

Univerzita Karlova
Pedagogická fakulta
Katedra pedagogiky

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Stravování vybrané skupiny seniorů v Praze a menších obcích
Alimentation of selected group of seniors in Prague and smaller
municipalities

Tereza Zvolánková

Vedoucí práce: Ing. Bc. Alena Váchová, Ph.D.
Studijní program: Specializace v pedagogice
Studijní obor: Biologie, geologie a environmentalistika se zaměřením na vzdělávání -
Výchova ke zdraví se zaměřením na vzdělávání

Odevzdáním této bakalářské práce na téma Stravování vybrané skupiny seniorů v Praze a menších obcích potvrzuji, že jsem ji vypracovala pod vedením vedoucího práce samostatně za použití v práci uvedených pramenů a literatury. Dále potvrzuji, že tato práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

V Praze dne 22. července 2020

Ráda bych poděkovala vedoucí své bakalářské práce Ing. Bc. Aleně Váchové, Ph.D. za cenné rady a připomínky při zpracování této práce. Dále bych chtěla poděkovat paní Doc. Ing. Blance Trhlíkové, CSc. za konzultace v dané problematice a kontakty na respondenty. Ráda bych dále poděkovala všem respondentům za jejich čas a ochotu mi pomoci nasbírat důležité informace nezbytné pro mou práci.

ABSTRAKT

Ve své bakalářské práci jsem se zaměřila na problematiku stravování seniorů pocházejících z Prahy a z malých obcí. Téma jsem zvolila z důvodu zvyšujícího se počtu seniorů v České republice a s tím spojený stále se zvyšující zájem o tuto problematiku, která je v dnešní době hodně diskutována. Stravování v mnoha případech ovlivňuje zdraví, kvalitu i délku života seniorů. Hlavním cílem práce bylo zjistit, zda existují rozdíly ve stravování seniorů v Praze a v malých obcích. Dále jsem se zajímala o stravovací návyky seniorů bez ohledu na jejich demografické členění, jejich překážky při stravování a jejich samostatnost při stravování a nákupech potravin.

Praktická část bakalářské práce byla založena na dotazníkovém šetření, které bylo realizováno na vybrané skupině seniorů v Praze a malých obcích. Celkový počet oslovených seniorů byl 104. Tyto údaje byly graficky zpracovány a okomentovány. Data v grafech uvádějí jednak celkový stav zjišťovaných údajů, jednak členění údajů dle lokalit. Z analýzy dat vyplynulo, že senioři z obou porovnávaných lokalit mají poměrně zdravé stravovací návyky. Přesto vyplynuly některé dílčí rozdíly ve stravování těchto vybraných skupin seniorů. Oslovení pražští senioři se vhodněji stravují. Konzumují více zeleniny, ovoce, mléčných výrobků i potravinových doplňků. Jí méně tučného masa, konkrétně konzumují více drůbežího masa.

KLÍČOVÁ SLOVA

senior, stárnutí, senioři žijící v Praze, senioři žijící v malých obcích, výživa

ABSTRACT

In my bachelor's thesis I focused on the issue of catering for seniors from Prague and small villages. I chose the topic due to the increasing number of seniors in the Czech Republic and the associated ever-increasing interest in this issue, which is much discussed today. In many cases, diet affects the health, quality and life expectancy of seniors. The main goal of the work was to find out whether there are differences in the diet of seniors in Prague and in small villages. I was also interested in the eating habits of seniors, regardless of their demographic structure, their barriers to eating and their independence in eating and buying food.

The practical part of the bachelor's thesis was based on a questionnaire survey, which was conducted on a selected group of seniors in Prague and small communities. The number of addressed seniors was 104 in total. These data were graphically processed and commented. The data in the graphs show both the overall status of the collected data and the breakdown of data by localities. The analysis of the data showed that seniors from both compared localities have relatively healthy eating habits. Nevertheless, some partial differences in the diet of these selected groups of seniors emerged. Addressed Prague seniors eat more appropriately. They consume more vegetables, fruits and dairy products as well as food supplements. They eat less fatty meat. Specifically, they eat more poultry meat.

KEYWORDS

senior, ageing, seniors living in Prague, seniors living in smaller municipalities, alimentation

Obsah

Úvod	6
1 Děje provázející stárnutí a stáří	7
1.1 Změny ve stáří	7
1.1.1 Psychické změny	8
1.1.2 Sociální změny	12
1.1.3 Fyzické změny	12
2 Výživa ve stáří	20
2.1 Příjem energie	20
2.2 Sacharidy	21
2.3 Lipidy	22
2.4 Proteiny	24
2.5 Vitaminy	25
2.5.1 Vitaminy rozpustné v tucích	26
2.5.2 Vitaminy rozpustné ve vodě	28
2.6 Minerální látky a stopové prvky	31
3 Praktická část	35
3.1 Cíle praktické části	35
3.2 Metodologie	35
3.3 Výsledky dotazníkového šetření	36
3.4 Diskuze	71
3.5 Komparace dat	78
Závěr	80
Seznam použitých informačních zdrojů	82
Seznam příloh	84

Úvod

Stárnutí je proces, ve kterém dochází k mnoha změnám. Tento proces je velmi individuální a také postupný a každý senior se na něj adaptuje různou rychlostí. Těmto změnám je také důležité přizpůsobit fyzickou aktivitu a zejména stravování. V hospodářsky vyspělých státech dochází k prodlužování lidského věku a tím i k absolutnímu růstu počtu seniorů. Uvedená skupina obyvatel si zaslouhuje naši pozornost. To také vedlo i k tomu, že se ve své bakalářské práci zaměřuji na seniory a to v souvislosti s procesem změn, které doprovázejí stárnutí a na vliv a strukturu jejich výživy. S navyšováním věku stoupá i riziko křehkosti a různých obtíží, kterým lze mnohdy předcházet. Z fyzického hlediska dochází k degenerativním, morfologickým procesům, které mohou vést k různým onemocněním. S fyziologickým stárnutím dochází i k psychickým a sociálním změnám. Velkým milníkem je odchod do důchodu a s ním spojená změna jak ekonomické situace, tak i změna v zájmové oblasti.

Nezanedbatelný podíl na zdraví a kondici seniora má strava. Důležitá je nejen hodnotná, biologicky pestrá strava, ale také i množství přijímané stravy. To by mělo být takové, aby nedocházelo k nežádoucímu zvýšení hmotnosti či naopak k jejímu úbytku. Energetický příjem potravin by měl tedy odpovídat aktivitě seniora vykonávané během dne. Hlavní složku jídelníčku u seniorů by měly především tvořit plnohodnotné sacharidy, tj. oligosacharidy a polysacharidy, dále tuky a bílkoviny. Velmi důležitou a neopomenutelnou složkou stravy u seniorů je dostatečný příjem potřebných vitaminů a minerálních látek pro správné fungování organismu. Je vhodné tyto látky přijímat nejen v potravě, ale i v potravinových doplňcích. Další neopomenutelnou složkou jídelníčku je dostatečné množství vhodných tekutin. Vycházím z toho, že vhodná strava a pitný režim je základem zdraví seniorů.

1 Děje provázející stárnutí a stáří

Stáří je obecné označení pro poslední fázi ontogenetického vývoje. Stárnutí nelze jasně definovat. V jednotlivých orgánech probíhají na všech úrovních změny degenerativní, morfologické a funkční. Stárnutí je ovlivněno především genetickými faktory, životním stylem daného člověka a podmínkami vnějšího prostředí (Ondrušová, 2017).

V odborné literatuře, která se týká stárnutí a stáří, se často setkáváme se základními pojmy gerontologie a geriatrie. Gerontologie je věda o stáří a stárnutí, která se zabývá zákonitostmi, příčinami a projevy stárnutí a s tím spojenou problematikou života ve stáří. Termín je převzat z řeckého slova „gerón“= starý člověk. Jedná se o multioborovou a interdisciplinární problematiku, jejímž cílem je předcházet patologickému stárnutí, udržet soběstačnost seniora, usilovat o zdravé stárnutí a zvýšení kvality života seniorů. Dělíme ji na tři dílčí kategorie na gerontologii experimentální (biologická), sociální a klinickou. Gerontologie experimentální se zabývá stárnutím lidského organismu, proč a jak stárne. Gerontologie sociální je velmi široký obor, který se především věnuje vztahům mezi starými lidmi a společnostmi, mezigeneračním vztahům, demografií, sociologií, pedagogice, psychologií, právním a etickým aspektům péče o staré občany (Čeledová, 2016; Ondrušová, 2017).

Současná doba je spojena s prodlužováním lidského věku. Dochází k rychlému nárůstu počtu seniorů v České republice, což je spojeno i s demografickými změnami.

Periodizaci seniorského věku z demografického pohledu můžeme rozdělit na tři věkové skupiny. Do první věkové skupiny řadíme seniory od 65-74 let, tuto skupinu označujeme jako mladí senioři. Druhá skupina zahrnuje seniory od 75-84 let, staří senioři. Do třetí skupiny řadíme seniory od 85 a více let, velmi staří senioři, dlouhověcí. Stáří je zároveň provázeno velkými změnami, které jsou shrnuty v následující kapitole (Čeledová, 2016; Ondrušová, 2017).

1.1 Změny ve stáří

Stáří zahrnuje řadu změn ve struktuře a funkci organismu, jedná se především o změny fyzické, psychické a sociální (Malíková, 2010).

Jakým způsobem se bude senior se změnami vyrovnávat, záleží především na jeho osobnosti, životních zkušenostech, vzdělání, výchově, na prostředí ve kterém žije a na reakci jeho okolí (Kalvach, 2004).

1.1.1 Psychické změny

Ve stáří mají psychické změny souvislost s tělesnými změnami. Stupňující se tělesné změny jsou stárnoucím člověkem negativně prožívány a následně se projevují jako změny psychické. Obecně se předpokládá, že nedochází k zásadním změnám v psychické oblasti. Tyto změny, které jsou spojeny s fyziologickým stárnutím, nastupují postupně (Malíková, 2010; Hátlová, 2010).

Mezi psychické změny řadíme především kognitivní změny a snížení gnostických funkcí. Kognitivní změny se projevují především zvýšeným zapomínáním, potížemi se zapamatováním, vybavením informací a poruchou koncentrace. S poruchou paměti se také objevují poruchy myšlení, chápání, počítání a schopnost učení.

Snížení gnostických funkcí souvisí se schopností rozpoznat viděné předměty a rozumět slyšeným zvukům (Malíková, 2010; Hátlová, 2010).

Dále do psychických změn zařazujeme změny emoční. Dochází k postupnému poklesu schopnosti pozitivního emočního prožívání, jedinec bývá nestabilní až labilní. Mezi projevy patří výkyvy nálad, proměnlivost v rozhodnutí a změna postojů. Objevuje se snížená schopnost zvládnání změn a s tím související snížená adaptace na nové a náročné situace. Dochází ke změnám životních hodnot, a to především se zaměřením na rodinu, zdraví a duchovní hodnoty (Malíková, 2010; Hátlová, 2010).

Během stárnutí probíhá i změna zájmů, u některých jejich potřeba uspokojení klesá a naopak se objevují zájmy o nové oblasti a činnosti.

Během stárnutí u člověka probíhají i povahové změny. Pozitivní vlastnosti se mění na neutrální až negativní, nebo tento proces probíhá naopak, kdy z negativních vlastností a postojů se mění na neutrální nebo pozitivní (Malíková, 2010).

Změny vlastností, které jsem popsala v této kapitole, bývají často spojovány s psychickými onemocněními ve stáří jako např. delirium, deprese a demence apod. Tato psychická onemocnění jsou charakterizována v následující části.

Psychická onemocnění ve stáří

Delirium

Deliria se řadí mezi nejčastější a nejzávažnější psychické poruchy ve vyšším věku. Delirium je stav, většinou krátkého trvání, převážně se opakující, při kterém dochází ke kvalitativní poruše vědomí, současně jsou postiženy kognitivní funkce. Tento stav se rozvíjí během několika hodin až dnů (Kalvach, 2004; Ondrušová 2017).

Delirium se projevuje zmateností, neklidem a agresivitou. Objevují se poruchy myšlení, vnímání, orientace, paměti a snížená schopnost udržet pozornost k vnějším podmínkám (Kalvach, 2004; Ondrušová 2017).

Příznaky během dne typicky kolísají, vyskytuje se tzv. sundown syndrom – přes den člověk obvykle dobře lucidní, k večeru a v noci se příznaky zhoršují.

Pro diagnostiku deliria musí být přítomny alespoň dva z následujících projevů: snížená úroveň vědomí, percepční poruchy jako iluze, halucinace, poruchy cyklu spánku a bdění, zvýšené nebo snížené psychomotorické tempo a aktivita, dezorientace v čase nebo místě a porucha paměti. Často se objevuje náhlý a rychlý začátek (Kalvach, 2004).

Deprese

Deprese je psychické onemocnění se somatickými a behaviorálními příznaky. Smutek patří k hlavním příznakům deprese. Jako další hlavní příznak deprese se může objevovat úzkost (úzkostná deprese) nebo apatie a nerozhodnost s neschopností prožitku radosti. Je více příznaků projevu deprese.

Dochází ke zpomalení psychomotorického tempa, poruchám spánku, poruchám subjektivního hodnocení vlastních schopností i životního postavení. Pacienti s touto poruchou se často podceňují, mají pesimistické hodnocení své situace i svých budoucích životních perspektiv. Často se u nich objevuje pocit, že se již nikdy nevyléčí a budou stále prožívat stejné utrpení (Kalvach, 2004; Ondrušová, 2017).

U většiny depresí se objevuje porucha chuti k jídlu, často převládá nechutenství, které je obvykle spojené s hubnutím. Ojediněle, u některých mírnějších úzkostných depresí, bývá chuť k jídlu zvýšená. Další symptomy podílející se na depresi jsou nesoustředěnost, porucha motivace a aktivity. Tyto symptomy vedou k neschopnosti vytvářet smysluplnou

činnost. Nemocní se přestanou starat o svůj vzhled a zanedbávají osobní hygienu. Při depresi doprovází pacienty pocit zbytečnosti, ztráty smyslu života, mají pocit, že jsou pro okolí přítěží. Může se objevit i suicidální chování.

Během deprese se mohou vyskytovat i další emoce kromě úzkosti a to strach, který není přiměřený situaci, vztek a dysforická nálada. Dysforická nálada je typická pocity rozmrzelosti a nespokojenosti (Kalvach, 2004; Ondrušová, 2017).

Depresivní onemocnění u starších osob bývá často poddiagnostikováno z důvodu skrytosti, často jsou symptomy pokládány za normální proces stárnutí. Senioři nechtějí mluvit o depresi a spíše dávají najevo somatické problémy jako je bolest a nevolnost.

Do zdravotních následků deprese u seniorů patří zhoršení již existujících somatických onemocnění a kognitivních funkcí. Mezi sociální důsledky řadíme konflikty s okolím a ztrátu sociálních kontaktů. Dříve soběstačný senior se stává nesoběstačným se sníženou mobilitou až imobilitou. Deprese se často objevuje i u demence (Kalvach, 2004; Ondrušová, 2017).

Demence

Je závažný psychický syndrom charakterizovaný celkovým a dlouhodobým úpadkem kognitivních funkcí, který je natolik závažný, že se postižená osoba stává do různé míry nesoběstačná, a tedy zcela závislá na svém okolí (Zvěřová, 2017).

Demence ovlivňuje a narušuje běžné denní aktivity, a tedy výrazně zhoršuje kvalitu života postiženého (Holmerová, 2007). Onemocnění je spjaté s nevratným poškozením a ztrátou neuronů, synapsí a mezibuněčných komunikačních spojů nervových buněk. Výskyt demencí stoupá s věkem, typičtí pacienti jsou osoby nad 65let (Ondrušová, 2017).

Je nutné rozlišovat pojem demence a mírná kognitivní porucha. U druhé jmenované se jedná rovněž o pokles kognice, ale spíše se jedná o mírný až střední stupeň postižení, u níž není zasažena soběstačnost pacienta (Sheardová, 2010).

V rámci syndromu demence se vyskytují také poruchy emocí, chování a spánku, dále také poruchy vnímání a v neposlední řadě vegetativní dysfunkce – nespavost, denní klimbání, poruchy sexuality, nadměrná chuť k jídlu nebo naopak nechutenství a hubnutí. Mezi typické poruchy chování můžeme zařadit agresivitu (ať už slovní či fyzickou),

nedodržování obecně přijímaných společenských norem, toulání a bloudění, stížnosti, nářky, drobné krádeže až těžké vyhasínání a úpadek osobnosti (Jiráček, 2013; Zvěřová, 2017).

Základní rozdělení demencí:

a) Atroficko-degenerativní (primární)

Příčiny nejsou zcela známy – kombinace genetických vlivů a faktorů zevního prostředí (Zvěřová, 2017).

Do této skupiny patří Alzheimerova choroba, která je nejčastější ze všech demencí (Kalvach, 2004).

b) Sekundární (symptomatické)

Rozvoj demence se děje na základě jiného základního onemocnění CNS (typicky intoxikace, infekční procesy postihující CNS, metabolické poruchy, úrazy) (Hátlová, 2010).

Nejčastějším typem demence je Alzheimerova choroba. Jedná se o primární neurodegenerativní onemocnění charakterizované postupným zánikem neuronů. Přesná příčina vzniku tohoto postižení není doposud známa. Typickým pacientem je jedinec ve věku nad 65 let, častěji ženy (Pidrman, 2007).

Nástup potíží je typicky pomalý a plíživý, choroba však trvale postupuje. Obvykle se jako první objevují poruchy paměti a řeči – potíže s krátkodobou pamětí na nedávné události, vypadávaní běžných slov v konverzaci, pokles plynulosti řeči, zhoršená artikulace. Následují problémy s každodenními aktivitami – nevěnují pozornost oblékání, úklidovým činnostem, problémy s placením v obchodě, řízení automobilu atd. Často můžeme pozorovat poruchy chování, ztrátu základních etických a estetických norem, změny nálad, nevhodné sexuální narážky na veřejnosti až výskyt halucinací a bludů. Proces psychosomatických změn končí až úplným rozpadem osobnosti. Příčinná terapie Alzheimerovy choroby neexistuje. Cílem léčby je co nejvíce zpomalit zánik neuronů, a tedy co nejvíce zpomalit rozvoj paměťových a intelektových obtíží. Snaha lékařů se v dnešní době opírá zejména o co možná nejdéle zachování soběstačnosti a udržení úrovně kvality života takto postižených osob (Pidrman, 2007; Češka, 2015).

1.1.2 Sociální změny

Sociální změny ve stáří můžeme rozdělit na negativní a pozitivní. Mezi nepříznivé sociální aspekty patří odchod do důchodu. Tento jev často hůře snášejí muži, pro které práce byla hlavním zájmem, jiné koníčky či zájmy nemají. Další negativní změna je často ekonomická situace, kde dochází k zhoršení finančního zabezpečení. Může se objevit generační osamělost vlivem úmrtí partnera nebo stárnutí osamělé osoby. U některých seniorů vzniká fyzická závislost. Tato závislost může být zapříčiněna nemocí, pohybovým nebo smyslovým omezením. Může vzniknout i sociální izolace například z důvodu omezení rodinných kontaktů, úbytku přátel, kteří jsou nemocní nebo z důvodu jejich úmrtí (Malíková, 2010).

Do nepříznivých sociálních aspektů dále patří vliv ageismu, stěhování, strach s osamělosti nebo nesoběstačnosti, omezení sociálního začlenění ve společenských, kulturních a jiných aktivitách a činnostech (Malíková, 2010).

Mezi důležité pozitivní sociální aspekty patří především funkční rodina, kde se vyskytují dobré rodinné vztahy a pevná citová pouta. Významná je i ekonomická příprava na zabezpečení stáří, a to především zajistit vyhovující bydlení nebo také penzijní pojištění aj. Již lidé ve středním věku by měli být motivováni, aby si šetřili na důchodové období (Dvořáčková, 2012; Malíková, 2010).

Mezi pozitivní aspekty také patří naplánování volného času, nalezení nových zájmů, koníčků, sociálních, psychických a fyzických aktivit, které by čas naplnily efektivně. Důležité je pomoc seniorovi nalézt motivaci pro utvoření si krátkodobých i dlouhodobých cílů a podporovat jeho sebeúctu (Dvořáčková, 2012).

1.1.3 Fyzické změny

Fyzické změny přináší celkové zhoršení zdravotního stavu projevující se prostřednictvím vzhledu, funkčnosti a problematičnosti při jeho používání a procitování při pohybu (Hátlová, 2010).

Změny probíhají u stárnoucích osob individuálně, liší se rychlostí a intenzitou. Tyto změny souvisí s výskytem nemocí obvyklých ve stáří (Malíková, 2010). Zdraví je v tomto věku vykládáno jako zachování soběstačnosti, nikoli nepřítomnost nemoci (Hátlová, 2010).

Charakteristické projevy stárnutí jsou snížení výkonosti všech funkcí, postupný úbytek svalové hmoty a změna reakcí organismu na zátěž (Malíková, 2010).

Dochází k atrofii postihující všechny orgány a tkáně. Důsledkem je úbytek původní funkční tkáně a její nahrazení jinou, buď pojivovou či tukovou tkání. Mozková tkáň je například nahrazena pojivovou tkání. Tyto přeměněné tkáně neplní již dostatečné specifické funkce. Během stárnutí v těle ubývá vody (Ondrušová, 2017).

V průběhu stárnutí se objevuje atrofie kůže, svalů, jater, mozkové tkáně aj. (Malíková, 2010). Patrné jsou změny na kůži, tyto změny se projevují v důsledku nižšího obsahu vody. Kůže je suchá, svraštělá, ztrácí pružnost a vznikají stařecké skvrny. Vlasy a chlupy slábnou, ubývají a šediví, tyto změny jsou zapříčiněny sníženou činností vlasové pokožky a vlasových kořínků. Zpomalení metabolických procesů má vliv na vyšší lomivost nehtů, u kterých se také objevuje zpomalení růstu (Malíková, 2010; Ondrušová, 2017).

Fyzickým změnám podléhá i pohybová soustava. Změna hospodaření s minerálními látkami vyvolává nižší množství vápníku v kostech. Tyto změny způsobují osteoporózu a vyšší riziko lomivosti kostí, což je způsobeno snížením pružnosti a pevnosti kostí, dále zapříčiňuje nižší kvalitu zubů. Kloubní hybnost je omezena, dochází k degenerativním změnám. Opěrné oblasti kostí se narušují, rozšiřují se kostní výrůstky a poškozují se chrupavka (Malíková, 2010).

Snižuje se počet červených svalových vláken, svalstvo ochabuje, změny ovlivňují kvalitu pohybu. Svalová ochablost, která zapříčiňuje shrbenou pozici těla a zmenšení meziobratlového prostoru vede ke zmenšení postavy (Ondrušová, 2017; Hátlová, 2010). Fyzické změny se projevují i na vnitřních orgánech. Objevuje se oslabení oběhového systému a plic způsobené sníženou elasticitou orgánů a tkání. Klesá poddajnost plic, snižuje se jejich vitální kapacita a funkce řasinkového epitelu. (Dvořáčková, 2012). V důsledku pokleslého hrudníku se náročnost dechové práce zvyšuje (Hátlová, 2010).

V oblasti oběhového systému bývají postiženy především cévy, které mají sníženou elasticitu. Klesá průtok všemi orgány. Snižuje se srdeční výkonnost při zátěži z důvodu poklesu výkonosti levé komory, zániku buněk převodního srdečního systému a degenerace srdečních chlopní, do nichž se ukládá vápník (Malíková, 2010).

Změny postihují i trávicí trubici, kde dochází ke snížení tvorby slin a poklesu sekreci trávicích šťáv. Snižuje se motilita trávicí trubice. Ve stáří je snížena schopnost vstřebávat minerální látky a vitamíny. Snížená schopnost peristaltiky ve střevě vede často k zácpě. Příjem potravy často ovlivňuje ztráta chrupu (Hátlová, 2010; Malíková, 2010).

Ve vylučovací soustavě se snižuje počet funkčních nefronů, to má za následek pokles rychlosti a schopnosti vylučovat škodlivé látky z organismu (Ondrušová, 2017). Dochází k poklesu očišťovací schopnosti ledvin (Hátlová, 2010). Zmenšuje se kapacita močového měchýře. Často ve stáří dochází k močové inkontinenci (Malíková, 2010).

Funkce endokrinních žláz klesá, mění se produkce hormonů, následkem změn vzniká hormonální nerovnováha (Hátlová, 2010).

V nervové soustavě dochází ke změnám v centrální i periferní části. Snižuje se hmotnost mozku z důvodu úbytku mozkové tkáně. Mění se počet synapsí, neuronů a neurotransmiterů. Následkem poklesu neuronů a synapsí dochází ke zpomalení vedení vzruchu. Vzniká senilní porucha motoriky, která vede ke zhoršení pohybu, k poruše stability a rovnováhy (Malíková 2010, Hátlová 2010).

Funkce smyslových orgánů klesá. Snížení akomodace oka vede k zhoršenému vidění do blízka. Zhoršený stav čočky může vést k výskytu zeleného a šedého zákalu. Typický je pro zrak fyziologický úbytek smyslových buněk, tento úbytek způsobuje obtížnější přizpůsobení na světlo a tmu. U sluchu způsobují atrofické změny stařeckou nedoslýchavost. Chuť, čich a hmat ve vyšším věku slábnou (Malíková, 2010).

Metabolické změny se projevují sníženým vstupem glukózy do krve s poruchou glukózové tolerance, klesá bazální metabolismus, snižuje se maximální spotřeba kyslíku. Zhoršuje se adaptační schopnost organismu na změnu tělesné teploty (Malíková, 2010).

V organismu se zvyšuje obsah tělesného tuku (Malíková, 2010).

Ve vyšším věku se často objevuje nižší kvalita spánku, která se projevuje obtížným usínáním, častým nočním buzením, mělkým spánkem a časným probuzením (Malíková, 2010).

Změny probíhají i v imunitním systému, imunita se zhoršuje a zvyšuje se produkce protilátek. V organismu během stárnutí dochází k zpomalenému hojení (Hátlová, 2010).

Častá onemocnění a poruchy výživy u seniorů ovlivňující výživu

Malnutrice (podvýživa)

Malnutrice je stav výživy, kdy dochází k nižšímu příjmu základních energetických substrátů a proteinů než je jejich potřeba. Nastává při sníženém příjmu potravy a neměnicích se potřebách organismu nebo při normálním příjmu a zvýšených potřebách (Jurašková, 2007). Pokročilým stádiem bílkovinné a energetické malnutrice je kachexie, nejvyšším stádiem kachexie je marasmus (Holmerová, 2007).

Příčiny malnutrice můžeme rozdělit na zdravotní, psychické, sociální a ekonomické. Mezi nejčastější příčiny malnutrice patří zhoršený zdravotní stav, kam řadíme defekt či ztrátu chrupu, onemocnění dutiny ústní, jícnu, gastrointestinálního traktu, jater a omezenou hybnost. Podílejí se i psychické příčiny, kam řadíme deprese a demence. Ze sociálních aspektů může být malnutrice ovlivněna například ztrátou partnera či pocitem osamocení při jídle. Ve vyšším věku se často objevuje snížená chuť k jídlu (Ondrušová, 2017; Holmerová, 2007).

Malnutrice způsobuje zhoršení celkového zdravotního stavu, poruchu imunity, zhoršené hojení ran a uzdravování. Jako častý důsledek se vyskytuje únava a slabost (Ondrušová, 2017).

Podle stavu, ve kterém se organismus nachází v době nouze, rozdělujeme dva typy hladovění: prosté a stresové. Prosté hladovění je definováno jako dlouhodobý, nedostatečný přísun potřebných živin a energie. Energie je čerpána organismem nejdříve ze zásobních zdrojů. Začíná zvýšením glukózy z glukogenních aminokyselin a glycerolu v játrech, zvyšuje se tvorba hormonů, a to glukagonu, hydrokortizonu a katecholaminů, které zastávají funkci kontraregulační. U stresového hladovění dochází současně k působení podvýživy a onemocnění. Objevují se zde například akutní infekce, zranění nebo kombinace více katabolických vlivů. „Během prostého hladovění jsou za 40-50 dní vyčerpány všechny bílkovinné a energetické zdroje a nemocný umírá. Při stresovém hladovění 2-3krát rychleji.“ (Holmerová, 2007, s.107).

Prevence malnutrice ve stáří spočívá v příjmu pestré, kvalitní a pravidelné stravy s dostatkem bílkovin, tuků, cukrů, vitaminů, stopových prvků a dostatečný příjem

vhodných tekutin. Důležité je odstranění příčin nedostatečného nebo nevhodného stravování. Vhodné jsou i doplňky stravy. Mezi prevencí patří i edukace starších osob v oblasti výživy (Ondrušová, 2017; Holmerová, 2007).

Diabetes mellitus

Diabetes mellitus se řadí k chronickým onemocněním. Je charakterizované dlouhodobou hyperglykemií spolu s polyurií a polydipsií. Objevuje se kdykoliv v průběhu života, od raného věku až po stáří (Češka, 2015).

Rozlišujeme několik typů diabetu, zejména pak diabetes mellitus 1. typu a diabetes mellitus 2. typu. (Kalvach, 2004). Ve vyšším věku se setkáváme převážně s diabetiky 2. typu. S věkem stoupá porucha glukózové tolerance.

Lidé s diabetem 1. typu mají v důsledku destrukce beta buněk Langerhansových ostrůvků absolutní nedostatek produkce inzulínu (Češka, 2015). Obvykle tento typ diabetu postihuje děti a mladistvé, ale může se projevit i v pozdějším věku (Rybka, 2007). Může se vyskytovat i jako součást syndromu s postižením několika endokrinních žláz, typicky spolu s autoimunitní thyreoiditidou (Kalvach, 2004).

Produkce inzulínu u diabetika 2. typu obvykle pokračuje, avšak tělo nedokáže inzulín dostatečně využívat kvůli vzniklé inzulínové rezistenci. Tento typ diabetu se obvykle projevuje ve středním a vyšším věku, často vzniká po 40. až 50. roce života. Na vznik má vliv genetická predispozice, nadváha, nedostatek pohybu a stres. Diabetem 2. typu trpí 85-95 % diabetiků. Ze začátku se projevuje nenápadně, diagnóza se často zjistí, až když jsou přítomny příznaky pozdních komplikací. Mezi ně patří zejména postižení velkých a malých cév. Typickými projevy jsou poškození zraku až slepota, chronické onemocnění ledvin až jejich selhání a polyneuropatie, které mohou u nespolupracujících diabetiků dospět až k amputacím končetin. Kvůli chronické hyperglykémii jsou diabetici často napadáni mykotickými původci – mykózy meziprstních prostor, gynekologické záněty, infekce močových cest (Rybka, 2007).

Normální koncentrace glukózy v krvi se pohybuje mezi 3,5-5,6 mmol/l. Záchyt zvýšené glykémie je obvykle náhodný v rámci preventivních prohlídek u praktického lékaře. Vyšetřuje se glykémie nalačno z žilní krve a dále se stanovuje glykémie v rámci

tzv. orálního glukózového tolerančního testu (OGTT), kdy se měří hladina glukózy v krvi u pacienta v 60. minutě a 120. minutě po požití 75 g glukózy rozpuštěné v 250 ml tekutiny. Pro stanovení diagnózy diabetu mellitu se používají následující kritéria: kombinace klinických symptomů a hladina glykemie změřená kdykoliv během dne nad 11,1 mmol/l, při OGTT hladina glykemie nalačno $\geq 7,0$ mmol/l nebo glykemie změřená ve 120. minutě $\geq 11,1$ mmol/l (Svačina, 2008).

Cílem terapie u diabetiků 1. typu je plně nahradit chybějící inzulin v těle. Jedinou možností pro tyto pacienty je celoživotní aplikace inzulinu nejčastěji inzulinovými pery, nověji též inzulinovými pumpami. U pacientů s diabetem 2. typu se začínáme s cílenou dietou s omezením jednoduchých cukrů v potravě. Pokud tato opatření nedostačují, přistupuje se k podávání antidiabetik ve formě tablet, případně v konečné fázi k aplikaci inzulinu inzulinovými pery. U léčby obou typů diabetu je důležitá kombinace pohybu a zdravého životního stylu s cílenou dietou (Svačina, 2008).

Poruchy hydratace

Během života se obsah vody v těle mění. Procentuálně nejvyšší hodnoty dosahujeme v mládí a se zvyšujícím se věkem toto procento klesá. Dehydrataci můžeme definovat jako nedostatek vody v těle. Poruchy hydratace často nastávají při patologických stavech, kdy může dojít k výrazným ztrátám vody z organismu, starší pacienti jsou na ztrátu citlivější, z důvodu menšího podílu vody v organismu. Obsah vody v těle u osob starších 60 let činí u mužů 52 % a u žen 46 % (Holmerová, 2007; Kalvach, 2004).

Do organismu voda vstupuje jako tekutina ústy, společně s pevnou stravou či vzniká při oxidaci sacharidů, tuků a bílkovin. Celková denní ztráta vody činí 2000–2500 ml, z toho 1000-1500 ml močí, 500 ml kůží, 400 ml plicemi a 100 ml stolicí (Holmerová, 2007; Kalvach, 2004).

V důsledku poruchy hydratace dochází ke změnám hustoty tekutin a sekretů v těle, to způsobuje následné poškození jednotlivých orgánů. Zahuštěná moč zapříčiňuje pomnožení bakterií, dochází k infekci močových cest. K dalším projevům dehydratace patří zácpa, dále může způsobovat tvorbu žlučových kamenů v žlučníku nebo močových cestách. Také se může podílet na vzniku myokardu či embolie. Denní potřeba vody u zdravého jedince

činí 1500-2500 ml (Holmerová, 2007). Senioři by měli přijímat dostatečné množství vhodných tekutin. Mezi ně řadíme pitnou vodovodní vodu, nejlépe ochucenou malým množstvím ovocné šťávy, slabé neslazené čaje a neslazené minerální vody stolního typu (Zloch, 2008).

Příčiny dehydratace jsou nejen nedostatečný příjem tekutin, ale také zhoršená funkce ledvin. Během stárnutí dochází u ledvin k poklesu jejich hmotnosti. Glomeruly ve stáří degenerují, ubývá jejich počet. Zároveň v důsledku zhoršené schopnosti ledvin koncentrovat moč jsou senioři více náchylní ke zvýšené ztrátě vody z organismu, nejvíce pak ve stresových situacích a v podmínkách horkého prostředí (Zloch, 2008).

Obezita

Obezita je nadměrné uložení tuku v organismu. Podíl tuku v organismu se pohybuje u žen mezi 25-30 %, u mužů tvoří 20-25 %. Obezitu lze změřit za pomoci Body mass indexu (BMI) (Svačina, 2008).

„BMI= hmotnost v kg/ (výška m)²“ (Svačina, 2008, s. 97)

Tabulka č. 1: Klasifikace tělesné hmotnosti podle BMI

klasifikace hmotnosti	BMI
podvýživa	do 18,5
normální hmotnost	18,5-25
nadváha	25-30
obezita I. stupně (mírná)	30-35
obezita II. stupně (střední)	35-40
obezita III. stupně (morbidní)	nad 40

Zdroj: (Svačina, 2008, s. 97)

Obezita je zapříčiněna špatnou životosprávou, především vyšším energetickým příjmem, který převyšuje výdej organismu.

Obezita ve stáří zapříčiňuje sníženou hybnost a omezenou soběstačnost. Má vliv na zvýšené riziko vzniku a zhoršení celé řady nemocí, především nemoci pohybového a oběhového ústrojí (Ondrušová, 2017).

Zdravotní rizika se zvyšují již od BMI 25. Morbidní obezita se řadí mezi závažná onemocnění, kdy osoby s touto prognózou nepřežívají většinou 60 let věku (Svačina, 2008).

Prevence obezity spočívá především v příjmu pestré stravy s přiměřenou energetickou hodnotou a v dostatečném pohybu. Obezita u seniorů zapříčiňuje ztíženou péči o tyto osoby, a to především v oblasti ošetrovatelství a hygieny (Ondrušová, 2017).

2 Výživa ve stáří

Aby nedocházelo k výše zmíněným onemocněním, má velký význam pro udržení a podporu dobrého zdraví ve vyšším věku fyziologicky přiměřená strava. Stravovací zvyklosti ovlivňují výživový a zdravotní stav. Je tedy důležité věnovat výběru a složení stravy pozornost. Změny tělesného složení probíhají postupně s věkem, a je tedy důležité stravu přizpůsobit danému věku a kondici. Je zapotřebí snížit příjem kalorických jídel a navýšit příjem biologicky hodnotných jídel. Důležité je tedy věnovat pozornost makronutrientům, jejichž významu se věnuji v dalších kapitolách. Neměli bychom opomenout ani některé doplňky stravy. Doporučovány jsou především některé mikronutrienty, důležitý je pro organismus vitamín D, antioxidantní vitamíny a některé minerální látky (Zloch, 2008).

Význam zdravé výživy ve stáří je čím dál tím více aktuálnější vzhledem k prodlužování délky života a zvyšování zastoupení seniorů ve společnosti.

Výživové potřeby se odvíjejí nejen od stárnutí organismu, ale i od dosavadního životního stylu. Dalšími faktory, které podmiňují výživové potřeby, jsou stravovací zvyklosti naučené v mládí, tradice, sociální prostředí, dosažené vzdělání a s tím související sociální postavení a ekonomický stav v důchodu. Jedním z významných faktorů je i psychický stav jedince. Nejlepší zdravotní a výživový stav se jeví u soběstačných manželských párů žijících ve vlastní domácnosti nebo u seniorů žijících ve vícegeneračních rodinách. Nejhorší zdravotně výživová situace se jeví u seniorů žijících v části domovů pro seniory nebo v lůžkových odděleních pro dlouhodobě nemocné (Zloch, 2008).

2.1 Příjem energie

Obvyklý energetický příjem za den činí 25–30 kcal/kg (celkově okolo 2000 kcal/den). Při námaze nebo rehabilitaci opět potřebné množství stoupá (Grofová, 2009).

Bazální energetická potřeba se v průběhu života mění, rozdíl mezi potřebou v mládí a ve stáří činí 200 kcal/den. U spotřeby energie je tento rozdíl markantnější a činí 400-500 kcal/den (Juršková, 2007).

Příjem energie u seniorů by měl být přiměřený. Je nutné dbát na kvalitativní stránku stravy a to především neopomenout vyšší nároky na některé vitamíny, minerální látky a využitelné bílkoviny (Jurašková, 2007).

2.2 Sacharidy

Po chemické stránce jsou sacharidy polyhydroxyaldehydy a polyhydroxyketony. Sacharidy můžeme rozdělit podle několika kritérií: podle počtu atomů uhlíku (tetrózy, pentózy, hexózy, heptózy atd.) nebo podle počtu cukerných jednotek vázaných v molekule - monosacharidy, oligosacharidy, polysacharidy a složené - komplexní sacharidy. Komplexní sacharidy mohou obsahovat i jiné sloučeniny - například peptidy, tuky či bílkoviny (Svačina, 2008).

Monosacharidy obsahují jednu cukernou jednotku. Mezi hlavní monosacharidy obsažené ve většině potravin patří D-glukóza a D-fruktóza. Oba tyto cukry se vykytují v ovoci. Jejich obsah je ovlivněn druhem ovoce, stupněm zralosti, jeho skladováním a zpracováním. Monosacharidy také můžeme nalézt v medu, víně, zelenině, luštěninách a ve vaječném bílku.

Další monosacharidy, se kterými se můžeme setkat v potravinách, jsou například D-manóza a D-galaktóza, z pentóz se nejčastěji vyskytují D-ribóza, D-xylóza a L-arabinóza (Svačina, 2008).

Oligosacharidy se skládají z 2-10 cukerných jednotek spojených glykosidovými vazbami. Mezi oligosacharidy jsou zahrnovány především disacharidy - sacharóza (řepný a třtinový cukr), laktóza (mléčný cukr) a maltóza (vznikající štěpením škrobu v obilovinách). Monosacharidy a disacharidy se nazývají také jako jednoduché sacharidy (Svačina, 2008).

Polysacharidy se skládají z více než 10 cukerných jednotek. Dělíme je na využitelné (stravitelné) a nevyužitelné (nestravitelné). Toto rozdělení závisí na schopnosti být štěpen lidskými sacharidázami. Stravitelné polysacharidy jsou během trávení štěpeny na oligosacharidy a monosacharidy, ty jsou poté zužitkovány jako zdroj energie. Tyto sacharidy jsou často škrobové povahy. Součástí polysacharidů je vláknina, která je rezistentní k hydrolýze trávicích šťáv člověka a je nevyužitelná. Prostupuje tenkým střevem beze změn, je fermentována enzymy mikroflóry, která se nachází v tlustém střevě.

Během tohoto procesu vznikají mastné kyseliny např. kyselina octová, propionová a máselná. Konečnými produkty vznikající z této reakce jsou plyny - oxid uhličitý, vodík a metan (Svačina, 2008).

Do skupiny neškrobových polysacharidů řadíme především celulózu, hemicelulózu, pektin a inulin.

Mezi hlavní zdroje potravin obsahující stravitelné škrobové polysacharidy řadíme škroby vyskytující se především v obilovinách a jejich produktech, jako je například pšeničná mouka, chléb, rýže, kukuřice, oves. Dále se vyskytují v bramborách, luštěninách a zelenině. „Škrobový polysacharid živočišného původu - glykogen, má ve výživě člověka význam minimální, protože se po smrti živočichů rozkládá“ (Svačina, 2008, s. 34).

Nestravitelné polysacharidy se nacházejí například v zelenině, luštěninách, ovoci a obilovinách (Svačina, 2008).

Denní příjem stravitelných sacharidů z celkového množství přijaté energie by měl činit 55-60 %. Stravitelné sacharidy by měly v potravě převládat nad jednoduchými cukry, protože jednoduché cukry zvyšují riziko vzniku například zubního kazu či obezity.

„Na 1 g bílkovin a 1 g tuků by tak měly připadat ve výživě dospělého člověka 4 g sacharidů“ (Svačina, 2008, s. 36).

Denní příjem vlákniny by se měl pohybovat okolo 25-35 g (Svačina, 2008).

2.3 Lipidy

Tuky řadíme do základních živin, které jsou nepostradatelnou složkou výživy. Jejich hlavní funkce spočívá v zásobování energie (v 1g tuku je 38 kJ). Ve formě fosfolipidů slouží jako stavební součást buněčných membrán, ve formě glykolipidů se účastní stavby nervové tkáně. Mezi další funkce patří zvyšování chutnosti potravy udržováním vůně, dále napomáhají vstřebávat vitamíny rozpustné v tucích. Jsou významné pro tvorbu některých hormonů, mechanicky chrání vnitřní orgány proti tlaku a nárazům a podkožní tuková tkáň se podílí na termoregulaci organismu, která mu poskytuje tepelnou izolaci.

Tuky se skládají z glycerolu a mastných kyselin. Mastné kyseliny rozdělujeme na nasycené a nenasycené. Nenasycené se dále dělí na mononenasycené mastné kyseliny a polynenasycené mastné kyseliny (vzivaspol, 2015).

Nasycené MK, které po chemické stránce neobsahují dvojnou vazbu, patří sem např. kyselina palmitová a stearová, se vyskytují především v živočišných tucích. Tyto MK, které mají dlouhý řetězec, zvyšují hladinu cholesterolu v krvi, a tím i vznik kardiovaskulárního onemocnění. Jsou obsaženy v mase, mléčných výrobcích, masných výrobcích, ale také i v palmovém a kokosovém oleji (Ledvina, 2011; Svačina, 2008).

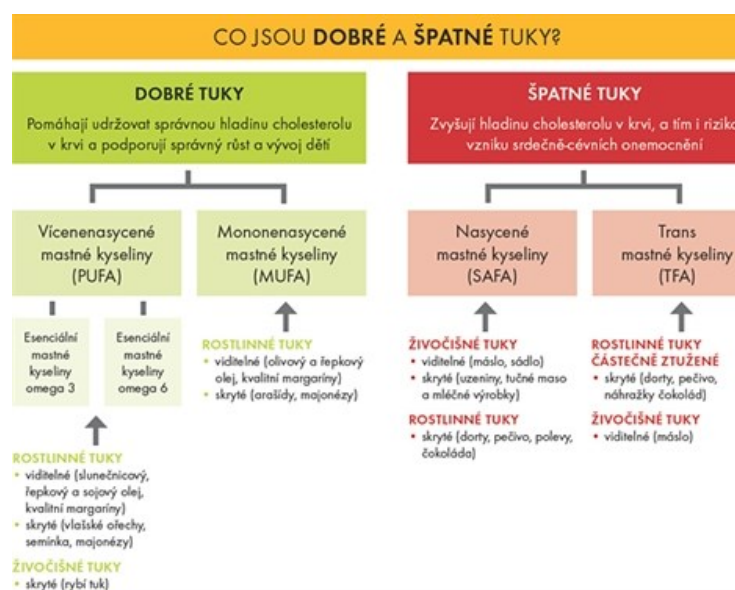
Mezi další mastné kyseliny, které zvyšují hladinu LDL cholesterolu a celkového cholesterolu v krevní plazmě a negativně ovlivňují zdraví člověka, řadíme trans-nenasycené MK. Jsou obsaženy v různých druzích trvanlivého pečiva a jemného pečiva, potravinách rychlého občerstvení či v tukových polevách na potravinářských výrobcích (Svačina, 2008).

Mononenasycené MK obsahují jednu dvojnou vazbu, do této skupiny patří např. kyselina olejová, nejčastěji se nacházejí v rostlinných olejích. Mají snižující účinek na hladinu LDL cholesterolu a celkového cholesterolu v krevní plazmě. Tyto MK jsou obsaženy v olivovém oleji, řepkovém nebo slunečnicovém oleji (Svačina, 2008).

Polynenasycené MK jsou po chemické stránce charakteristické dvojnou vazbou. Nachází se v potravinách, jako jsou ryby, ořechy, lněný olej nebo semínka. Rozlišujeme je na omega-6 MK (kyselina linolová, γ -linolenová, arachidonová) a omega-3 MK (α -linolenová, eikosapentaenová, dokosahexaenová). Omega-6 MK značně snižují hladinu celkového a LDL cholesterolu v krevní plazmě. Pokud je ale nadbytečný příjem, snižují i hladinu HDL cholesterolu v plazmě. Omega-3 MK mají protizánětlivý účinek (Svačina, 2008).

Lidský organismus si většinu MK dokáže syntetizovat sám až na dvě kyseliny - kyselinu linolovou (omega-6) a kyselinu linolenovou (omega-3). Tyto esenciální kyseliny je potřeba přijímat v potravě, jsou obsaženy v rybách, luštěninách, lněných semínkách, lněném oleji vlašských ořeších či sóje (Ledvina, 2011).

Obrázek č. 1: Tuky



Zdroj: (bezpečnostpotravin, 2013)

Během života se potřeba tuků mění. Ve stáří nároky na potřebu energie klesají, konzum tuků by měl být tedy omezen, především se jedná o plnotučné mléko a tzv. skryté tuky, do nichž řadíme např. uzenářské výrobky, tučné tvarohy a sýry a některé pekařské zboží. Z celkového denního energetického příjmu by měl být tuk zastoupen 30 %. Z toho by měly být ze 2/3 konzumovány potraviny s nenasycenými MK a z 1/3 tuky obsahující nasycené MK. Denní příjem tuku by neměl klesnout pod 20 % z celkového příjmu energie, nemohl by pak plnit své funkce v organismu (bezpečnostpotravin, 2013; Ledvina, 2011; vyzivaspol, 2015).

2.4 Proteiny

Bílkoviny jsou makromolekulární organické látky, jejichž základním stavebním kamenem je řetězec AMK spojených peptidovou vazbou. Podílejí se z 15-20 % na energetické potřebě člověka. Tento energetický podíl se však ve stáří snižuje z důvodu poklesu svalové hmoty až na 15 % (ve věku 70 až 80 let) celkové tělesné hmotnosti, a tím klesá celková energetická potřeba i zásoba bílkovin v organismu. V potravě se můžeme setkat s proteiny dvojího původu – živočišného a rostlinného. Živočišné proteiny mají na rozdíl od rostlinných bílkovin komplexnější spektrum AMK včetně tzv. esenciálních AMK (ty, které si náš organismus nedovede samostatně vytvořit, a je proto nutné je přijímat v potravě).

Nejvýznamnějším zdrojem živočišných bílkovin je maso, proteiny rostlinného původu jsou přítomny zejména v kvasnicích, sóje a luštěninách. Příjem v potravě by měl být dostatečný k pokrytí proteosyntetických reakcí. Cílem je dosáhnout tzv. bílkovinného optima – 0,75-1 g proteinů/kg/24h. V důsledku redukce svalové hmoty a malnutrice ve stáří dochází k významnému úbytku proteinů v organismu. Nedostatek proteinů pak vede k závažným poklesům v imunitní odpovědi, tyto lidé jsou náchylní k rozvoji infekcí, špatnému hojení ran, rychlému rozvoji imobility vedoucí k zhoršení kvality života a v terminální fázi až k úmrtí (Kalvach, 2004; Marádová, 2015; Svačina, 2008).

Tabulka č. 2: Doporučené dávky energie a kaloriferů pro české seniory a jejich porovnání s doporučením pro muže a ženy

	Muži			Ženy		
	Středního věku	60-74 roků	Nad 74 roků	Středního věku	55-74 roků	Nad 74 roků
Energie (kcal/den)	2400-2600	2270	2030	2150-2350	2030	1815
Bílkoviny (g/kg těl. v./den)	0,8-0,9	0,8	0,9	0,8-0,9	0,8	0,9
Tuky (g/kg/den)	1,0	0,9	0,85	0,9	0,85	0,84
Sacharidy (g/kg/den)	5,65	4,6	4,2	5,70	4,6	4,4

Zdroj: (Zloch, 2008, s. 135)

2.5 Vitaminy

Vitaminy jsou organické sloučeniny, které jsou velmi důležité pro správný růst, vývoj a funkci celého organismu či některého z jeho orgánů (Svačina, 2008).

Jsou přítomny v celé řadě enzymatických reakcí, fungují jako aktivátory enzymatického systému, jsou součástí enzymů nebo přímo vstupují do metabolických procesů.

V současnosti se ve vyspělých státech světa již málokdy setkáváme s avitaminózou, daleko častěji se setkáváme s některými druhy hypovitaminózy (Fajfrová, 2013).

Mezi hlavní funkce vitaminů patří posilování obranyschopnosti organismu vůči tzv. civilizačním onemocněním a antioxidační účinky (Fajfrová, 2013).

Co se týká chemické stránky, vitaminy jsou heterogenní látky. Významnou charakteristikou, podle které rozdělujeme vitaminy, je rozpustnost. Dělíme je do dvou skupin na lipofilní vitaminy (rozpustné v tucích) a na vitaminy hydrofilní (rozpustné ve vodě) (Fajfrová, 2013).

2.5.1 Vitaminy rozpustné v tucích

Tabulka č. 3: Vitaminy rozpustné v tucích

Vitamin A	Retinol a jeho provitaminy (karotenoidy)
Vitamin D	Kalciferoly
Vitamin E	Tokoferoly a tokotrienoly
Vitamin K	Fylochinony, farnochinony

Zdroj: (Fajfrová, 2013, s.81)

Vitamin A

Vitamin A je součástí zrakového pigmentu rodopsinu, proto je tento vitamin velmi důležitý pro zrak. Ovlivňuje diferenciaci, dělení a růst epitelových buněk, keratinizaci (rohovění), produkci slizničního hlenu, vývoj placenty a spermatogenezi. Je součástí metabolismu kostí a zubů. Při běžných hladinách má antioxidační účinky, naopak ve vysokých dávkách může působit prooxidačně (Fajfrová, 2013; Svačina, 2008).

Významné jsou i jejich provitaminy - karotenoidy. Důležitým zástupcem je β -karoten, α -karoten a γ -karoten (Fajfrová, 2013; Svačina, 2008).

Hypovitaminózu vitamínu A můžeme rozdělit na poruchy zraku (porucha adaptace oka na šerost, šeroslepost, suché spojivky, poškození rohovky, fotofobie, slepota), postižení sliznic a kůže (suchost, olupování, hyperkeratóza, svědění), metaplastické změny epitelii.

„Jedna molekula β -karotenu poskytne hydrolýzou ve střevě 2 molekuly retinolu“ (Fajfrová, 2013, s. 81).

Hlavní zdroje vitamínu A (retinolu) jsou obsaženy v potravinách živočišného původu (mléko, rybí tuk, vnitřnosti) a zdrojem provitaminů vitamínu A (karotenoidů) je zelenina a ovoce například mrkev, paprika, rajče, meruňky nebo broskve (Fajfrová, 2013; Svačina, 2008).

Potřeba množství vitamínu A je u seniorů stejná jako u mladší populace. „Doporučené denní dávky vitamínu A, vyjádřené jako μg retinolového ekvivalentu ($1 \mu\text{g RE} = 1 \mu\text{g}$ retinolu nebo $6 \mu\text{g}$ β -karotenu), jsou pro dospělé $800 \mu\text{g RE}$ “ (Fajfrová, 2013, s. 82).

Vitamin D

Hlavní funkcí vitamínu D společně s parathormonem a kalcitoninem je regulace metabolismu vápníku a fosforu. Organismus je schopný si sám syntetizovat vitamin D. Syntéza probíhá v kůži přeměnou cholesterolu za účasti UV záření (Svačina, 2008).

Důležitým zdrojem jsou potraviny živočišného původu (játra, olej z rybích jater, vaječný žloutek) a fortifikované margariny. Doporučené denní dávka vitamínu D pro seniory nad 65 let činí $10 \mu\text{g}$ (Svačina, 2008).

Vitamin E

Vitamin E je důležitá lipofilní antioxidační látka, která chrání buněčné membrány před oxidačním účinkem (Svačina, 2008).

Hlavním zdrojem v potravinách jsou rostlinné oleje, ořechy, vejce, mléko, vnitřnosti, obilné klíčky. Doporučená denní dávka vitamínu E pro seniory nad 65 let činí 11-12 mg (Fajfrová, 2013; Svačina, 2008).

Vitamin K

Vitamin K se podílí jako kofaktor karboxylačních reakcí. Je potřebný pro tvorbu koagulačních faktorů (faktory II, VII, IX a X) a pro kostní kalcifikaci (Fajfrová, 2013; Svačina, 2008).

Významným zdrojem jsou zelené rostliny a řasy (špenát, brokolice, luštěniny), játra, vejce, maso, mléko. Nejvýznamnější zdroj však tvoří vitamin K syntetizovaný střevní mikroflórou. Při jeho nedostatku se dostaví poruchy srážlivosti krve, vzácněji jsou důsledkem hypovitaminózy poruchy vstřebávání tuku nebo porušená syntéza vitaminu K střevní mikroflórou. Doporučená denní dávka je u lidí nad 50 let 65 µg-80 µg (Svačina, 2008).

2.5.2 Vitaminy rozpustné ve vodě

Tabulka č. 4: Vitaminy rozpustné ve vodě

Skupina vitaminů B-komplex	
Vitamin B1	Thiamin
Vitamin B2	Riboflavin
Vitamin B3	Kyselina nikotinová a její amid
Vitamin B5	Kyselina pantotenová
Vitamin B6	Pyridoxin
Vitamin B7 (dříve vitamin H)	Biotin
Vitamin B9	Kyselina listová
Vitamin B12	Kyanokobalamin
Vitamin C	Kyselina askorbová

Zdroj: (Fajfrová, 2013, s.81)

Vitamin C

Vitamin C se nachází v živých buňkách ve dvou formách - jako kyselina askorbová a kyselina dehydroaskorbová (Svačina, 2008).

Důležitou funkci zastává jako kofaktor enzymatických systémů zapojených v metabolismu základních substrátů, kolagenu, karnitinu, katecholaminů, peptidových a steroidních hormonů. Dále zvyšuje vstřebávání železa z trávicího traktu, má antioxidační účinky, podporuje celkovou obranyschopnost organismu (Fajfrová, 2013; Svačina, 2008).

Nejvíce vitamínu C se vyskytuje v čerstvém ovoci (jahody, černý rybíz, citrusy). Také se nachází v zelenině (především zelené části rostlin, bramborách) a játrech. Lehce se ničí nesprávným zpracováním, sušením a zahříváním v neutrálním a alkalickém prostředí (Svačina, 2008).

Skorbut (avitaminóza) je v dnešní době ojedinělý. Denní doporučená dávka je 100 mg. Hypovitaminóza se projevuje únavou, anémií, náchylností k infekci, záněty a krvácením dásní, zhoršení hojení ran, bolestí kostí (Fajfrová, 2013).

Vitaminy skupiny B

Vitaminy skupiny B jsou součástí enzymatických systémů energetického a substrátového metabolismu. Jsou zapojeny do systému, který vede nervový vzruch (Svačina, 2008).

Thiamin - vitamin B1

Je součástí enzymatických dekarboxylací a α -ketokyselin, proto je nezbytný pro metabolismus glukózy a glycerolu a pro Krebsův cyklus.

Nedostatek vitamínu B1 je v dnešní době velmi ojedinělý, toto onemocnění se označuje jako „beri,beri“. Denní doporučená dávka pro seniory na 65 let je 1,0 mg (Fajfrová, 2013; Svačina, 2008).

Riboflavin - vitamin B2

Vitamin B2 se účastní oxidačně redukčních reakcí jako součást flavoproteinových enzymů. Nedostatek vitamínu B2 ve formě izolované hypovitaminózy je velmi výjimečný, častěji se objevuje v kombinaci s nedostatkem dalších vitaminů skupiny B. Tyto hypovitaminózy

postihují nejčastěji kůži a sliznici. Denní doporučená dávka pro seniory nad 65 let je 1,2 mg (Fajfrová, 2013; Svačina, 2008).

Niacin, kyselina nikotinová - vitamin PP - vitamin B3

Amid kyseliny nikotinové - nikotinamid je součástí enzymů NAD a NADP, které jsou potřebné pro oxidaci, fosforylaci (dýchací řetězec) a přenos protonu při metabolismu základních živin. Hypovitaminóza označovaná jako pelagra se projevuje dermatitidou (zarudlá, hrubá kůže s puchýřky a hnědou pigmentací na osvětlené části těla), průjmem a demencí. Důležitým zdrojem vitamínu B3 jsou kvasnice, otruby, tmavý chléb a maso. Hypervitaminóza se projevuje bolestmi hlavy, pocity horka a návaly krve do obličeje (Svačina, 2008). Denní příjem by měl u seniora dosahovat 13 mg (Fajfrová, 2013).

Kyselina pantotenová - vitamin B5

Je součástí koenzymu A, který je nosič acylových skupin. Je proto nezbytná pro intermediální metabolismus všech základních živin. Její nedostatek je ojedinělý, deficit se projevuje vypadáváním vlasů, anémií, únavou, myelinovou degradací a charakteristickým pálením chodidel. Důležitým potravinovým zdrojem jsou játra, kvasnice, maso, mléko, sója a mouka. Denní potřeba se pohybuje kolem 8-10 mg (Svačina, 2008; Fajfrová, 2013).

Pyridoxin - vitamin B6

Tvoří prostetickou skupinu enzymů urychlující transaminace, dekarboxylace AMK. Nedostatek vitamínu B6 se většinou objevuje u alkoholiků. Je typická zvýšenou pohotovostí ke křečím, anémií nebo nespecifickou dermatitidou. Denní doporučená dávka pro seniory nad 65 let je 1,2-1,4 mg (Fajfrová, 2013; Svačina, 2008).

Biotin - vitamin B7

„Biotin je nosičem karboxylových skupin v karboxylačních reakcích“. Je potřebný v metabolismu všech základních živin (Svačina, 2008, s.37).

Jeho deficit je vzácný. Bohatě je zastoupený v potravinách a tělo si ho dokáže syntetizovat samo díky střevní mikroflóře. Denní příjem činí 30-60 µg (Fajfrová, 2013).

Důležitým zdrojem vitamínu jsou kvasnice, čokoláda, květák, hrášek, houby, játra, maso, vnitřnosti, ryby, žloutek a tuky (Svačina, 2008).

Kyselina listová - vitamin B9

Je nezbytná pro dělicí buňky. Deficit kyseliny listové je celkem častý. Nedostatek se klinicky projevuje anémií, trombocytopenií i leukopenií. Mezi nespecifické projevy řadíme zánět v ústní dutině, poruchy růstu, poruchy zažívacího traktu, celkovou slabost a únavu. Dále nedostatek způsobuje zvýšení hladin homocysteinu v plazmě. Denní doporučené množství pro seniory činí 200-400 µg (Svačina, 2008).

Kyanokobalamin - Vitamin B12

Je nezbytný v rámci metabolismu mnoha látek. Jedná se o kofaktor enzymatických reakcí. Je zapojený do metabolismu folátu, který je klíčový pro syntézu nukleových kyselin, dále se zapojuje do metabolismu hemu, AMK a MK. Pro jeho vstřebávání v organismu je nutná přítomnost tzv. vnitřního faktoru (Castleův vnitřní faktor) – glykoproteinu, který je produkován buňkami žaludeční sliznice. Deficit vzniká u osob, u nichž je tato produkce omezena či zcela vyhaslá (např.: pacienti s chronickými gastritidami – chronický zánět žaludku či u pacientů po resekcích (odstranění) tenkého střeva. Nedostatek vit. B12 vzniká rovněž u vegetariánů a veganů, kteří mají jeho nedostatečný příjem v potravě, avšak tento deficit vzniká až po několika letech z důvodu zásob vit. B12 v organismu. Klinicky se nedostatek vit. B12 projevuje anémií, poruchou nervového systému – zejména demyelinizací míšni a poruchou kognitivních funkcí (např.: porucha paměti, učení, pozornosti atd.). Potraviny obsahující tento vitamín jsou zejména vnitřnosti (játra), maso, ryby, vejce, mléko a mléčné výrobky. Příjem vitamínu B12 činí pro seniory 2-3 µg/den (Svačina, 2008).

2.6 Minerální látky a stopové prvky

Minerální látky a stopové prvky jsou velmi potřebnou složkou naší stravy. Minerální látky tvoří v organismu přibližně 0,7 % všech atomů, patří sem především vápník, fosfor, draslík, sodík, chlór, zinek a hořčík. Stopové prvky tvoří v organismu jen 0,01 %, patří sem železo, jód, měď, kobalt, selen, fluor, molybden a další (Trojan, 2003).

Vápník

Vápník je z 99 % obsažen v zubní a kostní hmotě. Je součástí biochemické funkce nervosvalové dráždivosti a krevní srážlivosti. Klinický nedostatek může způsobit osteomalacii, osteoporózu, tachykardii a zvýšenou nervovou dráždivost. Vápník je obsažen především v mléce, mléčných výrobcích, obilovinách, ořechách a luštěninách. Denní příjem kalcia pro seniory činí 1500 mg (Kalvach, 2004; Svačina, 2008).

Fosfor

Fosfor je společně s vápníkem součástí kostí a zubů. Dále je nezbytnou součástí DNA, RNA, ATP, GTP a fosfolipidů. Klinický deficit fosforu se projevuje těžkou svalovou slabostí, parézou, může vést až k respiračnímu selhání. Důležitým zdrojem fosforu jsou mléčné výrobky, mléko, maso, luštěniny a kvasnice. Doporučená denní dávka fosforu činí 800-1200 mg (Kalvach, 2004; Svačina, 2008).

Hořčík

Je důležitý intracelulární kationt, vyskytuje se v mnoha enzymech a snižuje neuromuskulární dráždivost. Klinický nedostatek hořčíku se může projevit poškozením a spazmy cévní stěny, poruchou elasticity membrán a tetanií. Hořčík získáváme především ze zeleniny, luštěnin, brambor, masa a ořechů. Denní výživová doporučená dávka je 400 mg (Svačina, 2008).

Sodík

Je hlavní extracelulární kationt. Mezi jeho nejdůležitější funkce patří udržování objemu cirkulující extracelulární tekutiny a krve v cévách. Prostřednictvím těchto funkcí se podílí na udržování osmotické rovnováhy. Klinický deficit se projevuje dehydratací organismu, poklesem krevního tlaku a křečovými stavy. Hlavní zdroj sodíku jsou solené pokrmy a sůl. Denní doporučená dávka sodíku činí 2500 mg (Kalvach, 2004; Svačina, 2008).

Draslík

Draselné kationty patří mezi základní intracelulární ionty. Mezi biochemické funkce draslíku patří především udržování klidového membránového potenciálu. Společně se sodíkem se podílí na nastolení osmotické rovnováhy. Draslík je obsažen v mase, meruňkách, banánech a bramborách. Nadbytek draslíku přijatého v potravě může vést až

k závažným poruchám srdečního rytmu. Proto by jeho příjem v potravě u seniorů s onemocněním srdce měl být korigován. Denní doporučená dávka je 2500-4000 mg (Češka, 2015; Svačina, 2008).

Zinek

Některé enzymy potřebují ke své aktivitě přítomnost zinku. Důležitý je především v proteosyntéze, dále je součástí transkripčních faktorů, které se účastní syntézy DNA, a proto má význam při regeneraci tkání a hojení ran. Klinický nedostatek se projevuje růstovou retardací, kožními projevy, průjmem, imunitními poruchami a snížením antioxidační obrany. Zinek je obsažen v mase, sýrech, vejcích, obilovinách, luštěninách a v játrech. Denní výživová doporučená dávka činí 15 mg (Svačina, 2008; Trojan, 2003).

Železo

Hlavní funkce železa v organismu spočívá v přenosu elektronů a transportu kyslíku prostřednictvím proteinu hemoglobinu a myoglobinu, jehož je součástí. Nedostatek železa ve stáří je velmi častý jev. Příčinou deficitu je často nedostatečný příjem železa nebo nastává při užívání analgetik a nesteroidních antirevmatik při revmatických onemocněních a artrózách kloubů. Železo se nachází zejména v játrech, masných výrobcích s obsahem krve, ve žloutcích, zelenině a ovoci. Doporučená denní dávka pro seniory je 10 mg (Kalvach, 2004; Svačina, 2008).

Měď

Účinnost vstřebávání mědi ze stravy je ovlivněna přítomností dalších stopových prvků a to především zinku, ale i dalšími komponenty výživy jako jsou fyáty a oxaláty. Projevem nedostatku mědi je šedivění a změna struktury vlasů. Deficit se také projevuje anémií. Ve stáří doporučená denní dávka pro muže i pro ženy činí 2-3 mg. Potraviny obsahující měď jsou maso, vejce, luštěniny (Kalvach, 2004; Svačina, 2008).

Selen

Metabolická funkce selenu je soustředěna v ochranném antioxidačním systému. Klinický nedostatek selenu se projevuje sníženou antioxidací a snížením imunitní obrany, myopatií kosterního svalstva a kardiomyopatií. Denní doporučená dávka je pro muže 70 µg a 55 µg

pro ženy. Selen se nachází především v mořských produktech a v obilovinách (Kalvach, 2004; Svačina, 2008).

3 Praktická část

V praktické části bakalářské práce jsem se věnovala výzkumu, který byl zaměřen na kvalitu stravování vybraných skupin seniorů. Abych mohla co nejpodrobněji zhodnotit stav výživy seniorů a posoudit skutečnosti, které mají na kvalitu výživy vliv, snažila jsem se získat kompletní informace. Zaměřila jsem se na to, zda je ovlivněno stravování seniorů demografickými vlivy, onemocněním či jinými faktory. Při zjišťování informací jsem využila dotazníkové šetření.

3.1 Cíle praktické části

Hlavní cíl

Hlavním cílem mé práce je zjistit za pomoci dotazníkového šetření rozdíly ve výživě seniorů, žijících v hlavním městě a v malých obcích.

Výzkumná otázka

Jak se liší výživa seniorů v hlavním městě a v malých obcích?

Dílčí cíle

- dílčí cíl č. 1: Zjištění a zhodnocení složení stravy u seniorů. Pozornost byla zaměřena zejména na dodržení pitného režimu, konzumaci ovoce, zeleniny a vybraných zdravých potravin ve zvolených skupinách.
- dílčí cíl č. 2: Zjistit nejčastější překážky ovlivňující výživu seniorů.
- dílčí cíl č. 3: Zjistit míru soběstačnosti seniorů ve stravování.

Výzkumné otázky

- Otázka 1: Jak se stravují senioři?
- Otázka 2: Jaké nejčastější překážky ovlivňují výživu seniorů?
- Otázka 3: Do jaké míry jsou senioři při stravování soběstační?

3.2 Metodologie

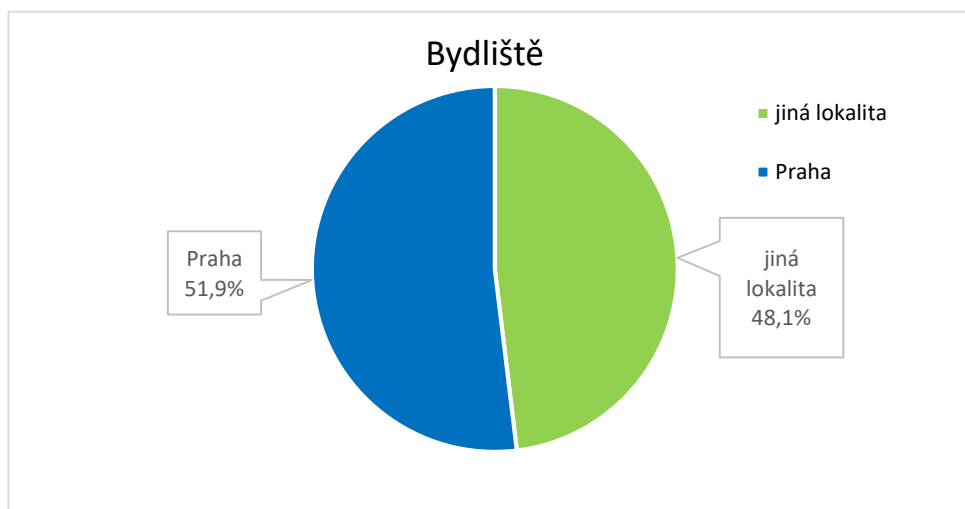
Pro dosažení cíle jsem si zvolila metodu kvantitativního výzkumu formou elektronického dotazníku. Dotazník obsahuje otevřené i uzavřené otázky.

Dotazník se skládá z 25 otázek. Většina otázek byla kladena ve formě uzavřených otázek, v některých případech byla možnost označit více odpovědí či zvolit odpověď jinou, u této odpovědi byl poté respondent vyzván o doplnění. Dotazník obsahuje 4 otevřené otázky s jednoslovnou odpovědí. Původně jsem dotazníkové šetření chtěla provést v papírové podobě. Ale vzhledem k vyhlášení nouzového stavu, na jaře 2020, jsem z důvodu ochrany a prevence seniorů, jakožto nejvíce ohrožené skupiny osob, musela zvolit alternativní formu internetového dotazníku. Dotazník byl zhotoven přes aplikaci Survio.cz (<https://www.survio.com/survey/d/18X7F8Y3L3F7M2Z8R>). Kontakty na seniory převážně z malých obcí jsem získala díky své babičce, která navštěvuje klub seniorů a má rozsáhlé seniorské kontakty. Díky těmto kontaktům a jejich dalších přátel se mi podařilo získat potřebné údaje. Jednotlivým respondentům byl odkaz na elektronický dotazník zaslán online přes e-mailovou adresu. Seniory, kteří nedisponovali internetem či e-mailovou adresou, jsem zkontaktovala telefonicky a dotazník jsem dle jejich odpovědí vyplnila elektronicky. Konkrétně jsem oslovila seniory v Královéhradeckém kraji a to převážně v obci Hostinné, Rudník a ve Starém Bydžově. Kontakty na seniory z hlavního města jsem především získala za pomoci svých kolegů ze školy, kteří kontaktovali své prarodiče. I v tomto případě při vyplňování dotazníků jsem postupovala shodným způsobem.

3.3 Výsledky dotazníkového šetření

Pro svůj výzkum jsem získala 104 dotazníků. Na webové stránce bylo vyplněno 110 dotazníků, 6 jich muselo být vyřazeno z důvodu chyb vzniklých při vyplňování. Celkem bylo osloveno 104 seniorů z toho 63 žen a 41 mužů. Po respondentech jsem v dotazníku nevyžadovala vyplnění jména ani příjmení.

Otázka č. 1: Bydliště

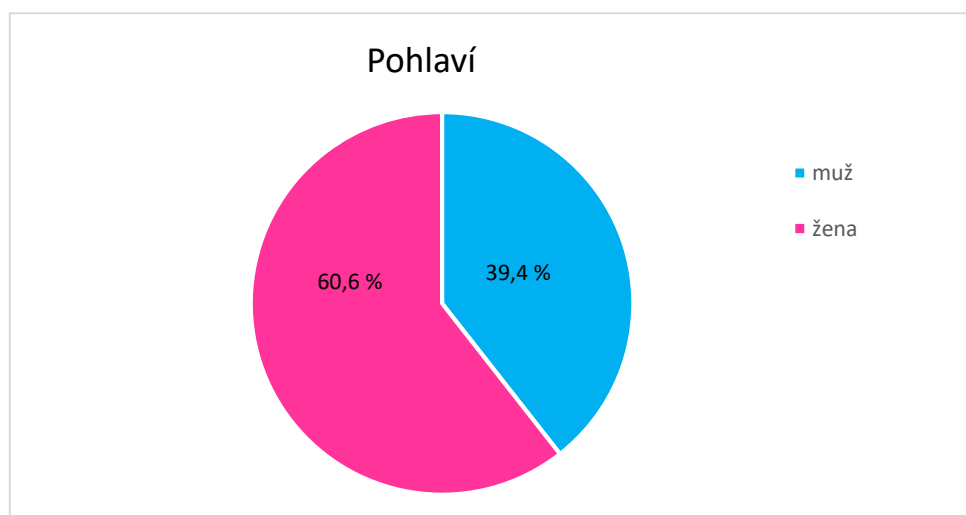


Graf 1 Bydliště

Zdroj: vlastní šetření

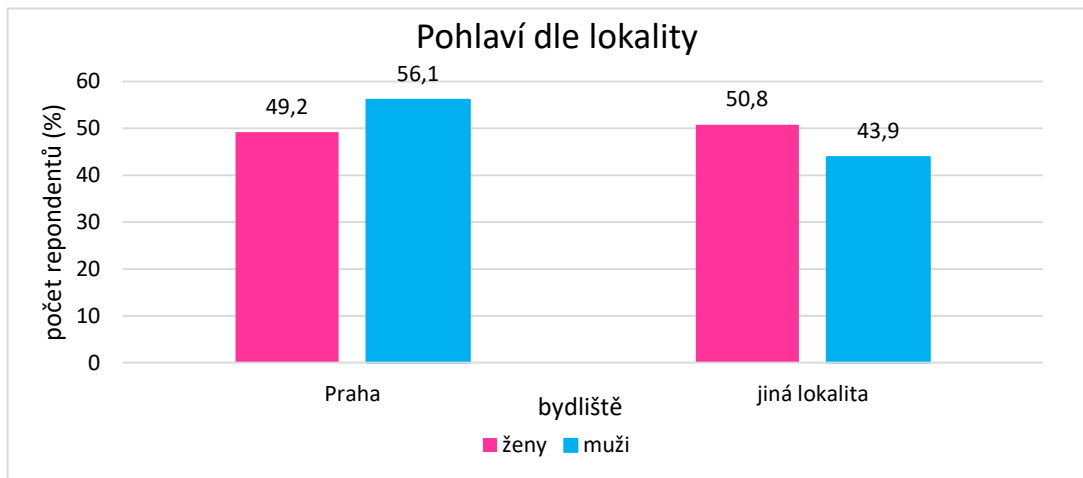
Graf č. 1 uvádí celkový počet respondentů, kterých bylo 104 (100 %). Respondenti jsou rozděleni na seniory, kteří uvedli bydliště v Praze, tj. 54 seniorů (51,9 %) a na seniory, kteří označili bydliště jako jinou lokalitu, již zmíněné obce, tj. 50 seniorů (48,1 %). Snažila jsem se kontaktovat seniory tak, abych pro svůj výzkum získala téměř stejný počet pražských i mimo pražských respondentů.

Otázka č. 2: Jakého jste pohlaví?



Graf 2 Pohlaví

Zdroj: vlastní šetření

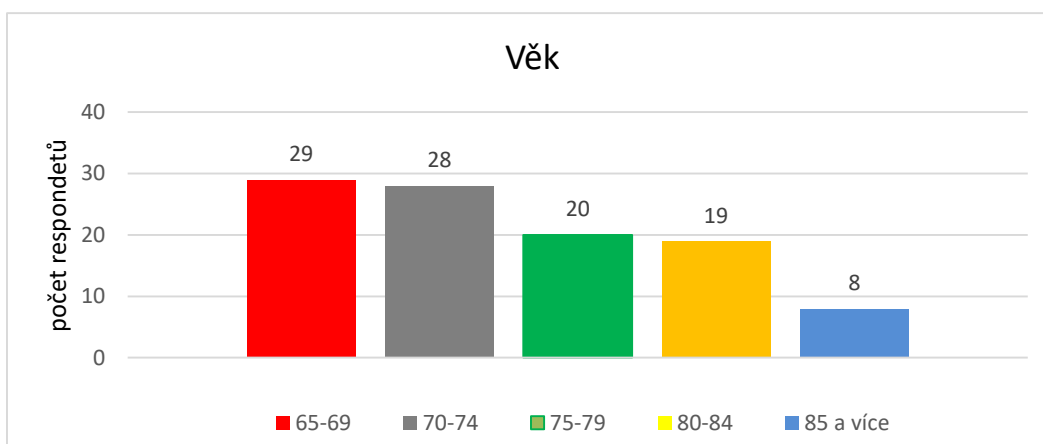


Graf 3 Pohlaví dle lokality

Zdroj: vlastní šetření

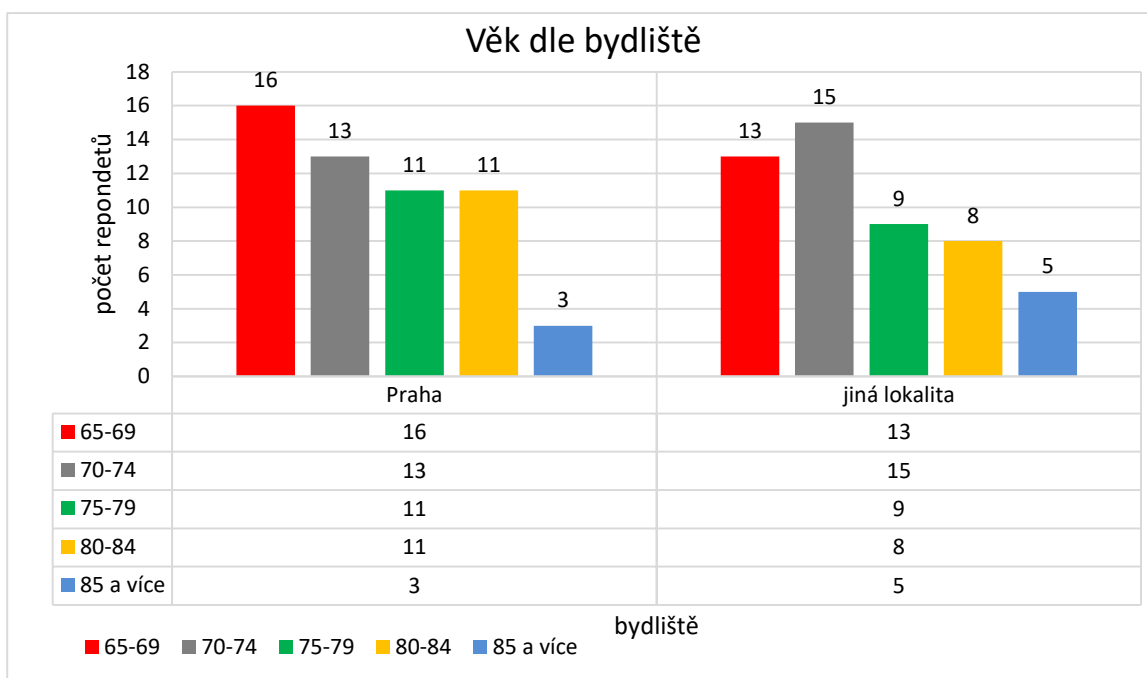
Na otázku číslo 2 odpovědělo 104 respondentů (100 %). Dotazníkového šetření se zúčastnilo 41 mužů (39,4 %) a 63 žen (60,6 %). Ze 41 oslovených mužů bylo 23 (56,1 %) z Prahy a 18 (43,9 %) z jiné lokality. Z 63 dotazovaných žen 31 (49 %) uvedlo jako své bydliště Prahu a 32 (51 %) jinou lokalitu. Počet mužů a žen je znázorněn v grafu 2. Grafu 3 znázorňuje počet mužů a žen s ohledem na lokalitu.

Otázka č. 3: Kolik je Vám let?



Graf 4 Věk

Zdroj: vlastní šetření



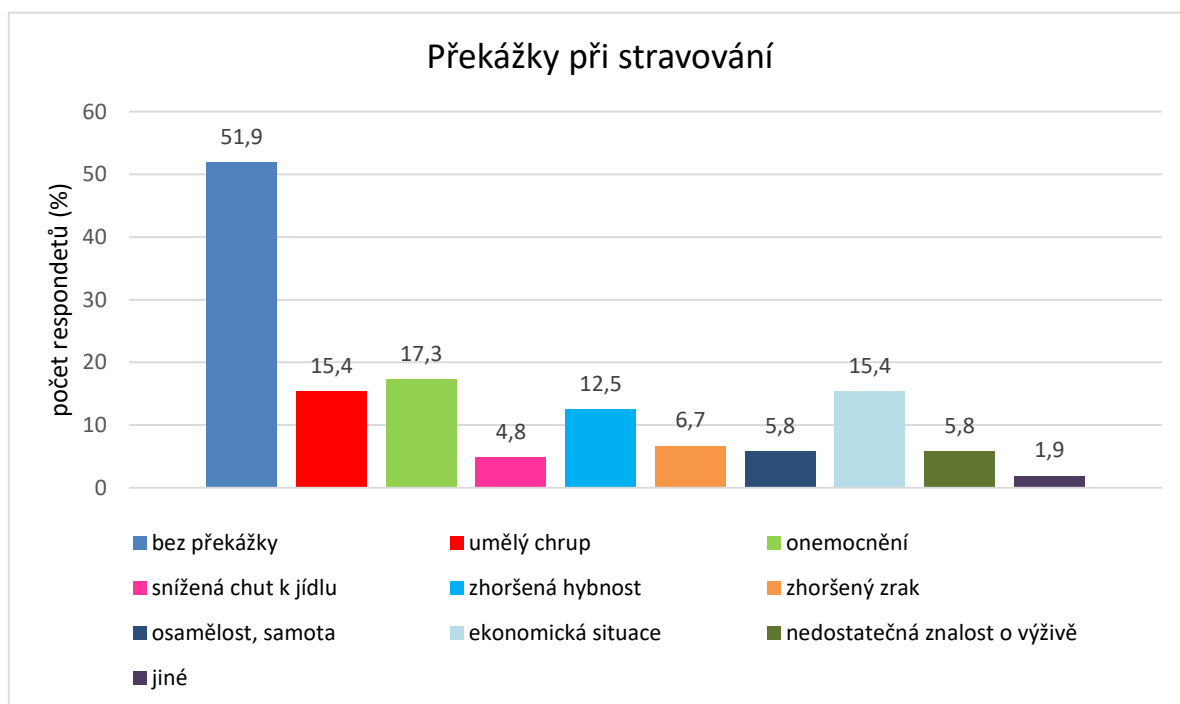
Graf 5 Věk dle lokality

Zdroj: vlastní šetření

Jako nejnižší věkovou hranici jsem zvolila 65 let. Snažila jsem se oslovit co nejvíce věkových skupin seniorů, kteří žijí v domácím prostředí a jsou aktivní. Z celkového počtu 104 dotázaných (100 %) bylo ve věku 65-69 let celkem 29 seniorů (27,9 %), ve věku 70-74 celkem 28 seniorů (26,9 %), ve věku 75-79 let celkem 20 seniorů (19,2 %), ve věku 80-84 let 19 seniorů (18,3 %) a ve věku 85 a více let celkem 8 seniorů (7,7 %).

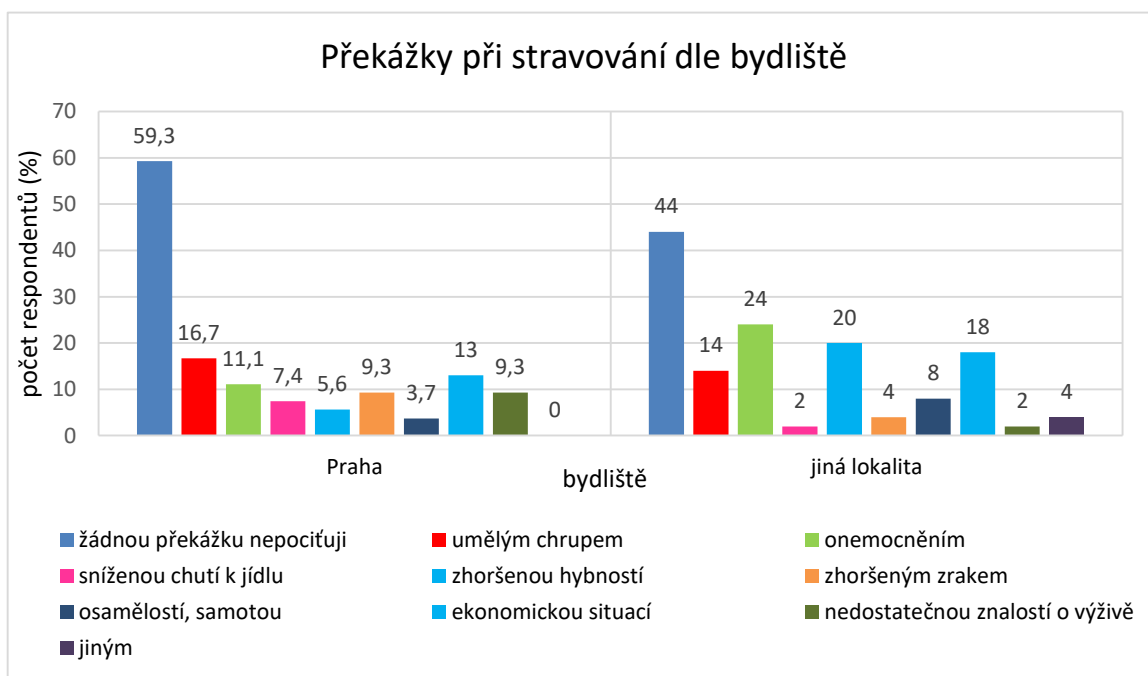
Věkovou strukturu seniorů charakterizuje Graf 4. Nejvyšší zastoupení, dle mých údajů, mají senioři od 65 do 74 let. Pokud jde o četnost zastoupených respondentů, tak se obě skupiny od sebe výrazně neliší. Nejvyšší zastoupení ve skupině Praha mají senioři v kategorii 65-69 let, u respondentů z jiné lokality jsou nejvíce zastoupeni senioři v kategorii 70-74 let, je zde i vyšší zastoupení seniorů starších 85 let (graf 5).

Otázky č. 4: Je Vaše stravování ovlivněno některými z níže uvedených překážek?



Graf 6 Překážky při stravování

Zdroj: vlastní šetření



Graf 7 Překážky při stravování dle bydliště

Zdroj: vlastní šetření

Překážky ve stravování mohou zásadním způsobem ovlivnit složení a druh stravy i četnost stravování během dne. Respondenti měli možnost označit více odpovědí, poslední možnost byla odpověď „jiná, jaká“, kde senioři mohli doplnit svou vlastní odpověď, pokud ji nenašli v předchozích možnostech. Ze 104 oslovených seniorů (100 %) uvedlo 54 (51,9 %), že nepocítují žádnou překážku při stravování. Z toho bylo 32 seniorů (59,3 %) z Prahy a 22 (44 %) z jiné lokality.

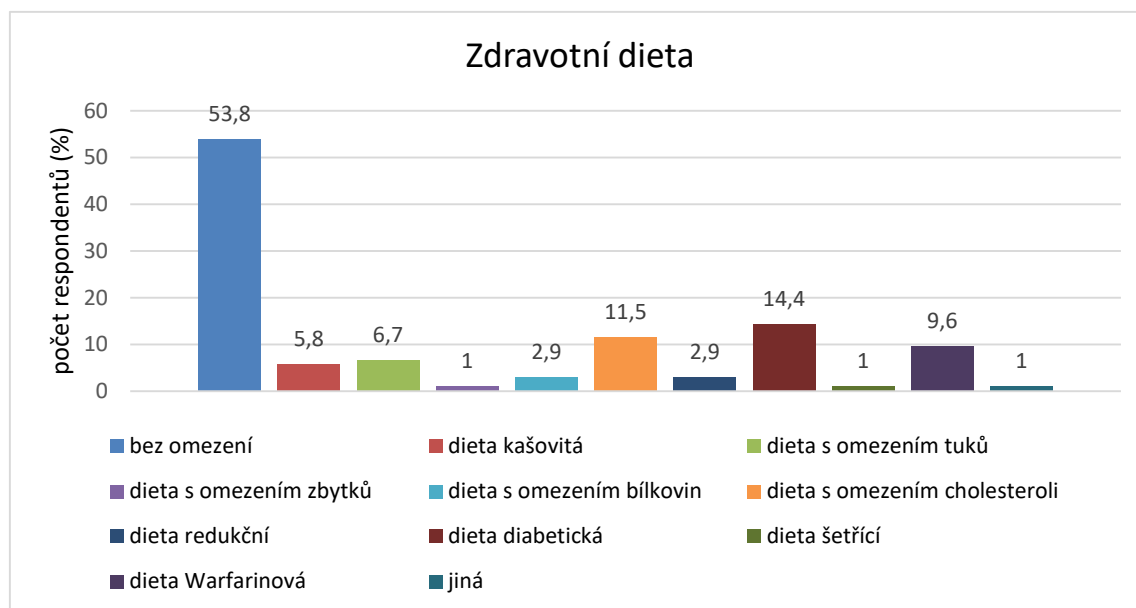
Jako hlavní překážky stravování, průzkum označil různá onemocnění. Tuto odpověď zvolilo 18 respondentů (17,3 %). Jako nejčastější onemocnění ovlivňující stravování mezi respondenty byla cukrovka. Toto onemocnění jako překážku stravování uvedlo 10 (9,6 %) oslovených seniorů. Jako další onemocnění byly uvedeny: vysoký krevní tlak a vyšší hladina cholesterolu, nadměrné tvoření žlučových kamenů v žlučovodu, onemocnění slinivky břišní, systémové onemocnění lupus, Alzheimerova nemoc, zánět jícnu a časté průjemy. Jako další zdravotní omezení byl označen 16 seniory (15,4 %) i umělý chrup a zhoršený zrak ovlivňuje ve stravování 7 respondentů (6,7 %). Stravování seniorů je ovlivněno i omezenými finančními prostředky. Šestnáct respondentů (15,4 %) uvedlo svou ekonomickou situaci jako překážku ve stravování. Třináct respondentů (12,5 %) označilo jako překážku ve stravování zhoršenou hybnost. Shodný počet seniorů, 6 (5,8 %), shledává překážku ve stravování v samotě a v nedostatečné znalosti o výživě. Sníženou chuť k jídlu pocítuje 5 z dotazovaných seniorů (4,8 %). Odpověď „jiné“ označili 2 respondenti (1,9 %), jako odpověď uvedli „refluxem a braním léků v kombinacích s jídlem před 1 hod a pak lék či těsně před lékem“ a „užíváním Warfarinu“.

Jednotlivé odpovědi jsou uvedeny v procentech v grafu 6.

Pokud jde o překážky ve stravování podle lokalit, tak na tuto otázku mi odpovědělo 54 respondentů (100 %) z Prahy a 50 respondentů (100 %) z jiné lokality. Vyšší podíl seniorů, kteří nepocítují žádnou překážku, jsou senioři z Prahy, kde tuto odpověď uvedlo 32 seniorů (59,3 %). Respondenti z Prahy považují za hlavní překážky obtíže se žvýkáním potravy, tuto odpověď označilo 9 seniorů (16,7 %), omezené finanční zdroje zodpovědělo 7 seniorů (13,0 %) i nedostatečnou informovanost o výživě, tuto odpověď označilo 5 seniorů (9,3 %). Příčinou jsou dále zdravotní problémy, toto tvrzení uvedlo 6 respondentů (11,1 %).

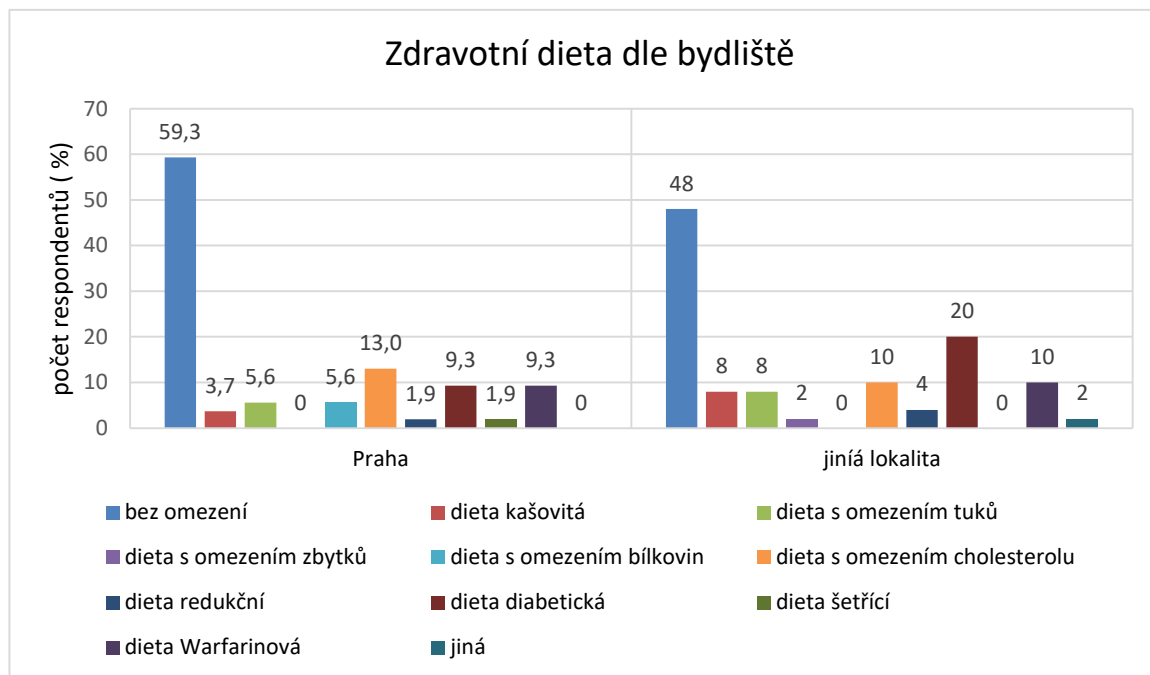
U respondentů z mimopražských lokalit je vyšší počet seniorů, kteří mají zdravotní problémy a to konkrétně 12 seniorů (24 %), zhoršenou hybnost uvedlo 10 seniorů (20 %) a finanční problémy uvedlo 9 seniorů (18 %). Překážky při stravování dle bydliště jsou uvedeny v procentech v grafu 7.

Otázka č. 5: Stravujete se bez omezení nebo dodržujete zdravotní dietu?



Graf 8 Zdravotní dieta

Zdroj: vlastní šetření



Graf 9 Zdravotní dieta dle bydliště

Zdroj: vlastní šetření

Tato otázka navazuje na předešlou otázku, která se dotazovala na překážky ve stravování. V této otázce jsem se zaměřila konkrétně na dodržování zdravotních diet, které souvisí se zdravím seniorů. Právě zdraví často ovlivňuje stravování seniorů, proto tuto otázku považuji za zásadní ve svém výzkumu. V této otázce bylo možné označit více zdravotních diet, které senior dodržuje.

Ze 104 (100 %) oslovených seniorů uvedlo 56 z nich (53,8 %), že žádnou zdravotní dietu nedodržuje. Jako nejčastější zdravotní dieta dodržovaná seniory byla označena diabetická dieta, tuto odpověď označilo 15 (14,4 %) respondentů. Je zajímavé, že v otázce číslo 4 označilo jako překážku při stravování onemocnění cukrovka pouhých 10 seniorů, z tohoto usuzuji, že někteří senioři neberou toto onemocnění jako překážku, spíše jen jako omezení. Dále z výzkumu vyplývá, že senioři často drží zdravotní dietu z důvodu vysokého cholesterolu v krvi, toto tvrzení uvedlo 12 seniorů (11,5 %), užívání léku na ředění krve označilo 10 seniorů (9,6 %). Dietu s omezením tuku dodržuje 7 dotazovaných seniorů (6,7 %), dietu kašovitou drží 6 respondentů (5,8 %). Dietu redukční a bílkovinovou uvedl

shodný počet respondentů, 3 (2,9 %). Po jedné odpovědi byla označena dieta s omezením zbytků (1 %), dieta šetřící (1 %). Dodržování zdravotních diet je zobrazeno v grafu 8.

Odpověď „jinou“ zvolil pouze jeden respondent, který uvedl jako zdravotní dietu slinivkovou a žlučnickovou.

Jednotlivé odpovědi jsou v procentech znázorněny v grafu 8.

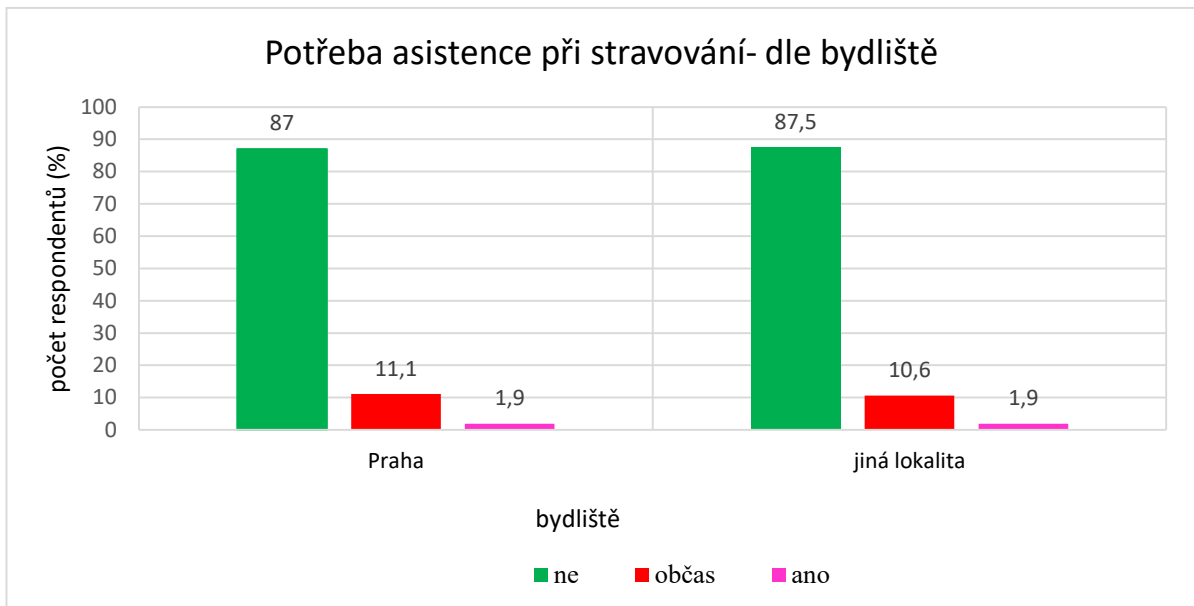
Z hlediska lokality, kde senioři bydlí, mi odpovědělo na tuto otázku 54 respondentů (100 %) z Prahy a 50 respondentů (100 %) z jiné lokality. Z výzkumu vyplývá, že více seniorů, kteří nedodržují žádnou zdravotní dietu, pochází z Prahy, konkrétně 32 seniorů (59,3 %). Z jiné lokality uvedlo 24 seniorů (48 %), že se stravuje bez omezení. Jako nejčastější dieta u respondentů z Prahy převažovala dieta s omezením cholesterolu, tuto odpověď uvedlo 7 seniorů (13 %), dietu diabetickou uvedlo 5 seniorů (9,3 %) a dietu Warfarinovou uvedlo 5 seniorů (9,3 %). U seniorů z jiné lokality převažovala dieta diabetická, kterou dodržuje 10 respondentů (20 %), dále se zde objevují shodné diety, jako se objevují u seniorů z Prahy a to dieta s omezením cholesterolu, tuto dietu dodržuje 5 seniorů (10 %) a 5 seniorů (10 %) dodržuje i dietu Warfarinovou. Dodržování zdravotních diet z hlediska lokalit je zobrazeno v grafu 9.

Otázka č. 6: Potřebujete asistenci při stravování?



Graf 10 Potřeba asistence při stravování

Zdroj: vlastní šetření



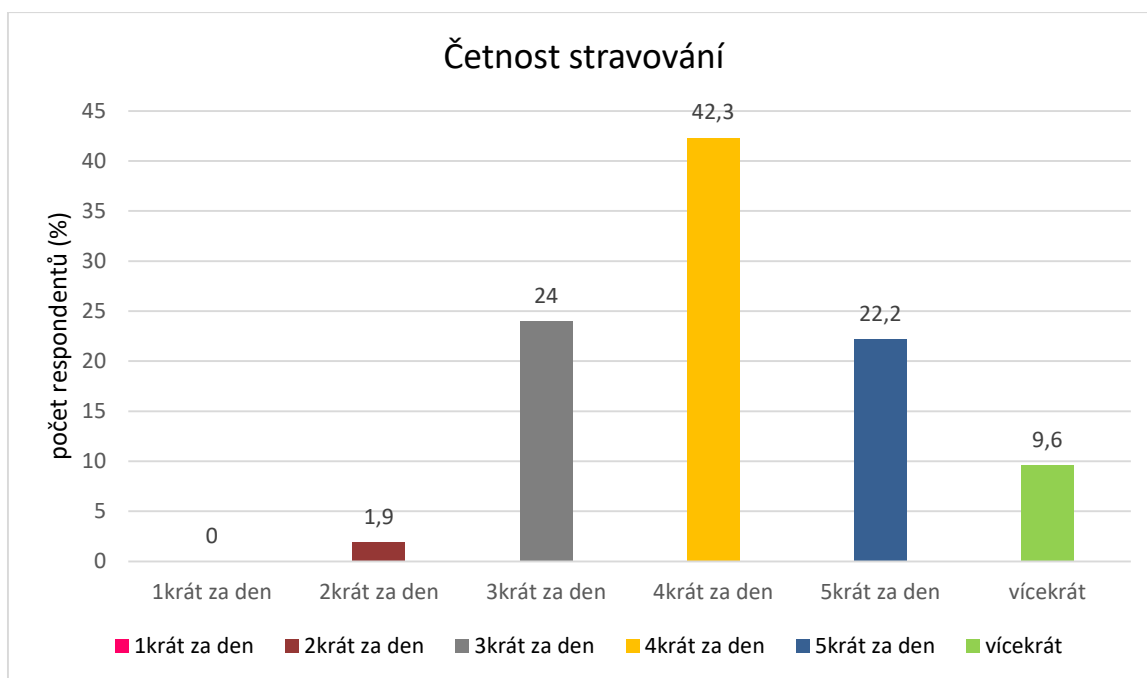
Graf 11 Potřeba asistence při stravování dle lokality

Zdroj: vlastní šetření

Tato otázka je zaměřena na soběstačnost seniorů. Zda potřebují asistenci při stravování či nikoliv. Na tuto otázku odpověděli všichni respondenti, 104 (100 %). Plně soběstačných, kteří nepotřebují asistenci při stravování, bylo 91 respondentů (87,5 %). Částečně soběstačných, který potřebují občasnou pomoc při stravování, bylo 11 seniorů (10,6 %). Zcela závislí senioři, kteří potřebují vždy asistenci při stravování, byli 2 (1,9 %). Potřeba asistence při stravování je vyjádřena v grafu 10.

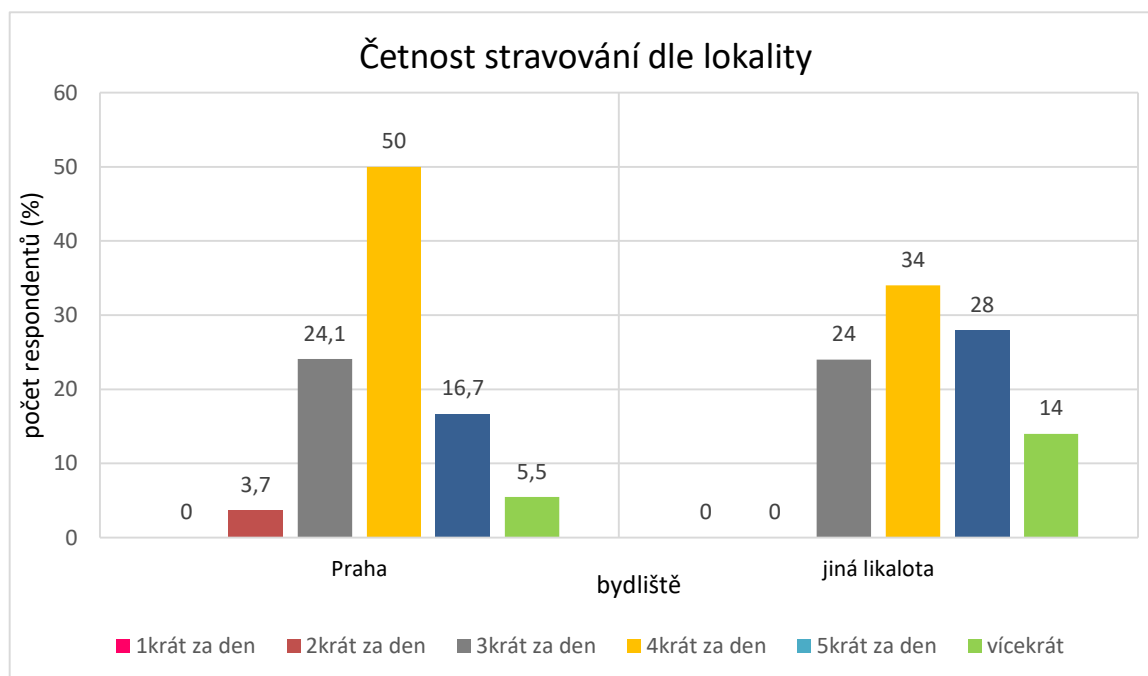
Potřeba asistence při stravování z hlediska lokalit se nijak zvlášť neliší (graf 11). Z Prahy odpovědělo 54 seniorů (100 %) a z jiné lokality odpovědělo 50 seniorů (100 %).

Otázka č. 7: Kolikrát denně se stravujete?



Graf 12 Četnost stravování

Zdroj: vlastní šetření



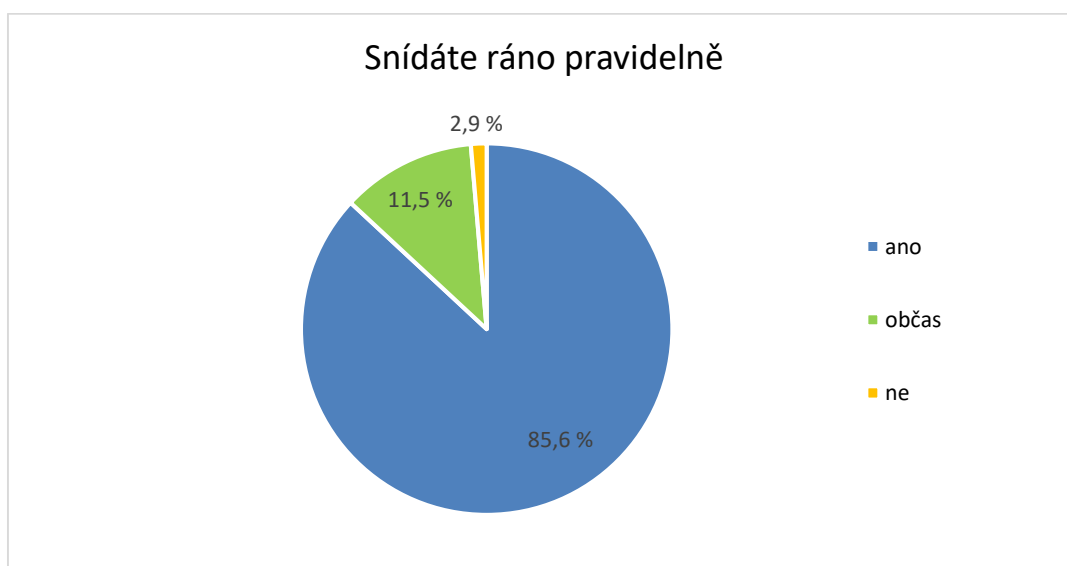
Graf 13 Četnost stravování dle bydliště

Zdroj: vlastní šetření

Tato otázka byla zaměřena na četnost jídel během dne. V dnešní době máme téměř nekonečné množství dostupného jídla. V některých případech, pokud si nehlídáme příjem energie, může tato hojnost vést k obezitě, vysokému cholesterolu, zvýšené glukóze v krvi a jiným civilizačním onemocněním. Často hlad není důvodem k příjmu potravy, díky velkému výběru surovin v supermarketech, který láká k nadměrné konzumaci často i nezdravých jídel. Na tuto otázku odpovědělo 104 respondentů (100 %). Odpověď 1krát denně nezvolil ani jeden respondent. Odpověď 2krát za den uvedli 2 senioři (1,9 %). 3krát za den se stravuje 25 seniorů (24 %) z dotázaných. Nejčastěji respondenti uvedli, že se stravují 4krát za den, toto tvrzení označilo 44 seniorů (42,3 %). Odpověď 5krát za den uvedlo 23 respondentů (22,2 %). Vícekrát za den se stravuje 10 respondentů (9,6 %). Četnost stravování vyjadřují počty v grafu 12.

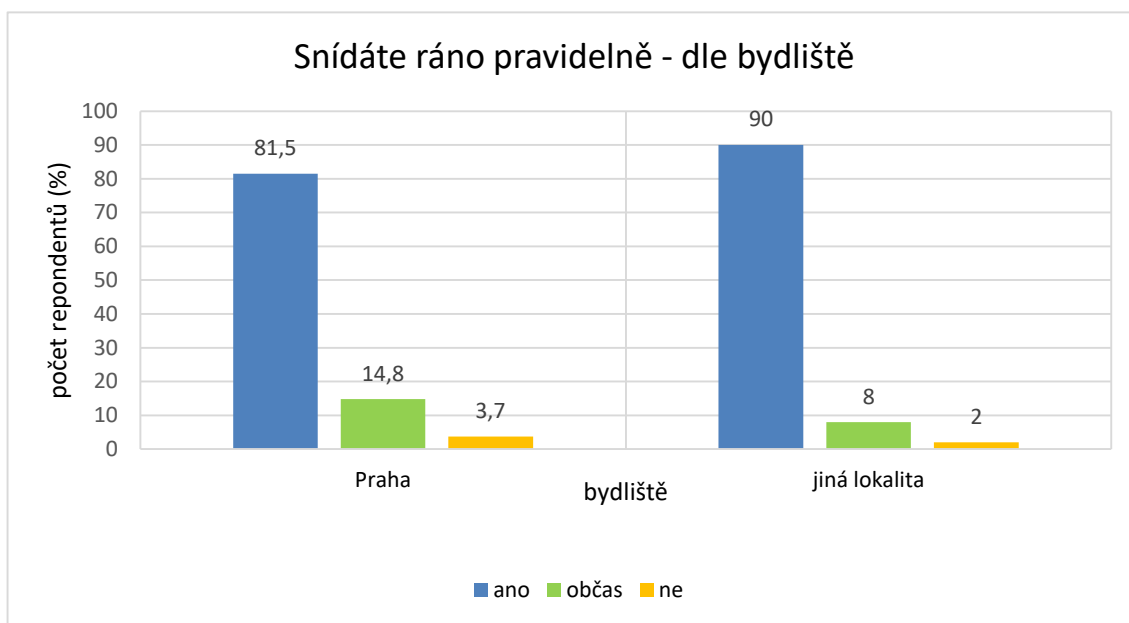
Na otázku číslo 7 odpovědělo 54 seniorů z Prahy (100 %) a 50 seniorů (100 %) z jiné lokality. Z hlediska lokalit se senioři v Praze nejčastěji stravují 4krát denně, tuto odpověď zvolila polovina z nich, 27 respondentů (50 %). Oproti tomu v jiné lokalitě tuto odpověď zvolilo pouhých 17 respondentů (34 %). V jiné lokalitě zvolilo více respondentů stravování 5krát denně či vícekrát za den nežli v Praze. Četnost stravování dle bydliště vyjadřují počty v grafu 13.

Otázka č. 8: Snídáte ráno pravidelně?



Graf 14 Snídáte ráno pravidelně

Zdroj: vlastní šetření



Graf 15 Snídáte ráno pravidelně - dle bydliště

Zdroj: vlastní šetření

Tato otázka byla zaměřena na první jídlo dne, zda senioři snídají či nikoliv. Na otázku č. 8 odpovědělo 104 respondentů (100 %). Z tohoto výzkumu vyplynulo, že pravidelně ráno snídá 89 respondentů (85,6 %). Odpověď „snídám pouze občas“ uvedlo 12 seniorů (11,5 %). Tři senioři (2,9 %) uvedli, že nesnídají vůbec (graf 14).

Z hlediska lokalit, vyplývající z grafu 15, byl rozdíl především v odpovědi „snídám pouze občas“, kdy tuto odpověď uvedlo více seniorů z Prahy než z jiné lokality. Dva senioři z Prahy a 1 senior z jiné lokality uvedli, že nesnídají nikdy. Celkově na tuto otázku odpovědělo 54 seniorů (100 %) z Prahy a 50 seniorů (100 %) z jiné lokality.

Otázka č. 9: Pokud nesnídáte proč?

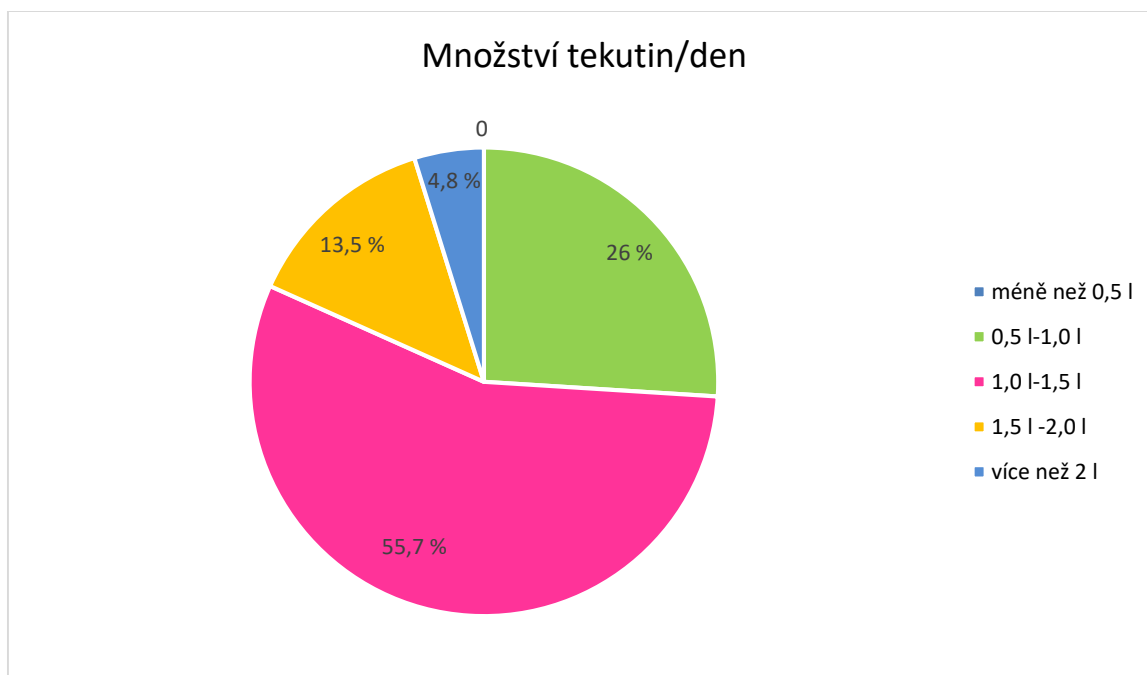
Na tuto otázku odpověděli pouze ti senioři, kteří u otázky č. 8 odpověděli „ne“. I někteří respondenti, kteří v předešlé odpovědi označili „občas“ na tuto otázku také odpověděli. Otázka byla zaměřena na důvody, proč senioři nesnídají. Zda pocítují nějakou překážku po ránu či nikoliv. Tato otázka byla otevřená.

Na otázku odpovědělo 9 seniorů. Nejčastějším důvodem pro vynechání snídaně byl, že nemají chuť k jídlu. Tuto odpověď uvedlo 5 seniorů (56 %). Jako další důvody, které byly uvedeny po jedné odpovědi, jsou: návštěva lékaře (11 %), nevolnost po spolknutí ranních

léků (11 %), nezvyk snídat po ránu (11 %) či zapomenutí se nasnídat, z důvodu zabránění se do práce (11 %).

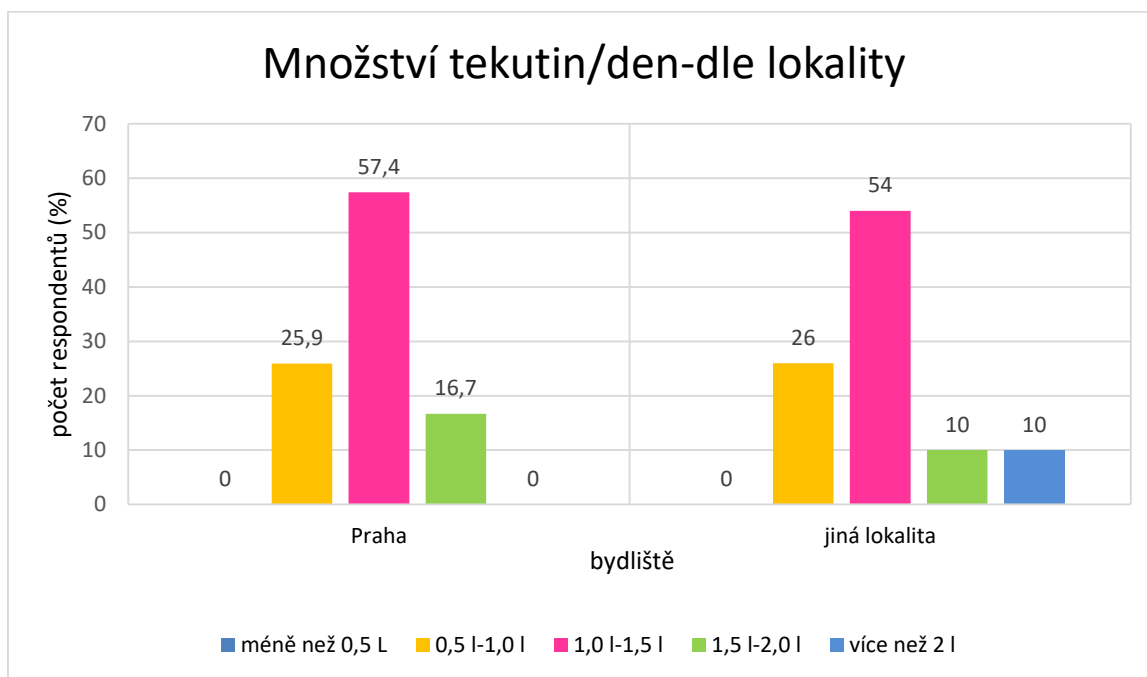
Respondenti z Prahy a jiné lokality se v této odpovědi nelišili. Většina z nich odpověděla, že nemají ráno chuť k jídlu.

Otázka č. 10: Kolik za den vypijete tekutin? (alespoň přibližně)



Graf 16 Množství tekutin/den

Zdroj: vlastní šetření



Graf 17 Množství tekutin/den – dle bydliště

Zdroj: vlastní šetření

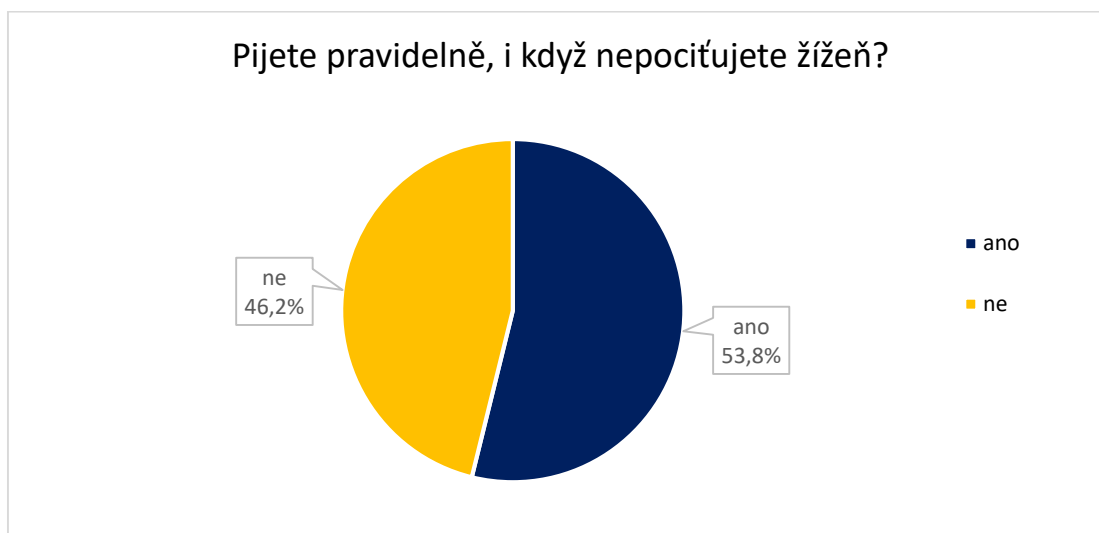
V této otázce jsem se zaměřila na pitný režim seniorů. Aby organismus dobře fungoval, musí přijímat pravidelně dostatečné množství vhodných tekutin, aby nedošlo k dehydrataci. Pitný režim je pro seniory velmi důležitý. Často dochází k tomu, že senioři zanedbávají pitný režim. Je to i tím, že starší lidé mají menší pocit žízně, často zdravotní i psychické problémy nebo i pít zapominají.

Na tuto otázku jsem získala 104 odpovědí (100 %). Z odpovědí vyplynulo, že nejvíce z oslovených seniorů, konkrétně 58 (55,7 %) vypije 1,0-1,5 l tekutin denně. Odpověď „0,5-1 l“ tekutin za den uvedlo 27 respondentů (26 %) a „1,5-2 l“ uvedlo 14 respondentů (13,5 %). Více než 2 l tekutin za den vypije 5 z oslovených seniorů (4,8 %). Žádný z respondentů nevypije méně než 0,5 l tekutin denně. Množství tekutin vypité za den, vyjadřují počty v grafu 16.

Na otázku číslo 10 odpovědělo 54 seniorů (100 %) z Prahy a 50 seniorů (100 %) z jiné lokality. Z hlediska lokalit byl největší rozdíl v odpovědi „více než 2 l“. Žádný respondent z Prahy nevypije více než 2 l denně. Naopak 5 respondentů z jiné lokality (10 %) uvedlo, že vypijí více než 2 l tekutin denně. Pokud jde o respondenty, kteří vypijí 1,5-2 l tekutin

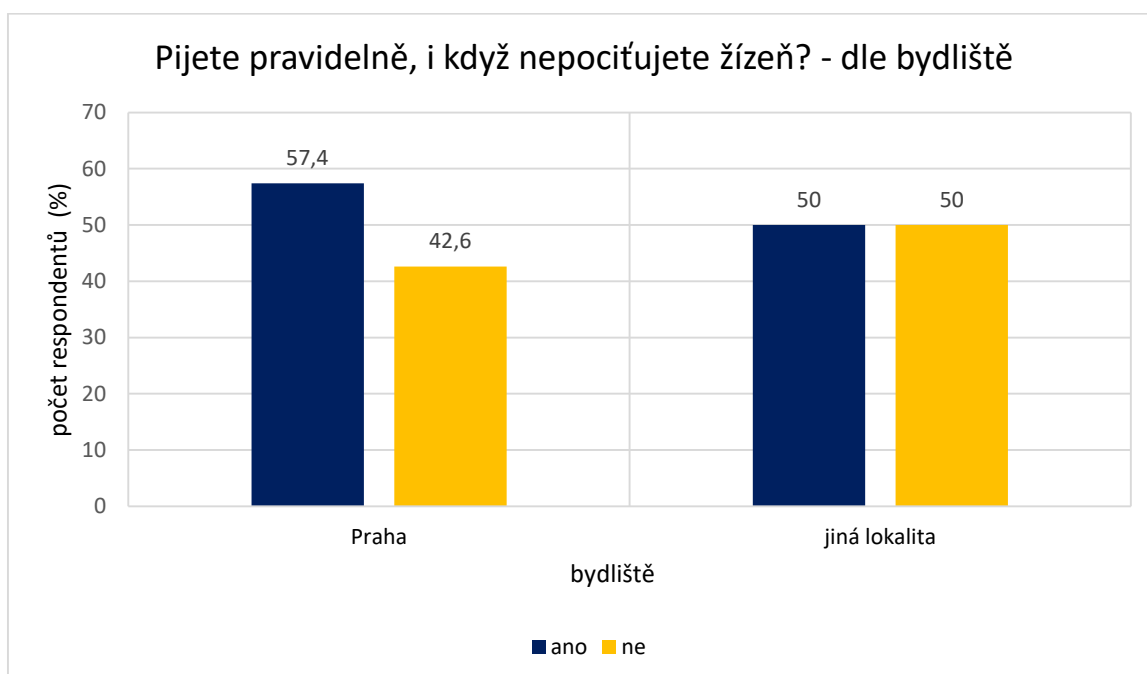
denně je vyšší podíl u respondentů z Prahy než u respondentů z jiné lokality, tento rozdíl činí 6,7 %. Množství tekutin přijímané seniory za den dle lokality je znázorňuje graf 17.

Otázka č. 11: Pijete pravidelně, i když nepocítujete žízeň?



Graf 18 Pijete pravidelně, i když nepocítujete žízeň?

Zdroj: vlastní šetření



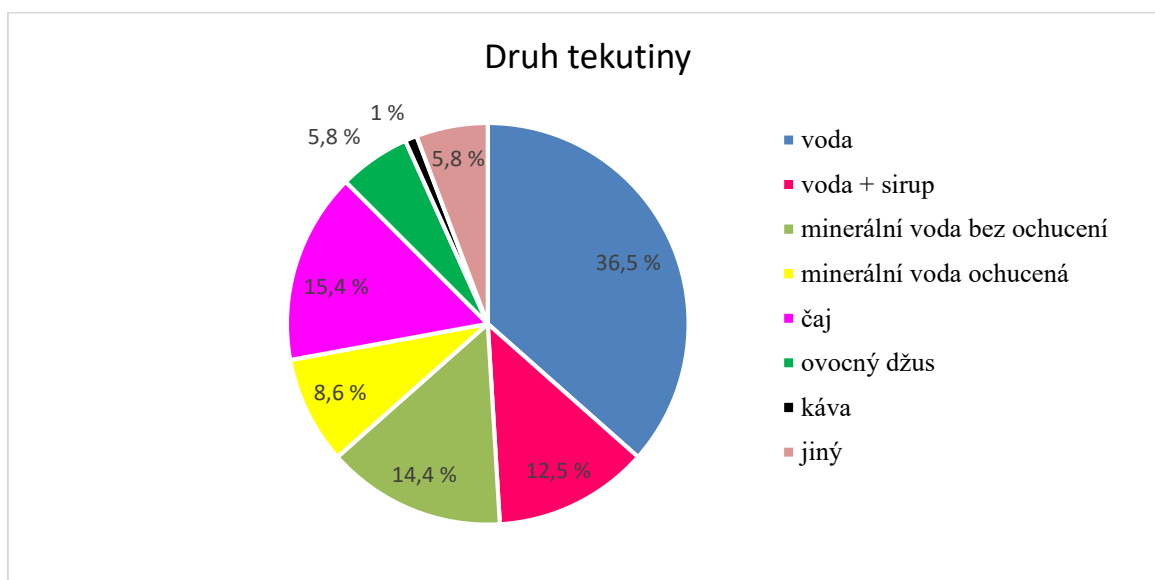
Graf 19 Pijete pravidelně, i když nepocítujete žízeň? – dle bydliště

Zdroj: vlastní šetření

Otázka volně navazuje na předchozí dotaz, neboť jsem chtěla zjistit, zda senioři věnují pozornost pitnému režimu. Na otázku odpovědělo 104 respondentů (100 %). Z výzkumu vyplývá, že 56 seniorů (53,8 %) pije pravidelně, i když nepocítuje žízeň. 48 seniorů (46,2 %) uvedlo, že pijí pouze při pocitu žízně. Výsledky otázky č. 11 jsou uvedeny v grafu 18.

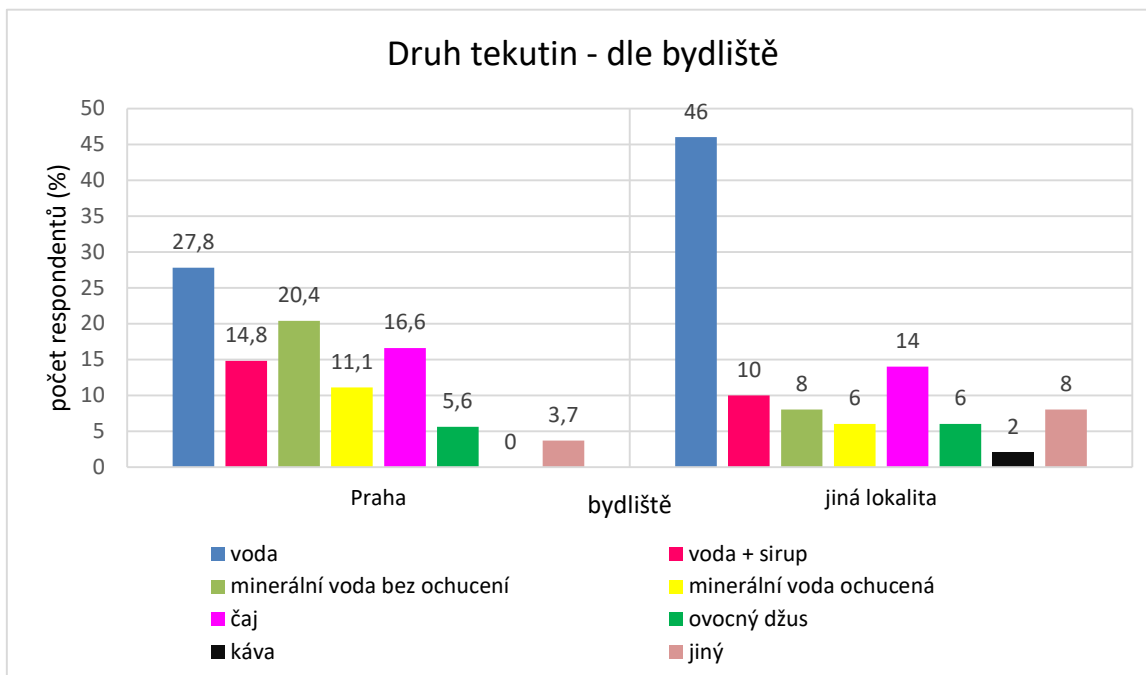
Z hlediska lokalit v Praze převažuje počet respondentů, kteří pravidelně pijí, i když nepocítují žízeň. Tyto údaje vyplývají z grafu 19. Celkem na otázku číslo 11 odpovědělo 54 pražských respondentů (100 %) a 50 respondentů (100 %) z jiné lokality.

Otázka č. 12 Jaký druh tekutin pijete během dne nejčastěji?



Graf 20 Druh tekutiny

Zdroje: vlastní šetření



Graf 21 Druh tekutiny – dle bydliště

Zdroj: vlastní šetření

Nezáleží pouze na množství, ale i na vhodnosti tekutin. Proto další otázka byla zaměřena na to, zda senioři pijí vhodné tekutiny během dne či nikoliv.

Na otázku č. 12 odpovědělo všech 104 respondentů (100 %). Z dotazníku je prokazatelné že, nejvíce respondentů, celkem 38 (36,5 %), pije během dne vodu. Jako druhá nejčastější tekutina, konzumována během dne seniory, byl čaj, celkem toto tvrzení bylo označeno 16 respondenty (15,4 %). 15 seniorů (14,4 %) pije nejvíce během dne minerální vodu bez ochucení. 13 seniorů (12,5 %) pije během dne nejčastěji vodu se sirupem. Minerální vodu ochucenou označilo 9 seniorů (8,6 %) jako nejčastější tekutiny vypitou během dne. 6 respondentů (5,8 %) pije nejčastěji v průběhu dne ovocný džus. Nápoj kávu uvedl pouze jeden respondent (1 %). Odpověď „jiný“ označilo 6 respondentů (5,8 %), všichni tito respondenti uvedli pivo jako nejčastější tekutinu, kterou pijí během dne.

Na otázku číslo 12 odpovědělo 54 respondentů (100 %) z Prahy a 50 respondentů (100 %) z jiné lokality. Při rozlišení podle místa bydliště, vyšší podíl vody jako nejčastěji konzumované tekutiny během dne, uvedli respondenti z jiné lokality, celkem 23 respondentů (46 %). Pouhých 15 seniorů (27,8 %) z Prahy uvedlo jako nejčastější druh tekutin vypitý za den vodu. Markantní rozdíl se objevil i v odpovědi „minerální voda bez

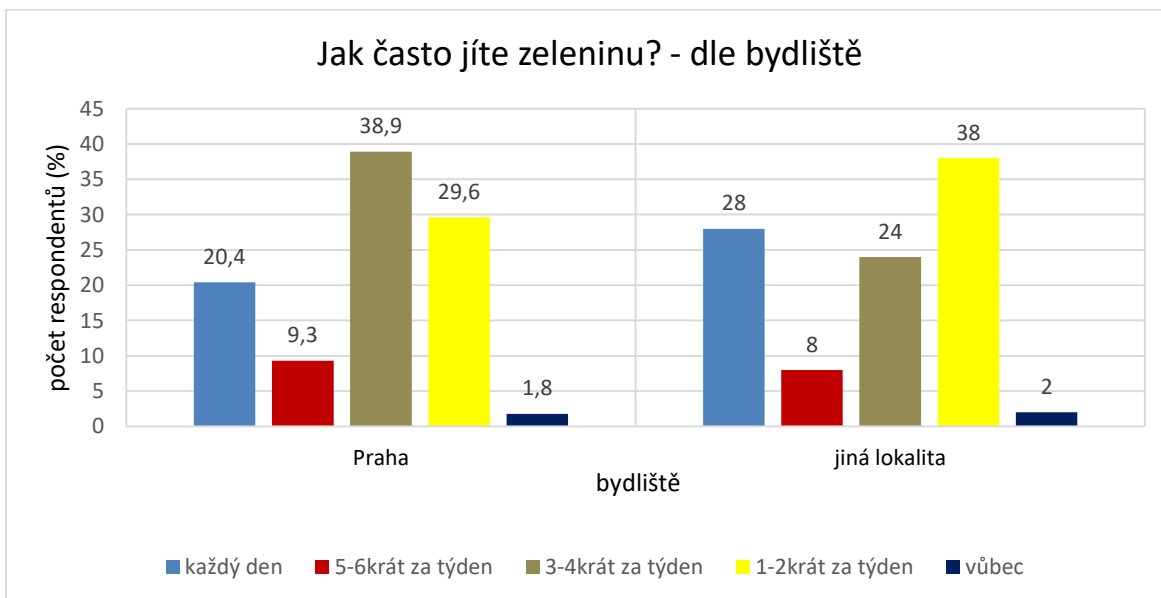
ochucení“, kdy tuto odpověď uvedlo 11 respondentů (20,4 %) z Prahy a pouze 4 respondenti (8 %) z jiné lokality. Pivo bylo označeno 4 respondenty (8 %) z jiné lokality a 2 respondenty (3,7 %) z Prahy.

Otázka č. 13: Jak často jíte zeleninu?



Graf 22 Jak často jíte zeleninu?

Zdroje: vlastní šetření



Graf 23 Jak často jíte zeleninu? – dle bydliště

Zdroje: vlastní šetření

V následujících otázkách jsem se zaměřila na pestrost stravy u seniorů. U výživy seniorů je důležité, aby jídelníček obsahoval vyváženou pestrou stravu. Do jídelníčku by pravidelně měla být především zařazována zelenina, ovoce, mléčné výrobky a maso.

Zelenina je zdrojem minerálních látek a vitamínů. V malém množství je to přírodní zdroj sacharidů, tuků a bílkovin, množství těchto látek závisí na druhu zeleniny, vyšší obsah sacharidů obsahuje např. mrkev či meloun. Hlavní složkou zeleniny je voda.

Na otázku č. 13 odpovědělo všech 104 respondentů (100 %). Z průzkumu vyplynulo, že pouhých 25 seniorů (24 %) konzumuje zeleninu pravidelně každý den. Nejvíce pak respondenti uvedli, že zelenina je součástí jejich jídelníčku pouze 1-2krát do týdne, celkem toto tvrzení uvedlo 35 (33,7 %) respondentů. Zeleninu nejí vůbec 2 respondenti (1,9 %). 5-6krát do týdne se objeví v jídelníčku zelenina u 9 respondentů (8,7 %). 33 seniorů (31,7 %) jí zeleninu 3-4krát do týdne.

Při analýze rozdílů daných bydlištěm respondentů (graf 23), kdy odpovědělo 54 pražských seniorů (100 %) a 50 mimopražských seniorů (100 %), není velký rozdíl v jejich četnosti, pokud jde o kategorie 5-6krát týdně či odpověď „vůbec“. Mírné odlišnosti jsou při konzumaci zeleniny v kategorii každý den. Zatímco v Praze je podíl v kategorii každý den 20,4 %, v mimopražských lokalitách 28 %. Markantnější rozdíl je v kategorii 3-4krát týdně, kdy v Praze tuto odpověď zvolilo 21 respondentů (38,9 %) a v mimopražských lokalitách 12 respondentů (24 %).

Otázka č. 14 Jaký druh zeleniny máte nejraději?

Na tuto otázku odpovědělo všech 104 respondentů (100 %). Z důvodu, že bylo na otázku odpovězeno i více variantně, kdy jeden respondent mohl uvést více druhů zeleniny, jsem získala 229 odpovědí.

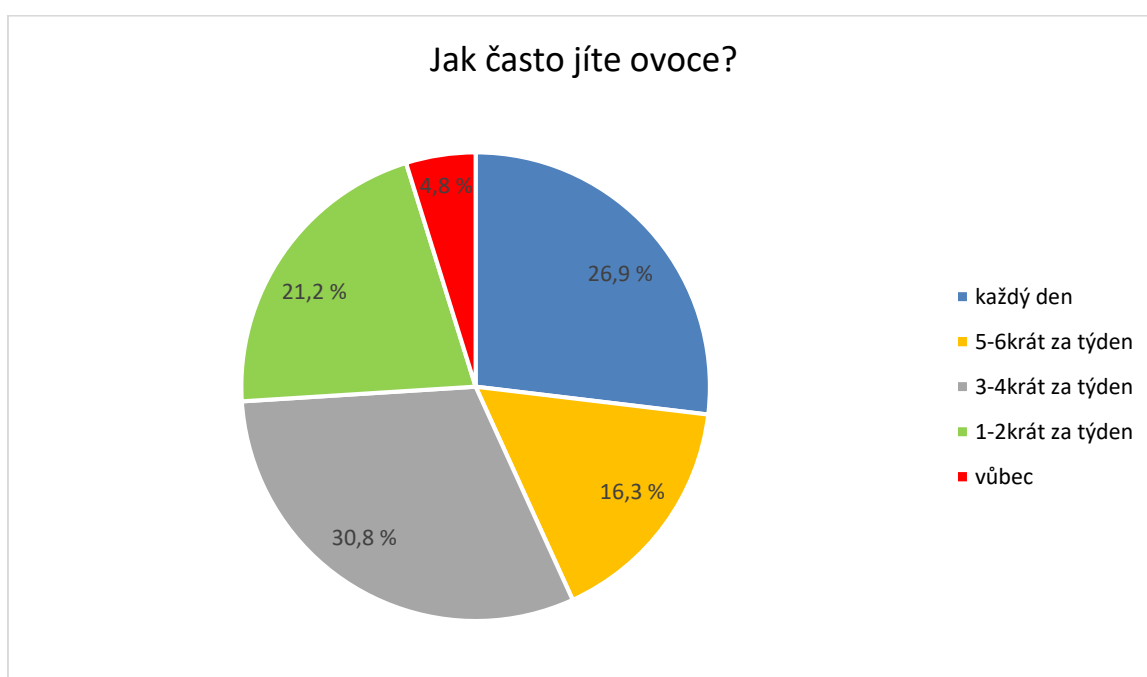
Další otázka se týkala oblíbenosti zeleniny. Někteří na tuto otázku odpovídali jednoslovně, jiní vyjmenovali více druhů zeleniny. Tato otázka lze uchopit dvěma způsoby. Tuto skutečnost jsem si při vytváření dotazníku neuvědomila.

Respondenti buď odpověděli, jaká zelenina jim nejvíce chutná, takto byla i otázka původně zamýšlena. Nebo také odpovídali jakou zeleninu nejčastěji jí a tu do dotazníku napsali.

Nejoblíbenější zelenina u seniorů je rajče, celkem tuto odpověď uvedlo 36 seniorů (34,6 %). Druhý nejoblíbenější druh zeleniny je u respondentů mrkev, celkem tuto odpověď uvedlo 30 seniorů (28,8 %). Mezi další druhy oblíbené zeleniny patří okurka, kterou má rádo 21 respondentů (20,2 %) a paprika, tu uvedlo 20 respondentů (19,2 %) jako oblíbený druh zeleniny.

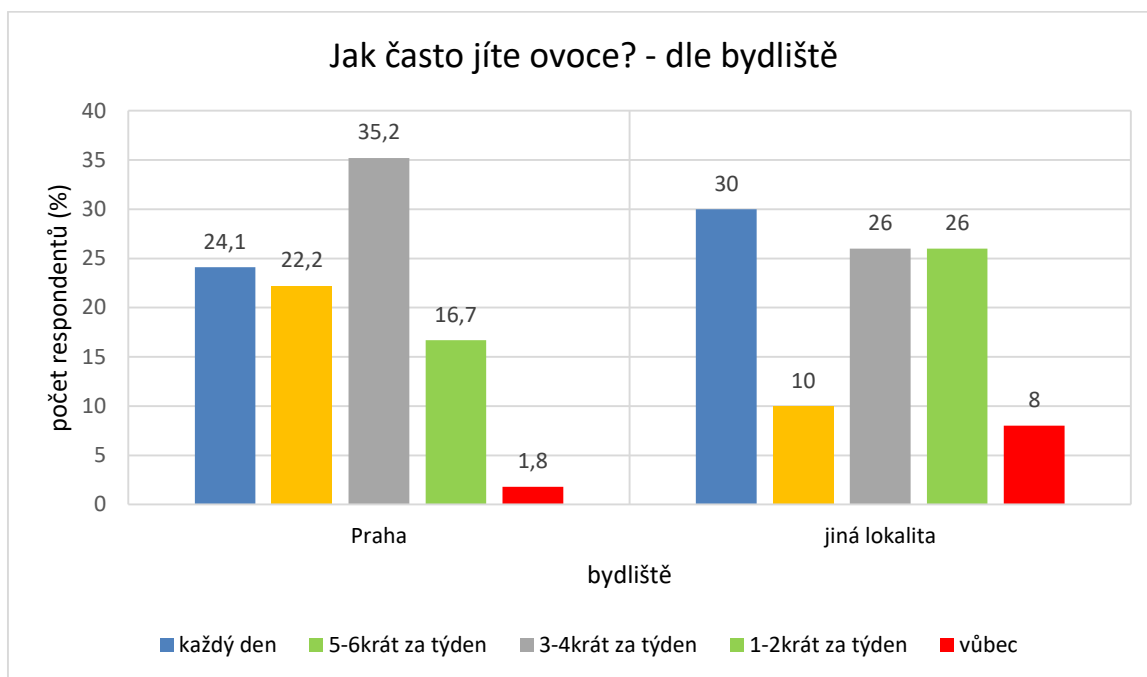
Z hlediska lokalit se nijak zvlášť neliší oblíbenost zeleniny. Respondenti z Prahy nejčastěji jmenovali tuto zeleninu: rajče, okurka, mrkev a paprika. Respondenti z jiné lokality nejčastěji odpověděli: rajče, mrkev, paprika a okurka.

Otázka č. 15: Jak často jíte ovoce?



Graf 24 Jak často jíte ovoce?

Zdroje: vlastní šetření



Graf 25 Jak často jíte ovoce? – dle bydliště

Zdroje: vlastní šetření

Ovoce je přírodním zdrojem vlákniny, vitaminů, minerálních látek a stopových prvků. Dále se ovoce skládá z vody, sacharidů, v malém množství z tuků a kyselin, které ovlivňují chuť. Složení ovoce závisí na jeho druhu.

Otázku č. 15 zodpovědělo všech 104 respondentů (100 %) s následujícím výsledkem: nejvíce respondentů konzumuje ovoce 3-4krát do týdne, celkem 32 (30,8 %). Pouze 28 seniorů (26,9 %) uvedlo, že konzumuje ovoce každý den. 5-6krát za týden konzumuje ovoce 17 respondentů (16,3 %). Až 22 seniorů (21,2 %) uvedlo, že ovoce zařazuje do svého jídelníčku pouze 1-2krát týdně. Absenci ovoce ve svém jídelníčku uvedlo 5 respondentů (4,8 %). Odpovědi jsou procentuálně znázorněny v grafu 24.

Při analýze výzkumu dle lokalit, kdy odpovědělo 54 seniorů z Prahy (100 %) a 50 seniorů (100 %) z jiné lokality, byly znatelné rozdíly. Odlišnost byla především v pravidelné konzumaci ovoce každý den, kdy senioři z jiné lokality jí častěji ovoce každý den, celkem 15 respondentů (30 %), než senioři z Prahy, celkem 13 (24,1 %). Naproti tomu je více seniorů z Prahy, kteří ovoce jí 5-6krát za týden, celkem 12 (22,2 %) než seniorů mimopražských, celkem 5 (10 %). Podílově jí více ovoce, 3-4krát za týden, senioři z Prahy

(35,2 %) než senioři z jiné lokality (26 %). Naopak je více seniorů mimopražských, kteří konzumují ovoce pouze 1-2krát týdně či ovoce vůbec nekonzumují (8 %). Jednotlivé skupiny seniorů jsou znázorněny na grafu 25, dle bydliště.

Otázka číslo 16: Jaký druh ovoce máte nejraději?

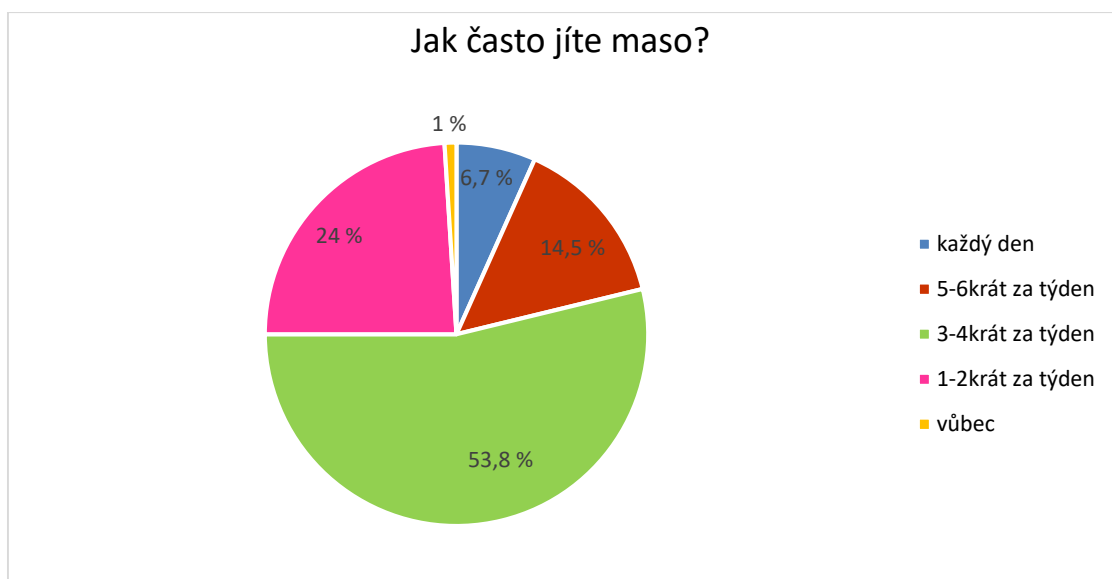
Na otázku odpovědělo všech 104 respondentů (100 %). Otázka umožňovala více variantní odpověď, kdy jeden respondent mohl uvést více druhů ovoce.

Tato otázka se týkala oblíbenosti ovoce. Někteří na otázku odpovídali jednoslovně, jiní vyjmenovali více druhů ovoce. Tato otázka lze opět uchopit dvěma způsoby viz otázka číslo 14.

Z průzkumu vyplývá, že nejoblíbenější druh ovoce je jablko, tuto odpověď napsalo 57 seniorů (54,8 %). Druhé nejoblíbenější ovoce je banán, celkem toto ovoce uvedlo 25 respondentů (24 %). 15 respondentů (14,4 %) uvedlo jako svůj oblíbený druh ovoce pomeranč. 11 seniorů mají nejraději z ovoce jahody (10,6 %). 9 respondentů (8,7 %) uvedlo jako svůj oblíbený druh ovoce hrušku.

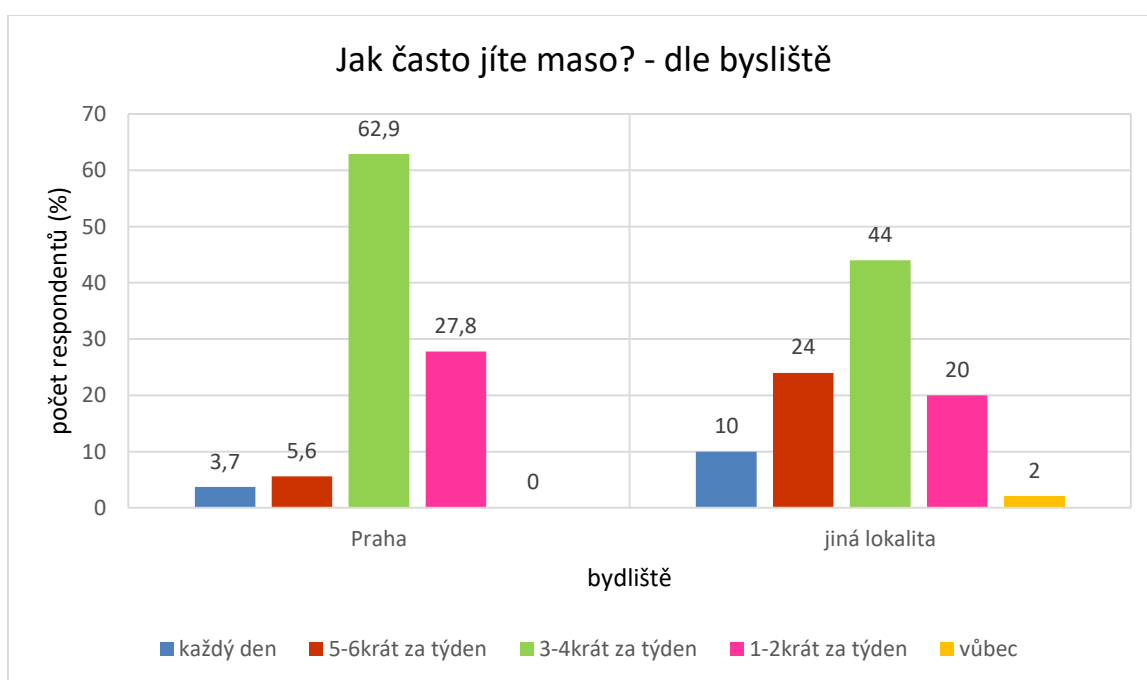
Z hlediska lokalit se oblíbenost ovoce nijak zvlášť neliší. 29 respondentů z Prahy uvedlo nejoblíbenější druh ovoce jablko, z jiné lokality tuto odpověď uvedlo 28 respondentů. 2 senioři z Prahy uvedli exotické ovoce- mango a ananas. Tato odpověď se ani jednou neobjevila u respondentů mimopražských. Z Prahy jeden respondent uvedl, že ovoce nemá oblíbené žádné. 2 senioři z jiné lokality uvedli, že nekonzumují ovoce z důvodu vysokého obsahu cukru.

Otázka číslo 17: Jak často jíte maso?



Graf 26 Jak často jíte maso?

Zdroje: vlastní šetření



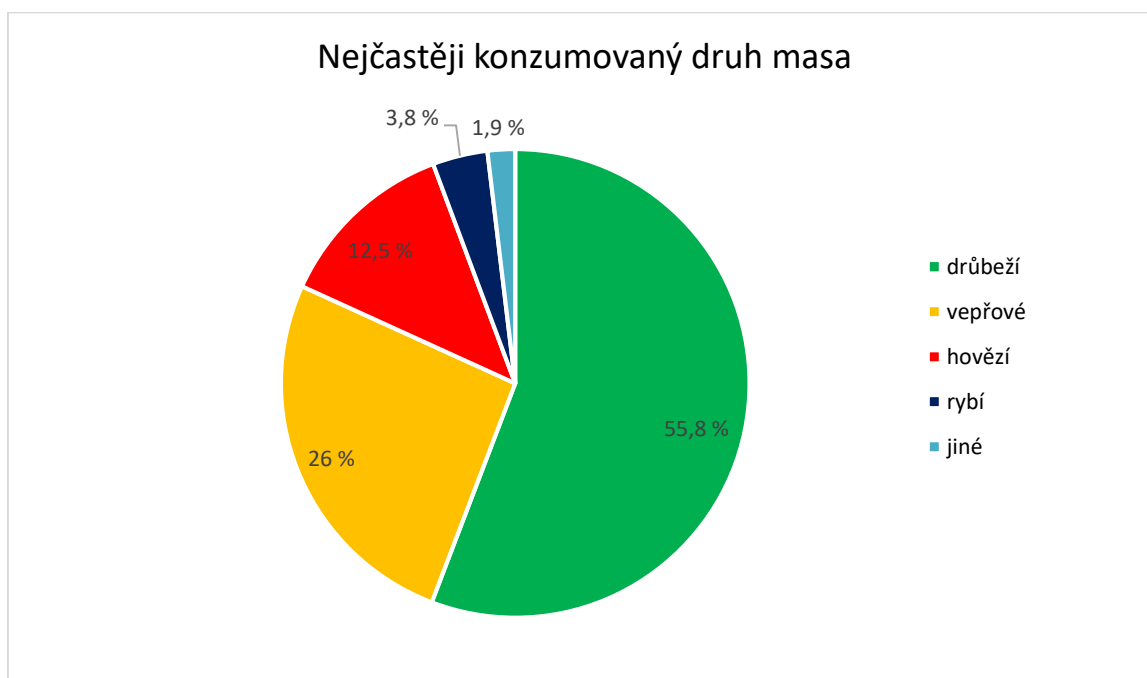
Graf 27 Jak často jíte maso? – dle bydliště

Zdroje: vlastní šetření

Maso je důležitým zdrojem bílkovin, které ovlivňují bazální metabolismus člověka. Nedostatek bílkovin živočišného původu vede u seniorů ke snižování svalové hmoty. Na otázku četnosti masa v týdenní stravě odpovědělo 104 respondentů (100 %). Z průzkumu vyplynulo, že nejčetnější skupina respondentů, 56 seniorů (53,8 %) jí maso 3-4krát týdně. Vyšší konzumaci masa tj. každý den uvedlo 7 respondentů (6,7 %) a konzumaci 5-6krát týdně uvedlo 15 respondentů (14,5 %). Poměrně silnou skupinu tvoří seniori, kteří jedí maso pouze 1-2krát týdně, toto tvrzení uvedlo 25 seniorů (24 %) a pouze jeden senior (1 %) nejí maso vůbec.

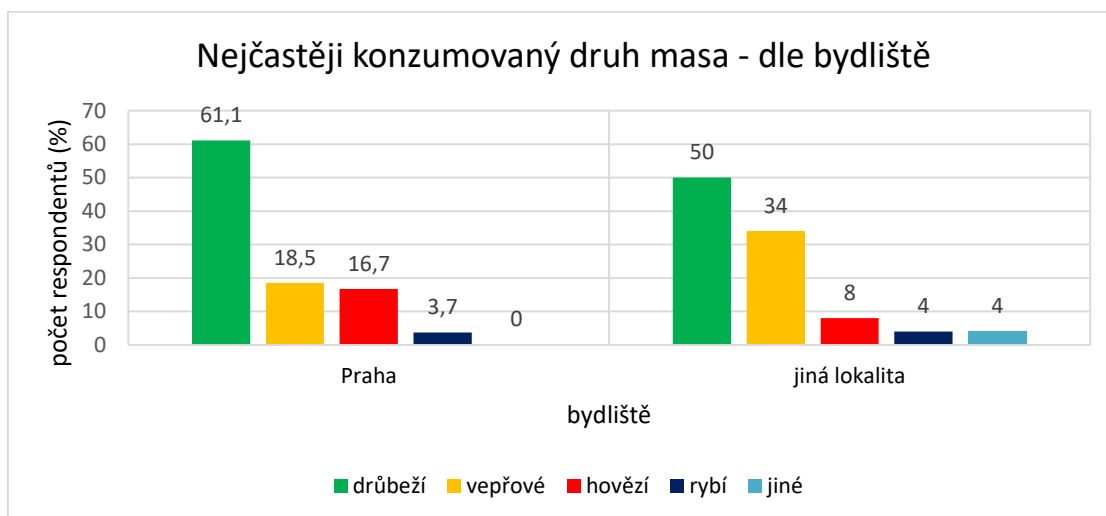
Analýza četnosti konzumace masa při rozlišení podle místa bydliště respondentů, ukázala určité rozdíly. Na otázku číslo 17 odpovědělo 54 seniorů (100 %) z Prahy a 50 seniorů (100 %) mimopražských. U obou skupin nejvyšší četnost tvoří konzumace masa 3-4krát týdně, ale s tím rozdílem, že seniori z Prahy tvoří početnější skupinu. Ve srovnání se seniory z jiných lokalit o 18,9 % vyšší. Naproti tomu seniori z jiných lokalit zaujímají výrazně vyšší podíl v konzumaci masa 5-6krát týdně (rozdíl 18,4 %), a v konzumaci masa každý den (rozdíl 6,3 %). Analýza ukázala, že seniori z jiných lokalit častěji konzumují maso než seniori z Prahy.

Otázka č. 18 Jaký druh masa nejčastěji konzumujete v rámci svého jídelníčku?



Graf 28 Nejčastěji konzumovaný druh masa

Zdroje: vlastní šetření



Graf 29 Nejčastěji konzumovaný druh masa - dle bydliště Zdroje: vlastní šetření

Druhy masa se od sebe liší především obsahem tuku, ale také i obsahem minerálních látek, vody a bílkovin. Množství tuku se odvíjí i podle toho, z jaké části těla zvířat se maso získává. Procentuálně je nejméně tuku obsaženo v drůbežím maso, nejvíce je pak tuk obsažen v hovězím a vepřovém maso. Na tuto otázku odpověděli všichni respondenti, 104 (100 %). Nejčastějším konzumovaným druhem masa bylo drůbeží. Toto tvrzení uvedlo 58 seniorů (55,8 %). Druhé nejčastěji konzumované maso mezi dotazovanými seniory je vepřové, tuto odpověď uvedlo 27 respondentů (26 %). Hovězí maso konzumuje nejčastěji 13 respondentů (12,5 %). Rybí maso jako nejčastěji konzumovaný druh masa uvedli pouze 4 respondenti (3,8 %). Odpověď „Jiné“ zvolily 2 seniorky z jiné lokality: Jedna seniorka uvedla odpověď: „obědy si kupuji, takže záleží na společném jídelníčku“ a druhá seniorka uvedla, že maso nekonzumuje vůbec.

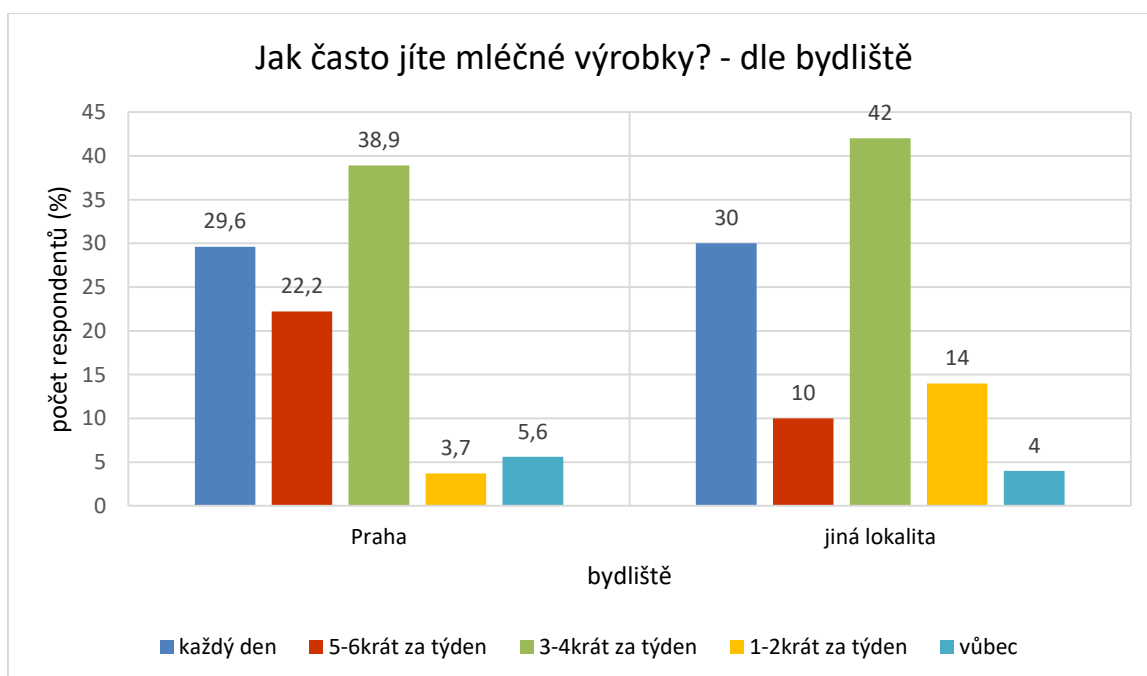
Dle lokality se nejvíce lišila konzumace masa vepřového, častěji tento druh masa konzumují v jiné lokalitě nežli v Praze a to o 15,5 %. Naopak senioři z Prahy častěji konzumují hovězí maso a drůbeží než v jiné lokalitě. Na otázku číslo 18 odpovědělo 54 pražských respondentů (100 %) a 50 seniorů (100%) z jiné lokality.

Otázka č. 19: Jak často jíte mléčné výrobky? (sýr, jogurt, mléko)



Graf 30 Jak často jíte mléčné výrobky?

Zdroje: vlastní šetření



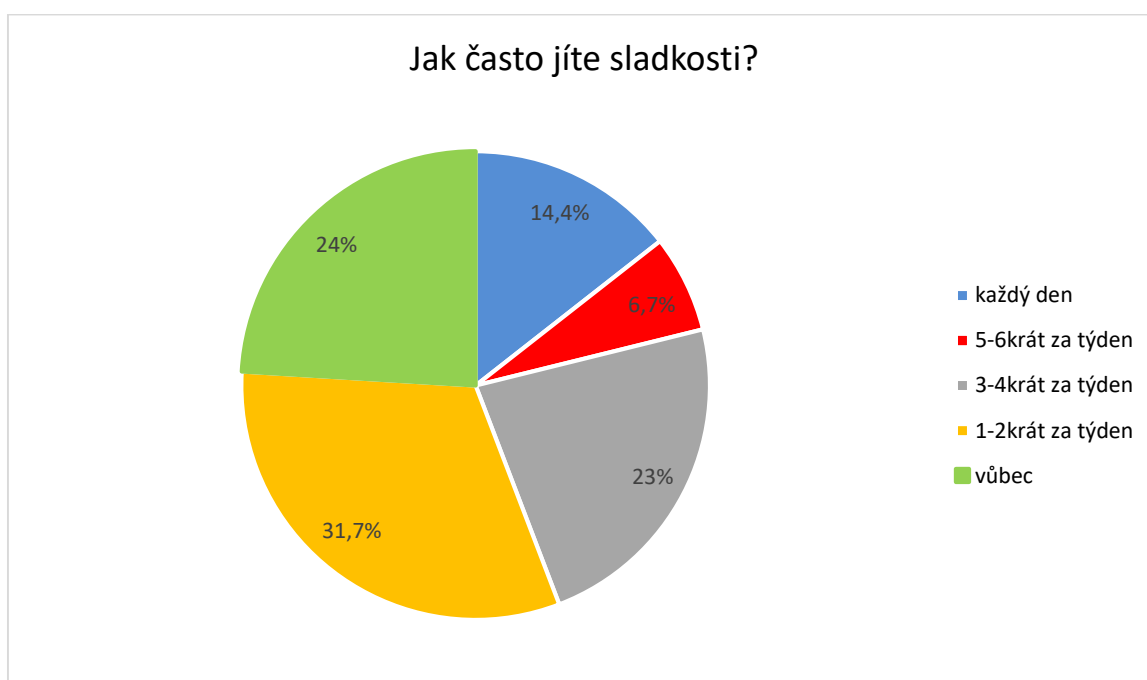
Graf 31 Jak často jíte mléčné výrobky? – dle bydliště

Zdroje: vlastní šetření

Mléko a mléčné výrobky jsou důležitou součástí stravování. Obsahují bílkoviny, tuky, cukry, vitaminy a minerální látky. Na tuto otázku odpovědělo všech 104 respondentů (100 %). Nejčastěji seniori konzumují mléčné výrobky 3-4krát do týdne, toto tvrzení uvedlo 42 seniorů (40,4 %). 31 seniorů (29,8 %) přijímá v rámci svého jídelníčku mléčné výrobky každý den. 17 seniorů (16,3 %) uvedlo, že konzumuje mléčné výrobky 5-6krát do týdne. 1-2krát do týdne konzumuje mléčné výrobky 9 respondentů (8,7 %). Pouze 5 seniorů (4,8 %) odpovědělo, že nekonzumuje žádné mléčné výrobky.

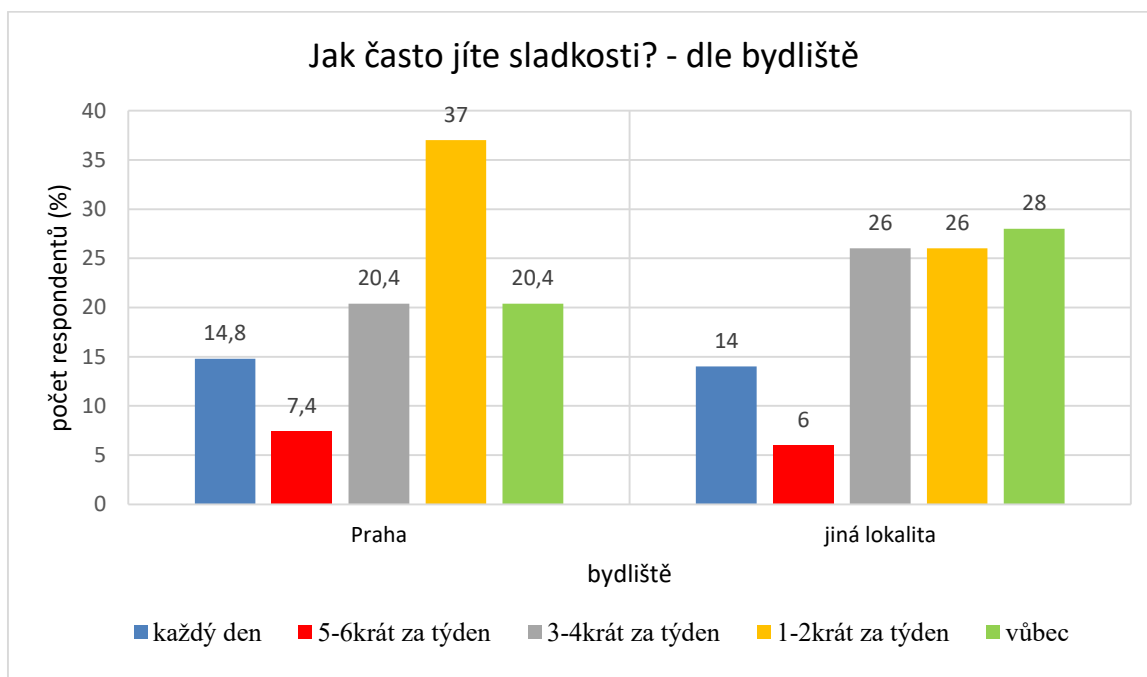
Z hlediska lokalit, kdy na tuto otázku odpovědělo 54 respondentů (100 %) z Prahy a 50 respondentů (100 %) z jiné lokality, se výrazně liší četnost konzumace mléčných výrobků 5-6krát do týdne, kdy v Praze převažuje tato odpověď o 12,2 %. Naopak v jiné lokalitě více konzumují mléčné výrobky 1-2krát do týdne než v Praze. „Vůbec“ mléčné výrobky nekonzumuje více Pražanů, než respondentů z jiných obcí a to o 1,6 %.

Otázka č. 20: Jak často jíte sladkosti?



Graf 32 Jak často jíte sladkosti?

Zdroje: vlastní šetření



Graf 33 Jak často jíte sladkosti? – dle bydliště

Zdroje: vlastní šetření

Na tuto otázku odpovědělo všech 104 respondentů (100 %). Z grafu 32 vyplývá nepříliš optimistický obraz obsahu sladkostí ve stravování seniorů. Zejména pokud jde o konzumaci jednoduchých cukrů. Pouze 25 seniorů (24 %) nejí sladkosti vůbec. Naopak každý den jí sladkosti 15 seniorů (14,4 %). 7 seniorů (6,7 %) uvedlo, že konzumují sladkosti 5-6krát za týden. 3-4krát za týden jí sladkosti 24 respondentů (23 %). Nejčastěji senioři uvedli, že konzumují sladkosti 1-2krát za týden, celkem 33 respondentů (31,7 %). Právě u seniorů v těchto věkových kategoriích se zvyšuje riziko výskytu cukrovky, i dalších onemocnění.

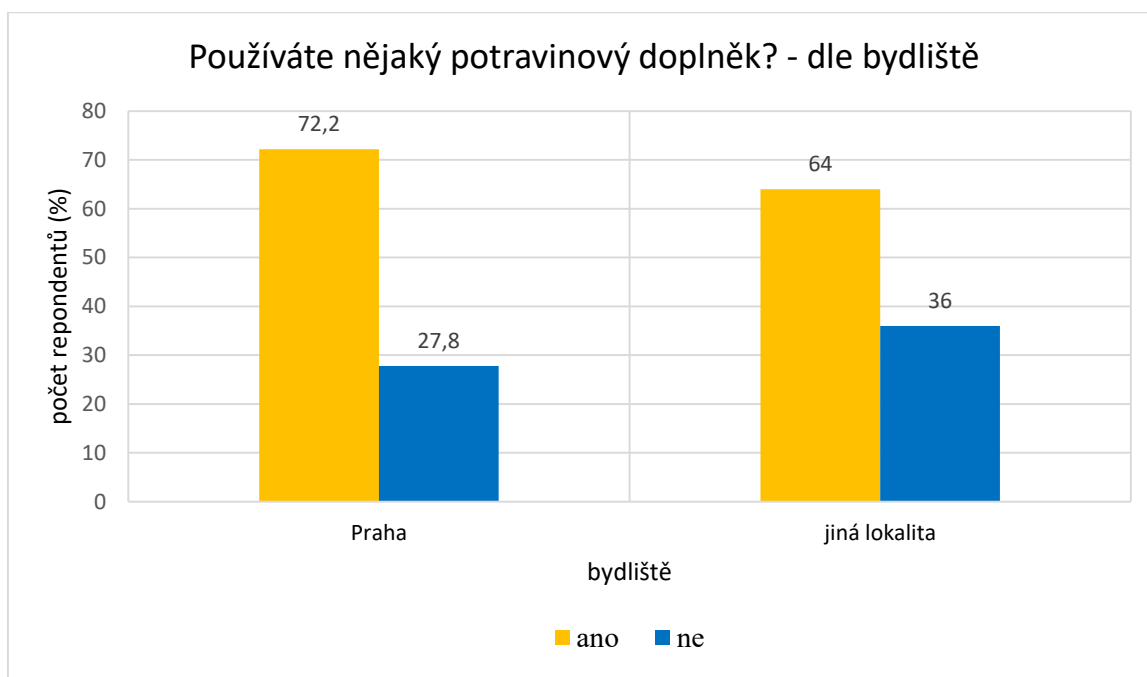
Při analýze rozdílů daných bydlištěm respondentů (graf 33), kdy na otázku číslo 20 odpovědělo 54 pražských seniorů (100 %) a 50 mimopražských seniorů (100 %), není rozdíl v jejich četnosti, pokud jde o kategorie nadměrné požívání sladkostí, tj. každodenně a 5-6krát denně. Mírné odlišnosti jsou při konzumaci sladkostí v kategorii 1-2krát týdně nebo vůbec. Zatímco v Praze je podíl v kategorii 1-2krát týdně 37 %, v mimopražských lokalitách 26 %. V absenci sladkostí zaujímají mimopražští 28 % a Pražané 20,4 %.

Otázka číslo 21: Používáte nějaký potravinový doplněk?



Graf 34 Používáte nějaký potravinový doplněk?

Zdroje: vlastní šetření

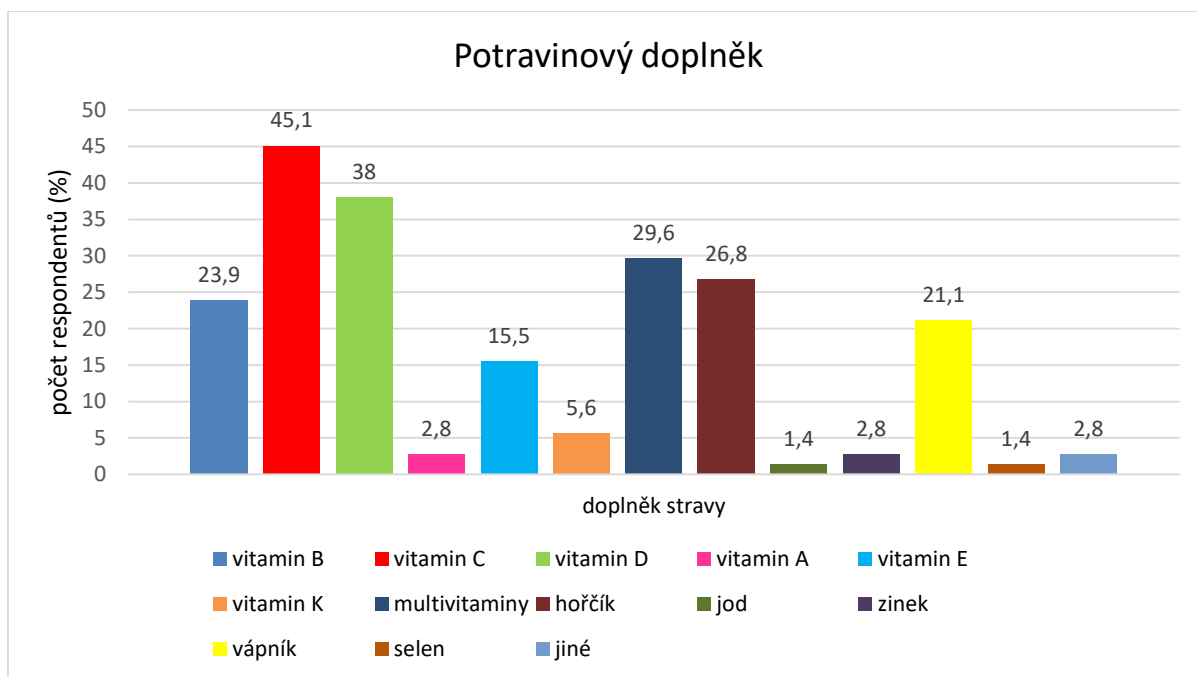


Graf 35 Používáte nějaký potravinový doplněk? – podle bydliště Zdroje: vlastní šetření

Z průzkumu vyplynulo, že většina seniorů používá nějaký potravinový doplněk. Jde o 71 respondentů (68,3 %). Žádný potravinový doplněk neužívá 33 respondentů (31,7%).

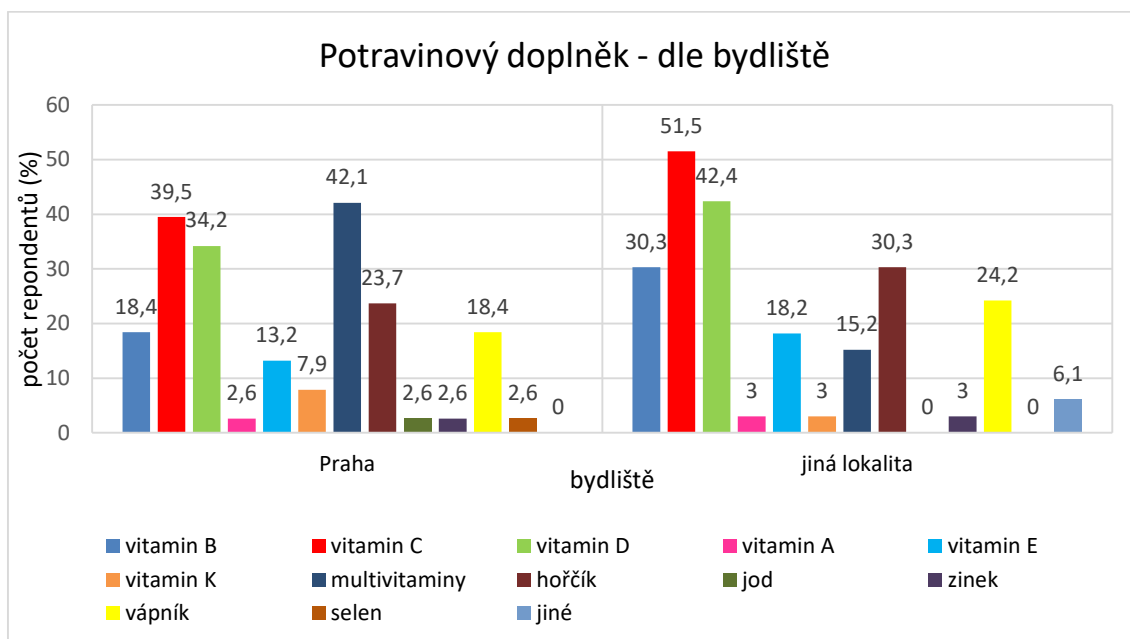
Při rozlišení podle místa bydliště, vyšší podíl doplňků uvedli respondenti z Prahy, celkem 39 respondentů (72,2 %). Naproti tomu 18 respondentů (42 %) z mimopražských lokalit nepoužívá žádné potravinové doplňky. Na otázku číslo 21 odpovědělo 54 respondentů (100 %) z Prahy a 50 respondentů (100 %) z jiné lokality.

Otázka č. 22 Pokud jste zaškrtn/a ano (že používáte potravinový doplněk) v předešlé odpovědi, níže prosím označte jaký.



Graf 36 Potravinový doplněk

Zdroje: vlastní šetření



Graf 37 Potravinový doplněk – dle bydliště

Zdroje: vlastní šetření

Na tuto otázku odpověděli pouze ti, kteří u otázky č. 21 odpověděli „ano“, byla zde i možnost označit více odpovědí. 71 respondentů (100 %) odpovědělo v předešlé otázce, že užívají potravinový doplněk.

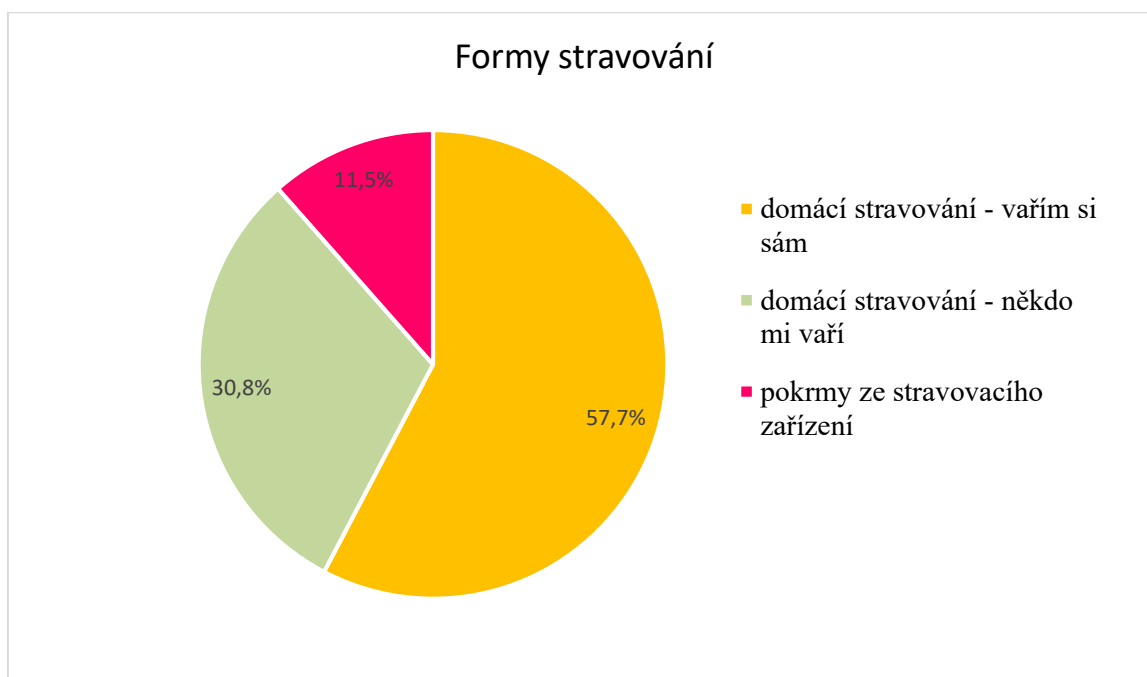
Graf 36 uvádí strukturu používaných vitaminových doplňků. Nejvíce senioři užívají vitamin C, celkem 32 seniorů (45,1 %). Druhý nejčastěji užívaný doplněk stravy je vitamin D, celkem 27 seniorů (38 %). Multivitaminy užívá 21 respondentů (29,6 %), hořčík 19 respondentů (26,8 %), vitamin B 17 respondentů (23,9 %), 15 respondentů (21,1 %) vápník a 11 respondentů (15,5 %) vitamin E. Vitamin K užívají pouze 4 respondenti (5,6 %). Zinek uvedli jen 2 senioři (2,8 %). Jod a selen je užíván pouze jedním seniorem (1,4 %). Odpověď „jiné“ zvolili 2 respondenti. Jeden ze seniorů uvedl, že druh potravinového doplňku se odvíjí od ročního období a sezónní stravy. Druhý senior uvedl užívání potravinového doplňku – Blokurima a Triple blend (kloubní výživa).

Při rozlišení užívání potravinových doplňků, dle lokalit jsou výraznější rozdíly mezi oběma skupinami. Pro lepší přehlednost uvádím odlišnosti v bodech. Celkově na tuto otázku odpovědělo 38 seniorů (100 %) z Prahy a 33 seniorů (100 %) z jiné lokality.

- Senioři z Prahy užívají přibližně stejně vitamin C a multivitaminy (rozdíl 2,6 % ve prospěch multivitaminů)

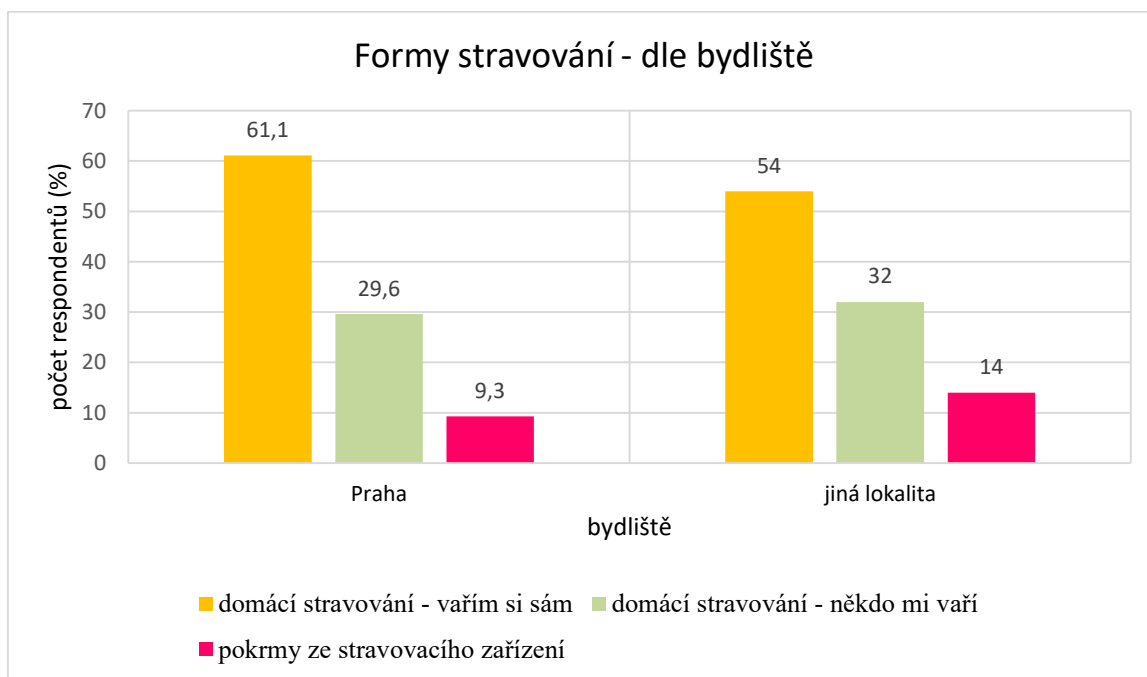
- Senioři z jiných obcí se zaměřují zejména na užívání vitamínu C. Jeho podíl činí 51,5 % a je o 12 % vyšší než u seniorů z Prahy.
- Rovněž podíl užívání vitamínu D je vyšší u seniorů z jiných lokalit než seniorů z Prahy a to o 8,2 %.
- Výrazný je rozdíl v užívání multivitaminů. Zatímco senioři v Praze se podílejí na spotřebě 42,1 %, senioři z jiných obcí pouze 15,2 %.
- Naopak je vyšší spotřeba jednotlivých druhů vitaminů B, E, hořčíku a vápníku u seniorů z jiných lokalit. Lze se domnívat, že tím nahrazují vyšší spotřebu multivitaminů u seniorů z Prahy.

Otázka č. 23: Jaké formy stravování využíváte?



Graf 38 Formy stravování

Zdroje: vlastní šetření



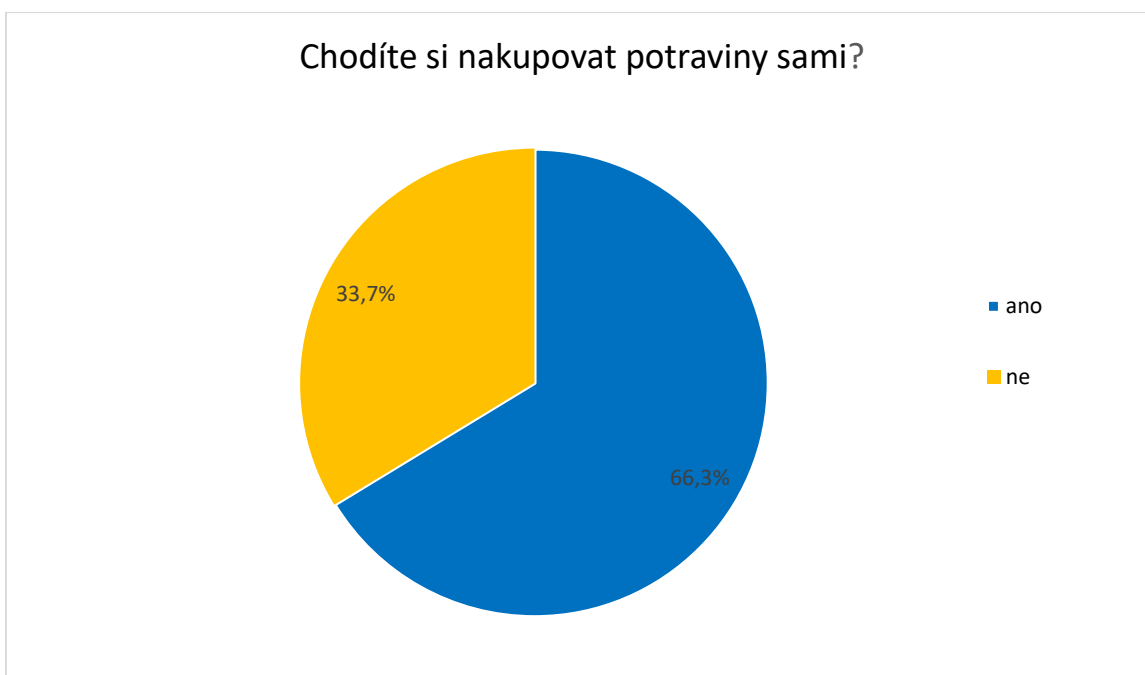
Graf 39 Formy stravování – dle bydliště

Zdroje: vlastní šetření

Tato otázka se nepřímo zabývá samostatností seniora, zda si vaří sám či mu někdo vaří nebo si zajišťuje obědy přes stravovací zařízení. Ze 104 získaných odpovědí (100 %) vyplynulo, že nejvíce seniorů je soběstačných a vaří si sami, celkem takto odpovědělo 60 seniorů (57,7 %). Dalších 32 seniorů (30,8 %) sice využívá domácí stravování, ale někdo jim vaří. Nejméně pak respondentů využívá stravovací zařízení, celkem 12 seniorů (11,5 %).

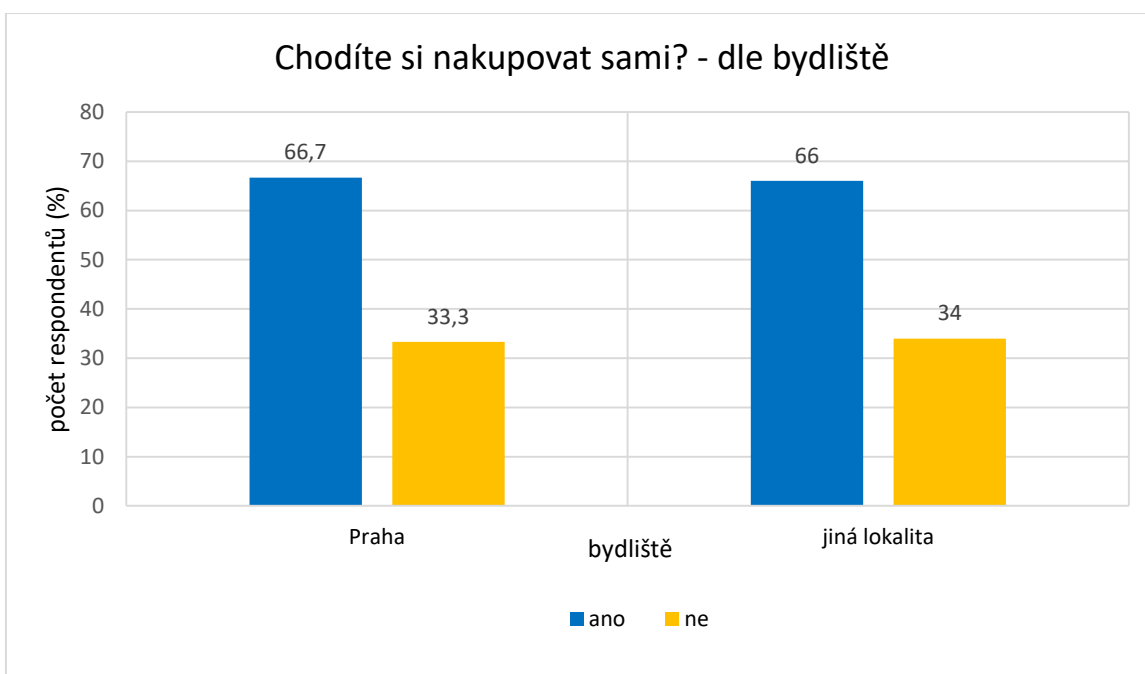
Dle lokalit nejsou žádné markantní rozdíly ve využívání forem stravování. Na otázku číslo 23 odpovědělo 54 pražských seniorů (100 %) a 50 mimopražských seniorů (100 %). V Praze si více seniorů vaří samo než v jiné lokalitě. Naopak v jiné lokalitě více využívají stravovací zařízení než v Praze.

Otázka č. 24 Chodíte si nakupovat potraviny sami?



Graf 40 Chodíte si nakupovat potraviny sami?

Zdroje: vlastní šetření



Graf 41 Chodíte si nakupovat potraviny sami? - dle bydliště

Zdroje: vlastní šetření

Tato otázka je zaměřena na soběstačnost seniorů při nakupování. Tato otázka byla ovlivněna vyhlášením nouzového stavu v ČR, způsobené virem Covid-19, kdy senioři patří do ohrožené skupiny obyvatelstva, které bylo doporučeno nevycházet. Mnoho dobrovolníků, neziskových organizací, ale i rodin a sousedů vypomáhalo seniorům s nákupem potravin. Ze 104 odpovědí (100 %) vyplynulo, že většina seniorů, celkem 69 seniorů (66,3 %), si chodí nakupovat sama. Zbýlých 35 seniorů (33,7 %) uvedlo, že jim s nákupem potravin někdo vypomáhá.

Při porovnání lokalit nebyly zjištěny žádné rozdíly. Celkem na tuto otázku odpovědělo 54 respondentů (100%) z Prahy a 50 respondentů (100 %) z jiné lokality.

Otázka č. 25: Pokud ne, kdo Vám chodí nakupovat?

Otázka číslo 25 navazuje na předešlý dotaz. Na tuto doplňující otázku odpovědělo 35 respondentů, kteří v předešlé otázce odpověděli, že nechodí samostatně nakupovat. Z 35 respondentů (100%) je 19 seniorů (54,3 %) z Prahy a 16 seniorů (45,7 %) z jiné lokality. Nejčastěji seniorům chodí nakupovat rodina či konkrétní člen rodiny - manžel, manželka, dcera, syn, švagrová. Jako druhá nejčastější odpověď byl sociální pracovník či pečovatelka. Tři respondenti uvedli, že v době nouzového stavu využívají e-shop s potravinami. Dva respondenti uvedli, že mu vypomáhají sousedi, při nemoci nebo když nikdo z rodiny nemůže.

3.4 Diskuze

V teoretické části mé bakalářské práce jsem se především zabývala složením stravy seniorů a s tím spojené fyzické a psychické změny, které doprovázejí proces stárnutí. Výzkum byl zaměřen na seniory nad 65 let, pocházející z Prahy a z malých obcí. Zajímalo mě, zda se liší složení stravy seniorů v závislosti na demografických podmínkách či nikoliv. Můj hlavní cíl práce proto bylo zjistit rozdíly ve výživě seniorů žijících v hlavním městě a v malých obcích. V praktické části jsem se za pomoci dotazníkového šetření u vybraných seniorů z Prahy a z malých obcí snažila zjistit odpověď na hlavní výzkumnou otázku „Jak se liší výživa seniorů v hlavním městě a v malých obcích?“ K vyhodnocení hlavního cíle jsem především využila otázky č. 7, 8, 10, 12, 13, 15, 17, 18, 19, 20, 21 a 22.

Z výzkumu, po porovnání těchto dvou skupin, vyplynulo, že nejpočetnější skupinou, jak u seniorů z Prahy tak u seniorů z jiné lokality, je skupina stravující se 4krát za den, přičemž u seniorů z Prahy činil tento podíl 50 % a u seniorů z jiné lokality 34 %. Z průzkumu dále vyplynulo, že naprostá většina seniorů pravidelně snídá. Podíl odpovědi u seniorů z jiné lokality byl 90 % a u seniorů z Prahy byl 81,5 %. Pokud jde o pitný režim, odpovědi u obou skupin byly shodné. Nadpoloviční skupinu tvoří senioři, kteří spotřebují 1-1,5 l tekutin denně. Podíl seniorů z Prahy je vyšší o 3,4 %. Pokud jde o konkrétní druh tekutin, nejčastější tekutinou vypitou u obou skupin je voda, ale s výrazným rozdílem v počtech seniorů obou skupin. Zatímco senioři v Praze tvoří 27,8 %, senioři z jiné lokality 46 %. Na otázku jak často je konzumována zelenina, nejvyšší podíl odpovědi seniorů z Prahy byl 3-4krát za týden. Naproti tomu konzumace zeleniny seniory z jiných lokalit byla pouze 38 % 1-2krát za týden. U spotřeby ovoce rovněž nejčastější odpovědi u seniorů z Prahy byla konzumace ovoce 3-4krát za týden jako u zeleniny (35,2 %). Na rozdíl od Pražanů senioři z jiné lokality nejčastěji konzumují ovoce každý den a jejich podíl tvoří 30 %. V otázce zaměřené na četnost konzumace masa, byly u obou skupin respondentů shodné odpovědi, 3-4krát za týden. Rozdíl je pouze v četnosti, zatímco tato odpověď tvoří u seniorů z Prahy 62,9 % u seniorů z jiné lokality 44 %. Pokud jde o druh nejčastěji konzumovaného masa, obě skupiny seniorů shodně uvedly drůbeží maso. U Pražanů je to 61,1 % a u mimopražských o 10 % méně. Při dotazu na četnost konzumace mléčných výrobků byla uvedena nejčastěji opět shodná odpověď 3-4krát za týden. U Pražanů 38,9 % a u mimopražských 42 %. V dotazníkové otázce, jak často jíte sladkosti, u seniorů z Prahy byla nejčastější odpověď 1-2krát za týden (37 %) a u mimopražských seniorů vůbec (28 %). Z Analýzy dat z dotazníkové otázky 21 vyplynulo, že naprostá většina seniorů používá potravinové doplňky. U seniorů z Prahy je podíl 72,2 %. U ostatních 64 %. Z otázky číslo 22 vyplynulo, že pražští senioři mají více v oblibě multivitaminy, jejichž podíl na potravinových doplňcích tvoří 42,1 % a senioři mimopražští mají největší spotřebu vitamínu C, 51,5 %.

Z analýzy dat vyplynulo, že existují rozdíly mezi seniory žijící v Praze a seniory z jiné lokality, avšak tyto rozdíly nejsou nijak markantní. Z výzkumu vyplynulo, že senioři z Prahy se stravují lépe než senioři z jiné lokality.

Tabulka č. 5: Vyhodnocení hlavního cíle: Porovnání rozdílů nejčastěji zvolených odpovědí

	Nejčastěji zvolená odpověď u seniorů z Prahy	Senioři z Prahy	Nejčastěji zvolená odpověď u seniorů z jiné lokality	Senioři z jiné lokality
Otázka č. 7	4krát za den	50 %	4krát za den	34 %
Otázka č. 8	ano	81,5 %	ano	90 %
Otázka č. 10	1,0-1,5l	57,4 %	1,0-1,5l	54 %
Otázka č. 12	voda	27,8 %	voda	46 %
Otázka č. 13	3-4krát za týden	38,9 %	1-2krát za týden	38 %
Otázka č. 15	3-4krát za týden	35,2 %	Každý den	30 %
Otázka č. 17	3-4krát za týden	62,9 %	3-4krát za týden	44 %
Otázka č. 18	drůbeží	61,1 %	drůbeží	50 %
Otázka č. 19	3-4krát za týden	38,9 %	3-4krát za týden	42 %
Otázka č. 20	1-2krát za týden	37 %	vůbec	28 %
Otázka č. 21	ano	72,2 %	ano	64 %
Otázka č. 22	multivitaminy	42,1 %	Vitamin C	51,5 %

Zdroj: vlastní šetření

Vyhodnocení dílčího cíle č. 1: Zjištění a zhodnocení složení stravy u seniorů. Pozornost byla zaměřena zejména na dodržení pitného režimu, konzumaci ovoce, zeleniny a vybraných zdravých potravin ve zvolených skupinách. K tomuto cíli se vztahuje otázka č. 7,10, 12, 13, 15, 17, 18, 19, 20, 21 a 22.

Z analýzy dat dotazníkového šetření vyplynulo, že nejčastěji se seniori stravují 4krát za den.

Co se týká pitného režimu, více jak polovina seniorů (55,7 %) vypije během dne 1,0-1,5 l tekutin. Přičemž denní potřeba vody u zdravého jedince, jak uvádí literatura, činí 1,5-2,5 l. Z výzkumu tedy vyplynulo, že většina seniorů nevypije za den dostatek tekutin. Co se týká vhodnosti tekutin, 36,5 % seniorů jako nejčastější tekutinu během dne konzumuje vodu, vodu se sirupem uvedlo 12,5 %, minerální vodu bez ochucení pije 14,4 % respondentů a čaj jako nejčastější druh tekutiny během dne pije 15,4 % seniorů. Pro seniory je jako vhodný druh tekutin doporučeno pít ochucenou vodu s malým množstvím ovocné šťávy, slabé neslazené čaje a neslazené minerální vody stolního typu. Z výzkumu vyplývá, že většina dotazovaných seniorů pije během dne vhodný druh tekutin.

Dále z dotazníkového šetření vyplynulo, že nejvíce seniorů (33,7 %) jí pouze 1-2krát týdně zeleninu. Zelenina obsahuje velmi důležité látky, jako jsou vitaminy, minerální látky a vlákninu. Proto je důležité, aby seniori přijímali zeleninu pravidelně. Tato malá konzumace zeleniny může být i spojena s překážkou a to s umělým chrupem, tuto překážku označilo 15,4 % respondentů. Seniori s umělým chrupem nedokáží mechanicky zpracovat zeleninu, a proto ji nekonzumují nebo ji konzumují v malém množství.

Z analýzy dat vyplynulo, že většina seniorů (30,8 %) zařazuje na svůj jídelníček ovoce 3-4krát do týdne. Ovoce je důležitým zdrojem vlákniny, vitaminů a sacharidů.

Dále výzkumem bylo zjištěno, že více jak polovina seniorů (53,8 %) konzumuje maso 3-4krát do týdne. Co se týká druhu masa, více jak polovina respondentů (55,8 %) konzumuje nejčastěji drůbeží maso. S touto otázkou může nepřímo souviset i ekonomická situace seniorů, kdy jich 15,4 % uvedlo jako překážku při stravování právě ekonomickou situaci. Drůbeží maso ve srovnání s ostatními druhy masa, zejména masem rybím, je nejlevnější.

Z analýzy dat dále vyplynulo, že mléčné výrobky konzumují nejčastěji senioři 3-4krát do týdne, celkem 40,4 %. Díky obsahu bílkovin, tuků, cukrů, vitaminů a minerálních látek jsou nepostradatelnou součástí jídelníčku.

Dále z výzkumu vyplynulo, že nejvíce seniorů jí sladkosti pouze 1-2krát do týdne, celkem 31,7 %. Sacharidy jsou součástí téměř každé potraviny – ovoce, zeleniny, luštěnin, mléčných výrobků a mnoho dalších. Proto není potřeba je přijímat ještě ve formě sladkostí. Sladkosti ve větší míře obsahují pouze monosacharidy, označovány také jako jednoduché cukry, které tvoří rychlý zdroj energie.

Ve vyšším věku je větší potřeba doplňovat minerální látky a vitaminy. Vitaminy jsou buď rozpustné v tucích (vitamin A, D, E, K) nebo rozpustné ve vodě (vitaminy skupiny B, vitamin C). U seniorů v důsledku podváhy (nedostatku tuku) či nedostatku vody, způsobené vyššími ztrátami či nedostatkem příjmu tekutin, se vitaminy nemohou řádně rozpustit a tak nemohou být plně využity. Často je i přijímaná strava chudá na minerální látky a vitaminy. Proto je důležité užívání potravinových doplňků. Ty užívá více jak polovina seniorů (68,3 %). Nejčastěji senioři užívají vitamin C (45,1 %) a vitamin D (38 %). Méně seniorů užívá minerální látky, např. vápník užívá pouze 21,1 % respondentů.

Doporučení

Z výzkumu vyplynulo, že většina seniorů nemá dostatečný příjem tekutin během dne, většina pije o 1 l méně než je doporučeno. Co se týká vhodnosti druhu tekutin, tak markantní většina konzumuje vhodné tekutiny.

Dále je z výzkumu zřejmé, že většina seniorů nekonzumuje dostatečné množství zeleniny. Důležité je tedy více zařazovat zeleninu do jídelníčku seniorů, aby byla strava dostatečně pestrá. Pokud mají senioři problém s umělým chrupem či s trávením zeleniny, je potřeba zeleninu upravit před konzumací, lze ji např. namixovat, nastroumat, oloupat či nakrájet na malé kousky pro lepší konzumaci a vstřebávání.

Dále z dotazníkového šetření vyplynulo, že většina seniorů konzumuje dostatek ovoce a mléčných výrobků.

Z analýzy dat bylo zjištěno, že většina seniorů jí 3-4krát do týdne maso, což je velmi pozitivní zjištění. Je důležité, aby senioři volili maso s nižším obsahem tuku a soli. To se projevilo i v preferenci drůbežního masa.

Z dotazníkového šetření sice vyplynulo, že většina seniorů užívá nějaký potravinový doplněk, ale přesto je důležité, aby toto procento seniorů bylo vyšší. Dále je podstatné, aby užívali nejen vitaminy, ale i minerální látky. Jen malé procento seniorů označilo, že užívá minerální látky, více převažovalo užívání vitaminů. Pozitivní zjištění z dotazníku bylo, že 29,6 % seniorů užívá multivitamin. V dnešní době je na trhu mnoho multivitaminových doplňků stravy, které obsahují nejen důležité vitaminy, ale i potřebné minerální látky jako je např. vápník, železo, měď a zinek. Tyto multivitaminy jsou upravené k denní potřebě seniorů, z tohoto důvodu si myslím, že jsou velmi vhodné pro seniory. Senioři často berou mnoho léků a díky těmto přípravkům mohou brát více druhů vitaminů i minerálních látek najednou bez potřeby brát více tablet.

Tabulka č. 6: Vyhodnocení dílčího cíle 1

	Nejčastěji zvolená otázka seniory	Celkem tuto odpověď zvolilo (%)
Otázka č. 7	4krát za den	42,3 %
Otázka č. 10	1,0-1,5l	55,7 %
Otázka č. 12	voda	36,5 %
Otázka č. 13	1-2krát týdně	33,7 %
Otázka č. 15	3-4krát za týden	30,8 %
Otázka č. 17	3-4krát za týden	53,8 %
Otázka č. 18	drůbeží	55,8 %
Otázka č. 19	3-4krát za týden	40,4 %
Otázka č. 20	1-2krát za týden	31,7 %
Otázka č. 21	ano	68,3 %

Otázka č.22	Vitamin C	45,1 %
-------------	-----------	--------

Zdroj: vlastní šetření

Vyhodnocení dílčího cíle 2: Jaké nejčastější překážky ovlivňují výživu seniorů. K tomuto cíli se vztahuje otázka č. 4 a 5. Otázka č. 4 byla zaměřena na zjištění překážky při stravování seniorů. Analýza odpovědí celkového počtu seniorů bez ohledu na jejich demografické rozdělení ukázala, že nejvyšší podíl tvoří respondenti, kteří nemají žádné překážky při stravování, podíl těchto seniorů činí 51,9 %. Pokud jde o překážky, největší podíl zaujímají senioři, kteří trpí nějakým onemocněním, konkrétně se jedná o 17,3 %. Další výraznou překážkou při stravování je stav chrupu. Nemalý podíl tvoří i ekonomická situace seniorů. Tyto dvě překážky mají stejnou hodnotu a to 15,4 %. Nezanedbatelnou překážkou pro seniory je i zhoršená hybnost, tato překážka představuje 12,5 %. Ostatní překážky uvedené v dotazníku měly menší váhu a nepřekročily 7 %.

Otázka č. 5 zjišťuje údaje o dodržování zdravotních diet seniorů. Více než polovina respondentů, konkrétně 53,8 %, nedodržuje žádnou zdravotní dietu. Na struktuře seniory vykázaných diet se nejvíce podílí dieta diabetická (14,4 %), dieta s omezením cholesterolu (11,5 %) a dieta Warfarinová (9,6 %). Zbylé zdravotní diety tvoří velmi malý podíl.

Vyhodnocení dílčího cíle 3: Do jaké míry jsou senioři při stravování soběstační?

Ke zjištění soběstačnosti seniorů jsem použila otázky č. 6, 23, 24. Na základě analýzy dat z dotazníkového šetření jsem zjistila, že plně soběstačných seniorů při stravování je většina, celkem 87 %. Částečně soběstační senioři, kteří vyžadují občasnou pomoc při stravování, tvoří 10,6 %. Data z dotazníku dále ukázala, že pouze dva senioři jsou zcela závislí na pomoci druhých osob.

Dále jsem se zaměřila na formy stravování, zda si senioři vaří sami nebo jim někdo vaří nebo případně využívají stravovací zařízení. Z průzkumu vyplynulo, že více jak polovina seniorů si vaří sama, konkrétně 57,7 %. Jsou tedy zcela samostatní a soběstační v přípravě pokrmů. Téměř jedna třetina seniorů se sice stravuje v domácím prostředí, ale sami si nevaří, využívají pomoc jiných členů domácnosti. Dále z analýzy dat vyplynulo, že stravování ze stravovacích zařízení využívá 11,5 % dotazovaných seniorů.

Samostatnost seniorů jsem hodnotila i dle otázky, zda si nákup potravin obstarávají sami či nikoliv. Více jak polovina respondentů si chodí sama nakupovat, konkrétně 66,3 % a jsou tak plně nezávislí na cizí pomoci. Ostatní senioři využívají buď členů rodiny, sousedů, případně pracovníků sociálních služeb. Malé procento rovněž využívá k nákupu e-shop.

Z výzkumu vyplynulo, že většina oslovených seniorů je plně soběstačná.

3.5 Komparace dat

Mezi zajímavé respondenty mé bakalářské práce patří seniorka z jiné lokality, která uvedla jako jediná z respondentů, že nekonzumuje maso. Seniorce je více jak 85 let, jako překážku ve stravování uvedla zhoršenou hybnost a ekonomickou situaci. Jako jedinou zdravotní dietu dodržuje dietu s omezením tuků. Na druhou stranu seniorka nahrazuje absenci masa zeleninou, kterou konzumuje každý den. Ovoce a mléčné výrobky zařazuje do svého jídelníčku 3-4krát do týdne. Dále z dotazníkového šetření vyplynulo, že v rámci jejího jídelníčku se objevují sladkosti téměř každý den a to až 5-6krát do týdne. Přestože nekonzumuje žádné maso, neužívá žádný potravinový doplněk, její zdravotní stav vzhledem k věku a neuvedení zásadních obtíží a diet je velmi dobrý. Co se týká pitného režimu, seniorka vypije za den pouze 0,5-1,0 l tekutin, jako nejčastěji konzumovanou tekutinu během dne uvedla minerální vodu ochucenou.

Jako další respondent mě zaujal muž, kterému je více jak 85 let a pochází z jiné lokality. Jako jediný senior nad 85 let nedodržuje žádnou zdravotní dietu. Jako jediný senior starší 85 let nepociťuje žádnou překážku při stravování. Senior je zcela samostatný, nákupy si obstarává sám, vaří si sám. Co se týká složení stravy, zeleninu a ovoce konzumuje každý den. Naopak maso jí 1-2krát do týdne a nejčastěji konzumuje hovězí. Mléčné výrobky zařazuje na do svého jídelníčku 3-4krát do týdne. Sladkosti nejí vůbec. Co se týká pitného režimu, senior za den vypije 1,5-2 l tekutin, jako nejčastěji konzumovanou tekutinu během dne uvedl senior vodu.

Jako další specifické respondenty jsem si vybrala 2 ženy, které jako jediné nekonzumují zeleninu. Z analýzy dotazníkového šetření vyplynulo, že ženy mají mnoho společných odpovědí. Zajímalo mě tedy, proč nekonzumují zeleninu a zda konzumaci zeleniny nahrazují jinými druhy potravin. Z dotazníku vyplynulo, že obě ženy mají umělý chrup,

který je omezuje ve stravování. Ovoce a maso konzumují pouze 1-2krát týdně. Jako druh nejčastěji konzumovaného masa obě respondentky uvedly drůbeží. Mléčné výrobky zařazují na svůj jídelníček 3-4krát do týdne. Sladkosti nejí ani jedna ze seniorek. Přestože nekonzumují zeleninu a maso jí pouze 1-2krát do týdne, tak jedna z respondentek uvedla, že užívá pouze vitamin B, druhá z respondentek uvedla, že užívá pouze vitamin D. Žádné minerální látky v rámci potravinových doplňků neužívá ani jedna z respondentek.

Jako další dvojici respondentů jsem si vybrala seniory, kteří jako jediní dva uvedli, že mají vysoký krevní tlak a zvýšenou hladinu cholesterolu. Zajímalo mě, zda se jejich onemocnění promítne i do stravování. Oba respondenti jsou muži. Z dotazníkového šetření vyplynulo, že ani jeden ze seniorů nedrží žádnou zdravotní dietu, i přes zdravotní komplikace, které uvedli. Jeden z respondentů uvedl jako nejčastější tekutinu vypitou během dne vodu, druhý respondent uvedl pivo. Oba senioři konzumují zeleninu pouze 1-2krát za týden. Maso konzumují 3-4krát do týdne. Jako nejčastěji konzumovaný druh masa uvedli vepřové maso, i přes vysoký obsah tuku v tomto druhu masa. Oba respondenti konzumují sladkosti každý den. Dále uvedli, že využívají domácí stravování, ale někdo jim stravu připravuje. Potraviny si nakupují sami.

Závěr

Bakalářská práce je rozdělena na dvě části, teoretickou a praktickou. V teoretické části se věnuji vysvětlení základních procesů, které se zabývají změnami doprovázející stárnutí a stáří. Dále se zde zaměřuji na charakteristiku základní terminologie týkající se výživy. V několika podkapitolách se konkrétně věnuji hlavním složkám výživy. Praktická část vychází z dotazníkového šetření, jehož cílem bylo zjistit rozdíly ve výživě seniorů žijících v hlavním městě a v malých obcích. Dotazník vycházel z mého předpokladu, že existují rozdíly ve výživě seniorů žijících v Praze a malých obcích. Dotazník byl orientovaný především na druhy konzumovaných potravin a na jejich četnost, dále na pitný režim seniorů a jejich soběstačnost.

V dotaznících byly zkoumány stravovací návyky seniorů z Prahy a malých obcí spíše venkovského charakteru. Vyhodnocením dotazníků bylo zjištěno, že stravovací zvyklosti seniorů v Praze a v malých obcích jsou podobné, ale ne naprosto identické. Z výsledků vyplynula některá zajímavá zjištění, která vypovídají o stravování seniorů v Praze a malých obcích.

Velmi pozitivní je to, že nejvyšší podíl z konzumovaných druhů masa je maso drůbeží, které není tak tučné jako vepřové nebo hovězí maso. Téměř dvojnásobné množství respondentů z jiné lokality konzumuje více vepřové maso než respondenti z Prahy. V obou skupinách respondentů je viditelná nízká konzumace rybího masa, které je zdrojem nejen minerálních látek. Příčinou může být dostupnost a poměrně vysoké ceny rybího masa. Zajímavý je rozdíl v preferencích druhů mas, především vepřového u seniorů v Praze a v malých obcích. Lze se domnívat, že vepřové maso pro seniory z malých obcí je dostupnější a levnější. Důvodem mohou být i vlastní chovy než úvahy, které maso je zdravější.

Rozdíly mezi oběma skupinami jsou i u konzumace ovoce, zeleniny a mléčných výrobků. Vyšší konzumaci zeleniny a ovoce mají senioři z Prahy. Spotřeba potravin – zejména ovoce a zeleniny je značně závislá na ceně. Roli hraje i dostupnost potravin na trhu. Pro seniory z malých obcí lze předpokládat i sezónní pěstování zeleniny a ovoce na vlastních zahrádkách. Přičemž dotazník byl vyplňován respondenty v březnu, což se mohlo odrazit i na spotřebě, pěstování, ceně a dostupnosti zeleniny a ovoce. V četnosti

konzumace sladkostí se nijak zvlášť skupiny od sebe neliší. Pražští senioři více užívají potravinové doplňky než senioři z jiné lokality.

Malé rozdíly jsou patrné i v pitném režimu, kdy se senioři sice neliší v objemu vypitých tekutin za den, ale liší se v druhu konzumované tekutiny. Senioři z jiné lokality pijí více vody než senioři z Prahy, ale vzhledem k doporučenému druhu tekutin dle literatury, tzn. nejen voda, ale i voda ochucená sirupem, minerální voda bez ochucení či slabý čaj je vhodná tekutina pro seniory. Součtem těchto vhodných tekutin, uvedené seniory, se procentuálně nijak od sebe neliší.

Analýzou jsem došla k závěru, že senioři jak z Prahy, tak i malých obcí, se stravují poměrně zdravě. O něco lépe se stravují oslovení respondenti z Prahy, jí více zeleniny, ovoce, mléčných výrobků, konzumují méně tučné maso a více užívají potravinové doplňky. Při stravování je třeba jíst pestrou stravu a hlavně dbát na dostatečný příjem ovoce a zeleniny, pokud to dovolí jejich zdravotní stav.

Seznam použitých informačních zdrojů

ČELEDOVÁ, Libuše, Zdeněk KALVACH a Rostislav ČEVELA. 2016. *Úvod do gerontologie*. Praha: Karolinum. 152 s. ISBN 978-80-246-3404-3.

ČEŠKA, Richard a kol. 2015. *Interna*. Praha: Triton. 909 s. ISBN 978-80-7387-895-5.

DVOŘÁČKOVÁ, Dagmar. 2012. *Kvalita života seniorů v domovech pro seniory*. Praha: Grada Publishing. 112 s. ISBN 978-80-247-7891-4.

FAJFROVÁ, Jana a Vladimír PAVLÍK. 2013. Vitaminy, jejich funkce a využití. *Medicina pro praxi*[online]. Solen. **10**(2), 81-84 [cit. 2019-07-28]. ISSN 1803-5310. Dostupné z: <https://www.medicinapropraxi.cz/pdfs/med/2013/02/09.pdf>

GROFOVÁ, Zuzana. 2009. Výživa ve stáří. *Medicina pro praxi* [online]. Solen. **6**(1), 42-43 [cit. 2019-07-28]. ISSN 1803-5310. Dostupné z: <https://www.medicinapropraxi.cz/pdfs/med/2009/01/10.pdf>

HÁTLOVÁ, Běla. 2010. *Psychologie seniorského věku*. Ústí nad Labem: Univerzita J.E.Purkyně. 80 s. ISBN 978- 80-7414-318-2.

HOLMEROVÁ, Iva, Božena JURAŠKOVÁ, Květa ZIKMUNDOVÁ a kol. 2007. *Vybrané kapitoly z gerontologie*. Vyd. 3., přeprac. a dopl. Praha: EV public relations. 143 s. ISBN 978- 80-254-0179-8.

JIRÁK, Roman a kol. 2013. *Gerontopsychiatrie*. Praha: Galén. 348 s. ISBN 978-80-7262-960-2.

JURAŠKOVÁ, Božena, Dana HRNČIARIKOVÁ, Iva HOLMEROVÁ a Zdeněk KALVACH. 2007. Poruchy výživy ve stáří. *Medicina pro praxi* [online]. Solen. **4**(11), 443-446 [cit. 2019-07-28]. ISSN 1803-5310. Dostupné z: <https://www.medicinapropraxi.cz/pdfs/med/2007/11/02.pdf>

KALVACH, Zdeněk a kol. 2004. *Geriatric a gerontologie*. Praha: Grada. 861 s. ISBN 80-247-0548-6.

LEDVINA, Miroslav, STOKLASOVÁ Alena a Jaroslav CERMAN. 2009. *Biochemie pro studující medicíny II. díl*. Praha: Karolinum. 546 s. ISBN 978-80-246-1415-1.

- MALÍKOVÁ, Eva. 2010. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. Praha: Grada. 328 s. ISBN 978-80-247-3148-3.
- MARÁDOVÁ, Eva. 2015. *Výživa a hygiena ve stravovacích službách*. Vyd. 4. Praha: Vysoká škola hotelová v Praze 8. 210 s. ISBN 978-80-87411-65-0.
- Nasyčené škodí. *Bezpečnostpotravin*. [online]. 2013 [cit. 2020-04-30]. Dostupné z: <https://www.bezpecnostpotravin.cz/informacni-kampan-nasycene-skodi.aspx>
- ONDRUŠOVÁ, Jiřina. 2017. *Sociální gerontologie a geriatrie* [online]. 2017 [cit. 2020-02-03]. Dostupné z: <https://htf.cuni.cz/HTF-103-version1-gerontologie7.pdf>
- PIDRMAN, Vladimír. 2007. *Demence*. Praha: Grada Publishing. 184 s. ISBN 978-80-247-1490-5.
- RYBKA, Jaroslav. 2007. *Diabetes mellitus- komplikace a přidružená onemocnění*. Praha: Grada Publishing. 320 s. ISBN 978-80-247-1671-8.
- SVAČINA, Štěpán, a kol. 2008. *Klinická dietologie*. Praha: Grada. 384 s. ISBN 978-80-247-2256-6.
- SHEARDOVÁ, Kateřina. Mírná kognitivní porucha v praxi. 2010. *Psychiatrie pro praxi* [online]. Solen. 11(2), 62-65 [cit. 2020-02-11]. ISSN 1803-5272. Dostupné z: <https://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2010/02/06.pdf>
- TROJAN, Stanislav, a kol. 2003. *Lékařská fyziologie*. Vyd. 4., přeprac. a dopl. Praha: Grada. 772 s. ISBN 80-247-0512-5.
- Tuky. *vyzivaspol*. [online]. [cit. 2020-04-09]. Dostupné z: <http://www.vyzivaspol.cz/tuky-lipidy/>
- ZLOCH, Zdeněk. 2008. Některé specifické požadavky na výživu ve vyšším věku. *Interní medicína pro praxi* [online]. Solen. 11(3), 134-137 [cit. 2019-07-28]. ISSN 1803-5256. Dostupné z: <https://www.internimedicina.cz/pdfs/int/2009/03/09.pdf>
- ZVĚŘOVÁ, Martina. 2017. *Alzheimerova demence*. Praga: Grada Publishing. 144 s. ISBN 978-80-271-0561-8.

Seznam příloh

Příloha 1 – Dotazník o stravování a samostatnosti seniorů

Příloha 2 – Dotazník o stravování a samostatnosti seniorů - vyplněný

Seznam obrázků

Obrázek č. 1: Tuky

Seznam tabulek

Tabulka č. 1: Klasifikace tělesné hmotnosti podle BMI

Tabulka č. 2: Doporučené dávky energie a kaloriferů pro české seniory a jejich porovnání s doporučením pro muže a ženy

Tabulka č. 3: Vitaminy rozpustné v tucích

Tabulka č. 4: Vitaminy rozpustné ve vodě

Tabulka č. 5: Vyhodnocení hlavního cíle: Porovnání rozdílů nejčastěji zvolených odpovědí

Tabulka č. 6: Vyhodnocení dílčího cíle 1

Seznam grafů

Graf 1 Bydliště

Graf 2 Pohlaví

Graf 3 Pohlaví dle lokality

Graf 4 Věk

Graf 5 Věk dle lokality

Graf 6 Překážky při stravování

Graf 7 Překážky při stravování dle bydliště

Graf 8 Zdravotní dieta

Graf 9 Zdravotní dieta dle bydliště

- Graf 10** Potřeba asistence při stravování
- Graf 11** Potřeba asistence při stravování dle lokality
- Graf 12** Čestnost stravování
- Graf 13** Četnost stravování dle bydliště
- Graf 14** Snídáte ráno pravidelně
- Graf 15** Snídáte ráno pravidelně-dle bydliště
- Graf 16** Množství tekutin/den
- Graf 17** Množství tekutin/den – dle bydliště
- Graf 18** Pijete pravidelně, i když nepocítujete žízeň?
- Graf 19** Pijete pravidelně, i když nepocítujete žízeň? – dle bydliště
- Graf 20** Druh tekutiny
- Graf 21** Druh tekutiny – dle bydliště
- Graf 22** Jak často jíte zeleninu?
- Graf 23** Jak často jíte zeleninu? – dle bydliště
- Graf 24** Jak často jíte ovoce?
- Graf 25** Jak často jíte ovoce? – dle bydliště
- Graf 26** Jak často jíte maso?
- Graf 27** Jak často jíte maso? – dle bydliště
- Graf 28** Nejčastěji konzumovaný druh masa
- Graf 29** Nejčastěji konzumovaný druh masa - dle bydliště
- Graf 30** Jak často jíte mléčné výrobky?
- Graf 31** Jak často jíte mléčné výrobky? – dle bydliště
- Graf 32** Jak často jíte sladkosti?
- Graf 33** Jak často jíte sladkosti? – dle bydliště

Graf 34 Používáte nějaký potravinový doplněk?

Graf 35 Používáte nějaký potravinový doplněk? – podle bydliště

Graf 36 Potravinový doplněk

Graf 37 Potravinový doplněk – dle bydliště

Graf 38 Formy stravování

Graf 39 Formy stravování – dle bydliště

Graf 40 Chodíte si nakupovat potraviny sami?

Graf 41 Chodíte si nakupovat potraviny sami? - dle bydliště

Seznam zkratek

AMK - aminokyselina

ATP - adenosintrifosfát

CNS - centrální nervová soustava

DNA - deoxyribonukleová kyselina

GTP - guanosintrifosfát

HDL cholesterol - high density lipoprotein

LDL cholesterol - low density lipoprotein

MK - mastná kyselina

NAD - nikotinamidadenindinukleotid

NADP - nikotinamidadenindinukleotidfosfát

RNA - ribonukleová kyselina