respondentů rozhodným či nadpolovičním způsobem pro ano, tj. v jejich názoru je stáří významnou etapou pro každého člověka. Jedna pětina respondentů si nebyla ve své odpovědi jistá, tj. ani ano, ani ne. Z celkového souhrnu pouze 7 procent lidí bylo pro rozhodně či spíše ne.
- III. **Senioři ve společnosti mají nezastupitelnou roli** - v odpovědi na tuto otázku byla jedna čtvrtina respondentů nerozhodnuta, tj. ani ano, ani ne. Jedna třetina lidí si byla naopak téměř jistá nezastupitelnou rolí seniorů ve společnosti. Naprosto rozhodnutá pro její nezastupitelnost byla čtvrtina odpovídajících. Jedna osmina byla rozhodně či spíše pro její zastupitelnost.
- IV. **Ekonomicky aktivní lidé musí živit seniory** - v odpovědi na tuto otázku byla jedna čtvrtina lidí více či méně rozhodnutá pro skutečnost, že ekonomicky aktivní lidé nepřebírají zodpovědnost za seniory, tj. neživí seniory. Jedna pětina lidí si nebyla jistá svou odpovědí, tj. ani ano, ani ne. Jedna třetina lidí je naopak přesvědčena o tom, že ekonomicky aktivní jedinci přebírají zodpovědnost za obživu seniorů ve společnosti. Téměř jedna pětina lidí si je tím naprosto jistá.
- V. **Senioři již ničemu nerozumí** - v odpovědi na tuto otázku byly téměř dvě třetiny respondentů přesvědčeny o tom, že senioři rozhodným či většinovým způsobem rozumí věcem kolem sebe. Jedna pětina odpovídajících byla nejistá ve své odpovědi, tj. ani ano, ani ne. Jedna sedmina je toho názoru, že staří lidé (senioři) již víceméně ničemu nerozumí. (2012, str. 155-161)

Na stejné otázky odpovídala i věková kategorie od věku 61 let a výše. Ukázalo se, že se odpovědi obou kategorií v těchto otázkách, významně neliší. Pouze v řádu několika procent. **Největší rozdíl v rámci těchto vybraných otázek se týká otázky poslední, tj. že senioři již ničemu nerozumí.** Starší generace nad 60 let je více přesvědčena o tom, že věcem kolem sebe rozumí. Ukazuje se tak, že vztah ke **stáří z pohledu mladé či staré generace je velmi podobný a laděn v pozitivním směru.** Stále se zde však nachází část lidí, která je negativně zaměřena. Jako příklad lze uvést ekonomickou oblast, tj. ve zvoleném výběru otázek výše – „*ekonomicky aktivní lidé musí živit seniory*“. Problém vidí dvojice autorů v šíření masmédií a jejich konkrétního neuchopení podstaty věci. Jedná se tedy o skutečnost, že nová generace se rodí do podmínek, které vytvořily generace jejich

rodičů a prarodičů. Např. zdravotní a vzdělávací systém byl vybudován na základě úsilí současné generace seniorů a jejich předchůdců. Právě vzdělávací a zdravotní systém dosahoval velmi kvalitních výsledků a odpovídal potřebám tehdejší společnosti. (2012, str. 157)

Lze tak usoudit, že generace seniorů investovala dostatek svých prostředků, aby jim to bylo současnou mladou generací přinejmenším opláceno. Zde se také výrazně projevuje jedna z příčin nedorozumění panující v masmédiích.

2.2. Ageismus – definice, příčina vzniku, projevy

Jedním z projevů mezigeneračního nedorozumění a komunikace je tzv. ageismus. V zásadě lze pod tento pojem shrnout i mýty výše uvedené. Cokoli, co je určitým způsobem věkově diskriminační, lze nazvat ageismem. **Nejvíce se však, v zásadě jednostranně, projevuje ve vztahu ke stáří a ke starším osobám ve společnosti.** Stáří jako životní etapa vyvolává velké množství podnětů pro její myšlenkovou generalizaci na základě neobjektivních předpokladů a mínění. Ageismus se tak stal fenoménem, který v současné společnosti působí a jeho skutečnost je zřejmým faktem. Jeho projevy jsou však různé a obšírné.

Pravděpodobnými původci tohoto výrazu jsou američtí sociologové Bernice Neugartenová, N. Robert Butler¹⁷, kteří užili tento výraz jako paralelu pro rasismus, který se jako takový negativně vyjadřuje vůči jiné rase a staví na nerovnosti mezi lidmi. Stejně tak působí i ageismus, lišící se pouze v oblasti působení, tj. je nasměrován negativně vůči starým lidem. Uvádí tak ve své publikaci **Věra Jirásková**, která se společně s kolektivem dalších autorů, studenty a seniory obšírně zabývala mezigeneračním porozuměním či komunikací. Výraz jako takový zjevně vychází z anglického jazyka a poprvé měl být užit v roce 1968, právě výše zmíněnými americkými sociology. Vymezení toho výrazu však bylo na svém počátku. První vymezení bylo totiž stavěno pouze na základě jediného kritéria, nýbrž na chronologickém věku. A již výše bylo uvedeno, že vytváření určitých hranic stáří je přinejmenším problematické. Základní podstatou je však negativní působení mladé generace vůči staré generaci, stereotypizace završující fáze života, aplikovaná diskriminace osob podle určitého kritéria. (2005, str. 21) Ve své publikaci označuje

¹⁷ **Robert Neil Butler** (1927 – 2010) – byl americký sociolog, psycholog, psychiatr a lékař. Byl prvním ředitelem amerického Národního institutu pro stárnutí. Je známý pro svůj výzkum v oblasti sociálních potřeb a práv starých lidí. Byl oceněn Pulitzerovou cenou. [online]

Haškovcová termínem ageismus: „*Pestré projevy averze vůči starým lidem či všemu, co stáří připomíná.*“ Jako český ekvivalent, který je poměrně užívaný, lze užít již výše zmíněnou věkovou diskriminaci. (2012, str. 48)

Ageismus, jeho trvání a projevy vzniká na základě určitých předsudků a mínění. Shrnutí nejčastějších předsudků provedl americký gerontolog Erdman B. Palmore (1998)¹⁸, uvádí zde konkrétně 10 hlavních předsudků a mínění. (Jirásková, 2005, str. 22-23)

- **Nemoc** – zde panuje mínění, že lidé po dosažení věku 65 let jsou více nemocní, unavenější než lidé mladšího věku a že nemohou vykonávat činnosti, které dříve vykonávali. Taktéž je zvýšená potřeba pomoci ze strany druhých lidí (rodiny či sociální péče).
- **Sexuální neaktivita** – zde panuje mínění, že starší lidé nejsou sexuálně aktivní tak jako v předchozích dekádách svého života, že je snižena žádostivost či případná nedůležitost sexuality ve stáří.
- **Nevzhlednost** – s mládím je spojována krása a na základě toho vzniká předsudek, že s koncem mládí krása končí. Takové smýšlení následně souvisí se zvyšujícím se výskytem výrazů negativního typu v podobě nadávek, které znehodnocují vzhled člověka.
- **Mentální způsobilost** – názor, že s přibývajícím věkem dochází k nevyhnutelnému poklesu mentálních, tj. duševních schopností (např. ve studiu nových věcí – učení).
- **Mentální nemoc** – tento předsudek přisuzuje stáří nevyhnutelný vznik duševní poruchy či postižení.
- **Zbytečnost** – zde převládá názor, že se člověk ve stáří nemůže kvůli zdraví (fyzickému či duševnímu, případně jejich kombinaci) plně věnovat pracovním aktivitám, anebo je jejich aktivita považována za neúčinnou a nedostatečnou.
- **Osamocenost** – mínění, u kterého se předpokládá, že většina seniorů nad 65 let žije osamoceně a je i společensky separována.
- **Nouze** – zde fungují dva různé póly, které mají však zároveň negativní význam. Předpokládá, že většina starých je buď chudá či naopak bohatá.

¹⁸ **Erdman Ballath Palmore** (*1930) – americký gerontolog a emeritní profesor lékařské sociologie. Napsal několik knih věnující se tématu ageismu a gerontologie. Za své knihy získal ve své zemi několik ocenění a poznatky z jeho knih jsou dodnes užívané při výzkumech projevů ageismu. V této oblasti je jedním z nejvíce citovaných autorů. [online]

- **Skličnost** – v tomto pojetí se předpokládá, že staří lidé jsou deprimovaní, a to pro výše uvedené termíny (např. osamělost, chudobu aj.).
- **Politická moc** – názor, že starší lidé představují sebestředný politický bod, který má např. odvracet od potřebných reforem.

K definování ageismu přispívá i trojice autorů – **R. Čevela, Z. Kalvach, L. Čeledová**. Podobně jako Jirásková odkazují původ výrazu ageismus americkému sociologu R. Butlerovi v roce 1968. Ukazují, že při ageismu může docházet ke dvěma jeho podobám. V první řadě **vyloučení na základě věku**. Čevela a kolektiv uvádí, že se tak může dít např. ve zdravotnictví, kde nikoli na základě odborných hledisek, nýbrž na kapacitní bázi, mohou být lidé ve starším věku vyřazováni z programů pro komplikované zákroky. Další podobou může být **vyloučení vzhledem k funkčnímu stavu jedince**. U lidí ve starším věku může panovat tendence o neúčinnosti nebo kompetence dané služby, v tuto chvíli se hovoří o tzv. **frailtizmu**, odvozené od anglického slova „frailty“, které označuje slabost či křehkost. V tomto významu se o lidech ve starším věku smýšlí jako o lidech křehkých. Nemusí se však projevat pouze ve zdravotnictví, ale i v jiných oblastech, např. profesní. Taktéž zmiňují masmédia, které mají mnohdy tendenci představovat stáří pouze v negativním světle. Dále pak připisování vlastností, která se objektivně neshodují se skutečností, ba naopak mohou být nepravdou či polopravdou. **Radikální projevy mohou následně v lidech vyvolávat fobii vůči starým lidem či přímo poškodit mezigenerační vztahy**. Česká společnost toho není výjimkou. Negativní projevy jsou její součástí, ačkoli se nejedná (jak uvádí Sak a Kolesárová výše) o převažující směr ve společnosti, stále se však ve společnosti v menším měřítku vyskytuje. (2012, str. 107-108)

V posledním příspěvku k ageismu se vyjadřuje **Andrea Pokorná**, která taktéž chápe problematiku působení ageismu ve společnosti. Předpokládá jeho působení jako společensky nebezpečné. Obdobně odkazuje vznik tohoto výrazu americkému sociologu R. Butlerovi, analýzu projevů a předsudků ageismu odkazuje americkému gerontologu E. Palmorovi. Ve své publikaci se opírá o definici socioložky L. Vidovičové (2005): *„Ageismus je ideologie založená na sdíleném přesvědčení o kvalitativní nerovnosti jednotlivých fází lidského životního cyklu manifestovaná skrze proces systematické, symbolické i reálné stereotypizace a diskriminace osob a skupin a na základě chronologického věku a/nebo na jejich příslušnosti k určité generaci.“* Za přínos této definice považuje vyjádření různých forem rozlišování a znevýhodňování, také orientace nejen na generaci starých lidí, ale i na generaci mladých, resp. dospělých. Pokorná zde

ukazuje již několikrát aspekt, že **stáří neoznačuje pouze chronologický věk, ba dokonce ani není primární v určování kvality života starého člověka**. Předpokládá, že v období stáří může a často bývá zvýšená nemocnost či náchylnost k nemoci, že již nutně nedochází k přírůstku fyzických sil, ba naopak k úbytku. Nelze to však generalizovat jako okamžitou nutnost po dosažení určitého stupně stáří. Konceptem aktivního stárnutí lze tyto projevy ve stáří do velké míry eliminovat. (2010, str. 69-71)

Dále uvádí, že **postoje ke stáří v české společnosti nejsou jednotné**, ale nabývají na dvou podobách. V první podobě je mladá generace vychovávána k respektu a úctě ve vztahu ke starším lidem. V té druhé je tomu naopak, staří lidé jsou pro lidi zatížením, v oblasti rodinné či ekonomické. Pokorná ve své publikaci představuje prostřednictvím psychiatričky T. Tošnerové (2002) nejčastější představy české společnosti o starých lidech a celkově o etapě stáří. Jejich znění bylo již výše naznačeno, jsou jimi:

- Staří lidí jsou bez výjimky všichni stejní a neliší se u mužů ani žen
- Staří lidé nemají již čím přispět do společnosti a představují pro společnost ekonomickou zátěž
- Staří lidé jsou křehcí a nutně potřebují lékařskou a sociální péči (2010, str. 71)

3. HODNOTOVÝ SYSTÉM CHRONICKY NEMOCNÝCH SENIORŮ

Tato kapitola se zabývá hodnotovým systémem seniorů, nejenom ve vztahu k chronické nemoci, nýbrž i obecně. Chronickou nemocí byl v této práci zvolen *diabetes mellitus*, který je v současné době jednou z nejčastějších chronických nemocí, nejenom v České republice, ale i v jiných civilizacích světa, především v těch západních. Před vysvětlením problematiky nemoci – *příčiny vzniku, akutní projevy, cíle léčby, psychické projevy diabetu*, se bude nejdříve pojednávat o *základních hodnotách a jejich funkci*. Navazovat bude pojednání o *kvalitě života ve stáří či potřebách seniorů*. Dále se poukáže na *modely podpory a sociálního zabezpečení*, kde bude představena i role sociálního pracovníka.

3.1. Základní přehled hodnot a jejich funkce

Stejně tak jako v definování stáří, tak i v tomto případě dochází k určité variabilitě názorů, jak vnímat hodnoty. Existují určité obecné definice, které se snaží hodnoty co nejlépe vystihnout. Problémem je však časté spojování hodnot s potřebami a jejich neodlišování. Otázkou však zůstává, jestli není jejich podobnost taková, že se vzájemně slučují. Podobné otázky si klade mnoho autorů a někteří z nich byli vybráni, aby je blíže specifikovali. Mezi zvolené autory se řadí - J. Křivohlavý, J. Ondrušová, Jana Dvořáková, Libor Prudký a kolektiv.

J. Křivohlavý se jako celoživotní psycholog do velké míry zamýšlel nad mnohými otázkami a součástmi života. Ve svém snažení o definici hodnot je právě tím, kdo hodnoty od potřeb odlišuje. Jistá je ovšem ta skutečnost, že pokud se jedná o člověka, rozvine se obvykle množství hodnot a při takovém množství hodnot je třeba již odlišovat, co je hodnotou a co potřebou. Podle něj je **zásadní rozdíl mezi hodnotou a potřebou v tom ohledu, že potřeby jsou nevědomé**, genetikou člověka vyžadované a automatizované. Jejich potřebu chápeme jako nutnou (např. požití potravy, abychom netrpěli hladem). Jsme něčím, co žije a co potřebuje k životu určité věci. Jinak je to **u hodnot, které jsou uvědomělé, naučené do velké míry kulturním prostředím** a promyšlené v dalším průběhu života. Vedle jejich uvědomělosti ukazuje Křivohlavý další rozdíl ve vztahu k potřebám. Podle jeho pojetí, se potřeby vyskytují ve velkém množství, nikoli však uspořádaně, zatímco hodnoty ano. Nestojí určitým způsobem vedle sebe bez rozlišování, naopak jsou kvalitativně rozdělené. Mluvíme tak o jejich hierarchii. A jaký je pomyslný vrchol těchto hodnot? **Obvyklým vrcholem je hodnota morální. Pro člověka je důležité, aby věděl, co je dobré a co naopak špatné.** Na základě toho člověk dokáže fungovat ve

společnosti. Morální hodnoty následně určují povahu dalších hodnot i pojetí člověka samotného. (2004, str. 93-94)

Vrcholem se tak pro člověka jeví morální hodnoty. Nejsou však jasnou daností. Vzhledem ke skutečnosti, že jí nejsou, mohou se u každého člověka i značně lišit. Nemusí být třeba racionální, mohou člověku škodit, ačkoli je si toho vědom. Nebo naopak odmítne něco, co lze považovat pro život důležité. **Hodnoty jsou nestálostí a změnou**, tak je lze dále charakterizovat. **Jsou však také něčím, co člověka vede k činnosti**. V průběhu života poznává člověk velké množství podnětů, lidí a vztahů. A právě působení těchto podnětů vede člověka k jejich bližšímu poznání či přímo realizaci. (2004, str. 95-96) Bližší poznání a realizace takových podnětů se pro člověka stává následně cílem. Tím, že jich chceme dosáhnout, dosahujeme hodnoty. Problémem se však může stát velké množství cílů, kterých nelze např. simultánně dosáhnout v dané chvíli a člověk se tedy rozhodnout. **I cíle mají totiž své uspořádání - podle důležitosti a dané situace**. (2004, str. 98)

V pojetí cílů a tedy okruhů hodnot čerpá Křivohlavý z děl Viktora E. Frankla¹⁹, který stanovil tři okruhy hodnot:

- Zážitkové hodnoty
- Tvořivé hodnoty
- Postojové hodnoty

Jako příklad **zážitkové hodnoty** uvádí např. prožitek lásky (rodiče k dítěti, zamilovaná dívka a chlapec), kde jejím vrcholem je upřímná odevzdanost a oddanost obou milujících se, tj. realizování vztahu buberovského „Já a Ty“. Projev zážitkové hodnoty však nemusí být nutně ve vztahu člověka k člověku, nýbrž se může realizovat k určitým abstraktním projevům, např. v hudbě, anebo v údivu nad přírodní krásou. Takovéto estetické projevy člověka hluboce naplňují a dodávají mu silný pocit života. (1994, str. 36) Podle **J. Ondrušové** není člověk v projevech zážitkových hodnot příliš limitován, např. krása přírody oslovuje člověka neustále. Uvádí, že Frankl považuje „*lásku za to v životě nejvyšší a poslední, co má opravdovou hodnotu*“. I proto je tak třeba realizace lásky v životě každého člověka. Její absence přechází v záměnu, která naplňuje pouze povrchně a nikoli trvale. (2011, str. 64-65)

¹⁹ **Viktor Emil Frankl** (1905 – 1997) – byl rakouský neurolog a psychiatr s českými kořeny, zakladatel logoterapie a existenciální analýzy. Publikoval velké množství knih. Vedl také množství přednášek na různých univerzitách ve světě. Založil ve své rodné zemi lékařskou společnost pro psychoterapii. [online]

V okruhu dalších hodnot se nachází **hodnoty tvůrčí**. Do popředí se tu dostává činnost a tvořivost člověka, jež je pro něj naplněním a realizací. Je to osobní činnost, která se projevuje sebevydáním. Podobně jako u zážitkových hodnot, i zde je důležitý upřímný vztah. **Nebere-li se vlastní aktivita opravdově, ztrácí svůj smysl a tím i na své kvalitě.** Příkladem tvořivých hodnot může být v zásadě cokoli, obvykle stačí i maličkost, která člověka nadchne. Křivohlavý uvádí např. úpravu vlastního bydlení, kultivace zahrady aj. (1994, str. 36-37) Také v oblasti tvůrčích hodnot se vyjadřuje Ondrušová, s návazností na Frankla. Skrze něj poukazuje na profesní život lidí, kde se mnozí mohou trápit z důvodu bezsmyslnosti. Frankl poukazuje nikoli na povolání a práci samotnou, ale na člověka a na jeho zaměření k práci. Konkrétně nevidí vinu v práci jako takové, nýbrž ve způsobu, jak se člověk k práci staví. Každé povolání tak může mít smysl, pokud jej tak člověk vidí. Frankl dále poukazuje, že *„člověk může být schopen práce, a přesto nemusí vést smysluplný život a jiný může být práce neschopný, a přesto může dát svému životu smysl“*. Působení člověka se tak nemá orientovat pouze na profesní práci, ale na práci na životě jako takovém, s celým souhrnem různorodých činností, kde může člověk spatřit svůj vlastní smysl. (2011, str. 64)

V **postojových hodnotách** člověk ukazuje, kým vlastně je. Právě zde se do popředí dostávají takové chvíle života, ve kterých se člověk možná dosud nenacházel a musí zde učinit postoj. **Učinění takového postoje je následně ukázáním sebe samého, své vnitřní podstaty.** Jedná se totiž o chvíle zoufalství, bezmocnosti, utrpení a krize. Podobnými situacemi projde a neustále prochází velké množství lidí. Zcela jistě nás zastihne při chvílích nemoci či odchodu ze života. Hodnotné jsou právě takové postoje, které se s těmito situacemi dokážou vypořádat. Jsou to lidé, kteří dokážou přijmout danou situaci, její konečnou neměnnost a nepropadnout zoufalství. Křivohlavý uvádí ve své publikaci různé příběhy, které ukazují na statečnost a vyrovnanost lidí. Stejně tak vidáme podobné situace v každodenním životě. (1994, str. 37-38) I Ondrušová v tomto ohledu ukazuje, že člověk je silný do té míry, jak silná je jeho vůle a přesvědčení. Nejlépe to vystihuje pojetí A. Opatrného (2002):

„Svědectví života lidí, kteří prošli velmi těžkými životními úseky, o mnohé přitom přišli, a přece neprožívají život jako prohru, ztrátu, pád do nesmyslnosti, nám ukazuje, že překonávání duševních i tělesných bolestí může znamenat naplněný život a růst, pokud v něm člověk nalézá smysl.“ Mnozí lidé, kteří přežili koncentrační tábory 2. světové války, vzešli z těchto útrap a ztratili silnější, než kdykoli předtím. Takovým člověkem byl i samotný

Frankl, jenž přišel o všechny své blízké. Svůj zbývající profesní život zasvětil psychoterapii a logoterapii. Konání obtížných postojů ve vztahu k situacím je právě tématem logoterapie. (2011, str. 65)

K hodnotám přispívá i **Jana Dvořáková**, která ve své publikaci ukazuje další možné rozdělení hodnot, kde vedle předchozího formulování Frankla figurují i další významní autoři. Opírá se zde např. o Milтона Rokeache²⁰ a Shaloma Schwartze, který na Rokeache navazuje. Podobně jako ve výše uvedené části s definováním hodnoty jako takové, i zde Rokeach ukazuje, že je třeba odlišit termín hodnoty od pojmů přidružujících. Různě se v průběhu rozvoje a působení psychologie pojmy zaměňovaly a nebyla přesně stanovená shoda. Rokeach (1968) tak nabízí svůj náhled na vymezení hodnoty, kterou definuje jako „*způsob chování a konečného stavu existence*“, projevuje se „*jednotným přesvědčením, které intuitivně řídí jednání, usuzování napříč různými předměty, situacemi a překračuje bezprostřední cíle až k nejzazším konečným stavům existence*“. Postoj je na druhou stranu určitou sumou přesvědčení, která jsou zaměřená na předmět či událost, neprojevují se však jednotně, trvale či nutně. **Hodnota se stává normou v povaze jednání člověka, která předpokládá, že určité chování je společensky přijatelnější či morálnější než jiné**, kterou v danou chvíli reflektuje. Stává se měřítkem pro vlastní chování, ale i argumentem pro chování a působení druhých lidí. (2008, str. 42)

Obecně rozlišoval Rokeach **dva typy hodnot**:

- **Instrumentální hodnota** (nápomocná) – chápe ji jako způsob, jehož využitím lze docílit určité věci, která je námi chápána jako důležitá. Pro příklad nápomocné hodnoty lze uvést vlastnosti, které jsou třeba k dosažení cíle, tj. terminální hodnoty, jsou jimi např.: poctivé jednání, zodpovědné či ctižádostivé zaměření, intelektuální schopnosti aj.
- **Terminální hodnota** (cílová) – rozumí ji jako stanovenému cíli, který je pro nás ideálem a hledaným stavem. Jako příklad cílové hodnoty lze uvést: spokojený život, uznání od druhých a ve společnosti, úspěch ve svém snažení a jiné. (2008, str. 42-43)

²⁰ **Milton Rokeach** (1918 – 1988) – byl polsko-americký sociální psycholog, vyučoval na několika univerzitách v USA. Patřil do skupiny nejvíce citovaných autorů z oblasti psychologie v minulém století. Publikoval množství psychologických studií a děl. Na základě těchto studií obdržel i několik ocenění.
[online]

Za autora, který navazuje na Rokeache považuje Dvořáková sociálního psychologa Shaloma H. Schwartz. Ten ve svém vlastním pojetí **chápe lidské hodnoty jako chtěné cíle, které jsou kvalitativně odlišené podle své důležitosti** a které následně působí jako měřítko při rozhodování člověka v průběhu jeho života. Předpokládá zde tři všeobecné nároky, které mají představovat lidské bytí:

- Nárok biologické potřeby
- Nárok společensky vzájemného působení
- Nárok společenské kooperace

Dále dělí ve svých teoriích hodnotový systém na deset konkrétních typů ve dvourozměrném pojetí. První rozměr je zaměřený na „*vlastní nezávislé myšlení a jednání či preferenci změny*“. Druhý rozměr je zaměřen na „*vlastní úspěch a dominanci nad druhými*“. Mezi deset konkrétních hodnotových typů řadí např.:

- Společenskou prestiž a postavení, a z toho vycházející mocenské postavení
- Slastné uspokojení sebe sama
- Nekonformní a nezávislé jednání či myšlení

Na základě těchto a dalších sedmi hodnot uvozuje, že **ovlivňují lidské konání, nikoli však nutně**. Fungují však jako vedoucí linie v životě lidí a ovlivňují například „vrcholovou“ morální hodnotu (Podle Křivohlavého viz výše) a z ní vyplývající konání. (2008, str. 43-44)

V posledním příspěvku k hodnotám se vyjádří **L. Prudký a kol.**, kteří provedli celková empirická zkoumání hodnot v české společnosti. V jejich rozsahu se však výběr omezí pouze na základní funkce hodnot. Ve svém zkoumání se zaměřili obecně na funkci hodnot. Neomezili se na pozitivní či negativní působení hodnot. Omezením pouze na pozitivní funkce by mohlo docházet ke ztrátě určitých souvislostí. Prudký a kolektiv tvrdí, že **hodnoty jsou situovány ve víceru dimenzí**. Společně uvádí např. tyto:

- Funkce hodnot jako stavební kámen kultury
- Funkce hodnot jako zdroj udržování sociální a kulturní soudržnosti
- Funkce hodnot jako základ politické ideologie a filozofie
- Funkce hodnot jako zdroj motivace v chování
- Funkce hodnot jako podstatný znak morálky
- Funkce hodnot jako podstatná složka sociálních jevů a vztahů ve společnosti

- Funkce hodnot jako vystižení podstaty hierarchie ve společnosti
- Funkce hodnot jako poznávací rys určitých sociálních skupin nebo institucí
- Funkce hodnot jako charakteristický znak osobnosti člověka

Tento výčet funkcí hodnot byl při jejich zkoumání stanoven jako zásadní, obecně však připouští i větší množství funkcí. (2009, str. 44-45)

3.2. Kvalita života ve stáří a potřeby seniorů

Každý člověk má množství potřeb, které cítí jako důležité pro fungování ve svém světě. Každý živý tvor má své potřeby a člověk jich má samozřejmě ještě více. Potřeby se různě liší podle životní periody. Určité potřeby zůstávají po celý život, některé se vyvíjí, jiné vyprchají. Důležité je však myslet i na období stáří a nevyklouzat jej z hlediska potřeb, ani tak z důvodu jejich možného zvýšení, ale především z hlediska morálky. Na základě lidského chování vymazávat bariéry, které by se snažily potřeby starších lidí zpochybnit, jak již bylo uvedeno v mýtech o stáří. Náhledy na kvalitu života a potřeby u seniorů představí několik vybraných autorů – J. Ondrušová, Jan Payne a kol., Miroslav Štilec, Marie Šamánková a kol., Jana Mlýnková, Clemént Pichaud a Isabelle Thareauová.

Ve své publikaci se opírá **J. Ondrušová** hned o několik autorů v oblasti kvality života u seniorů. Uvádí velmi důležitou informaci o zkoumání kvality života. Tedy, že se jedná o oblast působení hned několika vědních oborů, které určují nejen samotný pojem, ale celkově vypracovávají systém, který má zlepšovat kvalitu života a určovat směr, který by byl vyhovující. V tomto souboru vědních oborů se nachází **politologie, ekonomie, sociologie, psychologie, medicínské obory** a samozřejmě i další obory, které se třeba jen z povrchu dotýkají dané oblasti. Při definování kvality života autorka předpokládá nepřímé vymezení pojmu, z důvodu různých náhledů, podobně jako při úvodní snaze s definicí stáří. Do popředí vystupují v základním měřítku dva okruhy vnímání kvality života. Je jím okruh objektivní a okruh subjektivní. Odkazuje zde na H. Hnilicovou (2005), která rozumí pod *subjektivní kvalitou života* - **duševní vyrovnanost a celkovou spokojenost s dosavadním průběhem života**. Pod *objektivní kvalitou života* - **chápe uskutečnění nároků v sociální a materiální oblasti**, kde se také předpokládá dobrý fyzický a zdravotní stav. Důležité je zmínění R. Veenhovena (2000), který vytvořil **model čtyř kvalit života**:

- Nabízené šance v životě
- Výsledky dosažené v dosavadním životě
- Vnější kvality (např. vhodné životní prostředí, kvalitní životní úroveň aj.)

- Vnitřní kvality (např. zdravotní stav, pocit pohody a spokojenosti se životem aj.)

Podobných modelů se najde hned několik a různě se liší. Je nutné zmínit i **pojetí WHO** (1994), která vnímá kvalitu života pohledem člověka v dané kultuře, tj. jak člověk vnímá své postavení v souvislosti s kulturním prostředím, ve kterém se nachází, a jak se člověk staví ke svým životním cílům a požadavkům. (2011, str. 45-48)

J. Payne a kolektiv dalších autorů museli při svém empirickém zkoumání taktéž definovat pojem kvality života. Ve své práci jej chápou jako:

- Souhrnnou spokojenost se svým životem
- Převažování pozitivních emocí a naopak co největší absenci těch negativních
- Vnitřní přesvědčení o dobrém fyzickém a zdravotním stavu, nejlépe bez bolestného strádání (2005, str. 302)

Dále předpokládají, že „*zdraví, prostředí a kvalita života jsou kategorie vzájemně spjaté, ba dokonce neoddělitelné*“. (2005, str. 234) Při definování pojmu nejprve uvažují, jak kvalitu života vůbec definovat. Jsou pevně toho názoru, že se jedná o **oblast vícedimenzionální**. Dané dimenze je třeba stanovit a z nich teprve následně odvozovat, např.:

- Tělesná a fyzická dimenze (zdraví, fyzický soulad)
- Duševní a zážitková dimenze (prožívaná slast a dosažení štěstí)
- Duchovní dimenze (zažívání autenticity a plnosti v životě, uskutečňování hodnotových možností, vztažnost k někomu či k něčemu, sebetranscendence) (2005, str. 254-256)

Dále čerpají i z poznatků z univerzity v Torontu. Tamější Centrum pro podporu zdraví definuje kvalitu života jako „*stupeň, ve kterém jedinec využívá důležité možnosti svého života*“. Vytváří i jakýsi model, do kterého zasazuje významné životní oblasti:

- **Bytí** - soubor fyzického, psychologického a spirituálního bytí
- **Přilnutí** - soubor fyzického, sociálního přilnutí
- **Realizace** - soubor praktického uskutečňování, odpočinkové aktivity či růstové aktivity (2005, str. 208)

Ke kvalitě života se vyjadřuje také **M. Štílec**, který uvádí, že kvalitu života nelze posuzovat dožitými léty, tj. že se neodvíjí podle počtu prožitých let, už jen z důvodů prodlužujícího se věku. (2004, str. 13) Je si však jistý, že významné a důležité je chápání konceptu kvality života. Odkazuje zde na subjektivní pohled člověka, tj. jak vnímá vlastní život a hodnotovou orientaci. Uvádí **dvě základní strategie k dosažení zlepšení kvality života**:

- **První** je založena na tendenci měnit vnější okolnosti svého života podle stanovených životních cílů.
- **Druhá** je orientována ke změně v myšlení, aby člověk lépe dosahoval cílů nebo nebyl v rozporu s vnějšími okolnostmi života.

S odkazem na V. Hoška (1998), který uvádí právě tyto strategie, které nelze od sebe oddělovat. Dle jeho pojetí je **jejich kombinace zásadní pro kvalitu života**. (2004, str. 23)

Lidské potřeby úzce souvisí s kvalitou života, která zde byla již určitým způsobem vymezena. Otázkou zůstává, jak lze vymežit lidskou potřebu. **M. Šamánková** a s ní spolupracující kolektiv autorů rozumí této potřebě jako **stavu, který lze charakterizovat nestatickou dynamizující silou, která vzniká z vnitřního pocitu nedostatečnosti či přemíry, a to buď v oblasti fyziologické, psychosociální či spirituální**. Může se projevat ve všech oblastech zároveň, nebo pouze v jedné. Nenaplnění těchto potřeb může vést ke snížení spokojenosti člověka se svým životem a s kvalitou života jako takovou. Lidské potřeby tedy chápou jako nezbytné. Doplnují však, že jejich naplnění či nutnost vyžadování se různě liší, např. podle pohlaví, věku, kulturního a sociálního prostředí, nebo podle zdravotního stavu. Jistá odlišení ve vyžadování potřeb existují. Šamánková a kolektiv také uvádí, že se **staří lidé potřebami výrazně neodlišují od lidí mladších**, jejich nutnost je pro ně obdobná. Změny jsou především v žebříčku preferování jednotlivých potřeb. (2011, str. 12-13)

K potřebám seniorů a jejich hierarchii přispívá i **J. Mlýnková** ve své publikaci, jež se zaměřuje na péči o seniory. V úvodu této podkapitoly bylo naznačeno, že se potřeby mění podle životního období. Stejně tak tomu rozumí Mlýnková, která odkazuje na změnu ve vnímání potřeb a hodnot. Ukazuje jakýsi přechod z jiných pater tzv. Maslowovy pyramidy potřeb. Oním přechodem a změnou myslí proměnu ve vrcholu pyramidy, kterou je potřeba seberealizace. Její důležitost se více dostává do pozadí a **do popředí naopak vplouvají fyziologické, společenské potřeby a potřeba bezpečnosti**. (2011, str. 48)



Obr. 1 – Maslowova pyramida potřeb [online]

Ve **fyziologických potřebách**, tj. tělesných, se objevuje hned několik změn oproti předchozím obdobím. Podle Mlýnkové dochází ke změně dosavadních chutí, fyziologicky dochází ke snižování počtu chuťových pohárků. Mnohdy už dříve, než v 75 letech, dochází k problémům s vyprazdňováním, udržení moči či stolice. Mění se také spánkové schéma. Obvykle je člověk aktivní během dne a usíná teprve v noci, tedy za běžných podmínek. Ve stáří obvykle dochází ke zvýšené potřebě spánku i během dne. **Tak jako pro člověka jiného věku, je důležitý stav bez pociťování bolesti.** Mladá a střední generace si ještě nemusí stěžovat na bolesti, pokud tedy nejsou způsobené úrazem či nemocí. Ve stáří však mohou přicházet i bez těchto činitelů. Starší člověk tak vyžaduje i doposud bezbolestný stav. Jako takový jej může zajistit např. zdravý životní styl. **Některé dosavadní tělesné potřeby ustupují, přičemž je lze považovat za velmi důležité.** Patří mezi ně např. nedostatečný příjem tekutin, způsobený pocitem nežíznivosti. Do pozadí může také ustoupit sexuální aktivita, pečování o vlastní zevnějšek nebo různé tělesné návyky, které si člověk během života osvojil. (2011, str. 48)

O oblasti **psychosociálních potřeb**, tj. společenských, referuje dvojice autorů **C. Pichaud a I. Thareauová**, kde taktéž vycházejí z poznatků Maslowa a jeho pyramidy potřeb. Jsou si vědomi toho, že žádný člověk nemůže být sám. Společenství s druhými, kde vzájemná interakce je právě tím, co definuje člověka jako takového. Ve stáří se nemění ani potřeba lásky od druhých, od svých nejbližších. Mělo by se jim od nich dostat pomoci ve

chvích, kdy to bude nejvíce potřebné. Poměrně důležité je i sounáležení ke skupině. Pocit nevztáženosti k určité skupině lidí může být zvlášť ovlivňující a to v negativním směru. Dvojice autorů uvádí i tzv. potřebu informovanosti, tj. starší člověk by měl mít přehled ve věcech, které se dějí v jeho blízkém okolí, ale i v širším okruhu. V opačném případě může docházet k izolaci. Stává se však, že se sami staří lidé izolují. (1998, str. 39)

Dále se jedná o **potřebu bezpečí**. Stejně tak jako interakce s ostatními, i pocit bezpečí je člověkem vyžadován. Nejedná se tedy o změnu v potřebách. Člověk už od narození vyhledává své bezpečí, přičemž nejdříve jej nalézá u své matky. V průběhu života pak v jiných formách. Pichaud a Thareauová uvádí např. potřebu ekonomického zajištění, tj. mít dostatek peněz na své živobytí (jídlo, bydlení a další potřeby). Nedostatečné ekonomické zajištění může vyvolávat nepříjemné pocity, které se mohou zformovat v něco více negativního, jako je strach a úzkost. Člověk musí při svém nezajištění šetřit, kde je to jen možné a tím se i případně zanedbávat. Starší lidé jsou takto zaměřeni. Konají tak i tam, kde případně nemusí, neboť mají své zkušenosti z doby, které nebyly příznivé tak, jak je tomu třeba dnes. Dále sem autoři řadí potřebu **psychického bezpečí**, tj. konkrétní jistotu, jež by nebyla nahrazována strachem. V poslední řadě pak potřebu **fyzického bezpečí**. Také zde vyžaduje starší člověk jistotu, že se mu při fyzické činnosti nic nestane. Danou jistotu navyšují kompenzační pomůcky, např. hůl, madla v bytě či domě, bezbariérový přístup aj. Neznamená to však, že musíme starší lidi před vším nutně chránit a navíc způsobem, který by je mohl omezit. **Je třeba rozpoznat, co starší člověk zvládne sám a kde je na místě zasáhnout.** (1998, str. 37-38)

3.3. Sociální zabezpečení a podpora ve stáří

Většina lidí by pravděpodobně souhlasila, že **součástí vyspělého státu je sociální systém, který má představovat podporu pro lidi, kteří určitou pomoc od státu potřebují.** Stejně tak by měla být orientována i sociální politika státu, která by měla vytvářet stále lepší podmínky pro růst a zkvalitnění sociálního systému. A podpora stáří je jednou ze sociálních oblastí. Již bylo uvedeno, že stáří představuje období, kde lze zpozorovat zvýšenou potřebu pomoci, ať už ze strany státu či jiných nezávislých sociálních organizací. Poměrně často se však stává, že není v moci potřebných vzniklou situaci vyřešit. Jako takovou jí může být např. náhlé onemocnění, úraz aj. Na základě těchto víceméně neovlivnitelných událostí je třeba pomoci, jak z etického, tak i morálního hlediska. Tato podkapitola se nezaměří na všechny sociální oblasti, nýbrž pouze na rámec podpory ve stáří a roli sociálního pracovníka. K tomuto tématu se vyjádří několik

zvolených autorů – R. Čevela, Z. Kalvach a L. Čeledová. V poslední řadě pak další kolektiv autorů - Oldřich Matoušek, Pavla Kodymová, Jana Poláčková.

Ve své publikaci uvádí **R. Čevela, Z. Kalvach, L. Čeledová** hned několik poznatků, které byly v předchozích kapitolách zmíněné. Opět je však na místě je v tomto ohledu připomenout. Společně tak uvádějí, že **nelze etapu stáří nijak odloučit od předchozích životních etap** a také, že je nesmírně důležitá **mezigenerační spolupráce a soudržnost**. Pokud by se tak nečinilo, rázem by se z celé společnosti vyřazovala pětina obyvatel, což samozřejmě nelze. (2012, str. 143)

Jak je to tedy s otázkou sociálního zabezpečení seniorů? Autoři jej vymezují jako „*soubor institucí, zařízení a opatření, jejichž prostřednictvím a pomocí se uskutečňuje předcházení, zmírňování a odstraňování sociální události občana*“. Pojetí jako takové je však obširnější a obsahuje i další oblasti podpory. V celkovém měřítku tak do něj náleží:

- Důchodové zabezpečení
- Zabezpečení při nemoci, úrazu či invaliditě
- Zabezpečení ve stáří
- Zabezpečení v nezaměstnanosti

K nim se řadí i formy sociálního zabezpečení, kterými jsou „*sociální příjmy, sociální služby, a sociální azyly*“. Oblasti podpory a jejich formy pak řeší tzv. **tři pilíře** sociálního systému.

- Sociální pojištění (důchodové a nemocenské pojištění)
- Státní sociální podpora (sociální dávky aj.)
- Sociální pomoc (sociální služby realizované kraji a obcemi, dávky sociální pomoci aj.)

(2012, str. 143)

V sociálním systému je ve vztahu k etapě staří důležité:

- Důchodové pojištění, které má dvě složky: **povinné důchodové pojištění, dobrovolné pojištění**, tj. penzijní připojištění, které však bylo v roce 2012 v ČR zrušeno a vzniklo tzv. doplňkově penzijní připojištění, do kterého stávající klienti přešli, nebo měli možnost v původním zůstat. Stalo se prakticky nástupcem předchozího. Na toto připojištění přispívá stát, případně

také zaměstnavatel. Podle autorů je důchodové pojištění ve velké části případů „*jediným zdrojem příjmů ve stáří, invaliditě, ovdovění či osiřené*“. Je upravené zákonem č. 155/1995 Sb.

- Nemocenské pojištění se v tomto případě týká pouze osob v pracovním poměru, tj. seniorů, kteří pobírají starobní důchod a současně vykonávají výdělečnou činnost. Pokud dojde k pracovní neschopnosti (způsobené úrazem, nemocí či jinou situací), zajišťuje systém nemocenského pojištění podporu formou peněžitých dávek, hrazených ze státního rozpočtu a příp. zaměstnavatele. Je upravené zákonem č. 187/2006 Sb.
- Dávky pro osoby se zdravotním postižením, kde jsou důležité dva konkrétní příspěvky: **na mobilitu** (finanční příspěvek, většinou užívaný na dopravu, kterou jedinec využívá) a **na zvláštní pomůcku** (týká se postižení pohybového aparátu a jiných omezujících forem, opět formou finančního příspěvku, častá je forma průkazu ZTP a ZTP/P). Jsou upravené zákonem č. 329/2011 Sb. (2012, str. 148-156)

Sociálních služeb pro seniory je v současnosti velké množství a jsou spravované zákonem č. 108/2006 Sb. o sociálních službách a zákonem č. 366/2011 Sb. Celkově se dělí na tři složky:

- **Pobytové**, tj. ubytování seniora v sociálním zařízení (patří sem např. denní či týdenní stacionáře, klasické domovy pro seniory, domovy se zvláštním režimem aj.).
 - **Ambulantní**, tj. služby sociálních zařízení, do kterých senior dochází, případně je doprovázen, nejedná se o ubytování jedince (např. denní a týdenní stacionáře, centra denních služeb aj.)
 - **Terénní**, tj. služby, které jsou jedinci poskytovány v jeho přirozeném prostředí a to nejčastěji z důvodů fyzické nesoběstačnosti (např. pečovatelská služba, odlehčovací služby aj.)
- (2012, str. 156-158)

Celková filozofie sociální podpory a zabezpečení by měla vycházet z pojetí lidských potřeb a životních hodnot, kde opět vystupuje do popředí Maslowova pyramida. Jako základní uvádí autoři např.:

- Komplexní systém podpůrných služeb k vytváření vhodného sociálního prostředí, tj. soudržnosti, spolupráce apod.
- Podpora konceptu aktivního a úspěšného stárnutí
- Podpora mezigeneračního porozumění (2012, str. 164)

Důležité je také zmínit jeden z příspěvků, který se přímo vztahuje k chronickým onemocněním (např. diabetu mellitu). Ministerstvo práce a sociálních věcí v tomto ohledu přispívá na živobytí z důvodu dietního stravování. Podle informací²¹ si o příspěvek může člověk požádat na krajských či okresních pobočkách Úřadu práce svého trvalého bydliště na základě vyplnění určeného formuláře. Na základě žádosti dojde následně k posouzení nároku na daný příspěvek. Informace jako takové poskytují přímo sociální pracovníci na daném úřadě. Poté jej **potvrzuje přímo ošetřující lékař, který zhodnocuje, zdali je příspěvek potřebný**. Pokud se tak ukáže, doplní do žádosti, o jaký typ diety se bude jednat (podle daného onemocnění, např. **u diabetického se může jednat o přibližnou částku 1130 Kč měsíčně**, celkově se zde však nachází širší okruh onemocnění a příspěvků), také v jakém období bude příspěvek probíhat, tj. krátkodobě či dlouhodobě. Zvýšení částky na živobytí osoby z důvodu dietního stravování upravuje dále vyhláška **č. 389/2011 Sb.**

Podle **O. Matouška a kolektivu** je v sociálních službách v ČR **základem pečovatelská služba**, jež se řadí svým typem mezi terénní a ambulantní. Využívána je především u starších lidí, např. z důvodu snížené fyzické soběstačnosti na základě vyššího věku, chronické nemoci či zdravotního postižení. **Primárně je zřizována obcemi**, případně nezávislými sociálními organizacemi, často neziskovými. Společně však uvádí, že se v současné pečovatelské službě vyskytují i problémy, především v dlouhodobém hledisku. Tvrdí, že se zaměřuje pouze na „*jednoduché úkony, přičemž chybí snaha především o komplexní hodnocení klientovi situace a plánování péče*“. S tím podle nich souvisí kvalifikace pracovníků v pečovatelské službě, kde se dle jejich názoru nenachází dostatek aprobovaných sociálních pracovníků, kteří by toto hodnocení mohli kvalitně provádět. S pečovatelskou službou také souvisí rozvoj tzv. **svépomocných skupin pro rodiny pečující o seniory**. Dále nabízí pomoc typu pečovatelské služby nestátní organizace, které nabízí tzv. **osobní asistenci**, v níž jsou možnosti pomoci i více rozšířené. (2011, str. 101-102)

²¹ Ministerstvo práce a sociálních věcí. 2012. Pomoc v hmotné nouzi. [online]

V ohledu k sociální práci je důležitá nejen role sociálního pracovníka, nýbrž také opěrná a kritická místa, o která se by se měla sociální práce opírat. Nástin těchto míst či role sociálního pracovníka představuje kolektiv tří autorů – **O. Matoušek, P. Kodymová, J. Poláčková**. Ve svém pojednání uvádí, že je třeba přistupovat k práci se stáří nanejvýš opatrně, neboť si jsou autoři vědomi oněch kritických či problémových momentů, které práce se seniory může obnášet. Vytvářejí tak určitý souhrn bodů, které je mají řešit:

- **Jednoznačné pomezí mezi zdravotní či sociální prací nelze stanovit**, neboť ve velkém množství případů dochází nutně k jejich prolínání. Je tedy důležité, aby obě formy pomoci vzájemně spolupracovaly na pomoci osobám v nouzi.
- V počátcích stáří může dojít k určitým sociálním změnám, které mohou být pro daného jedince problémové. V tomto ohledu je **důležitá role sociálního pracovníka, který by měl pomoci jedinci s novou sociální situací**, tj. přizpůsobit a začlenit ho do této situace a zajistit trvání kontinuálního vnímání života jedince.
- Důležitá je **kvalita sociální práce ze strany sociálního pracovníka**, který musí být vybaven vhodnými dovednostmi, aby byl schopen porozumět potřebám jedince i ve složitějších případech.
- Ve vztahu k potřebám jedince je třeba založit sociální práci interpersonálně. **Provázat vzájemný vztah empatií a důvěrou**, aby nepředstavovala daná sociální situace pro klienta (v tomto případě seniora) pouze nejistotu.
- **Spolupráce se seniory znamená spolupráci i s jeho blízkým okolím**, nejčastěji rodinou. (2010, str. 164)

Z toho vyplývá, že osobnost sociálního pracovníka vyžaduje rozmanitou škálu vlastností, které by obsáhly psychosociální oblast. **I. Kuzníková a kolektiv** uvádí v tomto ohledu nároky, jež jsou na sociální pracovníky kladeny. Některé vlastnosti byly již uvedené, např. empatie, vřelost, důvěryhodnost, porozumění aj. K tomu se však vážou také etické principy, jež je třeba dodržovat a vnímat jako důležité. Mělo by zde proběhnout jejich zabudování a zakotvení do vlastní psychiky. V opačném případě může dojít k negativním projevům a důsledkům při práci s klienty. Jako další důležité kompetence lze uvést:

- Komunikace a naslouchání jakožto prostředky navázání vztahu
- Vnímavost a porozumění nejen klientům, ale i věcem okolo nich

- Sebevzdělávání, sledování nových metod sociální práce a jejich aplikace
- Znalost legislativy, práva a dalších okrajových oblastí
- Pozitivní pohled na svět a citová vyrovnanost (2011, str. 29-30)

Již výše byl uveden přesah sociální práce do oblasti zdravotnictví a to především z důvodu bio-psycho-sociální stránky jedince. Pro zdravotnický personál (lékaře, sestry aj.) by měl být **sociální pracovník vnímán jako vítaná podpora**, která může jejich pacientovi značně pomoci se zvládnutím nemoci. Týká se to však i jiných forem pomoci, např. úřední a organizační záležitosti u důchodů či pojištění apod. Častou situací je např. návratná péče, kdy se sociální pracovník stará o podmínky, ke kterým se má jedinec navrátit. Hodnotí společně s lékaři a dalším personálem (příp. i pacient) zdravotní a funkční stav jedince. Na základě zjištěných poznatků se pak tento pracovník podílí na plánování dalších kroků, kdy např. za dobrých podmínek a zlepšení zdravotního stavu může dojít k navrácení jedince do jeho přirozeného prostředí. Nemělo by však docházet po návratu ke zhoršení stavu např. z důvodu zanedbání další léčby či péče. Matoušek a kolektiv uvádí, že postavení sociálního pracovníka v komplexním řešení pacientovy nemoci je *„nezastupitelná svým přesahem do domácího prostředí pacienta a zahrnutím rodiny i komunity, svým komplexním přístupem, schopností propojovat hlediska různých disciplín a koordinovat činnost k zajištění kvalitní péče o starého člověka a následné aktivizaci“*. (Matoušek a kol., 2010, str. 165)

3.4. Chronické onemocnění – demografie, definice, psychosociální projevy a důsledky

Je důležité poukázat na skutečnost, že pokud něco výrazně ovlivňuje člověka, tak v jeho celkovém měřítku, což zahrnuje psychickou i sociální stránku. K demografii, definici chronické nemoci, jejím psychosociálním projevům či nemoci u seniorů přispěje několik autorů – Iva Kuzníková a kol., J. Křivohlavý, H. Haškovcová, kolektiv autorů - Ilona Gillernová, Vladimír Kobza, Milan Ryměš a další.

Ve své publikaci uvádí **I. Kuzníková** společně s kolektivem dalších autorů, že situace chronických onemocnění v ČR se neodlišuje od ostatních vyspělých zemí. Uvádí, že podle WHO ve vyspělých zemích dochází u určitých chronických onemocnění k poklesu úmrtí, což je však způsobené vyšším národním rozpočtem a tedy i úrovní zdravotnictví s realizací preventivních programů proti chronickým onemocněním. Nižší rozpočty v jiných státech mají podle WHO s touto situací větší problémy, což má za následek větší úmrtnost.

Mezi nejčastější chronická onemocnění uvádí právě **diabetes mellitus**, dále **onemocnění dýchacího** (např. astma bronchiale aj.) či **kardiovaskulárního aparátu** (např. žilní trombóza, ischemická nemoc srdeční, cévní mozková příhoda, ateroskleróza, aj.), dále jsou jimi **nádorová onemocnění**, kde se vyskytuje velké množství typů nádoru, např. rakovina plic, žaludku, štítné žlázy aj. (2011, str. 95-96)

Podle dat²² ČÚS z roku 2016 **umírají Češi nejvíce na nemoci právě kardiovaskulárního aparátu**, ačkoli zde bylo zaznamenáno snížení úmrtnosti (např. cévní mozkové příhody či infarktu myokardu). Stále se však nejvíce podílí na příčinách úmrtí, tj. 42% mužů a 50% žen (za rok 2015). Druhým nejčastějším chronickým onemocněním (co do úmrtnosti) jsou nádorová onemocnění, uvádí zde více než 20% úmrtí, kde je nejčastější rakovina plic, spojována především s kouřením (u mužů i žen). U mužů je dále častá rakovina prostaty či tlustého střeva, u žen především rakovina prsu. Celkově mělo umřít na nádorová onemocnění 27% mužů a 22% žen (za rok 2015). I zde bylo zaznamenáno snížení úmrtnosti. Na třetí pozici následovalo nádorové onemocnění dýchacího aparátu, v procentuálním zastoupení to bylo přes 7% u mužů a 6% u žen. Podle místa uvádí ČÚS **největší četnosti úmrtí dle chronického onemocnění v Ústeckém kraji**, nejméně pak v Praze či Jihomoravském kraji. Jako hlavní faktor při boji s chronickými onemocněními uvádí realizaci preventivních programů a rychlé zahájení léčby, jež má zabránit akutním projevům.

Jak lze tedy definovat chronické onemocnění? Tuto otázku si položil **J. Křivohlavý**, který ukazuje, že nemoc nezahrnuje souhrn všech nemocí a že nutně nemusí znamenat, že v danou chvíli ohrožuje zdraví. Myslí tím např. vztah mezi akutním a chronickým onemocněním. Právě chronické onemocnění je specifické tím, že není po určitou dobu pro člověka přímým ohrožením. Projevy nemusí být nikterak výrazné, a pokud se některé opravdu objeví, tak mohou být člověkem ignorovány. Předpokládá se totiž, že brzy odezní a již se neprojeví. **Chronické onemocnění lze tedy definovat jako nemoc, která nemusí nutně ohrozit zdraví člověka, přesto však může přejít po určité době ve vážné ohrožení, neboť je podmíněna změnami, které určují její charakter a průběh.** (2002, str. 130) Konkrétněji jej definuje trojice autorů **I. Gillernová, V. Kobza, M. Rymeš**, kteří uvádí pojetí R. Honzáka (1992):

²² ČSÚ. 2016. Na co Češi nejčastěji umírají? [online]

„*Chronické onemocnění se vyznačuje vleklým, dlouhotrvajícím, často celoživotním průběhem. Podle své závažnosti či charakteru reakce nemocného na to, že onemocněl, nemoc ovlivňuje v různé míře život daného jedince. Některé zdravotní požadavky mohou být nepodstatné, přesto však obtěžující, jiné zásadně mění chod i kvalitu života, a to jak v biologické, tak v psychosociální oblasti.*“ (2011, str. 37) Z definice tak vyplývá, že se musí nahlížet na chronické onemocnění nejen z pohledu medicínského, ale i z pohledu psychologického a sociálního.

V rámci **psychosociální oblasti** uvádí autoři také množství přidružujících znaků chronického onemocnění, které působí především na kvalitu života jedince či jeho okolí:

- Možná trvalá ztráta zdraví či působení nemoci po dlouhou dobu
- Mnohdy náročná a komplikovaná léčba (užívání léků s případnými vedlejšími účinky, náročná hospitalizace či rehabilitace, nebo přímo chirurgické zákroky lékařů)
- Nutnost dodržování léčebných předpisů, tj. může dojít k celkové změně dosavadních návyků, nutná adaptace pacienta na nový životní režim (viz léky, hospitalizace aj.)
- Zvládání střídavých projevů nemoci, tj. stav pacienta se může v danou chvíli zlepšit, ale může dojít i k brzkému zhoršení. Takový projev může vést k destabilizaci emoční stránky člověka a případně k nejistotě či strachu z budoucnosti v důsledku chronické nemoci.
- Ekonomická zátěž z hlediska léčby jedince, tj. velké náklady státu a případně rodiny, především v případech, kdy se nemusí dařit jedince vyléčit a lze jej pouze udržovat při životě. (2011, str. 36-37)

Na základě těchto a dalších projevů se člověk dostává do sféry, která jej komplexně ovlivňuje. Autoři uvádí, že ji člověk nemusí nutně prožívat jako životní krizi, přičemž záleží na projevech nemoci a dalších faktorech. Je však jisté, že **chronické onemocnění představuje minimálně obtíže, které musí být člověkem reflektovány**, neboť od akutní nemoci se odlišuje tím, že nemá pevně stanovený konec svého trvání, přičemž i ten po vyřešení může nést své následky. Nemoc je tedy celkově do velké míry individuální, stejně tak její léčba a osobní prožívání. (2011, str. 37)

Křivohlavý uvádí několik dalších příkladů, jak chronické onemocnění člověka ovlivňuje v jeho osobním prožívání. Vedle dlouhodobých obtíží (příp. střídavě

krátkodobých) koexistuje velké množství psychických reakcí na chronickou nemoc, uvádí např.:

- Změna sebepojetí nemocného, který se v důsledku nemoci může jinak hodnotit či vidět, může dojít i k odcizování sebe samého a od svých blízkých.
- Nepřipouštění si, že je člověk vážněji nemocný či dokonce užití prostředků (alkohol, drogy aj.) k odstranění pouhé myšlenky na nemoc.

Vedle těchto nevhodných reakcí na nemoc **lze najít i pozitivní projev**, např. člověk si může uvědomit novou situaci a její důležitost a dosavadní konání přehodnotit, může začít trávit více času se svými blízkými či se orientovat méně na profesní život a žít svůj život plněji, i přesto, že se bude muset potýkat s chronickou nemocí. (2002, str. 131)

Otázkou zůstává, jak vnímají onemocnění senioři. Ve vymezení stáří v úvodních kapitolách této práce bylo uvedeno, že **samotné stáří nutně neznamená nemoc**, nebo že by ji navozovalo. **H. Haškovcová** je taktéž tohoto názoru. Uvádí však, že u lidí ve stáří je zvýšená nemocnost. V rámci hospitalizace a péče je toho názoru, že by se mělo zacházet se seniory co nejopatrněji, neboť i u nich má v onemocnění docházet k určitým zvláštnostem, kterým je třeba porozumět. **Naznačuje tak, že je třeba odborné, profesionální péče, přičemž zdůrazňuje lidskou stránku, tj. vcítění a porozumění nemocnému senioru.** Často totiž dochází k opaku, tedy k neochotě, neporozumění mezi pečujícími s nemocnými. Jako určitý činitel tohoto uvádí Haškovcová různá přesvědčení, vycházející z mýtů o stáří, které již byly zmíněné v úvodních kapitolách. Hájí tak mezigenerační porozumění a tzv. neinženýrský přístup k léčbě pacienta, tj. **personalizovanou medicínu**, zaměřenou na člověka (např. k jeho životním úskalím či zkušenostem). Očekává, že takový přístup pečujících najde u nemocných seniorů pozitivní odezvu a **bude navíc obohacující pro obě strany**. I zde však uvádí, že nelze být něčím, co seniorům nahradí rodinu či jiné blízké a uvědomit si to musí i senioři. Takový vztah totiž nelze nahradit pečujícím, resp. neměl by jej nahrazovat, pokud to sám nechce. (2012, str. 29-31)

Stáří lidé mají podle **Haškovcové** poněkud odlišné vnímání nemoci. Taktéž sice doufají v brzké vyléčení a k navrácení dosavadního zdraví, mnozí z nich se však lépe staví k situaci, kdy se ukazuje, že se předešlý stav již plně nenavrátil. Nelze to však generalizovat, může tomu být právě naopak, kdy už jen určitým vstupem do období stáří, se vyjeví strach z nemoci v důsledku spojování stáří s nemocí. (1990, str. 248) Přesto však uvádí, že ve vztahu k chronické či jiné nemoci lze žít kvalitní životem a formuluje to takto:

„Dokud člověk žije, nezemřel. A tak i v životě sužovaném aktuální nouzí je třeba hledat, za pomoci druhých nacházet cestu a dostat svým, byť i redukováním cílům.“ (1990, str. 251)

3.5. Diabetes mellitus jako jedno z nejčastějších chronických onemocnění, základní typy diabetu a příčiny jeho vzniku

Posledním tématem teoretické části je konkrétní chronické onemocnění, kterým je diabetes mellitus. Jedná se o jedno z nejčastějších civilizačních onemocnění, které vyspělé země postihuje asi z 8%. Další oblastí kapitoly jsou typy diabetu a příčiny jejich vzniku. Nebude se jednat o široké medicínské vyjádření, pouze o hrubé nastínění této problematiky. Poznatky budou opřené o významné autority v oblasti medicíny – Richard Češka a kolektiv, Tereza Pelikánová a kolektiv. Dále se bude opírat o poznatky kolektivu tří autorů – I. Gillnerová, V. Kebza, M. Rymeš a další spoluautoři. V poslední řadě pak internetové články – Diabetické asociace ČR, České diabetické společnosti a Evy Kitzlerové.

Diabetes mellitus (českým názvem úplavice cukrová, nejčastěji však užívaný termín cukrovka) představuje jedno z nejvíce rozšířených chronických onemocnění, svým působením je často označován jako o pandemii z důvodu výskytu a počtu onemocnění na více kontinentech. **Gillnerová a kolektiv** jej definují prostřednictvím T. Pelikánové (2003) jako: *„skupinu chronických, etiopatogeneticky heterogenních onemocnění, jejichž základním rysem je hyperglykémie a je provázen komplexní poruchou metabolismu cukrů, tuků a bílkovin“*. (2011, str. 46) Dále hovoří o jeho zvyšujícím se a neustupujícím trendu, přičemž nejvíce je jím ohrožená tzv. západní civilizace. Jako příklad uvádí např. Evropskou unii, kde se má dnes vyskytovat **přes 25 milionů lidí s diabetem mellitem**. Vzhledem k předešlé větě o zvyšujícím se trendu se očekává podle autorů zvýšení tohoto počtu o více než 16%. (2011, str. 46)

Diabetická asociace²³ a jí podobné organizace si jsou této skutečnosti vědomy a to už jen z toho důvodu, že se Česká republika řadí mezi země s největším zastoupením diabetu. Konkrétně uvádí, že: *„diabetici tvoří v ČR 10% populace, jejich počet se za posledních 20 let zdvojnásobil a stále roste“*. Do epidemiologie přispívá i **R. Češka s kol.**, kteří uvádí obdobně počet evidovaných diabetiků blížící se 10%, přibližně tedy 840 000 lidí s diabetem. Vedle toho však stojí předpoklad ještě nerozpoznaných lidí s rozvíjejícím se diabetem, kde uvádí dokonce dalších 5% těchto lidí. Z celkového počtu diabetiků

²³ Diabetická asociace ČR. 2014. Léčíme diabetes moderně? [online]

statistiky uvádějí, že **většina z nich, tj. 92% má diabetes 2. typu, 7% pak diabetes 1. typu**, poslední procento nemocných má pak vzácné formy diabetu. (2015, str. 239)

Výše uvedenou definici doplňuje společně R. Češka s kol., kdy ji také chápou jako komplexní onemocnění metabolismu, kde vystupuje do popředí hyperglykémie, která se však ještě podle jejich definice „*rozvíjí v důsledku absolutního a relativního nedostatku inzulínu*“. Dále uvádí, že se jedná o chronické onemocnění dlouhodobého charakteru, které může vést k poškození většiny orgánů a k dalším somatickým komplikacím. Celkově se podle autorů rozlišují dva základní a **primární typy diabetu**, tj. 1. a 2. typ. Poté se vyskytují **sekundární typy diabetu**, např. onemocnění slinivky břišní, poruchy sekrece či MODY diabetu. Zvlášť je řazen diabetes, který vzniká po těhotenství, označují jej jako **gestační diabetes mellitus**. (2015, str. 238)

V této práci se omezí pouze na první dva typy:

- Diabetes mellitus 1. typu – jako příčina vzniku tohoto diabetu se uvádí **zanikání B-buněk slinivky břišní na základě špatné reakce vlastního imunitního systému na tělu vlastní složky, tj. B-buňky**. Důsledkem tohoto zanikání dochází k akutní či úplné ztrátě inzulínu v těle, která musí být léčbou kompenzována. (2015, str. 239) Podle Pelikánové se může tento typ diabetu objevit v jakémkoli věku a celková reakce vlastního imunitního systému se individuálně odlišuje, tj. může být mírnější či naopak agresivnější forma. Obvykle by se však měl projevovat větší žízní, větší únavou, celkovou nechutí k jídlu, nebo úbytkem váhy. (Gillnerová a kol., 2011, str. 46)
- Diabetes mellitus 2. typu – příčinnost tohoto diabetu je ve své podstatě komplikovanější, Češka a kolektiv uvádí konkrétně **dva elementární procesy**. V prvním případě již zmíněná **porucha funkce B-buněk**, díky které dochází ke zvýšení inzulínových nároků cílových tkání a na základě toho ke snížení efektu inzulínu, neboť slinivka břišní není schopna tyto nároky vykompenzovat, v cílovém efektu tak dochází k absolutnímu nedostatku inzulínu. Ve druhém případě dochází k postupnému **zvýšení inzulínové rezistence**, kdy inzulín dostávající se do cílových tkání v těle je relativně odmítán a je tak vyžadována zvýšená potřeba produkce inzulínu slinivkou břišní. (2015, str. 238) Podle Pelikánové se objevuje spíše v dospělosti, nejčastěji po dovršení 40 let. Jedná se právě o ten **typ diabetu, který se hůře lékaři podchycuje, nejdříve se totiž výrazněji neprojevuje**, tudíž člověk může být dlouhodobě nemocný, aniž by o tom člověk věděl. A teprve při

náhodném laboratorním testu či již vystupňovaných komplikacích mu je sdělena diagnóza. Nejvýraznějším projevem tohoto typu je hyperglykemie, obezita či různé diabetické komplikace. (Gillnerová a kol., 2011, str. 46) Na základě toho se potvrzují předpoklady o neznámém počtu lidí s diabetem, jak bylo uvedeno výše v otázce epidemiologie.

3.6. Akutní a chronické projevy diabetu

Mezi tyto projevy diabetu se řadí v prvé řadě **hypoglykemické a hyperglykemické stavy**. R. Češka a kolektiv definují hypoglykémii jako celkový pokles koncentrace glukózy v krvi (glykémie). Jako kritická hladina se obvykle udává 3,8 mmol/l, pokles pod tuto hladinu vyústí v hypoglykemický stav, který se může projevit poruchou vědomí, v horších případech vést až ke ztrátě vědomí. Jako výrazný problém se může hypoglykemie projevovat ve stáří a to z důvodu horšího rozpoznávání základních tělesných potřeb, tj. žízně a hladu. Již výše bylo uvedeno v podkapitole o lidských potřebách, že některé důležité potřeby ustupují ve stáří do pozadí. Špatné rozeznávání hladu či žízně často vede k hypoglykemickým stavům, tj. k nedostatku glukózy v krvi. Češka a kolektiv rozeznávají **tři formy hypoglykémie**:

- Lehká hypoglykémie - lze diabetikem rychle rozpoznat a včas dávkou sacharidů - např. slazený nápoj, sušenky či ovoce – glykémii srovnat do normálních hodnot.
- Těžká hypoglykémie - projevuje se mnohem rychleji a je u ní vyžadována pomoc druhé osoby.
- Hypoglykemické kóma - v tomto stavu nastává bezvědomí a je třeba nitrožilně aplikovat dávku glukózy nebo glukagonu.

Vůči těmto stavům je tak třeba dbát opatrnosti, kterou je podle Češky a kol.: „*Pravidelný příjem potravy, dostatečný selfmonitoring glykémie s úpravou dávek inzulínu nebo perorálních antidiabetik ve vztahu k množství požití potravy a fyzické aktivity.*“ (2015, str. 260)

Hyperglykemický stav se řadí mezi další metabolické komplikace diabetu. Od hypoglykémie se liší tím, že je naopak zvýšená koncentrace glukózy v krvi. U hladiny glykémie nad cca 8 mmol/l na lačno již může docházet k neblahým projevům, kritické pak při 40 mmol/l. Češka a kolektiv jej také dělí na **3 formy**:

- Diabetické hyperglykemické kóma – jedná se o stav, který je provázen výraznou hyperglykemií, obvykle u starších diabetiků s 2. typem, **nejdříve se může projevovat dlouhodobě zvýšenou žízní, zmateností, a teprve poté docházet ke ztrátě vědomí provázené křečí**. Základem řešení je rehydratace, která má vykompenzovat předešlou dehydrataci, dále doplnění inzulínu a chybějících minerálních látek. (2015, str. 260-261) Podle Pelikánové a kolektivu **se tento stav pojí i s cévními chorobami, infekcemi, aj.** Dokonce si tímto stavem mají projít až dvě třetiny lidí, kteří diabetes ještě nemají diagnostikovaný, tj. kóma může být jejich prvním výrazným projevem onemocnění diabetem. Během tohoto stavu má docházet také k poměrnému nedostatku inzulínu. (2011, str. 369)
- Diabetické ketoacidotické kóma – obdobně se jedná o akutní metabolický stav, který je provázen hyperglykemií. Podle Pelikánové a kolektivu se především jedná o komplikaci u diabetiků 1. typu. Tento stav je **zapříčiněn poměrným nedostatkem inzulínu a opačnou reakcí regulačních hormonů, které následně zvyšují glykémii v krvi**. Během tohoto stavu obdobně jako u předchozího dochází k nedostatku vody a minerálů v těle. Způsobit jej však můžou také infekce, nově vzniklý a neléčený diabetes 1. typu, aj. (2011, str. 362) Podle Česky a kolektivu je řešení obdobné jako s hyperglykemickým kómatem. (2015, str. 261)
- Diabetické laktacidotické kóma – jedná se taktéž o akutní metabolický stav, který **vzniká na základě nedostatku kyslíku v těle a v jednotlivých tkáních, což vede ke zvýšené tvorbě laktátu**. Stav se projeví zvýšenou dušností, nevolností, zvracením či ztrátou vědomí. Nemusí nutně docházet ke zvýšení glykémie. Základem řešení tohoto stavu je taktéž rehydratace, kompenzace kyslíku v těle a zlepšení průtoku krve v jednotlivých tkáních. (Češka a kol., 2015, str. 262)

Dále rozlišujeme několik dalších chronických diabetických komplikací, které lze podle Česky a kolektivu rozdělit na **mikrovaskulární** a **makrovaskulární**, tj. týkajících se drobných nebo velkých tepen. (2015, str. 262) Podle Pelikánové a kolektivu může být diabetik postižen oběma komplikacemi a to bez ohledu na typ diabetu. V otázce jejich vzniku či rozvoje jsou toho názoru, že „*vaskulární komplikace jsou neoddělitelně spjatý s diabetem a souvisí s metabolickými odchylkami*“. (2011, str. 373)

Mezi **mikrovaskulární** komplikace se řadí:

- **Diabetická nefropatie** – jedná se o **postižení ledvin při diabetu** v důsledku chronické hyperglykémie. S postupnou progresí onemocnění může dojít až k celkovému ledvinovému selhání. Významný podíl má také trvalé zvýšení krevního tlaku či hladiny tuků v krvi. Řešením tohoto stavu je adekvátní léčba, např. inzulinem, perorálními antidiabetiky aj. (Češka a kol., 2015, 263-264)
- **Diabetická retinopatie** – je komplikace diabetu, která **zasahuje oblast oční sítnice**, opět v důsledku hyperglykémie, což vede ke změnám sítnicových cév v důsledku glykace a k následnému poškození očních tkání. Podle Češky s kolektivem může tato komplikace vyústit ve snížení ostrého vidění až v případnou slepotu. Nejvíce se vyskytuje u pacientů s diabetem 1. typu, méně u diabetiků s 2. typem. Doporučená je především prevence u oftalmologů. Léky jsou v tomto ohledu méně účinné, ve zhoršených případech je řešením laserová operace sítnice. (2015, str. 264) Podle Pelikánové a kolektivu, se řadí retinopatie mezi nejčastější případy slepoty a z hlediska osobního prožívání je pro diabetiky velmi náročná, neboť na základě zhoršení zraku dochází ke komplikovaným situacím, např. k obtížnější aplikaci inzulinu či k problémům v běžných každodenních činnostech. (2011, str. 403)
- **Diabetická neuropatie** – jedná se o nejčastější komplikaci u obou základních typů diabetu a vzniká také na základě poruchy metabolismu. Definiuje se jako *„porucha funkce periferních nervů u nemocných s diabetem, projevující se subjektivními nebo objektivními známkami postižení nervů“*. Nejvíce se vyskytuje u diabetu 1. typu. (Pelikánová a kol., 2011, str. 435)
Češka a kolektiv dodávají, že se jedná o *„nejednotné onemocnění nervového systému, jehož symptomy se liší podle typu neuropatie, tj. motorické, senzorické či autonomní“*. Řešením této komplikace je opět prevence k předcházení jejího rozvoje, tj. omezení zhoršujících faktorů jako je kouření, vysoký krevní tlak nebo vysoká hladina tuků v krvi. I v tomto případě nemusí být léky vždy plně účinné. Autoři uvádí, že často používanou léčbou je kyselina lipoová či některá antidepresiva. (2015, str. 265-266)
- **Syndrom diabetické nohy** – jedná se o stav, kdy dochází k **postižení dolních končetin od kotníků dolů**, mohou se tvořit somatické defekty či deformity. Za hlavní příčinu uvádí Češka a kolektiv postižení nervů, infekce

či nedostatečné prokrvení dolních končetin. Může tak docházet v horších případech k řídnutí kostí, jejich zlomeninám nebo ke zmíněné deformaci. (2015, str. 266) Podle Pelikánové má problémy s tímto syndromem až čtvrtina diabetiků, dokonce patří diabetická noha mezi jedny z nejčastějších příčin amputací dolních končetin. Řešení tohoto problému je různorodé z důvodu odlišnosti příčin vzniku. Užívá se např. odlehčení nohy pomocí berlí či klidu na nemocničním lůžku. Pokud se jedná o infekci, tak se zahajuje terapie antibiotiky. Samozřejmostí je udržení diabetu v normě a zdržení se kouření k lepšímu prokrvení cév. (2011, str. 491-504)

Mezi **makrovaskulární** komplikace se řadí především **ateroskleróza** (kornatění tepen) a další kardiovaskulární onemocnění. Pelikánová a kolektiv uvádí souhrnný název **diabetická makroangiopatie**, který označuje „*aterosklerotické projevy na velkých tepnách diabetiků*“. Vyskytuje se více u žen než mužů a patří k nejčastějším příčinám úmrtí diabetiků obou základních typů. (2011, str. 450) Češka a kolektiv uvádí, že řešením je léčba hyperglykémie, vysokého tlaku a vysoké hladiny tuků v krvi, společně se zvýšením pohybové aktivity nemocného a korekce hmotnosti. (2015, str. 267)

3.7. Možnosti a cíle léčby diabetu ve stáří

Do tohoto tématu přispívá především Pelikánová a kolektiv, kde autoři docházejí k závěrům, že mj. „*s přibývajícím věkem dochází k progresivnímu zhoršování glukóзовé tolerance*“. Má se tak dít v důsledku zvýšení inzulínové rezistence, která může vzniknout na základě snížení pohybové aktivity, případně změny stravy a další. Možnosti léčby ošetřujícího lékaře ovlivňuje ve stáří řada faktorů, přičemž není primárně zásadní věk. Mezi tyto faktory patří podle Pelikánové a kolektivu např.:

- **Všeobecná způsobilost nemocného jedince** (např. soběstačnost, mentální či intelektové schopnosti, sociální zázemí a vztahy, finanční prostředky aj.)
- **Výskyt mikro či makrovaskulárních komplikací** (např. projevy aterosklerózy či výskyt retinopatie, neuropatie a nefropatie)
- **Výskyt jiného závažného onemocnění** (činí problém při diagnostice příznaků ošetřujícím lékařem, nebo aplikací různých léků, které mohou být negativní interakci)

K tomu se váže i otázka samotných cílů léčby, které se podle Pelikánové a kolektivu stanovují individuálně. Panuje tak obecná snaha starším diabetickým pacientům **více**

prospěť, než zhoršit dosavadní situaci, dále **odstranit subjektivní potíže**, kam se řadí např. hyperglykémie a hypoglykémie. Autoři uvádí, že se poměrně lépe zvládá hyperglykémie, hůře však hypoglykémie, která může být pro staršího diabetika velmi obtížná. Její projevy mohou vyvolat stresové reakce, odrazovat od další léčby diabetu a na základě toho vést k dalším obtížím. Právě navazující obtíže, např. výše zmíněné akutní či chronické projevy diabetu, se mohou velmi značně rozvinout. Je tak **primární snahou zabránit jejich rozvoji**, např. formou prevence a kontrol lékařů. (2011, str. 655-660)

Pelikánová a kolektiv dále uvádí, že **dieta je základním režimovým opatřením při léčbě diabetu**. Dokonce jsou toho názoru, že množství případů lze řešit pouze zavedením dietních opatření, tj. vyřazením tuků a cukrů či omezením energetického přísunu ve stravě. Uvádí však, že právě **dodržování dietních opatření se ukazuje jako velmi obtížné napříč jakýmkoli věkovým obdobím**. Je tak nutná spolupráce ze strany nemocného, přičemž ošetřující lékař by měl vycházet ze stravovacích návyků nemocného a postupně zavádět dietní opatření. U starších diabetiků se však ukazuje i opačný problém, tj. zanedbávání výživy jako celku. Stejně obtížné je u staršího člověka zvýšení pohybové aktivity. V rámci léčby se užívá tzv. **perorálních antidiabetik (PAD)**, ale právě u nich se může ukázat problémová interakce s jinými léky. V dnešní době se nejvíce užívá metformin, deriváty sulfonylurey, ale i další nejmodernější léky. Jejich užívání se stanoví individuálně. V neposlední řadě pak **léčba inzulinem**, která se zahajuje tehdy, pokud je dosavadní terapie nedostačující nebo u chronických projevů diabetu, např. neuropatie, nefropatie a jiných. Dávky inzulinu se opět stanovují individuálně, glykémie se v léčebném plánu ponechávají u starších pacientů vyšší, než u mladších, neboť je větší riziko nežádoucí hypoglykémie. Proto se klade důraz i na monitorování glykemií v domácích podmínkách pomocí glukometru. **Ve všech případech je v léčení diabetu potřeba spolupráce nemocného se zdravotnickým týmem.** (2011, str. 662-664)

3.8. Kvalita života a psychické projevy diabetu

Diabetes mellitus může být celkově velmi závažným onemocněním, které může nejen ohrozit zdraví jedince, nýbrž i kvalitu jeho života a prožívání. V tomto ohledu je mimo zdravotní hlediska důležité zmínit i faktory psychosociální, které se váží přímo k diabetu mellitu. **E. Kitzlerová** obdobně chápe **diabetes jako jedno z nejvíce psychicky náročných onemocnění** a to z důvodu dietních a pohybových opatření, která musejí být přísně dodržována, v opačném případě může docházet k nerovnováze metabolismu a k

dalším následným projevům. Nemocný jedinec tak musí často vkládat nesmírně úsilí do své léčby. Uvádí také, u kterého typu lidí se nejvíce projevují psychické poruchy:

- U nemocných lidí s nižším vzděláním
- U lidí žijících osamoceně
- U lidí se slabou sociální podporou, tj. slabší sítí sociálních vztahů
- U diabetiček (2008, str. 180)

Nejenom, že je **zvýšena náchylnost k depresi u diabetiček oproti mužům, ale celkově se liší od běžné populace**. Studie obvykle uvádí až třikrát větší dispozici. Výsledky se samozřejmě liší a to podle zvolené metody a formy získávání dat. Jedná se však o fakt nepopíratelný. Dále se našla souvislost schizofrenie s diabetem či u poruch příjmu potravy. Na první místo uvádí Kitzlerová stresovou reakci, která je spojena s uvolněním hormonů, jakými jsou např. katecholaminy a další. Tyto hormony „*působí vůči hypoglykemickému efektu inzulínu zvyšováním koncentrace krevní glukózy*“, následně pak způsobují depresivní a stresovou reakci. (2008, str. 181)

Taktéž se ukázalo, že **diabetici vykazují horší glykemický stav a větší množství komplikací diabetu, trpí-li stresem či depresí**. Léky jako antidepresiva jsou jedním z řešení, problémem však může být interakce s perorálními antidiabetiky a vznik případných nežádoucích účinků (psychických či metabolických). Dalším řešením je konzervativnější psychoterapeutická intervence. Jako velmi účinná se ukázala podle Kitzlerové **behaviorální psychoterapie**. Nemocní jedinci s diabetem měli po její aplikaci vykazovat lepší zdravotní a psychický stav. Pomohla řešit např. strach z glykemických testů, hypoglykemií apod. Ještě účinnější se ukázala aplikace jak psychoterapie, tak farmakoterapie. (2008, str. 182)

Závažnosti onemocnění diabetem mellitem si je vědoma také **Česká diabetologická společnost**²⁴, která uvádí: „*Nemoc sama o sobě, stejně jako komplikace, které jsou jejím přímým důsledkem, zhoršují kvalitu života.*“ Jako psychologicky obtížné onemocnění uvádí diabetes i **Gillnerová a kol.**, přičemž si jsou vědomi, že **kvalita života diabetiků je jedním z hlavních cílů léčby a terapie**. Ve své publikaci uvádí, že oproti běžné populaci jsou lidé s diabetem více zasaženi v oblasti **tělesného prožívání a subjektivní spokojenosti**. Hůře jsou na tom jedinci s více komplikacemi diabetu, kteří prožívají také

²⁴ Česká diabetologická společnost. 2012. Národní diabetologický program 2012 – 2022. [online]

deprese a úzkosti. Ukázalo se také, že některým diabetikům, u kterých byla zahájena léčba inzulinem, klesala kvalita života. Autoři zde navíc uvádí pojetí F. Snoeka (2006), který zjistil horší kvalitu života s diabetem u žen (uvedeno i výše, větší náchylnost k depresím). Jako udivující zjištění uvádí, že *„zdraví samo o sobě negarantuje štěstí“*, tj. nebyla zaznamenána citelná souvislost mezi zdravotním stavem a vnímanou kvalitou života. (2011, str. 48-51)

S narůstajícím počtem projevů duševních nemocí se zvyšuje pravděpodobnost, že se lidé trpící diabetem stanou klienty sociálních služeb. Sociální práci s duševně nemocnými se věnuje V. Probstová, která uvádí, že *„kvalifikovaná práce sociálního pracovníka je v multidisciplinárním týmu nejen nezastupitelná, ale v některých fázích je pro život člověka se závažným duševním onemocněním primární.“* (Matoušek a kol., 2010, str. 133) Dále autorka uvádí, že lidé, kteří trpí mentálními obtížemi, potřebují cílovou podporu nebo specifický zásah, který zajišťuje sociální pracovník. Dlouhodobě duševně nemocní vyžadují celkovou zdravotně-sociální péči. Proto je důležité, aby sociální a zdravotní služby poskytovali specializovaní pracovníci, kteří spolupracují s různými oblastmi péče. (Matoušek a kol., 2010, str. 133)

4. PROJEKT VÝZKUMU

4.1. Cíl průzkumu

Cílem výzkumu bylo zjistit, jaké hodnoty vnímají senioři s chronickým onemocněním, v tomto případě s diabetem mellitem. Zároveň bylo důležité zjistit, do jaké míry je diabetes zdravotním znevýhodněním z pohledu starší generace. Mimo otázek na životní hodnoty, směřovaly otázky i na další životní oblasti, např. vztahové, finanční či zdravotní, které úzce souvisely s cílem výzkumu.

4.2. Hypotézy průzkumu

1. **hypotéza** – „U dotazovaných předpokládáme, že se zvyšujícím věkem klesá spokojenost v životě.“
2. **hypotéza** – „U dotazovaných předpokládáme, že většina dotazovaných bude nespokojena s výší svých příjmů.“
3. **hypotéza** – „U dotazovaných předpokládáme, že každý z dotázaných bude mít nejméně jednoho potomka.“
4. **hypotéza** – „U dotazovaných předpokládáme, že budou mít ženy nižší důchody než muži.“
5. **hypotéza** – „U dotazovaných předpokládáme, že chronické onemocnění diabetem mellitem výrazně ovlivnilo kvalitu života.“

4.3. Metodika průzkumu

Výzkumná metoda

Ke sběru dat byla použita primárně kvantitativní metoda, sekundárně s kvalitativní metodou. Byla využita technika dotazníku, kde tazatelka vyplňovala otázky společně s respondenty prostřednictvím rozhovoru. Gavora ve své publikaci hovoří o dotazníku jako o „*způsobu písemného kladení otázek a získávání písemných odpovědí*“. (2008, str. 122) Za pomoci rozhovoru tazatelka navázala osobní kontakt, který byl velmi důležitý ve vztahu k respondentovi, zároveň tak mohla lépe porozumět získaným údajům a předejít případnému nedorozumění či zkreslení výsledků. Jak popisuje Zich ve své knize „*rozhovor je přirozený prostředek lidské komunikace a je starý jako lidstvo samo*“. (2004, str. 38)

Dotazník obsahoval celkem 50 otázek. Objevily se zde **otevřené otázky, uzavřené otázky a hodnotící škály**. Dotazník lze pomyslně rozdělit na specifické oblasti, kde jsou

první otázky věnovány základním (osobním) údajům, následují osobní vztahy, životní hodnoty, zájmy, finanční zabezpečení a otázky týkající se zdravotního stavu.

Průběh průzkumu

Samotný výzkum byl proveden v **období prosince 2016 až února 2017 v Metabolickém centru Mělník**. Po domluvě s primářem metabolického centra byla tazatelce k výzkumu poskytnuta místnost, kde se mohl výzkum realizovat. Tato místnost je určená pro pacienty s diabetem mellitem, kde je aplikována magnetoterapie. Pacienti tedy přichází na plánovanou magnetoterapii, která trvá přibližně 30 minut. Během této doby se tazatelka dotazovala náhodně vybraných respondentů starší generace. Čas magnetoterapie byl dostatečný ke společnému vyplnění dotazníku. Respondenti byli vždy seznámeni s anonymitou dotazníku a s použitím výsledků v bakalářské práci. Taktéž měli možnost volby, zda souhlasí či nesouhlasí s vyplněním dotazníku.

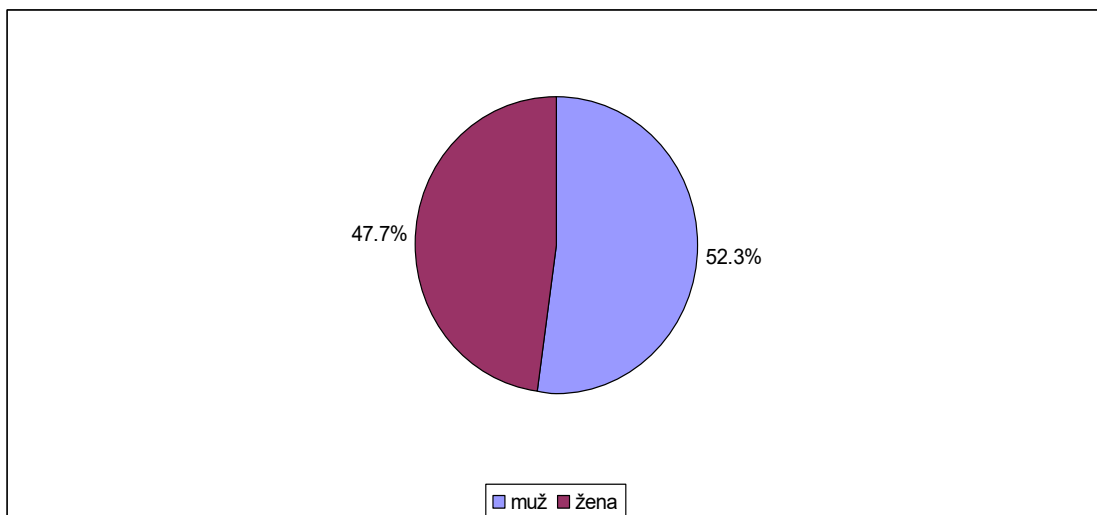
Popis výzkumného vzorku

Jako výzkumný vzorek byly vybrány **osoby starší 61 let, které pobírají starobní důchod a léčí se s diabetem mellitem**. Pro vyplnění dotazníku bylo celkem náhodně osloveno 70 respondentů, avšak 5 respondentů svou účast z různých důvodů odmítlo, konkrétně to byli 4 muži a 1 žena. **Šetření se tak zúčastnilo 65 respondentů – 34 mužů a 31 žen.**

4.4. Výsledky průzkumu a jejich interpretace

1. JAKÉ JE VAŠE POHLAVÍ?

	počet	%
muž	34	52.3
žena	31	47.7
Celkem	65	100.0

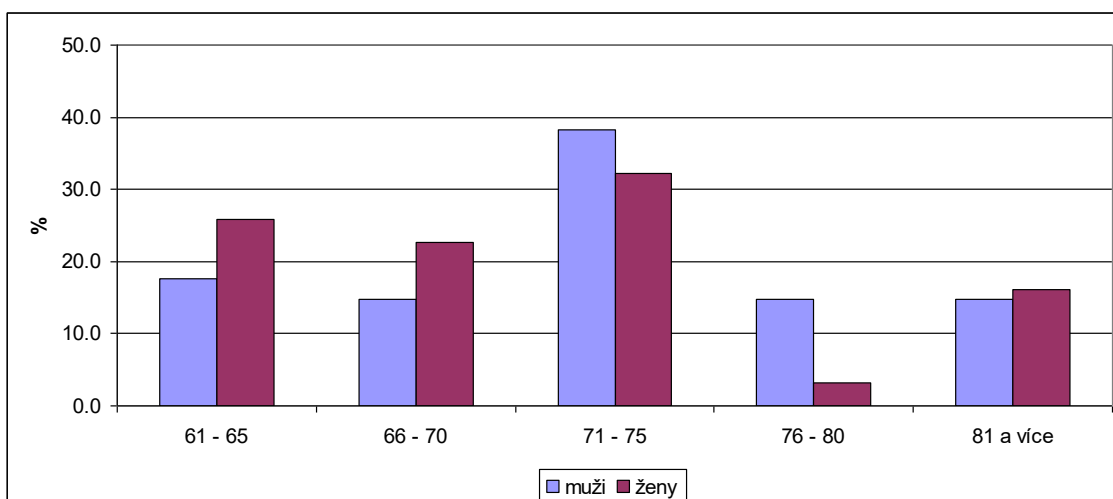


Interpretace výsledků:

- Soubor se skládá z vyrovnaného počtu mužů a žen, ačkoli byl výběr respondentů náhodný.
- Celkově je však o 5% více mužů než žen.

2. V JAKÉM ROZMEZÍ JE VÁŠ VĚK?

	muži	%	ženy	%
61 – 65	6	17.6	8	25.8
66 – 70	5	14.7	7	22.6
71 – 75	13	38.2	10	32.3
76 – 80	5	14.7	1	3.2
81 a více	5	14.7	5	16.1
Celkem	34	100.0	31	100.0

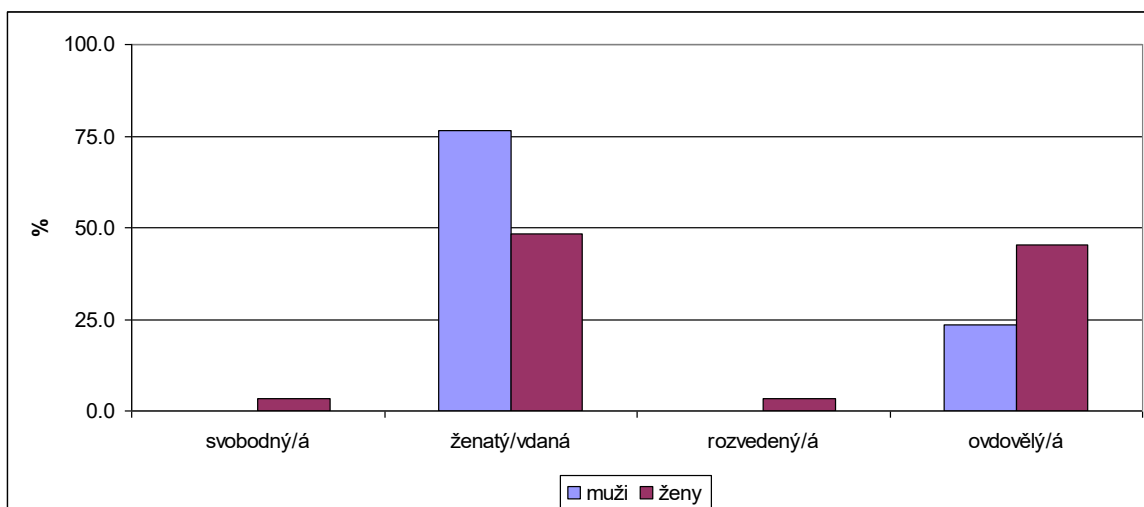


Interpretace výsledků:

- Bylo zjištěno, že ve věku 71 až 75 let je dotazovaných diabetiků (mužů i žen) nejvíce, tj. více než 1/3 z celkového souhrnu.
- V dalších věkových kategoriích (vždy rozdělených po 5 letech) se už zastoupení mužů a žen vzájemně liší, největší rozdíl lze však zaznamenat ve věkové kategorii 76 až 80 let, kde je větší věkové zastoupení mužů s diabetem.

3. JAKÝ JE VÁŠ RODINNÝ STAV?

	muži	%	ženy	%
svobodný/á	0	0.0	1	3.2
ženatý/vdaná	26	76.5	15	48.4
rozvedený/á	0	0.0	1	3.2
ovdovělý/á	8	23.5	14	45.2
Celkem	34	100.0	31	100.0



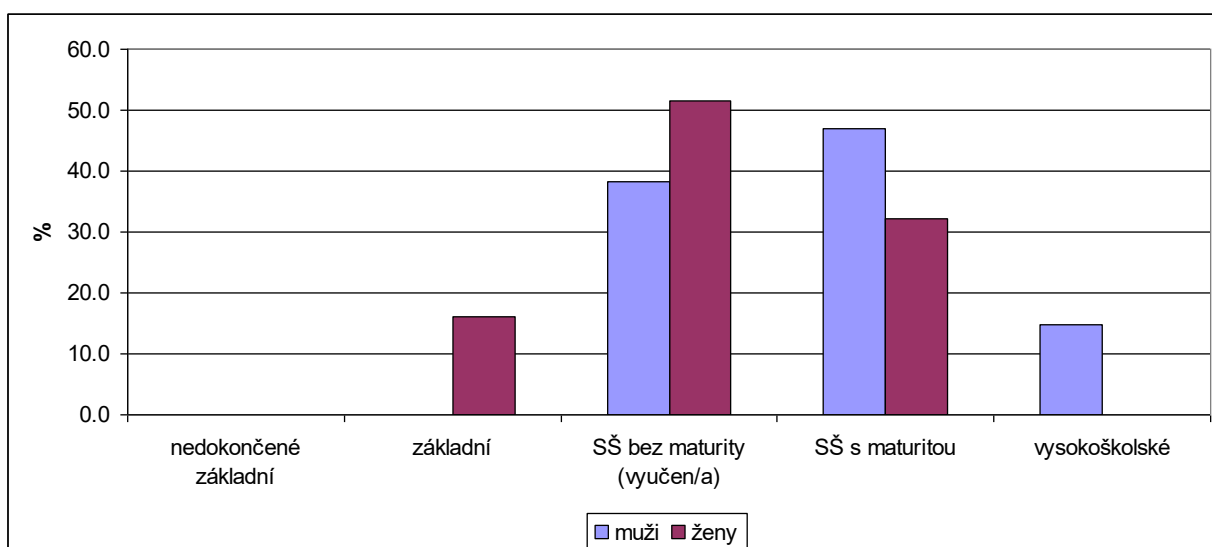
Interpretace výsledků:

- Ukázalo se, že v této generaci (senioři v důchodu) byl při průzkumu pouze jeden rozvedený a jeden svobodný (pouze ženy).
- Podstatný rozdíl byl zaznamenán mezi poměrem ženatých mužů a vdaných žen, dále také u jejich ovdovění.
- Více než 3/4 mužů jsou ženaté, vdaných žen je méně než 1/2.
- Více ovdovělé jsou ženy, kterých je méně než 1/2, naopak ovdovělých mužů je pouze 1/4.

- Interpretováno zvlášť z pohledu mužů a žen.

4. JAKÉ JE VAŠE NEJVYŠŠÍ DOSAŽENÉ VZDĚLÁNÍ?

	muži	%	ženy	%
nedokončené základní	0	0.0	0	0.0
Základní	0	0.0	5	16.1
SŠ bez maturity (vyučen/a)	13	38.2	16	51.6
SŠ s maturitou	16	47.1	10	32.3
Vysokoškolské	5	14.7	0	0.0

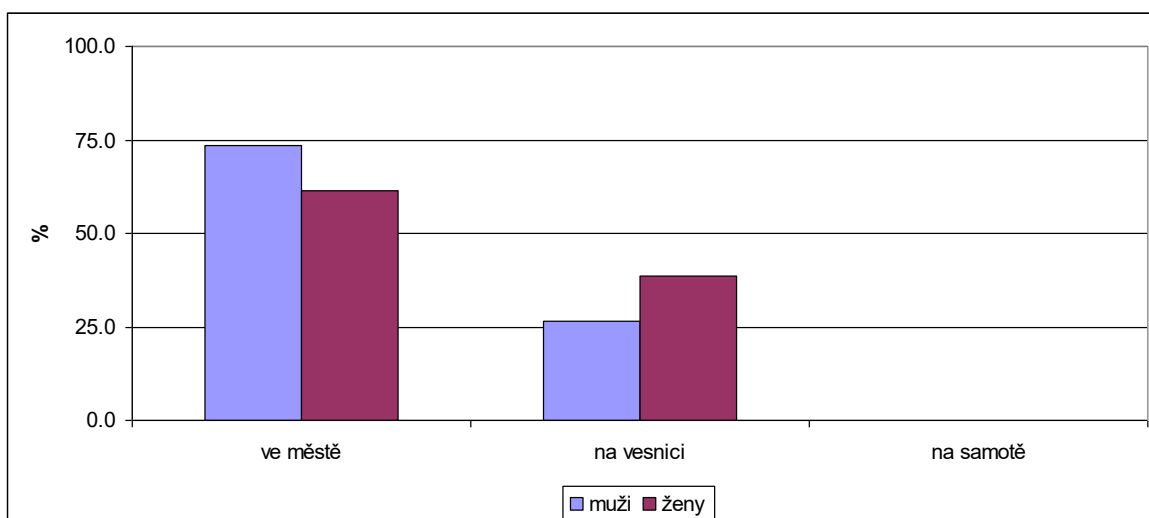


Interpretace výsledků:

- Téměř 85% všech respondentů má středoškolské vzdělání, větší zastoupení SŠ vzdělání s maturitou mají však muži, méně pak ženy.
- Více než základní vzdělání mají všichni dotazovaní muži, pouze 5 dotazovaných žen mělo pouze základní vzdělání.
- Vysokoškolské vzdělání se týká pouze mužů, konkrétně 5 dotazovaných.

5. KDE ŽIJETE?

	muži	%	ženy	%
ve městě	25	73.5	19	61.3
na vesnici	9	26.5	12	38.7
na samotě	0	0.0	0	0.0
Celkem	34	100.0	31	100.0

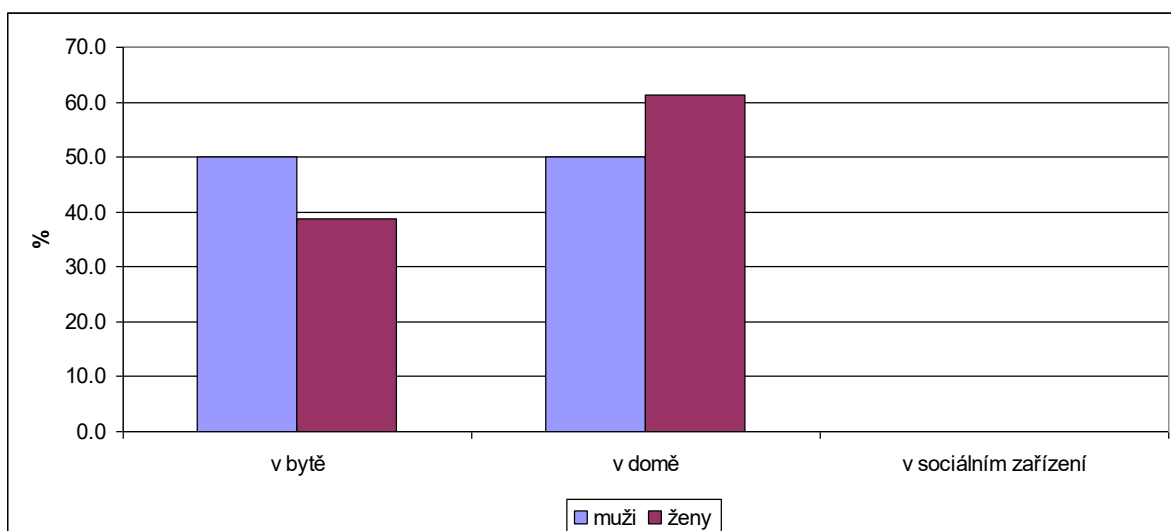


Interpretace výsledků:

- Zde se ukázalo, že skoro 3/4 mužů a méně než 2/3 žen žije ve městech, více žen tak žije na vesnici, méně pak mužů.
- K životu na samotě se nevyjádřil nikdo z dotazovaných.

6. BYDLÍTE:

	muži	%	ženy	%
v bytě	17	50.0	12	38.7
v domě	17	50.0	19	61.3
v sociálním zařízení	0	0.0	0	0.0
Celkem	34	100.0	31	100.0

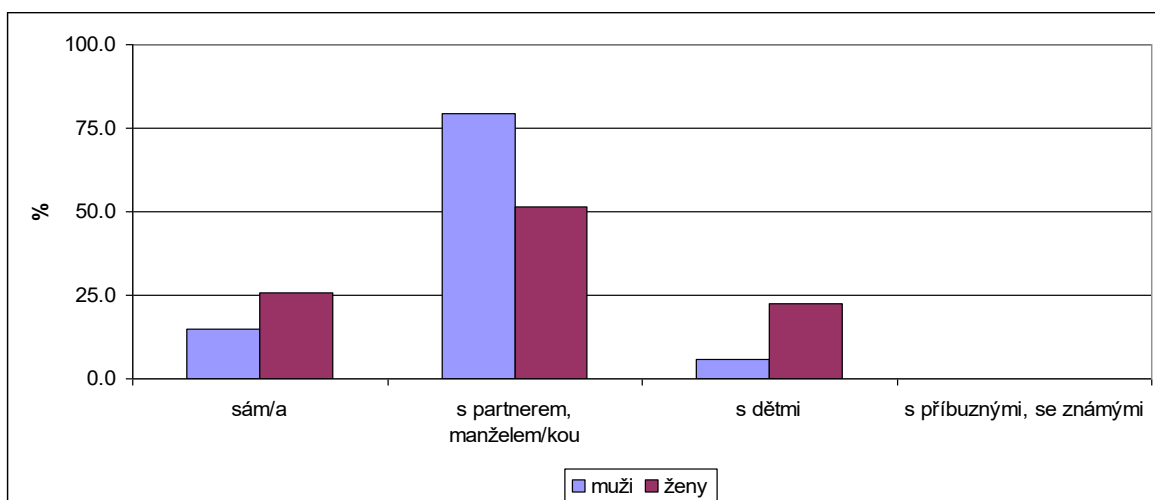


Interpretace výsledků:

- Navazující otázka směřovala k formě bydlení.
- Nikdo z dotazovaných nežije v sociálním zařízení.
- Polovina ze souhrnu mužů zvolila bydlení v domě, další polovina bydlení v bytě.
- U žen byl již rozdíl, méně než 2/3 žen žije v domě, zbylá část v bytě.

7. V SOUČASNÉ DOBĚ ŽIJETE:

	muži	%	ženy	%
sám/a	5	14.7	8	25.8
s partnerem, manželem/kou	27	79.4	16	51.6
s dětmi	2	5.9	7	22.6
s příbuznými, se známými	0	0.0	0	0.0
Celkem	34	100.0	31	100.0

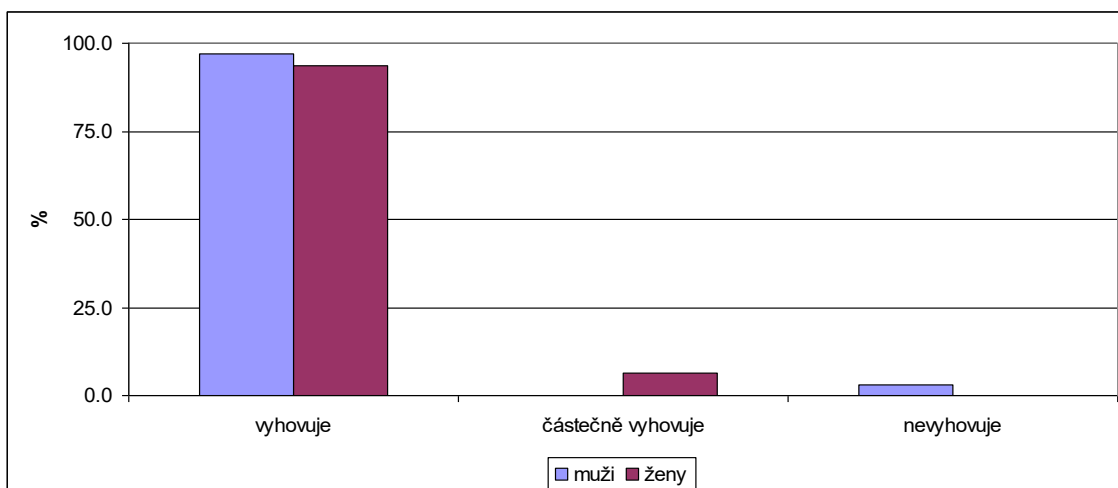


Interpretace výsledků:

- V této otázce bylo zjištěno, že více než 3/4 mužů žije se svou partnerkou/manželkou, méně než 1/5 mužů žije samotných.
- Pouze zlomek mužů žije se svými dětmi.
- U žen se zjistilo, že jich pouze polovina žije se svým partnerem/manželem, je zde patrný rozdíl v poměru s muži.
- Přesně 1/4 žen žije sama, zbývající necelá 1/4 žije se svými dětmi.

8. BYDLENÍ VÁM:

	muži	%	ženy	%
vyhovuje	33	97.1	29	93.5
částečně vyhovuje	0	0.0	2	6.5
nevyhovuje	1	2.9	0	0.0
Celkem	34	100.0	31	100.0

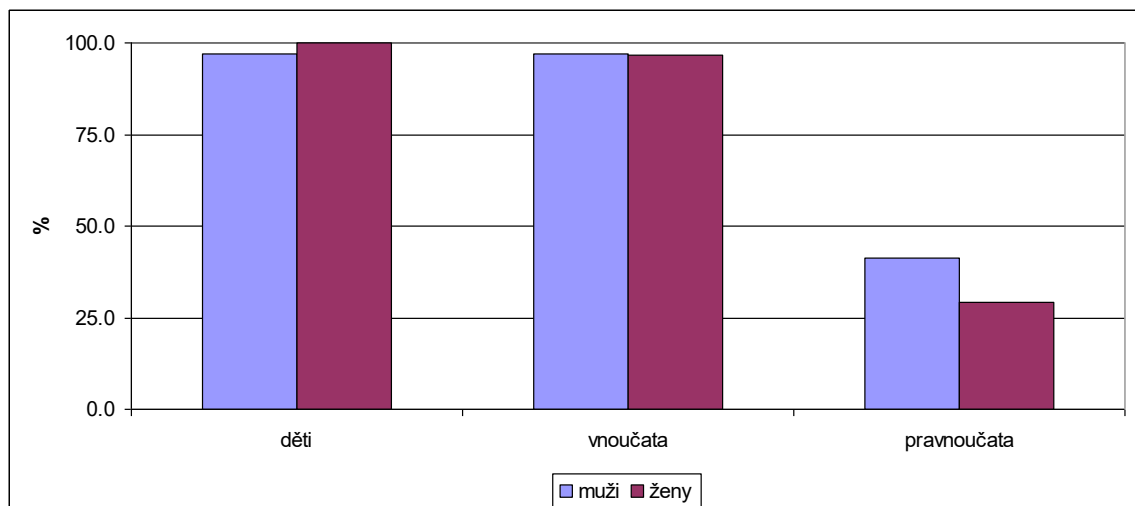


Interpretace výsledků:

- Celkem jednoznačně se při zkoumání ukázalo, že bydlení respondentům vyhovuje.
- Pouze jednomu muži nevyhovovalo jeho bydlení, dvě ženy pak nebyly plně spokojené.

9. MÁTE DĚTI?

	muži	%	ženy	%
Děti	33	97.1	31	100.0
vnoučata	33	97.1	30	96.8
pravnoučata	14	41.2	9	29.0

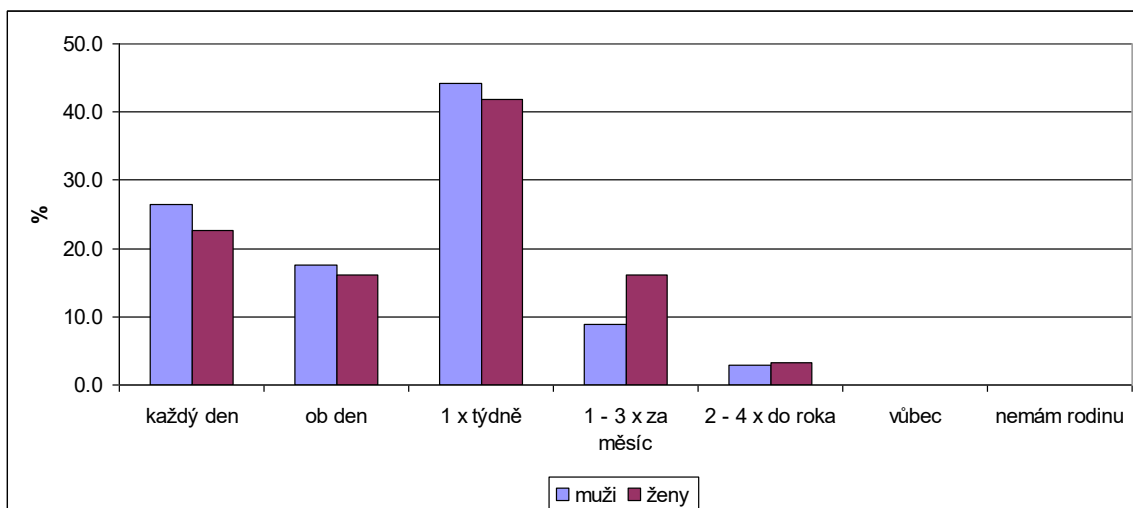


Interpretace výsledků:

- Téměř všichni respondenti mají své děti, z dotazovaných žen dokonce všechny.
- Podobně je tak tomu u vnoučat, téměř všichni muži a ženy je mají.
- Jinak je tomu u pravnoučat, u mužů je to méně než 1/2, u žen pak méně než 1/3.

10. JAK ČASTO JSTE V OSOBNÍM KONTAKTU SE ČLENY RODINY?

	muži	%	ženy	%
každý den	9	26.5	7	22.6
ob den	6	17.6	5	16.1
1 x týdně	15	44.1	13	41.9
1 - 3 x za měsíc	3	8.8	5	16.1
2 - 4 x do roka	1	2.9	1	3.2
Vůbec	0	0.0	0	0.0
nemám rodinu	0	0.0	0	0.0
Celkem	34	100.0	31	100.0

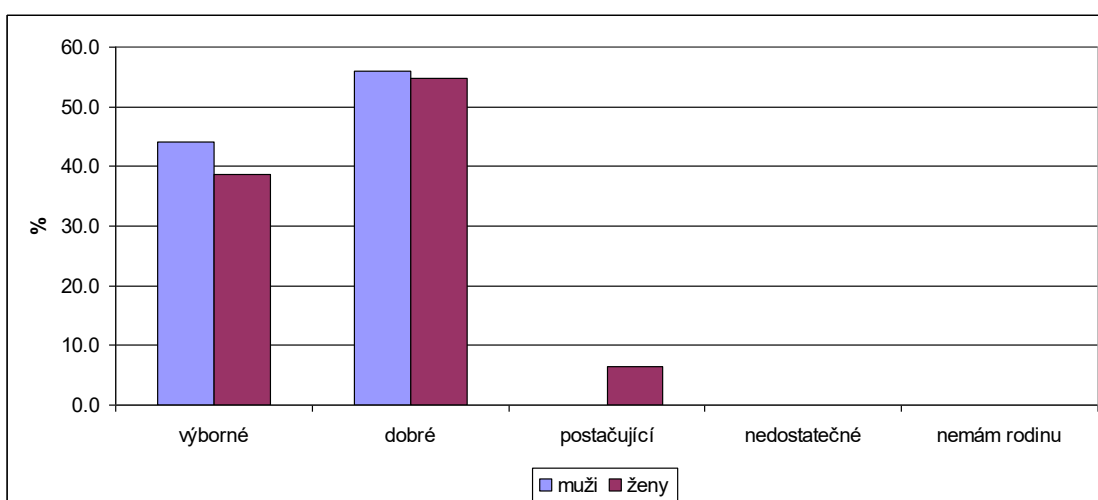


Interpretace výsledků:

- Při dotazování na osobní kontakt s dalšími členy rodiny bylo zjištěno, že méně než 1/2 dotazovaných se setkává se svými příbuznými alespoň 1x týdně, jak u mužů, tak u žen.
- Každodenní kontakt je u mužů více než v 1/4, u žen méně než v 1/4.
- Každý druhý den se pak setkává se svými příbuznými méně než 1/5 dotazovaných, muži i ženy.
- Nestalo se, že by někdo z respondentů neměl rodinu, nebo by neměli s ní žádný kontakt, tj. nesetkávali se alespoň minimálně.

11. VZTAHY V RODINĚ BYSTE OHODNOTIL/A JAKO:

	muži	%	ženy	%
Výborné	15	44.1	12	38.7
Dobré	19	55.9	17	54.8
Postačující	0	0.0	2	6.5
nedostatečné	0	0.0	0	0.0
nemám rodinu	0	0.0	0	0.0
Celkem	34	100.0	31	100.0

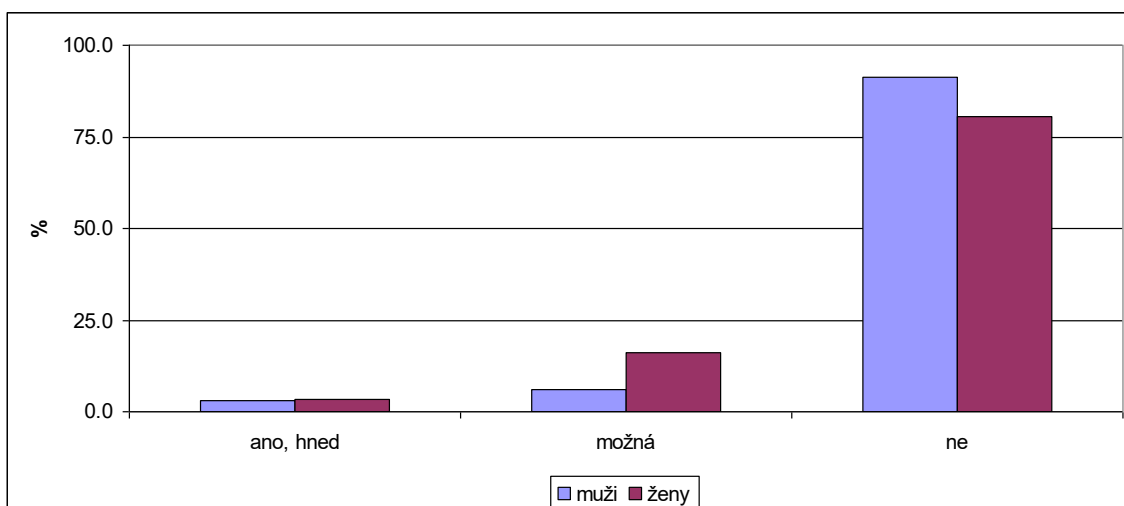


Interpretace výsledků:

- V navazující otázce na vztahy v rodině hodnotili muži i ženy jejich úroveň jako „dobrou“, v obou případech více než 1/2 dotazovaných.
- Jako „výborné“ je hodnotila méně než 1/2 mužů, u žen to byla více než 1/3.
- Pouze zlomek žen je hodnotil jako „postačující“.

12. KDYBYSTE MĚL/A MOŽNOST SE ODSTĚHOVAT Z VAŠEHO MĚSTA/VESNICE, ODSTĚHOVAL/A BYSTE SE?

	muži	%	ženy	%
ano, hned	1	2.9	1	3.2
Možná	2	5.9	5	16.1
Ne	31	91.2	25	80.6
Celkem	34	100.0	31	100.0



Interpretace výsledků:

- V této otázce bylo zjištěno, že by se téměř všichni žádný z mužů nestěhoval, pouze zlomek z nich o tom uvažuje.
- Více než 3/4 žen by se také nestěhovala, avšak méně než 1/5 žen o tom uvažuje.

13. JAKÉ KULTURNÍ AKCE JSOU DOSTUPNÉ VE VAŠÍ OBCI (NEBO POBLÍŽ)?

	muži	%	ženy	%
divadlo, kino	25	73.5	22	71.0
zábavy, jednorázové akce	32	94.1	28	90.3
spol. akce pro seniory	30	88.2	21	67.7
akce spojené s ročním obdobím či svátky	31	91.2	27	87.1
veřejná knihovna či internet	28	82.4	24	77.4

Využíváte je?

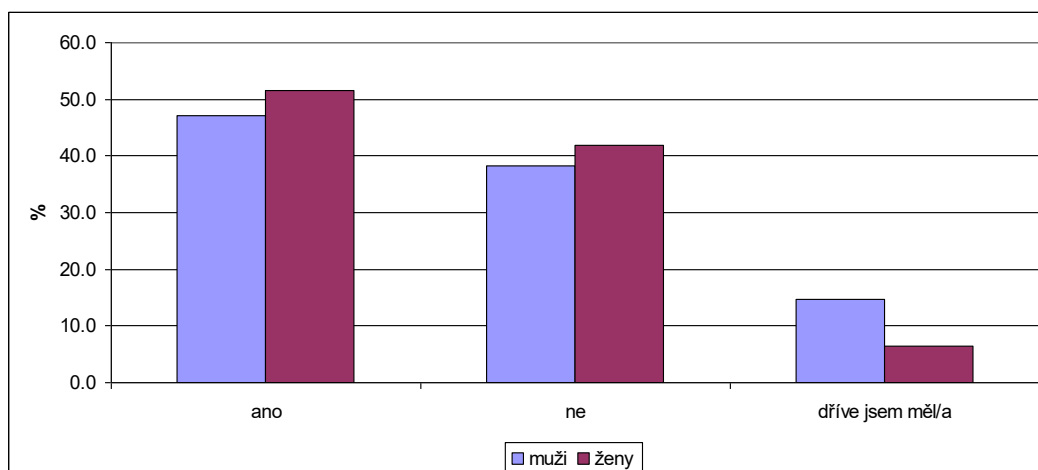
	muži	%	ženy	%
divadlo, kino	8	23.5	9	29.0
zábavy, jednorázové akce	12	35.3	8	25.8
spol. akce pro seniory	9	26.5	2	6.5
akce spojené s ročním obdobím či svátky	10	29.4	10	32.3
veřejná knihovna či internet	6	17.6	5	16.1

Interpretace výsledků:

- V kulturní oblasti bylo v nabídce odpovědí hned několik možností.
- U všech těchto možností byla potvrzena vždy více než 3/4 dostupnost, jak u mužů, tak u žen.
- Pouze o menší dostupnosti referovaly ženy o společenských akcích pro seniory, konkrétně 2/3 z celkového počtu žen.
- Zábavy a jednorázové akce se blížily více než 90% dostupnosti, u mužů i u žen.
- Jejich využívání bylo již rozličné, více než 1/3 mužů volila zábavy a jednorázové akce, dalších více než 1/4 mužů akce spojené s ročním obdobím či oslavou svátků.
- Podobně tomu bylo u společenských akcí pro seniory.
- Méně už volili muži divadlo a kino, stále se však blížili 1/4.
- Ženy více preferovaly akce spojené s ročním obdobím či svátky, přesně 1/3 z nich tak zvolila.
- Více než 1/4 žen má v oblibě divadlo či kino.
- Přesně 1/4 pak zábavy a jednorázové akce.
- Jako nepopulární se ukázaly pro ženy společenské akce pro seniory, je volily pouze 2 ženy.
- Stejně zastoupení lze zpozorovat u využívání knihoven či internetu, jak u mužů, tak u žen, konkrétně méně než 1/5.

14. STARÁTE SE O NĚJAKÉHO DOMÁCÍHO MAZLIČKA?

	muži	%	ženy	%
ano	16	47.1	16	51.6
ne	13	38.2	13	41.9
dříve jsem měl/a	5	14.7	2	6.5
Celkem	34	100.0	31	100.0

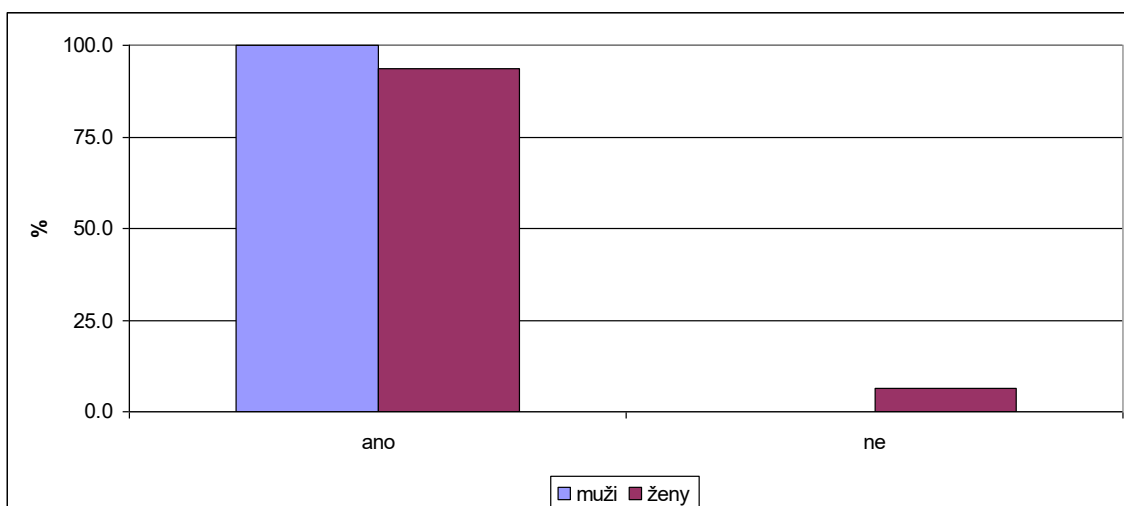


Interpretace výsledků:

- Více než 1/2 dotázaných, jak mužů, tak i u žen, vlastní svého domácího mazlíčka.
- Méně než 1/2 mužů a žen ho nevlastní.
- Zbývá část jej dříve vlastnila, více však muži.

15. JSTE V ŽIVOTĚ SPOKOJEN/A?

	Muži	%	ženy	%
ano	34	100.0	29	93.5
ne	0	0.0	2	6.5
Celkem	34	100.0	31	100.0



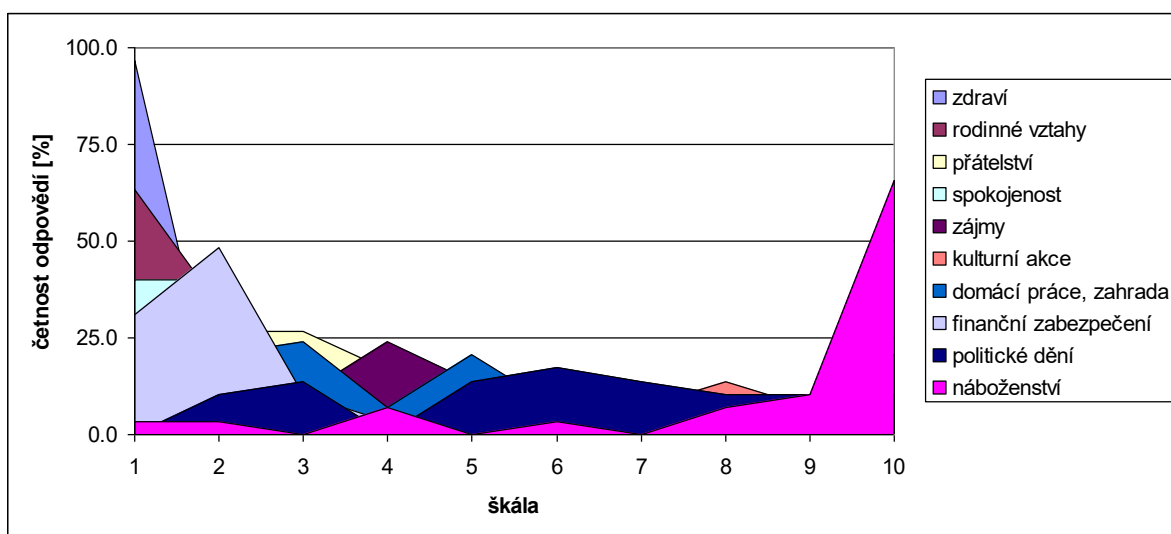
	< ----- nespokojen/a – spokojen/a ----- >									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
muži	0	0	0	0	0	2	10	20	1	1
ženy	0	0	1	1	0	4	8	11	5	1

Interpretace výsledků:

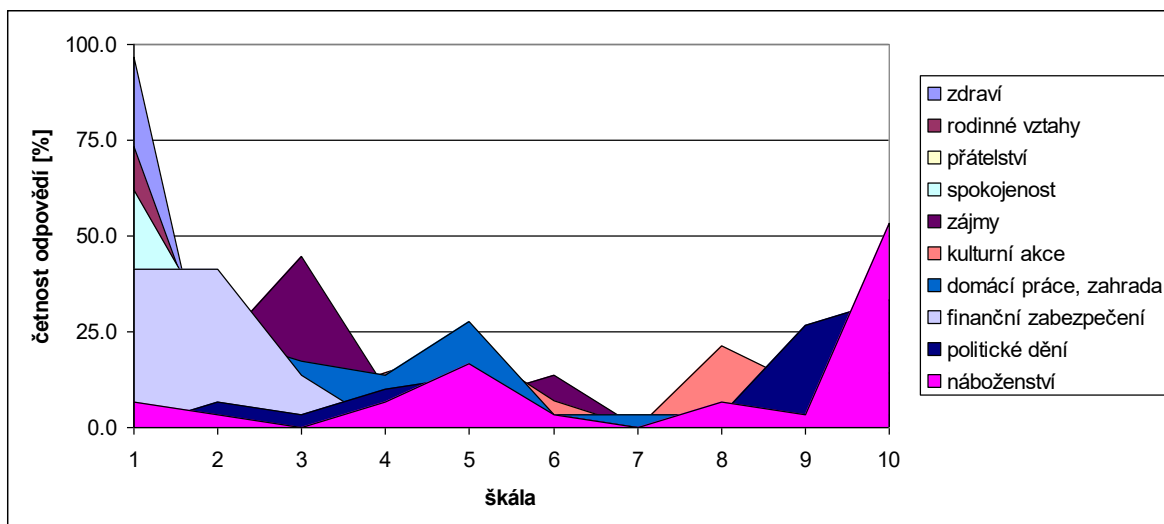
- Při dotazníkovém šetření se ukázalo, že všichni dotazovaní muži jsou se svým životem spokojeni, velmi podobně je tomu u žen, avšak dvě z nich se vyslovily pro nespokojenost.

16. OČÍSLUJTE NÁSLEDUJÍCÍ POJMY PODLE VAŠEHO POŘADÍ DŮLEŽITOSTI:

Muži	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Neodp.
zdraví	29	1									4
rodinné vztahy	19	10	1								4
přátelství	7	8	8	5	2						4
spokojenost	12	12	4	1	1						4
zájmy	4	8	3	7	4	2	1				5
kulturní akce	2	2	3	1	4	3	2	4	2	6	5
domácí práce, zahrada	3	6	7	2	6	2		1	1	1	5
finanční zabezpečení	9	14	3	1	2						5
politické dění		3	4		4	5	4	3	3	3	5
náboženství	1	1		2		1		2	3	19	5



ženy	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Neodp.
zdraví	29		1								1
rodinné vztahy	22	4	3	1							1
přátelství	12	7	7	2	2						1
spokojenost	18	7	4								2
zájmy		6	13	3	2	4				1	2
kulturní akce		1	2	4	6	2		6	3	4	3
domácí práce, zahrada	1	7	5	4	8	1	1	1		1	2
finanční zabezpečení	12	12	4		1						2
politické dění		2	1	3	4	1		1	8	10	1
náboženství	2	1		2	5	1		2	1	16	1



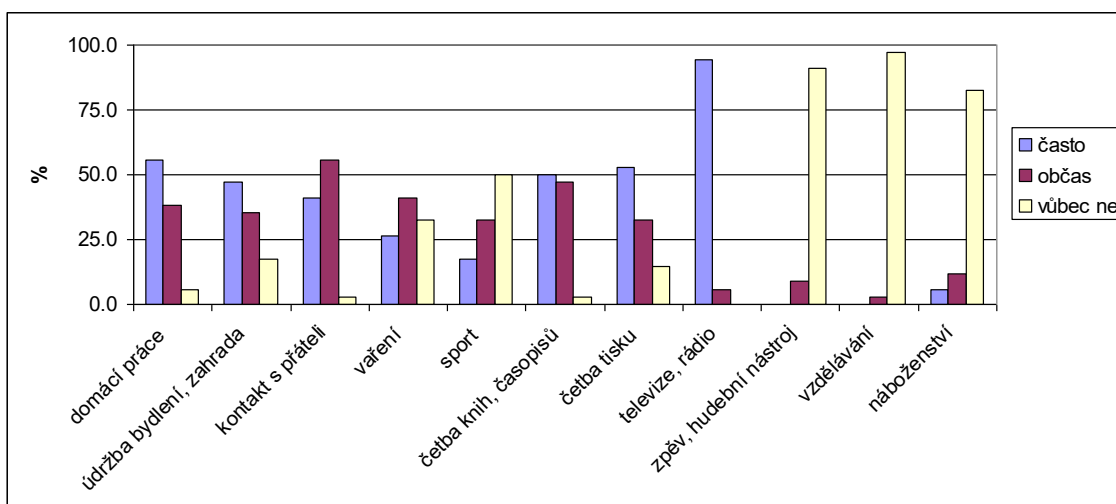
Interpretace výsledků:

- V otázce o životních hodnotách opět hodnotili zvláště muži a ženy.
- Na škále bylo respondenty určováno podle důležitosti.
- Z celkového hodnocení bylo pro muže nejvíce potřebné zdraví, následovaly rodinné vztahy a celková spokojenost.
- Jako nejméně důležité se pro muže ukázalo náboženství, poté kulturní akce či politické dění.

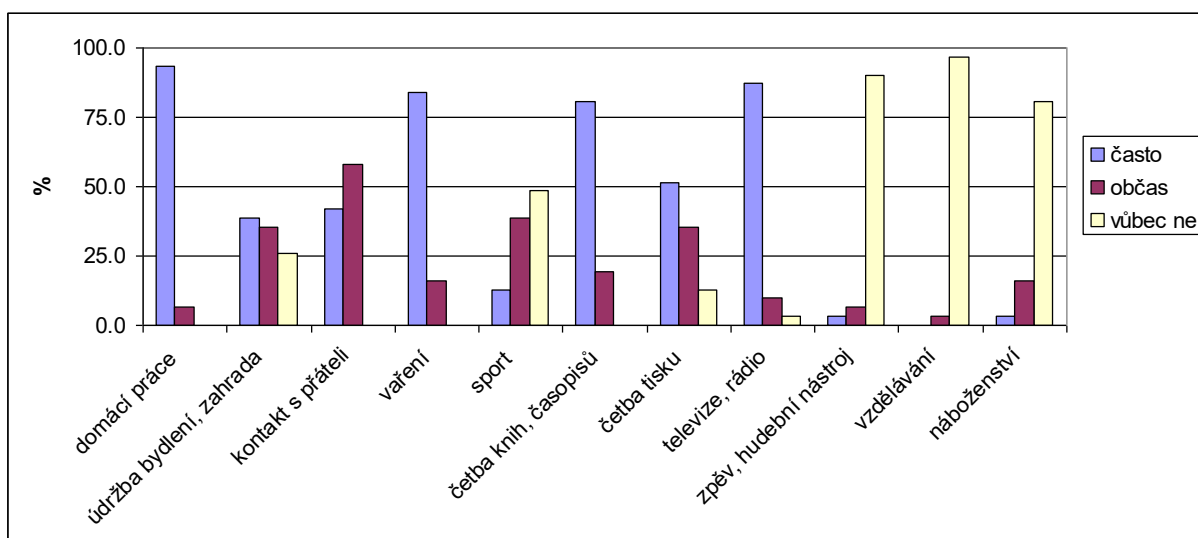
- Ženy shodně s muži hodnotily zdraví jako nejdůležitější, obdobně také rodinné vztahy a celkovou spokojenost.
- Nejméně důležité se pro ně jeví náboženství (především u mužů), více nedůležité však pro ně bylo politické dění, na třetím místě pak byly kulturní akce.
- Lze tak upozorovat velkou míru shody u mužů a žen, co do prvních třech důležitých a třech nedůležitých hodnot.
- V této hodnotící otázce se našlo velké zastoupení lidí, kteří neměli zájem odpovědět, především muži.

17. V JAKÉ MÍŘE SE AKTIVNĚ VĚNUJETE:

Muži	často	%	občas	%	vůbec ne	%
domácí práce	19	55.9	13	38.2	2	5.9
údržba bydlení, zahrada	16	47.1	12	35.3	6	17.6
kontakt s přáteli	14	41.2	19	55.9	1	2.9
vaření	9	26.5	14	41.2	11	32.4
sport	6	17.6	11	32.4	17	50.0
četba knih, časopisů	17	50.0	16	47.1	1	2.9
četba tisku	18	52.9	11	32.4	5	14.7
televize, rádio	32	94.1	2	5.9	0	0.0
zpěv, hudební nástroj	0	0.0	3	8.8	31	91.2
vzdělávání	0	0.0	1	2.9	33	97.1
náboženství	2	5.9	4	11.8	28	82.4



Ženy	často	%	občas	%	vůbec ne	%
domácí práce	29	93.5	2	6.5	0	0.0
údržba bydlení, zahrada	12	38.7	11	35.5	8	25.8
kontakt s přáteli	13	41.9	18	58.1	0	0.0
vaření	26	83.9	5	16.1	0	0.0
sport	4	12.9	12	38.7	15	48.4
četba knih, časopisů	25	80.6	6	19.4	0	0.0
četba tisku	16	51.6	11	35.5	4	12.9
televize, rádio	27	87.1	3	9.7	1	3.2
zpěv, hudební nástroj	1	3.2	2	6.5	28	90.3
vzdělávání	0	0.0	1	3.2	30	96.8
náboženství	1	3.2	5	16.1	25	80.6

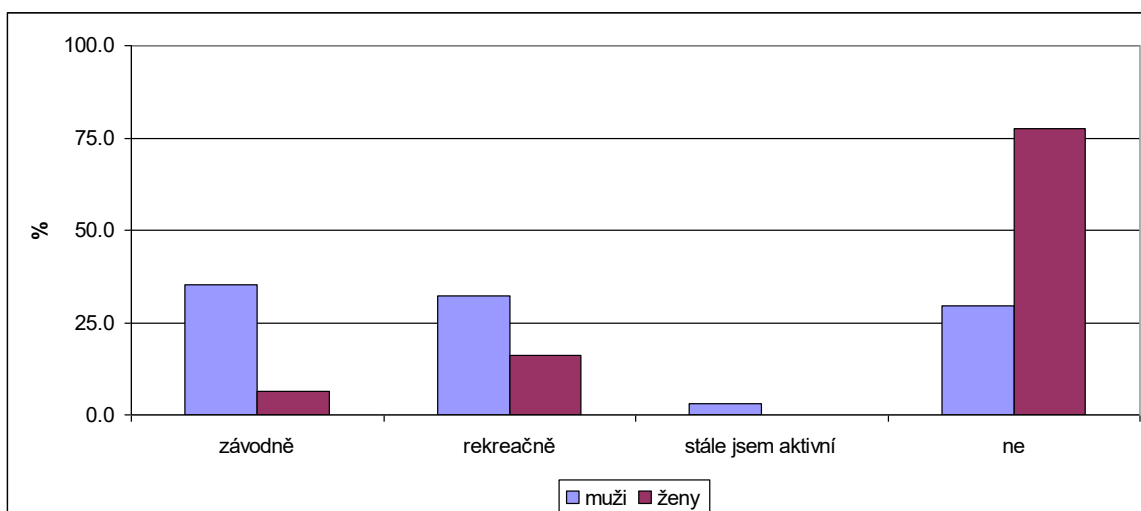


Interpretace výsledků:

- V otázce na zájmy či aktivity respondentů se ukázalo, že se muži nejvíce věnují sledování televize či poslouchání rádia.
- V polovině případů se muži také věnují buď četbě knih, tisku a časopisů či domácím pracím.
- Nejméně se věnují muži dalšímu vzdělávání, poté zpěvu či hudebním nástrojům, dále pak oblasti náboženství.
- U žen je to velmi podobné, nejvíce se věnují domácím pracím, obdobně jako muži sledování televize a následně vaření.
- Nejméně pak jako muži oblasti dalšího vzdělávání, zpěvu, hudebním nástrojům či náboženství.

18. DĚLAL/A JSTE AKTIVNĚ NĚJAKÝ DRUH SPORTU?

	muži	%	ženy	%
závodně	12	35.3	2	6.5
rekreačně	11	32.4	5	16.1
stále jsem aktivní	1	2.9	0	0.0
ne	10	29.4	24	77.4
Celkem	34	100.0	31	100.0

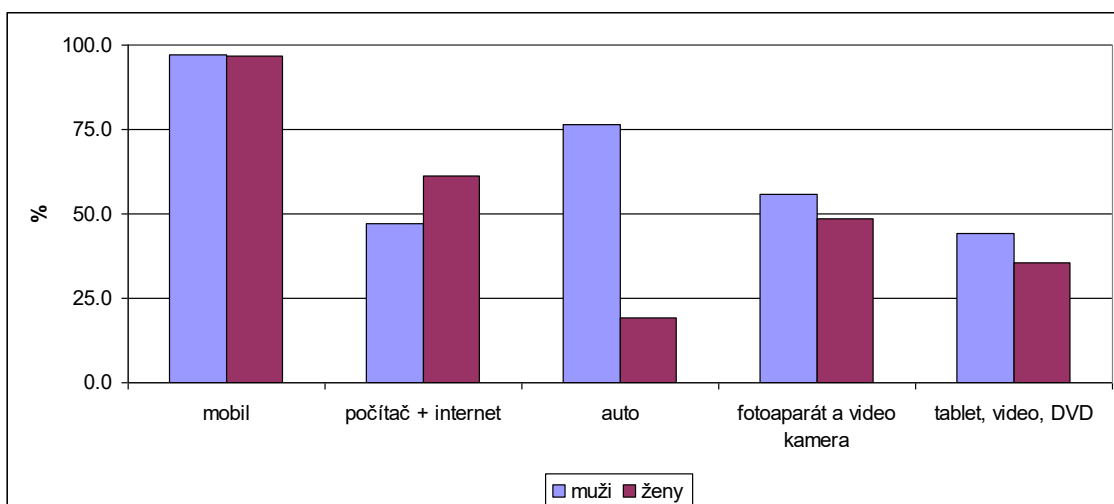


Interpretace výsledků:

- V této otázce se ukázalo, že více než 1/3 mužů v minulosti sportovala závodně, přesně 1/3 dalších dotazovaných mužů pak rekreačně.
- Méně než 1/3 mužů nespotovala vůbec.
- Pouze jediný muž z dotazovaných je stále sportovně aktivní.
- U žen to bylo velmi rozdílné.
- Pouze zlomek žen se věnovalo závodně sportování.
- Méně než 1/5 rekreačně a více než 3/4 v minulosti nespotovala. Žádná z dotazovaných žen není sportovně aktivní.

19. VYUŽÍVÁTE TATO TECHNICKÁ ZAŘÍZENÍ?

	Muži	%	ženy	%
mobil	33	97.1	30	96.8
počítač + internet	16	47.1	19	61.3
auto	26	76.5	6	19.4
fotoaparát a video kamera	19	55.9	15	48.4
tablet, video, DVD	15	44.1	11	35.5



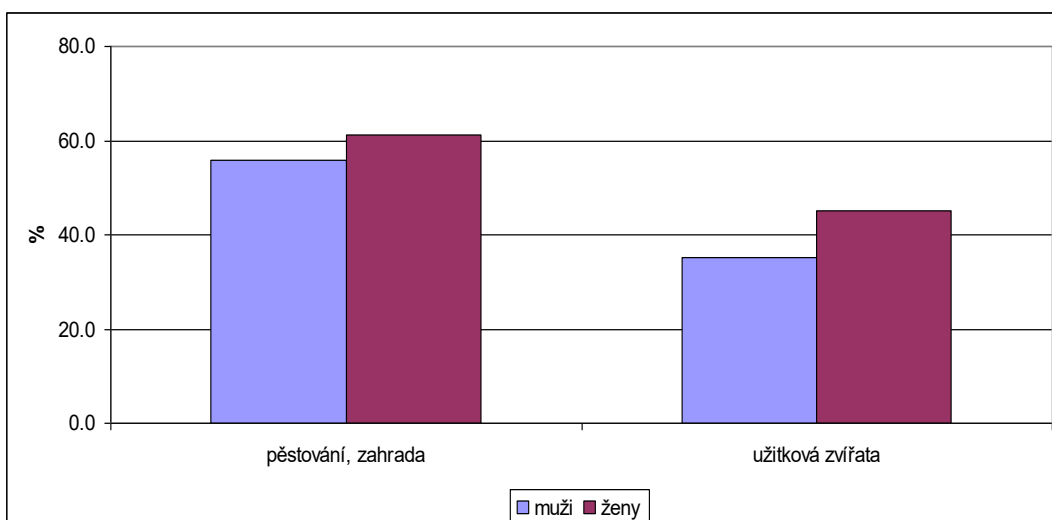
Interpretace výsledků:

- Ukázalo se, že starší generace v poměrně velké míře využívá technická zařízení.
- Téměř všichni respondenti používají telefonní mobil.
- Více než 1/2 mužů užívá osobní počítač a internet, více je však používají ženy, skoro až 2/3 z nich.
- Shoda panuje i v používání fotoaparátů či videokamer, 1/2 mužů i žen je využívá, více však muži.
- Pokud jde o automobilové vozidlo, tak je zde velká převaha mužů, konkrétně 3/4 z nich jej užívá.
- Pouze 1/5 žen řídí automobil.
- Méně než 1/2 mužů užívá stále poměrně novou technickou vymoženost – tablet.
- U žen je to více než 1/3.

20. I. ZAJÍMÁTE SE O PĚSTOVÁNÍ ČI PEČUJETE O ZAHRADU?

II. CHOVÁTE NĚJAKÁ ÚŽITKOVÁ ZVÍŘATA?

	Muži	%	ženy	%
pěstování, zahrada	19	55.9	19	61.3
užitková zvířata	12	35.3	14	45.2

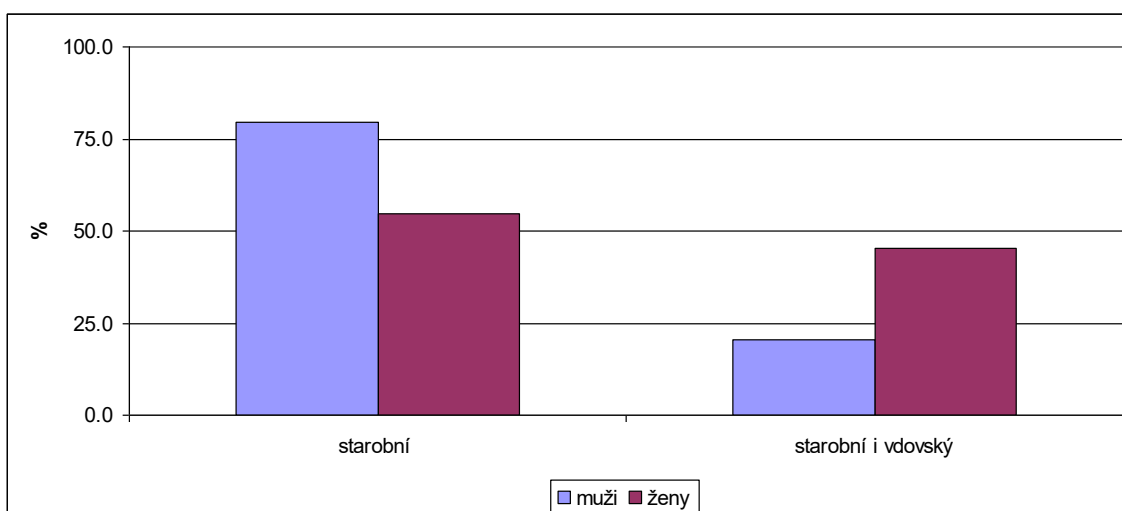


Interpretace výsledků:

- Tato dotazovaná otázka ukázala, že více než 1/2 respondentů jsou zahrádkáři, větším poměrem se pěstování věnují ženy.
- Méně než 1/2 žen dokonce chová užitková zvířata. Více než 1/3 mužů obdobně.

21. POBÍRÁTE DŮCHOD:

	Muži	%	ženy	%
starobní	27	79.4	17	54.8
starobní i vdovský	7	20.6	14	45.2



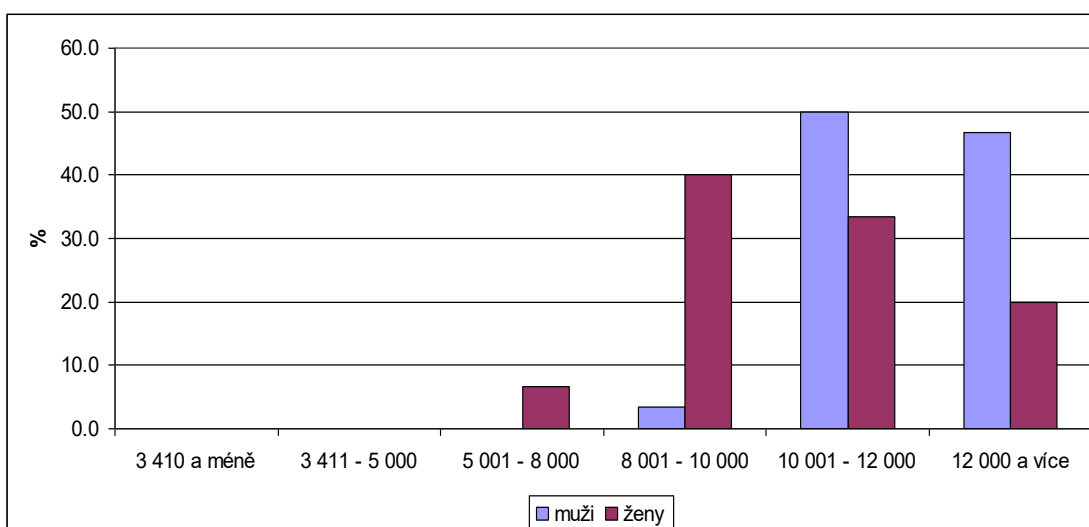
Interpretace výsledků:

- Pokud jde o otázku finančního zabezpečení, tak se ukázalo, že všichni respondenti pobírají starobní důchod.
- Starobní důchod pobírají více jak 3/4 mužů a více než 1/2 žen.

- Starobní i vdovský (vdovecký) důchod pobírá 1/5 dotázaných mužů, u žen je to téměř 1/2.

22. CELKOVÁ VÝŠE VAŠEHO DŮCHODU ČINÍ:

	muži	%	ženy	%
3 410 a méně	0	0.0	0	0.0
3 411 - 5 000	0	0.0	0	0.0
5 001 - 8 000	0	0.0	2	6.7
8 001 - 10 000	1	3.3	12	40.0
10 001 - 12 000	15	50.0	10	33.3
12 000 a více	14	46.7	6	20.0
Celkem	30	100.0	30	100.0

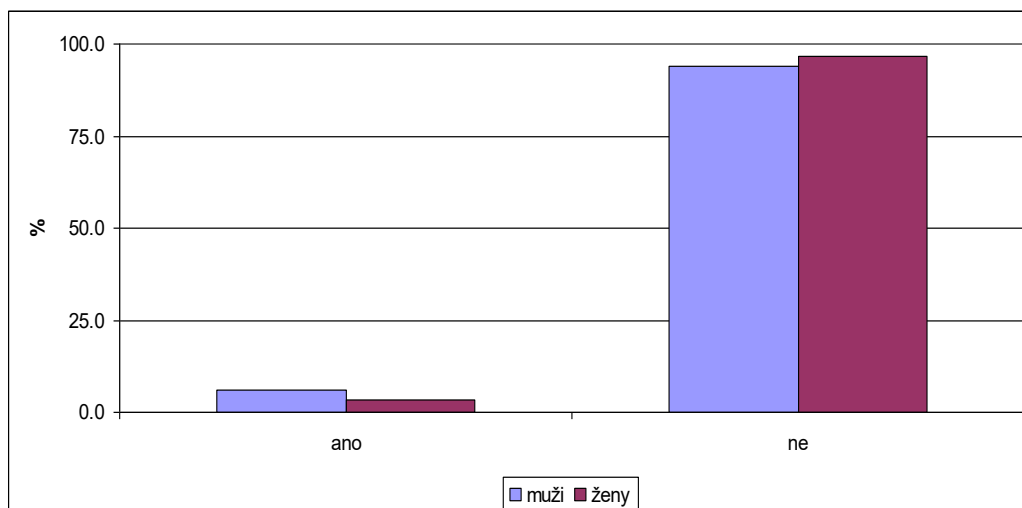


Interpretace výsledků:

- V otázce výše důchodu dotázaných seniorů se ukázalo, že nikdo z nich nepobírá důchod menší než 5 tisíc Kč.
- Dále se ukázalo, že nejnižší důchod pobírají ženy, neboť více jak 10 tisíc Kč uvedli téměř všichni muži, zatímco u žen to byla pouze 1/2.
- Výši důchodu od 12 tisíc Kč a více uvedla téměř polovina mužů a pouze 1/5 z dotazovaných žen.

23. POBÍRÁTE ZVLÁŠTNÍ PŘÍSPĚVEK K DŮCHODU?

	muži	%	ženy	%
ano	2	5.9	1	3.2
ne	32	94.1	30	96.8
Celkem	34	100.0	31	100.0

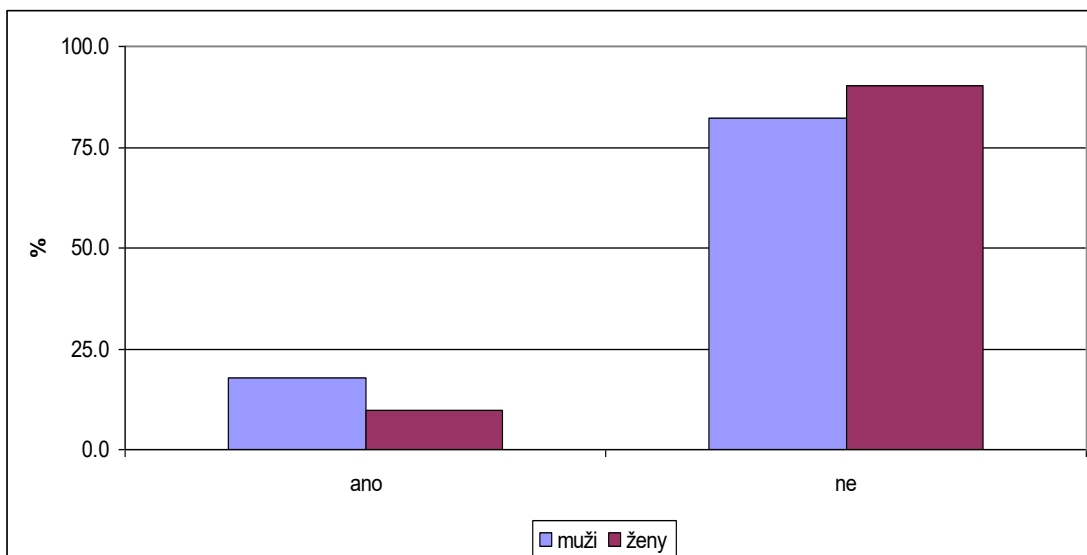


Interpretace výsledků:

- Zvláštní příspěvek k důchodu pobírají pouze 3 respondenti, tj. 2 muži a 1 žena.
- Zbýlá část mužů i žen uvádí, že nepobírají jiný příspěvek k důchodu.

24. PŘIVYDĚLÁVÁTE SI V DŮCHODU?

	muži	%	ženy	%
ano	6	17.6	3	9.7
ne	28	82.4	28	90.3
Celkem	34	100.0	31	100.0

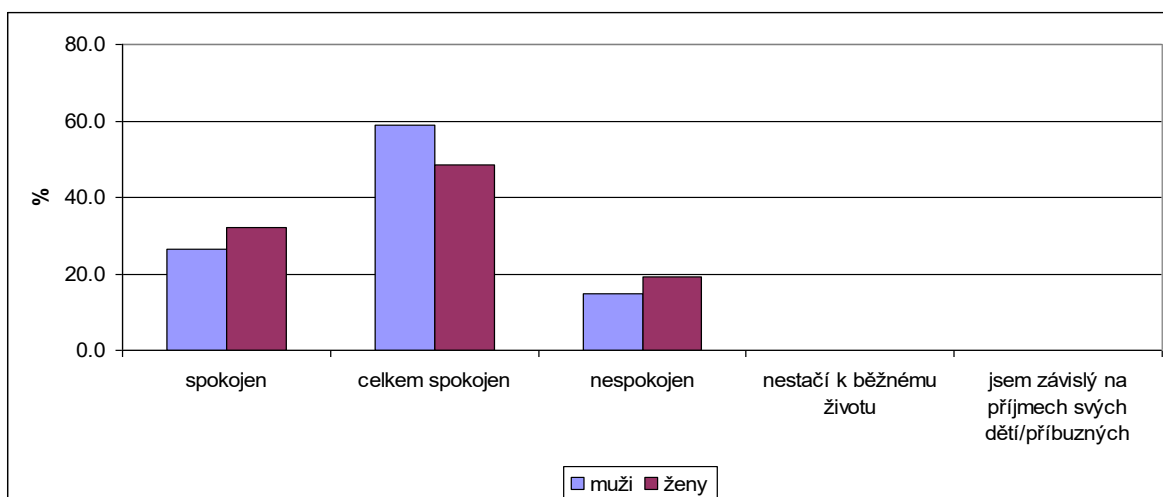


Interpretace výsledků:

- V této otázce se ukázalo, že si z dotazovaných v současné době k důchodu přivydělává necelá 1/5 mužů a pouze zlomek žen.
- Zbývá část dotazovaných, tj. většina si nijak nepřivydělává.

25. JAK JSTE SPOKOJEN/A S VÝŠÍ SVÝCH PŘÍJMŮ?

	muži	%	ženy	%
spokojen	9	26.5	10	32.3
celkem spokojen	20	58.8	15	48.4
nespokojen	5	14.7	6	19.4
nestačí k běžnému životu	0	0.0	0	0.0
jsem závislý na příjmech svých dětí/příbuzných	0	0.0	0	0.0
Celkem	34	100.0	31	100.0

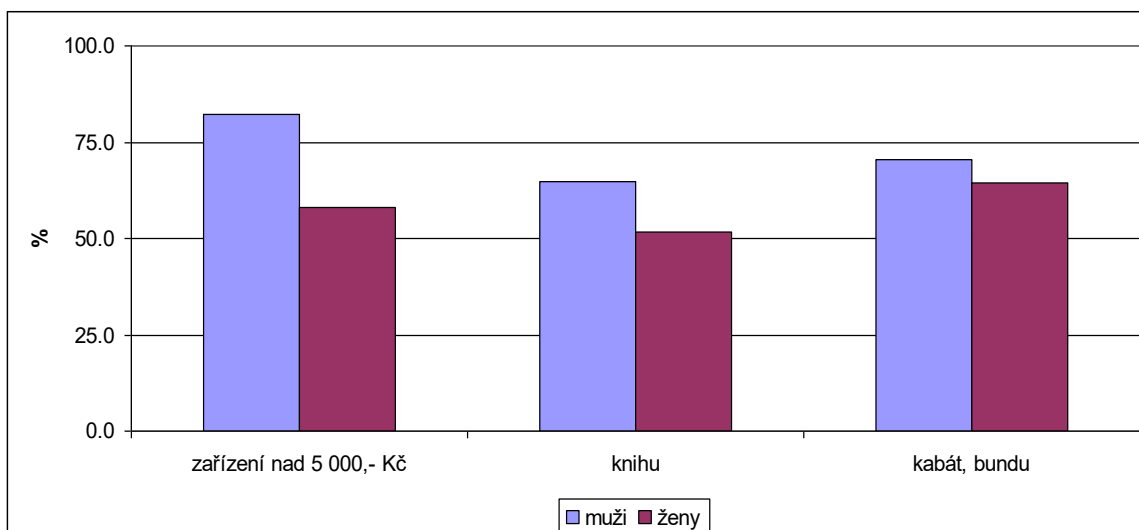


Interpretace výsledků:

- Při zkoumání výše příjmů se ukázalo, že je s nimi celkově spokojena více než 1/4 mužů a téměř 1/3 žen.
- Celkem spokojena je více než 1/2 mužů a méně než 1/2 žen.
- Nespokojena s výší svých příjmů je méně než 1/5 mužů a 1/5 žen.
- Nikdo z dotazovaných si nemyslí, že by jejich příjem nestačil k běžnému životu, nebo že by byl závislý na příjmech někoho druhého.

26. POŘÍDIL JSTE SI ZA POSLEDNÍCH 5 LET:

	muži	%	ženy	%
zařízení nad 5 000,- Kč	28	82.4	18	58.1
knihu	22	64.7	16	51.6
kabát, bundu	24	70.6	20	64.5

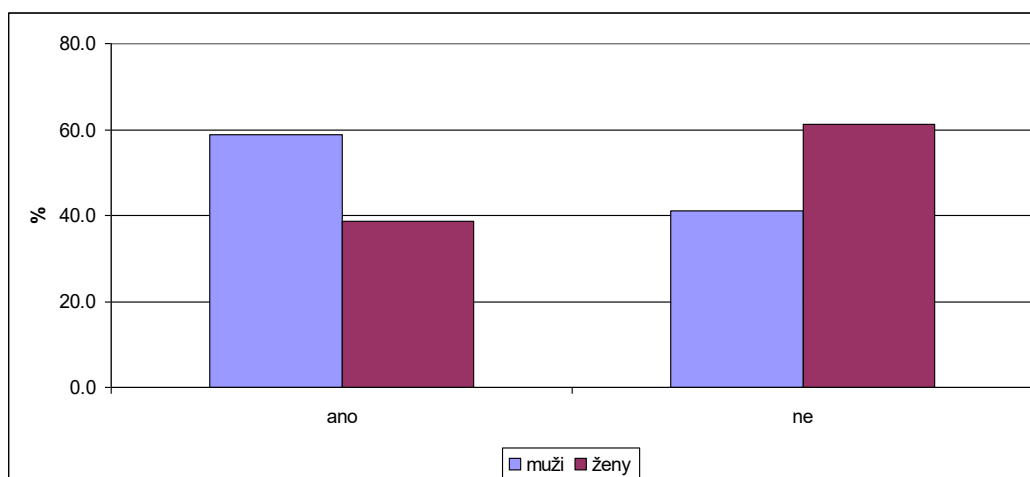


Interpretace výsledků:

- Zařízení do domácnosti s cenou nad 5 tisíc Kč si podle průzkumu za posledních 5 let pořídily více než 3/4 mužů a více než 1/2 žen.
- Knihu téměř 2/3 mužů a více než 1/2 žen.
- Kabát nebo bundu si pořídily méně než 3/4 mužů a téměř 2/3 žen.

27. VYPOMÁHÁTE FINANČNĚ SVÉ RODINĚ/PŘÁTELŮM?

	muži	%	Ženy	%
ano	20	58.8	12	38.7
ne	14	41.2	19	61.3
Celkem	34	100.0	31	100.0

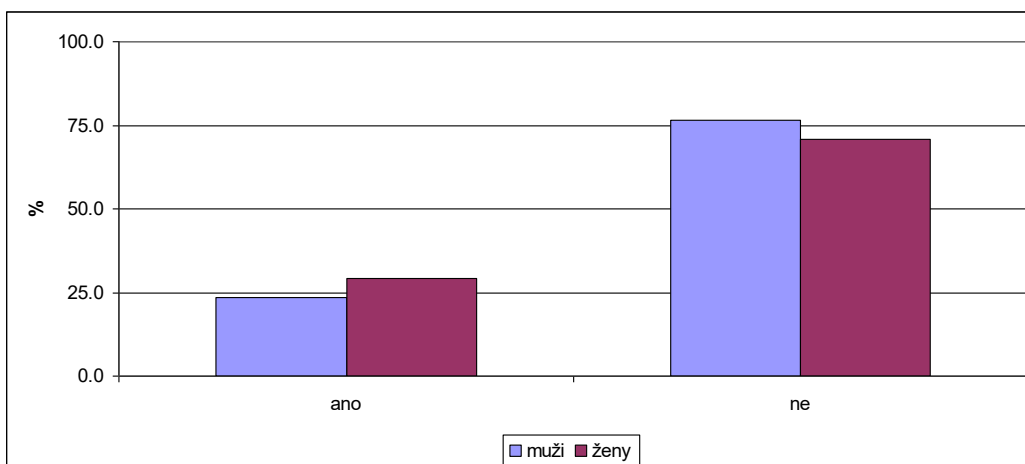


Interpretace výsledků:

- Finančně vypomáhá své rodině či přátelům více než 1/2 mužů a více než 1/3 žen.
- Zbýlé 2/5 mužů a téměř 1/3 žen finančně nevypomáhá.

28. VYPOMÁHÁ VÁM FINANČNĚ VAŠE RODINA/ PŘÁTELÉ?

	muži	%	ženy	%
Ano	8	23.5	9	29.0
Ne	26	76.5	22	71.0
Celkem	34	100.0	31	100.0

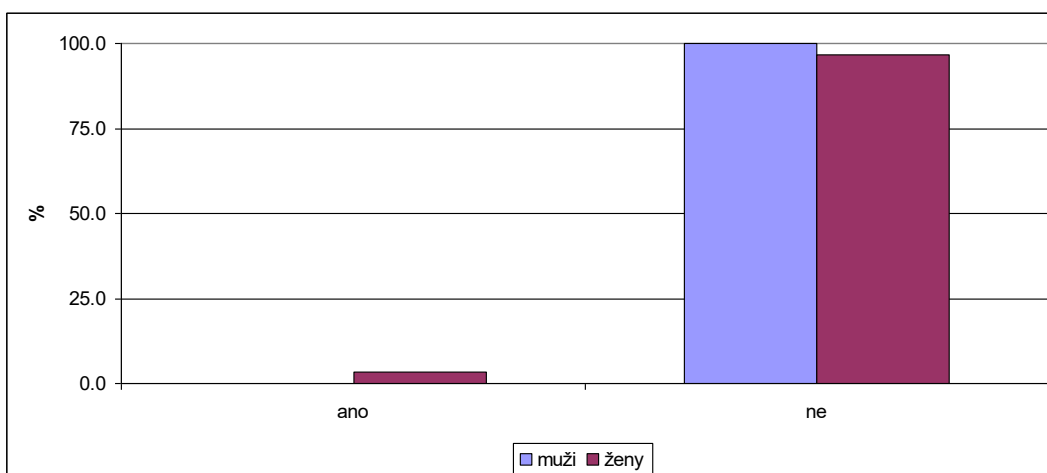


Interpretace výsledků:

- V otázce o pomoci ze strany rodiny či přátel potvrdila jejich podporu téměř 1/4 dotazovaných mužů a více než 1/4 žen.
- Ostatním rodina či přátelé finančně nevy pomáhají.

29. POBÍRÁTE PŘÍSPĚVEK NA DIETNÍ STRAVOVÁNÍ?

	muži	%	ženy	%
ano	0	0.0	1	3.2
ne	34	100.0	30	96.8
Celkem	34	100.0	31	100.0

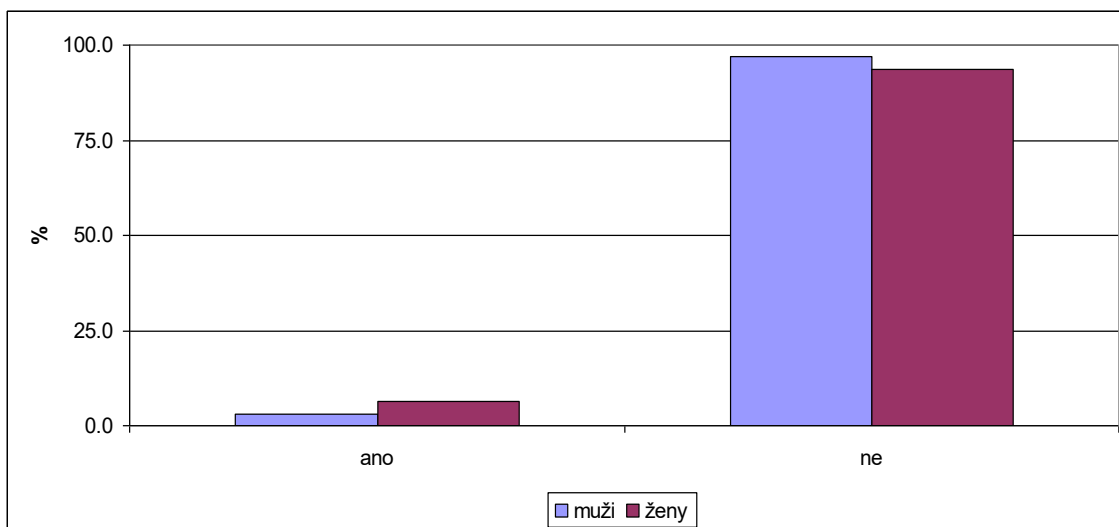


Interpretace výsledků:

- Ukázalo se, že z celého souboru respondentů pobírá příspěvek na dietní stravování pouze jedna žena.
- Nikdo jiný z dotazovaných tento příspěvek nepobírá.

30. OMEZILA VÁS VAŠE CHRONICKÁ NEMOC VE VAŠEM ZAMĚSTNÁNÍ NA TOLIK, ŽE JSTE BYL/A NUCEN/A ZMĚNIT POVOLÁNÍ?

	muži	%	ženy	%
ano	1	2.9	2	6.5
ne	33	97.1	29	93.5
Celkem	34	100.0	31	100.0

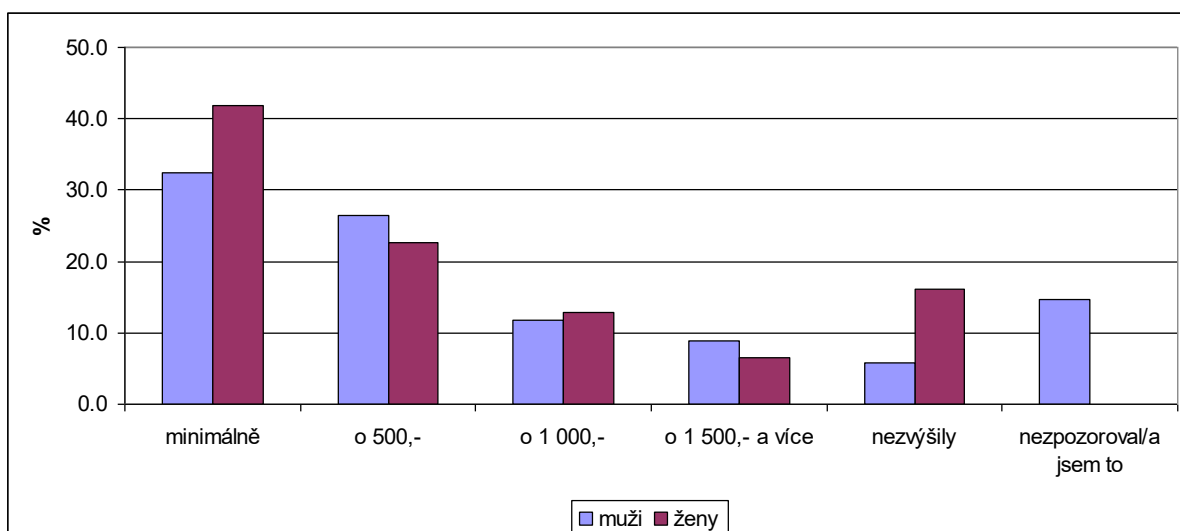


Interpretace výsledků:

- Na otázku, zda dotazované omezila chronická nemoc natolik, že by museli změnit své povolání, odpověděl souhlasně pouze 1 muž a 2 ženy.
- Většina z dotázaných uvádí, že nikoli.

31. O KOLIK KORUN ODHADUJETE, ŽE SE PO ONEMOCNĚNÍ CUKROVKOU ZVÝŠILY VAŠE ŽIVOTNÍ NÁKLADY (MĚSÍČNĚ)?

	muži	%	ženy	%
Minimálně	11	32.4	13	41.9
o 500	9	26.5	7	22.6
o 1 000	4	11.8	4	12.9
o 1 500 a více	3	8.8	2	6.5
Nezvýšily	2	5.9	5	16.1
nezpozoroval/a jsem to	5	14.7	0	0.0
Celkem	34	100.0	31	100.0

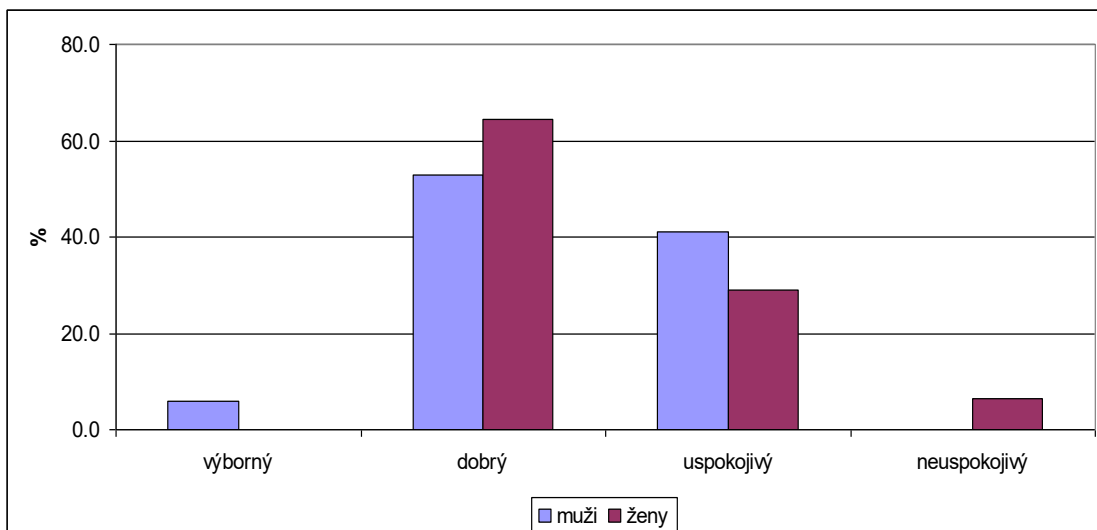


Interpretace výsledků:

- Z odhadu mužů a žen, o kolik korun se zvýšily jejich životní náklady po onemocnění cukrovkou, se ukázalo, že více než u 1/3 žen a přesně u 1/3 mužů se náklady téměř nezvýšily.
- Přesně 1/4 mužů sdělila, že se náklady zvýšily asi o 500 Kč.
- Více než o 1/5 pak u žen.
- Navýšení o 1000 Kč uvedlo celkově 8 dotázaných.
- O 1500 Kč a více uvedlo 5 respondentů.
- Méně než 1/5 žen uvedlo, že se jim náklady nezvýšily a pouze zlomku mužů.
- Tento finanční zásah nezpозorovali jenom muži a to méně než 1/5 z nich.

32. VÁŠ ZDRAVOTNÍ STAV BYSTE OHODNOTIL JAKO:

	Muži	%	ženy	%
výborný	2	5.9	0	0.0
dobrý	18	52.9	20	64.5
uspokojivý	14	41.2	9	29.0
neuspokojivý	0	0.0	2	6.5
Celkem	34	100.0	31	100.0

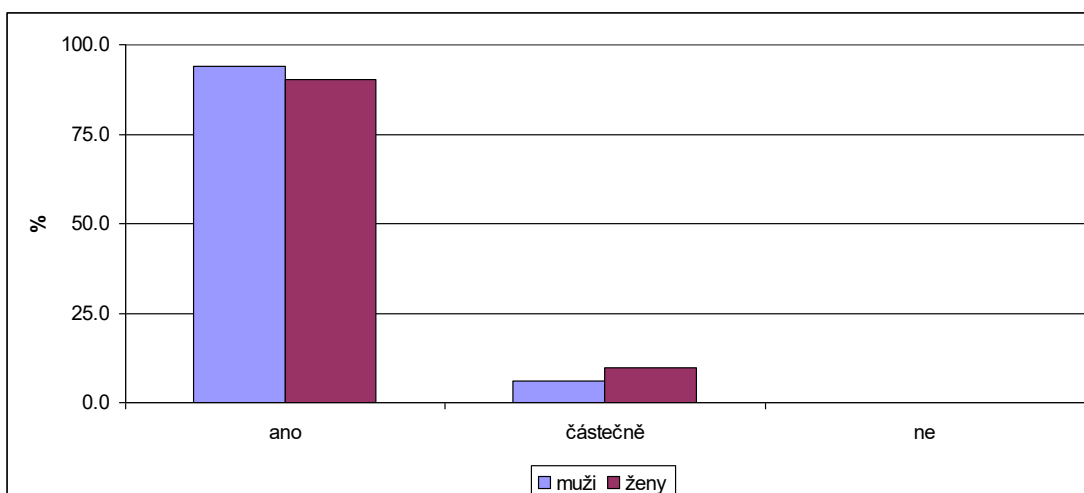


Interpretace výsledků:

- U hodnocení zdravotního stavu odpověděli jako „výborný“ pouze 2 muži a žádná žena.
- Jako „dobrý“ svůj zdravotní stav vnímá více než 1/2 mužů a téměř 2/3 žen.
- Jako „uspokojivý“ jej hodnotí více než 1/3 mužů a více jak 1/4 žen.
- Jako „neuspokojivý“ jej vnímají pouze 2 ženy.

33. JSTE VE VŠECH ÚKONECH SOBĚSTAČNÝ?

	muži	%	ženy	%
ano	32	94.1	28	90.3
částečně	2	5.9	3	9.7
ne	0	0.0	0	0.0
Celkem	34	100.0	31	100.0

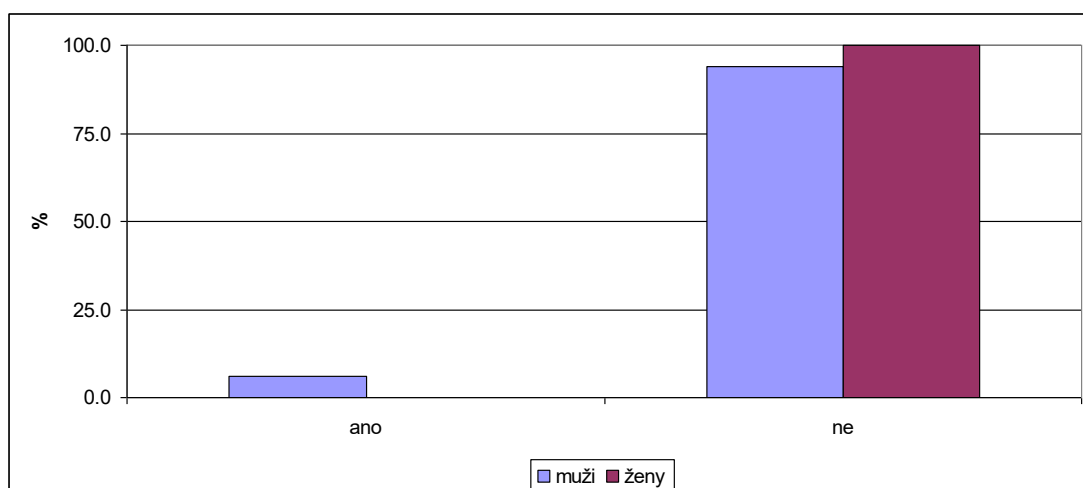


Interpretace výsledků:

- Většina dotázaných odpověděla, že jsou soběstační.
- Jako částečně soběstační odpověděli pouze 2 muži a 3 ženy.
- Nesoběstačný se necítil nikdo z dotazovaných.

34. VYUŽÍVÁTE NĚKTERÉ PEČOVATELSKÉ SLUŽBY?

	muži	%	ženy	%
Ano	2	5.9	0	0.0
Ne	32	94.1	31	100.0
Celkem	34	100.0	31	100.0

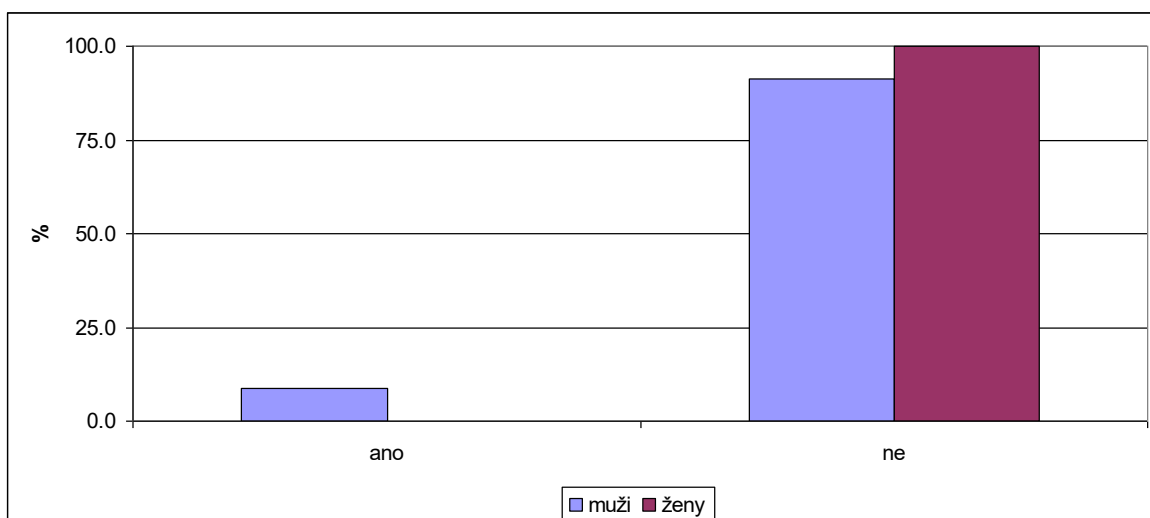


Interpretace výsledků:

- V případě pečovatelských služeb odpověděli souhlasně pouze 2 muži, kteří uvedli, že se jedná o terénní pečovatelskou službu – zajištění a dovoz obědů.
- Zbylí dotázaní odpověděli, že žádnou pečovatelskou službu nevyužívají.

35. VYUŽÍVÁTE NĚJAKOU SOCIÁLNÍ SLUŽBU? (SOC. PORADENSTVÍ, SOC. PÉČE)

	muži	%	ženy	%
ano	3	8.8	0	0.0
ne	31	91.2	31	100.0
Celkem	34	100.0	31	100.0

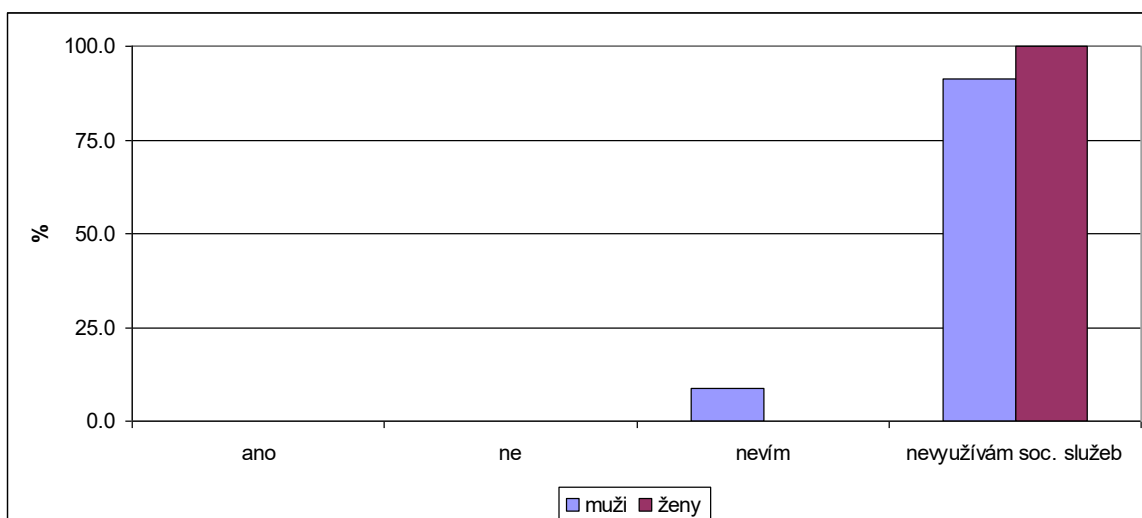


Interpretace výsledků:

- V otázce využívání některých sociálních služeb odpověděli souhlasně pouze 3 muži a žádná žena.
- V možnostech se jednalo o sociální poradenství, sociální poradenství či pečovatelské služby.
- Zbýlá část respondentů odpověděla, že nevyužívají žádnou z nabízených sociálních služeb.

36. DOMNÍVÁTE SE, ŽE VÁM SOCIÁLNÍ SLUŽBA ZVÝŠILA KVALITU ŽIVOTA?

	muži	%	ženy	%
Ano	0	0.0	0	0.0
Ne	0	0.0	0	0.0
Nevím	3	8.8	0	0.0
nevyužívám soc. služeb	31	91.2	31	100.0
Celkem	34	100.0	31	100.0

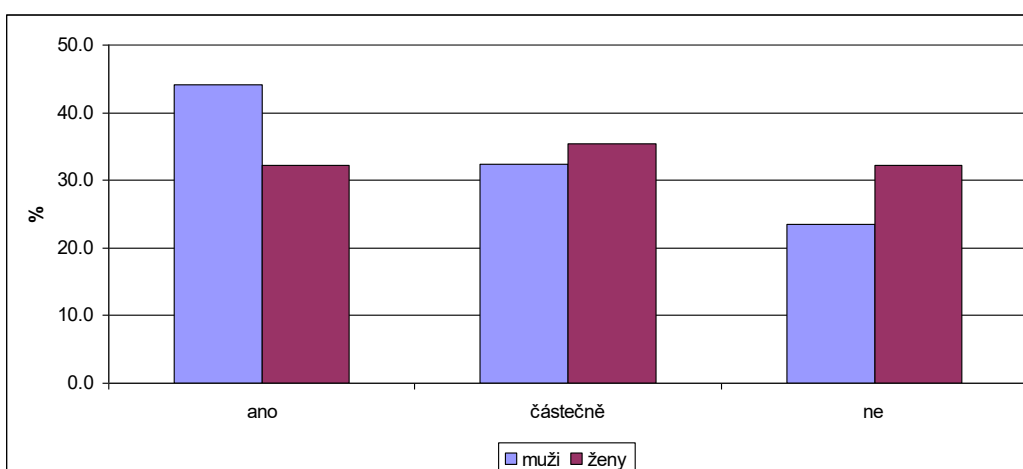


Interpretace výsledků:

- V otázce zvýšení kvality života sociální pomocí služby odpověděli také pouze 3 muži, ale nebyli si konkrétně jisti, zdali výrazným způsobem.
- I zde zbylá část dotázaných odpověděla, že nevyžívá sociálních služeb.

37. MÁTE MOŽNOST PROJEDNAT VAŠE POTŘEBY SE SOCIÁLNÍM PRACOVNÍKEM?

	muži	%	ženy	%
Ano	15	44.1	10	32.3
Částečně	11	32.4	11	35.5
Ne	8	23.5	10	32.3
Celkem	34	100.0	31	100.0

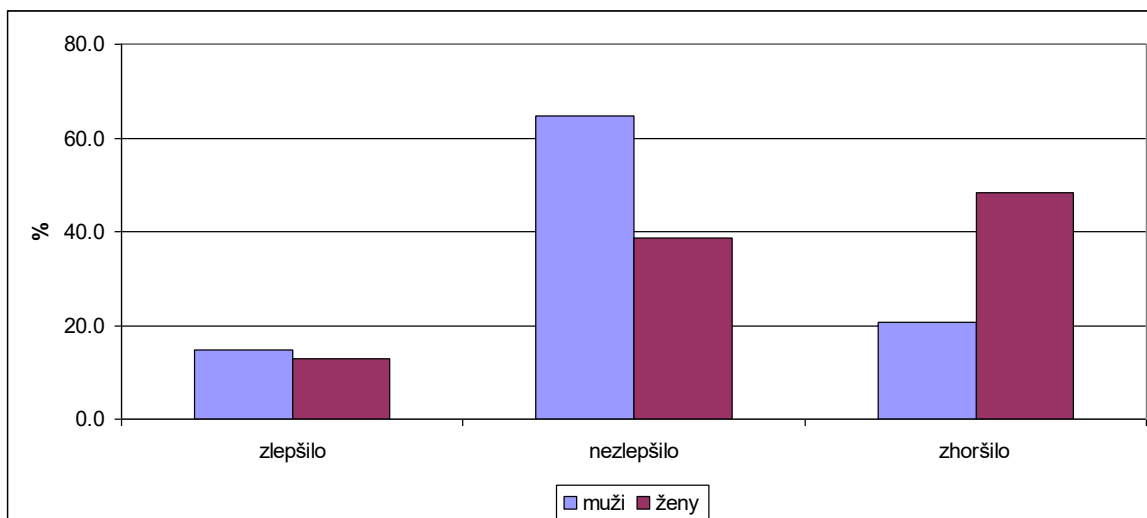


Interpretace výsledků:

- Méně než 1/2 mužů odpověděla, že má možnost probrat své potřeby se sociálním pracovníkem. U žen souhlasně odpověděla 1/3 z nich.
- Jako částečnou možnost jednání se sociálním pracovníkem zvolili souhlasně muži, tak ženy.
- Téměř 1/4 dotázaných mužů uvedla, že nemá možnost projednat své potřeby se sociálním pracovníkem, u žen to byla 1/3 z nich.

38. ODCHEDEM DO DŮCHODU SE VAŠE ZDRAVÍ:

	muži	%	ženy	%
zlepšilo	5	14.7	4	12.9
nezlepšilo	22	64.7	12	38.7
zhoršilo	7	20.6	15	48.4
Celkem	34	100.0	31	100.0

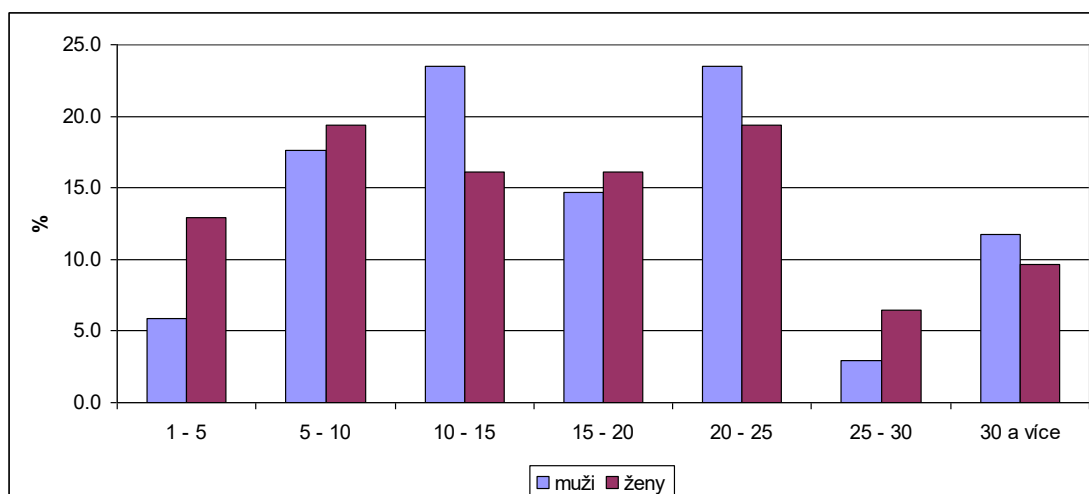


Interpretace výsledků:

- Odchodem do důchodu se zdraví zlepšilo pouze méně než 1/5 mužů a méně než 1/5 žen.
- Zdraví se nezlepšilo u téměř 2/3 mužů, u více než 1/3 žen.
- Při odchodu do důchodu vnímá své zdraví jako zhoršené 1/5 mužů a téměř 1/2 žen.

39. JAK DLOUHO TRPÍTE CHRONICKÝM ONEMOCNĚNÍM?

	muži	%	ženy	%
1 – 5	2	5.9	4	12.9
5 – 10	6	17.6	6	19.4
10 – 15	8	23.5	5	16.1
15 – 20	5	14.7	5	16.1
20 – 25	8	23.5	6	19.4
25 – 30	1	2.9	2	6.5
30 a více	4	11.8	3	9.7
Celkem	34	100.0	31	100.0

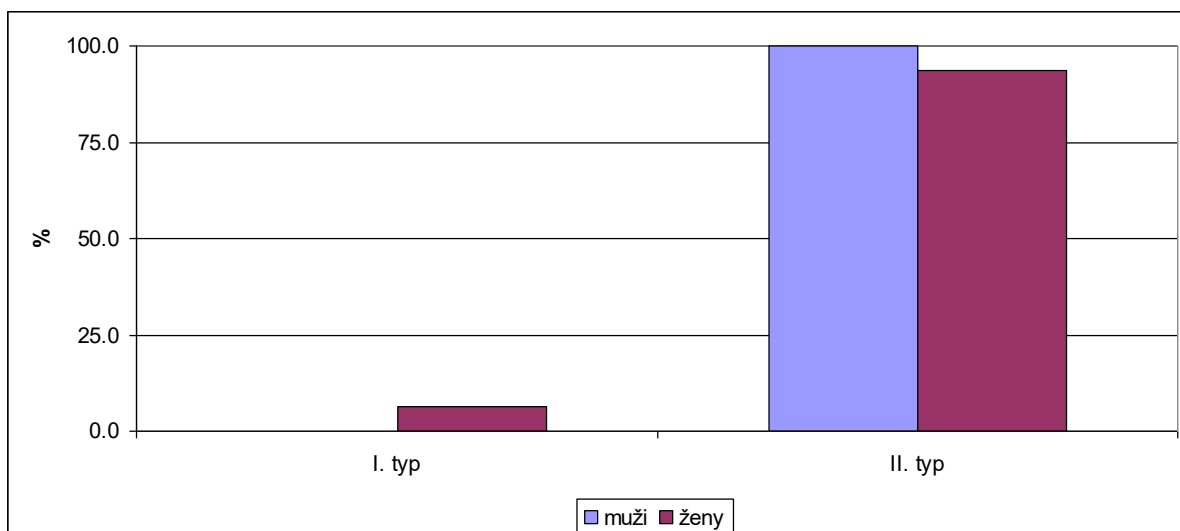


Interpretace výsledků:

- Z výsledků vyplývá, že v období 1 – 5 let trpí diabetem pouze 2 muži a celkem 4 ženy.
- V období 5 - 10 let trvání diabetu uvedla totožně 1/5 mužů a 1/5 žen.
- Do rozmezí 10 – 15 let se řadí více než 1/5 mužů a méně 1/5 žen.
- Období 15 – 20 let uvádí opět totožně méně než 1/5 mužů a 1/5 žen.
- Více jak 1/5 mužů a méně jak 1/5 žen sdělila, že trpí diabetem 20 – 25 let.
- Pouze 1 muž a 2 ženy uvedli, že mají toto chronické onemocnění 25 – 30 let.
- Celkově 4 muži a 3 ženy trpí onemocněním cukrovky již přes 30 let.

40. JAKÝ MÁTE TYP DIABETU?

	muži	%	ženy	%
I. typ	0	0.0	2	6.5
II. typ	34	100.0	29	93.5
Celkem	34	100.0	31	100.0

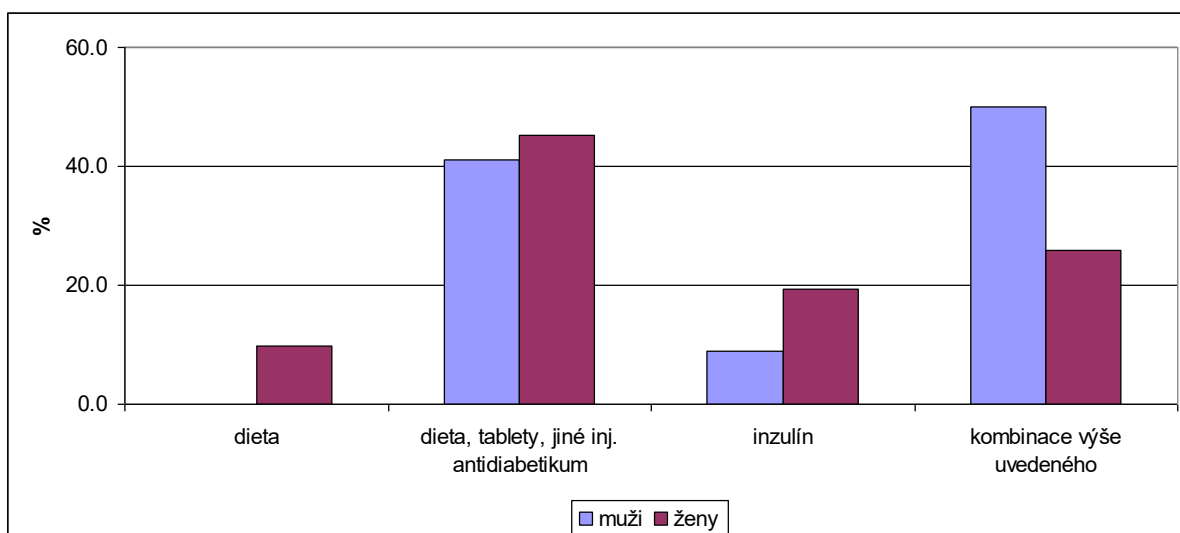


Interpretace výsledků:

- Pouze 2 ženy uvedly, že trpí cukrovkou 1. typu, nenašel se zde jediný muž.
- Cukrovku 2. typu mají všichni muži a téměř všechny ženy.

41. JAK JE V SOUČASNOSTI LÉČEN VÁŠ TYP DIABETU?

	muži	%	ženy	%
Dieta	0	0.0	3	9.7
dieta, tablety, jiné inj. antidiabetikum	14	41.2	14	45.2
Inzulín	3	8.8	6	19.4
kombinace výše uvedeného	17	50.0	8	25.8
Celkem	34	100.0	31	100.0

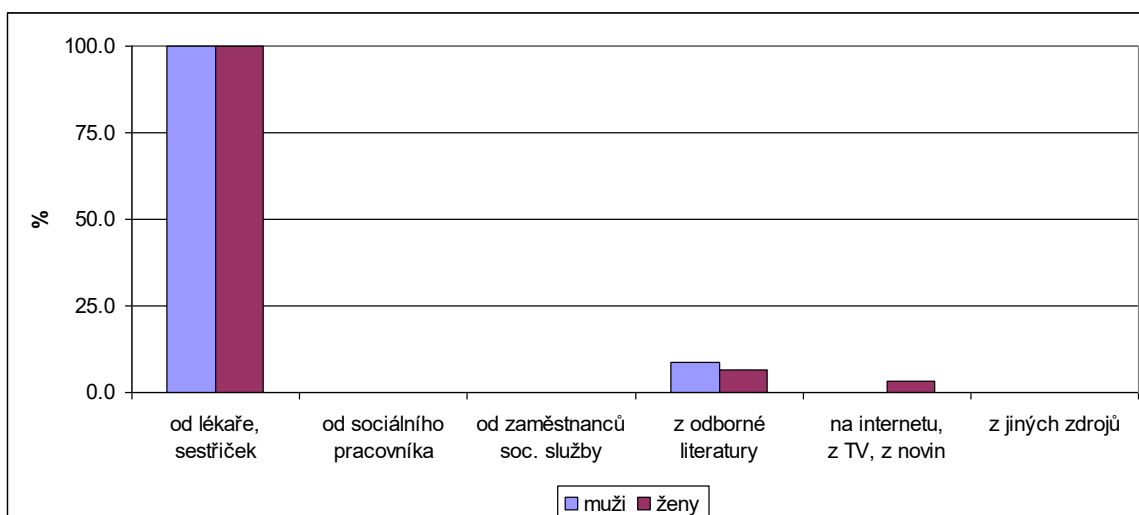


Interpretace výsledků:

- V otázce léčby diabetu uvedly formou diety pouze 3 ženy a žádný z mužů.
- Více než 1/3 mužů a méně než 1/2 žen uvádí, že jsou léčeni dietou, tabletami nebo injekčními antidiabetiky.
- Inzulín aplikují 3 muži a téměř 1/5 žen.
- Kombinací všech tří možností je léčena 1/2 mužů a 1/4 žen.

42. INFORMACE SVOUVISEJÍCÍ S CUKROVKOU A JEJÍ LÉČBOU JSEM ZÍSKAL:

	muži	%	ženy	%
od lékaře, sestřiček	34	100.0	31	100.0
od sociálního pracovníka	0	0.0	0	0.0
od zaměstnanců soc. služby	0	0.0	0	0.0
z odborné literatury	3	8.8	2	6.5
na internetu, z TV, z novin	0	0.0	1	3.2
z jiných zdrojů	0	0.0	0	0.0

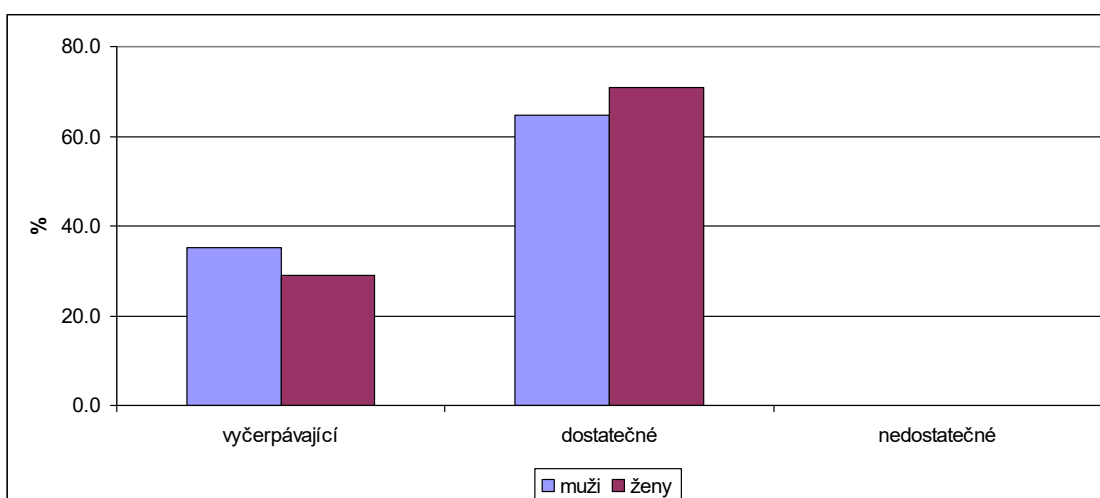


Interpretace výsledků:

- Všichni dotázaní muži i ženy odpověděli, že informace související s cukrovkou, tj. její léčbou, získali od lékaře a sestřiček.
- Z tohoto celku navíc uvádějí 3 muži a 2 ženy, že další informace získali z odborné literatury a 1 žena uvádí, že se informovala na internetu.

43. DLE VAŠEHO NÁZORU JSOU VAŠE INFORMACE O CHRONICKÉM ONEMOCNĚNÍ:

	muži	%	ženy	%
Vyčerpávající	12	35.3	9	29.0
Dostatečné	22	64.7	22	71.0
Nedostatečné	0	0.0	0	0.0

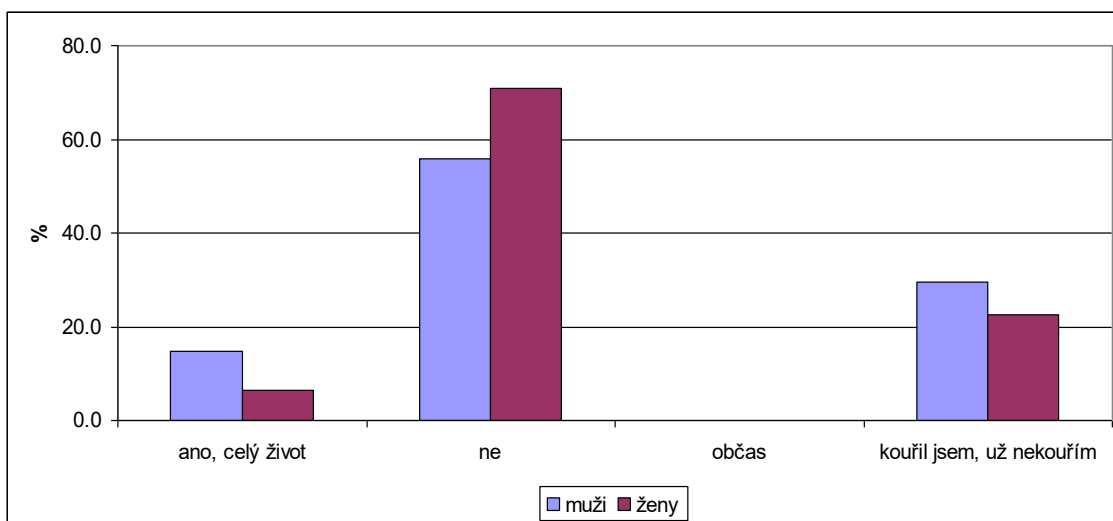


Interpretace výsledků:

- Získané informace považuje za „vyčerpávající“ více než 1/3 mužů a méně než 1/3 žen.
- Za „dostatečné“ je považují téměř 2/3 mužů a méně 3/4 žen.
- Za „nedostatečné“ je nepovažuje nikdo z dotázaných.

44. KOUŘÍTE?

	muži	%	ženy	%
ano, celý život	5	14.7	2	6.5
ne	19	55.9	22	71.0
občas	0	0.0	0	0.0
kouřil jsem, už nekouřím	10	29.4	7	22.6
Celkem	34	100.0	31	100.0

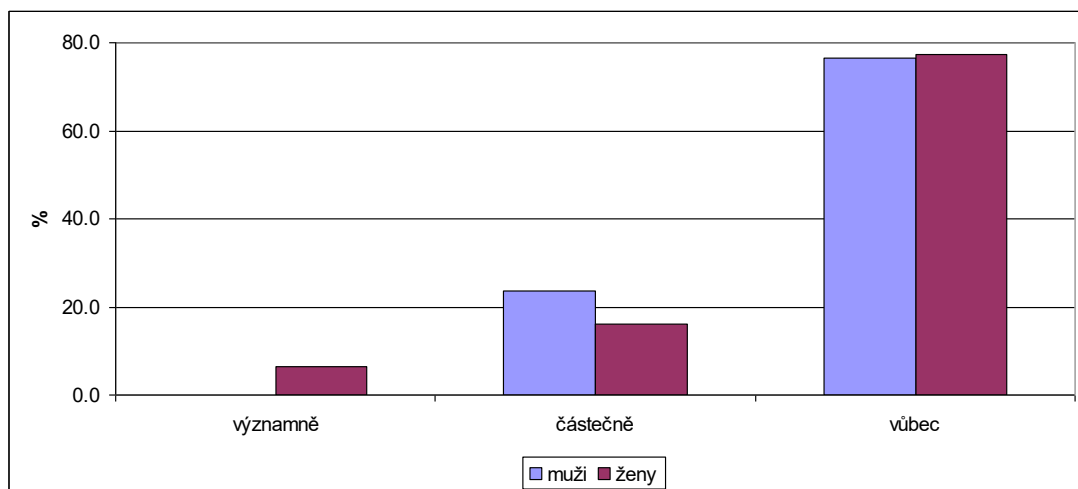


Interpretace výsledků:

- Méně než 1/5 mužů uvedla, že kouří po celý svůj život, stejně tak 2 ženy.
- Na otázku, kolik asi utratí korun za cigarety měsíčně, odpověděli pouze 3 muži a 1 žena.
- Jeden z nich uvedl 400 Kč, druhý 1000 Kč a třetí 1200 Kč.
- Žena uvedla, že utratí za cigarety asi 1000 Kč měsíčně.
- Mužů, kteří vůbec nekouří je více než 1/2, u žen je to méně než 3/4 z nich.
- Na otázku občasného kouření neodpověděl nikdo.
- Více než 1/4 mužů odpovědělo, že kouřili, ale již nekouří, u žen je to méně než 1/4 z nich.

45. DO JAKÉ MÍRY BYL VÁŠ ŽIVOT V POSLEDNÍ DOBĚ NARUŠOVÁN PROBLÉMY PLYNOUCÍMI Z CUKROVKY?

	muži	%	ženy	%
Významně	0	0.0	2	6.5
Částečně	8	23.5	5	16.1
Vůbec	26	76.5	24	77.4
Celkem	34	100.0	31	100.0

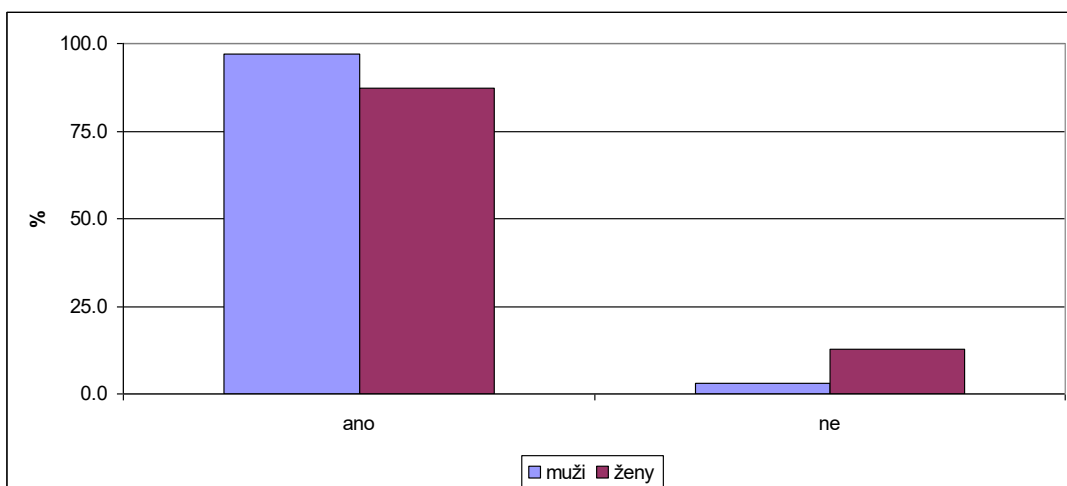


Interpretace výsledků:

- Problémy, které by plynuly kvůli cukrovce, vnímaly významně pouze 2 ženy, u mužů to nebyl nikdo z dotázaných.
- Částečné problémy kvůli cukrovce zaznamenala méně než 1/4 mužů a méně než 1/5 žen.
- Vůbec žádné obtíže nezaznamenaly více než 3/4 mužů a více než 3/4 žen.

46. VNÍMÁTE SVŮJ ŽIVOT JAKO KVALITNÍ?

	muži	%	ženy	%
Ano	33	97.1	27	87.1
Ne	1	2.9	4	12.9
Celkem	34	100.0	31	100.0

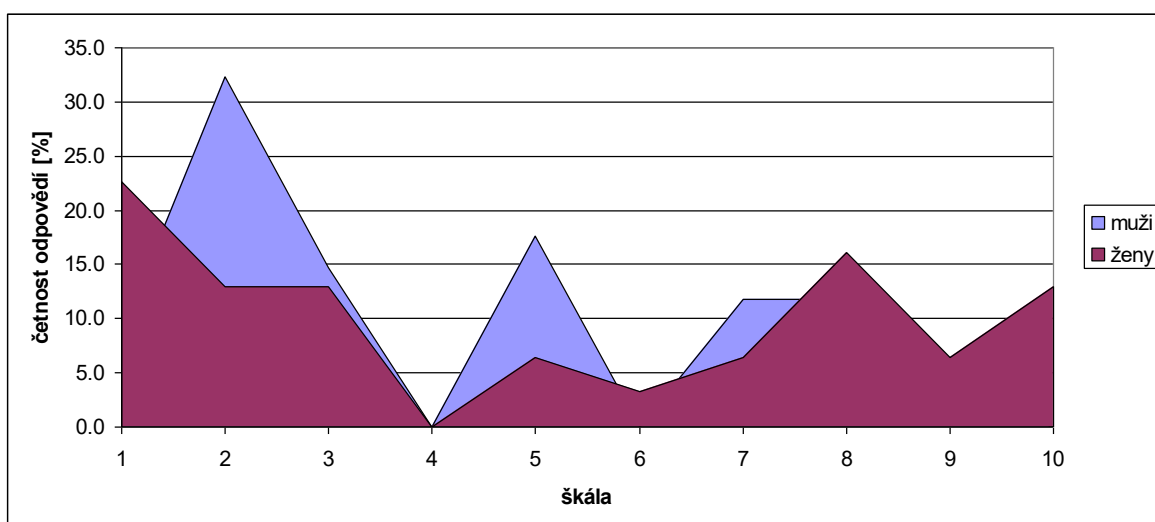


Interpretace výsledků:

- Život jako kvalitní vnímali téměř všichni dotazovaní muži a obdobně tak ženy, pouze čtyři z nich jej nevnímalo jako kvalitní a konkrétně jeden dotazovaný muž.

47. DO JAKÉ MÍRY SE DOMNÍVÁTE, ŽE VAŠE CHRONICKÉ ONEMOCNĚNÍ OVLIVNILO KVALITU VAŠEHO ŽIVOTA:

	< ----- neovlivnilo - ovlivnilo ----- >									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
muži	3	11	5	0	6	0	4	4	1	0
ženy	7	4	4	0	2	1	2	5	2	4



Interpretace výsledků:

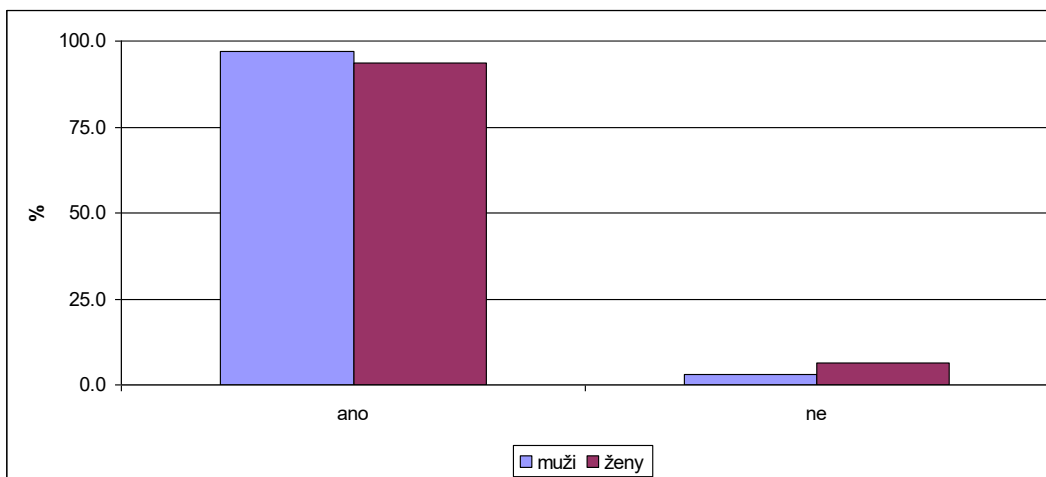
- Na škále čísla 1 – 5 hodnotilo 25 mužů a 17 žen, tj. že cukrovka neovlivnila jejich kvalitu života, tj. 2/3 dotazovaných si ovlivnění vůbec či výrazně nepřipouští.
- Čísla od 6 – 10 ukazují významné ovlivnění kvality života cukrovkou.

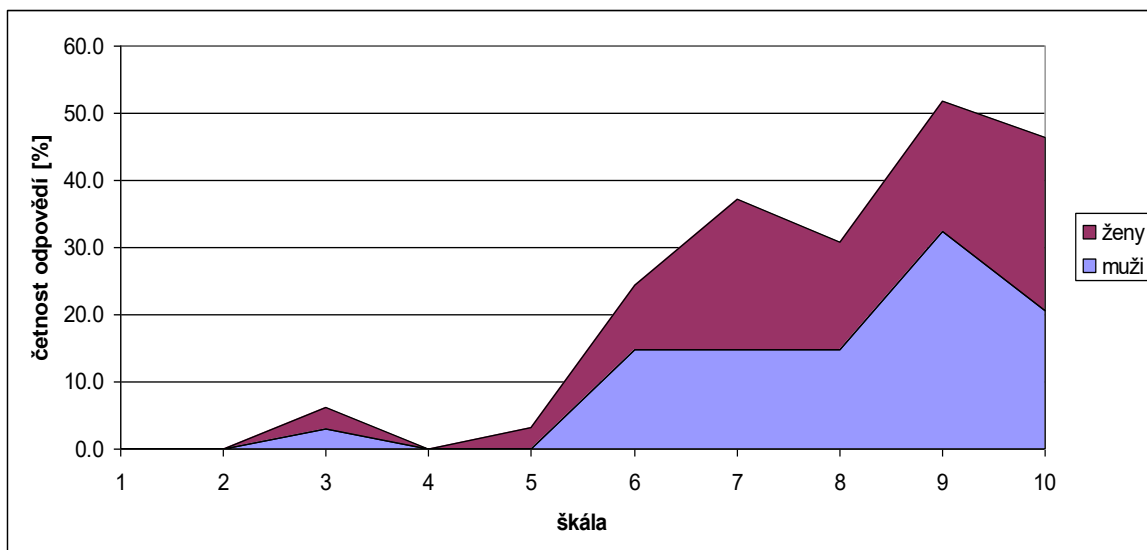
- Zde odpovědělo 9 mužů a 14 žen, tj. zbývajících 1/3 si ovlivnění cukrovkou výrazněji připouští.
- Nejvíce však ženy, nejméně pak muži.

48. TĚŠÍ VÁS ŽIVOT + VYZNAČTE NA ŠKÁLE, JAK MOC VÁS TĚŠÍ:

	< ----- netěší - těší ----- >									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
muži	0	0	1	0	0	5	5	5	11	7
ženy	0	0	1	0	1	3	7	5	6	8

	muži	%	ženy	%
Ano	33	97.1	29	93.5
Ne	1	2.9	2	6.5
Celkem	34	100.0	31	100.0



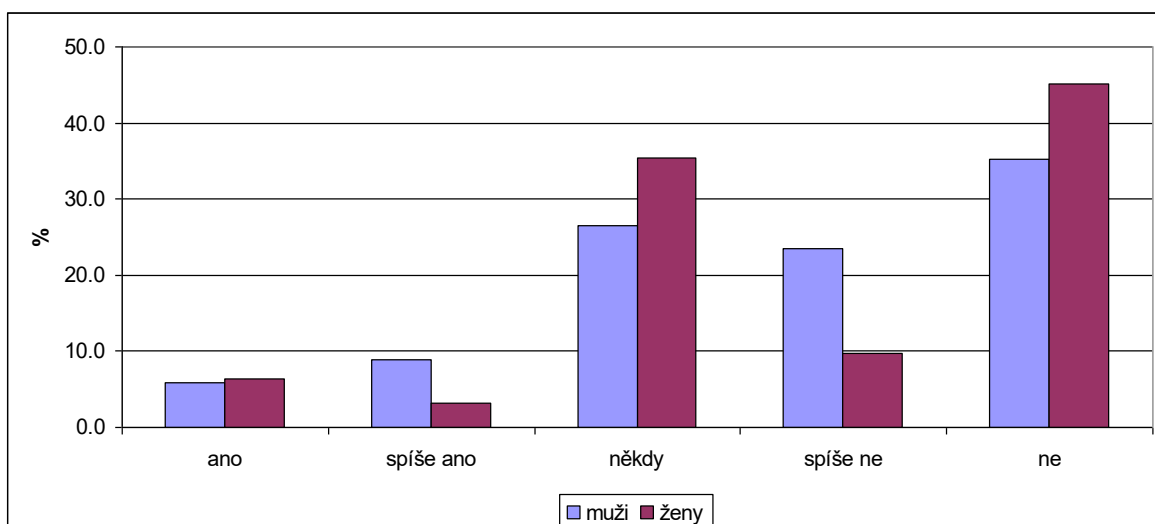


Interpretace výsledků:

- Téměř všechny muže i ženy těší jejich život, nejvíce však muže.
- Ukázalo se, že pouze 1 muže a 2 ženy je netěší.
- Ohodnocení na škále samotné potvrzuje, že velkou většinu dotázaných život těší, vypovídá o tom zastoupení třech nejvyšších příček.

49. PROŽÍVÁTE NEGATIVNÍ POCITY, JAKO NAPŘ. DEPRESE, ÚZKOSTLIVOST, BEZNADĚJ?

	muži	%	ženy	%
Ano	2	5.9	2	6.5
spíše ano	3	8.8	1	3.2
Někdy	9	26.5	11	35.5
spíše ne	8	23.5	3	9.7
Ne	12	35.3	14	45.2
Celkem	34	100.0	31	100.0

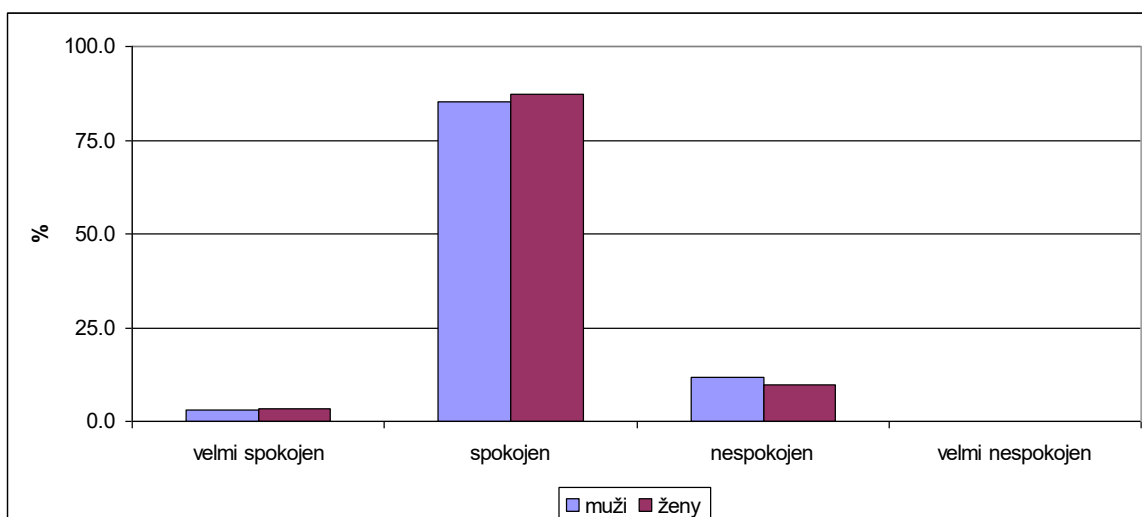


Interpretace výsledků:

- Negativní pocity jako deprese, úzkostlivost nebo beznaděj prožívá z dotazovaných 5 mužů a 3 ženy.
- Více než 1/4 mužů a více než 1/3 žen je někdy prožívá.
- Více jak polovina dotázaných, muži i ženy, tyto negativní pocity neprožívají.

50. JAK JSTE SPOKOJEN/A SÁM/A SE SEBOU?

	muži	%	ženy	%
velmi spokojen	1	2.9	1	3.2
Spokojen	29	85.3	27	87.1
Nespokojen	4	11.8	3	9.7
velmi nespokojen	0	0.0	0	0.0
Celkem	34	100.0	31	100.0



Interpretace výsledků:

- Většina mužů i žen je se sebou spokojeno, avšak pouze jediný muž a žena cítili v sobě velkou spokojenost.
- Jako nespokojení se z dotazovaných ukázali 4 muži a 3 ženy, velmi nespokojen však není nikdo.

4.5. Závěry průzkumu

Úkolem praktické části této práce bylo zmapovat životní hodnoty a kvalitu života seniorů, kteří trpí chronickou nemocí, konkrétně diabetem mellitem. V rámci toho se referují stanovené hypotézy a jejich závěry. Dále pak samotný závěr průzkumu.

H1 („Se zvyšujícím se věkem klesá spokojenost v životě respondentů.“) Na základě výsledků se tato **hypotéza nepotvrdila**, neboť spokojenost ve zvolených věkových skupinách se ukázala jako poměrně vysoká (viz tabulka a graf č. 15).

H2 („Každý z dotázaných bude mít nejméně jednoho potomka.“) Tato **hypotéza se nepotvrdila**. Výsledky ukázaly, že pouze jeden muž nemá potomka. Celkově to lze ale hodnotit jako potěšující zjištění (viz tabulka a graf č. 9).

H3 („Většina bude nespokojena s výší svých příjmů.“) Tato **hypotéza se nepotvrdila**. Většina dotazovaných mužů a žen je ve velké míře spokojena s výší svých příjmů. Výsledky poukazují na to, že lze současnou starší generaci hodnotit jako skromnou (viz tabulka a graf č. 25).

H4 („Ženy budou mít nižší důchod, než mají muži.“) Tato **hypotéza se potvrdila**. Vycházelo se z předpokladu, že v dřívějších dobách byla genderová nerovnost ještě větší, než je tomu dnes. Ženy měly tehdy nižší mzdy než muži. To se odráží v dalších starobních důchodech. Průměrný starobní důchod žen ve sledovaném souboru je 10 100 Kč a u mužů je 11 400 Kč (viz tabulka a graf č. 22).

H5 („Chronické onemocnění významně ovlivnilo kvalitu života.“). Tato **hypotéza se nepotvrdila**. Ukázalo se, že 2/3 dotazovaných si vůbec či výrazněji nepřipouští, že by cukrovka ovlivňovala kvalitu jejich života, což lze považovat jako pozitivní zjištění (viz tabulka a graf č. 47).

Výzkumu se zúčastnilo 65 respondentů. Celkově lze zhodnotit výsledky kladně. Jako příklad lze uvést, že většina seniorů nežije sama. Žijí buď s partnerem, nebo rodinou. S tím souvisí i skutečnost, že téměř všichni dotazovaní mají děti, se kterými se v různých

intervalech setkávají. Jako další příklad lze uvést, že se většina dětí setkává se svými rodiči, příp. prarodiči nejméně 1x do týdne. V návaznosti na tuto průzkumnou otázku, hodnotí většina dotazovaných rodinné vztahy jako výborné či dobré. Toto zjištění lze považovat za překvapující, neboť se v dnešní uspěchané době plné technických zařízení, příliš nepředpokládalo, že budou senioři víceméně spokojeni se vztahy v rodině.

Ačkoli se při výzkumu ukázalo, že pouze menšina z dotazovaných navštěvuje divadla či kulturní akce, stále bylo možné u respondentů pozorovat i jiný okruh zájmů, např. pečování o zahradu, chov zvířat, péče o domácí mazlíčky, čtení knih, vaření či domácí práce. Tyto činnosti je udržují v pohybu a činí i spokojenější. Dalším kladem je zjištění, že se v minulosti věnovalo sportům velké množství mužských respondentů. Ve svých odpovědích se nejvíce shodovali ve volejbalu, tenisu, fotbalu, hokeji či turistice. Někteří z nich se ukázali jako stále aktivní, např. v turistice a cyklistice. U žen tomu bylo celkově jinak. Ve velké míře panovala shoda s tím, že hodně sportovaly na středních školách, ale po studiu už neměly čas na sport, většinou z důvodu narození dítěte. Na druhou stranu se více věnovaly (některé stále věnují) cvičení a chůzi.

Jako překvapující lze považovat zjištění, že starší generace ve velké míře využívá technická zařízení, např. mobil. V polovině případů dokonce počítač a internet. Rádi se věnují poslouchání rádia či sledování televize. Z rozhovorů vyplynulo, že se muži nejčastěji dívají na dokumenty a sportovní pořady. Ženy naopak na seriály nebo soutěžní pořady, nejčastěji vědomostní.

V průzkumu finančního zabezpečení se ukázalo, že je většina dotazovaných spokojena s výší svých příjmů, přičemž pouze minimum z nich si přivydělává k důchodu. Téměř nikdo nepobírá příspěvek na dietní stravování. Tato otázka měla informativní charakter. Polovina dotázaných dokonce finančně vypomáhá své rodině. V opačném případě vypomáhá rodina pouze minimu dotázaných. Přitom průměrný plat žen činí 10 100 Kč a průměrný plat mužů 11 400 Kč. To celkově ukazuje, že je starší generace obecně skromná a relativně si vystačí se svými financemi. V tomto ohledu byla položena otázka, která měla zjistit, zdali dotyční myslí i na sebe, např. na nákup potřebných věcí, zařízení do domácnosti nad 5 000 Kč, kabát (bundu) či knihu. Většina dotazovaných uvedla, že si za posledních 5 let tyto věci pořídila a to ve dvou třetinách případů.

K výdajům patří i náklady spojené s diabetem, ve smyslu dietní stravy a doplateků za léky. Dotazovaní celkově uvedli minimální náklady, případně zvýšení o 500 Kč za měsíc.

Jako pozitivní zjištění lze uvést, že ve většině případů není onemocnění diabetem zásahem do rozpočtu.

Další částí průzkumu byla otázka zdraví. Velká část dotazovaných uvedla, že odchodem do důchodu se jejich zdraví nezlepšilo. Zároveň však hodnotí svůj zdravotní stav kladně, tj. jako dobrý nebo uspokojivý. Průzkum se orientoval i na otázku kouření jako možné příčiny zdravotních obtíží. Jako kladné zjištění lze uvést, že pouze minimum mužů a žen kouří po celý život, jedna čtvrtina mužů a žen uvedla, že kouřila dříve, ale již nekouří. Podle svého úsudku hodnotili dotazovaní svou soběstačnost, přičemž se ve velké míře považují za soběstačné, pouze menší část uvedla, že jsou částečně soběstační. Pravděpodobně z toho důvodu využívají pečovatelské služby pouze dva muži, kteří uvedli, že konkrétně využívají terénní pečovatelské služby (zajištění a dovoz obědů). Sociální služby využívají pouze tři muži a to pečovatelskou službu (viz výše) a poradenství. Možnost projednat své potřeby se sociálním pracovníkem uvedla u každé odpovědi (ano, částečně, ne) vždy třetina dotazovaných. Lze to přisoudit tomu, že službu sociálního poradenství nemá starší generace ve svém povědomí, nebo se sami snaží řešit problémy v rodinném kruhu. Ti, kteří odpověděli, že nemají možnost navštívit sociálního pracovníka, většinou žili na vesnici. Respondenti byli tazatelkou v průzkumu seznámeni s tím, že pokud se dostanou do sociálních problémů, tak je jim tato služba k dispozici.

Pokud jde o diabetes mellitus jakožto chronické onemocnění, ukázalo se, že představuje určitý zásah do života, tj. že má i negativní vliv na kvalitu života. Většina dotázaných uvedla, že má onemocnění diabetu 2. typu, kterým v průměru trpí ženy po dobu 16 let, zatímco muži po dobu 17 let. Léčba je většinou zaměřená na dietu, perorální antidiabetika či kombinaci diety, léků a inzulínu. V otázce po obtížích v poslední době se ukázalo, že pouze menšina měla určité obtíže spojené s diabetem. To ukazuje, že jsou ošetřujícím lékařem dobře zaléčeni. Částečně to dokazuje i tvrzení, že majorita souboru nebyla nucena kvůli diabetu měnit své povolání. Nakonec byli dotazovaní sami vyzváni, aby určili, do jaké míry ovlivnil diabetes kvalitu jejich života. Jako pozitivní zjištění se ukázalo, že si celé dvě třetiny seniorů ovlivnění kvality života vůbec nepřipouští.

Poslední oblast průzkumu byla zaměřena na životní hodnoty seniorů. Ukázalo se, že velká část seniorů je v životě spokojena. Současně je jejich život těší, vnímají ho jako kvalitní a polovina dotázaných neprožívá negativní pocity, pouze jedna třetina dotazovaných je občas zaznamená. Podle pořadí důležitosti také zhodnotili pro ně nejvýznamnější hodnoty, kterými bylo - zdraví, rodinné vztahy a celková spokojenost.

Naopak jako nejméně významné se objevovalo náboženství, politické dění či návštěva kulturních akcí. Jako důležité lze u dotazovaných hodnotit hlavní roli zdraví a rodiny. Stejně tak důležité je velká spokojenost seniorů sama se sebou.

V závěru hodnocení je třeba zmínit, že osobní kontakt při vyplňování dotazníku byl velmi naplňující a zkušenostně autorku obohatil. Dotazovaní senioři byli velmi otevření, ochotní a nelze jim jinak, než poděkovat. Většinu otázek nepovažovali za nevhodné, pokud ano, tak měli samozřejmě možnost neodpovídat. Nejčastěji nechtěli zodpovědět otázku, která se týkala částky starobního důchodu, nebo útraty za cigarety. V obou případech to bylo tazatelkou samozřejmě respektováno.

Závěr

Cílem teoretické části bakalářské práce bylo primárně předložit hodnotový systém seniorů ve vztahu k chronickému onemocnění, sekundárně pak zařadit do tohoto tématu také další okrajové oblasti, které se jej nutně týkají. Pro vytvoření tohoto konceptu bylo třeba nejdříve vymezit určitým způsobem různá pojetí stáří a na jejich základě pokračovat až k hodnotovému systému. Mělo to své přirozené opodstatnění. Samotnému stáří se muselo nejdříve porozumět, teprve pak šlo odvíjet další uvažování. Tímto způsobem byla celá práce koncipována. Co do své podstaty se také snažila být plně objektivní, nedržet se pouze určitého myšlenkového proudu. Přesto bylo už jen výběrem tématu dosaženo jisté míry subjektivního zaměření, které lze zpozorovat ve vypracování úvodu všech kapitol či podkapitol. Nesnaží se však činit jednostranné závěry, nachází se zde kvůli nazření celého myšlenkového procesu při tvoření této práce.

Každá podkapitola uvedená v teoretické části má své důležité místo, přičemž nebylo cílem učinit z některých podkapitol stěžejní. Práce jako taková vychází ze své celistvosti, tudíž pro případné využití potenciálním čtenářem je nutné seznámení s celou touto prací, včetně zmiňovaného myšlenkového procesu. Důležité je také zmínit skutečnost, že vypracování této práce nenaplňuje celou oblast hodnotového systému seniorů. Snaží se především uvést významné myšlenky vybraných autorů a vytvořit, co nejvíce celistvý pohled na věc. Samotné téma této práce tak nabízí různé interpretace a rozšíření. I z tohoto hlediska uvažuje autorka o dalším zkoumání v této oblasti.

Cílem praktické části této bakalářské práce bylo zjistit, do jaké míry je ovlivňován život seniorů s chronickým onemocněním, resp. diabetem mellitem. Dále zaznamenat, jak vnímají senioři své životní hodnoty a potřeby. Provedený průzkum se celkově zaměřil na větší množství otázek, které se týkaly i rodinných vztahů a jejich kvality. Při zkoumání bylo využito metody dotazníkového šetření a rozhovoru. Dále bylo stanoveno i několik hypotéz, na které byl brán největší zřetel. Závěry výzkumu však nelze brát jako platné pro všechny seniory s chronickým onemocněním, ačkoli bylo dotazováno 65 seniorů (náhodně vybraných). Zpracování výsledků a jejich interpretace však ukázala, že svou životní úroveň nehodnotí negativně. V celém průzkumu panují celkově pozitivní zjištění.

Cíle teoretické a praktické části považuje autorka této práce za splněné, dosáhlo se průzkumem zjištění hodnotového systému seniorů ve vztahu k chronickému onemocnění. Subjektivně řečeno lze říci, že situace dnešních seniorů je celkově pozitivní.

5. ZDROJE

5.1. Prameny

- ALAN, Josef. *Etapy života očima sociologie*. Praha: Panorama, 1989. ISBN 8070380446.
- ČEŠKA, Richard, ŠTULC, Tomáš, Vladimír TESAŘ a Milan LUKÁŠ, ed. *Interna. 2.*, aktualizované vydání. V Praze: Stanislav Juhaňák - Triton, 2015. ISBN 978-80-7387-885-6.
- ČEVELA, Rostislav, Zdeněk KALVACH a Libuše ČELEDOVÁ. *Sociální gerontologie: úvod do problematiky*. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-3901-4.
- DVOŘÁKOVÁ, Jana. *Morální usuzování: vliv hodnot, osobnosti a morální identity*. Brno: Masarykova univerzita, 2008. ISBN 978-80-210-4751-8.
- GAVORA, Peter. *Úvod do pedagogického výskumu*. 4., rozš. vyd. Bratislava: Vydavateľstvo UK, 2008. ISBN 978-80-223-2391-8.
- GILLERNOVÁ, Ilona, Vladimír KEBZA a Milan RYMEŠ. *Psychologické aspekty změn v české společnosti: člověk na přelomu tisíciletí*. Praha: Grada, 2011. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-2798-1.
- HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Fenomén stáří*. Praha: Panorama, 1990. Pyramida (Panorama). ISBN 80-7038-158-2.
- HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Fenomén stáří*. Vyd. 2., podstatně přeprac. a dopl. Praha: Havlíček Brain Team, 2010. ISBN 978-80-87109-19-9.
- HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Sociální gerontologie, aneb Senioři mezi námi*. Praha: Galén, 2012. ISBN 978-80-7262-900-8.
- JANIŠ, Kamil a Jitka SKOPALOVÁ. *Volný čas seniorů*. Praha: Grada, 2016. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-247-5535-9.
- JIRÁSKOVÁ, Věra. *Mezigenerační porozumění a komunikace*. Praha: Eurolex Bohemia, 2005. ISBN 80-86861-80-5.
- KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Mít pro co žít*. Praha: Návrat domů, 1994. ISBN 80-85495-33-3.
- KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Pozitivní psychologie*. Praha: Portál, 2004. Psychologie (Portál). ISBN 80-7178-835-X.
- KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie nemoci*. Praha: Grada, 2002. Psyché (Grada). ISBN 80-247-0179-0.

- KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Stárnutí z pohledu pozitivní psychologie: možnosti, které čekají*. Praha: Grada, 2011. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-3604-4.
- KUZNÍKOVÁ, Iva. *Sociální práce ve zdravotnictví*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3676-1.
- MATOUŠEK, Oldřich, Pavla KODYMOVÁ a Jana KOLÁČKOVÁ, ed. *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-818-0.
- MATOUŠEK, Oldřich. *Sociální služby: legislativa, ekonomika, plánování, hodnocení*. 2., aktualiz. vyd. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-262-0041-3.
- MLÝNKOVÁ, Jana. *Péče o staré občany: učebnice pro obor sociální činnost*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3872-7.
- ONDRUŠOVÁ, Jiřina. *Stáří a smysl života*. Praha: Karolinum, 2011. ISBN 978-80-246-1997-2.
- PAYNE, J. *Kvalita života a zdraví*. V Praze: Triton, 2005. ISBN 80-7254-657-0.
- PELIKÁNOVÁ, Terezie a Vladimír BARTOŠ. *Praktická diabetologie*. 5., aktualiz. vyd. Praha: Maxdorf, c2011. Jessenius. ISBN 978-80-7345-244-5.
- PICHAUD, Clément a Isabelle THAREAU. *Soužití se staršími lidmi: praktické informace pro ty, kdo doma pečují o staré lidi, i pro sociální a zdravotnické pracovníky*. Přeložil Abigail KOZLÍKOVÁ. Praha: Portál, 1998. Sociální práce. ISBN 80-7178-184-3.
- POKORNÁ, Andrea. *Komunikace se seniory*. Praha: Grada, 2010. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3271-8.
- PRUDKÝ, Libor. *Inventura hodnot: výsledky sociologických výzkumů hodnot ve společnosti České republiky*. Praha: Academia, 2009. Novověk. ISBN 978-80-200-1751-2.
- SAK, Petr a Karolína KOLESÁROVÁ. *Sociologie stáří a seniorů*. Praha: Grada, 2012. Sociologie (Grada). ISBN 978-80-247-3850-5.
- ŠAMÁNKOVÁ, Marie. *Lidské potřeby ve zdraví a nemoci: aplikované v ošetrovatelském procesu*. Praha: Grada, 2011. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3223-7.
- ŠPATENKOVÁ, Naděžda a Lucie SMÉKALOVÁ. *Edukace seniorů: geragogika a gerontodidaktika*. Praha: Grada, 2015. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-247-5446-8.

ŠTILEC, Miroslav. *Program aktivního stylu života pro seniory*. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7178-920-8.

WOLF, Josef. *Umění žít a stárnout*. Praha: Svoboda, 1982. Členská knižnice (Svoboda).

ZICH, František. *Úvod do sociologického výzkumu*. Praha: Eupress, 2004. ISBN 80-86754-19-7.

5.2. Slovníky

PETRÁČKOVÁ, Věra a Jiří KRAUS. *Akademický slovník cizích slov*. Praha: Academia, 1995. ISBN 80-200-0497-1.

5.3. Elektronické zdroje

WHO [online] [cit. 05-03-2017] – Dostupné z:

<https://cs.wikipedia.org/wiki/Sv%C4%9Btov%C3%A1_zdravotnick%C3%A1_organizace>

ČSÚ [online] [cit. 05-03-2017] – Dostupné z:

<https://cs.wikipedia.org/wiki/%C4%8Cesk%C3%BD_statistick%C3%BD_%C3%BA%C5%99ad>

OSN [online] [cit. 05-03-2017] – Dostupné z:

<https://cs.wikipedia.org/wiki/Organizace_spojen%C3%BDch_n%C3%A1rod%C5%AF>

WOLF, Josef. [online] [cit. 10-04-2017]. Dostupné z:

<<http://www.databazeknih.cz/autori/josef-wolf-12943>>

HAŠKOVCOVÁ, Helena. [online] [cit. 10-04-2017] Dostupné z:

<https://cs.wikipedia.org/wiki/Helena_Ha%C5%A1kovcov%C3%A1>

KŘIVOHLAVÝ, Jaro. [online] [cit. 10-04-2017] Dostupné z:

<https://cs.wikipedia.org/wiki/Jaro_K%C5%99ivohlav%C3%BD>

KALVACH, Zdeněk. [online] [cit. 10-04-2017] Dostupné z:

<<https://www.comfortcare.cz/novinky/internu-vede-spickovy-odbornik>>

HAYFLICK, Leonard. [online] [cit. 10-04-2017] Dostupné z:

<https://en.wikipedia.org/wiki/Leonard_Hayflick>

TOPINKOVÁ, Eva. [online] [cit. 10-04-2017] Dostupné z:

<<http://www.databazeknih.cz/autori/eva-topinkova-42674>>

NEUWIRTH, Jiří. [online] [cit. 10-04-2017] Dostupné z:

<http://www.prolekare.cz/vnitri-lekarstvi-online/E2012_5?confirm_rules=1>

ZAVÁZALOVÁ, Helena. [online] [cit. 10-04-2017] Dostupné z:
<<http://www.prolekare.cz/geriatrie-gerontologie-clanek/zemrela-docentka-mudr-helena-zavazalova-csc-40936>>

PACOVSKÝ, Vladimír. [online] [cit. 10-04-2017] Dostupné z:
<<http://iforum.cuni.cz/IFORUM-11286.html>>

HAMILTON, Ian-Stuart. [online] [cit. 10-04-2017] Dostupné z:
<<http://www.databazeknih.cz/knihy/psychologie-starnuti-101922>>

SUPEROXIDDISMUTÁZA [online] [cit. 10-04-2017] Dostupné z:
<<http://www.chaganela.cz/veda-a-vyzkum/superoxid-dismutaza-sod>>

ALAN, Josef. [online] [cit. 10-04-2017] Dostupné z:
<<http://www.databazeknih.cz/knihy/etapy-zivota-ocima-sociologie-238578>>

BUTLER, Robert Neil. [online] [cit. 10-04-2017] Dostupné z:
<https://en.wikipedia.org/wiki/Robert_Neil_Butler>

PALMORE, Erdmann Ballath [online] [cit. 10-04-2017] Dostupné z:
<https://en.wikipedia.org/wiki/Erdman_B._Palmore>

FRANKL, Viktor Emil. [online] [cit. 10-04-2017] Dostupné z:
<https://cs.wikipedia.org/wiki/Viktor_Frankl>

ROKEACH, Milton. [online] [cit. 10-04-2017] Dostupné z:
<https://en.wikipedia.org/wiki/Milton_Rokeach>

MPSV. 2012. [online] [cit. 15-04-2017] Pomoc v hmotné nouzi. Dostupné z:
<<http://www.mpsv.cz/cs/5>>

ČSÚ. 2016. Na co Češi nejčastěji umírají? [online] [cit. 11-04-2017] Dostupné z:
<<https://www.czso.cz/csu/czso/cesi-nejcasteji-umiraji-na-nemoci-obehove-soustavy>>

DIABETICKÁ ASOCIACE ČR. 2014. Léčíme diabetes moderně? [online] [cit. 16-04-2017] Dostupné z: <<http://www.diabetickaasociace.cz/lecime-diabetes-moderne/>>

ČESKÁ A SLOVENSKÁ PSYCHIATRIE. 104, 2008 [online] [cit. 16-04-2017]. No. 4, pp. 180-185. Kitzlerová E. Potřebují pacienti trpící diabetem mellitem psychosociální pomoc?. Dostupné z: <http://www.cspsychiatr.cz/dwnld/CSP_2008_4_180_185.pdf>

ČESKÁ DIABETOLOGICKÁ SPOLEČNOST. 2012. [online] [cit. 17-04-2017]. Národní diabetologický program 2012 – 2022. Dostupné z: <<http://www.diab.cz/narodni-diabetologicky-program-2012-2022>>

6. PŘÍLOHY

6.1. Dotazník

1. JAKÉ JE VAŠE POHLAVÍ? a) muž b) žena
2. V JAKÉM ROZMEZÍ JE VÁŠ VĚK? a) 61- 65 let b) 66 – 70 let c) 71 – 75 let d) 76 – 80 let e) 81 a více let
3. JAKÝ JE VÁŠ RODINNÝ STAV? a) svobodný/á b) ženatý/ vdaná c) rozvedený/á d) ovdovělý/á
4. JAKÉ JE VAŠE NEJVYŠŠÍ DOSAŽENÉ VZDĚLÁNÍ? a) nedokončené základní b) základní c) středoškolské bez maturity (vyučen/a) d) středoškolské s maturitou e) vysokoškolské
5. KDE ŽIJETE? a) ve městě b) na vesnici c) na samotě
6. BYDLÍTE: a) v bytě b) v domě c) v sociálním zařízení
7. V SOUČASNÉ DOBĚ ŽIJETE: a) sám/a b) s partnerem/kou, s manželem/kou c) s dětmi d) s příbuznými, se známými

<p>8. BYDLENÍ VÁM:</p> <p>a) vyhovuje b) částečně vyhovuje c) nevyhovuje</p>		
<p>9. 1) MÁTE DĚTI? a) ano b) ne</p>	<p>2) MÁTE VNOUČATA? a) ano b) ne</p>	<p>3) MÁTE PRAVNOUČATA? a) ano b) ne</p>
<p>10. JAK ČASTO JSTE V OSOBNÍM KONTAKTU SE ČLENY RODINY?</p> <p>a) každý den b) ob den c) 1 x týdně d) 1x - 3x za měsíc e) 2x – 4x do roka f) vůbec g) nemám rodinu</p>		
<p>11. VZTAHY V RODINĚ BYSTE OHODNOTIL/A JAKO:</p> <p>a) výborné b) dobré c) postačující d) nedostatečné e) nemám rodinu</p>		
<p>12. KDYBYSTE MĚL/A MOŽNOST SE ODSTĚHOVAT Z VAŠEHO MĚSTA/VESNICE, ODSTĚHOVAL/A BYSTE SE?</p> <p>a) ano, hned b) možná c) ne</p>		
<p>13. JAKÉ KULTURNÍ AKCE JSOU DOSTUPNÉ VE VAŠÍ OBCI (NEBO POBLÍŽ)?</p> <p>a) divadlo, kino – ANO – NE – NEVÍM b) zábavy, jednorázové akce – ANO – NE – NEVÍM c) společenské akce pro seniory – ANO – NE – NEVÍM d) akce spojené s ročním obdobím či svátky – ANO – NE – NEVÍM e) možnost návštěvy veřejné knihovny či internetu – ANO – NE - NEVÍM</p>		<p>VYUŽÍVÁTE JE?</p> <p>1. a) ano, b) ne 2. a) ano, b) ne 3. a) ano, b) ne 4. a) ano, b) ne 5. a) ano, b) ne</p>
<p>14. STARÁTE SE O NĚJAKÉHO DOMÁCÍHO MAZLÍČKA?</p> <p>a) ano b) ne c) dříve jsem měl/a mazlíčka, teď už nemám</p>		
<p>15. JSTE V ŽIVOTĚ SPOKOJEN/A?</p> <p>a) ano b) ne</p> <p>Vyznačte na škále, jak moc si myslíte, že jste spokojen: nejsem spokojen 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10 jsem nejvíce spokojen</p>		

<p>16. OČÍSLUJTE NÁSLEDUJÍCÍ POJMY PODLE VAŠEHO POŘADÍ DŮLEŽITOSTI: nejdůležitější - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10 – nejméně významné</p> <p>a) zdraví (psychické i fyzické) – b) rodinné vztahy – c) přátelství – d) být spokojený – e) zájmy - f) kulturní akce – g) domácí práce nebo práce na zahradě – h) finanční zabezpečení - i) politické dění – j) náboženství –</p>	
<p>17. V JAKÉ MÍŘE SE AKTIVNĚ VĚNUJETE:</p> <p>a) domácí práce obecně – ČASTO – OBČAS – VŮBEC NE b) údržba bydlení/ práce na zahradě – ČASTO – OBČAS – VŮBEC NE c) kontakt s přáteli – ČASTO – OBČAS – VŮBEC NE d) vaření – ČASTO – OBČAS – VŮBEC NE – NEVAŘÍM e) sport, cvičení – ČASTO – OBČAS – VŮBEC NE f) četba knih (časopisů) – ČASTO – OBČAS – VŮBEC NE g) čtení denního/týdenního tisku – ČASTO – OBČAS – VŮBEC NE – NEODEBÍRÁM, ALE ČTU NA INTERNETU h) sledování televize, poslouchání rádia – ČASTO – OBČAS – VŮBEC NE i) zpěv / hra na hudební nástroj – ČASTO – OBČAS – VŮBEC NE j) vzdělávání – ČASTO – OBČAS – VŮBEC NE k) náboženské aktivity – ČASTO – OBČAS – VŮBEC NE</p>	<p>BAVÍ VÁS TO?</p> <p>1. a) ano, b) ne 2. a) ano, b) ne 3. a) ano, b) ne 4. a) ano, b) ne 5. a) ano, b) ne 6. a) ano, b) ne 7. a) ano, b) ne 8. a) ano, b) ne 9. a) ano, b) ne 10. a) ano, b) ne 11. a) ano, b) ne</p>
<p>18. DĚLAL/A JSTE AKTIVNĚ NĚJAKÝ DRUH SPORTU?</p> <p>a) závodně b) rekreačně c) stále jsem aktivní ve sportu d) ne</p> <p>Pokud jste byl nebo jste aktivní ve sportu, uveďte v jakém -</p>	
<p>19. VYUŽÍVÁTE TATO TECHNICKÁ ZAŘÍZENÍ?</p> <p>a) mobil - ANO / NE b) počítač + internet - ANO / NE c) auto - ANO/ NE d) fotoaparát a video kamera - ANO / NE e) tablet, video nebo DVD přehrávač - ANO / NE</p>	

<p>20. I. ZAJÍMÁTE SE O PĚSTOVÁNÍ ČI PEČUJETE O ZAHRADU?</p> <p>a) ano b) ne</p> <p>II. CHOVÁTE NĚJAKÁ ÚŽITKOVÁ ZVÍŘATA?</p> <p>a) ano b) ne</p>	<p>USPOKOJUJE VÁS TO?</p> <p>1) a) ano, b) ne</p> <p>2) a) ano, b) ne</p>
<p>21. POBÍRÁTE DŮCHOD:</p> <p>a) starobní b) starobní i vdovský</p>	
<p>22. CELKOVÁ VÝŠE VAŠEHO DŮCHODU ČINÍ:</p> <p>a) 0 – 3410 b) 3411 – 5000 Kč c) 5001 – 8000 Kč d) 8001 – 10 000 Kč e) 10 001 – 12 000 f) 12 000 a více</p>	
<p>23. POBÍRÁTE ZVLÁŠTNÍ PŘÍSPĚVEK K DŮCHODU?</p> <p>a) ano b) ne</p>	
<p>24. PŘIVYDĚLÁVÁTE SI V DŮCHODU?</p> <p>a) ano b) ne</p>	
<p>25. JAK JSTE SPOKOJEN/A S VÝŠÍ SVÝCH PŘÍJMŮ</p> <p>a) spokojen b) celkem spokojen c) nespokojen d) nestačí k běžnému životu e) jsem závislý na příjmech svých dětí / příbuzných</p>	
<p>26. POŘÍDIL JSTE SI ZA POSLEDNÍCH 5 LET:</p> <p>1) NĚJAKÉ ZAŘÍZENÍ NAD 5000 Kč?</p> <p>a) ano b) ne</p> <p>2) NĚJAKOU KNIHU?</p> <p>a) ano b) ne</p>	<p>3) KABÁT (BUNDU)?</p> <p>a) ano b) ne</p>
<p>27. VYPOMÁHÁTE FINANČNĚ SVÉ RODINĚ/PŘÁTELŮM?</p> <p>a) ano b) ne</p>	

<p>28. VYPOMÁHÁ VÁM FINANČNĚ VAŠE RODINA/ PŘÁTELÉ?</p> <p>a) ano b) ne</p>
<p>29. POBÍRÁTE PŘÍSPĚVEK NA DIETNÍ STRAVOVÁNÍ?</p> <p>a) ano b) ne</p>
<p>30. OMEZILA VÁS VAŠE CHRONICKÁ NEMOC VE VAŠEM ZAMĚSTNÁNÍ NA TOLIK, ŽE JSTE BYL/A NUCEN/A ZMĚNIT POVOLÁNÍ?</p> <p>a) ano b) ne</p>
<p>31. O KOLIK KORUN ODHADUJETE, ŽE SE PO ONEMOCNĚNÍ CUKROVKOU ZVÝŠILY VAŠE ŽIVOTNÍ NÁKLADY (MĚSÍČNĚ)?</p> <p>a) minimálně b) o 500 Kč c) o 1000 Kč d) o 1500 Kč a více e) nezvýšily f) nepozoroval/a jsem to</p>
<p>32. VÁŠ ZDRAVOTNÍ STAV BYSTE OHODNOTIL JAKO:</p> <p>a) výborný b) dobrý c) uspokojivý d) neuspokojivý</p>
<p>33. JSTE VE VŠECH ÚKONECH SOBĚSTAČNÝ?</p> <p>a) ano b) částečně – jsem odkázán na pomoc jiné osoby v některých úkonech c) ne – jsem odkázán na pomoc jiné osoby úplně</p>
<p>34. VYUŽÍVÁTE NĚKTERÉ PEČOVATELSKÉ SLUŽBY?</p> <p>a) ano b) ne c) ne, ale nutně potřebuji zajistit pečovatelskou službu</p> <p>Pokud ano, tak které?</p>
<p>35. VYUŽÍVÁTE NĚJAKOU SOCIÁLNÍ SLUŽBU?</p> <p>a) ano b) ne</p> <p>Pokud ano, jakou?</p>

36. DOMNÍVÁTE SE, ŽE VÁM SOCIÁLNÍ SLUŽBA ZVÝŠILA KVALITU ŽIVOTA?

- a) ano
- b) ne
- c) nevím
- d) nevyžívám sociálních služeb

Pokud ano, vyznačte na škále, v jaké míře ji sociální služba zvýšila:

nezvýšila 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10 nejvíce zvýšila

37. MÁTE MOŽNOST PROJEDNAT VAŠE POTŘEBY SE SOCIÁLNÍM PRACOVNÍKEM?

- a) ano
- b) částečně
- c) nemám možnost

38. ODCHODEM DO DŮCHODU SE VAŠE ZDRAVÍ?

- a) zlepšilo
- b) nezlepšilo
- c) zhoršilo

39. JAK DLOUHO TRPÍTE CHRONICKÝM ONEMOCNĚNÍM?

- a) 1 - 5 let
- b) přes 5 – 10 let
- c) přes 10 let – 15 let
- d) přes 15 let – 20 let
- e) přes 20 – 25 let
- f) přes 25 – 30 let
- g) přes 30 let a více

40. JAKÝ MÁTE TYP DIABETU?

- a) I. typ (inzulín od samého počátku nemoci)
- b) II. typ (zpravidla dieta, léky, ev. inzulín)

41. JAK JE V SOUČASNOSTI LÉČEN VÁŠ TYP DIABETU?

- a) dieta
- b) dieta, tablety nebo jiné injekční antidiabetikum
- c) inzulín
- d) kombinace výše uvedeného

42. INFORMACE SVOUVISEJÍCÍ S CUKROVKOU A JEJÍ LÉČBOU JSEM ZÍSKAL/A:

- a) od lékaře a/nebo sestřiček
- b) od sociálního pracovníka
- c) od zaměstnanců sociální služby
- d) z odborné literatury
- e) na internetu / z TV/ z novin (např. z časopisu DIA ŽIVOT)
- f) z jiných zdrojů

<p>43. DLE VAŠEHO NÁZORU JSOU VAŠE INFORMACE O CHRONICKÉM ONEMOCNĚNÍ:</p> <p>a) vyčerpávající b) dostatečné c) nedostatečné</p>
<p>44. KOUŘÍTE?</p> <p>a) ano, celý život b) ne c) občas d) kouřil jsem a už nekouřím</p> <p>Pokud kouříte, uveďte, kolik asi utratíte měsíčně za cigarety:Kč</p>
<p>45. DO JAKÉ MÍRY BYL VÁŠ ŽIVOT V POSLEDNÍ DOBĚ NARUŠOVÁN PROBLÉMY PLYNOUCÍ Z CUKROVKY?</p> <p>a) významně b) částečně c) vůbec</p>
<p>46. VNÍMÁTE SVŮJ ŽIVOT JAKO KVALITNÍ?</p> <p>a) ano b) ne</p>
<p>47. DO JAKÉ MÍRY SE DOMNÍVÁTE, ŽE VAŠE CHRONICKÉ ONEMOCNĚNÍ OVLIVNILO KVALITU VAŠEHO ŽIVOTA:</p> <p>neovlivnilo 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10 úplně ovlivnilo</p>
<p>48. TĚŠÍ VÁS ŽIVOT? VYZNAČTE NA ŠKÁLE, JAK MOC VÁS TĚŠÍ:</p> <p>a) ano b) ne</p> <p>netěší 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 - 8 - 9 - 10 – těší velmi</p>
<p>49. PROŽÍVÁTE NEGATIVNÍ POCITY, JAKO NAPŘ. DEPRESE, ÚZKOSTLIVOST, BEZNADĚJ?</p> <p>a) ano b) spíše ano c) někdy d) spíše ne</p>
<p>50. JAK JSTE SPOKOJEN/A SÁM/A SE SEBOU?</p> <p>a) velmi spokojen/a b) spokojen/a c) nespokojen/a e) velmi nespokojen/a</p>

6.2. Seznam obrázků

Obr. 1. - MASLOWOVA PYRAMIDA POTŘEB [online] [cit. 18-04-2017] Dostupné z:
<<http://web.fosfa.cz/cs/maslowova-hierarchie-potreb>>

Summary

The main intention of the theoretical part of this bachelor work was to provide the value system of older people in relation to chronic disease in the first place. Secondly to put other marginal subjects to the main theme, which were also essential. For developing this concept, it was firstly necessary to define assorted conceptions of old age and on the base of them to proceed to the value system. It had its natural foundation. It was important to understand the concept of old age in the first place, because only then another way of thinking could begin. All the work was conceived in this way. There was also an effort to be highly objective and not to fall to some specific mind stream. Even with this objectivity in mind, there was also some part of subjectivity, which was firstly reached by choosing the main theme of this work. It can be also seen in introductions to chapters, but it does not try to make any one-sided conclusions, its importance is there to see the way of the author, while the work was in the process of writing.

Every chapter introduced in the theoretical part has the important role; there was not any attempt to make one of the chapters the most important one. All the work comes from its integrity, so should some potential readers want to utilize the bachelor work, it is essential for them to make themselves familiar with all the work and the above mentioned mind process. It is also very important to mention the fact that the accomplishing of this work does not cover the whole area of the value system of older people. This work tries to introduce significant thoughts of the chosen authors and to constitute the solid view of this area as possible as it can be. The value system of older people offers other different interpretations and extension. That is why the author of this work considers further exploration in the area of the older people's value system.

The main intention of the practical part of this work was to find out, how much is the life of older people with a chronic disease affected, more precisely with diabetes mellitus. Additionally there was another effort registered in order to find out, how the older people feel about their life values and needs. Accomplished exploration was aimed at more questions, which also involved family issues. The process of researching included a questionnaire and an interview. There were also pinpointed some hypotheses, which were the most important in the research. The research conclusions cannot be used as valid for all older people, although there were 65 older people (randomly chosen) that participated in this research. The processing of results and their interpretation demonstrated that the older

people do not value their quality of life negatively. In the whole research there are mostly positive results.

The author of this work considers the main intentions of the theoretical and the practical part accomplished. The results of the survey were achieved by examining the value system of older people in relation to a chronic disease. It might be subjectively said that the situation of older people is positively valued today.