



Zdravotně  
sociální fakulta  
Faculty of Health  
and Social Sciences

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

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích  
Zdravotně sociální fakulta  
Ústav sociálních a speciálněpedagogických věd

Bakalářská práce

# **Životní styl seniorů v kontextu sociální práce**

Vypracovala: Miroslava Popelová  
Vedoucí práce: PhDr. Lenka Motlová

České Budějovice 2016

## Abstrakt

V této práci jsem se nejprve zaměřila na definování pojmů stárnutí, stáří a senior. Především se zde zabývám zdravím a životním stylem ve stáří, konkrétně výběrem několika sociálních determinant zdraví, které ovlivňují život seniorů. Dále popisuji, jak by starší generace měla pečovat o své zdraví v oblastech výživy, pohybu, spánku, psychické pohody a způsobech zvládání stresu. V souvislosti se zdravým a aktivním stárnutím je v práci psáno také o důležitosti sociálních služeb, které seniorům mohou pomoci řešit jejich náročnou životní situaci ať už z důvodů sociálních, ekonomických či zdravotních.

Pro svou bakalářskou práci jsem stanovila dva cíle výzkumu. Prvním cílem bylo zmapovat životní styl jako sociální determinantu zdraví ve stáří. Druhým cílem bylo zjistit, zda a jakým způsobem seniorky pečují o své zdraví. Výzkumná část bakalářské práce se týká životního stylu seniorů žijících v domácím prostředí na Trhvosvinensku. Pro zjištění potřebných informací byl použit kvalitativní výzkum, metoda dotazování a technika polostrukturovaného rozhovoru. Pro výzkumné šetření bylo vybráno pět komunikačních partnerek ve věku 65+ a to metodou Snowball sampling. Získaná data byla zpracována metodou vytváření trsů, kdy jednotlivá data byla rozdělena do skupin na základě podobnosti výroků, které se vztahovaly k jednotlivým okruhům.

Z výzkumu vyplynulo, že oslovené seniorky mají určité povědomí o zdravém životním stylu v oblasti pohybu, spánku, psychické pohody, zvládání stresu a výživy. Avšak výsledky šetření ukazují především na nedostatky v oblasti stravování, jelikož třem seniorkám z pěti hrozí riziko podvýživy. Dotazované seniorky si nejvíce cení svých rodin a dobrých vztahů s jejich blízkými. Potřebují cítit, že je má stále někdo rád a mohou se na ně obrátit, kdykoliv je to zapotřebí. Pokud rodina a přátelé nemají čas, seniorky se mohou obrátit na Pečovatelskou službu Ledax, o.p.s. v Trhových Svinech, která jim např. doveze obědy nebo je doprovodí k lékaři. Bylo zjištěno, že na Trhvosvinensku chybí služby, které by seniorky využívaly ve svém volném čase

a setkávaly se tak se svými přáteli při nejrůznějších činnostech. Za takovými službami musí jet do Českých Budějovic, kde je nabídka služeb pro seniory na vyšší úrovni.

**Klíčová slova**

zdraví, životní styl, senior, stáří, sociální determinanty zdraví, výživa, pohyb, spánek, psychická pohoda, stres, sociální práce

## **Abstract**

At first, I focused on defining the concepts of ageing, old age and senior, in this work. Above all, I deal with health and lifestyle in old age, namely the choice of several social determinants of health, which influence the senior's lives. I also describe by which way the older generation should take care of their health in the areas of nutrition, motion, sleep, mental well-being and ways of coping with stress. In connection with healthy and active ageing, there is also written about importance of social services, which can help seniors with solving their difficult life situation, whether due to social, economical or health reason.

I have chosen two targets of the research for my bachelor thesis. The first one was to map the lifestyle as a social determinant of health in old age. The second one was to find out, whether and by which way the seniors take care of their health. The research part of the bachelor thesis relates to the lifestyle of seniors living at home in Trhšovensko. To determine the needed information, there was used qualitative research, question method of questioning and semi-structured interview technique. For the research survey, there were chosen five communicative partners in age 65+, namely by the Snowball sampling method. Reached data were processed by the clustering method, in which individual data were divided into group based on the similarity of the statements, which were related to particular topics.

The research has shown, that the asked seniors have some awareness of a healthy lifestyle in the areas of motion, sleep, mental well-being, stress management and nutrition. However, the survey results point primarily out to shortages in nutrition, because 3 of 5 seniors are at risk of malnutrition. Interviewed seniors appreciate their family and good relations with their close friends the most. They need to feel that they are still loved and can contact them whenever needed. If the family or the friends don't have time, they can contact the Care service Ledax, o.p.s. in Trhové Sviny, which, for example, can bring them lunch or accompany them to the doctor. In Trhšovensko,

there was found, that there are missing services, which would the seniors utilize in their free time and meet with their friends in various activities. For these services they have to go to České Budějovice, where the offer of the services is on a higher level.

**Key words**

health, lifestyle, senior, old age, social determinants of health, nutrition, motion, sleep, mental well-being, stress, social work

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to - v nezkrácené podobě - v úpravě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných fakultou - elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejich 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. 2016

.....

Miroslava Popelová

## **Poděkování**

Tímto bych chtěla poděkovat vedoucí mé bakalářské práce paní PhDr. Lence Motlové za pomoc a cenné rady při psaní jak teoretické, tak výzkumné části této práce.

# Obsah

Úvod .....	10
<b>1. Současný stav .....</b>	<b>12</b>
1.1 Stárnutí.....	12
1.2 Stáří.....	13
1.3 Senior .....	14
1.4 Zdraví a životní styl ve stáří .....	15
1.5 Sociální determinanty zdraví .....	17
1.5.1 Výživa.....	18
1.5.2 Pohyb.....	20
1.5.3 Spánek .....	22
1.5.4 Psychická pohoda .....	23
1.5.5 Stres a způsoby jeho zvládnání.....	25
1.6 Aktivní a zdravé stárnutí v kontextu sociální práce.....	27
<b>2. Cíl práce .....</b>	<b>31</b>
2.1 Operacionalizace pojmů .....	31
<b>3. Metodika.....</b>	<b>32</b>
3.1 Použité metody a techniky sběru dat .....	32
3.2 Realizace výzkumu .....	34
3.3 Charakteristika výzkumného souboru .....	35
3.4 Způsob zpracování dat.....	36
<b>4. Výsledky .....</b>	<b>36</b>
4.1 Shrnutí výsledků .....	46
<b>5. Diskuze.....</b>	<b>48</b>
<b>6. Závěr.....</b>	<b>53</b>
<b>7. Seznam použitých zdrojů.....</b>	<b>55</b>
<b>8. Přílohy .....</b>	<b>60</b>



## **Seznam použitých zkratk**

KP1 = Komunikační partnerka číslo 1

KP2 = Komunikační partnerka číslo 2

KP3 = Komunikační partnerka číslo 3

KP4 = Komunikační partnerka číslo 4

KP5 = Komunikační partnerka číslo 5

ESS = Epworth Sleepiness Scale (Epworthská škála spavosti)

GDS = Geriatric Depression Scale (Geriatrická škála deprese)

MMSE = Mini Mental State Examination (Test kognitivních funkcí)

MNA = Mini Nutritional Assessment (Škála pro hodnocení stavu výživy)

IADL = Instrumental Activity of Daily Living (Test instrumentálních všedních činností)

WHO = World Health Organization (Světová zdravotnická organizace)

# Úvod

Počet seniorů se neustále zvyšuje. Úmrtí v mladším a středním věku jsou méně častá, jelikož se zlepšují životní a pracovní podmínky, dochází k sociálnímu rozvoji včetně značných pokroků v medicíně. Bohužel mnoho mladých lidí považuje seniory za zátěž především z ekonomického hlediska. Každodenně můžeme na ulicích spatřit chování mladých lidí k těm starším. Seniorům se často nedostane sebemenšího respektu a úcty. Neměli bychom zapomínat, že jednou všichni zestárneme a budeme se potýkat se stejnými obtížemi. Stáří neznamená konec života, i lidé v seniorském věku mají právo na plnohodnotný a uspokojující život. Měli bychom se proto zamyslet, jak se ke starším lidem jako společnost chováme a co pro ně můžeme udělat.

V průběhu bakalářského studia mě provázely předměty, v nichž jsem často volila prezentace či seminární práce týkající se problematiky stárnutí, stáří a seniorů. Postupem času jsem získávala více a více informací, a tudíž jsem si v průběhu studia pro svou bakalářskou práci zvolila téma „Životní styl seniorů v kontextu sociální práce“.

Během studia na Zdravotně sociální fakultě Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích jsem měla možnost absolvovat odbornou praxi v Pečovatelské službě Ledax, o.p.s. Setkala jsem se seniory a seniorkami, které jejich rodiny velmi podporují a navštěvují je i přes nedostatek času, který je v dnešní době a naší uspěchané společnosti velmi vzácný. Na druhou stranu jsem poznala několik starších lidí, kteří jsou vděční za kontakt s pečovatelskou službou, jelikož je jejich rodiny příliš nenavštěvují a konec konců si na ně ani ten natolik vzácný čas nechtějí udělat.

V bakalářské práci se nejprve zabývám definováním pojmů jako stárnutí, stáří a senior. Komplexně zde popisuji zdraví a životní styl ve stáří. Stěžejní kapitolu představuje výběr pěti sociálních determinant zdraví - výživa, pohyb, spánek, psychická pohoda, stres a způsoby jeho zvládnutí. V závěru teoretické části práce se zaměřuji na aktivní a

zdravé stárnutí v kontextu sociální práce. V praktické části práce se nejprve zabývám operacionalizací pojmů, dále popisuji použité metody a techniky sběru dat. Následuje realizace výzkumu, charakteristika výzkumného souboru a způsob zpracování dat. V závěru práce shrnuji dosažené výsledky výzkumu a porovnávám je s informacemi v odborné literatuře. V bakalářské práci uvádím, jak by starší generace měla pečovat o své zdraví a jak o něj pečovat v oblastech výživy, pohybu, spánku, psychické pohody a zvládání stresu. Zdravé a aktivní stárnutí ovlivňuje nejen sama seniorka, ale také její rodina a v neposlední řadě sociální služby, které má k dispozici ve svém okolí.

# 1. Současný stav

## 1.1 Stárnutí

Stárnutí je nevratný proces, který můžeme pouze zpomalit nebo oddálit jednotlivé formy jeho projevů (Dienstbier, Procházková, 2011). Tento proces je disociovaný, asynchronní, dezintegrovaný a zčásti je rozvíjen náhodnými jevy, poruchami a chybami. Oproti mládí jde o znevýhodnění organismu z důvodu klesání zdatnosti, adaptability i odolnosti (Čevela, Kalvach, Čeledová, 2012). Čevela (2012) stárnutí definuje také jako neodvratný fyziologický děj, který je cestou do stáří. Jak uvádí Kempermann v knize Grusse (2009), stárnutí potká každého bez ohledu na to, zda chce, nebo ne. Říká, že je tento proces aktuální, pokud uběhlo mnoho času v životě konkrétní osoby. Gruss (2009) ve své knize cituje Baudische, který považuje stárnutí za proces, který se projevuje zvyšováním rizika úmrtí s věkem a snižováním schopnosti reprodukce.

Na rychlost stárnutí má vliv především genetika, životní styl, prostředí, ve kterém člověk žije, práce, kterou vykonává, a stres. Se stárnutím souvisejí změny buněk a tkání, které začínají zpravidla ve 30 letech života každého jedince (Mlýnková, 2011). Čevela (2012) uvádí, že dle Janečkové mnoho lidí ve stáří ztrácí schopnost uspokojovat své každodenní potřeby a naplňovat plány, udržovat kontrolu nad svým životem v míře, na jakou byli zvyklí. Tím se podstatně snižuje kvalita jejich života (Čevela, 2012). Grün (2009) tvrdí, že k procesu stárnutí patří také získání tichosti, kterou myslí uvažování o tom, co bylo a co je. Dvořáčková cituje kolektiv autorů (2012), který píše, že neexistují žádné hranice ani životní etapy. Stárnutí se tedy týká všech a stejným způsobem a trvá od početí až po smrt jednotlivce (Holzerová, Dvořáčková, 2013).

Stárnutí bývá prezentováno zvyšujícími se náklady na zdravotní a sociální péči a rostoucími nároky na důchodový systém (Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2014). Ve srovnání se současným stavem se v České republice očekává až dvojnásobný počet obyvatel ve věku 65 a více let, a to již v 50. letech 21. století (Ministerstvo práce

a sociálních věcí, 2014). Jelikož se stárnutí nevyhneme, je zapotřebí jej přijmout jako dar, se kterým budeme moudře hospodařit (Křivohlavý, 2011).

## 1.2 Stáří

Každý člověk má geneticky vyměřený život, jehož poslední etapou je stáří (Dientsbier, Procházková, 2011). Stářím je nazýváno období života, které může pokračovat všestranným a harmonickým rozvojem lidské osobnosti (Čevela, Kalvach, Čeledová, 2012). Baltes v knize Grusse (2009) uvádí, že stáří je zároveň psychický, tělesný, sociální a duchovní jev.

Stáří jako životní fáze člověka je ohraničená dvěma časovými body, přičemž horní věková hranice je vymezena smrtí a spodní věková hranice je dána jevy a procesy, které tvoří stáří a do života člověka vstupují postupně. Stáří je tvořeno úhrnem těchto jevů a procesů (Sak, Kolesárová, 2012). Potom, co se Grün (2009) nechal inspirovat jednou ženou, charakterizuje stáří jako podzim plný barev, pro který jsou typické nádherné podzimní barvy, mírný slunečný svit a oslavy úrody, užívání si darů stvoření. Úkolem této životní fáze je zkoušet nové věci. Například můžeme začít malovat, plést, modelařit nebo vytvářet keramiku (Grün, 2009). Sýkorová (2007) považuje stáří za sociální konstrukci, ať se jedná o určení jeho počátku (mezního věku, očekávání) vztažených k lidem označených za staré, nebo o způsoby zacházení s nimi.

Trojí podoba stárnutí a stáří:

- a) *Úspěšné stárnutí a zdravé (aktivní) stáří* - jde o zachování zdravotního a funkčního stavu, psychické pohody a ekonomické situace. Spokojenost a seberealizace je lidem umožněna v případě, že výše uvedené stavy odpovídají nárokům prostředí.
- b) *Obvyklé stárnutí a stáří* - mezi zhoršeným zdravotním a funkčním stavem, psychickými potřebami, sociálně ekonomickými možnostmi a nároky prostředí existuje nerovnováha. Za následek je považována nedostatečná spokojenost,

seberealizace či participace odpovídající mnoha obdobně starým občanům v dané společnosti.

- c) *Patologické stárnutí* - výrazně horší než u obvyklé situace vrstevníků je zdravotní a funkční stav, seberealizace, spokojenost, adaptace a participace. Je přítomna závažná disabilita, dochází k rezignaci, maladaptaci, sociální exkluzi, ke ztrátě soběstačnosti a dokonce i k zanedbávání či zneužívání. Na patologickém stáří se výrazně podílejí involuce, zdravotní stav, náročnost/vstřícnost prostředí, finanční zdroje, životní události, osobní charakteristiky a problémy s komunikací (Čevela, Kalvach, Čeledová, 2012).

### 1.3 Senior

Senior je člověk v završující životní fázi se specifickým postavením ve společnosti. Člověk se jím plynule stává přechodem ze střední generace. Senior zažil různé politické programy a reprezentace. Společnost viděl v různých kritických a krizových situacích, získal nadhled nad společenským děním a společenské a politické zkušenosti zobecnil. Vytvořil si programy pro analýzu, hodnocení a pochopení společenského dění. Proto můžeme říci, že má senior největší zásobu životních zkušeností (Sak, Kolesárová, 2012). Haškovcová (2012) za seniora považuje zpravidla váženého člena nějakého společenství. Je to starší člověk, ale také nejstarší. V mnoha kulturách, dle Křivohlavého (2011), je na staršího člověka nahlíženo jako na člověka moudrého, charakterního a obecně „vzácného“. Ministerstvo práce a sociálních věcí (2014) za seniora považuje osobu dosahující věku potřebného k odchodu do starobního důchodu podle § 29 odst. 1 zákona o důchodovém pojištění, přičemž nezáleží na tom, zda starobní důchod pobírá či nikoliv (Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2014). Charakteristikou seniora se stává disponibilita dělící volný čas od času pracovního. Rozšíří se mu objem času společně s rozsahem věcí a jevů, o kterých rozhoduje svobodně pouze sám. A to v míře, která vysoce přesahuje jeho životní zkušenost (Sak, Kolesárová, 2012).

Mühlpachr (2005) uvádí následující členění seniorů:

- a) *mladí senioři* - věk 65-74 let, dominuje u nich problematika adaptace na penzionování, volného času, aktivit a seberealizace;
- b) *staří senioři* - 75-84 let, dochází ke změně funkční zdatnosti a atypickému průběhu chorob;
- c) *velmi staří senioři* - 85 a více let, v tomto věku je nutné sledovat soběstačnost a zabezpečení jednotlivých seniorů.

## 1.4 Zdraví a životní styl ve stáří

Zvyšování kvality lidského života, životní úrovně a celkového zlepšování zdravotního stavu zapříčiňuje prodlužující se délka lidského života. Dožívání se vysokého věku se zcela jistě promítá do života seniorů i do celé společnosti, jelikož tento komplexní proces ovlivňuje mezigenerační vztahy a zahrnuje všechny oblasti života. Aby se efektivně využil potenciál velkého množství seniorů, je potřeba se zaměřit na oblasti zdraví a celoživotního učení (Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2014).

Aktivní a zdravé stárnutí chce podpořit WHO/Evropa, která rozděluje aktivity do čtyř oblastí. Jedná se o zdravé stárnutí v průběhu celého života, podpůrné prostředí, zdravotní a dlouhodobou péči pro stárnoucí populaci a nakonec posílení statistických poznatků a výzkumů. Cílem WHO/Evropa (2015) je pomoci lidem přijmout do svého života zdravější chování co možná nejdříve a přizpůsobit se změnám souvisejícím s věkem. Zaměřuje se již na období raného stáří a jedince starší padesáti let. Organizace podporuje zastavěné prostředí a veřejnou dopravu, která je přístupnější a přispívá tak k fyzické aktivitě. Dále se snaží o zajištění přístupu k informacím pro starší lidi a začleňování občanů do sociálního prostředí. Organizace spolupracuje s členskými státy a pomáhá jim začlenit politiku zdravého stárnutí v jejich sociální a zdravotní strategii. Cílem této spolupráce je udržitelnost veřejného financování zdravotnických systémů. WHO/Evropa v členských státech monitoruje a hodnotí zdravotní a funkční stav starších občanů a jejich přístup ke zdravotním a sociálním službám (WHO/Europe, 2015).

Jelikož každý člověk do určité míry nese odpovědnost za své zdraví sám za sebe, celkový zdravotní stav obyvatelstva odpovídá individuálnímu přístupu každého jednotlivce. Česká republika je povinna vytvářet zdravé podmínky a podporovat programy, které se zaměřují na motivaci lidí ke zdravému životnímu stylu. Dále chce stát občany motivovat k využívání nabídky preventivních programů a k převzetí odpovědnosti za svůj život (Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2014).

Pojem životní styl bývá spojován s kvalitativními charakteristikami životního způsobu a s významy, na základě kterých lidé interpretují realitu a na základě kterých jednají a žijí (Kubátová, 2010). Tento pojem má řadu představ a souvislostí, váže se například na módu a odívání, zdraví a pohyb, bydlení, ekologické chování, konzumní chování (Duffková, Urban, Dubský, 2008). Životní styl je definován jako dynamizovaný hodnotový systém člověka, modifikovaný jeho endogenními a exogenními danostmi, promítnutý do časoprostoru životního a sociálního pole přirozeného světa v konkrétní společnosti. Životní styl je tedy výsledkem naší svobodné volby, ale ve velké míře je také ovlivňován společností, životním prostředím a krajinou, v níž žijeme. Součástí životního stylu jsou aktivity ve volném čase, způsob dopravy, stolování, komunikace, pracovní aktivity a s nimi spojený obsah a charakter práce, trávení dovolené, způsob péče o děti, velikost rodiny a interakce mezi jejími členy (Sak, Kolesárová, 2012).

Naše populace stárne a každý den do seniorského věku přechází mnoho lidí. Na toto období lze nahlížet jak pozitivně, tak negativně. Senior se může věnovat věcem, které doposud ve svém životě nestihl a může si vybírat pouze aktivity, které ho baví. Není pozdě ani na nové záliby a učení se novým věcem, které je velmi přínosné pro optimální fungování našeho mozku. Avšak v organismu dochází vlivem stárnutí k celé řadě změn (Suchá, Jindrová, Hátlová, 2013). Životní dynamika s přibývajícím věkem klesá, a proto je třeba přizpůsobit tomu běžné denní aktivity. Staří lidé jsou od lékařů, rodiny i přátel zvyklí na zákazy (To nedělej! Počkej, až se uzdravíš!). V současné době se objevuje nový trend, který zdůrazňuje, co ještě mohou senioři dělat. Měli by si pěstovat radost



z maličností a ostatní lidé by tyto každodenní starosti měli oceňovat (Haškovcová, 2012).

Život seniorů může být bohatý. V řadě směrů jsou aktivnější než mladší generace. Vždy záleží na osobních předpokladech daného jedince. Seniori stejného věku mohou mít zcela odlišný zdravotní stav, a tudíž i život a životní styl (Sak, Kolesárová, 2012). Vhodnými životními návyky můžeme předejít řadě onemocnění, zkvalitnit a prodloužit si život. Aby nám životní styl přinášel radost, a rovněž prospíval zdraví, je důležité porozumět tomu, co naše tělo potřebuje. Správný životní styl napomáhá k udržení dobré pohyblivosti, fyzické i psychické kondici (Floriánková, 2014).

## 1.5 Sociální determinanty zdraví

Wilkinson a Marmot (2003) se zaměřují na deset sociálních determinant zdraví. Tyto determinanty považují za nejkompexnější přístup k analýze zdravotního stavu jedince. Řadí mezi ně dětství, sociální gradient, stres, sociální vyloučení, nezaměstnanost, práci, sociální oporu, výživu, závislost a dopravu (Brabcová, Vacková, 2013). Komise pro sociální determinanty zdraví, kterou založila Světová zdravotnická organizace, uvádí, že sociální determinanty zdraví jsou významné při hledání příčin nerovností ve zdraví (Brabcová, Vacková, 2013). Čevela a kol. (2014) poukazuje především na důležitost životního prostředí a životního stylu jako základních determinant zdraví. K těmto determinantům řadí také biologický základ a zdravotní péči (Čevela a kol., 2014).

*„Koncept sociálních determinant zdraví odráží přesvědčení, že to, co rozhoduje o zdraví lidí, je především prostředí, ve kterém se lidé narodí, žijí, pracují a stárnou. Toto prostředí je utvářeno především sociálními a ekonomickými podmínkami. Nedobré sociální podmínky jsou důvodem předčasných úmrtí a nemocí“* (Brabcová, Vacková, 2013, s. 410).

Pro účely této bakalářské práce jsem se zaměřila na pět oblastí, které ovlivňují zdraví seniorů - výživa, pohyb, spánek, psychická pohoda a způsoby zvládání stresu.

### 1.5.1 Výživa

Nejdůležitějším faktorem, který ovlivňuje naše zdraví, je množství a kvalita stravy. Zdraví člověka ovlivňuje až ze 70 % právě výživa spolu s pohybovou aktivitou, spánkovými zvyklostmi a dalšími návyky, jako je například kouření. Dostatek kvalitních potravin přispěl k prodloužení očekávané délky života, ale také narůstá počet obézních lidí, kteří se mohou potýkat s cukrovkou, se srdečně-cévními chorobami, vysokým krevním cholesterolem či dnou. Kvalita výživy ovlivňuje například tvorbu hormonů, fyzický výkon, psychický výkon, imunitu, regeneraci buněk a tkání, hojení ran a plodnost. Dobrý výživový stav zkracuje a zlehčuje průběh onemocnění, zkracuje potřebnou dobu léčby a rekonvalescence, snižuje riziko infekčních komplikací a zlepšuje schopnost využití léků (Floriánková, 2014). Někteří odborníci odhadují, že nesprávné stravování je příčinou až dvou třetin chorob. Senioři si často neuvědomují souvislost stravy s celkovou životní pohodou. Prohřešky proti správnému stravování nemusí vést jen k obezitě, ale také k malnutrici (Haškovcová, 2012).

Ve vyšším věku je potřeba hlídat množství živin v jídelníčku, protože se zhoršuje schopnost některé živiny vstřebat. Potřeba některých živin tedy stoupá, ale potřeba celkové energie se mírně snižuje. Rozhodně neplatí, že čím je člověk starší, tím méně stravy potřebuje. Ve stáří se snižuje pocit žízně, avšak potřeba tekutin se nemění. Je zapotřebí dbát na dostatečný přísun tekutin, aby nedocházelo k dehydrataci. Důležitý je také dostatečný přísun bílkovin a vlákniny. Mezi nejčastěji chybějící vitamíny u seniorů se řadí betakaroten, kyselina listová a vitamíny B12, C, D, a E. Zapotřebí jsou také minerální látky, a to hlavně železo, zinek, vápník a jód. Starší lidé by měli ubrat živočišné tuky, přičemž by do svého jídelníčku měli zařadit nenasycené tuky z kvalitních rostlinných olejů, margarínů, ořechů a semen a z ryb (Floriánková, 2014). Tepelná úprava potravin činí výsledný pokrm stravitelnější. Na druhou stranu se mohou ničit některé vitamíny, zejména při pečení, smažení, grilování a pečení na ohni se odbourávají bílkoviny a tuky a v pokrmech se objevují karcinogenní látky (Dienstbier, Procházková, 2011).

Alkohol by měl být součástí jídelníčku pouze občasně. Nejvhodnější je suché víno, popřípadě pivo, které pijeme méně často. Destiláty jsou zcela nevhodné. Důležité je zmírnit solení pokrmů, přičemž při jejich přípravě solíme co nejméně a jídlo na talíři již nedosolujeme (Floriánková, 2014). Příjem soli je třeba snížit na méně než 5 g za den, což je přibližně jedna kávová lžička. Toto opatření pomáhá předcházet hypertenzi a snižuje riziko onemocnění srdce a mrtvice (WHO, 2015a).

Většina českých seniorů se domnívá, že vaří takzvanou „tradiční českou kuchyní“, která obsahuje nadbytek živočišných tuků, soli, cukru a bílkovin (Floriánková, 2014). Avšak pro naše předky byla daleko typičtější luštěninová jídla, jídla z jáhel, pohanky, krup, špaldové a žitné mouky, tvarohu, ovoce a zeleniny, ořechů a semínek (Floriánková, 2014). Do zdravé výživy můžeme zařadit i konzumaci nejrůznějších doplňků stravy, vitamínů a antioxidantů, které přispívají k prevenci vzniku nádorových onemocnění (Haškovcová, 2012). Je snazší, levnější, rychlejší a méně bolestivé nemocem předcházet, než je léčit. K tomu nám napomáhá právě zdravá výživa (Astl, Astlová, Marková, 2009).

Floriánková (2014) uvádí několik zásad stravování ve zralém věku:

- a) *pravidelnost* - 5x až 6x denně malé porce;
- b) *pestrost* - konzumace různých druhů potravin, zkoušení nových receptů;
- c) *příjem tekutin* - nápoj ke každému jídlu, pít co nejčastěji v malých dávkách, a to nejlépe vodu nebo neslazené slabé čaje;
- d) *dostatek bílkovin* - jelikož si bílkoviny naše tělo neumí vytvářet ani je skladovat, každý chod by měl obsahovat alespoň kousek bílkovinné potraviny;
- e) *ovoce a zelenina* - tyto potraviny je třeba jíst denně ke každému chodu;
- f) *zdravé tuky* - do jídelníčku přidáváme nenasycené tuky z rostlinných olejů, ryb, semínek a ořechů;
- g) *vláknina* - často zařazujeme luštěniny, tmavé pečivo, méně sladké ovoce a celozrnné přílohy, které vaříme pouze „al dente“ (na skus);
- h) *tělesná hmotnost v normě* - obezita i podváha představuje riziko;

- i) *přizpůsobení jídelníčku* - jsme-li nemocní, nároky těla na potřebu živin se mění, v případě dietního omezení nahrazujeme potraviny jinými s podobným složením (například místo mléka konzumujeme kysané nebo bezlaktóзовé či sójové výrobky);
- j) *zvýšená pozornost* - je zapotřebí sledovat varovné příznaky nemoci, případné potíže bezodkladně probereme s lékařem.

Vrchní nutriční terapeutka Starnovská (2015) uvádí, že se lidé ve starším věku spontánně vracejí ke stravování z období do 6 let věku.

## **1.5.2 Pohyb**

Pravidelné cvičení přispívá k větší fyzické odolnosti při každodenních aktivitách a při stresových situacích. Také pomáhá čelit nemocem. Mezi způsoby podpory tělesné zdatnosti řadíme především chůzi, cvičení jógy a Tai Chi. Tato cvičení mají pozitivní vliv i na lidskou psychiku (Dientsbier, Procházková, 2011). Abychom zabránili nudě, pohybové aktivity je vhodné střídat. Různorodostí cviků senior zapojuje různé svalové skupiny a zamezuje tím přetížení pohybového ústrojí. Vhodným pohybem může být uklízení, příprava jídla, lehké práce na zahradě, jízda na kole, plavání či chůze po schodech místo používání výtahu. Mnoho seniorů je bohužel přesvědčeno, že pro ně fyzická zátěž není vhodná a vyhýbají se jí. Naopak je známo, že člověk, který se méně pohybuje, bude slabší a méně pohyblivý (Roslawski, 2005). Pokud lidé pravidelně cvičí, žijí déle, než ti, kteří se pohybovým aktivitám nevěnují. Navíc se pohybem může zpomalit ubývání svalové síly, pohyblivosti kloubů a zhoršování srdečních funkcí. Nejčastějším důvodem k pohybové aktivitě je snaha cítit se fyzicky i mentálně lépe (Suchá, Jindrová, Hátlová, 2013). Sýkorová (2007) ve svém výzkumu poukazuje na přirozenou lenost člověka. Zjistila, že je aktivita pro seniory spíše výsledek individuální snahy a přemožení této lidské vlastnosti. Senioři si často vybírají aktivity dle jejich finančních možností. Haškovcová (2012) uvádí, že někteří senioři jsou aktivní tzv. od přírody. Avšak velký počet seniorů je spíše pasivní. Důležitá je motivace a promyšlená

péče o jejich fyzickou a psychickou zdatnost. Lidem ve vyšším věku nabízí celá řada státních i nestátních subjektů a občanských sdružení sportovní, zábavné i naučné programy (Haškovcová, 2012). Značný vliv na aktivní způsob života seniora může mít rodina, která ho psychicky podporuje a pomáhá mu s dodržováním zdravějšího životního stylu (Roslawski, 2005).

Udržování dobré pohyblivosti má vliv na naši soběstačnost v běžných denních činnostech a nezávislost na cizí péči. Pohyb pozitivně působí na fyzickou stránku člověka v mnoha směrech:

- a) Blahodárně působí na imunitu a odolnost organismu, zkracuje dobu rekonvalescence po případných onemocněních.
- b) Preventivně působí proti vzniku tzv. metabolického syndromu. Vyznačuje se příznaky, které se vyskytují současně. Jde například o obezitu, vysoký krevní tlak, cukrovku druhého typu a zvýšenou hladinu krevních tuků.
- c) Pohyb zlepšuje stav srdečně-cévního aparátu (výkonnost srdečního svalu, pružnost cévních stěn).
- d) Lepší se i vitální kapacita plic a pružnost plicní tkáně.
- e) Pozitivní vliv má také na peristaltiku střev.
- f) Taktéž působí v prevenci osteoporózy (Suchá, Jindrová, Hátlová, 2013).

Lidé ve věku 65 let a výše by se měli fyzickou aktivitou mírné intenzity zabývat alespoň 150 minut týdně. Pro další přínosy pro zdraví je vhodný pohyb trvající 300 minut. Pokud se jedná o fyzickou aktivitu s větší intenzitou, je doporučeno 75 minut týdně. V případě špatné pohyblivosti seniora by fyzická aktivita měla být prováděna alespoň 3 dny v týdnu. Posílí se tak rovnováha staršího jedince a zabrání se pádům (WHO, 2015c).

### 1.5.3 Spánek

Lidský organismus potřebuje odpočinek a spánek. Jedná se o fyziologické a psychické potřeby pro přežití. Spánek zmírňuje napětí a nabíjí nás energií. Klidu a spánku věnujeme téměř jednu třetinu života (Touhy, 2010). Mimo jiné stárnutí doprovázejí spánkové změny. Jedná se především o zhoršené usínání, častější noční buzení a usínání během dne. Senioři chodí dříve spát a vstávají brzy ráno. Mívají málo kvalitní a nepříliš hluboký spánek. Krátký a nekvalitní spánek označujeme jako insomni. Chorobné stavy nespavosti je potřeba řešit s lékařem (Dienstbier, Procházková, 2011).

Doporučovaná doba spánku je 7 - 8 hodin, přičemž bychom do postele měli uléhat pouze při pocitu ospalosti. Důležité je pravidelné uléhání i probouzení. Před spánkem nejíme těžká jídla, nepijeme kávu a alkohol. Zdravému spánku svědčí příjemná hudba, vhodně zvolená četba, tma, ticho a příjemná teplota místnosti. Přes den bychom se měli věnovat fyzickému cvičení a zájmovým aktivitám, přičemž bychom neměli spát déle než 30 - 45 minut (Dienstbier, Procházková, 2011).

Problémy se spánkem mnohým seniorům způsobují vedlejší účinky léků, které užívají například na chronickou bolest, artritidu či depresi. Poruchy spánku způsobují nejrůznější biologické změny, mezi které lze zařadit časté močení během noci. Jedna teorie uvádí, že staří lidé vyrábějí a uvolňují méně hormonu melatoninu. Právě tento hormon pomáhá lidem spát (Rodriguez, 2013).

Spánek je pro každého jedince důležitý především z důvodu regenerace tkání organismu a restauraci energetických zdrojů. Již po uplynutí 36 hodin v bdělém stavu rapidně klesá psychická výkonnost člověka. V klidu a při stereotypní a monotónní činnosti se objevuje narkolepsie. Jedná se o poruchu spánku, která je charakterizována zvýšenou spavostí ve dne a naopak nekvalitním nočním spánkem. Oproti mladým lidem ti starší usínají dříve, a také se dříve probouzejí. Nějakou poruchou spánku trpí více než 50 % populace starší 65 let. Tyto poruchy mívají původ z jiných nemocí, jde např. o demenci, depresi, Alzheimerovu chorobu, Parkinsonovu chorobu, ischemickou chorobu srdeční či

různé bolestivé stavy. Dalším důvodem poruchy spánku může být dlouhodobé užívání nejrůznějších léků (Vašutová, 2009).

Pro stanovení diagnózy se spánkové laboratoře zabývají komplexním vyšetření spánku, které zahrnuje anamnézu, vyplnění standardních dotazníků a denních záznamů a další pomocné laboratorní metody. Například Spánkový kalendář spočívá v tom, že si pacient obvykle 24 hodin zaznamenává průběh spánku, bdění a všechny aktivity, které na kvalitu spánku mohou mít nějaký vliv. To vše po dobu 1 - 4 týdnů. K subjektivní kvantifikaci denní spavosti se používá Epworthská škála spavosti, která za poslední týden zachycuje tendenci spát v osmi situacích běžného života (Vašutová, 2009).

#### **1.5.4 Psychická pohoda**

S rostoucím věkem se mohou u každého člověka objevovat různé změny psychiky. Zhoršují se kognitivní funkce, tedy pozornost, vnímání, paměť, myšlení a představy. Starším lidem často klesá pružnost myšlení a celková psychická vitalita. Objevuje se u nich nadměrná plačtivost nebo rychlé střídání nálad. Až traumatizující změnou může být ztráta životního partnera. Senior pak zažívá pocity nenahraditelné ztráty, prázdnoty, samoty a opuštění. Naopak určité psychické pochody seniorů se zlepšují. Jedná se o trpělivost, vytrvalost, rozvahu a schopnost úsudku. Intelekt, slovní zásoba, jazykové dovednosti a způsob vyjadřování myšlenek zůstávají nezměněny. Senioři mají rádi svůj stereotyp, jen těžko se přizpůsobují nejrůznějším životním změnám (Mlýnková, 2011).

Život bezpochyby zkvalitňují prožitky radosti a štěstí. Tyto prožitky se uplatňují především v činnostech, kde se uplatňuje dovednost člověka. Reaguje tak na určité nároky a je zaujat povahou této činnosti (Štílec, 2004). Křivohlavý (2011) píše o důležitosti trénování duševních schopností. Senioři mohou svou mysl trénovat například luštěním křížovek, kvízů a hádanek. Vhodné je čtení zajímavých knih nebo práce s internetem, kde se člověk dozví odpovědi na své otázky. Starší lidé by se neměli vyhýbat ani studiu. Existují kurzy Univerzity třetího věku, Akademie třetího věku či

různé přednášky a semináře. Psychické pohodě pomáhá kontakt s dlouholetými přáteli, ale také seznamování s novými lidmi. Dobré náladě prospívá i hudba, výlety, péče o květiny nebo domácí zvířata (Křivohlavý, 2011).

Úroveň duševního zdraví každého člověka určují sociální, biologické a psychologické faktory. Lidé ztrácejí schopnost žít nezávisle z důvodu omezené pohyblivosti, chronické bolesti, slabosti nebo jiné duševní či fyzické poruchy. Stejně tak jsou v životě seniora přítomny určité životní stresory, mezi které lze zařadit pokles socioekonomického statusu a odchod do důchodu nebo zdravotní znevýhodnění. U starších osob mohou tyto faktory vést k izolaci, samotě a psychickému strádání a ke ztrátě nezávislosti. U starších lidí trpících nějakým onemocněním je pravděpodobnost výskytu deprese vyšší než u lidí, kteří jsou na tom zdravotně dobře. Naopak neléčená deprese může u seniora s onemocněním srdce negativně ovlivnit jeho fyzický stav. Fyzické zdraví má tedy vliv na duševní zdraví a naopak (WHO, 2015b).

V období stáří jsou lidé citliví na nejrůznější zneužívání. Jde jak o psychické, tak o fyzické, sexuální, emocionální, finanční a materiální zneužívání. Toto zneužívání často vede k fyzickému zranění a k závažným psychologickým důsledkům, včetně úzkosti a deprese. V současnosti má se zneužíváním zkušenosti 1 člověk z 10 (WHO, 2015b). Duševní zdraví u starších osob může být zlepšeno prostřednictvím podpory aktivního a zdravého stárnutí. Tato podpora zahrnuje vytvoření životních podmínek a prostředí, které navozuje pocit pohody a umožňuje lidem vést zdravý a integrovaný život (WHO, 2015b).

Podstatnou součástí kvalitního života je samozřejmě zdraví, ale také naplněnost lidských potřeb a individuálních aspirací. Kvalitu života významně ovlivňuje pocit subjektivní spokojenosti. Mimo jiné je podporu seniorů nutno soustředit na psychické, sociální i spirituální úrovně potřeb. Na adaptabilitu každého člověka jsou kladeny značné nároky. Psychická adaptace je osobnostně specifická a ovlivňuje ji úroveň kognitivních schopností (Čevela, Kalvach, Čeledová, 2012). Čevela (2012) cituje Švancarů, který pro dobrou adaptaci na stáří doporučuje naplňování „5 P“:



- a) *Perspektiva* - podstatné je stanovení si plánů a cílů, k nimž senior směřuje. Člověk se snaží zachovat smysl života. Je zde podstatný vztah vzpomínek a očekávání.
- b) *Pružnost chování a myšlení* - důležitá je aktivní a vědomě pěstovaná schopnost měnit hodnocení, názory a přístupy. Podstatný je zájem o dění a osobnostní růst.
- c) *Prozíravost* - senior respektuje změny a uvážlivě volí vhodné činnosti.
- d) *Potěšení* - je zde kladen důraz na oceňování malých denních radostí. Starší člověk se má stále nač těšit.
- e) *Porozumění* - k ostatním lidem se má přistupovat pozitivně a tolerantně, bez vyhledávání konfliktů.

Největší společnou potřebou starších lidí je být respektován jako svérázný jedinec (Čevela, Kalvach, Čeledová, 2012).

### **1.5.5 Stres a způsoby jeho zvládnání**

Haškovcová (2012) definuje stres jako vysokou až nadlimitní zátěž, která působí na psychiku člověka. Dle Nakonečného (2004) tato zátěž vyvolává psychofyzilogické změny, které jsou zapříčiněny situacemi, jimž se nelze přizpůsobit. Takové situace vyžadují nadměrné psychické i psycho-fyzické vypětí (Nakonečný, 2004). Mezi nejsilnější stresy patří ztráta někoho blízkého. Závažný stres bývá spojený se skutečnou i zdánlivou bezvýchodností či se ztrátou naděje (Čevela, Čeledová, 2014).

Pro udržení pocitu pohody ve stáří je nutné úspěšné zvládnutí různých ztrát a zátěží (Vágnerová, 2007). Zavázalová et al. (2001) do těchto zátěží řadí nemoc a úmrtí partnera, popřípadě dalších blízkých lidí. Tyto ztráty vedou k sociální izolovanosti a osamělosti seniora. Společensky izolovaní lidé žijí sami a nemají žádné kontakty s rodinou či přáteli. Zavázalová et al. (2001) a Novotná (2003) píší o zhoršení zdravotního stavu jako o další zátěžové situaci. Jelikož seniorovi ubývají tělesné i psychické kompetence, ztrácí soběstačnost, které se bojí více než smrti. Zavázalová

et al. (2001), Pechholdová a Šamanová (2006) v knize Vágnerové (2007) uvádí, že častá hospitalizace či přemístění do ústavní péče vede ke ztrátě jistoty soukromí a vynucené změně životního stylu.

Vágnerová (2007) cituje Baltese, Freunda a Li (2005), kteří tvrdí, že ve stáří dochází ke snížení tolerance a omezené schopnosti reagovat přijatelnými obrannými mechanismy. Dále tito autoři uvádějí, že jiné strategie zvládnání a adaptace seniorů mají odlišný charakter oproti mladým lidem a lidem ve středním věku (Vágnerová, 2007).

Lidé se musí vyrovnávat s nově vzniklými situacemi a psychickými stavy, které jimi byly vyvolány. Pro úspěšné zvládnání stresových situací jsou důležité určité faktory, mezi které řadíme osobnostní vlastnosti (zejména míru odolnosti vůči stresu), strategii řešení a vliv sociálního zázemí (např. oporu partnera a přátel) (Nakonečný, 2004).

Nezvládnutý stres se projevuje různými psychosomatickými onemocněními. Jde například o srdeční arytmii a poruchy krevního tlaku, zvýšenou únavnost, bolesti hlavy, zvýšené vnitřní napětí, žaludeční a dvanáctníkové vředy, gastrointestinální potíže (průjemy, zvrácení), nebo o respirační potíže (dušnost) a bronchiální astma. Prostředníkem mezi psychickými a somatickými ději jsou emoce. V určitých emociogenních situacích máme více či méně výrazné tělesné pocity, mezi něž lze zařadit například bušení srdce, svírání žaludku či pocení (Nakonečný, 2004).

Jelikož je třeba postihnout příčiny nežádoucího stresu, samotné léčení zdravotních důsledků nemusí přinést zásadní zlepšení. Příčinou nejistoty, úzkosti a pocitu ohrožení často bývá špatná materiální situace a sociální izolace. Měli by být podporováni všichni, kteří mají existenční potíže, se zvláštním zřetelem k podmínkám seniorů. V této oblasti se velmi cení rozvoj občanských aktivit a možnost vzdělávání (Čevela, Čeledová, 2014). Pro řešení stresových situací neexistuje jednotný návod, avšak bezvýchodné trápení nikam nevede. Úspěšnému zvládnutí stresu napomáhá zejména pozitivní přístup k životu, sebedůvěra a rozumný nadhled. Důležitá je i snaha o racionální zhodnocení konkrétní situace a uvážlivé hledání řešení stávajících nesnází (Čevela, Čeledová, 2014).

Emoce a fyziologické aktivace vyvolané stresovými situacemi jsou většinou velmi nepříjemné. Proto jsou lidé motivováni k tomu, aby takovéto nepříjemné stavy zmírnili nebo odstranili. Většina lidí se vyrovnává se stresovými situacemi pomocí zvládnání zaměřeného na problém a zároveň pomocí zvládnání zaměřeného na emoce (Atkinson, 2003). Zvládnání zaměřené na problém zahrnuje vymezení problému, hledání řešení a zvažování alternativ. Tato strategie může být nasměrována také dovnitř, přičemž člověk mění něco v sobě místo toho, aby změnila prostředí. Lze sem tedy zařadit nalezení alternativních způsobů uspokojení a s tím spojené osvojení nových dovedností. Míra úspěšnosti závisí na zkušenostech jedince a jeho schopnosti sebeovládání (Atkinson, 2003). Lidé, kteří používají zvládnání zaměřené na emoce, se chtějí vyhnout emocím negativním, protože by jim znemožnily provést určité kroky k vyřešení problémů. Tento způsob je často používán, je-li problém neovlivnitelný. Uplatňují se zde prostředky ke zmírnění naléhavosti problémů, jako je například tělesné cvičení, pití alkoholu, vybijení vzteku či hledání psychické podpory u přátel. Lidé také dočasně odsunují problém z vědomí a snaží se zmírnit ohrožení změnou významu situace (Atkinson, 2003).

## **1.6 Aktivní a zdravé stárnutí v kontextu sociální práce**

Samotné stárání není důvodem zvýšené potřeby péče. Sociální práce se seniory je potřeba až v mimořádných situacích způsobených zdravotními či sociálními faktory (Janečková, 2005). Tato sociální práce se soustředí na péči o seniory, jejichž zdravotní stav je spojen s poklesem funkčních schopností a soběstačnosti. Smyslem sociální práce se seniory je pomoci těmto lidem vyjít ven z tzv. bludného kruhu nezvládnání, který zapříčiňuje bariéry psychologické i sociální. Jelikož sociální pracovník často bývá jediným prostředníkem kontaktu seniora s vnějším světem, tvoří se mezi starými lidmi a sociálními pracovníky určitý vztah a důvěra (Janečková, 2005). Základem sociální práce se seniory je vytvoření pocitu bezpečí a jistoty. Sociální pracovník bývá často v kontaktu také s rodinou seniora a pomáhá tak i pečujícím rodinným příslušníkům (Janečková, 2005).

Většina populace chce bydlet ve svém domově a to je možné jen za předpokladu rozvinutých terénních služeb a dostatečné občanské vybavenosti. Pro seniory je důležitá rodinná vazba a známí sousedi. Spokojenost s bydlením řadíme mezi faktory, které významně ovlivňují kvalitu života seniorů (Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2014). Podstatné je také bezpečné prostředí, které zabraňuje horšímu zdravotnímu stavu, nižším příjmům, nižší úrovni vzdělání, nedostatečné dopravní dostupnosti, výskytu věkové diskriminace či stereotypů ve stáří a ztíženému přístupu ke službám. Pro plnou integraci seniorů do společnosti je nutné alespoň minimalizovat negativní postoje občanů ke stáří (Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2014).

Je důležité brát ohled na potřeby rizikových seniorů a nabízet služby, které jim pomohou řešit jejich náročnou životní situaci, vzniklou z důvodů sociálních, zdravotních či ekonomických (Janečková, 2005). Lidem, kteří neumějí, nechtějí nebo nemohou dát jasně najevo své potřeby, je určena terénní sociální práce. Jde například o chudé či osamělé lidi, kteří jsou od ostatních vzdáleni prostorově i psychicky. Seniorům, kteří právě opustili nemocnici, je třeba věnovat zvýšenou pozornost, jelikož se zde objevuje riziko nedokončené rekonvalescence, snížené soběstačnosti, podcenění zdravotního stavu a nezvládnutí samoléčby. Příkladem dalšího rizika zvyšujícího potřebu sociální a zdravotní péče v terénu je odkázání na péči rodiny, kdy dochází k vyčerpání primárních pečovatелů nebo dokonce k špatnému zacházení (týrání) seniora (Janečková, 2005).

Gulová (2011) poukazuje na důležitost sociálně aktivizačních služeb pro seniory, které obsahují tyto činnosti a úkony:

- a) *zprostředkování kontaktu se společenským prostředím;*
- b) *sociálně terapeutické činnosti - poskytování socioterapeutických činností vede k rozvoji či udržení osobních a sociálních schopností a dovedností, podporují sociální začleňování osob;*
- c) *pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí.*

Podle Ministerstva práce a sociálních věcí (2014) si oblast infrastruktury klade za cíl vytvoření zázemí pro vícegenerační setkávání zajišťující služby, které senioři potřebují. Zároveň lze zajistit aktivity, které naplňují volný čas seniorů. Aktivizace seniorů je možná skrze spolupráci se seniorskými a proseniorskými organizacemi a obecně s neziskovým sektorem. Dále lze seniory aktivizovat například skrze mezigenerační komunitní centra, poradenské pozice při úřadech práce či v nemocnicích a informační kampaně (Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2014).

Aktivní účast seniorů na životě společnosti je úzce spojena s dobrým zdravím, a tudíž i s vyšší spokojeností, což se odráží i na výdajích zdravotní péče. Účast seniorů na společenských aktivitách je důležitá z hlediska navázání nových vztahů, pocitu užitečnosti prostřednictvím vlastní seberealizace a budování si úcty a respektu (Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2014).

Pro zajištění kvalitní péče je potřeba rozvíjet všechny druhy sociálních služeb, aby si každý mohl vybrat službu dle svých preferencí a potřeb. Abychom si mohli vybrat konkrétní službu, musíme znát všechny dostupné možnosti. Základní sociální službou je poradenství, které musí být dostupné a kvalitní. Při poskytování péče seniorům představují sociální služby významnou pomoc (Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2014). Celkový počet sociálních služeb činí 5 240 a z toho 1 640 zahrnuje služby, jejichž cílovou skupinou jsou právě senioři. V péči o seniory je důležitá podpora a zapojení rodinných příslušníků do poskytovaných služeb. Tito rodinní příslušníci musí být maximálně podporováni formou vzdělávání, psychologického poradenství a dostupnými nabídkami odlehčovacích služeb včetně finanční podpory (Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2014).

Ministerstvo práce a sociálních věcí (2014) uvádí, že se řada seniorů zabývá dobrovolnictvím. Uplatňují se skrze městské kluby seniorů, seniorská hnutí, zájmové organizace či občanská sdružení. O dobrovolnictví jeví zájem spíše senioři s vyššími příjmy. Lidé s nižšími příjmy naopak vyhledávají placené aktivity. Dobrovolníci

staršího věku se potýkají s určitými bariérami dobrovolnické činnosti. Jde například o nedůvěru seniorů ve vlastní schopnosti přenést své životní zkušenosti mladší generaci nebo o samotný psychický stav a celkovou únavu seniora. Řadíme sem i kulturní mýty, které o stáří hovoří jako o etapě odpočinku. Senioři se také bojí finančního zatížení v případě zapojení se do dobrovolnických aktivit (Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2014).

Za své zdraví je odpovědný především každý sám za sebe, přesto zdravotní stav obyvatelstva není individuální záležitost. Úkolem státu je vytvářet podmínky a podporovat programy, které se zaměřují na motivaci lidí ke zdravému životnímu stylu (Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2014). Tyto programy a podpora zdraví jsou vytvářeny ve spolupráci s nestátními organizacemi, přičemž musí být brán ohled na heterogenitu, kterou přináší starší věk. Důležité je, aby programy na podporu zdraví byly místně dostupné a měly by zahrnovat starší občany do všech fází programu podporujícího zdravé stárnutí (Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2014).

Aby byla podpora zdraví účinná, musí zahrnovat komplexní sociální i politický proces. Zdravé stárnutí podporují programy, které musí zahrnovat fyzické, duševní i sociální potřeby zdraví starších občanů. Investice do zdraví se pozitivně odráží na ekonomickém růstu a sociální soudržnosti. Lepší zdraví se odráží v nabídce na trhu práce a v podpoře výdělků a bezpochyby také snižuje počet předčasných odchodů do důchodu (Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2014).

## 2. Cíl práce

Cílem bakalářské práce je zmapovat zdravý životní styl jako sociální determinantu zdraví ve stáří na Trhvosvinensku.

Dílčím cílem je zjistit, zda a jakým způsobem senioři/seniorky pečují o své zdraví.

Byly stanoveny dvě výzkumné otázky:

**HVO1:** Jaký je životní styl seniorů/seniorek ve věku 65+ žijících v domácím prostředí na Trhvosvinensku?

**HVO2:** Jak senioři/seniorky ve věku 65+ žijící v domácím prostředí na Trhvosvinensku pečují o své zdraví?

### 2.1 Operacionalizace pojmů

*Životní styl* - je výsledkem naší svobodné volby, ale ve velké míře je také ovlivňován společnostmi, životním prostředím a krajinou, v níž žijeme. Součástí životního stylu jsou aktivity ve volném čase, způsob dopravy, stolování, komunikace, pracovní aktivity a s nimi spojený obsah a charakter práce, trávení dovolené, způsob péče o děti, velikost rodiny a interakce mezi jejími členy (Sak, Kolesárová, 2012).

*Sociální determinanty zdraví* - jde o souhrn sociálních a ekonomických podmínek, kterými je utvářeno prostředí, ve kterém se lidé narodí, žijí, pracují a stárnou. Právě takové prostředí rozhoduje o zdraví lidí (Brabcová, Vacková, 2013). Wilkinson a Marmot (2003) mezi sociální determinanty zdraví řadí dětství, sociální gradient, stres, sociální vyloučení, nezaměstnanost, práci, sociální oporu, výživu, závislost a dopravu. Jedná se o nejkomplexnější přístup k analýze zdravotního stavu jedince (Brabcová, Vacková, 2013).

*Zdraví* - je stav úplné tělesné, duševní a sociální pohody, a ne jen pouhá nepřítomnost nemoci nebo postižení (WHO, 2016).

*Trhvosvinensko* - celkový počet obyvatel k 4. 1. 2013 činí 4 944. K Trhovým Svinům jsou zařazeny místní části - Rejta, Sv. Trojice, Březí, Bukvice, Čeřejov, Hrádek, Jedovary, Něchov, Nežetice, Otěvěk, Pěčín, Rankov, Todně, Třebíčko a Veselka. Trhové Svině leží v Jihočeském kraji, v okrese České Budějovice (tsviny, 2016).

*Senior/seniorka ve věku 65+* - od 65 do 74 let se jedná o mladé seniory, kteří se teprve adaptují na tzv. penzionování a zaměřují se na svůj volný čas. Mezi lety 75 - 84 dochází ke změně funkční zdatnosti a atypického průběhu chorob a jde tedy o již staré seniory. U velmi starých seniorů ve věku 85 a více let je nutné sledovat jejich soběstačnost (Mühlpachr, 2005).

*Domácí prostředí* - jedná se o klasické soukromé či pronajaté byty a rodinné domy, nikoliv instituce. Také Domy s pečovatelskou službou tvoří přirozené domácí prostředí seniorů. Domy s pečovatelskou službou seniorům umožňují vést samostatný život a zároveň zabezpečuje jejich soukromí, přičemž mohou využívat terénní či ambulantní služby sociální péče (Kalvach a kol., 2011).

### **3. Metodika**

#### **3.1 Použité metody a techniky sběru dat**

Pro realizaci výzkumu týkající se životního stylu seniorů ve věku 65+ a jejich zdraví v domácím prostředí na Trhvosvinensku byla zvolena kvalitativní výzkumná strategie.

V kvalitativním výzkumu neexistuje nezávislý výzkumník, jelikož on sám je také účastníkem, který je zatížen svými zkušenostmi, osobní historií a předsudky. S těmito fakty je třeba ve výzkumu počítat (Miovský, 2006). Na druhou stranu je základním předpokladem úspěchu osobní vztah s účastníky výzkumu (Miovský, 2006).

Pro tuto bakalářskou práci byla zvolena metoda dotazování, která zahrnuje různé typy rozhovorů, dotazníků, škál a testů (Hendl, 2008). Konkrétně byla použita technika polostrukturovaného rozhovoru. Tato technika má definované tzv. jádro rozhovoru. Je



tedy stanoveno minimum otázek, které je tazatel povinen probrat. K těmto otázkám se později přidávají další témata, kterými tazatel vhodně doplňuje původní zadání. Pořadí otázek lze zaměňovat dle potřeby tak, aby byla výtěžnost rozhovoru co nejlepší (Miovský, 2006). Polostrukturovaný rozhovor se seniorkami se skládá z 6 okruhů (Příloha 1), které jsem vzhledem k tématu týkající se životního stylu seniorů rozdělila na oblasti: zdraví, výživa, pohybové aktivity a soběstačnost, spánek, stres a sociální opora. Jednotlivé okruhy obsahují podotázky, které onu oblast rozvíjejí.

Kromě polostrukturovaného rozhovoru bylo při výzkumu využito celkem pět standardizovaných testů a škál, které uvádím níže:

- a) *Test kognitivních funkcí (Mini Mental State Examination - MMSE)* – odlišuje osoby s demencí a bez demence. Obsahují části, které se zaměřují na zhodnocení orientace v čase, pozornost, všípivost, schopnost opětovného opakování a jiné jazykové úkoly. Celkové skóre činí 30 bodů. Pokud je skóre menší než 24 bodů, MMSE značí přítomnost demence (Kalvach, 2010).
- b) *Geriatrická škála deprese (Geriatric Depression Scale - GDS)* - je tvořena 15 otázkami, na které se odpovídá „ano“ či „ne“. Maximální počet bodů činí 15 bodů. V případě 6 a více bodů je deprese pravděpodobná, tudíž se doporučuje provést podrobnější diagnostické vyšetření (Schuler, Oster, 2010).
- c) *Škála pro hodnocení stavu výživy (Mini Nutritional Assessment - MNA)* - cílem MNA je identifikovat riziko vzniku nebo přítomnost malnutrice. Jednotlivé otázky jsou hodnoceny váženým skóre, přičemž celkové skóre se pohybuje od 0 - 29 bodů. 24 bodů a více představuje normální nutriční skóre zdravé osoby. Hodnoty v rozmezí 17 - 23,5 bodů mají osoby s rizikem poruchy výživy. Lidé trpící malnutricí dosahují méně než 17 bodů. MNA obsahuje celkem 18 otázek, přičemž zahrnuje 4 okruhy otázek a měření - antropometrické hodnocení, celkové hodnocení, stravovací návyky a subjektivní posouzení (Topinková, 2003).

- d) *Test instrumentálních všedních činností (Instrumental Activities of Daily Living - IADL)* - zjišťuje lehčí poruchy soběstačnosti. Je tvořen 8 otázkami a dle dosažených bodů hodnotí jednotlivce buď jako nesoběstačného v instrumentálních aktivitách denního života, částečně nesoběstačného v aktivitách denního života, či jako soběstačného v instrumentálních aktivitách denního života.
- e) *Epworthská škála spavosti (Epworth Sleepiness Scale - ESS)* - je sebesposuzovací škála používaná k subjektivní kvantifikaci denní spavosti. Posuzuje zvýšenou denní spavost za poslední týden a zaměřuje se na osm situací běžného života. Hodnota 10 a vyšší se považuje za nadměrnou denní spavost (Vašutová, 2009).

### **3.2 Realizace výzkumu**

Komunikační partnerky výzkumu byly vybrány metodou sněhové koule (Snowball sampling). Tato metoda se vyznačuje především získáním kontaktu s první vlnou účastníků výzkumu, což probíhá např. prostřednictvím využití výběru přes různé instituce nebo díky předchozímu osobnímu kontaktu výzkumníka. Tyto potenciální účastníky výzkumu lze zařadit do tzv. nulté fáze. V první fázi výběru lze tyto účastníky vybírat tzv. náhodným výběrem, přičemž zde můžeme sledovat věkovou či profesní linii. Pro metodu sněhové koule jsou typické změny v průběhu studie z důvodu potřeb a saturace dat (Miovský, 2006).

V průběhu měsíce února 2016 jsem v rámci studia na Zdravotně sociální fakultě Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích vykonávala odbornou praxi v Pečovatelství službě Ledax, o.p.s., kde jsem se setkala se seniorkou (KP2) a domluvila jsem se s ní, že ji kontaktuji, až budu realizovat výzkum. Zároveň mi doporučila svou přítelkyni (KP1), která má velmi ráda společnost. Tato seniorka mi doporučila další dvě její dlouholeté přítelkyně (KP3, KP4) a dala mi na ně telefonní číslo. Obě ženy souhlasily s tím, že za nimi mohu přijít a udělat s nimi rozhovor. Čtvrtá komunikační

partnerka mi poskytla adresu své známé (KP5), kterou jsem hned další den navštívila a požádala ji o poslední rozhovor.

Realizace výzkumu probíhala v období měsíců června a července 2016. Komunikační partnerky byly seznámeny s tématem mé bakalářské práce a jejími cíly. Všechny komunikační partnerky jsem ubezpečila v tom, že poskytnuté informace budou využity pouze pro účely této bakalářské práce a jejich jména nebudou nikde zveřejněna a výzkum je anonymní.

Všechny komunikační partnerky byly velmi příjemné a bez problémů mi odpověděly na všechny položené otázky. Rozpovídaly se o svých problémech a taktéž zavzpomínaly na své mládí. Se seniorkami jsem nakonec diskutovala o zdravém životním stylu. Čas, který jsem s nimi strávila, byl vždy přínosem pro obě strany. Každý rozhovor trval 90-120 minut. Se souhlasem všech komunikačních partnerek jsem rozhovory nahrála na mobilní telefon, a poté jsem je přepsala do písemné podoby v Microsoft Office Word 2007.

### **3.3 Charakteristika výzkumného souboru**

Výzkumný soubor tvoří pět seniorek ve věku 65+. Kritériem pro výběr komunikačních partnerek byl věk 65+ s bydlištěm na Trhvosvinensku, konkrétně v domácím prostředí. Vzhledem k doporučení první komunikační partnerky byly do výzkumu zapojeny pouze ženy. Jedna ve věku 67 let, dvě ve věku 71 let, jedna ve věku 75 let a jedna ve věku 81 let. Dvě dotázané seniorky mají základní vzdělání, další dvě jsou vyučeny a jedna seniorka dosáhla středoškolského vzdělání. Dvě oslovené seniorky bydlí v rodinném domě, jedna v panelovém domě a jedna v bytovém domě. Poslední seniorka žije v Domě s pečovatelskou službou.

### 3.4 Způsob zpracování dat

Analýzu dat jsem prováděla pomocí metody vytváření trsů. Tato metoda slouží k seskupení určitých výroků. Trsy vznikají na základě vzájemné podobnosti mezi identifikovanými jednotkami. V případě výroků osob vyhledáváme takové pasáže, které se týkají jednoho úzce ohraničeného tématu (Miovský, 2006).

## 4. Výsledky

Tabulka č. 1: Sociodemografické údaje

Seniorka	Pohlaví	Věk	Vzdělání	Bydlení
Komunikační partnerka 1	Žena	71	Základní	Bytový dům - druhé patro, bez výtahu
Komunikační partnerka 2	Žena	81	Středoškolské - ekonomické zaměření	Panelový dům - druhé patro, s výtahem
Komunikační partnerka 3	Žena	75	Vyučená - švadlena	Rodinný dvougenerační dům
Komunikační partnerka 4	Žena	71	Základní	Rodinný dům
Komunikační partnerka 5	Žena	67	Vyučená - kuchařka	Dům s pečovatelskou službou

Zdroj: vlastní výzkum

#### Komunikační partnerka č. 1 (KP1)

##### Sociodemografické údaje

Žena ve věku 71 let, svobodná, žije v bytovém domě ve druhém patře s její dcerou, která se o ni stará. Nemá k dispozici výtah. Má základní vzdělání a pobírá starobní důchod. V Testu kognitivních funkcí dosahuje 28 bodů, tedy pásma normálu. Taktéž Geriatrická škála deprese se třemi body odpovídá normě.

KP1 v rozhovoru uvedla, že má krásné vztahy s rodinou a navštěvují se jedenkrát za týden až dva týdny. Její kamarádky za ní chodí jedenkrát až dvakrát týdně. Její zdraví

ovlivňují pozitivní vztahy s druhými lidmi. „*Ano, cítím se líp, popovídáme si, posedíme, přátelé mi donesou drby a hned se cítím líp.*“ Svůj volný čas tráví čtením, sledováním televize, a také se s láskou stará o květiny jak v bytě, tak na balkóně. Žádné sociální či zdravotní služby nevyužívá, jelikož jí vše zařídí rodina.

### **Zdraví**

Své zdraví popisuje takto: „*Byla jsem na operacích páteře. Od té doby mám bolesti, nemůžu moc chodit, jenom s tím rolátorem. Bolí mě celý záda, někdy taky kolena, mívám záněty, křečové žíly - ty si musím stahovat tou pevnou ponožkou. Trápí mě artróza, taky vysoké tlak, ale ten se mi střídá, někdy mám i nížkej, tak беру ty prášky různě. Chodím na rehabilitace kvůli zádům, to se pak pár dní cítím docela dobře.* Na otázku, co si představí pod pojmem zdravý životní styl, odpověděla: „*No, hodně se hejbat, cvičit, jíst hodně zeleniny.*“ Své fyzické zdraví shledává jako špatné, duševní zdraví jako uspokojivé. KP1 dlouhodobě trpí chronickou bolestí zad. Pravidelně užívá své léky na křečové žíly, na vysoký krevní tlak a na štítnou žlázu. Také se snaží doplňovat železo, jelikož ho má nedostatek. Jako kompenzační pomůcku využívá dioptrické brýle na blízko i na dálku, také rolátor pro snadnější pohyb po bytě a někdy i venku. Na preventivní lékařské prohlídky dochází poměrně často, někdy jedenkrát za tři měsíce, někdy i jedenkrát za měsíc. Nejvíce navštěvuje obvodního lékaře a ortopeda.

### **Výživa**

KP1 popisovala, jak se obvykle stravuje: „*Dopoledne mám snídani, kaši z pohanky a vločky, v poledne normální oběd, třeba zapečený těstoviny nebo brambory, čočku, kuřecí maso. Odpoledne taky něco sním, třeba kousek buchty, nebo jogurt a nějaký ovoce. Večer jím někdy zbytek od oběda nebo chleba se sýrem a zeleninou. Ryby moc nemusím, ale mám ráda mexickýho tuňáka z konzervy.*“ Denně vypije 1,5 litru vody. Škála pro orientační hodnocení stavu výživy ukazuje riziko podvýživy, konkrétně 22 bodů.

### **Pohybové aktivity a soběstačnost**

Jakýkoliv pohyb vykonává s obtížemi. K chůzi používá rolátor, o který se částečně opírá nebo si na něj sedne a odpočine si. Každý den provádí dechové cvičení a cvičení na páteř a na nohy. V Testu instrumentálních všedních činností dosáhla 40 bodů a je tedy závislá na druhé osobě.

### **Spánek**

*„Naspím tak 5 až 6 hodin za noc, ale budím se a chodím na záchod asi 3krát nebo 4krát. Spát chodím tak v deset nebo v jedenáct a vstávám ve čtyři, v půl pátý. To už jdu na záchod, pak poléhávám nebo si něco přečtu.“* Svůj denní režim považuje za pravidelný. KP1 netrpí nadměrnou denní spavostí. V Epworthské škále spavosti dosahuje 8 bodů.

### **Stres**

Na otázku, co si představí pod pojmem stres, odpověděla takto: *„Nemám prostě na nic náladu, nechci ani číst, ani se s nikým bavit, nic mě nebaví, nemám zájem o nic.“* Stres jí způsobují zdravotní problémy. Stresové situace zvládá tak, že si popovídá se svými blízkými, něco si přečte, nebo jde ven, pokud jí zrovna příliš nebolí záda. Kdo a co KP1 přináší radost do života? *„Když můžu se svou rodinou jít ven a sejít se s nima.“*

### **Komunikační partnerka č. 2 (KP2)**

#### **Sociodemografické údaje**

Žena ve věku 81 let, vdaná, žije v panelovém domě ve druhém patře s manželem, který je upoután na lůžko. Vystudovala ekonomickou školu ukončenou maturitou, nyní pobírá starobní důchod. V testu kognitivních funkcí dosahuje 28 bodů a pohybuje se v pásmu normálu. Taktéž Geriatrická škála deprese odpovídá normě a dosahuje 3 bodů.

O vztazích se svou rodinou říká: *„Heleďte dobrý, starají se, posílají jídlo, nakupují, vyperou.“* Rodinní příslušníci ji navštěvují dvakrát týdně. S přáteli se navštěvují jedenkrát za dva až tři týdny. Na otázku, zda si myslí, že pozitivní vztahy s druhými lidmi ovlivňují její zdraví, odpověděla jednoznačně kladně: *„Jo a hodně. Když potkám někoho milýho, mám hned příjemnější den.“* Jak tráví svůj volný čas? *„Spánkem, ruční*

*prací - zašiju, obšiju polštářek, když mi to chvílku jde.“ KP2 využívá Pečovatelskou službu Ledax, o.p.s. pro dovoz obědů a dojíždí za ní a za jejím manželem ortopedka z Říмова.*

### **Zdraví**

*„Artróza v kolenech, taky ateroskleróza a holeně mě zlobí. Taky mám únavu očí, strašnou. Mám bolesti zad, výrůstky na páteři. Dřív jsem jezdila do lázní. V bederní páteři mám vyjetou plotýnku.“* KP2 chodí na preventivní prohlídky k obvodnímu lékaři pravidelně jednou za 3 měsíce nebo podle toho, co jí lékař doporučí. Na doporučení chodí také k očnímu lékaři a k ortopedovi. U gynekologa nebyla minimálně 3 roky. Již 41 let má umělé zuby, jelikož trpěla paradentózou. *„Vzhledem ke svému zdravotnímu stavu a létům cvičím, jím zdravě - ovoce, zeleninu.“*, odpověděla na otázku týkající se zdravého životního stylu. Své fyzické i duševní zdraví považuje za uspokojivé. Pravidelně užívá léky na vysoký krevní tlak a na cukrovku. Navíc užívá vitamíny jako B-komplex, hořčík, zinek, selen a rybí olej v tabletách. K pohybu po bytě používá hůlku, o kterou se opírá. Pokud vyjde z bytu, musí použít berle. Dále potřebuje brýle na blízko i na dálku.

### **Výživa**

Můžete mi popsat, jak se stravujete? *„Tak k snídani kolem osmý si dám chleba s máslem, medem, bílé kafe nebo mléko. Dopoledne sním třeba jablko. Obědy máme ze školky, nebo nám je vozí Ledax. S manželem máme rádi anglickou slaninu, vajíčka. Miluju kedluben a ředkvičky, to je moje výživa, kedluben. Taky máme rádi rajčata. Večer si dám římovský chleba se sejrem, taky pomazánku z tvarohu. Nemám ráda ryby, to беру ty tablety s rybím olejem.“* KP2 považuje svou stravu za výživnou. Pije pouze půl litru vody denně a k tomu bylinkový čaj večer. U KP2 Škála pro hodnocení stavu výživy ukazuje riziko podvýživy, přesněji 21,5 bodů.

### **Pohybové aktivity a soběstačnost**

Věnujete se nějaké pohybové aktivitě? *„To už nejde, na rotopedu jsem byla asi dvakrát.“* KP2 se věnuje alespoň cvičení na nohy, se kterým jí pomáhá ortopedka.

Odchodem do starobního důchodu se její pohybová aktivita změnila k horšímu a je velmi limitována svým zdravotním stavem. Test instrumentálních všedních činností se svými 50 body odpovídá částečné závislosti.

### **Spánek**

KP2 popisuje svůj spánek: „*Spím ve dne, v noci. Na záchod chodím asi dvakrát za noc.*“ Průměrná doba jejího nočního spánku je 10, ale i více hodin. Svůj denní režim považuje za pravidelný. Kolem osmé přichází pečovatelka, která se stará o jejího manžela, proto vstává vždy v půl osmé, aby se stihla umýt a nasnídat. Dle Epworthské škály spavosti dosahuje 8 bodů, tedy netrpí nadměrnou denní spavostí, i když téměř každý den usíná i přes den, ovšem pouze tehdy, když nemá nic na starosti.

### **Stres**

Pokud je to možné, tak se KP2 snaží stresu vyhýbat. Stres jí způsobuje především zdravotní stav manžela. Stresové situace jako například hádky řeší tak, že odchází do jiné místnosti, čte si nebo štrikuje a pokud se stres nahromadí, vybrečí se. Co KP2 přináší radost do života? „*Muzika, hudba, písničky. Ještě teď si ráda zazpívám, a kdybych mohla tančit, tak muže požádám o tanec. To je moje.*“

### **Komunikační partnerka č. 3 (KP3)**

#### **Sociodemografické údaje**

Žena ve věku 75 let, vdova, žije v rodinném dvougeneračním domě se synem, jeho manželkou a jejich synem. Je vyučena švadlenou a nyní pobírá starobní důchod. Test kognitivních funkcí se svými 27 body i Geriatrická škála deprese s 2 body odpovídají normě.

S rodinou má dobré vztahy, navštěvují se jednou týdně a dvakrát týdně se schází s přáteli. Svůj volný čas nejraději tráví s rodinou, s kamarádkami, prací na zahrádce, čtením a sledováním televize. Na otázku, zda navštěvuje nějaké kulturní nebo společenské akce, odpověděla: „*Moc ne, akorát jsem byla před dvěma měsíci v Německu v bazénech. A teď jsem dostala od vnučky poukázku na kurz, na výrobu košíků z proutků.*“ Sociální či zdravotní služby nevyužívá.



## **Zdraví**

O svém zdraví říká: „*Není to tak špatný, pořád můžu chodit a udělám si, co potřebuju. Jenom se často zadýchávám, protože mám omezenou kapacitu plic - z dob, kdy jsem ještě dělala švadlenu, tam se hodně prášilo. Pak mě trápí močák, s tím dost chodím po doktorech, mám inkontinenci.*“ KP3 říká o péči o vlastní zdraví toto: „*Chodím k doktorům na prohlídky. Když mi nic není, tak aspoň jednou za rok, taky беру nějaký vitamíny - béčko, céčko, hořčík a vápník.*“ Svě fyzické i duševní zdraví považuje za uspokojivé. Dlouhodobě trpí na záněty močového měchýře. Záda nebo kolena ji bolí jen, když příliš pracuje na zahrádce. Pravidelně užívá léky na inkontinenci. Potřebuje dioptrické brýle na blízko i na dálku. Naposledy byla u obvodního lékaře právě kvůli problémům s močovým měchýřem.

## **Výživa**

„*K snídani si dávám nějaký pečivo, máslo a šunku, nebo sejra. Někdy si dám odpoledne ovoce, když mám hlad. Nejsem vybíravá, sním všechno, ráda si dám klasické řízek a salát, ale jen třeba o víkend, když vařím pro rodinu. Odpoledne moc nejím, dám si kafe, kousek buchty o víkend, někdy ovocnej jogurt. Večer si namažu kousek chleba a zeleninu, hlavně v létě tu ze zahrádky.*“ KP3 jí čtyřikrát denně a svou stravu považuje za spíše výživnou. Říká, že pije docela málo, ale většinou se snaží vypít 1 litr. Alkohol pije pouze na rodinných oslavách jednou za dva měsíce, nejčastěji Becherovku na trávení. Její stav výživy je dle Škály pro hodnocení stavu výživy velmi dobrý, dosahuje 27,5 bodů.

## **Pohybové aktivity a soběstačnost**

KP3 se k otázce pohybových aktivit vyjadřuje takto: „*Mám velkou zahradu, starám se o ni, chodím nakupovat, procházím se s kamarádkama.*“ Před odchodem do důchodu se pohybovala více, nyní se často zadýchává a musí často odpočívat a dělat si přestávky. Přesto je dle Testu instrumentálních všedních činností zcela nezávislá. Test je hodnocen 80 body.

## **Spánek**

KP3 spí průměrně 6 hodin denně. Budí se dvakrát, někdy až čtyřikrát za noc, jelikož potřebuje jít na toaletu. *„Bejvám přes den unavená, tak si někdy po obědě lehnu a spím třeba hodinu nebo dvě.“* Svůj denní režim považuje za pravidelný, chodí spát ve 22:00 hod. a probouzí se ve 4:00. Epworthská škála spavosti odpovídá normě, tedy 8 bodům. KP3 netrpí nadměrnou denní spavostí.

## **Stres**

Pod pojmem stres si představí něco, z čeho je nervózní a nejde to hned vyřešit. Aby nebyla ve stresu, je pro ni důležité její zdraví a zdraví její rodiny. Jak zvládá stresové situace? *„Někdy si pobřečím nebo se na to snažím tolik nemyslet a jdu na zahrádku nebo doma uklidím.“* Co KP3 přináší radost do života? *„Moje děti, vnoučata, už mám i pravnoučka. Taký moje kytky a celá zahrada nebo se ráda sejdu s kamarádkama a vzpomínáme na mládí.“*

## **Komunikační partnerka č. 4 (KP4)**

### **Sociodemografické údaje**

Žena ve věku 75 let, svobodná, žije v rodinném domě s malou zahrádkou, s dcerou a vnukem. Má základní vzdělání a nyní pobírá starobní důchod. Test kognitivních funkcí je v tomto případě hodnocen 26 body a Geriatrická škála deprese 1 bodem. Oba testy odpovídají normě.

Na otázku, jaké má vztahy se svou rodinou a jak často se navštěvují, odpovídá: *„Máme se rádi, když potřebuju, pomůžou. Já nikam moc nejezdím, jsem radši doma, ale oni za mnou jezdí asi jednou za čtrnáct dní. Vidám se obden se sousedkama.“* Svůj volný čas tráví četbou, sledováním televize, procházkami a péčí o dům a zahrádku. Žádné kulturní ani společenské akce nenavštěvuje. Taktéž nevyužívá zdravotních či sociálních služeb.

### **Zdraví**

*„Zdraví mi pořád slouží, občas mě bolí koleno, tak ho namažu mastí z lékárny. Ztrácím pigment, ale to mě nebolí, neomezuje mě to.“* KP4 uvedla, že o své zdraví preventivně pečuje především dostatečným pohybem. Co si KP4 představí pod pojmem zdravý

životní styl? „*Asi ten pohyb, chodím venku se psem a starám se o zahrádku. Ráda chodím do lesa na houby a na borůvky. Hodně zavažuju. Snažím se sníst aspoň jeden kus ovoce nebo zeleniny za den, jinak to moc neřeším.*“ Své fyzické i duševní zdraví hodnotí uspokojivě. Žádné léky pravidelně neužívá, říká: „*Syn mi teď koupil nějaký vitamíny a doplňky stravy na klouby.*“ Potřebuje dioptrické brýle na čtení. Na preventivní prohlídky k lékařům nechodí. Jde tam jen, když je nemocná nebo ji něco bolí. Naposledy byla před půl rokem u obvodního lékaře kvůli chřipce.

### **Výživa**

„*Ráno si dám rohlík nebo chleba se šunkou nebo s marmeládou, někdy dopoledne sním třeba jablko. Mám ráda českou klasiku, hlavně vepřový, děláme dvakrát ročně zabijačku. Občas upeču buchtu, tak jednou za týden. Večer si dám krajíček chleba se sýrem a zrovna včera jsem měla škvarky. Ale zeleninu a ovoce taky jím.*“ KP4 svou stravu hodnotí jako spíše výživnou. Dohromady denně vypije 1 litr tekutin. Alkohol pije pouze o vánočních svátcích a někdy při oslavách narozenin. Má ráda vaječný likér, který sama vyrábí. Podle Škály pro hodnocení stavu výživy je její stav výživy velmi dobrý a dosahuje 26 bodů.

### **Pohybové aktivity a soběstačnost**

KP4 se nevěnuje žádnému cvičení, ale každý den chodí se psem nebo dcerou na procházky. Ráda chodí do lesa sbírat houby a borůvky. Stará se o zahrádku a o dům. Svým zdravotním stavem není příliš limitována. „*Neujdu už tolik kiláků jako dřív, ale jinak si nestěžuju.*“ V Testu instrumentálních všedních činností je hodnocena 80 body a je zcela nezávislá.

### **Spánek**

„*Spím tak 6 až 7 hodin v noci, někdy se budím, ale ne moc často. Tak jednou za noc, ale ne každý den.*“ KP4 považuje svůj denní režim za pravidelný. Chodí spát mezi půl desátou až půl jedenáctou a vstává mezi čtvrtou až pátou hodinou ranní. Epworthská škála spavosti ukázala, že netrpí nadměrnou denní spavostí, přesněji je hodnocena 7 body.

## **Stres**

*„Stresující by pro mě bylo, kdyby mě nebo moje příbuzný zlobilo zdraví nebo třeba, kdybych neměla čím topit. No, kdybych měla špatný vztahy s rodinou.“* KP4 stresové situace řeší prací v domě a například zavařováním. Radostí v životě jí jsou děti, vnoučata, pes a procházky v přírodě.

## **Komunikační partnerka č. 5 (KP5)**

### **Sociodemografické údaje**

Žena ve věku 67 let, svobodná, žije v Domě s pečovatelskou službou. Je vyučenou kuchařkou a nyní pobírá starobní důchod. Test kognitivních funkcí je hodnocen 26 body a Geriatrická škála deprese 3 body. Vše odpovídá normě.

S rodinnými příslušníky se vidí téměř každý den. O svých blízkých se vyjadřuje takto: *„Často se s nima zasměju a hned se mi uleví, vzpomínáme na zážitky z mládí.“* Ve svém volném čase si povídá s kamarádkami, chodí za dcerou do cukrárny, kde pracuje, dívá se na televizi nebo si čte časopisy. Na čtení knížek už nemá náladu. V Domě s pečovatelskou službou se zabývá některými tvořivými aktivitami. Využívá Pečovatelskou službu Ledax, o.p.s. pro donášku obědů a ze zdravotnických služeb za ní dochází ortopedka.

### **Zdraví**

*„Mám špatný kyčle, nemůžu moc chodit. Chodím o berlích pomalu. Z toho mě bolí ruce a záda, jak se opírám o berle.“* Jak KP5 pečuje o své zdraví? *„Beru léky na vysoký tlak. Když už nemůžu vydržet bolesti, tak jdu k doktorovi na injekci.“* Zdravému životnímu stylu rozumí takto: *„Nepít alkohol, nekouřit, jíst zdravě, hlavně zeleninu a ovoce, taky maso, sejry a jogurty.“* Své fyzické zdraví hodnotí jako špatné, duševní jako uspokojivé. Mezi využívané kompenzační pomůcky řadí berle a dioptrické brýle na blízko. U ortopeda byla před měsícem. Na lékařské prohlídce chodí, pokud ji něco bolí. Většinou jednou za tři měsíce.

## **Výživa**

*„K snídani mám rohlík s máslem a čaj. Moc nesvačím. Obědy mi přináší holky z Ledaxu. Mám ráda omáčky, kus masa, polívky, ale snažím se nejíst tak tučně, abych neztloustla a nebolely mě kyčle ještě víc. Někdy si dám odpoledne kousek chleba, k tomu zeleninu. Večer už moc nejím nebo si dám třeba jogurt.“* Svou stravu považuje spíše za výživnou. Denně vypije kolem jednoho litru tekutin. Alkohol nepije, jelikož bývala alkoholička. Škála pro hodnocení stavu výživy ukazuje riziko podvýživy, konkrétně 23,5 bodů.

## **Pohybové aktivity a soběstačnost**

KP5 k chůzi používá berle, žádné pohybové aktivitě se tedy nevěnuje. Jen se každý den snaží chodit alespoň půl hodiny. Svým zdravotním stavem je z důvodu špatného stavu kyčlí velmi limitována. Chodí za ní ortopedka, která s ní nohy procvičuje. Test instrumentálních všedních činností ukazuje částečnou závislost, tedy 45 bodů.

## **Spánek**

*„Dívám se do noci na televizi, spím tak šest hodin, asi od dvanácti do šesti nebo sedmi. Na večer moc nepiju, abych nechodila na záchod.“* Tento režim má KP5 pravidelný. Nadměrnou denní spavostí dle Epworthské škály spavosti netrpí. Přesněji dosahuje 8 bodů.

## **Stres**

Největší stres by KP5 způsobilo zhoršení jejího zdravotního stavu a to, že by nemohla chodit vůbec. Stresující je i její současná situace, někdy jí trápí i nízký důchod. Když se necítí dobře, navštíví dceru a vnoučata, nebo jde mezi lidi.

## 4.1 Shrnutí výsledků

Tabulka č. 2: Výsledky standardizovaných testů a škál

Seniorka	Test kognitivních funkcí (MMSE)	Geriatrická škála deprese (GDS)	Škála pro hodnocení stavu výživy (MNA)	Test instrumentálních všedních činností (IADL)	Epworthská škála spavosti (ESS)
<b>Komunikační partnerka 1</b>	28 bodů Pásmo normálu	3 body Odpovídá normě	22 bodů <b>Riziko podvýživy</b>	40 bodů <b>Závislá na pomoci</b>	8 bodů
<b>Komunikační partnerka 2</b>	28 bodů Pásmo normálu	3 body Odpovídá normě	21,5 bodů <b>Riziko podvýživy</b>	50 bodů <b>Částečně závislá</b>	8 bodů
<b>Komunikační partnerka 3</b>	27 bodů Pásmo normálu	2 body Odpovídá normě	27,5 bodů Stav výživy velmi dobrý/dobrý	80 bodů nezávislá	8 bodů
<b>Komunikační partnerka 4</b>	26 bodů Pásmo normálu	1 bod Odpovídá normě	26 bodů Stav výživy velmi dobrý/dobrý	80 bodů nezávislá	7 bodů
<b>Komunikační partnerka 5</b>	26 bodů Pásmo normálu	3 body Odpovídá normě	23,5 bodů <b>Riziko podvýživy</b>	45 bodů <b>Částečně závislá</b>	8 bodů

Zdroj: vlastní výzkum

Všechny dotázané seniorky dosahují v Testu kognitivních funkcí (MMSE) pásma normálu. Taktéž geriatrická škála deprese u všech oslovených odpovídá normě. Z výzkumu vyplývá, že třem seniorkám z pěti hrozí riziko podvýživy. Stav výživy je dobrý pouze u dvou žen. Z Testu instrumentálních všedních činností se ukázalo, že dvě seniorky jsou nezávislé na pomoci od druhých. Dvě dotázané jsou částečně závislé, zatímco jedna seniorka je závislá na pomoci druhých. Epworthská škála spavosti u všech dotázaných seniorek ukazuje, že netrpí nadměrnou denní spavostí.

Na základě výzkumného šetření se domnívám, že se seniorky ve věku 65+ žijící v domácím prostředí na Trhvosvinensku v průběhu života setkaly s ústním poučením nebo literaturou týkající se zdravého životního stylu. Oslovené seniorky se i přes značné obtíže snaží pohybovat a procvičovat některé tělesné partie. Jejich psychické zdraví velmi ovlivňuje zdraví fyzické a vztahy s jejich blízkými. Taktéž stres seniorkám

způsobují zdravotní potíže, ať vlastní či rodinných příslušníků. V oblasti spánku se oslovené seniorky často zmiňovali o nočním buzení a potřebě jít na toaletu. Dotázané seniorky svou stravu považují za spíše výživnou, avšak výzkum u třech žen ukázal hrozící riziko podvýživy. Z tohoto důvodu se domnívám, že by bylo dobré v tomto ohledu seniorky na Trhvosvinensku poučit o zdravé a vyvážené stravě, která bude zahrnovat všechny potřebné živiny. Přednáškové činnosti by mohly zprostředkovávat například Pečovatelská služba Ledax, o.p.s. nebo Informační centrum v Trhových Svinech. Péčí o zdraví dotazované seniorky rozumí pravidelné požívání léků či doplňků stravy, požívání zeleniny a ovoce, případně mléčných výrobků a masa. Taktéž o své zdraví pečují pravidelným pohybem a návštěvami praktických lékařů.

## 5. Diskuze

Se seniorkami jsem vedla polostrukturovaný rozhovor a současně jsem využila pět standardizovaných testů a škál. Na začátku rozhovorů jsem zjišťovala základní sociodemografické údaje, vztahy s rodinou a přáteli, způsoby trávení volného času a využívání sociálních či zdravotních služeb a současně jsem se seniorkami provedla Test kognitivních funkcí (MMSE) a Geriatrickou škálu deprese. Dále jsem rozhovor rozdělila do pěti okruhů, zaměřených na zdraví, výživu, pohybové aktivity a soběstačnost, spánek a stres. V oblasti výživy jsem využila Škálu pro hodnocení stavu výživy (MNA). Součástí okruhu zabývající se pohybovými aktivitami a soběstačností jsem se seniorkami provedla Test instrumentálních všedních činností (IADL). Oblast spánku jsem doplnila o Epworthskou škálu spavosti.

Potřeby seniorů se oproti mladší a střední generaci značně mění. Jsou orientováni především na potřeby zdraví, klidu, bezpečí a spokojenosti (Mlýnková, 2011). V popředí jsou potřeby fyziologické a psychosociální, a to potřeby bezpečí, jistoty, lásky a sounáležitosti. Naopak potřeby seberealizace a sebeaktualizace jsou již satureovány (Mlýnková, 2011). Z výpovědí komunikačních partnerek se ukázalo, že mají velmi dobré vztahy s rodinou a mohou se na ně s čímkoliv obrátit. Holmerová (2014) se zmiňuje o velké důležitosti role rodiny v životě seniora, protože mu poskytuje především psychickou oporu a to je příznivé pro jeho celkový zdravotní stav a taktéž ho to velmi motivuje zůstat co nejdéle aktivní.

Seniorky svůj volný čas tráví především čtením, sledováním televize, ale také prací na zahrádce, péčí o byt či dům nebo setkáváním se s přáteli. Z výzkumu vyplynulo, že dvě komunikační partnerky využívají Pečovatelskou službu Ledax, o.p.s. a dojíždí za nimi fyzioterapeutky, které označily za ortopedky. Na Trhvosvinensku jsou pořádány kulturní a sportovní akce pro seniory jen výjimečně, a to Informačním centrem v Trhových Svinech. Jde např. o zájezdy do aquaparků, cesty do okolní přírody nebo různé kulturní akce určené přímo pro seniory. Ovšem pokud by seniorky chtěly docházet např. do kurzů trénování paměti a poznávat tak nové přátele, musí se vypravit



do Českých Budějovic, kde je značný výběr aktivit pro seniory. V Trhových Svinech je pro potřeby seniorů stěžejní Pečovatelská služba Ledax, o.p.s., kterou znají všechny dotazované seniorky a využívají ji především k donáске obědů. Tato služba dále pomáhá lidem s úklidem jejich bytů a domů, popřípadě ošetřuje osoby, které se o sebe nepostarají a jsou upoutány na lůžko. Seniorkám pro více informací doporučuji obrátit se na praktického lékaře nebo různé přednáškové akce, kde se dozví základní informace o tom, na jaké odborníky se mají obrátit při konkrétních problémech. V Českých Budějovicích mohou seniorky navštívit například Poradnu podpory zdraví. Zaujaly mě její odborné služby např. v oblastech výživového poradenství, poradenství pro snižování rizika srdečně cévních chorob nebo poradenství při odvykání kouření. V případě nejružnějších poruch spánku se seniorky mohou obrátit na Centrum pro poruchy spánku sídlící v Nemocnici České Budějovice, a.s. Na Zdravotně sociální fakultě Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích existuje Centrum prevence civilizačních chorob, které zajišťuje osvětovou činnost v oblasti zdravého životního stylu, výživové a pohybové poradenství a poradnu pro zdravotní edukaci. Zjistila jsem, že v Trhových Svinech takové poradny a centra chybí, a proto si myslím, že by bylo dobré, aby se těchto aktivit někdo ujal.

### **Zdraví**

Na základě rozhovorů vyplynulo, že dvě komunikační partnerky z pěti hodnotí své fyzické zdraví jako špatné, tři jako uspokojivé. Psychické zdraví je u všech komunikačních partnerek hodnoceno jednoznačně uspokojivě. Předpokládala jsem, že seniorky trápí především bolesti zad a kolen a využívají dioptrické brýle, což se mi ve výzkumu potvrdilo. Zjistila jsem, že komunikační partnerky chodí na preventivní prohlídky k praktickým lékařům, spíše však lékaře navštíví při akutních problémech, tedy jednou za tři měsíce. Ostatní specialisty z řad lékařů seniorky vyhledávají jen po doporučení praktického lékaře. Pod pojmem zdravý životní styl si seniorky představily především pohyb v přírodě, cvičení a dostatečný přísun zeleniny a ovoce. Vysvětlila jsem jim, že je důležitá pestrá strava, do které řadíme např. mléčné výrobky, maso, dostatek tekutin a mnohdy také umělý přísun vitamínů a minerálů.

## **Výživa**

Ve stáří se mění chuť, jelikož dochází k ubývání chuťových pohárků (Mlýnková, 2011). Škála pro hodnocení stavu výživy ve třech případech ukázala hrozící riziko podvýživy. Mlýnková (2011) se zmiňuje o následcích malnutrice. Konkrétně o podvýživě, kdy ve stravě chybí základní živiny jako např. sacharidy, bílkoviny, vitaminy. Avšak následkem malnutrice může být také obezita. I obézní člověk, kterému se v těle hromadí tuk, může strádat a být nedostatečně vyživený důsledkem nesprávných stravovacích návyků (Mlýnková, 2011). Dle mého názoru je tento výsledek znepokojující a je zapotřebí seniorky poučit o zásadách správné výživy. Neméně důležité je také množství vypitých tekutin. I v tomto případě jsem seniorkám doporučila, aby množství vypitých tekutin neměřily po skleničkách, ale aby si každý den připravily velkou láhev vody a měly ji na očích. Dle Mlýnkové (2011) je potřeba příjmu tekutin na ústupu, senioři mívají snížený pocit žízně. Mezi příčiny nedostatečného pitného režimu lze zařadit strach z močení a tedy z nedostatku spánku, strach z inkontinence a možného zápachu a také obava z toho, že včas nedojde na toaletu z důvodu snížené hybnosti (Mlýnková, 2011). Právě starší generace by měla myslet na zásady zdravého stravování a uvědomit si, že pravidelná a vyvážená strava ovlivňuje fyzické, ale ve velké míře také psychické zdraví každého člověka. Také Haškovcová (2012) tvrdí, že si senioři často neuvědomují souvislost stravy s celkovou životní pohodou a že nesprávné stravování je příčinou až dvou třetin chorob.

## **Pohybové aktivity a soběstačnost**

K mému údivu se dotazované seniorky v rámci možnosti snaží pohybovat nebo cvičit i přes značné obtíže a bolest. Záleží jim na tom, aby se o sebe alespoň částečně postaraly a byly co nejdéle schopné samostatného pohybu. Mlýnková (2011) tvrdí, že dostatečný pohyb zlepšuje fyzickou zdatnost, ale také sílu svalstva břišní stěny a břišního lisu, který je podstatný pro zdárné vyprázdnění. Z výzkumu vyplývá, že v případě možné pohyblivosti, seniorky rády tráví svůj volný čas venku, nejlépe se svou rodinou a přáteli. Preferují především chůzi, práci na zahradě či úklid v bytě a cvičení na záda a nohy. Také Roslawski (2005) říká, že vhodným pohybem může být uklízení, příprava jídla, lehké práce na zahradě, jízda na kole, plavání nebo chůze po schodech

místo používání výtahu. Pouze jedna komunikační partnerka bydlí v bytovém domě ve druhém patře, kde není k dispozici výtah, ač nedobrovolně, chodí téměř každý den po schodech. Suchá, Jindrová a Hátlová (2013) potvrzují, že lidé kteří se pravidelně pohybují, žijí déle než pasivní jedinci. Pohybem se totiž může zpomalit ubývání svalové síly, pohyblivosti kloubů a zhoršování srdečních funkcí (Suchá, Jindrová, Hátlová, 2013).

### **Spánek**

Na základě výzkumu jsem zjistila, že komunikační partnerky mají pravidelný denní režim. Dle Mlýnkové (2011) senioři mají rádi svůj stereotyp a jen těžko se přizpůsobují nejrůznějším životním změnám (Mlýnková, 2011). Je u nich časté také noční probouzení a potřeba jít na toaletu. Pokud jsou přes den unavené, není výjimkou, že spí také během dne. I zde se Mlýnková (2011) zmiňuje o výrazné potřebě vyprazdňování, se kterou se senioři potýkají. Ve stáří se zvyšuje také potřeba spánku a odpočinku, přičemž senioři podřimují i během dne (Mlýnková, 2011). Avšak Dientsbier a Procházková (2011) doporučují spát přes den maximálně 30 - 45 minut. Nedostatečný spánek se může negativně odrážet na náladě člověka, chuti být aktivní, vykonávání denních aktivit a na chuti řešit problémy (Mlýnková, 2011). Dle mého názoru informace z odborné literatury odpovídají výsledkům výzkumu na Trhvosvinensku.

### **Stres**

Pro dotazované seniorky je stresující především vlastní zdravotní stav, a taktéž zdravotní stav jejich rodiny. To potvrzují i Zavázalová et al. (2001) a Novotná (2003), kteří říkají, že zhoršení zdravotního stavu znamená pro seniory značnou zátěžovou situaci, protože jim ubývají tělesné i psychické kompetence a ztrácí soběstačnost, které se bojí více než smrti. Další příčinou stresu dotazovaných seniorek je obava z nedostatku financí. „*Stresující by pro mě bylo, kdyby mě nebo moje příbuzný zlobilo zdraví nebo třeba, kdybych neměla čím topit.*“ O tom se zmiňuje také Čevela s Čeledovou (2014), kteří píší, že příčinou nejistoty, úzkosti a pocitu ohrožení často bývá špatná materiální situace a sociální izolace. Všichni, kteří mají existenční problémy, by měli být podporováni a to se zvláštním zřetelem k podmínkám seniorů.

V této oblasti se velmi cení rozvoj občanských aktivit a možnost vzdělávání (Čevela, Čeledová, 2014). I já se ztotožňuji s tvrzením autorů, kteří píšou o zátěžových situacích v životě seniora, jelikož se jejich slova ve výzkumu ukázala jako pravdivá.

## 6. Závěr

Životní styl každého jedince se v průběhu života proměňuje. Zatímco v dětství je náš život ovlivňován především našimi rodiči a povinnou školní docházkou, v dospívání si vytváříme vlastní názory a náš život se ubírá jiným směrem. V dospělosti zase lidé zakládají rodiny a orientují se na svůj profesní život. Potom, co si projdeme všemi fázemi lidského života, nastoupí stáří a naše hodnoty se opět změň. Z mého výzkumu vyplynulo, že si seniorky váží každé chvílky, kterou tráví se svou rodinou. Bezpochyby je pro ně důležitý i život bez bolesti, které jen těžko předchází. Snaží se tedy pohybovat a prodloužit si tak co možná nejaktivnější stáří.

Cílem bakalářské práce bylo zmapovat životní styl jako sociální determinantu zdraví ve stáří na Trhvosvinensku. Dílčím cílem bylo zjistit, zda a jakým způsobem seniorky pečují o své zdraví. Práce přináší výsledky týkající se životního stylu seniorek ve věku 65+ žijících v domácím prostředí na Trhvosvinensku. Z výzkumu vyplývá, že se oslovené seniorky v průběhu života setkaly s ústním poučením nebo literaturou týkající se zdravého životního stylu. Dotázané seniorky se i přes značné obtíže snaží pohybovat a procvičovat některé tělesné partie. Jejich psychické zdraví velmi ovlivňuje zdraví fyzické a vztahy s jejich blízkými. Taktéž stres seniorkám způsobuje zdravotní potíže, ať vlastní či rodinných příslušníků. V oblasti spánku se oslovené seniorky často zmiňovaly o nočním buzení a potřebě jít na toaletu. Dotázané seniorky svou stravu považují za spíše výživnou, avšak výzkum u třech žen ukázal hrozící riziko podvýživy. Z tohoto důvodu se domnívám, že by bylo dobré v tomto ohledu seniorky na Trhvosvinensku poučit o zdravé a vyvážené stravě, která bude zahrnovat všechny potřebné živiny. Péči o zdraví dotazované seniorky rozumí pravidelné požívání léků či doplňků stravy, požívání zeleniny a ovoce, případně mléčných výrobků a masa. Taktéž o své zdraví pečují pravidelným pohybem a návštěvami praktických lékařů.

Myslím si, že je tato práce přínosem především z hlediska základních informací o zdravém a aktivním stárnutí. Zabývám se zde konkrétně životním stylem seniorek a možnostmi společenského či sportovního vyžití seniorek na Trhvosvinensku. Po

výzkumném šetření jsem došla k závěru, že v této oblasti přednáškové činnosti, kulturní, společenské a sportovní akce pro seniory/seniorky chybí a v případě potřeby musí starší lidé dojíždět do Českých Budějovic. V Trhových Svinech je k dispozici pouze Pečovatelská služba Ledax, o.p.s., na kterou se seniorky obracejí především z důvodu dovozů obědů, nebo Informační centrum, které zprostředkovává např. výlety do přírody.

Tato bakalářská práce může sloužit jako informační prostředek ohledně zdravého životního stylu pro seniory/seniorky žijící na Trhvosvinensku. Rovněž může posloužit jako doplňující materiál vhodný do přednášek o životním stylu seniorů/seniorek.

## 7. Seznam použitých zdrojů

ASTL, Jaromír, Eliška ASTLOVÁ a Eva MARKOVÁ. 2009. *Jak jíst a udržet si zdraví, aneb, Vyvážený zdravý životní styl pro každý den: příručka poradce*. Praha: Maxdorf. ISBN 978-80-7345-175-2.

ATKINSON, Rita L. 2003. *Psychologie*. 2., aktualit. vyd., V Portálu 1. Praha: Portál. ISBN 80-7178-640-3.

BRABCOVÁ, Iva a Jitka VACKOVÁ. Koncepce deseti sociálních determinant zdraví. *Kontakt: odborný a vědecký časopis pro zdravotně sociální otázky*. [online]. 2013, 15(4), [cit. 2016-06-29]. ISSN 1804-7122. Dostupné z: <http://casopis-zsfju.zsf.jcu.cz/kontakt/administrace/clankyfile/20131216125307879019.pdf>.

ČEVELA, Rostislav, Zdeněk KALVACH a Libuše ČELEDVÁ. 2012. *Sociální gerontologie: úvod do problematiky*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3901-4.

ČEVELA, Rostislav a Libuše ČELEDVÁ. 2014. *Sociální gerontologie: východiska ke zdravotní politice a podpoře zdraví ve stáří*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4544.

DIENSTBIER, Zdeněk a Zdenka PROCHÁZKOVÁ. 2011. *Ó, sladké stáří*. 1. vyd. Praha: Radix. ISBN 978-80-87573-00-6.

DUFFKOVÁ, Jana, Lukáš URBAN a Josef DUBSKÝ. 2008. *Sociologie životního stylu*. 1. vyd. Plzeň: Vydavatelství a nakladatelství Aleš Čeněk. ISBN 978-80-7380-123-6.

FLORIÁNKOVÁ, Marcela. 2014. *Zdravý životní styl a jídelníček pro seniory*. 1. vyd. Praha: Fragment. ISBN 978-80-253-2031-0.

GRÜN, Anselm. 2009. *Umění stárnout*. 1. vyd. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství. ISBN 978-80-7195-316-6.

GRUSS, Peter. 2009. *Perspektivy stárnutí: z pohledu psychologie celoživotního vývoje*. 1. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-605-6.

GULOVÁ, Lenka. *Sociální práce: pro pedagogické obory*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3379-1.

HAŠKOVCOVÁ, Helena. 2012. *Sociální gerontologie, aneb, senioři mezi námi*. 1. vyd. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-900-8.

HENDL, Jan. 2008. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. 2., aktualiz. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-485-4.

HOLCZEROVÁ, Vladimíra a Dagmar DVOŘÁČKOVÁ. 2013. *Volnočasové aktivity pro seniory*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4697-5.

HOLMEROVÁ, Iva. 2014. *Průvodce vyšším věkem: manuál pro seniory a jejich pečovatele*. 1. vyd. Praha: Mladá fronta. ISBN 978-80-204-3119-6.

KALVACH, Pavel. 2010. *Mozkové ischemie a hemoragie*. 3., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2765-3.

KALVACH, Zdeněk a kol. 2011. *Křehký pacient a primární péče*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4026-3.

KŘIVOHLAVÝ, Jaroslav. 2011. *Stárnutí z pohledu pozitivní psychologie: možnosti, které čekají*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3604-4.



KUBÁTOVÁ, Helena. 2010. *Sociologie životního způsobu*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2456-0.

JANEČKOVÁ, Hana. Sociální práce se starými lidmi. In: MATOUŠEK, Oldřich, Pavla KODYMOVÁ a Jana KOLÁČKOVÁ. 2005. *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. 1. vyd. Praha: Portál. s. 163-193. ISBN 80-7367-002-X.

MIOVSKÝ, Michal. 2006. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 80-247-1362-4.

MLÝNKOVÁ, Jana. 2011. *Péče o staré občany: učebnice pro obor sociální činnost*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3872-7.

MÜHLPACHR, Pavel (ed.). 2005. *Schola gerontologica*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita. ISBN 80-210-3838-1.

RODRIGUEZ, Diana. 2013. How Much Sleep Do Seniors Need?. In: Everyday Health. [online]. Everyday Health Media, LLC, 5. října 2013 [cit. 2015-12-11]. Dostupné z: <http://www.everydayhealth.com/senior-health/how-much-sleep-do-seniors-need.aspx>.

ROSLAWSKI, Adam. 2005. *Jak zůstat fit ve stáří*. 1. vyd. Brno: Computer Press. ISBN 80-251-0774-4.

SAK, Petr a Karolína KOLESÁROVÁ. 2012. *Sociologie stáří a seniorů*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3850-5.

SCHULER, Matthias a Peter OSTER. 2010. *Geriatric od A do Z pro sestry*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3013-4.

STARNOVSKÁ, Tamara. 2015. Výživa seniorů. *Sociální služby*. 17(8-9), s. 46-47. ISSN 1803-7348.

SUCHÁ, Jitka, Iva JINDROVÁ a Běla HÁTLOVÁ. 2013. *Hry a činnosti pro aktivní seniory*. 1. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0335-3.

SÝKOROVÁ, Dana. 2007. *Autonomie ve stáří: kapitoly z gerontosociologie*. 1. vyd. Praha: Sociologické nakladatelství SLON. ISBN 978-80-86429-62-5.

ŠTILEC, Miroslav. 2004. *Pohybově-relaxační programy pro starší občany*. 1. vyd. Praha: Karolinum. ISBN 80-246-0788-3.

NAKONEČNÝ, Milan. 2004. *Psychologie téměř pro každého*. 1. vyd. Praha: Academia. ISBN 80-200-1198-6.

TOPINKOVÁ, Eva. Využití standardizovaných škál pro hodnocení stavu výživy u starších nemocných. *Česká geriatrická revue*. [online]. 2003, (1), [cit. 2016-07-20]. ISSN 1801-8661. Dostupné z: [http://www.geriatrickarevue.cz/pdf/gr\\_03\\_01\\_01.pdf](http://www.geriatrickarevue.cz/pdf/gr_03_01_01.pdf).

TOUHY, Theris A., Kathleen F. JETT, Priscilla EBERSOLE a Patricia A. HESS. 2010. *Ebersole and Hess' gerontological nursing & healthy aging*. 3. vyd. St. Louis, Mo.: Mosby/Elsevier. ISBN 978-0-323-05701-1.

tsviny. *Statistické údaje*. [online]. Tsviny, 2016 [cit. 2016-07-25]. Dostupné z: <http://www.tsviny.cz/statisticke-udaje/ds-51/p1=53>.

VÁGNEROVÁ, Marie. 2007. *Vývojová psychologie II.: dospělost a stáří*. 1. vyd. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-1318-5.

VAŠUTOVÁ, Kateřina. *Praktické lékařství*. Spánek a vybrané poruchy spánku a bdění. [online]. 2009, 5(1), [cit. 2016-07-07]. Dostupné z: <http://www.praktickelekarenstvi.cz/pdfs/lek/2009/01/04.pdf>.

WHO/EUROPE. 2015. Activities. *World Health Organization: Regional office for Europe*. [online]. WHO/Europe, 2015 [cit. 2015-11-26]. Dostupné z: <http://www.euro.who.int/en/health-topics/Life-stages/healthy-ageing/activities>.

WHO. 2015a. Healthy diet. *World Health Organization*. [online]. WHO, 2015a [cit. 2015-11-27]. Dostupné z: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs394/en/>.

WHO. 2015b. Mental health and older adults. *World Health Organization*. [online]. WHO, 2015b [cit. 2015-11-27]. Dostupné z: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs381/en/>.

WHO. 2015c. Physical activity. *World Health Organization*. [online]. WHO, 2015c [cit. 2015-12-05]. Dostupné z: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs385/en/>.

WHO. 2016. *Často kladené otázky*. [online]. WHO, 2016 [cit. 2016-07-24]. Dostupné z: <http://www.who.int/suggestions/faq/en/>.

WILKINSON, R. MARMONT, M. 2003. *Sociální determinanty zdraví. Fakta a souvislosti*. Kostelec nad Černými lesy : IZPE. ISBN 80-86625-46-X.

MPSV. 2014. Národní akční plán podporující pozitivní stárnutí pro období let 2013 až 2017. In: Ministerstvo práce a sociálních věcí. [online]. 31. 12. 2014 [cit. 2015-11-26]. Dostupné z: [http://www.mpsv.cz/files/clanky/20851/NAP\\_311214.pdf](http://www.mpsv.cz/files/clanky/20851/NAP_311214.pdf).

ZAVÁZALOVÁ, Helena a kol. 2002. *Sociální lékařství a veřejné zdravotnictví*. 2. přepracované a doplněné vyd. Praha: Karolinum. ISBN 80-246-0467-1.

## **8. Přílohy**

**Příloha 1** - Záznamový arch pro polostrukturovaný rozhovor

**Příloha 2** - Test kognitivních funkcí (MMSE)

**Příloha 3** - Geriatrická škála deprese (GDS)

**Příloha 4** - Škála pro hodnocení stavu výživy (MNA)

**Příloha 5** - Test instrumentálních všedních činností (IADL)

**Příloha 6** - Epworthská škála spavosti (ESS)

## **Příloha 1**

### **Záznamový arch pro polostrukturovaný rozhovor**

**KP:**

**Pohlaví:**

**Věk:**

**Nejvyšší dosažené vzdělání:**

**Bydliště:**

**Ekonomická situace:**

*Test kognitivních funkcí (MMSE), Geriatrická škála deprese (GDS)*

**Jaké máte vztahy se svou rodinou?**

**Jak často se navštěvujete s rodinnými příslušníky?**

**Jak často se navštěvujete se svými blízkými?**

**Myslíte si, že pozitivní vztahy s druhými lidmi ovlivňují Vaše zdraví?**

**Jak trávíte svůj volný čas?**

**Navštěvujete nějaké kulturní akce? Jak často? Kde?**

**Navštěvujete nějaké společenské akce? Jak často? Kde?**

**Využíváte nějaké sociální či zdravotní služby?**

### **Zdraví**

**Můžete mi popsat své zdraví?**

**Jak pečujete o své zdraví?**

**Co si představíte pod pojmem zdravý životní styl?**

**Jaké je Vaše fyzické zdraví?**

5 - výborné

4 - velmi dobré

3 - uspokojivé

2 - špatné

1 - velmi špatné

**Jak hodnotíte své duševní zdraví?**

5 - výborné

4 - velmi dobré

3 - uspokojivé

2 - špatné

1 - velmi špatné

**Měla jste za poslední 3 měsíce nějaký úraz či nemoc?**

**Trpíte dlouhodobě nějakou bolestí?**

**Užíváte nějaké léky?**

**Podstoupila jste v nedávné době nějakou operaci?**

**Využíváte nějakou kompenzační pomůcku?**

**Jak často docházíte na preventivní lékařské prohlídky?**

**Kdy jste byla naposledy u lékaře? Jakého?**

**Výživa**

**Můžete mi popsat, jak se stravujete?**

**Jak často jíte?**

**Myslíte si, že je Vaše strava výživná?**

4 - ano

3 - spíše ano

2 – spíše ne

1 - ne

**Jaké množství tekutin denně vypijete?**

**Kouříte? Jaké množství cigaret za den?**

**Pijete alkohol? Jaký? Jak často?**

*Škála pro hodnocení stavu výživy (MNA)*

**Pohybové aktivity a soběstačnost**

**Věnujete se nějaké pohybové aktivitě?**

**Věnujete se nějakému cvičení?**

**Změnila se Vaše pohybová aktivita odchodem do důchodu? Jak?**

**Jste limitována Vaším zdravotním stavem?**

*Test instrumentálních všedních činností (IADL)*

## **Spánek**

**Jak vypadá Váš spánek?**

**Jaká je průměrná doba Vašeho spánku?**

**V kolik hodin chodíte spát?**

**V kolik hodin se probouzíte?**

**Považujete svůj denní režim za pravidelný?**

*Epworthská škála spavosti (ESS)*

## **Stres**

**Co si představíte pod pojmem stres?**


**Znáte nějaké důvody, které Vám způsobují stres?**

**Jak zvládáte stresové situace?**

**Kdo a co Vám přináší radost do života?**

## Příloha 2

### Test kognitivních funkcí – Mini Mental State Examination (MMSE)

Oblast hodnocení:	Max.skóre:
<p>1. Orientace:</p> <p>Položte nemocnému 10 otázek. Za každou správnou odpověď započítejte 1 bod.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Který je teď rok?</li> <li>- Které je roční období?</li> <li>- Můžete mi říci dnešní datum?</li> <li>- Který je den v týdnu?</li> <li>- Který je teď měsíc?</li> <li>- Ve kterém jsme státě?</li> <li>- Ve které jsme zemi?</li> <li>- Ve kterém jsme městě?</li> <li>- Jak se jmenuje tato nemocnice?(toto oddělení?,tato ordinace?)</li> <li>- Ve kterém jsme poschodí?(pokoji?)</li> </ul>	<p>1</p> <p>1</p> <p>1</p> <p>1</p> <p>1</p> <p>1</p> <p>1</p> <p>1</p> <p>1</p> <p>1</p>
<p>2. Paměť:</p> <p>Vyšetřující jmenuje 3 libovolné předměty (nejlépe z pokoje pacienta- například židle, okno, tužka)a vyzve pacienta, aby je opakoval. Za každou správnou odpověď je dán 1 bod</p>	3
<p>3. Pozornost a počítání:</p> <p>Nemocný je vyzván, aby odečítal 7 od čísla 100, a to 5 krát po sobě. Za každou správnou odpověď je 1 bod.</p>	5
<p>4. Krátkodobá paměť (=výbavnost):</p> <p>Úkol zopakovat 3 dříve jmenovaných předmětů (viz bod 2.)</p>	3
<p>5. Řeč, komunikace a konstrukční schopnosti:</p> <p>(správná odpověď nebo splnění úkolů = 1 bod)</p> <p>Ukažte nemocnému dva předměty (př.tužka,hodinky) a vyzvěte ho, aby je pojmenoval.</p> <p>Vyzvěte nemocného, aby po vás opakoval:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Žádná ale</li> <li>- Jestliže</li> <li>- Kdyby</li> </ul> <p>Dejte nemocnému třístupňový příkaz:</p> <p>„Vezměte papír do pravé ruky, přeložte ho na půl a položte jej na podlahu.“</p> <p>Dejte nemocnému přečíst papír s nápisem „Zavřete oči“.</p> <p>Vyzvěte nemocného, aby napsal smysluplnou větu (obsahující podmět a přísudek), která dává smysl)</p> <p>Vyzvěte nemocného, aby na zvláštní papír nakreslil obrazec podle předlohy.</p> <p>1 bod jsou-li zachovány všechny úhly a protnutí vytváří čtyřúhelník.</p>	<p>2</p> <p>1</p> <p>3</p> <p>1</p> <p>1</p>
	1
<p><b>Hodnocení:</b></p> <p>00 – 10 bodů                      těžká kognitivní porucha</p> <p>11 – 20 bodů                     středně těžká kognitivní porucha</p> <p>21 – 23 bodů                     lehká kognitivní porucha</p> <p>24 – 30 bodů                     pásmo normálu</p>	



Zdroj: KALVACH, Zdeněk a kol. 2008. *Geriatrické syndromy a geriatrický pacient*.  
Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2490-4.

### **Příloha 3**

#### **Geriatrická škála deprese (zpracováno dle Yesavage)**

1. Jste v zásadě spokojena se svým životem?

ANO – 0 / NE - 1

2. Jaké jsou Vaše činnosti a zájmy - stejné jako dříve nebo jste většiny z nich zanechala?

STEJNÉ – 0 / ZANECHAL/A - 1

3. Máte někdy pocit nicoty a prázdnoty Vašeho života?

ANO – 1 / NE - 0

4. Pociťujete často nudu?

ANO - 1 / NE - 0

5. Jaká je převážně Vaše nálada, dobrá nebo špatná?

DOBŘÁ - 0 / ŠPATNÁ - 1

6. Bojíte se často, že se Vám přihodí něco zlého?

ANO – 1 / NE - 0

7. Cítíte se většinou šťastná nebo nešťastná?

ŠŤASTNÝ/Á - 0 / NEŠŤASTNÝ/Á - 1

8. Míváte často nebo převážně pocit bezmoci?

ANO - 1 / NE - 0

9. Zůstáváte raději doma nebo máte raději společnost?

DOMA - 1 / SPOLEČNOST - 0

10. Máte problémy s pamětí, které jsou podle Vašeho názoru horší než u Vašich vrstevníků?

ANO - 1 / NE - 0

11. Myslíte si, že žijeme v hezké době?

ANO - 0 / NE – 1

12. Míváte někdy nebo dokonce často pocity, že jste pro ostatní bezcenný, že si Vás neváží,

nerespektují Vás, nemají Vás rádi?

ANO, mívám ten pocit - 1 / NE - 0

13. Cítíte se převážně dobře, plný/á energie, chuti do života?

ANO - 0 / NE - 1

14. Míváte pocity beznaděje ze situace své, ze svého okolí či ze svého osudu?

ANO, myslím si to - 1 / NE - 0

15. Myslíte si, že se většině lidí daří lépe než Vám?

ANO, myslím si to - 1 / NE - 0

**Hodnocení:**

0-7 bodů odpovídá normě

8-12 bodů mírná deprese

13-15 bodů těžká deprese

Zdroj: KALVACH, Zdeněk. 2008. *Geriatrické syndromy a geriatrický pacient*. Praha:

Grada. ISBN 978-80-247-2490-4.

## Příloha 4

### Škála pro hodnocení stavu výživy (MNA)

	Bodové skóre
<b>1. BMI</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• BMI &lt; 19</li> <li>• <math>19 \leq \text{BMI} &lt; 21</math></li> <li>• <math>21 \leq \text{BMI} &lt; 23</math></li> <li>• BMI <math>\geq 23</math></li> </ul> hmotnost (kg):.....69..... tělesná výška (m).....1,68.....	0 1 2 3
<b>2. Obvod středu paže</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• pod 21 cm</li> <li>• 21-22 cm</li> <li>• nad 22 cm</li> </ul>	0 0,5 1
<b>3. Obvod lýtky</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• pod 31 cm</li> <li>• 31 cm a více</li> </ul>	0 1
<b>4. Úbytek hmotnosti za poslední 3 měsíce</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• více než 3 kg</li> <li>• není přesný údaj</li> <li>• 1-3 kg</li> <li>• nebyl úbytek hmotnosti</li> </ul>	0 1 2 3
<b>5. Je pacient nezávislý v IADL?</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ne</li> <li>• ano</li> </ul>	0 1
<b>6. Užívá denně více než tři druhy léků?</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ano</li> <li>• ne</li> </ul>	0 1
<b>7. Prodělal v posledním 1 měsíci akutní onemocnění, úraz, psychické trauma?</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ano</li> <li>• ne</li> </ul>	0 1
<b>8. Pohyblivost/mobilita</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• upoután na lůžko/vozík</li> <li>• pohyb jen po místnosti</li> <li>• vychází z bytu</li> </ul>	0 1 2
<b>9. Psychický stav</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• těžká demence nebo deprese</li> <li>• mírná demence nebo deprese</li> <li>• normální stav, bez psychické poruchy</li> </ul>	0 1 2
<b>10. Proleženiny, bércové vředy, jiné kožní ulcerace</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• přítomny</li> <li>• nepřítomny</li> </ul>	0 1

<b>11. Kolik jídel jí jedinec za den?</b> • jen jedno jídlo • dvě jídla • tři a více jídel	0 1 2
<b>12. Konzumuje:</b> - denně mléčný produkt                      ano – ne      1x ano - denně maso, ryby, drůbež                      ano – ne      2x ano - týdně alespoň dvakrát vejce nebo fazole      ano – ne      3x ano	0 0,5 1
<b>13. Konzumuje denně ovoce/zeleninu?</b> • ne • ano	0 1
<b>14. Došlo v posledním měsíci ke ztrátě chuti k jídlu, zažívacím potížím nebo poruchám přijímání potravy (obtíže žvýkat nebo polykat)?</b> • ano, výrazně • jen mírně • ne	0 1 2
<b>15. Jaký je denní příjem všech tekutin?</b> • pod 600 ml • 600-1000 ml • nad 1000 ml	0 0,5 1
<b>16. Schopnost najíst se</b> • pomoc při najedení nutná • nají se sám, ale s obtížemi • nají se samostatně bez obtíží	0 1 2
<b>17. Domnívá se jedinec, že má se svojí výživou nějaké problémy?</b> • ano, hodnotí se jako podvyživený • neví, snad má problémy • ne, nemá žádné problémy	0 1 2
<b>18. Ve srovnání s osobami téhož věku hodnotí jedinec své zdraví jako:</b> • horší • neví • dobré, stejné • lepší	0 0,5 1 2
<b>Celkové skóre:</b>	

- 24-30 bodů – stav výživy velmi dobrý/dobrá
- 17-23,5 bodu – riziko podvýživy
  - < 17 bodů – podvýživa

Zdroj: TOPINKOVÁ, Eva. Využití standardizovaných škál pro hodnocení stavu výživy u starších nemocných. *Česká geriatrická revue*. [online]. 2003, (1), [cit. 2016-07-20]. ISSN 1801-8661. Dostupné z: [http://www.geriatrickarevue.cz/pdf/gr\\_03\\_01\\_01.pdf](http://www.geriatrickarevue.cz/pdf/gr_03_01_01.pdf).

## Příloha 5

### Test instrumentálních všedních činností Podle Lawsona a Bodyho (IADL-Instrumental Activities of Daily Living)

Činnost:		Hodnocení:	Body:
01.	Telefonování	Vyhledá samostatně číslo,vytočí je	10
		Zná několik čísel,odpovídá na zavolání	05
		Nedokáže používat telefon	00
02.	Transport	Cestuje samostatně dopravním prostředkem	10
		Cestuje,je-li doprovázen,vyžaduje pomoc druhé osoby	05
		Speciálně upravený vůz	00
03.	Nakupování	Dojde samostatně nakoupit	10
		Nakoupí s doprovodem a radou druhé osoby	05
		Neschopen bez podstatné pomoci	00
04.	Vaření	Uvaří samostatně celé jídlo	10
		Jídlo ohřeje	05
		Jídlo musí být připraveno druhou osobou	00
05.	Domácí práce	Udrží domácnost s výjimkou těžkých prací,provede pouze lehčí práce nebo neudrží přiměřenou čistotu	10
		Provede pouze lehčí práce nebo neudrží přiměřenou čistotu	05
		Potřebuje pomoc při většině prací nebo s v domácnosti prací neúčastní	00
06.	Práce okolo domu	Provádí samostatně a pravidelně	10
		Provede pod dohledem	05
		Vyžaduje pomoc,neprovede	00
07.	Užívání léků	Samostatně v určenou dobu správnou dávku,zná názvy léků	10
		Užívá,jsou-li připraveny a připomenuty	05
		Léky musí být podány druhou osobou	00
08.	Finance	Spravuje samostatně,platí účty,zná příjmy a výdaje	10
		Zvládne drobné výdaje,potřebuje pomoc se složitějšími operacemi	05
		Neschopen bez pomoci zacházet s penězi	00
Hodnocení	Závislí	00-40 bodů	
	Částečně závislí	41-75 bodů	
	Nezávislí	76-80 bodů	

Zdroj: MLÝNKOVÁ, Jana. 2011. *Péče o staré občany: učebnice pro obor sociální činnost*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3872-7.

## Příloha 6

### Epworthská škála spavosti

Jméno, rok narození: .....

Datum vyplnění: .....

Dřímáte nebo usínáte v situacích popsaných níže (nejedná se o pocit únavy)? Tato otázka se týká Vašeho běžného života v poslední době. Jestliže jste následující situace neprožil/a, zkuste si představit, jak by Vás mohly ovlivnit.

**Vyberte v následující škále číslo nejvhodnější odpovědi ke každé níže uvedené situaci:**

- 0 = nikdy bych nedřímával/neusínal
- 1 = slabá pravděpodobnost dřímoty/spánku
- 2 = střední pravděpodobnost dřímoty/spánku
- 3 = značná pravděpodobnost dřímoty/spánku

Otázka	Situace	Číslo
1.	Při četbě vsedě	
2.	Při sledování televize	
3.	Při nečinném sezení na veřejném místě (v kině, na schůzi)	
4.	Při hodinové jízdě v autě (bez přestávky) jako spolujezdec	
5.	Při ležení – odpočinku po obědě, když to okolnosti dovolují	
6.	Při rozhovoru vsedě	
7.	Vsedě, v klidu, po obědě bez alkoholu	
8.	V automobilu stojícím několik minut v dopravní zácpě	
<b>Celkem:</b>		

**Děkujeme za spolupráci**

Zdroj: © Johns MW: A new method for measuring sleepiness: the Epworth sleepiness scale. Sleep 1991; 14: 540-545.