



Pedagogická
fakulta
Faculty
of Education

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

JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH

PEDAGOGICKÁ FAKULTA

KATEDRA VÝCHOVY KE ZDRAVÍ

**Pohybová aktivita seniorů - členů společenské
seniorské organizace
(diplomová práce)**

Autor práce: Bc. Markéta Žlabová, Vychovatelství se zaměřením na
výchovu ke zdraví Vvkzn-p

Vedoucí práce: Řepka Emil, doc. PaedDr. CSc.

Oponent: Mgr. Jan Schuster, Ph.D.

České Budějovice, 2015



Pedagogická
fakulta
Faculty
of Education

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

UNIVERSITY OF SOUTH BOHEMIA

PEDAGOGICAL FACULTY

DEPARTMENT OF HEALTH EDUCATION

**The Physical activity of seniors – members of
social organizations
(graduation theses)**

Autor práce: Bc. Markéta Žlabová, Vychovatelství se zaměřením na
výchovu ke zdraví Vvkzn-p

Vedoucí práce: Řepka Emil, doc. PaedDr. CSc.

Oponent: Mgr. Jan Schuster, Ph.D.

České Budějovice, 2015

Bibliografická Identifikace

Jméno a příjmení autora: Bc. Markéta Žlabová

Název diplomové práce: Pohybová aktivita seniorů – členů společenské seniorské organizace

Studijní program: Specializace v pedagogice

Studijní obor: Vychovatelství se zaměřením na výchovu ke zdraví

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

Vedoucí diplomové práce: Doc. PaedDr. Emil Řepka, CSc.

Rok obhajoby diplomové práce: 2015

Abstrakt: Diplomová práce se zabývá pohybovou aktivitou skupiny seniorů, kteří navštěvují společenskou seniorskou organizaci v Českých Budějovicích. Teoretická část je zaměřena na pohybovou aktivitu, její vlivy na zdraví a životní styl v souvislosti se starým člověkem, konkrétně seniorem. Práce se také zabývá procesem stárnutí všeobecně a k němu patřícími projevy, problémy či komplikacemi stárnutí. V závěru teoretické části se práce věnuje péči o seniory, potřebám této populace a dále se také zabývá službami, které jsou pro ně poskytovány. V části praktické byl proveden výzkum pohybové aktivity seniorů. Zde byl proveden sběr dat a analýza výsledků IPAQ - long (International Physical Activity Questionare) dotazníku a monitoring pomocí krokoměru. Zjištění úrovně pohybových aktivit proběhla pomocí dotazníku IPAQ - long u 120 probandů a monitoring počtu kroků za den po dobu 1 týdne. Tento monitoring probíhal u 30 jedinců a to pomocí pedometrů, které byly individuálně nastavené. Data získaná zpracováním dotazníkového šetření a monitoringu byla zaznamenána, vyhodnocena a prezentována pomocí grafů s komentářem. Následně proběhla diskuze a byly stanoveny závěry.

Klíčová slova: pohybová aktivita, senior, stárnutí, zdraví

Bibliographic Identification

Name and Surname: Bc. Markéta Žlabová

Title of Diploma Thesis: The Physical activity of seniors – members of social organizations

Study programme: Specialization in Education

Field of study: Education with a Focus on Health Education

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

Supervisor: Doc. PaedDr. Emil Řepka, CSc.

The year of presentation: 2015

Abstract: This thesis deals with the physical activity group of seniors who attend senior social organization in the Czech Budejovice. The theoretical part is focused on physical activity and its effects on health and lifestyle in connection with the old man, specifically senior. The work also deals with the process of aging in general and to him belonging symptoms and problems or complications of aging. In conclusion, the theoretical part deals with the care of the elderly, their needs and also the services that are provided for them. In the research was conducted research on physical activity of seniors. Here was performed data collection and analysis of results IPAQ - long (International Physical Activity Questionnaire) questionnaire and monitoring using a pedometer. Determining the level of physical activity was carried out using a questionnaire IPAQ - long by 120 probands and monitoring the number of steps per day for 1 week. The monitoring was conducted in 30 subjects, using pedometers which are individually adjustable. Data obtained by processing the survey and monitoring were recorded, evaluated and presented in graphs with commentary, discussion then took place and were determined conclusions.

Keywords: physical activity, senior, aging, health

Prohlašuji, že jsem svoji diplomovou práci „Pohybová aktivita seniorů – členů společenské seniorské organizace“ vypracovala samostatně pod odborným vedením Doc. PaedDr. Emila Řepky, CSc., 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 diplomové práce, a to v nezkrácené podobě - v úpravě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných pedagogickou fakultou elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích, dne 22. 4. 2015

.....
Bc. Markéta Žlabová

Tímto bych chtěla poděkovat panu Doc. PaedDr. Emilovi Řepkovi, CSc. za odborné vedení a ochotu při vypracování mé diplomové práce. Dále bych chtěla poděkovat respondentům za ochotu při vypracování dotazníku a získání potřebných dat k mému výzkumu.

Obsah

1 ÚVOD.....	9
2 Teoretická část	10
2.1 Stáří, stárnutí.....	10
2.1.1 Periodizace stáří.....	11
2.1.2 Fenotyp stáří	13
2.1.3 Pojetí procesu stárnutí.....	14
2.1.4 Aspekty stárnutí.....	15
2.2 Aktivní životní styl seniorů.....	20
2.2.1 Pohybová aktivita	21
2.2.2 Duševní aktivita	25
2.2.3 Výživa seniorů	25
2.3 Problémy s aktivitou seniorů	26
2.3.1 Únava	27
2.3.2 Nesnášenlivost aktivity	28
2.3.3 Syndromy z přetížení	28
2.3.4 Imobilizační syndrom	29
2.4 Péče o seniory	29
2.4.1 Potřeby seniorů	30
2.4.2 Starý člověk v rodině	32
2.4.3 Zdravotnické a sociální služby pro seniory	32
2.4.5 Společenská seniorská organizace Mánesova, Č.B.	34
2.5 Negativní projevy stáří.....	36
2.5.1 Úrazy seniorů.....	37
2.5.2 Stařecká onemocnění	39
2.6 Budoucnost seniorů.....	40
3 Výzkumná část.....	41
3.1 Cíle práce	41
3.2 Úkoly práce.....	41
4 Metodologie	43
4.1 Výzkumné otázky	43

4.2 Použité metody výzkumu.....	43
4.3 Popis souboru.....	45
5 Design výzkumu	46
6 Výsledky a diskuze	47
7 Závěr	63
8 Referenční seznam.....	65
9 Seznam zkratek	68

1 ÚVOD

Moderní doba postupem času změnila chování lidí. Z normálního života se vytratila fyzická aktivita, která je nahrazována sedavým způsobem života a nedostatkem pohybu.

Pohyb v dnešní moderní době hraje důležitou roli v životě každého člověka. Pomáhá udržet lidský organismus v dobrém zdravotním stavu a tělesné i duševní kondici. Lidské tělo je velice důmyslně k pohybu uzpůsobeno a jestliže jej nepoužíváme, ztrácí svalovou hmotu, která je pak snadno nahrazována tukem. Tělesná hmotnost se zvyšuje a s tím přicházejí bolesti kloubů a kostí a další zdravotní problémy. Praktický každý sice připustí, že dostatek pohybu je pro zdraví dobrý, ale pořád ještě málo lidí dokáže docenit skutečný význam tohoto faktoru, jeho efekt a sílu.

Pohybová aktivita neznamena jen podávání sportovních výkonů, ale jakýkoliv tělesný pohyb, který je charakterizován svalovou kontrakcí, při níž dochází k zvýšení energetického výdeje. Zahrnujeme do ní také chůzi nebo práci v domácnosti či na zahradě. Pomáhá chránit před nemocemi, zlepšuje mnoho funkcí a parametrů lidského těla a zlepšuje duševní zdraví. Má také vliv na kloubní pohyblivost, sílu kostí, funkční a nezávislý život, spánek a kontrolu tělesné zdatnosti, soběstačnost, snižuje riziko zlomenin, depresí, nadváhy, ztráty paměti či demenci.

K dosažení žádoucí tělesné zdatnosti není nikdy pozdě. Benefity pravidelné pohybové aktivity lze u seniorů pojmout také jako zabezpečení jejich soběstačnosti a osobní nezávislosti.

Důležité je stát se, anebo trvale zůstat pohybově aktivním.

2 Teoretická část

2.1 Stáří, stárnutí

Každý člověk stárne. Toto elementární tvrzení je všeobecně známé a uznávané. Ostatně lidé říkávají, že stárnutí a stáří, stejně jako smrt, jsou jedinou spravedlivou jistotou, kterou máme. A přesto, nebo právě proto, o svém vlastním stárnutí a stáří většinou neuvažujeme až do doby, než se nás začne osobně nebo zprostředkovaně, ale blízce týkat. (Haškovcová, 1990)

Stáří je posledním ontogenetickým vývojovým obdobím v životě člověka, které v sobě nese počet období předcházejících, tj. odpovídá do značné míry stylu života, který si člověk žil zejména ve středním věku, ve fázi dospělosti. Jeto biologický proces, který je charakterizován tím, že je nevratný a končí smrtí jedince. (Gruberová, 1998)

Vyzrálé, jasné stáří má své typické vnější poznávací znaky. Nelze je zakrýt a nelze je ani přehlédnout. Odborně vyzrálým stářím (sénium) rozumíme kategorii tzv. pokročilého neboli stařeckého věku. Lidé v této věkové kategorii zpravidla již vykazují snížení fyzických a psychických sil. Jejich zevnějšek prodělal řadu změn a stáří se stalo čitelné ve tváři, v gestech, v chůzi. Ani psychika nebyla ušetřena involučního procesu. Starý člověk nás nevnímá ostře, mluvíme pro jeho potřeby příliš tiše, příliš nezřetelně, příliš rychle. Nerozumí mnohému z toho, co říkáme a děláme, a my mladší nemáme zase mnoho chuti porozumět jeho zestárlému světu. Typicky vyhlížející stařec nám nahání strach: takhle budeme, dožijeme-li se toho, vypadat jednou všichni. (Haškovcová, 1990)

Stárnutí je tedy souborem celé řady pochodů, jejichž začátky se datují mnohem dříve, než postřehneme první zjevné známky stárnutí. Řadu pochodů a změn způsobujících či provázejících stárnutí známe, ale mnoho dalších nikoli. (Jedlička a kol., 1991)

Než se člověk skutečně stane evidentně starým, prožívá relativně dlouhé období, ve kterém je nomenklaturně i sociálně za starého považován, ačkoli se tak necítí. Označení starý člověk se zakládá především na společenské konvenci, která má různé, ale převážně ekonomické důvody. Současná společnost považuje za starého toho jedince, kterému vzhledem ke kalendářnímu věku vznikl nárok na starobní důchod. A protože každý starobní důchodce je pokládán za starého člověka, většina lidí považuje

odchod do důchodu za počátek stáří. Ale je to správné a je tomu opravdu tak? (Haškovcová, 1990)

2.1.1 Periodizace stáří

„Stáří je přirozené období lidského života, ve kterém se postupně omezují neboli degenerují funkce lidského organismu.“ (Tomeš, 2001, 5)

Podíl starých lidí v populaci celosvětově narůstá. Když nahlédneme do historie, je patrné, že ještě neuplynulo příliš času od doby, kdy dožití se do vyššího věku bylo něčím výjimečným. (Kramářová, 2000)

Na okamžik, kdy stáří nastává, se názory různí. V mnoha publikacích zaměřených na problematiku stárnutí a stáří se můžeme dočíst, že stáří a stárnutí je individuální a jeho průběh závisí na mnoha okolnostech. Věk je jednou ze základních charakteristik člověka a ačkoliv každý individuálně stárne, z hlediska chronologického stárneme všichni stejně. Popisované známky stárnutí a stáří se však nemusí objevit u každého jedince. Někdo si může uchovat bohatou tělesnou činnost a duševní svěžest až do konce svého života, u jiného se zase mohou projevit příznaky bránící v aktivní činnost mnohem dříve, než ukazuje kalendářní věk. (Jarošová, 2006)

Čas lidského života bývá různým způsobem periodizován. V nejjednodušším členění hovoříme o dětství, dospělosti a stáří. Často bývá pro celý čas života člověka používáno členění na patnáctileté životní úseky. Ode dne zrození trvá člověku 15 let, než biologicky, psychicky i sexuálně dozraje. V intervalu 15 – 30 let zraje člověk především sociálně a dospívá v neopakovatelnou osobnost. Doba vrcholné psychofyzické zralosti trvá dalších 15let. Období 45 – 60 let je typické stacionárností výkonů právě tak jako skrytými počátky nastupující involuce. Věk 60 –75 let se považuje za senescenci, tedy stáří, a 75 – 90 let za senectus, tedy kmetství. Dalších 15 let se však dožije jen několik jedinců z miliónu. (Příhoda, 1974)

Světová zdravotnická organizace podle uznávaných odborných kritérií považuje věkové rozpětí 45 až 59 let za tzv. střední nebo také zralý věk. Teprve období 60 – 74 let definuje jako rané stáří neboli vyšší věk, obecně hovoříme o starším nebo lépe o stárnoucím člověku. Za počátek vlastního stáří je pokládán 75. rok. Senescence je

vymezena časem v intervalu 75 – 89 let. Ti, kteří žijí déle než 90 let, jsou považováni za dlouhověké. (Pacovský, 1981)

Věk kalendářní, matriční, chronologický

Je dán datem narození. Výhodou je jednoznačnost. Z kalendářního věku vycházejí různé konvence o stárnutí a stáří. Nejčastěji se užívá věková kategorizace doporučená Světovou zdravotnickou organizací. Opírá se o tzv. patnáctileté periody lidského života. (Pacovský, 1994)

Kalendářní věk, stárnutí a stáří (SZO). (Pacovský, 1994)

45 – 59 let: střední věk

60 – 74 let: vyšší věk, starší věk, rané stáří, mladí staří (youngold)

75 – 89 let: stařecký věk, pokročilý věk, pravé stáří, sérum, opravdu stáří (old-old)

90 let a výše: dlouhověkost

Věk funkční

Odpovídá skutečnému funkčnímu potencionálu člověka (věk skutečný). Velmi často není totožný s věkem kalendářním. Je dán souhrnem charakteristik biologických, psychologických a sociálních.

Biologický věk (psychické stáří) je důsledkem geneticky řízeného programu biologického stárnutí, především involučních fyziologických dějů.

- Celoživotním působením zevního prostředí a způsobem života
- Chorobnými situacemi

Psychologický věk (psychické stáří) je podmíněn mnoha faktory, především přirozenými funkčními změnami v průběhu stárnutí, individuálními osobnostními rysy, reakcí jedince na stáří. Pro lékařskou praxi je důležitý také tzv. *věk subjektivní* – jak se starý člověk sám cítí.

Sociální věk (sociální stáří) zahrnuje rozmanité stránky sociálního života jedince. Gerontologové velmi neradi vidí, že stáří se často nesprávně ztotožňuje se zákonným nárokem na starobní důchod, respektive s odchodem do starobního důchodu

(důchodový věk). Důchodci mají ještě podstatnou část života před sebou („třetí věk“). (Pacovský, 1994)

Délka lidského života je dána druhově a je geneticky determinována. Maximální délka života je teoreticky asi 115 až 120 let. V praxi je však zcela mimořádným jevem. Střední délka života – v češtině mnohem lépe a výstižněji očekávaná délka života nebo pravděpodobná délka dožití, je demografický údaj, konstruovaný z tzv. úmrtnostních tabulek. Je to věk, kterého by se dožilo živě narozené dítě, kdyby úmrtnostní poměry byly stejné jako v době konstrukce úmrtnostní tabulky. Analogicky lze vypočítat pravděpodobnou dobu dožití pro jednotlivé věkové kategorie a pohlaví. Očekávaná délka života při narození je v České Republice (1990) u žen 74,9 let, u mužů 67,6 let. Ve srovnání s vyspělými státy jsou to hodnoty nízké, ale i u nás střední délka života stoupá. (Pacovský, 1994)

2.1.2 Fenotyp stáří

Stařecký vzhled je určován několika faktory, které se u každého jedince projevují různě a jsou také různě ovlivnitelné.:

- Genotyp (včetně dispozice k dlouhověkosti) a biologická involuce;
- Projevy a důsledky chorob, jejich kombinací (multimorbidita) a farmakoterapie;
- Důsledky způsobu života, především pohybové aktivity (dekondice a svalová atrofie z inaktivity) a stravování (obezita, malnutrice);
- Vlivy prostředí fyzikálního (náročnost, bezpečnost, akcentování či mitigování funkčních deficitů, bariéra, handicapující situace) i sociálního (sociální role a participace, chudoba);
- Psychický stav (adaptace na stáří, motivace, aspirace a expektace, stylizace do role). (Kolář, 2012)

2.1.3 Pojetí procesu stárnutí

„ Přirozené stárnutí a stáří je určeno souhrnem faktorů genetických a vlivy prostředí, které na jedince působí v průběhu celého života. “ (Pacovský, 1994, 22)

Stárnutí je posledním přechodným obdobím v životě člověka a tedy také poslední možností, kdy lze aktivně ovlivnit kvalitu stáří. (Gruberová. 1998)

Biologické stárnutí je provázeno jen velmi pozvolným omezováním pracovních schopností následkem anatomických a funkčních změn. Dochází ke zeslabování svalstva, zvýšení se křehkosti kostí, zeslabování až úplný zánik funkcí smyslových orgánů – zraku, sluchu. S narůstajícím věkem se tedy mění pracovní výkon, avšak nikoli všeobecně. Projevují se, případně zvětšují, rozdíly mezi jednotlivými pracovníky. (Bednářová a kol., 2003)

Ztráty ve fyzické výkonnosti je ale možné vyrovnat změnami pracovních metod, takže se nemusí projevit na úrovni pracovního výkonu. Proto se staří lidé lépe uplatňují v odvětvích, která nevyžadují sílu a rychlost a mohou v nich naopak uplatnit nabyté celoživotní zkušenosti. Taková pracovní činnost pak starší lidi nevyčerpává, naopak konzervuje jejich životní potenciál, brzdí proces stárnutí a přispívá k prodlužování aktivního života. (Tomeš, 2001)

Naopak úplná pasivita a nečinnost urychluje proces duševní i svalové degenerace. Aktivní stáří, práce přiměřená životnímu tempu a možnostem stárnoucího člověka, se stává požadavkem lékařů v boji proti degenerativním procesům. (Bednářová a kol., 2003)

S postupujícím věkem se obecně mění potřeby lidí, což se například odráží i ve výši jednotlivých položek rodinného rozpočtu. Na jedné straně se snižují požadavky na jídlo, odívání a bydlení, na druhé straně se zvyšují náklady na nové potřeby, vyvolané vyšší nemocností a nesoběstačností v některých úkonech. (Bednářová a kol., 2003)

Důležité charakteristiky přirozeného stárnutí a stáří

- Individuální závislost. Klinicky významné interindividuální rozdíly až do konce života, i když se u opravdu starých (nad 75let) poněkud stírají

- Disociace a asynchronnost stárnutí jednotlivých funkcí u téhož jedince. Klinicky významné rozdíly mezi jedinci v nástupu orgánových změn, jejich pořadí i rychlosti
- Involuce, regrese, úbytek struktur a funkcí jsou typické. Žádná změna struktur a funkcí nebo dokonce zlepšení závislosti na věku jsou možné, ale spíše výjimečné, stejně jako změny kvalitativní
- Stáří je poslední ontogenetickou vývojovou periodou a jeho kvalita je dána celým předcházejícím životem

(Pacovský, 1994)

2.1.4 Aspekty stárnutí

Biologické aspekty

Stárnutí je možno charakterizovat jako involuční proces postihující všechny orgány a tkáně, při kterém dochází k úbytku jejich funkcí. Involuce je ireversibilní, nezvratný a jednosměrný proces, který končí zánikem individua. Dochází při něm k poklesu životnosti, odolnosti organismu a adaptability. Involuční změny lze pozorovat na některých orgánech již od 30. roku věku a intenzita těchto změn individuálně kolísá, kvantitativně se však stupňují v období senescence, které v našich podmínkách nastupuje kolem 60. roku života. (Gruberová, 1998)

Poznatky o biologickém stárnutí, které mají praktický význam, lze shrnout tímto způsobem:

- Zpomalení a oslabení většiny regulačních funkcí,
- omezení rezerv,
- snížení adaptačních schopností a odolnosti k zátěžím,
- změna imunitních mechanismů, zvláště pak pokles imunity (včetně imunity protinádorové) a zvýšená tvorba autoprotilátek,
- snížená tvorba nebo působení různých humorálních regulačních působků, včetně hormonů,
- změněná citlivost receptorů,
- zpomalení psychomotorického tempa a vedení vzruchů,

- alterace v tvorbě a působení neurotransmitérů a úbytek motoneuronů,
 - zhoršené vnímání tzv. zevními smysly (zrak, sluch, chuť, čich, hmat),
 - úbytek tzv. aktivní tělesné (svalové) hmoty a pokles svalové síly. Pokles celkové tělesné vody, zmnožení tuku,
 - úbytek kostní hmoty,
 - involuce struktur a funkcí jednotlivých orgánů. Změna struktury obvykle předchází změně funkce,
 - snížený průtok krve důležitými orgány (mozek, srdeční sval, ledviny) a omezená schopnost jeho regulace,
 - omezená kapacita a rychlost energeticky náročných metabolických dějů.
- (Pacovský, 1994)

Nejnápadnější pro okolí jsou vnější, zevní projevy stárnutí.

Kůže

– je orgán, podle jehož stavu se laicky odhaduje stáří člověka, i když je to odhad v řadě případů nepřesný. Podle stavu kůže na obličejí, který je nejvíce vystaven povětrnostním vlivům, je možno mylně odhadnout vyšší věk, když se jedná o jedince žijícího v drsných podmínkách. Nebo naopak je možno odhadnout věk nižší, když jde o kůži soustavně pěstěnou, ev. kosmeticky opravovanou. (Gruberová, 1998)

Kůže starého člověka se stává vrásčitá, ztrácí elasticitu, je suchá. Příčinou je úbytek vody, podkožního tuku, změn pojiva, objevují se pigmentové skvrny, kožní kapiláry jsou fragilní, takže již sebemenší poškození kůže způsobí podlitinu. (Jedlička a kol. 1991)

„Všeobecně dochází k ztenčování pokožky (epidermis), která sice zachovává schopnost regenerovat, ale životnost buněk je kratší.“ (Gruberová, 1998, 17)

Výsledkem je postupně vznikající senilní atrofie kůže, která je jedním z involučních procesů v organismu. Vyvíjí se zvolna, bez subjektivních příznaků a s individuálně odlišnou rychlostí. Na kůži vznikají jako projevy degenerativních změn charakteristická stigmata, z nichž jsou nejčastější senilní veruky – bradavice, často mnohočetně. Jako následek atrofie kůže a křehkosti cév vznikají plošná ložiska krvácení purpura senilis, na předloktích a dorsech rukou. (Gruberová, 1998)

Vlasy

- ubývá také vlasový pigment, přibývá vzduchových vakuol a vlas šediví. Zejména u mužů je častá alopecie, její výskyt je často geneticky podmíněný. Řídne i ochlupení v podpaží, v genitálu, v některých lokalizacích zůstává ale naopak nezměněné, např. chloupky v nose, v boltcích ušních. U žen se může objevit hirsutismus, tj. růst vousů na bradě. (Gruberová, 1998)

Psychologické aspekty

Stejně jako dochází ve stáří k tělesným změnám, tak se i v psychické oblasti objevují různé změny. Tyto dvě stránky člověka spolu úzce souvisejí a vzájemně se i ovlivňují. Do psychologického stárnutí tedy zahrnujeme všechny změny psychiky, které se s rostoucím věkem vyskytují stále častěji. Mezi psychickými změnami a projevy ve stáří existují individuální rozdíly podmíněné probíhající biologickou involucí. (Jarošová, 2006)

Názory odborníků na přirozené psychické změny s přibývajícím věkem nejsou jednotné. Ale všichni shodně upozorňují na velké inter- a intraindividuální rozdíly. Důležitá je především osobnost. Osobnost každého člověka je nutné posuzovat jako psychologický celek. Integrita osobnosti zůstává zachována, obvykle se mění jen dílčí funkční schopnosti osobnosti, např. poznávací schopnosti (vnímání, paměť, představy, myšlení). Charakteristické osobnostní rysy získávají nebo upadají ve své intenzitě. Ve struktuře osobnosti se může posouvat pořadí potřeb, hodnot a cílů. Změny motivace (vnitřních pohnutek) mohou vysvětlit, proč starý člověk to či ono nedělá očekávaným způsobem, proč některé potřeby a věci jsou v popředí jeho zájmu, proč se vrací k některým dřívějším zájmům a jiné zase opouští. Citové prožívání ztrácí na intenzitě, geronta události již tolik nevzrušují, v některých případech zůstává netečný. Převládá touha po soukromí a pohodlí. (Pacovský, 1994)

Ve stáří a již v průběhu stárnutí postupně klesají

1. kognitivní, tj. poznávací funkce, které dosahují maxima ve 3. deceniu. Od té doby dochází k pozvolnému poklesu, který při normálním průběhu stárnutí nemá

ale dlouho žádný vliv na praktickou činnost jedince. Postupné oslabování jednotlivých funkcí lze do jisté míry plně kompenzovat. (Gruberová, 1998)

- Zpomaluje se psychomotorické tempo, jsou pomalejší reakce na podněty. Jestliže jde o fyziologické stárnutí, řeší starý člověk úkoly dobře, zejména, pokud může využít své dosavadní zkušenosti. Na řešení potřebuje delší dobu, což se dá prokázat v psychometrických testech. Zpomaluje se rychlost slovní reakce, odpověď na otázku.
- Typické je snížení všípivosti a výbavnosti. Již od 5. Decennia se i při fyziologickém stárnutí začínají lidé stěžovat, že si nevybavují např. jména známých lidí, názvy květin, jména měst, apod. Mají potíže se zafixováním nových jmen, nevybaví si nové jméno léků, který dostali u lékaře. Starý člověk musí vyvinout daleko větší úsilí, aby zafixoval nové poznatky, aby se naučil něčemu novému. Zhoršená novopaměť kontrastuje s neporušenou pamětí dlouhodobou a snadným vybavováním starých zážitků.
- Pokles tempa i rychlosti fixace nových zážitků má za následek pokles adaptability. Stárnoucí a starý člověk se hůře přizpůsobuje novým situacím. Je více konzervativní, lpí na zaběhaném stereotypu. Většinou nerad řeší komplikované aktuální události, nerad se přizpůsobuje novému prostředí. Například se stává nesoběstačným, ale tuto změnu nereflektuje, řešení nechává na okolí. Je rigidnější v myšlení i jednání, ulpívá na starých zvycích, např. neměnné zařízení bytu, používání starých způsobů práce v domácnosti. Vystupňovaná porucha adaptace je u lidí dementních, kdy náhlá změna prostředí vede často k psychické deterioraci –k deliriu.
- Snižuje se koncentrace – souvisí se zvýšenou únavností.

(Gruberová, 1998)

Typická pro stáří je **emoční labilita**.

Stáří lidé podléhají snadno dojetí. Může docházet i ke střídání nálad, sklonu k úzkosti. Tito lidé jsou citově snadno zranitelnější, mají větší potřebu projevů náklonnosti a očekávají ohledy a porozumění od okolí.

Mění se často i **povaha**.

Obecně se negativní vlastnosti stářím akcentují, ale není to pravidlo v jednotlivých případech. Kdo byl v mládí šetrný, bývá ve stáří lakomý, naopak může

dojít v tomto období k požitkářství a utrácení peněz, někdy může dojít k rozvoji alkoholismu. Z úzkostného člověka se může stát hypochondr, sobecký člověk se stává egocentrickým. Častá bývá tvrdohlavost až svéhlavost. Takoví staří lidé vyžadují trvalé ohledy a nepřiznají ev. chybu. Introvertní člověk se ve stáří může stát až samotářem, extrovert může být až obtěžujícím způsobem mnohomluvný. Někteří jedinci, kteří jsou ve stáří osvobozeni od vlivu vášní a afektů, se teprve v tomto období dopracovávají k vnitřnímu klidu a jistému nadhledu. Člověk teprve ve stáří ukáže, jaký byl na dně své duše. Přestane hrát naučenou roli. Moudrý, ohleduplný a laskavý člověk zůstává takový většinou i ve stáří. (Gruberová, 1998)

Všechny psychické změny nesměřují však vždy k horšímu, naopak. Často se například zvyšuje vytrvalost, zvláště v monotónní tělesné a duševní činnosti. Většinou se také stupňuje trpělivost a pochopení pro motivy jednání vrstevníků. U normálního stáří nechybí soudnost a zlepšuje se rozvaha. Je větší stálost v názorech a vztazích. (Pacovský, 1994)

Sociální aspekty

Od okamžiku, kdy si člověk poprvé uvědomí, že stárne, začíná vlastně problém jeho reakce a adaptace na stáří. Průběh reakcí nelze dobře odhadnout ani složitým testováním. Rozhoduje komplex různých činitelů. Důležitý je průběh celé životní dráhy. Jedinci, kteří dovedou tzv. „držet krok“, mají zpravidla schopnost vytežit ze zkušeností svého předcházejícího života co nejvíce, když mají zvládat situace, s nimiž jsou i ve stáří konfrontováni. Naopak lidé, kteří se již v mládí obtížně přizpůsobovali trpí špatnou adaptací i na vlastní stáří. (Ort, J. 2004)

Základním problémem úspěšné adaptace ve třetím věku je najít individuálně nejvhodnější vztah mezi zdůrazňováním vyhovujících forem aktivit na straně jedné a postupné uvolňování se z aktivit na straně druhé. Odborníci se v podstatě shodují, že pokud nemá starý člověk zabraňující zdravotní potíže, má zůstat aktivním a mít svůj perspektivní program. Současně je však rozumné stahovat se včas z některých společenských rolí. „Odchod“ z aktivního života se má však dít pouze na základě dobrovolného rozhodnutí a podle principu postoupnosti. Ani penzionování nemá být

pouze výsledkem vnějšího sociálního tlaku, ale výsledkem přirozeného přirozeného vývoje vlastní osobnosti a reálného sebehodnocení. (Gruberová, 1998)

Sociální stárnutí provází několik změn. Jednak je to odchod z aktivního pracovního života do starobního důchodu. Tento přechod je spojen s určitými změnami, které značně ovlivňují prožívání života člověka. Odchodem do důchodu se mění sociální role seniora. Končí role pracovní a dochází ke změnám v rolích rodinných (např. nová role prarodiče). S ukončením profese seniora se snižuje jeho autorita a společenská prestiž. Důchodce bývá společností akceptován jako méněhodnotný či méněcenný a z hlediska tohoto pojetí až zbytečný. (Jarošová, 2006)

Každý stárnoucí a starý člověk je členem společenství. Společnost má přijímat stáří jako přirozenou realitu a starou subpopulaci jako svou nedílnou součást. Cílem je nikoliv segregace, ale integrace. (Gruberová, 1998)

Myslím si, že neexistuje přesný okamžik nástupu stáří, neboť fyziologické změny v lidském organismu spojené se stárnutím probíhají neustále a pozvolna a jde o velmi individuální nezvratný fyziologický proces, který u každého člověka probíhá jinak. Někdy bývá za tuto hranici považován věk 60 let, nicméně s technickým a vědeckým rozvojem lidské společnosti se tato hranice neustále posouvá výš.

2.2 Aktivní životní styl seniorů

Zdravotní stav člověka je výsledkem vzájemného působení organismu a prostředí, a to po celou dobu jeho života. Na zdravotní stav člověka působí řada faktorů. Jedním z důležitých faktorů je zdravotnictví – jeho úroveň a kvalita služeb. Dalším významným faktorem je socioekonomické zabezpečení – bydlení, životní styl, vzdělání nebo zaměstnání. (Jarošová, 2006)

- Tělo – pohybová aktivita, cvičení, procházky, péče o vlastní tělo (lázně), domácí práce
- Duše – čtení, cestování, komunikace, moderní technika (internet), trénink duševních schopností a paměti, studium
- Osobnost – dobře prožít každý den života, osobní spokojenost, nadhled, radost

- Organizace – příprava bydlení, zajištění financí, všeobecný přehled
- Sociální stránka – kontakt s přáteli, naslouchání, přátelství

(Křivohlavý, 2011)

2.2.1 Pohybová aktivita

„Ten, kdo žije (kdo je tělesně a duševně aktivní) – ten žije (neživoří).“

Jaro Křivohlavý

Změny ve stáří se týkají celého těla a všech orgánů. První, čeho si můžeme všimnout, je ubývání svalové hmoty a svalové síly. Svaly jsou mohutný orgán v těle, který dokáže udržet páteř ve správném postavení, kloubní štěrbiny v přiměřené vzdálenosti. Proto zdravý člověk chodí rovně, všechny klouby pracují v plném rozsahu. První změnou, které si můžeme všimnout, je, že „rosteme do země“. Chodíme více shrbení, ramena se posouvají k sobě a nahoru, hlava se předklání, záda se ohýbají, rozsah v kyčlích se zmenšuje, kyčle bolí, kolena se pokrčují, ztrácíme jistotu při došlapu. Pohyb svalů je řízen nervovým systémem. Do mozku se dostávají informace z kloubních plošek, svalů, šlach. Tyto informace jsou zpracovávány a vracejí se zpět. Proto náš pohyb závisí nejen na kvalitě svalů, kloubů a vazů, ale také na stavu našeho mozku. (Kleplová, 2004)

Úbytek funkční zdatnosti a rozvoj stařeckého fenotypu mohou být zásadně podmíněny faktory jinými a ovlivnitelnějšími, než je zákonitá biologická involuce. Zvláštní podíl na kondici starého člověka má rehabilitace. Ve zdravém stáří hrají velký podíl zvláště rekondiční programy a péče o pohybový aparát s včasným korigováním funkčních poruch, svalových slabostí či poruch kloubních vzorů. Rehabilitace tak ovlivňuje nejen uzdravení z choroby a funkční zdatnost, ale také fenotyp seniora – jeho postoj, chůzi, a v neposlední řadě jeho psychický stav, adaptaci na stáří, sebeúctu a sebevědomí. (Kolář, 2012)

Zásady výběru pohybových aktivit ve stáří

Udržení mobility prostřednictvím pohybových aktivit vede ke zlepšení pocitu zdraví a kvality života. Pozitivní působení pohybu na organismus závisí na vhodném výběru pohybových činností. Výběr musí být podřízen:

Zdravotnímu stavu

U většiny jedinců je manifestováno chronické onemocnění a dle diagnózy musíme při zahájení pohybové činnosti respektovat limity zatížení. Na základě anamnézy, subjektivního hodnocení obtíží a v neposlední řadě objektivního vyšetření stanovíme formu vhodného pohybu, intenzitu zatížení a jednoznačně stanovíme limity, délku, formu a intenzitu pohybového činnosti. Edukujeme jedince ve smyslu hodnocení obtíží při zátěži pro případné přerušení pohybové činnosti při jejich rozvoji.

Věku

Velmi důležité je otestování zdatnosti jedince a porovnání výsledku s věkovou normou. Na základě vyšetření pak stanovíme limit bezpečné tepové frekvence a formu tréninku. Pro ordinaci pohybových aktivit a intenzitu zátěže klademe spíše důraz na celkové hodnocení zdatnosti, mobility a funkčnosti pohybového systému než na vlastní věk jedince.

Pohlaví

Rozdíly v uspořádání lidského těla vytvářejí předpoklady pro pohybové činnosti, které jsou součástí běžného života, i pro pohybové činnosti cíleně ordinované do režimu jedince. U žen je větší procento osteoporózy, která vymezuje limity pohybových forem – kontraindikujeme skoky, pohybové činnosti s nebezpečím pádů. Pro ženy naopak zařazujeme odporová cvičení pro stimulaci kostí a cvičení s adekvátní zátěží.

Pohybové zkušenosti a výkonnosti organismu

Zdatnost organismu i pohybové zkušenosti se nejlépe získávají v raném věku, mívají trvalejší charakter. Ti jedinci, kteří sportovali celý život, se mnohem lépe vyrovnávají se zátěží i během stárnutí než ti, kteří začínají s tělesnou aktivitou v pozdějším věku. (Kolář, 2012)

Vyšetření před zahájením pohybového programu

-Interní vyšetření s podrobnou anamnézou, včetně pohybové

-Zátěžový test se záznamem EKG, měřením TK a stanovením individuální bezpečné tepové frekvence pro trénink

-Základní vyšetření hybného systému se zaměřením na vyšetření pohybových stereotypů

-Biomechanické vyšetření se stanovením rizika pro rozvoj aterosklerózy – metabolismus tuků v krvi, funkce jater, ledvin, glukózová tolerance. (Kolář, 2012)

Pohybové programy

- Individuální programy
- Programy chůze, plavání
- Individuální tréninky na ergometru
- Programy domácího cvičení
- Skupinová cvičení (60minut 1-2krát týdně)
- Týdenní rekondiční pobyty (ideálně 2x za rok)

Ranní rozcvičení je žádoucí, aby se celý kloubní systém připravil na každodenní činnosti. Může trvat až 20 minut, dle potřeby jednotlivce. Zařazujeme většinou cvičení aktivující hluboký stabilizační systém, dechová cvičení udržující kloubní pohyblivost. (Kolář, 2012)

Zásady pohybových aktivit

-Seznámit jedince s metodikou a technikou prováděných aktivit

-Každý by měl znát limit intenzity zátěže (tepová frekvence, škála dušnosti)

-Každý ve starším věku by měl být vyšetřen zátěžovým testem u lékaře

-Důsledně požadovat postupnost zatížení, včetně rozcvičení (relaxace, klid, klidové hodnoty tepové frekvence (TF) a TK musí být v normě). (Borst, 2004)

Zásady při cvičení

Při provádění všech cviků musíme myslet na to, že člověk je celek, a proto jsou všechny cviky vedeny tak, aby bylo zapojené celé tělo, i když pokyny jsou zaměřené pouze na nejlépe kontrolovatelnou část pohybu. Nikdy nepracuje jen jeden sval, vždy je ještě několik svalů, které se aktivují ve vzájemné souhře. Na činnost určité svalové

skupiny navazuje skupina další, a tak je řízena koordinovaná práce všech svalů. (Kleplová, 2004)

- Vycházet z nižších poloh s postupným přechodem do vyšších pozic
- Důsledně se zaměřit na správné výchozí polohy
- Preferovat jednodušší cviky bez velkých nároků na koordinaci
- Neprovádět cviky při zadržném dechu, cvičení koordinovat s dýcháním
- Na závěr vždy zařadit relaxační cvičení (autogenní trénink). (Kolář, 2012)

Hypomobilita

Hypomobilita má ve stáří komplexní psychosomatickou povahu. Patří sem mnohdy celoživotní nechuť k pohybovým aktivitám, především z důvodu pohodlnosti. Dále také ztráta motivace k překonávání pohybového dyskomfortu (ovdovění, osamělost, penzionování) i jeho narůstání (bolest, dušnost, únava, nevýhodná změna pohybového stereotypu), instabilita (parézy, neuropatie), nejistota v prostoru (poruchy zraku), deprese, strach z pádu, demence s hypobulií, poruchy výživy (obezita, malnutrice). V duchu deteriorací spirály vede hypomobilita k dekonkci, svalové slabosti a zhoršování pohybového stereotypu, což dále hypomobilitu zhoršuje. (Kolář, 2012)

Dekondice

Pohybová inaktivita vyústí postupně či skokově v dekonkci se značným poklesem již tak involučně klesající maximální aerobní kapacity a s nízkou tolerancí fyzické zátěže. V běžném životě přibývá aktivit, které přesáhnou 75% maximální aerobní kapacity daného jedince, což je zhruba hranice dyskomfortu (dušnost, únava). Tento stav je často hodnocen jako projev onemocnění, senior dostává neúčinné léky a především je mu doporučen klidový režim, což zdravotní stav zhoršuje. Indikován musí být naopak rekondiční program, jehož účinnost byla prokázána i v 9. Decenniu. (Kolář, 2012)

2.2.2 Duševní aktivita

Pohybová aktivita pozitivně ovlivňuje nejen tělesné, ale také duševní zdraví.

O jakou aktivitu se zde jedná? Při všem dnes již klasickém důrazu na význam pohybu při práci a tělesném cvičení je vidět, že stále sílí důraz na duševní aktivitu a její cvičení. Tuto duševní aktivitu je možno vidět jak v práci (využívání celé kapacity mozku při duševní činnosti), tak v celé šíři společenské a kulturní aktivity i ve speciálních duševních cvičeních (např. při cvičení paměti a kognitivních funkcí).

Duševní aktivitou v práci je přitom dobré rozumět ani ne tak stále stejné, stereotypické opakování jednou naučené aktivity (tělesné i duševní), jako spíše neustálé pronikání do co nejširších a nejhlubších oblastí duševní a duchovní sféry, a to od nejranějšího mládí do co nejzazších fází stárnutí. (Preiss, Křivohlavý, 2010)

Odborníci se shodují na tom, že i ve stáří zůstávají duševně aktivní lidé, kteří zejména

1. neustále zaměstnávají svůj mozek,
2. mají pozitivní vztah k životu,
3. jsou pohybově aktivní,
4. dodávají tělu potravu se všemi důležitými prvky (Seligman, M. E. P., 1992)

2.2.3 Výživa seniorů

Potrava je velmi důležitou komponentou, která hraje významnou roli. Potravou jsou do organismu přiváděny živiny, které jsou jednak důležitým stavebním materiálem pro růst individua a slouží k náhradě opotřebovaných eventuelně poškozených tkání, ale také poskytují energii k funkci všech buněk, tedy energii ke všem složitým biochemickým dějům. (Jedlička, 1991)

Úbytek svalové hmoty, přírůstek tukové tkáně a snížená pohybová aktivita podporují tendenci k obezitě. Atrofie chuťových pohárků, změna chuti a čichové ostrosti snižují zájem o jídlo. Časté choroby dásní, ztráta zubů a špatně padnoucí zubní protézy jsou příčinnou jednostranné stravy, preference jídel měkkých, často s vysokou energetickou hodnotou a nedostatkem vlákniny. Snížená sekrece žaludeční šťávy, snížená aktivita enzymů v erytrocytech a další faktory způsobují malabsorpci a maldigesci (riziko nedostatku vápníku, železa, zinku, vitamínů rozpustných v tucích). (Pacovský, 1994)

Problémy s příjmem potravy

-Změněná chuť k jídlu – se stářím souvisí snížené vnímání chuti (hypogeuzie) a změněné vnímání chuti; zhoršení chuťových pocitů (dysgeuzie). Při somatických potížích vzniká nechutenství, někdy až anorexie, která se může objevit v souvislosti s jídlem, při přítomnosti závažných chorob, při uplatnění rozsáhlé farmakoterapie nebo i z vlivů psychických. (Pacovský, 1994)

-Poruchy mastikace– žvýkání, kousání. Tyto poruchy jsou časté při různých onemocněních dutiny ústní, defektech chrupu či xerostomii („suchá ústa“)

-Poruchy polykání– ve stáří se často také objevuje achalázie jícnu (zde dochází k ochabnutí tonusu funkčního svěrače v terminálním jícnu, tím pádem je průchod potravy do žaludku ztížen a jícen je dilatován městnající obsahem).(Pacovský, 1994)

-Malabsorbce a maldigesce

-Gastrointestinální potíže v souvislosti s jídlem – nauzea, zvracení, průjem, zácpa.

-Problémy s dietou – dietní limitace, intolerance. (Pacovský, 1994)

2.3 Problémy s aktivitou seniorů

Do komplexního hodnocení starého člověka patří také posouzení jeho aktivity. Aktivita je reagování na určité podněty z vnitřního či vnějšího světa. Mají-li být starší lidé aktivní, nesmějí jim takové podněty chybět. Konání je úzce spojeno s chováním.

Zajišťuje člověku pokrývání různých potřeb a je také podmínkou lidské kreativity neboli tvořivosti.

Co ovlivňuje aktivity člověka?

- Zdravotní stav
 - Individualita osobnosti, osobní pojetí stáří, hierarchie hodnot a potřeb
 - Subjektivní věk
 - Motivace ke konání
 - Sociální podmínky
 - Ekonomické faktory
 - Společenské mínění o stáří
- (Pacovský, 1994)

2.3.1 Únava

Únava je i ve stáří příznak, o kterém nemocní velmi často mluví, který však sám o sobě má jen malý diagnostický význam. Fyziologicky se dostavuje po určitém trvání fyzické nebo duševní práce. Lidé ve vyšším věku mají nižší práh unavitelnosti a naopak zotavování je prodlouženo. Cvikem a tréninkem lze i u gerontů – jak je i opakovaně prokázáno – unavitelnost snížit. (Pacovský, 1994)

Klinické projevy a diagnostika

- Pokles tělesné a duševní výkonnosti. Při velké tělesné únavě bývá i únava duševní, opačně je to výjimečně
- Ztráta zájmu, nesoustředěnost
- Pokles svalové síly
- Ztráta rychlosti a koordinace pohybů
- Pocit ztuhlosti a bolesti svalů
- Fyziognomické projevy („vypadá unaveně; vyčerpaně“)
- U citlivých lidí meteorotropní závislost

Příčiny nefyziologické únavy

- Nedostatečná kondice
- Deprese
- Závažné organické onemocnění
- Léky
- Nedostatek spánku
- Chronický únavový syndrom

(Balint, 1976)

2.3.2 Nesnášenlivost aktivity

Nesnášenlivost aktivity je stav, kdy jedinec není schopen mobilizovat fyzickou či psychickou energii k provádění potřebných denních aktivit.

Nejčastější příčiny:

- Tělesná slabost při těžkých onemocněních
- Omezená funkce některých orgánů a jejich neschopnost přizpůsobit se změněným nárokům organismu při námaze (srdeční nedostatečnost, chronická respirační insuficience, malregulace krevního oběhu)
- Psychické příčiny (nedostatek motivace, deprese, strach z pádů)
- Ztráta životního zápalu, životní jiskry
- Hypobulie až abulie – stav naprosté nerozhodnosti a ztráta chtění
- Ztráta chuti k životu, ztráta radosti ze života
- Úmyslné a manifestované ztahování se z dosavadních rolí
- Celkové neprospívání a chátrání
- Nespecifické zhoršení celkového stavu

(Pacovský, 1994)

2.3.3 Syndromy z přetížení

Syndrom z přetížení je souhrnné označení pro soubor různých poruch, které se objevují při nepřiměřené námaze a klinicky se projevují buď celkovými příznaky (především patologicky vystupňovanou únavou, exhauscí – vyčerpáním, prostrací – zchvácenosti) a dlouhým zotavováním, nebo lokálním poškozením z přetížení. Tyto syndromy jsou ve stáří velmi časté. (Kaufman, 1971)

2.3.4 Imobilizační syndrom

Je-li starý člověk z jakýchkoliv důvodů upoután na delší dobu na lůžko, objevuje se soubor patofyziologických změn, jejichž důsledky se klinicky projevují. Pobyt na lůžku, zvláště pak ve vertikální a pasivní poloze, přináší gerontovi více problémů než prospěchu. Indikace ke klidu na lůžku mají být důkladně zvažovány a imobilizace omezena jen na nejnutnější dobu. Aktivní remobilizace musí začít co nejdříve. Vedle ordinované imobilizace existují ovšem velmi časté situace, kdy je pobyt na lůžku vynucen zdravotním handicapem člověka, neschopnosti jeho pohybu (imobilita). I zde probíhají podobné patofyziologické děje a imobilizační syndrom má klinicky nejednou výraznější podobu. (Klímo, 1989)

2.4 Péče o seniory

Zdraví ovlivňuje všechny aspekty života ať už v mladém věku či ve středním věku, ale o něco více ve vyšším věku a ve stáří. Spoluurčuje kvalitu života, postavení starých lidí v rodině i ve společenském životě. Zdraví ve stáří má však jiné dimenze než v dřívějších decenních. (Pacovský, 1994)

U některých skupin starých lidí, kteří se nedokáží účelně adaptovat na náhlé změny svého zdravotního stavu nebo životních podmínek, můžeme předpokládat, že budou potřebovat pomoc společnosti. (Jarošová, 2006)

Péče o starého člověka v historii

Péče o starou populaci, děti, handicapované, duševně nemocné či sociálně potřebné a jejich možnosti se v průběhu času měnily. Úroveň poskytované péče pak vypovídala o dané kultuře společnosti. V dobách míru a rozvoje byl rozvoj péče o staré mnohem větší než v době válečné nebo v době ekonomických a kulturních krizí. Na druhé straně se objevovali projevy organizované lidské ušlechtilosti a obětavosti. Jako příklad si například můžeme uvést vznik rytířských řádů ve středověku, jejichž cílem bylo ošetřování nemocných a raněných v dobách válek. Tato obětavost se pak projevovala i ve vztahu k bezmocným a opuštěným starým lidem. (Jarošová, 2006)

Stáří v minulosti

- různé primitivní společnosti se ke svým starým chovaly různě – někdy se jim dostávalo pocty, někdy byli vyvražďováni, jiné společnosti nechávaly své staré jejich vlastnímu osudu, nestaraly se o ně
 - gerontakracie – starověké Řecko a Řím, staří byli vážení pro jejich moudrost a zkušenosti, byli v senátu (senát odvozen od řeckého překladu starý)
 - střední východ – stáří bylo v úctě (šejk také od slova starý)
 - 16. 17. století – nevelká úcta ke stáří, staří byli vytlačováni, snahy o prodloužení života, první elixír již ve 14. století (Parakelus) – kapky, ale nebyly účinné, lidé věřili, že fontány mají zázračnou moc (osvěžení viz dnešní sprcha), 17. století plné alchymistů, vědců, vynálezců či objevitelů.
- 18. – 19. století
 - zařízení pro opuštěné děti, pro lidi trpící duševní nemocí, pro staré lidi, nemajetné lidi, na venkově ubytování potřebných v obecních pastouškách – systém střídy.
 - Konec 19. století – první pokusy o sociální pojištění (Německo – O. von Bismarck), vznikají ústavy pro staré lidi . (Allan, 1989)

2.4.1 Potřeby seniorů

Život zdravého člověka můžeme charakterizovat jako neustále uspokojování různých potřeb, které mají pro člověka různou hodnotu. Některé potřeby chápe zdravý

člověk jako nutnost (spát, jíst, pít vyprazdňovat se) a dokud jsou tyto potřeby uspokojeny – jaksi bezděčně, příliš se jimi nezabývá. Jejich uspokojování je automatické (př. potřeba dýchání) a samozřejmé (př. potřeby vyprazdňování). Pokud člověk uspokojí základní potřeby, nutné ke každodennímu životu (přežití) je schopen uspokojovat potřeby vyšší (př. potřeby seberealizace). Jiné životní potřeby jsou životními cíli – jsou přáními – tužbami. Mají trvalé vědomé zaměření, věnuje jim člověk mnoho pozornosti a sil. Zdravý člověk je schopen si své cíle a potřeby sám uspokojovat. Nemocí je narušena vnitřní homeostáza organismu, ale i rovnováha se zevním prostředím. Vyvstanou nové potřeby a další se zaktualizují. (<http://www.wikiskripta.eu/index>)

Rozdělení potřeb seniorů

1) fyziologické potřeby – zcela základní, alespoň minimální uspokojení je nutné, jedná se o výživu, vylučování, spánek, chůzi, teplotu – dolní část pyramidy potřeb, také smích, pláč, fyzické kontakty s druhými.

2) potřeba bezpečí – potřeba ekonomického zabezpečení, potřeba fyzického bezpečí – aby se staří nemuseli bát, že upadnou, aby si mohli upadlé věci podat, mít různé kompenzační pomůcky, potřeba psychického bezpečí – strach z neznámého, nového, necítit se osaměle, mít pocit bezpečí, chtějí komunikovat, pokud nekomunikují, tak ztrácejí pojmosloví a hůře se vyjadřují

3) sociální potřeby – mít informace, rozumět věcem, dostat vysvětlení, staré lidi zajímají např. zprávy (kontakt s okolním světem), ale už je nezajímají další pořady, nebo např. při nástupu do zařízení je potřeba novému člověku vše ukázat, přivítat ho, pokud je přijetí neosobní, jsou pak desorientovaní

4) potřeba náležet k nějaké skupině – pocit, že někam patří, ať už se jednou o rodinu nebo jinou skupinu, pokud nepatří, dochází k problému absolutní samoty

5) potřeba lásky – mít rád a být milován, také otázka erotiky – pohlazení, něha, někdy i sex

6) potřeba vyjádřit se a být vyslechnut – aby alespoň někdo poslouchal, co povídá, lidé se vrací do minulosti, mluví o obdobích, kde se cítili dobře, tam se rádi vzpomínkami vracejí

7) potřeba autonomie – člověk chce o svém životě rozhodovat sám, částečně by to mělo být umožněno i v ústavech

8) potřeba seberealizace – dát svému dnu smysl, najít si program, rozvíjet vlastní činnost

(Zeremba, V., 1988)

2.4.2 Starý člověk v rodině

Každý člověk je jedinečný a jeho individualita přetrvává do stáří. Přístup k jedinci musí být i ve stáří velmi individuální. Z hlediska profesionálního přístupu lze zdůraznit tři zásady, které je vhodné mít při setkání se seniorem na paměti. Kontakt s klientem ve vyšším věku by měl posilovat jeho sebeúctu, přispívat ke zvyšování pocitu bezpečí a jistoty, podporovat pozitivní perspektivy a pozitivní sebepojetí jedince. Senioři jsou konfrontováni s řadou ztrát, a to může vést ke snížení jejich sebehodnocení a celkovému znejištění. Je tedy zapotřebí, aby i okolí působilo v opačném směru a posilovalo uvedené hodnoty. (Tošnerová, 2002)

Péče o staré lidi v rodině může mít různé podoby. Nemusí se jednat jen o neformální rodinnou péči (informalfamily care), ale také se může jednat o profesionální péči (professional care) zajišťovanou formou placených služeb zvenčí, ale vykonávanou v domácnosti, jedná se o zdravotní zdravotně sociální péči (home care). Další podobou je občasná forma péče a pomoci, jedná se např. o respitní péči (respite care), kdy dobrovolníci zajišťují občasné vystřídání pečujícího člena rodiny. Péče o seniory v rodině zahrnuje princip péče zdravotní, sociální a emocionální. Jiným principem je potřebnost péče seniora podle naléhavosti podle toho jaké nároky jednotlivé stupně péče kladou na pečující osoby. Může to být podpůrná péče, neosobní péče a osobní péče o starého člověka. (Veselá, 2003)

2.4.3 Zdravotnické a sociální služby pro seniory

Někdo se stáří vůbec nebojí, těší se na spoustu volného času, na dny strávené s rodinou a vnoučaty, na péči o zahrádku, jiný to vidí trochu pesimisticky. Nebo víc

reálně? Stáří může znamenat i samotu, neutěšené odevzdání se osudu a přežívání od rána do večera, od pondělí do neděle, ale také špatný zdravotní nebo duševní stav. Další, čeho se starší lidé obávají, je, že budou odkázáni na jinou osobu, nebo dokonce na nepřetržitou pomoc druhých. Jaké mají staří lidé u nás možnosti?

Zdravotnické služby pro seniory

Každý starší člověk ocení a upřednostní, může-li být ošetřován ve svém domácím prostředí. Jsou však situace, kdy je nutné přejít k ústavní péči. V takovém případě by na to měl být každý pozvolna a ohleduplně připraven.

Jaké druhy péče rozlišujeme:

- akutní
- rehabilitační
- dlouhodobá
- trvalá
- ambulantní
- domácí - domácí ošetřovatelé, pečovatelská služba, stacionární péče v denních centrech
- ústavní - např. nemocnice, léčebny, domovy důchodců

(Jarošova, 2006)

Sociální služby pro seniory

Sociální péče o seniory zahrnuje především poskytování sociálních dávek a sociálních služeb. Tato péče může být realizována výhradně státními subjekty, ale také státními i nestátními subjekty.

Služby při omezení a ztrátě soběstačnosti

Může se zajistit ošetřovatelská služba, což může být práce zdravotních sester v ústavním zařízení, ale ošetřovatelka či pečovatelka mohou také docházet do

domácnosti a vykonávat předem dohodnuté úkoly. Tato služba je hrazena zdravotní pojišťovnou.

Do služeb placených klientem patří osobní asistence, kdy kvalifikovaný asistent doprovází klienta při běžných pochůzkách a úkonech a plní požadavky dle společné dohody. Dále je to pečovatelská služba poskytovaná sociálními pracovníky.

Domovy pro seniory

Tato sociální zařízení poskytují ubytování, stravování a stálou péči, včetně ošetrovatelské a pečovatelské. V současné době je však umístění v Domově pro seniory stále těžší a dlouhodobě se vyřizující záležitostí. Kromě jiného se zde senioři mohou věnovat i spoustě volnočasových aktivit, včetně pohybových, kulturních a společenských. (Jarošová, 2006)

2.4.5 Společenská seniorská organizace Mánesova, Č.B.

Tato organizace působí v Českých Budějovicích již dvacet let. V současné době má cca 800 členů a snaží se v zájmových skupinách o různé a zajímavé aktivity. V ulici Roháče z Dubé č.11 v Českých Budějovicích je umístěn Klub důchodců, který od pondělí do čtvrtka pořádá od 13,00 do 17,00 hod.nejrůznější zajímavé akce. Například pondělní trénování paměti formou stolních a společenských her je veselé a schází se zde dobrá parta seniorů.Úterky jsou věnovány přednáškám a besedám z různých oborů - např. zdravotědy, cestování, kultury nebo zajímavostem jihočeského kraje.Určitě nádherná je muzikoterapie - středeční posezení při hudbě a zpěvu za doprovodu harmoniky a kytary. Jako hosté zde vystupují různí harmonikáři a hudební skupiny. Proč se stala středeční odpoledne tak oblíbená? Největšími obtížemi stáří není mnohdy nemoc nebo úbytek sil, ale samota a prázdnota. A právě proto se zde senioři scházejí, aby při harmonice a kytaře zazpívali lidové české písničky, zavzpomínali na svoje mládí, porozprávěli s přáteli a podělili se o prožitky a dojmy uplynulých dní. Tato setkání jsou nádherná a dodávají každému hodně sil a radosti. Krásná je i tradice oslavování narozenin a svátků našich členů. Blahopřání, případně básnička je mnohdy pro některé členy to jediné , co k oslavě slyší.

Další zajímavou aktivitou, při které má každý možnost protáhnout své tělo, je pravidelné cvičení pod vedením Aničky Vrchotové.

Muzikoterapie, doplněná těmito aktivitami znamená pro účastníky klubu hodně. Starý člověk, který nemá již vlastní rodinu, nachází zde v kruhu přátel hodně sil, radosti a optimizmu pro příjemné prožití stáří. A hlavně se zde v praxi uplatňuje naše heslo: " Aby člověk nebyl nikdy sám." Součástí naší činnosti jsou i pravidelné turistické vycházky nebo zájezdy.

Z HISTORIE SD ČR České Budějovice

Činnost Městské organizace Svazu důchodců ČR České Budějovice trvá již přes 20 let. Na podnět pražského ústředí založil pan Oldřich Mikula v roce 1990 českobudějovickou organizaci, kde byl zvolen předsedou a místopředsedkyní se stala p. Ing. Dagmar Zítková. Členové výboru byli Eva Tomášková a p. Slavomír Vlk.

Poprvé se členové výboru sešli na jaře 1990 v pražském Slovanském domě a atmosféra byla velmi bouřlivá. Pan Mikula hovořil, jak si představuje činnost podle přijatého hesla „důchodci důchodcům“ a „aby člověk nebyl nikdy sám“. Pomalu se začala rozvíjet zájmová činnost a zvyšoval se i počet členů. V následujícím období začala Městská organizace SD spolupracovat s Jihočeskou sociální pomocí, čerpaly se i zkušenosti u rakouských seniorů, konkrétně u Volkshilfe. Velmi pomohl naší organizaci primátor města Č. Budějovice pan doc. Tester. Magistrát zaplatil klubovnu U Hromádků, kde se členové 1x v týdnu scházeli a tam také slavili Vánoce. Postupně se rozvíjely další aktivity, například v turistice, kde se stali vedoucími p. Jana Jiránková a p. Zdeněk Houska. Úspěšně organizovali vycházky a proto se hlásili noví členové a členky.

V této době nám magistrát města propůjčil klub ze zrušené mateřské školky v ulici Roháče z Dubé, kde se stala vedoucí obětavá členka Nataša Petrová a tam se také českobudějovičtí senioři od pondělí do čtvrtka scházeli na různé zájmové akce, které aktivní členové dobrovolně připravovali. Byli to Z. Houska, Dr. Študlar, Borovanský, Lepšová, Dřevová a další. Velkou pomoc poskytli v úterních přednáškách Dr. Krejča a Dr. Chvojka z Jihočeského muzea. Dále to byli Dr. Landová, Dr. Petráš, Niklmajer a celá řada osobností města i kraje. Také činnost Ing. Řežábka, který úspěšně pokračoval

v zábavných pořadech „při harmonice“, započatých p. Koubou, se členům velmi líbila. Tato oblíbená středeční odpoledne stále pomáhají nesmělým seniorům zpestřit život. Nesmí se ani zapomenout na ženský pěvecký soubor, který založil na podnět pana Mikuly v roce 1996 pan profesor Hejda. Po jeho smrti se tohoto nesnadného úkolu ujala p. Růžena Golombková a v nynější době úspěšně reprezentuje naši organizaci soubor Rozmarýn pod vedením p. Anny Postlové.

Během doby byly založeny další zájmové skupiny. Eva Tomášková začala s členkami pravidelně cvičit. Nejdříve probíhalo cvičení v penzionu Tylova ulice, dále umožnil magistrát města cvičit v Centru, Čechova ul. O kondiční cvičení je stále velký zájem, nyní cvičitelky cvičí s členkami v penzionu Nerudova ulice. Dále senioři v Českých Budějovicích rozvíjejí aktivity jako je stolní tenis, cykloturistika, zájezdy po republice a městská organizace začala vydávat měsíční Zpravodaj.

Všichni členové výboru Městské organizace Svazu důchodců ČR České Budějovice se snaží stále aktivně pracovat pro dobro místních seniorů, „aby člověk nebyl nikdy sám“. (<http://sdcb.webnode.cz/o-nas/>)

2.5 Negativní projevy stáří

Zdraví má vysokou individuální a společenskou hodnotu. Podle deklarace Světové zdravotnické organizace z roku 1978 je zdraví definováno jako stav úplného tělesného, duševního i sociálního blaha. Je – li člověk v některé z těchto tři deklarovaných oblastí omezován, bývá tento stav nazýván nemocí. Kvalita života jedince je však především subjektivní, prožitkovou kategorií. Lze tedy souhlasit s tvrzením, že za zdravého člověka považujeme spokojeného jedince s nepřítomností zjevné choroby, sociálně adaptabilního a s neporušenou zdravotně sociální homeostázou. (Jarošová, 2006)

Pro geriatrickou diagnostiku je užitečné znát některé informace o zdravotním stavu populace a přihlížet k nim při diagnostice individuální. Informace o zdravotním stavu můžeme získat z různých pramenů a různými metodami. (Pacovský, 1994)

Kdy považujeme geronta za zdravého?

- Není-li přítomna zjevná choroba nebo obtěžující symptom
- Považuje-li se sám za zdravého a je spokojen s kvalitou svého života
- Je soběstačný
- Vyvíjí-li přiměřené fyzické a psychické aktivity a sociální kontakty

(Pacovský, 1994, str.70)

2.5.1 Úrazy seniorů

Úrazy starých lidí jsou jedním z vážných problémů medicíny. Traumatická zranění osob nad 65 let tvoří 25 % všech zranění a na jejich léčbu jde 33 % nákladů celkově na léčbu zranění vynakládaných. Oproti mladšímu věku je jejich léčba složitější a delší, přičemž přináší horší výsledky a vyšší náklady. Poranění, které je u mladších dospělých funkčně málo významné a ambulantně řešitelné, může pro geriatrického pacienta, balancujícího na hranici soběstačnosti, znamenat její ztrátu, mnohdy trvalou.

Hlavní příčinou úrazů ve stáří jsou pády, ke kterým dochází především doma, dále v ústavní péči a v dopravních prostředcích. Na druhém místě jsou dopravní nehody chodců, řidičů a spolujezdců vyššího věku. Následují termické úrazy, které často souvisí se změnou citlivosti kůže na teplo. Pád u seniora ve třetině případů znamená středně těžké nebo vážné zranění, které dočasně nebo i trvale způsobuje zhoršení mobility a zvyšuje riziko předčasného úmrtí. Nejčastějším typem úrazu jsou zlomeniny, a to krčku femuru, předloktí a obratlů. Následují úrazy nitrolební, komoce a hematomy a tržně-zhmožděné rány. (Fojtík, 1999)

Prevence zaměřená na jednotlivce se týká zásad zdravého životního stylu, dietních a farmakologických zásahů. Úrazovost způsobenou pády výrazně ovlivní tělesná zdatnost seniora, proto pravidelný pohyb a zvláště cvičení zaměřené na rovnováhu a posílení celého svalového a opěrného systému spolu s úpravou domácího prostředí, zaměřenou na odstranění zbytečných rizik, je základem prevence. Samotná

zdravotní výchova, bez cvičení a zásahu do prostředí, není v prevenci pádů účinná. Prevence osteoporózy suplementací kalcium a vitamínem D snižuje nebezpečí zlomenin. Prevence musí začít brzy, pokud možno zvýšením příjmu vápníku již v dětství. Pro 50letou ženu je celoživotní riziko zlomeniny v důsledku osteoporózy až 40 %. Hormonální substituční terapie snižuje toto riziko o 25% u zlomenin krčku femuru. Doporučuje se ale její zahájení co nejdříve po menopauze. Pozdní zahájení má malý efekt. Účinek se zvyšuje současnou suplementací kalcium. Ve stravě by se měl zvýšit příjem mléčných výrobků a doporučené je též rozumné opalování. Hormonální terapie se může použít i u mužů. Podle denzity kostí se pak řídí i farmakologické zásahy. Technologická opatření se týkají úpravy prostředí, bezbariérových tras, pomůcek usnadňujících pohyb a vykonávání běžných činností, včetně osobní hygieny. (Nurmi, 2002)

Nejčastější příčinou termického úrazu seniora je oheň a výbuch, následují úrazy elektrickým proudem, kontaktní popáleniny a úrazy způsobené chemikáliemi a slunečním zářením.

Prevence intoxikací seniorů se nejčastěji spojuje s prevencí suicidiálních pokusů, dále pak laických léčebných praktik a omylů. Častou příčinou je ordinace a dávkování léků bez ohledu na věk, nutriční a zdravotní stav seniora. Suicidiální pokusy se u seniorů pojí s vyšším výskytem depresí, poruch spánku a chronické bolesti. Zvyšuje se také počet úrazů požitím nebo potřísněním prostředky domácí chemie, z nichž některé mají značnou toxicitu a obsah korozivních látek. Čisticí, prací, avivážní prostředky, louhy na odstranění vodního kamene, odstraňovače skvrn s obsahem peroxidu vodíku a dezinfekční prostředky s kvarterními amoniiovými sloučeninami bývají příčinou otrav při záměně za nápoje a potraviny. Způsobují poleptání a podráždění sliznic trávicího ústrojí, příznaky se rozvíjejí pomalu a k ošetření dochází často pozdě. Ochranné uzávěry na baleních těchto prostředků se u seniorů neosvědčily. Časté jsou i otravy jedovatými houbami. Prognóza těchto otrav u starších osob je špatná. (Osgood, 1992)

Myslím, že možnosti prevence úrazů u seniorů jsou značné, ale dosud jsou málo využívané. Zdá se, že oslovení této věkové skupiny by mělo vyjít od zdravotnické veřejnosti, se kterou mají senioři častý kontakt a které důvěřují. Větší zapojení tématu prevence úrazů by bylo vhodné i ve vzdělávacích programech pro seniory. Přednášky je

vždy nutno doplnit tištěným textem, dostatečně srozumitelným a ne příliš obsáhlým, který shrnuje hlavní zásady prevence úrazů a poskytuje praktické rady.

2.5.2 Stařecká onemocnění

Zdravotní stav ovlivňuje všechny aspekty života ve vyšším věku. Ve stáří je člověk náchylnější k chorobám, které ovlivňují jeho zdravotní stav podstatněji, než v mladším věku. Přidružená stařecká onemocnění mohou urychlit proces stárnutí, znásobit projevy stárnutí, zvýraznit celkový úbytek sil a zvýšit obtíže seniora při vykonávání běžných denních aktivit. Fyzickou degradaci a další charakteristické nemoci vyššího věku lze zmírnit nebo zastavit patřičnou aktivní pozorností ke zdraví a zdravotnímu stavu již ve středním věku. (Jarošová, 2006)

Prudký vzestup nemocnosti u seniorů se vyskytuje ve vyšším stáří. Ve věkovém rozmezí 50-69 let evidujeme přibližně 60% zdravých lidí, ve věkové kategorii 80-89let je zdravých asi jen 5%. Ve věku 75-80 let pak naprosto převažují chronické nemoci. (Haškovcová, 1990)

Onemocnění značně omezuje možnosti aktivního života a komplikuje další nadcházející roky stárnutí. Každá nemoc je pro člověka sociální událostí, která podstatně změní jeho sociální situaci a naopak každá změna v sociální situaci ovlivní zpětně jeho sociální stav. (Zavázková, 2001)

Rozdělení onemocnění ve stáří do čtyř základních skupin

- Onemocnění vyskytující se jen ve stáří
- Onemocnění vyskytující se i mladším věku, ale jejich doménou je pokročilý věk
- Onemocnění s častým výskytem již od mládí vykazující ve stáří významné odchylky a zvláštnosti
- Geneticky zakódované poruchy (syndromy předčasného stárnutí).

(Jedlička, 1991)

Nemoci však nejsou výsady ve stáří, ale bylo by neuvážené tvrdit, že staří lidé nestůňou. S některými obtížemi a chronickými nemocemi se dá normálně žít, jiné si člověka podrobí tak, že zbývá malý nebo žádný prostor pro život. (Jedlička, 1991)

Dovolím si říci, že každý, tedy i starý nemocný člověk by měl mít šanci. U každého jednotlivce je nutné pokusit se všemi prostředky dosáhnout uzdravení nebo minimálně praktické soběstačnosti. Nepodceňujme ani pouhou úlevu v nemoci, která je někdy jediným řešením v nouzi.

2.6 Budoucnost seniorů

Stát chce zlepšit životní podmínky seniorů a lépe využít jejich potenciál. Starší lidé zřejmě dostanou více možností, jak se vzdělávat nebo začít podnikat. Školy v dětech mají posílit úctu ke stáří. Počítá s tím Národní akční plán podporující pozitivní stárnutí pro období 2013 až 2017, který schválila vláda. Celoživotní vzdělávání by se především díky husté síti veřejných knihoven mělo rozšířit i do menších měst a obcí. V regionech mají pomoci zejména takzvané virtuální univerzity. Senioři by například na obecním úřadě či v knihovně sledovali na plátně přes internet přenášenou přednášku a poté by o tématech diskutovali. (MF Dnes, 2015)

Pro starší pracovníky nad 50 let by také mělo být jednodušší začít s vlastním podnikáním. Stát chce jejich činorodost více podporovat. Například hodlá seniory více zapojit do dobrovolnictví či veřejného dění v jejich okolí. Chce i zlepšit bezbariérovost dopravy. Řada opatření se týká i zdravotnictví a sociální oblasti, zvýšit se má například nabídka e-learningového vzdělávání pro lidi, kteří pečují o staré příbuzné. (MF Dnes, 2015)

Cílem je také zvýšit úctu společnosti ke stáří a zlepšit vztahy mezi generacemi. Toto téma by se mělo objevit v budoucnu v centrálních školních osnovách (takzvaných Rámcových vzdělávacích programech). Pomoci mají na školách i dny otevřených dveří pro seniory, umělecké soutěže o problematice stárnutí nebo kurzy, v kterých by školáci učili seniory, jak zacházet s počítačem. (MF Dnes, 2015)

3 Výzkumná část

3.1 Cíle práce

Cílem této diplomové práce bylo v teoretické části studium odborné a vědecké literatury, zpracování literární rešerše a přehledu literatury, a vytvoření tak přehledného souvislého textu, týkající se pohybové aktivity seniorů, problémů s aktivním životním stylem a vlivu pohybové aktivity na jejich zdraví.

V části praktické bylo mým cílem sestavit výzkumný soubor, zabývající se pohybovou aktivitou seniorů v rámci pracovní doby, volného času, během domácích prací, údržby domu (bytu) a péče o rodinu. Připravit tento soubor pro sběr dat a jeho realizace, pomocí dotazníkové metody a monitoringu krokoměřů, tedy záznamu počtu kroků po dobu jednoho týdne, ve spojitosti s vyhodnocením dotazníkového šetření IPAQ-long (International PhysicalActivityQuestionnaire). Dalším cílem bylo vyhodnocení pohybových aktivit, které jsou součástí přesunu, dopravy, a času stráveného sezením. Součástí výzkumu je stanovení hodnot BMI (Body Mass Index).

3.2 Úkoly práce

1. Studium základní literatury a příprava designu výzkumu.
2. Sestavit výzkumný soubor a připravit jej pro sběr dat.
3. Po dobu jednoho týdne sběr dat pomocí přístroje pedometru u 30-35 osob a záznamní brožury, administrace dotazníku IPAQ-long
4. Zpracování výsledků měření.
5. Analýza pramenů, tvorba teoretické části práce.

6. Vyhodnotit získané údaje - sepsání výzkumné části práce.

7. Sepsání zprávy.

8. Pravidelné konzultace minimálně jedenkrát za měsíc od zadání až po odevzdání práce.

4 Metodologie

V metodické části se zaměřím na charakteristiku použitých metod a výzkumné skupiny, dále na stanovení výzkumných předpokladů a na zpracování zjištěných výsledků.

4.1 Výzkumné otázky

Výzkumná otázka č. 1: předpokládáme, že více než polovina respondentů bude splňovat míru doporučení o průměrném počtu kroků za den (Hatano, 1993).

Výzkumná otázka č. 2: předpokládáme, že více jak polovina respondentů bude využívat k přesunu z místa na místo spíše chůzi nežli motorové dopravní prostředky.

Výzkumná otázka č. 3: předpokládáme, že celkový průměr kroků za den o víkendu u skupiny seniorů navštěvujících společenskou seniorskou organizaci bude vyšší nežli u respondentů stejného monitoringu navštěvujících Univerzitu třetího věku, a to z důvodu pořádání sportovních zájezdů a pravidelných pohybových aktivit u zmíněné seniorské organizace.

4.2 Použité metody výzkumu

K výzkumu byl použit mezinárodní dotazník k pohybové aktivitě. Tento dotazník (IPAQ - International Physical Activity Questionnaire) byl vyvinut v roce 1997 jako nástroj pro mezinárodní, globální dohled pohybových aktivit u dospělých osob ve věku 18 až 65 let. Jedná se o dotazník, který umožňuje srovnávat různé domény pohybové

aktivity v celosvětovém měřítku. IPAQ se zaměřuje na pohybové aktivity v oblastech volného času, na pohybové aktivity vykonávané v domácnosti, v zaměstnání a v rámci dopravy. Z hodnot dotazníku zjišťujeme i dobu strávenou sezením během pracovních dnů i víkendu. V daných oblastech respondenti uvádí frekvenci a délku trvání chůze, středně intenzivní i intenzivní pohybové aktivity. Další důležitou součástí dotazníku IPAQ jsou demografické a antropometrické údaje respondenta (Bauman a kol., 2009).

Dalšími výzkumnými přístroji byly pedometry neboli krokoměry. Ty slouží k monitorování pohybových aktivit. Udávají historii nachozených kroků během daného časového intervalu. Součástí jsou i hodnoty energetického výdeje, uvedeného v kaloriích, v závislosti k danému množství pohybové aktivity. Pro správný počet kroků nastavujeme na pedometru délku kroku daného jedince. Pro výpočet energetického výdeje nastavujeme výšku a hmotnost probanda. Pedometr nasazujeme vždy ráno, hned po probuzení a sundáváme večer, než jdeme spát. Pedometr nosíme na našem pase, konkrétně na pravém boku.

Dále také byly určeny stupnice hmotnosti pomocí Bodymass indexu- BMI. Tento Quteletův index určuje, zda tělesná hmotnost odpovídá tělesné výšce jedince. Dále udává stupeň obezity, ale není schopný určit příčinu nadprůměrné hmotnosti, zda je způsobena aktivní, tedy svalovou, nebo pasivní, tukovou tkání (Bursová a Rubáš, 2001). Hodnotu BMI získáme, pokud vydělíme tělesnou hmotnost uvedenou v kilogramech druhou mocninou tělesné výšky v metrech.

BMI

Muži	Ženy	Kategorie
<20	<19	Podváha
20-25	19-24	Zdravá hmotnost
25-30	24-29	Nadváha
>30	>29	Obezita

Tab. 1 Klasifikace BMI podle Beránkové a kol. (2012)



Digitální krokoměr CR 400

4.3 Popis souboru

Výzkum mé diplomové práce probíhal u skupiny seniorů, navštěvující společenskou seniorskou organizaci v Českých Budějovicích, spadající pod Svaz důchodců ČR, MěO České Budějovice. Kontaktovala a požádala jsem vedení této organizace, zda by byla možná spolupráce s jejich členy. Část mého výzkumu byl monitoring počtu kroků za den, v celkové délce jednoho týdne, který byl prováděn pomocí pedometrů individuálně nastavených vždy danému výzkumnému probandovi. Tohoto monitoringu se zúčastnilo 30 seniorů navštěvujících seniorskou organizaci v Českých Budějovicích. Tato skupina byla sestavena ze 23 žen a 7 mužů. Těchto 30 probandů společně s dalšími 90 seniory, se také zúčastnilo vyplnění IPAQ-long (International Physical Activity Questionnaire) dotazníku, zaměřeného na monitoring pohybových aktivit. Celkový počet respondentů pro diplomovou práci tedy tvořilo 120 seniorů. V reálném čísle to bylo 72 žen, tedy 86,4% a 58 mužů, což je 13,6%. V otázce zaměřené na věk dva probandi zaškrtnli odpověď nevím a tři odmítli odpovědět. Věk ostatních probandů z výzkumné skupiny se pohyboval od 65 let do 75 let. Průměrný věk dotazovaných probandů byl stanoven na 67,7 let.

5 Design výzkumu

Diplomová práce byla zaměřena na populaci seniorů, navštěvujících seniorskou organizaci v Českých Budějovicích. Ke zpracování a vyhodnocení dat jsem měla k dispozici 30 monitoringů počtu kroků za den a to v délce 1 týdne. Dále pak 120 anonymně zodpovězených dotazníků IPAQ-long (International Physical Activity Questionnaire).

6 Výsledky a diskuze

V této kapitole jsem se zabývala zjištěnými výsledky a diskusí. Ve svém výzkumu jsem se zaměřila skupinu seniorů, a to v celkovém počtu 120 výzkumných probandů. Tyto respondenty jsem kontaktovala a požádala je o vyplnění dotazníku IPAQ-long (International Physical Activity Questionnaire). Dotazník IPAQ – long se zajímá o pohybové aktivity v daných oblastech během posledního týdne. Okruhy dotazníku jsou orientovány na pohybové aktivity prováděné během pracovní doby, během přesunu, tedy dopravy a domácích prací, včetně údržby domu a péče o rodinu. Další část je zaměřena na rekreaci, sport a volnočasové pohybové aktivity. Dále dotazník obsahuje otázky na čas strávený sezením během pracovních dnů a víkendu. Také jsem požádala 30 probandů o provedení monitoringu jejich pohybových aktivit zaměřených na chůzi. Monitoring probíhal pomocí pedometrů, které byly individuálně nastavené vždy podle hodnot daného probanda. Během něj respondenti zapisovali počet kroků a příslušných kalorií, a to vždy ráno při nandání krokoměru a večer při jeho sundání. Monitoring probíhal po dobu 1 týdne. Zjištěné výsledky o pohybových aktivitách dotazovaných respondentů jsem vypracovala do jednotlivých tabulek a grafů. Hodnoty vyjádřené v grafech a tabulkách jsem rozpracovala a uvedla vždy pod dané grafické znázornění.

Kategorie	Absolutní četnost (%)	Relativní četnost (n)
Žena	72	55%
Muž	58	45%
Celkem	130	100%

Tab. 2 Přehled pohlaví probandů (členů společenské seniorské organizace)

Typ Bydlení	Ženy		Muži	
	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Velké město	21	29%	22	38%
Středně velké město	49	68%	34	59%
Menší město	1	1,30%	2	3,4
Malá obec	1	1,30%	0	0%
Nevím	0	0	0	0%

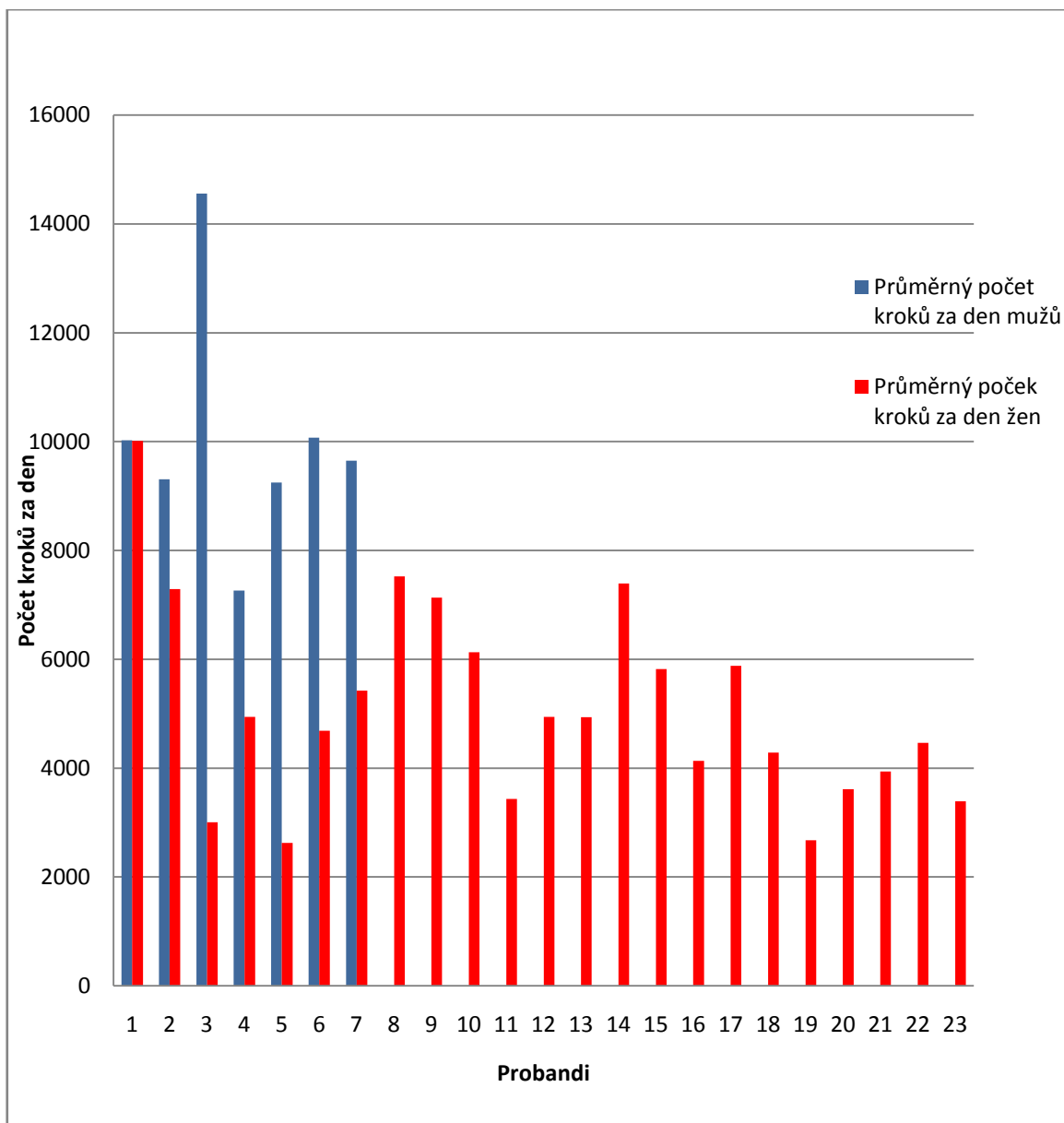
Tab. 3 Způsob bydlení probandů (členů společenské seniorské organizace)

Průměrný věk	Ženy	Muži
	67,9	67,5

Tab. 4 Průměrný věk probandů - žen a mužů (členů společenské seniorské organizace)

Zaměstnání	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Ano	14	10,70%
Ne	116	89,30%

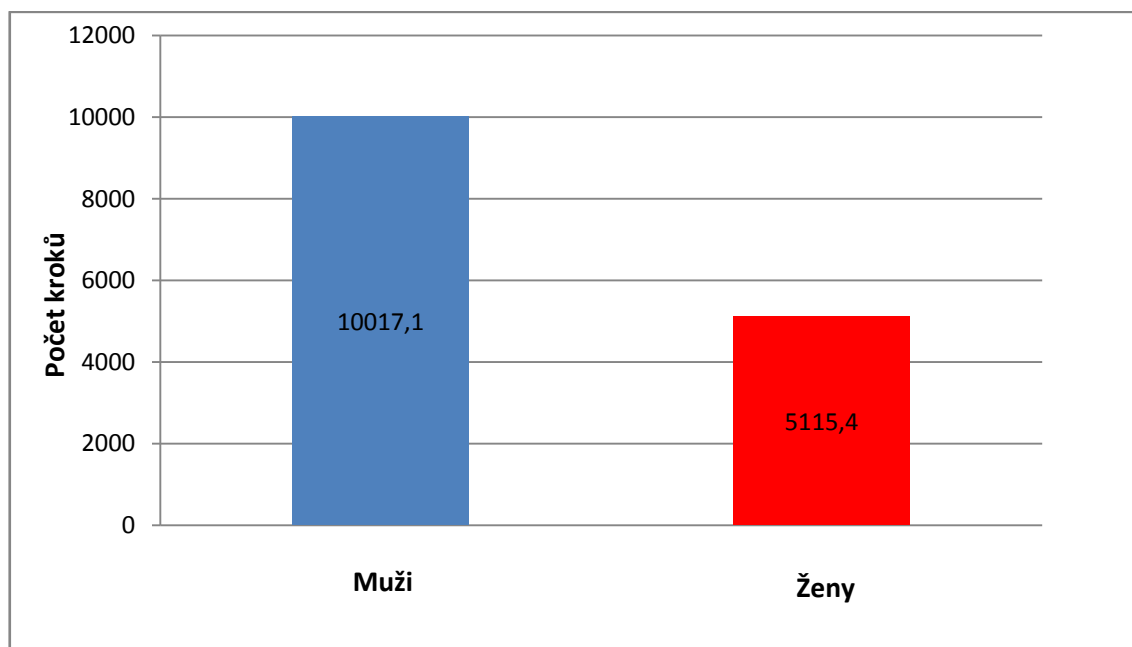
Tab. 5 Trvalé zaměstnání probandů (členů společenské seniorské organizace)



Obrázek 1 Průměrné hodnoty kroků za den při týdenním monitoringu u seniorů navštěvujících společenskou seniorskou organizaci

V obrázku 1 jsem zkoumala průměrné hodnoty kroků za den naměřených během 1 týdne u jednotlivých probandů. Tento graf nám také odpoví na výzkumnou otázku č. 1. Výzkum probíhal u 30 seniorů navštěvujících společenskou seniorskou organizaci v Českých Budějovicích. Žen bylo 23 a mužů 7. Průměry jednotlivých monitoringů kroků za den se pohybovaly od 2625 po 14558 kroků za den. Celková průměrná hodnota kroků za den u dotazovaných probandů je 6259,2 kroků za den. Hatano (1993) doporučuje ujít 10 000 kroků denně. Avšak musíme brát ohled na to, že toto doporučení je dáno pro normální populaci, nikoli pro skupinu seniorů. Tato doporučená kritéria splňují 4 jedinci ze 30 (13,3 %) zúčastněných probandů, a to s průměrnými hodnotami

10 010 kroků za den, 10 070 kroků denně, 14 558 kroků za den a 10 024 kroků denně. Hodnoty nad 5 000 kroků za den, ale současně pod 10 000 kroků denně dosáhlo 16 (53,3%) probandů. V rozmezí hodnot od 3 000 do 5 000 kroků denně se pohybují výsledky monitoringu u 12 probandů, v procentuálním zastoupení 40 %. Procentuelní zastoupení 6,6 %, respektive 2 ze 30 výzkumných monitoringů, dosáhlo hodnot mezi 1 000 až 2 000 kroků za den. Podle doporučení Hatana (1993) ukazuje graf nedostatečné množství kroků za den u 86,7 %, tedy 27 probandů. Dále na obrázku č. 1 můžeme vidět rozdělení na muže a ženy, při čemž ženy jsou znázorněny červenou barvou a muži tmavě modrou barvou.



Obrázek 2 Srovnání průměrných hodnot kroků u žen a mužů za den při týdenním monitoringu u seniorů navštěvujících společenskou seniorskou organizaci

Na obrázku 2 můžeme vidět srovnání průměrných hodnot kroků za den mezi ženou a muži. Týdenního monitoringu se zúčastnilo 23 žen a 7 mužů. Z obrázku je jasné, že průměrný počet kroků za den je u mužů vyšší než u žen. Konkrétně u žen je to 5 115,4 kroků za den a u mužů 10 017,1 kroků za den. Můžeme tedy říci, že ženy nesplňují denní doporučení dle Hatana (1993), zatímco průměrná hodnota u mužů toto doporučení splňuje.

Ženy	Věk	BMI	Průměrný počet kroků
Hodnota max (max)	75	30,46	10 010
Hodnota min (min)	64	21,33	2 625
Průměr	67,92	24,89	5 115,4
SMDCH (SD)	2,22	2,13	2,16

Tab. 6 Statistika Ženy

Muži	Věk	BMI	Průměrný počet kroků
Hodnota max (max)	72	30,32	14 558
Hodnota min (min)	63	20,55	7 260
Průměr	67,52	24,27	10 017,1
SMDCH (SD)	2,10	1,78	1,84

Tab. 7 Statistika Muži

V tabulce 6 a 7 můžeme vidět statistické znázornění u žen a mužů. Věnuje se maximální hodnotě (max), minimální hodnotě (min), směrodatné odchylce (SD) a průměru. Zjištění těchto hodnot proběhlo u věku, BMI a u průměrného počtu kroků za den.

BMI ženy	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Podváha	0	0%
Zdravá hmotnost	31	43%
Nadváha	41	54,1 %
Obezita	2	2,7 %

Tab. 8 Přehled BMI u žen navštěvujících společenskou seniorskou organizaci dle četnosti

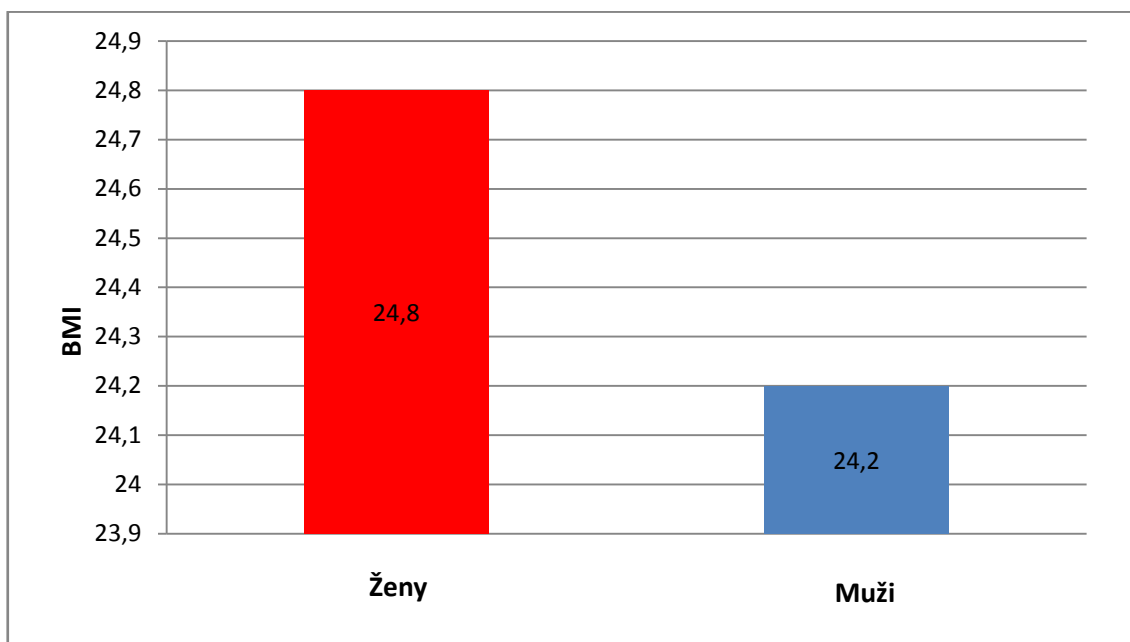
Tabulka 8 znázorňuje hodnoty BMI u žen, senierek navštěvujících společenskou seniorskou organizaci v Č. Budějovicích, které se zúčastnily vyplnění dotazníku IPAQ-long (International Physical Activity Questionnaire). Hodnocení jsem prováděla podle klasifikace Beránkové a kol. (2012). Výzkumu se zúčastnilo 72 žen. Rozsah hodnot BMI žen této skupiny se pohyboval od minimální hodnoty 21,33 (kategorie zdravé hmotnosti) po maximální hodnotu 30,46 (kategorie obezity). BMI všech žen zúčastněných dotazníkového šetření má průměrnou hodnotu 24,78, tedy hodnotu patřící do kategorie nadváhy. Kategorie podváhy u žen je určena pod normu

BMI 19. Pod touto hranicí se nenachází žádná z žen. BMI určující zdravou hmotnost má 31 žen, tedy 43% této skupiny. Nad hranicí zdravé váhy, tedy nad BMI 24 se pohybuje 41 žen, v procentuálním zastoupení 56,9 %. Z těchto 41 žen dosahuje normy nadváhy 39 žen, respektive 54,1 % a u 2 ženy (2,7 %) hodnoty určující obezitu. Je však nutné podotknout, že skupinu tvoří senioři, tudíž hodnoty stanovené v tabulkách mohou lišit, neboť se stoupajícím věkem dochází k fyziologickým změnám. Proto se u starší populace za zdravou hmotnost uvádí BMI v rozmezí 20 – 25. V tomto případě spadá do této kategorie 44 žen což je 61,1 %.

BMI muži	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Podváha	0	0%
Zdravá hm	37	71%
Nadváha	14	26,90%
Obezita	1	1,90%

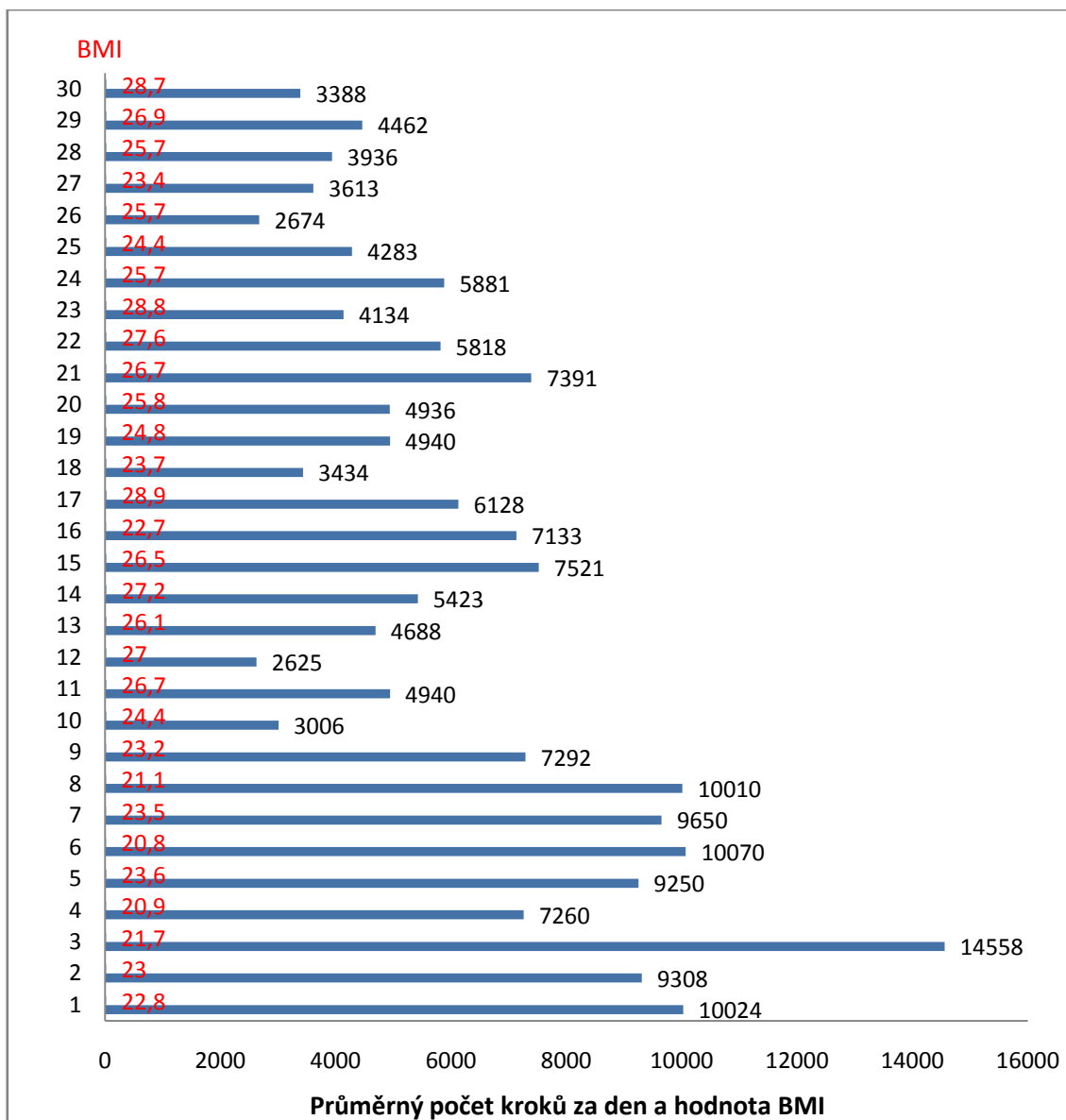
Tab. 9 Přehled BMI u žen navštěvujících společenskou seniorskou organizaci dle četnosti

Tabulka 9 znázorňuje hodnoty BMI u mužů, seniorů navštěvujících společenskou seniorskou organizaci v Č. Budějovicích, kteří se zúčastnili vyplnění dotazníku IPAQ-long (International Physical Activity Questionnaire). Hodnocení jsem prováděla podle klasifikace Beránkové a kol. (2012). Výzkumu se zúčastnilo 52 mužů. Rozsah hodnot BMI mužů této skupiny se pohyboval od minimální hodnoty 20,55 (kategorie zdravé hmotnosti) po maximální hodnotu 30,32 (kategorie obezity). BMI všech mužů zúčastněných dotazníkového šetření mělo průměrnou hodnotu 24,26, tedy hodnotu patřící do kategorie zdravé hmotnosti. Kategorie podváhy u mužů je určena pod normu BMI 20. Pod touto hranicí se nenachází žádný z mužů. BMI určující zdravou hmotnost má 37 mužů, tedy 71,1% této skupiny. Nad hranicí zdravé váhy, tedy nad BMI 25 se pohybuje 14 mužů, v procentuálním zastoupení 26,9 %. Do skupiny obézních spadá 1 muž, tedy 1,9%. Jak už jsem zmínila skupinu respondentů tvoří senioři, tudíž se hodnoty stanovené v tabulkách mohou lišit, neboť se stoupajícím věkem dochází k fyziologickým změnám. Proto se u starší populace za zdravou hmotnost uvádí BMI v rozmezí 20 – 25. V tomto případě spadá do této kategorie 38 mužů, což je 73 %.



Obrázek 3 Srovnání průměrné hodnoty BMI u žen a mužů (seniorů navštěvujících společenskou seniorskou organizaci)

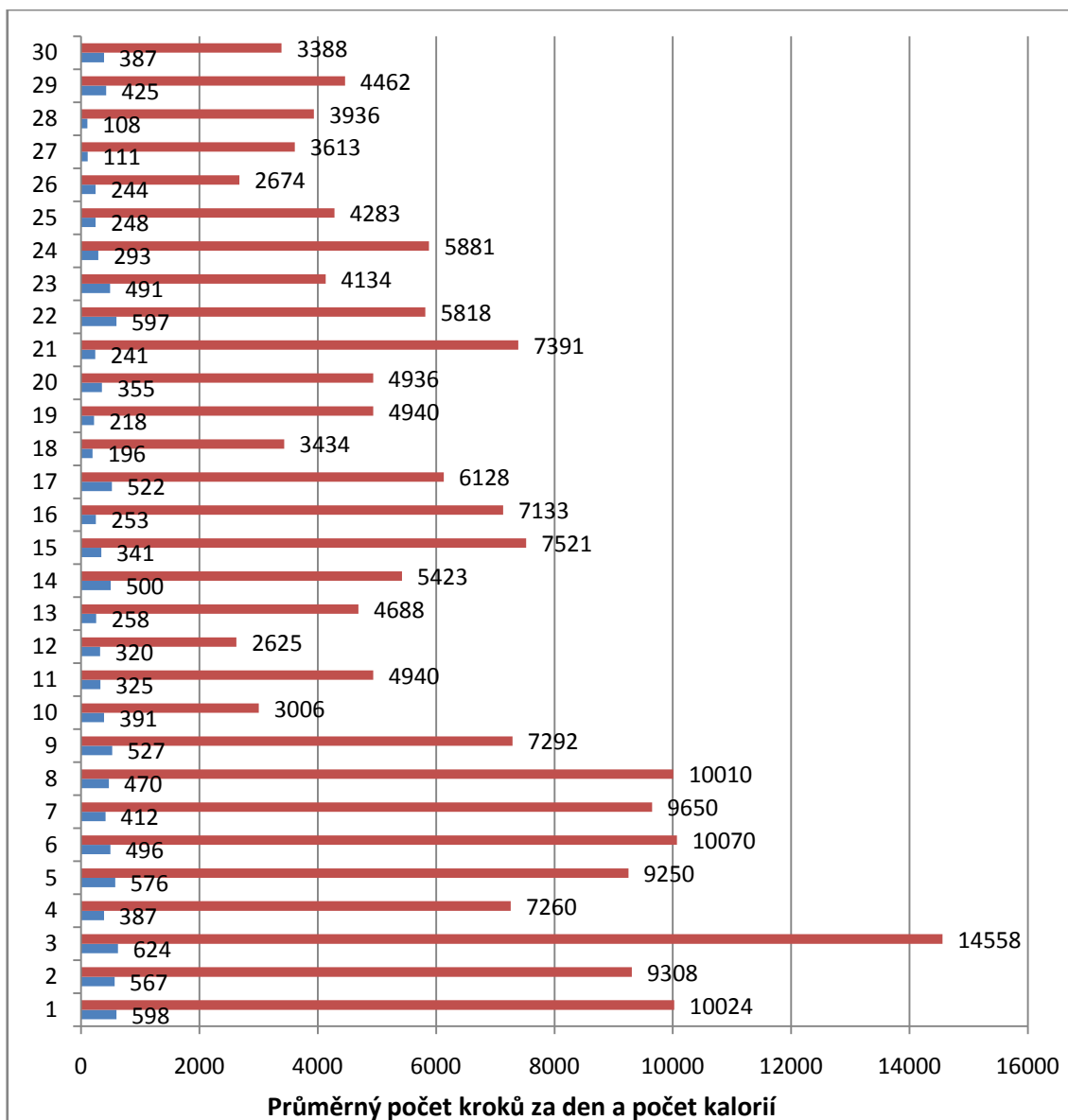
Na obrázku 3 vidíme porovnání průměrné hodnoty BMI u žen a mužů, seniorů navštěvujících společenskou seniorskou organizaci v Č. Budějovicích. Červenou barvou jsou označeny ženy a jejich průměrná hodnota BMI 24,8. Tento údaj spadá do kategorie nadváhy. U mužů je hodnota nepatrně menší, a to 24,2 a řadí se do kategorie zdravé váhy. Jak již bylo zmíněno, pro starší populaci se BMI tabulky mírně liší a v tomto případě by ženy i muži spadali do kategorie zdravé váhy.



Obrázek 4 Průměrný počet kroků za den zjištěný z týdenního monitoringu srovnaný s hodnotou BMI u každého jednotlivce (u členů společenské seniorské organizace)

Na obrázku 4 můžeme vidět srovnání průměrného počtu kroků za den společně s počtem spálených kalorií u každého jednotlivého respondenta. Pomocí modrých sloupců jsem vyjádřila průměrný počet kroků za den (průměr je tvořen ze 7 naměřených dnů) u všech zúčastněných monitoringu. Tohoto monitoringu se zúčastnilo celkem 30 osob, z toho 23 žen a 7 mužů. Hodnotila jsem BMI podle parametrů určených pro muže a parametrů určených pro ženy, a to podle klasifikace podle Beránkové a kol. (2012). Z celkového počtu 30 probandů má podle hodnot BMI 12 z nich, tedy 40 %, zdravou hmotnost. 13 probandů z celkové skupiny denně ušlo více než 7 000 kroků. Dalších 15 se pohybovali v rozmezí 3 000 až 6 000 kroků za den. A poslední 2 ušli pouze od 1 000

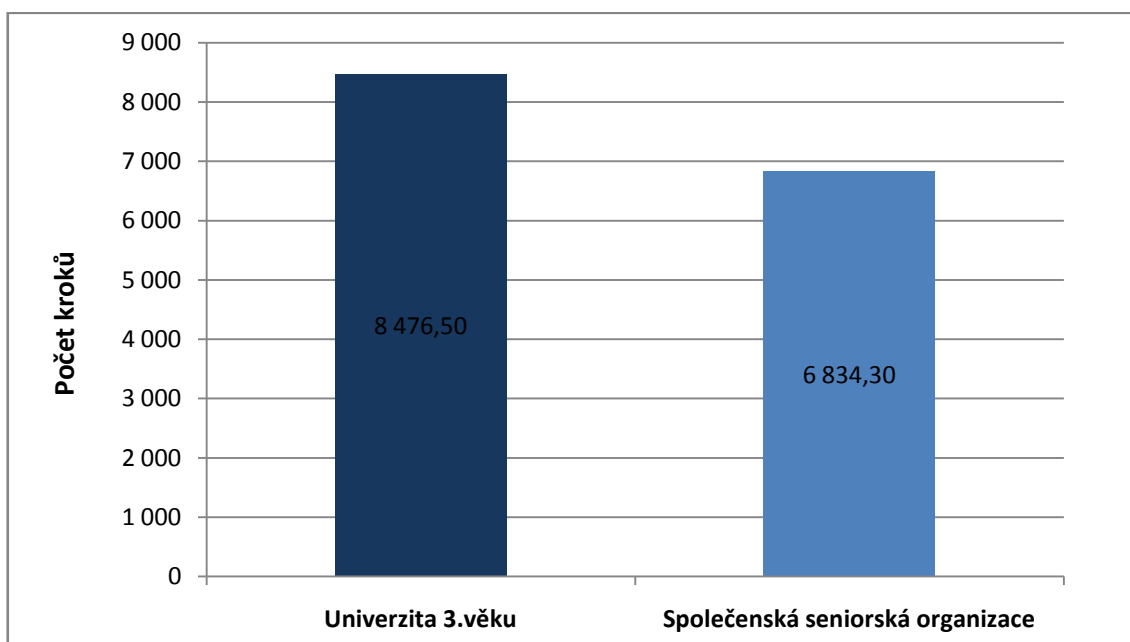
po 3 000 kroků za den v průměrné hodnotě. Do skupiny s hodnotou BMI v kategorii zdravé váhy patří 12 seniorů, což je 40%. V této skupině je průměrný počet kroků za den 8 466. Do kategorie s nadváhou podle BMI jsem zařadila z této výzkumné skupiny 18 jedinců, tedy 60% probandů. Jejich chůze se v průměru pohybovala 4 988 kroků za den. Průměrné hodnoty kroků za den se mezi skupiny se zdravou hmotností a skupinou s nadváhou liší o 3478 kroků, a to ve prospěch probandů se zdravou hmotností. V celkových číslech je průměr kroků za den u probandů se zdravou hmotností 8 466 kroků a u jedinců s nadváhou 4 988 kroků. Shrneme-li zjištěné poznatky, zjistíme, že skupina probandů se zdravou hmotností má vyšší průměrnou hodnotu kroků za den než skupina s nadváhou. Z těchto vztahů můžeme usoudit, že chůze u jedinců s nadváhou je ve všech případech nedostatečná a nepokrývá ani z 50 % doporučené denní normy. U skupiny se zdravou hmotností podle BMI jsou hodnoty kroků splněných během dne velmi individuální, přesto jedinci se zdravou hmotností dosahují celkového vyššího počtu kroků za den než skupina probandů s nadváhou.



Obrázek 5 Průměrný počet kroků za den zjištěný z týdenního monitoringu srovnaný s počtem spálených kalorií (u členů společenské seniorské organizace)

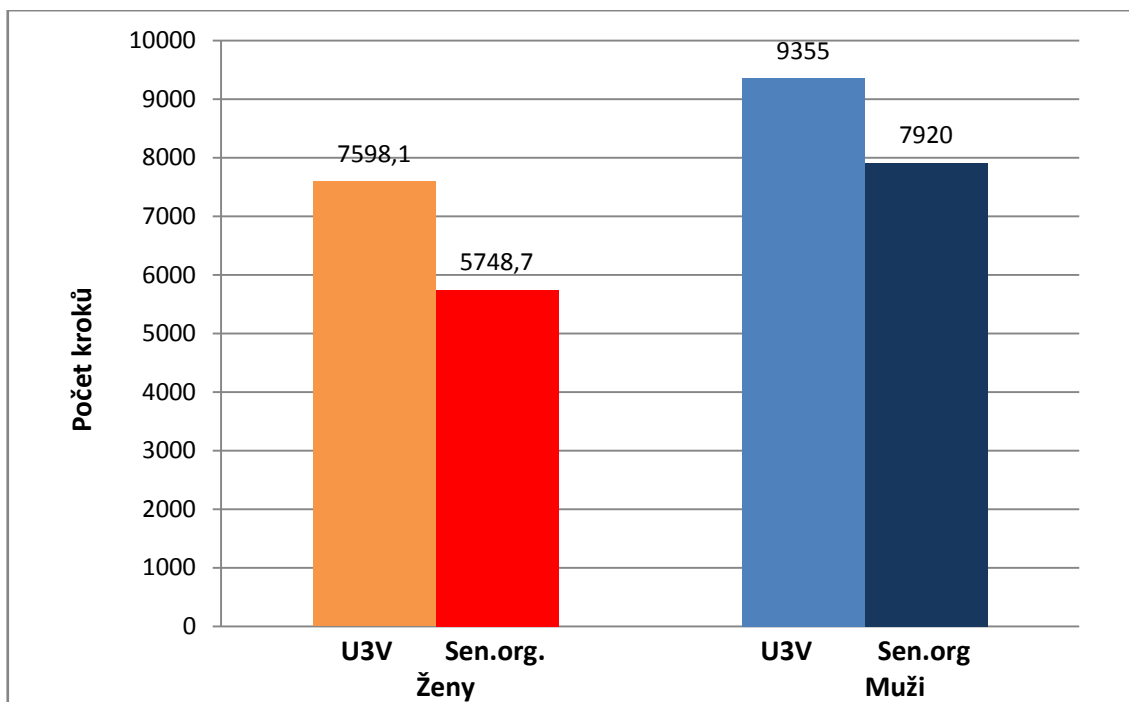
Na obrázku 5 můžeme vidět srovnání průměrného počtu kroků za den společně s počtem spálených kalorií u každého jednotlivého probanda. Průměrný počet kroků za den je zde označen červenou barvou a průměrný počet kalorií je označen modře. U skupiny probandů, kteří v týdenním monitoringu nachodili více než 7 000 kroků za den se průměrný počet spálených kalorií pohybuje od 241 kcal do 598 kcal, průměrně tedy 419 kcal. U probandů s průměrným počtem 3 000 – 7 000 kroků za den je hodnota kalorií v rozmezí od 108 kcal do 597 kcal, průměrně 352,5 kcal. V poslední kategorii pod 3 000 kroků za den se výdej pohybuje od 105 kcal do 320 kcal, 212,5 kcal. Zde

můžeme jasně vidět, že s čím více nachozených kroků za den stoupá i hodnota počtu spálených kalorií.



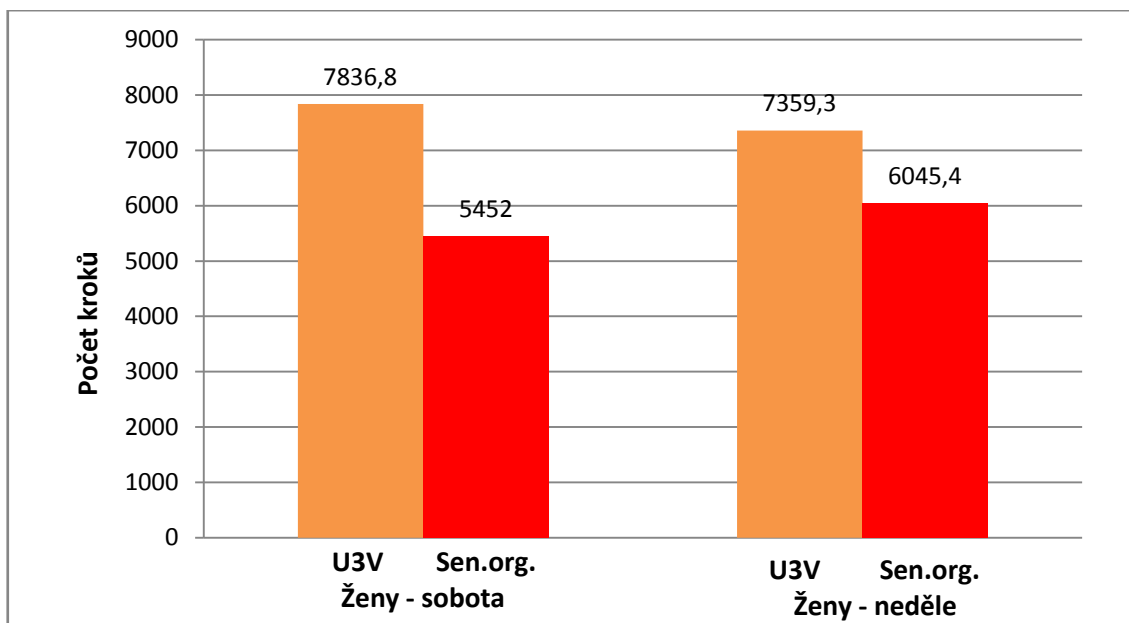
Obrázek 6 Srovnání průměrného počtu kroků za den při víkendovém monitoringu mezi probandy navštěvující společenskou seniorskou organizaci a respondenty z Univerzity 3.věku

Na obrázku 6 vidíme srovnání průměrného počtu kroků za den při víkendovém monitoringu mezi probandy navštěvující společenskou seniorskou organizaci a probandy z Univerzity třetího věku. Toto porovnání je také předmětem výzkumné otázky č. 3. Monitoringu se u obou skupin zúčastnilo 30 probandů, konkrétně u seniorské organizace to je 23 žen a 7 mužů a u Univerzity třetího věku shodně také 23 žen a 7 mužů. U členů společenské seniorské organizace je průměr 6 834,3 kroků za den, zatímco u členů Univerzity je to 8 476,5 kroků za den. Rozdíl činí 1 642,2. Celkově tedy můžeme dle monitoringu počtu kroků za den během víkendu vyhodnotit Univerzitu třetího věku jako pohybově aktivnější nežli členy seniorské organizace, ačkoliv rozdíl není nijak razantní. Dále je také vidět, že ani jedna výzkumná skupina nesplňuje denní doporučení dle Hatana (1993), a to 10 000 kroků za den.



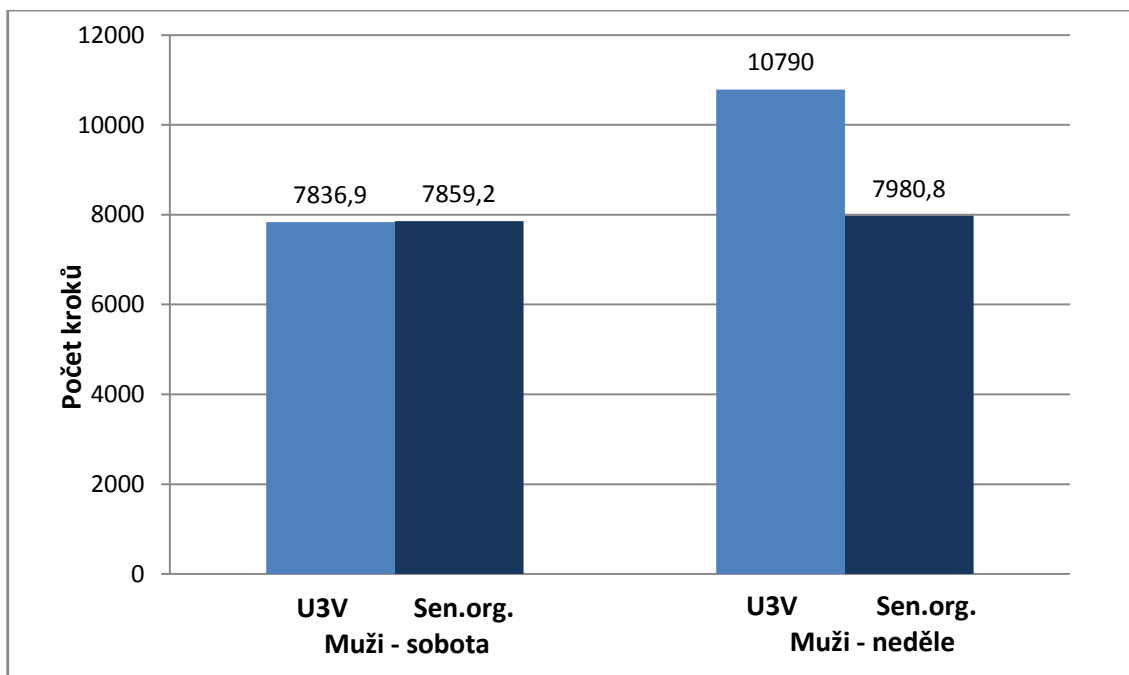
Obrázek 7 Srovnání průměrného počtu kroků za den při víkendovém monitoringu mezi muži a ženy navštěvující seniorskou organizaci a Univerzitu 3.věku

Obrázek 7 znázorňuje porovnání průměrného počtu kroků za den při víkendovém monitoringu a to u probandů navštěvujících společenskou seniorskou organizaci v Č. Budějovicích a probandů z Univerzity třetího věku v Č. Budějovicích. Výše uvedený graf znázorňuje modře označené muže, tmavě modrá zastupuje seniory ze společenské organizace a světle modrá skupinu z Univerzity třetího věku. Z výsledku vidíme, že u mužů z Akademie třetího věku je pohybová aktivita vyšší nežli u mužů navštěvujících společenskou seniorskou organizaci. Průměrný denní počet kroků je 7 920 u probandů z organizace a 9 355 kroků za den u probandů z Univerzity. Rozdíl je tedy 1 435 průměrných kroků za den. Při porovnávání průměrného počtu kroků za den z víkendového monitoringu u žen zjišťujeme, že průměrný počet kroků za den u žen z Univerzity třetího věku je také vyšší – 7 598,1 kroků, nežli u žen navštěvujících seniorskou organizaci – 5 748,7 kroků za den. Rozdíl je 1 849,4 průměrných kroků za den, což je srovnatelné s rozdílem u mužů při stejném porovnání obou skupin.



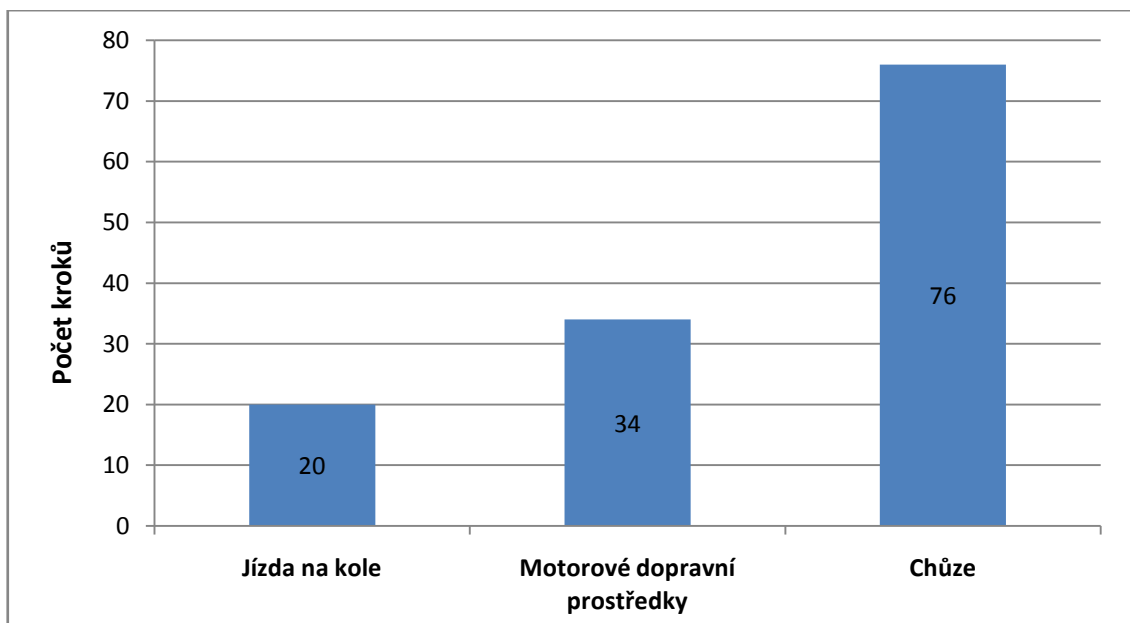
Obrázek 8 Srovnání průměrného počtu kroků za den, konkrétně v sobotu a neděli, u žen navštěvujících společenskou seniorskou organizaci v Č. Budějovicích a u žen navštěvujících Univerzitu třetího věku v Č. Budějovicích

Obrázek 8 znázorňuje srovnání průměrného počtu kroků za den, konkrétně v sobotu a neděli, u žen navštěvujících společenskou seniorskou organizaci v Č. Budějovicích a u žen navštěvujících Univerzitu třetího věku. V sobotu je průměrný počet kroků vyšší u žen z Univerzity, na grafu označené oranžovou barvou. Jejich průměr je 7 836,8 kroků. U žen ze seniorské organizace je průměrný počet kroků za sobotu nižší – 5 452, značeno červenou barvou. Rozdíl vychází na 2 384 průměrných kroků za den, ve prospěch Univerzity. Z nedělního porovnání je také průměr vyšší u žen z Akademie – 7 359,3 kroků za den, u žen ze seniorské organizace je to 6 045,4 kroků za den. Rozdíl vychází na 1 313,9 průměrných kroků za den. Z obou víkendových dnů tedy vyplývá, že pohybová aktivita u žen z Univerzity třetího věku je vyšší než u žen navštěvujících společenskou seniorskou organizaci.



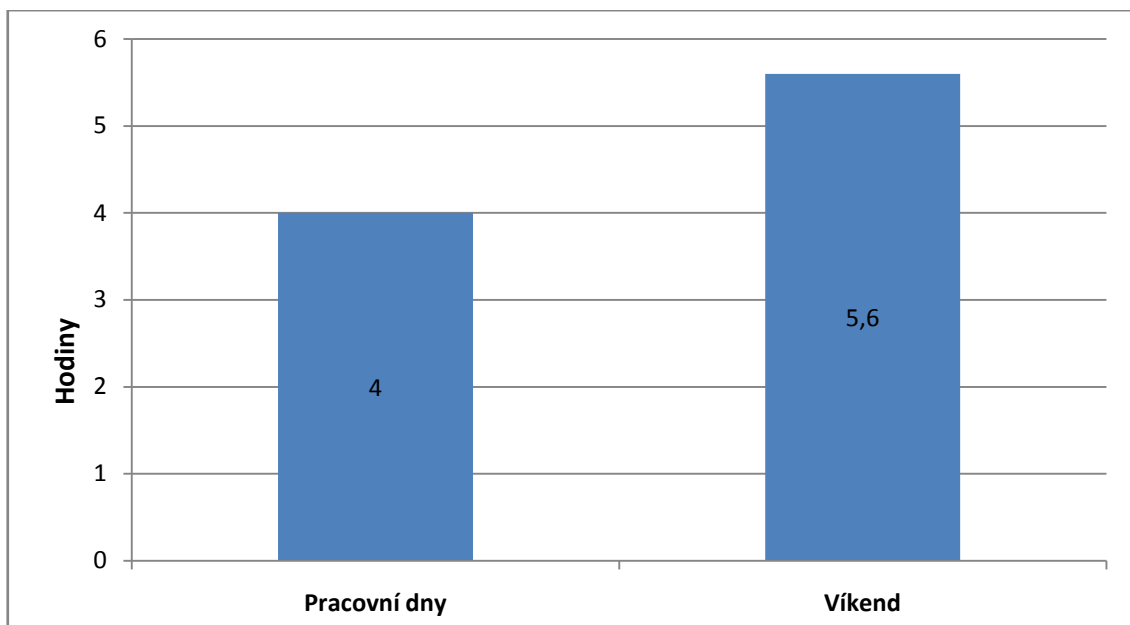
Obrázek 9 Srovnání průměrného počtu kroků za den, konkrétně v sobotu a neděli, u mužů navštěvujících společenskou seniorskou organizaci v Č. Budějovicích a u mužů navštěvujících Univerzitu třetího věku

Obrázek 9 znázorňuje srovnání průměrného počtu kroků za den, konkrétně v sobotu a neděli, u mužů navštěvující společenskou seniorskou organizaci v Č. Budějovicích a u mužů navštěvující Univerzitu třetího věku. V sobotu je průměrný počet kroků vyšší u mužů z Univerzity, na grafu označené světle modrou barvou. Jejich průměr je 10 790 kroků. U mužů ze seniorské organizace je průměrný počet kroků za sobotu nižší – 7 980,8, označeno tmavě modrou barvou. Rozdíl vychází na 2 809,2 průměrných kroků za den, ve prospěch Univerzity. Z nedělního porovnání je tentokrát průměr vyšší u mužů ze seniorské organizace – 7 859,2 kroků za den, u mužů z Univerzity je to o něco méně – 7 836,9 kroků za den. V tomto případě je rozdíl nepatrný, a to 22,3 průměrných kroků za den. Z obou víkendových dnů tedy vyplívá, že pohybová aktivita u mužů z Univerzity třetího věku téměř srovnatelná s pohybovou aktivitou u mužů navštěvující společenskou seniorskou organizaci.



Obrázek 10 Preference možnosti přesunu z místa na místo během týdne u respondentů navštěvujících společenskou seniorskou organizaci v Českých Budějovicích

Na obrázku 10 vidíme preferenci dopravního prostředku z místa na místo během týdne u probandů navštěvující společenskou seniorskou organizaci. Tento výsledek je také odpovědí na mou výzkumnou otázku č.2., zda bude více jak polovina respondentů využívat k přesunu z místa na místo spíše chůzi nežli motorové dopravní prostředky. 76 probandů nejčastěji k přesunu využívá chůzi. Tuto možnost preferuje více jak polovina seniorů, tedy 58,4%. Druhou nejoblíbenější možností přesunu z místa na místo jsou motorové dopravní prostředky. Využívá ji 34 seniorů (26%). Nejméně oblíbenou variantou přesunu je jízda na kole. 20 probandů odpovědělo, že ji během týdne využívá, konkrétně je to 15,6%. Souhrnně tedy můžeme říci, že nejčastěji preferovanou možností přesunu z místa na místo během týdne u probandů je s 58,4 % chůze. Následuje jí pak s 26 % preference motorových dopravních prostředků a nejméně využívána s 15,6 % je jízda na kole.



Obrázek 11 Srovnání průměrného počtu hodin stráveného sezením v pracovních dnech a víkendu (u členů společenské seniorské organizace)

Na obrázku 11 jsme vyhodnotili průměrný počet hodin strávený sezením ve všedních dnech a víkendu u členů společenské seniorské organizace. V pracovních dnech stráví probandi průměrně 4 hodiny denně sezením. Z celého dne je to 16,6%. Víkendová hodnota je o něco vyšší. Probandi v sobotu a neděli stráví průměrně 5,6 hodin denně. V procentuelním vyjádření je to 23,3 %.

7 Závěr

Diplomová práce byla zaměřena na pohybové aktivity seniorů – členů společenské seniorské organizace v Českých Budějovicích. Hlavním cílem mé diplomové práce bylo získání a zpracování potřebných dat k analýze pohybových aktivit této specifické skupiny pracujících osob. Výzkumnou skupinou byli senioři, kteří navštěvují společenskou seniorskou organizaci v Českých Budějovicích, spadající pod Svaz důchodců. Celkově jsem měla k dispozici 130 vyplněných mezinárodních dotazníků IPAQ-long a 30 monitoringů kroků za den v délce 1 týdne.

Výzkumné šetření se účastnilo 130 seniorů a bylo složeno ze 72 žen a 58 mužů. První výzkumná otázka se zabývala tím, zda bude více než polovina respondentů splňovat doporučení Hatana o chůzi z roku 1993, a to díky navštěvování společenské seniorské organizace. Hatano doporučuje ujít 10 000 kroků denně. Domnívala jsem se, že vzhledem k pravidelným aktivitám u seniorské organizace a pořádáním sportovních zájezdů se bude výsledek značně přibližovat k dennímu doporučení. Ale tato doporučená kritéria splňují jen 4 jedinci z 30 (13,3 %) zúčastněných probandů. Výzkumná otázka č. 1 tedy vyšla negativně. Více než polovina všech probandů nesplnila doporučení, tedy 10 000 kroků za den. Avšak musíme brát ohled na to, že toto doporučení je dáno pro normální populaci, nikoli pro skupinu seniorů. Při rozdělení výzkumu podle pohlaví je u žen průměrný počet kroků za den 5 115 a u mužů 10 017,1 kroků za den (při týdenním monitoringu). Můžeme tedy říci, že ženy nesplňují denní doporučení dle Hatana (1993), zatímco průměrná hodnota u mužů toto doporučení splňuje.

Výzkumná otázka číslo 2. se věnovala otázce, zda bude více jak polovina respondentů využívat k přesunu z místa na místo spíše chůzi nežli motorové dopravní prostředky. 76 probandů nejčastěji k přesunu využívá chůzi. Tuto možnost preferuje více jak polovina seniorů, tedy 58,4%. Motorové dopravní prostředky využívá k přesunu 34 seniorů (26%). Tato výzkumná otázka se projevila kladně, tedy více jak polovina respondentů využívá k přesunu chůzi nežli motorové dopravní prostředky. Tento výsledek by mohl být odůvodněn tím, že více než 60% respondentů bydlí ve středně velkém městě a tudíž mají veškeré potřeby na dosah a nepotřebují ve větším množství přesun motorovým prostředkem.

Do mého výzkumu jsem také zařadila srovnání pohybové aktivity u respondentů seniorské organizace a respondentů navštěvujících Univerzitu třetího věku. Konkrétně

jsem mezi nimi srovnávala průměrný počet kroků za den při víkendovém monitoringu. Toto porovnání je také předmětem výzkumné otázky č. 3. Monitoringu se u obou skupin zúčastnilo 30 probandů, konkrétně u seniorské organizace to je 23 žen a 7 mužů a u Univerzity třetího věku shodně také 23 žen a 7 mužů. U členů společenské seniorské organizace je průměr 6 834,3 kroků za den, zatímco u členů Univerzity je to 8 476,5 kroků za den. Rozdíl činí 1 642,2. Celkově tedy můžeme dle monitoringu počtu kroků za den během víkendu vyhodnotit Univerzitu třetího věku jako pohybově aktivnější nežli členy seniorské organizace, ačkoliv rozdíl není nijak razantní. Dále je také vidět, že ani jedna výzkumná skupina nespĺňuje denní doporučení dle Hatana (1993), a to 10 000 kroků za den.

Respondenti mého výzkumu byli velmi ochotní a laskaví při vyplňování dotazníků a monitoringu. Jen několik oslovených z celkového počtu odmítlo a to z důvodu nedostatku času. Naopak většinu z probandů velmi zajímaly výsledky tohoto šetření, které jsem jim po vyhodnocení předala.

Pohyb v dnešní moderní době hraje důležitou roli v životě každého člověka. Pomáhá udržet lidský organismus v dobrém zdravotním stavu a tělesné i duševní kondici. Praktický každý sice připustí, že dostatek pohybu je pro zdraví dobrý, ale pořád ještě málo lidí dokáže docenit skutečný význam tohoto faktoru, jeho efekt a sílu. Proto podporuji a obdivuji respondenty, kteří se zúčastnili mého výzkumu, za jejich pozitivní pohled na svět a jejich aktivní stárnutí.

8 Referenční seznam

- Allan, J. (1989). *Etapy života očima sociologie*. Praha: Panorama.
- Balint, M. (1982). *The doctor, his patient and illness*. Belmont, Wadsworth
- Bauman, A., Bull, F., Chey, T., Craig, C., Ainsworth, B., Sallis, J. (2009). *The international prevalence study on physical activity: Results from 20 countries*. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*. IPS GROUP. Vol 6, No 21.
- Bednářová, D. & kol. (2003). *Vybrané aspekty života seniorů*. České Budějovice: JU
- Borst, S. (2004). *Interventions for sarcopenia and muscle weakness in older people*. Age Ageing
- Bursová, M., & Rubáš, K. (2001). *Základy teorie tělesných cvičení*. 1. vyd. V Plzni: Západočeská univerzita v Plzni.
- Fojtík, Z. (1999). *Osteoporóza – léčebné možnosti*. Interní Med.
- Frömel, K. (2002). *Kompendium psaní a publikování v kinantropologii*. Olomouc: UP
- Gruberová, B. (1998). *Gerontologie*. České Budějovice: JU
- Gruss, P. (2009). *Perspektivy stárnutí*. Praha: Portál, s.r.o.
- Haškovcová, H. (1989). *Fenomén stáří*. Praha: Panorama
- Hrnčiaková, D. & kol. (2007). *Antropometrická vyšetření a měření svalové síly u geriatrických pacientů*. *Geriatrická revue*, č. 2, str. 97.
- Kaufman, B. & Schimmerlingová, V. (1971). *Výzkum života a potřeb starých občanů*. Výzkumný ústav sociálního zabezpečení.

- Klímo, F. & kol. (1989). *Všeobecné lékařstvo*. Díl 1. a 2. Osveta
- Kolář, P. (2012). *Rehabilitace v klinické praxi*. Praha: nakladatelství Galén.
- Nurmi, I. & Luthje, P. (2002). *Incidence and cost of falls and fall injuries among elderly in institutional care*. Scand J Prim Health care.
- Ort, J. (2004). *Kapitoly ze sociologie stáří. Společenské a sociální aspekty stáří*. Ústí nad Labem, Univerzita Jana Evangelisty Purkyně, PF.
- Osgood, N. (1992). *Suicide in later life: Recognizing the warning signs*. New York : Lexington Books
- Pacovský, V. (1994). *Geriatrická diagnostika*. Praha: Scientia Medica
- Preiss, M. & Křivohlavý, J. (2010). *Trénování paměti a kognitivních funkcí*. Praha: Grada Publishing
- Kleplová, V. (2004). *Dobré ráno, dobrý den. Cvičení nejen pro seniory*. Olomouc: nakladatelství Poznání
- Příhoda, V. (1974). *Ontogeneze lidské psychiky*. Praha
- Seligman, M. E. P. (1992). *Learned optimism*. New York: Pocket Books
- Tošnerová, T. (2002). *Průručka pečovatele*. Praha: LF UK
- Veselá, J. (2002). *Představy rodinných příslušníků o zabezpečení péče nesoběstačným rodičům*. Studie
- Zavázalová, H. (2001). *Vybrané kapitoly ze sociální gerontologie*. Praha
- Zeremba, V. (1988) *Vybrané kapitoly ze sociální gerontologie*. Plzeň : LF UK

Jedlička, V. . & kol. (1991). *Praktická gerontologie*. Brno

Internetové zdroje:

Beránková, L. & kol. (2012). *Základní antropometrické vyšetření*. Studijní text. Fakulta sportovních studií Masarykovy univerzity Brno.

Dostupné z: <http://is.muni.cz/do/fsps/e-learning/ztv/pages/02-diagnostika-text.html>

Společenská seniorská organizace – Svaz důchodců

Dostupné z: <http://sdcb.webnode.cz/o-nas/>

Novotný J. (2012). *Zdraví a pohybová aktivita*. Syllabus

Dostupné z: http://www.fsps.muni.cz/~novotny/ZPA_text.pdf

MF Dnes 1/2015.

Dostupné z: http://zpravy.idnes.cz/strategie-starnuti-seniori-dp4-/domaci.aspx?c=A130213_135510_domaci_jj

http://www.wikiskripta.eu/index.php/P%C3%A9%C4%8De_o_pot%C5%99eby_%C4%8Dlov%C4%9Bka

<http://cs.wikipedia.org/wiki/Senior>

<http://vohradnik.webnode.cz/news/ctyri-predpoklady-dusevni-aktivity/>

9 Seznam zkratek

ACSM - American College of Sports Medicine

AHA - The American Heart Association

BMI – Body Mass Index

IPAQ - International Physical Activity Questionnaire

PA – Pohybová aktivita

USDHHS - United States Department of Health and Human Services