

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

Pedagogická fakulta

Katedra Výchovy ke zdraví

Pohybové aktivity a jejich vliv na psychosociální oblast u seniorů
v domově pro seniory

Bakalářská práce

Autor: Tereza Půžová

Studijní program: Specializace v pedagogice

Studijní obor: Výchova ke zdraví

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

České Budějovice, duben 2011

University of South Bohemia České Budějovice
Faculty of Education
Department of Health Education

Effect of Physical Exercises to Psychological Social Field of Clients from
Seniors Houses

Bachelor Thesis

Author: Tereza Půžová

Study Program: Specializing in Education

Study Branch: Health Education

Supervisor: Mgr. Petra Vojtová, Ph.D.

České Budějovice, April 2011

Bibliografická identifikace

Jméno a příjmení autora: Tereza Půžová

Název bakalářské práce: Pohybové aktivity a jejich vliv na psychosociální oblast u seniorů v domově pro seniory

Studijní obor: Výchova ke zdraví

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

Vedoucí bakalářské práce: Mgr. Petra Vojtová, Ph.D.

Rok obhajoby: 2011

Abstrakt:

Výchova ke zdraví se mimo jiné zabývá pohybem, a proto posilovat zdraví u seniorů prostřednictvím pohybu by mělo být důležitou součástí v péči o seniory. Hlavním účelem této bakalářské práce bylo posoudit vliv pohybových aktivit na psychosociální oblast u seniorů v domově pro seniory. Výzkumné šetření bylo zaměřeno na seniory se sníženou pohyblivostí. Pro ověření jejich psychosociálního zdraví jsem použila dotazník POMS a dotazník „Sociální zdraví u seniorů“. Po vyhodnocení výzkumného šetření jsem došla k závěru, že intervenční pohybová jednotka pozitivně ovlivňuje emocionální stav u převážné části zkoumané cílové skupiny seniorů. Výsledky práce také potvrdily, že senioři cítí spokojenost se svým životem.

Klíčová slova: stáří, stárnutí, pohybové aktivity, senioři, domovy pro seniory, sociální vztahy, emoce, nálada.

Bibliographic Identification

Name of the author: Tereza Půžová

Title of thesis: Effect of Physical Exercises to Psychical Social Field of Clients from Seniors Houses

Field Branch: Health Education

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

Supervisor: Assoc. Mgr. Petra Vojtová, Ph.D.

Year of the presentation: 2011

Abstract:

Among other things, the health education works with physical exercise. Strengthening the health through exercising should therefore be an important part of the elder care. The main purpose of this bachelor thesis was to assess the impact of physical activities on the psychosocial well-being of elderly people in retirement homes. The survey focused on seniors with reduced mobility. To check their psychosocial health I used the POMS questionnaire and the questionnaire "The social health of the elderly." After evaluating the research results I came to the conclusion that the intervention exercise unit has had a positive effect on the emotional state of the majority of the surveyed group of seniors. The results of this study has also testified that older people feel satisfied with their lives.

Keywords: old age, aging, physical activity, seniors, retirement homes, social relations, emotions, mood.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem svoji bakalářskou práci na téma „Pohybové aktivity a jejich vliv na psychosociální oblast u seniorů v domově pro seniory“ vypracovala samostatně pod odborným vedením Mgr. Petry Vojtové, Ph.D., pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v referenčním seznamu.

Prohlašuji, že v souladu s § 47 b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě, fakultou elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách.

V Českých Budějovicích, dne

Poděkování

Velmi bych chtěla poděkovat vedoucí své bakalářské práce Mgr. Petře Vojtové, Ph.D. za její cenné rady, odbornou pomoc a podporu při zpracování této práce. Také velice děkuji seniorům, kteří se ochotně zúčastnili výzkumu. Dále bych ráda poděkovala zaměstnancům domova pro seniory Hvízdal, kteří mi pomohli realizovat výzkumné šetření: vrchní sestře Mgr. Zdeňce Třískové, sociálním a rehabilitačním pracovnícím.

OBSAH

1	ÚVOD	9
I	TEORETICKÁ ČÁST	11
2	STÁRNUTÍ A STÁŘÍ	11
2.1	Zdraví a stáří	12
2.2	Biologické změny ve stáří	14
2.3	Psychické změny ve stáří	20
2.3.1	Emocionální změny ve stáří	20
2.4	Sociální podmínky stárnutí	22
2.4.1	Domovy pro seniory	22
2.4.2	Sociální vztahy	25
2.4.3	Specifika komunikace se seniory	26
2.5	Demografická charakteristika stáří	28
3	VÝCHOVA KE ZDRAVÍ U SENIORŮ	30
3.1	Pohybové aktivity v seniorském věku	31
3.1.1	Vhodné pohybové aktivity	32
3.1.2	Nevhodné pohybové aktivity	35
3.1.3	Specifika cvičení se seniory	36
3.1.4	Motivace ke cvičení	37
3.2	Výživa v seniorském věku	38
3.3	Psychohygiena v seniorském věku	40
3.4	Další metody podporující zdraví seniorů	41
II	PRAKTICKÁ ČÁST	42
4	CÍLE, HYPOTÉZY A ÚKOLY PRÁCE	42
4.1	Cíle práce	42
4.2	Hypotézy	42
4.3	Úkoly práce	43
5	METODIKA PRÁCE	44
5.1	Charakteristika zkoumaného souboru	44

5.1.1	Cílová skupina.....	44
5.1.2	Charakteristika zařízení.....	45
5.2	Organizace práce.....	45
5.3	Použité metody.....	46
5.3.1	Sekundární sběr dat.....	47
5.3.2	Primární sběr dat.....	47
5.3.3	Způsob zpracování získaných dat.....	49
5.4	Intervenční pohybová jednotka (IPJ).....	49
6	VÝSLEDKY.....	51
6.1	Vyhodnocení dotazníku POMS.....	51
6.2	Vyhodnocení dotazníku „Sociální zdraví u seniorů“.....	57
7	DISKUSE.....	67
8	ZÁVĚR A DOPORUČENÍ PRO PRAXI.....	71
9	SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ.....	73
10	SEZNAM ZKRATEK.....	78
11	SEZNAM PŘÍLOH.....	79

1 ÚVOD

Starých osob neustále přibývá a bude přibývat. Již většina populace v současné době vnímá otázku stáří a její problematiku ve větší míře. Ačkoli se tento fakt jeví jako stroze informativní, odlidštěný, týká se přesto každého z nás, tudíž je třeba se o něj více zajímat.

Na jedné straně stojí kladný pohled na starého člověka, který svou moudrostí může přispět do společnosti a může jí svými zkušenostmi z prožitých let obohatit. Na druhé straně mohou lidé zaujímat ageistický postoj vůči seniorům, kdy si všímají pouze nevyhovujících vlastností stáří. Vidí starého člověka jako neužitečného, pomalého, vzhledem již nepůvabného, a svou neschopností popuzujícího. A proto chci, kromě jiného, prostřednictvím své bakalářské práce na tento střed pohledů upozornit, jelikož to, jaký zaujímáme postoj ke starším generacím, se jednou bude promítat i do naší budoucnosti.

Prožít život plnohodnotně až do konce života je úkol k řešení pro každého z nás. I při tempu dnešní doby lze pozitivním myšlením uvažovat nad tím, jak investovat do smyslu života starších osob. Proto hlavním cílem mé práce je dokázat to, že lze díky pohybovým aktivitám zkvalitnit seniorský život, jelikož pohyb může být vhodným prostředkem k podpoře zdraví i ve stáří.

Díky aktuálním demografickým změnám si již určitá část populace uvědomuje, že je nutné zvyšovat nabídku opatření, které směřují k aktivizaci seniora, k lepší adaptaci na změny v jeho životě a k pozitivnějšímu přístupu k jeho životu. S patřičnou motivací můžeme uvést starší osobu do pocitu užitečnosti a stavu radostného přijímání života, bez dojmů beznaděje či neprospěšnosti.

Svou bakalářskou práci rozděluji do dvou částí. První část je teoretická, z které čerpám informace pro druhou část, tj. část praktickou. V teorii nejprve získávám poznatky o samotném stáří a stárnutí, a to jak z pohledu zdraví, tak i z pohledu demografického. Předkládám příspěvky o změnách biologických, psychických i sociálních, které charakterizují proces stárnutí. V další kapitole se přesouvám

do oblasti pohybových aktivit a jejich vhodnosti či nevhodnosti. Poté se zabývám specifickými záležitostmi starších cvičenců, jako je například motivace, která je jistě potřebná u každého z nás, nejen u seniora, pro to, aby začal konat nějakou fyzickou aktivitu. Na konci teoretické části se pak věnuji poznatkům, které díky různým metodám podporují zdravotní stav seniorů a ukazují jim, jak přispívat ke svému zdraví všeobecně.

V praktické části práce následně zkoumám účinky pohybových aktivit na psychické zdraví u vybraných seniorů (z domova pro seniory Hvízdal v Českých Budějovicích). Tyto efekty zachycuji pomocí psychologického dotazníku. Cílem bylo zachytit emocionální změny osobnosti u zkoumaných seniorů před a po aplikaci intervenční pohybové jednotky. Dále druhotně zkoumám sociální stav u každého probanda pomocí dotazníku „Sociální zdraví u seniorů“. Z výsledků výzkumného šetření na konci práce vyvozují doporučení pro praxi.

I TEORETICKÁ ČÁST

2 STÁRNUTÍ A STÁŘÍ

O starém jedinci je možné hovořit jako o člověku v tzv. třetím věku, kde prvním je myšlen věk dítěte a druhým věk dospělého člověka (KŘIVOHLAVÝ, 2002). O člověka třetího věku se zajímá obor gerontologie. Tato věda v sobě řeší problematiku stáří a stárnutí. Jiným oborem, který shrnuje poznatky o chorobách a jejich léčbě u starých osob, se nazývá geriatrie (DIENSTBIER, 2009).

Samotné stárnutí (neboli involuce) lze definovat jako proces negativních změn, ke kterým dochází po dospělosti. S věkem klesá přizpůsobivost, učení se novým věcem a výbavnost nových materiálů (HARTL, 2004). Důsledkem involučních změn, jak funkčních, tak i morfologických, se utváří tzv. stařecký fenotyp. Ten je ovlivňován prostředím, zdravotním stavem, způsobem života, socioekonomickými a psychickými aspekty (KALVACH, MIKEŠ, 2004).

Stáří (senium) se vyznačuje kombinací involučních změn s kondicí a s klinickým obrazem chorob, hlavně těch, jejichž prevalence je věkově podmíněna (OTOVÁ, KALVACH, 2004). Stáří lze posuzovat z různých hledisek: z biologického – podle stavu našich orgánů a buněk, z psychologického – podle toho, jak se cítíme, ze sociologického – jak nás vnímá okolí a společnost (KUBŮ, RADECHOVSKÁ, 2006). Také Venglářová (2007) hovoří o nevyhnutelných změnách spojené se stárnutím, které tvoří propojený systém tělesného, psychického a sociálního. Jednotlivé změny z těchto tří rovin se mohou vzájemně ovlivňovat a zasahovat do sebe. Do tělesných změn řadí přeměnu vzhledu, změny kloubů, úbytek svalové hmoty, změny kardiopulmonálního a trávicího ústrojí, změny ve vylučování, smyslových činností, termoregulace a změny v sexualitě. Mezi psychickými změnami nachází poruchy paměti, vnímání, zhoršené učení se, snížené sebehodnocení, nedůvěřivost, zhoršení úsudku, sugestibilitu a emoční labilitu. Sociální změny vidí ve změně životního stylu, ztrátě blízkých osob, osamělosti, ve finančních obtížích, v odchodu do penze a ve změně

bydlení. V návaznosti na změny vidí jako nutnost vyhledávat nový způsob života na cestě stářím.

Důležité je i to, jak senioři vnímají sami sebe, jejich subjektivní představa o sobě samých. Kdyby představa člověka nebyla spojená s časem, mohl by být pro něj bezvýznamný kalendářní věk, tj. jakési matematické vyjádření jdoucího času. Proto je objektivně těžké stanovit, kdy stáří začíná, nebo kdy je člověk považován za starého (KUBŮ, RADECHOVSKÁ, 2006). Na otázku „Kdy začíná člověk stárnout?“ již bylo vysloveno mnoho odpovědí. Jedna odpověď může být například taková, že člověk stárne od chvíle, kdy se narodí, jiná odpověď může poukazovat na stárnutí jako na dobu po ukončení tělesného zrání a diferenciaci. Je však třeba dodat, že tato involuční perioda vývoje nastává u různých lidí v odlišném věku a probíhá u jednotlivých lidí zcela různě (KŘIVOHLAVÝ, 2002).

Často se hovoří o tzv. biologických hodinách, určující věk, jehož se dožijeme. Tyto hodiny můžeme do jisté míry ovlivnit stylem života v mládí, životosprávou a péčí o vlastní zdraví, minimalizováním rizik, které negativně působí na délku života jednotlivce (DIENSTBIER, 2009). Venglářová (2007) přichází s třemi přístupy v životě seniorů, jež napomáhají jedinci v adaptaci na proces stárnutí. První postoj se nazývá **konstruktivní přístup** ke stáří a hovoří o tom, že již v produktivním věku si člověk připraví činnosti, které v budoucnosti rozvine. Tato příprava v sobě může zahrnovat vhodné stravování a pohybové aktivity. Druhý adaptační přístup má podobu **závislosti na okolí**. Zejména tělesné potíže způsobují závislost na zdravotnickém personálu nebo na rodině. Třetím přístupem je zaujmutí **nepřátelského postoje** vůči okolním lidem. Nepřátelství – hostilita bývá častou překážkou při péči o klienta vyššího věku.

2.1 Zdraví a stáří

Všeobecně panuje představa, že senioři příliš nedisponují potenciálem zdraví, ba naopak – že většina jich je nemocných, má chatrné zdraví, trpí častými úrazy, a že

v důsledku svého chabého zdraví a různých chorob pak nemohou realizovat běžné aktivity a celkově se tak snižuje jejich kvalita života. Ačkoliv je tento pohled silně zakořeněný, není zcela správný a patří mezi předsudky. Stárnutí a stáří rozhodně nelze identifikovat s nemocemi či zdravotním postižením (SÝKOROVÁ, CHYTIL, 2004).

Abychom byli schopni porozumět tomu, jaký dopad mají pohybové aktivity na zdraví, musíme si nejprve objasnit, co pojem zdraví znamená. Křivohlavý (2003) zmiňuje nejznámější definici zdraví Světové zdravotnické organizace (WHO). Ta definuje zdraví jako stav úplné tělesné, duševní a sociální pohody, a ne jen nepřítomnost nemoci či neduživosti. Avšak k této definici Křivohlavý přidává kromě kladů, také záporny. Proto uvádí vlastní definici zdraví, která se zdá být více adekvátní. „*Zdraví jako celkový (tělesný, psychický, sociální a duchovní) stav člověka, který mu umožňuje dosahovat optimální kvality života a není překážkou obdobného snažení druhých lidí*“ (Křivohlavý, 2003, s. 40).

Zdraví však nelze definovat jako izolovaný jev, neboť jeho stav je vždy výsledkem interakce mezi člověkem a prostředím (přírodním, civilizačním, společenským), v němž člověk žije. Zásadní roli pak v této interakci sehrává právě životní styl, jenž je významnou determinantou zdraví zvláště v současné době (KEBZA, 2005). Popisují se schopnosti zdraví vyrovnávat se s měnícími se vlivy vnějšího prostředí, tedy pracovního i mezilidského, aniž by došlo k narušení fyziologicky důležitých funkcí (HARTL, 2004).

Pokud ale máme hovořit přesněji, tj. ve vztahu se stářím člověka, můžeme považovat normálním stavem zdraví takový stav, který je charakterizován dobrou fyzickou i duševní kondicí a s tím související schopností vést plný, kvalitní a nezávislý život. Z toho je třeba vycházet při uspokojování zdravotních a sociálních potřeb starších lidí. Cílem všech služeb a veškerých opatření by mělo být zlepšit zdravotní stav seniorů, jejich soběstačnost a kvalitu jejich života (HOLMEROVÁ, JURAŠKOVÁ, ZIKMUNDOVÁ, 2002). Samotní senioři uvádějí, že zdraví pro ně současně znamená předpoklad ekonomické soběstačnosti, samostatnosti v rozhodování, jednání a plánování životních cílů. Tuto jejich definici lze označit za autonomii v jejich životě (SÝKOROVÁ, CHYTIL, 2004).

Zatímco za hlavní projev zdraví rozumíme v dětském věku schopnost zdravého a normálního rozvoje, v dospělosti pak vnímáme toto vyjádření jako pracovní a reprodukční schopnost, ve stáří se zaměřujeme zejména na soběstačnost, tedy schopnost vést samostatně co nejkvalitnější život (HOLMEROVÁ, JURAŠKOVÁ, ZIKMUNDOVÁ, 2002). Odchodem do důchodu člověku končí jeho aktivní fáze života. U někoho to může být postupný přechod od aktivního života do života rozmanitějšího a u jiného to může znamenat období ustrnutí a nostalgického vzpomínání na předchozí postavení, které v životě zaujímal (GRÜN, 2010).

Ve stáří je zvláště důležité zabývat se tzv. biopsychosociálním modelem zdraví. Model je charakterizován propojením a vzájemnou interakcí biologické, psychické a sociální oblasti zdraví člověka. Souvislosti v těchto oblastech by se totiž neměly podceňovat při práci se staršími osobami (KLEVETOVÁ, 2008).

2.2 Biologické změny ve stáří

Fyziologické změny či nemoci mohou tvořit překážku pro to, aby se senioři aktivizovali pohybem a jak je známo, bez pohybu se člověk neobejde. Pohyb je základem naší existence. Umožňuje nám posouvat se z místa na místo, přináší nám svobodu a dopřává nám radost ze sebe i z okolí. Z těchto pozitivních aspektů pohybu vyplývá, že je zásadní zaměřit se u seniorů na udržení jejich dobré kondice (KLEVETOVÁ, 2008).

Starý člověk jako pacient patří do věkové skupiny, která se nadprůměrně obrací na lékaře a nejčastěji navštěvuje zdravotnická zařízení (KŘIVOHLAVÝ, 2002). Geriatrie, která se ve své péči obvykle zabývá pacienty starších 75 let, upozorňuje na to, že většina z nich již vykazuje změny typické pro stáří (viz. níže). Z pohledu preventivního je však třeba zdůraznit, že se moderní geriatrie i gerontologie zaměřuje zejména na tzv. mladé seniory, kteří pro své zdraví ve stáří mohou pozitivními změnami ve svém životním stylu mnohé učinit (HOLMEROVÁ, JURAŠKOVÁ,

ZIKMUNDOVÁ, 2002). Dále je nutno podotknout, že zdravotní péče se často zajímá pouze o somatické symptomy. To ve starším člověku vyvolá dojem, že pokud chce mít nějaký sociální kontakt s ošetřujícím personálem, musí projevit nějaký zdravotní problém (VENGLÁŘOVÁ, 2007).

Stárnutí organismu je fyziologický proces v lidském těle, který je původcem mnoha strukturálních a funkčních změn. Mění se postava, charakter a rychlost pohybu, ochabující svalstvo postupně ztrácí sílu, snižuje se citlivost regulačních mechanismů a schopnost adaptovat se proměnlivým podmínkám prostředí, zmenšuje se rezistence vůči působení cizorodých patogenů a také psychických stresů (ROSLAWSKI, 2005).

Proč dochází ke stárnutí a ke změnám v organismu lze vysvětlit rozličnými teoriemi. Jeden názor mluví o myšlence zpomalení replikační schopnosti lidských buněk. V těle klesá způsobilost tvořit věrné buněčné kopie. Jiný pohled poukazuje na přeměnu autoimunitního systému. Imunita, která dříve chránila tělo proti napadení infekci nebo cizorodým látkám, nyní počíná bojovat proti vlastním, nově tvořícím se buňkám. Existují také teorie, které popisují tzv. programové stárnutí. Jedná se o genetické naprogramování toho, že v organismu postupně upadá autoimunitní systém nebo klesá výkonnost hormonálního systému. Další teorie například hovoří o degeneračním vlivu volných radikálů, množství odpadních produktů nebo různých chorob (DIENSTBIER, 2009).

Změny jsou průvodními projevy stárnutí, kdy se přetváří tvář i postava člověka, jeho chůze, chování a vyjadřování. Také jsou charakteristické tím, že probíhají souběžně v čase (DIENSTBIER, 2009). Objevují se změny ve spánkovém rytmu, které se projeví pospáváním v průběhu dne a nočním neklidem. Zvyšující se potřeba pomoci od druhého je způsobena úbytkem energie, který nastupuje ve stáří. U starších osob také zaznamenáváme sníženou chuť k jídlu a pocit žízně, což může u seniora zapříčinit malnutrici a projevy dehydratace. Při poruše koncentrace a paměti dochází k tomu, že senioři typicky hledají věci, vyžadují opakování informací apod. (VENGLÁŘOVÁ, 2007).

Biologické změny jsou determinovány genetickými dispozicemi a životním stylem (KLEVETOVÁ, 2008). Zároveň stárnutí je děj individuální, který probíhá

u jednotlivých lidí odlišně. Přesto existují obecné rysy, které stáří charakterizují změnami různých systémů v organismu (HOLMEROVÁ, JURAŠKOVÁ, ZIKMUNDOVÁ, 2002).

Kardiovaskulární systém

Ve stáří dochází k výrazným změnám cév. Objevuje se ateroskleróza, v důsledku toho se může projevit hypertenze nebo cévní mozková příhoda (KŘIVOHLAVÝ, 2002). Také dochází ke snížení elasticity (pružnosti) cév a ke snížení průtoku krve (HOLMEROVÁ, JURAŠKOVÁ, ZIKMUNDOVÁ, 2002). Kromě toho se omezuje výkonnost srdce, jež se postupně zmenšuje. To, aby vyhovělo energetické potřebě organismu, řeší svým zbytněním (DIENSTBIER, 2009).

Respirační systém

Během stárnutí klesá rychlost dýchání i množství vdechovaného a vydechovaného vzduchu. Snížená funkce dýchacího aparátu vede k hypoxii (nedostatku kyslíku) a klesá hrudník (KŘIVOHLAVÝ, 2002). Následkem snížené vitální kapacity plic je stupňující se námahová dušnost. Z anatomického hlediska mění plíce svou strukturu a funkci (DIENSTBIER, 2009).

Pohybový aparát

Stárnutí z hlediska pohybového systému je charakterizováno atrofií (úbytkem) svalové hmoty a snížením kostní denzity. V důsledku toho se kosti stávají křehčí, ochranná funkce svalového aparátu je menší a dochází k častějším zlomeninám. Charakter postavy staršího člověka se mění díky převaze flexorů nad extenzory (HOLMEROVÁ, JURAŠKOVÁ, ZIKMUNDOVÁ, 2002). Páteř se zkracuje, neboť se snižují obratle a meziobratlové ploténky. S tím je také spojena změna v povaze držení těla. Klouby začínají ztrácet svojí opěrnou funkci, kloubní chrupavky se opotřebovávají a tvoří se artróza. V souvislosti s vazy dochází ke ztrátě jejich pružnosti, vápenatění a kostnatění (DIENSTBIER, 2009).

Zažívací systém

V průběhu stárnutí se objevují vážné změny v gastrointestinálním traktu, jako je například nedostatek kyseliny chlorovodíkové, dyspeptický syndrom nebo zácpa (KŘIVOHLAVÝ, 2002). Staří lidé jsou také ohroženi podvýživou, a to z příčin sociálních (osamocenenost, chudoba, nepřiměřené šetření atd.) i v důsledku změněného zdravotního stavu (chronické onemocnění, patologie či významné involuce zažívacího traktu) (HOLMEROVÁ, JURAŠKOVÁ, ZIKMUNDOVÁ, 2002). V průběhu trávicího systému dochází ke změnám jako je narušení chrupu, snižující se střevní peristaltika a také dochází k atrofii a ztukovatění jater (DIENSTBIER, 2009).

Vylučovací systém

Ve stáří se snižuje funkce ledvin, jak jejich filtrační, tak i jejich koncentrační schopnost. Proto jsou kupříkladu staří lidé citlivější na změny vnitřního prostředí (HOLMEROVÁ, JURAŠKOVÁ, ZIKMUNDOVÁ, 2002). Ledviny se postupně zmenšují. Močový měchýř začíná postrádat svůj tonus a špatně zadržuje moč, tudíž je u seniorů běžná tzv. inkontinence (únik) moči (DIENSTBIER, 2009).

Pohlavní systém

Pohlavní orgány již neplní svou funkci tak jako dříve, a proto dochází ke změně intimních vztahů. U mužů se zmenšují varlata, prostata a penis. Objevuje se selhání erekce, které u nich může vést k podrážděnosti či úzkosti. Ženám přestávají plnit funkci vaječníky, nastává menopauza a ztráta tvorby některých hormonů. Díky tomu se u nich často zvyšuje riziko obezity (DIENSTBIER, 2009). Na druhou stranu Venglářová (2007) uvádí, že sice dochází ke změnám morfologickým i funkčním, které zasahují do oblasti sexuality, avšak vyvrací mýty o tom, že starší lidé již nemohou žít či nežijí sexuálním životem.

Nervový systém

Stárnutí také postihuje mozek a nervovou soustavu. Mozek se zmenšuje, mozkové závitky postupně zanikají a snižuje se zásoba krve a kyslíkem. Nervům

a nervovým vláknum klesá schopnost přenosu informací. Reflexy se stávají pomalejší až mizivé (DIENSTBIER, 2009). Důsledkem přirozené involuce nervového systému může být také například to, že se u osob staršího věku často objevují senzorické poruchy (zhoršení zraku, sluchu i chuti). Omezena je tzv. propriorecepce, tj. ta část vnímání, která umožňuje rozpoznávat průběh a stav hybnosti. Co se týče myšlení, starší lidé bývají v přemýšlení pomalejší a může se u nich vyskytovat tzv. stařecká zapomnětlivost. Častou chorobou ve stáří je deprese (až 20% seniorů) a probíhá často nepoznána, skrytá v různých somatických příznacích (HOLMEROVÁ, JURAŠKOVÁ, ZIKMUNDOVÁ, 2002).

Smyslové poruchy

Na smyslové poruchy se z odborného hlediska nahlíží jako na obraz normálního stáří. Hovoří se o pojmech jako je „presbyacusic“ (stařecký sluch, nedoslýchavost vyššího věku) a „presbyopie“ (stařecký zrak, poruchu vidění nablízko v důsledku horší akomodace, která je způsobena sníženou elasticitou oční čočky). Čichové a chuťové vnímání je také sníženo, stejně tak jako vnímání polohy a pohybu těla (propriocence). Tyto změny je třeba kompenzovat: sluch sluchadly a různými zesilovači, zrak brýlemi, chuť a čich dostatečně výraznou stravou, zhoršenou propriorepcí, která především způsobuje pády, potom větší opatrností nebo použitím hole (HOLMEROVÁ, JURAŠKOVÁ, ZIKMUNDOVÁ, 2002).

Adaptační schopnost

Adaptace je ve stáří značně snížena. Starší lidé proto hůře a pomaleji reagují na veškeré změny vnějšího či vnitřního prostředí (HOLMEROVÁ, JURAŠKOVÁ, ZIKMUNDOVÁ, 2002).

Celkově se mění vzhled seniorů. Objevuje se u nich více vrásek, šedivé vlasy, pleš u mužů, u žen chloupky pod nosem, u hubených osob se objevují ostřejší rysy v obličejí a u obéznějších tzv. druhá brada. To vše má vliv na jejich sebehodnocení (KŘIVOHLAVÝ, 2002).

Stáří se spojuje s různými chorobami. Za nejtypičtější rys se však ve stáří celkově považuje multimorbidita, tj. přítomnost několika onemocnění najednou. Tato onemocnění se vzájemně prolínají ve své symptomatologii a dochází k modifikaci klinického stavu. Důsledkem multimorbidity je pak polypragmazie, tj. užívání mnoha léků najednou. Tyto řetězce komplikací jsou bohužel také pro stonání ve stáří charakteristické. Typické je také to, že mezi komplikující činitele patří nejen následky a příznaky onemocnění samotných, ale také nežádoucí účinky různých medikamentů či důsledky terapeutických postupů. Vznikají tak situace, kdy se jen po velmi pečlivém zvážení všech okolností a vyšetření podaří odhalit tu skutečně primární příčinu (HOLMEROVÁ, JURAŠKOVÁ, ZIKMUNDOVÁ, 2002).

Z pohledu nemoci je další specifikem stáří symptomatologie vzdáleného orgánu. Při poškození jednoho systému dojde k projevům, které bychom přičítali spíše poruše systému jiného. Například srdeční selhání, dehydratace ale také infekční onemocnění se mohou projevit nejprve buď deliriem, nebo obrazem cévní mozkové příhody. Ve stáří dochází také často k tomu, že se příznačné a očekávané příznaky nemoci neprojeví vůbec (asymptomatologický průběh). Proto se setkáváme u osob seniorského věku s afebrilním průběhem různých infekčních onemocnění, která proto mohou zůstat nediagnostikována (HOLMEROVÁ, JURAŠKOVÁ, ZIKMUNDOVÁ, 2002).

Na závěr je však nutno říct, že narozdíl od západní medicíny, si například tradiční čínská medicína více uvědomuje propojenost a celistvost celého organismu. Proto si čínské lékařství vysvětluje symptomatologii vzdáleného orgánu odlišným způsobem. Každý orgán v těle vykonává určité specifické funkce, avšak současně je spojen i s jinými částmi těla. Toto propojení, kde celek ovlivňuje části a části celek, se promítá do fyziologických funkcí, chorobných stavů a popř. do jejich diagnostiky a léčení (ANDO, 1999).

2.3 Psychické změny ve stáří

Nejen u starého člověka psychika odráží svými stavy okolní skutečnost. Psychika obecně vyjadřuje komplex duševních obsahů a funkcí, které se dělí na procesy založené na počtcích, vjemech, představách a na procesy založené na vlastnostech, schopnostech, dovednostech a charakteru (HARTL, 2004). Obecně se stárnutí charakterizuje zpomalením psychické činnosti, tj. čím složitější je podnětová situace, tím výrazněji se ukazují rozdíly mezi mladší a starší generací. Kognitivní pokles v psychice seniorů nevyhovuje trendům dnešní společnosti. Často například to, že senioři nemají rádi činnosti pod tlakem a vyžadující rychlé rozhodování, má negativní dopad na jejich duševní zdraví (ŠTILEC, 2004).

S přibývajícím věkem často dochází k zesílení některých charakterových rysů. Psychické změny ve stáří mnohdy laikové nazývají jako zhoršení povahy, kdy se nejvíce projevují negativní osobnostní rysy. Ale pokaždé je třeba odlišit problematické chování podmíněné změnami ve stáří od psychických či somatických poruch (VENGLÁŘOVÁ, 2007). Psychické změny se promítají v různých kognitivních oblastech (KŘIVOHLAVÝ, 2002). Důsledkem anatomických a funkčních změn nervového systému je například zapomnětlivost, zpomalení reakcí, snížená schopnost učit se a osvojit si nové podněty, zpožděné myšlení, změna ve vyjadřování a chování (DIENSTBIER, 2009). Mimo jiné dochází ke zhoršení intelektu, které se zejména projevuje při potřebě zvládat nové situace. Také se objevují problémy s orientací, kdy starší člověk často bloudí, zvláště v neznámém prostředí (VENGLÁŘOVÁ, 2007).

2.3.1 Emocionální změny ve stáří

Ve stáří jsou patrné změny v psychice a emočním stavu osobnosti. Konkrétně emoce jsou velmi komplexní jevy, jejichž charakteristickým znakem je jejich velká

citlivost na změny ve vnějším i vnitřním prostředí organismu a proměnlivost (STUHLÍKOVÁ, 2002). Zejména nedostatky ve smyslovém vnímání vyvolávají emoční problémy u seniorů. A tak se mnohdy můžeme u starších osob setkat s depresí, úzkostí či výbušností (ŠTILEC, 2004).

Důležitým zjištěním v této oblasti je, že starší lidé prožívají pozitivní emoce stejně často jako mladší dospělí, a do věku 60 let pocítují dokonce méně negativních emocí ve svém běžném životě. A proto není pravda to, že starší věk znamená více negativních emočních prožitků. Avšak změna emocionality přichází s vysokým věkem, kdy oslabování smyslových a tělesných funkcí člověka je konfrontováno s pocíťováním bezmoci, závislosti, i ohrožení důstojnosti. V tomto období života člověk ztrácí smyslové i sociální kontakty a je nucen vyrovnávat se s mnohými ztrátami (STUHLÍKOVÁ, 2002). Emocionální aktivita ve stáří ztrácí na intenzitě. Starší člověk prožívá mnohé životní situace méně bezprostředně, chová se tak, jako by se ho daná věc příliš netýkala (KŘIVOHLAVÝ, 2002).

Vliv emocí v duševním životě vůbec je determinující pro všechny ostatní kategorie psychických procesů (vnímání, imaginace, myšlení, paměť) a jsou podstatou učení (hodnotí obsah odměn a trestů) a motivace. V tomto významu hrají emoce zásadní roli v duševním životě člověka, určují jeho životní cíle, volbu prostředků k jejich dosažení, účastní se na utváření apetencí a averzí, a jsou také podstatou sebehodnocení (NAKONEČNÝ, 2004).

Říká se, že nejstarší část paměti, která funguje od narození až do smrti, je emoční paměť. A tak člověk vyžaduje po okolí, aby mu naslouchalo a aby mohl projevit své emoce. Je zřejmé, že v každém věku jedinec potřebuje lásku, kontakt, porozumění, pocit sounáležitosti a přijímání (KUBŮ, RADECHOVSKÝ, 2006).

Ve spojení s pohybovou činností pak Štilec (2004) uvádí, že z psychologického hlediska k nastolení pravidelnosti ve cvičení nestačí pouze vědomí, že je to příznivé pro zdraví a dlouhý život, čili rozumová motivace, ale že starší lidé potřebují i emoční prožitek z pohybu, radost z prostředí a družnosti.

2.4 Sociální podmínky stárnutí

Stáří je nedílnou a přirozenou etapou života člověka. V souvislosti s demografickým trendem na celém světě, vedoucím ke stárnutí lidské populace, tak vznikají otázky, které se týkají ekonomického zajištění sociální úrovně a které se především zaobírají správným a kvalitním poskytováním zdravotní péče (POKORNÁ, 2010). Přes veškerou osobní snahu se může starému člověku stát, že není možné, aby se sám o sebe postaral. Vzniklá závislost může být fyzická (při omezeném pohybu), psychická (porucha myšlení) a socioekonomická (při neschopnosti postarat se o bydlení, zajistit si lékařské ošetření, stravování). Takový jedinec se stává rizikovým a potřebuje asistovanou péči, jak zdravotní, tak i sociální (DIENSTBIER, 2009).

Zdravotní a sociální péči nelze od sebe oddělit, jelikož zdravotní problémy bývají často doprovázeny sociálními a naopak. Konkrétně sociální péče zaopatřuje staré osoby svými dávkami a službami. Z dávek například poskytuje peněžité dávky, věcné dávky, bezúročné půjčky. Ze služeb si senior může vybrat pečovatelskou službu, ústavní sociální péči, pracovní rehabilitaci apod. V našich podmínkách se staří občané zabezpečují sociální péčí, důchodovým pojištěním a státní sociální podporou (ZAVÁZALOVÁ, ZIKMUNDOVÁ, ZAREMBA, 2004).

2.4.1 Domovy pro seniory

Domov pro seniory neboli domov důchodců lze charakterizovat jako trvalé pobytové zařízení režimového typu sloužící starším občanům, kteří nejsou schopni žít samostatně pouze s občasnou dopomocí, ale potřebují péči a dohled po většinu dne (HOLMEROVÁ, JURAŠKOVÁ, ZIKMUNDOVÁ, 2002). Tato zařízení poskytují plně ústavní a dlouhodobou péči řídicí se ustanoveným provozním řádem. Do domova důchodců se přijímají starší lidé na základě podané žádosti (ZAVÁZALOVÁ, ZIKMUNDOVÁ, ZAREMBA, 2004). Přihlíží se k vzájemně propojeným aspektům:

funkční, zdravotní stav klienta, věk, funkční náročnost domácího prostředí, kapacita, úroveň a pověst ústavního zařízení, sebehodnocení a životní priority klienta, sociální podmínky (finanční, vztahové atd.), postoje a zájmy okolí. Nejčastěji se senioři přijímají do dlouhodobé ústavní péče pro špatný zdravotní stav a ztrátu soběstačnosti, pro nedostatek finančních prostředků k úhradě nájmu, kvůli ztrátě bydlení apod. (KALVACH A KOL., 2004).

Starší člověk, který je poměrně stále aktivní a tedy více schopný adaptace, se lépe přizpůsobuje situaci, kdy se přestěhoval do domova s institucionální péčí. Snadněji zvládá nový způsob života, jenž se mu nabídl. Avšak každý člověk je citlivě zasažen, když je mu svazována jeho autonomie a když ztrácí své schopnosti. Je pak na ošetřujícím personálu, aby pomohl klientům vypořádat se s obtížemi přizpůsobit se novému prostředí a novému životnímu stylu (VENGLÁŘOVÁ, 2007)

Domovy pro seniory mohou být ústavem státním, církevním či soukromím. Vedle domovů pro seniory také existují tzv. domovy-penziony, jež mají volnější režim. Žijí v nich lidé, jejichž zdravotní stav jim umožňuje vést samostatnější život (ZAVÁZALOVÁ, ZIKMUNDOVÁ, ZAREMBA, 2004).

Domovy poskytují služby sociální péče, jejichž význam spočívá v integrativním působení, jež umožňuje lépe a důstojněji žít osobám, které by měly vážné problémy nebo by byly ze společnosti vyloučeny. Význam sociálních služeb zvyšuje jejich nezávislost a samostatnost při rozhodování o svém životě (HOLMEROVÁ, JURAŠKOVÁ, ZIKMUNDOVÁ, 2002).

Obyvatelům domovů pro seniory se poskytují komplexní služby. Kromě bydlení a stravy mohou klienti využívat nabídku zdravotní péče, rehabilitace, kulturní a rekreační péče (KALVACH A KOL., 2004).

Domovy pro seniory je jedna z forem sociální péče u nás, která by měla poskytovat tyto obecné principy:

- **důstojnost:** uznání přirozené hodnoty člověka bez ohledu na podmínky, ve kterých se nachází, respektování jeho jedinečnosti a osobitých potřeb,
- **soukromí:** právo člověka být ušetřen nežádoucího zájmu o jeho soukromí či narušování jeho soukromí,

- **nezávislost:** podporování a respektování nezávislosti člověka v maximální možné míře, respektování jeho práva na informovaný výběr a odpovědnosti za možné důsledky vlastního rozhodnutí,
- **volba:** člověk musí mít možnost vybrat si z řady nabídek, na tuto volbu musí být při konání brán zřetel,
- **práva:** práva člověka musejí být chráněna a podporována tak, aby každému byla zajištěna rovnost a kvalita života bez ohledu na věk, pohlaví, fyzické a duševní schopnosti, rasu nebo vyznání,
- **naplnění:** realizace osobních aspirací a schopností ve všech aspektech denního života,
- **zplnomocnění:** právo člověka na rozhodování o svém životě a kontrolu nad tím, co se s ním bude dít (HOLMEROVÁ, JURAŠKOVÁ, ZIKMUNDOVÁ, 2002).

Co se týče budoucnosti sociální péče, všeobecně se nabízejí nové trendy, které čerpají ze zahraničních zkušeností. Kupříkladu vize center v podobě areálů se jeví pro seniory jako užitečné, neboť střediska by poskytovala kromě služeb do bytů klientů, také ošetření v areálovém oddělení při zhoršení zdravotního stavu. Díky tomu by se nemuseli klienti překládat do cizího zařízení. Také se podporuje nahrazování velkých ošetrovatelských ústavů pro několik set klientů za malé komunitní projekty pro zhruba 10 osob, které by byly ve stálé péči vyškoleným personálem, pocházející z podstatné části místních obyvatel. Dále se navrhuje širší využití moderních technologií a kompenzačních prostředků pro obyvatele těchto komunit či pro osoby žijící v domácím prostředí. Nabízí se zásadní rozvoj individualizovaných služeb, mimo jiné řídicích se podle potřeb klienta. Pomýšlí se také na významné zapojení dobrovolníků k oživení velkých zařízení. Důležité je také zamyslet se nad skutečnou potřebou lůžek a míst v zařízeních, která se odvozuje od věkové struktury populace a funkční zdatnosti seniorů (KALVACH A KOL., 2004).

2.4.2 Sociální vztahy

Sociální integrace člověka do sociální struktury významně ovlivňuje jeho psychickou pohodu a zdraví. Prostřednictvím sociálních vazeb k druhým osobám a celkově ke společnosti je jedinci přístupná sociální opora, která poskytuje uspokojení potřeb sociálních vztahů (KEBZA, 2005). Sociální vztahy v sobě zahrnují také soužití starých generací s mladými. Dříve měli staří lidé v rámci rodiny své místo, zejména na venkově to bylo patrné. Pracovali tak dlouho, jak jim jejich síly umožňovaly. To posilovalo jejich vědomí užitečnosti a důležitosti. Byli také ochotní na požádání kdykoli poradit a pomoci. To udržovalo rodinu pohromadě a ulehčovalo lidem jejich stárnutí. Bohužel se tato struktura vidí jen zřídka. Dnes prarodiče bydlí většinou ve svém vlastním domě či bytě. A teprve když nejsou schopni se o sebe postarat, rodina společně uvažuje o jejich umístění do domova pro seniory. Toto rozhodování samozřejmě může pozměnit vztahy v rodině (GRÜN, 2009).

Grün (2009) hovoří o tom, že se stářím je spojován pocit osamělosti. Seniorům ubývá vztahů. Lidé stejné či blízké generace umírají, jejich děti se o ně nemohou starat tak, jak by chtěli. Také se bojí odchodu svého životního partnera. To vše má za následek pocit zatrpklosti, rezignace a ztráty smyslu života. Proto staří rodiče ožívají hlavně v přítomnosti svých dětí. Není nezvyklým jevem, že si staří lidé často stěžují, že jejich blízcí je málo navštěvují. A naopak blízcí zase nedělají dobře, když se snaží svým „babičkách“ či „dědečkům“ splnit každé jejich přání. Spíše by je měli vést k umění přijímat ticho a svou samotu, stáhnout se do nitra a oživit vzpomínky a čerpat z nich vědomí vlastní hodnoty. Vzpomínky nás uvádějí do kontaktu s minulostí, ale také nám mohou pomoci v přijímání současné situace a poskytují naději a důvěru v budoucnost. Člověku dávají pevný bod v nepevnosti stáří.

Přátelství je ve stáří velmi cennou hodnotou, které nabývá na novém významu. Starému člověku jeho vrstevníků ubývá a těch, co zůstávají, s ním většinou upevňují otevřenější a upřímnější vztah. Vyměňují si mezi sebou své vzpomínky a vzájemně se pro sebe stávají oporou v chápání poslední etapy jejich života. Avšak stáří

nepředstavuje pouze stará přátelství. I ve stáří lze navazovat a budovat nové vztahy, jež poskytují přínosný sociální kontakt (GRÜN, 2010).

Jinou fází, kterou může starý člověk projít, je ztráta partnera. Po dlouhém životním soužití manželů nastává období samoty, kdy se člověk musí vyrovnat s tím, že již jeho partner odešel. V takové situaci se často dostaví deprese, demotivace, bezmocnost. V této fázi je namístě pomoc od blízkých osob. Stačí jen mluvit s ním o jeho ztrátě a o jeho emocích. Takový člověk nečeká odpovědi či rady, postačí mu pouze to, že ho někdo bere vážně a naslouchá mu (GRÜN, 2009).

Ve vztahu rodiče – děti může dojít ke slábnutí jejich kontaktu i k jeho úplnému přerušení. Jiné děti se mohou se svými rodiči stýkat pravidelně, avšak nemusí si k nim najít ten správný přístup. Mají pocit, že jejich stárnoucí rodiče žijí již v jiném světě. Pro dosažení dobrých vzájemných vztahů je důležité, aby děti přijímaly své rodiče takové, jací jsou (GRÜN, 2010).

Vztah vnoučata – prarodiče je zcela specifický vztah, který se v dnešní době jeví jako pozitivní představa o stáří, jelikož doba života, kdy prarodiče a vnoučata prožívají společně, je čím dál delší jako nikdy v minulosti. O vztahu vnoučat a prarodičů se hovoří jako o lepším vztahu než je vztah rodiče – děti, neboť prarodiče nepocítují bezprostřední odpovědnost za vnoučata a vnoučata mohou vnímat své prarodiče tak, že je nijak neposuzují, nehodnotí. Navíc prarodiče mají na svá vnoučata více času a prostoru jim naslouchat a poradit. Tento vztah je velice obohacující pro obě strany. Mnozí prarodiče ve své nové roli často ožijí a „rozkvetou“. Vnoučata zase ráda naslouchají vyprávění příběhů z minulosti svých prarodičů (GRÜN, 2010).

2.4.3 Specifika komunikace se seniory

Komunikací obecně nazýváme předávání informací, pocitů a citů mezi jedinci. Komunikujeme verbálním (slovním) a neverbálním (mimoslovním) způsobem. Mimoslovní cesta interpretace bývá mnohdy pravdivěji vypovídající než komunikace

slovní. Pokud například pečovatel dobře sleduje svého klienta, zejména jeho neverbální projev, může usuzovat i na nesdělené informace (VENGLÁŘOVÁ, 2007).

Při péči o klienty v seniorském věku, při sociální interakci s nimi je třeba dodržovat několik komunikačních pravidel: připravit vhodné prostředí (bez rušivých elementů), představit se, navázat oční kontakt, zjistit, jak klienta oslovovat, mluvit jasně a hlasitě, využít technik aktivního naslouchání, akceptovat princip zpomalení, před ukončením rozhovoru upozornit klienta na možnost kladení otázek atd. (POKORNÁ, 2010). Také je na místě akceptovat téma, dobu a prostředí hovoru, a také je dobré se seniorem domluvit, jakým způsobem se naloží s důvěrným sdělením (VENGLÁŘOVÁ, 2007).

V souvislosti se specifickou komunikací se seniory se také Venglářová (2007) zmiňuje o komunikačních bariérách. Tyto zábrany závisí jak na osobnosti seniora, tak i na prostředí a lidech, se kterými přichází do styku. Často však vzniklá nedorozumění mezi komunikujícími souvisí s charakterem stárnoucího člověka. Starší osoby bývají v hovoru pomalejší, trpí nedůvěrou, neochotou a různými obavami. Také je třeba počítat s dalšími specifickými obtížemi při komunikaci se seniory. Patří sem různé poruchy smyslů (nedoslýchavost, zhoršený zrak), poruchy řeči nebo demence. Dalšími častými obtížemi mohou být: nezapamatování si sdělení, neschopnost porozumět slovům, poruchy vyjadřování, stálé dotazy, fabulace, odmítání kontaktu, zlostné a vulgární výrazy, hovor opakovaně na totéž téma apod. Jak tedy podpořit správnou komunikaci a pokud možno odstranit bariéry v interpretaci? Venglářová vidí řešení v ochotě naslouchat, v parafrázování a v reflexích sdělení seniora. Při komunikaci dáváme najevo pochopení, neodsuzujeme jeho názory. Tím podporujeme princip autonomie stárnoucího člověka.

2.5 Demografická charakteristika stáří

Demografie jako vědní obor se zabývá změnami počtu obyvatel a populačním přírůstkem. Demografie zkoumá na jedné straně obecné pravidelnosti a zákonitosti reprodukce lidských populací a na druhé straně jejich specifické projevy u konkrétních populací (ČELEDOVÁ, ČEVELA, 2010).

Skladba lidské populace se na celém světě mění s přibývajícím počtem starších lidí. S prodlužující se délkou života se stále více osob dožívá vysokého věku. Podle statických předpokladů má být 21. století stoletím seniorů, alespoň v prvních padesáti letech (KLEVETOVÁ, DLABALOVÁ, 2008).

Demografický vývoj obyvatelstva ČR bude v nejbližším období, mezi rokem 2000-2030, charakterizován nejen prodloužením délky života, ale také přesunem silných populačních vln do vyšších věkových kategorií. Především u seniorské populace se budou zvyšovat nároky na péči o její zdraví. S jistotou se předpokládá, že věková struktura obyvatelstva České republiky bude v roce 2050 jiná, než to mu je v roce 2010 (viz. příloha č. 1). Avšak podle demografických prognóz bude mít Česká republika i v roce 2050 kolem 10 milionů obyvatel (ČELEDOVÁ, ČEVELA, 2010).

Je jisté, že obyvatelé České republiky stárnou, ale stárne i např. populace celé Evropy, Ruska i USA. A proto nastolená životní úroveň usiluje o zkvalitnění poslední etapy života (DIENSTBIER, 2009). Prodlužující se střední délka života lidí má znatelný dopad do ekonomické a sociální sféry společnosti i jednotlivců. Zvyšování průměrného věku můžeme považovat za jeden z významných úspěchů 20. století, avšak posuzovat spokojenost jedince a kvalitu jeho života podle věku nelze (ŠTILEC, 2004).

Za počátek stáří z lékařského i demografického pohledu se u nás obvykle považuje věk 65 let. Možná si v blízké budoucnosti budeme spíše zvykat na rozčlenění vyššího věku (HOLMEROVÁ, JURAŠKOVÁ, ZIKMUNDOVÁ, 2002).

Stáří jsme se naučili rozdělovat na jednotlivé etapy následovně:

- 60 – 74 let: počínající stáří,
- 75 – 89 let: vlastní stáří,

- 90 let a více dlouhověkost (HOLMEROVÁ, JURAŠKOVÁ, ZIKMUNDOVÁ, 2002).

Orientační členění stáří se v současnosti používá následující:

- 65 – 74 let: **mladí senioři** – odchod do důchodu, problematika využití volného času, aktivit, seberealizace,
- 75 – 84 let: **staří senioři** – problematika přizpůsobení se, tolerance zátěže, specifické nemoci, osamělost,
- 85 let a více: **velmi staří senioři** – problematika soběstačnosti, zabezpečení (KALVACH, MIKEŠ, 2004).

Každý touží prožít život aktivně až do konce a tomu napomáhá i fakt, že délka života se značně prodlužuje (DIENSTBIER, 2009). Avšak stárnutí, jako závěr života, probíhá u každého jinak. To je dáno výslednicí nejen involučních přeměn, ale také původního funkčního stavu (kostní denzita, stav svalstva), životního způsobu apod. (HOLMEROVÁ, JURAŠKOVÁ, ZIKMUNDOVÁ, 2002). Na otázku „Od kdy člověk stárne?“ lze odpověď několika způsoby, jelikož můžeme odlišit věk chronologický od věku biologického, psychologického i od věku sociálního (KŘIVOHLAVÝ, 2002).

3 VÝCHOVA KE ZDRAVÍ U SENIORŮ

Stáří představuje závěrečnou etapu života člověka, která není ani tak závislá na datu narození, jako na biologickém a psychologickém věku. Člověku ubývá síla, ztrácí na ohebnosti, rychlosti i na dobré zdravotní kondici. Průběh jeho psychických procesů se zhoršuje. Člověk se řídí buď léčbou odpoutání, nebo teorií aktivního stárnutí. Volba mezi těmito možnostmi je záležitost individuální a samostatná (ČELEDVÁ, ČEVELA, 2010).

Průměrný věk se prodlužuje a záleží pouze na každém z nás, zda budeme pečovat o své zdraví, zda budeme aktivní, nebo nemocní se sníženou mobilitou. Změnit způsob života a začít žít zdravě můžeme vždy. Stárnutí samozřejmě sebou nese určité zdravotní problémy (ČELEDVÁ, ČEVELA, 2010). A proto to, jak prožít život co nejvíce v plnohodnotném duchu, lze řešit díky dodržování zásad zdravého životního stylu a péči o své zdraví. Je třeba získat a upevňovat si určité návyky, které přispívají k aktivnímu životnímu stylu a které jsou součástí metod, jak v sobě podpořit výchovu ke zdraví (DIENSTBIER, 2009).

Kvalita života ve stáří je podmíněna uspokojením potřeb ve čtyřech oblastech – oblast fyzická, psychická, sociální a duchovní. Vhodné pohybové aktivity, psychický rozvoj, pozitivní společenské vztahy, ekonomické zajištění či uspokojení duchovních potřeb představují adekvátní naplnění životních požadavků aktivního seniora. Pouze aktivní senioři se stávají vyznači teorie aktivního stárnutí, které je neodmyslitelně spojeno se zdravým způsobem života (ČELEDVÁ, ČEVELA, 2010). Také čínská medicína hovoří o několika aspektech, které by se měly stát součástí každého člověka, aby byl zajištěn kvalitní způsob života, dlouhověkost či prevence před nemocemi. Za základní body v denním režimu určuje pohyb, pravidelný režim dne, včetně pravidelného spánku, zdravá strava, osvobození se od závislostí, pozitivní myšlení a intimita (RŮŽIČKA, SOSÍK, 2009).

3.1. Pohybové aktivity v seniorském věku

Pocity vyvolané situací jako je kupříkladu odchod do důchodu, ztráta partnera, nemoc, snížená mobilita je nejlépe zaměnit za dojmy z nových aktivit, z návratu k sobě samému (VENGLÁŘOVÁ, 2007). Jako lék na stárnutí je považována aktivní duševní i tělesná činnost. Lékem může také být stálé vedení společenského života, zapojení se do charitativního konání nebo pokračování ve vzdělání (DIENSTBIER, 2009). Tato „lčba“ je však poskytována okrajově ve zdravotnictví, jako zdravotně-sociální služba. Nabízí se tak podpurné a pomocné opatření, která souvisí s potřebami seniorů a s režimem dlouhodobé ústavní péče (JANEČKOVÁ, KALVACH, HOLMEROVÁ, 2004).

Začít s pohybovými aktivitami však bývá pro seniory problematické, jelikož mezi nimi vládne přesvědčení, že pohybové aktivity jsou určené spíše mladším generacím. Fyzickou zátěž většinou přijímají jako něco, co je pro ně nevhodné, a tak se jí vyhýbají. Je však známo, že čím méně se člověk pohybuje, tím se stává slabším a méně pohyblivým. Pohyb je sice u starších lidí náročnější (vyžaduje trpělivost a systematický přístup), ale přesto je nutné seniory přesvědčovat o důležitosti pohybu a změně životního stylu s tím spojené (ROSLAWSKI, 2005). Je známo, že nečinnost oslabuje svaly včetně svalů srdce (DIENSTBIER, 2009).

U lidí v seniorském věku značnou roli sehrává absence pohybových návyků a také přesvědčení, že oslabení těla a chronické nemoci jsou přirozeným jevem ve stáří a že se s tím prakticky nedá nic dělat (ROSLAWSKI, 2005).

Pohyb významně působí nejen jako preventivní činitel před mnoha chorobami, včetně civilizačními, ale také jako činitel terapeutický, jehož se obecně využívá v průběhu každé rehabilitace (ROSLAWSKI, 2005). Cvičení zlepšuje jak fyzickou, tak i duševní pohodu a to v kterémkoliv věku (WEIL, 2007). Systematické pohybové aktivity se také významně spoluúčastní na postupném zpoždění procesu stárnutí, a tím prodlužují období fyzické výkonnosti a spokojenosti ze života (ROSLAWSKI, 2005). Cvičení tedy ovlivňuje nejen fyzickou oblast člověka, ale také psychickou a sociální oblast. Pohyb člověku může pozitivně ovlivnit jak depresivní zatížení psychiky,

tak i úzkostné stavy. Jeho přínosem je mnohdy zvyšování kladného sebehodnocení a posílení psychiky v boji proti stresu (KŘIVOHLAVÝ, 2003).

Tělesná aktivita je i důležitá pro udržení stálé hmotnosti, flexibility kloubů, pro posílení svalů, pro podporu imunity, pro boj se stresem a také podporuje činnost kardiovaskulárního a respiračního systému. A tak cvičit a sportovat bychom měli začít dříve než v seniorském věku. Pouze ve stáří musíme druh sportu, náročnost a délku cvičení přizpůsobit věku a aktuálním zdravotním obtížím (DIENSTBIER, 2009). Charakter pohybu musí brát také ohled na schopnosti jedince. Při zařazování cviků do cvičebního plánu pro seniory je nutné myslet na křehkost rovnováhy seniorů, například nezařazujeme koordinační cviky na trup, rychlé pohyby s rotací, obraty, předklony apod. Tyto pohyby mohou být pro staršího člověka nebezpečné. Doporučuje se spíše cvičit pohyby typu: jednoduché prostné cvičení, změny postojů, směrů v prostoru, zrcadlové cviky horních končetin, kreativní pohyby a cvičení rovnováhy (ŠTILEC, 2004).

3.1.1 Vhodné pohybové aktivity

Jak již bylo řečeno, pohyb má pozitivní vliv na jednotlivé systémy v těle. Tělesná činnost u seniorů příznivě ovlivňuje práci srdce, jelikož se posilují vlákna srdečního svalu (ROSLAWSKI, 2005). Cvičení aerobního charakteru je taková aktivita, která vede ke zvýšení srdeční frekvence. Tento druh aktivity je potřebný k udržení kardiovaskulárního systému v dobré kondici. Dochází k posilování srdce, pružnosti cév a bojuje proti vysokému krevnímu tlaku. Kromě toho přispívá k regulaci tělesné váhy (WEIL, 2007). Také příhodně působí na činnost pulmonálního systému. Hrudní koš a bránice jsou pohyblivější. Plicní ventilace se zvyšuje a díky tomu se zrychluje látková výměna. Rychlý odvod oxidu uhličitého, vyšší příjem a využití kyslíku dovoluje postupně zvyšování fyzické zátěže. Pohyb má i příznivý vliv na funkce nervového systému, kdy dochází ke zmírnění poruch spánku, neurotických a depresivních stavů.

Do značné míry pozitivně ovlivňuje rychlost, výdrž, zručnost a koordinaci pohybů, pohotovost reakcí na změnu situace. Pohybová aktivita také zlepšuje činnost pohybového ústrojí. Kostí se stávají pevnější, lépe odolávají nárazům, a tudíž u nich nedochází tak často k jejich frakturám. V kloubech se zvyšuje množství kloubního maziva a kloubní spojení jsou tak lépe pohyblivá. Pohybovou aktivitou se dá také docílit velmi dobrého efektu při snižování nadváhy, ale i jako její prevence. Dalších pozitiv je jistě mnoho, snad pouze stačí dodat a zdůraznit, že lidé, kteří se aktivně věnují sportu, jsou fyzicky výkonnější než lidé, kteří vedou sedavý způsob života. Sedavý způsob života u seniorů je faktor podporující vznik a vývoj chronických chorob vyskytujících se v tomto věku. Pokud starší lidé vhodně zvolí pohybové aktivity a změni svůj životní styl, zpomalí se u nich procesy stárnutí organismu alepší se i jejich kvalita života (ROSLAWSKI, 2005).

Vhodné formy cvičení pro seniory by měly zachovávat určitá pravidla při provádění pohybů. Pohyby se měly provádět pomalu, vědomě, klidně a soustředěně. Také to, že jedinec vnímá i estetické působení pohybu, u něj vyvolává pozitivní vnitřní reakci (ŠTILEC, 2004).

Podle Klevetové a Dlabalové (2008) by se cvičení se seniory mělo zaměřit na:

- nácvik sedu, vstávání a chůze,
- rovnováhu a udržení stability těla,
- posílení fázických svalů,
- protahování posturálních svalů,
- dechová jógová cvičení,
- koordinaci pohybů hlavy, očí a končetin,
- posilování pánevního dna,
- pohyby hlezenního kloubu a kyčle.

Seniorům velice prospívá silové posilování, jako je kupříkladu cvičení s gumovým pásem či overballem (ŠTILEC, 2004). Posilovacím tréninkem docílíme stavění a udržování kostní a svalové hmoty, které se s věkem v důsledku hormonálních a metabolických změn zmenšují. Toto cvičení s překonáním odporu působí preventivně

proti osteoporóze (WEIL, 2007). Také protahovací cviky jsou významnou složkou každého cvičebního programu seniorů, které slouží k udržení kloubní pohyblivosti. Přitom se dají využívat spinální a jógová cvičení, nebo strečink jako takový (ŠTILEC, 2004). Dalším významnou složkou je cvičení pružnosti a rovnováhy, které přispívá u seniorů k předcházení pádů (WEIL, 2007). Další vhodnou aktivizací pro seniory mohou být pohybové aktivity, jako jsou např.: čínská zdravotní cvičení (čchi-kung, Pět Tibetů apod.), Feldenkreisova metoda, specifická cvičení páteře a kloubů, chůze, nácvik sezení a držení těla, poklepová a klasická masáž, jóga prstů, oční cvičení a relaxační cvičení (ŠTILEC, 2004).

Výbornou aktivitou pro starší lidi, zejména pro osoby, jež mají potíže s klouby, je plavání. Toto cvičení nezatěžuje klouby a významně se zvyšuje celková zdatnost jedince. Význam plavání také spočívá v jeho přínosu pro duševní zdraví, jelikož poskytuje změnu stavu vědomí a odstraňuje napětí (WEIL, 2007).

Nejznámějším komplexním a propracovaným systémem cvičení je jóga, která v sobě zahrnuje nejen pohyb, ale také polohy těla (ásany), dechová cvičení, hygienické techniky, relaxaci a meditaci. U tohoto cvičení však nejde pouze o určité benefity z pohybu, ale náplní jógy je také pochopení její filozofie a pohledu na život. Jóga nám pomáhá chránit se před škodlivými vlivy, přináší terapeutické účinky a posiluje zdraví ve všech jeho aspektech (WEIL, 2007). Je zřejmé, že pravidelným jógovým tréninkem lze udržet tělo vitální a zdravé až do vysokého věku. Jógové cviky působí na tělo jako regenerační a pročišťující prostředek. Jógové cvičení se například uplatňuje jako stimulátor metabolismu, kdy se zrychluje odtok krve a lymfy, tělo je lépe zásobeno kyslíkem a živinami a zároveň se urychluje odstraňování odpadních látek. Dále díky střídavému protahování a uvolňování těla se kůže seniora stává pružnější a tím také mladší. Především obrácené pozice zlepšují prokrvení horní poloviny těla, zabraňují tím městnání krve v žilách dolní poloviny těla. Ve svém celkovém výsledku přináší jóga pocit pohody, vnitřní vyváženosti a harmonie, a tím vším se posiluje zdraví (GEBHART, 2006).

Velmi vhodným cvičením je cvičení Tchaj-čchi čchuan (dále tai-či), pocházející z Číny. Jedná se o umění, které navozuje uvolnění a celkově harmonizuje celé tělo.

Běžným jevem v Číně je, že lidé různého věku cvičí v parku mezi stromy. O lidech, kteří se tomuto cvičení věnují, se říká, že se mění zevnitř a místo toho, aby stárnuli, vypadají, jako by mládli. Proto mistři tohoto cvičení v 70 či 80 letech vypadají daleko mladší. Prostřednictvím tohoto cvičení se seniorům zvyšuje elán, cítí se mladší a jejich zdravotní stav se počíná zlepšovat (CHUEN, 2007). Cvičení tai-či se řadí k naprosto bezpečnému a účinnému cvičení rovnováhy, kdy jedinec vykonává pomalý vedený pohyb. Hlavním cílem tai-či je ve skutečnosti manipulace s životní energií (čchi) v těle, aby se zvýšila vitalita a posílilo zdraví (WEIL, 2007).

Jako celkově nejlepší cvičení se jeví chůze, ke které člověk nepotřebuje nějaké zvláštní vybavení a kterou může provozovat celoživotně. Lidské tělo je určeno k chůzi. Tuto jednoduchou formu cvičení lze propojit s pobytem v přírodě a dobrou atmosférou nějaké skupiny lidí. K chůzi lze použít také chodecké hole, se kterými lze získat více benefitů pro své zdraví (WEIL, 2007).

3.1.2 Nevhodné pohybové aktivity

Většina starších osob může provádět pohybové aktivity, aniž by nejprve musela vyhodnotit svůj zdravotní stav. Avšak fyzická zátěž se stává nevhodnou v okamžiku, kdy se dostaví zdravotní problémy, nebo pokud senior již trpí určitou chorobou, a proto v jeho stavu není vhodná určitá pohybová činnost. Senior by tak měl dbát o to, aby včas přestal cvičit, pokud se u něj projeví některé tělesné problémy (bolest, dušnost, závrat' apod.). Další zásadou je kupříkladu to, že starší lidé s oběhovými potížemi, které se v tomto věku často vyskytují, by neměli cvičit v místnosti s příliš vysokou teplotou. Tudíž senior by měl být obeznámen o kontraindikacích ke cvičení (ROSLAWSKI, 2005).

Některá cvičení v sobě mohou skrývat značná rizika při jejich provozování. Fyzickou aktivitu je také možno i přehnat, když jí má jedinec mnoho. Při přehnané

pohybové aktivitě dochází k poškození svalů, kloubů a kostí, nervového systému a imunitních funkcí. Může mít také nepříznivý vliv na stavbu těla (WEIL, 2007).

3.1.3 Specifika cvičení se seniory

U seniorů se můžeme v souvislosti s pohybovou aktivitou setkat s neochotou preventivně se zabývat pohybovým programem pro zachování kvality života nebo oddálení involučních změn. Proto je na místě vhodným způsobem starší lidi ke cvičení navést (ŠTILEC, 2004).

Štilec (2004) popisuje specifické zásady přístupu, které zajišťují účinnost pohybových programů pro seniory. Pro správnou účinnost cvičebních programů je potřebné dodržet:

1. *Komplexnost působení* – účastníci získávají přehled nejen o cviku samotném, ale o druhu cvičení souhrnně. Pro trvalý pozitivní přístup k pohybu a motivaci k vlastní realizaci by se měly informace o významu a základní filozofii cvičení, i o jeho vlivu na organismus.
2. *Vyváženost tělesné a duševní zátěže* – tělesné a duševní působení musí být v rovnováze. Pohyb je zde chápán jako nástroj k vytvoření harmonizaci psychiky.
3. *Psychické uspokojení, radost, prožitek, podpoření vůle* – z pohledu společenského se úkol vytvořit pozitivní atmosféru zdá dosti těžký, neboť se o seniorském věku hovoří jako o smutném období bez smíchu a radosti, s převahou záporných prožitků. Je pravdou, že získání důvěry seniorů bývá v cvičebních programech dosti zdlouhavé a náročné.
4. *Dlouhodobost, náročnost a přiměřenost zátěže* – přátelské, radostné a neformální klima skupiny v cvičebním programu bývá často důvodem, proč lidé ve skupině setrvávají a jejich účast je dlouhodobá a pravidelná.

5. *Zohlednění zdravotního stavu a tělesné zdatnosti* – ke klidnému zahájení a průběhu cvičebního seniorského programu přispívá to, když účastník projde neformální vstupní prohlídkou.

Je třeba se také řídit věkem seniora a dle toho volit vhodnou aktivitu (ROSLAWSKI, 2005). Mahéšvaránanda (2006) také hovoří o dalších podmínkách, které lze uplatnit všeobecně při cvičení: provádět cviky v souladu s dechem, pracovat s postupnou výdrží v pozicích, cvičit pravidelně, stanovit si pevnou dobu cvičení na vhodném klidném místě, necvičit po jídle, na cvičení nosit pohodlný, volný oděv z přírodních materiálů, cvičit s pozorností a soustředěním apod.

Má-li být efekt pohybu příznivý a hmatatelný, je nezbytné například při sestavování cvičebního programu pro seniory dodržovat věková specifika stárnoucího organismu, zdravotní stav, činitele motivace, úroveň pohybových dovedností i zdatnost účastníků. Pohyb by měl vyvolávat uvolnění, psychickou pohodu a zároveň spontánní prožitek a radost. Docílení pozitivních změn organismu je však závislé na několika faktorech: intenzita a charakter aktivity, věk a výkonnost (ŠTILEC, 2004).

3.1.4 Motivace ke cvičení

„Motivace je hybnou pákou lidského chování, která nás nutí uspokojovat své vlastní potřeby“ (KLEVETOVÁ, DLABALOVÁ, 2008, s. 35). Základem motivace je úsilí organismu dostat se do rovnováhy mezi sebou a prostředím. Toho dosahuje činnostmi, které vedou k vlastnímu uspokojení a soběstačnosti. V souvislosti se cvičením je podstatné podpořit seniory v tom, že zvládnou vyhovět i potřebám aktivního života. Při podněcování k osobní fyzické aktivitě a ke cvičení je třeba vycházet z několika potřeb – důvěra, povzbuzování, podpora, vlastní příklad, ukázka, společná činnost, podporující a laskavé prostředí, vstřícnost, individuální přístup,

stanovit konkrétní pravidla, řád a dílčí cíle, které jsou dosažitelné v krátkém časovém intervalu (KLEVETOVÁ, DLABALOVÁ, 2008).

V souvislosti s motivací se můžeme setkat s tzv. popudy a incentive, které vycházejí z rozlišení motivace obecně. Motivaci lze oddělit na vnitřní a vnější. Vnitřní popudy vycházejí z niterních tlaků. Vnější pohnutky či pobídky působí z vnějšího prostředí a označují se jako tzv. incentive (NAKONEČNÝ, 2004).

Štilec (2004) ve svém výzkumu uvádí tři základní druhy motivace ke cvičení u seniorů: motivace od přátel, kteří se sami zabývají pohybem, motivace díky doporučení lékaře a motivace příkladem z rodinného prostředí. Dále pak hovoří o bariérách, které brání aktivitě staršího jedince – např.: nemoc, zdatnost, pohodlnost, pochopení z okolního prostředí.

V literatuře se také hovoří o emocionální podstatě motivace. V souvislosti s pohybovou aktivitou dochází k uspokojování emocionálního stavu. Emocionální aspekt motivace tedy spočívá v tom, že nepříjemný deficit vede k motivovanému chování, které směřuje k dosažení příjemného uspokojení (NAKONEČNÝ, 2004).

3.2 Výživa v seniorském věku

S přibývajícím věkem dochází k fyziologickým změnám, které ovlivňují složení těla a energetické potřeby. V organismu se začíná snižovat netuková hmota, buněčné hmoty, dochází k poklesu kostní denzity, hmotnosti tělesného svalstva a úbytku vody v těle. Naopak se zvyšuje celkový podíl tukové tkáně, zejména stoupá akumulace tuku v centrálních oblastech těla (viscerální, abdominální akumulace tuku). V důsledku postupné devastace svalové hmoty hrozí vznik imobility, imunosupresivního stavu a při slabosti dechového svalstva vznik respiračního selhání. Všechny tyto ukazatele upozorňují na to, jak je zásadní soustředit pozornost na nutriční a metabolickou podporu stárání (ZADÁK, 2004).

Ve stáří se stravování může jevit jako problém, jelikož příjem stravy a trávení se zhoršuje stavem chrupu, narušeným zažíváním, zácpou, porušenou chutí a čichu, sníženou produkcí kyseliny chlorovodíkové v žaludku apod. Samostatnou kapitolu pak tvoří diabetici, kteří se musí řídit předepsanou životosprávou (DIENSTBIER, 2009). Zadák (2004) hovoří o čtyřech oblastech, které charakterizují poruchy ve výživě seniora (viz. příloha č. 2): množství a kvalita potravy, příjem potravy, trávení a absorpce, změny potřeby živin v organismu.

V Číně se například klade velký důraz na to, aby jídlo bylo konzumováno v harmonické atmosféře a v dobré náladě, neboť dobrý pocit značně ovlivňuje trávicí funkce. Číňané také dbají o to, aby potravu jedli pomalu, dobře ji rozžvýkali a promíchali se slinami (HORNFECK, MA, 2003).

Nejen pro seniory platí následující **zásady správné výživy** – nepřejídat se, omezit spotřebu živočišných tuků a více je nahrazovat za rostlinné, více zařazovat do jídelníčků potraviny obsahující vlákninu, zamezit příjmu alkoholu či jiných návykových látek, jíst potraviny s vyšším obsahem vitamínů, minerálů, konzumovat stravu pestrou podanou v malých dávkách častěji za den (DIENSTBIER, 2009). Dalším nezbytným faktorem plnohodnotné výživy je poměr potravin čerstvých a přírodních ve vztahu k technologicky zpracovaným. Náš organismus je nadbytkem denaturované potravy stále přetěžován, což se negativně odráží na tělesném i psychickém stavu. Proto by se měl nutně snížit objem potravin smažených, pečených, konzervovaných, dlouhodobě skladovaných, zpracovaných v mikrovlnných troubách, a naopak zvýšit syrovou potravu s dostatkem energie, enzymů, minerálů, stopových látek a vitamínů (ŠTILEC, 2004). Senior by také neměl zapomínat na dostatečný příjem antioxidantů. Dvojnásobně důležité je ve starším věku dodržovat dostatečný pitný režim. Pít by se měla především čistá voda (DIENSTBIER, 2009). Přívod tekutin je důležitý v každém věku, zvláště pak ve stáří, kdy tělo zaznamenává velký přirozený úbytek tekutin. Potřeba tekutin a pocit žízně je závislý na několika faktorech – druh tekutin, prostředí (teplota), tělesná námaha, pocení, strava (slaná a masitá) apod. Doporučuje se pít převážně ráno a celé dopoledne, jelikož je tato doba z energetického pohledu čistícím obdobím organismu. Tekutiny by senioři měli přijímat i bez pocitu žízně, neboť tento pocit vnímají méně.

Co se ještě dále týká výživy seniorů, je známo, že zejména starší osoby trpí v důsledku nevhodného stravování a minimálního pohybu defektem vylučování. Tento problém by se měl řešit zvýšeným příjmem potravy s dostatečným obsahem vlákniny a zvýšením pohybové aktivity (ŠTILEC, 2004).

3.3 Psychohygiena v seniorském věku

Klíčové pro spokojený život je chování, které se nepodvoluje stresovým stavům a zbytečně neprožívá stres jako nepřekonatelný problém. Pochopitelně každodenně se setkáváme se situacemi, v nichž je snadné dojít k rozčilení, ale je nutné se soustavně vychovávat ke klidnějšímu prožívání a k rozvážnosti ve vnějších projevech. Jistě se zde vyplatí provádět určitou duševní hygienu a naučit se relaxovat. K vhodné adaptaci na stres může přispět i přítomnost blízkých lidí, se kterými je člověk rád. Důležité je nedistancovat se společností a posilovat tím své sociální zdraví (DIENSTBIER, 2009).

Ve stáří je důležité se naučit ctnosti vděčnosti, které se promítá do jejich vzpomínek. Spokojeným seniorem se stává ten, který vděčně vzpomíná na to, co prožil. Vděčné vzpomínky i vděčný přístup ke každému dni přináší starším lidem pocit bohatosti jejich nitra a pozitivního pohledu na život (GRÜN, 2009).

Stát se životním optimistou, je důležitým faktorem ovlivňující zdraví seniora. To, aby člověk nepodléhal nějaké depresi z přibývajících věku či ze smrti, ale aby se naučil radovat z každého dne, se stává obohacením života. Nicméně je důležité, aby si starý člověk uvědomoval to, že stárne a že se musí přizpůsobovat věku. Proto tělesnou i duševní aktivitu by měl provádět postupně a zvolna (DIENSTBIER, 2009).

3.4 Další metody podporující zdraví seniorů

V dnešní době se seniorům nabízí pestrá nabídka možností k aktivitě a péči o své zdraví, než tomu bylo dříve. Někteří senioři studují na univerzitě třetího věku, chodí do filozoficky a teologicky zaměřených kroužků, jiní začali cestovat, navštěvovat kulturní akce či se jinak zajímat o společenské dění (GRÜN, 2009).

Další přínosnou metodou je nejen pohyb, který byl již zmiňovaný v předchozí kapitole, ale kupříkladu také otužování teplou a studenou sprchou, automasáž bolestivých míst, pravidelný a dostatečný spánek (DIENSTBIER, 2009). Grün (2009) také zdůrazňuje význam koníčků ve stáří. Čím více se starším lidem odcizuje současný svět, tím zásadnější je svět jejich koníčků, který si mohou formovat podle svého. Jak plnohodnotně a kreativně využít mnoho volného času je záležitostí individuální. Mnozí lidé naleznou ve stáří chuť a talent malovat, psát či něco konstruovat. K „plodnosti“ ve stáří patří nejen činnost, ale také jistá angažovanost a zároveň schopnost být sám, v tichu a klidu.

II PRAKTICKÁ ČÁST

4 CÍLE, HYPOTÉZY A ÚKOLY PRÁCE

4.1 Cíle práce

Hlavním cílem této bakalářské práce je zjistit, zda u probandů dojde vlivem aplikované pohybové jednotky ke změně psychického stavu, ve smyslu pozitivním či negativním. Změna emocionálního stavu bude zaznamenána pomocí dotazníku POMS.

Dalším cílem je zjistit sociální oblast zkoumaných seniorů pomocí dotazníku „Sociální zdraví u seniorů“.

4.2 Hypotézy

H1 Aplikace intervenční pohybové jednotky pozitivně ovlivní psychický stav u více než 70 % probandů.

Pozitivní ovlivnění odvodím od změny faktoru V (vitalita – aktivita) v dotazníku POMS. Tento faktor jako jediný, ze všech šesti faktorů dotazníku, obsahuje pozitivní emoce (STUHLÍKOVÁ, MAN, HAGTVET, 2005).

H2 Cílová skupina bude více jak z 80 % pocítovat spokojenost se svým celým životem.

4.3 Úkoly práce

Z předchozích cílů vyplývají následující úkoly práce:

1. Vyhledat literaturu, které se vztahuje k tématu, a provést její obsahovou analýzu.
2. Stanovit cíle a hypotézy praktické části práce.
3. Navázat spolupráci s ústavním sociálním zařízením, vybrat sledovaný vzorek seniorů pro potřeby výzkumného šetření.
4. Vytvořit a realizovat intervenční pohybovou jednotku u jednotlivých probandů.
5. Zachytit psychický a sociální stav zkoumaných osob pomocí dotazníků.
6. Provést analýzu získaných dat.
7. Zjištěné výsledky vyhodnotit, stanovit závěr práce a uvést doporučení pro praxi.

5 METODIKA PRÁCE

5.1 Charakteristika zkoumaného souboru

5.1.1 Cílová skupina

Zkoumaný vzorek probandů tvořili klienti Domova pro seniory Hvízdal. Seniory jsem vybrala s pomocí sociálních a rehabilitačních pracovníků domova. Pro výzkum jsem určila takový vzorek probandů, který byl sice méně soběstačný a pohyblivý, pobývajících převážně na lůžku, avšak schopný provést danou pohybovou jednotku na lůžku.

Experimentální šetření proběhlo individuálně, jednorázově u 23 osob, z toho bylo 21 žen (91%) a 2 muži (9%), viz. tabulka č. 1. Jejich průměrný věk činil 82 let, z toho průměrný věk žen byl 82 let a průměrný věk mužů 82,5 let.

Tabulka č. 1 – Počty oslovených a změřených probandů.

Počet probandů	
Ženy	muži
n = 23	
n = 21	n = 2

Zdroj: vlastní výzkum

5.1.2 Charakteristika zařízení

Výzkumnou část jsem realizovala v Domově pro seniory Hvízdal v Českých Budějovicích. Tento domov svým klientům poskytuje především ubytování, stravu, zdravotnickou a sociální péči.

Zařízení představuje budova, které je rozdělena do šesti pater. Každé patro se dále dělí podle soběstačnosti klientů na dvě části. Kromě pokojů či bytů seniorů lze v budově nalézt například společenské místnosti, ergoterapeutickou dílnu, keramickou dílnu nebo místnost určenou pro rehabilitaci. Samozřejmě se v domově nachází také jídelna, kuchyň, místnosti pro personál (např. pro zdravotní sestry, sociální pracovníky a rehabilitační pracovníky), kanceláře, sklady atd.

5.2 Organizace práce

Nejprve byly shromážděny poznatky pro teoretickou část, tj. od února 2010 do října 2010 proběhl sběr informací z odborných zdrojů.

Následně byl realizován výzkum v daném zařízení. Výzkumné šetření jsem uskutečnila od listopadu 2010 do prosince 2010. Během výzkumu jsem jednorázově aplikovala intervenční pohybovou jednotku u vybraných probandů. Vybrané seniory jsem jednou navštívila s tím, že jsem u nich aplikovala intervenční pohybovou jednotku, která byla reflektována v dotazníku POMS před a po cvičení. Také jsem u nich provedla šetření jejich sociální oblasti pomocí dotazníku „Sociální zdraví u seniorů“.

Každé setkání s probandem trvalo přibližně 60 minut. Tato doba byla využita pro úvodní seznámení, informování o výzkumu a požadavcích na probanda. Většina času sloužila k aplikaci intervenční pohybové jednotky na lůžku, k vyplnění dotazníku „Sociální zdraví u seniorů“ a dotazníku POMS před a po cvičení.

Intervenční pohybová jednotka (viz. příloha č. 5) byla zaměřena na osoby, které byly méně soběstačné, více imobilní. Cvičení bylo určeno k aplikaci na lůžku. Bylo

tedy uzpůsobeno možnostem a potřebám vybraných osob. Jelikož se ve zkoumaném vzorku objevili také dva jedinci s onemocněním CMP, specificky jsem upravila cvičení. Intervenční pohybová jednotka trvala zhruba 45 minut. Po naplnění výzkumného šetření měli probandi také prostor pro dotazy a pro vyjádření svého názoru týkající se pohybových aktivit. Na úplný závěr setkání došlo k poskytnutí určitých pokynů ke cvičení a ke společnému zhodnocení.

U respondentů jsem nezapomněla opomenout etické aspekty aplikovaného výzkumu. Vybraní senioři byli obeznámeni o informace týkající se výzkumu, o jejich anonymitě při zpracování a vyhodnocení získaných dat, včetně toho, co od jejich účasti bude očekáváno vzhledem k intervenční pohybové jednotce. Respondenti mi dobrovolně stvrdili svým informovaným podpisem svou účast na výzkumu.

Od prosince 2010 do března 2011 byly zpracovány data do písemné podoby, tj. do této bakalářské práce.

5.3 Použité metody

Práce se skládá ze dvou částí. První část – teoretická, obsahuje analýzu odborných zdrojů.

V druhé části – praktické, využívám pro posouzení psychosociální oblasti u zkoumaných osob metodu dotazování. Výběr skupiny jsem provedla na základě určení specifické vlastnosti – snížená pohyblivost.

K dosažení hlavního cíle práce jsem dospěla pomocí intervenční pohybové jednotky, která byla zaměřena na seniory méně pohyblivé, tudíž cvičení bylo koncipováno tak, aby se dalo aplikovat na lůžku. Pohybovou intervenci jsem vždy provedla u jednotlivých probandů. Jeho účinnost jsem sledovala pomocí metody dotazování (dotazník POMS). Dále jsem u seniorů zkoumala sociální stav pomocí dotazníku „Sociální zdraví u seniorů“.

5.3.1 Sekundární sběr dat

Podklad praktické části bakalářské práce tvoří literární zdroje, z nichž bylo čerpáno pro teoretickou část. Analýza zdrojů přinesla poznatky o stárnutí a stáří, o zdraví seniora (fyzické, psychické, sociální) a o významu pohybu v životě seniora. Jedna kapitola byla také vymezena pro téma, jež se týká metod zdravého životního stylu ve stáří.

5.3.2 Primární sběr dat

Ve výzkumu bylo použito dotazníkového šetření. Pro určení psychického stavu jsem aplikovala **standardizovaný dotazník POMS** (viz. příloha č. 3), který pro české podmínky upravili profesor Man a profesorka Stuchlíková. Tento dotazník se vyplňuje před zahájením a po dokončení jedné cvičební jednotky. V dotazníku je předkládán výběr pocitů, který respondent hodnotí v určité stupnici tak, jak je aktuálně pociťuje. Cvičenec vybranou odpověď zaznamenává prostřednictvím vybarveného kolečka na pětibodové škále (vůbec ne – trochu – středně – značně – velmi značně). Porovnáním výsledků dospějeme ke zjištění, jaký efekt má cvičení na emocionální stav respondentů.

Dotazník POMS (Profile of Mood States) se běžně používá na základě sebepopisu k profilování emočních stavů a nálad, zejména v souvislosti s potřebou monitorovat efekty krátkodobých terapií (STUHLÍKOVÁ, MAN, HAGTVET, 2005), za kterou považuji intervenční pohybovou jednotku. Zvláště populární se POMS stal v oblasti sportovní psychologie. Tato metoda je považována za rychlou a ekonomickou metodu k zjišťování přechodných, krátkodobých afektivních stavů. (STUHLÍKOVÁ, MAN, HAGTVET, 2005).

V profilu POMS je obsaženo 37 pocitů, které jsou následně roztrženy do 6 faktorů:

T = Tension – Anxiety (tenze – úzkost), který je charakterizován tělesnou tenzí, jež nemusí a může být pozorovatelná (napjatý, neklidný, nervózní). Pro tento faktor se používá české označení T – „tenze“.

D = Depression – Dejection (deprese – sklíčenost) reprezentuje stavy s depresivním zabarvením, s pocitem osobní nedostačivosti (smutný, zbytečný, malomyslný). České označení tohoto faktoru je D – „Deprese“.

A = Anger – Hostility (hněv – nepřátelskost) zachycuje stavy hněvu a antipatií k ostatním (otrávený, vzteklý/rozhněvaný, rozzlobený, rozrušený apod.). Používané české označení tohoto faktoru je A – „Hněv“.

V = Vigor – Activity (vitalita – aktivita) je definován adjektivy popisující ráznost, energičnost, do určité míry i nespecifické pozitivní emoce (plný života, čínorodý, veselý apod.). U tohoto faktoru se používá české označení V – „Vitalita“.

F = Fatigue – Inertia (únava – netečnost) reprezentuje ochablost, netečnost malou energii (opotřebovaný, unavený, vyčerpaný apod.). České označení tohoto faktoru je F – „Únava“.

C = Confusion – Bewilderment (zmatek – popletenost), který je charakterizován zmateností, kognitivní neefektivitou spojenou s neschopností kontrolovat pozornost (popletený, neschopnost soustředit se apod.). Používané zkrácené české označení je C – „Zmatenost“ (STUHLÍKOVÁ, MAN, HAGTVET, 2005).

Vstupní dotazování (POMS – A; v grafech vyznačeno zeleně) bylo provedeno před aplikací intervenční pohybové jednotky, výstupní dotazování (POMS – B; v grafech vyznačeno červeně) po uskutečnění pohybové intervence. Účelem dotazování bylo zachytit změny v šesti definovaných faktorech vlivem cvičební intervence.

Odpovědi jsou odstupňované v pětibodové škále:

- 1 = vůbec ne
- 2 = trochu
- 3 = středně
- 4 = značně
- 5 = velmi značně

Sociální oblast je zkoumána pomocí **dotazníku „Sociální zdraví u seniorů“** (viz. příloha č. 4), jehož autorkou je Mgr. Petra Vojtová, Ph.D.

Dotazník zachycuje zejména rodinné vztahy, podmínky bydlení, spokojenost s ubytováním v domově pro seniory či celkovou spokojenost se životem jako takovým. Obsahuje jak uzavřené otázky, tak i polouzavřené otázky. Také se v něm vyskytuje jedna otevřená otázka: „Co si nejvíce přejete, aby se Vám splnilo?“. Respondenti mohli vyjádřit maximálně tři přání. Pro vyhodnocení této otázky jsem určila deset kategorií, do kterých jsem řadila shodné či blízké odpovědi. Hodnota kategorie „nic“ udává počet respondentů, kteří danou otázku vůbec nezodpověděli.

5.3.3 Způsob zpracování získaných dat

Data získaná z výzkumného šetření byly zpracovány pomocí metod popisné statistiky v programu Microsoft Excel. Pro určení faktorových změn u dotazníku POMS a pro stanovení výsledků dotazníku „Sociální zdraví u seniorů“, bylo použito jednoduchého porovnání hodnot. Vyhodnocení má tedy podobu aritmetických průměrů, absolutních a relativních čísel. Výsledky jsou vždy shrnuty do grafu či tabulky.

5.4 Intervenční pohybová jednotka (IPJ)

Intervenční pohybová jednotka (viz. příloha č. 5) jsem použila jednorázově u každého probanda. Pohybová intervence trvala zhruba 45 minut. Jednotka obsahovala čtyři části. Úvodní část naplňovalo vzájemné seznámení se, podání informací probandovi a vyřčení požadavků na něj. Také během tohoto pětiminutového zahájení došlo k motivování probanda k pohybové aktivitě. V průpravné části již nadcházelo rozehrání organismu a protažení. Protahovací cvičení proběhlo během

15 minut. Do hlavního úseku programu byly zařazeny protahovací a posilovací cviky, také dechové cvičení. Dechové cvičení mělo podobu nácviku bráničního dechu. Celá hlavní část trvala 30 minut. Poslední závěrečná část obsahovala relaxaci za doprovodu hudby a trvala 15 minut. Během relaxace si proband vizualizoval louku. Touto imaginací jsem ho slovně provázela.

Vliv IPJ na emocionální stav probanda se reflektoval v dotazníku POMS. Nejprve byly emoce zachyceny před IPJ dotazníkem POMS A a následně po cvičení dotazníkem POMS B.

6 VÝSLEDKY

6.1 Vyhodnocení dotazníku POMS

Grafy, které shrnují výsledky získané z dotazníku POMS, jsou dvoubarevné. Zeleně jsou v grafu vyjádřeny odpovědi před zahájením cvičební jednotky a červeně jsou vyznačeny odpovědi po absolvování cvičební jednotky.

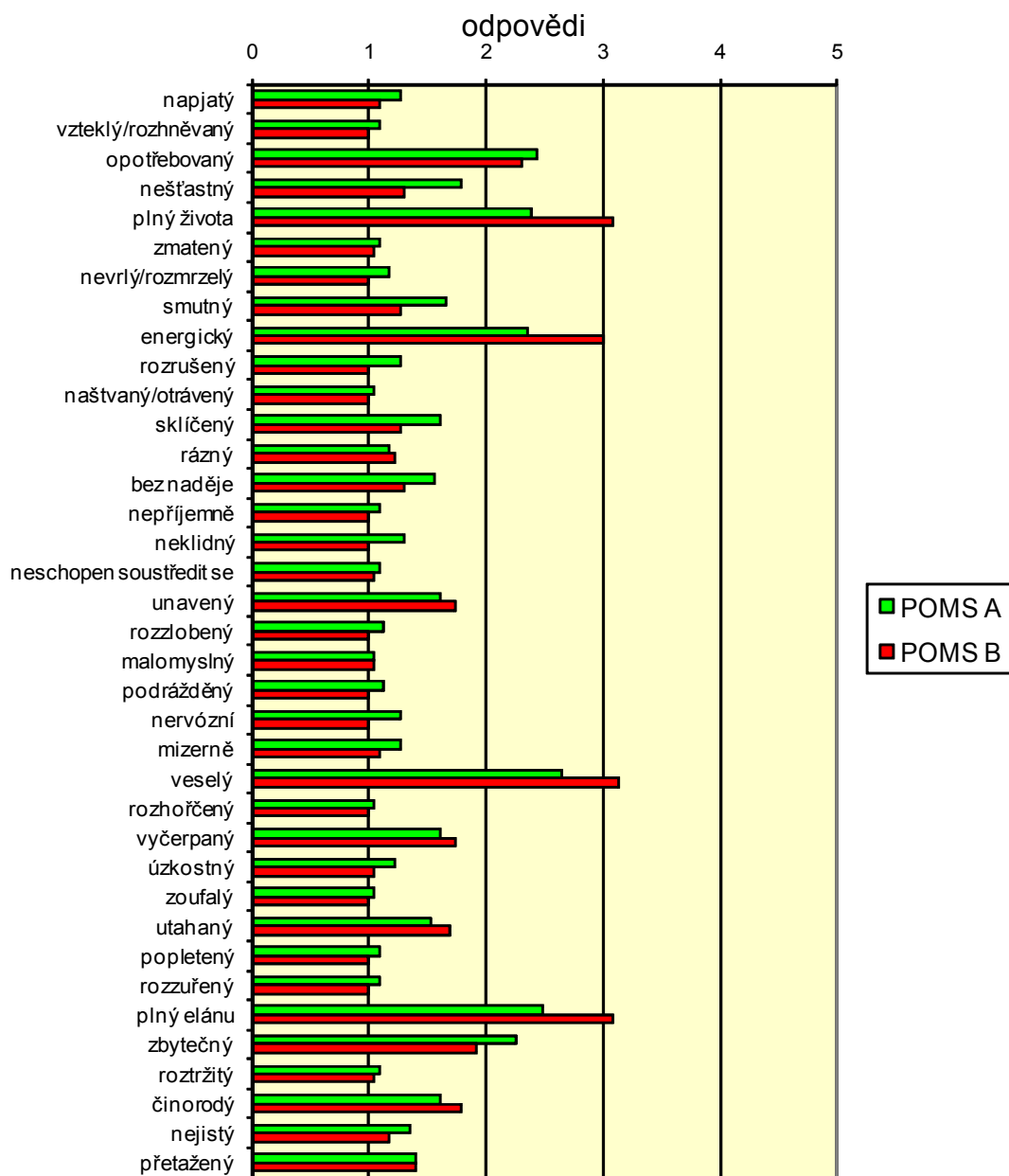
Nejprve popisují změny v jednotlivých adjektivech (viz. graf č. 1) a následně je přiřazují do šesti faktorů (viz graf č. 2), a to u všech probandů.

Všechny grafy znázorňující pocity v šesti faktorech u všech probandů – viz. příloha č. 6. Hlavním záměrem tedy bylo zjistit změny v šesti definovaných faktorech, zejména ve faktoru V (vitalita – aktivita) – viz. tabulka č. 2, graf č. 3.

Z výsledku sledovaných **změn jednotlivých adjektiv** u všech probandů vyplývá, že IPJ mělo převážně **pozitivní dopad** na emocionální stav probandů, viz. níže **graf č. 1**. U adjektiv, která spadají do faktoru vitalita – aktivita (faktor V), tj. plný života, energický, veselý, plný elánu atd., byla zaznamenána největší změna v porovnání nálad před a po IPJ. Také nezanedbatelný posun se objevil u adjektiv spadající do faktoru deprese – sklíčenost (faktor D), kdy po aplikaci IPJ probandi vykazovali menší hodnoty u nálad: nešťastný, smutný, sklíčený apod. Jako zajímavé se jeví některé hodnoty z faktoru F, tj. únava – netečnost, které zachycují u probandů zvýšenou únavu či vyčerpanost. To je nejspíše dáno vysokým věkem (průměrný věk byl 82 let) a nezvykem na větší zatížení organismu pohybem.

Probandi si vždy vybírali z odpovědí na pětibodové škále (viz. 5.3.2 Primární sběr dat).

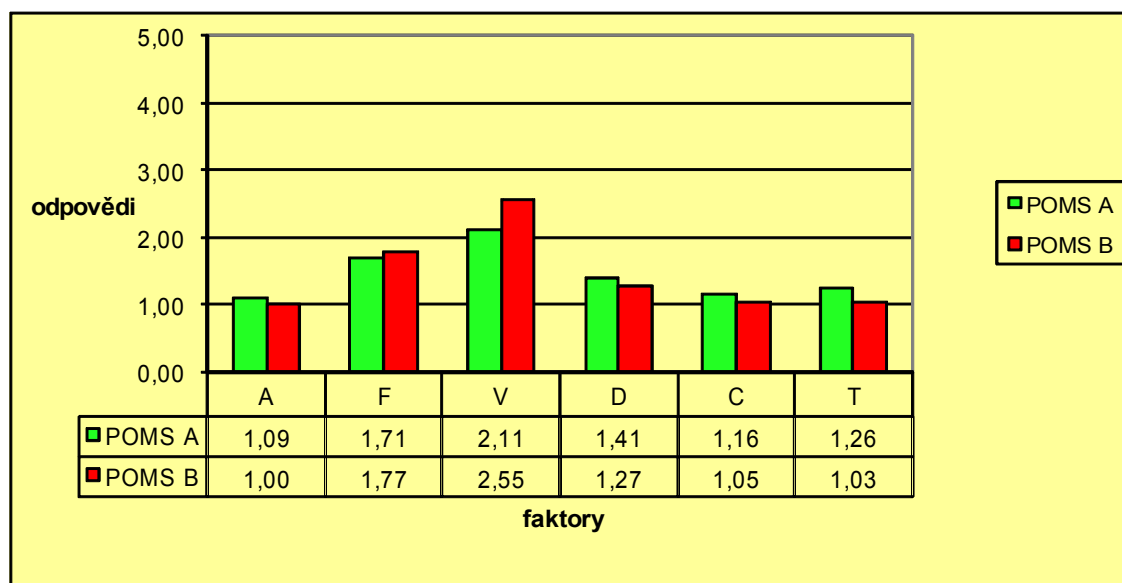
Graf č. 1 – Srovnání adjektiv POMS dotazníku před (POMS A) a po (POMS B) absolvování jedné intervenční pohybové jednotky (IPJ) všech probandů.



Zdroj: vlastní výzkum

Dále jsem se zabývala porovnáním hodnot **šesti definovaných faktorů**, viz. **graf č. 2**. Jedná se o stejné výsledky změn jako u porovnání jednotlivých adjektiv, pouze se mění podoba znázornění (adjektiva jsou zařazena podle podobnosti do faktorů). Ze získaných výsledků usuzuji na výrazný kladný posun hodnot u faktoru V (vitalita – aktivita), tedy z hodnoty 2,11 (48 %) na hodnotu 2,55 (52 %). Souhrnně lze říci, že všechny faktory poukazují na pozitivní změnu po aplikaci IPJ, s výjimkou faktoru F (únava – netečnost). Faktor F informuje o tom, že IPJ ovlivnil probandy v záporném smyslu, tedy že se cítili více unaveni, vyčerpáni apod. Z hodnoty 1,71 (49 %) se tento faktor dostal po aplikaci IPJ na hodnotu 1,77 (51 %).

Graf č. 2 – Srovnání šesti faktorů POMS dotazníku před (POMS A) a po (POMS B) absolvování jedné intervenční pohybové jednotky (IPJ) všech probandů.



Zdroj: vlastní výzkum

Nakonec samostatně vyhodnocuji **faktor V** (vitalita – aktivita), který jako jediný definuje pozitivní náladu. Ze získaných dat, zaznamenaných jednak v **tabulce č. 2** a jednak v **grafu č. 3** (viz. níže), lze vyčíst, jaké změny se udály ve faktoru V dotazníku POMS před a po aplikaci IPJ. Relativní čísla jsou vypočítána z pětibodové škály, kdy 5 (odpověď: velmi značně) tvoří 100 %. Relativní číslo u každého probanda je rozděleno mezi stavy před a po IPJ. Z výsledků zkoumající faktor V vyplývá, že negativní změna se projevila pouze u dvou probandů ($n = 2$; 9 %) Záporné hodnoty se objevily u desátého (-0,16) a jedenáctého (-0,33) probanda. Žádná změna nenastala také jen u dvou seniorů ($n = 2$; 9 %). K pozitivní změně došlo u převážné většiny probandů ($n = 19$; 82 %), Značné ovlivnění aplikací IPJ bylo zachyceno u třetího probanda (+ 0,83), šestého (+ 0,83) a dvacátého (+ 1,00). To, že drtivá většina probandů (82 %) vykazovala kladný posun ve faktoru V, **potvrzuje hypotézu č. 1**, tedy že aplikace intervenční pohybové jednotky pozitivně ovlivní psychický stav u více než 70 % probandů.

Legenda k tabulce č. 2 (viz. níže):

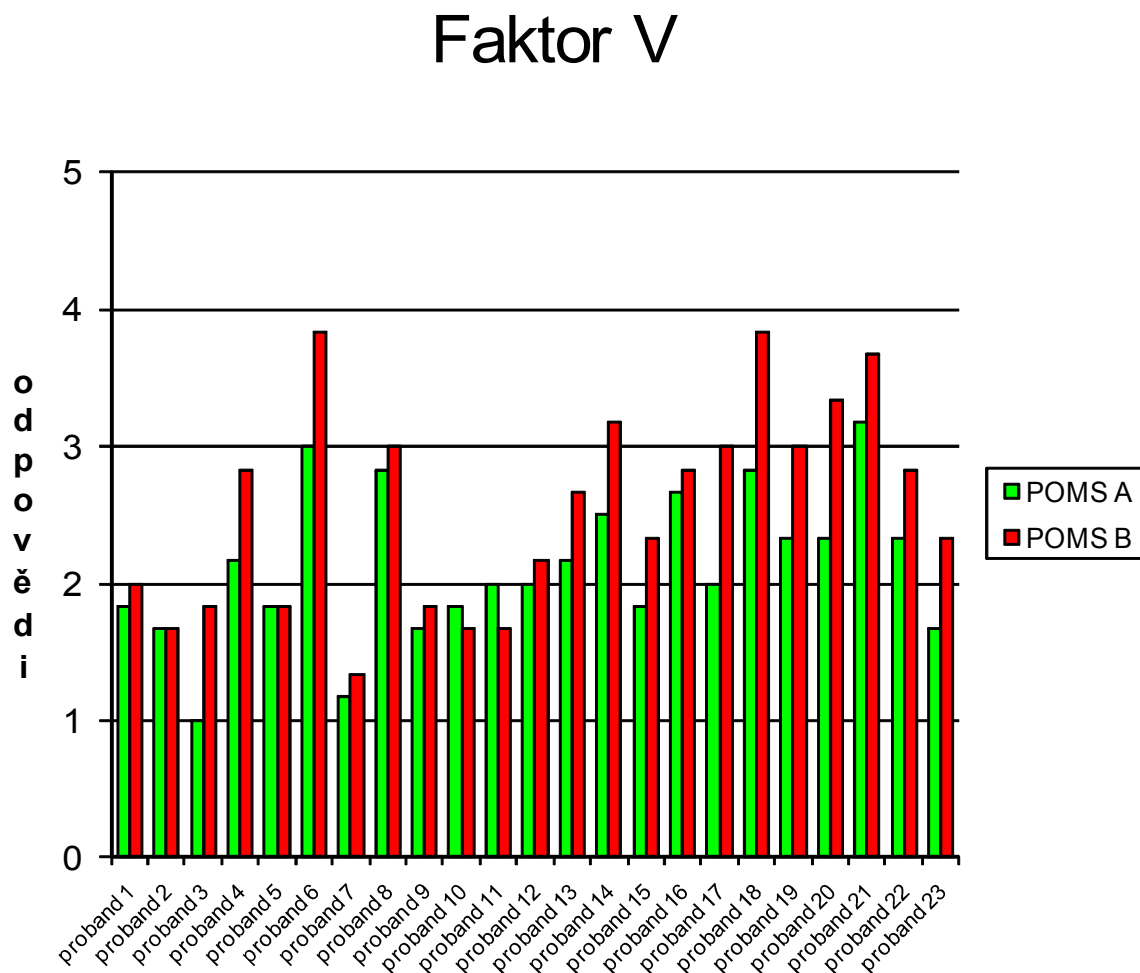
- + ... pozitivní změna
- 0 ... žádná změna
- ... negativní změna

Tabulka č. 2 – Srovnání faktoru V (vitalita – aktivita) POMS dotazníku před (POMS A) a po (POMS B) absolvování jedné intervenční pohybové jednotky (IPJ) všech probandů.

Pořadí probandů	Faktor V – odpověď (škála 1 – 5)				Změna (viz. legenda)
	Před IPJ	Před IPJ (v %)	Po IPJ	Po IPJ (v %)	
1	1,83	37	2	40	+ 0,17
2	1,67	33	1,67	33	0
3	1	20	1,83	37	+ 0,83
4	2,17	43	2,83	57	+ 0,66
5	1,83	37	1,83	37	0
6	3	60	3,83	77	+ 0,83
7	1,17	23	1,33	27	+ 0,16
8	2,83	57	3	60	+ 0,17
9	1,67	33	1,83	37	+ 0,16
10	1,83	37	1,67	33	- 0,16
11	2	40	1,67	33	- 0,33
12	2	40	2,17	43	+ 0,17
13	2,17	43	2,67	53	+ 0,50
14	2,5	50	3,17	63	+ 0,67
15	1,83	37	2,33	47	+ 0,50
16	2,67	53	2,83	57	+ 0,16
17	2	40	3	60	+ 1,00
18	2,83	57	3,83	77	+ 1,00
19	2,33	47	3	60	+ 0,67
20	2,33	47	3,33	67	+ 1,00
21	3,17	63	3,67	73	+ 0,50
22	2,33	47	2,83	57	+ 0,50
23	1,67	33	2,33	47	+ 0,66

Zdroj: vlastní výzkum

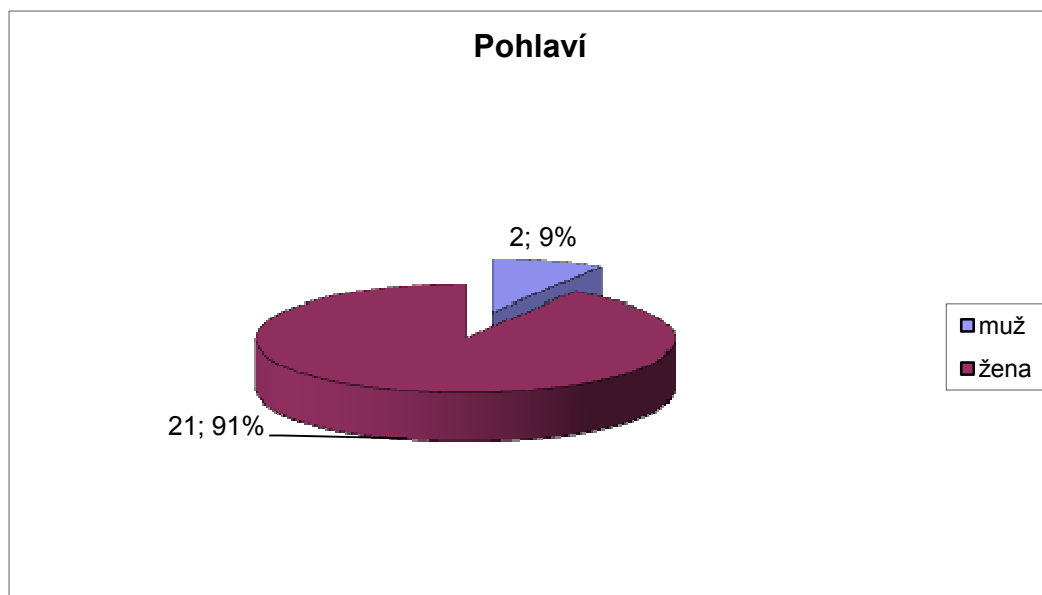
Graf č. 3 – Srovnání faktoru V (vitalita – aktivita) POMS dotazníku před (POMS A) a po (POMS B) absolvování jedné intervenční pohybové jednotky (IPJ) všech probandů.



Zdroj: vlastní výzkum

6.2 Vyhodnocení dotazníku „Sociální zdraví u seniorů“

Graf č. 4 – Zastoupení pohlaví.



Zdroj: vlastní výzkum

Z odpovědí na **otázku č. 1:** „Jste muž/žena?“ vyplývá, že se dotazníkového šetření zúčastnilo 23 osob, z toho převážnou část tvořily ženy ($n = 21$; 91 %), a z mužů se podílelo na výzkumu pouze dva ($n = 2$; 9 %,) viz. graf č. 4.

Tabulka č. 3 – Přehled rodinného stavu respondentů.

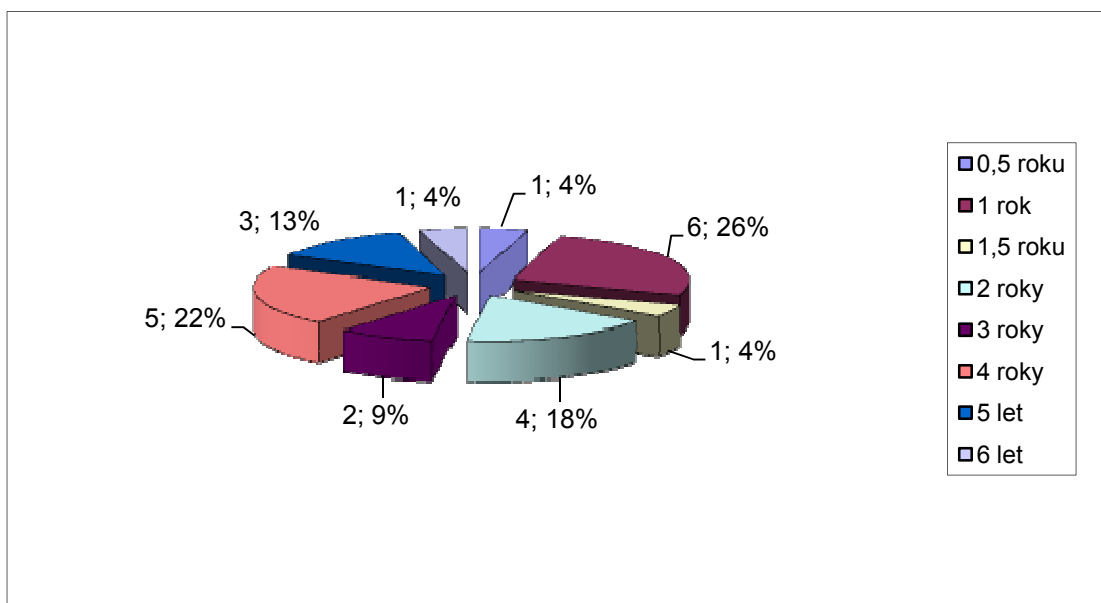
Rodinný stav	Absolutní četnost		Jak dlouho (v letech)	Relativní četnost (v %)
Vdaná/ý	2		55	9
			61	
Svobodná/ý	3		89	13
			64	
			73	
Rozvedená/ý	1		30	4
Vdova/vdovec	17	3	10	74
		2	2	
		3	5	
		2	7	
		1	8	
		1	58	
		3	20	
		1	40	
		1	6	
Mám partnera/ku	0		0	0

Zdroj: vlastní výzkum

Z odpovědí na **otázku č. 2:** „Jste vdaná/ý, svobodná/ý, rozvedená/ý, vdova/vdovec, máte partnera/ku? Jako dlouho?“ je patrné, že z 23 dotazovaných je většina (n = 17; 74 %) vdovou či vdovcem. Ze zbylých výpovědí vyplývá, že v menší míře jsou zastoupeny kategorie: vdaná/ý (n = 2; 9 %), svobodná/ý (n = 3; 13 %), rozvedená/ý (n = 1; 4 %). Žádný z respondentů neuvedl, že má partnerku/a, viz. tabulka č. 3.

Zajímavé jsou také hodnoty času, které určují dobu trvání daného rodinného stavu. Nejvyšší hodnoty dosahují v rodinném stavu svobodná/ý – 89 let, 64 let a 73 let, pak také v kategorii vdaná/ý – 55 let a 61 let.

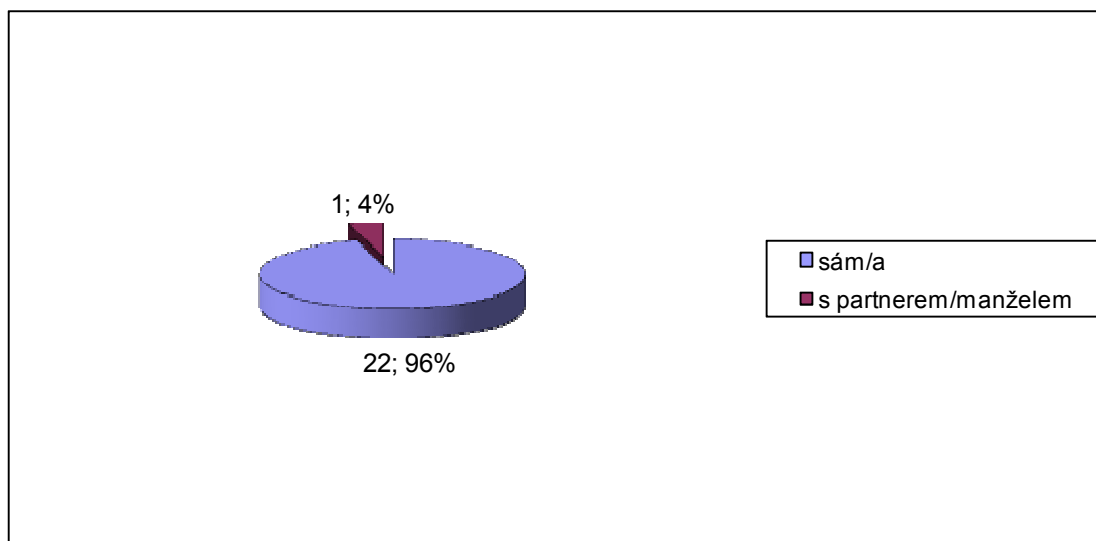
Graf č. 5 – Doba pobytu v domově pro seniory.



Zdroj: vlastní výzkum

Na **otázku č. 3:** „*Jak dlouho bydlíte v tomto domově pro seniory?*“ největší počet respondentů ($n = 6$; 26 %) odpověděl, že žije v domově pro seniory teprve jeden rok. Druhá nejčastěji uváděná odpověď je ta, která vyjadřuje dobu pobytu čtyř roků, a to u 5 osob ($n = 5$; 22 %). Ze získaných údajů také vyplývá, že zkoumaní respondenti pobývají v domově v rozmezí od 0,5 roku do 6 let., viz. graf č. 5.

Graf č. 6 – Charakter bydlení respondentů.



Zdroj: vlastní výzkum

Drtivá většina dotazovaných zodpověděla **otázku č. 4:** „Bydlíte sám/a nebo s partnerem/manželem?“ tak, že bydlí sám/a: 22 z 23 zkoumaných osob ($n = 22$), tedy 96 %. Pouze jeden ($n = 1$; 4 %) z respondentů žije s partnerem/manželem, viz. graf č. 6.

Tabulka č. 4 – Počet bezdětných respondentů a respondentů s dětmi (jejich počet).

Máte děti? - odpověď	Ano		Ne
Relativní četnost (v %)	83		17
Absolutní četnost	19		4
	9	10	
Počet dětí	1	2	0

Zdroj: vlastní výzkum

Převážná část odpovědí ($n = 19$) na **otázku č. 5:** „Máte děti? Pokud ano, uveďte jejich počet.“, zaznamenaných v tabulce č. 4, je kladné povahy, jelikož 83 % potvrdila, že má děti. Pouze 4 respondenti ($n = 4$), tedy 17 %, nemají žádné potomky. Zajímavou položkou je počet dětí, který vykazuje, že 9 respondentům se narodilo jedno dítě a 10 ostatním se narodily dvě děti. Tudiž počet dětí je relativně nízký.

Tabulka č. 5 – Počet respondentů bez vlastních vnoučat, počet respondentů s vlastními vnoučaty (jejich počet).

Máte vnoučata? - odpověď	Ano					Ne
Relativní četnost (v %)	74					26
Absolutní četnost	17					6
	5	3	3	4	2	
Počet vnoučat	1	2	3	4	5	0

Zdroj: vlastní výzkum

Nadpoloviční většina dotazovaných na **otázku č. 6:** „Máte vnoučata? Pokud ano, uveďte jejich počet.“ odpověděla, že má vnoučata – 17 osob ($n = 17$), což se rovná 74 %. Z toho například dva dotazovaní mají 5 vnoučat a pět respondentů má jen 1 vnouče. Na druhou stranu 6 dotazovaných ($n = 6$; 26 %) nemá žádná vnoučata, viz. tabulka č. 5.

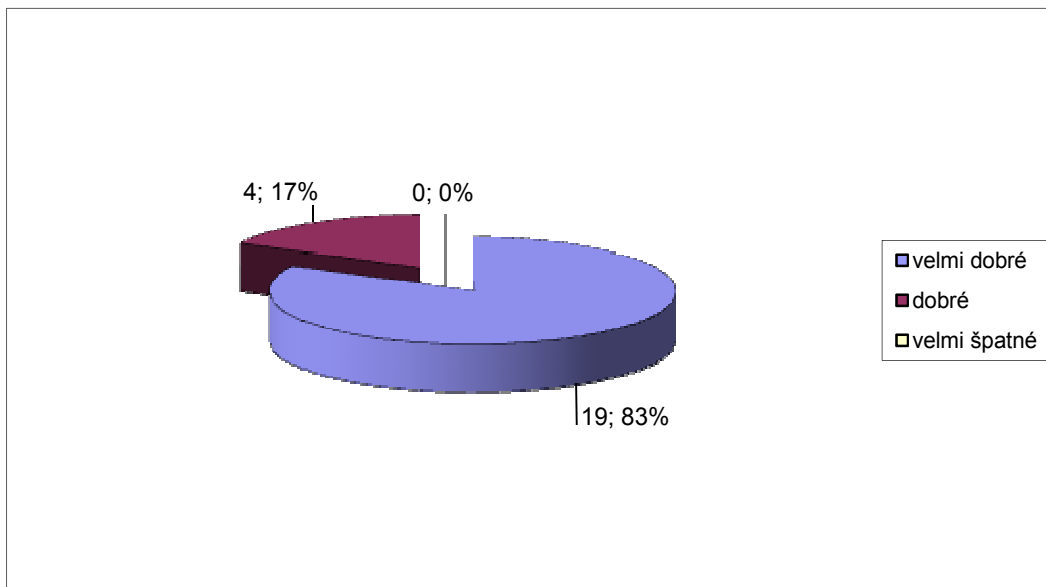
Tabulka č. 6 – Znázornění návštěv.

Kdo Vás chodí navštěvovat:	Relativní četnost (v %)	Absolutní četnost	Jak často - odpověď
Děti	29	16	1x za den
			3x týdně
			2x týdně
			1x týdně
			1x za měsíc
Vnouchata	28	15	2x týdně
			1x týdně
			1x za 2 týdny
			1x za měsíc
			2x za měsíc
			2x za rok
Příbuzní	19	10	1x za den
			2x týdně
			1x týdně
			1x za měsíc
			1x za 2 měsíce
			1x za 6 měsíců
Známí	24	13	1x za 2 týdny
			1x za měsíc
			1krát za 6 měsíců
			1x za rok
Ostatní	0	0	0

Zdroj: vlastní výzkum

Z odpovědí na **otázku č. 7:** „Kdo Vás chodí navštěvovat?“ vyplývá, že nejvíce respondenty navštěvují jejich děti (n = 16; 29 %) nebo vnouchata (n = 15; 28 %). Děti za nimi chodí nejčastěji 1krát za týden a vnouchata také 1krát za týden nebo 1krát za měsíc. Příbuzní (n = 10; 19 %) a známí (n = 13; 24 %) převážně některé respondenty navštěvují 1krát za měsíc, viz. tabulka č. 6.

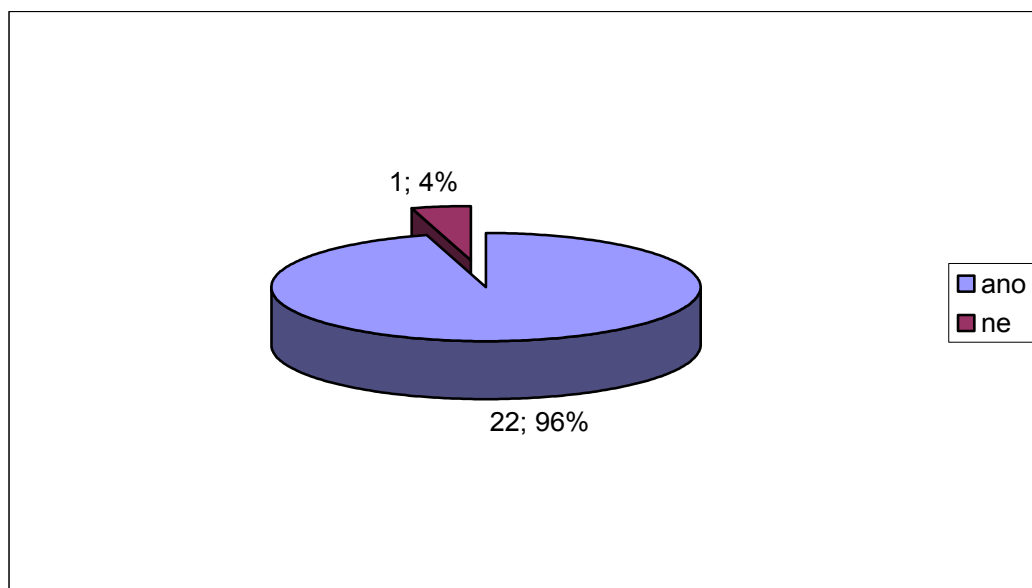
Graf č. 7 – Charakter rodinných vztahů.



Zdroj: vlastní výzkum

Z grafu č. 7 lze usuzovat na to, že většina dotazovaných, konkrétně 19 osob ($n = 19$; 83 %), popisuje své rodinné vztahy jako velmi dobré a tvrdí, že jsou s nimi spokojeni. Pouze 4 respondenti ($n = 4$), tedy 17 %, charakterizují své vztahy s rodinou jako dobré, tj. jednou dobré, jednou špatné. Žádný z dotazovaných neuvedl, že by jeho rodinné vztahy byly velmi špatné. Proto **otázka č. 8:** „*Jaké máte rodinné vztahy?*“ byla převážně zodpovězena v pozitivním smyslu (velmi dobré, dobré).

Graf č. 8 – Dobrovolný souhlas s pobytem.

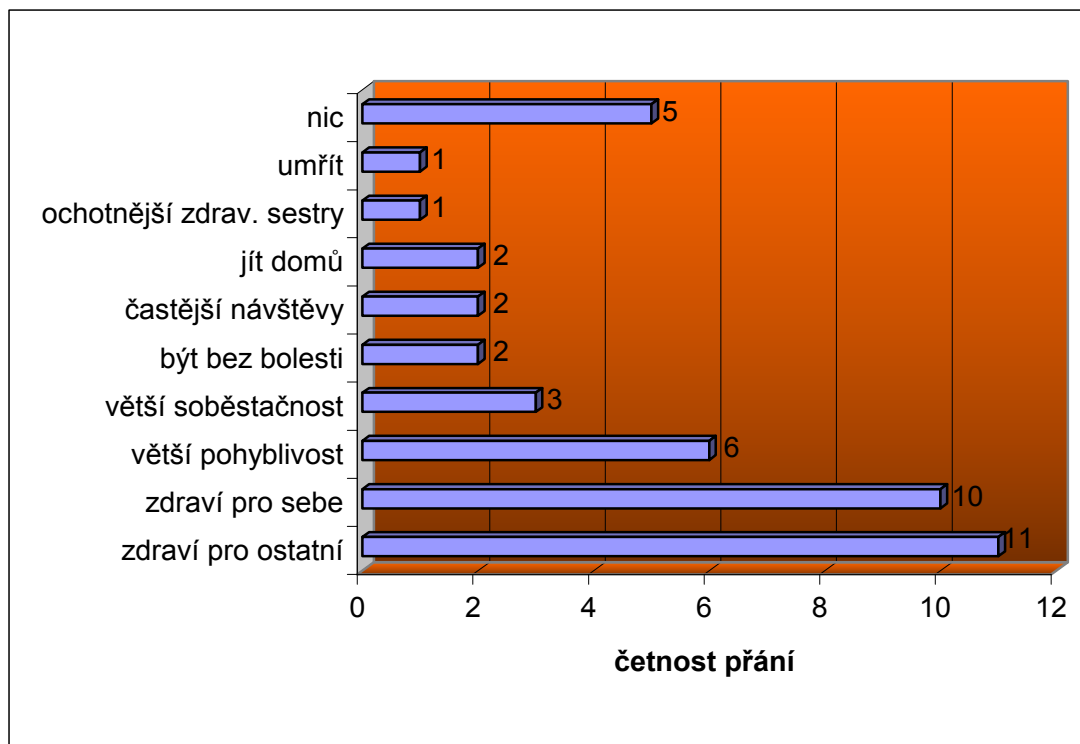


Zdroj: vlastní výzkum

Z odpovědí na **otázku č. 9:** „*Jste zde dobrovolně, ze svého vlastního rozhodnutí?*“ lze vyčíst, že naprostá většina dotazovaných ($n = 22$; 96 %) dobrovolně souhlasí se svým pobytem v domově pro seniory. Pouze jedna dotazovaná osoba ($n = 1$; 4 %) odpověděla, že v domově není ze svého vlastního rozhodnutí, viz. graf č. 8.

Další otázka z dotazníku byla otevřená, tudíž respondenti mohli vyjádřit jakékoliv přání (max. 3 přání). Odpovědi jsou shrnuty do deseti kategorií.

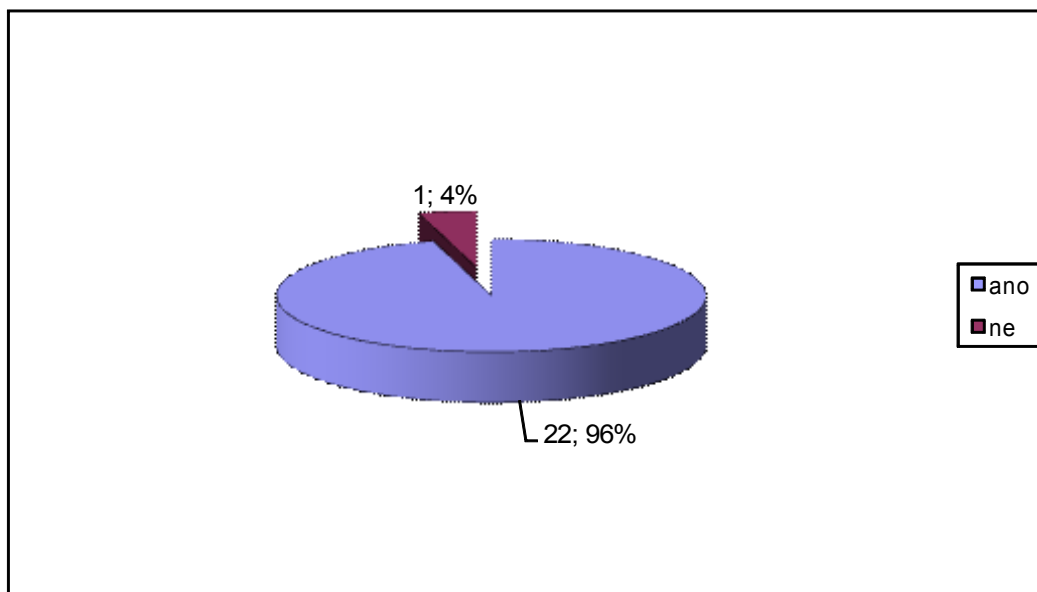
Graf č. 9 – Přehled přání respondentů.



Zdroj: vlastní výzkum

Ze zodpovězené **otázky č. 10**: „Co si nejvíce přejete, aby se Vám splnilo?“ vyplývá to, že nejvíce si dotazovaní přejí, aby byli zdraví ostatní ($n = 11$; 25 %) a i oni samotní ($n = 10$; 23 %). Také někteří mají přání takové, aby byli více pohybliví nebo schopni chůze ($n = 6$; 14 %). Pět respondentů neuvedlo žádné přání ($n = 5$, 12 %). Zajímavou kategorií je kategorie umřít, kdy jeden z respondentů vyjádřil přání umřít, jelikož se cítí zbytečný, viz. graf č. 9.

Graf č. 10 – Spokojenost se svým životem.



Zdroj: vlastní výzkum

Graf č. 10 reprezentuje odpovědi na poslední **otázku č. 11**: „*Jste spokojená/y se svým celým životem?*“. Ze získaných odpovědí je patrné, že téměř všichni respondenti vykazují spokojenost se svým celým životem, tedy 96 % dotazovaných ($n = 22$). Pouze jeden respondent ($n = 1$; 4 %) tvrdí, že není spokojen.

Jelikož 96 % cítí spokojenost se svým celým životem, tato otázka zároveň **potvrzuje hypotézu č. 2**, že cílová skupina bude více jak z 80 % pociťovat spokojenost se svým celým životem.

7 DISKUSE

Výzkumného šetření se zúčastnilo 21 žen (tedy 91 %) a 2 muži (tedy 9 %). Nepoměr žen a mužů je nejspíše dán tím, že z hlediska demografického vývoje lze konstatovat to, že se ženy dožívají vyššího věku než muži a tudíž je zastoupení žen seniorského věku ve výzkumu vyšší. Sýkorová (2007) tuto myšlenku potvrzuje, jelikož uvádí, že muži umírají v průměru o šest až osm let dříve než ženy. Zřetelně se tím formuje struktura seniorské populace podle pohlaví.

Na základě výzkumného šetření byly stanoveny dvě hypotézy, u kterých jsem následně zjišťovala, zda se potvrdí či nikoli.

Hypotéza č. 1 zněla takto: **Aplikace intervenční pohybové jednotky pozitivně ovlivní psychický stav u více než 70 % probandů.** Změnu psychického stavu jsem zkoumala pomocí dotazníku POMS před (POMS A) a po (POMS B) intervenční pohybové jednotky (dále IPJ). Pozitivní efekt jsem odvozovala od jednoho faktoru ze šesti, tj. od faktoru V (vitalita – aktivita), neboť tento faktor jako jediný obsahuje kladné pocity. Ze zpracovaných dat (graf č. 2, graf č. 3, tabulka č. 2) vyplývá, že u 19 probandů (82 %) IPJ pozitivně ovlivnil jejich psychický stav. Pouze u dvou probandů (9 %) se objevila negativní změna a u dalších dvou probandů (9 %) po aplikaci IPJ nebyla zachycena žádná změna. U adjektiv, která spadají do faktoru V, tj. plný života, energický, veselý, plný elánu atd., byl zaznamenán největší posun před a po IPJ v porovnání nálad spadajících do zbylých pěti faktorů. Celkově tedy u hodnot faktoru V nastala změna: z 2,11 (48 %) na 2,55 (52 %). Ze zpracovaných výsledků docházím k závěru, že **stanovená hypotéza č. 1 se potvrdila**, jelikož více než 70 % probandů opravdu vykazovalo pozitivní změnu psychického stavu. Ačkoli se jednalo o seniory, kteří byli méně soběstační a pohybliví, překvapili mne svou snahou a kladným pohledem na cvičení. Vnímala jsem jejich vděčnost za jejich aktivizaci. Již tento dojem vypovídá o tom, že samotný přístup ke cvičení má pozitivní efekt na jejich psychické zdraví.

Křivohlavý (2003) uvádí, že pozitivní vliv cvičení se může projevit na zlepšování depresivních stavů nebo na snižování úrovně úzkosti. Další výsledky, čerpané z aplikovaného dotazníku POMS v této práci, skutečně potvrzují Křivohlavého myšlenku. Nezanedbatelný posun hodnot byl zaznamenán u adjektiv spadající do faktoru D (deprese – sklíčenost), kdy po aplikaci IPJ se probandi cítili jako méně nešťastní, smutní, sklíčení atd. Porovnané hodnoty faktorů T (tenze – úzkost), faktoru A (hněv – nepřátelskost) a faktoru C (zmatek – popletenost) informují o tom, že aplikace IPJ měla na probandy anxiolytický účinek, cítili se například méně či vůbec rozzlobeni, zmateni.

Z výsledků vyplývá, že aplikace IPJ zapříčinila pozitivní ovlivnění všech faktorů, s výjimkou faktorů F (únava – netečnost). Faktor F vykazuje záporné hodnoty v konfrontaci měření před a po IPJ, viz. graf č. 2. Z hodnoty 1,71 (49 %) se tento faktor dostal po aplikaci IPJ na hodnotu 1,77 (51 %). Negativní hodnoty faktoru F objasňují psychické rozpoložení cílové skupiny tak, že se cítili po cvičení více unaveni, vyčerpáni atd. Příčina rychlého nástupu únavy nejspíše spočívá ve vysokém věku seniorů a v jejich nedostatečném návyku na pohybové aktivity. Levická (2004) podobně soudí, že postupně klesající fyzická síla má vést k vhodně voleným pohybovým aktivitám a plánovaným přestávkám k odpočinku. Zároveň také podotýká, že stáří nevidí jako období nic nedělání. Neaktivita u seniora může vést k ničivým důsledkům.

Souhrnně z výsledků výzkumného šetření pomocí dotazníku POMS vyvozují, že pohybové aktivity dosáhly pozitivního efektu, a to jistě nejen z prokázané změny psychického zdraví probandů. Již Křivohlavý (2003) tvrdí, že cvičení ovlivňuje nejen fyzickou oblast člověka. Pohybové aktivity řadí mezi dobré prostředky, jak dojít k zlepšení řady psychických problémů. Tyto Křivohlavým podané informace se mi skutečně potvrdily, když jsem zjišťovala vliv IPJ na emocionální stav vybraných seniorů.

Výzkumné měření jsem provedla u každého probanda jednou. Tudíž účinek aplikovaného cvičení měl jednorázový účinek. Sice se objevil pozitivní dopad na psychické zdraví seniorů, avšak, jak podotýká Štílec (2004), pohybová aktivita se stává značně účinnou a přispívá ke zdravému životnímu stylu tehdy, pokud se jedná

o aktivitu pravidelnou a dlouhodobou. Také klade důraz na dodržování určitých zásad: úsilí v činnosti, výběr činností, psychický prožitek, časové rozložení apod. Štílec se také zmiňuje o relaxaci, která by měla být řazena v závěrečné fázi cvičební jednotky. Ve vlastní IPJ jsem také použila relaxaci, to jistě přispělo k zjištěnému pozitivnímu dopadu na psychické zdraví seniorů.

Štílec (2004) také hovoří o tom, že kromě významu individuálního cvičení, vidí značný přínos pro seniory cvičení prováděné ve skupině. Společné cvičební hodiny se pro něj jeví důležité nejen po stránce fyzické, ale zejména společenské a motivační. Jistě jsem zaregistrovala důležitost cvičení u jednotlivých probandů zvláště, avšak musím souhlasit se Štílcem, že by pohybové aktivity u seniorů, kteří by vytvořili skupinu, byly jistě více obohacující, a to nejen z hlediska psychického a fyzického stavu, ale také z pohledu sociálního zdraví.

Při aplikaci IPJ jsem vnímala jako zásadní to, že je potřebné seniory více ke cvičení motivovat. Také Nakonečný (2004) popisuje podstatu motivace v souvislosti s pohybovou aktivitou, při které dochází k uspokojení emocionálního stavu.

Hypotéza č. 2 zněla takto: **Cílová skupina bude více jak z 80 % pocít'ovat spokojenost se svým celým životem.** Tuto hypotézu jsem zkoumala pomocí dotazníku „Sociální zdraví u seniorů“, konkrétně otázkou č. 11: „*Jste spokojená/ý se svým celým životem?*“ (graf č. 10). Ze získaných odpovědí na tuto otázku je zřejmé, že téměř všichni dotazovaní pocít'ují spokojenost se svým celým životem, tedy 22 z 23 respondentů (96 %). Pouze jeden dotazovaný uvedl, že není spokojen se svým celým životem (4 %). Tato zodpovězená otázka **potvrzuje hypotézu č. 2**, neboť více jak 80 % respondentů vyjadřuje spokojenost se svým celým životem.

Z ostatních odpovědí z dotazníku vyplývají skutečnosti o sociálním stavu vybraných seniorů. Za zajímavé položky v tomto dotazníku považuji například údaje typu: převážná část respondentů (n = 17; 74 %) uvádí, že je vdovou či vdovcem (tabulka č. 3), cílová skupina žije v domově pro seniory v rozmezí 0,5 roku – 6 let (graf č. 5). Většina dotazovaných bydlí sám/a, tedy n = 22, 96 % (graf č. 6). Devatenáct seniorů (83 %) uvedlo (tabulka č. 4), že má děti a sedmnáct seniorů (74 %) má vnoučata

(tabulka č. 5). Dotazované nejvíce navštěvují jejich děti ($n = 16$, 29 %) nebo vnoučata ($n = 15$; 28 %). Děti za nimi chodí nejčastěji 1krát za týden a vnoučata 1krát za týden či 1krát za měsíc (tabulka č. 6). Kontakt seniora se svou rodinou považují za jeden z klíčových momentů v jeho zdraví. Pro starého člověka i člověka jako společenského tvora obecně, je zásadní vzájemné poskytování lásky a podpory. Proto jistě zkoumaní senioři jsou rádi, za existenci svých blízkých, kteří je pravidelně nebo i jen sporadicky navštěvují. Věřím, že většina starých osob ocení jakýkoliv kontakt.

Cílovou skupinu lze také charakterizovat tím, že většina dotazovaných seniorů ($n = 19$, 83 %) popisuje své rodinné vztahy jako velmi dobré (graf č. 7), nebo tím, že téměř všichni ($n = 22$, 96 %) se nachází v domově pro seniory dobrovolně, ze svého vlastního rozhodnutí (graf č. 8). To, že rodinné vztahy považují za velmi dobré, se jeví jako značný přínos pro jejich sociální, ale i psychické zdraví. Sýkorová (2007) konstatuje, že rozvíjením dobrých vztahů v rodině je důležitou strategií zvládání stárnutí a stáří. Rodina tak poskytuje seniorovi motivaci k dalšímu osobnímu rozvoji, podporu a jistotu v péči o své zdraví.

Poslední zajímavou položkou, která je zaznamenaná v grafu č. 9 je otázka č. 10 v dotazníku, kdy respondenti uváděli, co si přejí. Značná část cílové skupiny vyjádřila přání, aby byli zdraví ostatní ($n = 11$; 25 %) a i oni samotní ($n = 10$; 23 %). Loučková (2004) ve svém výzkumu dochází k podobným závěrům. Senioři řadí ve svém hodnotovém žebříčku na přední místa zájem o své vlastní zdraví a o zdraví svých blízkých. Další zajímavá položka je taková, že pět respondentů (12 %) neuvedlo žádné přání. To, že si nic nepřejí, nejspíše značí jejich rezignaci v péči o jejich lepší kvalitu života a nezájem o sebe či o své okolí. Jen jedna odpověď ve výzkumu sociální oblasti je negativně zabarvená: jeden respondent vyjádřil přání umřít. Takovéto přání zřejmě vypovídá o frustraci respondenta, o jeho nenaplnění života.

8 ZÁVĚR A DOPORUČENÍ PRO PRAXI

Primárním cílem výzkumu mé bakalářské práce bylo posoudit, zda u zkoumaných seniorů dojde vlivem aplikované pohybové jednotky ke změně jejich psychického stavu, ve smyslu pozitivním či negativním. Tuto změnu jsem zachytila pomocí dotazníku POMS u vybraných seniorů, kteří měli vykazovat sníženou pohyblivost. Druhotným cílem výzkumu bylo zjistit, jak vypadá sociální oblast seniorů. Tento aspekt jsem měřila prostřednictvím dotazníku „Sociální zdraví u seniorů“.

Oba cíle byly splněny. Pomocí analýzy získaných dat jsem došla k závěru, že u seniorů se pozitivně změnil jejich psychický stav vlivem aplikace intervenční pohybové jednotky (IPJ). Tento údaj zároveň potvrzuje hypotézu č. 1, tedy že více jak 70 % probandů bude vykazovat pozitivní změnu ve svém psychickém stavu. Vyhodnocení dotazníku „Sociální zdraví u seniorů“ dokládá sociální stav seniorů a konkrétně otázka č. 11 potvrzuje hypotézu č. 2, že cílová skupina bude více jak z 80 % pociťovat spokojenost se svým celým životem.

Práce obsahuje nejen údaje o stáří, stárnutí, pohybových aktivitách u seniorů (teoretická část), ale také diagnostické metody (dotazník POMS, dotazník „Sociální zdraví u seniorů“) a aplikační metodu v podobě intervenční pohybové jednotky (praktická část). Kombinace těchto metod u seniorů, kteří byli specifictí svou sníženou pohyblivostí, přinesla velmi dobré výsledky, co se týče ovlivnění jedinců pohybovými aktivitami. Překvapilo mě, že probandi, i přes svůj vysoký věk (průměrný věk činil 82 let) a handicap snížené pohyblivosti, byli velice schopní, nadšení pro jakoukoli rehabilitaci pohybem. Vykazovali značnou snahu a schopnost se ještě dále rozvíjet ve svých již tak omezených pohybových schopnostech. Samotné nadšení pak dokládá pozitivní výsledky z dotazníku POMS, kdy se senioři po cvičení cítili plní života a více veselý. Ačkoli byli po aplikaci IPJ více unavení, z převážné části měly pohybové aktivity na ně kladný dopad a jistě se pro ně staly přínosem. Z výsledků také vyplývá, že pociťovali velikou motivaci pro podporu své pohyblivosti, soběstačnosti a celkově svého zdraví. Tuto skutečnost dokládají zaznamenaná přání v dotazníku „Sociální zdraví u seniorů“.

Hlavní náplní této bakalářské práce bylo téma, které se jeví v současné době jako velmi aktuální, senioři a jejich aktivizace pomocí pohybu. To, že pohybová činnost blahodárně působí a harmonizuje nejen fyzické tělo, ale i duševní, sociální i duchovní stav člověka, se již všeobecně ví. Dnešní senioři nejsou většinou příliš zvyklí využívat svůj volný čas pro cvičení, a proto by bylo jistě přínosné, kdyby se, a to nejen v domovech pro seniory, realizovali aktivizační programy pro tuto cílovou skupinu. Význam cvičení pro seniory také spočívá jak v přínosu pro jejich zdraví, tak také přispívá ke zpomalení stárnutí a ke snadnější adaptaci celkově. V tomto ohledu je potřebné více informovat seniory o účincích a přínosech pohybových aktivit. V neposlední řadě vidím cvičení jako obohacující a rozvíjející podnět v jejich každodenním životě. Jakákoliv aktivizace seniorů přispívá k vhodné náplni jejich volného času, kterého po odchodu do důchodu mají jistě více.

Intervenční pohybová jednotka (IPJ), kterou jsem vytvořila a aplikovala, by se mohla stát inspirací pro jedince či instituce zajímající se o tuto problematiku. Souhrnně celá tato bakalářská práce může sloužit jako informační materiál. V návaznosti na tuto práci lze pokračovat ve výzkumu tak, že se budou senioři se sníženou pohyblivostí sledovat v delším časovém horizontu. Dále by bylo vhodné zhodnotit, zda pozitivní dopad v emocionálním stavu zkoumaných osob byl skutečně zapříčiněn pouze pohybovou intervencí, nebo byl také ovlivněn sociálním kontaktem se mnou, tj. s osobou, která řídila výzkumné šetření.

Výzkumné šetření, během kterého jsem navštěvovala domov pro seniory Hvízdal, pro mne bylo obohacující nejen pro zkušenost z kontaktu se seniory, ale také pro rozvoj mých kompetencí. Za důležitý osobní přínos považuji vytvoření si kladného postoje ke stáří a optimistický pohled, jenž mi dává pocit, že i ve stáří člověk může žít naplno (třeba díky pohybu) a mít radost z každého dne.

9 SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

ANDO, V. *Klasická čínská medicína 1: Základy teorie*. 4. vyd. Hradec Králové: Svítání, 1999. ISBN 80-86198-05-7.

BOLDIŠ, P. *Bibliografické citace dokumentů podle ČSN ISO 690 a ČSN ISO 690-2: Část 2 - Modely a příklady citací u jednotlivých typů dokumentů*. Verze 3.0 (2004) [online]. Ó 1999-2004, poslední aktualizace 11. 11. 2004 [cit. 2011-03-15]. Dostupné z WWW: <<http://www.boldis.cz/citace/citace2.ps>>, <<http://www.boldis.cz/citace/citace2.pdf>>.

ČELEDOVÁ, L., ČEVELA, R. *Výchova ke zdraví: Vybrané kapitoly*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-3213-8.

DIENSTBIER, Z. *Průvodce stárnutím aneb jak ho oddálit*. 1. vyd. Praha: Radix, 2009. ISBN 978-80-86013-88-0.

GEBHART, I. Zdraví a plni vitality až do vysokého věku pomocí „Jógy v denním životě“. In MAHÉŠVARÁNANDA, P. *Systém jóga v denním životě*. 1. vyd. Praha: Mladá fronta, 2006. s. 373 – 374. ISBN 80-204-1277-8.

GRÜN, A. *Život je teď*. 1. vyd. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-749-7.

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

HARTL, P. *Stručný psychologický slovník*. 1. vyd. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7178-803-1.

HENDL, J. *Kvalitativní výzkum: Základní metody a aplikace*. 1. vyd. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7367-040-2.

HORNFECK, S., MA, N. *Čínská medicína v praxi: Tradiční čínská medicína a její léčivé prostředky*. 1. vyd. Olomouc: Fontána, 2003. ISBN 80-7336-075-6.

CHUEN, L. K. *Čchi-kung: Cesta energie*. 1. vyd. Praha: Svojtka & Co., 2007. ISBN 978-80-7352-673-3.

JANEČKOVÁ, H., KALVACH, Z., HOLMEROVÁ, I. Programování aktivit, motivování, akceptování a kognitivní rehabilitace. In KALVACH, Z. A KOL. *Geriatric a gerontologie*. 1. vyd. Praha: Grada, 2004. Kapitola 4.8, s. 436 – 456. ISBN 80-247-0548-6.

KALVACH, Z. A KOL. Demografie stáří. In KALVACH, Z. A KOL. *Geriatric a gerontologie*. 1. vyd. Praha: Grada, 2004. Kapitola 1.2, s. 50 – 67. ISBN 80-247-0548-6.

KALVACH, Z. A KOL. Dlouhodobá zdravotní a sociální ústavní péče. In KALVACH, Z. A KOL. *Geriatric a gerontologie*. 1. vyd. Praha: Grada, 2004. Kapitola 5.4, s. 490 – 508. ISBN 80-247-0548-6.

KALVACH, Z., MIKEŠ, Z. Základní pojmy – stáří, gerontologie a geriatric. In KALVACH, Z. A KOL. *Geriatric a gerontologie*. 1. vyd. Praha: Grada, 2004. Kapitola 1.1, s. 47 – 50. ISBN 80-247-0548-6.

KEBZA, V. *Psychosociální determinanty zdraví*. 1. vyd. Praha: Academia, 2005. ISBN 80-200-1370-5.

KLEVETOVÁ, D. Pohyb a jeho životní přínos. In KLEVETOVÁ, D., DLABALOVÁ, I. *Motivační prvky při práci se seniory*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008. Kapitola 6, s. 125 – 144. ISBN 978-80-247-2169-9.

KLEVETOVÁ, D. Stáří 21. století v České republice. In KLEVETOVÁ, D., DLABALOVÁ, I. *Motivační prvky při práci se seniory*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008. Kapitola 1, s. 11 – 18. ISBN 978-80-247-2169-9.

KLEVETOVÁ, D. Změny ve stáří. In KLEVETOVÁ, D., DLABALOVÁ, I. *Motivační prvky při práci se seniory*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008. Kapitola 2, s. 19 – 55. ISBN 978-80-247-2169-9.

KLEVETOVÁ, D., DLABALOVÁ, I. *Motivační prvky při práci se seniory*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-2169-9.

KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie zdraví*. 2. vyd. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-774-4.

KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie nemoci*. 1. vyd. Praha: Grada, 2002. ISBN 80-247-0179-0.

KUBŮ, H., RADECHOVSKÁ, J. *Já a životní pohoda aneb život je pohyb: Inspirace pro cestu životem ve vyšším věku*. 1. vyd. Praha: Triton, 2006. ISBN 80-7254-905-7.

LEVICKÁ, J. Význam aktivity pre naplnenie kvality život v starobe alebo: Na starobu se treba pripraviť. In *Sborník konference: Generace 50 plus v České republice*. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Zdravotně-sociální fakulta, 2004. Kapitola 5, s. 35 – 40. ISBN 80-7040-720-4.

LOUČKOVÁ, I. Hodnoty a hodnotové hierarchie seniorů. In *Sborník konference: Generace 50 plus v České republice*. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Zdravotně-sociální fakulta, 2004. Kapitola 3, s. 21 – 27. ISBN 80-7040-720-4.

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

OTOVÁ, B., KALVACH, Z. Involuce. In KALVACH, Z. A KOL. *Geriatric a gerontologie*. 1. vyd. Praha: Grada, 2004. Kapitola 1.3, s. 67 – 73. ISBN 80-247-0548-6.

POKORNÁ, A. *Komunikace se seniory*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-3271-8.

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

RŮŽIČKA, R., SOSÍK, R. *Tradiční čínská medicína pro 21. století*. Olomouc: Poznání, 2009. ISBN 978-80-86606-89-7.

RYBÁROVÁ, L., BAČIŠINOVÁ, J., RYBÁROVÁ, D. *Metodika písania bakalárskej práce*. Martin: Osveta, 2006. ISBN 80-8063-204-9.

STUHLÍKOVÁ, I. *Základy psychologie emocí*. 1. vyd. Praha: Portál, 2002. ISBN 80-7178-553-9.

STUHLÍKOVÁ, I., MAN, F., HAGTVET, K. *Dotazník k měření afektivních stavů: konfirmační faktorová analýza krátké české verze*. Československá psychologie. 2005, roč. 49, č. 5, s. 459–469. Praha: Psychologický ústav AV ČR. ISSN 0009 – 062X.

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

SÝKOROVÁ, D., CHYTIL, O. *Autonomie ve stáří: Strategie jejího zachování*. 1. vyd. Ostrava: Ostravské univerzity v Ostravě. Zdravotně-sociální fakulta, 2004. ISBN 80-7326-026-3.

ŠTILEC, M. *Program aktivního způsobu života pro seniory*. 1. vyd. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7178-920-8.

VENGLÁŘOVÁ, M. *Problematické situace v péči o seniory: Příručka pro zdravotnické a sociální pracovníky*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-2170-5.

WEIL, A. *Zdravé stárnutí: Celoživotní průvodce pro vaši tělesnou a duševní pohodu*. Hodkovičky: Pragma, 2007. ISBN 978-80-7349-030-0.

ZADÁK, Z. Metabolismus a výživa ve stáří. In KALVACH, Z. A KOL. *Geriatric a gerontologie*. 1. vyd. Praha: Grada, 2004. Kapitola 3.14 s. 298 – 323. ISBN 80-247-0548-6.

ZAVÁZALOVÁ, H., ZIKMUNDOVÁ, K., ZAREMBA, V. Terénní zdravotnické a sociální služby pro seniory. In KALVACH, Z. A KOL. *Geriatric a gerontologie*. 1. vyd. Praha: Grada, 2004. Kapitola 5.2, s. 467 – 473. ISBN 80-247-0548-6.

10 SEZNAM ZKRATEK

POMS – Profile of Mood States

POMS A – dotazník Profile of Mood States aplikovaný před IPJ

POMS B – dotazník Profile of Mood States aplikovaný po IPJ

WHO – Světová zdravotnická organizace (World Health Organisation)

CMP – cévní mozková příhoda

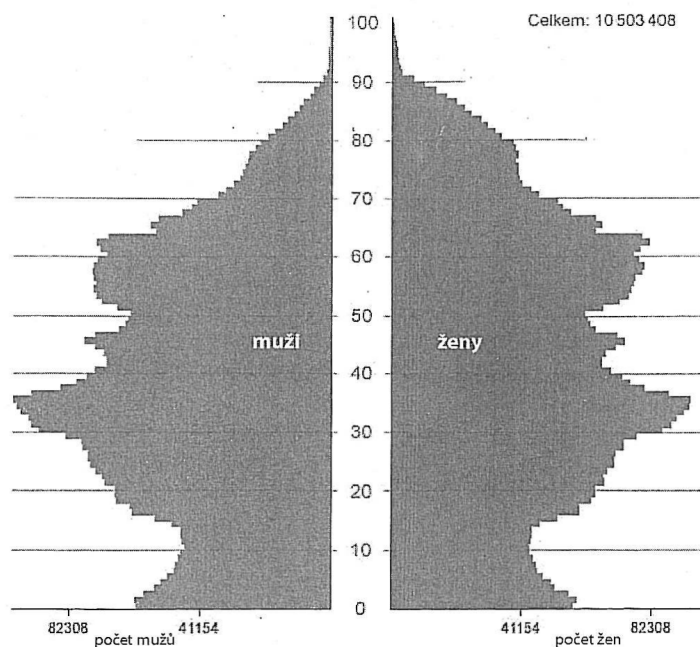
IPJ – intervenční pohybová jednotka

11 SEZNAM PŘÍLOH

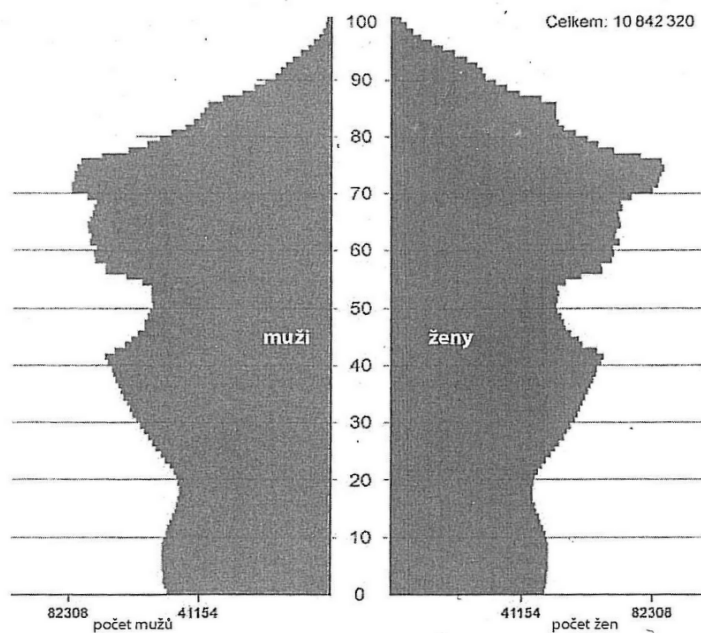
- Příloha č. 1: Věková skladba obyvatelstva ČR v roce 2010**
Odhad věkové skladby obyvatelstva ČR v roce 2050
- Příloha č. 2: Vztah vedoucí k poruše výživy ve stáří**
- Příloha č. 3: Dotazník POMS – A**
Dotazník POMS – B
- Příloha č. 4: Dotazník „Sociální zdraví u seniorů“**
- Příloha č. 5: Intervenční pohybová jednotka**
- Příloha č. 6: Vyhodnocení dotazníku POMS**

Příloha č. 1

Věková skladba obyvatelstva ČR v roce 2010 (ČELEDOVÁ, ČEVELA, 2010, s. 77).

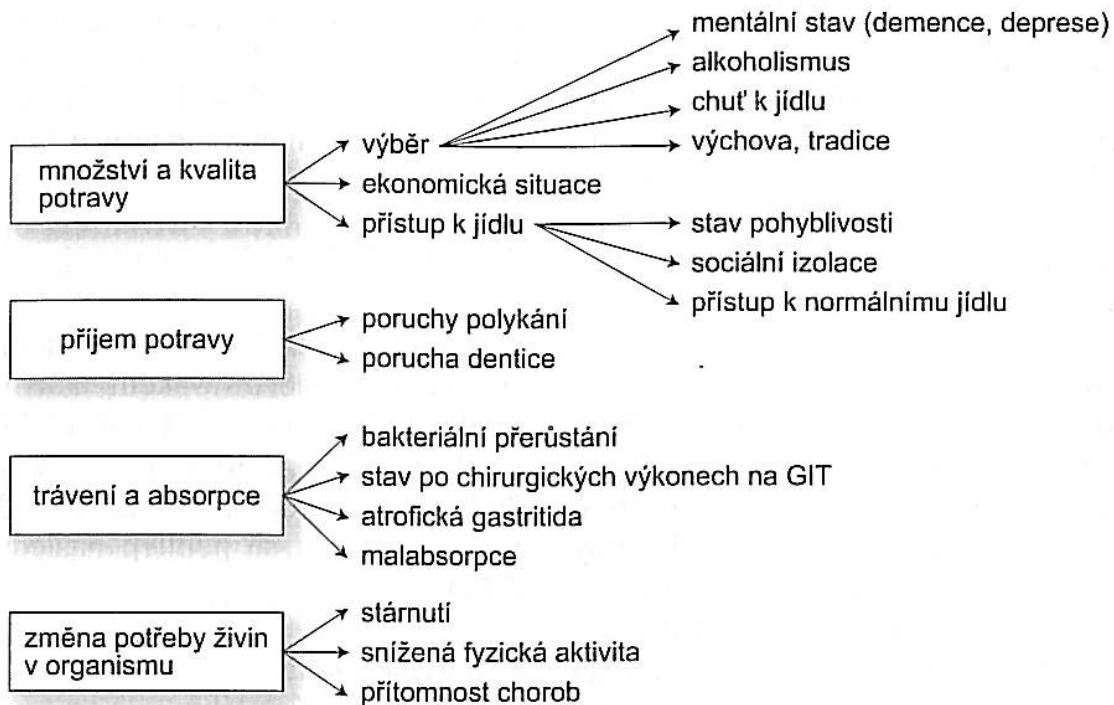


Odhad věkové skladby obyvatelstva ČR v roce 2050 (ČELEDOVÁ, ČEVELA, 2010, s. 78).



Příloha č. 2

Vztah vedoucí k poruše výživy ve stáří (ZADÁK In KALVACH A KOL., 2004, s. 302).



Příloha č. 3

P O M S dotazník A

číslo	žena Ž – muž M	věk	datum				
Instrukce: Dotazník obsahuje řadu slov, která se používají k popisu, jaké mají lidé pocity. Prosím vyplňte u každé odpovědi příslušné kolečko, které nejlépe vyjadřuje, co jste pociťoval(a) v průběhu minulého týdne včetně dneška. Neexistují zde správné a špatné odpovědi, jde jen o to, jak přesně každá vystihuje vaše stanovisko.							
Příklad:	cítím se: smutný	vůbec ne ○	trochu ●	středně ○	značně ○	velmi značně ○	
Kolečko je nutno celé vybarvit černě, nestačí jej přeškrtnout křížkem. Používejte prosím černou nebo modrou propisovací tužku nebo pero, obyčejná tužka nestačí (odevzdané papíry bude čist počítač). Chybné vyplnění lze opravit následujícími způsoby:							
		○	●	○	○	○	○

Cítím se (cítil jsem se tento týden):

	vůbec ne	trochu	středně	značně	velmi značně		vůbec ne	trochu	středně	značně	velmi značně
Napjatý	O	O	O	O	O	Malomyslný	O	O	O	O	O
Vzteklý/rozhněvaný	O	O	O	O	O	Podrážděný	O	O	O	O	O
Opotřebovaný	O	O	O	O	O	Nervózní	O	O	O	O	O
Nešťastný	O	O	O	O	O	Mizerně	O	O	O	O	O
Plný života	O	O	O	O	O	Veselý	O	O	O	O	O
Zmatený	O	O	O	O	O	Rozhořčený	O	O	O	O	O
Nevrlý/rozmrzelý	O	O	O	O	O	Vyčerpaný	O	O	O	O	O
Smutný	O	O	O	O	O	Úzkostný	O	O	O	O	O
Energický	O	O	O	O	O	Zoufalý	O	O	O	O	O
Rozrušený	O	O	O	O	O	Utahaný	O	O	O	O	O
Naštvaný/otrávený	O	O	O	O	O	Popletený	O	O	O	O	O
Sklíčený	O	O	O	O	O	Rozzuřený	O	O	O	O	O
Rázný	O	O	O	O	O	Plný elánu	O	O	O	O	O
Bez naděje	O	O	O	O	O	Zbytečný	O	O	O	O	O
Nepříjemně	O	O	O	O	O	Roztržitý	O	O	O	O	O
Neklidný	O	O	O	O	O	Činorodý	O	O	O	O	O
Neschopen soustředit se	O	O	O	O	O	Nejistý	O	O	O	O	O
Unavený	O	O	O	O	O	Přetažený	O	O	O	O	O
Rozzlobený	O	O	O	O	O						

P O M S dotazník B

číslo	žena Ž – muž M	věk	datum
-------	----------------	-----	-------

Instrukce:

Dotazník obsahuje řadu slov, která se používají k popisu, jaké mají lidé pocity. Prosím vyplňte u každé odpovědi příslušné kolečko, které nejlépe vyjadřuje, jak se cítíte právě nyní. Neexistují zde správné a špatné odpovědi, jde jen o to, jak přesně každá vystihuje vaše stanovisko.

Příklad: cítím se: vůbec ne trochu středně značně velmi značně
smutný 0 0 0 0 0

Kolečko je nutno celé vybarvit černě, nestačí jej přeškrtnout křížkem. Používejte prosím černou nebo modrou propisovací tužku nebo pero, obyčejná tužka nestačí (odevdané papíry bude číst počítač). Chybné vyplnění lze opravit následujícím způsobem:

0 0 0 0 0

Cítím se nyní:

	vůbec ne	trochu	středně	značně	velmi značně		vůbec ne	trochu	středně	značně	velmi značně
Napjatý	O	O	O	O	O	Malomyslný	O	O	O	O	O
Vzteklý/rozhněvaný	O	O	O	O	O	Podrážděný	O	O	O	O	O
Opořebovaný	O	O	O	O	O	Nervózní	O	O	O	O	O
Nešťastný	O	O	O	O	O	Mizerně	O	O	O	O	O
Plný života	O	O	O	O	O	Veselý	O	O	O	O	O
Zmatený	O	O	O	O	O	Rozhořčený	O	O	O	O	O
Nevrlý/rozmrzelý	O	O	O	O	O	Vyčerpaný	O	O	O	O	O
Smutný	O	O	O	O	O	Úzkostný	O	O	O	O	O
Energický	O	O	O	O	O	Zoufalý	O	O	O	O	O
Rozrušený	O	O	O	O	O	Utahaný	O	O	O	O	O
Naštvaný/otrávený	O	O	O	O	O	Popletený	O	O	O	O	O
Sklíčený	O	O	O	O	O	Rozzuřený	O	O	O	O	O
Rázný	O	O	O	O	O	Plný elánu	O	O	O	O	O
Bez naděje	O	O	O	O	O	Zbytečný	O	O	O	O	O
Nepřijemně	O	O	O	O	O	Roztržitý	O	O	O	O	O
Neklidný	O	O	O	O	O	Činorodý	O	O	O	O	O
Neschopen soustředit se	O	O	O	O	O	Nejistý	O	O	O	O	O
Unavený	O	O	O	O	O	Přetažený	O	O	O	O	O
Rozzlobený	O	O	O	O	O						

Příloha č. 4

Autor: Mgr. Petra Vojtová, Ph.D.

Dotazník

1. Jste muž/ žena?

2. Jste	vdaná/ý	jak dlouho? (počet let).....
	svobodná/ý	jak dlouho? (počet let).....
	rozvedená/ý	jak dlouho? (počet let).....
	vdova/vdovec	jak dlouho? (počet let).....
	mám partnera/ku	jak dlouho? (počet let).....

3. Jak dlouho bydlíte v tomto Domově pro seniory?

4. Bydlíte tu sám/a.....
Bydlíte tu s partnerem/manželem.....

5. Máte děti?
ano
Prosím, napište počet dětí
ne

6. Máte vnoučata?
ano
Prosím, napište počet dětí
ne

7. Kdo vás chodí navštěvovat?	
děti	Jak často?.....
vnoučata	Jak často?.....
příbuzní	Jak často?.....
známí	Jak často?.....
ostatní	Jak často?.....

8. Jaké máte rodinné vztahy?
a) velmi dobré (jsem spokojen/a – převládají pozitiva)
b) dobré (jednou dobré, jednou špatné)
c) velmi špatné (nejsem spokojen/a, převládají negativa)

9. Jste zde dobrovolně, ze svého vlastního rozhodnutí?
ano
ne

10. Co si nejvíce přejete, aby se vám splnilo?

1. přání.....

2. přání.....

3. přání.....

11. Jste spokojená/ý se svým celým životem?
spíše ano
spíše ne

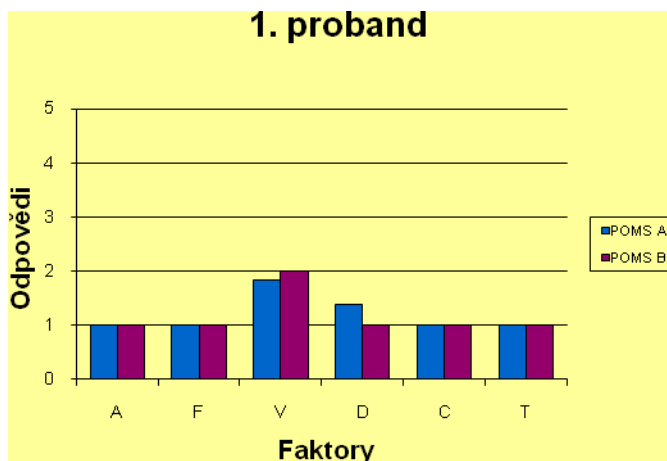
Příloha č. 5

INTERVENČNÍ POHYBOVÁ JEDNOTKA

Čas	Obsah
5 min	Úvodní část: Seznámení s obsahem cvičební jednotky. Motivace formou poučení o pozitivním působení cviků na zdraví.
15 min	Průpravná část Rozcvičení: ● vzpažení a protahování celého těla, ● protahování krční oblasti: otáčení hlavy do stran, ● zvedání ramen (co nejbližší k uším), ● rotace v loketních kloubech, kroužení v zápěstí, ● protažení svalů dolních končetin, ● rotace v kotnících,
30 min	Hlavní část: Cviky zaměřené na protažení: ● vzpažení a protahování celého těla (pravou a levou stranu těla zvlášť), ● cvik ke zvýšení pohyblivosti ramenních kloubů (zaklesnutí prstů u rukou, přesouvání paží do stran, v protipohybu přetáčení hlavy), ● cvik k protažení prstů u rukou („pěst“, propnutí prstů), ● přitahování a propínání nohou („špička“, „fajfka“), ● střídavé přitahování kolen k hrudníku. Cviky zaměřené na posilování: ● zvedání hlavy, ● zvedání paží (přes předpažení do vzpažení a zpět), ● zvedání pánve (zapřená chodidla), ● zvedání horní poloviny těla do sedu (zapřená chodidla), ● zvedání dolních končetin (střídavě či souběžně), ● „šlapání na kole“ (i v opačném směru), ● vzpažení a protahování celého těla. Dechové cvičení: Nácvik bráničního dechu. Ruce na břišní stěně, s nádechem se ruce zvedají, s výdechem klesají. Při nádechu se bránice pohybuje směrem dolů a vyklenuje se břišní stěna směrem vpřed, s výdechem se bránice vrací vzhůru a břišní stěna se zplošťuje. Účelem je prohloubit dech, více využít kapacitu plic a podpořit uvolnění.
10 min	Závěrečná část Relaxace – relaxační poloha, ruce dlaněmi vzhůru, zavřené oči, postupné uvolňování celého těla za doprovodu relaxační hudby. Imaginace louky.
	Poznámky Cvičit pomalu, vědomě, v souladu s dechem, cviky opakovat. Respektovat kontraindikace u nějakého druhu cvičení.

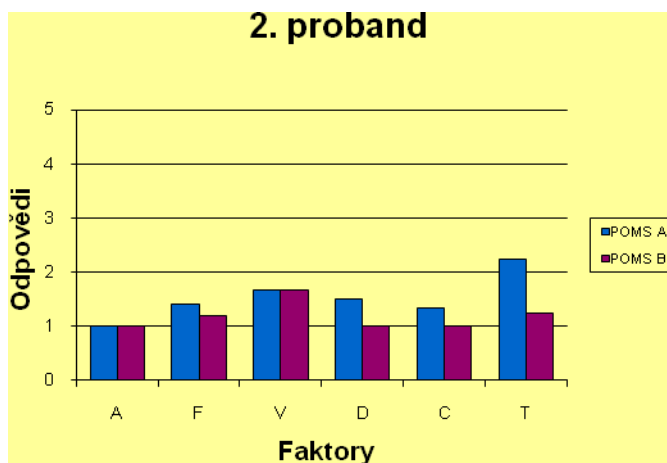
Příloha č 6

Graf č. 1 – Srovnání šesti faktorů POMS dotazníku před (POMS A) a po (POMS B) absolvování jedné intervenční pohybové jednotky (IPJ) u prvního probanda.



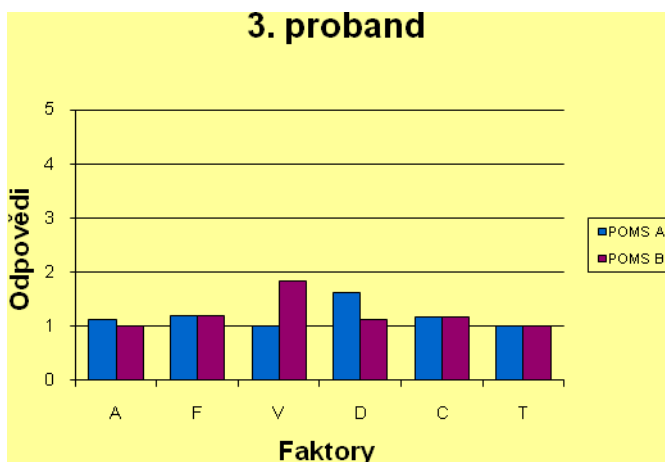
Zdroj: vlastní výzkum

Graf č. 2 – Srovnání šesti faktorů POMS dotazníku před (POMS A) a po (POMS B) absolvování jedné intervenční pohybové jednotky (IPJ) u druhého probanda.



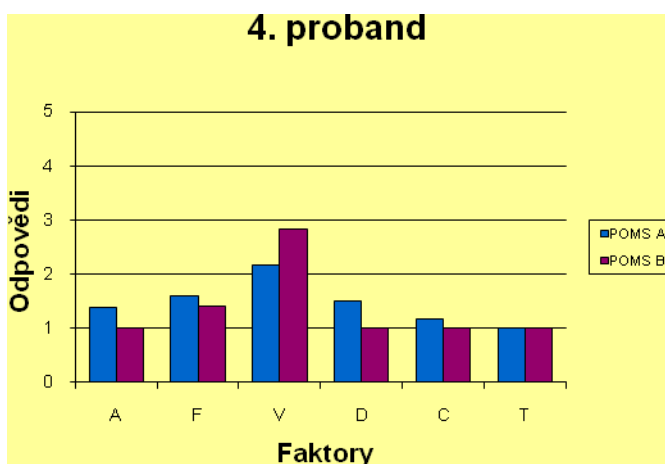
Zdroj: vlastní výzkum

Graf č. 3 – Srovnání šesti faktorů POMS dotazníku před (POMS A) a po (POMS B) absolvování jedné intervenční pohybové jednotky (IPJ) u třetího probanda.



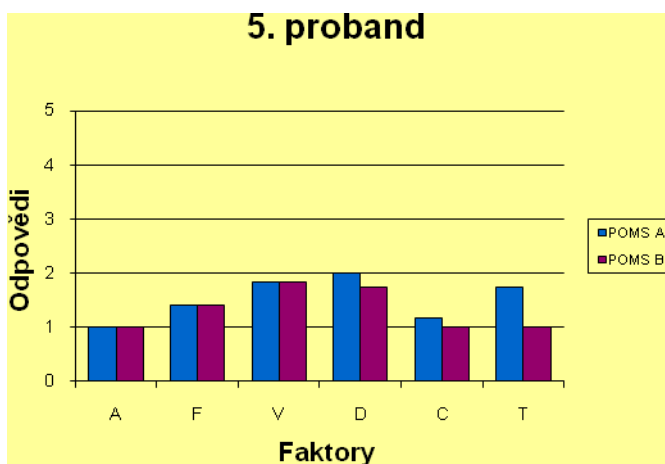
Zdroj: vlastní výzkum

Graf č. 4 – Srovnání šesti faktorů POMS dotazníku před (POMS A) a po (POMS B) absolvování jedné intervenční pohybové jednotky (IPJ) u čtvrtého probanda.



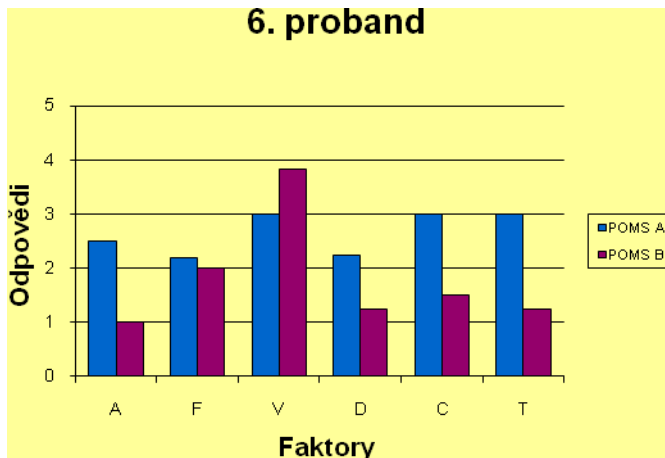
Zdroj: vlastní výzkum

Graf č. 5 – Srovnání šesti faktorů POMS dotazníku před (POMS A) a po (POMS B) absolvování jedné intervenční pohybové jednotky (IPJ) u pátého probanda.



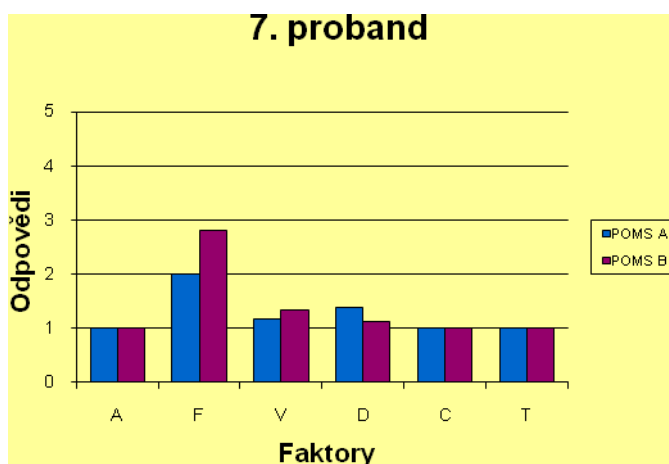
Zdroj: vlastní výzkum

Graf č. 6 – Srovnání šesti faktorů POMS dotazníku před (POMS A) a po (POMS B) absolvování jedné intervenční pohybové jednotky (IPJ) u šestého probanda.



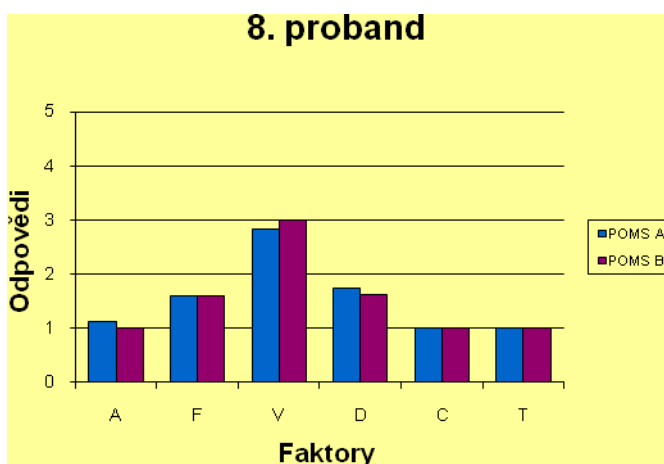
Zdroj: vlastní výzkum

Graf č. 7 – Srovnání šesti faktorů POMS dotazníku před (POMS A) a po (POMS B) absolvování jedné intervenční pohybové jednotky (IPJ) u sedmého probanda.



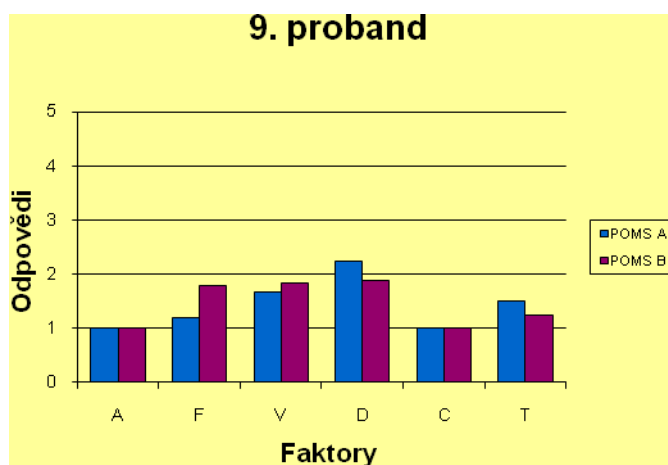
Zdroj: vlastní výzkum

Graf č. 8 – Srovnání šesti faktorů POMS dotazníku před (POMS A) a po (POMS B) absolvování jedné intervenční pohybové jednotky (IPJ) u osmého probanda.



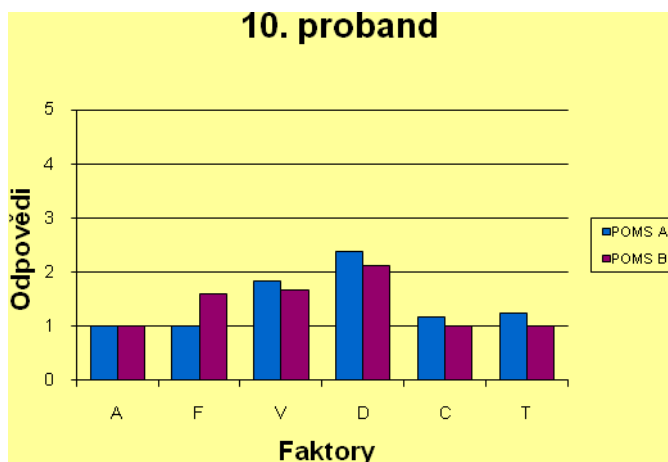
Zdroj: vlastní výzkum

Graf č. 9 – Srovnání šesti faktorů POMS dotazníku před (POMS A) a po (POMS B) absolvování jedné intervenční pohybové jednotky (IPJ) u devátého probanda.



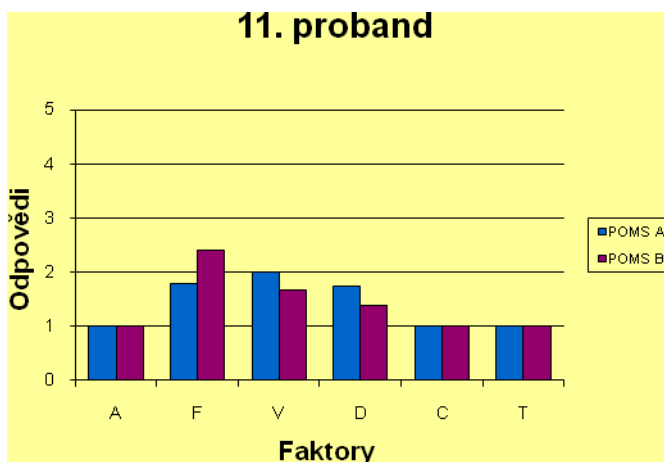
Zdroj: vlastní výzkum

Graf č. 10 – Srovnání šesti faktorů POMS dotazníku před (POMS A) a po (POMS B) absolvování jedné intervenční pohybové jednotky (IPJ) u desátého probanda.



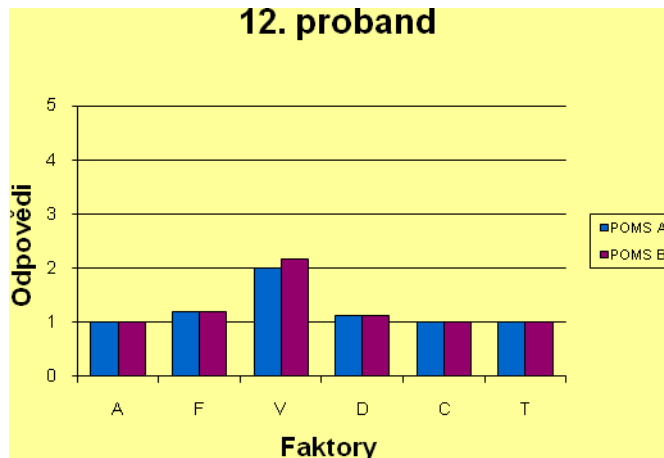
Zdroj: vlastní výzkum

Graf č. 11 – Srovnání šesti faktorů POMS dotazníku před (POMS A) a po (POMS B) absolvování jedné intervenční pohybové jednotky (IPJ) u jedenáctého probanda.



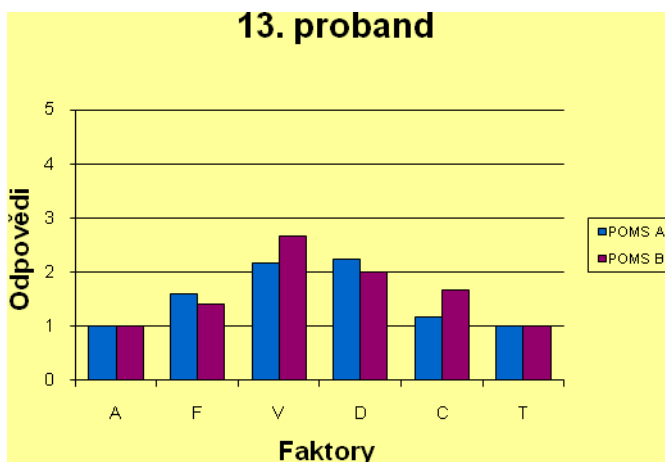
Zdroj: vlastní výzkum

Graf č. 12 – Srovnání šesti faktorů POMS dotazníku před (POMS A) a po (POMS B) absolvování jedné intervenční pohybové jednotky (IPJ) u dvanáctého probanda.



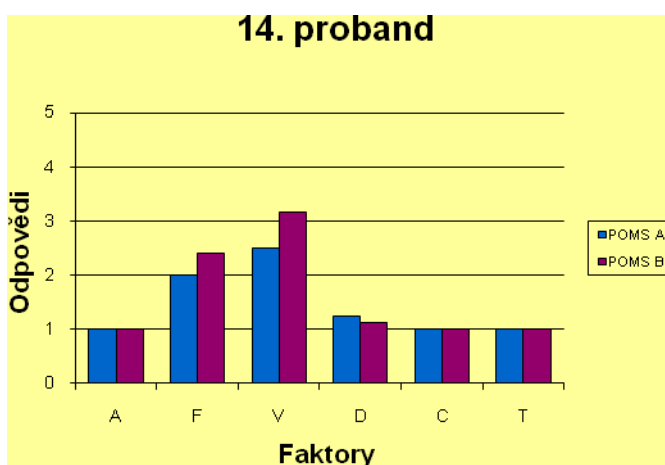
Zdroj: vlastní výzkum

Graf č. 13 – Srovnání šesti faktorů POMS dotazníku před (POMS A) a po (POMS B) absolvování jedné intervenční pohybové jednotky (IPJ) u třináctého probanda.



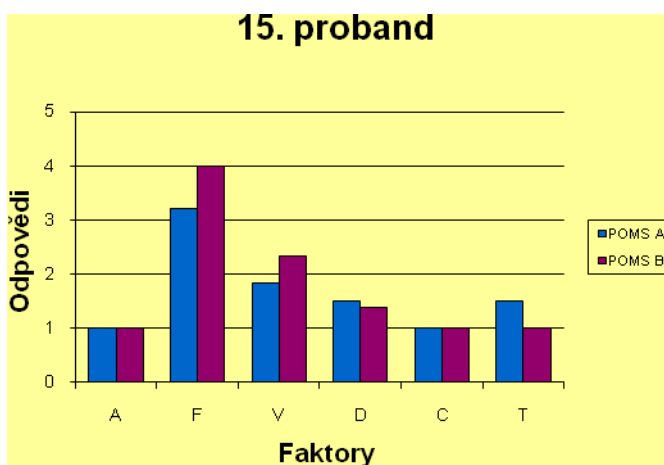
Zdroj: vlastní výzkum

Graf č. 14 – Srovnání šesti faktorů POMS dotazníku před (POMS A) a po (POMS B) absolvování jedné intervenční pohybové jednotky (IPJ) u čtrnáctého probanda.



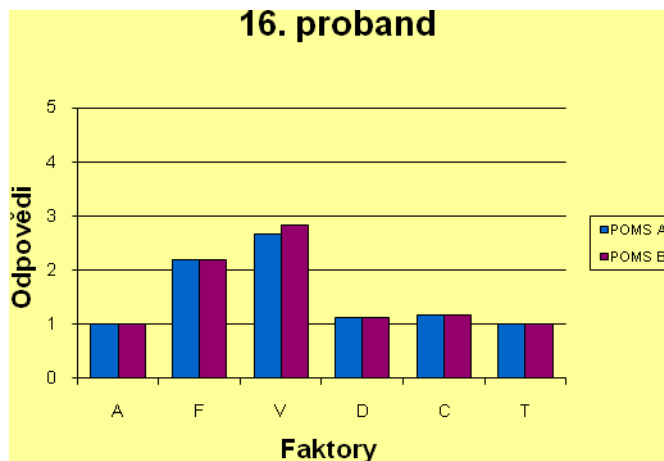
Zdroj: vlastní výzkum

Graf č. 15 – Srovnání šesti faktorů POMS dotazníku před (POMS A) a po (POMS B) absolvování jedné intervenční pohybové jednotky (IPJ) u patnáctého probanda.



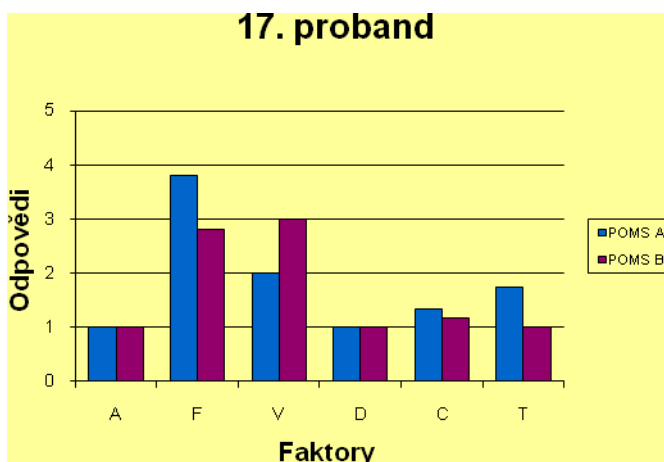
Zdroj: vlastní výzkum

Graf č. 16 – Srovnání šesti faktorů POMS dotazníku před (POMS A) a po (POMS B) absolvování jedné intervenční pohybové jednotky (IPJ) u šestnáctého probanda.



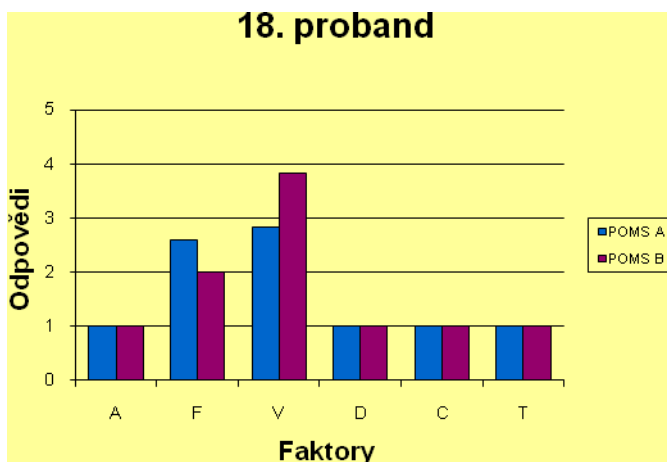
Zdroj: vlastní výzkum

Graf č. 17 – Srovnání šesti faktorů POMS dotazníku před (POMS A) a po (POMS B) absolvování jedné intervenční pohybové jednotky (IPJ) u sedmnáctého probanda.



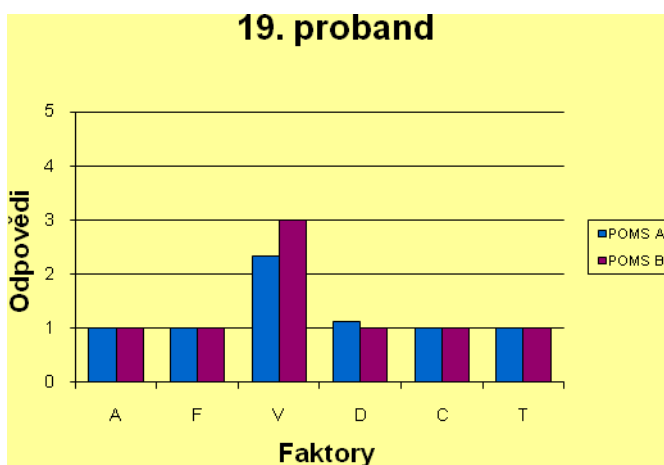
Zdroj: vlastní výzkum

Graf č. 18 – Srovnání šesti faktorů POMS dotazníku před (POMS A) a po (POMS B) absolvování jedné intervenční pohybové jednotky (IPJ) u osmnáctého probanda.



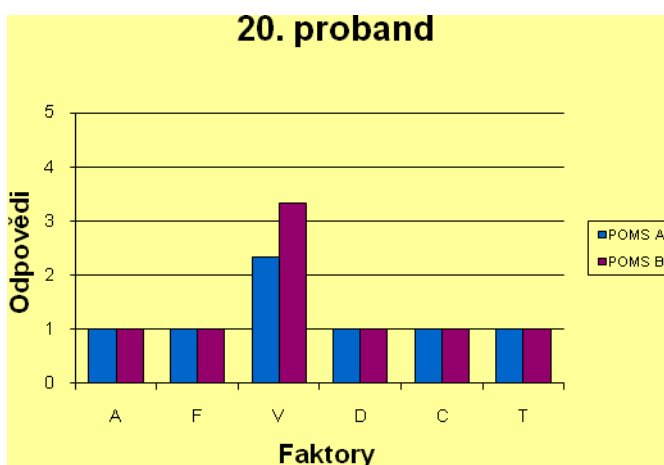
Zdroj: vlastní výzkum

Graf č. 19 – Srovnání šesti faktorů POMS dotazníku před (POMS A) a po (POMS B) absolvování jedné intervenční pohybové jednotky (IPJ) u devatenáctého probanda.



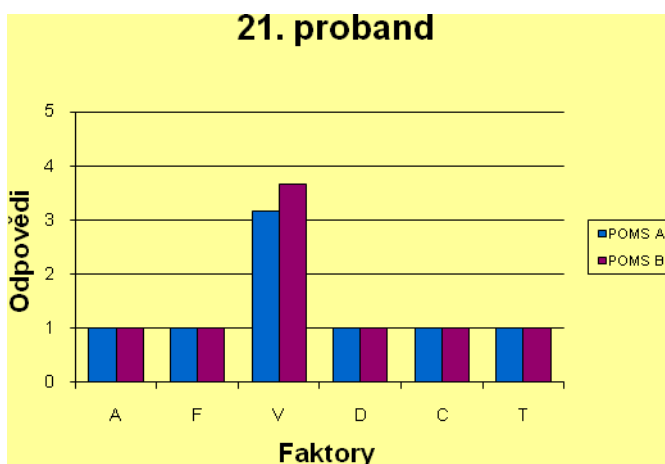
Zdroj: vlastní výzkum

Graf č. 20 – Srovnání šesti faktorů POMS dotazníku před (POMS A) a po (POMS B) absolvování jedné intervenční pohybové jednotky (IPJ) u dvacátého probanda.



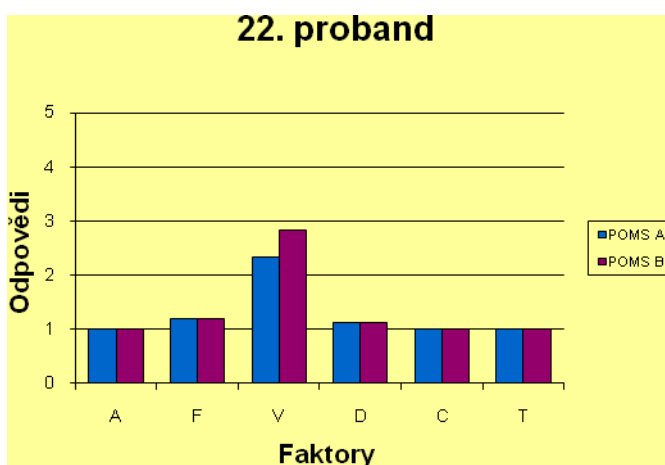
Zdroj: vlastní výzkum

Graf č. 21 – Srovnání šesti faktorů POMS dotazníku před (POMS A) a po (POMS B) absolvování jedné intervenční pohybové jednotky (IPJ) u jednadvacátého probanda.



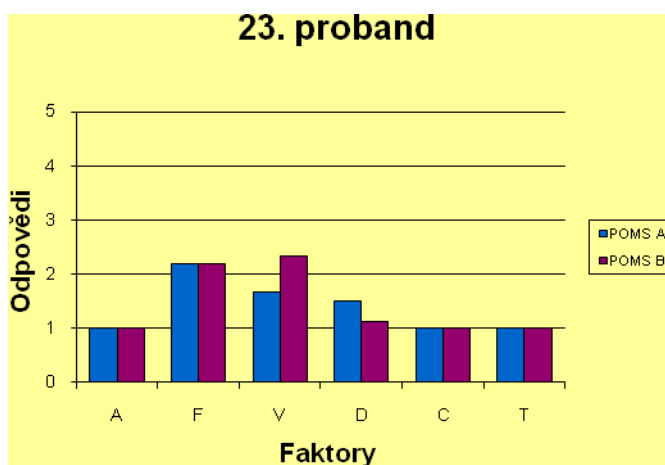
Zdroj: vlastní výzkum

Graf č. 22 – Srovnání šesti faktorů POMS dotazníku před (POMS A) a po (POMS B) absolvování jedné intervenční pohybové jednotky (IPJ) u dvaadvacátého probanda.



Zdroj: vlastní výzkum

Graf č. 23 – Srovnání šesti faktorů POMS dotazníku před (POMS A) a po (POMS B) absolvování jedné intervenční pohybové jednotky (IPJ) u třiadvacátého probanda.



Zdroj: vlastní výzkum