

Jitka Suchá, Iva Holmerová

PRAKTICKÝ RÁDCE PRO ŽIVOT SENIORA

TRÉNINIK PAMĚTI, CVIČENÍ, AKTIVITY,
PREVENCE NEMOCÍ...



úkoly na
vyplňování
uvnitř



Praktický rádce pro život seniora

Vyšlo také v tištěné verzi

Objednat můžete na
www.edika.cz
www.albatrosmedia.cz



Jitka Suchá, Iva Holmerová

Praktický rádce pro život seniora – e-kniha

Copyright © Albatros Media a. s., 2019

Všechna práva vyhrazena.
Žádná část této publikace nesmí být rozšiřována
bez písemného souhlasu majitelů práv.


ALBATROS MEDIA a.s.

Jitka Suchá, Iva Holmerová

PRAKTICKÝ RÁDCE PRO ŽIVOT SENIORA

TRÉNINK PAMĚTI, CVIČENÍ, AKTIVITY,
PREVENCE NEMOCÍ...

Praktický rádce pro život seniora

Trénink paměti, cvičení, aktivity, prevence nemocí...

Jitka Suchá, Iva Holmerová, Iva Jindrová

Jazyková korektura: Šárka Dohnalová

Sazba a obálka: Ivana Mitáčková

Odpovědný redaktor: Lukáš Cohorna

Technický redaktor: Jiří Matoušek

Text © Iva Holmerová, 2019

Text © Jitka Suchá, 2019

Objednávky knih:

www.albatrosmedia.cz

eshop@albatrosmedia.cz

bezplatná linka 800 555 513

ISBN tištěné verze 978-80-264-2709-4

ISBN e-knihy 978-80-264-2769-8 (1. zveřejnění, 2019)

Cena uvedená výrobcem představuje nezávaznou doporučenou spotřebitelskou cenu.

Vydalo nakladatelství CPress v Brně roku 2019 ve společnosti Albatros Media a.s. se sídlem Na Pankráci 30, Praha 4. Číslo publikace 35 854.

© Albatros Media a.s., 2019. Všechna práva vyhrazena. Žádná část této publikace nesmí být kopírována a rozmnožována za účelem rozšiřování v jakékoli formě či jakýmkoli způsobem bez písemného souhlasu vydavatele.

1. vydání


ALBATROS MEDIA

OBSAH

Předmluva	5
-----------	---

I. ČÁST

1. O VYŠŠÍM VĚKU (I. Holmerová)	6
2. ZMĚNY SOUVISEJÍCÍ S VYŠŠÍM VĚKEM (I. Holmerová)	6
Pohyb	11
Výživa a zažívací trakt	16
Frailty	18
3. VÝŽIVA A HYDRATACE (I. Holmerová)	19
Jaká by měla být strava ve vyšším věku?	19
Jak bychom se tedy měli kriticky dívat na výživu ve vyšším věku?	20
Hydratace	28
4. VOLNÝ ČAS (J. Suchá)	32
5. POHYBOVÉ AKTIVITY (J. Suchá)	34
Co pozitivního přináší pohybová aktivita?	34
Zásady realizace pohybových aktivit	36
Cvičení pro seniory – příklady vhodných cviků	38
Cvičení s některými vybranými pomůckami	43
Pohybové hry vhodné pro seniory	46
Chůze	49
Cyklistika	51
Plavání a další vodní aktivity	52
Tanec	54
Cvičení na posilovacích strojích	55
Ostatní pohybové aktivity	55
6. VZDĚLÁVÁNÍ VE VYŠŠÍM VĚKU (J. Suchá)	57
Instituce pro vzdělávání seniorů v České republice	57
7. PAMĚŤ A JEJÍ PROCVIČOVÁNÍ (J. Suchá)	62
Typy paměti	62
Zapomínání	66
Prevence poruch paměti	68
Možnosti procvičování paměti	68
Jak procvičovat jednotlivé kognitivní funkce	70
Úkoly na procvičení exekutivních funkcí	80
Řešení některých úloh	81
8. VZPOMÍNKY (J. Suchá)	86
Tipy a nápady na rozvíjení vzpomínek	87
9. HUDEBNÍ PRVKY PRO PODPORU PAMĚTI, KONCENTRACE A UVOLNĚNÍ (I. Jindrová)	92
Praktická cvičení	93

10. CESTOVÁNÍ SENIORŮ (J. Suchá)	102
Specifické rysy turistů-seniorů	102
11. DUCHOVNÍ AKTIVITY (I. Jindrová)	104
12. DALŠÍ ZPŮSOBY TRÁVENÍ VOLNÉHO ČASU (J. Suchá)	106
13. PÁDY A JEJICH PREVENCE (J. Suchá)	108
Příčiny pádů	109
Příklady cviků zaměřených na lepší stabilitu	111
Opatření proti pádům	113
14. BYDLENÍ VE VYŠŠÍM VĚKU (J. Suchá)	116
Vnitřní vybavení a zařízení bytu či domu	117
Další formy bydlení seniorů	118
15. BEZPEČÍ (J. Suchá)	120
Týrání, zanedbávání a domácí násilí	121
16. ZDRAVÝ SPÁNEK (I. Holmerová)	122
Postel jako místo, kde číhá nebezpečí	125
17. SEXUALITA VE VYŠŠÍM VĚKU (I. Holmerová)	128
18. ZVLÁDÁNÍ NÁROČNÝCH SITUACÍ (J. Suchá)	130

II. ČÁST

19. ZDRAVOTNÍ PÉČE VE VYŠŠÍM VĚKU (I. Holmerová)	132
20. UŽÍVÁNÍ LÉKŮ VE VYŠŠÍM VĚKU (I. Holmerová)	136
21. MOŽNOSTI PODPORY A PÉČE	
V RÁMCI SOCIÁLNÍCH SLUŽEB (I. Holmerová, J. Suchá)	139
Terénní služby	140
Ambulantní služby	141
Pobytové sociální služby	142
22. FINANCE VE VYŠŠÍM VĚKU (J. Suchá)	145
Starobní důchod	145
23. SOBĚSTAČNOST A KOMPENZAČNÍ POMŮCKY (J. Suchá)	149
Nejčastěji využívané pomůcky v seniorském věku	151
24. INKONTINENCE (I. Holmerová)	155
Proč se obrátit na odborníka, v tomto případě na gynekologa, eventuálně na urogynekologa?	157
Inkontinence u lidí s demencí	158
Inkontinence stolice	158
25. PORUCHY PAMĚTI A DEMENCE (I. Holmerová)	159
Co je Mírná kognitivní porucha?	159
26. DEPRESE (I. Holmerová)	161

III. POUŽITÁ LITERATURA

Další užitečné webové stránky	163
-------------------------------	-----

PŘEDMLUVA

Naše kniha je určena zejména pro současné seniory, ale i pro ty, kterých se starší věk teprve bude týkat. Snažily jsme se shrnout všechny potřebné informace z různých oblastí tak, abychom nabídly základní orientaci v tématech, která se stárnutím souvisí.

Knihu jsme z praktických důvodů rozdělily na část tzv. zdravého stárnutí a na část věnovanou těm, které již výrazněji trápí určitá onemocnění nebo potíže častější ve vyšším věku. Jsme si ale vědomy toho, že hranice mezi „zdravým“ a „nemocným“ seniorem je velmi úzká a vše se prolíná navzájem.

Naše dlouholeté zkušenosti z praxe nám stále potvrzují, jak moc je takovéto knihy zapotřebí, a snažily jsme se tedy podat maximum užitečných informací, které se staršímu člověku mohou hodit. A to přístupnou, nenáročnou a čtivou formou i včetně bohatého obrazového materiálu a dalších odkazů nebo tipů pro doplňující informace.

Tuto knihu není nutno číst od začátku do konce (i když samozřejmě i to je možné), ale spíše vybírat ty kapitoly, které se nás aktuálně týkají nebo nás zajímají a chceme se v nich o dané problematice dozvědět více.

Čtenářům přejeme příjemné čtení a zejména hodně zdraví a pozitivní mysli.

Autorky

1. O VYŠŠÍM VĚKU

Stárnutí populace, tedy přibývání počtu a podílu starších lidí v ní, je důsledek veskrze pozitivních věcí – žijeme déle, jsme zdravější, máme to štěstí, že jsme po mnoho desetiletí žili v míru a v relativním dostatku. Kvůli tomu jsme jako populace zestárli. To je spíš zákonitost než tikající bomba. Další otázkou je, jak to zvládneme. Tady už nelze jednoznačně odpovědět. Jak jsme již uvedli, dožíváme se sice více let, ale bohužel se toho dlouhého věku nedožíváme vždy ve zdraví a dobré kondici. Skoro naopak. Naděje dožití je u nás kolem osmdesátky a tzv. naděje zdravého dožití je někde kolem šedesáti let. Znamená to, že mnoho z nás bude žít s určitou chronickou nemocí, která bude omezovat naši soběstačnost a bude způsobovat potřebu dlouhodobé péče.

Univerzální rada asi úplně neexistuje, ale existují dobré rady, které jsou založené na vědeckých důkazech. Týkají se například kondice a mobility starších lidí. Ty mohou být prvními ukazateli zhoršujícího se zdravotního stavu ještě v situaci, kdy je možné poměrně účinně zasáhnout. Mobilitě (například rychlosti chůze či jiným jednoduchým testům) by tedy lékaři měli věnovat pozornost. Pokud se zhoršuje, je vhodné doporučit adekvátní pohybový režim, úpravu stravy tak, aby obsahovala dostatek bílkovin a podobně. Starší lidé (to platí zejména pro ty nejvyšší věkové kategorie, decennia 80+) jsou totiž spíše, než obezitou ohroženi syndromem frailty (křehkosti), který je provázen výraznou ztrátou svalové hmoty (mluvíme o tzv. sarkopenii).

Tedy pokud je člověk nápadně unavený, zadýchá se i po vyjití jednoho křídla schodů, neobejde blok domů a zhubl tak, že mu je například oblečení volné v pase, měl by se nejen obrátit na odborníka, ale i naslouchat jeho radám a respektovat je: v případě, že se vyloučila jiná příčina a jedná se o ohrožení frailty, je třeba dobře jíst a hýbat se. Obdobně je tomu s duševními funkcemi – i jim bychom měli věnovat pozornost, netrápit se zbytečně depresí, včas si uvědomit, že poruchy paměti je možné včas vyšetřit a že nemusejí vždy znamenat Alzheimerovu nemoc.

2. ZMĚNY SOUVISEJÍCÍ S VYŠŠÍM VĚKEM

Knížka si zadala úkol být praktickým rádcem pro život seniora. Je tedy na nás, abychom si upřesnili, komu je určena a koho se má týkat. Senior v původním latinském významu slova znamená starší, tedy *starší než někdo jiný, kdo je mladší*. Tohle srovnání se týká prakticky jakéhokoli věku, známe jej dobře ze školy, kdy pro nás prvňáky byli kluci a holky z druhé, třetí nebo dokonce čtvrté třídy skoro dospělí. Také v pozdějším věku mohou být staršími či seniory dle svého postavení relativně mladí lidé, v rodinných

firmách nemusí být majitel či jednatel senior vůbec starý a odlišuje se tak jen od juniora (mladšího), který má stejné příjmení. Cestovní kanceláře poskytují slevy „seniorům“ starším 55 let, a to zejména v době mimo prázdniny a do určitých destinací, což je zase zřejmě úspěšná marketinková strategie, jak rovnoměrně zaplnit ubytovací či dopravní kapacity. Globální organizace (OSN, WHO) používají pojem starší lidé (older persons) zpravidla pro lidi starší 60 let, a to z toho důvodu, že většinu obyvatel světa představují lidé žijící v rozvojových zemích, kde je střední délka života (naděje dožití) stále velmi nízká ve srovnání se zeměmi vyspělými a kde mnohdy nepřevyšuje dokonce ani 50 let (některé země subsaharské Afriky).

Pod pojmem „senior“ v užším slova smyslu rozumíme zpravidla lidi nad 65 let, a to v našem kulturním a sociálně ekonomickém prostředí, tedy v rozvinutých zemích, kde je střední délka života nejvyšší. Například v Evropské unii je to v průměru kolem 80 let. To platí i pro Českou republiku, která je z pohledu mnoha demografických ukazatelů i indikátorů zdravotního stavu „průměrnou“ evropskou zemí. Střední délka u nás je také v průměrná: 80 let, mírně vyšší u žen a mírně nižší u mužů, mírně se lišící v jednotlivých regionech, ale stále oscilující právě kolem osmdesátky. Věk 65 je pak určitým obvyklým věkem nároku na důchod.

Když už hovoříme o vymezení vyššího věku a zmínili jsme důchod, měli bychom zmínit stále ještě poměrně užívaný pojem „důchodce“ a shodnout se na tom, že jej nebudeme používat, protože důchod je pouhou sociálně ekonomickou záležitostí, dohodou mezi společnostmi a jejími občany a neměl by sloužit k nálepkování lidí. Když už se základními pojmy zabýváme, možná by bylo zajímavé uvést ještě jednu jazykovou drobnost, která se netýká českého prostředí, ale angličtiny, jazyka, který je zřejmě nejvíce užíván v mezinárodní odborné komunikaci. Někdy se i zde používá termín senior, ale často čteme o „elderly“ (a to nejen v odborné literatuře, ale i například na nápisech v anglických autobusech či metru). Gerontologové však doporučují užívat termín „older“ či „older person“. Propagátorem této změny či zjemnění jazykového významu je například bývalý předseda Společnost geriatrické medicíny Evropské unie, prof. Desmond O'Neill, který na jedné z konferencí EUGMS konstatoval, že i odborníci stále hovoří o „elderly“, a pokud je to na gerontologickém kongresu, pak to působí podobně, jako by na kongresu o menšinách hovořili o „negrech“.

Inu i jazyky a přístupy se mění a to platí nejen u nás, ale všude ve světě. Když už jsme začali jazykem a jeho užíváním ve vztahu ke starším lidem, je myslím důležité, abychom pokračovali s ohledem na některé zdravotní problémy a situace, které mohou nastat a častěji nastávají právě ve vyšším věku a kterými se budeme zabývat později. Pokud se budeme vyjadřovat či dokonce psát o lidech s určitými problémy či zdravotním postižením, měli bychom se držet zásady „člověk jako první“ (*people first*). O lidech

s jakýmkoli zdravotním postižením bychom tedy neměli mluvit jako o postižených, ale jako o lidech s postižením nebo s disabilitou.

V současné době stále více hovoříme o demenci a zdá se, že se tento pojem zabydluje v našem jazyce nejen jako nadávka, ale že se detabuizuje a používá se ve správném kontextu. Stále však platí, že přídavné jméno „dementní“ je spíše vnímáno jako nadávka. Pokud hovoříme o lidech s demencí, měli bychom zásadně používat termín „člověk s demencí“ nebo „člověk žijící s demencí“.

V odborné komunikaci se asi zcela neubráníme pojmu pacient či klient. Nicméně ani zde bychom již neměli slyšet „dementní pacient“ nebo „dementní klient“. Respektive: pokud to slyšíme, mělo by to být pro nás určité varování, že pracovník či odborník, který se takto vyjadřuje, není o problematice demence příliš dobře informován, příliš se jí nezabývá, a tedy jí asi ani příliš nerozumí. V každé situaci, tedy i v takové, kdy nám je poskytována zdravotní či sociální péče, bychom měli být respektováni jako lidé (eventuálně pacienti či klienti) s určitým problémem. Nikoli jako „dementní“ či „postižené“ případy či podobné subjekty. Mnoha lidem se může zdát toto rozlišení vyjadřování jako nepatrné, nevýznamné. Chtěla bych ale čtenáře ujistit o opaku. Lidem (a o lidech se závažným zdravotním problémem to platí zejména) velmi záleží na tom, jak s nimi jednáme, jak je oslovujeme a vyjadřujeme se o nich. Je to důležitá součást jejich (naší) důstojnosti a identity. Existují různé mezinárodní iniciativy, které na tuto problematiku upozorňují, například v oblasti demence, kde se jedná o skutečně citlivou záležitost. Vývoj jazyka a pojmů by měl být samozřejmě respektován i ze strany státu a veřejné správy. To se týká například pojmů „invalidní“ či „starobní“, které se stále oficiálně užívají ve vztahu k důchodu a jsou nepěknou připomínkou těžkopádnosti a nemodernosti naší státní správy.

Mnohé statistické údaje nám připomínají, že naše populace stárne. To se týká zejména skupin nejstarších, kde probíhá tato demografická změna nejrychleji. Do poloviny století bude lidí starších 80 let celá jedna desetina. Zatím o této skupině lidí hovoříme jako o „oldest old“, tedy nejstarších, ale tato hranice se může velmi brzy posunout ještě dále. Stárnutí populace se týká nás všech v blízké či vzdálenější budoucnosti, a proto je důležité zabývat se tím, jaké změny stárnutí pravděpodobně přinese, mohlo by či nemuselo přinést, co můžeme posílit vhodnou životosprávou a čemu můžeme naopak zdravým životním stylem a vlastní aktivitou zabránit.

Nejsme sami, kdo se výše uvedenými otázkami zabývá. Je to významná výzva pro celé lidstvo. Stárnutí populace je výsledkem lepšího životního stylu, lepší zdravotní péče a zlepšování životních podmínek. To jsou samé pozitivní faktory. Důležité je ale také prodlužování zdravého období života, tedy období, kdy budeme žít bez onemocnění, zejména takových, která by omezovala naši soběstačnost. A to už je větší problém.

V Evropě se dožíváme (jak je výše uvedeno) v průměru velmi vysokého věku, ale doba života, kterou prožíváme ve zdraví, je výrazně nižší. Je to v průměru jen někde kolem šedesáti let. Znamená to, že se u nás (a v průměru i v Evropě) sice těšíme z dlouhého života, ale jeho celou pětinu (platí pro muže) či dokonce čtvrtinu (platí pro ženy) prožijeme ve stavu chronické nemoci či dokonce nesoběstačnosti. V každém případě půjde o nižší kvalitu života, než by tomu bylo ve zdraví. To představuje skutečný problém a výzvu pro zdravotnické systémy. Neměli bychom tedy bojovat se stářím, ale s nemocemi a dalšími příčinami zhoršení funkčních schopností, a to i ve věku mladším, protože předčasné zhoršení zdraví a funkčního stavu se zdaleka netýká jen starších lidí.

Světová zdravotnická organizace zveřejnila po široké diskusi s odbornou veřejností a politiky v roce 2017 svou Globální strategii a akční plán stárnutí a zdraví („Global strategy and action plan on ageing and health“) a další velmi důležitý materiál, Integrovaná péče pro starší lidi („Integrated care for older people“). Tyto dokumenty doporučují vládám, jak nastavit své zdravotní politiky a praktická opatření tak, aby mohly co nejlépe reagovat na měnící se potřeby stárnoucí populace.

Na otázku, jací jsou starší lidé, nelze jednoduše a v podstatě ani správně odpovědět. Populace starších lidí je populací heterogenní, různorodou. Patří sem lidé, kteří jen



nedávno překročili onu arbitrární hranici seniorského věku 65 – představují skupinu mladších seniorů. Dále jsou ti, kteří již dosáhli 80 a více let (hovoříme o starších seniorech, *oldest old*) a hranici 90 let považujeme za hranici dlouhověkosti. V první řadě bychom však měli starší lidi charakterizovat jako dospělé. To je velmi důležité, nejsou to jacísi jiní dospělí, ale normální dospělí lidé. V tom se tato skupina liší od dětí, které jsou sice také malými lidmi, ale zodpovědnost za ně mají jejich rodiče, jejich právní postavení je jiné než postavení dospělých. U starších lidí tomu tak není. Může však dojít k situacím, kdy i oni mohou být v důsledku zhoršeného zdravotního stavu zvláště zranitelní a mohou potřebovat ochranu a podporu ze strany jiných lidí, svých blízkých a podobně. K těmto situacím však nikdy nedochází v důsledku prostého a normálního stárnutí, ale jedná se vždy o důsledek chorobných (patologických) stavů – nemocí, následků poranění a dalších. K těmto situacím může samozřejmě dojít i v mladším věku, ale ve vyšším věku k nim dochází častěji. To přispívá k různorodosti seniorské populace a k rozdílům ve funkčním stavu.

Mnozí lidé vyššího věku žijí velmi kvalitním a aktivním životem a jejich funkční zdatnost a výkonnost jsou srovnatelné či dokonce lepší, než tomu je u mnohem mladších jedinců. Pracují, vytvářejí významné hodnoty v rámci svého povolání či dobrovolnické činnosti, podávají na svůj (i mladší) věk neuvěřitelné sportovní výkony a tak dále, jedná se o doslova elitní jedince (pro které gerontologie zavedla pojem **elitní senior**).

Mnoho starších lidí však nemusí podávat extrémní výkony, a přesto je jejich život aktivní, plný užitečné pracovní i společenské činnosti, jsou tedy **aktivními seniory**.

Jako **autonomní seniory** charakterizujeme ty, kteří žijí samostatným životem, sami si určují vlastní priority a zásady a nemusejí se v zásadě spoléhat na pomoc či podporu svých blízkých, eventuálně si vzájemně pomáhají.

Uvedené tři skupiny představují tu část populace vyššího věku, která se těší relativně dobrému zdraví a která je soběstačná a není ani ohrožena vysokým rizikem ztráty soběstačnosti.

Další dvě skupiny představují část seniorské populace, která je ohrožena či postižena ohrožením nebo ztrátou soběstačnosti. Hovoříme o **vulnerabilních seniorech** (křehkých), jejichž zdravotní stav sice zatím umožňuje zatím relativně samostatný život, avšak jejich adaptační schopnosti jsou v důsledku zejména chronických nemocí a stavů natolik omezeny, že může dojít k velmi snadnému narušení této rovnováhy a výraznému zhoršení soběstačnosti.

Poslední skupinou, kterou je třeba zmínit, je skupina **seniorů nesoběstačných**, a to v důsledku zejména chronických a progresivních onemocnění závislých na pomoci

jiných a vyžadujících zpravidla dlouhodobou péči. Pokud by se zdravotní stav populace se stárnutím nezlepšoval, došlo by k výraznému nárůstu lidí právě v poslední jmenované skupině a s tím by souviselo významné zvýšení nároků na systémy zdravotní, sociální i dlouhodobé péče.

Jaké jsou tedy nejvýznamnější problémy, které sice nejsou důsledkem vyššího věku, ale které ve vyšším věku přicházejí častěji?

Zatímco v mladším věku nebo u funkčně zdatných jedinců vyššího věku lze poruchy zdravotního stavu charakterizovat diagnózami jednotlivých onemocnění, u geriatrických pacientů (z řad křehkých či nesoběstačných seniorů) tomu tak často není. Tuto skutečnost charakterizovala výstižně M. Tinettiová, která hovoří o medicíně „za diagnózami“, kdy se poněkud stírá význam patognomických příznaků a kvalita příznaků specifických a narůstá význam příznaků nespecifických, obecných, stejně tak jako význam funkčních a psychosociálních souvislostí.

Nejenže se jednotlivá onemocnění mohou manifestovat atypickými, minimálními, vzdálenými příznaky či jinak modifikovanými symptomy, ale vznikají také syndromy, které nelze pomocí diagnóz onemocnění charakterizovat. Hovoříme o geriatrických syndromech. Mezi významné a časté patří například syndrom demence (charakterizovaný chronickou progresivní poruchou kognitivních funkcí, omezením soběstačnosti a změnami chování), delirium (akutní porucha kognitivních funkcí provázející akutní změny zdravotního stavu seniorů s redukovanou adaptační kapacitou), deprese, nestabilita s pády, imobilizační syndrom, inkontinence a podobně.

POHYB

Mobilita, možnost a schopnost pohybu, představuje pro většinu lidí jeden z důležitých faktorů kvalitního života. Mobilita má mnoho rozměrů, někteří ji chápou jako možnost jezdit či chodit na výlety a cestovat, jiní se spokojí s mobilitou ve svém blízkém okolí, pro někoho znamená mobilita možnost být soběstačný ve vlastní domácnosti a pro jiné se jedná o základní mobilitu mezi lůžkem a toaletou, která usnadní péči blízkým či profesionálním pečujícím.

Schopnost pohybu je závislá na mnoha faktorech, jedná se o přiměřený stav nervového systému. Je všeobecně známo, že nejzávažnější poruchy motoriky nastávají právě v důsledku poruch mozku (například cévní mozkové příhody či poranění mozku) či míchy (zejména poranění míchy). Prevence těchto stavů je všeobecně známá (kontrola rizikových faktorů cévních mozkových příhod, zejména vysokého krevního tlaku



a prevence úrazů), jejich léčba a následná náročná rehabilitace patří do rukou zdravotnických týmů.

Vzhledem k tomu, že není možné stručně postihnout veškeré poruchy motoriky, zaměříme se zejména na ty, kde je možnost prevence jednak známá a jednak je dostatečně účinná, a proto si zaslouží naši pozornost.

Mezi nejčastější stavy ovlivňující hybnost patří **řídnutí a změny kostí** (osteoporóza), **úbytek svalové hmoty** (sarkopenie) a **degenerativní onemocnění chrupavek a kloubů** (artróza).

Všechny tyto stavy jsou ve vyšším věku častější, a přesto jsou do značné míry preventabilní.

V současné době existuje naprosto dostatečné množství vědeckých důkazů svědčících pro to, že nejlepší prevencí poruch mobility je dostatek pohybu. Zní to možná paradoxně, ale je tomu tak. Pohyb má nesmírný význam pro uchování svalové a kostní hmoty, respektive může zmírnit jejich úbytek. Správný pohyb má také příznivý vliv na dobré postavení kloubů (což platí o většině kloubů našeho těla, zejména o těch nejčastěji bolestivých) a funguje proto i jako prevence degenerativních artrotických změn. Jak a kdy bychom se tedy měli pohybovat? Kdy je nejvhodnější doba? Jak často?

Uvedené otázky se samozřejmě nabízejí vždy, když o této problematice hovoříme či přemýšlíme.

Důležité však je: hýbat se. Univerzální návod pro všechny neexistuje. Ale snad několik námětů a snad i (dobrých) rad. Nikdy není pozdě se začít hýbat. Nebo se hýbat více. Změny by ale neměly být náhlé. Pokud jsme déle fyzicky zaháleli či z nějakého důvodu (nemoci) jsme se hýbat nemohli, je zapotřebí začít pozvolna. Měli bychom ale cvičit pravidelně, alespoň deset minut – a postupně podle možností a chuti přidávat. Cvičení by mělo být pestré a mělo by zahrnovat posilování, protahování, aerobní cvičení. Někdo cvičí raději doma, potom může využít různých příruček, připravených sestav a podobně. Při zdravotních problémech je lepší se poradit s lékařem. Velmi také doporučujeme sestavit své cvičení s pomocí fyzioterapeuta, který provede nejprve funkční vyšetření a navrhne nám sestavu cviků, jež můžeme postupně doplňovat podle toho, co naše tělo potřebuje. Cvičení je sice dobré a důležité, ale není zdaleka jediným zdrojem pohybu. Existuje mnoho přirozených forem pohybu, které jsou stejně blahodárné jako cvičení a kterým se mnohdy vyhýbáme.

Nejdůležitější a zároveň nejpřirozenější z nich je chůze – přiměřeně rychlá (podle možností co nejsvižnější), dva až čtyři kilometry denně, a to nejlépe s odlehčením nosných kloubů pomocí holí nordic walking. Také veškeré domácí činnosti přinášejí množství pohybu. Není dobré se vyhýbat schodům, chůze do schodů velmi dobře posílí a zpevní svaly dolních končetin. Pokud se rozhodneme pro použití výtahu či eskalátoru, tak spíše směrem dolů, protože chůze ze schodů může zhoršovat obtíže například při artróze nosných, zejména kolenních kloubů. Kolena bolí zejména při chůzi ze svahu a ze schodů.

Další častou obtíží, která ovlivňuje hybnost, je již zmíněná **artróza nosných kloubů**. Pokud k ní již došlo a člověk má výrazné obtíže, tak je samozřejmě nutné vyhledat lékaře. V následujícím textu se zaměříme na prevenci artrózy zejména nosných kloubů, která je ve vyšším věku nejčastější a činí také největší potíže. Měli bychom se vyvarovat nadměrného zatěžování kloubů, což souvisí zejména s obezitou středního věku. Doporučení šetřit klouby a redukovat váhu je jistě doporučením správným, ale pravděpodobně se nepodaří každému je naplnit. Je proto dobré se snažit se svými klouby zacházet šetrně, a to zejména tehdy, kdy se artróza nosných kloubů vyskytuje v rodině, a také tehdy, kdy se objeví první obtíže, které nemusí být ještě výrazné. I zde platí, že nejvíce pro sebe můžeme učinit právě my sami. Můžeme se poradit s lékařem či fyzioterapeutem a vytvořit si cvičební program. Měli bychom pamatovat také na dostatek chůze, zejména již výše zmiňované chůze s odlehčením. Zejména u bolestivých syndromů platí, že bychom veškerá opatření měli nastavovat postupně a pozvolna, přidávat jednotlivé cviky, metry a eventuálně i kilometry. Pokud nás klouby bolí, pravděpodobně budeme hledat i prostředky, které tuto bolest zmírní. V tomto případě

bychom se zcela nepochybně měli poradit se svým lékařem, a to přesto, že většina léků, které budeme proti bolesti používat, je volně a bez receptu dostupná v lékárnách. Vrátime se k nim ještě v kapitole o lécích, ale na tomto místě je vhodné jedno doporučení, které bychom měli mít vždy na paměti.

Bolest je prastarý mechanismus, který se v průběhu vývoje živočichů vytvořil postupně tak, aby chránil zvířata i lidi před škodlivými (tzv. nociceptivními) podněty. Je to tedy nesmírně důležitý mechanismus, který prostřednictvím čítí bolesti a napojení čidel bolesti na příslušné reflexy například způsobí, že rychle odtáhneme ruku od horkého předmětu, mrkneme, pokud nám spadne smítko do oka, vyhledáme ochrannou polohu, která je pro tělo příznivější, vyhneme se situacím, které bolest způsobují. Bolesti nám také poškozené či nadměrně namáhané tkáně signalizují, že se děje něco nepříznivého, hrozícího poškozením. Potud je tedy bolest velmi užitečným mechanismem, který naše tělo chrání. Pokud však ke změnám tkání či orgánů už dojde a nedají se rychle vyléčit či odstranit, bolest je velmi nepříjemným a intenzivním zážitkem. Proto existuje celé odvětví medicíny (algeziologie), které se problematikou bolesti zabývá. Existuje celá řada léků, které bolest zmírňují. Snižují však také onu „ochrannou“ signalizaci, která chrání naše tělo. A při nastavení této analgetické clony můžeme nevhodnou činností poškození tkání dále zhoršovat. To platí zejména o artróze. Při bolesti kloubů bychom měli používat léky proti bolesti zejména po námaze, v klidu, v době, kdy se naše tělo i klouby do jisté míry regenerují. Neměli bychom je používat k tomu, abychom bolest ztlumili a klouby dále zatěžovali. Je zřejmé, že v případě těžkého postižení pohybového aparátu budeme analgetika potřebovat často, ale nyní nehovoříme o použití analgetik u závažných stavů, ale u nepříliš významných obtíží, které bychom mohli překonat jinak, než analgetiky (například právě již výše zmíněným odlehčením, lepší obuví a podobně). To platí zejména u sportovních výkonů, ty bychom nikdy neměli podávat pod clonou analgetik.

Důležitým předpokladem správného postavení kloubů a správného držení celého těla je zdravá **svalová hmota**. S věkem svalová hmota ubývá a je postupně nahrazována tukovou tkání. Mezi 20–30 lety představuje svalová hmota téměř třetinu hmotnosti těla, ve věku 70–80 let se jedná již jen o 15 %. Tento úbytek není u každého stejný. Svalstvo ubývá rychleji, pokud nemáme dostatek pohybu a pokud naše strava neobsahuje dostatek bílkovin. Svaly představují nejen klíčově důležitou součást pohybového ústrojí. Významná je také jejich úloha v metabolismu. Jedná se o zásobárnu bílkovin, kterou lidské tělo může v případě potřeby mobilizovat.

Proto k nejrychlejšímu úbytku dochází nikoli pouze při hladovění, ale zejména v situacích akutního či chronického onemocnění, kdy se tyto faktory kombinují: pobyt na lůžku, nechutenství a také působení daného onemocnění. To může vést k závažnému úbytku svalové hmoty ve velmi krátké době. Proto se, zejména u pacientů vyššího

věku, snažíme pobyt na lůžku omezit na co nejkratší dobu a během pobytu ve zdravotnickém zařízení zařadit do léčebného režimu pokud možno co nejčasnější rehabilitaci. Je nutné dbát také na dostatečnou a správnou stravu obsahující dostatek bílkovin. Základním požadavkem na příjem bílkovin je 1,2 gramu bílkoviny na 1 kg hmotnosti, ale v situaci zátěže (tedy zejména onemocnění) to může být významně více.

K úbytku svalové hmoty však dochází i v průběhu normálního stárnutí – u některých lidí je rychlejší, u některých je pomalejší. Pokud v důsledku úbytku svalové hmoty dochází k významnému omezení síly, hovoříme o tzv. sarkopenii. Jedná se o relativně novou „nemoc“ či „geriatrický syndrom“, který se projevuje nejprve úbytkem svalů na horních končetinách: starší lidé například otevírají různé lahve s nápoji či konzervy, ale také například lahvičky s léky s většími potížemi než mladí. Dále sarkopenie postihuje svalstvo hrudníku, včetně dýchacích svalů, které jsou slabší a méně výkonné. Projevuje se zhoršeným držením těla, zejména pozicí lopatek, jež jsou více viditelné. Reálný dopad takto pokročilé sarkopenie je významný: oslabení dýchacího svalstva zhoršuje dýchání, což ovlivňuje funkční zdatnost a schopnost adaptace zejména na různá onemocnění, jak akutní, tak chronická. Sarkopenie dále postihuje svaly axiální (zajišťující stabilitu páteře) a také svaly dolních končetin. To může mít další závažné následky: ohrožení stability, nebezpečí pádů, úrazů a zlomenin.

Nebezpečí **zlomenin** je výrazně vyšší, pokud se přidá další velmi časté onemocnění pohybového aparátu, **osteoporóza**, úbytek a zhoršení kvality kostní tkáně. Osteoporóza představuje závažný problém zejména u žen, ale není příliš vzácná ani u mužů. Mezi tzv. osteoporotické zlomeniny patří zlomeniny krčku stehenní kosti, obratlů a tzv. distálního předloktí. Tyto zlomeniny představují závažný problém zejména u lidí vyššího věku, kromě toho, že jsou bolestivé, také výrazně zhoršují soběstačnost a mohou mít další závažné důsledky – to platí zejména o zlomeninách krčku. Jak u osteoporózy, tak u sarkopenie platí, že určitý úbytek jak svalové, tak kostní tkáně nastává s věkem, ale pokud je výrazně rychlejší, jedná se již o abnormální, patologický stav, tedy o nemoc. V současné době máme k dispozici moderní léky na osteoporózu. Ale jako většina léků, i ony mají své nežádoucí účinky. Proto je u osteoporózy důležitá prevence: a opět se jedná zejména o dostatek pohybu, dobrou výživu především s dostatkem bílkovin (protože napomáhají dostatečnému udržení stavu svalstva, které zase příznivě působí na zachování kostní hmoty).

Dále má nepochybně význam vitamin D, a to jak u osteoporózy, tak u sarkopenie. Je totiž známo, že starší lidé, zejména lidé, kteří pobývají převážně doma, nemají dostatek vitaminu D. Ten získáváme jednak ze stravy a jednak se vytváří v kůži, která je vystavena slunečnímu světlu. Proto je vždy vhodné poradit se i o tomto se svým lékařem a na základě jeho doporučení nastavit potřebná preventivní opatření (s ohledem právě na vitamin D či jeho lékové deriváty). Je nutné zjistit, jaká je denzita kostí (například

denzitometrií), zda se nejedná o osteoporózu, a pokud ano, pak je důležité včas nastavit léčebná opatření.

I při užívání léků však platí, že jsou režimová a dietní opatření stejně důležitá, možná ještě důležitější. Opět tedy zopakujeme, že je zapotřebí dostatek přiměřeného pohybu, vhodná je zejména chůze s odlehčením, a dále strava s dostatkem bílkovin.

Poruchám mobility jsme věnovali značnou pozornost v úvodu, protože existuje mnoho důkazů, že zásadně ovlivňují zdraví a kvalitu života. Tak to uvádí i Světová zdravotnická organizace ve svých klíčových dokumentech a Strategii zdravého stárnutí. Zmínka o poruchách mobility je významná zejména proto, že rozumnou a zdravou životosprávou a režimovými opatřeními tyto poruchy možné je oddálit, popřípadě zmírnit jejich příznaky.

VÝŽIVA A ZAŽÍVACÍ TRAKT

Dalším významným faktorem ovlivňujícím zdraví a kvalitu života ve vyšším věku je výživa. Stav výživy ovlivňují mj. změny trávicího ústrojí, s nimiž je třeba počítat. Zdánlivě banálním, ve skutečnosti však velice důležitým faktorem ovlivňujícím výživu, je stav dutiny ústní, zejména pak chrupu. Ve vyšším věku se někdy snižuje množství slin, které jsou také důležité pro správné zpracování stravy, může to být nežádoucí efekt některých léků nebo důsledek nedostatečné hydratace. Tyto příčiny lze odstranit. Dobrý a funkční stav chrupu je podmínkou dobrého zpracování stravy, rozmělnění a předání dále do trávicího traktu. Zde nastupuje celá řada procesů, které vedou ke zpracování stravy a vstřebání živin. Ve vyšším věku obvykle dochází ke snížení sekrece některých trávicích enzymů, snížení kyselosti žaludeční šťávy a také ke snížení motility (mimovolní pohyblivosti) střev se všemi důsledky (zejména sklonem k zácpě). To bývá zhoršováno jak nedostatkem celkového tělesného pohybu, tak slabostí břišní stěny a snížením pohyblivosti bránice. Naopak snížení sekrece trávicích enzymů slinivky břišní může vést k nedostatečnému trávení a k průjmům. K tomuto výčtu různých změn trávicího traktu, které se vyskytují častěji ve vyšším věku jak v důsledku fyziologických změn, tak i častých poruch, bychom mohli přidat ještě další. V tomto textu bychom se však měli spíše zaměřit na možnosti prevence a na zajištění co nejvhodnější výživy. S různými příznaky vznikajícími v důsledku poruch trávicího traktu bychom se měli obrátit na lékaře.

Některým **příznakům bychom však měli věnovat zvláštní pozornost** a návštěvu lékaře neodkládat. Naše země stále patří mezi země s nejčastějším výskytem rakoviny tlustého střeva. Toto onemocnění se projevuje například krvácením do střeva. Krvácení může být patrné i při pouhém pohledu (jako příměs krve ve stolici – na množství nezáleží,

vždy se jedná o závažný příznak). V tomto případě je nutné vyhledat lékaře neprodleně. Rakovina tlustého střeva se však může projevovat i tzv. okultním krvácením, tedy drobným krvácením do střeva, a nemusí být ve stolici vůbec patrné. Proto se doporučuje vyšetření na zmíněné okultní krvácení, a to pomocí testů. Testy na okultní krvácení jsou zdarma a stejně tak je to i s dalším vyšetřením, např. tzv. kolonoskopií, pokud je nález pozitivní. Pozitivní okultní krvácení zdaleka nemusí znamenat (a ve většině případů také neznamená) rakovinu tlustého střeva. Často se jedná například o polypy a změny střevní sliznice, které sice nejsou nebezpečné, ale ze kterých by mohla rakovina tlustého střeva vzniknout. Jde o tzv. prekancerózy, jež je možné relativně snadno odstranit (endoskopickým výkonem). Závažným příznakem může být také přítomnost hlenu ve stolici – i zde bychom se měli poradit se svým lékařem.

Celkový stav výživy daného člověka je výsledkem rovnováhy mezi příjmem energie a jejím výdejem. Obojí můžeme významně ovlivnit. Obojí ovlivňují také různé stavy, nemoci a poruchy zdraví. Zásadním způsobem můžeme ovlivnit výdej (fyzickou aktivitou při práci, sportu a dalších činnostech) i příjem energie a jednotlivých živin. Ve středním věku a v mladším seniorském věku hrozí zejména **nadváha a obezita**, která je v naší zemi velmi častá. Většina nutričních rad, se kterými se běžně setkáváme, bere tuto skutečnost v úvahu a dozvídáme se tak cíleně či mimochodem, jak bychom mohli svůj kalorický příjem redukovat či alespoň udržet na přiměřené úrovni. Obezita je vždy důsledkem nadměrného kalorického příjmu, který neodpovídá výdeji energie. Výjimky z tohoto pravidla jsou naprosto vzácné, zcela raritní. S postupujícím věkem a v nejvyšších decenních (zpravidla nad 80 let) a také při některých zejména chronických onemocněních však dochází k opačné situaci.

U lidí starších 80 let je již obezita relativně vzácná. Efektivní příjem energie může být nedostatečný, a to i v případě, že člověk zdánlivě dostatečně jí. Energie se již nemusí zpracovávat tak efektivně jako v mladším věku, a to v důsledku změn trávicího traktu. Také různá onemocnění mohou zvyšovat energetický nárok, takže může docházet k postupnému hubnutí, což se může zdát zprvu žádoucí, ale pokud tato nerovnováha a v důsledku toho hubnutí pokračuje, následný stav **podvýživy, malnutrice** rozhodně žádoucí není. Nedostatečná výživa způsobuje nejprve spotřebování toho nejcennějšího, z čeho se lidské tělo skládá – kvalitních bílkovin, zejména svalové hmoty. Svalová hmota je důležitá jak pro dobrou hybnost, ale také pro celkový dobrý stav organismu, a to z pohledu metabolického (výměny živin) tak z pohledu imunity (obranyschopnosti). Vznikající sarkopenie je jedním z rysů celkově velice závažného geriatrického syndromu – frailty.

FRAILITY

Výše uvedené faktory se podílejí na vzniku jednoho z nejvýznamnějších a nejzávažnějších geriatrických syndromů, frailty (česky někdy hovoříme o syndromu křehkosti). Jde o situaci, kdy došlo k významnému úbytku tělesné hmotnosti, zejména svalové tkáně, a kdy jsou významně redukovány či vyčerpány adaptační mechanismy organismu. Jedná se o stav, který se vyskytuje nejčastěji v nejvyšších letech života, kterých se v současnosti dožíváme, tedy zpravidla u lidí starších 80 let. Přítomnost tohoto syndromu vidíme prakticky na první pohled, ale přesto bychom měli pátrat po jeho příznacích, kterými (dle tzv. FRAIL testu – v českém překladu bychom jej mohli nazvat USB-VN) jsou zejména:

- ⊗ snadná **unavitelnost** prakticky při všech aktivitách, které člověk vykonává,
- ⊗ neschopnost bez obtíží či pomoci vyjít jedno křídlo běžného **schodiště**,
- ⊗ neschopnost bez obtíží či pomoci obejít jeden **blok** domů,
- ⊗ výrazná ztráta **váhy** v posledních týdnech či měsících (patrná na velikosti oblečení, které je náhle nadměrné zejména v pase),
- ⊗ více než 5 **nemocí** – které zpravidla nejsou zcela kompenzovány.

Nejvýznamnějším geriatrickým syndromem je křehkost (frailty). Jedná se o pojem používaný od devadesátých let (Fretwell, Bortz, Tinetti, Fried a další). Jde o stav snížení funkčních a adaptačních schopností, a to v mnoha oblastech. Typický je výrazný úbytek svalové hmoty (sarkopenie), což může souviset jak se zhoršením nutričního stavu, tak i s přítomností chronického zánětlivého stavu a komorbidit. Tento stav vede ke zhoršení svalové síly, potažmo i celkové mobility, kondice, ale také rovnováhy. Vytváří se bludný kruh, kdy nedostatek pohybu a imobilita vede k dalšímu prohlubování a zhoršování tohoto stavu. Často je přítomna také porucha kognitivních funkcí a depresivita. Geriatrická křehkost je častým stavem, vzniká u 10–25 % lidí starších 65 let, ale až u poloviny lidí 85letých a starších. Její význam je dalekosáhlý a výrazně zhoršuje prognózu geriatrického pacienta.

Syndrom frailty je, jak je výše uvedeno, závažným geriatrickým syndromem. V případě, že se tento syndrom již rozvine, je zapotřebí odborná lékařská péče. A to zpravidla od praktického lékaře ve spolupráci s geriatrickým oddělením, respektive geriatrickým multidisciplinárním týmem, který zváží, jak tento syndrom u daného pacienta co nejlépe kompenzovat a do jaké míry je možné stav zlepšit.

V prevenci syndromu frailty (i v jeho managementu) je důležité zajištění kvalitní výživy, ale také adekvátní rehabilitační a pohybový režim.



3. VÝŽIVA A HYDRATACE

JAKÁ BY MĚLA BÝT STRAVA VE VYŠŠÍM VĚKU?

Strava lidí vyššího věku by měla respektovat zásady normální zdravé výživy, ale vhodné je zařadit některé prvky, které jsou prevencí nejčastějších obtíží, jež se ve vyšším věku vyskytují. V průběhu let jsme se nepochybně setkali s mnoha doporučeními a principy, převratnými dietami a dietními zásadami, které byly nejprve prosazovány a posléze zase zatracovány: od vychvalování másla až po jeho zakazování, doporučování, abychom se absolutně vyvarovali živočišných tuků a používali jen rostlinné oleje, jedli co nejvíce sóju, přes doporučení, abychom ji tolik nejedli..., až po zásady: vejce jsou zdravá – nejezte vejce vůbec – vejce jsou potřebným zdrojem bílkovin. A tak dále. A to je jen několik drobností, které se v tomto kontextu můžou vybavit. Popularita pizzerií a doporučování středomořské stravy, přestože žijeme ve střední Evropě, je nepochybně také jedním ze zajímavých fenoménů.

JAK BYCHOM SE TEDY MĚLI KRITICKY DÍVAT NA VÝŽIVU VE VYŠŠÍM VĚKU?

Naše strava by měla v první řadě respektovat naše (individuální) potřeby. V mladším seniorském věku má stále relativně mnoho lidí nadváhu, takže bychom měli pamatovat spíše na zásady mírně redukční stravy, ale se zachováním zejména dostatečného množství bílkovin. S postupem věku (zejména po osmdesátce) dochází spíše ke snižování tělesné hmotnosti, a to zejména v souvislosti s úbytkem svalové hmoty. V tomto případě bychom měli dbát jak na dostatečný přísun bílkovin, tak i na dostatek kalorií. Důležité jsou také aspekty ekonomické a z toho vyplývající doporučení: stravovat se dobře a zdravě, a přitom ekonomicky únosně.

Asi se nedá říci, že existuje naprosto zdravá potravina či naprosto nezdravá potravina. Zdravá strava je zdravá proto, že je vyvážená a obsahuje všechny složky, které potřebujeme.

Vraťme se ještě ke zmíněné středomořské, mediteránní stravě – stravě z okolí Středozemního moře (*Mar Mediterraneo*). Vlastně bychom měli hovořit o stravě středozevní – ale už jsme si více zavedli termín středomořská. Mnohé studie prokázaly, že působí velmi příznivě, to je fakt a skutečnost. Nicméně ono se nejedná jen o stravu, ale



o celý komplex opatření, o způsob života lidí v oblasti okolo Středozemního moře. Patří sem také doba, po kterou jídlo konzumujeme. V Itálii, Řecku, ale třeba i ve Francii si na jídlo vyhražují daleko delší dobu, než jsme u nás zvyklí. Přestože oběd nepředstavuje hlavní denní jídlo, Ital či Francouz si na něj vyhradí nepochybně daleko více času, než je zvykem u nás. Minimálně hodinu, lépe ale hodinu a půl. Večerní jídlo pak zpravidla představuje několik chodů, které jsou ale rozložené v delším čase, takže se zpravidla zkonzumuje daleko menší množství jídla, než by tomu bylo u jednoho rychlého chodu. Konzumování menších množství jídel také nahrávají různá důmyslná aranžmá – například španělské tapas nebo předkrm, které jsou obvyklé ve východní části Středomoří. Jednotlivé komponenty tohoto chuťově velmi pestrého a oku lahodícího stravování mohou být velmi jednoduché, vycházejí z místních surovin, mnoho z nich je rostlinného původu.

Ke středomořskému stylu stravování patří také víno, které se však konzumuje zásadně s jídlem. Samozřejmě stále platí, že alkohol je nejnebezpečnější a nejrozšířenější návykovou látkou. Nicméně musíme připustit, že mírné pití dobrého vína, zejména při jídle, a to především u lidí vyššího věku, má spíše příznivý efekt. Musí se však zachovat několik zásad: nemělo by se jednat o více než 2 dcl dobrého vína, mělo by se konzumovat opravdu s jídlem. Opatrnost je třeba zachovat při nadváze, protože alkohol je zdrojem kalorií, obdobně jako sladké nápoje.

Jaké jsou pak místní suroviny, ze kterých se opěvovaná středomořská strava připravuje? Zpravidla se zdaleka nejedná jen o to, co nacházíme v pizzeriích. Pizza je spíše novodobým trendem, fastfoodem, který je populární globálně. Pro středomořskou stravu jsou typické různé druhy zeleniny v rozmanité úpravě (vařená, dušená, blanšírovaná, hlavně však syrová), ale také luštěniny, na které u nás často zapomínáme. Dále to jsou ryby (a samozřejmě mořské plody), mírné množství masa v různé úpravě, chléb, jenž je pravidelnou součástí servírování, a k tomu neodmyslitelně patří kvalitní olej, zpravidla olivový. Jako přílohy pak samozřejmě těstoviny, ale i rýže, brambory a různé kombinace zeleniny (například chorvatská či slovinská blitva – kombinace vařených brambor a vařeného špenátu či mangoldu).

Můžeme namítnout, že v našich podmínkách mnoho surovin pro přípravu této stravy nemáme, že se jedná o suroviny příliš drahé a podobně – ano, do jisté míry je to pravda, ale jen do jisté míry. Mnoho surovin však k dispozici máme. A navíc: nežijeme ve Středomoří, po generace jsme zvyklí například na jiné druhy zeleniny, chutná nám něco poněkud jiného. Můžeme se tedy poučit z toho, co je na středomořské stravě dobré – při přípravě „naší“ stravy. Zatímco se necháváme oslňovat třeba různými druhy exotických druhů zeleniny a ovoce, zapomínáme na to, co hojně užívali naši předkové: například tuřín. Kde se u nás dá koupit tuřín? Přitom se jednalo o tradiční zeleninu našich babiček.

Strava našich předků byla také daleko jednodušší a obsahovala více potravin rostlinného původu a v surovém stavu. Vzpomeňme na říkanku: „Hrách a kroupy, to je hloupý, to my máme každý den, ale vdolky z bílé mouky jenom jednou za týden.“ Teprve nedávná století a desetiletí (kuchyň M. D. Rettigové a léta, kdy byly obavy zejména z tuberkulózy a vydatná strava se považovala za nejlepší prevenci) přinesla do naší stravy kalorickou „nálož“ a hustotu, se kterou se nyní jen těžko vyrovnáváme, a proto saháme raději k oněm středomořským či exotickým recepturám.

Jaké zásady bychom měli zachovávat a co je důležité pro stravu lidí vyššího věku (a nejen jich)? Následující zásady jsou pouze rámcové, neznamená to, že vzácné „porušení“ je hříchem, který se nedá napravit a kterého bychom měli litovat – naopak, vzácná, byť „nezdravá“ výjimka je potěšením, a tak bychom to měli i brát.

Začneme (hned) jednou ze základních zásad:

Nesmažit, omezit smažená jídla – smažení je asi nejméně zdravou přípravou stravy. Rozpálením oleje a zejména jeho opakovaným používáním vznikají volné radikály, které jsou zdraví škodlivé. Naše tělo se s nimi samozřejmě umí vypořádat, protože vznikají v určité míře i při mnoha jiných pochodech jak uvnitř, tak vně našeho těla. Ale pokud je přivádíme zbytečně a v nadbytečné míře, může se tato kapacita adaptačních mechanismů vyčerpat a volné radikály mohou opravdu škodit. Jak s touto informací naložit? Doma: Pokud budete pamatovat na zásadu, že smažení opravdu není zdravou přípravou stravy, zjistíte, že se bez něj doma prakticky obejdete. Většinu jídel, je možné připravit i jinak. Pokud máme rádi třeba bramborové hranolky, zjistíme, že je můžeme připravit ze syrových brambor na několika kapkách dobrého oleje se zázvorem a římským kmínem pokličkou... Pravda, jsou trochu jiné, ale stejně dobré. Mimo domov: smažené jídlo bychom měli považovat za výjimku, kterou si samozřejmě můžeme jednou za čas dopřát, například máme-li opravdu velkou chuť na „pravé“ hranolky, řízek či smažený sýr. My doma opravdu vůbec nic (kromě vánočního kapra) nesmažíme, ale přiznám se, že jednou za čas si právě řízek dopřejeme. Opravdu jednou za čas. Zpravidla ale nečiníme „dvojí hřích“ a dáváme si jej s vařenými bramborami nebo jinou nesmaženou přílohou. Fastfoodům se smaženými jídly se opravdu vyhýbáme.

BÍLKOVINY

Jedná se o klíčově důležitou složku stravy. Zdravý člověk potřebuje asi 1 g bílkovin na kg váhy, s vyšším věkem se tato potřeba zvyšuje. Nutricionisté (výživoví specialisté), kteří se zabývají problematikou vyššího věku, doporučují minimálně 1,2 g bílkoviny na 1 kg váhy. Potřeba bílkovin však je i vyšší, a to zejména v období nemoci či potřeby

rehabilitace. Měli bychom tedy zvážit, jaké jsou nejdostupnější zdroje bílkovin v naší stravě.

Jak je již uvedeno výše, vejce patřilo po mnoho let k téměř zatracovaným potravinám, a to zejména pro obsah cholesterolu ve žloutku (což se nyní ukazuje jako téměř bezpředmětné). Generace lidí si tedy zvykly konzumaci vajec omezovat. To je ale škoda. Vejce jsou velmi významným zdrojem kvalitních bílkovin. Zejména ve vyšším věku bychom měli pamatovat na to, že abychom měli do svého jídelníčku zařadit alespoň jedno vejce denně.

Dalším významným zdrojem bílkovin je mléko a mléčné výrobky. Zde je třeba vybírat podle individuální chuti, ale i tolerance. Existují země, kde mléko představuje stále základní složku stravy i pro dospělé lidi, například v Holandsku je velmi často nápojem podávaným k obědovému sendviči. Kdo je i u nás zvyklý pít mléko, je dobré tento zvyk zachovat. Kdo mléko nemá rád nebo jej z nějakého důvodu nesnáší (například pro intoleranci laktózy), ten by měl volit mléčné výrobky, kterých je nepřeberné množství – sýry, jogurty, tvaroh. U jogurtů bychom neměli vybírat „odtučněné“ varianty, jejich „odtučnění“ často provází i zbavení dalších důležitých nutričních hodnot. Do jisté míry to platí i u jiných mléčných produktů – a mnohdy je lepší menší množství normálního produktu než odtučněná varianta. U mléka je asi dobrou volbou střední cesta (polotučné mléko). K sýrům není třeba příliš dodávat, snad jen to, že mnohé z nich můžeme různě upravovat, přidávat do salátů i grilovat a podobně. Dobře se k nim hodí i sójový sýr nebo tvaroh „tofu“, který je mnohdy i cenově dostupnější a jeho použití v kuchyni je opravdu mnohotvárné. Určitě stojí za bližší prozkoumání.

