

FAKULTA TĚLESNÉ VÝCHOVY A SPORTU  
UNIVERZITY KARLOVY V PRAZE

**Péče o tělesný vzhled, zdraví a zdatnost u starší populace**  
**DIPLOMOVÁ PRÁCE**

Vedoucí práce:

Doc. PaedDr. Ludmila Fialová, Ph.D.

Zpracoval:

Maxa Vladimír

Praha 2008

## **ABSTRAKT**

**Název:** Péče o tělesný vzhled, zdraví a zdatnost u starší populace

**Cíl práce:** Cílem mé diplomové práce je zjistit postoj seniorů ke svému tělu a ke svému zdraví a odhalit způsob, jakým senioři vnímají současné mýty těla, jež nám jsou předkládány médii a přijímány současnou populací.

**Metoda:** Ke sběru dat jsme využili dotazníku, který obsahoval otázky týkající se osobních údajů, zdravotního stavu, činností vztahujících se k tělu a fyzické aktivitě, tělesného vzhledu, sebepojetí a životní spokojenosti. Forma otázek v dotazníku není jednotná. Převládaly otázky uzavřené s volbou odpovědi ano, ne, nebo hodnocení míry souhlasu na 5 bodové škále Lickertova typu.

**Výsledky:** Výsledky shrnují postoj seniorů k sobě samým a hodnotí míru jejich péče o vlastní vzhled, zdraví a zdatnost. Osvětlují motivaci seniorů k pohybovým aktivitám a vyjasňují způsob jejich chování ve vztahu k dodržování životosprávy. Výsledky se také zabývají hodnocením tělesných proporcí a vyjadřují skutečnost, že vlastní tělesný typ seniorů není totožný s jejich ideálním tělesným typem.

**Klíčová slova:** tělesné sebepojetí, senioři, stáří, životní styl

## **ABSTRACT**

**Name:** Care for Body, Health and Fitness by Seniors

**Objective:** The objective of my graduation thesis is to detect the attitude of seniors towards their body and health and to discover the way they perceive the present-day ideas about body type that are presented by the media and accepted by the present-day population.

**Method:** A questionnaire was used to collect data. The questionnaire involved questions relating to personal data, health state, activities connected with the body and exercise, body image, self-perception and life satisfaction. The form of the questions asked in the questionnaire was not uniform. Closed 'yes' or 'no' questions and ones using Lickert's 5-grade scales dominated the questionnaire.

**Results:** The results summarize the attitude of seniors towards themselves and their values for evaluating their body, health and fitness. They clarify the motivation of seniors to exercise and explain their behaviour in relation to their diet. Furthermore, the results consider seniors' bodily proportions and conclude that the actual body type of seniors is not identical with their ideal body type.

**Key words:** physical self-perception, seniors, senility, life style

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci na téma „Péče o tělesný vzhled, zdraví a zdatnost u starší populace“ vypracoval samostatně pod vedením doc. PaedDr. Ludmily Fialové, Ph.D. a použil pouze prameny, které uvádím v bibliografii.

V Praze, dne.....2008

Podpis.....

Děkuji doc. PaedDr. Ludmile Fialové, PhD. za odborné rady, cenné připomínky a vedení diplomové práce.

Svoluji k zapůjčení své diplomové práce ke studijním účelům. Prosím o vedení evidence vypůjčovateli, kteří musí pramen převzaté literatury řádně citovat.

Jméno a příjmení \_\_\_\_\_ Datum vypůjčení \_\_\_\_\_ Podpis: \_\_\_\_\_

## **OBSAH**

<b>1. ÚVOD</b> .....	9
<b>2. TEORETICKÁ ČÁST</b> .....	10
2.1. TĚLESNÉ SEBEPOJETÍ .....	10
2.1.1. Rozdíly v tělesném sebepojetí podle pohlaví .....	11
2.1.2. Poruchy tělesného sebepojetí .....	12
2.2. TĚLESNÝ VZHLED .....	13
2.2.1. Historie krásy .....	13
2.2.2. Tělo jako naše vizitka .....	14
2.2.3. Fenomén štíhlosti .....	16
2.2.4. Formy narušeného vztahu k jídlu .....	17
2.2.5. Správné držení těla .....	20
2.3. ZDATNOST .....	22
2.3.1. Zdatnost a její složky .....	22
2.3.2. Alternativní pohybové přístupy pro seniory .....	23
2.4. ZDRAVÍ .....	25
2.4.1. Definice zdraví a jeho determinanty .....	25
2.4.2. Zdravotní stav starších osob .....	26
2.4.3. Zdravotní rizika pohybových aktivit u seniorů .....	27
2.5. STÁŘÍ A ŽIVOTNÍ STYL .....	29
2.5.1. Charakteristika stáří .....	29
2.5.2. Aktivní stáří .....	30
2.5.3. Strategie stárnutí .....	31
2.5.4. Význam pohybových aktivit .....	33
2.5.5. Zásady zatěžování staršího organismu .....	36
2.5.6. Výživa a stáří .....	37
2.6. KVALITA ŽIVOTA .....	41
2.6.1. Vymezení pojmu .....	41
2.6.2. Kvalita života a její pojetí .....	41
<b>3. METODOLOGICKÁ ČÁST</b> .....	43
3.1. CÍL A ÚKOLY PRÁCE .....	43
3.1.1. Cíl práce .....	43
3.1.2. Úkoly práce .....	43
3.2. HYPOTÉZY .....	44

3.3. POUŽITÉ METODY VÝZKUMU.....	45
3.4. CHARAKTERISTIKA SLEDOVANÉHO SOUBORU .....	46
3.5. ZPRACOVÁNÍ DAT .....	48
<b>4. VÝSLEDKOVÁ ČÁST .....</b>	<b>49</b>
4.1. ZDRAVOTNÍ STAV .....	50
4.2. ŽIVOTOSPRÁVA .....	52
4.3. PÉČE O TĚLO .....	54
4.4. POHYBOVÉ AKTIVITY .....	55
4.5. TĚLESNÉ SEBEPOJETÍ.....	58
4.6. VNÍMÁNÍ VLASTNÍ OSOBY – „JÁ“ .....	61
4.7. ŽIVOTNÍ SPOKOJENOST .....	62
<b>5. DISKUZE.....</b>	<b>63</b>
<b>6. ZÁVĚRY .....</b>	<b>69</b>
<b>7. DOPORUČENÍ DO PRAXE.....</b>	<b>72</b>
<b>8. SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY .....</b>	<b>73</b>
<b>9. PŘÍLOHY .....</b>	<b>75</b>



## 1. ÚVOD

Ať už se nám to líbí či nikoliv, musíme se smířit se skutečností, že naše tělo a naše fyzické vzezření o nás poskytuje mnoho informací, aniž bychom si to uvědomovali. To, jak vypadáme a jak působíme na okolí, plní v dnešní době velký význam. Ve třetím tisíciletí hraje prim tělesný vzhled. Jsme podle něj posuzováni a hodnoceni, vybíráni a zatracováni, vysmíváni a obdivováni.

Jaký postoj ke svému tělu tedy zaujmout? Rozhodně takový, který by se na nás negativně nepodepsal. Ať už po fyzické nebo po psychické stránce. Můžeme na své tělo nahlížet jako na pouhou hmotnou schránku nebo jej považovat za jakýsi prostředek či nástroj, o který je třeba důkladně pečovat. Lze také zvolit “zdravý“ kompromis mezi těmito dvěma možnostmi.

Vlastní sebepojetí však není výsledkem pouze našich vnitřních pochodů, ale ovlivňují ho i jiné, vnější faktory. Mezi ně například patří normy a předsudky společnosti, které se podílejí na formování samotného jedince a mohou mu vtisknout určité vzorce chování. Nejvýznamnějším činitelem působícím na člověka je však svět médií, jehož moc je takřka neomezená. Málodko se dokáže odpoutat od módních diktátů a vzorů krásy servírovaných časopisy, televizí či internetem. Každý chce být “in“, ať to stojí, co to stojí. Často naše zdraví musí ustoupit touze po atraktivitě. Jako by čím dál tím více lidí říkalo: „Pro krásu se musí trpět“.

Bezhlavý hon po tělesné dokonalosti převažuje u mladých jedinců, kteří nemají ustálené životní hodnoty a hledají své místo ve společnosti. Jsou tak náchylnější k psychologickému ovlivnění ze strany médií. A jak je to s rostoucím věkem? Působí přibývajících léta nějakým způsobem na vnímání sebe sama? A existují v tomto směru mezi mladými a starými vůbec nějaké rozdíly? I na takové otázky bych se rád pokusil najít odpověď.

Cílem této diplomové práce je získat informace o populaci seniorů, týkající se tělesného sebepojetí a péče o tělo. Rádi bychom získali čerstvé poznatky o ochotě současné starší populace využívat služeb v oblasti kosmetiky, pohybových programů i neorganizované péče o tělo. Ze získaných informací budou vyvozeny závěry a doporučení do praxe s cílem pozitivně ovlivnit zdravý způsob života starší populace.

## 2. TEORETICKÁ ČÁST

### 2.1. TĚLESNÉ SEBEPOJETÍ

Tělesné sebepojetí představuje vytváření vlastního obrazu o svém těle a postoje k němu. Jinými slovy se jedná o pohled na vlastní tělesnou schránku. Toto tělesné sebepojetí je součástí celkového sebepojetí. Mezi základní složky tělesného sebepojetí patří (Fialová, 2006):

- Vzhled - umožňuje nám o druhém člověku získat mnohé informace a základní charakteristiky dané osoby. Její zevnějšek může ovlivnit naše pocity sympatie či antipatie, aniž bychom daného jedince skutečně poznali. Tělesný vzhled se tedy výrazně podílí na vnímání a hodnocení člověka ve společnosti. Ti z nás, kteří si tuto skutečnost uvědomují a umějí pracovat se svým zevnějškem, mohou čerpat jisté výhody. Co si jiní musí pracně získat, tak atraktivní a přitažliví jedinci toho docílí snadněji a bez námahy.
- Zdraví – jedná se o stav tělesné, duševní a sociální pohody. Subjektivní aspekt zdraví je založen na vnitřních pocitech a vlastním mínění každého člověka o svém zdravotním stavu. Objektivní aspekt zdraví je naopak dán názorem jiných lidí na zdravotní stav jedince. Psychické zdraví často přímo souvisí se zdravím fyzickým. To znamená, že špatný tělesný stav může způsobit psychické zhoršení, a naopak chatrné duševní zdraví může zapříčinit tělesné onemocnění.
- Zdatnost - jde o schopnost těla fungovat s optimální účinností a hospodárností. Za nejdůležitější součásti zdatnosti jsou považovány kardiorepirační vytrvalost, svalová síla, vytrvalost a kloubní pohyblivost. Člověk, který se cítí fit, je většinou sám se sebou spokojenější.

„Sebepojetí je obrazem mého já, týká se mé inteligence, mého těla, mého charakteru, mých pocitů... Vyvíjí se v souvislosti se socializací jedince, v interakci se světem, na základě zkušenosti o sobě samém“ (Fialová, 1997). Při zkoumání tělesného sebepojetí se většinou zaměřuje pozornost na otázku spokojenosti či nespokojenosti s jednotlivými částmi těla a následným vlivem hodnocení vlastního těla na sebevědomí. Přílišné prožívání těla může působit destruktivně, protože nároky na ideální postavu jsou dnes vysoké (Fialová, 2006).

Tělesné sebepojetí funguje jako motivační činitel. Mnoho lidí je ochotno měnit své stravovací i pohybové návyky za účelem korekce svých tělesných proporcí. Tělesné sebepojetí jako emocionálně afektivní hodnocení těla zahrnuje (Fialová, 1997):

- tělesné představy
- hodnocení
- plány jednání zaměřené na tělo

Vjem sebe sama není založen na realitě a objektivní skutečnosti, ale na pocitech a předsudcích, které automaticky přejímáme. Měli bychom se pokusit uvědomit si svoji cenu, své přednosti. Každý by se měl mít rád, samozřejmě v mezích únosnosti. Jestliže se cítíme neatraktivní, vidí nás tak i okolí a vnějším světem jsme pak hodnoceni negativně, což umocňuje naše pocity méněcennosti a vede to k ještě větší nejistotě (Málková, 2007).

### **2.1.1. Rozdíly v tělesném sebepojetí podle pohlaví**

V tělesném sebepojetí mužů a žen existuje rozdíl. Muži bývají se svým tělem obvykle spokojenější než ženy a díky tomu se u nich nevyskytuje tolik stravovacích a neuropsychických poruch, jak je tomu u žen. Ženy přeceňují rozdíl mezi ideálními a reálnými velikostmi těla. Touží po nižší hmotnosti a vyšší výšce. Za své problémové partie, se kterými nejsou spokojené, označují stehna, boky a břicho. Od svého těla žádají krásu, zatímco muži prosazují zdatnost a výkonnost (Fialová, 1997).

Řada výzkumů prokázala, že ženy posuzují druhé realisticky, zatímco vlastní tělo vidí značně zkresleně. Jejich subjektivní hodnocení vyplývá z velikosti rozdílu mezi ideální postavou a představou o vlastním těle. V zásadě chtějí být všechny ženy štíhlejší, než se ve skutečnosti hodnotí. U mužů se vyskytuje převážně pozitivní hodnocení. Nejvíce nespokojeni bývají s partiemi v horní polovině těla. Ženy se celkově hodnotí kritičtěji než muži, za svou problémovou oblast považují dolní polovinu těla (Fialová, 2006).

Ženské tělo se nachází pod silným tlakem reklamy a médií. Pro ženu je vlastní tělo důležitější než pro muže. Z tohoto důvodu má vzhled velmi podstatný vliv na sebepojetí ženy. Mužům naopak záleží více na zdatnosti těla, jejich vztah k tělu je více instrumentální (Fialová, 2006).

### 2.1.2. Poruchy tělesného sebezpojetí

Obraz těla je neoddělitelnou součástí obrazu, který si vytváříme o své osobě. Jestliže nemáme rádi své tělo, nemůžeme mít rádi sebe sama a ani ostatní. Postoj k vlastnímu tělu totiž podmiňuje vztah k ostatním lidem. Vzhled a funkčnost lidského těla také úzce souvisí s psychickými stavy i projevy osobnosti. Spokojenost či nespokojenost s vlastním tělem je nedílnou součástí sebezpojetí. Vzhled je důležitým faktorem úcty člověka k sobě samému (Fialová, 1997).

Tělo má v rámci celkového sebezpojetí velmi důležitou úlohu. Zda se svému tělu odcizíme či ho přijmeme, závisí na tom, jestli jsme s ním spokojeni a jestli naše skutečná výška, hmotnost nebo stavba těla odpovídá naší představě o ideální výšce, hmotnosti nebo právě stavbě těla. Když člověk přestane akceptovat své vlastní tělo, má potom problémy uvěřit tomu, že jiní lidé ho akceptovat mohou. Následně dochází ke ztrátě sebevědomí a k izolaci od okolí (Fialová, 2006).

Nespokojenost s vlastní osobou bývá vnímána na základě vlastního subjektivního a společensky podmíněného způsobu vnímání. Poruchy tělesného sebezpojetí jsou způsobeny chybným vnímáním vlastního těla, které je emocionálně posuzováno nerealisticky. Dochází k poklesu spokojenosti s vlastním tělem nebo jeho částmi a ke zveličování významu tělesného vzhledu. V dnešní době je velmi častým jevem, kdy dochází k přílišnému rozporu mezi vlastní reálnou podobou těla a ideální postavou. Především ženy se často cítí být silnější, než ve skutečnosti jsou. Předpokladem pro tento stav bývá obvykle (Fialová, 2006):

- uvědomovaný si nedostatek kontroly příjmu potravin
- nespokojenost s vlastním tělem
- význam hmotnosti pro subjektivní stav
- procento nadváhy

Protože je sebezpojetí a sebehodnocení výsledkem styku s druhými lidmi a skutečné možnosti člověka jsou dány jeho organismem, může mezi nimi vznikat rozpor. Sebeúcta je důležitým předpokladem duševní pohody. Celková sebeúcta má úzký vztah k tělesnému sebezpojetí a atraktivitě (Fialová, 2006).

## 2.2. TĚLESNÝ VZHLED

### 2.2.1. Historie krásy

V průběhu historie se ideál krásy několikrát změnil. Každá doba měla své představy o půvabu a přitažlivosti. To, co se líbí dnes nám, nemuselo se zamlouvat například barokním umělcům či mužům za první republiky a naopak. Postupně jsme se tedy dostali od kypré Věstonické Venuše až po vychrtlé modelky třetího tisíciletí.

Pro antické období byl typický ideál kalokagathie, neboli harmonie těla a ducha. Ačkoli Řekové byli lidmi duchovně neobyčejně činnými, pečovali o své tělo s absolutní samozřejmostí. I samotný Sokrates upozorňoval své žáky, aby nezapomínali denně vykonávat tělesná cvičení. Dokonce on sám se denně věnoval tanci. Uvědomoval si, že tělesná cvičení neovlivňují pouze tělo, ale působí i na ducha. Krásu Řeků si mnozí vysvětlovali různě. Například tím, že těhotné ženy okoukáváním a pozorováním krásných soch příznivě ovlivňovali krásu dítěte.

Krásu v pojetí Řeků zahrnovala též tělesnou zdatnost, což bylo příčinou toho, proč Řekové považovali mužské tělo za mnohem krásnější než ženské. Římané velmi kladně hodnotili štíhlost. Aby si udrželi štíhlou linii, uchýlovali se často k bulimickému způsobu kontroly hmotnosti (Fialová, 2006).

Gotika byla poznamenána silným vlivem křesťanství, které preferovalo především zájem o duchovno, tělo bylo odstrčeno do ústraní. Ideálem tohoto období se stala postava Krista (Fialová, 2006). V období gotiky se upřednostňovala křehkost a hubenost, což souviselo s neposkvrněným početím Panny Marie. Ideální gotická žena měla také mít světlou pleť a tento znak gracie přetrvával až do první světové války.

Renesance se snažila o návrat k antickým ideálům. Stejně tedy jako v antické době byl kladen důraz vedle vynikajících duševních vlastností také na tělesnou sílu a obratnost. V období baroka došlo ke "ztloustnutí" ideálu, důraz se kladl na tělesné partie jako jsou prsa, břicho a boky. Ideál kulaté ženy přežil až do 19. století. Tato doba považovala za vadu na kráse například brýle, rezavé vlasy nebo pihatý obličej.

V první polovině 19. století se mužům líbily dámy jemné a křehké s dobrým společenským postavením. Uprostřed 19. století došlo ke změně. Začal se více prosazovat typ mohutnější ženy, zejména s baculatějšími liniemi v oblasti prsou a boků (Fialová, 2006). Počátek 20. století znamená převrat estetického ideálu, tělo se osvobozuje a začíná se více prosazovat medicínské hledisko. Po první světové válce přišla do módy chlapecká postava a opálení. Ve 30. a 40. letech začal být kladen důraz na ženské křivky, krásná a přitažlivá žena

měla disponovat jemnou stavbou kostí, oblými tvary, plnými a nepřevislými prsy, širokými kyčlemi a neochlupeným trupem a obličejem. Po druhé světové válce se ideálem stala Marilyn Monroe s mírami 91-58-91. Šedesátá léta znamenají zlom, symbolem krásy se stává modelka Twiggy s mírami 79-56-81, i když pro muže té doby nepředstavovala úplně ten ideální a žádaný typ postavy. Konec 20. století je ve znamení vysokých a hubených modelek, které se stávají vzorem pro děvčata a mladé ženy.

Změna ideálu krásy nesouvisí pouze s historickými obdobími, ale má vztah i s geografickou polohou, či s příslušností do té či oné sociální a generační skupiny. Fialová (1997) se zmiňuje, že vývoj názorů na tělesné proporce především závisel na socioekonomických podmínkách v daném období. Největší vliv na názor týkající se ideálních tělesných proporcí měla jednoznačně móda.

Říká se jiný kraj, jiný mrav. Změna geografické polohy souvisí také se změnou vnímání tělesné atraktivity. Příkladem může být africký stát Mauretánie, kde jsou ideálem krásy obézní ženy. Mnohé dívky jsou už od 4 let vykrmovány proti své vůli. Mauretánské ženy s bujnými křivkami jsou považovány za důkaz zámožné rodiny. Mauretánská vláda se snaží tento problém řešit a dalo by se říci, že úspěšně. Zatímco ve věkové kategorii nad 40 let má za sebou vykrmování třetina žen, v generaci do 19 let se s tím setká už jen jedna dívka z deseti. Tamní ženy mají strach, že zhubnou, protože pak by se mohly přestat líbit svým mužům. Hodnotu obezity v arabském světě diktuje život nomádů, kteří bojují o přežití v pouštních podmínkách. Nadváha je chápána jako známka zdraví a bohatství. V Saúdské Arábii je obézních 44 procent žen, v Bahrajnu, Egyptě a Kuvajtu je to třetina ženské populace.

### **2.2.2. Tělo jako naše vizitka**

Tělo je naší vizitkou, vypovídá o věku, pohlaví, zdravotním stavu, společenském postavení i příslušnosti k rase. Tělesný vzhled má v dnešní době velký význam a ačkoliv si to neuvědomujeme, ovlivňuje naše mínění o druhých. Mnoho lidí si myslí, že existuje vztah mezi fyzickou přitažlivostí a celkovou spokojeností a štěstím. Mnohé příklady to jen potvrzují. Například fyzicky atraktivní osoby mají určitě v životě jistá zvýhodnění, například nacházejí dříve a snadněji své partnery. Celá řada profesí vyžaduje určité fyzické vzezření. Vliv vzhledu byl prokázán i při soudním rozhodování. Je tedy jisté, že pečovat o své tělo se vyplácí. Existuje i vztah mezi duševním stavem a vzhledem i souvislost pocitu duševní

pohody a přitažlivosti. Méně přitažliví lidé mají většinou obtížnější život, což se zákonitě musí projevit i na jejich psychickém stavu (Fialová, 1997).

Rozhodujícími prvky, které rozhodují o tělesné atraktivitě, jsou obličej a hmotnost těla. Teplý (1995) uvádí, že orientačně nejjednodušší způsob, jak zjistit, zda je naše tělesná hmotnost přiměřená, je použití metody Brocca, podle které by měl dospělý člověk vážit maximálně tolik kilogramů o kolik centimetrů přesahuje výška jeho těla jeden metr:

$$\text{Hmotnost (kg)} = \text{výška (cm)} - 100$$

Další metodou určování přiměřené tělesné hmotnosti je BMI (Body Mass Index), který definoval v předminulém století A. Quetelet. BMI se vypočte tak, že se hmotnost vyjádřená v kilogramech dělí druhou mocninou výšky, která je vyjádřena v metrech:

$$\text{BMI} = \text{tělesná váha v kg} / (\text{výška v m})^2$$

BMI představuje orientační hodnocení tloušťky, nezachycuje podíl tuku a beztukové hmoty. Při stejném BMI mají větší podíl tuku ženy než muži a starší jedinci než jedinci mladší. U sportovců provozujících silové sporty může vyšší BMI odrážet zmnožení svalové hmoty, nikoli tuku. Také některé etnické rasy mohou mít různý podíl tuku při stejném BMI. I přes uvedené výhrady je BMI nejjednodušším měřítkem obezity a můžeme podle něj určit zdravotní rizika spojená s obezitou. Jestliže je výsledek BMI v rozmezí 18,5-25, je to ze zdravotního hlediska normální hodnota. Přesáhne-li hodnotu 25, jedná se o nadváhu, přesáhne-li hodnotu 30, mluvíme již o obezitě (Málková, 2007).

Mezi faktory ovlivňující tělesnou hmotnost se řadí dědičnost, výživa, hormony a svalová činnost. Hlavními zdroji individuálních rozdílů jsou odlišné genotypické předpoklady jedince a různé podmínky, za kterých probíhá vývoj a zdokonalování. Oba faktory působí ve vzájemné součinnosti a nezastupitelně. Většina somatických znaků vykazuje poměrně vysokou genetickou podmíněnost, především tělesná výška (Fialová, 1998).

Prostředí, jako vnější činitel, představuje protiklad k činiteli dědičnosti. Prostředí zahrnuje soubor komplexně působících vlivů, které mohou jedince ovlivňovat negativně či pozitivně. Mezi tento soubor vlivů se řadí biogeografické a nutritivní podmínky a činitelé společensko-ekonomické a kulturní oblasti. Ačkoliv vliv dědičnosti na tělesné proporce skutečně existuje, nesmí se snižovat důležitost samotného vývoje jednotlivce. Důležitou roli v péči o tělo tedy sehrávají geny. S tím například souvisí tvarování postavy. Měli bychom si

uvědomit, že každý má omezené možnosti při modelování těla pomocí různých diet a provádění tělesných cvičení. Je to zapříčiněné právě těmi geny, které rozhodují, jestli budeme mít kostru širokou či úzkou, subtilní či těžkou, zda se nám bude tuk ukládat na bocích a horních částech stehen či na břiše (Fialová, 1998).

### **2.2.3. Fenomén štíhlosti**

Každá doba má svůj ideál krásy, který je přirozený do té doby, dokud nezačne poškozovat tělo a psychiku. Přijímat ho je dobré, dokud nám přináší estetický požitek, a tak nás obohacuje. Čím dál tím víc jsme ovlivňováni tlakem společnosti, která se tak podílí na vytváření naší vlastní image. Na tvorbě obrazu ženy a jejích rolí ve společnosti se výrazně podílí média. Na pracovním trhu, ve společnosti i v partnerských vztazích jsou upřednostňováni lidé s vizáží, která se podobá mediálnímu standardu. Schopnosti, kvalifikace a znalosti jsou pouze doplňujícím faktorem. Většina žen, ale i někteří muži, touží po štíhlejší postavě. Za jejich touhou stojí právě především média (noviny, časopisy, televize), které nám nepřímou říkají, že jestli chceme být atraktivní, výkonní, oblíbení a mít štěstí, musíme být štíhlí. Začátek honu za štíhlostí bývá většinou spojován s pubertou. Tlak médií na krásné a štíhlé tělo spolu s nespokojeností s vlastní postavou vedou mladé dívky často k zásahům, které pro ně mohou znamenat i poškození zdraví. Prezentovaný ideál krásy je pro většinu žen nedosažitelný, což se musí zákonitě projevit i na jejich psychickém a fyzickém zdraví. Výsledkem jsou pak pocity méněcennosti, chronické deprese a v poslední době celkem časté zásahy do lidského těla v podobě plastických operací (Fialová, 2006).

Ačkoliv si to málokdo uvědomuje, média mají v dnešním světě ohromný vliv, mají významný dopad na jednotlivce i společnost. Ovlivňují chování, postoje či názory. Mohou být našimi pomocníky a usnadnit nám v mnohém život. Na druhé straně také mohou vyvolávat napětí či uvádět nás v omyl a překrucovat fakta či mlžít. Podstatná moc médií spočívá v tom, že se podílejí na socializaci jedince. Vytvářejí, upravují, šíří a upevňují společenské normy a hodnoty. Nikdo v civilizovaném světě nemá ve třetím tisíciletí šanci vyhnout se mediálnímu vlivu, každý je zapojen do mediální komunikace. Ať už čtením novin, časopisů, sledováním televize, poslechem rozhlasu nebo prací s internetem (Zbytovská, 2005).

Dnes se žádá extrémní štíhlost a bujná ňadra, což je fyziologicky nemožné. U modelek pomůže plastika nebo počítačová grafika. Ale zbývající většina normálních žen tyto možnosti nemá, přesto se chtějí přiblížit ideálu. Miliony žen v důsledku tlaku společnosti drží striktní nevyvážené diety, které poškozují jak tělo, tak i duši. Tělo tím, že mu nedodají základní



živiny, a duši tím, že diety vedou paradoxně k přejídání, kdy se ještě prohlubuje deprese z nespokojenosti s tělem a z pocitů neschopnosti se kontrolovat (Málková, 2007).

„Štíhlost je ztělesněním naší společenské hodnoty bohatství. Důraz, jaký se v současnosti v naší společnosti klade na dobrý vzhled, převažuje nad hodnocením charakteru, osobitosti, produktivity a společenského přínosu. Žijeme ve světě, který na nás nejrůznějšími způsoby tlačí, abychom přizpůsobili svůj vzhled i chování obecným zákonům této společnosti“ (Fialová, 2006, s.26). Není tedy jednoduché zůstat sám sebou a mít rád své tělo takové, jaké opravdu je. Málokdo se dokáže oprostít od estetických diktátů. Jestli má být zastaven či ovlivněn současný trend nazírání na krásu, musí přijít změna právě v jeho mediální prezentaci. První takový pokus provedla kosmetická společnost Dove. Ta totiž nedávno přišla s novou reklamní kampaní, ve které upřednostňuje různé typy žen vybraných v konkurzu, ne však mezi klasickými modelkami. Ženy jsou prezentovány se svými skutečnými křivkami, nejsou dodatečně upravovány. Tímto krokem kosmetická společnost naprosto vybočila ze zajetého řádu, kterým se média řídí. Nevnučuje totiž nikomu, jak má vypadat. Naopak pro ženy se tato reklamní kampaň stala signálem, aby se za svoje tělo nestyděly a cítily se přirozeně.

Většinou si každý spojuje krásu s hubeností. Krása ženy však nespočívá ve vyhublosti typu modelky Kate Mossové, ale v kráse vnitřní. To by si měly ženy uvědomit a nehnat se tak bezhlavě za ideální postavou servírovanou módními časopisy. Jiskra v očích a úsměv na tváři. To je ta pravá krása ženy.

#### **2.2.4. Formy narušeného vztahu k jídlu**

##### Latentní otylost

Latentní otylost může být charakterizována jako nadlidská kontrola příjmu potravy, která se stala nejdůležitější životní náplní, před níž musí také všechno ostatní ustoupit. Mezi symptomy manické latentní otylosti patří strnulý způsob přípravy pokrmů za pomoci speciální přesné váhy a kalorických tabulek. I přes všechna možná vážení potravin a počítání kalorií žijí jedinci s latentní otylostí neustále ve strachu, že se jejich váha zvýší. Jsou pyšní na své nadměrné sebeovládání u jídla a na svůj asketický přístup ke stravování. Nedovolí si žádný prohřešek, jsou na sebe přísní. Dokonce bývají pohoršeni i nad stravováním ostatních, kteří tak nečiní podle jejich představ. Manická latentní otylost může vzniknout na základě porušeného uvědomování si svého těla. Tělo je v tomto případě zamítáno. To se také týká i jeho potřeb, které podléhají nejpřísnější kontrole.

Další možnou příčinu propuknutí latentní otylosti představuje přehnané zdravotní uvědomění, kdy je zároveň opomíjen faktor „životní radosti“. Jedinci zkouší o správnosti své formy stravování přesvědčit také ostatní. Latentní otylost nemůže téměř způsobit žádné tělesné následky, vede však k psychicky podmíněným poruchám zdraví, hrozí stavy panického strachu (Leibold, 1995).

### Obezita

Obezita je definována jako nadměrné ukládání tuků, kdy obvykle dojde ke zvýšení váhy nad tzv. váhu normální. Tato normální neboli ideální tělesná váha je ta, která je podle lékařských statisticky ověřených zkušeností vzhledem ke stavbě kostry a svaloviny a k charakteru práce nejvhodnější pro jedince určitého věku a pohlaví. Normální obsah tukové tkáně v těle představuje u mužů 10-25 % a u žen 18-30 %. U obézních mužů přesahuje tuk 25 % a u žen 30 % tělesné váhy. Stupeň obezity lze zjistit pomocí indexu tělesné váhy BMI (body mass index), který získáme podílem tělesné váhy v kilogramech a druhé mocniny tělesné výšky uvedené v metrech. K trvalým váhovým úbytkům vede jediná cesta - omezení energetického příjmu, úprava jídelníčku a zvýšení energetického výdeje (Málková, 2003).

Obezita představuje v České republice velmi rozšířený jev. Na našem území trpí obezitou 21% žen a 16% mužů. Nedostatek pohybové aktivity a nesprávné návyky ve výživě i v celkové životosprávě mají za následek tento zvýšený výskyt obézních, kterým jejich nezdravá tělesná váha může způsobit potíže fyzického i psychického charakteru. Obézní lidé trpí častěji nemocemi krevního oběhu, onemocněním kloubů a páteře, kožními chorobami, cukrovkou. Fyzicky jsou málo výkonní a jejich vzhled je nepěkný, což často vede k psychickým poruchám (Fialová, 1997). Obezita negativně ovlivňuje pocit životní pohody a osobní spokojenosti. Obezitu lze zařadit i mezi socioekonomické faktory, neboť nepříznivým způsobem ovlivňuje nemocnost, pracovní výkonnost a příležitost ke společenskému uplatnění (Málková, 2003).

Podle Málkové (2007) existuje 5 stupňů obezity:

1.stupeň	Nadváha	BMI 25-30
2.stupeň	Obezita mírná (bez zdravotních komplikací)	BMI 30-35
3.stupeň	Obezita mírná (se zdravotními komplikacemi)	BMI 30-35
4.stupeň	Obezita střední	BMI 35-40
5.stupeň	Obezita těžká	BMI nad 40

## Bulimie

Bulimie, označována též jako vlčí hlad, představuje přehnaný příjem kalorií s následujícím úmyslně navozeným zvracením, jehož účelem je jídlo opět odstranit a zabránit tak jinak naprosto jistému vzniku nadváhy. Bulimie je pravděpodobně nejrozšířenější forma chorobného vztahu k jídlu. Jedinci preferují potraviny obzvláště bohaté na kalorie. Jsou schopni sníst neskutečné množství jídla, jejich obžerství končí až ve chvíli, kdy se jim do žaludku už nic nevejde. Po takovém záchvatu žravosti mají výčitky svědomí a jsou nuceni jídlo vyzvracet. Aby se jejich záchvaty obžerství neprojevíly na váze, což by pro ně znamenalo katastrofu, užívají také projímadla a močopudné čaje. Bulimici jsou silně závislí na mínění současné společnosti, a proto se také nekriticky podrobují módním ideálům štíhlosti. Tento chorobný vztah k jídlu může vést k různým tělesným i psychickým poškozením (Leibold, 1995).

## Mentální anorexie

Mentální anorexie může být popsána jako náruživá abnormální snaha zhubnout. Je pro ni typické omezování příjmu potravy až úplné odmítání jídla. Akutní mentální anorexie vzniká především v průběhu puberty a postihuje téměř výhradně dívky, chronické formy se mohou vyvinout v každém věku. Anglická manekýnka Twiggy, která prosazovala módní ideál přehnané štíhlosti v šedesátých letech, patří mezi nejznámější příklad předpokládané mentální anorexie a částečně ona stála za rozšířením této choroby. Přehnaný ideál štíhlosti ve společnosti a ostatní sociální i osobní vlivy většinou stojí za sebezničujícím odpíráním potravy. Tři hlavní příčiny mentální anorexie v sociální oblasti jsou změna v pojetí úlohy ženy ve společnosti, přehnaný ideál štíhlosti a nadbytek potravin (tím, že hladoví, vyjadřují tak solidaritu s hladovějícími třetího světa a uklidňují tak své špatné svědomí s ohledem na nadměrnou nabídku potravinu nás). K individuálním příčinám mentální anorexie se řadí různé psychické postoje postižených – poruchy ve vnímání těla, odpor k dospívání a usilování o výjimečnost. Mentální anorexie vede k vážným psychickým i sociálním problémům. Mezi ně patří společenské osamocení, euforické stavy, pocit nadřazenosti, deprese s pocity hanby a selhání či případné sebevražedné ohrožení. Mezi tělesné následky patří úbytek sil, poruchy látkové přeměny a zažívání, srdečně oběhové potíže či vynechání menstruace. Vnější symptomy jsou brzy nápadné, často a bezprostředně končí smrtí. Mentální anorexie vyžaduje vedle odborného léčení těla také odbornou psychoterapii (Leibold, 1995).

Akutní mentální anorexií trpí především dospívající dívky a mladé ženy pocházející z intelektuálně založených a zámožných rodin. Toto vážné onemocnění postihuje i velkou část těch, kteří jako děti byli mimořádně úspěšní a dobří. Zajímavým poznáním je fakt, že jedinci postižení mentální anorexií netrpí ztrátou chuti, naopak jsou neustále zběsile pronásledováni myšlenkami souvisejícími s jídlem a stravováním (Garfinkel, Garner, 1985).

### **2.2.5. Správné držení těla**

Jedním z nejnápadnějších znaků člověka je vzpřímené držení těla, vzpřímená postava. Ze vzpřímené postavy lze odvodit jak základní polohu lidského těla, stoj, tak i nejdůležitější lokomoční pohyby člověka, chůzi a běh (Čermák, Strnad, 1976). Správné držení těla nepředstavuje jen pouhou mechanickou sestavu jednotlivých částí lidského těla, ale je také odrazem způsobů chování a životního postoje. Chabé držení je tedy například ztělesněním nezvládnutých deprimujících zážitků, uzavření se do sebe, bezmoci či bezradnosti. Symbolický význam držení těla je tak odrazem stavu duše.

Držení těla ve vlastním slova smyslu, tj. způsob, jakým se ten který jedinec vyrovnává se statickými nároky vzpřímené polohy těla, je v podstatě realizací jeho posturálního stereotypu. Každý si osvojuje určité charakteristické držení těla. Předností podmíněných reflexů, a tedy i posturálního stereotypu je, že nejsou neměnné, trvalé. Podle toho, jak jsou využívány a jak se mění vnější podmínky, vznikají a zase vyhasínají. Kromě toho se posturální stereotyp neustále přepracovává i pod vlivem podnětů z oblasti psychické. Za správné držení by mělo být pokládáno takové držení těla, kde účinek gravitace je plně kompenzován vnitřními silami a kde nelze zjistit známky zřejmého oslabení či přímo funkčního selhání některé složky podpůrně pohybového systému. Vadné držení těla vlastně znamená poruchu posturální funkce (Čermák, Strnad, 1976).

Držení těla podléhá ve své závislosti nesčetným somatickým a psychickým faktorům, není tedy možno jednoznačně definovat objektivní normu, jediné správné držení. „Z nedostatku objektivního standardu se zpravidla vychází z popisu ideálního postoje, při kterém mají být nohy volně u sebe, kolena i kyčle nenásilně nataženy a pánev v takové poloze, aby váha trupu byla vycentrována nad spojnicí středů kyčelních kloubů. Páteř má být plynule zakřivena, ramena volně spuštěna dolů a dozadu tak, že se jejich váha přenáší spíše na páteř než na hrudník, a lopatky naplocho přiloženy k žebrům. Hlava má být postavena tak, aby spojnice horního okraje zvukovodu a dolního okraje očníce probíhala vodorovně. Těžiště těla

prochází pak v bočním průmětu od bradavkového výběžku za boltcem ušním přes tělo sedmého krčního obratle páteře, kterou znovu protíná v místě přechodu hrudního oddílu páteře v bederní, načež sestupuje přes kyčelní kloub a před osou kloubu kolenního do středu chodidla“ (Čermák, Strnad, 1976).

Vzpřímený postoj a správné držení těla je závislé na úrovni svalstva. Vzpřímený postoj nesmí být však křečovitý. Chybné držení těla je zpravidla způsobeno narušením svalové rovnováhy. V oblasti krční páteře vzniká typické chybné držení s bradou vysunutou mírně vpřed a dochází ke zvětšení krční lordózy, neboli prohnutí a k záklonu hlavy. Výsledkem je předsunuté držení hlavy spojené s jejím mírným záklonem. V oblasti hrudníku vzniká zvětšená hrudní kyfóza, neboli zakulacení. U zvětšené hrudní kyfózy dochází i k poruchám dýchání. Zpravidla je pak toto chybné držení v hrudní oblasti doprovázeno i ochablými břišními svaly a zvětšenou bederní lordózou. V oblasti bederní dochází k typickému nadměrnému prohnutí v bederní páteři, neboli k hyperlordóze. Bederní páteř je přetěžována a dochází k předčasnému opotřebování ve spodní části páteře. Další nerovnováha vzniká v oblasti pánve, kdy je skloněna směrem vpřed a to způsobuje vysazené hýždě (Hrazdírová, 2005). Mezi další poruchy patří plochá záda, která se vyznačují zmenšením fyziologických zakřivení páteře. Skoliotické držení těla je charakterizováno vybočením páteře v rovině čelné do tvaru písmene C nebo S. K vadám držení dochází i u dolních končetin, jde o poruchy tvaru klenby nožní a kolen.

## 2.3. ZDATNOST

### 2.3.1. Zdatnost a její složky

„Schopnost těla fungovat s optimální účinností nazýváme zdatností. Za nejdůležitější součásti zdatnosti jsou považovány: kardiorepirační vytrvalost, svalová síla, vytrvalost a kloubní pohyblivost“ (Fialová, 2006, s. 84). Tělesná zdatnost informuje o stavu jedince a napomáhá jeho zapojení do společnosti. V literatuře se můžeme setkat s nejrůznějšími definicemi zdatnosti a tato byla jednou z nich. Pojem zdatnost každý chápe jinak. Jedni pod pojmem zdatnost rozumí jen tělesnou zdatnost, jiní zase uznávají pojetí daleko širší. Tělesná zdatnost je vedle duševní a sociální zdatnosti jedním z hledisek celkové zdatnosti člověka. Tělesná zdatnost je většinou chápána jako schopnost reagovat na tělesnou zátěž (Čelíkovský, 1969).

Všechny systémy lidského organismu se v průběhu vývoje utvářely tak, aby zajišťovaly fyzickou aktivitu. Snížení pohybové aktivity pod určitou hranici proto nepříznivě ovlivňuje funkce organismu a vede k jejich větší zranitelnosti a postižitelnosti chorobnými změnami. Úroveň tělesné zdatnosti je velmi rozdílná nejen u různých osob, ale i u téhož jedince může zdatnost podléhat značným změnám. Ke změnám tělesné zdatnosti může dojít nejen v pozitivním smyslu, ale i v negativním, tedy k poklesu tělesné zdatnosti. K adaptaci organismu na pohybovou činnost dochází soustavně opakovaným působením specifického podnětu, jímž je svalová práce. Pojem “zdatnost” není totožný s pojmem “výkonnost”. Zdatnost je pojem obecnější, zatímco výkonnost je schopnost podávat určitý konkrétní výkon (Čelíkovský, 1969). Teplý (1995) tvrdí, že být zdatný znamená splnit čtyři základní předpoklady:

- 1) Udržet si přiměřenou tělesnou hmotnost
- 2) Mít zdravé a výkonné srdce
- 3) Mít přiměřeně silné svalstvo
- 4) Udržet si pohyblivost kloubů

Tělesná zdatnost není v dnešním pojetí chápána jako kategorie odrážející výkon neboli tzv. výkonově orientovaná zdatnost, ale jako zdatnost ovlivňující zdravotní stav a působící preventivně na problémy spojené s hypokinézou (pohybovou nečinností). Ve světové i domácí literatuře je uváděna pod pojmem zdravotně orientovaná zdatnost (health-related fitness). Jedinec s vyšší tělesnou zdatností je schopen vypořádat se s požadavky přicházejících z okolí s podstatně nižšími relativními nároky než jedinec s nízkou zdatností. Z tohoto důvodu

je tedy možné očekávat, že zlepšení tělesné zdatnosti u starších a starých lidí by jim mohlo umožnit aktivním způsobem prožít jejich seniorská léta.

Úroveň funkční kapacity je závislá na aktivitách, kterým se lidé v průběhu svého života dlouhodobě věnují. V případě dlouhodobého provádění aerobního zatížení organismu si jedinci mohou udržet relativně dobrou vytrvalost a kondici do vysokého věku. S rostoucím věkem ubývá svalová vytrvalost, její snižování je však pomalejší než úbytek svalové síly. Individuální rozdíly v tělesné zdatnosti seniorů jsou markantnější než u jiných věkových kategorií (Štílec, 2004).

Kardiorespirační vytrvalost neboli kardiovaskulární zdatnost je často považována za nejdůležitější pilíř zdravotně orientované zdatnosti. Obecně uznávaným kritériem kardiovaskulární zdatnosti je maximální spotřeba kyslíku ( $VO_{2max}$ ) (Štílec, 2004).

Svalová síla se obvykle dělí na sílu statickou a dynamickou. Statická síla udržuje tělo ve stabilní poloze, na druhé straně projevem dynamické síly je pohyb. Dostatečná síla, především dolních končetin, představuje u seniorů jednu ze základních podmínek udržení pohyblivosti a osobní nezávislosti. Úbytek svalové síly se výrazněji začíná projevovat po 60. roce (Štílec, 2004).

Pohyblivost lze chápat jako schopnost vykonávat pohyby ve velkém kloubním rozsahu. Je určena anatomickými předpoklady kloubních spojení. Významný vliv na kloubní pohyblivost má strečink. Přispívá ke kloubní stabilitě a flexibilitě, zlepšuje pružnost šlach a rozsah pohybu v kloubech (Štílec, 2004).

### **2.3.2. Alternativní pohybové přístupy pro seniory**

K podpoře tělesné mobility a pohybových schopností starších osob mohou významně přispívat kinezioterapeutické metody (Pavlů, 1998):

#### **1) Zdravotní gymnastika dle Bess Mensendieckové**

Nejstarší metodou je pojetí zdravotní gymnastiky podle Bess Mensendieckové. Cílem metody je rozvoj zdraví, síly a funkčních schopností především u žen. Používají se speciálně cílená aktivní cvičení, protahovací cvičení i pasivní pohyby vedoucí k uvědomění si správného průběhu pohybu. Správné dýchání hraje důležitou roli.

#### **2) Systém zdravotních cvičení „Kinetika Cesar“**

Zakladatelkou tohoto pojetí je Maria Cesar-Pollak. Na její koncept má vliv pojetí Mensendieckové, oproti jejímu je však mnohem dynamičtější. Tato cvičení jsou určena pro podporu zdraví a tělesné výkonnosti u všech věkových kategorií. Starší osoby se snaží prostřednictvím těchto cvičení zachovat mobilitu a předcházet potížím spojeným s pohybovým ústrojím. Základem cvičení jsou pohybové úkony, které vycházejí z běžných pohybových činností každodenního života (vstávání, chůze, klekání apd.).

### 3) Organicko-rytmická pohybová výchova podle metody Medau

Tvůrcem této metody je Hinrich Medau. Tento zdravotně tělovýchovný koncept se zaměřuje na vnímání těla, prostoru a pohybu. U starších osob lze metodu využít k podpoře hybnosti, komunikačních aktivit a zlepšení životní pohody.

### 4) Feldenkraisova metoda

Moshe Feldenkrais stojí za vznikem této metody, která rozvíjí tělesné a duševní schopnosti. Základem je sebeuvědomování vlastního těla.

### 5) Alexandrova technika

Frederic Mathias Alexander stál u zrodu tohoto konceptu, který spočívá ve vypracování správných pohybových stereotypů. Starší lidé využívají tuto metodu k zachování dobré koordinace pohybu.

### 6) Psychofyzická integrace a pohybové školení podle Tragera

Milton Trager je zakladatelem tohoto terapeutického a preventivního systému. Tato metoda působí příznivě při omezeních hybnosti, při psychosomatických poruchách, nespavosti a při stresu. Využívá se komplexní působení lehkých masáží, jemných rytmických pohybů i mentálního tréninku.

### 7) Rolfing

Ida Rolf je původkyní tohoto pojetí, které se využívá při vadném držení těla, bolestech pohybového ústrojí a poruchách tělesné pohody. U starších lidí je vhodná ke zlepšování pohyblivosti. V tomto konceptu se využívá působení zemské tíže na lidské tělo.



## 2.4. ZDRAVÍ

### 2.4.1. Definice zdraví a jeho determinanty

Zdraví je záležitostí každého z nás. Jak by se mohlo zdát, netýká se pouze medicíny, ale souvisí též s kulturními a sociálně ekonomickými podmínkami života celé společnosti. Zdraví zaujímá důležité místo v kvalitě života.

Existují různé pohledy na zdraví, které se postupně vyvíjely a obměňovaly. Medicínský pohled na zdraví je dosti negativní. Na zdraví je nahlíženo jako na absenci nemoci. Toto chápání v sobě skýtá jisté neúplnosti a nepřesnosti. Protože i zdravý člověk se nemusí cítit zdráv. Bylo tedy nutné uvažovat o zdraví nejen v rámci medicíny a hledat tak nové pohledy na zdraví (Křivohlavý, 2001).

Světová zdravotnická organizace (WHO) se pokusila rozšířit a upřesnit negativní vymezení zdraví: „Zdraví je definováno nejen jako absence nemoci nebo postižení, ale také jako stav plného tělesného, duševního, sociálního a duchovního blaha člověka.“ Postupem času se na zdraví začalo dívat jako na prostředek k dosažení harmonického života a životní spokojenosti. V tomto pojetí je definováno jako schopnost vést sociálně a ekonomicky produktivní život. Křivohlavý (2001, s. 40) nazírá na zdraví takto: „Zdraví je celkový (tělesný, psychický, sociální a duchovní) stav člověka, který mu umožňuje dosahovat optimální kvality života a není překážkou obdobnému snažení druhých lidí.“

„Ve stáří má definice zdraví, které Světová zdravotnická organizace charakterizovala jako stav optimální tělesné, duševní a sociální pohody, jen omezenou platnost. Za zdravého považujeme zpravidla takového starého člověka, který je v kompenzovaném stavu, cítí se dobře, nemá stížnosti na zdravotní stav a nezjišťujeme u něho žádnou nemoc podstatného významu. Rozhodujícím kritériem tedy není přítomnost poruchy funkce, ale stav její kompenzace“ (Šipr, 1998, s. 6).

Zdraví člověka ovlivňují čtyři základní množiny komplexně působících determinant. Mezi ně patří:

- genetika – zdravotní stav ovlivňuje asi z 10-15 %
- zdravotnictví – zdravotní stav ovlivňuje asi z 10-15 %
- faktory prostředí – zdravotní stav ovlivňuje asi z 20 %
- způsob života – zdravotní stav ovlivňuje asi z 50 %

Donedávna převažoval tzv. „faktorový pohled“ na působení determinant a jednotlivých komponent způsobu života ve vztahu k zdraví člověka. Tento pohled chápal působení jednotlivých faktorů jako izolovaný proces. Ovšem žádné z rizikových či podpůrných faktorů

nepůsobí izolovaně, nýbrž vždy ve vazbě na jiné elementy. Opak představuje celistvý pohled, který si uvědomuje, že všechny faktory spolu souvisí a vzájemně se ovlivňují a podílí se tedy pak na výsledném stavu lidského zdraví (Drbal, Bencko, 2005).

#### **2.4.2. Zdravotní stav starších osob**

V České republice dochází k výraznému stárnutí populace. V roce 1994 nastal z hlediska stárnutí populace důležitý a nepředpokládaný zlom. V tomto roce totiž počet narozených u nás poprvé v historii nedosáhl počtu zemřelých. S přibýváním podílem starých lidí bude přibývat také osob se zdravotním postižením. Staří lidé obvykle trpí několika různými chorobami současně, jedná se o polymorbiditu. Své potíže často senioři nesignalizují jako chorobu, ale chápou je jako přirozený projev stárnutí. Z tohoto důvodu je běžné, že se na lékaře obracejí až v pokročilé fázi onemocnění (Šipr, 1998).

Vzájemný vztah mezi zdravotním stavem a sociální situací bývá ve stáří velmi těsný. Každá změna sociální situace starých lidí se projevuje na jejich zdravotním stavu a naopak (Šipr, 1998). Mění se zdravotní stav, větší pravděpodobnost vzniku funkčních poruch se zvyšujícím se věkem vede také ke změnám ve způsobu života a chování osob vyššího a vysokého věku. A způsob života se mění i v závislosti na očekávaných sociálních změnách. Odchod do důchodu, ukončení pravidelného zaměstnání, pracovní činnosti se odráží i na názorech starší populace na prožívání dalšího života, na jeho omezení a problémy, ale i na zdroje radosti a spokojenosti, využívání vlastních schopností a zkušeností z dosavadního života (Zaremba a kol., 2006).

Způsob života je zodpovědný za kvalitu stáří. Důsledky způsobu života se odrazí na zdravotním stavu zpravidla až ve vyšším věku, kdy se začínají kumulovat zdravotní problémy. Dobrý zdravotní stav je rozhodující podmínkou spokojenosti ve stáří. K tomu, aby se oddálilo jejich negativní působení, je nutný aktivní přístup každého jednotlivce. Úsilí v péči o zdraví během celého života, a především ve věku středním, se zúročí později ve vyšším věku. Mnohá šetření ukazují, že k výraznému zlomu ve zdravotním stavu a všech charakteristikách, které ovlivňují kvalitu života, dochází po 60. roku věku. Postupně se začínají projevovat důsledky nesprávného způsobu života v mladším věku a působení dalších negativních determinant (Zavázalová a kol., 2003).

Starým lidem nejčastější potíže způsobují poruchy mobility (Zaremba a kol., 2006). Šipr (1998) také ve své studii prokázal, že onemocnění pohybového ústrojí je druhým nejčastějším onemocněním starých lidí vůbec. Nejčastěji ve stáří postihuje pohybové ústrojí

osteoartróza, osteoporóza a revmatoidní artritida. Omezená pohyblivost seniorů nemusí souviset jen s postižením pohybového ústrojí, ale bývá také spolupodmíněna onemocněním jiných orgánů, zejména soustavy oběhové a dýchací. Chorobami pohybového ústrojí jsou staří lidé žijící na venkově postiženi častěji než obyvatelé měst, tento rozdíl je patrnější u mužů.

S rostoucím věkem hodnotí starší lidé svůj zdravotní stav jako špatný. Nemoci pohybového ústrojí a oběhové soustavy patří mezi nejčastější příčiny omezení soběstačnosti osob vyššího věku. Věk je důležitou determinantou zdraví. Strategie aktivního stárnutí s oddalováním disabilizujících následků nemocí by měla zůstat hlavním východiskem pro praktická opatření celospolečenské a individuální prevence i do budoucna. Zdravé stárnutí je výrazem aktivního stáří. Jedná se především o aktivní využívání volného času, pohybovou aktivitu, správnou životosprávu či omezení zdraví škodlivých návyků (Zaremba a kol., 2006).

Zdravotní stav ovlivňuje pocit spokojenosti a kvalitu života v kterémkoliv věku. Každý člověk musí počítat s tím, že s přibývajícím věkem dojde k určitému omezení fyzické i psychické výkonnosti.

#### **2.4.3. Zdravotní rizika pohybových aktivit u seniorů**

„Přibývajícím věkem sám o sobě nezvyšuje zdravotní riziko pohybových aktivit, jestliže je provádění a dávkování těchto aktivit náležitě přizpůsobeno úbytku kapacity fyziologických funkcí“ (Buchberger, Pavlů, 1998, s.14).

U starších osob je častý výskyt zdravotních poruch, které mohou rizika pohybových aktivit značně zvyšovat. K těmto chronickým chorobám se řadí ischemická choroba srdce, arteriální hypertenze, poruchy srdečního rytmu, chronická onemocnění dýchacího systému, diabetes, chronické poruchy jater či ledvin, chronické choroby revmatického typu či artróza. U osob s těmito poruchami je třeba provádění a dávkování pohybových aktivit upravit a přizpůsobit (Buchberger, Pavlů, 1998).

Z hlediska vhodnosti pro osoby staršího věku s dobrým zdravotním stavem lze sportovní aktivity rozdělit do čtyř kategorií (Buchberger, Pavlů, 1998):

1. kategorie (sportovní aktivity seniorům všeobecně doporučované s nepatrným zdravotním rizikem) - lehká gymnastická cvičení, vodní gymnastika, seniorský tanec, některá orientální cvičení, procházky a lehká pěší turistika, boccia, golf apd.

2. kategorie (sportovní aktivity doporučované seniorům, nejlépe však po prověření zdravotního stavu) – walking, jogging, jízda na kole, běh na lyžích, kondiční plavání, stolní tenis, badminton apd.
3. kategorie (sportovní aktivity se zvýšeným rizikem bez významnějšího pozitivního ovlivnění, vhodné u osob s dlouhodobou specifickou sportovní zkušeností) – tenis, kopaná, házená, volejbal, sjezdové lyžování, cvičení na nářadí apd.
4. kategorie (sportovní aktivity s vysokým zdravotně rizikovým potenciálem bez pozitivního vlivu, naprosto nevhodné) – vzpírání, box, judo, hokej, squash, rugby, surfing apd.

## 2.5. STÁŘÍ A ŽIVOTNÍ STYL

### 2.5.1. Charakteristika stáří

Stárnutí je podle Cinglové (2002) fyziologický proces, který v podstatě začíná již po narození a je způsoben změnami na úrovni molekulární, buněčné, tkáňové i celého organismu. Jedná se o ireverzibilní děj, který postihne každého z nás. Projevy stárnutí lze zpomalit v případě, že je organismu zachována dostatečná aktivita a je mu poskytnuto dostatečné množství vnějších podnětů. Stárnutí lze ovšem také urychlit. Může se tak stát vlivem například nepříznivého životního prostředí, stresových situací, nevhodných stravovacích návyků a zlovyků. Do určité míry je rychlost stárnutí dána dědičně. Rozdíl mezi duševní a tělesnou výkonností dokumentuje skutečnost, že jednotlivé systémy se neopotřebovávají stejně rychle. U každého jedince dochází k involučním změnám v různém tempu. Kalendářní věk se tedy nutně nemusí krýt s věkem biologickým.

V procesu stárnutí nastávají tyto změny (Cinglová, 2002):

- orgány a tkáně podléhají involučním změnám
- v orgánech se zmenšuje počet buněk a nahrazuje se biologicky bezcenným vazivem
- v buňkách ubývá voda a draslík, z kostí se vyplavuje vápník a fosfor
- elastická vlákna atrofují, zmnožuje se kolagenní vazivo, ubývá kapilární síť
- bílkoviny mění své vlastnosti, klesá aktivita enzymů
- v genetické výbavě buněk dochází častěji k mutacím
- klesají funkční rezervy jednotlivých systémů
- dochází ke změnám paměti: klesá schopnost rychlého zapamatování, snižuje se schopnost koncentrace, reakce jsou pomalejší, zhoršuje se koordinace pohybů
- nastávají změny sociálního chování
- mění se držení těla, způsob chůze, kůže ztrácí svou elasticitu a vznikají vrásky, hrubne hlas

Odlišné společensko-sociální podmínky, v kterých se každý jedinec formoval, znemožňují vystihnout důležité povahové rysy starého člověka. Za pozornost stojí nápadné rozdíly ve stárnutí schopností, kdy některé schopnosti snáze podléhají stárnutí, jiné jsou zase odolnější (Říčan, 1990).

Zpomalení psychické činnosti představuje jednu ze základních charakteristik stárnutí. Různá omezení ve smyslovém vnímání (zhoršení sluchu a zraku) mohou způsobit duševní problémy jako jsou deprese, úzkost a vznětlivost seniora. Určité rozdíly se vyskytují

mezi epizodickou a sémantickou pamětí. Epizodická paměť zahrnuje informace týkající se faktů a stárnutím se tato paměť zhoršuje. Sémantická paměť, obsahující celoživotní zkušenosti, slouží jako základ dalšímu učení. Stárnutí však nepostihuje pouze psychickou složku, ale i fyzickou. Příkladem může být úbytek síly, pružnosti svalů, periferního vnímání či centrální kontroly obstarávané motorickými centry v kůře mozkové. Toto vše se zákonitě promítá do života stárnoucího jedince (Štílec, 2004). U starých lidí dochází ke zpomalení duševních činností a ke špatnému snášení změn. S psychickou involucí se kombinují psychické poruchy, častý je výskyt neuróz a depresí, které mohou být i smrtelné. Typickou poruchou stáří je demence. Ve stáří se člověk stává karikaturou sebe sama, protože se projeví nepěkné vlastnosti a sklony, které v mládí a ve středním věku dokázal tlumit (Říčan, 1990).

Ve stáří lze ovšem spatřit i přednosti. Díky dlouhodobé zkušenosti a vyzrálosti jedince nastává velmi často zklidnění a zmoudření obecně, což je patrné především u bouřlivějších jedinců. Se stářím také roste trpělivost. Stálost v názorech, pochopení pro problémy druhých, rozvaha jednání, obezřetnější přístup k zadaným úkolům a schopnost odlišit podstatné od nepodstatného také patří mezi další pozitiva (Říčan, 1990).

Co se týče sexuálního života u seniorů, převažuje stereotyp asexuálního stáří. Mnozí se domnívají, že v pozdějším věku jde už o cosi nemístného, možná i nemravného. U mužů slábne schopnost i zájem o sex o něco dříve než u žen. Jsou však i ženy, u nichž se v seni u objeví averze k sexuálnímu životu. Odborníci většinou doporučují pohlavní styk v seni u nebo alespoň masturbaci jako jeho náhražku, a to z obecně hygienického, zvláště mentálně hygienického hlediska, neboť sexuální aktivita tlumí úzkost. Sexuální život má ve stáří jiný význam než v mládí. Cílem už není vybijet sexuální tenzi, nýbrž udržet si sebevědomí, sebeúctu (Říčan, 1990).

### **2.5.2. Aktivní stáří**

Počet osob starších 60 let by se do roku 2030 měl zvýšit v ČR na skoro tři miliony (Zaremba a kol., 2006). Tato skutečnost by však neměla vést k nějakým obavám, ke vnímání tohoto procesu jako negativního jevu. Naopak, jedná se přeci o důsledek zlepšujícího se zdravotního stavu, snižování úmrtnosti a prodlužování lidského věku. Na tento stav je třeba se připravit ve všech oblastech a je nutné hledat takové cesty, které by starší i početnější populaci dovolovaly vést smysluplný, aktivní, relativně zdravý a angažovaný život.

Nezbytným prvkem přípravy na stáří je poskytnout stárnoucím lidem včas nejdůležitější informace o sociální a biologické problematice stáří a připravit je na řešení

typických nesnází a naučit je stáří spokojeně prožívat. Prevence by se prvotně neměla zabývat sociálním zabezpečením či extrémním prodloužením života, ale měla by se zaměřit na zdravotní stav a funkční zdatnost s omezováním chronické disability (Štílec, 2004).

Termín aktivní stárnutí byl přijat Světovou zdravotnickou organizací koncem 90.let. Tento pojem postihuje větší oblast než jen pouhé zdraví a péče o zdraví a vychází ze zásad Organizace spojených národů pro seniory, mezi které patří: nezávislost, účast na životě společnosti, důstojnost, péče a seberealizace. V pojmu aktivní stárnutí je zahrnuto také respektování práva starších lidí na rovnost příležitostí, jejich zodpovědnost, účast na veřejných rozhodováních a ostatních aspektech života. Starší lidé nejsou homogenní skupinou a tato rozmanitost s věkem narůstá. Proto je nezbytné se zvyšujícím se věkem obyvatel vytvořit takové podmínky, které jim umožní co nejsamostatnější život (Holmerová a kol.,2006).

Hlavním cílem přípravy na stáří by měla být snaha přesvědčit stárnoucí populaci o nutnosti promyšleného, plánovitého přístupu, který zahrnuje všechny oblasti nezbytné k racionálnímu způsobu života ve stáří. Značná část staršího obyvatelstva může zachovat svou nezávislost a samostatnost prostřednictvím vybraných pohybových aktivit (Štílec, 2004).

Média i staří lidé samotní by měli přispívat k vytvoření lepšího obrazu stárnutí a stáří, než je tomu dosud. Vyšší věk bývá často spojován s penzionováním, nemocí a nesoběstačností. V současné době však tato představa neodpovídá skutečnosti, protože velká část seniorů zůstává soběstačná i ve velmi pokročilém věku a jejich pracovní aktivita často s rostoucím věkem neklesá. Typickou činností pro tuto skupinu je poskytování péče jiným rodinným příslušníkům, což představuje stále nedocenenou službu seniorů celé společnosti (Holmerová a kol., 2006).

Štílec (2004) tvrdí, že cesta ke zdravému životu a k aktivnímu sebeutváření by měla být zahájena postupnou a dobrovolnou proměnou vlastních životních priorit. Jinými slovy by se pozornost každého z nás měla obrátit na sebe samé. Není tím myšleno, abychom se stali egoisty či narcisty, ale abychom převzali odpovědnost za vlastní život včetně zdraví. Současně tím získáme úctu k vlastnímu životu a všemu živému okolo nás. „Péče o vlastní život je proto všelidským mravním úkolem této doby“ (Štílec, 2004, s.26).

### **2.5.3. Strategie stárnutí**

Senioři prožívají stárnutí a stáří různým způsobem a také odlišně se s nimi vypořádávají. Někteří jakoby proces stárnutí zastavili a žijí aktivním životním způsobem

(cestují a sportují), jiní zas rezignovali a stávají se tak tichými a zapšklými svědky poslední etapy svého života. Sýkorová (2007) uvádí šest rozdílných přístupů ke stáří:

1) Přístup „mladé stáří“

Jedinci, pro které je typický tento přístup, se cítí mladí a fyzicky i finančně soběstační. Nebojí se vykonávat aktivity, které jsou spíše vhodnější pro mladší generace (může se jednat o placené práce či zájmy „mladých“).

2) Přístup „vyrovnané stáří“

Senioři jsou vyrovnaní se skutečností, že stárnou a jsou si i vědomi omezení, která s tímto procesem souvisí. Tím, že přijali stáří, neznamená, že na všechno rezignovali. Opak je pravdou. Stáří berou jako nezbytnou součást života, důchod je jimi chápán jako čas svobody, během něhož lze myslet i na sebe. Snaží se být pozitivními, aktivními i užitečnými.

3) Přístup „ambivalentní stáří“

Typickým znakem je překonávání negativního postoje k penzionování a stáří. Starší jedinci s tímto přístupem jsou často podráždění, protože jsou si vědomi ohrožení fyzické a finanční soběstačnosti.

4) Přístup „popírání stáří“

Senioři se snaží vzdalovat od stáří a starých. Chovají se tak, jako by se jich involuční proces netýkal. Nápadně vyzdvihují vlastní pozitivní vlastnosti a úspěchy. Dávají svému okolí najevo, že nepotřebují žádnou pomoc, podle nich naopak druzí potřebují pomoc jejich.

5) Přístup „vázně nemocné, imobilní stáří“

Dochází k identifikaci se slabými a nemocnými. Do popředí se dostává rodina, která je zdrojem pomoci a podpory autonomie seniora.

6) Přístup „zvládání čtvrtého věku“

Tento přístup představuje přijetí statusu starého, nemocného a závislého. Jedinci vykonávají pasivní činnosti až do té doby, dokud pro ně neztratí smysl. Je pro ně



typické, že si vytvářejí stereotyp režimu dne a každodenních činností. Rodina má pro ně velký význam, upínají se na ni. Mezi jejich hlavní témata patří umírání a smrt.

Na kvalitě stárnutí se jistě projeví silná vůle a odhodlání stárnout. Proto by seniorům takovéto odhodlání nemělo chybět. Dalším důležitým aspektem je celkové pozitivní naladění a optimistický pohled na svět. Život starší populace by se neměl obejít ani bez společenských kontaktů a úzký vztah s rodinou by měl být samozřejmostí. Stáří není důvod proč nemilovat, a tak láska a vztahy by neměly být tabu.

#### **2.5.4. Význam pohybových aktivit**

Pohyb je typickým znakem všeho živého. Z tohoto důvodu představuje pohyb primární potřebu každého člověka. Pohybové aktivity ovlivňují nejen fyzickou stránku jedince, ale podílí se i na utváření psychické stránky. Správně zvolenou pohybovou aktivitou lze pozitivně ovlivnit naše zdraví a zdatnost, je možné dosáhnout psychické vyrovnanosti a zvýšit sebedůvěru ve vlastní schopnosti, a v neposlední řadě pohyb ovlivňuje tělesný vzhled.

Pohybová aktivita plní několik funkcí, mezi které se řadí (Kubíčková, 1996):

- funkce posturální - vede ke vzpřímenému a estetickému držení těla
- funkce dechová - podporuje plné a pravidelné dýchání
- funkce zklidňující - uvolňuje tělo i mysl od napětí
- funkce energetizující - dodává člověku sílu
- funkce rozvíjející - pomáhá zlepšovat všechny funkce těla
- funkce orientační - seznamujeme se s prostorem
- funkce komunikační - pomocí níž se vyjadřujeme
- funkce kinestetická - je ve spojení s pohybovým smyslem
- funkce koncentrační - spjatá s uvědomělým pohybem, který pomáhá zlepšovat soustředěnost
- funkce podpůrná a zdravotně preventivní – ovlivňuje zdraví člověka
- funkce rekreační a hygienická - obohacuje náplň volného času
- funkce etická - vede k probuzení úcty k životu

Množství a způsob pohybu po celý život ovlivňuje zdravotní stav jedince. Už v útlém věku se spontánní pohybová aktivita podílí na formování hybného systému a rozvoji motoriky, což ovlivňuje i rozvoj psychiky. Přetížení nebo nedostatečné zatížení může ovlivňovat růst dlouhých kostí a omezování kloubní pohyblivosti zase nepříznivě ovlivňuje

vývoj kloubů. Pro stav kostí má význam především zatížení svalových úponů na kostech svalovým stahem. Tyto mechanické podněty mají vliv na účelné složení i strukturu kostí a tím i odolnost proti úrazům. Při malé pohybové aktivitě či nehybnosti dochází k demineralizaci – odvápnování a řídnutí kostí. Řídnutí kostí může být podporováno špatnou výživou a chorobami, které mají vliv na minerální hospodářství. S přibývajícím věkem je řídnutí kostí fyziologickým jevem a souvisí mimo jiné také se zmenšující se pohybovou aktivitou. Nejúčinnější prevencí nežádoucího stupně rozvoje osteoporózy je účinný racionální pohyb dráždící svalovou kontrakcí, ne mechanické přetěžování (Kubálková, 2000).

I na další části hybného systému je možné sledovat zdravotní vliv pohybu. Při svalové činnosti se zvyšuje počet krevních vlásečnic, které zásobují svalová vlákna – zlepšuje se tedy jejich výživa a okysličování. Při nedostatku pracovního zatížení, případně znehybnění mohou svalová vlákna podléhat změnám – hypotrofii až atrofii a vazivové přeměně. Kosterní sval je možno zatěžovat cvičením v každém věku, samozřejmě cíleně a racionálně. Znehodnocená svalová vlákna nelze sice již morfologicky ani funkčně plně obnovit, je však možno dosáhnout určité kompenzace a funkční úpravy. Další důležitou komponentu pohybového systému představují klouby. Chrupavka nemá cévní zásobení, její výživa je tedy ztížená a má velmi malou schopnost regenerace při poškození. Celý kloub trpí při nedostatku přiměřeného zatížení. Při nevhodném pohybovém režimu může chrupavka snáze podléhat degenerativním změnám. Degenerativní proces na chrupavce patří k projevům stárnutí kloubu, které můžeme do jisté míry ovlivnit (Kubálková, 2000).

Také na vnitřní orgány působí významně pohyb. Dochází k lepšímu prokrvení a vitalitě všech tkání. Srdeční sval zlepšuje ekonomiku práce a výkonnost, při práci mu pomáhá kosterní svalstvo i bránice, která svou činností podporuje návrat žilní krve z končetin do srdce. Na kvalitu a výkonnost srdečního svalu má vliv i dobré prokrvení vlásečnic, které se výcvikem zvětšuje (Kubálková, 2000).

Obezita, onemocnění diabetem či rozvoj cévních změn mohou být pozitivně ovlivněny právě tělesnou aktivitou. Je známo, že správně zvolený pohyb ovlivňuje kladně i naši psychiku. V limbickém systému se totiž jako odezva na libé pocity produkují zvláštní látky typu hormonů, zvané endorfíny. Působí na snížení bolesti a na zlepšení nálady a také ovlivňují funkce žláz s vnitřní sekrecí. Též náš imunitní systém je ovlivňován pohybem.

Pohybová aktivita vykonává také funkci preventivního působení týkajícího se civilizačních chorob. Pravděpodobné mechanismy preventivního působení pohybu uvádí Bartůňková (1998):

- I. v prevenci aterosklerózy

- a. zlepšení tukového metabolismu
  - b. snížení krevního tlaku
  - c. zlepšení srdeční činnosti
  - d. snížení tělesné hmotnosti
  - e. relaxace
  - f. snížení srážení krve
- II. v prevenci cukrovky
- a. zlepšení využití glukózy v buňce
  - b. zvýšená citlivost inzulínových receptorů
  - c. zvýšený metabolismus tuků
  - d. snížení hmotnosti
- III. v prevenci osteoporózy
- a. zvýšení svalové hmoty a síly
  - b. zvýšení kostní hmoty
  - c. zvýšení minerální denzity
- IV. v prevenci muskuloskeletálních obtíží
- a. odstranění svalových dysbalancí
  - b. zvýšení flexibility
  - c. relaxace
- V. sekundární v prevenci onemocnění dýchacích cest
- a. posílení dýchacích svalů
  - b. zlepšení ekonomiky dýchání
  - c. zlepšení dechových objemů
  - d. zlepšená distribuce v plicích
  - e. zvýšená difúze plynů
- VI. v prevenci neuróz
- a. adaptace ve stresové reakci
  - b. zvýšená sekrece endorfinů
- VII. v prevenci nádorových onemocnění
- a. zvýšení imunity
  - b. zrychlená střevní pasáž
  - c. zvýšený aerobní metabolismus
  - d. snížení hmotnosti

Pohybová cvičení mohou vhodně ovlivňovat postoj k sobě samým, hlavně ke svému tělu. Příjemně prožívané pohyby usnadní překonat nedůvěru k vlastní tělesné schránce. Pozitivní psychické rysy, které provázejí klidný a pečlivý pohyb, se lehce promítají i do jiných lidských činností. Negativní návyky ( bezmyšlenkovitost, roztěkanost, nesoustředěnost, lajdáctví) se tedy vytlačují. Pohyb je tudíž také sebevýchovným tvořivým činitelem (Kubíčková, 1996).

V průběhu života je možné pečovat o co nejlepší funkční stav somatických systémů a předcházet zdravotním oslabením a nemocím, zabraňovat rozvoji degenerativních a involučních procesů. Pohybové aktivity hrají v těchto snahách podstatnou úlohu. Stárnutí je fyziologický děj, není však vhodné strávit jej nečinností či vadným životním režimem a proces urychlovat (Kubíčková, 2000). Lhostejný vztah k vlastnímu tělu je spojen s podceňováním harmonického pohybu, v důsledku toho dochází k poruchám hybného systému. Zdraví prospěšná tělesná cvičení mají plnit nejenom preventivně zdravotní a podpůrnou úlohu, ale měla by vést k obohacení celého člověka a napomáhat ke zkvalitnění jeho života (Kubíčková, 1996).

### **2.5.5. Zásady zatěžování staršího organismu**

Při vykonávání fyzické aktivity u seniorů by měly být dodržovány určité zásady, které by zajistily bezproblémový průběh a přispěly by tak k účinnému působení na starší organismus.

Aby pohybová činnost přispívala ke zdravému způsobu života, musí jít o činnost pravidelnou a dlouhodobou. Pozitivní dopad nepravidelné činnosti na funkční stav organismu, její přínos zdraví a dobré tělesné kondici je značně omezený. Veškerá pohybová aktivita by měla stavět na aerobním zatížení, měla by mít charakter mírné dynamické a rytmické svalové činnosti adekvátní silové náročnosti. Nezbytnou funkci plní cvičení vyrovnávací a uvolňovací, která se podílí na odstraňování svalové dysbalance a utvářejí správné pohybové, posturální a dechové návyky. Pohyb by měl být veden pomalu a soustředěně (Štílec, 2004).

Mezi ideální cvičební prostředky, které mají pozitivní vliv na organismus, se řadí zdravotně rehabilitační cvičení a cvičení pro tělesně oslabené, relaxační a dechová cvičení, cvičení zaměřená na obratnost a reakci, čínská zdravotní cvičení, vybraná cvičení jógy, kolové tance, cvičení s hudbou a zábavné hry. Pro zachování či rozvoj zdatnosti se doporučují aktivity jako jsou chůze, plavání a cvičení ve vodě, cyklistika, zábavná a nenáročná cvičení a

hry apod. Naopak nedoporučují se cvičení a pohyby s rotacemi, obraty, rychlými předklony, přeskoky, rychlými změnami směru či starty (Štílec, 2004).

Délka cvičení a objem zatížení by měl odpovídat tělesné zdatnosti jedince. Objem pohybových aktivit se nejpřesněji vyjadřuje energetickým výdejem, v němž se promítne doba trvání a intenzita zátěže. Začátečníci a jedinci s nízkou zdatností dobu zatížení mohou postupně prodlužovat. Intenzita zatížení je spíše vhodná nízká až střední, což snižuje riziko zranění a umožňuje zvládnutí prvku včetně hlubšího prožitku. Podle srdeční frekvence lze stanovit úroveň vhodné intenzity, vhodná srdeční frekvence je ve výši do 70% maxima. Nepřímým ukazatelem určení maximální hodnoty je Karvonenova rovnice:  $SF_{\max} = 220$  tepů/min – věk měřené osoby (Štílec, 2004).

Nikdy není pozdě začít pečovat o své zdraví a tělesnou zdatnost. Chce to však začít, ale především vytrvat. Vyžaduje to vůli, soustavnost i čas. Dobrá kondice však za trochu námahy stojí.

#### **2.5.6. Výživa a stáří**

Životní styl člověka má značný vliv na skladbu jídelníčku. V současném uspěchaném světě, kde stresové situace a honba za každou plně využitou minutou času patří ke každodennímu koloritu, je mnoho lidí příliš zaneprázdněných na to, aby si po náročném dni udělali čas a připravili si plnohodnotné jídlo. Spoléhají se tak na hotová jídla a potraviny v konzervách. Správná skladba jídelníčku by měla obsahovat kombinaci sacharidů, bílkovin, tuků, vitaminů a minerálů. Vhodně zvolený způsob stravování poskytuje tělu přiměřený zdroj energie a potřebné základní živiny. Nezbytný je i dostatečný příjem tekutin k udržení normální rovnováhy vody v těle.

Optimální strava musí být pestrá svým výběrem potravin, aby byl zajištěn dostatek základních živin a nezbytných látek v optimálním poměru. Skladba potravin musí poskytovat rostlinné i živočišné zdroje. Měl by být udržován vhodný poměr mezi energetickým příjmem a výdejem. Důležité je také dodržování správného stravovacího režimu, jídlo by mělo být rozděleno během dne do pěti dávek přijímaných ve vhodných intervalech (Fořt, 1990).

Složení jídelníčku má důležitý význam v kterémkoliv období života. Ale je třeba si uvědomit, že čím je člověk starší, tím by jeho strava měla být kvalitnější. Jedním z doporučení je snížit příjem energie, ale současně zvýšit kvalitu stravy. S rostoucím věkem klesá schopnost asimilace přijatých živin a schopnost vydatně se najíst bez zažívacích potíží. Zhoršuje se totiž funkce orgánů souvisejících se zpracováním potravy. Při konzumaci

potravin se nesmí podcenit zásada dokonalého žvýkání, jinak hrozí zažívací potíže. Pokud je kvalita chrupu špatná, často starší lidé řeší tuto situaci změnou skladby stravy, bohužel nesprávným směrem. Výsledkem je pak obezita či chronická zácpa. Ve stáří se též zvyšuje riziko osteoporózy, protože se zásadním způsobem snižuje vstřebatelnost stravou přijímaného vápníku. S přibývajícím věkem výrazně klesá citlivost na chuťové vlastnosti potravy a snižuje se pocit žízně (Fořt, 2003).

Starší lidé by měli užívat zažívací enzymy a doplňky k podpoře trávení. Zásadním způsobem by měli omezit konzumaci smažených a tučných pokrmů. Neměli by pít významná množství alkoholu s výjimkou malých množství červeného vína a měli by dbát na dostatečný pitný režim (Fořt, 2003).

Optimální složení jídelníčku by mělo být závislé na denním energetickém příjmu. Průměrný doporučený příjem energie v závislosti na věku je vyjádřen v následující tabulce.

Tabulka č.1: Průměrný doporučený příjem energie v závislosti na věku (Fořt, 2003).

VĚK	MUŽI	ŽENY
	kJ	kJ
12-14	10 252	7 804
15-17	12 138	6 867
18-19	12 226	6 724
20-24	11 726	6 636
25-34	10 882	6 548
35-44	10 261	6 350
45-54	9 425	6 153
55-64	8 350	5 590
nad 65	7 216	5 267

Pokud se celkový denní energetický příjem sníží, měl by se zvýšit podíl bílkovin a snížit podíl sacharidů. Průměrný denní energetický příjem obyvatele ČR činí asi 10 000 kJ, při této hodnotě by se na celkovém denním energetickém příjmu měly bílkoviny podílet zhruba 14 %, tuky 30% a sacharidy okolo 56% (Málková, 2007).

Bílkoviny jsou základními stavebními kameny našeho organismu. Podílí se na stavbě těla, svalů, enzymů a hormonů. Základem rostlinných i živočišných bílkovin jsou

aminokyseliny. Ty, které si tělo nedokáže vytvořit samo, se nazývají esenciální aminokyseliny. Zastoupení bílkovin živočišného a rostlinného původu je nejlepší v poměru 1:1. Většinou však převažuje příjem živočišných bílkovin. Jejich nevýhodou je skutečnost, že zdrojem těchto bílkovin jsou většinou potraviny s vysokým obsahem tuku, případně cholesterolu. Optimální příjem činí 1-1,5 g bílkovin na kilogram tělesné hmotnosti. Bílkoviny mají největší sytící schopnost ze všech živin a na strávení bílkovin se vydá nejvíce energie. (Málková, 2007).

Tuky jsou nejvydatnějším koncentrovaným zdrojem energie, v 1 g tuku je obsaženo přibližně 38 kJ, nejsou však příliš sytivé. Dříve se doporučovalo tuky omezovat na minimum, dnes jsou samozřejmou součástí zdravé výživy. Tuky dodávají stravě chutnost a příjemnost při žvýkání, jsou v nich rozpustné vitaminy a některé tuky jsou zdrojem esenciálních mastných kyselin, jež jsou nezbytné pro správný chod organismu. Tuky přijímané z potravy se rozdělují na tuky nasycené a nenasycené. Nasycené tuky jsou součástí potravin živočišného původu (např. uzeniny, sádlo, maso) a patří mezi hlavní viníky vzniku srdečně-cévních onemocnění. Zvyšují také hladinu cholesterolu v krvi. Nenasycené tuky jsou součástí rostlinných olejů, ořechů a ryb. Na organismus působí příznivě, stabilizují hladinu cholesterolu a snižují riziko vzniku srdečně-cévních onemocnění. Čím je tuk při pokojové teplotě tekutější, tím je z pohledu přítomných mastných kyselin zdravější (Málková, 2007).

Sacharidy tvoří základ stravy. Jsou významným zdrojem energie a podílí se také na správném fungování mozku. Jednoduché sacharidy zahrnují monosacharidy glukózu (hroznový cukr), fruktózu (ovocný cukr), galaktózu (složka mléčného cukru) a disacharidy sacharózu (řepný a třtinový cukr), laktózu (mléčný cukr) a maltózu (sladový cukr). Složitější sacharidy se nazývají oligosacharidy, nejsložitější strukturu mají polysacharidy (např. škrob obsažený v obilovinách, bramborech či pekárenských výrobcích). Sacharidy zvyšují hladinu krevního cukru (glykémie). Hormon inzulín tuto hladinu snižuje a způsobuje tak hypoglykémii. Ačkoliv 1 g sacharidů obsahuje stejné množství energie jako 1 g bílkovin (17 kJ), vzhledem k vyššímu zastoupení v potravě se velkou měrou podílejí na vzniku obezity (Málková, 2007).

Kromě bílkovin, sacharidů a tuků je nezbytné přijímat též vitaminy, minerální látky a vlákninu. Vitaminy a minerály potřebuje organismus nezbytně pro normální činnost. Většinu z nich si neumí vytvářet, musí je tedy přijímat v potravě. Jejich působení je velmi komplexní, vzájemně se doplňují. Potřebné dávky se výrazně liší v závislosti na věku a vystavené zátěži. Potřeba doplňků stoupá při nejrůznějších zdravotních problémech. Ženy potřebují větší množství zejména kyseliny listové, vápníku a železa než muži. Souvisí to s jejich

hormonálním cyklem a těhotenstvím. Potřeba vitaminů a minerálních látek u každého stoupá s věkem. Naše populace trpí především nedostatkem vitaminů C, E, B-komplexu, vápníku a jodu. Minerální látky lze určit laboratorně z krve nebo moči, zjištění chybějících vitaminů je však velmi komplikované. Doporučuje se tedy užívat komplexní multivitaminové přípravky se základními minerálními látkami (Málková, 2007).

Vláknina je směs pro člověka téměř nestravitelných polysacharidů, zejména celulózy a pektinu. Dělí se na rozpustnou (v krvi snižuje hladinu cholesterolu a pomáhá udržovat hladinu glukózy) a nerozpustnou (zvětšuje objem stolice a zlepšuje práci střev). Vláknina vyvolává pocit nasycení, snižuje množství energie získané z porce jídla, zpomaluje vstřebávání cukrů a tuků, pomáhá proti zácpě, je schopna na sebe vázat nežádoucí látky a vytváří vhodné podmínky pro život střevní mikroflóry. Doporučená denní dávka vlákniny je 30 g. Ideální je přijímat vlákninu v její přirozené podobě, tedy z potravin rostlinného původu jako jsou např. neloupané obiloviny, luštěniny, zelenina, ovoce (Málková, 2007).

Voda tvoří 60-70% lidského těla a oprávněně se považuje za základ života. Její nedostatek je pro organismus nebezpečnější než nedostatek potravin. Prvním ukazatelem nedostatku tekutin je pocit žízně, který se dostavuje již při ztrátě tekutin v objemu dvou procent hmotnosti organismu. Nedostatek vody se projevuje suchou kůží a jazykem, deficit v příjmu tekutin se také pozná podle tmavě žlutě zbarvené moči. Nedostatek vody způsobuje zahuštění tělních tekutin, zejména krve, což se projeví zpomalením metabolických procesů a nepříjemnými pocity, jako jsou únava, bolest hlavy, podrážděnost. Při dlouhodobém nedostatku tekutin dochází k poškození ledvin, jater, trávení a ke hromadění toxických látek v organismu. Na odvodnění je citlivá i pokožka, tvoří se vrásky. Příjem tekutin by se měl pohybovat v rozmezí 2-3 litry denně, nikdy by to nemělo být méně. Ideální je doplňovat tekutiny plynule během dne, aniž by se čekalo na pocit žízně (Málková, 2007).

Správná životospráva, především výživa a strava jsou nejvýznamnější ukazatele způsobu života. Dodržovat vhodný dietní režim patří nejen k módním záležitostem, ale svědčí i o zdravotním uvědomění a snaze předejít komplikacím souvisejícím s nadváhou či obezitou v každém věku, tedy i ve stáří.



## 2.6. KVALITA ŽIVOTA

### 2.6.1. Vymezení pojmu

Termín „kvalita života“ podrobněji popisuje Hnilicová (2005). Tento pojem byl poprvé v historii zmíněn již ve 20. letech minulého století, a to v souvislosti s ekonomickým vývojem. V 60. letech se tento termín objevil v politickém kontextu v USA a začal se postupně používat jako měřítko společenské prosperity. Brzy tento výraz zdomácněl i v sociologii a začal být využíván i pro výzkumné účely. Studium kvality života v současné době znamená hledání a identifikaci faktorů, které přispívají k dobrému a smysluplnému životu a k pocitu lidského štěstí.

Kvalita života je velmi složitá kategorie, která je limitována řadou faktorů, mezi které se řadí (Fialová, 2006):

- genetické vybavení
- životní prostředí
- způsob života
- životní úroveň
- životní spokojenost apod.

V literatuře se vyskytuje spousta definic „kvality života“. Neexistuje však ani jedna, která by byla všeobecně akceptována. Souvisí to i s tím, že se často vyskytují různé ekvivalentní či analogické termíny jako „sociální pohoda“ (social well-being) či „sociální blahobyt“ (social welfare).

„Na nejobecnější úrovni je kvalita života chápána jako důsledek interakce mnoha různých faktorů. Jsou to sociální, zdravotní, ekonomické a environmentální podmínky, které kumulativně a velmi často neznámým (či neprobádaným) způsobem interagují, a tak ovlivňují lidský rozvoj na úrovni jednotlivců i celých společností“ (Hnilicová, 2005, s.207).

Kvalita života má dvě dimenze, subjektivní a objektivní. Subjektivní kvalita života se týká lidské emocionality a všeobecné spokojenosti se životem. Objektivní kvalita života se týká sociálních a materiálních podmínek bytí, sociálního statusu a fyzického zdraví.

### 2.6.2. Kvalita života a její pojetí

Existují tři přístupy ke zkoumání kvality života – psychologický, sociologický a medicínský. Psychologické pojetí kvality života se snaží postihnout subjektivně prožívanou životní pohodu a spokojenost s vlastním životem jako takovým. Nejčastěji se užívá termín

„subjektivní pohoda“, který má složku kognitivní a emocionální. Kognitivní složka se týká racionálního hodnocení vlastního života, emocionální složka se zaměřuje na emoční prožívání.

Sociologické pojetí kvality života klade důraz na atributy sociální úspěšnosti, jako jsou status, majetek, vzdělání či rodinný stav.

V medicíně a ve zdravotnictví je těžiště zkoumání kvality života posunuto do oblasti psychosomatického a fyzického zdraví. S tímto pojetím souvisí pojem „kvalita života ovlivněná zdravím“. Tento pojem vyjadřuje subjektivní pocit životní pohody, který souvisí s nemocí či úrazem (Hnilicová, 2005).

## **3. METODOLOGICKÁ ČÁST**

### **3.1. CÍL A ÚKOLY PRÁCE**

#### **3.1.1. Cíl práce**

Cílem této práce je přinést nové informace o ochotě současné populace seniorů využívat služeb v oblasti kosmetiky, pohybových programů i neorganizované péče o tělo. Výzkum by měl odhalit postoj seniorů ke svému tělu a ke svému zdraví a měl by ukázat způsob, jakým senioři vnímají současné mýty těla, jež nám jsou předkládány médii a přijímány současnou populací. Na základě těchto výsledků bude možno ovlivnit dlouhodobé programy zaměřené na výchovu ke zdravému životnímu stylu a k realistickému sebehodnocení v rámci možnosti každého jednotlivce.

#### **3.1.2. Úkoly práce**

Dosažení daného cíle předpokládá řešení těchto dílčích úkolů:

- Studium literárních pramenů k problematice vnímání a hodnocení vlastního těla.
- Realizace dotazování u souboru dospělých (n=100, 50 osob – muži, 50 osob - ženy) ve věku nad 60 let.
- Zpracování výsledků a porovnání vztahu k vlastnímu tělu a vzhledu a důvodů péče o tělo u aktivních a neaktivních jedinců.
- Ověření hypotéz.
- Vyhodnocení předsudků v hodnocení postavy (mužské, ženské).
- Porovnání výsledků s daty zjištěnými u mladší populace.
- Vyvození závěrů o vnímání krásy těla a o možnostech jeho ovlivnění. Pokus stanovit doporučení do praxe.

### 3.2. HYPOTÉZY

1. Předpokládáme, že ženy budou mít vhodnější stravovací návyky a jejich celková životospráva bude zdravější než u mužů, což se pozitivně projeví i na hodnotách BMI.
2. Předpokládáme, že u námi sledované populace bude primárním motivem k fyzickým aktivitám zdravotní aspekt.
3. Předpokládáme, že vlastní tělesný typ seniorů nebude totožný s jejich ideálním tělesným typem.

### 3.3. POUŽITÉ METODY VÝZKUMU

Ve výzkumu byla použita dotazníková metoda. Využili jsme dotazníku, který byl vytvořen pro účely mezinárodního výzkumného projektu konaného v zemích střední a východní Evropy (Mrazek, Fialová, Bychovskaja, 1995), a který obsahuje otázky týkající se osobních údajů, zdravotního stavu, činnosti vztahující se k tělu a fyzické aktivitě, tělesnému vzhledu, sebepojetí a životní spokojenosti. Dotazník byl dále modifikován pro účely výzkumného projektu GA ČR (Dosedlová, Fialová, 2005). Pro tuto práci byly použity ty části dotazníku, které odpovídají zvolenému tématu.

Forma otázek v dotazníku není jednotná. Převážně byly použity otázky uzavřené, kdy se zadržává odpověď na pětistupňové škále Lickertova typu: od 1 (nikdy, rozhodně nesouhlasím...) po 5 (velmi často, zcela souhlasím...). V menší míře byly použity otázky dichotomické, u nichž respondenti zadržávali možnosti ano či ne. V dotazníku se nacházely i otázky, u kterých si dotazovaní vybrali jednu či více z nabízených možností. Respondenti se setkali i s otevřenými otázkami, které umožňují slovní odpověď.

Dotazník obsahuje 6 okruhů zjišťovaných údajů:

- 1) Osobní údaje (pohlaví, věk, dosažené vzdělání, rodinný stav atd.)
- 2) Zdravotní stav (zdravotní obtíže, životospráva, četnost návštěv u lékaře atd.)
- 3) Činnost vztahující se k tělu a fyzické aktivitě (hygienické návyky, vykonávané fyzické aktivity, motivace k provozování fyzických aktivit atd.)
- 4) Vztah k vlastnímu tělu, tělesný vzhled (spokojenost s tělesným vzhledem, péče o zevnějšek, vnímání a hodnocení vlastního těla atd.)
- 5) Sebepojetí (vnímání vlastní osoby, spokojenost se sebou samým atd.)
- 6) Životní spokojenost (hodnocení svého dosavadního života)

### 3.4. CHARAKTERISTIKA SLEDOVANÉHO SOUBORU

Pro náš výzkum jsme provedli výběr souboru, jenž tvořili dospělí ve věku nad 60 let. Data byla získána od 100 respondentů. Polovinu tvořili muži a druhou polovinu ženy. Část dotazníků byla rozdána v T.J. Sokol Praha Královské Vinohrady, většina jich však byla předložena příbuzným a známým.

Všichni dotazovaní byli seznámeni se svými právy. Vyplňovali dotazník dobrovolně, anonymně a nemuseli odpovídat na otázky, které se jim zdály nevhodné či příliš osobní. Nicméně do výzkumu byly zařazeny jen dotazníky, které byly vyplněny kompletně a korektně.

Tabulka č.2 znázorňuje věkové rozložení souboru dotazovaných. Největší část respondentů zaujímají mladší senioři ve věkovém rozmezí 60 – 69 let, konkrétně se jedná o 31 mužů a 25 žen. Celkem tedy této věkové kategorii náleží 56 jedinců. Naopak nejmenší početné zastoupení mezi dotazovanými zaujímají nejstarší senioři (80 let a více). V tomto případě se jedná o 3 muže a 5 žen, celkem tedy 8 seniorů.

Tabulka č.2: Věk dotazovaných seniorů

Věk	Muži (n=50)	Ženy (n=50)	Celkem (n=100)
60 – 69 let	31	25	56
70 – 79 let	16	20	36
80 + let	3	5	8

Tělesné parametry sledované populace zobrazuje tabulka č.3. Průměrné hodnoty BMI u mužů a u žen jsou téměř totožné. Získaná průměrná hodnota BMI vypovídá o nadváze u dotazovaných seniorů.

Tabulka č.3: Tělesné parametry sledovaných osob

	Muži (n=50)	Ženy (n=50)	Celkem (n=100)
Výška (cm)	176,62	162,84	169,73
Hmotnost (kg)	85,5	72,12	78,81
BMI	27,32	27,11	27,22

Tabulka č.4 vyjadřuje dosažené vzdělání oslovených seniorů. Střední škola s maturitou představuje nejčastější typ vzdělání námi sledované populace.

Tabulka č.4: Dosažené vzdělání

	Muži (n=50)	Ženy (n=50)	Celkem (n=100)
ZŠ, vyučení	16	20	36
SŠ s maturitou	26	22	48
VŠ	8	8	16

### 3.5. ZPRACOVÁNÍ DAT

Do zpracování dat byly zařazeny pouze správně a úplně vyplněné dotazníky, tj. takové, které neobsahovaly žádnou věcnou závadu, a tudíž odpovídaly požadavkům našeho výzkumu. Získané údaje byly zpracovány základními statistickými metodami s využitím počítače. K tomuto účelu bylo použito programu EXCEL, což je program specializovaný na statistické zpracování dat a jejich vyjádření pomocí tabulek a grafů.

Data byla zaznamenána do tabulek a u všech otázek byla provedena kontrola maximální a minimální hodnoty. Dále jsme spočítali průměrné hodnoty sledovaných parametrů a četnosti daných parametrů. Výsledné hodnoty jsme převedli do přehledné grafické úpravy ve formě tabulek.

Za věcně významný rozdíl jsme považovali rozdíl 0,5 bodu a více u průměrných hodnot, u hodnot procentuálních potom rozdíl 10%. Tyto věcně významné rozdíly jsme potom v tabulkách a textu zvýraznili odlišným způsobem.



#### 4. VÝSLEDKOVÁ ČÁST

Výsledky jsou zobrazeny v přehledných tabulkách. Za věcně významný rozdíl jsme považovali rozdíl 0,5 bodu a více u průměrných hodnot na pětistupňové škále, u hodnot procentuálních potom rozdíl 10%. Za základní třídící kritéria jsme zvolili rozdělení dle pohlaví (muži a ženy) a dle věku (60-69 let a 70 a více let), což vyjadřuje tabulka č.5. Věcně významný rozdíl mezi mladšími (60-69 let) a staršími seniory (70 a více let) je v tabulkách zvýrazněn šedým polem. Věcně významný rozdíl celkem mezi muži a ženami je v tabulkách vyznačen tučně.

Tabulka č.5: Věkové a pohlavní rozdělení respondentů

Věk	Muži (n=50)	Ženy (n=50)	Celkem (n=100)
60 – 69 let	31	25	56
70 + let	19	25	44

Výsledky jsme pro lepší přehlednost rozdělili na části podle tématických okruhů v dotazníku:

- 1) Zdravotní stav
- 2) Životospráva
- 3) Péče o tělo
- 4) Pohybové aktivity
- 5) Tělesné sebepojetí
- 6) Vnímání vlastní osoby – „já“
- 7) Životní spokojenost

#### 4.1. ZDRAVOTNÍ STAV

Tabulka č.6: Zdravotní stav seniorů (v %)

	Muži		Ženy		Muži celkem	Ženy celkem
	60-69 let	70 + let	60-69 let	70 + let		
chronické onemocnění	51,6	73,7	36	36	<b>60</b>	36
užívání léků na chronické obtíže	54,8	73,7	28	48	<b>62</b>	38
problémy se zrakem	93,5	89,5	96	92	92	94
problémy se sluchem	32,3	42,1	28	40	36	34
vysoký krevní tlak	64,5	68,4	44	56	<b>66</b>	50
léky na vysoký krevní tlak	48,4	42,1	28	28	23	28

Z tabulky č.6 lze vyčíst, že nejvíce chronických onemocnění bylo diagnostikováno u mužů ve věku 70 a více let. Konkrétně 73,7 % mužů zmíněné věkové kategorie trpí těmito onemocněními. Mezi dotazovanými muži je také více jedinců s vysokým krevním tlakem než u dotazovaných žen. Hypertenze se týká 66 % mužů a 50 % žen. Problémy se zrakem patří u mužů i u žen k nejčastější zdravotní komplikaci, která postihuje 92 % mužů a 94 % žen.

Tabulka č.7: Psychosomatické obtíže seniorů (v %)

	Muži		Ženy		Muži celkem	Ženy celkem
	60-69 let	70 + let	60-69 let	70 + let		
neklidné spaní	16,1	26,3	52	48	20	<b>50</b>
zažívací problémy	35,5	10,5	16	20	26	18
častá únava	29	36,8	28	28	32	28
celková slabost	3,2	15,8	4	12	8	8
bolesti hlavy	3,2	0	20	16	2	<b>18</b>
žaludeční nevolnost	12,9	15,8	12	4	14	8
bolesti zad, páteře	51,6	52,6	44	40	<b>52</b>	42
bolesti kloubů	0	26,3	8	8	10	8
snížená hybnost	0	0	8	0	0	4

Tabulka č.7 zachycuje četnost výskytu jednotlivých psychosomatických obtíží u námi sledované populace seniorů. Pro ženy představuje největší zdravotní komplikaci neklidné spaní, celkem 50 % žen trpí touto obtíží. Naopak muže nejvíce trápí bolesti zad a páteře, 52 % mužů si stěžuje na tyto potíže. Největší rozdíl mezi mladšími a staršími seniory je zaznamenán u zdravotního problému týkajícího se bolesti kloubů. Zatímco 26,3 % mužů ve věku 70 a více let si stěžuje na tyto bolesti, žádný z mužů ve věku 60 – 69 let netrpí těmito problémy.

## 4.2. ŽIVOTOSPRÁVA

Zjišťovali jsme, jaké se vyskytují návyky týkající se životosprávy u námi sledované populace seniorů. Věcně významný rozdíl mezi mladšími (60-69 let) a staršími seniory (70 a více let) je v tabulkách zvýrazněn šedým polem. Věcně významný rozdíl celkem mezi muži a ženami je v tabulkách vyznačen tučně.

Tabulka č.8: Návyky denního režimu

	Muži		Ženy		Muži celkem	Ženy celkem
	60-69 let	70 + let	60-69 let	70 + let		
preventivní příjem léků a vitamínů	3,4	4,2	3,1	3,6	3,7	3,4
dodržování pitného režimu	4,3	4,4	4,1	4,4	4,3	4,3
spánek minimálně 7h denně	4,7	4,2	4,1	4,1	4,5	4,1
pobyt na čerstvém vzduchu	4,2	4,5	3,8	4,3	4,3	4,0
pravidelná strava	4,5	4,4	3,7	4,0	<b>4,5</b>	3,8
konzumace alkoholu	2,8	3,1	2,0	1,9	<b>2,9</b>	2,0
kouření	1,5	1,4	1,9	1,4	1,5	1,6

Pozn.: Byla použita škála 1 - nikdy až 5 - denně.

Z tabulky č.8 vyplývá, že v preventivním příjmu vitamínů a léků jsou aktivnější spíše starší senioři (70 a více let). V dodržování pravidelné stravy jsou zodpovědnější muži, kteří ovšem také zároveň více konzumují alkohol oproti ženám. Mezi nejčastější každodenní návyky patří dodržování pitného režimu a dostatečný spánek. Naopak jako nejméně častou součást denních návyků uvádějí senioři kouření.

Tabulka č.9: Subjektivní hodnocení výživy (v %)

	Muži		Ženy		Muži celkem	Ženy celkem
	60-69 let	70 + let	60-69 let	70 + let		
nezdravá	0	0	0	0	0	0
spíše nezdravá	22,6	0	32	20	14	<b>26</b>
nevím	48,4	47,4	20	16	<b>36</b>	18
spíše zdravá	29	78,9	48	60	48	54
zcela zdravá	0	5,3	0	4	2	2

Tabulka č.9 shrnuje názory dotazovaných na svou vlastní výživu a stravování ze zdravotního hlediska. Nikdo z respondentů si nemyslí, že by jeho strava byla nezdravá. A naopak největší procento mužů (48 %) a žen (54 %) si myslí, že jejich strava je spíše zdravá. Nejvíce nejistí v hodnocení vlastní výživy jsou muži, 36 % mužů neví, zda své stravování mohou označit za zdravé či nezdravé.

### 4.3. PÉČE O TĚLO

Tato část dotazníku se věnovala činnostem mající vztah k tělu. Zjišťovali jsme, jak často senioři vykonávají tyto činnosti. Věcně významný rozdíl mezi mladšími (60-69 let) a staršími seniory (70 a více let) je v tabulkách zvýrazněn šedým polem. Věcně významný rozdíl celkem mezi muži a ženami je v tabulkách vyznačen tučně.

Tabulka č.10: Činnosti vztahující se k péči o tělo

	Muži		Ženy		Muži celkem	Ženy celkem
	60-69 let	70 + let	60-69 let	70 + let		
aktivní formování postavy	2,0	2,1	2,5	2,1	2,0	2,3
masáže	1,6	1,6	1,6	1,7	1,6	1,7
otužování	1,7	2,5	2,2	2,0	2,0	2,1
odpočinek, relaxování	3,6	3,8	3,4	3,3	3,7	3,4
používání deodorantu	2,8	2,0	4,2	3,6	2,3	<b>3,9</b>
dodržování redukční diety	1,5	1,2	1,7	1,5	1,4	1,6

Pozn.: Byla použita škála 1 - nikdy až 5 - velmi často.

Z tabulky č.10 lze vyčíst, že v používání deodorantu předčí ženy muže. Pro obě pohlaví platí, že v používání deodorantu jsou aktivnější mladší senioři (60 – 69 let). Mezi nejčastěji vykonávané činnosti u mužů i u žen patří odpočinek a relaxování. Naopak nejméně se dotazovaní věnují dodržování redukčních diet a masáží.

#### 4.4. POHYBOVÉ AKTIVITY

V další části dotazníku jsme se snažili postihnout fyzickou aktivitu seniorů. Zajímalo nás, jakým druhům pohybových činností se věnují a jak často je provádějí. Předmětem otázek byla i motivace k fyzické činnosti. Věcně významný rozdíl mezi mladšími (60-69 let) a staršími seniory (70 a více let) je v tabulkách zvýrazněn šedým polem. Věcně významný rozdíl celkem mezi muži a ženami je v tabulkách vyznačen tučně.

Tabulka č.11: Týdenní frekvence vykonávání pohybových aktivit (v %)

	Muži		Ženy		Muži celkem	Ženy celkem
	60-69 let	70 + let	60-69 let	70 + let		
do 2 hodin	64,5	42,1	40	52	<b>56</b>	46
3 až 5 hodin	9,7	26,3	28	24	16	<b>26</b>
více než 5 hodin	25,8	31,6	32	24	28	28

Tabulka č.11 dokumentuje skutečnost, že nejvíce pohybově pasivní jsou muži (60-69 let), respektive ženy (70 a více let). Pohybovým aktivitám se věnuje méně než 2 hodiny týdně celkově 56 % mužů a 46 % žen. Námi sledovaný soubor respondentů vykazuje relativně rovnoměrnou diferenciaci ve vykonávání pohybových aktivit v rozsahu více než 5 hodin týdně.

Tabulka č.12: Druhy vykonávaných pohybových aktivit (v %)

	Muži		Ženy		Muži celkem	Ženy celkem
	60-69 let	70 + let	60-69 let	70 + let		
běh	6,5	5,3	0	0	6	0
chůze, pěší turistika	32,3	36,8	36	24	34	30
manuální práce, práce na zahradě	32,3	26,3	4	20	<b>30</b>	12
jízda na kole či rotopedu	9,7	10,5	4	4	10	4
gymnastická či zdravotní cvičení	12,9	10,5	12	32	12	<b>22</b>
plavání	0	21,1	4	12	8	8
aerobik	0	0	8	0	0	4
kalanetika či pilates	0	0	8	4	0	6
tanec	0	0	4	0	0	2

Tabulka č.12 vyjadřuje četnost jednotlivých pohybových aktivit, které jsou seniory vykonávány. Jedna z otázek tohoto tématického okruhu byla otázkou otevřenou a zjišťovala u aktivních jedinců, jakými druhy fyzické aktivity se zabývají. Z odpovědí, které máme k dispozici, vyplynulo, že nejvíce oblíbenou pohybovou činností je chůze či pěší turistika. Tato skutečnost se týká sledovaných mužů i žen. Věcně významný rozdíl celkem mezi muži a ženami byl zaznamenán u dvou pohybových aktivit. Manuální práce či práce na zahradě je spíše doménou mužů. Naopak gymnastická či zdravotní cvičení nacházejí oblibu spíše u žen, a to především u starších seniorek (70 a více let).



Tabulka č.13: Motivace k provádění fyzických aktivit

	Muži		Ženy		Muži celkem	Ženy celkem
	60-69 let	70 + let	60-69 let	70 + let		
pohyb jako zábava	2,3	3,7	3,0	3,5	2,8	3,2
podpora zdraví	2,8	3,6	3,5	3,5	3,1	3,5
ovlivnění vzhledu	2,3	2,8	3,2	2,8	2,5	<b>3,0</b>
sociální kontakt	2,5	3,3	2,8	3,2	2,8	3,0
pohyb jako módní záležitost	1,5	1,4	1,3	1,3	1,5	1,3
ovlivnění tělesné výkonnosti	2,5	3,3	3,0	2,7	2,8	2,9
odreagování	2,5	3,3	3,2	3,0	2,8	3,1

Pozn.: Byla použita škála 1 - rozhodně ne až 5 - rozhodně ano.

Tabulka č.13 shrnuje jednotlivé důvody, proč je sledovaný soubor dotazovaných fyzicky aktivní. Zajímavá je skutečnost, že věcně významný rozdíl byl mezi mladšími (60 – 69 let) a staršími (70 a více let) muži zjištěn u šesti ze sedmi možných důvodů k provádění fyzických aktivit. Celkově skupina mužů a žen nevykazuje mezi sebou výrazné rozdíly v hodnocení jednotlivých motivů. Výjimku tvoří jen motiv, který se týká ovlivnění vzhledu. V tomto případě jsou ženy více motivovány. Tělesný pohyb vykonávají sledovaní jedinci nejméně z důvodu provádění fyzické aktivity jako módního trendu.

#### 4.5. TĚLESNÉ SEBEPOJETÍ

Zjišťovali jsme, jakým způsobem oslovení senioři nazírají na své tělo a jak hodnotí svůj tělesný vzhled. Věcně významný rozdíl mezi mladšími (60-69 let) a staršími seniory (70 a více let) je v tabulkách zvýrazněn šedým polem. Věcně významný rozdíl celkem mezi muži a ženami je v tabulkách vyznačen tučně.

Tabulka č.14: Vnímání tělesného vzhledu

	Muži		Ženy		Muži celkem	Ženy celkem
	60-69 let	70 + let	60-69 let	70 + let		
jsem spokojen/á se svým vzhledem	3,4	3,1	2,6	3,3	3,3	3,0
vzhled je věcí náhody	2,7	2,2	2,6	2,9	2,5	2,7
nedělám si starosti se svým vzhledem	3,0	3,1	3,2	3,3	3,0	3,2
jsem spokojen/á se svou tělesnou výškou	3,5	3,3	3,6	3,6	3,4	3,6
jsem spokojen/á se svou hmotností	2,5	2,2	2,0	2,8	2,4	2,4

Pozn.: Byla použita škála 1 - rozhodně ne až 5 - rozhodně ano.

Z tabulky č.14 je patrné, že byly zjištěny tři věcně významné rozdíly. Starší ženy (70 a více let) jsou se svým vzhledem a se svou hmotností spokojenější než ženy mladší (60 – 69 let). Mladší muži (60 – 69 let) jsou oproti starším (70 a více let) více přesvědčeni, že tělesný vzhled je záležitostí náhody. Muži i ženy jsou nejvíce spokojeni se svou tělesnou výškou a nejméně se svou tělesnou hmotností.

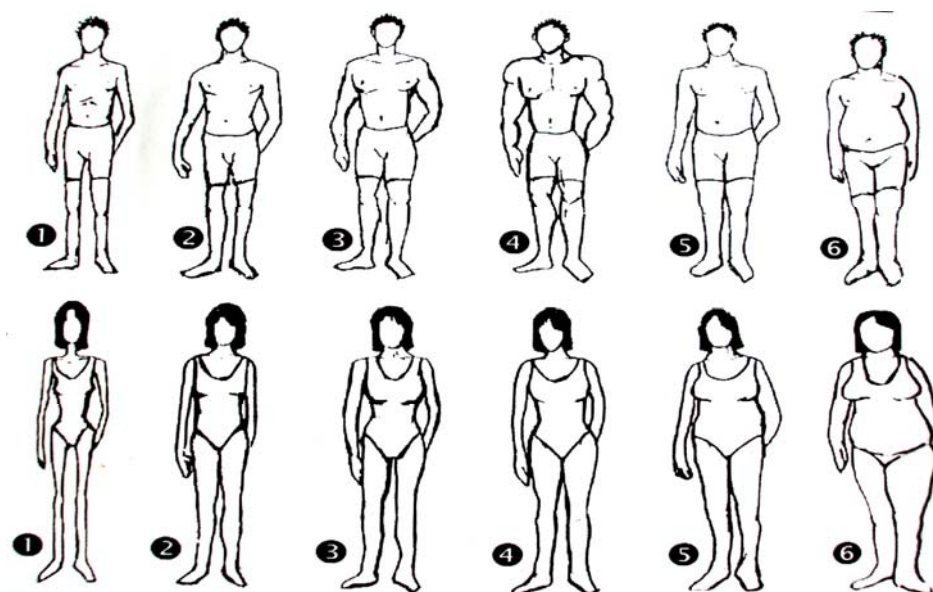
Tabulka č.15: Vztah k vlastnímu tělu

	Muži		Ženy		Muži celkem	Ženy celkem
	60-69 let	70 + let	60-69 let	70 + let		
považuji své tělo za krásné	2,4	2,6	2,2	2,4	2,4	2,3
jsem fyzicky zdatný/á oproti vrstevníkům	3,4	3,7	3,9	4,2	3,5	<b>4,0</b>
poznám, když mé tělo není v pořádku	3,7	3,7	4,2	4,1	3,7	<b>4,2</b>
mám své tělo pod kontrolou	3,4	3,7	3,1	3,6	3,5	3,4
vyhýbám se těles. kontaktům	2,7	3,1	2,4	2,9	2,8	2,6

Pozn.: Byla použita škála 1 – rozhodně nesouhlasím až 5 – rozhodně souhlasím.

Tabulka č.15 dokumentuje vztah respondentů k vlastnímu tělu. Ženy jsou oproti mužům více přesvědčeny, že své vrstevníky převyšují z hlediska fyzické zdatnosti, a že poznají, když jejich tělo není v pořádku. Muži i ženy nejvíce nesouhlasí s výrokem: „Považuji své tělo za krásné“. Naopak největší shoda mužů i žen panuje s výrokem: „Poznám, když mé tělo není v pořádku“.

Obrázek č.1: Siluety postav představující rozdílné somatotypy



Tabulka č.16: Subjektivní hodnocení somatotypu

	Muži		Ženy		Muži celkem	Ženy celkem
	60-69 let	70 + let	60-69 let	70 + let		
vlastní tělesný typ	4,0	3,3	3,9	3,9	<b>3,7</b>	<b>3,9</b>
ideální tělesný typ	2,6	2,7	2,7	2,5	2,7	2,6
ideální tělesný typ opačného pohlaví	2,9	2,9	2,6	2,6	2,9	2,6

Pozn.: Byly použity siluety postav od 1 – nejštíhlejší až po 6 – nejsilnější.

Tabulka č.16 vyjadřuje, jakým způsobem oslovení senioři hodnotí svůj tělesný vzhled. Byl zjištěn věcně významný rozdíl u všech skupin v hodnocení vlastní a ideální postavy. Na obrázcích od nejštíhlejší (1) po nejsilnější (6) tělesný typ ohodnotili sledované osoby vlastní typ jako mnohem silnější než ideální typ pro vlastní pohlaví i pro pohlaví opačné.

#### 4.6. VNÍMÁNÍ VLASTNÍ OSOBY – „JÁ“

Hodnocení celkového sebepojetí bylo předmětem otázek v další části dotazníku. Věcně významný rozdíl mezi mladšími (60-69 let) a staršími seniory (70 a více let) je v tabulkách zvýrazněn šedým polem. Věcně významný rozdíl celkem mezi muži a ženami je v tabulkách vyznačen tučně.

Tabulka č.17: Vnímání vlastní osoby

	Muži		Ženy		Muži celkem	Ženy celkem
	60-69 let	70 + let	60-69 let	70 + let		
mám řadu dobrých vlastností	3,0	3,4	3,3	3,4	3,2	3,3
nemohu být u sebe na nic hrdý	2,4	2,3	1,6	2,0	<b>2,3</b>	1,8
mám k sobě dobrý vztah	2,8	3,1	3,2	3,2	2,9	3,2
chtěl bych si sám sebe víc vážit	2,7	2,6	1,8	2,5	<b>2,7</b>	2,2
jsem se sebou spokojený	3,1	3,2	3,2	3,2	3,1	3,2
občas pocítuji svoji neužitečnost	2,3	1,8	1,7	1,9	2,1	1,8

Pozn.: Byla použita škála 1 – vůbec neplatí, 2 – spíše neplatí, 3 – spíše platí, 4 – zcela platí.

Z tabulky č.17 lze vyčíst, že muži si na rozdíl od žen spíše myslí, že nemohou být u sebe na nic hrdí. Také by si muži oproti ženám chtěli sami sebe více vážit. Mladší muži (60 – 69 let) častěji pocítují svoji neužitečnost na rozdíl od mužů starších (70 a více let). Muži i ženy se nejvíce identifikují s výrokem: „Mám řadu dobrých vlastností“. Celkově hodnotí ženy svou osobnost pozitivněji než muži.

#### 4.7. ŽIVOTNÍ SPOKOJENOST

Poslední část dotazníku řeší životní spokojenost respondentů. Věcně významný rozdíl mezi mladšími (60-69 let) a staršími seniory (70 a více let) je v tabulkách zvýrazněn šedým polem. Věcně významný rozdíl celkem mezi muži a ženami je v tabulkách vyznačen tučně.

Tabulka č.18: Životní spokojenost

	Muži		Ženy		Muži celkem	Ženy celkem
	60-69 let	70 + let	60-69 let	70 + let		
můj život se blíží mému ideálu	2,9	3,0	2,7	2,8	2,9	2,8
se svým životem jsem spokojený	3,5	4,0	3,7	3,6	3,7	3,7
co jsem chtěl/a, to jsem v životě získal/a	3,3	3,8	3,6	3,4	3,5	3,5
téměř nic bych ve svém životě nezměnil/a	3,1	3,4	3,2	3,3	3,2	3,3

Pozn.: Byla použita škála 1 – rozhodně nesouhlasím až 5 – rozhodně souhlasím.

Z tabulky č.18 je patrné, že byly zjištěny dva věcně významné rozdíly. Starší muži (70 a více let) jsou se svým životem spokojenější než muži mladší (60 – 69 let) a také oproti mladším mužům spíše souhlasí se skutečností, že v životě získali, co chtěli. Muži i ženy nejvíce souhlasí s výrokem: „Se svým životem jsem spokojený“. Celkově ale všechny skupiny hodnotily svůj život nadprůměrně, tedy pozitivně.

## **5. DISKUSE**

V této kapitole se zaměříme na diskusi výsledků, které jsme získali pomocí našeho výzkumu. V každé části nejdříve zhodnotíme výsledky souboru mužů a žen, poté provedeme srovnání souboru všech seniorů (60 a více let) se souborem mladších respondentů (40 – 60 let), jejichž výsledky jsme získali z diplomové práce Svatopluka Michala (2007). Pro lepší přehlednost této kapitoly jsme dodrželi stejné pořadí, ve kterém jsme hodnotili zjišťované údaje ve výsledkové části.

### **1) Zdravotní stav**

Prostřednictvím této kapitoly jsme chtěli získat informace o zdraví a nejčastějších zdravotních problémech seniorů. Největší rozdíl mezi muži a ženami byl zaznamenán ve výskytu chronických onemocnění, které postihují muže daleko ve větší míře než ženy. Příkladem může být výskyt hypertenze, která dominuje u mužské části sledované populace. Právě u skupiny mužů si lze všimnout, že s rostoucím věkem stoupá i výskyt chronických onemocnění. Tento jev však u skupiny žen nepozorujeme. Kvantitativní výskyt chronických onemocnění zůstává u žen s rostoucím věkem nezměněn. Téměř všichni senioři si stěžují na problémy se zrakem, zatímco zhoršený sluch trápí mnohem méně oslovených jedinců, a to převážně především starší seniory (70 a více let). K zhoršení sluchu dochází tedy v mnohem pozdějším věku než je tomu u zhoršení zraku.

Mezi nejčastější psychosomatické obtíže seniorů patří bolesti zad či páteře a neklidné spaní. Zatímco bolesti zad postihují více muže, problémy se spánkem jsou naopak příznačné spíše pro ženy. Senioři si také často stěžují na zvýšenou únavu.

Při srovnávání výsledků skupiny seniorů (60 a více let) a skupiny mladších respondentů (40 – 60 let) jsme zjistili, že zdravotní stav se s rostoucím věkem horší. Období okolo 60. roku života lze považovat za důležitý mezník, kdy se začínají projevat závažné zdravotní problémy. Důsledky způsobu života se odrazí na zdravotním stavu zpravidla až ve vyšším věku, ve kterém dochází ke kumulaci zdravotních potíží. Senioři mnohem více oproti mladším jedincům trpí chronickými onemocněními a také ve větší míře u nich dochází k oslabení sluchového a zrakového aparátu. Celkově senioři trpí psychosomatickými obtížemi ve větším rozsahu. S přibývajícím věkem dochází také k nárůstu výskytu zdravotních obtíží, které se týkají poruch spánku a časté a zvýšené únavy.

## 2) Životospráva

Z výsledků jsme zjistili, že senioři disponují relativně zdravými návyky denního režimu. Téměř denně se snaží dodržovat pitný režim a absolvovat minimálně 7-hodinový spánek. Naopak nejméně četné jsou u seniorů ty návyky, které negativně ovlivňují zdravotní stav, což je samozřejmě zdravý prospěšné. Mezi tyto „nešvary“, jež naštěstí nemají u starší populace příliš velkou oblibu, patří kouření a konzumace alkoholu. Ačkoliv rozdíly mezi muži a ženami v užívání tabákových výrobků jsou takřka nulové, u konzumace alkoholu je tomu jinak. Muži na rozdíl od žen jsou více nakloněni požívání alkoholických nápojů, klasicky nejoblíbenějším druhem je muži uváděno pivo. Dalším každodenním návykem, v kterém také muži předčí ženy, je pravidelné stravování. Co se týče hodnocení výživy, většina dotazovaných si myslí, že jejich strava je spíše zdravá. Nejvíce nejistí v hodnocení vlastní výživy jsou muži. Téměř dvě třetiny mužů totiž neví, zda svou stravu mohou označit za zdravou či nezdravou.

Při podrobnějším pohledu na získané výsledky zjistíme, že preventivní příjem léků a vitamínů roste s přibývajícím věkem. Starší senioři (70 a více let) jsou tedy v tomto směru uvědomělejší než mladší senioři (60 – 69 let) a preventivně tak pečují o své zdraví příjmem farmakologických preparátů.

Když porovnáme získané údaje skupiny seniorů (60 a více let) a skupiny mladších respondentů (40 – 60 let), odhalíme důležitou skutečnost. Životospráva seniorů se totiž ukázala jako mnohem zdravější než životospráva populace mladší. Senioři jsou aktivnější jak v dodržování pitného režimu, tak i v preventivním příjmu vitamínů. Také tráví více času na čerstvém vzduchu. V dodržování pravidelné stravy jsou obě skupiny celkem rovnocenné. V čem naopak vyčnívá skupina mladších dotazovaných, tak je konzumace alkoholu a kouření.

Tento odlišný přístup k životosprávě lze možná vysvětlit dostatečným množstvím času u skupiny seniorů (60 a více let) a naopak jeho absencí u skupiny mladších respondentů (40 – 60 let). Máme tím na mysli, že senioři mají k dispozici více času, jelikož jejich naprostá většina již není v pracovním poměru. Což nemůžeme říci o skupině mladších respondentů, kteří jsou díky zaměstnání časově více vytíženi a vystaveni většímu množství stresových situací, což se zákonitě musí promítnout i do každodenního režimu a návyků s ním spojených.

## 3) Péče o tělo

V další části dotazníku jsme se snažili postihnout, jakým způsobem starší populace pečuje o své tělo a o svůj zevnějšek. Respondenti v dotazníku uváděli frekvenci vykonávání jednotlivých činností, které se vztahovaly k péči o tělo. Mezi nejvíce oblíbené a často



prováděné činnosti seniorů patří odpočinek a relaxování. Tato pasivní forma péče o tělo nachází oblibu jak u mužů, tak i u žen.

Používání deodorantu je rozšířenější u žen než u mužů. Současně byl věcně významný rozdíl zaznamenán i v rámci věkové diferenciaci seniorů, mladší senioři (60 – 69 let) jsou totiž oproti starším (70 a více let) seniorům v používání deodorantu aktivnější. S čím se naopak u starší populace téměř nesetkáme, tak je dodržování redukční diety, která představuje velmi okrajovou záležitost v péči o tělo. Stejně je tomu tak i ve využívání masérských služeb, což je určitě škoda, jelikož by tuto regenerační proceduru především muži určitě ocenili. Více než polovinu mužů trápí totiž bolesti zad a páteře a právě masáž by mohla zmírnit či napravit vzniklé potíže. Určitým důvodem, proč senioři využívají tuto regenerační proceduru tak málo, může být jistá ostýchavost občanů ve vyšším věku.

Výsledky souboru seniorů (60 a více let) a mladších respondentů (40 – 60 let) se nijak zásadně nelišily. Zatímco zástupci starší populace častěji tráví čas odpočinkem a jsou více zvyklí se otužovat, tak skupina mladší populace je naopak více aktivnější ve formování postavy a v hygienických úkonech jako je například používání deodorantu.

#### **4) Pohybové aktivity**

Jak jsou senioři ochotni věnovat svůj čas k provádění fyzických aktivit a zda vůbec vykonávají nějaké pohybové aktivity, jsme zjišťovali v další části dotazníku. Snažili jsme se získat informace o tom, jak často se námi sledovaná skupina věnuje fyzickým aktivitám. Zjistili jsme, že zhruba polovina respondentů se pohybové činnosti věnuje v rozsahu méně než 2 hodiny týdně. Ze srovnání mužů a žen vyplynula větší pasivita pro skupinu mužů. Naopak asi čtvrtina dotazovaných se snaží být fyzicky aktivní v rozsahu více než 5 hodin týdně.

Když porovnáme týdenní frekvenci vykonávání pohybových aktivit skupiny seniorů (60 a více let) a skupiny mladších respondentů (40 – 60 let), odhalíme fakt, že mladší muži jsou oproti starším mužům fyzicky aktivnější, zatímco mladší ženy jsou ve srovnání se seniorkami fyzicky pasivnější. Celkové porovnání týdenní frekvence vykonávání pohybových aktivit obou skupin vykazuje minimální odlišnosti, takže nemůžeme říci, že jedna ze zmiňovaných skupin je fyzicky aktivnější.

Co se týče jednotlivých druhů vykonávaných pohybových činností u aktivních seniorů, dominuje chůze či pěší turistika, která představuje oblíbenou činnost jak u mužů, tak i u žen. Další rozšířenou aktivitou v řadách mužů je manuální práce či práce na zahradě. A u skupiny žen se těší oblibě, vedle zmiňovaných procházek, také gymnastická či zdravotní

cvičení. Ve všech těchto případech se jedná o aktivity zajišťující příjemné prožití volného času, které lze v podstatě provozovat celoročně. Hlavní motivací pro aktivní seniory je především podpora zdraví. Zároveň pro ně pohyb znamená činnost, která je baví a zábava a radost z pohybu pro ně tak představuje další významný motiv, proč být fyzicky aktivní.

Skupina mladších dotazovaných (40 – 60 let) vykazuje všestrannější pohybovou aktivitu a disponuje širším spektrem vykonávaných fyzických činností. Mladší populace si totiž může dovolit provozovat ty aktivity, které bývají s přibývajícím věkem označovány za rizikové a mnohdy je zdravotní stav v pokročilejším věku nedovolí ani provozovat. Příkladem mohou být sportovní hry jako fotbal, volejbal či tenis. Motivace k pohybu u mladší populace je obdobná jako u seniorů, rozdíl však můžeme spatřit ve větším kladení důrazu na ovlivnění tělesné zdatnosti a funkčnosti organismu a také ve výraznější snaze mladších žen ovlivnit pohybem svůj zevnějšek.

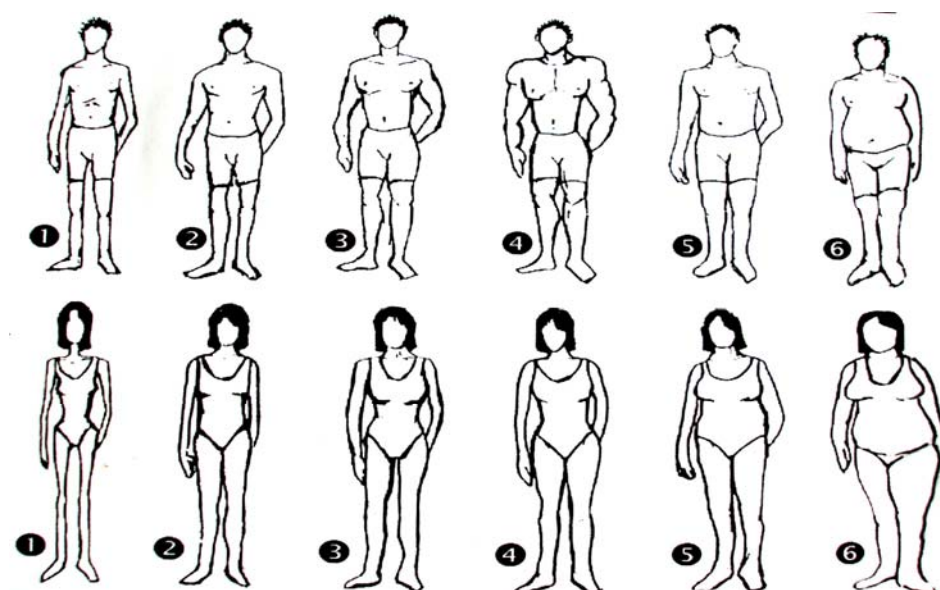
## **5) Tělesné sebepojetí**

Zajímalo nás, jakým způsobem senioři vnímají sami sebe, své tělo. Zda se cítí ve své „tělesné schránce“ dobře nebo zda vykazují jistou nespokojenost se svým vzhledem. Smýšlení o sobě samém bylo tak předmětem další části dotazníku.

Co se týče vnímání tělesného vzhledu, nebyl zjištěn žádný věcně významný rozdíl mezi muži a ženami. Ze získaných výsledků vyplývá, že nejvíce spokojeni jsou senioři se svou tělesnou výškou, zatímco se svou tělesnou hmotností jsou spokojeni nejméně. Při pohledu na výsledky skupiny mladších respondentů (40 – 60 let) odhalíme ve vnímání fyzického vzhledu oproti seniorům jediný rozdíl. A tím je výraznější nespokojenost mladších žen se svou tělesnou hmotností. Svůj celkový tělesný vzhled hodnotí skupina seniorů průměrně. To znamená, že spokojenost s ním nehodnotí kladně ani záporně. Podobně nahlíží na svůj celkový zevnějšek i skupina mladších respondentů, kteří jej také hodnotí průměrně a zároveň se oproti seniorům méně ztotožňují s tvrzením, že vzhled je věcí náhody. To znamená, že jsou toho názoru, že „tělesnou schránku“ a celkový vzhled, kterým působíme na druhé lidi, lze z velké části ovlivnit.

Ve sledované skupině seniorů si ženy více myslí, že jsou fyzicky zdatnější na rozdíl od svých vrstevníků. Také jsou oproti mužům více přesvědčeny, že poznají, když jejich tělo nepracuje správně a není tedy v pořádku. Ve srovnání s mladšími respondenty (40 – 60 let) se senioři více vyhýbají tělesným kontaktům. Jak zástupci starší populace, tak i skupina mladších dotazovaných nepovažuje své tělo za krásné a v jeho hodnocení působí tedy obě skupiny velmi kriticky.

Obrázek č.1: Siluety postav představující rozdílné somatotypy



Při posuzování vlastního a ideálního tělesného typu seniorů byl zjištěn věcně významný rozdíl u mužů i u žen. To znamená, že jak muži, tak i ženy hodnotí svůj vlastní somatotyp jako mnohem silnější, než svůj ideální somatotyp, kterému by se chtěli přiblížit. Silueta postavy odpovídající ideálnímu tělesnému typu koresponduje se siluetou postavy ideálního tělesného typu pro druhé pohlaví. Jinými slovy, ideální tělesný typ opačného pohlaví označený seniory měl stejné proporce jako ideální tělesný typ pro své vlastní pohlaví. Muži i ženy se nejvíce ztotožňují se siluetou číslo 4, zatímco jejich vysněný somatotyp se nejvíce blíží siluete číslo 3, která zároveň odpovídá také jejich představě o ideálním tělesném typu pro opačné pohlaví.

Výsledky souboru seniorů (60 a více let) se s výsledky souboru mladších respondentů (40 – 60 let) nijak zásadně neliší. Opět byl zjištěn věcně významný rozdíl u mužů i u žen při posuzování vlastního a ideálního tělesného typu. Takže i u věkově mladších jedinců se vyskytuje nespokojenost s vlastním tělem a u většiny dotazovaných tak vlastní tělesný typ není totožný se somatotypem ideálním. Stejně jako u seniorů je rozdíl mezi reálnou a ideální figurou zhruba jeden somatotyp (hodnoceno na škále šesti somatotypů). Dotazovaní muži i ženy tedy vlastní tělesný typ nejčastěji vyjádřili siluetou číslo 4, i když výsledky mužů více odpovídali přechodu mezi siluetou číslo 3 a 4. Ideální tělesný typ pro vlastní osobu i pro druhé pohlaví pak vyjádřili muži i ženy siluetou číslo 3.

## **6) Vnímání vlastní osoby – „já“**

V této části jsme zjišťovali, jak senioři vnímají vlastní osobu jako celek. I přes to, že muži i ženy jsou se sebou celkem spokojeni a jsou toho názoru, že disponují řadou dobrých vlastností, při podrobnějším prozkoumání zjistíme, že ženy hodnotí celkově svou osobnost pozitivněji než muži. Muži by si totiž oproti ženám chtěli sami sebe více vážit a také si více myslí, že nemohou být u sebe na nic hrdí.

Při srovnávání výsledků souboru seniorů (60 a více let) a mladších respondentů (40 – 60 let) jsme zjistili, že zástupci mladší populace hodnotí vlastní osobu pozitivněji než senioři. Například oproti starším dotazovaným méně pociťují svoji neužitečnost a v menší míře se ztotožňují s výrokem: „Chtěl bych si sám sebe více vážit“. Mladší populace si také na rozdíl od seniorů myslí, že v jejich životě je toho více, na co mohou být hrdí. Tato skutečnost je zajímavá tím, že ačkoliv zástupci mladší populace, vzhledem ke svému nižšímu věku, měli zatím k dispozici kratší existenční časový úsek, mohou již tvrdit, že se toho v jejich životě událo více, na co mohou být pyšní. Zmiňovaný negativní pohled seniorů lze vysvětlit měnícím se zdravotním stavem a z něho pramenícími změnami ve způsobu života. S přibývajícimi léty dochází k určitému omezení fyzické a psychické výkonnosti, což se zákonitě musí projevit na kvalitě života a případném hodnocení spokojenosti se sebou samým, které jsme právě po nich chtěli v jedné z částí v námi předloženém dotazníku.

## **7) Životní spokojenost**

V poslední části jsme řešili životní spokojenost seniorů. Obě dvě skupiny, muži i ženy, vyjadřují nadprůměrnou spokojenost se svým dosavadním životem. Po čem toužili, toho v průběhu života ve velké míře docílili, takže nemají výraznější potřebu cokoliv ve svém životě měnit. Identicky hodnotí spokojenost se svým životem i zástupci mladší generace (40 – 60 let). Takže v tomto případě nenalzáme žádné rozdíly, které by vznikaly v závislosti na měnícím se věku. I přes četné, seniory uváděné, zdravotní obtíže či přes nespokojenost se svými fyzickými dispozicemi, hodnotí dotazovaní celkovou spokojenost se svým životem pozitivně.

## **6. ZÁVĚRY**

Na začátku našeho výzkumu jsme si stanovili tři hypotézy. V této kapitole se budeme věnovat právě výše zmiňovaným hypotézám, které následně potvrdíme či vyvrátíme na základě získaných dat.

**Hypotéza č.1: Předpokládáme, že ženy budou mít vhodnější stravovací návyky a jejich celková životospráva bude zdravější než u mužů, což se pozitivně projeví i na hodnotách BMI.**

Z výsledků kapitoly „Životospráva“ jsme zjistili, že jediný věcně významný rozdíl ve prospěch žen, který se týká návyků denního režimu, byl zaznamenán v souvislosti s konzumací alkoholu, kterého si ženy dopřávají o mnohem méně než muži. Z tohoto pohledu by se tedy zdálo, že ženy jsou ve vztahu k životosprávě o krok napřed před muži. Nesmíme však zapomenout na další zjištěný věcně významný rozdíl, jenž tentokrát mluví ve prospěch mužů. Ti totiž na rozdíl od žen dodržují ve větší míře pravidelné stravování. To znamená, že můžeme považovat stravovací návyky a životosprávu u žen a u mužů za rovnocenné.

Když shrneme subjektivní hodnocení výživy seniorů, dojdeme k závěru, že zhruba polovina mužů i žen považuje svou stravu za spíše zdravou, zatímco za nezdravou ji nepovažuje nikdo. Ani tímto srovnáním se nám nepodařilo dokázat zdravější návyky denního režimu žen. Tudíž naše hypotéza, která předpokládala vhodnější stravovací návyky a zdravější životosprávu u skupiny žen než u skupiny mužů, nebyla potvrzena.

Rozdíly v tělesných parametrech sledovaných osob jsou následující: muži při průměrné výšce 177 cm váží průměrně 85,5 kg (tj. BMI = 27,3), ženy při průměrné výšce 163 cm váží průměrně 72 kg (tj. BMI = 27,1). Průměrné hodnoty BMI jsou tedy u mužů i u žen téměř totožné. Jelikož obě skupiny vykazují podobné stravovací návyky i frekvenci vykonávání pohybových aktivit, je tato shoda celkem logická. Hodnota BMI nad 25 značí nadváhu, s věkem se však tato hranice posouvá.

**Hypotéza č.2: Předpokládáme, že u námi sledované populace bude primárním motivem k fyzickým aktivitám zdravotní aspekt.**

Pro větší přehlednost uvádíme tabulku zachycující tři nejvýznamnější motivy seniorů k pohybové aktivitě.

Tabulka č.19: Tři nejvýznamnější motivy k provádění fyzických aktivit u seniorů

	Muži celkem	Ženy celkem
podpora zdraví	3,1	3,5
pohyb jako zábava	2,8	3,2
odreagování	2,8	3,1

Pozn.: Byla použita škála 1 - rozhodně ne až 5 - rozhodně ano.

Z tabulky č.19 vyplývá, že nejsilnějším motivačním činitelem k pohybové aktivitě u seniorů je podpora zdraví. Nezajímá je tedy tolik ovlivnění fyzické výkonnosti, ale především možnost ovlivnit pravidelným a přiměřeně dávkovaným pohybem své zdraví a zajistit si tak co nejdéle aktivní a angažovaný život. Vypovídá to o zdravém přístupu seniorů k vlastnímu tělu. Tímto byla tedy naše hypotéza potvrzena.

Pro seniory představuje pohyb také určitý typ zábavy, který u nich probouzí příjemné pocity. Pohybová činnost je tedy baví a tento prvek zábavnosti patří též k důležitým motivům se stěžejním významem pro pravidelné vykonávání pohybových aktivit, neboť kdyby je pohyb nebavil a neměli by z něj potěšení, zřejmě by jej pravidelně nevyhledávali a uchýlili by se tak k pasivnímu trávení volného času.

Nesmíme opomenout ani na význam pohybu jako prostředku relaxace a odpočinku. Pohybem lze dosáhnout jak duševního, tak i tělesného odreagování, což si senioři také uvědomují a následně tak této funkci fyzické činnosti využívají.

Naopak skutečnost, že v poslední době v důsledku čím dál tím silnější propagace zdravého životního stylu zažívají „boom“ nejrůznější formy fyzických aktivit a pohyb se tak stává trendovou záležitostí, nechává seniory v klidu. Motiv integrace seniorů do módní vlny se tak stává velmi nevýznamným.

**Hypotéza č.3: Předpokládáme, že vlastní tělesný typ seniorů nebude totožný s jejich ideálním tělesným typem.**

Výsledky kapitoly „Tělesné sebepojetí“ hovoří jasně. Když měli senioři v jedné z částí dotazníku určit siluetu postavy (od 1-nejštíhlejší po 6-nejsilnější), která nejvíce odpovídá jejich vlastnímu tělesnému typu, označovali muži i ženy v největší míře siluetu č.4. Když měli naopak na stejné šestistupňové škále vybrat siluetu postavy odpovídající jejich vysněnému tělesnému typu, v jejich výběru dominovala silueta č.3, tedy došlo ke zeštíhlení siluety, nebo-

li k jejímu posunu o jeden stupeň doleva. Tato skutečnost nám potvrdila hypotézu, že vlastní tělesný typ seniorů není totožný s jejich ideálním tělesným typem.

Zajímavostí je, že ženy i muži v této věkové skupině měli téměř totožné výsledky týkající se hodnocení jejich reálného a ideálního somatotypu. Muži mají tedy stejnou představu o svých proporcích jako ženy a obě dvě skupiny by uvítaly zeštíhlení své postavy.

## 7. DOPORUČENÍ DO PRAXE

Z výsledků této diplomové práce na téma: „Péče o tělesný vzhled, zdraví a zdatnost u starší populace“ lze vyvodit následující závěry pro využití v praxi.

V posledních desetiletích jsme svědky vyššího tempa demografického stárnutí naší i světové populace, čemuž bychom neměli jen tak nečinně přihlížet, ale především podniknout opatření, která by právě rostoucímu množství starších spoluobčanů zajistila kvalitní stárnutí. Impuls však musí především vycházet ze strany starší generace, jejímž cílem by mělo být zlepšení vnímání stárnutí a stáří ve společnosti právě prostřednictvím jejich aktivního přístupu a změnou jejich postojů.

Péče o zdraví má zásadní význam v každém věku. Dobrý zdravotní stav je rozhodující podmínkou spokojenosti ve stáří. Význam zdraví si jedinec začne uvědomovat, až když se dostaví zdravotní problémy, které jej omezují v dosavadním způsobu života. V souvislosti s rostoucí nemocností ve vyšším věku je nutné rozvíjet nejrůznější formy péče o seniory, které by jim umožnily co nejdéle zachování soběstačnosti a podporovaly by aktivní životní přístup u každého jednotlivce. Máme tím na mysli nejrůznější programy prevence a péče o zdraví, zabezpečení pracovních aktivit pro seniory či umožnění účasti seniorů na společenském životě včetně jejich zapojení do různých tělovýchovných a sportovních aktivit.

Bylo by nesprávné považovat stáří za fázi života, ve které člověk může nečinně odpočívat a jen tak přihlížet vlastní pasivitě, jelikož právě aktivitou a činorodým chováním může vytvářet podmínky pro zachování dlouhověkosti a smysluplného stáří. Rozhodně bychom populaci seniorů neměli nechávat napospas sobě samým a úkolem nás ostatních by mělo být podání pomocné ruky na cestě jejich „podzimem“ života. Být spoluodpovědný za život seniorů znamená pomoci odhalit jejich vlastní rezervy, překonat jejich pocit neužitečnosti a odstranit jejich snahu po sociální izolaci. Aktivní zapojení do společenského dění podporuje u seniorů chuť do života.

Cílem seniorů by mělo být zdravé stárnutí a stáří, k němuž přispívá především zdravé chování v pokročilém věku, které by mělo zahrnovat aktivní využívání volného času, pohybovou aktivitu, správnou životosprávu, omezení zdraví škodlivých návyků apod. Pro aktivní život seniorů, jejich seberealizaci, psychické zdraví a spokojenost jsou důležité ty aktivity, které přinášejí radost, uspokojení, pocit potřebnosti a užitečnosti. Pohybový deficit představuje pro seniory ohrožení fyzického zdraví, a tak vhodně zvolená pohybová aktivita by měla mít v životě seniorů trvalé místo. Správný způsob života je třeba realizovat od mládí a měl by člověka provázet po celý život.



## **8. SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY**

- BARTUŇKOVÁ, S. Pohybová aktivita v prevenci civilizačních chorob. In: Buchberger, J., Kvapilík, J., Pavlů, D., /eds/ *Problematika pohybových aktivit seniorů a zdravotně postižených*. Sborník konference s mezinárodní účastí. Praha : FTVS UK, 1998, s. 12-13.
- BUCHBERGER, J., PAVLŮ, D. Zdravotní rizika pohybových aktivit u zdravých a nemocných seniorů. In: Buchberger, J., Kvapilík, J., Pavlů, D., /eds/ *Problematika pohybových aktivit seniorů a zdravotně postižených*. Sborník konference s mezinárodní účastí. Praha : FTVS UK, 1998, s. 14-16.
- CINGLOVÁ, L. *Vybrané kapitoly z tělovýchovného lékařství*. 1. vyd. Praha : Univerzita Karlova, 2002. 200 s. ISBN 80-246-0492-2.
- ČELIKOVSKÝ, S. *Tělesná zdatnost a výkonnost : vybrané kapitoly*. 2.vyd. Praha : SPN, 1969. 254 s.
- ČERMÁK, P., STRNAD, P. *Tělesná výchova při vadném držení těla*. Praha : Avicenum, 1976.
- DRBAL, C., BENCKO, V. Prostředí, zdraví, jeho determinanty a kvalita života. In: *Kvalita života a zdraví*. Sborník příspěvků. Praha : Triton, 2005, s. 234-241.
- FIALOVÁ, L. Tělesná dokonalost a my – Tělesné sebepojetí. *Tělesná Výchova a Sport Mládeže*, 1997, vol. 63, no. 6, s. 43-45.
- FIALOVÁ, L. Tělesná dokonalost a my – Tělesné proporce a zdraví. *Tělesná Výchova a Sport Mládeže*, 1997, vol. 63, no. 7, s. 39-41.
- FIALOVÁ, L. Tělesná dokonalost a my – Hlavní činitele tělesné dokonalosti. *Tělesná Výchova a Sport Mládeže*, 1998, vol. 64, no. 1, s. 39-43.
- FIALOVÁ, L. *Moderní image těla. Jak se vyrovnat s kultem štíhlého těla*. Praha : Grada, 2006. 92 s. ISBN 80-247-1350-0.
- FILKA, Jaroslav. *Metodika tvorby diplomové práce*. 1. vyd. Brno : Knihař, 2002. 224 s. ISBN 80-86292-05-3.
- FOŘT, P. *Výživa a sport*. 1.vyd. Praha : Olympia, 1990. 143 s. ISBN 80-7033-026-0.
- FOŘT, P. *Co jíme a pijeme?* 1.vyd. Praha : Olympia, 2003. 252 s. ISBN 80-7033-814-8.
- GARFINKEL, P.E., GARNER, D.M. *Handbook of Psychotherapy for Anorexia Nervosa and Bulimia*. New York : The Guilford Press, 1985. ISBN 0-89862-642-0.
- HENDL, Jan. *Úvod do kvalitativního výzkumu*. Praha : Karolinum, 1999. 280 s. ISBN 80-246-0030-7.
- HNILICOVÁ, H. Kvalita života a její význam pro medicínu a zdravotnictví. In: *Kvalita života a zdraví*. Sborník příspěvků. Praha : Triton, 2005, s. 205-214.
- HOLMEROVÁ, I., et al. Aktivní stárnutí. *Česká geriatrická revue*, 2006, vol. 4, no. 3, s. 63-68.
- HRAZDÍROVÁ, Z. *Zdravotní gymnastika: praktická příručka*. Praha : Karolinum, 2005.
- KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie zdraví*. 1.vyd. Praha : Portál, 2001. 279 s. ISBN 80-7178-551-2.
- KUBÁLKOVÁ, L. *Pohyb v prevenci a péči o zdraví*. 1. vyd. Praha : Univerzita Karlova, 2000. 82 s. ISBN 80-86317-04-8.
- KUBÍČKOVÁ, M. *Vůle ke zdravému životu*. 1. vyd. Praha : Onyx, 1996. 174 s. ISBN 80-85-228-37-8.
- LEIBOLD, G. *Mentální anorexie*. 1.vyd. Praha : Nakladatelství Svoboda, 1995.
- MÁLKOVÁ, I. *Hubneme s rozumem, zdravě a natrvalo*. 2. vyd. Praha : Smart Press, 2007. 224 s. ISBN 978-80-87049-06-8.
- MÁLKOVÁ, I. *Terapie obezity – část I*. [online]. c2003. Dostupné z : <<http://www.stob.cz/view.php?cisloclanku=2003060401>>.

- MICHAL, S. *Péče o tělesný vzhled, zdraví a zdatnost u dospělé populace*. Diplomová práce. Praha : FTVS UK, 2007.
- PAVLŮ, D. Kinezioterapeutické metody podporující pohybové schopnosti starších osob. In: Buchberger, J., Kvapilík, J., Pavlů, D., /eds/ *Problematika pohybových aktivit seniorů a zdravotně postižených*. Sborník konference s mezinárodní účastí. Praha : FTVS UK, 1998, s. 10-12.
- ŘÍČAN, P. *Cesta životem*. 1. vyd. Praha : Panorama, 1990. ISBN 80-7038-078-0.
- SÝKOROVÁ, D. *Autonomie ve stáří*. 1.vyd. Praha : Sociologické nakladatelství, 2007. 284 s. ISBN 978-80-86429-62-5.
- ŠIPR, K. Zdravotní stav a pohybová aktivita starých lidí. In: Buchberger, J., Kvapilík, J., Pavlů, D., /eds/ *Problematika pohybových aktivit seniorů a zdravotně postižených*. Sborník konference s mezinárodní účastí. Praha : FTVS UK, 1998, s. 6-8.
- ŠTILEC, M. *Program aktivního stylu života pro seniory*. 1.vyd. Praha : Portál, 2004. 136 s. ISBN 80-7178-920-8.
- TEPLÝ, Z. *Zdraví, zdatnost, pohybový režim*. Praha : Sport pro všechny, 1995. ISBN 80-85910-02-0.
- ZAREMBA, V. a kol. Zdravotní situace seniorů a její závislost na věku. *Geriartia*, 2006, vol. 4, no. 1, s. 21-27.
- ZAVÁZALOVÁ, H. a kol. Zdravotní stav osob středního a vyššího věku. *Česká geriatrická revue*, 2003, vol. 1, no. 4, s. 45-49.
- ZBYTOVSKÁ, T. *Mediální nabídka pohybových prostředků péče o tělo*. Diplomová práce. Praha : FTVS UK, 2005.

## **9. PŘÍLOHY**

**UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE  
FAKULTA TĚLESNÉ VÝCHOVY A SPORTU**



***Dotazník životního stylu pro věkovou skupinu  
nad 60 let***

*Předložený ANONYMNÍ dotazník obsahuje položky týkající se Vašich pohybových aktivit, zdraví a výživy. Ke skupině otázek jsou předkládány možnosti odpovědí, ze kterých máte vybrat pouze jednu. Prosím, přečtěte si otázky a uvedené možnosti odpovědí pozorně. Neexistují zde žádné správné či chybné odpovědi - správné je to, co odpovídá osobnímu názoru.*

*Maxa Vladimír, IV.ročník, TVS*

## A) Osobní údaje:

1. Pohlaví  muž  žena
2. Věk ..... let
3. Pocházíte z (místo narození):  
 vesnice  velké město (do 100 000 ob.)  
 velkoměsto (do 500 000 ob.)  velkoměsto (nad 1 000 000 ob.)
4. Jaké je Vaše vzdělání  
 základní (vyučení)  maturita  vysokoškolské
5. Rodinný stav:  
 svobodný  ženatý, vdaná  žiji s druhem, s družkou  rozvedený/á/  ovdovělý/á
6. Počet členů v domácnosti   
z toho dětí do 18 let
7. Máte zaměstnání nebo jinou vedlejší práci?  
 ano  ne

## B) Zdravotní stav:

8. Kolik dnů jste byl/a v minulém roce nemocný/á?  
(vyjma úrazů a následné rekonvalescence) ..... dnů
  9. Kolik dnů z toho jste musel/a ležet doma v posteli?  
(vyjma úrazů a následné rekonvalescence) ..... dnů
  10. Bylo u vás diagnostikováno nějaké chronické onemocnění?  ano  ne
  11. Užíváte pravidelně léky na zmírnění chronických obtíží?  ano  ne
  12. Máte vysoký krevní tlak?  
 ano, trvale  nyní ne, protože užívám léky  ne  nevím
  13. Znáte hodnoty svého krevního tlaku ?  
jestliže ano, uveďte  
systolickou (horní) hodnotu   
diastolickou (dolní) hodnotu
  14. Jaká je Vaše krevní skupina? .....  neznám
  15. Máte problémy se zrakem?  
 ne  ano, nosím brýle jen občas  ano, nosím brýle pořád
  16. Pokud máte problémy se zrakem trvají:  
 už od dětství  po úraze  s přibývajícím věkem se mi zrak zhoršil
  17. Slyšíte dobře?  
 ano  ne, omezuje mě to minimálně  ne, potřebuji naslouchátko
  18. Pokud máte problémy se sluchem trvají:  
 už od dětství  po úraze  s přibývajícím věkem se mi sluch zhoršil
  19. Které z následujících obtíží míváte?  
(je možná volba více variant i uvedení dalších)  
 a) spím neklidně a často se budím  
 b) mívám zažívací problémy  
 c) snadno se unavím  
 d) častěji se cítím celkově slabý/á  
 e) mívám často bolesti hlavy  
 f) častěji cítím žaludeční nevolnost  
 g) častěji mívám bolesti zad  
 h) jiné .....
  20. Jaká je Vaše výška? ..... cm
  21. Kolik vážíte? ..... kg
- Chování související se zdravím:**
22. Jak často v současnosti děláte následující věci?  
a) pravidelné návštěvy u stomatologa  vůbec  zřídka  1x za rok  častěji než 1x za rok  
b) pravidelné návštěvy u gynekologa  vůbec  zřídka  1x za rok  častěji než 1x za rok  
c) pravidelné návštěvy u oftalmologa  vůbec  zřídka  1x za rok  častěji než 1x za rok

d) pravidelné návštěvy u obvod. lékaře  vůbec  zřídka  1x za rok  častěji než 1x za rok

*Přečtěte si prosím uvedená tvrzení a označte odpověď na následující*

**škále: (1)-nikdy, (2)-několikrát za rok, (3)-několikrát za měsíc, (4)-několikrát za týden, (5)-denně**

23. Preventivní příjem léků a vitamínů: nikdy  1  2  3  4  5 denně

24. Dodržování pitného režimu: nikdy  1  2  3  4  5 denně

**Alkohol:**

25. Konzumace alkoholu: nikdy  1  2  3  4  5 denně

co a jak často? .....

26. Používáte alkohol jako prostředek ke zvládnání životních problémů?

ano  občas  ne

**Odpočinek:**

27. Spánek alespoň 7 hodin denně: nikdy  1  2  3  4  5 denně

v průměru naspím ..... hodin denně

28. Pociťujete pravidelně únavu?

nikdy  1  2  3  4  5 denně

29. Dokážete se snadno uvolnit a odpočívat?  ano  ne  někdy

30. Máte špatný spánek:

ne (výjimečně)  zřídka (t.j. asi 2x měsíčně)  občas (t.j. asi 1-2x týdně)

častěji (více než 2x týdně)

31. Máte problémy s usínáním?

ne (výjimečně)  zřídka (t.j. asi 2x měsíčně)  občas (t.j. asi 1-2x týdně)

častěji (více než 2x týdně)

32. Používáte léky a jiné prostředky pro uklidnění a pro spaní:

pravidelně denně  občas  nikdy

33. Pobyt na čerstvém vzduchu: nikdy  1  2  3  4  5 denně

34. Průměrná délka pobytu v bytě, kanceláři(budově) v hodinách za den:(vyjma spánku)

méně než 10 hodin  10 -14 hodin  14 hodin a více

35. Rekreační pobyt mimo město:

jaro:  téměř každý víkend  1x za měsíc  vůbec ne

léto:  téměř každý víkend  1x za měsíc  vůbec ne

podzim:  téměř každý víkend  1x za měsíc  vůbec ne

zima:  téměř každý víkend  1x za měsíc  vůbec ne

**Kouření a jiné drogy:**

36. Kouříte v současné době? nikdy  1  2  3  4  5 denně

37. snažím se přestat?  ano  ne  už jsem přestal/a

co pro to dělám .....

38. Jestliže ano, od kterého roku svého života? ..... rok života

39. Jestliže ano, kolik cigaret denně? ..... počet cigaret

40. V domácnosti kouří její členové celkem:

nekouří nikdo  kouří 1 -5 cigaret denně  kouří 6 -10 cigaret denně

kouří 11 -20 cigaret denně  kouří ještě více cigaret denně než 20

41. Denně pobývám v zakouřeném prostředí:

zásadně vůbec ne  1-2 hodiny  2-8 hodin  více než 8 hodin

42. Pití černé kávy:

vůbec  denně 1 až 4 šálky  více než 4 šálky

43. Vyzkoušel/a jste někdy drogy?  ne  ano

jestliže ano, které? .....

**Jídlo:**

44. Pravidelná strava (3-5x denně): nikdy  1  2  3  4  5 denně

45. "Mlsání" mezi hlavními jídly: nikdy  1  2  3  4  5 denně

46. Za jak zdravou považujete celkově svou výživu?

nezdravá  1, spíše nezdravá  2, nevím  3, spíše zdravá  4, zcela zdravá  5

47. Pokud se domníváte že vaše strava není zdravá je to z důvodu :(je možná volba více variant)

a) nemám dost peněz  b) nemám dost času

c) jsem na takovou stravu zvyklý/á  d) nevím

f) jiný důvod .....

48. Myslíte, že pro své zdraví děláte dost?  ne  ano

### C) Činnost vztahující se k tělu a fyzické aktivitě:

*Prečtete si prosím uvedené tvrzení a označte odpověď na následující*

**škále: (1)-nikdy, (2)-několikrát za rok, (3)-několikrát za měsíc, (4)-několikrát za týden, (5)-stále, velmi často**

49. Kolik času průměrně v týdnu věnujete intenzivnímu cvičení na zlepšení svalové síly, kondice a celkové zdatnosti?

(jóga, gymnastika, běh, plavání, rychlá chůze, práce na zahradě, sport, procházky a pod) :

méně než 1 hodinu týdně  1 -2 hodiny týdně  3 -5 hodin týdně  více než 5 hodin týdně

50. Snažím se aktivně formovat svoji postavu

nikdy  1  2  3  4  5 stále

51. Usiluji o zvýšení své tělesné výkonnosti

nikdy  1  2  3  4  5 stále

52. Nechávám se masírovat

nikdy  1  2  3  4  5 velmi často

53. Chodím do sauny

nikdy  1  2  3  4  5 velmi často

54. Dodržuji redukční dietu

nikdy  1  2  3  4  5 velmi často

55. Otužuji se

nikdy  1  2  3  4  5 velmi často

56. Cvičím aktivně s náčiním (činky)

nikdy  1  2  3  4  5 velmi často

57. Odpočívám, relaxuji

nikdy  1  2  3  4  5 velmi často

58. Používám deodorant

nikdy  1  2  3  4  5 denně

59. Chodím do solária

nikdy  1  2  3  4  5 velmi často

60. Kontroluji svou hmotnost

nikdy  1  2  3  4  5 denně

61. Dbám na své držení těla

nikdy  1  2  3  4  5 velmi často

62. Využívám alternativních přístupů k tělu a ke zdraví (energie minerálů, kineziologie, homeopatie, Silvova metoda...)

nikdy  1  2  3  4  5 velmi často

63. Sprchuji se nebo se koupu

několikrát denně  denně  několikrát do týdne

1x týdně  méně než 1x týdně

64. Pro své tělo dělám ještě (vypsat) .....

**Další položky se týkají Vašich fyzických aktivit:**

65. Kolik hodin týdně se v současnosti věnujete fyzické aktivitě (sportu, tanci, turistice...)?

..... hod/týdně

66. Jakými druhy fyzické aktivity se zabýváte? .....

67. Věnujete se v současné době organizovanému výkonnostnímu sportu?

ne  ano

68. Věnujete se v současné době neorganizovanému sportu?(pravidelně)

ne  ano

69. Od jakého věku se pravidelně věnujete nějaké fyzické aktivitě?

..... rok života

70. Sportoval Váš otec?

nikdy  rekreačně  výkonnostně

71. Sportovala Vaše matka?

nikdy  rekreačně  výkonnostně

*Na dalších řádcích jsou uvedeny důvody, proč se lze věnovat sportu nebo jiné podobné fyzické aktivitě. Do určité míry vystihuje každá odpověď Vás osobně. Máte pět možností odpovědi od té, která Vás vůbec nevystihuje po odpověď plně výstižnou.*

**(1)-rozhodně ne, (2)-spíše ne, (3)-nevím, (4)-spíše ano, (5)-rozhodně ano**

72. Fyzickým aktivitám se věnuji, protože mě to baví.  
rozhodně ne  1  2  3  4  5 rozhodně ano
73. Fyzickým aktivitám se věnuji, protože je to zdravé  
rozhodně ne  1  2  3  4  5 rozhodně ano
74. Fyzickým aktivitám se věnuji, abych dobře vypadal/a  
rozhodně ne  1  2  3  4  5 rozhodně ano
75. Fyzickým aktivitám se věnuji, protože mohu být v kontaktu s jinými lidmi.  
rozhodně ne  1  2  3  4  5 rozhodně ano
76. Fyzickým aktivitám se věnuji, protože je to v současnosti "in".  
rozhodně ne  1  2  3  4  5 rozhodně ano
77. Fyzickým aktivitám se věnuji, protože chci zlepšit svou tělesnou výkonnost.  
rozhodně ne  1  2  3  4  5 rozhodně ano
78. Fyzickým aktivitám se věnuji, protože chci být celkově fit.  
rozhodně ne  1  2  3  4  5 rozhodně ano
79. Fyzickým aktivitám se věnuji, protože se chci celkově odreagovat.  
rozhodně ne  1  2  3  4  5 rozhodně ano
80. Fyzickým aktivitám se věnuji, protože chci mít sportovní úspěchy.  
rozhodně ne  1  2  3  4  5 rozhodně ano
81. Jiný důvod. ....

## D1) Tělo a já - vzhled

*Níže uvedené položky se týkají vašeho vzhledu. Rozhodněte se, do jaké míry Vás jednotlivé výpovědi vystihují a přiřaďte jim odpovídající hodnotu. Máte k dispozici škálu pěti odpovědí od té, která Vás vůbec nevystihuje po zcela výstižnou odpověď.*

**(1)-rozhodně ne, (2)-spíše ne, (3)-nevím, (4)-spíše ano, (5)-rozhodně ano**

82. Jsem spokojen/á se svým vzhledem.  
rozhodně ne  1  2  3  4  5 rozhodně ano
83. Často přemýšlím o svém vzhledu, je pro mě důležitý.  
rozhodně ne  1  2  3  4  5 rozhodně ano
84. Bylo by dobré, kdybych pár kilo shodil/a.  
rozhodně ne  1  2  3  4  5 rozhodně ano
85. Je věci náhody, zda člověk dobře vypadá.  
rozhodně ne  1  2  3  4  5 rozhodně ano
86. Je mi úplně jedno, co druzí říkají o mé postavě.  
rozhodně ne  1  2  3  4  5 rozhodně ano
87. Ve srovnání s většinou lidí vypadám dobře.  
rozhodně ne  1  2  3  4  5 rozhodně ano
88. Jsem spokojený/á se svou tělesnou výškou.  
rozhodně ne  1  2  3  4  5 rozhodně ano
89. Nedělám si příliš starosti se svým vzhledem.  
rozhodně ne  1  2  3  4  5 rozhodně ano
90. Jsem spokojený/á se svou hmotností.  
rozhodně ne  1  2  3  4  5 rozhodně ano
91. Dbám na čisté oblečení.  
rozhodně ne  1  2  3  4  5 rozhodně ano
92. Než odejdu z domova, podívám se ještě jednou do zrcadla.  
rozhodně ne  1  2  3  4  5 rozhodně ano

## D2) Vztah k vlastnímu tělu:

**(1)-rozhodně nesouhlasím, (2)-spíše nesouhlasím, (3)-nevím, (4)-spíše souhlasím, (5)-rozhodně souhlasím**

93. Považuji své tělo za krásné.  
rozhodně nesouhlasím  1  2  3  4  5 rozhodně souhlasím
94. Dávám pozor na to, co se v mém těle děje.  
rozhodně nesouhlasím  1  2  3  4  5 rozhodně souhlasím

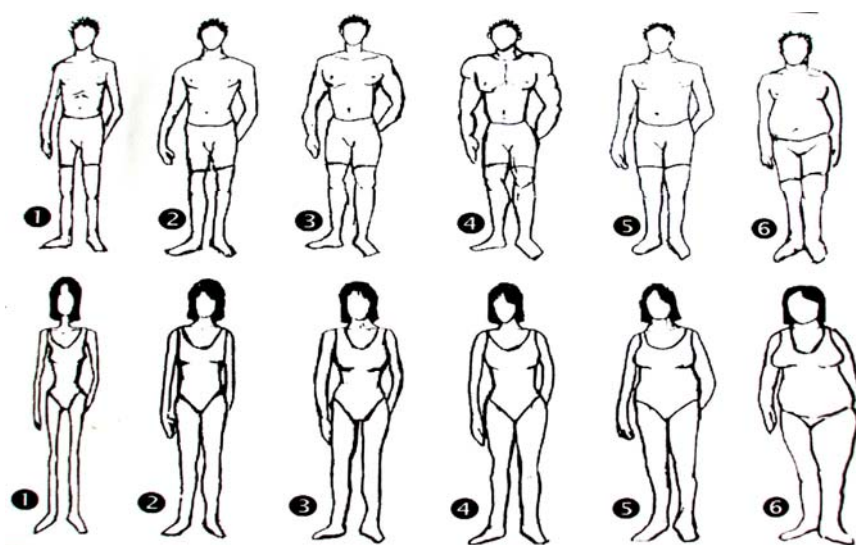


95. Moje tělo mě někdy neposlouchá.  
rozhodně nesouhlasím  1  2  3  4  5 rozhodně souhlasím
96. Ve srovnání se svými vrstevníky jsem fyzicky zdatný/á.  
rozhodně nesouhlasím  1  2  3  4  5 rozhodně souhlasím
97. Někdy obdivuji své tělo.  
rozhodně nesouhlasím  1  2  3  4  5 rozhodně souhlasím
98. Hned poznám, když mé tělo není v pořádku.  
rozhodně nesouhlasím  1  2  3  4  5 rozhodně souhlasím
99. Někdy mám dojem, že je mi mé tělo zcela cizí.  
rozhodně nesouhlasím  1  2  3  4  5 rozhodně souhlasím
100. Rád/a se pozoruji v zrcadle.  
rozhodně nesouhlasím  1  2  3  4  5 rozhodně souhlasím
101. Je pro mě obtížné snášet dlouhou dobu fyzickou zátěž.  
rozhodně nesouhlasím  1  2  3  4  5 rozhodně souhlasím
102. Rychle poznám, když nejsem tělesně uvolněný/á  
rozhodně nesouhlasím  1  2  3  4  5 rozhodně souhlasím
103. Jsem spokojen/á se svým sexuálním životem.  
rozhodně nesouhlasím  1  2  3  4  5 rozhodně souhlasím
104. Někdy sám sebe pohladím.  
rozhodně nesouhlasím  1  2  3  4  5 rozhodně souhlasím
105. Mám své tělo zcela pod kontrolou.  
rozhodně nesouhlasím  1  2  3  4  5 rozhodně souhlasím
106. Někdy mám strach, že se mi okolí bude kvůli mému tělu vysmívat.  
rozhodně nesouhlasím  1  2  3  4  5 rozhodně souhlasím
107. Vyhýbám se tělesným kontaktům.  
rozhodně nesouhlasím  1  2  3  4  5 rozhodně souhlasím
108. Nerad/a se ukazuji nahý/á před cizími lidmi.  
rozhodně nesouhlasím  1  2  3  4  5 rozhodně souhlasím
109. Sexualita hraje v mém životě důležitou roli.  
rozhodně nesouhlasím  1  2  3  4  5 rozhodně souhlasím

*Další otázky se zaměřují na to, jak se vyrovnáváte s tělesnými obtížemi. Vyberte prosím některou z nabízených odpovědí.*

110. Jak poznáte, že jste nemocný/á
- Přesně poznám, kdy v mém těle není něco v pořádku
  - Nemoci si všimnu při prvních příznacích
  - Nemoci si všimnu, když jsou její příznaky výrazné.
  - Příznaky nemoci ignoruji.
111. Co je pro Vás podnětem k návštěvě lékaře?
- Jakákoliv nemoc či tělesné obtíže
  - Lehké onemocnění se snažím zvládnout sám.
  - K lékaři jdu jen s vážným onemocněním.
  - K lékaři jdu pouze tehdy, když mě přinutí bolest.
  - K lékaři zásadně nechodím.
112. V případě tělesných obtíží (např. bolest hlavy, žaludeční nevolnost, potíže s trávením - průjem, zácpa...) nejspíše: (můžete označit více variant)
- Spolknu prášek s cílem rychlé úlevy.
  - Přemýšlím o možných příčinách.
  - Snažím se potíži zbavit úpravou životosprávy. (kontroluji svou stravu)
  - Obtížím nevěnuji pozornost, počítám s tím, že obtíže samy odezní.

## Tělesný typ:



113. Na obrázku výše vidíte dvě řady mužských a ženských postav. Nejprve se zaměřte na postavy zobrazující osoby Vašeho pohlaví.

- Napište číslo postavy, která se nejvíce blíží té Vaší. ....
- Napište číslo postavy, představující Váš ideál. ....
- Napište číslo postavy, o které si myslíte že je přitažlivá pro druhé pohlaví .....

114. Nyní si prohlédněte postavy opačného pohlaví.

Napište číslo postavy opačného pohlaví, kterou považujete za ideální .....

## E) Sebepojetí:

*Pozorně si přečtěte 10 následujících výroků. U každého zvažte, do jaké míry vystihuje právě Vás, tj. do jaké míry pro Vás tvrzení platí či neplatí. Svoji volbu vyznačte na škále: zcela neplatí (1), spíše neplatí (2), spíše platí (3), platí (4)*

115. Mám pocit, že si uchovávám svoji osobní důstojnost neméně v takové míře, jako většina ostatních lidí.

vůbec neplatí  1  2  3  4 zcela pravdivé

116. Jsem vždy náchylný považovat se za neúspěšného člověka.

vůbec neplatí  1  2  3  4 zcela pravdivé

117. Myslím si, že mám řadu dobrých vlastností.

vůbec neplatí  1  2  3  4 zcela pravdivé

118. Jsem schopný dělat mnoho věcí stejně dobře jako ostatní.

vůbec neplatí  1  2  3  4 zcela pravdivé

119. Zdá se mi, že nemohu být u sebe na nic zvláštního hrdý.

vůbec neplatí  1  2  3  4 zcela pravdivé

120. Mám k sobě dobrý vztah.

vůbec neplatí  1  2  3  4 zcela pravdivé

121. Chtěl bych si sám sebe víc vážit.

vůbec neplatí  1  2  3  4 zcela pravdivé

122. Jsem se sebou vcelku spokojený.

vůbec neplatí  1  2  3  4 zcela pravdivé

123. Občas jasně pocítuji svoji neužitečnost.

vůbec neplatí  1  2  3  4 zcela pravdivé

124. Někdy si myslím že jsem naprosto neschopný/á.

vůbec neplatí  1  2  3  4 zcela pravdivé

## F) Životní spokojenost

*Přečtěte si prosím uvedená tvrzení a označte svůj souhlas nebo nesouhlas s ním na následující škále: vůbec nesouhlasím (1), spíše nesouhlasím (2), nemohu se rozhodnout (3), spíše souhlasím (4), zcela souhlasím (5)*

125. Téměř ve všech ohledech se můj život blíží mému ideálu.  
vůbec nesouhlasím  1  2  3  4  5 zcela souhlasím
126. Podmínky mého života jsou uspokojivé.  
vůbec nesouhlasím  1  2  3  4  5 zcela souhlasím
127. Se svým životem jsem spokojený/á  
vůbec nesouhlasím  1  2  3  4  5 zcela souhlasím
128. Až dosud jsem v životě získal/a důležité věci které jsem chtěl/a.  
vůbec nesouhlasím  1  2  3  4  5 zcela souhlasím
129. Kdybych mohl/a žít svůj život znovu, téměř nic bych nezměnil/a.  
vůbec nesouhlasím  1  2  3  4  5 zcela souhlasím

*Zde prosím napište, významné okamžiky a vrcholy vašeho života, o kterých si myslíte, že ovlivnily Váš život, nejen v kladném slova smyslu. (kariéra, výhry, narození dětí, rozvod, ...)*

.  
. .  
. .  
. .  
. .  
. .

*Je-li nějaké sdělení, které by jste chtěl/a autorovi napsat, popřípadě doplnit nějakou svojí odpověď v dotazníku, můžete zde:*

.  
. .  
. .  
. .  
. .  
. .

*Děkuji Vám za spolupráci, trpělivost a čas, který jste strávil/a s vyplňováním tohoto dotazníku.*