



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Studies

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

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta
Ústav laboratorní diagnostiky a veřejného zdraví

Bakalářská práce

Problematika výživy u seniorů

Vypracovala: Radka Novotná

Vedoucí práce: Mgr. David Kimmer

České Budějovice 2016

Abstrakt

Bakalářská práce se zabývá problematikou výživy u seniorů. Cílem bakalářské práce bylo zmapovat rozdíly ve stravování u seniorů žijících v domácnosti a v domovech pro seniory. Práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část. Teoretická část je rozdělena do několika kapitol. V první části jsou vysvětleny pojmy, týkající se problematiky stárnutí a zhodnocení demografické situace ČR. Druhá část je zaměřena na projevy stárnutí, konkrétně na fyziologické, psychické a sociální změny. Dále je popisována energetická potřeba v seniorském věku, druhy jednotlivých živin a důsledky dopadu v případě nedostatečného či přebytkového množství živin. Následující kapitola se zabývá pitným režimem, který je neméně důležitou součástí výživy a bývá často podceňován, přičemž dodržení pravidel přijímání tekutin má velký význam na zdraví každého z nás. V teoretické části jsou také zmíněny faktory, které ovlivňují stravování seniorů, výživová doporučení, následky špatného stravování, mezi které patří malnutrice, obezita, sarkopenie a osteoporóza. Poslední kapitola teoretické části je věnována domovu pro seniory.

Pro praktickou část bakalářské práce byla zvolena kvalitativní metoda výzkumu. Pro výzkum byly stanoveny tyto výzkumné otázky:

1. Jak se liší dodržování pravidelnosti ve stravování u seniorů žijících v domácnosti a v domovech pro seniory?
2. Jaká je konzumace ovoce a zeleniny u seniorů žijících v domácnosti a v domovech pro seniory?
3. Jaká je konzumace potravin bohatých na živočišné tuky u seniorů žijících v domácnostech a v domovech pro seniory?
4. Jak se liší dodržování pitného režimu u seniorů žijících v domácnostech a v domovech pro seniory?

Sběr dat proběhl technikou polostrukturovaných rozhovorů, kterých se zúčastnili senioři z domácího prostředí a senioři z domova pro seniory. Výzkumný soubor tvořilo 16 respondentů ve věku 65 - 92 let. Polovina respondentů žije v domácnosti a polovina v domově pro seniory (DpS). Respondenti byli vybíráni na základě prostého (záměrného)

účelového výběru. Výzkum probíhal v okrese Pelhřimov. Celkem bylo provedeno 16 rozhovorů.

Výzkumný soubor otázek obsahoval 8 základních okruhů, které se zaměřovaly na dietní opatření a jeho případné dodržování, na pravidelný režim stravování a jednotlivé chody konzumované v průběhu dne. Následovaly otázky týkající se časového intervalu, frekvence a množství konzumace ovoce a zeleniny, preference tuků a informovanosti v této oblasti, dodržování pitného režimu a konzumace jednotlivých skupin potravin. Nechyběly ani otázky ohledně nákupu potravin a obecné otázky zaměřené na kontakt s příbuznými.

Rozhovory byly zaznamenávány na diktafon, následně doslovně přepisovány a poté kódovány a kategorizovány pomocí metody „tužka, papír“. Po analýze bylo vytvořeno celkem pět kategorií: Stravovací zvyklosti, Ovoce a zelenina, Tuky, Pitný režim a Skupiny potravin. K jednotlivým kategoriím byly vytvořeny podkategorie obsahující kódy, které udávají zásadní vyhodnocená data. Pro lepší orientaci jsou výsledky zpracovány i graficky a znázorněny formou schémat.

Z výzkumného šetření vyplývá, že senioři žijící v DpS mají pravidelnější režim stravování než senioři žijící v domácnosti. Ve většině odpovědí uvedli, že se stravují 5x denně. Také časové intervaly mezi jednotlivými jídly jsou pravidelnější u seniorů z DpS. Dále z rozhovorů vyplynulo, že senioři z domácího prostředí častěji konzumují ovoce než senioři v DpS, naopak senioři z DpS jedí častěji zeleninu. Výsledky také ukázaly, že konzumace potravin bohatých na živočišné tuky se mezi oběma skupinami zásadně neliší. Obě skupiny respondentů upřednostňují živočišné tuky před rostlinnými. Senioři z DpS více konzumují maso, naopak senioři ve vlastním sociálním prostředí více konzumují uzeniny. Z výzkumu vyplynulo, že senioři pobývající v DpS mají pravidelnější pitný režim než senioři v domácím prostředí. Příjem tekutin u seniorů v DpS je rovnoměrněji rozložen do celého dne a celkový objem spotřeby tekutin dosahuje doporučené denní dávky. To ale neplatí u poloviny respondentů žijících v domácnosti, kteří uvedli, že celkové množství přijatých tekutin je nižší než 1,5 l za den.

V diskuzi jsou komparovány mé poznatky s názory a výsledky ostatních autorů, kteří se zabývali stejnou problematikou. Poté následuje závěr práce, ve kterém jsou

shrnuty výsledky z mého výzkumného šetření. Tyto výsledky byly poskytnuty domovu pro seniory, který se zúčastnil výzkumu. Také byl vytvořen informační leták, jenž je součástí této práce a měl by zlepšit informovanost seniorů v oblasti výživy.

Klíčová slova: stáří, senior, výživa, pitný režim, domov pro seniory, domácnost

Abstract

This thesis addresses the issue of nutrition of the elderly. The aim of the thesis was to explore the differences in the diets of seniors living in households and those living in retirement homes. The thesis consists of a theoretical and practical part. The theoretical part is divided into several chapters. In the first part terms related to the issue of aging and assessment of the demographic situation of the Czech Republic are explained. The second part focuses on the signs of aging, specifically on the physiological, psychological and social changes. Furthermore, it takes a look at energy needs in old age, types of nutrients and consequences in case of insufficient or excess amounts of nutrients. The following chapter deals with fluid intake, which is an equally important part of the diet and is often overlooked, when respecting the rules of fluid intake is of great importance to the health of each of us. The theoretical part also mentions factors that affect seniors eating habits, nutrition recommendations, the effects of bad eating, which include malnutrition, obesity, sarcopenia and osteoporosis. The last chapter focuses on retirement homes.

For the practical part of the thesis a qualitative research method was chosen. The following research questions were posed:

1. What are the differences in regularity of meals of seniors living at home and in retirement homes?
2. What is the consumption of fruits and vegetables among seniors living in households and retirement homes?
3. What is the consumption of foods rich in animal fats of seniors living in households and in retirement homes?
4. What are the differences in fluid intake of seniors living in households and retirement homes?

Data collection was achieved through semi - structured interviews, which were attended by seniors from the household environment and those from retirement homes. The research group consisted of 16 respondents aged 65 - 92 years. Half of the respondents live in a household and a half in a retirement home. Respondents were

selected on the basis of plain (intentional) purposeful selection. The research was conducted in the Pelhřimov district. A total of 16 interviews took place.

The research questions included eight basic areas, which focused on dietary measures and their compliance, on regular routine of eating and the individual courses eaten during the day. Furthermore questions concerning the intervals, frequency and amount of consumption of fruits and vegetables, fat preference and knowledge in this area, fluid intake and consumption of various food groups. There were also questions about buying food and general questions about contact with relatives.

The interviews were recorded on a voice recorder, then transcribed, coded and categorized using the "pencil, paper" method. After analysis, five categories were established: Eating habits, Fruit and vegetables, Fats, Fluid intake and Food groups. Subcategories were created from the Individual categories containing codes that indicate substantial evaluated data. For better orientation, the results have been processed graphically and depicted in the form of schemes.

The research shows that seniors living in retirement homes have a more regular eating routine than seniors living in households. In the majority of responses they indicated that they eat 5 times a day. Also, the time intervals between meals are more regular in retirement homes. Furthermore, the interviews showed that seniors from households are more likely to consume fruit than elderly people in retirement homes, while seniors from retirement homes eat more vegetables. The results also showed that consumption of foods rich in animal fats does not differ significantly in the two groups. Both groups of respondents prefer animal fats to vegetable fats. Seniors from retirement homes tend to eat meat, while seniors in households consume more smoked meats. The research showed that the elderly living in retirement homes have a more regular fluid intake than seniors at home. Fluid intake of the elderly in nursing homes is more evenly spread throughout the day, and the total volume of fluid consumption reaches the recommended daily intake. But that is not the case of half the respondents living in households who stated that the total intake of fluids is less than 1.5 litres per day.

In the discussion my findings are compared with the results and opinions of other authors who have dealt with the same issue. Then follows the conclusion of the work, which summarizes the results of my research. These results were provided to the retirement homes, which participated in the research. An informative leaflet, which is part

of this thesis, was also produced and should raise awareness of seniors in the area of nutrition.

Keywords: age, senior, nutrition, fluid intake, retirement home, household

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47 b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to - v nezkrácené podobě - v úpravě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných fakultou - elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejich 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 kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 2. 5. 2016

.....

Radka Novotná

Poděkování

Mé poděkování patří panu Mgr. Davidu Kimmerovi za ochotu, věnovaný čas, poskytnutí cenných rad a připomínek při vedení mé bakalářské práce. Děkuji také celé mé rodině za trpělivost a podporu po celou dobu mého studia. Rovněž bych také chtěla poděkovat sociální pracovníci Erice a všem seniorům, kteří se zúčastnili výzkumného šetření a bez nichž bych tento výzkum neuskutečnila.

OBSAH

ÚVOD.....	13
1. SOUČASNÝ STAV	14
1.1 Stárnutí a stáří	14
1.1.1 Demografická situace v ČR.....	15
1.2 Projevy stáří	16
1.2.1 Fyziologické změny.....	16
1.2.2 Psychické změny	17
1.2.3 Sociální změny	18
1.3 Energetická potřeba.....	19
1.4 Makronutrienty.....	20
1.4.1 Proteiny.....	20
1.4.2 Lipidy	22
1.4.3 Sacharidy	24
1.5 Mikronutrienty	27
1.5.1 Minerální látky a stopové prvky	27
1.5.2 Vitaminy.....	29
1.6 Pitný režim	32
1.7 Výživová doporučení pro seniory	32
1.8 Faktory ovlivňující výživu seniorů	33
1.9 Následky špatného stravování u seniorů	34
1.9.1 Malnutrice.....	34
1.9.2 Obezita.....	35
1.9.3 Sarkopenie	36
1.9.4 Osteoporóza.....	36
1.10 Domov pro seniory.....	37
2. CÍLE PRÁCE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY	39
2.1 Cíl práce	39
2.2 Výzkumné otázky.....	39
3. METODIKA	40
3.1 Metodika výzkumu.....	40
3.2 Charakteristika výzkumného souboru.....	41
4. VÝSLEDKY	42

4.1 Kategorie - Stravovací zvyklosti	42
4.1.1 Pravidelnost	44
4.1.2 Snídaně	45
4.1.3 Svačina	46
4.1.4 Oběd	47
4.1.5 Večeře.....	49
4.2 Kategorie - Ovoce a zelenina	50
4.2.1 Ovoce.....	51
4.2.2 Zelenina	52
4.3 Kategorie - Tuky	54
4.3.1. Preference tuků	55
4.3.2 Vhodnost tuků	56
4.3.3 Příprava studených pokrmů	56
4.4 Kategorie - Pitný režim	58
4.4.1 Tekutiny.....	59
4.4.2 Alkoholické nápoje.....	60
4.4.3 Káva.....	61
4.5 Kategorie - Skupiny potravin	62
4.5.1 Maso a ryby	64
4.5.2 Uzeniny.....	65
4.5.3 Luštěniny	66
4.5.4 Sladké pochutiny	67
4.5.5 Mléčné výrobky.....	67
5. DISKUZE	69
6. ZÁVĚR	78
7. KLÍČOVÁ SLOVA	80
8. SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	81
9. SEZNAM PŘÍLOH.....	90

Seznam použitých zkratek

BMI	index tělesné hmotnosti
ČR	Česká republika
DpS	domov pro seniory
GIT	gastrointestinální trakt
HDL cholesterol	lipoproteiny s vysokou hustotou
IDL cholesterol	lipoproteiny o střední hustotě
kcal	kilokalorie
kJ	kilojoul
LDL cholesterol	lipoproteiny s nízkou hustotou
mg	miligram
mmol/l	jednotka milimol na litr
MUFA	mononenasycené mastné kyseliny
nm	nanometr
PUFA	polynenasycené mastné kyseliny
SFA	nasycené mastné kyseliny
TFA	trans – nenasycené mastné kyseliny
UV záření	ultrafialové záření
VLDL cholesterol	lipoproteiny o velmi nízké hustotě
WHO	Světová zdravotnická organizace
µg	mikrogram

ÚVOD

Tématem mé bakalářské práce je Problematika výživy u seniorů. Dané téma je velice aktuální vzhledem k demografickým změnám obyvatelstva ČR. Prodloužením délky života přibývá osob seniorského věku. V budoucnu by se situace měla ještě více zdramatizovat, protože počet seniorů by se měl mnohonásobně zvýšit.

Výživa je jedním z nejdůležitějších faktorů, který ovlivňuje náš zdravotní stav. V seniorském věku je správná výživa obzvláště důležitá, neboť preventivně působí proti vzniku vybraných onemocnění, zkracuje délku rekonvalescence a zrychluje hojení ran. Ve stáří dochází k fyziologickým, psychickým a sociálním změnám, které ovlivňují příjem potravy. S přibývajícím věkem by měl být kladen větší důraz na složení stravy. Strava by měla být pestrá, nutričně vyvážená a přizpůsobená k energetickým potřebám seniorů.

Pokud senior žije v pobytovém zařízení a skladbu jeho jídelníčku určuje nutriční terapeut, je ve velké výhodě oproti senioru žijícímu samostatně. Skladba potravy se mnohem více přibližuje výživovým doporučením. Naopak senioři stravující se v domácím prostředí, často nepřijímají dostatek živin a jejich skladba potravy není v souladu s výživovým doporučením.

Cílem mé bakalářské práce je zmapovat rozdíly ve stravování u seniorů žijících v domácnostech a v domovech pro seniory. Bakalářská práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část. Teoretická část je zaměřena na základní pojmy týkající se stáří, na změny, které souvisí se stárnutím, a také na faktory, které ovlivňují výživu seniorů. Dále jsou zde zmíněny jednotlivé složky výživy, často opomíjený pitný režim, výživová doporučení pro seniory a onemocnění související se špatným stravováním seniorské populace. Praktická část práce zahrnuje analýzu dat z provedeného výzkumného šetření, které bylo zaměřeno na seniory žijící v domácnosti a v DpS.

Pro zlepšení stravovacích návyků seniorské populace byl vytvořen informační leták, který je součástí této práce. (viz příloha č. 3)

1. SOUČASNÝ STAV

1.1 Stárnutí a stáří

Stárnutí je neovlivnitelný, fyziologický proces, který začíná početím a končí smrtí (Manuál aktivního stárnutí, 2012). Čevela et al. (2014, s. 17) definují stárnutí jako „*bio - psycho - sociálně - spirituální proces přirozeně involučních a adaptačních změn, k nimž v organismu dochází po dosažení sexuální dospělosti.*“ Proces stárnutí je individuální a u každého jedince probíhá jinou rychlostí. Stárnutí je ovlivněno nejen genetickou predispozicí, ale i vnějšími faktory, kterými jsou například fyzická aktivita, výživa, pracovní zátěž, vliv prostředí, atd. (Mlýnková, 2011).

Stáří je poslední fází vývojové etapy člověka, během které dochází v organismu k degenerativním změnám, které vedou ke snížení celkové výkonnosti (Manuál aktivního stárnutí, 2012). Podle Kalvacha et al. (2004) se stáří člení na biologické, kalendářní a sociální. Kalendářní (chronologické) stáří se počítá od data narození po dobu dožití daného jedince (Dimitrová, 2007). Obvykle bývá jako senior označován jedinec od 65 let věku, ovšem často se označení senior spojuje s odchodem do starobního důchodu, a nikoli s chronologickým věkem daného jedince (World Health Organization, 2015).

Rozdělení kalendářního stáří podle WHO (Mlýnková, 2011, s. 14)

- 60 - 74 let - rané stáří
- 75 - 89 let - vlastní stáří
- 90 let a více - dlouhověkost

Biologické stáří udává množství involučních změn v organismu (Dimitrová, 2007). Dochází k poklesu regulačních a adaptačních funkcí, ke snížení funkcí orgánů, k nedostatečnému prokrvení tkání, ke snížení obranyschopnosti a dalším změnám (Dučaiová, Litvínová, 2012). Jedinci se stejným kalendářním stářím mohou mít rozdílný biologický věk (Dimitrová, 2007).

Sociální stáří se váže k určitým sociálním rolím, které během různých věkových období prožíváme. Nejprve se vzděláváme a připravujeme se na povolání, poté máme ekonomickou a reprodukční roli a nakonec v postproduktivním věku přijde odchod do důchodu (Dimitrová, 2007). Co se týče odchodu do důchodu, obecně lze říci, že ho hůře snášejí muži než ženy, obzvláště pokud nemají dostatek jiných volnočasových aktivit (Dučaiová, Litvínová, 2012).

1.1.1 Demografická situace v ČR

V období 90. let nastala změna životního stylu, která vedla k poklesu porodnosti a současně se zkvalitnila lékařská péče. Dalším faktorem, který přispěl k prodloužení délky lidského života, bylo zvýšení hygienické úrovně a životních podmínek (Dimitrová, 2007). V roce 2014 se snížila úmrtnost o 3,5 tisíce osob, je tedy nejnižší za posledních 6 let. Počet živě narozených dětí vzrostl o 3,1 tisíce oproti roku 2013, na jednu ženu tak připadá 1,53 dítěte (Chudobová, 2015). Poklesem porodnosti a snížením úmrtnosti došlo ke změně ve struktuře obyvatel České republiky, čímž postupně dochází k demografickému stárnutí populace. V průběhu dalších let dle nynějších odhadů se počet starších osob zvýší. V roce 2050 by se měl počet osob nad 65 let až zdvojnásobit a dosahovat téměř k 30 % populace. Lidé ve věku 80 a více let budou tvořit 10 % obyvatelstva a jejich počet se až ztrojnásobí. Předpokládá se, že dojde k mírnému poklesu obyvatel a počet dětí do 15 let se sníží o více než čtvrtinu (Čevela et al., 2014).

Ženy dosahují nižší úrovně úmrtnosti než muži, ve vyšším věku u stejných věkových kategorií nalezneme více žen než mužů. Jiná situace nastává při narození, kdy se rodí více chlapců než dívek a na 100 žen připadá asi 106 mužů. Postupně se poměr obrací, u věkového rozmezí 70 až 79 let je 100 mužů na 160 žen. Ve věkové skupině 80 a více let připadá na 100 mužů 230 žen (Čevela et al., 2014). V roce 2013 byla střední délka života u mužů 75,7 let a u žen 81,6 let (Chudobová, 2015). Ženy se dožívají vyššího věku, avšak roky navíc prožijí při zhoršeném zdravotním stavu (Čevela et al., 2014).

1.2 Projevy stáří

Každý jedinec prožívá období stárnutí jiným způsobem, je to dáno genetickými vlivy a prožitými zkušenostmi. Se stoupajícím věkem přicházejí změny fyziologické, psychické a sociální, avšak dopady těchto životních změn ovlivňují každého jedince jiným způsobem (Venglářová, 2007).

1.2.1 Fyziologické změny

Fyziologické změny se týkají tkání a orgánů, kdy dochází ke snížení výkonnosti jednotlivých funkcí (Klevetová, Dlabalová, 2008). Změny se vztahují k různým orgánovým soustavám a jsou odlišného rozsahu, dle opotřebení buněčných struktur (Hošková et al., 2012).

Pohybový systém

Ke změnám pohybového aparátu ve stáří patří snížení tělesné výšky, snížení svalové i kostní hmoty, opotřebení chrupavek v kloubech a ohnutí páteře z důvodu úbytku meziobratlových plotének (Klevetová, Dlabalová, 2008). Tyto změny podporují vznik osteoporózy, artrózy a sarkopenie. Vlivem involučních změn pohybového systému se jedinec zhoršuje v obratnosti, vytrvalosti, pohyblivosti a ubývá mu fyzická síla (Hošková et al., 2012).

Kardiopulmonální systém

Ve stáří se snižuje vitální kapacita plic, klesá výkonnost srdce a dochází k degradaci cév, což může vést ke vzniku aterosklerózy, dále cévy ztrácejí svou elasticitu a pevnost, což zvyšuje riziko pro vznik hypertenze. Mohou vznikat různé patologické stavy cév, například cévní mozková příhoda, plicní embolie, infarkt myokardu atd. (Hošková et al., 2012).

Trávicí systém

V období stáří dochází ke špatnému rozmělnování potravy, což je způsobené špatným chrupem. Jícen, žaludek a střeva mění svoji stavbu, ubývá trávicích šťáv a

enzymů, zpomaluje se peristaltika střev, což může vést k obstipaci. Hůře se resorbují vitaminy a minerály, zpomaluje se klidový metabolismus a mizí pocit žízně, který vede ke snížené tvorbě slin, vysychání sliznic dutiny ústní, snížení pozornosti, dále způsobuje bolesti hlavy, únavu a zmatenost. Snižuje se štěpení proteinů i lipidů, jelikož dochází k poklesu absorpční schopnosti střev (Stránský, Ryšavá, 2014).

Vylučovací a pohlavní systém

S přibývajícím věkem klesá funkce ledvin, snižuje se kapacita močového měchýře, vzniká močové reziduum a objevují se problémy se svěrači močové trubice, které mohou vést k močové inkontinenci. U mužů mohou být problémy spojené s inkontinencí zapříčiněné také onemocněním prostaty (Klevetová, Dlabalová, 2008). Klevetová a Dlabalová (2008) uvádí, že močovou inkontinencí trpí 15 - 60 % osob starších 60 let. Co se týká pohlavní činnosti, u mužů se objevují problémy s erekcí a zvětšenou prostatou, u žen bývají problémy spojené s klimakteriem (Klevetová, Dlabalová, 2008).

Kožní systém a smyslové orgány

Smyslové orgány, jako je zrak, čich, sluch, chuť a hmat, ve stáří postupně slábnou, u zraku dochází ke zhoršené akomodaci oční čočky, ubývá počet tyčinek a čípků a tím dochází k poklesu zrakové ostrosti (Hošková et al., 2012). Senioři často trpí stařeckou nedoslýchavostí, která je způsobena atrofickými změnami sluchové dráhy, negativně ovlivňuje komunikaci s okolím a v krajním případě může vést až k sociální izolaci (Mlýnková, 2011). Zhoršená orientace v prostoru, vnímání bolesti, tlaku, tepla či chladu jsou způsobené snížením počtu kožních receptorů. Kůže během stárnutí ztrácí svoji elasticitu, což vede ke vzniku vrásek a objevují se pigmentové skvrny (Klevetová, Dlabalová, 2008).

1.2.2 Psychické změny

Se stoupajícím věkem mohou nastat změny v osobnostních rysech člověka a může docházet k zvýraznění negativních vlastností osoby, například pokud byl jedinec v dospělosti šetřivý, ve stáří se může stát lakomým. Dalším příkladem může být pečlivost,

která přeroste v puntičkářství. Seniorům dělá problém činit rychlá rozhodnutí, zhoršuje se krátkodobá paměť, klesá pozornost i psychomotorické tempo (Dučaiiová, Litvínová, 2012). Zhoršují se funkce smyslových orgánů, což může vést k výbušnosti, depresím a úzkostem (Hrozenská, Dvořáčková, 2013). Stárnutí se netýká pouze negativních psychických změn, objevují se také pozitivní změny, jedinec je více rozvážný, trpělivý a tolerantní. Spolu s inteligencí se ve stáří nesnižuje slovní zásoba, dlouhodobá paměť ani znalost cizích jazyků (Mlýnková, 2011).

1.2.3 Sociální změny

Mezi nejvýznamnější sociální změny ve stáří patří odchod do starobního důchodu, syndrom prázdného hnízda a úmrtí partnera (Dvořáčková, 2012). Odchodem do penze přichází jedinec o svoji společenskou roli a sociální status, který budoval někdy i celý život (Mahrová, Venglářová et al., 2008). Navíc musí změnit svůj životní styl, který byl dán pravidelnou docházkou do zaměstnání a různými povinnostmi, které musel vykonávat, což mu zabíralo velké množství volného času, který teď najednou po odchodu do penze zbývá (Dvořáčková, 2012). Odchod do penze radikálně ovlivňuje ekonomickou situaci seniora, poněvadž výrazně snižuje jeho životní standard. Odchod do důchodu nemusí vždy nutně znamenat pouze negaci, existují i jedinci, kteří se na penzi těší a užívají si ji. Věnují se volnočasovým aktivitám, na které si dříve nenašli čas (Mlýnková, 2011).

Další významnou sociální změnou je ztráta partnera. Ovdovělý jedinec pociťuje smutek, osamělost a zhoršení ekonomické situace. Ustupuje od společných aktivit a naopak musí vykonávat činnosti, které měl na starosti zemřelý partner či partnerka (Mahrová, Venglářová et al., 2008). Vypořádat se s odchodem blízké a milované osoby bývá velice těžké a mnohdy jsou to hluboké rány na duši člověka, které již nelze zacelit (Zacharová, Šimíčková - Čížková, 2011).

Méně významnou změnou je odstěhování dětí od rodičů, tzv. syndrom prázdného hnízda. Děti po odchodu od rodičů zakládají vlastní domácnosti a začínají trávit daleko méně času s rodiči, což některým jedincům může způsobovat velké problémy, zvláště

když byli zvyklí na častý kontakt s dětmi. Po odchodu dětí z domu jim jejich život může připadat prázdný, musí si postupně zvykat na to, že děti už jejich péči v podstatě nepotřebují (Zacharová, Šimíčková - Čížková, 2011).

1.3 Energetická potřeba

Přijímáním potravy dodáváme tělu potřebnou energii, kterou lze udávat v kilokaloriích (kcal) nebo kilojoulech (kJ) (Grofová, 2011). Tato energie je důležitá pro bazální metabolismus, fyzickou aktivitu, postprandiální termogenezi, tělesný růst, graviditu a laktaci (Společnost pro výživu, 2011). Energetickou přeměnu nejvíce ovlivňuje bazální metabolismus, který zajišťuje životní funkce organismu při fyzické nečinnosti (Grofová, 2011). Obecně se dá konstatovat, že bazální metabolismus u mužů je vyšší asi o 10 % než u žen, poněvadž muži mají méně tukové tkáně než ženy. To samé platí i v případě seniorské populace, u které se zvyšuje podíl tukové tkáně, tudíž se bazální metabolismus zpomaluje. Stránský a Ryšavá (2014) uvádí, že muži ve věku 65 a více let mají asi o 25 % nižší bazální metabolismus než jedinci ve věku dvaceti let, u žen se snižuje asi o 15 %.

Energetická potřeba u seniorské populace je velmi individuální, osoby fyzicky aktivní potřebují vyšší energetický příjem než lidé s omezenou hybností. Obecně lze tedy doporučit, aby se energetický příjem ve stáří pohyboval v rozmezí 1600 - 2300 kcal za 24 hodin (Stránský, Ryšavá, 2014).

1.4 Makronutrienty

1.4.1 Proteiny

Bílkoviny jsou nenahraditelnou složkou všech živých organismů (Floriánková, 2014). Základním stavebním kamenem bílkovin jsou aminokyseliny, které se dělí na esenciální, semiesenciální a neesenciální. Esenciální aminokyseliny jsou pro nás nezbytné, ovšem organismus je nedokáže syntetizovat, a tak jsme závislí na jejich příjmu z potravy. Esenciální aminokyseliny se více objevují v živočišných než v rostlinných bílkovinách (Svačina et al., 2013). Mezi esenciální aminokyseliny patří histidin, izoleucin, lyzin, metionin, fenylalanin, treonin, tryptofan a valin (Společnost pro výživu, 2011). Semiesenciální aminokyseliny jsou také důležité, například pro těsný růst a funkci ledvin. Mezi semiesenciální aminokyseliny řadíme například histidin, aginin a tyrosin. Příjem neesenciálních aminokyselin je důležitý i přesto, že je organismus zvládne syntetizovat sám. Mezi neesenciální aminokyseliny patří glycin, kyselina glutamová, glutamin, serin, taurin, alanin, ornitin, tyrozin, cystein, hydroxyprolin, kyselina aspargová, asparagin (Kastnerová, 2014).

Podle počtu aminokyselin se bílkoviny dělí na dipeptidy, tripeptidy, tetrapeptidy, oligopeptidy, polypeptidy a makropeptidy. Oligopeptidy obsahují 5 - 10 aminokyselin, polypeptidy se skládají z 11 - 100 aminokyselin, 100 a více aminokyselin obsahují makropeptidy. (Kastnerová, 2014).

Funkce bílkovin

Bílkoviny jsou základním stavebním prvkem všech tkání a buněk, podílejí se na jejich regeneraci, slouží jako přepravní nástroj pro lipidy, vitaminy A, D, E, K a železo, dále se podílejí na tvorbě hormonů, enzymů a srážlivosti krve, jsou obsaženy v protilátkách, mateřském mléce a spermatu, při nedostatku sacharidů a lipidů slouží jako zdroj energie (Stránský, Ryšavá, 2014). Pokud je strava chudá na bílkoviny, začne organismus zpracovávat bílkoviny ze svalů a orgánů. Při dlouhodobém nedostatku bílkovin dochází ke zvýšení únavy, oslabení obranyschopnosti, zhoršenému hojení ran, snížení mobility a poškození funkcí orgánů (Floriánková, 2014). Nedostatečný příjem potravy, tzn. energie, bílkovin a ostatních živin, může zapříčinit vznik onemocnění

nazývané marasmus, které se projevuje svalovou atrofií, nízkou tělesnou hmotností a nedostatkem podkožního tuku v těle. Dalším závažným onemocněním, které vzniká z dlouhodobého nedostatku bílkovin při relativním dostatku energie, je kwashiokor, projevující se edémy, svalovou atrofií a poruchami obranyschopnosti. Na rozdíl od marasmu je u kwashiokoru vrstva podkožního tuku v normě, spíše se objevují psychomotorické změny (Provazník, Komárek, 2003).

Přebytečné množství proteinů působí negativně na naše zdraví, protože je organismus nedokáže uložit do zásoby a přeměňuje je na energii a dusíkaté látky. Nadbytečná energie se změní v tuk a odpadní dusíkaté látky negativně působí na játra, ledviny, absorpci vápníku a navíc zvyšují riziko osteoporózy a dny (Floriánková, 2014). Dna je metabolické onemocnění, při kterém se krystalky kyseliny močové ukládají do kloubů či jejich okolí a ledvin (Kužela, Stejskalová, 2007).

Bílkoviny ideálně tvoří 10 - 15 % energetického příjmu (Machová Kubátová et al., 2009). Jeden gram proteinu má energetickou hodnotu 4,1 kcal neboli 17 kJ. U dospělého jedince je doporučovaný příjem bílkovin 0,8 - 1,0 g/kg/den, při nízké fyzické zátěži je doporučený minimální příjem bílkovin na 0,5 g/kg/den (Kastnerová, 2014). Horní hranice pro přísun proteinů za den jsou 2,0 g/kg, tedy cca 140 g pro muže a 120 g pro ženy (Stránský, Ryšavá, 2014). WHO pro seniorskou populaci doporučuje zvýšit příjem proteinů na 1 - 1,25 g/kg/den (Floriánková, 2014). Zvýšený příjem bílkovin ve stáří je nezbytný, jelikož vytváří a udržuje svalovou hmotu v těle, při nedostatku bílkovin dochází k oslabení imunitního systému, hůře se hojí rány, zvyšuje se riziko pro vznik infekcí a dekubitů, snižuje se mobilita, objevuje se únava a nechutenství (Larsen, 2015).

Mezi potraviny s vysokým obsahem bílkovin patří vejce, ryby, maso, mléčné výrobky, obiloviny, luštěniny a brambory. Poměr mezi rostlinnými a živočišnými proteiny by měl být 1:1, to ale neplatí u seniorů, kteří by měli mít převahu proteinů rostlinného původu. Pokud jedinec přijímá více živočišných bílkovin, stoupá podíl tuků, cholesterolu a purinů v těle, výjimku tvoří vejce a mléko, které puriny neobsahují. Pokud senior přijímá opakovaně zvýšené množství bílkovin, dochází ke vzniku metabolické acidózy (Stránský, Ryšavá, 2014).

1.4.2 Lipidy

„*Lipidy jsou estery mastných kyselin a alkoholů nebo jejich derivátů*“ (Kastnerová, 2014, s. 50). Mastné kyseliny se rozdělují na nasycené (SFA), mononenasycené (MUFA) a polynenasycené (PUFA). Nasycené mastné kyseliny (SFA) nemají žádnou dvojnou vazbu, jsou silně zastoupeny v potravě a navíc si je naše tělo dokáže syntetizovat z glukózy (Stránský, Ryšavá, 2014). V potravě se nachází obzvláště ve formě živočišných tuků, kterými jsou například máslo a sádlo, ale objevují se i v rostlinných tucích, jako je například kokosový či palmový olej (Kastnerová, 2014). Účinek SFA na lidský organismus odpovídá délce uhlíkového řetězce, pokud mají SFA krátký řetězec, tedy C 4 - C 10, transportují se krví přímo do jater, a tudíž neovlivňují hladinu cholesterolu v krvi (Kohout a kol, 2010). SFA s krátkým uhlíkovým řetězcem se vyskytují zejména v mléčném tuku, řadíme mezi ně například kyselinu kapronovou, kyselinu kaprylovou a kyselinu kaprinovou. Také kyselina stearová, která obsahuje 18 uhlíků, nemá žádný vliv na hladinu cholesterolu v krvi. Naopak SFA se středně dlouhým řetězcem, tedy C 12 - C 16 zvyšují hladinu cholesterolu v krvi, řadíme mezi ně například kyselinu laurovou, kyselinu myristovou a kyselinu palmitovou, všechny tyto jmenované kyseliny se nachází v palmovém a kokosovém tuku. Vysoký příjem SFA výrazně zvyšuje hladinu cholesterolu a triglyceridů v krvi a tím zvyšují riziko pro vznik aterosklerózy (Stránský, Ryšavá, 2014).

Polynenasycené mastné kyseliny (PUFA) obsahují dvě a více dvojných vazeb. Mezi PUFA patří omega 3, omega 6 a trans - mastné kyseliny. Lidské tělo nedokáže syntetizovat omega 3 a omega 6 mastné kyseliny, a tak jejich příjem závisí pouze na potravě (Simopoulos, 2011). Omega 3 snižují hypertenzi, triglyceridy, viskozitu krve, arytmií, působí antitromboticky, LDL cholesterol snižují a naopak HDL cholesterol zvyšují, má protizánětlivý účinek, rozšiřuje cévy a prodlužuje dobu krvácení. Zástupcem pro omega 3 je kyselina α - linolenová, která se vyskytuje v oleji z vlašských ořechů, sójovém a řepkovém oleji, jejími metabolity jsou kyselina eikosapentaenová a kyselina dokosaheptaenová, tyto kyseliny jsou obsaženy zejména v mořských a sladkovodních rybách. Oproti tomu kyseliny omega 6 snižují LDL cholesterol, ale současně i mírně snižují HDL cholesterol. Vyskytují se v rostlinných olejích, například ve slunečnicovém

či sójovém (Stránský, Ryšavá, 2014). Hlavními zástupci pro omega 6 jsou kyseliny linolová, γ - linolenová a arachidonová. Nedostatek kyseliny linolové způsobuje poruchy růstu a trofiky kůže, kyselina arachidonová působí antagonisticky vůči kyselinám omega 3 (Svačina et al., 2013). Příjem kyselin omega 6 bychom měli omezit a naopak příjem omega 3 kyselin bychom měli zvýšit, tudíž by měl být poměr mezi omega 6 a omega 3 5:1 (Kohout et al., 2010). Trans - nenasycené mastné kyseliny (TFA) se nacházejí v tuku přežvýkavců, nebo také vznikají průmyslově při částečném ztužování tuků. Průmyslové i přírodní TFA mají stejně negativní účinek na lidské zdraví, zvyšují LDL cholesterol a snižují HDL cholesterol a tím přispívají ke vzniku kardiovaskulárních onemocnění (Brát et al., 2011). Uvádí se, že mají 2,5 - 10x horší vliv na naše zdraví než SFA, negativně působí na vývoj diabetu mellitu II. typu a obezity. TFA se mohou vyskytovat v margarínech, trvanlivém pečivu, cukrářských výrobcích a cukrovinkách (Kohout et al., 2010).

Mononenasycené mastné kyseliny (MUFA) obsahují pouze jednu dvojnou vazbu (omega 9), organismus je přijímá z potravy a také je dokáže syntetizovat z nasycených mastných kyselin. MUFA zvyšují hodnotu HDL cholesterolu a snižují hodnotu LDL cholesterolu, hlavním zástupcem je kyselina olivová, která se nachází v olivovém, řepkovém a arašídovém oleji (Stránský, Ryšavá, 2014).

Cholesterol

Cholesterol patří mezi lipidové látky, vyskytuje se v buněčných membránách, pouze v potravinách živočišného původu a jeho množství přijaté za jeden den by nemělo přesáhnout hodnotu 300 mg (Kohout et al., 2010; Grofová, 2011). Cholesterol je důležitý pro tvorbu vitaminů a hormonů, podílí se na metabolismu tuků a je potřebný pro stavbu buněčných membrán. Cesta cholesterolu do krevního řečiště probíhá pomocí lipoproteinů, které rozdělujeme na VLDL (very low density lipoprotein), LDL (low density lipoprotein), HDL (high density lipoprotein), chylomikrony a IDL (intermediate density lipoprotein). LDL cholesterol je transportován z jater do periferních tkání, kde se může ukládat do tepen, což vede ke vzniku aterosklerotických změn na arteriích. Naopak HDL cholesterol je transportován z krevního řečiště přímo do jater, kde zabraňuje

aterosklerotickým změnám arterií (Félix - Redondo et al., 2013). Úroveň LDL hladiny cholesterolu v krvi by se měla pohybovat pod 2 mmol/l, úroveň hladiny HDL cholesterolu by měla být vyšší než 1,1 mmol/l u mužů a vyšší než 1,3 mmol/l u žen. Celková hladina cholesterolu by neměla překročit hodnotu 5,16 mmol/l. Pokud hladina cholesterolu přesáhne hodnotu 6,18 mmol/l, je zde vysoké riziko pro vznik kardiovaskulárních onemocnění (Fořt, 2014). Naopak snížené množství cholesterolu v krvi s sebou nese také rizika, hrozí nám neurózy, deprese, úrazy, u žen předčasná menopauza a problémy s potencí u mužů. (Kastnerová, 2014).

Funkce tuků

Lipidy jsou zdrojem energie, nosičem mastných kyselin a vitaminů A, D, E, K, zabráňují vysychání kůže, ovlivňují senzorickou hodnotu potravin, podílejí se na stavbě buněčných membrán a tkáňových hormonů, chrání tělo proti chladu a zároveň slouží jako izolační látka orgánů (Stránský, Ryšavá, 2014).

Lipidy mají velkou energetickou hodnotu, jeden gram tuku obsahuje 9,3 kcal (37 kJ), což je nejvíce ze všech makronutrientů. Ve stáří je doporučováno snížit příjem lipidů na 30 % celkového energetického příjmu, u fyzicky aktivních seniorů je možné zvýšit podíl tuků až na 35 % energetického příjmu. Celkový energetický příjem SFA by neměl být vyšší než 10 %, pro PUFA má být také 10 %, jenom pro MUFA je doporučováno 10 - 15 % z celkového energetického příjmu, jelikož snižují hladinu cholesterolu v krvi, a tudíž snižují riziko vzniku kardiovaskulárních onemocnění (Stránský, Ryšavá, 2014).

1.4.3 Sacharidy

„Sacharidy patří do heterogenní skupiny organických sloučenin obsahujících zpravidla uhlík a prvky vody v poměru 1:1, lišící se strukturou a velikostí molekuly“ (Provazník, Komárek, 2003, s. 31). Podle velikosti molekuly se sacharidy dělí na monosacharidy, disacharidy, oligosacharidy a polysacharidy.

Monosacharidy obsahují jednu cukernou jednotku, jejich zástupci jsou glukóza, fruktóza a galaktóza. Fruktóza a glukóza se nejvíce vyskytují v medu, ovoci a v některých druzích zeleniny (Katsilambros et al., 2010). Oligosacharidy se skládají z 2 - 10 cukerných jednotek. Složením dvou monosacharidů vznikne disacharid. Mezi disacharidy patří maltóza (sladový cukr), která obsahuje 2 glukózy, dále laktóza (mléčný cukr) složená z glukózy a galaktózy, také sacharóza (řepný cukr), která je kombinací glukózy a fruktózy (Grofová, 2007). Monosacharidy a disacharidy patří mezi jednoduché cukry, které jsou rychlým zdrojem energie, a do těla se ukládají ve formě glykogenu (Svačina et al., 2013).

Další skupinou jsou polysacharidy skládající se z 10 a více cukerných jednotek, hlavními zástupci jsou škrob, glykogen a vláknina. Glykogen je živočišného původu, je uložen v játrech, kde se štěpí na jednotlivé glukózy a přispívá tak k udržení normální hladiny glykémie v krvi při postresorpční fázi. Naopak svalový glykogen se nepodílí na udržení hladiny glykémie v krvi, pouze je využíván pro svalovou práci (Grofová, 2007). Škrob je zásobní látkou rostlin, nejvíce se vyskytuje v obilných zrnech a bramborách (Koolman, Röhn, 2012).

Vláknina

Pod pojmem vláknina označujeme složky potravy rostlinného původu, které nelze štěpit trávicími enzymy a v tenkém střevě neresorbují, tudíž jsou nestravitelné a nelze je využít jako primární zdroj energie. Dělí se na rozpustnou a nerozpustnou ve vodě. (Piťha et al., 2012).

Rozpustná vláknina dokáže absorbovat vodu a je primárním zdrojem pro sacharolytické bakterie v tenkém a obzvláště tlustém střevě. Podílí se na resorpci sacharidů, snižuje hladinu cholesterolu v krvi a pozitivně působí na množství a konzistenci stolice. Mezi hlavní zdroje vlákniny patří pektin, agar, hemicelulóza a polysacharidy mořských a sladkovodních řas (Kohout et al., 2010).

Nerozpustná vláknina se ve vodě nerozpouští, jejími zástupci jsou celulóza a lignin. Nerozpustná vláknina zlepšuje peristaltiku střev tím, že zrychluje pohyb tráveniny v zažívacím traktu, což vede k častějšímu vyprazdňování a objemnější stolici. Navíc

snižuje dobu strávenou s toxickými látkami, hlavně s karcinogeny, které vedou ke vzniku kolorektálního karcinomu. Dále vede ke snížení hladiny cholesterolu i glykémie v krvi (Kastnerová, 2014).

Při nadměrném příjmu vlákniny, tj. více než 60 g za den, roste riziko snížené resorpce minerálních látek, především zinku, železa a vápníku (Pitřha et al., 2012). Krátkodobé zvýšení příjmu vlákniny může způsobit nadýmání, plynatost a bolesti v podbřišku, je proto důležité přijímat spolu s vlákninou dostatečné množství tekutin (Stránský, Ryšavá, 2014). Dle průzkumů máme spíše opačný problém, přijímáme nedostatečné množství vlákniny a doporučený příjem 30 g/den nepokryjeme ani z poloviny. Uvádí se, že jedinec v ČR přijme průměrně pouze 12 g vlákniny za den (Kohout et al., 2010).

Doporučovaný příjem vlákniny ve stáří by neměl být nižší než 30 g za den, zvláště pro seniorskou populaci je nezbytné přijímat doporučené množství vlákniny, jelikož má mnoho pozitivních účinků na organismus. Zrychluje peristaltiku střev, tudíž nedochází k obstipaci, snižuje hladinu cholesterolu v krvi a tím klesá riziko pro vznik aterosklerózy, dále působí preventivně proti kolorektálnímu karcinomu, divertikulóze střev, diabetu mellitu II. typu, obezitě, cholelitiáze a zubnímu kazu. Hlavními zdroji vlákniny jsou ovoce, zelenina, celozrnné výrobky, luštěniny a brambory (Stránský, Ryšavá, 2014).

Funkce sacharidů

Sacharidy jsou významným zdrojem energie, jeden gram sacharidů vyprodukuje 4 kcal energie, tj. 17 kJ. Tělo je dokáže syntetizovat z proteinů i lipidů, přesto jsou pro organismus nezbytné, organismus je rozkládá na jednoduché cukry, které slouží jako zdroj energie. Při nadbytečném množství přijímané energie se sacharidy přemění na lipidy, které se ukládají do tukových zásob organismu, což zapříčiňuje vznik obezity (Floriánková, 2014). Dále mají antiketogenní účinek, tudíž udržují acidobazickou rovnováhu v těle, slouží jako zásobní produkt pro svalovou práci, ovlivňují hladinu glukózy v krvi a jsou součástí heparinů a podpůrného systému kostí a pojiva (Stránský, Ryšavá, 2014)

Ve stáří je doporučeno, aby sacharidy tvořily 55 - 58 % celkového energetického příjmu. Upřednostňovány by měly být složené cukry ve formě škrobů a vlákniny (Floriánková, 2014). Při nedostatečném příjmu sacharidů dochází ke snížení svalové hmoty, zvyšuje se hladina cholesterolu v krvi, vytváří se ketogenní látky, které způsobují acidózu organismu. Nadbytečný přísun sacharidů způsobí ukládání přijaté energie do tukových zásob, tudíž vznik obezity, zvýšení hladiny glykémie, negativně působí na výskyt zubních kazů, zvyšuje hladinu cholesterolu v krvi, což vede ke vzniku aterosklerózy (Katsilambros et al., 2010).

1.5 Mikronutrienty

1.5.1 Minerální látky a stopové prvky

Minerální látky a stopové prvky jsou anorganického původu, pro organismus nezbytné a v případě jejich nedostatku vznikají poruchy metabolismu a následně se mohou objevit různá onemocnění (Astl et al., 2009). Minerální látky přijímáme v dávkách vyšších než 100 mg denně, patří mezi ně vápník, hořčík, fosfor, draslík, sodík, chlór a síra. Stopové prvky přijímáme v nižších dávkách, tedy do 100 mg za den. Mezi stopové prvky řadíme železo, jód, zinek, měď, mangan, selen, fluor, chróm, kobalt a další (Kunová, 2011). Se stoupajícím věkem se potřeba minerálních látek a stopových prvků nesnižuje, spíše naopak, vlivem zhoršené resorpce, některými nemocemi a užíváním různých farmaceutických přípravků roste potřeba těchto látek a prvků. Nejčastěji ve stáří chybí železo, zinek, vápník a jód (Floriánková, 2014).

Železo

Železo je nejvíce obsaženým stopovým prvkem v lidském těle, v organismu můžeme nalézt až 4 g železa. Podílí se na transportu kyslíku a je jednou ze složek hemoglobinu, myoglobinu, různých bílkovin a enzymů. Zdrojem železa jsou játra, červené maso, žloutky, ovoce a zelenina. Resorpci železa pozitivně ovlivňuje dostatečné množství vitamínu C. Nedostatek železa má za následek vznik anémie, únavu, zvyšuje se

lomivost nehtů a snižuje se funkce imunitního systému. Nadbytek železa je rizikovým faktorem pro aterosklerózu (Provazník, Komárek, 2003). Fořt (2007) ve své publikaci uvádí, že pokud má jedinec vysokou hladinu železa v těle a současně s tím i vysokou hladinu LDL cholesterolu v krvi, hrozí mu riziko pro vznik nádorového onemocnění třikrát vyšší, než pokud trpí pouze jedním typem poruchy. Doporučovaná denní dávka od 51 let věku je pro obě pohlaví 10 mg/den. Do 50 let věku je doporučován ženám vyšší příjem železa, tedy 15 mg denně, z důvodu krevních ztrát během menstruace (Společnost pro výživu, 2011).

Zinek

Zinek se podílí na metabolismu bílkovin a nukleových kyselin, posiluje obranyschopnost organismu, je důležitý při tvorbě hormonů, například testosteronu a inzulinu (Provazník, Komárek, 2003). Nedostatek zinku snižuje chuť k jídlu, což u starých osob může vést k malnutrici, zpomaluje hojení ran, snižuje obranyschopnost, negativně ovlivňuje funkci pohlavních orgánů a poškozuje nehty a kůži (Astl et al., 2009). Mezi zdroje zinku patří maso, vejce, celozrnné cereálie a mléko (Provazník, Komárek, 2003). Doporučený denní příjem zinku ve stáří je stanoven na 10 mg/den pro muže a 7 mg/den pro ženy (Fabian, Elmadfa, 2008).

Vápník

Vápník je obsažen v chrupu a kostech, současně je nezbytný pro hemokoagulaci a nervově - svalový přenos (Bretšnajdrová et al., 2011). Zdrojem vápníku jsou mléko a mléčné výrobky, například tvaroh, jogurty, sýry atd. Chybí-li v organismu vitamin D, je resorpce vápníku značně ztížena a tím vzniká rizikový faktor pro vznik osteoporózy. Při intoxikaci vitamínu D, či zvýšenou produkcí parathormonu se začne vápník ukládat do sliznice žaludku, plic nebo ledvin (Kastnerová, 2014). Pro muže a ženy nad 65 let věku je doporučený příjem vápníku stanoven na 1500 mg/den (Bretšnajdrová et al., 2011).

Jód

Jód je důležitý pro tvorbu hormonů štítné žlázy, trijodtyroninu a tyroxinu. Tyto hormony mají řadu funkcí, například řídí látkovou přeměnu v buňkách a tkáních,

ovlivňují činnost nervové tkáně a bazálního metabolismu. Nedostatek jódu se projeví endemickou strumou neboli zvětšením štítné žlázy, které nemusí způsobit pouze nedostatek jódu, ale i strumigeny, což jsou látky oslabující tvorbu hormonů štítné žlázy, například kukuřice, růžičková kapusta, sladké brambory aj. (Astl et al., 2009). Naopak dobrým zdrojem jódu jsou mořské ryby a mořští živočichové. Skladba potravy u nás obsahuje všeobecně menší množství jódu, a proto se jód přidává do kuchyňské soli (Kunová, 2011). Doporučený denní příjem jódu dle WHO je 150 µg/den pro muže i ženy (Společensví pro výživu, 2011).

1.5.2 Vitaminy

Vitaminy jsou organické látky, které organismus nedokáže syntetizovat, je tedy závislý na příjmu vitaminů či jejich prekurzorů potravou, výjimku tvoří vitamin D, který může být syntetizován organismem ze steroidních prekurzorů nebo také vitamin K střevní mikroflórou. Vitaminy nejsou zdrojem energie, ale jsou nezbytné pro metabolické procesy v těle. Dělí se na 2 skupiny, vitaminy rozpustné ve vodě, například skupina vitaminů B, vitamin C, E, kyselina listová, a vitaminy rozpustné v tucích, kam patří vitamin A, D, E, K (Vokurka et al., 2012; Mourek et al., 2013). Potřeba vitaminů se v seniorském věku nesnižuje, pouze se zvyšují doporučené denní dávky pro vitamin D, B₁₂, C, E a kyselinu listovou (Floriánková, 2014). U seniorské populace hrozí riziko avitaminózy, tzn. nedostatek určitého vitaminu, či hypovitaminózy, tj. částečný nedostatek daného vitaminu, způsobený špatnou nutriční, poruchami gastrointestinálního traktu (GIT) či pouhým pobytem v nemocnici (Mourek et al., 2013).

Vitamin B₁₂

Vitamin B₁₂ též nazývaný kobalamin se podílí na krvetvorbě, na správné funkci nervového systému a jeho množství ovlivňuje metabolismus homocysteinu, to znamená, že preventivně působí proti vzniku kardiovaskulárních onemocnění (Strunecká, Patočka, 2011). Při nedostatku vitaminu B₁₂ dochází k destrukci funkcí nervové soustavy a anémii,

nedostatek se projeví po 1 - 2 letech, jelikož organismus má velké zásoby tohoto vitamínu. Nedostatkem vitamínu B₁₂ jsou ohroženi obzvláště vegani, poněvadž se nachází pouze v potravinách živočišného původu, kterými jsou například vejce, maso, játra, mléko a mléčné produkty (Svačina et al., 2013). Ve stáří dochází ke snížené hladině vitamínu B₁₂ vlivem atrofických změn žaludeční a střevní sliznice, které jsou spojené s nedostatkem vnitřního faktoru (Loikas et al., 2007). Doporučený denní příjem vitamínu B₁₂ pro seniorskou populaci bez ohledu na pohlaví je 2,4 µg. I při zvýšeném příjmu tohoto vitamínu nebyly zjištěny žádné vedlejší účinky (Strunecká, Patočka, 2011).

Vitamin C

Vitamin C neboli kyselina askorbová je pro organismus velmi důležitý, neboť se účastní na mnoha metabolických procesech a jeho pravidelný příjem zajišťuje dobrý psychický i fyzický stav jedince. Jeho antioxidační, protirakovinné a protiterosklerotické účinky eliminují hladinu cholesterolu v krvi, zvyšují inteligenci a urychlují hojení ran. Dále má pozitivní vliv na leukocyty, tím že navyšuje jejich schopnost ničit bakterie (Astl et al., 2009). Zdrojem vitamínu C jsou hlavně ovoce a zelenina, například zelí, paprika, citrusové plody, šípek, brokolice, brambory, černý rybíz, z ostatních potravin například játra a mnoho dalších (Svačina et al., 2013). Nadbytečný příjem vitamínu C může vyvolat ledvinové kameny, zato nedostatečný příjem vitamínu C způsobuje únavu, svalovou slabost, podrážděnost, záněty a krvácení dásní, hematomy, zhoršené hojení ran, snižuje obranyschopnost, způsobuje bolesti kloubů a anémii (Fajfrová, Pavlík 2013). Ve stáří je vhodné zvýšit denní dávku vitamínu C, aby nedocházelo k hypovitaminóze, u které jsou senioři rizikovou skupinou, zvláště pokud nekonzumují dostatek ovoce a zeleniny, což není neobvyklé, zejména pokud žijí osamoceně či mají problémy s chrupem (Svačina et al., 2013). Doporučovaná denní dávka ve stáří činí 100 mg denně (Fajfrová, Pavlík 2013).

Vitamin D

Vitamin D je označován také jako kalciferol, který rozlišujeme na ergokalciferol neboli vitamin D₂, jenž je obsažený v potravinách rostlinného původu, a cholekalciferol označován jako vitamin D₃, nacházející se v potravinách živočišného původu. Aby mohlo

dojít k syntéze vitamínu D, potřebuje organismus ultrafialové záření o vlnové délce 290 - 315 nm (Broulík, Broulíková, 2013).

Kalciferol reguluje homeostázu vápníku a fosforu, pomocí příštítných tělísek napomáhá k resorpci vápníku a fosforu ve střevě, umožňuje kostní mineralizaci a tím podporuje stavbu kostí a zubů. Studie prokazují jeho preventivní působení proti osteoporóze, onemocněním imunitního systému, nádorovým a kardiovaskulárním onemocněním (Řehořková et al., 2008). Nedostatek vitamínu D se ve stáří projeví často asymptomaticky, bolestmi hlavy, poruchami spánku, depresí, únavou, bolestmi kostí, sníženou svalovou silou a podobně. Při chronickém deficitu tohoto vitamínu se zvyšuje riziko pádu a následných fraktur. Kalciferol se nachází v tučných rybách, jako je losos, tuňák či makrela nebo ve vaječném žloutku a mléce. Pro seniorskou populaci je doporučená denní dávka pro příjem vitamínu D stanovena na 20 µg/den (Stránský, 2015).

Vitamin E

Vitamin E neboli tokoferol má antioxidační a antiagregační účinky, při jeho nedostatku vzniká poškození jater, svalová atrofie a anémie. Hlavním zdrojem tokoferolu jsou obilné klíčky, rostlinné oleje, celozrnné výrobky a ořechy (Provazník, Komárek, 2003). Doporučená denní dávka ve stáří činí 11 mg pro ženy a 12 mg pro muže (Fajfrová, Pavlík, 2013).

Kyselina listová

Kyselina listová, označovaná také jako folát, je nezbytná pro prevenci anémie, kardiovaskulárních a nádorových onemocnění. Spolu s vitaminem B₁₂ vytváří krevní elementy, ovlivňuje optimální funkci kostní dřeně a nervového systému. Nedostatečný příjem kyseliny listové se projeví únavou, citlivostí sliznic dutiny ústní a jazyka. Foláty jsou obsaženy v zelenině, obilovinách, játrech atd. (Astl et al., 2009). Deficit kyseliny listové je u seniorské populace způsoben nedostatečným příjmem zeleniny, která by se měla ve stáří konzumovat alespoň 5 x denně, a také nešetrnou přípravou, skladováním a opakovaným ohříváním hotových pokrmů. Ve stáří je optimální příjem kyseliny listové stanoven na 400 µg/den bez ohledu na pohlaví (Stránský, 2015).

1.6 Pitný režim

Voda je obsažena v každé tělesné buňce, avšak v různých tkáních je rozdílné množství vody, které závisí na věku a skladbě těla. S přibývajícím věkem klesá obsah vody v organismu, zatímco po narození tvoří 75 %, ve stáří pouze 50 % (Provazník, Komárek, 2003). Příjmem tekutin vyrovnává organismus ztrátu tekutin a minerálů, pokud nemá jedinec dostatečný příjem tekutin, nastává dehydratace. Ve stáří vzniká dehydratace velice snadno, jelikož je organismus citlivý na změny vodního hospodářství. Snížený příjem tekutin je důsledkem oslabeného pocitu žízně, poruch regulace tekutin, užívání některých léčiv, například diuretik či dokonce psychického charakteru, například pokud jedinec trpí inkontinencí, často raději omezí příjem tekutin (Vybíhalová, 2010). Mezi projevy dehydratace patří sucho v ústech, suchý, povleklý jazyk, snížení kožního turgoru, ortostatická hypotenze, tachykardie, oligourie atd. (Williams, 2007). Dehydratace zvyšuje viskozitu krve, což vede k trombóze či embolii, dále vede k urolitiáze, cholelitiáze, uretritidě a obstipaci, je rizikovým faktorem nádorového onemocnění rektu a močového měchýře (Floriánková, 2014). Doporučený denní příjem tekutin pro seniorskou populaci je 1,5 - 2 l. V případě průjemového onemocnění, horečky či fyzické námahy je vhodné zvýšit příjem tekutin. Jednorázové požití velkého množství tekutin může způsobit poruchu ledvin až jejich selhání. Proto je důležité dodávat organismu tekutiny častěji a v menším množství. Je vhodné střídat různé druhy tekutin, například stolní vodu, neslazené bylinné čaje, zeleninové a ovocné šťávy atd. (Vybíhalová, 2010).

1.7 Výživová doporučení pro seniory

Strava v seniorském věku by měla být pestrá a vyvážená. Nejlépe rozdělená do 5 menších porcí denně, méně tak zatěžuje GIT a látkovou výměnu. Obecně platí, že je nutné vždy zohlednit věk, zdravotní a nutriční stav jedince (Chrpová, 2010).

Energetický příjem nemá převyšovat energetický výdej, příjem lipidů by neměl pokrývat více než 30 % celkového energetického příjmu a přednostně se doporučuje

konzumovat rostlinné lipidy před živočišnými, například olivový olej, který je vhodné používat na úpravu pokrmů zastudena. Pro tepelnou úpravu pokrmů je vhodný řepkový olej (Stránský, 2015). Ve stáří dochází k atrofii svalů, a proto je důležité zvýšit příjem bílkovin. Dále je důležité nahradit přísun jednoduchých sacharidů za složité, jako je škrob a vláknina, jejíž množství by mělo být 30 g/den. Velice důležité je zajistit dostatečný přísun zeleniny a ovoce, a to nejméně v množství 500 g denně (Grofová, 2011). Dalším faktorem k udržení zdraví je omezit příjem soli, jejíž maximální hranice je stanovena na 5g/den. Ve stáří je také důležitá suplementace mikronutrientů, obzvláště vitaminů C, D, E, B₁₂, kyseliny listové, jódu, železa, zinku a vápníku (Chrpová, 2010). Neméně důležitý je dostatečný příjem tekutin, alespoň 1,5 - 2 l denně. Co se týče alkoholu, není vhodné překračovat hranici 20 g/den u mužů a 10 g/den u žen. Dále se pro seniorskou populaci doporučuje konzumovat 250 g mléčných výrobků denně, 150 - 200 g ryb týdně, 3 - 4 vejce za týden a alespoň 1 - 2krát týdně udělat bezmasý den (Stránský, 2015).

1.8 Faktory ovlivňující výživu seniorů

Při procesu stárnutí dochází k individuálním fyziologickým i psychosociálním změnám, které mohou negativně ovlivnit nutriční stav jedince (Svačina et al., 2013). S přibývajícím věkem se objevuje atrofie orgánů trávicí soustavy, což znamená, že buňky slinných žláz produkují menší počet slin, citlivost chuťových pohárků se zmenšuje, čímž mají senioři potřebu více používat kuchyňskou sůl (Fořt, 2008). Velice často se vyskytují problémy s rozměňováním potravy, což může vést k zažívacím potížím a k snížení defekačního reflexu způsobujícího obstrukci (Stránský, 2015).

Psychosociální faktory také významně ovlivňují nutriční stav jedince, samota, deprese, zapomětivost, demence a podobně. Pokud žije člověk osamocen, může se domnívat, že je zbytečné vařit pouze pro jednoho člověka, anebo nemá dostatek finančních prostředků (Floriánková, 2014). Vlivem zhoršené ekonomické situace se člověk dostává do tíživé finanční situace, kdy se musí spokojit s levnějšími potravinami, které nedosahují takové kvality a neumožňují jedinci dostatečný příjem všech důležitých

živin. Seniorská populace často nakupuje potraviny do zásoby, a pokud člověk zůstane sám, mnohdy nestačí zkonsumovat veškeré potraviny před datem expirace, což může vést k alimentárním nákazám (Kimmer, Bártlová, 2013). Dalším prvkem, který výrazně ovlivňuje rovnováhu v příjmu potravy, jsou deprese. Ty se projevují u každého jedince jiným způsobem, a to buď sníženou, nebo zvýšenou chutí k jídlu. Demence mění zájem jedince o jídlo a zhoršuje jeho soběstačnost, jedinec není schopen vykonávat základní rutinní výkony, jako je nákup potravin či příprava pokrmů (Floriánková, 2014).

1.9 Následky špatného stravování u seniorů

1.9.1 Malnutrice

Malnutrice neboli podvýživa je označení pro nedostatečný či nevyrovnaný příjem živin, který je zapříčiněn negativní bilancí mezi energetickým příjmem a výdejem. Pokročilejší stádium proteinové a energetické malnutrice se nazývá kachexie, nejvyšší stupeň marasmus. U seniorské populace rozlišujeme malnutrici stresovou, která souvisí s akutně vzniklým onemocněním, a malnutrici proteinokalorickou. Stresová podvýživa není tak patrná na první pohled, edémy a zvýšená tělesná hmotnost zakryjí objektivní stav jedince, zvyšuje se katabolismus bílkovin nebo dochází ke sníženému příjmu bílkovin při nezměněném příjmu energie, vzniká velmi rychle, během několika dnů. Naopak proteinokalorická malnutrice je velmi viditelná, jelikož dochází k absenci podkožního tuku, nastává snížený příjem energie i proteinů, vzniká pomaleji a projevuje se až za několik týdnů či měsíců (Matějovská Kubešová, 2015).

Příčiny podvýživy ve stáří jsou různé, zpomaluje se činnost jednotlivých orgánů, například ledvin, GIT a metabolické pochody. Snižuje se chuť k jídlu vlivem poruch čichu a chuti, vzniká dysfágie, poruchy motility střev a problémy s dentici (Matějovská Kubešová, 2015). Matějovská Kubešová (2015) uvádí, že přes 60 % seniorů trpí poruchami dentice vzniklé z důvodu osteoporózy, paradentózy či zanedbáním preventivních prohlídek. Zhoršená paměť, demence a jiné psychické poruchy snižují

soběstačnost jedince a ovlivňují příjem potravy, jakožto i medikamenty (Matějovská Kubešová, 2015). Malnutrice snižuje svalovou sílu, zpomaluje hojení ran, snižuje obranyschopnost, což vede k nárůstu infekcí, zejména uretritid, bronchopneumonií a dekubitů. Prevence malnutrice ve stáří spočívá v dostatečném příjmu všech živin, zvláště bílkovin, u kterých by příjem neměl klesnout pod 1 g/kg tělesné hmotnosti (Kohout, Kotrlíková, 2009).

1.9.2 Obezita

Obezitu lze definovat jako nahromadění tukové tkáně v důsledku pozitivní energetické bilance, to znamená, že jedinec přijme více energie, než je schopen spotřebovat, a ta se poté ukládá ve formě tukové tkáně (Grofová, 2007). Ve stáří ubývá svalová hmota a naopak narůstá tuková tkáň, dochází k poklesu energetického výdeje, což je následkem snížené fyzické aktivity. Snížená fyzická aktivita často souvisí s onemocněním pohybového aparátu, jako jsou artrózy a artropatie (Kalvach et al., 2004).

Důsledkem zdravotní, sociální a ekonomické situace seniora dochází ke změnám stravovacích návyků. Vlivem zdravotních změn, obzvláště problémů s denticí, jedinec mění skladbu potravin. Často omezuje zeleninu a ovoce, tudíž nastává nedostatek vlákniny, raději preferuje potraviny měkké konzistence, většinou jsou to potraviny bohaté na lipidy a jednoduché sacharidy, což vede k pozitivní energetické bilanci. S vyšším věkem stoupá množství psychických onemocnění, například deprese, která vede k sociální izolaci jedince a omezení společenských kontaktů, tudíž ke snížení fyzické aktivity, což v konečném důsledku se změnou stravovacích návyků vede k obezitě. Ekonomická situace také úzce souvisí se vznikem obezity, pokud senior žije sám, jeho finanční možnosti vyžadují kupovat potraviny nízké cenové relace, které nedosahují takové kvality. V oblasti masa a uzenin jsou to především potraviny bohaté na tuky, tudíž dochází k příjmu velkého množství energie (Hlúbik, 2007).

Obezita má 3 stupně, které se rozlišují dle BMI (body mass index). I. stupeň obezity se ve stáří posouvá z 25 na 27 a nejrizikovější pro vznik morbidit je III. stupeň obezity (Kalvach et al., 2004). Zdravotní a nutriční stav seniorů koresponduje s jejich fyzickou

aktivitou, nutricí a životním stylem. Ve stáří stoupá riziko poškození zdraví spojené s nárůstem tělesné hmotnosti, způsobené nadbytkem tukové tkáně. Při redukci tělesné hmotnosti je nutné zohlednit zdravotní stav jedince, jelikož se obezita často vyskytuje v kombinaci s diabetem mellitem, hypertenzí, artrózou atd. (Hlúbik, 2007).

1.9.3 Sarkopenie

Pojem sarkopenie je označení pro úbytek svalové hmoty, který se stupňuje s přibývajícím věkem, a zvyšuje se podíl tkáně tukové (Grofová, 2011). Od 35. roku dochází k poklesu svalové hmoty a je nahrazena hmotou tukovou. Od 50. roku klesá podíl svalové tkáně o 5 % každou věkovou dekádu, v 80 letech dochází ke ztrátě asi 60 % z původního stavu ve 30 letech. Redukce svalové hmoty postihuje svalová vlákna typu IIa a IIb, nazývajících se fázické svaly (Matějovská Kubešová, 2015).

Hlavním faktorem, který se podílí na sarkopenii je věk, dále inaktivita, malnutrice, nedostatek mikronutrientů, především magnézia a vitaminu D nebo jiné chronické onemocnění. Sarkopenie vede k poklesu pohybové aktivity, zvyšuje se počet pádů, fraktur, snižuje se respirační funkce, bazální metabolismus a glukózová tolerance. Tyto změny vedou k nesoběstačnosti starého člověka, který se stává závislým na okolí (Hrnčiariková et al., 2008). Při časném stádiu sarkopenie lze její dopady na organismus snížit správnou nutricí, obzvláště dostatečným příjmem kvalitních bílkovin a tělesnou aktivitou (Grofová, 2011).

1.9.4 Osteoporóza

„Osteoporóza je systémové onemocnění skeletu, charakterizované snížením kostní hmoty a poruchou mikroarchitektury, která vede ke zvýšenému riziku vzniku fraktur“ (D'Amelio, Isaia, 2015, s. 1). Floriánková (2014) uvádí, že osteoporózou onemocní každá třetí žena a každý pátý muž nad 50 let věku. U žen je vyšší riziko osteoporózy zapříčiněné úbytkem pohlavních hormonů v klimakteriu, u mužů je pokles postupný. Dalšími faktory

jsou životní styl, strava, genetické a rasové vlivy, přičemž nejrizikovější je bílá rasa (Stránský, Ryšavá, 2014).

Osteoporóze nepříspívá sedavý způsob života, nedostatek fyzické aktivity, kouření a nadměrný příjem alkoholu. Pro prevenci osteoporózy je nutné zajistit dostatečný příjem všech živin, zvláště vitaminu D, K, vápníku, fosforu, hořčíku a bílkovin. Vitamin D reguluje hladinu vápníku a fosforu v krvi a jejich resorpci ve střevě, dále ovlivňuje kostní mineralizaci a podílí se na stavbě kostí a zubů. U seniorské populace je problém s nízkým příjmem potravy bohaté na vitamin D a také s nedostatečnou expozicí UV záření. Je důležité zvýšit příjem rostlinných bílkovin a naopak snížit příjem živočišných bílkovin, které způsobují acidózu organismu, což vede k odbourávání vápníku z kostí (Řehořková et al., 2008).

Optimální příjem vápníku zvyšuje denzitu kostí u dětí, v dospělém věku udržuje její hladinu a u žen po menopauze zpomaluje odbourávání vápníku z kostí, je tedy důležité, aby byl dostatečný příjem vápníku již v dětském věku. Doporučená denní dávka vápníku pro seniorský věk činí 1500 mg/den, efektivněji se absorbuje menší množství vápníku, proto by měl být jeho příjem rovnoměrný po celý den. Ve večerních hodinách je aktivita buněk, které se podílí na mineralizaci vápníku nejvyšší, proto se doporučuje v tuto dobu jeho příjem zvýšit (Řehořková et al., 2008; Ryšavá, Stránský, 2014).

1.10 Domov pro seniory

„V domovech pro seniory se poskytují pobytové služby osobám, které mají sníženou soběstačnost zejména z důvodu věku a jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby“ (Holczerová, Dvořáčková, 2013, s. 10). DpS zajišťuje celoroční provoz a nabízí svým klientům komplexní péči (Malíková, 2011). DpS poskytuje svým klientům pomoc při zvládání základní péče o vlastní osobu, jako je pomoc s hygienickou péčí, zajištění stravování, ubytování a chod domácnosti, tj. žehlení, praní ložního a osobního prádla, úklid, dále poskytuje klientům vzdělávací, aktivizační a terapeutické činnosti.

(Holczerová, Dvořáčková, 2013). Klientům jsou zde poskytovány tři hlavní a dvě vedlejší jídla. Pokud má senior diabetes mellitus, dostává stravu 6x denně, tedy ještě jednu večeři navíc. DpS nabízí svým klientům různá dietní opatření. Nejčastěji je připravována racionální strava, diabetická a šetřící dieta, záleží na konkrétním zařízení. Se souhlasem klienta dietu stanoví ošetřující lékař. Klienti se stravují ve společné jídelně nebo v případě imobility na pokoji. Imobilním klientům je poskytována výpomoc s příjmem stravy, v případě potřeby i krmení. Pracovníci zařízení také sledují dodržování pitného režimu a poskytují klientům nápoje v termoskách nebo ve víčkovaných džbánech (Malíková, 2011).

2. CÍLE PRÁCE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY

2.1 Cíl práce

Cíl: Zmapovat rozdíly ve stravování u seniorů žijících v domácnostech a v domovech pro seniory.

2.2 Výzkumné otázky

Výzkumná otázka č. 1:

Jak se liší dodržování pravidelnosti ve stravování u seniorů žijících v domácnosti a v domovech pro seniory?

Výzkumná otázka č. 2:

Jaká je konzumace ovoce a zeleniny u seniorů žijících v domácnosti a v domovech pro seniory?

Výzkumná otázka č. 3:

Jaká je konzumace potravin bohatých na živočišné tuky u seniorů žijících v domácnostech a v domovech pro seniory?

Výzkumná otázka č. 4:

Jak se liší dodržování pitného režimu u seniorů žijících v domácnostech a v domovech pro seniory?

3. METODIKA

3.1 Metodika výzkumu

Výzkumná část mé bakalářské práce byla zpracována pomocí kvalitativního výzkumného šetření. Data byla získána pomocí polostrukturovaného rozhovoru, kterého se zúčastnili senioři žijící v domácím prostředí a senioři žijící v DpS v okrese Pelhřimov. Z důvodu zachování anonymity záměrně neuvádím bližší informace o DpS, kde byl výzkum realizován.

Před zahájením rozhovoru byli respondenti seznámeni s účelem výzkumného šetření a ujištěni o anonymitě rozhovoru. Rozhovory probíhaly v soukromí v domácnostech seniorů a v případě respondentů z domova pro seniory na jednotlivých pokojích. Rozhovor se skládal z 8 základních okruhů, které tvořily předem připravené otázky. První okruh se zabýval dietním opatřením. Druhým tématem byla pravidelnost, časové intervaly mezi jídly a jednotlivé chody během dne. Třetí okruh se týkal konzumace ovoce a zeleniny u seniorské populace, čtvrtá část rozhovoru se zabývala konzumací rostlinných a živočišných tuků. Pátým tématem byl pitný režim, šestý okruh obsahoval různé skupiny potravin: maso, ryby, přílohy, ořechy, uzeninu, luštěniny, pochutiny a mléčné výrobky. Sedmým tématem byl nákup potravin. V této části se některé otázky pro respondenty pobývající v domově pro seniory a pro respondenty žijící v domácnosti lišily. Poslední část se týkala osobních otázek a i zde se některé otázky lišily. Okruhy a otázky jsou uvedeny v příloze č. 1.

Rozhovory byly se souhlasem respondentů nahrávány na diktafon a následně doslovně přepisovány a upravovány do spisovné češtiny. Z důvodu obsáhlosti jsou přepisy rozhovorů uvedeny v příloze na CD. Pro lepší přehlednost v textu byly jednotlivé rozhovory očíslovány R1 - R8 (senioři žijící v domácím prostředí) a R9 - R16 (senioři žijící v domově pro seniory). Analýza získaných dat proběhla pomocí metody „tužka, papír“ a poté následovalo seřazení dat do jednotlivých podkategorií a kategorií (Švaříček, Šed'ová, 2007). Technika kódování je uvedena v příloze č. 2.

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

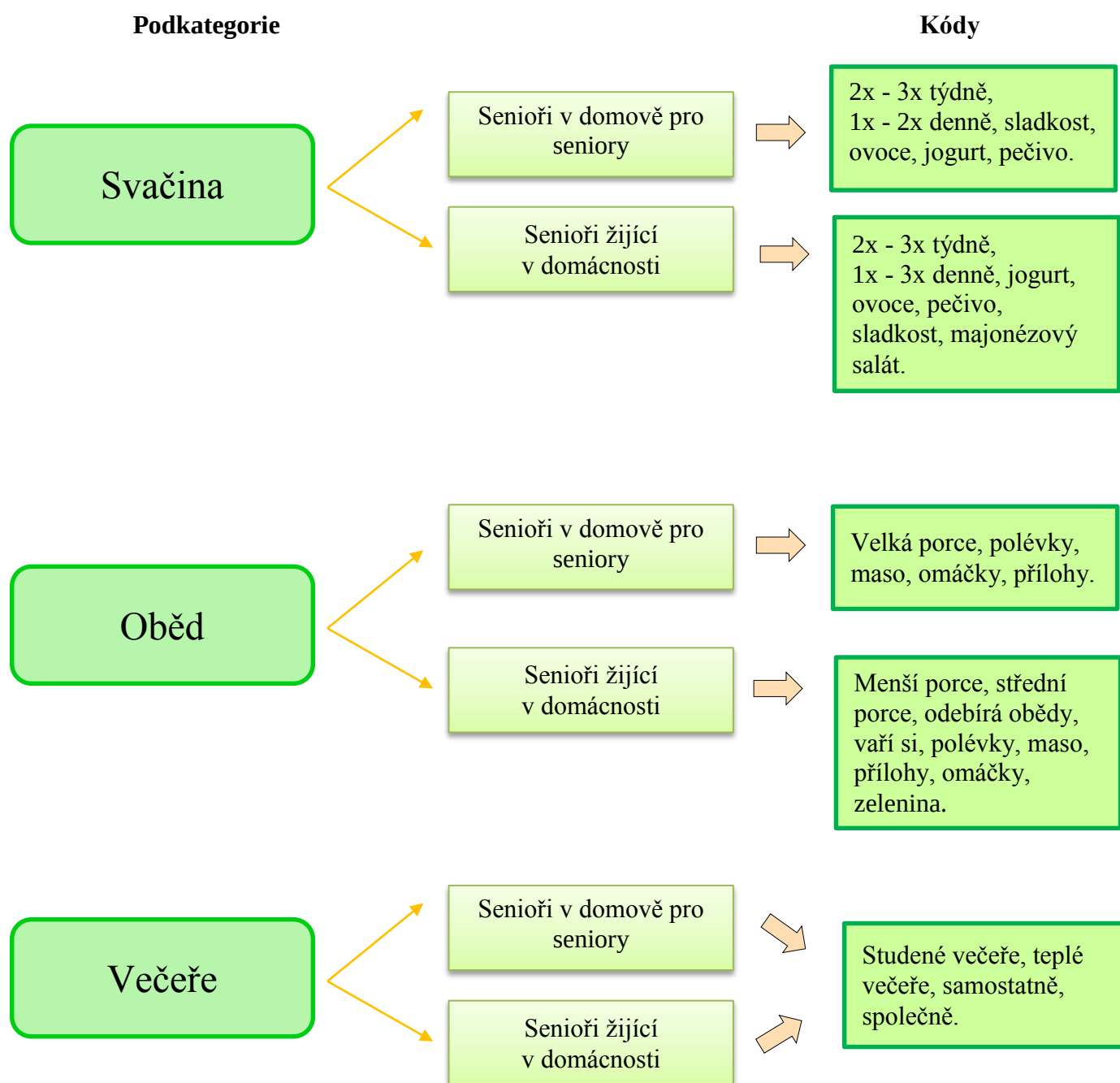
Výzkumný soubor tvořilo celkem 16 seniorů, z toho 9 žen a 7 mužů ve věku 65 - 92 let. Z toho 8 seniorů žije v domácnosti, 3 žijí osamoceně a ve společné domácnosti žije 5 seniorů. Zbylých 8 respondentů žije v domově pro seniory. K výběru respondentů byla použita metoda prostého záměrného (účelového) výběru. Tato metoda „*spočívá v tom, že bez uplatnění dalších specifických metod či strategií vybíráme mezi potenciálními účastníky výzkumu toho, který je pro účast výzkumu vhodný a současně s ní také souhlasí.*“ (Miovský, 2006, s. 136). Výzkum byl realizován v okrese Pelhřimov v období od 22. 2. 2016 do 7. 3. 2016.

4. VÝSLEDKY

4.1 Kategorie - Stravovací zvyklosti

Schéma 1: Stravovací zvyklosti





Kategorie „Stravovací zvyklosti“ se týká rozložení stravy během dne u seniorské populace. V této kategorii bylo vytvořeno pět podkategorií: Pravidelnost, Snídaně, Svačina, Oběd a Večeře.

4.1.1 Pravidelnost

Tato podkategorie se zabývá frekvencí pokrmů během dne u seniorů. Pro seniory žijící v DpS byly vytvořeny kódy: 3x - 4x denně a 5x denně. 3x - 4x denně se stravuje malé množství respondentů, příkladem je R15, který na otázku týkající se frekvence stravování odpověděl: „*Tak 4x denně. Snídaně, oběd, svačina a večeře.*“ Naopak většina seniorů žijících v DpS se stravují 5x denně. Například R14 uvedla: „*Pořád, hlavní jídla máme ráno, v poledne, večer a mezitím máme 2 svačiny.*“ V podobném duchu odpověděla i R11, která řekla: „*No, já jsem byla zvyklá jíst 3x denně, ale tady je to 5x denně.*“

U seniorů žijících v domácnosti byly vytvořeny stejné kódy jako u seniorů žijících v DpS, pouze byl přidán jeden kód navíc: 3x - 4x denně, 5x denně a nepravidelně. Pouze minimum respondentů žijících v domácím prostředí se stravuje 5x denně, příkladem je odpověď R1: „*Asi 5x denně. Ráno snídám, poté mám svačinu pak oběd, zase svačinu a jako poslední je večeře.*“ Oproti tomu R5 uvedla: „*No, tak ráno, v poledne, večer. Nesvačím, ale někdy ke svačině zakousnu něco lehkého.*“ Podobně odpověděla i R7: „*Snídám, někdy chytanu nějaké ovoce jako svačinku, oběd a pak až navečer.*“ Pouze R3 se stravuje nepravidelně: „*Podle potřeby. Oběd mám v práci pravidelně. No, ráno vstávám někdy v 8, někdy v 9, někdy v 10 hodin, dám si snídani nebo svačinu a večeře je většinou studená, jak kdy. No, víceméně celý den něco utrhávám. Je to naprosto nepravidelné.*“

Dalším tématem této podkategorie byly časové intervaly mezi jednotlivými jídly. Pro respondenty žijící v DpS byly vytvořeny kódy: 1,5 - 2 hodiny a 3 - 4,5 hodiny. Oba kódy se v odpovědích vyskytovaly většinou společně, ale o něco více byl zahrnován kód 3 - 4,5 hodiny, například R9 uvedl: „*No, tak v 8 hodin máme snídani, ve 12 hodin oběd, večeře je v půl 6.*“ R10 se vyjádřila takto: „*Kolem 8 přinesou snídani, potom tak do těch půl 10 přinesou čaj, tak si k tomu něco vezmu. Potom je oběd, oni mně to nosí nahoru. Kdo nemůže dolů, tak nám nosí jídlo, to přinesou tak kolem půl 12, no a odpoledne kolem půl 3 svačím, no a mezi 5 a čtvrt na 6 nosí večeři.*“

Pro seniory žijící v domácnosti byly vytvořeny kódy s větším časovým intervalem: 1 - 3,5 hodiny a 4 a více hodin. Pouze R4 má vždy delší intervaly mezi jednotlivými jídly

než 4 hodiny: „*Ono je to různé, snídám mezi 7. a 8. dopoledne a obědvám v poledne a večer mezi 5. a 6. hodinou.*“ Oproti tomu R6 odpověděla: „*No, tak asi ty 3 hodiny.*“ Podobně se vyjádřila i R7: „*Jo, tak to já nevím, v kolik vstanu, tak ráno jistě jím nejdříve v 8 hodin, tak ty 2 - 3 hodiny, pak asi 2 hodiny. No, a pak asi ty 3 hodiny, no a ještě pak někdy něco večer chytnu.*“ Skoro u poloviny respondentů se oba kódy prolínají, pro ukázkou uvádím výpověď R3: „*Každý den jiné. Někdy hodinu a někdy 5 hodin a více.*“ A R2: „*No, snídám v 8 hodin, obědvám v půl 12, pak mám svačinku, tak v půl 4, a večere je v 5 hodin.*“

4.1.2 Snídaně

Ve výše uvedené podkategorii je zmiňována skladba snídaně a také zda senioři snídají samostatně či v přítomnosti jiné osoby. Ohledně složení snídaně byly pro seniory žijící v DpS stanoveny kódy: pečivo, buchty a ovoce. Všichni respondenti žijící v DpS konzumují k snídani pečivo. Na otázku: „*Co obvykle míváte k snídani?*“, odpovídali respondenti dosti podobně, R9 uvedl: „*Krajíček chleba, rohlík, čaj k tomu trošičku másla a džem anebo sýr.*“ Podobně odpověděla i R14: „*Kávu nebo kakao a rohlík a krajíček chleba s něčím, třeba se sýrem nebo s pomazánkou a někdy máslo a džem.*“ R11 odpověděla: „*Rohlík, kafičko nebo housku, no různé pečivo. Pak máslo nebo sýry nebo někdy dokonce nějakou šunku. Tady je to opravdu pestré.*“ Pouze R16 konzumuje k snídani pečivo i ovoce: „*No, pečivo s máslem a pomeranč k tomu.*“ R15 uvedl, že 2x do týdne má k snídani buchty: „*Ponejvíc je paštika játrová nebo kuřecí nebo je hodně salám, sýr. A k tomu chleba nebo rohlíky. A 2x do týdne jsou buchty k snídani, ve středu a v neděli.*“

Pro seniory žijící v domácnosti byly použity pouze dva kódy: pečivo a sušenka. Kromě R3, který uvedl: „*Většinou vezmu sušenku, když jedu do práce, a sním to po cestě.*“, jí zbylá část výzkumného souboru k snídani pečivo, příkladem je R1: „*Chleba s medem a máslem. Výjimečně někdy mívám také rohlík.*“ Také R4 konzumuje pečivo: „*Obvykle mívám buď rohlík, anebo chleba a džem, mám rád sladké. A když mám sladký oběd, tak mám k snídani sýr.*“

K objektivnímu zjištění, zda senioři snídají sami či nikoliv, bylo nutné vytvořit následující kódy: samostatně a společně. Seniorům, kteří se nacházejí v DpS, byly přiděleny kódy: samostatně a společně. Velký podíl respondentů snídá sám, R12 přiznal, že dříve snídál v blízkosti druhé osoby, ale nyní snídá sám: „*Snídal jsem s jednou paní, ale ta už teď nechodí, tak jsem u stolu sám.*“ Sám snídá také R9: „*Sám, protože kolega, co se mnou sedí v poledne a večer, tak tomu nosí snídani na pokoj.*“ Naopak R14 uvedla: „*Tady snídám na pokoji s paní.*“ I R15 má při snídání společnost: „*Snídám na jídelně s manželkou.*“

Pro seniory žijící v domácím prostředí byl vytvořen pouze jeden kód: samostatně. Jednoznačně se všichni respondenti žijící v domácnosti shodli na tom, že snídají sami bez přítomnosti druhé osoby, a to i senioři, kteří žijí ve společné domácnosti. Pro příklad uvádím odpověď R4, který řekl: „*Většinou sám. Manželka vstává dále, poněvadž ona ráda spí.*“ Podobně se vyjádřila i R5: „*Sama, protože manžel už je dávno po snídání.*“

4.1.3 Svačina

Podkategorie „Svačina“ se zabývá četností a skladbou svačin. Pro zjištění informací ohledně frekvence svačin byly pro seniory, kteří žijí v DpS, použity následující kódy: 2x - 3x týdně a 1x - 2x denně. Velký podíl respondentů konzumuje svačinu pravidelně. Například R10 říká: „*Každý den, dopoledne a odpoledne.*“ R13 přiznává: „*Jen dopoledne.*“ Naopak R14 svačí pouze odpoledne, jak sám vypovídá: „*Jednou denně odpoledne.*“ Oproti tomu R11 uvedla, že svačí pouze několikrát do týdne: „*No, tak 2x - 3x za týden.*“ Na upřesňující otázku: „*Svačinu si dáváte dopoledne nebo odpoledne*“, se vyjádřila takto: „*Odpoledne si dávám akorát kafičko.*“ V podobném duchu odpověděl i R12: „*Dopoledne ne, ale odpoledne někdy jo.*“ Na doplňující otázku: „*Kolikrát za týden máte svačinu?*“, reagoval slovy: „*No, tak 3x za týden, asi.*“

Seniorům žijícím v domácím prostředí byly přiděleny dva kódy: 2x - 3x týdně a 1x - 3x denně. V polovině odpovědí zaznělo, že respondenti nesvačí každý den, ale pouze párkrát do týdne. Dotazovaný R2 vyjádřil svůj názor následovně: „*Tak 2x, 3x za týden.*“ Stejně odpověděla i R1: „*Asi 2x - 3x týdně.*“ R6 odpověděla na otázku ohledně četnosti

svačin následovně: „*Dopoledne i odpoledne. Já si většinou kupuji, když jdu nakupovat, kaiserku a černou kávu si někdy dělám.*“ R3 mívá svačinu dokonce 3x denně: „*Dopoledne, odpoledne a ještě večer před spaním.*“

Co se týká složení svačiny, byly respondentům žijícím v DpS přiřazeny kódy: sladkost, ovoce, jogurt a pečivo. Sladkou pochutinu si k svačině dopřává pouze malé množství seniorů. Například R12 řekl: „*No tak, já svačím s jednou paní, já za ní chodím sem. Dáváme si kávu a kousek dortu.*“ R13 také konzumuje k svačině sladkosti, sama přiznala: „*To se střídá. Nejčastěji je nějaká ta sušenka nebo sladkost.*“ Naopak R16 hovořil pouze o pečivu: „*Chleba s máslem.*“ R15 se zmínil o jogurtu: „*No, různě. Jenom jogurt nebo pudink.*“ U ostatních respondentů se výpovědi prolínaly, pro příklad uvádím odpověď R11: „*Někdy je to pudink, pokaždé je to něco jiného. Co mi přijde do ruky. Zrovna teď tam mám velikánský pomeranč.*“ Ve stejném stylu odpověděla i R14: „*Bud' nějaký jogurt nebo pudink nebo nějaké ovoce. To je skoro ke každému jídlu.*“

Senioři, kteří žijí v domácím prostředí, dostali stejné kódy jako senioři žijící v DpS s výjimkou jednoho kódu, vypadají následovně: sladkost, ovoce, jogurt, pečivo a majonézový salát. Na otázku: „*Co obvykle míváte k svačině?*“, odpovídali respondenti velmi různorodě a často se i v jedné výpovědi vyskytlo více kódů. Příkladem je R7, která uvedla: „*Dopoledne v 11 hodin si dám nějaké to ovoce*“. Na dotaz: „*Co máte k odpolední svačině?*“, dodala: „*Chleba s něčím anebo ke kafičku kousek buchty, ale jen takovou domácí, neslazenou.*“ Nebo R1, která odpověděla: „*Jogurt nebo banán, nějaké ovoce. Nebo ještě mrkev s jablkem mám ráda, to si dělám tak 2x týdně.*“ Jogurt preferuje i R2: „*Někdy si dám k svačině jogurt, jinak nesvačím.*“ O majonézovém salátu hovořil pouze R3: „*Většinou co mi zbyde z večera, pečivo buchtu, salát s majonézou, pomazánku z Penny Marketu.*“

4.1.4 Oběd

Tato podkategorie znázorňuje mnoho informací týkající se problematiky obědů. Nejprve byly stanoveny kódy, které se zabývaly velikostí obědů. Senioři žijící v DpS mají dostatečné porce obědů, proto byl vytvořen pouze jeden kód: velká porce. Všichni

dotazovaní jednoznačně odpověděli, že jsou porce obědů dostatečné. Na otázku: „*Je pro Vás porce oběda dostatečná?*“, často odpověděli, že mají problém celou porci sníst. Odpověď R12 zněla: „*Je až moc, všechno ani nesním.*“ Podobně se vyjádřil i R9: „*Určitě, někdy to ani nesním. Já jsem takový slabší jedlík.*“

Naopak senioři žijící v domácnosti měli opačný problém. Jejich porce jsou menší či střední velikosti. Proto byly vytvořeny kódy: menší porce a střední porce. Dvě respondentky uvedly, že mívají menší porce oběda, příkladem je R1, která na otázku: „*Jak velká je porce Vašeho oběda?*“, poznamenala: „*Já si беру menší a manželovi dávám větší. Nevím, asi malý plátek masa. Nevím, jak bych to odhadla, asi 100 gramů.*“ Naopak R8 uvedla, že má větší chuť k jídlu než dříve: „*No, teď jím dost. Sním 4 pěkné knedlíky. Celý život mi nechutnalo jíst jako teď.*“ Podobně odpověděl i R2: „*Taková normální, ne moc velká. Plátek masa, tři, čtyři knedlíky nebo brambory nebo rýži. Ale moc toho nesním.*“ Téměř totožný názor jako předchozí respondent uvedl i R4: „*Moc teda ne, ty mladí toho snědí mnohem víc. Já už toho tolik nesním, ale ty tři, čtyři knedlíky, rýže asi tak 5 polévkových lžic.*“

Pro seniory žijící v domácím prostředí byly navíc stanoveny kódy: odebírání obědů a vaří si. Tyto kódy znázorňují, zda respondenti odebírají obědy nebo si raději vaří vlastní pokrmy. První polovina respondentů si pouze vaří a druhá polovina respondentů kombinuje odebírání obědů s domácí stravou. R4 preferuje domácí stravu: „*Sami si vaříme.*“ Naopak R1 kombinuje vaření vlastních jídel s odběrem obědů a na otázku: „*Vaříte si sama nebo odebíráte obědy?*“, odpovídá: „*Někdy sama, někdy si vezmu oběd.*“ Na doplňující otázku: „*Jak často tedy odebíráte obědy?*“, doplňuje: „*Asi 4x týdně.*“

Co se týká skladby obědů, byly pro obě skupiny použity stejné kódy: polévky, maso, přílohy a omáčky. Pouze pro seniory žijící v domácnostech byl přidělen jeden kód navíc, tím kódem je zelenina. Kódy se velmi často vyskytují společně a odpovědi jsou velice stejnorodé. Dotazovaný R9 vyjádřil svůj názor následovně: „*Běžná jídla, polévku, maso, omáčky.*“ Někteří dotazovaní žijící v DpS uváděli, že mívají velmi často k obědu kuřecí maso a omáčky, příkladem je R10: „*No, je to různé. Někdy je to opravdu dobré a někdy je to, to víte, jak se kdy povede. Jsou často omáčky a často je kuřecí maso a občas*

je plátek vepřový nebo tak, no. Taky nám jednou za čas dělají vepřo knedlo zelo.“ Naopak R8 kuřecí maso preferuje: *„Maso, brambory, těstoviny, knedlíky dělám tak 1x za 14 dní. Kuře mám nejraději na různé způsoby.“* R5 zahrnuje do své výpovědi téměř všechny kódy: *„No, různě. Omáčky s něčím, rýží, těstoviny, knedlík, brambor, já tedy mám nejraději bramborový knedlík. Maso taky, někdy řízečky smažené, no žampiony smažené. No, ovoce, zeleninu to jako taky, květák, brokolici.“*

4.1.5 Večeře

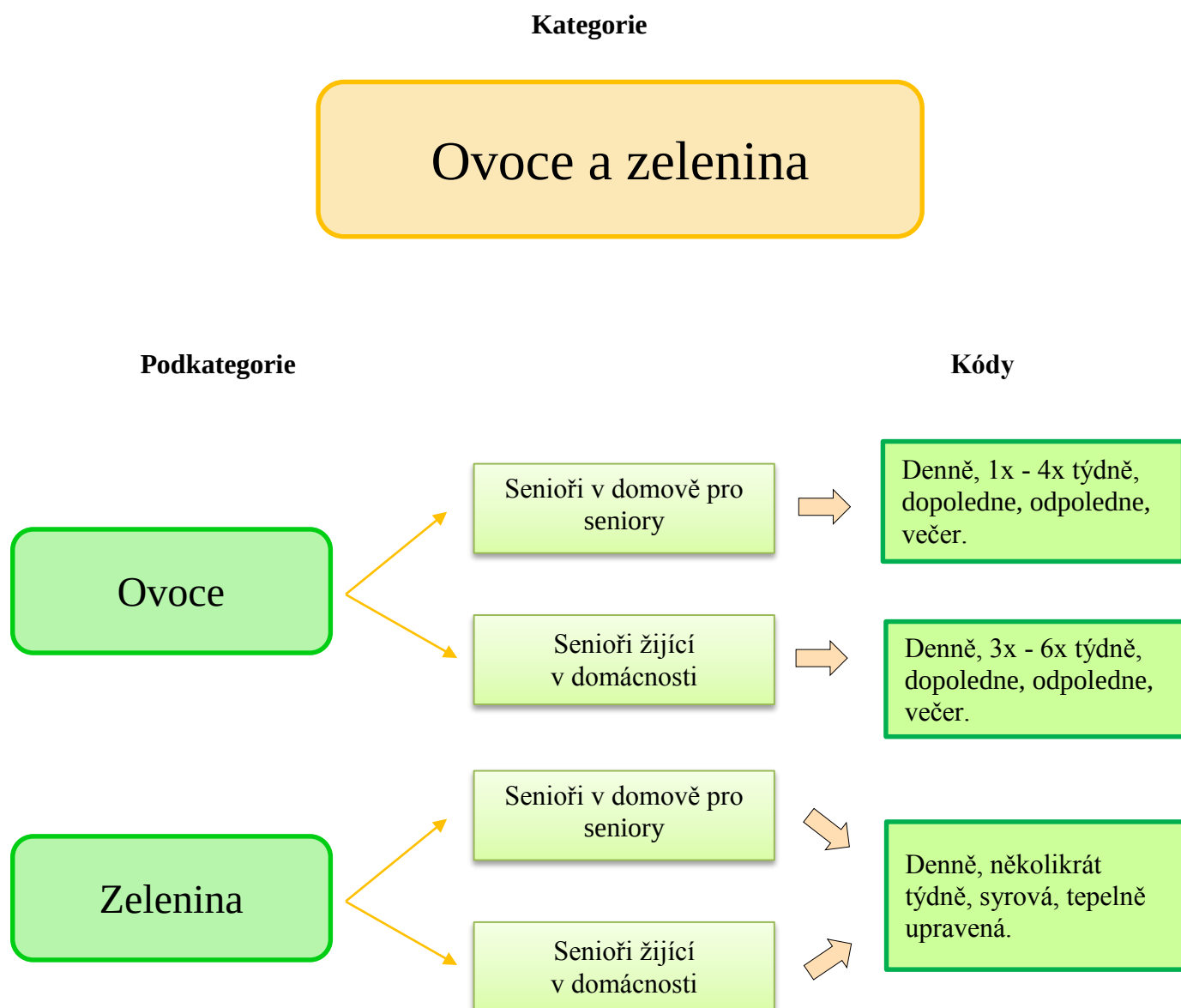
Poslední podkategorií „Stravovacích zvyklostí“ je položka nazvaná „Večeře“. Pro obě skupiny byly vytvořeny stejné kódy: teplé večeře, studené večeře, samostatně a společně. U seniorů žijících v DpS převládala kombinace kódů: teplé a studené večeře. Respondenti mluvili o tom, že se teplé a studené večeře střídají. R9 řekl: *„Asi 3 dny v týdnu máme teplé večeře a ostatní studené.“* R14 přiznala: *„Někdy je jenom nějaká polévka. Třeba včera jsme měli klobásu s bramborem anebo jen krajíc chleba.“*

Z většiny rozhovorů vyplynulo, že senioři žijící v domácnosti mívají studené večeře, jak uvedl R2: *„Různě, ponejvíc chleba s máslem, rybičky nebo tvaroh nebo sýr. Uzeninu moc nemáme, to už jsem jako vynechal.“* V podobném duchu odpovídala i R6: *„Bud' jogurt a rohlík nebo topinky nebo chleba s máslem a rajče nebo ředkvičky. Zásadně nekupuji uzeniny, to jen opravdu výjimečně, a sýry mám ráda hodně.“*

Z obou skupin přesně polovina respondentů konzumuje večeři za přítomnosti druhé osoby a druhá polovina jí osamoceně. R10 přiznala: *„Já jsem na pokoji sama, takže vždycky jím sama.“* R3 se svěřil: *„Zase sám. Já jsem rozvedený, jsem sám a mám akorát psa. A občas s vnukem, když za mnou přijde.“* Naopak R9 uvedl: *„Zase ve dvou, jako při obědě.“* Také R5 se zmiňuje o tom, že pokud je doma, tak večeří společně s manželem: *„Většinou s manželem, když někde nejsem.“*

4.2 Kategorie - Ovoce a zelenina

Schéma 2: Ovoce a zelenina



Druhá kategorie „Ovoce a zelenina“ řeší problematiku týkající se konzumace ovoce a zeleniny u seniorů žijících v DpS a seniorů žijících v domácnosti. Celkem jsou dvě podkategorie: Ovoce a Zelenina.

4.2.1 Ovoce

Tato podkategorie se zabývá frekvencí konzumace ovoce v průběhu jednoho týdne a řeší denní dobu, ve které dochází ke konzumaci ovoce. Ohledně četnosti konzumace ovoce byly seniorům žijícím v DpS vytvořeny kódy: denně a 1x - 4x týdně. Přesně polovina respondentů žijících v DpS konzumuje ovoce každý den. Pro příklad uvádím odpověď R15: „*Každý den. Třeba dneska jsem měl pomeranč. Nebo máme k obědu kompot.*“ Také R14 konzumuje ovoce každý den: „*Každý den, buď máme pomeranč, nebo banán.*“ Naopak R11 jí ovoce pouze 3x týdně: „*No, asi tak 3x za týden.*“ Podobně se vyjádřil i R12: „*No, každý den ne. Tak 3x - 4x za týden.*“ R9 konzumuje ovoce pouze 1x týdně, jelikož má dialýzu a zároveň mu ovoce moc nechutná. Sám přiznává: „*Moc často ne, minimálně. Já ho nemohu, je tam nějaká látka, co nesmím.*“ Dále dodává: „*Že by mi nějak zvlášť chutnalo, to ne, ale říkám si, musím alespoň za ten týden ten jeden banán sníst.*“

Seniorům žijícím v domácnosti byly stanoveny kódy: denně a 3x - 6x týdně. Většina respondentů se shodla na tom, že ovoce konzumují každý den. R2 konzumuje ovoce dokonce několikrát denně: „*Ovoce konzumuji často. Denně minimálně 2 jablka, pomeranč nebo hroznové víno.*“ R4 se zmínil, že jeho syn vlastní Zeleninu: „*Ovoce ano, poněvadž syn má Zeleninu.*“ Uvedl, že ovoce jí 6x týdně: „*Skoro denně. Tak 6x za týden.*“ Oproti tomu R3 má o dost nižší konzumaci ovoce. Na otázku: „*Konzumujete ovoce?*“, odpověděl: „*Moc ne.*“ A vzápětí doplnil: „*3x za týden. Dneska mám zrovna banán.*“

Na zjištění problematiky týkající se denní doby, kdy senioři konzumují ovoce, byly použity pro obě skupiny stejné kódy: dopoledne, odpoledne a večer. U respondentů pobývajících v domovech pro seniory se nejčastěji odpovědi prolínaly. Senioři hovořili o tom, že si ovoce nedávají pořád ve stejnou denní dobu, ale je to závislé na chuti. Pro příklad uvádím odpověď R15: „*Někdy mám chuť odpoledne, někdy večer, to je různé.*“ A R11: „*Někdy dopoledne a někdy odpoledne podle toho, jak mě to napadne.*“ Žádný respondent žijící v DpS neuvedl, že by konzumoval ovoce pouze dopoledne.

Zato senioři žijící v domácnosti nejčastěji odpovídali, že konzumují ovoce v dopoledních hodinách. Například R7 jedla ovoce dříve ve večerních hodinách, ale na

radu lékaře jí ovoce pouze dopoledne: „*No, po večeři jsem si dříve dávala ovoce, ale to mi lékař zatrhl, že je lepší jíst ovoce dopoledne.*“ Další respondenti uvedli, že konzumují ovoce ve večerních hodinách. R5 konzumuje ovoce až po večeři: „*Po té večeři, mezi tou 6. až 7. hodinou.*“ Ve stejném duchu odpověděla i R6: „*Většinou hodinku, půl hodinky po té večeři.*“

4.2.2 Zelenina

Podkategorie nazvaná „Zelenina“ řeší frekvenci konzumace zeleniny a také zda senioři konzumují syrovou zeleninu či volí tepelnou úpravu zeleniny. Pro obě skupiny byly stanoveny stejné kódy. Pro četnost to jsou kódy: denně a několikrát týdně. Velká část respondentů pobývajících v DpS odpověděla, že konzumují zeleninu každý den. Nejčastěji uváděli, že mívají zeleninové polévky. Na otázku: „*Jak často konzumujete zeleninu?*“, R10 odpověděla: „*V polévce je denně, tuhle jsme měli špenát.*“ Podobně odpověděla i R11: „*Skoro každý den k obědu je v něčem zelenina. Hlavně v polévkách je zelenina pokaždé.*“ Naopak R14 zeleninu nekonzumuje každý den: „*No, mám ji ráda, ale tady si ji moc nedávám.*“, vzápětí dodává: „*Konzumuji ji spíše v jídle, ale v jídle každý den není. Spíše je v polévkách.*“ R12 má zakázané některé druhy zeleniny z důvodu antikoagulační léčby, proto konzumuje zeleninu méně než ostatní respondenti: „*Tak 3x týdně. ...Já moc zeleninu nemůžu kvůli té dietě. Mívám tu mrkev, třeba špenát nesmím.*“

Senioři žijící v domácnosti naopak velice často hovořili o méně časté konzumaci zeleniny. R5 přiznala: „*No, zeleninu každý den ne. Tak 3x za týden.*“ R7 uvedla: „*Někdy k obědu, tak 4x za týden.*“ R4 konzumuje zeleninu pouze 2x týdně: „*No, každý den ne, podle sezony. ...Tak asi 2x týdně.*“ Méně než polovina respondentů konzumuje zeleninu každý den, jedním z nich je R1: „*Myslím si, že každý den trochu něčeho. Mrkev určitě každý den, většinou si ještě přidám trochu kysaného zelí.*“

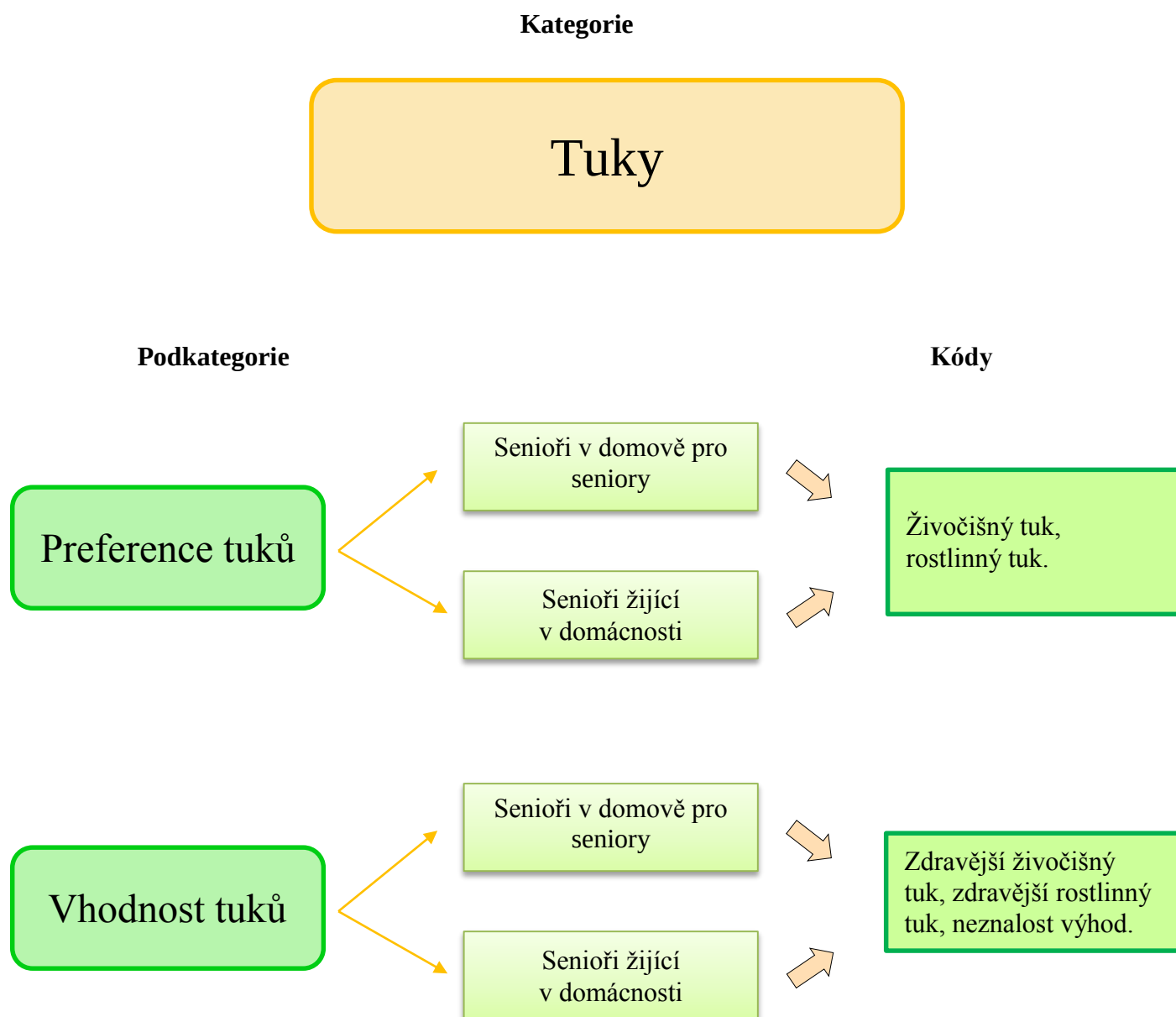
Abychom zjistili, zda senioři preferují tepelně upravenou zeleninu či zeleninu v syrovém stavu, byly vytvořeny kódy: syrová a tepelně upravená. Tyto kódy byly stejné pro obě dvě skupiny respondentů. Senioři žijící v DpS velice často uváděli oba kódy současně. Například R9 odpověděl: „*Zelenina je v tom jídle a někdy nám dávají rajče,*

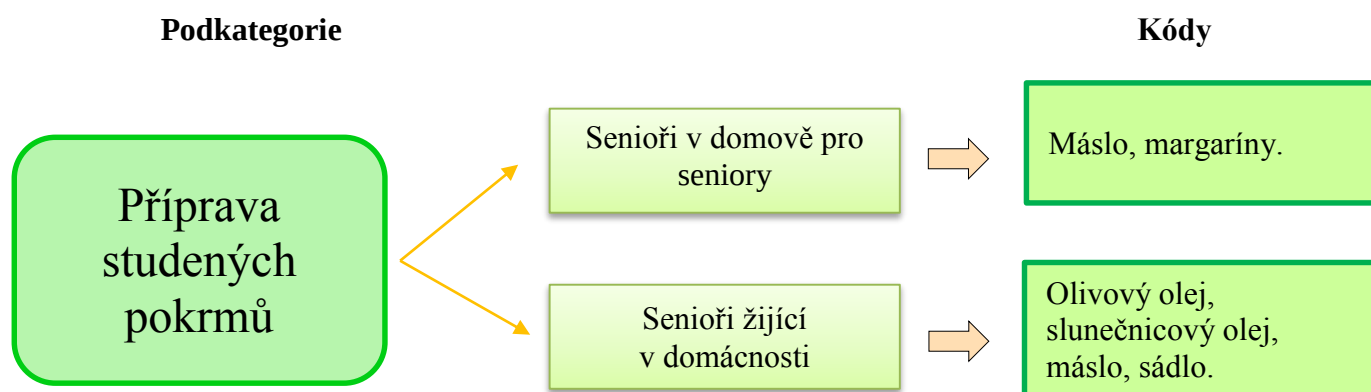
když je studená večeře.“ Velmi podobně se vyjádřil i R15: *„K obědu mám na misce zelí a v jídle je hodně zeleniny. A když máme na něco chuť, tak si to můžeme dokoupit v bufetu.*“ Oproti tomu R16 konzumuje pouze zeleninu tepelně upravenou, sám přiznal: *„Já syrovou zeleninu nejím, jenom v jídle.* R10 má problémy s chrupem, tudíž je pro ni obtížné konzumovat syrovou zeleninu: *„No, nemůžu ji rozkousat. Třeba když je udělaná mrkev dušená jako jídlo nebo tak, to sním.*“

Naopak polovina respondentů žijících v domácnosti se zmínila o konzumaci syrové zeleniny. Příkladem je R4, který řekl: *„Syrovou, já tu vařenou nemám rád.*“ Ve stejném duchu odpověděla i R6: *„Syrovou, dělám si saláty.*“ Druhá polovina respondentů uvedla kombinaci obou kódů. Například R1 uvedla: *„Zeleninu upravuji i syrovou konzumuji.*“ Na doplňující otázku: *„Jak ji upravujete?“*, odpověděla: *„Tak dušením nebo i vařením, ale někdy ji osmahnu na másle trošičku.*“ Odpověď R3 zněla následovně: *„Když ji někdo za mě upraví, tak upravenou, ale většinou syrovou. Třeba to zelí nebo ty papriky.*“

4.3 Kategorie - Tuky

Schéma 3: Tuky





Třetí kategorie „Tuky“ řeší problematiku živočišných a rostlinných tuků a jejich jednotlivých druhů. Této kategorii náleží tři podkategorie: Preference tuků, Vhodnost tuků a Příprava studených pokrmů.

4.3.1. Preference tuků

Kategorie nazvaná „Preference tuků“ řeší, který tuk senioři upřednostňují. U této podkategorie byly ustanoveny pro obě skupiny respondentů pouze dva kódy: živočišný tuk a rostlinný tuk. Senioři pobývajících v DpS dávají ve většině případů přednost živočišným tukům. Pro příklad uvádím odpověď R15: „Živočišné. Mám rád i tlusté maso.“ Stejný názor má i R14: „Já bych preferovala máslo a sádlo. Tady nám většinou dávají máslo a i v jídelníčku pší brambory maštěné máslem.“ R11 volí kombinaci rostlinných i živočišných tuků: „Mám ráda máslo a margaríny také snesu, ale sádlo také. To je tak všeho chuť.“ R9 zastává jiný názor: „Co jsem byl doma, tak výhradně rostlinné Ramu a Flóru. Tady v domově pro seniory to neovlivním.“

Senioři žijící v domácnosti nejčastěji hovořili o kombinaci živočišného a rostlinného tuku. R1 odpověděla: „Já používám jak rostlinné, tak živočišné. Já to tak nějak kombinuji.“ Podobně zněla i odpověď R4: „Obojí, třeba když děláme bramborák, tak to děláme na sádle, pochopitelně. Řízky děláme třeba napůl, Ceres a doleji tam olej. Kombinujeme to jako.“

4.3.2 Vhodnost tuků

Tato podkategorie je zaměřena na informovanost seniorů o účincích rostlinného a živočišného tuku na zdraví. Pro obě skupiny byly stanoveny stejné kódy: zdravější živočišný tuk, zdravější rostlinný tuk a neznalost výhod. Respondenti nacházející se v DpS častěji mluvili o tom, že je zdravější rostlinný tuk. „*No já si myslím, že rostlinný.*“, udal R16 a stejný názor má i R9: „*No, pro mě určitě rostlinný tuk.*“, dále dodal: „*Protože já chodím už dost dlouho na dialýzu a tam to prostě vyžadují, že to tomu organismu dělá dobře.*“ R11 se domnívá, že záleží na situaci: „*No, já si myslím, že někdy je zdravější živočišný tuk a někdy rostlinný tuk. Myslím si, že chleba je lepší namazat skoro vždy máslem. A když se má něco přimastit, tak na to stačí ten tuk. Já používám obojí.*“ Pouze R14 si myslí, že je zdravější živočišný tuk: „*Já nevím. Já jsem z té staré školy a já bych řekla, že živočišný.*“ Žádný z respondentů nedokázal vysvětlit, proč je zdravější ten či onen tuk, proto byl vytvořen kód: neznalost výhod.

Respondenti žijící v domácnosti naopak nejčastěji uváděli, že nevědí, který tuk je zdravější. R5 odpověděla: „*No, pokaždé se tvrdí něco jiného. Jednou se tvrdí, že sádlo ne a oleje ano a pak se to tvrdí obráceně, takže těžko říct.*“ Ani R2 nevěděl, který tuk je zdravější: „*V tom se tak nevyznám, nevím.*“ Naopak R1 si myslí, že zdravější je živočišný tuk: „*Já si myslím, že je zdravější spíše živočišný tuk.*“ Rostlinný tuk považuje za zdravější R6: „*Myslím si, že je zdravější rostlinný tuk.*“ Stejně jako v předchozím případě žádný respondent nedokázal říci, proč je vybraný tuk zdravější.

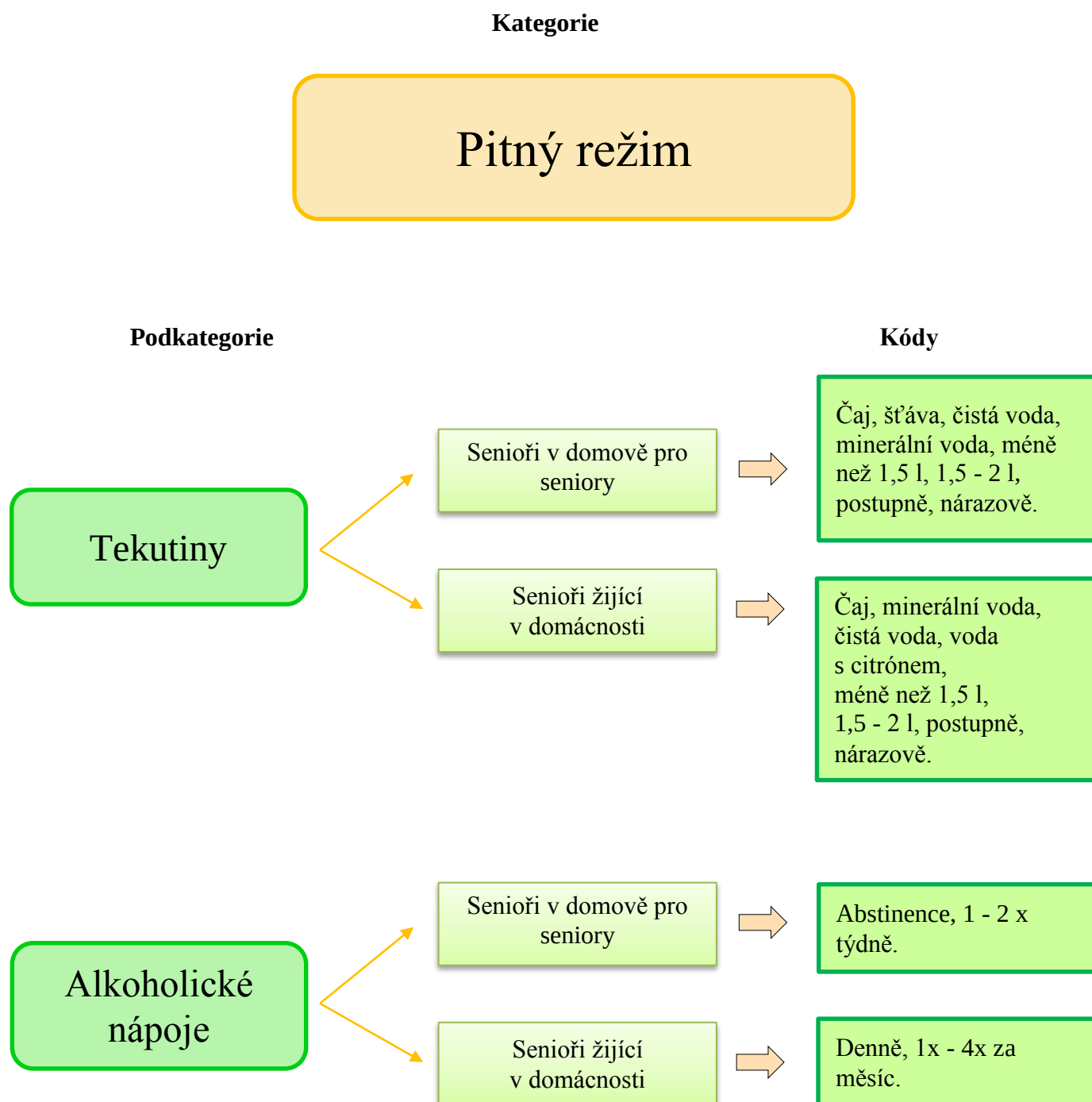
4.3.3 Příprava studených pokrmů

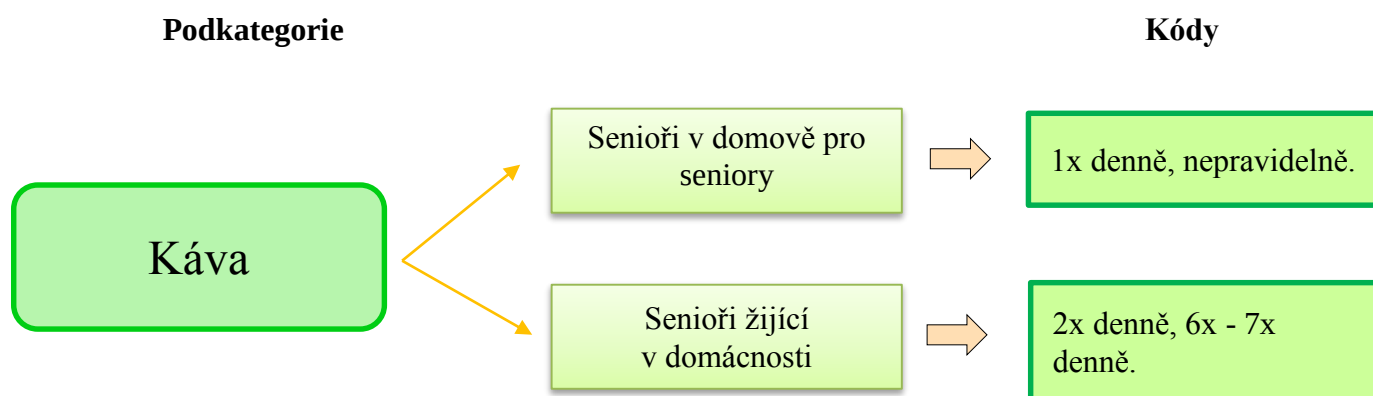
Kategorie „Příprava studených pokrmů“ se zajímá o konkrétní druh tuku, který senioři využívají při přípravě studených jídel. Pro seniory žijící v DpS byly použity následující kódy: máslo a margaríny. Pouze malá část seniorů pobývajících v DpS se zmínila o tom, že konzumují margaríny i máslo. R15 uvedl: „*Máslo i margarín. Co nám dají, to sníme.*“ Ve stejném duchu odpověděl i R9: „*Řekl bych, že je to tak půl napůl, dostáváme kostičky másla i Ramu.*“ Velké množství respondentů žijících v DpS hovořilo pouze o másle. Například R14 řekla: „*My tady dostáváme máslo.*“

Seniorům, kteří žijí v domácnosti, byly přiděleny čtyři kódy: olivový olej, slunečnicový olej, máslo a sádlo. Některé respondentky hovořily o olivovém oleji, pro příklad uvádím R1: „*No, tuky moc nepoužívám, maximálně máslo a do salátů dávám olivový olej.*“ A R5: „*...olivový olej přidávám do salátů.*“ Naopak R8 používá pro přípravu studených pokrmů margaríny a slunečnicový olej. Sama přiznala: „*Margaríny a olej.*“ Na doplňující otázku: „*Jaký olej?*“, odpověděla: „*Slunečnicový přidávám do salátů.*“ Zbylí respondenti preferují živočišné tuky. R4 preferuje na přípravu studených pokrmů máslo: „*Na chleba si mažu máslo.*“ R2 používá máslo i sádlo: „*Máslo, občas si namažu chleba sádlem, ale to tak 3x za měsíc.*“

4.4 Kategorie - Pitný režim

Schéma 4: Pitný režim





Kategorie „Pitný režim“ se zabývá nealkoholickými nápoji, alkoholickými nápoji a kofeinovými nápoji. Ve výše uvedené kategorii byly vytvořeny tři podkategorie: Tekutiny, Alkoholické nápoje a Káva.

4.4.1 Tekutiny

Tato podkategorie se zabývá jednotlivými druhy nealkoholických nápojů, které seniorská populace přijímá. Pro seniory žijící v DpS byly stanoveny kódy: čaj, šťáva, čistá voda a minerální voda. Ve většině odpovědí se nacházelo více kódů. Nejčastěji se vyskytoval kód čaj. R14 vypověděla: „*Piji minerální vodu, čaj, šťavu.*“ R12 uvedl: „*Preferuji čaj a vodu.*“

Pro seniory žijící v domácnosti byly vytvořeny podobné kódy: čaj, minerální voda, čistá voda a voda s citrónem. Stejně jako u předchozí skupiny se odpovědi velmi často prolínaly. Nejvíce se objevovaly kódy čaj a čistá voda. Například R8 odpověděla: „*No, jednou říkali v rádiu, do sklenice vody vymačkat citrón, tak jsem se to naučila a ráno na lačný žaludek vypiji tu sklenici té vody s citrónem. A přes den piji čistou vodu a čaj.*“ Dotazovaný R2 uvedl: „*Ponejvíc vodu nebo minerální vodu a mezi to trochu piva.*“

Další kódy byly vytvořeny ke zjištění množství tekutin, které senioři vypijí za 24 hodin. Kódy byly pro obě skupiny stejné: méně než 1,5 l a 1,5 - 2 l. U respondentů žijících v DpS se nejčastěji objevoval kód: 1,5 - 2 l. Na otázku: „*Kolik tekutin vypijete za den?*“, R11 odpověděla: „*No, tak ke 2 litrům.*“ Podobně se vyjádřil i R12: „*No, to vypiji dost, tak 2*

litry.“ Naopak R9 má snížený pitný režim z důvodu dialýzy. Sám uvedl: „*Já to mám omezené kvůli té dialýze. Tak odhadem 3 hrnky tekutin mám povolené od lékaře.*“

Senioři žijící v domácnosti mají odpovědi vyrovnané. Přesně polovina respondentů vypije méně než 1,5 l za 24 hodin a druhá polovina se nachází v rozmezí 1,5 - 2 l za den. R4 má nedostatek tekutin, a přesto si myslí, že si dopřává dostatečnou hydrataci: „*Tekutin vypiji dost, poněvadž mi lékař doporučil hodně pít kvůli ledvinám. Takový ty 3 - 4 hrnky čaje nebo vody vypiji. Někdy toho vypiji méně, někdy více.*“ R5 si je vědoma nedostatečného pitného režimu: „*No, zrovna moc ne. Tak půl litru. V létě, když jsou horka, tak víc, ale půl litru tak průměrně.*“ Naopak R3 je spokojený se svým pitným režimem: „*Tak to vypiji dost, 1,5 - 2 litry.*“ R2 vypije dostatečné množství tekutin: „*No, snažím se vypít ty 2 litry, někdy vypiji více a někdy méně.*“

Tato podkategorie také zahrnuje pravidelný pitný režim. Ke zjištění byly vytvořeny kódy: postupně a nárazově. Tyto kódy jsou pro obě skupiny stejné. V DpS pije nárazově pouze R15: „*Já piji, jen když mám žízeň. Jak pořád říkají, že se musí pít, to já neuznávám.*“ Oproti tomu R11 uvedla: „*To já se napiji každou chvíli.*“ Stejný názor zastává i R10: „*Nárazově ne, během dne.*“

U seniorů žijících v domácnosti pouze malé množství respondentů uvedlo, že pijí postupně během dne. Příkladem je R2, který odpověděl: „*No, tak mám nějaký pitný režim, ráno se napiji, pak v poledne, odpoledne.*“ A R5: „*No, tak když si udělám bylinkový čaj půllitrový, tak to popíjím celý den.*“ Větší část respondentů pije nárazově. Například R3: „*Nárazově anebo jak je žízeň.*“ R6 přiznala: „*... Vždycky večer si vzpomenu, že jsem málo pila, tak teprve večer se nalévám. Já nemám pocit žízně.*“

4.4.2 Alkoholické nápoje

Výše zmíněná podkategorie se zabývá frekvencí konzumace alkoholu. Pro respondenty žijící v DpS byly stanoveny kódy: abstinence a 1x- 2x týdně. Malá část dotazovaných pije alkohol. Na otázku: „*Pijete alkohol?*“, R14 odpověděla: „*Ne, jen když je masnější oběd, tak si s paní kupujeme napůl pivo.*“ Na doplňující otázku: „*Jak často*

si kupujete pivo?“, dodala: „No, jednou za týden si koupíme pivo.“ Velmi podobně odpověděl i R15: „Když mám na něj chuť. Tak 1x až 2x za týden.“ Velká část respondentů abstinuje, pro příklad uvádím výpověď R9, který prohlásil: „Já jsem abstinent.“ Nebo R11, která řekla: „Tak s tím už nemám vůbec nic společného.“

Všichni respondenti z druhé skupiny, tedy senioři pobývající v domácím prostředí, uvedli, že konzumují alkohol. Proto byly stanoveny kódy: denně a 1x - 4x za měsíc. Každý den pije alkohol R4, sám přiznal: „Jenom pivo, ale jen tak jedno denně, nebo když jdu s kamarádem, tak jednou za měsíc, tak vypiji tak ty 3 piva. No, pil jsem víc.“ Značné množství respondentů pije alkohol pouze příležitostně. Například R5 uvedla: „Málo, málo, příležitostně.“, následně dodala: „No, tak když je nějaká návštěva nebo se někam jde sednout, tak 2x - 4x za měsíc.“ Podobně odpověděla i R7: „Jenom když jsou narozeniny, štamprličku.“, dále doplnila: „Tak 1x za měsíc.“

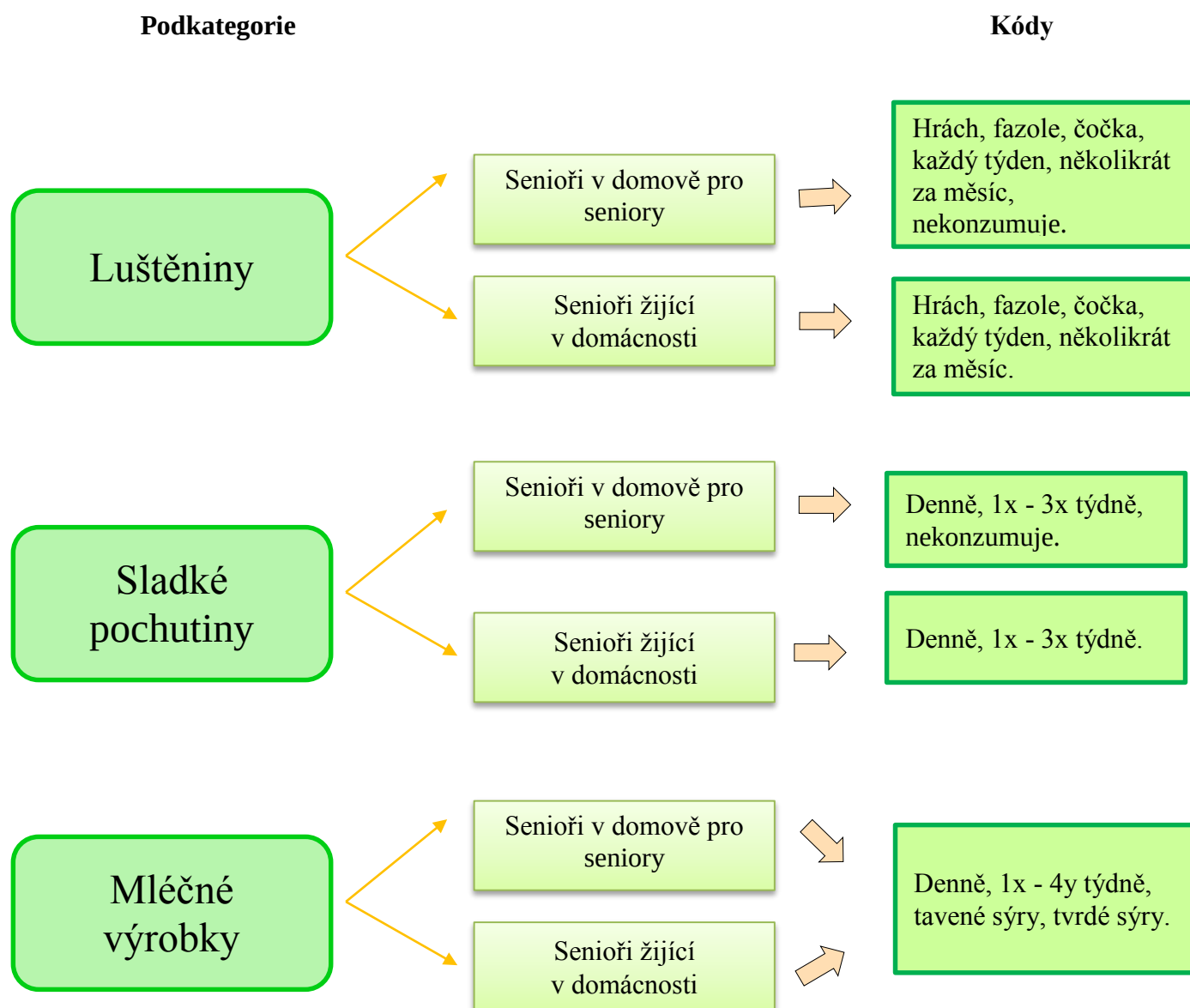
4.4.3 Káva

Podkategorii „Káva“ se zaobírá frekvencí konzumace káv. Seniorům pobývajícím v DpS byly vytvořeny kódy: 1x denně a nepravidelně. Větší část dotazovaných pije kávu každý den. Například R12: „Kávu ano, tu jednou denně.“ A R11: „Ano, piji Caro každý den. Někdy si dám jeden hrneček, a někdy dokonce 3 hrnečky. Zrnkovou kávu také piji, za den jeden hrneček také vypiji.“ Oproti tomu R14 nepije kávu každý den, ale pouze když má chuť: „Já piji podle toho, kdy mám chuť. Více než 2x za týden kávu nemám.“ Také R9 pije kávu nepravidelně: „Tak 3x za týden šálek kávy.“

Pro seniory žijící v domácím prostředí byly stanoveny kódy: 2x denně a 6x - 7x denně. Většina respondentů žijících v domácnosti pije kávu 2x denně. Dotazovaná R1 uvedla: „Kávu piji 2x denně.“ R5 sdělil téměř totožnou odpověď: „Ano, piji kávu 2x denně, jednu dopoledne, jednu odpoledne.“ R3 konzumuje nadměrné množství kávy. Sám přiznal: „6 - 7 kafíček denně.“, dále pokračuje: „... Někdy si dělám i dvě kávy za sebou.“

Schéma 5: Skupina potravin





Poslední kategorie „Skupiny potravin“ se zabývá konzumací jednotlivých druhů potravin. Tato kategorie obsahuje pět podkategorií: Maso a ryby, Uzeniny, Luštěniny, Sladké pochutiny a Mléčné výrobky.

4.5.1 Maso a ryby

První podkategorie poslední kategorie se nazývá „Maso a ryby“ a zaměřuje se na frekvenci konzumace masa u seniorské populace. Pro seniory žijící v DpS byly vytvořeny tyto kódy: denně a 5x denně. Kromě jednoho dotazovaného, kterým je R15, všichni ostatní respondenti z domova pro seniory konzumují maso každý den. R15 na otázku: „*Jak často konzumujete maso?*“, odpověděl: „*5x za týden.*“ Naopak R10 se zmínila o každodenní konzumaci masa: „*Každý den je v něčem, i když je třeba mrkev s bramborem, tak plátek masa je tam.*“ Podobně odpověděl i R16: „*No, většinou denně.*“

Pro seniory bydlící v domácnosti byly stanoveny kódy: denně a 3x - 5x denně. Denně konzumuje maso pouze R7, která uvedla „*No, když ho mám, tak každý den.*“ Ostatní respondenti nejedí maso každý den. Pro příklad uvádím odpověď R8: „*No, když chodím na obědy, tak tam je skoro každý den. Tak řekněme tak 4x týdně.*“ A R4: „*To je těžký říct, tak 4x - 5x týdně.*“

Ke zjištění, jaké druhy masa senioři nejčastěji konzumují, byly stanoveny kódy: drůbeží, vepřové a hovězí. Kódy se neliší, jsou stejné pro obě dvě skupiny. Velmi často se v odpovědích vyskytovalo více kódů. Senioři nacházející se v DpS opětovně zmiňovali, že mají častokrát drůbeží maso. R10 prohlásila: „*Vepřové, ale tady dělají často kuřecí.*“ Ve stejném duchu odpověděla i R13: „*Často máme kuře, ale raději mám vepřové a hovězí.*“ Naopak R11 má ráda drůbeží maso a jeho častější zastoupení v jídelním lístku jí nedělá problém, sama řekla: „*Kuře i vepřové maso mám ráda, ale nesmí být tlusté. Hovězí nemám ráda, protože mám špatné zuby a špatně se mi to kouše. Jinak já sním všechno.*“ R16 preferuje vepřové maso: „*Vepřové, nejlepší byla domácí zabijačka.*“

U seniorů žijících v domácnosti se také velmi často odpovědi prolínaly. R5 řekla: „*No, tak celkem všechno, říká se, že není dobré konzumovat jeden druh nebo třeba jenom drůbež, to také není zdravé. Vepřové, občas tedy hovězí, drůbež, ryby.*“ Ve stejném duchu odpovídala i R6: „*No, hodně drůbeží a někdy to vepřové a sem tam někdy hovězí.*“

Co se týká četnosti konzumace ryb, byly pro seniory žijící v DpS vybrány následující kódy: každý týden, 1x - 3x za měsíc a nekonzumuje. Pouze malá část

respondentů jí ryby každý týden. Pro příklad uvádím odpověď R12: „*Ryby nám tady moc nedávají, ale paní mi kupuje uzenáče nebo tak něco.*“ Hned však dodává: „*Tak 1x až 2x za týden.*“ Dva respondenti nekonzumují ryby vůbec. Na otázku týkající se konzumace ryb R9 odpověděl: „*Ne. Já jsem se je nenaučil jíst. I kdybych je jedl, tak my, co jsme dialyzováni, tak to máme zakázané kvůli fosforu.*“ Polovina respondentů konzumuje ryby alespoň několikrát během měsíce. Například R15 uvedl: „*Moc ne, tak 1x - 2x do měsíce.*“ R13 si myslí, že má nedostatečný příděl ryb: „*Málo často je máme, měli by být více. Asi 3x za měsíc.*“

Respondentům žijícím v domácnosti byly přiděleny pouze dva kódy: každý týden a 1x - 2x za měsíc. Malé množství respondentů se zmínilo o tom, že jí ryby pouze několikrát do měsíce. R4 přiznal: „*No, není to moc slavné, to Vám řeknu na rovinu. Tak 1x - 2x měsíčně.*“ I R6 si uvědomuje, že nekonzumuje ryby dostatečně: „*No, moc často ne. Tak 1x za 3 týdny.*“ Další respondenti uvedli, že konzumují ryby alespoň 1x za týden. Příkladem je R2, který řekl: „*No, snažím se jednou týdně.*“ R8 jí ryby dokonce 2x týdně, jak sama uvedla: „*Soused je rybář, tak mi ryby nosí, mám je tak 2x za týden. Jím sladkovodní a mořské ryby podle toho, na co mám chuť a co není tak drahé.*“

4.5.2 Uzeniny

Tato podkategorie řeší problematiku konzumace uzenin. K zjištění četnosti konzumace uzenin pro seniory žijící v DpS byl stanoven pouze jeden kód: 1x - 2x týdně. Téměř všichni respondenti z domova pro seniory konzumují uzeninu 1x - 2x týdně. R10 vypověděla: „*Uzeniny jsou většinou k té studené večeři, buď sýr, nebo uzeniny. To je tak 2x týdně.*“ Podobně odpověděl i R15: „*Tak 2x do týdne, víc ne.*“

Seniorům žijícím v domácnosti byly vytvořeny tyto kódy: denně, několikrát za týden a 1x za 2 měsíce. Prakticky všichni respondenti zmínili konzumaci uzeniny několikrát týdně. R7 sdělila: „*Tak 4x za týden si dám k snídani tu šunku.*“ R1 řekla: „*Tu šunku třeba 2x, 3x týdně. Tak 2 plátky, to je asi 30 gramů, víc ne.*“ Naopak R6 hovořila o méně časté konzumaci uzenin: „*Jednou za 2 měsíce jestli si koupím nějaký salám, a když někdy opravdu mám chuť, třeba párek k večeři, ale to je opravdu minimum.*“ Oproti

tomu se R3 přiznal ke každodenní konzumaci uzenin: „*Ano, dost často.*“ Dále doplnil: „*Minimálně jednou denně.*“

Co se týká jednotlivých druhů uzenin, byly pro obě dvě skupiny připraveny stejné kódy. Kódy jsou následující: šunka, párek, salám. U obou skupin se nejčastěji kódy prolínaly. Pro příklad uvádím odpověď R11: „*Někdy jsou to salámy, někdy párek, někdy šunka.*“ A R10: „*Normální klobásu, balené salámy a šunku. Včera večer jsme měli vinnou klobásu.*“ A R2: „*Bývá to ponejvíc šunka, někdy ohřátá klobása, to je asi tak všechno.*“

4.5.3 Luštěniny

Podkategorie „Luštěniny“ se zaměřuje na jednotlivé druhy luštěnin, které senioři nejčastěji konzumují. Tyto kódy jsou pro obě dvě skupiny totožné a vypadají takto: hrách, fazole a čočka. Nejčastěji se kódy v odpovědích objevovaly společně. R10 ve své odpovědi zmínila všechny tři kódy: „*To je různé podle toho, co vaří, třeba hrách, fazolky, čočku. Zelený hrášek bývá také v polévkách.*“ Podobně se vyjádřila i R13: „*Jaké mi dají. Hrách, čočku, ta většinou bývá v polévkách.*“ R6 preferuje luštěninové polévky: „*Čočkové polévky vařím hodně, hrachovou polévku mám ráda, a jinak jako hrachovou kaši moc ne.*“

K zjištění četnosti konzumace luštěnin byly pro seniory žijící v DpS stanoveny kódy: každý týden, několikrát za měsíc a nekonzumuje. Malá část respondentů z domova pro seniory konzumuje luštěniny každý týden. Například R10 odpověděla: „*1x za týden.*“ R13 a R16 konzumují luštěniny dokonce 2x týdně. R13 uvedla: „*Tak 2x za týden.*“ Větší část respondentů z DpS si dopřává luštěniny několikrát do měsíce. R11 poznamenala: „*Moc často ne. Tak 1x za 14 dní.*“ Naopak R15 je spokojený se svou konzumací luštěnin: „*Dost často, já si myslím, že každý týden nebo 1x za 14 dní.*“ R9 nesmí konzumovat luštěniny vůbec: „*Mám je zakázané kvůli dialýze.*“

U seniorů žijících v domácím prostředí byly vytvořeny pouze dva kódy: každý týden a několikrát za měsíc. Nejčastěji převládal kód: několikrát za měsíc. Pouze R1 se zmínila o každodenní konzumaci luštěnin: „*No, jednou za týden.*“ Ostatní

respondenti konzumují luštěniny několikrát do měsíce. R7 odpověděla: „*Asi tak 1x za 3 týdny.*“ R5 stručně sdělil: „*No, tak 2x do měsíce.*“

4.5.4 Sladké pochutiny

Předposlední podkategorie se zabývá frekvencí konzumace sladkých pochutin. Pro respondenty nacházející se v DpS byly určeny kódy: denně, 1x - 3x týdně a nekonzumuje. U seniorů pobývajících v DpS se v odpovědích nejčastěji vyskytoval kód 1x - 3x týdně. Dotazovaný R9 uvedl: „*Jestli jednu sušenku za týden, víc určitě ne.*“ R14 poukázala na špatnou finanční situaci seniorů: „*Tak 1x týdně. Musíme také šetřit, máme málo peněz.*“ Pouze R13 zmínila každodenní konzumaci sladkostí: „*Každý den si dám tak tu jednu sušenku.*“ R16 uvedl, že sladké pochutiny nejí a dodržuje diabetickou dietu.

Senioři žijící v domácnostech dostali pouze dva kódy: denně a 1x - 3x týdně. Velice často se respondenti přiznali ke každodenní konzumaci sladkých pochutin. R3 řekl: „*Jednou denně určitě.*“ R5 odpověděla: „*Denně, to se musím přiznat.*“

4.5.5 Mléčné výrobky

Poslední podkategorie „Mléčné výrobky“ rovněž obsahuje stejné kódy pro obě dvě skupiny seniorů. Co se týká četnosti konzumace mléčných výrobků, byly vytvořeny kódy: denně a 1x - 4x týdně. Senioři žijící v DpS nejčastěji ve svých odpovědích uváděli kód: 1x - 4x týdně. Pouze R13 odpověděla na otázku ohledně frekvence konzumace sladkostí odlišně: „*Každý den něco.*“ R15 řekl: „*Podle toho, jak nám to tady dají. Mléčné výrobky nedokupujeme. Oni nám dávají mléčné výrobky hodně často, asi ob den.*“ Naopak R16 přiznal: „*Málo, tak 2x týdně.*“

U seniorů bydlících v domácnosti konzumuje každý den mléčné výrobky méně než polovina respondentů. Pro příklad uvádím odpověď R7: „*No, každý den si dám buď sýr nebo některý den tvaroh nebo jogurt.*“ Zbývající respondenti ji mléčné výrobky méně často. R5 poznamenala: „*Tak 3x v týdnu určitě.*“ R3 řekl: „*Jednou týdně určitě.*“

Pro zjištění preference tavených sýrů versus tvrdých sýrů, byly vytvořeny dva kódy: tavené sýry a tvrdé sýry. Polovina respondentů z domova pro seniory preferuje tavené sýry. Například R10 uvedla: „*Tvrdé nerozkoušu, jím jen ty mazací.*“ Ve stejném duchu odpověděl i R12: „*Tavené ty na chleba roztírací.*“ R15 preferuje tvrdé sýry, sám přiznal: „*No, nemám rád tavené sýry.... Tady nám dávají jen tvrdé bez tuku, ale já mám rád plesnivý sýr. Ten si občas koupím, tak 1x za měsíc. To je podle chuti.*“ Zbývající tři respondenti uvedli kombinaci obou kódů. R14 řekla: „*Raději mám ty mazací, ale máme i tvrdé.*“

U seniorů žijících v domácím prostředí převažovaly kombinované odpovědi. Jen minimální množství respondentů upřednostňuje tvrdé sýry. Dotazovaná R5 poznamenala: „*Sýry ne měkké, ty tvrdé Eidam nebo Blaťácké zlato, ale ty měkké sýry vůbec.*“ Pro R4 jsou tavené sýry kontraindikací: „*Sýry jsem měl hrozně rád, jelikož mám problém s ledvinami, tak mi lékařka zakázala měkké sýry. Já je měl rád. Sýry kupujeme pořád, ale spíš ty tvrdší.*“ Ostatní respondenti konzumují tavené sýry i tvrdé sýry. Například R3 uvedl: „*Plísňový sýr nebo Leerdammer, občas nějaký ten trojúhelníček měkkého sýru taky slupnu. Ale většinou jím ty plísňové sýry, ty mi chutnají anebo nějaké ty plátky.*“ R1 odpověděla: „*Sýry mám ráda. Mám ráda jak ementály, tak i tavené sýry, ale tavených sýrů moc nejím.*“

5. DISKUZE

Cílem této práce bylo zmapovat rozdíly ve stravování u seniorů žijících v domácnostech a v domovech pro seniory. Výzkumný soubor tvořilo 16 seniorů ve věku 65 - 92 let žijících v okrese Pelhřimov. Přesně polovina respondentů žije v domácnosti a druhá polovina respondentů žije v DpS. Výzkumné šetření bylo realizováno pomocí kvalitativní metody, technikou polostrukturovaného rozhovoru. Výzkum je rozdělen celkem do 5 kategorií.

První část výzkumného šetření se zaměřuje na stravovací zvyklosti v seniorském věku. Pro optimální tělesnou hmotnost je důležité dodržovat pravidelný stravovací režim (Hainer et al., 2011). Floriánková (2014) konstatuje, že pravidelnou stravou se lépe využijí živiny a stabilizuje se hladina glykémie v krvi, proto se doporučuje, aby senioři jedli 5x - 6x denně. Senioři žijící ve vlastním sociálním prostředí nejčastěji uváděli, že se stravují 3x - 4x denně. Naopak většina seniorů žijících v DpS se stravuje 5x denně, například R11 sdělila: „*No, já jsem byla zvyklá jíst 3x denně, ale tady je to 5x denně.*“ Z výzkumu prováděného autorkou Kovaříkovou (2010), která také porovnávala pravidelnost stravování u seniorů žijících v domácím prostředí a u seniorů pobývajících v DpS, vyplynulo, že 5x - 6x denně se stravuje 41, 5 % seniorů pobývajících v domácím prostředí a 53, 6 % seniorů žijících v DpS. Tento výsledek se dal očekávat, jelikož senioři žijící v DpS dostávají 3 hlavní a 2 vedlejší jídla každý den.

Dodržování pravidelných intervalů mezi jednotlivými jídly patří mezi nedílnou součást správného stravovacího režimu. Svačina et al. (2008) uvádí, že rozestupy mezi jednotlivými jídly mají být dostatečné, ale zároveň ne příliš dlouhé, optimální jsou 3 - 4 hodiny. Senioři žijící v domácnosti mají velmi nepravidelné časové intervaly mezi jednotlivými pokrmy. Například R3 vypověděl: „*Každý den jiné. Někdy hodinu a někdy 5 hodin a více.*“ Oproti tomu senioři pobývající v DpS mají pravidelné rozestupy mezi jídly. Nejčastěji odpovídali, že dodržují intervaly mezi jednotlivými jídly v rozmezí 3 - 4,5 hodiny. R9 řekl: „*No, tak v 8 hodin máme snídani, ve 12 hodin oběd, večere je v půl 6.*“ Vzhledem k tomu, že senioři v ústavní péči mají přesně stanovený harmonogram

stravování, bylo velmi pravděpodobné, že budou mít pravidelnější rozestupy mezi jednotlivými jídly než senioři pobývající v domácím prostředí.

Další zkoumanou oblastí byly jednotlivé chody během dne. Všichni senioři, kteří se zúčastnili výzkumu, snídají pravidelně každý den. Vojkovská (2011), která se ve svém výzkumu zabývala pouze seniory, kteří žijí v domácím prostředí, neměla tolik pozitivní výsledky. Z výzkumného souboru Vojkovské (2011) pravidelně snídá pouze 86 % respondentů a 14 % respondentů snídá nepravidelně. Veselý (2012), který se také zaměřil pouze na seniory žijící ve vlastním sociálním prostředí, měl ještě méně pozitivní výsledky než Vojkovská (2011). Z výzkumného souboru Veselého (2012) vyplynulo, že 58 % respondentů snídá pravidelně a 42 % respondentů snídá nepravidelně. Dle mého názoru se výsledek předchozího výzkumu neshoduje s výše uvedenými autory z toho důvodu, že jejich výzkum byl zaměřen pouze na seniory v domácím prostředí a obsahoval větší počet respondentů.

Co se týká skladby snídaně, většina seniorů zmínila, že konzumují k snídani pečivo. Někteří senioři z DpS také zmínili, že dostávají 2x týdně k snídani buchty. Příkladem je R15, který řekl: *„Ponejvíc je paštika játrová nebo kuřecí nebo je hodně salám, sýr. A k tomu chleba nebo rohlíky. A 2x týdně jsou buchty k snídani, ve středu a v neděli.“* Všichni senioři žijící v domácím prostředí uvedli, že snídají samostatně bez přítomnosti další osoby, a to i ti senioři, kteří žijí ve společné domácnosti. Naopak malé množství seniorů pobývajících v DpS hovořilo o tom, že snídají společně s další osobou. R15 konstatoval: *„Snídám na jídelně s manželkou.“* Tento výsledek byl pro mě velmi překvapující. Zřejmě je způsobený tím, že pokud žijí dva senioři ve společné domácnosti, každý vstává v jiný čas. To dokazuje i odpověď R4: *„Většinou sám. Manželka vstává dříve, poněvadž ona ráda spí.“* Naopak pro seniory žijící v DpS je přesně stanovený čas, kdy se podávají jednotlivé chody, a je tedy vyšší pravděpodobnost, že budou snídat v přítomnosti druhé osoby.

Dalším chodem, kterým jsem se zabývala, byla svačina. Senioři žijící v domácnosti v polovině odpovědi uvedli, že konzumují svačinu 2x - 3x týdně. Druhá polovina respondentů sdělila, že svačinu mají každý den minimálně jednou. Senioři z DpS

konzumují svačiny pravidelněji, velká část respondentů zmínila, že mají svačinu 1x - 2x denně. Senioři žijící v domácnosti i senioři z DpS poznamenali, že obvykle mívají k svačině sladkost, ovoce, jogurt nebo pečivo. Pouze R3 uvedl, že si dává k svačině majonézové saláty, což určitě není potravinu, která by patřila na seznam zdravé výživy.

Následující podkategorie se nazývá „Oběd“. Dle Stránského (2015) je oběd hlavním jídlem dne a měl by pokrývat jednu třetinu celkového energetického příjmu a živin. Senioři žijící ve vlastním sociálním prostředí nejčastěji k obědu konzumují polévky, maso, přílohy, omáčky a zeleninu. Stejnou skladbu potravin uváděli i senioři žijící v DpS, pouze nezmínili zeleninu. Respondenti pobývajících v domácím prostředí mají malé či střední porce obědů. R1 dokonce přiznala, že se o jeden oběd dělí s manželem. Naopak respondenti z DpS si často stěžovali, že mají velké porce, které mají problém sníst. V případě zájmu si mohou přidat polévku i přílohy.

Senioři žijící v domácím prostředí v polovině případů uvedli, že si vaří sami nebo jim vaří rodinní příslušníci, zbytek respondentů kombinuje odebrání obědů s domácím stravováním. Moje výsledky jsou rozdílné se závěry Kovaříkové (2010), která zjistila, že 53,9 % respondentů si vaří, 21,5 % respondentů kombinuje odběr obědů s vařením a odběr obědů volí 24,6 % respondentů. Domnívám se, že velkou roli zde hraje ekonomická situace seniorů a dále pak i okolnost, že o víkendu obědvají společně s rodinou.

Poslední podkategorií této skupiny je „Večeře“. Velký podíl respondentů žijících v domácím prostředí zmínil konzumaci studených večeří. Oproti tomu senioři žijící v DpS nejčastěji uváděli kombinaci studených a teplých večeří. Pro příklad uvádím odpověď R9: *„Asi 3 dny v týdnu máme teplé večeře a ostatní studené.“* Při večeři se sejde více dotazovaných než při snídani. Přesně polovina seniorů žijících v domácnosti i seniorů z v DpS večeří v přítomnosti dalších osob.

Druhým tématem mého výzkumu je „Ovoce a zelenina“. Dle Stránského a Ryšavé (2014) by lidé v seniorském věku měli sníst 200 g ovoce a 300 g zeleniny každý den. Ovoce a zelenina obsahují vlákninu, která snižuje riziko vzniku kolorektálního karcinomu a také zabraňuje obstipaci. Dále obsahují vitaminy, minerální látky a antioxidanty, které preventivně působí proti nádorovým onemocněním a ateroskleróze (Provazník. Komárek,

2003). Z odpovědí respondentů vyplývá, že ovoce častěji konzumují senioři žijící v domácím prostředí než senioři z DpS. Většina respondentů žijících v domácnosti konzumuje ovoce každý den. R2 si dává ovoce dokonce několikrát denně: „*Ovoce konzumuji často. Denně minimálně 2 jablka, pomeranč nebo hroznové víno.*“ Pouze polovina respondentů pobývajících v DpS konzumuje ovoce každý den. Velká část seniorů žijících ve vlastním sociálním prostředí preferuje konzumaci ovoce v dopoledních hodinách. Pro příklad uvádím odpověď R7, která na doporučení lékaře začala konzumovat ovoce v dopoledních hodinách: „*No, po večeři jsem si dříve dávala ovoce, ale to mi lékař zatrhl, že je lepší jíst ovoce dopoledne.*“ Ani jeden senior z DpS nezmínil konzumaci ovoce pouze v dopoledních hodinách. Většina seniorů z DpS konzumuje ovoce během celého dne.

Co se týká zeleniny, zde se situace obrátila, nižší konzumaci zeleniny uváděli senioři z domácího prostředí. Respondenti z vlastního sociálního prostředí konzumují zeleninu pouze několikrát týdně. Například R5 přiznala: „*No, zeleninu každý den ne. Tak 3x za týden.*“ Oproti tomu respondenti z DpS velice často hovořili o každodenním příjmu zeleniny. Polovina seniorů z domácího prostředí preferuje syrovou zeleninu a druhá polovina respondentů žijících v domácnosti nejčastěji kombinuje příjem syrové a tepelně upravené zeleniny. Respondenti pobývajících v DpS nejraději kombinují syrovou i tepelně upravenou zeleninu. Hraňová (2011) také ve svém výzkumu zjistila, že senioři v domácí péči častěji konzumují ovoce než senioři v DpS. Naopak se naše výsledky zásadně liší v konzumaci zeleniny. Její respondenti z domácnosti častěji konzumují zeleninu než respondenti z DpS. Dle výsledků autorky Hraňové (2011) 1x denně konzumuje ovoce 54 % respondentů z domácího prostředí a 38 % respondentů z DpS. Zeleninu si dopřává 1x denně 22 % seniorů z domácího prostředí a pouhých 8 % seniorů z DpS. Z mého pohledu vzniklý rozdíl v konzumaci zeleniny zapříčinila vyšší úroveň v kvalitě stravování v DpS a zařazení nových poznatků o pozitivních účincích zeleniny na zdraví v praxi.

Další část výzkumného šetření, kterou jsem se zabývala, byla konzumace tuků. Stránský a Ryšavá (2014) nejen pro seniorský věk doporučují snížit příjem nasycených mastných kyselin, které se vyskytují především v tučných živočišného původu a zvyšují

hladinu cholesterolu v krvi a tím zvyšují riziko pro vznik kardiovaskulárních onemocnění. Pokud však chceme snížit hladinu cholesterolu v krvi o 10 - 15 %, mohou nám pomoci margaríny obohacené o rostlinné steroly (Kohout et al., 2010). Respondenti žijící v domácím prostředí nejčastěji uvedli, že používají jak rostlinné, tak i živočišné tuky. Příkladem je R4: „*Obojí, třeba když děláme bramborák, tak to děláme na sádle, pochopitelně. Řízky děláme třeba napůl, Ceres a doleji tam olej. Kombinujeme to jako.*“ Naopak senioři žijící v DpS ve většině případů preferují živočišné tuky, ale na otázku, zda je zdravější rostlinný či živočišný tuk, nejvíce odpovídali, že rostlinný tuk. Avšak žádný respondent nedokázal svou odpověď obhájit a vysvětlit, proč je rostlinný tuk zdravější. Ani senioři žijící v domácím prostředí nedokázali určit, který tuk je zdravější a proč. Zde je vidět, že je špatná informovanost seniorů v oblasti výživy. Senioři také často uváděli, že názory výživových specialistů na živočišné i rostlinné tuky nejsou stálé, a nevěděli, k jakému názoru se mají přiklonit. Příkladem je odpověď R5: „*No, pokaždé se tvrdí něco jiného. Jednou se tvrdí, že sádlo ne a oleje ano, a pak se to tvrdí obráceně, takže těžko říct.*“

Pro přípravu studených pokrmů je vhodné používat olivový olej a na přípravu teplých pokrmů se doporučuje řepkový olej (Svačina et al., 2013). Některé respondentky žijící v domácím prostředí uvedly, že na přípravu salátů používají olivový olej. Například R1 řekla: „*No, tuky moc nepoužívám, maximálně máslo a do salátů dávám olivový olej.*“ U seniorů z vlastního sociálního prostředí i u seniorů z DpS převládá konzumace živočišných tuků. Dle mého názoru je to dáno špatnou informovaností seniorů a také návykem, jak potvrdila R14, která uvedla, že je zdravější živočišný tuk. Když jsem se jí zeptala na důvod, odpověděla: „*No, protože jsme na to zvyklí, jsme na tom vyrostli.*“ Trochu jiná je situace u seniorů z DpS, kteří dostávají jednotnou stravu a vybírají si pouze hlavní chod dne, jak uvedl R9: „*Co nám dají, to máme.*“

Další sledovanou kategorií byl pitný režim. Dle Stránského a Ryšavé (2014) by lidé v seniorském věku měli vypít 1,5 - 2 l denně. Polovina respondentů pobývajících ve vlastním sociálním prostředí vypije méně než 1,5 l za 24 hodin a druhá polovina respondentů vypije 1,5 - 2 l/den. Více pozitivní výsledky, co se týče pitného režimu, mají senioři z DpS. Většina dotazovaných vypije 1,5 - 2 l tekutin denně. Kastnerová (2014)

uvádí, že ve stáří dochází ke ztrátě pocitu žízně. To potvrdila R6, která řekla: „*Vždycky večer si vzpomenu, že jsem málo pila, tak teprve večer se nalévám. Já nemám pocit žízně.*“ Vlivem sníženého pocitu žízně senioři často pijí nárazově, stejně jako výše uvedená respondentka. Velká část seniorů v domácnosti pije nárazově, oproti tomu velký podíl respondentů z DpS pije postupně během dne. Dále jsem také zjišťovala, jaké druhy tekutin senioři preferují. Respondenti žijící v domácnosti nejvíce volí čaj a čistou vodu, ale pijí i minerální vody a vodu s citrónem. Senioři z DpS zmínili vodu se šťávou, minerální vodu a čistou vodu, nejčastěji ale uváděli čaj. Velice kladně hodnotím, že senioři ani z jedné skupiny nepijí limonády a kolové nápoje, které zvyšují chuť k jídlu a pocit žízně. Omezit konzumaci středně a silně mineralizovaných vod je také důležité. Denní příjem středně mineralizované vody by neměl překročit hranici 0,5 l a nejsou vhodné pro lidi s hypertenzí, oběhovými problémy a s ledvinovými kameny, atd. (Kastnerová, 2014). Mé výsledky jsou srovnatelné s Vojkovskou (2011), která zjišťovala, kolik tekutin během dne vypijí senioři žijící v domácnosti, a zjistila, že 1,5 - 2 l vypije 51 % dotazovaných.

Následující podkategorie nese název „Alkoholické nápoje“. Všichni respondenti žijící v domácím prostředí přiznali, že pijí alkohol. Jejich četnost konzumace alkoholických nápojů není nikterak vysoká, většina respondentů zmínila příjem alkoholu 1x - 4x měsíčně. Naopak téměř všichni respondenti pobývající v DpS jsou abstinenti.

Poslední podkategorie z této kategorie se zabývá frekvencí pití kávy. Senioři z vlastního sociálního prostředí ve svých výpovědích nejčastěji zmínili, že pijí kávu 2x denně. Jeden respondent dokonce přiznal, že pije 6 - 7 káv denně. Naopak respondenti žijící v DpS nejčastěji uváděli, že pijí 1 šálek kávy denně. Dle Kohouta et al. (2010) 3 - 5 šálků kávy denně, tedy celkem do 300 mg kofeinu/den nenese žádná zdravotní rizika, naopak může přinášet pozitivní účinky na metabolické poruchy diabetiků, neurodegenerativní změny apod. Ovšem pokud jedinec vypije 5 - 8 káv denně, což přesahuje 500 mg kofeinu/den, zvyšuje se riziko pro vznik kardiovaskulárních onemocnění, hrozí poruchy nervové soustavy, trávicího traktu atd.

Pátá část výzkumné části se zaměřuje na jednotlivé skupiny potravin. První skupinou jsou „Maso a ryby“. Z mého výzkumu vyplývá, že senioři pobývajících v domácím prostředí konzumují maso méně často než senioři z DpS. Respondenti žijící v domácnosti nejčastěji konstatovali, že konzumují maso 3x - 5x týdně. Zato respondenti bydlící v DpS uváděli kromě jedné výjimky každodenní konzumaci masa. Podle mého názoru senioři v domácím prostředí mají omezený finanční rozpočet a snaží se šetřit. V DpS je četnost konzumace masa dána rozpisem na jídelníčku, avšak minimálně 1x za týden si mohou klienti z DpS zvolit bezmasý pokrm. Stránský (2015) píše, že v seniorském věku by měl jedinec konzumovat maso či masné výrobky pouze 3x týdně. Senioři z domácnosti i z DpS nejčastěji preferují drůbeží, vepřové a hovězí maso. Senioři žijící v DpS uváděli, že mají velmi často drůbeží maso. Příkladem je odpověď R13: „Často máme kuře, ale raději mám vepřové a hovězí.“

Co se týká ryb, z odpovědí respondentů vyplývá, že senioři žijící v domácnosti častěji konzumují ryby než respondenti žijící v DpS. Senioři bydlící ve vlastním sociálním prostředí ve více než polovině případů odpověděli, že konzumují ryby každý týden, R8 dokonce 2x týdně: „*Soused je rybář, tak mi ryby nosí, mám je tak 2x za týden. Jím sladkovodní a mořské ryby podle toho, na co mám chuť a co není tak drahé.*“ Polovina respondentů z DpS jí ryby 1x - 3x za měsíc, ostatní respondenti konzumují ryby častěji nebo je nejí vůbec. Floriánková (2014) doporučuje, aby senioři konzumovali ryby 2x týdně. Toto doporučení dodržuje pouze minimální množství respondentů.

Další skupina potravin se týká konzumace mastných výrobků a nazývá se „Uzeniny“. Senioři žijící v domácím prostředí nejčastěji uváděli, že konzumují uzeninu několikrát týdně. Například R7 konstatovala: „*Tak 4x za týden si dám k snídani tu šunku.*“ Druhá skupina respondentů, tedy senioři z DpS konzumují uzeninu o něco méně často než senioři z domácího prostředí. Téměř všichni respondenti z DpS konzumují uzeninu 1x - 2x týdně. R15 vypověděl: „*Tak 2x do týdne, víc ne.*“ Co se týče druhů uzenin, senioři z DpS i z domácnosti nejčastěji hovořili o šunce, salámu a párkách.

Třetí skupina potravin nese název „Luštěniny“. Obě skupiny respondentů nejčastěji uváděly, že konzumují luštěniny několikrát za měsíc. Například R11 poznamenala: „*Moc*

často ne. Tak 1x za 14 dní. Preference jednotlivých druhů luštěnin se také mezi oběma skupinami nelišila. Senioři z mého výzkumného souboru nejvíce zmiňovali čočku, hrách a fazole. Nebyl tedy shledán zásadní rozdíl v konzumaci luštěnin u seniorů z domácnosti a u seniorů z DpS. Mé výsledky jsou srovnatelné se závěry Hraňové (2011), která také zjistila, že senioři v domácím prostředí i senioři v DpS nejvíce konzumují luštěniny několikrát za měsíc, v domácnosti je to 52 % respondentů a v DpS 56 % respondentů. Tyto výsledky nekorespondují s doporučením Floriánkové (2014), která radí konzumovat luštěniny alespoň 1x týdně.

Další podkategorií, kterou jsem se zabývala, byly „Sladké pochutiny“. Z odpovědí respondentů vyplynulo, že senioři v domácím prostředí více konzumují sladkosti než senioři v DpS. Největší podíl respondentů z domácího prostředí zmínil každodenní konzumaci sladkých pochutin. Oproti tomu velká část seniorů žijících v DpS jí sladkosti pouze 1x - 3x týdně. Dle mého názoru senioři žijící v DpS mají pravidelnější režim stravování, a nemají tak velkou potřebu konzumace sladkostí. Další možnou příčinou je finanční situace seniorů z DpS, kdy samotný pobyt v zařízení je dost finančně náročný, a tak se senioři spokojí s přidělenou stravou. To svou odpovědí potvrdila i R14: *„Tak 1x za týden. Musíme také šetřit, máme málo peněz.“*

Poslední podkategorií z celého výzkumu jsou „Mléčné výrobky“. Velká část respondentů z domácího prostředí i z DpS konzumuje mléčné výrobky pouze 1x - 4x týdně, což určitě není dostačující množství. Dle Provazníka a Komárka (2003) by lidé v seniorském věku měli sníst 2 porce mléčných výrobků každý den.

Co se týká sýrů, senioři z mého výzkumného souboru, ať už senioři z domácího prostředí, tak i senioři z DpS, velmi často konzumují tavené sýry, které nejsou zdraví prospěšné. Kunová (2005) ve své publikaci uvádí, že tavené sýry obsahují velké množství fosforu, který negativně ovlivňuje resorpci vápníku, dále také obsahují o 100 % více sodíku než tvrdé sýry. Kvůli přijatelnější konzumaci, obzvláště pro jedince, kteří mají problémy s chrupem, volí respondenti raději tavené sýry před tvrdými. To potvrzuje odpověď R10: *„Tvrdé nerozkoušu, jím jen ty mazací.“* Informovanost seniorů z hlediska složení tavených sýrů je nedostatečná.

Z výzkumného šetření vyplývají odpovědi na mé výzkumné otázky.

Jak se liší dodržování pravidelnosti ve stravování u seniorů žijících v domácnosti a v domovech pro seniory?

Výsledky ukázaly, že senioři v DpS se stravují pravidelněji než senioři žijící v domácím prostředí. Senioři z DpS ve většině případů udávali, že mají 5 porcí jídel denně a rozestupy mezi jednotlivými jídly jsou v rozmezí 3 - 4,5 hodiny. Naopak senioři z domácností konzumují 3 - 4 porce jídel denně a mají nepravidelné časové intervaly mezi jídly.

Jaká je konzumace ovoce a zeleniny u seniorů žijících v domácnosti a v domovech pro seniory?

Senioři žijící v domácnosti konzumují častěji ovoce než senioři z DpS. Respondenti z domácího prostředí konzumují ovoce každý den. Pouze polovina respondentů žijící v DpS zmínila každodenní konzumaci ovoce. Co se týká konzumace zeleniny, jsou na tom lépe senioři pobývající v DpS, kteří jí zeleninu každý den. Senioři z vlastního domácího prostředí konzumují zeleninu pouze několikrát týdně.

Jaká je konzumace potravin bohatých na živočišné tuky u seniorů žijících v domácnostech a v domovech pro seniory?

Bylo zjištěno, že konzumace potravin bohatých na živočišné tuky se u obou skupin respondentů téměř neliší. Senioři žijící v domácnosti i senioři z DpS většinou preferují živočišné tuky před rostlinnými, nejčastěji máslo. Maso více konzumují senioři z DpS a naopak uzeninu častěji konzumují senioři z domácího prostředí.

Jak se liší dodržování pitného režimu u seniorů žijících v domácnostech a v domovech pro seniory?

Pravidelnější pitný režim mají senioři v DpS, kteří pijí postupně během dne a přijmou 1,5 - 2 l tekutin za den. Senioři z domácího prostředí přijímají tekutiny spíše nárazově a vypijí menší množství tekutin než senioři z DpS. Polovina respondentů žijících v domácnosti vypije méně než 1,5 l za den.

6. ZÁVĚR

Tato bakalářská práce se zabývala problematikou výživy u seniorů. Cílem práce bylo zmapovat rozdíly ve stravování u seniorů žijících v domácnostech a v domovech pro seniory. Výzkumné šetření bylo prováděno pomocí kvalitativní metody technikou polostrukturovaných rozhovorů. Pro výzkum byly stanoveny celkem čtyři výzkumné otázky:

1. Jak se liší dodržování pravidelnosti ve stravování u seniorů žijících v domácnosti a v domovech pro seniory?

Z výzkumu vyplynulo, že senioři v DpS se stravují pravidelněji, stravu dostávají 5x denně a intervaly mezi jednotlivými jídly jsou v rozmezí 3 - 4,5 hodiny.

2. Jaká je konzumace ovoce a zeleniny u seniorů žijících v domácnostech a v domovech pro seniory?

Senioři z domácího prostředí konzumují častěji ovoce než senioři žijící v DpS. Naopak senioři v DpS častěji konzumují zeleninu než senioři žijící v domácnosti.

3. Jaká je konzumace potravin bohatých na živočišné tuky u seniorů žijících v domácnostech a v domovech pro seniory?

Z výzkumu nebyl zjištěn téměř žádný rozdíl v konzumaci potravin bohatých na živočišné tuky. Senioři v domácím prostředí i senioři v DpS jednoznačně preferují živočišné tuky před rostlinnými.

4. Jak se liší dodržování pitného režimu u seniorů žijících v domácnostech a v domovech pro seniory?

Po zhodnocení získaných dat bylo zjištěno, že senioři žijící v DpS lépe dodržují pitný režim, téměř všichni respondenti vypijí 1,5 - 2 l denně, a navíc přijímají tekutiny v průběhu celého dne po menších dávkách.

Po získání daných údajů a jejich vyhodnocení jsem došla k závěru, že informovanost seniorů o kvalitách a složení potravin je nedostatečná. Co se týče kvality stravování seniorů, z výzkumu vyplynulo, že kvalitněji a pravidelněji se stravují senioři pobývající v DpS.

Ráda bych přispěla k lepší informovanosti nejen seniorů o důležitosti základních složek výživy, a proto jsem vytvořila pro lepší a jednodušší pochopení informační leták, který je součástí mé bakalářské práce. (viz příloha č. 3) Informační leták, ale i výsledky mé bakalářské práce byly předány domovu pro seniory, kde byl výzkum realizován. Respondenti, kteří se zúčastnili mého výzkumu, také dostali jako poděkování informační leták.

7. KLÍČOVÁ SLOVA

Stáří

Senior

Výživa

Pitný režim

Domov pro seniory

Domácnost

8. SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

1. ASTL, Jaromír, Eliška ASTLOVÁ a Eva MARKOVÁ, 2009. *Jak jíst a udržet si zdraví*. 1. vydání. Praha: Maxdorf. Lékař radí. ISBN 978-80-7345-175-2.
2. BRÁT, J., J. DOSTÁLOVÁ a O. HERBER, 2011. Tuky - metaanalýzy, nové doporučené dávky, novinky v legislativě 2009/2010. *Praktický lékař* [online]. **91**(2): 91-95 [cit. 2015-11-26]. ISSN 0032-6739. Dostupné z: <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=2&sid=c3d4a513-6dbb-43ad-b972-900f83054d0a%40sessionmgr4003&hid=4209>
3. BRETŠNAJDROVÁ, Milena, Marie TERRICHOVÁ a Petr ZÁVODNÝ, 2011. Kalcium a vitamin D u seniorů. *Medicina pro praxi* [online]. **8**(4): 163-166 [cit. 2015-12-01]. ISSN 1803-5310. Dostupné z: <http://www.medicinapropraxi.cz/pdfs/med/2011/04/04.pdf>
4. BROULÍK, Petr a Karolína BROULÍKOVÁ, 2013. Vitamin D v klinické praxi. *Practicus* [online]. **12**(4): 5-9 [cit. 2015-12-01]. ISSN 1213-8711. Dostupné z: <http://web.practicus.eu/sites/cz/Documents/Practicus-2013-04/5-Vitamin-D-v-klinicke-praxi.pdf>
5. ČEVELA, Rostislav et al., 2014. *Sociální gerontologie: východiska ke zdravotní politice a podpoře zdraví ve stáří*. 1. vydání. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4544-2.
6. D'AMELIO, Patrizia a Giovanni Carlo ISAIA, 2015. Male Osteoporosis in the Elderly. *International Journal of Endocrinology* [online]. 1-8 [cit. 2015-12-04]. DOI: 10.1155/2015/907689. Dostupné z: <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=11&sid=9ec7f45c-b369-4505-bdf2-4d94edd7fc69%40sessionmgr4001&hid=4209>

7. DIMITROVÁ, Michaela, 2007. *Demografické souvislosti stárnutí. Naše společnost* [online]. [cit. 2015-11-06]. Dostupné z:
http://www.cvvm.cas.cz/upl/nase_spolecnost/100067s_Starnuti.pdf
8. DUČAIOVÁ, Jarmila a Blažena LITVÍNOVÁ, 2012. Etické atributy stárnutí. *Sestra*. 22(9): 48-50. ISSN 1210-0404.
9. DVOŘÁČKOVÁ, Dagmar, 2012. *Kvalita života seniorů: v domovech pro seniory*. 1. vydání. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4138-3.
10. EVROPSKÁ ROZVOJOVÁ AGENTURA, s.r.o., 2012. *Manuál aktivního stárnutí* [online]. Praha: Evropská rozvojová agentura, s.r.o. [cit. 2015-11-06]. Dostupné z: http://aktivne.eracr.cz/wp-content/uploads/2013/01/A5-manual_nahled.pdf
11. FABIAN, Elisabeth a Ibrahim ELMADFA, 2008. Nutritional situation of the elderly in the European Union: data of the European Nutrition and Health Report (2004). *Annals of Nutrition & Metabolism* [online]. 52(1): 57-61 [cit. 2015-12-10]. DOI: 10.1159/000115352. Dostupné z:
<http://web.b.ebscohost.com/ehost/detail/detail?vid=37&sid=8316474a-13c3-4378924cc829d29fbca2%40sessionmgr114&hid=125&bdata=Jmxhbm9Y3Mmc2l0ZT1laG9zdC1saXZlJnNjb3BlPXNpdGU%3d#AN=18382082&db=cmedm>
12. FAJFROVÁ, Jana a Vladimír PAVLÍK, 2013. Vitaminy, jejich funkce a využití. *Medicina pro praxi* [online]. 10(2): 81-84 [cit. 2015-12-01]. ISSN 1803-5310. Dostupné z: <http://www.medicinapropraxi.cz/pdfs/med/2013/02/09.pdf>
13. FÉLIX-REDONDO, J. Francisco, Maria GRAU a Daniel FERNÁNDEZ - BERGÉS, 2013. Cholesterol and Cardiovascular Disease in the Elderly. Facts and Gaps. *Aging and Disease* [online]. 4(3): 154-169 [cit. 2015-11-25]. ISSN 2152-

5250. Dostupné z:

<http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=2&sid=bdbd6cfa-966a-48a8-adfd-45cfea1b3f5b%40sessionmgr4004&hid=4209>

14. FLORIÁNKOVÁ, Marcela, 2014. *Zdravý životní styl a jídelníček pro seniory*. 1. vydání. Praha: Fragment. ISBN 978-80-253-2031-0.
15. FOŘT, Petr, 2014. Cholesterol - zákeřný zabiják? *Svět zdraví* [online]. [cit. 2015-11-26]. Dostupné z: <http://www.svet-zdravi.cz/clanky/cholesterol-zakerny-zabijak>
16. FOŘT, Petr, 2008. *Mládněte jídlem i po 50*. 1. vydání. Brno: Computer press, a.s. ISBN 978-80-251-2148-1.
17. FOŘT, Petr, 2007. *Tak co mám jíst?* 1. vydání. Praha: Grada. Zdraví & životní styl. ISBN 978-80-247-1459-2.
18. GROFOVÁ, Zuzana Kala, 2011. *Dieta pro vyšší věk*. 1. vydání. Praha: Forapsi. Rady lékaře, průvodce dietou. ISBN 978-80-87250-11-2.
19. GROFOVÁ, Zuzana, 2007. *Nutriční podpora: praktický rádce pro sestry*. 1. vydání. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1868-2.
20. HAINER, Vojtěch et al., 2011. *Základy klinické obezitologie*. 2. přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3252-7.
21. HLÚBIK, Pavol, 2007. Obezita ve stáří. *Lékařské listy* [online]. **56**(13): 8-9 [cit. 2015-12-05]. ISSN 0044-1996. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/priloha-lekarske-listy/obezita-ve-stari-311977>

22. HOLCZEROVÁ, Vladimíra a Dagmar DVOŘÁČKOVÁ, 2013. *Volnočasové aktivity pro seniory*. 1. vydání. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4697-5.
23. HOŠKOVÁ, Blanka et al., 2012. *Vademecum: zdravotní tělesná výchova (druhy oslabení)*. 1. vydání. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-2137-1.
24. HRAŇOVÁ, Běla, 2011. *Výživa seniorů v domovech pro seniory a v domácí péči*. České Budějovice. Bakalářská práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta. Dostupné z: http://theses.cz/id/zwi4lr/BP_-_Hranova_B_.pdf
25. HRNČIARIKOVÁ, Dana, Božena JURAŠKOVÁ a Zdeněk ZADÁK, 2008. Sarkopenie ve stáří. *Lékařské listy* [online]. 57(19): 17-18 [cit. 2015-11-26]. ISSN 0044-1996. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/priloha-lekarske-listy/sarkopenie-ve-stari-389728>
26. HROZENSKÁ, Martina a Dagmar DVOŘÁČKOVÁ, 2013. *Sociální péče o seniory*. 1. vydání. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4139-0.
27. CHRPOVÁ, Diana, 2010. *S výživou zdravě po celý rok*. 1. vydání. Praha: Grada. Zdraví & životní styl. ISBN 978-80-247-2512-3.
28. CHUDOBOVÁ, Miloslava, 2015. *Demografická situace v České republice v roce 2014* [online]. ÚZIS ČR, Aktuální informace č. 3/2015 [cit. 2015-11-06]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/rychle-informace/demograficka-situace-ceske-republice-roce-2014>

29. KALVACH, Zdeněk et al., 2004. *Geriatric a gerontologie*. 1. vydání. Praha: Grada. ISBN 8024705486.
30. KASTNEROVÁ, Markéta, 2014. *Výživové poradenství v praxi: vědecká monografie*. 1. vydání. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. ISBN 978-80-7394-500-8.
31. KATSILAMBROS, Nikolaos et al., 2010. *Clinical nutrition in practice*. Chichester, West Sussex, U. K.: Wiley-Blackwell. ISBN 978-1-4051-8084-9.
32. KIMMER, David a Sylva BÁRTLOVÁ, 2013. Vliv sociálních faktorů na výživu seniorů. *Výživa a potraviny: časopis Společnosti pro výživu*. Praha: Výživaservis s. r. o. **68**(4):109-111. ISSN 1211-846x.
33. KLEVETOVÁ, Dana a Irena DLABALOVÁ, 2008. *Motivační prvky při práci se seniory*. 1. vydání. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2169-9.
34. KOHOUT, Pavel a Eva KOTRLÍKOVÁ, 2009. *Základy klinické výživy*. 1. vydání. Praha: Forsapi. Informační servis pro lékaře. ISBN 978-80-87250-05-1.
35. KOHOUT, Pavel et al., 2010. *Potraviny - součást zdravého životního stylu*. 1. vydání. Olomouc: Solen. ISBN 978-80-87327-39-5.
36. KOOLMAN, Jan a Klaus - Heinrich RÖHM, 2012. *Barevný atlas biochemie*. 1. české vydání. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2977-0.
37. KOVAŘÍKOVÁ, Petra, 2010. *Rozdíly ve stravovacích návycích u seniorů*. Brno. Bakalářská práce. Masarykova univerzita, Lékařská fakulta, Katedra ošetřovatelství.

Dostupné z:

http://is.muni.cz/th/258175/lf_b/Rozdily_ve_stravovacich_navycich_u_senioru.pdf

38. KUNOVÁ, Václava, 2011. *Zdravá výživa*. 2. přepracované vydání. Praha: Grada. ISBN 80-247-3433-8.
39. KUNOVÁ, Václava, 2005. *Zdravá výživa a hubnutí v otázkách a odpovědích*. 1. vydání. Praha: Grada. Zdraví & životní styl. ISBN 80-247-1050-1.
40. KUŽELA, Lubomír a Věra STEJSKALOVÁ, 2007. *Dna - nemoc králů. Je nutná bezpurinová dieta?* 1. vydání. Praha: Forsapi. Rady lékaře, průvodce dietou, sv. 5. ISBN 978-80-903820-5-3.
41. LARSEN, Dana, 2015. Stay Hydrated, Eat Protein: Nutrition Tips for Seniors. *A Place for Mom Senior Living Blog* [online]. [cit. 2015-11-25]. Dostupné z: <http://www.aplaceformom.com/blog/senior-nutrition-recommendations/>
42. LOIKAS, Saila et al., 2007. Vitamin B12 deficiency in the aged: population based study. *Age and Ageing* [online]. **36**(2): 177-183 [cit. 2015-12-02]. DOI: 10.1093. Dostupné z: <http://ageing.oxfordjournals.org/content/36/2/177.full#ref-6>
43. MAHROVÁ, Gabriela a Martina VENGLÁŘOVÁ, 2008. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. 1. vydání. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2138-5.
44. MACHOVÁ, Jitka a Dagmar KUBÁTOVÁ et al., 2009. *Výchova ke zdraví*. 1. vydání. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2715-8.
45. MALÍKOVÁ, Eva, 2011. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. 1. vydání. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3148-3.

46. MATĚJOVSKÁ KUBEŠOVÁ, Hana, 2015. *Vybrané klinické stavy u seniorů: úskalí diagnostiky a terapie*. 1. vydání. Praha: Mladá fronta. ISBN 978-80-204-3394-7.
47. MIOVSKÝ, Michal, 2006. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. 1. vydání. Praha: Grada. ISBN 80-247-1362-4.
48. MLÝNKOVÁ, Jana, 2011. *Péče o staré občany: učebnice pro obor sociální činnost*. 1. vydání. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3872-7.
49. MOUREK, Jindřich, Miloš VELEMÍNSKÝ a Marek ZEMAN, 2013. *Fyziologie, biochemie a metabolismus pro nutriční terapeutu*. 1. vydání. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. ISBN 978-80-7394-438-4.
50. PÍTHA, Jan et al., 2012. *140 otázek a odpovědí o výživě a potravinách*. 1. vydání. Praha: Forsapi. Manuál dietologie. ISBN 978-80-87250-18-1.
51. PROVAZNÍK, Kamil a Lumír KOMÁREK, 2003. *Manuál prevence v lékařské praxi*. 1. vydání. Univerzita Karlova, 3. lékařská fakulta: Fortuna. ISBN 80-7168-942-4.
52. ŘEHOŘKOVÁ, Pavla, Miroslava ŠPIČKOVÁ a Monika ŠPIČKOVÁ, 2008. *Odvápnění kostí čili osteoporóza: dieta bohatá vápníkem*. 1. vydání. Praha: Forsapi. Rady lékaře, průvodce dietou. ISBN 978-80-87250-00-6.
53. SIMOPOULOS, Artemis P., 2011. *Healthy agriculture, healthy nutrition, healthy people*. 1. neue Ausg. Basel: Karger. ISBN 978-3-8055-9779-1.

54. SPOLEČNOST PRO VÝŽIVU, 2011. *Referenční hodnoty pro příjem živin*. 1. vydání. Praha: Výživaservis. ISBN 978-80-254-6987-3.
55. STRÁNSKÝ, Miroslav a Lydie RYŠAVÁ, 2014. *Fyziologie a patofyziologie výživy*. 2. doplněné vydání. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta. ISBN 978-80-7394-478-0.
56. STRÁNSKÝ, Miroslav, 2015. Výživa ve stáří. *Kontakt* [online]. **17**(3): 185-193 [cit. 2015-12-01]. ISSN 1804-7122. Dostupné z: <http://casopis-zsfju.zsf.jcu.cz/kontakt/administrace/clankyfile/20150923144748682726.pdf>
57. STRUNECKÁ, Anna a Jiří PATOČKA, 2011. *Doba jedová*. 1. vydání. Praha: Triton. ISBN 978-80-7387-469-8.
58. SVAČINA, Štěpán et al., 2008. *Klinická dietologie*. 1. vydání. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2256-6.
59. SVAČINA, Štěpán, Dana MÜLLEROVÁ a Alena BRETŠNAJDROVÁ, 2013. *Dietologie pro lékaře, farmaceuty, zdravotní sestry a nutriční terapeuty*. 2. upravené vydání. Praha: Triton. Lékařské repetitorium. ISBN 978-80-7387-699-9.
60. ŠVARÍČEK, Roman, Klára ŠEĐOVÁ et al., 2007. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. 1. vydání. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-313-0.
61. VENGLÁŘOVÁ, Martina, 2007. *Problematické situace v péči o seniory: příručka pro zdravotnické a sociální pracovníky*. 1. vydání. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2170-5.

62. VESELÝ, Martin, 2012. *Stravovací zvyklosti jako součást zdravého životního stylu u seniorů*. Olomouc. Diplomová práce. Univerzita Palackého v Olomouci, Fakulta tělesné kultury. Dostupné z: http://theses.cz/id/ozvm9r/DP_Vesel.pdf
63. VOJKOVSKÁ, Alena, 2011. *Výživové zvyklosti seniorů v Jesenickém regionu*. Brno. Diplomová práce. Masarykova univerzita, Lékařská fakulta, Katedra ošetrovatelství. Dostupné z: http://is.muni.cz/th/363518/lf_m/Diplomova_prace-_cela.pdf
64. VOKURKA, Martin et al., 2012. *Patofyziologie pro nelékařské směry*. 3. upravené vydání. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-2032-9.
65. VYBÍHALOVÁ, Lenka, 2010. Pitný režim ve stáří. *Sestra*. **20**(6): 73. ISSN 1210-0404.
66. WILLIAMS, Linda, 2007. The fluid and electrolyte balancing act. *Nursing Homes: Long Term Care Management* [online]. **56**(12): 31-33 [cit. 2015-12-03]. ISSN 1061-4753. Dostupné z: <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=6&sid=9ec7f45c-b369-4505-bdf2-4d94edd7fc69%40sessionmgr4001&hid=4209>
67. WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2015. *Definition of an older or elderly person* [online]. [cit. 2015-11-18]. Dostupné z: <http://www.who.int/healthinfo/survey/ageingdefnolder/en/>
68. ZACHAROVÁ, Eva a Jitka ŠIMÍČKOVÁ - ČÍŽKOVÁ, 2011. *Základy psychologie pro zdravotnické obory*. 1. vydání. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4062-1.

9. SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1: Okruhy otázek k rozhovoru

Příloha č. 2: Technika kódování

Příloha č. 3: Informační leták

Příloha č. 1 – Okruhy otázek k rozhovoru

Rozhovor

Souhlasíte s tím, že bude rozhovor nahráván?

Dietní opatření

Máte nějaké dietní opatření předepsané lékařem?

POKUD ANO

Jaké dietní opatření máte?

Dodržujete ho?

Pravidelnost

Kolikrát denně jíte?

Jaké máte rozestupy mezi jednotlivými jídly?

Snídaně

Jak často snídáte?

Co obvykle míváte k snídani?

V kolik hodin snídáte?

Snídáte sám/sama nebo s někým?

Svačina

Jak často svačíte?

Co obvykle svačíte?

V kolik hodin míváte svačinu?

Svačíte sám/sama nebo s někým?

Oběd

Jak často obědváte?

Vaříte si sám/sama nebo odebíráte obědy?

Co obvykle míváte k obědu?

Obědváte sám/sama nebo s někým?

V kolik hodin obědváte?

NEODEBÍRÁ

Jaké suroviny nejčastěji používáte při přípravě oběda?

Jak velká je porce Vašeho oběda?

ODEBÍRÁ

Jak často odebíráte obědy?

Kolik Vás stojí jeden oběd?

Je pro Vás porce oběda dostatečná?

Jak Vám obědy chutnají?

Večeře

Jak často večeříte?

Co obvykle večeříte?

V kolik hodin obvykle večeříte?

Večeříte sám/sama nebo s někým?
V kolik hodin jíte naposledy před spánkem?

Ovoce a zelenina

Ovoce

Konzumujete ovoce?
Jaké ovoce konzumujete?
Jak často konzumujete ovoce?
Jaké množství ovoce sníte za den?
V jakou denní dobu konzumujete ovoce?
Jíte ovoce z vlastního přesvědčení nebo z donucení?

Zelenina

Konzumujete zeleninu?
Jaký druh zeleniny konzumujete nejčastěji?
Jak často konzumujete zeleninu?
Jaké množství zeleniny sníte za den?
Upravujete nějak zeleninu nebo ji konzumujete syrovou?
Jíte zeleninu z vlastního přesvědčení či z donucení?

Tuky

Jaké tuky preferujete, rostlinné nebo živočišné?
Je zdravější rostlinný nebo živočišný tuk a proč?
Jaký tuk používáte na přípravu teplých pokrmů?
Jaký tuk používáte na přípravu studených pokrmů?

Pitný režim

Kolik tekutin vypijete za den?
Jaké tekutiny preferujete?
Pijete postupně během dne nebo spíše nárazově?

Alkohol

Pijete alkohol?
Jaký alkohol pijete?
Jak často pijete alkohol?
Jaké množství alkoholu vypijete?

Káva

Pijete kávu?
Jakou kávu pijete
Jak často pijete kávu?
Kolik kávy vypijete?

Skupiny potravin

Maso

Konzumujete maso?

POKUD NE

Jaké jiné alternativy konzumujete?

POKUD ANO

Jaký druh masa preferujete?

Jak často konzumujete maso?

Jaké množství masa sníte?

Jakou tepelnou úpravu volíte při přípravě masa?

Ryby

Konzumujete ryby?

Jaké druhy ryb konzumujete?

Jak často konzumujete ryby?

Jakou tepelnou úpravu používáte nejčastěji při přípravě ryb?

Proč myslíte, že se doporučuje konzumovat ryby?

Přílohy

Konzumujete přílohy?

Jaké přílohy preferujete?

Jak často jíte přílohy?

Kdy v průběhu dne jíte přílohy?

Dojídáte přílohy?

Ořechy

Konzumujete ořechy?

Jaké ořechy konzumujete?

Jak často konzumujete ořechy?

Jaké množství ořechů sníte?

Uzenina

Konzumujete uzeniny?

Jaké uzeniny konzumujete?

Jak často konzumujete uzeniny?

Jaké množství uzenin sníte?

Luštěniny

Konzumujete luštěniny?

Které luštěniny konzumujete?

Jak často konzumujete luštěniny?

Jaké množství luštěnin sníte?

Pochutiny

Konzumujete sladkosti?

Jaké sladkosti konzumujete?
Jak často konzumujete sladkosti?
Kolik sladkostí sníte?
Konzumujete slané pochutiny?
Jaké slané pochutiny konzumujete?
Jak často konzumujete slané pochutiny?
Jaké množství slaných pochutin sníte?

Mléčné výrobky

Konzumujete mléčné výrobky?
Jaké mléčné výrobky konzumujete?
Jak často konzumujete mléčné výrobky?
Kolik mléčných výrobků sníte?
Konzumujete sýry?
Jaké typy sýrů konzumujete?
Jak často konzumujete sýry?
Jaké množství sýrů sníte?

Jaké potraviny nemáte rád/a?
Jaké jsou podle Vás nejdůležitější složky stravy, které by měl člověk konzumovat během dne?
Které složky více které méně?

Nákup potravin

PRO SENIORY V DOMOVĚ

Dokupujete si potraviny k odebírané stravě?

POKUD ANO

Jaké potraviny si kupujete?

Jak často nakupujete?

PRO OBĚ SKUPINY

Co u Vás rozhoduje při nákupu potravin, kvalita či kvantita?

Nakupujete potraviny v akci?

Znáte nějaké riziko, které Vám hrozí při nákupu zlevněných potravin?

Kolik průměrně utratíte za potraviny měsíčně?

Osobní

Máte nějaké příbuzné?

Jste v kontaktu s příbuznými?

Jak často se stýkáte s příbuznými?

Obědváte společně s rodinou?

Jak často společně obědváte?

Žijete ve společné domácnosti či sám/sama?

Jaké máte vzdělání?

Pracujete při důchodu?

POKUD ANO

Jak často?
Jaké je Vaše zaměstnání?
Jaké bylo Vaše povolání v produktivním věku?
Jak dlouho jste v důchodu?
Kolik je Vám let?
Jaká je Vaše výška?
Jaká je Vaše váha?
PRO SENIORY V DOMOVĚ
Jak dlouho žijete v domově pro seniory?

To je všechno.
Děkuji Vám za rozhovor.

Zdroj: Vlastní.

Příloha č. 2 - Technika kódování

Rozhovor č. 15

Respondentovi č. 15 je 82 let, měří 160 cm a váží 60 kg. Respondent má středoškolské vzdělání a v produktivním věku pracoval jako soustružník – montér. V penzi je 24 let. Respondent žije 3 roky v domově pro seniory společně s manželkou. S příbuznými je v kontaktu každý den.

T: Souhlasíte s tím, že bude rozhovor nahráván?

R: Ano.

T: Máte nějaké dietní opatření předepsané lékařem?

R: Ne.

T: Kolikrát denně jíte?

R: Tak ^{3x - 4x DĚNNE} 4x denně. Snídaně, oběd, svačina a večeře.

T: Jaké máte rozestupy mezi jednotlivými jídly?

R: Tak ^{3 - 4,5 HODINY} 3 až 3,5 hodiny.

T: Jak často snídáte?

R: Každý den.

T: Co obvykle míváte k snídani?

R: Ponejvíc je paštika jádrová nebo kuřecí nebo je hodně salám, sýr. A k tomu ^{PEČIVO} chleba nebo rohlíky. A 2x týdně jsou buchty k snídani, ve středu a v neděli.

T: V kolik hodin snídáte?

R: V 8 hodin.

T: Snídáte sama nebo s někým?

R: Snídám na jídelně ^{SPOLEČNĚ} s manželkou.

T: Jak často svačíte?

R: ^{1x - 2x DĚNNE} Jednou denně.

T: Svačíte dopoledne nebo odpoledne?

R: Odpoledne.

T: Co obvykle míváte svačině?

R: No různě. Jenom jogurt nebo pudink.

T: V kolik hodin svačíte?

R: Kolem 3. hodiny.

T: Svačíte sám nebo s někým?

R: S manželkou.

T: Jak často obědváte?

R: Denně.

T: Vaříte si sama nebo odebíráte obědy?

R: Odebírám obědy denně.

T: Co obvykle míváte k obědu?

R: Třeba dneska máme sekanou na svičkovou. Různé omáčky, knedlíky, švestkové knedlíky.

T: V kolik hodin obědváte?

R: Ve 12 hodin.

T: Jak často odebíráte obědy?

R: Každý den.

T: Víte, kolik zaplatíte za jeden oběd korun?

R: Od 80 do 150 korun.

T: Je pro Vás ta porce oběda dostatečná?

R: VELKÁ PORCE
Až moc, přílohu i přidávají.

T: Obědy Vám chutnají?

R: To je jako doma. Někdy ano a někdy ne.

T: Obědváte sám nebo s někým?

R: Obědvám s manželkou na jídelně.

T: Jak často večeříte?

R: Každý den.

T: Co obvykle večeříte?

R: Studenou večeří máme 1x za týden. Jinak jsou různé omáčky a tak.

T: V kolik hodin obvykle večeříte?

R: Ve čtvrt na 6.

T: Večeříte sám nebo s někým?

R: SPRAVNĚ
S manželkou.

T: V kolik hodin jíte naposledy před spánkem?

R: V 5 hodin, ale ještě si občas něco беру. Třeba si dávám ještě ovoce v 8 hodin.

T: A spát chodíte v kolik hodin?

R: V 10 hodin.

T: Konzumujete ovoce?

R: *Hodně.*

T: Jak často máte ovoce?

R: *No, banány, pomeranče, jablka, hrušky, hroznové víno.*

T: Jak často konzumujete ovoce?

R: ^{DENNĚ} *Každý den. Třeba dneska jsem měl pomeranč. Nebo máme k obědu kompot.*

T: V jakou denní dobu konzumujete ovoce?

R: *Někdy mám chuť odpoledne, někdy večer, to je různé.*

T: Jíte ovoce z vlastního přesvědčení či z donucení?

R: *Z vlastního přesvědčení.*

T: Konzumujete zeleninu?

R: *Ano.*

T: Jak často konzumujete zeleninu?

R: ^{DENNĚ} *Každý den.*

T: Jaký druh zeleniny konzumujete nejčastěji?

R: *Zelí, rajče, mrkev.*

T: Zeleninu tedy konzumujete nějak upravenou nebo syrovou?

R: ^{SYROVÁ} ^{TEPELNĚ UPRAVENÁ} *K obědu mám na míse zelí a v jídle je hodně zeleniny. A když máme na něco chuť, tak si to můžeme dokoupit v bufetu*

T: Jíte zeleninu z vlastního přesvědčení či z donucení?

R: *Z vlastního přesvědčení.*

T: Jaké tuky preferujete rostlinné nebo živočišné?

R: *Živočišné. Mám rád i tlusté maso.*

T: Je zdravější rostlinný nebo živočišný tuk?

R: ^{NEZNALOST VÝHOD} *No, jednou to vychvalují a podruhé zase ne.*

T: Jaký tuk používáte na přípravu studených pokrmů?

R: *Máslo i margarín. Co nám dají, to sníme.*

T: Kolik tekutin vypijete za den?

R: ^{1,5 - 2 L} *1,5 litru určitě.*

T: Jaké tekutiny preferujete?

R: *Minerální vody, čaj, pivo.*

T: Pijete postupně během dne nebo spíše nárazově?

R: Já piji, ^{NÁRAZOVĚ} jen když mám žízeň. Jak pořád říkají, že se musí pít, to já neuznávám.

T: Pijete alkohol?

R: Taký.

T: Jaký alkohol pijete?

R: Víno, pivo, kořalku.

T: Jak často pijete alkohol?

R: Když mám na něj chuť. Tak 1x až 2x za týden.

T: Jaké množství alkoholu vypijete?

R: Tak 2 deci vína.

T: Pijete kávu?

R: Kávu piji dost, ale jen jednu denně.

T: Jakou kávu pijete?

R: Turka.

T: Konzumujete maso?

R: Když bude, tak vždycky.

T: Jaký druh masa preferujete?

R: Raději vepřové nebo králíčí.

T: Jak často konzumujete maso?

R: 5x za týden.

T: Jaké množství masa sníte?

R: Normální porci, co mi dají.

T: Konzumujete ryby?

R: Já mám ryby rád.

T: Jaké druhy ryb konzumujete?

R: Makrely, uzenáče i kapra, když je na Vánoce.

T: Jak často konzumujete ryby?

R: Moc ne, tak 1x - 3x 2x měsíčně.

T: Jakou tepelnou přípravu používají při přípravě ryb?

R: Smaží, nebo je dělají na másle bez obalování.

T: Proč myslíte, že se doporučuje konzumovat ryby?

R: No, že jsou zdravé.

T: A víte, co ryby obsahují?

R: Ten fosfor a já nevím, co ještě.

T: Konzumujete přílohy?

R: Samozřejmě.

T: Jaké přílohy preferujete?

R: Nejsem vybíravý, jím všechno kolínka, těstoviny, rýži, knedlíky, brambory, všechno.

T: Jak často jíte přílohy?

R: Každý den.

T: Kdy v průběhu dne jíte přílohy?

R: K obědu.

T: Dojídáte přílohy?

R: Všechno nesním, dávají tady poměrně velké porce. Kolik kdo chce přílohy, tak mu nandají, pokud někdo chce 8 knedlíků, tak mu dají 8 knedlíků.

T: Konzumujete ořechy?

R: Ty mám rád, ale jsou drahé. Teď jsem si podvakerát koupil po 15 dkg loupané vlašské ořechy.

T: Jak často konzumujete ořechy?

R: Tak 1x za měsíc.

T: Konzumujete uzeniny?

R: Všechno, salám, párky, tlačenku, jitrnice.

T: Jak často konzumujete uzeninu?

R: Tak 2x do týdne, víc ne.

T: Jaké množství uzenin sníte?

R: No, celý ten vakuovaný balíček.

T: Konzumujete luštěniny?

R: Ano.

T: Jaké luštěniny konzumujete?

R: Fazole, hrách, čočku.

T: Jak často konzumujete luštěniny?

R: Dost často, já myslím, že každý týden nebo několikrát za měsíc.

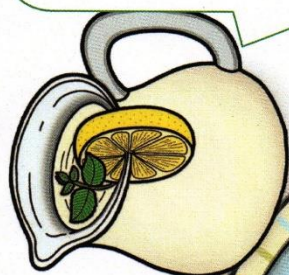
T: Jaké množství uzenin sníte?

Zdroj: Vlastní výzkum.

Příloha č. 3 - Informační leták

Výživa ve stáří

Zdravý talíř 1



Zelenina

Zdroj vitamínu, minerálních látek, vlákniny a antioxidantů.

Konzumujte 300 g zeleniny denně v menších porcích.

Zeleninu konzumujte syrovou i vařenou v páře či dušenou.

Tuky

Snižte příjem tuků na 30 % celkového energetického příjmu.

Ryby, avokádo a ořechy obsahují omega 3 mastné kyseliny
=> pozitivně působí na srdce, mozek.

Preferujte olivový olej (zastudena), řepkový olej (tepelná úprava).

Ovoce

Zdroj vitamínu, minerálních látek, vlákniny a antioxidantů.

Konzumujete 200 g denně po menších dávkách.

Ovoce jezte v dopoledních hodinách.

Polysacharidy

Pecivo, těstoviny, rýže, kroupy, ovesné vločky, brambory.

Slouží jako zdroj energie.

Preferujte celozrnné výrobky.

Bílkoviny

Maso, luštěniny, ryby, mléčné výrobky, vejce, sója.

Bílkoviny udržují a vytvářejí svalovou hmotu.

Preferujte rostlinné před živočišnými v poměru 2:1.

Zvyšte příjem bílkovin na 1 – 1,25 g/kg/den.

Tekutiny

Ve stáří bývá oslabený pocit žízně => riziko dehydratace.

Vypijte 1,5 – 2 l/den, postupně během dne.

Preferujte čistou vodu, neslazený čaj.

Omezte příjem minerálních vod na max. 0,5 l/den.

Slazené nápoje nejsou vhodné.

Výživa ve stáří

Výživová doporučení

Dodržujte dietní opatření předepsané lékařem.

Přijímejte 5 – 6 porcí denně.

Časový interval mezi jednotlivými jídly udržujte v rozmezí 3 – 4 hodin.

Dodržujte poměr mezi zeleninou a ovocem 3:2.

Přijímejte alespoň 30 g vlákniny denně => preventivně působí proti zácpě, rakovině tlustého střeva a konečníku, obezitě, atd.

Ryby konzumujte alespoň 2x týdně.

Konzumujte 2 porce mléčných výrobků denně.

Omezte příjem tavených sýrů => obsahují velké množství soli a fosforu, který snižuje vstřebávání vápníku.

Omezte příjem skrytých tuků (uzeniny, sladkosti, tučné mléčné výrobky...)

Luštěniny konzumujte alespoň 2x týdně.

Omezte příjem jednoduchých cukrů (sladkosti, slazené nápoje...)

Rovněž také omezte množství soli na max. 5 g/den.

Zvyšte příjem vápníku, vitamínu D, kyseliny listové a zinku.

Zdroj: Vlastní.