

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

Teologická fakulta

Katedra pedagogiky

Bakalářská práce

ZDRAVÝ ŽIVOTNÍ STYL V SENIORSKÉM VĚKU

Vedoucí práce: Mgr. Věra Suchomelová, Th.D.

Autor práce: Kamila Skubýová

Studijní obor: Pedagogika volného času

Ročník: třetí

2017

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci jsem vypracovala 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 bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdání 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.

1. 3. 2017

.....
Kamila Skubýová

Poděkování

Na tomto místě bych ráda poděkovala vedoucí mé bakalářské práce Mgr. Věře Suchomelové, Th.D. za náměty, cenné připomínky, vstřícnost a čas. Poděkování též patří všem, kteří mně na mé studijní cestě vyjadřovali podporu.

OBSAH:

ÚVOD	6
1. OBRAZ STÁŘÍ	
1.1. Stárnutí	8
1.2. Vymezení pojmu senior	9
1.3. Kvalita života seniora.....	9
1.4. Faktory ovlivňující život seniora	10
1.5. Potřeby stárnoucího jedince	11
1.6. Strategie „úspěšného“ stárnutí	12
1.7. Stav osobní pohody ("well - being").....	14
2. ZDRAVÝ ŽIVOTNÍ STYL JAKO CESTA	
2.1. Vymezení pojmu zdraví a zdravý životní styl	17
2.2. PODNĚTY PRO TĚLESNOU OBLAST	18
2.2.1. Dýchání	18
2.2.2. Pohybová aktivita.....	19
2.2.3. Otužování	21
2.2.4. Spánek	21
2.2.5. Strava.....	22
2.3. PODNĚTY PRO PSYCHO SOCIÁLNÍ OBLAST	26
2.3.1. Proměny psychických funkcí	26
2.3.2. Sociální rozměr člověka.....	27
2.3.3. Emoce a jejich kultivace	29
2.3.4. Prevence demence v kontextu životního stylu.....	30
2.3.5. Trénování paměti a dalších kognitivních funkcí.....	31

2.4. PODNĚTY PRO SPIRITUÁLNÍ OBLAST	34
2.4.1. Spiritualita a stáří	34
2.4.2. Moudrost jako „koruna stáří“	35
2.4.3. Hranice života	36
2.4.5. Sebepřijetí	37
3. ČLOVĚK JAKO BIO-PSYCHO-SOCIO SPIRITUÁLNÍ JEDNOTA	
3.1. Krátký historický exkurz.....	39
3.2. Holistický pohled na současného člověka ve zdravotně - sociální oblasti.....	40
ZÁVĚR	43
Seznam použitých zdrojů	45

Úvod

Motto:

„Lod' je nejjistější v přístavu, proto ale nebyla postavena.“

(Paulo Coelho)

Zdravý životní styl je v posledních letech téma velmi frekventované. Důvody jeho popularity mohou být rozličné. Jedním z hlavních je pravděpodobně tlak společnosti, která klade stále větší požadavky na výkon a atraktivitu jedince. Dobrá tělesná a duševní kondice je tak předpokladem pro podávání zvyšujících se pracovních nároků v konkurenčním prostředí, ale především mostem mezi našimi sny a jejich uskutečňováním. V seniorském období nabývá toto téma ještě většího významu – průměrná délka lidského života se zvyšuje a tím i šance vést aktivní život. K tomu nám může významným způsobem pomoci zdravý životní styl. Je zřejmé, že kvalitu našeho stáří bude určovat náš předchozí život. Z toho plyne, že je významné začít s péčí o sebe co nejdříve. Využijeme-li ověřených principů zdravého životního stylu již v mládí, bude pro nás přirozené v nich pokračovat. Zároveň ale platí, že nikdy není pozdě na to, aby člověk, pokud není se svým životem spokojen, hledal nové cesty pro jeho zkvalitnění.

Před jedincem, který chce vést plnohodnotný a především nezávislý život až do pozdního věku, stojí řada otázek. Kdy začínám stárnout? Co mohu pro sebe udělat, abych se cítil dobře a byl co nejdéle soběstačný? Jaká strava je pro mě vhodná? Jaké pohybové aktivity? Co budu dělat po odchodu do důchodu? Jak se smířit s tím, co se mi v životě nepodařilo udělat tak, jak jsem chtěl? Hledání odpovědí na tyto a další otázky jsou pro mě výzvou a důvodem, proč jsem si toto téma vybrala. Dále pak skutečnost, že se přibližuji k období, které mě nutí přemýšlet o závěrečné fázi života, o jeho smyslu a souvislostech. Inspirací mi jsou mnozí senioři, kteří pozitivně ovlivnili a stále ovlivňují můj život. K nim se řadí klienti domova pro seniory, kde jsem vykonávala praxi, úžasní lidé, které na své cestě životem potkávám a především moji rodiče i prarodiče, kterým patří můj vroucí dík.

V této teoretické bakalářské práci se zaměřím na zdravý seniorský životní styl. Vyjdu z předpokladu, že člověk je bio-psycho-socio-spirituální bytostí, že tyto oblasti spolu úzce souvisejí, vzájemně se propojují, mísí a ovlivňují. Zaměřím se na potřeby

seniorů a na možnosti jejich naplňování prostřednictvím zdravého životního stylu jako prostředku k udržení soběstačnosti a autonomie.

Práce je rozdělena na tři hlavní kapitoly, které obsahují související podkapitoly. První hlavní kapitola je zaměřena na *Obraz stáří*. Druhá se věnuje *Zdravému životnímu stylu* skrze jeho fyzický, duševní, sociální a spirituální rozměr. Poslední kapitola se zabývá *Holistickým náhledem na člověka*, když jej vnímá jako bio-psycho-socio-spirituální jednotu.

Cílem této teoretické práce bude zjistit, jaká je podstata zdravého životního stylu ve stáří. Na základě srovnání se pokusím shrnout, co jej příznivě ovlivňuje, jaké možnosti skýtá posílení, či zharmonizování jednotlivých složek člověka a především jak aktivně a vědomě uchopit svůj život, aby stárnutí bylo úspěšné. Jsem si vědoma skutečnosti, že vzhledem k předepsanému rozsahu práce nemohu téma zcela vyčerpat. Přesto bych si přála, aby tato práce byla střípkem inspirace pro všechny, které téma zajímá.

1. OBRAZ STÁŘÍ

„ Stáří je nádherná věc, pokud člověk nezapomene, co to znamená začínat. “

(Martin Buber)

Senioři, kteří jsou cílovou skupinou této bakalářské práce, se nacházejí v životním cyklu, který obecně nazýváme stářím. Z tohoto důvodu považuji za nutné poznat obraz stáří a jeho reprezentanty. Proto bude úvodní kapitola věnována charakteristice a kvalitě stárnutí a dále seniorům, na které budu nahlížet skrze faktory ovlivňující jejich život a potřeby související s touto životní etapou. Z těchto skutečností pak vyjdou i teoretické strategie směřující ke stárnutí s přívlastkem *dobré*. Těmto tématům bude věnována první kapitola.

1.1. Stárnutí

Stárnutí je přirozený životní cyklus, který patří k životu a je jeho neoddělitelnou součástí. Ve své podstatě začínáme stárnout od okamžiku narození. V obecném povědomí je však tento proces spojován se seniory. Čevela, Kalvach a Čeledová (2016, s. 26) uvádějí, že se stáří tradičně rozlišuje na kalendářní, biologické a sociální. Podle Langmeiera (2006, s. 184) se pojmem stárnutí nejčastěji rozumí souhrn změn ve struktuře a funkcích organismu, které se projevují zvýšenou zranitelností a poklesem výkonnosti jedince. Dle Křivohlavého (2011, s. 20) definují stárnutí jednak objektivní kritéria podložená měřitelnými výstupy (výška, váha, tlak) a také kritéria subjektivní, která vyjadřují spokojenost konkrétního jednotlivce se životem. Dienstbier (2009, s. 8) říká, že stárnutí je proces vzniklý opotřebením organismu, ke kterému dochází postupně a při kterém se mění vzhled, konstituce, psychika, funkce, biochemické a metabolické děje. A dodává (tamtéž): „Stáří není nemoc, stáří je skutečnost. Každou skutečnost vnímáte a můžete na ni reagovat“.

Baltes (2009, s. 11) poukazuje na to, že stárnutí je zároveň tělesný, psychický, sociální i duchovní jev. Vyznačuje se plasticitou, variabilitou mezi funkcemi a osobami a vysokou mírou biografické individuality. Až patologické stavy (např. demence), nastavují této mnohotvárnosti hranice. Eriksonová (In Erikson, 2015, s. 16) k tomu doplňuje, že je ve stáří potřeba přijmout lidský úděl, sebrat všechny dosavadní zkušenosti, opřít se o ně a udržovat vědomí a tvořivost s novou grácií.

1.2. Vymezení pojmu senior

Členění seniorů na mladé (young-old) 65-74 let, staré (old-old) 75-89 let a velmi staré (oldest-old) uvádí Čevela, Kalvach a Čeledová (2014, s. 25). Podobně dělení uplatňují i Špaténková a Smékalová (2015, s. 47), které vycházejí z pojetí, že senioři jsou heterogenní sociální kategorií. Důvodem je skutečnost, že každý jedinec řeší své individuální problémy, má rozdílné priority a dominují u něj jiná témata a úkoly. Výsledkem je tato klasifikace seniorů a příslušná dominující témata:

- mladí senioři (65-74 let) – témata penzionování, aktivit, volného času, seberealizace
- staří senioři (75-84 let) – témata adaptace, tolerance zátěže, specifických onemocnění, osamělosti
- velmi staří senioři (85 let a více) – témata soběstačnosti a zabezpečení

Rané stáří, označované jako třetí věk, reprezentují dnešní šedesátiletí až osmdesátiletí. Čtvrtý věk, kmetství, zahrnuje ty nejstarší, tedy osmdesátileté až stoleté. Toto rozdělení není striktně dané, ale slouží pro vědecké a výzkumné účely. Musíme jej chápat jako přibližné, historicky, společensky a individuálně vymezené (Baltes, 2009, s. 12).

V naší společnosti obecně platí, že hlavní skutečností pro to, aby byl člověk vnímán jako senior, je odchod do důchodu. Pro účely této bakalářské práce budeme za seniory považovat jedince od šedesáti let výše, kterým jejich potenciál umožňuje ovlivňovat finální etapu života.

1.3. Kvalita života seniora

Je zřejmé, že tím jak se prodlužuje délka lidského života, nabývá na významu i jeho kvalita. Podle Světové zdravotnické organizace (WHO) je definována jako: „jedincova percepce jeho pozice v životě v kontextu své kultury a hodnotového systému a ve vztahu k jeho cílům, očekáváním, normám a obavám. Jedná se o velice široký komplex ovlivněný jedincovým fyzickým zdravím, psychickým stavem, osobním vyznáním, sociálními vztahy a vztahem ke klíčovým oblastem jeho životního prostředí“ (Vaňurová, Mühlpachr, 2005, s. 11).

Dvořáčková tuto definici s ohledem na seniory podporuje a zjednodušuje, když říká (2012, s. 7), že přístup ke kvalitě života ve stáří vyžaduje komplexní pohled a spolupráci napříč celým spektrem vědních a společenských oborů a dále zkoumání faktorů významně ovlivňujících kvalitu života ve stáří a to v rovině bio-psycho-socio-spirituální. I Kováč (2013, s. 463) nahlíží na kvalitu života jako na víceúrovňový a multikomponentní fenomén, který se pak v psychické reflexi projevuje jako životní spokojenost, dlouhodobě jako pohoda a chvílemi jako štěstí. Křivohlavý (2011, s. 124) říká, že se kvalita života dotýká existence a smyslu vlastního života a hledání faktorů bytí a sebepochopení.

Pohled na kvalitu života se může měnit s věkem, zdravotním stavem, sociálním postavením a mnoha dalšími okolnostmi včetně transkulturních vlivů. V seniorském věku se do popředí hodnotového systému obecně dostává zdraví a vnímání osobní i společenské pohody (Dvořáčková, 2012, s. 7).

1.4. Faktory ovlivňující život seniora

Jak bylo výše naznačeno, senioři jsou heterogenní společenskou skupinou a i tempo stárnutí je u nich individuální, proto není možné stanovit všechny faktory ovlivňující jejich život. Z těchto důvodů v této práci vymezím ty, které se na seniorské kvalitě života nejvíce podílejí.

Seniorská populace označuje jako nejdůležitější faktor ovlivňující kvalitu života *zdraví*. Zdraví či naopak nemoc, výrazně determinují vnímání kvality života seniora (a jeho partnera) a ovlivňují jeho každodenní život. Pro kvalitu života stárnoucího jedince není rozhodující konkrétní onemocnění, ale stupeň specifického omezení, které přináší. Vzhledem k tomu, že se s narůstajícím věkem zvyšuje polymorbidita, zvyšuje se tím i riziko bezmocnosti a tím i závislosti na druhé osobě či instituci. Zdraví má tak přímou souvislost se soběstačností. Zároveň jí ovlivňují i emoce seniora, jeho vztah ke stárnutí, ke smrti. Dvořáčková (2012, s. 76-78). Špaténková a Smékalová (2015, s. 44) hovoří o dalším faktoru ovlivňujícím kvalitu a smysluplnost života seniorů. Tou je jejich integrace do společnosti, ageismus a diskriminace. Kvalita života seniorů tak získává i celospolečenský rozměr. Haškovcová (1990, s. 170-171) říká, že pro kvalitu stáří je určující psychická adaptabilita člověka na změny, které s sebou přináší nejenom stáří, ale i nový způsob života v rovině individuální i obecné. Senioři jsou se svým

životem spokojenější, pokud nedojde k zásadní změně životního stylu oproti střednímu věku.

Kováč (2013, s. 30-31) mluví o tom, že kvalitu života seniorů podmiňují a ovlivňují dvě ohromné kategorie činitelů: příroda a společnost. Kvalita života tak není pouze filozofickým pojmem „dobrý život“, není ani biologickým uchopením „pouze zdraví“, nevyčerpává se ani sociálně ekonomickou kategorií „životní úroveň“ atd. Kvalita života je osobní kognitivně - emoční psychoreflexe trvalejšího stavu jednotlivce, která spočívá v hodnocení reality vlastního života s ideálem vyplývajícím ze zkušeností a vyznávaných hodnot v kontextu společnosti, civilizace a kultury.

1.5. Potřeby stárnoucího jedince

Potřeby seniorů se mění na základě involučních změn, které jsou součástí stárnutí. Tyto se týkají oblasti fyzické, duševní, sociální i spirituální. Bezprostředně vycházejí z faktorů ovlivňujících kvalitu života a jejich smyslem je pokrytí nějakého nedostatku. Čevela říká (2014, s. 34), že potřeby jsou individuální, proměňují se v čase a ve vztahu k prostředí, které člověka obklopuje.

Dvořáčková (2012, s. 39) poukazuje na to, že k nejdůležitějším obecným seniorským potřebám patří fyziologické potřeby, potřeby bezpečí a sociální potřeby. Tyto jsou reprezentovány hodnotami jako je zdraví, láska, rodina, soběstačnost, sociální kontakty, vlastní domácnost, fyzická a psychická pohoda. Vágnerová (2000, s. 37) tento pohled rozšiřuje o další potřeby a to: potřebu stimulace správnými podněty, potřebu smysluplného světa, potřebu plánovat denní činnosti, potřebu jistoty sociální role a potřebnosti ve společnosti, potřebu identity a uznání vlastního já sám sebou i druhými a potřebu otevřené budoucnosti.

Pravděpodobně nejvlivnější teorií lidských potřeb je teorie Abrahama Maslowa. Potřeby jsou v ní uspořádány hierarchicky a uspokojení jedné je obvykle založeno na uspokojení potřeby v hierarchii předcházející. Autor v ní hovoří o hierarchii relativní nadvlády, kdy neuspokojená potřeba má tendenci v organismu dominovat, čímž ovlivňuje chování jedince. Podle Maslowa je tak chování téměř vždy motivované, ale zároveň biologicky, kulturně i situačně determinované.

Maslow definuje tyto základní potřeby:

1. potřeby fyziologické (jídlo, pití, spánek, teplo, sex atd.)
 2. potřeba bezpečí (přijetí, vzájemná láska, sounáležitost)
 3. potřeba uznání (svoboda, nezávislost, respekt, uznání, prestiž)
 4. potřeba seberealizace (touha stát se tím, čím se člověk může stát)
 5. potřeba kognitivní (tj. vědět, znát, pochopit)
- (Nešporová, Svobodová, Vidovičová, 2008, s. 23).

Na otázku, čeho se nejvíc česká seniorská populace ve spojení se stářím obává, odpovídá Sak s Kolesárovou (2012, s. 25) tím, že argumentují výsledky výzkumu, ve kterém česká populace vyjadřovala svoje názory, postoje a hodnoty ve vztahu k seniorům. Z nich vyplývá, že na prvním místě stojí obava z nemoci, na druhém místě obava z finanční a existenční nouze. Na dalších místech pak strach z osamocení, ze smrti a obava z nedostupnosti a nedostatečnosti lékařské péče.

1.6. Strategie „úspěšného“ stárnutí

Spojení stáří s úspěchem může vyznít paradoxně, ale záleží na úhlu pohledu. Pokud za kritérium stárnutí vezmeme spokojenost se životem, pak výsledky výzkumů z různých zemí vykazují tyto pozitivní hodnoty: v civilizovaných zemích je se stárnutím spokojená většina seniorů, ve vyspělých zemích dokonce tři čtvrtiny. Spokojenost se životem jde ruku v ruce s tím, jak jedinec dokáže zvládat involuční změny stárnutí a na jejich základě regulovat svůj život (Kováč, 2013, 153).

Většina současných koncepcí, které jsou zaměřené na *úspěšné stárnutí*¹, klade především důraz na udržení dostatečné aktivity lidí vyššího věku, která však není nadměrná či násilně vynucovaná. Nečinnost se jinak stává patogenní na úrovni tělesné, psychické a sociální. S přibývajícím věkem jsou tyto negativní dopady závažnější a vedou k urychlení přirozených involučních změn. Výzkumy ukazují, že přiměřená aktivizace - např. i po krátkém tréninku pružnosti myšlení a řešení nových problémů,

¹ Někdy též nazývané jako aktivní, pozitivní, produktivní či dobré stárnutí. Pro účely této práce chápeme tento pojem jako stav, kdy je člověku dobře.

vyvolá u řady starších osob v testech fluidní inteligence výkony srovnatelné s výkony mladých lidí. (Langmaier, 2006, s. 213).

Čevela (2014, s. 140) doplňuje, že koncept úspěšného stárnutí vychází ze dvou předpokladů. Prvním je pozitivní ovlivnitelnost stáří (s variantním průběhem stárnutí), druhým pak ochota jednotlivce podílet se aktivně na průběhu svého stárnutí. Nihilistický pohled na stáří včetně pasivity a neochoty ke změně je v rozporu se zodpovědností k sobě samému. Na základě výzkumu Halásová (2009, s. 9) shrnuje, že proto, aby člověk stárnul *úspěšně*, musí splnit tři předpoklady a to:

1. malou pravděpodobnost vzniku nemoci a tím zároveň posílení nezávislosti, tedy schopnosti starat se sám o sebe
2. vysokou kognitivní a funkční fyzickou kapacitu (schopnost vnímat, myslet a podávat optimální fyzický výkon souvisí s podporou dobrého zdravotního stavu)
3. aktivitu zaměřenou primárně na interpersonální vztahy (tento předpoklad je přímo závislý na předchozích dvou).

Na otázky jak se na stáří připravit, jak se mu přizpůsobit, či jak efektivně využívat potenciál, který máme k dispozici, odpovídá Baltesova (2009, s. 15) *Teorie selektivní optimalizace s kompenzací*. Konkrétním příkladem této teorie je výpověď osmdesátiletého pianisty. Odpověď na otázku, jak je možné, že i v tomto vysokém věku je stále výborným koncertním pianistou, shrnuje do tří důvodů: Interpretuje pouze málo skladeb (*princip selekce*), tyto skladby cvičí často (*princip optimalizace*). Zároveň využívá při hraní velkých kontrastů v rychlosti, tím hra působí svižným dojmem, oproti reálným možnostem interpreta (*princip kompenzace*). Výzkumy ukazují, že ti, kteří využívají tuto teorii jako životní strategii, se cítí lépe než ostatní a mají větší životní úspěchy. Zároveň tyto výzkumy přichází i s návrhy, na co by se selekce, optimalizace a kompenzace měla zaměřit. Poukazují na vzdělávací aktivity, které vedou k posílení zdrojů, na vytváření sítí sociálních vztahů, na péči zaměřenou na vlastní plasticitu a na chování, které podporuje zachování zdraví. Uplatňování této teorie v praxi je podmíněno osobním nasazením.

Podle Wolfa (1982, s. 168-182) je pro prožívání spokojenosti nejpodstatnější tvůrčí činnost, která může mít charakter jak manuální, tak duševní. Zároveň uvádí, že ve strategii úspěšného stárnutí je významná orientace směrem k budoucnosti, která

v sobě obsahuje plány, naděje a očekávání. Hasmanová-Marhánková vidí aktivní, respektive úspěšné stárnutí ještě v dalším kontextu, když říká (2013, s. 61), že jej můžeme vnímat jako prostředek kontroly populace, která je uskutečňována skrze kontinuální disciplinaci jednotlivců. Jinde naznačuje (2013, s. 99), že aktivní stárnutí, které je vnímané jako „lepší“ stárnutí, si zaslouží podporu státu. Vede ale zároveň k rozdělení populace seniorů na ty „úspěšnější“, kteří stanovená kritéria plní a zaslouží si tak náš obdiv a na ty, kteří v tomto modelu selhávají.

Proto, aby jedinec vnímal své stáří jako úspěšné, je nejpodstatnější pocit samotného člověka. Někomu přináší uspokojení poklidná penze spojená spíše s odpočinkem, jiný senior si nedokáže představit svůj všední den bez činných aktivit, které dávají jeho životu smysl. Baltes tuto myšlenku podporuje, když říká (1990, s. 19), že je důležité, aby se zabránilo jednoduchým řešením spojeným s teoriemi úspěšného stárnutí a podporovala se individualita jednotlivce.

Podle Suchomelové (2016, s. 35) koncept aktivního stárnutí boří zažitě představy bezmocného a křehkého stáří a vyvolává diskuzi o jeho pojetí ve vztahu k seberealizaci a hledání společenských a individuálních zdrojů umožňujících takové stáří žít. Tento koncept se ale v praxi zrcadlí pouze ve vnějších aktivitách a nebere v potaz celistvé pojetí člověka včetně jeho duchovního přesahu. Tlak na permanentní aktivitu seniorů může také způsobit potlačení tradičních rolí, např. roli prarodiče a zároveň odvést pozornost od výzev stáří a souvisejících vývojových úkolů.

1.7. Stav osobní pohody ("well - being")

Osobní pohoda je základním předpokladem šťastného života. Na otázku, co je její podstatou odpovídá Kebza s Šolcovou (2005, s. 12-15) když uvádějí, že jej můžeme chápat jako: osobní spokojenost, radost, blaženost (eudaimonii), prosperitu, subjektivní komfort či štěstí. Dále uvádějí, že na osobní pohodu je možné nahlížet ze dvou perspektiv: subjektivní a objektivní. Subjektivní osobní pohoda je složena ze čtyř komponentů a to z psychické osobní pohody, sebeúcty, sebeuplatnění a sebekontroly. Objektivní pocit štěstí ovlivňuje funkční kapacita organismu, zdravotní stav a socioekonomický statut.

Pro Seligmana (2003, s. 18-23) vychází tělesná a duševní pohoda (well-being) z uplatnění našich silných charakterových stránek a ctností. Silné stránky osobnosti, kterými jsou naše morální vlastnosti, jsou určeny třemi kritérii:

- jsou ceněny téměř v každé kultuře
- jsou ceněny sami o sobě (nejen jako prostředek vedoucí k jinému cíli)
- dají se naučit.

Ctnostmi rozumíme: moudrost a vědění; odvahu; lásku a lidskost; spravedlnost; střídmost; duchovnost a transcendenci. Pakliže uplatňujeme naše silné stránky a ctnosti, náš život se stává autentickým a to v dobách dobrých i zlých. Tak, na rozdíl od hédonismu, mají pro nás význam i nešťastné okamžiky, které nám umožňují prokázat mnohé kladné vlastnosti a tak utvářet kvalitu našeho života.

Šolcová s Kebzou (2005) dále uvádějí, že se u reprezentativního vzorku dospělé české populace ukázalo, že prožitek osobní pohody není determinován pohlavím ani věkem. Šťastní lidé se vyznačují pozitivním vztahem k vlastní osobě, vysokou sebeúctou, sebedřívěním a dále vysokou úrovní sebeuplatnění a přesvědčením, že úspěchu dosáhli vlastním úsilím. Zároveň se ukazuje, že jedinec může prožívat stav osobní pohody na úrovni svého hlubšího já – a to i když trpí závažnou nemocí či handicapem. Z tohoto důvodu mohou i vážně nemocní hodnotit své zdraví a osobní pohodu příznivě a zároveň tento jev není prokazatelně projevem popírání, či zastírání pravdy. Tento názor podporuje i Křivohlavý (2004, s. 185) když říká, že pocit subjektivní pohody vykazuje určitou trvalou charakteristiku (stabilitu), i když i tato může být ovlivněna radikálními životními změnami. Zároveň Křivohlavý (tamtéž) uvádí, že na subjektivní pocit pohody mají největší negativní vliv nesrovnalosti mezi tím, jaký má konkrétní člověk ideál svého sebepojetí a jaká je realita. Tedy jaký skutečně je a jakým by chtěl být.

SHRNUTÍ: *Senioři jsou heterogenní skupinou a kvalita jejich života je určována subjektivními i objektivními faktory. Tato úroveň kvality přímo souvisí s potřebami konkrétního jedince. Potřeby pak vycházejí ze stavu organismu, na který působí involuční změny. K nejzásadnějším patří potřeba fyzického a psychického zdraví, fungujících sociálních vztahů, ekonomického zázemí, vlastního přijetí i přijetí společností, zachování identity, soběstačnosti, otevřené budoucnosti a smysluplnosti života i řádu světa. Dále je možné konstatovat, že jednotný vzorec „úspěšného“ stárnutí neexistuje. Společným jmenovatelem všech shora uvedených teorií je zodpovědný přístup k sobě samému, tedy i k průběhu vlastního stáří. Stav naší osobní pohody je pak průsečíkem naší subjektivní spokojenosti a objektivních okolností. Není determinován pohlavím ani věkem. Vychází z našich silných charakterových stránek a vykazuje určitou stabilitu – konkrétní jedinec je schopen jej prožívat i při vážných životních změnách – na úrovni hlubšího Já.*

2. ZDRAVÝ ŽIVOTNÍ STYL JAKO CESTA

„ Když něco opravdu chceš, celý vesmír se spojí, abys to mohl uskutečnit. “
(Paulo Coelho)

Druhá kapitola je věnována zdravému životnímu stylu. Po objasnění pojmu *zdraví* a *zdravý životní styl* se budu věnovat konkrétním doporučením směřujícím do oblastí tělesné, psycho – sociální a spirituální. Zdravý životní styl tak bude představen z různých úhlů pohledu jako určitá životní filosofie.

2.1. Vymezení pojmu zdraví a zdravý životní styl

Zdraví patří k nejdůležitějším hodnotám života každého člověka. Samo o sobě není cílem života, ale představuje jednu z podmínek smysluplného žití. Je hodnotou individuální i sociální, která výrazně ovlivňuje kvalitu života. Lze jej komplexně chápat jako schopnost vyrovnat se s nároky vnitřního a zevního prostředí bez narušení životních funkcí. Pojem zdraví obsahuje tři složky: tělesnou a psychosociální integritu, nenarušenost životních funkcí a společenských rolí, adaptabilitu ve smyslu fyziologické a sociologické homeostázy (Čevela, Čeledová, Dolanský, 2009, s. 11-13).

Životní styl můžeme charakterizovat jako souhrn dobrovolného chování a životní situace (Machová, 2009, s. 15). Kubalčíková (2006, s. 12) uvádí, že zdravý životní styl je součástí odpovědné přípravy na stáří a také podmínkou pro aktivní a důstojné stárnutí. Zasloužit se o něj musí jednotlivec sám spolu s přispěním společnosti. Slepíčka (2015, s. 27) doplňuje, že stárnout zdravě je výzvou jak pro seniory, tak pro společnost. Důvodem je zachování nezávislosti jedince, která je podmíněna dobrým zdravotním stavem a péčí o něj. I když se část populace začíná starat o své zdraví až ve chvíli, kdy se objeví problémy, přesto mnoho lidí uvažuje jinak a volí zdravý životní styl jako životní strategii. Čevela (2014, s. 37) říká, že je nezbytné postulovat zdraví jako vysokou hodnotu, kterou lze vlastní aktivitou výrazně kladně ovlivnit. Zároveň platí, že laxní či fatalistický přístup ke zdraví či spoléhání na „všemocnou“ medicínu je spolu se zdravotní negramotností vytváří podhoubí mnoha závažných zdravotních problémů.

2.2. PODNĚTY PRO TĚLESNOU OBLAST

Naše tělo je první vnímanou a neoddělitelnou součástí naší osobnosti. Mění se v průběhu celého našeho života a stárnout začíná v podstatě od chvíle našeho zrození. S přibývajícím věkem dochází ke změnám naší tělesné schránky. Tyto jsou podmíněny vývojem, naší genetickou výbavou, životním stylem a nevyhnutelností. Stárnutí a opotřebování organismu je proces nevratný, nicméně pozitivně ovlivnitelný. Rozhodující je však vědomý a aktivní přístup. V této části bakalářské práce se zaměřím na pět oblastí úzce souvisejících s pozitivním ovlivňováním tělesných funkcí našeho těla. Jimi jsou: dýchání, pohybová aktivita, otužování, spánek a strava.

2.2.1. Dýchání

Dech rovná se život. První nádechem život začíná a posledním výdechem končí. Dýchání je aktivita, která dodává tělu energii a zároveň ovlivňuje veškeré pochody v těle. Buzková (2006, s. 18-19) upřesňuje, že vzduch je hlavní potravou člověka, neboť bez něj, na rozdíl od jídla a pití, vydrží žít jen několik málo minut. Vzduch, který vdechujeme, je zdrojem kyslíku, naopak každý výdech zbavuje naše tělo odpadních látek. Správné dýchání významně ovlivňuje krevní oběh, trávení, zažívání, svalovou i mozkovou činnost. Nesprávné dýchání naopak způsobuje nedostatečné odbourávání odpadních látek z těla, zpomalení jeho funkcí a špatné vyživování, které se projevuje např. nespavostí, únavou, nechutenstvím, špatným trávením a metabolickými poruchami. Rozlišujeme tři druhy dýchání a to: břišní neboli brániční, střední neboli hrudní a horní či jinak řečeno podklíčkové.

Většina lidí ovšem využívá pouze podklíčkové, případně hrudní dýchání. Hluboký plný dech ale zahrnuje všechny tři uvedené fáze a je „nejvýživnější“ a nejefektivnější. Často praktikované povrchní dýchání není vhodné, neboť způsobuje nedostatečné okysličování krve a následné hromadění odpadních látek v těle. Změnit naše dechové návyky je možné v každém věku.

Na otázku: „*Jak správně dýchat?*“ odpovídá Kombercová (2000, s. 25-30) - základem techniky je nádech i výdech nosem. *Břišní dýchání* se nejlépe učí vleže na zádech a to tak, že se dlaně položí na břicho a pozornost se soustředí pod ruce, kde probíhá nádech a výdech. Stejnou techniku se uplatňuje ve vzpřímeném sedu.

Po zvládnutí spodního dýchání je možné přistoupit k nácviku *středního dýchání*, které je založené na rozpínání žeber a to především do stran. Nácvik probíhá vsedě na židli, s dlaněmi položenými na dolní žebra. Pozornost je zaměřena na rozpínání žeber (při nádechu) a na jejich stahování (při výdechu). Odpor přiložených rukou pomáhá si tuto oblast uvědomit. Při nácviku *horního dýchání* se břicho a spodní žebra téměř nepohybují. Hlavním aktérem jsou horní žebra a klíčky. Provádí se opět vsedě při hlubokém výdechu se současným vtažením břicha. Poté jsou ruce položeny pod klíční kosti a dech je veden stejným směrem. Pozornost je zaměřena na napětí pod rukama za současného mírného rozevírání a zvedání hrudníku. Ramena naopak zůstávají v klidu. Po zvládnutí všech tří dechových fází je možné přistoupit k jejich spojení do jednoho plného plynulého dechu. Pokud, podle Wilsona (1997, s. 76) dokážeme ovlivňovat svůj dech, využijeme ve svůj prospěch mocnou životní energii, která následně ovlivní to, jak se cítíme. Budeme schopni nalézt klid ve chvílích napětí a tlaků působících z okolí.

K úspěšnému zvládnutí výše uvedené techniky nám může pomoci jóga, cvičení s lektorem, ukázky na internetu a samozřejmě literatura. Zásadní je ale naše rozhodnutí ke změně, dále vůle a trpělivost. Jako odměna se nabízí zlepšení zdravotního stavu a zvýšení životní energie.

2.2.2. Pohybová aktivita

Po správném dýchání je pohyb další složkou, která radikálně ovlivňuje zdraví seniorů. Pohyb působí blahodárně na naši tělesnou i psychickou pohodu. Ti, kteří pravidelně cvičí či sportují, zvládají lépe problémy každodenního života.

Uhlíř (2008, s. 5-16) poukazuje na to, že pro starší lidi má pohyb daleko větší význam než pro mladé. Lze jím totiž předcházet zdravotním komplikacím a zároveň léčebně řízenou pohybovou aktivitou můžeme průběh chorob kladně ovlivnit. Naopak nedostatek pohybu u seniorů způsobuje urychlování degenerativních procesů jak na fyzické, tak na psychické úrovni. Hlavním cílem pohybových aktivit seniorů je zachování a rozvoj fyzické mobility, která upevní soběstačnost, jistotu, sebevědomí a tím následně zvýší i kvalitu života. Vhodně zvolené pohybové aktivity pomáhají seniorům vyrovnat se psychicky s ochabováním funkcí orgánů a obecně se stárnutím jako takovým. Navíc také udržují sociální adaptabilitu. Pozitivní účinky cvičení u aktivních seniorů se projeví především ve zvýšené vitální kapacitě plic, úpravě

krvního tlaku, ve snížení rizika srdečního selhání a ischemické choroby, zlepšení pohyblivosti a celkové kloubní funkčnosti, zvýšené funkci metabolismu, zlepšení kvality spánku, krátkodobé paměti a schopnosti učení a antidepresivním působením.

S pohybovou aktivitou je možné začít kdykoliv. Příkladem je výzkum prováděný na skupině zdravých mužů ve věku 55 – 70 let, kteří v posledních dvaceti letech vůbec nesportovali. Ti začali pod lékařským dohledem trénovat třikrát týdně, po jedné hodině, po dobu jednoho roku. Muži přecházeli z počáteční rychlé chůze postupně v běh. Jejich fyzická výkonnost byla měřena před započítím a po skončení tréninku. Výsledky jednoznačně ukázaly, že se u nich zlepšila funkční zdatnost a to ve výkonnosti srdce a plic, aktivitě enzymů ve svalech, zvýšení obsahu svalového glykogenu a ve významném snížení krevního tlaku (Gregor 1999, s. 71).

Neaktivní senioři, respektive ti, kteří cílený pohyb z rozličných důvodů odmítají, či jsou okolnostmi donuceni, zaměří podle Štěpánkové (2014, s. 191) svou pozornost na celkové množství realizovaných pohybových aktivit v daném časovém období. Těmi rozumíme činnosti spojené se zajišťováním všech životních potřeb, aktivity spojené s nákupy, přesuny za kulturou, či relaxací, atd. Tyto aktivity není nutné v žádném případě podceňovat, neboť jsou schopny rozhodujícím způsobem nahradit pohybový deficit. Doplněny lehkým cvičením např. doma na židli, se mohou stát adekvátní aktivní pohybovou realizací.

K oblíbeným seniorským aktivitám patří turistika, plavání, nordic walking, jóga, tanec, jízda na kole či běžkách. Nejpřirozenějším pohybem však zůstává po staletí chůze. Ideálně v přírodě, na čerstvém vzduchu. Nevyžaduje žádné zvláštní nadání a je zároveň nejúčinnější ze všech cvičení. Wilson (1997, s. 292) říká, že svůj den nemůžeme nastartovat lépe, než svižnou čtyřicetiminutovou procházkou za úsvitu spojenou s dynamickým dýcháním. Dienstbier (2009, s. 131) také doporučuje chůzi jako vhodnou pohybovou aktivitu. Zastává názor, že čím bude chůze rychlejší, tím lépe. Ideálem je, pokud vyvolá lehké pocení. Kombercová (2000, s. 9-10) pozitivní dopad chůze doplňuje dalším aspektem, když říká, abychom byli zdraví, potřebujeme dostatečné množství kyslíku. Jeho transport do tkání spočívá na rychlosti toku krve tělem, která je závislá na výkonu srdce. Srdce zase nejvíce nutí k činnosti svaly dolních končetin, zad a břicha. Proto můžeme říci, že srdce bude dobře fungovat, pokud budou často a rychle chodit naše nohy a obráceně. Dessaintová (1999, s. 226) popisuje chůzi jako cvičení, při kterém pracuje velké množství svalů, zároveň je nejvíce přizpůsobené stavbě těla a fyzickým schopnostem většiny lidí. Chůzi lze snadno provozovat, je levná

a bezpečná i pro starší lidi. Zároveň může být stejně účinná jako běhání, a na rozdíl od něj nemá žádné nevýhody (jako otřesy a nárazy, které se mohou manifestovat dokonce i na vnitřních orgánech). Někomu umožňuje chůze meditovat, přemýšlet, či nalézat řešení problémů.

2.2.3. Otuzování

Otuzování je aktivita, která se při správném praktikování, významně podílí na upevnování zdraví. Komárek (2000) uvádí, že otuzování prospívá všem. Nutné je však respektovat věk a zdravotní stav, dále dlouhodobost, soustavnost a postupnost. Pro lidi vyššího věku, u kterých musí otuzování schválit lékař, je tato aktivita velmi důležitá: cévy starších osob totiž nejsou schopny se dokonale smrštít a zabránit tak unikání tepla z těla, zvláště v jeho okrajových částech. Proto senioři necítí bolest v prstech a rychleji prochladnou i omrznou. Gregor uvádí (1999, s. 12), že při otuzování těla dochází k tomu, že se smrští povrchové cévy a současně rozšíří cévy uvnitř těla. Tím dojde k lepšímu prokrvení vnitřních orgánů a tedy i mozku, mizí tělesná i psychická únava. Otuzování tak může mít vliv i na tempo stárnutí. Předpokládá se totiž, že jedním z kritérií, které jej ovlivňují, je míra poruch, vůči kterým je organismus odolný a rychlost, s jakou se funkční stav po zátěži vrací do výchozího stavu.

Jak postupovat? Ideální je začít s otuzováním v létě. Při aplikaci studené vody je vhodné začít s omýváním těla mokrou žínkou nebo ručníkem. Poté, co si tělo na tuto proceduru zvykne, je možné přistoupit k vyšší fázi a to k polévání nebo sprchování. Nejúčinnější je studená koupel v potoce, v řece, nebo v moři. Doba otuzování u omývání může probíhat 3 až 4 minuty, u polévání nebo sprchy 1 až 2 minuty. Koupele v přírodě bude trvat podle toho, jaká je teplota vody a vzduchu a jaké úrovně otužilosti koupající dosáhnul (Komárek, tamtéž).

2.2.4. Spánek

Spánek je veličinou, která je nenahraditelnou součástí života. Slouží především k regeneraci tělesných i duševních sil. Kvalitní spánek je ideálním startem do nového dne. Někteří stárnoucí lidé s ním však mají problémy. Podle Gregora (1999, s. 35-37) je

to přirozené. Snižuje se podíl REM fáze, tedy hlubokého spánku. V důsledku toho se starší lidé v noci častěji budí a úseky bdělosti či polospánku trvají déle. Obě změny narůstají s věkem a někteří senioři mají ráno pocit, že „nezamhouřili oka.“ Ten kompenzují krátkým spánkem během dne, či mikrosnánky, kterým podléhají např. vsedě, či ve společnosti. Tím zůstává celkový objem prospaných hodin stejný, jako u mladšího člověka, jen je rozložen do jiných časových úseků. Dessaintová (1999, s. 107-108) říká, že faktory související s nespavostí jsou společné všem lidem, bez rozdílu věku. K nespavosti jsou náchylní ti, kteří mají tendenci dělat si často starosti, jsou úzkostliví, deprimovaní, užívají léky na spaní, či prožívají „traumatický šok z odloučení“. Gregor (tamtéž) s ní souhlasí, když říká, že problém s usínáním je i důsledek tíživých myšlenek a napětí. V těchto případech je mocným pomocníkem relaxační cvičení, lehká večeře (ideálně čtyři hodiny před ulehnutím) a krátká večerní procházka v přírodě. Čistá větraná místnost bez rušivých vlivů je také dobrým předpokladem pro kvalitní spánek.

Strunecká (2011, s. 258-259) uvádí, že lékem na odstranění nespavosti je melatonin. Tento hormon, označovaný jako *hormon tmy a spánku*, účinně reguluje spánkové cykly a má dalekosáhlé účinky na stav organismu. Za normálních okolností se jeho hladiny v krvi zvyšuje po nástupu tmy a vrcholí uprostřed noci, aby podpořila spánek. Proto je nadbytečné osvětlení v podobě lampiček, blikajících televizorů a počítačů nebo osvětlení z ulice jednou z příčin nespavosti. Podávání melatoninu pacientům na klinikách potvrdilo, že může být s úspěchem použit při poruchách spánku. Krombholz (2009) doplňuje, že melatonin představuje alternativu léčby nespavosti využitelnou u některých skupin pacientů. Kromě úpravy spánku má i další dosud nepříliš probádané pozitivní efekty zejména u pacientů s lékovou závislostí.

2.2.5. Strava

Stravu můžeme bezesporu nazvat fenoménem, neboť podstatně ovlivňuje kvalitu našeho zdraví a zároveň zaujímá v naší kultuře v hierarchii hodnot vysokou pozici. Současné množství výživových teorií může oprávněnou otázku: „Co mám vlastně jíst?“. Pro seniory může být tato otázka naléhavější, neboť u nich dochází v souvislosti se stárnutím organismu k metabolickým změnám, na které je nutné pro udržení komfortu zdraví vhodně reagovat. Správný výběr potravin co do kvality i kvantity je součástí

zdravého životního stylu, prevencí civilizačních chorob a ve spojení s pohybovou a mentální aktivitou předpokladem úspěšného stárnutí.

Adámková uvádí (2011), že je nutné věnovat zvýšenou pozornost výživě seniorů a to z toho důvodu, že ve stáří je třeba pokrýt odbourávání kosterních a svalových bílkovin příjmem asi 1g bílkovin na 1 kg tělesné váhy denně. Protože také klesá schopnost vstřebávání vápníku z potravy, je nutné zvýšit jeho příjem až na 1,5 g za den. Dále je třeba zvýšit příjem vitamínů řady B, D a E. Šetřením stavu výživy u hospitalizovaných pacientů ve věku nad 70 let bylo zjištěno, že 30% z nich trpí podvýživou a v mnoha případech se jedná o kvalitativní chyby. Kozáková s Jarošovou říkají (2010), že obecně se riziko vzniku poruch výživy týká 30-65% seniorů. Tyto deficity (Adámková, tamtéž) je možné pokrýt doplňujícím příjmem funkčních potravin, které musí splňovat tyto základní podmínky:

- zlepšení fyziologických funkcí
- redukce rizika chorob
- posilování imunity, prevence proti nemocem
- příznivé ovlivnění fyzického a duševního stavu
- zpomalení procesu stárnutí.

Mezi jejich hlavní složky patří probiotika, vitamíny, antioxidanty, proteiny, aminokyseliny, nenasycené mastné kyseliny, fytosteroly. Doporučovaný je taktéž pravidelný příjem vlákniny (30g /24hod), o jejímž pozitivním vlivu nalezneme zmínky již v antické literatuře. Důvodem je skutečnost, že ČR je země s vysokým výskytem kolorektálního karcinomu a pozitivní vliv vlákniny, zejména ze syrové zeleniny, byl opakovaně potvrzen. Z dalších moderních poznatků týkající se výživy vyplývá, že je vhodné:

- udržovat optimální tělesnou hmotnost v rozmezí BMI 20-25
- snížit celkový podíl tuků v energetickém příjmu v rozmezí 30-35%
- omezit příjem cholesterolu na max. 300 mg/den
- udržet příjem jednoduchých cukrů do 10% celkové energetické dávky
- omezit spotřebu soli 5-7 mg/den
- zvýšit příjem vitamínu C na 100mg/den

V rámci stravovacího režimu je doporučeno jíst pravidelně – 3 hlavní jídla denně s maximálním energetickým obsahem pro snídani 20%, oběd 35%, večeři 30% a dopolední a odpolední svačinu s maximálně 5-10 energetickými procenty a přestávkou cca 3 hodiny mezi jednotlivými jídly. Doporučení týkající se výživy jsou velmi dobře dostupná nejen v odborných centrech, ale i v ordinacích odborných lékařů. Bohužel je zřejmé, že česká populace nefarmakologickému ovlivnění chorobných stavů a jejich prevenci nevěnuje dostatečnou pozornost.

Dle Kubíčkové (1998, s. 27) je ve vyšším věku změna stravy vhodným stimulem k celkové změně životního stylu a zvýšení adaptability. Co se týká vlastního složení jídelníčku, pak hlavními výživnými látkami těla jsou bílkoviny, tuky, cukry, vitamíny a stopové prvky. Vhodné je zachovat poměr 80:20 mezi zásadotvornými potravinami (jako je např. celozrnná mouka a vločky, ovoce a zelenina) a kyselinotvornými (maso, káva, cukr, ořechy, konzervační látky). Také (tamtéž) zdůrazňuje, že důležitý je i postoj k jídlu a celý způsob jeho přípravy. Jídlo tak nemá rozměr pouze sytící a vyživující, ale je zároveň jistým obřadem a možností k setkávání a sdílení. Tento aspekt může významně ovlivnit i naši psycho - sociální pohodu.

Další vyživující a oživující složkou jsou nápoje. Protože je tělo tvořeno přibližně ze 70 % vody, vyplývá z toho, že tato tekutina je pro naše tělo nejpřirozenější a zároveň nemá žádné vedlejší účinky. Dle Wilsona (1997, s. 253) je vhodné vypít osm sklenic vody denně, jako náhradu za kávu, čaj a limonády. Z mé vlastní zkušenosti a vzhledem k mé konstituci mohu potvrdit, že horká voda, která se mj. těší velké oblibě v asijských zemích, zvláště pak v Číně, je skvělou náhražkou ostatních nápojů a dokáže udržet tělo v úžasném tepelném komfortu.

Změna stravovacích návyků není úkol jednoduchý, ani jednorázový. V ideálním případě by měla souviset s celkovou změnou životního stylu. Impulzivní či nárazové změny jsou pro tělo spíše negativní. Tyto by měly být postupné, pozvolné, prosty extrémů.

SHRNUTÍ: *S ohledem na výše uvedené můžeme konstatovat, že kombinace správného dýchání, přiměřených pohybových aktivit, otužování a vhodná skladba jídelníčku, jsou pro seniory základem zdravého životního stylu. Zároveň je zřejmé, že fyzická aktivita vede (i u netrénovaných seniorů) ke zvýšení funkční zdatnosti těla s pozitivním přesahem do psychické i sociální i oblasti. Výsledky výzkumů dále ukazují, že i když je rizikem malnutrice ohroženo až 65% seniorů, vhodně zvolená strava spolu s konzumací potravinových doplňků dokáže tento problém řešit. Možnosti výživy jako léčebného faktoru jsou tak nezpochybnitelné.*

2.3. PODNĚTY PRO PSYCHO-SOCIÁLNÍ OBLAST

Na každého člověka působí v průběhu života permanentně řada vlivů, které musí nějakým způsobem reflektovat. Nástrojem, který nám toto umožňuje, je naše psychika. Díky ní jsme tak schopni informace z okolního světa přijímat, zpracovávat a reagovat na ně.

2.3.1. Proměny psychických funkcí

Proměny psychických funkcí jsou biologicky podmíněné strukturálními a funkčními změnami mozku. Psychiku staršího člověka ovlivňuje řada sociokulturních faktorů, ke kterým počítáme zkušenosti jeho generace, vlastní životní styl a společenské a očekávání. Psychologický věk je rovněž podmíněn mnoha faktory, mimo jiné osobnostními rysy a také reakcemi konkrétního člověka na vlastní stárnutí. Některé znaky duševních změn jsou společné pro většinu seniorů, ale každý člověk je individualitou, specifickou osobností, která je vybavena různými vlastnostmi a zkušenostmi, a tento fakt je nutné i u stárnoucí osobnosti respektovat (Brzáková-Beksová, 2013, s. 36).

Charakteristický obraz psychiky seniorů vidí Jedlička (1991, s. 14-15) takto:

- Psychické změny mající povahu vzestupnou – zvýšená trpělivost, tolerance k druhým, vytrvalost
- Psychické změny mající povahu sestupnou – pokles vitality, elánu, zpomalení psychomotorického tempa, snížení všípivosti, výbavnosti a pozornosti, snížená schopnost navazovat a udržovat vztahy
- Psychické funkce nemění se s věkem – intelekt, slovní zásoba, jazykové schopnosti.

Snížení všípivosti popisuje i Baltes in Gruss (2009, s. 12) když říká, že fluidní inteligence, tedy ta, která je vrozená a zajišťuje základní mechanismy přijímání a zpracování informací, vykazuje známky stárnutí již velmi brzy. Demonstruje se jako kvalita krátkodobé paměti. Je důležitá zejména při učení, proto bývá pro starší lidi tak obtížné naučit se něčemu novému. Oproti tomu krystalická inteligence, která se

reprezentuje získanými poznatky a zkušenostmi zůstává dlouho funkční a do jisté míry se rozvíjí stále.

Duševní stárnutí ovlivňuje vědomí zkracující se životní perspektivy, dochází při něm k průniku vlivů spojených s biologickým věkem mozku a tím i celého těla a dalších společenských faktorů souvisejících s věkem, které determinují duševní involuci (Říčan, 2006, s. 337). Srnec (1982, s. 136) v souvislosti s duševním stárnutím mluví o „percepčním oddalování“ od okolí, které můžeme chápat jako nepatologický pokles ve vnímání, který však vytváří nové situační podmínky, které musí stárnoucí člověk reflektovat, respektive se na ně adaptovat.

Pozvolné snižování adaptability, tj. schopnosti přizpůsobovat se složitějším nebo nepředvídaným situacím vnímá i Gregor (1990, s. 89) jako závažný moment v procesu stárnutí. Zároveň ale dodává, že tuto schopnost je možné trénovat skrze stále „cvičení“ rozumu a jeho schopností. V této souvislosti hovoří o „profesionálním transferu“, který chápeme jako souvislost mezi určitou profesní aktivitou, která usnadňuje zájem o jiné aktivity a udržuje tak psychickou výkonost na vysokém stupni. Schopnost adaptability také výrazně ovlivňuje vnitřní postoj k životním hodnotám. Vytvoří-li si člověk kladné etické hodnoty, které respektuje po celý život, je i způsob jeho stárnutí hodnotnější a psychická stránka funkčního věku kvalitnější.

Kováč (2013, s. 154) poukazuje na to, že zintenzivnění mentálních činností je důležité zejména pro ty, kteří pracovali především manuálně. Koukolík (2014, s. 93) říká, že pro stárnoucí mozek platí totéž, co pro stárnoucí svaly. Pokud jej nebudeme namáhat, ztratíme jej. Biologické stárnutí mozku začíná po třicítce, ale při námaze a slušném zacházení nejenom že vydrží, ale rozvíjí se dalších 40, 50 a někdy i více roků.

2.3.2. Sociální rozměr člověka

Člověk je bytostí společenskou, která je v podstatě závislá na vztazích. Tento rozměr, který neoddělitelně patří k podstatě člověka, nazýváme sociálním. Týká se tedy především vztahů k druhým lidem, ke společnosti, ale i k sobě samému.

Intenzita mezilidských vztahů je určena typem stárnoucího člověka a jeho zdravím. Do značné míry je ovlivněna tím, jak je člověk schopen vědomě pěstovat vztahy s rodinou, spolupracovníky, přáteli, známými. Působí-li stárnoucí člověk vědomě proti případné izolaci, přijímá stále nové podněty a tím může příznivě ovlivnit

svůj funkční věk. Na něj také velmi pozitivně působí práce, a to nejenom v zaměstnání, ale i v zájmové sféře (Gregor, 1990, str. 90).

V sociálním prožívání života každého seniora se samozřejmě odráží i stav společnosti, ve které žije. Ta je garantem určitého ekonomického standardu, zdravotní péče a určuje míru akceptace seniorů ve společnosti, respektive úroveň jejich postavení. Dvořáčková (2012, s. 14) uvádí, že v důsledku bio-psycho-sociálních změn často dochází k vyčleňování starších lidí ze společnosti. Vznikají problémy s navazováním nových vztahů a strach z osamělosti a opuštěnosti se zvyšuje. Klevetová (2017, s. 15) říká, že mladá generace nechápe přínos seniorské populace pro společnost a že v popředí zájmu společnosti by mělo být přijetí přístupů nediskriminace a solidarity a uvědomění si péče o seniory jako stálé hodnoty v lidském společenství. Dále dodává (tamtéž), že má sama seniorská populace přispět ke změně vnímání procesů stárnutí a stáří. Zároveň se sami senioři musí snažit využít všech možností, které jim společnost nabízí.

Suchomelová (2016, s. 25) říká, že stejně jako v případech fyzického i psychického stárnutí je adaptace na změny i v sociální oblasti velmi individuální a odráží heterogenitu stárnoucí populace. Podle Dvořáčkové patří k nejtěžším zkouškám seniora odchod dětí z domova (v této souvislosti hovoříme o syndromu „prázdného hnízda“), a především ztráta životního partnera. Rodičovství bývá obvykle nahrazeno rolí prarodiče, ale ovdovění může vyústit v pocit opuštěnosti a osobní bezvýznamnosti. Osamělost, patří k největším potenciálním problémům stárnoucího člověka. Její míru určuje rodinný stav a s tím související forma rodinného soužití (2012, s. 76-78).

Výsledky již zmíněných výzkumů z Univerzity Palackého v Olomouci (2016) potvrzují, že v životě člověka má zásadní význam rodina. Pro dotazované seniory jsou rodinné vztahy hlavním zdrojem lidského kontaktu, v některých případech dokonce jediným. Ve stáří tak roste význam dobrého rodinného zázemí, které seniorům přináší radost, životní spokojenost a vědomí, že se mají o koho opřít. Senioři nejčastěji vypovídali o svých dětech, vnoučatech, sourozencích, ale samozřejmě i o svých partnerech. Pro udržování spokojených rodinných vztahů je podle dotazovaných důležitá vzájemná úcta, upřímnost, smysl pro humor a v neposlední řadě i schopnost překonávat problémy. Někteří lidé označují své stárnutí jako dobré právě díky své rodině, se kterou udržují kontakty. Toto tvrzení podporuje také Sak s Kolesárovou (20, s. 25), když říkají, že při určitém zobecnění je možné tvrdit, že pro českou populaci je

na konci života podstatnější kvalita mezilidských vztahů, než konec vlastní existence. Je zajímavé, že tyto obavy mají sociální charakter a jsou ovlivnitelné.

Podle Sýkorové (2007, s. 153) senioři možná více než dříve zvažují následky svých špatných rozhodnutí, zvláště pro druhé. V kontextu redukované budoucnosti zřejmě vnímají i obtížnost jejich reparace.

2.3.3. Emoce a jejich kultivace

O vlivu emocí – pozitivních na naše zdraví mluví Nešpor. Uvádí (2016), že tyto zvyšují odolnost vůči stresu a usnadňují sociální interakci. Zároveň prohlubují pocit životní spokojenosti. K navození pozitivních emocí pomáhá úprava životního stylu. Ta souvisí se spánkem, který je přirozeným prostředkem pro posílení zdraví a zvýšení inteligence. V této souvislosti hovoří o významu kvality hodiny prožité před usnutím a po probuzení, protože významně ovlivní kvalitu spánku a následně nový den. Dále odkazuje na dostatečnou konzumaci vody, protože zlepšuje myšlení a zvyšuje odolnost. Přiměřený pohyb 3-5x týdně po dobu třiceti minut, praktikování relaxačních technik, rozvíjení zálib, fungující síť sociálních vztahů a nějaká forma duchovního života jsou další pilíře, které pozitivní emoce navozují a prohlubují.

Dessaintová (1999, s. 74-87) říká, že jediným nepřítelem v životě jsme sami sobě my. Oním nepřítelem je náš způsob uvažování a reagování na události. Šťastní a zdraví lidé vykazují společné charakteristiky a postoje, a to:

- jsou schopni vidět věci realisticky a přizpůsobovat se situacím, vysoce si váží sami sebe a mají důvěru ve své schopnosti
- pěstují si schopnost být šťastní, mít radost ze života, tyto kvality okořeňují humorem a smíchem
- jsou svobodní, autonomní, iniciativní, zvládají samotu a jsou schopni z ní učinit spojení
- vlastní smrt i smrt blízkých vnímají s určitou vyrovnaností

Kubíčková (2014, s. 132-134) doporučuje cvičení k vyvažování emocionálních krajností: vzteku i euforie. Jeho cílem není ohrožení bohatého citového života, ale naopak jeho prohloubení, kultivace a harmonie. Radost ani negativní emoce by neměly

probíhat bez kontroly, bez uvědomění si této skutečnosti. Ovládnání emocí, zvláště těch negativních, vede k zakotvení ve svém vlastním středu, ve svém vlastním já. Ke zvládnutí této disciplíny je doporučeným, osvědčeným a nejdostupnějším cvičením intenzivní dýchání. Další možností je spojit dech s pohybem, či se soustředit na užitečnou fyzickou práci.

2.3.4. Prevence demence v kontextu životního stylu

Demence je v současnosti jedním z velkých hrozeb stáří. Důvodem je skutečnost, že tato devastující choroba je celosvětově velmi rozšířena a že přesná příčina tohoto závažného onemocnění není zcela jasná. Proto je i farmakologická léčba limitována.

Demence, jejíž nejčastější příčinou je Alzheimerova choroba, způsobuje postupné zhoršování různých funkcí mozku, mezi které patří paměť, myšlení, jazyk, plánování, ale také změna osobnosti. Rizikovými faktory jsou věk a rodinné dispozice. V poslední době výzkum ukázal, že se Alzheimerova nemoc u starších lidí (bez rodinného výskytu nemoci) vyskytuje zároveň se změnami na 19. chromozomu. U lidí, kteří onemocní ve věku kolem 30 a 40 let (to je většinou spojeno s rodinným výskytem nemoci), souvisí Alzheimerova nemoc nejspíše se změnami na 1., 14. a 21. chromozomu. Výzkumní pracovníci a lékaři docházejí k názoru, že Alzheimerova nemoc je komplikované onemocnění způsobené různými faktory (Česká Alzheimerovská společnost, 2014).

Dle Sheardové a Hudečka (2011), definují populační studie mnoho faktorů souvisejících se životním stylem, které mohou být významné pro snížení rizika vzniku demence či být jejími prediktivními ukazateli. K těm nejčastěji zmiňovaným patří cévní onemocnění a depresivní syndromy. Protože farmakologické ovlivňování rizikových faktorů nemá konzistentní výsledky, obrací svou pozornost k jednotlivým složkám životního stylu. Mezi ně patří:

- *Stravovací návyky a kouření:* úprava dietního režimu se jeví jako jedna z nejméně bolestivých cest v prevenci kognitivního deficitu a demence. Dle výsledků posledních studií je nezpochybnitelný příznivý vliv denní konzumace tří a více porcí zeleniny a ovoce na snížení kognitivního deficitu a zpomalení jeho rozvoje. Dalším očekávaným a potvrzeným příznivým nutričním faktorem

je konzumace ryb a střídavý příjem alkoholu, zejména červeného vína. U kouření se poslední velké metaanalýzy shodují v tom, že jsou stávající kuřáci více ohroženi vznikem demence (především Alzheimerovy), zatímco pro bývalé kuřáky již není tato asociace jednoznačná.

- *Vzdělání a kognitivní stimulace:* lidé s výrazně vyšší mentální stimulací mají v průběhu života menší riziko vzniku demence. Kognitivní trénink jako preventivní metoda vzniku demence se zdá být u starších lidí účinným nástrojem. Lidé s již přítomným kognitivním deficitem a s demencí neprofitují z kognitivního tréninku jednoznačně.
- *Společenské zapojení:* Lidé zapojeni v kvalitní sociální síti mají až o 60% nižší relativní riziko demence proti osobám žijícím osaměle. Hlavním úkolem pro budoucnost se tedy jeví celospolečenské a zejména komunitní strategie zaměřené na zvýšení a zintenzivnění sociálního zapojení seniorů.
- *Religiozita a spiritualita:* Průřezové studie konzistentně prokazují, že lidé vykazující pravidelnou náboženskou aktivitu jsou spojeni s nižší mortalitou a nižší mírou invalidity. Nejefektivnější důkazy o příznivých fyziologických účincích na demenci a kognitivní stav pocházejí z intervenčních studií využívajících meditaci (především transcendentální). Přestože stále přibývá důkazů z intervenčních studií o pozitivním vlivu spirituality na zdraví, včetně ovlivnění kognitivních funkcí, je toto téma spíše opomíjeno.

2.3.5. Trénování paměti a jiných kognitivních funkcí

Jak bylo výše naznačeno, trénování paměti má stejnou důležitost jako trénování těla. Tato oblíbená aktivita seniorů ovlivňuje nejen paměť samotnou, ale i běžné výkony každodenního života. Na tomto místě je vhodné zmínit, že v rámci „Univerzity třetího věku“ probíhají kurzy trénování paměti i na Teologické fakultě Jihočeské univerzity a že jedním ze zakladatelů „České společnosti pro trénování paměti a mozkový jogging“ je Jaro Křivohlavý.

Psychické deficity, které se projevují oslabením vstřípivosti informací, narůstající zapomnětlivostí či sníženou schopností koncentrace mohou být u zdravých starších osob připisovány nedostatečnému tréninku. Díky vhodnému cvičení paměti a myšlení si mohou senioři udržet, rozvíjet či znovu získat svou psychickou výkonost. Pro nemocné osoby (např. s demencí či po mozkové mrtvici) to pak znamená stabilizaci a využívání stávajících rezerv. Moderní gerontologie proto požaduje, aby se trénování paměti provádělo skrze smysluplný materiál – tedy na tématech, která se vztahují ke každodennímu životu s vyloučením časového a výkonnostního tlaku (Stengelová In Tašková, 2008, s. 26).

Podle Preisse a Křivohlavého (2009, s. 7-8) má asi 25% starších osob subjektivní stížnosti na paměť. Toto procento roste s věkem a u osmdesátiletých seniorů dosahuje až 90%. Ze studií vyplývá, že trénování paměti zlepšuje subjektivní i objektivní paměťový výkon a že výkon paměti může být i po pěti letech tréninku zvýšen o téměř čtyři IQ body. Z toho vyplývá, že trénink paměti může otočit i běžné oslabování kognitivních funkcí – z přirozeného úbytku se stane přírůstek. Zatím však není jisté, zda se může trénování paměti stát prevencí před mírnou kognitivní poruchou či Alzheimerovou demencí. Pokud by se v budoucnu tato hypotéza potvrdila, významně kladným způsobem by ovlivnila veřejné zdraví a náklady na léčbu.

Z výzkumu Taškové (2008, s. 49) realizovaného na heterogenní skupině seniorů nad 60 let vyplývá, že pro seniory má trénování paměti velký význam a to z několika důvodů: dotazovaní se shodli v tom, že díky této, podle nich příjemné duševní činnosti dělají něco pro správnou činnost svého mozku a také, že svůj čas vyplňují smysluplnou a zábavnou aktivitou, která je pro mnohé zároveň i velkou společenskou událostí. V neposlední řadě je téměř pro všechny respondenty významné cvičení paměti v tom, že se cítí sebevědoměji a více si věří. Tomuto faktu přikládají velkou důležitost.

Odpověď na otázku, jak konkrétně trénovat a otužovat seniorskou psychiku jsem také hledala ve výsledcích aktuálního ojedinělého výzkumu realizovaného Univerzitou Palackého v Olomouci (2016), který se mimo jiné zaměřil na zjišťování toho, jak naši senioři aktivizují svůj duševní potenciál. Výsledky výzkumu vypovídají o tom, že předmětem učení a udržování kvalit duševního potenciálu seniorů se stávají každodenní činnosti, ale také návštěva různých sebezkušenostních kurzů a terapií. Senioři nejčastěji trénují svou paměť luštěním křížovek nebo sudoku. Dále čtou, sledují v televizi vědomostní soutěže, pracují na počítači, či připravují aktivity pro druhé. Oblibě se také

těší prosté, avšak vědomé pozorování okolního dění: sledování zpráv, četba novin, častá komunikace s ostatními, která pomáhá udržovat plynulou slovní zásobu. K trénování své mysli využívají senioři i automobil, pro jehož ovládnutí musí využít řadu svých psychologických funkcí. Další oblíbenou činností je i cvičení paměti, např. v Klubech pro seniory. Velká část starší generace uvádí, že učení je pro ně celoživotním procesem a příležitostí k osobnímu růstu.

SHRNUTÍ: *K psychologickým a sociálním změnám, podobně jako k tělesným, ve stáří dochází, ale lze jim čelit. Charakteristickým obrazem psychiky seniorů je vytrvalost, důslednost, trpělivost, ale také snížená všípivost, výbavnost, pozornost a psychologická adaptabilita. Programy orientované na trénink paměti se mohou stát cennou součástí projektů, které se zaměřují na duševní zdraví seniorů. Sociální rozměr stárnutí člověka ovlivňuje řada faktorů, které vycházejí z jedince samotného, z jeho bezprostředního okolí, ale i z celé společnosti. Nejpodstatnější, respektive nejvíce vnímanou hodnotou jsou mezilidské vztahy, jejichž význam v souvislosti se zkrácenou životní perspektivou roste. Rodina pak symbolizuje bezpečí, jistotu, kontinuitu a zároveň je zdrojem primárních lidských kontaktů. Psycho - sociální rozměr člověka tak můžeme charakterizovat jako symbiózu jedince a společnosti, která funguje na základě vzájemných interakcí.*

2.4. PODNĚTY PRO SPIRITUÁLNÍ OBLAST

Spiritualita patří k člověku odedávna. Zájem o ní souvisí s otázkami po smyslu života a řádu světa. V seniorském období, vzhledem ke zkracující se životní perspektivě, nabývá na významu.

2.4.1. Spiritualita a stáří

Spiritualita je mnoho let předmětem lékařského a psychologického výzkumu. Prvky spirituality zahrnují např. respekt vůči určitým hodnotám, smysluplnost, vnitřní růst a transcendenci, tj. zkušenost s dimenzí přesahující vlastní Já. Spiritualitu lze do značné míry považovat, ve vztahu ke zdraví, za ochranného činitele. Je doloženo, že souvisí s lepším duševním stavem, odolností vůči stresu a přispívá ke zvládnutí zátěžových situací. Ve vztahu ke spiritualitě se popisuje i nižší riziko předčasné smrti, větší pocity jistoty, klidu a naděje, ale také stabilnější vztahy (Nešpor, 2013).

Suchomelová (2016, s. 63-65) uvádí, že spiritualitu lze vnímat jako přirozenou subjektivní složku každé lidské osobnosti, jako neverbální formu lidské zkušenosti, která nemusí být vázána na příslušnost k náboženské skupině. Ve své spirituální dimenzi se člověk vztahuje k něčemu, co jej dalece přesahuje, je pro něj krásné, povznášející a posvátné. Zároveň je spiritualita postavena na vztahovosti: promítá se do vztahu k druhým lidem, světu i sobě samému. K nejdůležitějším spirituálním potřebám (jiho)českých seniorů patří (tamtéž, s. 262):

- Potřeba vědomí důstojnosti a hodnoty
- Potřeba smyslu a kontinuity životního příběhu
- Potřeba víry, naděje a životního cíle
- Potřeba lásky a to lásku „dávat“ i „přijímat“

Potřeba vlastní důstojnosti a hodnoty se jeví jako nejdůležitější, protože naplnění všech duchovních potřeb vždy vede k posílení vědomí důstojnosti a sebehodnoty a naopak vědomí vlastní hodnoty a důstojnosti ovlivňuje způsob naplňování dalších spirituálních potřeb.

Škrlovi (2003, s. 434) popisují spiritualitu jako dimenzi, kterou můžeme považovat za hnací sílu v životě jedince, která dává smysl všem aspektům života

a v jejímž středu sídlí naděje. Koukolík (2014, s. 144-145) uvádí, že spiritualita je ponoření se do jádra vlastního bytí. Ke konci života nabývá většího počtu rozměrů. Prvním je hledání a nalézání vlastního smyslu života, dalším je sebezpřesah. Lidé se obracejí do vlastního nitra, nebo ven, k Bohu, kosmu, přírodě. Erikson (2015, str. 117 - 132) k tomu říká, že stárnutí je velká výsada. Dovoluje totiž zpětnou vazbu k dlouhému životu, který můžeme znovu prožívat v retrospektivě.

Spirituální hodnoty jsou pro Frankla (In Tavel, 2004, s. 161) tím posledním a nejdůležitějším pro kvalitu života. Skrze ně lze najít smysl vlastní existence. Za všech okolností je možné, byť v sebetragičtější situaci, rozpoznat nějaký smysl. Tak utrpení, vina i smrt mohou být zdrojem něčeho pozitivního, pokud se člověku podaří k nim zaujmout určitý postoj (tamtéž, s. 154).

2.4.2. Moudrost jako „koruna stáří“

Stáří je významné právě pro to, že představuje největší potenciál celoživotních zkušeností, výsledků celoživotního vzdělávání, postojů, hodnot, světonázoru a v neposlední řadě sociálních kompetencí. Je to přidaná hodnota přetavená do individuálního vědomí, která se v řadě případů demonstruje jako moudrost. Moudrost není automatickým atributem stáří, jedná se o vlastnost, ke které se dopracuje pouze část lidí. (Sak 2012, s. 23-24).

Moudrost jako ideál stáří nelze generalizovat, jedná se o výběrovou vlastnost. Můžeme jí charakterizovat jako intrapsychickou schopnost dobře rozumět životu, milovat pravdu, uznávat limity lidského poznání, optimálně se rozhodovat, upřednostňovat společenské dobro před vlastním užitkem (Kováč, 2013, s. 60). Sak s Kolesárovou (2012, s. 24-25) uvádí, že moudrost je určitá duchovní zralost, která se projevuje v názorech, hodnotách, postojích a sociálních kompetencích, promítá se do reálných dějů každodenního života v přirozeném světě. Je odměnou za autentický život prožitý v jednotě mezi sférami intelektu, mravnosti, citu a jednání.

Maslow v této souvislosti hovoří o procesu sebeaktualizace, který vnímá jako potřebu růst k plnějšímu bytí a k hodnotám, které jsou reprezentovány vyrovnaností, laskavostí, dobrotou, nesobečností, poctivostí a láskou. Tlak, který vyvěrá z nitra člověka tak směřuje k jednotě osobnosti, k jeho plné individualitě a identitě (2014, s. 211). „Spouštěčem“ procesu sebeaktualizace jsou charismatická setkání, či vrcholné

zážitky, které člověka naplňují vnitřním řádem, harmonií a pocitem splynutí se světem (tamtéž, s. 152).

Vývojový psycholog E. H. Erikson popisuje stáří jako poslední, osmou etapu lidského života, ve které, jako ve všech předchozích, musí jedinec proto, aby se rozvíjel, překonat určitý rozpor. Odměnou je pak získaná ctnost. Rozporem, který se vztahuje k tomuto období je zoufalství z konečnosti života, ctností pak získaná moudrost (2015, s. 102-107). Křivohlavý (2009, s. 32-33) říká, že to, co nám dává poznat, zda je daný člověk moudrý či nikoliv, je pronikání moudrosti do jeho chování. Nejvýrazněji se projevuje tam, kde se člověk dostává do těžkých životních problémů a často až téměř neřešitelných konfliktů. Umožňuje tak člověku odlišovat věci podstatné od nepodstatných. Moudrost tak poskytuje člověku jistotu, ale zároveň ukazuje až nedozírnou složitost a nekonečnost problémů. Moudrý člověk tak hluboce chápe Sokratův výrok: „Vím, že nic nevím“, a to ho vede k pokoře. Na otázku *co se dá dělat, aby se člověk stal moudrým*, odpovídá Křivohlavý (tamtéž, s. 132) tím, že je důležité pracovat na sobě. Když si ujasníme pojetí moudrosti, může nám to pomoci dát životu dobrý smysl. Dát mu cíl, pro který stojí za to žít a radovat se ze stále širšího a hlubšího poznání toho, co je v životě podstatné a tím ustát těžkosti a unést tíhu života. Žít životem, který stojí za to žít.

2.4.3. Hranice života

Zásadní skutečností patřící ke stáří je narůstající vědomí konečnosti pozemského života. Strach z neznáma je u moderního člověka posilován tím, že vidí sám sebe jako individualitu, jedince, který se chápe jako samostatné vědomí. Tím se individualizuje i smrt se stává obtížně uchopitelnou.

Ptáme-li se tak po smyslu smrti, musíme se ptát zároveň po smyslu života. Haškovcová odpovídá takto (1975, s. 20): „Vydrží-li člověk vědění toho, že je smrtelný a že je nejisté pouze to, kdy se smrt stane nevyhnutelnou možností lidské existence, pozná svou odpovědnost za každý okamžik lidského života“. A dále (tamtéž, s. 23) říká, že život člověka je podmíněn smrtí a smrt je podmínkou života. Každý živý tvor je podřízen biologickým zákonitostem, ze kterých se nelze vymanit, které nelze popřít a nad kterými nelze zvítězit. Jediné, co může člověk udělat, je, že bude respektovat svoji konečnost a z tohoto prostého faktu vyvodí také závěry pro svůj konkrétní život.

Nikdo nemá dost času, protože každý má jen limitovaný čas. Sokol (2016) uvádí, že život, který je omezený, je něco úplně jiného, než by byl život „bez konce“.

Vědomí toho, že jsme součástí koloběhu přírody, nám může pomoci smířit se s vlastní smrtelností. Sama příroda nám tak může být do poslední chvíle učitelkou. Vidíme, že vše má svůj počátek i konec, že krásu můžeme nalézt i v nedokonalosti a také to, že podléháme řádu, který je dán a který nás přesahuje. Vědomí konečnosti života by nás nemělo ochromovat, ale naopak podněcovat ke skutečnému, autentickému životu.

2.4.4. Sebeřízení (self – acceptance)

Přijetí sebe sama takového jaký jsem, souvisí i s akceptací vlastního života. Proto zvláště ve stáří nabývá na významu. Podle Grüna (s. 23, 2009) se ve stáří jasněji a jednoznačněji ukazuje, zda člověk sám sebe skutečně přijal. Mnozí nemají se sebeřízením problémy, pokud jsou úspěšní, potřební a obklopení zájmem. Když se však tato situace změní, začínají si stěžovat a litovat se. Je zřejmé, že dosud sami sebe nepřijali, protože si vybudovali pocit vlastní hodnoty na uznání druhých. Jinde říká (tamtéž, s. 26), že stárnutí je šancí, ale ta si žádá ochotu pracovat na sobě a stavět život na nových základech. I Kruse (In Suchomelová, 2016, s. 37) vidí ve stáří životní šanci a to v možnostech:

- uspořádat minulé prožitky, události a zkušenosti a nově je přehodnotit
- uzavřít kompromis mezi očekáváním a dosažením
- přehodnotit konkrétní životní okolnosti a etické problémy
- přeměřovat vlastní potřeby ve prospěch jiných a zároveň budoucí plány a očekávání vztahovat k blízké budoucnost
- na základě životních zkušeností přistupovat k životu a jeho požadavkům vyzrálým způsobem a moudrostí.

Starší člověk potřebuje dát svému životu smysluplný rámec, zkoumat, zda vše, co prožil do sebe „zapadá“ a jakým způsobem, zda se životní investice vyplatily a také jak svůj dosavadní život vztáhnout k budoucnosti (Suchomelová, 2016, s. 161).

Seniorské období je tak možné vnímat jako příležitost k sebezpřijetí. Spiritualita je jednou z cest, která nám může pomoci naladit se na náš vnitřní prostor a vstoupit do stavu smíření, pokory a vděčnosti za život, který nám byl dán.

SHRNUTÍ: *Spiritualitu můžeme klasifikovat jako formu lidské zkušenosti, která se dotýká bytostné podstaty člověka. Odráží se vztahu k sobě samému i k okolí. Je cestou, na které můžeme nalézat odpovědi na otázky po smyslu života i jeho konečnosti. Z tohoto důvodu může být nezastupitelným zdrojem pro seniory, kteří jsou zřetelněji konfrontováni se zkracující se životní perspektivou. Moudrost, která není automatickou výsadou stáří, pak můžeme chápat jako zhodnocení životních zkušeností, které se profiluje jako schopnost oddělit podstatné od nepodstatného a zároveň složité situace řešit s nadhledem v kontextu všech souvislostí.*

3. ČLOVĚK JAKO BIO-PSYCHO-SOCIO-SPIRITUÁLNÍ JEDNOTA

„ *Kdo ve stáří prohlédne tajemství života a pochopí svůj život jako celek, stane se moudrým.*“

(Anselm Grün)

Obsahem třetí kapitoly bude holistický² náhled na současného člověka ve zdravotně-sociální oblasti, včetně krátkého exkurzu na jeho pojetí skrze dějiny.

3.1. Krátký historický exkurz

Základy celostního pohledu na člověka můžeme nalézt již u řeckého filosofa Platona, který napsal: „*Nikdy se nesnažte léčit oko, aniž byste zároveň nevěnovali pozornost i hlavě. A věnujete-li pozornost hlavě a nevěnujete-li pozornost celému tělu, neděláte dobře. Stejně tak nedobře jednáte, když léčíte tělo a nevěnujete pozornost duši. Léčení jedné části by nikdy nemělo probíhat bez pozornosti věnované druhým částem.*“ Řecký lékař Hippokrates, který je obvykle chápán za model antického lékaře, se domníval, že tři různé tělesné tekutiny jsou zodpovědné za to, jaký má daný člověk nejen temperament, ale i jaké má somatické a duševní potíže a nemoci. Toto pojetí bylo přijímáno až do 17. století. Velmi silný vliv na další práci lékařů měl francouzský filosof Descartes, který prosazoval názor, že pro porozumění toho, co se v člověku děje, nepotřebujeme nic víc, než znalost biologických jevů. Toto pojetí, bylo považováno za „jedinou pravdu“ až do 20. století. V té době se začala psychologie zasazovat o širší, holistické pojetí člověka a jeho zdraví (Asbjorn, O., 2010, s. 17-19).

² Směr zdůrazňující celostnost a pokládající celek za něco vyššího než souhrn součástí.
Zdroj: Slovník cizích slov [online], [cit. 2017-03-13].
Dostupné z: http://slovník-cizich-slov.abz.cz/web.php/hledat?cizi_slovo=holizmus

3.2. Holistický pohled na současného člověka ve zdravotně - sociální oblasti

Problematika celostního přístupu k člověku se v posledních letech stále více dostává do centra zájmu odborné i laické veřejnosti. V médiích se čím dál častěji objevují propagátoři komplexní péče z řad lékařů a příbuzných profesí, lidé se více zabývají zdravým životním stylem a vyhledávají lidštvější kontakt, který současná, technická medicína nenabízí (Petrůjová, 2014, s. 7). Šolcová ale uvádí (2007), že holistický přístup k člověku si moderní medicína osvojuje jen velmi obtížně. Extrémním důsledkem je medikalizace každodenního života a používání lékařského slovníku na pojmenování věcí, které nepatří do sféry medicíny (změny nálad, stárnutí, smrt apod.). Nad příčinami této skutečnosti se zamýšlejí Chvála s Trapkovou (2006, s. 218), když říkají, že vidí problém ve ztrátě současných jistot lékařů, které jsou založeny na exaktních principech a moderních technologiích. Do popředí zájmu by se dostal mezilidský kontakt a lékařova schopnost komplexního uvažování a tím by technologie a farmaceutický průmysl ustoupili do pozadí.

O tom jak se u člověka projevuje vztahovost jednotlivých složek, píše Čeledová s Kalvachem. Říkají (2016, s. 50), že bio-psycho-socio-spirituální provázanost vede k dominovému efektu – např. stresor somatický (banální horečnaté onemocnění) vede nejen k dekompenzaci tělesné (slabost, dušnost, dehydratace), ale i psychické (zmatenost, úzkost, deprese), sociální (ztráta soběstačnosti) a spirituální (rezignace na život). Pacient potřebuje nejenom antibiotikum, jako v mladším věku, ale také ošetrovatelskou a pečovatelskou službu, psychickou intervenci, prevenci „rozlezení“ s trvalou ztrátou soběstačnosti, motivaci ke smysluplnosti života.

Také Klímová s Fialovou uvádějí (2015, s. 27), že nemoc propukne vždy, když jedna nebo více složek není zcela v pořádku. A jestliže má potíže jedna složka, začne se to brzy projevovat i na těch ostatních. Všechny složky systému tak dokonale zrcadlí rovnováhu či nerovnováhu v ostatních složkách. Psychosomatický přístup nepovyšuje jednostranně duševní nad tělesné a zároveň se nedopouští opačného omylu. Zohledňuje všechny aspekty, které jsou spolu ve vzájemném propojení, na sobě závislé a naprosto neoddělitelné. Honzák (2015) dodává, že psychosomatický přístup není v žádném případě alternativou medicíny založené na důkazech, ale je požadavkem na rozšíření pohledu na zdraví a nemoc, léčení a uzdravování a mezilidské vztahy.

Miklas (2008) tento pohled ještě rozšiřuje, když zodpovědnost vztahuje i k samotnému pacientovi. Říká, že psychosomatický přístup zve nemocného nejen k poslušnému vykonávání lékařových doporučení, ale vede jej ke kritickému přezkoumání a přebudování vlastního života.

V této souvislosti je vhodné uvést konkrétní příklady, které demonstrují potřebu celostního přístupu k seniorovi:

K častým psychickým poruchám vyššího věku patří depresivního onemocnění. Jirák k tomu uvádí (2007), že při těžších depresích někdy dochází k rozvoji klinického obrazu napodobujícího klinický obraz demence. V této souvislosti se pak hovoří o depresivní pseudodemenci. Z tohoto důvodu je pro správné diagnostické posouzení velmi důležitá anamnéza, a to proto, že u některých neléčených depresí dochází ve vyšším věku k přechodu do skutečných demencí (nejčastěji do Alzheimerovy choroby). Faktory ovlivňující vznik deprese jsou povahy biologické a psychosociální. Tyto se navzájem prolínají a potencují. Správná a včasná léčba tak výrazně přispívá ke zlepšení kvality života i k prodloužení života seniorů. Kubínek (2008) doplňuje, že deprese ve vyšším věku je často poddiagnostikovaná. V klinickém obraze hojně dominují stesky na somatické zdraví, které depresi maskují a seniora tak přivádí do ordinací jiných specialistů než psychiatrických. Tak dochází k tomu, že pacienti musí absolvovat zbytečná a potíže neřešící vyšetření.

I ztráta smyslu života se u seniorů může projevovat somaticky. Podle Ondrušové (2010) lze usuzovat, že ztráta smyslu života úzce souvisí s depresí. Lidé, kteří ztratí smysl života, jsou podobně jako silně depresivní pacienti ohroženi sebevraždou. Ztráta smyslu života pak souvisí s prostředím, ve kterém seniori žijí, a také s jejich soběstačností, která ve stáří úzce souvisí se zdravím.

SHRNUTÍ: *Rozměr člověka nelze zredukovat pouze na tělo, duši či ducha. Každý jedinec je bytostí, kde si každá ze složek jeho osobnosti zaslouhuje stejnou pozornost, neboť disbalance složky jedné se odrazí ve stavu složek ostatních. Z tohoto důvodu by měl být člověk vnímán sám sebou, ale i společností ve své celistvosti a jedinečnosti. V opačném případě, bez zohlednění vzájemných souvislostí „všeho se vším“, je vystaven riziku, že nebude akceptován ve svém skutečném rozměru. Dopad se pak může projevit v neúspěšné léčbě, vztazích, neautentickém životě... V případě seniorů je, domnívám se, téma neakceptace komplexnosti lidské bytosti ještě naléhavější. Stárnoucí jedinec je totiž konfrontován s řadou involučních změn, které se ho bytostně dotýkají a tak se snížená zdatnost, odolnost a adaptabilita organismu může projevit i v omezené soběstačnosti a tím v ohrožené autonomii. Sociální prostředí, které stárnoucího jedince obklopuje, by tak mělo vyvinout maximální úsilí, aby byl přijímán jako celistvá plnohodnotná bytost, které je za všech okolností zachována její jedinečnost a důstojnost. Je rovněž zřejmé, že si celostní pohled vyžaduje více úsilí ze strany konkrétního jedince, ale i podporu státu.*

ZÁVĚR

„ Když něco opravdu chceš, celý vesmír se spojí, abys to mohl uskutečnit. “

(Paulo Coelho)

Celostní přístup k vlastnímu životu ilustruje příběh paní RNDr. Ruth Hálové. Tato žena je pro mě živým příkladem aplikovaného zdravého životního stylu v seniorském věku.

Paní Ruth Hálová, která se narodila v Českém Krumlově v roce 1926, a se kterou mám tu čest se setkávat, je jedním z „dětí Sira Nicholase Wintona“. Svůj osobní životní příběh považuje za zázrak a dnes, ve svých 91 letech je člověkem, který je, nejenom pro mě, velkou inspirací. Její duševní i fyzická vitalita, smysl pro humor, kreativita, touha poznávat a nadšení pro život, jsou obohacením. Ústřední osou jejího současného života je spiritualita, která se zrcadlí v každodenním prožívání. S přihlédnutím ke zmíněné teorii vývojového psychologa Eriksona, tak, dle mého úsudku, cele naplňuje osmou etapu lidského života, která se úspěšným překonáním zoufalství nad konečností života profiluje jako moudrost. Ilustrativním příkladem mohou být vlastní slova Ruth Hálové (2007):

„Dnes vím, že všechny prožité radosti a bolesti, všechny zdary a nezdary, které mi život nachystal, byly lekce, z nichž se mám poučit, že všechno, co vzniklo, musí opět zaniknout a že tu je nejen svět vnější, v kterém se toto drama odehrává, ale i vnitřní, svět naší nezrozené a nesmrtelné duše. Všechno, co jsem v životě prožila, bylo přípravou k nástupu hledání pravdy o mé duši neboli takzvané duchovní cesty.“

V předchozích kapitolách jsem nahlížela na stárnoucího člověka v kontextu zdravého životního stylu jako na bytost, která má svůj fyzický, psychický, sociální a spirituální rozměr. Tyto dimenze byly představeny odděleně, a to z důvodu ukázek praktických možností jejich pozitivní ovlivnitelnosti. V životě je však nelze od sebe „odtrhnout“ a striktně stanovit, kde jedna začíná a druhá končí. Člověk je bytostí celistvou, na kterou neustále působí řada vnitřních i vnějších faktorů, které se následně promítají ve všech jeho dimenzích a i ty jsou mezi sebou ve vzájemných interakcích.

Cílem této bakalářské práce bylo zjistit, jaká je podstata zdravého životního stylu ve stáří. Pokud porovnáám a zhodnotím výše uvedené, můžu říci, že pro cílovou skupinu seniorů jednotný a univerzálně platný vzorec zdravého, respektive úspěšného stárnutí neexistuje. Tato životní etapa, která je přirozenou součástí života, je však

v každém věku pozitivně ovlivnitelná. Sjednocujícím a zásadním faktorem zůstává **zodpovědný přístup k životu** a tedy i k průběhu vlastního stáří s perspektivou zachování autonomie, soběstačnosti a důstojnosti. Zároveň je **nezbytná participace společnosti** na vytváření podmínek pro kvalitní život seniorů. Finální dopad se projeví jak v úrovni života konkrétního jedince, tak i celé společnosti. V souvislosti s probíraným tématem by bylo vhodné provést rozšiřující výzkum s vybraným vzorkem seniorské populace a tím doplnit tuto teoretickou práci.

Zdravý životní styl v seniorském věku je tedy souhrnem dobrovolného chování konkrétního jedince, které je podmíněného výběrem, konkrétní životní situací, dostatečnými znalostmi a podporou společnosti. Ve shodě s Tavlem (2004, s. 161) je možné říci, že člověk je bio-psycho-socio-spirituální jednotkou a pouze **vyváženost všech složek vede ke spokojenosti a harmonii.**

Seznam použitých zdrojů:

ADÁMKOVÁ, V., 2011. *Realita dodržování stravovacích doporučení v praxi – strava jako prevence civilizačních chorob* [online], [cit. 2017-03-10]. Dostupné z: <http://www.solen.cz/pdfs/int/2011/11/03.pdf>

ASBJORN, O.F.; LILLEBA, B.L.; EYOLF, K.F., 2010. *Vliv psychiky na zdraví. Soudobá psychosomatika*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2864-3.

BALTES, P. B., 2009. Stáří a stárnutí jako oslava rovnováhy: mezi pokrokem a důstojností. In: GRUSS, P. *Perspektivy stárnutí z pohledu psychologie celoživotního vývoje*. Praha: Portál, s. 11-27. ISBN 978-80-7367-605-6.

BRZÁKOVÁ-BEKSOVÁ, K. *Geriatrická problematika v pastorální péči*. Praha: Univerzita Karlova, 2013. ISBN 978-80-246-2296-5.

BUZKOVÁ, K. *Fitness jóga. Harmonické cvičení těla i duše*. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1525-2.

ČELEDOVÁ, L.; KALVACH, Z.; ČEVELA, R. *Úvod do gerontologie*. Praha: Karolinum, 2016. ISBN 978-80-246-3404-3.

ČESKÁ ALZHEIMERIOVSKÁ SPOLEČNOST, 2015: *Alzheimerova choroba* [online], [cit.2017-02-26]. Dostupné z: <http://www.alzheimer.cz/alzheimerova-choroba/co-je-demence/alzheimerova-nemoc/>

ČEVELA, R.; ČELEDOVÁ, L.; DOLANSKÝ, H. *Výchova ke zdraví pro střední zdravotnické školy*. Praha: Grada, 2009. ISBN 978-80-247-2860-5.

ČEVELA, R.; KALVACH, Z.; ČELEDOVÁ, L.; HOLČÍK, J.; KUBŮ, P. *Sociální gerontologie. Východiska ke zdravotní politice a podpoře zdraví ve stáří*. Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-247-4544-2.

DESSAINTOVÁ, M. P. *Nezačínajte stárnout. Jak žít co možná nejdéle příjemně, samostatně a důstojně*. Praha: Portál, 1999. ISBN 80-7178-255-6.

DIENSTBIER, Z. *Průvodce stárnutím aneb jak ho oddálit*. Praha: Radix, 2009. ISBN 978-80-86013-88-0.

DVOŘÁČKOVÁ, D. *Kvalita života seniorů v domovech pro seniory*. Praha: Grada, 2012, ISBN 978-80-247-7891-4.

ERIKSONOVÁ, J., 2015. Předmluva k rozšířenému vydání. In: ERIKSON, E.H. *Životní cyklus rozšířený a dokončený*. Praha: Portál, s. 7-16. 2. vydání. ISBN 978-80-262-0786-3.

GREGOR, O. *Stárnout je kumšt*. 2. vydání. Praha: Olympia, 1999. ISBN 80-7033-040-6.

GRÜN, A. *Umění stárnout*. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2009. ISBN 978-80-7195-316-6.

HALÁSOVÁ, T. *Vliv studia na univerzitě třetího věku na self-esteem u osob seniorského věku*. Masarykova univerzita Brno, 2009: Diplomová práce. Fakulta sociálních studií. Katedra psychologie. Vedoucí práce P. Mlynářová.

Hálová, R., 2007: *Where Jewish history has a name, a face, a story* [online], [cit. 2017-03-02]. Dostupné z: <http://www.centropa.org/node/79268>

HASMANOVÁ – MARHÁNKOVÁ, J. *Aktivita jako projekt*. Praha: Slon, 2013. ISBN 978-80-7419-152-7.

HAŠKOVCOVÁ, H. *Fenomén stáří*. PRAHA: Panorama, 1990. ISBN 80-7038-158-2.

HAŠKOVCOVÁ, H. *Rub života-líc smrti*. Praha: Orbis, 1975.

HONZÁK, R., 2015: *Jak se dívat na psychosomatiku* [online], [cit. 2017-03-21]. Dostupné z: <http://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2015/03/01.pdf>

CHVÁLA, V.; TRAPKOVÁ, L., 2006. Proč se medicína brání systemické teorii. In: RŮŽIČKA, J. *Psychosomatický přístup k člověku*. Praha: Triton, s. 218. ISBN 80-7254-750-X.

JEDLIČKA, V. a kol. *Praktická gerontologie*. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků, 1991. ISBN 80-7013-109-8.

JIRÁK, R., 2007. *Deprese u seniorů – biologické a psychosociální vlivy, vztahy deprese a demence* [online], [cit. 2017-03-20]. Dostupné z: <http://psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2007>

KEBZA V.; ŠOLCOVÁ, I. *K teorii osobní pohody*. In: BLATNÝ, M. a kol. *Psychosociální souvislosti osobní pohody*. Brno: Nakladatelství MSD, 2005. ISBN 80-86633-35-7.

KLEVETOVÁ, D. *Motivační prvky při práci se seniory*. Praha: Grada, 2017. 2. vydání. ISBN 978-80-271-0102-3.

KLÍMOVÁ, J.; FIALOVÁ, M. *Proč (a jak) psychosomatika funguje*. Praha: Progressive consulting, 2015. ISBN 978-80-260-8208-8.

KOMÁREK, V., 2000: *Jak se otužovat?* [online], [cit. 2016-10-12]. Dostupné z: <http://www.otuzilci.cz/>

KOMBERCOVÁ, J.; SVOBODOVÁ, M. *Autorehabilitační sestava*. Olomouc: Fontána, 2000. ISBN 80-901989-9-6.

- KOZÁKOVÁ, J.; JAROŠOVÁ D., 2010: *Metody hodnocení stavu výživy seniorů* [online], [cit. 2017-03-02]. Dostupné z: <http://www.solen.cz/pdfs/med/2010/08/12.pdf>
- KOUKOLÍK, F. *Metuzalém. O stárnutí a stáří*. Praha: Karolinum, 2014. ISBN 978-80-246-2464-8.
- KOVÁČ, D. *Umne starnút'*. Bratislava: Veda, 2013. ISBN 978-80-224-1280-3.
- KROMBOLHZ, R.; DRÁSTOVÁ, H.; Červenka, V., 2009: *Poruchy spánku v gerontopsychiatrii a možnosti léčby* [online], [cit. 2017-03-02]. Dostupné z
- KRUSE, A., 1992. In: SUCHOMELOVÁ, V. *Senioři a spiritualita: duchovní potřeby v každodenním životě*. Praha: Návrat domů, 2016. ISBN 978-80-7255-361-7.
- KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie moudrosti a dobrého života*. Praha: Grada, 2009. ISBN 978-80-247-2362-4.
- KŘIVOHLAVÝ, J. *Stárnutí z pohledu pozitivní psychologie. Možnosti, které čekají*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3604-4.
- KUBALČÍKOVÁ, K., 2006. *Expertíza pro cílovou skupinu „senioři“* [online], s. 12 [cit. 2016-09-23]. Dostupné z: <https://socialnipece.brno.cz/texty/25/podmenu/276/expertizy-pro-jednotlive-cilove-skupiny/>
- KUBÍČKOVÁ, M. *Stáří jako životní šance. Psychologické a zdravotní aspekty harmonického stárnutí*. Praha: Onyx, 1998, 2. vydání. ISBN 80-85228-07-6.
- KUBÍČKOVÁ, M. *Zdraví – plod poznání a činu*. 2 rozšířené vydání. Pelhřimov: Nová tiskárna, 2014. 163 s. ISBN 978-80-7415-094-4.
- KUBÍNEK, R.; PIDRMAN, V., 2008: *Deprese seniorů* [online], [cit. 2017-03-20]. Dostupné z: <http://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2008/01/02.pdf>
- LANGMEIER, J.; KREJČÍŘOVÁ, D. *Vývojová psychologie*. Praha: Grada, 2006, 2. aktualizované vydání. ISBN 80-247-1284-9.
- MACHOVÁ, J.; KUBÁTOVÁ, D.; HAMANOVÁ, H. a kol. *Výchova ke zdraví*. Praha: Grada Publishing, 2009. ISBN 978-80-247-2715-8.
- MASLOW, A. *O psychologii bytí*. Praha: Portál, 2014. ISBN 978-80-262-0618-7.
- MATYÁŠOVÁ, E. *Socioekonomický status a jeho působení na strukturu a úroveň osobní pohody (well-being)*. Univerzita Karlova v Praze, 2014: Diplomová práce. Filosofická fakulta. Katedra psychologie. Vedoucí práce V. Kebza.
- MIKLAS, P., 2008. 12. Konference psychosomatické medicíny, 24.- 26. dubna 2008, Liberec [online], [cit.2017-03-21]. Dostupné z: <http://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2008/04/15.pdf>

NEŠPOR, K., 2016: *Pozitivní emoce a zdraví*. [online], [cit. 2017-03-02]. Dostupné z: <http://www.solen.cz/pdfs/lek/2016/02/01.pdf>

NEŠPOROVÁ, O.; SVOBODOVÁ, K.; VIDOVIČOVÁ, L. *Zajištění potřeb seniorů s důrazem na roli nestátního sektoru*. Praha: VÚPSV, 2008. ISBN 978-80-87007-96-9.

ONDRUŠOVÁ, J., 2010: *Smysluplnost života ve stáří*. [online], [cit. 2017-03-20]. Dostupné z: http://www.geriatrickarevue.cz/pdf/gr_10_01_10.pdf

PETRŮJOVÁ, T. *Komplexní přístup lékařů k pacientům*. Univerzita Palackého v Olomouci, 2014: Diplomová práce. Filosofická fakulta. Katedra psychologie. Vedoucí práce R. Procházka.

PREISS, M; KŘIVOHLAVÝ, J. *Trénování paměti a poznávacích schopností*. Praha: Grada, 2009. ISBN 978-80-247-2738-7.

ŘÍČAN, P. *Cesta životem. Vývojová psychologie*. Praha: Portál, 2006. 2. přepracované vydání. ISBN 978-80-7367-952-1.

SAK, P.; KOLESÁROVÁ, K. *Sociologie stáří a seniorů*. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-3850-5.

SAK, P.; KOLESÁROVÁ-SAKOVÁ, K., 2008: *Zpráva z výzkumu. Názory a postoje české populace k seniorům* [online], [cit.2016-12-14]. Dostupné z: http://www.insoma.cz/4_8.pdf

SELIGMAN, E. *Opravdové štěstí: pozitivní psychologie v praxi*. Praha: Ikar, 2003. ISBN 80-249-0293-1

SHEARDOVÁ, K.; HUDEČEK, D. 2011: *Prevence demence a životní styl* [online], [cit.2017-02-26]. Dostupné z: <http://neurologiepropraxi.cz/pdfs/neu/2011/06/10.pdf>

SLEPIČKA, P.; MUDRÁK, J.; SLEPIČKOVÁ I. *Sport a pohyb v životě seniorů*. Praha: Karolinum, 2015. ISBN 978-80-246-3110-3.

SOKOL, T., 2016: *Smrt v našich rukou* [online], [cit.2017-01-03]. Dostupné z: <http://www.jansokol.cz/2016/01/smrt-v-nasich-rukou-2/>

SRNEC, J. *Psychologie stárnutí*. In WOLF, J a kol. *Umění žít a stárnout*. Praha: Svoboda, 1982. ISBN 25-124-82.

STENGELOVÁ, F., 1996. *Veselé hrátky s pamětí*. In: TAŠKOVÁ, J. *Význam trénování paměti u seniorů*. Masarykova univerzita Brno, 2008: Diplomová práce. Fakulta sociálních studií. Vedoucí práce Z. Dohnalová.

STRUNECKÁ, A.; PATOČKA, J. *Doba jedová*. Praha: Triton, 2011. ISBN 978-807387-469-8.

SUCHOMELOVÁ, V. *Senioři a spiritualita: duchovní potřeby v každodenním životě*. Praha: Návrat domů. 2016. ISBN 978-80-7255-361-7.

SÝKOROVÁ, D. *Autonomie ve stáří. Kapitoly z gerontosociologie*. Praha: Slon, 2007. ISBN 978-80-86429-62-5.

ŠKRLA, P.; ŠKRLOVÁ, M. *Kreativní ošetrovatelský management*. Praha: Advent – Orion, 2003. ISBN 80-717-284-11.

ŠOLCOVÁ, I., KEBZA, V., 2005: *Prediktory osobní pohody (well-being) u reprezentativního vzorku české populace* [online], [cit. 2017-0-13]. Dostupné z: http://www.szu.cz/uploads/documents/czsp/psycho/2013/Studie_prediktory_osobni_pohody.pdf

ŠPATENKOVÁ, N.; SMÉKALOVÁ, L. *Edukace seniorů. Geragogika a gerontodidaktika*. Praha: Grada, 2015. ISBN 978-80-247-5446-8.

ŠTĚPÁNKOVÁ, H. a kol. *Gerontologie: Současné otázky z pohledu biomedicínských a společenských věd*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2014. 288 s. ISBN 978-80-246-26-28-4

TAŠKOVÁ, J. *Význam trénování paměti u seniorů*. Brno: Masarykova univerzita, 2008: Diplomová práce. Fakulta sociálních studií. Vedoucí práce Z. Dohnalová.

TAVEL, P. *Zmysel života podľa V. E. Frankla*. Bratislava: Iris, 2014. ISBN 80-890-1881-5.

UHLÍŘ, P. *Pohybová cvičení seniorů*. Olomouc: Univerzita Palackého, 2008. ISBN 978-80-244-1902-2.

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI. Institut sociálního zdraví, 2016, [online], [cit. 2017-02-27]. Dostupné z: <http://www.hovoryozdravi.cz/kategorie/osobni-zkusenosti/starnuti/temata/uvod/>

VAĎUROVÁ, H.; MÜHLPACHR, P. *Kvalita života*. Brno: Masarykova univerzita, 2005, ISBN 80-210-3754-7.

WILSON, P. *Základní kniha relaxačních technik*. Olomouc: Votobia, 1997. ISBN 80-7198-274-1.

WOLF, J a kol. *Umění žít a stárnout*. Praha: Svoboda, 1982. ISBN 25-124-82.

ABSTRAKT

SKUBÝOVÁ, K. *Zdravý životní styl v seniorském věku*. České Budějovice 2017.

Bakalářská práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Teologická fakulta. Katedra pedagogiky. Vedoucí práce V. Suchomelová.

Klíčová slova: zdravý životní styl, senior, zdraví, stárnutí, fyzická složka, psychická složka, sociální složka, spirituální složka.

Práce se zabývá tématem zdravého životního stylu v seniorském věku. Vychází z potřeb stárnoucího jedince a z faktorů ovlivňujících jeho život. Těžištěm je předpoklad, že člověk je bio-psycho-socio-spirituální bytostí. Z tohoto důvodu se práce zaměřuje na jednotlivé oblasti a možnosti jejich pozitivního ovlivnění skrze zdravý životní styl. Důvodem je skutečnost, že proto, aby se ve stáří člověk cítil dobře, je nezbytný harmonický rozvoj všech složek jeho osobnosti. Významnou podporou tohoto procesu je pak celostní postoj profesionálů, zejména ve zdravotně - sociální oblasti.

ABSTRACT

Healthy Lifestyles in Old Age

Key words: healthy lifestyle, senior, health, aging, physical component, psychological component, social component, spiritual component

This work deals with healthy lifestyles in old age. It is prompted by the needs of the aging individual and the factors influencing his life. It assumes that man is a bio-psycho-social-spiritual being. As a consequence, the work examines each of these spheres and the potential positive influence each is likely to have on a healthy lifestyle. The argument is that in order for the aging to feel contented, it is necessary that there is a harmonious development of all segments of his personality. A significant source of support in this process is the wholesome attitude of workers particularly in the medical and social areas.

