Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Pedagogická fakulta
Katedra výchovy ke zdraví

Diplomová práce

2014 Bc. Libor Matouš

Pedagogická fakulta
Faculty of Education
Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
University of South Bohemia in České Budějovice

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Pedagogická fakulta
Katedra

Diplomová práce

Mezigenerační názory na životní styl v seniorském věku

Vypracoval: Bc. Libor Matouš
Vedoucí práce: Mgr. Petra Zimmelová, Ph.D.

České Budějovice 2014

Pedagogická fakulta
Faculty of Education
Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
University of South Bohemia in České Budějovice

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

Diploma theses

Opinions of generations on seniors´ lifestyle

Author: Bc. Libor Matouš
Supervisor: Mgr. Petra Zimmelová, Ph.D.

České Budějovice 2014

Bibliografická identifikace

Jméno a příjmení autora: Bc. Libor Matouš

Název diplomové práce: Mezigenerační názory na životní styl v seniorském věku

Studijní obor: Vychovatelství se zaměřením na výchovu ke zdraví

Pracoviště: Katedra výchovy ke zdraví, Pedagogická fakulta, JU

Vedoucí diplomové práce: Mgr. Petra Zimmelová, Ph.D.

Rok obhajoby diplomové práce: 2015

Abstrakt:

Tato diplomová práce se zabývá mezigeneračními názory na životní styl seniorů u 20, 30 a 50 lete populace. Životní styl ovlivňuje bio-psycho-socio-spirituální chování. Formuje osobnostní vývoj a kompetence jedince, jeho výkonnost, identitu a dodává životu smysl.

Klíčová slova: životní styl, stárnutí, senior, civilizační choroby.

Bibliographical identification

Name and Surname: Bc. Libor Matouš

Title of the diploma thesis: Opinions of generations on seniors´ lifestyle

Field of study: Education with a focus on health education

Deparment: Department of health education

Supervisor: Mgr. Petra Zimmelová, Ph.D.

The year of presentation: 2015

Abstract:

The diploma thesis deals with opinions of 20, 30 and 50 years old people on seniors‘ lifestyle. The way of live influences bio-psycho-social-spiritual behaviour of a man. It shapes his or her personality development, competence, performance, identity and makes sense of life.

Keywords: lyfestyle, aging, senior, lyfestyle diseases.

Prohlašuji, že svojí diplomovou práci jsem vypracoval samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své diplomové práce, a to v nezkrácené podobě – v úpravě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných fakultou elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejich internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 9. 12. 2014 Bc. Libor Matouš

Poděkování:

Děkuji Mgr. Petře Zimmelové, Ph.D. za odborné vedení, cenné rady a ochotu při vypracování mé diplomové práce.

Osnova k diplomové práci

1 ÚVOD 9

2 TEORETICKÁ ČÁST 10
2. 1 Dospívání a dospělost 10
2. 1. 1 Raná adolescence 10
2. 1. 1. 1 Vzpoura pubescentů 11
2. 1. 2 Pozdní adolescence 11
2. 1. 2. 1 Rozpor generací 12
2. 2 Dospělost 13
2. 2. 1 Období mladé dospělosti 14
2. 2. 2 Období střední dospělosti 16
2. 2. 2. 1 Krize středního věku 16
2. 2. 2. 2 Zvládání životní krize ve středním věku 17
2. 2. 2. 3 Vztah čtyřicátníků k jejich stárnoucím rodičům 17
2. 2. 3 Období starší dospělosti 17
2. 2. 3. 1 Somatické změny 18
2. 2. 3. 2 Menopauza 19
2. 3 Stárnutí a stáří 20
2. 3. 1 Vymezení doby stárnutí 21
2. 3. 1. 1 Chronologický věk 21
2. 3. 1. 2 Biologický věk 22
2. 3. 1. 3 Sociální věk 22
2. 3. 2 Socializace ve stáří 22
2. 3. 2. 1 Podpora aktivního života seniorů 23
2. 3. 2. 2 Celoživotní vzdělávání seniorů 24
2. 3. 3 Populační stárnutí 24
2. 3. 3. 1 Mezigenerační vztahy ve společnosti 25
2. 3. 3. 2 Ageismus 26
2. 4 Životní styl 27
2. 4. 1 Životní styl ve společnosti 27
2. 4. 2 Životní styl seniorů 28
2. 4. 2. 1 Aktivity seniorů 28
2. 5 Zdraví a nemoc 29
2. 5. 1 Podpora zdraví 30
2. 5. 1. 1 Prevence 31
2. 5. 2 Determinanty zdraví 31
2. 5. 3 Pojetí nemoci 32
2. 5. 4 Civilizační choroby 33
2. 5. 4. 1 Hypertenze 34
2. 5. 4. 2 Infarkt myokardu 34
2. 5. 4. 3 Osteoporóza 34
2. 5. 4. 4 Diabetes mellitus 2. typu 35
2. 5. 4. 5 Nádorová onemocnění 35
2. 6 Gerontologie a geriatrie 36
2. 6. 1 Geriatrické syndromy 37
2. 7 Umírání a smrt 39
3 PRAKTICKÁ ČÁST 41
3. 1 Cíl práce 41

3. 2 Výzkumné otázky 41
4 Metodika 43
4. 1 Charakteristika výzkumného souboru 43
4. 2 Sběr dat 43
4. 3 Výsledky 44
5 Diskuse 70
6 Závěr 74
7 Doporučená literatura 75

1 Úvod

Životní styl představuje souhrn každodenních individuálních zvyklostí, které ovlivňují kvalitu a délku života. V současné době se mění složení populace v České republice. Snižování úmrtnosti a prodlužování délky života způsobily přibývání seniorů. Tento jev s sebou přináší jak legislativní změny, tak i změny v geriatrické péči. Vzhledem k tomuto demografickému vývoji je potřeba pochopit potřeby stárnoucích lidí a zajistit jim adekvátní podmínky k životu.

Dané téma je podle mého názoru velmi aktuální, protože se týká osob, které jsou v očích společnosti mnohdy negativně vnímány. Často se mluví o tom, že mladí lidé vnímají seniory jako staré lidi, kteří mají spoustu volného času, nic nedělají a žijí na úkor dnešní společnosti.

Diplomová práce je členěna na dvě části, teoretickou a praktickou. V teoretické části se věnuji ontogenetickému vývoji člověka od rané adolescence až po stáří. Zde popisuji jednotlivé fyziologické, psychologické a sociální zvláštnosti. V dalších kapitolách věnuji pozornost základním informacím týkajícím se starých lidí, zejména z pohledu demografického, sociologického a kalendářního rozdělení stáří. V následujících oddílech se zabývám životním stylem seniorů a výskytem nemocí u nich. V praktické části práce jsou uvedeny zkrácené formy rozhovorů s touto tematikou.

Cílem diplomové práce je prozkoumat vztah vybraného vzorku populace k seniorům, zjistit, koho považují za seniora a jak nahlížejí na životní styl seniorů.

2 Teoretická část

2.1 Dospívání a dospělost

Období dospívání patří mezi specifické životní fáze člověka. Začíná kolem 11. roku a končí ve 20 letech. Je to období komplexních proměn jak v oblasti tělesné, duševní, tak i sociální. V přírodním společenství je dospívání závislé na kulturních a společenských podmínkách. Současní adolescenti se snaží co nejrychleji překlenout dětství a vyrovnat se dospělým. Velikou prestiž vidí v získávání práv a svobody rozhodování, avšak neochotně přejímají povinnosti a zodpovědnost za své činy. Období dospívání dělíme na ranou a pozdní adolescenci (Vágnerová, 2005).

2.1.1 Raná adolescence

Raná adolescence je životní etapa mezi 11. až 15. rokem života, kterou označujeme také jako pubescenci. Zpravidla začíná dříve u dívek než u chlapců. Vyznačuje se především pohlavním dozráváním a aktivací hormonů. Období pubescence je členěno na prepubertu a pubertu.

- Fáze prepuberty – začíná pohlavním dozráváním, kdy zároveň nastává urychlení růstu. Končí nástupem menarche u dívek, u chlapců noční polucí. Tato fáze probíhá u dívek mezi 11. a 13. rokem, u chlapců je fyzický vývoj zpožděn o 1 až 2 roky.
- Fáze vlastní puberty – začíná ukončením prepuberty a končí dosažením reprodukční schopnosti. Objevuje se první menses, který je nepravidelný, pravidelnost ovulačního cyklu a schopnost oplodnění se dostavuje o 1 až 2 roky později. Průběh reprodukce u chlapců je závislý na dokončení hlavních sekundárních pohlavních znaků. Vlastní puberta spadá do období mezi 13. a 15. rokem (Langmeier, Krejčířová, 2006). Růstové změny jsou patrné u dívek mezi 10. a 15. rokem, často v tomto věku přerostou hochy. Avšak po 15. roce zase chlapci přerostou dívky (Kohoutek, 2000).

Daným dozráváním dochází ke změně způsobu myšlení a emočního prožívání. Zvýšená emoční labilita může u určité sociální skupiny ovlivnit hodnocení pubescenta. V tomto období u pubescenta roste potřeba osamostatnění a větší svobody rozhodování o sobě samém. Značný význam pro toto období má přátelství, první lásky a experimentace s partnerskými vztahy, jež mohou trvat až do dospělosti. V souvislosti s tím dochází k celkové změně úpravy zevnějšku, životního stylu, hodnot a postojů.

Důležitou změnou je ukončení povinné školní docházky v 15 letech a výběr učebního oboru nebo střední školy, které budou spoluurčovat budoucí profesi a sociální status jedince (Vágnerová, 2005).

2.1.1.1 Vzpoura pubescentů

Výrazné hormonální změny v organismu pubescenta přinášejí značnou kritiku, zlobu a nenávist k autoritám a starší generaci. Tento vnitřní stav se nazývá pubescentní negativismus. Dané chování sledujeme např. v domácím prostředí v konfrontaci rozdílných názorů rodiče a pubescenta. Hormonální vzpouru nacházíme také ve škole. Dospívající je značně alergický na učitele, dává jim různé přezdívky a jejich osobní nedostatky pohotově komentuje (Říčan, 2004). Cílem takového jednání je vytvořit u učitele emoční tlak, aby se přestal ovládat a zareagoval afektivně. V důsledku toho by došlo k diskreditaci jeho osoby a snížení nadřazenosti. Starší studenti hodnotí chování a profesní erudovanost přísně, k učitelům bývají netolerantní. Dospívající usilují ve škole o rovnoprávnou diskuzi, snaží se projevit vlastní názor, což přispívá k budování přijatelné pozice a získání respektu. Negativní hodnocení učitelů dospívajícími žáky a chování těchto žáků má více emociální než racionální charakter (Vágnerová, 2005). Avšak při oprávněném trestání za prohřešky ve škole nebo doma bývá pubescent podrážděn. Pro dnešního pubescenta je nesnesitelný především fyzický trest, ačkoli vůbec jakékoli tresty považuje za urážku a ponížení. Proto máme trestat jen v ojedinělých případech, kdy si už nevíme jiné rady.

Kritické hodnocení ze strany pubescenta směřuje i na starší populaci. Každý, komu je přes čtyřicet let, se mu jeví jako starý, zkostnatělý a zaostalý (Říčan, 2004).

2.1.2 Pozdní adolescence

Pozdní adolescence probíhá od 15 do 20 let života. V období 16 až 18 let se zpomaluje růst do výšky, přičemž u dívek se tak děje dříve než u chlapců. Změny v tělesném růstu před nástupem adolescence nejsou rovnoměrně rozloženy a dochází k disharmonii postavy. Na začátku dospívání rostou horní a dolní končetiny rychleji než trup, což vytváří tělesnou nevyváženost a pohybovou neobratnost. Po ukončení pubertálních změn dochází k vyrovnání somatické stránky. Tato dospívající skupina bývá mnohdy označována jako mladiství, dorost a „teenagers“ (Langmeier, Krejčířová, 2006).

Dospívání je značně závislé na sociální pozici. Studenti tuto pozici přejímají déle než lidé se základním vzděláním, kteří jsou dříve ekonomicky nezávislí (Machátová, 1999). Dosažení ekonomické nezávislosti je jedním z důkazů dospělosti. V pozdní etapě adolescence se již vztahy s rodiči stávají stabilnějšími a klidnějšími. Dospívající navazují partnerské vztahy a experimentují s nimi, získávají užitečné poznatky o svém protějšku. Vědomí, že adolescent může ovládat vlastní život, bývá motivem k seberealizaci (Vágnerová 2005). Adolescent si více uvědomuje sebe sama i svůj vztah k ostatním lidem. Sebevýchova začíná nabývat jak na kvalitě, tak i na kvantitě. Cílevědomě dosahuje většího sebeovládání k dosažení optimálních výkonů, např. ve škole, v zaměstnání, ve sportu apod. Uvědoměle přejímá a vytváří si určitou soustavu hodnot, která má vliv na jeho chování a prožívání. Takto mladý člověk však bývá značně vystaven riziku disharmonického vývoje. To je způsobeno rozdílem sebehodnocení a hodnocení ostatních lidí (Říčan, 2004).

2.1.2.1 Rozpor generací

U mladých lidí občas dochází ke generačním sporům s rodiči, které mohou vznikat ze značné citové závislosti rodičů na dospělých dětech. Zdůrazňování změny životního stylu dospělých se proto neosvědčuje. Jako žádoucí se jeví, aby rodiče respektovali plnoletost potomků (Kohoutek, 2000). Adolescenti často pochybují o životě svých rodičů, jeví se jim jako prázdný, zmařený, jejich zájmy jako nudné a starosti malicherné, jejich životní kompromisy jako ubohé, morální názory příliš zastaralé, inteligence pochybná, vztahy falešné a jejich společnost jako podivná. Než být za pětadvacet let jako oni – to raději nebýt!

Adolescenti nepotřebují od svých rodičů přezíravou náklonnost ve stylu: „Jen si mluv, však jednou poznáš život!“ Naopak, ke stabilizaci osobnosti, potřebuje dospívající rodiče, kteří budou proti němu hájit vlastní způsob života a vlastní názory. Budou se hádat i rozčilovat, protože si nenechají líbit jeho kritiku. Odpor dospívající snáší velice špatně, ale je to základem jeho výchovy, když ho rodiče berou vážně a jejich reakce jsou opravdové a nepředstírané.

V dobře fungující rodině spory s adolescentem nenarušují vzájemné vztahy. Také dochází k harmonickým situacím, kdy obě strany prožívají krásné chvíle. Na konci dvacátého roku adolescenta tento bouřlivý proces končí a obnovuje se pozitivní nahlížení na své rodiče. Založením vlastní rodiny mladí nakonec napodobují ve

výchově své rodiče, ptají se jich na rady a více se upevňují vzájemné vztahy. Tehdy si jedinec uvědomuje, že konfrontace s rodiči měla pro něj značný přínos a pomohla mu k osobnímu růstu (Říčan, 2004).

2.2 Dospělost

Psychologie dospělého věku a stáří se jakožto oblast odborného zájmu rozvíjí mnohem pomaleji než psychologie dětství a dospívání. Pro nedostatek empirických studií se uvádí argument, že asi jednu třetinu života trávíme vývojem ke zralosti a tři čtvrtiny života stárneme. Takové tvrzení lze považovat za neoprávněné z několika důvodů. Je zřejmé, že v dětství a v dospívání dochází k odlišným změnám než v dospělosti a ve stáří, ale vývoj a stárnutí probíhá od prvního okamžiku narození člověka. Nepopíratelné je, že v etapě dospívání jsou například biologické změny odlišného druhu než ve stáří. V dospělosti a ve stáří musíme chápat vývoj jako postup na vyšší úroveň. Ontogenetické změny jsou patrné v každé vývojové etapě člověka. Není pochyb o tom, že je rozdíl v myšlení, cítění a v sociálním chování mladého člověka ve 20 letech oproti padesátiletému jedinci či starému člověku v osmdesáti letech (Langmeier, Krejčířová, 2006).

Dospělost je členěna do několika etap, které se odlišují chronologickým věkem a navzájem se překrývají. U každého člověka je to zcela individuální záležitost a mnozí autoři vývojové psychologie uvádějí odlišné věkové hranice plnoletosti (Kohoutek, 2000). Langmeier a Krejčířová (2004) dělí vývoj dospělého člověka do čtyř etap: časná dospělost (probíhá mezi 20. až 30. rokem), střední dospělost (období do 45 let), pozdní dospělost (mezi 60 až 65 lety) a stáří (dělíme na časné a pozdní). Kohoutek (2000) uvádí podobné dělení, avšak s rozdílnou věkovou hranicí: období první dospělosti (od 20 do 30 let), období zralé dospělosti (začíná po 30. roce a trvá do 45 let), období středního věku (od 45 do 60 let), období počínajícího stáří (trvá od 60 do 75 let), období stáří (od 75 do 89 let) a období dlouhověkosti (nad 90 let). Vágnerová (2007) ve svém díle *Vývojová psychologie* člení biologickou a psychosociální dospělost na:

- období mladé dospělosti – od 20 do 40 let,
- období střední dospělosti – od 40 do 50 let,
- období starší dospělosti – od 50 do 60 let,
- období raného stáří – od 60 do 75 let,
- období pravého stáří – od 75 let.

2.2.1 Období mladé dospělosti

V období mladé dospělosti mají tělesné změny zanedbatelný význam ve vývoji člověka oproti změnám v oblasti sociokulturní. Hlavní charakteristikou dospělosti je emoční stabilizace, vyjasnění si hodnot, postojů a životního stylu, realizace emočního přijetí (partnerství), profesního uplatnění a rozvoj získaných zkušeností. Důležitým momentem uvědomění si vlastní dospělosti a cestou k jejímu naplnění je zkušenost s chováním dospělých lidí. Vzory, které dítě poznalo, si s sebou nevědomky nese až do dospělosti. Na počátku dospělosti je člověk vystaven významným životním událostem, které mohou značně ovlivnit jeho další život a mohou být již nezvratné (např. rodičovství). Mnohá taková rozhodnutí bývají impulzivní a zkratkovitá a jsou způsobena nezkušeností, nerozvážností, optimismem a atraktivitou nových zážitků. Dospělost je touha po nových zážitcích a zkušenostech. Mladí dospělí do 20 let nevnímají roli dospělého jednoznačně atraktivně, protože si uvědomují její výhody i nevýhody. Spokojeni jsou se svobodou a nezávislostí, kdežto nevýhody vázanosti a omezení pro ně představují zátěž (Vágnerová, 2007).

Jako předpoklad dospělosti bývá udáváno dosažení zralosti. Zralým se člověk stává zpravidla v období, kdy je u něj ukončeno dospívání a je schopen přejímat plnou osobní a občanskou odpovědnost, získává nezávislost, rozvíjí své osobní zájmy, přejal očekávané úkoly vůči svým potomkům a přizpůsobuje se svým stárnoucím rodičům. Zralého člověka můžeme charakterizovat takto:

- Měl by být schopen vykonávat každodenní přiměřenou práci, aniž by byl unaven, s pocitem, že je daná práce užitečná.
- Měl by dokázat udržovat dlouhotrvající přátelství k několika bližším přátelům.
- Měl by mít dobrou sebedůvěru.
- Měl by umět jednat s každým člověkem.
- Má žít běžný sexuální život bez předsudků a umět přijímat a dávat lásku.
- Má mít zájem o blaho lidí.
- Má umět zlepšovat své životní podmínky, a neměl by k tomu zneužívat ostatní lidi.
- Má umět změnit svoji práci ve hru.
- V případě nečekaných událostí se má umět zbavit vnitřního napětí.
- Má usilovat o sebezdokonalování.
- Své zkušenosti má být ochoten předávat mladší generaci.

Je zřejmé, že jen málokdo dosáhne všech vyznačených kritérií a že se jedná pouze o ideál, k němuž se má člověk přiblížit. Obecným znakem zralosti je překonání rozporů dětství a dospívání a každý jedinec toho dosahuje v jiném věkovém období. Toto období také bývá označováno jako období „vynořující se“ nebo nastupující dospělosti. Jde o životní etapu, v níž si člověk musí osvojit nové znalosti a dovednosti.

V současné době se období zralosti prodlužuje, stejně jako dospívání. Významným prvkem způsobujícím tento jev je modernizace, která klade vyšší nároky na připravenost mladých lidí, celkově se také prodlužuje doba studia, odkládá se vstup do manželství a rození dětí a děti žijí u rodičů déle.

Zhruba před třiceti lety měli mladí lidé více vymezeno věkové období pro sňatek, narození prvního dítěte a odchod do starobního důchodu, než je tomu dnes. Současný trend se začíná objevovat po roce 1989 (Langmeier, Krejčířová, 2006).

Dvacátá léta věku jedince jsou obdobím navazování milostných vztahů a v pozdější době uzavírání sňatků. Mladí často potřebují osobní volnost aspoň do pětadvaceti let. Po tomto věku začínají plánovat společný život a zakládat rodinu. Vstup do manželství je velmi důležitým mezníkem v životě, který určuje další život (rodičovství, vzájemná solidarita apod.). Vstup do manželství by měla předcházet minimálně půlroční známost. V tomto časovém horizontu by se měly odkrýt povahové vlastnosti, které v sobě skrýváme, zároveň dochází k osobním hádkám a konfliktům. Tehdy pár zjistí, zda je schopný řešit vzájemný konflikt a nalézt harmonické řešení, které je potřebné k uzavření manželství a založení rodiny (Říčan, 2004).

U mladých od 30 do 35 let se mění životní preference, narůstá zájem o rodinu, o práci a současně klesá hodnota volného času. Vnitřní vyrovnanost třicetiletého člověka závisí na naplnění tří faktorů: partnerského soužití, rodičovství a profese. Bez těchto hodnot, které člověku poskytují emoční saturaci, by se stal jedinec vnitřně zranitelným (Vágnerová, 2007).

V tomto věkovém období začíná slábnout svalová soustava a je zapotřebí ji posilovat vhodnou pohybovou aktivitou. Organismus má větší tendenci ukládat podkožní tuk, čímž se zvyšuje celková tělesná hmotnost. Člověk získává nové životní zkušenosti, upevňuje vlastní názory a buduje společenské postavení. Mezi důležité sociální vztahy patří vztahy doma a v zaměstnání. V poslední fázi mladé dospělosti, cca ve 40 letech, lidé dosahují tzv. kariérového plató (vývojová stagnace v dané profesi).

Proto někteří opouští zaměstnání a hledají jiné, aby se osobnostně a profesně obohatili. Změnou profese nastartují novou kariéru (Říčan, 2004).

2.2.2 Období střední dospělosti

Životní fáze střední dospělosti je charakterizována partnerskou a profesní stabilizací. Aby člověk mohl dosahovat v zaměstnání a v soukromém životě vysokých cílů, je zapotřebí mít dobře fungující rodinu, která mu bude poskytovat pocit jistoty a bezpečí. Čtyřicátník je již na vrcholu zralosti, má větší zodpovědnost a je připraven ji akceptovat. Ve středním věku má člověk zodpovědnost nejenom vůči dětem a stárnoucím rodičům, ale i vůči celé společnosti. Společnost očekává od tak vyzrálého jedince, že bude schopen zvládat všechny povinnosti. V této životní etapě by měl člověk dosáhnout vnitřní harmonizace, umět se něčeho vzdát, být otevřený a usilovat o obohacení vlastního života i života blízkých lidí. Toto období také bývá nazýváno „dobou protikladů“, lidé jsou již na vrcholu svých sil a plně umí využívat svých kompetencí. Na druhé straně si občas člověk uvědomuje, že je jeho další rozvoj časově limitovaný a zanedlouho přijde čas stagnace a úbytek sil. Příliš o tom ovšem neuvažuje a vnitřně si to nepřipouští. Významnou charakteristikou čtyřicátníků je vrchol kariéry, manželská spokojenost, určitá sebejistota a sebevědomí. Naopak při ztrátě manželství a neúspěchu v zaměstnání prožívají tito lidé životní nespokojenost (Vágnerová, 2007).

2.2.2.1 Krize středního věku

Důležitým vývojovým faktorem je „krize středního věku“. Toto období je spojené s vnitřním napětím, nespokojeností s vlastním životem a s pocity prázdnoty. Daný stav souvisí se změnou pohledu na dosavadní život. Čtyřicátník si v této souvislosti začíná více všímat svých prožitků. Podobně jako dospívající se víc zabývá sám sebou (Vágnerová, 2007). K této tendenci také přispívá odchod dětí z domu. A právě vlastní děti zařazují rodiče mezi stárnoucí populaci. Někteří si to nechtějí připustit a začínají si uvědomovat, že je život krátký. Nakonec čtyřicátník začne hodnotit dosavadní život, který se později projeví potřebou změny každodenního stereotypu. O změně života čtyřicátníků mluvíme jako o tzv. „druhé míze“. V takovém období někteří posuzují své erotické aktivity, muži zakládají nové rodiny a ženy se nejvíce obávají prvních vrásek (Haškovcová, 2010).

Krize středního věku postihuje lidi nejrůznějších vrstev, nejvíce jsou k ní citliví umělci od 35 do 40 let. Do určité míry za to může éra vysoké produktivity, ukončení vlastní tvořivé práce nebo změna umělecké tvorby. Podobný charakter krize však vykazují i lidé, kteří v životě v ničem nevynikali (Říčan, 2004).

2.2.2.2 Zvládání životní krize ve středním věku

To, aby byla krize středního věku zvládnuta, vyžaduje plnou soustředěnost na sebe sama. Výsledkem má být pokračování v naplňování stejných cílů jako dříve, tedy milovat a pracovat. Jít stejným směrem, ale jinou cestou. V pracovním procesu se doporučuje milovat svou práci a spolupracovníky. Zvolnit pracovní tempo a předávat nabyté zkušenosti mladší generaci. V osobním životě je zapotřebí mít vytvořen dobrý rodinný život, umět se ze života radovat, mít pro koho a pro co žít (Říčan, 2004).

2.2.2.3 Vztah čtyřicátníků k jejich stárnoucím rodičům

Harmonický vztah lidí středního věku k jejich rodičům je podmíněn vzájemnou solidaritou. Základem je poskytování oboustranné pomoci jak emoční, tak i materiální. Nejčastěji jde o výpomoc v domácnosti, s nákupy, nebo různé zařizování. Avšak tento harmonický vztah může být narušen onemocněním jednoho z rodičů. Staří rodiče často trpí chronickými chorobami, které fyzicky, psychicky a časově zatěžují jejich děti. Důsledkem pečovatelské zodpovědnosti může dojít k narušení partnerského soužití.

V případě pomoci jsou to dcery, které ji obvykle poskytují a přejímají za ni zodpovědnost. Důvodem je bližší a intimnější vztah ženy s matkou než s otcem. Často spolu mluví a navzájem se svěřují. Proto také ve většině případů mezi dcerou a matkou vznikají konflikty (Vágnerová, 2007).

2.2.3 Období starší dospělosti

Toto období trvá přibližně od 50 do 60 let. V tomto věku se člověk stává prarodičem, vlastní děti již vychoval, předal jim své zkušenosti a rady. Je to věk, kdy už se člověk ocitá na konci třetí čtvrtiny svého života a poslední čtvrtina mu ještě zbývá. S touto realitou se musí 50 letí lidé smířit. Starší člověk již nemění zavedený způsob života. Uvědomuje si, že jakákoliv změna by mu nepřinesla nic kladného. Daný stereotyp už nepovažuje za nudný, a mnohdy jej považuje za uspokojivý. V padesáti letech se mění životní hodnoty, které nejsou určovány rolemi a z nich vyplývajícím sociálním

postavením. Stárnoucí člověk už více rozvíjí své pravé JÁ a ustupuje od „falešného JÁ“. Celkově se mění pohled člověka na svět i pohled na sebe sama. Osobnostní změna zahrnuje:

- Odlišné vnímání světa – stárnoucí člověk je více zaměřen na své prožitky, klesá zvídavost, upřednostňuje stereotyp.
- Odlišný postoj k jiným lidem – upřednostňuje jiné chování druhých lidí než v mládí. Hůře navazuje nové kontakty, více se stahuje do rodiny. Dává přednost jistým a stabilním vztahům.
- Změna ve vztahu k sobě samému i k vlastnímu jednání – uvědomění si nižší fyzické aktivity. V případě změny jsou lidé tohoto věku méně flexibilní. U sebe více preferují svědomitost a zásadovost (Vágnerová, 2007).

Ke změně životních postojů dochází u lidí, kteří byli ve věku 40 až 45 let plně zaujatí profesní kariérou nebo plněním jiných vysněných cílů. U žen, které kvůli péči o děti začaly budovat vlastní kariéru déle, se osobní změny tohoto druhu projevují v pozdějším věku. Stárnutí nepřináší pouze proměnu hodnotového systému, ale je to i změna tělesných funkcí (Langmeier, Krejčířová, 2006).

2.2.3.1 Somatické změny

Většina lidí se v tomto období cítí zdravě a mortalita je nízká. Teprve po šedesátém roce začíná pozvolna růst asi 1% populace ročně. První známky stárnutí se začínají projevovat na poklesu fyzických sil. U lidí, kteří vykonávají pravidelnou pohybovou aktivitu, bývá tento pokles méně znatelný. Zároveň dochází ke zhoršení citlivosti většiny smyslů, především zraku, sluchu a chuti (Langmeier, Krejčířová, 2006).

Zhoršení zraku je způsobeno zesílením a zvětšením oční čočky, čímž dochází ke snížení zaostření na bližší předměty a k projevu krátkozrakosti (presbyopie). Krátkozrakostí trpí lidé cca ve 42% případů od 53 do 65 let, od 65 do 74 let postihuje presbyopie 73 % obyvatel, a nad 75 let dokonce 92% populace.

Sluch se začíná zhoršovat v oblasti vysokotónových kmitočtů u mužů od 30 do 59 let. U žen je četnost dvakrát až pětkrát vyšší. Tato vada se nadále zhoršuje jeden a půl až čtyřikrát za každé desetiletí. Překročí-li vada sluchu hodnotu 50 dB, osoba již neslyší běžný rozhovor a hlasité mluvení.

Člověk rozlišuje čtyři základní chutě, jsou to slanost, sladkost, hořkost a kyselost. Schopnost vnímání těchto chutí se s věkem zhoršuje, byť ne u každého stejně. K neschopnosti vnímat chutě dochází vlivem degenerativních změn buněk chuťových pohárků nebo je tato spojována s nemocí, případně medikamentózní léčbou (Hayflick, 1997).

Vlivem stárnutí se mění i zevnějšek člověka. Objevují se vrásky, u mužů ztráta vlasů, šedivění vlasů, změny pigmentace těla, proporcí těla a dochází k nerovnoměrnému ukládání tělesného tuku. Z hlediska norem dnešní společnosti je změna zevnějšku spojována se ztrátou určité hodnoty. Úbytek tělesné atraktivnosti vyžaduje přijetí svého vzhledu. Stárnutí je tedy na první pohled zřejmé, každý jedinec ho musí přijmout a přizpůsobit se. Proces adaptace na projevy tělesného stárnutí lze rozdělit do tří fází:

- Fáze prvních signálů stárnutí – prvotní signály stárnutí bývají popřeny nebo bagatelizovány. Člověk si je vědom svých změn, pokud však není změna značně nápadná, nevěnuje jí pozornost.
- Fáze smlouvání – člověk si je již vědom, že stárne, ale rád by si chtěl udržet tělesnou svěžest co nejdéle.
- Fáze přijetí tělesného úpadku – člověk se začíná smiřovat s úbytkem tělesné kondice, se změnou svého zevnějšku a zdraví (Vágnerová, 2007).

Vyšší věk s sebou přináší hormonální změny, které postihují ženy i muže.

2.2.3.2 Menopauza

Jestliže se u ženy nedostaví menstruace déle než jeden rok, jedná se o menopauzu. Období, kdy u ženy dochází k menopauze, se nazývá klimaktérium. Pojem menopauza mnohdy označujeme jako klimaktérium i jako menstruační přestávku (Leifer, 2004). Klimaktérium probíhá u žen mezi 45. a 55. rokem a nastupuje o to dříve, čím déle došlo k sexuální zralosti (Kelnarová, Matějková, 2010). V této životní etapě pozvolna klesají hladiny hormonu progesteronu, klesá počet ovulačních cyklů a též ovariálních estrogenů a androgenů. V důsledku hormonálních změn dochází u ženy k psychickým a fyzickým změnám. Mezi typické příznaky patří noční návaly horka a nespavost, depresivní stavy, úzkost, podrážděnost, snížené sebehodnocení, ztráta fertility, změna fyzického vzhledu

a kondice (Chromý, Honzák a kol., 2005). Mnoho těchto příznaků se dá hormonální i nehormonální léčbou eliminovat.

- Hormonální substituční terapie – aplikace estrogenů a progestinů formou tablet nebo náplastí.
- Nehormonální terapie – užívání přípravků s fytoestrogeny, sójovými proteiny a včelími produkty. K prevenci osteoporózy se podávají antihypertenziva a medikamenty (Slezáková a kol., 2011).

Dnešní věda také poukazuje na menopauzu u mužů neboli andropauzu. Tímto termínem označujeme pokles mužského testosteronu. Andropauza může způsobovat změny ve varlatech, které se projeví sníženou tvorbou spermatu, smrštěním hmoty varlat a následnou erektilní dysfunkcí. Produkce spermatu u 50letého muže je o necelých 70 % nižší než u mladých lidí. Patrně žádná z těchto změn nemá však vliv na plodnost muže, neboť mnoho mužů mívá děti i v pozdějším věku. (Vágnerová, 2007)

2.3 Stárnutí a stáří

Stárnutí je proces, který nemá jednoznačnou definici. Hayflick (1997) píše, že stárnutí znamená postupnou ztrátu běžných životních funkcí od okamžiku dovršení pohlavní zralosti až po maximální délku života, který je pro každý daný biologický druh odlišný. Konkrétněji se zpravidla jedná o pokles funkční zdatnosti, změny regulačních a adaptačních mechanismů organismu. (Tošnerová, 2009). Ondrušová (2011) uvádí, že stárnutí je dějem komplexním a multifaktoriálním, na kterém se podílejí genetické vlivy a faktory vnějšího prostředí.

Ke stárnutí se vztahuje velký počet teorií, které lze rozdělit do dvou skupin, na skupinu stochastickou a nestochastickou. Každý jednotlivý směr se pokouší vysvětlit podstatné změny v organismu, jež jsou příčinou stárnutí.

- Teorie stochastická předpokládá, že děje probíhající při stárnutí jsou náhodné. S vyšším věkem přibývá opotřebování, poškození, poruch, chyb, selhání buněčného řízení, změn ve struktuře a funkcích organismu.
  - Teorie proteosyntézy– hromadění omylů v proteinové syntéze.
  - Teorie překřížení – překřížení a následné znehodnocení proteinu a buněčných makromolekul.
  - Teorie opotřebení – poškození životně důležitých částí organismu.

- Mutační teorie – mutace DNA, čímž následně vzniká poškození tkáně, orgánu, a nakonec celého organismu.
- Teorie volných radikálů – dochází k poškození membránových proteinů, enzymů, glycidů, bílkovinných makromolekul, DNA a ke snížení množství antioxidantů.
- Teorie spolehlivosti – stárnutí je projev univerzálního selhávání systému v čase skrze pravděpodobnost výskytu chyb a poruch.

- Nestochastická teorie předpokládá, že je stárnutí geneticky předurčeno a naprogramováno.
  - Pacemakerova teorie – určité orgány či systémy se považují za geneticky naprogramované na určitý algoritmus stárnutí a délky života. K nejdéle známým faktorům stárnutí patří ukončení produkce pohlavních hormonů a růstového hormonu s dramatickým dopadem na fertilitu, chování, svalovou a kostní hmotu, kůži a tělesný fenotyp.
  - Genetická teorie – pro každý živočišný druh je délka života specifická.
  - Hayflickova teorie limitovaného počtu buněčných dělení – buňky mohou podstoupit pouze limitovaný počet dělení. To je určováno zkracováním konečných částí chromozomů při každém buněčném dělení.
  - Existence genů dlouhověkosti – předpokládá se, že naději na dožití ovlivňují z 35 % genetické faktory. Zbývajících 65 % náleží faktorům zevního prostředí a životního stylu.
  - Evoluční teorie – zabývá se vztahem délky stáří k délce života a k délce nezbytně nutné pro péči o potomstvo (Čevela, Kalvach, Čeledová, 2012).

2.3.1 Vymezení doby stárnutí

Stárnutí doprovází člověka již od jeho narození a pokračuje až do jeho smrti. Jelikož neexistuje jednoznačná definice, považuje se za nejdůležitější ukazatel stárnutí chronologický věk, biologický věk a sociální věk (Křivohlavý, 2011).

2.3.1.1 Chronologický věk

Chronologický věk nic nevypovídá o involučních změnách, pracovních schopnostech nebo o změnách v sociálních rolích člověka. Uplatnění má jako administrativní ukazatel, nejvíce se využívá v demografii a ve statistice. Podle zdravotnické organizace WHO se stáří člení do tří období. První období je od 60 do 74 let a označuje se jako

počínající stáří. Druhé období je od 75 do 89 let a označuje se jako vlastní stáří. Poslední období je od 90 let bez horní hranice a označuje se jako dlouhověkost (Ondrušová, 2011).

2.3.1.2 Biologický věk

Rozlišování biologického věku se opírá o mnoho ukazatelů, které vypovídají o stavu organismu. Nejde o nic nového, již v antice se tímto zabývaly velké osobnosti, např. Aristoteles, Hippokrates, Galenos apod. Soustavná zkoumání ukázala, že stárnutí vykazuje změny v činnosti imunitního systému (zejména brzlíku). Brzlík se od 12 let zmenšuje a ve 40 letech se stává nefunkčním, čímž dochází k vyčerpání obranného buněčného systému. Další teorie poukazuje na ubývání nervových buněk a četnosti biochemických změn v neuronech mozku. Naopak namáháním mozku nové neurony vznikají (Křivohlavý, 2011). Pozorování řady změn ve stáří je založeno na komplexním zkoumání od anamnézy přes zjišťování životního stylu, analýzy rizikových faktorů až po laboratorní vyšetření. Konečným výsledkem pozorování má být určení biologického věku jednotlivých orgánů (Ondrušová, 2011).

2.3.1.3 Sociální věk

Sociální věk vypovídá o pozici, kterou člověk zastává ve společnosti. Počátek této etapy je považován za nárok na starobní důchod. Oproti tradičnímu pojetí poproduktivní je zdůrazňován celoživotní rozvoj, seberealizace, celoživotní vzdělávání a výdělečná činnost penzistů (Ondrušová, 2011).

2.3.2 Socializace ve stáří

V průběhu stáří často dochází k proměně nebo k redukci sociálních dovedností jedince, která vede k jeho postupné desocializaci. Tento proces vyplývá ze zákonitých změn v životě seniora. S odchodem do důchodu jsou staří lidé mnohem více izolováni od dění ve společnosti. Jejich život probíhá převážně v soukromí, zejména ve vlastní rodině. Senioři mnohdy nepřekračují hranice teritoria svého bytu a nejbližšího okolí. Vzhledem k tomu se snižují požadavky na jejich celospolečenské chování. Senioři již neuplatňují mnohé sociální dovednosti a návyky, proto může dojít k jejich stagnaci. V případě životní změny, jako je přistěhování do domácnosti ke svým potomkům nebo odchod do domu seniorů a jiných institucí, se však vyžaduje od seniora osvojení nových způsobů

chování. K přizpůsobení se novým pravidlům dochází často pasivně, zejména u člověka závislého na ostatních. V rámci potřebné péče se neočekává jeho vlastní názor, naopak je mnohdy považován za nežádoucí.

Senioři prožívají své stáří ve třech sociálních skupinách, které jim umožňují kontakt s jinými lidmi. **Rodina** patří mezi nejvýznamnější společenské jednotky. Nepředstavuje pouze soužití, ale i kontakt s rodinami dětí a sourozenců. **Přátelé,** s nimiž senioři prožívají společné aktivity, pro ně znamenají možnost dalších sociálních kontaktů a mnohdy i hlubších vztahů v případě, že nemají vlastní rodinu nebo je rodina nefunkční. Při **soužití obyvatel určité instituce**, jako je nemocnice či domov důchodců, sdílí starší člověk určitý způsob života a může si s ostatními vytvořit hluboký přátelský vztah (Vágnerová, 2007).

2.3.2.1 Podpora aktivního života seniorů

Termín aktivní stárnutí byl koncem 90. let přijat Světovou zdravotnickou organizací. Pojem aktivní stárnutí je významově mnohem širší než pouhé zdravé stárnutí, protože se netýká pouze zdraví a péče o zdraví. Aktivní stárnutí vychází z principů OSN pro seniory, kde mezi hlavní priority patří: nezávislost, účast na životě společnosti, důstojnost, péče a seberealizace. Je zde také zahrnuto respektování práva starších lidí na rovnost příležitostí, jejich zodpovědnost, účast na veřejných rozhodováních a ostatních aspektech sociálního života. Světová zdravotnická organizace stanovila ve veřejném životě opatření „věku přátelské prostředí“, které má seniorům a seniorům s disabilitou umožnit co nejsnazší a nejsamostatnější život, např. vytvořením bezbariérových pracovních míst, pružnou pracovní dobou pro seniory, částečnými úvazky, lepší bezpečností na ulicích, zejména na chodníkách, zajištěním dostupnosti veřejné toalety, dobrým dopravním značením či světelným značením na přechodech, které bude respektovat skutečnost, že senioři potřebují pro bezpečné přejití vozovky delší čas; dále má program zajistit pohybové programy ke zlepšení mobility, celoživotní vzdělávání, dostatečné zabezpečení kompenzačními pomůckami v případě smyslových poruch, bezbariérový přístup v lékařských zařízeních a možnost účasti na rehabilitačních programech (Dvořáčková, 2012).

2.3.2.2 Celoživotní vzdělávání seniorů

Získání nových znalostí a dovedností v dospělosti by měla rozvíjet andragogika, jejíž součástí je také gerontopedagogika, která se zabývá vzděláváním seniorů ve stáří. V České republice má celoživotní vzdělávání neprofesní charakter a je organizováno různými institucemi a agenturami nebo vysokými školami (Čevela, Kalvach, Čeledová, 2012).

Na konci 20. století v rozvinutých zemích roste počet seniorů, kteří vedou kvalitní život. Z toho vyplývá požadavek na další sociální a kulturní rozvoj této skupiny obyvatel. K naplnění těchto potřeb byla v roce 1973 v Toulous ve Francii profesorem práv a ekonomických věd P. Vellasem založena univerzita třetího věku (U3V). Cílem U3V je nabídnout stárnoucí populaci takový program, který by odpovídal potřebám dané skupiny.

V České republice začaly univerzity třetího věku vznikat od roku 1986. Mezi první univerzity, které tento program realizovaly, patří Karlova univerzita, Jihočeská univerzita a Univerzita Palackého. Důležitý zlom nastal v roce 2000, kdy technicky zaměřené vysoké školy otvírají kurzy moderních technologií. Hlavním úkolem těchto vzdělávacích programů je seznámit stárnoucí populaci s novými vědeckými poznatky, prohloubit jejich náhled, ulehčit jejich přizpůsobování a orientaci v moderním světě (Dvořáčková, 2012).

2.3.3 Populační stárnutí

Zvyšování počtu starých osob v 21. století ve vyspělých zemích nabírá na dynamice. Změnou demografického vývoje jsou nejvíce postiženy země jižní Evropy a Japonsko (Tomeš a kol., 2007). Stárnutí populace je způsobeno především poklesem porodnosti, úmrtnosti a prodlužováním vyššího věku dožití.

Společnost v České republice má značně nepravidelnou věkovou strukturu, která je typická střídáním populačně silných a slabých generací. Rozložení věkové struktury je závislé jak na náhodných a biologických záležitostech, tak i na sociálních procesech. Věková struktura České republiky i velké části evropských zemí je struktura progresivního typu s převahou žen ve vyšším věku, což je způsobeno vyšší úmrtností mužů a poválečnou emigrací. Charakteristikou věkové regrese je stárnutí populace, kdy se při nízké porodnosti a zlepšování úmrtnostních poměrů zvyšuje počet stárnoucích osob v populaci a současně se snižuje zastoupení dětí a mládeže. Tyto populační

struktury ovlivnily dvě světové války, hospodářská krize, ale i změna společenského uspořádání po roce 1989 (Sak, Kalesárová, 2012).

Stárnutí v České republice proběhlo oproti západoevropským zemím s určitým zpožděním. Podle prognózy zpracované Českým statistickým úřadem bude v roce 2050 v ČR žít přibližně půl milionu seniorů ve věku 85 a více let (Dvořáčková, 2012). Podle údajů posledního sčítání lidu u nás žijí dva miliony osob ve věku 60 a více let. Tito lidé tak tvoří necelé dvě pětiny obyvatelstva, přičemž z více jak tří pětin se jedná o seniory ve věku 60 až 70 let. Skutečnost, že muži umírají cca o šest až osm let dříve než ženy, značně formuje strukturu populace starých lidí podle pohlaví a rodinného stavu. Nyní na tisíc 60 až 64letých žen připadá 865 mužů, u 85letých a starších činí poměr 1000 : 367. V uvedené nejmladší skupině vdovci představují pět procent a vdovy cca pětinu skupiny. Muži od pětaosmdesáti let a výše ztratili životní partnerky z více jak padesáti procent, u žen to je devadesát procent. Vyšší věk znamená větší rozsah ovdovělých osob.

Podle demografů se v České republice v závěru dekády zvýší počet šedesátiletých a starších osob na 2,3 milionu a o deset let déle to bude kolem 2,7 milionu. Výsledkem bude, že Česká republika v polovině tohoto století obsadí třetí, či první místo světového žebříčku. Podle Českého statistického úřadu dosáhne podíl stárnoucích obyvatel v roce 2050 jedné třetiny populace. Tímto zřejmě dojde dvaapůlkrát, možná až třiapůlkrát k převýšení dětské složky a poměr ekonomicky nezávislých a závislých se pravděpodobně vyrovná. Lidé se tak budou dožívat v průměru o deset let déle než v současné době a průměrný věk bude cca čtyřicet osm až padesát let. Nejvíce rozvíjející se skupinou se stanou lidé v tzv. čtvrtém věku, již budou tvořit osmdesátiletí a starší příslušníci seniorské populace. Vysoký podíl stárnoucího obyvatelstva představuje negativní ekonomické důsledky v oblasti zdravotního a sociálního zajištění. Současně lze předpokládat nedostatek pracovních míst, mezigenerační napětí a rostoucí věkovou diskriminaci (Sýkorová, 2007).

2.3.3.1 Mezigenerační vztahy ve společnosti

Rodině se přisuzuje mimořádný společenský význam. Při prodloužené délce života zastává rodina u seniorů důležitou aktivní úlohu. Nejedná se pouze o hlídací péči o vnuky či pravnuky v době jejich nemoci, školních prázdnin, volného času apod. Senioři jsou významnými nositeli tradice a emočních vazeb. Často se podílejí na vedení

domácnosti, financování i realizaci řady rodinných projektů (Čevela, Kalvach, Čeledová, 2012).

Současnou situaci pod vlivem sociálně ekonomických změn nelze považovat za uspokojivou a bezproblémovou. Orientace naší společnosti na západní styl života nás odklonila od rodinných tradic. To se projevuje odmítavým postojem vůči stárnoucím lidem. Řada negativních projevů se stále posouvá do nižšího věku, a to oboustranně. Mladí lidé a děti zesměšňují vše, co ke stáří patří, a stále mladší osoby bývají považovány za staré, zbytečné a nepotřebné. Lidé od padesáti let jsou již odmítáni do zaměstnání, protože jsou příliš staří, a ani nemají možnost ukázat své schopnosti. Pro řadu pracovních míst je limitací věk, nejvíce to přitom platí u žen, u nichž je věková hranice snížena na pětatřicet let. Nyní se společnost ocitá v povrchních hodnotách. Stále častěji preferujeme mládí, výkonnost, pružnost, přizpůsobivost, maximální nasazení a opomíjíme zkušenosti, rozvahu, moudrost, možnost srovnání, uznání, ocenění a pokoru. Nelze se ani divit, že dětem a mladým lidem chybí tyto hodnoty, protože se tradiční funkce rodiny změnila, neplní své původní poslání a zároveň mladí lidé postrádají vzory správného chování. Problematikou diskriminace stárnoucí populace a seniorů se zabývá ageismus (Malíková, 2011).

2.3.3.2 Ageismus

Termín ageismus pochází z anglického slova age, tzn. věk nebo stáří. Jako první tento termín definoval americký psychiatr Robert Butler, první ředitel National Institute on Ageing v USA, který již v roce 1969 začal poukazovat na věkovou diskriminaci (Malíková, 2011). Ageismus je diskriminace na základě věku a znamená negativní představy o stáří (Klevetová, Dlabalová, 2008). Šrámková (2013) popisuje ageismus jako stereotypizování a věkovou diskriminaci, diskriminaci na základě věku, diskriminaci lidí na podkladě jejich stáří. Sýkorová (2007, s. 50–51) uvádí, že ageistické postoje omezují sociální role a sociální status seniorů, strukturují očekávání druhých vůči nim, odpírají jim rovné příležitosti a mnohdy snižují jejich životní šance. V každodenním životě se ageismus projevuje diskriminačními praktikami na trhu práce, ve zdravotnictví a dalších službách, pohrdáním, odporem a vyhýbáním se osobním kontaktům se staršími lidmi.

Objektem ageistických postojů a chování se stávají jak muži, tak ženy. V důsledku genderové struktury bývají však ženy více ohroženy. V zaměstnání jsou méně finančně

ohodnoceny. Snížení fyzické přitažlivosti a ukončení fertility je sociálně degraduje a zároveň jsou považovány za slabé a potřebující pomoc. Ženy nakonec čelí dvojímu ohrožení, sexismu a ageismu.

Pokorná (2010) upozorňuje, že je zapotřebí v moderní společnosti změnit pohled na stárnoucí populaci. Namísto přijímání stárnutí jako pohromy a hrozby (demografická panika) je zapotřebí přijmout současnou demografickou změnu jako pozitivní výzvu.

2.4 Životní styl

Životní styl znamená dobrovolné chování člověka v určitých životních situacích, které jsou založené na individuálním výběru z různých možností. Každý má možnost rozhodnout se pro zdravé alternativy, které se nabízejí, a odmítnout ty, jež zdraví neprospívají. Vhodné rozhodnutí není zcela svobodné, neboť je člověk ovlivněn rodinnými zvyklostmi a tradicemi společnosti, ekonomickou situací a osobní sociální pozicí.

Má-li se člověk správně rozhodnout, musí mít dostatek informací o tom, co zdraví prospívá, a co zdraví škodí. Proto je nutné, aby se nové znalosti, dovednosti a návyky učily již děti útlého věku v rodině i ve škole.

Zdravotní stav společnosti se často hodnotí podle nemocnosti a úmrtnosti. Co se týká chorob s vysokou nemocností a mortalitou, zjistilo se, že nejvíce poškozuje zdraví kouření, nadměrné užívání alkoholických nápojů a drog, špatná výživa, nedostatek pohybové aktivity, psychická zátěž a rizikové sexuální chování (Machátová, Kubátová a kol., 2009).

2.4.1 Životní styl ve společnosti

Životní styl dnešní společnosti je odlišný od životního stylu našich prababiček a babiček. Současný člověk preferuje pohodlí a vede sedavý způsob života. Do práce a z práce se dopravuje osobním automobilem nebo jiným dopravním prostředkem, v práci sedí, u televize sedí, místo schodů k přesunu do vyšších pater upřednostňuje výtah apod. Člověk si zvykl na pohodlí a pohyb omezil na minimum. Také se zhoršují mezilidské vztahy, protože se hodně lidí orientuje na hmotné věci, honí se za pracovním úspěchem a mocí. Neustálý spěch, nedostatek času na sebe, své blízké a na svoji rodinu vytváří stresové situace, jež jsou příčinou rozpadu rodiny.

Na základě změny životního stylu se častěji objevují civilizační choroby (kardiovaskulární choroby, nádorová onemocnění, obezita a cukrovka), které zkracují nebo zhoršují život. Uvědomění si biologické podstaty a z toho vyplývající potřeby pohybu, přiměřené energetické hodnoty potravy a pěstování dobrých mezilidských vztahů jsou jediným způsobem, jak žít plnohodnotný život s minimem zdravotních komplikací (Machátová, Kubátová a kol. 2009).

2.4.2 Životní styl seniorů

V období stáří dochází k významné proměně životního stylu. V samotném počátku jsou senioři relativně zdraví a v dobré fyzické kondici. Důležitým prvkem životního stylu seniora je nárůst svobody, jak z hlediska subjektivního, tak i objektivního. Rozšíří se objem času, o němž senior rozhoduje pouze sám. Také rozsah věcí a jevů, o nichž rozhoduje svobodně, se zcela liší od předešlé celoživotní zkušenosti. Odchodem ze zaměstnání do důchodu se mění sociální pole, veškeré prvky, které vyplývaly z profesní pozice a z pracovní aktivity, náhle v sociálním poli nejsou. Tato životní událost může seniorovi přinést ulehčení, nebo také sociální frustraci, pocit izolovanosti a zbytečnosti. Jednorázový zásah do sociálního pole znamená jeho celkovou restrukturalizaci, mění se význam a funkce společenského profilu jedince.

Nejdůležitější význam v životě seniora má jeho partner, děti, vnoučata, přátelé a zvíře. Pozice dětí bývá mnohdy důležitější než pozice partnera. Tím se potvrzuje, jak je v české společnosti důležitá vazba mezi dětmi, rodiči a prarodiči. Zatímco vztah mezi mladou a starou generací obecně je v současné společnosti žalostný, vlastní dědeček či babička se stává pro mladou generaci autoritou. Vlivem negativních mezilidských vztahů a vyhasínání pozitivních emocí si stále více seniorů pořizuje zvířata, která jim chybějící sociální vztahy nahrazují. (Sak, Kalesárová, 2012)

2.4.2.1 Aktivity seniorů

Aktivity seniorů určuje obecný postoj k vlastnímu životu. Penze je období, kdy mají lidé mnoho volného času, a každý tento čas naplňuje jinak. Značně záleží na tom, kde senior žije (město, vesnice), jaké vykonával v produktivním životě aktivity, zda žije sám, nebo s partnerem, a určující je i aktuální zdravotní stav, vzdělání apod.

U dnešních penzistů je nedílnou součástí života každodenní sledování televize. Oproti zbytku populace televizi věnují dvakrát více času, v průměru od 2,9 do 3,5 hodin

denně. Mezi seniory se objevují i jedinci, kteří omezují televizi a více poslouchají rozhlas. Nejvyšší nárůst tohoto jevu byl zaznamenán mezi roky 2001 a 2010. Vedle televize je další dominantou životního stylu seniorů pobyt v přírodě. Pravděpodobně je to tím, že si generace dnešních seniorů v dětství více hrála venku, v mládí a středním věku trampovala, chatařila a chalupařila. Dnešní mladší generace dává přednost virtuální realitě a tím se přírodě víc vzdaluje. S odchodem do důchodu se mění i doba spánku. Senioři spí v průměru 8,8 až 9,4 hodiny denně, což je asi o hodinu více než u ostatní populace. Tato doba spánku je stejná jak ve všední den, tak i o víkendech (Sak, Kalesárová, 2012). Čevela a kol. (2012) uvádí, že penzionované ženy nejčastěji obstarávají péči o domácnost a o vnoučata. Penzionovaní muži se naopak věnují svým zálibám, bývají aktivní v zájmových sdruženích a spolcích.

Provozování volnočasových aktivit a každodenních běžných činností je silně ovlivňováno nemocemi ve stáří. Proces stárnutí přináší postupné ubývání sil, výskyt závažných nemocí a celkové oslabení organismu, které negativně ovlivňuje kvalitu života. Zdraví se proto stalo základem kvality života a je trvale zařazováno na vrchol hodnotových hierarchií člověka (Sýkorová, 2007).

2.5 Zdraví a nemoc

Zdraví představuje v lidské společnosti jednu z nejdůležitějších hodnot, která je uznávána na celém světě. Zdraví je předpokladem plné osobní seberealizace, životní spokojenosti a naplnění životních cílů, i když u každého člověka mohou být cíle velmi rozdílné (Zachová, Hermanová, Šrámková, 2007). Být zdravý znamená žít plnohodnotný a kvalitní život (Nováková, 2011).

Definice zdraví má mnoho podob, vyvíjela se v průběhu lidské civilizace, ale i v průběhu ontogenetického vývoje jedince, závisí na kultuře, sociálním prostředí, ekonomice a na rozvoji lékařské vědy. Proto můžeme zdraví definovat jako:

- „*Zdraví je stav úplné tělesné, duševní a sociální pohody, a nikoli pouze nepřítomnost nemoci nebo vady.“* Definice podle Světové zdravotnické organizace WHO z roku 1948 (Machová, Kubátová a kol., 2009, s. 12).
- „*Zdraví je schopnost člověka vyrovnat se s požadavky vnitřního a zevního prostředí bez poruchy jeho životních funkcí“*(Nováková, 2011, s. 14).

- *„Zdraví je stav optimální tělesné, duševní a sociální pohody při zachování všech životních funkcí, společenských rolí a schopností organismu přizpůsobovat se měnícím se podmínkám prostředí“* (Nováková, 2011, s. 14).
- *„Zdraví je vnímáno jako nepřítomnost závažných chorob i větších obtíží či omezení, přičemž nároky různých lidí na toto spokojeně zdravé prospívání se vzájemně liší a nemusí korelovat s diagnostickým hodnocením zdravotníků“* (Čevela, Kalvach, Čeledová, 2012, s. 115).
- *„Zdraví je stav, který na jedné straně umožňuje jednotlivcům i skupinám lidí poznat vlastní cíle a uspokojovat potřeby a na druhé straně reagovat na změny a vyrovnávat se se svým prostředím. Zdraví se tedy chápe jako zdroj každodenního života, a ne jako cíl života. Jde o pozitivní koncepci, která zahrnuje společenské a osobní zdroje, stejně jako fyzické možnosti“* (Zachová, Hermanová, Šrámková, 2007, s. 16).
- *„Zdraví je potenciálem schopností organismu přizpůsobit se, snést, vyvážit měnící se nároky prostředí“* (Ivanová, Špirudová, Kutnohorská, 2005, s. 113).

2.5.1 Podpora zdraví

V moderní péči o zdraví představuje podpora zdraví a prevence nemocí důležitý článek k pozvednutí tělesného, duševního a sociálního zdraví, a zároveň zvyšování odolnosti vůči nemocem. Mezi hlavní činitele v oblasti péče o zdraví nepatří pouze finanční a materiální zajištění zdravotnických služeb, ale i aktivní účast samotných lidí, to, jak lidé žijí, a společensko ekonomické a sociální podmínky (Machová, Kubátová a kol., 2009).

Společenská podpora zdraví se uplatňuje vytvářením vhodných podmínek pro zdravý životní styl a ochranu životního prostředí. Společnost má pečovat o dobrou životní úroveň svých členů, o vytváření nových pracovních příležitostí a vhodných pracovních podmínek, o vytváření příležitostí pro sportovní aktivity a šířit informace o problematice zdraví.

Podpora zdraví získala celosvětovou oporu v roce 1986 při uspořádání mezinárodní konference v kanadské Ottawě, na níž byla přijata Ottawská charta. Výsledkem této charty bylo přijetí podpory zdraví do sociálně medicínských, politických a občanských aktivit. Ottawská charta vymezila šest základních zásad, které vedou ke zdraví, patří

sem podpora zdraví, prevence, dostupnost zdravotní péče, zdravá politika, účast celé společnosti v péči o zdraví a mezinárodní spolupráce v péči o zdraví.

Důležitá role v péči o zdraví patří ženám. Ty vytvářejí vhodné stravovací podmínky celé rodiny, pečují o děti a učí je hygienickým návykům (Čevela, Čeledová, Dolanský, 2009).

2.5.1.1 Prevence

Prevence znamená omezování rizikových faktorů, které zvyšují možnost vzniku nemocí, a posilování ochranných faktorů, které riziko vzniku nemocí snižují (Nováková, 2011). Prevence je zaměřena jak na jedince, tak i na celou společnost, zahrnuje preventivní prohlídky, zdravotní výchovu, komunitní aktivity (např. Zdravé město) a podílí se na tvorbě příznivého prostředí. Prevence se dělí podle času na primární, sekundární a terciární.

Primární prevence je součástí podpory zdraví**,** zaměřuje se na období, kdy nemoc ještě nevznikla, a jejím cílem je zabránit vzniku nemoci.

Sekundární prevence je včasná diagnostika (např. preventivní prohlídky u gynekologa) a léčba nemoci. Snaží se předcházet nežádoucímu průběhu nemoci a omezit zdravotní komplikace.

Terciární prevence se snaží zabránit vzniku postižení nebo ztráty soběstačnosti vlivem následku nemoci (např. náhrada kyčelního kloubu). Cílem je udržet co nejvyšší kvalitu života (Machová, Kubátová a kol. 2009).

2.5.2 Determinanty zdraví

Zdraví člověka je značně ovlivněno kladným i záporným působením nejrůznějších faktorů. Tyto faktory nazýváme determinanty zdraví (Machová, Kubátová a kol., 2009).

Podle Čeledové a Čevely (2010) dělíme determinanty zdraví na vnitřní a vnější. Vnitřní determinanty jsou dědičné faktory, které jedinec získává genetickou výbavou již od začátku ontogenetického vývoje od obou rodičů. Do tohoto genetického základu se promítají faktory přírodního a společenského prostředí i určitý způsob života. Mezi vnější determinanty zdraví patří životní styl, kvalita života, životní prostředí a zdravotní péče.

Mezi základní determinanty ovlivňující zdraví člověka (procentuálně vyjádřeno) patří:

- životní styl (50 až 60 %),
- genetický základ (10 až 15 %),
- socioekonomické a životní prostředí (20 až 25%),
- zdravotní péče (10 až 15 %).

2.5.3 Pojetí nemoci

Nemoc či choroba je patologický stav těla nebo mysli, který je projevem změny funkcí buněk a v důsledku toho i morfologickým poškozením buněk, tkání i orgánů. Normativní definice uvádí, že nemoc je takový stav, který nemocnému jedinci způsobuje subjektivní potíže. Z lékařského hlediska tato definice nepokrývá všechny nemoci, např. vysoký krevní tlak nebo určitá nádorová onemocnění. Tato definice je více vhodná pouze pro rozvinutá stádia nemoci (Čeledová, Čevela, 2010).

V historii medicíny se měnily definice nemoci, přičemž současná definice označuje nemoc jako výsledek choroby nebo slabosti. Choroby můžeme dělit z časového hlediska na akutní a chronické.

Akutní choroby mají jednu příčinu vzniku, specifický počátek a identifikovatelné symptomy, které lze léčit biologickou intervencí (léky nebo chirurgicky). Chronické choroby mají více příčin, nemají specifický počátek ani stabilní výčet symptomů. Tato definice je spíše objektivní. Vyléčení je typické pro mírné stupně chorob, naproti tomu pro střední a těžké je nepravděpodobné. Základní typy chronických chorob se člení do čtyř stupňů podle závažnosti.

- 1. typ – jsou to život ohrožující choroby, jako jsou nádorová onemocnění a závažná kardiovaskulární onemocnění. Součástí léčby je i psychosociální podpora a psychoterapie, která má formu emergentní a krátkodobou.
- 2. typ – jsou to choroby závažné, ale zřídka život akutně ohrožující, např. diabetes druhého typu, hypertenze a další. Léčba je biopsychosociální a delší než u typu 1.
- 3. typ – tento typ zahrnuje progresivní onemocnění, jako je Parkinsonova choroba, lupus, roztroušená skleróza apod. Léčba je shodná jako u typu 2.
- 4. typ – jsou to choroby, které nepředstavují ohrožení pro život, ale mají nestálý průběh, což může být náročné na zvládání, např. fybromyalgie nebo chronický únavový syndrom. Léčba je biopsychosociální, dlouhodobá, zaměřená na prevenci, zvládání relapsu a zlepšení vnějších příznaků (Raudenská, Javůrková, 2011).

2.5.4 Civilizační choroby

Choroby, které mají v populaci vysoký výskyt, nazýváme civilizačními chorobami. Tyto choroby vznikají v důsledku návyků a faktorů typických pro civilizaci. Jsou to tedy onemocnění spojovaná s nevhodným životním stylem současné doby. Hlavní příčinou je pokles tělesné aktivity člověka v kombinaci se snadnou dostupností stravy bohaté na tuky a bílkoviny na úkor polysacharidů.

Nevyvážená strava, neodpovídající fyzickým nárokům, způsobuje obezitu a další závažné choroby, které významně ovlivňují nejen mortalitu jedince a celé populace, ale také reprodukci (Müllerová, 2003). O obezitě se celosvětově mluví jako o epidemii. Podle výzkumu z roku 2006 má v České republice 52 % obyvatel vyšší váhu, než odpovídá normě, nadváhou trpí 34,9% populace a 17%lidí je v pásmu obezity.

V současné době nejpoužívanějším měřítkem hmotnosti je BMI (body mass index). BMI se počítá tak, že hmotnost v kilogramech vydělíme výškou v metrech na druhou. Normální váha je podle tohoto způsobu měření při hodnotě BMI 19–24,9, nadváha při BMI 25–29,9, obezita při BMI 30–40 a obezita ohrožující život je nad 40 bodů BMI (Kunová, 2004). Podle Kunové (2009) by BMI neměl být jediným ukazatelem o tom, zda člověk má, či nemá nadváhu. Zejména u silových sportovců může být BMI na rozhraní běžné váhy a nadváhy, či až v pásmu obezity, ačkoli nelze u těchto jedinců říci, že mají nadbytek tukové tkáně.

V poslední době se na měření tělesného tuku používají přístroje, které pracují na principu bioimpedance. Tyto analyzátory tuku je zapotřebí používat vždy ve stejnou dobu, nejlépe ráno. Vlivem změny zavodnění organismu v průběhu dne nebo po fyzické námaze mohou být výsledky zkresleny.

Posledním velice důležitým ukazatelem je obvod pasu. K měření nám postačí běžný krejčovský metr. Měříme vždy ve stejný čas, nejlépe ráno po ranní návštěvě toalety, obvod pasu měříme v nejširším místě těla tj. mezi posledními žebry a pánevní kostí, měření provádíme 2x a použijeme jejich průměr. Pokud je obvod pasu u mužů vyšší než 94 a u žen 80 cm, jde o zvýšené hodnoty. Pokud je větší než 88 cm u žen a 102 cm u mužů, jedná se již o vysoce rizikové hodnoty (Piťha, Poledne, 2009).

Mezi nejčastější civilizační onemocnění spojená s obezitou patří hypertenze, ischemická choroba srdeční, diabetes mellitus 2. typu, osteoporóza a různá nádorová onemocnění (Müllerová, 2003).

2.5.4.1 Hypertenze

Hodnota krevního tlaku je určena náplní krevního řečiště a vlastnostmi cévní stěny, nejvyšší hodnoty naměříme ráno po probuzení, odpoledne a při zátěži. Nejnižší hodnoty kolem třetí a čtvrté hodiny ranní. Normální KT v dospělosti je 110–139 mm Hg systolického a 60–89 mm Hg systolického tlaku. Jako hypertenzi označujeme opakované zvýšení krevního tlaku nad 140 mm Hg systolického nebo 90 mm Hg diastolického tlaku a dělíme ji na primární a sekundární. U primární hypertenze není z 90–95 % příčina známa, ale jako hlavní spouštěcí faktory se uvádějí genetické faktory, nevhodný životní styl (výživa, nízká tělesná aktivita, alkohol, solení, obezita) a poruchy regulačních mechanismů. U sekundární hypertenze je z 5–10% příčina známa a patří sem choroby ledvin, endokrinní nemoci (nadledvinky, štítná žláza), zúžení aorty, některá neurologická onemocnění a některé léky (Sovová, Lukl, 2005). Prevalence arteriální hypertenze dospělé populace v průmyslově vyspělých zemích představuje kolem 20–50%, v České republice u pacientů ve věku 25–64 let se pohybuje kolem 35 % (Karen, 2012).

2.5.4.2 Infarkt myokardu

Cévní onemocnění patří k častým příčinám úmrtí v průmyslově vyspělých zemích. Při jejich vzniku hraje velmi důležitou úlohu výživa jedince. Existuje totiž přímá souvislost mezi výživou a aterosklerosou, což je přeměna vnitřní stěny cévy vlivem ukládání cholesterolu, lipoproteinů a leukocytů. Následkem toho se zužuje průtočný profil cévy a ubývá jí na elasticitě (Havlík, Marounek, 2012).

K infarktu myokardu dochází, když se jedna z věnčitých tepen ucpe. Příčinou toho je krevní sraženina, která, dle velikosti buď částečně, nebo úplně, zabrání přístupu kyslíku do srdce. Rizikovým faktorem může být i tvorba plátů nebo vasospasmus, který brání dostatečnému průtoku krve a postižený úsek myokardu odumírá (Ignarro, 2005).

2.5.4.3 Osteoporóza

Osteoporóza je charakterizována sníženou kostní masou a poškozením mikroarchitektury kostní tkáně s následně zvýšenou kostní fragilitou a náchylností ke zlomeninám. U starších osob přibývá postižení osteoporózou a jejích důsledků ve formě fraktur v oblasti krčku femuru, zápěstí a obratlů. Zlomeniny krčku femuru u starých osob v 1/3 případů končí smrtí a další 1/3 z takto postižených je dlouhodobě

hospitalizována. Pro budování kostní masy je významná fyzická aktivita (např. rychlá chůze), denní příjem vápníku kolem 1000 mg, vitamínu D cca 400–800 IU, vitamínu K 1–5 mg, bílkovin 0,8–1,6 g/kg tělesné hmotnosti a dostatku fluoridů (Müllerová, 2003).

2.5.4.4 Diabetes mellitus 2. typu

Vzniká nejčastěji u dospělých lidí, kteří trpí nadváhou, a je dědičný. Onemocnění vzniká pomalu, často bez příznaků. Základní příčinou vzniku diabetu je porucha sekrece inzulínu, která vede v organismu k nedostatečnému využití glukózy, projevujícímu se hyperglykémií. Onemocnění má progredující charakter, který spočívá v poklesu beta-buněk a jejich sekreční schopnosti. Diabetes mellitus 2. typu je charakterizován kombinací porušené sekrece inzulínu (inzulinodeficience) a jeho působení v cílových tkáních (inzulinorezistence), přičemž přítomnost obou poruch může být rozdílná. (Olšovský, 2012)

V důsledku poklesu inzulínové sekrece a poruchy účinku inzulínu může u diabetiků dojít k poškození nebo k úplnému selhání řady orgánů, zejména očí, ledvin, nervů a cév.

Podle Ústavu zdravotnických informací a statistiky bylo v ČR k 31. 12. 2008 hlášeno celkem 760 470 diabetiků, přičemž 706 152 (92,8%) bylo klasifikováno jako diabetici 2. typu. Zbývající část tvoří pacienti s onemocněním diabetes mellitus 1. typu. Přitom lze předpokládat, že značná část diabetiků 2. typu zůstává nediagnostikována a skutečný počet v populaci je minimálně o ¼ vyšší, než ukazují statistiky (Haluzík, 2011).

2.5.4.5 Nádorová onemocnění

Četnost a mortalita onkologických onemocnění neustále stoupá od počátku 20. století ve všech vyspělých rozvojových zemích. Česká republika patří mezi země s vysokým výskytem těchto onemocnění. Na celém světě zhoubné nádory představují 20–25 % příčin všech úmrtí (Lukáš, Žák a kol., 2007). V České republice se nejvíce objevují nádory vylučovacích cest, kůže, prostaty, prsu a plic. Ve shodě s většinou evropské populace v ČR klesá četnost výskytu zhoubného nádoru žaludku a narůstá četnost karcinomu rekta (Vorlíček, Abrahámová, Vorlíčková a kol., 2006).

Vědní disciplíny, které se více zabývají stárnutím a specifickými zdravotními problémy ve stáří, nazýváme gerontologie a geriatrie.

2.6 Gerontologie a geriatrie

Gerontologie je nauka o stárnutí a stáří. Název je odvozen z řeckého slova „geron, gerontos“, tj. stáří, a pojmu logos, tj. nauka. Gerontologie studuje příčiny a projevy stárnutí a problematiku života starých lidí (Čevela, Kalvach, Čeledová, 2012).

Současná gerontologie pomáhá v péči o staré lidi, jejímž cílem je zpomalení stárnutí a oddálení jeho negativních důsledků. Platí však, že moderní věda sice dokáže snížit úmrtnost lidí ve středním věku, ale úmrtnost ve vysokých věkových skupinách momentálně nedokázala ovlivnit (Navrátil a kol., 2008). Gerontologie získává významné poznatky o procesu stárnutí a chorobných pochodech s ním spojených z mnoha oborů, jako je fyziologie, epidemiologie, sociologie, porovnává je s behaviorálními poznatky a hledá možnosti, jak udržet a zvyšovat fyziologické a mentální funkce jedince v pokročilém věku. Cílem nové gerontologie je snaha prodloužit aktivní život a udržet funkční schopnosti po celý lidský život (Malíková, 2011).

Gerontologie se člení do tří okruhů:

- Gerontologie experimentální – zabývá se studiem stárnutí buněk, tkání, orgánů a organismů a biologického a psychologického stárnutí lidí (Malíková, 2011).
- Gerontologie sociální – zabývá se problematikou sociálních důsledků ve stáří člověka. Zkoumá společenské vztahy, které ovlivňují proces stárnutí (Malíková, 2011). K hlavním cílům patří prevence předčasného a patologického stárnutí, usilování o zdravé stárnutí s aktivním a sociálně ekonomicky produktivním stářím, prodlužování maximální možné míry soběstačnosti do pozdního věku a zlepšování kvality života stárnoucí populace, mezigenerační solidarity a stabilizace veřejných rozpočtů (Čevela, Kalvach, Čeledová, 2012).
- Gerontologie klinická – zabývá se zvláštnostmi chorob ve stáří, zdravotními problémy, diagnostikou, léčením, prevencí a rehabilitací ve stáří. Tento obor se též nazývá geriatrie (Čevela, Kalvach, Čeledová, 2012).

Geriatrie je samostatný lékařský vědní obor, který se vyznačuje interdisciplinárním přístupem k diagnostice nemocí, léčbě i rehabilitaci chorob ve stáří (Malíková, 2011). Hlavním cílem je formulování zdraví, zejména funkčního zdraví, a tím i jeho normy ve stáří. Geriatrie je klinický obor, který vychází z vnitřního lékařství s přesahy do řady pomocných oborů, především psychiatrie, neurologie, rehabilitace a ošetřovatelství. Nemocní senioři vyžadují specificky upravenou diagnostiku, léčbu i ošetřovatelský

přístup, protože jsou ohroženi geriatricky modifikovanými zdravotními potížemi a riziky včetně dlouhodobé institucionalizace, atypicky probíhajících vnitřních onemocnění, křehkosti a multikauzálních geriatrických syndromů. Součástí geriatrie je i dlouhodobá péče o pacienty, zdravotně sociální podpora nemocných s funkčně závažnou zdravotní disabilitou, s ohroženou či ztracenou soběstačností (Čevela, Kalvach, Čeledová, 2012).

V současné době není v České republice jednoznačně definován „geriatrický pacient“ ani jeho specifické potřeby. V širším slova smyslu se v hospodářsky vyspělých zemích hovoří o nemocných nad 75 let, v souvislosti se zlepšováním zdravotního a funkčního stavu seniorů se tato hranice posouvá až na 80 let. Minimální věk, který opravňuje začlenit pacienta do geriatrických programů, je 65 let. V užším slova smyslu máme na mysli takové seniory, kteří vykazují pokles zdraví, který je disponuje ke specifickým zdravotním problémům, k modifikaci průběhu a manifestace chorob, k potřebě upravených přístupů, služeb a režimů, který je ve zdravotní péči znevýhodňuje a činí zranitelnějšími. Poznání podoby této zranitelnosti, a nikoliv samotný věk je základ k pochopení geriatrického pacienta, jež povede k rozvoji geriatrické medicíny (Kalvach, Zadák, Jirák a kol., 2008).

2.6.1 Geriatrické syndromy

Ve stáří má nemoc značný význam, neboť u seniora ovlivňuje tělesnou, duševní a sociální rovnováhu. Mezi zdravotní problémy u starší populace patří: poruchy spánku, problémy s jídlem, poruchy s příjmem potravy, inkontinence, zmatenost, pády a poruchy kůže. Základem pro plánování péče a podpory života je individuální přístup, který posuzuje osobní schopnosti seniora. Některé závažné nemoci se často opakují a to vedlo k označení tzv. *velké geriatrické syndromy*. Geriatrické syndromy byly původně označovány jako „5 I“ syndromy, jimiž jsou: *imobilita* (dekubitus), *instabilita* (závratě, poruchy stoje, poruchy chůze a pády), *inkontinence, intelektové-delirium*(demence a deprese), *iatrogenie* (polyfarmakoterapie apod.). (Pokorná, a kol. 2013)

Pojetí syndromů v klinické medicíně obvykle znamená množinu příznaků způsobených jednou společnou příčinou. Geriatrické syndromy mají naopak typické, časté a významné symptomy a jejich soubory mnohočetné a různě kombinované příčiny. V moderní geriatrii se kromě „5 I“ syndromů uvádějí následující:

Syndrom hypomobility, dekondice a svalové slabosti – hypomobilita je snížení objemu pohybových aktivit, malá vzdálenost ušlá za určité časové období (např. týden), omezená pohyblivost, snížená rychlost chůze a výdrž při ní. Dekondicí rozumíme pokles vytrvalostní zdatnosti. Svalová slabost znamená úbytek svalové hmoty, a tím i svalové síly.

Syndrom anorexie a malnutrice – znamená nechutenství a změnu stravovacích zvyklostí (mizí pocit hladu). Důsledkem je postupný pokles tělesné hmotnosti a síly. Malnutrice se zásadním způsobem podílí na rozvoji hypomobility, svalové slabosti, instability, hůře se hojí rány, dochází k časté únavě a k celkové nevýkonnosti. Malnutrice má špatnou prognózu ve smyslu disability, komplikací chorob a mortality.

Syndrom instability s pády– instabilita je v současné době jedna z klinických priorit geriatrické medicíny. Geriatrická instabilita je podmíněna poruchou receptorové a centrálně analytické části rovnovážného systému, poruchou efektorové části rovnovážného a muskulárního systému, jinými endogenními příčinami (např. porucha zraku, kluzký povrch apod.) a kombinací předchozích příčin.

Syndrom inkontinence– inkontinence je podle Mezinárodní společnosti pro kontinenci (International Continence Society – ICS) stav nedobrovolného úniku moči, který představuje zdravotní, psychologický, sociální a hygienický problém.

Syndrom imobility– je to dlouhodobé omezení pohybové aktivity v důsledku upoutání na lůžko, jehož následkem je např. vznik proleženin, svalová atrofie, dekalcifikace skeletu, psychické poruchy, dehydratace apod.

Syndrom kognitivního deficitu, demence a poruchy chování– kognitivní deficit představuje zhoršení mentální zdatnosti, adaptability a zvyšuje riziko komplikací různých chorob a zdravotních výkonů. Zásadně se tak podílí na dalších geriatrických syndromech, jako je např. hypomobilita, dekondice, instabilita s pády, inkontinence, anorexie, imobilita s dekubity, a na týrání a zanedbávání seniora. Demence je úpadek kognitivních funkcí, které postiženému vadí v profesním i osobním životě. Demence se člení na atroficko-degenerativní (Alzheimerova choroba, demence s Lewyho tělísky, demence při Parkinsonově chorobě, frontotemporální demence, kortikobazální degenerace) a na symptomatické (multiinfarktová demence, vaskulární demence s náhlým začátkem, smíšená kortikosubkortikální vaskulární demence apod.). Četnost výskytu demence se zvyšuje s věkem a v České republice trpí touto závažnou chorobou přibližně 80 000 až 100 000 lidí.

Syndrom kombinovaného senzorického deficitu– jedná se o kombinované smyslové postižení sluchu a zraku (hluchoslepota). Postižení těchto smyslů výrazně ztěžuje pohyb, orientaci, komunikaci i sociální participaci. Ve stáří je hluchoslepota příčinou psychosociálních problémů, konfliktů a nízkého hodnocení vlastního zdraví.

Syndrom maladaptace– znamená pokles adaptability a odolnosti k somatickým, psychickým, sociálním a environmentálním stresorům. Maladaptaci členíme na maladaptaci somatickou a psycho-somato-sociální. Somatická maladaptace představuje např. snížení účinnosti stresové poplachové reakce v extrémní zátěži, která se s dalšími faktory, zejména s komorbiditou podílí na těžším průběhu a horší prognóze zdravotních postižení, jakými jsou např. rozsáhlé popáleniny, polytraumata a šokové stavy. Psychosociální maladaptace je specifická porucha přizpůsobení, obvykle se projevuje dekompenzací zdravotního stavu. Úmrtnost způsobená psychosociálním stresem a maladaptací značně stoupá po smrti blízké osoby, při závažném onemocnění, při přemístění, při ztrátě sebeúcty apod.

Syndrom týrání, zanedbávání a zneužívání starého člověka– tento syndrom označuje závažně nevhodné jednání se starými lidmi, na němž se podílí jejich zdravotní a funkční znevýhodnění nebo závislost při závažné disabilitě. Ve většině případů se jedná o tělesné týrání (záměrné působení bolesti, odpírání tělesných potřeb apod.), psychické a citové vydírání (např. ponižování), sexuální obtěžování a zneužívání (např. nedobrovolné líbání), finanční a materiální zneužívání (např. neoprávněné přivlastňování majetku seniorů), zanedbání péče (např. v nemocnici).

Syndrom terminální geriatrické deteriorace– jedná se o kombinaci orgánových negativních změn a funkčních deficitů, regulačních a adaptačních omezení, která nedávají naději na zlepšení zdravotního stavu (Kalvach, Zadák, Jirák a kol., 2008).

2.7 Umírání a smrt

Pojem umírání je definován jako postupné a nevratné selhávání životně důležitých funkcí orgánů s následkem smrti (Vorlíček, Adam, Pospíšilová a kol., 2004. s. 435). V České republice každoročně umírá přibližně 100 000 lidí, z nichž tvoří 75 % osoby starší 65 let. Velká část z nich umírá očekávaně s delší diagnózou a prognózou, náhlá smrt je většinou méně častá. V moderní společnosti se bohužel smrt a umírání odehrávají ze 70 % ve zdravotnických zařízeních (nemocnice, LDN, odborný léčebný ústav) a jen asi 30 % jedinců zemře doma či v ústavu sociální péče, kde dlouhodobě žijí.

Přitom se lidé nejvíce obávají osamělého„odloženého“ umírání v těchto ústavech (Kalvach, Čeledová, Holmerová a kol., 2011).

Proces umírání může trvat různě dlouhou dobu a u každého člověka představuje jinou zátěž. Lékařka E. Kűblerová-Rossová popsala několik stádií, jimiž může umírající procházet. Jsou to:

- fáze šoku, popírání a izolace – nemocný odmítá nemoc nebo chorobu a nechce komunikovat se zdravotníky,
- fáze agrese a zlosti – pacient se hněvá na všechny zdravé lidi,
- fáze kompromisu a smlouvání – umírající pro sebe ještě hledá čas,
- fáze deprese – pacient je smutný a uvědomuje si blížící se konec,
- fáze akceptace – umírající přijímá realitu, přeje si, abychom ho drželi za ruku (Kelnarová, Matějková, 2010).

Vágnerová (2007) uvádí, že s přibývajícím věkem klesá strach ze smrti. Ten často bývá ovlivněn potřebou dožít se určité významné události, např. vdávání vnučky. Ženy se s koncem života vyrovnávají lépe než muži. Strach ze smrti dokážou více projevit, mluvit o ní a hledat oporu u svých blízkých. Muži tuto zátěž popírají nebo ji racionálně přijímají, ale nehovoří o ní. Lidé, kteří prožívají obtíže současného života beznaděje na zlepšení, přijímají smrt jako východisko nebo vykoupení. Také spokojenost s vlastním životem, stabilita hodnot a identifikace s určitým stylem života (náboženská orientace) snižuje strach ze smrti.

„Čas umírání je pro všechny zúčastněné časem krize, kde převládá pocit strachu a nejistoty. Smrt je jedinečná událost a každý umírá svou vlastní smrtí.“(Dvořáčková, 2012, s. 34)

3 Praktická část

3.1 Cíl práce

Cílem diplomové práce je zjistit, jak a v čem se liší názory na životní styl seniorů u vzorku populace 20, 30 a 50leté generace.

3.2 Výzkumné otázky

1) Liší se vnímání seniorské populace mezi jednotlivými věkovými kategoriemi?

První výzkumná otázka byla formulována s ohledem na poznatky uvedené v teoretické části práce. Lze se domnívat, že v generacích 20, 30 a 50letých budou výrazné rozdíly ve vnímání seniorů. Tyto rozdíly budou u mladších věkových kategorií, tj. dvacátníků a třicátníků, dány především tím, že teprve vstupují do věku zralosti a nemají ke generaci seniorů jednoznačný vztah. Toto období života je také spojeno s postupným dosahováním maximální výkonnosti, tvůrčích a životních sil, což v kombinaci se současným všeobecným kultem mladosti a těla může vést u mladších generací k vytěsňování seniorské generace ze společenského vnímání, případně k jejímu přímému odmítání. Jistou roli v tomto vnímání může sehrávat také ageismus, ať již ve své skryté, nebo otevřené formě. Výjimku bude pravděpodobně tvořit vztah k seniorům z vlastní rodiny, tj. prarodičům, případně dalším příbuzným v seniorském věku.

Naopak u generace 50 letých lze očekávat nárůst solidarity a tolerance se seniory v důsledku vlastního stárnutí, přiblížení se seniorskému věku a dosahování životní zralosti.

2) Je životní styl seniorů vnímán generacemi různého věku stejně?

Lze předpokládat, že vnímání životního stylu seniorů se bude opět významně lišit dle věku dotazovaných. U mladší generace lze očekávat určité zkreslení vnímání životního stylu seniorů, dané především rozdílnými zájmy mezi mladší a seniorskou generací, a zároveň lze očekávat postupné zdokonalování vnímání stylu života seniorů u starších generací. Velkou roli bude pravděpodobně hrát četnost setkávání se seniory, ať již v rodině, nebo na pracovišti.

3) Jak životní styl seniorů ovlivňuje zdraví?

Životní styl zcela jednoznačně ovlivňuje zdraví člověka v každém věku. Seniorská skupina není výjimkou. Důležité je, že vhodně volený životní styl může mít výrazný pozitivní vliv na udržení kvality života až do pozdního věku.

4 Metodika

Praktická část mé diplomové práce byla zpracována kvalitativním způsobem za využití metody polostrukturovaného rozhovoru.

4.1 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumný soubor tvoří 12 respondentů ve vybraných věkových skupinách.

Tabulka rozdělení věkových skupin:

Číslo respondenta	Pohlaví	Věk	Provedení rozhovoru	Datum
R 1	**Muž**	**20**	**v zaměstnání**	**leden 2014**
R 2	**Muž**	**21**	**v zaměstnání**	**leden 2014**
R 3	**Muž**	**22**	**doma**	**červen 2014**
R 4	**Žena**	**23**	**doma**	**leden 2014**
R 5	**Muž**	**28**	**doma**	**leden 2014**
R 6	**Muž**	**32**	**v zaměstnání**	**leden 2014**
R 7	**Žena**	**33**	**v zaměstnání**	**květen2014**
R 8	**Žena**	**32**	**doma**	**únor 2014**
R 9	**Muž**	**48**	**v zaměstnání**	**leden 2014**
R 10	**Muž**	**49**	**v zaměstnání**	**leden 2014**
R 11	**Žena**	**57**	**doma**	**únor 2014**
R 12	**Žena**	**47**	**v zaměstnání**	**červen 2014**

4.2 Sběr dat

Rozhovory byly nahrávány na MP3 přehrávač se souhlasem respondentů. Pokaždé byli respondenti upozorněni, že nahrávka bude přenesena na CD disk. Rozhovory probíhaly v délce od 10 do 15 minut. Vzhledem k délce rozhovoru byla určitá část zestručněna, kompletní rozhovory jsou na CD disku v diplomové práci. Přepisy rozhovorů byly ponechány v hovorovém jazyce, aby se uchovala jejich autentičnost. Písmenem T je označován tazatel a písmenem R respondent.

4.3 Výsledky

Respondent č. 1: 20 let

T: „Dobrý den. Dnes jsme se tu společně sešli kvůli rozhovoru pro moji diplomovou práci. Má diplomová práce se zabývá mezigeneračními názory na životní styl u seniorů. Mohl byste mi říct, koho vy považujete za seniora?“

R: *„Za seniora považuji* ***starší osobu kolem 60 let, která může i nemusí být v důchodu.“***

T: „A vy máte v rodině seniora?“

R: *„Samozřejmě, že mám v rodině seniora. Já mám v rodině spoustu seniorů, jsou to dvě babičky a jeden dědeček.“*

T: „Jaké máte osobní zkušenosti se seniory?“

R: *„Co se týká rodiny, tak to jsou pouze kladné. S babičkami a s dědečkem* ***vycházím velice dobře****, a jelikož jsem velice upovídaný, tak si rozumím se všemi lidmi. Zase ruku na srdce, ne každý si sedne. I když mám kladný vztahy se seniory, najdou se i lidé, se kterýma mi to* ***občas skřípe.“***

T: „Jaký máte vy osobní postoj k seniorům?“

R:*„Senioři mi nevadí.“*

T: „Myslíte si, že jsou na seniorech páchány diskriminační praktiky?“

R: *„No, záleží v jakých případech, momentálně nedokážu říct žádný příklad. U mladých lidí v mém věku to bývá časté shazování, kritizování a ponižování.“*

T: „Takže si myslíte, že jsou staří lidé spíše ponižováni?“

R: *„Ano.“*

T: „Kde se nejčastěji setkáváte se seniory?“

R: *„Na ulici, převážně na autobusových zastávkách, u supermarketů a v parcích na lavičkách, když se jdou vyvětrat.“*

T: „Co si myslíte, že je životní styl?“

R: *„To je určitá cesta každého člověka, kterou by si měl každý projít. Když tou cestou prochází, tak s tím udává svůj vlastní životní styl. Určuje to, jaký člověk je a jak se stará o svou osobu, jako o svého člověka. Tak takhle bych shrnul životní styl.“*

T: „Jaký je životní styl dnešních seniorů a jaké aktivity vykonávají?“

R: *„Dnešní životní styl seniorů? Tak to bych vám asi lhal. Podle mě* ***je to individuální****, hodně záleží na tom, jestli jsou senioři v nějaké specializované péči****, v* ***domovech****, nebo*

*u sebe **doma**. To je takové různé, nedá se to říct. Odpověděl bych asi takto, je to zcela **individuální**."*

T: „Jaké aktivity vykonávají?"

R: *„Tak chodí hodně na **procházky**, ať už je to s těmi **hůlkami**, nebo se jdou jen **projít**. Chodí ještě **plava**t, to je asi tak všechno, co mě napadá. Tak **procházky a plavání**, to je všechno, co ještě na stará kolena mohou dělat."*

T: „Myslíte si, že životní styl seniorů ovlivňuje zdraví?"

R: *„Já si myslím, že **určitě**, a nejen seniorů. Jakoby každého člověka ovlivňuje životní styl toho člověka."*

T: „A jak?"

R: *„Když máte špatný životní styl nebo ne ten správný a špatnou životosprávu, tak **ničíte organismy v těle**. Prostě **odbouráváte určité látky** ve svém těle a jste **oslabený**. Prostě nejste zdravý a **ovlivňuje to kondici**."*

T: „Jaké nemoci postihují nejčastěji seniory?"

R: *„Tak já si osobně myslím, že to často bývá **cukrovka** a mívají **problémy se srdíčkem**, s **pamětí** a různé další nemoci. Nevím, co bych vám ještě řekl, **klouby** je bolí **a záda**. Prostě celkově klouby, **kosti a paměť**. Víc mě nenapadá."*

T: „Já vám děkuji za rozhovor, mějte se pěkně."

R: „Já vám děkuji a pěkný den, na shledanou."

Tabulka č. 1 – Respondent 20 let – shrnutí základních poznatků

Definice seniora dle respondenta	• osoba nad 60let, osoba před důchodem nebo v důchodu
Vztah k seniorům	• + nejvíce vychází se svou babičkou a dědečkem • - s jinými seniory má občas problémy
Kontakt se seniory	• autobusové zastávky • supermarkety • parky
Vnímání životního stylu seniorů	• životní styl se odvíjí od zdravotního stavu seniora; aktivní senioři chodí na procházky a chodí plavat

Vliv životního stylu na zdraví	• nevhodný životní styl odbourává určité látky v těle • člověk je oslabený • negativní ovlivnění kondice
Výskyt nemocí u seniorů	• cukrovka • problémy se srdcem • problémy s pamětí • bolesti kloubů a zad

Respondent č. 2: 21 let

T: „Dobrý den. Dnes jsme se tu společně sešli kvůli rozhovoru pro moji diplomovou práci. Má diplomová práce se zabývá mezigeneračními názory na životní styl u seniorů. Mohl byste mi říct, koho vy považujete za seniora?“

R: *„Za seniora považuji člověka, který je* ***starší šedesáti let*** *a* ***je za vrcholem svého aktivního kariérního růstu****.“*

T: „A vy máte v rodině seniora?“

R: *„Nemám.“*

T: „To nemáte ani babičku?“

R: *„Vlastně jo, ale s námi nežije.“*

T: „Jaké máte osobní zkušenosti se seniory?“

R: *„No, osobní zkušenost, tak* ***negativní i pozitivní****.“*

T: „Můžete mi vyjmenovat ty pozitivní a negativní?“

R: *„Tak ty negativní jsou, že* ***je s nimi strašná nuda****. Často* ***povídají o strašných nesmyslech****. Tak ty pozitivní, že* ***jsou pracovití****.“*

T: „Jaký máte vy osobní postoj k seniorům?“

R:*„Tak nějak se jim snažím vyhýbat na ulici. Když přechází přes cestu, tak se snažím nesešlápnout plyn a občas i brzdím, abych je nepřejel.“*

T: „Myslíte si, že jsou na seniorech páchány diskriminační praktiky?“

R: *„Myslím, že ne.“*

T: „Kde se nejčastěji setkáváte se seniory?“

R: *„V domově důchodců? Tam já ale nechodím. Takže třeba **při nákupech**. Ano, při nákupech, nebo **ve městě** a kdekoliv. Já si jich teda moc nevšímám.“*

T: „Co si myslíte, že je životní styl?“

R: *„Co je životní styl? Hm, nějaký způsob života, nevím, je to něco jako třeba, jako že motorkáři chodí v kožených hadrech a v létě túrujou motorky. Nebo sportovci jsou oblékáni sportovně a pořád někde běhají. To je tak nějak životní styl.“*

T: „Jaký je životní styl dnešních seniorů a jaké aktivity vykonávají?“

R: *„**Sedí na gauči u televize, čtou časopisy a knížky**. To jak u kterých, někteří jsou takoví, že sedí u televize a dívají se na ni **a nic nevytváří**. Někteří takoví, že chtějí ještě na starý kolena **něco vytvořit a pořád něco vymýšlí**. Tak asi **záleží na osobnosti**.“*

T: „Myslíte si, že životní styl seniorů ovlivňuje zdraví?“

R: *„Myslím si, že životní styl seniorů je určitě ovlivněn zdravím, **kterým žili v předchozích letech**. Určitě na to má vliv.“*

T: „Jaké nemoci postihují nejčastěji seniory?“

R: *„Hm, nevím. Asi **chřipky a infarkty**. Asi všeobecně ty **srdeční choroby a cévní choroby, choroby srdce a cév**.“*

T: „Já vám děkuji za rozhovor, mějte se pěkně.“

R: *„Nashle.“*

Tabulka č. 2 – Respondent 21 let – shrnutí základních poznatků

Definice seniora dle respondenta	• člověk nad 60 let, který je již za vrcholem aktivního kariérového růstu
Vztah k seniorům	• + oceňuje jejich pracovitost • - je s nimi nuda a často mluví o nedůležitých věcech
Kontakt se seniory	• v běžném životě je vídá všude, nejčastěji při nákupech a ve městě
Vnímání životního stylu seniorů	• je to zcela individuální a záleží na osobnosti • často sedí doma na gauči a sledují televizi, čtou, nebo něco vytvářejí

Vliv životního stylu na zdraví	• zdraví je ovlivněno životním stylem v předchozích letech
Výskyt nemocí u seniorů	• chřipka • choroby srdce a cév

Respondent č. 3: 22 let

T: „Ahoj. Dnes jsme se tu společně sešli kvůli rozhovoru pro moji diplomovou práci. Má diplomová práce se zabývá mezigeneračními názory na životní styl u seniorů. Mohl bys mi říct, koho ty považuješ za seniora?“

R: *„Tak můj názor na to, koho považuji za seniora, jsou **lidi starší 65 let**. To znamená na konci svého pracovního cyklu a ti, **kteří nastupují do důchodu**.“*

T: „Máš v rodině seniora?“

R: *„Ano, mám dvě babičky, jedné bude 75 let letos a druhé bude 79.“*

T: „Jaké máš osobní zkušenosti se seniory?“

R: *„Tak jak kde, to je různý. Někdy je to pozitivní, třeba v práci. Je to tak, že tam jsou lidé starší, nebo někdy už i v důchodovém věku, bez problému. Jindy se vlastně člověk setká s lidmi, který **jsou nepříjemný, a asi to stáří je trošičku ovlivňuje a není s nimi už ani řeč**.“*

T: „Jaký máš tedy osobní postoj k seniorům?“

R: *„Nějak mi nevadí, jsou to lidé zkušený, zažili si svoje. Každopádně všechno jednou končí, takže i oni musejí přepustit ty svoje pracovní místa dalším, mladým, začínajícím a nastupující generaci.“*

T: „Myslíš si, že se od seniorů dá něco naučit?“

R: *„Tak určitě, jelikož jsou zkušený a **mají léta praxe za sebou, tak stoprocentně se od nich naučit nechá**. Zase záleží na člověku, je to případ od případu. Někdo ti dovolí tohle to, můžeš se od něj něco naučit. Někteří zase ne, chrání si to svoje a nemají ani o to zájem.“*

T: „Myslíš si, že jsou na seniorech páchány diskriminační praktiky?“

R: *„Je to možné, nevím, ale já jsem se s tím osobně nesetkal. Takže nedokážu odpovědět, nevím.“*

T: „Takže jsi o tom ani neslyšel?“

R: *„Myslím si, že ne.“*

T: „Kde se nejčastěji setkáváš se seniory?“

R: *„Nejčastěji? Doma, v práci, ve společnosti, když přijdu na plesy, a podobně.“*

T: „Co si myslíš, že je životní styl?“

R: *„U seniorů životní styl?“*

T: „Celkově co je životní styl.“

R: *„To je daný jedinec, který si zvolí nějakou svoji životní cestu a té se potom drží. V průběhu života si určuje ten svůj směr, to znamená ten svůj životní styl.“*

T: „Jaký je životní styl dnešních seniorů a jaké aktivity vykonávají?“

R: *„Zase, je to případ od případu.* ***Někteří jsou aktivní, sportují, učí se nové jazyky, učí se na počítači, mají zájem, aby se něco dělo, a vytvářejí nové věci.*** *Někteří jsou zase zahořklí, nemají zájem vlastně už o nic, přišli třeba o manžela, o manželku. Život je už nebaví nebo jsou nemocný, v domově důchodců.* ***To je případ od případu, to je těžké posoudit.“***

T: „Myslíš si, že životní styl seniorů ovlivňuje zdraví?“

R*: „Částečně určitě ano.“*

T: „A jak?“

R: *„Tím, že už jsou třeba méně pohybliví, jsou upoutaný na lůžku.* ***Ti, kteří se zase můžou pohybovat, jsou aktivnější, mají trošičku víc radost ze života****, mají jinačí zájmy, a tím jsou jakoby veselejší a radostnější.“*

T: „Takže jsou na tom psychicky líp?“

R: *„Určitě, určitě jsou na tom psychicky líp, protože je nic neomezuje.“*

T: „Jaké nemoci postihují nejčastěji seniory?“

R: *„Tak řekl bych asi* ***cukrovka, infarkty, mozková mrtvice.*** *Asi tyhle hlavně.“*

T: „ Já ti děkuji za rozhovor, měj se pěkně. Ahoj.“

R: *„Není zač. Ahoj.“*

Tabulka č. 3 – Respondent 22 let – shrnutí základních poznatků

Definice seniora dle respondenta	• lidé nad 65 let, kteří nastupují do důchodu.
Vztah k seniorům	• + senioři mají zkušenosti a předávají je mladší generaci • - vlivem stáří jsou nepříjemní
Kontakt se seniory	• v zaměstnání a na veřejnosti
Vnímání životního stylu seniorů	• zcela individuální záležitost

	• někteří sportují, učí se jazyky a práci na počítači, vytvářejí nové hodnoty
Vliv životního stylu na zdraví	• mobilní senioři mají větší radost ze života než lidé upoutaní na lůžko
Výskyt nemocí u seniorů	• cukrovka • choroby srdce a cév

Respondentka č. 4: 23 let

T: „Dobrý den. Dnes jsme se tu společně sešli kvůli rozhovoru pro mou diplomovou práci. Má diplomová práce se zabývá mezigeneračními názory na životní styl u seniorů. Mohla byste mi říct, koho vy považujete za seniora?“

R: „*Tak já osobně považuji za seniora člověka**, který je teda v důchodu, bere za to peníze a má hodně volného času**. Tak takhle bych ho asi popsala.“*

T: „A vy máte v rodině seniora?“

R: „*Ano, mám. Mám jednu babičku a jednoho dědu. Jinak v rodině nikoho už nemám.“*

T: „Jaké máte osobní zkušenosti se seniory?“

R: *„Osobní zkušenosti mám dobré i špatné.“*

T: „Můžete mi ty dobré a špatné zkušenosti vyjmenovat?“

R: *„Tak **babička s dědou jsou velice hodný**, vždycky na Vánoce a na narozeniny **dostanu nějaký peníze**. Jsou to velice hodní lidé. Mezi ty špatné patří jejich tvrdohlavost. Hodně věcí si nenechají vysvětlit. Mladý lidi **hodně poučujou** a myslí si, že jenom ty **jejich názory jsou správný**. V něčem asi mají pravdu, ale dneska je jiná doba a žijeme jinak, než oni žili před padesáti lety.“*

T: „Jaký máte vy osobní postoj k seniorům?“

R: *„Nějak mi nevadí. Tedy jenom do doby, než začnou poučovat.“*

T: „Myslíte si, že jsou na seniorech páchány diskriminační praktiky?“

R: *„To si nemyslím, jenom k nim asi není taková úcta od mladých lidí jako dřív.“*

T: „Kde se nejčastěji setkáváte se seniory?“

R: *„Tak hlavně to je **v obchodech**. Když je nějaká sleva, tak berou obchoďáky útokem. Pak je to **hodně v parku, sedí na lavičce** nebo **jsou na procházce se psem**.“*

T: „Co si myslíte, že je životní styl?“

R: *„Životní styl, nějaký způsob života. Je to osobní postoj k sobě samému, každý dělá to, co ho naplňuje. Tohle je životní styl, protože to člověka vnitřně uspokojuje a v něco věří.“*

T: „Jaký je životní styl dnešních seniorů a jaké aktivity vykonávají?“

R: *„Hm, životní styl seniorů? Když je senior nemocný a upoutaný na lůžku, tak žádný životní styl nemá. Jinak* ***chodí asi na procházky*** *a* ***zajdou do kavárny posedět****. Když mají doma hospodářská zvířata, tak se o ně starají nebo* ***pracují na zahrádce****. Často taky* ***navštěvují svoje příbuzné nebo kamarády****. Když mají peníze, taky* ***jezdí v létě do kempu k vodě*** *a vezmou s sebou vnoučata. Je to hodně individuální a záleží na zdravotním stavu seniorů, na financích.“*

T: „Myslíte si, že životní styl seniorů ovlivňuje zdraví?“

R: *„Tak to určitě. Když mají zahrádku a* ***pracují venku na čerstvém vzduchu, jsou mnohem vitálnější a dožívají se vyššího věku****. Jiní, kteří jsou jen doma a* ***nevylezou celý den ven a koukají na seriály, jsou na tom zdravotně hůř.“***

T: „Jaké nemoci postihují nejčastěji seniory?“

R: *„Jsou to hlavně civilizační nemoci, jako je* ***infarkt, rakovina, cukrovka, problémy s klouby a osteoporóza****. Někteří k tomu mají ještě* ***problémy s pamětí a ztrátu orientace****. Jinak už nevím, tohle jsou asi ty nejčastější.“*

T: „Já vám děkuji za rozhovor, mějte se pěkně.“

R: *„Já taky děkuji, bylo to příjemný, nashledanou.“*

Tabulka č. 4 – Respondentka 23 let – shrnutí základních poznatků

Definice seniora dle respondenta	• je v důchodu, pobírá penzi, má dostatek volného času
Vztah k seniorům	• + pozitivní vztah s babičkou a s dědou, vždy si vzpomenou na důležité svátky • - často poučují a prosazují své názory
Kontakt se seniory	• v obchodech, v parku na lavičce a na procházce se psem
Vnímání životního stylu seniorů	• odvíjí se dle zdravotního stavu, nemocný člověk životní styl nemá

	• aktivní senioři chodí na procházky a navštěvují kavárny a příbuzné, pracují na zahrádce, pečují o hospodářská zvířata a v létě jezdí do kempů
Vliv životního stylu na zdraví	• aktivní senioři žijí déle než senioři, kteří sledují doma televizi
Výskyt nemocí u seniorů	• infarkty • rakovina • cukrovka • problémy s klouby a osteoporóza • problémy s pamětí a orientací

Respondent č. 5: 28 let

T: „Dobrý den. Dnes jsme se tu společně sešli kvůli rozhovoru pro mou diplomovou práci. Má diplomová práce se zabývá mezigeneračními názory na životní styl u seniorů. Mohl byste mi říct, koho vy považujete za seniora?“

R: „*Já **osobně považuji za seniora člověka, který je již starý v tom smyslu, že už nedokáže navazovat vztahy s druhými lidmi**. Tento člověk **bývá víc uzavřený do sebe** a nedokáže do těchto vztahů vstupovat. Při vzájemném rozhovoru už je to jenom monolog, **víc povídá o sobě a o své minulosti**, takže nereaguje na toho druhého. Takového člověka osobně považuji za starého.“*

T: „A vy máte v rodině seniora?“

R: „*V tomto smyslu ne.“*

T: „A v jiném smyslu?“

R: „*Pokud budeme brát seniora věkem nebo pobíráním penze, tak to ano.“*

T: „Jaké máte osobní zkušenosti se seniory?“

R: „Dobré, občas negativní, je to jako se všemi lidmi. Mám nějaké pozitivní i negativní zkušenosti.“

T: „Můžete mi říct pozitivní a negativní zkušenosti?“

R: „Mezi pozitivní patří povídání s babičkou. Znám i ze školy profesory, kterým je už hodně let, ale jsou mladý duchem. Tito profesoři dokážou reagovat na studenta a s ním

pracovat. – Negativní zkušenosti jsou třeba způsobený tím, že jsou důchodci nepříjemný, když je nepustíte sednout v autobuse nebo v tramvaji. Tohle vzniká z toho, že… Jakoby je dobré ke stáří mít úctu, protože mají spoustu co předat člověku, ale nejde to brát jako a priori, že je člověk starý, a tudíž by měl mít úctu. To je nějaký předpoklad, ale i starý člověk může být prostě jenom ‚blbec'."

T: „Jaký máte vy osobní postoj k seniorům?"

*R: „**Kladný, nemám s nimi žádný problém**."*

T: „Myslíte si, že jsou na seniorech páchány diskriminační praktiky?"

R: *„To si nemyslím, že jsou diskriminováni. Můžeme se bavit o tom, jestli je spravedlivý, kolik lidí dostává důchod, ale nemyslím si, že jsou diskriminováni."*

T: „Kde se nejčastěji setkáváte se seniory?"

*R: „Hm… Tak to nejspíš asi v běžném životě, **v tramvaji, v autobuse, na nákupu a potom v rodině**."*

T: „Co si myslíte, že je životní styl?"

R: „Životní styl je způsob, jakým životem člověk žije, jakým způsobem prožívá svůj život a jaké vykonává aktivity."

T: „Jaký je životní styl dnešních seniorů a jaké aktivity vykonávají?"

*R: „Tak to je různý, máme seniory, kteří jsou v domově důchodců, a nikdo o ně nemá zájem a oni si pak připadají, že už jsou nepotřebný a k ničemu v té výkonové společnosti. **Když vezmu výkonovou společnost, tak tam už jsou vlastně bez užitku, protože tam již nepodávají adekvátní výkon, který by přispíval společnosti**. Z toho právě plyne, že se jim už do ničeho nechce a třeba už čekají na tu smrt. Což je špatně, ale na druhou stranu **máme seniory, kteří pořád žijí aktivní život. To jsou právě ty, které bych nepojímal ještě za seniory nebo za starý. Ti, kteří ještě žijí aktivní život a užívají si ho, např. cestováním, návštěvou přátel a rodin, a chodí cvičit, jim dává důvod, proč tady být**."*

T: „Myslíte si, že životní styl seniorů ovlivňuje zdraví?"

*R: „Rozhodně! **Když se člověk nehýbe**, je neaktivní a má pocit, že už je nepotřebný, tak to ovlivňuje zdraví z psychického hlediska. Člověk se cítí špatně a hůř, **potom může ztrácet smysl života** a proč tady právě být. **Naopak, když zase cvičí**, může se na tréninku potkávat se stejně starými lidmi nebo i s mladšími a s nimi se porovnávat. Je to právě hodně o tom, jaký člověk přijme životní styl."*

T: „Jaké nemoci postihují nejčastěji seniory?"

R: „Jsou to takové ty nemoci ve stáří. Může to být právě ***odvápňování kostí, problémy s klouby a kardiovaskulární systém. Jako tělo se časem opotřebovává, může to být třeba stařecká demence, Parkinson a Alzheimerova choroba****.“*

T: „Já vám děkuji za rozhovor, mějte se pěkně.“

R: „Na shledanou.“

Tabulka č. 5 – Respondent 28 let – shrnutí základních poznatků

Definice seniora dle respondenta	• člověk, který již nedokáže navazovat vztahy s druhými lidmi • je uzavřený a často povídá o sobě a své minulosti
Vztah k seniorům	• + kladný
Kontakt se seniory	• v tramvaji, v autobuse na nákupech a v rodině
Vnímání životního stylu u seniorů	• ve výkonové společnosti jsou již bez užitku, protože nepodávají potřebný výkon • aktivní senioři cestují, navštěvují přátele a cvičí
Vliv životního stylu na zdraví	• neaktivní senior ztrácí smysl života • aktivní senior se cítí lépe
Výskyt nemocí u seniorů	• osteoporóza a problémy s pohybovým aparátem • kardiovaskulární choroby • Parkinsonova a Alzheimerova choroba

Respondent č. 6: 32 let

T: „Dobrý den. Dnes jsme se tu společně sešli kvůli rozhovoru pro moji diplomovou práci. Má diplomová práce se zabývá mezigeneračními názory na životní styl u seniorů. Mohl byste mi říct, koho vy považujete za seniora?“

R: *„Za seniora považuji především lidi v důchodovém věku.“*

T: „A ten důchodový věk je jaký?“

R: *„Zhruba od* ***šedesáti let*** *a výš.“*

T: „A vy máte v rodině seniora?“

R: *„Určitě, mám dvě babičky a jednoho dědu. Děda má 87 let, jedné babičce je 80 let a druhé 77 let.“*

T: „Jaké máte osobní zkušenosti se seniory?“

R: *„Tak mám s nimi kladné zkušenosti,* ***občas je s nimi těžké pořízení, protože mají svoji hlavu a nedají si leccos vysvětlit****.“*

T: „Jaký máte vy osobní postoj k seniorům?“

R: *„Veskrze kladný.“*

T: „Myslíte si, že jsou na seniorech páchány diskriminační praktiky?“

R: *„No, diskriminování, si myslím, že ne. Samozřejmě jsou omezený jak svým zdravotním stavem, tak i stavem svého konta, protože jsou jejich důchody tady nízké oproti třeba západní Evropě. Dalo by se říct, že diskriminováni asi ne, ale jsou určitým způsobem omezeni.“*

T: „Kde se nejčastěji setkáváte se seniory?“

R: *„Tak nejčastěji asi* ***v nákupním centru****, hlavně když otvírají.“*

T: „Co si myslíte, že je životní styl?“

R: *„Životní styl si myslím, že je způsob života. Nebo jaký máme koníčky, jak prožíváme ten život, čemu se věnujeme, zájmy.“*

T: „Jaký je životní styl dnešních seniorů a jaké aktivity vykonávají?“

R: *„Vzhledem k tomu, co jsem již říkal, že si u nás senioři nemohou moc vyskakovat. Ten životní styl nevím, tak hlavně je vidím jezdit po nákupech.* ***Takže jejich životní styl je objíždět obchodní domy a vyhledávat, kde je co levnější****.“*

T: „Jaké aktivity ještě vykonávají?“

R: *„Vzhledem ke svému zdravotnímu stavu asi moc volnočasových aktivit nevykonávají.* ***Někteří se věnují studiu na univerzitě třetího věku, někteří jezdí do lázní a léčí si různé choroby a podobně****. Jinak si myslím, že moc koníčků nemají.“*

T: „Myslíte si, že životní styl seniorů ovlivňuje zdraví?“

R: *„Každopádně, zdravím jsou hodně omezeni. Hlavně* ***jsou omezeni zdravotním stavem a financemi****.“*

T: „Jaké nemoci postihují nejčastěji seniory?“

R: *„****Cukrovka****, pak jsou to různé* ***srdeční choroby a vysoký krevní tlak****.*“

T: „Já vám děkuji za rozhovor, mějte se pěkně, na shledanou.“

R: *„Není zač, nashledanou.“*

Tabulka č. 6 – Respondent 32 let – shrnutí základních poznatků

Definice seniora dle respondenta	• lidé od 60 let
Vztah k seniorům	• + kladné zkušenosti • - jsou tvrdohlaví a leccos si nenechají vysvětlit
Kontakt se seniory	• v nákupním centru
Vnímání životního stylu seniorů	• objíždějí obchodní domy a vyhledávají slevy • studují na univerzitě třetího věku a jezdí do lázní
Vliv životního stylu na zdraví	• životní styl je ovlivněn zdravotním stavem a financemi
Výskyt nemocí u seniorů	• cukrovka • choroby srdce a vysoký krevní tlak

Respondentka č. 7: 33 let

T: „Ahoj. Dnes jsme se tu společně sešli kvůli rozhovoru pro moji diplomovou práci. Má diplomová práce se zabývá mezigeneračními názory na životní styl u seniorů. Mohla bys mi říct, koho ty považuješ za seniora?“

R: *„****Většinou člověka, který už nepracuje, případně starších 50, 60 let****. Je to velice individuální, velice.“*

T: „A ty máš v rodině seniora?“

R: „*V této chvíli bohužel už seniora vyloženě v rodině nemám, ale pohybuju se, nebo stýkám se určitě s různými seniory.“*

T: „Jaké máš osobní zkušenosti se seniory?“

R: „*Osobní zkušenosti, v jakým smyslu to myslíš?“*

T: „Jestli ti nějak osobně vadí, nebo nevadí v tvým životě.“

R:*„Nevidím jedinej důvod, proč by mi měli vadit.* ***Patří do života úplně stejně jako děti, dospělý, postižený****. Naopak bych řekla, že maj kolikrát cenný informace, který mi už nedokážeme ani vnímat, ani přijmout kolikrát.“*

T: „Takže osobní postoj k seniorům je velice pozitivní.“

R: *„****Velice dobrý****.“*

T: „Myslíš si, že jsou na seniorech páchány diskriminační praktiky?“

R: *„Určitě jsou.“*

T: „Jak?“

R: *„Tam můžeme začít od, nechci být hnusná, od dětí, který se neumí ke svým starším rodičům chovat. Když to takhle řeknu, vyhazujou je z baráku, vyhazujou je z bytu kvůli finančním náležitostem. Okrádají je o důchody, nenechávají jim prostředky na to, aby oni byli schopni žít svůj kvalitní život. Jakoby věnovat se sami sobě, protože už mají odpracováno, tak proč by se nemohli konečně dělat to, co člověk celý život chce dělat, ale nemůže, protože musí chodit do práce.“*

T: „Kde se nejčastěji setkáváš se seniory?“

R: *„Nejčastěji setkávám, tak já mám teda jednu seniorku, se kterou se setkávám velice často. Když vezmu, že já pracuju s dětma, tak v rámci jakoby naší skupiny je tam jedna seniorka, ale jako stýkáme se i v Krumlově se seniory, který* ***jsou v turistických oddílech****. Já bych řekla, že se skoro* ***na každým kroku se stýkáme s nějakým seniorem****.“*

T: „Nejčastěji kde je asi úplně nejvíc potkáváš?“

R: *„Úplně nejčastěji? No, tak já nejčastěji potkávám tu svoji hlavní vedoucí, která je seniorka. S ní trávím kolikrát jako 14 dnů v létě, víkendy.“*

T: „Ona je vedoucí tábora?“

R: *„Ona je hlavní vedoucí.“*

T: „Co si myslíš, že je životní styl?“

R: *„Životní styl? Životní styl je to, co si člověk přeje dělat. No, pěkně to vyjádřit a nezamotat se do toho. Životní styl je to, kam jakoby, to, dosáhneme, co si můžeme*

dovolit, co si nemůžeme dovolit. Životní styl je o tom, jestli budeme žít v rámci přírody nebo s bioproduktama, nebo naopak s chemickýma produktama. V dnešní digitální době s počítačema, s mobilama.“

T: „Jaký je životní styl dnešních seniorů a jaké aktivity vykonávají?“

R: *„Na jednu stranu je právě ten* ***životní styl hodně bídný díky těm špatným lidem neboli té diskriminaci****, kterou oni podstupujou v rámci rodiny, anebo nedej bože cizích lidí. Na druhou stranu, když je ten důchodce v pokoji sám se sebou, tak životní styl může bejt úžasnej,* ***může se věnovat přírodě, může chodit do přírody, chodit do kina, do divadla****. Podle mě obě dvě varianty, je to takový, neexistuje takovej ten krásnej střed. Buď je to, že má velice dobrý životní styl, že si může dovolit jezdit do zahraničí, cestovat konečně. Nebo na druhou stranu žije o vodě a o chlebu, když to takhle řeknu.“*

T: „Takže je limitován finančními zdroji?“

R:*„****Finanční prostředky****, samozřejmě. Kdo dneska není limitován finančními prostředky…“*

T: „Myslíš si, že životní styl seniorů ovlivňuje jejich zdraví?“

R: *„Určitě. Samozřejmě bude rozdíl,* ***jestli budeš žít v bytě, kde je teplo, sucho, budeš mít veškerý komfort, který můžeš mít. Nebo naopak budeš žít ve sklepě, kde je vlhko, nikdo ti nezatopí, v nějakým baráku****. Samozřejmě všechno působí na lidský organismus. Ne jenom na seniorský, ale i na náš.“*

T: „Jaké nemoci nejčastěji postihují seniory?“

R: *„Nemoci, no… Jako nechápu, téhle otázce nerozumím, protože nemocí je spousta, myslím si, že se prolínají celým životem.“*

T: „Jako čím staří lidé nejvíc trpí?“

R: *„Jsme lidi, takže opotřebováním kostí, jako těma endoprotézama.“*

T: „Takže pohybový aparát?“

R: *„****Pohybový aparát*** *v podstatě, no, ale samozřejmě jako bude tam patřit i* ***opotřebování srdce****, takže kardiostimulátor. Když někdo bude celý život trpět cukrovkou, tak samozřejmě na konci života se to může obrátit v právě ty nohy, na které* ***cukrovkáři*** *hodně trpí. Podle mě je to, souvisí to i se životním stylem celýho života, a nejenom toho, co je na konci.“*

T: „Já ti děkuji za rozhovor, měj se pěkně. Ahoj.“

R: *„Ahoj.“*

Tabulka č. 7 – Respondentka 33 let – shrnutí základních poznatků

Definice seniora dle respondenta	• člověk, který již nepracuje, kolem 50 až 60 let
Vztah k seniorům	• + velice kladný, patří do našeho života jako děti, dospělí a postižení
Kontakt se seniory	• v běžném životě a v turistických oddílech
Vnímání životního stylu u seniorů	• špatný životný styl ovlivněn diskriminací ve společnosti a finančními zdroji • procházky v přírodě, návštěvy kina a divadla
Vliv životního stylu na zdraví	• životní styl je ovlivněn osobním zázemím
Výskyt nemocí u seniorů	• pohybový aparát • srdeční potíže • cukrovka

Respondentka č. 8: 32 let

T: „Dobrý den. Dnes jsme se tu společně sešli kvůli rozhovoru pro moji diplomovou práci. Má diplomová práce se zabývá mezigenerační názory na životní styl u seniorů. Mohla byste mi říct, koho vy považujete za seniora?“

R: *„Starší osoba nad šedesát let. Nad šedesát? To ne, chodí se dýl. Já si myslím, že to bude člověk, který bere důchod. Tak to bude asi kolem toho* ***šedesátého čtvrtýho roku****.“*

T: „A vy máte v rodině seniora?“

R: *„Ne. Vlastně jo, mám babičku a dědu.“*

T: „Jaké máte osobní zkušenosti se seniory?“

R: *„Hm. Jaký zkušenosti? Jejich tempo je vražedný,* ***zdržujou provoz na silnici. Občas skáčou do silnice a kecají na přechodech pro chodce. Nerada je potkávám****.“*

T: „Jaký máte vy osobní postoj k seniorům?“

R: *„Nedá se říct, že by mi přímo vadili. Jsou to lidi jako ostatní.“*

T: „Máte tedy k nim pozitivní, nebo negativní postoj?“

R: *„Mám pozitivní,* ***respektuji je****.“*

T: „Myslíte si, že jsou na seniorech páchány diskriminační praktiky?“

R: *„Ano, jsou.“*

T: „Jak tedy?“

R:*„Hlavně na důchodech. Neustále jim ubírají peníze. Hodně platí za léky a ani na to nemají peníze a nikdo jim nic nedá. Jsou to docela chudáci.“*

T: „Kde se nejčastěji setkáváte se seniory?“

R: *„ Kde? Tak je to hlavně* ***v parku****. Asi v tom parku nejvíc.* ***Možná i u doktorů****, tam jsou taky hodně.“*

T: „Co si myslíte, že je životní styl?“

R:*„Životní styl? Hm, jak na tohle odpovědět… Je to nějaký způsob života pro toho daného člověka. Každý člověk má jiný životní styl a podle toho jedná a myslí. Je to něco, co člověka vnitřně uspokojuje a cítí se sám sebou. Člověka to vnitřně uspokojuje a činí ho to šťastným.“*

T: „Jaký je životní styl dnešních seniorů a jaké aktivity vykonávají?“

R: *„No to přesně nevím, je to různý.“*

T: „A ve vašem blízkém okruhu, jako jsou příbuzní, např. babičky, tety a podobně?“

R: *„Co jsem tak zpozorovala, tak* ***nemají dostatek peněz, proto si nemohou moc věcí dovolit****. Hodně svých finančních prostředků utrácí za léky. Čím je ten člověk starší, tím víc léku potřebuje. To pak* ***nemají moc peněz na jídlo a vyhledávají v letákách různé slevy na potraviny****. Jinak mají dostatek volného času a mohou si celý den dělat, co chtějí. Jinak se určitě snaží být pro společnost trošku přínosem.* ***Určitě mají mladší generaci co předat. V některých profesích zaučujou mladší zaměstnance a předávají jim zkušenosti.*** *Jinak často vidím seniory* ***v parku na procházce, jak venčí psy, sedí na lavičce, nebo taky často pomáhají hlídat vnoučata svým dětem****. To je asi tak všechno, víc mě nenapadá.“*

T: „Myslíte si, že životní styl seniorů ovlivňuje zdraví?“

R: *„Ano, ovlivňuje, myslím si, že hodně.*“

T: „Můžete popsat jak?“

R: *„****Především to je špatná strava, často kupují laciné a mnohdy nekvalitní potraviny****.* ***To potom může zhoršovat již tak špatný zdravotní stav seniora****.* ***Nebo naopak vyvolat novou nemoc****. Jako příklad uvedu různé potraviny, kde se přidávají různé náhražky a ochucovadla. Senioři, kteří jedí víc zdravě, dosahují vyššího věku a mají i méně nemocí. Pak sem patří ta* ***pohybová aktivita, ta dobře působí na fyzickou a psychickou***

stránku člověka. Tito lidé se taky dožívají vyššího věku než ty, co nesporují a jen doma sedí u televize nebo celý den prospí.“

T: „Jaké nemoci postihují nejčastěji seniory?“

R: „*Nejčastěji, nemoci? Spíš toho **pohybovýho aparátu**, pak taky hodně postihujou seniory **infarkty**. To si myslím, že častěji mají muži než ženy. Teď seniory taky hodně postihuje cukrovka. Často mají i Parkinsona. To bude tak všechno.“*

T: „Já vám děkuji za rozhovor, mějte se pěkně.“

R: *„Není zač. Nashledanou.“*

Tabulka č. 8 – Respondentka 32 let – shrnutí základních poznatků

Definice seniora dle respondenta	• lidé od 64 let
Vztah k seniorům	• + má k nim respekt • - nerada je potkává, protože brzdí provoz na silnici, vstupují nečekaně do vozovky a povídají si na přechodu pro chodce
Kontakt se seniory	• v parku a u lékaře
Vnímání životního stylu u seniorů	• životní styl je ovlivněn finančními prostředky • mladší generaci předávají zkušenosti • chodí na procházky, odpočívají na lavičkách, hlídají vnoučata
Vliv životního stylu na zdraví	• nekvalitní strava a nedostatek pohybu negativně ovlivňuje zdraví
Výskyt nemocí u seniorů	• problémy s pohybovým aparátem • infarkt • cukrovka • Parkinsonova choroba

Respondent č. 9: 48 let

T: „Dobrý den. Dnes jsme se tu společně sešli kvůli rozhovoru pro moji diplomovou práci. Má diplomová práce se zabývá mezigeneračními názory na životní styl u seniorů. Mohl byste mi říct, koho vy považujete za seniora?“

R: *„Podle mého názoru lidé tak **60, 65 let a výše**.“*

T: „A vy máte v rodině seniora?“

R: *„Tak mám rodiče.“*

T: „Nikoho jiného už v rodině nemáte?“

R: *„No, teď momentálně v rodině ne. Jako příbuzenstvo ano, ale v rodině ne.“*

T: „Jaké máte osobní zkušenosti se seniory?“

R*: „Vcelku pozitivní, nemám s nimi žádné problémy. Samozřejmě je to vždy o lidech.“*

T: „Jaký máte vy osobní postoj k seniorům?“

R: *„**Kladný, jednou nás to taky čeká**.“*

T: „Myslíte si, že jsou na seniorech páchány diskriminační praktiky?“

R: *„Někde možná jo, ale na dnešní dobu minimálně.“*

T: „A když jsou diskriminováni, jak asi?“

R: *„Některý mladí lidé se k nim chovají nemístně a nevkusně, prostě ta úcta tam není taková, jako byla dřív.*“

T: „Kde se nejčastěji setkáváte se seniory?“

R: *„**V obchodech, na vesnici, kde bydlím, v běžném životě skoro pořád**.“*

T: „Co si myslíte, že je životní styl?“

R: *„Životní styl? Hm, každý v životě něco preferuje, tak já třeba preferuji rodinu, tak nějak.“*

T: „Jaký je životní styl dnešních seniorů a jaké aktivity vykonávají?“

R: *„Tak je senior a senior. Jsou mezi námi šedesátníci, kteří aktivně sportují. Pak jsou i mladší lidé, které nebaví nic. **Je to různý**.“*

T: „Myslíte si, že životní styl seniorů ovlivňuje zdraví?“

R: *„**Samozřejmě, to určitě ano**. Když nám jdou příkladem a **jsou aktivní** i v tom věku, a my jsme mladší, tak nám jdou příkladem.“*

T: „Jaké nemoci postihují nejčastěji seniory?“

R*: „Dnes to jsou nemoci stáří, **cukrovka, pohybové problémy, různý infarkty** a tak, no.“*

T: „Já vám děkuji za rozhovor, mějte se pěkně, na shledanou.“

R: *„Nashledanou.“*

Tabulka č. 9 – Respondent 48 let – shrnutí základních poznatků

Definice seniora dle respondenta	• Lidé od 60 let
Vztah k seniorům	• + kladný, protože také jednou zestárneme
Kontakt se seniory	• v obchodech, na vsi, každodenně
Vnímání životního stylu seniorů	• záleží na osobnosti člověka
Vliv životního stylu na zdraví	• aktivní životní styl pozitivně ovlivňuje zdraví
Výskyt nemocí u seniorů	• cukrovka • problémy s pohybovým aparátem • infarkt myokardu

Respondent č. 10: 49 let

T: „Dobrý den. Dnes jsme se tu společně sešli kvůli rozhovoru pro moji diplomovou práci. Má diplomová práce se zabývá mezigeneračními názory na životní styl u seniorů. Mohl byste mi říct, koho vy považujete za seniora?“

R: *„Za seniora považuji člověka, který je* ***starší víc jak padesát let a cítí se tak i myšlenkama****.“*

T: „A vy máte v rodině seniora?“

R: *„V rodině mám, moji rodiče jsou senioři, jinak nikoho.“*

T: „Jaké máte osobní zkušenosti se seniory?“

R: *„Osobní zkušenosti se seniory jsou, že v dnešní době jsou protivný, jedovatí a nevrlí. Je to dáno hlavně finanční stránkou věci, takže bohatý senior nebude protivný, ale bude veselý, záleží to od jednotlivců. Myslím si, že to nemusí být mezigenerační, zda se jedná o seniora, nebo mladého člověka. Většina starých lidí dnes pochází z komunistické doby, tudíž jsou v této republice protivní a jedovatí. Málo je, kterých jsou vyrovnaný s touto dobou.“*

T: „Jaký máte vy osobní postoj k seniorům?“

R: *„Moji rodiče jsou na mě hodný a slušný, můj vztah je kladný, protože to jsou moji rodiče. Jinak je moc rád nemám,* ***nevidím je rád na silnici, zdržují, vadí mi ve frontách a vadí mi na ulici, když musím s nimi o něčem mluvit. Většinou záporný vztah k nim mám****.“*

T: „Jestli to dobře chápu, tak máte pouze pozitivní vztah ke svým rodičům, protože jsou senioři, a k ostatním seniorům ne?“

R: *„Ano, ano, je to tak.“*

T: „Myslíte si, že jsou na seniorech páchány diskriminační praktiky?“

R: *„Myslím si, že většina ano.“*

T: „A jak?“

R: *„Právě tím stářím a postižením té doby, ze které vzešli.“*

T: „Kde se nejčastěji setkáváte se seniory?“

R: *„****V obchodech, na ulicích****, vídám je na každém kroku.* ***Většinou v těch obchodech****.“*

T: „Co si myslíte, že je životní styl?“

R: *„Každý má svůj životní styl individuální. Můj názor je, že životní styl si musí člověk budovat dlouhá léta a vytvářet si podmínky, aby mohl prohlásit, že to je jeho životní styl. Musí mít k tomu spoustu zkušeností, životní styl je takový, který si člověk sám vytvoří.“*

T: „Jaký je životní styl dnešních seniorů a jaké aktivity vykonávají?“

R: *„Většina seniorů, které znám,* ***se snaží pečovat o své příbuzné, známé a rodinu****.* ***Starají se o vnoučata a vidím je jako starostlivé lidi****, ale zároveň nešťastný, protože jsou postižený svojí dobou.“*

T: „Myslíte si, že životní styl seniorů ovlivňuje zdraví?“

R: *„Tak určitě, ale záleží to na každém jednotlivci zvlášť.* ***Je to otázkou i finanční, co si senior může a nemůže dovolit. Takže tohle je spíš otázka finanční, co si senior může a nemůže dovolit****. Starý může být i mladý člověk, který nemá peníze na doktory a válí se na ulici a chová se jako bezdomovec. Celkově na tom může být hůř psychicky i fyzicky než starý člověk, který má životní zkušenosti a peníze.“*

T: „Jaké nemoci postihují nejčastěji seniory?“

R: *„Seniory? Většinou je to únava těla,* ***klouby, cukrovka a srdce****. Záleží na každém jednotlivci, jak žil dosavadní život.“*

T: „Já vám děkuji za rozhovor, mějte se pěkně.“

R: *„Nashledanou.“*

Tabulka č. 10 – Respondent 49 let – shrnutí základních poznatků

Definice seniora dle respondenta	• člověk nad 50 let, který má zastaralé myšlení
Vztah k seniorům	• + pozitivní vztah ke svým rodičům • - nerad je vidí v silniční dopravě, v obchodech, nerad s nimi komunikuje
Kontakt se seniory	• v běžném životě je vídá všude, nejčastěji při nákupech a ve městě
Vnímání životního stylu u seniorů	• pečují o své příbuzné, známé, rodinu a vnoučata
Vliv životního stylu na zdraví	• životní styl je ovlivněn finančními prostředky
Výskyt nemocí u seniorů	• problémy s pohybovým aparátem • cukrovka • srdeční potíže

Respondentka č. 11: 57 let

T: „Dobrý den. Dnes jsme se tu společně sešli kvůli rozhovoru pro moji diplomovou práci. Má diplomová práce se zabývá mezigeneračními názory na životní styl u seniorů. Mohla byste mi říct, koho vy považujete za seniora?“

R: *„Senior je ve věku **kolem šedesáti let a víc**. Jsou to lidé, kteří jsou už usedlejší od určitého věku.“*

T: „A vy máte v rodině seniora?“

R: *„Ano, mám, jeto moje maminka. Je jí už 82 let.“*

T: „Jaké máte osobní zkušenosti se seniory?“

R: *„Mám špatné zkušenosti. Jsou to hlavně rodinné důvody.“*

T: „Obecně k seniorům máte jaké zkušenosti?“

R: *„**Chovají se jako malý děti, kteří musí mít kolem sebe neustále společnost. Hlavně všechno chtějí hned**.“*

T: „Co tím konkrétně myslíte?“

R: *„Musíte jim hned nakoupit, uklidit nebo něco uvařit. **Prostě všechno musí být podle nich**. Myslím si, že se tak padesát procent seniorů chová.“*

T: „Jaký máte vy osobní postoj k seniorům?“

R: „*Určitě mi nevadí, já mám už taky určitý věk. Myslím si, že bych se tak nechtěla chovat.“*

T: „Myslíte si, že jsou na seniorech páchány diskriminační praktiky?“

R: *„Určitě.“*

T: „A jak?“

R: *„Mladý lidi k nim nemají určitou úctu, a občas je fyzicky napadají. Jsou bezmocný a nedokážou se bránit jako mladý člověk.“*

T: „Kde se nejčastěji setkáváte se seniory?“

R: *„Seniory často potkávám* ***v parku na lavičkách, kde rádi odpočívají. Taky je často vídám v supermarketech, v nemocnici a většinou na nějakých výprodejních akcích****.“*

T: „Co si myslíte, že je životní styl?“

R: *„Životní styl je to, jak člověk myslí, a podle toho se taky projevuje.“*

T: „Jaký je životní styl dnešních seniorů a jaké aktivity vykonávají?“

R: *„Je spíš usedlejší. Ráno si většinou nakoupí jídlo. Cestou si popovídají s kamarádkami a jdou domů.* ***Doma spíš sledují televizi a odpočívají****.“*

T: „Myslíte si, že životní styl seniorů ovlivňuje zdraví?“

R: *„Ano.“*

T: „Jak konkrétně?“

R: *„Nežijí zdravě jako mladý lidi.* ***Většina seniorů na to nemá ani finanční prostředky****. Je to hrozný, ale je to tak. Dnes se stát neumí o staré lidi postarat.* ***Hodně starých lidí sotva přežívá****. Dnešním mladým lidem vůbec nezávidím, budou se mít ještě hůř.“*

T: „Jaké nemoci postihují nejčastěji seniory?“

R: *„Jsou to* ***problémy s klouby, hlavně kolena. Ještě mají problémy se srdíčkem, krevním tlakem a cukrovka****. To bych řekla, že to jsou nejčastější nemoci.“*

T: „Já vám děkuji za rozhovor, mějte se pěkně. Nashledanou.“

R „*Doufám, že jsem vám tím pomohla. Nashledanou.“*

Tabulka č. 11 – Respondentka 57 let – shrnutí základních poznatků

Definice seniora dle respondenta	• věk nad 60 let
Vztah k seniorům	• -vyžadují pozornost a vše se jim musí podřizovat
Kontakt se seniory	• nejčastěji se s nimi setkává v parku,

	v supermarketech a v nemocnici
Vnímání životního stylu seniorů	• víc odpočívají a sledují televizi
Vliv životního stylu na zdraví	• v důsledku poklesu finančních zdrojů si nemohou koupit kvalitní potraviny
Výskyt nemocí u seniorů	• onemocnění pohybového aparátu • choroby srdce a cév • cukrovka

Respondentka č. 12: 47 let

T: „Ahoj, dnes jsme se tu společně sešli kvůli rozhovoru pro moji diplomovou práci. Má diplomová práce se zabývá mezigenerační názory na životní styl u seniorů. Mohla bys mi říct, koho ty považuješ za seniora?“

R: *„Tak v důchodovém věku,* ***tak 68 a víc let*** *v dnešní době.“*

T: „A máš v rodině seniora?“

R: *„Ano, matka je v důchodovém věku a manželova matka a i otec. Prababičky už nemám. Ještě jsou tety, sestra matky a strýc. To je tak všechno, s kterými se tak nejvíc stýkám a jsem s nima v kontaktu.“*

T: „Jaký máš osobní zkušenosti se seniory?“

R: *„Zkušenosti? Po smrti otce, to už jsou tři roky, teda tak to už bylo s matkou dost těžký, bylo složitý, než si na to taky zvykla. Vlastně, že žije sama, tak se upnula na mě. Sestra, ta žije v jiném městě, jsme blízko, tak jsme s ní nejvíce v kontaktu my. Pak ještě v jedný vesnici tam žije její sestra a strýc, ty taky navštěvuji pravidelně, a tak se stýkáme. Takové ty rodinné oslavy třeba.“*

T: „Jaký máš ty osobní postoj k seniorům?“

R: *„Takovou tu* ***úctu k nim, protože taky jednou budeme staří nebo v důchodovém věku****. V seniorském správně řečeno, nové moderní slovo.“*

T: „Myslíš si, že jsou na seniorech páchány diskriminační praktiky?“

R: *„No, tak kdo sleduje dnešní televizní vysílání, pořady TV Nova a kriminální, tak asi jsou určité případy, ale myslím si, že to bylo vždycky, takové ty mezilidské vztahy a málo tolerance.“*

T: „ Kromě té málo tolerance jaký ještě?“

R: *„To je individuální, každá rodina má takový své problémy. Někdo žije společně se seniory, a někdo naopak ne, že žijí daleko od sebe, někdy i za mořem. Nemám s tím*

žádné problémy teda. V mém okolí se nevyskytují žádný takový, co by ubližovali přímo staršímu nebo chovali se k nim nehezky, s tím jsem se nesetkala. Holt těžké se vcítit, ty empatie, jak se dneska říká, do těch jejich problémů, když si nezažiješ ty jejich nemoce. Ráno se jim nechce vstávat, že je bolí celé tělo třeba, to ty mladší taky neznají."

T: „Kde se nejčastěji setkáváš se seniory?"

R: *„Všude, tak* ***v obchodech****, jak se říká. Tak ani nevím, mají dost času sledovat letáky velkých obchoďáků."*

T: „A ještě něco kromě těch nákupů?"

R: *„Když je taková plesová sezóna, tak tam třeba taky jsou sousedi a sedíme spolu. Taky jsou důchodci* ***v dopravních prostředcích****."*

T: „Co si myslíš, že je životní styl?"

R: *„Tak je každý jiný, ve městě, na vesnici je jiný. Tak já teď žiji na vesnici 10 let a předtím jsme byli ve městě, tak teď vlastně můžu porovnávat."*

T: „A je to lepší na vesnici, nebo ve městě?"

R: *„No, myslím si, že ta vesnice je klidnější. To město je uspěchaný, že tam vlastně každej moc chvátá, je to taková doba, že se za něčím honí. Jezdí tam plno aut a je to takový blázinec. Tak ta vesnice je poklidnější než to město. Zase je tam větší kulturní vyžití, můžou tam navštěvovat divadla, kina, když je to dneska taky hodně o penězích. Někdo taky na to nemá ty finance potřebný."*

T: „Jaký je životní styl dnešních seniorů a jaké aktivity vykonávají?"

R: *„****Tak ve vesnici máme takový spolek starších žen, seniorských, a ty jezdí po všech možných akcích. Jsou to jako mažoretky, takže vystupují na těch různých akcích****. Není to jen pro seniory, ale je to taková zábava. Jezdí po okrese, po vesnicích, a že* ***nesedí jenom doma u televize a jsou takové víc aktivní****. Právě když je někdo doma sám, to je ten životní styl, kouká na televizi a má málo pohybu, pak mají ty nemoce pohybový."*

T: „Myslíš si, že senioři na vesnici mají víc pohybových aktivit a že mají různé zájmy než senioři ve městech?"

R: *„****No, určitě ve městě se dostanou všude hromadnou dopravou. Na vesnici musejí pěšky do vedlejší vesnice nebo na kole taky hodně jezdí, nakoupit si a tak****."*

T: „Myslíš si, že životní styl seniorů ovlivňuje zdraví?"

R: *„No určitě, to* ***právě ta pohybová aktivita, manžel měl babičku a babička koukala na televizi. Ta nechtěla už kvůli ní chodit ani na zahradu a ještě byla nemocná, měla***

***cukrovku**. Určitě to není zdravý a **člověk se musí hejbat, protože to tělo zleniví, pak je všechno bolí, klouby, nebo nejen ty klouby, ale i žíly a všechno**."*

T: „Jaké nemoci postihují nejčastěji seniory?"

R: *„Tak asi ty **cévní nějaký, žíly a to revma asi a cukrovka**. Jinak nevím, nejsem doktor a nemám přehled."*

T: „Já ti děkuji za rozhovor, měj se pěkně. Ahoj."

R: *„Není zač, čau. Hlavně, ať se dožijem vysokého věku, nebo radši ne.*"

Tabulka č. 12 – Respondentka 47 let – shrnutí základních poznatků

Definice seniora dle respondenta	• věk nad 68 let
Vztah k seniorům	• + respondentka si uvědomuje, že bude taky jednou v seniorském věku, proto k nim má úctu
Kontakt se seniory	• v obchodech, v dopravních prostředcích
Vnímání životního stylu seniorů	• senioři na vsi plánují společně kulturní vyžití a mají více tělesného pohybu než senioři ve městě
Vliv životního stylu na zdraví	• pravidelná adekvátní pohybová aktivita má pozitivní vliv na zdraví
Výskyt nemocí u seniorů	• cévní a žilní onemocnění • revmatické onemocnění • cukrovka

5 Diskuze

Tato diplomová práce se zabývala problematikou seniorů, zejména jejich životním stylem a jeho možným dopadem na zdravotní stav. Kvalitativního výzkumu se zúčastnilo celkem 12 osob, z toho celkem 7 mužů a 5 žen. Dotazovaní bylo provedeno v okrese Tábor. Z hlediska první výzkumné otázky, tedy toho, zdali se liší vnímání seniorské populace mezi jednotlivými věkovými kategoriemi, lze konstatovat, že ano. Nejedná se však o jednoznačné vnímání rozdílů v rámci jednotlivých věkových kategorií. Některé názory byly společné všem věkovým kategoriím, jiné se mezigeneračně výrazně lišily. Věk, dle kterého respondenti označují daného člověka za seniora, se nejčastěji pohyboval okolo 60 let, případně byl zmiňován věk seniorský jako životní etapa dovršení důchodového věku. Osobně souhlasím s Ondrušovou (2011), která ve své knize uvádí, že za seniora považujeme právě člověka, který dosáhl nároku na starobní důchod. V jednom případě (kategorie 30–50 let) bylo uvedeno, že senior je člověk mezi 50 a 60 lety, v jednom případě respondentka (47 let) uvedla, že za seniorský věk považuje dosažení 68 let a více. V tomto případě však zřejmou roli hrál aktuální věk respondentky. Z názorů na seniorský věk byly nejzajímavější dva názory respondentů z kategorie 20–30, resp. 30–50 let, kteří podobně uvedli, že za seniora považují člověka, který již nedokáže navazovat vztahy s druhými lidmi, je uzavřený a obrácený do své minulosti (respondent 28 let), případně člověka nad 50 let, který má zastaralé myšlení, tj. nedokáže již adekvátně reagovat na výzvy současné doby (respondent 49 let). Zde se ztotožňuji s Vágnerovou (2007), že období stáří začíná od 50 do 60 let a jedinec se zároveň ocitá na konci čtvrtiny svého života. Tito lidé již nemění zavedený způsob života, celkově mění pohled na svět, jsou méně flexibilní, objevují se u nich vrásky, šedivění vlasů apod., ačkoli v tomto období není člověk ještě senior. Proto nesouhlasím s výše citovanými respondenty. Zamýšlím se nad tím, proč jsou stárnoucí lidé v tomto období považováni za seniory. Domnívám se jako Malíková (2011), že vlivem sociálně ekonomických změn se u mladších lidí projevují negativní postoje vůči stárnoucí populaci. Lidé v pokročilém věku často bývají mladšími lidmi odmítáni, protože ti častěji preferují mládí, výkonnost, pružnost a přizpůsobivost, kterou stárnoucí populace nemá.

Za nejvýznamnější pozitiva seniorského věku považovali respondenti zejména dosažené životní zkušenosti a možnost jejich uplatňování ve vztahu k okolí a mladším generacím. Stejného názoru je také profesor Říčan (2004). Tyto názory vyjádřili jak

respondenti v kategorii 20–30 let, tak ve věkové kategorii 30–50 let. V první kategorii to bylo ve dvou případech, u druhé kategorie to bylo dokonce ve čtyřech případech. V jednom případě byla zmíněna jako pozitivní role seniorského věku pracovitost (respondent 21 let) a dva respondenti ze skupiny 20–30 let uvedli jejich pozitivní vliv na rodinné vztahy. V této souvislosti je také potřeba zmínit poměrně málo frekventovaný názor uvádějící, v minulosti typickou, činnost seniorů „starání se" o vnoučata a další potřebné rodinné příslušníky (respondenti 32 let a 49 let). S přibývajícím věkem také respondenti vykazovali jisté smíření se s existencí seniorské populace, která byla buďto vyjadřována solidárně, „jsou součástí společnosti", případně „všichni se jimi jednou staneme".

Mezi nejvýznamnějšími negativy seniorského věku byly shodně zmiňovány jevy jako nevrlost, tvrdohlavost, zatrpklost, „jedovatost", pomalost, případně dezorientovanost a zdržování v případě pohybu ve veřejném prostoru a dopravním provozu. U věkové kategorie dvaceti let se vyskytl názor, že senioři jsou často podceňováni a jsou jim přisuzována předsudečná označení, tak jak byly zmíněny v předcházejícím souvětí, případně že mluví o nesmyslech a je s nimi nuda (respondent 20 let). U respondentů v kategorii 50 a více let se pak také vyskytly názory, že senioři jsou svým způsobem panovační a nároční, vynucují si pozornost a v případě, že „není po jejich", jsou následně nepříjemní, zejména ve veřejném prostoru (respondent 49 let). U respondentky (57 let) to souviselo s péčí o vlastní rodiče v pozdním seniorském věku.

Se seniory se dotazovaní v zásadě setkávají stejnými způsoby, tj. ve veřejném prostoru a v rodině. Až na respondentky ve věku 57 a 47 let nebyly v šetření zaznamenány negativní zmínky o seniorech v rodině, naopak byly pozitivní. Ve veřejném prostoru převládaly negativní zkušenosti se seniory, tak jak byly popsány výše. Nejčastěji se respondenti se seniory setkávali v parcích, nákupních centrech, obchodech, „na ulici" a v prostředcích hromadné dopravy. *Z odpovědí na výzkumné otázky by se tedy dalo uvažovat o tom, že s rostoucím věkem respondenta roste i míra tolerance k seniorské populaci.*

Mým dalším cílem bylo zjistit, jak je zkoumanou populací vnímán životní styl seniorů. Odpovědi na tuto výzkumnou otázku se v zásadě shodovaly v tom, že respondenti pokládají otázku životního stylu za silně individualizovanou. Podle autorek Machátové a Kubátové (2009) je životní styl založen na individuálním výběru z různých možností. Značně se na tom podílí rodinné zvyklosti, kulturní tradice,

ekonomická situace a sociální pozice jedince. Zajímavým trendem, který lze v rozhovorech vysledovat, je to, že s narůstajícím věkem hodnotí respondenti jako významný faktor životního stylu seniorů dostupnost finančních prostředků pro krytí nákladů životního stylu (respondenti 32, 49, 57 a 48 let). Společným hodnoticím stanoviskem respondentů, kteří přiřazují k životnímu stylu finance jako jeden z důležitých faktorů, je uvědomění si toho, že pro řadu seniorů je obtížné tzv. vyžít s prostředky, které mají k dispozici a které objektivně nejsou dostatečně vysoké. Osobně jsem stejného názoru jako respondenti, protože odchodem do starobního důchodu dochází k poklesu finančních zdrojů. Vlivem poklesu porodnosti a zvyšujícímu se počtu seniorů lze předpokládat, že současné financování starobního důchodu v budoucnu těžko pokryje životní náklady. To také potvrzuje Sýkorová (2007), protože již dnes sledujeme negativní ekonomické dopady. Respondenti také všeobecně hovořili o tom, že k zachování kvality života přispívá schopnost udržet si aktivitu a aktivní přístup k životu. Uvědomění si pohybu jako součásti života a pěstování dobrých mezilidských vztahů je podle Machátové a Kubátové (2009) jediný způsob, jak žít plnohodnotný život s minimem zdravotních komplikací. Podle docenta Saka a Kalesárové (2012) je u současných penzistů dominantou životního stylu pobyt v přírodě. Toto mi potvrdili i někteří respondenti (20, 22, 23, 28, 33, 32 a 57 let). Podle respondentů se senioři nejčastěji věnují procházkám v parku, plavání a rekreačnímu sportu všeobecně. Ve dvou případech bylo také zmíněno studium v rámci celoživotního vzdělávání nebo tzv. univerzit třetího věku. Protipólem zmiňování těchto aktivit pak bylo uvádění aktivit životního stylu, který by se dal vnímat jako všeobecný seniorský stereotyp. Podle respondentů je to sledování televize. To také potvrzuje docent Sak a Kalesárová (2012). Dle autorů senioři sledují televizi dvakrát více než jiné generace. Podle výpovědí dotazovaných patří mezi další aktivity vyhledávání slev a následné nakupování, návštěvy lékaře, lázeňské léčebné pobyty apod. Ovšem *je to zcela individuální záležitost, která je závislá na osobních zájmech, zdravotním stavu, vzdělání apod.* Stejného názoru jsou i docent Sak, Kalesárová (2012), Machátová a Kubátová (2009).

V odpovědi na následující otázku, jak životní styl seniorů ovlivňuje jejich zdraví, se respondenti shodují v tom, že životní styl má na zdraví člověka významný vliv. Podle doktorky Čeledové a doktora Čevely (2010) lze tento vliv vyčíslit na 50 až 60%. Zajímavý zlom lze v rozhovorech vysledovat u respondentů v kategorii 30 a více let.

Respondenti ve věku 20–30 let se zmiňovali zejména o pozitivním vlivu pohybových a společenských aktivit na životní styl seniorů a dávali zdravotní stav seniorů do souvislosti s těmito aktivitami, případně předchozím dlouhodobým způsobem života (respondent 21 let). Pokles tělesné aktivity a zvýšený přísun energeticky bohaté potravy je podle Müllerové (2012) primární příčina civilizačních nemocí a následné mortality ve společnosti. Osobně jsem stejného názoru. Dnes žijeme v době, která nám umožňuje konzum a pohodlí, ale musíme za to zaplatit tu nejvyšší daň. Respondenti ve věku od 30 let a výše pak zcela jednoznačně zmiňují závislost životního stylu seniorů na tom, do jaké míry mají k dispozici zázemí, jsou-li chráněni před diskriminačními praktikami ve společnosti, a především, mají-li k dispozici dostatek finančních prostředků. Respondentky 32 let a 57 let pak také uvedly, že nízké příjmy znemožňují seniorům přístup ke kvalitním potravinám, což se následně negativně odráží na jejich zdravotním stavu. Sdílím stejný názor jako respondenti, strádání v oblasti základních lidských potřeb, jako je bydlení, pravidelná strava, milující rodina a přátelé, má negativní dopad na zdraví člověka. Podle Světové zdravotnické organizace WHO je zdraví „*stav úplné tělesné, duševní a sociální pohody, a nikoli pouze nepřítomnost nemoci nebo vady“* (Machová, Kubátová, a kol., 2009, s. 12). Vytváření vhodných bio-psycho-sociálních podmínek výrazně zvyšuje kvalitu života a zdraví člověka. Vyplývá to i z knihy od doktora Čevely a kol. (2009), kde jsou uvedeny společenské podpory zdraví. Mezi nejtypičtějšími nemocemi, které postihují seniorskou populaci, uváděli respondenti napříč všemi věkovými skupinami nejčastěji cukrovku, kardiovaskulární choroby a onemocnění pohybového aparátu. Méně často se pak vyskytovaly choroby neuro-psychické a rakovina. O stejných nemocech také píše ve své knížce Müllerová (2003). *Z výzkumu tedy vyplývá, že v tomto směru nejsou mezigenerační názory rozdílné, všichni respondenti se shodují, že přiměřená pohybová aktivita, výše finančních prostředků a výživa pozitivně ovlivňují zdraví.*

6 Závěr

Stáří je nedílnou součástí lidského života, je to poslední etapa v našem životě. Starý člověk prožívá toto období jako čas, kdy se ve svých myšlenkách vrací k dávným zážitkům a přehodnocuje dosavadní život. Se stářím si mnozí lidé spojují různá onemocnění, finanční závislost na svých dětech, ztrátu soběstačnosti a respektu. Musíme si uvědomit, že toto období také poskytuje mnoho předností. Nespočet seniorů ve vysokém věku se stále cítí v dobré fyzické a psychické kondici a jsou bez vážných zdravotních problémů. Tito lidé se snaží plnohodnotně využít čas pro své koníčky, zájmy a rodinu. Aktivní a zdravý životní styl jsou hlavní předpoklady k dožití se vysokého věku v co nejlepším zdraví a kondici. Rozhodnutí, jaký životní styl zvolíme, je pouze na nás. Osobně se domnívám, že je zapotřebí propagovat benefity zdravého životního stylu, ale i negativní důsledky, ke kterým dochází vlivem opačného způsobu života. Na základě těchto informaci se každý rozhodne, jaký život povede.

Vlivem demografických změn, kdy stárne naše společnost, je zapotřebí dostatečně informovat děti a mládež o vhodném chování ke starší populaci. Stáří se bude jednou týkat každého z nás, proto je zapotřebí vychovávat společnost, která bude seniory plně respektovat a chovat k nim patřičnou úctu.

7 Doporučená literatura

ČELEDOVÁ, Libuše, ČEVELA, Rostislav, 2010. *Výchova ke zdraví*. Vid. 1. Praha: Grada Publishing, a.s., ISBN 978-80-247-3213-8.

ČEVELA, Rostislav, KALVACH, Zdeněk, ČELEDOVÁ, Libuše, 2012. S*ociální gerontologie*, Vid. 1. Praha: Grada Publishing, a.s., ISBN 978-80-247-3901-4.

DVOŘÁČKOVÁ, Dagmar, 2012. *Kvalita života seniorů v domovech pro seniory*. Vid. 1. Praha: Grada Publishing, a.s., ISBN 978-80-247-4138-3.

HALUZÍK, Martin, 2011. Co je nového v diagnostice a léčbě diabetu. *Practicus.* 2011, roč.10, č. 2, s. 16. ISSN 1213-8711.

HAVLÍK, Jaroslav, MAROUNEK Milan, 2012. *Živiny a živinové potřeby člověka.* Brno: Česká zemědělská univerzita v Praze, ISBN 978-80-213-2269-1.

HAYFLICK, Leonard, 1997. *Jak a proč stárneme*. Praha: Columbus, ISBN 80-7176-536-8.

HENDL, Jan, 2005. *Kvalitativní výzkum*. 1.Vyd. Praha: Portál, ISBN 80-7367-040-2.

CHROMÝ, Karel, HONZÁK, Radkin, a kol., 2005. *Somatizace a funkční poruchy*. Vid. 1. Praha: Grada Publishing, a.s., ISBN 80-247-1473-6.

IGNARRO, Louis J., 2005. *Program Ano NO*. Vid. 1. Praha: Práh, ISBN 80-7252-113-6.

IVANOVÁ, Kateřina, ŠPIRUDOVÁ, Lenka, KUTNOHORSKÁ, Jana, 2005. *Multikulturní ošetřovatelství I.* Vid. 1. Praha: Grada Publishing, a.s., ISBN 80-247-1212-1.

KALVACH, Zdeněk, ČELEDOVÁ, Libuše, HOLMEROVÁ, Iva, a kol. 2011. *Křehký pacient a primární péče*. Vid. 1. Praha: Grada Publishing, a.s., ISBN 978-80-247-4026-3.

KALVACH, Zdeněk, ZADÁK, Zdeněk, JIRÁK, Roman, a kol., 2008. *Geriatrické syndromy a geriatrický pacient*. Vid. 1. Praha: Grada Publishing, a.s., ISBN 978-80 247-2490-4.

KAREN, Igor, 2012. Možnosti kombinační terapie hypertenze v primární péči. *Practicus.* 2012, roč. 11, č. 8, s. 9. ISSN 1213-8711.

KELNAROVÁ, Jarmila, MATĚJKOVÁ, Eva, 2010. *Psychologie pro studenty zdravotnických oborů*. Vid. 1. Praha: Grada Publishing, a.s., ISBN 978-80-247-3270-1.

KLEVETOVÁ, Dana, DLABALOVÁ, Irena, 2008. *Motivační prvky při práci se seniory*. Vid. 1. Praha: Grada Publishing, a.s., ISBN 978-80-247-2169-9.

KUNOVÁ, Václava, 2004. *Zdravá výživa.* Vid. 1. Praha: Grada Publishing, a.s., ISBN 80-247-0736-5.

KUNOVÁ, Václava, 2009. *Obezita. Dieta pro zdravé hubnutí.* Vid. 1. Praha: Forsapi, ISBN 978-80-87250-04-4.

LEIFER, Gloria, 2004. *Úvod do porodnického a pediatrického ošetřovatelství*. Vid. 1. Praha: Grada Publishing, a.s., ISBN 80-247-0668-7.

LUKÁŠ, Karel, ŽÁK, Aleš, akol. 2007. *Gastroenterologie a hepatologie*. Vid. 1. Praha: Grada Publishing, a.s., ISBN 978-80-247-1787-6.

MACHOVÁ, Jitka, KUBÁTOVÁ, Dagmar, a kol., 2009. *Výchova ke zdraví*. Vid. 1. Praha: Grada Publishing, a.s., ISBN 978-80-247-2715-8.

MALÍKOVÁ, Eva, 2011. *Péče o seniory v pobytových a sociálních zařízeních*. Vid. 1. Praha: Grada, ISBN 978-80-247-3148-3.

NAVRÁTIL, Leoš, a kol., 2008. *Vnitřní lékařství pro nelékařské zdravotnické obory*. Vid. 1. Praha: Grada Publishing, a.s., ISBN 978-80-247-2319-8.

MÚLLEROVÁ, Dana, 2003. *Zdravá výživa a prevence civilizačních nemocí ve schématech.* Vid. 1. Praha: Triton, ISBN 80-7254-421-7.

NOVÁKOVÁ, Iva, 2011. *Zdravotní nauka-2. díl*. Vid. 1. Praha: Grada Publishing, a.s., ISBN 978-80-247-3709-6

ONDRUŠOVÁ, Jiřina, 2011. *Stáří a smysl života*. Vid. 1. Praha: Karolinum, ISBN 978-80-246-1997-2.

PIŤHA, Jan, POLEDNE, Rudolf, a kol. 2009. *Zdravá výživa pro každý den.* Vid. 1. Praha: Grada Publishing, a.s., ISBN 978-80-247-2488-1.

POKORNÁ, Andrea, akol. 2013, *Ošetřovatelství v geriatrii*. Vid. 1. Praha: Grada Publishing, a.s., ISBN 978-80-247-4316-5.

POKORNÁ, Andrea, 2010, *Komunikace se seniory*. Vid. 1. Praha: Grada Publishing, a.s., ISBN 978-80-247-3271-8.

RAUDENSKÁ, Jaroslava, JAVURKOVÁ, Alena, 2011. *Lékařská psychologie ve zdravotnictví*. Vid. 1. Praha: Grada Publishing, a.s., ISBN 978-80-247-2223-8.

SAK, Petr, KALESÁROVÁ, Karolína, 2012. *Sociologie stáří a seniorů*. Vid. 1. Praha: Grada Publishing, a.s., ISBN 978-80-247-3850-5

SLEZÁKOVÁ, Lenka, a kol., 2011. *Ošetřovatelství v gynekologii a porodnictví*. Vid. 1. Praha: Grada Publishing, a.s., ISBN 978-80-247-3373-9.

SOVOVÁ, Eliška, LUKL, 2005, Jan, *100+1 otázek a odpovědí pro kardiaky.* Praha: Grada Publishing, a.s., ISBN 80-247-1166-4.

SÝKOROVÁ, Dana, 2007. *Autonomie ve stáří*. Vid. 1. Praha: Sociologické nakladatelství, ISBN 978-80-86429-62-5.

ŠRÁMKOVÁ, Taťána, 2013. *Poruchy sexuality u somaticky nemocných a jejich léčba*. Vid. 1. Praha: Grada Publishing, a.s., ISBN 978-80-247-4453-7.

VÁGNEROVÁ, Marie, 2005. *Vývojová psychologie I.* Vid. 1. Praha: Karolinum. ISBN 80-246-0956-8.

VÁGNEROVÁ, Marie, 2007. *Vývojová psychologie II.* Vid. 1. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-1318-5.

VORLÍČEK, Jiří, ABRAHÁMOVÁ, Jitka, VORLÍČKOVÁ, Hilda, a kol. 2006. *Klinická onkologie pro sestry*. Vid. 1. Praha: Grada Publishing, a.s., ISBN 80-247-1716-6.

ZACHOVÁ, Eva, HERMANOVÁ, Miroslava, ŠRÁMKOVÁ, Jaroslava. 2007. *Zdravotnická psychologie-teorie a praktická cvičení*. Vid. 1. Praha: Grada Publishing, a.s., ISBN 978-80-247-2068-5.