

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI

FAKULTA PEDAGOGICKÁ

KATEDRA PSYCHOLOGIE

ŽIVOTNÍ STYL SENIORŮ

Bakalářská práce

Barbora Bláhová

Specializace v pedagogice: Výchova ke zdraví

Vedoucí práce: PhDr. Alexandra Aišmanová

Plzeň, 2014

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně s použitím uvedené literatury a zdrojů informací.

V Plzni, 2014

.....
vlastnoruční podpis

Poděkování:

Ráda bych poděkovala PhDr. Alexandře Aišmanové za ochotu a cenné rady, které mi pomohly při vypracování této bakalářské práce. Chci také poděkovat domovům pro seniory a jejich sociálním pracovnícím, které se mnou spolupracovaly.

Obsah

Úvod.....	3
TEORETICKÁ ČÁST	4
1 Vymezení pojmů senior a stáří	4
1.1 Různá pojetí věku a stáří	5
1.2 Senior v dnešní společnosti	9
1.2.1 Populace seniorů aneb stárnoucí společnost	9
2 Změny vyvolané stárnutím	12
2.1 Tělesné a funkční změny	12
2.2 Změny psychické	15
2.3 Změny v sociální oblasti.....	19
3 Životní styl.....	21
3.1 Faktory ovlivňující životní styl.....	22
3.2 Zásady správné životosprávy.....	23
3.2.1 Výživa a pitný režim.....	23
3.2.2 Pohyb	29
3.2.3 Spánek a aktivní odpočinek.....	31
3.2.4 Duševní hygiena	33
3.3 Rizikové faktory životního stylu.....	34
3.3.1 Tabakismus.....	35
3.3.2 Alkoholismus.....	36
3.3.3 Stres.....	37
3.4 Senior v rodině, sociální služby.....	38
4 Programy pro zdravý a aktivní život seniorů.....	41
PRAKTICKÁ ČÁST	46
5 Charakteristika výzkumu.....	46
5.1 Cíl výzkumu	46
5.2 Výzkumná metoda	46
5.3 Charakteristika vzorku respondentů.....	47
6 Vyhodnocení dotazníků.....	48
6.1 Oblast životosprávy.....	48
6.2 Volný čas a sociální kontakty	54

6.3 Zdravotní stav a subjektivní spokojenost	60
6.4 Shrnutí výsledků	68
Závěr	69
Resumé	70
Seznam použité literatury	71
Přílohy	76

ÚVOD

Společnost doposud projevovala největší zájem o populační skupiny, které měly před sebou perspektivní budoucnost, tedy o děti a dospívající. Vzhledem k dosavadním i předpovídaným změnám v poměru velikostí jednotlivých věkových skupin populace je na čase věnovat se těm starším a zajistit jim zdravé a kvalitní stáří. Právě proto, že se rodí méně dětí a lidé se naopak dožívají vyššího věku, bude do budoucna zapotřebí zabezpečit seniorům nejen dlouhý, ale i zdravý a aktivní život, který je z největší míry determinován životním stylem. Tím, že naučíme jedince zodpovídat za své zdraví a vychováme ho k úctě ke svému tělu a duši a vytvoříme kolem něj zdravé prostředí, postavíme základ pro jeho dlouhý a zdravý život.

Lidé jsou v moderní době sužováni každodenním stresem, nedostatkem času a peněz, ale také nevhodnými vzory vytvořenými konzumní společností. Nestíháme jíst pravidelně během dne a ani nedbáme na to, co jíme, zapomínáme doplňovat tekutiny, ze stresující sedavé práce chodíme domů utahaní, nemáme dostatek času na pohyb a své koníčky. Většinu našeho dne zabírá naplňování povinností, kouříme, pijeme alkohol, konzumujeme přemíru farmaceutických produktů, či dokonce bereme drogy. Po čase, když se to všechno v našem těle sečte a projeví v podobě vysokého tlaku, srdečních onemocnění, cukrovky, rakoviny či depresí a úzkostí, ptáme se někdy vcelku zbytečně „proč já?“. Právě my jsme zodpovědní za své zdraví, které můžeme zlepšovat a zpevňovat stylem života, který vedeme. Začít žít zdravým životním stylem není nikdy pozdě, a to ani v pokročilejším stáří.

Toto téma jsem si zvolila, protože se chci v budoucnu starším lidem věnovat buď profesně, nebo alespoň jako dobrovolník. V poslední době se také hodně zajímám o zdravý způsob života, proto pokládám za poutavé zkombinovat tato dvě témata v jedno. V této práci je v teoretické části vysvětleno, kdo je to senior a jakými přeměnami jeho tělo a psychika stářím prochází. Dále jsem definovala životní styl a vymezila složky životosprávy a jejich rizikové faktory. Nakonec se práce zabývá mezinárodními i lokálními programy, které si kladou za cíl zlepšit a zkvalitnit život seniorům. V praktické části se zaměřím na zjišťování konkrétních faktů o životním stylu starších lidí prostřednictvím dotazníkové metody. Porovnáám způsob života seniorů žijících v domácnosti a v domově pro seniory, taktéž zhodnotím jejich životní styl v závislosti na věku. Chci zjistit, která skupina žije zdravějším způsobem v jednotlivých složkách životního stylu, a která naopak trpí největšími nedostatky.

TEORETICKÁ ČÁST

1 VYMEZENÍ POJMŮ SENIOR A STÁŘÍ

„Vědět, jak zestárnout, to je mistrovské dílo moudrosti a jedna z nejdůležitějších kapitol velkého umění žít.“

Henry Amiel

Abychom pochopili způsob života seniorů a jeho náplň, musíme si nejdříve objasnit, kdo senioři jsou. V dnešním pojetí tohoto termínu společnost rozumí seniorům jako nepotřebným občanům, kteří pracujícím pouze přidělávají sociální a finanční starosti. Je ovšem potřeba seniory vnímat jako citlivé a samostatně myslící osobnosti, které toho pro společnost udělaly již dost a je na čase jim v podzimu jejich života pomáhat a usnadňovat cestu stářím.

Život každého jedince prochází stejnými vývojovými fázemi a obdobími, které nesou určitý soubor společných znaků typických právě pro onu fázi. Lidské tělo v počátečních obdobích roste, buňky se množí, specializují, rozvíjejí se mozková činnost a kognitivní funkce, až se vývoj na nějaký čas zastaví. V posledních fázích života se do popředí dere involuce, čili postupné chřadnutí a degradace všech složek osobnosti, které jsou obecnými znaky stárnutí a stáří.

Vágnerová (2007, s. 299 a 398) rozlišuje stáří rané a pravé. Rané stáří 60 – 75 let se vyznačuje postupnou involucí. Výkonnost pozvolna klesá, avšak člověk tohoto věku stále disponuje pracovitostí, kterou obohacuje mnohaletými zkušenostmi. Přibývajících zdravotních neduhů poukazují na blížící se degradaci biologické i psychické složky osobnosti. Vlivem zpomalení činnosti endokrinních žláz se zmenšuje i schopnost výživy těla a tím se mění jeho vzezření. Klasickými projevy tohoto věku jsou šedivění vlasů, ochabování svalstva, vrásčeni a vysušování pokožky, omezení pohyblivosti a snížení paměťových schopností, které jsou kompenzovány rozumem. V pravém stáří od 75 let jsou značné involuční změny způsobeny i patologickými příčinami, které negativně ovlivňují fungování mozku a organismu jako celku. Zde subjektivní uspokojení už tolik nesouvisí s pracovní schopností a možností uplatnění svých zkušeností, ale se zpětným ohledem na prožitý život a na hodnotách, které zde člověk zanechal. Spokojenost života seniora v tomto období značně narušují nemoc a úmrtí partnera

či vrstevníků, vlastní onemocnění, postupná ztráta schopnosti sebeobsluhy a umístění do ústavní péče. Problematickým se také stává vědomí blížícího se konce vlastní existence.

1.1 Různá pojetí věku a stáří

Vyvstává otázka, kdy můžeme někoho označit za starého, a podle čeho se orientujeme. Přívlastek „starý“ každý vnímá subjektivně a jedince jako starého označí jen někteří, například na základě porovnání s vlastním věkem. Existuje několik obecných hledisek stáří, které spolu ne vždy korespondují. Pochopením každého z nich se ovšem dopracujeme kompletního pochopení dané problematiky definice stáří.

Kalendářní věk je při určování věku obecně nejrozšířenější. Hartl a Hartlová (2000, s. 530) pojem senior vysvětlují jako „*označení občanů starší 60 let; v ČR tvoří 18 % populace (1998), ve větších městech i více; jde o celonárodně i celosvětově vzrůstající trend*“. Člověk se tedy stává seniorem po oslavení šedesátých narozenin. Otázkou je, zdali je toto rozdělení vhodné. Vzhledem k interindividuálním rozdílům v biologickém i psychickém vývoji se toto pojetí nejeví jako obecně platné. Někteří starší jedinci nevykazují obvyklé známky stáří a někteří mladí lidé naopak ano.

Z právního hlediska, například kvůli zákonnému nároku na starobní důchod, je však potřeba určit přesný bod, jehož překročením se člověk dostává do období stáří. Kalendářní čili chronologický věk se orientuje vzhledem k datu narození, přičemž rozdělení životních etap pomocí věku se v historii různí. První zmínky ze starověku jsou spjaty se jménem Cicero, římským filosofem a spisovatelem, který popisoval rozdíly mezi dětmi a starými lidmi a jak se liší jejich psychika. V novověku se o psychický vývoj jedince zajímal Jan Amos Komenský, který v 17. století charakterizoval několik životních období, přičemž je podle něj starý muž ve věku 35 až 42 let a kmet od 42 let výše. Vlivem zvýšení životních standardů a zkvalitnění zdravotnické péče se hranice stáří v historii posouvá výš. Novotná, Hříchová a Miňhová (2004, s. 29) uvádějí Příhodovu periodizaci vývoje jedince, která vymezuje tzv. senium na stáří 60 – 75 let a kmetství od 75 do 100 let. V poslední době se užívá rozdělení sestavené komisí WHO, která odděluje jednotlivá období po 15 letech:

- 45 – 59 let: střední věk,
- 60 – 74 let: vyšší věk, rané stáří, předpolí stáří,
- 75 – 89 let: pokročilý čili stařecký věk, vlastní stáří,
- 90 a více let: dlouhověkost (Pacovský, 1990, s. 16).

Z těchto periodizací vyplývá, že hranice věku pro označení starého člověka stoupá výše. Je to zapříčiněno stárnutím populace a zvyšováním střední délky života. „*Existuje odhad, podle něž se v prehistorických dobách stáří nedožil nikdo, a až do sedmnáctého století překročilo pětadesátý rok života pravděpodobně jen jedno procento populace. Do devatenáctého století se toto číslo zvýšilo přibližně o čtyři procenta*“ (Stuart-Hamilton, 1999, s. 13). Zde najedeme vysvětlení, proč Komenský určil hranici stáří zdánlivě tak nízko. Jedinců, kteří v 17. století překročili hranici 65 let, bylo velmi málo, o to zajímavější je, že sám Komenský se dožil 78 roků.

Shrneme-li kalendářní rozdělení životních etap vývoje jedince, ukáže se nám několik nedostatků. Jednotlivé biologické a psychické složky osobnosti dozrávají intraindividuálně a interindividuálně, tedy například myšlení jedince se rozvíjí jinak rychle a kvalitně než motorika, a dva jedinci téhož kalendářního věku nejsou na stejné fyzické a duševní vývojové úrovni. Proto byla vypracována i jiná pojetí věku, která berou v ohled jak rozdíly mezi jednotlivci, tak rozdíly mezi vývojem jednotlivých struktur osobnosti.

Na rozdíl od věku chronologického se biologická koncepce věku orientuje na tělesný vývin jedince a stáří člověka je dáno stavem organismu a kvalitou jeho funkcí. Biologický věk zjistíme porovnáním tělesného stavu jedince se stavem těla druhého jedince stejného chronologického věku, tedy biologický věk se nemusí s kalendářním věkem shodovat.

Do tohoto pojetí se zařazuje věk anatomický, fyziologický, karpální a dentální. Anatomickým věkem se rozumí popis stavu kosterní soustavy jedince, fyziologický věk se orientuje vzhledem k porovnání metabolických funkcí, endokrinní činnosti a funkce nervové soustavy. Podle zralosti zápěstních kůstek se určuje věk karpální. Toto pojetí stáří organismu se využívá především u předškolních dětí k testu školní zralosti, kdy vyvinuté zápěstní kůstky dovolí dítěti správně držet tužku a jemnými motorickými pohyby nakreslit postavu pána. Rovněž stav dentice je určujícím faktorem k odhadu stáří jedince.

V průběhu ontogeneze se mění jak vzezření těla, tak i jeho vnitřní struktura. V první třetině života (asi do 20 let) je charakteristický progresivní nárůst počtu tělesných buněk a zkvalitnění jejich funkce. Dochází k růstu svalové hmoty, diferenciaci motorických pohybů a jejich zpřesňování, mozek se v této době nejvíce rozvíjí a jeho funkce jsou nejlépe trénovatelné a plastické. Dosažením stadia kulminace (asi 30 – 45 let) se jedinec ocitá na pomyslném vrcholu svého fyzického vývoje. Překročením 45. roku života se jedinec přesouvá do období involuce, tedy postupné tělesné i psychické degradace. Kvality výkonových funkcí pohybového aparátu i mozku se postupně snižují. Motorika již není tak

vytříbená a energická, kognitivní schopnosti pozbývají na plastičnosti (Novotná, Hřichová, Miňhová, 2004, s. 24).

Na otázky typu proč tělo prochází takovýmito změnami a proč nejsme stále mladí, odpovídá několik teorií stárnutí. Buňky lidského organismu prožívají sedmiletý cyklus, na jehož konci zanikají a místo nich se vytváří buňky nové. Jedinou výjimku tvoří neurony, které jsou po zániku nenavratitelně pryč a bez možnosti jejich náhrady. Počet obnov konkrétní tělesné buňky je ale limitován stářím daného organismu. Existují i další teorie příčin stárnutí, jako je například teorie naprogramovaného stárnutí, teorie postupného opotřebení, teorie volných radikálů či teorie buněčného odpadu, kdy odpad vyloučený buňkou zůstává uvnitř a znečišťuje ji (Stuart-Hamilton, 1999, s. 22).

Degradace buněk způsobená těmito faktory má za následek celkovou změnu struktury a funkce organismu, tedy i tělesný vzhled. Právě porovnáním takového stavu jedince s jinými jedinci stejného kalendářního věku zjistíme jeho skutečný biologický věk. Věk kalendářní a biologický se může také výrazně lišit v období ukončení pracovního poměru a odchodu do penze. Věk pro nárok na starobní důchod se v různých státech i obdobích mění. V roce 1989 v ČSFR věk pro odchod do důchodu činil pro ženy 57 a pro muže 60 let. Dnes se důchodový věk vypočítává dle data narození, pohlaví, a u žen dle počtu vychovaných dětí.

Pomocí kalkulačky na internetových stránkách Ministerstva práce a sociálních věcí lze tento věk snadno vypočítat. Pro představu bezdětná žena narozená v dubnu roku 1990 má nárok na starobní důchod v roce 2059, tedy v jejích 69 letech, ale pouze pokud byla získána doba pojištění alespoň 35 let. Při získání doby pojištění kratší než 35 let a ne méně než 20 let vznikne nárok na starobní důchod o pět let později, čili až bude ženě 74 let. Předčasný důchod je za dalších podmínek pro tuto ženu možný ve věku 64 let (URL 1).

Zde je problém právě v rozdílnosti věku chronologického a biologického, kdy můžou mít dva lidé stejného věku naprosto rozdílný zdravotní stav. Výhoda tohoto systému vzniká pro jedince, kteří se v 60 letech cítí dobře, vedou aktivní život a chtějí nadále pracovat. Velká nevýhoda je v bezohlednosti na druh práce, kterou člověk celý život vykonával. Jedinec pracující v kanceláři bude pravděpodobněji spíše schopen dále pracovat až do 70 i více let, než jedinec vykonávající těžkou manuální práci.

Vzhledem ke způsobu výpočtu důchodového věku se odchod do penze bude nadále oddalovat. Pro pojištěnce narozených po roce 1977 se k věku 67 let přičte počet kalendářních měsíců, které odpovídají dvojnásobku rozdílu jejich roku narození a roku 1977. Tedy žena narozená v roce 2013 se odchodu do starobního důchodu dočká v 73 letech. Otázkou je, zda

se najde zaměstnavatel, který si bude chtít takto starého člověka udržet v pracovním poměru nebo ho s ním navázat.

Věk jedince nemusí být posuzován jen na základě data narození či analýzy biologického stavu jeho tkání a orgánů, ale také podle jedincovo využitých schopností – funkčního věku. Uveďme si nejprve jeho základní definici podle Hartla a Hartlové (2000, s. 667): „*Poměrný věk, ve kterém se objevuje určitý soubor schopností a z nich odvozených dovedností, jejichž výkon ukazuje, jak dobře si jedinec vede v porovnání s vrstevníky*“. Věk se tedy hodnotí především podle využitého potenciálu jedince, kterým disponuje.

Zde se ale dle Pacovského (1990, s. 16) nachází úskalí použití v praxi. Nelze stanovit přesný standard, dle kterého by se věk jedince hodnotil, ani neexistují objektivní vyšetřovací metody měřící funkční věk. Obrazně vzato lze funkční věk orientačně zhodnotit porovnáním aktivity a výkonu jedince s druhými stejného kalendářního věku. Představme si příklad: sedmdesátiletý pan A je schopen bez velkého úsilí ujít 3 kilometry za hodinu a půl, stejně starý pan B ujde tuto vzdálenost za dvě hodiny s obtížemi, pan C neujde ani zlomek této vzdálenosti kvůli rozvinuté artróze v kolením kloubu. Problém je ale právě v objektivizaci, protože organismus každého jedince je dle výše uvedených teorií stárnutí jinak naprogramován a ovlivňován různými faktory. Páni A, B a C mají každý jinou genetickou výbavu, byli vychováváni k jiným hodnotám, jinak se stravovali, jinak sportovali, chodili do různých zaměstnání, byli vystaveni různé míře stresu. Na první pohled se zdá, že zdravotně je na tom nejlépe pan A. Z hlediska funkčního věku by se ovšem mohl rovnat panu B, který vynaložil veškeré své úsilí k dosažení co nejvyššího výkonu, protože pan A nevyužil celou část svého funkčního potenciálu, kdy by byl schopen ujít vzdálenost tří kilometrů za hodinu. Pan C sice zcela zaostává v pohyblivosti za panem A a B, ale překoná je v kognitivní rovině, neboť jeho paměť je výkonnější, přemýšlení pružnější a efektivněji řeší různé úkoly.

Funkční věk je nejobtížněji měřitelný, je potřeba zhodnotit všechny složky jedince, fyzickou, psychickou i sociální, vzít v ohled dosavadní vývoj těchto složek, ohodnotit výkon jednotlivých schopností a dovedností, zda jedinec využívá veškerého svého potenciálu, a porovnat je s výkonem stejně starých jedinců. Při posuzování věku staršího člověka bychom se měli orientovat podle této poslední koncepce, neboť počet prožitých roků ani množství vrásek na čele nemusí znamenat zhola nic. Jsme tak staří, na kolik se cítíme.

1.2 Senior v dnešní společnosti

Světová zdravotnická organizace definuje stařecký věk jako „*období života, kdy poškození fyzických či psychických funkcí se stává významně manifestní při srovnání s předešlými životními obdobími*“ (Haškovcová, 1990, s. 56). To je příčinou toho, jak lidé přistupují ke starým lidem okolo sebe i k vlastnímu stáří. V historii se tento vztah ke stáří měnil. Vzhledem k tomu, jak nízkého věku se většina lidí dožívala, znamenal vysoký věk pro společnost něco výjimečného, žádaného a ctěného. Stáří se rovnalo moudrosti, zkušenostem a úctě. Nejstarší členové vládli společnosti a rozhodovali o její budoucnosti, a i když nejstarší neseseděli u moci, prokazovala se jim úcta.

Vedle respektu se pěstovala i nelibost ke stáří jako k období nemoci, bolesti, ztráty samostatnosti a blížící se smrti. Člověk se přirozeně bojí negativních vlastností stáří. Pud sebezáchovy nám napovídá vyhýbat se bolesti a chorobám. Stáří je ale přirozený proces v životě každého živého organismu, který lze zpomalit ale ne zastavit. Senioři se v dnešní době ocitají v nelehké situaci. Jejich populace vzrůstá a zbytek společnosti je může vidět jako ekonomickou přítěž, pokud se jejich prodlužující se život nestane déle aktivním a nezávislým. Lidská společnost je naštěstí v základě solidární a cítí potřebu zachovat život jakéhokoliv jedince a pečovat o něj, pokud už to není v jeho vlastních silách.

1.2.1 Populace seniorů aneb stárnoucí společnost

Je již ve všeobecném povědomí i statisticky dokázáno, že společnost stárne, tedy že se výrazně mění poměr populací různého věku. Rodí se méně dětí, střední ekonomicky aktivní vrstva se tenčí a naproti tomu přibývá jedinců starších 65 let. K prokazování takovýchto skutečností se využívá tzv. demografie, neboli věda o počtu, struktuře, růstu a rozmístění obyvatelstva.

V demografii se jako staří lidé popisují jedinci starší 65 let. Podle poměru starých občanů a zbytku populace se hodnotí demografické stáří dané společnosti. Dle OSN je demograficky stará společnost taková, která překročí hranici 7 % obyvatel starších 65 let. V roce 1980 se na prvních příčkách umístilo Švédsko s 16 % a Německo s 15 %, tehdejší ČSFR dosáhlo více jak 12 %. Evropa jako celek s 12 % předčila ostatní kontinenty, kdy například oba americké kontinenty dosáhly 7 %. Prognózy OSN z roku 1983 pro rok 2025 poukazují na možný nárůst celosvětové populace starších na téměř 14 % (Pacovský, 1990,

s. 22). Tyto předpoklady se zjevně naplňují, neboť dle WHO v dnešní době tvoří lidé starších 60 let 11 % světové populace, přičemž do roku 2050 dosáhne 22 % (URL 2).

Stuart-Hamilton (1999, s. 13) popisuje dva druhy společnosti v historii. Starší typ pyramidové společnosti z počátku dvacátého století se zakládá na široké základně mladých a úzkém vrcholu starších obyvatel. Dnešní moderní společnost pojímá pod každou věkovou dekádu stejný počet obyvatel, proto je popisována jako „obdélníková společnost“. Počet starších se zvyšuje až s nadcházejícími společenskými vymoženostmi, s rozvojem zdravotní péče, sociálních služeb a ekonomického zázemí.

V historii nebyly podmínky pro dosažení vyššího věku vůbec přívětivé. Poukazuje na to skutečnost, že ve starověkém Řecku a Římě se lidé jen stěží dožili v průměru více než 25 let. Dlouhá staletí se v Evropě situace neměnila, až na počátku devatenáctého století se šance na dožití 30. roku zvýšily, v roce 1940 činil průměr délky života 50 let, v osmdesátých letech minulého století dosáhla střední délka života¹ hodnot 72 let u žen a 68 let u mužů (Haškovcová, 1990, s. 61).

Přáním a tužbou všech lidí na světě je dožít se vysokého věku zároveň při pevném zdraví. Mnozí lidé ale se svým zdravím neumějí zacházet, anebo ho nemohou ovlivňovat kvůli nepříznivým zdravotním, finančním či jiným podmínkám. Proto Světová zdravotnická organizace vytvořila program „Zdraví pro všechny do roku 2000“ a na něj navazující program „Zdraví pro všechny v 21. století“. Cílem bylo, mimo jiné, dosáhnout takových podmínek, aby střední délka života obyvatel dosahovala 75 let (viz 4. kapitola). Podle SZÚ (2006, s. 38) v ČR v roce 2005 činila střední délka života při narození u dívek 79,1 let a u chlapců 72,9 let.

Ačkoliv je snaha o prodloužení lidského života sebevětší, přírodní zákony hovoří nekompromisně. Délka života každého živočišného druhu je geneticky omezená. Tohoto maximálního věku se jedinec může dožít, ale nemůže ho překročit. Maximální délka života se pro jednotlivé druhy živočichů liší. Příhoda (1974, s. 429) uvádí potencionální nejvyšší věk pro myš 3 roky, pro psa 23 let, kočku 31, pro slona 100 a pro člověka 113 let.

Konkrétně u lidského druhu jsou z minulých staletí známy až fantastické případy dožitého věku. S největší pravděpodobností a s jasným vědeckým úsudkem se pověsti o stopadesátiletých, dokonce o stoosmdesátiletých stařečcích nacházejí krajně mimo realitu.

¹ Rozdíl mezi průměrným věkem a střední délkou života. Průměrný věk: sečtená prožitá léta zemřelých se dělí počtem zemřelých; střední délka života: očekávaná doba dožití u právě narozeného. Jako přesnější údaj se častěji uvádí střední délka života (Haškovcová, 1990, s. 61).

Jednalo se o vědomé podvody, kdy lidé přebírali rodný list po svých rodičích, či nevědomě díky neznalosti svého věku a špatné evidenci novorozenců.

Za zmínku stojí Turek Zaro Aga, který zemřel v roce 1934, načež úřady potvrdily jeho narození v roce 1770, údajně se tedy dožil 157 let. Ověřeného věku 113 let dosáhl Pierre Joubert (1701 – 1814), John Turner (1856 – 1968) dosáhl 112 let (Příhoda, 1974, s. 430 – 431). V červnu roku 2013 zemřel nejstarší člověk planety, Japonec Džioremon Kimura, který se narodil roku 1897 a dožil se neuvěřitelných 116 let.

Věk je tedy geneticky zakódovaný v řetězcích RNA a DNA, čili v nukleových kyselinách nesoucích dědičnou informaci. O předpověď dožitého věku lidských jedinců se pokoušel už Benjamin Ward Richardson (1898) a to na základě dědičnosti: *„Zjistí věk obou svých rodičů a čtyř prarodičů v den jejich úmrtí, sečti je a děl součet šesti. Sečti věk svých sourozenců, děl součet jejich počtem a srovnej se šestinou sumy věku svých rodičů a prarodičů.“* (Příhoda, 1974, s. 433). Tento model výpočtu se sice zakládá na existenci role dědičnosti při programování možné délky života jedince, ale opomíjí ostatní, zejména exogenní faktory, jako jsou strava, pohyb, teratogeny apod.

Rozdíl se nachází také u obou pohlaví, kdy ženy dosahují vyšší střední délky života. Ve třicátých letech se ženy dožívaly v průměru o 3 roky více než muži, v letech osmdesátých tomu bylo už o 7 let více (Pacovský, 1990, s. 24). Na druhou stranu ženy podléhají nemocím oběhové soustavy ve větší míře než muži. Dle Ústavu zdravotnických informací a statistiky ČR (2013, s. 11) v roce 2012 způsobovaly nejvíce úmrtí mužů nemoci oběhové soustavy (44,3 % úmrtí) a zhoubné novotvary (27,5 %), ženy umíraly nejčastěji taktéž na tato onemocnění ale v míře 53,8 % a 23 %.

Ve své podstatě se lidský věk neprodlužuje, nýbrž se čím dál tím více přibližujeme onomu naprogramovanému maximálnímu věku 110 – 120 let. Hlavní příčinou je nižší úmrtnost novorozenců, zredukování dětských nemocí, zvýšení úrovně zdravotní péče, technické a vědecké pokroky, zlepšování environmentálních podmínek, zabezpečení sociálně slabých a zvyšující se povědomí o důležitosti zdravého životního stylu. Lidé by si měli uvědomit, že dlouhého, kvalitního a zdravého života dosáhnou správnou životosprávou a prevencí, nikoliv následnou lékařskou péčí, která řeší až důsledky zanedbaného stylu života.

2 ZMĚNY VYVOLANÉ STÁRNUTÍM

2.1 Tělesné a funkční změny

Pojem stárnutí v sobě ukrývá soubor určitých procesů a změn. Po oplození vajíčka spermií se buňky množí a rostou, aby utvářely nové orgány. Po narození dochází k dalšímu vývoji, růstu a specializaci orgánových soustav a k vylepšování jejich funkce. Časem v životě nastává fáze, kdy se tato evoluce mění v involuci. Buňky degradují a zanikají, orgány se zmenšují a jejich vlastnosti se co do kvality i kvantity snižují. Tyto změny viditelné i na vnější schránce lidského těla mají také dopad na fungování celého organismu.

Základem stavby lidského těla je kostra. Udává výšku postavy, její tvar, je nositelkou všech orgánů a spolu se svaly umožňuje pohyb. Proto se její stárnutí negativně odráží především na celkovém vzezření těla a funkci pohybového aparátu. Samotné zmenšování postavy není způsobeno zkracováním kostí, ale atrofií meziobratlových plotének, což má na následek sesedání obratlů. Příhoda (1974, s. 246 – 247) popisuje výzkumy provedené V. Fetterem a K. Hajnišem, které dokazují snížení postavy od 20 do 60 let u mužů o 1,7 cm a u žen o 2 cm. Jean Rostand dokonce tvrdí, že člověk se do 85 let zmenší dokonce až o 13 cm, jiní autoři mluví o více jak 1 cm každých 20 let od zakončení růstu.

Mění se také stavba a složení kostí. Kost se zužuje v průměru, vlivem osteoporózy a odvápnění se stává lehčí a křehčí, čímž se snižuje její výdrž proti mechanickému poškození. Uvnitř kloubů se vytvářejí osteofyty, které narušují jejich hybnost a poškozují kloubní chrupavku, mohou být také příčinou vzniku artrózy. Důsledků těchto fyziologických změn na kostře je několik. Každý si jistě všiml, že většina starších jedinců chodí rozvážněji, pomalu, jejich pohyby nejsou již tak plynulé, pohybový rozsah je snížen, motoriku rukou doprovází třes. Starý ale neznamena nemohoucí. Záleží na mnoha faktorech, jako jsou dědičnost, životní styl a environmentální vlivy, které ovlivňují funkci stárnoucí kostry.

Na kostru se upíná příčně pruhované svalstvo zajišťující její pohyb. Ani to není ušetřeno chátrání. Svalová vlákna ztrácí svoji pružnost a sílu, dochází k významnému úbytku svalové hmoty, což má za následek snížení kvality držení těla a větší svalovou unavitelnost. I pravidelně cvičící jedinci tyto změny ve stáří pociťují, přesto je pro pohybový aparát prospěšnější v aktivním pohybu pokračovat.

Kolem 40 % lidí nad 60 let trpí nemocemi motorického systému, které omezují pohyb a mají dopad jak na společenský život, tak na psychiku člověka, kdy je izolován, není

soběstačný a rezignuje na pohyb. Dlouhodobé ležení způsobuje zvýšení křehkosti kostí a ochabnutí svalů, což ztěžuje zpětný návrat do pohybového režimu (Zavázalová et al. in Vágnerová, 2007, s. 405). Marie-Paule Dessaintová (1999, s. 22) upozorňuje, že ve věku 20 – 70 let mizí u člověka až 40 % svalových vláken, v 80 letech života přichází žena dokonce o 80 %. Jak autorka vysvětluje, souvisí to s navýšením podílu tuků v těle o 25 %, a to i bez ohledu na změnu celkové tělesné hmotnosti. Ta se ve většině případů se stářím mění. Z. G. Frenkel zjišťoval průměrnou váhu obyvatel Belgie od 40 – 90 let. U mužů se snížila z 63,7 kg na 57,8 kg, u žen z 55,2 kg na 40,4 kg (Příhoda, 1974, s. 248).

U jednotlivých orgánů dochází k jejich atrofii čili k „*zmenšování či chřadnutí normálně vyvinutého orgánu nebo jeho částí*“ a ke změnám v jejich funkci (Hartl, Hartlová, 2000, s. 62). U jater dojde ke zpomalení činnosti, což zapříčiní potíže s trávením tuků, močový měchýř ztrácí svoji elasticitu a může dojít ke vzniku inkontinence, plíce snižují svoji kapacitu a klesá množství vstřebávaného kyslíku. Snižuje se také elasticita plicní tkáně a narůstá množství tkáně spojovací, která pozbývá funkčnosti. Mladá růžová barva plic šedne.

Je ovšem důležité podotknout, že plíce jsou orgány trénovatelné, protože při pravidelné fyzické aktivitě se zvyšuje jejich kapacita i u starších osob, proto by pohyb měli nadále vyhledávat. Trávicí trubice je jako jedna z mála involučních změn ušetřena, stárí se na ní podepisuje jen obtížnějším vstřebáváním živin. Proto Příhoda (1974, s. 272) doporučuje omezit příjem cukrů a živočišných tuků kvůli snížení produkce slin a trávicích enzymů.

Motorem celého těla je srdce, které pumpuje cévami krev spolu s kyslíkem a živinami do všech tkání a ústrojí. Jako u většiny orgánů dochází po šedesátém roce k redukci váhy srdečního svalu a u velmi starých lidí i k výraznému zmenšení. Mnohem více než na velikosti a váze srdce záleží na stavbě a struktuře, které ovlivňují jeho funkci. Vnitřní tkáň tuhne, chlopně ztrácí pružnost, dochází k usazování vápníku a ke snížení bioelektrické aktivity (Příhoda, 1974, s. 271). Ve stáří proto klesá jeho výkonnost a k práci spotřebovává více energie. Cévy přicházejí o elasticitu a jejich průsvit se zužuje, proto mají starší lidé vysoký systolický krevní tlak a nižší diastolický. Stuart-Hamilton (1999, s. 26) uvádí příklad snížení výkonu srdečního svalu, kdy srdce muže v 75 letech pracuje ze 70 % co v jeho 35 letech. Ukazuje ale také na skutečnost, že cvičením a vhodnou stravou se degenerace tohoto orgánu zmírňuje.

Cerebrum – lidský mozek – je „*řídící orgán; je považován za nejsložitější strukturu vesmíru; skládá se z 25 – 100 miliard buněk a až ze 100 bilionů jejich synapsí; tvoří jen 2% z celkové hmotnosti těla dospělého člověka; ale spotřebovává 20 % kyslíku; v průměru váží*

1470 g u muže a 1280 g u ženy“ (Hartl, Hartlová, 2000, s. 328). Takto důležitý a komplikovaný orgán prochází i komplikovaným procesem vývoje a stárnutí. S konečným počtem mozkových buněk – neuronů – se již narodíme, jejich množství se nezvyšuje, ovšem pokud neuron zanikne, je nenávratně ztracen a jeho funkci přebírají přeživší neurony.

Stuart-Hemilton (1999, s. 39) odumírání neuronů ve stáří připisuje sníženému přívodu krve do mozku a tím zmenšení přísunu kyslíku. Příhoda (1974, s. 262) uvádí, že v deseti letech proudí 90 ml krve na 100 g mozku za minutu, v 68 letech je to o polovinu méně. Mozek stárnutím také ztrácí na váze, v průměru je to ve stáří u obou pohlaví asi o 100 g méně oproti dospělosti. Dochází i k určitým změnám, klesá rychlost vedení signálů neurony a tím i schopnost učit se nové věci, snižuje se rychlost reflexů, změny v mozečku způsobují pomalejší a méně jemnou motoriku, úbytek neuronů v kůře a v hippokampu má dopad na psychické funkce a paměť.

S věkem se mění i kvalita našich smyslových orgánů, prostředníků mezi okolím a naším mozkem, přičemž největší význam má pro získávání informací zrak. Podle Stuart-Hamiltona (1999, s. 27 – 30) potřebuje zhruba $\frac{3}{4}$ starých lidí optické pomůcky, nejčastěji brýle. Tato část populace trpí především sníženou schopností akomodace oční čočky vedoucí k rozvoji presbyopie neboli stařecké dalekozrakosti. Dále může senior trpět šeroslepostí, zmenšením zorného pole a zhoršením periferního vidění. Daleko závažnějšími onemocněními zrakového aparátu jsou šedý zákal – zakalení oční čočky a pokles zrakové ostrosti, či zelený zákal – zvýšení nitroočního tlaku a poškození zrakového nervu.

Degenerativní změny ve stáří se podepisují také na sluchu. Ve věku 74 – 79 let trpí vážnými sluchovými vadami 12 % mužů a 4 % žen. Příčin obtíží se sluchem je několik. Sluchový nerv zeslábl, sluchové kůstky tvrdnou a tím hůře přenášejí zvuk zejména o vysoké frekvenci, atrofuje Cortiho orgán, který vytváří ze zvukových vln nervové impulsy (Příhoda, 1974, s. 258; Stuart-Hamilton, 1999, s. 31).

Nejčastější vadou sluchu je u starých lidí presbycusis – nedoslýchavost. Sluchové vady mají možná závažnější dopad na sociální život seniora než vady zrakové, protože se cítí podrážděný a nervózní. Neví, o čem si druzí povídají, proto je podezírá a straní se jim. Často je druhými díky nedoslýchavosti také mylně podceňována jeho inteligence. Paradoxem je, že staří lidé se nestydí za špatný zrak a bez ostychu nosí brýle, ale při problémech se sluchem je naslouchátko zdrojem studu. Mühlpachr (2005, s. 116) popisuje rehabilitace zaměřené na tyto problémy se sluchem, kdy se klienti učí odezírání ze rtů, komunikaci s rodinou, samostatnosti a nezávislosti.

Vliv na životní styl starších osob mají taktéž změny v chuti a čichu. Ubývá čichových i chuťových buněk, proto u starších lidí klesá senzitivita pro veškeré druhy chutí a pachů, přičemž nejmarkantněji je tomu u kuřáků. Následkem je menší chuť k jídlu až nechutenství, což může zapříčinit výraznou ztrátu tělesné hmotnosti a nedostatečný přísun živin, který proces stárnutí tkání podporuje.

Důležité je také zmínit degenerativní změny v kůži, která se ztenčuje, vysušuje, ztrácí pružnost, vytváří se na ní vrásky a pigmentové skvrny. Mimoto se v kůži nacházejí receptory pro vjem chladu, tepla, doteku a bolesti. Jejich senzitivita v období stáří klesá, proto se jejich práh nejmenšího vnímaného podnětu zvyšuje (Stuart-Hamilton, 1999, s. 34).

Stáří je spojeno spolu s chátráním tělesné schránky. Jak již bylo řečeno, záleží však na mnoha okolnostech. Z velké části je v naší moci ovlivnit, jak moc bude biologický věk našeho těla odpovídat jeho skutečným prožitým rokům. Genetickou výbavu sami jen těžko ovlivníme, ovšem je v našich silách dodržovat zásady správné životosprávy, aby naše tělo bylo i ve stáří zdravé, funkční a aktivní.

2.2 Změny psychické

Stáří má dopady nejen na tělesnou schránku člověka, ale i na jeho psychickou a duševní stránku. V dřívějších letech se zaobíralo spíše fyzickými změnami a jak je zpomalit či dokonce zvrátit. Psychická stránka stáří zůstala ve velké míře bez pozornosti. Společnosti se především starala o přežití dítěte a dosažení středního věku. Starších jedinců bylo poskromnu, proto nebyla taková potřeba se na ně speciálně zaměřovat. Dnes zájem o duševní pochody ve stáří spolu s populací seniorů roste.

Již v antice Aristoteles popsal rysy a vlastnosti vystihující právě starší generaci: „*Bývají nestálí, s příliš slabým zápalem se všeho chápou. Jsou nerozhodní, nejistí, vůči všemu podezřívaví. Ani jejich láska nebývá silná. Netouží už jako kdysi převrátit svět, touží pouze po tom, co je životu potřebné. Stávají se lakomí, sobečtí, nešlechtní a bázlivi. Uzavírají se do sebe, milují vzpomínky.*“ (Aristoteles tím povahu stáří považuje za přesný opak povahy mládí Haškovcová, 1990, s. 90).

Cicero před 2 000 lety poukázal i na pozitiva stárnutí, že ne každý starý člověk musí být na obtíž. Také vytyčil fakt, že negativní vlastnosti starých jsou vady povahy, nikoliv věku. Je známo, že stáří zvýrazňuje některé vlastnosti osobnosti – zvláště ty negativní. Kdo býval

v mládí opatrný na peníze, ten je ve stáří lakomý, kdo byl nepřejícný, stává se závistivým apod.

Ve stáří se celkově zplošťují emoce, paradoxně zároveň spolu s nárůstem citové nestálosti. Každý první dojem vyvolává intenzivní pocity, které se s dalším opakováním zmírňují, až jsou přijímány s lhostejností. Vlivem nespočetných zkušeností a zážitků se starý člověk stává jakoby imunním vůči emocionálním podnětům, protože jim podobné už s největší pravděpodobností zažil. Oproti tomu jsou starší lidé více lítostiví, plačtiví a častěji produkují výbuchy vzteku. Příčin takovýchto změn v citovém prožívání je několik. Vžitím se do kůže seniora vidíme nemálo zásadních životních událostí – odchod z pracovního života, zhoršení zdravotního stavu, relativní společenská izolace, strach ze smrti partnera či jeho ztráta, obavy ze zachování vlastní soběstačnosti. Tyto skutečnosti mají dopad na jedincovu psychiku, kdy se může stát úzkostlivým, negativistickým, uzavřeným a mrzutým.

Vágnerová (2007, s. 334 – 335) vysvětluje změny emotivity z hlediska neurofyzologie. Velký vliv na sklon k prožívání emocí má temperament, který je vrozený a tudíž i vcelku stálý. Temperament je podřízený funkci centrální nervové soustavy, kdy emoce mladých lidí závisí spíše na podkorových systémech, u starších osob je v emotivitě více aktivní korová oblast, proto starší mívají větší kontrolu nad svými emocemi. Zmíněnou citovou labilitu má na svědomí narušení funkcí CNS různými nemocemi, či kolísáním krevního tlaku a nestabilním prokrvováním mozku.

Starší lidé se stávají více egocentrickými, kdy díky většímu emocionálnímu otupení dojde k nezájmu o druhé osoby. Starší člověk se zaobírá více sebou, svými neduhy, může mít pocit, že se mu ostatní málo věnují a pozornost si vynucují stěžováním si a vyčítáním. Co se týče manželské intimity, dochází k zaměření se na společné porozumění, soužití, na praktické každodenní záležitosti a tělesnost se obrací v duchovno. Příčinou je pokles produkce pohlavních hormonů, což ale nemusí mít nutně za následek úplné vymizení sexuality. Ta může být zachována i do vysoké dlouhověkosti.

Jedním z dalších psychických rysů stáří je také snížená adaptace na změny. Říčan (1990, s. 376) polemizuje nad jejími příčinami, zda se jedná o vymizení duševní flexibility, či se jedná o změny, které jsou častěji spojené se ztrátami. Jedná se např. o úmrtí partnera či blízkého přítele, o ztrátu pevného zdraví, vlastních sil a soběstačnosti. To může mít za následek přesun do domova pro seniory, což je další markantní změna v životě seniora. Staří nemají oproti mladým lidem tolik nástrojů a možností, jak se s těmito ztrátami a změnami vyrovnat. Jednotvárnost a stereotyp se u starých lidí objevují ve všech oblastech

života, odmítají nové postupy a žijí svými hluboce zakořeněnými zvyky tak, jak jim to vyhovuje. Ke všemu neprobádanému přistupují se strachem, nedůvěřivostí a odporem.

Zajímavým úkazem ve stáří je pozvolné zvýraznění introverze. Jedinci dříve extravertní, otevření, jsou nyní o něco více uzavření do sebe, zahloubání, nevyhledávající tolik společenský styk. Tyto změny přicházejí zhruba už kolem čtyřicátého roku. „*Introverze je oporou emoční stálosti. Řečiště někdejších afektů se reguluje. Vášně snad nejsou už tak šířavé. Tvrdíme, že jejich místo z větší části zaujímá rozum.*“ (Pondělíček, 1987, s. 69)

I přes možný nárůst uzavřenosti do sebe staří lidé kontakty s lidmi zcela nezamítají, naopak s rodinou a vrstevníky je vyhledávají. Manželský partner a dobré vztahy s ním mají velmi pozitivní vliv na dobré emoční ladění. Styk s vrstevníky poskytuje potvrzení vlastního já a porozumění. Vnoučata jsou zdrojem i cílem lásky, radostí i starostí, vyvolávají hezké vzpomínky na vlastní dětství a zahání chmurné myšlenky.

V důsledku stárnutí dochází v psychické oblasti nejen ke změnám emočního prožívání, ale také ke změnám kognitivních funkcí. Jak bylo uvedeno již výše, ve stáří ubývá mozková tkáň, klesá její hmotnost a ubývá počet synapsí. Dle Vágnerové (2007, s. 316) se tyto změny projeví nejdříve ve fylogeneticky nejmladší oblasti – prefrontálním kortexu, umístěném za očima a čelem, což se promítne především na zhoršené paměti.

Paměť: „*Schopnost přijímat, držet a znovu oživovat minulé vjemy; často je charakterizována jako uchování informace o podnětu, který už nepůsobí.*“ (Hartl, Hartlová, 2000, s. 390). Paměť můžeme v základě rozdělit na dva hlavní vzájemně pracující typy – krátkodobá a dlouhodobá. Krátkodobá paměť slouží k uložení a přechování informace po takovou dobu, která je potřebná pro její zpracování, tedy několik minut. Následně je informace ztracena, či se přesouvá do dlouhodobé paměti v závislosti na její důležitosti a vlastnostech. Do dlouhodobé se zařazují data důležitá k přežití, intenzivní zážitky, silné zkušenosti apod.

V krátkodobé paměti dochází ve stáří k většímu úbytku, oproti tomu ta dlouhodobá zůstává mimo patologii téměř nedotčena. Proto si starší lidé vybavují snadněji, co se událo před čtyřiceti lety, než co dělali dnes ráno. Ovšem informace uložená v paměti po celý život – zvláště pokud nebyla dlouho vyvolána – bývá z paměti nepřesně vybavena a senior si chybějící mezery doplňuje smyšlenými údaji, či vidí vzpomínky v jiném světle, než jak se udály.

Jedny z příčin zhoršení paměti, které je téměř charakteristické pro období stáří, jsou kolísání cukru v krvi, somatická onemocnění a již zmíněné změny v oblasti čelní kůry. Stuart-

Hamilton (1999, s. 76) vysvětluje snížení vstřípivosti, které je z velké části způsobeno redukovanou schopností koncentrace. Soustředění zůstává relativně dobře zachováno při působení jednoho podnětu, zvláště u dobře známých činností. Při rušivých elementech se koncentrace u nových činností vytrácí a jedinec se na daný podnět nesoustředí dostatečně dlouho, aby ho analyzoval a zapamatoval si jej.

Ani inteligence není zcela ušetřena vlivů stárnutí. Je to ovšem z větší části způsobeno zpomalením mentálních pochodů – prodlužuje se doba, po kterou je nutno nad úkolem přemýšlet. Inteligence se skládá ze dvou hlavních složek, krystalické (získaná) a fluidní (vrozená) inteligence. Stuart-Hamilton (1999, s. 55) uvádí výzkum krystalické a fluidní inteligence na vzorku 600 dobrovolníků ve věku 50 – 79 let. V průměrných výsledcích získané inteligence nebyly nalezeny žádné důležité rozdíly, ale ve výsledcích testů vrozené inteligence došlo k poklesu. Nemusí to být nutně způsobeno pokročilým věkem jedince, protože kolem 12 % sedmdesátiletých dosáhlo v testech odpovídajícímu výsledku mladších jedinců. Pokles rozumových schopností je individuální a je především zapříčiněn biologickými změnami v mozku.

Výrazný úbytek rozumové složky je důsledkem chorobných procesů, jako je například Alzheimerova nemoc, nejčastější příčina demence². Dle MPSV je 10 % skupiny ve věku 80 – 85 let postiženo některým typem demence, přičemž s rostoucím věkem toto procento stoupá. Dále uvádí, že v Evropské unii žije 7,3 milionů lidí postižených demencí. Toto číslo se má v roce 2040 zdvojnásobit (URL 3).

V třetím věku se transformuje i myšlení. Pro adolescenci je charakteristické abstraktní myšlení, které v postproduktivním věku ubývá. Proto staří lidé nevytváří nové nápady a teorie v takové míře, jako tomu bylo za jejich dospělosti. Myšlenky seniorů se celkově ubírají retrospektivním směrem, kdy se myšlení opírá o dřívější zkušenosti, proto mají starší lidé sklon ke konzervatismu, stereotypii a lpí na v minulosti vytvořeném úsudku (Příhoda, 1974, s. 331; Haškovcová, 1989, s. 96 – 97).

Stárnutí má zjevně neblahý vliv na tyto kognitivní procesy, to se ovšem nemusí objevit u všech jedinců. Známe mnoho osobností, které přinesly lidstvu významné objevy a díla až v pokročilém věku, např. B. Franklin, Ch. Darwin, J. W. Goethe, Leonardo da Vinci a další. Záleží jak na genetických predispozicích a na dosaženém vzdělání, tak na míře využívání a

² Projevy demence: „*poruchy paměti, potíže s orientací v čase a prostoru, poruchy rozumových schopností, motorické potíže, poruchy poznávání předmětů a lidí, poruchy řeči a poruchy chování*“ (Pichaud a Thareauová, 1998, s. 91).

trénování mozku. Na mentální tělocvik není pozdě v žádném věku, ať už se jedná o luštění křížovek, četbu knih, či učení se nové dovednosti, třeba i cizímu jazyku. Trénování mozku obnovuje a udržuje synaptická zapojení, oživuje paměť, osvěžuje mysl a zabraňuje rychlému a výraznému úbytku rozumových schopností.

2.3 Změny v sociální oblasti

Během života člověk prochází různými sociálními rolemi, od dítěte a žáka, přes partnera, rodiče a zaměstnance, až po prarodiče a rentiéra. Společenská prestiž jednotlivých rolí je různá, přičemž za nejméně přínosnou společnosti se obecně často považuje právě senior. Odchod do důchodu je významný mezník v životě jedince, neboť se mění dosavadní způsob života, který byl z velké části naplňován právě prací. Člověk si přijde nejistý, lehko nahraditelný, nepotřebný. Zvláště pro muže, zajišťovatele prostředků k obživě pro rodinu, je tento přestup příčinou ztráty sebevědomí. Kromě pocitu užitečnosti člověk ztrácí spojení s kolegy. Už tak často nevychází do společnosti a jeho sociální styky se ve většině případů obrátí k rodině a dlouholetým známým, což postupně může zapříčinit snižování úrovně jeho sociálních dovedností, například komunikace.

V pokročilejším věku bývá komunikace s ostatními často poněkud problematická. Například nedoslýchavý jedinec nemusí správně porozumět kontextu projevu a vyloží si ho jinak. Bývá také paranoidní a vztahovačný kvůli tomu, že neví, o čem si ti druzí povídají. Má pocit, že ho pomlouvají. Starý člověk je celkově pomalejší v komunikaci, v přijetí informace, v jejím zpracování a nalezení odpovědi. Může se tak pro tuto námahu stát, že se komunikaci začne schválně vyhýbat (Pichaud, Thareauová, 1998, s. 84).

Kvalitu komunikace také ovlivňují potíže s krátkodobou pamětí, starý člověk někdy rychle zapomene obsah sdělené informace, či má problém s náhlým vyhledáním správného názvu předmětu, jména, apod. Častým jevem je ztráta empatie, senior se více zaobírá sebou, hovoří o nepodstatných věcech, stěžuje si na všelijaké zdravotní problémy, kritizuje dnešní dobu a opakovaně vypráví notoricky známé příběhy z mládí. Pro druhého člověka, který nemá dostatečnou trpělivost a pochopení, může být rozhovor se starším člověkem nepříjemný.

Největším strašákem seniorů je bezpochyby sociální izolace. Ač některým samota vyhovuje, člověk je v základě typ tvora vyhledávající společnost. Omezení pohyblivosti či její ztráta seniorovi ztěžuje pravidelný kontakt se společností. Pokud starší člověk ovdověl, zdrojem sociálního vyžití zůstávají jeho děti, vnoučata, a přátelé. Starý člověk raději pobývá v rodinném kruhu, či žije tak, jak byl doposud zvyklý. Přesunutím do jiného prostředí –

například do domova důchodců – nastává problém. Mění se dosavadní zvyklosti, denní režim, styky s příbuznými řídnu. Jedinec musí vycházet s novými lidmi a zvykat si na nové prostředí, ve kterém s největší pravděpodobností dožije svůj čas.

Shrnutím této kapitoly můžeme říci, že všechny tři složky – fyzická, psychická i sociální – na sebe navzájem působí. Ztráta pohyblivosti a soběstačnosti vyvolává úzkost a ničí osobní pohodu, to omezuje bezproblémovou komunikaci s okolím, zamezení komunikace má za následek zhoršení psychického stavu, které se projeví somaticky, a takto pořád dokola. Jedná se o bio-psycho-sociální model zdraví, tedy o úzké propojení těchto tří dimenzí, které se navzájem ovlivňují v pozitivním i negativním slova smyslu.

3 ŽIVOTNÍ STYL

Životní styl je v dnešní době každodenně skloňovaný termín. Klade se veliký důraz na vedení zdravého životního stylu jako prostředku k dosažení pevného zdraví a pocitu pohody. Abychom pochopili, co je zdravý životní styl, uveďme si nejprve definici zdraví dle WHO: *„Stav kompletní fyzické, psychické a sociální pohody a ne pouze nepřítomnosti nemoci nebo neduživosti.“* (URL 4). Nejedná se tedy o pouhou absenci choroby, jak je tomu v obecném vědomí často rozuměno a jak se zdraví chápalo v dřívější době.

Zdraví je ovlivňováno nejvíce právě životním stylem, a to z 50 – 60 %, o zbylých 40 % se dělí životní a pracovní prostředí a zdravotní péče (URL 5). Zdraví ale nelze chápat jako něco neměnného, jedná se o vlastnost našeho těla a psychiky, která se chová dynamicky. WHO v programu Zdraví 21 zavedla pojem zdravotní potenciál, tedy maximální úroveň zdraví, ke které může jedinec ve společnosti dospět. Tento nejvyšší možný stupeň je nestálý, během života se mění a je ovlivnitelný jak samotným jedincem, tak i celou společností.

„Životní styl zahrnuje formy dobrovolného chování v daných životních situacích, které jsou založené na individuálním výběru z různých možností. Můžeme se rozhodnout pro zdravé alternativy z možností, které se nabízejí a odmítnout ty, jež zdraví poškozují.“ (Machová a Kubátová, 2009, s. 16). Podle této definice do životního stylu zapadají veškerá naše rozhodnutí, která člověk učiní a která mají dopad na jeho zdraví, byť i nepřímo.

Dle Duffkové, Urbana a Dubského (2008, s. 51) je životní styl *„způsob, jakým lidé žijí – tedy jak bydlí, stravují se, vzdělávají se, chovají se v různých situacích, baví se, pracují, spotřebovávají, vzájemně komunikují, jednají, rozhodují se, cestují, vyznávají a dodržují určité hodnoty, starají se o děti, pěstují potraviny, vyrábějí atd.“*

Podle těchto definic lze říct, že životní styl je takový způsob života a chování člověka, které mají zásadní vliv na naše tělesné, psychické a sociální zdraví. Zásadní roli hraje fakt, že životní styl si volíme sami. Je v naší moci ho změnit a tím i jeho dopady na naše zdraví. Žádný jedinec není naprosto zdravý ani nemocný, celý život se pohybujeme mezi kladným a záporným pólem zdravotního stavu. Jestliže chceme tíhnout ke zdraví a odvrátit se od nemocí, musíme si uvědomit, jak jednáme a jaké to má důsledky.

3.1 Faktory ovlivňující životní styl

Náš způsob života je utvářen mnoha činiteli. Většinu z nich můžeme sami ovlivnit, ale některé na náš život působí bez naší vůle. Takovými jsou podmínky, do kterých se narodíme. Jedná se například o klima, ve kterém žijeme. Zpravidla nalezneme rozdíly mezi způsobem života domorodců v buši, Inuity z Aljašky, kočovníky v poušti a lidmi žijícími v deštných oblastech. Různé národy mají i rozdílnou kulturu, jiný styl myšlení, životní filosofii a vyznávají různá náboženství. Tím je nám sdělováno, jak máme žít, co můžeme a nesmíme jíst, kdy můžeme zahájit pohlavní život, jak se máme chovat k druhým, jak se máme oblékat, vzdělávat, apod. Coan (1999, s. 71) porovnává západní kulturu a hinduismus. Na rozdíl od západní civilizace hinduismus klade menší důraz na intelektuální složku, lidskou jedinečnost a získání velkého množství majetku, kterými je západ posedlý.

Dalším velmi důležitým faktorem ovlivňující životní styl je výchova. *„záměrné, více či méně systematické rozvíjení citových a rozumových schopností člověka, utváření jeho postojů, způsobů chování, v souladu s cíli dané skupiny, kultury apod.“* (Hartl, Hartlová, 2000, s. 680). Tedy naši vychovatelé – rodiče a vzdělávací instituce – nám vytvářejí základ pro životní styl, kterým budeme žít. Rodiče nám dávají lásku, čímž utvářejí náš postoj k ostatním lidem a ke světu, pomáhají nám sestavit si žebříček životních hodnot, vytváří v nás zvyky, podle kterých se chováme, pěstují v nás stravovací a pohybové návyky, dohlížejí na náš denní režim, předávají nám morální schémata atd. Ve škole nás pedagogové učí důslednosti, pracovitosti, vůli, všimají si našich schopností a snaží se je dál rozvíjet.

To, jak jsme vychováváni, utváří náš postoj k vědomostem a učení a do jaké míry jsme schopni využít našeho intelektového potenciálu. Stupeň dosaženého vzdělání se odráží i na stylu života, který vedeme. Vzdělanost se netýká pouze teoretických a praktických vědomostí a dovedností naučených ve škole, ale získáváním znalostí a zkušeností se také formuje charakter, vytváří postoje a sestavuje se hierarchie hodnot, které uznáváme. Se vzděláním úzce souvisí profese a finanční příjmy, jejichž dostatek nám poskytuje větší výběr z možností, jaký život můžeme vést.

Souvisejícím faktorem je také bydlení a jeho lokalizace – samota, venkov, město, velkoměsto, jestli máme prostor na pěstování potravin a chovu dobytka, jak daleko se nachází příroda, park, turistické stezky, kultura, služby apod. Prostředí, v němž žijeme a pohybujeme se, má také významný dopad na naše zdraví a ovlivňuje náš způsob života. Machová a Kubátová (2009, s. 257) mluví o životním prostředí jako o souboru biologických (velikost

populace, infekční agens³), fyzikálních (teplota, hluk, radiace), chemických (kyslík, jedovaté látky) a sociálních (životní úroveň, socializace) faktorů, které se nacházejí v okolí člověka a které mají možný účinek na jeho zdraví. Kvalita životního prostředí se odráží na lidském zdraví. Jeho znečištění má za následky mimo jiné chronická onemocnění, alergie a rakovinná bujení.

Tyto vyjmenované činitele utvářející základ životního stylu můžeme sami ovlivnit jen z malé části. Výsledný životní styl ale závisí na naší volbě a můžeme ho kdykoliv během života změnit. Nejdůležitější pro vznik zdravého životního stylu je adolescence. Období mezi pubertou a ranou dospělostí je vhodné pro vytvoření zdravých návyků, které se stanou součástí přirozeného chování a jednání jedince po celý život. Pokud se správné návyky živosprávy nevytvoří, není pozdě je změnit ani v dospělosti či stáří. Změnou nezdravých návyků na zdravé snižujeme rizika spojená se vznikem kardiovaskulárních onemocnění, hypertenze, obezity, cukrovky, mrtvice, nádorových onemocnění a řídnutí kostí.

3.2 Zásady správné živosprávy

3.2.1 Výživa a pitný režim

Pro správné fungování organismu jako celku je nutné dodávat mu veškeré potřebné látky a dostatečné množství energie. Tyto látky získává člověk prostřednictvím potravy. Je důležité zajišťovat její vyváženost z hlediska množství přijaté energie a pestrosti. Energie přijatá se stravou musí odpovídat i jejímu výdeji, aby nedošlo k nadbytečnému příjmu a tím k vytváření nadměrných tukových zásob. Machová a Kubátová (2009, s. 18) upozorňují, že při jednotvárné stravě ochuzené o některé živiny, minerály a vitamíny může dojít k oslabení přirozené obranyschopnosti a ke zvýšení rizika kardiovaskulárních a nádorových onemocnění.

Základními složkami výživy jsou cukry, tuky, bílkoviny, vitamíny a minerální látky. Cukry (též sacharidy a uhlohydráty) jsou hlavním zdrojem energie, ze kterého čerpá naše tělo. Tvoří až 55 % energie, které organismus potřebuje. Sacharidy se dělí na monosacharidy, disacharidy, oligosacharidy a polysacharidy. První skupina zahrnuje glukózu (hroznový cukr), fruktózu (ovocný cukr) a galaktózu, které jsou obsaženy především v ovoci a medu. Při cestě trávicí trubici se tyto sacharidy dále neštěpí a ke vstřebání dojde v tenkém střevě. Glukóza je pro organismus nejdůležitější cukr. Z potravy ji získáváme buď přímo, nebo štěpením

³ Infekční agens: organismy způsobující nakažlivá onemocnění.

ze složitějších sacharidů. Do těla je rozváděna krví, v játrech a ve svalech je uložena ve formě glykogenu, zásobního polysacharidu živočichů.

Množství glukózy v krevní plazmě je obzvláště v moderní době hodně sledované. Vzhledem ke druhům konzumovaných potravin a celkové životosprávy dochází v České republice k nárůstu počtu jedinců trpící poruchou metabolismu cukrů čili cukrovkou. Diabetes mellitus se dělí podle příčiny vzniku. Ať při vrozené (typ 1) či získané cukrovce (typ 2) tělo nedovede využívat přijatý cukr a přeformovat ho v energii určenou pro buňky, což má za úkol hormon inzulin produkovaný slinivkou břišní. Příčinou prvního typu diabetu je destrukce buněk produkující inzulin, u druhého typu si dlouhodobě vysokým příjmem sacharidů tělo vytvoří proti inzulinu určitou rezistenci, tím není schopno cukr z krve využívat a hladina glukózy v krvi stoupá. Do normy ji dostaneme zpět umělým dodáváním inzulinu a držením diety. Podle ÚZIS žilo v ČR v roce 2000 přes 650 000 diabetiků prvního i druhého typu, do roku 2010 jich přibýlo téměř 200 000 (URL 6). U seniorů je častější výskyt druhého typu diabetu, proto byl dříve nazýván „stařecká cukrovka“.

K dalším sacharidům patří disacharidy, které se při trávení rozkládají na jednoduché sacharidy, jenž mohou být dále využity. Tato skupina pojímá sacharózu (řepný cukr), laktózu (mléčný cukr) a maltózu (sladový cukr). Spolu s luštěninami přijímáme oligosacharidy stachyózu a vebaskózu, které tělo ovšem nedovede štěpit, pouze po několikahodinovém namáčení. V největší míře ze sacharidů přijímáme ve stravě polysacharid škrob, který je zásobárnou energie rostlin, obsažený v bramborách, obilninách a rýži.

Dalším důležitým, avšak lidským tělem nerozložitelným sacharidem, je vláknina. Tento polysacharid obsažený v buněčných membránách rostlin podporuje pohyblivost střev a její dostatečné množství (30 g denně) obsažené v potravě snižuje riziko vzniku karcinomu tlustého střeva (Machová, Kubátová, 2009, s. 22). Vláknina se také podílí na snižování cholesterolu v krvi a tím napomáhá zachování elasticity a průchodnosti cév, proto její dostatečný přísun napomáhá v prevenci proti kardiovaskulárním onemocněním a rakovině střev. Starší lidé často trpí problémy s vyprazdňováním. Jako jedna z prevencí těchto potíží je příjem vlákniny doplněná dostatečným množstvím tekutin, aby nedošlo k zácpě.

Druhou složku výživy tvoří tuky neboli lipidy. Měly by představovat maximálně 30 % z přijímané stravy, přičemž ve skutečnosti tomu je přes 50 %. Tuky jsou naší zásobárnou energie, zdrojem vitamínů A, D, E, K, vytvářejí ochranu pro vnitřní orgány a chrání tělo před chladem (Eger, 1995, s. 64).

Tuky dělíme na nasycené mastné kyseliny a nenasycené. Nasycené tuky především živočišného původu působí na organismus spíše negativně, protože zvyšují hladinu LDL cholesterolu. Jedná se o tuky obsažené v másle, v červeném a vepřovém mase a v okolí vnitřních orgánů, v drůbežím tuku apod. Nenasycené tuky jsou převážně rostlinného původu a spíše olejovitého charakteru a mají buď neutrální, nebo pozitivní vliv na snížení hladiny LDL cholesterolu a zvýšení HDL cholesterolu (viz. níže). Zdrojem jsou arašídový, mandlový, avokádový a olivový olej, kukuřičný, sójový, lněný a slunečnicový olej, tuky mořských ryb a ořechy (Fořt, 2007, s. 55).

Známou skupinu tvoří dva druhy lipoproteinů, složené z tuku a bílkovin, které mají spoluúčast na přenosu tuku krevním řečištěm. Lipoproteiny s nízkou hustotou (LDL – Low Density Lipoprotein) se lehce váží na stěnu cév, napomáhají ukládání cholesterolu na cévní stěnu a podporují její kornatění. Takové tuky nacházíme v tučném mase a sýrech, másle, plnotučném mléce, zákuscích, sladkých polevách, sušenkách apod. Konzumací lipoproteinů s vysokou hustotou (HDL – High Density Lipoprotein) se cholesterol ze stěn cév odstraňuje do jater a vyloučí pomocí žluče. Jsou přijímány v rybách jako losos a makrela, v rostlinných olejích (řepkový, slunečnicový, olivový), v některých druzích ořechů (para ořech) a v avokádu (URL 7; Eger, 1995, s. 65).

V obecném povědomí je cholesterol strašák, jehož vysoká hladina v krvi způsobuje onemocnění kardiovaskulárního systému. Správné množství v krvi (kolem 5 mmol/l) je naopak pro naše tělo nezbytné pro tvorbu různých hormonů a vitamínu D. Lidé po tučných jídlech sahají často z důvodu nedostatku času, kdy perný hladový den v práci zakončí hromadou jídla z fastfoodu. Tuk má tu výhodu, že ho organismus tráví déle než cukry a bílkoviny, proto zasytí na delší dobu. Z dlouhodobého hlediska se pravidelná konzumace nasycených tuků zdraví nevyplácí.

Fořt (2007, s. 62) uvádí několik doporučení ohledně příjmu tuků, aby tělu tuky nechyběly a naopak nepřebývaly. Například je vhodné omezit volné tuky s výjimkou olivového oleje, margaríny užívat zřídka, omezit smažení – při něm použít vepřové sádlo nebo olivový olej, vyvarovat se palmovému a kokosovému tuku, omezit cukrářské a tučné pekařské výrobky atd.

Bílkoviny (proteiny), základní stavební látky našeho těla tvořené aminokyselinami, představují třetí výživovou složkou. Nejsou tak hodnotným zdrojem energie jako cukry a tuky, protože jejich doporučený denní příjem se pohybuje kolem 10 – 15 % (v závislosti na naší fyzické aktivitě). Bílkoviny, které lze získat jen prostřednictvím stravy, se nazývají

esenciální (nepostradatelné). Neesenciální (postradatelné) si náš organismus umí vytvořit. Maso, mléko a vejce obsahují veškeré potřebné esenciální aminokyseliny, které jsou v rostlinné stravě zastoupeny jen částečně.

Proteiny tvoří stavební základ buněk, hormonů, krve, enzymů a protilátek. Protože si tělo neumí bílkoviny vytvořit samo ani přeměnou z jiných látek, musíme mu je dodávat ve stravě. Machová a Kubátová (2009, s. 19) uvádí množství pro pokrytí denní spotřeby bílkovin, které činí u středně aktivního člověka 0,8 – 1,0 g proteinů na 1 kg váhy. U těžce pracujících a sportovců až 2 g/kg denně.

Jestliže tělu nabízíme stravu ochuzenou na živiny a zvláště pak bílkoviny, začne čerpat z vlastních zásob a my ztrácíme svalovou hmotu, sníží se imunita vůči infekcím, rány se hojí pomaleji apod. U seniorů může k poklesu příjmu bílkovin dojít z několika důvodů, jako jsou problémy s rozmělněním potravy a nechutenství. Za vnější příčiny můžeme označit cenovou nedostupnost či nesprávné složení jídelníčku v domovech pro seniory.

Lidský organismus potřebuje pro správné fungování taktéž minerální látky. Ty jsou obsažené v tělesných tekutinách, bílkovinách, tucích, hormonech, a ve vitamínech. Minerální látky, které potřebujeme ve větší míře, jsou sodík (obsažený v kuchyňské soli), draslík (ořechy, ovoce, obilniny), vápník (mléko, sýry, tvrdá pitná voda), fosfor (mléko, sýry, ryby, luštěniny), hořčík (v zelených částech rostlin) a síra (v rostlinných i živočišných bílkovinách). Oproti nim stopové prvky se v těle nacházejí v menším množství, jedná se o železo, zinek, fluor, jod, selen, chrom, mangan a měď (maso a žloutek), (Máchová, Kubátová, 2009, s. 23 – 27).

Stejně jako minerální látky jsou pro tělo nezbytné vitamíny. Některé si tělo dovede vytvořit samo, jiné musíme získávat v potravě. Vitamíny se dělí do dvou základních skupin – vitamíny rozpustné ve vodě (C, B – komplex), jejichž přebytek se vylučuje močí, a vitamíny rozpustné v tucích (A, D, E, K), jejichž vysoký příjem může tělu naopak uškodit.

Asi nejpopulárnější vitamín C (obsažený v ovoci a zelenině) je velmi důležitý pro tvorbu obranyschopnosti. Jako antioxidant odstraňuje volné radikály, pomáhá snižovat hladinu krevního cholesterolu a blahodárně působí na stěnu cév, kdy zabraňuje jejich kornatění. Skupina vitamínů B je celkově důležitá pro správnou funkci nervové soustavy, regeneraci kůže, vlasů a nehtů a pro správnou krevtvorbu. Při nedostatku způsobuje problémy s kůží a chudokrevnost, nechutenství a problémy se spánkem. Zdrojem vitamínů B jsou luštěniny, obilniny, kvasnice, klíčky, mléko, zelenina, maso, otruby, vejce a ryby (URL 8).

Vitamin A (obsažený v mrkvi, meruňce, nektarinkách a v broskvích) je důležitý pro dobré vidění za šera a vnímání barev, pomáhá při prevenci rakoviny, podporuje léčbu dýchacích a kožních onemocnění, podporuje správnou funkci zažívacího a močového ústrojí. Betakarotén je provitamin obsažený v ovoci a zelenině, ze kterého si naše tělo při nedostatku vytváří vitamin A samo. V tuku rozpustný vitamin D je utvářen v kůži při slunečním záření, má vliv na metabolismus vápníku a tím také na vývoj kostí a zubů.

Významným antioxidantem bojujícím proti volným radikálům je vitamin E (zdrojem jsou ořechy, semínka, špenát, mléko, maso a ovesné vločky). Jeho příjem má pozitivní vliv na pohlavní ústrojí, pokožku, rychlejší hojení ran a na snížení cholesterolu. V období menopauzy také pomáhá proti nepříjemným návalům. Nedostatek se nejen v pozdním stáří projevuje vznikem Alzheimerovy a Parkinsonovy choroby, srdečními a cévními chorobami, vznikem žlučových kamenů a šedého zákalu, sníženou imunitou a chudokrevností (URL 9).

V tenkém střevě je bakteriemi vytvářen vitamin K, který ale touto cestou nemusí být vždy správně vstřebáván, proto je nutné ho doplňovat i prostřednictvím potravy. Obsahuje ho listová zelenina, fazolky, hrách, brokolice, růžičková kapusta, také maso, rostlinné oleje, jahody a šípky. Tento vitamin kladně ovlivňuje krevní srážlivost (URL 10).

Stáří celkově ovlivňuje všechny pochody a funkce lidského organismu. Starší lidé často trpí šeroslepostí a jejich vnímání barev není již tak přesné, proto by neměli zapomínat na dostatečný příjem vitamínu A. Pro zabránění zhoršení funkce nervové soustavy, vzniku kožních onemocnění, pro zachování správné krevetvorby a kvalitního spánku je B – komplex nezbytný. Pro posílení imunity a prevenci cévních onemocnění by senior neměl zapomínat na pravidelnou konzumaci potravin s vitamínem C. Ve třetím věku dochází ke značným změnám kvality opěrné soustavy, kosti se stávají křehké, snáze se lámou, zuby vypadávají. Vitamin D působí právě proti řídnutí kostí a kazivosti zubů. Jako prevence proti nemocím CNS, srdce a cév je nejen pro seniory nezbytný vitamin E. Pro dobrou srážlivost krve přijímáme vitamin K.

Stravování starších lidí bývá často nevhodné. Organismus člověka se během stárnutí mění a tím se mění i jeho potřeby ohledně potravy a množství energie v ní přijaté. Senior je méně aktivní, svalové hmoty ubývá a látková přeměna se celkově zpomaluje, proto se snižuje množství energie potřebné pro udržení tělesné váhy. Staří lidé mohou trpět skrytou podvýživou, tedy i přes svoji viditelnou nadváhu postrádají některé důležité živiny, které jejich tělo nedovede vstřebat a přijmout, nebo nejsou tělu dodávány vůbec.

Příčin potíží s trávením je u starších jedinců nespočet. Problém nastává už v ústní dutině, kdy špatný stav zubů nebo nekvalitní protéza nedovolí dostatečné rozmělnění potravy. Žaludeční šťávy jsou důležité pro zpracování bílkovin, proto při jejich nedostatku dochází ke zhoršení trávení masa. Celkově se snižuje množství vstřebaného vápníku, který zabraňuje vzniku osteoporózy. U starších lidí dochází ve velké míře ke vzniku žaludečních vředů, například dlouhodobým užíváním léků. Dalším hojným problémem je pankreatitida (chronický zánět slinivky), která ovlivňuje zpracování potravy, čímž omezuje přenos živin přes stěnu střev do tkání (Fořt, 2007, s. 329 – 330).

Nezbytné je dodržovat pitný režim a pít dříve, nežli dojde k pocitu žízně, který je navíc u starších osob utlumený. Dostatečný příjem vody zajistí organismu doplnění ztrát tekutin během dne způsobené pocením, vyloučením moči a dýcháním. Toto množství se pohybuje kolem 2 – 3 litrů, při fyzické aktivitě je ale potřeba tekutin více, stejně jako při vyšší teplotě okolí. Záleží také na složení potravy. Přijímáním zeleniny a ovoce se potřebné množství tekutin sníží. Důležitá je úroveň mineralizace balených vod, kdy středně a vysoce mineralizované (Mattoni, Magnesia) nejsou vhodné pro každodenní užívání. Pro denní pitný režim jsou vhodné pramenité vody (Rajec, Dobrá voda, Aquila). Zdraví škodlivá je nadměrná konzumace kávy, alkoholu a slazených nápojů.

Nedostatek tekutin v těle se v našem těle projevuje bolestmi hlavy, únavou, potížemi se soustředěním, vysušením pokožky, zahuštěním krve (a tím dochází ke zvýšení rizika vzniku trombu), nedostatečným okysličením organismu, zvýšením krevního tlaku, a dokonce může dojít k rozvoji osteoporózy. Dehydratace má také vliv na funkci ledvin a jater, kdy nedojde k odstraňování toxických látek, a v ledvinách se tvoří ledvinové kameny. Tekutiny nezředí nestravitelné zbytky potravy v tlustém střevě, což má za následek zácpu (URL 11).

Výživa seniorů by se tedy měla od výživy ostatní populace lišit. Zelenina a ovoce tvoří nenahraditelnou část jídelníčku. Nenadýmavou zeleninu je vhodnější tepelně opracovat než jíst syrovou, ovoce naopak konzumujeme čerstvé, popřípadě sušené. Vhodné je snížit přísun bílkovin (obsažených v mase), které trávicích trakt starších lidí zatěžují. Omezeny by měli být i mastné a tučné pokrmy kvůli možným potížím se žlučníkem. Proti obtížím s vyprazdňováním je vhodné jíst potraviny obsahující vlákninu, je ale nutné vypít dostatek tekutin, aby nedošlo k zácpě. Pro snadnější vstřebávání živin je dobré jíst častěji menší porce, nejlépe kašovitě či rozmixované pokrmy. Fořt (2007, s. 328) varuje před nadměrnou konzumací potravin obsahující jednoduché cukry a škroby (bílé pečivo, zákusky apod.), které mají za následek dlouhodobé zvýšení hladiny glukózy v krvi a vznik diabetu.

3.2.2 Pohyb

Pohyb je činnost, která je řízena nervovou soustavou a je uskutečňována pomocí kosterního svalstva upnutého na opěrný kosterní systém. Toto svalstvo je ovládáno informacemi vysílanými z centrální nervové soustavy (CNS) a kontrolováno zprostředkovanou zpětnou vazbou, která je důležitá pro vyslání dalších pokynů. Tyto informace jsou vedeny pomocí nervových vláken.

Základem pro pohyb je držení těla – vzpřímený stoj. Ten vychází z osy těla, tedy od páteře. Esovité zakřivení páteře zajišťuje její pružnost při chůzi, patologické zvětšení lordózy či kyfózy tento účel narušují. Nefyziologickým zakřivením páteře je skolióza neboli vybočení obratlů mimo osu páteře. Dle Bursové (2005, s. 14 – 15) jsou známky správného držení těla symetričností celého těla, hlava je vzpřímená a zasunutá, ramena a boky jsou v jedné rovině, lopatky přiléhají k tělu, hrudník je vyklenutý a ploska nohy má zachovalou příčnou i podélnou klenbu.

Držení těla je odrazem síly stabilizačních svalů. Jejich ochaběním či zkrácením dochází ke svalové nerovnováze, což se projeví právě na držení těla. Například svaly v oblasti zadní strany krku a beder mají tendenci ke zkrácení, fixátory lopatek a svaly břicha naopak k ochabění. To zapříčiní zmíněnou zvětšenou krční a bederní lordózu a hrudní kyfózu. Následkem je rozhození svalové rovnováhy, funkci hlubokých stabilizačních svalů přejímá povrchové svalstvo, čímž dochází k bolestem zad a k problémům s držením těla.

Správné držení těla není ale důležité jen pro jeho estetičnost, ale také z praktických zdravotních důvodů. Zajišťuje totiž optimální polohu a funkci všech orgánů, je důležitá pro další rozvoj svalů a motoriky, zajišťuje ekonomické nakládání s vynaloženou energií a z psychologické stránky má pozitivní vliv na sebevědomí jedince (Machová, Kubátová, 2009, s. 49 – 50).

Ovlivňujícím činitelem zdraví je tělesná zdatnost. Vzhledem k současnému sedavému stylu života a nárůstu sedavých typů zaměstnání jsou lidé méně pohybově aktivní. Zaměříme se na zdatnost zdravotně orientovanou, která má za cíl rovnoměrné rozvíjení všech složek zdatnosti, protože výkonově orientovaná zdatnost je zaměřena na určitý motorický výkon. Machová a Kubátová (2009, s. 43 – 44) uvádějí, že zdravotně orientovaná zdatnost je tvořena vytrvalostí, silou svalů, pohyblivostí kloubů, vazů a šlach a koordinací pohybů. Během plavání, jízdou na kole a aerobikem posilujeme a rozvíjíme vytrvalost. Důležité je ale frekvence a pravidelnost aktivity a dosažení vhodného počtu tepů za minutu. Ten se

u každého jednotlivce dá snadno vypočítat – od 220 odečteme věk a vynásobíme 0,6. Svalovou sílu rozvíjíme posilováním, kulturistikou, kondičním plaváním apod.

Právě pohyb zvyšuje tělesnou zdatnost a tím i pozitivně ovlivňuje naše tělesné a psychické zdraví a je důležitý pro udržení normální fyziologie živého organismu. Pozitivní účinky má také na prokrvování a okysličování tkání, na stavbu a zpevnění kostí a na snížení množství krevního cholesterolu. Pohybem se zmírňují bolesti v zádech způsobené sedavou statickou zátěží. Pohyb je také jednou ze základních prevencí vzniku civilizačních chorob, jako je například hypertenze, arterioskleróza, cukrovka a obezita. Abychom neopomenuli psychický a sociální pohled, pohyb má kladný vliv na pocit duševní pohody a vyrovnanosti, zvyšuje stresovou odolnost a aktivním fyzickým pohybem s ostatními lidmi (kolektivní sporty, sportovní kroužky) si můžeme vytvářet nové vztahy a utužovat je.

Zmíněná obezita je tíživý problém dnešní společnosti. Toto chronické onemocnění nadměrné zásoby tuku v těle spojeného s dalšími zdravotními problémy trápí podle SZÚ 25 % žen a 22 % mužů v ČR (URL 12). Jak bylo řečeno, ve stáří dochází ke zpomalení metabolismu a úbytku pohybových aktivit, přičemž množství přijaté energie potravou bývá zachováno. Člověk nabírající na váze, a to i v pokročilejším věku, si musí uvědomovat zdravotní rizika spojené s nadváhou a obezitou, např. hypertenze a s ní spojená srdeční onemocnění, diabetes, artróza kloubů a bolesti zad. Poměr mezi naší výškou a hmotností (BMI) vypočteme tak, že hmotnost v kilogramech vydělíme mocninou naší výšky v metrech a výsledek porovnáme dle tabulky 1. U seniorů by mělo být BMI minimálně 21, ideálně cca 27.

Tabulka 1 – hodnoty BMI a jejich zdravotní rizika

BMI	Zařazení	Míra rizik
< 18,5	podváha	vysoká
18,5 - 25	normální váha	žádná či minimální
25 - 30	nadváha	lehce vyšší
30 - 35	obezita 1. stupně	zvýšená
35 - 40	obezita 2. stupně	vysoká
40 <	obezita 3. stupně	velmi vysoká

Každý člověk i v pokročilejším stáří může změnit své pohybové návyky. Základem je postupovat po malých krůčcích, nezačínat příliš velkým zatížením, které by mohlo naopak uškodit. Zpočátku může jít o běžnou chůzi, kdy vystoupíme z tramvaje o zastávku dříve před naším cílem, o použití schodů místo výtahu, pořízení pejska, se kterým můžeme chodit na procházky, tanec na naši oblíbenou hudbu a další různé aktivity. Důležité je, aby měl člověk z pohybu radost a cítil se po něm dobře, aby nedošlo k demotivaci následkem

nadměrného překročení našich fyzických sil. Pravidelnost pohybu svůj pozitivní vliv na zdraví násobí, senior pocítuje zlepšování tělesné kondice, čímž roste psychická pohoda z udržování soběstačnosti, mizí myšlenky zaměřené na nemoci, které ho v současnosti trýzní nebo se jich do budoucna bojí.

Projekt „Pohybové aktivity jako prostředek aktivního stylu života seniorů“, který byl zahájen v roce 1995 na dobu tří let, měl stanovený cíl navrhnout, ověřit a publikovat zásady zdravého stylu života pro starší občany. Vytvořená zkoumaná skupina třiceti pražských seniorů starších 60 let se dvakrát za týden scházela, cvičila a dodržovala projektem stanovené zásady. Jednalo se o zdravotní čínské cvičení, filosofii jógy, relaxační a dechová cvičení, zásady správného stravování a pitného režimu, otužování a automasáže. Ve vyhodnocení se prokázalo zpomalení involučních změn funkční a pohybové sféry, senioři více důvěřovali sobě a svým schopnostem a pružněji reagovali na okolní dění (Štílec, 2003, s. 31).

3.2.3 Spánek a aktivní odpočinek

Po vynaložené energii během denních aktivit je potřeba lidskému organismu poskytnout čas pro jeho regeneraci a znovuzískání sil do dalšího dne. Hlavní význam má v tomto ohledu pro všechny živočichy spánek, který spolu s bděním tvoří základní biologický rytmus. Marádová, Středa a Zima (2010, s. 44) popisují, co se děje během spánku – zpomaluje se metabolismus, srdeční činnost, klesá naše tělesná teplota a pohyby končetin nejsou ovládány naší vůlí. Spánek je zapříčiněn oslabením některých činností mozku, které pro svoji správnou funkci spánek potřebují. Nejdůležitější pro odpočinek mozku jsou první hodiny spánku.

Délka je u každého člověka individuální, obecně zdravý dospělý lidský organismus potřebuje k regeneraci okolo 6 – 8 hodin, u seniorů se potřebná délka spánku může mírně snižovat. Podle Míčka (1984, s. 41) je také důležité tuto hranici nepřekračovat, protože lidé, kteří preferují dlouhý spánek trvající 9 a více hodin, později trpí srdečními onemocněními ve větší míře než lidé s kratším spánkem.

Spánek má dvě fáze, které se od sebe svými projevy liší. Tyto znaky zahrnují změnu elektrických potenciálů měřitelných na povrchu hlavy elektroencefalogramem (EEG) a rychlostí a frekvencí pohybu očních bulv. Na základě pohybu očí jsou obě fáze pojmenovány. Non-REM fáze (anglicky Non-Rapid Eye Movement čili bez rychlých očních pohybů) je počáteční fází spánku, kdy je spánek mělký, bezesný a s klidnou dechovou a srdeční aktivitou. Non-REM fázi následně střídá REM fáze, která se vyznačuje rychlými

pohyby, svaly jsou v relaxaci a spánek je hluboký, s živými sny. Střídání těchto fází proběhne v noci několikrát. (Gregor, 1999, s. 121).

Nejčastější poruchou spánku bývá nespavost (insomnie), která se vyznačuje problémem s usnutím do 30 minut, s častým buzením během noci a předčasným probuzením ráno. Je způsobena úzkostí a strachem z předešlých i nadcházejících stresových situací, starostí a obav, ale může být způsobena také tepelným nepohodlím, bolestí, hladem či hypertyreózou (Foster, 1996, s. 51 – 52). Při nespavosti i ostatních poruchách spánku (spánková apnoe, parasomnie, narkolepsie, náměsíčnost aj.) je vhodné navštívit lékaře. Pro zkvalitnění našeho spánku a redukci občasných insomnií ale můžeme udělat také něco sami. Základem je vyvarovat se těžkých jídel před spánkem, pití kávy, černého a zeleného čaje, koly a alkoholu. Při ulehání do postele je vhodné přestat myslet na trápení, starosti a obavy, zaměřit se na hezké prožitky a co pěkného nás zítra může čekat. V pokoji, ve kterém spíme, by mělo být alespoň šero, nejlépe úplná tma a ticho. Teplota v místnosti by měla být nižší, zajištěná krátkým vyvětráním.

Dlouhodobě je vhodné zaměřit se na pravidelnost našeho denního režimu. Základem dobrého a kvalitního spánku je vstávat a chodit spát ve stejnou dobu, pravidelně jíst, pít a cvičit, rozložit si pracovní aktivity a odpočinek v průběhu dne (vynechat spaní a polehávání během dne), nepřetěžovat se a snažit se vyhybat zbytečnému stresu a starostem, které nemůžeme ovlivnit. Důležité je akceptovat i náš individuální biorytmus.

Spánek je základem pasivního odpočinku, do kterého zahrnujeme také činnosti, při kterých nevyvíjíme žádné fyzické ani psychické úsilí, například polehávání u televize, poslouchání hudby, masáže, koupele apod. Aktivní odpočinek naopak znamená fyzickou a duševní aktivitu, která je odlišná od předešlé práce, je nám příjemná, baví nás a po které se cítíme dobře, nevyčerpaně a nabití novou energií.

„Při aktivním tělesném odpočinku dochází ke zrychlení zotavovacích dějů v motorických neuronech, k odsunu metabolitů ze svalů a k rychlejšímu přísunu živin do příslušných svalových skupin. Lze předpokládat, že k analogickým procesům dochází též při aktivním odpočinku po psychicky náročné práci.“ (URL 13). Míček (1984, s. 53 – 54) s tímto tvrzením souhlasí, když uvádí pokus ruského učence Sečenova, který dokázal, že po namáhavé činnosti dochází k zotavení rychleji, zabývá-li se člověk o přestávce aktivním odpočinkem, než celkovým nicneděláním. Dlouhodobá nečinnost naopak tělu škodí, svaly ochabují a únava z předešlé práce se prohlubuje.

Dnes ve většině zaměstnání bývá zatížení organismu jednostranné, buď fyzické, nebo psychické. Obměnou činnosti tuto zátěž kompenzujeme, člověk pracující v kanceláři by se měl po práci (pokud je to možné i během práce) protáhnout, projít či lehce si zacvičit, aby oprostil svoji mysl od povinností a zaměstnal neaktivní svalstvo. Ani fyzicky pracující by neměli zahálet a po práci se oddat svým koníčkům, jít na procházku s přítelem, dopřát si uvolňující koupel či si přečíst pár stran oblíbené četby.

3.2.4 Duševní hygiena

Stejně tak jako je potřebná péče o naše tělo, která předchází somatickým onemocněním a udržuje zdravý tělesný stav, je důležitá péče o naše duševno. Nauka, která se zabývá ochranou, udržením a zpevněním duševního zdraví s cílem správné adaptace na okolní změny, se nazývá duševní hygiena, kterou Hartl a Hartlová (2000, s. 199) definují takto: *„Obor, který se zabývá rozvojem a podporou duševního zdraví, prevencí duševních poruch a nemocí; pomáhá k tomu soubor opatření a postupů, jak těchto cílů dosáhnout; k hlavním patří životospráva, zdravotní výchova, poradenství.“*

Předchůdkyně duševní hygieny v dávných dobách využívala lékařské znalosti a čerpala z filosofie spokojeného života, úzce se o ni společnost začala postupně zajímat v 18. a 19. století. O skutečné prosazení této disciplíny se zasloužil na počátku dvacátého století Clifford W. Beers, díky kterému byla v roce 1908 založena Connecticutská společnost pro duševní hygienu. Zájem o tento obor rostl, až v roce 1948 vznikla Světová federace duševního zdraví (Míček, 1984, s. 9 – 10).

V laickém povědomí se ve větší míře usadila důležitost fyzického zdraví a na psychické se pozapomíná, ačkoliv spolu korelují. *„Nejméně jedna třetina všech somatických nemocí vzniká primárně poruchou duševní rovnováhy“* (Míček, 1984, s. 13). Tím opět dokazujeme, že jednotlivé části bio-psycho-socio-spiritituální sféry člověka jsou provázány jako řetězec, kdy akce v jedné oblasti vyvolá reakci v ostatních.

Pro příklad si uveďme gastroduodenální vředy a ischemickou chorobu srdeční, které mají jeden společný jmenovatel – dlouhodobý psychický stres. Z druhého pohledu jedinec při fyzickém onemocnění pociťuje menší či větší psychickou nepohodu, která ve skutečnosti jeho uzdravování zpomaluje. Podobné vztahy vykazuje duševní rovnováha spolu se sociální sférou – psychicky vyrovnaný člověk má s okolím větší možnost navázat zdravé vztahy než jedinec trpící různými formami neuróz. Na druhou stranu dobré vztahy s lidmi kolem nás mají

příznivý vliv na naši psychickou pohodu. Proti těmto tvrzením stojí práce A. Koudelkové (1987), která se zaměřila na zjišťování úrovně duševního zdraví. Tvrdí, že duševní zdraví je poměrně nezávislé na zdraví tělesném a sociálním (Křivohlavý, 2003, s. 153).

Míček (1984, s. 23 – 24) vymezuje hlavní kritéria psychického zdraví. Základem je vidět sám sebe a celou svoji osobnost v objektivní realitě a mít jistotu o své identitě. Taktéž duševně vyrovnaný člověk vnímá své okolí takové, jaké reálně je. Dalším rysem je příležitost k vlastnímu osobnímu rozvoji, k možnosti sebeuplatnění a seberealizace, jejíž nedostatek narušuje duševní rovnováhu. Integrace a celistvost osobnosti v pojetí rovnováhy mezi vědomím a nevědomím taktéž utváří celkový stav duševna. Tato jednotnost ale může být narušena úzkostí a frustrací v závislosti na tom, do jaké míry je vyvinuta. Stav duševního zdraví jedince je determinován současně s předešlými faktory také stupněm autonomie a sebeurčení, které chápeme jako schopnost řídit své jednání a samostatně se rozhodovat dle vlastního uvážení – to je pramenem sebevědomí a jistoty o svém já. Poslední, ale neméně důležitou oblastí je zvládnutí svého prostředí, schopnost lásky a přiměřenost v mezilidských vztazích, v práci a ve hře a adaptace a zvládnání okolních situací.

V moderní době je většina lidí pod stálým tlakem, ať už v práci, ve škole, či v osobním životě. Tento tlak vyvolává psychickou tenzi, která se může somatizovat do formy napětí ve svalech i po činnosti, která tenzi vyvolala. Aby se duševní napětí nehromadilo a nezpůsobovalo zvýšenou vnímavost vůči negativním vlivům okolí, je vhodné provádět relaxační cvičení. Nešpor, Pernicová a Csémy (1999, s. 66) popisují účinky relaxace na psychické zdraví a tělesnou kondici člověka: *„Napomáhá obnově sil, pomáhá mírnit úzkosti a deprese, mírní některé bolestivé stavy, pomáhá při nespavosti, je součástí prevence a léčby řady nemocí, pomáhá lépe zvládat stres.“*

U seniorů je vhodné pohybové a relaxační techniky vybírat dle jejich aktuálního zdravotního stavu, fyzické kondice a předešlých zkušeností s těmito technikami. Program uvedený Štilcem (2003, s. 32 – 33) zahrnuje několik oblastí, například zdravotně-rehabilitační cvičení, sebeuvědomění vlastního těla, relaxační a dechová cvičení, jógu a Tai-chi.

3.3 Rizikové faktory životního stylu

Zdravý životní styl má příznivé účinky na naše zdraví a působí jako hlavní prevence proti neinfekčním onemocněním. Mezi tato onemocnění řadíme nemoci pohybového aparátu, astma a alergie, nádorová onemocnění, diabetes a kardiovaskulární onemocnění (URL 14). Pravděpodobnost vzniku těchto onemocnění u jedince se zvyšuje s výskytem rizikových

faktorů životního stylu. Takové faktory se týkají nesprávné výživy, nedostatku pohybu, tabakismu, pití alkoholu a přemíry stresu. V této kapitole se zaměříme na poslední tři oblasti.

3.3.1 Tabakismus

Kouření tabákových výrobků je velmi závažný, byť stále hojně rozšířený zlozvyk, který způsobuje mnohá onemocnění a předčasnou smrt. Pravidelné žvýkání či šňupání tabáku, kouření cigaret, doutníků a vodních dýmek způsobuje závislost, přičemž nejrizikovější pro její vznik je období puberty (Máchová, Kubátová, 2009, s. 60 – 61).

Spalováním tabáku a jeho inhalací se do těla dostává několik tisíc chemických a toxických látek, z nichž jsou některé karcinogenní, například polycyklické uhlovodíky, nitrosaminy a arsen. Pro úpravu chuti a vůně se do cigaret přidávají další chemické látky, například čpavek. Dráždivé látky obsažené v cigaretách představují formaldehyd, aceton, metanol, kyselina mravenčí, oxidy dusíku apod. Hlavní složka, díky které vzniká závislost, je jedovatý nikotin (URL 15).

Nikotin je psychoaktivní látka obsažená v listech tabáku, která se při spalování uvolňuje do kouře. Po jeho inhalaci se absorbuje z plicních sklípků a po pár okamžicích se v mozku váže na receptory v oblasti vegetativního nervového systému, řídicího centra vnitřních orgánů. To zapříčiní zvýšení aktivity trávicího ústrojí. Stejně tak se zrychluje srdeční činnost, zvyšuje se krevní tlak a cévy se stahují. Při předávkování množstvím větším jak 60 mg nikotinu nastávají křeče, ochrnutí CNS a dýchacího centra, což má za následek udušení a smrt (URL 16).

Úskalím kouření cigaret je vznik závislosti, jejíž závažnost se obecně přirovnává k závislosti na heroinu. Stupeň závislosti lze zjistit pomocí jednoduchého Fagerströмова testu. Zakládá se na šesti otázkách typu „*Jak brzy po probuzení si zapálíte svou první cigaretu?*“ nebo „*Kolik cigaret denně kouříte?*“ apod. Odpovědi obodujeme, sečteme a kontrolou dle tabulky zjistíme míru závislosti (Máchová, Kubátová, 2009, s. 62_63).

Spolu s nikotinem se při kouření tabáku do těla dostává dehet (tmavá olejovitá kapalina), který se usazuje v plicích a způsobuje jejich rakovinu. Podle Ústavu statistických informací a statistiky ČR (2013, s. 74 a 76) činí úmrtnost za rok 2012 na zhoubné novotvary průdušnice, průdušek a plic 2 638 mužů a 938 žen ve věku 60 – X let na sto tisíc osob.

Proti vniku rakoviny plic a dalších onemocnění způsobených užíváním tabáku můžeme sami za sebe bojovat tím, že předejdeme vzniku závislosti. Pokud již kouříme, vyhledáme

odbornou pomoc, která nám pomůže závislosti se zbavit. V každém větším městě se nachází odvykáací centra a poradny, které nám s odvykáním pomohou. Před jejich návštěvou je vhodné prodiskutovat situaci se svým lékařem.

3.3.2 Alkoholismus

Již od starověkého Egypta, Mezopotámie a Řecka je znám proces kvašení cukrů, při kterém vzniká alkohol, chemicky etanol. Tato čirá tekutina obsažená v různém množství v pivu, víně, likérech a destilátech je lidmi konzumována většinou ve spojitosti s příjemnou společností a uvolněnou náladou. Právě jeho účinky na organismus jsou důvodem, proč lidé alkohol v menší či větší míře požívají. Jako psychotropní látka má vliv na působení nervové soustavy. Podoby účinku záleží na množství, které se do organismu dostane.

Množství alkoholu v krvi se udává v promile (‰). V menší míře (do 0,5 ‰) alkohol uvolňuje napětí, zbavuje úzkosti a zvyšuje sebevědomí. Při trojnásobném množství jedinec ztrácí zábrany, je hovorný a pohyby jsou méně koordinované. Dosažením hladiny kolem 3 ‰ alkoholu v krvi dochází k výrazným problémům s hybností, vnímání a úsudek jsou narušeny, euforie se mění v agresi či plačtivost. Ztrátu vědomí a smrt (způsobené zástavou dechu a srdeční činnosti vlivem působení alkoholu na prodlouženou míchu) má na svědomí množství od 3 do 5 ‰ (Machová, Kubátová, 2009, s. 66).

Dlouhodobým, pravidelným a nadměrným užíváním alkoholu v jakékoliv podobě si tělo vytváří závislost. Alkohol se stává nedílnou součástí života, je upřednostňován před vším ostatním a jedinec v jeho požívání pokračuje i přes viditelné negativní následky, které způsobuje. Hartl a Hartlová (2000, s. 31) shrnují důsledky alkoholismu jako chorobné závislosti na alkoholu: „*Ztráta kontroly nad pitím, dále poruchy tělesného i duševního zdraví, mezilidských vztahů, osobnosti, popř. poruchy psychotické*“.

Dopady nadměrného požívání alkoholu na tělesné zdraví člověka tkví v riziku vzniku cirhózy jater a Korsakova syndromu⁴. Dochází ke zvýšení krevního tlaku a roste riziko vzniku rakovinného onemocnění. Nepřímé důsledky takového užívání alkoholu jsou zvýšení nehodovosti v dopravě, úrazy a páčání trestné činnosti. Střídmé pití alkoholu má ale i své pozitivní účinky na naše zdraví. Při zkoumání úmrtnosti se zjistilo, že nejnižší mortalitu měli lidé užívající alkohol v malé míře, nikoliv absolutní abstinenti. Střídmá dávka alkoholu totiž

⁴ Korsakův syndrom – projevuje se poruchami krátkodobé paměti, halucinacemi, bolestmi (Hartl, Hartlová, 2000, s. 490).

pozitivně ovlivňuje kardiovaskulární systém, dokonce zmírňuje nastalou srdeční příhodu (Křivohlavý, 2003, s. 196 – 197).

U seniorů je nadměrné konzumování alkoholu spojeno s velkou mírou rizik. Tělo, které vlivem stáří prodělalo nespočet degenerativních změn, alkohol odbourává hůře nežli v mládí. Kvůli jeho negativním účinkům na oběhový systém a srdce je ve stáří doporučováno alkohol omezit, neboť zvyšuje krevní tlak, který je u starých lidí obvykle vyšší než u mladší populace. Konzumace alkoholu také zhoršuje průběh některých chorob, například diabetu, onemocnění jater, slinivky břišní a také duševních onemocnění (URL 17).

3.3.3 Stres

„Slovo stres pochází z angličtiny a znamená zátěž. Stres je soubor reakcí organismu na vnitřní nebo vnější podněty, narušující normální chod organismu“ (Eger, 1995, 108). Studium zátěže na organismus se zabýval již I. P. Pavlov a W. Cannon, kteří své výzkumy zaměřovali na zvířata. Cannon při svém bádání zjistil, že při zátěžové situaci dojde k mobilizaci sil celého organismu a zvyšuje se aktivita sympatického nervového systému.

Na zvířatech pracoval zpočátku také Hans Selye. Při vytváření zátěžových situací se Selye zaměřoval na pozorování činnosti žláz s vnitřní sekrecí. Vycházel při tom z poznatku, že vyhladovělým krysám atrofovaly veškeré tělní tkáně s výjimkou nadledvinek, které – jak se později ukázalo – jsou hlavní stresové žlázy. Objevil skutečnost, že nezáleží na druhu zátěže, který na organismus působí, neboť jeho fyziologická reakce je vždy totožná (Křivohlavý, 2003, s. 166 – 167).

Eger (1995, s. 109) zjednodušeně popisuje procesy dějící se uvnitř organismus během zátěžové situace. Zpráva o působícím stresoru (podnět vyvolávající stres) se dostane přes smyslové orgány až do hypotalamu v mozku, který řídí součinnost autonomního nervového systému a endokrinních žláz. Prostřednictvím sympatiku se informace rychle šíří k nadledvinkám, které do krve vylučují adrenalin a noradrenalin. Srdce bije rychleji, dechová frekvence a krevní tlak stoupá, krev se přemísťuje do orgánů a tkání důležitých pro rychlou reakci, tedy do mozku a svalů.

Tyto procesy v organismu slouží jako příprava na zvládnutí těžké situace prostřednictvím útoku či útěku. Člověk v situaci, která mu není příjemná či která ho ohrožuje, pociťuje náhlou psychickou tenzi, napětí ve svalech, bušení srdce a zrychlený dech. Je připraven k okamžité akci. Uveďme si jednoduchý příklad pračlověka, kterému v ohrožení

života divokým zvířetem toto mobilizování sil organismu pomohlo před zvířetem utéct, nebo na něj zaútočit. Nahromaděná energie se při tom uvolnila. Dnešní člověk je ale vystavován takovým stresorům, které okamžité upotřebení kumulovaných sil nevyžadují. Pokud nedojde k uvolnění této tenze, hromadí se a má nepříznivý dopad na naše zdraví.

Dlouhodobá přemíra stresu má spoluúčast na zvýšení krevního tlaku, je příčinou mrtvice a onemocnění koronárních tepen (výživa srdeční svaloviny). Změna hladiny hormonů v důsledku dlouhotrvajícího stresu má také podíl na vzniku rakovinného bujení (Foster, 1996, s. 146). Eger (1995, s. 111) poznamenává, že účinný způsob, kterým přebytečnou energii odbouráme, je aktivní pohyb. Při něm dochází k uvolňování hormonů, které způsobují celkově příjemnou náladu. Pohybem se též spotřebovává adrenalin, jehož přítomnost snižuje efektivnost srdeční aktivity.

I po odchodu do důchodu působí na člověka mnoho stresorů. Hlavní příčinou vzniku stresu je množství změn, například zhoršující se zdraví, smrt partnera, vrstevníků a přátel, finanční nejistota, ztráta soběstačnosti, stěhování apod. Od stresu se senior může aktivně oprošťovat pohybem, péčí o domácího mazlíčka, posezením s přáteli, či motlitbou, pokud je věřící.

3.4 Senior v rodině, sociální služby

Struktura rodiny se během času měnila. Například dříve jsme vidali především na vesnicích domácnosti o třech generacích, které měly – kromě citové vazby – zájem o společný zdroj živobytí – půdu. Když byl hospodář příliš starý, aby se dokázal o chod hospodářství postarat, zajistil si svoji budoucnost tzv. výměnkem, tedy přenechal synovi majetek výměnou za doživotní bydlení a stravu. I když asi ne vždy došlo k naplnění této dohody ideálně, bylo tak o starého člověka v rodině postaráno (Haškovcová, 1990, s. 214 – 215).

Dnešní rodina, která se soustředí na partnery a jejich děti, se od třetí generace citově i prostorově vzdálila natolik, že se o ni nedokáže v případě potřeby postarat v takové míře, jako v dřívějších dobách vícegeneračního soužití. Přitom život s ostatními členy rodiny je pro staršího člověka důležitý i z hlediska udržení soběstačnosti. Jestliže starší člověk žije spolu se svými dětmi a vnoučaty, má v takové rodině své místo. Je o něj pečováno a ostatní členové rodiny o něj jeví zájem. Na oplátku pomáhá s chodem domácnosti, hlídá vnoučata, finančně vypomáhá svým dětem. Pacovský (1990, s. 54) vymezuje tři hlavní předpoklady péče o seniora v rodině, a to aby rodina chtěla pečovat, aby mohla a aby to uměla.

Pokud se rodina nechce či nemůže o staršího člena postarat a nechat ho u sebe bydlet, následují dvě možnosti. Buď při své zachované soběstačnosti bydlí sám, nebo přechází do zařízení sociálních služeb. Starý člověk bydlící sám je vystaven riziku vzniku pocitu osamocení, neboť intenzita kontaktů s ostatními členy rodiny klesá a většina kamarádů téhož věku může být po smrti či je už nad síly seniora se s nimi pravidelně vídat. Vnímání této samoty je u každého jedince individuální, záleží na zachované úrovni samostatnosti a motivaci vyhledávat společnost – tedy u lidí, kteří se společnosti straní dobrovolně, se pocit samoty nedostavuje.

Průzkum uskutečněný v devadesátých letech ve Francii ukázal navýšení osamocené žijících lidí ze tří na šest milionů za uplynulých dvacet let; polovinu z nich tvoří senioři nad 60 let, z toho 80 % ženy. Samotu ovšem nemusíme nutně pociťovat, jen pokud žijeme sami. Mnozí lidé, ač jsou obklopeni lidmi, se cítí osamoceni (Pichaud, Thareauová, 1998, s. 77).

Jestliže hovoříme o vyšším počtu vdov než vdovců, je vhodné připomenout již zmíněné, že střední délka života je u žen delší než u mužů. Ztráta partnera je jedna z nejtěžších situací v životě, kterou si člověk může projít. Podle Stuart-Hamiltona (1999, s. 163) se ovšem senioři se ztrátou milované osoby vyrovnávají lépe než mladší lidé, protože smrt je zde více očekávána. Záleží ale také na způsobu, jak osoba zemřela, zda se jednalo o dlouhodobou nemoc, či šlo o náhlou nečekanou ztrátu.

Pro seniory a další osoby se sníženou samostatností, o které se nechce, nemůže či nedovede postarat jejich rodina, jsou zavedeny sociální služby, které *„napomáhají osobám zajistit jejich fyzickou a psychickou soběstačnost, s cílem umožnit jim v nejvyšší míře zapojení do běžného života společnosti, a v případech, kdy toto vylučuje jejich stav, zajistit jim důstojné prostředí a zacházení“* (Zákon č. 108/2006 Sb.: o sociálních službách, Díl 3. § 38).

Sociální služby poskytované seniorům v terénu či ambulantně zahrnují osobní asistenci, pečovatelskou službu, tísňovou péči, průvodcovské a předčitatelské služby, odlehčovací služby, centra denních služeb a denní stacionáře. Pokud senior ztrácí dostatečnou míru soběstačnosti z důvodu věku a jeho stav vyžaduje pravidelnou péči a pomoc jiné osoby, nabízí se řešení v podobě týdenního stacionáře a domova pro seniory. Senioři se sníženou soběstačností z příčin chronického duševního onemocnění, Alzheimerovy demence a ostatních typů demencí jsou umisťováni do domovů se zvláštním režimem. Tyto služby podle § 49 a § 50 zákona č. 108/2006 Sb. zahrnují tyto činnosti:

- a) poskytnutí ubytování,
- b) poskytnutí stravy,
- c) pomoc při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu,
- d) pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu,
- e) zprostředkování kontaktu se společenským prostředím,
- f) sociálně terapeutické činnosti,
- g) aktivizační činnosti,
- h) pomoc při uplatňování práv, oprávnění zájmů a při obstarávání osobních záležitostí.

Možné problémy a komplikace vznikající se vstupem do zařízení pro dlouhodobý pobyt seniorů spočívají v první řadě s omezeným kontaktem s rodinou, například kvůli velké vzdálenosti bydliště rodiny od zařízení. Ubytováním v domově bývá senior v novém prostředí zmatený, adaptace na nové okolí může být pomalá a nelehká. Dalším problémem může být ztráta soukromí, kdy na pokoji bydlí i několik osob naráz. Společenské styky sahající za zeď domova jsou řídké. Vstupem do zařízení se také mění postavení a role seniora jakožto subjektu péče, jehož rozhodovací práva z určité části zařízení přebírá. To může mít za následek rezignaci nad zachováním zbylé soběstačnosti a přijmutí pasivní role (Mühlpachr, 2005. s. 99 – 100).

Domovy pro seniory mohou být často odsuzovány jako způsob, kterým se rodina zbaví břímě v podobě starého a nemohoucího člověka. Je ale nutné si uvědomit, že některé rodiny by se chtěly postarat, ale nemohou. Chybí jim finanční prostředky, prostor pro ubytování seniora, čas pro pravidelnou péči, znalosti a dovednosti pro takovou péči, fyzické a psychické síly apod. V takových situacích je pro rodinu i seniora výhodnější umístění do tohoto zařízení, kde je ubytován, pravidelně stravován, má zajištěnou denní péči odborného personálu, má možnost navštěvovat různé společenské a zábavné akce v rámci domova a má možnost každodenního styku s vrstevníky. Avšak rodinu nic nenahradí, proto by měla přemýšlet o umístění seniora do zařízení pro seniory až jako o poslední možnosti.

4 PROGRAMY PRO ZDRAVÝ A AKTIVNÍ ŽIVOT SENIORŮ

S prodlužující se střední délkou života a s rostoucí populací obyvatel nad 60 let je na místě zaměřit se na podporu zdraví této skupiny. Lékařské poznatky jsou v moderní době na vysoké úrovni a tím je zdravotnický systém schopný lidem zajistit dlouhý život. Aby byl život nejen dlouhý ale zároveň také zdravý a kvalitní, je zapotřebí onemocněním předcházet zlepšením environmentálních podmínek a zdravým životním stylem. Zvláště senioři ulpívající v zažitých stereotypch mají potíže přijmout nové poznatky a přeorientovat svůj dosavadní způsob života zdravějším směrem. V rámci celého světa či jednotlivých kontinentů, států či regionů vznikají programy, které mají za cíl mladé i staré lidi motivovat, ovlivňovat je a měnit jejich hodnotový systém a postoje k vlastnímu zdraví.

Světová zdravotnická organizace (WHO), složená ze 193 členských států, sepsala roku 1998 Světovou deklaraci zdraví, která klade největší důraz na lidské právo dosáhnout co nejvyšší úrovně svého zdraví a na zachování lidské důstojnosti. Poukazuje na nezbytnost vymazat sociální a ekonomické hranice, aby došla zdraví celá populace. Za cíl si vytyčuje posílit a změnit zdravotní systémy tak, aby zdravotní služby byly přístupné všem a opíraly se o nejnovější vědecké poznatky (URL 18).

WHO jako celosvětový garant péče o zdraví sestavila program Zdraví 21 – Zdraví pro všechny v 21. století. Zdraví je celospolečensky žádaný stav populace, proto WHO stanovila strategii péče o zdraví v tomto dokumentu, který navazuje na předchozí program WHO Zdraví pro všechny do roku 2000. Primární myšlenkou Zdraví 21 je u všech obyvatel dosáhnout nejvyšší možné úrovně zdraví, na jejíž rozvoj a udržování má právo každý jedinec, který přitom staví na základech vytvořenými společnostmi. Principy programu Zdraví 21 uvádí Čeledová a Čevela (2010, s. 90) a spočívají v pěti bodech:

- spravedlnost v péči o zdraví a rozvoji zdravotního potenciálu,
- solidarita v poskytování zdravotní péče osobám v ohrožení a s omezenými možnostmi, trvalá udržitelnost ve smyslu uspokojení současných zdravotních potřeb bez omezení uspokojení těchto potřeb v budoucnu,
- vlastní účast na péči o své zdraví a právo rozhodovat o něm,
- etická volba jako brzda spotřební a tržní povahy společnosti, týká se především oplození, narození a smrti.

Jak název napovídá, jedná se o program stavěný na míru 21. století. Zároveň také udává počet vytyčených cílů tohoto programu, které se zaměřují na potřeby evropských států a poskytují jim základ pro další rozvíjení jejich zdravotní strategie. Každý z 21 cílů vyjadřuje představu ideálního stavu v určité oblasti, popisuje současnou situaci, člení cíl na dílčí úkoly a vymezuje činnosti k jejich vyplnění.

Dalším projektem zabývajícím se zdravotním stavem obyvatel, který je zaměřený především na období stáří, je Evropské inovační partnerství v oblasti aktivního a zdravého stárnutí. Jedná se o plán prodloužení zdravého života občanů Evropské unie o dva roky. Nástroje k naplnění tohoto cíle uvádí Evropská komise (URL 19):

- zlepšit zdravotní stav obyvatel a zvýšit kvalitu života,
- zajistit účinnost zdravotnického systému a systému sociální péče,
- zvýšení schopnosti průmyslu Unie konkurovat pomocí podpory podniků.

Dosažení těchto cílů by mělo za následek nižší nároky starší populace na zdravotnické a sociální služby, jejich odlehčení a zmenšení náporu na státní rozpočty. Jak je uvedeno výše, stáří sebou přináší ve velké míře zdravotní obtíže a omezení, které vlivem nárůstu osob dožívajících se vysokého věku více a více zatěžují tyto systémy. Zdraví a aktivní senioři jsou spokojenější, mohou se dále podílet na rozvoji společnosti, přispívat svými zkušenostmi a být ekonomicky produktivní. Proto je ve společenském zájmu o zdraví seniorů pečovat a zvyšovat jeho úroveň.

Základem tohoto partnerství je spolupráce Evropské komise a členských států Unie, jejich regionů, zdravotních a sociálních odborníků a organizací zastupujících seniory. Cílem je propojit zúčastněné strany veřejného i soukromého sektoru s úmyslem urychlit zavedení inovativních nástrojů a přístupů. Od roku 2012 se každý rok pravidelně konají konference partnerských stran o otázkách naplňování cílů, řízení a činnosti v budoucnu (URL 20).

Pro zdůraznění důležitosti podpory vitality a důstojnosti všech osob byl rok 2012 vyhlášen jako Evropský rok aktivního stárnutí a mezigenerační solidarity (dále jen EY 2012). Je důležité uvědomit si hodnotu a význam aktivního stáří, jeho přínos společnosti i jednotlivým konkrétním osobám a vymýtit věkovou diskriminaci. Jako zásadní cíl si EY 2012 vytyčil podpořit zainteresované strany ve stanovení a naplnění konkrétních úkolů v oblasti aktivního stárnutí. Evropská společnost upozorňuje, že i po šedesátém roce je možno žít plnohodnotný život a podporuje tak aktivní stárnutí. MZČR (URL 21) uvádí tři oblasti aktivního stáří vymezeného Evropským rokem 2012:

- aktivní stárnutí a zaměstnanost, kdy je potřeba zlepšit pracovní podmínky a upravit je potřebám starších osob se zohledněním na jejich zdravotní stav; poskytnout možnosti celoživotního vzdělávání a motivovat starší osoby k produktivitě,
- aktivní účast na společenském dění, kdy je zapotřebí předcházet sociální izolaci starších osob prostřednictvím zlepšení podmínek a příležitostí ohledně vykonávání dobrovolných prací staršími osobami či prostřednictvím péče o rodinné příslušníky,
- nezávislý život ve smyslu podpory zdraví takovými prostředky a vytvořením takového příznivého prostředí, aby došlo k maximalizaci počtu let, které osoby prožijí ve zdraví a aby se zabránilo vzniku závislosti těchto osob na svém okolí a pomoci druhých.

Prostředky EY 2012 k dosažení cílů se týkají konferencí a akcí se zapojením všech zúčastněných stran a podpory naplňování závazků s dlouhodobým dopadem, multimediálních informačních a vzdělávacích kampaní, výměny znalostí a zkušeností, výzkumů na úrovni Unie, států či regionů a šíření jejich výsledků. V ČR je koordinátorem EY 2012 Ministerstvo práce a sociálních věcí (URL 22).

Jako nová strategie vystupuje Zdraví 2020 (Health 2020), která byla schválena Regionálním výborem WHO pro Evropu v září roku 2012. Podporuje zdraví a blahobyt na místní, národní a mezinárodní úrovni. Je zaměřena na stěžejní problémy 53 států evropského regionu, jako je nerovnost ve zdraví, zvýšení výskytu chronických neinfekčních onemocnění a snížení veřejných výdajů ve zdravotnictví (URL 23).

Evropa se mění v mnoha směrech. Země se musejí vyrovnávat s velkými sociálními, ekonomickými, environmentálními a demografickými změnami. Evropský region jako celek zaznamenal v posledních několika desítkách let významné zlepšení ve zdraví obyvatel. Toto zlepšení je ale nerovnoměrné a na mnoha místech se nerovnosti zvyrazňují. Proto je potřeba nový politický rámec Zdraví 2020, který poskytne nástroje k vyrovnání se s výše uvedenými změnami a k vytvoření rovnosti ve zdraví. Tato strategie je založena na hodnotě sepsané v Ústavě WHO – nejvyšší dosažitelná úroveň zdraví jako lidské právo (URL 24).

Je potřeba aktivní spolupráce zúčastněných stran a výměna znalostí a zkušeností týkajících se tohoto problému. Politický rámec představuje způsob, jakým politici mohou efektivněji a účinněji řešit současné sociální, demografické, finanční a epidemiologické problémy; poskytuje možnosti k identifikaci významných rozdílů v oblasti zdraví a k zaměření kolektivního i individuálního úsilí na jejich snížení. Jednotlivé vlády mohou

dosáhnout zlepšení v oblasti zdraví, pokud pracují na dvou propojených cílech: zlepšit zdraví všech a snížit nerovnosti ve zdraví a zlepšit vedení správy pro zdraví.

Politický rámec Zdraví 2020 na základě celkových priorit stanovených pro WHO navrhuje čtyři prioritní oblasti: investovat do zdraví a posílit vliv občanů; řešit hlavní zátěž nepřenositelných a přenosných nemocí v Evropě; posílit zdravotní systém se zaměřením na obyvatele a schopnost reagovat na mimořádné situace; vytvořit podpůrné prostředí a odolnou komunitu (URL 25). Tyto oblasti činnosti jsou vzájemně propojené a ovlivňují se. K jejich vyřešení je zapotřebí soustavná aktivita správy na všech úrovních, aby byly zdraví a blahobyt přítomny pro každého.

Pro ČR je podpora a ochrana zdraví zaručena Zákonem o ochranně veřejného zdraví č. 258/2000 Sb. Pro zlepšení zdravotního stavu obyvatelstva je důležité zúčastnění celé společnosti, aktivita všech úrovní veřejné správy a spolupráce jednotlivých resortů. Ty mohou ovlivnit a redukovat negativní biologické, ekonomické a sociální vlivy na zdraví obyvatel. Obecně se podpora zdraví zabývá rovností práva na ochranu a péči o zdraví všech, zdravým životním prostředím, zdravým chováním a podporou řešení zdravotních problémů a vzděláváním veřejnosti a výchovou ke zdraví (URL 26).

V rámci podpory zdraví v naší republice Ministerstvo zdravotnictví každoročně vyhlašuje výběrové řízení pro dotační program Národní program zdraví – projekty podpory zdraví. Základním cílem je dlouhodobá podpora vztahu ke zdraví a jeho posílení pomocí realizace projektů podpory zdraví, a to v rodinách, školách, obcích a dalších institucích. Dle MZČR (URL 27) mohou podat žádost o poskytnutí státní dotace na uskutečnění projektu:

- nestátní neziskové organizace jako občanská sdružení, církevní zařízení, obecně prospěšné společnosti, nadace a nadační fondy,
- příspěvkové organizace v oblasti zdravotnictví,
- orgány samosprávy a organizace v působnosti územních orgánů,
- právnické a fyzické osoby aktivní v podnikání,
- organizace působící v ostatních resortech, například veřejné vysoké školy.

V žádosti se kromě identifikačních údajů žádající organizace uvádí její dosavadní zaměření, a které sociální skupiny se týká. Dále se uvádí oblast, ve které má projekt působit, například sociální služby, zdravotnictví, děti a mládež, rizikové chování apod. Součástí je uvedení konkrétního cíle a dílčího úkolu programu Zdraví 21, k jehož dosažení bude projekt

příspěvat. Po specifikaci cílové skupiny se konkretizují cíle projektu, zda má měnit postoje a chování cílové skupiny, zvyšovat jejich úroveň znalostí, či zda se jedná o vytvoření kampaně šířené v masmédiích apod.

Každé čtyři roky MPSV pravidelně sestavuje Národní program přípravy na stárnutí, který vychází z EY 2012. Aktuální program je pro období 2013 – 2017 a má za cíl zvýšit kvalitu života seniorů a podpořit jejich zapojení do společnosti. MPSV (URL 28) a zástupci dalších resortů stanovily hlavní oblasti, na kterých je nutné pracovat:

- rozšíření virtuálních univerzit třetího věku⁵ do menších obcí,
- zařazení age-managementu⁶ do firem,
- rozvoj mezigenerační komunikace a využití celoživotních zkušeností starších osob,
- utváření zdravého a pro seniory příznivého prostředí (bydlení, doprava, dostupnost služeb apod.),
- aktivizace seniorů v dobrovolnictví,
- zvyšování mediální vzdělanosti ve vztahu ke stárnoucí populaci.

Na oblastní úrovni jsou aktivní různé kluby, občanské sdružení a spolky, které usilují o zkvalitnění života seniorů, jejich zapojení do společnosti a okolního dění, zlepšení a udržení zdraví nebo se snaží prodloužit pobyt nemocných seniorů v rodinném prostředí. Kluby pro seniory poskytují starším lidem možnosti k zábavě prostřednictvím volnočasových aktivit, nové znalosti a rozvoj jejich dovedností.

Všechna tato opatření a prostředky ke zlepšení zdravotního stavu obyvatel a ke zkvalitnění života seniorů vycházejí z prognóz, které hovoří jasně. Dle WHO (URL 2) se z dnešního podílu osob starších 60 let (cca 11 %) k poměru celosvětového obyvatelstva dostaneme v roce 2050 na dvojnásobek. V té době bude na světě větší počet seniorů než dětí. Proto je důležité tuto problematiku dále aktivně řešit.

⁵ Virtuální výuka Univerzity třetího věku nabízí výuku seniorů formou dálkových multimediálních přednášek. Jsou určené pro seniory, kteří se chtějí dále vzdělávat, avšak vzdálenost či zdravotní stav jim brání fyzicky navštěvovat vysoké školy.

⁶ Age-management je řízení na pracovišti, které zohledňuje věk zaměstnanců. Zajišťuje pracovníkovi využití jeho potenciálu a brání diskriminaci na základě věku.

PRAKTICKÁ ČÁST

5 CHARAKTERISTIKA VÝZKUMU

5.1 Cíl výzkumu

Předmětem výzkumného šetření je rozbor životního stylu, kterým žijí senioři v dnešní době. Cílem je analyzovat a porovnat způsob života seniorů žijících v domácím prostředí a seniorů žijících v domově pro seniory, dále poukázat na rozdíly ve stylu života v závislosti na věku. Úkolem je určit, která ze skupin vede zdravější životosprávu, má bohatší společenský život, pěstuje více koníčků apod. Výzkumem bych také ráda odhalila největší nedostatky životního stylu u seniorů celkově, tak u jednotlivých zkoumaných skupin.

5.2 Výzkumná metoda

Jako výzkumnou metodu jsem si zvolila dotazník, který slouží k rychlému a finančně nenáročnému sběru dat v populaci. Dalšími výhodami dotazníkového šetření je nenáročnost v jeho vyhodnocování, pro respondenty je dotazník snadno vyplnitelný a bez časového nátlaku. Protože výzkum je zaměřen na starší osoby, bylo nutné jim přizpůsobit podobu dotazníku. Dotazníky jsem zavezla sociálním pracovnícím v domovech pro seniory (Domov seniorů Hostomice – Zátor a Domov klidného stáří v Žinkovech), které je rozdaly. Seniorům žijícím v domácnosti jsem dotazníky předala buď osobně v papírové podobě, nebo zaslala pomocí emailu.

Dotazník obsahuje 31 otázek, z nichž se 5 dotazuje na základní údaje – pohlaví, věk, výšku, váhu a dosažené vzdělání. Otázky jsou buď uzavřené, nebo polouzavřené s možností vlastní odpovědi. Jedna otázka je otevřená a její zodpovězení nebylo povinné. Otázky se soustředí na tři hlavní oblasti. První se týká stravování, pohybu a spánku, druhá činností ve volném čase a kontaktů s druhými lidmi, třetí se zaměřuje na zdravotní stav, rizikové faktory životního stylu a subjektivní spokojenost respondentů. Výsledky jsou zpracované a uvedené v grafech.

5.3 Charakteristika vzorku respondentů

Dotazníky vyplnilo 66 seniorů, z toho dva dotazníky nebyly správně vyplněny a bylo nutné je z vyhodnocování vyřadit. Celkem se tedy sešlo 64 dotazníků.

Tabulka 2 – Rozdělení respondentů dle způsobu bydlení

Kde	Absolutní četnost	Relativní četnost %
Domácnost	32	50
Domov pro seniory	32	50
Celkem	64	100

Tabulka 3 – Rozdělení respondentů podle věku

Věk	Absolutní četnost	Relativní četnost %
60 - 75	31	48
76 - x	33	52

Tabulka 4 – Věk respondentů v domácnosti a domově pro seniory

Prostředí	Věkové rozpětí	Průměrný věk
Domácnost	61 - 87	72
Domov pro seniory	62 - 95	79,2

Tabulka 5 – Rozdělení respondentů podle pohlaví a způsobu bydlení

Kde	Ženy		Muži	
	Abs. čet.	Relat. čet.	Abs. čet.	Relat. čet.
Domácnost	16	42	16	62
Domov pro seniory	22	58	10	38
Celkem	38	100	26	100

Tabulka 6 – Věk obou pohlaví

Pohlaví	Věkové rozpětí	Průměrný věk
Ženy	62 - 87	76,4
Muž	61 - 95	74,5

6 VYHODNOCENÍ DOTAZNÍKŮ

Otázky jsem rozdělila do tří tematických oblastí, které byly vyhodnoceny společně. Výsledky otázek porovnávají 4 skupiny respondentů – seniory žijící v domácnosti a v domově pro seniory; seniory ve věkových kategoriích 60 – 75 let a od 76 let výše. Ke každé otázce je přiřazen graf sestavený z relativních četností, ve slovním popisu jsou výsledky taktéž uvedeny v procentech.

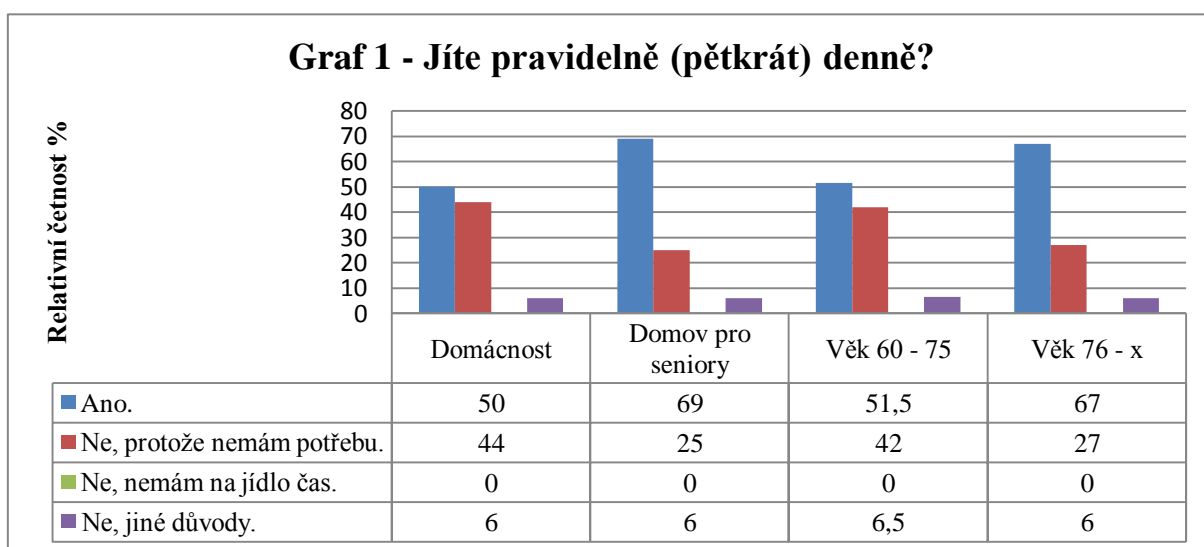
6.1 Oblast životosprávy

Tato oblast pojímá otázky číslo 8, 9, 10, 12, 13, 19, 20 a 21.

8. JÍTE PRAVIDELNĚ (PĚTKRÁT) DENNĚ?

Celkem 59 % všech dotazovaných uvedlo, že jí pravidelně pětkrát denně. Druhá nejčastější odpověď byla, že nemají potřebu (34 %). Čtyři dotazovaní v otevřené odpovědi uvedli, že jí pravidelně, ale pouze třikrát denně. Ani jeden respondent nezaškrtl, že na jídlo nemá čas.

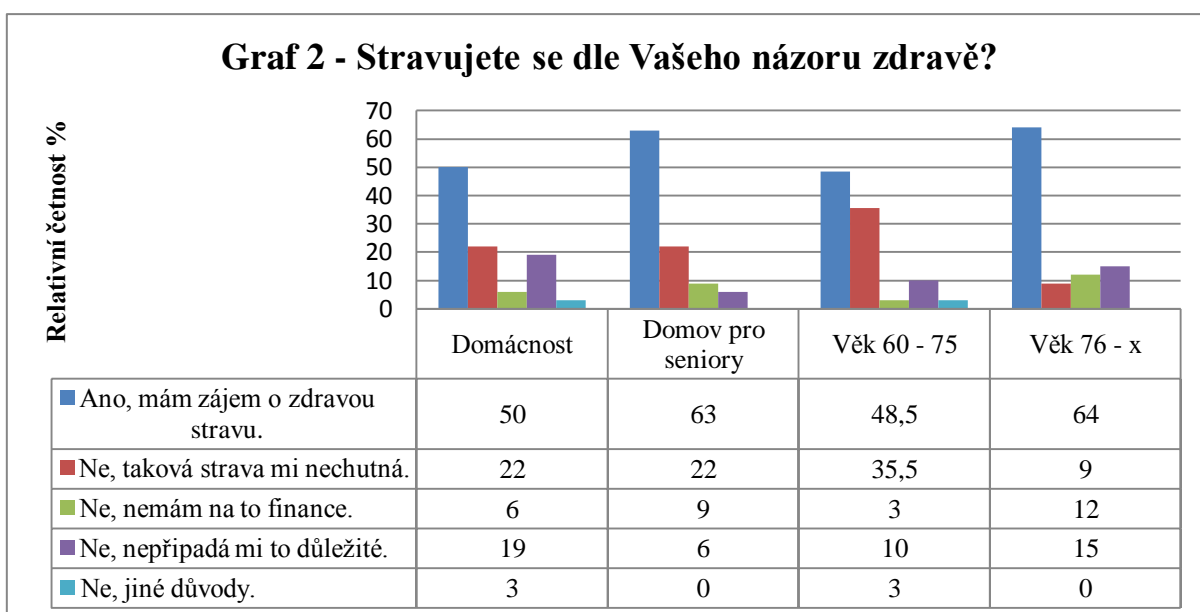
V porovnání seniorů žijících v domácím prostředí a v domově pro seniory se ukázalo, že pravidelně se ve větší míře stravují ti v domově, což může být důsledkem denního režimu zařízení. Z hlediska věkového rozdělení se pravidelně stravuje více seniorů nad 76 let (67 %) než mladších seniorů do 75 let (51,5 %).



9. STRAVUJETE SE DLE VAŠEHO NÁZORU ZDRAVĚ?

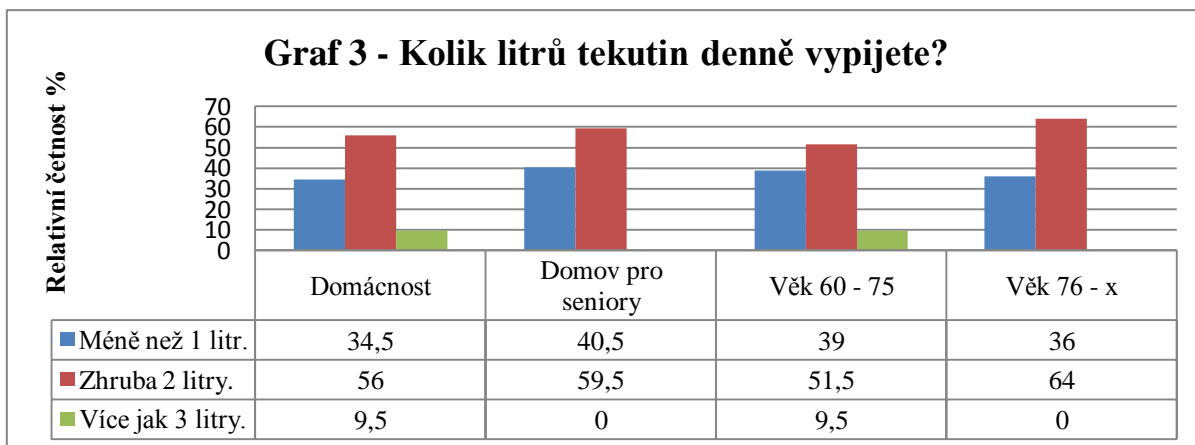
Na tuto otázku odpovědělo „ano“ 56 % dotazovaných. Je znepokojující, že o zdravé stolování se zajímá pouze polovina dotazovaných seniorů. Dvaceti dvěma procentům zdravé potraviny nechutnají, 8 % uvádí, že na ně nemají peníze. Podle 12,5 % respondentů dokonce není zdravá strava důležitá. V otevřené odpovědi uvedla jedna osoba, že jí podle své chuti.

Ohledně rozdělených skupin se o zdravé potraviny zajímají větší měrou dotazovaní z domova pro seniory, na rozdíl od nich senioři žijící doma nekladou na složení stravy takový důraz. Překvapivý rozdíl se nalézá u mladší skupiny seniorů, kterým v celých 35,5 % případů zdravá strava nechutná, naopak starší senioři vykazují větší zainteresovanost.



10. KOLIK LITRŮ TEKUTIN DENNĚ VYPIJETE?

Je známo, že senioři méně dbají na pitný režim a zapomínají doplňovat tekutiny, proto nepijí tolik, kolik by měli a pijí až při pocitu žízně, který se u starších osob oslabuje. U dotazovaných činí v největší míře (58 %) množství denně vypitých tekutin zhruba 2 litry, méně než litr denně vypije 37 % seniorů. V rozdělených skupinách se nenacházejí výraznější rozdíly. Pouze tři respondenti pijí více jak 3 litry tekutin denně. Tito dotazovaní spadají do kategorie seniorů v domácím prostředí a mladších seniorů.



12. ZAŠKRTNĚTE, PROSÍM, 1 – 3 SKUPINY POTRAVIN, KTERÉ TVOŘÍ VĚTŠINU VAŠEHO JÍDELNÍČKU

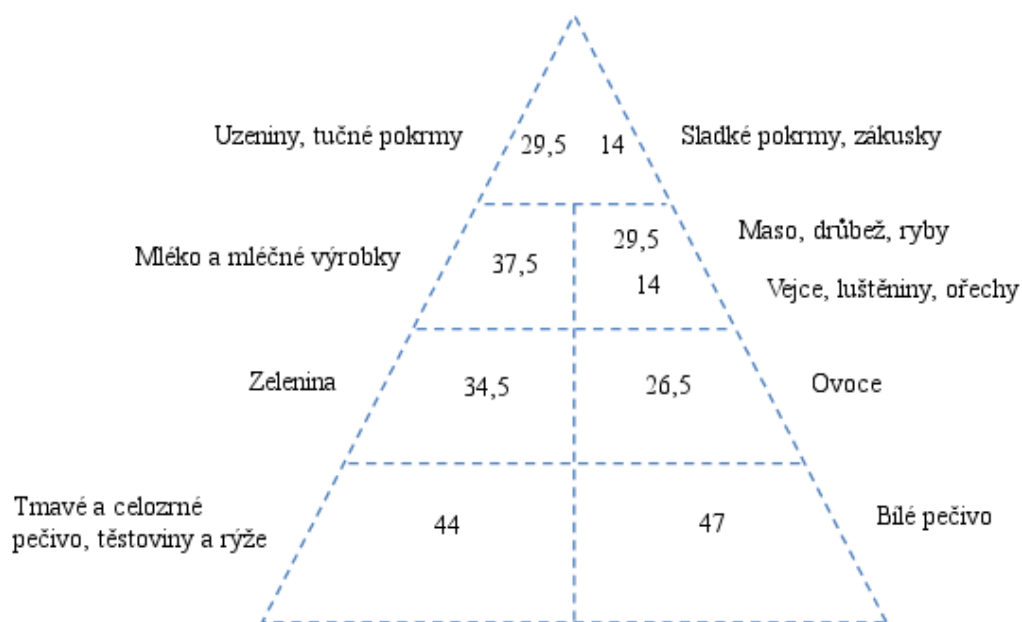
U této otázky byly skupiny potravin sestaveny dle pyramidy zdravé výživy, která nám ukazuje, jaké potraviny by měly být v jídelníčku zastoupeny více a které méně. Pravidlem potravinové pyramidy je umístění potravin – čím více nahoře, tím méně bychom měli tyto potraviny konzumovat; potraviny na levé straně by měly být více zastoupeny než ty vpravo.

Dotazovaní mohli zaškrtnout 1 – 3 možnosti. Dva senioři zaškrtnuli více jak tři (vyřazené dotazníky). V rozsahu celé skupiny respondentů (Graf 4) se na prvním místě umístilo bílé pečivo, které označilo 47 % dotazovaných. Hned za ním se objevuje tmavé pečivo spolu s těstovinami a rýží (44 %). Třetí skupina potravin (maso, drůbež a ryby) získala 43,5 %. Zelenina a ovoce tvoří pouze u třetiny respondentů jeden ze základů každodenní stravy. Zhruba u stejného množství dotazovaných tvoří hlavní jídelníček uzeniny a paštiky, u 14 % sladké pokrmy – tedy nejméně vhodné potraviny.

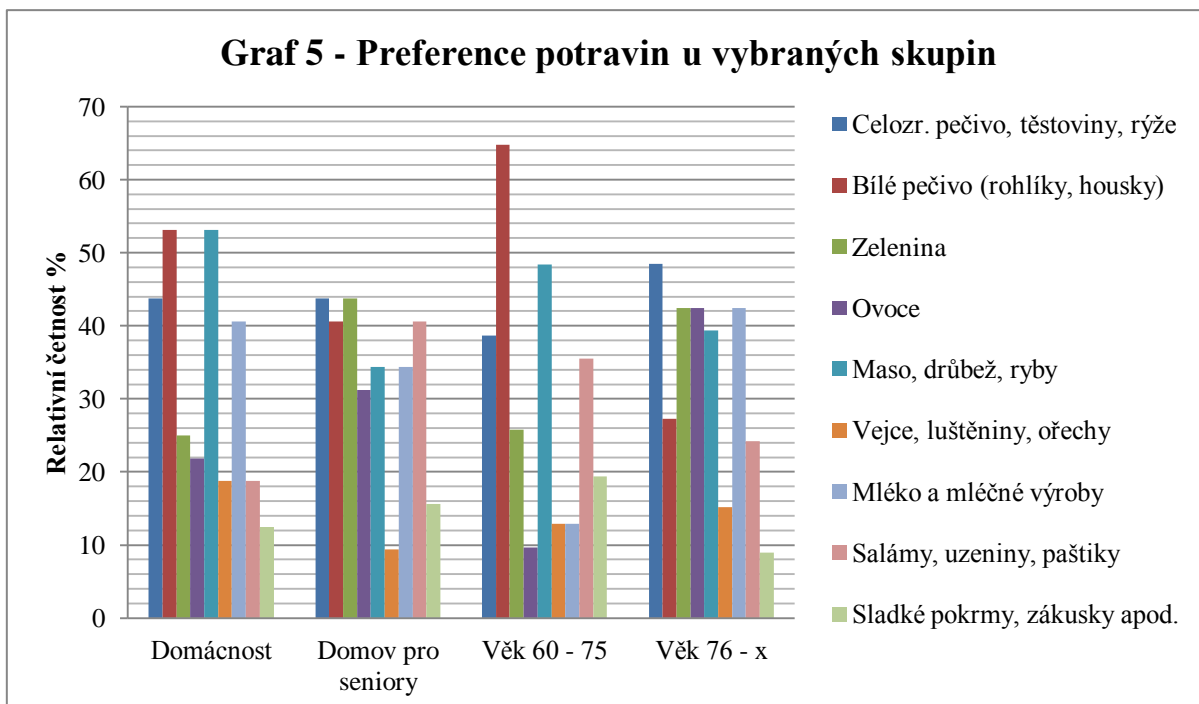
V Grafu 5 vidíme, kolik procent respondentů z určité zkoumané skupiny zvolilo jaké jídlo jako základ svého jídelníčku. Porovnáme-li seniory žijící doma se seniory v domově, zjistíme, že bílé pečivo konzumují více senioři v domácnosti. Velké rozdíly se nacházejí v konzumaci zeleniny, která tvoří jednu ze tří základních potravin 44 % dotazovaných žijících v domově pro seniory na rozdíl od 25 % seniorů žijících doma. V zařízení senioři také konzumují méně masa, drůbeže a ryb. Oproti tomu však senioři v domově konzumují ve větší míře uzeniny (40 %, senioři v domácnosti 19 %).

Porovnáním skupiny mladších a starších seniorů vidíme rozdíl v konzumaci bílého pečiva (65 % a 27 %), starší respondenti více preferují celozrnné pečivo. Další výrazný rozdíl je v konzumaci zeleniny a ovoce, které více preferují starší senioři. Dotazovaní nad 76 let jí více mléčných výrobků (43 %), naopak méně uzeniny a sladkosti.

Graf 4 – Složení jídelníčku (kolik % respondentů zvolilo jakou skupinu potravin)



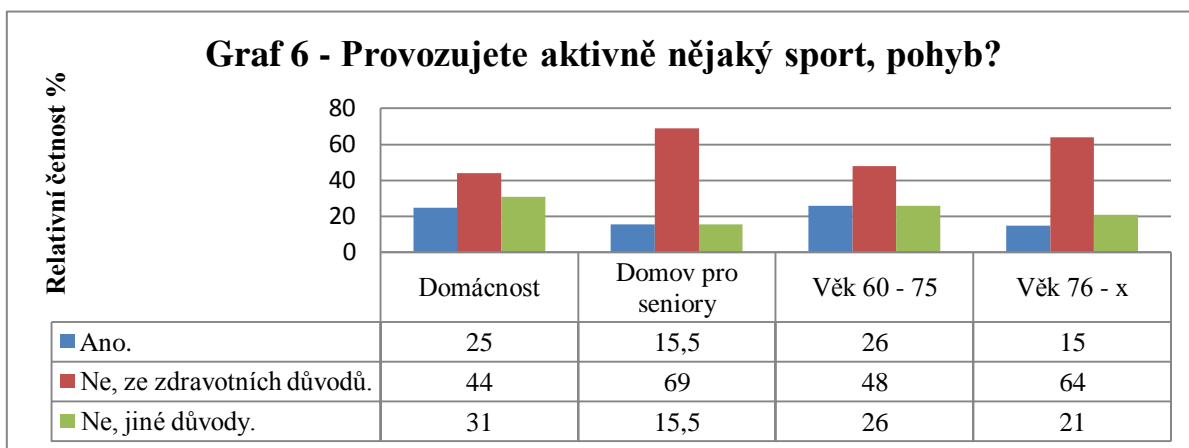
Graf 5 - Preference potravin u vybraných skupin



13. PROVOZUJETE AKTIVNĚ NĚJAKÝ SPORT, ČI JINÉ POHYBOVÉ AKTIVITY?

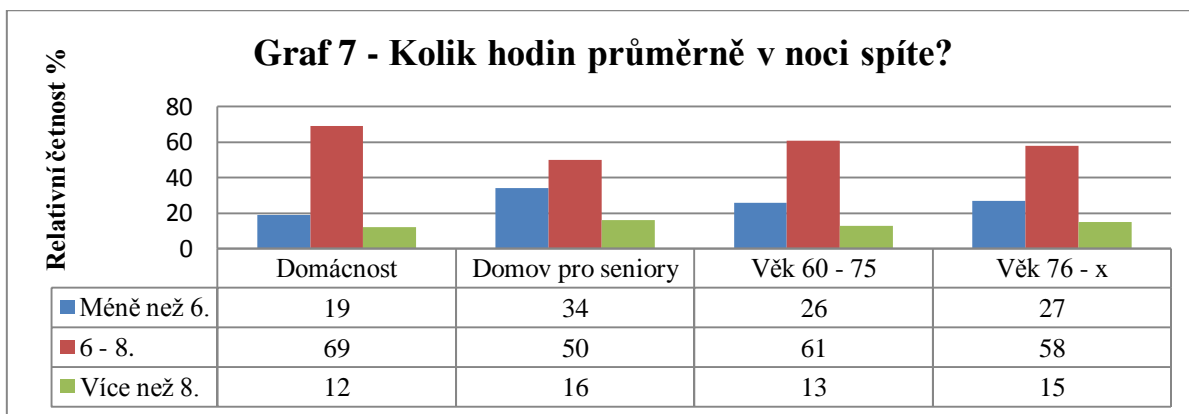
I přes zhoršení funkce pohybového aparátu ve stáří se nacházejí stále aktivní jedinci, tedy věk nemusí být nutně brzdou v pohybu. Celých 20 % respondentů se stále aktivně pohybuje, dokonce nejstarší 95letý muž žijící v domově pro seniory se aktivně zapojuje ke společnému rannímu cvičení a chodí na krátké procházky. Ostatní uváděli cvičení vsedě, procházky, kolo, pěší turistiku, plavání, fotbal, jiní cvičí doma. Kvůli zdravotním obtížím nesportuje přes 55 % respondentů, 23 % z jiných důvodů.

Senioři žijící doma provozují větší množství pohybových aktivit než senioři z domova, kteří bývají v domově umístěni kvůli omezenému pohybu, i přesto se jich 15 % aktivně hýbe. Skoro 70 % z nich je v pohybu omezeno zdravotními problémy. Ve věkovém rozdělení se ve větší míře pohybují senioři do 75 let, starší jsou z 64 % omezeni zdravotním stavem.



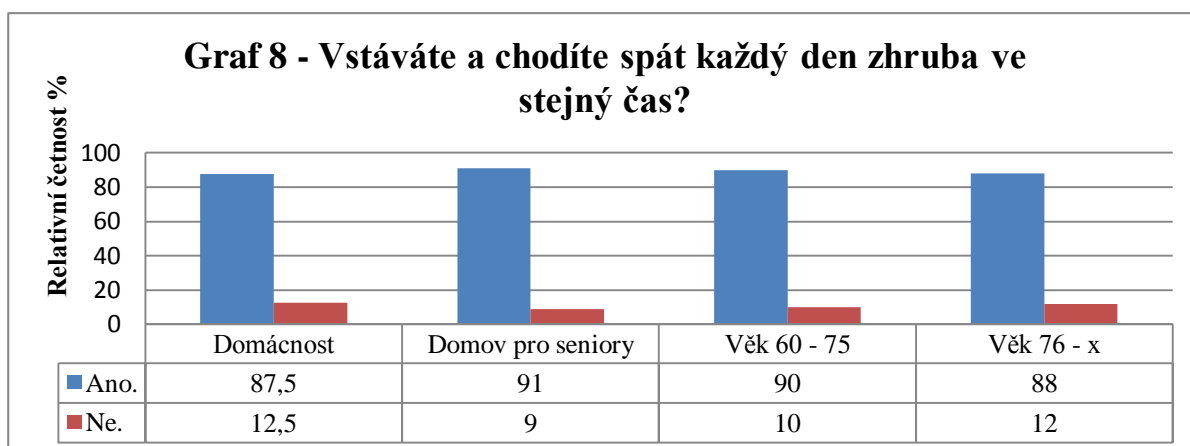
19. KOLIK HODIN PRŮMĚRNĚ V NOCI SPÍTE?

59 % všech respondentů uvádí, že v noci spí 6 – 8 hodin, tedy dostatečně dlouhou dobu pro regeneraci organismu. Méně než 6 hodin denně nespí 27 % respondentů, více jak 8 hodin 14 %. V rozdělených skupinách jsou na tom lépe senioři žijící doma než ti v domově. 34 % respondentů v domově pro seniory spí méně než 6 hodin. Ve věkovém rozdělení se nenacházejí žádné významné rozdíly, u obou skupin spí optimálně dlouhou dobu kolem 60 % seniorů.



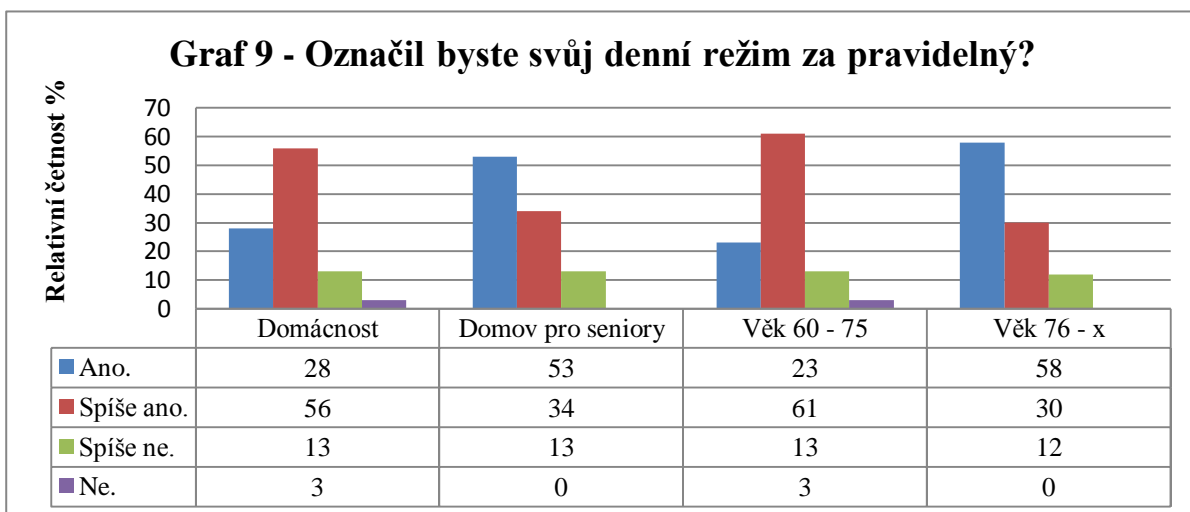
20. VSTÁVÁTE A CHODÍTE SPÁT KAŽDÝ DEN ZHRUBA VE STEJNÝ ČAS?

Stejně tak jako je pro tělo potřebná dostatečně dlouhá doba spánku, je důležitý i pravidelný čas usínání a vstávání. Pravidelně do postele ulehá a vstává z ní 89 % všech dotazovaných seniorů. V tomto ohledu nebyly mezi seniory žijícími doma a v domově nalezeny žádné výrazné odlišnosti, u každé skupiny spí pravidelně kolem 90 % respondentů.



21. OZNAČIL BYSTE SVŮJ DENNÍ REŽIM (VEŠKERÉ ČINNOSTI BĚŽNÉHO DNE) ZA PRAVIDELNÝ?

Ze všech dotazovaných 86 % odpovědělo ano nebo spíše ano. Pouze jediný člověk zakroužkoval odpověď ne. Výsledky ukázaly, že rozhodně pravidelný režim mají ve větší míře skupina seniorů v domově a skupina seniorů nad 76 let (53 a 58 %). Respondenti z domácnosti a mladší skupina seniorů žijí spíše pravidelným režimem. Nepravidelnost režimu se vyskytuje u všech skupin zhruba ve stejné míře.

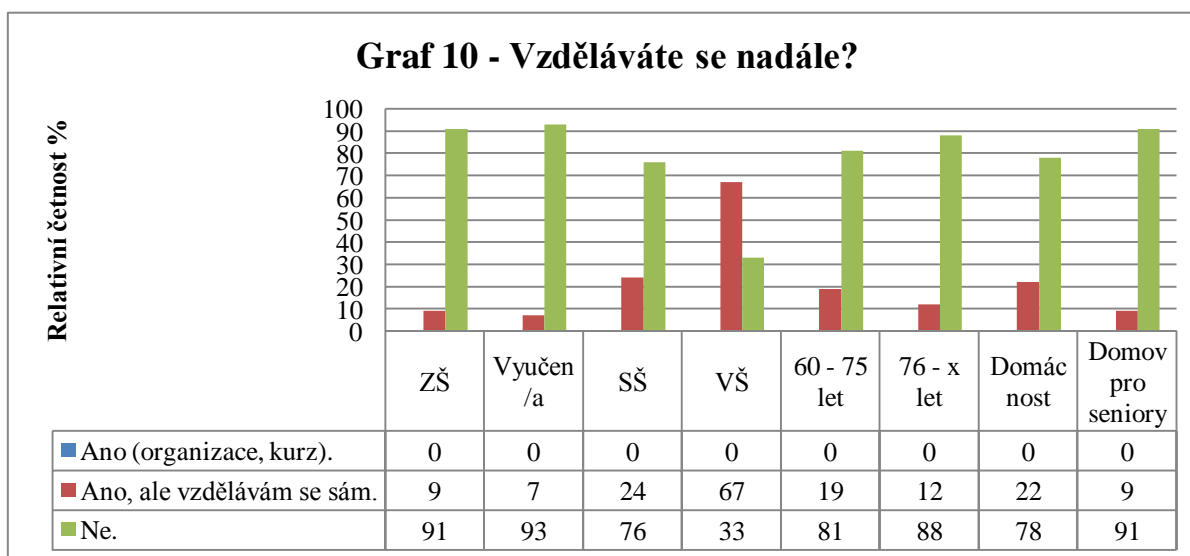


6.2 Volný čas a sociální kontakty

Tento tematický okruh zahrnuje otázky č. 5, 7, 11, 14, 15, 22, 23, 24, 25 a 26.

5. DOSAŽENÉ VZDĚLÁNÍ a 24. VZDĚLÁVÁTE SE NADÁLE?

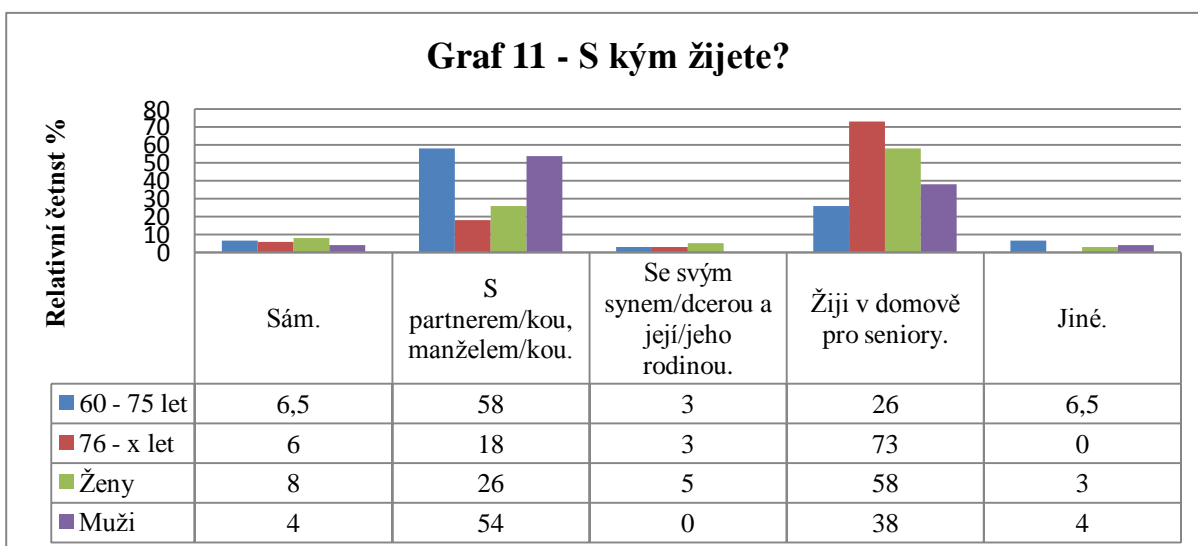
Z celkového vzorku respondentů se zde nachází nejvíce těch, kteří byli vyučeni (45 %). Pouze základního vzdělání dosáhlo 17 %, střední školu dokončilo 33 %. Vysokoškolské vzdělání získali pouze tři respondenti (5 %). Ani jeden dotazovaný nenavštěvuje žádnou vzdělávací organizaci nebo kurz. Samostatně se vzdělává 16 % seniorů. Podíváme-li se na Graf 10, uvidíme, že čím vzdělanější senioři, tím více se jich vzdělává nadále. Vzhledem k věku se ve větší míře samostatně vzdělávají mladší senioři než ti starší, taktéž větší zájem o další znalosti a vědomosti mají senioři žijící doma než ti v domově.



7. S KÝM ŽIJETE?

Podle této otázky jsem rozdělovala respondenty na ty, kteří žijí doma a na ty, kteří zase v domově pro seniory. V domově jich žije přesně polovina. S partnerem či manželem žije 38 %, pouze 6 % dotazovaných žije samo. Rodina o třech generacích se zde objevila pouze u dvou respondentů. V odpovědi „jiné“ dva senioři uvedli, že žijí s manželem/kou a svojí dcerou.

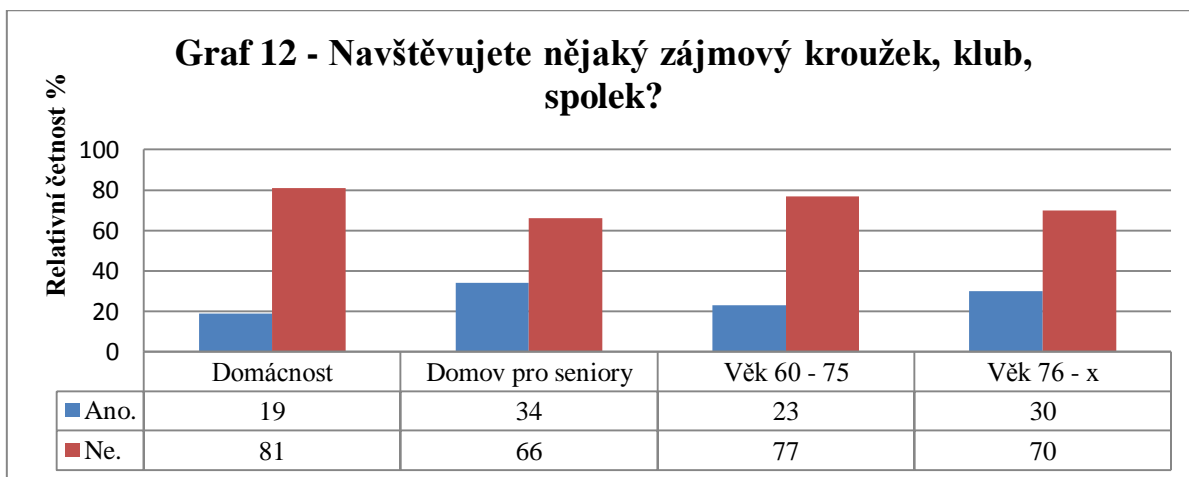
S rostoucím věkem roste i počet případů ztráty soběstačnosti. S tím souvisí Graf 11, který říká, že 73 % respondentů starších 76 let žije v domově pro seniory, z mladších seniorů zde žije 26 %. Naopak větší procento mladších seniorů žije s partnerem (58 %) oproti starším, kterých je 18 %. Srovnáním vidíme, že 54 % mužů žije se svými partnerkami, žen 26 %. V domově pro seniory naopak žije skoro 60 % žen, z mužů necelých 40 %.



11. NAVŠTĚVUJETE NĚJAKÝ ZÁJMOVÝ KROUŽEK, KLUB, SPOLEK? JESTLI ANO, JAKÝ?

Ze všech 64 respondentů 26,5 % uvedlo, že kroužek či spolek navštěvuje. V domově pro seniory se na zájmových činnostech účastní 34 % dotazovaných. Uváděli odpovědi jako Svaz zdravotně postižených, muzikoterapie, pletení a ostatní ruční práce, reminiscenční terapie⁷ a cvičení na židli. Tři respondenti uvedli trénink a procvičování paměti. Senioři žijící v domácnosti (19 %) se věnují myslivosti, Sokolu a fotoklubu. Výsledky mladších a starších seniorů čítají obdobné hodnoty jako předešlé dvě skupiny.

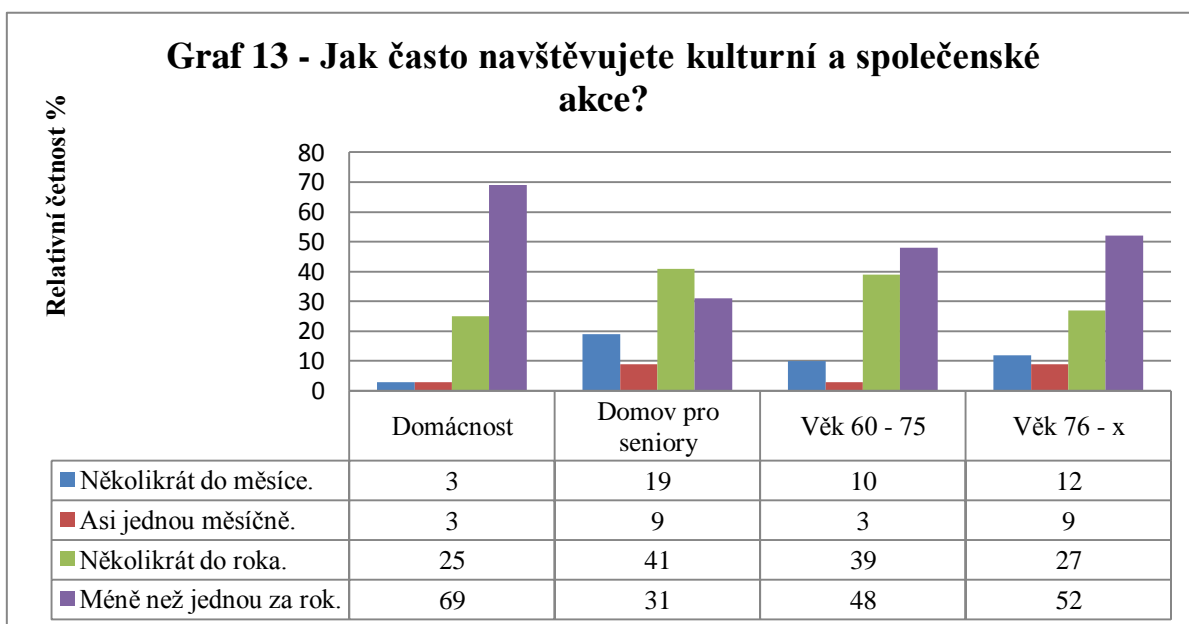
⁷ Stimulace paměti vyvoláváním vzpomínek pomocí starých fotografií, novin, suvenýrů apod.



14. JAK ČASTO NAVŠTĚVUJETE KULTURNÍ A SPOLEČENSKÉ AKCE?

Zde jsem chtěla zjistit, která skupina seniorů nejčastěji navštívuje kino, divadlo, koncerty, bály apod. Rovných 50 % všech seniorů navštívuje tyto kulturní a společenské akce méně než jednou do roka. Několikrát do roka se takto baví 33 % dotazovaných. Zbýlých 17 % navštívuje kulturní akce jednou či několikrát do měsíce.

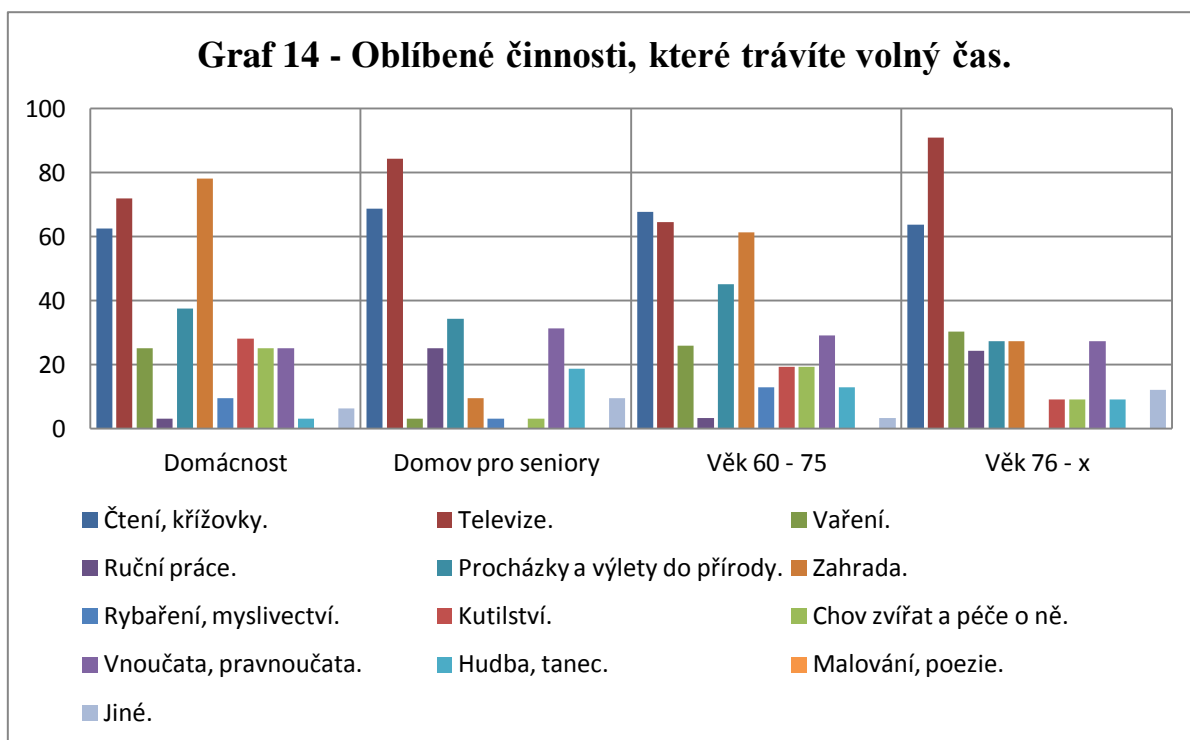
V porovnání rozdělených skupin seniorů jsou v tomto ohledu nejaktivnější dotazovaní z domova pro seniory, kde jsou také nejméně výrazné rozdíly mezi jednotlivými odpověďmi. Tato vysoká aktivita může být zapříčiněna pravidelně pořádanými zábavnými akcemi v domově. Senioři v domácnosti jsou na tom naopak nejhůře, téměř 70 % se do společnosti podívá sotva jednou do roka. Mladší a starší senioři dosáhli podobných výsledků, které se od sebe výrazněji neliší.



15. OBLÍBENÉ ČINNOSTI, KTERÝMI TRÁVÍTE VOLNÝ ČAS.

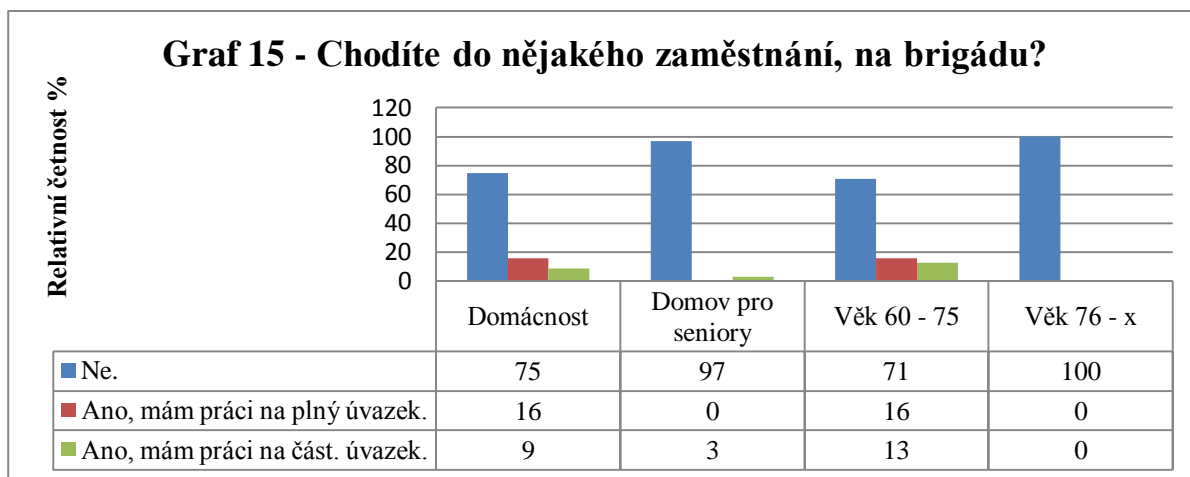
U této otázky mohli respondenti označit více možností, či doplnit svoji vlastní odpověď. Nejoblíbenější činnost, kterou tráví senioři svůj volný čas, je sledování televize (78 %). Dále trénují svůj mozek čtením nebo luštěním křížovek (66 %), starají se o zahrádku (44 %), či se vypravují na výlety a procházky do přírody (36 %). Téměř třetina dotazovaných tráví svůj čas spolu s vnoučaty a pravnoučaty. Ani jeden respondent nevedl, že věnuje své volné chvíle malování či poezii. V odpovědi „jiné“ senioři uvedli jízdu na kole, fotografování, kino a společenské hry, akvaristiku a kulturní akce pořádané v domově.

V domácnosti se senioři nejvíce věnují péči o zahradu (78 %), v domově se zahradničení věnuje pouze 10 % seniorů. Senioři v domově ovšem ve větší míře čtou, luští křížovky a koukají na televizi. Zhruba stejné množství (více jak třetina) z obou skupin podniká výlety do přírody. 28 % dotazovaných žijících doma má jako hobby kutilství, v domově se mu nevěnuje ani jeden senior, na druhou stranu se ve větším množství zajímají o hudbu a tanec a více jich tráví čas s vnoučaty. Rozdíly mezi mladšími a staršími seniory jsou především v povaze zálib. Mladší senioři se věnují pohybově aktivnějším činnostem – více chodí do přírody, pečují o zahradu, zajímá je rybaření a myslivectví, ve větší míře kutí a chovají zvířata. Starším seniorům spíše vyhovují pasivnější záliby, jako čtení, křížovky a v největší míře televize (91 %).



22. CHODÍTE DO NĚJAKÁHO ZAMĚSTNÁNÍ, NA BRIGÁDU?

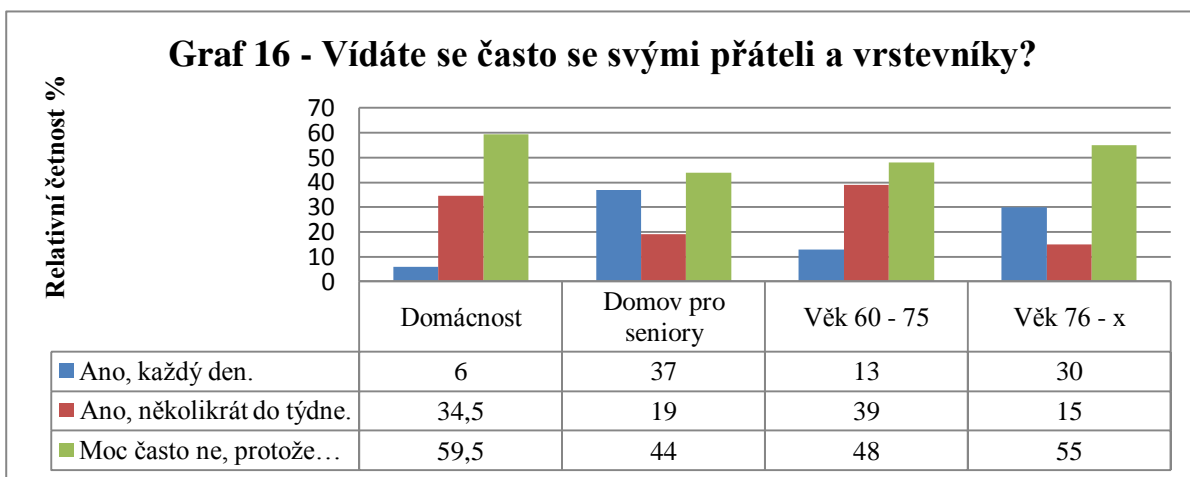
Ačkoliv je pojem senior spojen s odchodem do starobního důchodu, někteří senioři jsou stále finančně produktivní. Mezi respondenty se našlo 8 % seniorů s plným pracovním úvazkem, na částečný úvazek pracuje 6 %. Graf 15 ukazuje, že starší věková skupina seniorů je ve sto procentech pracovní neaktivní, podobně jako v domově, kde pracuje pouze jediný senior. Mladších seniorů chodících do zaměstnání je dohromady téměř 30 %, obdobně jako u seniorů v domácnosti.



23. VÍDÁTE SE ČASTO SE SVÝMI PŘÁTELI A VRSTEVNÍKY?

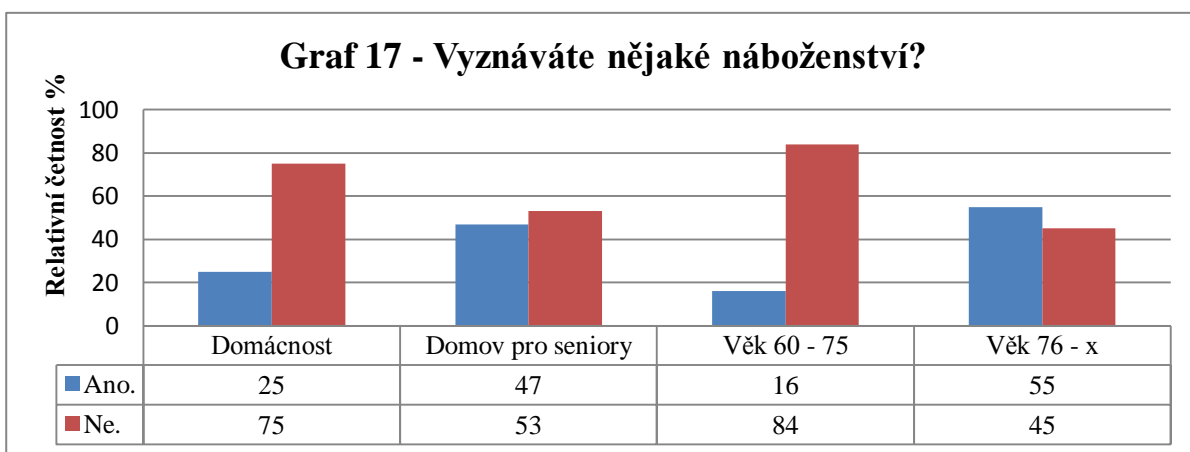
V tomto bodě výzkumu se ukázalo, každý den vidá své přátele celých 22 % seniorů, párkrát v týdnu 26,5 %. 51,5 % seniorů se stýká se svými přáteli a vrstevníky zřídka. Zde mohli odůvodnit, proč tomu tak je. Pět respondentů uvedlo nedostatek času, další zase omezenou pohyblivost, málo příležitostí, vzdálenost a komplikovanou dopravu, styky s mladšími osobami, starosti a práce přátel a jejich malý počet. Tři senioři společnost nevyhledávají, protože chtějí být sami.

Frekvence styků s přáteli a vrstevníky je zjevně vyšší u respondentů z domova pro seniory. Zde se každý den s přáteli vidá 37 % dotazovaných. V domácnosti je tomu pouze u 6 %, ostatní mívají kontakt s přáteli spíše během týdne (téměř 35 %). Rozdíl je také v počtu těch, kteří se s přáteli vidají méně často – tuto odpověď zaškrtno téměř 60 % seniorů žijících doma, v zařízení pro seniory 44 %. V porovnání mladších a starších seniorů vidíme, že poměr styků každý den a v týdnu je podobný poměrům předešlých dvou skupin respondentů. U dotazovaných nad 76 let je ale výrazně menší počet těch, kteří se s vrstevníky vidají několikrát v týdnu – 15 % oproti 39 % mladších seniorů.



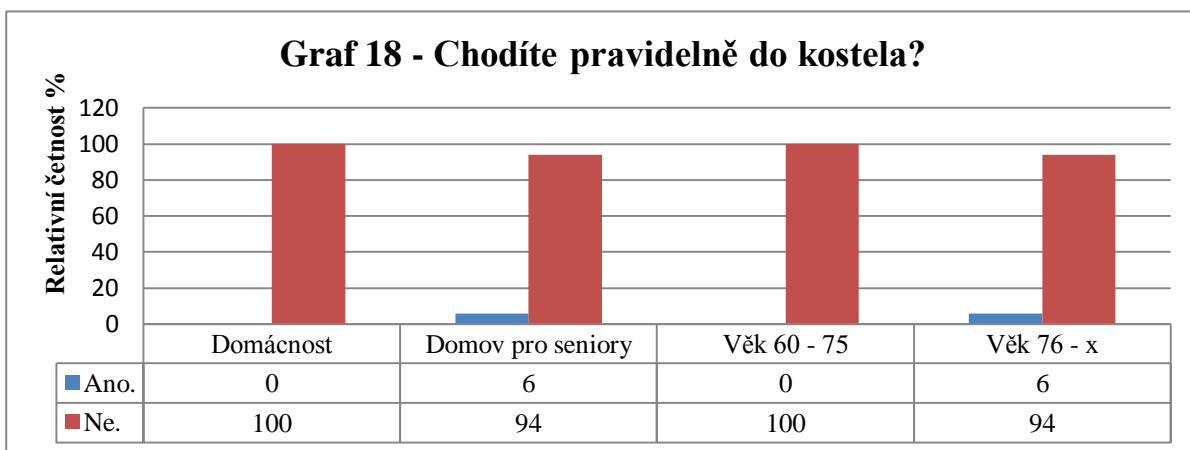
25. VYZNÁVÁTE NĚJAKÉ NÁBOŽENSTVÍ?

Z celkových výsledků vyplývá, že věřících je 36 % seniorů. Ti měli doplnit, o které náboženství se jedná. Tři respondenti uznávají křesťanství, pod které spadá Římskokatolická církev (18 respondentů). Protestantskou Českobratrskou církev evangelickou vyznávají 2 dotazovaní. Z Grafu 17 vyčteme, že věřících seniorů je v domově dvakrát více (47 %) nežli seniorů z domácnosti (25 %). Markantní rozdíl je ve víře mladších a starších seniorů. Téměř 85 % dotazovaných do 75 let je bez víry, naopak u starších seniorů převažují věřící nad ateisty o 10 %.



26. CHODÍTE PRAVIDELNĚ DO KOSTELA?

V porovnání s procentem věřících seniorů je velmi málo těch, kteří pravidelně navštěvují kostel – pouze 2 respondenti (3 % všech dotazovaných). Oba dva pocházejí z domova pro seniory a ze starší věkové skupiny, oba vyznávají Římskokatolickou církev.



6.3 Zdravotní stav a subjektivní spokojenost

Poslední tematický okruh zahrnuje otázky č. 3, 4, 6, 16, 17, 18, 27, 28, 29, 30 a 31.

3. VÁHA a 4. VÝŠKA – VÝPOČET BMI

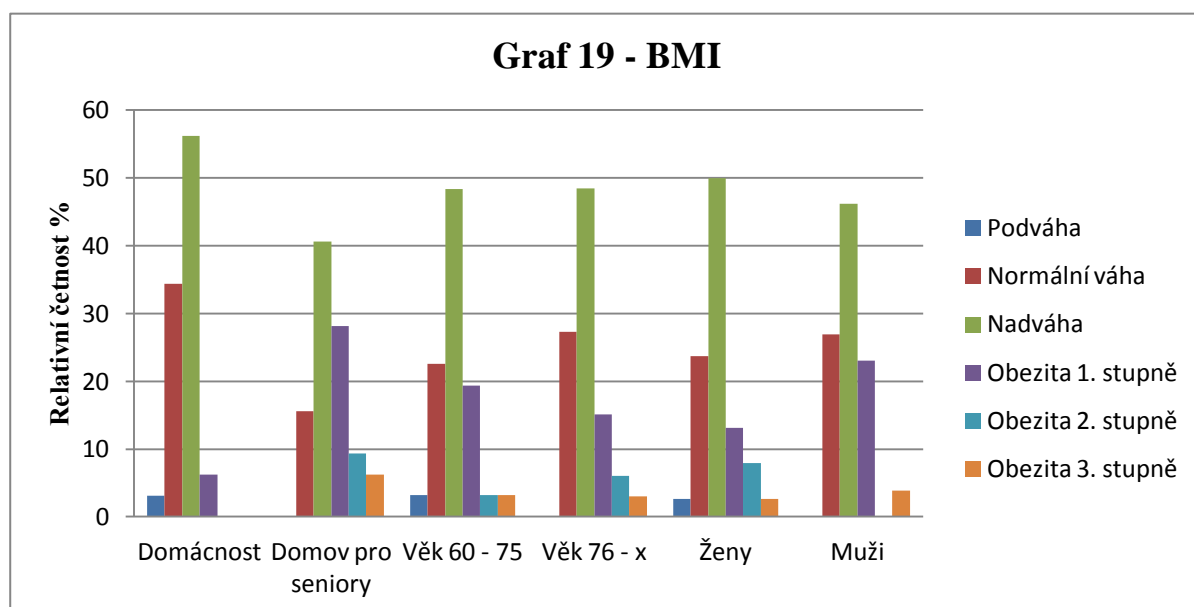
Respondenti v otázce č. 3 a 4 měli uvést svoji aktuální výšku a váhu. Pomocí těchto údajů jsem vypočítala jejich BMI a podle výsledků zařadila do jednotlivých kategorií. Ze všech dotazovaných trpí pouze jeden senior podváhou, ideální váhu má 25 % dotazovaných. Se zvýšeným výskytem zdravotních rizik spojená nadváha se objevila u 48,5 %. Obezita prvního stupně trápí 17 % seniorů, obezita druhého stupně 4,5 %. Nejtěžší formou obezity trpí dva respondenti (3 %). Při vyhodnocování BMI u seniorů je ovšem nutné hledět na vlivy stáří, které mění stavbu tkání, kdy se mění podíl tuků, svalů a vody. Optimální BMI seniorů by mělo mít o něco vyšší hodnoty než u mladší populace, pro vyhodnocení jsem ale použila standardní tabulky BMI, které se orientují pouze dle výšky a váhy.

Tabulka 7 – hodnoty BMI a jejich zdravotní rizika

BMI	Zařazení	Míra rizik
< 18,5	podváha	vysoká
18,5 - 25	normální váha	žádná či minimální
25 - 30	nadváha	lehce vyšší
30 - 35	obezita 1. stupně	zvýšená
35 - 40	obezita 2. stupně	vysoká
40 <	obezita 3. stupně	velmi vysoká

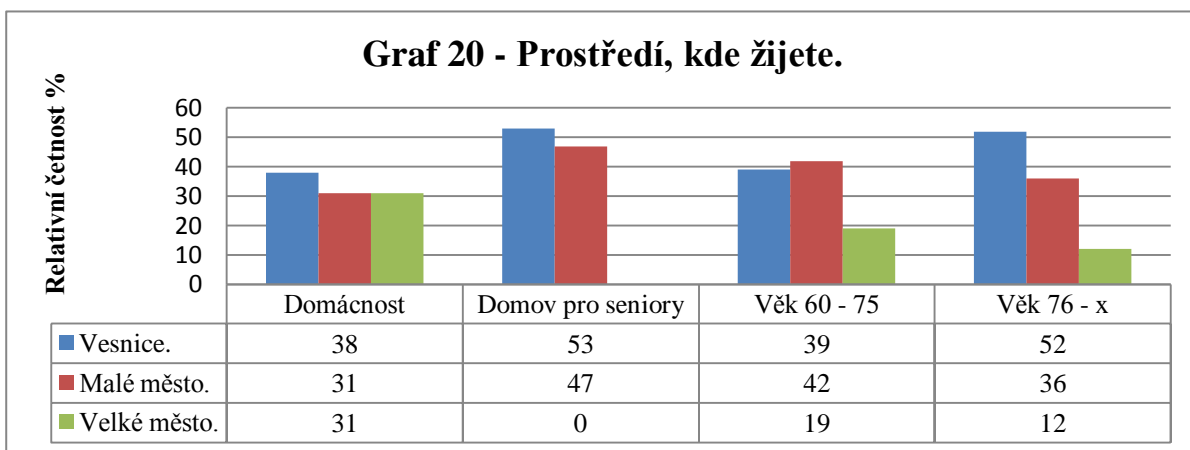
V domácnosti žijících seniorů, kteří mají ideální váhu, je 34 %. V domově pro seniory je jich o polovinu méně (15,5 %). Do kategorie nadváha se z domácnosti zařadilo 56 % dotazovaných, z domova pro seniory 40,5 %. Výrazně vyšší je zde ale výskyt obezity prvního stupně, který činí 28 %, téměř pětinašobek počtu seniorů s obezitou žijících doma. Obezita druhého a třetího stupně se u respondentů v domácnosti nevyskytuje ani v jednom případě, v domově tyto dvě kategorie tvoří celkově 15,5 %.

Vzhledem k věku se mezi seniory nachází jen několik rozdílů. Mladší senioři ve větší míře trpí obezitou, nadváha trápí obě skupiny stejně (48 %). Starší senioři mají ve větší míře optimální BMI (27 %, mladší senioři 22,5 %). Co se týče rozdělení dle pohlaví, jsou na tom s optimální váhou a nadváhou nepatrně lépe muži, více jich ale trpí obezitou prvního stupně.



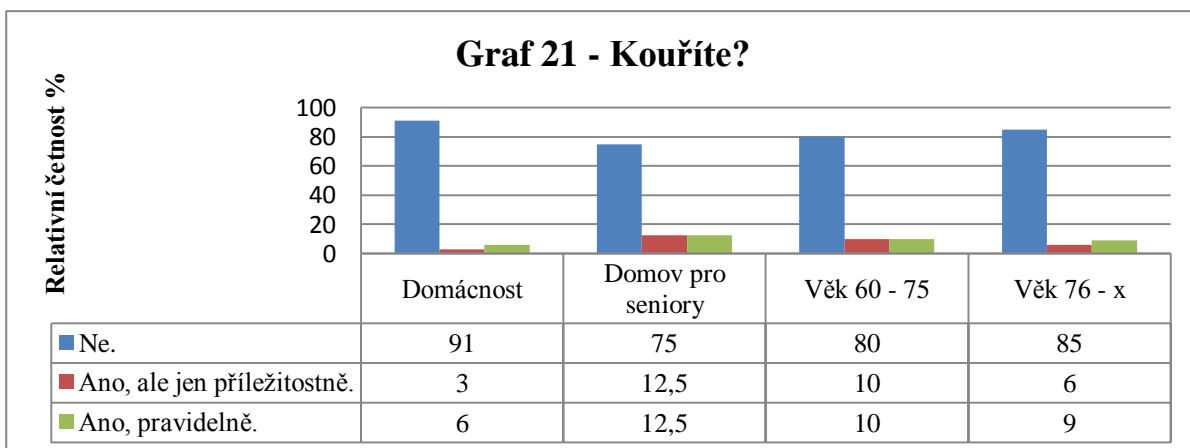
6. PROSTŘEDÍ, KDE ŽIJETE.

Nejvíce seniorů (45 %) uvedlo, že žije na vesnici, tedy v prostředí, které se dá obecně považovat za nejméně zdraví škodlivé. V malém městě žije 39 % seniorů, ve velkém pouhých 16 %. U rozdělených skupin jsem zjistila, že na vesnici a malém městě žije více respondentů z domova pro seniory než respondentů z domácnosti. Proto, že jeden domov se nachází uprostřed lesa a druhý v malém městě, nežije žádný senior z této skupiny ve velkém městě. Na vesnici žije také nejvíce starších seniorů (52 %), naopak ve velkém městě pouze 12 %. Mladší senioři vesnici preferují v menší míře, poměrně velká část bydlí na malém městě (42 %). Ve velkém městě žije téměř dvojnásobek mladších seniorů než těch starších.



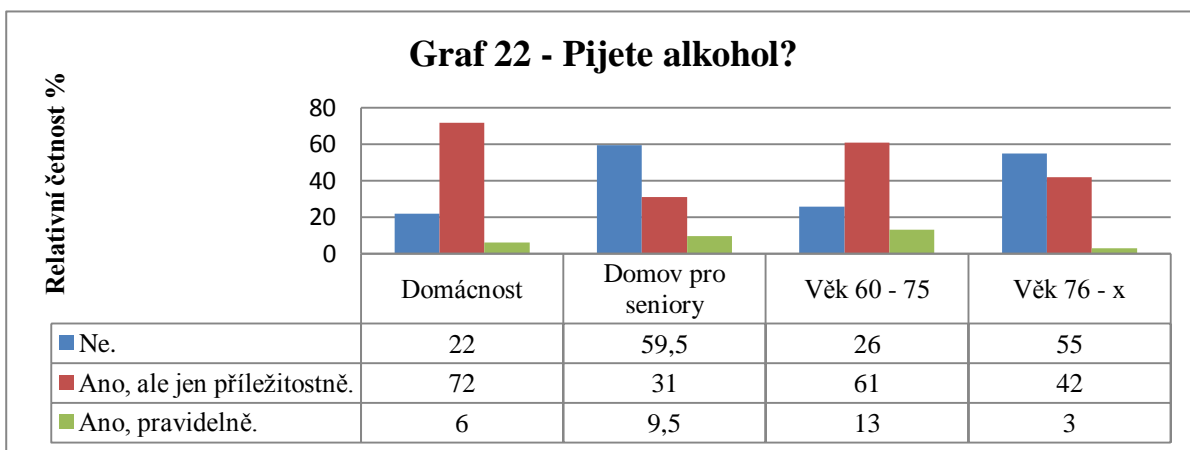
16. KOUŘÍTE?

Při zjišťování počtu kuřáků došlo k celku uspokojujícím výsledkům – 83 % všech seniorů vůbec nekouří. Zbýlých 17 % si cigaretu zapalují pravidelně či příležitostně. Kuřáků je v domově pro seniory celkem 25 %, v domácnosti pouhých 9 %. Z porovnání věkových skupin vyplynulo, že starší senioři kouří o něco méně než mladší senioři.



17. PIJETE ALKOHOL?

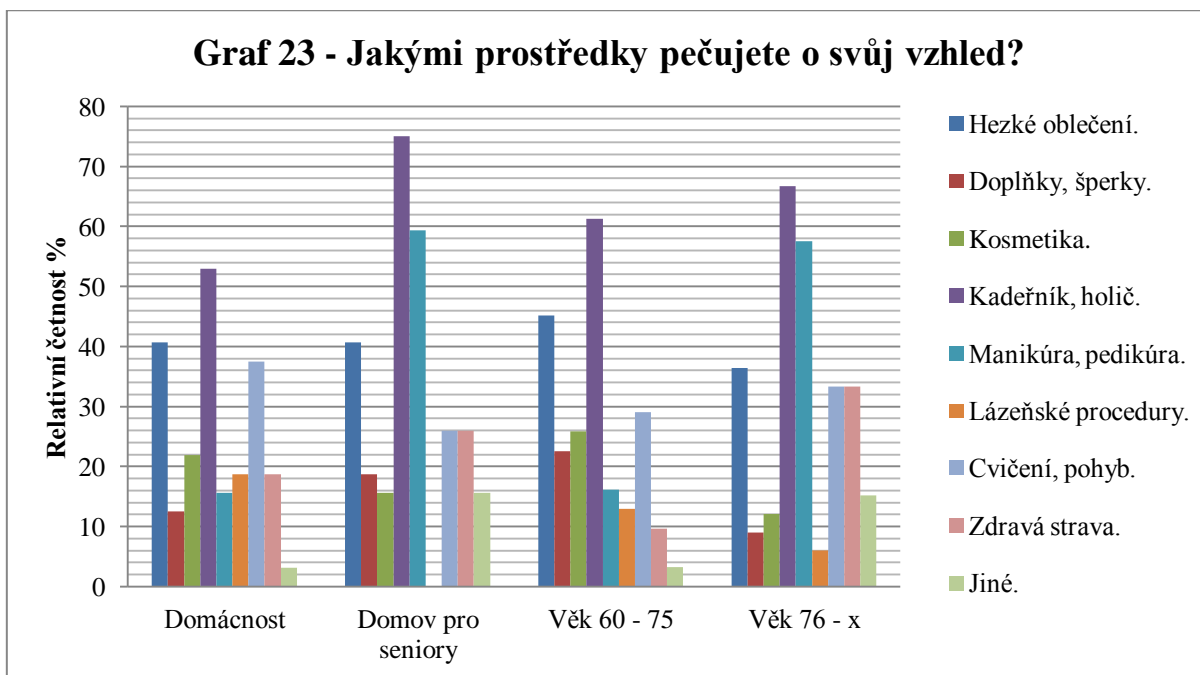
Ze všech respondentů abstinuje 40,5 %, příležitostně si dá skleničku 51,5 %, pravidelně konzumuje alkohol pouze 8 % dotazovaných. Nejvíce abstinujících žije v domově pro seniory (59,5 %), ze seniorů žijících doma je abstinentů více jak o polovinu méně, nejvíce jich pije příležitostně (72 %). Ve věkovém rozdělení alkohol ve větší míře pijí mladší senioři, ti požívají alkohol pravidelně či příležitostně celkem v 74 % případů. Starší převážně abstinují (55 %), nebo pijí alkohol pouze příležitostně (42 %).



18. JAKÝMI PROSTŘEDKY PEČUJETE O SVŮJ VZHLED A VYLEPŠUJETE HO?

U této otázky mohli respondenti zaškrtnout libovolný počet odpovědí. Největšího zastoupení dosáhl u seniorů kadeřník a holič (64 %). V druhé řadě se starší lidé rádi oblékají do hezkého oblečení (41 %), vysokého procenta dosáhla péče o nehty (37,5 %) a poměrně velká část se o svůj zevnějšek stará prostřednictvím pohybu (31 %), 22 % seniorů se snaží vylepšovat si vzhled vhodným stravováním. Ve volné odpovědi jeden respondent odpověděl, že chodí na soukromé masáže, druhý se o svou tělesnou schránku stará prostřednictvím dobrých vztahů se spolubydlícími v domově. Čtyři dotazovaní (všichni z domova pro seniory) nezaškrtnuli žádnou odpověď, do volné odpovědi poznamenali „nic“.

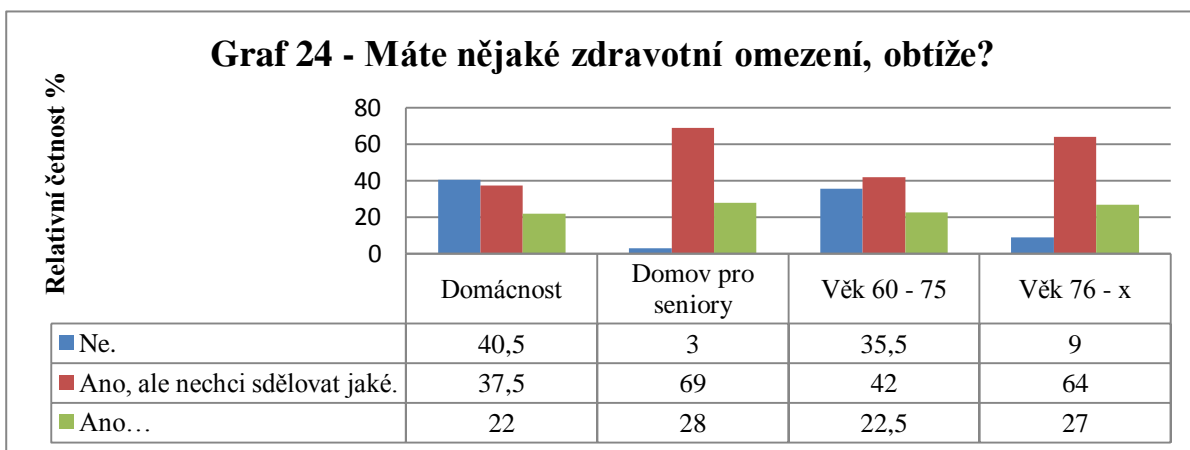
Respondenti žijící v domově pro seniory si výrazně více libují v péči o vlasy (75 %) a o nehty (59 %) než senioři žijící doma (53 a 16 %). Ti ale ve větší míře cvičí a chodí na lázeňské procedury, které nenavštěvuje ani jeden senior z domova. Senioři do 75 let se více zdobí doplňky a šperky, dbají na svůj oděv, používají kosmetiku a podstupují lázeňské procedury. Starší senioři od 76 let se více starají o vlasy a nehty a ve větší míře pečují o svůj zevnějšek pohybem a zdravou stravou.



27. MÁTE NĚJAKÉ ZDRAVOTNÍ OMEZENÍ, OBTÍŽE?

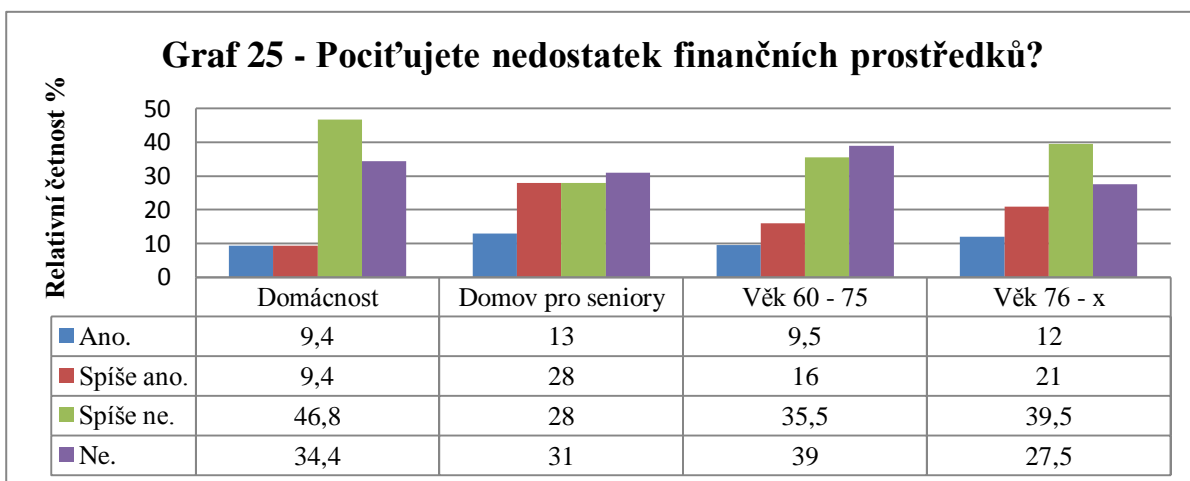
I přesto, že dotazník byl naprosto anonymní, bylo vhodné k této otázce přiřadit možnost odpovědět kladně bez uvedení konkrétních zdravotních obtíží. Tuto odpověď také zvolilo největší zastoupení všech respondentů (53 %). Dalších 25 % uvedlo, o jaké zdravotní omezení se jedná – cukrovka, artróza, vysoký tlak, angina pectoris, zbytnělá prostata, šedý zákal, problémy s páteří a kyčelním kloubem, zrakové potíže, revmatická artritida, Parkinson, osteoporóza a problémy s chůzí. Zbýlých 22 % respondentů žije bez zdravotních omezení a problémů.

Podíváme-li se na rozdělení seniorů dle věku, zjistíme, že v domácnosti žije bez zdravotních problémů 40,5 % dotazovaných, v domově pro seniory pouze jediný, a to nejstarší respondent celého šetření (95 let). Logickým vysvětlením je, že jeden z hlavních důvodů přesunu seniorů do domova jsou zdravotní omezení a s tím spojená snížená soběstačnost. Vzhledem k věku se více zdravotních omezení objevuje také u starších seniorů, jen 3 respondenti (9 %) uvedli, že je ze zdravotního hlediska nic netrápí, z mladších seniorů tuto odpověď zaškrtnulo 35,5 %.



28. POCIŤUJETE NEDOSTATEK FINANČNÍCH PROSTŘEDKŮ, KTERÝ VÁS ZNAČNĚ OMEZUJE?

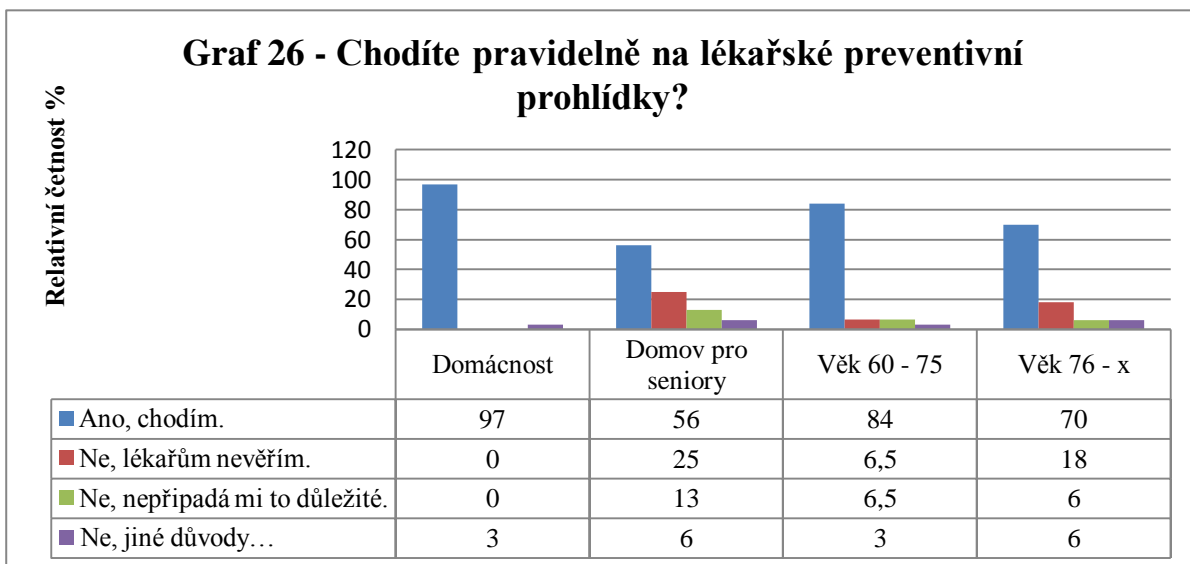
U této otázky odpovědělo celkově pouze 11 % seniorů, že finančně strádá, dalších 19 % zaškrtno odpověď „spíše ano“. Finanční nedostatek v malé míře pociťuje 37 %, zbylých 33 % není svoji finanční situací zatíženo. Materiální nedostatky postihují více seniorů v domově než seniory doma, ti omezení financemi nepociťují celkem z 81 %. Mezi věkově rozdělenými seniory se žádné výrazné odlišnosti nenacházejí, s financemi jsou v menší míře nespokojenější mladší senioři.



29. CHODÍTE PRAVIDELNĚ NA LÉKAŘSKÉ PREVENTIVNÍ PROHLÍDKY?

Preventivní zdravotní prohlídku u praktického lékaře, zubaře a ženského lékaře nezanedbává 76,5 % všech seniorů. Nedůvěru k lékařské profesi projevuje 12,5 %, dalším 6 % preventivní prohlídky nepřipadají důležité. Tři respondenti (5 %) uvedli, že na preventivní prohlídky nechodí kvůli vysokému věku a těžké dostupnosti.

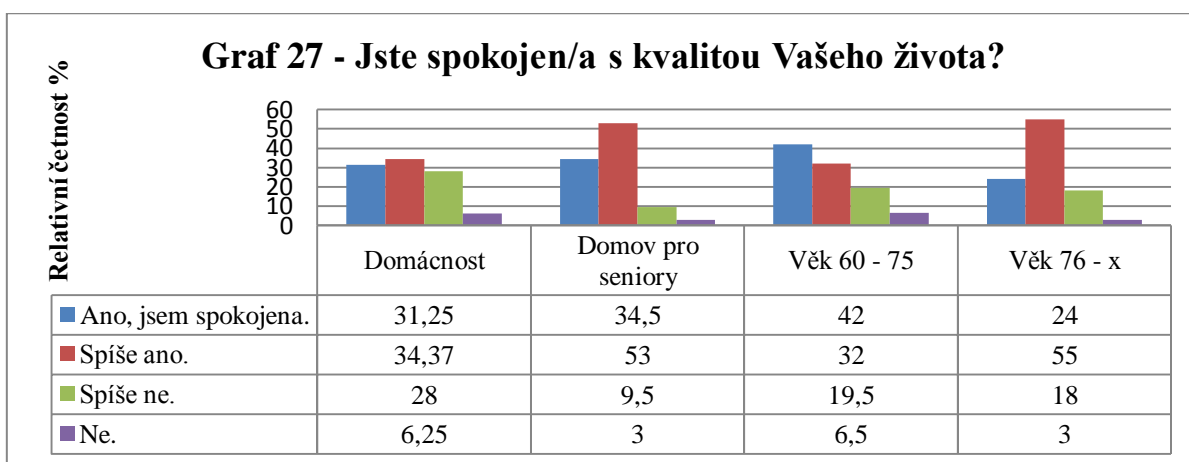
Z domácnosti k lékaři pravidelně dochází 97 %, z domova pro seniory 56 %. Ostatní z domova buď lékařům nedůvěřují, nebo to nepovažují za důležité. Pravidelně na lékařské prohlídky docházejí ve větší míře mladší senioři (84 %), senioři nad 76 let chovají k lékařům menší důvěru (18 %).



30. JSTE SPOKOJEN/A S KVALITOU VAŠEHO ŽIVOTA?

Zajímala jsem se o subjektivní názory dotazovaných na kvalitu svého života. Rozhodně spokojeno je 33 % všech respondentů, spíše spokojených 44 %. Spíše nespokojených a nespokojených je zbylých 23 %. Vzhledem z prostředí, ze kterého dotazovaní pocházejí, jsou se svým životem ve větší míře spokojeni ti z domova pro seniory, kde je nespokojených pouze 12,5 %, v domácnosti jich žije 34 %.

V mladší věkové skupině je se svým životem rozhodně spokojeno největší procento seniorů (42 %), u starších seniorů je jich téměř o polovinu méně. Senioři nad 76 let jsou v největší míře spíše spokojeni (55 %), míra nespokojenosti je u věkových skupin podobná. Senioři z domácnosti jsou tedy v porovnání s ostatními skupinami se svým životem nejméně spokojeni, naopak nejspokojenější se jeví senioři z domova.



31. JE JEŠTĚ NĚCO, CO BYSTE RÁD/A SDĚLILA O SVÉM ZPŮSOBU ŽIVOTA? JE NĚCO, CO BYSTE CHTĚL/A ZMĚNIT?

Zodpovězení této otevřené otázky bylo dobrovolné. Zadal jsem jí, abych poskytla seniorům možnost otevřít se a sdělit, co sami uznají za vhodné. Odpověď zaznamenalo 8 respondentů (12,5 %).

Žena, 71 let, domácnost: Mám ráda hřejivé slunce, pozitivní lidi, zvířata a přírodu. Bez aktivního pohybu si život nedovedu představit. Přála bych si více porozumění mezi lidmi.

Žena, 71 let, domácnost: Žiji v jedné vesnici celý život. Mám spoustu kamarádek a pravidelně navštěvuji Sokola.

Žena, 72 let, domácnost: Ráda bych dělala něco pro zlepšení zdravotního stavu, se kterým mám velké potíže a neustále běhám po doktorech, ale mám pocit, že na to není čas, protože i v důchodu mám neustále co na práci.

Muž, 73 let, domácnost: Měl bych přestat kouřit.

Žena, 79 let, domov pro seniory: Jsem v Domově klidného stáří a jsem velice spokojena.

Žena, 83 let, domov pro seniory: Při pobytu v domově pro seniory je důležitá snášenlivost, dobrý vztah k lidem, ohleduplnost. Je třeba si uvědomit, že tato zařízení zabezpečují seniorům život v kolektivu i lékařskou pomoc a poskytují stravování a péči nutnou ve stáří.

Muž, 84 let, domov pro seniory: Jsem tady moc spokojený. Je tady velmi dobrá zdravotní péče, čistota a dobrá kuchyně. Též je tu velmi učenlivá sociální pracovnice.

Žena, 86 let, domov pro seniory: Chtěla bych se naučit chodit bez chodítka, jen s holemi.

6.4 Shrnutí výsledků

Životaspráva

Ohledně stravování jsou celkově důslednější senioři v domově pro seniory a skupina seniorů nad 76 let. Ti se ve větší míře stravují pravidelně než senioři v domácnosti a senioři do 75 let, také se více zajímají o zdravotní prospěšnost potravin, které konzumují. U seniorů v domácnosti a mladších seniorů je největší problém ve výběru potravin, kdy jejich stravu zastupuje malé množství zeleniny a ovoce a naopak velká část těch méně zdravých potravin. Starší senioři naopak jedí zeleninu a ovoce ve velké míře stejně jako v domově pro seniory, kde ale ze všech skupin konzumují nejvíce uzenin a sladkostí. V množství vypitých tekutin nebyly nalezeny mezi skupinami žádné významné rozdíly, většina seniorů vypije za den kolem dvou litrů tekutin. Skupina seniorů v domově a seniorů nad 76 let má také ve větší míře pravidelný režim dne. Usínání a vstávání v pravidelném čase je vlastní všem skupinám seniorů, senioři žijící doma ale mívají delší trvání spánku než senioři v domově. Nepřekvapující je také výsledek mladších seniorů a seniorů z domácnosti, kteří provozují více pohybových aktivit.

Volný čas a sociální kontakty

Bohatší společenský život a více zájmů vykazují senioři v domově a starší senioři. Ti kroužky a kluby navštěvují v největší míře, stejně tak kulturní a společenské akce. Také se více stýkají se svými přáteli a vrstevníky. Charakter oblíbených činností je u starších seniorů spíše pasivního ladění než u aktivnějších mladších seniorů. Ti se spolu se seniory žijícími doma více věnují dalšímu sebevzdělávání a chození do zaměstnání.

Zdravotní stav a subjektivní spokojenost

Zdravotní stav se jeví nejméně dotčený u seniorů do 75 let a těch, co žijí doma, nejvíce jsou omezeni zdravotními obtížemi senioři v domově. O své zdraví se prostřednictvím lékařských preventivních prohlídek starají spíše mladší senioři a senioři žijící doma. Ideální poměr výšky těla k jeho váze se ve větší míře objevuje v domácnosti a u starších seniorů, obezita naopak více trápí seniory žijící v domově pro seniory. Ti také překvapivě spolu s mladšími seniory více kouří, naopak se staršími respondenty méně konzumují alkohol. S finančním zajištěním jsou v menší míře spokojeni senioři v domově, zato jsou nejvíce spokojeni s kvalitou svého života.

ZÁVĚR

Podzim života, jak je obrazně stáří nazýváno, je poslední etapou života člověka. Starý člověk se v myšlenkách vrací do minulosti, vzpomíná na dávné zážitky a přehodnocuje svůj dosavadní život. Co mu přináší přítomnost a co ho čeká v budoucnosti, ho až tolik netrápí. Se stářím si lidé spojují různá onemocnění, ztrátu soběstačnosti a respektu. Musíme mít ale na vědomí, že stáří nemusí být nutně doprovázené chorobami, omezenou hybností, snížením kognitivních schopností či vymizením důstojnosti. Nespočet seniorů vysokého věku je stále aktivní, kreativní a pevného fyzického i duševního zdraví. Ti své dlouhověkosti prožité ve zdraví vděčí především takovému zdravému životnímu stylu, který jejich tělům svědčí.

V této bakalářské práci jsem zjišťovala, jakým stylem života žijí v současnosti čeští senioři. Teoretická část obsahuje informace tvořící podklad pro vypracování části praktické, která měla za cíl analyzovat životní styl seniorů žijících doma, v domově pro seniory, seniorů do 75 let a nad 76 let. Je uspokojivé, že většině seniorů není lhostejný způsob života, kterým žijí a ani jeho dopad na zdraví. Mnoho seniorů nekouří ani pravidelně nekonzumuje alkohol, chodí na lékařské preventivní prohlídky, a pokud je netrápí zdravotní obtíže, tak se věnují pohybu. Senioři se také rádi baví svými koníčky či navštěvují zájmové kroužky, stýkají se s přáteli. Pozitivní zjištění je velká míra celkové spokojenosti seniorů s kvalitou svého života.

Každá skupina seniorů vykazovala ve výsledcích zkoumání různé přednosti či nedostatky. Senioři žijící v domácnosti nejeví příliš uspokojivé výsledky ve stravování a společenském životě, naopak si vedou dobře v aktivním pohybu, mají ve větší míře správnou tělesnou váhu a méně zdravotních problémů. V domově pro seniory více dbají na konzumaci zdravých potravin a pravidelnost stravování i denního režimu, více se baví prostřednictvím zájmových kroužků a kontaktů s přáteli, na druhou stranu se kvůli zdravotním obtížím méně pohybují a trpí nadváhou a obezitou. Výsledky věkových skupin ve velké míře odpovídají předešlým skupinám, neboť mladší senioři spíše bydlí v domácnosti, starší naopak v domově pro seniory. Výsledky kvůli malému vzorku ovšem nelze chápat jako obecně platné.

Ze získaných údajů bych daným skupinám doporučila více dbát na stravu a pohyb, které zvýší úroveň tělesné i psychické pohody a otevře jim cestu k novým možnostem. V zájmu společnosti je vhodné zvyšovat povědomí obyvatel o problematice stárnutí a podporovat seniory, jejich rodiny i ostatní členy společnosti k vytváření podmínek vhodných pro zdravé a aktivní stáří.

RESUMÉ

Tato bakalářská práce se zabývá seniory, popisuje projevy stáří, vymezuje prvky životního stylu a programy, které se stárnutím zabývají. Teoretická část je rozdělena na čtyři hlavní kapitoly, které pojímají další podkapitoly.

V první části práce jsou vymezeny pojmy senior a stáří z hlediska minulosti i v kontextu moderní společnosti. Další část popisuje změny, které stárnutí doprovázejí – fyzické, psychické a sociální a jejich vzájemnou propojenost. Třetí kapitola se zabývá samotným životním stylem a jednotlivými složkami, které ho tvoří. Poslední část práce obsahuje popis programů a projektů mezinárodní i místní úrovně, které se zabývají problematikou zdravého stárnutí a zajištění aktivního života pro seniory.

Praktická část se zaměřuje na seniory nad 60 let a na jejich životní styl. Zabývá se odhalením a popisem rozdílů životního stylu mezi vybranými skupinami seniorů, charakterizuje jejich přednosti a nedostatky.

SUMMARY

This Bachelor thesis deals with the elderly people, describes the symptoms of old age, defines the elements of lifestyle and programs that deal with aging. The theoretical part is divided into four main chapters, which contains the following sections.

The first chapter of the thesis defines terms The senior and The old age regarding to the past and also in the modern society context. The next section describes the changes that accompanies aging – physical, mental and social, and their interconnectedness. The third chapter deals with the actual lifestyles and individual components comprising it. The last section contains a description of the programs and projects of international and local level, dealing with the issue of healthy aging and ensure an active life of seniors.

The practical part focuses on seniors who are over 60 and their lifestyles. It reveals and explains the differences in lifestyles between selected groups of seniors, describes their advantages and disadvantages.

Seznam použité literatury

Knižní zdroje

1. BURSOVÁ, Marta. *Kompenzační cvičení: uvolňovací, protahovací, posilovací*. 1. vyd. Praha: Grada, 2005, 195 s. ISBN 80-247-0948-1.
2. COAN, Richard W. *Optimální osobnost a duševní zdraví: Hrdina, umělec, mudrc nebo světec?* Přel. E. Bakalář. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 1999. ISBN 80-716-9662-5.
3. ČELEDOVÁ, Libuše a Rostislav ČEVELA. *Výchova ke zdraví: vybrané kapitoly*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010, 126 s. ISBN 978-802-4732-138.
4. DESSAINT, Marie-Paule a Abigail KOZLÍKOVÁ. *Nezačínajte stárnout*. 1. vyd. Praha: Portál, 1999, 231 s. ISBN 80-717-8255-6.
5. DUFFKOVÁ, Jana, Lukáš URBAN a Josef DUBSKÝ. *Sociologie životního stylu*. Plzeň: Vydavatelství a nakladatelství Aleš Čeněk, 2008, 237 s. Vysokoškolské učebnice (Aleš Čeněk). ISBN 978-807-3801-236.
6. EGER, Ludvík. *Lék pro vaše tělo i ducha*. 1. čes. vyd. Brno: Schneider, 1995. ISBN 80-857-9609-0.
7. FOŘT, Petr. *Tak co mám jíst?*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2007, 417 s. ISBN 978-80-247-1459-2.
8. FOSTER, Vernon W. *Nový začátek: Kn. o zdravém životním stylu*. 2. vyd. Praha: Advent-Orion, 1996. ISBN 80-7172-132-8.
9. GREGOR, Ota. *Stárnout, to je kumšt*. 3. vyd. Průhonice: Dům medicíny, 1999, 144 s. ISBN 80-238-4791-0.
10. HARTL, Pavel a Helena HARTLOVÁ. *Psychologický slovník*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2000, 774 s. ISBN 80-717-8303-X
11. HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Fenomén stáří*. Praha: Panorama, 1990, 407 s. Pyramida (Panorama). ISBN 80-703-8158-2
12. KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie zdraví*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2003, 279 s. ISBN 80-717-8774-4
13. MACHAČ, Miloš, Helena MACHAČOVÁ a Jiří HOSKOVEC. *Duševní hygiena a prevence zátěže*. Praha: SPN, 1984.

14. MACHOVÁ, Jitka a Dagmar KUBÁTOVÁ. *Výchova ke zdraví*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2009, 291 s. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-247-2715-8.
15. MARÁDOVÁ, Eva, Leoš STŘEDA a Tomáš ZIMA. *Vybrané kapitoly o zdraví*. 1. vyd. Praha: Univerzita Karlova v Praze, Pedagogická fakulta, 2010. ISBN 978-807-2904-808.
16. MÍČEK, Libor. *Duševní hygiena*. Vyd. 1. Praha: SPN, 1984, 208 s.
17. NEŠPOR, Karel, Hana PERNICOVÁ a Ladislav CSÉMY. *Jak zůstat fit a předejít závislostem*. 1. vyd. Praha: Portál, 1999, 120 s. ISBN 80-717-8299-8.
18. NOVOTNÁ, Lenka, Miloslava HŘÍCHOVÁ a Jana MIŇHOVÁ. *Vývojová psychologie*. 3. vyd. Plzeň: Západočeská univerzita v Plzni, 2004, 82 s. ISBN 80-704-3281-0
19. PACOVSKÝ, Vladimír. *O stárnutí a stáří*. Vyd. 1. Praha: Avicenum, 1990, 135 s. ISBN 80-201-0076-8
20. PICHAUD, Clément a Isabelle THAREAU. *Soužití se staršími lidmi. Praktické informace pro ty, kdo doma pečují o staré lidi, i pro sociální a zdravotnické pracovníky*. 1. vyd. Překlad Abigail Kozlíková. Praha: Portál, 1998, 156 s. ISBN 80-717-8184-3.
21. PONDĚLÍČEK, Ivo. *Stárnutí: osobnost a sexualita*. 2. vyd. Praha: Avicenum, zdravotnické nakladatelství, 1987, 264 s.
22. PŘÍHODA, Václav. *Ontogeneze lidské psychiky IV*. Praha: SPN, 1974
23. ŘÍČAN, Pavel. *Cesta životem*. 1. vyd. Praha: Panorama, 1990. ISBN 80-703-8078-0.
24. *Schola gerontologica*. 1. vyd. Editor Pavel Mühlpachr. Brno: Masarykova univerzita v Brně, 2005, 314 s. ISBN 80-210-3838-1.
25. STÁTNÍ ZDRAVOTNICKÝ ÚSTAV, Praha. *Hodnocení zdravotního stavu: Vybrané ukazatele demografické a zdravotní statistiky*. Praha, 2006, 58 s. ISBN 80-7071-270-8. Dostupné z:
http://www.szu.cz/uploads/documents/chzp/odborne_zpravy/OZ_05/Demo_05.pdf
26. STUART-HAMILTON, Ian. *Psychologie stárnutí*. 1. vyd. Praha: Portál, 1999, 319 s. ISBN 80-717-8274-2
27. ŠTILEC, Miroslav. *Pohybově-relaxační programy pro starší občany*. 1. vyd. Praha, 2003, 94 s. ISBN 80-246-0788-3.

28. ŠTILEC, Miroslav. *Program aktivního stylu života pro seniory*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-717-8920-8.
29. ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY ČR. *Zemřelí 2012*. Praha, 2013, 161 s. ISBN 978-80-7472-043-7. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/publikace/zemreli-2012>
30. VÁGNEROVÁ, Marie. *Vývojová psychologie II.: dospělost a stáří*. Vyd. 1. Praha: Karolinum, 2007, 461 s. ISBN 978-80-246-1318-5
31. Zákon č. 108/2006 Sb.: o sociálních službách. In: *Sbírka zákonů*. 14. 3. 2006. Dostupné z: http://www.mpsv.cz/files/clanky/13640/z_108_2006.pdf

Seznam internetových zdrojů

1. Spočítejte si svůj budoucí důchod na NOVÉ DŮCHODOVÉ KALKULAČCE. *Ministerstvo práce a sociálních věcí*. [online]. 2013 [cit. 2013-11-05]. Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/cs/14718>
2. Šteflová, Alena, Kancelář WHO v ČR. *Projekty na podporu zdraví realizované WHO*. [online]. 12. 10. 2011 [cit. 2014-01-21]. Dostupné z: http://www.czf.cz/soubory/konf_ckz/prez_steflova.pdf
3. MPSV. Počet lidí s demencí roste. Pomůže Plán Alzheimer. *Ministerstvo práce a sociálních věcí*. [online]. 2010 [cit. 2013-11-28]. Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/cs/10044>
4. Zdravý životní styl. *Pedagogicko psychologická poradna Plzeň*. [online]. 2009 [cit. 2013-12-02]. Dostupné z: <http://www.kapezet.cz/index.php?object=General&articleId=160&leveMenu=0>
5. *Poznejte rizika svého životního stylu*. [online]. 2003 [cit. 2013-12-02]. Dostupné z: <http://apps.szu.cz/czsp/riziko/index.html>
6. Data o diabetu v ČR. *Diabetická asociace ČR*. [online]. © 2014 [cit. 2013-12-04]. Dostupné z: <http://www2.diabetickaasociace.cz/co-je-diabetes/data-o-diabetu-v-cr/>
7. Dobré tuky a špatné tuky. *Flora*. [online]. [cit. 2013-12-04]. Dostupné z: <http://www.flora.cz/flora/zdrave-stravovani-snadno-a-rychle/dobre-tuky-a-spatne-tuky.aspx>

8. *Vitamíny*. [online]. 2009 [cit. 2013-12-04]. Dostupné z:
<http://www.mojevitaminy.cz/>
9. Vitamín E. *Vitamíny*. [online]. 2009 [cit. 2013-12-04]. Dostupné z:
<http://www.mojevitaminy.cz/vitamin-e/>
10. Vitamín K. *Vitalion*. [online]. 2012 [cit. 2013-12-12]. Dostupné z:
<http://www.mojevitaminy.cz/vitamin-e/>
11. JANOVSÁ, Evžena. Pitný režim, voda. *Dietní výživa*. [online]. 19. 2. 2011 [cit. 2013-12-12]. Dostupné z:
<http://www.dietologie.cz/vyziva/vyziva-dospelych/pitny-rezim-voda/pitny-rezim-dieta.html>
12. Nadváha a obezita. *Státní zdravotnický ústav*. [online]. [cit. 2013-12-14]. Dostupné z: <http://www.szu.cz/tema/podpora-zdravi/nadvaha-a-obezita-1>
13. Co je to pasivní a aktivní odpočinek?. *BOZP info*. [online]. 2004 [cit. 2013-12-18]. Dostupné z:
http://www.bozpinfo.cz/win/knihovna-bozp/citarna/tematicke_prilohy/ergonomie/ergonomie4.pasivneaktivni.html
14. Neinfekční nemoci. *Státní zdravotní ústav*. [online]. [cit. 2014-01-04]. Dostupné z: <http://www.szu.cz/tema/prevence/chronicke-nemoci>
15. Závislosti – tabák. *Výchova ke zdraví*. [online]. 20. 1. 2012 [cit. 2014-01-04]. Dostupné z: <http://www.vychovakezdravi.cz/clanky/zavislosti/tabak.html>
16. Účinky nikotinu na lidský organizmus. *eXnico – Centrum odvykání kouření*. [online]. © 2009 – 2014 [cit. 2014-01-04]. Dostupné z: <http://www.exnico.com/ucinky-nikotinu-na-lidsky-organizmus>
17. NEŠPOR, Karel. *Zůstat střízlivý – Praktické návody pro lidi, kteří mají problém s alkoholem, a jejich blízké* [online]. 2006. [cit. 2014-01-07]. Dostupné z: <http://www.drnespor.eu/tyka06e.pdf>
18. WHO. *Světová deklaráce zdraví (World Health Declaration)*. 1998 [cit. 2014-01-07]. Dostupné z: http://www.nszm.cz/cb21/archiv/material/Svetova_deklarace_zdravi.pdf
19. Evropské inovační partnerství v oblasti aktivního a zdravého stárnutí (AHA). *Evropská komise*. [online]. 2014 [cit. 2014-01-18]. Dostupné z: http://ec.europa.eu/health/ageing/innovation/index_cs.htm

20. Evropské inovační partnerství v oblasti aktivního a zdravého stárnutí. *Ministerstvo zdravotnictví*. [online]. 14. 08. 2012 [cit. 2014-01-19]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/Unie/obsah/evropske-inovacni-partnerstvi-v-oblasti-aktivniho-a-zdraveho-starnuti_2597_8.html
21. Rok 2012 je vyhlášen Evropským rokem aktivního stárnutí a mezigenerační solidarity (dále jen „EY 2012“), s důrazem na podporu vitality a důstojnosti všech osob. *Ministerstvo zdravotnictví*. [online]. 20. 01. 2012 [cit. 2014-01-19]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/Unie/obsah/evropsky-rok-aktivniho-starnuti-a-solidarity-mezigeneracemi_2511_8.html
22. Evropský rok aktivního stárnutí a mezigenerační solidarity (2012) v České republice. *Ministerstvo práce a sociálních věcí*. [online]. 3. 10. 2012 [cit. 2014-01-19]. Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/cs/11696>
23. KERNOVÁ, Věra. Nová strategie Zdraví 2020 (Health 2020). *Státní zdravotní ústav*. [online]. 9. 11. 2012 [cit. 2014-01-20]. Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/cs/11696>
24. Why Health 2020?. *WHO/Europe*. [online]. © 2014 [cit. 2014-01-20]. Dostupné z: <http://www.euro.who.int/en/health-topics/health-policy/health-2020-the-european-policy-for-health-and-well-being/about-health-2020/why-health-2020>
25. About Health 2020 - Priority areas. *WHO/Europe*. [online]. © 2014 [cit. 2014-01-20]. Dostupné z: <http://www.euro.who.int/en/health-topics/health-policy/health-2020-the-european-policy-for-health-and-well-being/about-health-2020/priority-areas>
26. Podpora zdraví v ČR. *Výchova ke zdraví*. [online]. © 2009 [cit. 2014-01-21]. Dostupné z: <http://www.vychovakezdravi.cz/clanky/podpora-zdravi-v-cr.html>
27. Dotační program MZ ČR – Národní program zdraví – projekty podpory zdraví: vyhlášení dotačního výběrového řízení pro rok 2013. *Ministerstvo zdravotnictví*. [online]. 03. 07. 2012 [cit. 2014-01-21]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/obsah/narodni-program-zdravi-projekty-podpory-zdravi_2572_1.html
28. Národní program přípravy na stárnutí na období 2013 až 2017 (Týdeník Školství). *Ministerstvo práce a sociálních věcí*. [online]. 20. 6. 2012 [cit. 2014-01-21]. Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/cs/13113>

PŘÍLOHY

DOTAZNÍK 1 (náhodně vybraný vyplněný dotazník z domova pro seniory)

Vážená paní, pane,

toto je dotazník určený pro seniory od 60 let, který poslouží k vypracování mé bakalářské práce na téma Životní styl seniorů. Je naprosto anonymní. Zakroužkujte prosím jednu odpověď (není-li uvedeno jinak) či doplňte odpověď na místo teček. Děkuji za Váš čas a ochotu vyplnit tento dotazník.

Barbora Bláhová

- 1) **Pohlaví:** a) žena b) muž
- 2) **Věk:**82.....
- 3) **Váha:** ...80..... (kg)
- 4) **Výška:** . 175... (cm)
- 5) **Dosažené vzdělání:** a) ZŠ b) vyučen/a c) SŠ d) VŠ
- 6) **Prostředí, kde žijete:**
 - a) vesnice
 - b) malé město
 - c) velké město
- 7) **S kým žijete?**
 - a) sám
 - b) s partnerem/kou, manželem/kou
 - c) se svým synem/dcerou a jeho/její rodinou
 - d) žiji v domově pro seniory
 - e) jiné:
- 8) **Jíte pravidelně (pětkrát) denně?**
 - a) ano
 - b) ne, protože nemám potřebu
 - c) ne, nemám čas
 - d) ne, jiné důvody:
- 9) **Stravujete se dle Vašeho názoru zdravě?**
 - a) ano, mám zájem se zdravě stravovat
 - b) ne, taková strava mi nechutná
 - c) ne, nemám na to finance
 - d) ne, nepřipadá mi to důležité
 - e) ne, jiné důvody:

10) Kolik litrů tekutin denně vypijete?

- a) méně než 1 litr
- b) zhruba 2 litry
- c) více jak 3 litry

11) Navštěvujete nějaký zájmový kroužek, klub, spolek? Jestli ano, jaký?

- a) ano:
- b) ne

12) Zaškrtněte, prosím, 1 - 3 skupiny potravin, které tvoří většinu Vašeho jídelníčku

- a) tmavé a celozrnné pečivo, těstoviny, rýže
- b) bílé pečivo (rohlíky, housky)
- c) zelenina
- d) ovoce
- e) maso, drůbež, ryby
- f) vejce, luštěniny, ořechy
- g) mléko a mléčné výrobky
- h) salámy, uzeniny, paštiky
- i) sladké pokrmy, sladké pečivo, zákusky, buchty

13) Provozujete aktivně nějaký sport, či jiné pohybové aktivity? Jestli ano, napište, prosím, jaké.

- a) ano:práce na zahradě....
- b) ne, ze zdravotních důvodů
- c) ne, jiné důvody

14) Jak často navštěvujete kulturní a společenské akce? (kino, divadlo, koncerty, taneční zábavy, bály, apod.)

- a) několikrát do měsíce
- b) asi jednou měsíčně
- c) několikrát do roka
- d) méně než jednou za rok

15) Oblíbené činnosti, kterými trávíte volný čas (zde můžete zakroužkovat více možností)

- a) čtení, křížovky
- b) televize
- c) vaření
- d) ruční práce
- e) procházky a výlety do přírody
- f) zahrada
- g) rybaření, myslivectví
- h) kutilství
- i) chov zvířat a péče o ně (hospodářská i domácí mazlíčci)
- j) vnoučata, pravnoučata
- k) hudba, tanec
- l) malování, poezie
- m) jiné:

16) Kouříte?

- a) ano, pravidelně
- b) ano, ale jen příležitostně
- c) ne

17) Pijete alkohol?

- a) ano, pravidelně
b) ano, ale jen příležitostně
c) ne

18) Jakými prostředky pečujete o svůj vzhled a vylepšujete ho? (zde můžete zaškrtnout více odpovědí)

- a) hezké oblečení
b) doplňky, šperky
c) kosmetika (líčidla, parfémy, krémy apod.)
d) kadeřník, holič
e) manikúra, pedikúra
f) lázeňské procedury (masáže, koupele, obklady, sauna apod.)
g) cvičení, pohyb
h) zdravá strava
i) jiné:

19) Kolik hodin průměrně v noci spíte?

- a) méně než 6
b) 6 – 8
c) více než 8

20) Vstáváte a chodíte spát pravidelně každý den?

- a) ano
b) ne

21) Označil byste svůj denní režim (veškerého činnosti běžného dne) za pravidelný?

- a) ano
b) spíše ano
c) spíše ne
d) ne

22) Chodíte do nějakého zaměstnání, na brigádu?

- a) ano, mám práci na plný úvazek
b) ano, mám práci na částečný úvazek
c) ne

23) Vidáte se často se svými přáteli a vrstevníky?

- a) ano, každý den
b) ano, několikrát do týdne
c) moc často ne (protože):v blízkosti jich moc není.....

24) Vzděláváte se nadále?

- a) ano, jsem členem, navštěvuji
(organizace, kurzy, programy apod.)
b) ano, ale vzdělávám se sám
c) ne

25) Vyznáváte nějaké náboženství? Jestli ano, jaké?

- a) ano:Římskokatolické.....
b) ne

26) Chodíte pravidelně do kostela?

a) ano

b) ne

27) Máte nějaké zdravotní omezení, obtíže?

a) ne

c) ano, ale nechci sdělovat jaké

b) ano:

28) Pociťujete nedostatek finančních prostředků, který Vás značně omezuje?

a) ano

c) spíše ne

b) spíše ano

d) ne

29) Chodíte pravidelně na lékařské preventivní prohlídky? (praktický lékař, zubař, gynekolog)

a) ano, chodím

d) ne, jiné důvody:

b) ne, lékařům nevěřím

.....

c) ne, nepřipadá mi to důležité

30) Jste spokojen/a s kvalitou Vašeho života?

a) ne

c) spíše ano

b) spíše ne

d) ano, jsem spokojen/a

31) Je ještě něco, co byste rád/a sdělil/a o svém způsobu života? Je něco, co byste chtěl/a změnit?

.....
.....
.....

DOTAZNÍK 2 (náhodně vybraný dotazník vyplněný seniorem z domácnosti)

Vážená paní, pane,

toto je dotazník určený pro seniory od 60 let, který poslouží k vypracování mé bakalářské práce na téma Životní styl seniorů. Je naprosto anonymní. Zakroužkujte prosím jednu odpověď (není-li uvedeno jinak) či doplňte odpověď na místo teček. Děkuji za Váš čas a ochotu vyplnit tento dotazník.

Barbora Bláhová

- 1) **Pohlaví:** a) žena **b) muž**
- 2) **Věk:**73.....
- 3) **Váha:** ...73..... (kg)
- 4) **Výška:** .175...(cm)
- 5) **Dosažené vzdělání:** a) ZŠ **b) vyučen/a** c) SŠ d) VŠ
- 6) **Prostředí, kde žijete:**
 - a) vesnice
 - b) malé město
 - c) velké město**
- 7) **S kým žijete?**
 - a) sám
 - b) s partnerem/kou, manželem/kou**
 - c) se svým synem/dcerou a jeho/její rodinou
 - d) žiji v domově pro seniory
 - e) jiné:
- 8) **Jíte pravidelně (pětkrát) denně?**
 - a) ano
 - b) ne, protože nemám potřebu
 - c) ne, nemám čas
 - d) ne, jiné důvody:**
.....3x.....
- 9) **Stravujete se dle Vašeho názoru zdravě?**
 - a) ano, mám zájem se zdravě stravovat**
 - b) ne, taková strava mi nechutná
 - c) ne, nemám na to finance
 - d) ne, nepřípadá mi to důležité
 - e) ne, jiné důvody:
.....

10) Kolik litrů tekutin denně vypijete?

- a) méně než 1 litr
- b) zhruba 2 litry**
- c) více jak 3 litry

11) Navštěvujete nějaký zájmový kroužek, klub, spolek? Jestli ano, jaký?

- a) ano:
- b) ne**

12) Zaškrtněte, prosím, 1 - 3 skupiny potravin, které tvoří většinu Vašeho jídelníčku

- a) tmavé a celozrnné pečivo, těstoviny, rýže
- b) bílé pečivo (rohlíky, housky)**
- c) zelenina
- d) ovoce
- e) maso, drůbež, ryby**
- f) vejce, luštěniny, ořechy
- g) mléko a mléčné výrobky
- h) salámy, uzeniny, paštiky
- i) sladké pokrmy, sladké pečivo, zákusky, buchty**

13) Provozujete aktivně nějaký sport, či jiné pohybové aktivity? Jestli ano, napište, prosím, jaké.

- a) ano:(neuvědl).....
- b) ne, ze zdravotních důvodů
- c) ne, jiné důvody

14) Jak často navštěvujete kulturní a společenské akce? (kino, divadlo, koncerty, taneční zábavy, bály, apod.)

- a) několikrát do měsíce
- b) asi jednou měsíčně
- c) několikrát do roka
- d) méně než jednou za rok**

15) Oblíbené činnosti, kterými trávíte volný čas (zde můžete zakroužkovat více možností)

- a) čtení, křížovky
- b) televize
- c) vaření
- d) ruční práce
- e) procházky a výlety do přírody**
- f) zahrada**
- g) rybaření, myslivectví
- h) kutilství**
- i) chov zvířat a péče o ně (hospodářská i domácí mazlíčci)
- j) vnoučata, pravnoučata
- k) hudba, tanec
- l) malování, poezie
- m) jiné:

16) Kouříte?

- a) ano, pravidelně
- b) ano, ale jen příležitostně
- c) ne**

17) Pijete alkohol?

- a) **ano, pravidelně** c) ne
b) ano, ale jen příležitostně

18) Jakými prostředky pečujete o svůj vzhled a vylepšujete ho? (zde můžete zaškrtnout více odpovědí)

- a) hezké oblečení f) lázeňské procedury (masáže, koupele, obklady, sauna apod.)
b) doplňky, šperky g) **cvičení, pohyb**
c) kosmetika (líčidla, parfémy, krémy apod.) h) zdravá strava
d) **kadeřník, holič** i) jiné:
e) manikúra, pedikúra

19) Kolik hodin průměrně v noci spíte?

- d) méně než 6 b) více než 8
a) **6 – 8**

20) Vstáváte a chodíte spát pravidelně každý den?

- a) **ano** b) ne

21) Označil byste svůj denní režim (veškerého činnosti běžného dne) za pravidelný?

- a) ano c) spíše ne
b) **spíše ano** d) ne

22) Chodíte do nějakého zaměstnání, na brigádu?

- a) ano, mám práci na plný úvazek c) **ne**
b) ano, mám práci na částečný úvazek

23) Vidáte se často se svými přáteli a vrstevníky?

- a) ano, každý den c) moc často ne (protože):
b) **ano, několikrát do týdne**

24) Vzděláváte se nadále?

- a) ano, jsem členem, navštěvuji b) ano, ale vzdělávám se sám
..... c) **ne**
(organizace, kurzy, programy apod.)

25) Vyznáváte nějaké náboženství? Jestli ano, jaké?

- a) ano: b) **ne**

26) Chodíte pravidelně do kostela?

a) ano

b) ne

27) Máte nějaké zdravotní omezení, obtíže?

a) ne

c) ano, ale nechci sdělovat jaké

b) ano:

28) Pociťujete nedostatek finančních prostředků, který Vás značně omezuje?

a) ano

c) spíše ne

b) spíše ano

d) ne

29) Chodíte pravidelně na lékařské preventivní prohlídky? (praktický lékař, zubař, gynekolog)

a) ano, chodím

d) ne, jiné důvody:

b) ne, lékařům nevěřím

.....

c) ne, nepřipadá mi to důležité

30) Jste spokojen/a s kvalitou Vašeho života?

a) ne

c) spíše ano

b) spíše ne

d) ano, jsem spokojen/a

31) Je ještě něco, co byste rád/a sdělil/a o svém způsobu života? Je něco, co byste chtěl/a změnit?

.....
.....
.....

DOTAZNÍK 3 (náhodně vybraný dotazník vyplněný seniorem 60 – 75 let)

Vážená paní, pane,

toto je dotazník určený pro seniory od 60 let, který poslouží k vypracování mé bakalářské práce na téma Životní styl seniorů. Je naprosto anonymní. Zakroužkujte prosím jednu odpověď (není-li uvedeno jinak) či doplňte odpověď na místo teček. Děkuji za Váš čas a ochotu vyplnit tento dotazník.

Barbora Bláhová

- 1) **Pohlaví:** a) žena **b) muž**
- 2) **Věk:****61**.....
- 3) **Váha:** ...**80**..... (kg)
- 4) **Výška:** .**170**...(cm)
- 5) **Dosažené vzdělání:** a) ZŠ **b) vyučen/a** c) SŠ d) VŠ
- 6) **Prostředí, kde žijete:**
 - a) **vesnice**
 - b) malé město
 - c) velké město
- 7) **S kým žijete?**
 - a) sám
 - b) s partnerem/kou, manželem/kou**
 - c) se svým synem/dcerou a jeho/její rodinou
 - d) žiji v domově pro seniory
 - e) jiné:
- 8) **Jíte pravidelně (pětkrát) denně?**
 - a) ano**
 - b) ne, protože nemám potřebu
 - c) ne, nemám čas
 - d) ne, jiné důvody:
- 9) **Stravujete se dle Vašeho názoru zdravě?**
 - a) ano, mám zájem se zdravě stravovat**
 - b) ne, taková strava mi nechutná
 - c) ne, nemám na to finance
 - d) ne, nepřípadá mi to důležité
 - e) ne, jiné důvody:

10) Kolik litrů tekutin denně vypijete?

- a) méně než 1 litr
- b) zhruba 2 litry**
- c) více jak 3 litry

11) Navštěvujete nějaký zájmový kroužek, klub, spolek? Jestli ano, jaký?

- a) ano:myslivecký.....**
- b) ne

12) Zaškrtněte, prosím, 1 - 3 skupiny potravin, které tvoří většinu Vašeho jídelníčku

- a) tmavé a celozrnné pečivo, těstoviny, rýže
- b) bílé pečivo (rohlíky, housky)**
- c) zelenina
- d) ovoce
- e) maso, drůbež, ryby**
- f) vejce, luštěniny, ořechy
- g) mléko a mléčné výrobky
- h) salámy, uzeniny, paštiky**
- i) sladké pokrmy, sladké pečivo, zákusky, buchty

13) Provozujete aktivně nějaký sport, či jiné pohybové aktivity? Jestli ano, napište, prosím, jaké.

- a) ano:(neuveďl).....
- c) ne, jiné důvody**
- b) ne, ze zdravotních důvodů

14) Jak často navštěvujete kulturní a společenské akce? (kino, divadlo, koncerty, taneční zábavy, bály, apod.)

- a) několikrát do měsíce
- c) několikrát do roka**
- b) asi jednou měsíčně
- d) méně než jednou za rok

15) Oblíbené činnosti, kterými trávíte volný čas (zde můžete zakroužkovat více možností)

- a) čtení, křížovky**
- b) televize**
- c) vaření
- d) ruční práce
- e) procházky a výlety do přírody**
- f) zahrada
- g) rybaření, myslivectví**
- h) kutilství
- i) chov zvířat a péče o ně (hospodářská i domácí mazlíčci)**
- j) vnoučata, pravnoučata**
- k) hudba, tanec
- l) malování, poezie
- m) jiné:

16) Kouříte?

- a) ano, pravidelně
- c) ne**
- b) ano, ale jen příležitostně

17) Pijete alkohol?

- a) ano, pravidelně
b) ano, ale jen příležitostně
c) ne

18) Jakými prostředky pečujete o svůj vzhled a vylepšujete ho? (zde můžete zaškrtnout více odpovědí)

- a) hezké oblečení
b) doplňky, šperky
c) kosmetika (líčidla, parfémy, krémy apod.)
d) kadeřník, holič
e) manikúra, pedikúra
f) lázeňské procedury (masáže, koupele, obklady, sauna apod.)
g) cvičení, pohyb
h) zdravá strava
i) jiné:

19) Kolik hodin průměrně v noci spíte?

- a) méně než 6
b) 6 – 8
c) více než 8

20) Vstáváte a chodíte spát pravidelně každý den?

- a) ano
b) ne

21) Označil byste svůj denní režim (veškerého činnosti běžného dne) za pravidelný?

- a) ano
b) spíše ano
c) spíše ne
d) ne

22) Chodíte do nějakého zaměstnání, na brigádu?

- a) ano, mám práci na plný úvazek
b) ano, mám práci na částečný úvazek
c) ne

23) Vidáte se často se svými přáteli a vrstevníky?

- a) ano, každý den
b) ano, několikrát do týdne
c) moc často ne (protože):
.....

24) Vzděláváte se nadále?

- a) ano, jsem členem, navštěvuji
.....
(organizace, kurzy, programy apod.)
b) ano, ale vzdělávám se sám
c) ne

25) Vyznáváte nějaké náboženství? Jestli ano, jaké?

- a) ano:
b) ne

26) Chodíte pravidelně do kostela?

a) ano

b) ne

27) Máte nějaké zdravotní omezení, obtíže?

a) ne

c) ano, ale nechci sdělovat jaké

b) ano:

28) Pociťujete nedostatek finančních prostředků, který Vás značně omezuje?

a) ano

c) spíše ne

b) spíše ano

d) ne

29) Chodíte pravidelně na lékařské preventivní prohlídky? (praktický lékař, zubař, gynekolog)

a) ano, chodím

d) ne, jiné důvody:

b) ne, lékařům nevěřím

.....

c) ne, nepřipadá mi to důležité

30) Jste spokojen/a s kvalitou Vašeho života?

a) ne

c) spíše ano

b) spíše ne

d) ano, jsem spokojen/a

31) Je ještě něco, co byste rád/a sdělil/a o svém způsobu života? Je něco, co byste chtěl/a změnit?

.....
.....
.....

DOTAZNÍK 4 (náhodně vybraný dotazník vyplněný seniorem nad 75 let)

Vážená paní, pane,

toto je dotazník určený pro seniory od 60 let, který poslouží k vypracování mé bakalářské práce na téma Životní styl seniorů. Je naprosto anonymní. Zakroužkujte prosím jednu odpověď (není-li uvedeno jinak) či doplňte odpověď na místo teček. Děkuji za Váš čas a ochotu vyplnit tento dotazník.

Barbora Bláhová

- 1) Pohlaví: a) žena b) muž
- 2) Věk:85.....
- 3) Váha: ...80..... (kg)
- 4) Výška: .165...(cm)
- 5) Dosažené vzdělání: a) ZŠ b) vyučen/a c) SŠ d) VŠ
- 6) Prostředí, kde žijete:
 - a) vesnice
 - b) malé město
 - c) velké město
- 7) S kým žijete?
 - a) sám
 - b) s partnerem/kou, manželem/kou
 - c) se svým synem/dcerou a jeho/její rodinou
 - d) žiji v domově pro seniory
 - e) jiné:
- 8) Jíte pravidelně (pětkrát) denně?
 - a) ano
 - b) ne, protože nemám potřebu
 - c) ne, nemám čas
 - d) ne, jiné důvody:
- 9) Stravujete se dle Vašeho názoru zdravě?
 - a) ano, mám zájem se zdravě stravovat
 - b) ne, taková strava mi nechutná
 - c) ne, nemám na to finance
 - d) ne, nepřípadá mi to důležité
 - e) ne, jiné důvody:

10) Kolik litrů tekutin denně vypijete?

- a) méně než 1 litr
- b) zhruba 2 litry**
- c) více jak 3 litry

11) Navštěvujete nějaký zájmový kroužek, klub, spolek? Jestli ano, jaký?

- a) ano:ruční práce, cvičení paměti, reminiscenční terapie, cvičení na židli.....**
- b) ne

12) Zaškrtněte, prosím, 1 - 3 skupiny potravin, které tvoří většinu Vašeho jídelníčku

- a) tmavé a celozrnné pečivo, těstoviny, rýže
- b) bílé pečivo (rohlíky, housky)**
- c) zelenina
- d) ovoce**
- e) maso, drůbež, ryby
- f) vejce, luštěniny, ořechy
- g) mléko a mléčné výrobky**
- h) salámy, uzeniny, paštiky
- i) sladké pokrmy, sladké pečivo, zákusky, buchty

13) Provozujete aktivně nějaký sport, či jiné pohybové aktivity? Jestli ano, napište, prosím, jaké.

- a) ano:denně cvičím.....**
- b) ne, ze zdravotních důvodů
- c) ne, jiné důvody

14) Jak často navštěvujete kulturní a společenské akce? (kino, divadlo, koncerty, taneční zábavy, bály, apod.)

- a) několikrát do měsíce
- c) několikrát do roka**
- b) asi jednou měsíčně
- d) méně než jednou za rok

15) Oblíbené činnosti, kterými trávíte volný čas (zde můžete zakroužkovat více možností)

- a) čtení, křížovky
- b) televize
- c) vaření
- d) ruční práce**
- e) procházky a výlety do přírody**
- f) zahrada
- g) rybaření, myslivectví
- h) kutilství
- i) chov zvířat a péče o ně (hospodářská i domácí mazlíčci)
- j) vnoučata, pravnoučata**
- k) hudba, tanec
- l) malování, poezie
- m) jiné:

16) Kouříte?

- a) ano, pravidelně
- b) ano, ale jen příležitostně
- c) ne**

17) Pijete alkohol?

- a) ano, pravidelně
b) ano, ale jen příležitostně
c) ne

18) Jakými prostředky pečujete o svůj vzhled a vylepšujete ho? (zde můžete zaškrtnout více odpovědí)

- a) hezké oblečení
b) doplňky, šperky
c) kosmetika (líčidla, parfémy, krémy apod.)
d) kadeřník, holič
e) manikúra, pedikúra
f) lázeňské procedury (masáže, koupele, obklady, sauna apod.)
g) cvičení, pohyb
h) zdravá strava
i) jiné:

19) Kolik hodin průměrně v noci spíte?

- a) méně než 6
b) 6 – 8
c) více než 8

20) Vstáváte a chodíte spát pravidelně každý den?

- a) ano
b) ne

21) Označil byste svůj denní režim (veškerého činnosti běžného dne) za pravidelný?

- a) ano
b) spíše ano
c) spíše ne
d) ne

22) Chodíte do nějakého zaměstnání, na brigádu?

- a) ano, mám práci na plný úvazek
b) ano, mám práci na částečný úvazek
c) ne

23) Vidáte se často se svými přáteli a vrstevníky?

- a) ano, každý den
b) ano, několikrát do týdne
c) moc často ne (protože):
.....

24) Vzděláváte se nadále?

- a) ano, jsem členem, navštěvuji
.....
(organizace, kurzy, programy apod.)
b) ano, ale vzdělávám se sám
c) ne

25) Vyznáváte nějaké náboženství? Jestli ano, jaké?

- a) ano:Českobratrská.....
b) ne

26) Chodíte pravidelně do kostela?

a) ano

b) ne

27) Máte nějaké zdravotní omezení, obtíže?

a) ne

c) ano, ale nechci sdělovat jaké

b) ano:

28) Pociťujete nedostatek finančních prostředků, který Vás značně omezuje?

a) ano

c) spíše ne

b) spíše ano

d) ne

29) Chodíte pravidelně na lékařské preventivní prohlídky? (praktický lékař, zubař, gynekolog)

a) ano, chodím

d) ne, jiné důvody:

b) ne, lékařům nevěřím

.....

c) ne, nepřipadá mi to důležité

30) Jste spokojen/a s kvalitou Vašeho života?

a) ne

c) spíše ano

b) spíše ne

d) ano, jsem spokojen/a

31) Je ještě něco, co byste rád/a sdělil/a o svém způsobu života? Je něco, co byste chtěl/a změnit?

.....
.....
.....