



Tvorba pohybového programu pro aktivizaci seniorů

Bakalářská práce

Studijní program:

Studijní obor:

B7401 Tělesná výchova a sport

Rekreologie

Autor práce:

Vedoucí práce:

Karolína Vitáková

Mgr. Petra Čaplová, Ph.D.

Katedra tělesné výchovy a sportu





Zadání bakalářské práce

Tvorba pohybového programu pro aktivizaci seniorů

Jméno a příjmení: **Karolína Vitáková**
Osobní číslo: **P16000048**
Studijní program: **B7401 Tělesná výchova a sport**
Studijní obor: **Rekreologie**
Zadávací katedra: **Katedra tělesné výchovy a sportu**
Akademický rok: **2019/2020**

Zásady pro vypracování:

- Vymezení základních pojmů.
- Popsání zdravotních důsledků v procesu stárnutí - pohybová a chronická onemocnění, stařecká demence, Alzheimerova choroba apod.
- Vytvoření pohybového programu pro aktivizaci seniorů v domově důchodců.
- Analýza zájmu o aktivační program

Rozsah grafických prací:
Rozsah pracovní zprávy:
Forma zpracování práce:
Jazyk práce:

tištěná/elektronická
Čeština



Seznam odborné literatury:

HAŠKOVCOVÁ, H., 1990. *Fenomén stáří*. 1.vyd. Praha: Panorama. ISBN 80-7038-158-2.
HOCMAN, G., 1985. *Stárnutí*. Praha: Avicenum. ISBN 08-083-85.
KLEVETOVÁ, D., DLABALOVÁ, I., 2008. *Motivační prvky při práci se seniory*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2169-9.

Vedoucí práce:

Mgr. Petra Čaplová, Ph.D.
Katedra tělesné výchovy a sportu

Datum zadání práce:

16. prosince 2019

Předpokládaný termín odevzdání:

24. dubna 2020

prof. RNDr. Jan Pícek, CSc.
děkan

L.S.

doc. PaedDr. Aleš Suchomel, Ph.D.
vedoucí katedry

V Liberci dne 16. prosince 2019

Prohlášení

Prohlašuji, že svou bakalářskou práci jsem vypracovala samostatně jako původní dílo s použitím uvedené literatury a na základě konzultací s vedoucím mé bakalářské práce a konzultantem.

Jsem si vědoma toho, že na mou bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb., o právu autorském, zejména § 60 – školní dílo.

Beru na vědomí, že Technická univerzita v Liberci nezasahuje do mých autorských práv užitím mé bakalářské práce pro vnitřní potřebu Technické univerzity v Liberci.

Užiji-li bakalářskou práci nebo poskytnu-li licenci k jejímu využití, jsem si vědoma povinnosti informovat o této skutečnosti Technickou univerzitu v Liberci; v tomto případě má Technická univerzita v Liberci právo ode mne požadovat úhradu nákladů, které vynaložila na vytvoření díla, až do jejich skutečné výše.

Současně čestně prohlašuji, že text elektronické podoby práce vložený do IS/STAG se shoduje s textem tištěné podoby práce.

Beru na vědomí, že má bakalářská práce bude zveřejněna Technickou univerzitou v Liberci v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb., o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších předpisů.

Jsem si vědoma následků, které podle zákona o vysokých školách mohou vyplývat z porušení tohoto prohlášení.

22. července 2020

Karolína Vitáková

Poděkování

Jeden z prvních díky patří Mgr. Petře Čaplové, Ph.D, za vedení práce po odborné stránce, poskytnutí mnoha cenných rad a nápadů a především trpělivosti při psaní této práce. Dále bych chtěla poděkovat pracovníkům a klientům Domovu důchodců ve Velkých Hamrech za poskytnutí prostoru pro realizaci průzkumu a za ochotu pomoci při zpracování této práce. V neposlední řadě patří mé velké díky mým rodičům, sestře a přátelům za podporu po celou dobu mého studia.

Anotace

Bakalářské práce se zabývá vytvořením aktivizačního pohybového programu pro seniory v pobytových zařízeních, který slouží jako doplňkový program ke stávajícím aktivizačním činnostem. Následně se zabývá analýzou zájmu o vytvořený program v domově důchodců.

Teoretická část obsahuje rozbor pojmů spjatých s problematikou stáří a stárnutí. Jsou definovány nejčastější onemocnění seniorů a vliv pohybové aktivity, jako prevence před těmito onemocněními.

V praktické část práce je navržen pohybový aktivizační program, který je tvořen s cílem pozitivního vnímání pohybu ve starším věku. Při sestavování programu jsou reflektovány nejnovější poznatky související s pohybem a jeho vlivem na fyzickou i psychickou kondici seniorů.

Druhá část praktické práce předkládá průzkum a analýzu zájmu o vytvořený pohybový program v Domově důchodců ve Velkých Hamrech. Průzkum mezi klienty domova důchodců je proveden formou dotazníkového šetření.

Klíčová slova

pohyb, pohybová aktivita, senioři, onemocnění, program, domov důchodců, stáří

Annotation

The bachelor's thesis deals with the creation of an activation exercise program for seniors in residential facilities, which serves as a supplementary program to existing activation activities. Subsequently, it deals with the analysis of interest in the created program in a retirement home.

The theoretical part contains an analysis of concepts related to the issue of old age and aging. The most common diseases of the elderly and the influence of physical activity are defined as prevention against these diseases.

In the practical part of the work, a movement activation program is proposed, which is created with regard to the positive perception of movement in old age. Motion-related records are reflected during program compilation and the effect of movement on the physical and mental condition of seniors.

The second part of the practical work presents a survey and analysis of interest about created movement program in the Retirement Home in Velké Hamry. The survey among clients of a retirement home is carried out in the form of a questionnaire survey.

Key words

exercise, physical activity, seniors, illness, program, retirement home, old age

Obsah

SEZNAM OBRÁZKU, TABULEK A GRAFŮ.....	10
SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK.....	11
ÚVOD	12
1 CÍL PRÁCE.....	14
2 ROZBOR PROBLEMATIKY	15
2.1 ZÁKLADNÍ POJMY A TEORIE STÁŘÍ A STÁRNUTÍ.....	15
2.1.1 <i>Stáří</i>	16
Vymezení a periodizace stáří	17
2.1.2 <i>Stárnutí</i>	20
Teorie a příčiny stárnutí	21
2.1.3 <i>Senior</i>	23
2.1.4 <i>Demografie populace</i>	25
2.1.5 <i>Změny v důsledku stárnutí</i>	27
Změny biologické (tělesné).....	27
Změny psychické	27
Změny sociální	29
2.1.6 <i>Typická onemocnění seniorů a vliv pohybové aktivity jako prevence</i>	29
Geriatrická křehkost	30
Kardiovaskulární onemocnění	30
Onemocnění dýchacího systému.....	32
Onemocnění trávicího ústrojí.....	33
Onemocnění močových cest	36
Onemocnění žláz s vnitřní sekrecí	36
Neurologická onemocnění	38
Smyslová onemocnění	40
Poruchy pohybového aparátu.....	41
2.1.7 <i>Psychosociální aspekty sportu seniorů</i>	43
2.1.8 <i>Volný čas a pohybová aktivita seniorů</i>	44
3 PRAKTICKÁ ČÁST	46
3.1 TVORBA POHYBOVÉHO PROGRAMU.....	46
3.1.1 <i>Zásady tvorby programu</i>	47
3.1.2 <i>Fáze programu</i>	47
3.1.3 <i>Vytváření skupin, sběr informací o účastnících</i>	48
3.1.4 <i>Plánovaný denní rozvrh programu</i>	48
3.1.5 <i>Jednotlivé aktivity programu</i>	49
Rozcvičení.....	49
Skupinová cvičení	51
Kondiční cvičení	56
Jóga	60

	Cvičení s hudbou.....	64
3.2	PRŮZKUM ZÁJMU O PROGRAM.....	66
3.3	DISKUSE	72
4	ZÁVĚR.....	74
5	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	76
6	SEZNAM PŘÍLOH	78

Seznam obrázku, tabulek a grafů

Obrázky

Obrázek 1 - hra Plechovky (zdroj: Domov důchodců Velké Hamry 2020)	53
Obrázek 2 - cvičení na židlích (zdroj: vlastní).....	56
Obrázek 3 - cvičení jógy (zdroj: Nadační fond pro rozvoj plného vědomí 2020).....	61
Obrázek 4 - tanec se seniory (zdroj: Šímová 2019).....	64

Tabulky

Tabulka 1 - časový harmonogram aktivit programu.....	49
Tabulka 2 - délka pobytu v zařízení.....	69
Tabulka 3 - Spokojenost respondentů s pohybovými a volnočasovými aktivitami nabízenými domovem důchodců	70
Tabulka 4 - Omezení v účasti na pohybových aktivitách nově nabízeného pohybového programu dle názoru klienta	72

Grafy

Graf 1 - pohlaví dotazovaných respondentů	67
Graf 2 - věk respondentů - ženy.....	68
Graf 3 - věk respondentů - muži	68
Graf 4 - pohybová aktivita v produktivním věku	69
Graf 5 - upřednostňovaná forma pohybových aktivit.....	70
Graf 6 - zájem o účast v nově nabízeném pohybovém programu	71

Seznam použitých zkratk

ARF – acute renal silure, akutní selhání ledvin

ČSÚ – Český statistický úřad

DNA – deoxyribonukleová kyselina

EKG – elektrokardiogram

STH – somatotropin, růstový hormon

Úvod

Stáří je neodmyslitelná životní etapa každého člověka. Je to proces, kterému se žádný jedinec nevyhne a je to v životě asi to nejspravedlivější, co člověka životem provází, neboť stárnou bohatí stejně jako chudí, vzdělaní stejně jako nevzdělaní, stárnutí postihne všechny lidi bez rozdílu rasy, náboženského přesvědčení nebo sociálního původu.

Myšlenka, že stárneme již od první minuty po narození, nás provází celý život. V dětství si tuto skutečnost moc neuvědomujeme, protože nám to nepřijde tak důležité, obklopují nás samé hezké vjemy, rodiče se o nás láskyplně starají a my svoje dětství šťastně prožíváme. Jakmile ale člověk dosáhne vyššího věku, tak se začne více zamýšlet nad životem jako takovým a začne si uvědomovat, že stárne. Uvědomuje si, že to, co prozatím prožil, bylo fajn a začne se snažit život vést tak, aby prožíval i nadále život naplněný láskou, přemírou spokojenosti a štěstí. Někdy si uvědomuje, že hezké zážitky se změní v nejhezčí vzpomínky, které jsou ve stáří pro nás pak to nejcennější, co můžeme mít z prožitého života.

Staří i já vnímám jako neodmyslitelnou součást našich životů. Staří lidé, senioři, nás svými životními zkušenostmi učí tomu, že život není někdy lehký, že prožili hezké, ale i negativní chvíle a nás tím učí, že vše co v životě prožijeme, vždy člověka něčím obohatí a posílí jej. Ráda poslouchám příběhy ze života mých prarodičů. Jejich životní zkušenosti mě pak ukazují cestu jak prožívat různé své životní situace.

Senioři byli nedílnou součástí mého dětství i dospívání, jelikož moje maminka po dlouhá léta pracovala v domově důchodců jako sociální pracovnice. Já jsem maminku v zaměstnání často navštěvovala a někdy se i účastnila aktivit, které pro seniory pořádala moje maminka a já jí i tehdy nadšeně pomáhala. Ráda vzpomínám na babičky, které se usmívaly a rády se semnou bavily. Ráda vzpomínám na jednu z nich, která uměla recitovat básně a já obdivovala, jak si to může vše pamatovat, když já se ve škole neumím naučit zpaměti ani lehkou dětskou básničku. Už v té době jsme si uvědomovala, že ty čiperné babičky jsou na tom mnohem lépe než ty, co jen leží na pokojích, protože nemohou chodit z důvodu nějakého onemocnění. Tito staří lidé byli

i někdy ke svému okolí nepříjemní a dle mého názoru nebyli ani šťastní. V domově důchodců každé léto pořádali sportovní den, na kterém jsem často pomáhala u sportovních disciplín. V té době jsem zjistila, jak lidské tělo dokáže po fyzické stránce chřadnout, lidská mysl však nikoli. Přes to, že byli senioři duchem jak malé děti a sportování je bavilo, jejich fyzický stav je omezoval a v mnoha aktivitách jim bránil. Připadala jsem si jako ve školce s velice chytrými dětmi, které mají zkušenosti nad zlato, ale pohybově na tom byli jak úplně malé děti, které neumí ani chodit.

Kvůli pohybovému omezení seniorů naše komunikace probíhala většinou z křesla, ze kterého sledovali televizi. Uvědomovala jsem si, že pro seniory by byl pohyb mnohdy prospěšný a zároveň zábavný, v případě, že by se účastnili některých aktivit. V domově důchodců bylo sice několik rehabilitačních terapeutů, ale ti bohužel na vše sami nestačili.

Na základě svých zkušeností jsem se rozhodla navrhnout aktivizační pohybový program, který by byl určitým zlepšením pohybových možností seniorů, zároveň by zlepšil jejich celkový život ve stáří, a to zejména tím, že by se mohli ve vyšší míře účastnit více volnočasových aktivit, které jsou v domovech důchodců nabízeny a pořádány.

1 Cíl práce

Cílem mé bakalářské práce je vypracování doplňkového pohybového programu pro aktivizaci seniorů v domově důchodců, který má doplnit stávající aktivizační prostředky psychomotorického charakteru, jež jsou v zařízeních poskytovány.

Dílčími úkoly bude rozbor základních pojmů problematiky stárnutí, popíšeme nejčastější onemocnění seniorů, kdy se zaměříme na možnost pozitivního ovlivnění vývoje onemocnění pomocí pohybové aktivity.

V návaznosti na vytvořený pohybový program provedu průzkum zájmu o tento nově nabízený program a to v „Domově důchodců Velké Hamry“, který proběhne formou anketního šetření.

2 Rozbor problematiky

2.1 Základní pojmy a teorie stáří a stárnutí

„Stárnutí a smrt – to jsou jevy staré jako lidstvo samo, jevy, kterým lidé odjakživa věnovali zvláštní pozornost. V dějinách lidstva kráčela ruku v ruce s vývojem léčení i snaha vyléčit „nejstrašnější nemoc“, stárnutí a smrt“ (Hocman 1985, s. 5).

Tento nezvratný proces se týká od narození po smrt každého jedince, kde dochází k biologickým změnám bez rozdílu na to, v jakých podmínkách člověk vyrůstal, žil a následně umírá. Bezvýhradně tento proces potká během uplynutí života každého z nás. Jediným rozdílem je proces a forma procesu, který každý jedinec může pozitivně či negativně ovlivnit. Je velmi obtížné stanovit přesnou hranici, kdy se člověk stává starým. Procesy jsou dané mnohými charakteristikami, které každý jedinec má odlišné, ač je to zdravotní nebo psychická vitalita, socializace ve společnosti, zázemí v rodině a mezi přáteli, ale také škála hodnot a postojů, které jsou jedním z výchozích faktorů, které tyto procesy do značné míry ovlivňují. Dále průběh vývoje a životní styl, jež byly dodržovány po dlouhá léta, mnohdy do značné míry vypoví, jaký průběh a výsledný proces involuce jedinec dovrší. Stáří a stárnutí jsou procesy, které můžeme chápat jako změny, ovlivňující člověka po fyzické stránce i jeho duševní „já“. Je to finální průběh, který je charakterizován degenerací procesů, jež sou v dřívějších etapách života automatické, například přirozené fungování paměti. Řeč je o úpadku určitých funkcí podléhající degeneraci v důsledku opotřebení v průběhu života. Proces je doprovázen výskytem chronických onemocnění, postupem času vymizí smyslové vnímání, zhorší se fyzická pohyblivost, která je úzce spjatá s mobilitou a následně se soběstačností (Holczerová, aj. 2013).

Stárnutí a stáří lze nastínit ve třech podobách:

Úspěšné – neboli aktivní a zdravé stárnutí a stáří, kdy po zdravotní stránce, funkčním stavu i psychické přizpůsobitelnosti na stáří a ekonomická stabilita tvoří rovnováhu mezi nároky společnosti a sociální situací, která zapříčiňuje pocit spokojenosti, pud seberealizace a participace do útlé dlouhověkosti.

Obvyklé – zde panuje určitá nerovnováha mezi určitými aspekty, jako jsou zhoršení zdravotního a funkčního stavu, nároky společnosti, potřeby spojené s psychikou a sociálně ekonomickými požadavky a možnostmi. Důvodem je snížená míra spokojenosti, podílení se na schopnost seberealizace, která odpovídá v dnešní době mnoha seniorům v daném seskupení.

Patologické – po zdravotním a funkčním stavu, adaptaci, celkové spokojenosti, seberealizaci a schopnosti se podílet má toto stárnutí a stáří výrazně horší průběh, nežli je tomu u jiných vrstevníků. Nemoci a funkční úpadek s větším prožitím let jsou nápadné více, nebo se naopak projevují dříve. Podílejí se na něm involuce, na které je dán velký zřetel, ale velké zásluhy nese zdravotní stav jedince, například Alzheimerova choroba, nároky kladené ze společnosti, tok životních událostí, finanční situace, neschopnost komunikace a navození kontaktů pro své účely (Čevela, aj. 2012).

2.1.1 Stáří

Stáří je vnímáno jako pozdní vývoj lidského jedince, který završuje lidské žití. V důsledku prožití aktivních let života to znamená, že tato fáze je lidskému životu konečná a završuje celkový vývoj každé živé bytosti. Jedná se o změny jak funkční, tak morfologické, které ve výsledku vedou k obrazu pojmenovanému tzv. fenotypem stáří. Rychlost probíhajících změn je dána mnoha faktory, které jej přímo ovlivňují. Mezi tyto faktory lze zařadit prostředí prožití života, které je spjaté s životním stylem a následně zdravotním stavem, jež spolu úzce souvisejí, a také faktory sociálně-ekonomické a psychické. Výsledný obraz stáří je především ovlivněn:

- projevy involuce po biologické stránce, které můžou být zapříčiněny i genetickou formou,
- proděláním chorob a nemocí v průběhu života,
- nedostatečným dodržováním zdravých návyků a to především těch, které spolu vytváří celek fungování lidského fyzického, ale i duševního zdraví. Jsou jimi kvalitní zdravá strava, pohybová a mentální aktivita, či naopak pasivita a nadměra stresu,

- prostředím, ve kterém je senior situován.

Pro úspěšně probíhající stáří je důležité pozitivní ovlivnění již zmíněnými faktory. Tyto faktory mají výsledný vliv i na biologickou involuci. Lze říci, že stáří je možno pochopit v kontextu celkového cyklu života, jelikož uplynulý způsob života úzce souvisí s ovlivnitelností ve stáří (Čeledová, aj. 2017).

V dnešní pokročilé době je v hospodářsky vyspělých zemích míra sociální a zdravotní péče na takové úrovni, že se celý proces stáří ve velké míře brzdí, tudíž velké procento seniorů je v dnešní době pozitivně ovlivněno. Jejich fyzická a zdravotní stránka přispívá k lepšímu životnímu stylu a statusu být „fit“. Tato situace zapříčinila prodloužení života ve stáří. Pozitivní vliv na tom nese i velké procento zestárnutí narozených jedinců v poválečné době, které nastane mezi lety 2015–2020, jež v důsledku zapříčiní zvýšenou poptávku po potřebě sociální pomoci a zdravotní péče. Přes značné nashromáždění mnoha dílčích informací nelze vymezit počátek a konec procesu stárnutí, ani nelze nalézt odpověď na jednu z mnoha otázek „proč stárneme“. Celkový proces stárnutí lze mnohdy zmapovat pouze ve schématu určitých jevů, které jej provázejí (Čevela, aj. 2012).

Vnímání stáří ve světě je zcela rozdílné. V Asii je nezvykem pro staré muže rozjímat a přemýšlet v tmavých jeskyních, je to pro ně nácvik na samotu ve stáří, která je nechává naprosto chladnými a klidnými. Vyrůstá v nich pocit těšení se na mladší členy rodiny, kteří jim donášejí potraviny a svou společnost. Za tento čin jsou společností, ve které žijí, oslavováni, jelikož opouští společenský život a uzavírají se před celým světem do ústraní, kde hledají svůj vnitřní klid. Nabízí se otázka, zda je tento krok správný, nebo se jedná jen o útěk od dennodenních stresů a spěchů. (Kleťková, aj. 2008).

Vymezení a periodizace stáří

Rozlišujeme tři úrovně stáří – biologické, kalendářní a sociální stáří (Čevela, aj. 2012).

Biologické stáří

Toto období nastává se zanikajícími změnami a snížení vitálního zdraví. V tomto období se začínají ve větší míře vyskytovat onemocnění a zvýšení rizik,

celková dysfunkčnost a následně smrt. Nelze určit kritérium, podle kterého je možno stanovit biologické stáří, které závisí na mnoha faktorech. Biologické stáří je ovlivněno genetickými předpoklady, životním stylem, podmínkami života a prodělání nemocí v dřívější době. Projevem tohoto období jsou změny ve zdatnosti a pohyblivosti, somatickými změnami v tělesném složení a jeho funkčnosti – kožní plochy a deriváty kůže, atrofie svalové hmoty atd. (Slepička, aj. 2015).

Důvod odlišnosti procesu stárnutí u každého jedince není zcela známá, ale existují teorie a hypotézy, které se snaží tento rozpor rozřešit. Jedna z teorií je teorie rozštěpu buněk, která praví, že za snížení funkce při dělení a růstu buněk je důvodem tzv. telomer, konečná část z chromozomu. Stavbu tvoří několik částí, které při rozdělení buněk vždy z části odumírají, tedy jakmile odumře poslední část, nastává proces odumírání celé buňky. Mnoho z dalších teorií zkoumají celkově způsob života, například s dlouhým a vitálním životem je dlouhověkost spojována s životem ve vysokohorském prostředí. Výčet osob, které žijí v 7000metrové nadmořské výšce, které dosáhnou hranici 90 let, se z 10 000 dožije přibližně 13, kdežto lidé žijící v 2000metrové nadmořské výšce tuto hranici pokoří 24 z 10 000 (Benešová 2014).

Kalendářní stáří

Je určováno dle časové osy, proto je snadné určit kalendářní, coby chronologický věk. Toto určení je objektivní, tudíž dle něj lze určit vymezení etap života, periodikum stáří. „*Výhodou chronologického vymezení stáří je jednoznačnost, jednoduchost a snadné porovnání*“ (Benešová 2014, s. 19). Poznatky a hodnoty kalendářního stáří se používají při demografických výzkumech a výzkumech o stáří populace a porovnávání jiných věkových skupin. Nezajímá se o individuální poznatky ze života jedince (Slepička, aj. 2015).

Pro určení periodizace kalendářního věku je používána jednotná periodizace, která je pro svou jednoznačnost skvěle využitelná v praxi. Periodizace nepřihlíží na rozdíly mezi pohlavími a je důležitá při opatření orientačních odhadů nezbytností, rizik a požadavků v určitém věku (Benešová 2014).

Světová zdravotnická organizace doporučila členění dospělosti, které ve své literatuře uvádí Příhoda:

- postpubescence – 15–29 let,
- adultium – 30–44 let,
- střední věk neboli interevium – 45–59 let,
- počínající stáří neboli senescence – 60–74 let,
- dlouhověkost neboli patriarchium – 90 a více let (Příhoda 1974).

V současné době se uplatňuje schéma, které člení stáří na jednotlivé kategorie:

- Mezi 65 až 74 lety tzv. **mladé stáří**, kdy se řeší otázky odchodu do důchodu či aktivního naplnění volného času a celková seberealizace.
- Mezi 75 a 84 rokem se období nazývá **staré stáří**, kdy vznikají prvotní problémy po zdravotní stránce, nastávají zde funkční změny apod.
- Období mezi 85 a více lety tzv. **velmi staré stáří**, je fáze, kdy je hlavní problém v soběstačnosti jedince a způsobilosti zabezpečit sebe sama.

Z výše uvedených období je na první pohled jasné, že nejrizikovější období ontogeneze je mezi 75 rokem, které nese riziko onemocnění (Benešová 2014).

Sociální stáří

Změny v životě seniora jsou ovlivněny mnoha faktory a to například odchodem blízkého nebo partnera, přestěhováním se do domova důchodců či do domova s pečovatelskou službou, neschopností být nadále zaměstnán a to zejména s ohledem na zdravotní i psychický stav. Celkově samota, která nastupuje v seniorském věku, zapříčiňuje ztrátu životního náboje. Sebeuvědomění coby v roli důchodce, který už nemá sílu se starat o sebe v době nemoci. Je to nedobrovolné vybočení ze společnosti na úkor neovlivnitelnosti této situace (Slepička, aj. 2015).

Existuje periodizace, podle které lze vymezit sociální stáří jedince. Lidský život segmentuje do 3, v některých případech do 4 velkých etap. Jsou jimi první věk, druhý věk, třetí věk a čtvrtý věk, které pro svou jednoduchost mohou působit rozporupně v některých označeních.

První věk – před-produktivní období vyznačující dobu dětství a mládí, které je značně charakterizováno celkovým vývojem, růstem, procesem učení, přípravou do blízké profesní sféry a nabytí zkušeností a vědomostí.

Druhý věk – období produktivní, ve kterém nastávají fáze dospělosti, reprodukce, sociální a nejdůležitější životní produkce.

Třetí věk – post-produktivní období definující stáří jako obraz nesoucí pokles dovednosti pohybu a odpočinku, je to fáze, která je především za zenitem, bez žádné přínosnosti. To vede k rizikovému nebezpečí, kdy je pocíťována méněcennost a přibývá pocitu podceňování. Díky tomuto období vznikl impuls vytvořit univerzity, kde by senioři mohli být nadále v procesu učení. Těmto univerzitám se říká univerzity „třetího věku“.

Čtvrtý věk – fáze, kdy je senior plně závislý na svém okolí. Toto označení nebývá vnímáno s libostí, jelikož dělá dojem, že nebýt soběstačný je stejně zákonité jako všeobecné přijímání předchozích stádií. Tato fáze tvoří rozpor s koncepcí stárnutí, která má úspěšný průběh (Benešová 2014).

2.1.2 Stárnutí

Proces stárnutí je jednosměrný proces, chronologicky jdoucí po sobě od minulosti do budoucna. Před tímto procesem není cesty zpět (Koukolík 2014).

Neodmyslitelným znakem stárnutí je skutečnost, že se s ním musí postupem času vypořádávat každý živý jedinec, ať ho přijme s otevřenou náručí a neignoruje ho, nebo naopak dělá, že neexistuje. Toto přizpůsobení je výzvou pro stále větší množství lidí ve společnosti, která se stává starší s rostoucím procentem starších občanů (Petrová Kafková 2013).

Je známo, že stárnutí lze definovat mnohými způsoby, ale ani jeden není zcela přesný a adekvátní k doslovné charakteristice (Benešová 2014).

Dle sociologie můžeme o stárnutí říci, že se jedná o souhrn mnoha procesů po biologicko-psychologicko-sociální stránce. Termín „šedivění populace“ charakterizuje jev společnosti, kdy rodiny oplývají malým počtem dětí a prodlužujícím se životem stávajících členů rodiny (Čeledová, aj. 2017).

Lze jej pojmut i jako souhrn involučních (negativních) změn, které morfologicky a funkčně probíhají postupně, avšak heterochronně, vždy v daném systému či orgánů v různém věku, kdy je dovršena sexuální dospělost, následná adaptace a reakce na ni. Tento proces je mnohdy dán genetickým kódem, z části ostatními jevy, které jsou rozvíjeny, poruchami a chybami. Vzhledem k formě a struktuře organismu lze říci, že jde o fyziologický zánik, který je vždy přiměřený k ohledu na věkovou škálu. Dochází zde ke ztrátě funkčnosti a zhoršování přirozených vlastností, k poklesu rezerv, zhoršení reakcí na podněty, které souvisí s flexibilitou regulací, výkyvy vyplavování hormonů, které ovlivňují změny biorytmů člověka apod. Organismus se v tomto procesu dostává do své finální úlohy, proto se zhoršuje výkonnost, spontánnost, vlastnost odolávat zátěži. Zde nastává přemíra stresu a jeho závažnost. Změny vedoucí k zániku jedince úzce souvisejí s chorobnými změnami organismu. Lze dojít k zlepšení zdatnosti a to díky volnočasové pohybové aktivitě, podle které lze srovnat aktivního sedmdesátníka na stejnou hranici zdatnosti s padesátníkem, který se nevěnuje žádné volnočasové aktivitě a žije sedavým stylem života (Čevela, aj. 2012).

Teorie a příčiny stárnutí

„Hovoří se o „únavě materiálu“ a působení vnějších vlivů. Měl by snad člověk být před těmito jevy „ušetřen“ – a když, tak proč? Jen proto, že je na Zemi mimořádným fenoménem?“ (Fořt 2001, s. 12).

Vize o důvodech a o individuálním procesu stárnutí jsou po dlouho dobu monitorovány a postupně podávány s upřednostněním s vývojem zcela nových postupových stanoviskům. Změna nastává s novými skutečnostmi vědění o změnách buněčných a subbuněčných struktur. Nezpůsobitelnost organismu k nápravě těchto změn vede k zapříčinění procesu stárnutí (Dienstbier, aj. 2011).

Odborníci, řešící problematiku stárnutí, nastínili teorie, které eventuálně pomohou pochopit a vysvětlit proč dochází ke změnám při stárnutí:

Působení zevních vlivů – teorie ekologického charakteru došla k závěru, že zevní vlivy ovlivňují proces stárnutí, ať už pozitivně či negativně. Mezi tyto vlivy se řadí výživa, styl života, stresové faktory, starostlivost o seniory apod.

Volné radikály – poškození membrán buněk zapříčiňují volné radikály, neboli sloučeniny škodlivé pro organismus, kde také vznikají a svým množstvím ho ohrožují a poškozují.

Genetika – od narození má každý živý jedinec daný program, jak dlouho bude žít. Děti po svých rodičích pravděpodobně délku žití podědí.

Imunologie – při stárnutí organismu se tvoří chyby v buňkách, kdy organismus svým procesem chradne a není schopen chyby identifikovat a odstraňovat je. Za tímto jevem je proces autoimunity, kdy se buňky ničí navzájem (Mlýnková 2011).

Teorie stárnutí lze nastínit i jako dvě rozdílné skupiny, které pojednávají o předpokladech důsledku stárnutí. Dělíme je na teorii stochastickou a teorii nestochastickou (Čevela, aj. 2012).

Teorie stochastické

Stochastické teorie neboli teorie opotřebení, je přesvědčení, že stárnutí je slet dějů, které jsou převážně náhodné a jsou úzce spjaté s věkem, kdy narůstá opotřebení, poškozování, zvýšení výskytu poruch, selhání buněčné hmoty a její řízení i celkového uspořádání organismu jedince.

Příkladné procesy a jevy stochastických teorií

- Omyly a katastrofy proteosyntézy – při tvorbě bílkovin dochází k seskupení chyb při jejich přepisu a přenosu. Tyto vadné proteiny vznikají z pravidla v pozdní fázi přenosu.
- Překřížení – v důsledku překřížení proteinů vzniká jejich značné znehodnocení, tak i následných buněk, které ovlivňuje a postihuje například DNA, či membrány buněk.
- „Opotřebení“ – tato teorie pojednává o hromadném poškození mnoha částí organismu, které jsou životně nenahraditelné.
- Mutační – mutační změna složení DNA a vadná oprava zapříčiní zánik buněk, tkáňovému poškození, následně poškození orgánů. Toto vede k zániku celého organismu.

- Spolehlivosti - celkový proces stárnutí, je projev všeobecného kolapsu systému v čase a pravděpodobnosti přítomnosti vad, defektů a závad (Čevela, aj. 2012).

Teorie nestochastická

Nestochastická teorie neboli teorie naprogramování uvádí předpoklad, že lidské stárnutí je předem geneticky dáno a již má svůj nastolený programový proces (Čevela, aj. 2012).

Příkladné procesy a jevy nestochastických teorií

- Pacemakerová – specifické orgány a systémy jsou považovány za tzv. pacemakery, které jsou naprogramovatelné geny na daný algoritmus procesu stárnutí a trvání lidského života. Tento určitý algoritmus je nastartován již od narození. Jeden z nejdelších zkoumaných faktorů stárnutí je přerušení spojení výroby STH a hormonů pohlavního ústrojí s dopadem na plodnost, vystupování ve společnosti, na složení svalové a kostní hmoty, kůži a vlastnosti těla.
- Genetická – doba trvání života je pokaždé daná pro každý živočišný druh, doba trvání života jednovaječných dvojčat je mnohdy velice podobná – pouze u časných konců života, dominantou zde je stejný předpoklad ke stejným dispozicím výskytu chorob, která neznamenaá totožnou délku života ani tedy dlouhověkost.
- Hledání tzv. „smyslu, přínosnosti a potřebnosti“ stárnutí jsou obsahem zkoumání mnoha evolučních teorií, které zkoumají spojitost délek stáří a života a trvání doby pro nezbytnou péči o potomky. Celkový proces stárnutí staví seniory do znevýhodněné pozice neschopnosti se nadále reprodukovat a bojovat o přežití, dále je zrychlená výměna vůdců smečky, s tím je spjata změna genofondu a plošně většímu výběru evoluce při změnách prostředí (Čevela, aj. 2012).

2.1.3 Senior

Dle webu senioricr.cz (2018) by označení „senior“ měl mít každý občan, který dle legislativy České republiky nabyl starobní důchod, pro který splnil podmínky, bez zřetele na to, kolik let dovršil a zda aktuálně pobírá, či nepobírá starobní důchod.

Populace staršího věku neboli seniorská populace se vyznačuje svou heterogenitou, tudíž nelze tvrdit, že existuje „typický děda“ či „typická babička“, v tomto případě lze hovořit o vážném diskriminačním stereotypu, jako nelze říci „typický černoch“ či „typický muž“ (Čevela, aj. 2012).

Seniorem můžeme nazvat jedince, který dosáhal tzv. sénia. Tuto kategorii si můžeme představit jako jedince v pokročilém věku mezi 75–89 lety. Na první pohled tito lidé jeví známky postupných okem viditelných změn v procesu stáří, například změna mimiky v obličeji či pohybové lokomoci. Senioři procházejí také změnami psychickými při průběhu celkové involuce. Během kontaktu s mladšími generacemi dochází k rozporu komunikace, kdy senioři nedokážou celkově vnímat, jelikož mluva mladších je podle jejich úsudku příliš tichá, nezřetelná a příliš rychlá. Naše mluva o dennodenních záležitostech je pro ně něčím nepochopitelným, jako pro nás jejich zestárlý a úplně rozdílně naplněný obsah dní. Mladší generace si seniory prezentuje a představuje jako fyzicky nemohoucího, v zádech křivého, pomalejšího, nechtějící se podřídit a zapomínajícího člověka. K tomuto jevu napomáhá negativní veřejné mínění s příchodem stařeckých problémů, jako je inkontinence, hluchota a přicházející stařecká demence. Pokud se ve společnosti objeví senior, který se těmito známkám stárnutí vymyká, máme ho za výjimečný úkaz, že stárnout jde i jiným tempem a způsobem (Haškovcová 1990).

Z pohledu zájmů a nezbytností pro lidský život je mnohem důležitější funkční stav jedince než datum narození. Podle funkčního stavu lze určit mladší generace, tak i existující starší obyvatelstvo – seniory, které lze dělit do skupin:

- Elitní – ti, kteří jsou schopni radikálně vysokých výkonů do vysokého stáří.
- Zdatní – alias „fit“ senioři, kterým žít v náročném prostředí nedělá žádný problém za přítomnosti vysoké pohybové a pracovní aktivity.
- Nezávislí – žít v běžném životě jim nezpůsobuje žádný veliký problém, žijí s nároky jako celý život předtím, ale klesá jim vitalita a funkční a pohybová zdatnost, horší se zdravotní stránka. Tito senioři těží z rekondičních programů.
- Křehcí – tuto skupinu postihuje nestabilní funkční a zdravotní stav. Nutná potřeba intervence včas, pružně a šetrně nevnímáje tísňové péče.

- Závislí – senioři v této skupině mají nižší potenciál svého zdravotního stavu, nutná společnost druhé osoby pro udržení a podpory lidských potřeb.
- Zcela závislí – nutnost trvalého dohledu, tito senioři jsou upoutáni trvale na lůžko nebo trpí syndromem demence v pokročilém stádiu, nutnost ošetrovatelské a pečovatelské péče. Ze stran pečovatelek je nutná cílevědomá podpora důstojnosti.
- Umírající – senioři, kteří jsou udržováni do svého konce, například hospic (Čevela, aj. 2012).

2.1.4 Demografie populace

Demografie se zabývá reprodukcí populací napříč světem. Zkoumá podmínky, které reprodukci přímo ovlivňují a řízení procesu s ní spojené. Sčítání obyvatelstva se provádělo už v letech před naším letopočtem, například v Egyptě či v republikánské éře antického Říma. V Čechách jsou dochované záznamové archy od roku 1785, kdy jednotný systém záznamů pro matriky byl zaveden v roce 1950 v době Československé republiky. Registr zaznamenává občany od svého narození a vystupují z něj svojí smrtí či migrací. Centrální rejstřík občanů byl v českých zemích založen v roce 1980 v souvislosti sčítání obyvatelstva, jelikož registr je nejvýznamnější zdroj při studiu celkového zdravotního stavu populace (Čevela, aj. 2012).

Dle Kubešové (2009) došlo k prodloužení lidského života zhruba o 6 let za posledních 15 let a mnoho seniorské populace se dožívá vyššího věku s velice dobrým duševním a fyzickým stavem. Pokud jedinec dovrší 65 let, tak jeho nadcházející délka života činí 18 let, v 75 letech délka činí 11 let, 85 letech 6 let, u 90letého jedince 4 roky a u stoletých 2 roky. Ve věkové hranici 85 let se nachází senioři, kteří jsou relativně v dobré zdravotní kondici a pouhých 20 % se nachází ve stavu, kdy je nutná péče druhé osoby.

Díky růstu střední a maximální délky života roste význam kvality žití v seniorském odvětví. Světová zdravotnická organizace doporučuje sledovat hodnoty střední délky života bez postihnutí postižení či chronických nemocí (Čevela, aj. 2012).

Ukazatel střední délky života nám vyjadřuje počet let, kterých se jedinec dožije. Nejčastěji se vyjadřuje v podobě „naděje dožití“ neboli, jak dlouhý život se jedinec dožije od narození (ČSÚ 2017).

Střední délka života, neboli „naděje dožití“ se po roce 1990 u obou pohlaví značně zvedá. Mezi lety 2001–2003 prošlo k prodlevě u mužského pohlaví, kdy se hranice „naděje dožití“ držela na hodnotě 72,1 let a s dalším rokem klesla na 72,0 let. K prodlevě došlo i u žen v roce 2002 a 2003, u kterých se hodnota střední délky života držela na 78,5 let. Do roku 2014 „naděje dožití“ stoupla u obou pohlaví, u mužů pak nastala prodleva mezi lety 2014 a 2015 a hodnota klesla na 75,8 let. U žen došlo ke snížení z 81,7 let na 81,4 let. Rok 2016 znamenal stoupání hodnot a to jak u mužů, s hodnotou 76,2, tak u žen, s hodnotou 82,1 let. Bohužel rok 2017 znamenal pokles obou hodnot, u mužů hodnota klesla na 76,0 let a u žen na 81,8 let (ČSÚ 2018).

Je nutné striktně odlišit průměrný věk žijících jedinců od „naděje dožití“, jelikož aritmetický průměr odráží strukturu věků. Za střední hodnotu neboli věkový medián se označuje věk, který pólí dané obyvatelstvo na stejně velké celky. Totální počet jedinců s označením „senior“ se hodnotí podle stálé věkové hranice 65 let. Dle věkové hranice, která by teoreticky mohla mít klesající i rostoucí charakter, jinak také „plovoucí“. Podle této charakteristické věkové hranice lze určit i absolutní počet velmi starých seniorů, kteří minou hranici 80 let. Tyto údaje jsou významné z hlediska gerontologie a aktuálně i pro předpověď demografických změn (Čevela, aj. 2012).

Předpověď vývoje populace dle ČSÚ předpokládá, že hodnota podílu seniorů bude vzrůstat. Česká republika v současnosti má více než 2 380 000 jedinců starších 60 let, to tvoří zhruba 23 % populace. Po roce 2045 toto procento vzroste na 37 %, tudíž hranice vzroste nad hodnotu 4 000 000. Senioři staří 80 let dnes tvoří 4 % populace v ČR, kdežto do roku 2060 procento vzroste na neuvěřitelných 14 %. Česká populace oproti západoevropským zemím stárne se značně mírným zpožděním, které dopomůže k většímu kontrastu v nadcházejících letech. Po roce 2030 se česká populace vyhoupne do žebříčku nejstarších populací světa, dnes se řadí mezi populace mladší (Petrová Kafková 2013).

Tato předpověď demografického vývoje ukazuje na nutnost změny zdravotních a sociálních služeb a neodkladně přijmout takové změny v reformě, které by vedly k zajištění udržitelného rozvoje všech věkových skupin (Holczerová, aj. 2013).

2.1.5 Změny v důsledku stárnutí

Souhlasíme s Benešovou (2014), že změny zapříčiněné procesem stárnutí se odehrávají na tělesné, psychické a sociální úrovni. Tyto celky jsou vzájemně propojeny.

Změny biologické (tělesné)

Aspekty stárnutí po biologické stránce můžeme chápat jako proces typických fyzických změn v organismu, který podléhá opotřebení a stárnutí celkově. Dochází zde ke změnám po morfologické stránce a dále zpomalení, neboli změnám funkčnosti. Jedny z nejzákladnějších změn v lidském organismu jsou změny spojené s opotřebením orgánů, zpomalený chod metabolismu a snížení biologických přizpůsobovacích (adaptačních) procesů. Tělesné změny probíhají ve většině orgánových soustav, kdy největší progres změn jde na první pohled spatřit na kůži a celkovém pohybovém aparátu.

Změny psychické

Psychika člověka se mění zejména v jednotlivých funkcích, mezi které řadíme celkovou vnímavost prostředí, udržení pozornosti, paměť, představivost a celkové myšlení. V mnoha případech dochází ke snížení schopnosti adaptace na nově vzniklé životní události a situace. Snížení procesu vnímání zapříčiňuje i pocit úzkosti, strachu a nejistoty. Důsledek těchto stavů je nárůst asociálnosti, tudíž strach seniorů roste ze společnosti a celkově pohybu v prostředí, které je pro ně nejisté a neznámé. Po dosažení hranice 80 let sebou nese už značné poruchy spojené s pamětí, schopností za sebe sama soudně rozhodnout a uvědomění si své vlastní osobnosti. Vyskytuje se nárůst duševních nemocí, jelikož starý člověk je více emočně ovlivněn svoji labilností a výše zmíněnými důvody. Nejčastější jevy involuce spojené s psychikou je snížení procesu po duševní stránce, není důležitá rychlost, nýbrž přesnost, zhoršení adaptace na změny, mírná ztráta nadšení a motivace, pokles zájmu o své okolí a všeobecná apatie. Styl komunikace, veškerá zásoba slov a obecná pozornost nepodléhají involuční změně. Zhoršení nastává ve vybrané pozornosti, schopnosti plynule hovořit, vnímání prostoru a používání

logického uvažování. Osobnost jako taková se nemění, nýbrž s rostoucím věkem se ojedinělé povahové rysy zvýrazní a projeví se na celkovém chování, například ze spořivého jedince se ve stáří může velice jednoduše stát lakomec, dominance může přerůst do despotického stadia. Bolest doprovázející různá onemocnění může také do značné míry ovlivnit psychiku jedince. Senioři jsou citlivější na vnímání bolesti a také ji musejí snášet permanentně, jelikož tělo je po fyzické stránce ve fázi chřadnutí. Závažné projevy změn v lidské psychice nastávají v mozku a jsou vázané na změny tělesné a sociální.

Změny:

Intelektu – Jevem stáří je dosažení větší moudrosti, ze životních zkušeností, avšak nezapřičiňuje růst bystrosti a důvtipu. Paradoxem stáří je jedinec, který myslí opožděně s mizivým chápáním.

Paměti – Znakem stáří je, že senioři mají velice ucelené myšlenky, myšlenkové pochody a vzpomínky v paměti nejjasnější ze svého mládí, které rádi vyprávějí mladším generacím, ale už si zcela nevybavují a nepamatují, že tyto vzpomínky odvyprávěli nejméně dvakrát každému ve svém okolí. Schopnost paměti není stejnorodost, tudíž ve stáří upadá funkce pouze v jednotlivých fázích. Jedna z těch nejvíce postižených funkcí je paměť krátkodobá, kdy si jedinec není schopen vzpomenout, co bylo jeho náplní před hodinou, či čísla, názvy a jména. Faktorem individuálnosti je kvalita paměti, která nám také ovlivňuje intelekt, emoce, edukaci, zásobu slov a jiné.

Pozornosti – Intenzita, stabilita a celkový rozsah kvality pozornosti je vymezen dle dispozic, vývojovým procesem a cvikem. Proces stárnutí pozornost ovlivňuje v několika stádiích. Koncentrace je ovlivněna mírou unavenosti, i před důležitost pozorovaného objektu pro jedince. Kniha, kterou bychom v mládí přečetli s větší koncentrací, se pro nás stane na čtení o něco složitější a může to vést k jejímu odložení. Dále také vzniká rozpor rizika při povoleném řízení ve vysokém věku, kdy senior není schopen udržet pozornost na stoprocentní hranici. Je důležité řešit důležité a neodkladné věci zrána, kdy mozek je čerstvý po spánku a v odpoledních hodinách se ubírat k rutině.

Charakteru – Je jedním ze základních kamenů osobnosti a vlastností. Nejznámější dělení charakterů je dle Eysencka, který rozlišoval extroverzi a introverzi a také neuroticismus a psychoticismus. Tyto veškeré složky se během lidského života mění v závislosti na pohlaví. Menší změny nálad a stálost vnitřního klidu zapříčiňuje tendenci senioru se uchýlit k introverzi.

Změny sociální

Nejvýznamnější dopad na změny v této oblasti nesou v procesu stárnutí důvody, jako jsou změna prostředí, stěhování do pobytového zařízení, úmrtí partnera, změna životního stylu, odchod z práce do penze, finanční problémy apod. (Benešová 2014).

2.1.6 Typická onemocnění seniorů a vliv pohybové aktivity jako prevence

Proces stárání a choroby jdou spolu odjakživa ruku v ruce. Zvláštností je, že nemoci postihují veškeré věkové kategorie, nikoli pouze tu starší. Za neuváživost by se dalo brát tvrzení, že staří lidé nemarodí. Strach ze stárání pramení z příchodu vážných chorob a celkového chřadnutí osobnosti. Onemocnění je bráno jako věc, která do našich životů nepatří, proto si člověk vyhraňuje jakési „právo“, že jeho osobě by se nemoci měly vyhýbat. Stejný postoj tomu vede z celé společnosti, kde si každý nárokuje zdravý průběh života, jelikož existují instituce, které nám garantují právo a jsou nutné ho realizovat. Bohužel nemoci k lidskému životu patří a je nutné korigovat tvrzení o jejich vymýcení. Přes výskyt mnoha onemocnění uzejme, že současná medicína si zaslouží velké a spravedlivé díky za úspěchy své tvrdé práce, jelikož jejich výsledná práce umožňuje mnoha lidem patřičnou prevenci a trvalou péči, díky nimž lze prožít takřka život bez nemocí. Nejvyšší individuální a společenská hodnota je zajisté zdraví. Takové uvědomění přichází, když je člověk patřičně ohrožen. Světová zdravotnická organizace ho definuje jako „stav naprostého tělesného, duševního a sociálního blahobytu“ (Haškovcová 1990).

Úpadek vitality těla a psychiky je individuálního charakteru, který je přímo ovlivněn mnoha faktory, které jsou nevratné, například jeden z nejdůležitějších faktorů je genetická predispozice pro nemoci a vady, kterou jedinec nemůže ovlivnit, ale pouze zbrzdit dopady na zdraví. Etapu stárání doprovází tzv. polymorbidita, což je zvýšený

výskyt nemocí somatického i psychického rázu. Nejčastější chronické onemocnění ve stáří probíhají v oběhové soustavě, v mozku a pohybovém ústrojí. V této etapě života se kouká na zdraví jako takové z jiného pohledu, jelikož už nás nezajímá otázka, kolika nemocemi člověk prochází, ale zda si dokáže udržet soběstačnost a pocit pohody (Vágnerová 2007).

Geriatrická křehkost

Jedná se o úpadek zdraví a funkcí ve stáří, kdy není žádná vazba na přímo danou nemoc. Nejpropracovanější z konceptu je koncept dle L. Friedové, která zhodnotila tělesné aspekty křehkosti, jimiž jsou:

- pocit nechutenství bez žádného chtěného impulzu (úbytek více jak 5 kg za 12 měsíců),
- vyčerpanost,
- slabost a úbytek spojená se svalovou hmotou (sarkopenie), doprovázená s nestabilitou a pády,
- zdlouhavá chůze,
- celková hypomobilita v prostoru.

Výskyt tohoto konceptu křehkosti je především u ženského pohlaví ve věku nad 80 let u 40 % žen (Čevela, aj. 2012).

Kardiovaskulární onemocnění

Pracovní kapacita srdce stářím klesá, proto je srdce schopné přečerpat méně krve. Se stářím přichází i o svou pružnost mnoho cév, což zapříčiňuje mnoho komplikací (Benešová 2014).

Česká republika se řadí mezi evropské státy, ve kterých je kardiovaskulární onemocnění největší příčinou předčasných úmrtí (Holmerová, aj. 2014).

Ateroskleróza

Také tzv. tichá nemoc, která se navenek neprojevuje žádnými příznaky. Lze ji popsat jako degenerativní děj, při kterém stěny cév zesilují a stávají se tvrdými. Výsledkem tohoto děje je množství problémů spojené s velkými cévami a srdcem. Jediná účinná obrana před touto nemocí je prevence životního režimu po celý život. Nejlepší čas na prevenci je okolo 30-40 lety. Tudíž aterosklerózu lze popsat jako chronický proces, který má pomalý průběh po celý život (Diensbier, aj. 2011).

Ateroskleróza postihuje ženské pohlaví takřka v průměru o dvacet let déle, nežli mužskou populaci. Příčinou je zřejmě hormon testosteron (Fořt 2001).

Ischemická choroba srdeční

Znamená nepoměr při spotřebě kyslíku a dodávky do srdce. Struktura cévního řečiště, v procesu stárnutí, se postupně mění. Cholesterol se ukládá na stěny cév, zhušťuje se zde také uložený kolagen, elastin a ukládá se vápník. Tyto jevy znemožňují rozšíření cév při procesu vypuzování krve srdeční systolou. Nejčastěji se tyto změny projevují v aortě. Zvápenatění cév lze vidět na snímcích z rentgenu. Jedním z rizik je výskyt této choroby v rodině (Diensbier, aj. 2011).

Hypertenze

Neboli „tichý vrah“, jak je označený vysoký krevní tlak. S přibývajícím věkem je patrné zvýšení počet osob s primárním vysokým tlakem. V kategorii s hranicí nad 65 let. Touto chorobou je postižený takřka každý druhý jedinec. Prvotní a hlavní důsledek hypertenze u seniorů je zvětšující se odpor v cévách vzhledem ke klesající elasticitě aorty a větších cév z příčiny probíhající ateroskleróze (Diensbier, aj. 2011).

Poruchy srdečního rytmu

„Poruchy srdečního rytmu z poruch tvorby vzruchu, vedení vzruchu nebo kombinaci obou“ (Matějovská Kubešová 2009, s. 81. neboli arytmie, zrychlení nebo zpomalení srdeční akce. Vznikají na základě změn vnitřního prostředí, či rovnováhy hormonů. Příznak arytmie je bušení srdce doprovázené sevřením na hrudi, dušností apod. U osob ve vyšším věku se objevují časté závratě, pády i v neposlední řadě riziková ztráta vědomí. Arytmie se měří přístrojem EKG, který je při diagnóze rozhodující (Diensbier, aj. 2011).

Angina pectoris a infarkt myokardu

ICHS se jeví jako chronické a akutní onemocnění. Její náhlá forma infarkt myokardu může být příčinou náhlé smrti. Infarkt lze popsat jako ucpání tepny sraženinou z krve. Angina pectoris má projev bolesti na hrudníku v místě sternu, která je zapříčiněna náhlou námahou, která si vynucuje vyšší zásobení srdce kyslíkem. Bolest může vystřelovat až do levé horní končetiny (Diensbier, aj. 2011).

Embolie do plícnice

Tato choroba vzniká při vniknutí krevní sraženiny do plícnice a jejích rozvětvení. Důsledek je ucpání cévy, která zamezí zásobení krví v daných oblastech. V mnoha nejčastějších případech krevní sraženina, která vnikne do krevního řečiště, pochází z dolních končetin. Také se objevují sraženiny z pravé síně či komory srdce. Rozsáhlá embolie vede neodkladně ke smrti. V menším rozsahu nastává infarkt plic, který je doprovázen bolestí hrudi, dušností a kašláním krve. Ve stáří navíc doprovázen úzkostí (Diensbier, aj. 2011).

Vliv pohybové aktivity

Důsledky onemocnění kardiovaskulárního systému jsou značným omezením pro celý lidský organismus při pohybové aktivitě, ale i při činnostech v běžném životě. Při náhle zvýšené intenzitě nastává riziko, při kterém frekvence srdce dosahuje hodnot, které překračují hranici, kdy je to bezpečné - to může jedince ohrozit přímo na životě. U jedinců s hypertenzí nastává riziko při zvýšení intenzity zátěže takové, že náhlé stoupnutí krevního tlaku může způsobit mozkovou příhodu.

- Pozitivní výsledky při pravidelném pohybovém režimu mají vliv na celkově oslabený organismus. Srdce má tu vlastnost, že při správně zvoleném tréninku, postupně zvyšuje výkonnost,
- při situaci, kdy je snižená dodávka krve se zlepší vlastnost buněk využívat kyslík,
- při běžných činnostech se projeví nižší hodnoty srdeční frekvence, kdy srdce jede na lepší ekonomičnost své práce,
- přizpůsobení organismu na oslabení vede k lepšímu psychickému stavu, sebevědomí a kvalitě života (Matouš, aj. 2002).

Onemocnění dýchacího systému

Změny v respiračním systému jsou velice významné. Některé jsou příčinou procesu rozvoje tzv. stařeckého hrudníku vlivy osteoporózy kostí, snížení pohyblivosti svalů hrudníku. Tento jev je důsledkem ovlivnění inspiračního a expiračního tlaku a snížení vitální kapacity. Dýchací systém se v této fázi stává neschopný samočištění,

jelikož to zapříčiňuje nekoordinovaná pohyblivost ciliárních buněk a jejich zmenšené množství (Holmerová, aj. 2014).

Pneumonie

Také nazývané jako akutní onemocnění zasahující plíce. Toto onemocnění způsobuje infekční činitel (bakterie, viry, plísňe nebo paraziti). U starších osob s věkem nad 80 let způsobuje riziko smrti. Nejznámějším činitelem je bakterie *Legionella pneumophilla* neboli legionářská nemoc. Výskyt smíšených infekcí se vyskytuje nejčastěji v domovech důchodců. Příznaky této nemoci jako jsou kašel s hlenem, vysoká horečka s třesavkou, bolest hrudníku nemusí být zcela přítomna. Pneumonie může být doprovázena také nadměrnou únavou, velkým úbytkem tělesné hmotnosti a dlouhodobým pokašláváním (Diensbier, aj. 2011).

Vliv pohybové aktivity

Velký zřetel se bere na omezení tolerance i při malé tělesné zátěži, roste únava a zvyšuje se dušnost. Intenzita a délka, která je vzhledem k zátěži neadekvátní může zapříčinit snížení kyslíkové nasycení krve, pravá srdeční komora se stává přetížená a následně selhává. Pokud se pohybová aktivita vykonává v prostředí, které je výkonu nevhodné (suchý, chladný, prašný vzduch) dráždí průdušky, či vyprovokuje alergickou reakci s dopadem zhoršení plicní choroby. Pohyb jako takový je nezastupitelná složka ve všech fázích onemocnění. Pohyb těla přináší zmírnění dopadu příznaků onemocnění jedince a tím pozitivně přispívá k lepší kvalitě jeho života. Cílená dechová cvičení usnadňují přizpůsobení stereotypu dechu uvolnění svalové struktury v hrudníku, ramenního pletence a zvyšuje koordinační vitalitu pohybu spojeného s dechem. S tím úzce souvisí vykonávání dynamické činnosti, při které je nutné prohloubené dýchání (Matouš, aj. 2002).

Onemocnění trávicího ústrojí

Prvotní problém nastává již při ztrátě či opotřebování chrupu. Průchodnost živin a natráveniny žaludkem a následně střevy je značně horší (Benešová 2014).

Jícnová diskragie

Jedná se o poruchu polykání soust či o patrnou bolest při mechanismu polykání tuhé složky jídla. Pokud jsou problémy i při polykání tekuté složky, jde o poruchu

spojenou s hybností (motilitu) jícnu. Mnohdy je tento stav doprovázen pálením žáhy, bolest hrudi je příznak přítomnosti zánětu jícnu, který vyvolává vyvrácení žaludečního obsahu nazpět, je velice kladen důraz na vyvrácení případného nádoru (Diensbier, aj. 2011).

Vředy

Jsou označovány jako choroba, která postihuje a zapříčiňuje lokální defekt sliznice a vrstev žaludku nebo dvanáctníku. U starší generace je nejčastější výskyt v žaludku. Odborníci v současné době předpokládají, že narušení povrchu sliznic dochází při ztrátě odolnosti vůči žaludeční šťávě. Mezi klasické obtíže vředového onemocnění patří bolest v nadbříží nalačno, kdy dochází k úlevě po požití medikace na zmírnění kyselosti žaludeční šťávy, či po jídle se vyskytují zažívací potíže doprovázené únavou, nechutenstvím, ztrátou tělesné hmotnosti a někdy i nevolností doprovázené zvracením (Diensbier, aj. 2011).

Tlusté střevo a konečník

Zácpa

Vyprazdňování stolice, která je pro jedince obtížnější než obvykle po dobu třech dnů. Příčinou tohoto stavu je snížená hybnost a peristaltika střev, nebo více tuhé natraveniny ve stolici. Tento děj ovlivňuje zevní prostředí, či hospitalizace v zařízení (Diensbier, aj. 2011).

Průjem

Velice nepříjemné a časté vyprazdňování. Projevem je vodnatá, řídká stolice a peristaltika střev je zrychlená. Mnohdy se ve stolici při průjmu může vyskytovat krev, hlen apod. Při trvání více dnů se jedná o akutní průjem a je nutná hospitalizace (Diensbier, aj. 2011).

Onemocnění jater

V játrech je tvorba plasmatických bílkovin, krevních barviv, jako je bilirubin a také žluči. Probíhá zde zpracování živin a užívaných léků (Diensbier, aj. 2011).

Žloutenka (Hepatitida)

Neboli virový zánět jater je u seniorů způsoben výskytem mnoha virů, proto se žloutenka dělí na typ A, B a C. Zmíněný druh „B“ je přenášen při krevních odběrech, aplikací léků nitrožilním způsobem či při transfuzi. Projevem hepatitidy je zvýšená únava, kloubní bolest či vyšší hodnoty jaterních testů. Důsledkem jsou zvětšená, na dotek bolestivá játra. Nejprve jedinci zežloutnou bělma očí a postupně se nákaza šíří celým tělem (Diensbier, aj. 2011).

Cirhóza (jaterní tvrdnutí)

Toto onemocnění vzniká zánikem některých částí buněk v játrech, vytvořením jizev a změnou struktury tkáně. Nejčastější příčina je posthepatitická cirhóza, jež tvoří třetinu tohoto onemocnění. Za nejméně častou cirhózu se považuje ta alkoholická, jelikož valná většina alkoholiků se dožívá maximálně do 45 až 65 let, kdy se onemocnění projevuje nejvíce (Diensbier, aj. 2011).

Onemocnění slinivky břišní, žlučníku a žlučnickových cest

Pankreatitida zánět slinivky

Ve své akutní podobě je tato choroba velice bolestivá, doprovázena dramatickým průběhem a následnou terapií. Úleva mnohdy přichází až po chirurgickém zákroku, díky kterému se uvolní slinivkové pouzdro. S vyšším věkem přichází spíše v lehké podobě. Zánět, který je už spíše chronický, vyžaduje farmakologické léčení a změnu životosprávy. Dochází ke snížení kvanta pankreatické žlázy, aktivity a tvorby enzymů. Nutná je absence alkoholu (Diensbier, aj. 2011).

Cholelitiáza (žlučnickové kameny)

Výskyt se jeví u starších osob nad 65 let, kdy výskyt je u žen vyšší než u mužů. Kameny jsou odstraňovány chirurgickou nebo endoskopickou metodou. Mohou vyvolat i zánět žlučníku, který rozšíří infekci po cestách žlučníku a zapříčiní akutní zánět slinivky (Diensbier, aj. 2011).

Vliv pohybové aktivity

Jenom chůze nám může pomoci k dobrému trávení. Ovšem musí být prováděná patřičnou intenzitou a délkou. Optimální délka je 30 minut každý den. Také dobrým

způsobem pro podporu peristaltiky střev může pomoci běh či jóga, kdy se mění pozice a probíhá tak i masáž břicha. Pohybová aktivita má mimořádný vliv na proces trávení a organismu (Ženčuchová 2012).

Onemocnění močových cest

Schopnost ledvin tvorby a vylučování moči ve vyšším věku klesá. Močový měchýř ztrácí svou objemovou kapacitu a svěrače ztrácejí na své síle (Benešová 2014).

Akutní selhání ledvin

Označováno jako ARF (acute renal silure) můžeme definovat jako neočekávané selhání ledvin po eliminačně detoxikační schopnosti. Zhoršuje se glomerulární filtrace v průběhu několika hodin až dní, kdy ledviny ztrácí schopnost udržet vnitřní stálost prostředí (homeostázu) za podmínek, kdy je tělo v klidu (Matějovská Kubešová 2009).

Inkontinence

Při této poruše dochází k náhlému úniku moči. Projevuje se s přibývajícím věkem, kdy ochabují funkce svěračů při zadržování moči. Vliv na funkci svěračů má posílení svalů pánevního dna (Matouš, aj. 2002).

Vliv pohybové aktivity

Jednotlivé individuální faktory jsou faktorem, který limituje celkově organismus. Je nutno podotknout, že jednou z nejméně vyhovujících zátěží je zátěž v podobě zvedání těžkých břemen, ty zapříčiní přetížení svalů pánevního dna rostoucím tlakem na břicho, což přímo ovlivňuje uložení a polohu orgánů malé pánve. Aktivita by měla být spíše ve formě kompenzačního cvičení, která se zaměřuje na vyrovnaní dysbalancí, zkvalitnění při flexibilitě kloubních pouzder a celkové soběstačnosti (Matouš, aj. 2002).

Onemocnění žláz s vnitřní sekrecí

Změnám po hormonální oblasti podléhají jak muži, tak ženy, ale ženy tomuto neduhu podléhají mnohem více. Stále se ale dá hovořit o kontinuálním procesu (Benešová 2014).

Snížená a zvýšená funkce štítné žlázy

Onemocnění hypotyreóza, neboli snížení funkce štítné žlázy, postihuje spíše ženské pohlaví a projevuje se jako autoimunitní zánět chronického charakteru. Projevuje se značnou únavou, apatií k prostředí, zácpou, nechutí jíst, malátností v prostoru a neposlední řadě demencí. Nemocní vždy nemusejí trpět všemi příznaky. Kdežto zvýšená funkce štítné žlázy a také zvýšená produkce hormonů vyvolávají zvýšení látkové výměny. Projevy této dysfunkce jsou výrazná ztráta hmotnosti, svalová slabost, svíravý pocit srdce, zrychlený tep až fibrilace síní (Diensbier, aj. 2011).

Cukrovka (Diabetes)

Toto onemocnění se vyskytuje u 40 % jedinců v letech nad 80. Jedná se o syndrom glykémie chronické formy. Je charakterizován vyšší krevní hodnotou hladiny cukru než obvykle. Glukóza s tuky pro tělo znamenají zdroj energie, a aby byla glukóza v těle použitelná, je nutná přítomnost inzulínu. Pokud pankreas sníží výrobu inzulínu, nebo se tkáně stávají odolné působením, dochází ke změně výměny látek. Jsou dva typy cukrovky. V prvním typu dochází ke snížení výroby inzulínu a v druhém typu k inzulínové rezistenci neboli snížené vyplavování inzulínu. Cukrovka je velice ovlivněná genetikou a také celkovým životním stylem a ostatními vlivy (Diensbier, aj. 2011).

Obezita

Důvodem obezity je velký nepoměr příjmu a výdeje energie. Na tomto onemocnění se projevuje špatné stravování a absence pohybu. Obezita zapříčiňuje kvantum závažných onemocnění krevního oběhu, metabolismu těla, apod. Vysoká hmotnost značně přetěžuje systém hybnosti a nejvíce klouby (Matouš, aj. 2002).

Vliv pohybové aktivity

Ti, kteří svádí boj s nadváhou, to mají mnohem těžší při vykonávání pohybové aktivity než jedinci zdravý. Rozdíl nastává v diametrálně rozdílném zastoupení svaloviny v těle a adaptaci na zátěž, která je o dost nižší. Organismus se stává přetížením, tudíž má „metabolickou rezervu“ menší, tím pádem se tělo dostává velice brzy do fáze unavenosti a vyčerpanosti. Pohybová zátěž u obézních jedinců zapříčiňuje vyšší frekvenci srdce, vyšší krevní tlak, zvýšenou frekvenci dechu oproti lidem, kteří obézní nejsou. Zavedení pravidelného pohybu vede k výraznému snížení tělesné hmotnosti,

zkvalitnění metabolismu, k získání fyzické zdatnosti i výkonnosti, prevenci proti onemocnění, která doprovází obezitu. U jedince trpící na cukrovku musí být veškeré pohybové vyžití kontrolované a řízené při začátku výkonu s přihlédnutím na závažnost opatrnosti a rizik onemocnění. Cukrovka II. typu při pohybu profituje snížením dávky podávaného inzulínu, avšak u II. typu je pohybová aktivita velice podobná a zvyšuje rezistenci buněk na inzulín, využívá glukózu, snižuje hladinu cukru v krvi, přebytečná energie je odbourávána, což zapříčiní úbytek hmotnosti (Matouš, aj. 2002).

Neurologická onemocnění

Zdravotní a sociální systém má problém v podobě neurodegeneračních procesů ve stáří. Dochází ke změnám makroskopickým i mikroskopickým a posuzování těchto dvou změn je velice obtížné. Ve stáří je zaznamenána nižší hmotnost mozku (Holmerová, aj. 2014).

Dle Fořta (2001) je ale těžko posuzovatelné v tomto kontextu, zda také klesá krátkodobá paměť a její ukládání či zhoršení udržení pozornosti.

Periferní nervový systém je oslaben sníženými vzruchy, kdy zpracování a příjem informací podléhá časové prodlevě. Reakční doba odpovědi na podněty se tím značně zvyšuje (Benešová 2014).

Mrtvice

Mrtvice jako náhlá nemoc je velice příbuzná infarktu. Rozdíl spočívá v tom, že při mrtvici je zablokovaná céva, která vyústí v mozk, proto se jedná o formu krvácení. Lidské schopnosti jak mentální tak fyzické jsou řízeny a kontrolovány jednotlivými částmi mozku, proto následné postižení závisí od toho, kde došlo k poruše zapříčiněné zablokováním (Dr. Walter M. Bortz II. 1995).

Parkinsonova choroba

Většina pacientu s Parkinsonovým syndromem podlehl ztrátě 80 % buněk, které mají na starosti výrobu dopaminu. Přesné objasnění jaká je příčina této nemoci doposud není známo. Je specifická třesem a ztrátou schopnosti kontrolovat a koordinovat tělesné pohyby, na které trpí mnoho pacientů. Této formě se také říká „parkinsonismus“, který je vždy skrytou Parkinsonovou chorobou. Nemoc se vyskytuje mezi 60 až 80letými jedinci, ale jsou zde i případy u jedinců mladších. Mezi příznaky

choroby je značná ztuhlost při pohybu končetin, či krku, přítomný třes při naprostém klidu, pomalé zahájení pohybů doprovázené špatným držením těla, rovnováhy a problémovou chůzí. Mezi symptomy také patří přítomnost únavy, nespavost, zapomnětlivost, labilnost nálad, špatná artikulace, úzkost, zpomalení myšlenkových pochodů, problémy s vylučováním (Diensbier, aj. 2011).

Alzheimerova choroba

„Alzheimerova choroba je onemocnění nákladným a závažným, pro jednotlivce, rodiny i celou společnost. V současné době je v rozvinutých zemích dopad Alzheimerovy choroby na zdraví lidí vyjádřený jako zátěž onemocnění“ (Holmerová, aj. 2014).

Alzheimerova choroba nese název po svém objeviteli, výzkumníkovi Aloisovi Alzheimer, který ji popsal již v roce 1907. Příčina jejího výskytu dodnes není objasněna, pouze se ví, že dochází k postupnému odumírání neuronů. Ve svém průběhu má 3 fáze. Počáteční fáze je zcela mírná svému průběhu a jejími projevy jsou výpadky krátkodobé paměti a postupné ztrácení vnímání orientace v čase s naprostou nezaujatostí okolnímu prostředí, kdy jedinec je schopen se o sebe postarat. Ve střední fázi je nutný dohled nad jedincem a občasná výpomoc při každodenních aktivitách, avšak už dochází k úpadku schopností se učit a myslet na abstraktní bázi. Třetí, konečná fáze, je fáze kdy se jedinec není schopen o nic postarat, je plně závislý na druhé osobě, dochází i ke ztrátě mluvy. Posledním projevem jedince na sklonku života při této chorobě je smích, vnímaný jako přízeň a vděk (Diensbier, aj. 2011).

Stařecká demence

Pod tímto pojmem se skrývají kategorie onemocnění s projevy poškození intelektuálních vlastností a změnami v mozku jedince. Schopnosti paměti, řeči, myšlení, soudnosti se svou změnou projevují na lidské osobnosti či chováním. Toto onemocnění je jedna z nejčastějších onemocnění doprovázené stáří, kdy populace tomuto onemocnění podléhá čím dál tím více. *„Nemocný je zase 5leté dítě, které hledá svou maminku, nebo vězeň v koncentračním táboře a utíká a volá o pomoc. Kolem sebe vidí nepřítel a chce a také musí bojovat“ (Diensbier, aj. 2011).* Toto je důsledek změny „vnitřního světa“ jedince, kdy dochází s narušení chodu kognitivních funkcí.

Demenci lze dělit:

- demenci primárně podléhající degeneraci,
- demenci cévní,
- demenci smíšenou,
- demenci sekundární (Diensbier, aj. 2011).

Vliv pohybové aktivity

Oslabení, kterému podléhá jak nervová tak neuropsychická část mozku, je nejvíce oslabována rostoucí únavou. Pokud je řízení koordinace narušeno, ovlivňuje celkový hybný systém, je nutnost obnovy pohybových stereotypů i koordinace. Podoba cvičení je tedy spíše relaxačního rázu, který tlumí zvýšené napětí. Návykem provozování pohybu je dobře zvoleným vkladem do kvalitního a bezproblémového procesu stárnutí (Matouš, aj. 2002).

Smyslová onemocnění

Degenerace smyslových orgánů je další z fyziologických změn stáří. Dochází k poruchám sluchových drah, snížená flexibilita očních čoček, neschopnost zaostření apod. (Holmerová, aj. 2014).

Chuť

Člověk chuť pokrmu vnímá pomocí papil, které umožňují vnímání sladkého, slaného, kyselého nebo hořkého. Bohužel s přibývajícím věkem se tyto receptory vytrácejí, ale svým mizením nemají velký vliv na postižení smyslu chuti (Diensbier, aj. 2011).

Čich

Ztráta čichu může nastat už v 70 letech ale není to vždy pravidlem. Příčinou ztráty čichu mohou být životní styl, kdy jedinec celý život kouřil, žil ve špatném prostředí, smogu, ale také vysoké zásluhy mají spreje na toalety, které svou agresivitou omračují čichové vjemy (Diensbier, aj. 2011).

Hmat

Hmatem dokážeme vnímat doteky, teplotu, nebo také vibrace a bolest. Tato vlastnost se přibývajícím věkem vytrácí, jelikož receptory jsou méně zásobené krví a to

zejména vlivem nevyhovujícího stravování nebo i v důsledku možných popálenin (Diensbier, aj. 2011).

Zrak

Z fyziologického hlediska každý na sklonku svého života bude mít zrak zhoršený. Sníží se kvalita zrakové ostrosti, zhorší se dalekozrakost, ztráta vnímání spektra barev, nebo také zhoršená adaptace na tmou či světlo. Nejčastější onemocnění je šedý zákal, kdy oční čočka ztrácí svou průhlednost (Diensbier, aj. 2011).

Sluch

Stárnutí sluchu neboli tzv. presbioakuze znamená ztrátu slyšet vyšší frekvenční vlny. Tomuto postižení podléhají nejvíce lidé, kteří za svůj život pracovali převážně v hlučném prostředí. V tomto případě dochází k změně ušního bubínku zhuštěním, změně středního a stavby vnitřního ucha (Diensbier, aj. 2011).

Vliv pohybové aktivity

Pohyb celkově podněcuje smysly k činnosti, ale je vždy nutnost dbát na možnosti organismu. Absence spontánního pohybu důsledkem ztráty smyslových orgánů nese riziko postupného ochabnutí svalstva a nízký výkon kardiovaskulárního systému. Vhodný pohyb je ten, který přispívá k zlepšení zrakového a motorického analyzátoru při celkové koordinaci. U sluchové poruchy je kladen důraz na průběh rytmického cvičení, jelikož rytmus s dynamikou jsou velice podstatnými prvky pohybového projevu při každodenních činnostech (Matouš, aj. 2002).

Poruchy pohybového aparátu

Výška a váha jedince podléhá značnými změnami, jelikož meziobratlové ploténky podléhají atrofii, tím se výška snižuje. Dochází k řidnutí kostí, které nesou riziko zlomenin a úrazů. Sesedáním chrupavek kloubů je doprovázeno bolestmi a sníženou pohyblivostí (Benešová 2014).

Osteoporóza (řidnutí kostní tkáně)

Je onemocnění metabolické formy. Mění se strukturální složení kosti, neboť dochází k úbytku kostní hmoty. Rizikem této choroby jsou časté zlomeniny a více mu podléhají ženy. Osteoporóza se vyskytuje ve více formách, kdy ta primární je

zapříčiněna poklesem estrogenů a snížením příjmu stravy bohaté na vápník. Druhá forma, postmenopauzální se nejvíce projevuje zlomeninami v obratlích a zápěstích. Forma senilní neboli involuční je projevem starších nad 70 let. Objevují se nejen zlomeniny dlouhých kostí, ale také pánve (Diensbier, aj. 2011).

Osteomalacie

Při této chorobě nastává k poruše při mineralizaci kosti při novotvorbě. Kost se stává poddajná při působení patřičného tlaku, tudíž se ve své délce prohýbá. Faktor ovlivňující resorpci vápníku a fosforu je vitamín. Ten při této chorobě značně chybí a je ho nedostatek. Jedinci popisují přítomnost bolesti spíše ve svalové hmotě než v kostech. Bolesti podléhají bedra, žebra, holenně a pánevní kosti (Diensbier, aj. 2011).

Osteoartróza

Také nejčastější onemocnění ve stáří, kterému podléhá pohybový aparát. Spojení kostí, klouby, už nedokážou plnit svou funkci. Došlo k opotřebení hyalinní chrupavky neboli sesedání v kloubu. Dělíme ji na osteoartrózu primární, kde se neví důvod vzniku, sekundárně jako příčina prodělání úrazu, zánětu, porucha látkové výměny či vrozenou vadou. Postižením trpí spojení v kolenou, kyčlích, v rukách či nohách a také ramenní pletenec (Diensbier, aj. 2011).

Revmatoidní artritida

Jedna z nemocí, která postihuje i mladší osoby, ale největší výskyt se udává u žen z 5 % ve věku nad 65 let. Příčina této nemoci je systémového charakteru, kdy dochází k onemocnění pojiva, které nemá známé příčiny. „*Tkáň produkují zánětlivé látky, které postihují např. kloubní výstelku, vedou k zarudnutí, zahřátí, otoku, bolestem a k omezení funkce*“ (Matouš, aj. 2002, s. 30). Bolesti jedinci popisují jak v kloubech rukou, či nohou tak také v ramenních kloubech a jsou doprovázeny mnoha symptomy jako je malátnost, nechut' k jídlu, úbytek tělesné hmotnosti, zvýšenou teplotou, úzkostmi a nočními můrami (Diensbier, aj. 2011).

Vliv pohybové aktivity

Oslabení pohybového aparátu je pro člověka značně limitujícím faktorem při každodenních aktivitách, proto bere za své, se o svůj hybný systém patřičně starat. Ve stáří mnohdy i více než kdy jindy. Proto pohybovému aparátu poslouží správně zvolená

aktivita s ohledem na nemoci, které jsou přítomné. Je nutno zavčas zakročit a tím předejít rizikům nesoucí onemocnění hybnosti. Aktivita by měla pomoci od bolesti, či ztuhnutí kloubů. Žádoucí je pravidelné protahování svalů, které mají tendenci zkrácení a tím dopomáhat kloubům získávat ztracenou pohyblivost a také nastolit svalovou rovnováhu. Jedinci s artrózou si dopřejí klidu a odlehčí kloubům a tím zmírní bolest. Pro chůzi je často velikým pomocníkem hůl, díky které klouby kyčle a kolen jsou při aktivitě odlehčené (Matouš, aj. 2002).

2.1.7 Psychosociální aspekty sportu seniorů

Model zdraví považuje tělesnou schránku a psychiku jako dva neoddělitelné aspekty při posuzování otázek zdraví a nemoci (Štilec 2004).

Duševní aktivita je úzce spjatá s celkovým stavem jedince. Lze spojit mnoho důležitých aspektů, jako jsou fyzická kondice, motivace, sociální status a aktuálním životním krédem (Benešová 2014).

Dle Fořta (2001) je podmínkou pro udržení zdraví bezpodmínečně cvičení, které jde ruku v ruce s relaxací, která při něm vzniká.

Díky mnoha zkušenostem je zřejmé, že pohyb a psychika jsou spolu úzce spjaté a souvisejí spolu. Při tělesné aktivitě je nezbytné zapojit i psychické procesy, kterými jsou poznávací, emoční a volní. Jedinec získává v procesu motorického učení prováděném v plném uvědomění a kontroly. Prožitky emočního charakteru lze také označit jako vazbu mezi psychikou a vykonaným pohybem. Na spojení mezi pohybovou aktivitou a psychickým vnímáním lze pohlížet z mnoha hledisek. Jedním z pohledů, při kterém klademe důraz na psychiku, jež se svou dominantností shlíží na vztah k pohybu a druhý pohled na dominantnosti a zvýraznění pohybu jakožto hlavní role v tomto vztahu. V dnešní době se klade důraz na význam celkové pohybové zdatnosti a vlastnosti pohybu v kladné souhře s psychickou stránkou jedince, která je míněná jak po duševním tak terapeutickém působení. Celkové vnímání sportu jakožto prostředku pro osobní duševní hygienu nese v sobě značný potenciál, který nese pozitivní výsledek v podobě prožitku (Slepička, aj. 2015).

Tato oblast je také spjata s pojmem kvalita života, kterou lze začlenit mezi sociologickou terminologii svázanou s tématem životní styl, kdy není zdaleka tak lehké

ji správně definovat. Lze říci, že se jedná o porovnání kvality a kvantity. Kvantita představuje charakteristiky společnosti a života jedince ekonomické povahy. Zásadní ukazatel kvality života je to, co představuje důležitou roli jedince v životě, jeho životním stylu, za základem ekonomického prahu. Dochází zde k pojetí základních hodnot, sférách, nebo i hodnot, které jsou klíčové významově. Empirická část je posuzována dle mnoha indikátorů jako je ukazatel životního prostředí, zdraví a nemoci, přístřeší, naplnění a realizace volnočasových aktivit, socializace, práce, participace atd. (Duffková, aj. 2008).

Sportování je bráno jako jeden z ukazatelů kvality života. Sport seniorů je spjat s pojmem kvalita života, protože lze určit dle tělesného stavu a pohybové funkčnosti, duševní stability, funkčnosti prostředí, v němž jedinec přetrvává, značné materiální nezávislosti a kvalitě životního prostředí. Senioři aktivní ve sportovní sféře si aktivně udržují svou pohybovou soběstačnost, která je jedním z nejdůležitějších faktorů pro udržení pozitivní kvality života. Sport svou rozmanitostí a atraktivitou přináší do života seniora zábavu, pozitivní psychické naladění a udržení pohybových dovedností. Dále přispívá k zajištění sociálních potřeb, jako je kontakt s ostatními jedinci, kladné odezvy socializace, která je pro mnoho skupin těžko dosažitelná, jelikož společnost jako taková se z velké části více a více individualizuje (Slepička, aj. 2015).

2.1.8 Volný čas a pohybová aktivita seniorů

„Volný čas je možné chápat jako opak doby nutné práce a povinností a doby nutné k reprodukci sil. Je to doba, kdy si své činnosti můžeme svobodně vybrat, děláme je dobrovolně a rádi, přinášejí nám pocit uspokojení a uvolnění“ (Holczarová, aj. 2013, s. 29).

My i veškeré naše prostředí jsme v pohybu. Díky pohybu můžeme posuzovat sebe i druhé. Celkově vnímání sebe sama, ať už pozitivně, nebo negativně ovlivňuje naše pohybová schopnost. Zajisté je samozřejmostí nějaký čas nedělat vůbec nic a poddávat se odpočinku a nicnedělání. Přestože nic neděláme, tak tento čas je přímo ovlivněn pohybem. Aktivita směřuje z klidu a zase do klidu spadá. Pokud je v našem

zájmu si udržet kvalitní pohybové schopnosti po dlouhou dobu, je zapotřebí je vědomě ovlivňovat (Klevetová 2017).

Je značné množství lidí, kteří překročili hranici 80 či 90 let a mají plnou soběstačnost, těší se aktivním a produktivním životem, podílejí se na péči o ostatní a těší se štěstí. Pro získání tohoto blaženého stavu se doporučuje udržet si své zájmy, držet rovnováhu mezi pohybem a odpočinkem, životní náplň z předešlé doby, kdy je v bilanci fyzická i duševní činnost, být otevřený novým možnostem a situacím ve svém okolí, stále ve svém zájmu pracovat na vztazích s přáteli a rodinou, držet se od negativních, emočně napjatých situací, na vše nahlížet s nabitou moudrostí zkušenostmi. Mnoho seniorů jsou stále pracovně aktivní do vysokého věku a pokračují na seberealizaci nebo pracují na svých zahradách či domovech. Jde o dohnání činností, které v ekonomické aktivitě nestihli. Jako mnoho seniorů navštěvuje kluby pro seniory, kulturní akce, absolvují výlety (Holczerová, aj. 2013).

Jeden z nejefektivnějších způsobů pro udržení stabilní tělesné zdatnosti je chůze. Je doporučeno každému seniorovi praktikovat tři až čtyři krátké dvacetiminutové procházky, pokud je senior chůze schopen (Dienstbier, aj. 2011).

Dr. Walter M. Bortz II. (1995) doporučuje věnovat se čtyřikrát týdně cvičení (energetického, vytrvalého, rytmického charakteru) po dobu 30 minut se snahou nalezení rytmu, doby, místa a kontaktů, kterými senior začlení pravidelnou pohybovou aktivitu do svého denního harmonogramu, stejně jako začleňuje fyziologicky nutné aktivity – spánek a dobu stravování.

Cílem provozování pohybové aktivity ve stáří je zajisté prodloužení aktivní a nezávislé etapy života. Pozitiva na provozování aktivit jsou zajisté pozitivní účinky, jako je zvýšení podílu aktivní tělesné hmoty vůči tukové hmotě neboli procentuální ztrátě tuku, zlepšení funkčnosti kapacity kardiovaskulárního systému, parametrů metabolismu, lepší se pevnost skeletu apod. (Holmerová, aj. 2014).

Ale aby činnost byla přínosná, je nutné splňovat určité požadavky. Činnost musí být příjemná cvičícímu, dobrovolného charakteru a tvořena účelně. Měla by být přijatelná pro společnost a být úspěšná pro každého jedince (Holczerová, aj. 2013).

3 Praktická část

3.1 Tvorba pohybového programu

Pohybový program pro aktivizaci seniorů v domově důchodců má za cíl doplnit stávající aktivizační prostředky psychomotorického charakteru, které jsou v zařízeních pro seniory poskytovány.

Program je tvořen na základě analýzy poznatků týkajících se stárnutí a zejména s ohledem na fyzická omezení seniorů, která jsou způsobena jejich aktuálními zdravotními obtížemi a onemocněními. Program bude mít za úkol zvýšit zájem seniorů o pohyb, jako o prostředek ke zlepšení zdravotního stavu. Jednotlivé fáze programu byly vytvořeny v souladu s principy a zásadami tvoření a vedení lekcí pohybových aktivit dle Miroslava Štilce (2004).

Program bude určen seniorům žijícím v domovech důchodců a centrech pro seniory, kde je pohybová aktivita nedostatečná a to zejména z důvodu nedostatečného počtu fyzioterapeutů a též i nezájmem seniorů po pohyb jako takový. Vytvořený program pohybových aktivit bude přizpůsoben zdravotnímu stavu a fyzickým možnostem seniorů.

Program není určen pro zdokonalování zdatnosti seniorů jako takové, ale přiblížit jim a podnítit v nich zájem o sport a pohyb, tím zlepšit jejich život v domově důchodců či centru. Zamezit myšlenkám, že nejsou schopni ovládat své tělo, jako tomu bylo dříve v produktivním věku. Dovést je do stavu, kdy jsou sami se sebou spokojeni a vděční za schopnost pohybu, díky které jsou v celkové společnosti vnímáni za svéprávné a soběstačné. Proto jsou lekce tvořeny z jednoduchých cviků a prvků pro mobilizaci nejvíce ochablých svalových skupin a zaměřené na jemnou motoriku, kterou senioři ztrácí rok co rok více.

3.1.1 Zásady tvorby programu

Miroslav Štílec (2004) určil několik hlavních zásad pro tvorbu a vedení lekcí pohybových aktivit, které jsou primárně určeny pro skupinu charakteristickou vyšším věkem:

1. Požadavky na lektora:

- znalost pracovních specifíků tělesného zatížení,
- znalosti spjaté se fyziologickými a psychickými změnami u organismu podléhající stárnutí,
- v kritickém případě být schopen provést první pomoc,
- trpělivost,
- ochota být všestranný při řešení situací i netýkající se samotného cvičení.

2. Znalost zdravotního stavu všech cvičících.

3. Veškeré aktivity plánovat nejlépe na dopolední časy (9–10 hodin), senioři se v této době těší vitalitě a volného času na seberealizaci.
4. Tělesné zatížení volit vždy s ohledem na úroveň cvičících, kdy je zatížení neohrozí a nezpůsobí újmu.
5. Respektovat při zátěži možnosti cvičících jako individuální, jelikož stejný věk neznamená stejný biologický věk.
6. Podrobně informovat seniora o cvičebních krocích, vysvětlení významu a důvodů jednotlivých cviků a aktivitě organismu během provádění.
7. Při aktivitě je nutná motivace, chvála a povzbuzení cvičících.
8. Využití hudebního doprovodu při průběhu aktivit, kdy je pomocníkem držení rytmu a tvorbě příjemné atmosféry.
9. Snaha podnítit seniory k aktivnějšímu vyžití po tělesné i duševní stránce a zdravějším stravovacím návykům.

3.1.2 Fáze programu

Jedna lekce je v délce 50 minut, ale cvičící se hlavní aktivitě věnují 30 minut. Rozcvičovací lekce, tvořená pro ranní mobilizaci těla, je v délce 20 minut. Lekce jsou tvořené všeobecně pro starší populaci s aktuálním minimálním sportovním vyžitím a předpokladem na sníženou tělesnou zdatnost všech zúčastněných.

V úvodu senioři zaktivizují své tělo mírným rozehrátím a protažením před hlavní částí lekce. Hlavní části lekcí jsou vždy tvořené jednoduchými, avšak užitečnými cviky pro aktivizaci.

Časová dotace jednotlivých fází lekce:

- rozcvičení a protažení v délce 10 minut
- hlavní část aktivity v délce 30 minut
- protažení, relaxace a zakončení v délce 10 minut

Jediné potřebné pomůcky pro vykonávání pohybové aktivity jsou židle, gumové míčky a karimatky. Přehrávač v podobě reproduktoru a příslušné přenosné paměťové médium zajistí provozovatel programu, který je také vlastníkem.

Podoba programu není závazná, program lze nastavit dle potřeb domova důchodců či centra dle jejich časového harmonogramu služeb (koupání, oběd, ostatní aktivity) a ostatních potřeb.

3.1.3 Vytváření skupin, sběr informací o účastnících

Optimální množství je 8 až 10 seniorů na vykonávané aktivitě. Na tvoření skupin se podílí personál, který zná zdravotní stav všech zúčastněných seniorů. Pokud bude mít předem zájem o program více seniorů ve zdravotním stavu (vozičkáři), co vyžadují neustálou asistenci při aktivitě, je ideální 5 až 6 cvičících pro oboustrannou spokojenost a pohodlí pro správné a bezpečné vykonávání pohybu. Je zde možnost reorganizace lekcí dle výsledku průzkumů v jednotlivých místech provozování.

Pro plnění programu je podmínkou, aby cvičící byl uvědomělý, chápavý, samostatný a zdravotně způsobilý, nejlépe s doporučením fyzioterapeutického pracovníka či lékaře. Senior s chutí na sobě pracovat, zdokonalovat se, nadšením a chutí učit se novým věcem.

3.1.4 Plánovaný denní rozvrh programu

Ranní lekce rozcvičení je vždy plánována před snídání klientů domova či centra, aby bylo zamezeno nevolnosti při aktivitě. Lekce kondičního cvičení a jógy jsou

plánovány vždy na sudý a lichý týden, a to z důvodu zachování regenerační pauzy. Dalším důvodem tohoto rozvržení je také zvýšení rozmanitosti, a tím i zatraktivnění a motivace seniorů k účasti.

V následující tabulce je znázorněn časový harmonogram aktivit programu.

Tabulka 1 - časový harmonogram aktivit programu

Den	Čas	Aktivita – lichý, sudý týden	Doba trvání
Pondělí	7:00	Rozcvičení	20 minut
	9:30	Skupinová cvičení	60 minut
Středa	7:00	Rozcvičení	20 minut
	9:30	Kondiční cvičení – lichý týden (1. a 3. týden)	50 minut
		Jóga – sudý týden (2. a 4. týden)	
Pátek	7:00	Rozcvičení	20 minut
	9:30	Cvičení s hudbou	50 minut

3.1.5 Jednotlivé aktivity programu

Rozcvičení

Tato pohybová aktivita je sestavena z jednoduchých protahujících cvičení, které důchodce neunaví a naopak získají značnou dávku vitality do celého dne. Ze začátku je nutné svaly prohřát, před jejich protažením, proto na úvod senioři provádí rozehrátí jednoduchými pohyby značnou intenzitou. Následují cviky na protažení ztuhlých zádočných svalů páteře, horních a dolních končetin. Krátká protahovací lekce je završena dýchacím cvičením.

Cíl aktivity

Prvotním cílem této aktivity je protáhnout ztuhlé tělo seniorů a vzbudit v nich pocity nadšení hned na začátku dne, kdy je tato generace nejvíce čilá a aktivní. Mnohdy právě ranní protažení dodá pozitivní rozpoložení důchodce do celého dne.

Harmonogram lekce rozevíčení

Lekce v 1. až 4. týdnu

- **Rozehřátí – celé tělo (2 minuty, cvičení se provádí ve stoje nebo vsedě)**
 - klepání dlaněmi o stehna
 - tleskání
- **Protažení – krční páteř (12×)**
 - úklon hlavy dolů, následné hmyty vpřed
 - úklon hlavy do stran, brada zůstává na místě
- **Protažení – střední a dolní hrudní páteř (12×)**
 - ruce na ramenou, rotace trupu s pohybem hlavy do daného směru
 - ruce položené na bedrech a mírný záklon
- **Protažení horní končetiny (6× každá strana, 10× pěst)**
 - upažení obou rukou a malé kroužky zápěstí (na jednu stranu, na druhou stranu)
 - upažení obou rukou, pomalé kroužení propnutou paží vpřed a vzad
 - ruce předpažíme a v rychlém tempu roztažení prstů a zpět do pěsti
- **Protažení dolní končetiny (6× každá strana)**
 - pomalé kroužení kotníky obou nohou špičkami opřenými o zem a paty mírně nad zemí
 - ruce položené na stehnech a mírné pomalé kruhy kolen na obě strany
 - stoj na jedné noze, s oporou zdi a krouživé pohyby kyčlí do krajních poloh
- **Dechová cvičení**
 - Stoj mírně rozkročný, mírné pokrčení v kolenou, tak aby špičky nohou byly souběžné s koleny, rovná záda, ruce podél těla, prodýchání může být i sedě, dech nosem na 4 doby:

- Nádech nám zvedá ruce před tělo na úroveň očí,
- mírné zadržení dechu, klesnutí paží na úroveň podbřišku,
- výdech nám zvedá ruce opět v úrovni očí,
- pokračování výdechového pohybu s pažemi vracejícími se do původní polohy, výdech je praktikován s otevřenými ústy.

Skupinová cvičení

Skupinová cvičení jsou sestavena z pohybových her, které seniorům, po pohybové stránce nedělají potíže. Lekce jsou v délce 60 minut s určitým fázováním. Hry jsou vybrány tak, aby se lekce mohl zúčastnit i senior na invalidním vozíku. Na lekci skupinových her je účast dobrovolná.

Senioři, jsou rozděleni do družstev, které určí lektor, znající schopnosti jednotlivých účastníků. Na úplném počátku lekce proběhne seznámení hráčů s pravidly hry. Aktivita je složená tak, aby nevytvářela negativní atmosféru při hře, či po ní.

Cíl aktivity

Úhlavním cílem této zvolené aktivity je odbourat v seniorech pocity osamělosti a izolace. Vybudování pocitu, že každý má nadále své místo ve společnosti, kde jsou si všichni rovni, mohou si plně důvěřovat a prožít legraci. Aktivita upevňuje vlastnost sebevyjadřování, a také pocit vlastního sebevědomí seniora, které s věkem přirozeně klesá.

Harmonogram lekcí skupinového cvičení

Lekce v 1. týdnu

• Seznamovací část (10 minut)

První hodina skupinového cvičení je taktéž úvodní hodina. Lektor se seznámí s cvičícími a posléze se počet účastníků rozdělí na dvě skupiny, aby se při aktivitě zapojili všichni a nenastávaly prostoje.

Úvodem se lektor programu představí všem cvičícím a snaží se navnadit seniory na následující aktivitu, kteří se následovně dozvídají náplň herní fáze aktivity. Na tento týden jsou vybrány hry jako je „pétanque“ a zábavná hra „Kočka a myš“. Lektor je

vstřícný při podávání informací a zodpovídání dotazů ze stran seniorů, kteří se mnohdy s těmito hrami v životě nesetkali, nebo je znají pod jinými názvy.

- **Hry (40 min, výměna skupin po 20 min)**

Pétanque – Hra se nejlépe hraje na travnatém terénu, při hře je přihlíženo k počasí v době konání programu. V záloze je plán, kdy je hrací plocha pod přístřeším. Lektor vyznačí pomyslnou čáru odhodu koulí, aby zde byla zachována spravedlnost a fair play hodů na cíl. Poté rozhodí dřevěnou kuličku neboli „prasátko“ do prostoru za čarou a v tuto chvíli je hra započata a senioři si určí způsobem „kámen, nůžky, papír“ kdo začne. Senioři hrají sami za sebe, či za „tým“. Dají se utvářet různorodé seskupení, je zde i možnost zapojení personálu. Senioři se snaží svými hody hracími koulemi (zvolili jsme tenisové míčky oproti kovovým z důvodu hmotnosti, která by mohla být překážkou pro hru seniorů) přiblížit co nejbližší k hnědé kuličce. Vyhrává ten, kdo je hnědé kuličce nejbližší.

Kočka a myš – Senioři se posadí na židle do většího kruhu, kdy okolo sebe mají prostor, ale zároveň dosáhnout na vedlejšího kolegu. Po usazení lektor vloží do rukou jednoho seniora menší míček (může být i tenisový míček) a v ruce drží míč větší (overball). Hra spočívá v tom, že se tyto míčky nesmí setkat u jednoho držitele. Hra je vymyšlená na motivy dětské pohádky „Tom a Jerry“, kdy větší míč představuje kočku a malý míček myš. Po uplynutí pár kol a zhodnocení lektorem šikovnosti seniorů, lze do hry přidávat další větší i menší míčky. Lze také vsadit na barevnost overballů a vymyslet různé překážky pro plynulé hraní.

- **Závěr lekce (10 min)**

Celková herní lekce je zakončena společným zasednutím seniorů a lektorů. Probíhá zde debata o pocitech seniorů po skončení her. Lektor se snaží o rekapitulaci proběhnuté aktivity a motivuje seniory do další lekce. Vítaná je diskuze, která má pozitivní dopad na lektory, při dalším plánování her.

Lekce v 2. týdnu

- **Seznamovací část (10 min)**

Druhá hodina v druhém týdnu je ve znamení házení míčku na plechovky a kruhu masáže. Aktivita jsou zvolené cíleně na podporu pohyblivosti horních končetin a podpory soudržnosti seniorů, viz. kruh masáže.

V seznamovací části si senioři zrekapitulují aktivity z minulého týdne, na procvičení paměti. Dále proběhne seznámení s aktivitou následující a opět se skupina rozdělí na dvě poloviny.

- **Hry (40 min, výměna skupin po 20 min)**

Plechovky – Lektor rozestaví dvě pyramidy z plechovek, připraví šest tenisových míčků a určí pomyslnou čáru na místo házení na cíl. Každé družstvo tak má 3 pokusy na hody. Skupina se rozdělí opět na polovinu. Tak vzniknou dvě malá družstva, která soupeří proti sobě. Vyhrává družstvo, které jako první zboří pyramidu. Tato hra se dle času může opakovat od začátku vícekrát dle zručnosti seniorů.



Obrázek 1 - hra Plechovky (zdroj: Domov důchodců Velké Hamry 2020)

Kruh masáže – Cvičící se usadí do kruhu, kdy se posadí na pravobok na židli, aby byli zády ke svému kolegovi. Vznikne řetězec. Každý senior dostane overball a uchopí míč tak, aby byl v dosahu na kolegův krk a ramena. Prvotní počín aktivity je

mírné rozhýbání rukou a prstů. Senioři rukama krouží v malých kroužcích a následně celými pažemi. Pro aktivaci prstů pro úchop míčků jsou prsty rozhýbány cvikem, kdy se palce po jednom pohybu vždy krátce dotknou ukazováčku, prostředníčku, prsteníčku a malíčku a v opačném směru po dvě opakování. Tento cvik se provede taktéž na paži druhé. Lektor začne slovně vést pokyny masáže, kdy také senioři mají přestávky na odpočinutí paží. Masážní pohyby směřují od krku k ramenům a dále k zádkům. Senioři při této aktivitě stimulují svou jemnou motoriku a znalosti svého těla, které jim v informacích dává lektor. Tato aktivita je velice emočně založena, díky rozvíjení vztahů seniorů a soudržnosti. Senioři při této aktivitě přijímají, ale taktéž dávají.

- **Závěr lekce (10 min)**

Zakončení lekce je provedenou spojení obou skupin. Lektor vede diskuzi o provedené činnosti a přijímá hodnocení od cvičících. Po skončení rekapitulace lektor naznačí plnění hodiny v třetím týdnu, rozloučí se a lekci ukončí.

Lekce v 3. týdnu

- **Seznamovací část (10 min)**

Při třetí lekci je na pozadí puštěná mírně rytmická muzika na podporu aktivity „Indiánská chůze“. Lektor uvede skupiny do předposlední lekce programu a snaží se svépomocí dovítit, jaká aktivita byla týden předešlý, tím podpoří aktivitu mozku a zlepšení dlouhodobé paměti. Snaží se v seniorech vzbudit motivaci a nadšení pro zlepšení atmosféry během aktivity. Aktivity jsou navrženy jak pro chodící, tak handicapované. Utvoří se dvě skupiny pro zkvalitnění aktivity.

- **Hry (40 min, výměna skupin po 20 min)**

Indiánská chůze – Lektor na začátku lekce seniorům rozdává tácky, které si senioři položí na své hlavy a pustí rytmickou hudbu, do které se senioři začnou hýbat po prostoru. Záměrem této hry je držet vzpřímené tělo, avšak udržet plynulou chůzi. Po prvních minutách senioři dostanou míče, které si přidržují na táccích, tím si chůze stane obtížnější. Poté lektor vyzve cvičící, aby si dle barevnosti míčku měnili své míčky za míčky kolegů se stejnou barvou. Není cílem, aby se senior cítil špatně, když mu míček upadne, naopak, lektoři jsou pro seniory nápomocni při sbírání upadnutých míčků, tak ke korekci držení těla. Lze přidat na obtížnosti

pohyby jako je na provedení lehký tanec, či utvoření dvojic s ostatními cvičícími a vyměnit si držení míčku navzájem. Tyto těžší modifikace cvičení lektor zařadí podle zručnosti cvičících.

Kolíčkový řetěz – senioři usednou ke stolům a každý dostane hrst kolíčků. Nejdříve senioři mají za úkol z kolíčku sestavit svůj řetěz tak, že připínají kolíčky jeden na druhý. Po vytvoření řetězů se vzájemně snaží všechny řetězy spojit v jeden velký. Aktivita podporuje společnou práci a komunikaci mezi seniory. Po vytvoření dlouhého řetězu je možné aktivitu modifikovat obtížněji, že se senioři budou snažit kolíčky spojit do tvarů, jimiž jsou obdélník, koule, či trojúhelník. Touto formou si senioři trénují představivost a jemnou motoriku prstů. Lektor hru nadsadí dle zručnosti cvičících.

- **Závěr lekce (10 min)**

Opětovně se skupiny po dokončení her spojí a vytvoří spolu diskuzi o poznatcích z aktivity. Lektor zhodnotí aktivitu stejně jako senioři a snaží se je motivovat na další den programu. Senioři jsou chváleni za komunikativnost a soudržnost během aktivity. Důležité je vyzdvihnout jejich kvality a opominout to, v čem nevynikají.

Lekce v 4. týdnu

- **Seznamovací část (10 min)**

Jak tomu bylo předešlé hodiny, na začátku lekce senioři zasednou do společné místnosti s lektorem a vzpomínají na lekce předešlé. Debatují o jednotlivých činnostech každého seniora v předešlé dny. Lektor navodí lehkou atmosféru pro povzbuzení dobré nálady cvičících, poté jim vysvětlí hry, které jsou čtvrtý a poslední týden v plánu. Skupina se rozpůlí na nadcházející aktivity.

- **Hry (40 min, výměna skupin po 20 min)**

Kuželky – první skupina vytvoří ještě jednu polovinu a tím vzniknout dva teamy. Lektor sestaví kuželky do trojúhelníkového tvaru a odměří patřičnou vzdálenost od jejich místa pro pomyslnou čáru odhodu koulí. Koule jsou z plastu, tudíž pro seniory neznamenaí takovou tíhu při házení na cíl. Nejdříve mezi sebou soutěží družstva, ale cvičitel počítá i s individuálním soutěžením, záleží na zbytkovém času po dohrání hry mezi teamy. Vítězí team, který shodí nejvíce kuželek.

Elektrické signály – dětské hry jako je tzv. „elektřina“ jsou lehce použitelné i pro seniory. Skupina se rozdělí do dvou malých skupin. Cvičící si sednou za sebe na židle a poslední vždy vyše „elektrický“ pohmatový signál. Volí se signály jednoduché jako klepnutí na rameno, stíhnutí rukou či prstů, klepnutí kolenou apod. Senioři povzbuzují své smysly vnímání a poskytování doteků.

- **Závěr lekce (10 min)**

Poslední hodina je završena potleskem všech zúčastněných s hodnocením aktivit jak seniory, tak lektora. Senioři hodnotí svůj progres, ať je viditelný, či nikoli. V závěru lektor podá pár tipů, pro udržení dobré nálady seniorům, podpoří a podnítl personál pro zařazení podobných aktivit do každodenního plánu společných aktivit, který se snaží podpořit soudržnost klientů v domově, či centru pro seniory.

Kondiční cvičení

Lekce kondičního cvičení je sestavena ze cviků, které se snaží minimalizovat proces stárnutí pohybového aparátu. Byly zařazeny cvičební prvky pro uvolnění, vyrovnaní, protáhnutí a posílení hlavních, a také důležitých svalových skupin. Senior při cvičení trénuje správné držení těla a správný dech. Při kondičním cvičení jsou použity běžné dostupné cvičební pomůcky, jako jsou židle a karimatky.



Obrázek 2 - cvičení na židlích (zdroj: vlastní)

Cíl aktivity

Podporou přirozeného pohybu a protažení ztuhlých svalů sebou nese vyplavování určitých hormonů, které lidskému organismu jsou ku prospěchu, tak tomu není jinak v těle seniora, který vykonávanou aktivitou dobrovolně podporuje svou vitalitu a oddaluje příznaky stárnutí. Cílem je podpořit sebevědomí každého zúčastněného seniora a budování pocitu schopnosti být soběstačně mobilní.

Lekci vede zkušený instruktor a probíhá ve vyhrazené místnosti (tělocvičně). K pohybu hraje hudba, která je vhodná k poslechu i k cvičení. Účastníci lekce se posadí na židli. Vzájemně se pozdraví a domluví se, jak bude dnešní cvičení probíhat a na jakou část těla bude zaměřeno. Poté se v klidu začne dýchat. Následují pohyby ramenou, paží, dolních končetin. Jednotlivé končetiny se při cvičích střídají. Při některých mohou obě končetiny cvičit současně. Předklony se provádějí opatrně. Dává se pozor na rovnováhu a stabilitu cvičence. Cviky lze provádět i ve stoje. Součástí tohoto cvičení je i chůze v rychlejším tempu, může být i na místě.

Harmonogram lekce kondičního cvičení

Lekce v 1. a 3. týdnu, posilování s podporou židle

Pro tuto lekci jsou již připravené židle na počet cvičících a vyvětraná místnost, aby se cvičícím dobře dýchalo a cvičení mělo pozitivní průběh. Lektor při každém prováděném cviku apeluje na kontrolování dechu každého cvičícího. Nedostatečné prodýchání může zapříčinit nevolnost až omdlení.

- **Rozehřátí, rozcvičení (10 min)**

Rozehřátí – chůze (2 min) – skupina cvičících vytvoří kruh, otočí se vpravo bok a zahájí chůzi. Ideálním způsobem se snaží mírně zrychlovat a držet si rychlost, která je pro ně snesitelná. Chůze trvá vždy 30 sekund na jednu stranu a po zbývajících 30 sekund je hlášen změněný směr chůze. Cvičící na vozících tleskají svými rukama o stehna po stejně dlouhou dobu, jako chodící jdou, ale doba po 30 sekundách je pro ně přestávkou do uplynutí jedné celé minuty. Lektor vždy hlásí uplynutí času, aby cvičícím bylo jasné kdy začít, a kdy přestat v aktivitě. Lektor kontroluje stav

cvičících a bedlivě sleduje, zda nedochází k negativním příznakům námahy. Během dvou minut senioři změni směr 4×.

Protažení krku a páteře (2 min) – senioři si po živější aktivitě chůze najdou v prostoru místo a plní další pokyn předevíhujícího. Stejným způsobem popisující cviky provádějí i senioři na vozíčku. Následuje protažení svalů krku, senior svou hlavu nakloní ji opatrným a pomalým pohybem k pravému ramenu, kde přetrvá 30 sekund, ruce zůstávají svěšené podél těla. Stejně opakuje na stranu druhou. Po uplynutí 30 sekund předkloní hlavu směrem k hrudníku, taktéž opakuje mírný záklon dozadu s mírným vystrčením brady směrem nahoru ke stropu s otevřenými ústy. Pokud se cvičící necítí, záklon dělat nemusí, lze opakovat první cvik.

Protažení horních končetin (2 min) – v stojí rozkročném po narovnání a vzpřímení těla, stáhnutím lopatek k sobě, stáhnutí břišních svalů a hýždí cvičící zvedá 5× ramena vzhůru a pokládá je zpět do výchozí polohy. Po dokončení zakrouží 5× rameny vpřed a 5× vzad. Poté upaží své paže a snaží se tvořit 5 kroužků vpřed a 5 kroužků vzad. Lektor apeluje na bezbolestné provedení cviků.

Protažení trupu (2 min) – Ve výchozí poloze těla z předešlého cviku se senior zlehka uklání nejprve na levou, poté na pravou stranu, pohyb imituje houpání tučňáka, na kterém to lektor názorně předvede. Takto to udělá 5× na každou ze stran. Následuje kroužení trupem s rukama v bok. Horní část těla jde do mírného předklonu a tvoří ladný kývavý pohyb dopředu, do strany, záklon, do strany. Cvičící cvik provede 5× na levou i pravou stranu. Stejně provede cvičící na vozíčku.

Protažení dolních končetin (2 min) – Ve stoje s mírným stojem rozkročným cvičící se svou pravou špičkou nohy zapře o podlahu a tvoří malé kroužky, 5× na levou stranu a 5× na pravou stranu. Stejně provede i na druhou nohu. Poté se usadí na již připravenou židli a natáhne před sebe nejdříve jednu nohu a mírně se předkloní s rovnými zády, vydrží 30 sekund a takto na každou nohu zopakuje 2×. Lektor při kontrole držení těla apeluje na stažené lopatky k sobě, vypnutou hrud' a stažené břišní svalstvo tlačící k páteři.

- **Posilování, 3. série cviků (30 min)**

Břišní svalstvo – sed na kraji židle, mírný záklon (60 vteřin cvik, 40 vteřin přestávka) – cvičící se usadí na kraj židle a stáhne břišní svalstvo směrem dovnitř a mírně se zakloní. Musí cítit napnutí svalstva. Každý dělá dle svých možností.

Dřepy s naznačením dosednutí na židli (60 vteřin cvik, 40 vteřin přestávka) – při tomto cviku dbá cvičící na správnou vzdálenost židle od nohou. Výchozí pozice je stoj rozkročný s rukama předpaženými pro minimalizaci napomáháním švihy. Cvičící dělá dřep do bezbolestné polohy v kloubu. Rovná záda s pohybem dřepu mírně vpřed. Kolena nad palci, ostrý úhel v kolenou je nežádoucí, hrozí nebezpečí úrazu.

Pokrčování zanožované nohy s podporou židle (pravá a levá strana, 2× 30 vteřin cvik, 40 vteřin přestávka) – senior si stoupne za opěrnou část židle do stoje rozkročného na šíři ramen a zanožuje pokrčenou nohu v koleni. Nejde přes bolest v koleni.

Unožování nohy s podporou židle (pravá a levá strana, 2× 30 vteřin cvik, 40 vteřin přestávka) – tento cvik je velice efektivní na posílení hýždí a celkově dolních končetin. Výchozí poloha je stoj rozkročný na šíři ramen s následovným unožováním natažené do krajních poloh každého cvičícího. Ve stoji má cvičící hýždě stažená a snaží se o vzpřímený stoj se zataženým břišním svalstvem.

Bicepsový zdvih, ruce v pěst (stoj, sed, 60 vteřin cvik, 40 vteřin přestávka) – ve stoji senior zůstane, pouze odsune židli tak, aby nedocházelo k úderům paží do opěradla. Paže natažené předpaží dlaněmi vzhůru a kontrolovaným skrčováním zdvihá dlaně před obličej a stejným lehkým pohybem je vrací.

„Svícen“, vzpažit (stoj, sed, 60 vteřin cvik, 40 vteřin přestávka) – výchozí stojná poloha je stále stejná s rozdílem, že senior své paže rozpaží a v lokti ohýbá do podoby „svícnu“ dlaněmi vpřed. Kontrolovanými a pomalými pohyby paže vzpažuje a stejně vrací do původní polohy. Lopatky drží u sebe, břišní svalstvo zatažené.

- **Protažení, dechové cvičení, relaxace (10 min)**

Sed na židli, ruce na kolena, mírné předklony (2 min) – výchozí pozice pro protažení je sed na židli, kdy senior položí své paže dlaněmi o kolena a sklání se v pomalých hmatech ke kolenům. Může cvik dělat opakovaně, či v pozici u kolenou setrvat 5 vteřin. Dbá na rovné držení těla.

Sed na židli, mírná rotace ze strany na stranu (2 min) – protažení, které je prováděno zvýšenou opatrností pro snížení rizik křečí a nežádoucích bolestí v místech zad. Tělo rotuje velice pomalu z jedné strany za přidání pohybu hlavy a pohledu. Cvik je prováděn i na druhou stranu.

Sed na židli, ruka vzpažit a úklon do strany (2 min) – cvičící vzpaží nejprve pravou paži a ukloní ji do stejné strany, poté provede úklon i na stranu druhou. Nejde přes bolest v oblasti zad.

Sed na židli, nohy natažené a extenze chodidel (2 min) – posilování bylo z velké části zaměřené na dolní končetiny, tudíž dostatečné protažení je nezbytné. Z výchozí pozice senior natáhne obě nohy a zapře se patami o podlahu. Následně chodidla dá do extenze a takto 5× zopakuje. Nejde přes bolest v oblasti lýtek.

Sed na židli, dech nosem, výdech ústy, relaxace (2 min) – po protažení těla se na židli senioři pohodlně usadí a poslouchají pokyny lektora. Lektor dává povely pro dýchání prováděné nosem nádech a ústy výdech. Po zklidnění dechu cvičenců doprovází dýchací cvičení vlídným mluveným relaxačně orientovaným projevem, pro relaxaci a zkoncentrování seniorů.

Jóga

Jóga lekce jsou charakteristické poklidnou a harmonizující atmosférou s jemnými, na provedení klidnějšími pohyby a mělkými dechy. Místnost pro lekci bude laděná do již zmíněné harmonie klidnou hudbou, tlumeným světlem a vonnými svíčkami na místech, kde neohrožují aktivitu a cvičící.

Cviky zařazené v těchto lekcích mají za úkol šetřit pohybový aparát cvičenců. Klidným provedením pozic senior uvolní klouby, postupně protáhne své tělo, zaměří se na svůj dech a relaxuje i své nitro. Provedení je čistě svépomocné bez pomůcek.



Obrázek 3 - cvičení jógy (zdroj: Nadační fond pro rozvoj plného vědomí 2020)

Cíl aktivity

Hlavním cílem této aktivity je přiblížit tento druh cvičení i starým lidem, kteří si o této aktivitě pouze četli v novinách, jelikož v době jejich produktivity nebyla tolik známá a rozšířená. Její atraktivnost by mohla dopomoci k zvýšené účasti na lekcích, kde se přirozeně rozvíjí sociální soudržnost klientů. Senioři by to dokončení lekce měli cítit uvolnění a klid.

Harmonogram lekce jógy

Lekce 2. a 4. týdnu

Tato lekce je sestavena jednoduchými jóga cviky s karimatkou a židlí. Cviky jsou cílené na posílení břišního svalstva, pánevního dna a celkové posílení těla seniora. Lekce je vedena komentářem lektora, který dává pokyny na provedení cviku a dechu. Cvičící dělají cviky dle svých individuálních možností.

- **Rozehřátí – chůze, sestava (10 min)**

Chůze – V kruhu se cvičící otočí vpravo bok a svižnějším krokem jdou jeden za druhým. Aktivita chůze na jednu stranu trvá vždy 30 vteřin, kdy se po uplynutí této doby změni směr. Nechodící tleskají svými dlaněmi o stehna ve stejných časových intervalech, kdy po 30 vteřinách setrvají v odmlce. Předcvičující aktivitu vede slovně a hlásí potřebné informace pro pochopení aktivity ze strany seniora.

Pozdrav slunci modifikovaný pro seniory (3× opakování sestavy) – Provedení pozdravu slunce je modifikováno pro seniory svým jednodušším provedením, a také přizpůsobením pro handicapované na vozíčkách. Lektor opět dává jasné a stručné pokyny na provedení správným pohybů s následným předcvičením. Jednotlivé fáze jsou:

- Stoj rozkročný na šíři ramen, či sed s rozkročenýma nohama na šíři ramen s rukama v pozici modlitby před hrudí,
- stoj rozkročný na šíři ramen, či sed a paže stále v pozici modlitby ale následné vzpažení,
- stoj rozkročný na šíři ramen, či sed a předklon s dlaněmi na stehnech,
- stoj rozkročný na šíři ramen, či sed a ruce zpět do pozice vzpažení s dlaněmi v modlitbě,
- stoj rozkročný na šíři ramen, či sed a ruce zpět do pozice modlitby před hrudí.

- **Jógové cvičení vleže (30 min)**

Přítah nohy k břichu, levá a pravá noha (2× 30 vteřin cvik, 40 vteřin přestávka) – cvičící zaujme polohu vleže a nohy skrčí v kolenou s chodidly zapřenými do země. Nejprve zvedá skrčenou pravou nohu směrem k břichu a protahuje 30 vteřin, kdy po uplynutí doby nohy vymění a drží dalších 30 vteřin. Po úkonu nastává 40 vteřin přestávka. Dbá na přilepená bedra k podlaze, snaží se záda neodlepovat. Cviky jsou prováděné pomalu, bez švihů.

Přítah nohou k břichu s chycením za kolena (2× 30 vteřin cvik, 40 vteřin přestávka) – senior přitáhne nejdříve pokrčenou pravou nohu a poté pomalým pohybem levou, zapojí spodní břišní svalstvo. Drží své nohy okolo kolen „v náručí“ a tlačí je ke svému břichu. Dbá na dech.

Natahování nohy, pravá a levá noha (1 min, 40 vteřin přestávka) – vleže senior se vrátí do první výchozí polohy se skrčenýma nohama s chodidly zapřenými do podlahy. Začne natahovat pravou nohou klouzavým pohybem do natažení a zpět. Takto své nohy střídá do uplynutí 1 minuty pomalým a uvědomělým pohybem.

Zvedání natažené nohy, levá a pravá noha (2× 30 vteřin cvik, 40 vteřin přestávka) – cvičící zaujme opětovně výchozí polohu. Prvně natáhne pravou nohu a pomalým pohybem se ji snaží zvednout. Bedra jsou přilepená k zemi, břišní svalstvo stažené. Prodýchá každý pohyb.

Mini mosty, zvedání pánve (2× 30 vteřin cvik, 40 vteřin přestávka) – výchozí poloha se změní tak, že senior odtáhne od sebe více nohy. Pomalým pohybem zvedá své hýždě směrem vzhůru. Drží rovná záda a zvedá se do míst, kam mu to pohybový aparát dovolí, bez přítomnosti bolesti. Dýchá kontrolovaně, dle pokynů lektora.

Motýlek, odtahování nohou (2× 30 vteřin cvik, 40 vteřin přestávka) – s tímto cvikem se každý potkal ve svém dětství, kdy dělal tzv. „motýlka“. Senior přehodí chodidla k sobě za stálého lehu. Tím vznikne z nohou pozice „motýlka“. Začne se přibližovat kolena k sobě, pomalým, táhlým a kontrolovaným pohybem zpátky. Bedra jsou přilepená k zemi. Netvoří mezeru mezi zemí a zády. Cítí zapojení vnitřních stehenních svalů a hýždí. Dýchá zhluboka, dle pokynů předvedujícího.

- **Protažení, dechové cvičení, relaxace (10 min)**

Sed na nohy do tureckého sedu, či nohy natažené, ruka vzpažit a úklon do strany (2 min) – cvičící zaujme pozici tureckého sedu a vzpaží prvně pravou ruku a udělá pomalý úklon do strany. Cítí protažení pravé strany na boku. Střídá strany a vzpažené ruce.

Zapření zvednuté nohy chodidlem o stehno, pravá a levá strana (2 min) – pro tento cvik se změní výchozí pozice ze sedu do lehu. Cvičící pokrčí obě nohy v kolenou s chodidly přilepené k zemi. Zprvu položí své pravé chodidlo na levé stehno, bedra tlačí do země a snaží se o protažení pravé strany hýždí, nejde přes bolest a táhnutí svalu. Střídá strany.

Leh, vzpažení rukou a vytahování se směrem dolů i nahoru – z minulé pozice senior leží, při tomto cviku položí obě nohy na zem. Vzpaží své paže a snaží se za

nimi vytahovat z trupu. Kontrolovaně dýchá dle pokynu lektora. Dle svého tempa povoluje a znovu se natahuje za vzpaženýma rukama.

Leh, dýchání, relaxace – v této fázi dochází k závěrečnému vydýchání. Lektor vede motivační a přívětivý monolog na povzbuzení pozitivního přínosu cvičení, relaxace a následně představitosti seniora.

Cvičení s hudbou

Tanec je v lidském životě přítomen již od raného dětství, proto taneční hodina bude inspirována různými druhy tance na charakteristický styl hudby. Repertoár hudby bude laděn do stylů čínské, indiánské a také české tradiční hudby, kdy senior zavzpomíná na svá mladá léta. Pohyby prováděné při tanci jsou zvolené na co nejmenší námahu provedení. Jsou spíše používány ruce než dolní končetiny. Chůze schopní cvičící tanec rukou doplní o jednoduché taneční kroky, většinou pouze o jednom provedení do každé strany, aby nedošlo ke kontaktu s dalším cvičícím. Do lekce budou přizváni pracovníci domova důchodců, či centra na podporu a posílení týmového ducha.



Obrázek 4 - tanec se seniory (zdroj: Šímová 2019)

Cíl aktivity

Cílem taneční terapeutické aktivity není pouze prokrvení končetin, ale také probuzení hravého „já“ všech cvičících, kteří nemají na radovánky tohoto charakteru ve svém životě. Senior si uvědomí, že tyto tance nejsou pouze pro mladší generace ale také je lze tančit například v domově, či centra pro důchodce. Jedním z cílů je probuzení vzpomínek na mládí seniorů a soudržnost s personálem, který se stal neodlučitelnou součástí jejich života.

Harmonogram lekcí cvičení s hudbou

V první lekci tanců nastíní lektor veškeré aktivity, které seniory čekají během 4 týdnů. Lekce jsou dělány na bázi dobrovolnosti, pokud se cvičící budou stydět, předcvičující je nebude do ničeho nutit. Před začátkem samotné aktivity senioři absolvují edukační přednášku o charakteristických tancích v různých koutech světa, jako je například Asie či Havaj. Veškeré lekce jsou laděny do těchto témat.

Téma lekcí po dobu 4 týdnů:

1. týden – tance z oblasti latinské Ameriky
2. týden – tance z oblasti Havaje, Polynésie a tradiční indiánské
3. týden – tance z oblasti Číny a Indie
4. Týden – české lidové tance

Jednotlivá lekce je složena z více fází a to:

- **Seznamovací část, mini přednáška (10 min)**

V úvodu lekce lektor přiblíží seniorům tance, které jsou charakteristické pro latinskou Ameriku, Havaj, Polynésii, Čínu, Indii. Zajímavé zajisté budou hodiny o starých indiánských rituálních tancích a v závěru o krásných českých lidových. Senioři se dozvědí historii jednotlivých tanců a o místech jejich vzniku a také jejich základní provedení.

- **Tematický tanec s hudbou (15 min rychlejší hudba, 15 min pomalá hudba)**

Taneční kroky a pozice jsou modifikované pro seniory a jsou tvořené hravou a zábavnou formou. Veškeré pozice jsou lehké a jednoduše proveditelné. Pohyby jsou tvořené nejvíce z pohybů horních končetin, jako je mávání, tleskání a ladné

poklepávání o stehna. Jsou doprovázené o dupání a zvedání chodidel v rytmu muziky. Taneční kreace jsou vždy velice podobné, pouze se mění podle tématu muzikální podklad. Hudba je zvolena vždy na základě oblasti vzniku tance, která jsou v harmonogramu výše. Lektor může každý tanec, který pochází z určité světové oblasti, seniorům přiblížit i charakteristickým oblečením a výzdobou místnosti, ve které se cvičí.

- **Protažení, dechové cvičení, relaxace (10 min)**

V závěru lekce lektor ukončí hodinu protažením končetin, které je stejné jako při lekci kondičního posilování s židlemi, kdy si senioři odpočinou a protáhnou. Provede diskuzi a hodnocení lekce a snaží se udržet motivovanost a dobrou náladu i po skončení.

3.2 Průzkum zájmu o program

Cílem průzkumu je zmapovat zájem klientů Domova důchodců Velké Hamry o vytvořený pohybový program. K průzkumu bude využito metody anketního šetření, kterým byla zjišťována spokojenost klientů domova důchodců s doposud nabízenými pohybovými a volnočasovými aktivitami a byla zjišťován zájem o navrhovaný pohybový program.

Anketní šetření je jedna z nejčastěji využívaných metod výzkumu, kdy jsme použili anketní dotazník vlastní konstrukce obsahující 11 otázek. Dotazník je sestaven z předem formulovaných otázek. Vzhledem k charakteru zkoumaného vzorku, kdy se jedná o respondenty – seniory často ve vysokém věku, jsou otázky z dotazníku respondentovi předčítány a dotazující sám poznamenává odpovědi do dotazníku.

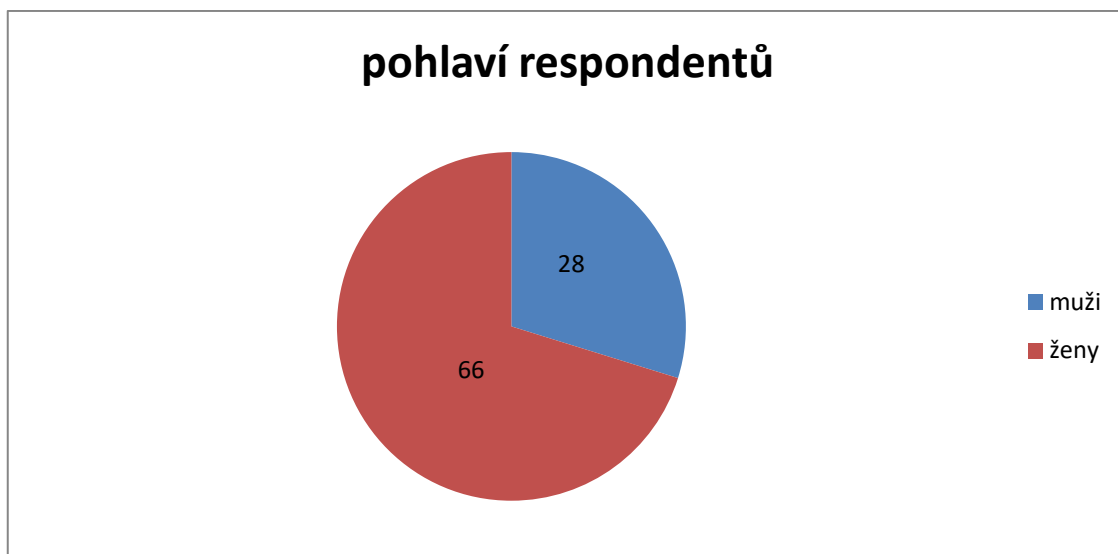
Jedním z neopominutelných cílů provedeného průzkumů je to, že výsledky prováděného průzkumu budou v budoucnosti využity ke zlepšení poskytovaných služeb Domovem důchodců Velké Hamry.

V současné době je v Domově důchodců Velké Hamry 128 klientů, kdy se jedná o 35 mužů a 93 žen. Z celkového počtu klientů je 16 klientů plně imobilních a dalších 25 klientů je imobilních částečně, kdy se jedná buď o klienty na invalidním vozíku, nebo pohybuje s pomocí takzvaného chodítka.

V průzkumu byl použit vzorek sestavený z klientů, kteří byli ochotni se průzkumu zúčastnit a zároveň jsou cílovou skupinou osob, pro které byl pohybový program vytvořen, tj. klienti, kteří jsou schopni po fyzické, psychické a zdravotní stránce se pohybového programu zúčastnit.

Jednalo se celkem o 94 respondentů, kdy bylo 66 žen a 28 mužů jak je znázorněno na následujícím grafu.

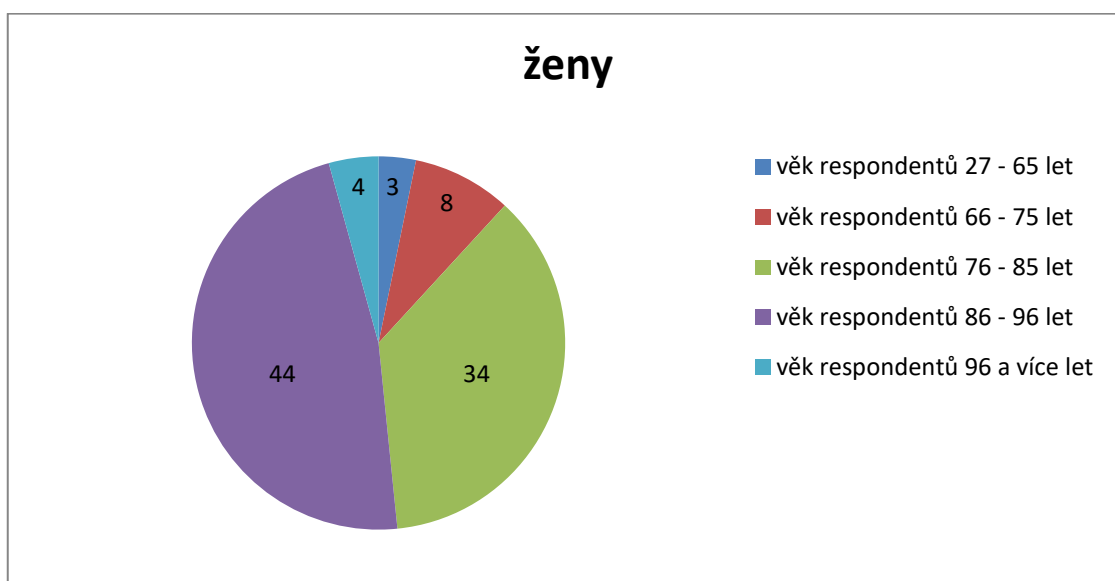
Graf 1 - pohlaví dotazovaných respondentů



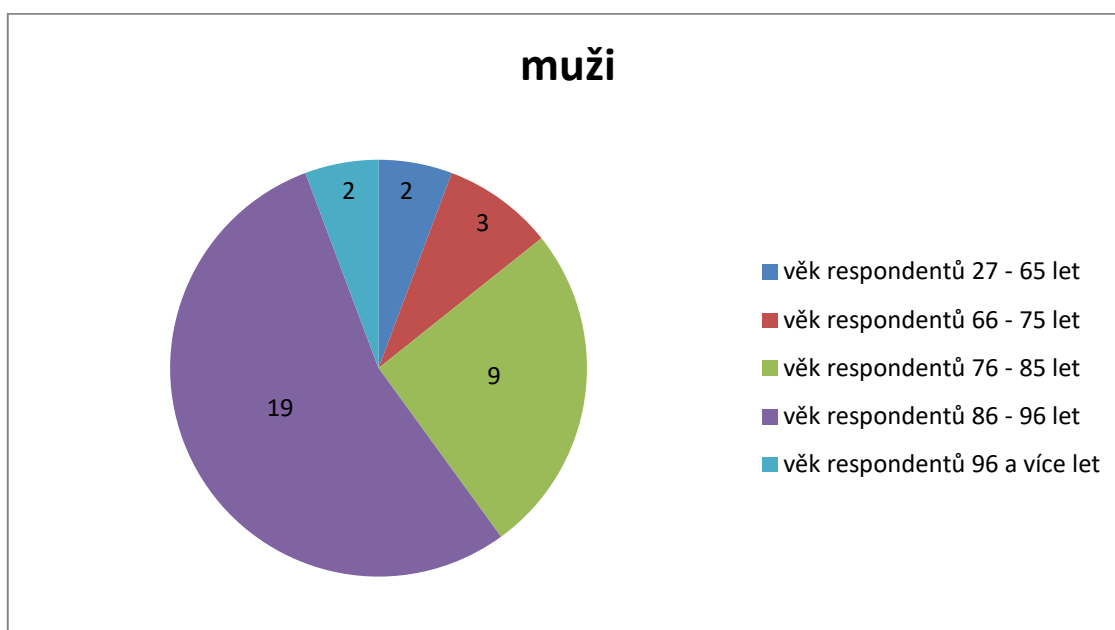
V rámci anketního průzkumu byl zjišťován věk respondentů, kdy věková rozmezí odpovídají kategoriím stanoveným pobytovým zařízením Domovem Důchodců Velké Hamry, které slouží k lepší organizaci chodu zařízení, to právě například k rozdělení zájemců do skupin na nabízené aktivity a to jak volnočasové, tak i pohybové.

Bylo zjištěno, že mezi respondenty je 5 osob ve věku od 27 do 65 let, 11 osob ve věku od 66 do 75 let, 43 osob ve věku od 76 do 85 let, 63 osob ve věku od 86 do 96 let a 6 osob starších 96 let jak je uvedeno v níže uvedených grafech.

Graf 2 - věk respondentů - ženy



Graf 3 - věk respondentů - muži



Další otázkou byla doba, po jakou je respondent klientem domova důchodců a tím je schopen odpovědět na dále položené otázky a to zejména na kvalitu a kvantitu nabízených volnočasových a pohybových aktivit v zařízení.

Bylo zjištěno, že méně než 1 rok pobývá v zařízení 8 respondentů, 1 rok až 5 let 39 respondentů a déle než 5 let 47 respondentů, jak je uvedeno v následující tabulce.

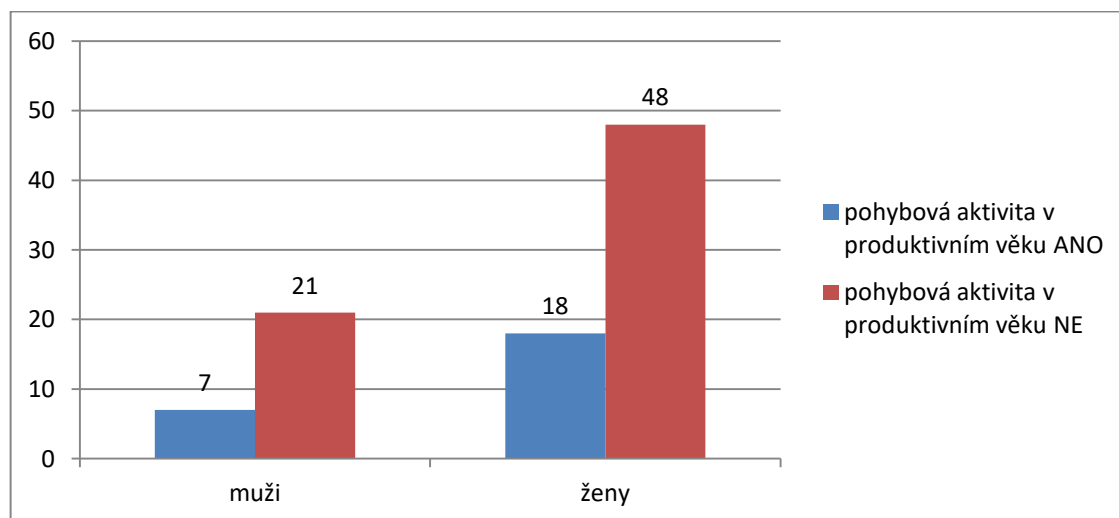
Tabulka 2 - délka pobytu v zařízení

	délka pobytu v zařízení		
	méně než 1 rok	1 až 5 let	déle než 5 let
muži	1	15	12
ženy	7	24	35
Celkem	8	39	47

V další části dotazníku anketního šetření byly zjišťovány zkušenosti s pohybem v produktivním věku, tj. v době, kdy respondenti nebyli omezováni v pohybových aktivitách stářím a případným onemocněním.

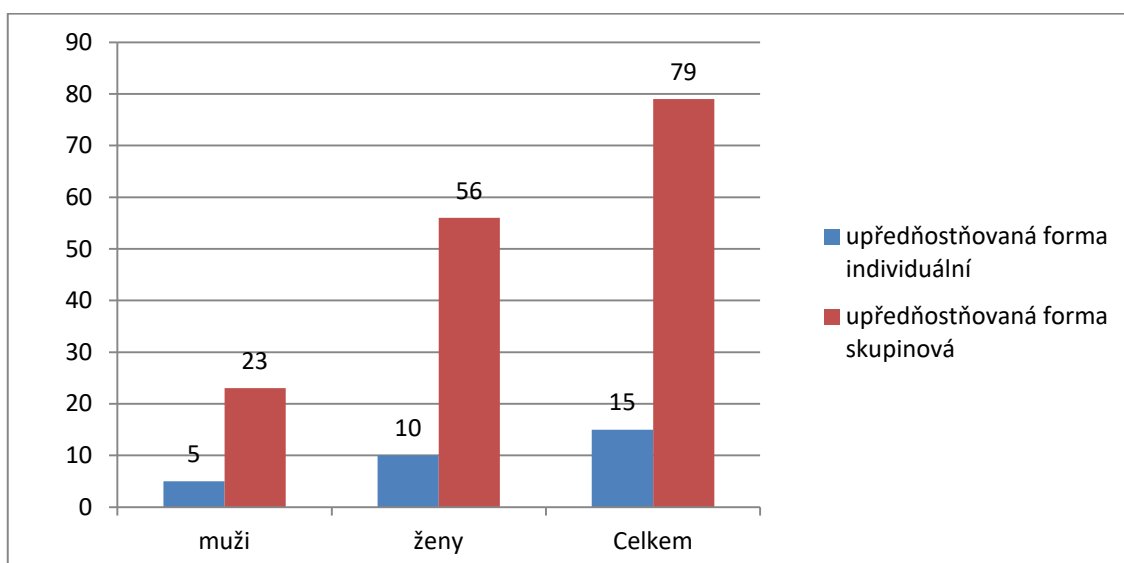
Níže uvedený graf znázorňuje odpovědi respondentů, kdy 7 mužů a 18 žen uvedlo, že v produktivním věku sportovali a dále 21 mužů a 48 žen uvedlo, že v produktivním věku se nezajímali o pohybové aktivity a sport.

Graf 4 - pohybová aktivita v produktivním věku



Dále byla zjišťována preference respondentů týkající se otázky, zdali respondentovi vyhovuje více individuální forma pohybové aktivity nebo upřednostňuje skupinové pohybové aktivity. Celkem 15 respondentů, z tohoto počtu 5 mužů a 10 žen, uvedlo, že upřednostňují individuální formy pohybových aktivit a 79 respondentů uvedlo jako preferovanou skupinovou formu pohybových aktivit, kdy tuto formu zvolilo 23 mužů a 56 žen, jak je znázorněno graficky v následujícím grafu.

Graf 5 - upřednostňovaná forma pohybových aktivit



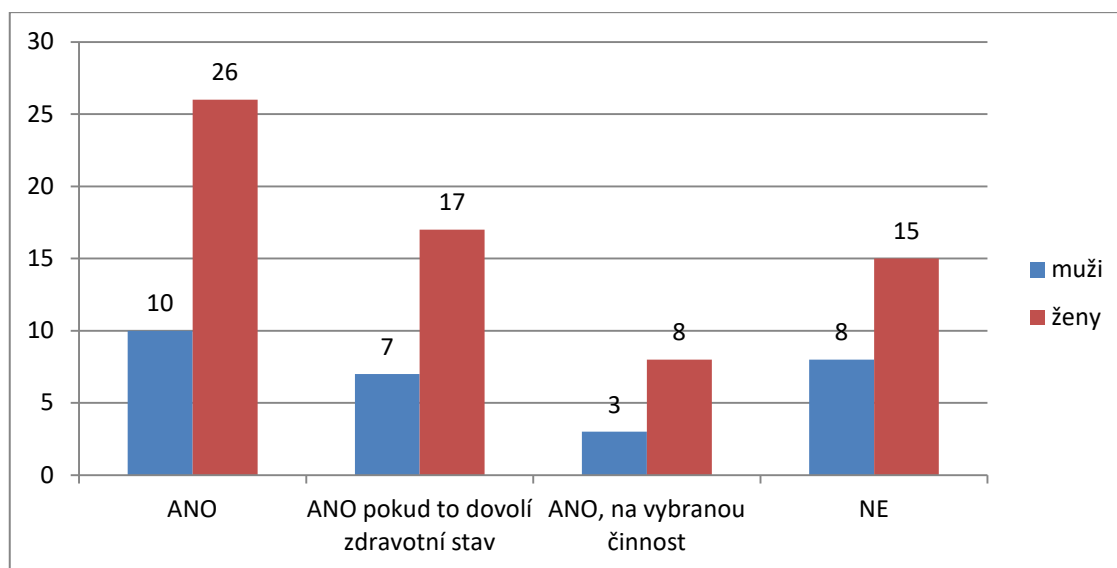
Dalším zjišťovaným ukazatelem byla spokojenost klientů s nabízenými pohybovými a volnočasovými aktivitami v domově důchodců, kdy s nabízenými pohybovými aktivitami bylo celkem spokojeno 29 respondentů, 42 respondentů nebylo spokojeno a 23 respondentů odpovědělo, že se na těchto nabízených aktivitách neúčastní. V otázce týkající se nabízených volnočasových aktivit odpovědělo celkem 58 respondentů, že s nabízenými volnočasovými aktivitami jsou spokojeni, 24 respondentů odpovědělo, že spokojeni nejsou a 12 uvedlo, že se volnočasových aktivit neúčastní. Výsledky odpovědí respondentů jsou znázorněny v následující tabulce.

Tabulka 3 - Spokojenost respondentů s pohybovými a volnočasovými aktivitami nabízenými domovem důchodců

	spokojenost s nabízenými pohybovými aktivitami			spokojenost s nabízenými volnočasovými aktivitami		
	spokojen	nespokojen	těchto akcí se nezúčastňuji	spokojen	nespokojen	těchto akcí se nezúčastňuji
muži	7	16	5	13	9	6
ženy	22	26	18	45	15	6
Celkem	29	42	23	58	24	12

Dotazníkem byl dále zjišťován zájem respondentů o nově nabízený pohybový program, kdy bylo zjištěno, že celkem 36 respondentů má zájem o účast v nově nabízeném pohybovém programu, 24 respondentů má zájem o účast pokud jim to dovolí aktuální zdravotní stav, 11 respondentů vyjádřilo zájem jen o vybrané části a činnosti v nově nabízeném programu a 23 respondentů uvedlo, že nemá zájem o účast. Odpovědi respondentů týkající se zájmu o nově nabízený pohybový program jsou znázorněny v následujícím grafu.

Graf 6 - zájem o účast v nově nabízeném pohybovém programu



S předchozí otázkou úzce souvisí i skutečnost, zdali jsou respondenti, dle svého názoru, omezeni v účasti na nově nabízeném programu. Nejdříve bylo zjištěno zařazení respondentů do kategorie zcela mobilní, částečně mobilní a zcela nemobilní. Ve zkoumaném vzorku nebyli oslovoováni respondenti z řad zcela imobilních klientů, jak bylo uvedeno výše, ale klienti z kategorií mobilní a částečně mobilní klient. Mezi respondenty, dle kritérií domova důchodců, bylo celkem 75 respondentů z kategorie zcela mobilní klient, z tohoto počtu 23 mužů a 52 žen, z kategorie částečně mobilní klient bylo celkem 19 respondentů, z tohoto počtu 5 mužů a 14 žen. Respondenti z těchto dvou kategorií klientů domova důchodců byli dotazováni na skutečnost, jak oni sami pociťují omezení v účasti v nově nabízeném pohybovém programu. Výsledky odpovědí na tuto otázku jsou uvedeny v následující tabulce.

Tabulka 4 - Omezení v účasti na pohybových aktivitách nově nabízeného pohybového programu dle názoru klienta

	Účast na pohybových aktivitách nově nabízeného pohybového programu dle názoru klienta		
	může se účastnit	může se účastnit částečně	nemůže se účastnit
muži	17	7	4
ženy	42	18	6
Celkem	59	25	10

Do dotazníku byly zařazeny dvě otázky týkající se případných návrhů na doplnění dalších pohybových aktivit do nově nabízeného programu a návrhů na případné změny pohybových aktivit do nově nabízeného programu.

Ve svých odpovědích by 50 respondentů do nově nabízeného programu nic nedoplňovalo, 11 respondentů by doplnilo chůzi s trekkingovými holemi, 16 respondentů by doplnilo plavání v bazénu, 5 respondentů by doplnilo cvičení s e zátěží nebo činkami, 4 respondenti by zařadilo cvičení s míčem a 8 respondentů by zařadilo do programu cvičení ve vodě.

Změny v nově nabízeném pohybovém programu nepožadovalo 42 respondentů, 14 respondentů navrhlo snížení náročnosti cvičení, 7 respondentů by zkrátilo délku lekce, 10 respondentů by snížilo počet cvičících na lekci, 6 respondentů by prodloužilo dobu relaxace, 8 respondentů by doplnilo více druhů her ve skupinovém cvičení a 7 respondentů by požadovalo více lekcí jógy.

3.3 Diskuse

V teoretické části této práce jsme se snažili teoreticky vymezit základní pojmy, související s problematikou stárí a stárnutí. Pokusili jsme se definovat nejčastější onemocnění seniorů a vliv pohybové aktivity, jako prevence, před těmito onemocněními. Na základě takto zjištěných poznatků jsme navrhli pohybový aktivizační program, který je tvořen s cílem pozitivního vnímání pohybu ve starším

věku. Při sestavování programu jsou reflektovány nejnovější poznatky související s pohybem a jeho vlivem na fyzickou i psychickou kondici seniorů. Pohybový program byl navržen pro seniory v pobytových zařízeních a to jako doplňkový program ke stávajícím aktivizačním činnostem.

Následně byl proveden průzkum zájmu o vytvořený program v Domově důchodců Velké Hamry, který byl proveden anketním šetřením. Před samotným anketním šetřením byla prováděna průběžná prezentace nově nabízeného programu klientům a to prostřednictvím personálu, který zabezpečuje pohybové a volnočasové aktivity pro klienty domova.

Výsledky našeho průzkumu byly do jisté míry ovlivněny možnostem a mezemi průzkumu, kdy vzhledem k současné situaci v České republice, kdy veškerá zařízení poskytující pobytové služby seniorům jsou z důvodu epidemie onemocnění COVID-19 v karanténě a nebylo možné provést prezentaci nově nabízeného pohybového programu zpracovateli programu. Touto vzniklou situací byl též ovlivněn do jisté míry i výsledek anketního šetření. Nicméně věříme, že personál domova důchodců provedl prezentaci a následující anketní šetření profesionálně a došlo ovlivnění výsledků jen minimálně oproti tomu, kdyby prezentace programu a anketní šetření provedli zpracovatelé tohoto programu a průzkumu.

Provedeným průzkumem bylo zjištěno, že mezi seniory je zájem o účast o nově navržený pohybový aktivizační program. O tomto zájmu i svědčí to, že řada z respondentů, klientů domova důchodců, aktivně navrhovala rozšíření a změny v programu, které by v budoucnosti mohli být zařazeny do programu. Dalším nezanedbatelným výsledkem bylo i zjištění, že senioři, kteří v aktivním produktivním věku nijak nesportovali, mají zájem o pohyb a pohybové aktivity ve stáří. Dále bylo zjištěno, že senioři dávají přednost společným pohybovým aktivitám s dalšími jedinci ve stejném věku, což je jistě prospěšné, neboť soutěživost a snaha o nápodobu povede k zapojení více seniorů do nově nabízeného pohybového programu. Toto pravděpodobně povede k zapojení do programu i těch respondentů, kteří v průzkumu uvedli, že nemají zájem o účast v pohybovém programu.

4 Závěr

Prostřednictvím závěrečné bakalářské práce jsme měli možnost hlouběji proniknout do problematik stárnutí člověka, seniorů a též obtíží, které stáří doprovází.

V teoretické části jsme se snažili teoreticky vymezit základní pojmy, související s problematikou stáří a stárnutí. Pokusili jsme se definovat nejčastější onemocnění seniorů a vliv pohybové aktivity, jako prevence, před těmito onemocněními.

Na základě takto zjištěných poznatků jsme v praktické části práce navrhli pohybový aktivizační program, který je tvořen s cílem pozitivního vnímání pohybu ve starším věku. Při sestavování programu jsou reflektovány nejnovější poznatky související s pohybem a jeho vlivem na fyzickou i psychickou kondici seniorů. Pohybový program byl navržen pro seniory v pobytových zařízeních a to jako doplňkový program ke stávajícím aktivizačním činnostem.

Následně byl proveden průzkum zájmu o vytvořený program v Domově důchodců Velké Hamry, který byl proveden anketním šetřením. Z odpovědí získaných anketním šetřením jsme zjistili, že o účast v nově nabízeném pohybovém programu je mezi seniory, pobývajícími v domově důchodců, zájem.

Při rozhovorech, v rámci anketního šetření, byl zaznamenán další zajímavý aspekt a to, že v mnoha momentech respondenti byli vděční za kontakt, v rámci prováděné ankety, a velmi kladně hodnotili, že v rámci prováděného šetření, byli dotazováni na jejich názor na program, na jimi navrhované změny a případné jejich návrhy na změnu programu.

Prostřednictvím této bakalářské práce jsem měla možnost se hlouběji ponořit do problematiky stárnutí, což pro mě bylo po všech stránkách velmi poučné a přínosné. Stárnutí se týká všech živých bytostí na planetě a je v našem zájmu o sebe pečovat i v této fázi života, jelikož v tuto dobu vše fyzické i psychické má tendenci rychleji upadat.

Senioři jsou mnohdy osamělí a bez kontaktů se společností. Často se jejich styk s okolím omezuje na krátké chvíle při nákupech, u lékaře, ale jinak svůj čas tráví v samotě. Celkově v zájmu společnosti je větší participace na aktivitách seniorů s mladší generací, kdy se tyto skupiny mohou vzájemně učit. Tuto myšlenku by bylo vhodné rozšířit ve společnosti a to například aktivitou obcí, například organizováním společných akcí pro seniory a děti z mateřských a základních škol. Program v této práci je tvořen tak, že je možné jej aplikovat jak na seniory, tak i na mladší generace. Společné cvičení seniorů s mladšími by jistě podporovalo sblížení generací, které by bylo v současné uspěchané době žádoucí a prospěšné.

Zpracování tohoto tématu mi dalo motivaci se této problematice dále věnovat, dále se v tématu vzdělávat a zvažují, že svůj budoucí profesní život mohu směřovat právě tímto směrem.

5 Seznam použité literatury

1. BENEŠOVÁ, D., 2014. *Gerontagogika*. Praha: Univerzita Jana Amose Komenského Praha. ISBN 978-80-7452-039-6.
2. BORTZ, W. M., 1995. *Zdravě a úspěšně až do přirozené stovky*. Praha: Alternativa. ISBN neuvedeno.
3. ČELEDOVÁ, L., ČEVELA, R., a kol., 2017. *Člověk ve zdraví i v nemoci*. Univerzita Karlova v Praze: Karolinum. ISBN 978-80-246-3828-7.
4. ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD [ČSÚ]. *Senioři a zdraví 2018* [online]. [cit. 2020-6.21]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/documents/10180/60664322/31003418b1.pdf/11e9eab0-c51b-4dda-8e05-0a8fbfd1012e?version=1.0>
5. ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD [ČSÚ]. *Senioři v mezinárodním srovnání 2017* [online]. [cit. 2020-6.21]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/documents/10180/46239581/310034171.pdf/73c5195d-8162-41ea-b7c2-a7b64ecd01a3?version=1.0>
6. ČEVELA, R., KALVACH, Z., ČELEDOVÁ, L., 2012. *Sociální gerontologie*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-3901-4.
7. DIENSTBIER, Z., PROCHÁZKOVÁ, Z., 2011. *Ó, sladké stáří*. Praha: Radix. ISBN 978-80-87573-00-6.
8. DOMOV DŮCHODCŮ VELKÉ HAMRY. *Fotogalerie* [online]. [cit. 2020-7.22]. Dostupné z: <https://www.dd-velkehamry.cz/fotogalerie.php>
9. DUFFKOVÁ, J., URBAN, L., DUBSKÝ, J., 2008. *Sociologie životního stylu*. Plzeň: Aleš Čeněk. ISBN 978-80-7380-123-6.
10. DVOŘÁK, M., 2018. Právní definice seniora stále chybí. In: *Senioři* [online]. 01.01. 2018 [vid. 2020-6.21]. Dostupné z: <https://senioricr.cz/pravni-definice-seniora-dosud-chybi/>
11. FOŘT, P., 2001. *Jak stárnout pomalu*. Havlíčkův Brod: EB nakladatelství. ISBN 80-238-7893-X.
12. HAŠKOVCOVÁ, H., 1990. *Fenomén stáří*. 1.vyd. Praha: Panorama. ISBN 80-7038-158-2.
13. HOCMAN, G., 1985. *Stárnutí*. Praha: Avicenum. ISBN 08-083-85.
14. HOLCZEROVÁ, V., DVOŘÁČKOVÁ, D., 2013. *Volnočasové aktivity pro seniory*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-4697-5.

15. HOLMEROVÁ, I., JURAŠKOVÁ, B., MÜLLEROVÁ, D., VIDOVIČOVÁ, L., HABRCETLOVÁ, L., MATOULEK, M., SUCHÁ, J., ŠIMŮNKOVÁ, M., 2014. *Průvodce vyšším věkem: Manuál pro seniory a jejich pečovatele*. Praha: Mladá fronta. ISBN 978-80-204-3119-6.
16. KLEVETOVÁ, D., 2017. *Motivační prvky při práci se seniory*. 2., přepr. vyd. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-0102-3.
17. KLEVETOVÁ, D., DLABALOVÁ, I., 2008. *Motivační prvky při práci se seniory*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2169-9.
18. KOUKOLÍK, F., 2014. *Metuzalém: O stárnutí a stáří*. Univerzita Karlova v Praze: Karolinum. ISBN 978-80-246-2471-6.
19. MATĚJOVSKÁ KUBEŠOVÁ, H., WEBER, P., ŠEVČÍK, P., MAŠEK, M., KADAŇKA, Z., VEPŘEKOVÁ, B., POLCAROVÁ, V., GÁL, R., SEIDLOVÁ, D., ONDRÁŠKOVÁ, H., 2009. *Akutní stavy v geriatrii*. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-620-5.
20. MATOUŠ, M., MATOUŠOVÁ, M., KALVACH, Z., RADVANSKÝ, J., 2002. *Pohyb ve stáří je šancí*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 80-247-0331-9.
21. MLÝNKOVÁ, J., 2011. *Péče o staré občany: Učebnice pro obor sociální činnosti*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-7099-4.
22. NADAČNÍ FOND PRO ROZVOJ PLNÉHO VĚDOMÍ. *Jóga a všímavost pro seniory* [online]. [cit. 2020-7.22]. Dostupné z: <https://www.plnevedomi.cz/nase-projekty/31-joga-a-mindfulness-pro-seniory>
23. PETROVÁ KAFKOVÁ, M., 2013. *Šedivějící hodnoty? Aktivita jako dominantní způsob stárnutí*. Brno: Masarykova univerzita. ISBN 978-80-210-6310-5.
24. PŘÍHODA, V., 1974. *Ontogeneze lidské psychiky - Vysokoškolská příručka*. 2. díl, *Vývoj člověka od patnácti do třiceti let*. Praha: SPN. ISBN 14-429-74.
25. SLEPIČKA, P., MUDRÁK, J., SLEPIČKOVÁ, I., 2015. *Sport a pohyb v životě seniorů*. Univerzita Karlova v Praze: Karolinum. ISBN 978-80-246-3110-3.
26. ŠÍMOVÁ, S., 2019. Taneční mistr roztančil U Dubu i seniory na vozíku. In: *Ohře média* [online]. 10.10. 2019 [vid. 2020-7.22]. Dostupné z: <http://www.ohremedia.cz/>
27. ŠTILEC, M., 2004. *Program aktivního stylu života pro seniory*. Praha: Portal. ISBN 80-7178-920-8.
28. VÁGNEROVÁ, M., 2007. *Vývojová psychologie II. (Dospělost a stáří)*. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-1318-5.
29. ŽENČUCHOVÁ, N., 2012. Trávení a pohyb aneb co dělat při potížích trávením. In: *Život s dietou* [online]. 10.12. 2012 [vid. 2020-3.20]. Dostupné z: <https://www.zivotsdietou.cz/clanky/traveni-a-pohyb-aneb-co-delat-pri-potizich-s-travenim>

6 Seznam příloh

Příloha č.1 – dotazník anketního šetření

Příloha č.1 - Dotazník

1. Pohlaví

muž

☐

žena

☐

2. Věk respondenta

27 – 65 let

☐

66 – 75 let

☐

76 – 85 let

☐

86 – 96 let

☐

96 let a více

☐

3. Jak dlouho žijete v domově důchodců?

- méně než 1 rok

☐

- 1 až 5 let

☐

- více než 5 let

☐

4. Věnovali jste se v produktivním věku nějaké pohybové aktivitě nebo sportu?

ANO ☐

NE ☐

5. Vyhovuje vám více individuální cvičení nebo cvičení ve skupině?

individuální ☐

skupinové ☐

6. Jste spokojen (-a) s nabízenými pohybovými programy, které pro své klienty pořádá domov důchodců?

- Spokojen (- a).

☐

- Nespokojen (- a).

☐

- Těchto akcí se nezúčastňuji.

☐

7. Jste spokojen (-a) s nabízenými volnočasovými aktivitami, které pro své klienty pořádá domov důchodců?

- Spokojen (- a).

☐

- Nespokojen (- a).

☐

- Těchto akcí se nezúčastňuji.

☐

8. Zúčastnili byste se nově nabízeného pohybového programu?

- ANO ☐
- ANO, pokud to můj zdravotní stav dovolí ☐
- ANO, jen na určitou vybranou aktivitu ☐
- NE ☐

9. Jste nějak omezen v účasti na pohybových aktivitách nově nabízeného pohybového programu?

- Ne, mohu se účastnit všech nabízených aktivit pohybového programu.
☐
- Ano, ale a mohu se účastnit jen části aktivit nabízeného pohybového programu.
☐
- Ano, z důvodu nepohyblivosti se nemohu účastnit nabízeného programu.
☐

10. O jakou pohybovou aktivitu, byste nově nabízený pohybový program doplnil (-a)?

.....

.....

11. Mělo by se něco, podle Vás, v nově nabízeném pohybovém programu změnit?

ANO ☐

NE ☐

V případě že odpovíte ANO, uveďte, co by se konkrétně mělo změnit:

.....

.....

.....