

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

Studijní program: Specializace ve zdravotnictví B 5345

Lenka Popová

Studijní obor: Ergoterapie (5342R002)

EFEKTIVITA ERGOTERAPIE V OBLASTI ACTIVE AGING

Bakalářská práce

Vedoucí práce: MSc. Veronika Vrbská

PLZEŇ 2020

Čestné prohlášení:

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a všechny použité prameny jsem uvedla v seznamu použitých zdrojů.

V Plzni dne 29.4. 2020

.....

vlastnoruční podpis

ABSTRAKT

Příjmení a jméno: Lenka Popová

Katedra: Katedra rehabilitačních oborů

Název práce: Efektivita ergoterapie v oblasti ACTIVE AGING

Vedoucí práce: MSc. Veronika Vrbská

Počet stran – číslované: 45

Počet stran – nečíslované: 24

Počet příloh: 1

Počet titulů použité literatury: 54

Klíčová slova: aktivní stárnutí, zdravé stárnutí, politika stárnutí, senior, ergoterapie

Vlastní text:

Tématem této bakalářské práce je efektivita ergoterapie v oblasti aktivního stárnutí. Práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část. Teoretická část je zaměřena na stáří, stárnutí a jeho specifika. Dále je zde zahrnuto využití a role ergoterapie v oblasti aktivního stárnutí seniorů. Důležitou součástí je také edukace seniorů a veřejnosti. V praktické části jsou obsaženy data a výsledky z kvalitativního šetření získaného pomocí dotazníků. Dotazník byl sestaven za účelem zjistit míru aktivity seniorů z projektu aktivního stárnutí. Na základě dotazníků byla dále vyhodnocena efektivita ergoterapie v životech seniorů. Ze získaných dat byly doporučeny postupy pro praxi.

ABSTRACT

Surname and name: Lenka Popová

Department: Department of Rehabilitation Sciences

Title of thesis: The effectiveness of occupational therapy in ACTIVE AGING

Consultant: MSc. Veronika Vrbská

Number of pages – numbered: 45

Number of pages – unnumbered: 24

Number of appendices: 1

Number of literature items used: 54

Key words: active aging, healthy aging, politics of aging, senior, occupational therapy

Summary:

This bachelor thesis focuses on the effectiveness of occupational therapy in ACTIVE AGING. Thesis is divided into theoretical and practical part. Theoretical part is focused on old age, aging and its specifics. Furthermore, there is included the role of occupational therapy in active aging of seniors. Important part is also education of seniors and public. Practical part includes data and results of the research gained from questionnaire. Questionnaire was created to find out an activity of seniors in active aging. The results were evaluated and explored the effectiveness of occupational therapy in elderly care. Based on the results the recommendations was made for further practice.

Poděkování:

Děkuji MSc. Veronice Vrbské za odborné vedení bakalářské práce, poskytování rad a materiálních podkladů

OBSAH

SEZNAM ZKRATEK.....	11
SEZNAM TABULEK.....	12
SEZNAM GRAFŮ.....	13
SEZNAM OBRÁZKŮ.....	14
ÚVOD.....	15
TEORETICKÁ ČÁST.....	17
1 Vymezení pojmů gerontologie a geriatric.....	17
1.1 Edukační gerontologie.....	18
2 Senior.....	19
2.1 Pojem senior.....	19
2.2 Stáří a stárnutí.....	19
2.3 Změny ve stáří.....	20
2.4 Členění stáří.....	21
2.4.1 Kalendářní stáří.....	22
2.4.2 Sociální stáří.....	22
2.4.3 Biologické stáří.....	23
2.5 Objekt geragogiky.....	23
2.5.1 Starý člověk.....	23
2.5.2 Důchodce.....	23
2.5.3 Třetí věk.....	24
2.6 Geriatrický pacient.....	24
3 Active aging.....	26
3.1 Problematika.....	26
3.1.1 Politika aktivního stárnutí.....	26
3.1.2 Ageismus.....	28
3.1.3 Pilíře aktivního stárnutí.....	28

3.2 Politika aktivního stárnutí v ČR.....	29
4 Aktivní stárnutí z ergoterapeutického hlediska.....	31
4.1 Multidisciplinární tým.....	31
4.2 Role ergoterapie v geriatrii.....	31
4.3 Edukace seniorů	33
4.3.1 Prostředek, cíl a význam edukace seniorů	34
5 Druhý životní program	36
5.1 Možnosti vzdělávání seniorů.....	36
5.1.1 Univerzita třetího věku.....	36
5.1.2 Akademie třetího věku	36
6 Edukace veřejnosti	38
PRAKTICKÁ ČÁST.....	39
7 Úkol praktické části.....	39
7.1 Popis výzkumné metody	39
7.2 Charakteristika zkoumaného vzorku	39
7.3 Výsledky dotazníků.....	41
8 CÍL A ÚKOLY PRÁCE.....	49
9 VÝZKUMNÉ HYPOTÉZY	50
10 DISKUZE.....	51
10.1 Doporučení pro praxi	55
ZÁVĚR.....	58
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	60
SEZNAM PŘÍLOH	66
PŘÍLOHA 1 – DOTAZNÍK.....	67

SEZNAM ZKRATEK

ADL – activity of daily living „aktivity všedního dne“

Apod. – a podobně

CGA – comprehensive geriatric assesment „Ucelené geriatrické hodnocení“

CNS – Centrální nervová soustava

č. – číslo

ČAE – Česká asociace ergoterapeutů

ČR – Česká republika

ČSÚ – Český statistický úřad

ET – ergoterapeut

Et al. – a další

EU – Evropská unie

FZS – Fakulta zdravotnických studií

Kč – Koruna česká

MPSV – Ministerstvo práce a sociálních věcí České republiky

Např. – například

OSN – Organizace spojených národů

SLDB – Sčítání lidu, domů a bytů

Str. – strana

Tzn. – to znamená

WFOT – World Federation of Occupational Therapists „Světová federace ergoterapeutů“

WHO – World Health Organization „Světová zdravotnická organizace“

ZČU – Západočeská univerzita

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 Jiné záliby	43
Tabulka 2 Jiná fyzická aktivita	44
Tabulka 3 Změny v životě	47
Tabulka 4 Témata programu	47

SEZNAM GRAFŮ

Graf 1 Pohlaví respondentů	40
Graf 2 Dosažené vzdělání	41
Graf 3 Účastníci se zdravotním vzděláním	41
Graf 4 Pracovní aktivity	42
Graf 5 Záliby.....	42
Graf 6 Fyzická aktivita	43
Graf 7 Cvičení a pravidelná kondiční chůze.....	44
Graf 8 Chůze týdně	45
Graf 9 Pravidelné cvičení	45
Graf 10 Vliv studia na život.....	46
Graf 11 Změny v projektu.....	48

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek 1 Tři pilíře aktivního stárnutí.....	29
---	-----------

ÚVOD

Tématem této bakalářské práce je efektivita a využití ergoterapie v oblasti active aging neboli aktivního stárnutí. Související termíny jsou např. „zdravé stárnutí, úspěšné stárnutí nebo produktivní stárnutí“. (Fries, 2012) Stárnutí populace je celosvětový problém, který má velké sociální, ekonomické a zdravotní důsledky. (Ruvalcaba, 2005)

Literatura uvádí, že v dnešní době dochází ke snížení počtů porodů a tím k nepoměru mezi vyšší věkovou skupinou oproti skupině mladší. Díky efektivnější zdravotní péči dochází k nárůstu počtu lidí nad 60 let oproti jiným věkovým skupinám. (Boulton–Lewis, 2006) Z důvodu tohoto nepoměru je zde riziko, že se v budoucnosti naskytne problém s péčí o starší generaci. Z demografické prognózy prováděné v roce 2013 bylo zjištěno, že obyvatelstvo České republiky v budoucnosti zestárne – až 1/3 osob bude starší 60 let, čímž se tato kategorie vyrovná co do velikosti skupině v aktivním věku. (MPSV, 2013)

Program aktivního stárnutí tedy ve své podstatě usiluje o prodloužení střední délky života, což umožňuje seniorům a lidem z kategorie starších dospělých se zdravotním znevýhodněním se dále aktivně zapojit do chodu rodiny, komunity a národa. (WHO, 2002, str. 12) Aktivní stárnutí je zaměřeno na fyzické, psychické a sociální zdraví starších jedinců, což např. snižuje výskyt fyzických a psychických nemocí. Podle stupnice vypracované Univerzitou Jyvaskyla zahrnuje aktivní stárnutí celkem 17 položek, mezi které například patří nejen používání počítače, ale také cvičení, péče o vzhled, udržování přátelství či zapojení se do poznávání nových lidí. (Raitanen, 2018, str. 2)

Důležitým faktorem v životě seniorů je učení. V současné době převládá v každodenním životě používání moderních technologií, jako jsou mobilní telefony, televize, počítače a sociální sítě, proto je výhodné udržet seniory v obecném přehledu, který následně mohou využít při správě financí, komunikaci s rodinnými příslušníky či s přáteli, při zjišťování novinek ve světě nebo pro zajištění domácí péče či stravy.

Mimo jiné se snaží program Active aging změnit pohled mladších generací na osoby v důchodovém věku a bořit tak zavedené stereotypy, kterými mladí lidé pohlížejí na starší osoby a označují je přívlastky jako: být za zenitem, zastaralý, nemocný, křehký, vyžadující služby a podporu. Navzdory tomu je stáří naopak vzácný zdroj informací, který přispívá k dobrému vývoji struktury naší společnosti. (Boulton-Lewis, 2006)

Jednou z možností optimalizace kvality života a maximalizaci soběstačnosti ve vyšším věku je využití ergoterapie. Ergoterapie je zdravotnická profese, která je zaměřená na klienta, zabývá se podporou zdraví prostřednictvím povolání. Primárním cílem ergoterapie je umožnit lidem účastnit se činností každodenního života. Ergoterapie se v rámci aktivního stárnutí zaměřuje na zlepšení či zachování co nejvyšší míry soběstačnosti, pomáhá při výběru kompenzačních pomůcek, podporuje v udržení stávajících kognitivních a psychických funkcí, poskytuje poradenství v oblasti pádů a úrazů, provádí hodnocení a nácvik běžných denních činností, sestavuje krátkodobý a dlouhodobý ergoterapeutický plán a podílí se také na ergodiagnostickém vyšetření. (WFOT, 2020) Dále se může podílet na sociálním začleňování, které může probíhat i v rámci využívání moderních technologií nebo zlepšení či udržení kognitivních funkcí.

Celosvětová podpora aktivního a zdravého stárnutí je pod záštitou WHO – Světové zdravotnické organizace, která se od Mezinárodního roku starších osob (1999) zapojuje do problematiky spolupráce v oblasti stárnutí a zdraví. Za tímto účelem WHO pracuje na účelových programech. (WHO, 2002) Z tohoto důvodu se i tato bakalářská práce bude zaměřovat na problematiku aktivního stárnutí a měla by přinést návod pro seniory, veřejnost a multidisciplinární tým, jak být co nejvíce prospěšný v oblasti aktivního stárnutí.

TEORETICKÁ ČÁST

1 Vymezení pojmů gerontologie a geriatrie

Problematikou stáří jako takového se zabývá vědní obor gerontologie. Gerontologie je nauka o stáří a stárnutí, která v sobě obsahuje soubor vědomostí o stáří a stárnutí, respektive o problematice starých lidí a jejich života ve stáří. Gerontologie se původně utvářela jako multidisciplinární souhrn poznatků z různých oborů a vědních disciplín. Obor se zaměřuje na specifické potřeby a na zkvalitňování života různých skupin starých lidí. (Kalvach, 2004, str. 48). Geriatrie je součástí tzv. klinické medicíny. Klinická medicína má specifické znaky. H

Hlavním ze znaků je pojmout člověka v každé situaci jako nerozdělitelnou bio-psycho-sociální jednotku. Klinická medicína se zabývá především člověkem – jedincem, který se stal nositelem nemoci. Usiluje o rozpoznání nemoci a problémů s ní spojených a stará se zároveň o podporu zdraví člověka, tedy pomáhá jedinci s prevencí a se zajištěním takové kvality života, aby se jedinec nestal skutečným pacientem. Důležité je podporovat a podněcovat člověka v odpovědnosti za jeho zdraví. Klinická medicína má vědecké základy, čerpá z vědeckých poznatků ostatních vědních disciplín. (Pacovský, 1994, str.12)

Tradičně se gerontologie jako taková dělí na obecnou či aplikovanou nebo na gerontologii experimentální, sociální a klinickou gerontologii. Gerontologie experimentální se zabývá procesy a příčinami stárnutí, zároveň je součástí vědního oboru biologie a zabývá se výzkumem psychických změn a schopností, které probíhají v průběhu stárnutí. Sociální neboli populační gerontologie se zabývá vzájemnými vztahy mezi starým jedincem a společností, co staří lidé od společnosti vyžadují nebo jak populační stárnutí ovlivňuje společnost a její rozvoj. Gerontologie klinická se zabývá zvláštnostmi ve zdraví a jeho podpory ve stáří. (Veteška, 2016, str. 39)

Geriatrie je oblast medicíny, jedná se o specializační obor, který je v různých státech různě vymezován, obvykle vychází z vnitřního lékařství. Snaží se o shrnutí a zobecnění seniorské problematiky zdravotního a funkčního stavu. (Kalvach, 2004, str. 49) Geriatrie nebo též klinická gerontologie se v České republice konstitovala jako samostatný vědní obor v roce 1983. Za zakladatele tohoto oboru je považován I. L. Nascher (1863-1944). Jedná se o obor, který má interdisciplinární charakter, jehož cílem je především optimalizace zdravotního a funkčního stavu seniorů a snížení chronické disability a nemocnosti v pokročilém stáří. (Veteška, 2016, str. 38)

1.1 Edukační gerontologie

V 70. letech 20. století se začíná objevovat v zahraniční literatuře pojem edukační gerontologie neboli vzdělávací gerontologie, která je často zaměňována s termínem gerontologické vzdělávání. V praxi má edukační gerontologie zabránit předčasnému fyziologickému úpadku organismu člověka, podporovat psychický růst a podporovat jeho sociální roli ve společnosti. (Veteška, 2016. str. 39)

Vzdělávání v gerontologii a geriatrii je zaměřeno na zlepšování kvality a kvantity vzdělávání a služeb dostupných pro seniory, dále poskytovat informace studentům, učitelům, praktikům, administrátorům a politikům. Edukační gerontologie je užitečným zdrojem pro kohokoli, kdo se zajímá o podrobnosti týkající si vzdělávacích otázek o stárnutí a stáří. (Taylor a Francis, 2018/2019)

Z andragogického hlediska se edukační gerontologie zaměřuje na vzdělávání a předávání informací starším studentům a na motivační faktory, které rozhodují o jejich účasti či neúčasti na vzdělávacím procesu. Dále se snaží přenést vědecké poznatky nabitě učením a studiem materiálu o procesu stárnutí a vzdělávání do praxe učení a vzdělávání seniorů. Hlavním cílem této disciplíny je prodloužení a zkvalitnění produktivních let a zlepšování kvality života starších lidí. (Veteška, 2016, str. 39-40)

2 Senior

2.1 Pojem senior

Pojem „senior“ v legislativě ani v odborné literatuře není jednoznačně vymezen. Jedná se o synonymum pro označení starého člověka, respektive se jedná o poživitele starobního důchodu. (Špatenková a Smékalová, 2015, str. 47) Ve slovníku cizích slov lze pojem „senior“ definovat jako „příslušník starší věkové kategorie. (Linhart 2005, str. 336)

Mladší generace má obecně milnou představu, kdo všechno do této podskupiny patří a od kolika let již můžeme zařadit člověka do seniorského věku. V české společnosti se užívají pojmy jako „důchodce“, „senior“, „geront“, ale i jiné oslovení jako „babička“, „dědeček“, kdy ve většině případů se nejedná ani o příbuzné. (Janiš a Skopalová, 2006, str. 32) V dnešní populaci si většina lidí nepřeje zestárnout z důvodu negativní představy o stáří, jako např. nemoci, snížení svalové síly a hybnosti či negativní projevy nálad apod. Podle Šipra se lidé snaží vyhýbat slovu starý a raději vyslovují jiné pojmy. Člověk neztrácí smysl své existence, nikdy není přestárlý. (Šipr, 1997, str. 10) Literatura udává, že lidé, kteří dosáhli seniorského věku, se cítí daleko sebevědoměji než lidé podstatně mladší. (Janiš a Skopalová, 2006, str. 31-32) Termín senior je v anglickém jazyce chápán zcela odlišně než v České republice, kdy tento pojem je brán jako zkušenější, starší apod. Evropská komise navrhla termín pro danou věkovou kategorii jako zkušenější. (Janiš a Skopalová, 2006, str. 33)

2.2 Stáří a stárnutí

Stárnutí populace je fenomén, který se týká celého světa. (Holmerová et al., 2007, str. 12) Představuje konečné období, dobu, kdy se jednotlivec ohlédne zpět za svým životem, žije minulostí a úspěchy, kterých dosáhnul a začíná dokončovat svůj životní cyklus. (Archana a Misra, 2009) Jedná se o přirozenou a závěrečnou etapu v rámci ontogenetického vývoje člověka. Každý člověk musí projít procesem ontogeneze a následně se z něj postupem času stane senior. Toto vývojové stádium má své specifické znaky, jimiž se odlišuje od ostatních vývojových etap, kdy však záleží na pohledu konkrétního člověka. (Holmerová et al., 2007, str. 59)

Stárnutí z individuálního hlediska představuje bio-psycho-sociálně-spirituální přirozený proces involučních a adaptačních změn, k nimž musí postupem času dojít u každého z nás. Jedná se o součást ontogenetického vývoje, který je doprovázen chorobnými procesy a stavy, kdy u staršího člověka postupně klesá výkonnost, přizpůsobivost, odolnost či adaptabilita

k zátěžím, stresorům a stárnoucí jedinec je tím znevýhodněn v soutěži s mladšími jedinci. (Čevela et al., 2014, str. 17)

Zpravidla hovoříme o souhrnu změn ve struktuře organismu, kdy dochází ke změnám v oblasti somatické, emoční, psychické a sociální oblasti. Při poklesu některé z výše uvedených oblastí může dojít u starších lidí ke kompenzaci, kterou můžeme následně dělit na kompenzaci externí a interní. Kompenzací externí je myšlen např. způsob a typ dopravy vzhledem k pohybovým možnostem ve stáří, či možnost využití kompenzačních pomůcek. U kompenzace interní se může jednat např. o facilitaci některých schopností jako je paměť. Kompenzaci doplňuje tzv. selekce, ve které se zúží zájmy člověka a omezí se pouze na ty, které by v každodenním životě mohl jedinec zvládnout sám a bez pomoci druhé osoby. (Holmerová et al., 2007, str. 60)

Z druhého pohledu je populační stárnutí dlouhodobý a přirozený civilizační proces, který je podmíněn úmrtností, ovlivněn změnami reprodukčního chování obyvatelstva, dále je ovlivněn změnami ve společenském uspořádání. Stárnutí populace tak můžeme rozdělit na:

- Relativní – úbytek mladé populace, pokles porodnosti či vysoká dětská úmrtnost
- Absolutní
 - Pokles úmrtnosti ve středním věku – vyšší dožití stáří
 - Pokles úmrtnosti ve vyšším věku – dožití vyššího věku ve stáří
 - Zestárnutí početných ročníků – jedná se o tzv. poválečné děti. (Čevela et al., 2014, str. 20-21)

Kalvach označuje stáří za pozdní fázi ontogeneze a jako přirozený průběh života. Jde o souhrn involučních změn funkčních i morfologických, probíhajících druhově specifickou rychlostí a různou variabilitou. Tento stařecký fenotyp je modifikován životním stavem daného člověka, vlivy prostředí, zdravotním stavem, vlivy sociálně ekonomickými a psychickými, včetně sebehodnocení a přijetí určité role ve společnosti. (Kalvach, 2004, str. 47)

2.3 Změny ve stáří

Jak již bylo zmíněno, stárnutí je souhrn fyziologických a biologických změn probíhajících v čase. Proces stárnutí jako takový neprobíhá u všech lidí stejně. Je ovlivněn např. genetickými faktory, životním stylem, prostředím, popřípadě prodělanými nemocemi a úrazy. Nejčastější problém v seniorské populaci je např. kardiovaskulární onemocnění, Diabetes mellitus či degenerativní a zánětlivé onemocnění kloubů.

Stáří dále doprovází poruchy senzorické, ke kterým můžeme zařadit např. poruchy sluchu, vidu, někdy i čichu a chuti. V oblasti motorické můžeme pozorovat problémy související s rychlostí pohybu, se sníženou obratností a silou. Dále mohou být viditelné i problémy v oblasti jemné motoriky a statiky. Únava ve stáří nastupuje mnohem rychleji než u jedince produktivního věku, z toho vyplývá, že u jedince seniorského věku je potřeba dbát na větší míru odpočinku a relaxace. (Klusoňová, 2011, str. 194) Mezi další typické projevy, které doprovázejí stárnutí, můžeme zařadit úbytek mozkové tkáně.

Změnu kognitivních funkcí vystihuje jejich zpomalení. Senioři potřebují více času ke zpracování informací, tím se prodlužuje reakční doba a dochází k pomalejšímu vykonání úkolu. Na druhou stranu se však snaží daný úkol provést co nejprecizněji. (Janiš, Skopalová, 2016, str. 46) Snižuje se schopnost učit se, objevují se poruchy v oblasti krátkodobé paměti, dochází k zužování myšlenkového obsahu a zhoršuje se adaptační schopnost. V oblasti emocionální nastává citová labilita, jedinec může trpět depresí, úzkostnými náladami nebo se snadno dojímat nad věcmi či událostmi.

Mnoho studií prokázalo, že výskyt depresivních symptomů roste s věkem. Depresivní příznaky hrají důležitou roli jako ukazatele psychické pohody, ale jsou také uznávány jako významné prediktory funkčního zdraví a dlouhověkosti. Existují studie, které naznačují, že depresivní poruchy mohou být často spojeny se snížením kognitivních funkcí. (Archana, Misra, 2009) V druhém negativnějším případě může nastat citová strohost až bezcitnost, zloba a mrzoutství nebo naopak zklidnění, laskavost, tolerance a moudrost. (Klusoňová, 2011, str. 194)

2.4 Členění stáří

Z lékařského i demografického hlediska je u nás považován věk 65 let za počátek stáří. Stárnutí u každého jedince probíhá jinak a je to dáno nejen involučními změnami, ale také funkčním stavem (stav kostí a svalů), životním stylem a podobně. (Holmerová et al., 2007, str. 27) Zikmundová ve své knize uvádí příklady dělení na počínající stáří (60 až 74 let), dále na stáří vlastní (75 až 89 let) a jako poslední dlouhověkost, která se udává nad dosažený věk 90 let. Mezi příklady dělení věkových hranic věku podle Zikmundové patří dělení na **mladé seniory** (65 až 74 let), **staré seniory** (75 až 84 let) a **velmi staré seniory** (85 let a více). (Holmerová et al., 2007, str. 27)

Kalvach ve své knize uvádí dělení seniorů na zdatné, nezávislé a křehké seniory. Zdatní seniory nejsou odkázáni na zdravotnickou péči, dokáží se o sebe postarat sami a můžeme je

přirovnat či srovnat s jedinci mladšími. Doporučuje se však tuto skupinu preventivně edukovat a také je podrobovat preventivním prohlídkám z důvodu udržení povědomosti o jejich vlastním zdravotním stavu. Druhou skupinu tvoří tzv. nezávislí senioři. Za nezávislého seniora lze považovat takového seniora, který nepotřebuje zdravotnickou péči zajišťovanou pečovatelskou službou ani jinými domácími službami. Dochází u nich však k přechodnému zhoršení stavu v podobě infektu či operace. Poslední skupinu tvoří křehcí senioři. Tato skupina seniorů potřebuje dohled, který je zajišťován pomocí zdravotnického zařízení či formou domácí péče, popřípadě pomocí napojení na nouzovou signalizaci z důvodu ohrožení chronickým rizikem pádu. Dále může mít tato skupina problémy v oblasti kognitivních funkcí či trpět psychickými poruchami. (Holmerová et al., 2007, str. 10)

Kalvach uvádí další příklad dělení stáří. Jedná se o stáří kalendářní, sociální a biologické. (Kalvach, 2004, str. 47)

2.4.1 Kalendářní stáří

K vymezení počátku stárnutí a stáří dále můžeme využít základního rozčlenění kalendářního věku, to umožní stanovit věkovou hranici, kdy jedince můžeme začlenit do určité věkové skupiny, která však poslouží spíše jako schematická pomůcka z důvodu velkých odlišností v biologických a psychických vlastnostech jedince. V tomto ohledu se hodnota stáří posouvá čím dál více nahoru z důvodu zlepšujícího se zdravotního a funkčního stavu stárnoucí populace. Dnes je za počátek stáří považován většinou věk 65 let a o vlastním stáří se hovoří od 75 roku života. E. B. Hurlocková označila v polovině 20. století věk 49-59 za střední věk a 60 let jako stáří. Světová zdravotnická organizace následně tuto věkovou hranici akceptovala v 60. letech. (Kalvach, 2004, str. 47)

2.4.2 Sociální stáří

Sociální stáří postihuje proměnu sociálních rolí a potřeb, životního stylu i ekonomického zajištění staršího jedince. Pojem upozorňuje na společné zájmy i na rizika, která k nim patří, např. ztráta životního programu, pokles životní úrovně, věková segregace a diskriminace (ageismus). O počátku sociálního stáří mluvíme tehdy, když vzniká nárok na starobní důchod či skutečné penzionování. Za sociální periodizaci se užívá označení první věk (považován za věk předproduktivní, kdy jedinec nabývá vědomosti a zkušenosti formou učení, či získávání sociálních zkušeností k výkonu budoucí práce). Druhý věk (produktivní, nebo věk dospělosti, jedná se o výkon práce, kterou si vybral jedinec a ve které uplatňuje vědomosti nabyté z prvního věku). Třetí věk (postproduktivní věk nebo stáří je věk, kdy jedinec dosáhl věku pro odchod do starobního důchodu). Jako poslední se může uvádět věk čtvrtý (období

závislosti). Oproti třetímu věku, který je spojován s kladnými charakteristikami stárnutí, je čtvrtý věk spojován s fází úpadku, nemohoucnosti a vysokou mírou úmrtnosti. (Kalvach, 2004, str. 47)

2.4.3 Biologické stáří

V biologickém stáří se jedná o konkrétní míru involučních změn daného jedince jako jsou např. pokles funkční zdatnosti, která je ve většině případů způsobena častými chorobami organismu. Obvykle se hodnotí především funkční stav, výkonnost jako souhrn involuce, kondice i patologie. (Kalvach, 2004, str. 48)

2.5 Objekt geragogiky

Objektem geragogiky je teoreticky stárnoucí a starý člověk, senior. Pojem senior jsme si již objasnili na začátku práce. Nyní zde uvedu další objekty geragogiky.

2.5.1 Starý člověk

Prvním z pojmů je „starý člověk“, kterým se označuje člověk ve stáří. Být starý není důvodem k hrdosti a v dnešní době není ani respektovaným zdrojem důstojnosti člověka, spíše naopak. Pro všechny věkové kategorie stáří znamená důvod k rozpakům a stává se určitým druhem ohrožení. Dnes se namísto „starý“ používá obrat „nacházející se v podzimu života“, být v lepších letech, „v požehnaném věku“ apod.

Haškovcová ve své knize uvádí, že dosažení věku pro přiznání důchodu není samo o sobě důvodem pro to, aby byl jedinec považován za starého, každopádně v běžném životě je za starého člověka považován každý, kdo dosáhl důchodového věku. (Špatenkova a Smékalová, 2015, str. 48)

2.5.2 Důchodce

Pojem „důchodce“ je spojován s ekonomickou aktivitou jedince. Jedná se o tzv. starobního důchodce, kterým se stává v okamžiku, kdy opouští svoje zaměstnání a ukončuje trvalý pracovní poměr pro zaměstnavatele z důvodu splnění věkových podmínek, které jsou nutné pro vstup do důchodu. Odchod do starobního důchodu je mechanismus, kterým se reguluje proud pracovníků do pracovního trhu a eliminuje nezaměstnanost a tím vytváří pracovní místa pro mladší lidi. Důchod lze považovat za významný časový prostor, který se otevírá, má trvání a zásadním způsobem mění způsob života a organizaci volného času. S odstupem do důchodu přichází určitý druh následků.

- Ztráta profese a s ní spojená změna identity
- Omezení nebo ztráta sociálních kontaktů
- Snížení materiálního standartu
- Radikální změna životního stylu

(Špatenkova a Smékalová, 2015, str. 50)

2.5.3 Třetí věk

Třetí věk je spojován ve vztahu ke vzdělávání. Od druhého věku se odlišuje biologickou a ekonomicko-sociální produktivitou. Třetí věk je spojován s postproduktivním věkem, respektive s odchodem do důchodu. Konec třetího věku a začátek věku čtvrtého je těžké určit. Čtvrtý věk je obdobím závislosti a zranitelnosti, kdy je jedinec odkázán na péči druhých. (Špatenkova a Smékalová, 2015, str. 53)

2.6 Geriatrický pacient

Za geriatrického pacienta lze dnes považovat kohokoliv, kdo z kalendářního hlediska dosáhl určitého věku. Za hranici časného stáří se obvykle udává věk od 65 let. Vhodnější je chápat geriatrického pacienta jako někoho, kdo vykazuje specifické zdravotní či zdravotně-sociální potřeby spojené se zdravotním a funkčním stavem a jeho rizikem. Jedná se většinou o pacienty trpící několika chorobami najednou, kteří jsou ohroženi geriatrickým hospitalismem či vyžadují různé komunitní služby a aktivní dispenzarizaci. (Kalvach, 2019)

Z hlediska gerontologického přístupu ke zdraví a jeho podpoře je důležité brát v potaz, že každý člověk i chronicky nemocný a umírající má svou míru zdraví, potenciálu ke zdraví, úroveň zdatnosti, odolnosti a adaptability, s níž zvládá chronické onemocnění a jeho komplikace. (Čevela et al., 2014, str. 31)

Světová zdravotnická organizace definovala zdraví jako stav plné tělesné, duševní a sociální pohody, nikoli jako nepřítomnost vady či nemoci. (WHO, 1946) Zdraví je dále ovlivňováno spoustou faktorů, mezi něž patří např. faktory společenské a ekonomické a faktory životního prostředí. Tyto faktory se navzájem ovlivňují a zároveň působí na zdravotní stav jedince, skupiny lidí nebo na společnost. Populace seniorů se vyznačuje vyšší celkovou morbiditou a jedná se ve většině případů o chronické a degenerativní onemocnění (jako je osteoporóza, kardiovaskulární onemocnění, demence). (Čevela et al., 2014, str. 33)

Senioři jsou často ohroženi tzv. geriatrickou křehkostí (frailty), která je dána nízkou úrovní potenciálu zdraví - zdatnosti, odolnosti a adaptability. Všechny tyto tři kvality se mohou

dotýkat tělesné, psychické i sociální oblasti člověka, ve které může dojít k dekompenzaci celkového stavu, zhoršení funkčního zdraví, ke ztrátě soběstačnosti a v nejhorším případě až k úmrtí. Je proto důležité dbát na včasnou prevenci a intervenci geriatrické křehkosti. Do geriatrické křehkosti můžeme zahrnout např. dostatečný příjem potravy, především bílkovin, udržování fyzické zdatnosti pomocí aktivního a pasivního cvičení. Další důležitou roli hraje především motivace starších lidí, prevence bolesti či případně jiných obtíží limitující jedince v každodenním režimu, dále prevence aterosklerózy a jejích závažných projevů.

V neposlední řadě je důležité zařadit ucelené, funkční geriatrické hodnocení (comprehensive geriatric assesment, CGA), které by mělo být prováděno minimálně jednou ročně. (Čevela et al., 2014, str. 32-33) Komplexní geriatrické hodnocení (CGA) je vícerozměrný interdisciplinární diagnostický proces, který napomáhá k určení lékařských, psychologických nebo funkčních schopností křehkých starších jedinců. Toto hodnocení zahrnuje další plánování a pravidelné sledování. Důkazy naznačují, že péče založená na CGA je lepší než obvyklá péče, jde-li o zlepšení funkční kapacity a snížení rizika institucionalizace. (Ekdahl, 2018)

3 Active aging

3.1 Problematika

Populace na celém světě rychle stárne, přibližně 13% světové populace je ve věku 60 let a očekává se, že tento podíl se do roku 2050 zdvojnásobí na 2,1 miliardy lidí. Tento jev se vyskytuje celosvětově, přičemž většina starších lidí žije v zemích s nízkými či středními příjmy. V těchto zemích dochází k nejrychlejšímu stárnutí populace. Stárnutí populace se odehrává na celém světě a má velké sociální, ekonomické a zdravotní důsledky. (Ruvalcaba, 2005)

Průměrný globální život se udává do věku 60 let, kdy globální průměry maskují obrovské rozdíly napříč zeměmi i uvnitř zemí, pokud jde o střední délku života, je rizikem nemocí a postižení ohroženo obyvatelstvo staršího věku. (Sadana, 2016)

Střední délka života se prodlužuje díky pokročilému zdravotnickému systému, zdravou stravou, podpůrnou infrastrukturou, ekonomikou a kvalitnějším životním prostředím. Ukazatelem kvality života a zdraví je zdravá délka života a délka života prožitá ve stáří. V životě každého člověka, ať už se jedná o staršího jedince či jedince v produktivním věku, je důležitá prevence, podpora životního stylu a zdravé prostředí. (MPSV, 2014, str. 3)

Stárnutí populace je nejvíce charakteristickým rysem demografického vývoje Evropy i České republiky. Demografická struktura populace se vyvíjí na základě nižší míry porodnosti (rodí se méně dětí) a zvyšující se nadějí na dožití (lidé se dožívají vyššího věku). Z toho vyplývá, že starší populace převládá nad populací mladší, a tím klesá počet nejmladších dětí a osob v ekonomicky aktivním věku. Velký podíl seniorů tvoří ženy, které se dožívají zhruba o 17 let více, než tomu bylo v předešlých letech. Je proto nutné se dále věnovat podpoře zdravého životního stylu, aby získané roky byly především léty s vysokou kvalitou života. (Vidovičová et al., 2015, str. 8)

3.1.1 Politika aktivního stárnutí

Světová zdravotnická organizace (WHO) v roce 2017 publikovala Globální strategii a akční plán pro zdravé stárnutí a zdraví. V tomto materiálu opakovaně pojednává a zdůrazňuje, že zdraví a životní styl nejsou výsadou specifické životní etapy, ale jsou významné v průběhu celého života, včetně vyššího věku. Prodloužení lidského věku přináší do života společnosti i jedince jiné a nové příležitosti, možnost jejich využití je dána funkčním a kvalitním zdravím.

Zdravé stárnutí (healthy aging) znamená více než stárnutí bez nemocí. Hovoříme zde o komplexním návodu, který má co nejvíce pomoci v posílení funkční zdatnosti starších lidí, za

účelem zlepšení a udržení kvality jejich života, s cílem žít co nejdéle samostatně podle svých preferencí a hodnot. Strategie obsahuje pět základních cest, jak dosáhnout aktivnějšího života. Důležitá je především aktivita jednotlivých zemí a jejich zájem zajistit lepší a zdravější stárnutí svým občanům, dále se zde jedná o vytvoření prostředí, které bude přípustné a přátelské pro osoby každého věku. Třetím bodem je vytvoření funkčního systému zdraví, který bude odpovídat potřebám stárnoucí populace. Čtvrtý a důležitý faktor je vytvoření a udržení spravedlivých systémů dlouhodobé péče. Konečným a pátým bodem by mělo být završení a zlepšení zdravotní péče a zapojení stárnoucí populace do rozhodovacích procesů, které se jich týkají. (Machačová a Holmerová, 2019, str. 34-35)

Active aging neboli aktivní stárnutí je proces optimalizace příležitostí pro zdraví, účast a bezpečnost, kdy se starší jedinec snaží zlepšit kvalitu svého života. Aktivní stárnutí se může týkat jak jednotlivců, tak i skupin. Tento program umožňuje lidem pomoc v realizování jejich potenciálu pro fyzický, sociální a duševní blahobyt v průběhu života. Nadále jim program pomáhá v aktivnějším účastnění ve společnosti podle přání, tužeb či potřeb jedince. Slovo aktivní označuje pokračování na účasti v sociálních, ekonomických, kulturních, duchovních a občanských záležitostech. (WHO, 2002, str. 12) Aktivní a zdravé stárnutí pomáhá snižovat tlak na zdravotní péči a sociální služby. Senioři významně přispívají komunitám, svým rodinám, ekonomice a také národu. Starší lidé mohou přispívat do společnosti svými dovednostmi, zkušenostmi a nabytými znalostmi. (Abyad, 2018)

Cílem politiky aktivního stárnutí je prodloužení délky a kvality života všech lidí tak, aby svůj život mohli prožít naplno. Zachování autonomie a nezávislosti je klíčovým cílem jak pro jednotlivce, tak pro tvůrce politiky. Zahrnutí včasné prevence a povědomosti o důležitých zásadách aktivního stárnutí pomůže nynější mladší generaci v tom, jak má správně dbát na svůj pohybový aparát a jak se ke svému tělu chovat co nejlépe, aby ve stáří mohl svůj život prožít naplno. (WHO, 2002, str. 12)

Politika aktivního stárnutí dbá především na autonomii. Autonomie je schopnost jedince vypořádat se, řídit a činit osobní rozhodnutí, díky kterým bude nadále jedinec schopen nakládat se svým životem podle vlastních pravidel a představ. Důležitou roli hraje nezávislost, která je zde chápána jako schopnost jedince vykonávat funkce související s každodenním životem, tím může být např. schopnost samostatně žít v komunitě lidí bez nebo s malou pomocí ostatních. V případě, ve kterém se o sebe není schopen člověk sám postarat, může dojít k narušení, až snížení kvality života jedince. Kvalita života je vnímána jednotlivcem jako určité postavení v životě v kontextu možnosti účastnit se na kulturním a hodnotovém systému, ve kterém žijí.

Následkem neschopnosti postarat se sám o sebe může dojít k narušení jejich osobních cílů, očekávání, standardů či snů a jsou vystavováni neustálým obavám. (WHO, 2002, str.13)

3.1.2 Ageismus

Jedním z problémů, který snižuje sebevědomí nejen starším osobám, je ageismus. Tento pojem poprvé použil Robert Butler v roce 1968 ve svém článku Washington Post v souvislosti se segregační bytovou politikou. Podle Butlera se o ageismu hovoří jako o stereotypizaci a diskriminaci lidí pro jejich stáří. (Vidovičová, 2020)

Ageismus Světová zdravotnická organizace definuje jako stereotypizaci, diskriminaci a předsudky vůči lidem na základě jejich věku. S ageismem se můžeme setkat v průběhu celého života. Ve většině případech ageismus vyplývá z přesvědčení, že osoba může být na „něco“ nebo pro „něco“ mladá nebo příliš stará. Jinými slovy pod slovem ageismus si můžeme představit smýšlení druhých lidí o lidech v určitém věku (stereotypy), jaké pocity mají vůči druhým lidem (předsudky) a jak se k druhým lidem chovají (diskriminace). S problémem znevýhodnění starší populace se můžeme setkat např. při ztrátě zaměstnání, či při obsazení pracovního místa jedincem mladším namísto jedincem starším, který ve většině případů bývá zkušenější. Mladší jedinec je na pracovní místo přijímán většinou z důvodů lepší výkonosti, rychlejší práce a nepříliš brzkého odchodu do důchodu. Podle evropských statistik za rok 2017 byla průměrná doba nezaměstnanosti lidí ve věku 25-24 let téměř 16 měsíců, zatímco u osob nad 55 let se jednalo o 9 měsíců delší dobu. (Machačová a Holmerová, 2019, str. 30-31)

3.1.3 Pilíře aktivního stárnutí

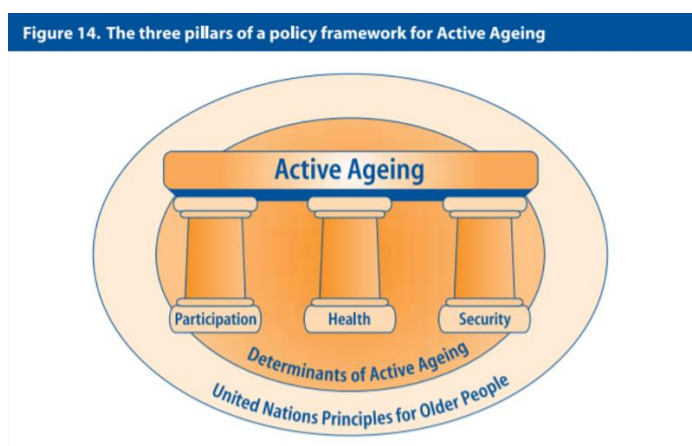
Stárnutí populace je globální jev, který vyžaduje mezinárodní, národní, regionální a místní akce. Politika aktivního stárnutí jako taková stojí na třech základních pilířích. **Zdraví** (health) jako první z pilířů hraje významnou roli v životě každého občana. Důležité je dbát pomocí preventivního opatření a dispenzarizace starších lidí na snižování nárůstu chronických onemocnění, které může mít za následek předčasnou úmrtí. (Čeledová, 2017, str. 479)

Další významnou roli hraje **účast** (participation) jedinců ve společnosti. Program podporuje starší jedince aktivně se účastnit na trhu práce, v zaměstnání, ve vzdělávání, ve zdravotnictví a v oblasti sociálních věcí. Hlavním důvodem je aktivní účast jedinců v postproduktivním věku, která má pozitivní vliv na produkci a prospěšnost ve společnosti. (WHO, 2002, str. 46) Druhým významným faktorem aktivní účasti pro seniory je preventivně se vyvarovat degradace v oblasti psychické oblasti jedince. Je známé, že jedinec, který není

aktivně začleněn ve společnosti a nemá styk se společností, upadá a stává se tak zranitelným, nerudným a rychleji chřadne.

WHO jako poslední významný pilíř, na kterém staví, udává **bezpečnost** (security). Politika aktivního stárnutí řeší mimo již dva zmíněné pilíře také sociální, finanční a fyzické zabezpečení, popřípadě potřeby a práva lidí, kteří ve svém věku nemají zajištěnou ochranu a důstojnost a nemohou se tak o sebe sami postarat. Dále se snaží podporovat i rodiny v péči o starší členy. (WHO, 2002, str. 46)

Obrázek 1 Tři pilíře aktivního stárnutí



Zdroj: WHO, 2002

3.2 Politika aktivního stárnutí v ČR

V březnu roku 2006 byla zřízena Rada vlády pro seniory a stárnutí populace, která je poradním orgánem vlády pro otázky týkající se seniorů a stárnutí populace v České republice. Cílem Rady je zabývat se seniorskou problematikou a problémy, které jsou spojené se stárnutím populace a podporovat tak celoživotní přípravu na zdravý, aktivní a důstojný život ve starším věku a aktivní zapojení seniorů do života ve společnosti. Zasedání rady se koná podle potřeby, ale nejméně třikrát do roka a její činnost je veřejnosti podávána skrze webové stránky Úřadu vlády, respektive MPSV.

Politika týkající se stárnutí je realizována a koordinována skrze národní plány a programy, které jsou aktualizovány jednou za pět let. „Národní programy na stárnutí byly poprvé zpracovány v návaznosti na stěžejní dokument OSN – Madridský mezinárodní akční plán pro problematiku stárnutí, který byl schválen v roce 2002 na II. Světovém shromáždění OSN o stárnutí v Madridu. „Základní teze zazněly však ještě dříve, a to zejména v Mezinárodním akčním plánu pro problematiku stárnutí“ (Viedeň 1982) a v „Zásadách OSN pro seniory“ (1991). (Vidovičová a Khýrová, 2015, str. 10)

V dubnu roku 2015 na základě usnesení vlády č. 218 ze dne 30. března 2015 vzniklo oddělení zaměřené na politiku stárnutí. Ministerstvo práce dostalo za úkol vytvořit pět systematizovaných míst k zajištění agendy. Mezi hlavní činnosti Ministerstva práce patří zajistit plnění národního akčního plánu, který byl schválen 14. července 2014, jako plán na podporu pozitivního stárnutí pro rok 2013-2017, dále zajistit dotaze podporující politiku stárnutí, zajistit pravidelné zasedání Rady vlády pro seniory a stárnutí populace, dbát na mezinárodní spolupráci v oblasti přípravy na stárnutí a tak dále. Dokument Národní akční plán je třetím dokumentem, jehož cílem je posilovat politiku aktivního stárnutí. Pro všechny tři dokumenty, kdy předchozí dva byly již zmíněny dříve, je společné to, že se jedná o mezirezortní dokumenty, řešící politiku stárnutí na celospolečenské úrovni. (MPSV, 2015)

Pro rok 2019-2025 byla vytvořena strategie přípravy na stárnutí společnosti, která navazuje na Národní akční plán podporující pozitivní stárnutí pro období 2013 – 2017. Tento strategický přístup má za účel připravit společnost na stárnutí, reagovat na problémy týkající se dnešních seniorů, formulovat opatření přípravy na stárnutí společnosti jako celku, ale zároveň zahrnout obyvatele všech věkových kategorií. Je důležité si uvědomit, že již spousta obyvatel ČR se nachází v předdůchodovém věku a brzy začnou pobírat starobní důchod. Každý z nás by si měl uvědomit, že vyrůstá, dospívá a žije s vědomím, že bude stárnout a stane se součástí dlouhodobé společnosti a podle toho by se měl následně a pečlivě připravit na stárnutí. (MPSV, 2019, str. 4)

4 Aktivní stárnutí z ergoterapeutického hlediska

4.1 Multidisciplinární tým

Jedná se o skupinu složenou z více členů, kteří mají různé zkušenosti, kvalifikaci a dovednosti, navzájem spolupracují na poskytování komplexní péče, která je zaměřena na potřeby pacienta. Tato multidisciplinární péče je klíčovým prvkem modelu péče o zdraví. Péče o pacienta je poskytována lékaři, komunitními zdravotníky a dalšími zdravotnickými odborníky. Podle vyvíjejícího stavu pacienta se v průběhu času může měnit i složení multidisciplinárního týmu. (Mitchell et al., 2008)

Spolupráce multidisciplinárního týmu je již dlouhou dobu prosazována jako prostředek poskytování účinné primární péče. Výhody týmové spolupráce mohou být následující:

- péče poskytovaná skupinou je větší než péče poskytovaná jedincem
- více dovedností a znalostí jsou v týmové práci přínosem a ve většině případů jsou více využívány
- týmová práce zdvojnásobuje kvalitu péče a zabraňuje případným mezerám v poskytované péči pacientovi
- v týmech dochází k předávání zkušeností a učení mezi pracovníky navzájem
- členové týmu mají větší uspokojení z práce a jsou méně vystavováni stresovým situacím z práce v primární péči
- uvnitř týmu lze vyvíjet kreativnější řešení problémů

Tak jako ve většině skupinách o více členech je nutností počítat také s negativními vlastnostmi. Překážky při práci v týmu mohou být např. rozdíly v postavení mezi zaměstnanci, kulturní rozdíly mezi profesemi, členství ve více týmech či nedostatečně sdílené informace. Předpoklad pro dobrou spolupráci a týmovou práci je fyzická a sociální blízkost, včetně pozitivní motivace pro práci. Dalším důležitým faktorem, který hraje významnou roli, může být počet členů v týmech a vzájemná komunikace mezi členy. Práce v týmu je náročná, vyžaduje sdílení informací a zkušeností mezi sebou navzájem. Úkoly týmu musí být motivující, jasné a konzistentní s cíli skupiny. (Ilfie, 2008)

4.2 Role ergoterapie v geriatрии

Ergoterapie je zdravotnická profese zaměřená na klienta, která se zabývá podporou zdraví jedince a jeho pohody prostřednictvím povolání, které by mělo být smysluplné a v dané situaci zvládnutelné vzhledem ke stavu jedince. Primárním cílem je umožnit jedinci podílet se na činnostech v každodenním životě. Ergoterapeuti dosahují tohoto výsledku skrze spolupráci

s lidmi a komunitami, kdy cílem je posílit jejich schopnost navrátit se znovu do povolání a aktivit, které chtějí, musejí, nebo potřebují vykonávat, či se od nich očekávají. Ergoterapie je profese vztahující se na každodenní činnosti, které lidé dělají jako jednotlivci, v rodinách a v komunitách, aby naplnili svůj život a dali mu smysl a účel. Povolání či aktivity zahrnují činnosti a věci, které jednotlivci vykonávají také za účelem výdělků peněz a uživení se. (WFOT, 2012)

Ergoterapeut pracuje s lidmi všech věkových kategorií, s jednotlivci i skupinami a v celé řadě fyzických a psychosociálních oblastí. (WFOT, 2012) Dále pomáhá lidem v každém stádiu života rozvíjet, obnovovat nebo udržet dovednosti, které potřebují k smysluplným a nezbytným každodenním činnostem. Ergoterapeut může pomoci zejména seniorům překonávat každodenní výzvy způsobené sníženým rozsahem pohybu, mobility či v oblasti kognitivních funkcí. Provádí dále domácí hodnocení a spolupracuje s multidisciplinárním týmem.

Ergoterapeut používá k výkonu své práce různé vzdělávací, cvičební a rehabilitační techniky za účelem usnadnění každodenního života jedince, může se jednat např. o oblékání, stravování, používání toalety či jiné každodenní úkoly. Zaměřuje se na činnosti, které jedinci dělají problém a které nezvládnou. Ergoterapeut umí jedinci poradit, jak se přizpůsobit provádění činnosti co nejefektivněji a nejúspěšněji, a přitom aby jedinec zůstal co nejdéle aktivní bez vystavování rizikům. Může také nabídnout zaučení v používání dnešní moderní techniky s cílem navazovat sociální kontakty skrze webové stránky a rozvíjet koníčky. (Pražský, 2012)

V oblasti bydlení může ergoterapeut doporučovat vhodné úpravy, které usnadní člověku lepší mobilitu po bytě bez ohrožení pádem či jiného úrazem. Dále doporučuje kompenzační pomůcky pro snadnější přesuny, pomůcky k usnadnění každodenního života jedince, např. v oblasti oblékání či při sebesycení. Starší lidé mají často problém se zhoršenou pamětí, ať už se jedná o paměť krátkodobou či dlouhodobou. Z tohoto důvodu se ergoterapeut snaží o udržení či zlepšení výkonnosti paměti, aby nedošlo ke zhoršení kvality života jedince. (Trout, 2020)

Kdybychom měli shrnout oblasti, ve kterých se ergoterapeut může uplatnit a být prospěšný lidem vyššího věku, tak by to byly následující:

- **podpora zdraví** (volnočasové aktivity pro seniory, přednášková činnost v rámci celoživotního vzdělávání, vytváření příležitostí pro dobrovolnické aktivity, poskytování ergonomického poradenství)
- **prevence** (realizace preventivních domácích návštěv, poradenství při výběru kompenzačních pomůcek, doporučení na úpravy domácího prostředí)

- **nácvik problémových aktivit** (nacvičení personálních denních činností, učení praktickým a instrumentálním činnostem, trénink kognitivních funkcí)
- **poradenství** (podpora a spolupráce s rodinami a blízkými, poskytnutí konzultace v oblasti architektonického řešení v rámci komunitního plánování, konzultace návrhů kompenzačních a technických pomůcek pro seniory a osoby se zdravotním postižením atd.). (Pražský, 2012)

4.3 Edukace seniorů

Geragogiku lze vymezit jako výchovu ke stáří a ve stáří, je možné ji definovat jako hraniční disciplínu mezi gerontologií a andragogikou. Jedná se o relativně novou disciplínu, která je stále v procesu legitimizace, obsahově a terminologicky se stále vyvíjí. Pojem geragogika pravděpodobně prvně použil v roce 1952 Ferdinand Adalbert Kehler a v roce 1962 Otto Friedrich Bollnow představil koncept gerontogogiky jako výzkumné disciplíny zaměřené na vzdělávání starších lidí. Vývoj geragogiky představuje společenský závazek, který reaguje na potřeby vycházející z demografického vývoje. Geragogika tak svým způsobem doplňuje tzv. vědy o výchově na pomyslnou „trojčlenku“: pedagogika – andragogika – geragogika. Pedagogiku lze označit jako vědu, která se zabývá člověkem v situaci výchovy, zaměřuje svoji pozornost na děti a dospívající. Andragogika se zaměřuje na dospělé a geragogika svůj zájem věnuje seniorům. (Špatenková a Smékalová, 2015, str. 17-20)

Edukace je vhodnější než tradiční výraz „výchova a vzdělání“. Pojem edukace v andragogickém významu zahrnuje formální i neformální vzdělávání včetně vzdělávání dospělých i seniorů. (Průcha a Veteška, 2012, str. 85) Oblast edukace seniorů může mít charakter neprofesionální, nejčastěji se tak jedná o výuku počítačové gramotnosti, cizích jazyků nebo trénování paměti. Stejně tak se může jednat o výuku odborných znalostí a dovedností, kdy je cílem rozvoj nebo udržení kvalifikace či dosažení (re)aktivizace seniorů. (Klevetová a Dlabalová, 2008, str. 52-53)

Pro seniory existuje řada nejrůznějších programů – od kurzů zaměřených na obnovu nebo prohloubení dovedností a znalostí, po kurzy pro setrvání či navrácení se na trh práce (**profesní vzdělávání**), přes rozvoj dovedností, které mohou být následně využity např. u dobrovolnické aktivity nebo kurzy zcela zaměřené na osobnostní rozvoj (**zájmové vzdělání**). (Špatenková a Smékalová, 2015, str. 36) Domnívám se, že u edukace seniorů není jako první důležité získávání vědomostí a dalších znalostí či (re)kvalifikace, ale v první řadě je důležitější

obohacení pro svůj osobnostní rozvoj a k rozvoji seberealizace v zájmových aktivitách daného seniora.

4.3.1 Prostředek, cíl a význam edukace seniorů

Edukace seniorů může být pokládána za prostředek, tak i jako cíl. V případě že je považován za prostředek, slouží jako nástroj pro sociální účely, např. pro setrvání na trhu práce, získání sociální role, zlepšení pracovního uplatnění apod. Pokud je považována za cíl, je vzdělání seniorů nástrojem, který rozvíjí lidský potenciál, zvyšuje psychickou a fyzickou pohodu v rámci volného času a celoživotního učení. (Špatenková a Smékalová, 2015, str. 46) Petřková, Čornaničová uvádí jako čtyři hlavní cíle edukace seniorů:

- *„Kultivace života a jeho obohacování*
 - *Pochopení vývojových úkolů seniorského věku a usnadnění adaptace na změněný způsob života*
 - *Pomoc při orientaci v dnešním rychle se měnícím světě*
 - *Udržování tělesné i duševní aktivity.“*
- (Petřková a Čornaničová, 2004, str. 64)

Pokud se jedná o význam vzdělávání seniorů, hovoříme o vyšší kvalitě života, o zachování intelektových sil apod. Mühlbachem vystihuje význam vzdělávání pro seniory následovně:

- Preventivní
- Anticipační
- Rehabilitační
- Posilovací

(Ondráková, 2012, str. 35)

Veteška uvádí ve své knize Gerontagogika čtyři pilíře andragogické práce se seniory. Těmi jsou edukace, aktivizace, animace a poradenství. Důležité je motivovat seniory ke kulturním, společenským a pohybovým aktivitám. (Veteška, 2016, str. 84-85) **Aktivizace** je čím dál tím více zařazována do péče o seniory. Tento pojem můžeme definovat jako „proces uvedení do pohybu, rozvinutí nebo zesílení činnosti“. (Průcha a Veteška, 2014, str. 27) **Animace** je chápána jako proces oživení či oživování duše, je vztažena na enkulturaci (získávání a rozvoj kulturních kompetencí), socializaci a resocializace (začleňování do společnosti a rozvíjení optimálních sociálních pozic) a **edukaci** (záměrná a cílevědomá

výchova, učení a vzdělání člověka). **Poradenství** pro seniory může mít mnoho podob, např. finanční poradenství, vyživovací, psychologické, poradenství v oblasti dalšího učení a vzdělávání atd. (Veteška, 2014, str. 85-88)

5 Druhý životní program

V dobách, kdy nastal přechod do důchodu, narazil „starý“ člověk na „prázdnou“. Nejprve si několik týdnů odpočinul a užíval si týdny nicnedělání, ale později procitnul do nekonečného času. V době socialismu byl důraz dáván na nejrůznější koníčky a individuální zájmy na vyplnění volného času. Svě zájmy si udržovali především muži, i když v mnohých řadách byla překážkou finanční insolventnost. Ženy se automaticky po přechodu do důchodu ujímaly prarodičovských rolí.

V kontextu úvah o druhém životním programu bylo zřejmé, že chybí pozitivní model ke stáří, takový, který by byl společensky ceněný. Podmínkou pro uskutečnění druhého životního programu je především znalost potřeb stárnoucího a starého člověka. Jeho potřeby vyplývají z přiměřeného a kvalitního zdraví, materiálního a finančního zabezpečení a dále také místa, kde je doma a kde se bude cítit vážen a ctěn. Problémem je, že pokud většina stárnoucích jedinců nenajde uspokojení v jejich soukromém životě, mají potřebu být platnými a prospěšnými občany. Chtějí, aby jejich druhý životní program byl smysluplně vyplněn, stejně tak jako jejich životní program před obdobím, než odešli do důchodu. (Haškovcová, 2010, str. 123-125)

5.1 Možnosti vzdělávání seniorů

5.1.1 Univerzita třetího věku

V roce 1973 byla založena první univerzita třetího věku, a to ve francouzském městě Toulouse, dobově též nazývána „univerzita pro seniory“. Základní myšlenkou univerzity třetího věku bylo vytvořit životní program pro ty seniory, kteří se nechtěli spokojit pouze s jejich soukromými zájmy a koníčky. Vůdčí osobností byl francouzský profesor lékařství P. Vellas, který se později stal i prezidentem Asociace univerzit třetího věku. Studenti se hlásili ke studiu z odlišných důvodů, ať už to bylo prohlubování znalostí z jejich původního oboru, nebo nabytí znalostí, kterých dříve nemohli dosáhnout.

Univerzita třetího věku byla u nás poprvé uspořádána ve školním roce 1986/77 v Olomouci pod záštitou Československého červeného kříže. V roce 1987/88 byla otevřena univerzita třetího věku na akademické půdě a prvně pod záštitou univerzity. (Haškovcová, 2010, str. 129-130)

5.1.2 Akademie třetího věku

Další možností vzdělávání seniorů jsou akademie třetího věku. Ty vznikly dříve než univerzity třetího věku a mohla je pořádat jakákoliv složka Národní fronty, ve většině případů byla však akademie organizována především Československým červeným křížem. Akademie

třetího věku nabízí účastníkům pěkné cykly tematických přednášek, zpříjemňuje seniorům život a kultivuje tak jejich volný čas, oproti tomu univerzita třetího věku vybízí účastníky k vysoké aktivitě a osobní angažovanosti na přednáškách. Každá z forem studia je jinak přizpůsobena a každá tak oslovuje jinou skupinu seniorů. (Haškovcová, 2010, str. 135-136)

6 Edukace veřejnosti

U edukace seniorů je důležité dbát na individualitu člověka a respektovat to, že s narůstajícím věkem roste zatížení organismu, a to jak biologické, tak i psychické. V důsledku toho je důležité začlenit prevenci a edukaci týkající se přípravy na stáří (penzi). (Veteška, 2016, str.103)

Senioři mohou mít příležitost být pravidelně informováni pomocí informativních letáků, portálů, webových stránek nebo mohou využívat možnost navštěvovat různé skupiny s lidmi stejných věkových hranic či docházet a účastnit se univerzit třetího věku atd. Stejná možnost by zde měla existovat i pro širokou veřejnost. Čím dříve bude mít veřejnost možnost se edukovat o hrozících faktorech, kterým jsou vystaveni senioři, tím dříve se může nastolit správný řád např. ve správné životosprávě či se naučit, jak lépe zacházet se svým tělem. Díky této preventivní možnosti, kterou by veřejnost dostala, by se mohla snížit míra ohrožení či rychlejší degradace organismu.

Helena Haškovcová (2010) vymezuje ve své knize Fenomén stáří tři etapy přípravy na stáří. Jedná se o dlouhodobou přípravu, střednědobou a krátkodobou. Mluvíme-li o **dlouhodobé přípravě**, tak se jedná o přípravu celoživotní. Ta by měla být integrální součástí výchovných a vzdělávacích programů již od útlého věku. Za počátek **střednědobé přípravy** udává Haškovcová věk 10 let před nástupem do důchodu a její součástí jsou tři oblasti. První je zdravý způsob života s cílem udržet co nejvyšší míru soběstačnosti do nejvyššího věku, dále psychická adaptace spojená s přijetím stáří jako součástí života. Třetí oblast je udržení a systematické rozvíjení lidských vztahů v rámci rodiny a společnosti. Jako poslední Haškovcová uvádí **přípravu krátkodobou**, která by měla být realizována v době 3-5 let před předpokládaným odchodem do důchodu. Do této přípravy je např. zahrnována změna v oblasti bydlení, přestěhování se do menšího bytu, blíže k rodině, a především snaha o začlenění do nového prostředí a odpoutání se od místa, k němuž senior má citový vztah. Ve většině případů je složité opustit známé místo, se kterým jsou spojeny kladné i záporné vzpomínky, ale zároveň to bývá limitující faktor k odstěhování. (Haškovcová, 2010, str. 173-176)

PRAKTICKÁ ČÁST

7 Úkol praktické části

Cílem praktické části této bakalářské práce je vyhodnocení dotazníkové formy, na kterou odpovídali účastníci programu Výchova k aktivnímu a zdravému stárnutí a následné zjištění a vyhodnocení odpovědí na hypotézy, které byly stanoveny.

7.1 Popis výzkumné metody

Za výzkumnou metodu byl zvolen dotazník, který byl připraven Fakultou zdravotnických studií v Plzni a následně rozdán účastníkům k jeho vyplnění po skončení programu. Dotazník je polostrukturovaný, tudíž obsahuje otázky otevřené, ve kterých účastníci mohou odpovídat na otázku podle svého mínění. Dále obsahuje otázky uzavřené, ve kterých si mohou zvolit odpověď, kterou považují za nejrelevantnější. Dotazník dohromady obsahuje dvanáct otázek. Celé znění dotazníku je uvedeno v příloze 1.

Dotazník lze považovat za velmi rozšířenou metodu. Je charakteristický anonymním zjišťováním dat ve velmi krátkém čase a sběrem velkého množství dat. Odpovědi v dotazníkové formě jsou zajišťovány v písemné podobě. (Gavora, 2010, 121).

7.2 Charakteristika zkoumaného vzorku

Výzkumný soubor je složen z účastníků (seniorů) Výchovy k aktivnímu zdravému stárnutí, který probíhal v místech: Plzeň, Třemošná, Rokycany a Rotava. Tento projekt se konal v termínu od 1. ledna 2019 do 31. prosince 2019 a byl dotován Národním programem zdraví – projekty podpory zdraví na rok 2019 za podpory Ministerstva zdravotnictví ČR. Hlavním řešitelem tohoto projektu byla stanovena Západočeská univerzita v Plzni, Fakulta zdravotnických studií.

Projekt byl zaměřen na edukaci v oblasti primární prevence tzv. „geriatrických obrů“, kterými jsou imobilita, instabilita, inkontinence nebo kognitivní deficit. Na základě těchto uvedených problémů byla vypracována jednotlivá řešení a vytvořen komplexní teoreticko-praktický program. V projektu bylo stanoveno hlavních deset témat, kterými byly:

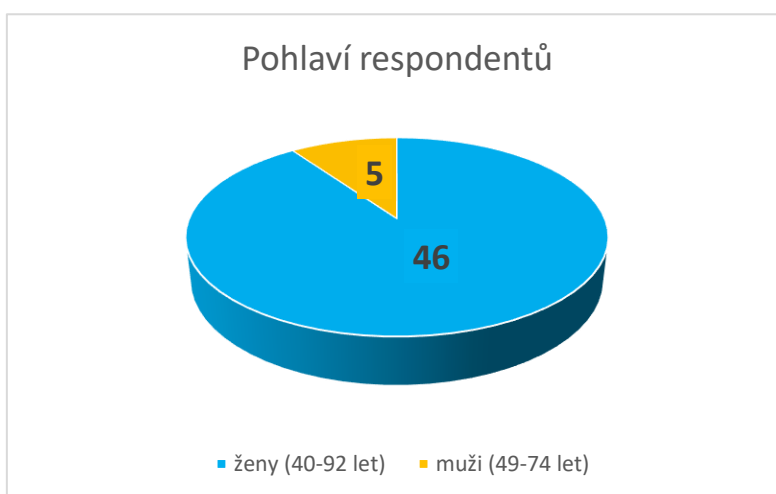
- pojetí zdraví ve stáří
- tělesná zdatnost seniorů
- principy zatěžování stárnoucího organismu
- psychohygienu seniora
- trénink kognitivních funkcí

- škola zad pro seniory
- prevence pádů
- režimová opatření v domácnosti
- prevence inkontinence
- výživa ve vyšším věku

Program byl nabídnut seniorům v Plzeňském a Karlovarském kraji ve dvou možnostech. První možnost byla aktivní účast na kompletním programu konaném přímo na Fakultě zdravotnických studií, druhá možnost byla zúčastnit se přednášek přímo v místě bydliště ve spolupráci s organizacemi sdružujícími seniory. V rámci projektu vznikla i edukační příručka, tzv. metodické listy k jednotlivým tématům. (FZS/ZČU, 2019)

Dohromady bylo dotazníky osloveno 58 lidí. Dotazník obsahuje 3 listy, viz. příloha 1., 2., 3., kdy závěrečný list nebyl uveden v hodnocení v praktické části z důvodů nevyplnění žádným z účastníků. Tohoto projektu se měl také možnost zúčastnit muž ve věku 49 let, který již pobírá důchod, dále žena ve věku 42 let, která momentálně pobírá invalidní důchod z důvodu úrazu, a dvě ženy ve věku 40 a 48 let, které pracují v plném pracovním poměru. Dotazníků bylo vyhodnoceno pouze 51 a to z důvodu, že v sedmi dotaznících nebylo uvedeno, zda se jedná o muže či ženu, či nebyl vyplněn věk. Zbylé dotazníky byly vyhodnoceny na základě odpovědi účastníků, kdy do odpovědi bylo zahrnuto i to, pokud daný jedinec neoznačil v dané odpovědi nic. Z dotazníkové formy šetření bylo vyvozeno, že programu se zúčastnilo 46 žen ve věkovém rozmezí 40-92 let a 5 mužů ve věku 49-74 let.

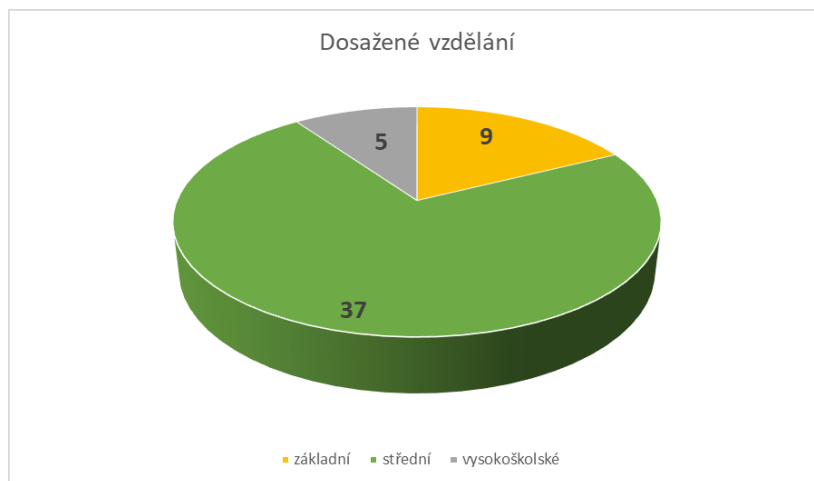
Graf 1 Pohlaví respondentů



7.3 Výsledky dotazníků

Otázka č. 3 Vzdělání

Graf 2 Dosažené vzdělání



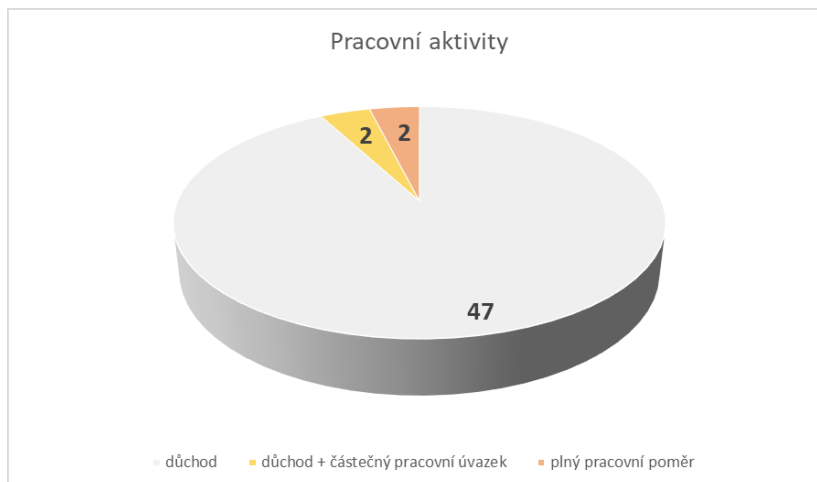
Graf 3 Účastníci se zdravotním vzděláním



Otázka č. 3 se ptá na dosažené vzdělání, popřípadě jestli účastníci mají i vzdělání v oblasti zdravotnictví. V grafu číslo 2 můžeme vidět, že nejvíce účastníků dosáhlo středoškolského vzdělání v počtu 37 tázaných, dále 9 seniorů dosáhlo základního vzdělání a pouze 5 seniorů vysokoškolského vzdělání. V grafu číslo 3 můžeme vidět též tři odpovědi, kdy pouze jeden z tázaných má vzdělání v oblasti zdravotnictví, 32 uvedlo, že nemá zdravotnické vzdělání a 18 nevedlo ve své odpovědi nic.

Otázka č. 4 Pracovní aktivity

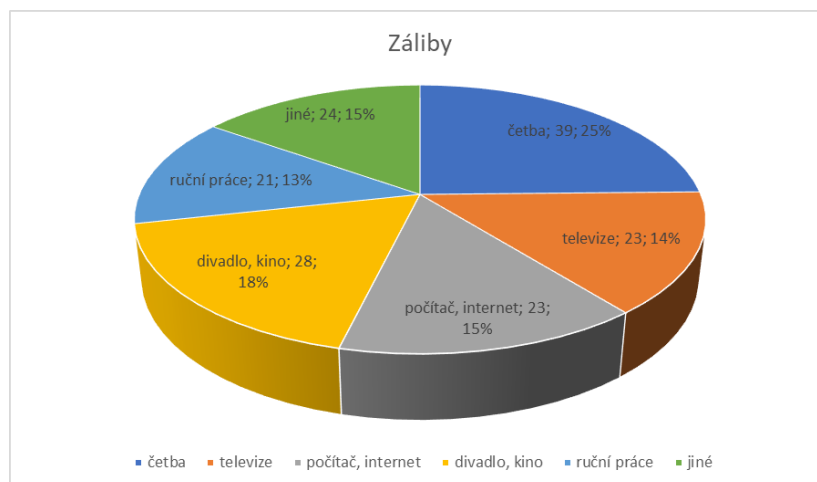
Graf 4 Pracovní aktivity



Tento projekt byl zaměřen a připravován jako výchova k aktivnímu stárnutí. Dalo se tedy předpokládat, že nejvíce oslovených jedinců, kteří se budou účastnit tohoto programu, budou jedinci již v důchodu. V grafu č. 4 můžeme vidět, že byl prokázán počet 47 jedinců, kteří jsou již v důchodu a pak po dvou jedincích, kteří jsou v plném pracovním poměru nebo mají důchod + částečný pracovní úvazek.

Otázka č. 5 Záliby

Graf 5 Záliby



V oblasti zálib byla nejvíce zastoupena četba, v počtu 39 účastníků. Druhá nejvíce zastoupená možnost byla divadla nebo kina, kdy si tuto možnost zvolilo 28 účastníků. Domnívám se, že tato skupina měla o divadla a kina zájem z toho důvodu, že většina účastníků žije ve velkoměstech, kde je k těmto kulturním možnostem lepší a snazší přístup. Dále se domnívám, že kromě kulturního vyžití touží i po styku s lidmi a také po začlenění do

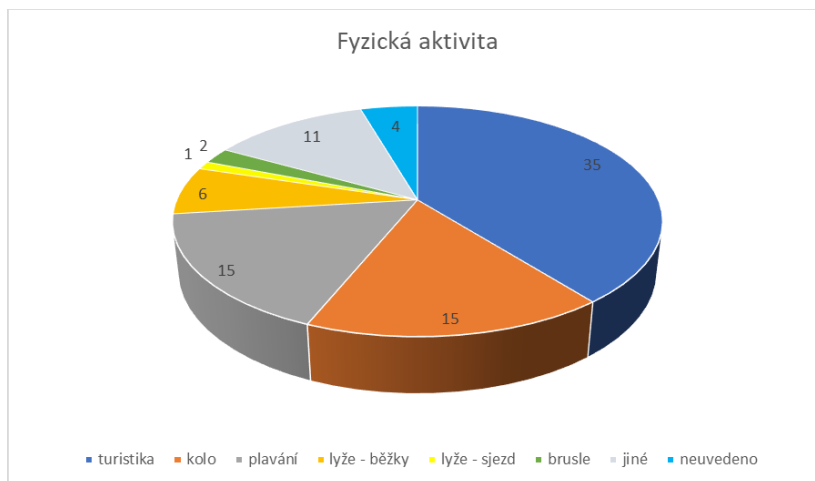
společnosti. Televize, počítač a internet uvedlo 23 respondentů a jsou tím třetí ze zálib, které byly uvedeny. Jako čtvrtou nejvíce zastoupenou zálibou byly ruční práce, které uvedlo 21 účastníků. Účastníci mohli mimo jiné uvést i záliby, které sami provozují o svém volném čase. Pro přehled uvádím tabulku i s počtem uvedení této záliby.

Tabulka 1 Jiné záliby

Jiné záliby	počet
zahrada	9
tai-chi	1
les	1
cestování	2
zpěv	1
plavání	2
hra na klávesy	1
cvičení	2
genealogie	1
chůze	3
práce mezi lidmi	1

Otázka č. 6 Fyzická aktivita

Graf 6 Fyzická aktivita



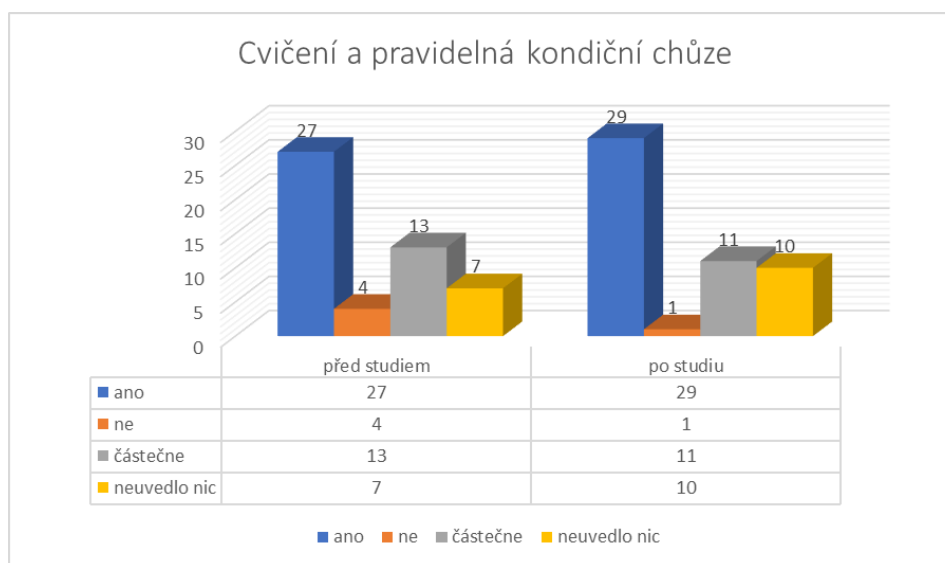
Jako nejčastější fyzickou aktivitu ze sedmi daných možností byla uvedena turistika v počtu 35. Na druhém místě se stejným počtem 15 je uvedena jako nejčastější aktivita jízda na kole, či plavání. Senioři na dalším místě v počtu 11 uváděli jiné aktivity než výše zmíněné. Tyto aktivity jsou pro lepší přehled i s počtem uvedeny v Tabulce 2. V počtu 6 byly v pořadí dále běžky, poté v počtu 2 sjezdové lyžování a jako poslední byly uvedeny brusle s jedním hlasem.

Tabulka 2 Jiná fyzická aktivita

Jiné	počet
jóga	4
tai-chi	1
nordic walking	2
koloběžka	1
invalidní vozík	1
zdravotní cvičení	2

Otázka č. 7 Cvičení a pravidelná kondiční chůze

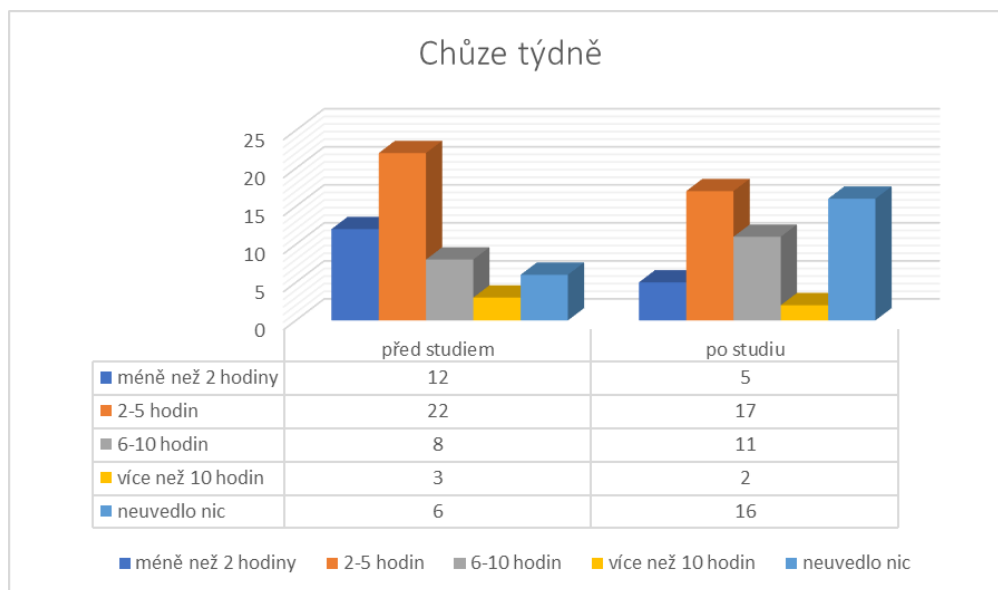
Graf 7 Cvičení a pravidelná kondiční chůze



Otázka č. 7 se ptá účastníků na cvičení a pravidelnou kondiční chůzi před studiem i po ukončení studia v programu. V grafu 7 můžeme vidět dva grafy, které navzájem porovnávají výsledky, které účastníci vyplnili. Graf na levé straně ukazuje výsledky, které senioři uvedli před započítáním studia, zatímco graf na pravé straně uvádí výsledky po studiu. Můžeme vidět, že po studiu začalo pravidelně cvičit či chodit o dva seniory více. Pouze jeden uvedl, že po studiu už vůbec necvičí, zatímco před studiem necvičili 4 seniory. Částečně po studiu cvičí 11 seniorů oproti 13. V odpovědích jsou zde uvedeni i ti účastníci, kteří se zdrželi odpovědí. Po studiu bylo o 3 seniory více, kteří se zdrželi odpovědí než před započítáním studia.

Otázka č. 8 Chůze týdně

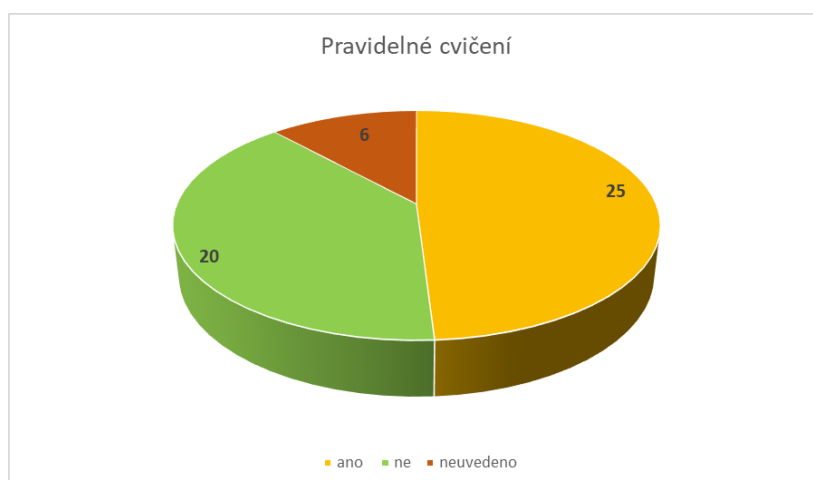
Graf 8 Chůze týdně



Graf 8 znázorňuje počet hodin chůze během týdne. Před studiem 12 seniorů uvedlo, že chodili méně než 2 hodiny, po studiu toto číslo kleslo o 7 účastníků. Seniorů, kteří chodili 2-5 hodin týdně bylo více před studiem, oproti toho seniorů, kteří týdně zvládli ujit 6-10 hodin stoupl o 3, došlo tedy ke zlepšení u tří účastníků. Větší počet těch, kteří chodili více než 10 hodin týdně, bylo před započítáním studia. Po ukončení studia nevedlo odpověď o 10 seniorů více než před započítáním studia.

Otázka č. 9. Chodíte pravidelně cvičit?

Graf 9 Pravidelné cvičení

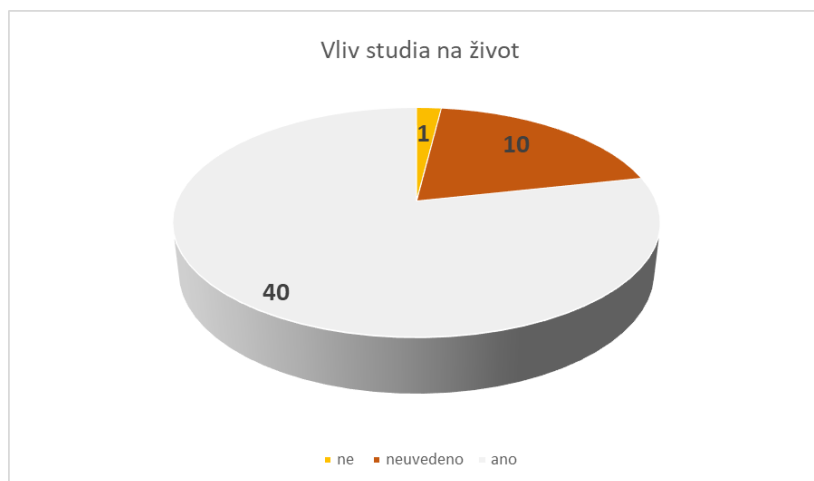


V otázce týkající se pravidelného cvičení 25 seniorů uvedlo, že chodí cvičit pravidelně, 20 seniorů nechodí cvičit nikam a 6 seniorů se zdrželo odpovědi. Z toho vyplývá, že

z hodnocených 51 dotazníků přibližně ½ seniorů aktivně dochází do některé z institucí či fitness center poskytující pravidelné cvičení. Mezi možnosti, kam pravidelně docházejí na cvičení, uváděli např. Sokol, jóga, Seniozem s radostí atd.

Otázka č. 10 Mělo právě absolvované studium vliv na Váš život?

Graf 10 Vliv studia na život



Po ukončení studia jednou z hlavních otázek bylo, jestli mělo právě zakončené studium vliv na jejich dosavadní život. Z celkového počtu účastníků 40 seniorů odpovědělo, že studium mělo pozitivní vliv na jejich život, 10 seniorů se zdrželo odpovědi a 1 odpověděl, že studium na jeho životě nečinilo žádné závratné změny. V případě, že senioři uvedli odpověď ano, tudíž studium mělo pozitivní vliv na jejich život, měli dále vybrat z šesti uvedených možností, v čem přesně byl jejich život ovlivněn. Mezi možnosti patřily:

- více aktivní v pohybu
- pořídili si kompenzační pomůcku
- pořídili si hole pro chůzi
- udělali razantní změnu v jídelníčku
- vyměnili matraci, polštář
- jiné:

V Tabulce 3 můžeme vidět přehled odpovědí. Nejvíce senioři udávali jako zásadní změnu, že se díky programu stali více aktivnějšími ve svém životě, v druhém případě si díky němu pořídili hole pro chůzi nebo udělali razantní změnu v jídelníčku. Dále 4 senioři uvedli, že si díky programu pořídili kompenzační pomůcku a se stejným počtem 3 hlasů si díky programu vyměnili matraci nebo polštář, či měl pro ně tento program zcela jiný význam. Mezi jinou

možnost, jak jim program změnil život, byla např. povědomost o testování paměti, možnost se stýkat s vrstevníky, nebo se více věnovat svému tělu.

Tabulka 3 Změny v životě

Učiněné změny na základě odpovědi ano	počet
více aktivní v pohybu	25
pořídili kompenzační pomůcku	4
pořídili hole pro chůzi	12
změnili jídelníček	10
vyměnili matraci, polštář	3
jiné	3

Otázka č. 11 Z témat Vás nejvíce zaujala a oslovila?

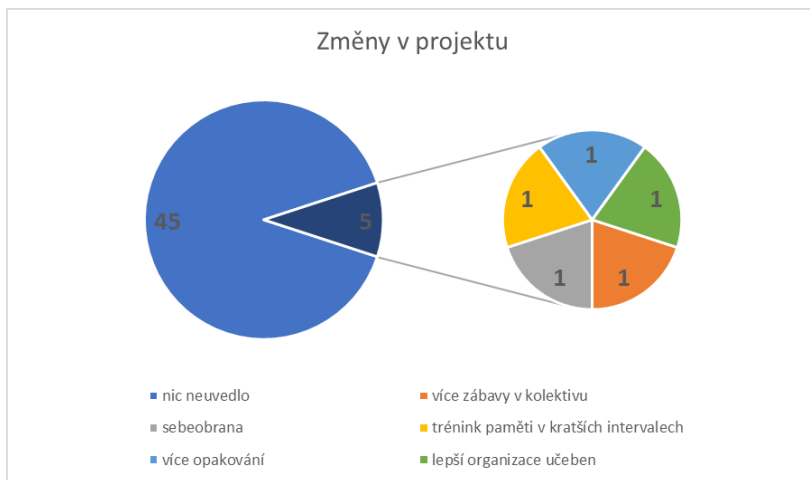
Tabulka 4 Témata programu

Z témat Vás nejvíce zaujala a oslovila	počet
Pojetí zdraví ve stáří	17
Testování fyzické zdatnosti	19
Metabolický kardiovaskulární syndrom	11
Severské chůze	14
Principy zatěžování stárnoucího organismu	10
Kruhový trénink	13
Psychohygienu seniora	17
Jóga	14
Trénink kognitivních funkcí	14
Techniky testování a trénink paměti	27
Škola zad pro seniory	14
Prevence pádů	17
Trénink nohy	31
Režimová opatření v domácnosti	8
Kompenzační pomůcky	12
Prevence inkontinence	13
Trénink svalů pánevního dna	19
Výživa ve vyšším věku	24
Analýza složení těla	12

Otázka č. 11 měla za úkol zjistit, které z témat nejvíce oslovilo účastníky programu. Témat, které se přednášely, bylo dohromady 19. V tabulce 4 můžeme názorně vidět počty odpovědí u každé z možností. Z oblastí témat, které seniory nejvíce zaujaly, se jednalo o trénink nohy, dále techniky testování a trénink paměti a jako třetí výživa ve vyšším věku. Další odpovědi viz. Tabulka 4.

Otázka č. 12 Co byste ještě uvítali v programu projektu?

Graf 11 Změny v projektu



V oblasti změn v programu 45 seniorů nevedlo žádné návrhy na změny. Předpokladem je, že byli účastníci natolik spokojeni s obsahem přednášek a organizací, že by nic nadále na projektu neměnili. Změny uvedlo pouze 5 seniorů, kdy by jeden ze seniorů uvítal základy sebeobrany, dále více zábavy v kolektivu, trénink paměti v kratších intervalech, více opakování pro lepší zapamatování a jako poslední lepší organizaci učeben.

8 CÍL A ÚKOLY PRÁCE

Cílem této práce je pomocí dotazníkového šetření zjistit aktuální stav a roli ergoterapie v oblasti active aging.

Pro dosažení cíle je nutno splnit následující body:

1. Načerpání teoretických znalostí z různých zdrojů týkajících se problematiky active aging, role seniorů v současné době a jejich aktivní zapojení do běžného života.
2. Vybrání vhodných sledovaných souborů a zjištění charakteristických znaků těchto skupin.
3. Uvědomit si a nastudovat vhodné metody testování a pozorování pro potvrzení či vyvrácení mých výzkumných otázek.

Tyto výsledky budou uceleny, porovnány a diskutovány v závěru práce a budou konfrontovány s výzkumnými otázkami.

9 VÝZKUMNÉ HYPOTÉZY

Předpokládám, že:

1. Účastníci přednášek o aktivním stárnutí budou odcházet s teoretickými i praktickými znalostmi pro udržení si aktivního života a soběstačnosti.
2. Ženy budou mít o program aktivního stárnutí větší zájem než muži.
3. Účastníci programu budou mít hlavní zájem o trénink paměti a kognitivních funkcí, a to z důvodu prevence nemocí spojené s poruchou paměti a kognitivních funkcí.

10 DISKUZE

Cílem této bakalářské práce bylo (na základě odborné české a zahraniční literatury a pomocí dotazníkového šetření) vyzkoumat roli ergoterapie v oblasti aktivního stárnutí. Data, která byla zjištěna z dotazníkového šetření, jsou názorně zpracována a zobrazena v tabulkách a grafech v praktické části bakalářské práce.

První hypotéza se týkala toho, že účastníci přednášek o aktivním stárnutí budou odcházet s teoretickými i praktickými znalostmi pro udržení si aktivního života a soběstačnosti.

Dle Žáka (2012) se dá učit několika nástroji, mezi které patří pozorování či sledování. Pozorování patří mezi nejznámější metody sběru dat, kde se jedná o záměrné, systematické a organizované vnímání didaktických jevů. Účastníci programu aktivního stárnutí měli možnost načerpat nové znalosti několika způsoby. Jednalo se především o teoretickou výuku, která probíhala formou prezentací, dále praktickou výukou, či pomocí interaktivního semináře.

Senioři v projektu byli vzděláváni na základě přednášek a praktických činností. Z andragogického hlediska se jedná o edukační gerontologii. Veteška (2016) ve své knize zdůrazňuje, že na vzdělávání a předávání informací starším studentům se podílí především motivační faktory, které rozhodují o účasti či neúčasti na vzdělávacím procesu. Z dotazníkové formy plyne, že motivačním prvkem pro většinu seniorů bylo zlepšení celkové tělesné zdatnosti a touha po nabití nových znalostí a vědomostí. Dále Veteška (2016) uvádí, že je důležité přenést vědecké poznatky nabyté učením a studiem materiálu o procesu stárnutí a vzdělávání do praxe učení a vzdělávání seniorů. Díky odborným asistentům Fakulty zdravotnických studií byla teoretická výuka převedena následně i do praxe. Jako příklad praktické výuky je uvedena hodina jógy, kde byli senioři seznámeni s obsahem a přínosností jógy pro kvalitní život. Na základě teoretické přednášky pak byla následně provedena jóga formou praktickou, kde se senioři učili např. správnému dýchání nebo základní polohy v józe. Hodinu jógy jsem měla možnost navštívit osobně a vyzkoušet si její teoretickou, tak praktickou část a na základě těchto zkušeností následně nabýt určité informace nápomocné pro zpracování bakalářské práce.

Čevela uvádí, že senioři jsou ohroženi tzv. geriatrickou křehkostí (frailty), která je dána nízkou úrovní potenciálu zdraví – zdatnosti, odolnosti a adaptability. V kapitole 2.6, geriatrický pacient bylo uvedeno, co můžeme do geriatrické křehkosti zařadit. Jedná se především o prevenci a eliminaci chorob ve stáří, ovlivnění zdatnosti, zlepšení stability, mobility, svalové síly, motivace a ovlivnění funkčního zdraví. (Čevela, 2014, str. 31-32) Adaptabilita, odolnost a zdatnost byla u seniorů ovlivněna teoretickými přednáškami, ve kterých měli možnost např.

vyzkoušet si analýzu vlastního těla a dále se zúčastnit přednášky na téma správná výživa ve vyšším věku. Z dotazníkového šetření vyplývá, že 10 seniorů udělalo razantní změnu v jídelníčku. Předpokladem změny v jídelníčku je špatná životospráva v životech účastníků, či nespokojenost doprovázená zdravotními problémy spojenými se špatným stravováním či nedostatečně pestrou stravou. Z celkového počtu dotazovaných je však 10 jedinců málo a je důležité se zaměřit i na zbytek účastníků. Funkční zdraví seniorů zahrnuje např. používání kompenzačních pomůcek, odstranění bariér či sociální podpora. Na toto téma byly zaměřeny přednášky o kompenzačních pomůckách, dále režimová opatření v domácnosti, prevence pádů. Účastníci měli možnost si vyzkoušet kompenzační pomůcky na pomoc s přesuny, přípravy jídla a oblékání. Z dotazníkového šetření a otázky č. 12 vyplynulo, že 12 seniorů zaujaly přednášky o kompenzačních pomůckách, na základě toho si však pouze 4 pořídili do domácnosti kompenzační pomůcky.

Světová zdravotnická organizace (WHO) dále ve své studii z roku 2002 uvádí 3 základní pilíře aktivního stárnutí, jimiž jsou zdraví, účast a bezpečnost. Tato studie je nadále velmi populární a stále zde jde vidět její platnost. Seniori dosáhnou zdraví pouze aktivním staráním se o svůj život. Na základě zdravého životního stylu a minimálních komplikací v životě seniorů se mohou aktivně účastnit v dění ve společnosti. Díky programu, který byl uskutečněn na fakultě zdravotnických studií, měli seniori možnost přijít do kontaktu s jinými uchazeči a následně tak rozšířit svou účast ve společnosti a vytvořit nové sociální vazby.

Na základě dotazníkového šetření byla potvrzena hypotéza č. 1. V grafu č. 10 můžeme vidět odpovědi účastníků v oblasti přínosu tohoto programu v jejich životě, kdy na základě teoretických přednášek systémově uspořádaných do 19 okruhů následně účastníci učinili změny v jejich životě. Změny, které účastníci pocítili a na základě kterých mohli nadále stavět, vidíme v tabulce č. 3., např. pomocí přednášky o severské chůzi, která zaujala 14 účastníků, si 12 z účastníků následně pořídilo hole pro praktické vykonávání. Učiněné změny se mohou pozitivně odrážet na zdraví účastníků např. zlepšení srdeční činnosti, posílení a zapojení většiny svalů v těle, zlepšení dýchání či vytrvalosti. Tyto změny se dále mohou projevit v oblasti soběstačnosti jako prevence pádů, lepší kondice umožňuje např. volný přesun a překonávání překážek v oblasti domu či schopnost vykonávat denní potřeby. Díky tomu senior nemusí být závislý na pomoc druhé osoby.

Druhá z hypotéz se zabývala tím, zdali ženy budou mít o program aktivního stárnutí větší zájem než muži. Haškovcová ve své knize hovoří o druhém životním programu. Zde uvádí, že v době socialismu byl dáván důraz na koníčky a individuální zájmy na vyplnění volného času, kdy si své zájmy udržovali především muži. Oproti tomu, se ženy měly po přechodu do důchodu ujímat role prarodičů. (Haškovcová, 2010, str. 123-125) Boulton – Lewis (2006) ve své studii uvádí, že v dnešní době dochází ke snížení počtů porodů a tím k nepoměru mezi vyšší věkovou skupinou oproti skupině mladší. Z toho vyplývá, že v případě menší porodnosti dochází ke klesání role žen v důchodu v oblasti prarodičovství. Dá se tedy předpokládat, že pokud ženy v důchodovém věku ztratí roli babiček, budou hledat uplatnění v jiných směrech, jako např. vzdělávání.

Z výsledků, které uvedl Český statistický úřad (ČSÚ) vyplývá, že za rok 2018 bylo celkem 290 099 studentů vysokoškolského vzdělání v ČR. Z toho 162 135 studentů bylo ženského pohlaví, oproti tomu 127 964 bylo pohlaví mužského. Ženy z celkového počtu studentů činily 55,9 %, zatímco muži 44,1 %. Žen je v oblasti vysokoškolského studia o 11,8 % více než mužů (ČSÚ, 2020).

Na základě výsledků SLDB v roce 2011 byl počet obyvatel ve věku 65 a více let v Plzeňském kraji v celkovém počtu 92 734 obyvatel. Z toho 38 682 byli muži a 54 052 byly ženy. Ženy seniorky, které nedosáhly žádného vzdělání, převažovaly nad muži seniory, neboť bez vzdělání bylo 0,7 % žen oproti tomu mužů bylo pouze 0,3 %. Středního vzdělání s maturitou dosáhlo 21,9 % mužů a 18,8 % žen. Vysokoškolského vzdělání dosáhlo 11,3 % mužů a pouze 4,3 % žen. (ČSÚ, 2015)

Na základě zvyšujícího se zájmu o studium ze strany žen, který udává ČSÚ za rok 2018, a dále na podkladě dat, které uvedl ČSÚ ze SLDB v roce 2011, byla stanovena hypotéza č. 2, kde se předpokládalo, že ženy budou mít o program aktivního stárnutí větší zájem než muži z důvodů nižšího dosaženého vzdělání oproti mužům, dále se předpokládalo, že se ženy budou snažit o zlepšení dosavadní míry jejich vzdělání.

Na základě dotazníkového šetření bylo zjištěno, že se programu zúčastnilo z celkového počtu 51 vyhodnocených dotazníků 46 žen, oproti tomu mužů se zúčastnilo pouze 5. Počet žen v programu byl zastoupen 90,2 % a počet mužů činil v programu 9,8 %. U hypotézy č. 2 došlo tedy k jejímu potvrzení.

Třetí z hypotéz má za úkol zjistit, zdali senioři v programu aktivního stárnutí měli mezi hlavním zájmem trénink paměti a kognitivních funkcí z důvodu prevence nemocí spojených

s poruchou paměti a kognitivních funkcí. Macháčová a Holmerová uvádí, že centrem pozornosti laické i odborné veřejnosti se v posledních letech stává problematika v oblasti poruch paměti a dalších kognitivních funkcí ve stáří. S narůstajícím věkem dochází k postupným změnám a úbytku nervových buněk a synapsí v CNS. (Macháčová, Holmerová, 2019, str. 111) S věkem se dále snižuje plasticita mozku a většinou se zpomaluje i výbavnost ze zásobní paměti. Později se objevují i poruchy paměti, snižuje se psychomotorické tempo a tím i rychlost zpracování informací. (Pokorná, 2013, str. 17)

Macháčová a Holmerová dále uvádí, že po padesátém roce věku může nastat tzv. „benigní, dříve stařecká zapomětlivost“, jako např. neschopnost zapamatovat si jména, názvy a pojmy, které se později vybaví. Dále se může objevit tzv. „mírná kognitivní porucha“, která obvykle narušuje aktivity všedního života, ztěžuje seniorům život a může následně skončit v mnoha formách demence. (Macháčová, Holmerová, 2019, str. 112) Dále s prodlužující délkou života vzrůstá incidence demencí v populaci. Tato diagnóza se logicky dostává do podvědomí odborné veřejnosti, především z důvodů, že dosud neexistuje kauzální terapie většiny nemocí, které se projevují syndromem demence. (Sheardová, 2010)

Roku 1986 David Snowdon provedl slavnou The Nun Study – výzkum jeptišek v USA. Všechny řádové sestry podstoupily během let řadu kognitivních testů, a po smrti byl jejich mozek podroben zkoumání. Ukázalo se, že některé z řádových sester dosahovaly vynikajících výsledků v kognitivních testech až do své smrti, a to i přesto, že jejich mozek vykazoval rozsáhlé změny při Alzheimerově chorobě. (Snowdon, 1997)

Další zajímavý projekt byla španělská studie využívající program pro zlepšení paměti pro osoby nad 65 let. Tento program učil různé strategie a paměťové pomůcky tak, aby je jedinci nadále byli schopni praktikovat v každodenním životě. Jednalo se o ovlivnění pozornosti, prostorové a časové orientace a verbálního myšlení. Tato kontrolovaná studie přinesla vynikající výsledky, které ukazovaly ve prospěch experimentální skupiny nejen ke konci programu, ale i v následném měření v odstupu 9 měsíců. (Georgi, Steinová, str. 81) V těchto dvou studiích je vidět pozitivní dopad tréninku kognitivních funkcí na funkci mozku.

V tabulce č. 4 můžeme vidět, že největší zájem účastníci projevili o přednášku, která se zabývala správným tréninkem nohou. Trénink kognitivních funkcí měl stejný počet 14 hlasů společně s dalšími 4 oblastmi a jedná se tedy o čtvrté nejčastěji udávané téma, které účastníky zajímalo. Oproti tomu o techniky testování a trénink paměti projevilo zájem 27 účastníků

a jedná se o druhé nejzajímavější téma pro účastníky. Z toho plyne, že u hypotézy č. 3 došlo k jejímu vyvrácení, a to z důvodů, že účastníci jako hlavní téma uvedli trénink nohy.

Na základě přednášek účastníci získali povědomí o tom, jak by měl správný kognitivní trénink vypadat. Účastníci by dále měli vědět, jak provádět správný a účinný trénink paměti a předcházet tím nemocím, které jsou spojené s poruchami paměti a kognitivních funkcí, které by mohly negativně ovlivnit život jedinců.

10.1 Doporučení pro praxi

Vzdělávání seniorů musí vycházet především z jejich zájmu o dané studium. Z výzkumu vyplynulo, že právě absolvované studium mělo vliv na 40 z dotazovaných seniorů, 10 seniorů neodpovědělo a 1 ze seniorů se nedozvěděl nic nového.

Změny, které senioři učinili a které jsou doménou a jedním z hlavních cílů ergoterapie je oblast týkající se kompenzačních pomůcek. Zde by bylo vhodné vytvořit přehledný katalog či brožuru všech běžně užívaných a potřebných kompenzačních pomůcek, ať už se jedná o pomůcky potřebné k sebeobsluze a zlepšení v oblasti personálních a instrumentálních ADL seniora, až po pomůcky potřebné k lokomoci. Tato brožura by měla být dostupná v tištěné či internetové verzi přímo u daného ergoterapeuta, ve zdravotnických potřebách, kde se kompenzační pomůcky pořizují, v denních centrech, domovech důchodců, čekárnách zdravotnických zařízení, lékárnách či u obvodního lékaře. Samozřejmě je, že každý z nás je individuální člověk s jinými potřebami, tudíž se bude daná kompenzační pomůcka v některých případech lišit a konzultace s odborníkem (ergoterapeutem) je vždy na místě, proto by bylo vhodné vytvořit přehled ergoterapeutů v praxi, kteří jsou dostupní v každém kraji České republiky, na které by se senioři v případě komplikací mohli obracet v případě potřeby.

Další oblastí, kterou se ergoterapeut zabývá, jsou kognitivní funkce. O oblast trénování kognitivních funkcí mělo zájem 14 seniorů a o techniky testování a trénink paměti 27 seniorů. Macháčová a Holmerová uvádí, že po padesátém roce věku, mohou být jedinci ohroženi stařeckou zapomnětlivostí. (Macháčová, Holmerová, 2019, str. 112) Ergoterapeut by měl být schopen doporučit na základě informací o pacientovi vhodný kognitivní trénink. Daný trénink se může konat v prostředí nemocnic, domovů důchodců, může probíhat ambulantně či v domácím prostředí. Důležité je zde dbát na kontrolu výsledků z tréninku kognitivních funkcí u seniorů v domácím prostředí. Možností, jak trénovat paměť, existuje mnoho, dá se využít jak internet, knihy, pracovní listy, křížovky, osmisměrky či sudoku atd. V domově důchodců by role ergoterapeuta spočívala v organizování individuálního či skupinového tréninku paměti.

Dále by bylo vhodné vytvořit brožuru problémových oblastí každému ze seniorů, ke které by měli přístup jak rodina, tak i další zdravotnický personál. Z toho vyplývá další důležitá role, kterou je edukace rodiny a rodinných příslušníků. Tato role se týká jak ergoterapeuta, tak veškerého zdravotnického personálu. Včasný a pravidelný trénink je důležitou formou prevence úpadku seniora. Na takovou skutečnost poukazuje i Česká Alzheimerova asociace, která uvádí pět způsobů, které mohou pomoci snížit riziko demence. Způsoby, o kterých hovoří, jsou dodržování zdravého a vyváženého jídelníčku, dostatečná fyzická aktivita, správná životospráva, užívání si společenských aktivit a jako posledním důležitým bodem je používat dostatečně svůj mozek. Podle Alzheimer Europe je počet Evropanů s demencí výrazně nižší. Svoji roli ve sníženém počtu nemoci hraje především včasná a dostatečná prevence demence, kterou uvádí Česká Alzheimerova asociace a na niž klade důraz také WHO. (Česká Alzheimerova společnost, 2020)

Pohyb je velmi důležitý pro kvalitní život staršího jedince a je mezi hlavním faktorem, který poukazuje na kvalitu života seniorů. S pohybem je spojeno také riziko pádů. O prevenci pádů v tomto případě mělo na základě dotazníkového šetření zájem 17 seniorů. Prevence pádů patří mezi další kompetence ergoterapeuta, se kterou je zároveň spojena také úprava domácího prostředí a bezbariérovost prostředí. V tomto případě ergoterapeut může na základě rozhovoru se seniorem nebo díky domácí návštěvě identifikovat hrozby, které mohou být příčinou pádů. S úpravou prostředí souvisí dále doporučení kompenzačních pomůcek, o kterých byla zmínka na začátku. Doporučení ve většině případů připadá na pořízení madel, protiskluzných podložek či odstranění hrozících nebezpečí jako např. koberečky, prahy a další.

V teoretické části bylo pojednáno o multidisciplinárním týmu. Multidisciplinární péče je klíčový prvek v péči o zdraví. (Mitchell et al., 2008) Ergoterapeut je součástí multidisciplinárního týmu jako mnoho dalších zdravotníků. Je zde proto nutné poukázat na důležitost spolupráce s ostatními zdravotníky a v případě nekompetence ergoterapeuta na danou problematiku by měl být ergoterapeut schopný odkázat seniora na příslušného zdravotníka.

Dalším významným mezníkem v životě seniorů je také udržení kroku s dnešní dobou. Důležitost toho spočívá v možnosti a schopnosti ergoterapeuta zaučit seniora v oblasti techniky jako např. mobilní telefon, počítač, či tablet. V tomto ohledu by bylo vhodné vypracovat i listy s postupem, kam by si senior dále mohl vpisovat vlastní poznámky. Pomoc seniorům v této oblasti dále mohou poskytnout např. Univerzity třetího věku, které nabízejí seznámení se základními znalostmi v oblasti práce s počítačem či jinou technikou. Výhoda dnešní techniky v životě seniorů spočívá v schopnosti zavolat si v případě nouze pomoc, schopnost zaplatit si

účty, možnost objednat si kompenzační pomůcky, trénink paměti přes internet či spojení s okolním prostředím, které hraje důležitou roli v oblasti socializace seniora.

ZÁVĚR

Životní styl každého člověka je individuální a jedinečný. Důležité je především dbát na aktivní a smysluplně prožitý život a nebýt pouze pasivní. Ve svém životě je potřeba dbát na zdravý životní styl a dále dávat povědomí o prevenci jak lidem mladšího, produktivního či postproduktivního věku. Prevence spočívá ve správném stravování, v dobrém a kvalitním pohybu a v neposlední řadě v příjmu informací, které mohou být přínosné do života. Takové informace mohou nabízet internetové stránky, rádia, knihy, vědecké články či Univerzity a Akademie třetího věku. V dnešní době existuje mnoho možností, jak člověk může aktivně či pasivně přijímat kvalitní a užitečné informace. Důležitou roli však hraje motivace seniora a také podpora jeho rodiny a přátel.

Senioři mohou svůj volný čas trávit aktivitami, zájmy, koníčky nebo svůj čas věnovat vzdělání. V mnoha případech si senioři snaží udržet své tělesné zdraví procházkami, cestováním, zahradničením, či jiným sportem. Na druhou stranu jsou zde však ti, kteří potřebují pomoc v tom, jak se stát aktivními a zařadit režim do jejich života. Důležitá je proto podpora v rodině a také ve zdravotnictví.

V tomto ohledu je důležité poukázat na roli ergoterapie. Přínos práce vidím v povědomosti o tomto oboru, kdy právě ergoterapeut se v mnoha případech stává aktivním přispěvatelem v životech seniorů. Oproti jiným zdravotnickým profesím ergoterapeut díky svým znalostem a vědomostem je schopný poskytnout adekvátní podporu seniorům, klidný prostor, a především zájem o jejich život. Ergoterapeut přispívá k aktivnímu stárnutí seniorů svojí kreativitou, znalostí dané problematiky a schopností s daným jedincem najít společné řešení za pomoci různých intervencí např. nácvik ADLs, doporučení kompenzačních pomůcek. Těmito kroky umožní ergoterapeut danému člověku vykonávat činnosti, na které již sám nestačí a tím přispět k maximalizaci jeho nezávislosti. V mnoha případech ergoterapie ukazuje směr, např. díky kompenzačním pomůckám se člověk může sám najíst, či obléknout. Pomocí tréninku paměti si člověk může udržet práci, ale i nezávislost, a tím oddálit potřebu pomoci druhé osoby či umístění do domova důchodců či jiné instituce.

V mnoha případech také pomáhá vykonávat danou činnost ve skupině. Skupinová terapie pomáhá rozvíjet dovednosti, sociální inteligenci, komunikaci, nabízí pomoc v oblasti řešení konfliktů či učí přijímat názory druhých. Skupinová ergoterapie může probíhat v různých podobách, např. v podobě muzikoterapie, arteterapie, reminiscenční terapie či formou kolektivního tréninku kognitivních funkcí atd. Skupinovou terapii umožňuje např. Alzheimer

centrum, které nabízí např. možnost reminiscenční neboli vzpomínkové terapie, která je založena na faktu, že vzpomínky a vědomosti zůstávají uloženy v dlouhodobé paměti. Výhodou reminiscenční terapie je, že může probíhat individuálně i skupinově. V případě skupinové reminiscence seniori vzpomínají prostřednictvím skupinového rozhovoru nebo činnosti, kdy vaří, zpívají, poslouchají hudbu nebo sledují divadlo. Cílem terapie je aktivovat nervové spoje a předejít tak demenci. (Alzheimer centrum, 2019) Sociální role v životě seniorů je velmi důležitá, kolikrát osamělost je tou nejhorší nemocí, která seniory stravuje.

Předkládaná bakalářská práce se zabývala rolí ergoterapie a problematikou aktivního stárnutí seniorů. Role ergoterapie byla prokázána v několika oblastech. Ergoterapeut se může v oblasti aktivního stárnutí uplatnit při podpoře zdraví, dále při nácviku problémových aktivit (ADL), v oblasti poradenství např. úprava bydlení, v podpoře zdraví např. celoživotní vzdělání a v neposlední řadě v oblasti tréninku a podpory kognitivních funkcí.

Samostatnou a důležitou kapitolou tvoří edukace seniorů a veřejnosti. Edukace seniorů byla provedena pomocí teoretických přednášek během programu aktivního stárnutí a následně ověřena pomocí dotazníkové formy na konci projektu. Edukace veřejnosti je důležitou součástí a také prevencí, jak být co nejdéle ve svém životě produktivní.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

ABYAD, A. From active aging to health aging. In: QJM: an International Journal of Medicine [online], 2018. Volume 111, Issue suppl_1, December 2018, hcy200.067. [cit. 2019-11-09]. Dostupné z: <https://doi.org/10.1093/qjmed/hcy200.067>

ALZHEIMERCENTRUM. Reminiscenční terapie. In: *Alzheimercentrum Unikátní koncept péče o klienty s Alzheimerovou chorobou*. [online], 2019. Alzheimercentrum. [cit.22.04.2020]. Dostupné z: <https://www.alzheimercentrum.cz/index.php?p=reminiscencni-terapie>

ARCHANA, Singh a MISRA, Nishi. Loneliness, depression and sociability in old age. In: *industrial psychiatry Journal* [online], 2009. Vol. 18,1, page 51-5. DOI: 10.4103/0972-6748.57861. [cit. 2020-01-14]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3016701/>

BOULTON-LEWIS, Gillian M. Learning and Active Aging. In: *Education Gerontology*. [online], 2006. Volume 32, issue 4, pages 271-282. [cit. 2019-11-09]. Dostupné z: 10.1080/03601270500494030

ČELEDOVÁ, Libuše a ČEVELA, Rostislav. *Člověk ve zdraví i v nemoci: podpora zdraví a prevence nemocí ve stáří*. Praha: Univerzita Karlova, nakladatelství Karolinum, 2017. ISBN 978-80-246-3828-7.

ČESKÁ ALZHEIMEROVA SPOLEČNOST. Prevalence demence v Evropě. [online], 2015. [cit. 2020-04-13]. Dostupné z: <http://www.alzheimer.cz/clanky/alzheimerova-choroba-ve-svete/prevalence-demence-v-evrope/>

ČEVELA, Rostislav a ČELEDOVÁ Libuše. *Sociální gerontologie: východiska ke zdravotní politice a podpoře zdraví ve stáří*. Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-247-4544-2.

ČSÚ. Aktuální populační vývoj v kostce. In: *Český statistický úřad*. [online], 2020. ČSÚ. [cit. 2020-04-04]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/csu/czso/aktualni-populacni-vyvoj-v-kostce>

ČSÚ. Terciální vzdělání: Studenti a absolventi vysokoškolského a vyššího odborného vzdělávání-2018. In: *Český statistický úřad* [online], 2020. ČSÚ. [cit. 2020-03-08]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/documents/10180/122323898/230060200a01.pdf/3af9f451-ffe5-43ab-82b9-9846fbc087fc?version=1.3>

ČSÚ. Vzdělanost a ekonomická aktivita seniorů. In: *Český statistický úřad* [online], 2015. ČSÚ. [cit. 2020-03-08]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/documents/10180/20540357/33014215k2.pdf/e5148a9a-ea4e-4468-bde4-8016e02518dd?version=1.1>

EKDAHL, Anne Wissendorff et al. "Is care based on comprehensive geriatric assessment with mobile teams better than usual care? A study protocol of a randomised controlled trial (The GerMoT study)." In: *BMJ open* [online], 2018. vol. 8,10, e023969. [cit. 2019-12-09]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6252639/>

FRIES F., James. The Theory and Practice of Active Aging. *Hindawi* [online], 2012. This is an open access article distributed under the [cit. 2019-06-12]. Dostupné z: <https://www.hindawi.com/journals/cggr/2012/420637/>

FZS. ZCU. *Výchova k aktivnímu zdravému stárnutí* [online], 2019. Fakulta zdravotnických studií Západočeské univerzity v Plzni, copyright. [cit. 2020-03-01]. Dostupné z: https://fzs.zcu.cz/research/aktualni_projekty/Aktivni_starnuti.html

GAVORA, Peter. *Úvod do pedagogického výzkumu*. Brno: Paido, 2010. ISBN 978-80-7315-185-0.

HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Fenomén stáří*. Vydání 2. podstatně přepracované a doplněné. Praha: Havlíček Brain Team, 2010. ISBN 978-80-87109-19-9.

HOLMEROVÁ, Iva a JURAŠKOVÁ, Božena a ZIKMUNDOVÁ, Květuše. *Vybrané kapitoly z gerontologie*. 3., přepracované a doplněné vyd. Praha: EV public relations, 2007. ISBN 978-80-254-0179-8.

ILIFFE, Steve. Myths and realities in multidisciplinary team working. In: *London journal of primary care* [online], 2008. Vol. 1,2, pages 100-102. DOI:10.1080/17571472.2008.11493220. [cit. 2020-03-10]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4212734/>

JANIŠ, Kamil a SKOPALOVÁ, Jitka. *Volný čas seniorů*. Praha: Grada. Pedagogika: Grada, 2016. ISBN 978-80-247-5535-9.

JELÍNKOVÁ, Jana a KRIVOŠÍKOVÁ, Mária a ŠAJTAROVÁ, Ludmila. *Ergoterapie*. 1. vydání. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-583-7.

KALVACH, Zdeněk. Geriatrie a gerontologie [online]. Praha: Grada, 2004. ISBN 978-80-247-7038-3. [cit. 2019-02-16]. Dostupné z: file:///C:/Users/lenus/Downloads/geriatrie-a-gerontologie_nahled.pdf

KALVACH, Zdeněk. Geriatrie, geriatrický pacient a praktický lékař. In: *Edukafarm.cz* [online]. Allstar Group, 2019. [cit. 2019-10-14]. Dostupné z: <http://www.edukafarm.cz/c549-geriatrie-geriatricky-pacient-a-prakticky-lekar>

KLEVETOVÁ, Dana a DLABALOVÁ, Irena. *Motivační prvky při práci se seniory*. 1. vydání. Praha: Grada, 2008. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-2169-9.

KLUSOŇOVÁ, Eva. *Ergoterapie v praxi*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2011. ISBN 978-80-7013-535-8.

KOLÁŘ, Pavel. *Rehabilitace v klinické praxi*. Praha: Galén, 2009. ISBN 978-80-7262-657-1

KRIVOŠÍKOVÁ, Mária. *Úvod do ergoterapie*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-2472-699-1.

LINHART, Jiří. *Slovník cizích slov pro nové století*. Litvínov: Dialog, 2005. ISBN 80-85843-61-7.

MACHÁČOVÁ, Kateřina a HOLMEROVÁ, Iva. *Aktivní gerontologie, aneb, Jak stárnout dobře*. Praha: Mladá fronta. 1. vydání, 2019. ISBN 978-80-7571-037-6.

MITCHELL G.K, a TIEMAN, Jennifer, J., a SHELBY-JAMES, Tania, M. Multidisciplinary care planning and teamwork in primary care. In: *Medical Journal of Australia* [Online], 2008. Vol. 188, No. 8, page S63. [cit. 2019-10-10]. Dostupné z: https://online-library.wiley.com/doi/full/10.5694/j.1326-5377.2008.tb01747.x?casa_token=w640pGA_ZmkAAAAA%3ACHECHFcAhb-KUr2MJOnw2IMhU44z9jNZkcNbMM_bvoup-FKDbldH0_w8ItXNcX7maXjLQEiejBAR6KtdgE

MPSV. Národní akční plán podporující pozitivní stárnutí pro období let 2013 až 2017. In: *Medlike: spolehlivé informace o zdraví a nemocech* [powerpoint prezentace online], 2013. Národní lékařská knihovna. [2019-06-10].

Dostupné z: <https://www.medvik.cz/medlike/search/?q=aktivn%C3%AD%20st%C3%A1rnut%C3%AD#gsc.tab=0&gsc.q=aktivn%C3%AD%20st%C3%A1rnut%C3%AD>

MPSV. *Národní akční plán podporující pozitivní stárnutí pro období let 2013 až 2017*. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí České republiky, 2015. ISBN 978-80-7421-111-9.

MPSV. Senioři a politika stárnutí: příprava na stárnutí v České republice. In: *Ministerstvo práce a sociálních věcí* [online], 2015. Ministerstvo práce a sociálních věcí. [cit. 2020-02-10]. Dostupné z: <https://www.mpsv.cz/seniori-a-politika-starnuti>

MPSV, 2019. *Strategie přípravy na stárnutí společnosti 2019-2025*. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí [online], 2019. 29 stran. [cit. 2020-02-10]. Dostupné z: http://amsp.cz/wp-content/uploads/2019/08/Strategie-p%C5%99%C3%ADpravy-na-st%C3%A1rnut%C3%AD-spole%C4%8Dnosti-2019-2025-ma_ALBSBADJYUA2.pdf

ONDRÁKOVÁ, Jana. *Vzdělávání seniorů a jeho specifika*. 1. vydání. Červený Kostelec: Pavel Mervart, 2012. ISBN 978-80-7465-038-3.

PACOVSKÝ, Vladimír. *Geriatrická diagnostika*. Praha: Scientia Medica. Medicína a praxe, 1994. ISBN 80-85526-32-8.

PETŘKOVÁ, Anna a ČORNANIČOVÁ, Rozália. *Úvod do teorie a praxe edukace seniorů: studijní texty pro distanční studium*. 1. vydání. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2004. ISBN 80-244-0879-1.

POKORNÁ, Andrea. *Ošetrovatelství v geriatrici: hodnotící nástroje*. 1. vydání. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-4316-5.

PRAŽSKÝ, Bohumil. Zdraví.Euro.cz. [online]. [cit. 2012-02-10]. Dostupné z: <https://zdravi.euro.cz/clanek/sestra/aktivni-starnuti-realna-vyzva-nejen-pro-ergoterapii-463449>

PRŮCHA, Jan a VETEŠKA, Jaroslav. *Andragogický slovník*. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-3960-1.

RAITANEN, Taina. Active aging – resilience and external support as modifiers of the disablement outcome: AGNES cohort study protocol. In: *BMC Public Health* [online]. Volume 18, issue 565, page 2, 2018. ISSN 1471-2458. [2019-06-10]. Dostupné z: <https://doi.org/10.1186/s12889-018-5487-5>

RUVALCABA, Mendoza. I am active”: effects of a program to promote active aging. National Center for Biotechnology Information [online], 2005. [cit. 2019-10-05]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4427596/>

SADANA, Ritu, DSc. Healthy Aging: Raising Awareness of Inequalities, Determinants, and What Could Be Done to Improve Health Equity. In: *The Gerontologist. Oxford Academic* [online], 2016. [cit. 2020-02-10]. Dostupné z: https://academic.oup.com/gerontologist/article/56/Suppl_2/S178/2605347

SHEARDOVÁ, Kateřina, 2010. Mírná kognitivní porucha v praxi. In: *Psychiatrie pro praxi* [online], 2010. [cit. 2020-03-07]. Dostupné z: file:///C:/Users/le-nus/Desktop/Solen_psy-201002-0006.pdf

STARÁ, Šárka. Absolventi Univerzity třetího věku Západočeské univerzity převzali diplomy. INFO - zpravodajský portál ZČU [online], 2019. [cit. 2020-04-04]. Dostupné z: <https://info.zcu.cz/clanek.jsp?id=2257>

SNOWDON, A. David, PhD. Aging and Alzheimer's Disease: Lessons From the Nun Study. In: *The Gerontologist* [online], 1997. Vol. 37, pages 150–156. [cit. 2020-04-10]. Dostupné z: <https://doi.org/10.1093/geront/37.2.150>

ŠIPR, Květoslav. *Jak zdravě stárnout*. 1. vydání. Brno: Gloria Rosice. 118 stran, 1997. ISBN 80-901834-1-7

ŠPATENKOVÁ, Naděžda a SMÉKALOVÁ Lucie. *Edukace seniorů: geragogika a gerontodidaktika*. Praha: Grada. Pedagogika (Grada), 2015. ISBN 978-80-247-5446-8.

TAYLOR and FRANCIS. Educational Gerontology. In: *Research Gate.net* [online], 2018 and 2019. [cit. 2020-01-07]. Dostupné z: https://www.researchgate.net/journal/0360-1277_Educational_Gerontology

TROUT, Jonathan. 5 benefits of occupational therapy for elderly parents: discover the benefits of occupational therapy. In: *Consumer Affairs* [online], 2020. Consumers Unified LLC. [cit. 2019-12-10]. Dostupné z: <https://www.consumeraffairs.com/health/elderly-occupational-therapy-benefits.html>)

VETEŠKA, Jaroslav. *Gerontagogika: psychologicko-andragogická specifika edukace a aktivizace seniorů*. Praha: Česká andragogická společnost. Česká a slovenská andragogika, 2016. ISBN 978-80-905460-4-2.

VIDOVIČOVÁ, Lucie. O ageismu. In: *Ageismus.cz* [online]. Masarykova univerzita, 2020. [cit. 2020-02-18]. Dostupné z: <https://www.ageismus.cz/o-ageismu>

VIDOVIČOVÁ, Lucie a KHÝROVÁ, Veronika. *Politika přípravy na stárnutí v České republice 2015*. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2015. ISBN 978-80-7421-117-1.

WHO. *Active Aging: a Policy Framework*. Switzerland: World Health Organization; Noncommunicable Disease Prevention and Health Promotion [online]. 59 pages. 2002. [cit.2020-01-20].

Dostupné z: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67215/WHO_NMH_NPH_02.8.pdf;jsessionid=

WFOT. About Occupational Therapy. In: *WFOT. World Federation of Occupational Therapists* [online], 2020. WFOT. [cit. 2020-01-07]. Dostupné z: <https://www.wfot.org/about-occupational-therapy>

ŽÁK, Vojtěch. *Metody a formy výuky: hospitační arch*. Praha: Národní ústav pro vzdělávání, 2012. ISBN 978-80-87063-61-3.

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha 1 – Dotazník část 1	67
Příloha 2 – Dotazník část 2	68
Příloha 3 – Dotazník část 3	69

PŘÍLOHA 1 – DOTAZNÍK

Příloha 1 – Dotazník část 1



FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ
ZÁPADOČESKÉ UNIVERZITY
V PLZNI



MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ
ČESKÉ REPUBLIKY

Projekt 11 023

Výchova k aktivnímu zdravému stárlnutí

Dotazník

1. pohlaví žena – muž
2. věk.....
3. vzdělání:
A) základní
B) střední
C) vysokoškolské
Zdravotnické, medicínské
ANO - NE
4. pracovní aktivity:
A) důchod
B) důchod + částečný pracovní úvazek
C) plný pracovní poměr
5. záliby:
A) četba
B) televize
C) počítač, internet
D) divadlo, kino
E) ruční práce
F) jiné.....
6. fyzická aktivity:
A) turistika
B) kolo
C) plavání
D) lyže – běžky
E) lyže – sjezd
F) brusle
G) jiné.....
7. cvičení a pravidelná kondiční chůze:

před studiem	po studiu
A) ano	A) ano
B) ne	B) ne
C) částečně	C) částečně
8. chůze týdně:

před studiem	po studiu
A) méně než 2 hodiny	A) méně než 2 hodiny
B) 2 - 5 hodin	B) 2 – 5 hodin
C) 6 – 10 hodin	C) 6 – 10 hodin
D) více než 10 hodin	D) více než 10 hodin

Projekt je realizován za finanční podpory Ministerstva zdravotnictví v rámci dotačního programu
Národní program zdraví – projekty podpory zdraví.

9. Chodíte pravidelně cvičit?

A) ano – kam?.....

B) ne

10. Mělo právě absolvované studium vliv na váš život?

A) ano

B) ne

V případě odpovědi ANO jste:

A) více aktivní v pohybu

B) pořídili kompenzační pomůcku

C) pořídili hole pro chůzi

D) udělali razantní změnu v jídelníčku

E) vyměnili matraci, polštář...

F) a jiné

11. Z témat Vás nejvíce zaujala a oslovila:

A) Pojetí zdraví ve stáří

B) Testování fyzické zdatnosti

C) Metabolický kardiovaskulární syndrom

D) Severská chůze

E) Principy zatěžování stárnoucího organismu

F) Kruhový trénink

G) Psychohygienu seniora

H) Jóga

I) Trénink kognitivních funkcí

J) Techniky testování a trénink paměti

K) Škola zad pro seniory

L) Prevence pádů

M) Trénink nohy

N) Režimová opatření v domácnosti

O) Kompenzační pomůcky

P) Prevence inkontinence

Q) Trénink svalů pánevního dna

R) Výživa ve vyšším věku

S) Analýza složení těla

12. Co byste ještě uvítali v programu projektu?

.....

Děkujeme za vyplnění

Senior Fitness Test

Test	1. měření	2. měření
Test SED – STOJ		
Test UP and GO		
2-Minute Step Test		