



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

Jihočeská univerzita
v Českých Budějovicích
University of South Bohemia
in České Budějovice

Socioekonomické aspekty výživy seniorů

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Studijní program:
REHABILITACE

Autor: Bc. Miroslava Ondráčková

Školitel: doc. Ing. Iva Brabcová, Ph.D.

České Budějovice 2017

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji diplomovou práci s názvem **Socioekonomické aspekty výživy seniorů** jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů v seznamu citované literatury.

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

V Českých Budějovicích dne 15. 5. 2017

.....

Miroslava Ondráčková

Poděkování

Na tomto místě bych ráda poděkovala své vedoucí doc. Ing. Ivě Brabcové, Ph.D. za odborné vedení, ochotu a trpělivost při zpracování této práce. Dále bych chtěla poděkovat všem svým komunikačním partnerům, bez kterých by tato práce nemohla vzniknout.

Socioekonomické aspekty výživy seniorů

Abstrakt

Cíl práce: Předkládaná diplomová práce si klade za cíl zjistit znalosti seniorů v oblasti zdravé výživy, mají-li senioři dostatek relevantních informací o racionální výživě, případně z jakých zdrojů by tyto informace nejraději získávali. Dalším cílem je zmapovat nejčastější socioekonomické aspekty, které stravování seniorů ovlivňují.

Způsob dosažení cíle: Pro naplnění cílů práce byla zvolena kvalitativní výzkumná strategie a metoda hloubkového rozhovoru. Výzkumný vzorek byl vybírán metodou účelového výběru a zúčastnilo se ho dvacet dva seniorů, kteří odpovídali zvoleným kritériím. Senioři raného stáří, tedy věk 65 – 74 let, pobírající starobní důchod, samostatně bydlící, zodpovědní za svůj způsob stravování.

Vědecké přínosy práce: Tato diplomová práce by mohla být podnětem pro zdravotní pojišťovny, městské úřady, kluby důchodců nebo neziskové organizace, aby vytvořily prostředí pro aktivní edukaci seniorů v oblasti zdravé výživy, kde by senioři získávali dovednosti v přípravě chutných nutričně vyvážených jídel.

Získané poznatky a závěry: Senioři raného stáří jsou skupinou, která je nejvíce ohrožena obezitou, což způsobují socioekonomické aspekty, kterými byli během života ovlivňováni. Jejich stravovací návyky se začaly utvářet v poválečných letech s nedostatkem potravin. Období dospělosti prožili v socialismu, kdy byl výběr potravin rovněž omezený. V devadesátých letech byli tito senioři ve středním věku a jejich stravovací zvyklosti již byly ukotveny. Ekonomická situace některých seniorů není uspokojivá, takže jejich možnosti zdravě se stravovat jsou velice omezené. Teoretické znalosti v oblasti racionální výživy jsou značné, avšak často chybí seniorům vůle a dovednosti k přípravě nutričně vyvážených a chutných pokrmů. Proto by uvítali interaktivní způsoby edukace, kde by si osvojili potřebné dovednosti a mohli konzultovat své případné dotazy s výživovými specialisty.

Klíčová slova: senior; socioekonomické aspekty; racionální výživa; zdravotní a sociální determinanty; obezita

Socio-economic aspects of senior nutrition

Abstract

Aim of the Thesis: The focus of the presented diploma thesis is to evaluate the knowledge of seniors in the field of healthy nutrition. It is furthermore important to find out, whether the seniors have enough relevant information about rational nutrition and which sources they would like to use to gather information about healthy nutrition. Socio-economic aspects, which lead to senior nutrition, are also monitored.

Means of Achieving the Goal: A quantitative research strategy and an in-depth interview were used to fulfil the aim of the thesis. The research group of twenty-two seniors was chosen by a method of purposeful sampling. The criteria for choosing seniors were an age between 65 – 74 years, old age pension, living alone and a responsibility for their own nutrition.

Scientific Contribution of Work: The results of this thesis could be helpful to health insurance companies, municipal authorities, senior clubs or non-profit organizations which could create an environment for active education of seniors in the field of healthy nutrition. The seniors could learn to prepare tasteful high-nutrition meals.

Outcome of Research and Conclusions: The seniors in their early phase of old age are the most endangered with obesity amongst all age groups. It is caused by the socio-economic aspects they were influenced by during their lives. Their dietary habits started to form in the post-war period with the lack of food. They spent their working lives in the era of socialism, in which the selection of food was also restricted. In the nineteen-nineties, the seniors were in their mid-age and their dietary habits were already established. Theoretical knowledge in the field of rational nutrition is substantial, but the seniors are often not willing or lack the ability to create nutritionally balanced and tasteful meals. Therefore, the seniors would benefit from an interactive means of education with the possibility of learning necessary skills and contacting a nutrition specialist with their questions.

Keywords: senior; socio-economic aspects; rational nutrition; health and social determinants; obesity

Obsah

ÚVOD	8
1 TEORETICKÁ ČÁST	10
1.1 Stáří a stárnutí	10
1.2 Ekonomická situace seniorů	12
1.3 Sociální zabezpečení ve stáří	14
1.4 Zdraví a zdravotní situace	16
1.4.1 Zdravotní péče	17
1.4.2 Zdravotní determinanty a nerovnosti ve zdraví	17
1.4.3 Sociální determinanty a jejich vliv na zdraví.....	19
1.5 Sociální aspekty výživy	22
1.6 Výživa.....	24
1.6.1 Přístupy k výživě	24
1.6.2 Energie a živiny	26
1.6.3 Výživa ve stáří	36
1.6.4 Poruchy výživy seniorů	38
1.6.5 Výživová doporučení	40
1.6.6 Výživová doporučení pro seniory.....	42
2 CÍL PRÁCE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY	45
2.1 Cíl práce	45
2.2 Výzkumné otázky	45
3 OPERACIONALIZACE POJMŮ	46
4 METODIKA	47
4.1 Metodika sběru dat a charakteristika výzkumného souboru.....	47
5 VÝSLEDKY	49
5.1 Představení komunikačních partnerů a jejich zdravotní stav.....	50
5.1.1 Souhrn základních údajů a zdravotního stavu	54
5.2 Orientace v oblasti zdravého stravování.....	55
5.2.1 Souhrn odpovědí na výzkumnou otázku 1.....	60
5.3 Způsob stravování.....	60

5.3.1 Souhrn odpovědí na výzkumnou otázku 2.....	65
5.4 Nákup potravin	65
5.4.1 Souhrn odpovědí na výzkumnou otázku 3.....	69
5.5 Finanční prostředky investované do nákupu potravin	70
5.5.1 Souhrn odpovědí na výzkumnou otázku 4.....	73
5.6 Informovanost a omezení v oblasti zdravé výživy	74
5.6.1 Souhrn odpovědí na výzkumnou otázku 5.....	77
6 DISKUSE.....	79
6.1.1 Orientace seniorů v oblasti zdravého stravování	82
6.1.2 Způsob stravování.....	83
6.1.3 Nákup potravin	85
6.1.4 Finanční prostředky investované do potravin.....	87
6.1.5 Informovanost a omezení v oblasti zdravé výživy	89
7 ZÁVĚR.....	91
6.1 Doporučení pro praxi.....	93
8 SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ.....	94
9 SEZNAM PŘÍLOH.....	106
10 SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK.....	107

Úvod

Motto:

„Člověk se rodí zdrav a všechny nemoci do něj vstupují s jídlem.“

(Hippokrates, 400 let př. n. l.)

Sénium i výživa jsou dva fenomény dnešní doby, které se týkají nebo budou týkat nás všech. Na prožití spokojeného plnohodnotného života ve všech jeho etapách má správná výživa velmi významný podíl, protože je preventabilním faktorem mnoha onemocnění. Strava tedy v určité míře rozhoduje o psychickém i fyzickém zdraví seniorů a o tom jak prožijí své stáří.

Senioři dnešní doby jsou velmi heterogenní skupina. Jsou to aktivní lidé plní sil, v dobrém zdravotním stavu a s velkou chutí do života. Cestují, studují, mají nejrůznější záliby a plány do budoucnosti. Jsou ale také chudí, nemocní, osamělí a závislí na pomoci druhých. Na tuto různorodost má nepochybně vliv i výrazné prodlužování délky lidského života, což samozřejmě klade zvýšené nároky nejen na samotné seniory, ale i na společnost, která by měla napomáhat osobám ve vyšším věku, prožít naplno a ve zdraví své životy.

Výživa je velmi důležitým aspektem zdraví. Na to jakým způsobem se stravujeme, působí celá řada faktorů od počátku našeho života. Již od dětství se utvářejí stravovací zvyklosti, na které působí prostředí, v němž žijeme, rodina, výchova, tradice, zvyky, informace, možnosti, vzdělání, čas, ekonomická situace. Způsob stravování tedy můžeme do jisté míry ovlivnit. Naše rozhodnutí jak se budeme stravovat, ale není vždy zcela svobodné. Vstupují do něj různé intervenující podmínky – sociální, zdravotní a ekonomické determinanty.

Výživa a senioři jsou tedy tématem této práce. Výzkumná studie je zaměřena na socioekonomické aspekty výživy seniorů. Do výzkumného souboru byli zahrnuti senioři raného stáří ve věku 65 až 74 let, žijící v domácím prostředí. Tedy skupina mladších seniorů, u kterých bylo předpokládáno, že velká část z nich je nezávislá na pomoci druhých a jsou tedy sami zodpovědní za svůj jídelníček. Tato skupina seniorů je v kontextu s výzkumem výživy a socioekonomických aspektů specifická i v tom, že jsou to lidé, kteří se narodili v období konce 2. světové války nebo těsně po ní. Svě dětství tedy prožili v poválečných letech s nedostatkem potravin a ve složitém období 50. let. Dospěli byli v letech šedesátých až sedmdesátých a změna režimu je potkala ve středním věku.

Předkládaná práce je zaměřena na seniory a na determinanty, které ovlivňují jejich životy. Na jejich ekonomickou situaci. Na možnosti, které mají, které využívají, případně nevyužívají. Také na výživu obecně a samozřejmě na zdravou výživu. Právě to, co je myšleno termínem zdravá výživa, se v průběhu života seniorů, velmi měnilo.

V teoretické části jsou popsány nejen pojmy a specifika, které se týkají seniorů, ale i zdravotní a sociální determinanty, které ovlivňují celou populaci, tudíž i seniory. Tato část práce se dále věnuje výživě obecně, pohledům na různé výživové styly a výživová doporučení. Zahrnutý jsou zde i některé nemoci, které s výživou bezprostředně souvisejí. Ekonomické aspekty života seniorů jsou zde uvedeny nejen v intencích jejich příjmů, ale také v souvislosti s možnostmi sociálního a zdravotního zabezpečení.

Cílem praktické části je nalézt vztah mezi výživou seniorů a jejich finančními možnostmi, stravovacími návyky, znalostmi racionální výživy a informacemi, které senioři mají k dispozici v této oblasti. Jaký postoj ke zdravé výživě si během života vytvořili. Jak vnímají svoji ekonomickou situaci ve vztahu k výživě. Co je pro ně důležité, jaké mají příležitosti a jaká omezení v oblasti zdravého stravování.

1 Teoretická část

1.1 Stáří a stárnutí

Stárnutí je nezvratný fyziologický proces, který začíná narozením, končí smrtí a týká se každého bez rozdílu, velké diference jsou však ve formě a průběhu tohoto procesu (Manuál aktivního stárnutí, 2012). Podle Langmeiera a Krejčířové (2006) je stárnutí pokles schopností a výkonnosti jedince, které kulminuje v terminálním stádiu a ve smrti. Zatímco Čevela et al. (2014) píše o stárnutí jako o procesech bio-psycho-sociálně-spirituálních, přirozeně involučních a adaptačních změnách, ke kterým dochází v organismu po dosažení sexuální dospělosti, Weber (2000) uvádí stárnutí jako proces, kdy v jednotlivých orgánech probíhají specifické degenerativní, morfologické a funkční změny, jejichž nástup pokračuje různě rychle. Mlýnková (2011) k tomu dodává, že stárnutí je ovlivněno nejen genetickou predispozicí, ale i vnějšími faktory jako jsou například výživa, fyzická aktivita, pracovní zátěž, prostředí, v němž člověk žije, stres apod. Rabušic (1997) píše, že v dějinách lidstva stáří nebylo konstantním prvkem, ale s postupným prodlužováním věku se vydělilo jako nedílná podstata lidského a sociálního života. Topinková (2005) doplňuje, že stáří v současné době není výsada jen několika mála vyvolených, ale dožívá se ho velmi početná skupina obyvatel.

Vymezit pojem stáří však není vůbec jednoduché. Vlastní stáří dělíme do etap. Jednotlivé etapy nejsou u různých autorů identické a vliv na to má jednoznačně i demografický vývoj společnosti. Langmeier a Krejčířová (2006) dělí stáří na dvě etapy. 1. etapa 65 – 74 let je jimi označována jako rané stáří a 2. etapa 75 let a více je označována jako pravé stáří. Dvouetapové rozdělení používá Vágnerová (2007). Naproti tomu Holmerová et al. (2003) dělí stáří na tři etapy. Věk 60 – 74 let je pro tyto autory počínající stáří, věk 75 – 89 let nazývá vlastní stáří a věk 90 let a více označuje jako dlouhověkost. Tři etapové rozdělení stáří používá i Světová zdravotnická organizace WHO (Mlýnková, 2011).

V souvislosti se stářím obvykle rozlišujeme stáří biologické, sociální a kalendářní (Kalvach et al., 2004). Podle Langmeira a Krejčířové (2006) jsou nejnapadnější biologické projevy stárnutí, které je možné pozorovat ve všech tkáních a buňkách. Dále tyto autoři pokračují, že odpověď na otázku, kdy je člověka možné pokládat za starého není jednoduchá, protože v období stáří se více než v jiných obdobích projevují rozdíly mezi jedinci. Zatímco někteří lidé jsou ve vysokém věku fyzicky i duševně zdatní, jiní mohou vykazovat různé známky degenerace organismu (Langmeier a Krejčířová, 2006).

Roslowski (2005) potvrzuje, že proces stárnutí probíhá u lidí různě a dodává, že kalendářní věk často není identický s biologickým věkem. Dále pokračuje, že mnozí lidé jsou schopni udržet si značnou fyzickou a intelektuální obratnost až do pozdního věku, zatímco jsou jedinci, kteří vykazují projevy stárnutí mnohem dříve. Podle Pacovského (1990) ovlivňují proces stárnutí především tři skupiny vlivů. Do první skupiny řadí autor působení vnějších vlivů, tj. prostředí, v němž žijeme, životosprávu, působení virů a bakterií, pracovní zátěž a stres, jež v průběhu života máme. Do druhé skupiny Pacovský (1990) zařadil působení vnitřních vlivů, což je zejména genetická dispozice a metabolismus jedince. Jako třetí vliv uvádí poruchy integrace a organizace organismu, různé nemoci zřejmě stárnutí urychlují (Pacovský, 1990). Křivohlavý (2011) uvádí, že stáří by mělo být chápáno jako organická součást životní cesty a o tom, jak tuto fázi života člověk prožije, se rozhoduje v celém předcházejícím životě, od narození.

Stáří je také spojeno se sociálními změnami, mezi nevýznamnější patří podle Dvořáčkové (2012) odchod do starobního důchodu a velmi často i úmrtí partnera. Sýkorová (2007) uvádí, že odchod do penze ovlivňuje i ekonomickou situaci seniora a smrt partnera tuto situaci často ještě zhoršuje, navíc s odchodem manžela nebo manželky často odejde i pocit bezpečí, radosti a společného sdílení. Mlýnková (2011) vidí mimo jiné také pozitiva. Seniori nemusí docházet do práce a spolu s tím jim odpadá i mnoho povinností a mají dostatek času věnovat se volnočasovým aktivitám, na které dříve neměli čas (Mlýnková, 2011).

Kalvach et al. (2004) uvádí, že kalendářní stáří je pojem, kdy se na člověka nahlíží z pohledu dosažení určitého společností stanoveného věku. Hranice tohoto věku se postupně přizpůsobuje rozložení obyvatel v dané společnosti a průměrné délce života (Kalvach et al., 2004).

Jak se mění rozložení obyvatelstva a průměrná délka života ukazuje demografický vývoj, uvádí Dimitrová (2007). Janečková a Hnilicová (2009) vysvětlují, že demografie se zabývá popisem obyvatelstva a shromažďuje údaje o jeho struktuře a vývoji. Dále pak autorky pokračují, že podle demografických údajů v období 90. let 20. století nastala postupně změna životního stylu, která vedla k demografickým změnám ve společnosti. Ve stejné době také poklesla porodnost, zkvalitnila se lékařská péče, zlepšily se životní podmínky a snížila úmrtnost, což Dimitrová (2007) uvádí jako faktor prodloužení délky lidského života. Čevela et al. (2014) potvrzují a doplňují, že se v této souvislosti prodlužuje střední délka života, což je naděje na dožití, kterou má člověk při narození nebo v jiných fázích života, takže dochází a nadále bude docházet ke stárnutí obyvatelstva

České republiky (dále jen ČR). Zatímco Janečková a Hnilicová (2009) uvádějí 14,1 % obyvatel starších 65 let, v roce 2014 je to již podle ČSÚ (2016) 17,4 % obyvatel a v roce 2016 již 18,3 % obyvatel (ČSÚ, 2017a). V roce 2050 by podle Čevely et al., (2014) počet obyvatel starších 65 let měl být téměř dvojnásobný a dosahovat tak až k 30 % populace.

V evropském kontextu to potvrzují i Giacalone et al. (2016), a dále uvádějí, že vzhledem k této skutečnosti je důležité zaměřit se na nutriční potřebu seniorů v souvislosti s jejich zdravým stárnutím a se zachováním kvality života starší populace. Vitoux et al. (2012) k tomu doplňují, že senioři jsou skupina spotřebitelů, kteří mají velký tržní potenciál, kterému by se měla přizpůsobit společnost a zajistit dostatečný výběr ekonomicky dostupných potravin, které budou splňovat nejen nutriční potřeby, ale i chuťové požadavky seniorů.

1.2 Ekonomická situace seniorů

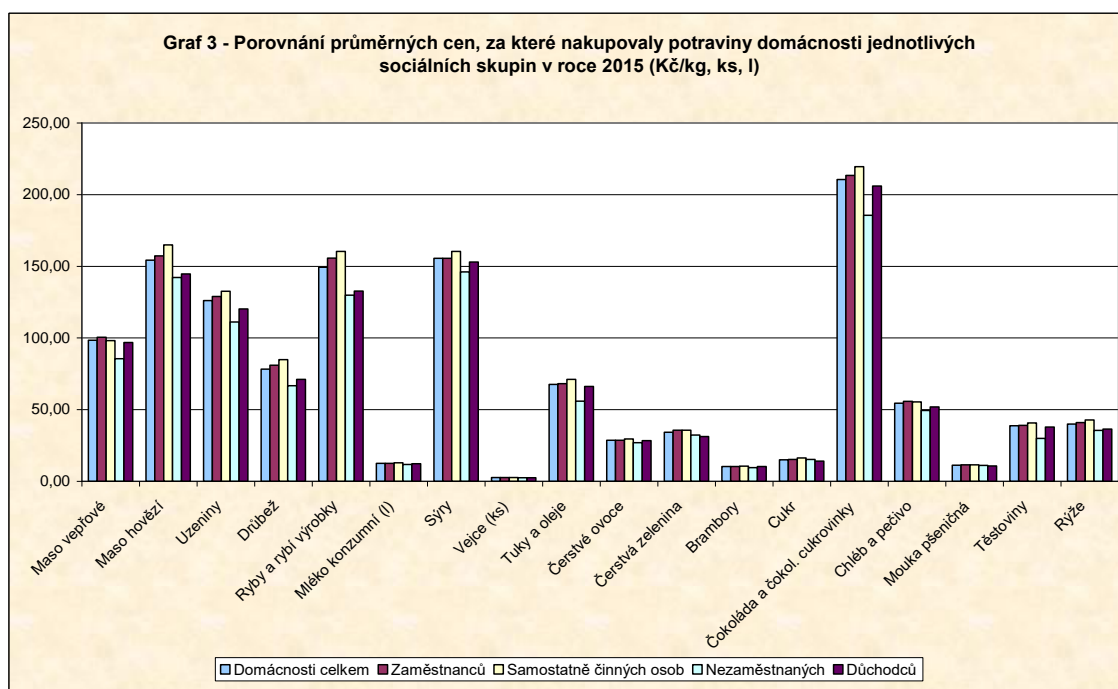
Ekonomická situace seniora je ovlivněna různými kritérii. Sak a Kolesárová (2012) jako hlavní kritéria uvádějí několik skutečností. Podle těchto autorů záleží na tom, zda je senior zaměstnán, případně zda je zaměstnán a souběžně pobírá starobní důchod. Dále je dle nich důležité, zda senior bydlí ve vlastním nebo pronajatém bytě a žije-li sám či s partnerem, protože pak jsou společné výdaje pokrývány dvěma příjmy. V neposlední řadě je determinující i seniorův zdravotní stav a z něho vyplývající náklady na léčení (Sak a Kolesárová, 2012). Sýkorová (2007) upozorňuje, že penzionování významně omezuje přístup seniorů k finančním prostředkům zajišťujícím jejich soběstačnost.

Rozdíly mezi finanční situací seniorů pobírajících důchod a ekonomicky aktivní populací, dokládá statistika ČSÚ. Podle této statistiky v roce 2013 byl příjem na spotřební jednotku, (tzv. ekvalizovaný příjem) 8 001, - až 10 000, - Kč u 7 % starobních důchodců, osoby ve věku 50+ tuto částku měly ve 4 %. Příjem 10 001, - až 12 000, - Kč dosahovalo 19 % seniorů a 7 % osob ve věku 50+. Částka 12 001, - až 15 000, - Kč připadá 34 % starobních důchodců a u osob ve věku 50+ jen 13 %, příjem ve výši 15 001, - až 20 000,- Kč má 27 % starobních důchodců, u osob 50+ je to 28 %. Částka 20 001, - až 30 000,- Kč už připadá pouze 8 % starobních důchodců, zatímco osoby 50+ mají v této kategorii největší zastoupení a to 30 %. Na 14 % osob 50+ vychází částka 30 001, - Kč a více, zde již ale starobní důchodci nejsou procentuálně uvedeni (ČSÚ, 2013). Srovnání seniorů s dalšími věkovými skupinami dle ČSÚ (2013), uvádím v Příloze 1.

Dále ČSÚ (2015) specifikuje ve statistice rodinných účtů průměrný čistý měsíční příjem důchodce ve 4. čtvrtletí 2015 na 12 361, - Kč a průměrné měsíční výdaje důchodce

na potraviny, nápoje a veřejné stravování na 3 148, - Kč, což představuje zhruba jednu čtvrtinu jejich měsíčního rozpočtu.

Sekavová (2016) v obr. 1 uvádí, za jakou částku jednotlivé domácnosti nakupují potraviny. Vysvětluje, že vedle ekonomické situace domácnosti (tj. příjmové úrovně a ekonomické stability), působí při nákupu potravin celá řada dalších vlivů. Jsou to podle autorky spotřební zvyklosti, preference určitých potravin v dané kvalitě a ceně, nákupní místo, nákupy v různých akcích, nákupy do zásoby, nákupy ve slevách apod. Průměrné ceny tudíž nejsou totožné s cenami spotřebitelskými, publikovanými ČSÚ a zcela logicky se liší i v jednotlivých typech domácností (Sekavová, 2016).



Průměrná cena je vypočtena jako podíl vydání a tržní spotřeby dané potraviny v domácnostech. Pramen: ČSÚ - Statistika rodinných účtů, 2016; výpočty ÚZEI.

Obr. 1 Průměrné ceny potravin, za které je nakupovaly jednotlivé sociální skupiny.

Zdroj: Sekavová (2016)

Dále Sekavová (2016) vysvětluje, že se významně liší průměrné ceny, za které nakupují potraviny jednotlivé typy domácností, domácnosti ekonomicky silnější a stabilnější nakupují dražší potraviny než domácnosti ekonomicky slabší. Obr. 1 ukazuje, že nejlevnější potraviny nakupují domácnosti nezaměstnaných, levněji také nakupují i domácnosti důchodců (Sekavová, 2016).

Čevela et al. (2014) v souvislosti s ekonomickou situací připomínají, že někteří senioři nemají dostatek vlastních prostředků a proto je zajištění adekvátního příjmu, který je slučitelný s lidskou důstojností, důležitým pilířem sociálního zabezpečení.

1.3 Sociální zabezpečení ve stáří

Kahoun et al. (2014) vysvětlují, že sociální zabezpečení poskytuje pomoc lidem v případě stáří, nemoci, nezaměstnanosti, zdravotního poškození a invalidity, pracovního úrazu, nemoci z povolání, těhotenství a mateřství, rodičovství a úmrtí živitele. Dále Čevela et al. (2012) doplňují, že v rámci transformace systému sociálního zabezpečení byly vytvořeny tři pilíře. Jednotlivé pilíře se podle těchto autorů od sebe liší tím, jakou sociální situaci řeší, jakým způsobem jsou financovány a organizačně zajišťovány. Jde o systém sociálního pojištění, systém státní sociální podpory a systém sociální pomoci (Čevela et al., 2012).

Hmotné zabezpečení ve stáří je garantováno systémem sociálního pojištění a dle Kahouna et al. (2014) sociální pojištění řeší jak krátkodobé sociální události - nemoc, nezaměstnanost a mateřství, tak sociální události dlouhodobé - invaliditu, ovdovění a stáří. Převážná většina osob vyššího věku je zabezpečena prostřednictvím důchodového pojištění a pobírají tak starobní, invalidní, vdovský nebo vdovecký důchod (Kahoun et al., 2014). Čevela et al. (2012) uvádějí, že nárok na starobní důchod má občan ČR, který dosáhl důchodového věku a získal potřebnou dobu pojištění. Pokračují, že věk pro odchod do důchodu je v současné době odlišný pro muže a ženy. Ženy mají navíc rozdílný důchodový věk podle počtu vychovaných dětí, což se ale dle Čevely et al. (2014) změní, protože postupně se věk odchodu do důchodu pro muže a ženy vyrovnává a v roce 2041 již bude totožný. V současné době je využívána i možnost předčasného starobního důchodu, který je trvale krácen snížením procentní výměry, což je sankce za předčasné pobírání finančních prostředků (Kahoun et al., 2014). Nárok na předčasný důchod podle Důchodové pojištění (2015) vzniká potřebnou délkou pojištění, pokud k dosažení důchodového věku chybí nejvíce 3 roky a v případě, že je důchodový věk nižší než 63 let. Jestliže důchodový věk je alespoň 63 let, tak po dosažení 60 let s možným odchodem o 5 let dříve (Důchodové pojištění, 2015).

Senior může dále, jestliže splní zákonem stanovené podmínky, využívat příspěvek na bydlení, který spadá do systému státní sociální podpory (Krebs, 2007). Autor dále uvádí, že příspěvek na bydlení je testovaná opakující se dávka, na níž má nárok osoba (osoby), která je vlastníkem či nájemníkem bytu, v tomto bytě je přihlášena k trvalému pobytu a její náklady na bydlení přesahují částku, která je součinem rozhodného příjmu a koeficientu 0,30 (0,35 Praha). Tato částka nesmí být vyšší než reálné oprávněné náklady vzniklé s provozem a užíváním bytu (Krebs, 2007).

Další dávky může senior pobírat ze systému sociální pomoci, uvádí Hrozenková a Dvořáčková (2013) a dále pokračují, že v první řadě je to příspěvek na péči. Tento příspěvek může podle zákona 108/2006 Sb., o sociálních službách pobírat osoba závislá na pomoci jiné fyzické osoby z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu. Dále je v tomto zákoně uvedeno, že o příspěvku a jeho výši rozhoduje krajská pobočka Úřadu práce. Výše příspěvku se podle tohoto zákona odvíjí od dosaženého stupně závislosti, který se vyhodnocuje podle schopnosti zvládat základní životní potřeby. Jsou to mobilita, orientace, komunikace, stravování, oblékání a obouvání, tělesná hygiena, výkon fyziologické potřeby, péče o zdraví, osobní aktivity a péče o domácnost (Zákon č. 108/2006 Sb.).

Způsob hodnocení schopnosti zvládat základní životní potřeby je uveden ve vyhlášce č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách. Dle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách jsou stupně závislosti čtyři a osoby starší 18 let mohou mít buďto lehkou závislost, kde měsíční příspěvek na péči činí 880,- Kč, středně těžkou závislost s příspěvkem 4 400,- Kč, těžkou závislost s příspěvkem 8 800,- a úplnou závislost, kde je příspěvek ve výši 13 200,- Kč. Stupeň závislosti je dle zákona 108/2006 Sb. o sociálních službách vyhodnocován na základě neschopnosti zvládat jednotlivé základní životní potřeby.

Od nezávládnutí tři nebo čtyř – lehká závislost až po úplnou závislost s nezávládnutím devíti nebo desíti základních životních potřeb (Zákon č. 108/2006 Sb.). Hrozenková a Dvořáčková (2013) ještě upřesňují, že příspěvek na péči se vyplácí měsíčně a je hrazen ze státního rozpočtu. Senioři mohou dle zákona č.108/2006 Sb., o sociálních službách využívat základní sociální poradenství, které poskytují všechny druhy sociálních služeb a odborné sociální poradenství v poradnách pro seniory. Dle tohoto zákona se řídí i služba sociální péče, která pomáhá seniorům zajistit fyzickou a psychickou soběstačnost. Služby vhodné pro seniory jsou především osobní asistence, pečovatelská služba, tísňová péče, odlehčovací služby, domovy pro seniory a sociálně aktivizační služby pro seniory (Zákon č. 108/2006 Sb.).

V souvislosti s výše uvedenými službami je velmi důležitá práce sociálního pracovníka a Dvořáčková (2012) uvádí, že sociální pracovník je součástí multidisciplinárního týmu. Mühlpachr (2006) doplňuje, že sociální práce se uplatňuje i při včasné preventivní pomoci a proto má být práce se seniorem zaměřena na posilování samostatnosti a povzbuzování k aktivitě. K tomu dodává Papežová (2010), že práce

sociálních pracovníků se rozšiřuje do oblasti různých druhů terapií, jako jsou například trénování paměti, reminiscence, arteterapie, muzikoterapie a další činnosti.

Dále má senior se zdravotním postižením možnost, dle zákona č. 329/2011 Sb., o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením, ve znění pozdějších předpisů, čerpat příspěvek na mobilitu, příspěvek na zvláštní pomůcku a být držitelem průkazu pro osoby se zdravotním postižením. Podmínky, za kterých může osoba tento příspěvek čerpat, jsou uvedeny v tomto zákoně (Zdravotní postižení, 2016). Další dávky, které může senior využít, jsou příspěvek na živobytí, doplatek na bydlení a mimořádná okamžitá pomoc, tyto dávky upravuje zákon č. 111/2006 Sb., o pomoci v hmotné nouzi, ve znění pozdějších předpisů, zákon č. 110/2006 Sb., o životním a existenčním minimu, ve znění pozdějších předpisů a vyhláška 389/2011 Sb. o provedení některých ustanovení zákona o pomoci v hmotné nouzi (Pomoc v hmotné nouzi, 2015).

1.4 Zdraví a zdravotní situace

Pojmem zdraví a jeho definicí se zabývá mnoho autorů (Vokurka et al. 2007, Taylor a Field, 2007, Holčík, 2009, Křivohlavý, 2009). Dle Holčíka (2009) je přesné vymezení zdraví obtížné, protože je to pojem dynamický a v průběhu let se mění. Z tohoto důvodu, pokračuje Holčík (2009), byla definice zdraví Světové zdravotnické organizace (WHO) z roku 1948, že „*zdraví je stav úplné tělesné, duševní a sociální pohody, nikoli pouze nepřítomnost nemoci nebo tělesné vady*“ (in Vokurka et al., 2007, s. 501), již několikrát kritizována, protože nebere v potaz spirituální a etické dimenze zdraví. Duchovní stránku již uvádí ve svém vymezení pojmu zdraví Křivohlavý (2001). Pro něho je zdraví celkový tělesný, psychický, sociální a duchovní stav člověka umožňující mu dosahovat optimální kvalitu života. K posunu a jistému zobecnění dochází u Křivohlavého (2009), kdy uvádí, že zdraví je celkový stav člověka, kdy je dosahována optimální kvalita života jedince bez ohrožení zdraví druhých osob. Velmi jednoduše a výstižně se k tomu vyjádřili Taylor a Field (2007), pro ně je zdraví prostředek každodenníhožití. Dle Čevely et al. (2014) není zdraví jednoznačně definováno a způsobů, kterými na něj můžeme nahlížet, je mnoho. Lidstvo se dle těchto autorů odedávna snažilo ovlivňovat svůj osud, zachovat si zdraví a v nemoci najít úlevu od bolesti. Větší význam se přikládá léčbě, hledaly se však i odpovědi na otázku, co nemoc způsobilo, zdali by se jí dalo předejít a jak prodloužit lidský život (Čevela et al., 2014).

1.4.1 Zdravotní péče

Zdravotní pojištění a zdravotní péče jsou poskytovány dle zákona 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů (Zákon č. 48/1997 Sb.). Dvořáčková (2012) uvádí, že základem zdravotní péče o seniory je primární péče, kterou zajišťuje praktický lékař pro dospělé. V péči o seniory je dle této autorky velmi důležitá jeho spolupráce s rodinou a ostatními složkami primární péče. Dále Dvořáčková (2012) pokračuje, že jsou to například pečovatelská služba, domácí ošetrovatelská péče a různé neziskové organizace, které mohou seniorovi pomáhat. Domácí péče je poskytována na doporučení lékaře a je hrazena z prostředků zdravotního pojištění, poskytovat ji mohou různé agentury, ať už státní, soukromé, městské či charitativní (Dvořáčková, 2012).

Tóthová et al. (2012) uvádějí, že při domácí péči dochází podle tvrzení lékařů a sester k rychlejšímu uzdravení, další výhodou je také lepší spolupráce se seniorem a jeho rodinou. Tato služba může mít oproti hospitalizaci i nevýhody, například vzdálenost bydliště seniora, časovou náročnost, nedostatek pomůcek, ale také i možnost nedodržování léčebného režimu (Tóthová et al., 2012). Tóthová et al. (2012) dále pokračují, že senior může využít ústavní péči, kde jsou geriatrickí pacienti hospitalizováni na různých odděleních, jestliže jeho zdravotní stav mu neumožňuje léčení v domácím prostředí.

Kalvach et al. (2008) ale v souvislosti s hospitalizací seniorů varují před tzv. geriatrickým hospitalizmem, kdy v důsledku dlouhodobého omezení pohybových aktivit, může dojít k rozvoji imobilizačního syndromu. Čevela et al. (2014), také poukazují na to, že geriatrickí pacienti a jejich pečující rodiny se často obtížně orientují v labyrintu zdravotnických služeb, kompetencí a odborností. Často proto podle těchto autorů vznikají nedorozumění mezi lékaři, pacienty a jejich rodinami. Zdravotní služby a podmínky jejich poskytování upravuje zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách), ve znění pozdějších předpisů (Zákon 372/2011 Sb.)

1.4.2 Zdravotní determinanty a nerovnosti ve zdraví

Kukačka (2010, s. 3) má v úvodu své knihy Udržitelnost zdraví motto Abrahama Lincolna: „Zdraví, ze kterého se těšíte, je věcí vašeho rozhodnutí.“ Po zamyšlení nad

tímto mottem nás, ale musí napadnout otázka, zda všichni máme možnost rozhodovat o svém zdraví, zda všichni mají nebo mohou mít stejné možnosti pečovat o své zdraví.

Čevela et al. (2014) uvádějí, že WHO z důvodu nerovnosti ve zdraví výstižně formulovala v péči o něj dva cíle, jeden úrovnový, to znamená usilovat o co nejvyšší úroveň zdraví populace a jeden variační, snažit se omezovat zdravotní rozdíly mezi sociálními skupinami. Čevela et al. (2014) dále vysvětlují, že úrovnový cíl se podle WHO dělí ještě na tři dílčí cíle: přidat roky životu – prodloužení života a snižování úmrtnosti, přidat zdraví létům – snižovat nemocnost a snažit se, aby lidé žili co nejdéle ve zdraví a přidat život létům – zvyšovat kvalitu života, žít tvůrčí lidský život. Druhý cíl - variační, pokračují autoři ve vysvětlování, chce omezovat rozdíly v přístupu ke zdraví. Tento cíl vychází z poznání, že ve společnosti jsou skupiny, které odráží nerovné sociální postavení a nerovnou redistribuci zdrojů (Čevela et al., 2014). Kebza (2005) k odlišnostem a nerovnostem ve zdraví uvádí, že podle WHO i podle většiny Ústav rozvinutých zemí má každý právo žít zdravý a dlouhý život, potíž je ale v tom, že obecně mezi lidmi i speciálně ve vztahu ke zdraví je mnoho rozdílů.

Skutečné nerovnosti ve zdraví jsou důsledkem rozdílu životních podmínek, ať již sociálních, ekonomických, behaviorálních nebo psychologických pokračuje Kebza (2005) a také upozorňuje na skutečnost, že skupina lidí s oslabeným zdravím nebo se závažnou nemocí je ohrožením pro celou společnost. Starfield (2011) k tomu dodává, že rozdíly ve zdraví jsou nespravedlivé a nepřiměřené, ať už se na ně pohlíží z jakéhokoliv oboru - ekonomie, zdravotnictví, medicíny nebo z principů etiky či filosofie. Kebza (2005) dále pokračuje, že v oblasti zdraví jde především o identifikaci ovlivnitelných faktorů a o odstranění nebo alespoň zmírnění nežádoucích rozdílů.

V tomto duchu také postupuje WHO, která v dokumentu Zdraví 21 – zdraví pro všechny uvádí, že nejvýznamnějším zdravotním rizikovým faktorem je chudoba a rozdělení společnosti podle příjmů, tato sociální nespravedlnost, by se měla řešit zlepšením životní úrovně tohoto obyvatelstva, aby péče o zdraví byla zajišťována rovnoprávně pro všechny sociální, věkové, národnostní, etnické a další deprimované skupiny obyvatel (Zdraví pro všechny v 21. století, 2008). Brabcová a Vacková (2013) doplňují, že vzhledem k potřebnosti hledání příčin nerovností ve zdraví založila WHO Komisi pro sociální determinanty zdraví (Commission on Social Determinants of Health).

Čevela et al. (2014) poukazují na situaci v ČR, kde se v souvislosti se zdravím občanů, řeší spíše ekonomická situace ve zdravotnictví. Výzkumné studie však podle těchto autorů ukazují, že zdravotnictví není tím hlavním, co má vliv na naše zdraví, spíše

bychom se měli zaměřovat na životní styl – pohyb a výživu, životní prostředí, ekonomickou situaci a životní hodnoty lidí. Frouz a Moldan (2015) dodávají, že každý člověk má určitý genotyp, který je dán pohlavím, etnikem či osobními dispozicemi a má dopad na náchylnost k poruchám zdraví nebo naopak na odolnost vůči nim. Čeledová a Čevela (2010) vysvětlují, že genetická výbava je u každého jedince daná, ale promítají se do ní vlivy přírodního a společenského prostředí i určitý způsob života včetně výživových zvyklostí. Čevela et al. (2009) rozdělují determinanty ovlivňující zdraví na čtyři základní kategorie. Jsou to životní styl a osobní chování, kam patří i výživa, ovlivňují zdraví z 50 – 60 %, genetický základ 10 – 15 %, socioekonomické a životní prostředí 20 – 25 % a zdravotnická péče a služby 10 – 15 % (Čevela et al., 2009). Jandačková a Vařechová (2014) uvádějí, že na zdravotní stav člověka působí osobnostní faktory, společenské a ekonomické faktory a v neposlední řadě i vliv životního prostředí. Holmerová (2014) pojímá determinanty zdraví jako faktory ovlivňující onemocnění především ve stáří. Mimo genetiky a vnějších vlivů uvádí tato autorka i involuční změny, jako například ochabování tělesných tkání doprovázené úbytkem sil. Dále pak psychické příčiny, což jsou deprese, ztráta blízkého člověka, problémy v rodině, vlastní přičinění – nevhodná strava, alkohol, kouření, nedostatek pohybu a sociální příčiny – bytové problémy, finanční nejistota, špatné sociální podmínky nebo pocit nepotřebnosti (Holmerová, 2014).

1.4.3 Sociální determinanty a jejich vliv na zdraví

Jak název napovídá, sociální determinanty kladou důraz na zkoumání sociálních podmínek, které ovlivňují zdraví osob a dle WHO (2016a) to jsou podmínky, ve kterých se lidé narodí, vyrůstají, žijí, pracují a stárnou. Na tyto podmínky působí různé okolnosti, jako například rozdělení peněz, moci a zdrojů, ať už na světové, celostátní nebo místní úrovni (WHO, 2016a). Brabcová a Vacková (2013) uvádějí, že nedobré sociální podmínky jsou důvodem předčasných úmrtí a nemocí. Dle Vackové et al. (2012) WHO právě přes tyto sociální determinanty koncipuje strategii zlepšení nerovnosti ve zdraví. Ve spolupráci s WHO vznikla i koncepce sociálních determinant zdraví publikovaných Richardem Wilkinsonem a Michaelem Marmotem. Ti přišli v publikaci *The Solid Facts: Social Determinants of Health* s koncepcí deseti sociálních determinant, které nejvíce ohrožují zdraví populace. Je to sociální gradient, stres, dětství, sociální vyloučení, práce, nezaměstnanost, sociální opora, závislosti, výživa a doprava (Wilkinson a Marmot, 2003).

Později v letech 2005 – 2008 se Michael Marmot stal předsedou Komise pro sociální determinanty zdraví (Commission on Social Determinants of Health), která si dala za cíl upozornit vlády a společnost na sociální determinanty zdraví a navrhnout jim vytváření lepších sociálních podmínek se zaměřením na nejvíce ohrožené osoby (Janatová a Uličná, 2008). Model sociálních determinant zdraví a nerovnosti vytvořený touto komisí, uvádím v Příloze 2. V souladu s politikou Komise WHO byl vytvořen projekt Determine, což je široká iniciativa na podporu rovnosti ve zdraví prostřednictvím konkrétních aktivit v oblasti sociálně ekonomických determinant zdraví, do které se zapojilo 26 evropských zemí (Janatová a Uličná, 2008).

Jak již bylo zmiňováno výše Wilkinson a Marmot (2003) uvádějí deset sociálních determinant zdraví.

První z nich je sociální gradient. Chudé socioekonomické podmínky ovlivňující zdraví po celý život je podle Wilkinsona a Marmota (2005) znevýhodnění, které může mít mnoho podob. Od nedostatku rodinného majetku, přes nedostatečné vzdělání, nejisté nebo život ohrožující zaměstnání, bydlení v chudinské čtvrti až po náročné životní situace nebo minimální penzi (Wilkinson a Marmot, 2005). Nováková (2011) za sociální gradient považuje kvalitu bydlení, výši příjmů, vzdělání, zaměstnání, ale také socioekonomický status, o kterém Čeledová a Čevela (2010) píší, že čím je vyšší, tím je větší pravděpodobnost dožití se vyššího věku.

Druhá sociální determinanta je představována mírou stresu. Praško (2003) označuje stres jako reakci organismu na zatěžující nebo ohrožující situace. Geisselhart a Hofmann-Burkart (2006) dodávají, že vnímání stresu je subjektivní a záleží i na momentální psychické situaci daného jedince. Praško a Prašková (2007) rozlišují eustres - přijatelný stres, který pomáhá překonávat překážky a oproti tomu distres – negativní při nezvládnutí věcí a z přetížení. Wilkinson a Marmot (2005) doplňují, že dlouhodobý stres zvyšuje pravděpodobnost předčasného úmrtí.

Jako třetí sociální determinantu uvádí Wilkinson a Marmot (2005) dětství. Dle Vágnerové (2000) vývoj lidského jedince začíná početím a až do smrti je ovlivněn dědičnými dispozicemi a působením sociálního prostředí. Vágnerová (2012) vysvětluje, že dětství je období intenzivního tělesného, duševního a sociálního rozvoje, při němž dochází k utváření osobnosti člověka. Wilkinson a Marmot (2005) zdůrazňují, že špatné podmínky během těhotenství a raného dětství se mohou stát zdravotním rizikem pro celý další život jedince a projevit se až v pozdějším věku.

Čtvrtou sociální determinantou je sociální vyloučení a Wilkinson a Marmot (2005) uvádějí, že chudoba, sociální vyloučení a diskriminace zkracují život tím, že způsobují utrpení a zášť. Dzúrová et al. (2015) dodávají, že lidé ve vyloučených lokalitách jsou více ohroženi kriminalitou, konzumací alkoholu, drog a sexuálním zneužíváním. Čevela et al. (2014) upozorňují, že sociální izolace se může stát problémem zejména ve vyšším věku v návaznosti na snižující se soběstačnost, takže jsou ohroženi i senioři.

V pořadí pátá sociální determinanta v pojetí Wilkinsona a Marmota (2005) je práce. Stres na pracovišti nebo ztráta zaměstnání zvyšuje riziko onemocnění a vliv na zdraví má i adekvátní odměna za práci, ta je totiž pro osoby často vyjádřením nejen finančního ohodnocení, ale i míry uznání, statusu a sebehodnocení (Wilkinson a Marmot, 2005). Podle Gillernové et al. (2011) je práce faktor, který má vliv na sebevědomí a životní spokojenost jedince.

Nezaměstnanost je další, šestá sociální determinanta, která je podle Malindové (2011) vysoce stresující a má obrovský dopad na fyzické a psychické zdraví osob. Novosad (2002) dokonce uvádí, že nezaměstnanost může vyvolat psychosomatické onemocnění. Čevela et al. (2014) upozorňují na skutečnost, že podobný vliv na zdraví jedince jako nezaměstnanost se může stát odchod do starobního důchodu. Faktory, které na míru nezaměstnanosti působí, jsou podle Brabcové a Vackové (2013) například vzdělání, věk a pohlaví, proto častěji postihuje ženy, mladé lidi nebo naopak seniory. Dle Francové a Novotného (2008), vhodná celospolečenská výchova posiluje prevenci nezaměstnanosti.

V pořadí sedmá sociální determinanta je dle Wilkinsona a Marmota (2005) sociální opora. Velký psychologický slovník Hartla a Hartlové (2010) uvádí, že sociální podpora je vztahová síť v blízkém okolí člověka, která mimo jiné pomáhá v krizových životních situacích. Čevela et al. (2014) specifikují, že experimentální studie prokázaly, že sociální opora pomáhá čelit pesimismu a odstraňuje pocit osamění. To potvrzují i Křivohlavý (2002) a Jandačková a Vařechová (2014), sociální opora je velmi významný pozitivní faktor, který ovlivňuje kvalitu života. Wilkinson a Marmot (2005) uvádějí, že přátelství, dobré sociální vztahy a pevné sociální sítě přispívají k lepšímu zdraví i v pozdním věku. K tomu Matoušek (2003) dodává, že sociální oporu může posilovat zaměstnavatel, komunita, okruh známých či přátelé a rodina.

Závislost je osmá sociální determinanta zdraví. Nešpor (2011) popisuje závislost jako silnou touhu - bažení (craving), užívat návykovou látku, přičemž závislé osoby mají problém v sebeovládání a zanedbávají své ostatní zájmy. Dle Hájka et al. (2004) závislost

vzniká tím, že drogy obecně, se vyznačují schopností navodit potřebu opakovaného užívání. Wilkinson a Marmot (2005) pokračují, že je prokázána příčinná souvislost mezi ekonomickými a sociálními podmínkami a vznikem závislosti. Čeledová a Čevela (2010) doplňují, že užívání drog je zdravotně rizikové a může vést až k sociálnímu vyloučení.

Výživa, tak nazvali Wilkinson a Marmot (2005) předposlední, devátou sociální determinantu. Autoři ve své publikaci upozorňují na to, že zdravá výživa se stala politickým problémem, protože zásobování potravinami je kontrolováno globálním trhem a z obchodu s potravinami se stal velký byznys. Sociální a hospodářské podmínky přispívají k nerovnostem v přístupu k čerstvým potravinám a ekonomicky slabší osoby nahrazují čerstvé kvalitní potraviny levnějšími a nekvalitními (Wilkinson a Marmot, 2005). Čevela et al. (2014) upozorňují, že špatná výživa ohrožuje nízkopříjmové skupiny nejen nedostatkem potravy, ale i nadměrnou spotřebou nezdravé potravy obsahující mnoho živočišných tuků a cukrů, takže paradoxně vzniká situace, kdy nedostatečná výživa způsobuje obezitu. Velemínský et al. (2009) varuje, že nesprávná výživa v dětství má vliv na riziko vzniku chorob v dospělosti a v seniorském věku, což je prokázáno mnohými výzkumy. Čeledová a Čevela (2010) k tomu dodávají, že správné stravovací návyky mají velký význam pro zdravý a dlouhý život. Machová a Kubátová et al. (2015) vysvětlují nutnost dostatečného přísunu živin, vitamínů a minerálů, ale upozorňují, že příjem energie by měl odpovídat jejímu výdeji. Výživa má dle těchto autorů bezesporu velký význam pro zdraví člověka od jeho početí až po stáří. Vzhledem k tématu této práce se jí budu podrobněji zabývat v následující kapitole.

Poslední desátá sociální determinanta zdraví je doprava a Wilkinson a Marmot (2005) vidí zdravou dopravu v omezení používání automobilů, větším využíváním jízdy na kole a chůze, to vše s podporou lepší veřejné dopravy. Dopravu spojenou se zdravým fyzickým pohybem autoři doporučují také vzhledem k tomu, že se obecně snížila tělesná námaha (Wilkinson a Marmot, 2003). Čevela et al. (2014) dále pokračují, že podpora veřejné dopravy je nezbytná i vzhledem k tomu, že ji často využívají starší věkové skupiny obyvatel a osoby zdravotně a sociálně znevýhodněné.

1.5 Sociální aspekty výživy

Jídlo je základní biologická potřeba člověka a také základní předpoklad života, uvádí Chudárková (2013) a dále pokračuje, že v průběhu historie se postupně z biologické potřeby vyvinul i aspekt sociální. Jídlo mělo a má obrovský význam ve všech lidských společnostech (Chudárková, 2013). Hledání potravy, lovení zvěře a příprava jídla byly

vždy součástí každodenního života lidí, ovšem výběr a množství se měnily v průběhu historie, ovlivněny kulturou, válkami a především náboženstvím (Chudárková, 2013). Halík (2006) upřesňuje, že jídlo se často stávalo součástí náboženských rituálů, různá náboženství určují, která jídla jsou čistá, která nečistá nebo dokonce zapovězená. Dále Halík (2006) dodává, že Ježíšův odkaz učedníkům se také odehrál při společném jídle – Poslední večeři. Jídlo tedy souvisí nejen s tělesnou a duševní stránkou, ale i se stránkou duchovní a posléze si jídlo získalo sociální a socializační charakter (Halík, 2006). Podle Dvořákové-Janů (1999) se tomu tak dělo již při sbírání plodů, lovení zvěře či sklizení úrody. Halík (2006) dále pokračuje, že u společného jídla se schází rodiny (i když podotýká, že v dnešní době to někdy neplatí), řeší se při něm důležité otázky i banální věci. U jídla se často scházejí státníci i akademici a mezinárodně rozšířený název akademických setkání – symposium – je odvozený od řeckého slova symposion, společné pití, hostina (Halík, 2006). Je tedy jisté, že jídlo má důležitou komunikativní funkci a často slouží jako výraz sociokulturní identifikace a druhy podávaného jídla mohou identifikovat sociální skupinu, třídu nebo kastu dodávají Fraňková a Dvořáková-Janů (2003).

Jaký máme postoj k jídlu, formují podle Fraňkové a Dvořákové-Janů (2003) tyto determinanty: je to vliv rodičů, sociální vlivy, kulturní prostředí, působení osob z prostředí mimo rodinu, ekonomická situace a sdělovací prostředky. Čevela et al. (2014) upozorňují, že právě sdělovací prostředky a různé nabídky supermarketů jsou důležitým aspektem v ovlivňování výběru jídla. Fraňková a Dvořáková-Janů (2003) pokračují, že způsob života rodiny a její vliv na stravovací zvyklosti jsou závislé na mnoha činitelích, které na rodinu působí. Jsou to, pokračují autorky, socioekonomická úroveň, dosažitelnost potravních zdrojů, emoční klima rodiny a interakce mezi nimi. Důležitá je organizace denního režimu, zájem o výživu a spolu s tím i o tělesné a duševní zdraví, vliv sourozenců, postoje rodičů k jídlu, výchovný styl v rodině (Fraňková a Dvořáková-Janů, 2003).

Tyto autorky si myslí, že velmi důležitý aspekt v nutriční výchově člověka je vlastní pozorování chování dospělých, dítě si podle nich všímá, zda má dospělý k jídlu úctu, co dospělí jedí, zda je to v souladu s tím, co nabízejí dítěti, zda se jídlom plýtvá. Velmi častá je i forma používání jídla z jiných, než nutričních důvodů, znamená to, že různé dobroty slouží jako odměna a naopak je někdy jídlo odpíráno jako trest (Fraňková, Dvořáková-Janů, 2003). Nutriční návyky pak ovlivňují jedince po celý jeho život a Irz et al. (2014) potvrzují, že zdravější způsob stravování mají ti senioři, kteří získali zdravé nutriční

návyky v dětství. Další aspekty, které se podílejí na správné volbě potravin, jsou dle Irze et al. (2014) dostatečné informační zdroje, vzdělání, ženské pohlaví a to, že člověk nežije sám.

1.6 Výživa

Výživou rozumíme dle Stránského a Ryšavé (2014) procesy, kterými organismus přijímá látky, jež jsou nezbytné pro stavbu a obnovu orgánů a pro udržování všech životně důležitých pochodů.

1.6.1 Přístupy k výživě

Postoj k jídlu a výživa v dětství ovlivňují délku života a fyzický i psychický stav člověka ve stáří (Fraňková a Dvořáková-Janů, 2003). Velmi nebezpečná je zejména podvýživa v raném věku, ta má nepříznivý stav na organismus jednice a dokáže způsobit nenávratné poškození fyzického a duševního zdraví, což má zcela zásadní vliv na zdraví v dospělosti a ve stáří (Fraňková, Dvořáková-Janů 2003). Tyto autorky dále popisují vytváření si postojů k výživě během života. Zatímco některým lidem mnoho nezáleží na tom, co jedí, jiní se stávají nutričními osobnostmi, což jsou podle Fraňkové a Dvořákové-Janů (2003) individuality ve vztahu k výživě. Lidé mají rozdílné postoje vůči jídlu, zapojení výživy do životního stylu, individuální rozdíly v regulaci příjmu potravy, systém preferencí, averzí a nutričních zvyklostí (Fraňková, Dvořáková-Janů, 2003).

Vzhledem k těmto nutričním preferencím, zvyklostem a averzím je způsob výživy osob velmi rozmanitý, jedním z těchto způsobů je podle Stránského a Ryšavé (2014) vegetariánství. Jak uvádí Kastnerová (2014) vegetariánství má oporu v některých náboženstvích, kde kladným prvkem je celkový přístup k životu. Stránský a Ryšavá (2014) dále pokračují, že ve vegetariánské stravě se konzumují potraviny rostlinného původu, což přináší mnoho výhod – vegetariáni bývají střídmější ve stravě i v životních nárocích, často nekouří, nepijí alkohol nebo jen omezeně. Kastnerová (2014), ale upozorňuje, že vegetariánská výživa má i svá negativa, velkým úskalím této formy výživy je možný nedostatek některých důležitých látek, zejména vitamínu B12, železa a zinku. Vegetarián tedy musí velmi dobře znát nutriční hodnoty potravin a mít pestrou a rozmanitou stravu (Kastnerová, 2014).

Stránský a Ryšavá (2014) doplňují, že jednou z méně přísných forem vegetariánství je laktovegetariánství, kde kromě potravin rostlinného původu je možno konzumovat

mléko, mléčné výrobky a vejce. Naopak, přísnější forma vegetariánství je veganství, vegani nejedí žádné živočišné produkty ani živočišné tuky (Stránský a Ryšavá, 2014).

Kastnerová (2014) přidává ještě vitariánství, konzumaci rostlinné tepelně neupravené stravy. Podle Stránského a Ryšavé (2014) i Kastnerové (2014) by ale v každém případě měli vegetariáni a tím spíše vegani a vitariáni eliminovat deficit některých látek příjmem vhodných doplňků stravy.

Další možnosti stravování přináší makrobiotika, což není jen stravovací návyk, ale i filosofie, jejíž kolébkou jsou Tibet a Čína, jak uvádí Kukačka (2010). Makrobiotická strava je vegetariánská strava založená na rovnováze potravin „jin“ a „jang“ a hlavní složkou potravy je celozrnná rýže, obilniny a zelenina, úskalím tohoto stravování je však nedostatek vápníku, železa a některých vitamínů (Kastnerová, 2014).

Odlisný druh stravování přinesla dělená strava, americký lékař Howard Hay vytvořil teorii, podle níž nemohou být sacharidy a bílkoviny v těle současně štěpeny a vstřebávány (Stránský a Ryšavá, 2014). Stránský a Ryšavá (2014) i Kastnerová (2014) k tomu dodávají, že tato teorie ale nemá vědecké opodstatnění.

Kastnerová (2014) uvádí ještě další typy stravování je to například stravování podle krevních skupin, podle této teorie každá krevní skupina má doporučené, neutrální a zakázané potraviny.

Při stravování podle metabolických typů se dle Kastnerové (2014) lidé dělí do metabolických typů, kde pro každý metabolický typ jsou vhodné, méně vhodné a nevhodné potraviny.

Autorka také zmiňuje stravování podle tradiční čínské medicíny nebo podle ajurvédy, kdy jsou lidé rozděleni podle konstitučních typů, podle nichž jsou pro ně vhodné a nevhodné některé potraviny (Kastnerová, 2014).

Dle Stránského a Ryšavé (2014) existují různé důvody pro výše uvedené typy stravování. Jsou to například náboženské důvody, právo zvířat na život, odmítání hromadného chovu, odpor k masu, uvolnění duchovních sil, snížení sexuálního instinktu, zvyky, prevence některých onemocnění nebo redukce váhy (Stránský a Ryšavá, 2014).

Kukačka (2010) uvádí, že nejčastějším přístupem k výživě, která je v dnešní době doporučována většinou lékařů a nutričních poradců, je racionální výživa (racionální – rozumu odpovídající). Je to výživa, která odpovídá potřebám organismu co do kvality i do kvantity a podle věku by se měla měnit kvantita a kvalita výživy (Kukačka, 2010). Podle Konopky (2004) by měla být racionální výživa mnohostranná pestrá strava, ale v rozumném množství, měla by obsahovat méně tuků a tučných výrobků, jídlo by mělo

být lehce kořeněné, ale ne přesolené. Dále je doporučováno omezit sladkosti, zvýšit podíl celozrnných výrobků, jíst dostatek zeleniny a ovoce, méně živočišných a více rostlinných tuků, málo alkoholu, vše připravit esteticky a jíst častěji a méně (Konopka, 2004). Kukačka (2010) zastává názor, že moderní racionální výživa by měla být směsí různých výživových stylů respektující individuální potřeby jedince v závislosti na jeho pohlaví, věku, fyzické aktivitě, genetických dispozicích a aktuálnímu zdravotnímu stavu.

Moderní racionální výživa má rovněž respektovat vědecké objevy a opustit zastaralá pravidla a přežitá obecná doporučení (Kukačka, 2010). K tomu Fraňková a Dvořáková-Janů (2003) dodávají, že člověk se svými jídelními zvyky by se měl přizpůsobovat měnícím se kulturním, ekonomickým a společenským poměrům. Socio-materiální změny prostředí však nejdou vždy ruku v ruce se socio-kulturními vzorci chování, takže mnoho obyvatel v průmyslově vyspělých zemích se stravuje stejně, jako se stravovali těžce pracující lidé v agrárně řemeslné společnosti (Fraňková a Dvořáková-Janů, 2003). Příčina je podle těchto autorek v tom, že jídelní vzory vznikly v preindustriální době a ne v dnešním hypertechnickém světě, to pak často vede k tzv., „sebevraždě za pomoci vidličky a nože“ (Fraňková a Dvořáková-Janů, 2003). Na toto tvrzení autorek bych ráda navázala později, v části, která se bude věnovat civilizačním onemocněním.

1.6.2 Energie a živiny

V souvislosti s termínem výživa bychom si měli objasnit nejdůležitější pojmy, které jsou s ní spojeny. Kohout et al. (2010) popisují termín bazální (základní) energetický výdej, jako nejnižší energetický výdej organismu těsně po probuzení. Dále autoři vysvětlují, že termický efekt potravy je nárůst energetického výdeje po příjmu potravy, což znamená, že po příjmu potravy dochází k metabolismu (látkové přeměně) jednotlivých složek potravy, termický efekt se uvádí v %, přičemž nejmenší mají tuky a největší bílkoviny. Součtem bazálního metabolismu, termického efektu, fyzických aktivit, přítomných chorob a stresu organismu dojdeme k energetické potřebě organismu, uvádí dále autor.

Tato energetická potřeba by měla být ve vyváženém poměru s příjmem potravy (Kohout et al, 2010). Energetická potřeba organismu je dle Stránského a Ryšavé (2014) odlišná u mužů a žen, muži v důsledku vyššího množství bez tukové tkáně ji mají cca o 10 % vyšší. Mění se také v průběhu života a po 65 roce klesá, Stránský a Ryšavá (2014), ale upozorňují, že zvláště v této věkové skupině jsou velké rozdíly, protože někteří senioři jsou tělesně aktivní srovnatelně s mladšími věkovými skupinami. Na

druhou stranu se zde nacházejí i osoby s výrazně omezenou pohybovou činností (Stránský a Ryšavá, 2014). Grofová (2011) vysvětluje, že množství energie (přijaté i vydané) se vyjadřuje kilojoulech – kJ, někdy v kilokaloriích – kcal, přičemž 1 kcal je 4,18 kJ. K tomu Kudelová et al. (2009) doplňují, že doporučený průměrný denní příjem energie je 9500 kJ, liší se ale v závislosti na věku, pohlaví, fyzické aktivitě, fyziologickém stavu a dalších aspektech.

Energetická potřeba organismu je zajišťována stravou, uvádějí Svačina et al. (2008), jejíž složky se označují jako živiny neboli nutrienty. Ty se dělí podle těchto autorů na makronutrienty a mikronutrienty. Makronutrienty jsou nositeli energie a patří mezi ně bílkoviny – proteiny, tuky – lipidy a cukry – sacharidy (Svačina et al., 2008). Mikronutrienty - vitamíny, minerální látky a stopové prvky, jsou nezbytným klíčem všech reakcí v lidském těle, ačkoliv nemají žádnou energetickou hodnotu a potřebné množství v organismu je velmi malé (Astl et al., 2009).

Bílkoviny dle Stránského a Ryšavé (2014) jsou vysokomolekulární látky skládající se z aminokyselin, kterých obsahují různý počet - od několika desítek až po několik tisíc. Důležité však je, že obsahují tzv. esenciální aminokyseliny, ty jsou pro organismus nezbytné a lze je získat pouze potravou, tělo si je neumí vyrobit samo, zatímco neesenciální bílkoviny si organismus dokáže vyrobit (Stránský a Ryšavá, 2014). Esenciálních aminokyselin je v organismu devět a jsou vzájemně nezastupitelné a každá z nich plní důležitou funkci, pokračují autoři a dále dodávají, že bílkoviny plní v organismu důležité funkce, jsou to stavební látky pro tělesné tkáně a buňky, zdroj energie, látky pro tvorbu hormonů a enzymů, udržují osmotickou rovnováhu, jsou součástí protilátek a látek ovlivňujících srážení krve. Také to jsou transportní prostředky pro tuky, železo a vitamíny v tucích rozpustné a v neposlední řadě hrají i důležitou roli v acidobazické rovnováze organismu (Stránský a Ryšavá, 2014).

Vokurka a Hugo (2007) vysvětlují, že acidobazická rovnováha je rovnováha mezi kyselými a zásaditými látkami v organismu, její porušení má vliv na transportní mechanismy, aktivitu enzymů a další. Nerovnováha se označuje jako acidóza nebo alkalóza a může být příčinnou různých nemocí (Vokurka a Hugo, 2007). Dle Kastnerové (2014) je energetická hodnota bílkovin 17 kJ nebo 4 kcal v 1g bílkovin a člověk za fyziologických podmínek potřebuje 0,6 až 0,8 g bílkovin na 1kg tělesné váhy a den. Bílkoviny, jako zdroj energie by se měly podílet 10 až 15% z celkového příjmu energie, dle věku, stavu a výdeji organismu (Kastnerová, 2014). Kukačka (2010) uvádí, že denní

příjem bílkovin je často diskutovaný a u těžce pracujících a sportovců se někdy doporučuje 2 až 3 g bílkovin na 1 kg váhy.

Příliš vysoká spotřeba bílkovin ale není žádoucí, protože přetěžuje játra a ledviny, zanedbatelné není ani riziko osteoporózy vyvolané ztrátami vápníku, protože vápník pak organismus musí odebírat z kostí, aby mohl neutralizovat aminokyseliny (Kukačka, 2010). Na druhou stranu, nedostatek bílkovin negativně ovlivňuje svalovou hmotu a Hlavatá (2016) upozorňuje na častý nedostatek bílkovin u seniorů. Seniori by měli přijímat v potravě 1g bílkovin na 1 kg váhy (Hlavatá, 2016). Dle Floriánkové (2014) dokonce až 1,25 g na kg váhy.

Bílkoviny jsou stavebním materiálem pro svaly, zkracují dobu rekonvalescence a jsou prevencí pádů (Hlavatá, 2016). Larsen (2016) dodává, že nedostatek proteinů u seniorů zvětšuje riziko infekcí, oslabuje imunitní systém a snižuje mobilitu. Stránský a Ryšavá (2014) upřesňují, že seniori by měli mít v potravě zastoupeny z větší části rostlinné proteiny, z důvodu snazšího trávení, i když poměr pro ostatní populaci je doporučován 1:1. Autoři uvádějí, že zdrojem živočišných proteinů jsou vejce, mléko, tvrdé sýry, ryby a maso, to především s nižším obsahem tuku, jako je králíci, krůti a kuřecí. Z rostlinných zdrojů bílkovin jsou to fazole, sója, hrách, čočka, zelené řasy, rýže, ořechy (Stránská a Ryšavá, 2014). Trávení proteinů je započato v žaludku, pokračuje v tenkém střevě a odtud se jednotlivé aminokyseliny dostávají krevním řečištěm přes játra do cílových tkání (Kukačka, 2010).

Tuky jsou obvykle hlavním zdrojem energie, tvoří energetickou rezervu v tukové tkáni a v případě potřeby se mohou uvolňovat a doplňovat ji, uvádí Fraňková a Dvořáková-Janů (2003) a dále pokračují, že jsou také součástí hormonů a důležité i pro vývoj mozku a jeho činnost. Přebytek tuků je však zdravotním problémem, odráží se nejen ve zvýšené hmotnosti, ale často i ve zvýšené hladině lipidů v krvi, což je rizikovým faktorem vzniku a komplikací koronárních chorob (Fraňková a Dvořáková-Janů, 2003). Kastnerová (2014) uvádí, že tuky plní funkci ochrannou a izolační, chrání orgány před mechanickým poškozením a zabraňují ztrátám tepla a vody, napomáhají také využití vitamínů rozpustných v tucích a jejich energetická hodnota je 9 kcal nebo 38 kJ v 1g tuku (Kastnerová, 2014).

Hlavní součástí tuků jsou mastné kyseliny a mohou být nasycené a nenasycené, pokračuje Kukačka (2010), nenasycené mastné kyseliny se dělí na polynenasycené a mono nenasycené, přičemž ideální poměr nenasycených a nasycených mastných kyselin v potravě by měl být 3:1. Ze zdravotního hlediska jsou významné polynenasycené

masné kyseliny, organismus není schopen si je sám vytvořit a musí je přijímat potravou, a proto o nich hovoříme jako o esenciálních mastných kyselinách (Kukačka, 2010). Simopoulos (2011) pokračuje, že důležité esenciální mastné kyseliny jsou zejména omega 3 a omega 6 mastné kyseliny. Omega 3 působí protizánětlivě, snižují srážlivost krve a snižují hladinu tuků v krvi, omega 6 regulují cholesterol (Simopoulos, 2011).

Podle Kukačky (2010) se v závislosti na zdroji dělí tuky na rostlinné a živočišné, přičemž rostlinné tuky obsahují více nenasycených mastných kyselin. Energetický příjem tuků by neměl přesahovat 30 – 35 % energie, ale ani klesnout pod 20 %, uvádí Kohout et al. (2010) a dále pokračuje, že je velmi důležité složení tuků v přijímané potravě, nevhodný je vysoký podíl nasycených mastných kyselina a trans-nenasycených mastných kyselin. Kukačka (2010) dodává, že zvýšit by se měl podíl nenasycených mastných kyselin, zejména omega 3, které jsou obsaženy v tuku mořských ryb, lněných a dýňových semínkách, ořeších a v sóji.

Stránský a Ryšavá (2014) upozorňují na skryté tuky v uzeninách, omáčkách, majonézách a smažených pokrmech. Je tedy vhodné omezit tyto pokrmy, maso spíše dusit než smažit, volit netučná masa, zařazovat do jídelníčku ryby a omezit také množství mléčného tuku, používat spíše rostlinné oleje (Stránský a Ryšavá, 2014).

Kukačka (2010) doporučuje zařadit do jídelníčku i potraviny s obsahem lecitinu, což je vosková látka, která se nachází v sójových bobech, ořeších a žloutku. Lecitin snižuje cholesterol, zabraňuje tvorbě žlučových kamenů a podílí se na mentálních a nervových procesech, doporučuje se proto při problémech s pamětí (Kukačka, 2010).

Kohout et al. (2010) uvádějí, že sacharidy jsou nejvýznamnějším zdrojem energie pro lidský organismus, 1 g sacharidů produkuje 4 kcal, což je 17 kJ. Stránský a Ryšavá (2014) pokračují, že podle složení můžeme dělit sacharidy na monosacharidy, například glukóza a fruktóza, dále na disacharidy, často zmiňovaná sacharóza a laktóza. Pak jsou to oligosacharidy, polysacharidy a heteropolysacharidy (Stránský a Ryšavá, 2014). Kukačka (2010) vysvětluje, že velikost molekul cukrů je různá a proto je odlišná i rychlost vstřebávání cukru do krve, takže rozdílné druhy potravin, v závislosti, jak velké molekuly cukrů obsahují, ovlivňují zvyšování krevního cukru, což nazýváme glykemickým indexem (GI).

Vzhledem k tomu, že naše strava obsahuje většinou rozmanité potraviny s různými GI, mluvíme pak o glykemické zátěži (GZ), což je celkové množství cukru dodaného do těla a následně do krve z potravy, pokračuje Kukačka (2010).

Konzumovat bychom měli potraviny převážně s nízkým GI, aby koncentrace cukru v krvi neměla velké výkyvy a zvyšovala se pomalu a postupně (Kukačka, 2010). Dále Kukačka (2010) uvádí, že trávení sacharidů a jejich štěpení na jednoduché cukry, začíná již v ústech za pomoci slin a látek v nich obsažených, je tedy důležité stravu důkladně v ústech rozmělnit. Štěpení pak pokračuje v duodenu za pomoci pankreatické šťávy a v tenkém střevě jsou pak cukry vstřebávány do krve už jako monosacharidy (Kukačka, 2010).

Stránský a Ryšavá (2014) se shodují s Kukačkou (2010) v tom, že v jídelníčku by měly být zastoupeny zejména polysacharidy s nízkým GI, aby byla zachována konstantní glykemie, navíc dodávají, že nízký GI má především zelenina a celozrnné potraviny. Sacharidy by měly uhradit 55-60 % denního příjmu energie (Stránský a Ryšavá, 2014).

Floriánková (2014) upozorňuje, že s vyšším věkem tolerance na glukózu klesá z důvodu zhoršující se látkové výměny sacharidů, takže senioři by měli být při konzumaci sacharidů, zejména ve formě jednoduchých cukrů obzvláště opatrní. Dále tato autorka vysvětluje, že jednoduché sacharidy jsou rizikovým faktorem pro vznik nadváhy, obezity a diabetu II. typu (Floriánková, 2014). Kukačka (2010) souhlasí a pokračuje, že cukr urychluje stárnutí těla, zhoršuje paměť, vyvolává emoční nestabilitu, způsobuje kvasinková onemocnění a degenerativní procesy oběhové soustavy. Navíc vysoká spotřeba cukru může vyústit až v závislost na cukru (Kukačka, 2010).

Sacharidy podle Fraňkové a Dvořákové-Janů (2003) mohou být stravitelné, částečně stravitelné a nestravitelné. Nestravitelné části (tzv. vláknina) usnadňují průchod potravy a odpadních produktů trávicím ústrojím (Fraňková a Dvořáková-Janů, 2003). Piťha et al. (2012) doplňují, že vláknina je obsažena v potravě rostlinného původu, z důvodu nestravitelnosti není zdrojem energie, ale má v těle jinou významnou funkci. Dále Kukačka (2010) uvádí, že vláknina se dělí na rozpustnou a nerozpustnou.

Nerozpustná vláknina zvětšuje objem stolice, podporuje peristaltiku střev, urychluje průchod natrávené potravy a tím snižuje možnost hniloby natrávených zbytků ve střevech, čímž zmenšuje riziko rakoviny tlustého střeva, uvádí Kukačka (2010) a dále pokračuje, že rozpustná vláknina snižuje žaludeční kyselost, váže vodu, zvětšuje objem stolice a změkčuje ji. Stránský a Ryšavá (2014) pokračují, že vláknina také absorbuje toxické látky a minimalizuje ukládání těchto látek v těle. Vláknina také prodlužuje pocit sytosti, vyžaduje delší a intenzivnější žvýkání, čímž zvyšuje sekreci slin a svými vlastnostmi také přispívá k prevenci řady civilizačních chorob, jsou to například obezita,

hypertenze, zubní kaz, zácpa, hemeroidy, rakovina tlustého střeva a další (Stránský a Ryšavá, 2014).

Vitamíny jsou organické látky nezbytné pro organismus v malých množstvích, které si až na výjimky tělo není schopno vytvářet samo a proto je musíme přijímat potravou (Kastnerová, 2014). Kukačka (2010) uvádí, že vitamíny hrají důležitou úlohu v biochemických procesech organismu, podílejí se na oxidačně-redukčních procesech, čímž plní i určitou ochrannou funkci organismu. Přebytek vitamínů se nazývá hypervitaminóza, nedostatek hypovitaminóza až avitaminóza, kdy určitý vitamín v těle chybí úplně (Kukačka, 2010).

Vzhledem k tomu, že většina vitamínů je velice citlivá na různé fyzikální a chemické vlivy, uvádí Kastnerová (2014), je zapotřebí přijímat vitamíny převážně z čerstvých potravin, protože nevhodné zpracování nebo skladování potravin množství vitamínů může výrazně snižovat.

Kukačka (2010) uvádí, že vitamíny dělíme na rozpustné ve vodě, které se vylučují močí a přebytky tak nezůstávají v organismu, přičemž většina těchto vitamínů je termolabilní a ničí se varem, jsou to vitamíny skupiny B a vitamíny C, H a P (Kukačka, 2010). Posledně jmenovaný P Kastnerová (2014) nezařazuje do vitamínů, ale do látek podobných vitamínům. Druhou skupinou, pokračuje Kukačka (2010), jsou vitamíny rozpustné v tucích A, D, E, K, ty jsou většinou termostabilní a v těle se převážně ukládají v játrech.

Floriánková (2014) uvádí, že příjem vitamínů v seniorském věku je důležitý a strava seniorů by měla být proto pestrá. Mourek et al. (2013) upřesňují, že seniorům hrozí hypovitaminóza, či dokonce avitaminóza způsobená častými poruchami trávicího ústrojí, nechutenstvím, pobytem v nemocnici, či prostou neinformovaností.

Vitamíny skupiny B, kam patří dle Kukačky (2010) B1 (thiamin), je důležitý pro zdraví mozku, má protizánětlivý účinek a je důležitý pro duševní činnost, jeho nedostatek způsobuje zadržování vody v těle, nespavost, nervozitu, bolesti hlavy a zhoršující se paměť. Nejvíce se podle tohoto autora vitamin B1 vyskytuje ve fazolích, vepřovém mase a rýži, odbourává ho alkohol, káva, čaj a cukr.

Vitamín B2 (riboflavin) kladně ovlivňuje zrak, rozlišování barev a noční vidění, je to důležitý antioxidant, nedostatek se projevuje zhoršeným viděním, popraskanými koutky úst, zanícenou pokožkou, je obsažen v kvasnicích mléčných výrobcích a játrech, odbourává ho alkohol, antikoncepce nebo léky na tlášení bolesti (Kukačka, 2010).

Vitamín B3 (niacin), známý též jako kyselina nikotinová, pokračuje dále autor, je důležitý pro činnost nervové soustavy, účastní se syntézy tuků, cukrů a aminokyselin, nedostatek má za následek výpadky paměti, nespavost, nervozitu, deprese, tmavnutí kůže, nejvíce je ho ve skopovém a králičím mase, celozrnném pečivu, otrubách, luštěninách, obilných klíčcích a ořeších, odbouráván je alkoholem a sladkostmi (Kukačka, 2010).

Vitamín B5 (kyselina pantothenová) se účastní metabolismu látek, je potřebná pro zdravou pokožku, vlasy a sliznice, podporuje hojení ran, zdrojem tohoto vitamínu je zelenina, otruby a droždí (Kukačka, 2010).

Vitamín B6 (pyridoxin), je antioxidant, je nepostradatelný při přeměně aminokyselin a důležitý pro centrální nervovou soustavu. Působí na nervové přenašeče, při nedostatku dochází ke křečím, nevolnosti, poruše krvevorbě, obsahují ho obilné klíčky, ořechy, droždí, luštěniny, med, zelenina a játra, odbourávají ho některé léky, steroidy, antikoncepce a ničí ho světelné paprsky (Kukačka, 2010).

Vitamín B12 (kobalamin) se podílí na krvevorbě a rovněž na činnosti nervů a jater. Jeho nedostatek způsobuje poruchu tvorby červených krvinek, narušuje myelinovou vrstvu nervů, obsahují ho játra, skopové maso a žloutky, jako jeden z mála vitamínů se může vytvářet v těle, ničí ho některé léky a antikoncepční tablety (Kukačka, 2010).

Kyselina listová (folacin) je důležitá pro krvevorbě a dělení buněk, nedostatek se projevuje chudokrevností, obsahuje ji zelená zelenina, klíčky, játra, droždí (Kukačka, 2010). Stránský a Ryšavá (2014) upozorňují, že kyselina listová je nestabilní vitamín, jehož ztráty při špatném skladování jsou až 70 %.

Vitamín C (kyselina askorbová) si dle Kukačky (2010), lidský organismus neumí vytvářet ani uchovávat, je nezastupitelný při tvorbě kolagenu, přenáší mastné kyseliny v buňce, je to silný antioxidant – omezuje aktivitu volných radikálů, podílí se na tvorbě hormonů, má protirakovinný a proti sklerotický účinek. Nedostatek způsobuje kurděje, nehojící se rány, nedostatečnou odolnost vůči nemocem a stresu, je obsažen v šípkách, rakytníku, paprice, citrusech, zelí, obecně v ovoci a zelenině, odbourává se alkoholem, větší spotřeba je i při tělesné zátěži (Kukačka, 2010).

Vitamín H (biotin) se uplatňuje při syntéze mastných kyselin a aminokyselin, důležitý je pro zdravou pokožku a nehty, při nedostatku pokožka šupinatá a odlupuje se, zdroj tohoto vitamínu je ve vejcích, játrech, sóje, droždí a houbách (Kukačka, 2010).

Vitamín A (retinol a provitamín beta-karoten) je podle Stránského a Ryšavé (2014) důležitý pro reprodukci, růst, imunitní systém, zlepšuje hojení ran, podporuje stavbu kostí, kůže a zlepšuje vidění. Je to silný antioxidant s protinádorovými účinky, při

nedostatku dochází k poruchám růstu, poškození kůže a sliznic, poškození očí, zdrojem retinolu jsou játra, vejce, mléko, máslo, rybí tuk, zdrojem beta-karotenu jsou rajčata, mrkev, meruňky a špenát (Stránský a Ryšavá, 2014).

Vitamín D (kalciferoly) je představován skupinou vitamínů, chemicky podobných látek, je důležitý pro vstřebávání vápníku a fosforu, podílí se na mineralizaci kostí, snižuje hypertenzi, nedostatek způsobuje v dětském věku křivici, v pozdějším věku osteoporózu a sníženou svalovou sílu, což může vést k pádům a zlomeninám (Kukačka, 2010). Zdroje vitamínu D jsou především rybí tuk, vaječný žloutek a mléčné výrobky, vzniká i v kůži z provitaminů po expozici sluncem (Kukačka, 2010). Bretšnajdrová et al. (2011) upozorňují na častý deficit tohoto vitamínu u seniorů. Starší osoby vytvářejí při pravidelné expozici slunečním světlem podstatně méně vitamínu D, než mladí dospělí uvádějí autorky a dále pokračují, že v průběhu stárnutí dochází jak ke snižování počtu receptorů pro vitamin D, tak i ke snižování sensitivity těchto receptorů. Častý je i snížený příjem vitamínů D stravou, v jídelničkách seniorů mnohdy chybí mořské ryby a mléčné výrobky, příjem vitamínu se pak významně snižuje při malnutrici a malabsorpci (Bretšnajdrová et al., 2011).

Vitamín E (tokoferoly) podle Kukačky (2010) chrání srdce a cévy, působí proti srážení krve, posiluje imunitu a je silný antioxidant. Nedostatek způsobuje kožní problémy, nemoci srdce a špatné hojení ran pokračuje Kukačka (2010). Významnými zdroji vitamínu E jsou dle tohoto autora obilné klíčky, luštěniny, rostlinné oleje, ořechy a listová zelenina.

Vitamín K je důležitý pro srážlivost krve, jeho nedostatek způsobuje krvácení a může vzniknout užíváním antibiotik, zdrojem jsou listová zelenina, brokolice, ořechy a luštěniny (Kukačka, 2010). Piťha (2012) varuje před nadměrným příjmem vitamínu K při antikoagulační léčbě, vitamín K, který je pro koagulační by mohl rušit účinek nastavené léčby.

Minerální látky se od stopových prvků liší pouze v množství, které je nezbytné pro organismus uvádí Stránský a Ryšavá (2014) a dále vysvětlují, že to jsou anorganické součásti potravy, které udržují propustnost buněčných membrán, jsou stavebním materiálem pro tkáň, regulují a udržují osmotický tlak, regulují acidobazickou rovnováhu, jsou součástí hormonů, enzymů, mají antioxidační účinek.

Mezi nejdůležitější minerální látky patří vápník (kalcium, Ca), který je hlavním stavebním prvkem kostí a zubů, je to také důležitá složka svalů, při jeho nedostatku, je

vápník odebírán z kostí a způsobuje osteoporózu (řídnutí kostí) nebo osteomalacii (měknutí kostí), (Stránský a Ryšavá, 2014).

Bretšnajdrová et al. (2011) upozorňují, že senioři mají často chronický nedostatek vápníku z důvodu snížené absorpce, užívání diuretik nebo patologií gastrointestinálního traktu (GIT). Stránský a Ryšavá (2014) uvádějí, že zdrojem vápníku jsou mléčné výrobky, luštěniny, mák, ořechy, zelenina a tvrdý sýr.

Hořčík (magnesium, Mg) ovlivňuje činnost srdce, srážlivost krve, regeneraci buněk, nedostatek způsobuje závratě, křeče, srdeční arytmie, padání vlasů, množství hořčíku v těle snižuje užívání léků, alkoholu a cukru, hořčík je obsažen v mandlích, luštěninách a listové zelenině (Kukačka, 2010).

Sodík (natrium, Na), udržuje osmotický tlak, je nezastupitelný pro transport mnoha fyziologicky důležitých látek, nedostatek způsobuje únavu, deprese, křeče svalstva, naopak nadbytek vede k zvýšení krevního tlaku, nemoci ledvin, proto je žádoucí vyvážený stav a vzhledem k tomu, že jej přijímáme hlavně z kuchyňské soli, je důležitá umírněnost v konzumaci soli (Kukačka, 2010).

Dalšími důležitými minerály jsou draslík (kalium, K), fosfor (phospor, P), chlor (chlorum, Cl) a síra (sulfur, S), (Stránský a Ryšavá, 2014).

Mezi stopové prvky řadíme železo (ferrum, Fe) je přítomné v hemoglobinu, ukládá se v játrech a slezině, nedostatek způsobuje únavu, chudokrevnost a dušnost, zdrojem je droždí, vnitřnosti, kakao, zelenina (Kukačka, 2010).

Jód (iodum, I) je nezastupitelný pro hormony štítné žlázy, nedostatek způsobuje její sníženou činnost, jód je obsažen v mořských řasách, v mořské soli nebo v obilovinách (Kukačka, 2010).

Zinek (zincum, Zn), životně důležitý prvek, který se podílí na metabolismu bílkovin a sacharidů, urychluje hojení ran, ovlivňuje kvalitu kůže, zdrojem jsou dýňová semena, klíčky, fazole, mořské plody (Kukačka, 2010).

Selen (selenium, Se) je významný antioxidant a je důležitý pro imunitní systém, obsahují ho obilné klíčky, celozrnné potraviny, rajčata, houby, para ořechy (Kukačka, 2010).

Chrom (chromium, Cr) je nezbytný pro metabolismus cukrů, pomáhá udržovat stálou hladinu krevního cukru, zdrojem jsou obilné klíčky, ovesné vločky a droždí, naopak cukr a výrobky z bílé mouky snižují jeho obsah v těle (Kukačka, 2010).

Dalšími stopovými prvky jsou například měď (cuprum, Cu), mangan (manganum, Mn), (Kukačka, 2010).

Floriánková (2014) uvádí, že se stoupajícím věkem, vlivem snížené funkce trávicího ústrojí, různých nemocí a užívání léků, se snižuje resorpce minerálů a stopových prvků, což zapříčiňuje jejich častý nedostatek v organismu seniorů.

Stránský a Ryšavá (2014) uvádějí, že lidské tělo obsahuje v závislosti na věku, pohlaví a složení těla od 50 % do 70 % vody, je to tedy kvantitativně nejdůležitější součást lidského organismu. Voda je základní součást každé buňky, transportní prostředek pro živiny i odpadní produkty, reguluje teplotu (Stránský a Ryšavá, 2014). Svačina (2008) dodává, že podíl vody v těle se snižuje s věkem až na 60 % a méně.

Potřeba vody, doplňuje Kunová (2011) je závislá na věku, životním stylu, prostředí a aktuálním zdravotním stavu. Celkový denní příjem tekutin by se měl pohybovat, v závislosti na těchto faktorech, okolo 2 650 ml (Stránský a Ryšavá, 2014). Podle Kastnerové (2014) bychom měli vypít 1,5 l tekutin denně, při fyzické námaze, horkém počasí nebo dehydrataci více, většinu tekutin bychom měli pít před jídlem a naučit se pít i bez pocitu žízně, protože ten máme často až při dehydrataci, navíc pocit žízně se s přibývajícím věkem snižuje.

Nejzdravějším nápojem je čistá voda, omezeně pak minerální vody a čaje, sladkým nápojům bychom se podle Kastnerové (2014) měli vyhýbat úplně. Havlík a Marounek (2012) uvádějí, že bychom měli pít často a po menších dávkách, neboť špatný pitný režim způsobuje zvýšenou únavu, bolesti hlavy, problémy s ledvinami a může také způsobit zvýšenou viskozitu krve, která zvyšuje riziko trombózy. Vybíhalová (2010) doporučuje zařadit do pitného režimu seniorů i ovocné a zeleninové šťávy. Především rajčatovou čerstvou šťávu, která podle studie na australské univerzitě v Newcastle snižuje riziko tvorby krevních sraženin a je vhodná i pro diabetiky (Vybíhalová, 2010).

Grofová (2011) uvádí, že probiotika jsou živé mikroorganismy, které příznivě ovlivňují zdravotní stav, řadí se sem především laktobacily a bifidobakterie. Dle této autorky jsou probiotika obsažena například v jogurtu, kefiru a kysaném zelí. Jako prebiotika, pokračuje autorka, označujeme substrát, jímž se probiotika živí, jde zejména o nestravitelné látky sacharidové povahy, např. různé druhy vlákniny. Symbiotika jsou pak kombinace probiotik a prebiotik (Grofová, 2011).

Funkčními potravinami dle Kohouta et al. (2010) můžeme nazývat běžné potraviny, které mají průkazný příznivý účinek na lidské zdraví. Tento účinek musí být založen na vědeckém základě, upozorňuje autor a pokračuje, že funkční potraviny se konzumují jako součást běžné stravy. Jde o potraviny, které mají oproti běžným potravinám zvýšený obsah nějaké, zdraví prospěšné látky. Řadí se mezi ně potraviny obohacené o probiotika

nebo vlákninu, jsou to například tvaroh obohacený probiotiky nebo kysané zelí apod. (Kohout et al, 2010).

Stránský a Ryšavá (2014) za bioaktivní látky označují substance, které svými specifickými fyzikálními a chemickými vlastnostmi mají ochranný charakter před některými chronickými a degenerativními onemocněními, řadí mezi ně sekundární rostlinné látky, antioxidační látky, vlákninu a fermentované potraviny. Sekundárními látkami tito autoři označují látky, které jsou rostlinného původu, ale nejsou to sacharidy, bílkoviny, tuky nebo vláknina. Tyto sekundární látky, dále vysvětlují autoři, se tvoří při primární látkové výměně, jsou obsaženy v některých rostlinách v malém množství a tuto rostlinu ochraňují před nákazou a škůdci. Bioaktivní látky mají podobný, ale mnohem slabší účinek než léky, v organismu působí protizánětlivě, ovlivňují krevní tuky a cukr, podporují trávení a vysoký příjem těchto látek může snížit riziko některých onemocnění. (Stránský a Ryšavá, 2014).

Doplňkem stravy je dle Kohouta et al. (2010) potravina, která je koncentrovaným zdrojem vitamínů, minerálních látek nebo látek s nutričním či fyziologickým účinkem. Účelem těchto látek je doplňovat běžnou stravu a dodávat nutričně a zdravotně významné látky, které z různých důvodů nemohou být přijaty potravou (Kohout et al., 2010). Stránský a Ryšavá (2014) uvádějí, že se stoupajícím věkem klesá energetická potřeba, avšak potřeba živin zůstává nezměněna nebo dokonce stoupá, saturace některých živin ve vyšším věku tedy může mít opodstatnění. Dodávají ale, že preventivní účinek většiny suplementů dosud nebyl prokázán a nebezpečí užívání doplňků stravy vidí Stránský a Ryšavá (2014) v tom, že většina osob nekonzultuje suplementaci s lékařem.

1.6.3 Výživa ve stáří

Stravovací zvyklosti jsou velmi významnou složkou životního stylu a v pozitivním i negativním smyslu mají dopad na vznik a rozvoj závažných chorob a biologickém stárnutí člověka, uvádí Zloch (2009). Dále tento autor pokračuje, že neadekvátní výživa v mladším a středním věku se podílí jako etiologický faktor nemocí minimálně z 30 % na jejich incidenci. Z tohoto důvodu je ve vyšším věku kvalitativně a kvantitativně přiměřená a komplexní strava pro udržení uspokojivého zdraví a kvalitního života velmi důležitá. Blackburn et al. (2014) uvádějí, že senioři jsou vystaveni většímu riziku alimentárních onemocnění a špatnou výživou než ostatní dospělí. Jsou také více ohroženi chronickými onemocněními zapříčiněnými špatnou stravou, upozorňují autoři a vysvětlují, že proto je velmi důležitá edukace seniorů v oblasti zdravé výživy, jako

prevence těchto nemocí. K tomu Pettigrew et al. (2017) doplňují, že je také potřebné, aby měli senioři dostatek možností si koupit potraviny nejen zdravé, ale i cenově dostupné a nejlépe ty, které jsou z místních zdrojů a bez přídavných chemických látek.

Výživové potřeby seniorů jsou specifické a jsou podmíněny mnoha faktory, které plynou z jejich dosavadního životního stylu, ale i z involučních změn, které starší věk přináší (Zloch, 2009). Grofová (2009) uvádí, že výživa patří mezi faktory hodné zvláštního zřetele, z důvodů výskytu časté podvýživy, ale i obezity seniorů. K tomu Kalvach et al. (2004) doplňují, že se zvyšujícím se věkem dochází k fyziologickým i psychosociálním změnám, které ovlivňují nutriční seniora. Kubešová et al. (2006) specifikují některé změny v GIT, které nastávají v mnoha oblastech, v dutině ústní dochází ke ztrátě dentice, suchosti v ústech a s tím spojenému obtížnému rozmělnění stravy a snížení chuti k jídlu. Zhoršené bývá i polykání, které je zapříčiněno častými cévními mozkovými příhodami, při Parkinsonově chorobě nebo Alzheimerově demenci (Kubešová et al., 2006). Dále se podle autorů u seniorů zpomaluje žaludeční činnost, dochází ke zvýšenému pocitu sytosti z důvodů nedokonalého rozkousání potravy a zpomaleného vyprazdňování, závažnější poruchy bývají také časté gastritidy a atrofie sliznice žaludku.

Ve stáří dochází i ke změnám v tenkém střevě, často se v něm objevují divertikly, mění se architektura klků, dochází k bakteriální dysbalanci, což zapříčiňuje špatné vstřebávání živin, uvádí dále autoři a pokračují, že v distálních částech trávicího traktu proto dochází hlavně k častému výskytu divertikulární choroby, hemoroidům, zácpě nebo naopak průjmům. V důsledku těchto změn je častá i malnutrice a dehydratace seniorů (Kubešová et al., 2006). Doets a Kremer (2016) k tomu dodávají, že vzhledem k anatomickým změnám všech smyslů zapojených do vnímání potravy se u seniorů s přibývajícím věkem také snižuje intenzita chuti, což je další činitel negativně působící na příjem potravy.

Nutriční stav seniora ovlivňují i psychosociální a ekonomické faktory, upozorňuje Čevela et al. (2014) a dále pokračují, že někteří senioři mají pokles sebeúcty a domnívají se, že na nich už nezáleží. Situace pak bývá často zhoršena nepříznivými ekonomickými poměry, které jsou výraznější zejména u osaměle žijících seniorů, dodávají autoři a pokračují, že senioři často proto šetří na čerstvé zelenině, rybách a ovoci. V mnoha případech dávají přednost levným potravinám s nadměrným množstvím živočišných tuků a cukrů (Čevela et al., 2014). Kimmer a Bártlová (2013) považují ekonomicko-sociální faktory z hlediska výživy za nejvýznamnější, uvádí, že životní úroveň souvisí s výživou

a stravováním seniorů. Poukazují také na stravovací návyky, osobnostní charakteristiky, sociokulturní návyky, hodnoty a vzorce chování, které hrají roli ve výživě seniorů (Kimmer a Bártlová, 2013). Toto Zloch (2009) potvrzuje, navíc upozorňuje, že význam zdravé výživy ve stáří je aktuální a naléhavý i vzhledem ke skutečnosti, že každoročně stoupá podíl starších osob v naší společnosti. Uvádí, že výskyt výživových karencí stoupá se stoupajícím věkem, zatímco u seniorů do 70 let je výskyt poměrně nízký, mezi seniory ve věku 70 až 80 let výživová karence stoupá a u seniorů nad 80 let jsou nutriční deficity značné.

V souvislosti s potřebnou specifickou nutriční seniorů a jejich výživovými zvyklostmi také Zloch (2009) poukazuje na skutečnost, že mladší senioři do 70 let v důsledku nezdravých stravovacích návyků z období středního věku mají vysokou prevalenci nadváhy (30 %) a obezity (25 %). Ta je podle autora zapříčiněna nadměrným příjmem energie, převážně z jednoduchých sacharidů a z živočišných tuků s nadbytkem nasycených mastných kyselin, což v kombinaci s úbytkem pohybu a tedy výdejem energie vede ke vzniku obezity.

To se však s přibývajícím věkem mění, u starších seniorů postupně probíhá inverzní změna směřující k energeticko-proteinové podvýživě a u seniorů nad 80 let je výživová situace nejméně příznivá (Zloch, 2009).

1.6.4 Poruchy výživy seniorů

Na naše zdraví působí mnoho faktorů, jak už bylo uvedeno výše a výživa je jedním z nich. Nepřiměřená a nezdravá výživa je příčinou mnoha onemocnění (Zloch, 2009).

Podle WHO je obezita nemoc, dokonce je v současné době označována za epidemii, vzhledem k tomu, že v roce 2014 bylo celosvětově 1,9 miliardy lidí starších 18 let s nadváhou, z nichž více než 600 miliónů bylo obézních, část světové populace žije v zemích, kde nadváha a obezita zabije více lidí než podváha (WHO, 2016b).

Stránský a Ryšavá (2014) uvádějí, že tělesnou hmotnost posuzujeme podle Body Mass Index (BMI). BMI zjistíme jednoduchým výpočtem, hmotnost v kg dělíme výškou v m², vysvětlují autoři. Je-li výsledná hodnota menší než 18,5 jedná se o podváhu, rozmezí hodnot 18,5 až 24,9 označujeme jako normální váhu, hodnoty od 25,0 do 29,9 jsou již považovány za nadváhu, výsledek větší než 30 nazýváme obezitou (Stránský a Ryšavá, 2014).

Příčin obezity je podle Stránského a Ryšavé (2014) více, podílí se na ní zčásti genetické faktory, zčásti biochemické faktory, jako jsou poruchy látkové výměny

způsobené změnami bazálního metabolismu. Důležitou roli hrají také psychosociální faktory, obézní lidé jsou často úzkostliví, nejistí a depresivní, jídlo platí nezřídka jako náhrada pro uspokojení (Stránský a Ryšavá, 2014). To Hynek (2009) potvrzuje a doplňuje, že jídlo se stalo nejen společenským rituálem, ale bývá i prostředkem proti depresi a osamělosti. Navíc hlad, dle tohoto autora bývá běžně zaměňován s chutí, což mnohdy vede k obezitě. Sucharda (2005) také vysvětluje, že strava v hospodářsky rozvinutých zemích je velmi chutná, vyvolává libé pocity a v současné době již neplní pouze funkci nasycení a přívodu potřebných živin, ale je i spolehlivým lékem na každodenní stresy.

Podle Kudelové et al. (2009) je obezita u seniorů spíše problémem raného stáří, přispívá k ní snížená fyzická aktivita, špatné stravovací návyky a zhoršená ekonomická situace. Kalvach et al. (2004) pokračují, že u seniorů se zvyšuje množství intraabdominálního tuku, což zvyšuje riziko morbidit i mortality. Obezita u seniorů také velmi výrazně zvyšuje riziko kardiovaskulárních chorob, diabetu mellitu, kloubních onemocnění a dalších civilizačních chorob (Kalvach et al., 2004).

Zatímco obezita je záležitostí spíše mladších seniorů, malnutrice ve smyslu podvýživy je častá zejména u seniorů starších 75 let (Kudelová et al., 2009). Rušavý et al. (2007) uvádějí, že malnutrice bývá definována jako snížený stav výživy s poklesem hmotnosti o 5 – 10 % v posledních 3 měsících.

Tito autoři rozlišují 2 typy malnutrice: marantický typ je charakterizován nedostatečným přívodem energie i bílkovin při nedostatečném příjmu potravy, spotřebovává se podkožní tuk a malnutrice je patrná na první pohled, druhý je kwashiorkorový typ podvýživy, kdy malnutrice není patrná na první pohled, protože dochází k úbytku proteinů a ne tuku (Rušavý et al., 2007). Kubešová a Weber (2008) dodávají, že malnutrice seniorů bývá způsobena zvýšeným příjmem glycidů a sníženým příjmem proteinů ve vyšším věku, takže paradoxně může docházet ke zvyšování tělesné hmotnosti a zároveň k malnutrici. K rozvoji malnutrice přispívá i snížená střevní absorpce a ztráta dentice (Kubešová a Weber, 2008). Podle Matějovské Kubešové (2015) příčinou malnutrice, může být zhoršená paměť, senioři se zapomenou najíst. Mnohdy malnutrici zhoršují i psychické poruchy, demence a deprese, tyto nemoci snižují seniorovu soběstačnost, zvyšují morbiditu a mortalitu (Matějovská Kubešová, 2015). Dle Kalvacha et al. (2004) mají všichni senioři starší 80 let mírné projevy malnutrice.

Dehydratace je podle Juráškové (2003) rizikovým faktorem řady onemocnění ve stáří. Příčiny jsou různé, věkem podmíněné, kdy chybí pocit žízně, dále inkontinence

a obavy z ní, další příčiny mohou být iatrogenní z užívání nevhodné kombinace léků, což se stává zejména při polymorbiditě seniora, časté jsou i psychické příčiny dehydratace, deprese, sociální nejistota, pocit nepotřebnosti (Jurášková, 2003). Kalvach et al. (2011) uvádějí, že dehydrataci je potřeba předcházet a pobízet seniory k popíjení tekutin. Případná léčba se pak musí řídit typem dehydratace a stavem pacienta, při menších ztrátách tekutin se doporučují minerální vody a iontové nápoje, těžší dehydratace vyžaduje nitrožilní infuzi (Kalvach et al., 2011).

1.6.5 Výživová doporučení

Během uplynulých více než dvou tisíciletí od doby Hippokrata, se pohledy na výživu měnily v závislosti na poznatcích a historických obdobích, uvádí Pánek et al. (2002). Autoři pokračují, že v průběhu historie se měnila i skladba potravy a výživové potřeby populace. Zatímco ve středověku byly hlavní součásti potravy obiloviny, luštěniny a v menší míře maso, v novověku, s objevem Ameriky, byla strava obohacena o brambory a v 19. století již bylo stravování tak rozmanité, že začalo vznikat mnoho kuchařských knih (Pánek et al., 2002).

S objasněním biochemických procesů koncem 18. století vznikala nauka o výživě a výroba potravin počátkem 19. století patřila k nejdynamičtěji se vyvíjejícím průmyslovým oborům (Hajšlová, 2010). Müllerová (2003) uvádí, že výživu ve 20. století ovlivnily světové války, mnoho evropských zemí řešilo nedostatek potravin, podvýživu a deficity živin, to byl také impuls k tomu, aby se evropské státy začaly více věnovat potravinám a výživě.

V průběhu 60. a 70. let minulého století se ale otázka podvýživy v Evropě postupně měnila na problém nadváhy a obezity a s čímž se Evropa potýká dodnes (Müllerová, 2003). Dostálová (2006) vysvětluje, že ve většině evropských zemí jsou proto vydávána výživová doporučení, která jsou průběžně inovována, v ČR vznikla již v roce 1945 Společnost pro výživu, která sdružuje odborníky a pracovníky v oboru lidské výživy, tato společnost vydává výživová doporučení pro obyvatelstvo. V roce 1994 to bylo doporučení pod názvem „Jezte zdravě, žijte zdravě,“ v roce 2004 „Výživová doporučení pro obyvatelstvo ČR“ a v r. 2006 bylo zveřejněno Společností pro zdravou výživu a Fórem zdravé výživy (občanské sdružení odborníků v oblasti výživy, technologie potravin, medicíny) výživové doporučení pro dospělé obyvatelstvo ČR – Zdravá 13, kde je 13 bodů, které jsou doporučením pro dospělé osoby a slouží k prevenci civilizačních nemocí (Dostálová, 2006).

Na evropské úrovni byl v r. 2007 přijat dokument komise Evropských společenství Bílá kniha, Strategie pro Evropu týkající se zdravotních problémů souvisejících s výživou, nadváhou a obezitou (White Paper on, 2007). V tomto dokumentu byly mimo jiné vytýčeny tyto cíle: snížit spotřebu soli, tuků, zvláště nasycených mastných kyselin, trans-mastných kyselin a cukrů, zvážit způsoby, jak podporovat spotřebitele, aby doporučení dodržovali a přijmout opatření, aby potravinářský průmysl prokazatelně zlepšil složení potravin (White Paper on, 2007). V září 2014 WHO na 64. zasedání Regionálního výboru pro Evropu představila Evropský akční plán potravin a výživy 2015 – 2020, na tomto zasedání doporučila členským státům v rámci národních strategií ochrany, podpory a prevence nemocí, vytvořit akční plány správné výživy a stravovacích návyků (European Food and Nutrition Action Plan 2015 - 2020, 2014).

Ministerstvo zdravotnictví ČR v rámci tohoto doporučení vytvořilo Národní strategii ochrany a podpory zdraví a prevenci nemocí Zdraví 2020, cíli jsou mimo jiné vytvořit prostředí s nutričně vhodnými potravinami, podpořit osvojování principů zdravé výživy, posílit roli veřejné správy v oblasti správné výživy s možností zapojení jednotlivých resortů do naplňování strategie Zdraví 2020 (Zdraví 2020, 2014).

Pro naplnění těchto cílů je vytvořeno 27 bodů, které by měly vést k postupnému zlepšení výživy obyvatelstva (Zdraví 2020, 2014). Jsou to mimo jiné, jak se uvádí v tomto dokumentu, zajištění databáze nutričního složení potravin, aktualizování nejnovějších poznatků výživových doporučení rozdělených pro jednotlivé skupiny obyvatel, vytvoření sítě ambulantních nutričních specialistů, kteří budou poskytovat služby z indikace lékaře a s úhradou z veřejného zdravotního pojištění, čímž by mohli senioři a další skupiny obyvatel, získat přístup k individuálnímu poradenství. Dále omezit reklamu na nevhodné potraviny, monitorovat stávající stravovací zvyklosti a případné nutriční deficity a na základě dobrovolných aktivit státních, soukromých i veřejných neziskových organizací, vytvářet antiobezigenní prostředí (Zdraví 2020, 2014).

V návaznosti na strategii Zdraví 2020 vznikl dokument, který byl nazván Zdravotní gramotnost seniorů. Tento dokument je určen pro potřeby sociálních a zdravotnických pracovníků při péči o seniory v oblasti podpory zdraví, zdravotní péče a prevence nemocí (Zdravotní gramotnost seniorů, 2016). Vzhledem k tomu, že výživa je velmi důležitý aspekt zdraví, jsou v tomto dokumentu uvedeny také body z oblasti výživy, které by měli senioři znát. Zdravotně gramotní senioři by měli dle tohoto dokumentu vědět, že výživa má zásadní vliv na jejich zdraví, znát význam základních živin a jakými potravinami si tyto živiny zajistí. Dále senioři mají mít základní přehled o mikronutrientech a vědět jaké

potravin y jíst, aby měli dostatečný příjem těchto látek. Jsou schopni si zajistit stravu s jedním teplým jídlem v průběhu dne, udržují si přiměřenou hmotnost, aby nedocházelo k obezitě nebo podvýživě a dodržují zásady stravovacího a pitného režimu. Jsou si také vědomi rizik alkoholu a dovedou vyhodnotit výživová doporučení založená na vědeckých důkazech (Zdravotní gramotnost seniorů, 2016).

Stránský a Ryšavá (2014) konkretizují potřebné změny ve spotřebě potravin. Dle těchto autorů je žádoucí zvýšit spotřebu zeleniny a ovoce na 600 g denně v poměru 2:1, zvýšit spotřebu luštěnin a podíl celozrnných výrobků ve stravě. Zvýšit spotřebu mořských ryb a výrobků z nich a naopak snížit spotřebu živočišných potravin s vysokým obsahem tuku, nahradit tyto tuky rostlinnými, snížit spotřebu cukru a dodržovat správný pitný režim s omezením konzumace alkoholu (Stránský a Ryšavá, 2014). Brát (2015) vidí jako důležité věnovat pozornost celkové skladbě stravy a stravovacím zvyklostem. Vyhýbat se především rizikovým živinám, což jsou podle autora sůl, přidané cukry, nasycené a trans mastné kyseliny, které při nadměrné konzumaci mají negativní vliv na zdraví (Brát, 2015).

Optimální poměry potravin, které bychom měli konzumovat, uvádí v grafickém znázornění, potravinová pyramida, která vznikla ve Švédsku r. 1974 (Spurná, 2014). Potravinová pyramida je průběžně aktualizována na základě nových poznatků o nutričních potřebách člověka.

Podle Lustiga (2014) se výživová pyramida v některých zemích stala nevyhovující a Ministerstvo zemědělství USA (USDA) v r. 2011 přijalo výživový talíř – My Plate, v němž je doporučeno, abychom jedli přibližně půl talíře zeleniny a ovoce, čtvrt talíře škrobů s obsahem vlákniny a čtvrt talíře bílkovin a tuků (Lustig, 2014). Slimáková (2012) uvádí českou verzi My Plate – Zdravý talíř (Příloha 3), který je podle ní moderní variantou zastaralé výživové pyramidy. Dodržování poměru konzumace uvedených potravin je podle Slimákové (2012) nejlepší cesta pro udržení zdravého těla a hmotnosti, čímž se tvoří základ zdravotní prevence a podpory účinné léčby.

1.6.6 Výživová doporučení pro seniory

Zloch (2009) uvádí, že vzhledem k úbytku svalové hmoty, snižování obsahu vody v těle a zvyšování relativního obsahu tukové tkáně, se snižuje intenzita bazálního metabolismu a tudíž potřeba energie. Naopak další fyziologické změny organismu seniorů, dle tohoto autora, vyžadují zvýšenou potřebu bílkovin, vápníku, zinku, selenu, karotenoidů, kyseliny listové a celé řady vitamínů a dalších mikronutrientů. Aby se

zabránilo úbytku svalové hmoty, doporučuje zvýšenou potřebu bílkovin také Wolfe et al. (2008) a uvádí denní příjem až 1,5 g proteinů na 1 kg váhy, což je 15 – 20 % celkového příjmu kalorií.

Zloch (2009) dále radí rozdělit denní jídlo do 5 – 7 menších porcí, přičemž snídaně by měla obsahovat přibližně 20 % denní energie, přesnídávka 15 %, oběd 30 %, svačina 15 % a večeře 20 %, vypít by měl senior tak 2 litry za den. Dále uvádí, že poměr živin by měl být přibližně 11 – 12 % bílkovin, 27 – 28 % tuků a zbytek 60 – 62 % sacharidů, přičemž jednoduchých sacharidů by mělo být maximálně 10 %, tuky by měly být spíše nenasycené s obsahem omega-6 a omega-3 nenasycených kyselin, bílkoviny v poměru 40 % živočišného a 60 % rostlinného původu.

Podobná výživová doporučení uvádí i Výživa seniorů (2014), senioři by měli jíst pravidelně 5x až 6x denně v menších porcích, co nejpestřeji, aby měli zajištěný dostatek všech živin, střídat druhy potravin, úpravu, výrobce, občas vyzkoušet i nové potraviny a recepty, dbát na pravidelný příjem tekutin, často zařazovat polévky, mezi jídly pít co nejčastěji v malých dávkách vodu a neslazené slabé čaje. Každý chod by měl obsahovat alespoň kousek bílkovinné potraviny (maso, ryby, mléčné výrobky, luštěniny, vejce, ořechy), jíst ovoce a zeleninu – alespoň 400 gramů denně, vybírat čerstvé potraviny se zdravými tuky, rostlinné oleje, ryby, různá semínka a ořechy, omezit tučná masa, uzeniny, masné výrobky, máslo, plnotučné mléčné výrobky, jemné pečivo, polotovary, cukrovinky s obsahem palmového a kokosového oleje, jíst méně cukru a více vlákniny (Výživa seniorů, 2014).

V souvislosti s těmito doporučeními Kajaba et al. (2005) ale upozorňují, že nezanedbatelná část seniorů trpí nesnášenlivostí některých potravin. Tato nesnášenlivost se vytváří a narůstá se zvyšujícím se věkem, uvádí autoři a dále pokračují, že senioři špatně tolerují luštěniny až v 70 %, dále některé druhy zeleniny například kapustu, květák a cibuli v 15 – 30 %, čerstvé ovoce až 20 % seniorů a tmavý chléb 25 % seniorů (Kajaba et al., 2005).

Navíc, jak uvádí Zloch (2009) staří lidé jsou zpravidla uživateli jednoho nebo více léků a ty mohou nepříznivě ovlivňovat výživový stav, léky mohou zhoršovat chuť k jídlu, omezovat trávení potravy a absorpci živin. Dle Kohouta et al. (2010) potrava může snižovat nebo zvyšovat účinky léků, měnit terapeutické účinky léčby, snižovat nebo zvyšovat absorpci léčiv a měnit metabolismus a exkreci léčiv. Je proto důležité, aby senioři, kteří užívají léky, byli dostatečně s touto problematikou seznámeni (Kohout et al, 2010). Zloch (2009) dále uvádí, že nutriční nedostatky u osob vyššího věku, ať už

z jakékoliv příčiny, jsou prokázanou skutečností. Ideální jídelníček, který se nabízí jako optimální řešení, je obvykle nereálný, proto je častým východiskem užívání preparátů doplňujících deficitní nutrienty (Zloch, 2009).

2 Cíl práce a výzkumné otázky

2.1 Cíl práce

- zmapovat znalosti seniorů v oblasti zdravé výživy
- zmapovat nejčastější socioekonomické faktory, které ovlivňují stravování seniorů
- zjistit zda mají senioři dostatek relevantních informací o racionální výživě, případně, zda by uvítali více informací a z jakých zdrojů, jaká vnímají omezení v možnosti zdravě se stravovat

2.2 Výzkumné otázky

V souladu s cíli této práce byly stanoveny výzkumné otázky:

1. Jak se senioři orientují v oblasti zdravého stravování?
2. Jak se senioři stravují?
3. Čím jsou senioři ovlivňováni při nákupu potravin a výběru jídla?
4. Jakou část svých finančních prostředků investují do nákupu potravin a jídla mimo domov?
5. Jakým způsobem by senioři chtěli být informováni o racionální výživě a čím jsou nejvíce omezováni v možnostech zdravě se stravovat?

3 Operacionalizace pojmů

Body Mass Index (BMI) je vztah mezi tělesnou hmotností a tělesnou výškou, hodnoty nad 30 označují obezitu (Trojan, 2003)

Civilizační choroby jsou nemoci vyskytující se častěji ve vyspělých zemích (Diseases of Affluence – nemoci z blahobytu), jsou to například kardiovaskulární onemocnění, obezita, diabetes mellitus, revmatická onemocnění (Adámková, 2010)

Obezita je nadměrné hromadění tuku v těle, které představuje zdravotní riziko, stupeň obezity se vypočítává pomocí BMI (Müllerová, 2009)

Finanční prostředky investované do nákupu potravin a jídla mimo domov jsou vyjádřeny měsíčními výdaji seniora na potraviny, nápoje a veřejné stravování dle ČSÚ (2015)

Racionální výživa je mnohostranná pestrá strava, která odpovídá potřebám organismu co do kvality i do kvantity (Konopka, 2004)

Relevantní informace jsou přiměřené a vhodné údaje, mající rozhodující význam k dané problematice (Kraus et al., 2005)

Senioři - rané stáří, 65 – 74 let, životní etapa 75 let a více je označována jako pravé stáří (Langmeier a Krejčířová, 2006)

Socioekonomické faktory výživy lze popsat jako vliv sociálních aspektů a ekonomické situace na výživu seniora (Čevela et al., 2014)

Sociální determinanty jsou sociální faktory, které ovlivňují život osob, podmínky do kterých se lidé narodí, žijí v nich a stárnou (WHO, 2016)

Výživa jsou pochody, kterými organismus přijímá látky a které jsou nezbytné pro stavbu a obnovu orgánů a pro udržování všech životně důležitých funkcí (Stránský a Ryšavá, 2014)

Zdravotní determinanty jsou osobní, společenské a ekonomické faktory, které významně ovlivňují zdravotní stav jedince, skupiny lidí nebo společnosti (Nutbeam, 1998)

4 Metodika

4.1 Metodika sběru dat a charakteristika výzkumného souboru

Pro naplnění cílů této práce byla zvolena kvalitativní výzkumná strategie, o které Disman (2000), uvádí, že je to nenumernické šetření a interpretace dat. V návaznosti na zvolenou výzkumnou strategii byla zvolena metoda hloubkového rozhovoru. Za hlavní typy hloubkového rozhovoru jsou považovány podle Švaříčka a Šed'ové (2014) polostrukturovaný a nestrukturovaný rozhovor. Vzhledem k tématu práce byl zvolen rozhovor polostrukturovaný, o kterém Reichel (2009) uvádí, že je to rozhovor s vytvořeným schématem otázek.

V návaznosti na cíle práce a výzkumné otázky byly připraveny okruhy otevřených otázek. Tematické oblasti otázek byly koncipovány tak, aby jeden okruh otázek pomohl představit dotazovaného komunikačního partnera, další okruhy pak byly jednotlivě zaměřeny na konkrétní výzkumné otázky. Takže vzniklo šest okruhů, každý z nich obsahoval různý počet otevřených otázek, sestavených tak, aby byly dosaženy odpovědi potřebné k naplnění cílů práce.

Pro výběr komunikačních partnerů byla zvolena metoda účelového výběru, což je dle Miovského (2006) záměrný (účelový) výběr výzkumného vzorku, který odpovídá stanoveným kritériím. Dotazovaní senioři v tomto výzkumu byli vybíráni podle určitých specifík - kritérií. Kritéria, která vymezovala okruh komunikačních partnerů, byla: senioři raného stáří, pobírající starobní důchod, bydlící samostatně, nestravují se dodavatelsky (nenechávají si přivážet hotové obědy), sami se rozhodují, jaké potraviny si nakoupí a jakým způsobem se budou stravovat. Senioři byli vybíráni metodou sněhové koule (snowball sampling), což Hendl (2012) označuje za způsob výběru, kdy další komunikační partner je vybrán na základě doporučení již zkoumaných jedinců. Výběr tedy probíhal tak, že nejprve byli osloveni dva dotazovaní senioři z okruhu mých známých, kteří odpovídali stanoveným kritériím. Na základě jejich doporučení, byli do výzkumu zahrnuti další komunikační partneři, splňující již zmíněná kritéria. Nakonec se výzkumu zúčastnilo dvacet dva seniorů.

S jednotlivými komunikačními partnery postupně vznikaly rozhovory, které byly zaznamenány na nahrávací zařízení a poté doslovně přepsány. Vynechány byly pouze ty části, které se netýkaly tématu. V rámci zachování anonymity dotazovaných seniorů a z důvodu lepší přehlednosti, jsem každému komunikačnímu partnerovi přiřadila

smyšlené křestní jméno. Dotazovaní senioři byli také ujisti, že vzniklé rozhovory budou použity pouze pro účely této výzkumné práce.

Rozhovory probíhaly od začátku prosince 2016 do konce února 2017. V té době již byla napsána teoretická část práce, která však byla průběžně upravována, podle toho, jak se v průběhu výzkumu ukazovalo důležité, některé informace doplnit. V březnu 2017 tedy začala fáze zpracovávání shromážděných dat. K vyhodnocení těchto dat se jako nejvhodnější jevila technika otevřeného kódování. Otevřené kódování, které ve svých výzkumech poprvé použili Strauss a Corbinová (1999), popisuje Hlad'o (2011). Dle tohoto autora, to je technika, při které je analyzovaný text rozdělen na tematické jednotky. Každé této jednotce je přidělen kód, což je slovo nebo fráze, která jednotku nějakým způsobem vystihuje.

Tato technika se zakládá na hloubkové práci s textem, takže jsem opakovaně pročítala přepsané rozhovory a označovala celky se společným významem – kódovala. Ke kódování textu byla použita technika „papír a tužka,“ což je podle Švaříčka a Šed'ové (2014) činnost, při které se přepsané rozhovory kódují pomocí tužky, přičemž se jednotlivé kódy zapisují na papír přepsaného rozhovoru. Někdy bylo kódem pouhé slovo, jindy několik vět, podle toho, jak se komunikační partneři vyjadřovali k dané problematice. Text byl tedy takto rozčleněn na jednotlivé segmenty – kódy. Tím vzniklo množství různých kódů, se kterými bylo nutné ještě pracovat a seskupit je do větších tematických celků – kategorií. Nakonec zbývalo jednotlivé kategorie uspořádat do logických celků. K tomuto uspořádání byla použita technika „vyložení karet,“ což je dle Švaříčka a Šed'ové (2014) pouhé uspořádání kategorií do nějakého obrazce či linky, čímž vznikne text, který je vlastně převyprávěním obsahu jednotlivých kategorií.

5 Výsledky

V tabulce 1 jsou uvedeny základní identifikační údaje, měsíční příjem a BMI komunikačních partnerů. BMI bylo vypočteno z výšky a hmotnosti jednotlivých komunikačních partnerů.

Tabulka 1 Základní (identifikační) údaje komunikačních partnerů

Jméno	věk	Vzdělání	měsíční příjem v Kč	společná domácnost	BMI
1. Marie	66	SŠ	14.900	s manželem	34 (obezita)
2. Václav	68	Vyučený	11.500	s manželkou	33 (obezita)
3. Jana	68	VŠ	15.100	sama	23 (norma)
4. Alena	70	Vyučená	9.200	sama	35 (obezita)
5. Karel	67	SŠ	13.300	S manželkou	27 (nadváha)
6. Zdeňka	66	SŠ	11.900	s manželem	24 (norma)
7. Petr	68	SŠ	18.900	s manželkou	27 (nadváha)
8 Marta	66	SŠ	12.300	s manželem	23 (norma)
9. Helena	65	VŠ	15.100	sama	22 (norma)
10. Hana	69	SŠ	14.900	sama	29 (nadváha)
11. Květa	68	Vyučená	9.900	sama	38 (obezita)
12. Dana	70	VŠ	13.500	sama	22 (norma)
13. Roman	71	VŠ	15.600	sám	23 (norma)
14. Anežka	71	Základní	10.100	s manželem	31 (obezita)
15. Josef	72	Vyučený	10.400	s manželkou	33 (obezita)
16. Ema	73	Vyučená	10.900	sama	32 (obezita)
17. Zita	67	SŠ	13.000	sama	21 (norma)
18. Eva	66	VŠ	15.300	S manželem	24 (norma)
19. Ivoš	70	VŠ	19.000	s manželkou	26 (nadváha)
20. Jan	70	SŠ	13.100	sám	35 (obezita)
21. Klára	74	Základní	8.100	Sama	33 (obezita)
22. Lenka	71	Vyučená	12.100	Sama	29 (nadváha)

Poznámka: Pro zachování anonymity komunikačních partnerů jsou jména změněna.

Zdroj: vlastní výzkum

5.1 Představení komunikačních partnerů a jejich zdravotní stav

V souvislosti s tématem výzkumu bylo potřebné uvést, s kým komunikační partneři žijí v domácnosti, znát jejich BMI, zdravotní stav a případná dietní omezení. K tomu byl vypracován okruh identifikačních otázek, jejichž součástí byly i otázky týkající se váhy a zdravotního stavu. Zdravotní stav zcela záměrně není uveden pouze jako zdravotní anamnéza, ale pomocí přímých citací se snažím nastínit i přístup jednotlivých komunikačních partnerů ke svému vlastnímu zdraví.

Marie je vdaná a žije v malé obci. Domácnost sdílí s manželem Václavem, který se také zúčastnil výzkumu.

Zdravotní stav: Marie má vysoký krevní tlak a užívá léky na jeho snížení. Je po operaci štítné žlázy a v souvislosti s tímto onemocněním bere pravidelně léky. Nyní se jí zhoršují křečové žíly a uvažuje o operaci, kterou jí doporučuje lékařka. Má mírně zvýšené hodnoty cukru v krvi, takže by měla dodržovat diabetickou dietu, ale nedodržuje ji: „*Je to jen mírně a nezhoršuje se to, tak to nehlídám.*“ Marie při svých 170 cm váží 102 kg a s humorem to uvedla: „*Bohužel nejsem docentka.*“ Lékařka jí doporučuje zhubnout alespoň 15 kg, Marie říká, že by jí stačilo 10 kg a ví, že by se cítila lépe. Jak sama řekla: „*Shodit 3 kg je nadlidský výkon, a nabrat je, to jde samo.*“

Václav je ženatý a žije v malé obci. Stejně tak jako jeho manželka Marie, se kterou sdílí společnou domácnost. Před nárokem na starobní důchod pobíral invalidní důchod.

Zdravotní stav: Václav má silné astma a vysoký krevní tlak, užívá několik druhů léků. Měří 175 cm a váží, jak uvedl: „*Něco přes metrák.*“ Lékařka mu doporučuje shodit, ale k tomu se vyjádřil, že: „*Doktoři toho vždycky vědí,*“ lékařka mu také doporučuje, aby méně solil a nejedl uzeniny.

Jana je vdova, žije sama v domácnosti ve větším městě.

Zdravotní stav: Jana je zdravá, neužívá žádné léky. Měří 166 cm, váží 64 kg, cítí se takto dobře a její hmotnost se nemění.

Alena je rozvedená, žije sama v malé obci.

Zdravotní stav: Alena má diabetes, užívá pravidelně léky a musí dodržovat dietu. Měří 160 cm a váží 90 kg. Lékařka jí doporučuje zhubnout, ale na to Alena říká: „*Má pravdu, měla bych, ale je to těžké.*“

Karel je ženatý, žije v malé obci s manželkou Zdeňkou, která se také zúčastnila výzkumu.

Zdravotní stav: Karel se cítí zdravý, má mírně zvýšený krevní tlak, užívá léky na jeho snížení. Měří 180 cm a váží 87 kg, ke své váze uvedl, že před více než rokem měl o 15

kg více. Lékařka mu doporučovala, aby se spadl nejlépe o 20 kg. Vzhledem k tomu, že začínal mít vážné zdravotní potíže, vysoký cholesterol, zvýšenou hladinu cukru v krvi a vysoký krevní tlak, rozhodl se, za vydatné podpory manželky, že svoji hmotnost razantně sníží. Nyní je ve fázi, kdy díky úpravě váhy, nemá téměř žádné zdravotní potíže, pouze mírně zvýšený krevní tlak.

Zdeňka je vdaná, žije v malé obci s manželem Karlem.

Zdravotní stav: Zdeňka netrpí žádnými chronickými nemocemi, je po operaci kyčle, ale chodí dobře a bolesti nemá. Má nízký krevní tlak a občas se jí „točí hlava.“ Měří 170 cm a váží 68 kg a uvádí: „*Snažím se ze všech sil, abych se nespravila, hlavně kvůli těm kyčlím se nechci spravit.*“

Petr je ženatý, žije ve společné domácnosti s manželkou Martou ve větším městě. Jeho manželka se také zúčastnila výzkumu.

Zdravotní stav: Petr se cítí zdravý, nemusí držet žádnou dietu ani užívat léky. Měří 176 cm a váží 84 kg. Rád by pár kilogramů shodil, ale jak říká: „*Až tak mi to nevadí, tak se moc nesnažím.*“

Marta je vdaná, žije ve společné domácnosti s manželem Petrem ve větším městě.

Zdravotní stav: Marta má zvýšený cholesterol. Užívá pravidelně léky. Takže nemá jíst tučné, uzeniny a má málo solit. To vše se snaží dodržovat. Měří 166 cm a váží 64 kg. Přes Vánoce se prý trochu spravila, tak teď musí dodržovat dietu. Pochlubila se: „*Tak už jsem na tom začala pracovat, dvě, tři kila musí dolů, co by tomu řeklo to moje srdíčko.*“

Helena je vdova, žije sama ve větším městě.

Zdravotní stav: Helena se cítí zdravá, má několik operací kolen. Většinou z úrazů při sjezdovém lyžování. Neužívá žádné léky. Měří 170 cm a váží 65 kg. Cítí se dobře a se svou váhou je takto spokojená.

Hana je vdova, žije sama ve větším městě.

Zdravotní stav: Hana má problémy se žaludkem, musí držet dietu, protože měla žaludeční vředy. Hlavně nemá jíst kořeněná jídla. Hana měří 160 cm a váží 74 kg. Snaží se, aby se nespravila, večer si dává jen něco dietnějšího. Říká, že by se nezlobila, kdyby měla o pár kilogramů méně.

Květa je rozvedená, žije sama v malé obci.

Zdravotní stav: Květa se pohybuje s pomocí francouzských holí. Užívá několik druhů léků. „*Mám potíže se srdíčkem, nějak mi občas přeskakuje, zhoršily se mi nohy a taky ta cukrovka,*“ uvedla Květa svůj zdravotní stav. Dále pokračovala: „*Nesmím sladké, mám málo solit a nejíst tučné, pokaždé mi to ti doktoři říkají, ale to víte, je to těžké, ráda si dám*

něco dobrého. Měla bych zhubnout. Než jsem šla do důchodu, tak jsem dělala v zahradnictví, to jsem tam pořád litala, to jsem byla hubená, ale pak to šlo nahoru, hrozně, ty nohy, to mám všechno od toho.“ Květa váží 110 kg a měří 170 cm.

Dana je vdova, žije sama v domácnosti ve větším městě.

Zdravotní stav: Dana je zdravá, neužívá žádné léky, nemusí držet žádnou dietu. Měří 175 cm, váží 66 kg. Váhu si udržuje stále stejnou a je takto spokojená.

Roman je rozvedený, žije sám ve větším městě.

Zdravotní stav: Roman má vyšší krevní tlak a užívá na jeho snížení léky. Jinak se cítí zdrav. Měří 185 cm a váží 80 kg. Je takto spokojený.

Anežka je vdaná, žije v malé obci s manželem Josefem, který se také zúčastnil výzkumu.

Zdravotní stav: Anežka je po operaci nádoru žaludku a své zdraví ohodnotila slovy: „*Za moc to nestojí, ale už je to lepší, taky mám po operaci kyčle, to už dřív. To víte těžká práce celý život, to je znát.*“ Vzhledem k operaci žaludku musí Anežka dodržovat dietu, jíst malé porce vícekrát denně. Nesmí kořeněná jídla, Anežka měří 160 cm a váží 80 kg. Uvádí, že po operaci měla menší váhu, ale teď už může zase více jíst, tak se trochu spravila. Než onemocněla tak prý měla přes devadesát kilogramů. Lékařka jí doporučuje, aby snížila svoji hmotnost nebo aby se alespoň snažila nepřibírat. Anežka na to říká: „*Já nikdy nebyla hubená, tak co. No, a když přijde nemoc, tak to to jde rychle, to je pak člověk hubený hned.*“

Josef je ženatý, žije v malé obci s manželkou Anežkou.

Zdravotní stav: Josef má vážné zdravotní kardiovaskulární problémy a potíže s křečovými žilami. Dokonce trpí na chronické rány (bércové vředy) na dolních končetinách. Na dotaz, jak by ohodnotil svůj zdravotní stav, odpovídá: „*Mám dost velký problémy s nohama, ty moje žíly, to je blbý, taky mám už pár let budíka, vysoký tlak.*“ Na dotaz, zda musí dodržovat dietu, odpovídá, že by měl málo solit, nejíst tučné a hlavně uzeniny. Josef měří 170 cm a váží přes devadesát kilogramů. O své váze říká: „*Doktorka si myslí, že bych měl zhubnout, ale to si myslí doktorka, já si myslím něco jiného, že se nebudu trápit na starý kolena s dietou.*“

Ema je vdova, žije sama v domácnosti v malé obci.

Zdravotní stav: Ema je po operaci štítné žlázy, křečových žil a občas má problémy s nízkým krevním tlakem. Z důvodu nemoci štítné žlázy užívá léky a dochází několikrát za rok na kontrolu k lékaři. V současné době se cítí dobře, nedrží žádnou dietu. Váží 80 kg a měří 160 cm. Měla by snížit svoji hmotnost, to sama ví a doporučuje jí to také lékař. Nechce se jí ale „v jejím věku,“ jak sama uvedla, držet dietu.

Zita je rozvedená, žije sama ve větším městě.

Zdravotní stav: Zita se cítí velmi dobře, netrpí žádnými nemocemi. Měří 175 cm a váží 65 kg. Se svým zdravotním stavem i se svou hmotností je spokojená.

Eva je vdaná, žije ve větším městě ve společné domácnosti s manželem Ivošem, který se také zúčastnil výzkumu.

Zdravotní stav: Eva nemá žádné závažné zdravotní problémy, jak uvádí. Má ale atopický ekzém, což je pro ni spíše kosmetická vada. Měří 178 cm a váží 75 kg. Stěžuje si, že se přes zimu spravila, ale doufá, že váhu zase upraví, až bude s manželem jezdit na kole a chodit na výlety.

Ivoš je ženatý, žije s manželkou Evou ve větším městě.

Zdravotní stav: Ivoš své zdraví hodnotí dobře, má mírně zvýšený krevní tlak. Dietu dodržovat nemusí, užívá léky. Váží 93 kg a měří 190 cm. Jeho hmotnost se nemění a je s ní spokojený.

Jan je svobodný, žije sám v domácnosti v menší obci.

Zdravotní stav: Jan je po operaci kolene a má vysoký krevní tlak. K jeho snížení užívá pravidelně léky. Vzhledem k tomu, že při výšce 170 cm váží 100 kg, tak mu doporučuje lékař, aby držel dietu a o několik kilogramů se zhubl. Jan by také neměl jíst uzeniny, omezit sladké, tučné a méně solit. Pan Jan uvádí: „*To já všechno vím, ale dieta se mi moc nedaří, snažím se alespoň omezit to solení.*“

Klára je rozvedená, žije sama v domácnosti ve větším městě.

Zdravotní stav: Klára na otázku, jak by zhodnotila svůj zdravotní stav, říká: „*To víte, už mám nějaký léta, tak špatně chodím, mám problémy se srdíčkem, bolí mě kolena, беру několikery léky, ale mohlo by to být horší.*“ Paní Klára váží 85 kg a měří 160 cm. Má kardiovaskulární problémy a potíže s klouby. Ohledně váhy říká, že ví, že by měla zhubnout, říká jí to i lékař, ale s povzdechem dodává: „*To víte, je to těžké.*“

Lenka je vdova, žije sama v domácnosti v menší obci.

Zdravotní stav: Lenka mi na otázku jejího zdravotního stavu odpovídá: „*No dyť mě vidíte, jak chodím, ta noha, to mě trápí, měla jsem úraz a pořád je to špatný, taky mám cukrovku a ta tomu nepřidá, špatně se to všechno hojí.*“ Lenka musí dodržovat dietní režim, nesmí sladké, protože má diabetes, ale občas dietu poruší. Měří 170 cm a váží 85 kg. Lenka říká, že se teď trochu spadla, ale ne moc, tak dvě kila a dodává: „*Doktorka se se mnou pořád zlobí, když tam přijdu, říká minimálně deset kilo dolů, jí se to snadno řekne, když je jako proutek,*“ usměje se. Lenka má v současné době omezenou schopnost se o sebe postarat,

tak si na radu obvodní lékařky zažádala o příspěvek na péči. Sociální pracovnice již provedla šetření a nyní Lenka čeká, zda jí bude příspěvek přiznán.

5.1.1 Souhrn základních údajů a zdravotního stavu

Celkem byly provedeny rozhovory s 22 komunikačními partnery. Dvanáct dotazovaných seniorů žije v jednočlenné domácnosti, zbylých deset seniorů žije v manželství nebo partnerství. Pět seniorů uvedlo, že nemá žádné zdravotní potíže a že se cítí dobře. Byli to Jana, Petr, Helena, Dana a Zita. Tito senioři nemusí užívat žádné léky ani dodržovat dietní opatření. Všechny čtyři ženy mají BMI menší než 25 a větší než 18,5, tudíž normální váhu. Petr má mírnou nadváhu BMI 27.

Menší zdravotní problém uvedla Eva, která má atopický ekzém. Což ona sama bere spíše jako kosmetickou vadu. Se svým zdravotním stavem je jinak spokojená. Její váha je v normě.

Dobře hodnotí svůj zdravotní stav i Zdeňka, nemá žádné chronické nemoci, je po operaci kyčle, bez obtíží. Její váha je normální.

Na svůj zdravotní stav si výrazně nestěžují ani Ivoš, Roman a Karel, tito pánové mají ale všichni vyšší krevní tlak a na jeho snížení užívají léky. Ivoš a Karel mají mírnou nadváhu. Karel dodržuje redukční dietu a chce docílit normální váhy. Roman má váhu v normě s BMI 23.

Vysoký krevní tlak má i Jan a k jeho snížení užívá léky. Navíc má artrózu kolene. Jan je obézní, jeho BMI je 35, což je nejvyšší hodnota u oslovených mužů.

Alena, Marie, Marta, Hana a Ema uvedly chronické nemoci, které mají kompenzovány léky, takže v současné době u nich nedochází ke zhoršování zdravotního stavu. Alena má diabetes, užívá léky a měla by dodržovat dietní režim. Její BMI je 35, což je již obezita. Marie má mírně zvýšené hodnoty cukru v krvi, vysoký krevní tlak, křečové žíly a je po operaci štítné žlázy, navíc je obézní s BMI 34. Po operaci štítné žlázy je také Ema a i ta si stěžuje na křečové žíly. Ema má BMI 32. Hana uvedla jako svůj zdravotní problém žaludeční vředy, musí dodržovat dietní režim. Má nadváhu. Marta trpí zvýšeným cholesterolem v krvi, její váha je v normě.

Nejméně příznivě ohodnotily svůj zdravotní stav Lenka, Klára, Květa, Anežka, Josef a Václav. Lenka je omezeně pohyblivá z důvodu nedávného vážného úrazu, navíc má diabetes, který její léčení ještě zhoršuje. BMI má 29, jedná se tedy o nadváhu. Lenka si z důvodu zhoršeného zdravotního stavu a omezené soběstačnosti zažádala o příspěvek na péči. Klára má artrózu obou kolen, špatně chodí, a má potíže se srdcem, které blíže

nespecifikovala. Bere několik druhů léků, její BMI je 33. Květa uvedla časté srdeční arytmie, diabetes a vybočená kolena, pohybuje se s pomocí francouzských holí. Užívá trvale léky. BMI má 38, což je nejvyšší hodnota u dotazovaných seniorů. Anežka je po léčbě nádoru žaludku a po operaci kyčle. BMI má 31. Josef uvádí potíže s bérčovými vředy, prodělal infarkt myokardu, užívá několik druhů léků, jeho BMI je 33. Václav uvedl těžké astma, vysoký krevní tlak, problémy se srdcem, jeho BMI je 33.

5.2 Orientace v oblasti zdravého stravování

První výzkumná otázka zněla: **Jak se senioři orientují v trendech zdravého stravování?** V rámci této otázky byly vyhodnocovány znalosti komunikačních partnerů v oblasti makronutrientů a mikronutrientů v kontextu potravinových zdrojů, ve kterých jsou tyto látky obsaženy. Jaké mají znalosti racionální výživy, pitného režimu a potravinových doplňků.

Výživa a její význam pro zdraví člověka: Komunikační partneři byli požádáni o sdělení jejich názoru na výživu, zda si myslí, že způsob stravování ovlivňuje zdraví člověka. Z odpovědí vyplynulo, že většina dotazovaných seniorů je přesvědčena o tom, že zdravá výživa významným způsobem zdraví ovlivňuje. Podle Marie působí výživa určitě z 50 % na zdraví člověka, dodala však: „*Je třeba se přinutit, jídelníček si sestavit a dodržovat ho. No, není to jednoduchý.*“ Jana, Marta, Dana, Zita, Eva, Zdeňka, Petr a Roman si myslí, že výživa je důležitým faktorem zdraví. Eva k tomu vysvětlila, že po jídle by se měl člověk cítit dobře a že sama na sobě vidí, když se stravuje zdravě a omezí bílé pečivo a cukrovinky, zlepšil se její atopický ekzém. Janin názor je, že by člověk měl jíst vyváženou stravu a nepřejídat se. Také Dana se cítí dobře, když konzumuje lehká jídla.

Pro Romana je výživa jedním z více faktorů zdraví člověka. Zita si myslí, že základ zdraví je výživa a pohyb. Ostatní senioři, kromě Heleny, se vyjadřují spíše v tom smyslu, že výživa má vliv na zdraví, protože to říkají lékaři a obecně se o tom hodně mluví, takže to zřejmě důležité bude. Paní Lenka řekla doslova: „*Dříve to nikdo neřešil, teď se o tom mluví pořád.*“ Květa uvedla: „*Určitě, doktoři mi to říkají, mám změnit jídelníček, jíst hodně zeleniny a tak.*“ Václav a Josef shodně uvedli, že výživa je důležitá, ale vše, co se týká stravy, nechávají na svých ženách. Helena svou odpověď vymezila takto: „*Když chce být člověk zdravý, tak by to neměl přehánět s nezdravými potravinami.*“ Komunikační partneři jsou informováni a z velké části i přesvědčeni, že výživa má vliv na zdraví člověka. Pro některé dotazované seniory to není pouze teoretická znalost, ale mají se

zdravou výživou i svou zkušenost. Jestliže se zdravě stravují, cítí se lépe, nejsou obézní a zlepšuje se jejich zdravotní stav. Naproti tomu část z dotazovaných seniorů to uváděla spíše jen jako fakt, který je obecně známý z médií nebo ho prezentuje nějaká autorita, například lékař a tudíž je pravdivý.

Charakteristika racionální výživy: Co si komunikační partneři představují pod pojmem racionální výživa? Alespoň částečné znalosti o racionální výživě mají všichni seniori. Většina seniorů uváděla, že je to způsob stravování, kdy se konzumuje dostatek zeleniny a ovoce. Dále často zaznívalo méně sladit, jíst méně tuku, používat spíše rostlinné tuky, jíst celozrnné pečivo, libové maso, luštěniny. Někteří dotazovaní seniori uváděli, že je důležité se nepřejídat, omezit konzumaci uzenin, méně solit, pít nejlépe vodu a čaje.

Helena si myslí, že se má jíst hodně zeleniny, ale málo „umělotin“ a tuků. Zita popisovala racionální stravu jako přiměřenou a vyváženou stravu, která je jiná pro ni a jiná pro jejího vnuka. Je to strava přizpůsobená věku, nemocem a pohybové aktivitě, myslí si Dana. Jana si, podobně jako Dana, představuje přiměřenou výživu uzpůsobenou věku a pohybovým aktivitám. Pro Petra a Martu to je strava, kde je dostatek bílkovin, sacharidů, zdravých tuků, vlákniny a vitamínů. Josef uvádí smíšenou stravu, ale nepřejídat se. Takový názor má i Klára, podle ní se má jíst všechno, ale přiměřeně. Jan o racionální výživě řekl: „*Měl bych jíst jako králík, hodně zeleninu, ovoce a ovesné vločky, tak si to představuju.*“ I když někteří dotazovaní seniori, se v souvislosti se znalostmi racionální výživy, omezovali pouze na doporučení konzumace zeleniny a ovoce, případně cereálií, většina komunikačních partnerů měla v této oblasti velmi dobré komplexní znalosti.

Znalost základních živin: Co jsou to základní živiny a jaký význam mají pro naše zdraví? Větší část dotazovaných seniorů má povědomí o základních živinách a také o tom, proč jsou pro organismus tak důležité. Někteří dokonce specifikovali, že bílkoviny jsou stavební látky pro vývoj tkání a sacharidy a tuky, že jsou zdrojem energie. Tři komunikační partneři zmínili i nezbytnost tuků pro vitamíny v nich rozpustných. Téměř žádný senior nevedl, v jakém poměru by se základní živiny měli konzumovat. Pouze Zita poměry živin specifikuje a podle ní by se mělo konzumovat okolo 20 % bílkovin, stejně tak tuků a zbytek sacharidy. Názor Evy a Hany je, že nejvíce se má jíst sacharidů, méně pak tuků a bílkovin. Většina seniorů poměr neupřesňuje, ale vyjadřovali se v tom smyslu, že je potřebné jíst vše. Klára se k živinám vyjádřila takto: „*Živiny? To je to všechno z jídla, co potřebujeme, aby člověk zůstal živý a zdravý.*“ Lenka si myslí, že

živiny jsou pro nás důležité proto, abychom nebyli nemocní. Komunikační partneři jsou informováni o základních živinách a vědí, že to jsou nezbytné látky pro život člověka. Uvědomují si, že je pro ně důležitá rozmanitá a čerstvá strava.

Základní živiny v potravinách: Jaké potraviny je vhodné konzumovat, abychom tělu dodali potřebné množství živin? Zajímalo mne, zda dotazovaní senioři mají představu, jaké potraviny obsahují základní živiny. Všichni komunikační partneři věděli, že bílkoviny jsou v mase, více než polovina dotazovaných uváděla také buďto obecně mléčné výrobky nebo specifikovala sýry, mléko, jogurty. V odpovědích se také často objevovaly luštěniny, nebo konkrétně fazole, čočka a sója. Několik seniorů uvedlo také ryby a vajíčka.

Tuky dotazovaní senioři rozdělují na rostlinné a živočišné a většina se vyjadřovala v tom smyslu, že rostlinné jsou zdravější. Nejvíce odpovědí bylo, že tuky jsou v másle, sádle a rostlinných olejích. Jana, Zdeňka, Petr a Marta uvedli také uzeniny, ovšem dodali, že tyto tuky jsou ty nejméně zdravé. Někteří senioři také zmiňovali maso. Dana a Zita uvedly, že zdravé tuky jsou ty, které jsou lisované za studena ze semen rostlin. Několik seniorů zmínilo i rybí tuk. Ten uvedla i Anežka, protože si pamatuje, jak ho jako děti dostávaly na lžičku.

O sacharidech, nejvíce seniorů ví, že jsou obecně v přílohách, ovoci, zelenině, rýži, těstovinách, pečivu, obilovinách. Komunikační partneři si uvědomují důležitost konzumace základních živin a mají i velmi dobré znalosti, z kterých potravin tyto živiny čerpat. Přibližně tak polovina dotazovaných seniorů uváděla i rozdíly mezi živočišnými a rostlinnými bílkovinami, živočišnými a rostlinnými tuky a složenými a jednoduchými sacharidy.

Význam vitamínů a minerálů v potravě: Jaké znají komunikační partneři vitamíny a minerální látky a čím tyto látky prospívají našemu organismu? V souvislosti s vitamíny a minerály nejčastěji zaznívalo, že jejich konzumace zvyšuje obranyschopnost těla. Také že dostatek vitamínů snižuje riziko nemocí, nejvíce dotazovaní senioři uváděli chřipku. Skutečnost, že dostatek vápníku a vitamínu D snižuje riziko osteoporózy, uváděly především dotazované ženy. Několik komunikačních partnerů uvedlo hořčík, o kterém věděli, že pozitivně působí na činnost nervového systému a zmírňuje svalové křeče. Magnesium zmínila například Marie: „*Měla jsem často křeče v lýtkách, tak mi doktorka doporučila hořčík a zlepšilo se to.*“ Dále dotazovaní senioři neznámka uváděli i pojem antioxidanty, zejména v souvislosti s ochranou těla před nádorovým onemocněním. Ivoš uvedl, že vitamínů a minerálů je mnoho, že neví, jak se všechny jmenují, ale že jsou

důležité, protože zajišťují v těle různé chemické procesy, chrání buňky a podílí se na správném fungování organismu. V podobném duchu se vyjádřila i Helena. Květa a Eva uvedly, že vitamín D je důležitý pro stavbu kostí, protože, při nedostatku měly děti dříve často křivici. Komunikační partneři většinou znají nejnámější vitamíny a minerální látky a jsou informováni o jejich významu pro organismus.

Vitamíny a minerály v potravinách: Na otázku, v jakých potravinách je nejvíce minerálů a vitamínů odpovídali dotazovaní senioři, že nejvíce těchto látek je v zelenině a ovoci. Zeleninu a ovoce jmenovali všichni komunikační partneři, často uváděli i konkrétní druhy. Ze zeleniny nejvíce zmiňovali papriku, nakládané zelí, rajčata a cibuli. Z ovoce to byly citrusy, z nichž nejvíce jmenovali citrony a pomeranče. Dále uváděli jablka a banány. Tři senioři muži upozornili i na pivo, jako zdroj vitamínu B. Několik seniorů se zmínilo i o úpravě zeleniny. Marie uvedla, že vitamíny jsou hodně v zelenině, ale že má být syrová nebo nakládaná, v nejhorším případě lehce podušená nebo krátce vařená v páře. Dále často zaznívalo, že je potřeba konzumovat sýry, mléko, luštěniny, vnitřnosti. Tyto potraviny byly dávány do souvislosti spíše s minerálními látkami.

Někteří dotazovaní senioři tyto potraviny zmínili i z důvodu obsahu vitamínů. Často komunikační partneři uváděli i různé druhy semen a ořechů. Například vlašské a lískové ořechy, semínka tykve a slunečnice. K minerálům někteří senioři doplňovali, že někdy v organismu chybí a je dobré je tělu dodat jiným způsobem než potravou. To zmínila Marie, Jana a Karel, ti si občas kupují minerální vody, aby případný deficit doplnili. Marie navíc uvedla, že jí hodně semínek a občas si koupí mango, aby měla dostatek selenu. Květa k tomu dodala, že tyto látky jsou ve všech potravinách a že člověk by měl jíst vše. Helena dala důraz na slovo přírodní a uvedla, že v každé přírodní potravine jsou vitamíny a minerály. Jestliže člověk tyto potraviny konzumuje, měl by jich mít dostatek. Komunikační partneři se shodli, že nejvíce vitamínů je v ovoci a zelenině. Také je důležité konzumovat rozmanitou stravu a nezapomínat na mléčné výrobky, vnitřnosti nebo semena rostlin z důvodu dostatečného příjmu minerálních látek.

Doporučená konzumace jídla a tekutin během dne: K otázce, kolikrát denně je doporučováno jíst a jaké množství tekutin přibližně vypít během 24 hodin, odpovídali dotazovaní senioři nejčastěji, že denní strava by měla být rozdělena do pěti porcí a člověk by měl během dne vypít dva až tři litry tekutin. Na množství tekutin se shodli všichni dotazovaní. Nejčastěji zaznívalo alespoň dva litry, něco přes dva litry, tak dva až tři litry. Podle Evy se má ale příjem tekutin upravovat ve vztahu k vykonávané aktivitě, ročnímu období a teplotě. V souvislosti s konzumací jídla byly nejfrekventovanější výrazy:

vícekrát, ale malé porce, tak pětkrát denně, doporučuje se častěji. Konzumaci denního jídla v pěti menších porcích uváděla většina komunikačních partnerů, jen Petr a Jan sdělili, že jim vyhovuje jíst třikrát denně i když vědí, že se doporučuje pětkrát. Zita se vyjádřila v tom smyslu, že je důležité se vydatně nasnídat, k obědu by mělo být teplé jídlo, večere lehčí. Mezi těmito hlavními jídly nejlépe ovocné nebo zeleninové svačiny. Podle Dany je ale s ohledem na denní aktivity někdy obtížné dodržet doporučovaný režim. I když komunikační partneři znají, jaký by měl být příjem tekutin během dne a jsou informováni i o tom, v kolika denních dávkách je doporučována konzumace potravin, tak ne všichni tato doporučení dodržují. Buď z důvodu, že jim taková frekvence nevyhovuje nebo že zapomenou či nemají čas.

Znalost potravinových doplňků: Jak se komunikační partneři orientují v pojmech potravinové doplňky, funkční potraviny nebo bioaktivní látky? V souvislosti s potravinovými doplňky se nejčastěji objevovaly výrazy vitamíny v prášku, vitamíny a minerály v kapslích, minerály z lékárny. Zita uvedla, že jsou to tělu prospěšné látky v lékové formě, třeba v kapslích. Jan řekl, že neví, ale dodal: „*To jsou nějaké pilulky z lékárny, třeba něco na klouby nebo multivitamíny a tak.*“ Někteří senioři uváděli konkrétní přípravky, které znají z reklamy nebo jim je koupily děti, aby se jim zlepšila pohyblivost kloubů nebo měli dostatek vitamínů a minerálů.

Pojem funkční potraviny již mnoho komunikačních partnerů neznalo. Nejčastější odpověď byla, že neví. Někteří dotazovaní senioři si myslí, že to jsou nějaké lehce stravitelné potraviny. Jiní tento pojem slyšeli, ale už si nevybavují, co přesně znamenal. Několik seniorů uvedlo, že to jsou potraviny obohacené o vitamíny nebo o nějaké zdraví prospěšné látky.

O bioaktivních látkách dotazovaní senioři neslyšeli. Pouze Jana a Zita se shodly, že je zdravá výživa zajímavá a že o tom četly na internetu. Obě uvedly, že to jsou látky v ovoci a zelenině, které jsou prospěšné pro náš organismus. Zita se k tomu ještě vyjádřila: „*Tyto látky primárně chrání rostlinu samotnou a následně, když rostlinu sníme, tak chrání i naše tělo.*“ Znalost potravinových doplňků byla u všech komunikačních partnerů. Vliv na to má pravděpodobně i skutečnost, že jsou velmi častým vánočním dárkem. Také jsou seniorům často doporučovány lékařem. Funkční potraviny již znalo podstatně méně seniorů a k pojmu bioaktivní látky se vyjádřily pouze dvě ženy z dotazovaných seniorů.

5.2.1 Souhrn odpovědí na výzkumnou otázku 1

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.

Všichni komunikační partneři mají alespoň částečné znalosti racionální výživy. 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.

O základních živinách komunikační partneři vědí, že jsou to stavební látky a potřebný zdroj energie. Ačkoliv často neznají, v jakém poměru základní živiny konzumovat, mají přehled, v jakých potravinách jsou nejvíce jednotlivé základní živiny obsaženy.

V oblasti vitamínů a minerálů se dotazovaní senioři orientují a mají základní přehled o funkci těchto látek v organismu, jakožto i o hlavních zdrojích v potravinách. Jestliže si nebyli někteří komunikační partneři jisti, většinou uváděli, že se má jíst přiměřeně vše.

Pitný režim a počet doporučených porcí jídel denně, znají dotazovaní senioři velmi dobře. K těmto znalostem uvedli, že tyto informace jsou velice často zmiňovány ve sdělovacích prostředcích.

Většina komunikačních partnerů vykazovala i velmi dobré znalosti doplňků stravy, především zásluhou lékařů, kteří jim tyto preparáty doporučují k pokrytí případných nutričních deficitů. Pojem funkční potraviny již není mezi dotazovanými seniory tak známý. Přesto ale někteří věděli, co to funkční potraviny jsou. Povědomí o bioaktivních látkách už měly pouze dvě komunikační partnerky. Obě ženy shodně uvedly, že je zajímavá zdravý životní styl, takže si často vyhledávají různé informace na internetu nebo navštěvují přednášky s tematikou zdravé výživy.

5.3 Způsob stravování

Druhá výzkumná otázka zněla: **Jak se senioři stravují?** V rámci této otázky byly vyhodnocovány stravovací zvyklosti komunikačních partnerů během dne. Kým jsou pokrmy připravovány a z jakých surovin. Jak se vyvíjely stravovací návyky seniorů

v průběhu života. Jaké mají zvyklosti a sociální kontakty během jídla a zda dodržují pitný režim.

Stravování během dne: Komunikační partnery jsem požádala, aby mi popsali jejich denní jídelníček, jaké potraviny preferují, co nejraději konzumují a kdy. Zda musí dodržovat dietní omezení, čím se při výběru potravin a jídla řídí. Jak je pro ně důležitá chuť, čerstvost potravin, rychlost přípravy, obsah živin apod.

Dotazovaní senioři mi vyprávěli, jakým způsobem se během dne stravují. Největší část seniorů preferuje k snídani nějaký druh pečiva. Většinou se jedná o chléb, rohlíky nebo různé druhy buchet a koláčů. Několik dotazovaných seniorů uvedlo, že upřednostňují spíše celozrnné pečivo, protože jim lépe chutná a navíc je zdravé. V tom, co senioři konzumují spolu s pečivem, již byla značná variabilita. Část z nich Květa, Lenka, Klára, Anežka, Josef a Hana mají rádi sladké snídaně, obvykle jedí pečivo s máslem nebo nějakým rostlinným tukem a k tomu džem, někdy med.

Jestliže mají tito senioři možnost, tak si k snídani vezmou nějaký koláč, závin, buchtu nebo koblihu. Další, větší část seniorů preferuje k pečivu sýry, salám, šunku někdy vajíčka. Takovouto snídani má například ráda Marie, která uvedla, že nejraději si dá celozrnný chléb, k tomu žervé nebo kousek salámu a sezónní zeleninu, třeba ředkvičky ze zahrádky. Její manžel Václav má raději čerstvé rohlíky se salámem nebo sýrem a kouskem zeleniny, který mu manželka, dle jeho slov, „vnutí.“ Trochu odlišné snídaně preferují Zita, Dana a Jana. Tyto tři dotazované ženy začínají den většinou obilnou kaší s ovocem. Nejvíce upřednostňují ovesnou, jáhlovou, rýžovou nebo pohankovou, v létě pak nejčastěji pouze obilné vločky s jogurtem a k tomu sezónní ovoce. Ovesnou kaši zmínila i Eva: *„Ráno snídám spolu s manželem (Ivoš), většinou chléb se šunkou, nějaký sýr a k tomu třeba ředkvičky, papriku, kedlubnu. Někdy ale udělám míchaná vajíčka, aby byla změna a pro sebe občas ovesnou kaši.“* Dva z dotazovaných mužů – Jan a Roman si nezřídka dají k snídani i polévku. Jan řekl: *„Většinou mám chleba s něčím nebo si umíchám vajíčka se špekem a cibulí, ale když mám velkou chuť, tak v zimě taková polívčička pro zahřátí, není vůbec špatná.“* Shoda mezi komunikačními partnery byla v nápojích k snídani. Nejvíce dotazovaných seniorů si dává k snídani čaj, někteří bílou kávu. Karel, Václav, Hana a Marta si navíc ještě udělají černou kávu.

Dalším denním jídlem je svačina, ale ne všichni senioři jsou navyklí svačit. Často si pouze něco „zobnou,“ jak uváděli, například sušenku ke kávě nebo kousek ovoce. Asi tak polovina dotazovaných pravidelně svačí, většinou jogurt, pudíng, kompot nebo nějaké pečivo či ovoce.

Oběd preferují všichni senioři, mimo Heleny, teplý, V tomto ohledu panovala, až na jednu výjimku, naprostá shoda. Pouze Helena si místo oběda dopřeje raději kávu se šlehačkou a kousek dortu nebo zákusek. Podle jejích slov potřebuje přes den hlavně sacharidy, po klasickém obědě by se cítila unavená a ospalá. Ostatní komunikační partneři uváděli, že mají nejraději něco jednoduchého, různé druhy polévek, často kuře s bramborem, rizoto, zapečené brambory, těstoviny s masovou směsí nebo na sladko s tvarohem, kousek masa s rýží apod. V domácnostech, kde spolu žijí oba manželé nebo partneři jsou oblíbené i různé omáčky s knedlíky. Anežka se vyjádřila: *My máme s Josífkem oba rádi knedlíky s omáčkou, ale to stojím u plotny celé dopoledne, tak toho vždycky udělám víc a druhý den nevařím.*“ Jestliže senioři zmiňovali pokrmy složitější na přípravu, tak celkem často toto jídlo konzumovali i druhý den.

Odpolední svačina není preferována všemi komunikačními partnery. Mnohdy záleží na čase jejich oběda a večeře. Většinou ti senioři, kteří večeří brzy, již odpoledne nesvačí. Naopak odpolední svačinu preferují ti senioři, kteří jsou navyklí dříve obědovat. Nezřídka mají něco sladkého, koláč, závin, puding, někdy jogurt, zeleninový salát nebo ovoce.

Většina komunikačních partnerů, další jídlo během dne nevaří a večeří mají studenou. Roman uvedl: *„Dám si nějaké pečivo s pomazánkou nebo paštikou, někdy si koupím vlašák, uzenou makrelu a tak, jo a taky chleba se sádlem a cibulí, to taky mívám.“* Jestliže mají dotazovaní senioři teplou večeří, je to zpravidla proto, že si ohřejí to, co jim zbylo od oběda. Někteří si občas udělají například topinku, bramborák, v zimě polévku pro zahřátí, vždy podle momentální chuti a času, jak uvedli. Zita, Dana, Eva a Jana mají často zeleninový nebo ovocný salát. Helena, která jako jediná nepreferuje teplý oběd, mívá k večeří klasické teplé jídlo, ne však denně. Řekla: *„Někdy si večer udělám klasické teplé jídlo, ale někdy jím, co kde potkám, podle chuti.“* Komunikační partneři konzumují během dne nejméně tři jídla. Dopolední svačinu má více než polovina dotazovaných, odpoledne svačí jen ti, kteří preferují pozdější večeří nebo brzký oběd. Často, ale senioři uváděli, že si mezi hlavními jídly „zobnou něco malého,“ ale to nepovažují za svačinu.

Příprava pokrmů: Komunikační partneři si jídlo připravují téměř vždy sami, pouze jednomu seniorovi někdy přinese oběd dcera. Senioři žijící v páru vaří, až na výjimky, každý den. Zatímco senioři, kteří žijí sami v domácnosti, si častěji připravují jídlo na dva dny. Celkem výjimečně uvařené pokrmy konzumují i třetí den. U dotazovaných seniorů - párů jsou to vždy ženy, které připravují pokrmy. Pouze jeden muž z dotazovaných párů někdy připravuje k večeří něco jednoduchého, například topinky nebo míchaná vejčička.

I když dotazovaní senioři uváděli, že vaří téměř denně, připouštěli, že když vaří časově náročnější oběd, tak ho udělají větší množství, aby druhý den nemuseli vařit.

Komunikační partneři, kteří žijí v domácnosti sami, uváděli, že často jim jídlo zbyde na druhý den nebo ho uvaří záměrně více, aby jim zbylo. Někteří z nich také vysvětlovali, že pro ně samotné se jim nevyplatí nic složitějšího vařit a tak si udělají „něco rychlého.“ Značný rozdíl ale je v pojmu „něco rychlého.“ Zatímco například Zita, Dana nebo Jana si připraví například kuskus s dušenou zeleninou a plátkem masa nebo červenou čočku s vajíčkem, tak Květa uvedla: „*Vařím si něco rychlého – uvařím třeba nudle, dám na ně trochu kakaa a pocukruju to, ale někdy si udělám jen polívku z pytlíku a k tomu si vezmu rohlík.*“ Podobně se vyjádřila i Klára: „*Když se mi nechce, tak si udělám takovou tu čínskou nudlovku a jsem najedená za pár korun, ale někdy si pak zase upeču kuře, tak to mám na tři dny.*“ Na dva dny si často připravují jídlo i Jan a Roman. Lenka si vaří také minimálně na dva dny, ale ta spíš z důvodu zdravotních komplikací: „*Uvařím si vždycky minimálně na dva dny, s tou mojí nemocnou nohou mi dělá potíže dlouho stát, tak si toho uvařím víc a pak si to jen ohřeju.*“

Dost odlišné jsou tedy suroviny používané k přípravě jídla, jakož i příprava samotná. Komunikační partneři často vaří z čerstvých surovin, ale někdy také používají konzervy, různé instantní nebo mražené pokrmy a polotvary. Použití polotvarů a instantních jídel zdůvodňovali dotazovaní senioři většinou tím, že se jim nevyplatí vařit něco složitějšího nebo je to pro ně finančně výhodnější. To uváděli mnohem častěji senioři žijící v jednočlenných domácnostech.

Stravovací návyky, kým a čím byli senioři ovlivňováni v průběhu života: Pro většinu komunikačních partnerů to byla matka, která nejvíce ovlivnila jejich stravovací návyky v dětství a dospívání. Někteří též zmiňovali babičku, v jednom případě to byla teta a později i matka partnera. Lenka k tomu řekla: „*Nejdříve to byla maminka, doma, ty zvyky, a pak manžel a děti, taky málo času.*“ Několik seniorů si vzpomnělo, že v dětství se stravovali velmi skromně. Václav uvedl: „*Maminka vařila hodně omáčky s knedlíkem a polévky, bylo nás hodně ke stolu, tak se snažila, abysme se najedli a moc to nestálo.*“ Naopak Zita a Dana celkem shodně uvedly, že u nich doma se vždy dbalo na to, aby se jedlo zdravě a dobře, byly zvyklé jíst hodně zeleniny a ovoce ze zahrádky a maso „ze dvorku,“ což byli králíci, kuřata, kachny apod. Stravovací návyky Marty ovlivnila mimo jiné maminka jejího manžela: „*Když jsme se s manželem vzali, bydleli jsme u jeho rodičů a tam se všichni scházeli u stolu na oběd, to byl zákon manželovy maminky. Když jsme pak měli vlastní děti a bydleli sami, tak jsem to také tak vyžadovala, ale to už šlo o večere,*

protože obědy jsme měli v práci a děti ve škole.“ Část dotazovaných seniorů také podotkla, že stravovací zvyklosti se měnily i s nabídkou potravin na trhu a dostupnými finančními prostředky. Anežka s Josefem se shodli, že když byli malí, bylo po válce a potravin byl nedostatek. Anežka k tomu: „Když jsme byly děti, tak maminka často neměla ani z čeho uvařit, pak se to zlepšilo, ale výběr stejně moc nebyl, teď je výběr velikej, no ale zase chyběj peníze.“

Během života se tedy preference stravy a její příprava měnily podle financí, chutí partnerů a dětí, dostupných surovin, času na přípravu, stravování v zaměstnání, školních jídelnách a době, kdy se jednotliví členové rodiny setkávali doma.

Sociální kontakty během jídla s rodinou a přáteli: Na setkání s rodinou nebo přáteli se dotazovaní senioři vždy těší. Většina dotazovaných seniorů uvedla, že jsou pro ně sociální kontakty velmi důležité a že oproti době, kdy chodili do zaměstnání, jich mají méně. S rodinou se většina seniorů schází ve své domácnosti, kde společně poobědvají nebo si dají alespoň malé občerstvení. Spíše ojedinele se společně s rodinou sejdou na oběd nebo večeři mimo domov. Hana uvedla: *„Občas zajdu k dceři, ale nejím tam, dám si tam čaj, popovídáme, vidím se s vnoučaty a tak, celkem často ale přijdou na oběd mladá nebo jen vnoučata ke mně, tak to se vždycky těším a uvařím jim nějakou dobrotu.“* Eva s Ivošem se někdy stravují v restauraci, setkávají se zde s přáteli nebo rodinou: *„Kolikrát si jenom tak vyjdeme s přáteli na večeři a popovídat. S rodinou občas také, ale to spíš, když je nějaká oslava, jinak se s nimi vidíme většinou u nás doma.“*

Pro některé komunikační partnery například pro Helenu, Janu, Zitu a Romana je jídlo mimo domov a setkání se s přáteli součástí nějaké kulturní události nebo výletu. Roman: *“My máme takovou partu a s tou jezdíme na kole, na vodu a tak různě, to si potom dáváme oběd někde v restauraci, jak se to hodí a jak je možnost.“* Petr s Martou a Karel se Zdeňkou si zajdou společně s přáteli na večeři, když jdou do divadla nebo na koncert. Naproti tomu Klára a Alena uvedly, že nikam nechodí a jedí vždy doma, důvodem je finanční náročnost a pro Kláru také zdravotní stav.

Pro všechny komunikační partnery jsou ale společné chvíle s rodinou nebo přáteli velmi oblíbené, ať už je to při obědě, večeři nebo jen při malém občerstvení.

Denní pitný režim a konzumace alkoholu: Pitný režim se dotazovaní senioři snaží dodržovat všichni, ale někdy se stane, že zapomenou, nemají čas nebo se nemají momentálně čeho napít. Květa se k tomu vyjádřila: *„Vím to moc dobře, že mám pít po troškách a často, ale někdy se mi stane, že si jdu vzít oběd a zjistím, že jsem od snídaně nic nevpila.“* Marie je někdy zaujatá nějakou činností: *„Když hlídám vnoučata nebo jsem*

na zahrádce, tak pak zjistím, že jsem se několik hodin vůbec nenapila.“ Roman uvedl: „Snažím se pít pravidelně, ale taky se mi stane, že zůstanu mimo domov déle, než jsem původně plánoval a nemám možnost se napít.“ V souvislosti s alkoholem se senioři vyjádřili, že buďto alkohol vůbec nepijí nebo jen příležitostně. Václav, Jan a Josef si rádi dají sklenici piva po obědě nebo někdy večer u televize. Václav: „Občas se napiju piva po obědě, na trávení, někdy si dám i u televize, ale to bych neměl, kvůli váze a tak.“

Někteří dotazovaní uvedli, že si občas s přáteli dají víno nebo vinný střík. Helena si dává skleničku vína večer častěji, ale ne každý den. Konzumaci tvrdého alkoholu neuvedl žádný komunikační partner.

5.3.1 Souhrn odpovědí na výzkumnou otázku 2

Komunikační partneři konzumují své denní jídlo ve třech až pěti porcích. Pokrmy si připravují až na výjimky sami a četnost denních jídel se odvíjí většinou podle zažitých zvyků nebo denních činností. Většina dotazovaných seniorů má během dne tři větší jídla a jedno až dvě menší. Součástí snídaně je obvykle nějaký druh pečiva, máslo nebo rostlinný tuk, džem, med, sýr, uzeniny, vajíčka. Tři seniorky často snídají teplou obilnou kaši s ovocem. Oběd je vždy teplé jídlo, které si komunikační partneři vaří z nakoupených surovin každý den, případně obden. Večeře si připravují studené, teplé jsou méně časté a spíše v zimních měsících. Teplou večeři preferuje pouze Helena, která však jako jediná z dotazovaných seniorů, nemívá teplý oběd.

Pitný režim se senioři snaží dodržovat, ale někdy v zaujetí nějaké činnosti zapomenou nebo se dostanou do situace, kdy nemají příležitost se napít. Alkohol konzumují komunikační partneři omezeně, někteří si dají skleničku piva po obědě. Někdy také i sklenku piva či vína večer s přáteli nebo u televize.

Stravovací návyky dotazovaných seniorů byly v počátcích jejich života ovlivněny rodinou, ve které žili, tedy matkou a často i babičkou. V průběhu života to byli partneři, děti, dostupnost potravin, čas a finanční situace, které tyto zvyky formovaly. Velmi důležité jsou pro komunikační partnery sociální kontakty, které se často dějí během jídla nebo malého občerstvení. Setkávají se tak s rodinou nebo přáteli. Posezení se odehrávají v některé domácnosti nebo mimo domov v restauracích a kavárnách.

5.4 Nákup potravin

Třetí výzkumná otázka: **Čím jsou senioři ovlivňováni při nákupu potravin a výběru jídla?** V rámci této výzkumné otázky byly vyhodnocovány preference při nákupu

a výběru potravin. Jak často komunikační partneři nakupují a čím se při výběru řídí? Zda jsou to spíše chutě a návyky nebo potraviny odpovídající racionální výživě či různé akční nabídky a slevy.

Skladba nakupovaných potravin: Čím se dotazovaní senioři při nákupu potravin řídí, zda kvalitou, chutí, cenou, energetickou hodnotou, momentální finanční situací, sezónou? Odpovědi na tuto otázku byly značně variabilní. Všichni komunikační partneři uvedli chuť jako jeden z nejdůležitějších aspektů při nákupu potravin. Někteří však dodávali, že jejich chuť limituje i cena potravin.

Některé komunikační partnery zajímá vzhled, výživové hodnoty, čerstvost a kvalita potravin. Cena není určující faktor při výběru potravin pro Evu s Ivošem, Janu, Zitu, Danu a částečně i pro Petra a Martu. Petr uvedl: *„Nakupujeme většinou to, co nám chutná, ale taky koukáme, aby to bylo čerstvý, hodně zeleniny, ovoce a občas i ryby, cena není úplně rozhodující, ale když se nám to zdá, že opravdu je to hodně, třeba nějaký sýr nebo tak, tak to ne, to si to odpustíme.“* Zita odpověděla: *„Já jsem už přišla na to, po čem se cítím dobře a po čem ne, takže v jídle už ani moc neexperimentuji, kupuji si kvalitní věci, spíše dietní, cenově dostupné, rozhodně si nekoupím, teď mě nic nenapadá, třeba nějaký salám, protože je levný.“*

Více než polovina dotazovaných seniorů zmínila i rozdílnost skladby nákupu podle sezóny. Komunikační partneři to zdůvodňovali skutečností, že v zimě je zelenina a ovoce dražší a chuťově horší, proto jí kupují méně. Během letních a podzimních měsíců zkonsumují ovoce a zeleniny mnohem více. Někteří jako výhodu také uváděli, že mají zahrádku, takže si obohatí jídelníček vlastními výpěstky, případně dostanou přebytky od rodiny či od sousedů.

Energetická a výživová hodnota potravin je také důležitým faktorem nákupu pro některé dotazované seniory. Uvedli to Karel, Dana, Roman, Jana a Eva s Ivošem. Všichni se shodli, že je pro ně důležité, aby si kupovali potraviny výživově hodnotné a spíše dietnější. Karel již několik měsíců dodržuje redukční dietu, takže výběr kaloricky chudších, ale nutričně hodnotných potravin, je pro něj prioritou. Podobně nakupuje také Jana a řekla: *„Pro mě je důležité zachovat si co nejdéle svoje zdraví a také váhu, tak se snažím kupovat si méně tučné sýry a jogurty, hodně zeleniny, libové maso a tak.“* Pět komunikačních partnerů musí někdy omezit nákupy i z důvodu finanční situace. Klára uvedla: *„já se dívám na cenu v první řadě, na chuť taky, to taky mě zajímá, ale někdy musím hodně tu cenu, když mám nějaký výdaje navíc nebo tak, tak to pak musím každou korunu počítat, to jí pak otáčím, než jí dám za něco.“*

Komunikační partneři nakupují většinou podle své chuti a ceny potravin. Dále je pro ně důležitý vzhled, čerstvost, nutriční a energetická hodnota a kvalita potravin.

Četnost nákupů a obsah nákupního košíku: Požádala jsem komunikačních partnery, aby mi řekli, jak často chodí nakupovat a popsali obsah jejich běžného nákupního košíku. Nezajímal mne prostý výčet nakupovaných potravin, ale jaká část z nákupu jsou čerstvé potraviny, zda nakupují hotová jídla, polotvary, konzervy, kolik zeleniny, ovoce, uzenin.

Z odpovědí vyplynulo, že dotazovaní senioři nakupují nejčastěji dvakrát až třikrát týdně. Eva s Ivošem a Petr s Martou uvedli, že jednou za týden udělají větší nákup a poté již dokupují pouze pečivo nebo nějaké drobnosti. Klára a Alena chodí nakupovat obden. Obsah nákupních košíků se liší v množství a preferencí různých potravin.

Podle toho, co dotazovaní senioři upřednostňují, by se dali rozdělit do třech skupin. Část seniorů nakupuje pouze čerstvé potraviny, žádná hotová jídla, mražené polotvary nebo instantní jídla. Konzervy kupují jen výjimečně. Do této skupiny patří Dana, Zita, Jana, Petr s Martou a Eva s Ivošem a Helena. Dana ke svému nákupu uvedla: *„Nakupuji tak dvakrát týdně, čerstvých potravin je naprostá většina, polotvary nebo nějaké instantní polévky, to vůbec. Občas si koupím tuňáka v konzervě nebo kysané zelí, ale třeba, abych si koupila nějaký hotový pokrm v konzervě, to ne, to nikdy. Takže většinou mám v košíku nějakou zeleninu, ovoce, pečivo, sýr, jogurt, někdy kousek masa, kuře třeba, jednou za čas rýži, těstoviny, občas luštěniny, minerálku, co zrovna potřebuji.“* Další skupinka seniorů jsou ti, kteří nakupují čerstvé potraviny, ale někdy i mražené polotvary a častěji i konzervy. Takto kupují například Marie s Václavem, Roman, Zdeňka. Jan a Hana. Shodou okolností Marie nakupovala v den, kdy jsme spolu hovořily: *„Nakupuju tak jednou za týden, trochu větší nákup. Dneska jsem kupovala jablka, pomeranče, banány, ty měli v akci, pak cibuli, tu často, to máme velkou spotřebu, taky pórek, kuře, no salám - ten taky a takový ty běžný věci, nějaký pečivo, mouku, mlíko. No a taky nějaký cukrovinky, aby měly vnoučata do čeho kousnout. Někdy taky koupím lančmít, ten nám chutná a je hned večere nebo paštiky, olejovky a tak.“* Do poslední skupiny by se dali zařadit ti komunikační partneři, kteří v poměru k ostatním, nakupují větší množství různých hotových jídel. Jsou to Lenka, Klára, Jan, Anežka s Josefem, Květa a Alena. Tito dotazovaní senioři, ať už z důvodu chuti nebo úspory financí či času, častěji kupují různá hotová jídla, mražené polotvary, konzervy a instantní pokrmy. Jan chodí nakupovat jedenkrát až dvakrát do týdne: *„Mám tam tak od všeho něco. Koupím si nějaký čerstvý maso, zeleninu, nejvíc cibuli, chleba, knedlík, abych ho nemusel dělat. Někou konzervu,*

ta se nezkaží a občas se hodí, taky kouknu, co mají mraženýho, třeba plněný knedlíky, co mě zrovna zaujme.“

Komunikační partneři obvykle nakupují dvakrát nebo třikrát týdně. Přibližně třetina dotazovaných seniorů, preferuje čerstvé potraviny, dostatek zeleniny, nekupuje žádná hotová jídla. Ostatní senioři kupují již více hotových jídel, konzerv, polotvarů a mražených potravin.

Vliv různých slev a akcí na nákup potravin: Jakým způsobem ovlivní nabídka různých slev, akcí, doporučení z letáků a sdělovacích prostředků sortiment nakupovaných potravin? Téměř všichni dotazovaní senioři se nechají ovlivnit různými nabídkami. Pouze Helena je vůbec nesleduje. Na ostatní komunikační partnery mají vliv. Rozdíl je pouze v tom, jak silný.

Část dotazovaných seniorů se nechá nabídkami inspirovat k vyzkoušení potravin, které dříve neznali. Někteří komunikační partneři zmínili například exotické ovoce, které si zakoupili na základě doporučení z letáku prodejny. *„Ne, že bych ty nabídky pečlivě sledovala, to ne, ale kouknu se, když už ho držím v ruce, tak se kouknu, někdy si něco koupím, když se mi zdá dobrá cena a občas taky zkusím něco, co neznám. Takhle jsem třeba začala jíst mango,“* řekla Jana. V tomto duchu se vyjádřilo několik dotazovaných seniorů. Další komunikační partneři také potvrdili, že nabídky sledují: *„No, jsem někdy ovlivnitelná, něco vidím v nabídce a řeknu si, to už jsme dlouho neměli a koupím to,“* uvedla Marie. Dotazovaní senioři ale často dodávali, že se snaží nepodléhat bezmyšlenkovitě, spíše zvažují, zda je to pro ně výhodné a potřebné. Několik seniorů považuje nabídky za velice výhodné a sleduje je, protože podle jejich slov ušetří hodně peněz. Pravidelně pročítají nabídky a nakupují někdy i potraviny, kterých by si sami v obchodě vůbec nevšimli. Tito dotazovaní senioři, ale také připustili, že si občas koupí něco, co vlastně nepotřebují a někdy také nespotřebují. To například zmínila Klára: *„Já ty akce dost sleduju, jsem ráda, když něco ušetřím, ale taky se mi stalo, že jsem něco koupila výhodně a pak to vyhodila, naposled brokolici.“*

V souvislosti s nákupy mě také zajímal nákup zlevněných potravin z důvodu procházející doby spotřeby. K tomuto se komunikační partneři vyjadřovali různě. Tak třetina se vyslovila v tom smyslu, že potraviny, kterým končí doba doporučené spotřeby, jsou cenově pro ně velice výhodné a často si je kupují. Květa podotkla: *„Kolikrát si koupím něco, co bych si za normální cenu nekoupila, třeba sýr nebo klobásu, jak kdy, snažím se to pak, co nejdřív sníst, no a když to o pár dní přetáhnu, tak se myslím nic hrozného se neděje, dva tři dny, víc ne.“* Ostatní senioři si buďto takto zlevněné potraviny

nekupují nebo jen omezeně. Roman: „*Občas si něco koupím, ale fakt o tom přemýšlím, jestli to druhý den sním nebo ne, ale když vidím třeba kozí sýr o třetinu levnější, tak to je pro mě silný argument.*“ Podobně se vyjádřila i Marta: „*No, výjimečně, ale někdy si takhle koupím čerstvou rybu, ale to jí hned ten den udělám, jinak ne.*“

Všichni komunikační partneři, mimo Heleny, nakupují v různých slevách. Je to pro ně možnost, jak ušetřit peníze, nezřídka i příležitost, koupit si potraviny, které by si za původní cenu nemohli dovolit.

Poměr potravin výživově hodnotných a těch, které zpříjemňují dotazovaným seniorům život: Jakou část nákupu tvoří různé potraviny, pochutiny a nápoje, které komunikační partneři nutně nepotřebují, ale zpříjemňují si jimi život? Odpověď na tuto otázku se nedá přesně specifikovat, pro každého je individuální, co pokládá za důležité a co už je „něco navíc.“

Všichni dotazovaní senioři se ale vyjádřili v tom smyslu, že nějaké potraviny nebo nápoje, o kterých si myslí, že je nutně nepotřebují, kupují téměř při každém nákupu. Marie tyto potraviny vyjádřila dokonce v procentech: „*Tak těch dvacet procent, člověk si musí udělat nějakou tu radost a do toho počítám taky třeba pivo pro manžela a pamlsky pro vnoučata, které jim pak ujídám.*“ Další komunikační partneři odpovídali, že něco určitě a většinou uváděli brambůrky k televizi nebo sušenky ke kávě. Pan Jan: „*Nějaké to pivko a slané oříšky.*“ Tři ženy – Klára, Květa a Alena, řekly, že občas si něco koupí, ale z důvodů omezeného rozpočtu spíše výjimečně. Naproti tomu někteří senioři si myslí, že těch potravin „navíc“ není málo, protože, když se zamyslí, co vlastně nutně potřebují, tak jsou přesvědčeni, že toho není mnoho. Zita má názor takový, že potraviny, které si kupuje, jí zpříjemňují život téměř všechny: „*Já mám ráda hodně ovoce a zeleninu, sýry, ryby, tak vlastně můžu říct, že skoro všechno.*“ Helena si téměř žádné jiné potraviny nekupuje, než ty které jí zpříjemňují život: „*Nakupuji tak, aby mi to chutnalo.*“

Téměř všichni komunikační partneři si kupují potraviny, které nutně nepotřebují, ale chutnají jim a zpříjemňují si s nimi život. Pouze tři dotazované ženy uvedly, že z důvodu omezeného finančního rozpočtu, si to mohou dovolit jen výjimečně.

5.4.1 Souhrn odpovědí na výzkumnou otázku 3

Komunikační partneři nakupují obvykle dvakrát až třikrát týdně a při výběru potravin se řídí chutí, cenou, kvalitou, výživovou hodnotou, čerstvostí, vzhledem a svými zvyklostmi. Třetina z dotazovaných seniorů preferuje čerstvé potraviny a jen zcela výjimečně kupuje konzervy. Nejsou to ale nikdy hotová jídla, jsou to například tuňák

v oleji, kysané zelí apod. Další část seniorů, přibližně také jedna třetina nakupuje čerstvé potraviny, ale už častěji konzervy, mražené polotovary, někdy hotové pokrmy. Nákupní košík poslední skupiny seniorů obsahuje mimo čerstvých potravin i častěji a větší množství různých hotových jídel, instantních potravin a konzerv.

Téměř všichni komunikační partneři využívají při nákupu různé nabídky a slevy, často tím ušetří peníze nebo ochutnají potraviny, které by si za plnou cenu nekoupili.

Všichni dotazovaní senioři si také alespoň někdy kupují potraviny a nápoje, které nutně nepotřebují, ale chutnají jim a zpříjemňují jim život.

5.5 Finanční prostředky investované do nákupu potravin

Čtvrtá výzkumná otázka: **Jakou část svých finančních prostředků investují senioři do nákupu potravin a jídla mimo domov?** Pomocí této otázky byla vyhodnocována možnost racionálního stravování komunikačních partnerů v kontextu s jejich finanční situací. Zda mají senioři dostatečné finanční prostředky potřebné k nákupu potravin. V případě, že ne, v jaké oblasti se snaží ušetřit. Jaká částka by pro ně byla dostačující a jak by se potom změnil jejich jídelníček.

Částka měsíčního rozpočtu investovaná do potravin: Jakou část měsíčního rozpočtu potřebují komunikační partneři k nákupu potravin a jídla mimo domov? Nejčastěji zaznívalo, že je to okolo jedné čtvrtiny až jedné třetiny, měsíčního rozpočtu. Větší část dotazovaných seniorů uváděla, jednu čtvrtinu, menší část pak jednu třetinu. Všichni komunikační partneři, ale zdůrazňovali, že to jsou pouze jejich přibližné odhady.

Potřebné finanční prostředky k nákupu potravin a jídla mimo domov: Jaké finanční prostředky by byly pro dotazované seniory dostatečné k nákupu potravin a jídla mimo domov? Zde se odpovědi značně lišily. Část seniorů je spokojena, mají dostatek finančních prostředků a nemusí se nijak omezovat. To byli například Petr s Martou, Eva s Ivošem, Hana, Helena a Roman. Všichni ostatní senioři se shodli na tom, že více peněz by při nákupu využili, rozdílly byly pouze v potřebné částce. Klára uvedla částku dva tisíce korun, Květě by stačil jeden tisíc. Ema by využila tak dva až tři tisíce. Většina seniorů, ale konkrétní čísla neuváděla. „*To přesně nevím, kolik, nějaká koruna navíc, ale nějak vyjdu, když kupuju levnější potraviny,*“ řekla Lenka. Alena uvedla: „*Já bych si představovala, tak jednou tolik, abych nemusela pořád počítat.*“ Jan by utratil o polovinu více, než má nyní. Marie s Václavem, Karel se Zdeňkou a Josef s Anežkou se vyjádřili v tom smyslu, že s vyšší finanční částkou by nemuseli sledovat tolik ceny, jako nyní. Méně než jedna třetina komunikačních partnerů je spokojena s finanční částkou, kterou

má k dispozici na nákup potravin, zatímco ostatní dotazovaní senioři, se vyjádřili v tom smyslu, že by uvítali více finančních prostředků, aby si mohli dopřát potraviny a jídlo mimo domov podle svých představ.

Vliv finanční situace na možnosti zdravého stravování: Jak si komunikační partneři myslí, že finanční situace ovlivňuje jejich možnosti zdravě se stravovat? Všichni dotazovaní senioři se shodli na tom, že finance obecně mají vliv na možnost stravování v duchu racionální výživy.

Většina uváděla, že doporučované potraviny, jako například čerstvé ryby, ovoce, zelenina, libové kvalitní maso, sýry a další, patří na trhu k těm dražším. Někteří senioři uvedli, že jejich finanční situace není špatná a že si mohou dovolit tyto potraviny kupovat, ale také podotkli, že nerozhodují pouze finance, ale též znalosti a hlavně chuť nakupovat výživově hodnotné potraviny. Zita například uvedla: *„Já si myslím, že mám tak spíše průměrný důchod, ale když mám přehled o tom, kolik co stojí a co je jak zdravé, tak každý měsíc vyjdu a přitom si myslím, že se stravuju zdravě. Někdy si koupím čerstvou rybu, ta je hodně drahá, ale zase někdy si udělám čočku nebo fazole a to zas něco ušetřím. Peníze jsou potřeba, to ano, ale taky musí člověk přemýšlet a hlavně chtít.“* V tomto duchu se vyjádřilo několik seniorů. Dostatek peněz je podle nich důležitý faktor, ale není jediný. Někteří komunikační partneři dávali na důležitost peněz velký důraz, byli to hlavně ti, kteří mají spíše podprůměrné příjmy. Alena trochu lítostivě uvedla: *„To ono se to každému radí, co má člověk jíst, ale když sotva vyjdu, tak co mám dělat, taky bych měla chuť na nějaký drahý sýr nebo bych si koupila třeba ananas, ale při těch cenách, to prostě nejde.“*

V odpovědích na tuto otázku, tedy panovala shoda. Finance jsou důležitým atributem zdravé výživy, rozdíly byly pouze ve finanční situaci jednotlivých seniorů. Komunikační partneři, kteří uváděli, že jim finanční prostředky celkem stačí, byli převážně ti, kteří žijí v manželství. Jsou to tedy dvoučlenné domácnosti, které společné potřeby uhrazují dvěma příjmy. Finanční prostředky jsou naopak nedostačující převážně pro seniory žijící v jednočlenné domácnosti, zejména pro ty s nižšími příjmy.

Případná změna jídelníčku při zvýšení měsíčního finančního rozpočtu: Na otázku, jak finanční situace ovlivňuje možnosti zdravého stravování, zcela logicky navazovala i další, v níž měli komunikační partneři vyjádřit, jak by se změnil jejich jídelníček, kdyby měli neomezený finanční rozpočet. Několik seniorů si myslí, že jejich finanční situace jim umožňuje se zdravě stravovat. Ivoš, který žije ve společné domácnosti s manželkou Evou, k tomu řekl: *„Myslím, že máme celkem slušný měsíční*

příjem, takže peníze na to, abychom žili zdravě, máme asi dost, ale to, že já jím celkem dost zeleniny a tak, to není jen o penězích, ale také o tom, co vlastně chceme jíst nebo taky nechceme. Když mám mluvit za sebe, tak já bych si někdy místo salátu dal třeba slaný brambůrky u televize, ale mám tu moji manželku, no Evu a ta dost dbá na to, co jím, ale je to nakonec dobře, to, no, jo, dobře, bez ní bych asi vypadal jinak.“ Že by svůj jídelníček nezměnili s navýšením financí si myslí i Petr s Martou, Roman, Hana a Helena.

Větší část dotazovaných seniorů si ale naopak myslí, že by žili zdravěji, kdyby měli více peněz. To uvedl například Josef: *„Já mám třeba moc rád ryby, tak bych je jed víc, takhle máme občas filé a kapra na Vánoce, kdybych měl víc peněz, tak jím čerstvé ryby třeba obden.“* Mezi potravinami, které by si senioři kupovali, při navýšení finančních prostředků, se nejvíce objevovala šunka, dražší sýry, exotické ovoce, více zeleniny, dražší maso, čerstvé ryby, ale i klobásy, dražší uzeniny, koláčky a dražší sušenky. Jeden senior uvedl, že by se stravoval v restauraci, aby nemusel vařit.

Z odpovědí vyplynulo, že finanční situace ovlivňuje možnosti zdravého stravování, avšak záleží také na přístupu k výživě. Část komunikačních partnerů si myslí, že by svůj jídelníček s navýšením finančních prostředků nezměnila, avšak více dotazovaných seniorů uvedlo, že by jejich jídelníček byl kvalitnější, kdyby disponovali větší finanční částkou.

Možnosti omezení výdajů při nedostatku finančních prostředků: V souvislosti s finanční situací seniorů mě také zajímalo, v jaké oblasti mají komunikační partneři možnost ušetřit při nedostatku finančních prostředků. Většina dotazovaných seniorů se snaží takovýmito situacím předcházet. Někteří uvedli, že mají dostatečný měsíční příjem a tyto situace se jich netýkají. Více než polovina komunikačních partnerů má pro případy nepředpokládaných výdajů finanční rezervy, takže podobné situace nemuseli dosud řešit.

Všichni se však shodli, že v takovém případě by museli změnit nakupovaný sortiment. Snažili by se ušetřit na kultuře, svých koníčcích, případně na ošacení a také na potravinách. Z potravin by nejčastěji omezili ovoce a kupovali by levnější maso a sýry. Několik dotazovaných seniorů připustilo, že se již do finanční tísně dostalo. Alena řekla, že nemá jinou možnost, než omezit výdaje na jídlo: *„Když nemám, tak nemám, to si pak udělám třeba těstoviny a jen tak si je trochu pocukruju nebo si udělám brambory a tak, koupím jen to nejnútnejší a nejlevnější, jinak to nejde, ale nestává se to nějak často, úplně abych neměla, jen když mám něco mimořádného, třeba nějakou opravu pračky nebo tak.“* Klára takovéto situace řeší také omezením výdajů za potraviny. V létě si vždy zavaří nějaké kompoty a džemy z nespotřebovaného ovoce z vlastní zahrádky. Když se jí

nedostávají peníze, tak spotřebovává tyto zásoby: „*Na to úplně základní, to peníze mám, abych si koupila chleba, brambory, rýži a když k tomu otevřu kompot, tak si udělám třeba nákyp nebo chleba s džemem k snídani a tak.*“

Většina komunikačních partnerů nemusí řešit nedostatek peněz, snaží se hospodařit tak, aby se nedostali do finanční tísně. Spíše výjimečně musí někteří senioři omezit výdaje za potraviny, protože to je pro ně jediná možnost, jak ušetřit.

Nespotřebované potraviny: Všichni dotazovaní senioři, se snaží vše, co koupí, spotřebovat a nemít žádné přebytky. Většina ale podotkla, že ne vždy se jim to podaří. Marie řekla: „*Doma nás vedli k tomu, abychom neplýtvali jídlem, ale někdy se mi stane, že něco zůstane v ledničce vzadu a objevím to pozdě nebo že něco nestačíme sníst, tak někdy má kocour hody, občas něco dám sousedce pro slepice, to co musím úplně vyhodit do odpadků, toho je málo.*“ V tomto duchu se vyjádřila i většina ostatních komunikačních partnerů. Snaží se neplýtvat potravinami, protože jsou tak naučeni. Většina z nich uvedla, že potravin, které vyhodí je minimum, snaží se, mají-li možnost, prošlé potraviny dát domácím zvířatům, případně někomu, kdo má slepice nebo na kompost. V krajním případě do odpadkového koše. Dvě ženy seniorky uvedly, že si ani nemohou dovolit plýtvat potravinami, protože jejich finanční situace není dobrá, takže nakupují jen to, co vědí, že spotřebují. Jedna z nich uvedla: „*Mně většinou nic nezbyde, snažím se všechno sníst, co koupím, mám to vždy jen tak tak, abych vyšla. Někdy tak chleba, ale z toho si třeba udělám polívku, kdysi jí dělala maminka, přinejhorším sousedi mají králíky, tak jim to usuším.*“

Komunikační partneři se snaží s potravinami neplýtvat, protože byli v tomto duchu vychovávaní a někteří navíc i z důvodu velmi omezených finančních prostředků.

5.5.1 Souhrn odpovědí na výzkumnou otázku 4

Z rozhovorů vyplynulo, že komunikační partneři přibližně jednu čtvrtinu až jednu třetinu ze svého měsíčního rozpočtu investují do nakupovaných potravin a jídla mimo domov. Přibližně třetina seniorů se necítí omezena při nákupu potravin nedostatkem finančních prostředků. Nakupují potraviny podle svých preferencí a cena pro ně není určující. Část dotazovaných seniorů musí sledovat ceny, aby nepřekročili částku, kterou mají určenou k nákupu potravin. Ostatní dotazovaní senioři uvedli, že při výběru potravin jsou více či méně omezováni finančními prostředky. Nemohou si proto dovolit nakupovat kvalitní čerstvé potraviny, což je omezuje v možnosti zdravě se stravovat.

Všichni komunikační partneři se shodli v názoru, že finanční prostředky jsou velmi důležitým faktorem při výběru kvalitních potravin odpovídajících hlediskům zdravé výživy. Někteří senioři uváděli, že doporučované potraviny, jako například čerstvé ryby, zelenina, ovoce, kvalitní maso a sýry, jsou pro ně často finančně nedostupné.

Zlepšení jejich finanční situace by, podle dotazovaných seniorů, mělo pozitivní vliv na způsob stravování, protože pak by mohli dodržovat lépe zásady racionální výživy. Ve výčtu potravin, které by, při zlepšené finanční situaci mohli nakupovat, se však objevovala nejen zelenina, ovoce, ryby, ale i dražší uzeniny, nebo různé sušenky a sladkosti.

Komunikační partneři neplýtvají potravinami, protože k tomu byli vychováváni, někteří k tomu dodali, že i z důvodu omezené finanční situace, si rozmyslí svůj nákup tak, aby vše spotřebovali. Dva dotazovaní senioři dokonce uvedli, že při mimořádných výdajích, jsou nuceni kupovat pouze nejlevnější potraviny.

5.6 Informovanost a omezení v oblasti zdravé výživy

Pátá výzkumná otázka: **Jakým způsobem by senioři chtěli být informováni o racionální výživě a čím jsou nejvíce omezováni v možnosti zdravě se stravovat?** Na základě této otázky byly vyhodnoceny zdroje a důležitost informací o racionální výživě pro komunikační partnery. Jaké jsou jejich představy o možnostech získávání relevantních a komplexních informací. Co seniory případně omezuje, aby jedli zdravěji.

Důležitost informací o racionální výživě: Podle sdělení komunikačních partnerů je informovanost o racionální výživě potřebná. Většina dotazovaných seniorů si myslí, že je pro ně přínosné, mít dostatek informací. Často uváděli, že informace jsou velmi důležité, protože na tom závisí jejich zdraví. Další vyjádření byla v tom smyslu, že znalosti jsou důležité, aby si člověk jídlem neubližoval, aby nebyli z důvodu nemoci nikomu na obtíž nebo, aby byli co nejdéle soběstační. Někteří senioři jsou však přesvědčeni, že i když informace jsou velmi důležité, je to pouze jeden dílek v celkové mozaice problému zdravého stravování. Roman na otázku, zda jsou informace o racionální výživě důležité, odpověděl: „*Informace důležité určitě jsou, ale pak jde o to, jestli je využijeme nebo ne. Někdo ano, někdo ne. Ale asi bychom je všichni měli mít, aby se každý mohl rozhodnout.*“ Ema se vyjádřila: „*Informace neškodí, ale pak to všechno dodržovat, to je horší.*“ Lenka k informacím řekla: „*Něco vědět, to je dobrý. Ale co je mi platné, že pořád slyším racionální, jíst hodně zeleniny, nejíst smažené, ale pak si kolikrát sednu k televizi s pytlíkem smažených brambůrek a je to. Jenže když jsou tak dobrý, ne?*“

Tak chroupejte mrkev.“ Informovanost o racionální výživě je tedy velmi důležitá, ale podle většiny dotazovaných seniorů, je to pouze první krok ke zdravému stravování.

Současné zdroje informací o racionální výživě: Odpovědi na tuto otázku odkud senioři čerpají informace o zdravé výživě, byly značně variabilní, ačkoliv nejčastěji zaznívalo v ordinacích lékařů, ze sdělovacích prostředků, od členů rodiny, z knih a časopisů nebo z internetu. Někteří komunikační partneři uváděli, že si informace vyhledávají sami, protože je tato problematika zajímá. Takto se vyjádřila Zita, Dana, Jana, Eva, Roman, Petr a Marie. Většinou si informace vyhledávají na internetu, sledují pořady v televizi. Marie a Eva uvedly, že mají doma knihy, které dostaly jako dárek od dětí nebo vnoučat. Eva si je rovněž někdy půjčuje v knihovně. Zita a Dana se občas zúčastňují i přednášek s tematikou zdravé výživy.

Ostatní senioři mají nejvíce informací z ordinací lékařů. Informace od lékařů však dostávají hlavně ti senioři, kteří mají buďto nějaký zdravotní problém nebo jsou obézní. Lékaři je informují hlavně o dietních omezeních, které se vztahují k jejich zdravotnímu stavu. Lenka má diabetes a je obézní, lékařka Lence doporučuje držet diabetickou i redukční dietu. *„Chodím pravidelně na kontroly,“ říká Lenka, „tam mi vždycky doktorka řekne, co mám jíst a co ne a sestřička mi k tomu přidá nějaký brožurky. Tak si to pak doma pročtu, trochu se snažím, ale ty výsledky, ty nejsou.*“ Informace z ordinace lékaře potvrdili všichni senioři, kteří jsou obézní nebo se léčí s chronickou nemocí. Lékaři jim vysvětlí dietní opatření a od zdravotních sester zpravidla dostanou nějakou informační brožuru, která se k nemoci a případnému dietnímu omezení vztahuje.

Většinou mají komunikační partneři obecné informace ze sdělovacích prostředků, nejvíce z televizních pořadů o vaření nebo z pořadů se zdravotní tematikou. Několik seniorů zmínilo například MUDr. Kateřinu Cajthamlovou a Ing. Petra Havlíčka z pořadu *Jste to, co jíte*. Paní doktorku také v souvislosti s pořadem *DoktorKa*. Z rozhlasového vysílání senioři zmínili pořady Českého rozhlasu například *Poradnu zdravé výživy* nebo *Návod na zdraví*.

Komunikační partneři mají informace o racionální stravě z více zdrojů. Nejčastěji jsou informováni v ordinacích praktických a odborných lékařů, často ovšem to jsou výživová doporučení, která se týkají konkrétního zdravotního problému nebo obezity. Obecné informace nejčastěji dotazovaní senioři čerpají ze sdělovacích prostředků. Nejvíce z televize, méně již z rozhlasu. Dalšími uváděnými zdroji jsou internet, členové rodiny, knihy, přednášky.

Představa seniorů o zdrojích informací racionální výživy: Komunikačních partnerů jsem se zeptala, zda si myslí, že mají dostatek informací o zdravé výživě, případně z jakých zdrojů by si představovali je získávat. Někteří senioři by uvítali více informací o racionální stravě, ale většinou se celkem shodli, že mají možnosti tyto informace získávat. Lenka navrhovala zdroj, který by jí osobně vyhovoval: *„Víc informací by určitě neškodilo, třeba by mohla pravidelně docházet nějaká odbornice na výživu k nám do klubu důchodců, případně by se mi líbily nějaké kurzy vaření.“* Taková setkání s odborníkem na výživu by uvítalo více dotazovaných seniorů. Jsou přesvědčeni, že by pro ně bylo přínosné, kdyby problematiku vysvětloval odborník a zároveň by mohli klást případné dotazy. To je názor mimo jiné i Petra: *„Různé informace jsou všude možné, ale laik nedokáže vyhodnotit, jestli jsou správné nebo ne, tak pro mě by bylo dobré nějaké setkání se specialistou, kde by se člověk i mohl na něco zeptat, případně si nějaké pokrmy vyzkoušet uvařit. V televizi a rádiu jsou sice různé pořady, ale chybí mi ta možnost mít otázky.“* Takovou představu o získávání informací má i Marie: *„Ve městě možná mají víc příležitostí někam zajít, třeba na nějakou přednášku nebo tak, ale tady na vsi těch možností moc nemáme, kdyby třeba od Úřadu něco zorganizovali občas, tak myslím, že by spousta lidí tam přišla, si něco poslechnout, zeptat se a třeba se i naučit.“* Klást otázky mohou senioři u lékaře a velká část komunikačních partnerů to zmínila. Pozitivum je pro ně to, že lékaři jsou odborníci, takže informace jsou korektní. Jako negativum ovšem, část z nich vidí v tom, že lékaři mají na své pacienty málo času a také, že se zaměřují většinou pouze na doporučení a informace podle svých odborností.

Obecné informace o racionální výživě se u lékaře tudíž obvykle nedozví, proto by větší část z nich uvítala možnost setkání s odborníkem formou besedy nebo kurzu zdravé výživy.

Případná současná omezení zdravého stravování: Na závěr rozhovoru mě zajímalo, co je v současné době pro komunikační partnery největší překážkou zdravého stravování. Část dotazovaných seniorů uvedla, že hlavní příčinu vidí v nedostatku financí. Jsou přesvědčeni, že je to omezuje v možnosti nakupovat více zdravých potravin, protože jsou pro ně finančně nedostupné. Někteří z těchto seniorů, ale také připustili, že je mnohdy rovněž omezuje chuť, pohodlnost a celoživotní návyky. Peníze, ovšem, hrají podstatnou roli.

Další názory seniorů ohledně omezení z nedostatku financí již nebyly tak jednoznačné. Uváděli, že s navýšenou částkou měsíčního rozpočtu, by si mohli dopřát

více zdravých potravin, ale dodávali, že by museli změnit jídelníček, protože často nakupují podle svých chutí nebo zvyklostí a finance jsou mnohdy pouze výmluva. Několik málo seniorů si myslí, že je nic neomezuje a že se zdravě stravují. To si myslí například Zita a Dana. Dana s k tomu vyjádřila: „*Myslím, že jím zdravě, nic mne neomezuje, ale asi vždy to může jít ještě lépe.*“ Ti senioři, pro které finanční situace není nejdůležitějším omezením, uváděli nejčastěji chutě, pohodlnost, neví jak, neúplné informace, disciplínu, nesprávné návyky. Eva své omezení vidí v tom, že jí někdy více chutná to méně zdravé. Ema, že je pro ni někdy jednodušší ohřát si párek, než si udělat zeleninové rizoto. Marii omezuje nejvíce „mlsný jazýček“ a „staré zvyky.“ „*Trochu peníze, trochu lenost, trochu mlsnost,*“ uvedl Karel, často jsou to, podle něho, jen výmluvy. „*To je asi víc věcí, co mne omezuje,*“ uvedla Hana, „*někdy se člověku nechce, někdy mám chuť na zákusek a kávičku, a což je mi to platné, že mám informace, že mám peníze, když nemám tu morálku.*“ Velmi jednoduše se vyjádřil Ivoš: „*Nic mě neomezuje, jen já sám.*“

Racionální stravování komunikačních partnerů je limitováno, jak vnějšími vlivy jako jsou informace a finanční prostředky, tak i jejich chutěmi, zvyklostmi a ochotou dodržovat zásady racionální výživy.

5.6.1 Souhrn odpovědí na výzkumnou otázku 5

Komunikační partneři se shodli v názoru, že informace týkající se racionální výživy jsou důležité. Někteří však doplňovali, že mít informace ještě neznamená zdravě se stravovat. Často uváděli, že informace jsou jen malou, i když důležitou součástí problematiky stravování.

Dotazovaní senioři je v současné době čerpají převážně ze sdělovacích prostředků. Konkrétně senioři uváděli především pořady v televizi a vysílání Českého rozhlasu. Další poznatky získávají v ordinacích praktických i odborných lékařů, tyto informace ovšem již nemají obecný charakter týkající se racionální výživy. Vztahují se spíše k typu stravy nebo k dietnímu omezení při obezitě či konkrétní nemoci. Informace od lékaře tedy nedostanou vlastně ti senioři, kteří mají váhu v normě a nemají žádné zdravotní potíže. Někteří komunikační partneři čerpají znalosti z internetu, od členů rodiny nebo od přátel. Uváděli rovněž odborné přednášky, to však spíše výjimečně. Zmíněné odborné přednášky a možnost praktických kurzů vaření celkem často dotazovaní senioři uváděli při otázce, jak by si představovali být o problematice zdravého stravování informováni.

Senioři by nejvíce uvítali různé besedy s odborníky, kteří by jim zodpověděli jejich konkrétní dotazy, případně jim poradili nebo i prakticky ukázali přípravu zdravých jídel. Senioři nejvíce postrádají zpětnou vazbu, kdy by mohli konzultovat případné úspěchy či neúspěchy při změně jídelníčku a způsobu stravování.

Největší omezení v možnostech zdravě se stravovat, dotazovaní senioři vidí ve finanční situaci, nedostatečných dovednostech, neúplných informacích a nesprávných stravovacích návycích.

6 Diskuse

Výživa je velmi důležitý aspekt zdravého způsobu života v každém věku. Velemínský (2009) uvádí, že výživa v dětství a v průběhu života má významný vliv i na nemoci v senu. V zájmu zvyšování kvality života seniorů je důležité klást značný důraz na prevenci, podporu zdraví a zachování funkčních kapacit jedinců, dodávají Čevela et al. (2014) a pokračují, že kvalita výživy zásadním způsobem ovlivňuje celkový stav organismu a formování stravovacích návyků od raného věku a je důležitým atributem zdravého stárnutí.

Problematika výživy u osob vyššího věku nabývá a bude nabývat stále většího významu v důsledku demografických změn ve společnosti. Zatímco v roce 2000 bylo dle ČSÚ (2017b) osob starších 65 let ve společnosti 13,8 %, v r. 2016 to bylo již 18,3 % a dle prognózy, kterou uvádějí Čevela et al. (2014) to má být v roce 2050 již 30 % populace. Vzhledem ke stoupajícímu zastoupení seniorů v populaci je tedy nutné se výživou a kvalitou výživy u seniorů zabývat, a to nejen ze zdravotního hlediska, ale i z hlediska sociálního a ekonomického.

Cílem této práce bylo vyhodnotit úroveň výživových znalostí seniorů v oblasti racionální výživy, zdroje těchto informací a nejčastější sociální a ekonomické aspekty, které stravování seniorů ovlivňují.

Ke zpracování práce bylo využito kvalitativní výzkumné strategie, metody hloubkových rozhovorů. Tato práce byla zaměřena na seniory raného věku, nejmladšímu seniorovi bylo 65 let a nejstaršímu 74 let. Výzkumu se zúčastnili pouze senioři, kteří žijí v domácím prostředí sami nebo s partnerem, což byla další podmínka zařazení do výzkumu. Senioři, samostatně bydlící, kteří se sami rozhodují o svých nákupech a pokrmech, které během dne konzumují. Výzkumný vzorek nakonec představovalo dvacet dva komunikačních partnerů, patnáct žen a sedm mužů. Pět žen a pět mužů tvořilo manželské páry. Pět z dotazovaných žen žije v manželství a deset žen žije bez partnera. Z toho čtyři ženy jsou rozvedené a šest žen je ovdovělých. Žádná komunikační partnerka nebyla svobodná. Z dotazovaných sedmi mužů žije pět v manželství. Ze dvou mužů, kteří žijí sami je jeden svobodný a jeden je rozvedený. Dle pramenů ČSÚ (2017b), ve věku 65–74 let žije v ČR v manželství průměrně 75 % mužů a 53 % žen. V tomto věku je podle tohoto zdroje 14 % žen rozvedených, 30 % žen jsou vdovy a necelá 3 % žen je svobodných. Muži dle ČSÚ (2017b) jsou v tomto věku ve 13 % rozvedení, v 8 % ovdovělí a 4 % mužů je svobodných. Vzhledem k charakteristice kvalitativního výzkumného

šetření, jehož výsledky zde předkládám, nemohou být tyto údaje zobecňovány a zastoupení komunikačních partnerů v jednotlivých skupinách nekoresponduje s průměrným zastoupením dle ČSÚ (2017b), což je nepochybně ovlivněno záměrným referenčním výběrem komunikačních partnerů.

Výzkum v této práci zahrnuje šest vysokoškolsky vzdělaných seniorů, osm vzdělaných středoškolsky, šest seniorů s odborným vzděláním bez maturity a dva seniory se základním vzděláním. Podobné výzkumy, avšak s použitím kvantitativní metody výzkumu, uvádím pro ilustraci, protože srovnání v tomto případě není možné. Hlaváčková (2013) ve své práci Zdravá výživa seniorů a ekonomické aspekty, do něhož zahrнула 126 respondentů, uvádí 24 % seniorů s vysokoškolským vzděláním, 38 % se středoškolským vzděláním s maturitou, 32 % s odborným vzděláním bez maturity a 6 % se základním vzděláním. Podobně Wismeková (2011) ve své diplomové práci Výživové zvyklosti seniorské populace provedla kvantitativní výzkum se 108 respondenty, zaznamenala 22 % seniorů s VŠ, 37 % se SŠ, 22 % odborně vzdělaných bez maturity a 19 % respondentů se základním vzděláním. Rozdílné zastoupení má však Grebeňová (2014), jejíž výzkum Výživové zvyklosti seniorů v domácím prostředí proběhl se 134 respondenty. 18 % z nich byli vysokoškolsky vzdělaní senioři, 18 % dosáhlo středního vzdělání s maturitou, 30 % bylo s odborným vzděláním bez maturity a 34 % se základním vzděláním. Rozdílné procentuální zastoupení v oblasti vzdělání seniorů v těchto pracích je zřejmě ovlivněno i rozdílným věkovým složením osob zahrnutých do výzkumů. Grebeňová (2014) to zdůvodňuje tím, že dříve bylo prioritou založení rodiny a hospodaření než dosažené vzdělání, oproti dnešní době, která na vzdělání klade větší důraz.

V souvislosti s výživou seniorů se jeví jako vhodné zjistit BMI jednotlivých komunikačních partnerů. Zloch (2009) upozorňuje na skutečnost, že mladší senioři trpí velkou prevalencí nadváhy a obezity v důsledku nezdravých stravovacích návyků z období středního věku. To potvrzují i Kudelová et al. (2009) a dodávají, že k obezitě mladších seniorů přispívá i jejich zhoršená ekonomická situace a snížená fyzická aktivita. Průzkum v rámci edukační kampaně Všeobecné zdravotní pojišťovny (VZP) s názvem Žij zdravě, mapoval výskyt obezity a nadváhy Čechů. Nadváhu má 34 % Čechů a obezitou trpí 21 % Čechů. Nejvíce obézních, 34 %, je dle tohoto průzkumu mezi staršími lidmi ve věku od 60 do 80 let (Češi a obezita – jak jsem na tom, 2009). Z komunikačních partnerů, kteří se zúčastnili tohoto výzkumu, trpí obezitou, kdy BMI je větší než 30, devět dotazovaných. Šest žen a tři muži. To je téměř polovina z celkového

počtu. Nadváhou, BMI je mezi hodnotami 25,0 a 29,9 trpí pět dotazovaných seniorů, z toho tři muži a dvě ženy. To je z celkového počtu téměř čtvrtina seniorů. Normální váhu, tedy BMI v rozmezí hodnot 18,5 až 24,9 má osm komunikačních partnerů, jeden muž a sedm žen, to je přibližně třetina z celkového počtu. Podváhu – BMI menší než 18,5 neměl žádný dotazovaný senior. Počet komunikačních partnerů s nadváhou a obezitou je tedy vyšší, než uvádí výše zmíněný průzkum VZP, což bude nepochybně ovlivněno metodikou a pravděpodobně i tím, že tento výzkum zahrnuje pouze mladší seniory a průzkum VZP i seniory starší. Kudelová et al. (2009) uvádějí, že obezita je záležitostí zejména mladších seniorů, zatímco u seniorů starších 75 let se již projevuje často malnutrice a jejich váha klesá. Za povšimnutí také stojí váha žen a mužů, kteří spolu žijí ve společné domácnosti.

Výzkumu se zúčastnilo pět párů. Ženy i muži u dvou dotazovaných párů jsou obézní. Jsou to Marie s BMI 34 a její manžel Václav s BMI 33. Dále Josef s Anežkou, kdy Josef má BMI 33 a Anežka 31. V dalších třech párech mají vždy ženy normální váhu a muži mírnou nadváhu s BMI od 26 do 27, navíc jeden z těchto mužů – Karel drží redukční dietu a chce svou váhu upravit do normy. V souvislosti s tímto zjištěním se nabízí vysvětlení, že zkoumané manželské páry mají svůj určitý životní styl, kterým se řídí, takže váhy jednotlivých žen a mužů v páru spolu v určité míře korespondují. Kimmer a Bártlová (2013) vysvětlují, že stravovací návyky, sociokulturní faktory, hodnoty a vzorce chování hrají významnou roli ve výživě seniorů.

Obezitou trpí dva komunikační partneři se středoškolským vzděláním, pět seniorů s odborným vzděláním bez maturity a dva se základním vzděláním. Nadváhu mají tři senioři se středoškolským vzděláním, jeden dotazovaný senior s vysokoškolským vzděláním a jeden s odborným vzděláním bez maturity. Váhu v normě pak má pět seniorů s VŠ a tři senioři se SŠ. Pikhart et al. (2007) uvádí vztah mezi socioekonomickým gradientem a obezitou. V zemích s vyšším HDP, kam patří i Česká republika, je nejvyšší prevalence obezity u osob se základním vzděláním a nejnižší u osob s vysokoškolským vzděláním. Výzkum těchto autorů je srovnatelný s výzkumem Pickett et al. (2005), ti prováděli výzkum v 21 vyspělých zemích a zjistili vztah mezi obezitou a příjmovými nerovnostmi. Nadměrnou váhou trpí více chudí lidé s nízkými příjmy a s nižším socioekonomickým statusem. Podobné výsledky byly zjištěny i v tomto výzkumu. Obezitou trpí sedm dotazovaných seniorů, kteří pobírají podprůměrný starobní důchod. Pouze dva komunikační partneři s obezitou mají větší starobní důchod, než je průměrný dle ČSÚ (2015). Navíc z devíti dotazovaných seniorů s BMI větší než 30, jich pět žije

v jednočlenné domácnosti, což vysvětluje Hynek (2009). Jídlo, dle tohoto autora, bývá často prostředkem proti osamělosti a depresi a hlad je nezřídka zaměňován s chutí.

Obezita je dle WHO nemoc a má prokázaný vliv na zdraví jedince, což dosvědčují mnohé výzkumy. I tento výzkum dokládá souvislost obezity se zdravotním stavem seniorů. Žádné zdravotní potíže nemá pět seniorů, čtyři z nich mají normální váhu, jeden má mírnou nadváhu. Další dvě dotazované seniorky, které mají váhu v normě, jsou také ve velmi dobrém zdravotním stavu. Netrpí žádnými chronickými nemocemi, ani nemusí užívat léky. Mírné zdravotní komplikace mají tři muži z dotazovaných seniorů. Tito komunikační partneři, z nichž dva mají nadváhu a jeden má váhu v normě, musí užívat medikaci ke snížení krevního tlaku. Ostatní senioři mají již nějaké vážnější zdravotní komplikace. Jsou to kardiovaskulární problémy, diabetes mellitus, potíže s klouby, s trávicím ústrojím nebo se štítnou žlázou. Osm z nich je navíc obézních. Kalvach et al. (2004) uvádějí, že obezita u seniorů velmi výrazně zvyšuje riziko kardiovaskulárních chorob, diabetu mellitus, kloubních onemocnění a dalších civilizačních nemocí. To potvrzuje i tento výzkum, protože ti dotazovaní senioři, kteří jsou obézní, mají zpravidla nějaké chronické nemoci a užívají více léků. Diabetes uvedly čtyři ženy a jeden muž. Muž je obézní, z žen jsou obézní tři a jedna žena má nadváhu. Kardiovaskulární problémy uvedlo sedm dotazovaných seniorů, čtyři z nich jsou obézní, dva mají nadváhu a jeden má váhu v normě. Na zvýšenou míru zdravotních problémů obézních upozorňují i výsledky průzkumu obezity v ČR, kterou uskutečnila agentura STEM/MARK spolu s VZP v r. 2011. Z tohoto průzkumu vyplynulo, že obézní lidé šestkrát častěji trpí diabetem než lidé s normální váhou a pětkrát častěji mají hypertenzi (Stav obezity v České republice, 2013).

6.1.1 Orientace seniorů v oblasti zdravého stravování

Většina dotazovaných seniorů se shodla na faktu, že správná výživa a způsob stravování jsou důležitým atributem pro zdraví člověka. Což je potvrzeno mnoha autory (Zloch, 2009, Kukačka, 2010, Stránský a Ryšavá, 2014, Irz et al. 2014). Z rozhovorů vyplynulo, že pro část dotazovaných seniorů to není pouze teoretická znalost. Někteří uvedli, že se snaží zdravě stravovat, cítí se zdravotně velmi dobře, nejsou obézní a jejich zdravotní stav se zlepšil. To například potvrdil i dotazovaný senior, který dodržuje redukční dietu. Po úpravě váhy se snížil jeho krevní tlak a hodnoty cukru v krvi, což se projevilo i na snížení počtu užívaných léků. To potvrzují i Rosolová a Matoulek (2012),

snížení váhy velmi často zlepší zdravotní stav natolik, že může být snížena nebo dokonce vysazena medikace.

Několik komunikačních partnerů se ale vyjádřilo v tom smyslu, že výživa má vliv na zdraví člověka, protože to často slyší od lékařů a je to uváděno v médiích. Takto se vyslovovali senioři, kteří sice mají informace, že výživa je pro zdraví člověka důležitá, ale z různých důvodů se zdravě nestravují. Dotazovaní senioři se orientují v problematice racionální výživy. Jsou si vědomi, že mají omezovat sladká, tučná a slaná jídla. Uvědomují si, jak je důležité konzumovat zeleninu, ovoce a dostatečné množství vlákniny. Také mají uspokojivý přehled o důležitosti bílkovin, sacharidů a tuků pro organismus. I když komunikační partneři neznali, v jakém poměru by tyto živiny měli konzumovat, dobře se orientovali v potravinách, kde se základní makronutrienty nejvíce vyskytují. Shodná situace byla i ve znalosti mikronutrientů. Dotazovaní senioři znali základní vitamíny a minerální látky, orientovali se i v potravinách, ve kterých jsou nejvíce zastoupeny. Takto dobře byli orientováni i v oblasti doporučených porcí jídla během dne a v množství tekutin, které by měli vypít za 24 hodin.

Dostatečnou informovanost v oblasti zdravé výživy potvrzuje i Fellnerová (2011), která uvádí, že 80 až 90 % seniorů z jejího výzkumného vzorku, má správné informace v oblasti zdravé výživy. Stejně výsledky uvádí i Hanáčková (2008). Nabízí se tedy otázka, jak je možné, že devět dotazovaných seniorů trpí obezitou a pět má nadváhu, což je více než polovina dotazovaných. Pouze osm komunikačních partnerů má váhu v normě. Částečně na to odpovídá jedna dotazovaná seniorka, která uvedla, že není těžké si zdravý jídelníček sestavit, ale těžké je ho dodržovat. Teoretické znalosti jsou tedy pouze dílčím článkem zdravého stravování a v provedeném výzkumu se ukázalo, že úroveň znalostí nekorresponduje s nutričními návyky dotazovaných seniorů. Fraňková a Dvořáková (2003) uvádějí, že výživové zvyklosti se ne vždy přizpůsobují měnícím se kulturním, ekonomickým a společenským poměrům. Často se ještě stravujeme jako těžce pracující lidé, protože stravovací návyky vznikaly v preindustriální době a dodnes nás nějakým způsobem ovlivňují. Nutriční zvyklosti pak působí na jedince po celý jeho život, potvrzují Irz et al. (2014).

6.1.2 Způsob stravování

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. Šest z dotazovaných seniorů preferuje sladké snídaně, další uváděli pečivo, sýry, salám, šunku, vajíčka, jen někteří komunikační partneři uvedli, že si dopřejí i nějakou sezónní zeleninu, dvěma mužům tuto zeleninu připraví ženy, jinak by si jí nevzali. Irz et al (2014) uvádí, že ženy se častěji zajímají o zdravou výživu a snaží se v tomto duchu ovlivnit i způsob stravování své rodiny. Tři ženy uvedly, že rády snídají obilnou kaši s ovocem. Již při snídání je tedy možno vysledovat rozpor s v konzumovaných potravinách a dobrou informovaností komunikačních partnerů v oblasti doporučených potravin. Svačinu uvedli pouze někteří dotazovaní, ale jen několik z nich má ke svačině ovoce. Zpravidla dotazovaní uváděli nějaký druh pečiva, sušenku ke kávě, v lepším případě puding nebo jogurt. Oběd mají téměř všichni senioři teplý.

Většina dotazovaných seniorů upřednostňuje něco jednoduchého na přípravu. Složitější a časově náročnější jídla byla připravována více ve dvoučlenných domácnostech. Senioři, kteří bydlí sami, spíše uváděli, že se jim nevyplatí dělat něco složitějšího, někteří se dokonce „odbydou“ ohřátím konzervy nebo polévkou ze sáčku. To koresponduje s tvrzením Čevely et al. (2014), kteří upozorňují, že někteří senioři mají pokles sebeúcty a domnívají se, že na nich již nezáleží. Navíc jejich situace bývá ještě zhoršena nepříznivými ekonomickými poměry, které jsou výraznější zejména u osaměle žijících seniorů. Často pak dávají přednost levným potravinám s nadměrným množstvím živočišných tuků a cukrů (Čevela et al., 2014).

Odpolední svačiny preferují jen někteří komunikační partneři a zeleninu a ovoce uváděli spíše výjimečně. Nedostatečnou konzumaci zeleniny potvrzuje i Stávková (2012), v její práci Výživa ve stáří, uvádí pouze 36 % seniorů, kteří konzumují zeleninu každý den. Večeře mají komunikační partneři zpravidla studené. Většinou je to pečivo s paštikou, olejovky, v zimě občas polévku. Pouze některé ženy mají zeleninový nebo ovocný salát. Pitný režim se senioři snaží dodržovat, ale někdy zapomenou nebo jsou mimo domov a nemají možnost se napít. Kalvach et al. (2011), doporučují pobízet seniory k popíjení tekutin, vzhledem ke skutečnosti, že s vyšším věkem se pocit žízně snižuje. Komunikační partneři preferují různé čaje, minerální vodu nebo vodu se šťávou. Občas uváděli pivo po obědě, víno spíše příležitostně. Stránský a Ryšavá (2014) doporučují vodu, neslazené čaje, občas neslazené minerální vody.

Stravovací návyky komunikačních partnerů byly utvářeny rodinou, ve které vyrůstali, převážně matkou nebo babičkou. Čeledová a Čevela (2010) upozorňují, že správné stravovací návyky se vytvářejí již od dětství a mají velký význam pro zdravý

a dlouhý život. To se dá vypořádat u některých seniorů, návyky, které si přinesli z dětství, je ovlivňují po celý život. Dvě ženy, které uvedly, že v jejich rodině se vždy dbalo, aby se jedlo zdravě s dostatkem ovoce a zeleniny, preferují konzumaci zdravých potravin i v současné době. Ostatní senioři většinou uváděli, že v dětství jedli spíše skromně, protože vyrůstali v poválečné době. V tomto duchu se vyjadřuje i Müllerová (2003) a uvádí, že po 2. světové válce mnoho zemí řešilo nedostatek potravin.

V průběhu života se stravovací návyky komunikačních partnerů postupně měnily podle nabídky na trhu, finanční situace a také času, který mohli přípravě pokrmů věnovat. Často uváděli, že se stravovali v zaměstnání a děti ve školní jídelně, rodiny se potkávali doma až večer. Fraňková a Dvořáková-Janů (2003), vysvětlují, že způsob života rodiny a její vliv na stravovací zvyklosti jsou závislé na mnoha činitelích, které na rodinu působí. Jsou to například socioekonomická úroveň, dosažitelnost potravních zdrojů, organizace denního režimu, zájem o výživu a výchovný styl v rodině (Fraňková a Dvořáková-Janů, 2003). Další aspekty, které se podílejí na správné volbě potravin, jsou dle Irze et al. (2014) dostatečné informační zdroje, vzdělání, ženské pohlaví a to, že člověk nežije sám.

Velmi důležité v průběhu života a neméně i v seniorském věku jsou sociální kontakty, které se často uskutečňují během jídla. To potvrzují i Fraňková a Dvořáková-Janů (2003), jídlo má důležitou komunikativní funkci a často slouží jako výraz sociokulturní identifikace. Dotazovaní senioři se na setkání vždy těší a nejčastější schůzky mají s rodinou nebo s přáteli, někdy i s bývalými kolegy ze zaměstnání. Velmi často se setkání uskutečňují během oběda, večeře nebo jen malého občerstvení. Někdy je to v domácnostech komunikačních partnerů nebo mimo jejich domovy, v restauraci nebo kavárně, podle situace. Pouze dvě dotazované seniorky uvedly, že nikam nechodí, jedna z důvodu zhoršeného zdravotního stavu a jedna vzhledem ke své špatné ekonomické situaci. Dle Čevely et al. (2014) je zhoršující se zdravotní stav a nevyhovující ekonomická situace jedním z důvodů sociální izolace seniorů, která významně zhoršuje jejich kvalitu života.

6.1.3 Nákup potravin

Volba nakupovaných potravin je nejvíce ovlivňována chutí a cenou. Tyto preference potvrzuje i Kořínková (2014), ve své práci Způsob stravování a postoje ke správné výživě u vybrané skupiny seniorů, kde se zabývá nákupem potravin seniorů v kontextu s výživovými doporučeními. Chuť uvedli téměř všichni komunikační partneři. Dalším aspektem při výběru potravin byla cena. Cenu, jako rozhodující faktor při nákupu

potravin, uvedlo pět dotazovaných seniorů. Wilkinson a Marmot (2005) upozorňují, že ekonomicky slabší osoby nahrazují čerstvé kvalitní potraviny levnějšími a nekvalitními. Dle Čevely et al. (2014), seniori šetří nejvíce na čerstvé zelenině, rybách a ovoci, v mnoha případech dávají přednost levným potravinám s nadměrným množstvím živočišných tuků a jednoduchých cukrů.

Několik dotazovaných seniorů uvedlo, že musejí nakupovat nejlevnější potraviny, protože nemají dostatek finančních prostředků. Přibližně polovina komunikačních partnerů se vyjádřila v tom smyslu, že cena pro ně není nejdůležitější aspekt při výběru potravin, ale kupují si pouze ty potraviny, které jsou pro ně cenově přijatelné. Pro zbylou část dotazovaných seniorů není cena určující faktor při výběru potravin. Dále komunikační partneři preferují energetickou a výživovou hodnotu, kvalitu, čerstvost a vzhled. Většina seniorů rovněž uvedla, že se při nákupu ovoce a zeleniny řídí také sezónou, protože v letních a podzimních měsících je ovoce a zelenina cenově dostupnější a chuťově lepší. Přibližně do třech skupin by se dali komunikační partneři rozdělit obsahem svých nákupních košíků podle preference čerstvosti potravin. Třetina dotazovaných uvedla, že nakupuje pouze čerstvé potraviny. Další skupina nakupuje čerstvé potraviny, ale také v menší míře různé mražené potraviny, polotovary nebo konzervy. Poslední skupina nakupuje více i různá hotová jídla, instantní polévky a konzervy. Nejvíce různých instantních pokrmů uváděli ti dotazovaní seniori, kteří spadají do skupiny s nižším socioekonomickým statutem. Jako důvod uváděli, že jsou tyto potraviny často levné. Další důvody jsou různé, nabídky v akci, úspora času, zásoby pro případ potřeby, ale také chuť a již zmiňovaná cena.

Čvela et al. (2014) upozorňují, že právě sdělovací prostředky a různé nabídky supermarketů jsou důležitým aspektem v ovlivňování výběru jídla seniorů. To potvrzuje i tento výzkum, protože většina dotazovaných seniorů se alespoň občas nechá ovlivnit různými nabídkami a akcemi. Jako důvod komunikační partneři nejčastěji uváděli šetření finančních prostředků nebo vyzkoušení poživatin, které neznají. Potraviny, kterým končí doporučená doba spotřeby, si ve slevě někdy koupí třetina dotazovaných seniorů z důvodu úspory finančních prostředků. Nákupy v různých akcích a slevách, zejména u ekonomicky slabších spotřebitelů, mezi které zahrnuje také seniory, uvádí i Sekavová (2016). K úplně jiným závěrům ale došla Hlaváčková (2013), ta ve své práci Zdravá výživa seniorů a ekonomické aspekty, uvádí, že ze vzorku 126 dotazovaných seniorů ani jeden není ovlivňován reklamou, což zdůvodňuje tím, že seniori jsou vzhledem

k životním zkušenostem odolnější vůči působení reklamy. To je ovšem v rozporu s tímto výzkumem, a i s tím, co uvádějí například Čevela et al. (2014) a Sekavová (2016).

6.1.4 Finanční prostředky investované do potravin

Komunikační partneři do nákupu potravin investují v průměru jednu čtvrtinu až jednu třetinu ze svého měsíčního rozpočtu. Větší část dotazovaných uváděla jednu čtvrtinu, což je v souladu se statistikou rodinných účtů ČSÚ (2015), dle tohoto zdroje je průměrný měsíční příjem starobního důchodce 12 361,- Kč a výdaje na potraviny, nápoje a veřejné stravování jsou v průměru 3 148,- Kč, což je přibližně jedna čtvrtina z uvedeného příjmu. Necelá třetina dotazovaných seniorů je se svým příjmem spokojena.

Dostatek finančních prostředků potvrdily dvě dvojice dotazovaných manželů. Sak a Kolesárová (2012) uvádějí, že ekonomická situace seniorů, kteří žijí s partnerem, bývá lepší, protože pak jsou společné výdaje pokrývány dvěma příjmy. Obě dvojice mají zároveň největší příjmy z dotazovaných seniorů. Oba muži z těchto manželských párů spadají do skupiny 27 % seniorů s ekvalizovaným měsíčním příjmem 15 001,- až 20 000,- Kč, jak uvádí ČSÚ (2013). Do této skupiny patří i jedna žena z uvedených párů, druhá s příjmem 12 300,- Kč, již spadá do skupiny 34 % seniorů, kteří mají ekvalizovaný příjem v rozmezí 12 001,- až 15 000,- Kč (ČSÚ, 2013). Dostatek finančních prostředků také uvedli tři komunikační partneři žijící v jednočlenné domácnosti. Všichni tři dotazovaní senioři pobírají starobní důchod v rozmezí 14 900,- až 15 600,- Kč.

Všichni komunikační partneři, kteří uvedli dostatečné finanční prostředky, mají nadprůměrný měsíční příjem. Vzdělání těchto seniorů bylo ve třech případech středoškolské a ve čtyřech případech vysokoškolské. Tito senioři mají i příznivý zdravotní stav. Pouze dvě seniorky uvedly menší zdravotní potíže, takže jejich náklady na léčení nijak významně neovlivňují jejich finanční rozpočet.

Sak a Kolesárová (2012) ale upozorňují, že náklady na léky často odčerpávají finance z rozpočtu seniorů. Všichni ostatní senioři, tedy více než dvě třetiny dotazovaných, by potřebovali více finančních prostředků, aby mohli nakupovat potraviny podle svých představ. Většina se vyjadřovala pouze ve smyslu, že by pak nemuseli sledovat ceny. Někteří ovšem uváděli, že jim peníze vystačí pouze na nejnужnější a nejlevnější potraviny. Nejmenší spokojenost s finanční částkou, kterou mohou investovat do nákupu potravin, uvedly ženy, které mají podprůměrný starobní důchod, navíc žijí v jednočlenné domácnosti. Klára, která z dotazovaných seniorů uvedla nejmenší příjem, pouze 8 100,- Kč patří do 7 % starobních důchodců, kteří mají dle ČSÚ

(2013) měsíční ekvalizovaný příjem 8 001,- až 10 000,- Kč, připustila, že by využila navíc dva tisíce korun pro nákup potravin podle svých představ. Jestliže porovnáám měsíční rozpočet Kláry, která má 8 100,- Kč se statistikou ČSÚ (2015), kde se uvádí průměrné výdaje na jídlo 3 148,- Kč, což je jedna čtvrtina z průměrného starobního důchodu (12 361,- Kč), tak jedna čtvrtina z měsíčního příjmu Kláry je pouze 2 025,- Kč, což představuje pouze dvě třetiny částky, kterou senioři v průměru potřebují k nákupu potravin.

Čevela et al. (2014) v souvislosti s ekonomickou situací připomínají, že někteří senioři nemají dostatek vlastních prostředků, a proto je zajištění adekvátního příjmu, který je slučitelný s lidskou důstojností, důležitým pilířem sociálního zabezpečení. Dotazovaní senioři, kteří uvedli nejmenší příjem, jsou osaměle žijící ženy se základním nebo odborným vzděláním bez maturity. Některé jsou rozvedené, tudíž nepobírají ani vdovský důchod, žijí v jednočlenné domácnosti, takže mají nejméně finančních prostředků na úhradu svých potřeb.

Podle Čevely et al. (2014), jsou nejvíce ohroženi nepříznivými ekonomickými poměry osaměle žijící senioři s nízkým socioekonomickým statutem. Zde se nabízí otázka, zda by tyto dotazované seniorky nemohly využívat příspěvek na bydlení ze systému státní sociální podpory, o kterém Krebs (2007) uvádí, že je to testovaná opakující se dávka, na níž má nárok osoba, která splní zákonem stanovené podmínky. Nebo další dávky ze systému sociální pomoci. Z tohoto systému bývá často využíván příspěvek na péči. Hrozenková a Dvořáčková (2013), vysvětlují, že je to příspěvek dle zákona 108/2006 Sb., o sociální péči, který může pobírat osoba s dlouhodobě nepříznivým zdravotním stavem, závislá na pomoci jiné fyzické osoby. O tento příspěvek si žádala jedna dotazovaná seniorka, která je omezeně pohyblivá z důvodu úrazu a má i omezenou schopnost se o sebe postarat. V době probíhajícího rozhovoru, ale ještě příspěvek nebyl přiznán. Žádost byla ve fázi, kdy již seniorku navštívila v rámci sociálního šetření sociální pracovnice, aby zjistila míru schopnosti zvládnutí základních životních potřeb, ale ještě nebylo vydáno rozhodnutí krajské pobočky Úřadu práce (ÚP), které se vydává na základě posudku Okresní správy sociálního zabezpečení (OSSZ).

Vzhledem k tomu, že se všichni dotazovaní senioři shodli na tom, že finanční situace má vliv na možnost se zdravě stravovat, jsou senioři s nižšími příjmy v nevýhodě oproti seniorům s příjmy vyššími. To ostatně potvrzují i Čevela et al. (2014) nebo Kalvach et al. (2004). Ti komunikační partneři, kteří mají omezené prostředky na nákup potravin, uváděli, že se zvýšením příjmu by jedli zdravěji. Avšak výčet potravin, které by si se

zvýšenými financemi kupovali, obsahoval mimo zeleniny, čerstvých ryb a ovoce i klobásy, dražší sušenky, dražší uzeniny, nebo stravování v restauraci. Z odpovědí tedy nelze přesně zjistit, v jakém rozsahu by zvýšení finančních prostředků zlepšilo i zdravý jídelníček komunikačních partnerů. Sekavová (2016) uvádí, že vedle ekonomické situace domácností působí na nákup potravin celá řada dalších vlivů, jako jsou spotřební zvyklosti, preference určitých potravin v dané kvalitě a ceně, nákupní místo, nákupy do zásoby apod. Podle Fraňkové a Dvořákové-Janů (2003) je to vliv rodičů, sociální vlivy, kulturní prostředí, působení osob z prostředí mimo rodinu, ekonomická situace a sdělovací prostředky. Další aspekty, které se podílejí na správné volbě potravin, jsou dle Irze et al. (2014) dostatečné informační zdroje, vzdělání, ženské pohlaví a to, že člověk nežije sám.

6.1.5 Informovanost a omezení v oblasti zdravé výživy

V souvislosti s finančním rozpočtem byli komunikační partneři dotazováni na možnost ušetření finančních prostředků v případě nepředpokládaných výdajů. Více než polovina oslovených seniorů má pro tyto případy finanční rezervu. Jestliže by museli oslovení senioři šetřit na jídle, omezovali by ovoce a nakupovali nejlevnější potraviny. To vysvětluje i Sekavová (2016), ekonomicky silnější domácnosti podle jejího výzkumu nakupují dražší potraviny než domácnosti ekonomicky slabší. Nejlevnější potraviny nakupují domácnosti nezaměstnaných a levněji také nakupují domácnosti důchodců (Sekavová, 2016). Dotazovaní senioři jsou také zvyklí potravinami neplýtvat, je to hlavně z důvodu, že k tomu byli od dětství vedeni, protože ani v rodinách, ve kterých vyrůstali, se potravinami neplýtvalo. Část z nich ale také zdůraznila, že jejich finanční rozpočet je natolik omezený, že si nemůžou dovolit, nakupovat zboží, které by nespotřebovali a později vyhodili. Svůj nákup si proto velmi dobře rozmýšlí.

V současné době komunikační partneři čerpají nejvíce obecné informace o racionální výživě z médií, internetu a od členů rodiny. Omezeně pak z knih a přednášek. Od lékařů mají dotazovaní senioři informace spíše ke konkrétním nemocem a dietním opatřením. V ordinaci lékaře většinou dostanou informační brožuru a lékař jim vysvětlí způsob stravování a chování, které se vztahuje k určitému zdravotnímu problému. Zde mají také senioři možnost vznášet konkrétní dotazy, které jim zodpoví odborník. Někteří senioři podotkli, že lékaři jsou většinou velmi vytížení a mají nedostatek času. Hanáčková (2008) ve své práci Zdravá výživa z pohledu seniorů uvádí jako zdroj informací svých

respondentů média (59 %), informační brožury (26 %), lékaře (6 %), známé (6 %) a zbylá 3 % respondentů nemají o informace zájem.

Největší překážky v možnosti zdravě se stravovat, vidí sami komunikační partneři ve finanční situaci, nesprávných stravovacích návycích, pohodlnosti, chutích a neúplných nebo nedostatečných informacích, jak si zdravé jídlo připravit. Překvapila mne upřímnost některých seniorů, když často uváděli, že je omezuje „mlsný jazýček,“ „staré zvyky,“ „morálka“ a „nepřekonatelné chutě.“ Jeden dotazovaný senior lakonicky odpověděl, že ho neomezuje nic, jen on sám. I někteří komunikační partneři s omezenými finančními prostředky připouštěli, že jejich možnost zdravého stravování není závislá pouze na financích. To ostatně potvrdily i některé ženy, které se zdravě stravují a nemají výrazně nadprůměrný příjem. Dražší, zdravé potraviny kompenzují levnějšími, ale také výživově hodnotnými, například luštěninami. Což potvrzuje i Brát (2015), ten zdůrazňuje, že je třeba přemýšlet nad celkovou skladbou potravin. Takže v určité míře záleží i na dovednostech a vůli seniorů správný jídelníček dodržovat.

7 Závěr

Předkládaná diplomová práce se zabývá socioekonomickými aspekty výživy seniorů. Cílem práce bylo zjistit znalosti seniorů v oblasti zdravé výživy, zda mají dostatek relevantních informací o racionální výživě, z jakých zdrojů nejvíce čerpají a jaké nejčastější socioekonomické faktory ovlivňují jejich stravování. K dosažení těchto cílů bylo stanoveno pět výzkumných otázek.

Z výše uvedených výsledků lze učinit závěr, že oslovení senioři se v dané problematice velmi dobře orientují. Všichni komunikační partneři mají dostatek informací k tomu, aby se mohli zdravě stravovat. Jsou informováni o významu výživy pro zdraví člověka. Mají poznatky o potřebných makronutrientech i mikronutrientech. Nechybí jim ani informace o tom, z jakých potravin tyto látky čerpat. Orientují se v potravinových doplncích. Znají doporučené množství tekutin, které by měli vypít během dne a jak často by měli jíst. Mezi seniory byly samozřejmě znalostní rozdíly, ale překvapilo mne, že někteří komunikační partneři znali problematiku velmi podrobně a nebyl žádný senior, který by o výživě neměl alespoň základní informace.

Nicméně reálný způsob stravování nekorespondoval s teoretickými znalostmi dotazovaných seniorů. Zatímco ve fázi rozhovorů, které se týkaly teoretických znalostí, nabýval člověk dojem, že všichni komunikační partneři se velmi zdravě stravují, popisovaný jídelníček již často nebyl v intencích těchto vědomostí. Ač senioři mají informace o tom, jak často jíst a kolik tekutin vypít, vynechávají svačiny nebo svačí nevhodné potraviny, někdy se zapomínají i napít. Většina z nich nejí dostatečné množství zeleniny a ovoce, někteří nezřídka konzumují instantní potraviny nebo konzervy. Stravují se často spíše zvyklostně než podle výživových doporučení. Jejich stravovací návyky se utvářely v poválečném období. V průběhu života byly ovlivňovány závodním stravováním, dostupností surovin i ekonomickou situací. Myslím, že v rámci stravovacích zvyklostí této generace nebylo dostatek intervencí, aby byly změněny do moderního, zdravého pojetí stravování. Dotazovaní senioři sice znají výživová doporučení, ale nemají utvořené návyky a dovednosti, aby tato doporučení dodržovali. Část z nich se zdravě stravuje, ale jsou to spíše ti senioři, kteří k tomu byli vedeni v dětství anebo si uvědomili význam výživy pro jejich zdraví a sami si ověřili, že jim racionální strava pomáhá cítit se lépe.

V tomto duchu probíhá i nákup potravin. Výběr potravin často neodpovídají jejich znalostem racionální výživy, ale je ovlivňován chutěmi, finančními prostředky,

zvyklostmi, někdy ale také různými slevami a akcemi. Třetina komunikačních partnerů nakupuje čerstvé potraviny, zbylí dotazovaní senioři uváděli v různém poměru i hotová jídla, instantní polévky, konzervy a pamlsky, což jsou potraviny, které obsahují vysoké množství nasycených mastných kyselin, soli, jednoduché sacharidy nebo konzervační látky.

Částka, kterou mají senioři k nákupu potravin, je různá. Několik komunikačních partnerů uvedlo dostatek finančních prostředků, takže jejich jídelníček není penězi limitován. Většina dotazovaných seniorů, ale musí přizpůsobovat nákupy své finanční situaci. Rozdíly byly pouze ve způsobu. Několik komunikačních partnerů je v situaci, kdy mají nedostatek peněz k nákupu kvalitních základních potravin.

Komunikační partnery často omezuje finanční rozpočet. Někdy ale také návyky, chutě a pohodlnost. V souvislosti s informacemi o výživě, by dotazovaní senioři uvítali možnost přednášek s odborníky nebo kurzy vaření, aby mohli případné problémy a dotazy konzultovat.

Z tohoto výzkumu je tedy patrné, že způsob stravování komunikačních partnerů nekoresponduje s jejich znalostmi a s doporučeními nutričních specialistů v oblasti zdravé výživy. Dokládá to i prevalence obezity u dotazovaných seniorů a výskyt dalších civilizačních nemocí, kterými trpí. Co je tedy hlavním důvodem? Příčiny jsou multifaktoriální. Ekonomická situace, nesprávné stravovací návyky, pohodlnost, chutě na nezdravé potraviny, nedostatečné informace a dovednosti, jak si zdravé jídlo připravit, osamělost apod. Sami komunikační partneři doplnili tento výčet takto: „mlsný jazýček,“ „staré zvyky,“ „morálka,“ „nepřekonatelné chutě,“ „nechce se mi.“ Na výživu má vliv mnoho sociálních aspektů – původní rodina, způsob života, partneři, děti, přátelé. Spolu s uvedenými sociálními aspekty, zcela zásadně ovlivňuje výživu i aspekt ekonomický. Nedá se sice určit, do jaké míry by se jídelníček kvalitativně zlepšil s navýšením finančních prostředků, je však jisté, že seniorům s nízkými příjmy, není dána volba svobodně se rozhodnout, jak se budou stravovat, a proto jsou nuceni kupovat nejlevnější potraviny, které často bývají i nejméně kvalitní.

Cíle této práce byly naplněny kvalitativní výzkumnou strategií. V rámci tohoto výzkumu byla zjištěna velmi dobrá teoretická znalost racionální výživy u dotazovaných seniorů. Komunikační partneři mají dostatek informací o racionální výživě, přesto však jejich strava, těmto znalostem velmi často neodpovídá. Na způsob jejich stravování působí řada socioekonomických faktorů. Nejčastěji to jsou zvyklosti, znalosti, chutě, vliv rodiny, nabídka potravin, časové možnosti a ekonomická situace.

6.1 Doporučení pro praxi

V souvislosti s výše uvedenými skutečnostmi, by tato práce mohla být podnětem pro zdravotní pojišťovny, městské úřady, kluby seniorů, nebo neziskové organizace, aby vytvořily prostředí pro aktivní edukaci seniorů v oblasti zdravé výživy, kde by senioři získávali dovednosti v přípravě nutričně vyvážených jídel, mohli konzultovat svoje poznatky a problémy s výživovými poradci. Vzhledem k tomu, že stravovací návyky se utvářejí od dětství, tak by podobné intervence měly začít probíhat již ve školských zařízeních.

Jako možné řešení bych navrhovala praktické kurzy vaření zdravých jídel a pravidelné besedy v rámci komunity, organizované místními úřady, neziskovými organizacemi nebo kluby seniorů. Tak, aby si senioři mohli vyzkoušet uvařit zdravá jídla, naučili se konkrétní pokrmy s konkrétními surovinami, které by pro ně byly cenově dostupné a zároveň i chutné a lehce stravitelné. Přidanou hodnotou takovýchto praktických kurzů a besed by byl smysluplně strávený čas a rozvíjení nových sociálních kontaktů.

Dále by byla vhodná spolupráce s nutričními specialisty, která by byla hrazená z rozpočtu obcí nebo zdravotních pojišťoven.

Jsem přesvědčená, že investice do praktické výuky seniorů, by se vrátily v menším využívání zdravotní a sociální péče.

V souvislosti s ekonomickou situací seniorů jsem přesvědčena, že by měli být aktivně vyhledáváni senioři s podprůměrnými starobními důchody a informováni o možnostech sociálního zabezpečení a dávek s tím souvisejících, což by zlepšilo jejich kvalitu života a možnost zdravě se stravovat. Senioři často nevědí nebo se ostýchají si o dávku, na kterou mají ze zákona nárok, požádat.

8 Seznam použitých zdrojů

1. ADÁMKOVÁ, V., 2010. *Civilizační choroby - žijeme spolu*. Praha: Triton, 136 s. ISBN 978-80-7387-413-1.
2. ASTL, J., ASTLOVÁ, E., MARKOVÁ, E., 2009. *Jak jíst a udržet si zdraví, aneb, Vyvážený zdravý životní styl pro každý den: příručka poradce*. Praha: Maxdorf, 328 s. ISBN 978-80-7345-175-2.
3. BLACKBURN, M., BRUHN, C., MILLER, L., GANTHAVORN, C., OBER, B. 2014. Seniors, and Their Food Handlers and Caregivers, need Food Safety and Nutrition Education. *California Agriculture* . 68(1), 30-37, doi: 10.3733/ca.v068n01p30.
4. BRABCOVÁ, I., VACKOVÁ, J., 2013. Koncepce deseti sociálních determinant zdraví. *Kontakt*. 15(4), 406–412, ▪ ISSN 1212.
5. BRÁT, J., 2015. Vývoj výživových doporučení pro tuky. *Výživa a potraviny*. 6/2015, 146-149. ISSN 1211-846X
6. BRETŠNAJDROVÁ, M., TERRICHOVÁ, M., ZÁVODNÝ, P., 2011. Kalcium a vitamin D u seniorů. *Medicína pro praxi*. 8(4), 163-166. ISSN 1803-5310.
7. Češi a obezita – jak jsme na tom, 2009. Životní styl a obezita v České republice.[online]. © 2009 [cit. 2017-04-28]. Dostupné z:<http://zijzdrave.cz/kilana-avic/obezita-a-nadvaha/cesi-a-obezita-jak-jsme-na-tom/>
8. ČSÚ, 2013. Životní podmínky domácností – peněžní příjem na spotřební jednotku v roce 2013. *Czso.cz* [online]. 31. 12. 2014 [cit. 2016-10-26]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/documents/10180/20551729/310034151.pdf/20aa29bc-7a9a-47e0-ab48-bdcbed48eb03?version=1.0>
9. ČSÚ, 2015. Statistika rodinných účtů. *Czso.cz* [online]. 7. 3. 2016 [cit. 2017-02-26]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/documents/10180/20561723/160020q401.pdf/1c105a9d-2eff-45bb-8754-c78a78189651?version=1.0>
10. ČSÚ, 2016. Senioři v ČR 2014. *Czso.cz* [online]. 31. 1. 2015 [cit. 2016-10-26]. Dostupné z:<https://www.czso.cz/csu/czso/seniori-v-cr-2014>
11. ČSÚ, 2017a. Senioři. *Czso.cz* [online]. 09. 03. 2017 [cit. 2017-03-26]. Dostupné z:<https://www.czso.cz/csu/czso/seniori>
12. ČSÚ, 2017b. Věkové složení obyvatelstva 2015. *Czso.cz* [online]. 13. 04. 2017 [cit. 2017-04-15]. Dostupné z:<https://www.czso.cz/csu/czso/vekove-slozeni-obyvatelstva>

13. ČELEDOVÁ, L., ČEVELA, R., 2010. *Výchova ke zdraví: vybrané kapitoly*. Praha: Grada, 128 s. ISBN 978-80-247-3213-8.
14. ČEVELA, R., ČELEDOVÁ, L., DOLANSKÝ, H., 2009. *Výchova ke zdraví pro střední zdravotnické školy*. Praha: Grada, 112 s. ISBN 978-80-247-2860-5.
15. ČEVELA, R., KALVACH, Z., ČELEDOVÁ, L., 2012. *Sociální gerontologie: úvod do problematiky*. Praha: Grada, 264. ISBN 978-80-247-3901-4.
16. ČEVELA, R., ČELEDOVÁ, L., KALVACH, Z., HOLČÍK, J., KUBŮ, P. 2014. *Sociální gerontologie: východiska ke zdravotní politice a podpoře zdraví ve stáří*. Praha: Grada, 238 s. ISBN 978-80-247-4544-2.
17. DIMITROVÁ, M., 2007. Demografické souvislosti stárnutí. *Sociologický ústav AV ČR* [online]. 2007, č. 1 [cit. 2016-10-26]. Dostupné z: <http://cvvm.soc.cas.cz/2007-1/demograficke-souvislosti-starnuti>
18. DISMAN, M., 2000 *Jak se vyrábí sociologická znalost*. 3.vyd. Praha: Karolinum, 374 s. ISBN 80-246-0139-7.
19. DOETS, E., KREMER, S., 2016 The Silver Sensory Experience – A Review of Senior Consumers' Food Perception, Liking and Intake. *Food Quality and Preference*. 48(Part B), 316-332, doi: 10.1016/j.foodqual.2015.08.010.
20. DOSTÁLOVÁ, J., KUNEŠOVÁ, M., OTOUPAL, P., STARNOVSKÁ, T. 2006. Zdravá třináctka – stručná výživová doporučení pro širokou veřejnost. *Společnost pro výživu*. [online]. 2006 č. 1 [cit. 2016-11-12]. Dostupné z: <http://www.vyzivaspol.cz/zdrava-trinactka-strucna-vyzivova-doporuceni-pro-sirokou-verejnost/>
21. Důchodové pojištění, 2015. *Cssz.cz* [online]. 1. 12. 2016 [cit. 2016-12-28]. Dostupné z: <http://www.cssz.cz/cz/duchodove-pojisteni/davky/starobni-ducody.htm>
22. DVOŘÁČKOVÁ, D., 2012. *Kvalita života seniorů: v domovech pro seniory*. Praha: Grada, 112 s. ISBN 978-80-247-4138-3.
23. DVOŘÁKOVÁ-JANŮ, V., 1999. *Lidé a jídlo*. Praha: ISV, 182 s. ISBN 80-85866-41-2.
24. DZÚROVÁ, D., CSÉMY, L., SPILKOVÁ, J., LUSTIGOVÁ, M., 2015. *Zdravotně rizikové chování mládeže v Česku*. Praha: Státní zdravotní ústav, 133 s. ISBN 978-80-7071-343-3.
25. European Food and Nutrition Action Plan 2015–2020. 2014. Report of the 64th Session of the WHO Regional Committee for Europe [online]. 30-32 [cit. 2016-

11-12].

Dostupné

z:

http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/262618/64rp00e_RC64report_140754.pdf?ua=1

26. FELLNEROVÁ, V., 2011. *Informovanost seniorské populace o zdravém životním stylu*. Brno. Diplomová práce. LF MU.
27. FLORIÁNKOVÁ, M., 2014. *Zdravý životní styl a jídelníček pro seniory*. Praha: Fragment, 168 s. ISBN 978-80-253-2031-0.
28. FRANCOVÁ, H., NOVOTNÝ, A., 2008. *Sociální politika v základech*. Praha: Triton, 185. ISBN 978-80-7387-125-3.
29. FRAŇKOVÁ, S., DVOŘÁKOVÁ-JANŮ, V., 2003. *Psychologie výživy a sociální aspekty jídla*. Praha: Karolinum, 256 s. ISBN 80-246-054-81.
30. FROUZ, J., MOLDAN, B., 2015. *Příležitosti a výzvy environmentálního výzkumu*. Praha: Karolinum, 312 s. ISBN 978-80-2462-667-3.
31. GEISSELHART, R., HOFMANN-BURKART, CH., 2006. Praha: Grada, 102 s. ISBN 80-247-1518-X.
32. GIACALONE, D., WENDIN, K., KREMER, S., FROST, M., B., BREDIE, W. L. P., OLSSON, V., RISVIK, E. 2016. Health and Quality of Life in an Aging Population - Food and Beyond. *Food Quality and Preference*, 47, 166-170. doi:10.1016/j.foodqual.2014.12.002.
33. GILLERNOVÁ, I., KEBZA, V., RYMEŠ, M., 2011 *Psychologické aspekty změn v české společnosti: člověk na přelomu tisíciletí*. Praha: Grada, 256 s. ISBN 978-80-2472-798-1.
34. GREBEŇOVÁ, E., 2014. *Výživové zvyklosti seniorů v domácím prostředí*. Brno. Diplomová práce. LF MU.
35. GROFOVÁ, Z., 2009. Výživa ve stáří. *Medicína pro praxi*. 6(1), 42–43. ISBN: 1214-8687.
36. GROFOVÁ, Z., 2011. *Dieta pro vyšší věk*. Praha: Forsapi.168 s. ISBN 978-80-8725-011-2.
37. HAJŠLOVÁ, J., 2010. Ústav analýzy potravin a výživy VŠCHT Praha. [online]. 30. 3. 2015 [cit. 2016-12-11]. Dostupné z: <http://uapv.vscht.cz/zakladni-informace/historie>
38. HALÍK, T., 2006. *Prolínání světů: ze života světových náboženství*. Praha: Nakladatelství Lidové noviny, 264 s. ISBN 80-7106-834-9.

39. HÁJEK, Z., 2004. *Rizikové a patologické těhotenství*. Praha: Grada, 444 s. ISBN 80-247-0418-8.
40. HANÁČKOVÁ, E., 2008. *Zdravá výživa z pohledu seniorů*. Brno. Bakalářská práce. LF MU.
41. HARTL, P., HARTLOVÁ, H., 2010. *Velký psychologický slovník*. Vyd. 4., Praha: Portál. 797 s. ISBN 978-80-7367-686-5.
42. HAVLÍK, J., MAROUNEK, M., 2012. *Živiny a živinové potřeby člověka*. Praha: Česká zemědělská univerzita, 131 s. ISBN 978-80-2132-269-1.
43. HENDL, J., 2012. *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. 3. vyd. Praha: Portál, 407 s. ISBN 978-80-262-0219-6.
44. HLAĐO, P., 2011. *Úvod do pedagogického výzkumu pro učitele středních škol*. Brno: Mendelova univerzita, 134 s. ISBN 978-80-7375-544-7.
45. HLAVATÁ, K., 2016. Zdraví seniorů - bílkoviny. *Zdravá výživa*. [online]. 16. 5. 2016 [cit. 2016-11-07]. Dostupné z:
http://www.vimcojim.cz/cs/spotrebitel/zdrava-vyziva/tipy-zdrave-vyzivy/Zdravi-senioru--bilkoviny!__s639x9763.html
46. HLAVÁČKOVÁ, J., 2014. *Zdravá výživa seniorů a ekonomické aspekty*. Brno. Diplomová práce. LF MU.
47. HOLČÍK, J., 2009. *Zdravotní gramotnost a její role v péči o zdraví: k teoretickým základům cesty ke zdraví*. Brno: MSD, 149 s. ISBN 978-80-7392-089-0.
48. HOLMEROVÁ, I., JURAŠKOVÁ, B., ZIKMUNDOVÁ, K., 2003 *Vybrané kapitoly z gerontologie*. 2., dopl. vyd. Praha: Česká alzheimerovská společnost, 88 s. ISBN 80-8654-112-6.
49. HOLMEROVÁ, I., 2014. *Průvodce vyšším věkem: manuál pro seniory a jejich pečovatele*. Praha: Mladá fronta, 208 S. ISBN 978-80-2043-119-6.
50. HROZENSKÁ, M., DVOŘÁČKOVÁ, D. 2013. *Sociální péče o seniory*. Praha: Grada, 192 s. ISBN 9788024741390.
51. HYNEK, B., 2009 Obezita. *Regenerace*. 9 (2), 14-17. ISSN 1210-6631
52. CHUDÁRKOVÁ, P. 2013. *Food and Its Social Context* Prague. Diploma Thesis, CULS.
53. IRZ, X., FRATIGLIONI, L., KUOSMANEN, N., MAZZOCCHI, M., MODUGNO, L., NOCELLA, G., ZANELLO, G. 2014. Sociodemographic Determinants of Diet Quality of the EU Elderly: A Comparative Enalysis in four

- Countries. *Public Health Nutrition*, 17(5), 1177-1189, doi:10.1017/S1368980013001146
54. JANATOVÁ, H., ULIČNÁ, E., 2008. *Zlepšení rovnosti ve zdraví v EU ovlivněním sociálních determinant zdraví: souhrnná zpráva o aktivitách projektu Determine - an EU Consortium for Action on Socio-economic Determinants of Health*. Praha: Státní zdravotní ústav, 15 s. ISBN 978-80-7071-303-7.
 55. JANDAČKOVÁ, V., VAŘECHOVÁ, K., 2014. *Sociální determinanty zdraví: studijní opora*. Ostrava: Ostravská univerzita, 82 s. ISBN 978-80-7464-592-1.
 56. JANEČKOVÁ, H., HNILICOVÁ, H., 2009. *Úvod do veřejného zdravotnictví*. Praha: Portál, 296 s. ISBN 9788073675929.
 57. JURÁŠKOVÁ, B., 2003. Dehydratace, rizikový faktor onemocnění ve stáří. *Česká geriatrická revue*. 1(4), 17-19. ISSN: 1214-0732
 58. KAHOUN, V. et al., 2014. *Sociální zabezpečení: vybrané kapitoly*. 2. vyd. Praha: Triton, 448 s. ISBN 978-80-7387-733-0.
 59. KAJABA, I., ÁGHOVÁ, Ľ., ŠEVČÍKOVÁ, Ľ., KRÁTKY, A., 2005. Zásady režimu výživy osôb tretieho veku. *Zborník vedeckých prác Životné podmienky a zdravie*. Bratislava: Úrad verejného zdravotníctva SR, 144-153. ISBN 80 - 7159 - 157 - 2.
 60. KALVACH, Z., et al. 2004. *Geriatric a gerontologie*. Praha: Grada, 861 s. ISBN 80-247-0548-6.
 61. KALVACH, Z., et al. 2008. *Geriatrické syndromy a geriatrický pacient*. Praha: Grada, 336 s. ISBN 978-80-2472-490-4.
 62. KALVACH, Z. et al., 2011 *Křehký pacient a primární péče*. Praha: Grada, 399 s. ISBN 978-80-2474-026-3.
 63. KASTNEROVÁ, M., 2014 *Výživové poradenství v praxi*. České Budějovice: JČU, 273 s. ISBN 978-80-7394-500-8.
 64. KEBZA, V., 2005. *Psychosociální determinanty zdraví*. Praha: Academia, 264 s. ISBN 8020013075.
 65. KIMMER, D., BÁRTLOVÁ, S., 2013. Vliv sociálních faktorů na výživu seniorů. *Výživa a potraviny*. 68(4), 109-110. ISSN 1211-846X
 66. KOHOUT, P., et al. 2010. *Potraviny - součást zdravého životního stylu*. Olomouc: Forsapi, 106 s. ISBN 978-80-8732-739-5.

67. KONOPKA, P., 2004 *Sportovní výživa*. České Budějovice: Kopp. 125 s. ISBN 80-723-2228-1.
68. KOŘÍNKOVÁ, E., 2014. *Způsob stravování a postoje ke správné výživě u vybrané skupiny seniorů*. Praha. Bakalářská práce. PF UK.
69. KRAUS, J. et al., 2005. *Nový akademický slovník cizích slov A-Ž*. Praha: Academia, 880 s. ISBN 978-80-200-1351-4
70. KREBS, V., 2007. *Sociální politika*. 4., přeprac. a aktualiz. vyd. Praha: ASPI, 505 s. ISBN 978-80-7357-276-1.
71. KŘIVOHLAVÝ, J., 2001. *Psychologie zdraví*. Praha: Portál, 279 s. ISBN 80-717-8551-2.
72. KŘIVOHLAVÝ, J., 2002. *Psychologie nemoci*. Praha: Grada, 198 s. ISBN 80-247-0179-0.
73. KŘIVOHLAVÝ, J., 2009. *Psychologie zdraví*. Vyd. 3. Praha: Portál, 280 s. ISBN 978-80-7367-568-4.
74. KŘIVOHLAVÝ, J., 2011. *Stárnutí z pohledu pozitivní psychologie: možnosti, které čekají*. Praha: Grada, 144 s. ISBN 978-80-2473-604-4.
75. KUBEŠOVÁ, H., WEBER, P., POLCAROVÁ, V., MATĚJOVSKÝ, J., a ŠLAPÁK, J. 2006 Výživa ve stáří. *Medicína pro praxi*. 3(4), 118-123. ISSN: 1214-8687.
76. KUBEŠOVÁ, H., WEBER, P., 2008. Poruchy příjmu potravy ve stáří. *Interní medicína pro praxi*. 10(1), 64-68. ISSN 1212-7299
77. KUDELOVÁ, E. et al., 2009. *Hygiena výživy a nutriční epidemiologie*. Praha: Karolinum, 278 s. ISBN 978-80-2461-735-0.
78. KUKAČKA, V., 2010. *Udržitelnost zdraví: vědecká monografie*. České Budějovice: Jihočeská univerzita, Zemědělská fakulta, 287 s. ISBN 978-80-7394-217-5.
79. KUNOVÁ, V., 2011. *Zdravá výživa*. 2., přeprac. vyd. Praha: Grada, 2011. 140 s. ISBN 978-80-2473-433-0.
80. LANGMEIER, J., KREJČÍŘOVÁ, D., 2006. *Vývojová psychologie*. 2., aktualiz. vyd. Praha: Grada, 368 s. ISBN 80-2471-284-9.
81. LARSEN, D., 2016 Stay Hydrated, Eat Protein: Nutrition Tips for Seniors. Senior Living Blog. [online]. 22. 7. 2016 [cit. 2016-11-07]. Dostupné z: <http://www.aplaceformom.com/blog/senior-nutrition-recommendations/>

82. LUSTIG, R., H., 2014. *Fat Chance: Beating the Odds against Sugar, Processed Food, Obesity, and Disease*. New York: Penguin Group (USA) Incorporated, 320 p. ISBN 978-01421-8043-3.
83. STARFIELD, B., 2011. Hidden in Equity Health, 1980-2001. *International Journal for Equity in Health*. 10(1) 15 – 16. doi: 10.1186/1475-9276-10-15
84. STAV OBEZITY V ČR, 2013. Žij zdravě. *Obezita 2013 - STEM/MARK a VZP* [online]. 11. 4. 2013 [cit. 2017-03-28]. Dostupné z: <http://stemmark/obezita-2013-stemmark-vzp>.
85. MACHOVÁ, J., KUBÁTOVÁ, D., 2015. *Výchova ke zdraví*. 2., aktualizované vydání. Praha: Grada, 296 s. ISBN 978-80-2475-351-5.
86. MALINDOVÁ, K., 2011 Zdravotní aspekty nezaměstnanosti *E-psychologie: elektronický časopis ČMPS*. 5(2-3), 24 - 33. ISSN 18028853.
87. MANUÁL AKTIVNÍHO STÁRNUTÍ, 2012. Zdravý životní styl. *Evropská rozvojová agentura s.r.o., Praha* [online]. [cit. 2016-10-28]. Dostupné z: http://aktivne.eracr.cz/wp-content/uploads/2013/01/A5-manual_nahled.pdf
88. MATĚJOVSKÁ-KUBEŠOVÁ, H., 2015. *Vybrané klinické stavy u seniorů: úskalí diagnostiky a terapie*. Praha: Mladá fronta, 216 s. ISBN 978-80-2043-394-7.
89. MATOUŠEK, O., 2003 *Slovník sociální práce*. Praha: Portál, 287 s. ISBN 80-7178-549-0.
90. MIOVSKÝ, M. 2006. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada. 332 s. ISBN 80-247-1362-4.
91. MLÝNKOVÁ, J., 2011 *Péče o staré občany: učebnice pro obor sociální činnost*. Praha: Grada, 192 s. ISBN 978-80-2473-872-7.
92. MOUREK, J., VELEMÍNSKÝ, M., ZEMAN, M., 2013. *Fyziologie, biochemie a metabolismus pro nutriční terapeutu*. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, 99 s. ISBN 978-80-7394-438-4.
93. MÜHLPACHR, P., 2006. *Sociální práce jako životní pomoc*. Brno: MSD, 228 s. ISBN 80-86633-62-4.
94. MÜLLEROVÁ, D., 2003. *Zdravá výživa a prevence civilizačních nemocí ve schématech: z pohledu jednotlivce i populačních skupin*. Praha: Triton, 100 s. ISBN 80-7254-421-7.
95. MÜLLEROVÁ, D., 2009. *Obezita - prevence a léčba*. Praha: Mladá fronta. 262 s. ISBN 978-80-204-2146-3.

96. NEŠPOR, K., 2011. *Návykové chování a závislost: současné poznatky a perspektivy léčby*. Vyd. 4., aktualiz. Praha: Portál, 176 s. ISBN 978-80-7367-908-8.
97. NOVÁKOVÁ, I., 2011. *Zdravotní nauka 2 díl: Učebnice pro obor sociální činnost*. Praha: Grada, 208 s. ISBN 978-80-2473-709-6.
98. NOVOSAD, L., 2002. *Kapitoly ze základů speciální pedagogiky - Somatopedie*. Liberec: Technická univerzita, 79 s. ISBN 80-7083-563-X.
99. NUTBEAM, D., 1998. Health Promotion Glossary. *Health Promotion International Oxford University*. 349-364. doi.10.1093/heapro/da1033.
100. PACOVSKÝ, V., 1990. *O stárnutí a stáří*. Praha: Avicenum, 135 s. ISBN 80-2010-076-8.
101. PÁNEK, J., 2002. *Základy výživy*. Praha: VŠCHT, 219 s. ISBN 80-8632-023-5.
102. PAPEŽOVÁ, E., 2010. Odvrácená tvář sociální práce. Proměny práce sociálních pracovníků v pobytových sociálních službách pro seniory. *Sociální práce*. 2010(2), 48. ISSN: 1213-6204.
103. PETTIGREW, S., WORRALL, C., BIAGIONI, N., TALALTI, Z., JONGENELIS, M. 2017. The Role of Food Shopping in Later Life. *Appetite*, 111, 71-78. doi:10.1016/j.appet.2016.12.035
104. PICKETT, K., KELLY, S., BRUNNER, E., LOBSTEIN, T., WILKINSON, R., 2005. Wider Income Gaps, Wider Waistbands? An Ecological Study of Obesity and Income Inequality. *J. Epidemiol Community Health*. 59. 670-674. doi: 10.1136/jech.2004.028795
105. PIKHART, H., BOBAK, M., MALYUTINA, S., PAJAK, A., KUBÍNOVÁ, R., MARMOT, M., 2007. Obesity and Education in Three Countries of the Central and Eastern Europe: The Hapiee Study. *Cent Eur J. Public Health*. 15(4). 140-142.
106. PÍTHA, J. et al., 2012. *140 otázek a odpovědí o výživě a potravinách*. Praha: Forsapi, 71 s. Manuál dietologie. ISBN 978-80-8725-018-1.
107. POMOC V HMOTNÉ NOUZI, 2015. *Ministerstvo práce a sociálních věcí* [online]. [cit. 2016-10-28]. Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/cs/5>
108. PRAŠKO, J., 2003. *Jak se zbavit napětí, stresu a úzkosti*. Praha: Grada, 204 s. ISBN 80-2470-185-5.
109. PRAŠKO, J. a PRAŠKOVÁ, H., 2007. *Asertivitou proti stresu*. 2., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 280. ISBN 978-80-2471-697-8.

110. RABUŠIC, L. 1997. *Česká společnost a senioři*. Brno: Masarykova univerzita. 189 s. ISBN 80-210-1729-5
111. REICHEL, J., 2009. *Kapitoly metodologie sociálních výzkumů*. Praha: Grada, 184 s. ISBN 978-80-247-3006-6.
112. ROSLAWSKI, A., 2005. *Jak zůstat fit ve stáří*. Brno: Computer Press, 71 s. ISBN 80-2510-774-4.
113. ROSLOVÁ, H. a MATOULEK, M., 2012. *Metabolický syndrom a prevence srdečně-cévních nemocí*. Praha: Mladá fronta, 28 s. ISBN 978-80-2042-546-1.
114. RUŠAVÝ, Z., LACIGOVÁ, S., JANKOVEC, Z., ČECHUROVÁ, D., ŽOUREK, M. 2007. Diagnostika a léčba malnutrice. *Sipping. Postgraduální medicína*. 7(2), 30 – 34. ISSN: 1212-4184
115. SAK, P., KOLESÁROVÁ, K., 2012. *Sociologie stáří a seniorů*. Praha: Grada, 225 s. ISBN 978-80-2473-850-5.
116. SEKAVOVÁ, H., 2016. Ekonomická situace a ceny, za které domácnosti nakupují potraviny. *Výživa a potraviny*. 16(6), 155-158. ISSN: 1211-846X.
117. SIMOPOULOS, A. P., 2011 *Healthy Agriculture, Healthy Nutrition, Healthy People*. Basel: Karger, 274 p. ISBN 978-3-8055-9779-1.
118. SLIMÁKOVÁ, M., 2012. Zdravý talíř. *Margit*. [online] 2000 - 2017 © [cit. 2016-11-27]. Dostupné z. <http://www.margit.cz/zdravy-talir/>
119. SPURNÁ, R., 2014. Jak poskládat jídelníček. *Zelené potraviny* [online]. [cit. 2016-10-11]. Dostupné z: <http://www.zelenace.eu/clanky/jak-poskladat-jidelnicek-/>
120. STÁVKOVÁ, J., 2012. *Výživa ve stáří*. Brno. Diplomová práce. LF MU.
121. STRÁNSKÝ, M., RYŠAVÁ L., 2014. *Fyziologie a patofyziologie výživy*. 2., dopl. vyd. České Budějovice: ZSF JU, 273 s. ISBN 978-80-7394-478-0.
122. SUCHARDA, P., 2005 Obezita. *Medicína pro praxi*. 2(3), 99-102. ISSN: 1214-8687.
123. SVAČINA, Š., 2008. *Klinická dietologie*. Praha: Grada, 381 s. ISBN 978-80-2472-256-6.
124. STARFIELD, B., 2011. The Hidden Inequity in Health Care. *International Journal for Equity in Health*. 10 – 15 Doi: 10.1186/1475-9276-10-15
125. STRAUSS, A., CORBINOVÁ, J. 1999. *Základy kvalitativního výzkumu: postupy a techniky metody zakotvené teorie*. Brno: Sdružení Podané ruce, 228 s. ISBN 80-85834-60-8.

126. ŠÝKOROVÁ, D., 2007. *Autonomie ve stáří: kapitoly z gerontosociologie*. Praha: Sociologické nakladatelství, 284 s. ISBN 978-80-8642-962-5.
127. ŠVARŤÍČEK, R., ŠEĎOVÁ, K., 2014. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Vyd. 2. Praha: Portál, 384 s. 978-80-262-0644-6.
128. TAYLOR, S., FIELD, D., 2007. *Sociology of Health and Health Care*. 4th ed. Malden, MA: Blackwell Pub., 278 s. ISBN 978-14-0515-172-6.
129. TOPINKOVÁ, E., 2005. *Geriatric pro praxi*. Praha: Galén, 270 s. ISBN 978-80-7262-365-5.
130. TÓTHOVÁ, V., VEISOVÁ, V., BÁRTLOVÁ, S., 2012. Názory lékařů a všeobecných sester na výhody a nevýhody péče o seniory v domácím prostředí. *Kontakt*. 13(2) 129-137. ISSN 1804-7122.
131. TROJAN, S., 2003. *Lékařská fyziologie*. 4. vydání. Praha: Grada. 772 s. ISBN 80-247-0512-5.
132. VACKOVÁ, J. et al., 2012. *Zdravotně sociální aspekty života imigrantů v České republice*. Praha: Triton, 301 s. ISBN 978-80-7387-514-5.
133. VÁGNEROVÁ, M., 2000. *Vývojová psychologie: dětství, dospělost, stáří*. Praha: Portál, 522 s. ISBN 80-7178-308-0.
134. VÁGNEROVÁ, M., 2007. *Vývojová psychologie II.: dospělost a stáří*. Praha: Karolinum, 461 s. ISBN 978-80-2461-318-5.
135. VÁGNEROVÁ, M. 2012. *Vývojová psychologie: dětství a dospívání*. Vyd. 2., dopl. a přeprac. Praha: Karolinum, 536 s. ISBN 978-802-462-153-1.
136. VELEMÍNSKÝ, M., 2009. *Vybrané kapitoly z pediatrie*. 6. vyd. České Budějovice: ZSF JU, 176 s. ISBN 978-80-7394-182-6.
137. VITOUX, J., F., DESBOIS, S., UELAND, O., HÉBEL, P., VIGIER, V., 2012. Attitudes des seniors actifs vis-à-vis du « bien vieillir »: quelle place pour la nutrition ? *Médecine . & Nutrition*. 48(2), 24-25, ISSN 03987604.
138. VOKURKA, M., HUGO, J., 2007. *Praktický slovník medicíny*. 8., rozš. vyd. Praha: Maxdorf, 520 s. ISBN 978-80-7345-123-3.
139. WEBER, P., 2000. *Minimum z klinické gerontologie pro lékaře a sestru v ambulanci*. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 151 s. ISBN 80-7013-314-7.
140. WILKINSON, R., MARMOT, M., 2003. *The Solid Facts: Social Determinants of Health*. 2nd ed. Copenhagen: Centre for Urban Health, 31 s. ISBN 978-92-890-1401-4

141. WILKINSON, R., MARMOT, M., 2005. *Social Determinants of Health*. 2nd ed. New York: Oxford University Press, 376 s. ISBN 01-985-6589-5.
142. WISMEKOVÁ, S., 2011. *Výživové zvyklosti seniorské populace*. Brno. Diplomová práce. LF MU.
143. White Paper on. A Strategy for Europe on Nutrition, Overweight and Obesity related health issues. © 2007. [online]. © 2007. [cit. 2016-11-12]. Dostupné z: http://ec.europa.eu/health/archive/ph_determinants/life_style/nutrition/document_s/nutrition_wp_en.pdf
144. WHO, © 2016b. Obesity and Overweight. Who.int, [online]. © 2016. [cit. 2016-11-11]. Dostupné z: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/>
145. WHO, © 2016a. Social Determinants of Health. Who.int, [online]. © 2016. [cit. 2016-10-31]. Dostupné z: http://www.who.int/social_determinants/sdh_definition/en/
146. WOLFE, R., R., MILLER, S., L., MILLER, K., B. 2008. Optimal Protein Intake in The Elderly. *Clinical Nutrition*. 27(5), 675-684, doi.org/10.1016/j.clnu.2008.06.008.
147. VYBÍHALOVÁ, L., 2010. Pitný režim ve stáří. *Sestra*. 10(6), 73-74, ISSN 12-10-0404.
148. Vyhláška 505/2006 Sb., vyhláška, kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách. 2016 in *Sbírka zákonů České republiky*. [online]. Částka 164. [cit. 2016-10-31]. Dostupné z: <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-505>
149. Vyhláška 389/2011 Sb., o provedení některých ustanovení zákona o pomoci v hmotné nouzi. 2012 in *Sbírka zákonů České republiky*. [online]. Částka 136. [cit. 2016-10-31]. Dostupné z: <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-389>
150. Výživa seniorů. 2014. Výživová doporučení. *Viš, co jíš*. [online]. [cit. 2016-11-12]. Dostupné z: http://www.viscojis.cz/teens/index.php?option=com_content&view=article&id=160:155&catid=64&Itemid=114
151. Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálním zabezpečení, v platném znění, 2006. [online]. [cit. 2017-01-31]. In: *Sbírka zákonů České republiky*, Částka 37. Dostupné z: <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-108>
152. Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, v platném znění, 2011. [online]. [cit. 2017-01-31]. In *Sbírka zákonů České republiky*. Částka 131. Dostupné z: <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-372>

153. Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, 1997. [online]. [cit. 2017-03-31]. In *Sbírka zákonů České republiky*. Částka 16/1997. Dostupné z: <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/1997-48>
154. Zákon č. 111/2006 Sb., o pomoci v hmotné nouzi. 2006 [online]. [cit. 2017-01-31]. In *Sbírka zákonů České republiky*. Částka 37/2006. Dostupné z: <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-111>
155. Zákon č. 110/2006 Sb., o životním a existenčním minimu. 2006. [online [cit. 2017-01-31]. In *Sbírka zákonů České republiky*.]. Částka 37/2006. Dostupné z: <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-110>
156. Zákon č. 329/2011 Sb., o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením a o změně souvisejících zákonů. 2011. [online]. [cit. 2017-01-31]. In *Sbírka zákonů České republiky*. Částka 115/2011. Dostupné z: <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-329>
157. Zdraví pro všechny v 21. století. 2008. Ministerstvo zdravotnictví ČR [online]. [cit. 2016-10-28]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/Verejne/dokumenty/zdravi-pro-vsechny-v-stoleti_2461_1101_5.html
158. Zdraví 2020. 2014. Národní strategie ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí, Ministerstvo zdravotnictví. [online]. [cit. 2016-11-12]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/Admin/_upload/files/5/ak%C4%8Dn%C3%AD%20pl%C3%A1ny%20%20p%C5%99%C3%ADlohy/AP%2002a%20spr%C3%A1vn%C3%A1%20v%C3%BD%C5%BEiva%20a%20stravovac%C3%AD%20n%C3%A1vyky%20populace.pdf
159. Zdravotní gramotnost seniorů, 2016. Národní síť podpory zdraví, z.s., 2016 [online]. [cit. 2017-02-22]. Dostupné z: http://nspz.cz/wordpress/wp-content/uploads/2016/10/gramotnost_A5_seniori.pdf
160. Zdravotní postižení, 2016. Dávky pro osoby se zdravotním postižením. *Ministerstvo práce a sociálních věcí* [online]. [cit. 2016-10-28]. Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/cs/8>
161. ZLOCH, Z., 2009. Některé specifické požadavky na výživu ve vyšším věku. *Interní medicína pro praxi*. 11(3): 134-137. ISSN: 1212-7299.

9 Seznam příloh

Příloha 1 Procentuální zastoupení domácností podle skupin čistého měsíčního příjmu na spotřební jednotku

Příloha 2 Model sociálních determinant zdraví

Příloha 3 Zdravý talíř, česká verze My plate

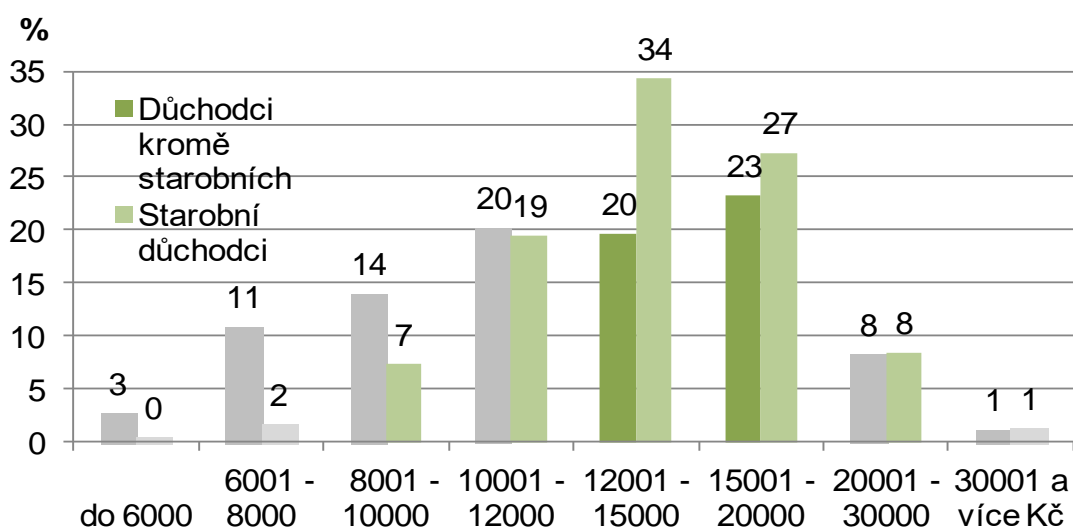
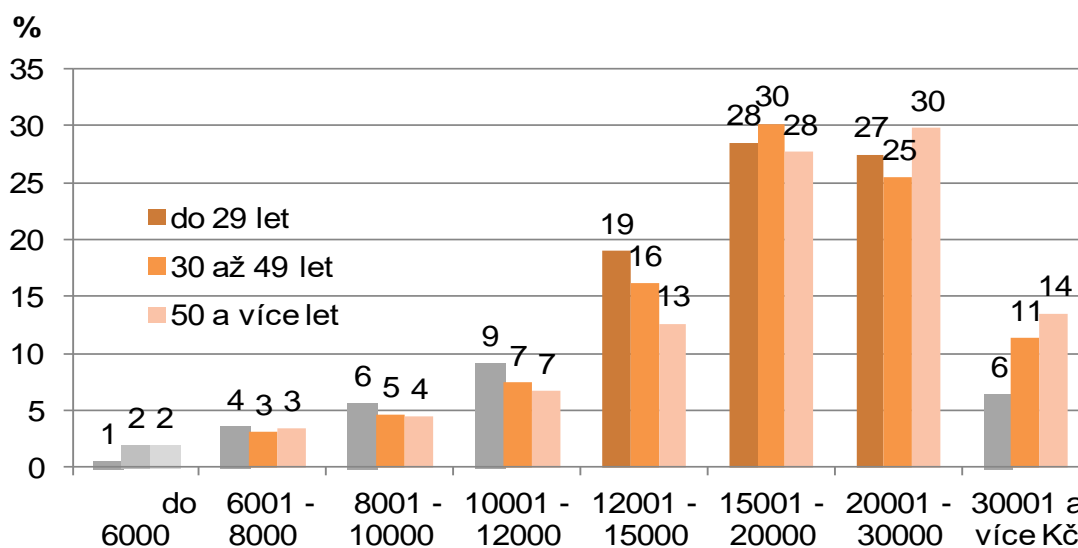
Příloha 4 Otázky pro rozhovor

Příloha 5 Ukázka otevřeného kódování „papír a tužka“

10 Seznam použitých zkratek

BMI	Body Mass Index (index tělesné hmotnosti)
ČR	Česká republika
ČSÚ	Český statistický úřad
GI	Glykemický index
GIT	Gastrointestinální trakt
GZ	Glykemická zátěž
OSSZ	Okresní správa sociálního zabezpečení
USA	Spojené státy americké
USDA	United States Department of Agriculture (Ministerstvo zemědělství USA)
ÚZEI	Ústav zemědělské ekonomiky a informací
WHO	World Health Organization (Světová zdravotnická organizace)

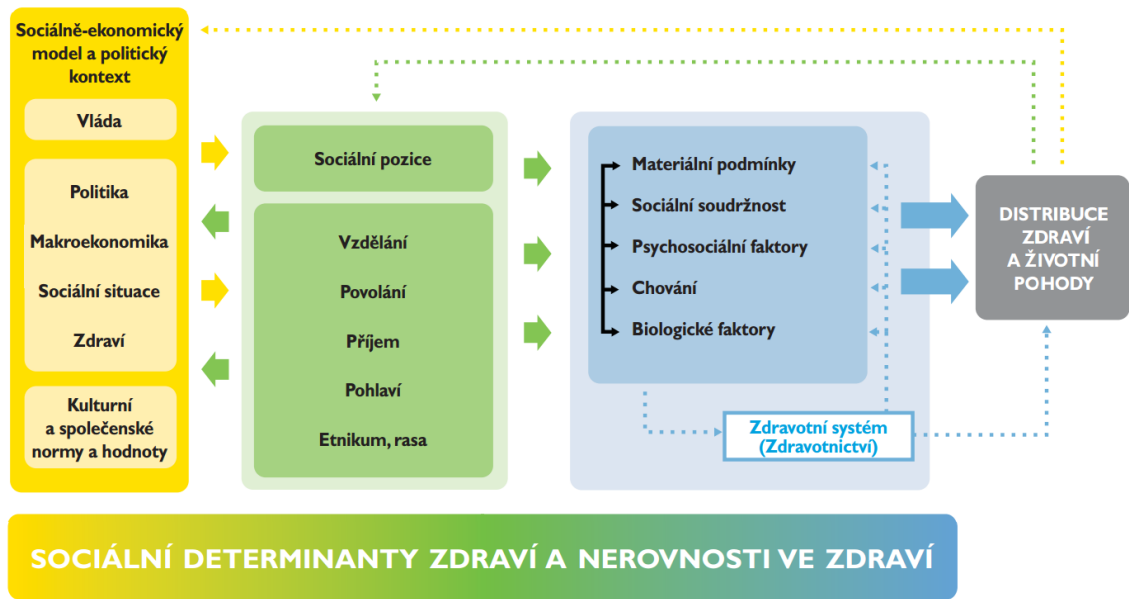
Příloha 1 Procentuální zastoupení domácností podle skupin čistého měsíčního příjmu na spotřební jednotku a podle věku osoby v čele domácnosti v r 2013



Zdroj: ČSÚ (2013)

Pozn.: Šedé sloupce v grafech vycházejí z dat s omezenou vypovídající schopností. Tyto hodnoty mají spíše orientační charakter. S jistotou však můžeme tvrdit, že se i v těchto příjmových kategoriích domácností (měřeno na spotřební jednotku) vyskytují. Jaký je však jejich vzájemný poměr, to jednoznačně určit z dat, které máme k dispozici, nemůžeme (ČSÚ, 2013).

Příloha 2 Model sociálních determinant zdraví



Zdroj: Janatová a Uličná (2008)

ZDRAVÝ TALÍŘ

Zelenina

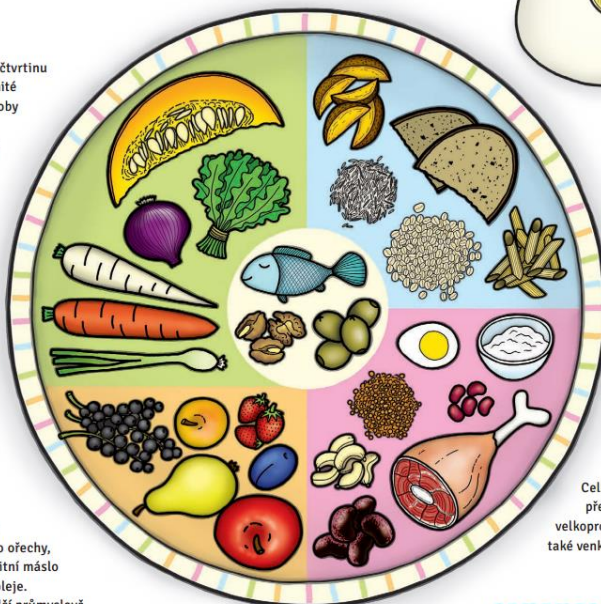
Zelenina by měla tvořit nejméně čtvrtinu příjmu potravin. Čím více rozmanité zeleniny upravené na různé způsoby sníte, tím lépe. Hranolky se k zelenině nepočítají a brambory patří svým složením spíše k polysacharidům.

Ovoce

Ovoce tvoří druhou čtvrtinu talíře. Nejzdravější a nejvýživnější je jíst sezónní ovoce různých druhů a barev. Příjem ovoce je možné nahradit konzumací zeleniny.

Oleje a tuky

Oleje a tuky jsou nejhodnotnější v superzdravých potravinách jako ořechy, avokádo či ryby. Vhodné je i kvalitní máslo a za studena lisované rostlinné oleje. Nejezte margaríny a omezte i další průmyslově upravené tuky a oleje.



Tekutiny

Tekutiny jsou nejlepší v podobě čisté vody a neslazených čajů. Slazené nápoje a čaje raději zcela vynechte.

Polysacharidy

Polysacharidy jsou nejlepší v přirozené podobě. Například jáhly, ovesné vločky, žitné kváskové chleby či divoká rýže. Důležité je omezovat požívání výrobků z nehodnotné bílé mouky.

Bílkoviny

Bílkoviny získáte nejlépe z ryb, luštěnin, ořechů, semínek, zakysaných mléčných výrobků, vajec či masa. Většinu z nás prospívá vyšší podíl rostlinných zdrojů bílkovin. Vybírejte dle své chuti i stravovací filozofie.

Životní styl

Celkově doporučuji upřednostňovat přirozené potraviny před polotovary, lokální a bio potraviny před nekvalitní velkoprodukcí a dovozem. Kromě zdravé stravy si dopřávejte také venkovní pohyb, dostatek spánku, přátel a dobré nálady!

www.zdravytalir.info

Zdroj: Slimáková (2012)

Příloha 4 Otázky pro rozhovor

Otázky pro rozhovor

Jmenuji se Miroslava Ondráčková a jsem studentka Zdravotně sociální fakulty Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích, obor Rehabilitační - psychosociální péče o postižené děti, dospělé a seniory. Chtěla bych Vás poprosit o rozhovor, který je zaměřen na socioekonomické aspekty výživy seniorů. Tento rozhovor je anonymní a použiji ho pouze pro účely výzkumu k mé diplomové práci.

Za Váš čas a ochotu Vám předem děkuji.

Identifikační okruh

1. Kolik je Vám let?
2. Jaké máte vzdělání?
3. S kým žijete v domácnosti?
4. Jak byste ohodnotil/a Vaše zdraví?
5. Trpíte nějakými chronickými nemocemi?
6. Musíte dodržovat nějakou dietu, případně jakou?
7. Jakou máte hmotnost a výšku, jste s ní spokojen/á?

Orientace v oblasti zdravého stravování

8. Řekněte mi prosím něco o výživě, jak si myslíte, že výživa ovlivňuje zdraví člověka?
9. Můžete mi říci, co si představujete pod pojmem racionální výživa? Které potraviny jsou vhodné zařadit do jídelníčku, aby byla strava racionální?
10. Jaký je význam a optimální poměr základních živin v jídle?
11. Jaké vitamíny a minerální látky v potravě znáte a proč jsou důležité pro naše tělo?
12. V jakých potravinách je nejvíce bílkovin, tuků, sacharidů, vitamínů a minerálních látek?
13. Kolikrát za den by měl člověk jíst a kolik tekutin by měl přibližně vypít?
14. Co jsou potravinové doplňky, funkční potraviny nebo bioaktivní látky?

Způsob stravování

15. Jakým způsobem se stravujete? Popište mi Váš denní jídelníček, co jíte nejraději?
16. Kolikrát denně máte teplé jídlo, kdo ho připravuje a jak často?
17. Jakým způsobem jste se stravovali v původní rodině, kdo nebo co nejvíce ovlivnil/o Vaše ve stravovací návyky?
18. Jak často se setkáváte při jídle s rodinou nebo s přáteli?

19. Kolik porcí jídel denně sníte, jíte i něco malého mezi jídly?
20. Čím se při výběru jídla řídíte, musíte dodržovat nějakou dietu?

Nákup potravin

21. Co je pro Vás nejdůležitější při výběru potravin?
22. Jak se mění skladba Vašich potravin v závislosti na ročním období?
23. Jak často chodíte nakupovat a jaká je přibližně skladba Vašeho nákupního košíku?
24. Kolik obsahuje čerstvých potravin, konzerv, různých hotových jídel?
25. Jakým způsobem Vás ovlivňují různé nabídky a doporučení z letáků, časopisů, televize?
26. Jaký máte názor na nákupy ve slevách nebo na potraviny, kterým dochází doporučená doba spotřeby a jsou tudíž ve slevě?
27. Jakou část nákupu tvoří potraviny, o kterých si myslíte, že je nutně nepotřebujete, ale zpříjemňují Vám život?

Finanční prostředky investované do nákupu potravin

28. Jakou část z Vašeho měsíčního rozpočtu investujete do nákupu potravin a jídla mimo domov pro Vás osobně?
29. Jaká částka by pro Vás osobně byla dostačující k nákupu potravin podle Vašich představ a jakým způsobem by se potom změnil Váš jídelníček?
30. Jak si myslíte, že ovlivňuje finanční situace možnost zdravého stravování?
31. Jak se změní obsah vašeho nákupního košíku v závislosti na Vaší momentální finanční situaci, jakou máte možnost ušetřit za nákup potravin?
32. Jakou část z Vašeho nákupu nespotřebujete a co s ní děláte?

Informovanost o racionální výživě a případná omezení zdravě se stravovat

33. Myslíte si, že je důležité mít dostatek informací o racionální výživě, případně, že ano, tak proč?
33. Jak si představujete, že by měli být senioři informováni o výživě, jaká forma by Vám vyhovovala nejvíce?
34. Odkud máte informace o výživě nyní?
35. Co myslíte, že Vás omezuje, abyste jedl/a zdravěji?

Zdroj: vlastní výzkum

Příloha 5 Ukázka otevřeného kódování „papír a tužka“

Způsob stravování

Jakým způsobem se stravujete? Popište mi Váš denní jídelníček, co jíte nejraději?

Tak různě. Zervé takhle k snídani, celozrnné chleba nebo takovej ten kváskovej. To kupuju. K tomu ředkvičky, když je sezónní zelenina, tak ze zahrádky šup tam s tím. Tvrdý sýr, osteoporóza se taky hlásí (úsměv). Ale bohužel k tomu musím mít kousek nějakýho salámu. Caj ovocnej, kávu nepiju, snažím se teda citrony pořád, v zimě v létě, mně naštěstí citrony chutnají. Takže takovej nějak antioxidant do toho těla pořád dodávám. Oběd, to něco teplýho, co zrovna uvařím. Knedlík s omáčkou nebo maso s rejší, jak kdy. K večeři párky bohužel někdy, ale co jsem opomněla, tak já mám ráda ryby, tak ty. To jsem na nich závislá, i když ty rybičky jsou s tukem, no Čerstvý ryby občas, ale to se finančně často nedá. Kdybych bydlela u moře, tak to bych si dávala rybku často. Sladkosti občas, někdy u televize, občas zobnu, ale není to pravidlo, tak párkrát za tejdén. No a když upeču buchtu, tak to je taky jim, žejo. Tuky, snažím se dělat všechno na oleji a nebo sádlo, žádný ztužený tuky. Bejval slogan Hera vlastní sestra másla, ale když vidím to složení, tak to nebude sestra másla, tak tu občas dám do moučníků.

Jakým způsobem jste se stravovali v původní rodině, dětství?

Mívali jsme králíky, tak to byl zase ten králík. Na omáčku, řízky. Tehdejší době pro tu výživu jsme udělali těma králíkama dost. To bylo dietní jídlo. I když jsem zase ted' slyšela, že králíci maso má hodně cholesterolu, ale jestli je to tak skutečně, to nevím. Králík byl aspoň jednou týdně. No a bylo doma prase že jo. Taková typická vesnická strava. Zeleninu jsme měli taky, ale ne v takovej míře. Maso, knedlík, to co bylo rychle, aby se chlapi najedli a my jsme se přifarily. Asi tak.

Kdo nebo co nejvíce ovlivnil/o Vaše ve stravovací návyky?

Nejdřív asi maminka, jedlo se, co bylo doma a jak byl čas. Hodně se pracovalo, času moc nebylo, když jsem byla dítě. No a pak manžel, ten měl třeba rád jogurty a já jsem je nemusela, když jsme se poznali. Tak jsem si na ně taky zvykla. Taky s mí chutě měnily, jak život jde. Vždycky jsme měla ráda jabka, ty taťka pěstoval, ty jsem jedla ve velkým, bych řekla. Dřív třeba pomeranče byly jen občas, ted' jsou běžné a levnější než jabka. Taky podle nabídky na trhu, kam chodím zrovna nakupovat, někdy koupím co je v akci. Poslední dobou mi chutná třeba mango, i když je to všechno cenově, no a taky ličí, z oříšků pistácie. Ořechy vlastně mám všechny ráda, ale docent Doleček říká šest oříšků a dopoledne, ne večer u televize celej pytlík.

Zdroj: vlastní výzkum