

UNIVERZITA JANA AMOSE KOMENSKÉHO PRAHA

magisterské kombinované studium

2011 - 2013

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Bc. Daniel Pospíšil

Kvalita života seniorů v Mělníku

Praha 2013

vedoucí práce

Doc. RNDr. Jitka Machová, CSc.

JAN AMOS KOMENSKÝ UNIVERSITY PRAGUE

Master Combined

2011 - 2013

DIPLOMA THESIS

Bc. Daniel Pospíšil

The quality of life of seniors in Mělník

Prague 2013

The Thesis Work Supervisor:
Doc. RNDr. Jitka Machová, CSc.

Prohlášení

Prohlašuji, že předložená práce je mým původním autorským dílem, které jsem vypracoval(a) samostatně. Veškerou literaturu a další zdroje, z nichž jsem při zpracování čerpal(a), v práci řádně cituji a jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v univerzitní knihovně.

V Praze dne 15.3. 2013

Jméno autora

Poděkování

Děkuji mé vedoucí diplomové práce, paní Doc. RNDr. Jitce Machové CSc. za vedení, cenné poznámky, odborné připomínky, podněty a náměty.

Anotace

V diplomové práci se autor věnuje problematice kvality života seniorů v Mělníku. V teoretické části jsou popisovány anatomické a fyziologické zvláštnosti seniorů, období po 65. roce života, choroby seniorů, civilizační choroby a další nejčastější choroby a geriatrické syndromy seniorů. Ve speciální části jsou popsány vědecké disciplíny, které se touto problematikou zabývají a náhled na aktivity seniorů v Mělníku.

Klíčové pojmy

senior, choroby seniorů, civilizační choroby, aktivity seniorů, kardiovaskulární onemocnění, fyzioterapie, ergoterapie, speciální pedagogika

Annotation

In this thesis, the author deals with the issue of quality of life of seniors in Mělník town. There are the anatomical and physiological peculiarities of seniors described in the theoretical section, then period after the 65th year of their life, old age diseases, lifestyle diseases and other common diseases and geriatric syndromes seniors. The scientific disciplines concerning this deal and a preview of activities for seniors in Mělník town are described in a special section.

Key words

senior, old age diseases, lifestyle diseases, activities for seniors, cardiovascular disease, physiotherapy, occupational therapy, special education

Obsah

ÚVOD.....	9
1. VYMEZENÍ POJMU SENIOR.....	10
1.1 Definice stárnutí.....	10
1.2 Fenotyp stáří.	11
1.3 Fyziologie stárnutí.	12
1.4 Psychické stárnutí.	13
1.5 Sociální stárnutí.	14
1.6 Geriatrie.	14
1.7 Aegismus	15
2. Civilizační choroby.	16
2.1 Arteriální hypertenze.	17
2.2 Alzheimerova choroba.....	17
2.3 Cévní onemocnění mozku.	17
2.3.1 Klinický obraz u pacientů s CMP.	18
2.4 Tumorové a karcinogenní nemoci	19
2.5 Infarkt myokardu	20
2.6 Obezita.....	21
2.7 Diabetes mellitus.....	22
2.8 Ateroskleróza.....	23
2.9 Deprese.....	23
2.10 Syndrom vyhoření.....	24
2.10.1 Rizikové faktory syndromu vyhoření	25
2.10.2 Vývoj syndromu vyhoření	25
3. DALŠÍ NEJČASTĚJŠÍ CHOROBY A GERIATRICKÉ SYNDROMY.....	26
3.1 Geriatrická křehkost.....	26
3.2 Hypomobilita.	26
3.3 Sarkopenie	26
3.4 Artróza	27
3.5 Parkinsonova choroba.....	28
3.6 Malnutrice	28
3.6.1 Podvýživa.....	28
3.6.2 Nadměrný příjem potravy	29
3.7 Inkontinence.....	29
3.7.1 Přejížděná inkontinence.....	29
3.7.2 Chronická inkontinence	30
3.7.2.1 Urgentní inkontinence.....	30
3.7.2.2 Stresová inkontinence	30
3.7.2.3 Přetékající močový měchýř	30
3.7.2.4 Funkční inkontinence.....	30
3.8 Ortostatická hypotenze	31
3.8.1 Klinický obraz ortostatické hypotenze	31
3.9 Revmatismus.....	31
3.9.1 Revmatická horečka.....	32
3.9.2 Revmatoidní artritida	32
4 OBORY, VĚDECKÉ DISCIPLÍNY A SPECIALIZACE VE ZDRAVOTNICTVÍ ZABÝVAJÍCÍ SE PROBLEMATIKOU SENIORŮ	33
4.1 Fyzioterapie	33

4.2 Ergoterapie	35
4.3 Psychoterapie	37
4.3.1 Kognitivní rehabilitace	38
4.4 Speciální pedagogika	38
4.4.1 Surdopedie	38
4.4.2 Oftalmopedie	39
4.4.3 Somatopedie.....	40
4.4.4 Logopedie	40
4.5 Andragogika.....	41
4.5.1 Gerontopedagogika.....	42
5. AKTIVITY SENIORŮ	43
5.1 Pojem volný čas a volnočasové aktivity	43
5.1.1 Aspekty volného času	43
5.1.2 Funkce volného času.....	44
5.2 Vliv socializace na seniorskou veřejnost	44
5.3 Vliv kulturních aktivit na seniorskou veřejnost	45
5.4 Vliv tělovýchovných aktivit na život seniorů	45
5.5 Duchovní aktivity v životě seniora	46
5.6 Vliv rodinného zázemí na jedince v seniorském věku	46
5.7 Vzdělávání lékařských, nelékařských oborů a pečovatelů	47
6 VYMEZENÍ HYPOTÉZ A STANOVENÝCH CÍLŮ	48
6.1 Sportovní aktivity na Mělníku	49
6.2 Zájmové skupiny a kluby.....	52
6.3 Terénní služby.....	54
6.4 Aktivity pro osoby postižené civilizačními chorobami	56
6.5 Aktivity pro osoby tělesně a zdravotně postižené	57
6.6 Logopedické ambulance	58
6.7 Aktivity pro sluchově postižené osoby	58
6.8 Sociální poradenství a oddělení sociální pomoci.....	59
6.9 Psychosomatické poradny, psychoterapeutické ambulance	60
6.10 Duchovní aktivity	61
6.11 Kulturní aktivity.....	62
6.12 Celoroční pobyty pro seniory	63
6.13 Pěvecké soubory	65
6.14 Zájmové skupiny v domově seniorů v Mělníku	66
6.15 Počet seniorů navštěvující vyhledané aktivity v roce 2012/2013.....	71
7 DISKUZE	73
8 VYHODNOCENÍ HYPOTÉZ A STANOVENÝCH CÍLŮ	74
ZÁVĚR	75
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	76
SEZNAM PŘÍLOH.....	80

ÚVOD

Autor se ve své profesi, jako fyzioterapeut, mimo jiné setkává s lidmi v důchodovém věku. Dospívá k názoru, že seniorskou veřejnost je nutné seznámit s možnostmi, které mohou využít pro zlepšení kvality svého života. Autor vidí důležitost v seznámení se s problematikou níže popsaných aktivit jak u seniorů, tak i širší veřejnost v rámci socializace.

Diplomová práce se věnuje problematice kvality života seniorů, je v ní vypracován přehled aktivit pro využití volného času seniorů v oblasti v městě Mělníku.

V teoretické části se autor zabývá vymezením pojmu „senior“, fyziologií stárnutí, obdobím po roku 65 roku života, dále popisuje civilizační onemocnění a geriatrické choroby seniorů.

V druhém oddíle teoretické části jsou popsány vědní obory, které napomáhají zlepšit kvalitu života seniorů.

V praktické části vypisuje autor veškeré aktivity a sdružení, které jsou seniorům nabídnuty.

Cílem práce je vytvořit aktuální přehled aktivit pro seniory v Mělníku s ohledem na civilizační choroby a onemocnění typická pro starší věk.

I Praktická část

1 Vymezení pojmu senior

Vymezení pojmu senior se liší jak ve vědních oborech, tak ve společenské praxi. Za seniory jsou podle běžného chápání pokládáni lidé ve věku nad 60, resp. 65 let. Hranice chronologického věku je uváděna také ve Všeobecné encyklopedii v osmi svazcích z roku 1999, kde je výraz senior vykládán jako „člověk ve věku nad 65 let, tj. v důchodovém věku, po fázi tzv. aktivního věku“. Podle tohoto vymezení je tedy důležité splnit rovněž kritérium tzv. důchodového věku, který se však jen v zemích EU podstatně liší. Je uváděn pojem mladší senior (65-80 let) a starší senior (nad 80 let). Právní předpisy z oblasti sociálního zabezpečení do té doby běžně užívaly výraz starý občan, avšak ten nebyl nikde vysvětlen. (Austad 1999, Hayflick 1997, Haškovcová 1989)

1.1 Definice stárnutí

Existuje celá řada možností, jak definovat stárnutí. Můžeme se například zaměřit na charakteristiky vyzorované u starého člověka. Tyto znaky můžeme dělit na vzdálené (distální) efekty stárnutí- například omezení pohyblivosti způsobené obrnou a časově blízké (proximální) efekty stárnutí- například omezení ADL (aktivity of daily living) způsobené zlomenou nohou. Dále lze znaky sledovat z hlediska pravděpodobnosti, že je sdílejí i ostatní staří lidé. Univerzální znaky stárnutí- to jsou takové znaky, které jsou typické pro starší věk (vrásčitá kůže) a probalistické znaky stárnutí, ty jsou pravděpodobné, nikoliv univerzální (artróza). Tyto termíny je možno srovnat s podobnými pojmy primární stárnutí (tělesné změny stárnoucího organismu), dále sekundární stárnutí (změny, které se objevují ve stáří, ale nejsou však doprovodným jevem) a terciární stárnutí (prudký a nápadný tělesný úbytek bezprostředně předcházející smrti). (Austad 1999, Hayflick 1997, Haškovcová 1989)

Stárnutí je závěrečnou fází lidského vývoje a je třeba ho posuzovat jako součást kontinuální proměny. Avšak právě proto, že se jedná o proměnu kontinuálního, je

nesnadné nalézt uspokojivou definici okamžiku, ve kterém končí střední věk a začíná stáří. (Austad 1999, Hayflick 1997, Haškovcová 1989)

Nejběžnějším měřítkem stárnutí je chronologický (kalendářní věk), tento pojem je sám o sobě bez informací, jelikož se jedná o náhodně zvolenou míru. Existují však starší jedinci se znaky agerázie či mladší jedinci se znaky drogerie. Z těchto důvodů nelze chronologický věk pokládat za spolehlivý prediktor životního stavu konkrétního jedince. Dalším měřítkem je sociální věk. Vztahuje se ke společenskému očekávání chování přiměřeného určitému biologickému věku. Někteří spisovatelé rozdělují stáří na mladší stáří vymezené roky na 65-75 a pokročilé stáří, které představuje věk 75 let a více. Burnsidova teorie kategorizace dělí mladé stáří 60-69 let, zralé stáří 70-79 let, pokročilé stáří 80-89 let a velmi pokročilé stáří 90-99 let. Jedna z dalších variant rozděluje lidi starší 65 let na kategorie třetího a čtvrtého věku. Třetí věk značí aktivní a nezávislý život staršího jedince, zatímco čtvrtý věk znamená období, kdy je člověk závislý na pomoci rodiny, nebo osobě, která napomáhá při obstarávání základních potřeb, nebo zařízení k tomu určených. (Austad 1999, Hayflick 1997, Haškovcová 1989)

1.2 Fenotyp stáří

Fenotyp stáří, stařecký vzhled, spolu s funkčními poruchami a omezeními je určován několika faktory, které se projevují u každého jedince odlišně a jsou také různě ovlivnitelné:

- genotyp- je to soubor veškerých genetických informací organismu, respektive veškerých genetických informací, týkající se zkoumaného znaku či znaků.
- projevy v důsledku chorob a jejich kombinace- multimorbidita
- vlivy prostředí- fyzikální i sociální
- psychický stav jedince- adaptace na stáří, motivace, expektace, stylizace do role

(Hayflick 1997)

1.3 Fyziologie stárnutí

Stárnutí je fyziologický děj, nastává spontánně a je nevyhnutelné. Se stárnutím nastávají i změny v organismu a jeho funkcemi, které však nemusí mít vždy negativní charakter. Stáří není choroba, je to etapa lidského vývoje, etapa, neboli časový úsek s biologickými a sociálními zvláštnostmi. V biologickém smyslu začíná stárnutí ihned po oplození v matčině lůně. Například brzlík dítěte je ve srovnání s brzlíkem novorozence už značně zestárlý, skoro až neschopný vykonávat svou funkci. Kostní dřev v dlouhých kostech, stárne velmi rychle a v pozdějším věku neobsahuje skoro žádnou dřev schopnou krvetvorby, nýbrž pouze tukovou tkáň. Tyto procesy není zvykem označovat jako stárnutí, ale jsou nedílnou součástí lidského vývoje. Stále se vedou spory, kdy vlastně začíná biologické stárnutí. Propočty a výzkumy ukázaly, že kolem třicátého roku života dochází k takzvané cézure, přechodu ke stárnutí. (Kunzel 1990)

V běžné populaci se pojmem stáří rozumí dosažení důchodového věku, za to doba před tím se pokládá za produktivní věk. Důležité je zmínit, že stárnutí je část životní etapy, stárnutí nelze nijak zadržet, lze však do jisté míry ovlivnit, zejména pokud se jedná o negativní změny. Stárnutím se zabývali již lidé ve starověku. V Galenových studiích se popisuje vliv správné životosprávy, jako prostředek k zabránění předčasného stárnutí. Berlínský lékař a badatel Hufeland se zabýval metodami, které lidský život prodlužují. Je například dokázáno, že nastává změna iontového složení tkání, zejména vazivových, které mají méně aktivní látkovou výměnu a proto pomalu rostou a schopnost regenerace. Starý organismus obsahuje i méně vody, proto se dříve jednalo o tom, že stáří se může považovat jako proces „vysušování“ organismu. V cévách může docházet k usazování vápenatých solí a tuku, co má za následek aterosklerozu, ve vazivu se zvyšuje obsah mezibuněčné hmoty, tím se snižuje pružnost tkáně. Snižuje se rovněž i podíl svalové hmoty těla, a proto nelze zajistit původní schopnost funkcí orgánů v původní míře. To má za následek adaptabilita organismu. V buňkách se objevují hnědě zbarvená depozita, charakteristické pigmenty. Tvorba buněk probíhá pomaleji, kůže může získat vrásčité charakter, zblednutí vlasů a všeobecně zpomalení pohybu. Průběh stárnutí nelze nijak zastavit, avšak existují léky a

jiné prostředky, které zpomalují následky pochodu stárnutí, což je cílem moderní gerontologie. (Kunzel 1990)

I když stáří není choroba, dochází ve stáří k většímu výskytu onemocnění organismu a mnohdy znásobené, tzv. polymorbiditě. Je třeba si uvědomit, že průběh nemocí u starých lidí je někdy jiný než u mladých lidí. Začínají pozvolně, plíživě (srdeční choroby, poruchy prokrvení, nádory aj.), často jsou chronické (bronchitida), mají atypický průběh (zápal plic bez horeček), působí většinou méně zřetelné potíže. U malých dochází k odpovědi na virus, či bakterii horečkou, u starých lidí může dojít až k těžkým infekcím bez zvýšených teplot. Toto je nutné vědět pro správné posouzení obtíží a následnou léčbu u starších občanů. (Kunzel 1990)

1.4 Psychické stárnutí

Osobnost samotného člověka je nutno posuzovat jako celkový psychologický celek. Po celý život zůstává integrita osobnosti zachovalá, mění se jen a pouze dílčí funkční schopnosti, jako jsou například vnímání, paměť, představy a myšlení. Samotné charakteristické osobnostní rysy upadají, nebo získávají ve své intenzitě. U člověka se může přesouvat pořadí potřeb, cílů, hodnot. *„Změny motivace (vnitřních pohnutek) mohou vysvětlit, proč starý člověk to či ono nedělá očekávaným způsobem, proč některé potřeby a věci jsou v popředí jeho zájmu, proč se vrací k některým dřívějším zájmům a jiné opouští.“* (Pacovský, 1994, str. 24) Celkově se snižuje intenzita prožívání situací a seniora životní události tolika již „nevzrušují“ a v některých případech zůstává chladný. (Pacovský 1994, Haškovcová 1989)

U seniorů se postupem života projevují změny kognitivních schopností, snižuje se psychomotorické tempo a klesá tzv. výkonnostní křivka, bývá ochuzena fantazie, nechť řešit aktuální problémy a změna paměti a učení. (Pacovský, 1994, Haškovcová, 1989)

V dnešní době, díky specializovaným disciplínám, jde postupně snižování psychických funkcí částečně kompenzovat. (Pacovský 1994, Haškovcová, 1989)

Důležité je zmínit, že všechny psychické změny nesměřují vždy k horšímu, zvyšuje se vytrvalost v monotónní tělesné a duševní činnosti, stupňuje se trpělivost a pochopení při jednání s vrstevníky. Bývá větší stálost v názorech a vztazích, ba dokonce u normálního stáří nechybí soudnost a zlepšuje se rozvaha. (Pacovský 1994, Haškovcová 1989)

1.5 Sociální stárnutí

Od prvních okamžiků, kdy si člověk uvědomí, že stárne, vznikají první obtíže jeho reakcí spolu s adaptací na stáří. Průběhy těchto reakcí jsou zcela individuální, a proto nejdou zcela odhadnout ani složitým testováním. O těchto událostech v životě seniora rozhoduje komplex různých činitelů. Důležitý je průběh celé životní dráhy, neboť jedinec, který dovede držet krok, má zpravidla schopnost řešit problémy ze svých životních zkušeností. Naopak seinoři, kteří měli v mládí obtíže s adaptací ve společnosti, trpí špatným přizpůsobováním v samotném stáří. *Každý stárnoucí člověk je členem společenství. „Společnost má přijímat stáří jako přirozenou realitu a starou subpopulaci jako svou nedílnou součást. Cílem je nikoliv segregace, ale integrace!“* (Pacovský 1994, str. 25) Při porušení tohoto paradigmatu může vzniknout klinicky významný problém pro seniory. (Pacovský 1994, Haškovcová 1989)

1.6 Geriatrie

Geriatrie je obor zabývající se problematikou zdravotního a funkčního stavu ve stáří. Realitou civilizačního vývoje, je pokles úmrtnosti. Naprostá většina lidí v hospodářsky vyspělých zemích se dožívá konvenční hranice stáří 65 let a velké procento překračuje hranici 80 let. Proto můžeme uvažovat v dnešní populaci o termínu fenomén stárnutí populace, což je dáno nízkou porodností a zestárnutím poválečných ročníků. „v roce 1869 žilo na území ČR ve věku 60 a více let 6,2% obyvatel, zatímco v roce 2050 půjde o více než 40%“. (Kolář 2009, str. 245). V současné době přibývá lidí velmi

starých a dlouhověkých, vývoj směřuje spíše od stárnutí populace k dlouhověké společnosti. Pro rehabilitaci v širším slova smyslu je zásadním a klíčovým prvkem ve staří tzv. funkční zdatnost- dysabilita. Pro stáří se zdůrazňuje požadavek, aby veškeré zdravotnické služby a organizace nejen předcházely chorobám, dianoštkovaly, léčily a rehabilitovaly nemocné, ale také i snižovaly utrpení, zpomalovaly pokles lidského potenciálu nemocného jedince, posilovaly jeho ADL aktivity, funkční zdatnost a tím i zdravím podmíněnou kvalitu života obecně, bez vazby na konkrétní nemoci. (Kolář 2009)

Vznik disability ve staří může být:

- náhlý- úraz, cévní mozková příhoda
- postupný- rakovina
- monokauzální, vázaný na nemoc- Alzheimerova choroba, Parkinsonova choroba
- multikauzální- tzv. geriatrická křehkost (frailty)

Rozvoj somaticky podmíněné dysability je podmíněn zejména postižením dolních končetin a omezenou mobilitou například u dlouhodobé hospitalizace, nebo postižením horních končetin a sebeobsluhy. (Pacovský 1994, Haškovcová 1989)

1.7 Ageismus

Ageismus, pojem překládaný jako věková diskriminace. Jedná se o proces diskriminace lidí pro jejich stáří. Senioři jsou zařazováni do kategorie staromódních, senilních a rigidních jedinců. Taková skupina diskriminovaných seniorů se setkává s opovržením a dostává se na okraj společnosti s typickou inaktivitou. (Vidovičová 2005)

Ageismus je ve své podstatě vyřazování starších lidí z různých aktivit a činností, které vyžadují odpovědnost a pozornost. Starším občanům je navozen pocit, že nebudou schopni kvalifikovaně a adekvátně jednat. Rigidita, která je typická obtížnějším přizpůsobováním se novinkám, brzdí seniora v zařazování se do aktivit, kde je vyžadována tzv. pružnost jedince. U seniora nastává stav, popisovaný jako

egocentrismus, kdy může dojít k patologické situaci, že upoutá pozornost na svou osobu, a to v negativním slova smyslu. (Vidovičová 2005)

Ageismus nepřinesla moderní doba, ale rozhodně se v současné době prohlubuje. Negativním vlivem ageismu je izolace a pocit zbytečnosti, které jsou nejčastějším důvodem ztráty kontaktu se společností. (Vidovičová 2005)

2. Civilizační choroby

Civilizačními chorobami označujeme skupinu nemocí, které se vyskytují ve větší míře ve vyspělých zemích. Jedná se o choroby, které jsou spojeny především s životním stylem dnešní doby. Hlavním centrem výskytu jsou především velká, po ekonomické stránce vyspělá města. Jejich vznik je podmíněn neovlivnitelnými faktory a ovlivnitelnými faktory. Mezi neovlivnitelné faktory patří genetická výbava a pohlaví, ovlivnitelné faktory jsou způsobené moderním životním stylem, (nadměrná konzumace vysoce kalorických potravin, nedostatek pohybu, nekvalitní spánek, stres, alkohol, kouření nebo i špatné životní prostředí). Toto způsobuje nahromadění volných radikálů, které urychlují rozvoj mnoha nemocí. (Marková 2010)

Mezi civilizační choroby se obvykle zahrnují:

- arteriální hypertenze
- Alzheimerova choroba
- cévní onemocnění mozku
- tumorové, karcinogenní nemoci
- infarkt myokardu
- obezita
- diabetes mellitus
- ateroskleróza
- deprese (syndrom vyhoření)

(http://cs.wikipedia.org/wiki/Civiliza%C4%8Dn%C3%AD_choroba)

2.1 Arteriální hypertenze

Arteriální hypertenze, kdy běžný tlak jedince převyšuje hodnotu 140/90 mm Hg, je považována za jeden z nejvýznamnějších faktorů u kardiovaskulárních onemocnění. Ovlivněním hypertenze můžeme ovlivnit nejen riziko kardiovaskulárního aparátu, ale také i výskyt cévních mozkových příhod, či ICHS. V počátečních stádiích hypertenze je tlak zvýšen pouze přechodně, ale později se dostává do chronického stádia. Ze začátku onemocnění nejsou na oběhovém aparátu a jiných orgánech viditelné změny. Při delším trvání choroby se objevují aterosklerotické změny. (Hromádková 1999)

2.2 Alzheimerova choroba

Alzheimerova choroba (demence) byla popsána Aloisem Alzheimerem v roce 1907, v té době se považovala za nemoc vzácnou. V dnešní době se demence vyskytuje u více než sedmi miliónů obyvatel Evropy. Alzheimerova choroba narušuje část mozku a způsobuje pokles takzvaných kognitivních funkcí (myšlení, paměti, úsudek). Bývá nejčastější jednou z nejčastějších příčin demence, která vede postupně k závislosti nemocného na ADL a na každodenní pomoci jiného člověka. Alzheimerova choroba začíná pozvolna. Nejdříve se u nemocného zhoršuje krátkodobá paměť a není schopen se postarat o některé věci v domácnosti, nebo vykonávat jiné těžší úkoly ve společnosti. Rychlost, kterou Alzheimerova choroba postupuje, se u každého postiženého liší. Nemocný má však čím dál větší problémy s vyjadřováním, rozhodováním, nedokončuje myšlenky, je zmatenější. Mění se celé jeho JÁ. V posledních stádiích nemoci už vůbec není schopen se sám o sebe postarat, a proto v mnohých případech jsou tyto pacienti umísťováni do speciálních zdravotnických zařízení. (Stuart- Hamilton 1999)

2.3 Cévní onemocnění mozku

Cévní mozkové příhody (CMP) jsou v dnešní době velmi častou příčinou těžkého zdravotního stavu jedince a jsou proto velkým medicínským, sociálním problémem. Incidence pacientů s cévní mozkovou příhodou v České republice je 350

onemocnění na 100 000 obyvatel ročně, tedy v ČR je ročně postiženo touto chorobou až 350 000 osob, přičemž 2/3 přežívají a z toho počtu může být 1/2 pacientů handicapována po zbytek života. Cévní mozková příhoda vzniká buď ischemií (části nebo celého mozku), nebo hemoragií do mozkové tkáně či subarachnoidálního prostoru. (Kolář 2009)

Ischemické cévní mozkové příhody jsou nejčastější a vyskytují se u 80% všech CMP. Ischemické CMP jsou způsobeny poklesem krevního průtoku pod hodnotu 20ml/100g, přičemž optimální perfuze je okolo 50-60 ml/ 100g mozkové tkáně. Následně dochází k poruše funkce neuronů a k rozvoji klinických příznaků typických pro ischemickou lézi. Příčinou může být ateroskleróza, kardiální příčina, hematologická onemocnění, celková hypoxie u plicních onemocnění nebo hypoxie z reologických příčin při zvýšené viskozitě krve. (Kolář 2009)

Hemoragické mozkové příhody parenchymu tvoří 15% všech CMP, u těchto příčin je mnohem vyšší mortalita nežli u ischemické CMP. Hemoragická mozková příhoda je zapříčiněna rupturou cévní stěny některé mozkové artérie. Poškození mozku je tak ovlivněno místem ruptury. Na CT snímku můžeme nalézt buď tříštivé, nebo ohraničené krvácení. Kolem 5% všech CMP tvoří subarchnoidální krvácení, která vznikají rupturou aneurysma Willsova okruhu nebo rupturou hlavních mozkových tepen.

(Kolář 2009)

2.3.1 Klinický obraz u pacienta s CMP

Klinický obraz akutní CMP je velmi těžké popsat, neboť je u každého pacienta zcela individuální, velmi záleží na rozsahu poškození a na příčině CMP. Velký vliv na celkovém stavu pacienta je ovlivněn místem, které je postiženo a samozřejmě do jaké míry je mozek poškozen. (Kolář 2009, Káš 1997)

Často je přítomna kontralaterální porucha hybnosti na horní a dolní končetině, a také v oblasti mimického svalstva. Mnohdy je přítomna porucha citlivosti a kontralaterální porucha zorného pole. Objevuje se i poruchy symbolických funkcí, což bývá u krvácení nebo ischemie v dominantní hemisféře. Při poškození nedominantní

hemisféry se můžeme také setkat s tzv. neglect syndromem. U neglect syndrom si pacient neuvědomuje vlastní postižení, jako by ho popíral, nebo ignoroval. Dále bývá jednostranná deviace očí ke straně postižení. Velmi časté je také přítomné Wernickeovo- Mannovo držení, držení s typickým spastickým vzorcem na pravostranných končetinách při kterém je přítomen charakteristický obraz:

- deprese, addukce a vnitřní rotace v ramenním kloubu
- flexe v loketním kloubu spojena s pronací předloktí, flexe ruky a prstů
- vnitřní rotace dolní končetiny, extenze v kyčli a koleni
- inverze a plantární flexe nohy, cirkundukce dolní končetiny u chůze

(Kolář 2009, Káš 1997)

2.4 Tumorové a karcinogenní nemoci

Rakovina patří v dnešní době stále k nejobávanějšímu onemocnění lidského organismu. V České republice umírá na rakovinu každý pátý člověk. Mnozí lidé vidí rakovinu jako dlouho trvající chorobu s dramatickým koncem, což vede mnohdy často k velkým obavám z návštěvy lékaře a v nejhorších případech nemocní přicházejí až v pozdních stádiích rakoviny. Je důležité zmínit, že se nejedná o jeden druh rakoviny. Nádorová onemocnění se liší místem a formou. Některé formy rostou velmi pomalu, jiné rychleji, některé se šíří (metastazují) do jiných částí těla, jiné ne. Některé lze bez problému odstranit ozářením (rakovina kůže), další musí být řešeny operativně (např. mozkové tumory), které se množí v organismu velmi rychle a mohou dosáhnout obrovských rozměrů. (Kunzel 1990)

Dle pokusu na zvířatech je dokázán vztah některých karcinogenních látek a orgánu organismu např. uhlovodíky a tabákový dehet je spojen s bronchiálním karcinomem, rakovina jater způsobená chemikáliemi škodlivin z ovzduší, rakovinu krve mohou vyvolat viry. Mluvíme tedy o predispozičních faktorech pro vznik rakoviny. Rakoviny mohou vznikat po opakovaných zánětech, přímá dědičnost nádorového onemocnění neexistuje, zdědit lze určité dispozice (např. slabou imunitu). (Kunzel 1990)

Strach z rakoviny nikdy nesmí vést k odkládání diagnostiky. Většinou lze při včasné diagnostice rakovinu léčit, nebo zcela ovlivnit. Problém jsou nádory, které jsou objeveny příliš pozdě pro skryté místo výskytu, nebo strachu z návštěvy onkologa. V dnešní době máme preventivní prohlídky, které vedou ke snížení výskytu, či včasnému odhalení rakovinotvorných buněk (např. cytologickému screeningu, který odhaluje rakovinu děložního čípku). Příznakem, ale nemusí se vždy jednat o důkaz onemocnění rakovinou může být např.:

- nevysvětlitelné krvácení
- špatně se hojící rány
- dlouhotrvající kašel s krvavým sputem
- náhlý váhový úbytek
- hmatatelné, zvětšující se uzliny a otoky
- časté střídání průjmu a zácpy

(Kunzel 1990)

2.5 Infarkt myokardu

Srdeční infarkt je v dnešní době velmi častá a nebezpečná choroba. U infarktu myokardu dochází k odumírání části srdečního svalu v důsledku poruchy dodávky kyslíku nebo sumací poruch látkové výměny a prokrvení. Infarkt nenastává jen při velké fyzické zátěži, jak se mnozí mylně domnívají. K většině infarktů dochází v noci, v naprostém klidu za úsporného režimu se sníží přísun krve a srdce se zásobuje kyslíkem v menší míře. Infarktu předcházejí slabší srdeční záchvaty, kromě akutních infarktů způsobené krevní sraženinou. Diagnostika akutního srdečního infarktu není vždy jednoznačná, proto diagnózu vždy určuje lékař po odborném vyšetření na EKG, kterým může s největší pravděpodobností poznat nebo vyloučit. Typické a časté znaky infarktu, které by měli znát všichni, aby v případě nutnosti zavolali lékařskou pomoc. (Kunzel 1990)

Mezi nejčastější příznaky patří:

- déletrvající (přes 10 minut) tlaková krutá svíravá bolest v oblasti srdce a hrudní kosti
- bolest neustupuje a je stále silná v jakýchkoliv polohách
- typické je vyzařování bolesti do ramene, krku a levé ruky a lopatky.
- nadměrné pocení
- úzkost a dušnost
- mohou se také objevit bolesti zad, břicha a čelisti.
- většinou se bolest dostavuje náhle, často v klidu nebo ve spánku.

(Kunzel 1990)

Známe-li, která porucha vyvolala srdeční infarkt, víme jak se při podezření na infarkt zachovat. Nejlepším způsobem jak pomoci při akutním infarktu myokardu je zajištění absolutního klidu, polohu těla vleže, zachovat vnitřní klid, nepodávat žádné nápoje, uvolnit těsné kusy oděvu a okamžitě zajistit lékařskou pomoc. Infarkt myokardu není konečným zúčtováním, je to spíše varovný signál, který je potřeba brát velmi vážně. V dnešní době je medicína na velmi vysoké úrovni, proto u většiny případů pacienti postižení infarktem myokardu mohou po léčbě dosáhnout neomezené výkonnosti. Nedostatek stejně jako nadměrné působení námahy mají negativní vliv na samotný srdeční aparát. (Kunzel, 1990)

2.6 Obezita

Nadváha a obezita představují závažný zdravotnický problém. Dokument International Obesity Task Force a WHO označily obezitu za celosvětovou epidemii na přelomu tisíciletí. Obézních je ve většině vyspělých zemí kolem 20% a stále toto procento roste vlivem špatné životosprávy a pasivnějšího stylu života obyvatel. Česká republika se výskytem obezity řadí v evropském průměru na přední místa. Více než 20% českých mužů a téměř 30% žen trpí obezitou a jejich nárůst za posledních deset let se odhaduje o 10- 40%. Na základě údajů z šetření České obezitologické společnosti v roce 2000 vyplynulo, že normální váhu v České republice má 48,1 % české populace,

zatímco 3,1 % má podváhu. Nadváhou trpí 48,1 % české populace, 33,8% je preobézních, 10,9 % má obezitu 1. stupně a 3,4% obezitu 2. stupně a 3. stupně. Obezita je považována za nezávislý rizikový faktor vzniku a rozvoje aterosklerózy a kardiovaskulárních onemocnění. (Hromadová 2004, Kolář 2009)

Obezita představuje po kouření druhou nejčastější příčinu úmrtí a lze jí předcházet. Výraznou měrou se podílí na vzestupu morbidity a mortality. Zvýšené riziko vzniku a rozvoje obezity lze očekávat u osob s pozitivní rodinou anamnézou s výraznou psychickou alterací, u osob v určitém věkovém období či životní situaci. Obezita patří mezi onemocnění, které vnikly v důsledku negativního civilizačního tlaku.

(Hromadová 2004)

2.7 Diabetes Mellitus

Diabetes mellitus je kardiovaskulární onemocnění se zvýšenou glykemií. Diabetes mellitus dělíme na dvě základní klinické kategorie. První z nich je onemocnění zvané diabetes mellitus 1. typu. U tohoto typu je typické u nemocného nedostatek inzulínu. V prvotním stadiu diabetu mellitu 1. typu jsou ničeny buňky slinivky břišní, které produkují hormon inzulín, vlastním imunitním systémem. Proto se řadí mezi autoimunitní choroby. U diabetu mellitu 2. typu je charakterizován inzulínovou rezistencí a kombinací nedostatečnou sekrecí inzulínu v buňkách pankreatu. (Češka 2005)

Diabetes mellitus 2. typu je označován velmi často diabetem dospělých (obvyklý výskyt po 40. roce života), avšak vzhledem k současnému sedavému způsobu života tuto nemoc mohou dostat i děti. Často jsou vložky k diabetu 2. typu způsobené dědičnou predispozicí, tedy děděno v DNA šroubovici. U 4/5 nemocných diabetem mellitus 2. typu se vyskytuje obezita. (Češka 2005)

Je nutné dodat, že 2/3 diabetiků umírá na choroby kardiovaskulárního aparátu a poškození cév ať už v podobě onemocnění ICHS, nebo infarktu myokardu. Mezi

velmi častou komplikací u diabetu musím zmínit diabetickou neuropatii, u které dochází k poškození struktury a funkce periférních motorických, vegetativních, tak i senzitivních nervů vlivem dlouhodobě zvýšené glykémie. U neléčených pacientů, tak stačí malé poranění na periférii, kde následně dochází ke špatnému hojení rány, v nejhorších případech se může jednat o gangrénu, která musí být řešena amputací poškozeného segmentu. (Češka 2005)

2.8 Ateroskleróza

Ateroskleróza a její rizikové faktory představují jeden z nejvýznamnějších zdravotních problémů západní civilizace. V současné se na aterosklerózu pohlíží jako na imunitně zánětlivý proces, který je odpovědí na poškození intimy. Mezi spouštěcí mechanismy se řadí oxidované lipoproteiny (LDL, VLDL, HDL), hypertenze, diabetes, obezita, nebo infekce. Ateroskleróza je považována za celkové onemocnění, ale léze se vyskytují ve specifických, náchylných místech organismu. Nejčastěji jsou postiženy koronární artérie, hrudní aorta, arteria poplitea. Z patologicko- anatomického hlediska jsou rozděleny na základní tři formy aterosklerózy: 1. Časné léze tukové proužky, 2. Fibrózní a ateromové pláty, 3 Stadium komplikací. (Češka 2005)

Rizikové faktory aterosklerózy řadíme na tzv. neovlivnitelné, kam patří věk, pohlaví, a genetická predispozice. Ovlivnitelných rizikových faktorů můžeme jmenovat desítky, nejčastěji se však jedná o hyperlipoproteinémie, kouření cigaret, arteriální hypertenze a diabetes melitus. Prevencí aterosklerózy je pečlivá dlouhodobá kontrola krevních tuků (cholesterol), krevního tlaku, cukrovky (diabetes mellitus) a obezity, dostatek pohybové aktivity (v dospělosti např. 25 km svižné chůze týdně) a nekouřáctví. (Češka 2005)

2.9 Deprese

Deprese je nemoc jako každé jiné onemocnění. Není to pouze špatná nálada, ale nemoc, která se týká celého organismu. Depresí se rozumí chorobný smutek, stav člověka charakterizovaný pocitem smutku, skleslosti, vnitřního napětí, spolu s útlumem a zpomalením duševních i tělesných procesů. Deprese není jen reakce na nepříznivé

události v životě, nedostatečná vůle nebo sebekázeň ale charakterizuje jí příliš sebekritické hodnocení událostí a zveličování vlastního selhání. U některých lidí se smutek může prohloubit až v depresi. Jedná se o hluboký zásah do každodenního života.

Od běžného smutku se zejména liší v tom, že deprese:

- je intenzivnější a hlubší
- trvá déle, narušuje každodenní fungování
- narušuje každodenní fungování

(Práško 2008, Křivohlavý 2012)

Deprese je jedním z nejčastějších problémů, který se může objevit v životě člověka. U každého pátého člověka se jednou za život objeví klinicky významná deprese. V pozdním věku se deprese objevuje velmi často, bývá zpravidla přehlédnuta, protože může být maskovaná tělesnými příznaky, nebo navazuje na nemoc. To vše může mít za následek, že tělesná onemocnění se léčí a v mnoha případech může komplikovat následnou rehabilitaci seniora. Deprese může navazovat na ICHS, vysoký tlak, nebo centrální mozkovou příhodu, Parkinsonovu chorobu či jiná další onemocnění. Deprese může být také spojena s užíváním alkoholu, drog, nebo léků. (Práško 2008, Křivohlavý 2012)

2.10 Syndrom vyhoření

Syndrom vyhoření, burnout syndrom, je v dnešní době ve společnosti velmi dobře známým jevem. U syndromu vyhoření dochází k extrémnímu vyčerpání, poklesu výkonnosti či jiné psychosomatické obtíže. V podstatě se nejedná o nemoc, ale psychické narušení. U většiny případů vede k „burnout“ syndromu rostoucí náchylnost ke stresu, úbytek jistot např. z hlediska pracovních poměrů nebo neslučitelnost zaměstnání a soukromého života. Syndrom vyhoření byl prvně popsán v roce 1975 americkým psychoanalytikem H. Freudenbergerem. *„Jedná se o druh stresu, emocionální únavy, frustrace a vyčerpání, k nimž dochází v důsledku toho, že sled určitých událostí týkajících se vztahu, životního stylu či zaměstnání nepřinese očekávané výsledky při maximálním mnohdy až extrémním nasazením jedince.“*

(Demlová, 2011, str. 8) Osoba, která je postižena syndromem vyhoření se chová ke své práci i ke svému okolí lhostejně, nebo jeví znaky odcizení. Pojem odcizení můžeme vyjádřit například ztrátou idealismu, cílevědomosti a zájmu. Jsou známy případy, kdy rodiče postiženi burnout syndromem vnímají své děti spíše jako přítěž. (Demlová 2011, Křivohlavý 1998)

2.10.1 Rizikové faktory syndromu vyhoření

Rizikových faktorů burnout syndromu může být spousta, mezi základní skupiny patří zvýšená pracovní zátěž, nedostatek samostatnosti, stres v práci i v osobním životě, nedostatek uznání v práci, špatný kolektiv, nespravedlnost či jiný konflikt hodnot. (Demlová 2011, Křivohlavý 1998)

2.10.2 Vývoj syndromu vyhoření

Fáze syndromu vyhoření

- nultá fáze, předfáze- jedinec pracuje, co nejlépe umí, přesto pociťuje, že není možné vyhovět zadaným požadavkům
- 1. fáze- osoba nic nestihá, práce začíná ztrácet smysl
- 2. fáze- počínající obtíže neuróz, chaotické jednání
- 3. fáze- pocit, že se nemusí nic dělat, vše ztrácí smysl, ztráta nadšení a zájmu, únava, zklamání vyčerpání

(Demlová 2011)

3. Další nejčastější choroby a geriatrické syndromy seniorů

3.1 Geriatrická křehkost

Geriatrická křehkost, neboli frailty je úbytek funkční zdatnosti na nízké úrovni potenciálu zdraví (nízká zdatnost, odolnost, adaptabilita). L. Friedová vymezila neujznávanější kritéria:

- nezáměrný úbytek váhy $\geq 5\text{kg}$ za poslední rok
- únava a vyčepanost
- úbytek tělesné aktivity
- pomalá chůze

Demografický ukazatel takto vymezené křehkosti činila ve výzkumech L. Friedové u osob ve věku na 65 let 7%. (Pacovský 1994)

3.2 Hypomobilita

Hypomobilita má ve stáří velmi častou psychosomatickou povahu. Jedná se o celoživotní nechuť k pohybovým aktivitám, ztrátě motivaci, která může být způsobena například ovdověním, osamělostí, nebo jinou ztrátou v životě seniora. Stejně tak má velký vliv nárůst bolesti, únava, nevýhodná změna pohybového stereotypu, instabilita, centrální či periferní vestibulární syndrom, neuropatie, parézy ap., nejistota v prostoru, způsobena ztrátou zraku, depresí, extrapyramidovým syndromem. Hypomobilita má celkový vliv na dekonduci seniora, celkovou svalovou slabost a zhoršování pohybového stereotypu. (Kolář 2009)

3.3 Sarkopenie

Sarkopenie je svalová atrofie a slabost ve stáří s nemalým úbytkem svalové hmoty, rychlosti a síly kontrakce svalů. Postihuje fázické svaly (svaly s tendencí k ochabnutí) dříve, než tonické svaly (svaly s tendencí ke zkrácení). Sarkopenie vede

k hypomobilitě, instabilitě s pády, k dysabilitě až ke strátě samostatnosti až vniku imobilizačního syndromu. „*Hlavním negativním regulátorem svalového růstu je myostatin, jehož exprese s věkem a inaktivitou roste. Negativně se uplatňují zánětové cytokiny (vliv chronických zánětů ve stáří), malnutrice s deficitem bílkovin vitamínem D a pochypitelně pohybová aktivita, která je hlavní příčinou poklesu svalové výkonnosti.*“ (Kolář 2009, str. 257)

(Kunzel 1990, Hromádková 1999)

3.4 Artróza

Artróza (osteoartróza) je onemocnění kloubů. Jedná se o degenerativní, nezápálivou chorobu, která velmi často postihuje lidi od věku 50 let. Dle statistik je poškozeno tímto onemocněním až 70% populace ve věkové kategorii nad 65 let. Jedná se o deformaci kloubního aparátu, zúžení kloubních štěrbin, omezení rozsahu pohybů a bolesti při pohybu. Toto jsou nálezy a potíže velmi časté u degenerativních chorob, změnách spojených s procesy přestavby a s projevy opotřebovanosti. Příčiny vedoucí k rozvoji artrózy nejsou dodnes zcela známy. Můžeme však zmínit rizikové faktory, které mají vliv na vznik artrózy. Dle příčin dělíme artrózu na primární a sekundární. (Kunzel 1990, Hromádková 1999)

- **Primární osteoartróza-** idiopatická, kde není příčina jasná. Mezi rizikové faktory patří genetická výbava jedince, dále je to nadváha, nadměrné jednostranné zatěžování kloubního aparátu. Primární osteoartróza je přítomna u většiny pacientů s tímto onemocněním
- **Sekundární osteoartróza-** vzniká následkem úrazu, vrozené nebo vývojové vady (dysplazie kyčelního kloubu, vrozená luxace) či v důsledku zápalivého onemocnění kloubu

3.5 Parkinsonova choroba

Parkinsonova choroba je v České republice ve věkové kategorii v prevalenci jednoho nemocného na 100 obyvatel. Toto onemocnění je způsobeno degenerací pigmentových dopaminergních buněk pars compacta substantiae nigrae, která za normálního stavu produkuje dopamin, nízkomolekulární transmitter, odpovědný za řízení hybnosti. Tedy při nedostatku dopaminu se projevuje Parkinsonova choroba. Při léčbě Parkinsonovy choroby se užívá látka L-DOPA, náhražka zmíněného dopaminu. Parkinsonova nemoc je charakterizována jako hypokineticko-hypertonický syndrom, projevuje se poruchou hybností, třesem, rigiditou, hypokinezi a posturální instabilitou. Začátek této nemoci je velmi pozvolný, v některých případech se klinické příznaky projevují až po měsících či letech. Zpočátku se objevují deprese, ztráta výkonnosti, svalové bolesti a křeče, syndrom zmrzlého ramene, karpální tunely a jiné. (Kunzel 1990)

3.6 Malnutrice

Malnutrice je stav, který předchází nedostatečný, přílišným nebo nevyvážený příjem živin důležitých pro stavbu těla a správnou funkci organismu. „I při deficitu pouze jednoho prvku nebo vitamínu hovoříme o malnutrici. (Pacovský)

3.6.1 Podvýživa

Ve stáří ohrožuje život seniora podvýživa daleko více nežli obezita. Podvýživa je spojena s poklesem tělesné hmotnosti, úbytkem tělesného tuku a svalové hmoty. „*Senioři jsou skupinou, která je malnutricí ohrožena nejčastěji, a to se všemi jejími důsledky a komplikacemi. Podle různých lékařských epidemiologických studií, je v malnutrici zhruba následující počet seniorů: v ambulantní péči 10-38%, v domácím prostředí 5-12%, u hospitalizovaných 26-56% a u institucionalizovaných nemocných (např. v domovech pro seniory) 5-85% seniorů*“ (Kohout 2012, str. 245).

Příčiny podvýživy mohou být:

- porucha sebeobsluhy
- snížená tvorba slin, rozpoznávání chutí
- špatná kvalita chrupu
- velké množství léku, což může způsobit nechutenství
- chudoba
- různé deprese a paranoi, nebo jiné mediální tlaky (diety, doporučení)

Podvýživa je velmi nebezpečné onemocnění, které může z počátku způsobovat pomalé zhoršování celkového stavu, úbytek svalové hmoty, v krajních případech dochází ke zvýšené morbiditě nebo smrti. (Pacovský 1994)

3.6.2 Nadměrný příjem potravin

Viz kapitola „obezita“

3.7 Inkontinence

Inkontinence moči je u dnešní populace nad 65let velmi častým problémem. *V populaci nad 65 let postihuje 10 až 15% jedinců, je u 35% akutně hospitalizovaných a u více než 50% pacientů v dlouhodobé ústavní péči.* (Pacovský, 1994, str. 125). U inkontinence rapidně stoupá riziko vzniku infekcí močových cest, sociální izolace, deprese a u imobilních pacientů se zvyšuje nebezpečí dekubitů. (Pacovský 1994, str. 139)

3.7.1 Přejídná (reverzibilní) inkontinence moči

Přejídná inkontinence moči je charakterizována náhlým začátkem, sekundární vazbou na patologické stavy nebo aplikací některých léků, návrat kontinence často bývá

po zvládnutí primární příčiny. Mezi příčiny můžeme řadit například omezení hybnosti, obstrukci močového měchýře nebo jiné metabolické syndromy. (Pacovský 1994)

3.7.2 Chronická inkontinence moči

Trvalá inkontinence může být v souvislosti s jinou nemocí, úrazem a podobně. Trvalá (chronická) inkontinence se dále rozděluje na stresovou, urgentní, funkční, a tzv. přetékající močový měchýř. (Pacovský 1994)

3.7.2.1 Urgentní inkontinence

Neovladatelné kontrakce močového měchýře, byť i při malém obsahu moči v močovém měchýři, které nedokáže nemocný redukovat a pomočuje se. Tato porucha je způsobena hyperaktivitou nebo hypersensitivitou detrusorů. (Pacovský 1994)

3.7.2.2 Stresová inkontinence

Při kašli, kýchání, zvednutí břemene, nebo při změně polohy dochází ke zvýšení nitrobřišního tlaku nebo intravezikálního tlaku. Toto se projevuje sfinkterovou insuficiencí s následným samovolným odchodem moči. (Pacovský 1994)

3.7.2.3 Přetékající močový měchýř

Některé neurologické syndromy nebo obstrukce mohou způsobit distenze močového měchýře, při čemž dochází k odtékání malého množství moči. (Pacovský 1994)

3.7.2.4 Funkční inkontinence

Jedná se o neschopnost, nemožnost starého člověka se zachovalou kontinencí používat toaletu. (Pacovský 1994)

3.8 Ortostatická hypotenze

Ortostatická hypotenze je snížení systolického krevního tlaku o více než 20mm Hg a diastolického krevního tlaku nejméně o 10mm Hg po vertikalizaci, u rychlé změny polohy, přehnané redistribuci cirkulujícího krevního oběhu, nebo podáním některých léků. Příčinou této poruchy je snížená adaptace krevního oběhu. Prevalence tohoto syndromu stoupá s věkem. „*U populace 65+ je 10 až 15%, u 80letých a starších ve více než 30%.*“ (Pacovský 1994, str. 139)

3.8.1 Klinický obraz ortostatické hypotenze a diagnostika

- žádné příznaky
- nespecifické projevy (únava, pocit slabosti, mžítka před očima)
- vertigo a pády
- kolaps
- psychické změny (změny nálady)
- stenokardie (srdeční nedostatečnost)
- u nejtěžších forem může ortostatický tlak způsobit hypoxie mozku

Nejpoužívanější a nejrychlejší metodou diagnostiky ortostatické hypotenze je měřit krevní tlak před, a následně po vertikalizaci! (Pacovský 1994)

3.9 Revmatismus

Revmatické obtíže jsou velmi rozmanité a mohou postihovat různé části těla. „*U revmatických onemocnění hrají velkou roli imunologické reakce, ale důležité jsou i vlivy okolí, nebo familiární výskyt.*“ (Kunzel 1990, str. 184) Revma můžeme rozdělit na dva typy, které mají kromě názvu jen velmi málo společného. (Hromádková 1999, Kunzel 1990)

3.9.1 Revmatoidní horečka

Revmatická horečka je reakce na určité typy streptokokové infekce. U této choroby nedochází k postižení kloubního aparátu, nýbrž převládají příznaky poškození srdce a dalších orgánů způsobené vysokou horečkou. (Kunzel 1990)

3.9.2 Revmatoidní artritida (Chronický kloubní revmatismus)

Revmatoidní artritida je komplexní zánětlivé onemocnění, které se projevuje nejvýrazněji na kloubech, v pozdějších stádiích může postihnout i jiné tkáně. Nejprve jsou postiženy klouby prstů, zápěstí, kolena, kotníky (klouby mohou být postiženy různým stupněm zánětu). *„Chronický revmatismus většinou napadá několik kloubů současně. Typická je „ranní ztuhlost“. V průběhu dne a po překonání prvních bolestivých pohybů většinou bolesti ustoupí.“* (Kunzel 1990, str. 140) V případech, kdy není revmatismus léčen, neustále postupuje a vede nakonec k závažným deformacím kloubního aparátu. (Hromádkova 1999, Kunzel 1990)

4 Obory, vědecké disciplíny a specializace ve zdravotnictví zabývající se problematikou seniorů

4.1 Fyzioterapie

Autor jako fyzioterapeut bych chtěl věnovat velkou část kapitole o fyzioterapii. Myslí, že v mnoha hlediscích, ať už prevence či pohospitalizační léčby, je nemálo důležité udržet fyzické zdraví seniora.

Fyzioterapeutické techniky a metody není třeba u seniorů přizpůsobovat jejich věku jako jejich konkrétnímu zdravotnímu stavu. Přístup by měl být zcela individuální pro narůstající heterogenitu příslušné věkové skupiny.

„Rehabilitační procedury indikované z důvodu chorob je třeba přizpůsobovat komorbiditě, včetně geriatrické křehkosti- z hlediska bezpečnosti jde především o kardiovaskulární onemocnění, pokročilou osteoporózu a svalovou slabost“ (Kolář 2009, str. 603) U rekondičních programů v rehabilitačních ústavech nebo v lázních by se proto měly dělat zátěžové testy a vyšetření pro posouzení koronární rezervy a elektrostability. Obecně je známo, že cvičební jednotky u seniorů by měly být relativně krátké a nenáročné vzhledem k jejich aktuálnímu fyzickému a psychickému stavu. (Kolář 2009, Hromádková 1999)

Velkým limitem v rehabilitaci u seniorů může být velmi závažný kognitivní deficit. Proto vybíráme cvičení adekvátní k jeho aktuálnímu mentálnímu zdraví a nezatěžujeme například příliš náročnými cviky pacienty s pokročilým syndromem demence. Staří lidé mohou být pro jejich psychický stav často handicapovaní oproti mladším pacientům. Pro samotné cvičení je velmi výhodná kombinace spolu s psychoterapeutickými prvky. Neméně důležitá je podpora důstojnosti, pozitivní motivování, seberealizace, sebeúcty a podpory jejich autonomie. (Kolář 2009)

U dlouhodobé rehabilitace spolu s následnou rekonvalescencí je důležitá komplexní péče, zvláště pak o křehké geriatrické pacienty s ohrožením či ztracenou soběstačností. „ Jde o komplexní geriatrické hodnocení (Comprehensive Evaluation Assessment, CGA) či o geriatrické posouzení managementu daného pacienta (Geriatric Evaluation and Management, GEM).“ (Kolář 2009, str. 603) Z tohoto hlediska je nutná spolupráce víceoborového týmu pro odbornou pomoc a co nejlepší cílenou intervenci. (Kolář 2009)

Zásady výběru pohybových aktivit

Léčebná tělesná výchova vede prostřednictvím pohybových aktivit ke zlepšení fyzické i psychické kondice a zlepšuje celkovou kvalitu života. Vše ale závisí na vhodně zvoleném cvičení a použití nejrůznějších fyzioterapeutických metodik. Výběr se musí podříditi zdravotnímu stavu, věku, pohlaví, pohybovým zkušenostem a úrovni zdatnosti jedince.

Zdravotní stav

U cvičení musíme respektovat pacientův aktuální stav a možné limity zatížení organismu. Na základě zjištěné anamnézy, subjektivního a objektivního hodnocení stanovíme vhodnou formu cvičebního plánu a intenzitu zatížení, stanovíme limity, formu, intenzitu a délku pohybové činnosti. (Kolář 2009)

Věk

„Za důležité považujeme otestování zdatnosti jedince a porovnání výsledku s věkovou normou. Na základě tohoto vyšetření pak stanovíme limit bezpečné tepové frekvence a formu tréninku.“ (Kolář 2009, str. 604) Věk je velmi široký pojem, můžeme mít osmdesátiletého seniora s výbornou tělesnou zdatností, oproti šedesátiletému jedinci, který je polymorbidní. (Kolář 2009)

Pohlaví

Společně se stoupajícím věkem stoupá i riziko výskytu onemocnění. Například u žen po přechodu je větší procento osteoporózy, což limituje některá cvičení, avšak zařazujeme odporová cvičení pro stimulaci kostí a cvičení s adekvátní zátěží. (Kolář 2009)

Léčebná tělesná výchova

U léčebné tělesné výchovy začínáme velmi jednoduchými cviky na uvolnění kloubů, protažení svalů spolu s lehkými posilovacími cviky. Vkládáme prvky z jógy, relaxační a dechová cvičení. Velmi důležitá je spoluúčast samotného fyzioterapeuta pro navození příjemnějšího pocitu při cvičení. Můžeme použít muziku a vtipy a humorem navozovat lepší atmosféru při cvičení, aby pacient ztratil ostych. V zásadě vynecháváme skoky, dřepy, kliky a hluboké předklony. (Hromádková 1999)

4.2 Ergoterapie

Úkolem ergoterapie u seniorů je pomoci zvládnout sebeobsluhu, úkony běžného života, naučit je používat různé kompenzační pomůcky a také senioru navrhnout možnosti úpravy bytu, pro usnadnění jeho pohybu a sebeobsluhy. (Křížová 1997)

Aktivity denního života (Activities of Daily Living = ADL) je odborný termín používaný pro běžné denní činnosti jako je dýchání, spánek a odpočinek, pohyb a aktivita, ochrana před nebezpečím, odstranění bolesti, komunikace, pohyb a funkce v zaměstnání, aktivity ve volném čase, hygiena, oblékání, výživa a vyprazdňování. Zdravý člověk je vykonává zcela samostatně, bez pomoci druhých a je to pro něho samozřejmost, ale pacienti s postižením se musí naučit kompenzovat handicap, aby bylo možné tyto aktivity vykonávat. (Koutecká 2006, Kubínová; Křížová 1997)

V rámci ergoterapie se mohou klienti v případě návratu do zaměstnání nacvičovat náhradní pracovní postupy, či úkony požadované pro dané povolání. V případě změny pracovních zařazení pacienti využívají rekvalifikační kurzy v různých pracovních oblastech. (Koutecká 2006, Kubínová; Křížová 1997)

V neposlední řadě se nesmí zapomínat na bezbariérová vybavení bytu pacienta. Záleží, zda se pacient pohybuje na invalidním vozíku, nebo je vybaven protézou na dolní končetině. V případě, že pacient používá invalidní vozík, by měly být odstraněny prahy, koberce, snížená kuchyňská linka, přemístěn nábytek pro lepší pohyb na invalidním vozíku, WC a koupelna by měla být vybavena madly, protiskluzovými podložkami, popřípadě nástavci na WC. (Koutecká 2006, Kubínová, Křížová 1997)

Stárnutí populace zažívá řadu problémů, jako jsou makulární degenerace, což může mít negativní dopad v mnoha oblastech, včetně sebeobsluhy, domácí hospodářství, produktivity, volnočasových aktivit. Tyto záležitosti jsou také přítomny u jiných chronických onemocnění, jako je artritida nebo chronická plicní obstrukční nemoc (CHOPN). Jedinci postižení artritidou v akrech na horních končetinách mohou mít problémy s vařením, úklidem a se zapojením se do jiných důležitých denních činností. Diagnostikovaná osoba s CHOPN může mít problémy obstarat veškeré denní činnosti. (Peranich 2010)

Prostřednictvím kvalifikovaných ergoterapeutů a jejich asistenčních terapeutických služeb, se mohou pacienti dostat k nápravě nebo reedukaci jejich dovedností, které vyžadují pro činnosti každodenního života, včetně podpory, snížení jejich chronický bolestí. Ergoterapeut umí posoudit klienty v hospitalizaci, jejich domovech a následně jim doporučí alternativní techniky, úpravy, nebo pomůcky, které pomohou klientovi zajistit maximální nezávislost a následnou soběstačnost. Příklady úprav u klientů, kteří mají problémy s nízkou vizí do budoucna. Pro zlepšení ADL v domácnosti zahrnuje například použití kontrastujících samolepek na vodní kohoutky, které mohou jasně identifikovat horkou a studenou vodu v koupelně či v kuchyni, madla, protiskluzné podložky, pomůcky na vaření, použití barevného kontrastního nádobí, prostírání, zvětšovací lupy aj. Klienti se zdravotními problémy, jako je například artritida, mohou mít nápomocné kuchyňské nástroje s upravenými rukojeťmi, aby úchop nástrojů a následná příprava pokrmů nedělala větší obtíže. (Peranich 2010)

4.3 Psychoterapie

„Pod pojmem psychoterapie se označují takové formy léčby, při kterých se používají psychologické poznatky. Jádrem všech psychoterapeutických postupů je podpora zdravých částí osobností.“ (Praško 2008, str. 86) Psychoterapie má pomoci k navození přirozeného pocitu kontroly nad svým vnímáním, představách, emocích a chováním. Dle Koláře má minimální psychoterapie provázet každou systematickou rehabilitaci, ve smyslu docílit soběstačnosti každého pacienta. (Praško 2008, Kolář 2009)

Terapeut napomáhá postiženému porozumět, co se děje, oddělit zdravé prožívání od patologického, omezit, zmírnit, odstranit patologické prožitky, podpořit ho a rozvinout vše zdravé, najít cesty, jak překonat současné životní problémy či nalézt znovu přiměřenou a přirozenou důvěru v sebe i svět kolem sebe. (Praško 2008)

Mezi základní psychoterapeutické metody patří kognitivně behaviorální metoda. V zásadě je to forma léčby zaměřena na celkovou relaxaci a zklidnění pomocí přijetí nemoci a uvědomění si co se s námi děje, odstranění depresivních způsobů myšlení. Tato terapie se soustředí převážně na pacienty s mírnou a středně těžkou depresí a na pacienty se zbytkovými příznaky. U osob s hlubokou depresí však tento přístup nestačí a musí být kombinován s psychofarmakoterapeutickou medikací. U řady pacientů vyžaduje terapie spolupráci s rodinou, aby pochopila jejich problémy, jelikož v mnoha případech rodina odmítá chápat a respektovat, co se v jejich těle a mysli odehrává. (Praško 2008, Kolář 2009)

Mezi další metodiky a formy psychoterapie patří například: racionální psychoterapie, sugestivní psychoterapie, sugestivní psychoterapie, hypnóza či relaxační a imaginační psychoterapie. (Praško 2008)

4.3.1 Kognitivní rehabilitace

Jedná se o kognitivní trénink, který spočívá v nácviku a vylepšování kognitivních funkcí u jedinců v seniorském věku. Trénink zlepšuje soustředění a paměť. Kognitivní funkce jsou vlastně všechny myšlenkové procesy, které nám umožňují rozpoznávat, pamatovat si, učit se, a přizpůsobovat se měnícím se podmínkám okolí. Výcvik probíhá v oblasti paměti, koncentrace, pozornosti, rychlosti myšlení a porozuměním novým informacím. Dalším stupněm kognitivního výcviku je výcvik řešit problémy, plánovat, organizovat a vytvářet si vlastní úsudek. Trénink kognitivních funkcí a práce s emocemi jsou nezbytnou součástí procesu zkvalitňování života seniorů. (Praško 2008)

4.4 Speciální pedagogika

„Speciální pedagogika je velmi významná pedagogická disciplína orientovaná na výchovu, vzdělávání, na pracovní a společenské možnosti a uplatnění zdravotně a sociálně znevýhodněných osob a jejich co možná největší začlenění do společnosti. SP je poměrně mladá vědní disciplína, jako teoretická disciplína začala být uznávána na přelomu 19. a 20. století.“ (Pipeková 2006, str. 97)

4.5.1 Surdopedie

Surdopedie je vědní obor, úsek speciální pedagogiky, která se zabývá rozvojem, prevencí, výchovou a vzděláváním sluchově postižených osob. Sluch zároveň se zrakem nejúžeji spojuje člověka s prostředím, ve kterém žijeme, dává mu informace o tom co se děje v okolí, signály pro jeho bezpečí, orientaci podle směru slyšených zvuků. Především však umožňuje zprostředkování vzájemného sdělovacího styku realizovaného mluvenou řečí. Proto sluchové postižení znamená komunikační bariéru, která může mít pro jedince závažné důsledky v oblasti psychické i sociální. Děti, které se narodily se sluchovou vadou nebo ohluchly během života, děti či senioři s různě

těžkými vadami sluchu musejí být vychováváni nebo reedukováni vzhledem k jejich sluchové vadě nebo z důsledků, které z této vady vyplývají. Proto ve srovnání s běžnými školami mají centra pro sluchově postižené svůj vzdělávací a výchovný program rozšířený o budování v komunikaci. (Janotová 1990, Strnadová 2002)

Učitel sluchově postižených musí mít hluboké znalosti o komunikačních procesech, základní znalosti o sluchu, vadách, kompenzačních pomůckách a jejich obsluze. Poznatky o vzdělávání sluchově postižených se neustále rozšiřují, díky rozvoji techniky ve vývoji kompenzačních pomůcek je dnes velká část osob se sluchovým postižením integrována do běžného života. (Janotová 1990, Strnadová 2002)

4.6.2 Oftalmopedie

Oftalmopedie je jedním z oborů speciální pedagogiky, zabývající se výchovou, vzděláváním a rozvojem osob se zrakovým postižením. *„Cílem oboru oftalmopedie je maximální rozvoj osobnosti jedince se zrakovým postižením, což znamená nejen dosažení nejvyššího stupně socializace, včetně zajištění adekvátních podmínek pro edukaci, ale i pro přípravu na povolání, následné pracovní zařazení a plnohodnotné společenské uplatnění.“* (Pipeková 2010, str. 253) Speciální pedagogika má pro osoby se zrakovým postižením používá dva názvy, oftalmopedie a tyflopédie. Obor je úzce propojen i s ostatními disciplínami. (Hamadová 2007, Pipeková 2010)

Zrakové postižení znamená pro jedince závažné limitace a rezervy nejen ve zrakovém vnímání, ale také v oblasti rozvoje osobnosti a edukace. Lze je však vhodnými speciálně pedagogickými metodami a postupy eliminovat, popřípadě reedukovat či kompenzovat. Vzhledem k deficitům ve zrakovém vnímání potřebují osoby se zrakovým postižením využívat speciální pomůcky, které umožňují lepší vidění či kompenzují ztrátu zraku. Tyto pomůcky se využívají v běžném životě, při studiu a práci. Schopnost a dovednost využití a informovanost o možnostech získání pomůcek zvyšuje zaměstnatelnost člověka s postižením zraku, komunikaci s okolím a celkově kvalitu života. (Hamadová 2007, Pipeková 2010)

4.6.3 Somatopedie

Somatopedie je vědní obor speciální pedagogiky zabývající se výchovou a vzděláváním osob s tělesným a zdravotním postižením. Jedná se o velmi mladou vědní disciplínu. „Vzhledem k tomu, že mnohdy tělesná a zdravotní postižení a oslabení přetrvávají po celý život nebo vznikají v dospělém věku, a že potřebují takto postižení dospělí též speciální výchovně vzdělávací péči- například při změně pracovní schopnosti, při přípravě na nové pracovní a společenské zařazení po závažném úrazu nebo chorobě apod., zahrnuje somatopedie výchovně vzdělávací péči směřující k socializaci nebo resocializaci zdravotně a tělesně postižených osob.“ (Kabele 1993, str. 22)

Ve společnosti zdravých lidí bez handicapu je nutné ukazovat na to, že jsou mezi nimi i lidi se zdravotním nebo tělesným postižením. Otázky přístupu a možné pomoci postiženým, což může zlepšit samotnou resocializaci a ulehčit postiženým osobám návrat do běžného života. Úkolem somatopedie je zkoumat a ověřovat metody výchovně vzdělávací, reedukační, kompenzační i psychorehabilitační. (Kabele 1993, Renotiérová 2003)

Somatopedie spolupracuje s mnoha vědními disciplínami, mezi jednu z předních se řadí ortopedická protetika, která se zabývá výzkumem, konstrukcí protéz a epitéz pro osoby se získanou či vrozenou vadou, dále projektuje možnosti na odstraňování architektonických zábran (bariér), které mohou činit překážky v pohybu u osob s tělesným a zdravotním postižením. (Kabele 1993)

4.6.4 Logopedie

Logopedie je speciálně pedagogicko-vědecká disciplína zabývající se výchovou, prevencí a vzděláváním osob s narušenou komunikační schopností a zkoumá tuto narušenou komunikační schopnost z hlediska jejích příčin, projevů, následků, možností diagnostiky, terapie i prevence. Zkoumá i možnosti rozvíjení komunikační schopnosti jako takové u intaktní populace. V zahraničí, například ve Francii se logopedie řadí

mezi lékařské obory, ve Švýcarsku k psychologii a lingvistice a v Polsku je studována v rámci aplikované fonetiky. V současné době je na logopedii pohlíženo jako na emancipující se mladou vědu se svými právy (rovnocenné postavení v systému věd) a také povinnostmi, jako je budování terminologických a metodologických aparátů. (Sovák 1987, přednášky Hálová 2010)

Velmi často se můžeme setkat s pojmem narušená komunikační schopnost. Komunikační schopnost jednotlivce je narušena tehdy, když některá rovina jeho jazykových projevů působí interferenčně. (Sovák 1987, Němcová 2010)

Logopedie je interdisciplinární, hraniční věda. Využívá poznatků a spolupracuje i s jinými vědními disciplínami, jako je speciální pedagogika, psychopedie, oftalopedie, surdopedie, psychopedie nebo s vědami jazykovědnými a lékařskými obory. Mezi hlavní cíle logopedie patří dosažení co nejvyššího a všestranného rozvoje jedince a jeho co možná nejširšího a nejúspěšnějšího pracovního i společenského uplatnění, dosažení maximálně možné úrovně socializace, překonat náročné subjektivní prožívání vlastní vady, sebekritiky a následně umožnit seberealizaci a integraci jedince. (Přednášky Hálová 2010, Sovák 1987)

4.7 Andragogika

Andragogika a gerontagogika jsou vědecké obory zabývající se vzděláváním a výchovou dospělých osob. Často je interpretována jako proces zapojení dospělých studentů se strukturou získat zkušenosti v různých studijních oborech. (Thorndike 1927)

Vzdělávání dospělých začalo být systematizováno na počátku tohoto století, pedagogika, jako taková měla prostředky k odbornému vzdělávání. První školy byly vytvořeny na základě pedagogického modelu. Když bylo při vzdělávání dospělých zjištěno značných nedostatků ve formě studia- posluchači byli v rolích pasivních posluchačů, závislých příjemců. Toto vedlo k vysoké míře nedokončení u studentů, ke ztrátě motivace a celkovému snížení výkonu ve studiu. (Thorndike 1927)

Hlavními důvody pro rozvoj bylo zvyšování průměrného věku, zkracování pracovní doby a v mnoha zemích je důchodová fáze delší, než přípravy na povolání.

„Senioři se tak stali společenským problémem a zároveň předmětem zájmu vědy a vzdělávání dospělých.“ (Beneš 2003 str. 136)

Andragogika vyvinula dvě strategie výuky a rozlišuje učení pro stáří a učení se ve stáří. „Učit se pro stáří znamená pochopit biografickou dimenzi lidského života a rozvinout širokou škálu vlastních zájmu mimo povolání“ (Beneš 2003, str. 141). Učení ve stáří připomíná spíše výuku jako ve škole, učení do zásoby, pro zlepšení sebe sama, nebo z hlediska seberealizace. (Beneš 2003, Jesenský 2000)

Můžeme si položit otázku, na čem závisí motivace dalšího vzdělávání seniorů? Zejména na dosaženém vzdělání, dřívějším zájmu o další vzdělávání, zájmech v různých vědních oborech a na účast v kulturním životě. Velmi důležitá je podpora rodiny a sociálního zázemí samotných seniorů. Vzdělávání a studium může být bráno také jako hobby, nebo zájem o poznání. Motivovat může touha po sociálních kontaktech. (Beneš 2003)

Vzdělávání seniorů je na rozdíl od školského a profesního vzdělávání dobrovolné. Nejvíce se senioři učí pomocí medií, od přátel, nebo díky univerzitám třetího ve věku, o které bývá v dnešní době velký zájem a najdou se i tací jedinci, kteří studují i více oborů současně, neboť nejde o to, zda se učí každý, ale jestli se každý, kdo chce, učít může. (Beneš 2003, Jesenský 2000)

4.7.1 Gerontopedagogika

Gerontopedagogika je součástí vědního oboru andragogiky, tedy nauky o vzdělávání dospělých. Náplní oboru je vzdělávání a výchova ve stáří a ke stáří. Vzdělávání seniorů je rozděleno do čtyř oblastí. Do první, preventivní oblasti spadá příprava jedince v dospělosti k životu ve stáří v rámci zdravotních obtíží a psychosociálních negativních vlivů. Druhá oblast, rehabilitační zahrnuje systém celoživotního udržování a zdokonalování fyzických a duševních schopností. Do třetí, nazvané posilující oblasti, patří schopnost vyhledat volnočasové aktivity se zájmem o nové věci a umět se v rámci dané aktivity začlenit. Čtvrtá oblast souvisí se smířením se se stářím a přizpůsobením se novým životním podmínkám. (Klevetová 2008)

Gerontopedagogika má svá specifika. Proces učení je zdlouhavý z důvodu zhoršené mechanické paměti a informace předávané jedincům musí obsahovat jasné a názorné zdroje, v práci musíme respektovat snížené tempo a postupy s opakováním a procvičováním. V současné době je téma vzdělávání seniorů aktuální, jelikož reaktivace seniora a jeho udržení v aktivní psychické kondici klade v souvislosti s prodlužující se délkou věku velké nároky. (Klevertová 2008)

5. Aktivity seniorů

5.1 Pojem volný čas a volnočasové aktivity

„Pod pojmem volný čas se běžně zahrnuje odpočinek, rekreace, zábava, zájmové činnosti, zájmové vzdělávání, dobrovolná společensky prospěšná činnost i časové ztráty s těmito činnostmi spojené.“ (Pávková 2008, str. 13) Ve volném čase se mohou senioři věnovat aktivitám, které je baví, uspokojují a přináší jim radost a uvolnění. (Pávková 2008, Kominarec 2003)

5.1.1 Aspekty volného času

Na problematiku volnočasových aktivit se musí brát ohled na ekonomickou zátěž dané aktivity. Je velmi důležité, kolik jedinec musí investovat do družení nebo pomůcek, aby mohl sdružení navštěvovat. Z hlediska sociologického a sociálněpsychologického je zapotřebí sledovat, zda je pro osoby daná aktivita vhodná a zdali přispívá k rozvoji jedince, naplňuje jeho očekávání a přispívá k utváření mezilidských vztahů. Zdravotně- hygienický pohled poukazuje na to, do jaké míry podporuje zdravý, tělesný i duševní vývoj člověka. Je velmi důležité, aby využívání volného času mělo pozitivní vliv na zdravotní stav. (Pávková 2008, Kominarec 2003)

5.1.2 Funkce volného času

- Rekreace – relaxace, uvolnění, shromažďování sil.
 - Kompenzace – potěšení, bezstarostnost
 - Edukace – vzdělávání, touha po nových zážitcích, zkušenostech
 - Kontemplace – klid, čas pro sebe sama
 - Komunikace – sociální vztahy, empatie, láska, poznávání
 - Integrace – emocionální jistoty, rozšíření sociálních vztahů
 - Enkultura – kreativní rozvoj jedince
 - Participace – angažovanost, spoluodpovědnost
- (Šerák 2009)

5.2 Vliv socializace na seniorskou veřejnost

Socializace osobnosti je proces, v němž dochází k přeměnám člověka jako biologické bytosti v osobnost společenskou. Jedná se o nikdy nekončící proces, který přetrvává i při přechodu do seniorského věku. U seniorů se mění okolnosti a faktory mající vliv na stárnoucího jedince a intenzita socializace u seniorů se s přibývajícím věkem snižuje. (senior může mít pro sníženou mobilitu či nemoc menší možnost přicházet do kontaktu s lidmi). Mezi hlavní činitele procesu socializace seniora se zařazuje prostředí, ve kterém se jedinec nachází. (Urbanová 2010)

Socializace probíhá ve společenských a mezilidských vztazích a je ovlivňována jak působením osob, skupin tak i institucemi, které senior navštěvuje. Proces socializace probíhá formou vědomou, vzděláváním a učením, tak formou nevědomou, mezi nevědomé formy se řadí interakce, při kterých se díky empatii koriguje chování vůči druhým osobám. (Urbanová 2010)

Cílem socializace u seniora je dosažení větších úspěchů v společenských vztazích, naučení se orientovat v aktuálních sociálních rolích, a tím se stát platným členem ve společnosti. Zdokonalovat, nebo naučit se věnovat novým disciplínám či aktivitám. Úspěšný proces socializace seniorů závisí na psychosociálních faktorech, komunikačních dovednostech a na samotné osobnosti seniora. Nesmíme však

zapomenout na fakt, který je v jisté míře tím nejzákladnějším, a to je chuť a potřeba seniora vstoupit do samotného procesu socializace. (Urbanová 2010)

5.3 Vliv kulturních aktivit na seniorskou veřejnost

Každý z nás, mladý či starý často navštěvuje bezpočet kulturních akcí. Mezi nejčastější kulturní využití se řadí návštěva kina, divadla a koncertu. Kulturní a společenský život se stává důležitou složkou každodenního života. Kultura přináší odpočinek od všedních povinností, spoustu nových informací a zážitků a je zdrojem nabývání moudrosti. Kulturní akce nám nabízí spoustu informací, které můžeme aplikovat v běžném životě. V seniorském věku může ale návštěva nejrůznějších kulturních aktivit působit problémy, různá onemocnění a pohybové obtíže znemožňují seniorům aktivní účast. V těchto případech existují varianty rozhlasových pořadů, které přináší kulturu těm, kteří jsou z výše uvedených důvodů limitováni při jejich aktivní účasti. V případě, že senior není duševně, či tělesně omezován aktivnímu účasti se divadelních představení filmů a přednášek je plnohodnotně začleněn do společenského života. Obohacení člověka není limitováno věkem, ale právě možnostmi socializace.

Ve společnosti je nutné pro takovéto kulturní využití vytvořit prostor. Seniorsy je třeba povzbuzovat, aby si sebevědomě stáli za svým věkem, aby si vytvořili odpovídající kulturu s vlastními hodnotami a prioritami se zapojili aktivně do společnosti. Senioři by měli být podporováni v rozvíjení vlastní kultury odpovídající jejich věku a nepodléhali moderním trendům. Je také třeba, aby byla podporována sebeorganizace starších lidí a všechny formy jejich společenské účasti. Usilujeme o společnost, v níž senioři sebevědomě prožívají a vytvářejí odpovídající kulturu stáří. (Charta občanské sdružení 2010)

5.4 Vliv tělovýchovných aktivit na život seniorů

Pohybové aktivity a sportovní činnosti u starších lidí se stávají v dnešní době stále více aktuálními. Pohyb plní významnou úlohu v primární i sekundární prevenci zdravotních obtíží a oddalování regresivních procesů. Regresivní procesy negativně

působí na kosti, klouby a cévy. Není zajištěna imunita proti stárnutí, ale prostřednictvím cvičení můžeme posílit fyzickou i psychickou zdatnost, a tím podstatně ulehčit celý proces stárnutí. Volba pohybové aktivity u seniora musí být řešena komplexně v rámci jeho aktuálního psychického a fyzického stavu, nikoliv jen náhodným rozhodnutím. (Zeman 1997)

5.5 Duchovní aktivity v životě seniora

V dřívějších dobách si lidé stáří velmi cenili, starci byli bohatstvím národa. Když Mojžíš na své cestě do zaslíbené země přede všemi zpívá píseň a odkazuje je na Boží vůli a obrací jejich pozornost ke starcům v lidu: „*Ptej se svého otce, ať tě o tom poučí, svých starších, ať ti to řeknou.*“ (Bible, Dt 32;7) Vzácná jsou i zaslíbení, která v Božím slovu nacházíme: „*Ještě i ve stáří nesou ovoce, jsou stále svěží a kvetou.*“ (Bible, Žalm 92;15) (Grún 2009)

Cílem stárnutí je stále více přicházet do kontaktu s vlastní duší. Duchovní cesta může být velkou pomocí při stárnutí a styku s vlastním nitrem. Kdo žije svou duší v přátelství, bývá nezávislý na mínění druhých. Takový člověk se definuje bohatstvím svého nitra. Kontakt s vírou může senior čerpat prostřednictvím četby Bible, návštěvou bohoslužeb, nebo církevní hudbou. Posila pro duši dává tu pravou oporu pro vlastní jedinečnost a objevení vlastního JÁ. Náboženství učí odpouštět, pěstovat v duši klid, mírnost, vyrovnanost a vděčnost. Posiluje jistotu, že časově omezený život smrtí nekončí, ale mohou být naplněny nové touhy. Boží člověk je ten, který se dokáže snáz vypořádat s těžkým obdobím, nemocí, osamělostí či zranitelností. (Grún 2009)

5.6 Vliv rodinného zázemí na jedince v seniorském věku

Rodina je většinou tvořena třemi a čím dál častěji dokonce i čtyřmi generacemi, a to bez ohledu na to, zdali tyto členové rodiny žijí spolu či nikoliv. Úkolem rodinné politiky je vytváření podmínek pro zdravý vývoj dětí, který je jedním z předpokladů zdraví v průběhu života a následně ve stáří, tak podmínky pro mezigenerační soudržnost a solidaritu v rodině a ve společnosti. Intenzivní mezigenerační podpora a výměna

přetrvává v průběhu života. Mezigenerační vztahy jsou přínosem pro rozvoj jedince a společnosti. (Ministerstvo práce a sociálních věcí 2008)

5.7 Vzdělávání lékařských, nelékařských oborů a pečovatelů

Jedním z mnoha faktorů pro zvýšení kvality péče je rozvoj vzdělávání. Integrace poznatků z geriatry a gerontologie do vzdělávání lékařů a zdravotnických pracovníků je předpokladem pro zavedení moderních a tím zkvalitnění geriatrických přístupů a metod do praxe. Zvýšení povědomí o stárnutí a potřebách ve stáří by mělo být zahrnuto nejen do vzdělávání zdravotnických a jiných profesionálů, ale také být dostupné jako forma podpory pečovatelek v domovech pro seniory či terénních služeb. (Ministerstvo práce a sociálních věcí 2008)

II. PRAKTICKÁ ČÁST

6 Vymezení výzkumných cílů a hypotéz

Cílem výzkumné části diplomové práce je zmapovat dostupnost aktivit pro seniory v městě Mělníku. Zjistit aktuální situaci, možnosti využití aktivit pro zlepšení kvality života seniorů. Výsledky výzkumu využít jako podnět pro širší veřejnost a informovat tak seniory a lidi pracující se seniory o vyhledaných aktivitách

Na základě stanovených cílů byly vytýčeny tyto hypotézy:

Pro výzkum jsem stanovil následující hypotézy

Hypotéza č. 1: V městě Mělníku je dostatečně zajištěná nabídka aktivit pro seniory.

Hypotéza č. 2: Nabídka aktivit pro seniory je cenově dostupná.

Hypotéza č. 3: Aktivity pro seniory jsou využívány v takové míře, která se nabízí.

Hypotéza č. 4: V Mělníku jsou zajištěné aktivity pro seniory postižené civilizačními či jinými chorobami.

Pro získání potřebných podkladů k výzkumnému šetření byly použity tyto metody a techniky sběru dat: analýza odborné literatury, internetové zdroje, řízený rozhovor s organizátory níže pospaných aktivit.

(Sběr dat, informací a tvorba tabulek je vlastní prací autora.)

6.1 Sportovní aktivity v Mělníku

	Rytmické gymnastické cvičení
služba	léčebná tělesná výchova
adresa	Krombholcova 548, 276 01 Mělník
kontaktní osoba	Vojková Hana
telefon, mobil	tel: 315 628 329
email	-
web. stránky	-
provozní doba	čtvrtek 18:00-19:00
pro koho je určena	pro ženy ve věku od 50 let, cena 40Kč/ hod.
náplň	cvičení s hudebním podkladem, cvičení je zaměřeno na protahování a posilování svalů

	Krytý plavecký bazén
služba	plavání
adresa	ul. Řípská 648, 27601 Mělník
kontaktní osoba	Ing. Antonín David
telefon, mobil	tel. 315 628 857, mob. : 604 628 974
email	bazen.mk@seznam.cz
web. stránky	www.bazen-melnik.wz.cz
provozní doba	pondělí – neděle, 8:00- 21:00
pro koho je určena	úterý 10:00-11:00 (určeno pro seniory)
náplň	plavecký bazén + sauna (možnost zapůjčení plaveckých pomůcek)

Rehabilitační cvičení pro ženy na gymnastických míčích s pružnými tahy a s overballem	
služba	léčebná tělesná výchova, skupinové cvičení
adresa	Krombholcova 548, 276 01 Mělník
kontaktní osoba	Bc. Martina Pospíšilová
telefon, mobil	315 624154, 721663535
email	pospimar@centrum.cz
web. stránky	http://www.rehabilitace-melnik.cz/skupinove-cviceni-na-micich/
provozní doba	od září do června, pondělí- 15:00-16:00, 16:00-17:00, 17:00-18:00 čtvrtek- 17:00-18:00
pro koho je určena	pro ženy všech věkových kategorií, cena- 30Kč/ hodina, 1400kč/rok
náplň	cvičení je pod odborným dohledem fyzioterapeutů, cvičení je pomůckami, které je možné si před začátkem cvičení zapůjčit

Zdravotní cvičení na míčích- DDM-Mělník	
služba	léčebná tělesná výchova, skupinové cvičení
adresa	Na Polabí 2854, 276 01 Mělník
kontaktní osoba	Mgr. Helena Jiřáčkova
telefon, mobil	mob.: 775 222 794
email	info@ddm-melnik.cz
web. stránky	www.ddm-melnik.cz
provozní doba	úterky 20:00- 21:00, středy 19:00- 20:00
pro koho je určena	pro muže a ženy všech věkových kategorií, cena 60Kč/ hodina, 1400 Kč/ rok
náplň	cvičení je pod odborným dohledem fyzioterapeutů, cvičení je pomůckami, které je možné si před začátkem cvičení zapůjčit

Cvičení Sokol	
služba	skupinové cvičení
adresa	Studentská 3279, Mělník 276 01
kontaktní osoba	Marie Bubníková
telefon, mobil	mob.: 775 222 794
email	b.bubnikova@seznam.cz
web. stránky	-
provozní doba	pondělí 20:00- 21:00 (cvičení s hudbou), středa 16:30- 17:30 (zdravotní cvičení), čtvrtek 19:00- 20:00 (volejbal pro muže)
pro koho je určena	pro všechny věkové skupiny, cvičení pro seniory, cena 700Kč/rok
náplň	kondiční cvičení s hudbou, zdravotní cvičení, cvičení na gymballech, volejbal

Zdravotní cvičení- DDM-Mělník	
služba	léčebná tělesná výchova, skupinové cvičení
adresa	Na Polabí 2854, 276 01 Mělník
kontaktní osoba	Marie Steinerová
telefon, mobil	mob.: 775 222 794
email	info@ddm-melnik.cz
web. stránky	www.ddm-melnik.cz
provozní doba	pondělí 12:30- 13:30, čtvrtek 12:30- 13:30
pro koho je určena	pro seniory, cena 50Kč/ hodina
náplň	kondiční cvičení pro seniory

6.2 Zájmové skupiny a kluby

	Turistický oddíl- Mělník
služba	klub turistů
adresa	Na Polabí 2854, 276 01 Mělník
kontaktní osoba	Mgr. Helena Jiřáčkova
telefon, mobil	tel. 315 623 028, mob. 602 232 566
email	info@ddm-melnik.cz
web. stránky	www.ddm-melnik.cz
provozní doba	od září do června, úterky 20:00-21:00, středy 19:00-20:00
pro koho je určená	pro muže a ženy všech věkových kategorií, cena- členský poplatek 100Kč/rok
náplň	turistika v okolí Mělníka, zájezdy do ČR i mimo ČR

	MODELKLUB- Mělník
služba	Zájmová skupina- svaz modelářů ČR
adresa	Italská 2109, 27601 Mělník
kontaktní osoba	Jan Zelenka
telefon, mobil	tel.: 315 623 028, mob.: 606 13 31 31
email	modelklub-melnik@volny.cz
web. stránky	www.modelklub-melnik.cz
provozní doba	setkání 1x za měsíc, čtvrtky 18:00 v hospodě „u Ještěra“
pro koho je určená	bez omezení věku, cena- členský příspěvek 100Kč/rok
náplň	tvorba modelů letadel, letecké soutěže s modely

	Šachy- Mělník
služba	zájmová skupina
adresa	Na Polabí 2854, 276 01 Mělník
kontaktní osoba	Václav Jagri
telefon, mobil	tel. 315 623 028
email	info@ddm-melnik.cz
web. stránky	www.ddm-melnik.cz
provozní doba	středa 16:00- 18:00
pro koho je určena	bez omezení věku, cena- 600Kč/rok
náplň	kurz- výuka a teorie hraní šachů

	Kurz počítačů nejen pro seniory
služba	zájmová skupina
adresa	Na Polabí 2854, 276 01 Mělník
kontaktní osoba	Mgr. Helena Jiřáčková
telefon, mobil	tel.: 315 623 028, mob.: 602 232 566
email	info@ddm-melnik.cz
web. stránky	www.ddm-melnik.cz
provozní doba	čtvrtek 10:00-12:00
pro koho je určena	bez omezení věku, cena 50Kč
náplň	kurz, kde je účastník seznámen a vzděláván s prací na PC

6.3 Terénní služby

	Centrum seniorů Mělník
služba	dobrovolníci
adresa	Fugnerova 3523, Mělník 27601
kontaktní osoba	Renata Svobdová, DiS.
telefon, mobil	tel. 315 650 904, mob. 605 231 904
email	r.svodova@ssmm.cz
web. stránky	www.ssmm.eu
provozní doba	dle telefonické dohody
pro koho je určena	pro osoby všech věkových kategorií, cena- bez poplatku
náplň	dobrovolnická pomoc, asistence

	Centrum seniorů Mělník
služba	terénní pečovatelská služba
adresa	Fugnerova 3523, Mělník 27601
kontaktní osoba	Jana Šimečiková, vedoucí pečovatelské služby
telefon, mobil	tel.: 315 630 629, mob.: 605 231 908
email	j.simecikova@ssmm.cz
web. stránky	www.ssmm.eu
provozní doba	pondělí- pátek 6:30-15:30
pro koho je určena	pro osoby se sníženou soběstačností s chronickým nebo zdravotním postižením, důležité je trvalé bydliště v Mělníku nebo do 20km od Mělníka, cena- hrazeno zdravotní pojišťovnou
náplň	pomoc při běžných ADL, pomoc pro zajištění stravy

Český červený kříž, oblastní spolek Mělník	
služba	terénní pečovatelská služba
adresa	Kokořinská 3465, Mělník 27601
kontaktní osoba	Ivana Dvořáková
telefon, mobil	tel. 315 623 040 mob.736 620 931
email	melnik@cervenykriz.eu
web. stránky	www.cckmelnik.eu
provozní doba	pondělí- pátek 8:00- 15:00
pro koho je určena	pro občany všech věkových skupin se zdravotními obtížemi, cena- 14dní hrazeno zdravotní pojišťovnou (možnost prodloužení praktickým lékařem)
náplň	zajištění domácí ošetrovatelské péče (HOMECARE), zapůjčení kompenzačních pomůcek, zajištění zdravotnického dozoru

Maltézská pomoc	
služba	osobní asistence
adresa	náměstí Míru 54, 27 601 Mělník
kontaktní osoba	Mgr. Hana Šimková
telefon, mobil	mob.: 736 620 807
email	hana.simkova@maltezskapomoc.cz
web. stránky	www.maltezskapomoc.cz
provozní doba	pondělí- pátek 9:00-17:00
pro koho je určena	pro seniory a osoby se zdravotním a tělesným postižením, cena- bez poplatku
náplň	osobní asistence a poskytování terénních služeb v Mělníku a okolí

6.4 Aktivity pro osoby postižené civilizačními chorobami

	Svaz postižených civilizačními chorobami
služba	aktivity pro zdravotně postižené, rekondice, poradenství
adresa	náměstí Míru 51, 27 601 Mělník
kontaktní osoba	Marie Černá
telefon, mobil	mob.: 732 655 071
email	-
web. stránky	www.spcch.cz
provozní doba	pondělí 9:00- 10:30
pro koho je určena	pro osoby zdravotně postižené civilizačními chorobami, členský poplatek 100kč/rok
náplň	rekondiční pobyty, cvičení, kurzy pro seniory postižené civilizačními chorobami

	Územní organizace svazu diabetiků ČR
služba	poradenství, prevence, edukace, rekondice
adresa	Rohelova 2596, 276 01 Mělník
kontaktní osoba	předseda-Vlastislav Papež, tajemník- JUDr. Jan Dubovský
telefon, mobil	tel.: 315 627 751, mob.: 606 125 856, 731 052 695
email	-
web. stránky	-
provozní doba	středa 9:00-15:00
pro koho je určena	pro osoby postižené diabetem melitus I., II. typu, členský poplatek pro seniory 100Kč/rok
náplň	rekondiční pobyty, dny zdraví (měření glykemie, cholesterolu, tlaku krve a tuku), ortopedickou obuv na míru- diabetická obuv

6.5 Aktivity pro osoby tělesně a zdravotně postižené

Centrum pro zdravotně postižené středočeského kraje	
služba	osobní asistence
adresa	Kosmonautů 3017, 276 01 Mělník
kontaktní osoba	Jana Burgerová
telefon, mobil	tel.: 315 624 406 mob.: 732 845 048
email	centrum.melnik@seznam.cz
web. stránky	www.czpstredoceskykraj.cz
provozní doba	pondělí 8:00-12:00 a 13:00-16:00, středa 8:00-12:00 a 12:30-16:00, nebo dle telefonické dohody
pro koho je určena	pro osoby bez ohledu na druh a rozsah postižení a bez ohledu na věk, cena- 65-100Kč/hod.
náplň	osobní asistence

Místní organizace svazu tělesně postižených, o.s.	
služba	soc. poradenství, rekondiční a ozdravné pobyty
adresa	náměstí Míru 51, 276 01 Mělník
kontaktní osoba	Štěpán Javorčík, Karel Holeček
telefon, mobil	mob.: 721 255 993, 722 809 630
email	stepan.javorcik@seznam.cz
web. stránky	www.stp-melnik-2010.webnode.cz/
provozní doba	pondělí 14:00- 16:00 poradenské dny (pomoc při administrativních činnostech, konzultace ohledně postižení) pátek 10:00-11:00 kondiční plavání+ cvičení středy- kondiční procházky, jízda na kole (dle počasí)
pro koho je určena	pro osoby tělesně postižené, členský poplatek 100kč/rok
náplň	sdužení pro zdravotně postižené občany se smíšeným postižením, která se zaměřuje na posílení duševního i tělesného zdraví.

6.6 Logopedické ambulance

	Organizace klinické logopedie
služba	logopedické poradenství
adresa	Pražská 528/29, 276 01 Mělník
kontaktní osoba	Mgr. Irena Preissová
telefon, mobil	tel.: 315 639 447, mob.: 775 941 737
email	preissova@seznam.cz
web. stránky	-
provozní doba	pondělí- pátek 8:00- 17:00
pro koho je určena	pro osoby postižené poruchami sluchu a řeči, cena- hrazeno ze zdravotního pojištění
náplň	diagnostika, terapie a prevence logopedických obtíží

6.7 Aktivity pro sluchově postižené osoby

	Svaz neslyšících a nedoslýchavých v ČR -Krajská organizace Středočeského kraje- Mělník
služba	odborné a sociální poradenství
adresa	Kokořínská 3465, 27 601 Mělník
kontaktní osoba	Blanka Schwertnerová
telefon, mobil	tel. 315 621 131 mob. 605 952 294 (pouze SMS služba)
email	schwertnerova.blanka@seznam.cz
web. stránky	www.snn-cr.cz
provozní doba	dle telefonické dohody
pro koho je určena	pro osoby sluchově postižené, cena dle vyhledávaných služeb
náplň	poskytování sociálních služeb pro osoby se sluchovým postižením (odborné poradenství, sociálně aktivizační služby pro SP, sociální rehabilitace, tlumočnické služby atd.)

6.8 Sociální poradenství a oddělení sociální pomoci

	Městský úřad Mělník, odbor sociálních věcí a zdravotnictví Oddělení dávek sociální pomoci- úsek pomoci v hmotné nouzi
služba	pomoc v hmotné nouzi
adresa	náměstí Míru 51, 27 601 Mělník
kontaktní osoba	Ivana Paloušková
telefon, mobil	tel. 315 635
Email	i.palouskova@melnik.cz
web. stránky	www.melnik.cz
provozní doba	pondělí- středa 7:00 – 17:00, ostatní dny dle telefonické domluvy
pro koho je určena	pro osoby s nedostatečným příjmem, jenž jim neumožňuje uspokojení základních životních potřeb, cena- bez poplatku
náplň	pomoc ve formě sociálních dávek dle Zákona o životním a existenčním minimum

	Městský úřad Mělník, odbor sociálních věcí a zdravotnictví Oddělení dávek sociální pomoci- úsek pomoci osobám zdravotně znevýhodněným
služba	pomoc osobám zdravotně znevýhodněným
adresa	náměstí Míru 51, 27 601 Mělník
kontaktní osoba	Jana Matajsová
telefon, mobil	tel. 315 635 436
email	j.matajsova@melnik.cz
web. stránky	www.melnik.cz
provozní doba	pondělí- středa 7:00 – 17:00, ostatní dny dle telefonické domluvy, cena- bez poplatku
pro koho je určena	pro osoby zdravotně znevýhodněné
náplň	Pomoc ve formě sociálních dávek, mimořádné výhody (TP, ZTP, ZTP/P), příspěvky na péči pro osoby, které jsou závislé na jiné osobě

	Fokus Praha, o.s.
služba	sociální rehabilitace
adresa	náměstí Míru 30, 276 01 Mělník
kontaktní osoba	Simona Tlachová
telefon, mobil	tel. 315 602 792, mob. 775 729 893
email	kt.melnik@fokus-praha.cz
web. stránky	www.fokus-praha.cz
provozní doba	po telefonické domluvě
pro koho je určena	pro osoby s duševním onemocněním a jejich rodiny, cena-bez poplatku
náplň	poradenství, pomoc lidem s duševním onemocněním- náplň jejich potřeb, zprostředkování odborných veřejných služeb, koordinace sociálních služeb

6.9 Psychosomatické poradny, psychoterapie

	Medic Point- centrum léčby a prevence
služba	psychoterapeutická poradna, psychoterapie
adresa	Vodáranská 3827, 27 601 Mělník
kontaktní osoba	MUDr. Šárka Bímová
telefon, mobil	mob.: 606 652 644
email	sarka.binova@tiscali.cz
web. stránky	www.medicpoint.cz
provozní doba	úterý- konziliární den, středa 8:00- 16:30, čtvrtek 7:30- 16:30, pátek 8:00- 16:00, od 18:00 skupinová psychoterapie
pro koho je určena	pro osoby se zdravotním a tělesným postižením, cena- hrazeno zdravotní pojišťovnou
náplň	Individuální, skupinové sezení, konzultace, terapie (arteterapie, muzikoterapie, psychoterapie, relaxace)

6.10 Duchovní aktivity

	Farní sbor Českobratrské církve evangelické v Mělníku „Kavárnička“
služba	shromáždění, besedy
adresa	Krombholcova 548, 276 01 Mělník
kontaktní osoba	Hana Phannová
telefon, mobil	tel. 315 622 482, mob. 603 113 392
email	melnik@evangnet.cz
web. stránky	www.evangnet.cz
provozní doba	každý 3. čtvrtek v měsíci od 15:30
pro koho je určena	pro osoby bez omezení věku, cena- bez poplatku
náplň	besedy, rozhovory a konzultace na předem daná témata (historie)

	Farní sbor Českobratrské církve evangelické v Mělníku Biblické hodiny pro dospělé
služba	shromáždění, besedy
adresa	Krombholcova 548, 276 01 Mělník
kontaktní osoba	Hana Phannova
telefon, mobil	tel.: 315 622 482, mob. 603 113 392
email	melnik@evangnet.cz
web. stránky	www.evangnet.cz
provozní doba	středa 17:00- 18:00
pro koho je určena	pro dospělé osoby a seniory, cena- bez poplatku
náplň	výklad témat z Bible, otázky katechismu

	Římskokatolická farnost, Probožství Mělník Biblické hodiny pro dospělé
služba	shromáždění, besedy
adresa	Na Vyhlídce 18, 27 601 Mělník
kontaktní osoba	Hana Phannová
telefon, mobil	tel. 315 622 337, mob. 731 518 750
email	farnostmelnik@quick.cz
web. stránky	www.saletini.cz
provozní doba	středa 17:00- 18:00
pro koho je určena	pro dospělé osoby a seniory, cena- bez poplatků
náplň	výklad témat z Bible, otázky katechismu

6.11 Kulturní aktivity

	Masarykův kulturní dům
služba	podpora, rozvíjení a realizace kulturního dění v Mělníku
adresa	U Sadů 323, 27 601 Mělník
kontaktní osoba	Radka Kareisová
telefon, mobil	tel. 315 622 616, mob. 725 549 896
email	kareisova@mekuc.cz
web. stránky	www.mekuc.cz
provozní doba	dle programu
pro koho je určena	pro osoby bez omezení věku, cena dle programu
náplň	Besedy, divadelní představení, kavárny, projekty a kurzy, semináře, přehlídky, výstavy, koncerty

Divadlo Novanta	
služba	kulturní vzdělávání
adresa	Smetanova 2697, 27 601 Mělník
kontaktní osoba	Jaroslav Šubrt
telefon, mobil	tel. 315 622 301, mob. 605 255 813, 605 255 849
email	subrt_m@quick.cz
web. stránky	www.novanta.cz
provozní doba	dle programu
pro koho je určena	pro osoby bez omezení věku, cena dle programu
náplň	divadelní představení

6.12 Celoroční pobyty pro seniory

Centrum seniorů Mělník- DOMOV LUDMILA	
služba	domov pro seniory
adresa	Fugnerova 3523, 27 601 Mělník
kontaktní osoba	Soňa Kyselová, DiS
telefon, mobil	tel. 315 630 046, mob. 605 231 905
email	s.kyselova@ssmm.cz
web. stránky	www.ssmm.cz
provozní doba	celoroční i přechodné pobyty
pro koho je určena	pro osoby se sníženou soběstačností z důvodu věku, stavu, který jim nedovolí samostatné bydlení, cena od 8700 Kč/měsíc (ubytování+ strava)
náplň	bezbariérové pokoje, strava, aktivizační dílna, semináře dle programu, internetová kavárna, knihovna, tělocvična (skupinové cvičení)

Centrum seniorů Mělník- DOMOV PENZION	
služba	domov pro seniory
adresa	Fugnerova 3523, 27 601 Mělník
kontaktní osoba	Soňa Nováková
telefon, mobil	tel.: 315 622 438, mob.: 605 231 958
email	s.novakova@ssmm.cz
web. stránky	www.ssmm.cz
provozní doba	celoroční i přechodné pobyty
pro koho je určena	pro osoby se sníženou soběstačností z důvodu věku, stavu, který jim nedovolí samostatné bydlení a vyžadují pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby, cena od 8700/měsíc (ubytování+ strava)
náplň	bezbariérové pokoje, strava, aktivizační dílna, knihovna, tělocvična (skupinové cvičení)

Centrum seniorů Mělník- DOMOV VÁŽKA	
služba	domov pro seniory- domov se zvláštním režimem
adresa	Fugnerova 3523, 27 601 Mělník
kontaktní osoba	Renata Svobodová, DiS
telefon, mobil	tel.: 315 630 046, mob.: 605 231 904
email	s.kyselova@ssmm.cz
web. stránky	www.ssmm.cz
provozní doba	celoroční i přechodné pobyty
pro koho je určena	pro osoby se sníženou soběstačností z důvodů onemocněními různými typy demence a pro osoby jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc druhé osoby, cena od 9450/měsíc (ubytování+ strava)
náplň	bezbariérové pokoje, strava, úzká spolupráce s klienty i jejich rodinami

6.13 Pěvecké soubory

	Cesmína
služba	pěvecký soubor v Centru seniorů v Mělníku
adresa	náměstí Míru 51, 27 601 Mělník
kontaktní osoba	Adriana Rodhe Kabele
telefon, mobil	mob.: 734 442 732
email	www.ssmm.eu
web. stránky	www.evangnet.cz
provozní doba	středa 13:30- 15:00, pátek 13:30- 15:00
pro koho je určena	pro seniory
náplň	hrají se a zpívají oblíbené písně starší generace, lidovky a koledy

	Mělnický pěvecký sbor
služba	komorní pěvecký sbor
adresa	Studentská 3279, Mělník 276 01
kontaktní osoba	František Štastný
telefon, mobil	mob.: 603 179 346
email	-
web. stránky	-
provozní doba	čtvrtek 19:30- 21:00
pro koho je určena	bez omezení věku, cena 360 Kč/ rok
náplň	vážná hudba (J.S. Bach, W.A. Mozart)

	Chrapot
služba	komorní pěvecký sbor
adresa	Studentská 3279, Mělník 276 01
kontaktní osoba	Majka Mariková
telefon, mobil	mob.: 604 634 385
email	www.chrapot@seznam.cz
web. stránky	-
provozní doba	úterý 18:00- 19:30
pro koho je určena	bez omezení věku, cena- bez poplatku
náplň	komorní písně

6.14 Zájmové skupiny v domově seniorů v Mělníku (přístupné i osobám mimo centrum seniorů Mělník)

	Skupinové cvičení v domově seniorů Mělník
služba	skupinové cvičení
adresa	Fugnerova 523, 276 01 Mělník
kontaktní osoba	Mgr. Adriana Rodhe Kabele
telefon, mobil	mob.: 734 442 732, tel: 315 630 040
email	a.rohdekabele@ssmm.cz
web. stránky	www.ssmm.eu
provozní doba	pondělí 9:00- 10:00, středa 10:30- 11:30, pátek 9:00- 10:00
pro koho je určena	pro seniory, cena- bez poplatku
náplň	cvičení pro zlepšení celkové fyzické i psychické kondice

	Trénink paměti
služba	zájmová skupina
adresa	Fugnerova 523, 276 01 Mělník
kontaktní osoba	Adriana Rodhe Kabele
telefon, mobil	mob.: 734 442 732, tel: 315 630 040
email	a.rohdekabele@ssmm.cz
web. stránky	www.ssmm.eu
provozní doba	středa 13:30- 15:00
pro koho je určena	Pro seniory, cena- bez poplatku
náplň	

	Práce na počítači
služba	výuka práce s PC
adresa	Fugnerova 523, 276 01 Mělník
kontaktní osoba	Pečená Hana
telefon, mobil	mob.: 734 442 732, tel: 315 630 040
email	a.rohdekabele@ssmm.cz
web. Stránky	www.ssmm.eu
provozní doba	pondělí – pátek, 9:00- 12:00
pro koho je určena	pro seniory, cena- bez poplatku
náplň	výuka s prací na PC (základní práce s internem, emailem, psaní na PC)

	Kuchařinky
služba	společné vaření a pečení v rámci domova seniorů
adresa	Fugnerova 523, 276 01 Mělník
kontaktní osoba	Adriana Rodhe Kabele
telefon, mobil	mob.: 734 442 732, tel: 315 630 040
email	a.rohdekabele@ssmm.cz
web. stránky	www.ssmm.eu
provozní doba	čtvrtek 1x za 14 dní, 9:00- 11:00
pro koho je určena	pro seniory, cena- bez poplatku
náplň	pro ty, kteří stále rádi vaří, pečou a připravují různé pokrmy

	Babi, dědo, táto, mámo- vyprávěj
služba	zájmová skupina
adresa	Fugnerova 523, 276 01 Mělník
kontaktní osoba	Adriana Rodhe Kabele
telefon, mobil	tel: +420 315 627 080
email	a.rohdekabele@ssmm.cz
web. stránky	www.ssmm.eu
provozní doba	5x do roka- dle programu
pro koho je určena	setkání 3 generací, cena- bez poplatku
náplň	rozmlouvání nad tématy jakou jsou např.: „Rodina kdysi a dnes“, „léčení, kdysi a dnes“, „kuchyně kdysi a dnes“.

	Ergo „Klub šikulek“, „Tvořivé ruce“
služba	ergoterapeutická dílna
adresa	Fugnerova 523, 276 01 Mělník
kontaktní osoba	Adriana Rodhe Kabele
telefon, mobil	mob.: 734 442 732, tel: 315 630 040
email	a.rohdekabele@ssmm.cz
web. stránky	www.ssmm.eu
provozní doba	„Klub šikulek“- pondělí 13:30- 15:00 „Tvořivé ruce“- pátek 10:15- 11:45
pro koho je určena	pro seniory, cena- bez poplatku
náplň	dle zdravotního stavu zájemci tvoří různé výrobky dle předem zadaných témat

	Četba
služba	zájmová skupina
adresa	Fugnerova 523, 276 01 Mělník
kontaktní osoba	Adriana Rodhe Kabele
telefon, mobil	mob.: 734 442 732, tel: 315 630 040
email	a.rohdekabele@ssmm.cz
web. stránky	www.ssmm.eu
provozní doba	úterý 13:30- 15:00
pro koho je určena	pro seniory, cena- bez poplatku
náplň	společné čtení a rozebírání čteného textu

	Kavárnička
služba	sociální sdružení
adresa	Fugnerova 523, 276 01 Mělník
kontaktní osoba	Adriana Rodhe Kabele
telefon, mobil	mob.: 734 442 732, tel.: 315 630 040
email	a.rohdekabele@ssmm.cz
web. stránky	www.ssmm.eu
provozní doba	čtvrtek 13:30- 15:00
pro koho je určena	pro seniory, cena- bez poplatku
náplň	skupinová diskuse, rozebírání aktuálních témat „o dění ve světě“

6. 15 Počet členů navštěvující vyhledané aktivity v roce 2012/2013

Pro vyhodnocení byly vzaty aktivity, ve kterých se senioři pravidelně setkávají.

- Územní organizace svazů diabetiků Mělník - 18 členů
- Svaz postižených civilizačními chorobami- 18 členů
- Místní organizace svazu tělesně postižených- 14 členů
- Svaz neslyšících a nedoslýchavých v ČR-Mělník- 5 členů
- Dynamické cvičení s hudbou - 8 členů
- Plavecký bazén (hodina určena pro seniory)- 14 členů
- Zdravotní cvičení- DDM-Mělník- 18 členů
- Zdravotní cvičení na míčích DDM- 5 členů
- Rehabilitační cvičení pro ženy na gymnastických míčích a s pružnými tahy- 15 členů
- Cvičení Sokol Mělník- 15 členů
- Model klub- Mělník- 8 členů
- Klub Českých turistů- 15 členů
- Šachy-Mělník- 5 členů
- Kurz počítačů nejen pro seniory- 1 člen
- Rytmické gymnastické cvičení- 10 členů
- Výuka na PC nejen pro seniory- 10 členů
- Pěvecký sbor „Cesmína“- 20 členů
- Pěvecký sbor „Chrapot“- 15 členů
- Mělnický pěvecký sbor – 20 členů
- Farní sbor Českobratrské církve evangelické, Kavárnička- 15 členů
- Farní sbor Českobratrské církve evangelické, Biblické hodiny- 8 členů
- Římskokatolická farnost, Biblické hodiny- 10 členů
- Aktivity organizovány Centrem seniorů Mělník**
- Trénink paměti- 30 členů
- Skupinové cvičení v domově seniorů- 35 členů
- Ergo „Klub šikulek“, „Tvořivé ruce“- 7 členů
- Kuchařinky- 2 členky
- Kavárnička v domově seniorů- 40 členů
- Výuka na PC v domově seniorů- 10 členů
- Četba- 10 členů

Český statistický úřad, poslední aktualizované složení obyvatelstva ke dni 1. 7. 2011

Tab. 285.

Mělník - 534676

POU Mělník - 21141
ORP Mělník - 2114

okres Mělník, CZ0206
Středočeský kraj, CZ020

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	
Stav obyvatel k 1.7.	19 168	19 147	19 075	19 055	19 263	18 955	18 937	19 136	19 262	19 557	Population 1 July
v tom: muži	9 264	9 275	9 207	9 219	9 361	9 134	9 130	9 288	9 355	9 561	Males
ženy	9 904	9 872	9 868	9 836	9 902	9 821	9 807	9 848	9 907	9 996	Females
Stav obyvatel k 31.12.	19 077	19 231	19 053	19 124	19 003	19 012	19 086	19 173	19 225	19 532	Population 31 December
v tom ve věku: 0 - 14	2 884	2 795	2 728	2 661	2 624	2 616	2 604	2 643	2 660	2 773	Age: 0 - 14
15 - 64	13 536	13 771	13 646	13 757	13 601	13 542	13 490	13 437	13 364	13 363	15 - 64
65 +	2 657	2 665	2 679	2 706	2 778	2 854	2 992	3 093	3 201	3 396	65 +
Průměrný věk	39,6	39,8	40,2	40,4	40,8	41,0	41,2	41,3	41,5	41,7	Average age
Index stáří (65+ / 0 - 14 v %)	92,1	95,3	98,2	101,7	105,9	109,1	114,9	117,0	120,3	122,5	Index of ageing (65+ / 0 - 14 v %)
muži	9 203	9 336	9 193	9 257	9 193	9 179	9 225	9 292	9 354	9 526	Males
v tom ve věku: 0 - 14	1 494	1 438	1 409	1 388	1 377	1 368	1 356	1 379	1 384	1 423	Age: 0 - 14
15 - 64	6 679	6 869	6 748	6 823	6 755	6 703	6 713	6 706	6 709	6 744	15 - 64
65 +	1 030	1 029	1 036	1 046	1 061	1 108	1 156	1 207	1 261	1 359	65 +
ženy	9 874	9 895	9 860	9 867	9 810	9 833	9 861	9 881	9 871	10 006	Females
v tom ve věku: 0 - 14	1 390	1 357	1 319	1 273	1 247	1 248	1 248	1 264	1 276	1 350	Age: 0 - 14
15 - 64	6 857	6 902	6 898	6 934	6 846	6 839	6 777	6 731	6 655	6 619	15 - 64
65 +	1 627	1 636	1 643	1 660	1 717	1 746	1 836	1 886	1 940	2 037	65 +

Zdroj:

([http://www.czso.cz/xs/redakce.nsf/i/vyvoj_obyvatelstva_mesta_melnik/\\$File/Melnik.pdf](http://www.czso.cz/xs/redakce.nsf/i/vyvoj_obyvatelstva_mesta_melnik/$File/Melnik.pdf))

Z tabulky lze vyčíst, že ke dni 31. 12. 2011 je v městě Mělníku 3 396 obyvatel ve věkové skupině nad 65 let. Vzhledem k průměrnému růstu počtu obyvatel, v roce 2013 je v městě Mělníku přibližně 3 500 seniorů.

7 Diskuze

Autor ve své práci provádí zmapování aktivit vhodných pro seniorskou veřejnost. Práce obsahuje souhrn činností v rámci pohybu, kultury, vzdělávání, socializace, aj.

Porovnáme-li návštěvnost jednotlivých aktivit, můžeme sledovat, že senioři preferují pohybové aktivity před kulturními. A proč tomu tak je? Pohybové aktivity nejsou tak finančně náročné jako kulturní. Druhým důvodem je zájem seniora o zlepšení zdravotního stavu, a tak kvality života.

V praktické části se autor zabývá otázkou, zda jsou propagační materiály výše popsaných aktivit v dostatečné míře veřejně k dispozici. Autor zjišťuje, že informovanost není dostatečná. Sám autor musel využít všech moderních zdrojů, aby potřebné informace získal. Dále vedl rozhovory s vedoucími vyhledaných aktivit pro zjištění dostatečných údajů. Informační letáky v tištěné formě nejsou k dispozici pro jednotlivé aktivity, ani jako souhrnný komplet.

Autorovým záměrem bylo tyto materiály vytvořit a umístit je v ordinacích praktických lékařů, odborných lékařů, v kulturních a pohybově-tělovýchovných střediscích a seniorských domech.

Autor vytváří ucelený přehled v jednom výtisku tak, aby senior využívající aktivity v tělovýchovných zařízeních vyhledal v nabídce možnosti kulturní a naopak. Případně objevil nové možnosti, o které by měl sám zájem.

V této práci si autor rozdělil seniorskou veřejnost do tří věkových kategorií. Sledoval, že aktivity pospané v diplomové práci jsou nejčastěji navštěvovány seniory ve středním seniorském věku.

Autor na základě rozhovorů dospěl k názoru, že nižší seniorský věk často zůstává v pracovním poměru a na aktivity nezbývá čas. A vyšší seniorský věk vzhledem k onemocněním a obtížím přicházejícím s rostoucím věkem nezvládá aktivní účast.

8 Vyhodnocení hypotéz a stanovených cílů

H I. byla potvrzena:

V městě Mělníku je nabídka aktivit dostatečně zajištěna. Každý senior si může vybrat aktivitu dle svých zálib a zájmů. Ve sledované oblasti bylo autorem zjištěno, že je seniorské veřejnosti nabídnuto dostatečné množství aktivit v oblasti tělovýchovy, kultury, gerontopedagogiky a psychoterapie.

H II. byla potvrzena:

Nabídka aktivit je cenově dostupná, ceny aktivit se pohybují od 100 Kč do 1400 Kč za rok, některé aktivity jsou hrazeny zdravotní pojišťovnou, obecním úřadem města Mělníka či Centrem seniorů v Mělníku.

H III. byla potvrzena:

Dle poslední aktualizace českého statistického úřadu České republiky bylo v městě Mělníku ke dni 1. 7. 2011 počet seniorů ve věku 65+ je „3396“ (dle výpočtů průměrného růstu obyvatel v roce 2013, počet osob ve věku 65+ je cca 3 500). Dle vyhodnocených dat, navštěvují vyhledané aktivity 401 seniorů, tj. 14,035 %.

H IV. byla potvrzena:

V Mělníku jsou aktivity jak pro zdravé seniory, tak i pro osoby se specifickými zdravotními chorobami.

Stanovených cílů autor ve své práci dosáhl.

Na základě popsaných šetření autor zpracoval kompletní nabídku aktivit pro seniorskou veřejnost. Vytvořil hodnotný materiál, který bude přínosný pro informovanost seniorské veřejnosti a jejich potencionální začlenění se do nabízených zájmových skupin.

Závěr

Diplomová práce je zaměřena na kvalitu života seniorů na Mělníku. Vychází z odborné literatury a zjištěných informací o dané problematice.

První kapitola je věnována pojmu senior, fyziologickému, psychickému a sociálnímu stárnutí.

Ve druhé kapitole jsou zmíněny civilizační choroby, které v dnešní době mají velký význam kvalitu života a s akcelerujícím způsobem života přibývá počtu postižených civilizačními nemocemi

Ve třetí kapitole je podáván přehled dalších nejčastějších chorob a geriatrických syndromů specifických pro vyšší věk.

Ve čtvrté kapitole jsou uvedeny obory, vědecké disciplíny a specializace ve zdravotnictví, které se zabývají problematikou seniorů a obtíží, které jsou spojeny s vysokým věkem.

Praktická část se zaměřuje na aktuální přehled aktivit pro seniory v městě Mělníku. Je podán jaký si přehled možností a využití volného času pro seniory, kteří by potenciálně mohli mít zájem zlepšit svou fyzickou či psychickou kondici, nebo se vzdělávat, obohacovat o nové informace a zkušenosti.

Použitá literatura

1. AUSTAD, S. *Proč stárneme*, 1.vyd. Praha, 1999. Finidr, ISBN: 80-204-0804-5
2. BENEŠ, M. *Andagogika*. 2.vyd. Praha: Eurolex Bohemia s.r.o., 2003, ISBN 80-86432-23-88
3. ČEŠKA, R. *Cholesterol a ateroskleróza, léčba dyslipidemií*. 1.vyd. Praha: Triton, 2005. ISBN 80-7254-738-0
4. Grún, A. *Život je teď umění stárnout*. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-749-7
5. HAYFLICK, L. *Jak a proč stárneme*. 1.vyd. Praha: Knižní klub 1997. ISBN 80-85928-97-3
6. HAŠKOVCOVÁ, H. *Fenomén stáří*. 1.vyd. Praha: Panorama 1990. ISBN 80-7038-158-2
7. HERMAN, E. *Depresivní porucha*. Praha: Maxdorf, 2005. ISBN:80-7345-060-7
8. HROMÁDKOVÁ, J. *Fyzioterapie*. 1.vyd. Jinočany: H&H Vyšehradská s.r.o, 1999. ISBN 80-86022-45-5
9. HROMADOVÁ, D. *Kardiovaskulární onemocnění*. 1.vyd. Brno: Neptun, 2004. ISBN 80-902896-8-1
10. JANOTOVÁ, N. *Surdopedie: komunikace sluchově postižených*. 1.vyd. Praha: Univerzita Karlova, 1990, ISBN: 80-7066-000-4X
11. JESENSKÝ, J. *Andragogika a gerontagogika handicapovaných*. Praha: Karolinum, 2000. ISBN 80-7184-8239-9
12. KABELE, F. a kol. *Somatopedie*. 1.vyd. Praha: Polygrafia. 1993, ISBN 80-7066-533-5
13. KÁŠ, S. *Neurologie v běžné lékařské praxi*. Praha: Grada 1997, ISBN 80-7169-339-1

14. KLEVETOVÁ, D. *Motivační prvky při práci se seniory*. Praha: Grada. 2008, ISBN 80-2472-169-4
15. KOLÁŘ, P. *Rehabilitace v klinické praxi*. 1.vyd. Praha: Galén, 2009. ISBN 978-80-7262-657-1
16. KOHOUT, P. *Úsvit: kritika politického systému a návrh nové Ústavy pro Českou republiku*. Praha: Pistorius a Olšanská, 2012. ISBN 80-8705-378-8
17. KOMINAREC, I. *Úvod do pedagogiky volného času*. 1. vyd. Prešov: Privatpress, 2003. ISBN 80-968605-5-2
18. KŘIVOHLAVÝ, J. *Optimismus, pesimismus a prevence deprese*. 1.vyd. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-4007-2
19. KUNZEL, D. *Lidský organismus ve zdraví a nemoci*. 1.vyd. Praha: Avicenum, 1990. ISBN 80-201-0000-8
20. MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ. *Národní příprava na stárnutí na období let 2008 až 2012*, Praha: Harapes. 2008. ISBN 978-80-86878-65-2
21. PACOVSKÝ, V. *Geriatrická diagnostika*. 1. vyd. Praha: Scientia medica 1994, ISBN 8085526-32-8
22. PÁVKOVÁ, J. *Pedagogika volného času*. 4. vyd. Praha: Portál 2008, ISBN 978-80-7367-423-6
23. PIDRMAN, V. *Deprese a kardiovaskulární onemocnění*. 2. vyd. Praha: MAXDORF, 2002. ISBN 80-85912-49-X
24. PIPEKOVÁ, J. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. 3.vyd. Brno: Paido, 2010. ISBN 978-80-7315-198-0
25. PRAŠKO, J. *Deprese a jak jí zvládat*. 2. vyd. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-501-1

26. PRUSINSKI,A. Nespavost a jiné poruchy spánku. 1.vyd. Praha: Maxdorf,1993. ISBN 83-85800-01-2
27. PŘÍHODAV. *Ontogeneze lidské psychiky*. 1vyd. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1974. ISBN:34-06-17
28. RENOTIEROVÁ, M. *Somatopedické minimum*. Olomouc: Upol. 2003, ISBN 80-244-0532-6
29. SOVÁK, M. *Uvedení do logopedie*. Praha: státní pedagogické nakladatelství, 1981. ISBN 14-205-81
30. STRNADOVÁ, V. Úvod do surdopedie. Praha: Technická univerzita, 2002. ISBN 80-7083-564-8
31. STUART-HAMILTON. *Psychologie stárnutí*. 1.vyd. Praha: Portál ,1999. ISBN 80-7178—274-2
32. ŠERÁK, M. *Zájemové vzdělávání dospělých*, 1. vyd., Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-551-6
33. VINAY,J. *Stres a zdraví*. 1.vyd. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-211-9
34. ZEMAN, V. *Pohybový systém a zátěž*. Praha: grada 1997. ISBN 80-7169-258-1
35. CHARTA OBČANSKÉ SDRUŽENÍ. *Pro důstojný život seniorů v ČR*, Praha: Curaviva, 2010
36. Bible, Praha: Česká biblická společnost, 2008. ISBN: 978-80-85810-74-5

Zahraniční zdroje

36. THORNDIKE, E. *Education for initiative and originality*, California: Univerzity of California, 1927

Internetové zdroje

1. Vývoj obyvatelstva města.[*on line*]. 2.2.2013 Dostupné z:
[http://www.czso.cz/xs/redakce.nsf/i/vyvoj_obyvatelstva_mesta_melnik/\\$File/Melnik.pdf](http://www.czso.cz/xs/redakce.nsf/i/vyvoj_obyvatelstva_mesta_melnik/$File/Melnik.pdf)
2. Aegismus.[*on line*]. 18.11.2012 Dostupné z:
<http://www.ageismus.cz/?m=2&lang=cz>.
3. Urbanová, 2010, Čeští senioři a možnosti aktivně prožitého stáří. [*on line*].
20.12.2012 Dostupné z: http://vos.mills.cz/assets/Absol_prace/AP2010-SP/Urbanova-SP2010.pdf
4. Koutecká, 2006, Léčebně rehabilitační plán a postup u amputací na dolních končetinách.[*online*].2.2. 2013 Dostupné z:
http://is.muni.cz/th/101159/lf_b/Bakalarska_prace.pdf
5. Civilizační choroby.[*online*]. 11.11. 2012 Dostupné z: <http://civilizacni-choroby.zdrave.cz/civilizacni-choroby/>
6. Civilizační choroba. [*online*]. 12.11. 2012 Dostupné z :
http://cs.wikipedia.org/wiki/Civiliza%C4%8Dn%C3%AD_choroba

Databáze ScienceDirecz

7. Occupation therapy.[*on line*]. 21.12.2012 Dostupné z:
<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0195561612000757>
8. The Roles of Occupational Therapy, Physical Therapy, and Speech/Language Pathology in Primary Care. [*on line*]. 18.12.2012 Dostupné z:
[http://www.jsams.org/article/S1440-2440\(07\)00199-5/abstract](http://www.jsams.org/article/S1440-2440(07)00199-5/abstract)
9. Mediators of change following a senior school physical activity intervention .[*on line*]. 22.12. 2012 Dostupné z:
<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1440244007001995>

Seznam příloh

Příloha A- Fotogalerie.....	I
Příloha B- Seznam zkratk.....	VI

Příloha A- Fotogalerie

Obrázek 1

Nácvik pěveckého sboru Cesmína pod vedením Adriany Rohde Kabele



(Zdroj: <http://melnický.denik.cz/galerie/foto.html?mm=csm-melnik>)

Obrázek 2

Vystoupení pěveckého sboru Cesmína v Domově na zámku v Lysé nad Labem



(Zdroj: <http://www.domovnazamku.cz/vystoupeni-cesminy-z-centra-senioru-melnik>)

Obrázek 3

Společné čtení v Centru seniorů v Mělníku



(zdroj: http://www.ssmm.eu/index_sub.php?id=10071&lang=cze)

Obrázek 4

Cvičení místní organizace tělesně postižených v Mělnickém krytém bazénu



(Zdroj: <http://stp-melnik-2010.webnode.cz/fotogalerie/#cviceni-v-bazenu-jpg>)

Obrázek 5

Místní organizace tělesně postižených v hotelu Diamo ve Stráži pod Rálskem



(Zdroj: http://stp-melnik-2010.webnode.cz/fotogalerie/photogallerycbm_518824/20/#a096-jpg)

Obrázek 6

Cvičení na míčích pod vedením Martiny Pospíšilové v Husově Domě



(Zdroj: <http://www.protein.ymca.cz/view.php?cisloclanku=2006011507>)

Obrázek 7

Setkání v Centru seniorů s názvem Babi, dědo, táto- vyprávěj.



(Zdroj: http://www.smm.eu/index_sub.php?id=10071&lang=cze)

Obrázek 8

Svaz postižených civilizačními chorobami při tréninku paměti



(Zdroj: [http://www.spch.cz/centrum-sluzeb/fotogalerie/#!prettyPhoto\[gal324\]/4/](http://www.spch.cz/centrum-sluzeb/fotogalerie/#!prettyPhoto[gal324]/4/))

Obrázek 9

Vystoupení pěveckého sboru Chrapot v Mělnickém Kulturním domě



(Zdroj: http://melnicek.cz/files/110619_Chrapot%20%2834%29.JPG)

Obrázek 10

Klub českých turistů Mělník ve Vošínách



(Zdroj: https://picasaweb.google.com/110935856872578593984/Vostiny2011?authkey=Gv1sRgCJ_K2p7ngvDw0gE&feat=email#5682009377593682978)

Příloha B- Seznam zkratk

ADL (activity of daily living) běžné denní aktivity

CMP- cévní mozková příhoda

CEA- (Comprehensive Evaluation assessment) komplexní hodnocení

CT- počítačový tomograf

ČR- Česká republika

DNA- Deoxyribonukleová kyselina, nositelka genetické informace

EKG- (electro cardiograph) funkční vyšetření elektrické aktivity srdečního svalu

GEM- (geriatric evaluation and managment) geriatrické hodnocení a management

HDL- (high density lipoprotein) nízkodenzitní tuk

Hg- rtuť

CHOPN- chronická obstrukční plicní nemoc

ICHS- ischemická choroba srdeční

LDL- (low density lipoprotein) vysokodenzitní tuk

L-DOPA- lék aplikovaný u Parkinsonovy choroby

SP- speciální pedagogika

TK- tlak krve

TP- tělesně postižení

VLDL- (very low density lipoprotein) velmi nízkodenzitní tuk

WHO- (World health organization) Světová zdravotnická organizace

ZTP- zdravotně a tělesně postižení

ZTP/P- Zvlášť těžké postižení s potřebou průvodce

Bibliografické údaje

Jméno autora: Daniel Pospíšil

Obor: Speciální pedagogika

Forma studia: kombinované studium

Název práce: Kvalita života seniorů v Mělníku

Rok: 2013

Počet stran bez příloh: 66

Celkový počet stran příloh: 7

Počet titulů české literatury a pramenů: 36

Počet titulů zahraniční literatury a pramenů: 1

Počet internetových zdrojů: 9

Vedoucí práce: Doc. RNDR. Jitka Machová, CSc.

