

UNIVERZITA PARDUBICE
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2024

Anna Doskočilová

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií

Stravování a výživa seniorů

Bakalářská práce

2024

Anna Doskočilová

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií
Akademický rok: 2022/2023

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení: **Anna Doskočilová**
Osobní číslo: **Z21230**
Studijní program: **B0988P240002 Zdravotně sociální péče**
Téma práce: **Stravování a výživa u seniorů**
Téma práce anglicky: **Nutrition and meals for seniors**
Zadávající katedra: **Katedra porodní asistence, perioperační péče a zdravotně sociální péče**

Zásady pro vypracování

1. Studium literatury, sběr informací a popis současného stavu řešené problematiky.
2. Stanovení cílů a metodiky práce.
3. Příprava a realizace výzkumného šetření dle stanovené metodiky.
4. Analýza a interpretace získaných dat.
5. Zhodnocení výsledků práce.

Rozsah pracovní zprávy: **35 stran**
Rozsah grafických prvků: **dle doporučení vedoucího**
Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**

Seznam doporučené literatury:

ČEVELA, Rostislav a ČELEDOVÁ, Libuše, 2014. *Sociální gerontologie: východiska ke zdravotní politice a podpoře zdraví ve stáří*. Praha: Grada. 240 s. ISBN 978-80-247-4544-2.
HROZENSKÁ, Martina a DVOŘÁČKOVÁ, Dagmar, 2013. *Sociální péče o seniory*. Praha: Grada. 191 s. ISBN 978-80-247-4139-0.
KOHOUT, Pavel; HAVEL, Eduard; MATĚJOVČ, Martin a ŠENKYŘÍK, Michal ed., 2021. *Klinická geriátra*. Praha: Galén. 944 s. ISBN 978-80-7492-555-9.
VÁGNEROVÁ, Tereza, 2020. *Výživa a geriatrie a gerontologii*. Praha: Karolinum. 200 s. ISBN 978-80-246-4620-6.
VOSTRÝ, Michal a VETEŠKA, Jaroslav, 2021. *Kognitivní rehabilitace seniorů: psychosociální a edukační souvislosti*. Praha: Grada. 176 s. ISBN 978-80-271-2866-2.

Vedoucí bakalářské práce: **Mgr. Monika Kopecká**
Katedra porodní asistence, perioperační péče
a zdravotně sociální péče

Datum zadání bakalářské práce: **1. prosince 2022**
Termín odevzdání bakalářské práce: **24. dubna 2024**

LS.

doc. RNDr. ThLic. Karel Sládek, Ph.D., MBA v.r.
děkan

Mgr. Helena Poláčková v.r.
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 1. března 2024

PROHLÁŠENÍ AUTORA

Prohlašuji:

Práci s názvem Stravování a výživa seniorů jsem vypracovala samostatně. Veškeré literární prameny a informace, které jsem v práci využila, jsou uvedeny v seznamu použité literatury. Byla jsem seznámena s tím, že se na moji práci vztahují práva a povinnosti vyplývající ze zákona č. 121/2000 Sb., o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon), ve znění pozdějších předpisů, zejména se skutečností, že Univerzita Pardubice má právo na uzavření licenční smlouvy o užití této práce jako školního díla podle § 60 odst. 1 autorského zákona, a s tím, že pokud dojde k užití této práce mnou nebo bude poskytnuta licence o užití jinému subjektu, je Univerzita Pardubice oprávněna ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložila, a to podle okolností až do jejich skutečné výše. Beru na vědomí, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb., o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších předpisů, a směrnicí Univerzity Pardubice č. 7/2019 Pravidla pro odevzdávání, zveřejňování a formální úpravu závěrečných prací, ve znění pozdějších dodatků, bude práce zveřejněna prostřednictvím Digitální knihovny Univerzity Pardubice.

V Pardubicích dne 17. 4. 2024

Anna Doskočilová v. r.

PODĚKOVÁNÍ

Ráda bych poděkovala mé vedoucí bakalářské práce Mgr. Monice Kopecké za pomoc, trpělivost, připomínky a rady, které mi pomohly ke vzniku této práce.

Dále bych chtěla poděkovat všem respondentům, bez nichž by tato práce nevznikla, poslední poděkování patří také rodině.

ANOTACE

Tato bakalářská práce se zabývá problematikou výživy a stravování seniorů. Jelikož je zdravá výživa u seniorů nezbytně nutná, pomáhá udržet seniora ve zdraví a předejít některým nemocem, je důležité se na tuto problematiku zaměřit. V bakalářské práci v teoretické části je popsáno stáří, choroby ve stáří, výživa seniora, také sociální práce ve vztahu k seniorovi a ekonomická situace seniorů. Ve výzkumné části jsou uvedeny výsledky mého šetření vedeného formou polostrukturovaných rozhovorů. Popisují, jaké mají senioři povědomí o zdravém stravování, zda se zdravě stravují a zda mají na nákup zdravých potravin prostředky.

KLÍČOVÁ SLOVA

Zdravá výživa, stravování, senioři, povědomí o zdravé stravě, finance

TITLE

Nutrition and meals for seniors.

ANNOTATION

This bachelor thesis deals with the issue of nutrition and meals for seniors. Since healthy nutrition is absolutely necessary for the elderly, it helps to keep the elderly healthy and prevent some diseases, it is important to focus on this issue. The theoretical part of the bachelor thesis describes old age, diseases in old age, nutrition of the elderly, also social work in relation to the elderly and the economic situation of the elderly. This research part presents the results of my investigation conducted in the form of semi-structured interviews. I describe how seniors are aware of healthy eating, whether they eat healthy and whether they have the means to buy healthy food.

KEYWORDS

Healthy nutrition, eating, seniors, healthy eating awareness, finance

OBSAH

Úvod.....	11
1 Cíle a metody práce	13
1.1 Cíl práce	13
1.2 Metody k dosažení cíle.....	13
Teoretická část	14
2 Gerontologie a geriatrie	14
2.1 Základní pojmy	14
2.2 Charakteristika stáří	15
2.3 Potřeby ve stáří.....	17
3 Fyziologické změny stárnoucího organismu	18
3.1 Stárnutí	19
3.2 Choroby související se stárnoucím organismem.....	20
4 Kognitivní a psychické změny související se stárnutím	22
4.1 Kognitivní poruchy	23
5 Výživa seniorů	26
5.1 Doporučené potřeby živin ve stravování.....	27
5.2 Stravování seniorů.....	27
5.3 Diety a dietní opatření v geriatrii	28
5.4 Druhy diet.....	28
5.5 Etické aspekty výživy a diet.....	29
6 Sociální práce ve vztahu ke stravování seniorů	30
6.1 Role sociálního pracovníka	30
6.2 Sociální pracovník v multidisciplinárním týmu.....	30
7 Ekonomická situace seniorů	31
7.1 Sociální zabezpečení seniora.....	31
7.2 Starobní důchod	32

7.3	Legislativa sociálních dávek	33
	Výzkumná část.....	34
8	Metodika výzkumné části	34
8.1	Výzkumné otázky.....	34
8.2	Výzkumný soubor	34
8.3	Sběr dat.....	35
9	Prezentace výsledků výzkumu.....	38
10	Diskuze	48
11	Závěr	52
12	Použitá literatura	54
12.1	Primární zdroje	54
12.2	Internetové zdroje	55
12.3	Ostatní.....	56
13	Přílohy.....	56

SEZNAM OBRÁZKŮ A TABULEK

Tabulka 1 - Dietní systém (autorka, 2024)	29
---	----

SEZNAM ZKRATEK A ZNAČEK

DM	Diabetes mellitus
DS	Domov seniorů
PL	Praktický lékař
SD	Starobní důchod
VO	Výzkumná otázka
WHO	World Health Organisation

ÚVOD

Téma stáří je stále více aktuální ve společnosti. Dle nové projekce demografických údajů Českého statistického úřadu se výrazně zvýší podíl seniorů. Tyto odhady jsou v období mezi roky 2023 a 2100. Do trvalého rysu populačního vývoje se v příštích 35 letech počítá s nárůstem počtu obyvatel ve věku 65 let a starší. Tento pojem se pojí s procesem stáří, a to stárnutím. *Stárnutí je progresivní, nezastavitelný proces s široce popsányými patofyziologickými změnami spojený se zvýšenou náchylností k věkem podmíněným chorobám (nemoci stáří). Na stárnutí organismu se podílejí vlivy životního stylu, genetické i vlivy enviromentální* (Topinková, Vágnerová, 2020, s. 27). Věk je faktorem určujícím fyziologické rytmy, které ovlivňují tělesnou teplotu, spánek či chuť k jídlu a k dalším činnostem. Naše populace je výrazně starší už nyní, proto je mimo jiné i výživa seniorů důležité téma.

Základem pro seniora je mít správný kalorický příjem jakékoli stravy. Dle Vágnerové nemusí strava úplně odpovídat dietním doporučením nebo zásadám zdravé výživy (2020, s. 120). Důležité je, aby nevznikala onemocnění spojená např. s podvýživou či obezitou. Při správném kalorickém příjmu by ale senioři měli myslet na správnou a zdravou stravu. Při nedodržování zásad zdravé výživy je vyšší riziko vzniku onemocnění, malý či žádný příjem vitaminů a dalších živin je pro seniora špatný např. při hojení ran či dalším soběstačném fungování.

Důsledkem špatného stravování a nevědomosti seniora o zásadách zdravé výživy je podle mého názoru zhoršení seniorů v oblasti zdraví. Příčinou zhoršení v soběstačnosti, která je pro spousta seniorů a rodin důležitá, může být právě špatná výživa či nedodržování zásad správného a zdravého fungování seniora. Při zhoršení zdravotního stavu seniora se musí postarat rodina či kontaktovat sociální pracovník a další sociální a zdravotní služby k tomu určené. Se zdravou výživou, potažmo nákupem zdravých potravin, je ale také spojená otázka financí, které u některých seniorů nejsou dostačující. U seniora je také těžké přeměnit jeho jídelníček a stravovací návyky na správnou a zdravou stravu.

Tato bakalářská práce je rozdělena na dvě části, na část teoretickou a výzkumnou. V teoretické části je popsáno stáří, stárnutí, onemocnění ve stáří, kognitivní a psychické nemoci seniora, výživa seniora, sociální práce ve vztahu k seniorům či ekonomická situace seniorů. Výzkumnou část jsem prováděla formou kvalitativního výzkumu, tudíž jsou zde popsány výpovědi respondentů, které jsou uvedeny pod kódy. Tyto kódy jsou nazvané tématy, která figurují jako hlavní v celém výzkumu. Kvůli důležitosti této problematiky jsem si vybrala toto téma a za cíl

své práce si kladu vyzkoumat, jaké je podvědomí seniorů o zdravé výživě, zda se senioři zdravě stravují a mají dostatečné prostředky ke koupi potravin.

1 CÍLE A METODY PRÁCE

1.1 Cíl práce

Cílem teoretické části této práce je vytvořit teoretický přehled o stáří, s tím spojenou problematikou onemocnění ve stáří, výživy ve stáří, sociální práce v oblasti péče se seniory a ekonomické situace seniorů.

Hlavním výzkumným cílem bylo zjistit, jaké mají senioři povědomí v oblasti zdravého stravování, zda dodržují zdravou stravu a zda mají dostatek prostředků k zajištění zdravé stravy.

Dílčí cíle této bakalářské práce jsou:

- Zjistit, zda jsou senioři informovaní v oblasti zdraví a zdravého stravování
- Zjistit, zda mají správné stravovací návyky s ohledem na zdravé stravování
- Zjistit, jaká je ekonomická situace seniorů a zda si mohou kupovat zdravé a kvalitní potraviny

1.2 Metody k dosažení cíle

Metody dosažení cíle v bakalářské práci v obou částech, teoretické i výzkumné, jsou podrobněji popsány pod názvy těchto částí. V teoretické části jsem popisovala vybraná témata, která jsem následně zařadila do kapitol a podkapitol dle návaznosti a vztahu spolu s dalšími kapitolami. Ve výzkumné části byly cíle dosaženy kvalitativním výzkumem, formou polostrukturovaného rozhovoru. Tyto rozhovory jsem zpracovala formou kódů, které jsem pojmenovala podle hlavních témat a cílů.

TEORETICKÁ ČÁST

V teoretické části bakalářské práce se zaměřuji na popis stáří, fyziologických a kognitivních onemocnění, výživy seniorů a ekonomické situace seniorů. Teoretická část je rozdělena do 6 hlavních kapitol, dále se člení na podkapitoly. Teorie se pojí k výzkumné části a doplňuje ji.

2 GERONTOLOGIE A GERIATRIE

2.1 Základní pojmy

Dle definice Vágnerové a Topinkové (2020, s.13) je „*gerontologie věda zabývající se problematikou stárnutí a stáří, problematikou stárnoucích lidí a života ve stáří*“. Gerontologii tvoří tři vědecké disciplíny:

Klinická gerontologie, nazývaná též geriatrie nebo geriatrická medicína (pojem vycházející z řeckého gerón = starý člověk, iateriá = léčba), je dle odborníků samostatným lékařským oborem, který je zaměřen na preventivní oblast a také na léčbu chorob u starších pacientů (pacientů nad 65 let), podobně jako je pediatrie u dětských pacientů. Dle Vágnerové a Topinkové (2020, s. 13) se geriatrie zabývá již diagnostikou a následně léčbou problematiky, jako je např. mentální, somatická a funkční problematika seniorů, a to na všech stupních zdravotní péče. Pod stupně zdravotní péče spadá péče preventivní, akutní, chronická, rehabilitační a paliativní, také však i vazby sociální. Cílem veškerého zdravotnického personálu v geriatrické medicíně je dosáhnout zdraví svých pacientů, zlepšit jejich zdravotní stav, zlepšit kvalitu života a obnovit či prodloužit dobu nezávislosti geriatrických pacientů na ostatních osobách.

V geriatrii, jako v každé jiné medicíně, je snaha naplnit cíle, které jsou výše uvedeny. V klinické praxi je to ale často obtížné, už jen kvůli narůstajícím rokům pacientů. Těmto lidem přibývají nejen roky, ale také množství zdravotních problémů a nemocí, které zhoršují schopnost provádět základní všední dovednosti bez jakékoli pomoci druhých osob. Tímto roste potřeba fyzické, psychologické a sociální péče. Snižuje se také schopnost adaptace na nové prostředí či regenerace a kapacita pro rehabilitaci po akutním úrazu, onemocnění nebo operaci.

Sociální gerontologie je obor, který zpracovává otázky ohledně vztahů starého člověka a společnosti, potřeb starší populace s ohledem potřeb zdravotních služeb a pomoc v komunitním ohledu. Sociální gerontologie využívá poznatky z dalších odvětví, jako je sociologie, demografie, antropologie, práva, ekonomie a další společenské vědy. V dnešní době je velmi

diskutovaná otázka penzionování – „*věk odchodu do důchodu, ekonomické a celospolečenské aspekty důchodového systému a jeho reformování*“ (Vágnerová, Topinková, 2020, s. 14)

Experimentální gerontologie, nebo také známá jako teoretická gerontologie, se zaměřuje na procesy stárnutí, a tím vytváří základ pro praxi, jejichž poznatky se do ní aplikují, např. teorie stárnutí, predikce atd. V dnešní době se nejčastěji využívají poznatky z experimentů na zvířatech, pokusy mimo lidské tělo – in vitro, z molekulární biologie nebo klinicko-fyziologických studií u lidí (Vágnerová, Topinková, 2020).

2.2 Charakteristika stáří

Stáří je možné charakterizovat jako věkem podmíněné funkční i morfologické změny, které probíhají u každého seniora odlišně jak rychlostí, tak různorodostí. Z biologického hlediska lze stáří charakterizovat jako pozdní fázi ontogeneze přirozeného průběhu života. Do stáří patří také označení „*stařecký fenotyp*“, který je u seniorů obměněn dvěma faktory: exogenními (např. životním stylem či faktory socio-ekonomickými) a endogenními (např. genetickou výbavou). Genetika může predisponovat dlouhověkost nebo také geneticky přijímané onemocnění. Zapříčiní také jedincovu zdatnost k dlouhověkosti v oblasti lepší psychické i fyzické kondici. Autoři publikace také uvádí, že rozvoj stáří je velmi individuální (Vágnerová, Topinková, 2020).

Pro věkové dělení existuje více klasifikací – např. podle pracovního výkonu na věk produktivní a postproduktivní (důchodový), věk kalendářní (podle data narození), věk biologický (podle souladu věku kalendářního s fenotypickými změnami typickými pro stáří), + (podle společenské role).

Periodizování lidského věku se nejčastěji používá dle WHO:

- „*60-74 let: stárnutí, rané stáří, senescence*;
- *75-89 let: vlastní stáří, kmentství, senium*;
- *90 a více let: dlouhověkost, patriarchium*“ (Vágnerová, Topinková, 2020, s.15).

Jak již bylo zmíněno, kvůli asynchronnímu stárnutí jednotlivých orgánů nelze stanovit přesný biologický věk. Uplatňuje se ale hledisko, které vymezuje „*stáří*“ hranicí kalendářního věku 65 let. Toto vymezení se dále člení do tří věkových kategorií podle Americké geriatrické společnosti:

- „**65 – 74 let** označovaná jako „*mladí senioři*“ (v anglosaské terminologii „*young old*“) je z pohledu fyzické výkonnosti zdatnější a bez závažnějších zdravotních omezení (*disability*).
- **75 – 84 let** označovaná jako „*staří senioři*“ (z anglického „*old old*“) s klinicky významnější heterogenitou, křehkostí regulačních mechanismů, vyšším výskytem geriatrických syndromů a klesající somatickou i mentální výkonností. 30-50 % osob je postiženo různou mírou *disability* a nesoběstačnosti, až 20 % vyžaduje dlouhodobou zdravotní péči.
- Kategorie **85 let a více** s označením „*velmi staří senioři*“ („*oldest old*“) se vyznačuje dále se snižující se fyziologickou orgánovou rezervou, celkovou vulnerabilitou a vysokou somatickou a psychickou (*multi*)morbidity. Až 50 % osob již trpí syndromem *dementia*. Termín *dolohověkost* („*longevity*“) označuje osoby nad 90 let užívá se však i obecně pro zachycení prodlužující se střední délky života a přežívání větší části populace za hranici 80-85 let“ (Vágnerová, Topinková, 2020, s. 15).

Dle autorů ale věk kalendářní tolik potřebný není. Pro klinickou praxi je vhodnější funkční hledisko (tzv. „*funkční věk*“), který zahrnuje rozsah fyziologických změn na orgánové úrovni (např. klesající výkonnosti kardiopulmonální, renální, metabolické, intelektové ad.), posouzení funkčních rezerv, kapacity regulačních mechanismů a adaptability. Funkční hledisko se ale neuplatňuje pouze při posuzování orgánové výkonnosti a rezerv. Posuzuje se také celková zdatnost a výkonnost, především s ohledem na udržení soběstačnosti, prevence závislosti na druhých osobách, prognóza možných rizik (např. před operačním výkonem), také hodnocení pravděpodobné délky přežití. V takových to případech se posuzuje sociální situace pacienta a přítomnost chronických chorob.

Biologické stáří můžeme definovat jako míru involučních změn, což je ale u každého člověka individuální. U člověka se maximální délka života předpokládá na 120-130 let, proto je biologické stáří u lidí velmi podobné. Uvádí se, že můžeme pozorovat postupný pokles výkonnosti fyzických i duševních funkcí již okolo 25.-30. roku života. Tyto změny ve výkonnosti se dělí na tři základní typy:

1. „*Úbytek tkání a struktur (atrofie, involuce) na molekulární, buněčné, tkáňové, orgánové a systémové úrovni,*

2. *Významný pokles orgánových rezerv, který se projevuje především v zátěžových situacích (zhoršená schopnost udržet homeostázu, zpomalená adaptace na změnu vnitřního prostředí, prodloužená rekonvalescence),*
3. *Pokles většiny orgánových funkcí (například renálních funkcí – pokles glomerulární filtrace, zhoršení schopnosti reagovat na vychýlení těžiště a udržet rovnováhu, zhoršení vidění za šera atp.)“ (Vágnerová, Topinková, 2020, s.15).*

Souhrnem projevů biologických a patofyziologických změn ve stáří je „fenotyp stáří“. Proces biologického stárnutí může být ovlivněn geneticky nebo zevními vlivy – životním stylem, vzděláním, sociální a ekonomickou situací, přítomností chronických nemocí, úrovní zdravotní péče i psychosociálními vlivy. Stárnutí je proces nezvratný, který ale neprobíhá synchronně ve všech orgánech. Jedním z mnoha důvodů je, že některé orgány „stárnou“ rychleji než druhé. Proto je nástup a rychlost orgánových změn nejednotný. Rozdíly nacházíme i v rychlosti stárnutí mezi lidmi (rozdíl mezi kalendářním a biologickým věkem).

Biologické stáří nelze v současné době přesně vymezit, neexistují pro to jednoduché metody, proto se přistupuje v praxi ke komplexnímu (funkčnímu) geriatrickému hodnocení. Při tomto funkčním vyšetření se zhodnotí objektivní stav a rizika u seniora.

Proces stárnutí postihuje kromě biologických funkcí také funkce psychické a sociální. U psychických funkcí dochází k určitým osobnostním změnám, mění se motivace člověka, citové prožívání i změna hodnot seniora. Tento proces postihuje také poznávací funkce (např. paměť), psychomotorické tempo, změnu emocionality či pokles kreativity. U sociálního stárnutí je velikou změnou tzv. penzionování – změna v pracovním zařazení do skupiny, která pobírá starobní důchod. Také je zde obtížné se vyrovnat se stárnutím, odchodem/úmrtním partnera, osamělostí nebo závislostí na pomoci a péči druhých osob. Vágnerová a Topinková (2020) uvádí, že „schopnost adaptace – vyrovnání se s těmito situacemi (angl. „coping“) je předpokladem udržení sociálního statutu, sociální podpurné sítě blízkých osob (tj. osob schopných/ochotných mně pomoci, osob, pro které něco znamenám a kterým mohu být užitečný) a celkově životní pohody („wellbeing“)“.

2.3 Potřeby ve stáří

Senioři potřebují uspokojovat své životní potřeby stejně tak jako kdokoliv jiný, ale jsou odkázáni na pomoc své rodiny či dalších lidí. Potřeba péče u seniora ale není primárně spojena

jen s jeho věkem, nýbrž s poklesem soběstačnosti a funkčních schopností. Ty omezují člověka v jeho schopnosti se postarat sám o sebe a uspokojovat každodenní potřeby.

Při vymezení potřeb u seniorů je vhodné uvést koncept sociálního fungování. Tento koncept je proces, který je uskutečňován na základě vzájemného působení mezi nároky jedince a nároky prostředí, ve kterém senior žije. Ovšem tam, kde je porušena rovnováha mezi nároky prostředí a schopností jedince tyto nároky zvládat, nastávají problémy v oblasti sociálního fungování (Dvořáčková, Hrozenková, 2013).

Autorky také vysvětlují jako základní formu motivu pojem „potřeba“, a to ve smyslu deficitu v sociálním či biologickém rozměru bytí. Během života se potřeby člověka mění, a to z hlediska kvality i kvantity. Někteří autoři považují za základní lidskou potřebu „potřebu sociálního kontaktu“ a může jít například potřebu sdružování.

Pokud budeme mluvit o potřebách seniorů, tak bychom neměli zapomenout, že senior potřebuje mít pocit bezpečí, touží po důvěře, stabilitě, jistotě a spolehlivosti (Dvořáčková, Hrozenková, 2013).

3 FYZIOLOGICKÉ ZMĚNY STÁRNOUCÍHO ORGANISMU

Dle Čevely et al. (2014, s.31) je definováno „*stárnutí jako bio-psycho-sociálně-spirituální proces přirozeně involučních (regresivních) a adaptačních změn, k nimž v organismu a u organismu dochází od dosažení sexuální dospělosti a s ní související vrcholné úrovně výkonnosti*“. Je to součást ontogenetického vývoje, se kterým se proplétá několik změn. Tím jsou myšleny změny chorobné, a to projevy a důsledky chorob, úrazů a poté přizpůsobení se na ně. Jednou z nejvýraznějších složek stárnutí je pokles zdraví, a to rychle probíhající, také vzájemně provázaná zdatnost, odolnost a adaptace. Postupně upadající výkonnost, přizpůsobivost ke změnám, odolnost ke stresorům, k zátěžím. Stárnoucí jedinec je postupně znevýhodněn oproti mladým dospělým jedincům, což je také význam evoluce. Jako kompenzace pro seniora se mohou uplatňovat různé strategie stárnutí, zachovat vysokou míru zdraví do dalších vyšších let a využití pozitiv, kterých jedinec dosáhl v jeho životě, což opět prospěšně favorizuje jedince.

Jak už z nadpisu vyplývá, změny ve stárnutí můžou probíhat různým způsobem a ve stáří můžou nabývat alternativních podob, na nichž se podílejí různé faktory (genetické dispozice, vlivy prostředí, vlastní involuce, životní způsob, psychické charakteristiky, choroby a úrazy), je

možné hledat formy zdravého, aktivního a funkčně zdatného stárnutí, spokojeného stáří a vytvářet pro ně vhodné podmínky. Je to nejvhodnější varianta současné zdravotní a sociální prevence (Čevela et al., 2014).

Dle autorů publikace, funkční důsledky biologických změn seniorů v jakémkoliv věku, jak změn hrubě chorobných, tak přirozené involuce, se odvíjejí od funkční náročnosti okolí, od fyzického i sociálního prostředí. Tato prostředí mohou být facilitační (usnadňující výkon), bezbariérová, ale i naopak limitující, dekompenzující a bariérová. „*Je tedy potřeba stárnout nejen zdravě, úspěšně, ale také ve vstřícném prostředí, které funkční deficity nemanifestuje, ale pomáhá kompenzovat*“ (Čevela et al., 2014, s. 36).

3.1 Stárnutí

Stárnutí je postupný a nezastavitelný proces s velmi do široka popsány (pato)fyziologickými změnami spojenými se zvýšenou predispozicí k věkem podmíněným nemocem (chorobám stáří). Tento proces probíhá individuálně u každého jedince s jinou rychlostí a variabilitou. Tím pádem jsou tak rozdíly ve „stárnutí“ struktur a funkcí jednotlivých orgánů. Na stárnutí organismu se podílí spousta vlivů, a to životní styl jedince, genetika i environmentální vlivy. Dle autorů se environmentální vlivy podílí na variabilitě stárnutí přibližně z 50 %, zatímco genetické vlivy se podílí pouze okolo 20-30 %. Síla genetiky ale dle posledních poznatků po 60. roce života výrazně stoupá. (Vágnerová, Topinková, 2020)

Věk, velmi probírané téma u stárnutí, je důležitým faktorem cirkadiálních fyziologických rytmů, které ovlivňují tělesnou teplotu či spánek, a je sám o sobě negativním prognostickým faktorem. Také sekrece některých hormonů, jako jsou melatonin či růstový hormon, je involučně oslabena. Ztrátou komplexity organismu spolu s poruchou homeostázy se snižují fyziologické rezervy a vedou ke křehkosti organismu a vyšší zranitelnosti vůči chorobám. Celkové vyčerpání orgánových rezerv se nazývá *homeostenóza*. (Vágnerová, Topinková, 2020, s.28)

Fyziologické stárnutí (někdy označováno jako primární nebo zdravé stárnutí) je spojeno s přirozenými běžnými projevy, které souvisejí s věkem a vytváří typický obraz – stařecký fenotyp. Jedná se o proces, který je zrychlený po 65. roce věku.

Patologické stárnutí (sekundární) je bráno jako stárnutí chorobné, proces stárnutí je urychlen a současně je doprovázen častou nemocností, křehkostí, nezdatností nebo i zdravotním

postižením/handicapu. Můžeme sem zařadit i extrémně vzácné a geneticky podmíněné onemocnění, tzv. progerické syndromy. To jsou onemocnění, kdy se změny typické pro stárnutí objevují již v dětském věku, jako je např. Wernerův syndrom, Hutchinson-Gilfordův syndrom. U Downova syndromu, který je častější než dva předešlé, pozorujeme také urychlené stárnutí.

Ke stárnutí se také pojí pojem délka života. Délka života jedince v přírodě je velmi individuální a specifická. Dle Vágnerové a Topinkové (2020) je rychlost stárnutí jedince geneticky zakódovaná, zaměřujeme se také na multifaktoriální typ dědičnosti (na výsledném znaku se podílí genetické i negenetické faktory). Maximální délka života u člověka by se mohla pohybovat kolem 120-130 let. V průběhu stárnutí dochází ke změnám ve funkci a struktuře jednotlivých orgánových systémů.

3.2 Choroby související se stárnoucím organismem

S narůstajícím podílem starší populace se dostávají do popředí otázky nutričního stavu a intervencí u věkové kategorie nad 65 let. Vyskytují se proto choroby: fyziologická involuce organismu, malnutrice, sarkopenie, syndrom stařecké křehkosti (frailty) či disability. Všechny pojmy vysvětleny níže.

Fyziologická involuce organismu

Fyziologická involuce organismu u stárnutí vede ke zpomalení nabývání svalové hmoty, resp. návratu do původního funkčního stavu seniora. Některé změny, které jsou typické pro vyšší věk, výrazně limitují schopnost člověka reagovat na stresovou zátěž.

Šenkyřík píše, že mezi 3. a 8. dekádu života dochází k poklesu celkové tělesné vody, a to u mužů o 11 % a u žen až o 17 %. Tyto změny se týkají především intracelulární tekutiny, která je uložena uvnitř buněk a tvoří asi 40 % celkové tělesné hmotnosti. Proto není vývoj dehydratace seniora rychlý, ve vyšším věku se obvykle opozdívá signál žízně. Malé množství tělesných tekutin ale predisponuje riziko seniora k imobilitě, špatnému polykání tekutin, obavě z častějšího vyprazdňování (zejména močení) a inkontinence. (Šenkyřík, 2021)

Sarkopenie

V lidském těle se nachází více než 600 svalů, které tvoří až 40-50 % celkové tělesné hmoty. Svaly v těle mají význam nejen pohybový, ale také metabolický. Stárnutí je provázeno poklesem svalové hmoty, který je spojen se ztrátou celkové fyzické zdatnosti i se ztrátou

svalové síly. Tento jev byl poprvé v roce 1989 pojmenován termínem sarkopenie (z řec. sarx – maso, penia – ztráta). Pokles svalové síly je vymezující a má větší význam než pokles kvantity a kvality svalu. Toto hodnocení se dá použít ve studiích, ale nikoliv v běžné klinické praxi. (Šenkyřík, 2021)

Nejvyššího objemu svalové hmoty je dosaženo mezi 25. a 30. rokem života zdravého jedince. V dalších letech života dochází k poklesu objemu přibližně o 5 % každých 10 let, po 50. roce života o 10 %, což odpovídá tomu, že v 80 letech věku bude ztráta svalové hmoty přibližně 40 %. Svalová síla klesá obvykle ještě trochu rychleji, což má na seniora velmi negativní dopad a také se může projevit ztráta soběstačnosti. Fyziologická **primární sarkopenie** (sarkopenia of ageing) je následkem nerovnováhy mezi katabolickými a anabolickými procesy ve svalu seniora, je multifaktoriální a může být vzájemně se zesilující patologickou **sekundární sarkopenií** (akutní nebo chronickou). To může provázet akutní i chronická onemocnění seniora.

Dle autora je sarkopenie ve stáří častá. Pro starší pacienty přináší komplikace a závažná rizika jako jsou pády, fraktury kostí, snížení kardiorespiračních funkcí, mobility, nezávislosti a kvality života, vše s následky zvýšené morbiditity, mortality a zvýšení nákladů na zdravotní a sociální péči (dvojnásobě u hospitalizovaných pacientů nad 70 let). Je proto nezbytné provádět screening sarkopenie u starších pacientů, kteří se potkají se zdravotním nebo zdravotně-sociálním systémem. Při zjištění výsledků by měl zdravotnický i sociální pracovník adekvátně reagovat, včetně zavedení nutriční podpory a cvičení. „Dle revidovaného doporučení Evropské pracovní skupiny pro sarkopenii z roku 2018 je doporučeno si v klinické praxi všimnout varovných signálů sarkopenie (celková slabost, pomalá chůze, pokles hmotnosti a ztráta svalové hmoty, ztráta svalové síly na končetinách, celková slabost, rychlá unavitelnost, pády a porucha mobility, obtížnější zvládnutí dříve běžných činností aj.)“ (Šenkyřík, 2021, s.539).

Malnutrice

Malnutrice (podvýživa) je závažným problémem u osob vyššího věku, a to nejen u hospitalizovaných nemocných, ale také pacientů v domácí péči. Ve stáří často není rozpoznána, a proto není léčena. Dobrým ukazatelem malnutrice je nechtěný úbytek hmotnosti o 10 % za posledních 6 měsíců a pečlivě odebraná nutriční anamnéza. Stáří často provází různé stavy, které si jedinec neuvědomuje, jako je nechutenství, snížený pocit žízně a také snížené požadavky na výběr stravy.

Typy malnutrice

- „*proteino-energetická malnutrice – nedostatečný kalorický příjem*
- *proteinová malnutrice – ve výživě chybějí především bílkoviny (tzv. typ kwashiorkor), přitom celkový energetický příjem je dostačující*
- *karence – nedostatek některých vitaminů, minerálů a stopových prvků*
- *kachexie – zvláštní forma malnutrice se zvýšeným bazálním metabolismem a katabolismem“ (Klevetová, 2017, s.637-642).*

Frailty syndrom

Multifaktoriální komplexní geriatrický syndrom charakterizovaný kumulujícím se poklesem funkční výkonnosti a rezervy orgánů i celého organismu seniora se nazývá geriatrická křehkost (frailty). Rozhodující podíl na křehkosti má sarkopenie, projevující se poklesem svalové hmoty, slabostí, únavností, zhoršenou tolerancí zátěže či zpomalenou motorickou aktivitou. Obecně je spojován se zvýšeným rizikem pádů, s tím se pojí vyšší potřeba hospitalizací, disabilitou a mortalitou (Šenkyřík, 2021).

4 KOGNITIVNÍ A PSYCHICKÉ ZMĚNY SOUVISEJÍCÍ SE STÁRNUTÍM

Psychologické aspekty stárnutí můžeme vysvětlit jako všechny změny psychiky, ke kterým dochází u seniora. Projevy psychických změn jsou u každého jedince rozdílné. Rozdíly můžeme rozeznat z hlediska času i z hlediska projevů. Ve stáří je charakteristická změna některých psychických kvalit, které považujeme za součást stařecké normy. Jako patologické jsou hodnoceny v situaci, kdy jejich intenzita a frekvence narušuje celospolečenské normy, také jak funguje senior ve společnosti nebo je porucha chování nebezpečná pro jeho okolí i pro sebe samotného (Mádlová, Topinková, 2020).

Mezi nejčastější psychické změny ve stáří patří:

- Zhoršení paměti – u seniorů je běžné, že ze začátku bývá postižena krátkodobá paměť, později i dlouhodobá. Jedinec si vybaví přesné detaily z dětství a mládí, ale nepamatuje si činnosti z předchozího dne.
- Obtížnější osvojování si nových informací a dovedností – platí, že nepoužívanou schopnost je snazší zapomenout, prevencí je trénink paměti.

- Emoční labilita – výkyvy nálad, emoční plochost, proměnlivost rozhodnutí.
- Změny vnímání – oslabení smyslů jedince vede k opatrnosti, strachu, úzkosti, depresi a dochází ke zpomalení psychomotorického tempa.

Obecně můžeme říct, že s věkem klesá řada schopností, jako je např. vitalita, nadšení do života, schopnost navazovat kvalitní vztahy, dochází k snížení sebedůvěry. Sem můžeme také zařadit zhoršení stravování. Nemocný může zapomínat na to, zda vůbec obědval či večeřel. Postoje celé společnosti ke starším lidem jsou ve většině případů stereotypní, dochází k zdůrazňování negativních psychických projevů, podceňování psychických schopností, potřeb a prožitků. Tyto postoje označujeme za *ageistické* (ty, které diskriminují seniorský věk a seniory obecně). V péči o seniory je potřeba respektovat jejich osobnost a důstojnost, je potřeba si také uvědomit, že osobnost starého člověka se bez přítomnosti závažné choroby nemění. Autorky (Mádlová, Topinková, 2020, s. 41) uvádějí, že *osobnostní rysy člověka zůstávají po celý život stejné, pouze se mohou zvýrazňovat*. Ve stáří je důležitá psychohygienu, a to například dostatek sociálních kontaktů, prevence osamělosti a opuštěnosti, dostatek odpočinku, kvalitního spánku, dostatek psychického povzbuzení a dostatek času k náročnějším činnostem.

4.1 Kognitivní poruchy

Kognitivní funkce jsou všechny myšlenkové procesy, které umožňují jedincům rozpoznávat, pamatovat si, učit se a přizpůsobovat se neustále měnícím se podmínkám prostředí. Do této kategorie řadíme nejen paměť, pozornost či myšlení, ale také tzv. exekutivní funkce, což je schopnost řešit problémy, plánovat, organizovat nebo mít náhled a úsudek. (Vostrý, Veteška, 2021)

Paměť

Paměť je jedna z nejdůležitějších kognitivních funkcí člověka. Paměť lze označit jako důležitou a složitou funkci lidského organismu. Je spjata s procesem učení a umožňuje člověku adaptovat se na měnící se podmínky prostředí, ve kterém se člověk denně pohybuje. Paměť charakterizujeme jako schopnost mozku přijímat informace z okolí a následně tyto informace ukládat a opět si je vybavovat. Schopnost lidského mozku je pracovat se čtyřmi základními typy paměti.

Senzorická paměť (ultrakrátká) – je součástí vědomé části paměti a uchovává informace z našich smyslů. Tyto informace jsou udržovány pouze na nezbytně dlouhou dobu, poté dojde

k jejich zpracování a rozhodování, jestli jsou pro nás tyto informace důležité. Pokud ano, přecházejí dále do krátkodobé a dlouhodobé paměti.

Krátkodobá paměť (operativní) – je opět součástí vědomé paměti, ve které se odehrává drtivá většina psychických procesů, jako je například řešení aktuálních problémů.

Dlouhodobá paměť – je pasivní část paměti a uchovává se v nevědomí. V této paměti uchováváme zkušenosti. Tuto paměť můžeme rozdělit na dva typy, a to implicitní paměť (slouží k zapamatování si dovedností a pravidel, hůře verbálně vyjádřitelné) a explicitní paměť (uchovává vzpomínky a faktické znalosti, verbálně dobře vyjádřitelné).

Střednědobá paměť – tato paměť je schopna udržet informaci po dobu cca 20 minut.

Schopnost učení, která se řadí k funkci paměti, je taktéž důležitá. Abychom se mohli něco naučit, musíme nějakým způsobem získat a zpracovat informace. Ty získáváme zrakem, sluchem a hmatem, takže používáme senzory paměť. Informace následně přecházejí do paměti krátkodobé či dlouhodobé (Vostrý, Veteška, 2021).

Poruchy paměti

Mezi poruchy paměti u seniorů řadíme hypomnézii. Jde o snížení paměťové výkonnosti, a to celkové nebo selektivní. Vznik můžeme pozorovat jako součástí vznikající demence, kdy je narušena především vstřípivost, nebo u organického postižení. V běžném životě se tato porucha projevuje například únavou organismu při užívání farmak či toxických látek.

Dalším a těžším stavem je tzv. Korzakovský syndrom, při kterém se objevují poruchy vstřípivosti, konfabulace a dochází k anamnestické dezorientaci. Tento stav se projevuje u alkoholové nebo Alzheimerovy demence. Náporovým onemocněním či úrazem může vzniknout až amnézie, což je úplná ztráta paměti, která je většinou ohraničená časem (Vostrý, Veteška, 2021).

Jako další poruchu paměti sem řadíme hypermnézii. Jedná se o nadměrné zapamatování si určitých věcí, které jsou součástí paranoidních psychóz. Paramnézie je stav, kdy uložený obsah je zkreslený a jedinec má pocit, že je obraz přesný. Můžeme pokračovat s dalšími poruchami paměti, jako je ekmézie, kdy není vzpomínka přesně časově lokalizována, či kryptomnézie, což je stav tzv. neúmyslného plagiátu, kdy je jedinec přesvědčen o tom, že je autorem něčeho, co četl nebo slyšel.

Dalšími poruchami jsou například agnózie nebo delirium. Agnózii můžeme popsat jako ztrátu nebo poruchu poznávání. Jedinec tudíž není schopen rozpoznat objektivní realitu. Porucha vzniká tím, že se jednotlivé počítky nespojí. Tuto poruchu dělíme na několik typů, jako je agnózie taktilní, kdy osoba nerozezná předměty, tak jak skutečně vypadají, a nevnímá ani jejich rozměry. Dále je agnózie vizuální, kdy osoba vnímá, co vidí, ale unikají jí detaily, poté agnózie auditivní, kdy jedinec slyší, ale spojení zvukových detailů je pro něj složité. K tomuto onemocnění dojde, pokud je poškození oblasti temporální a následně i asociační. Je zde narušeno to, jak dotyčný vnímá prostor a vlastní tělo. Toto onemocnění může u každého smyslu zasahovat jeho konkrétní části. Další poruchu můžeme popsat jako výrazně postiženou schopnost rozpoznání tváří osob okolo sebe. Tuto poruchu nazýváme jako tzv. prosopagnózi. Při tomto onemocnění je komplikovanější navázat kontakt, je proto nutné přistupovat k nemocnému ohleduplně a vždy mu sdělit, s kým hovoří. Jedná se o to, že nemocný nepoznává své blízké, a to i ty, se kterými je v pravidelném kontaktu. Existují také identifikační symboly, které nemocnému usnadní identifikaci, jako je například hlas, oblečení, celkové držení těla nebo chůze (Vostrý, Veteška, 2021).

Delirium, jako další z kognitivních poruch, může postihnout nejen fyzickou stránku těla, ale také stránku psychickou. Delirium se nejčastěji týká seniorů, což je nebezpečné také kvůli výraznému ovlivnění jeho dalších funkcí. Zhoršení můžeme pozorovat například u soběstačnosti seniora. Ten je pak odkázán na pomoc ostatních. Kvůli zhoršení soběstačnosti se často stávají úrazy, které jsou také příčinou dalších poruch, a senior je tak ještě ohroženější. Toto onemocnění je nebezpečné i proto, že se rozvíjí akutně i během několika dnů, kdy může senior trpět i výraznými halucinacemi a má jiné vnímání reality. Delirium se může vyskytnout i u mladších jedinců po intoxikacích některými návykovými látkami nebo při vysazení těchto návykových látek (Mádlová, Topinková, 2020).

Dle autorů (Vostrý, Veteška, 2021) se zhoršuje také komunikace (neschopnost formulovat větu), nebo může senior trpět i poruchami chování, komplikacemi proměnlivého krevního tlaku či sníženou koordinací vlastního těla. Delirium dělíme na několik typů. První typ je delirium hyperaktivní, kdy je nemocný výrazně neklidný, trpí úzkostmi či se objevuje agrese. Druhý typ je delirium hypoaktivní, kdy je nemocný poblouzněný, velmi klidný a unavený. Kvůli těmto nenápadným příznakům se často toto onemocnění ani nediodnostikuje, což může vést i k dalším problémům. Tato dvě deliria existují také ve smíšené formě a oba typy na sebe navazují v různých intervalech. Poslední, tedy třetí typ, je delirium subsyndromální. Nemocný má pouze některé příznaky a to třeba, že si plete noc a den, což způsobuje problémy z hlediska

spánkových deficitů. Je zde opět těžké zvládat základní stravovací návyky. Nevýhoda tohoto typu je, že má nejasné příznaky a je těžké ho diagnostikovat, což způsobuje i zhoršení tohoto stavu kvůli pozdnímu odhalení. Delirium celkově může být jediným příznakem závažného somatického onemocnění, avšak příznaky deliria mohou zastínit jiný problém. Delirium se často vyskytuje u pacientů po chirurgických výkonech (především po nitrohručních či nitrobřišních nebo ortopedických operacích). Další výskyt také stoupá na geriatrických, interních či onkologických odděleních. Léčba deliria vždy závisí na typu, který pacient má. Jedná se ale o metody lékové a nelékové. Nelékový přístup je založen na komunikaci s pacientem a dodržování zásad jednání, také by nemělo docházet k většímu zatěžování nemocného (Vostrý, Veteška, 2021).

Dalším onemocněním je demence. Demenci můžeme vysvětlit jako trvale se zhoršující úbytek kognitivních funkcí, poruchy paměti, řeči a chování. Toto onemocnění je pro seniory více než typické, až u 1/5 seniorů nad 80 let se diagnostikuje demence. Nejčastějšími příčinami demence je Alzheimerova choroba, Parkinsonova choroba či demence vaskulární.

Demence se negativně projevuje i ve sféře pracovní či sociální. Úloha nutriční péče je nepostradatelná, má tedy možnost zlepšit kvalitu života či udržovat dobrý psychický stav. To vše je právě zásluha správné stravy a hydratace. U demence (nejčastěji u Alzheimerovy choroby) je velmi často spojené onemocnění malnutrice, resp. anorexie. K malnutrici přispívá dalších mnoho faktorů – polypragmazie, sklon k obstipaci (zácpě), defektní chrup, poruchy žvýkání a polykání, či špatná kvalita podávané stravy.

Rozsah a forma nutriční intervence se liší tím, jaké je stadium demence a jaká jsou stadia přidružených chorob či míra soběstačnosti pacienta. Při pokročilejších stadiích je příjem stravy velmi nízký, tudíž se také snižuje hmotnost pacienta. Tyto situace se řeší s pomocí multidisciplinárního týmu a rodinou pacienta. Proto je nezbytnou součástí péče komunikace. Příjem stravy by měl být zachován co možná nejdéle, pokud není přímým ohrožením pacienta (např. při těžké dysfagii) (Vágnerová, 2019).

5 VÝŽIVA SENIORŮ

Stárnutí je proces, kdy se zhoršuje tělesná i kognitivní schránka jedince. Svalová vlákna se neobnovují tak rychle nebo dochází ke křehkosti seniorů. Pro udržení fungujícího organismu, mobility a zabránění rozvoji dalších nemocí je důležité sledovat jejich stravování a jídelníček.

5.1 Doporučené potřeby živin ve stravování

Kromě sociálních a psychických potřeb u seniorů máme i potřeby spojené s nutriční péčí. Energetická potřeba u seniorů se samozřejmě liší od osoby v produktivním věku či dítěte. Liší se hlavně kvůli pohybu, kterého u seniorů ubývá. Energetická potřeba je tedy pro seniora 30 kcal/kg/den, tato hodnota je ale pouze orientační, vše závisí na individuálním upravení dle nutričního stavu, fyzické aktivity, onemocnění, tolerance. Seniori s podvýživou budou mít vyšší energetickou hodnotu než seniori, kteří budou obézní nebo při imobilizaci.

Doporučená dávka bílkovin by měla být minimálně 1 g/kg/den. Ovšem hodnoty se budou lišit u zdravého a u nemocného jedince. Je nutno podotknout, že potřeba proteinů by měla být vyšší při nedostatečném příjmu energie seniora.

Přísun vlákniny je u seniorů nezbytná. Seniori mají často problémy gastrointestinální, včetně obstrukce a průjmů. K normalizaci střevních funkcí by vláknina měla být v jídelníčku 25 g za den.

Potřeba vitamínů a minerálních látek bývá vyšší k zajištění správně funkce metabolismu. Mají antioxidantní působení a podporují imunitní a enzymatické funkce. Čím ale starší populace trpí je nedostatek mikronutrientů. Sem patří vitamín B₁, B₆, B₁₂, C, D, E, vápník, železo, selen, zinek, hořčík a kyselina listová. Deficit mikronutrientů se projevuje nenápadnými příznaky, proto je těžké jej diagnostikovat a zjištění bývá často pozdní. Mělo by se proto u seniorů na minerální látky a vitaminy myslet a zařadit je do stravy (Bezděk, Káňová, 2021).

5.2 Stravování seniorů

Cílem doporučení zdravého stravování je vytvořit jídelníček či doporučení, které vede ke snížení morbidit a mortality. „*Ve vyspělých zemích jsou největší příčinou úmrtnosti nemoci kardiovaskulárního aparátu a nádorová onemocnění*“ (Zlatohlávek, 2019, s. 61). Proto by měl být kladen důraz na stravu a obzvlášť u seniorů či nemocných.

Strava seniora má spoustu zásad a kritérií. Jako první by měla být uvedena pestrost stravy. Ta je důležitá v každém věku, ale u seniorů obzvlášť. Pestrostí příjmu potravy docílíme dostatečným a vyváženým příjmem všech základních složek potravy, a to makronutrientů (sacharidy, proteiny, lipidy) či mikronutrientů (vitamíny a minerály). Dále by měla být strava více kořeněná, dušená a vařená pokrmy upřednostnit před smaženými. Jídelníček by měl také obsahovat dostatek zeleniny, nejlépe syrové, dále je vhodné mít libovější maso, zejména zaměřit se na drůbež a alespoň jednou týdně. Na seznamu dalších potravin jsou mléčné výrobky, které jsou doporučovány alespoň dvakrát denně.

Úprava a konzistence jídla hodně záleží na možnostech seniora, je třeba se zaměřit na to, jestli nemá nějaká onemocnění omezující klasickou úpravu, zda nemá nařízenou dietu, či při snížené soběstačnosti zajistit asistenci. Člověk ve vyšším věku by měl jíst pomalu, nepřejídat se ale ani nehladovět, jíst častěji. Důraz by měl být kladen také na vzhled potravy a na prostředí, kde se jídlo jí. Senior by se neměl cítit špatně nebo ve stresu. Dále také pravidelnost stravy by měla být samozřejmost. U seniorů tomu tak sice většinou bývá, avšak při kognitivních poruchách může být těžké dodržet pravidelné stravování.

Dalším důležitým bodem ve stravování seniorů je pitný režim. Senioři, jak je známo, málo pijí, mají snížený pocit žízně. Některým lidem stačí vypít malou skleničku vody u oběda, večeře nebo u kávy. To dohromady dá kolem půl litru denně, což je hodně málo. Nejsnazším a asi i nejspolehlivějším ukazatelem dehydratace je tzv. papírová kůže, která je skoro až průsvitná a při dotyku křehká. Senior by měl vypít alespoň 1,5 litru až 2 litry denně, není-li doporučeno omezení ze zdravotních důvodů (srdeční selhání, ledvinné selhání apod.) (Šenkyřík, 2021).

5.3 Diety a dietní opatření v geriiatrii

Geriatie a gerontologie řeší mimo jiné také stravování seniorů. Výživa v geriiatrii představuje důležitý faktor pro zachování celistvosti stárnoucího organismu. Má ale také svůj význam v psychosociální a společenské problematice. Je klíčem pro zachování zdraví a pocitu pohody ve stáří. Špatná výživa totiž může poškodit zdraví seniora, přispět ke vzniku či zhoršení onemocnění (Vágnerová, 2019).

5.4 Druhy diet

Dietami a dietním systémem se zabývá obor dietoterapie, který dnes zaujímá své pevné místo v léčebných postupech a metodách při léčbě pacienta. Tým zabývající se dietologií řeší nejen problematiku diet, ale i parenterální, enterální výživu a další problematiku týkající se této oblasti. Součástí týmu je vždy lékař, sestra, velmi potřebný nutriční terapeut, dietolog, farmakolog a další specialisté (biochemik, ergoterapeut...). V oblasti dietologie je samozřejmě důležitý nutriční tým, který se zabývá dietním stravováním a strategickými postupy. Rozsah týmu je dán velikostí a typem nemocnice. V každé nemocnici se dietní systém trošku odlišuje, vše je dáno zvyklostí, velikostí a typem zdravotnického zařízení. Níže je popsána tabulka dietního systému. Každou z diet lze upravit dle konkrétního pacienta, podle toho, jestli má nějaká další omezení ve stravě, např. alergie na různé potraviny (Zlatohlávek, 2019).

TABULKA DIETNÍHO SYSTÉMU

Tabulka 1 - Dietní systém (autorka, 2024)

Základní diety
0 – tekutá
1 – kašovitá
2 – šetřící
3 – racionální
4 – s omezením tuků
5 – s omezením zbytků
6 – s omezením proteinů
8 – redukční
9 – diabetická
10 – neslaná šetřící
11 – výživná
12 – strava batolat (pro děti od 1 do 3 let)
13 – strava dětí
14 – speciální dietní postupy
15 – vegetariánská

5.5 Etické aspekty výživy a diet

Diety jsou nepříjemné pro všechny a obzvlášť pro seniory. Omezení potravin, jiná konzistence, nebo dokonce podávání stravy jinou cestou než ústy, je pro seniory psychicky i sociálně náročné. Strava podávaná ústy může být příčinou potěšení. Tento způsob podávání by měl být vždy první volbou, i kdyby šlo o asistované krmení.

Nutriční stav a hydratace seniora by měly být řešeny individuálně. Zde je důležité rozeznat problémy, které se pojí se špatným nutričním stavem a popřípadě malnutricí. Za těchto podmínek by měl být vyšetřen chrup, polykací reflex, medikace a její možné nežádoucí účinky – anorexie, xerostomie či deprese. Je důležité také vyšetřit další faktory jako jsou soběstačnost, celkový zdravotní stav, prostředí, ve kterém senior žije, nebo také jeho finanční možnosti kvůli výměně či dodání jiných potravin do jídelníčku (Bezděk, Káňová, 2021).

6 SOCIÁLNÍ PRÁCE VE VZTAHU KE STRAVOVÁNÍ SENIORŮ

6.1 Role sociálního pracovníka

Roli sociálního pracovníka vymezuje zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. *Tento zákon dále upravuje předpoklady pro výkon povolání sociálního pracovníka, pokud vykonává činnost v sociálních službách nebo podle zvláštních právních předpisů při pomoci v hmotné nouzi, v sociálně-právní ochraně dětí, ve školách a školských zařízeních, u poskytovatelů zdravotních služeb, ve věznicích, v zařízeních pro zajištění cizinců a v azylových zařízeních* (zakonyprolidi.cz, 2023).

Sociální pracovník vykonává sociální šetření, poskytuje sociálně právní poradenství, analytickou, metodickou a koncepční činnost v sociální oblasti. Také zajišťuje odborné činnosti v zařízeních poskytující služby sociální prevence, poskytuje krizovou pomoc, sociální poradenství a sociální rehabilitaci nebo zajišťuje a koordinuje poskytování sociálních služeb (Dvořáčková, Hrozenská, 2013). Sociální pracovník pracuje s osobami, které mají nějaké znevýhodnění. Jsou to např. cizinci, lidé bez přístřeší nebo právě senioři. Senioři jsou velká skupina, která potřebuje zajistit pomoc ve velkém rozsahu. Tu pomáhá zajistit sociální pracovník nebo také rodina.

Cílem sociálních služeb u seniorů je zlepšit kvalitu jejich života nebo je začlenit do společnosti. Tyto služby však nejsou zaměřené pouze na jednotlivce, ale na celou rodinu. Prostřednictvím sociálních služeb je zajišťována pomoc při péči o sebe sama, zajištění stravování, pomoc při chodu celé jeho domácnosti, nebo poskytnutí dalších potřebných informací. Dalším cílem je podpora nebo rozvoj soběstačnosti, návrat do vlastního domácího prostředí, obnovení nebo zachování životního stylu, snížení rizik v jejich životě (Dvořáčková, Hrozenská, 2013).

6.2 Sociální pracovník v multidisciplinárním týmu

Multidisciplinární tým je důležitý ve všech povoláních. Ovšem ve zdravotnictví je spojení lékařských a nelékařských pracovníků velmi důležité. Všechny kompetence zdravotnických pracovníků jsou dány právními předpisy a vyhláškami. Z pohledu zdravotní péče o seniora je prioritní týmová práce, také přístupy interdisciplinární a interprofesionální. Kvůli zvyšujícím se počtům nemocných v seniorském věku je zapotřebí mít komplexní zdravotní a sociálně-psychologický tým odborníků. Tento ukazatel vedl nejen k rozvoji oboru geriatrie a geriatrické

péče, ale i k vytvoření geriatrického týmu. V tomto týmu jsou zapojeni lékaři – často více odborností (geriatr, internista, další specialisté na dané onemocnění), dále nelékařský zdravotnický personál, jako jsou zdravotní sestry, nutriční terapeut, fyzioterapeut, ergoterapeut, logoped, klinický psycholog atd. Také především sociální pracovník, který patří mezi nezdravotnické pracovníky (Topinková, Vágnerová, 2020). Tuto problematiku upravuje zákon č. 96/2004 Sb., o nelékařských zdravotnických povoláních. Tento zákon pojednává o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činnosti souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zakonprolidi.cz, 2023). Sociální pracovník ve zdravotnictví je velmi potřebný článek, jako ostatní členové. Uspokojuje psychosociální potřeby pacientů.

7 EKONOMICKÁ SITUACE SENIORŮ

Díky lidskému pokroku, jako jsou lepší životní a pracovní podmínky, sociální rozvoj či pokroky v medicíně, dnes méně lidí umírá v dětství či v produktivním středním věku. Více lidí má možnost žít delší život než v minulosti, a proto se setkáváme s větším množstvím seniorů. Lidé v důchodovém věku mají nižší příjmy (starobní důchod, příp. invalidní a další) a tím se kvalita života, respektive stravování snižuje. Proto se někteří senioři snaží stále pracovat. Někteří se však mohou setkat s diskriminací na základě věku, tzv. ageismem, kdy práce je pro ně hůře dostupná. Senioři se při nedostatku financí mohou obrátit na stát, který jim za určitých podmínek pomůže, a to ve formě důchodů či jiné podpory.

7.1 Sociální zabezpečení seniora

Státní sociální podporu upravuje zákon č. 155/1995 Sb., o důchodovém pojištění. Toto právní ukotvení upravuje zabezpečení pojištěnce pro případ stáří, invalidity a úmrtí živitele. Náš důchodový systém se skládá ze dvou částí. První částí je povinné základní důchodové pojištění, které je ve formě dávek a je průběžně financované. Pro všechny pojištěnce je vše stejné, avšak existují výjimky, tzv. silové rezorty (vojáci, policisté, hasiči, celníci), které mají jinou organizační a administrativní strukturu. Druhým pilířem je dobrovolné doplňkové pojištění, tzv. penzijní připojištění, které je ve formě příspěvků. Součástí doplňkového dobrovolného pojištění je také soukromé životní pojištění.

Důchodové pojištění utváří jednu ze základních částí sociální ochrany. Také zajišťuje mnohdy jediný příjem ve stáří, při invaliditě, při ovdovění nebo při osiřené. Při těchto životních situacích poskytuje stát tyto důchody:

- starobní (včetně tzv. předčasného starobního důchodu),
- invalidní,
- vdovský a vdovecký
- sirotčí.

Důchod se skládá ze dvou složek, a to ze základní výměry a z procentní výměry.

Pokud se stane, že osoba má nárok na dva důchody stejného druhu, případně výplatu starobního nebo invalidního důchodu, vyplácí se jen jeden důchod, a to ten, který je vyšší. Jsou-li současně splněny podmínky na vyplacení důchodu starobního nebo invalidního a vdoveckého či sirotčího, vyplácí se v plné výši vyšší důchod a polovina procentní výměry z ostatních.

O nároku na důchod rozhoduje Česká správa sociálního zabezpečení. Ta také rozhoduje o výši důchodu a jeho výplatě. V případě ozbrojených sil a sborů rozhodují orgány sociálního zabezpečení ministerstev obrany, vnitra a spravedlnosti (Čevela a kol., 2012).

7.2 Starobní důchod

Podmínky starobního důchodu

U této dávky je hlavní podmínkou dosažení určité věkové hranice. Tato hranice je v systému důchodového pojištění stanovena na základě toho, že od určitého věku není člověk schopen soustavné práce. Tato hranice se pohybuje od 60 do 65 let, výjimečně až 67 let. V posledních letech se ovšem tato hranice zvyšuje. Konkrétní rok odchodu do důchodu je možné si vypočítat na tzv. věkové kalkulačce, která je na stránkách Ministerstva práce a sociálních věcí. Další podmínkou je získání potřebné doby pojištění.

Předčasný důchod

Předčasný důchod byl zaveden v roce 1998 kvůli tomu, aby se vyřešila sociální situace občanů, kteří pár let před odchodem do důchodu ztratili zaměstnání a nemohli získat nové. Byl však využíván více, než se předpokládalo, a výplata těchto důchodů negativně ovlivňovala výlohy na klasický starobní důchod. Proto bylo zavedeno krácení dávky za předčasný důchod.

Předdůchod

Od roku 2013 byl zaveden tzv. předdůchod, což znamená, že je poskytován v rámci doplňkového penzijního pojištění. Na rozdíl od předčasného důchodu se zde řádný důchod nekrátí. O předdůchod může občan požádat 5 let před odchodem do penze. Zdravotní pojištění za předdůchodce platí stát. Podmínkou je, aby měl dotyčný naspořeno alespoň tolik, aby mohl po celou dobu předdůchodu měsíčně pobírat 30 % výplaty. Pokud by se ale dotyčný vrátil v průběhu předdůchodu do práce, může i nadále čerpat z předdůchodu. Jeho výplatu nelze přerušit ani pozastavit. Nejkratší doba vyplácení je dva roky.

Souběh důchodu a pracovního příjmu

Možnost si vydělat je při pobírání starobního důchodu zachována, na rozdíl od pobírání předčasného důchodu. Do roku 2004 byla podmínka nepřekročit příjem z výdělečné činnosti. Příjem nesměl překročit částku dvojnásobku životního minima a také pracovní právní vztah měl být sjednán na dobu určitou, nejdéle na dobu jednoho roku. Od roku 2010 byla ale i tato podmínka zrušena (Krebs, 2015).

7.3 Legislativa sociálních dávek

Všechny výše popsané sociální dávky mají právní zakotvení v předpisech, jako jsou:

- z. č. 582/1991 Sb., o organizaci a provádění sociálního zabezpečení, ve znění pozdějších předpisů
- z. č. 589/1992 Sb., o pojistném na sociální zabezpečení a příspěvku na státní politiku zaměstnanosti, ve znění pozdějších předpisů
- z. č. 220/2011 Sb., kterým se mění zákon č. 155/1995 Sb., o důchodovém pojištění, ve znění pozdějších předpisů, a některé další zákony
- vyhláška č. 359/2009 Sb., vyhláška o posuzování invalidity (Arnoldová, 2012).

VÝZKUMNÁ ČÁST

Ve výzkumné části mé bakalářské práce se zaměřuji na výzkumné cíle, otázky, metodiku výzkumu a na prezentaci výsledků mého výzkumu. Dále zde uvádím diskuzi, ve které jsou porovnávány mé výsledky s již zpracovanými výsledky jiných prací.

8 METODIKA VÝZKUMNÉ ČÁSTI

V této bakalářské práci jsem použila kvalitativní výzkum a formu polostrukturovaného rozhovoru. Kvalitativní výzkum býval podle autorů publikace *Moderní metody a techniky marketingového výzkumu* chápán jako doplněk kvantitativních metod, někdy zase jako opak kvantitativního výzkumu. Dle autorů není určena jednotná definice kvalitativního výzkumu, je ale „*v praxi často ztotožňován s výzkumem psychologickým, což není jedno a totéž*“ (Kozel, Mynářová, Svobodová, 2011, s. 165). Cílem kvalitativního výzkumu je najít příčiny, motivy či postoje cestou práce s jednotlivými osobami nebo malými skupinami osob. „*Názory a projevy se analyzují často psychologicky*“ (Kozel, Mynářová, Svobodová, 2011, s. 165).

8.1 Výzkumné otázky

K rozhovorům jsem si stanovila výzkumné otázky:

1. Jaké mají senioři povědomí o zdravé životosprávě a zdravé výživě?
2. Vědí senioři, kam by si zašli pro radu kvůli změně stravování?
3. Stravují se senioři zdravě a změnily se jim ve stáří stravovací návyky?
4. Mají senioři dostatek financí k nákupu zdravých a kvalitních potravin?

8.2 Výzkumný soubor

Dotazované osoby budu v této práci označovat jako respondenty Tuto terminologii taktéž používají autoři publikace *Kvalitativní analýza textů: čtyři přístupy* (Řiháček, Čermák, Hytych, 2013). Kvůli anonymizaci rozhovorů jsem respondenty dále označila počátečními písmeny jejich jmen a příjmení – např. respondent J. D.

Charakteristika respondentů

Do mého výzkumu jsem si vybrala 10 respondentů starších 65 let.

Respondent E. K.

- Žena, 66 let, bydlí sama v bytě

Respondent M. B.

- Žena, 77 let, bydlí sama v domě

Respondent L. R.

- Muž, 68 let, bydlí sám v domě

Respondent J. N.

- Žena, 74 let, bydlí s manželem v domě

Respondent M. K.

- Žena, 65 let, bydlí s manželem v domě

Respondent P. P.

- Žena, 74 let, bydlí sama v bytě

Respondent J. H.

- Žena, 66 let, bydlí s manželem v bytě

Respondent B. K.

- Žena, 72 let, bydlí s manželem v bytě

Respondent M. M.

- Muž, 80 let, bydlí s partnerkou v domě

Respondent Z. H.

- Žena, 87 let, bydlí sama v domě

8.3 Sběr dat

Technika sběru dat

Polostrukturovaný rozhovor je nejběžnější prostředek využívaný v rámci kvalitativního rozhovoru. Dokáže předejít nevýhodám, které má strukturovaný rozhovor či nestrukturovaný rozhovor. Tato technika obsahuje připravené otázky, které směřují k identifikaci výzkumných

témat formou odpovědí od respondentů. Autor publikace Kvalitativní výzkum se zaměřením na polostrukturovaný rozhovor uvedl: „*Nejdůležitější jeho částí je jádro rozhovoru, které představuje schéma závazné pro výzkumníka. Skládá se z témat a otázek, které výzkumník určitě musí probrat*“ (Mišovič, 2019, s. 80). K dobrému rozhovoru jsou potřeba pomůcky, jako osnova rozhovoru, záznamový arch sloužící k záznamu nejdůležitějších poznámek. Tato technika rozhovoru je založena na srozumitelnosti otázek a současně výzkumník klade kontrolní dotazy, zda došlo ze strany respondenta ke správnému pochopení otázek. Forma polostrukturovaného rozhovoru umožňuje využít přirozenou a nenucenou komunikaci k motivaci vyššího zájmu respondenta, a to v částech, kde pokládáme více otázek (Mišovič, 2019).

Realizace výzkumu

Všechny respondenty jsem oslovila na základě jejich věku, který není pod 65 let. Respondenty jsem získala díky neformálním kontaktům z okolí mého bydliště.

Všechny rozhovory probíhaly v listopadu 2023. Respondentům jsem dala na výběr, jestli chtějí být nahráváni nebo ne. Tento výběr jsem dala kvůli mé obavě, že při nahrávání nebudou tolik upřímní a budou se více stydět. Kromě jedné respondentky mi všichni respondenti řekli, že nahrávání být nechtějí. Možnost, zdali chtějí být nahráváni nebo ne označili a podepsali. Všechny rozhovory jsou v přepisu na 17 stran A4. Při kódování těchto rozhovorů jsem došla k počtu 29 kódů.

Etika výzkumu

Při oslovení respondentů jsem všem oznamovala, že všechny rozhovory a s tím spojené informace, které dostanu, budou anonymizovány. Tuto skutečnost jsem oznamovala i před začátkem našeho rozhovoru. Všichni respondenti s tímto souhlasili a všichni mi to také podepsali, a to i s možností, zdali chtějí být nahráváni či ne. Na konci každého rozhovoru jsem respondentům dala přečíst celý náš rozhovor, který jsem sepisovala v průběhu. Důvod, proč jsem rozhovor dávala přečíst byl, aby respondenti schválili všechny informace, které jsem od nich dostala.

Zpracování dat

Tematická analýza je proces označení datových vzorců a témat v kvalitativních datech. Její hlavní výhodou je pružnost, také obsahuje bohatou a detailní zprávu o datech z výzkumu. V rámci této analýzy se popisují detailně získaná data. Kroky u tematické analýzy se provádějí

stejně, jako u dalších analytických částí kvalitativního rozhovoru. První fáze je seznámení s daty, další fáze pokračují postupně, a to generování počátečních kódů, vyhledávání témat, propracování témat a jejich revize. Fáze pátá je vymezení a pojmenování témat a poslední fáze je příprava zprávy (Hendl, 2023).

Otevřené kódování

Při otevřeném kódování se lokalizují témata v textu a přiřazuje se jim označení. Tento způsob kódování odhaluje určitá témata, která se postupně doplňují o určité části. „*Otevřené kódování lze aplikovat různým způsobem. Lze kódovat slovo po slovu, podle odstavců, anebo podle celých textů a případů*“ (Hendl, 2023, s. 255). Důležité je, že se neztratí cíl. Kódy se označují tak, aby identifikovaly obecné kategorie rozhovoru. Hlavní kódy jsem označila jako: zdravý životní styl, informovanost o zdravé výživě, běžný stravovací den, konzumace potravin, stravovací návyky a ekonomická situace. Dále se kódy označují např. přídavnými jmény – vlastnostmi daného tématu. Tento proces nazýváme dimenzionalizace.

9 PREZENTACE VÝSLEDKŮ VÝZKUMU

U těchto výsledků rozhovorů jsem určila kódy z prvních společných témat, které rozhovory měly. Dále jsem tyto kódy upravila a selektovala. Poté jsem se dostala k 12 podkategoriím, ze kterých jsem nakonec vytvořila 3 klíčová témata: Životospráva seniorů, Rutinní stravovací návyky a Ekonomická situace.

ŽIVOTOSPRÁVA SENIORŮ

V rámci tohoto tématu byly identifikovány tyto podkategorie: Omezení, Pravidelný pohyb, Zásady a základy zdravé výživy a Rady.

Omezení

Rozhovor jsem začínala otázkou, zda má respondent nějaké onemocnění, u kterého musí držet diety, má zákaz nějakých potravin či zda má např. alergie. U 4 respondentů jsem se setkala s odpovědí, že žádné onemocnění nemají. Ale respondent L. R. odpověděl, že *“Ano, mám zvýšený cukr a zvýšený cholesterol. Takže беру léky na ten diabetes a mám diety, že mám sníst 1200 kcal za den”*. Respondentka M. K. řekla, že před 10 lety měla zápal plic a od té doby nejí maso. *“Nějak mi nedělá dobře”* dodala. Další dvě respondentky se shodly na odpovědích, že se sice léčí na štítnou žlázu, ale jinak žádné omezení ve stravě nemají. Zatímco tito respondenti se snaží diety dodržovat, respondentka P. P. uvedla: *“Mám vysoký krevní tlak, asi před půl rokem mi diagnostikovali cukrovku, a ještě mám arytmií. Ale diety moc nedodržuju. Trošku jsem omezila to sladký, ale já bez něj nemůžu být”*. To samé uvedl respondent M. M. *“Mám diabetes 2. typu, takže musím omezovat množství jídla a minimum sladkého, jenže mi to moc nejde. Přiznává, že má sladké rád.*

Z těchto odpovědí vyplývá, že respondenti skoro z poloviny nemají žádná onemocnění spojená s redukcí jídla či s dietami. Druhá část respondentů nějaká omezení má ale nemá žádné striktní diety. Jsou však senioři, kteří by diety měli držet, avšak je z nějakých důvodů nedrží.

Pravidelný pohyb

Odpovědi na otázku, zda mají respondenti pravidelný pohyb či sportují, dopadly lépe, než jsem očekávala. 9 z 10 respondentů uvedlo, že mají denně alespoň nějaký pohyb, či pravidelně sportují. Respondentka Z. H. vypověděla, že dříve dělala na zahradě, ale teď už nic nedělá, protože jí chůze dělá problémy. Další respondenti se často shodovali v odpovědích, jako jsou práce na zahradě či doma. Respondent M. M. rázně uvedl: *“Nutný pohyb doma, což je práce na chatě a dřevo”*. Respondentka B. K. řekla s delší pomlkou toto: *“Pravidelný pohyb to mám, chodím do práce pěšky, uklízím barák, to je kroků. A opravdu každý den chodím ven, sice na nákup třeba, ale je to pohyb. Musím se pohybovat”*. Respondentka P. P. uvedla: *“Ano mám. Chodím každý den se psama na procházky, buď do parku nebo na pole, je to kolem 3 kilometrů za jedno venčení. Taky dělám hodně na chatě na zahradě”*. Tyto respondentky mimo jiné uvedly i další aktivity, jako jsou procházky. V těchto odpovědích se taktéž shodovaly i odpovědi několika dalších respondentů. Respondentka J. H. řekla, že *“dvakrát týdně chodím na aerobik, pak různé procházky, turistika, v zimě lyže. A taky práce na zahradě...* Podobně je na tom další respondentka M. K., která uvedla toto: *“dvakrát týdně chodím na aerobik, jezdím každý den na kole – do práce, na cvičení, na dovolených, sportovní víkendy s přáteli. Chodím také na procházky, mám dost pohybu i doma a na zahradě”*. Další respondenti také uváděli jejich sportovní aktivity, jako jsou pilates, jóga, protahování v senior klubu, procházky s vnoučaty, jízdy na kole či procházky se psem.

Z tohoto výzkumu vyplývá, že vybraní respondenti jsou sportovně založení a s ohledem na věk mají alespoň minimální pohyb. V dnešní době je spousta sportovního vyžití určené právě pro seniory, ať už v klubech seniorů, tak v jiných organizacích. Podle mých zkušeností navštěvují senioři hodiny jógy, pilates a dalších pomalejších aktivit. Je to dobré pro ně, tak i pro mladší osoby, kdy aktivní senioři slouží jako dobrý příklad pro budoucnost.

Zásady a základy zdravé výživy

Na téma zásad zdravé výživy jsem se zeptala otázkou *“Myslíte si, že dodržujete zásady zdravé výživy?”*. Odpovědi jsem dostala v 7 případech, že ano. Ano, že se snaží nebo ano, že si myslí, že dodržují zásady zdravé výživy. Z toho jedna respondentka uvedla: *“Ano, v tomhle věku už ano, když jsem byla mladá tak moc ne”*. Zbytek odpovědí byl různý. Dva respondenti, konkrétně respondent L.R. odpověděl rázně *“Ne”*, druhá respondentka B. K. řekla: *“Ne, určitě ne. Ani zásady. Sem tam si vezmu vitamin C a jednu za měsíc jablko nebo když koupím hrozny. Jako*

zeleninu vařenou jím, ale syrovou ne". Respondentka J. N. odpověděla: *"asi tak 50/50"*. Z těchto odpovědí jsem zjistila, že vybraní senioři z větší poloviny zásady zdravé výživy nejspíše dodržují.

U tématu základů zdravé výživy jsem se ptala otázkou, na čem se zakládá zdravá výživa. Odpovědi se téměř shodovaly. Ve většině případů se objevovaly odpovědi, jako je vyváženost jídla, pestrost stravy, pravidelnosti, či na různých druzích potravin. To ukazují odpovědi jako: *"Na zelenině, ovoci a mléčných výrobcích, no prostě na zdravých potravinách"*. Nebo také: *"Tak na zelenině, ovoci, bílkovinách"*. Respondentka E. K. odpověděla: *"Tak určitě se zakládá na vyváženosti jídla, že jo. Pak na ovoci, zelenině, luštěninách, občas nějaké to maso"*. U dalších dvou respondentů byly odpovědi prakticky totožné. Podle nich se zdravá výživa zakládá na pestrosti stravy a na příjmu vybraných potravin. Respondentka J. N. si myslí: *"Nesmí tam být moc cukru, taky tuku, že jo. A hlavně tam musí být ovoce a zelenina"*. Další z respondentů, konkrétně M. K. odpovídá: *"Myslím si, že na vyvážené stravě a pohybu"*. Respondentka B. K. vypověděla: *"Tak já myslím hlavně na pohybu, sedět na gauči a jíst buchtu není dobrý. Pohyb je základní, když se člověk přestane hýbat, tak ani hlava nefunguje. A pak hlavně úsměv do tváře, ta veselá mysl. To je hlavní"*.

Po zjištění odpovědí si myslím, že tito senioři mají nějaké povědomí o tom, na čem se zdravá strava zakládá.

Rada

K tomuto kódu se vážou dvě otázky. První je, zda si respondenti myslí, že existují nějaké rady o stravování pro seniory, kteří mají určité zdravotní problémy. Odpovědi na první otázku se shodovaly u 8 z 10 respondentů, 8 respondentů odpovědělo, že si myslí či vědí, že určitě nějaké rady existují. Většina odpověděla, že mají dokonce zkušenosti s tím, že jim nebo jejich blízkým byly poskytovány nějaké rady ohledně stravování. Rady dostali od lékařů. Respondentka J. H. uvedla, že určitě existují, a to různé dietní programy. Respondent L. R. odpověděl: *"Myslím, že asi nejsou žádné rady."* Respondentka Z. H. zase uvedla, že neví.

Druhá otázka zněla asi takto: *"Znáte nějaká místa, kam si dojit pro radu, jak se zdravě stravovat, a to buď s ohledem na zdravotní problémy nebo bez nich?"* Po této otázce jsem dostala různé odpovědi, ale všechny označovaly místa či osoby, na které by se respondenti obrátili. Respondentka E. K. by se pro radu obrátila na svou kamarádku, která je zdravotní

sestřička. Paní M. B. odpověděla toto: *“Asi bych se první koukla na internet nebo do tisku. Pak bych zašla za doktorem, ten by mi určitě poradil taky”*. Téměř to samé uvedl také další respondent, pan M. M. Respondentka Z. H. označila za místo, kam by si došla pro radu, svou praktičku. Respondent L. R. odpověděl trochu nečekaně oproti minulé otázce. V minulé otázce mi oznámil, že žádné rady nejsou, v této označil přímo organizaci ISKAZE, kam chodí kvůli dietám. Respondentka J. N. odpověděla takto: *“Tak za mě je hlavní selský rozum. Každý ví, co je zdravé a co ne”*. Tři respondentky odpověděly téměř totožně a to, že by zašly za nutriční terapeutkou či výživovými poradci. Respondentka P. P. uvedla: *“Třeba klub seniorů, kde se pořádají různé přednášky, cvičení...”*.

Podle mého úsudku, vybraný vzorek respondentů má alespoň nějaké povědomí o tom, zda nějaké rady mohou dostat, či kam si pro ně zajít. V dnešní době internetu je to o hodně lehčí, jak mimo jiné potvrzují výsledky rozhovorů.

RUTINNÍ STRAVOVACÍ NÁVYKY

Toto téma se zabývá stravovacími návyky seniora a jeho rutinou ve stravě. Byly identifikovány tyto podkapitoly: formy stravy, četnost druhů potravin, pitný režim, návyky a změna.

Formy stravy

V této tematické části jsem zjišťovala, zda je seniorům jídlo dováženo či zda si sami vaří. Od respondentky E. K. jsem dostala odpověď: *“Já si skoro pořád vařím, ale jak jsem sama, tak si dělám lehčí jídla. Takže když mám chuť třeba na omáčky, jako rajskou nebo svičkovou, tak si je buď objednám tady z restaurace na náměstí, nebo si tam zajdu. Ale když přijedou děti, jako vnoučata, tak to jim vyvářím”*. Respondentka M. B. odpověděla: *“Já, dokud budu moct, tak určitě domácí jídlo”*. Většina dalších odpovědí byla podobného rázu. Figurovaly odpovědi jako že musí vařit, jinak by to nešlo, že nemají rádi jídla z restaurací či dokud mohou, budou vařit. Zatímco respondent L. R. odpověděl: *“Tak já mám většinou 2 jídla týdně domácí, jinak si nechám dovážet ze sociálních služeb. Zvykl jsem si na to, nechávali jsme si to dovážet, když ještě žila maminka a táta. Maminka vařila ale pak už to nezvládala, takže jsme si to nechávali dovážet přes pečovatelskou službu”*. Tento respondent si nechává dovážet stravu ze sociálních služeb, ale zároveň si i vaří doma, podle jeho slov pouze jednoduchá jídla, hlavně zeleninové vývary a těstoviny. Avšak respondentka Z. H. uvedla: *“Něco mám z jídelny, tady u nás, dováží mi to. A něco z restaurace, taky dovoz”*.

Podle výsledků jsou respondenti navyklí na domácí stravu, takže pro ně bylo či bude těžší si zvyknout na dovoz jídla. Vyplývá to z odpovědí, jako jsou: *“To bych nemohla manželovi udělat, abych jídlo dovezla”*, či *“Dokud budu moct, budu vařit”*. Pro ně je možnost dovozu jídla až nepředstavitelná, jak jsem usoudila z výrazů tváří či tónu řeči.

Běžné potraviny

Jaké jsou běžné potraviny, které se nejčastěji objevují ve vaší stravě? Takovou otázkou jsem položila respondentům. Odpovědi se neshodovaly, už kvůli tomu, jak jsou lidé zvyklí a co mají rádi. První respondentka E. K. odpověděla: *“Tak to je určitě to avokádo, mandarinky, pomeranče a zelenina, prostě taková ta klasika, ale taky řapíkatý celer, ten mám ráda. Taky sýry a občas nějaká ta zelenina, když je chuť”*. Další respondentka M. B. uvedla tyto potraviny: *“Sýry, jogurty, nebo celkově mléčné výrobky, pak ovoce a zelenina”*. Sýry ve všech odpovědích figurovaly asi pokaždé. Nejčastěji byly zmiňované sýry, zelenina a ovoce, chléb či jakékoliv další pečivo. To můžeme vidět např. u respondentky Z. H.: *“To já moc nevím. Ale mám každý den ten chlebič a máslo. To vlastně není máslo ale margarín. Ale jinak nevím, asi to pečivo”*.

Tuto otázku jsem položila z toho důvodu, že jsem se chtěla dozvědět, jaké potraviny nejčastěji respondenti používají, od toho se totiž odvíjí pohled na celkové stravování. Když senior používá jako nejčastější potravinu např. sádlo či uzeniny, je podle mého názoru asi jasné, jak se stravuje. Naopak to je s potravinami, jako je zelenina, ovoce či mléčné výrobky. Když má toto senior v jídelníčku, tak je jeho pohled na stravování zdravý a vyvážený. Myslím si, že nezdravý jídelníček nemá žádný z respondentů.

Četnost druhů potravin

V této tematické oblasti jsem se ptala otázkou *“Jak často konzumujete tyto vybrané druhy potravin v týdnu?”*. Ptala jsem se na druhy potravin v tomto pořadí: ovoce, zelenina, maso, ryby, vejčička, mléčné výrobky, luštěniny.

Při první otázce jsem dostala odpovědi, že konzumují ovoce denně. Tuto odpověď jsem dostala v 7 z 10 dotazovaných. Respondentka J. H. uvedla: *“Ovoce tak čtyřikrát do týdne”*. Další respondentka B. H. uvedla, že ovoce má dvakrát týdně. Respondentka Z. H. odpověděla: *“Ovoce mám málo, opravdu minimálně”*.

U zeleniny byly odpovědi dost obdobné ovoci. Šestkrát padla odpověď, že jejich konzumace zeleniny je denně. Další dva respondenti odpověděli, že syrovou zeleninu mají v týdnu minimálně, ale vařenou mají častěji. Respondentka J. N. odpověděla: *“Zeleninu mám tak čtyřikrát do týdne”*. Respondentka Z. H. zase uvedla. *“tu mám tak jednou nebo dvakrát do týdne”*.

Odpovědi na otázku ohledně masa se lišily. Pět respondentů odpovědělo, že maso mají v týdnu nejméně čtyřikrát. Další 4 respondenti odpověděli, že konzumují maso denně. Pouze jedna respondentka M. K. uvedla: *“Maso nejím”*. Ryby jsou na tom obdobně jako maso. Pouze dva respondenti uvedli, že ryby nejí, maximálně na Vánoce. Zbytek respondentů má ryby jednou týdně nebo jednou za 14 dní.

U vajec jsem zjistila různé odpovědi. 3 respondenti odpověděli, že mají vajíčka třikrát týdně. Další 3 respondenti odpověděli, že konzumují vajíčka čtyřikrát až pětkrát týdně. Pouze dva respondenti odpověděli, že vajíčka mají maximálně jednou týdně. Respondentka J. N. odpověděla, že vajíčka má tak jednou za 2 týdny. Respondentka Z. H. řekla: *“Já mám vajíčka minimálně”*.

U mléčných výrobků respondentka Z. H. odpověděla: *“Mléčné výrobky mám denně, k snídani aktivii”*. Takto odpovědělo i dalších 8 respondentů. Respondentka B. K. uvedla: *“Ty mám tak třikrát za týden, mléko do kafe, jogurty”*.

Na téma luštěniny mi odpovědělo 5 respondentů to samé. Odpověď zněla takto: *“Tak ty mám tak jednou za 2 týdny”*. Další 3 respondenti odpověděli, že luštěniny mají asi jednou za měsíc. Někdy častěji, někdy méně, podle chuti. Respondent L. R. odpověděl: *“dvakrát až třikrát v týdnu, ty mám hodně rád, tak je mám častěji”*. Jedna respondentka odpověděla, že luštěniny má jednou až dvakrát v týdnu.

Pitný režim

Pitný režim je pro seniory důležité téma. Pro seniory je nutné vypít alespoň litr a půl až dva litry za den. Toho naštěstí skoro všichni respondenti schopni jsou. Ale přesto respondenti odpovídali různě. Respondentka E. K. odpověděla: *“No, já piju jen vodu, takže to mám několik takových skleniček, což je asi 0,3l. Takže dohromady za den 1,5 l asi mám. No a pak ještě do toho to kafe”*. Další respondentka M. B. uvedla: *“Za den vypiju asi litr a půl, piju vodu s citronem nebo samotnou vodu”*. Respondent L. R. uvedl, že pije čaj a vodu, což jsou asi 2 litry

za den. A taky chodí na pivo. Další respondentka J. N. odpověděla: *“Snažím se vypít ten litr a půl až dva. Víc samozřejmě piju, když jdu cvičit”*. Respondentka M. K. uvedla, že si myslí, že vypije za den litr a půl. Respondentka P. P. odpověděla: *“Myslím, že za den litr a půl, víc asi ne, taky podle toho, co dělám”*. Respondentka J. H.: *“Já piju hodně, mám čaj, kávu tak 4 denně a vodu s citronem, který vypiju v práci tak 2 litry a doma nebo při cvičení tak litr”*. Respondentka B. K. uvedla, že se musí na pití někdy upomínat, ale denně dá maximálně třičtvrtě litru, víc asi ne. Respondent M. M. uvedl: *“Já piju jen vodu, a tak dva litry denně zvládnou”*. Respondentka Z. H. odpověděla: *“No, ten je špatný, maximálně ten litr zvládnou, piju minerálku nebo obyčejnou vodu z kohoutku”*.

Návyky

Většina mých respondentů odpovídala na dvě otázky současně, a to na jejich stravovací návyky z dětství a na dostupnost potravin. Dostupnost potravin se týkala hlavně porovnání minulosti a přítomnosti daného respondenta. Bohužel ne všichni mi ale odpověděli na obě otázky. Z výzkumu mi vyšlo, že většina respondentů odpověděla podobně. První respondentka E. K. odpověděla na obě otázky, a to takto: *“V mém dětství to bylo tak, že co máma uvařila, to se jedlo”*. Toto byla odpověď na stravovací návyky z dětství. Další část se týkala dostupnosti potravin s ohledem na minulost a přítomnost. Odpověď zněla takto: *Nebyla moc možnost výběru a už vůbec nebylo tolik dostupných zdravých potravin. Takže je to určitě lepší teď*. Takto podobně odpověděly i respondentky M. K. a P. P. Další respondentka M. B. odpověděla: *“Když jsem byla malá, tak jsme měli vždycky v neděli maso. To bylo pravidlem. A myslím, že teď je to 100% lepší”*. Tato respondentka taktéž odpověděla na oba dotazy. Respondent L. R. odpověděl podobně jako první respondentka E. K. a to takto: *“Tak když jsem byl malý, tak co jsme vypěstovali, to jsme měli. My jsme nekoukali na to, jestli je to zdravý”*. Respondentka J. N. odpověděla pouze na otázku ohledně dostupnosti potravin uvedla: *“Určitě dřív. Jo? Jo, teď je tam hodně pesticidů a takových věcí”*. Respondentka J. N. z mého pohledu odpověděla podobně jako i další respondent. A to respondent M. M., ten uvedl: *“To nevím, asi teď je toho víc. Ale za dob mého dětství bylo všechno kvalitnější mi přijde”*. Další respondentka B. K. odpověděla pouze na otázku ohledně dostupnosti potravin, a to takto: *“Teď je to určitě lepší, to byla výjimka, aby máma koupila ovoce, to jsme chodili na stromy do zahrad. Tak i v krámech toho moc nebylo, jen asi na Mikuláše”*. Poslední respondentka Z. H. zodpověděla podle mého na obě otázky zároveň. Popsala to takto: *“Jéje, tak my měli zahradu, takže jsme měli to, co jsme*

vypěstovali. Měli jsme toho hodně. Ale teď se to všechno koupí v supermarketech, takže teď je toho asi víc, hlavně po celý rok”.

Stravovací návyky z dětství respondentů se ve většině případů shodovaly, jak už jsem psala výše. Většina respondentů odpověděla, že ovoce a zeleninu měli tu, kterou vypěstovali. Myslím, že je to tím, jaká byla doba. Většina respondentů vyrůstala po skončení 2. světové války a v 50. - 60. letech 20. století, v té době byl celkově nedostatek potravin, ne pouze těch zdravých. Na stejný problém se váže taktéž otázka na dostupnost potravin.

Změna

U otázky na změnu stravovacích návyků z dětství jsem získala dva typy odpovědí: 5 respondentů uvedlo, že se jejich stravovací návyky změnily, druhá polovina respondentů naopak. Respondentka E. K. odpověděla: *“Ano, určitě. V dospělosti a teď ve stáří jím více zeleniny, ovoce, toho totiž tolik nebylo”*. To samé odpověděla také respondentka M. B.: *“Určitě se změnila, v dětství nebyla strava pestrá, teď je všechno dostupný”*. Podobně odpověděl také respondent L. R. a respondentka B. K. Kladně také odpověděla respondentka J. H.: *“Řekla bych že ano, čím více jsem starší, tím se jídlu věnuju víc”*. Zbývajících 5 respondentů uvedlo, že se jim stravovací návyky nezměnily.

Odpovědi jsou opět ovlivněné dobou, ve které respondenti vyrůstali. Respondenti mají naučené jíst málo např. ovoce, protože v jejich dětství a mládí byl omezený výběr. V době za socialismu žili více jak polovinu jejich života, proto je pak těžké se naučit nové návyky. To je také jeden z důvodů, proč polovina respondentů svoje návyky nezměnila.

EKONOMICKÁ SITUACE

Téma ekonomické situace seniora bylo identifikováno do podkapitol: nákup potravin, výdělečná činnost a sociální dávky.

Nákup potravin

K tomuto tématu jsem pokládala otázku, zda se respondenti rozhodují, jestli si mají koupit dražší a kvalitnější potraviny nebo ty nejlevnější a ve slevě. Z výpovědí vyšlo, že si 6 respondentů raději kupuje dražší a kvalitnější výrobky a potraviny. 3 z 10 dotázaných raději nakupují ve slevách a jen ty levnější výrobky. Pouze jeden respondent odpověděl, že se kouká

na kvalitu ale také na cenu. U respondentů, kteří uvedli odpověď dražší a kvalitnější, odpovědi vypadaly asi takto: *“Rozhoduju se podle kvality, takže asi to dražší a kvalitnější, když to není přemrštěná cena”*. Takto odpověděla respondentka E. K. Další respondentka odpověděla, že se rozhoduje podle kvality, peníze na to má, takže se chce stravovat kvalitně. Respondentka Z. H. uvedla: *“Já si nechávám kupovat od synovce, ale kupuje přesně to, na co jsem zvyklá. Takže nekoukám na cenu”*. Opačnou odpověď uvedla respondentka B. K.: *“No levnější radši, nejlépe v akci, hlavně v dnešní době, rozhoduju se podle ceny”*. Podobně reagoval i respondent L. R.: *“Koukám na cenu, musím se koukat, abych vyšel s penězi”*. Respondentka J. N. uvedla obdobnou odpověď. A to: *“Koukám, na to, v jakým obchodě je to levnější a pro to dojedeme. Ale není to tak vždy”*. Respondent M. M. odpověděl: *“Koukáme na kvalitu ale i na slevy”*.

Odpovědi typu *“kupuji kvalitnější a dražší potraviny”* mě překvapily. Myslela jsem si, že právě senioři budou dbát na slevy a levné výrobky. To, že si někteří z dotazovaných kupují kvalitnější výrobky, bylo vidět i na jejich stylu a úrovni života. Také to závisí na tom, na co jsou dotyční senioři zvyklí.

Výdělečná činnost

Toto téma bylo z hlediska ekonomické stránky velmi důležité. Odvívá se od toho, jaké potraviny si respondent může koupit. Zda může kupovat potraviny, které jsou zdravé a kvalitní ale dražší, nebo pouze potraviny, které jsou nejlevnější a mají malou výživovou hodnotu. 6 respondentů odpovědělo, že jejich příjem je pouze starobní důchod. Zbylí 4 respondenti vypověděli, že pobírají starobní důchod a zároveň pracují. Respondentka M. B. vypověděla: *“Pobírám starobní důchod a do toho ještě občas pracuju. Jsem učitelka, takže když u nás na škole nemají nikoho na zástup, tak jdu já”*. Další respondentka J. H. řekla: *“Pobírám starobní důchod, 5 měsíců v roce chodím na brigádu a k tomu mám peníze ze SVJ za úklid domu. No a k tomu manželův důchod, že jo”*.

Podle výsledků vyšlo, že více než polovina respondentů už nepracuje a živí se pouze z financí našetřených a dávek starobního důchodu. 4 zbylí uvedli, že stále pracují. Důvodem ani u jednoho z těchto 4 respondentů není nedostatečná výše důchodu, nýbrž potřeba další aktivity v jejich životě. Jak uvedla jedna respondentka: *“Chodím tam, abych se doma nenudila”*.

Sociální dávky

U tohoto výzkumného tématu byly odpovědi skoro shodné. Devět z deseti respondentů odpovědělo, že žádné jiné dávky kromě starobního důchodu nepobírají. Jediná respondentka E. K. uvedla, že pobírá vdovský důchod. Před nějakou dobou jí zemřel manžel. Jak už je patrné z výdělečné činnosti (viz výše), někteří respondenti současně s pobíráním starobního důchodu pracují, tudíž nepotřebují další sociální dávky.

10 DISKUZE

Má bakalářská práce se věnuje zdravému stravování a výživě seniorů. Ráda bych tímto předala základní informace o této problematice a ukázala, jak se dnešní senioři stravují, zda mají nějaké informace o této problematice a také, zda mají veškeré možné prostředky ke zdravému stravování.

Ke zpracování této práce jsem využila kvalitativní šetření formou polostrukturovaného rozhovoru. Udělala jsem 10 rozhovorů se seniory, kteří byli vybráni z okolí Prahy a Pardubického kraje. Byli vybráni respondenti, kteří bydlí ve svém obydlí, a ne v ubytování poskytovaném sociálními službami. Vybrala jsem je kvůli větší svobodě respondentů ohledně stravování. U sebe doma se zaměřují sami na sebe a nemají určený jídelníček.

Vyhodnocení výzkumných otázek

VO1: Jaké mají senioři povědomí o zdravé životosprávě a zdravé výživě?

K první výzkumné otázce se vážou kódy Omezení, Pravidelný pohyb a Zásady a základy zdravé výživy. Získané odpovědi na tuto výzkumnou otázku byly občas různorodé a občas se shodovaly. Záviselo to určitě na druhu otázky a také na životních situacích, zvyklostech a vzdělání v této oblasti. Výsledky rozhovorů ukázaly, že někteří z dotázaných seniorů mají alespoň částečné povědomí o zdravém stravování. Ostatní, kteří se o tuto problematiku trochu zajímají, o zdravém stravování vědí více, což je logické. Respondenti si také myslí, že je zdravé stravování důležité.

Z výsledků vyplývá, že více než polovina respondentů je zdravých a nemá žádná onemocnění spojené s omezením či dietami. Avšak 2 respondenti odpověděli, že by diety měli dodržovat, ale nedodržují. Toto se vyskytlo u seniorů, kteří mají DM 2. stupně. Tito senioři vědí, že omezení ve stravě je důležité, ale sladké jim chutná, takže redukci cukru nezvládnou. Myslím, že respondenti mají zažitě stereotypy ohledně stravy a někdy se u seniora nic moc nezmění, i když by měl senior určité diety dodržovat. Dokazuje to i Ondráčková (2017) ve své diplomové práci: *“Komunikační partneři uvedli, že výživa je významný faktor, který působí na zdraví člověka. Někteří dotazovaní senioři dokonce potvrzují, že při dodržování pravidel zdravé výživy se cítí lépe, avšak další uvedli, že pro ně není jednoduché zdravý jídelníček dodržovat”*. Dle Irz et al. (2016) je nedodržování diet a výživových doporučení způsobeno vysokými cenami potravin, nebo nedostatečnými znalostmi o výživě. Tyto informace ale z mého výzkumu

nevyplývají. *“Podle dostupných statistik je Česká republika zemí s jednou z nejvyšších prevalencí a incidencí diabetu, přičemž Diabetes mellitus 2. typu zaujímá 91,6 % ze všech druhů tohoto onemocnění”*. To uvádí ve své diplomové práci Stávková (2012). Odpovědi na dotaz ohledně pravidelného pohybu byly velmi překvapující. Jak už jsem uvedla výše, většina mých respondentů se pravidelně hýbe či dokonce pravidelně sportuje. Jóga, pilates, jízda na kole, procházky, to jsou nejčastější aktivity u dotazovaných seniorů. To pokládám za velice důležité. Nejen, že to zlepšuje fyzické zdraví, ale také psychiku seniora. Někteří respondenti se také shodli na tom, že pohyb je základem zdravé výživy a zdravého stravování. Mimo pohyb sem podle respondentů patří také konzumace ovoce, zeleniny, bílkovin, či vyvážená a pestrá strava. Dalším úsekem této výzkumné otázky byly rady ohledně zdravého stravování. Toto opět potvrzuje i výzkum Ondráčkové (2017), v němž uvádí: *“Dle jejich odpovědí, je racionální stravování charakteristické především příjmem dostatečného množství ovoce a zeleniny, konzumací jídla v menších porcích, nejlépe pětkrát denně, dodržováním pitného režimu, omezením sladkostí, tuků a soli. V neposlední řadě i zvýšeným podílem čerstvých potravin a cereálií v jídelníčku”*. Můj výzkum i výzkum Ondráčkové ukazují, že seniori mají povědomí o tom, jak vypadá zdravá strava. Shodujeme se také v tom, že dle výzkumu je zdravé stravování pro seniory důležité a správné.

VO2: Vědí seniori, kam by si zašli pro radu kvůli změně na zdravé stravování?

K druhé výzkumné otázce můžeme získat odpovědi u kódu s názvem Rada. Ze získaných odpovědí dále vyplývá, že většina respondentů si myslí, že existují nějaké rady či dokonce poradny, kde by jim ohledně stravování mohli poradit. Někteří ale netuší, jestli něco takového existuje nebo dokonce si myslí, že nic neexistuje, a už vůbec ne pro seniory. Naopak ale odpovědi, kam by si došli pro radu, byly na 100 % řečené. A to tak, že všichni vědí, kam by si zašli pro radu. To bylo pro mě velice překvapující. Zazněly odpovědi jako internet, tisk, klub seniorů či praktický lékař. Právě praktický lékař zazněl několikrát. Toto ale bohužel neodpověděli všichni, protože podle mého názoru ne všichni respondenti ke svému praktickému lékaři pravidelně chodí. To také uvádí v diplomové práci Příkrylová (2014), která zkoumala frekvenci návštěv u praktického lékaře. Odpovědi respondentů byly u výzkumu Příkrylové (2014) u nadpoloviční většiny jednou za 2 roky, menší polovina ani na preventivní prohlídky ke svému PL nechodí. I přesto si myslím, že praktický lékař je místo, kam někteří seniori chodí častěji a mají v tuto instituci alespoň nějakou důvěru.

VO3: Stravují se seniori zdravě a změnily se jim stravovací návyky?

K této výzkumné otázce jsem přiřadila kódy, jako jsou Formy stravy, Běžné potraviny, Četnost potravin a pitný režim, Návyky a v neposlední řadě také Změna stravovacích návyků. 8 z 10 respondentů si připravují stravu sami, pouze dva respondenti si nechají obědy dovážet z restaurace, jídelny a pečovatelské služby. Důvod je u jednoho respondenta takový, že je zvyklý na dovážené jídlo, u dalšího je, že si stravu nedokáže připravit sám. S tímto se shodují s výzkumem Ondráčkové (2017) z její diplomové práce. Tam uvádí: *"Komunikační partneři si všichni připravují jídlo sami, až na výjimky, kdy jedí v restauraci nebo jim jídlo poskytne někdo z rodiny. Sami rozhodují také o tom, jaké potraviny si nakoupí, to ostatně byla i podmínka výběru komunikačních partnerů do tohoto výzkumu"*. Myslím si, že většina seniorů, kteří žijí ve svém bytě či domě, si bude obstarávat stravu sama. Je jen malá část, která to nezvládne. Podle mého předpokladu jsou senioři, kteří to už nezvládají, v nějaké pobytové sociální službě.

Pitný režim je důležité téma nejen u seniorů, ale i u celé populace. Patří také ke zdravému stravování a je nezbytný k prevenci nemocnosti. To je také důvod, proč jsem se na tuto část zaměřila i ve svém výzkumu. Je však obecně známo, že senioři velmi často zapomínají dodržovat pitný režim. Je to hlavně kvůli sníženému pocitu žízně. V mém výzkumu mi respondenti ale odpověděli, že většina z nich pít nezapomíná a vše dodržují. To ukazují odpovědi 4 respondentů, jejichž pitný režim je za den 1,5 litru. Další 3 respondenti uvedli, že vypijí za den 2 litry tekutin. Jedna respondentka dokonce 3 litry. Jak sama tvrdí, pije opravdu hodně a s pitím nemá problém. Má ráda vodu s citronem. Ovšem 2 respondenti vypijí sotva třičtvrtě litru vody za den, což je opravdu málo. Jak sami přiznávají, musí si pití upomínat. Ovšem jsou dny, kdy vypijí třeba jen 2 malé skleničky. To je opravdu špatné a senior může být dehydratován. Toto také potvrzuje ve své bakalářské práci Kahounová (2021), která popisuje, jak se všeobecné sestry starají o pitný režim seniorů v DS. Uvádí: *"Všechny dotazované všeobecné sestry si uvědomují důležitost tekutin a následků způsobených dehydratací"*. Také uvádí, že všeobecné sestry musí seniory více nutit k pití a hlídat některé klienty. Ve své publikaci Kalvach et al. (2011) popisuje, že je nutné seniory pobízet k lepšímu pitnému režimu, a to i v důsledku skutečnosti, že staří lidé nemají takový pocit žízně. S publikací Kalvacha et al. (2011) a bakalářskou prací Kahounové (2021) se můj výzkum shoduje pouze u některých respondentů. Většina mých respondentů totiž pitný režim dodržuje. Podle mého tomu napomáhá také pravidelný pohyb, díky němuž mají senioři větší pocit žízně.

Změna stravovacích návyků u seniorů. Odpovědi na tuto otázku jsem zanalyzovala tak, že jedna polovina své stravovací návyky změnila a druhá ne. 5 respondentů uvádějících změnu nejvíce ovlivnil větší výběr potravin v dnešní době. Jde zejména o zeleninu, ovoce či mléčné výrobky.

Respondenti vyrůstali v poválečné době, kdy byl nedostatek potravin. Proto se jejich návyky na stáří změnily. Zazněla i odpověď: *“Řekla bych že ano, čím více jsem starší, tím se jídlu věnuju víc”*. Ovšem druhá polovina respondentů odpověděla, že jejich stravovací návyky zůstaly stejné. Vaří tak, jak je naučily jejich maminky. To tvrdí i jedna respondentka: *“Vařím, tak jak moje máma, takže žádná změna u mě nenastala”*. Podobně uvádí i Ondráčková (2017): *“Stravovací návyky komunikačních partnerů byly utvářeny rodinou, ve které vyrůstali, převážně matkou nebo babičkou”*. Překvapilo mě, že jsem měla ve svém výzkumu respondenty, kterým se stravovací návyky nezměnily. Myslela jsem si, že právě větším výběrem potravin se návyky musí změnit vždy.

VO4: Mají senioři dostatek financí k nákupu zdravých a kvalitních potravin?

K poslední výzkumné otázce, která se týká financí, jsem přiřadila kódy Nákup potravin, Výdělečná činnost a Sociální dávky. Tyto tři kódy se týkají ekonomické situace. Dle mého výzkumu mohu sdělit, že dotazovaní senioři si z větší části kupují spíše kvalitnější a dražší potraviny. Uvedlo tak 6 respondentů. Další 3 respondenti uvedli, že raději nakupují ve slevách a ty nejlevnější potraviny. Důvodem je zejména nutnost nakládat šetrně s penězi, aby vystačili se svými příjmy, eventuálně potřeba šetřit v případě nouze. To podobně uvádí také Ondráčková (2017) ve své práci. A to, že senioři kvalitní a čerstvé potraviny nahrazují těmi levnějšími a nekvalitními. Šetřivost lze poznat na zelenině, ovoci či rybách. Jen jediný respondent, jak sám uvedl, bere ohled na cenu i na kvalitu. Kupuje to, co má rád, na co je zvyklý, zároveň když něco hodně zdraží, začne kupovat něco jiného. V práci Ondráčkové (2017) je také uvedeno: *“Dalším aspektem při výběru potravin byla cena. Cenu, jako rozhodující faktor při nákupu potravin, uvedlo pět dotazovaných seniorů”*. U většiny mých respondentů cena nerozhoduje, ale podle mého názoru je také rozhodující faktor to, zda bydlí senioři sami, s partnerem, a také v jakém kraji je prováděn výzkum. Dalším rozhodujícím faktorem může být to, zda si senioři ještě při pobírání SD vydělávají. Na tuto otázku jsem dostala odpovědi, že z 10 respondentů 4 si ještě přivydělávají. To také zkoumala Hricišinová (2020) ve své bakalářské práci. Uvedla: *“Z výsledného šetření bylo zjištěno, že respondenti buď pobírají starobní důchod samostatně nebo současně se zaměstnáním nebo podnikáním. 46 respondentů pobírá starobní důchod samostatně, 45 současně se zaměstnáním či podnikáním. Ostatní zdroje příjmů žádný z respondentů nevyužívá”*. Z tohoto zkoumání vyplývá, že většina mých respondentů kupuje kvalitnější potraviny. Důvody, proč si je mohou dovolit, jsou pobírání SD a práce dohromady či soužití dvou partnerů, tím pádem ze dvou starobních důchodů dohromady je vyšší příjem.

11 ZÁVĚR

Tato bakalářská práce s názvem “Stravování a výživa seniorů” byla zaměřena na zdravé stravování a výživu seniorů, kteří bydlí v domácím prostředí. Prostřednictvím kvalitativního výzkumu, polostrukturovaných rozhovorů, jsem se dostala k výsledkům od zkoumaných respondentů. Rozhovory byly vedeny s 10 seniory, z toho 5 z nich bydlí s partnerem a druhá polovina bez partnera. Rozhovory jsem vedla s respondenty sama, vždy v jejich domácím prostředí. Ráda bych upozornila, že výzkum mé práce se nedá zobecňovat. V této práci jsou uvedeny subjektivní názory seniorů, a to hlavně z důvodu malého vzorku mého výzkumu.

Výsledek mého zkoumání je, že většina respondentů má dobrý vztah ke zdravému stravování. Povědomí seniorů o zdravém stravování je na dobré úrovni. Někteří se o tuto problematiku sami zajímají, a to z jakýchkoliv důvodů, proto je jejich strava pestrá, plná živin a vitaminů. Avšak to neplatí pouze o stravě, celkově jejich životospráva je plná pohybu, dobré kondice, zařazení zdravých potravin do jejich stravy a dodržování případných omezení. Druhá část jsou ti senioři, jejichž zdravý životní styl je horší, je to dáno buď věkem či větší nadváhou. Jsou ale i senioři, kteří na své stravě nic nemění, proto jejich strava není zdravá a výživná. Důvodem je, že nechtějí přidat do stravy zdravé potraviny, nebo také nemohou kvůli jejich ekonomické situaci. Další důvod je z mého pohledu stereotyp, který si nesou z dětství a dospívání. Myslím si, že ekonomická situace seniorů je ale převážně na vyšší úrovni než dříve. Jsou ale přesto výjimky. A to ti senioři, kteří nemají moc našetřeno z dob jejich výdělečné činnosti, či bydlí sami, bez partnera v bytě, kdy musí platit výdaje s tím spojené. Z mých výsledků rozhovorů také vyplynulo, že jsou senioři obeznámeni ohledně zdravého stravování a při nějakých potížích vědí, kam si zajít pro radu. To je z mého pohledu velice důležité.

Na závěr bych chtěla podotknout, že senioři mají vyšší věk a také hodně prožito. Jsou na konci své etapy života. Z toho důvodu je jasné, že někteří nechtějí řešit svou výživu, kterou celý život brali jako obživu a nehleděli na to, zda je to dobré pro jejich organismus. Vzhledem k tomu, že senioři v tomto ohledu věří asi nejvíce praktikům či specializovaným poradnám, doporučila bych jim, aby seniory, a to i ty budoucí, více informovali o zdravé životosprávě. Je potřeba naučit je, jak se správně stravovat či dodržovat zdravou životosprávu. Dále bych doporučila, aby se zřídily nějaké organizace, či poradny, např. v rámci klubu seniorů, které by pomáhaly seniorům se zdravou výživou a stravováním. Náplní práce těchto organizací by mohlo být např. informovat seniory, co je zdravé stravování a výživa, jak si udržet zdravý životní styl ve vyšším věku a s různými omezeními, jaké potraviny jsou k tomu vhodné či kurzy vaření zdravých

pokrmů. Do těchto organizací by mohli být senioři posílání v rámci preventivních prohlídek od praktického lékaře.

12 POUŽITÁ LITERATURA

12.1 Primární zdroje

ARNOLDOVÁ, Anna, 2012. *Sociální zabezpečení I: sociální zabezpečení v České republice, lékařská posudková služba, pojistné, systémy sociálního zabezpečení*. Aktuální legislativa. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3724-9.

ČEVELA, Rostislav; KALVACH, Zdeněk a ČELEDOVÁ, Libuše, 2012. *Sociální gerontologie: úvod do problematiky*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3901-4.

ČEVELA, Rostislav a Libuše ČELEDOVÁ, 2014. *Sociální gerontologie: východiska ke zdravotní politice a podpoře zdraví ve stáří*. Praha: Grada. 240 s. ISBN 978-80-247-4544-2.

HENDL, Jan, 2023. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. Páté, přepracované vydání. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-1968-2.

HROZENSKÁ, Martina a Dagmar DVOŘÁČKOVÁ, 2013. *Sociální péče o seniory*. Praha: Grada. 191 s. ISBN 978-80-247-4139-0.

KALVACH, Zdeněk, 2011. *Křehký pacient a primární péče*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4026-3.

KÁŇOVÁ, Marcela a BEZDĚK, Kamil, 2021. *Klinická výživa*. Ostrava: Ostravská univerzita. ISBN 978-80-7599-227-7.

KLEVETOVÁ, Dana, 2017. *Motivační prvky při práci se seniory*. 2., přepracované vydání. Sestra. Praha: Grada Publishing. 224 s. ISBN 978-80-271-0102-3.

KOHOUT, Pavel; HAVEL, Eduard; MATĚJOVIČ, Martin a ŠENKYŘÍK, Michal (ed.), 2021. *Klinická výživa*. Praha: Galén. 944 s. ISBN 978-80-7492-555-9.

KOZEL, Roman; MYNÁŘOVÁ, Lenka a SVOBODOVÁ, Hana, 2011. *Moderní metody a techniky marketingového výzkumu*. Expert. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3527-6.

KREBS, Vojtěch, 2015. *Sociální politika*. 6., přepracované a aktualizované vydání. Praha: Wolters Kluwer. ISBN 978-80-7478-921-2.

MIŠOVIČ, Ján, 2019. *Kvalitativní výzkum se zaměřením na polostrukturovaný rozhovor*. Studijní texty., 72. svazek. Praha: Slon. ISBN 978-80-7419-285-2.

VÁGNEROVÁ, Tereza, 2020. *Výživa v geriatрии a gerontologii*. Praha: Karolinum. 198 s. ISBN 978-80-246-4620-6.

VOSTRÝ, Michal a VETEŠKA, Jaroslav, 2021. *Kognitivní rehabilitace seniorů: psychosociální a edukační souvislosti*. Praha: Grada. 176 s. ISBN 978-80-271-2866-2.

ZLATOHLÁVEK, Lukáš, 2019. *Klinická dietologie a výživa*. Druhé rozšířené vydání. Medicus. Praha: Current media. ISBN 978-80-88129-44-8.

12.2 Internetové zdroje

ČESKO, 2004. Zákon č. 96/2004 Sb., o nelékařských zdravotnických povoláních. Online. In: *Zákony pro lidi*. © AION CS, s.r.o. 2010–2024. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2004-96>. [cit. 2024-03-10].

ČESKO, 2006. Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. Online. In: *Zákony pro lidi*. © AION CS, s.r.o. 2010–2024. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-108>. [cit. 2024-03-10].

IRZ, Xavier, et al, 2016. Beyond Wishful Thinking: Integrating Consumer Preferences in the Assessment of Dietary Recommendations. *PLoS One*. Online. San Francisco, CA: Public Library of Science. 11(6), ISSN 1932-6203. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4928961/>. [cit. 2024-04-14].

ŘIHÁČEK, Tomáš; ČERMÁK, Ivo; HYTYCH, Roman a kolektiv, 2013. *Kvalitativní analýza textů: čtyři přístupy*. Online. Masarykova univerzita v Brně. ISBN 978-80-210-6382-2. Dostupné z: [https://dl1.cuni.cz/pluginfile.php/504618/mod_resource/content/3/Kvalitativni-analyza-textu\(1\).pdf](https://dl1.cuni.cz/pluginfile.php/504618/mod_resource/content/3/Kvalitativni-analyza-textu(1).pdf). [cit. 2024-04-14].

12.3 Ostatní

HRICIŠINOVÁ, Barbora, 2020. Pojetí práce v seniorském věku [online]. Terezín [cit. 2024-04-14]. Bakalářská práce. Vysoká škola aplikované psychologie s. r. o. Doc. ThDr. Patrik Maturkanič, PhD. Dostupné z: <https://theses.cz/id/vsyawg/37787387>

KAHOUNOVÁ, Dagmar, 2021. Saturace potřeby výživy u seniorů v domovech pro seniory [online]. České Budějovice [cit. 2024-04-14]. Bakalářská práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta. PhDr. Věra Stasková, Ph.D. – UOP. Dostupné z: https://theses.cz/id/jf70qc/BP_Kahounova.pdf

ONDRÁČKOVÁ, Miroslava, 2017. Socioekonomické aspekty výživy seniorů [online]. České Budějovice [cit. 2024-04-14]. Diplomová práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta. doc. Ing. Iva Brabcová, Ph.D. Dostupné z: https://theses.cz/id/4by4ls/DP_Ondr_kov_Socioekonomick_aspekty_v_ivy_senior_.pdf

PŘIKRYLOVÁ, Markéta, 2014. Senioři a preventivní prohlídky v ordinaci praktického lékaře pro dospělé [online]. Brno [cit. 2024-04-14]. Diplomová práce. Masarykova univerzita v Brně, Lékařská fakulta. PhDr. Michaela Schneiderová. Dostupné z: https://is.muni.cz/th/eszj/diplomka_hotovo_Prikrylova_v01k_tisku_DO_ISU_ULOZ.pdf.

STÁVKOVÁ, Jana, 2012. Výživa ve stáří [online]. Brno [cit. 2024-04-14]. Diplomová práce. Masarykova univerzita v Brně, Lékařská fakulta. prof. MUDr. Zuzana Derflerová Brázdová, DrSc. Dostupné z: https://is.muni.cz/th/gj23c/DIPLOMOVA_PRACE.pdf

13 PŘÍLOHY

Příloha A – *Otázky k rozhovoru* (autorka, 2024)57

Příloha A – Otázky k rozhovoru (autorka, 2024)

První část – DEMOGRAFICKÉ INFORMACE

1. Kolik Vám je let?
2. Máte nějaké nemoci, které se pojí s jídlem, omezení v jídle, jako např. alergie? Pokud ano, dodržujete dietní opatření?
3. A co váš zdravý životní styl? Máte pravidelný pohyb, nebo sportujete?

Druhá část – INFORMOVANOST O ZDRAVÉ VÝŽIVĚ

4. Myslíte si, že dodržujete zásady zdravé výživy?
5. Na čem myslíte, že se zakládá zdravá výživa?
6. Je podle Vás zdravé stravování dobré a proč?
7. Myslíte si, že existují nějaké rady o stravování pro seniory, kteří mají určité zdravotní problémy? Víte o nich?
8. Znáte nějaká místa, kam s dojít pro radu, jak se zdravě stravovat, a to buď s ohledem na zdravotní problémy, nebo bez nich?

Třetí část – STRAVOVACÍ NÁVYKY

9. Tak teď přejdeme do další části, a to jsou stravovací návyky. První, na co bych se zeptala je, jestli vaříte, nebo si objednáváte z restaurací či sociálních služeb.
10. Jaký je váš běžný stravovací den, jak vypadají vaše snídaně, svačiny, obědy, večeře?
11. Jaké jsou běžné potraviny, které se nejčastěji objevují ve vaší stravě?
12. Teď se zeptám na konzumaci potravin, jak často jíte tyto potraviny v týdnu? První je ovoce, jak ho máte často? Dále zelenina, maso, ryby, vajíčka, mléčné výrobky, luštěniny, pitný režim.
13. Jaké jsou vaše stravovací preference? Co je pro vás v jídle důležité, co nevynecháte při přípravě jídla (např. příprava pokrmu na oleji, sádle, másle...)

Čtvrtá část – STRAVOVACÍ NÁVYKY

14. Tak a teď k další části, a to stravovacím návykům. Jaké jste měla návyky v jídle v dětství/mládí, jaká byla dostupnost potravin, samozřejmě jaká byla dostupnost těch zdravých potravin. Bylo to lepší ve vašem dětství nebo teď?
15. Jaké je vaše oblíbené jídlo z dětství a jaké teď?
16. Mění se vaše stravovací návyky s ohledem na návyky z dětství?

Pátá část – EKONOMICKÁ SITUACE

17. Tak a teď k poslední části. Rozhodujete se při nákupu potravin, jestli koupit dražší a kvalitnější potraviny nebo ty nejlevnější a ve slevě?
18. Pobíráte starobní důchod, nebo pracujete, nebo obojí?
19. Pobíráte i jiné dávky?
20. Bydlíte sama nebo s partnerem?