

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta

Problematika seniorů z hlediska výchovy ke zdraví
Diplomová práce

Autor: Bc. Zdeněk Novák

datum odevzdání: 17. 8. 2011

Vedoucí práce: Bc. MUDr. Libuše Čeledová, Ph.D

Abstract

Every age group needs sufficient space, time and opportunities for its further development. Lately, the 65 and over population once neglected and that definitely deserves attention is getting in the limelight. Some of the elderly have a significantly distorted view of their further life after retiring. Most of them believe that as the years pass it is not necessary to care for themselves and not to spend time caring for their bodies and health. More factors jointly can result in that they stop doing sport regularly and the quality of their nutrition is getting worse. Of course, there are exceptions which are expected to increase. Everything is linked to awareness, interest, economic factors, habits and individual preparedness for old age.

The aim of the thesis has been to find out whether the elderly are aware of preventive measures that decrease the risks of occurrence of selected geriatric problems in the selected residential homes (senior homes). Two hypotheses focused on the selected aspects of a healthy life style have been defined in relation to the aim of the thesis. H1: the elderly of the selected homes are aware of preventive measures leading to elimination of injury risks. H2: the elderly of the selected homes are aware of the principles of rational nutrition and follow the prescribed eating regime.

The research was conducted with 76 selected clients of 3 residential homes. Secondary analysis of data and an interview with the directors of these homes were used as a complementary method. The research results have confirmed the statement in hypothesis 1. Injury prevention seems to be quite well managed and the elderly are fully aware of the risks.

The hypothesis relating to nutrition has not been confirmed. This might have been caused by the established eating framework.

The author recommends increasing the lifelong education of health and social workers on preventive measures in order the information and recommendations get into the day-to-day work of all workers in these homes.

KEY WORDS

Elderly, Injury prevention, Rational nutrition

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji diplomovou práci na téma Problematika seniorů z hlediska výchovy ke zdraví jsem vypracoval samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona 111/1998 Sb. V platném znění souhlasím se zveřejněním své diplomové práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 15.8. 2011

.....

Podpis studenta

Poděkování: Na tomto místě bych rád poděkoval za cenné rady a připomínky
Bc.MUDr. Libuši Čeledové, Ph.D.

OBSAH

ÚVOD	8
1. SOUČASNÝ STAV	9
1.1 Fenomén stárnutí a stáří	9
1.1.1 Demografický vývoj obyvatelstva	9
1.1.2 Stárnutí a stáří	12
1.1.3 Zdraví a stáří	14
1.2 Pohybové aktivity v seniorském věku	18
1.2.1 Vhodné pohybové aktivity	18
1.2.2 Nevhodné ohybové aktivity	21
1.2.3 Nemoci omezující pohyb	22
1.3 Výživa v pozdním věku	25
1.3.1 Potravinová pyramida	26
1.3.2 Fyziologické změny ovlivňující výživu	27
1.3.3 Zásady výživy ve stáří	29
1.3.4 Příjem energie	34
1.4 Stravování nemocných	35
1.4.1 Dietní strava	35
1.5 Komplexní geriatrické hodnocení	39
1.5.1 Geriatrické syndromy – imobilita	43
1.6 Stařecká křehkost – fragility	44
1.6.1 Prevence stařecké křehkosti – fragility	46
1.7 Zdravotní výchova v pozdním věku	47
1.7.1 První zmínky o podpoře zdraví	48
1.7.2 Zdravotní výchova	50
1.7.3 Charakteristika zdravotní výchovy	50
1.7.4 Prevence	53
2. CÍL PRÁCE A HYPOTÉZY	55

3. METODIKA	57
4. VÝSLEDKY	58
4.1 Výsledky sekundární analýzy dat	58
4.2 Výsledky dotazníkového šetření	62
4.3 Výsledky rozhovorů	73
5. DISKUSE	81
6. ZÁVĚR	88
7. SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ	89
8. KLÍČOVÁ SLOVA	93
9. SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK	94
10. PŘÍLOHY	95

Úvod

Moderní doba s sebou přináší nové trendy týkající se struktury a celkového počtu obyvatelstva na Zemi. Nejnovější demografické výzkumy ukazují, že společnost na evropském kontinentě stárne. Vyspělé země překypující bohatstvím a blahobytem jsou velkým předpokladem pro spokojený a relativně dlouhý život. I v České republice se zvyšují počty starých a velmi starých lidí, prodlužuje se průměrná délka života, na což je nutné reagovat z celospolečenského hlediska.

Každá věková skupina potřebuje dostatečný prostor, čas a možnosti pro svůj další rozvoj. V poslední době se dostává do popředí zájmu dříve opomíjená skupina obyvatel nad 65 let, která si pozornost rozhodně zaslouží. Někteří senioři mají o svém dalším životě po odchodu do penze značně zkreslené představy. Většina je toho názoru, že s přibývajícími léty už o sebe nemusejí tolik pečovat a věnovat čas svému tělu a zdraví. Více faktorů společně může být příčinou toho, že se přestávají věnovat pravidelnému pohybu a zhoršuje se i kvalita jejich výživy. Samozřejmě existují výjimky, kterých podle předpokladů bude přibývat. Vše souvisí s informovaností, zájmem, ekonomickými faktory, zvyky a individuální připraveností na stáří.

Tématem diplomové práce je pohyb a výživa seniorů žijících v institucionálních zařízeních. Teoretická část práce může sloužit jako návod pro seniory, kteří mají zájem o pohyb a zdravou výživu. To jsou dva z mnoha faktorů ovlivňujících udržení si zdraví, aktivního životního stylu a kvality života i v pozdním věku. Práce je rozdělena do jednotlivých kapitol zabývajících se stárnutím a stářím populace, pohybovou aktivitou a zásadami výživy v seniorském věku. Cílem výzkumné části práce je posouzení úrovně pohybových aktivit a kvality zdravé výživy u vzorku populace dotázaných seniorů.

Ve společnosti se často mluví o ageismu, tedy negativních předsudcích vůči stárnutí a starým lidem, kteří bývají označováni jako oškliví, nepotřební, nemocní, zatěžující ekonomicky aktivní společnost.

1. **Současný stav**

1.1 **Fenomén stárnutí a stáří**

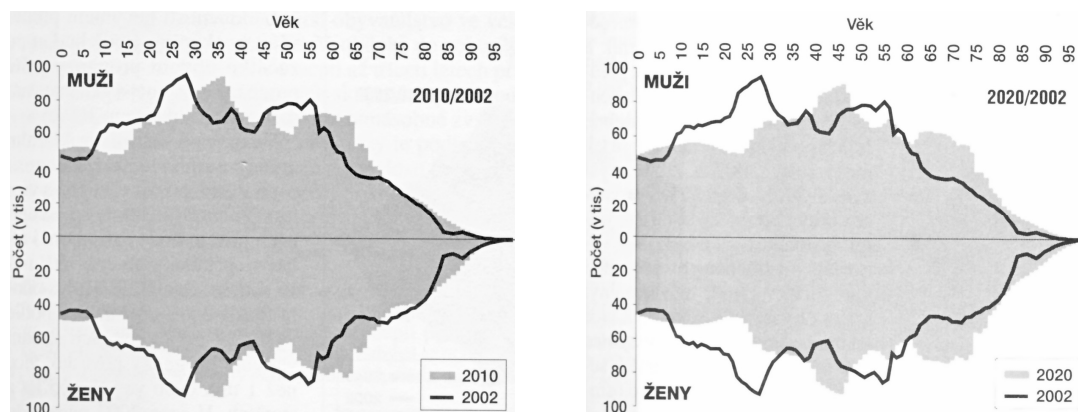
Za poslední století se střední délka života téměř zdvojnásobila. Zjevným fenoménem 20. století je absolutní i relativní růst počtu seniorů v rozvinutých i rozvojových zemích. Civilizační vývoj vede k tomu, že se zvyšuje naděje na dožití stáří a prodlužuje se střední délka života. Současná geriatrická medicína usiluje o co nejdelší zachování přiměřené tělesné a duševní aktivity, odvrácení ztráty soběstačnosti a zlepšení prognózy seniorů v případě onemocnění. Má tedy intervenčně preventivní charakter a podporuje zdravé stárnutí. S tím logicky souvisí i vzrůstající nároky na lékařskou péči o geriatrické pacienty (18).

1.1.1 **Demografický vývoj obyvatelstva**

Složení a počet obyvatelstva prochází v dnešní době zajímavými změnami. Počet obyvatelstva na světě se neustále zvyšuje, v některých zemích dochází ke stagnaci a stárnutí, v jiných naopak lidí stále přibývá a populace mládne. Prudký růst obyvatelstva se předpokládá v rozvojových zemích, jako například v jižní Asii, Africe a Jižní Americe. Ve vyspělých průmyslových státech světa se podle prognóz počet obyvatelstva výrazně měnit nebude. Zvyšující se počet populace je tedy jedním z mnoha globálních problémů lidstva. Zatímco v polovině devatenáctého století žila na světě asi 1 miliarda obyvatel, v polovině dvacátého století to byly 2 miliardy, v současnosti se hovoří o 6 miliardách a prognóza pro rok 2025 se předpokládá více než 8 miliard obyvatelstva na Zemi (29).

Na celém světě přibývá starých a velmi starých lidí, stárnutí populace se stává dalším celosvětovým problémem. Ve vyspělých průmyslových státech se prodlužuje průměrná délka života. Po dlouhá staletí byla průměrná délka života velmi krátká, pohybovala se kolem 25 let. Ve dvacátém století došlo k posunu délky života k hranici 50 let. Od té doby se proces prodlužování věku zrychlil, v České republice **od roku**

2010 platí střední délka života **78,1 let pro ženy a 71,5 let pro muže (13)**. Dochází ke změnám struktury obyvatelstva, což se projevuje větším počtem osob nad 65 let a sníženým počtem osob mladších 15 let.

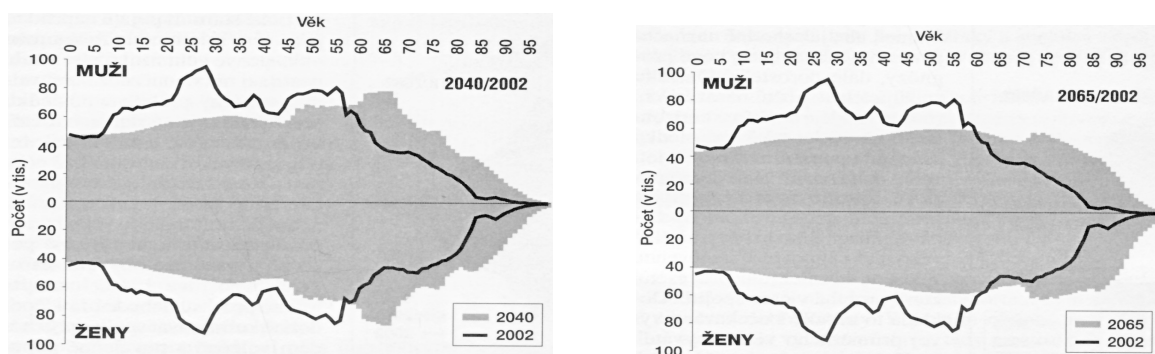


Obr. č. 1: Očekávaná změna věkové struktury obyvatel pro rok 2010 a 2020 ve srovnání s výchozím stavem.

Zdroj : BURCIN Boris, KUČERA Tomáš. Nová kmenová prognóza populačního vývoje České republiky (2003 – 2065). *Demografie*, 2004 (4)

Na obrázku číslo 1 je vidět, že největší zastoupení ve struktuře obyvatelstva České republiky v roce 2002 měli třicetiletí.

Další početnou skupinou byli lidé ve věku 55 – 65 let a nemalé zastoupení měla skupina do 20 let. Vývoj do následujících let 2011 i 2020 je zcela jasný, budou se posouvat věkové skupiny, nejpočetnějšími se stanou v roce 2011 pětatřicetiletí a v roce 2020 pětadvacetiletí. Počet osob do 25 let se dlouhodobě sníží a bude se udržovat na poměrně konstantní úrovni.



Obr. č. 2: Očekávaná změna věkové struktury obyvatel pro rok 2040 a 2065 ve srovnání s výchozím stavem

Zdroj : BURCIN Boris, KUČERA Tomáš. Nová kmenová prognóza populačního vývoje České republiky (2003 – 2065). *Demografie*, 2004 (4)

Na obrázku č.2 je vyobrazena struktura obyvatelstva pro rok 2040 ze které lze vyčíst další stárnutí. Nejvíce zastoupenou skupinou se stanou lidé ve věku 65 let a počet ekonomicky aktivního obyvatelstva se bude nadále snižovat. Rok 2065 ukazuje, že největší podíl v obyvatelstvu budou zastupovat lidé kolem 75. roku věku a výš.

Pokud se shrnou všechny prognózy demografického vývoje obyvatelstva České republiky, lze usoudit, že počet obyvatel se se bude snižovat a populace bude stárout. Počet narozených dětí se bude odvíjet dle předchozích generací a počtu potenciálních matek. Ekonomicky aktivní obyvatelstvo se bude trvale snižovat. Jediný růst se pravděpodobně zaznamená v počtu obyvatelstva nad 65 let. Zatímco v roce 2002 tvořilo 14 % obyvatelstva, v polovině jednadvacátého století to bude již 30 %. Zvýší se také počty velmi starých občanů, jichž by mělo být až osmkrát více než v roce 2002 (4).

Do popředí a většího povědomí občanů se dostává dříve opomíjená problematika stárí a života seniorů. Klade se důraz na aktivní a kvalitní prožití stárí, což samozřejmě souvisí se zdravým životním stylem, pohybovou aktivitou, zdravým stravováním a dalšími faktory, ovlivňujícími kvalitu života v procesu stárnutí.

Demografická prognóza české populace předpokládá vzestup seniorů o 40–80 % do roku 2060. Střední délka života pro rok 2060 se předpokládá u mužů 85,5 roku a u žen 90,1 roku. Problémy v oblasti somatické (choroby), psychické (demence, deprese) i

sociální (osamělost) začínají vystupovat do popředí zejména po 75. roce (více ženy), kdy nastává zlomový bod ontogeneze (4). S pokračujícím demografickým trendem bude ve společnosti více znevýhodněných a ohrožených křehkých starých lidí s nízkou úrovní potenciálu zdraví (s nízkou mírou vzájemně provázané zdatnosti, odolnosti a adaptability) (2). Jako rizikové lze spatřovat téměř úplnou absenci vědeckých důkazů pro farmakologickou léčbu osob nad 75-80 let. Nedostatečné a nepoměrné zařazování seniorů do prospektivních studií lze označit za ageistický přístup. Z etického pohledu lze tuto situaci klasifikovat jako diskriminaci a omezení práva starších osob být léčen podle nejnovějších poznatků lékařské vědy (16).

1.1.2 Stárnutí a stáří

Stárnutí je přirozeným procesem, který se týká všech živých organismů. Během stárnutí dochází v organismu k různým změnám, jsou to změny převážně tělesné a biologické, ale i psychické a sociální. Největší změny dlouhodobého procesu stárnutí jsou patrné asi na přelomu 4. a 5. decenia, samozřejmě individuálně (28).

Výslednicí stárnutí je stáří. Tato etapa života není známkou konce, teprve smrt jej ukončuje. Stáří je další vývojovou etapou lidského života, trvá 30 – 40 let a bude stejně dlouhé jako mládí a dospělost. „Hlavní důraz je kladen na uchování pohybových dovedností a psychosociální rozvoj osobnosti“ (17, s.13). Existuje více teorií a kategorizací stáří. Nejčastěji se používá kalendářní, sociální a biologické stáří. Involuční změny provázející stáří nelze jednoznačně rozdělit dle kategorizace stáří, vše se prolíná a vzájemně spolu souvisí.

Kalendářní stáří určujeme na základě dosaženého věku jedince, je snazší a má jednoznačnou výpovědní hodnotu. Autoři se stále ještě v názorech na rozčlenění kalendářního stáří liší. Vágnerová (47) uvádí:

- 60 – 75 let období raného stáří
- 75 a více let období pravého stáří

V poslední době se používá členění dle Mühlpachra (2004):

- 65 – 74 mladí senioři

- **75 – 84** **staří senioři**
- **85 a více** **velmi staří senioři**

Ačkoli se autoři přesně neshodují na časové periodizaci těchto období, lze je charakterizovat typickými projevy.

Rané stáří je obdobím proměn fyziologických, sociálních i psychických, ty však nemusejí být tak velké, aby staršímu člověku znemožnily nezávislý a aktivní život (46). V této fázi stáří se očekávají velké proměny, neboť se prodlužuje délka života a současně se prodlužuje doba odchodu do důchodu. Pravděpodobně se tedy bude zvyšovat počet vitálních, aktivních a autonomních mladých seniorů, kteří si budou chtít svůj život stále užívat i po odchodu do penze.

Období pravého stáří, kam zařazujeme staré a velmi staré seniory, provázejí další změny v životě seniora. Autonomie a soběstačnost jsou předpokladem pro samostatný a aktivní život. V případě významného omezení soběstačnosti se stávají starší lidé klienty sociálních zařízení státních. „V oblasti péče o seniory dominují mezi poskytovanými službami především sociální a zdravotní služby, jejichž cílem je podpora zdraví a pohody seniora, prevence nemocí, posilování autonomie a soběstačnosti, zajištění základních životních potřeb, podpora co nejdelšího setrvání seniora v jeho přirozeném domácím prostředí. Zhorší-li se zdravotní stav nebo soběstačnost seniora natolik, že mu již nelze péči zajistit v domácím prostředí, nastupuje pomoc ve formě sociálních a zdravotních služeb poskytovaných speciálními organizacemi a institucemi k tomu určených.“ (15, s. 42). V tomto období dochází k dalšímu zhoršování psychických funkcí, což způsobují poruchy zraku a sluchu. S tím souvisí snížená orientace v prostředí a menší míra komunikace s okolím. Paměťové funkce mohou být značně narušeny, obtíže provází zapamatování, uchovávání i vybavování. Myšlení, vyjadřování, porozumění a řeč mohou být porušeny z důvodu nemoci či menší míry podnětů z vnějšího okolí.

Poslední fáze života, někdy pojmenována dlouhověkost, je označením pro seniory nad 90 let. Tohoto věku se dožije velmi málo lidí, přesto se počet dlouhověkých zvyšuje. Moderní doba s sebou přináší pokroky v lékařských vědách, zejména

v genetice, dále v informačních technologiích, v technických a technologických vědách. Proměnil se životní styl člověka, změny se týkají i životního prostředí. To vše má za následek zvyšování věku, mluví se i o dosažení nejvyššího věku. „V současné době se předpokládá maximální (a dosud hodnověrně nedosažená) délka lidského života asi 125 let.“ (27, s. 21).

Sociální stáří je dáno změnami sociálními, nejčastěji se uvádí změny sociálních rolí a způsobu života. Důležitými body v tomto období jsou: osamostatnění dětí a založení vlastních rodin, narození vnoučat, odchod do důchodu a s tím související změny ekonomických poměrů v rodině, onemocnění nebo úmrtí partnera.

Již bylo zmíněno, že rané stáří přináší různé změny, na které si postupně mladí senioři musejí zvykat. Při odchodu do penze hraje důležitou roli rodina, která netvoří pouze oporu a stabilitu, ale pomáhá vyrovnat se s vlastním stářím a najít svoji novou sociální roli a identitu. V tomto období se senioři mohou aktivně podílet na výchově vnoučat, je jim připisována všeobecná moudrost a nadhled. Hledají si nové koníčky a záliby, významnou část volného času by měla zaujímat pohybová aktivita. „Vedeme se stářím ústupové boje. Je třeba bránit každou pozici, ale také ji včas vyklidit, když obrana nemá smysl. Stále je kam ustupovat, tj. nacházet si nové, uspokojující činnosti, na které ještě stačíme.“ (38, s. 319) Adaptace na nové podněty a s tím související sebepojetí ovlivňují zajisté i psychiku a zdravotní stav. Psychika staršího člověka prochází proměnami funkčními i strukturálními. Projevují se ve změnách prožívání, uvažování, jednání a chování starších lidí. Charakteristické může být celkové zpomalení, obtíže s pamětí, s myšlením a řečí, s koncentrací, existuje samozřejmě celá řada dalších projevů, které jsou zcela individuální (47).

V období pravého stáří se senior často dostává do situací, kdy je nutná adaptace na nové prostředí (přestěhování blíže k dětem, pobyt v zařízení sociálních služeb). Dochází v určité míře ke ztrátě soukromí, změně životního stylu, a to všechno představuje pro seniora velkou zátěž. Důležité jsou v tomto období sociální kontakty, setkávání se s vrstevníky, různé besedy a programy pro seniory. Období stáří je provázeno i střetem se smrtí vrstevníků blízkých či známých. Je tedy důležité vytvořit seniorům vhodné

zázemí, dodávat vhodné množství podnětů, aby byla zachována životní aktivita. Promlouvat s nimi a dokázat jim, že o ně je zájem, že jsou užiteční a mohou být všem nápomocni. Jedině tak se mohou vyrovnat se svým stářím, přijmout je jako nezbytnou součást života a tím se vyrovnat se smrtí (47).

Biologické stáří je výsledkem předpokládané míry změn, které souvisejí s nemocemi vyskytujícími se častěji ve stáří. Biologické stáří je charakteristické geneticky daným programem, různě rychle nastupujícím úbytkem funkcí jednotlivých orgánů, celoživotním působením vnějšího prostředí, předcházejícím způsobem života a přítomností nebo nepřítomností nemocí.

Změny stárnutím se začínají projevovat v různých částech těla v různých obdobích. Rozsahem určité změny, která nastane za jediný rok se od sebe navzájem liší různé buňky, tkáně a orgány i jednotlivé osoby. Z toho vyplývá, že biologické stárnutí neprobíhá u všech lidí stejným tempem.

Určit biologický věk je poměrně složité, dosud se nepodařilo najít odpovídající metodu. (27)

Bylo by zajímavé srovnávat stáří lidí nejen dle kalendářního věku, ale také dle funkčnosti a zdatnosti svého organismu.

. Staří lidé často trpí polymorbiditou, což je současný výskyt několika nemocí najednou (chronická onemocnění oběhové soustavy, problémy s pohybovou soustavou, demence, rakovina, osteoporóza, deprese, inkontinence a různé úrazy).

Je nutné podotknout, že veškeré změny jsou vysoce individuální a rozdílné, z hlediska času, rozsahu i závažnosti.

1.1.3 Zdraví a stáří

„Zdraví je vysoká hodnota individuální i sociální a jeden z faktorů kvality života. Současně je celkovou kvalitou života a životního prostředí významně determinováno. Pro kvalitu života ve stáří jsou vedle zdraví a soběstačnosti důležité další faktory,

včetně ekonomického zabezpečení, vstřícného prostředí, psychické pohody, mobility a využití volného času.“ (31)

Dle Světové zdravotnické organizace (SZO) je zdraví chápáno jako stav optimální psychické, fyzické a sociální pohody. Není to jen nepřítomnost nemoci, důležité je, jak se člověk sám cítí. Ohodnocení zdraví může být individuální a ve stáří je to všeobecně složitější. Někteří autoři uvádějí, že ve stáří je pro zdraví důležité nejen nepřítomnost nemoci či nemocí, ale také to, jak se člověku daří, zda je soběstačný a necítí se být nemocný. Starší lidé mají větší tendenci si povídat o svých neduzích a nemocech, což však může negativně ovlivňovat jejich sociální postavení i zdravotní stav. „Člověk, který si neustále na něco stěžuje, bývá považován za obtížného a nepříjemného.“ (47, s. 314).

Zdravé stáří je ovlivněno mnoha faktory, rozdělují se na vnitřní a vnější. Vnitřními faktory se myslí genetické predispozice k různým chorobám a onemocněním. Tyto genetické faktory mohou být ovlivněny vnějšími faktory, což znamená způsobem života, životními podmínkami, způsobem stravování, pohybovou aktivitou a tělesnými cvičeními. Základní determinanty v procentech ovlivňující zdraví člověka:

1. životní styl 50%
2. genetický základ 20%
3. životní prostředí 20%
4. zdravotnické služby 10% (9)

Z hlediska péče o své zdraví jsou to velmi důležité faktory, bohužel se většinou odvíjejí od finanční situace seniorů a jejich dřívějších návyků. „Právě samostatnost, rozumná míra finančního zajištění a možnost spolurozhodovat o sobě je ve stáří vysokou hodnotou.“ (47). Důležitá je informovanost seniorů v oblasti ochrany zdraví, prevence nemocí a úrazů, zdravého životního stylu a stravování, pohybové aktivity a jejího provozování.

V současné době se propaguje takzvané zdravé stárnutí, které reaguje na prodlužující se délku života. Jde o to zajistit, aby delší život byl také zdravý, aktivní,

produktivní, a aby byla snižována míra nesoběstačnosti v seniorském věku. Výstižně bývá uváděno následující – nejen přidat léta životu, ale i přidat život létům (37).

Kubíčková (1998) uvádí Desatero pro harmonické stárnutí:

1. Stále pečujeme o svoji osobnostní schránku, udržujeme si k ní pocit úcty, odpovědnosti a vděčnosti.
2. Myslíme pozitivně, optimisticky hledíme na svět. Kladná motivace je předpokladem láskyplných kroků v péči o tělo.
3. Pohyb je základním prostředkem komunikace se světem. Pečujeme především o svoji páteř, chodíme vzpřímeně, abychom ukázali svoji důstojnost.
4. Dbáme o své končetiny. Staráme se o své nohy jako o základnu těla, zdroj jistoty a stability. Pečujeme o své ruce, neboť jsou nástrojem práce, tvořivosti, vůle i poznávání.
5. Pohybovou aktivitu provádíme v souladu s rytmem srdce a dechu. Sledujeme rytmus a zákonitosti dýchání.
6. Věnujeme se svým svalům, jejich stahování a uvolňování. Předcházíme jejich ochabování, zkracování či tuhnutí. Svaly a vazivo jsou důležitou oporou našeho těla i podmínkou dobrého vzhledu.
7. Pečujeme o své oči, neboť představují okna naší duše. Udržujeme přirozený a uvolněný výraz obličeje. Neverbální projevy prozradí naše momentální naladění.
8. Staráme se pečlivě o pokožku svého těla, která vypovídá o stavu všech systémů těla.
9. Umíme vyrovnávat stavy napětí za uvolnění, abychom zamezili dlouhotrvajícímu stresu.
10. V péči o své tělo nezapomínáme na zásady správné výživy. Vždy jíme v klidu, v příjemném prostředí a trpělivě žvýkáme. (24)

1.2 Pohybové aktivity v seniorském věku

Pohybová aktivita by měla být součástí běžného dne staršího člověka. Aktivní pohyb ovlivňuje celou osobnost z psychického, fyzického i sociálního hlediska. Pravidelná aktivita v přírodě nebo v tělocvičně přináší spoustu podnětů z vnějšího prostředí, člověk získává nové poznatky a zkušenosti. Zlepšování kondice, celkové posílení nejvíce pohybové, kardiovaskulární, trávicí a vylučovací soustavy je dalším pozitivem pohybu. Pohyb může sloužit také jako prevence nemocí provázejících stáří. Častá pohybová aktivita v kolektivu zajišťuje velké množství sociálních kontaktů, odstranění emočního vypětí a stresu, zlepšení komunikace mezi vrstevníky a posílení kamarádských vazeb. Tato interakce pomáhá lépe se adaptovat na nové sociální role, kterých se senior zhošťuje s odchodem do penze. Blahodárný vliv pohybové aktivity na stáří, zpomalení tempa stárnutí a zlepšení kvality života v pozdním věku, to vše by mělo být motivací seniora k aktivnímu životnímu stylu (44).

1.2.1 Vhodné pohybové aktivity

Výběr pohybu pro seniory by se měl odvíjet od zdravotního stavu a doporučení lékaře, od změn, které typicky provázejí stáří, od individuálních a subjektivních pocitů cvičence.

Lékaři doporučují cvičit 3x týdně po dobu 1 hodiny nebo 5x týdně po dobu 30 minut. Intenzita zatížení by na začátku cvičební jednotky měla být nejmenší, v průběhu by měla být mírná až střední (kolem 30-60 % maxima). Pokud to zdatnost cvičenců dovolí, je optimální zátěž i 75 % maxima po dobu 5 minut při každém cvičení. Všeobecně lze říci, že pro udržení kondice je důležitá vhodná délka zatížení, pravidelnost pohybu a jeho optimální intenzita (12).

Mezi vhodné pohybové aktivity dle Štilce (2004) patří:

- procházka, chůze a pěší turistika (pokud možno v přírodě)
- Nordic Walking (severská chůze)

- jízda na kole, jízda na rotopedu
- běžecké lyžování v mírném tempu
- plavání a cvičení ve vodě
- cvičení v posilovnách a fitness centrech
- pohybové a psychomotorické hry
- tanec, jednoduché kroky, rytmické cvičení
- kreativní pohyb na hudbu, vyjadřování nálady, pocitu na hudbu
- cvičení zaměřená na koordinaci, reakci, silovou schopnost
- vyrovnávací a uvolňovací cvičení
- zdravotně-rehabilitační cvičení
- relaxační a dechová cvičení
- vybraná cvičení jógy, čínská zdravotní cvičení, Tai-či
- práce v domácnosti, práce na zahrádce

Obecné zásady při cvičení se seniory dle Kopřivové (2002)

- o cvičení se poradíme s lékařem
- cvičiteli sdělíme svůj zdravotní stav
- cvičíme pomalu, klidně a správně dýcháme
- při únavě si odpočineme a vydechneme
- vnímáme pocity při cvičení
- uvědomujeme si pohyby těla při cvičení
- cvičení by mělo být příjemné, nedopusťte pocit bolesti
- vyvarujte se cvičením, která se nedoporučují v seniorském věku (prudké střídání poloh, skákání, rychlé pohyby, předklony, atd.)
- cvičení opakujeme minimálně 4x (lépe 6-8x), respektujeme subjektivní pocity při cvičení

Při pohybové aktivitě je důležitý kontakt s přírodou. Měkký podklad pro chůzi, čistý vzduch a životní prostředí, ticho a klid, flora a fauna, to vše je součástí souznění člověka s přírodou. V tomto prostředí si lze nejlépe aktivně odpočinout.

Velmi populární se stává Nordic Walking, což je chůze se speciálními holemi. Výhodou je, že jej lze provozovat po celý rok, kdekoliv a kdykoliv, ve všech věkových a výkonnostních kategoriích. Pomocí holí jsou zapojeny svaly celého těla, klouby dolních končetin jsou tím odlehčeny. Hole napomáhají k uvolnění svalového napětí v oblasti zad a ramen, dochází k většímu spalování kalorií a hole dodávají jistotu při chůzi po nerovném a klouzavém povrchu (5).

Jízda na kole, běžecké lyžování a plavání patří mezi pohybovou aktivitu cyklického charakteru, tedy velice vhodnou v pozdějším věku.

Pro cvičení ve fitness centrech se po padesátém roku věku doporučuje opatrnější a pečlivější přístup, nutno zmínit, že posilování kosterního svalstva je ve stáří velmi důležité. Často u seniorů dochází ke snížení soběstačnosti v důsledku ztráty objemu hmoty kosterního svalstva – tzv. involuční sarkopenie. Podrobněji je problematika sarkopenie popsána v kapitole 1.2.3. Pro posilování kosterního svalstva je důležité, zda se jedná o seniora pokročilého nebo začátečníka. Všeobecně se omezuje a vyřazuje cvičení hlavou dolů, používání nadměrných hmotností, časté střídání poloh. Strečink by se měl stát pravidelným zakončením tréninku v posilovně. „Rozsah pohybu se však i po padesátce při pravidelném použití strečinku nemusí rapidně snižovat, jak se někdy tvrdí.“ (44, s. 252)

Psychomotorické hry a jiné pohybové hry bývají ve skupinových cvičeních velmi oblíbené. V těchto hrách je kladen důraz na prožitek z pohybu, nejde o podání maximálního výkonu nebo výhry nad ostatními. Hlavní metodou psychomotoriky je hra, při níž se cvičenci poznávají navzájem, poznávají své tělo, prostředí, zlepšuje se komunikace, dochází k odstranění zábran, strachu a stresu. Lze používat netradiční pomůcky (noviny, kelímky od jogurtu, deky, kolíky na prádlo, pivní tácky), součástí cvičební jednotky mohou být masáže, relaxace, vše za doprovodu příjemné hudby (2).

Tanec, jednoduché kroky na hudbu, rytmická cvičení, kreativní pohyb na hudbu jsou vhodná cvičení nejen pro zahřátí organismu, ale také zapojují jedince do kolektivu

(tanec ve dvojicích), přinášejí jim radost a podporují například paměťové funkce, koordinaci a prostorovou orientaci.

Vyrovňovací a uvolňovací cvičení jsou významná pro udržování kloubní pohyblivosti a pro zmírnění funkčních poruch pohybového systému (návuk a technika správného držení těla, návuk sedu, vstávání a chůze, vyrovnání svalové dysbalance). Součástí jsou dechová a relaxační cvičení sloužící k uvědomování si vlastního těla. Při cvičení by se nemělo zapomínat na posilování svalů pánevního dna, hry rozvíjející jemnou motoriku (cvičení s prsty). Tato cvičení a zdravotně-rehabilitační cvičení jsou součástí zdravotní tělesné výchovy a léčebné tělesné výchovy (43).

Značný zájem je v poslední době zaznamenán o cvičení s východní filozofickou orientací – jógu, tai-či, čchi-kung. „Tradiční východní medicína pohlíží na člověka jako na celek, uvažuje o něm i v souvislosti s prostředím, v kterém žije.“ (43, s. 84) Většina těchto cvičení pracuje s vnitřní energií, s pozitivním vztahem k prováděným cvikům, s dýcháním a uvědomováním si vlastního těla, důležitá je koncentrace a trpělivost.

Vzhledem k tomu, že populace seniorů se bude dle prognóz stále zvyšovat, je pravděpodobné, že nabídka pohybových a jiných zájmových aktivit, ať již státních nebo soukromých organizací, se bude rozšiřovat a více se specializovat pro tento okruh lidí (1). Mezi množstvím nabízených pohybových aktivit si potom bude moci vybrat každý, kdo bude mít chuť trávit aktivně svůj volný čas a být tím odolnější, zdravější a šťastnější.

1.2.2 Nevhodné pohybové aktivity

Při sestavování pohybové jednotky pro seniory by se cvičitel měl držet specifických zásad: znát zdravotní stav seniora a aspekty cvičení s jistým omezením nebo nemocí, požadovat potvrzení od lékaře, zařazovat vhodné cviky a umět sestavit správnou cvičební jednotku pro danou věkovou skupinu (19). Dále by měl vědět o změnách, které se v organismu dějí vlivem stárnutí, umět poskytnout první pomoc, mluvit dostatečně srozumitelně a nahlas. Při práci se seniory musí být cvičitel trpělivý a i několikrát pomalu vysvětlit cvik, naučit cvičence správnou techniku cviku a dýchání, a

uvědomovat si nejen pohyb, ale také účinky pohybu. Při cvičební jednotce je důležité začínat od jednoduchého a podle schopností cvičenců přecházet ke složitějšímu, respektovat individuální možnosti při cvičení, kontrolovat pocity i fyziologické změny organismu během cvičení. Výkony cvičenců se nesmí zapomenout slovně ohodnotit, pochválit a motivovat k další činnosti. Vhodná hudba a pozitivní naladění cvičitele se odrazí na kvalitě emocionálního prožitku cvičenců (20).

Nevhodná cvičení, která by neměla být do pohybové jednotky zařazována jsou dle Syslové (2005):

- přeskoky, poskoky, seskoky
- švihová cvičení
- záklony hlavy spojené s rotací, polohy hlavou dolů
- prudké změny pohybů a poloh
- rychlé tempo a nevhodný rytmus hudby
- náročnější pohybové hry vyžadující rychlost a obratnost
- složitá koordinační cvičení
- cvičení na nářadí
- izometrická cvičení, se zadržováním dechu
- spinální cvičení při podezření na výhřez meziobratlové ploténky

1.2.3 Nemoci omezující pohyb

Vše kolem nás i náš organismus je stále v pohybu. Pohybovou schopností se člověk dokáže hýbat z místa na místo, dodává mu dostatečnou míru sebevědomí z hlediska soběstačnosti, autonomie a svobody. Pohybová aktivita lidem přináší pocit štěstí a radosti, je nutné ji pěstovat a udržovat se v dobré kondici. Existují však bariéry, které mohou aktivní pohyb znemožňovat, mohou to být fyziologické změny provázející stáří, nemoci i úrazy (17).

K fyziologickým změnám patří **atrofie** všech orgánů i tkání, z hlediska pohybu dochází ke snížení svalové hmoty, snížení pohyblivosti a schopnosti koordinace. Mění

se poměr tuku a svalů, což souvisí se životním stylem jedince. Vědecké výzkumy potvrzují, že schopnost adaptace svalového vlákna není podmíněna věkem (17). Záměrným posilováním lze tedy zvyšovat svalovou hmotu a ovlivnit též pohyblivost kloubů.

Sarkopenie znamená úbytek svalové hmoty na podkladě degenerace, atrofie a zániku svalových vláken. Dochází také ke snížení syntézy svalových proteinů a mitochondriální dysfunkce. Její výskyt souvisí se stoupajícím věkem, je známo, že pokles svalové hmoty od 40 let věku je 5 % za dekádu, u osob nad 80 let se objevuje až u 60 % seniorů. Sarkopenie sice úzce souvisí s věkem, ovlivňuje ji však další řada faktorů, například vliv výživy, nedostatečný pohyb, traumata a léky, snížený metabolismus, změny v činnosti CNS, hormonální změny. Pokud je sarkopenie diagnostikována, dochází k úpravě stravovacích návyků s možnou nutriční podporou a zařazuje se šetrné cvičení. Vždy je nutné dbát především na prevenci. Cvičení zvyšuje svalovou sílu, má velký vliv na zlepšení pohyblivosti, snížení rizika pádů, udržení soběstačnosti a nezávislosti. Včasná diagnostika a terapie může zabránit velkému snížení potřebné svalové hmoty a tím nepohyblivosti a závislosti starého člověka (14).

Se stoupajícím věkem klesá celková hmotnost kostry a vnitřních orgánů, mění se tělesné proporce. Celkový úbytek tělesné vody má vliv na činnost vnitřních orgánů, na svaly a klouby, proto by si měl každý senior hlídat pitný režim. Snižuje se elasticita vaziva, kosti jsou křehčí kvůli úbytku bílkovinné a minerální složky.

Páteř starých lidí se zkracuje, hrudní koš ztrácí na objemu a výsledkem může být porucha rovnováhy, narušení správného držení těla a dýchání. Zhoršuje se jemná i hrubá motorika. Změny týkající se sluchového a zrakového analyzátoru mají vliv na koordinaci v prostoru, na chůzi i postoj. Posturální svaly mají tendenci ke zkracování, fyzické svaly ochabují. Pozitivní vliv na tyto aspekty má vhodně zvolená pravidelná pohybová aktivita (17).

Metabolické změny v organismu provázející změny distribuce a resorpce vápníku vedou často ke zlomeninám a osteoporóze. **Osteoporóza** je kostním onemocněním, kdy dochází k úbytku minerální (zejména vápníku a kalcia) i organické (zejména bílkoviny

kolagenu) části kosti. Dochází ke snížení obsahu kostní hmoty, kost je křehčí a méně odolná vůči zátěži. „Prořídnutí kostí je takového stupně, že se výrazně mění mechanická funkce kosti jako opory organismu a hrozí nebezpečí zlomenin, a to i při nepřiměřeně malé zátěži. Charakteristickými osteoporotickými zlomeninami jsou zlomeniny krčku stehenní kosti, dolního předloktí (tzv. Collesova zlomenina) a zlomeniny obratlů páteře.“ (3, s. 14) Důležitá je prevence, která zahrnuje: správnou výstavbu kostry v mládí, dostatek pohybové aktivity, správnou pestrou výživu bohatou na vápník a vitamín D, posouzení hormonální léčby v období menopauzy u žen (29).

Osteoartróza a artróza, je častým onemocněním pohybového aparátu v pozdějším věku. Osteoartróza je charakterizovaná metabolickou dysregulací chrupavky kloubu vedoucí ke změně jejích mechanických vlastností a následně k její destrukci. Současně probíhají reparativní procesy kloubní chrupavky a okolních tkání (tvorba osteofytů, osteoskleróza) doprovázené mírnou zánětlivou reakcí. (45) Chrupavka se v kloubních pouzdrech potřebává, vyznačuje se bolestí, ztuhlostí a omezením pohybu.

Veškerý pohyb člověka je řízen **centrálním nervovým systémem**, který se vlivem stárnutí proměňuje a pracuje jinak. Starší mozek je bohatší na zkušenosti, má význam při rozhodování. Nové informace jsou ukládány pomaleji, což je projevem ztráty podkorových buněk, které zajišťují schopnost nadchnout se pro nové věci a činnosti. Ztráta těchto buněk negativně souvisí s udržováním pozornosti a koncentrace. Vědomosti a zkušenosti získané během života zůstávají uchovány, dodávají nadhled a životní moudrost. Jestliže mozek nebude neustále získávat podněty a informace z prostředí, může dojít k poruchám spolupráce mozkových hemisfér, ztráty orientace v prostoru i vědomí o stavu a poloze svého těla. V důsledku toho jsou možné poruchy rovnováhy a stability těla, pády a úrazy, poruchy řeči a omezení sebeobsluhy a soběstačnosti (17)

Další rizika, která mívají vliv na pohybovou aktivitu, představují **kardiovaskulární onemocnění**, což může být hypertenze, ischemická choroba srdeční, infarkt myokardu, angína pectoris, cévní mozkové příhody, vrozené i získané srdeční vady, záněty žil a další. Dalším rizikem jsou **onemocnění respiračního systému**, například astma bronchiale, stavy po prodělaných onemocněních horních a dolních cest dýchacích.

Riziko představují také **metabolická onemocnění**, řadí se sem obezita, diabetes mellitus I. a II. stupně. I kožní systém může mít vliv na pohybovou aktivitu, postihují ho atrofie kůže a podkožní tkáň, což vede k možnosti porušení integrity kůže a následně k dekubitu (16).

1.3 Výživa v pozdním věku

Pohled na význam výživy během života se v posledních několika desetiletích mění. Ve většině průmyslově vyspělých zemí se dříve lidé dožívali nižšího věku, většina populace zemřela, aniž se dožila skutečného stáří (13). Z tohoto důvodu nebyla věnována dostatečná pozornost specifickým výživným aspektům v seniorském věku. Dalším důvodem byla časná ztráta chrupu, což způsobilo nutnost podávání upravené stravy. Výběr potravin byl v takovém případě omezený a ve svém důsledku představoval snížený přísun řady látek, nezbytných pro udržení plného zdraví. V dnešní době se na výživu seniorů pohlíží zcela jinak, je to dáno pokrokem medicíny, vědy a různých technologií, jsou vydávány speciální publikace, časopisy a informační brožury o zásadách zdravé výživy a jejím podílu na zdraví. Dle Dessaint (7, s. 151) „Je dobrá strava výborný prostředek k tomu, jak zůstat mladý, pomalu zhubnout, prodloužit si věk, odolávat nemocem a pečovat o sebe bez lékařského dohledu a bez léků.“ V doporučeních se nezapomíná na dostatek pohybové aktivity, která spolu se zdravou výživou a životním stylem pozitivně ovlivňuje celou osobnost člověka. Informovanost a znalosti o zdravé výživě a důležitosti pohybu jsou mezi seniory často nedostatečné, mylné, mnohdy podléhají zvyku a reklamě. Problémem bývají i nedostatečné finanční příjmy, zvláště ve skupině osamělých seniorů, které vedou seniory k nákupu levných a mnohdy nekvalitních potravin (10). „Velký vzrůst výskytu degenerativních chorob je způsobem nadměrnou konzumací cukru, tuků, bílé mouky a soli, a malou konzumací ovoce, zeleniny a luštěnin.“ (40, s. 17). V České republice se stává hlavním problémem obezita, která bývá aktuální i v pozdějším věku, dále je to zejména diabetes mellitus II.

typu a kardiovaskulární choroby. Je tedy nutné plošně zvýšit informovanost o těchto problémech a uvědomit si, že prevence je levnější, než pozdější důsledky nemoci.

1.3.1 Potravinová pyramida

Vyváženost stravy lze dobře postihnout modelem potravinové pyramidy. Její nejširší základnu tvoří potraviny, které by se v našem jídelníčku měly objevovat často a ve větším množství. Směrem k vrcholu pyramidy se doporučuje střídmost při výběru potravin. Fórum zdravé výživy sestavilo potravinovou pyramidu aktuální pro českou společnost.

Potravinová pyramida slouží jako vodítko a doporučení pro sestavování správné skladby jídelníčku. Každý by si měl držet svoji linii tím, že bude jíst menší porce i několikrát denně, někteří odborníci doporučují hodinové intervaly, jiní nejíst po 17. nebo 18. hodině, v čem se ale shodují je, že důležitá je střídmost, malé porce v průběhu celého dne a dvě hodiny před spánkem nejlépe vůbec nejíst. Samozřejmostí zůstává, že výdej energie by měl převyšovat její příjem, jinak hrozí nárůst hmotnosti. Strava by dle doporučení měla být pestrá, objevovat by se měla nejvíce zelenina a potraviny s nízkým glykemickým indexem. Co se týče pitného režimu, stále platí 2-3 litry tekutin denně, nejlépe vody.



Obr. č. 3: Potravinová pyramida.

Zdroj: SZU (23).

Na základě studií byla znovu vytvořena speciální potravinová pyramida, která je určena pro českou populaci (Obr. č. 3). Zásadní změnou se stalo umístění bílého pečiva, které se posunulo do horních pater pyramidy vzhledem k tomu, že disponuje vysokou energetickou hodnotou, a to souvisí s větším výskytem nadváhy a obezity. Další zajímavostí je, že v tabulce jsou řazeny potraviny zleva doprava dle glykemického indexu. Vlevo jsou potraviny s nižším glykemickým indexem, tedy ty, které zasytí na delší dobu, cukr v krvi zvyšují méně a působí preventivně proti vzniku cukrovky. Potraviny, které jsou umístěny vlevo, by si měli vybírat ti, jež si chtějí zredukovat nebo udržet váhu (25).

Zelenina a ovoce tvoří základnu pyramidy, jsou to potraviny, které by se měly jíst nejčastěji a v největším množství. Zelenina by se měla jíst častěji než ovoce, přispívá vitamíny A, C, kyselinou listovou, křemíkem, magnesiem a vlákninou. Ovoce je bohaté na vitamíny A, C, křemík a vlákninu.

Nad základnu pyramidy jsou mléčné výrobky, nejlepší jsou ty nízkotučné, jelikož neobsahují tolik tuku, jsou zdrojem bílkovin a nezatěžují organismus cholesterolem. Důležitá je probiotická kultura, kterou tyto výrobky obsahují. Mléčné výrobky jsou důležité pro vysoký obsah vápníku, riboflavinu, bílkovin a vitamínu B12.

Další skupinu tvoří především maso, přednost by měly mít ryby, dále kuřecí a jiné bílé a libové maso, tmavé maso je nejméně vhodné. Maso z mořských ryb by se mělo do jídelníčku zařazovat minimálně jednou týdně. Tyto potraviny jsou hlavním zdrojem proteinů, fosforu, vitamínů B6 a B12, D, zinku, magnesia, železa, niacinu a thiaminu.

Vrchol pyramidy tvoří potraviny obsahující množství cukru, tuku, oleje, sladidel, aditiv a solí.

1.3.2 Fyziologické změny ovlivňující výživu

Změny trávicího traktu provázející stárnutí probíhají na fyziologické úrovni, týkají se především dutiny ústní a trávicího systému.

Orální zdraví ve vyšším věku

Stárnutí provázejí změny v dutině ústní. Nejpatrnějším projevem je ztráta dentice, menší péče o dutinu ústní a vynechávání pravidelných kontrol u stomatologa. Na kvalitu chrupu mají vliv stravovací návyky, kouření, pravidelná hygiena a čištění zubů. Další změnou v dutině ústní může být změna sliznice jazyka, tvrdého i měkkého patra, nefunkční stav chrupu, což má vliv nejen na způsob zpracování a příjmu potravy, ale také na kousání, polykání, vyslovování, řeč a dýchání.

Poruchy týkající se dutiny ústní ve stáří jsou dle Klevetové a Dlabalové, 2008:

- atrofie chuťových pohárků a oslabování chuti
- změny týkající se sliznice jazyka
- objevování aftů
- výskyt bělavých povláčků
- větší míra onemocnění zubů vedoucí až k jejich ztrátě
- atrofie slinných žláz – porucha slinné sekrece, nedostatek slin, sucho v ústech
- ztížené otevírání úst – způsobené zánětem čelisti nebo artritidou čelistních kloubů
- nežádoucí účinky dlouhodobě podávaných léků

Zmíněné poruchy provází snížení příjmu potravy a tekutin, vedou k potížím s polykáním, kousáním, až k bolestivosti provázející příjem potravy. Dochází k nedostatečnému mechanickému rozmělnění potravy, což souvisí s následnými trávicími poruchami. Někteří senioři se uchylují k rozmělněné potravě, tím klesá její pestrost a chybějí důležité živiny, vitamíny a stopové prvky. Časté poruchy chuti mohou být podpořeny kořením, potravu lze speciálně upravit, krájet na menší kousky nebo rozmixovat. Důsledkem nedostatečného orálního zdraví ve vyšším věku bývá malnutrice, ztížená artikulace řeči a související psychické poruchy, proto je nutná včasná diagnóza.

Změny trávicího traktu

Se změnami v dutině ústní souvisejí problémy s trávicím traktem. Snižuje se množství trávicích šťáv, potrava se pomaleji rozmělnuje, zpracovává a vstřebává. K tomu se připojí nedostatečné mechanické zpracování potravy a mohou se objevit některé nemoci trávicího traktu. Na změnách trávení má podíl také fakt, že výkonnost slinivky břišní a jater se snižuje.

Změny se týkají tenkého i tlustého střeva. V tenkém střevě je častá bakteriální nerovnováha, podporovaná různými onemocněními, s tím souvisí menší schopnost vstřebávat určité látky. Velká část starší populace trpí poruchou vylučování, tedy zácpou. Z tohoto důvodu se doporučuje zvýšit příjem vlákniny v potravinách, dodržovat pitný režim, pravidelně provádět pohybovou aktivitu s podporou střevní peristaltiky. Příčinou zácpy mohou být i některé léky. Dalším zažívacím problémem bývá vznik průjmů, u všech věkových kategorií je nutné sledovat a včas reagovat na následky průjmů – možnou dehydrataci a iontovou dysbalanci. Je nutné dodat, že „časté a přílišné užívání léků může bránit absorpci některých vitaminů a minerálních solí, může narušovat metabolismus sacharidů, přetěžovat ledviny a játra, vyvolávat silné sucho v ústech, otupovat chuť, snižovat tvorbu slin a vyvolávat zácpu.“ (10)

1.3.3 Zásady výživy ve stáří

Odpovídající zdravá výživa a životní styl, optimální pohybu, to jsou základní předpoklady oddálení procesu stárnutí a představují také prevenci civilizačních chorob. Správný výběr konzumace potravin, kvantitativně i kvalitativně vyvážený, se podílí na zvýšení kvality života ve starším věku.

Výživová doporučení ohledně věku se příliš neodlišují. Zůstává doporučení pestrosti, pravidelnosti, střídmosti a vyváženosti stravy, dostatečný pitný režim plus psychická pohoda a pohybová aktivita. Doporučení se mohou lišit z hlediska zdravotního stavu, fyzické aktivity a dosavadního stavu výživových zvyklostí. Stáří provázejí různé nemoci, i chronického typu, v tomto případě je nutno dodržovat určitá dietní doporučení. Doporučuje se vyvarovat nebo omezit nevhodné tuky (obsahující nasycené mastné kyseliny a zvyšující hladinu cholesterolu), které mohou být obsaženy

v uzeninách, másle, sýrech, mléčných výrobcích, vejcích. Dále by se měl omezit přísun především tmavého masa, smažených jídel, tzv. hotových jídel. Co možná nejvíce by se měly omezit cukry, zákusky, sladkosti, slazené nápoje i light nápoje, které obsahují velké množství aditiv. V doporučeních nechybí omezení pití kávy, případného kouření a tvrdého alkoholu (10).

Přísun bílkovin u seniorů by měl být asi 1,0g denně, organismus potřebuje větší přísun vápníku až 1,5g denně. Lehce se zvyšuje potřeba vitaminů B, D a E. Naopak se snižuje potřeba vitaminu A (33).

Stravovací návyky ve stáří lze ovlivnit mnoha faktory. Měl by se klást důraz na pravidelný přísun potravin a tekutin v malých dávkách. Důležitá je kultura stolování, estetická úprava jídla, tiché a příjemné prostředí, i to, zda se senior stravuje sám nebo ve společnosti (17). Jak uvádí Pichaud a Thareauová (35, s.101), „Společné jídlo je pro mnoho starých lidí a bezpochyby i pro nás výrazem přátelství, soudružnosti a dobrého společenství. Stůl byl vždycky mnohem více než pouhým místem, kde přijímáme potravu. Je to místo, kde se schází rodina, kde se diskutuje o událostech, kam zveme hosty.“

Se stoupajícím věkem dochází v organismu k fyziologickým změnám, které ovlivňují metabolické procesy ve stáří. S věkem se zvyšuje podíl tukové tkáně (zejména hromadění tuku ve viscerálních orgánech) a dochází k poklesu svalové hmoty. Mezi 20–30 lety činí svalstvo 30 % hmoty těla, ve věku 70–80 let klesá jeho podíl až na 15 %. Rovněž energetická potřeba ve stáří klesá v závislosti na změnách složení těla, tělesné aktivity a funkčních schopností organismu. Rozdíl mezi bazální energetickou potřebou v mládí a v seniu činí 200 kcal/den, v případě energie spotřebované na denní aktivity je tento rozdíl mnohem významnější a činí 400–500 kcal/den. Potřeba vitaminů a stopových prvků se však ve stáří nemění a to bývá častým důvodem vitaminových karencí a deficitů stopových prvků ve vyšším věku. Pro nemocného člověka je správná výživa zcela zásadní pojem. Ve stáří se poruchy výživy vyskytují častěji než v mladším věku, nad 80 let trpí určitým stupněm malnutrice téměř každý člověk a pokročilé formy malnutrice se ve stáří vyskytují téměř v 50 %.

Mezi nejčastější problémy související se stravováním patří malnutrice, tedy obezita a podvýživa, a dehydratace. (45)

Obezita se týká především mladšího a středního věku a počátečního stáří. Jde o nevyváženost mezi příjmem energie a jejím výdejem, kdy dochází k vysokému příjmu kalorií bez odpovídající spotřeby. Obezita představuje rizikový faktor vzniku civilizačních chorob, zejména pro diabetes mellitus II. typu, srdečně-cévní onemocnění, degenerativní onemocnění kloubů, což vede ke snížení pohybu. Výživa bývá mnohdy nadměrná z hlediska množství, naopak kvalitativně může být nedostačující vzhledem k obsahu vitamínů, minerálů, stopových prvků a tekutin (33). Rozvoj a udržování obezity ve starším věku často souvisí s životními návyky, senior v případě omezené nebo snížené pohybové aktivity stále přijímá nadměrné množství potravy. Problémem v tomto případě je vůle – snížit příjem energie potravou adekvátně k jejímu výdeji.

Podvýživa se týká především seniorů starších, kolem 75 let věku a výš. Příčiny souvisejí s výše zmíněnými změnami v dutině ústní a s psychickými problémy. Další příčiny představují poruchy trávení a vstřebávání, poruchy metabolismu (21). K příčinám se řadí omezení hybnosti, to má negativní vliv na možnosti samostatného nákupu a přípravy potravin. Seniori, kteří žijí samostatně mají většinou pocit, že nemá smysl si vařit jen pro sebe, proto se odbývají a tím se ochuzují o potřebné živiny, vitamíny a minerály. Zhoršený psychický stav, deprese i demence mohou provázet nechutenství, odmítání stravy a snížený nebo žádný pocit hladu. Podvýživa se také vyskytuje u dlouhodobě nemocných užívajících pravidelně léky. Ve všech popsanych případech dochází k úbytku hmotnosti, což má vliv na celkový zdravotní stav, na tělesnou aktivitu, snížení imunitních reakcí organismu. Jestliže takto oslabený člověk onemocní, dochází u něho častěji ke komplikacím v průběhu základní choroby a jsou oslabeny hojivé schopnosti organismu. Důsledky podvýživy mohou být zvýšená nemocnost, logické prodloužení hospitalizace a rekonvalescence, až smrt nemocného (33).

Malnutrice (syndrom podvýživy) je patologický stav způsobený nedostatkem živin. Pro pokročilá stadia se používá termín kachexie. Jedná se o stav, který je způsoben neadekvátním příjmem základních živin, jejich zvýšenými anebo sníženými nároky organismu na výživu, vedoucí k deficitu energie proteinů.

Prevalence malnutrice

Včasnou diagnostikou malnutrice ve stáří, se můžeme vyvarovat zhoršení soběstačnosti a kvality života seniorů, umocnění rizika institucionalizace, prodloužení hospitalizace vzestupem procenta komplikací, zvýšení nákladů na léčbu a mortality geriatrických pacientů.

Malnutrice je stav výživy, kdy deficit, přebytek (nebo nerovnováha) energie, proteinů a ostatních nutrientů způsobuje měřitelné vedlejší účinky na tkáně nebo formu těla (tvar, velikost, složení), funkce a výsledný klinický stav. K malnutrici dochází, pokud je příjem základních energetických substrátů a bílkovin nižší než jejich potřeba – tzn. buď při sníženém příjmu potravy a neměnicích se potřebách organismu, nebo při normálním příjmu a zvýšených potřebách.

Podle stavu, ve kterém se organismus nachází v době nouze, rozlišujeme dva typy hladovění: prosté a stresové. Příčina prostého hladovění je v dlouhodobém, nedostatečném přísunu živin a energie. Následuje snížení katabolizmu bílkovin, vzestupu ketogeneze, redukci tukové tkáně a kosterní svaloviny. Tento typ prosté proteino-energetické malnutrice je nejčastější poruchou výživy u seniorů. Při stresovém hladovění dochází k současnému působení podvýživy a onemocnění – např. akutní infekce, zranění, kombinace více katabolických vlivů. Během prostého hladovění jsou za 40–50 dní vyčerpány všechny bílkovinné a energetické zdroje a nemocný umírá. Při stresovém hladovění 2–3× rychleji. **(45)**

Nejčastější příčiny malnutrice ve stáří

- defekt chrupu
- postižení slinných žláz
- onemocnění dutiny ústní, jícnu, gastrointestinálního traktu a jater
- snížená chuť k jídlu
- psychické poruchy – deprese, demence

- omezená hybnost
- sociální faktory (16)

Syndrom dehydratace

Dehydratace je jednou z nejběžnějších příčin poruch vodního a iontového metabolismu. Ačkoliv nemáme dokonalé znalosti o její incidenci, patofyziologii a léčbě, dostala se dehydratace do popředí zájmů hlavně u lékařů, kteří pečují o pacienty vyšších věkových skupin.

Voda je základní součástí vnitřního prostředí organismu. Její množství v těle se liší podle věku, hmotnosti a pohlaví jedince, kolísá podle příjmu a výdeje. Průměrné množství celkové tělní vody u muže činí asi 60%, u ženy potom 50% tělesné hmotnosti. Tělní vodu rozdělujeme na intracelulární a extracelulární tekutinu. Extracelulární tekutiny dále rozdělujeme na intravaskulární (krevní plasma) a extravaskulární tekutinu (tkáňový mok).

Se stárnutím organismu klesá i schopnost udržovat homeostatické prostředí. Je popsáno několik faktorů, které přispívají k tomu, že jsou senioři více náchylní k dehydrataci. Pokles svalové hmoty ve stáří je jedním z nich – svalová hmota totiž zadržuje až 40% celkové tělesné vody. Dalším faktorem je pokles renálních funkcí (snížení počtu nefronů, snížená hemofiltrace, změny v účincích antidiuretického hormonu, snížená odpověď na systém renin-angiotenzin-aldosteron). Dalšími rizikovými faktory jsou chronická onemocnění (pohybový aparát, chronická obstrukční pulmonální nemoc). Senioři jsou ve vyšším riziku také po různých inzultech a změnách okolního prostředí – horko, vlhké počasí, průjmovitá onemocnění, zvracení, horečka. Mezi neurologická onemocnění, která mají vliv na sklon k dehydrataci, patří cévní mozková příhoda, procesy v oblasti hypotalamu a hypofýzy, demence, deprese. Mezi léky, které ovlivňují metabolismus vody, patří diuretika, sedativa, antipsychotika atp. Mezi faktory, které jsou specifické pro stárnoucí populaci, patří také inkontinence. Senioři mohou omezit příjem tekutin, aby tím zmírnili projevy inkontinence, což v závěru vede k různému stupni dehydratace. Tento jev je častější u žen. Dehydratace poté tvoří circulus vitiosus,

na jehož konci může být infekce močových cest, pneumonie, sklon k hypotenzi, úzkost, dezorientace a celkový metabolický rozvrat organismu (16).

1.3.4 Příjem energie

Výživa by měla být vyvážená ve všech směrech. Chybou je přejídání se nebo hladovění a snaha o snížení denního příjmu energie pod 4 000 kJ. V případě potřeby zhubnout je vhodné upřednostnit potraviny s vyšším obsahem bílkovin kam patří například bílé jogurty, neslazená jogurtová mléka, ryby, drůbeží maso, sójové maso. Bílkoviny zasytí a udržují metabolismus při vyšším výkonu a zároveň nedochází k úbytku svalové hmoty, ale ubývá tuk (32).

Stravování by mělo být rozvrženo do pěti chodů: snídaně, dopolední svačina, oběd, odpolední svačina a večeře. Je-li tělo naučeno na dlouhé pauzy mezi jídly, ukládá si všechnu přijatou energii do tukových zásob.

Doporučené hodnoty příjmu energie u žen

Věková kategorie	19 – 34 let	35 – 54 let	nad 55 let
Energie (kJ)	9 000 – 11 000	8500 – 10 000	8 000
Bílkoviny (g)	70 – 80	65 – 75	65
Tuky (g)	65 – 85	60 - 75	55
Sacharidy (g)	321 – 385	308 – 353	289

Doporučené hodnoty příjmu energie u mužů

Věková kategorie	19 – 34 let	35 – 54 let	nad 55 let
Energie (kJ)	11 000 – 14 000	10 000 – 13 000	9 000
Bílkoviny (g)	80 – 100	75 – 95	70
Tuky (g)	75 – 105	70 – 100	60
Sacharidy (g)	408 – 499	364 – 457	333

(8)

1.4 Stravování nemocných

Stravování nemocných je složkou léčby, která je velmi důležitá a neměla by se podceňovat. Jedná se o stravu, která je připravovaná podle požadavků zdravotního stavu nemocného. V praxi to znamená, že některé složky stravy jsou omezeny, zcela vyloučeny nebo je naordinována změna v úpravě jídel. Cílem úpravy diety pacienta je příznivé ovlivnění funkce některých orgánů nebo celého organismu (10).

1.4.1. Dietní strava

Dietní strava by měla být pestrá, měla by mít správnou energetickou hodnotu a vhodné složení s ohledem na dané onemocnění. I když je strava dietní, neznámá to, že není důležité jak pokrm vypadá. I estetická stránka dietního stravování je důležitá. Sestavení jídelníčků pro nemocné plně spadá do kompetence dietní sestry. Dietu nemocnému ordinuje lékař a zapisuje ji do dekursu číslem.

Dietní strava je v nemocnici připravována v centrální kuchyni a na jednotlivá oddělení je rozvážena v podnosovém systému (44).

V domácím ošetření si pacient stravu zajišťuje sám. Jelikož má trvale změněný dietní systém stravy, musí dobře znát omezení dané diety.

Základní diety

0 – tekutá (krátkodobě po operaci)

1 – kašovitá (po operaci na trávicím ústrojí, při vředové chorobě)

2 – šetřící (při poruchách gastrointestinálního traktu, při horečnatých onemocněních, po infarktu myokardu)

3 – racionální (normální strava)

4 – s omezením tuku (přechodně u onemocnění žlučníku, při žloutence, při onemocnění pankreatu)

5 – bílkovinová bezezbytková (při průjmech)

6 – nízkobílkovinová (při onemocnění ledvin)

- 7 – nízkocholesterolová (při arterioskleróze)
- 8 – redukční (v případě otylosti)
- 9 – diabetická (při cukrovce)
- 10 – neslaná šetřící (při onemocnění srdce a cév)
- 11 – výživná (za účelem zvyšování tělesné hmotnosti po těžkém onemocnění)
- 12 – strava batolat (pro děti od 1,5 roku do 3 vlet)
- 13 – strava větších dětí (pro děti od 4 do 15 let)

(44)

Speciální diety

- 0 – S – čajová (pouze po lžičkách)
- 1 – S – tekutá výživa (výživné tekutiny, nemůže-li nemocný přijímat tuhou stravu)
- 4 – S – s přísným omezením tuku (při akutním zánětu žlučníku, při infekční žloutence)
- 9 – S – diabetická šetřící (při cukrovce provázené onemocněním trávicího traktu)

Individuální diety

Individuální dietu ordinuje lékař jen zřídka. Dieta je připravována podle individuálního lékařského předpisu nebo standardního předpisu (44).

BMI – Body Mass Index

BMI = index tělesné hmotnosti, vyjadřuje velikost nadváhy a je nejrozšířenějším používaným měřítkem obezity. V minulém století ho definoval Belgičan A. Quetelet jako hmotnost v kilogramech dělená druhou mocninou výšky v metrech. Podle BMI můžeme zároveň určit i riziko zdravotních komplikací obezity (22).

hmotnost v (kg)

$$\text{BMI} = \frac{\text{hmotnost (kg)}}{\text{výška v (m)}^2}$$

BMI < 18,5 = podváha - nízké riziko jiných zdravotních komplikací

Tělesná váha je příliš nízká. Hrozí nebezpečí podvýživy neboli malnutrice. Spočívá v úbytku svalstva, zvýšené náchylnosti k infekčním onemocněním, psychické labilitě a snížení plodnosti. Pokud je způsobena pouze nedostatečným stravováním, doporučuje se přibrat pár kilogramů a zařadit do svého jídelníčku více jídel bohatých na bílkoviny jako jsou potraviny více kalorické, ne však tučné, např. těstoviny, špagety, rýže, celozrnné pečivo, luštěniny (34).

Strava by měla být bohatá na vitamíny, minerály a stopové prvky. Dalšími příčinami příliš nízké váhy mohou být různá onemocnění jako např. zvýšená aktivita štítné žlázy, metabolická onemocnění - poruchy jater, ledvin, poruchy trávicího systému a trávení, diabetes mellitus aj. K podváze se však většinou v těchto případech přidávají další příznaky nemoci, které dotyčného donutí navštívit lékaře (39).

BMI 18,5 - 24,9 = normální váha - minimální riziko zdravotních komplikací

Pokud se člověk pohybuje v tomto rozmezí, patří mezi skupinu lidí, kteří si při dnešním způsobu života dokáží zachovat normální hmotnost. I tak je však dobré dát si pozor na váhu, protože tento stav se může kdykoliv změnit. A proto je lepší zvýšení váhy předcházet například pravidelným sportem, hlídáním si svého jídelníčku, aby byl pestrý a neobsahoval velké množství tučných pokrmů a sladkých jídel, a dodržováním pitného režimu, alespoň 2,5 litru denně (10).

BMI 25 - 29,9 = nadváha - lehce zvýšené riziko zdravotních komplikací

Jedná se o zvýšenou hmotnost a tím i lehce zvýšené riziko vzniku onemocnění, především cukrovky, kardiovaskulárních onemocnění, nemocí žlučníku a dalších. Bylo by vhodné začít s nízkoenergetickou dietou s omezením tuků pod 30% a zvýšením pohybové aktivity. Ze zdravotního hlediska je riskantní tento stav podceňovat (34).

BMI 30 - 34,9 = obezita I. stupně - středně zvýšené riziko zdravotních komplikací

V žádném případě není vhodné tento stav podceňovat. V takovýchto případech se jedná o zvýšené riziko vzniku cukrovky, kardiovaskulárních onemocnění - ischemická choroba srdeční, vysokého krevního tlaku, onemocnění žlučníku, dny, nádorů (prsů, dělohy, tlustého střeva a konečníku), poruchy plodnosti, dušnosti a artrózy hlavně nosných kloubů. Je důležité začít s přísnější nízkoenergetickou dietou s omezením tuků pod 30%, a se zvýšením pohybové aktivity. Pokud se už objevily některé zdravotní komplikace, je třeba vyhledat lékařskou pomoc (34).

BMI 35 - 39,9 = obezita II. stupně - vysoké riziko vzniku zdravotních komplikací

Celkový zdravotní stav je odrazem zvýšené hmotnosti. Obézní lidé se zadýchávají už při malé fyzické námaze. Pro tyto lidi platí důrazné varování a doporučení aby urychleně vyhledali lékaře, protože jim hrozí hned několik závažných onemocnění. Bolesti v kolenou a kyčlích při chůzi předznamenávají počínající artrózu. Nadměrné pocení, častější bolest hlavy a vyšší krevní tlak jsou také často v přímé souvislosti s obezitou. Obezita je častou příčinou vzniku cukrovky II. typu (34).

Pokud se člověk rozhodne vyhledat odbornou pomoc, erudovaní odborníci mu pomůžou upravit životosprávu. Dalším krokem k upravení takového stavu je vyhledání lékařské pomoci. Na obezitologických jednotkách interních klinik pracují erudovaní odborníci, kteří vždy dobře poradí. Léčba se opírá o změny stravovacích návyků, z farmakoterapie a případně z chirurgické léčby (39).

BMI > 40 = bezita III. stupně (těžká, morbidní obezita) - velmi vysoké riziko vzniku zdravotních komplikací

Celkový zdravotní stav je odrazem velmi zvýšené hmotnosti. Choroby, které již komplikují život, jsou toho důsledkem. Zadržování se při malé fyzické námaze, nadměrné pocení se, častější bolest hlavy a vyšší krevní tlak je často v přímé souvislosti s obezitou. Tito lidé jsou více ohroženi ischemickou chorobou srdeční, cévní mozkovou příhodou, žilní trombózou a poruchou srdečního rytmu. Bolesti v kolenou a kyčlích předznamenávají artrózu nosných kloubů. Bývá často naměřená zvýšená hodnota krevního cukru, jelikož obezita je častou příčinou vzniku cukrovky II. typu. Obézní lidé jsou také ohroženi velmi vysokým rizikem vzniku nádorů gynekologických, trávicího traktu (zejména tlustého střeva a konečníku, žlučníku, jater a pankreatu) a urologických. Jsou ohroženi poruchami trávení, žlučnickovými kameny, kožními onemocněními, horším hojením ran a častějším výskytem úrazů.

Je nutno vyhledat pomoc odborníků, kteří pomohou se životosprávou, anebo vyhledat lékařskou pomoc, na obezitologických jednotkách interních klinik. Nikdy není pozdě pro sebe něco udělat, zvláště když to může zachránit život **(34)**.

1.5. Komplexní geriatrické hodnocení

Komplexní geriatrické hodnocení (CGA) je multidimenzionální interdisciplinární diagnostický proces zaměřený na stanovení zdravotních, funkčních a psychosociálních schopností a problémů křehkých geriatrických pacientů s cílem vypracovat celkový plán pro jejich léčbu a dlouhodobé sledování. **(19)**

Vymezení CGA se týká jak oblasti zájmu, tak základních postupů k jejich posouzení.

- osobnost pacienta (životní situace, rozhodnutí týkající se zdravotní péče, subjektivní kvalita života)
- tělesné zdraví (nozologické diagnózy, funkční závažnost chorob, symptomatologie)

- funkční výkonnost a zdatnost (stabilita a chůze, výkonnost, soběstačnost, kondice, výživa)
- duševní zdraví (nozologické diagnózy, funkční závažnost duševních chorob, premorbidní osobnost, psychická rovnováha)
- sociální závislost (sociální role a síť, funkční náročnost a bezpečnost domácího prostředí, sociální potřeby, poskytované či nárokované služby)

Základní postupy CGA jsou uzpůsobeny rozsahu sledovaných parametrů. Provádí se:

- základní klinické vyšetření (anamnéza, fyzikální vyšetření, bedside diagnostika)
- speciální hodnocení (hodnocení disability dotazníkem či testováním, výživy, duševního stavu, tělesné zdatnosti, sociálních souvislostí)
- šetření v místě bydliště a u pečujících osob (sociální vztahy a úroveň bydlení, funkční náročnost a bezpečnost bydlení, zátěž pečujících osob, jejich zdravotní stav a potřeby)

Klinické vyšetření geriatrického pacienta má stejné složky jako vyšetření jiných pacientů. Jedná se o:

- anamnestický rozhovor (anamnéza, rodinná, sociální, osobní + nynější onemocnění)
- fyzikální vyšetření (funkční zdatnost - celkový dojem, vyšetření hlavy, krku, hrudníku, břicha, končetin)
- orientační neurologické vyšetření (diagnostické metody, zejména neinvazivní zobrazovací techniky - CT, MR pozorování, vyšetřovací manévry a zkoušky-motorické a non-motorické příznaky onemocnění, duševní změny, hodnocení poruch stoje a chůze). **(14)**

Mezi specializované vyšetření patří také hodnocení:

- stoje a chůze (vyšetření chůze a rovnováhy, svalová slabost, klasifikace poruch chůze)

- nutričního stavu (malnutrice - nedostatek živin, nutriční anamnéza, nutriční dotazníky a sledování příjmu potravy, fyzikální nutriční vyšetření - stanovení hmotnosti a výšky výpočtem BMI, zásoby proteinů, laboratorní nutriční vyšetření- snížená koncentrace sérových proteinů)
- psychických funkcí - k hodnocení se využívá psychiatrické vyšetření, psychologické a další řada standardizovaných postupů a testů zaměřených na nekognitivní a kognitivní funkce. Nezbytné je hodnotit psychický stav starého člověka ve vztahu jak k psychosociálnímu prostředí, tak k somatickému stavu, jeho dynamiky a změny funkce. Důležité je uvědomit si, které faktory a situace nám mohou signalizovat počínající poruchy kognitivních funkcí, což je významné pro včasnou diagnostiku demencí nebo lehkých poruch funkcí, které demencím předcházejí - porucha paměti, myšlení, řeč, orientace.

K hodnocení existují testy:

- Mini-mental state examination (MMS) - k zjištění demence, resp. narušení kognitivních funkcí
- test kreslení hodin (Clock drawing test) - hodnotí se celistvost číselníku, nastavení ručiček, časový údaj)
- Clinical dementia rating (CDR) - zjištění přítomnosti demence či mírné poruchy kognitivních funkcí pomocí rozhovoru)
- ADAS-cog (Alzheimers disease assessment scale-cognitive) - výkonnostní test před léčbou a v průběhu)
- SKT(Symptom kurz test) - dtto ADAS-cog.
- emočních funkcí - krátkodobé efekty, delší nálady a trvalá emoční nastavení - vyšší city
- soběstačnosti a výkonnosti (denní aktivity, výkonové testy, soběstačnost a bezpečnost v domácím prostředí)
- sociálních souvislostí (sociální anamnéza, sociální síť, sociální podpora, ošetrovatelská zátěž pečujících osob, sociální zdroje)
- kvality života (intenzita obtíží, léčby, rizika) **(47)**.

Některé závažné zdravotní obtíže a symptomy subjektivní i objektivní, se u geriatrických pacientů opakují velmi často a bez vazby na určité onemocnění. Mezi velké geriatrické syndromy patří:

- instabilita (závratě a nestabilita různého původu-pády)
- imobilita (dlouhodobé omezení pohybové aktivity-tromboembolie, hypoventilace, respirační infekce, svalová atrofie, porucha pohybové koordinace a chůze, dehydratace, malnutrice, poruchy mikce a defekace, psychické změny, dekubity,)
- intelektové poruchy (poruchy paměti - ultrakrátká, krátkodobá, střednědobá, dlouhodobá;
- syndrom demence (organické postižení mozku)
 - demence atroficko - degenerativní - Alzheimerova choroba, demence při Parkinsonově chorobě,
 - demence symptomatické - multiinfarktová, vaskulární demence, demence infekční etiologie (AIDS,herpetické encefalitidy), metabolicky podmíněné demence, intoxikační demence, demence při tumorech)
- inkontinence (nedobrovolný únik moči - a) inkontinence jako dílčí symptom - příznak dysfunkce dolních močových cest, b) inkontinence jako multikauzální geriatrický syndrom - kombinace urologických a neurologických faktorů)

Mezi další geriatrické syndromy patří:

- deliria (psychická porucha kratšího trvání-dehydratace, metabolické změny, zánětlivá onemocnění, alkohol, nežádoucí účinky léků, imobilizace na lůžku)
- týrání, zanedbávání a zneužívání starého člověka (tělesné, psychické, citové týrání, sexuální obtěžování či zneužívání, finanční, materiální zneužívání, zanedbání péče)
- teplotní zátěže a teplotního poškození (regulace tělesné teploty, adaptace na horké či chladné prostředí)
- dehydratace (deficit tělesné vody)
 - hypertonická - deficit čisté bezsolutové vody
 - izotonická - úbytek sodíku i vody

- hypotonická - jeli ztráta sodíku větší než ztráta vody
- maladaptace (somatická, psych-somato-sociální) (16)

1.5.1. Geriatrické syndromy - imobilita

Pro stáří jsou charakteristické specifické změny, které se kumulují v čase. Tyto změny zvyšují vnímavost ke vzniku onemocnění, výrazně ovlivňují soběstačnost a kvalitu života. (18)

V průběhu stáří dochází k postupnému poklesu funkční zdatnosti. Zhoršuje se pohyblivost, stabilita, svalová síla, jemná motorika rukou, smyslové vnímání kognitivní schopnosti, často klesá tělesná hmotnost. Geriatrická deteriorace s věkem narůstá, postihuje dříve ženy a probíhá u nich rychleji, u dlouhověkých osob začíná později a probíhá pomaleji. Důsledkem geriatrické deteriorace je geriatrická křehkost charakterizovaná různými kombinacemi projevů, jakými jsou např. hypomobilita, pomalá a nejistá chůze, svalová slabost, instabilita s pády, únava, senzorický deficit, kognitivní deficit, malnutrice, nízká odolnost k zátěži, subjektivní pocit chatrného zdraví a úzkost. Tyto změny nazýváme jako specifické geriatrické syndromy a charakterizuje je některými společenskými znaky.(16)

Imobilizační syndrom

Jedním ze specifických problémů péče o velmi staré a dlouhodobě nemocné osoby je upoutání na lůžko se svými riziky a komplikacemi, souhrnně označované jako imobilizační syndrom. Syndrom imobility je popisován jako nekonstantní označení souboru negativních důsledků a projevů dlouhodobého podstatného omezení pohybové aktivity, především ve smyslu upoutání na lůžko. Imobilizační syndrom, je častým projevem závažně pokročilé deteriorace, závažné akutní dekompenzace zdravotního stavu či terminální fáze geriatrické křehkosti. Úzce související s hypomobilitou, dekonducí, instabilitou, pády, sarkopenií, i s dalšími geriatrickými symptomy a syndromy - s inkontinencí, malnutricí, dehydratací, kognitivním deficitem, delirantními stavy či s elder abuse. Zvláště u křehkých geriatrických pacientů s nízkým potenciálem zdraví, s omezenou adaptační kapacitou, s poruchou regulačních mechanismů, např.

ortostatických, a s významnou multimorbiditou je rozvoj negativních důsledků pobytu na lůžku velmi rychlý a probíhá v desítkách hodin. Dekubity, ortostatická hypotenze, flebotrombóza i pneumonie se mohou vyvinout během 24 hodin. Další změny, např. přestavba cirkulace s atrofií myokardu, se vyvíjejí v horizontu dnů až týdnů.

Do imobilizačního syndromu se zahrnují především následující změny, které současně vymezují okruh příznaků, po kterých, je třeba aktivně pátrat: porucha ortostatické, posturální regulace s rozvojem ortostatické hypotenze; oblenění krevního oběhu se vznikem flebotrombózy a rizikem plicní embolie; dekondice a přestavba oběhového systému s poklesem $VO_2\max$; hypoventilace plicní - často provázena stagnací hlenu a rizikem vzniku pneumonie; vznik proleženin, dekubitů; svalová atrofie s poklesem svalové síly; vznik flekčních kontraktur; zhoršení pohybové koordinace při chůzi - dekompenzace apraxie chůze; dekalifikace skeletu - rozvoj osteoporózy; obstipace nebo inkontinence stolice; poruchy mikce - retence, inkontinence; psychické poruchy - především provokace delirií, deprese a deprivace; dehydratace, popř. malnutrice při zanedbávání péče.

Prognóza imobilizačního syndromu je vážná, více než 50 % geriatrických nemocných umírá do 1 roku imobilizace. Jedná se tedy o extrémně závažný stav s dalekosáhlými následky. Řešením je důsledná a komplexní rehabilitačně ošetrovatelská prevence i intervence. Klidový režim u geriatrických nemocných je považován za vysoce rizikový a je předpokladem jej maximálně omezit. Snahou je geriatrické pacienty mobilizovat co nejdříve po operacích a po úrazech, aktivizovat, zavádí se fyzioterapie a ergoterapie (zaměřená na trénink ADL). ADL (Activities of Daily Living) se rozumí aktivity denního života, které jsou klíčové pro zachování samostatnosti a soběstačnosti (oblékání, mytí, chůze apod.) (19)

1. 6. Stařecká křehkost – frailty

Kalvach (17) uvádí následující možnost členění seniorské populace: *a*) zdatní (fit) či dokonce „elitní“ - senioři s dobrou kondicí a fyzickou zdatností; *b*) nezávislí – většina seniorů – nevyžadují zvláštní péči ani služby, za běžných podmínek mohou být zcela

soběstační; c) křehcí (frail) senioři – potřebují pomoc při běžných aktivitách nebo jsou omezeni v pohybu, případně jsou upoutáni na lůžko.

Stařecká křehkost patří ke klíčovým charakteristikám geriatrických pacientů. Postihuje asi 7% seniorů (29). Bylo navrženo na 20 definic geriatrické křehkosti (Jde o tělesné „chřadnutí, chátrání“, které není zákonitým projevem přirozeného stárnutí, ale nesouvisí ani s žádnou konkrétní chorobou (19). Geriatrická křehkost je chápána i jako koncept podmiňující další geriatrické syndromy. Tento koncept umožňuje lepší klinický popis a zdůvodnění lékařské intervence starých lidí, u nichž rychlost a intenzita úbytku fyziologických funkcí překračuje běžné involuční změny. Jinými slovy – geriatrická křehkost je věkově podmíněný pokles potenciálu zdraví, způsobený snížením zdatnosti, adaptability a odolnosti organismu. Dochází ke kumulaci závažných funkčních deficitů v oblasti výživy – (hubnutí, anorexie), mentálních (apatie) a pohybových (sarkopenie, hypomobilita, instabilita) (19). *„Křehkost není synonymem multimorbidity ani disability: multimorbidita patří k jejím etiologickým složkám a disability je její důsledek.“* (16). Křehkost je také jednou z hlavních příčin úmrtí v důsledku stresové zátěže u seniorů nad 80 let věku. U geriatricky křehkých pacientů hrozí až 3x vyšší riziko časně ztráty soběstačnosti alespoň v jedné aktivitě denního života (29).

Etiologickou definici stařecké křehkosti stavíme na přítomnosti alespoň 3 z 5 uvedených základních znaků: 1) hubnutí, nechtěný úbytek tělesné hmotnosti alespoň o 4,5 kg; 2) subjektivně vnímaná únava, vyčerpanost; 3) svalová slabost, nízká hodnota síly stisku ruky, tzv. (hand-grip); 4) pomalá chůze a 5) nízká úroveň pohybové aktivity. Kalvach (16) a Kabelka (17) uvádí i úbytek hmotnosti vyšší než 5 kg za rok a precizují snížení úchopové síly o 20% v závislosti na pohlaví a Body Mass Indexu (BMI). Ze snížení pohybové aktivity vyplývá zvýšené riziko instability a pádů. Definitivním vyústěním pak je možnost vzniku imobilizačního syndromu, kdy jsou senioři téměř doslova uvězněni ve svých domovech.

Můžeme mluvit i o dalších podpůrných „diagnostických“ ukazatelích jako např. ztráta spontaneity – jak stravovací, tak pohybové – hypomobilita ve spánku, i hydratační, a behaviorální – např. Diogenův syndrom, apatie, deprese, úzkost apod.

Prevalence takto definované křehkosti je častější u žen, narůstá s věkem, dramatický nárůst oproti jiným věkovým kohortám lze pozorovat nad 75 let věku (15).

Etiologické faktory manifestní geriatrické křehkosti sahají od genetické predispozice a životního stylu přes prostou biologickou involuci v rámci ontogeneze jedince po multimorbiditu a polypragmázii. Sklon k manifestaci stařecké křehkosti u konkrétního jedince ovlivní i osobnostní psychosociální faktory (např. odolnost vůči stresu, činnostní stereotypy apod.), dále nastavení sociálního prostředí, náročnost okolního prostředí se znevýhodňujícími situacemi a bariérami a zvládnání životních ztrát včetně akceptace změn životních rolí (7, 22).

1.6.1 Prevence stařecké křehkosti (frailty)

Pro tři čtvrtiny seniorů nad 75 let věku je hlavním cílem zůstat fyzicky aktivní. Pečující osoby pocítují tento cíl jako ještě naléhavější. Tyto výzvy souvisí s nejvyšší obavou seniorů – až 90 % starších lidí má obavu ze ztráty soběstačnosti.

Kauzální léčba křehkosti ve stáří neexistuje. Stařecké křehkosti lze předcházet preventivním působením i reverzně zvrátit některé změny. Cílem je vybudování fyzických a mentálních rezerv, tzv. „mít z čeho brát“. (16)

Prevenci seniorské křehkosti by měla být věnována zvýšená pozornost především u pacientů či klientů nad 75 let věku. Kalvach (19) mluví o „rozplétání deteriorační spirály“ – seniora je potřeba „rozjít, rozchodit a zmotivovat“.

Oblasti preventivního působení lze definovat následovně: *a)* oblast péče o dostatečný příjem kvalitní potravy a tekutin jako prevence podvýživy (malnutrice) či dehydratace a výživových nedostatků (nutričních deficitů). U intervenčních dávek mluvíme o zvýšení příjmu bílkovin z 0,8g/kg/den na 1,3g/kg/den v zájmu zachování svalové hmoty. Každé akutní onemocnění, má vést zvláště ve stáří k aktivnímu zájmu o příjem potravy a k časné nutriční intervenci (úprava stravy, podpora stravy výživovými nápoji - sipping). Klíčovou roli zde hraje přirozené sociální okolí seniora. Je tak možné snadno předejít odvrátitelné distabilitě, a následnému sociálnímu vyloučení. *b)* oblast motivační a psychoterapeutické podpory k zachování pohybových aktivit (vycházky, vycházení z bytu). Konkrétním příkladem může být odporový trénink k udržení svalové

síly zvláště dolních končetin. Dále jde o podporu spontaneity a udržování sociálních kontaktů bránících izolaci, osamělosti a rezignaci, tzv. externalizace kontroly. c) oblast pravidelného hodnocení funkčního stavu alespoň 1x ročně s včasnou a adekvátní reakcí na případné zhoršení stavu (nejlépe vyšetření odborným lékařem – geriatrem, či praktickým lékařem s geriatrickými znalostmi). S tímto bodem úzce souvisí farmakologické řešení kloubní a svalové bolesti, aby nebránila pohybovým aktivitám a neposilovala rezignaci s depresivním laděním **(18)**.

S ohledem na stařeckou křehkost a funkční deterioraci se rozvíjí kromě preventivních přístupů i systém tzv. dlouhodobé péče (long-term care, LTC). Kromě již zmíněné prevence se dále uplatňuje i rekondice a rehabilitace, úpravy prostředí s využitím kompenzačních pomůcek, osobní asistence, základní zdravotní péče ve smyslu home-care, respitní služby a další podpora pečujících rodin a konečně paliativní péče v konceptu end-of-life-care (EOL) **(19)**.

1.7 Výchova ke zdraví v pozdním věku

Zdraví patří k prioritním hodnotám jednotlivce, rodiny i společnosti. Je předpokladem sociální a ekonomické úspěšnosti a podmínkou náležité kvality života jedinců i celé společnosti. Narušené zdraví pak přináší nejen tělesná a psychická strádání občanům, ale i značné ekonomické ztráty celé společnosti. Ochrana a podpora zdraví je proto společným zájmem a odpovědností všech občanů, organizací, institucí, zájmových sdružení a státní správy **(15)**.

Výchovou ke zdraví se zabývá také Státní zdravotní ústav, do jehož kompetencí spadá například příprava podkladů pro národní zdravotní politiku a pro ochranu a podporu zdraví, metodická a referenční činnost na úseku ochrany veřejného zdraví, monitorování a výzkum vztahů životních podmínek a zdraví, zdravotní výchova obyvatelstva. Státní zdravotní ústav vydává pro veřejnost neperiodické publikace, jako jsou letáky, plakáty a brožury. Tyto publikace jsou poskytovány zdarma prostřednictvím krajských zdravotních ústavů **(36)**.

1.7.1 První zmínky o podpoře zdraví

První zmínky o „podpoře zdraví“ se v mezinárodním kontextu objevily na Mezinárodní konferenci o primární zdravotní péči, kterou pořádala SZO v Alma-Atě 12. 9. 1978, kde byly stanoveny první klíčové cíle programu Zdraví pro všechny do roku 2000.

Deklarace z této konference obsahuje několik klíčových linií:

- Výzva vládám podporovat a chránit zdraví obyvatel.
- Nepřijatelnost výrazných rozdílů ve zdravotním stavu lidí, a to na všech úrovních.
- Nutnost ekonomického a sociálního rozvoje nezbytného pro dosažení zdraví všemi lidmi a zmenšování rozdílů mezi rozvojovými a rozvinutými zeměmi ve stávající ekonomické a sociální úrovni.
- Je vytvořena v duchu sociální spravedlnosti.

Odstavec VII Deklarace popisuje detailněji sedm rysů koncepce primární zdravotní péče, tak jak byla navržena konferencí. Z těchto rysů vychází koncepce podpory zdraví, která má mnohé kořeny právě v této deklaraci. Patří sem zejména:

- Aplikace výzkumu a zkušeností z oblasti veřejného zdravotnictví.
- Hlavní zdravotní problémy jsou řešeny poskytováním podpůrné, preventivní, kurativní a rehabilitační péče.
- Koordinace činnosti zdravotnického sektoru s dalšími sektory, které nějakým způsobem ovlivňují lidské zdraví.
- Podpora jak komunity, tak samostatnosti a spoluúčasti jednotlivce.
- Výrazné zlepšení všeobecné zdravotní péče, která je poskytována všem lidem se zvláštním zaměřením na nejpotřebnější část populace.
- Je nezbytné, aby zdravotničtí pracovníci reagovali na zdravotní potřeby komunity.
- Potřeba dostatečného vzdělání populace v ochraně a podpoře zdraví **(11)**.

Na základě rozboru nejčastějších příčin nemocnosti a úmrtnosti formulovala Světová zdravotnická organizace (SZO) základní principy péče o zdraví. Principy strategie péče o zdraví v současné době jsou shrnuty v programu SZO, který se nazývá Zdraví pro všechny v 21. století.(6)

Celosvětovou oporu získala podpora zdraví uspořádáním mezinárodní konference v kanadské Ottawě v roce 1986, na níž byla přijata tzv. Ottawská charta. Jejím výsledkem se stalo začlenění podpory zdraví do sociálně medicínských, politických a občanských aktivit jako nástroje změn systému péče o zdraví. Podpora zdraví není chápána jako záležitost změn pouze ve zdravotnictví. Jedná se o posilování, upevňování, podporu, ochranu a rozvoj zdraví za aktivní účasti jednotlivých občanů, skupin i organizací a společnosti jako celku. Jejím smyslem je rozšířit možnosti lidí podílet se na ochraně a posilování svého zdraví, rozvíjet a realizovat zdravý životní styl.

Ottawská charta vymezila základní zásady moderní péče o zdraví:

1. Podpora zdraví
2. Prevence
3. Dostupnost zdravotní péče
4. Zdravá veřejná politika
5. Účast obyvatel, obcí a celé společnosti v péči o zdraví
6. Mezinárodní spolupráce v péči o zdraví

Podpora zdraví vychází z pěti základních principů:

1. Zaměřuje se na celou populaci a na podmínky její existence více než na vymezené populační skupiny vystavené vyššímu riziku určitého onemocnění
2. Věnuje se zejména takovým opatřením, která postihují determinanty zdraví i nemocí
3. Využívá sice různé ale především doplňkové metody a postupy vedoucí ke spolupráci
4. Usiluje o účast a konkrétní podíl veřejnosti

5. Podporuje důležitou roli zdravotnických pracovníků v dalším rozvoji a plném uplatnění podpory zdraví (6).

1.7.2 Zdravotní výchova

Často si uvědomujeme nejen potřebu výchovy ke zdraví, ale i potřebu zdravé veřejné politiky, která vede ke zlepšení životních a sociálních podmínek. Pokud chceme, aby si lidé osvojili zdravé stravovací návyky, musíme jim zajistit přístup k zdravým potravinám za přijatelnou cenu. Výchova nemůže být účinná, pokud by si lidé nemohli koupit zdravé potraviny (36).

Výchova i zdraví představují dvě široké koncepce, které mohou být interpretovány různě. Jednoznačná definice „zdravotní výchovy“ neexistuje. Je však důležité zvláště u zdravotníků, aby znali základní obsah, rozsah a možnosti zdravotní výchovy a ujasnili si, co konkrétně zdravotní výchova znamená.

1.7.3 Charakteristika zdravotní výchovy

Zdravotní výchova se týká tělesné, duševní, sociální, emocionální, duchovní a společenské stránky člověka. Její zájem zahrnuje všechny lidi zdravé i nemocné. To znamená zdravých lidí, nemocných, chronicky nemocných i invalidních. Je důležité využít všech schopností každého jedince k zdravému životu. Zdravotní výchova se netýká pouze jednotlivců, ale i rodin, skupin občanů a komunit. Pomáhá lidem získat soběstačnost, učí je zlepšovat zdravotní podmínky a snaží se vnést do jejich životů zdravý životní styl. Zdravotní výchova má mnoho cílů, avšak hlavními cíli je poskytovat informace, měnit postoje lidí, v jejich chování a v sociálních změnách (11). Pokud má zdravotnictví poskytovat zdravotnické služby na evropské úrovni, pak jedním z rozhodujících nástrojů se musí stát výchova a odborná příprava zdravotnických pracovníků, včetně výchovy ke zdraví. Současně roste ale i potřeba zdravotní výchovy

celé občanské veřejnosti. Velice aktuální je např. problematika vnímavosti neboli odolnosti obyvatelstva vůči nejrůznějším marketingovým strategiím firem nabízejících produkty tzv. zaručeně podporujících zdraví.

Výchova ke zdraví je proces zahrnující činnosti, jejichž cílem je zvýšit zdravotní uvědomění obyvatel, rozšířit znalosti o faktorech, které ovlivňují zdravotní stav, o způsobu zdravého životního stylu a především o odpovědnosti za své zdraví. Zapojení veřejnosti do péče o zdraví je dvoustranný proces. Občané by si měli vážit svého zdraví a systém péče o zdraví by si měl vážit občanů.

Jedním z důležitých prvků systému péče o zdraví je výchova ke zdraví. Výchova ke zdraví jako obor využívá poznatky z oborů lékařských, sociálních, pedagogických či psychologických. Protože je nedílnou součástí péče o zdraví, má na ni každý občan zákonný nárok. Zdravotníci by měli podle svých sil pomáhat občanům pochopit hodnotu zdraví, důležitost širokého chápání a příznivého ovlivňování zdravotní situace v běžném denním životě i při správě organizací, institucí i státu.

Metody výchovy ke zdraví jsou přizpůsobeny jednotlivým cílům:

1. Upoutání pozornosti k danému problému – reklama, televizní spot
2. Sdělení základních informací a rad – letáky, články v novinách a časopisech
3. Sdělení obsažnějších informací – knihy, brožury, přednášky, besedy
4. Motivace ke změně chování – doporučení, kurzy, výstavy

Účinnou metodou výchovy ke zdraví je sociální marketing. Sociální marketing obsahuje soubor metod a prostředků, které umožňují cíleně působit na vybrané skupiny obyvatel se záměrem propagovat, ovlivňovat a měnit postoje občanů k sociálním hodnotám, zejména ke správnému chování ke svému zdraví. Umožňuje tak účinněji prosazovat sociální a zdravotní záměry. Jednou z možností marketingu jsou tzv. peer programy v rámci peer výchovy. Peer výchova je aktivní zapojení předem připravených vrstevníků. Pod pojmem peer se rozumí nejen věkový vrstevník, ale i člověk ze stejné sociální nebo profesní skupiny. Stejný věk, profese či sociální skupina hrají významnou roli při cíleném působení sociálního marketingu.

Mezi formy výchovy ke zdraví patří:

1. Psané slovo - letáky, plakáty, články, brožury
2. Mluvené slovo - přednášky, besedy, rozhlasové relace
3. Kombinované - soutěže, televizní vysílání, výstavy

Tyto historické metody doplňuje tzv. sociální marketing, tj. souhrn metod a prostředků, které umožňují cílené působení na vybrané skupiny obyvatelstva.

Zásady výchovy ke zdraví

Efektivnost výchovy ke zdraví je podmíněna splněním hlavních zásad při jejím působení.

Činnost musí být :

1. Soustavná, systematická, komplexní
2. Cílená vzhledem k věku, vzdělání a konkrétním problémům jedince v oblasti zdravotní, psychické, sociální a společenské
3. Aktualizovaná nejnovějšími poznatky z oblasti vědy a výzkumu
4. Respektující životní prostředí jedince
5. Založená na osobní zainteresovanosti každého jedince

Výchova ke zdraví je cílena na:

1. Jednotlivce - zdravé i nemocné, ohrožené
2. Skupiny obyvatelstva - s ohledem na věk, onemocnění, gender
3. Komunitu – školy, závody, města
4. Celou populaci

Zdravotní uvědomění každého člověka je celoživotní komplex výchovy a vzdělání, který začíná v rodině, pokračuje školou, zaměstnáním a ovlivňuje jej zvyky a tradice. Zdravotní uvědomění je dobrovolné chování a aktivita každého člověka se zřetelem na

zájem svůj, rodiny i společnosti. Úkolem výchovy ke zdraví je předat správné vědomosti o způsobu a významu ochrany zdraví, ale i poznání faktorů ovlivňujících zdraví. Úkolem výchovy ke zdraví zdravotnických pracovníků je naučit je předávat získané informace svým pacientům, a to zejména osobním příkladem. (6)

1.7.4 Prevence

Na podporu zdraví úzce navazuje prevence. Prevence je činnost, která vede k upevnění zdraví, zabránění vzniku nemoci a především k prodloužení aktivní délky života.

Prevence se provádí buď u jedince nebo na úrovni celé společnosti. Rozlišení prevence od podpory zdraví umožňuje jejich zaměření. Podpora zdraví je vnímána jako aktivita pro zdraví a zahrnuje jak prevenci, tak i zdravotní výchovu, komunitní aktivity (např. Zdravé město, Škola podporující zdraví) a tvorbu celkově příznivého prostředí. Odlišnost obou pojmů je však patrna více v teorii než v praxi. Podpora zdraví je pojmem obecnějším než prevence.

Preventivní činnosti jsou dvojího charakteru:

- a.) Obecné, nespecifické, zaměřené na podporu zdravého způsobu života a vytváření příznivého životního prostředí
- b.) Specifické (profylaktické) cíleně zaměřené na prevenci vzniku určité choroby, příp. jejích následků (např. očkování, konkrétní specifické změny v životosprávě rizikového jedince apod.)

Rozeznáváme tři základní typy prevence:

- I. Primární prevence
- II. Sekundární prevence
- III. Terciární

Primární prevence (prevence první fáze, hygienická prevence) má ochránit a posílit zdraví, ale též zabránit vzniku nemocem. Její ochranná (projektivní) opatření jsou komplexní, zdravotní a sociální. Jsou orientována na ochranu zdravých životních a pracovních podmínek na prosazování zdravého životního stylu i na konkrétní zdravotní opatření (např. očkování).

Cílem sekundární prevence je předejít nepříznivým následkům již vzniklé nemoci, jejím komplikacím, nezvratným změnám, invaliditě, atd.

Hlavními prostředky této druhé fáze prevence je včasná a správná diagnóza a včasná a účinná preventivně zaměřená terapie.

Terciární prevenci představuje rehabilitace – návratná péče – má za cíl obnovit ztracené nebo omezené funkce organismu tak, aby člověk mohl znovu plnit své obvyklé role a aby se mohl znovu zapojit do pracovního procesu nebo aby se mohl alespoň sám o sebe postarat a byl co nejvíce soběstačný. Rehabilitační péče je komplexní a uplatňuje se od začátku onemocnění. Rozeznáváme rehabilitaci léčebnou, pracovní, pedagogickou a sociální. Rehabilitační péče se speciálně zaměřuje na zdravotně postižené občany, aby mírnila jejich zdravotní znevýhodnění. Terciární prevence zahrnuje i opatření sociální.

Někdy se dělí prevence podle toho, kdo ji poskytuje, na prevenci zdravotnickou, společenskou nebo osobní, popřípadě podle toho, kdo ji dostává, např. na prevenci hromadnou, selektivní nebo indikativní.

2. Cíl práce a hypotézy

Cíl práce

Cílem práce je zjistit, zda senioři ve vybraných pobytových zařízeních (domov pro seniory) znají preventivní opatření, která snižují rizika vzniku vybraných geriatrických problémů.

Hypotézy

H1: senioři ve vybraných zařízeních znají preventivní opatření vedoucí k eliminaci rizika úrazů

H2: senioři ve vybraných zařízeních znají zásady racionální výživy a dodržují nařízený stravovací režim

Operacionalizace pojmů v rámci hypotéz:

Senior

Senior je pro účely diplomové práce definován jako klienta domova pro seniory v Českých Budějovicích ve věku 65+ a se závislostí na péči druhé osoby stanovené zákonem č. 108/2006 Sb.108 stupněm I nebo II.¹

¹ Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů, upravuje podmínky poskytování pomoci a podpory fyzickým osobám v nepříznivé sociální situaci prostřednictvím sociálních služeb a příspěvku na péči, podmínky pro vydání oprávnění k poskytování sociálních služeb, výkon veřejné správy v oblasti sociálních služeb, inspekci poskytování sociálních služeb a předpoklady pro výkon činnosti v sociálních službách a předpoklady pro výkon povolání sociálního pracovníka. Podmínky nároku na příspěvek na péči upravuje ustanovení § 7 zákona o sociálních službách. Příspěvek na péči (dále jen „příspěvek“) se poskytuje osobám závislým na pomoci jiné fyzické osoby za účelem zajištění potřebné pomoci. Podrobnosti posuzování stupně závislosti ve vztahu ke schopnosti zvládat úkony péče o vlastní osobu a úkony soběstačnosti jsou uvedeny v zákoně a v prováděcím právním předpise, kterým je vyhláška MPSV č. 505/2006 Sb., kterou se provádí některá ustanovení zákona o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů (48)

Důvodem výběru respondentů s nižším stupněm závislosti je zejména předpoklad schopnosti samostatného vyplnění dotazníku. I z těchto důvodů byl kladen důraz na zachování kognitivních funkcí respondentů.

Preventivní opatření vedoucí k eliminaci rizika úrazů:

Za znalost bude považován fakt, kdy alespoň 60% dotazovaných označí všechny preventivní opatření za důležité (důležitost bude v rámci dotazníku označena jako velmi důležitá 1 nebo důležitá 2.)

Zkoumané faktory:

- neklouzající povrch podlahy
- dobré osvětlení prostor
- používání vhodné obuvi (s pevnou patou)
- používání opěrných pomůcek dle indikace lékaře
- omezení rizikového pohybu mimo zařízení (např. při náledí)

Zásady racionální výživy:

Za znalost základů racionální výživy bude považován označení správného podílu jednotlivých základních složek stravy v tomto vyjádření:

podíl sacharidů v denní dávce stravy: 50 – 60%

podíl bílkovin v denní dávce stravy: 15 - 20%

podíl tuků v denní dávce stravy: 10 %

Celkový počet seniorů, nebyl v rámci zařízení statisticky významný, a proto jsou výsledky zobrazeny jen v popisné statistice formou procentuálního vyjádření. Jde spíše o pilotní šetření, na které by měl navázat výzkum na statisticky významném počtu seniorů, kteří žijí v domovech pro seniory.

3. Metodika

Pro ověření hypotéz byly zvoleny základní strategie kvantitativního šetření.

Sekundární analýza dat:

Pro komplexní shrnutí informací o klientech zkoumaných zařízení byla ve spolupráci s odborníky (zdravotním personálem) analyzována jejich dokumentace ve vztahu k životnímu stylu.

Dotazníkem byli dotazováni senioři žijící ve třech zařízeních (Domov pro seniory) v Českých Budějovicích. Následně byli dotazováni formou polostandardizovaného rozhovoru i vedoucí pracovníci těchto zařízení.

Výzkumný soubor

Pro dotazníkové šetření byli vybráni senioři pobírající příspěvek na péči ve I nebo II stupni. Dalším kritériem bylo zachování kognitivních funkcí tak, aby byli schopni zpracovat a vyplnit dotazník.

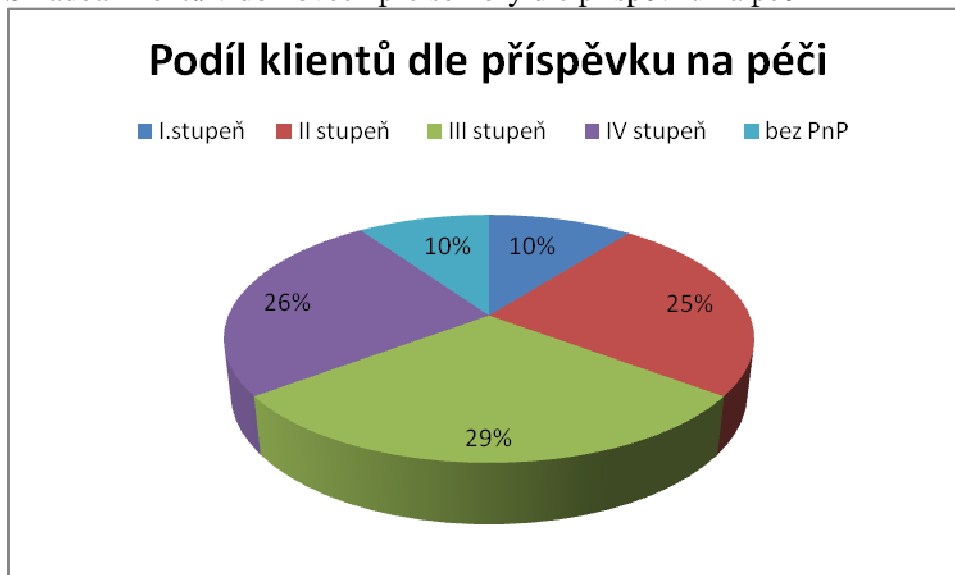
Celkem bylo rozdáno 76 dotazníků, které byly zpracovány.

4. Výsledky

4.1. Výsledky sekundární analýzy dat

- Domov pro seniory A. Celková kapacita je 127 lůžek
- Domov pro seniory B. Kapacita zařízení je 270 lůžek,
- Domov pro seniory C. Kapacita zařízení je 143 lůžek

Skladba klientů v domovech pro seniory dle příspěvku na péči



Zdroj: vlastní výzkum

Z grafu vyplývá, že naprostá většina klientů, kteří žijí ve zkoumaných domovech pro seniory je ve II, III a IV stupni závislosti na péči. Překvapující může být podíl seniorů bez příspěvku na péči, ale u těchto klientů došlo k přechodu pobytu v rámci změn legislativy a u většiny z nich je zahájeno řízení o přiznání příspěvku na péči dle zákona 108/2006 Sb.

Tabulka 1 : Výsledky sekundární analýzy dat - klienti vybraní k dotazníkovému šetření
Zařízení A

Klient	pohlaví	Stupeň závislosti	Dieta	Úraz za poslední 3 roky
1.	žena	I.	9	
2.	žena	II.	3	Ano – zlomenina ruky
3.	žena	II.	9	ne
4.	žena	II.	4	ne
5.	muž	II.	3	ne
6.	žena	II.	3	ne
7.	žena	II.	9	ne
8.	žena	II.	3	ne
9.	muž	II.	2	Ano, zlomenina holeně
10.	žena	I	3	Ano zlomenina zápěstí
11.	žena	II.	3	ne
12.	žena	II.	9	ne
13.	žena	II.	4	ne
14.	žena	II.	3	ne
15.	žena	II.	3	ne
16.	muž	II.	2	ne
17.	žena	II.	9	Ano – zlomený krček stehenní kosti
18.	muž	II.	4	ne
19.	žena	II.	3	ne
20.	muž	I	3	ne
21.	muž	II.	2	ne
22.	žena	II.	9	Ano – úraz kolena
23.	muž	II.	3	ne
24.	muž	II.	2	ne
25.	muž	I	9	ne
26.	žena	II	2	ne

Z tabulky vyplývá: v zařízení A bylo pro dotazníkové šetření bylo vybráno 6 klientů, u 5 z nich byl v dokumentaci zaznamenán úraz. Ošetřující lékař nařídil 7 klientům dietu č.9(diabetes mellitus), u 3 klientů je dieta č.4 (omezení tuků) a u 4 klientů je dieta č.2 (šetřící)

Tabulka 2 : Výsledky sekundární analýzy dat - klienti vybraní k dotazníkovému šetření
Zařízení B

Klient	pohlaví	Stupeň závislosti	Dieta	Úraz za poslední 3 roky
1.	žena	II.	3	Ano – zlomenina prstů ruky
2.	žena	II.	4	ne
3.	žena	II.	3	ne
4.	žena	II.	9	ne
5.	muž	II.	9	ne
6.	žena	II.	9	ne
7.	muž	II.	3	ne
8.	muž	II.	9	ne
9.	muž	II.	3	Ano, zhmoždění kotníku
10.	žena	II.	9	Ano, zlomenina krčku stehenní kosti
11.	muž	II.	3	ne
12.	žena	II.	3	ne
13.	žena	II.	4	ne
14.	žena	II.	4	ne
15.	muž	I.	3	ne
16.	žena	I.	3	ne
17.	žena	I.	9	ne
18.	žena	II.	9	ne
19.	žena	II.	9	ne
20.	žena	II.	2	ne
21.	žena	II.	2	ne
22.	žena	II.	4	ne
23.	žena	II.	4	ne
24.	muž	II.	9	Ano – komoce mozku
25.	muž	II.	3	ne

Z tabulky vyplývá: v zařízení B bylo pro dotazníkové šetření vybráno 25 klientů, u 4 z nich byl v dokumentaci zaznamenán úraz. Ošetřující lékař nařídil 9 klientům dietu č.9 (diabetes mellitus), u 5 klientů je dieta č.4 (omezení tuků) a u 2 klientů je dieta č. 2 (šetřící)

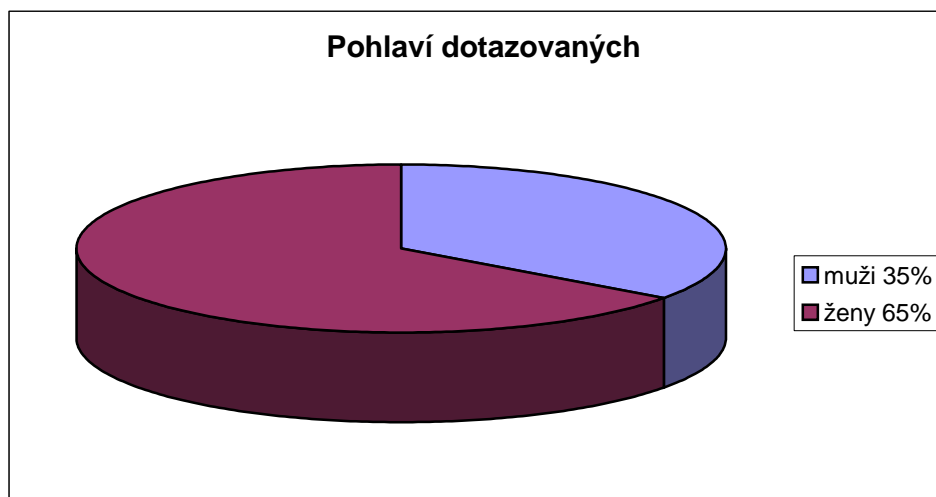
Tabulka 3 : Výsledky sekundární analýzy dat - klienti vybraní k dotazníkovému šetření
Zařízení C

Klient	pohlaví	Stupeň závislosti	Dieta	Úraz za poslední 3 roky
1.	žena	II.	9.	ne
2.	žena	I.	3	ne
3.	žena	I.	4	ne
4.	muž	I.	2	ne
5.	muž	I.	9	Ano – zlomenina předloktí
6.	žena	II.	9	ne
7.	žena	II.	9	ne
8.	žena	II.	9	ne
9.	žena	II.	9	ne
10.	žena	II.	3	ne
11.	žena	II.	3	ne
12.	žena	II.	2	ne
13.	žena	II.	2	Ano, zlomenina krčku stehenní kosti
14.	žena	II.	3	ne
15.	žena	I.	3	ne
16.	žena	I.	9	ne
17.	žena	I.	3	ne
18.	žena	II.	3	ne
19.	žena	II.	3	ne
20.	muž	II.	9	Ano, otevřená zlomenina humeru
21.	muž	II.	4	ne
22.	muž	II.	4	ne
23.	muž	II.	3	ne
24.	muž	II.	3	Ano – zlomenina žeber
25.	muž	II.	3	ne

Z tabulky vyplývá: v zařízení B bylo pro dotazníkové šetření vybráno 25 klientů, u 4 z nich byl v dokumentaci zaznamenán úraz. Ošetřující lékař nařídil 8 klientům dietu č. 9 (diabetes mellitus), u 3 klientů je dieta č.4 (omezení tuků) a u 3 klientů je dieta č. 2 (šetřící)

4.2. Výsledky dotazníkového šetření

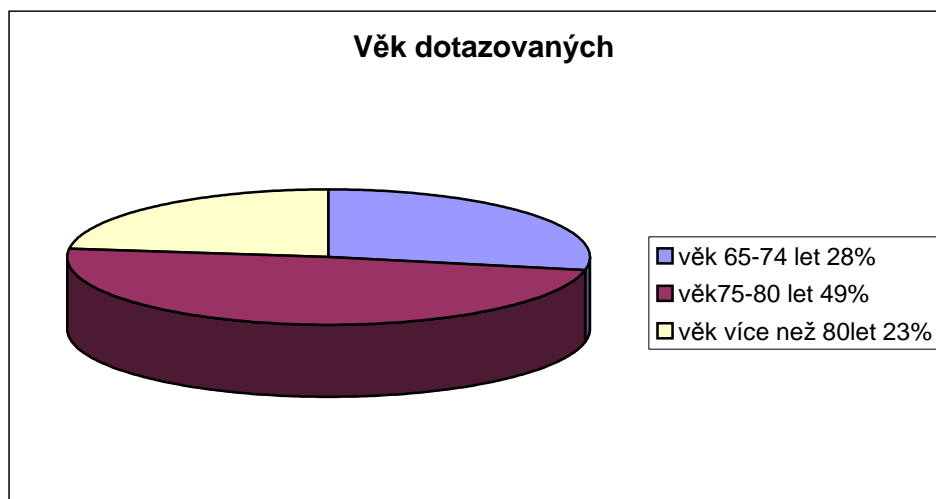
Graf č.1



Zdroj: vlastní výzkum

Graf č.1 zobrazuje podíl zkoumaných seniorů v domovech pro seniory dle pohlaví.

Graf č.2



Zdroj: vlastní výzkum

Graf č.2 zobrazuje věkové rozhraní u dotazovaných seniorů

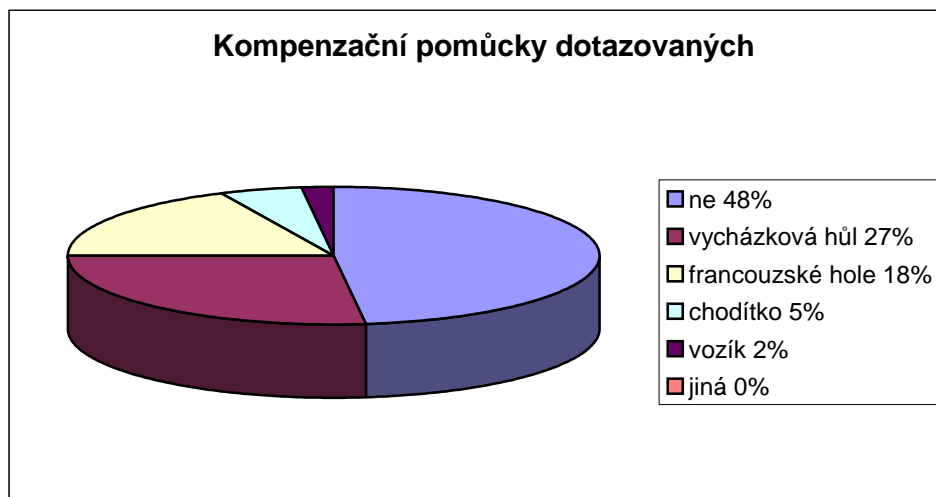
Graf č. 3



Zdroj: vlastní výzkum

Graf č. 3 zobrazuje procentuální zastoupení chorob pohybového aparátu u dotazovaných seniorů.

Graf č. 4

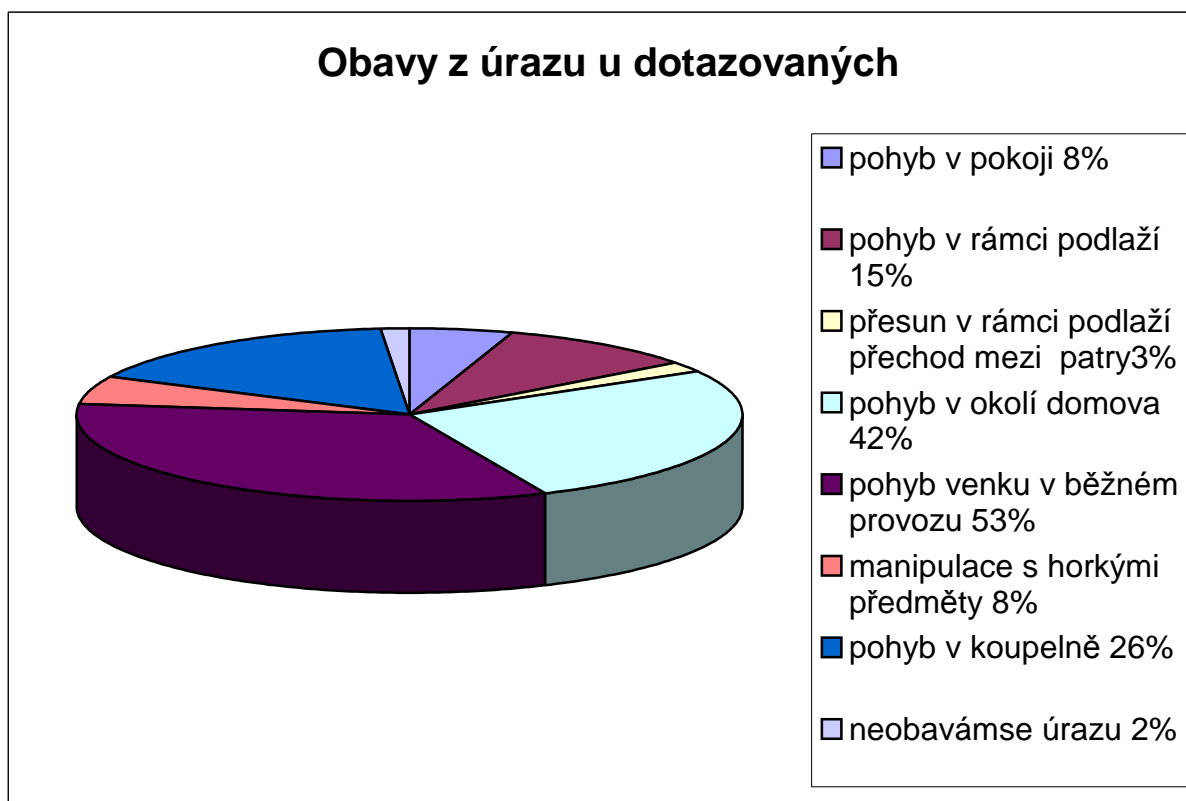


Zdroj: vlastní výzkum

Graf č. 4 ukazuje procentuální zastoupení kompenzačních pomůcek u dotazovaných seniorů.

Z grafu vyplývá, že respondenti nejvíce užívají vycházkovou hůl.

Graf č. 5



Zdroj: vlastní výzkum

Graf č. 5 zobrazuje obavy u dotazovaných z úrazů při pohybu v různých prostředích. Největší obavy mají respondenti z pohybu v okolí domova, z pohybu venku při běžném provozu a při pohybu v koupelně. Respondenti v rámci dotazníku mohli vyplnit i více možností, proto celkový součet nečiní 100%

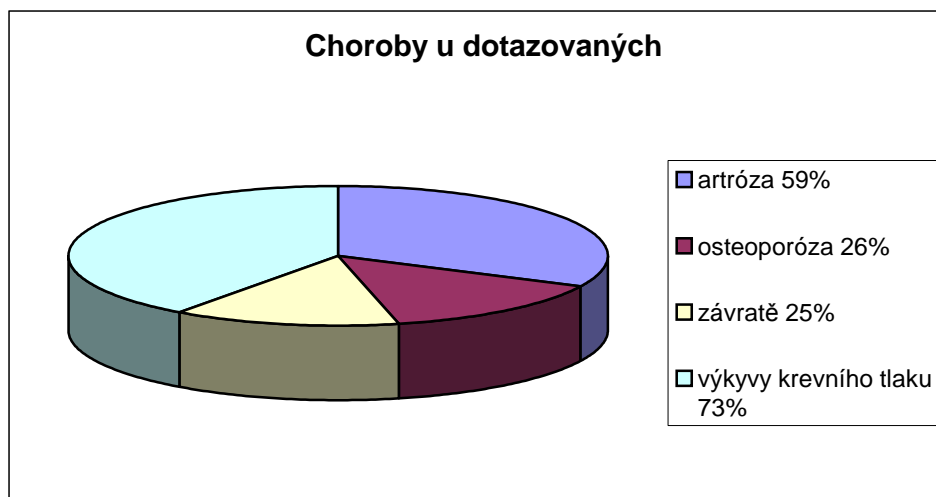
Graf č. 6



Zdroj: vlastní výzkum

Graf č. 6 zobrazuje úrazy u dotazovaných seniorů za posledních 5 let.

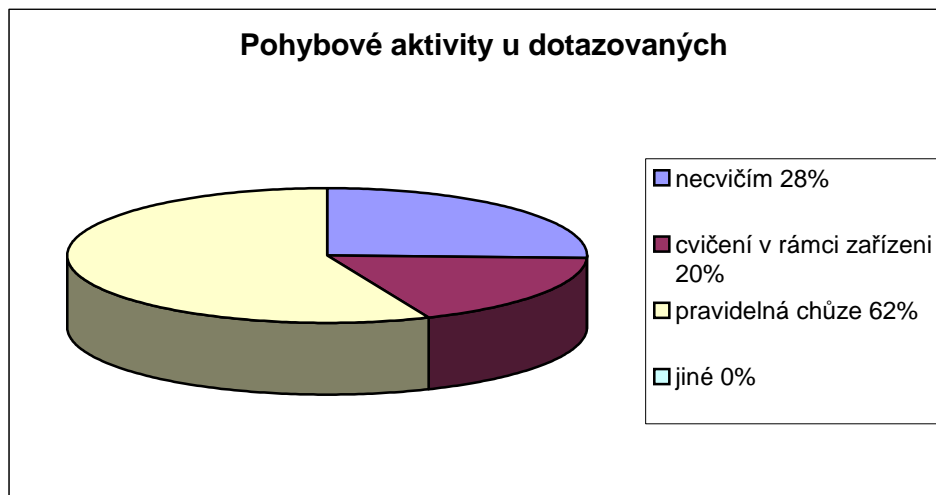
Graf č. 7



Zdroj: vlastní výzkum

Graf č. 7 ukazuje procentuální zastoupení chorob u dotazovaných. Největší zastoupení mají artrózy a výkyvy krevního tlaku.

Graf č. 8



Zdroj: vlastní výzkum

Graf č. 8 ukazuje procentuální zastoupení pohybových aktivit u respondentů. Nejčastější pohybová aktivita u respondentů je pravidelná chůze.

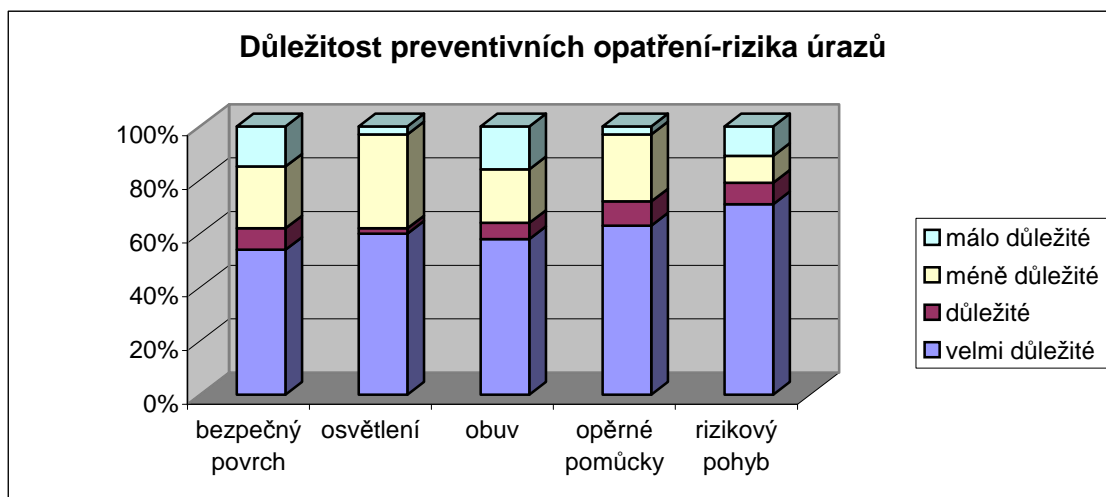
Graf č. 9



Zdroj: vlastní výzkum

Graf č. 9 ukazuje pravidelnost stravování u respondentů. Nejčastěji respondenti jedí 5x denně.

Graf č. 10



Zdroj: vlastní výzkum

Graf č.1 0 ukazuje důležitost vybraných preventivních opatření z hlediska respondentů. Graf ukazuje, že vybraná preventivní opatření, (rizikovost faktorů) vnímají respondenti ve více než 60% jako důležité nebo velmi důležité

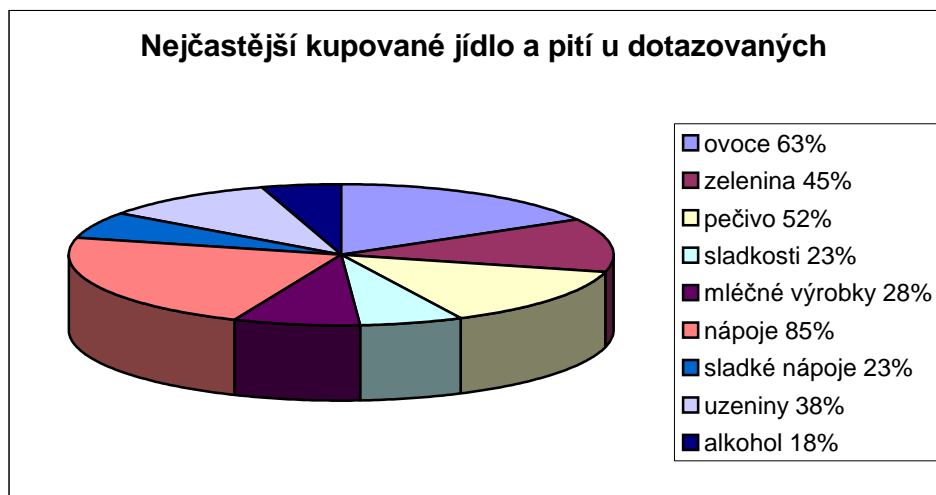
Graf č. 11



Zdroj: vlastní výzkum

Graf č. 11 ukazuje procentuelní zastoupení respondentů kteří se stravují pouze v zařízení pro seniory.

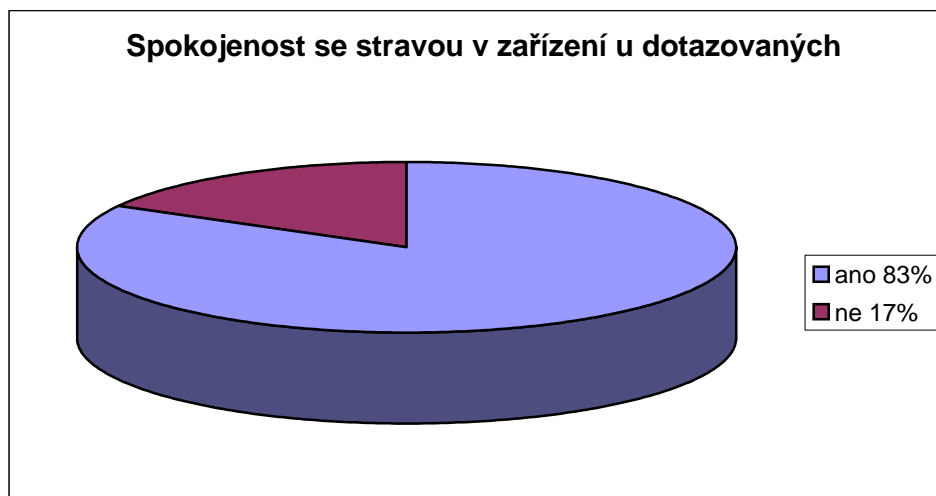
Graf č. 12



Zdroj: vlastní výzkum

Graf č. 12 ukazuje nejčastěji kupované jídlo u dotazovaných. Respondenti nejvíce kupují nápoje, ovoce, pečivo, zeleninu a uzeniny.

Graf č. 13



Zdroj: vlastní výzkum

Graf č. 13 ukazuje spokojenost respondentů se stravováním v zařízeních pro seniory.

Graf č. 14

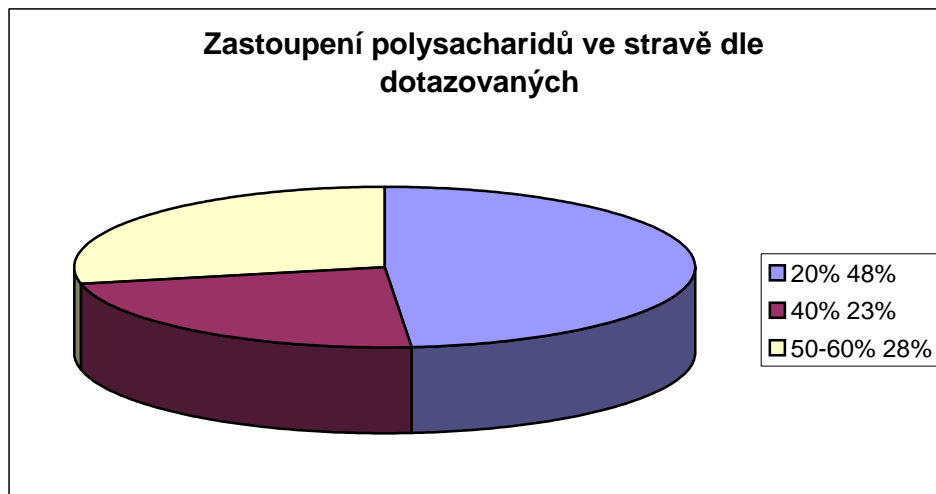


Zdroj: vlastní výzkum

Z grafu č. 13 vyplynul počet respondentů, kteří nejsou spokojeni se stravou v zařízení.

Graf č. 14 ukazuje problémy, které respondenti nejčastěji zmiňovali.

Graf č. 15



Zdroj: vlastní výzkum

Graf č. 15 zobrazuje názor respondentů na podíl polysacharidů ve stravě.

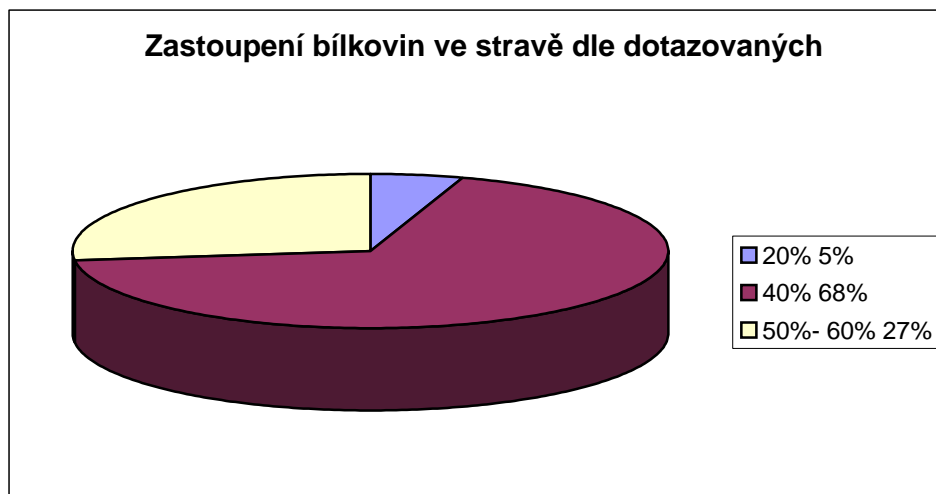
Graf č. 16



Zdroj: vlastní výzkum

Graf č. 16 zobrazuje názor respondentů na zastoupení tuků ve stravě.

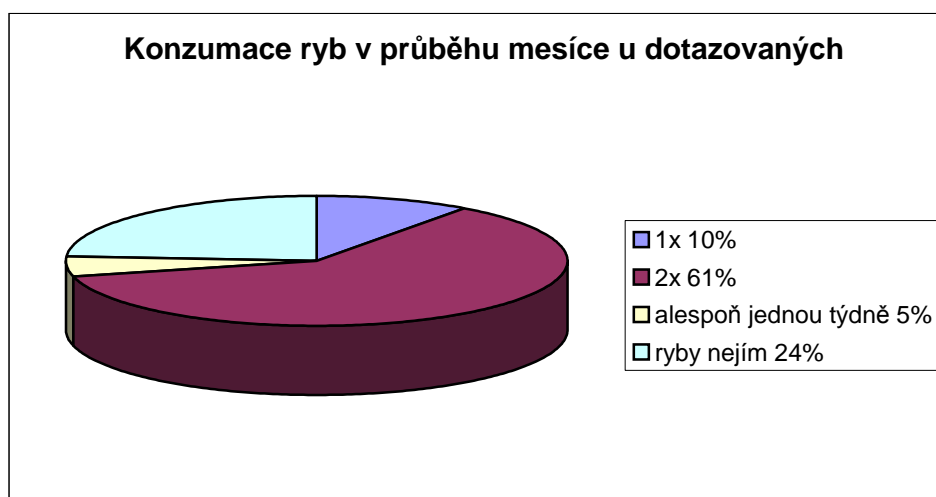
Graf č. 17



Zdroj: vlastní výzkum

Graf č. 17 zobrazuje názor respondentů na zastoupení bílkovin ve stravě.

Graf č. 18



Zdroj: vlastní výzkum

Graf č. 18 zobrazuje zastoupení ryb ve stravě u dotazovaných seniorů v průběhu měsíce

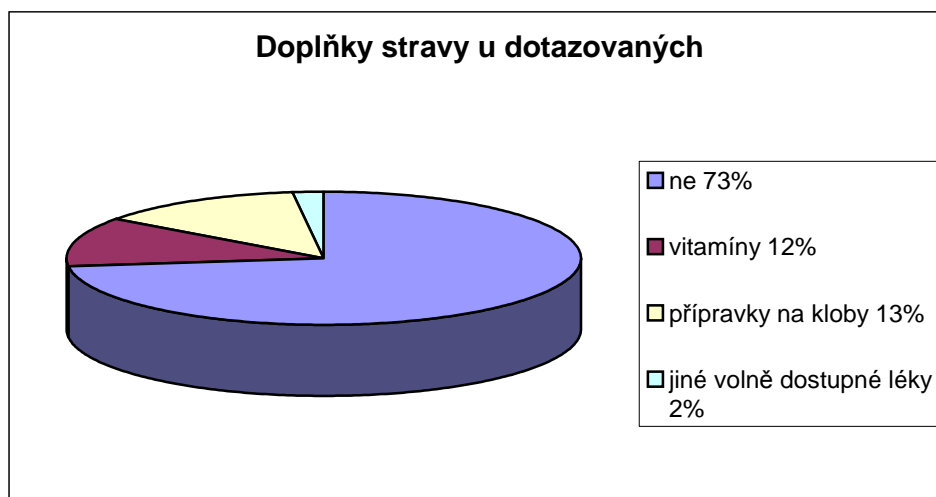
Graf č. 19



Zdroj: vlastní výzkum

Graf č. 19 ukazuje na denní množství tekutin u respondentů.

Graf č. 20



Zdroj: vlastní výzkum

Graf č. 20 ukazuje doplňky stravy u dotazovaných. 73% respondentů neužívá žádné doplňky stravy.

Graf č. 21



Zdroj: vlastní výzkum

Graf č. 21 zobrazuje procentuelní zastoupení dotazovaných, kteří mají nařízenou dietu lékařem.

4.3 Výsledky rozhovorů

Rozhovor 1 – dotazovaný – ředitelka zařízení A

Otázka: „Můžete mi stručně popsat, jak vnímáte důležitost prevence zdravotních rizik ve vztahu ke klientům vašeho zařízení?“

Odpověď: „Vzhledem k faktu že naše zařízení existuje v rámci Českých Budějovic již déle, než 20 let máme poměrně dlouhou zkušenost s problematikou prevence u seniorů. V minulosti jsme tomuto aspektu věnovali pozornost zejména na poli primárních opatření, abychom u klientů zachovali co nejdéle maximální samostatnost a soběstačnost. Od roku 2007 se významně zvyšuje podíl klientů, kteří mají přiznán stupeň závislosti na péči 3 a 4. U těchto klientů se vyskytuje celá řada onemocnění, které

limitují i možnosti primární prevence. U těchto klientů klademe důraz na opatření spíše sekundárního charakteru tak, aby nedošlo ke zhoršení již tak vážné zdravotní situace. Nadále však u klientů, kteří mají stále zachovanou alespoň částečnou samostatnost a soběstačnost nepodceňujeme primární prevenci a to zejména ve vztahu k úrazům pohybu výživě a negativních aspektů životního stylu (kouření, alkohol). V této oblasti spolupracujeme s odborníky na tuto problematiku, pořádáme pravidelné diskuse k aktuálním tématům. Současně nezapomínáme i na příležitost kdy mohou naši klienti využít akce pořádané jinými organizacemi. V poslední době jsme například zaznamenali zájem několika klientů o tzv. Nordic Walking.

Otázka: „Na které oblasti životního stylu kladete důraz v rámci edukace vašich klientů?“

Odpověď: Edukace našich klientů je jednou z klíčových činností, která se prolíná běžným dnem našich klientů. Klíčovou úlohu má ošetřující lékař našich klientů, který v rámci pohovorů s klienty specifikuje úzká místa životního stylu klienta, která si zasluhují větší pozornost. U vysokého procenta klientů se setkáváme s problémem v rámci výživy samostatného pohybu a celkového přístupu k životu jako takovému. Tuto problematiku vnímáme komplexně, a proto vytváříme rámcový program, který může klienta motivovat a vylepšit jeho kvalitu života. Zároveň však musíme respektovat právo na rozhodnutí klienta. Zejména v souvislosti se zdravím se velmi často potýkáme se zažitými návyky, které se u seniorů velmi těžko mění. Proto informace o změnách životního stylu přenášíme spíše v souvislosti se situacemi, které každodenně nastávají.

Otázka: „S jakými problémy se setkáváte v rámci problematiky prevence úrazů a racionální výživy?“

Odpověď: Problematiku úrazů a jejich rizik řešíme v našem zařízení komplexně. Prvotním zájmem je, aby prostředí, ve kterém se senior pohybuje, bylo bezpečné. To

samozřejmě souvisí s mnoha faktory. Stavební řešení našeho zařízení klienty nutí v rámci běžného pohybu překonávat i několik podlaží, zde však využívají ve většině případů výtahy. Individuálně řešíme případy, kdy se u klienta projevuje částečná imobilita nebo instabilita. U těchto klientů klademe důraz na správné používání kompenzačních pomůcek a rehabilitaci. Proto jsou součástí klientova režimu krátká cvičení během dne, aby došlo i k zlepšení celkové tělesné kondice. Dále mohou klienti využít i fyzioterapeutické péče. Stravování v našem zařízení je sestavováno v souladu s doporučeními ošetřujícího lékaře. Klienti mají možnost si připravit malé pokrmy v kuchyňkách. Bohužel se u některých z nich setkáváme s porušováním některých dietních opatření. V poslední době proto vyvíjíme snahu, aby i rodinný příslušníci znali tato doporučení a stali se našimi spojenci. Stravování v našem zařízení odpovídá všem moderním požadavkům, ale cítíme zde rezervy.

Otázka: „Jak Vaši klienti přistupují k možnostem využití preventivních programů závažných onemocnění?“

Odpověď: Prevenci závažných onemocnění má zcela v kompetenci ošetřující lékař a zdravotnický personál. Naši klienti podstupují ve většině případů vyšetření v rámci sekundární prevence onkologických onemocnění (kolorektální karcinom, vyšetření prsu, prostaty apod.) V posledních letech dbáme i na taková onemocnění jako je třeba osteoporóza a to zejména v oblasti výživy a pohybové aktivity.

Otázka: „Co byste přivítala, v souvislosti s problematikou životního stylu ve vašem zařízení?“

Odpověď: V tuto chvíli nepociťuji jako ředitelka domova pro seniory žádné zásadnější deficity. Životní styl člověka ve stáří je velmi často podmíněn celoživotními zvyklostmi. Pokud bych měla zmínit koncepčnější změnu, viděla bych ji v postupné individualizaci

řešení této otázky. To však významně souvisí s ekonomickou stránkou chodu domovu pro seniory obecně.

Rozhovor 2 – dotazovaný – ředitel zařízení B

Otázka: „Můžete mi stručně popsat, jak vnímáte důležitost prevence ve vztahu ke klientům vašeho zařízení?“

Odpověď: Prevence u seniorů byla z mého pohledu dlouho opomíjená otázka. I v našem zařízení se ovšem ukázalo, že prevence je velmi důležitá. Naším zájmem je, aby senioři kteří u nás žijí byli co nejdéle v optimální kondici. Prevence je součástí našich plánovaných činností. Vždy v určitém období věnujeme pozornost aktuálním tématům. Mírně odlišný přístup musíme volit u klientů na oddělení se zvláštním režimem. Zde více komunikujeme s rodinou a vytváříme takové postupy, které eliminují rizika, která vznikají se specifickými projevy syndromu demence u klientů na tomto oddělení.

Otázka: „Na které oblasti životního stylu kladete důraz v rámci edukace vašich klientů?“

Odpověď: Přímou edukací se zabývají klíčoví pracovníci našich klientů. Snažíme se, aby informace o zdravém životním stylu klient vnímal spíše jako doporučení než jako nařízení. Už při nástupu klienta, se klíčový pracovník snaží ve spolupráci s rodinou a lékařem optimalizovat pohybovou aktivitu a další činnosti k plné spokojenosti klienta. V případě potřeby může klient individuálně konzultovat a připomínkovat jak stravování, tak další aktivity například cvičení, aby došlo k vytvoření kompromisu.

Otázka: „S jakými problémy se setkáváte v rámci problematiky prevence úrazů a racionální výživy?“

Odpověď: U některých klientů se setkáváme se stavem, kdy se jídlo stalo jakýmsi středem života. Tam velmi často narážíme na problémy spojené s případnými dietními omezeními. Co se týká prevence úrazů, musím konstatovat, že naše moderní budova je konstruovaná tak aby bylo toto riziko eliminováno. Součástí sociálního zařízení a koupelen jsou samozřejmě madla protiskluzová dlažba a další moderní vybavení, které spolu s dohledem odborného personálu zde eliminuje riziko úrazů. Jedinou slabší stránkou je že naše zařízení je v těsné blízkosti frekventované silnice a zde riziko úrazů eliminovat neumíme. Právě v souvislosti s pohybem klientů mimo zařízení jsme v posledním roce zaznamenali vážný úraz klienta.

Otázka: „Jak Vaši klienti přistupují k možnostem využití preventivních programů závažných onemocnění?“

Odpověď: Tyto preventivní programy senioři využívají na doporučení lékaře naše zařízení poskytuje klientům veškerou podporu tak, aby návštěva specializovaných ambulancí pro ně byla relativně komfortní. Prevence tohoto druhu je řešena ve spolupráci s našim ošetřujícím lékařem a zdravotnickým personálem. Velmi dobrou zkušenost máme s odborníky, kteří s naším zařízením spolupracují. Vždy po přednáškách těchto odborníků zaznamenáváme zvýšený zájem klientů o preventivní vyšetření.

Otázka: „Co by jste přivítal v souvislosti s problematikou životního stylu ve vašem zařízení?“

Odpověď: Musím konstatovat, že kvalita života našich klientů je naším klíčovým cílem. V rámci životního stylu vždy respektujeme klientovi zvyklosti. Samozřejmě se snažíme případné negativní návyky postupně odstraňovat. Z mého pohledu, by bylo vhodné zaměřit pozornost na osoby v preseniorském věku. Dle mého názoru a zkušenosti (vlastní) je tento věk ještě příznivým pro radikálnější změny. Ty se mohou dostatečně ukotvit v denním režimu člověka a je větší šance že si je ponese i v pozdním věku. Naši klienti jsou ve většině případů senioři, jejichž zdravotní stav se zhoršil na tolik, že je jim nutné poskytovat komplexní institucionální péči. Proto jejich životní styl bývá podmíněn tímto stavem. Bylo by vhodné, pokud by se odborníci na zdravý životní styl zaměřili na hledání postupů, které by i u těchto našich klientů pomohli k pozitivním změnám. Musím konstatovat, že například dietní omezení, nebo doporučení nekouřit naši klienti často vnímají ne zcela pozitivně. Celkově však za poslední roky vnímám posun, kdy senioři přikládají doporučením ohledně životního stylu větší váhu.

Rozhovor 3 – dotazovaný – ředitelka zařízení C

Otázka: „Můžete mi stručně popsat, jak vnímáte důležitost prevence ve vztahu ke klientům vašeho zařízení?“

Odpověď: Naše zařízení v současné době vnímá prevenci jako nezbytnou součást opatření, která zajišťují harmonický život klientů v našem zařízení. Prevenci zařazujeme jako součást vzdělávacích a edukačních aktivit a soustředíme se zejména na potencionální zdravotní rizika. Odborníci zdravotního ústavu pořádají v našem zařízení cyklus přednášek. V posledních letech mají klienti zájem zejména o přednášky týkající se komplexních preventivních postupů.

Otázka: „Na které oblasti životního stylu kladete důraz v rámci edukace vašich klientů?“

Odpověď: Jak jsem již zmínila v předchozí odpovědi na otázku prevenci, tím pádem i edukaci chápeme komplexně. Přednášky odborníků jsou koncipovány komplexně s možností individuální konzultace. Klienti mají možnost (ti, u kterých to zdravotní stav dovoluje) tuto problematiku řešit i za pomoci dalších materiálů (leták, časopisy). Seniori, kteří jsou klienty našeho zařízení, ale ve většině případů znají základní preventivní opatření a mají zájem o individuální řešení některých problémů. Jde zejména o řešení zdravotního stavu farmakoterapie a běžného denního života tak aby klient dokázal vše skloubit bez dramatických změn.

Otázka: „S jakými problémy se setkáváte v rámci problematiky prevence úrazů a racionální výživy?“

Odpověď: V rámci Vámi zmíněných dvou problémů musím konstatovat, že v našem zařízení řešíme spíše problémy, které si klient přinesl z předchozího života. Racionální výživa je nezbytnou podmínkou pro tvorbu naše jídelníčku. Bohužel celá řada klientů si přinesla návyky ze svého předchozího života, které se s těmito principy neshodují. I s těchto důvodů dáváme klientům možnost konzultovat jídelníček s nutričním specialistou. Jako hlavní problém bych zdůraznila, že sem někteří naši klienti obtížně akceptují stravu a dietní opatření nařízená lékařem. Jako nutnou podmínku pro zachování alespoň relativního zdraví. Posléze řešíme problémy s porušováním nařízené diet i zdravotních obtíží tou nedisciplinovaností způsobované. Problematiku prevence úrazů máme poměrně dobře řešenu v rámci standardů služeb. Žádné opatření však nezabrání, aby k úrazu nedošlo. Můžu, ale říct že ve většině případů jde o náhlou příhodu a souhru okolností.

Otázka: „Jak Vaši klienti přistupují k možnostem využití preventivních programů závažných onemocnění?“

Odpověď: Naši klienti jsou v této souvislosti poměrně aktivní. Jak už jsem dříve zmínila, v této problematice úzce spolupracujeme s odborníky. Klienti aktivně dotazují i ošetřujícího lékaře a podstupují případný preventivní screening. Existuje i malá skupina klientů, která o tuto problematiku nejeví zájem, ale i u nich se ve spolupráci s lékařem snažíme rozkrýt a odhalit potencionální vážné choroby. Větší část klientů má však aktivní zájem o preventivní vyšetření. Souvisí to i s častými dotazy na náš zdravotní i sociální personál, který tyto informace zaznamenává a řeší například s lékařem.

Otázka: „Co byste přivítala, v souvislosti s problematikou životního stylu ve vašem zařízení?“

Odpověď: Nedá se říct, že bych někde v rámci poslání a cíle našeho zařízení vnímala zásadní deficit ve vámi zmiňovaných souvislostech. Dle mého názoru k zásadnějšímu posunu dojde až u mladších ročníků, které starost o zdraví vnímají jako osobní zodpovědnost. Naši současní klienti v některých případech se upínají k medicíně jako k pasivnímu způsobu jak své zdraví zlepšit, ale i zde vnímám posun, který je dán spoluprací s odborníky.

5. Diskuze

Problematika seniorů je stále více v popředí zájmu diskutovanou zejména ve vztahu k fenoménu populačního stárnutí. Stárnutí generace je fakt, na který demografické prognózy upozorňovaly již v posledních 20 letech. Nejčastěji se v této souvislosti samozřejmě objevila problematika souvislosti zdraví, samostatnosti a potřeby služeb. Z demografických šetření vyplývá, že v populaci seniorů bude vyšší počet žen než mužů. **(4)** S tímto faktem koresponduje i můj výzkum, kdy je významně vyšší podíl žen oproti mužům. (viz graf č.1). Průměrný věk se také zvyšuje, i z tohoto důvodu je vyšší procento klasických geriatrických klientů v zařízeních institucionální péče ve věku 75 a výše. Je skvělé, že se lidé dožívají vyššího věku, společnost na to však musí být připravena.

V souvislosti s životním stylem je ovšem nutné konstatovat, že senioři jsou skupinou obyvatel, kteří si přinášejí řadu návyků z předchozího života. Změny, které je vhodné ve vztahu ke zdraví dělat často obtížně akceptují, právě v souvislosti s celoživotními návyky.

Institucionální zařízení sebou nese pro seniora celou řadu změn. Autoři poukazují na nutnost, aby vstup do instituce měl několik rovin. Primárně senior zařízení nejčastěji volí právě ve vztahu ke zdravotnímu stavu. Jako další ukazatele jsou i rizika, která ve vztahu ke zdraví hrozí a která by mohla zhoršit celkovou kvalitu života a zvýšit stupeň závislosti na péči dalších osob **(15)**.

I můj výzkum s těmito tvrzeními koresponduje. Respondenti dotazovaní v mém výzkumu vyjádřili obavu s nebezpečím úrazu. Pouhá 2% dotazovaných klientů se úrazů neobávají, většina vyjádřila obavu zejména ve vztahu k pobytu v nejbližším okolí zařízení či zcela mimo v tzv. běžném provozu. (viz graf č. 5). Relativně pocíťovaná bezpečnost v rámci zařízení jako takového je dána několika aspekty. Primárně zařízení ve vztahu k úrazům volí taková opatření, která vedou k minimalizaci rizik úrazů a dále pohyb klientů má možnost pravidelně monitorovat personál zařízení. Zde je kladen důraz zejména na bezpečnost pohybu a používání kompenzačních pohybových pomůcek zejména na rovném a bezpečném povrchu. Poměrně překvapující bylo, že

někteří klienti se obávají úrazu, který by mohl vzniknout v souvislosti s přesunem v rámci podlaží. (viz graf č. 5). Zde je tato obava nejpravděpodobněji spojena s chůzí po schodech, ale pravdou je že zařízení mají k dispozici pro klienty výtahy, které tito klienti používají. Z vlastní zkušenosti mohu ovšem podotknout, že tato obava koresponduje s faktem, že senioři někdy vnímají nutnost překonávat schody (i když mají k dispozici výtah) jako rizikovou. Dle Kalvacha jde o psychickou překážku, která souvisí s životním způsobem, kdy byli větší část života zvyklí na chůzi po schodech a existence výtahu nemusí zcela tyto obavy odstranit. **(16)**. Kromě nutnosti opatření eliminující úrazy je nezbytnou součástí prevence i tzv. odpovědné chování a nepřeceňování sil. U některých seniorů se setkáváme s faktem, že v rámci „ kondice“ např. pohybové, podstupují relativně rizikové činnosti jako je např. chůze po schodech. I zde by mělo dle mého názoru docházet k pravidelnému hodnocení všech pohybových aktivit a tyto „rizikové aktivity“ by měl personál po dohodě s klientem eliminovat **(20)**.

Součástí mého výzkumu bylo také zjišťování, jestli respondenti trpí nějakou chorobou pohybového aparátu (viz graf č. 3). Z celkového počtu respondentů přiznalo onemocnění pohybového aparátu 63% respondentů. Toto zjištění plně koresponduje s tvrzením autorů, že onemocnění pohybového aparátu patří mezi nejčastější choroby, které vedou k snížení samostatnosti a soběstačnosti klienta **(14)**. Mezi nejčastější onemocnění, které klienti zmiňovali, byla artróza a osteoporóza.(viz graf č. 7). Obě tyto onemocnění patří k často se vyskytujícím onemocněním, které mohou riziko úrazů zvyšovat. Artróza zároveň způsobuje značné komplikace při samostatném pohybu a chůzi a z těchto důvodů je těmto seniorům pro zvýšení bezpečnosti doporučována opěrná pomůcka zvyšující stabilitu těla. Graf č. 4 ukazuje, kolik klientů používá kompenzační pomůcky. Nejčastěji je používána běžná vycházková hůl nebo francouzské hole. U těchto klientů se lze domnívat, že postižení pohybového aparátu je poměrně závažnější a stabilita při chůzi by byla relativně špatná, pokud by tyto pomůcky nepoužívali. Někteří klienti jsou nuceni používat i komplikovanější pomůcky jako jsou chodítka nebo dokonce invalidní vozík. U těchto klientů je samostatný pohyb, zejména mimo zařízení výrazně ovlivněn. To samozřejmě zvyšuje i pocit vnímání vlastní autonomie těchto klientů. Samostatný pohyb je u těchto klientů většinou nutně

doprovázen dohledem personálu, který musí dbát i na fakt, že pohyb mimo zařízení je významně ovlivněn kvalitou chodníků v okolí zařízení.

Kalvach hovoří o nutnosti pohybu jako základním činitelem, který může zamezit seniorské deterioraci a vzniku zásadní disability ve formě závislosti na péči dalších osob **(16)**. Všichni senioři, kteří byli dotazováni, pobírali příspěvek na péči ve stupni závislosti v I a II stupni. **(48)** Podíl těchto klientů je v domovech pro seniory významně menší podíl (viz graf 1). Je to logické. Filozofií legislativní změny, která byla do praxe uplatněna k 1. 1. 2007 dle zákona 108/2006 Sb. o sociálních službách bylo strukturovat péči o seniory ve smyslu podpory rodiny a terénních služeb **(48)**. V institucionálních zařízeních by tedy mělo být pečováno zejména o seniory s vyšším stupněm závislosti na péči. Podíl seniorů s nižším stupněm závislosti je dán přechodným obdobím, kdy klient byl v zařízení více ze sociálních důvodů a následně nebyla jeho závislost dle nové legislativy hodnocena tak zásadně. Podíl těchto klientů je, ale zcela minimální a do budoucna lze předpokládat jejich nárůst

Klíčovým zájmem mého výzkumu bylo zjistit, zda respondenti znají preventivní opatření vedoucí k eliminaci rizika úrazů. V rámci dotazníků se k hypotéze vztahují výsledky zobrazené grafem č.10.

Pro účely této práce byl jako první faktor zmíněn bezpečný povrch – neklouzající podlaha. V současné době je zejména v domácím prostředí v rámci povrchové úpravy podlah věnována pozornost trvanlivosti a dobré údržbě krytin. Bohužel ve vztahu k seniorům i institucionální zařízení volí jako podlahovou krytinu linoleum, marmoleum, které nejsou z pohledu chůze křehkého seniora zcela ideální. **(28)** Tento fakt koresponduje i s výzkumem v této práci. Většina seniorů označila bezpečný povrch jako důležitý faktor v prevenci úrazů a zajištění bezpečného pohybu. Autoři uvádějí jako bezpečný povrch ideálně lepený vysoko zátěžový koberec **(28)**. Bohužel tento povrch je na údržbu velmi náročný. V zařízeních je ovšem riziko pádu eliminováno několika způsoby. V pokojích klientů i na společných prostorách jsou instalována madla a dále je kladen důraz na správnou obuv klientů i v rámci domácí obuvi klientů. Klienti také vnímají faktor úpravy povrchu jako velmi důležitý – celkem tuto odpověď zvolilo **62% klientů**. (viz graf č. 10).

Osvětlení prostor byl další faktor zmíněný jako prevence potenciálních úrazů v zařízení. Tento faktor zmiňují autoři opět daleko významněji spolu s pobytem doma. Za rizikové je možné považovat osvětlení prostorů, jako jsou toalety, chodby, koupelny a prostory, kde nejsou, nebo jsou zcela minimálně osazeny okny, tudíž je dobrá viditelnost závislá zejména na osvětlení umělém. Důležité je osvětlovat správně a dostatečně osvětlovat i prostory, kde je riziko střetu s překážkou. V zařízeních je pro klienty určitou výhodou, že osvětlení prostor, kde se klient standardně pohybuje, odpovídá povinným normám. Poslední dobou se ovšem některá zařízení kvůli úspoře energie přiklánějí k pohybovým čidlům, zejména na toaletách. Tím může být zvýšeno riziko úrazů, pokud dojde v průběhu pohybu v těchto prostorách k špatné koordinaci čidel a zhasnutí **(14)**. I tento faktor vnímají senioři jako zásadní. Vysokou důležitost a důležitost správného osvětlení označilo **62% respondentů**.

Samostatný pohyb neboli chůze, je považována za základní lidskou potřebu. Pro kvalitní a bezpečnou chůzi je klíčovým faktorem správná obuv. Kvalitní a bezpečná obuv je faktorem, který zvýší pocit jistoty při chůzi. Dále je obuv, která vyhovuje zestárlé noze důležitou součástí prevence sekundárních následků některých chorob. Vysoký podíl diabetiků ve zkoumaných souborech u mě vyvolal pozornost v souvislosti se správnou obuví. (viz tabulka č. 1-3). U těchto klientů totiž kromě hrozby úrazů vzniká i riziko s rozvojem sekundárních komplikací této choroby a rozvoji imobilizačního syndromu. Otlaky, puchýře a nesprávné obuvi mohou způsobit špatně hojící se rány a skončit v těch nejvážnějších případech až amputací. Ve vztahu k úrazům se seniorům doporučuje obuv, která bude mít pevný opatek, podložení paty ideálně cca 3 - 4 centimetry (podpatek) a bude prodyšná. Ideálním materiálem je kůže nebo textil, tak aby bylo zajištěno větrání obuvi. U seniorů se v souvislosti s věkem často objevují také problémy s klenbou nohy a u nich se po té doporučuje obuv, která poskytuje klenbám oporu. Častým steskem seniorů je cena takové obuvi **(43)**. Můj výzkum prokázal, že mnou dotazovaní senioři obuv vnímají jako důležitou a vysoce důležitou **v 64 % odpovědích** (graf č.10).

Potřebu použití kompenzačních pomůcek jsem již zmínil. Senioři vnímají tyto pomůcky jako důležité. Autoři velmi často zmiňují používání opěrných pomůcek při

pohybu doma – v zařízeních. Za rizikové lze považovat chování, kdy klienti těchto zařízení po určité době získají vnitřní pocit znalosti prostředí a použití pomůcek v rámci zařízení opomíjí nebo cíleně eliminují. Důvodem je velmi často vnitřní vnímání bezpečnosti pohybu, nebo určitý stud spojený s používáním opěrných pomůcek při tak banálních cestách jako je chůze do jídelny nebo na WC. Zde se jako klíčový ukazuje vliv personálu, který by měl na používání pomůcek upozornit, kdykoliv je klient při chůzi nemá. Z mého výzkumu vyplynulo, že používání pomůcek vnímá **72 % respondentů** jako důležité nebo velmi důležité (graf č.10).

Posledním faktorem, jehož důležitost v prevenci byla zkoumána, je rizikový pohyb mimo zařízení. Zde se odpovědi eforů v důležitosti tohoto faktoru shodují s tvrzením odborníků na prevenci úrazů. Pohyb venku, v blízkém okolí je hned po pobytu doma nejčastějším místem úrazů seniorů. Samozřejmě klienti domovů pro seniory díky komplexně poskytovaným službám nemusí ve venkovním prostředí trávit čas denními povinnostmi, jako jsou např. nákupy nebo docházení k lékaři. Tyto činnosti jsou jim zajišťovány v komplexu sociálních služeb, které zařízení poskytují (**46**). Jako riziková aktivita by mohla být hodnocen pohyb formou procházek, který jako pohybovou aktivitu označilo 62 % respondentů (viz graf č. 10). Zde je nutné dbát zvýšené pozornosti a klienty správně informovat o rizicích, která jim v souvislostech s úrazy hrozí. Autoři v této souvislosti upozorňují na problematický pohyb v rámci běžného silničního provozu. Je nutné, aby senioři dodržovali veškerá pravidla, a doporučuje se, aby i tyto procházky (obvyklé trasy) byly občas kontrolovány personálem. Důležitost bezpečného pohybu mimo zařízení jako prevence vzniku úrazů označilo **79 % respondentů**

Vzhledem k faktu, že všechny vybrané faktory označilo více, než 60% respondentů za velmi důležité lze považovat **hypotézu 1 za potvrzenou**.

Druhá část mého výzkumu se vztahovala k racionální výživě respondentů. Klíčovým faktorem u klientů domovů pro seniory ve vztahu k racionální výživě je jejich celkový zdravotní stav v souvislosti s edukací, kterou mají v náplni práce zdravotničtí odborníci. Někteří autoři zmiňují problematiku výživy jako nutnou součást

celoživotního vzdělávání pracovníků, kteří se jakoukoliv formou dotýkají stravování klientů (38). Proto jsem se v své práci soustředil na fakt, zda senioři mají v povědomí základní rozdělení denních poměrů sacharidů, tuků a bílkovin. V souvislosti s výživou jsem nemohl opomenout ani denní bilanci tekutin, která se jeví v séniu jako klíčová.

Denní podíl sacharidů a zejména polysacharidů by měl ve výživě seniora činit alespoň 50%. Kvalitní polysacharidy jsou, přímým zdrojem energie a zajišťují organizmu dostatek energie po celý den. Důležité v rámci znalostí o sacharidech je rozdíl v jejich využití a účinku na organismu. Autoři uvádějí, že senioři mají mylné informace zejména ve vztahu k ovocnému cukru – fruktóze. Velmi často jej považují za „kvalitní“ sacharid, který může být konzumován neomezeně. Dalším problémem je obsah vlákniny v potravě. Senioři nevnímají vlákninu jako nedílnou součást konzumace polysacharidů a vyhýbají se konzumaci celozrnného pečiva (39). **Pouze 28 % respondentů uvedlo správnou výši denního podílu sacharidů** (viz graf č. 15).

V Domovech pro seniory je určitou výhodou, že skladba jídelníčku je v rukou odborníků, lékařů, zdravotníků a nutričního specialisty. Problémy ve stravování mají spíše s chutí připravovaných jídel (32). V dotazníku uváděli respondenti jako výtky ve vztahu k ústavnímu stravování málo kořeněná jídla, opakující se jídla a nedostatek příloh (viz graf č. 14). Ze sekundární analýzy dat vyplynul o, že někteří klienti mají dietní režim omezený ve vztahu ke koření a to dietou č. 2, nebo dietou č. 4. U těchto klientů jde zřejmě o opatření v souvislosti s onemocněním trávicího aparátu a je nutné stravu upravit šetrně i ve vztahu k dochucení. Nositelem chuti v jídle je nejčastěji tuk, tudíž dieta s jeho omezením bude méně kořeněná.

Dalším zkoumaným parametrem byl podíl bílkovin. Bílkoviny jsou základní stavební jednotkou organismu a jsou i ve stáří nenahraditelné. Autoři uvádějí, že dostatečný přísun kvalitní bílkovin ve stáří je důležité jak v souvislosti s pohybem (svaly) tak samozřejmě jako nutná položka v regeneraci organismu zejména ve vztahu s polymorbiditou (32). Senioři by měli vědět, že minimální podíl bílkovin ve stravě je v rozmezí 15 – 20%. **Bohužel tento poměr bílkovin znalo jen 5% respondentů** (viz graf č. 15).

V souvislosti s bílkovinami, ale samozřejmě i v souvislosti s tuky byli respondenti dotazováni na konzumaci ryb. Konzumace ryb je u seniorů problematická. V literatuře je zmiňována ryba (sladkovodní) jako tradiční jídlo, které bylo v průběhu 20 století vytlačeno z jídelníčku Čechů jinými druhy mas a to zejména vepřovým a hovězím. Konzumace ryb je proto dnes jedním z klíčových úkolů zdravotní výchovy v rámci racionální výživy. Výzkumy prokázaly, že zařazení ryb do jídelníčku může u seniorů snížit riziko vzniku kardiovaskulárních chorob. (29). Bohužel i můj výzkum prokázal, že senioři konzumují ryby v malém podílu (viz graf č. 18).

Posledním sledovaným ukazatelem ve znalosti racionální výživy byly tuky. V rámci znalostí zde senioři prokázali dobrou znalost, **76 % označilo denní podíl správně**. Dle mého názoru je právě tato část racionální výživy nejčastěji diskutována a senioři vnímají příjem tuků v potravě jako klíčový (viz graf č. 15).

Nezbytnou součástí je kvalitní pitný režim, kde senioři prokázali ve vysokém procentu optimální příjem tekutin (viz graf č. 19). Poněkud diskutabilní se však v této souvislosti jeví dokupování sladkých nápojů, které nejsou zcela optimální. Zde souhlasím s odborníky, že přestože nejideálnější tekutinou pro pití člověka je voda, chuťové zvyklosti a zejména vnímání libého pocitu v souvislosti s konzumací sladkého vytvoří často návyk pít oslazené tekutiny (24, 28).

Hypotéza č. 2 pracovala i s dodržáním nařízeného stravovacího režimu. Bohužel i zde musím konstatovat, že dodržování trasovacích nařízení není optimální. K tomuto názoru mě vede poměr odpovědí, kde respondenti označovali potraviny, které dokupují. Z grafu 12 vyplývá, že nejvíc si senioři dokupují potraviny obsahující vysoké procento sacharidů včetně pečiva, dále pak i ovoce, sladkosti. Zde se lze domnívat, že jde o tzv. mlsání a senioři nevnímají stravu poskytnutou v zařízení jako optimální. Zde by bylo vhodné více komunikovat a diskutovat s jednotlivými klienty v rámci zařízení. **Z výše uvedených skutečností vyplývá, že druhá hypotéza nebyla potvrzena.**

Z rozhovorů s odborníky vyplynulo, že problematiku výchovy ke zdraví vnímají ve dvou zkoumaných aspektech jako klíčovou. Jako pozitivní hodnotím, že pro klienty zařízení pořádají ředitelé těchto zařízení např. přednášky s odborníky na zdraví, kteří se prevencí zabývají.

6. Závěr

Celá práce se zabývá výchovou ke zdraví u seniorů. Moje práce potvrzuje stanoviska odborníků, kteří zdůrazňují potřebu informovanosti této skupiny obyvatel. Přestože by se zdálo, že problematika úrazů a racionální výživy je v posledních letech zdůrazňována i můj výzkum potvrdil určité deficity.

Práce se ve výzkumu zaměřila na dva fenomény výchovy ke zdraví a to jsou úrazy a racionální výživa.

V problematice úrazů jsem se snažil zjistit, jak je samostatný pohyb důležitý ve vztahu s problematikou úrazů. I z tohoto důvodu byli zkoumáni klienti domovů pro seniory, kteří jsou schopni samostatného pohybu a riziko úrazů je pro to vyšší než u imobilních klientů. Můj výzkum prokázal, že senioři mají dostatečné informace o prevenci úrazů prevence jako důležité a **byla potvrzena H1**.

Problematičtější se jeví vztah k výživě a pitnému režimu. Senioři neznají správný poměr mezi jednotlivými podíly složek stravy. Zde se dle mého ukazuje vliv špatných informací z minulosti, kdy byl zdůrazňován vysoký podíl bílkovin v potravě. Zde by bylo vhodné dle mého názoru zvýšit edukační činnost odborníků včetně lékařů. Bohužel i můj výzkum potvrzuje, že výživa a její skladba je u seniorů velmi často ovlivněna celoživotními návyky a je tudíž nutné zásady racionální výživy vštěpovat všem generacím. **Hypotéza 2 nebyla výzkumem potvrzena.**

Přesto, že výchova ke zdraví je v mé práci pojímána ve vztahu ke klientům, je nutné zdůraznit i nutnost vzdělávat v této oblasti personál, který je v každodenním kontaktu se seniory. Právě celoživotní vzdělávání těchto odborníků (jak sociálních tak zdravotního personálu) může pomoci implementovat principy zdravého životního stylu do každodenní praxe a eliminovat tak rizika, která mohou vést ke zhoršení kvality života klientů v domovech pro seniory. Práce bude využita pro praxi navrhuji pokračování výzkumu, který by závěry této práce prokázal v praxi.

7. Seznam použitých zdrojů

1. BLAHUTKOVÁ, Marie a kol. *Pohyb a duševní zdraví*. Brno: Paido, 2005. 78 s. ISBN 00-044-597-3
2. BLAHUTKOVÁ, Marie. *Psychomotorika*. 1. vydání. Brno: Masarykova Univerzita, 2003. 92 s. ISBN 80-210-306-74
3. BLAHOŠ, Jaroslav. *Osteoporóza*. 1. vydání. Praha: Galén, 1997. 87 s. ISBN 80-86003-02-7
4. BURCIN Boris, KUČERA Tomáš. Nová kmenová prognóza populačního vývoje České republiky (2003 – 2065). *Demografie*, 2004, roč. 46, č. 2, 100 – 111 s. ISSN 0011-8265
5. *Česká asociace Nordic Walking* [online]. c2009, [cit. 2010-02-12]. Dostupné z: <http://www.czech-nordicwalking.com/vice.php>
6. ČELEDOVÁ, L. ČEVELA R. *Výchova ke zdraví*. Praha: Grada. 2010. 128s. ISBN 978-80-2
7. DESSAINT, Marie-Paule. *Nezačínajte stárnout*. 1. vydání. Praha: Portál, 1999. 232 s. ISBN 80-7178-255-6
8. DOENGES, MARILIN. E. *Kapesní průvodce zdravotní sestry*. Druhé rozšířené a přepracované vydání. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2001. 565 s. ISBN 80-247-0242-8.
9. DRBAL, C. *Česká zdravotní politika a její východiska*. Praha: Galén, 2005.
10. *Energetické hodnoty potravin kalorické tabulky* [online]. ©2007 <<http://beststar.blog.cz/0701/energeticke-hodnoty-potravin-kaloricke-tabulky>>. [cit. 2010-25-01]
11. FRÝDECKÁ, H., JEDLIČKOVÁ, O., MELLANOVÁ, A., PAVLICOVÁ, J., SITNÁ, D., STAŇKOVÁ, M., VORLÍČKOVÁ, H. *Lemon*. 1. vyd. Brno : Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně, 1997. 160 s. ISBN 80-7013-248-5.
12. HÁLKOVÁ, Jitka a kol. *Zdravotní tělesná výchova: speciální učební text. I. část, obecná*. 4. vydání. Praha: Česká asociace Sport pro všechny, 2005. 120 s. ISBN 80-86586-15-4

13. HAŠKOVCOVÁ, Helena. *České ošetřovatelství 10: Manuálek sociální gerontologie*. 1.vydání. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2002. 72s. ISBN 80-7013-363-5
14. HRNČIARIKOVÁ Dana, JURAŠKOVÁ Božena, ZADÁK Zdeněk. Sarkopenie ve stáří. *Lékařské listy*, 2008, č. 19, 18 – 20s.
15. JAROŠOVÁ, Darja. *Péče o seniory*. 1.vydání. Ostrava: Repronis, 2006. 110 s. ISBN 80-7368-110-2
16. KALVACH, Zdeněk a kol. *Geriatrické syndromy a geriatrický pacient*. 1.vydání. Praha: Grada, 2008. 336 s. ISBN 978-80-247-2490-4
17. KLEVETOVÁ Dana, DLABALOVÁ Irena. *Motivační prvky při práci se seniory*. 1. vydání. Praha: Grada, 2008. 208 s. ISBN 978-80-247-2169-9
18. KOPŘIVOVÁ, Jitka a kol. *Zdravotní tělesná výchova (e-learning)*. [online]. c2006, [cit. 2010-02-12].
Dostupné z: <<https://is.muni.cz/el/1451/podzim2008/bp023/index.qwarp>>
19. KOPŘIVOVÁ, Jitka, GRMELA Roman, JADVIŽÁK Igor. *Cvičení pro zlepšení fyzického, ale i psychického stavu seniorů*. Brno: Městská hygienická stanice. 2001.
23 s.
20. KOPŘIVOVÁ, Jitka, GRMELA Roman, JADVIŽÁK Igor. *Cvičení pro zlepšení fyzického, ale i psychického stavu seniorů II*. Brno: Městská hygienická stanice. 2001. 23 s.
21. KOHOUT Pavel, KOTRLÍKOVÁ Eva. *Základy klinické výživy*. 1. vydání. Praha: Agentura Krigl, 2005. 113 s. ISBN 80-86912-08-6
22. KOHOUT, P., PAVLÍČKOVÁ, J. *Obezita*. 1. vyd. Pardubice : Filip Trend Publishing, 2001. 114 s. ISBN 80-86282-14-7.
23. KOSTKOVÁ M., *Potravinová pyramida pro ČR* [online].©2008. dostupné z : <http://www.szu.cz/uploads/documents/czzp/edice/plne_znani/letaky/je_to_tak_s_nadne.pdf >.[cit. 2011-02-04]

24. KUBÍČKOVÁ, Miluše. *Stáří jako životní šance*. 2. vydání. Praha: Onyx, 1998. 55 s. ISBN 80-85228-07-06
25. KUNOVÁ Václava. *Zdravá výživa*. 1. vydání. Praha: Grada, 2004. 136 s. ISBN 80-247-0736-5
26. KVASNIČKOVÁ, A. *Alergie z potravin*. 1. vyd. Praha : Ústav zemědělských a potravinářských informací 1998. 60 s. ISBN 80-85120-93-3.
27. MÜHLPACHR, Pavel. *Gerontopedagogika*. 1. vydání. Brno: Masarykova univerzita, 2004. 203 s. ISBN 80-210-3345-2.
28. MÜHLPACHR, Pavel, STANÍČEK Petr. *Geragogika pro speciální pedagogy*. 1.vydání. Brno: Masarykova univerzita, 2001. 115 s. ISBN 80-210-2510-7
29. MÜLLER, Ivan a kol. *Zdraví v seniorském věku*. 1. vydání. Brno: Masarykova univerzita, 2007. 36 s. ISBN 978-80-210-4488-3
30. MÜLLEROVÁ, D. *Zdravá výživa a prevence civilizačních nemocí ve schématech*. 1. vyd. Praha : Triton, 2003. 99 s. ISBN 80-7254-421-7.
31. *Národní program přípravy na stárnutí na období let 2008 až 2012* [online]. c2008, [cit. 2011-02-12]. Dostupné z: <<http://www.mpsv.cz/cs/5045#as>>
32. *Nesprávné stravovací návyky* [online].©2005 <<http://www.smisene.webzdarma.cz/view.php?cisloclanku=2005050601>>.[cit. 2011-2-4]
33. NOVOTNÁ Jana, LAHOLOVÁ Jitka. Výživa ve stáří. *Sestra*, 2009, roč.19, č.1. 44-45s. ISSN 1210-0404
34. *Obezita v ČR i ve světě* [online].©2005 <<http://www.obezita.cz/obezita/v-cr-a-ve-svete/>>.[cit. 2010-29-10]
35. PICHAUD, Clément, THAREAUOVÁ, Isabelle. *Soužití se staršími lidmi*. 1. vydání. Praha: Portál, 1998. 160 s. ISBN 80-7178-184-3
36. *Politika ochrany zdraví a životního prostředí* [online].©2003 <http://www.szu.cz/chzp/nehap/kap_01.htm>.[cit. 2011-11-3]
37. *Program výzkumu v oblasti stárnutí pro 21.století* [online]. c2008, [cit. 2010-02-12].Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/files/clanky/6007/research_agenda_CZ.pdf>

38. ŘÍČAN, Pavel. *Cesta životem*. 2. vydání. Praha: Portál, 2004. 392s. ISBN 80-7178-829-5
39. SHARON, M. *Komplexní výživa – správná cesta ke zdraví*. 2. vyd. Praha : Pragma, 1994, 193 s. ISBN 80-85213-54-0.
40. STRATIL, Pavel. *A B C zdravé výživy, 1. díl*. 1. vydání. Brno: Pavel Stratil, 1993. 351 s. ISBN 80-900029-8-6
41. SYSLOVÁ a kol.: *Zdravotní tělesná výchova: speciální učební text. II.část, zdravotní tělesná výchova při jednotlivých druzích oslabení*. 2. vydání. Praha: Česká asociace Sport pro všechny, 2005. 106 s. ISBN 80-86586-15-4
42. ŠTILEC, Miroslav. *Program aktivního stylu života pro seniory*. 1. vydání. Praha: Portál, 2004. 136 s. ISBN 80-7178-920-8
43. ŠTILEC, Miroslav. *Pohybově-relaxační programy pro starší občany*. 1. vydání. Praha: Karolinum, 2004. 94 s. ISBN 80-246-0788-3
44. TLAPÁK, Petr. *Tvarování těla pro muže a ženy*. 7. vydání. Praha: Ars-ci, 2008. 266 s. ISBN 978-80-86078-85-4
45. TOPINKOVÁ, Eva. *Geriatric pro praxi*. 1. vydání. Praha: Galén, 2005. 270 s. ISBN 80-7262-365-6
46. TÓTHOVÁ, V. *Ošetrovatelství*. 1. vyd. České Budějovice : Jihočeská univerzita, Zdravotně sociální fakulta, 2000. 293 s. ISBN 80-7040-454-X.
47. VÁGNEROVÁ, Marie. *Vývojová psychologie II.: Dospělost a stáří*. 1. vydání Praha, Karolinum 2007. 464 str. ISBN 978-80-246-1318-5
48. Zákon č. 108/2006 Sb. ; o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů.

8. KLÍČOVÁ SLOVA

Senior

Prevence úrazů

Racionální výživa

Domov pro seniory

Výchova ke zdraví

9. SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

BMI: Body mass index

CGA: Komplexní geriatrické hodnocení

CT: Počítačová tomografie

MR: Magnetická rezonance

MMS: Mini-mental state examination

CDR: Clinical dementi rating

ADAS: Alzheimers disease assessment scale-cognitive

SKT: Symptom kurz test

ADL: Activities of Daily Living - aktivity denního života,

LTC: dlouhodobá péče

EOL: Konečná paliativní péče

SZO: Světová zdravotnická organizace

10. PŘÍLOHY

Dobrý den,

Jmenuji se Zdeněk Novák. Dovolte mi, abych Vás požádal o vyplnění krátkého dotazníku, který je zaměřen na Vaši životosprávu a postoje ke zdravému životnímu stylu. Dotazník je anonymní a bude použit ke zpracování mé diplomové práce.

1. Vyberte vaše pohlaví:

- a) muž
- b) žena

2. Váš věk:

- a) mezi 65 – 74 lety
- b) mezi 75 – 80 lety
- c) více než 80 let

3. Trpíte nějakou chorobou pohybového aparátu?

- a) ano
- b) ne

4. Používáte k chůzi nějakou kompenzační pomůcku?

- a) Ne
- b) Ano (vyberte jakou)
 - a) vycházkovou hůl
 - b) francouzské hole
 - c) chodítko
 - d) vozík

e)jinou

5. Vyberte situace, kdy se obáváte úrazu (výběr z více možností) :

- a) pohyb v pokoji
- b) pohyb v zařízení v rámci podlaží
- c) přesun v rámci podlaží (přechod z patra do patra)
- d) pohyb v bezprostředním okolí domova
- e) pohyb venku v běžném provozu
- f) manipulace s horkými předměty (varná konvice apod.)
- g) pohyb v koupelně
- h) neobávám se úrazu

6. Došlo u Vás k úrazu za posledních 5 let?

- a) ano
- b) ne

Pokud ano napište k jakému: zlomeniny, zhmoždění měkkých tkání (bez hospitalizace), opaření

7. Vyberte, zda trpíte některou z následujících chorob:

- a) artróza
- b) osteoporóza
- c) závratě
- d) problémy s výkyvy krevního tlaku

8. Provozujte pravidelně nějakou pohybovou aktivitu, pokud ano, vyberte jakou:

- a) necvičím
- b) cvičení v rámci zařízení
- c) pravidelná chůze

d) jiný (vypište jaký)

9. Následujícím preventivním opatřením přiřad'te stupeň důležitosti dle vašeho názoru (velmi důležité-1, důležité 2, méně důležité 3, málo důležité 4.)

Preventivní opatření	Vypište Vaše hodnocení důležitosti
Bezpečný povrch- neklouzající podlahová krytina.	
Dobré osvětlení všech prostor	
Používání bezpečné obuvi s pevným opatkem	
Používání opěrných pomůcek	
Omezení pohybu v rizikovém prostředí (náledí, křižovatky atd.)	

Další část dotazníku se věnuje vašemu stravovacímu režimu:

10. Kolikrát denně jíte:

- a) 3x
- b) 5x
- c) 6x
- d) více než 6x

11. Konzumujete pouze jídlo, které dostáváte připravené v zařízení?

- a)ano
- b)ne

12. Pokud si jídlo ještě kupujete nejčastěji je to (můžete vybrat více odpovědí):

- a) ovoce
- b) zelenina
- c) pečivo
- e) sladkosti
- f) mléčné výrobky

- g) nápoje (minerálky, džusy)
- h) sladké nápoje (limonády, sirupy apod.)
- ch) uzeniny
- i) alkohol (pivo, víno)

13. Jste spokojeni se stravováním v domově pro seniory?

- a) ano
- b) ne

Pokud ne co Vám nevyhovuje (vypište)

graf: nejčastěji zmiňované problémy se stravováním v zařízení:

málo kořeněné jídlo

opakující se jídla

nedostatek příloh

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

14. Jakou částí z celodenní stravy, by měly být zastoupeny polysacharidy (pečivo, rýže apod.)

- a) 20%
- b) 40%
- c) 50-60%

15. Jakou částí by měly být dle Vás zastoupeny tuky

- a) 20%
- b) 40%
- c) 50 -60%

16. Jakou částí by měli být zastoupeny bílkoviny (maso, mléčné výrobky)

- a) 20%
- b) 40%

c) 50% - 60%

17. Kolikrát měsíčně jíte rybu

a) 1x

b) 2x

c) alespoň jednou týdně

d) ryby nejím

18. Kolik tekutin denně vypijete?

a) do 2l

b) 2-3l

c) více jak

19. Užíváte nějaké doplňky stravy?

a) ne

a) ano (vypište jaké) – vitamíny přípravky na klouby, jiné volně dostupné léky

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

20. Máte lékařem nařízenou dietu?

a) ano - prosím napište jakou (dieta č. 9, dieta č. 4, ano, ale neví jakou)

b) ne

Zde je prostor pro Vaše sdělení ohledně výživy a pohybu:

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

Děkuji za Vaši ochotu a vyplnění dotazníku.

