

Vliv fyzické a psychické pohody seniorů na přijímání potravy v Domově pro seniory

Bc. Alena Mikulková

Diplomová práce
2013



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav pedagogických věd

akademický rok: 2012/2013

ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Bc. Alena Mikulková**
Osobní číslo: **H11357**
Studijní program: **N7507 Specializace v pedagogice**
Studijní obor: **Sociální pedagogika**
Forma studia: **kombinovaná**

Téma práce: **Vliv fyzické a psychické pohody seniorů na přijímání potravy v Domově pro seniory**

Zásady pro vypracování:

Zpracování rešerše a studium odborné literatury.

Vymezení pojmů a teoretických východisek z oblasti stáří a stravování seniorů v domově pro seniory.

Příprava metodiky výzkumné části.

Realizace kvantitativního výzkumu v Domově pro seniory Lukov.

Zpracování a vyhodnocení získaných dat, včetně jejich interpretace.

Prezentace výsledků výzkumu, jejich shrnutí a doporučení pro praxi.

Rozsah diplomové práce:

Rozsah příloh:

Forma zpracování diplomové práce: **tištěná/elektronická**

Seznam odborné literatury:

GAVORA, Peter. Úvod do pedagogického výzkumu. Brno: Paido, 2000. ISBN 80-85931-79-6.

HAŠKOVCOVÁ, Helena. Fenomén stáří. Praha: Havlíček Brain Team, 2010. ISBN 978-80-87109-19-9.

CHRÁSKA, Miroslav. Metody pedagogického výzkumu. Praha: Grada Publishing, 2007. ISBN 978-80-247-1369-4.

MATOUŠEK, Oldřich a kol.. Základy sociální práce. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-331-4.

VÁGNEROVÁ, Marie. Vývojová psychologie II.: Dospělost a stáří. Praha: Karolinum, 2007. ISBN 978-80-246-1318-5.

Vedoucí diplomové práce: **doc. PhDr. Mgr. Jaroslav Balvín, CSc.**

Ústav pedagogických věd

Datum zadání diplomové práce: **30. listopadu 2012**

Termín odevzdání diplomové práce: **26. dubna 2013**

Ve Zlíně dne 14. února 2013


doc. Ing. Anežka Lengálová, Ph.D.
děkanka




Mgr. Jakub Hladík, Ph.D.
ředitel ústavu

PROHLÁŠENÍ AUTORA DIPLOMOVÉ PRÁCE

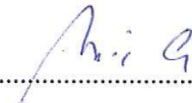
Beru na vědomí, že

- odevzdáním diplomové práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby ¹⁾;
- beru na vědomí, že diplomová práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k nahlédnutí;
- na moji diplomovou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3 ²⁾;
- podle § 60 ³⁾ odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60 ³⁾ odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – diplomovou práci - nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování diplomové práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky diplomové práce využít ke komerčním účelům.

Prohlašuji, že

- elektronická a tištěná verze diplomové práce jsou totožné;
- na diplomové práci jsem pracoval samostatně a použitou literaturu jsem citoval. V případě publikace výsledků budu uveden jako spoluautor.

Ve Zlíně 19.3.2013

.....


1) zákon č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, § 47b Zveřejňování závěrečných prací:

(1) Vysoká škola nevydělečně zveřejňuje disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce, u kterých proběhla obhajoba, včetně posudků oponentů a výsledku obhajoby prostřednictvím databáze kvalifikačních prací, kterou spravuje. Způsob zveřejnění stanoví vnitřní předpis vysoké školy.

(2) Disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce odevzdané uchazečem k obhajobě musí být též nejméně pět pracovních dnů před konáním obhajoby zveřejněny k nahlížení veřejnosti v místě určeném vnitřním předpisem vysoké školy nebo není-li tak určeno, v místě pracoviště vysoké školy, kde se má konat obhajoba práce. Každý si může ze zveřejněné práce pořizovat na své náklady výpisy, opisy nebo rozmnoženiny.

(3) Platí, že odevzdáním práce autor souhlasí se zveřejněním své práce podle tohoto zákona, bez ohledu na výsledek obhajoby.

2) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 35 odst. 3:

(3) Do práva autorského také nezasahuje škola nebo školské či vzdělávací zařízení, užije-li nikoli za účelem přímého nebo nepřímého hospodářského nebo obchodního prospěchu k výuce nebo k vlastní potřebě dílo vytvořené žákem nebo studentem ke splnění školních nebo studijních povinností vyplývajících z jeho právního vztahu ke škole nebo školskému či vzdělávacímu zařízení (školní dílo).

3) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 60 Školní dílo:

(1) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla (§ 35 odst.

3). Odpírá-li autor takového díla udělit svolení bez vážného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat nahrazení chybějícího projevu jeho vůle u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.

(2) Není-li sjednáno jinak, může autor školního díla své dílo užít či poskytnout jinému licenci, není-li to v rozporu s oprávněnými zájmy školy nebo školského či vzdělávacího zařízení.

(3) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení jsou oprávněny požadovat, aby jim autor školního díla z výdělku jím dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence podle odstavce 2 přiměřeně přispěl na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložily, a to podle okolností až do jejich skutečné výše; přitom se přihlédne k výši výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.

ABSTRAKT

Diplomová práce se zabývá vlivem fyzické a psychické pohody na přijímání potravy klientů v Domově pro seniory. Práce je rozdělena na dvě části, část teoretickou a praktickou. Teoretická část čerpá z odborné literatury a zjištěných poznatků v dané problematice. V praktické části je kvantitativně zjišťována spokojenost klientů Domova pro seniory se stravovací službou a vliv fyzické a psychické pohody na přijímání potravy seniorů. Je zde popsána metodologie výzkumu a interpretace zjištěných výsledků.

Klíčová slova:

senior, stáří, kvalita života, spokojenost, zdraví, stravovací služba, standardy kvality, domov pro seniory, přijímání potravy, výživa

ABSTRACT

This thesis examines the influence of physical and mental well-being on clients' eating habits in homes for the elderly. The work is divided into two parts, theoretical and practical. The theoretical section draws from literature and the findings in this area. The practical part is quantitatively investigating customer satisfaction in a specific home for the elderly with regards to food service and the impact of physical and mental wellbeing of seniors on eating habits. It describes the research methodology and interprets the results.

Keywords:

senior, age, quality of life, satisfaction, health, catering service, quality standards, home for the elderly, eating, nutrition

Touto cestou si dovoluji poděkovat vedoucímu mé diplomové práce, panu doc. PhDr. Mgr. Jaroslavu Balvínovi, CSc. a prof. PhDr. Miroslavu Chráskovi, CSc. za pomoc při odborném vedení, cenné rady, připomínky a ochotu.

Zvláštní poděkování patří nejbližším členům mé rodiny za pomoc, pochopení a psychickou podporu během celého studia.

Prohlašuji, že odevzdaná verze diplomové práce a verze elektronická nahraná do IS/STAG jsou totožné.

OBSAH

ÚVOD	9
I TEORETICKÁ ČÁST	10
1 VYMEZENÍ ZÁKLADNÍHO POJMOSLOVÍ	11
1.1 SENIOR A STÁŘÍ	14
1.2 FYZICKÉ A PSYCHICKÉ ZNAKY STÁRNUTÍ.....	18
1.3 POSTAVENÍ SENIORA VE SPOLEČNOSTI.....	22
2 VÝZNAM SPRÁVNÉ VÝŽIVY	26
2.1 PROČ VLASTNĚ JÍME?	27
2.2 VYVÁŽENOST STRAVY	29
2.3 HISTORIE A SOUČASNOST STRAVOVÁNÍ	35
3 DOMOV PRO SENIORY	39
3.1 CHARAKTERISTIKA ORGANIZACE.....	40
3.2 PROSTŘEDÍ PŘÍPRAVY A VYDÁVÁNÍ STRAVY	41
3.3 STANDARDY KVALITY, METODICKÉ POSTUPY A SMĚRNICE	42
II PRAKTICKÁ ČÁST	44
4 METODOLOGIE VÝZKUMU	45
4.1 CÍL KVANTITATIVNÍHO VÝZKUMU	45
4.2 VÝZKUMNÉ PROBLÉMY	45
4.3 STANOVENÍ HYPOTÉZ	46
5 REALIZACE VÝZKUMU	47
5.1 VÝZKUMNÝ VZOREK	47
5.2 TECHNIKA VÝZKUMU	47
5.3 ZPŮSOB ZPRACOVÁNÍ DAT	48
6 SHRUTÍ VÝSLEDKŮ KVANTITATIVNÍHO VÝZKUMU	68
ZÁVĚR	71
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	72
SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK	74
SEZNAM OBRÁZKŮ	75
SEZNAM TABULEK	76
SEZNAM PŘÍLOH	77

ÚVOD

Podíl seniorů v populaci se zvyšuje. Staví se nová zařízení poskytující pobytové služby, rozšiřuje se i nabídka pečovatelských služeb. Protože sama pracuji již několik let v zařízení poskytující sociální služby, zaujalo mě téma, které zatím nebylo příliš popsáno, a to vliv fyzické a psychické pohody seniorů na přijímání potravy v Domově pro seniory.

Teoretická část diplomové práce je věnována problematice stárnutí, výživě ve stáří, nabízeným službám v Domově pro seniory a standardům kvality sociálních služeb. Praktická část seznamuje s provedeným dotazníkovým šetřením v Domově pro seniory v Lukově, kterým byl zjišťován aktuální zdravotní a psychický stav klientů domova a jejich spokojenost s poskytovanou stravovací službou. Práce odhaluje souvislosti mezi zdravotním stavem a nechutenstvím, optimismem a akceptováním podávaného jídla, chutí do života a případnými dietními omezeními. Cílem diplomové práce je zjistit, jaký vliv na příjem potravy má zdravotní stav seniorů, jejich psychická pohoda, prostory jídelny či vzhled podávané stravy.

Každý z nás je osobnost, každý z nás má jinou představu o svém životě. Každý má jiné „chutě“ a každý se jinak adaptuje na nové podmínky. Rozdílně se vyrovnáváme s nemocemi, se ztrátou přátel a svých nejbližších. Seniorům, kteří jsou umístěni v domově pro seniory, by měli být oporou v takových chvílích mimo nejbližších příbuzných i zaměstnanci zařízení.

Získané nové informace a podněty budou použity pro další práci s touto cílovou skupinou. Výsledky výzkumného šetření budou předány vedení domova a případné připomínky budou sloužit ke zlepšení poskytované stravovací služby.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 VYMEZENÍ ZÁKLADNÍHO POJMOSLOVÍ

Stáří je životní událost, která je očekávaná a neodvratitelná. Každý člověk stárne již od narození a každý stárne jiným tempem. Haškovcová (2010, s. 20) uvádí: „Jak se postupně zvyšuje věková hranice pro odchod do penze, posunuje se i věkové pásmo, které označujeme jako období stáří.“

Pojmem **senior** označujeme jakéhokoliv starého či staršího člověka důchodového věku, tzn. od 60 let výše (Čadková-Svejkovská, 2008, s. 107).

Haškovcová (2010, s. 257) říká, že je-li **kvalita života** definována jako pohoda, je nutné se o ni starat i u těžce nemocných, případně umírajících, do poslední chvíle jejich života. V posledních letech je otázkám kvality života věnována velká pozornost. Individuální péči lze tohoto cíle dosáhnout.

Vágnerová (2007, s. 424) chápe **spokojenost** jako známku celkové životní pohody. Ovlivňuje ji tělesné a duševní zdraví a sociální zázemí.

Dle Webera a kol. (2000, s. 14) je **zdraví** rozhodující determinantou seniora. Významně ovlivňuje osobní i společenskou roli jedince ve stáří. Podstatně může ovlivňovat v kladném (při nedostatku v záporném) slova smyslu kvalitu života seniorů. WHO říká, že: „zdraví není jen absencí nemoci, ale je to komplexní stav tělesné, duševní a sociální pohody“ (Kovařík cit. podle Matoušek, 2003, s. 202). Tuto starší definici lze doplnit ještě o schopnost vést produktivní život.

Standardy kvality si vypracovává dané zařízení a slouží k posouzení kvality poskytované služby. Obsahují popis poskytované služby daného zařízení.

Domov pro seniory poskytuje pobytové služby občanům, kteří dosáhli věku, rozhodujícího pro přiznání starobního důchodu a kteří kvůli svému zhoršenému zdravotnímu stavu potřebují péči druhé osoby. Tuto péči již není možné zabezpečit členy rodiny nebo pečovatelskou službou v přirozeném prostředí.

Za **stravovací službu** považujeme v Domově pro seniory službu, která obsahu zajištění celodenní stravy, včetně nápojů. Strava může být poskytována dle zdravotního stavu klientů, tedy dietní nebo bez dietních omezení, krájená, mletá nebo mixovaná.

Dle Rogera (1999, s. 23) je **přijímání potravy** dobrovolný a vědomý proces. Z těchto důvodů se mu lze výchovou naučit a vytvořit si v tomto ohledu správné návyky. Jelikož záleží

jen na našem svobodném rozhodnutí, změna stravovacích návyků vyžaduje hluboké přesvědčení.

Výživa nesouvisí s dobrovolností jedince, probíhá zcela mimovolně. „Zahrnuje veškeré procesy a přeměny, kterými potrava v organismu prochází až do své plné asimilace - přeměny“ (Roger, 1999, s. 23).

Jelikož se v populaci zvyšuje podíl seniorů, zvyšuje se i množství publikací, které se věnují tématům, které se stářím souvisí. Mnoho autorů se věnuje změnám ve stáří, přípravě na stáří a zařízením poskytují sociální služby pro tuto cílovou skupinu. V posledních letech je kladen i zvýšený důraz na kvalitu života, zdravý životní styl a zdravou výživu. V teoretických východiscích naší diplomové práce jsme čerpali zejména z následujících publikací:

Helena Haškovcová v knize Fenomén stáří popisuje srozumitelnou a přehlednou formou vše co souvisí se stářím. Haškovcová je absolventkou Přírodovědecké a Filosofické fakulty Univerzity Karlovy v Praze. V současnosti působí na Fakultě humanitních studií Univerzity Karlovy na Katedře řízení a supervize v sociálních a zdravotnických organizacích. Stala se iniciátorkou vzniku lékařské etiky jako samostatné lékařské disciplíny. Je nositelkou mnoha cen, např. Ceny České gerontologické společnosti nebo Zlaté vážky České Alzheimerovské společnosti za celoživotní přínos v oboru gerontologie a geriatric. Je autorkou několika stovek odborných publikací. (Haškovcová, 2010, s. 5)

Vernon W. Foster a jeho Kniha o zdravém životním stylu, seznamuje čtenáře s možnostmi uskutečnit změny v první řadě u sebe samých. Jedná se o změny našeho životního stylu, se kterými se pojí nejen náš zdravotní stav, ale také zdravotní stav našich dětí. Foster je absolvent lékařské univerzity v Jižní Kalifornii. Během mnohaleté praxe působil jako ředitel několika nemocnic a několik let také strávil jako vedoucí misijních nemocnic. Byl poradcem ministerstev zdravotnictví v pěti různých zemích. (Foster, 1999, s. 235)

J. D. Pamplona Roger v Knize o zdravé výživě se věnuje zejména oblasti výživy. Své názory opírá o nejmodernější výzkumy, ale také o stravovací zvyky některých národů. Texty doplňují fotografie, statistické grafy, testy nebo recepty, které mohou zkvalitnit náš jídelníček. Autor je španělský lékař - chirurg, který se specializuje především na chirurgii zažívacího ústrojí. (Roger, 1999, s. 12)

Ian Stuart-Hamilton je autorem knihy *Psychologie stárnutí*, která seznamuje čtenáře s podstatnými otázkami, které si současná gerontopsychologie klade. Dle Stuarta-Hamiltona (1999, s. 12) je snahou této knihy uvést do tématu i laické čtenáře. Současně může kniha sloužit jako úvodní kurz pro studenty psychologie. Srozumitelnou a přehlednou formou se autor v sedmi kapitolách věnuje gerontopsychologickým tématům a také budoucnosti oboru gerontologie. Součástí knihy je rozsáhlý slovník termínů k daným oborům. Kniha byla přeložena do 16 jazyků a získala ocenění britské lékařské asociace. Stuart-Hamilton je profesorem vývojové psychologie ve Walesu.

Anthony Giddens v knize *Sociologie* přehledně a srozumitelně shrnul a vysvětlil veškerá sociologická témata. Součástí knihy je glosář základních pojmů a důležitých termínů. Laické veřejnosti je Giddens znám jako britský sociolog. Na prestižní London of Economics působil jako ředitel a v současnosti je zde emeritním profesorem. Je autorem více než třiceti knih a je jedním z nejvíce citovaných autorů v humanitních oborech. Byl politicky aktivní za vlády T. Blaira, kterému dělal poradce.

Ze zahraničních titulů jsme v diplomové práci čerpali z následujících knih:

Kniha ***Nursing older people* od Sally Redfern a Fiony Ross** se věnuje ošetrovatelské péči seniorů. Kniha se zabývá zejména současnými trendy v ošetrovatelství a to zejména snižování počtu hospitalizací starších osob v nemocnicích a rostoucímu trendu zajištění péče v domácím prostředí. Péče by měla být zajištěna pomocí multidisciplinárho týmu. Fiona Ross je děkankou Přírodovědecké fakulty zdravotní a sociální péče v Londýně a mimo jiné přednáší i na univerzitě v Tokiu a Hongkongu. Byla poradkyní premiéra v oboru ošetrovatelství. Sally Redfern pracuje jako výzkumný pracovník v ošetrovatelství. Podílela se na vydávání časopisu *Journal of Clinical Nursing*. Je autorkou mnoha publikací, výzkumných návrhů a recenzí. Podílela se na rozvoji ošetrovatelské péče ve Švédsku.

Alexandrin Lobo je autorem knihy *Physical activity and health in the elderly*. Lobo označil ve své knize fyzickou nečinnost nejen jako osobní problém, ale i problém společnosti. Dlouhotrvající nečinnost může vést k poklesu fyzické zdatnosti a snížení kvality života. Autor srozumitelnou formou seznamuje čtenáře s vlivy fyzické aktivity na zpomalení psychického a fyzického stárnutí jedinců.

1.1 Senior a stáří

Někdo se domnívá, že se ho stáří netýká, jiný jej chce co nejvíce oddálit a další chápe toto závěrečné období života jako období odpočinku, klidu a rekapitulace. Mnoho autorů se zabývá stářím a procesem stárnutí z různých pohledů.

Janečková (cit. podle Matoušek, 2005, s. 162) zmiňuje, že starý člověk je charakterizován dosažením věku 60 - 65 let a příslušností k této věkové skupině, se kterou se pojí neaktivní a neproduktivní status důchodce

Redfern a Ross (1999, s. 3) si kladou otázky, kdy stáří začíná a co to je vlastně stáří. Tyto otázky dle jejich názoru se mohou zdát na první pohled jednoduché, ale ve skutečnosti jsou velmi složité a odpovědět na ně nelze jednoznačně. Domnívají se, že definování kritérií, podle kterých by se dalo identifikovat stáří, je velmi obtížné.

„Definice stáří je arbitrární, všeobecně sem řadíme lidi ve věku 65 let a starší“ (Rybka a kol., 2006, s. 195).

Haškovcová (2010, s. 9) uvádí, že všichni stárneme. I ten, kdo si myslí, že ho se stáří netýká, pomalu a jistě se blíží k obávané hranici, kdy začíná etapa stáří. Tohoto názoru je i Venglářová (2007, s. 11), která říká, že součástí našeho života je i stáří.

Weber a kol. (2000, s. 13) říkají, že stárnutí a stáří je koncem přirozeného vývojového procesu každého jedince. Přes velké množství doposud zjištěných poznatků nelze jednoznačně definovat jev stárnutí ani odpovědět na otázku proč stárneme.

Kuric (2001, s. 156) se domnívá, že o stáří začínáme hovořit tehdy, když ubývá fyzických a psychických sil a jedinec není schopen již vykonávat v procese tělesné a duševní práce plný výkon.

Haškovcová (2010, s. 23) uvádí, že v současnosti stáří je problémem starých žen. S vyšším věkem poměr vdovců a vdov narůstá. Např. v roce 1993 ve věku 55-59 let na 100 vdovců připadlo 630 vdov. V uplynulých staletích se stáří dožilo jen velmi malé procento osob. Mohla za to zejména vysoká kojenecká úmrtnost, infekční choroby, pandemie moru nebo cholery a jiné nemoci dnes již běžně léčitelné. Dle Haškovcové (2010, s. 33) se vyššího věku dožívaly jen 2-4 procenta jedinců.

Čadková-Svejkovská (cit. podle Mahrová, Venglářová, 2008, s. 106) uvádí, že i když je stáří spojováno s nemocemi úrazy, smrtí blízkých a celkově negativními asociacemi, stáří není nemoc. Je to velmi individuální, specifická část životního běhu.

Ze stáří má mnoho jedinců obavy. „Jednotliví lidé mají nemalé problémy vyrovnat se s reálnou situací být starý a možná se marně ptají, kde zůstala ona moudrost stáří. Jenže moudrost nikdy sama od sebe nepřijde. O tu se každý musí přičinit a začít by měl dávno před tím, než se stáří začne ohlašovat.“ (Haškovcová, 2010, s. 326)

Lze tedy říci, že stárnutí je přirozený proces, který s sebou nese určitá negativa. Je ovlivněno zejména genetickými a zdravotními vlivy, způsobem života a vlivem životního prostředí, ve kterém jedinec žije. Jedná se tedy o velmi individuální proces, na jehož členění mají autoři různé názory.

Jednotlivé etapy lidského života mají nejen biologickou, ale i sociální povahu. Tyto etapy jsou ovlivněny kulturními a materiálními podmínkami lidského života v různých kulturách. (Giddens, 1997, s. 54)

Čadková-Svejkovská (cit. podle Mahrová, Venglářová, 2008, s. 107) uvádí, že: „Každý věk má svá specifika a ve stáří se rozdílují různých životních stylů, genetických dispozic apod. jen zvětšují - takže hovoříme o rozdílném biologickém a kalendářním věku.“

Stuart-Hamilton (1999, s. 20) stáří člení:

- 65 – 75 let – mladší stáří;
- 75 let a více – pokročilé stáří.

Haškovcová (2010, s. 20) stáří rozčlenila do následujících etap:

- 60 – 74 let – vyšší věk nebo rané stáří;
- 75 – 89 let – stařecký věk neboli senium, vlastní stáří;
- 90 let a výše – dlouhověkost.

Weber a kol. (2000, s. 16) stáří člení na tyto věkové kategorie:

- 45 – 59 roků – střední věk
- 60 – 74 let – rané stáří
- 75 – 89 let – pozdní stáří

- 90 a více let - dlouhověkost

Stuart-Hamilton (1999, s. 19) dále zmiňuje:

- chronologický (kalendářní) věk – údaj, jak je člověk starý. Nemůže být považován za spolehlivý predikátor životního stavu jedince;
- sociální věk – vztahuje se ke společenskému očekávání chování přiměřeného k určitému biologickému věku.

Pro některé jedince je však obtížné zvládnout jakoukoliv etapu života a tedy i etapu stáří. Odchod do starobního důchodu je pro mnoho lidí stresující. Je to nová, neznámá etapa. Zejména pro ty jedince, kteří museli zanechat ekonomické činnosti a nežijí ve společné domácnosti se svými potomky, je obtížné dát závěrečné fázi života smysl (Giddens, 1997, s. 57).

Haškovcová (2010, s. 81) uvádí, že je zajímavé, že více strmější pád do prázdnoty, je u těch jedinců, kteří zastávali vyšší posty a čím specializovanější byla jejich profese. Takový jedinec neměl v průběhu svého náročného zaměstnání čas na koníčky, na které by v penzi navázal.

Na prudký přechod z plného pracovního vytížení do etapy života, ve které člověk může zcela disponovat svým časem, si není snadné přivyknout. U některých jedinců se mohou vyskytnout i deprese. (Melgosa, 2001, s. 98)

Bromley (cit. podle Haškovcová, 2010, s. 83) popsal tyto typy reakcí na stáří:

- strategie konstruktivnosti – je ideální forma adaptace a akceptace stáří. Jedinec navazuje snadno vztahy s druhými, má smysl pro humor a vyzařuje z něj spokojenost. Je přizpůsobivý a tolerantní k okolí. Z těchto důvodů je přijímán okolím jako milý starší člověk;
- strategie závislosti – je poměrně častá. Jedinec spoléhá na druhé, je pasivní a věří, že se o něj ostatní postarají. Odpočinek v ústraní vítá;
- strategie obranného postoje – ti jedince, kteří žili aktivně a nezávisle, se odmítají podrobit diktátu stáří, bojí se závislosti. Pokračují ve svých profesích co nejdéle;

- strategie nepřátelství – je škodlivá jak pro jedince, tak pro jeho okolí. Při rekapitulaci svého někdy nepodařeného života obviňují až agresivně okolí. Jsou mrzutí a nepřátelští na celý svět;
- sebenenávist – jedinci se nemají rádi a obviňují sami sebe. Sebe i svůj dosavadní život hodnotí s pohrdáním.

Haškovcová (2010, s. 310) zmiňuje tzv. Diogenův syndrom, kdy senior zanedbává sám sebe a vlastně sám sebe tak týrá. Takový jedinec ztratil jakoukoliv pozitivní motivaci, žije většinou sám a rezignoval na své okolí.

Ztotožňuji se s názorem autorů, že každý člověk je povinen připravit se v průběhu svého života na různá období, tedy i na období stáří, které je přirozenou součástí lidského života.

Haškovcová (2010, s. 174-178) uvádí, že přípravu na stáří lze rozdělit do dvou etap:

- střednědobá příprava na stáří – 10 let před nástupem do důchodu. Ze sociologického hlediska je vhodné udržovat a rozvíjet pozitivní rodinné vztahy a navázat i na ta přátelství, která byla pozapomenuta v době, kdy je zastínila prioritní péče o děti. Z biologického hlediska je nejvyšší čas osvojit si zásady zdravého životního stylu, který je významným prostředkem k udržení soběstačnosti;
- krátkodobá příprava na stáří – 3–5 let před předpokládaným odchodem do důchodu. (Je to zejména změna bydliště, výměna nebo rekonstrukce bytu, aby se minimalizovala rizikovost například pádů, neposkytnutí včasné pomoci aj.). I když tato změna je po psychické stránce velmi náročná, je vhodné zvážit nutnost například bezbariérového bydlení, bydlení v blízkosti dětí nebo lékařské péče. Je vhodné také pamatovat na optimální finanční rezervy.

Nejen přípravě na stáří, ale i studiu jedinců, kteří se dožili velmi vysokého věku, je věnováno mnoho pozornosti. Mnohdy se jedná o rody nebo i celá etnika. Výzkumy ukazují, že na dlouhověkosti se podílí jednak genetika, ale i další faktory jako tradiční způsoby života, vhodné klima a absence některých vymožeností moderní doby jako např. televize, mobilní telefony aj.

Haškovcová (2010, s. 28) uvádí, že odborníci se domnívají, že patrně první, ale nepřilíživě účinný elixír života, „uvařil“ Paracelsus (1493-1541). Teprve Hufeland (1762-1836) přistoupil k problému odborněji. Je otcem stále populární makrobiotické stravy, ve které ně-

kteří jedinci hledají elixír mládí. Jiní spoléhají na kosmetické přípravky či práci plastických chirurgů. Tito jedinci však nejsou připraveni na tuto etapu života a neumí stárnout. V posledním období se velmi rychle rozvíjí tzv. antiageing medicína, která nabízí zájemcům nejen zpomalení procesu stárnutí, ale zejména lepší kvalitu života. Zabývá se prevencí civilizačních chorob, potřebnými vitamíny a minerály. Snahou tedy není jen prodloužení věku, ale smysluplného naplnění tohoto období. Dle Haškovcové (2010, s. 30) tedy: “Přidat nejen léta životu, ale život létům!”

Téhož názoru je i Stuart-Hamilton (1999, s. 166), který uvádí, že pokud stárnoucí člověk chce, může velmi významně prodloužit jak délku svého života, tak také tělesnou a duševní pohodu.

Giddens (1997, s. 57) se domnívá, že senioři mohou nový začátek nalézt v tom, co se nazývá „třetím věkem“ (po dětství a dospělosti), v němž začíná nová fáze vzdělávání.

1.2 Fyzické a psychické znaky stárnutí

Weber a kol. (2000, s. 24) zmiňuje dva druhy stárnutí:

- běžné stárnutí – odráží působení procesu stárnutí. Vliv chorob, nežádoucích efektů prostředí a životního stylu;
- úspěšné stárnutí – reflektuje pouze vliv samotného stárnutí. Takové stárnutí není významně ovlivněno nemocemi nebo vlivem prostředí a způsobem života.

Dle Gidense (1997, s. 153) nelze stárnutí ztotožňovat pouze s nemocemi nebo tělesným postižením, ale výskyt zdravotních problémů s vyšším věkem samozřejmě stoupá. V posledních dvaceti letech se systematicky biologové pokoušejí odlišit fyzické dopady stárnutí jako takové, od nemocí vyskytujících se ve stáří.

Na úrovni specifické, degenerativní, morfologické a funkční nastupují během stáří v jednotlivých orgánech změny. V ontogenezi jedince tyto změny nastupují v různých obdobích a pokračují různou rychlostí (Weber a kol., 2000, s. 13).

S tímto názorem souhlasí i Venglářová (2007, s. 5), která říká, že: “Každý člověk se rodí s určitými dispozicemi, a to jak bude reagovat na situace ve svém životě, je ovlivněno jeho genetickými předpoklady, životními zkušenostmi, prostředím, ve kterém žije.”

S názorem, že stárnutí je ovlivněno individuální historií jedince souhlasí i Čadková-Svejkovská (cit. podle Mahrová, Venglářová, 2008, s. 108).

Téhož názoru je i Stuart-Hamilton (1999, s. 16), který uvádí, že mezi jedinci jsou značné rozdíly v rychlosti stárnutí. To lze částečně vysvětlit enviromentálními faktory (např. chudou stravou a nedostatečnou hygienou).

Známky stárnutí jsou jak tělesné, tak i duševní. Biologické stárnutí lze poznat podle typických poznávacích znaků. Zejména je to pokles fyzických a psychických sil. Zevně to jsou zejména šedivé a řídnoucí vlasy, na kůži pak pigmentové skvrny a vrásky. Ochabuje svalstvo a postava se zmenšuje. Ke zhoršení dochází i v motorice a to v důsledku úbytku svalové hmoty. U některých jedinců se objevuje stařecký třes. Kostí jsou křehčí, což je důvodem proč staří lidé mají velké obavy z pádů. Psychomotorické tempo se zpomaluje. (Čadková-Svejkovská cit. podle Mahrová, Venglářová, 2007, s. 107)

Vylučovací soustava zpomaluje svou činnost a ztrácí výkonnost při exkreci toxinů a dalších odpadních produktů. Trávicí soustava je při vstřebávání živin již méně zdatná. (Stuart-Hamilton, 1999, s. 25)

Vyšší citlivost je pozorována u hmatu. Schopnost rozlišování chutí bývá naopak nižší. „Čich a chuť se mění, takže starému člověku nemusí chutnat stejné věci jako dříve, nebo má pocit, že jídlo je nedochucené“ (Čadková-Svejkovská cit. podle Mahrová, Venglářová, 2007, s. 107). Je snížena schopnost zraku. Ta je způsobena zhoršením akomodace tedy schopnosti zaostřovat na různé vzdálenosti (Stuart-Hamilton, 1999, s. 27). S vyšším věkem dochází také k poruchám sluchu. Míra oslabení sluchu může být ovlivněna vlivy prostředí. Nejrozšířenější poruchou sluchu je presbyakuze – nedoslýchavost (Stuart-Hamilton, 1999, s. 31). Z těchto důvodů vznikají mnohdy nedorozumění mezi starší a mladší generací. Senior např. nerozumí sdělovaným informacím a upraví si je dle svého. „Každý dobře ví, že někdy člověk ani sám neví, co potřebuje. Nebo to ví a neřekne to. Zeptáte se ho, jestli je mu zima, odpoví, že ne, ale když mu dáte kabát, zjistí, že je to o mnoho lepší než předtím“ (Kopřiva, 1999, s. 47).

Ve stáří je ve větší míře rozvoj chronických postižení, včetně diabetes melitus, především typu DM2T. Téměř 40 % jedinců ve věku 65-74 let a 50 % jedinců starších 80 let má diagnostikován diabetes melitus nebo porušenou glukózovou toleranci (PGT). Je však možné že, až 50 % případů zůstává nediodagnostikováno. (Rybka a kol., 2006, s. 195)

Staří lidé jsou často brzy unaveni, mají poruchy spánku a jsou rozmrzelí. To vše lze medikamenty odstranit, anebo alespoň tyto obtíže zmírnit. S čím si však medicína neporadí je smutek. V některých případech lze najít důvod. Je to například úmrtí partnera, dětí, vrstevníků, změna prostředí, nástup do Domova pro seniory aj.. Negativní vzpomínky senioři mohou ve své paměti vytěsňovat nebo alespoň částečně zeslabovat. V některých případech je však smutek bezdůvodný. Smutek může být násoben osamělostí, ať již partnerskou nebo přátelskou (Haškovcová, 2010, s. 153). Osamělost a opuštěnost, ale nemůžeme považovat za totožné pojmy. Osamělý člověk se může cítit i ten, kdo je uprostřed skupiny lidí či rodiny. Skutečně opuštěným seniorům by, ale měla být věnována pozornost. Weber a kol. (2000, s. 126) říká, že depresivních seniorů, kteří péči potřebují a skutečně ji dostanou, je jen asi 10%.

Jedinec může prožívat strach z nemocí, ze smrti. Weber a kol. (2000, s. 126) uvádí, že: „Suicidalita ve stáří stoupá několikanásobně (7–10 krát) a výrazně se zvyšuje i počet dokonaných sebevražd (1 pokus na 1 až 3 dokonané), zatímco ve středním věku připadá 5 až 10 pokusů na 1 úmrtí.“

Z důvodu výskytu vysokého počtu sebevražd u starých lidí nelze jejich myšlenky na smrt brát na lehkou váhu. Jejich hlavní příčina však doposud nebyla objasněna, ale zdá se, že je spíše v příčinném vztahu k faktické či imaginární ztrátě perspektivy a negativní celoživotní bilanci. (Haškovcová, 2010 s. 155)

Vágnerová (2007, s. 435) se domnívá, že hledání smyslu smrti je stejně tak obtížné jako hledání smyslu života.

Tak jako každá nemoc, je pro pacienta zdrojem stresu, tak i úzkost a stres mohou být významnými faktory při vzniku nemocí. „Úzkost vyprovokuje chemické reakce v mozku, které narušují chemickou rovnováhu neuronových přenašečů. Výsledkem je, že se zvýší hladina našich hormonů a náš imunitní systém je oslaben“ (Foster, 1999, s. 146).

Dle Haškovcové (2010, s. 141-142) přehledný nástin historických poznatků o psychice stárnoucího člověka není jednoduché podat. Lze najít jen velmi málo zpráv, které by vypovídaly o kontinuálním odborném zájmu o tuto problematiku. V popředí zájmu lidí v minulosti bylo zejména zajištění živobytí pro své rodiny. Duše zůstala nepovšimnuta a lidé si všímali především fyzických změn. Odborného zájmu se psychologie stáří stala až ve 20. století.

Kopřiva (1997, s. 35) se domnívá, že lidé se velmi často nezajímají o to, co druhý člověk opravdu vidí, cítí, co si myslí, a jak co hodnotí atd.. Raději hovoří o tom, jak by měl věci druhý člověk hodnotit, co by měl prožívat, cítit a myslet.

Abychom porozuměli psychologii lidského stárnutí je nutné vzít v úvahu důsledky stárnutí u jednotlivců, jelikož se u jednotlivých lidí projevují různými způsoby. Nezáleží jen na zdravotním stavu každého seniora (tělesném i duševním), ale také na jejich charakteru, rodinném zázemí, a lidech, v jejichž společnosti se nejčastěji pohybují. Také životní zkušenosti jednotlivců ovlivňují psychologii stárnutí. Stárnutí je považováno za psychologický fenomén jelikož je jak individuální, tak i normativní zkušeností. (Redfern a Ross, 1999, s. 37)

Významně psychiku jedinců ovlivňují také některé druhy nemocí. Řada odborných studií ukazuje, že například u diabetiků, stav depresí může být zvýšen, zvláště u pacientů aplikujících inzulin. Úzkostné stavy a deprese se mohou projevovat až u 50 % mladých špatně kompenzovaných diabetiků. (Rybka a kol., 2006, s. 218)

Pozitivní vliv na psychiku jedinců má láska. V současnosti je tomuto tématu věnována větší pozornost. V každém věku, tedy i ve stáří tuto touhu máme. Všichni bez rozdílu věku hledají milující a milovanou bytost, tedy druhého člověka, se kterým mohou společně prožívat všechno dobré, ale i zlé (Haškovcová, 2010, s. 161).

S tímto názorem souhlasí i Vágnerová (2007, s. 425), která říká, že jedinec, který žije např. v Domově pro seniory, potřebuje potvrdit svůj význam, potřebuje být akceptován a prožívat nějaký citový vztah.

Psychologové doporučují mít životní perspektivu, být prozíravý, umět naslouchat, porozumět ostatním a umět se radovat.

Nejrůznějším psychickým a duševním onemocněním se věnuje gerontopsychologie a gerontopsychiatrie. O jejich rozvoj se zasloužil zejména Miloš Vojtěchovský, Quido Kümpel a Jaroslav Baštěcký. Mnohdy psychické problémy u seniorů jsou bagatelizovány jako součást stáří. Zřejmě to je také jeden z důvodů, proč je gerontopsychiatrických lůžek jen velmi malé množství. Nástup psychických problémů je postupný. Deprese lze úspěšně farmakologicky léčit, ale o demenci mluvíme jako o tiché epidemii 21. století. Dle Haškovcové (2010, s. 294) v České republice žije 105 tisíc lidí trpících demencí a jen 25 tisíc z nich je v ústavní péči. Tedy o 80 tisíc jedinců se starají jejich příbuzní. Starý člověk, který má de-

menci v rozvinuté formě, je pro své nejbližší tragédií. Jeho závislost je totální. Závislost u malých dětí má neodolatelné kouzlo, kdežto u dospělých jedinců je nepřirozená. „Nesoběstačný senior, neschopný se sám najíst, zvládat základní hygienické potřeby a navíc schopný pouze nesouvislého nebo zmateného projevu, potřebuje totéž co dítě: celkové zapořádání. Ale jeho bryndání není roztomilé, jeho pomočování a kálení není přirozené a jeho změněná řeč není obdivuhodným žvatláním.“ (Haškovcová, 2010, s. 295)

Velký výskyt demencí je daní za dlouhověkost a nové diagnostické metody. Nejznámějším onemocněním je Alzheimerova choroba. Nese název německého lékaře Aloise Alzheimer, který tuto nemoc popsal. Příčina nemoci není doposud plně známá, ale vždy je postižena celá osobnost. Tito jedinci ztrácí orientaci v čase, v prostoru, ale i o sobě. Neví, jak se jmenují, kde bydlí a zda mají děti. Příbuzné mnohdy nepoznávají a z domovů nebo institucí kde jsou umístění, z důvodu desorientace odcházejí. Jejich jednání může být v některých případech hrubé a agresivní.

Výzkumy sice ukazují, že demence je velkým problémem pokročilého věku, ale není uvedena jako jedna z hlavních příčin úmrtí seniorů. Demence je důležitým duševním problémem, který v mnoha případech bohužel může vyústit ve výraznou potřebu pečovatelských služeb. (Redfern a Ross, 1999, s. 29)

1.3 Postavení seniora ve společnosti

Každá společnost se podle svých možností snažila vyrovnat s problémem nemocných, chudých a starých jedinců. Dle Giddense (1997, s. 37) se lidské kultury vyznačují neobyčejnou mnohotvárností. Hodnoty a normy jednotlivých kultur jsou velmi různorodé a často se ve velké míře liší od toho, co připadá „normální“ obyvatelům západu.

Téhož názoru je i Haškovcová (2010, s. 37), která říká, že: „Každá společnost si vytvářela vlastní pojetí stáří, od něhož se pak odvíjelo i konkrétní sebepojetí starých lidí. Ti se pak v důsledku celospolečenské atmosféry buď cítili dobře, v souhlase s převážně kladným pojetím stáří, či uboze a odstrčeně, v návaznosti na převažující negativistické pojetí.“

„V kulturách, v nichž existovaly věkové třídy, měli „stařešinové“ obvykle významné – a mnohdy konečné – slovo ve věcech důležitých pro celou komunitu“ (Giddens, 1997, s. 57). Stáří bylo spojováno s pojmy jako moudrost, trpělivost a laskavost. Méně se však již

setkáváme v publikacích s informacemi o ukamenování, oběšení a vyhnání starých, ekonomicky neproduktivních jedinců. To bylo zejména v obdobích válek a bídy.

V průmyslových společnostech staří lidé ztrácejí obvykle autoritu jak v rodině, tak i ve společnosti. Z důvodu financí klesá jejich životní úroveň, která je zapříčiněna ukončením výdělečné činnosti. Melgosa (2001, s. 98) uvádí, že nástup do penze ve většině případů představuje výrazné snížení příjmů ve srovnání s příjmem, který člověk měl v produktivním věku. Je nucen omezit vydání, na která byl doposud zvyklý.

Současná představa stáří je tedy nejčastěji spojována s negativy a to zejména s nemocí, obavami, strádáním a bezmocí. Nepřijímání starých lidí a nepřátelské postoje vůči nim jsou označovány jako ageismus. Je to nejen nepřátelství vůči starým lidem, ale i celková averze vůči všemu, co stáří připomíná. Bohužel k tomu velmi přispívá negativní mediální obraz seniorů a opakované informace o nákladech, které společnost vynakládá na zdravotní a sociální oblast. Starší lidé v produktivním věku jsou mnohdy diskriminováni i ze strany zaměstnavatelů.

Dle Haškovcové (2010, s. 86): “Problém, před kterým lidé v dějinách nikdy nestáli, tkví v tom, že výrazně stárne lidstvo jako celek.“ Z tohoto důvodu jsou vytvářeny Mezinárodní akční plány, ve kterých je zdůrazňována kvalita lidského života a hmotné zajištění starých lidí. Těmito otázkami se zabývá i OSN, která v roce 1991 vyhlásila Zásady Spojených národů pro starší občany nebo UNESCO, či Montrealská deklarace nebo Madridský plán pro problematiku stárnutí.

Venglářová (2007, s. 90-91) zmiňuje Evropskou chartu pacientů seniorů, která navazuje na Evropskou sociální chartu a další významné dokumenty. Tato listina obsahuje jak úkoly zdravotní a sociální péče o starší občany, tak také práva seniorů – pacientů.

Fenomén stáří se tedy dotýká celé populace. „Ti mladí a ekonomicky činní totiž přímo či nepřímo rozhodují o tom, jak kvalitně bude žít aktuální generace seniorů, a současně si připravují dobré či problematické podmínky pro vlastní, byť zatím vzdálené stáří“ (Haškovcová, 2010, s. 20).

V situaci, kdy klesá psychická i fyzická soběstačnost, stoupá závislost jedince na pomoci z okolí. Lobo (2011, s. 5) uvádí, že ve většině případů je příčinou vzniku závislosti jedince na pomoci druhé osoby, nárůst ztráty tělesných funkcí. Takový jedinec je neschopen vyko-

návat činnosti, které jsou spojeny s každodenním životem, tzn. například neschopnost najít se, umýt se nebo se obléci.

Dle Haškovcové (2010, s. 150) je v určité chvíli nutné poprosit druhého člověka o pomoc a také ji umět přijmout. Současní senioři toto považují za nedůstojné a ponižující. První důvod pramení z obavy nebýt druhému na obtíž, druhý v současném akcentu na absolutní soběstačnost, která je společností považována za nejvyšší hodnotu.

V minulosti spočívala péče o staré lidi na charitě, následně obci a státu. Péče se opírala o principy křesťanské lásky a měla charitativní charakter. Senioři byli umístováni ve starobincích, obecních ústavech, veřejných domech, klášterních nemocnicích, nebo nemocnicích pro malomocné. V roce 1720 byl položen základní kámen Nemocnice Milosrdných bratří v Praze. Zaručení alespoň nejnutnější péče bylo možné díky Josefu II., který zavedl domovské právo. Se vznikem samostatného Československého státu nastal obrat k lepšímu díky postavení tzv. Masarykových domů v Praze. V současnosti se všechny uvedené způsoby péče kombinují.

Weber a kol. (2006, s. 27) uvádí, že určitou pomoc druhé osoby potřebuje přes 22% jedinců ve věku 65 až 74 roků a ve věku nad 75 let již 65 %.

Dle Haškovcové (2010, s. 233-234) v 80- tých letech 20. století byla vypracována strategie péče, která je označována jako 4 D:

- deinstitutionalizace – podpora pečujících rodin, rozvoj domácí a komunitní péče;
- demedicinalizace – ani lékaři nejsou schopni vyřešit všechny nemoci. Péče o nemocné seniory by měla být zejména ambulantní zdravotnickou formou a sociálními službami;
- deprofesionalizace – nikomu nemá být bráněno v péči o staré lidi, tedy i např. dobrovolníkům pod vedením odborníka;
- deresortizace – každý je schopen něco udělat pro seniory.

Weber a kol. (2000, s. 27) uvádí, že mezi obecně platné cíle organizace péče o seniory by mělo zejména patřit:

- rozšiřování ambulantní péče (primární a komunitní);

- obecně zkracování hospitalizací na nejkratší možnou optimální dobu (bez zbytečného čekání na lůžka zařízení následné péče);
- minimalizace dlouhodobé, případně trvalé ústavní péče.

V posledních letech se tak mění význam stárnutí. Současní staří lidé nechtějí přijímat proces stárnutí jako nevyhnutelný proces tělesného úpadku. Dle Gidense (1997, s. 154) se senioři snaží zůstat co nejdéle právoplatnými členy společnosti, nechtějí být mladšími lidmi prostě penzionováni. Tyto změny mají nejen sociální, ale i politický význam. Jelikož staří lidé tvoří zvyšující procento populace jako takové, představují potencionálně silnou zájmovou skupinu s nemalým politickým vlivem.

Stuart-Hamilton (1999, s.236-237) se domnívá, že staří lidé v budoucnosti nebudou zapadat do představ společnosti, jak tomu bylo v minulosti. „Tito lidé si totiž dokázali, že je možno opovrhovat konvencemi, aniž by to znamenalo konec světa. Staří lidé tedy sami mohou přinutit společnost, aby své názory změnila.“

2 VÝZNAM SPRÁVNÉ VÝŽIVY

V posledních letech je ve větší míře propagována zdravá výživa a její principy. Dle Rogera (1999, s. 9) mnoho výzkumů dokazuje, že mezi výživou a naším zdravím existuje úzká souvislost. Některé studie hovoří dokonce o 60 – 70 % vlivu způsobu výživy na kvalitu našeho zdravotního stavu.

S tímto názorem se ztotožňuje i Mikšová et al. (2006, s. 11-12), která říká, že největší vliv na naše zdraví má přijímání potravy. Je to také podmínka pro správnou funkci organismu a jeho veškerých životních pochodů. Nehovoříme pouze o příjmu potravy, ale i o zpracování živin.

Taktéž Roger (1999, s. 23) uvádí, že pokud pomineme v úvahu infekční choroby a úrazy, souvisí se stravou 90% všech nemocí. Přijímání potravy je návykové a má největší vliv na naše zdraví. Jedná se o úkony, které jsou dobrovolné a vědomé, tudíž lze vytvořit správné návyky.

„V oblasti výživy je věnována pozornost třem základním aspektům potravy. Jedná se o oblast hygieny stravování, kalorické náročnosti stravy a denního množství bílkovin v potravě“ (Mikšová et al., 2006, s. 12).

Foster (1999, s. 165) vidí problém lidské výživy v tom, že je snaha stravu přizpůsobovat svým ekonomickým a kulturním potřebám. Namísto toho bychom se měli snažit používat takovou stravu, jakou nám poskytuje sama příroda.

Mnoho seniorů stále setrvává na svých stravovacích návycích, které nejsou zcela zdravé. Je to dáno mimo jiné uspěchaným stylem života, při kterém není věnována pozornost kvalitě stravy, ale často jen chuťové stránce potravin. Rybka (2006, s. 61) uvádí, že lidé rozeznávají čtyři chuti: slanou, sladkou, kyselou a hořkou.

Dlbalová (2008, s. 154) se domnívá, že jedním z největších rizik u seniorů je jednostrannost a jednotvárnost ve výživě. Z těchto důvodů je nutné věnovat pozornost pravidelnosti a pestrosti podávané stravy.

Dle Rogera (1999, s. 35) k zásadám správné výživy patří zásada:

- kvantity (množství stravy má vliv na růst, reprodukci, práci, duševní aktivitu a udržování tělesné hmotnosti);

- kvality (kompletní a rozmanitá strava musí obsahovat uhlohydráty, tuky, bílkoviny, vitamíny, vodu a rostlinnou vlákninu);
- vyváženosti (denně 275 – 375g uhlohydrátů, 66 g tuků a 50 -75 g bílkovin);
- přiměřenosti (množství potravy se odvíjí od věku, fyziologického stavu, tělesné hmotnosti a druhu práce).

Senioři se ve velké míře stravují v jídelnách. V případě zhoršeného zdravotního stavu pak využívají dovozu obědů pečovatelskou službou. Nabídka jídel pro jedince staršího věku je v našich restauracích, ale nedostatečná. Senioři mají zájem o širší nabídku bezmasých, ovocných a zeleninových jídel. Bohužel téměř vůbec se nevyskytují dietní jídelny. Pokrmy podávané seniorům by také měly být přizpůsobeny jejich případnému zdravotnímu stavu, např. krájená strava. Haškovcová (2010, s. 333) uvádí, že v západních zemích jsou v nabídce restaurací i tzv. seniorské porce. Jejich výhodou je nejen, že jsou menší, ale představují cca 50 - 60% energetické hodnoty plného jídla.

Roger (1999, s. 27) člení druhy stravy následovně:

- stravu masitou (karnivorní) – základ tvoří maso a ryby. Z důvodu nadbytku bílkovin a tuků hrozí větší riziko ischemické choroby srdeční a rakoviny;
- strava smíšeného původu (omnivorní) – široká škála výrobků živočišného i rostlinného původu. Většina lidí se stravuje tímto způsobem;
- ovolaktovegetariánskou – je vyloučeno jíst maso, ryby a drůbež. Hlavní složkou jsou potraviny rostlinného původu. Tento druh stravy je z výživového hlediska plně uspokojující a je vhodný i pro děti;
- laktovegetariánská – z potravin živočišného původu zahrnuje pouze mléko a mléčné výrobky. Z výživného hlediska je vhodná;
- přísně vegetariánská – zahrnuje pouze potraviny rostlinného původu. Pokud je strava rozmanitá je na rozdíl od stravy makrobiotické zcela vyhovující.

2.1 Proč vlastně jíme?

Strava nám slouží jako zdroj energie nebo jako stavební materiál našeho organismu. Dle Rogera (1999, s. 31-32) od rozzvákání a polknutí potravy musí projít třemi fázemi:

- zažívání – začíná v ústech a jeho úkolem je rozložení živin na jednodušší chemické látky. Ty pak mohou pronikat do krve a můžou být využity celým organismem;
 - uhlohydráty jsou štěpeny na glukózu;
 - tuky jsou přeměňovány na mastné kyseliny a glycerol;
 - bílkoviny se mění na aminokyseliny;
- vstřebávání – aktivním procesem jsou základní živiny (glycerol, aminokyseliny, vitaminy, minerály a mastné kyseliny) sliznicí tenkého střeva vstřebávány do krve;
- metabolismus – živiny z krve se dostávají do celého těla a plní různé funkce.

Mikšová et al. (2006, s. 17) uvádí, že výživu ovlivňují 3 faktory:

- biologický – funkce trávicího systému, věk, pohlaví, zdravotní stav;
- psychický – stres (nepřijímáme jídlo, přejídáme se), osobnostní vlastnosti (Kretschmerova typologie osobnosti), psychosomatické stavy (anorexie, bulimie);
- sociální – kultura a životní prostředí – zvyky, obyčeje, víra, životní styl, reklama, ekonomická situace, přírodní prostředí.

Předpokladem pro zachování života je tedy příjem potravy. V případě nedostatečné výživy může být zdravotní stav jedince do značné míry ovlivněn.

Mikšová et al. (2006, s. 17) uvádí patologické stavy výživy:

- nechutenství;
- kachexie – chorobná vyhublost;
- odmítání jídla;
- hyperorexie – nadměrný pocit hladu (hlad – fyziologická touha po jídle);
- zvláštní chutě – např. při stresu;
- dysfagie – porucha polykání;
- dyspepsie – souhrn příznaků při poruchách zažívacího traktu (řihání, pálení žáhy, zvracení, nazuea – pocit na zvracení);
- mentální anorexie – porucha příjmu potravy, úmyslné odmítání jídla;

- mentální bulimie – porucha příjmu potravy, opakující se záchvaty přejídání a přehnanou kontrolou tělesné hmotnosti.

Alternativním způsobem přijímání potravy může být výživa pomocí nazogastrické sondy. Mikšová et al. (2006, s. 22) uvádí, že: „Sonda zavedená do žaludku nebo tenkého střeva je indikovaná u klientů/pacientů, kteří nemohou přijímat potravu ústy bez rizika aspirace potravy. Výživa může být kontinuální, celých 24 hodin, nebo v předepsaných intervalech (např. 4x denně).“ Podávané směsi obsahují vitamíny, tuky, sacharidy, bílkoviny a minerály.

2.2 Vyváženost stravy

Roger (1999, s. 13-19) uvádí, že mezi osm faktorů, které jsou pro zdraví rozhodující, můžeme zařadit stravu, vzduch, vodu, slunce, tělesné cvičení, odpočinek, zdržování se toxických látek a dobrý duševní stav. Téměř se shoduje s Fosterem (1999, s. 13), který uvádí výživu, pohyb, vodu, sluneční svit, střídmost a vyváženost, vzduch, odpočinek a spánek, důvěru a pozitivní životní orientaci.

„Vnímání, paměť a všechny naše složité tělesné funkce jsou možné jen díky tomu, že naše tělo obsahuje enzymy, hormony, geny, chemické posly, neurotransmitery a jiné zázraky, které v těle vytvářejí z toho, co sníme“ (Foster, 1999, s. 163). Z těchto důvodů je v posledních letech celosvětově zvýšený zájem o poznávání zásad a pravidel, které souvisí s naším zdravím. Výzkumy a studie dokazují, jaký vliv na lidské zdraví má změna v životním stylu. Nevyváženost stravy a současný přebytek potravin může vést paradoxně k podvýživě.

Lidské tělo je tvořeno buňkami, které postupně odumírají a jsou nahrazovány novými. Některé vydrží několik let, jiné jen krátce. Dle Fostera (1999, s. 162) máme mnoho důvodů, abychom věnovali správné výživě pozornost:

- všechny buňky a tkáně v našem těle jsou tvořeny v závislosti na naší potravě;
- jídlo je zdrojem energie pro naše tělesné funkce;
- potrava je v našem životním prostředí hlavní složkou, s níž přicházíme do styku;
- jídlo bylo stvořeno k tomu, aby nám přinášelo potěšení. Jídlo by mělo být něčím víc než jen biologickou potřebou – měla by to být radost!

Dle Rogera (1999, s. 35) k zásadám vyváženosti stravy patří vzájemné správné zastoupení uhlohydrátů, tuků a bílkovin, tedy živin, které produkují energii.

Uhlohydráty jsou podle řeckého slova gluco nazývány glycidy. Jsou hlavním zdrojem energie a rychlým dodavatelem kalorií. „Pokud jde o chemické složení, jsou molekuly uhlohydrátů tvořeny atomy uhlíku, vodíku a kyslíku. Uhlohydráty dělíme do tří skupin: rozlišujeme monosacharidy, disacharidy a polysacharidy“ (Roger, 1999, s. 37).

Mezi nejčastěji se vyskytujícími monosacharidy v přírodě jsou glukóza a fruktóza. Nejběžnějšími disacharidy je sacharóza, maltóza a laktóza. K polysacharidům náleží škrob, dextriny, celulósa a glykogen. Strava, která obsahuje obiloviny, ovoce a zeleninu zcela zajišťuje potřebnou dávku uhlohydrátů.

Roger (1999, s. 45) uvádí, že: „**Tuky** jsou chemické sloučeniny, které mají společné to, že jsou nerozpustné ve vodě a ve své podstatě jsou tvořeny atomy uhlíku, vodíku a kyslíku. Mají tedy stejné složení jako uhlohydráty, atomy jsou však vzájemně pospojovány jiným způsobem.“

Melgosa (2001, s. 115) se domnívá, že dospělý jedinec by měl denně konzumovat 33 až 67 gramů tuků, přičemž přesné množství se odvíjí od jeho tělesné váhy a také na vynaložené námaze.

Dle Rogera (1997, s. 45-46) známe několik druhů tuků:

- jednoduché lipidy neboli neutrální tuky – nazývají se také triglyceridy;
- složené lipidy neboli lipoidy – plní důležité funkce v nervových tkáních;
- mastné kyseliny nasycené – zvyšují hladinu cholesterolu v krvi a s tím spojené rizika kardiovaskulárních chorob;
- mastné kyseliny nenasycené – jsou nejzdravější, snižují hladinu cholesterolu.

Při výběru potravin bychom měli dát tedy přednost rostlinným tukům, sýrům na bázi tvarohu a bílkovinám obsaženým například v sójových bobech.

Bílkoviny tvoří základ našeho organismu, neboť dle Rogera (1999, s. 55) jsou nejdůležitější složkou svalů, kůže, krve a všech vnitřních orgánů. Je nezbytné přijímat je v potravě neustále, po celý život neboť se v našem těle neukládají za účelem tvorby rezerv. Ještě větší množství kvalitních bílkovin než ostatní jedinci potřebují přijímat děti a těhotné ženy.

Foster (1999, s. 169), ale upozorňuje, že v případě přetěžování organismu příliš velkou spotřebou bílkovin, může docházet k nadměrnému zatížení funkce jater a ledvin, které jsou hlavními orgány při jejich zpracování. V bílkovinách obsažený dusík, se mění na amoniak, kreatinin a močovinu.

Existují však i takové látky, které není náš organismus schopen přijímat z jiných chemických sloučenin a musí je tedy přijímat z venku. Patří zde např. dle Rogera (1999, s. 33):

- **esenciální aminokyseliny** – jsou součástí bílkovin živočišného i rostlinného původu;
- **esenciální mastné kyseliny** – jsou nenasycené mastné kyseliny nacházející se v rostlinných olejích a sušených olejnatých plodinách;
- **vitamíny a minerály** – jsou obsaženy ve všech potravinách, zejména v zelenině;
- **voda** – nachází se ve všech potravinách, ale ne v množství, jaké je potřebné pro naši denní spotřebu. Není nic důležitějšího než voda. Foster (1999, s. 73) uvádí, že: „50 až 65, někdy i více procent naší tělesné váhy tvoří voda. Naše svalstvo je z vody složeno ze 75 procent, náš mozek ze 70 až 85 procent. Kostí obsahují 25 procent vody. Krev je tvořena z 93 procent vodou“;
- **vláknina** – nachází se pouze v potravinách rostlinného původu, zejména celozrnných obilovinách, ovoci a zelenině.

Vitamíny jsou organické látky. Naše tělo je potřebuje ve velmi malém množství, ale nedokáže si je samo vyrobit, z těchto důvodů je musí přijímat ve stravě. (Roger, 1999, s. 65)

Dle Fostera (1999, s. 176) jsou vitamíny základní živiny a jejichž přítomnost ve stravě umožňuje organismu efektivně využít to, co sníme. Neobsahují žádnou energii v podobě kalorií, ale bez jejich impulsu se veškeré tělesné fyziologické reakce související s přeměnou energie zastaví.

Vitamíny byly objeveny až ve 20. století a tak jak byly objevovány, označovaly se velkými písmeny. Dle Rogera (1999, s. 66-77) jsou to např.:

- **vitamin A** – napomáhá tvorbě zrakových pigmentů v sítnici, podílí se na tvorbě a udržování buněk pokožky, oční spojivky, sliznice a buněk pokrývající vnitřní orgány. Zabraňuje vzniku rakovinových nádorů. Při intoxikaci vitamínem A hrozí odvápnění kostí, bolesti hlavy, únava, závratě bolesti kostí a nervozita;

- vitamin B₁ (thiamin) – usnadňuje chemické reakce, při kterých se glukóza mění v energii. Je také nezbytný pro správnou funkci nervového systému. Při nedostatku může dojít k nervové labilitě jedince, nebo vzácně se vyskytující nemoc beri-beri;
- vitamin B₂ (riboflavin) – „Podporuje růst organismu a působí jako katalyzátor reakcí nutných k využití uhlohydrátů a bílkovin. Jeho nedostatek vyvolává zpomalení růstu, jakož i změny na pokožce a sítnici.“ (Roger, 1999, s. 69);
- vitamin C – má silně antioxidační účinky, podporuje vstřebávání železa ve střevě, přispívá k tvorbě obranných látek proti různým infekcím, přispívá při hojení ran a neutralizuje toxiny v těle. Při nedostatku vitamínu dochází ke krvácení z dásní, chudokrevnosti, slabosti a náchylnosti k infekcím. Dle Melgosy (2001, s. 115) přispívá ke zvládnutí stresu;
- vitamin D – dle Fostera (1999, s. 26): „By měl být ve skutečnosti považován za hormon, protože (i když se nachází v určitých potravinách) tělo je schopno ho vyrobit působením slunečního světla na kůži.“ Roger (1999, s. 77) uvádí, že: „Vitamin D usnadňuje vstřebávání vápníku ve střevě i jeho ukládání v kostech. Nemá-li náš organismus dostatek vitamínu D, kosti měknou a deformují se, protože nemohou unést hmotnost těla. Pak mluvíme o onemocnění zvaném jako rachitida (křivice).“ Předávkování může být i smrtelné. Může dojít ke zvrácení ledvin a srdce.

Minerály tvoří 5% hmotnosti našeho těla. Nejvíce se nacházejí ve stravě rostlinného původu. Dle Rogera (1999, s. 81) se minerály v našem těle neustále obnovují. 30 g minerálů, které musí být prostřednictvím potravy nezbytně nahrazeny, se každý den spolu s močí, stolicí, potem a jinými sekrety vyloučí.

Foster (1999, s. 177) uvádí, že nejlépe můžeme získat minerály z potravy, jelikož se na rozdíl od vitamínů neničí teplem. V lidském těle má významnou roli osmnáct minerálních látek. Jsou to zejména:

- vápník – v našem organismu se vyskytuje v největším množství. Je nezbytný pro srážlivost krve, spolupůsobí při přenosu nervových buněk, je součástí kostry, reguluje pH krve;
- fosfor – v našem těle se nachází v kostech a zubech. „Nadbytek fosforu v masité stravě zapříčiňuje horší využívání vápníku v našem organismu a je dalším fakto-

rem, vysvětlujícím častý výskyt osteoporózy u žen, které konzumují hodně masa“ (Roger, 1999, s. 84);

- železo – i když je lidském těle jen v malém množství (3- 4 g) plní velmi důležitou funkci. Nachází se zejména v krvi, kde tvoří součást hemoglobinu. Ve zvýšené míře je nutné jej konzumovat v období dospívání, v období menstruace, během těhotenství a kojení;
- jód – je nezbytný pro správnou funkci štítné žlázy. Nedostatek jódu může vést u dětí k rozvinutí kretenismu;
- hořčík – se podílí na struktuře kostí, v nervovém systému reguluje přenos vzruchů k periferním nervům. Jeho dostatečný přísun je důležitý v období růstu, těhotenství a kojení.

Vitamíny je možno užívat i jako doplňky stravy. V posledních letech zažívá tato alternativa velký nárůst zájmu. Lidé se stále více zajímají o své zdraví a obchodníci na to reagují dostatečnou nabídkou vitamínů a podpůrných doplňků stravy. Senioři jsou mnohdy svými blízkými obdarováni populárními Wobenzymy, Geriavity aj. Vždy je, ale důležité číst příbalové letáky a nepodlehout zavádějícím reklamám.

Bez živin se obejdeme až několik týdnů, ale bez tekutin nepřežijeme déle než 100 hodin. Voda je zásadní součástí našeho života. V našem těle hraje voda několik zásadních rolí – představuje přepravní systém, mazivo, prostředek pro metabolické reakce a slouží také jako termoregulátor.

Jedním z velkých problémů u seniorů je nedostatečný pitný režim. „Denní příjem vody by měl činit 2,5 -3 l, byl by tak pokryt denní výdej, který představuje množství přibližně 3 l; 0,5 l se ztrácí dýcháním, 0,6 l kůží, 1,5 l močí a 0,15 l stolicí“ (Mikšová et al., 2006, s. 14). Senioři, ale nepocítí úji žízeň v takové míře jako mladí lidé. Případná dehydratace organismu však vede k únavě, malátnosti a nezájmu o okolní dění. Z těchto důvodů je velmi důležité, aby byl u seniorů sledován pitný režim a aby se do pití více nutili. Kávu, kterou nemohou požívat v takové míře jako dříve z důvodu vysokého tlaku, mohou nahradit náhražky kávy nebo kávou bez kofeinu. Mnoho seniorů také upřednostňuje bylinné čaje. Příjem důležitých živin, jako jsou minerály, polyfenoly a vitamíny mohou zajistit také různé varianty ovocných nápojů.

Foster (1999, s. 79) uvádí, že je vhodné:

- každé ráno vypít dvě sklenice vlažné vody, která pomůže aktivizovat naše tělesné funkce;
- nepít během jídla. Naposled pít 15 minut před jídlem a jednu hodinu po jídle aby se trávicí funkce správně rozeběhly;
- mezi snídaní a obědem vypít alespoň dvě sklenice vody. Mezi obědem a večeří další dvě, před spaním další dvě;
- v teplých dnech zvýšit příjem tekutin. Přijmout alespoň o třetinu více vody, než jakou máme žízeň;
- při dietě a pocitu hladu vypít sklenku vody nebo vlažného neslazeného čaje.

Melgosa (2001, s. 116) uvádí, že voda je nutná nejen k tomu, abychom si udrželi dobré zdraví, ale napomáhá nám také zvládat stres.

Zlepšení nebo udržení optimálního zdravotního stavu závisí tedy v první řadě na každém jedinci. Není možné, aby se spoléhal pouze na pomoc lékařů nebo státu.

Každý jedinec může dle Fostera (1999, s. 16):

- připustit si větší zodpovědnost za péči o své zdraví, naučit se měřit puls a krevní tlak;
- nespoléhat se na akutní léčbu, ale zaměřit se na prevenci;
- říci životu „ano“. Neumírat předčasně, nebo trávit poslední léta života v nemocnicích;
- postupně měnit svůj způsob života;
- cvičit se v nových a lepších návycích. Netrápit se při nedodržení programu, nebo chybě;
- klíčem k úspěchu je růst - to znamená jít za světlem pravdy.

Zdravotní stav člověka je ovlivněn jeho návyky a zlovyky, které jsou ovlivňovány jeho myšlením, žebříčkem hodnot a smyslem života vůbec. Pokud má být případná léčba jedince úspěšná, musí směřovat k podstatě problému, nestačí léčit pouze symptomy. Na člověka

musí být nahlíženo komplexně, tedy jako na bytost fyzickou, psychickou, sociální a duchovní.

Moskala (cit. podle Foster, 1999, s. 9) považuje za nejškodlivější složky:

- energeticky nadměrnou stravu a nevhodnou skladbu stravy;
- kouření;
- nízkou pohybovou aktivitu;
- vysokou úroveň psychických tenzí a stresů;
- zneužívání alkoholu a dalších návykových látek;
- nevhodné sexuální chování.

Strava dle Rogera (1999, s. 28-29) velkou měrou ovlivňuje i náš zevnějšek:

- pokožka mastná nebo šupinatá – je nutné zvýšit přísun vitamínů A a C, omezit kořeněná jídla, alkoholické nápoje a tuky;
- vlasy a nehty – dostatečné množství železa a křemíku zabrání lámavosti nehtů a suchým vlasům bez lesku;
- oči – zarudnutým očím, vypadáváním řas, šupinatým víčkám zabrání dostatek vitamínu A a B₂;
- úsměv – na zdravé, silné a dobře tvarované zuby nestačí jen dostatek potravin bohatých na vápník, ale samozřejmě i pravidelné ošetřování chrupu a vhodná strava. Tedy ta bez potravy a nápojů s vysokým obsahem cukru, který podporuje vznik zubního kamene;
- hmotnost – přiměřená hmotnost je samozřejmostí pro hezkou postavu a také znamená správnou výživu a tedy dobré zdraví.

2.3 Historie a současnost stravování

Roger (1999, s. 96) uvádí, že v knize Genesis, sepsané Mojžíšem před 3500 lety, se v první kapitole, verši 29, říká: „Hle, dal jsem vám na celé zemi každou bylinu nesoucí semena i každý strom, na němž rostou plody se semeny. To budete mít za pokrm.“ Člověk se tedy původně živil zdravější vegetariánskou stravou a až s nástupem potravin s živočišným pů-

vodem, se jeho dlouhověkost začala snižovat. V mnohých národech se původní stravovací zvyky dodržují dodnes.

Dálný východ – je ovlivněn buddhismem, bráhmánismem a hinduismem, které kladou velký důraz na vegetariánskou stravu.

Blízký východ – staří Egypťané, kterým se také říkalo konzumenti chleba, pěstovali obilí již od dávných dob. Že jejich strava byla založena na rostlinných produktech, dokazují provedené výzkumy, při kterých byl rozboru podroben i obsah střev egyptských mumií.

Řecko a Řím – strava se skládala zejména z potravin rostlinného původu. Konzumace masa byla pro lidského ducha ponižující a nešlechtná.

Evropské národy – většina obyvatelstva byla zcela odkázána na stravu velice chudou a monotónní. Maso a uzeniny patřily k nejvíce ceněným potravinám a nebyly pro denní konzumaci běžně dosažitelné.

Severní Amerika - do dějin lidské výživy se zapsal v 19. stol zejména pastor S. Graham, který prosadil používání celozrnné mouky a novou metodu kynutí těsta. Doktor Kellog založil a řídil jedno z prvních sanatorií, ve kterém byla aplikována např. vegetariánská strava, masáže, hydroterapie a další léčebné metody.

To jak jsou lidé v jednotlivých zemích zdatní, závisí zejména na charakteru stravy. V minulosti, ale i v současnosti se setkáváme s primitivními národy, které ač se stravují zejména jednoduchými potravinami rostlinného původu, dosahují dlouhověkosti a udržují si velkou vitalitu. Dle Rogera (1999, s. 105-113) jsou to např.:

obyvatelé Okinawy – žíví se stravou rostlinného původu. Nebyl zde zaznamenán žádný výskyt nádorů, arteriosklerózy, artrózy nebo degenerativních chorob jako rakoviny. Naopak se tito jedinci dožívají dlouhověkosti.

Hunzové z centrální Asie – údolí se rozkládá v Pakistánu a je obklopeno dvěma masívy. Obyvatelé tohoto území se dožívají velmi vysokého věku, ve velmi dobrém zdravotním stavu. Výzkumy ukázaly, že Hunzové jedí velice střídavě, převážně čerstvé ovoce, zeleninu a obiloviny. Pijí kozí mléko a jednou až dvakrát do roka jedí jehněčí maso.

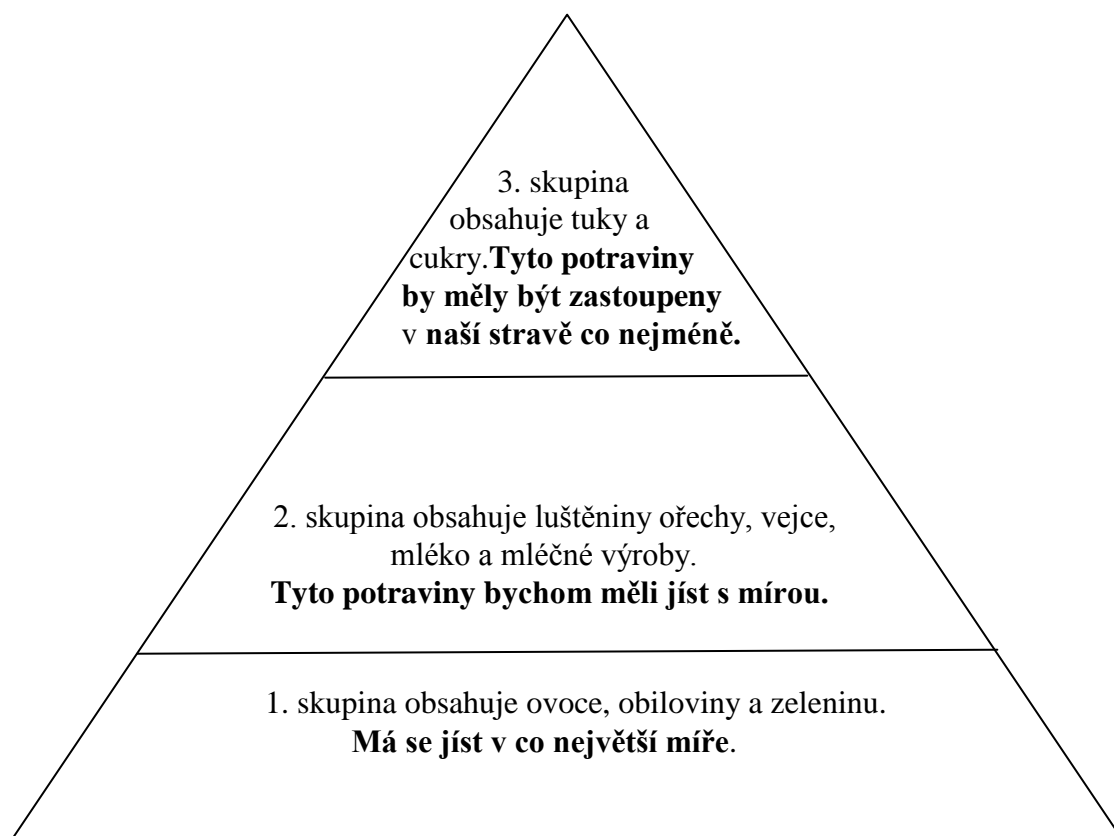
Šerpové z Nepálu – jsou známí svou mimořádnou fyzickou silou. Jejich rostlinnou stravu doplňuje pouze kozí mléko. Maso takřka nekonzumují.

Adventisté – tito obyvatelé vyznávají Církev adventistů sedmého dne. Žijí zdravým životním stylem. V jídelníčku mají zejména ovoce, zeleninu celozrnné obiloviny. Nepožívají tabák, alkoholické nápoje ani jiné drogy. Výskyt srdečních infarktů byl u této populace zaznamenán o 45 % nižší než u ostatních.

Až v posledních letech se odborníci ve výživě shodují, že není důležitá kvantita, ale kvalita potravin. Je to zejména z důvodu nárůstu vysokého počtu jedinců u nichž byly diagnostikovány kardiovaskulární choroby, zvýšený cholesterol, obezita, vyšší krevní tlak, cukrovka, osteoporóza aj. Součástí naší stravy, zejména předem zpracované pokrmy, obsahují sloučeniny nebo karcinogeny, které mohou být podpůrnými faktory pro vznik různých nemocí. Tohoto názoru je i Foster (1999, s. 132), který uvádí, že riziko rakoviny může výrazně snížit nebo zvýšit to, co jíme.

Mikšová et al., (2006, s. 11) uvádí, že člověk zhruba dovede regulovat příjem nápojů a potravy, ale nedovede však často určit, jaké druhy potravin má s ohledem na své zdraví požívat a kterých se má vyvarovat.

Roger (1999, s. 141) uvádí tzv. pyramidu vyvážené stravy, která obsahuje tři skupiny potravin.



Obrázek č. 1 - Pyramida vyvážené stravy

Díky takovému složení stravy se vyhneme obezitě, která vyvolává mnoho zdravotních problémů, přetížením srdce, kostí a kloubů. Snížení hmotnosti znamená získání zdraví. „Ideální hmotnost dospělého člověka můžeme přibližně vypočítat z údaje o jeho výšce: Centimetry, o které přesahuje jeho výška jeden metr, představují kilogramy, které by měla jeho hmotnost dosahovat“ (Roger, 1999, s. 159). Tloustnutí zejména způsobují tuky, uhlohydráty v rafinované formě (mouka, cukry aj.), alkoholické nápoje a nadbytek soli ve stravě, která zadržuje v těle vodu.

Kategorizovat přesně nutriční potřeby dospělých, je velmi těžké, neboť nezáleží pouze na věku, ale také na momentálním zdravotním stavu každého seniora. Někteří staří lidé mohou být mnohem aktivnější než jiní výrazně mladší. Tohoto názoru je i Mikšová et al. (2006, s. 11), která uvádí, že člověk potřebuje ke své každodenní výživě takové množství potravy, jaké zhruba odpovídá jeho spotřebě.

Melgosa (2001, s. 115) zmiňuje, že: „Lidé, kteří prožívají stres, mají sklon jíst buď příliš mnoho, nebo naopak málo, a navíc ještě ve chvatu a nepravidelně.“

Foster (1999, s. 162) se domnívá, že jídlo by nemělo být jen biologickou potřebou, ale mělo být něčím více – měla by to být radost. S tímto názorem souhlasí i Foster (1999, s. 164): „Nedovolte, aby vás různé životní tlaky oloupily o jedno z největších životních potěšení.“ Je vhodné vytvořit z jídla společenskou příležitost, při které se setkáváme s přáteli nebo rodinou, projednáme obchod, vyměníme si informace nebo navážeme nové známosti.

3 DOMOV PRO SENIORY

Vyšší věk sám o sobě není důvodem pro hospitalizaci, nebo zvýšenou potřebu péče. Janečková (In Matoušek, 2005, s. 163) uvádí, že kvalitní zdravotní péče musí být seniorům zajištěna stejně jako každému jinému občanu, ale nesmí v životě člověka převážet. Senior nesmí být tlačěn do role nemocného. Sociální péče by měla být poskytována zejména těm jedincům, kteří mají sníženu kvalitu života z důvodu poklesu funkčních schopností a soběstačnosti. Vždy musí být respektováno přání jedince nebo jeho příbuzných. V případě zhoršení zdravotního stavu je senior hospitalizován a ve chvíli, kdy pominou důvody pro hospitalizaci, je propuštěn. Vzhledem k vysokým nákladům na zdravotní péči, jsou tendence z lůžkových oddělení seniory propouštět velmi brzy do domácí, sociální nebo jiné zdravotní péče. V mnoha případech však není rodina schopna zajistit odpovídající péči. V těch případech, kdy není možné zajistit péči ani terénní pečovatelskou nebo asistenční službou, jsou senioři umístěni např. v Domově pro seniory.

V ČR existují dle Janečkové (cit. podle Matoušek, 2005, s. 178-179) tři typy rezidenční péče:

- Domovy – penzióny pro důchodce - zdraví a soběstační senioři si pronajímají byt a mohou si zaplatit některé služby;
- Domy s pečovatelskou službou – pronájem bytu, v pracovní dny pečovatelské služby;
- Domovy důchodců – trvalé ubytování a široké spektrum služeb.

V zahraničí se můžeme setkat s jinými formami poskytování péče. Je to například poskytování péče v domech nebo bytech v běžné bytové zástavbě. Tito senioři nejsou vyčleněni ze společnosti, ale jsou její součástí. Podílejí se na nákupech, přípravě jídel, žijí normálním životem. Lobo (2011, s. 5) uvádí, že v uplynulých letech se počet lidí umístěných v domech zvyšuje. Důvodem je například ztráta podpory okolí (potomek bydlí daleko, smrt partnera) nebo ze zdravotních důvodů (cévní mozková příhoda, úrazy, postupná ztráta duševní způsobilosti aj.).

Zásadní změny přinesl Zákon o sociálních službách č. 108/2006 Sb., který nabyl účinnosti 1. 1. 2007. Králová a Rážová (2012, s. 13) uvádí, že úkolem sociálních služeb je pomáhat

osobám řešit jejich nepříznivé sociální situace, jejichž příčinou byl věk nebo zhoršený zdravotní stavu.

Domov pro seniory Lukov se nachází 9 km severně od Zlína. Zřizovatelem zařízení je Zlínský kraj. Zařízení poskytuje službu Domov pro seniory pro 196 klientů a Domov se zvláštním režimem pro 21 klientů.

3.1 Charakteristika organizace

Cílem služby je, aby uživatelé s určitou pomocí mohli přiměřeně ke svému zdravotnímu stavu a věku vést takový život, který bude co nejvíce podobný životu, který vedli ve svém přirozeném domácím prostředí, aby se v Domově „cítili jako doma.“ Služby mohou využívat senioři od 65 – ti let, kteří z důvodu zdravotního stavu nebo věku mají sníženou soběstačnost, je nutná pravidelná dopomoc při zajišťování základních životních potřeb, kterou si nejsou schopni ve svém přirozeném prostředí sami zajistit.

Prostředky k dosažení cíle:

- pomoc při zvládnutí přechodu nových uživatelů přijatých do zařízení z domácího prostředí;
- podpora projevu vlastní vůle uživatelů;
- motivace uživatelů k vedení aktivního života;
- zajištění lékařské, ošetrovatelské péče;
- zachování přirozené vztahové sítě - kontakt s okolím, příbuznými, rodinou a známými;
- podpora možnosti využívat místní instituce, které poskytují služby veřejnosti.

Posláním Domova pro seniory je mimo jiné zajištění klidného, bezpečného a příjemného bydlení s odbornou péčí poskytovanou kvalifikovaným a obětavým personálem. Pomoci seniorům, aby prožili smysluplný a plnohodnotný život. Vždy je přihlédnuto k individuálním potřebám každého uživatele. Sociální práce podporuje co nejdůstojnější způsob života. Dle Matouška a kol. (2003, s. 11) je sociální práce společenská disciplína i oblast praktické činnosti, jejímž cílem je odhalování, objasňování a řešení sociálních problémů.

3.2 Prostředí přípravy a vydávání stravy

Provoz stravování se nachází v areálu domova pro seniory. Rekonstrukce provozu proběhla v roce 2002. Provoz je rozčleněn na čtyři hlavní procesy a podpůrný proces mytí. Hlavní procesy - příjem a skladování, dále proces přípravy jídel a následně konečně dva druhy výdeje, tabletový a servírovaný. Jde tedy o klasický model komplexního systému stravování pro tento typ provozu. Všechny nastavené procesy mají logickou návaznost napříč celým provozem. Stav veškerého technologického zařízení ve stravovacím provozu je zcela vyhovující a plně odpovídá současným technologickým standardům pro hromadné stravování. Odpovídá i zákonným hygienickým požadavkům. Tabletový systém určený pro distribuci stravy klientům na jednotlivá oddělení je nejkomfortnějším systémem jaký lze v současné době využívat. Díky němu je při podávání stravy na jednotlivých odděleních snadnější manipulace. Tablet je označen jménem klienta a příslušnou dietou. Na jednotlivá oddělení jsou tablety hromadně přepravovány v tabletových nerezových skříních. Tyto nerezové skříně jsou používány pro všechny druhy pokrmů (snídaně, obědy večeře). Tabletový systém zajišťuje bezproblémové udržení požadovaných teplot a zamezuje nežádoucí manipulaci se stravou klienta. Nabídka jídel je sestavována provozní a vedoucími kuchařkami. Následně je jídelníček schvalován vrchní sestrou, smluvním lékařem a nutriční terapeutkou. V programu Cygnus jsou zpracovávány objednávky a normování jak stravy pro klienty tak i pro zaměstnance zařízení. Sortiment nabízených pokrmů je shodný pro klienty i personál. Zaměstnanci mají možnost odebírání pouze obědů. Stravování pro klienty je zajišťováno v rozsahu snídaně, svačinky, oběda a večeře. Diabetici mají ještě druhou večeři. Snídaně jsou jak teplé tak i studené, např. pečivo, jogurty, sýry, pomazánky aj. Obědy se skládají z polévky a teplých hotových pokrmů ve všech základních dietách a to:

- 3 – racionální;
- 4 – šetřící žlučnicková;
- 9 – diabetická;
- 9/4 – žlučnicková a diabetická.

Strava může být dle zdravotního stavu klienta i krájená, mletá nebo mixovaná. Večeře jsou vydávány v pondělí, ve středu a v pátek teplé a v úterý, ve čtvrtek, v sobotu a v neděli studené. Strava je vydávána na šesti malých jídelnách, velké jídelně a případně pro cizí strávnicky do jídlonosičů. (Neischlová, 2012)

Pracovníků ve stravovacím provozu je 14. Tento počet je dán potřebou dvousměnného provozu a střídáním zaměstnanců na jednotlivých směnách. Pracovní doba je od 5,00 do 17,00 hod. Pomocné síly mají pracovní dobu posunutou s ohledem na maximální využití na 6,00 – 18,00 hod.

Současná personální struktura a rozdělení dle profesí je následující.

Vedoucí oddělení (provozní)	1x
Vedoucí kuchařka (sklady - příjem, výdej)	2x
Pomocná kuchařka (příprava surovin)	2x
Kuchař (technologická úprava)	3x
Pomocné síly (mytí a úklid)	6x

Tabulka č. 1 Personální struktura stravovacího provozu

Všichni zaměstnanci mají stanovenou podrobnou pracovní náplň dle jednotlivých pracovních pozic s přesným vymezením zodpovědností, pravomocí a povinností. Všechny náplně jsou zpracovány v souladu se Zákoníkem práce. Všichni zaměstnanci stravovacího provozu jsou řízeni vedoucí provozu – provozní.

Ve stravovacím provozu je zcela zpracovaný systém monitorování v rámci HACCP. Nezávislou osobou jsou prováděny pravidelné audity. Provoz výdejny jídel pro zaměstnance a jídelny vyhovuje prostorově, stavebním stavem, ale i technologickým vybavením a odpovídá hygienickým standardům podle Nařízení Evropského parlamentu a Rady EU č.852/2004. (Neischlová, 2012)

3.3 Standardy kvality, metodické postupy a směrnice

Králová a Rážová (2001, s. 55) uvádí, že stravování v ústavech je poskytováno dle stravovacích jednotek v souladu se zásadami správné výživy, s ohledem na věk a zdravotní stav jedince. Stravovací jednotkou se rozumí finanční norma průměrných nákladů na potraviny připadající na jeden ubytovací den.

Provoz v Domově pro seniory Lukov splňuje podmínky obecných předpisů – Nařízení Evropského parlamentu a Rady č. 852/2004 o hygieně potravin, zákon č.258/200 Sb. O ochraně veřejného zdraví, zákon č.110/1997 Sb. O potravinách, nařízení EP a Rady

č.853/2004 Zvláštní hygienická pravidla pro potraviny živočišného původu, nařízení EP a rady č.178/2002 kterým se stanoví obecné zásady a požadavky potravinového práva a vyhlášku Ministerstva zdravotnictví č. 137/2004 Sb. O hygienických požadavcích na stravovací služby a o zásadách osobní a provozní hygieny při činnostech epidemiologicky závažných, v platném znění novela 602/2006, účinná od 1. 1. 2007.

Uživatelé mají nezpochybnitelné právo si stěžovat u poskytovatele na kvalitu nebo způsob poskytování sociálních služeb, aniž by tím byli jakýmkoliv způsobem ohroženi. Kdokoliv z klientů může podávat návrhy nebo připomínky taktéž bez jakékoliv újmy. Stížnosti je možné podat kdykoliv do schránek k tomu určených nebo kompetentním pracovníkům k přijímání stížností (klíčový pracovník, vrchní sestra, sociální pracovníce a vedoucí úseku). V rámci možností jsou projednávány i anonymní stížnosti. O každé stížnosti, jejím projednávání i o závěru je vyhotoven písemný záznam a je informována ředitelka zařízení. V případě nespokojenosti s výsledkem řešení stížnosti je možné obrátit se na zřizovatele, veřejného ochránce práv, Český helsinský výbor, nebo na občanskou poradnu.

Uživatel se může rozhodnout, zda bude respektovat doporučený dietní režim. Personálem je upozorněn na hrozící nebezpečí, případně je doporučena konzultace s lékařem. „Pokud i přes podané informace uživatel trvá na změně diety, stvrzuje to svým podpisem ve své zdravotní dokumentaci.

V Domově pro seniory se provádí mimo jiné kontrola:

- kvality a velikosti porcí – namátkově, několikrát ročně;
- stravovacího provozu a dodržování stravovací jednotky – 1 x měsíčně;
- dodržování hygieny, čistoty a pořádku na pracovištích – namátkově;
- hygieny v kuchyni – namátkově;
- platnosti a úplnosti potravinářských průkazů – průběžně;
- skladů – 4x ročně;
- dodržování předpisů BOZP a PO na pracovištích – 1 ročně.

Vydávání stravy zaměstnancům se řídí Směrnicí k závodnímu stravování č. 13-1/2012. Zaměstnanci, kteří se na přípravě a výdeji stravy podílejí, mají stravovací povinnost a to vždy v hlavní jídelně.

II. PRAKTICKÁ ČÁST

4 METODOLOGIE VÝZKUMU

Ve chvíli, kdy jsme se rozhodli pro téma diplomové práce Vliv fyzické a psychické pohody na přijímání potravy, setkali jsme se s velmi jednoznačnou reakcí. Většina názorů byla, že není nutné daný problém zkoumat a to z důvodu jednoznačných výsledků: zdravotní stav a psychická pohoda má vliv na přijímání potravy a spokojenost se stravovací službou. My jsme, ale nebyli po dobu výzkumu o tom zcela jednoznačně přesvědčeni. Velkou změnu v sociálních službách a tedy i poskytování stravovací služby přinesl Zákon o sociálních službách č. 108/2006 Sb., který nabyl účinnosti 1. 1. 2007. Od tohoto data bylo aplikováno mnoho nových pravidel pro poskytování sociálních služeb a příspěvků na péči. Otázkou zůstává, jak se tyto změny v průběhu uplynulých let promítly do praxe. Má individuální přístup a nabídka služeb klientům umístěných v domově pro seniory vliv na jejich spokojenost s poskytovanými službami? Je spojitost mezi zdravotním stavem a psychickou pohodou? Ovlivňuje zdravotní stav jedince při příjmu potravy? Na některé z těchto otázek bude praktickou částí diplomové práce zodpovězeno.

4.1 Cíl kvantitativního výzkumu

Cílem kvantitativního výzkumu bude zjistit, zda má fyzická a psychická pohoda seniorů vliv na příjem potravy a spokojenost se stravovací službou.

4.2 Výzkumné problémy

Gavora (2000, s. 29) uvádí: „Výzkumný problém může být formulován v oznamovacím nebo tázacím tvaru. Záleží na autorovi, jakou formu si vybere. Tázací forma (otázka) má však v sobě stimulační potence a často pomůže vyjasnit další cestu výzkumníka. Tázací forma pomáhá ujasnit si vlastní problém a hledat způsoby, jak by se mohl řešit. Výsledek výzkumu je potom odpovědí na otázku, která byla položena na začátku.“

Z cíle výzkumu jsme odvodili následující výzkumné problémy.

1. Má zdravotní stav seniorů vliv na příjem potravy?
2. Jaký vliv mají vztahy seniorů s příbuznými na jejich psychickou pohodu?
3. Je souvislost mezi psychickou pohodou a spokojeností s prostory kde je strava vydávána.

4.3 Stanovení hypotéz

Gavora (2000, s. 53) uvádí zlatá pravidla při formulaci hypotéz:

- hypotéza je tvrzení, které je vyjádřeno oznamovací větou;
- hypotéza musí vyjadřovat vztah mezi dvěma proměnnými;
- hypotézu musí být možno empiricky ověřovat.

Pro zpracování výsledků kvantitativního výzkumu jsme si stanovili následující hypotézy:

H1: Respondenti, kteří deklarují svůj zdravotní stav jako uspokojivý, spíše nemají žádná omezení při příjmu potravy.

H2: Respondenti, kteří hodnotí své vztahy s příbuznými jako uspokojivé, udávají častěji, že se po psychické stránce cítí spokojeni.

H3: S prostory, kde se vydává strava, budou spíše spokojeni ti respondenti, kteří udávají, že po psychické stránce se cítí spokojeni.

5 REALIZACE VÝZKUMU

Pro splnění daného výzkumného cíle jsme si zvolili metodu kvantitativního výzkumu. Při kvantitativním výzkumu se operuje s číselnými údaji na rozdíl od kvalitativního, který pracuje se slovy. Získané číselné údaje lze matematicky zpracovávat, vyjádřit je v procentech, vypočítávat průměr nebo použít další metody matematické statistiky. Požadovaná data byla zjišťována pomocí anonymního dotazníkového šetření.

V rámci předvýzkumu byl dotazník v průběhu měsíce prosince předán vybraným respondentům – klientům domova pro seniory a sociálním pracovnícům DS. Dle Chráska (2007, s. 26) předvýzkum by měl být zmenšeným modelem vlastního výzkumu. Provádí se většinou na poměrně malém vzorku osob. Na základě připomínek jak respondentů, tak i sociálních pracovníc byla formulace některých otázek upravena a otevřená otázka byla ponechána pouze jedna.

V případě testování hypotéz jsme se rozhodli pro použití testu nezávislosti chí-kvadrát pro čtyřpolní tabulku. „Použití čtyřpolní tabulky přichází v úvahu v případech, kdy proměnné (jevy), mezi nimiž máme ověřovat vztah, mohou nabývat pouze dvou alternativních kvalit“ (Chráska, 2007, s. 82).

„Při testování (ověřování, verifikaci) hypotézy jde o rozhodování, zda můžeme vyslovenou hypotézu přijmout, zda není v rozporu s empirickými fakty. Na základě výsledků ověřování hypotéz vyslovujeme závěry, ke kterým výzkum dospěl. Konstatováním přijetí či odmítnutí hypotézy interpretujeme dosažené výsledky a zdůvodňujeme případné rozdíly.“ (Chráska, 2007, s. 19)

5.1 Výzkumný vzorek

Objektem našeho zkoumání byli klienti Domova pro seniory v Lukově ve věku od 65-ti let, jejichž zdravotní stav umožňoval vzájemnou komunikaci, rozuměli položeným otázkám a dokázali na ně odpovědět. Nebyli osloveni ti respondenti, kteří přijímají potravu sondou.

5.2 Technika výzkumu

Pro diplomovou práci jsme zvolili metodu kvantitativního výzkumu. K metodám kvantitativního výzkumu patří dotazník, pozorování, interwiev, škálování, obsahová analýza textu a experiment. Nejčastější metodou je dotazník. Jak uvádí Gavora (2000, s. 99): „Dotazník

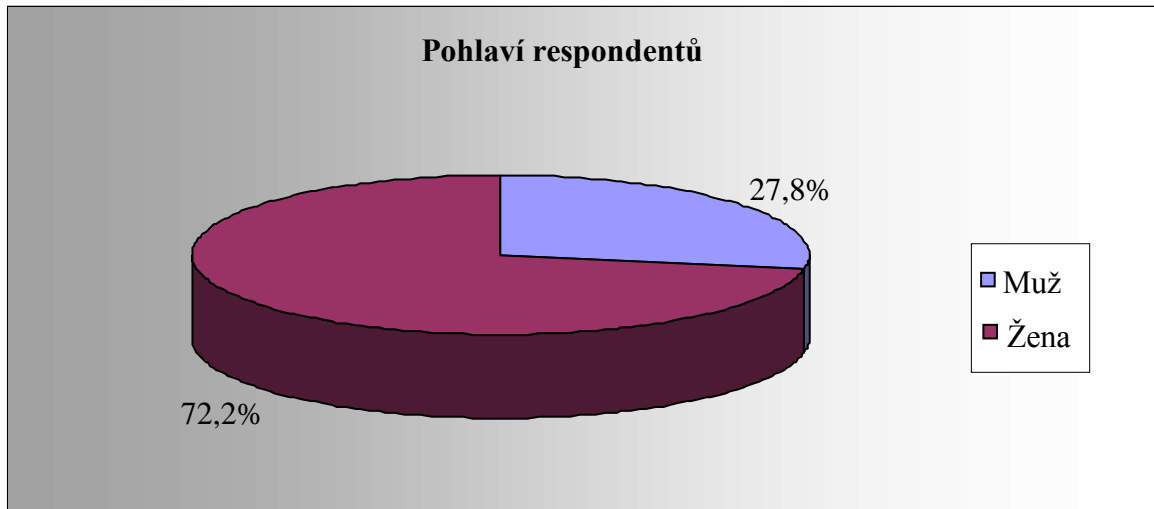
je určen především pro hromadné získávání údajů. Myslí se tím získávání údajů o velkém počtu odpovídajících. Proto se dotazník považuje za ekonomický výzkumný nástroj. Můžeme jím získávat velké množství informací při malé investici času.“

V praktické části diplomové práce byl použit dotazník, díky němuž lze získat informace a data o respondentovi a také jeho názory a postoje k otázkám, které zajímají dotazujícího. Dotazník, který je anonymní, obsahuje 21 otázek, z nichž část se přímo netýká zkoumané problematiky, ale do dotazníku je zařazena z důvodu statistického vyhodnocení, které bude součástí zpracování získaných údajů. V dotazníku jsou použity otázky uzavřené, polouzavřené a otevřené. Střídá-li se více typů otázek, zlepšuje to pozornost a vyvádí to respondenta ze stereotypu (Gavora, 2000, s. 105). Respondent má v případě uzavřených otázek k dispozici určité množství odpovědí, ze kterých si vybírá tu nejvhodnější. Nemá možnost vlastní volby, narozdíl od polootevřené otázky, která je charakteristická tím, že respondentu jsou odpovědi nabídnuty k výběru, přičemž jednou z možností je i jiná odpověď. Tu respondent může zaznačit v případě, že mu žádná z nabídnutých odpovědí nevyhovuje. Vlastními slovy respondenti odpovídají na otevřené otázky. Dotazník byl speciálně vytvořen pro tento výzkum. Nejedná se o dotazník převzatý, již existující.

Celkem dotazník vyplnilo 115 respondentů. Dotazníky byly předávány respondentům klíčovými pracovníky a osobně. V mnoha případech se oslovení respondenti potýkali se zdravotním handicapem. Na základě jejich přání byly z těchto důvodů otázky předčítány nahlas a případné nejasnosti objasňovány. Ve většině případů měli respondenti zájem o pomoc při zaznačování odpovědí.

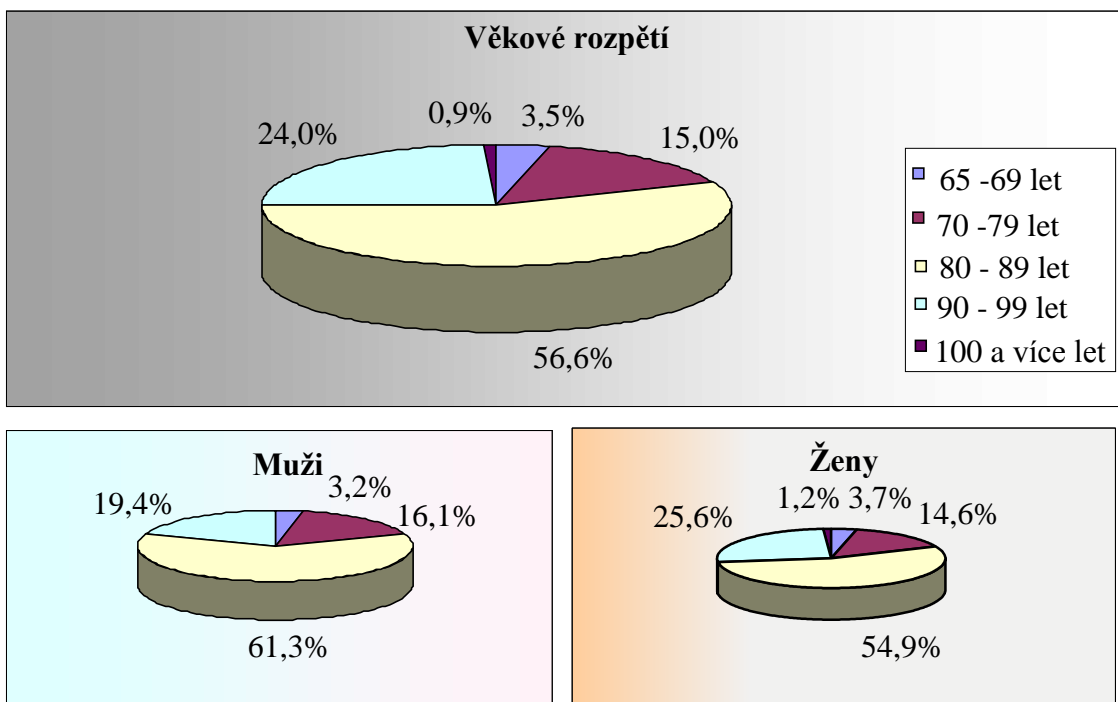
5.3 Způsob zpracování dat

V první části zpracování získaných dat je provedeno vyhodnocení jednotlivých otázek sumarizací počtu odpovědí. Výsledná zjištění každé otázky bude prezentováno grafy, které budou doplněny o komentáře. V druhé části zpracování dat budou zkoumány závislosti v dané problematice. Jedná se o třídění II. stupně s vyhodnocením hypotéz, které jsme si stanovili. Bude použit statistický test významnosti – test nezávislosti chí-kvadrát pro čtyřpolní tabulku. Zhodnocení zpracovaných dat bude shrnuto v závěrečné části diplomové práce.

Otázka č. 1 Pohlaví

Obrázek č. 2 Pohlaví respondentů

Větší počet žen 83 (72,2%) je dán jejich převahou v této věkové kategorii oproti mužům 32 (27,8%). V případě, že manželé žijí ve společné domácnosti, ve většině případů nemají zájem o umístění v Domově pro seniory, jelikož si vzájemně vypomáhají.

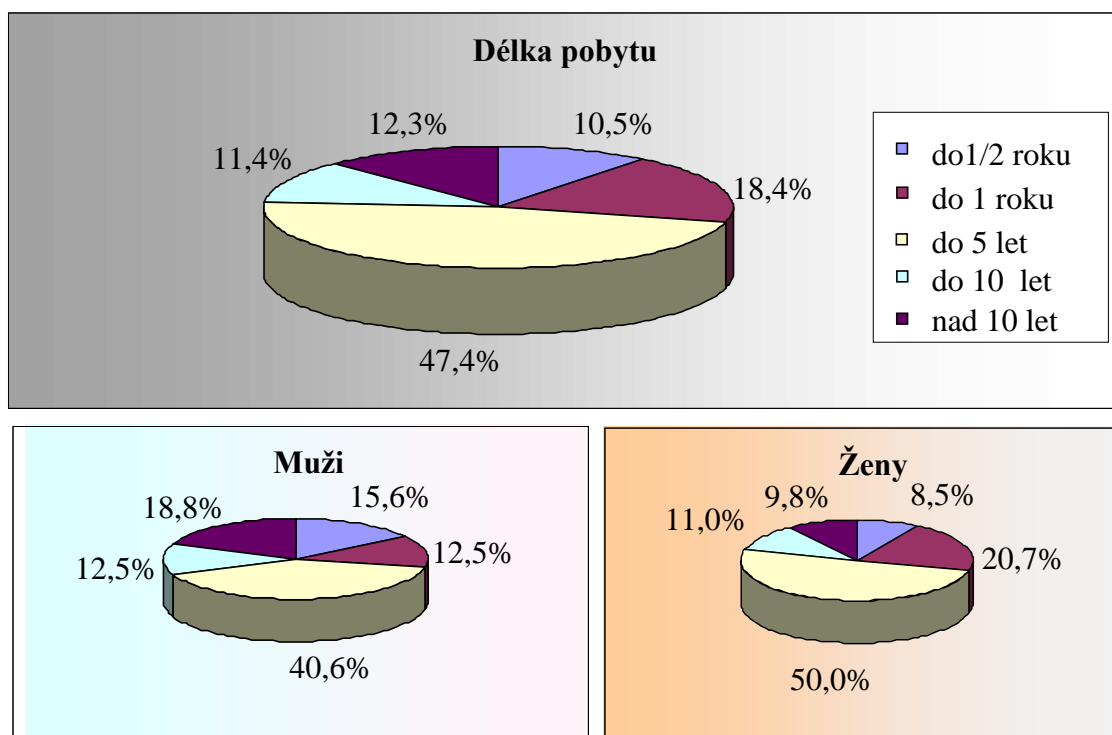
Otázka č. 2 Věk

Obrázek č. 3 Věkové rozpětí

V kvantitativním výzkumu jsme vymezili čtyři věkové kategorie. Spodní hranice 65 let byla stanovena z důvodu, že domov pro seniory má registraci na poskytování sociálních

služeb klientům od 65-ti let. Z výsledků výzkumu vyplývá, že ve věkové kategorii 65–69 let jsou 4 senioři (3,5%), 70–79 let 17 seniorů (15,0%), nejvíce respondentů bylo ve věkové kategorii 80–89 let a to 65 seniorů (56,6%), 90–99 let uvedlo 28 (24,0%) seniorů, 100 a více let 1 senior (0,9%).

Otázka č. 3 Délka pobytu v DS

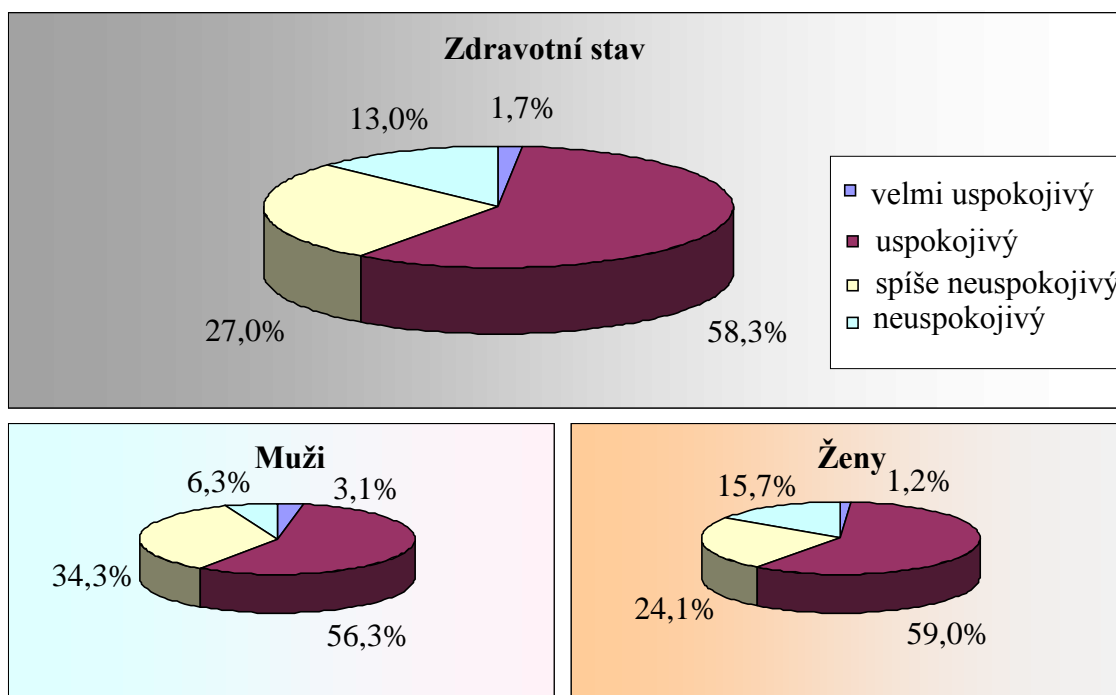


Obrázek č. 4 Délka pobytu

Z dotazníkového šetření vyplynulo, že 12 dotázaných klientů (10,5 %) žije v domově pro seniory do ½ roku, 21 klientů (18,4%) od ½ do 1 roku, 55 (47,4%) klientů od 1 roku do 5 ti let, od 5-ti let do 10-ti let 13 (11,4%) klientů. Celkem 14 dotázaných klientů (12,3 %) využívá služeb zařízení více jak 10 let.

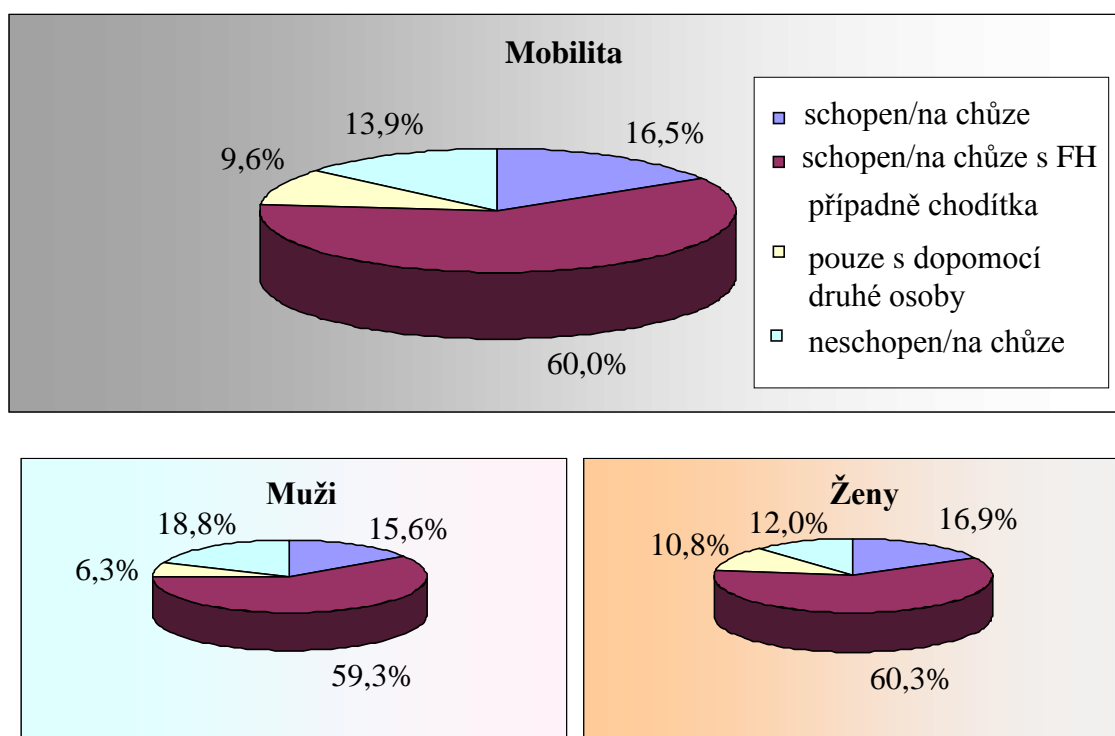
Otázka č. 4 Zdravotní stav

Svůj zdravotní stav uvedli pouze 2 (1,7%) respondenti jako velmi dobrý, 67 (58,3%) respondentů uvedlo uspokojivý zdravotní stav, 31 (27,0%) dotázaných respondentů je spíše nespokojeno a 15 (13,0%) respondentů uvedlo, že jejich zdravotní stav je nespokojivý.



Obrázek č. 5 Zdravotní stav

Otázka č. 5 Mobilita

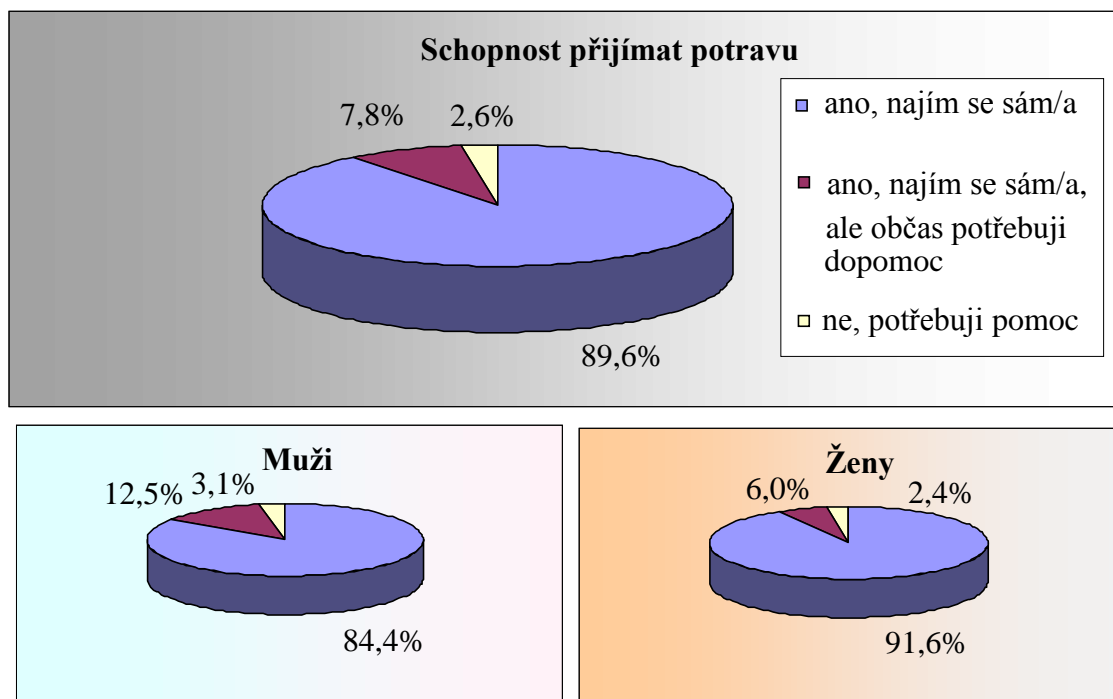


Obrázek č. 6 Mobilita

Že je schopno samostatné chůze uvedlo 19 (16,5%) oslovených respondentů, chůze s dopomocí francouzských holí nebo případně chodítka je 69 (60,0%) respondentů, 11 (9,6%)

respondentů je mobilní pouze s dopomocí druhé osoby, imobilní je 16 (13,9%) dotázaných respondentů.

Otázka č. 6 Schopnost přijímat potravu

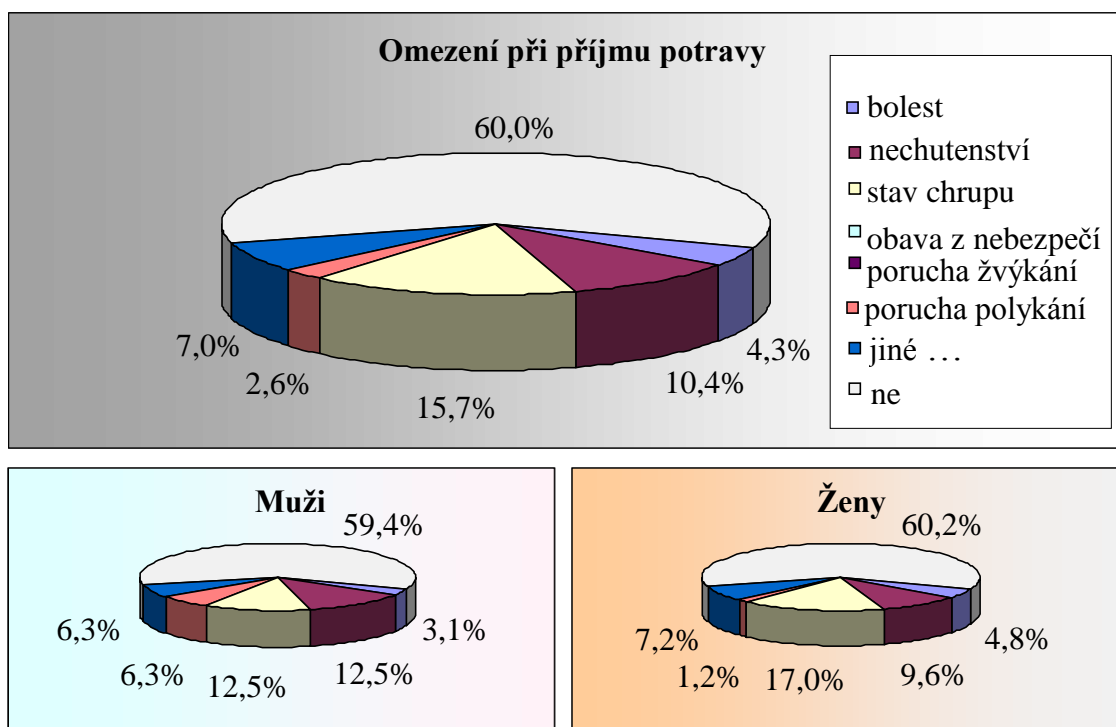


Obrázek č. 7 Schopnost přijímat potravu

Většina respondentů 103 (89,6%) se nají sama, 9 (7,8%) respondentů potřebuje občas při příjmu potravy dopomoc druhé osoby, 3 (2,6%) respondenti potřebují dopomoc pravidelně.

Otázka č. 7 Omezení při příjmu potravy

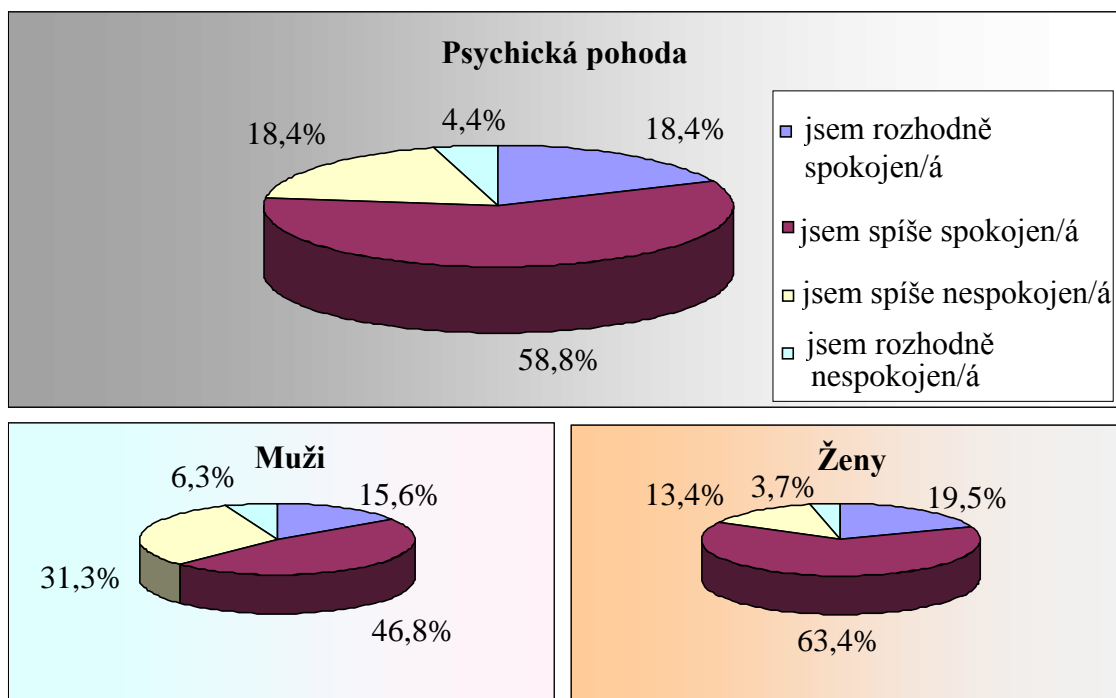
Žádná omezení nemá při příjmu potravy 69 (60,0%) dotázaných respondentů, 5 (4,3%) respondentů omezuje bolest, 12 (10,4%) respondentů nechutenství, 18 (15,7%) respondentů stav chrupu a 3 (2,6%) respondenty porucha polykání. Jiné příčiny, které omezují při příjmu potravy, uvedlo 8 (7,0%) respondentů např. potíže s pálením žáhy, třes rukou, horší hybnost prstů, přijímání potravy za delší časový úsek aj.



Obrázek č. 8 Omezení při příjmu potravy

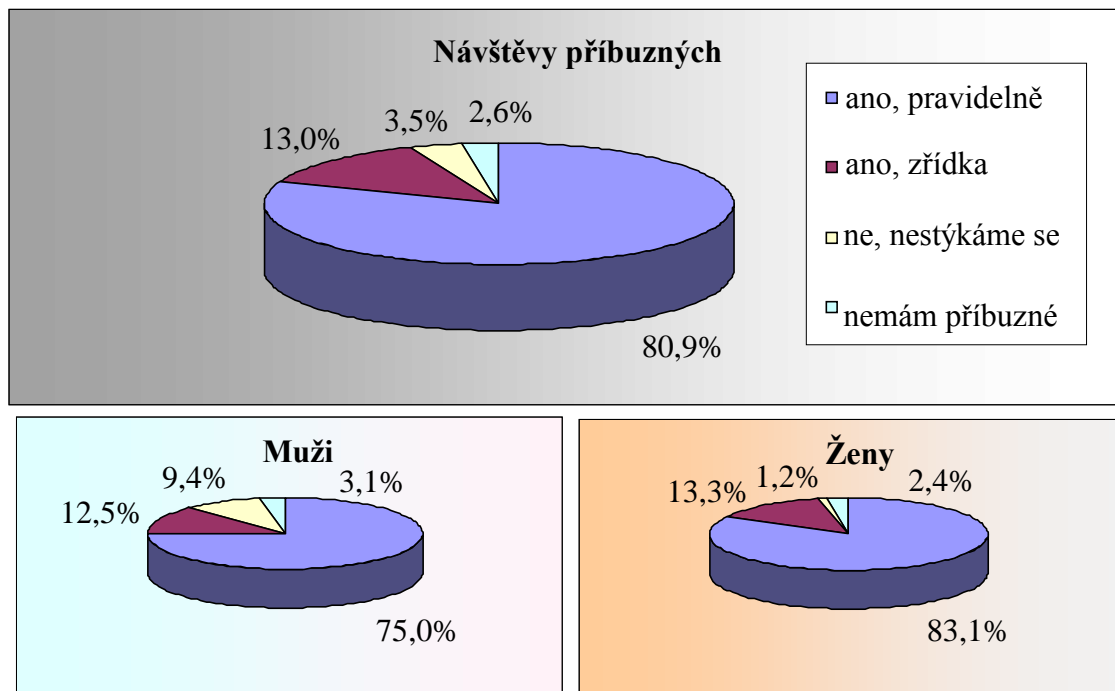
Otázka č. 8 Psychická pohoda

Rozhodně spokojených po psychické stránce uvedlo, že je 21 (18,4%) respondentů, spíše spokojených 68 (58,8%) respondentů, spíše nespokojených 21 (18,4%) respondentů a 5 (4,4%) respondentů uvedlo, že je po psychické stránce rozhodně nespokojných.



Obrázek č. 9 Psychická pohoda

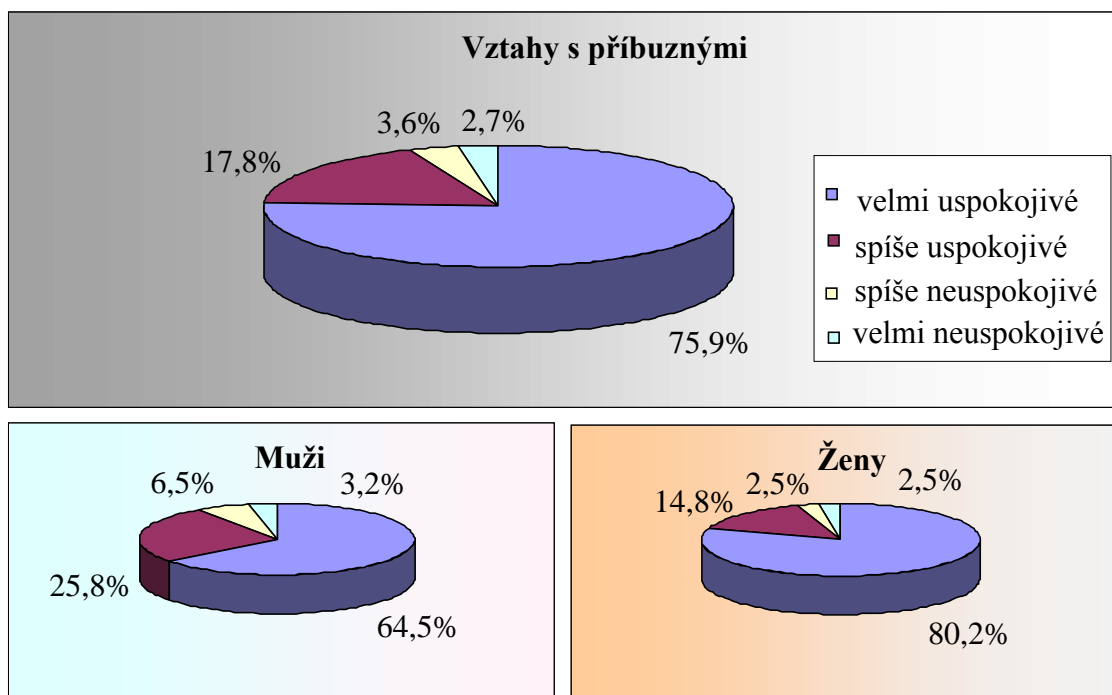
Otázka č. 9 Kontakty s příbuznými



Obrázek č. 10 Kontakty s příbuznými

Pravidelné návštěvy svých příbuzných uvedlo 93 (80,9%) dotázaných respondentů, 15 (13,0%) respondentů uvedlo, že příbuzní je navštěvují zřídka, 4 (3,5%) respondenti se nestýkají se svými příbuznými a 3 (2,6%) respondenti uvedli, že nemají žádné příbuzné.

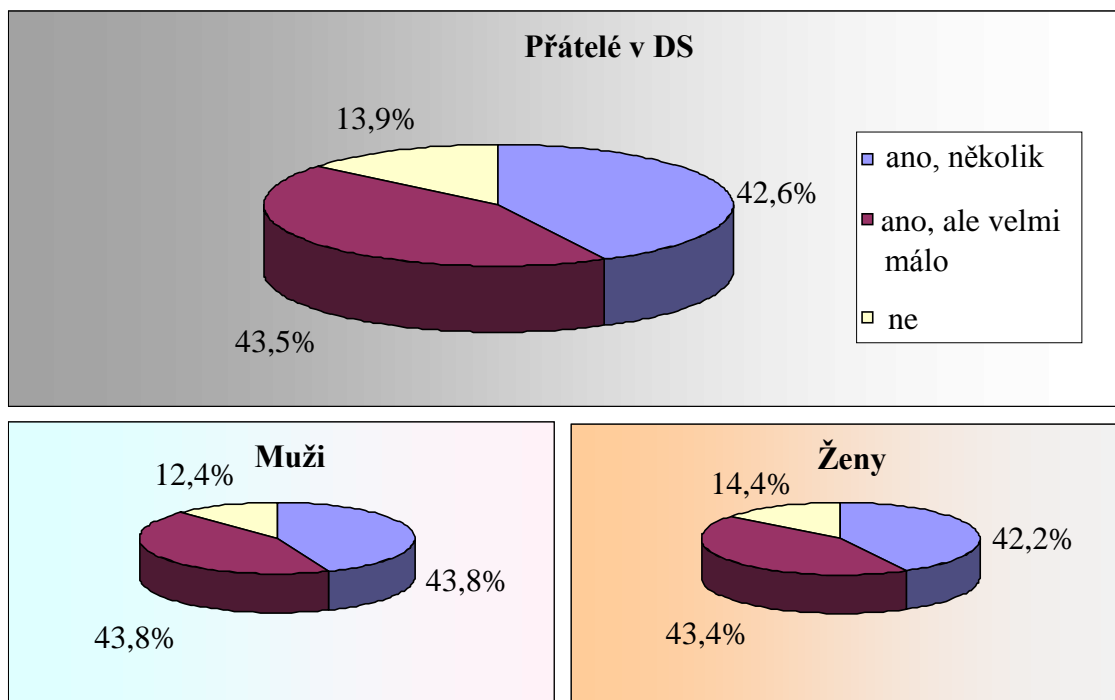
Otázka č. 10 Vztahy s příbuznými



Obrázek č. 11 Vztahy s příbuznými

Na tuto položenou otázku odpovědělo 112 respondentů, jelikož 3 respondenti uvedli, že nemají žádné příbuzné. 85 (75,9%) respondentů uvedlo, že vztahy s příbuznými mají velmi uspokojivé, 20 (17,8%) spíše uspokojivé, 4 (3,6) spíše neuspokojivé a 3 (2,7%) respondenti uvedli, že vztahy s příbuznými mají velmi neuspokojivé.

Otázka č. 11 Přátelé v DS

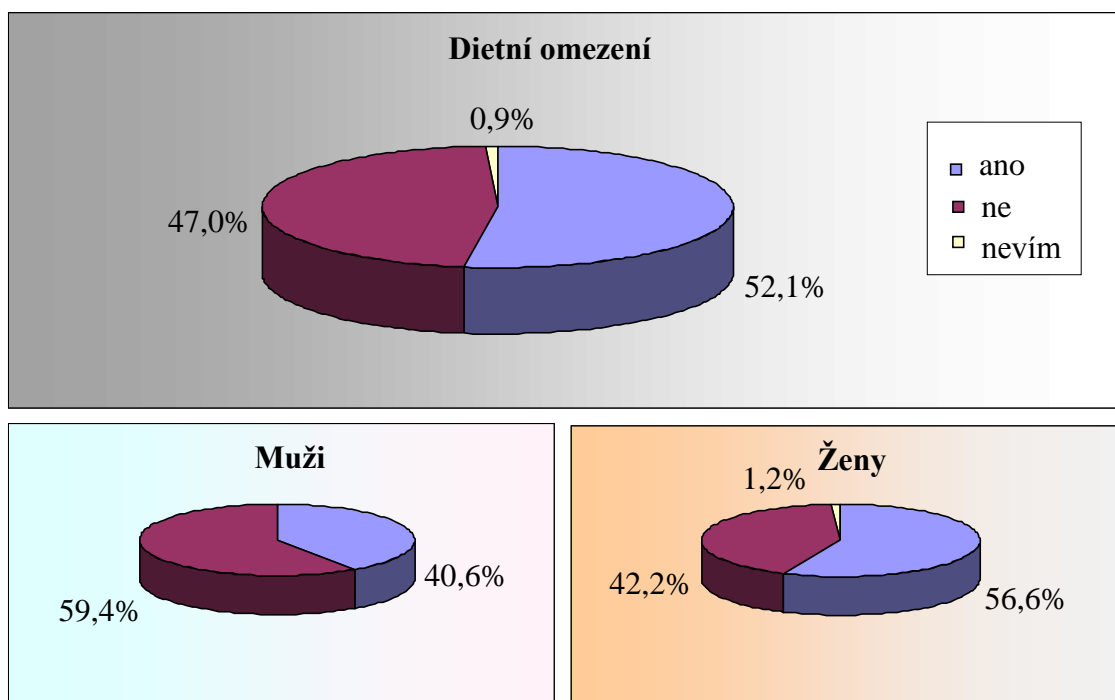


Obrázek č. 12 Přátelé v DS

V DS má přátele 49 (42,6%) respondentů, 50 (43,5%) uvedlo, že má přátele, ale velmi málo, 16 (13,9%) respondentů uvedlo, že nemá v DS žádné přátele.

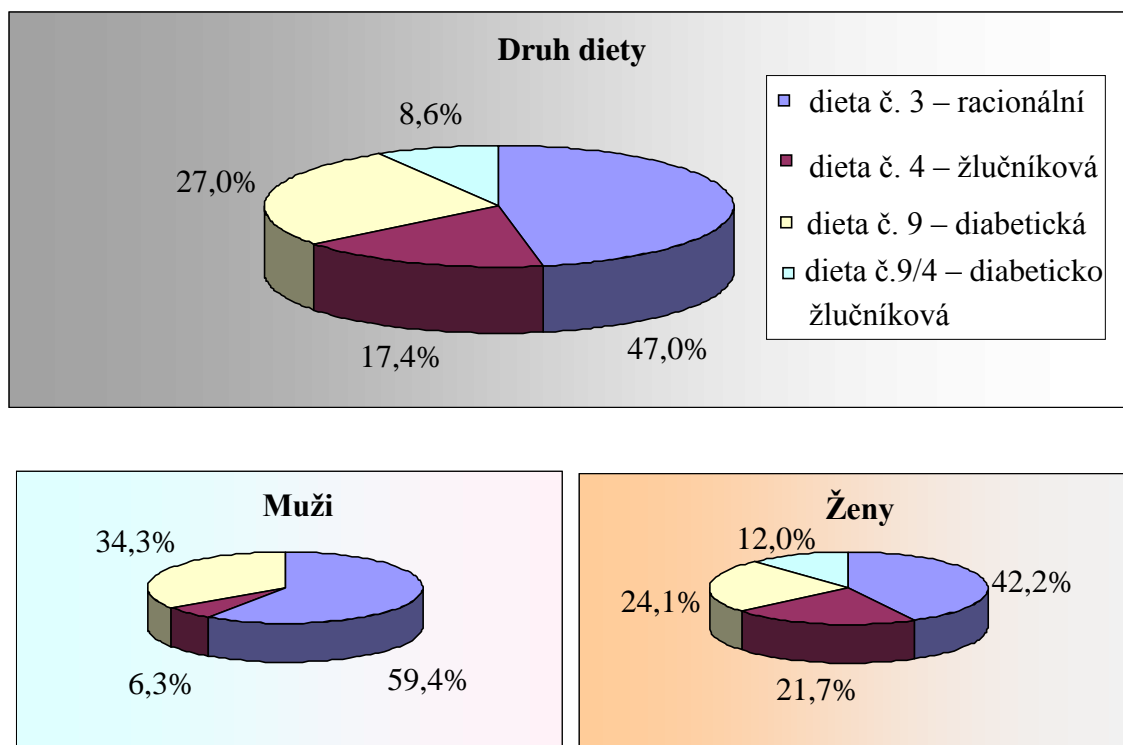
Otázka č. 12 Dietní omezení

Dietní omezení má 60 (52,1%) respondentů, 54 (47,0%) respondentů uvedlo, že nemá dietní omezení a 1 (09,%) respondentka uvedla, že neví, zda dietu má.



Obrázek č. 13 Dietní omezení

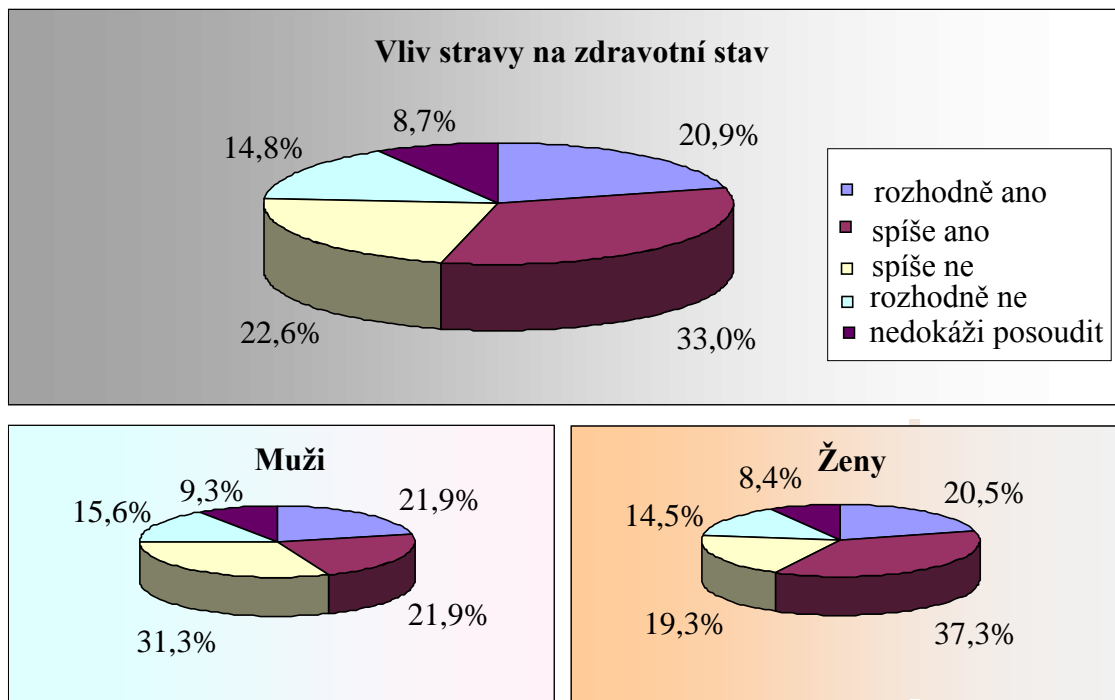
Otázka č. 13 Druh diety



Otázka č. 14 Druh diety

Racionální stravu má 54 (47,0%) respondentů, 20 (17,4%) respondentů uvedlo, že má žlučnickovou dietu, 31 (27,0%) respondentů diabetickou a 10 (8,6%) respondentů uvedlo, že má diabeticko - žlučnickovou dietu.

Otázka č. 14 Vliv stravy na zdravotní stav

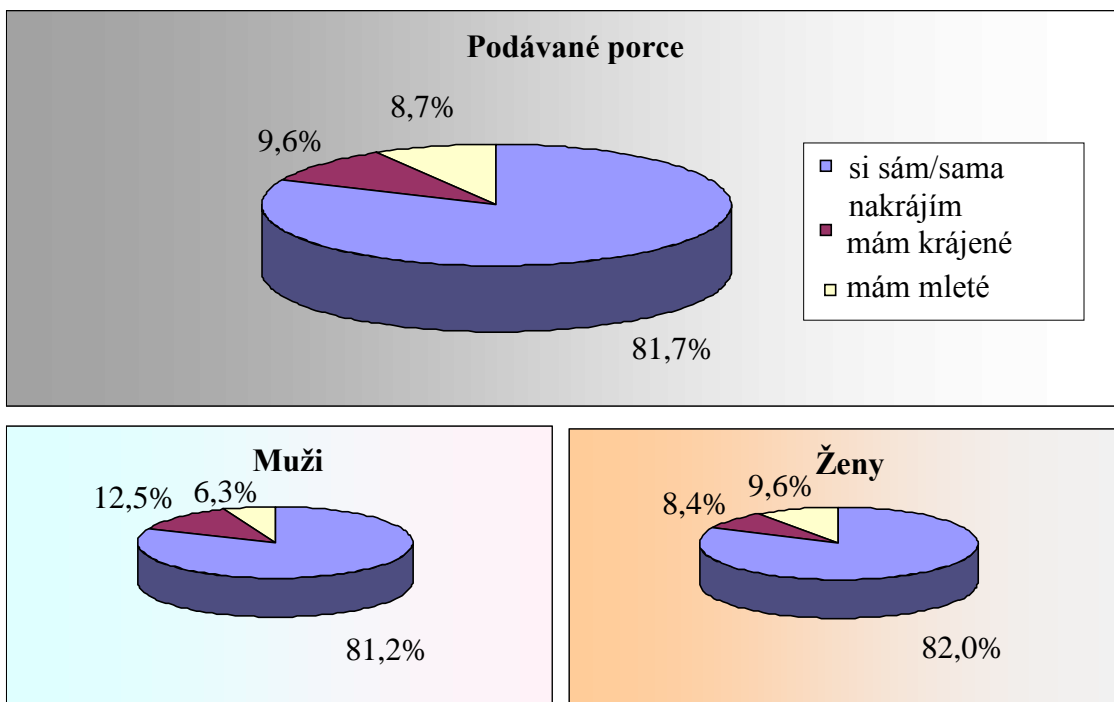


Obrázek č. 15 Vliv stravy na zdravotní stav

Na položenou otázku zda má strava vliv na zdravotní stav 24 (20,9%) respondentů uvedlo, že se domnívá, že strava má rozhodně vliv na zdravotní stav a 38 (33,0%) respondentů uvedlo spíše ano, 17 (14,8%) respondentů se domnívá, že strava nemá rozhodně vliv na zdravotní stav a 26 (22,6%) respondentů uvedlo, že spíše nemá. Zda má strava vliv na zdravotní stav nebo ne, neokáže posoudit 10 (8,7%) respondentů).

Otázka č. 15 Podávané porce

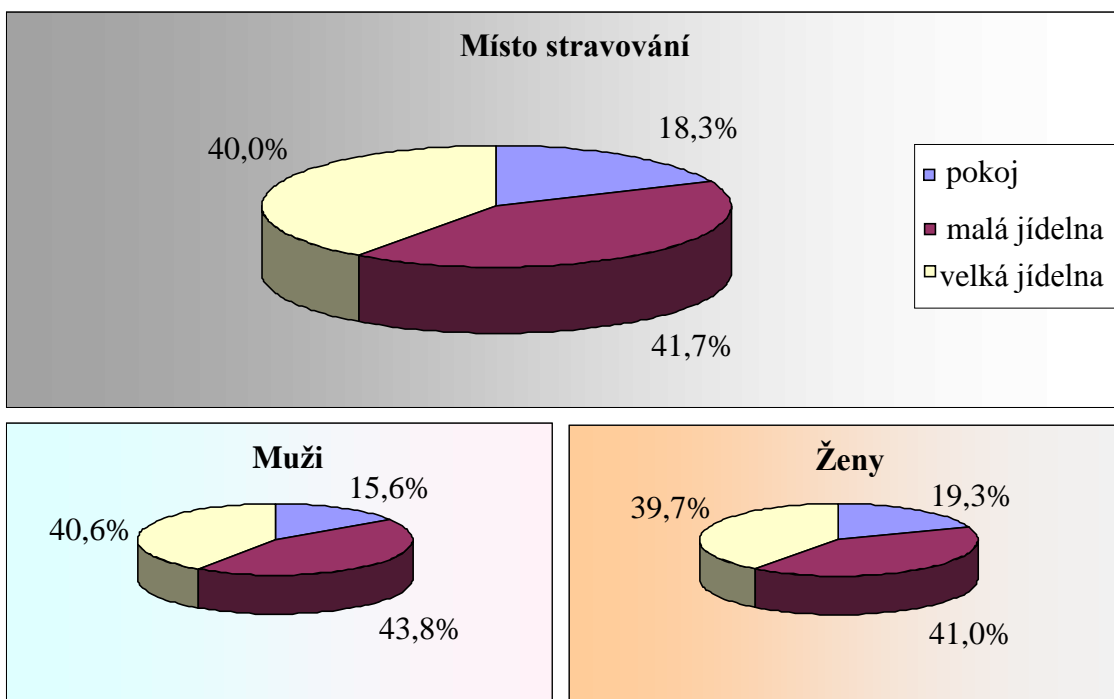
Z výsledků je patrné, že 94 (81,7%) respondentů si stravu samo nakrájí, 11 (9,6%) respondentů má stravu krájenou a 10 (8,7) respondentů má stravu mletou.



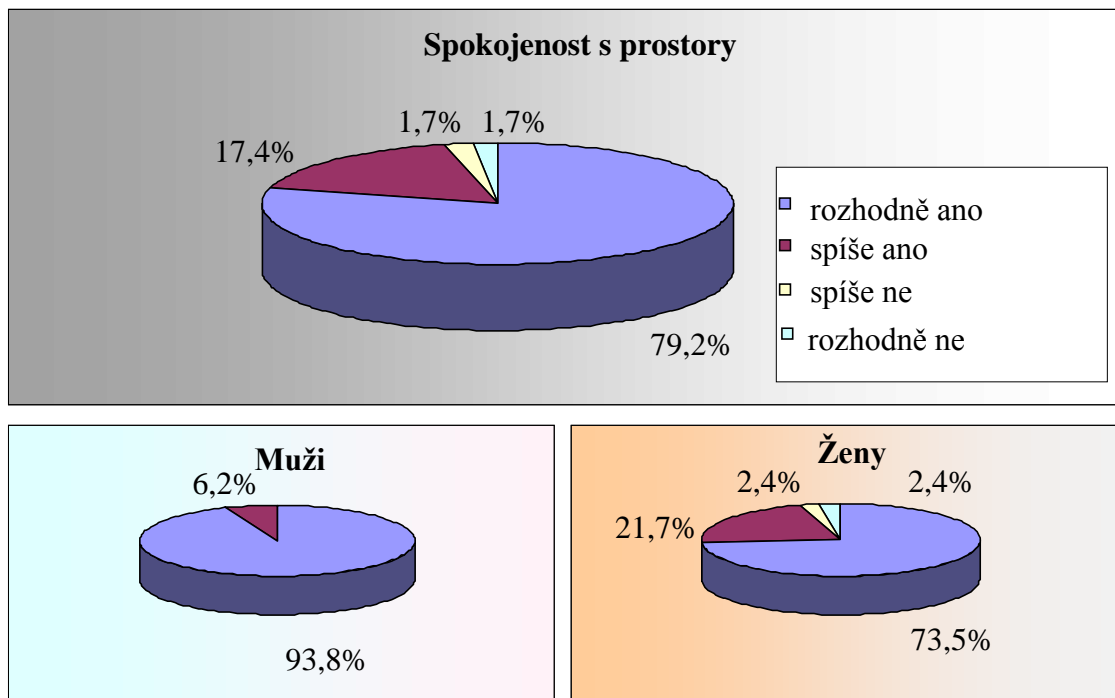
Obrázek č. 16 Podávané porce

Otázka č. 16 Místo stravování

Z šetření vyplynulo, že převážná část seniorů se stravuje na jídelně. Na pokoji DS se stravuje pouze 21 (18,3%) respondentů, na malé jídelně 48 (41,7%) respondentů. Ve velké jídelně se stravuje 46 (40,0%) dotázaných respondentů.



Obrázek č. 17 Místo stravování

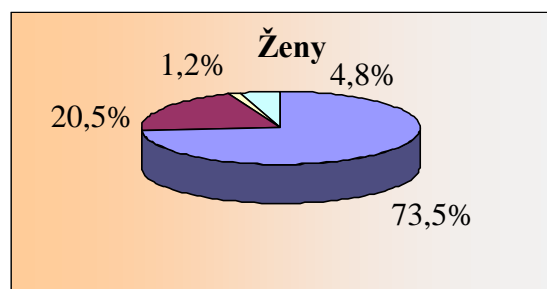
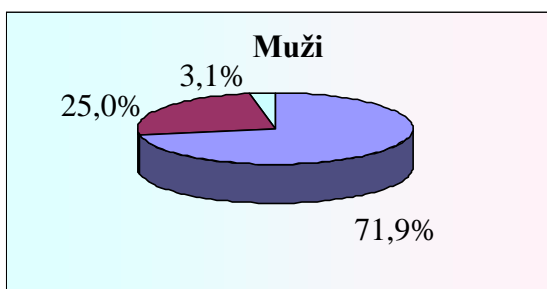
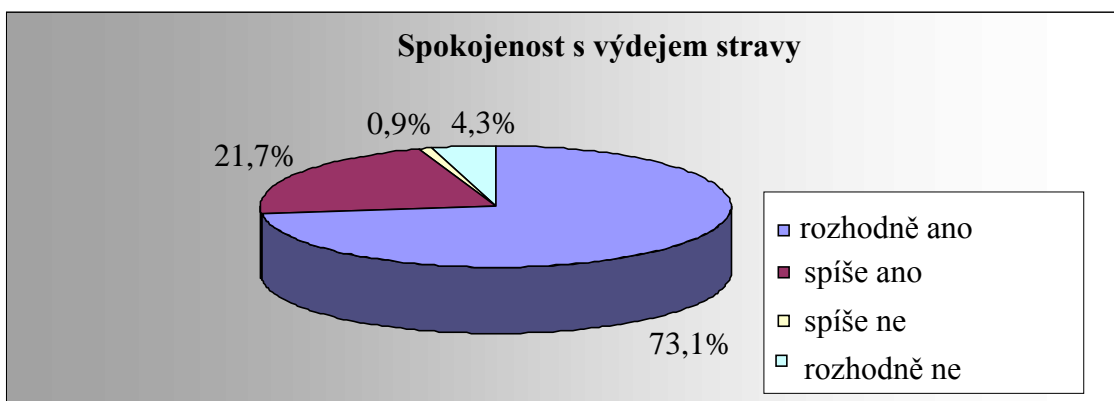
Otázka č. 17 Spokojenost s prostory, kde je strava podávána

Obrázek č. 18 Spokojenost s prostory

Z globálního pohledu je rozhodně spokojeno s prostory kde je strava vydávána 91 (79,2%) dotázaných respondentů, spíše spokojeno je 20 (17,4%) respondentů. Spíše nespokojeni s prostory jsou 2 (1,7%) respondenti a rozhodně nespokojeni jsou taktéž 2 (1,7%) respondenti.

Otázka č. 18 Spokojenost se způsobem vydávání stravy

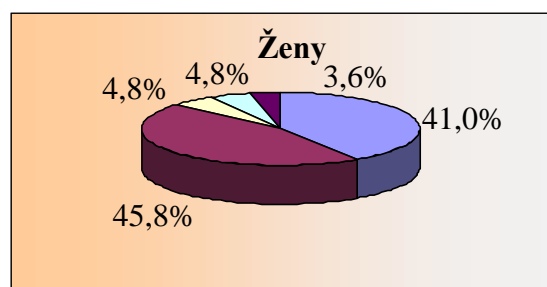
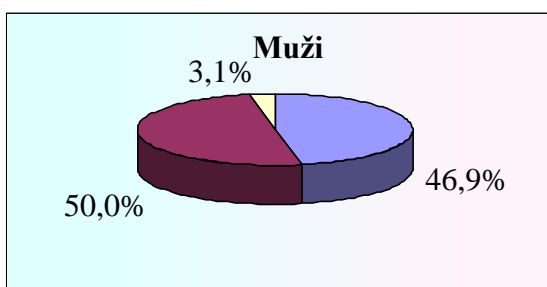
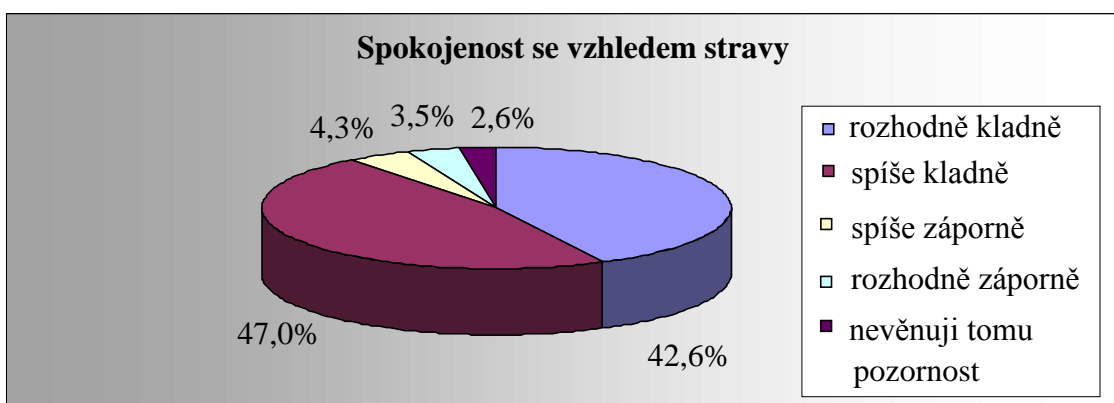
Převážná část respondentů 84 (73,1%) je rozhodně spokojena s výdejem stravy a 25 (21,7%) respondentů je spíše spokojeno. Spíše nespokojena je 1 (0,9%) respondentka a rozhodně nespokojeno je 5 (4,3%) respondentů.



Obrázek č. 19 Spokojenost s výdejem stravy

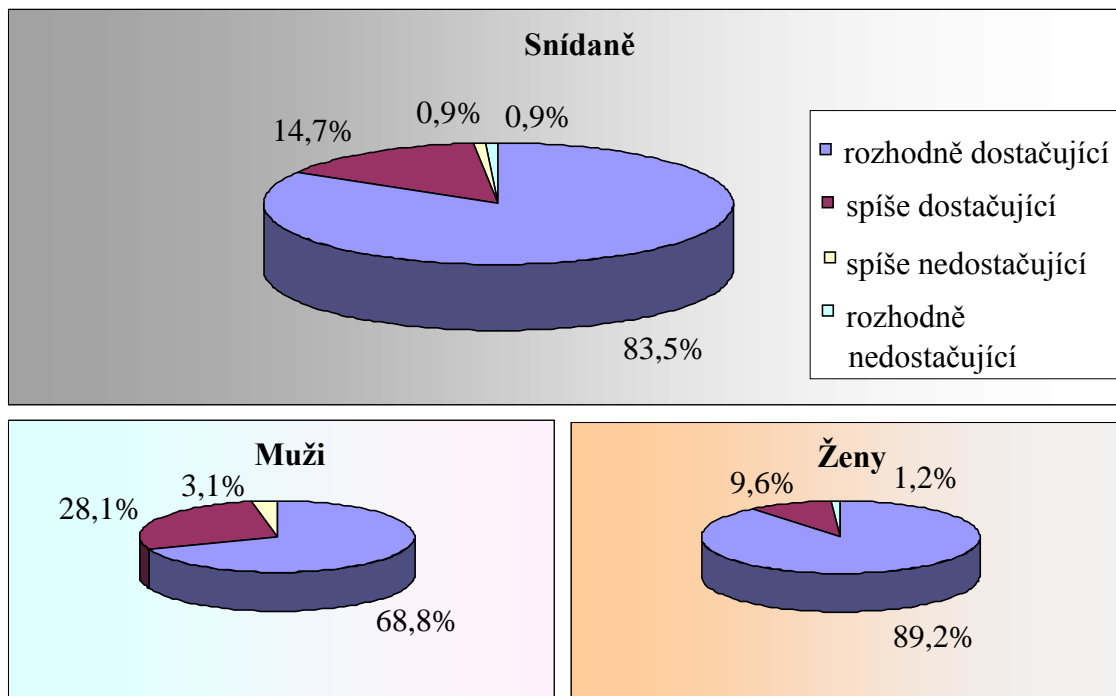
Otázka č. 19 Spokojenost se vzhledem stravy

Vzhled podávané stravy hodnotí rozhodně kladně 49 (42,6%) respondentů, spíše kladně 54 (47,0%) respondentů. Spíše záporně hodnotí podávanou stravu 5 (4,3%) dotázaných respondentů a 3 (2,6%) respondenti vzhledu podávané stravy nevěnují pozornost.



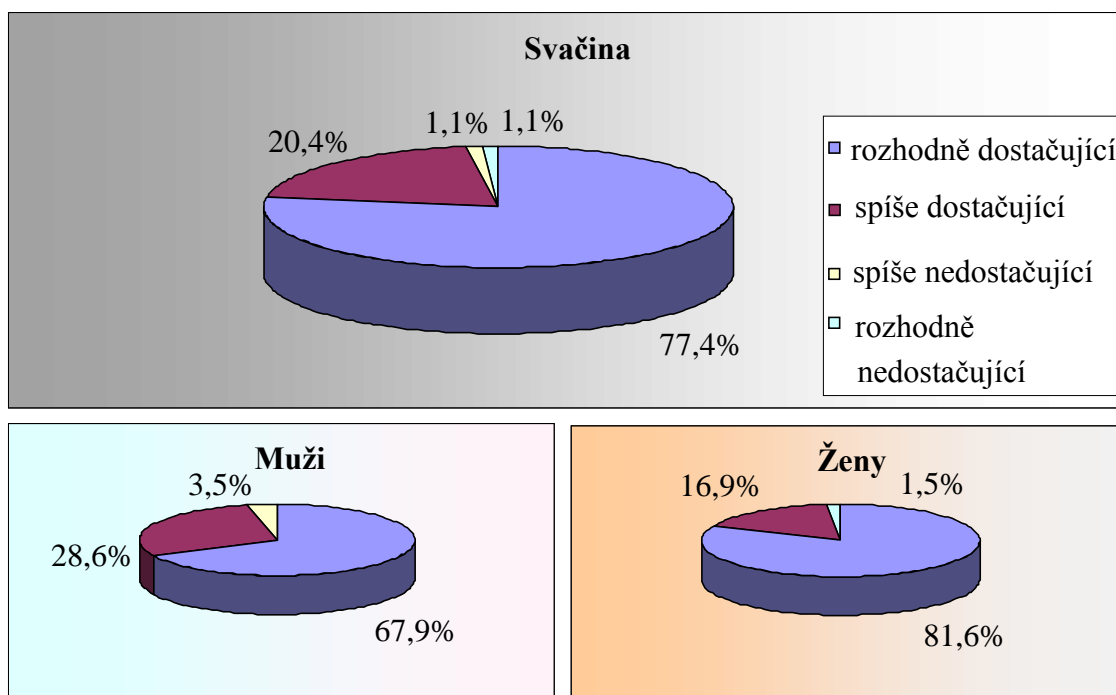
Obrázek č. 20 Spokojenost se vzhledem podávané stravy

Otázka č. 20 Spokojenost s velikostí podávaných porcí



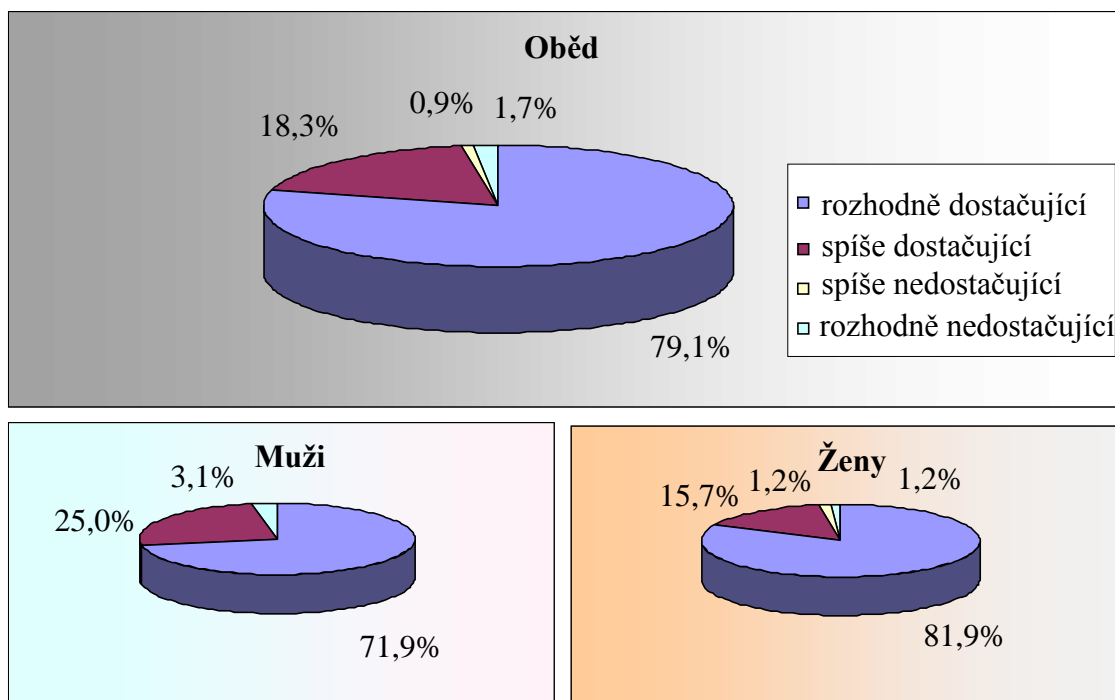
Obrázek č. 21 Velikost porcí - snídaně

S množstvím stravy, která je podávána na snídani, je spokojena převážná část respondentů, 96 (83,5%) ji označilo jako rozhodně dostačující, jako spíše dostačující ji označilo 17 (14,7%) respondentů. Jako spíše nedostačující považuje množství stravy na snídani 1 (0,9%) respondent a 1 (0,9%) za rozhodně nedostačující.



Obrázek č. 22 Velikost porcí - svačina

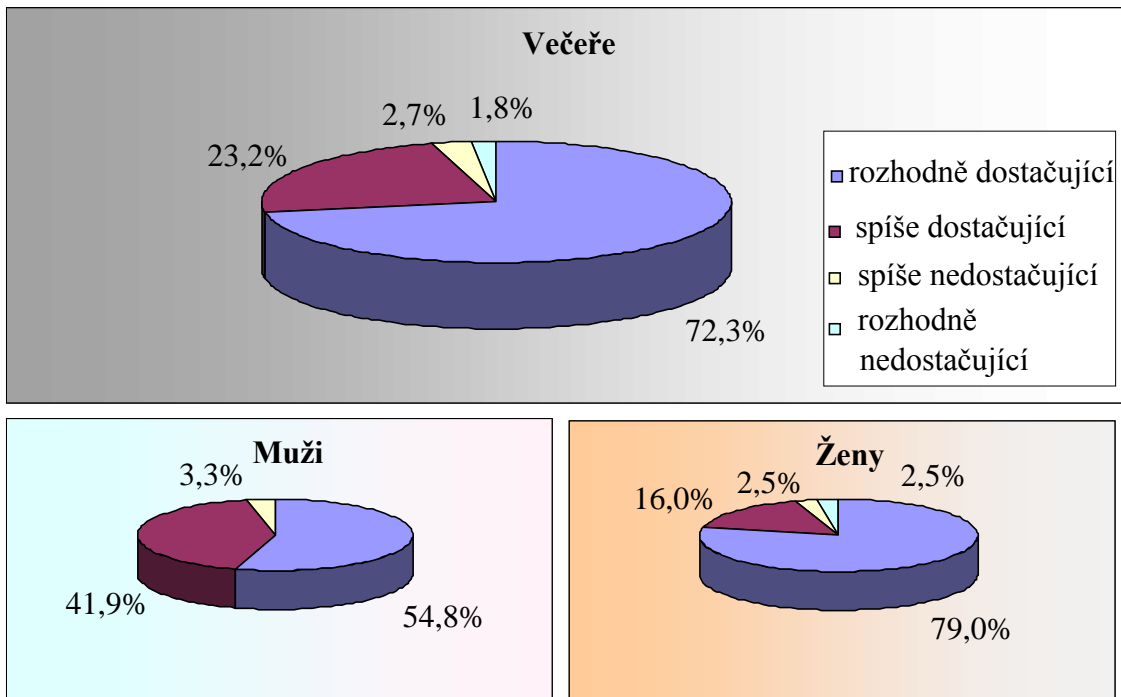
S množstvím podávané stravy na svačinu je 72 (77,4%) dotázaných respondentů spokojeno. Jako spíše dostačující ji považuje 19 (20,4%) respondentů. Jako spíše nedostačující ji označil 1 (1,1%) respondent a jako rozhodně nedostačující také 1 (1,1%) respondent.



Obrázek č. 23 Velikost porcí – oběd

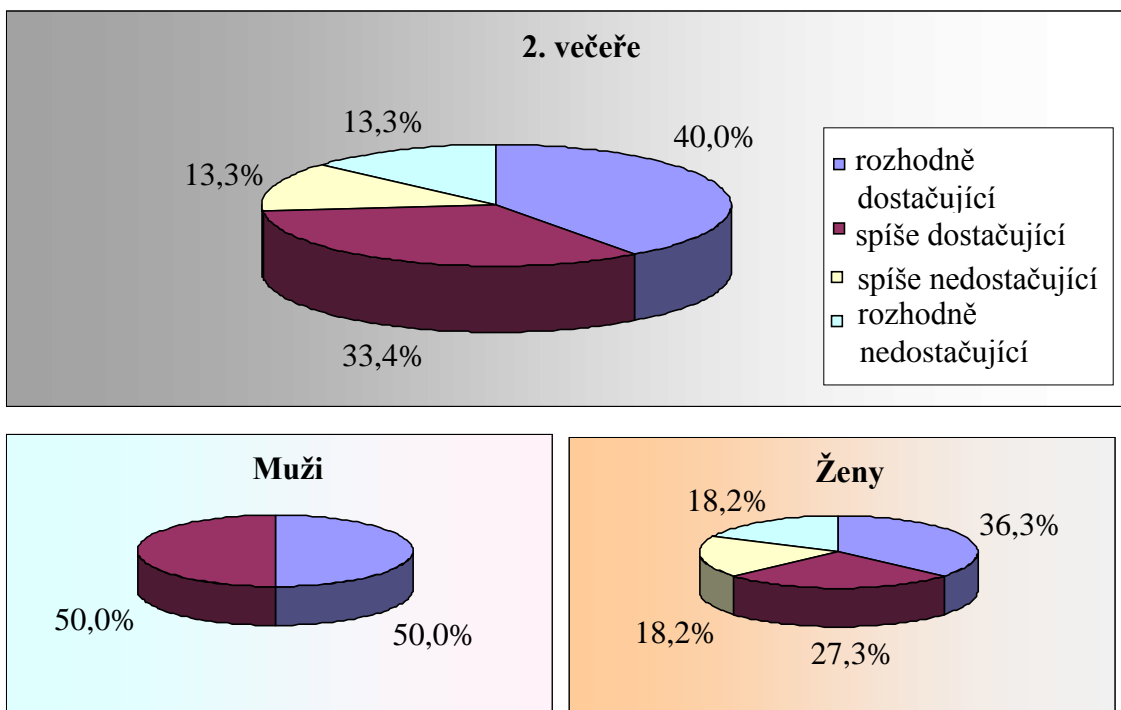
S množstvím podávané stravy na oběd je spokojeno 91 (79,1%) respondentů, 21 (18,3%) je spíše spokojeno. Jako nedostačující ji označil 1 (0,9%) respondent a jako rozhodně nedostačující respondenti 2 (1,7%).

Z šetření vyplynulo, že 82 (72,3%) dotázaných respondentů považuje množství podávané stravy na večeři jako rozhodně dostačující, 27 (23,2%) jako spíše dostačující. Jako rozhodně nedostačující považují 2 (1,8%) respondentky a 4 (2,7%) respondenti jako spíše nedostačující.



Obrázek č. 24 Velikost porcí – večeře

Z těch respondentů, kteří mají diabetickou dietu a odebírají druhou večeři, považuje ji za rozhodně dostačující 6 respondentů (40,0%), spíše dostačující 5 (33,4%) dotázaných respondentů, za spíše nedostačující ji považují 2 (13,3%) respondenti a taktéž 2 (13,3%) respondenti ji považují za rozhodně nedostačující.



Obrázek č. 25 Velikost porcí – II. Večeře

Otázka č. 21 Přípomínky a návrhy k poskytovaným službám

Zde mohli respondenti sdělit své připomínky a případné návrhy ke všem zaměstnancům zařízení. Vyjádřili zde např. své poděkování personálu, zaměstnancům kuchyně a klíčovým pracovníkům. Část respondentů vyjádřila také nespokojenost s určitými druhy potravin, s časem vydávání jídel a s teplotou podávaných jídel. Někteří respondenti by ocenili pestřejší stravu, více zeleninových salátů, jiní by zařadili do jídelníčku více brambor a méně těstovin.

V diplomové práci bylo provedeno třídění dat II. stupně, které vedlo k vytvoření kontingenčních tabulek a volbě vhodného statistického testu. Všechny vztahy jsou interpretovány se spolehlivostí 95%, tzn. hladina významnosti $\alpha = 0,05$, která určuje pravděpodobnost omylu při odmítání H_0 .

Součástí kvantitativního výzkumu bylo stanovení tří hypotéz, které budou následně v této části diplomové práce potvrzeny nebo vyvráceny pomocí Testu nezávislosti chí-kvadrátu pro čtyřpolní tabulku. „Test dobré shody chí-kvadrát (ale i ostatní testy významnosti) začíná formulováním nulové a alternativní hypotézy“ (Chráska, 2007, s. 72).

- První hypotéza byla stanovena ve tvaru:

H_{I_0} : Omezení při příjmu potravy je u respondentů, kteří udávají svůj zdravotní stav, jako uspokojivý nebo neuspokojivý shodné.

H_{I_A} : Respondenti, kteří deklarují svůj zdravotní stav jako uspokojivý, spíše nemají žádná omezení při příjmu potravy.

Cílem této hypotézy bylo zjistit, zda respondenti, kteří udávají svůj zdravotní stav jako uspokojivý, mají či nemají omezení při příjmu potravy.

	Přijímání potravy bez omezení	Přijímání potravy s omezením	Σ
Zdravotní stav uspokojivý	48	22	70
Zdravotní stav neuspokojivý	22	23	45
Σ	70	45	115

Tabulka č. 2 Čtyřpolní tabulka (H 1)

Zvolená hladina významnosti: 0,05.

Jak uvádí Chráska (2007, s. 83) v případě čtyřpolní tabulky výpočet χ^2 lze zjednodušit použitím vztahu

$$\chi^2 = n \times \frac{(ad-bc)^2}{(a+b) \times (a+c) \times (b+d) \times (c+d)}$$

Po dosazení číselných hodnot do vzorce dostáváme:

$$\chi^2 = 115 \times \frac{(48 \times 23 - 22 \times 22)^2}{(48+22) \times (48+22) \times (22+23) \times (22+23)} = 4,455$$

Zjišťujeme, že vypočítaná hodnota χ^2 je větší než hodnota kritická $\chi^2_{0,05(1)} = 3,841$.

Na základě výpočtu chí-kvadrátu, lze říci, že mezi četností odpovědí na danou otázku a zdravotním stavem respondentů je statisticky významná závislost. Odmítáme tedy nulovou hypotézu a přijímáme hypotézu alternativní.

➤ Druhá hypotéza byla stanovena ve tvaru:

H₂₀: Spokojenost po psychické stránce je u respondentů, kteří hodnotí své vztahy s příbuznými uspokojivé nebo neuspokojivé shodná.

H_{2A}: Respondenti, kteří hodnotí své vztahy s příbuznými jako uspokojivé, udávají častěji, že se po psychické stránce cítí spokojeni.

Cílem této hypotézy bylo zjistit, zda mají vliv uspokojivé vztahy s příbuznými na psychiku respondentů.

	Po psych. stránce spokojen	Po psych. stránce nespokojen	Σ
Vztahy uspokojivé	84	21	105
Vztahy neuspokojivé	3	4	7
Σ	87	25	112

Tabulka č. 3 Čtyřpolní tabulka pro test nezávislosti chí-kvadrát (H 2)

Zvolená hladina významnosti: 0,05.

$$\chi^2 = n \times \frac{(ad-bc)^2}{(a+b) \times (a+c) \times (b+d) \times (c+d)}$$

Po dosazení číselných hodnot do vzorce dostáváme:

$$\chi^2 = 112 \times \frac{(84 \times 4 - 21 \times 3)^2}{(84+21) \times (84+3) \times (21+4) \times (3+4)} = 5,221$$

Zjišťujeme, že vypočítaná hodnota χ^2 je větší než hodnota kritická $\chi^2_{0,05(1)} = 3,841$.

Na základě výpočtu chí-kvadrátu, lze říci, že mezi četností odpovědí na danou otázku a spokojeností po psychické stránce je statisticky významná závislost. Odmítáme tedy nulovou hypotézu a přijímáme hypotézu alternativní. Respondenti, kteří hodnotí své vztahy s příbuznými jako uspokojivé, udávají častěji, že se po psychické stránce cítí spokojeni.

➤ Třetí hypotéza byla stanovena ve tvaru:

H₃₀: Spokojenost s prostory, kde se strava vydává, je u respondentů, kteří udávají, že se po psychické stránce cítí spokojeni či nespokojeni shodná

H_{3A}: S prostory, kde se vydává strava, budou spíše spokojeni ti respondenti, kteří udávají, že po psychické stránce se cítí spokojeni.

Cílem této hypotézy bylo zjistit, zda má spokojenost respondentů po psychické stránce, vliv na spokojenost s prostory kde se strava vydává.

	Po psych. stránce spokojen	Po psych. stránce nespokojen	Σ
S prostory kde se stravuje spokojen	87	2	89
S prostory kde se stravuje nespokojen	24	2	26
Σ	111	4	115

Tabulka č. 4 Čtyřpolní tabulka pro test nezávislosti chí-kvadrát (H 3)

Zvolená hladina významnosti: 0,05.

$$\chi^2 = n \times \frac{(ad-bc)^2}{(a+b) \times (a+c) \times (b+d) \times (c+d)}$$

Po dosazení číselných hodnot do vzorce dostáváme:

$$\chi^2 = 115 \times \frac{(87 \times 2 - 24 \times 2)^2}{(87+2) \times (87+24) \times (2+2) \times (24+2)} = 1,77$$

Zjišťujeme, že vypočítaná hodnota χ^2 je menší než hodnota kritická $\chi^2_{0,05(1)} = 3,841$, proto odmítáme alternativní hypotézu a přijímáme hypotézu nulovou.

Na základě výpočtu chí-kvadrátu, lze říci, že mezi četností odpovědí na danou otázku a spokojeností po psychické stránce je vypočítaná hodnota menší než hodnota kritická. Proto odmítáme alternativní hypotézu a přijímáme hypotézu nulovou.

6 SHRUTÍ VÝSLEDKŮ KVANTITATIVNÍHO VÝZKUMU

Vyhodnocení získaných výsledků bylo provedeno tříděním I. a II. stupně. Na základě vyhodnocení jsme dospěli k následujícím závěrům:

Kvantitativního výzkumu se zúčastnilo 115 respondentů – klientů Domova pro seniory v Lukově. Převážnou část respondentů tvořily ženy, celkem 72,2%. Do výzkumu se zapojili ti respondenti, jimž to umožňoval jejich zdravotní stav a nepřijímali potravu sondou. Šetření ukázalo, že nejvíce respondentů je ve věkové kategorii 80-89 let, celkem 56,6%. Klienty DS je nejvíce respondentů v kategorii od 1 do 5-ti let, celkem 47,4%.

Dotazníkové šetření bylo také zaměřeno na zdravotní stav respondentů. Pouze 1,7% dotázaných označilo svůj zdravotní stav jako velmi uspokojivý, 58,3%, svůj zdravotní stav označilo jako velmi uspokojivý a spíše neuspokojivý a neuspokojivý uvedlo celkem 40,0% dotázaných respondentů.

Zdravotní stav ve velké míře souvisí s mobilitou jedinců. Nejvíce dotázaných respondentů uvedlo, že jsou schopní chůze pouze s dopomocí francouzských holí nebo případně chodítka, celkem 60,0%. Zcela imobilních respondentů je 13,9%.

Další výzkumné šetření bylo směřováno k přijímání potravy a omezení při stravování. Převážná většina respondentů je schopna se najíst sama, celkem 89,6%. Pouze 2,6% respondentů potřebuje dopomoc druhé osoby při příjmu potravy. Nejvíce při příjmu potravy dotázané respondenty omezuje stav chrupu nebo protézy, celkem 15,7%. Na druhém místě respondenti uvedli nechutenství, celkem 10,4%. Dále respondenti uváděli bolest a poruchu polykání. Strava podávaná v DS je dle zdravotního stavu klientů případně i krájená, mletá nebo mixovaná. 81,7% respondentů uvedlo, že si podávané porce samo nakrájí.

Psychická pohoda úzce souvisí s pozitivními nebo negativními vztahy s příbuznými, četností kontaktů, případně novými přáteli v DS. Výzkumné šetření ukázalo, že 58,8% respondentů uvedlo, že po psychické stránce se cítí spíše spokojeno. Oproti tomu 4,4% respondentů uvedlo, že je rozhodně nespokojeno. Celkem 80,9% respondentů uvedlo, že jsou v pravidelném kontaktu se svou rodinou. Žádné příbuzné nemá 2,6% respondentů a 3,5% respondentů v kontaktu s příbuznými není. Většina respondentů hodnotí své vztahy s příbuznými jako uspokojivé, celkem 93,7%. Nové přátele si, bez ohledu na jejich množství, v DS našlo 86,1% dotázaných respondentů.

Další část výzkumného šetření byla směřována k dietním omezením respondentů. 52,1% respondentů uvedlo, že dietu má. Nejvíce respondentů, celkem 47,0%, uvedlo dietu racionální, následovala diabetická, celkem 27,0%, dále žlučnicková, celkem 17,4% a diabeticko-žlučnicková, celkem 8,6%.

S tím, že strava má vliv na zdravotní stav souhlasí 53,9% respondentů. Rozhodně nesouhlasí 14,8% a nedokáže posoudit 8,7% respondentů.

Ve výzkumu nás dále zajímalo, kde se dotázaní respondenti stravují a jak jsou spokojeni s prostory, kde je strava podávána. 81,7% dotázaných respondentů se stravuje na malých jídelnách na jednotlivých odděleních a na velké jídelně. S těmito prostory není spokojeno pouze 3,4% respondentů. Převážná většina, celkem 94,8% respondentů je spokojeno s výdejem stravy. Taktéž vzhled stravy hodnotí dotázaní respondenti kladně, celkem 89,6%. 2,6% respondentů nevěnuje vzhledu podávaných porcí pozornost.

Se spokojeností se stravovací službou souvisí i spokojenost s velikostí podávaných porcí. Dostačující porce podávané na snídani, uvedlo 98,2% respondentů. S velikostí porcí podávaných na svačinu je spokojeno celkem 97,8% respondentů a 97,4% dotázaných respondentů považuje jako dostačující porce podávané na oběd. S velikostí porcí podávaných na večeři je spokojeno 95,5% respondentů. Druhou večeři odebírají ti klienti, kteří mají diabetickou dietu. Jako dostačující ji považuje 73,4 dotázaných respondentů. Na každém oddělení je po celý den klientům ještě k dispozici pečivo a případně džem nebo marmeláda.

Na základě zjištěných výsledků můžeme tedy říci, že většina klientů DS považuje poskytovanou stravovací službu za dostačující a je s ní spokojeno. Také je spokojeno s prostory a způsobem vydávání stravy. V otevřené otázce respondenti vyjadřovali své připomínky k poskytovaným službám. Vyjádřili zde jak poděkování personálu, tak také nespokojenost s určitými druhy potravin a s časem vydávání jídel. Část respondentů by uvítala v jídelničce více brambor, zeleninových salátů a méně těstovin, jiní by přivítali řidší polévky, méně pomazánek a více kompotů. Dva respondenti uvedli, že jim nevyhovují prostory kde se stravují a to například z důvodu nevhodného chování jiných klientů.

Ve výzkumu nás dále zajímalo, zda existují statisticky významné rozdíly mezi spokojeností se službou a pohodou po psychické a fyzické stránce. V rámci posuzování vztahů mezi proměnnými a verifikací hypotéz, bylo provedeno třídění dat I. a II. stupně. V níže uvedené tabulce uvádíme souhrn jednotlivých hypotéz a ověření výsledku.

	Hypotéza	Ověření výsledku
H1	Respondenti, kteří deklarují svůj zdravotní stav jako uspokojivý, spíše nemají žádná omezení při příjmu potravy.	Potvrzena
H2	Respondenti, kteří hodnotí své vztahy s příbuznými jako uspokojivé, udávají častěji, že se po psychické stránce cítí spokojeni.	Potvrzena
H3	S prostory, kde se vydává strava, budou spíše spokojeni ti respondenti, kteří udávají, že po psychické stránce se cítí spokojeni.	Nepotvrzena

Tabulka č. 5 Verifikace hypotéz shrnutí

V uskutečněném výzkumu byly ze tří hypotéz potvrzeny dvě. U tvrzení, kdy respondenti kteří uvádí, že jsou po psychické stránce spíše spokojeni, budou spokojeni s prostory, kde se strava vydává, nebyly shledány statisticky významné rozdíly a hypotéza nebyla potvrzena.

Jelikož o výsledky výzkumu projevilo zájem vedení Domova pro seniory v Lukově, věříme, že tento výzkum přispěje k dalšímu zkvalitnění stravovací služby v tomto zařízení.

ZÁVĚR

Každý stárneme, někdo bolestně jiný téměř v plné síle a zdraví. Někdo osaměle, jiný zase v kruhu rodiny. Jelikož se v naší společnosti zvyšuje věk pro přiznání starobního důchodu, klesá i možnost podpory a pomoci seniorům ze strany nejbližších. Stát zasahuje do této problematiky několika způsoby, kdy mezi nejdůležitější patří přiznání příspěvku na péči pro pečující osoby. V životě, ale může nastat okamžik, kdy již není možné zajistit péči nebo dopomoc seniorům v jejich přirozeném prostředí a jejich zdravotní stav jim neumožňuje zůstat bez pomoci. V tom okamžiku ve většině případů nastoupí do Domovů pro seniory nebo jiných pobytových zařízeních poskytujících sociální služby, dle Zákona o sociálních službách. Seniorům - klientům by zde měl být k dispozici personál, který má odpovídající vzdělání a také schopnost empatie, umět naslouchat a být nablízku v obtížných životních chvílích. Vždy ale záleží zejména na klientovi, zda je na tuto velkou změnu připraven, nebo se, se změnou prostředí nikdy nevyrovná.

Teoretická část diplomové práce se zabývá problematikou stárnutí a stáří, fyzickými a psychickými změnami seniorů, jejich výživě a důležitými složkami potravy. Část práce je věnována poskytovaným službám v Domově pro seniory v Lukově, charakteristice zařízení, personálnímu a materiálnímu zajištění stravovacího provozu a standardům kvality. Jelikož se domníváme, že zdravotní stav, psychická pohoda a spokojenost s poskytovanými službami spolu úzce souvisí, je tomuto tématu věnována i praktická část práce.

Cílem kvantitativního výzkumu bylo zjistit, zda má fyzická a psychická pohoda seniorů vliv na příjem potravy a spokojenost se stravovací službou. V rámci dotazníkového šetření byli osloveni klienti Domova pro seniory v Lukově.

Na základě vyhodnocení získaných dat a informací jsme došli k závěru, že existuje vztah mezi fyzickou a psychickou pohodou klienta a spokojeností s poskytovanou stravovací službou. Zaměstnanci zařízení poskytující stravovací služby by měli zabezpečit podávání kvalitně připravených pokrmů, ale svým laskavým a odborným přístupem mohou všichni pracovníci domova pomoci k vytváření fyzické a psychické pohody klientů. Tedy téměř vše souvisí se vším. Žijme proto jak nejlépe umíme, každý vychutnávejme den naplno! Nezatěžujme si život trápením nad věcmi, které stejně nejsou v našich silách změnit a nepřijímejme nevhodnou stravu, která se pak odráží na našem zdravotním a psychickém stavu. Každý jsme dostali dar života a je na každém, jak s tímto darem naloží a jaký život prožije.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

BROMLEY, Denis B, In: HAŠKOVCOVÁ, Helena, 2010. *Fenomén stáří*. Vyd. 2. Praha: Havlíček Brain Team. ISBN 978-80-87109-19-9.

ČADKOVÁ-SVEJKOVSKÁ Michaela In: MAHROVÁ, Gabriela, Martina VENGLÁŘOVÁ a kol., 2008. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2138-5.

DLABALOVÁ, Irena In: KLEVETOVÁ, Dana a Irena DLABALOVÁ, 2008. *Motivační prvky při práci se seniory*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2169-9.

FOSTER, Vernon W, 1999. *Nový začátek: New start : kniha o zdravém životním stylu*. 3. vyd. Praha: Advent-Orion. ISBN 80-7172-288-X.

GAVORA, Peter, 2000. *Úvod do pedagogického výzkumu*. Brno: Paido. ISBN 80-85931-79-6.

GIDDENS, Anthony, 1999. *Sociologie*. Praha: Argo. ISBN 80-7203-124-4.

STUART-HAMILTON, Ian, 1999. *Psychologie stárnutí*. Praha: Portál. ISBN 80-7178 274-2.

HAŠKOVCOVÁ, Helena, 2010. *Fenomén stáří*. Vyd. 2. Praha: Havlíček Brain Team. ISBN 978-80-87109-19-9.

CHRÁSKA, Miroslav, 2007. *Metody pedagogického výzkumu: základy kvantitativního výzkumu*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1369-4.

JANEČKOVÁ, Hana In: MATOUŠEK, Oldřich a kol., 2005. *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. Praha: Portál. ISBN 80-7367-002-X

KOPŘIVA, Karel, 1999. *Lidský vztah jako součást profese: Psychoterapeutické kapitoly pro sociální, pedagogické a zdravotnické profese*. 3.vyd. Praha: Portál. ISBN 80-7178-318-8.

KOVAŘÍK, Jiří In: MATOUŠEK, Oldřich a kol., 2003. *Metody a řízení sociální práce*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-548-2.

KURIC, Jozef, 2011. *Ontogenetická psychologie*. Brno: Cerm. ISBN 80-214-1844-3.

- KRÁLOVÁ, Jarmila a Eva RÁŽOVÁ, 2012. *Sociální služby a příspěvek na péči*. 4. vyd. Olomouc: ANAG. ISBN 978-807-2637-485.
- LOBO, Alexandrina, 2011. *Physical activity and health in the elderly*. S.l.: Bentham Science Publishers. ISBN 978-1-60805-100-7.
- MATOUŠEK, Oldřich a kol., 2003. *Metody a řízení sociální práce*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-548-2.
- MELGOSA, Julián, 2001. *Zvládni svůj stres*. 2. vyd. Praha: Advent – Orion. ISBN 80-7172-624-9.
- MIKŠOVÁ, Zdeňka et al., 2006. *Kapitoly z ošetrovatelské péče I. Aktualizované a doplněné vydání*. Praha: Grada. ISBN 80-247-1442-6.
- MOSKALA, Milan In: FOSTER, Vernon W, 1999. *Nový začátek: New start : kniha o zdravém životním stylu*. 3. vyd. Praha: Advent-Orion. ISBN 80-7172-288-X.
- NEISCHLOVÁ, Jiřina, 2012. *Kniha metodických postupů pro zaměstnance a uživatele DS Lukov, p.o.* Nepublikováno.
- REDFERN, Sally J. a Fiona ROSS, 1999. *Nursing older people*. 3rd ed. New York: Churchill Livingstone. ISBN 04-430-5874-1.
- ROGER, Jorge, 1999. *Vychutnej život! Kniha o zdravé výživě*. Praha: Advent – Orion. ISBN 80-7172-144-1.
- RYBKA, Jaroslav a kol., 2006. *Diabetologie pro sestry*. Praha: Grada. ISBN 80-247-1612-7.
- VÁGNEROVÁ, Marie, 2007. *Vývojová psychologie II.: dospělost a stáří*. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-1318-5.
- VENGLÁŘOVÁ, Martina, 2007. *Problematické situace v péči o seniory: příručka pro zdravotnické a sociální pracovníky*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2170-5.
- WEBER, Pavel a kol., 2000. *Minimum z klinické gerontologie: pro lékaře a sestru v ambulanci*. Brno: IDVPZ. ISBN 80-7013-314-7.

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

Č.	Číslo
DS	Domov pro seniory
HCCP	System kritických bodů
MPSV	Ministerstvo práce a sociálních věcí
Např.	Například
Tj.	To je
Tzn.	To znamená
WHO	Světová zdravotnická organizace

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek 1 – Pyramida vyvážené stravy	37
Obrázek 2 – Pohlaví	49
Obrázek 3 – Věk	49
Obrázek 4 – Délka pobytu	50
Obrázek 5 – Zdravotní stav	51
Obrázek 6 – Mobilita	51
Obrázek 7 – Schopnost přijímat potravu	52
Obrázek 8 – Omezení při příjmu potravy	53
Obrázek 9 – Psychická pohoda	53
Obrázek 10 – Kontakty s příbuznými	54
Obrázek 11 – Vztahy s příbuznými	54
Obrázek 12 – Přátelé v DS	55
Obrázek 13 – Dietní omezení	56
Obrázek 14 – Druh diety	56
Obrázek 15 – Vliv stravy na zdravotní stav	57
Obrázek 16 – Podávané porce	58
Obrázek 17 – Místo stravování	58
Obrázek 18 – Spokojenost s prostory	59
Obrázek 19 – Spokojenost s výdejem stravy	60
Obrázek 20 – Spokojenost se vzhledem stravy	60
Obrázek 21 – Velikost porcí – snídaně	61
Obrázek 22 – Velikost porcí – svačina	61
Obrázek 23 – Velikost porcí – oběd	62
Obrázek 24 – Velikost porcí – večeře	63
Obrázek 25 – Velikost porcí – II. večeře	63
Obrázek 26 – Jídelna II. oddělení	88
Obrázek 27 – Jídelna III. oddělení	88
Obrázek 28 – Jídelna IV. oddělení	89
Obrázek 29 – Hlavní jídelna	89

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 – Personální struktura stravovacího provozu	42
Tabulka 2 – Čtyřpolní tabulka pro test nezávislosti chí-kvadrát (H 1)	64
Tabulka 3 – Čtyřpolní tabulka pro test nezávislosti chí-kvadrát (H 2)	65
Tabulka 4 – Čtyřpolní tabulka pro test nezávislosti chí-kvadrát (H 3)	66
Tabulka 5 – Verifikace hypotéz	70
Tabulka 6 – Pohlaví	81
Tabulka 7 – Věk	81
Tabulka 8 – Délka pobytu v DS	81
Tabulka 9 – Zdravotní stav	81
Tabulka 10 – Mobilita	82
Tabulka 11 – Schopnost přijímat potravu	82
Tabulka 12 – Omezení při příjmu potravy	82
Tabulka 13 – Psychická pohoda	83
Tabulka 14 – Kontakt s příbuznými	83
Tabulka 15 – Vztahy s příbuznými	83
Tabulka 16 – Přátelé v DS	83
Tabulka 17 – Dietní omezení	84
Tabulka 18 – Druh diety	84
Tabulka 19 – Vliv stravy na zdravotní stav	84
Tabulka 20 – Podávané porce	84
Tabulka 21 – Místo stravování	85
Tabulka 22 – Spokojenost s prostory	85
Tabulka 23 – Spokojenost s výdejem stravy	85
Tabulka 24 – Spokojenost se vzhledem stravy	85
Tabulka 25 – Spokojenost s velikostí porcí – snídaně	86
Tabulka 26 – Spokojenost s velikostí porcí – svačina	86
Tabulka 27 – Spokojenost s velikostí porcí – oběd	86
Tabulka 28 – Spokojenost s velikostí porcí – večeře	86
Tabulka 29 – Spokojenost s velikostí porcí – II. večeře	86
Tabulka 30 – Jídelníček	87

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha P I Dotazník

Příloha P II Tabulky četností

Příloha P III Jídelníček

Příloha P IV Fotografie jídel

PŘÍLOHA P I: DOTAZNÍK

1. Jste?

- a) muž
- b) žena

2. Váš věk je?

- a) 65 -69 let
- b) 70 -79 let
- c) 80 - 89 let
- d) 90 - 99 let
- e) 100 a více let

3. Klientem, klientkou Domova pro seniory jste?

- a) ½ roku
- b) 1 rok
- c) 5 let
- d) 10 let
- e) nad 10 let

4. Svůj celkový zdravotní stav hodnotíte jako?

- a) velmi uspokojivý
- b) uspokojivý
- c) spíše neuspokojivý
- d) neuspokojivý

5. Z hlediska pohyblivosti jste?

- a) schopen/na chůze
- b) schopen/na chůze s dopomocí francouzských holí případně chodítka
- c) schopen/na chůze pouze s dopomocí druhé osoby
- d) neschopen/na chůze

6. Jste schopen/schopna se sám /sama obsloužit při přijímání potravy?

- a) ano, najím se sám/sama
- b) ano, najím se sám/sama, ale občas potřebuji dopomoc
- c) ne, potřebuji pravidelně dopomoc druhé osoby

7. Omezuje Vás při příjmu potravy?

- a) bolest jakéhokoliv druhu
- b) nechutenství
- c) stav chrupu, protézy
- d) obava z nebezpečí udušení
- e) porucha žvýkání
- f) porucha polykání
- g) jiné
- h) ne, nemám žádné omezení

8. Jak se cítíte po psychické stránce?

- a) jsem rozhodně spokojen/á
- b) jsem spíše spokojen/á
- c) jsem spíše nespokojen/á
- d) jsem rozhodně nespokojen/á

9. Příbuzní Vás navštěvují?

- a) ano, pravidelně
- b) ano, zřídka
- c) ne, nestýkáme se
- d) ne, nemám žádné příbuzné (*pokračujte otázkou č.11*)

10. Své vztahy s příbuznými hodnotíte jako?

- a) velmi uspokojivé
- b) spíše uspokojivé
- c) spíše neuspokojivé
- d) velmi neuspokojivé

11. Máte v Domově pro seniory mezi klienty přátele?

- a) ano, několik
- b) ano, ale velmi málo
- c) ne

12. Máte dietní omezení ve stravování?

- a) ano
- b) ne
- c) nevím (*pokračujte otázkou č. 14*)

13. Jakou dietu máte?

- a) dieta č. 3 – racionální
- b) dieta č. 4 – žlučnicková
- c) dieta č. 9 – diabetická
- d) dieta č.9/4 – diabeticko – žlučnicková

14. Domníváte se, že skladba potravin má vliv na Váš zdravotní stav?

- a) rozhodně ano
- b) spíše ano
- c) spíše ne
- d) rozhodně ne
- e) nedokáži posoudit

15. Podávané porce?

- a) si sám/sama nakrájím
- b) mám krájené
- c) mám mleté

16. Stravujete se na?

- a) pokoji
- b) malé jídelně
- c) velké jídelně

17. Vyhovují Vám prostory, kde se stravujete?

- a) rozhodně ano
- b) spíše ano
- c) spíše ne
- d) rozhodně ne (uved'te prosím důvod)

18. Jste spokojen/a se způsobem vydávání stravy?

- a) rozhodně ano
- b) spíše ano
- c) spíše ne
- d) rozhodně ne (uved'te prosím důvod)

19. Vzhled podávaných jídel hodnotím?

- a) rozhodně kladně
- b) spíše kladně
- c) spíše záporně
- d) rozhodně záporně
- e) nevěnuji tomu pozornost

20. Velikost porcí je?

	Rozhodně dostačující	Spíše dostačující	Spíše nedostačující	Rozhodně nedostačující
Snídaně				
Svačina				
Oběd				
Večeře				
2. večeře (pouze klienti s diabetickou str- vou)				

21. Vaše připomínky a návrhy vedení domova, pracovníkům stravovacího provozu, nebo ostatním zaměstnancům zařízení k nabízeným službám:

.....

.....

.....

PŘÍLOHA P II: TABULKY ČETNOSTÍ

Pohlaví	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
Muž	32	27,8%
Žena	83	72,2%
Celkem	115	100,0%

Tabulka č. 6 Pohlaví

Věk	Muži		Ženy		Celkem	
	AČ	%	AČ	%	AČ	%
65 -69 let	1	3,2%	3	3,7%	4	3,5%
70 -79 let	5	16,1%	12	14,6%	17	15,0%
80 - 89 let	20	61,3%	45	54,9%	65	56,6%
90 - 99 let	6	19,4%	22	25,6%	28	24,0%
100 a více let	0	0,0%	1	1,2%	1	0,9%
Celkem	32	100,0%	83	100,0%	115	100,0%

Tabulka č. 7 Věk

Délka pobytu	Muži		Ženy		Celkem	
	AČ	%	AČ	%	AČ	%
Do ½ roku	5	15,6%	7	8,5%	12	10,5%
Od ½ do 1 roku	4	12,5%	17	20,7%	21	18,4%
Od 1 do 5 let	13	40,6%	42	50,0%	55	47,4%
Od 5 do 10 let	4	12,5%	9	11,0%	13	11,4%
Od 10 let	6	18,8%	8	9,8%	14	12,3%
Celkem	32	100,0%	83	100,0%	115	100,0%

Tabulka č. 8 Délka pobytu

Zdravotní stav	Muži		Ženy		Celkem	
	AČ	%	AČ	%	AČ	%
Velmi uspokojivý	1	3,1%	1	1,2%	2	1,7%
Uspokojivý	18	56,3%	49	59,0%	67	58,3%
Spíše neuspokojivý	11	34,3%	20	24,1%	31	27,0%
Neuspokojivý	2	6,3%	13	15,7%	15	13,0%
Celkem	32	100,0%	83	100,0%	115	100,0%

Tabulka č. 9 Zdravotní stav

Pohyblivost	Muži		Ženy		Celkem	
	AČ	%	AČ	%	AČ	%
Schopen/na chůze	5	15,6%	14	16,9%	19	16,5%
Schopen/na chůze s dopomocí francouzských holí případně chodítka	19	59,3%	50	60,3%	69	60,0%
Schopen/na chůze pouze s dopomocí druhé osoby	2	6,3%	9	10,8%	11	9,6%
Neschopen/na chůze	6	18,8%	10	12,0%	16	13,9%
Celkem	32	100,0%	83	100,0%	115	100,0%

Tabulka č. 10 Mobilita

Schopnost obsluhy	Muži		Ženy		Celkem	
	AČ	%	AČ	%	AČ	%
Ano, najím se sám/sama	27	84,4%	76	91,6%	103	89,6%
Ano, najím se sám/sama, ale občas potřebuji dopomoc	4	12,5%	5	6,0%	9	7,8%
Ne, potřebuji pravidelně dopomoc druhé osoby	1	3,1%	2	2,4%	3	2,6%
Celkem	32	100,0%	83	100,0%	115	100,0%

Tabulka č. 11 Schopnost přijímat potravu

Omezení	Muži		Ženy		Celkem	
	AČ	%	AČ	%	AČ	%
Bolest jakéhokoliv druhu	1	3,1%	4	4,8%	5	4,3%
Nechutenství	4	12,5%	8	9,6%	12	10,4%
Stav chrupu, protézy	4	12,5%	14	17,0%	18	15,7%
Obava z nebezpečí udušení	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Porucha žvýkání	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Porucha polykání	2	6,3%	1	1,2%	3	2,6%
Jiné ...	2	6,3%	6	7,2%	8	7,0%
Ne, nemám žádné omezení	19	59,3%	50	60,2%	69	60,0%
Celkem	32	100,0%	83	100,0%	115	100,0%

Tabulka č. 12 Omezení při příjmu potravy

Psychika	Muži		Ženy		Celkem	
	AČ	%	AČ	%	AČ	%
Jsem rozhodně spokojen/á	5	15,6%	16	19,5%	21	18,4%
Jsem spíše spokojen/á	15	46,8%	53	63,4%	68	58,8%
Jsem spíše nespokojen/á	10	31,3%	11	13,4%	21	18,4%
Jsem rozhodně nespokojen/á	2	6,3%	3	3,7%	5	4,4%
Celkem	32	100,0%	83	100,0%	115	100,0%

Tabulka č. 13 Psychická pohoda

Kontakt	Muži		Ženy		Celkem	
	AČ	%	AČ	%	AČ	%
Ano, pravidelně	24	75,0%	69	83,1%	93	80,9%
Ano, zřídka	4	12,5%	11	13,3%	15	13,0%
Ne, nestýkáme se	3	9,4%	1	1,2%	4	3,5%
Ne, nemám žádné příbuzné	1	3,1%	2	2,4%	3	2,6%
Celkem	32	100,0%	83	100,0%	115	100,0%

Tabulka č. 14 Kontakty s příbuznými

Vztahy	Muži		Ženy		Celkem	
	AČ	%	AČ	%	AČ	%
Velmi uspokojivé	20	64,5%	65	80,2%	85	75,9%
Spíše uspokojivé	8	25,8%	12	14,8%	20	17,8%
Spíše neuspokojivé	2	6,5%	2	2,5%	4	3,6%
Velmi neuspokojivé	1	3,2%	2	2,5%	3	2,7%
Celkem	31	100,0%	81	100,0%	112	100,0%

Tabulka č. 15 Vztahy s příbuznými

Přátelé	Muži		Ženy		Celkem	
	AČ	%	AČ	%	AČ	%
Ano, několik	14	43,8%	35	42,2%	49	42,6%
Ano, ale velmi málo	14	43,8%	36	43,4%	50	43,5%
Ne	4	12,4%	12	14,4%	16	13,9%
Celkem	32	100,0%	83	100,0%	115	100,0%

Tabulka č. 16 Přátelé v DS

Dieta	Muži		Ženy		Celkem	
	AČ	%	AČ	%	AČ	%
Ano	13	40,6%	47	56,6%	60	52,1%
Ne	19	59,4%	35	42,2%	54	47,0%
Nevím	0	0,0%	1	1,2%	1	0,9%
Celkem	32	100,0%	83	100,0%	115	100,0%

Tabulka č. 17 Dieta

Dieta	Muži		Ženy		Celkem	
	AČ	%	AČ	%	AČ	%
Dieta č. 3 – racionální	19	59,4%	35	42,2%	54	47,0%
Dieta č. 4 – žlučnicková	2	6,3%	18	21,7%	20	17,4%
Dieta č. 9 – diabetická	11	34,3%	20	24,1%	31	27,0%
Dieta č.9/4 – diabeticko – žlučnicková	0	0,0%	10	12,0%	10	8,6%
Celkem	32	100,0%	83	100,0%	115	100,0%

Tabulka č. 18 Druh diety

Vliv stravy	Muži		Ženy		Celkem	
	AČ	%	AČ	%	AČ	%
Rozhodně ano	7	21,9%	17	20,5%	24	20,9%
Spíše ano	7	21,9%	31	37,3%	38	33,0%
Spíše ne	10	31,3%	16	19,3%	26	22,6%
Rozhodně ne	5	15,6%	12	14,5%	17	14,8%
Nedokáží posoudit	3	9,3%	7	8,4%	10	8,7%
Celkem	32	100,0%	83	100,0%	115	100,0%

Tabulka č. 19 Vliv stravy na zdravotní stav

Porce	Muži		Ženy		Celkem	
	AČ	%	AČ	%	AČ	%
Si sám/sama nakrájím	26	81,2%	68	82,0%	94	81,7%
Mám krájené	4	12,5%	7	8,4%	11	9,6%
Mám mleté	2	6,3%	8	9,6%	10	8,7%
Celkem	32	100,0%	83	100,0%	115	100,0%

Tabulka č. 20 Podávané porce

Místo stravování	Muži		Ženy		Celkem	
	AČ	%	AČ	%	AČ	%
Pokoj	5	15,6%	16	19,3%	21	18,3%
Malá jídelna	14	43,8%	34	41,0%	48	41,7%
Velká jídelna	13	40,6%	33	39,7%	46	40,0%
Celkem	32	100,0%	83	100,0%	115	100,0%

Tabulka č. 21 Místo stravování

Spokojenost s prostory	Muži		Ženy		Celkem	
	AČ	%	AČ	%	AČ	%
Rozhodně ano	30	93,8%	61	73,5%	91	79,2%
Spíše ano	2	6,2%	18	21,7%	20	17,4%
Spíše ne	0	0,0%	2	2,4%	2	1,7%
Rozhodně ne	0	0,0%	2	2,4%	2	1,7%
Celkem	32	100,0%	83	100,0%	115	100,0%

Tabulka č. 22 Spokojenost s prostory

Spokojenost s výdejem	Muži		Ženy		Celkem	
	AČ	%	AČ	%	AČ	%
Rozhodně ano	23	71,9%	61	73,5%	84	73,1%
Spíše ano	8	25,0%	17	20,5%	25	21,7%
Spíše ne	0	0,0%	1	1,2%	1	0,9%
Rozhodně ne	1	3,1%	4	4,8%	5	4,3%
Celkem	32	100,0%	83	100,0%	115	100,0%

Tabulka č. 23 Spokojenost s výdejem stravy

Spokojenost se vzhledem	Muži		Ženy		Celkem	
	AČ	%	AČ	%	AČ	%
Rozhodně kladně	15	46,9%	34	41,0%	49	42,6%
Spíše kladně	16	50,0%	38	45,8%	54	47,0%
Spíše záporně	1	3,1%	4	4,8%	5	4,3%
Rozhodně záporně	0	0,0%	4	4,8%	4	3,5%
Nevěnuji tomu pozornost	0	0,0%	3	3,6%	3	2,6%
Celkem	32	100,0%	83	100,0%	115	100,0%

Tabulka č. 24 Spokojenost se vzhledem stravy

Snídaně	Muži		Ženy		Celkem	
	AČ	%	AČ	%	AČ	%
Rozhodně dostačující	22	68,8%	74	89,2%	96	83,5%
Spíše dostačující	9	28,1%	8	9,6%	17	14,7%
Spíše nedostačující	1	3,1%	0	0,0%	1	0,9%
Rozhodně nedostačující	0	0,0%	1	1,2%	1	0,9%
Celkem	32	100,0%	83	100,0%	115	100,0%

Tabulka č. 25 Spokojenost s velikostí porcí – snídaně

Svačina	Muži		Ženy		Celkem	
	AČ	%	AČ	%	AČ	%
Rozhodně dostačující	19	67,9%	53	81,6%	72	77,4%
Spíše dostačující	8	28,6%	11	16,9%	19	20,4%
Spíše nedostačující	1	3,5%	0	0,0%	1	1,1%
Rozhodně nedostačující	0	0,0%	1	1,5%	1	1,1%
Celkem	28	100,0%	65	100,0%	93	100,0%

Tabulka č. 26 Spokojenost s velikostí porcí – svačina

Oběd	Muži		Ženy		Celkem	
	AČ	%	AČ	%	AČ	%
Rozhodně dostačující	23	71,9%	68	81,9%	91	79,1%
Spíše dostačující	8	25,0%	13	15,7%	21	18,3%
Spíše nedostačující	0	0,0%	1	1,2%	1	0,9%
Rozhodně nedostačující	1	3,1%	1	1,2%	2	1,7%
Celkem	32	100,0%	83	100,0%	115	100,0%

Tabulka č. 27 Spokojenost s velikostí porcí – oběd

Večeře	Muži		Ženy		Celkem	
	AČ	%	AČ	%	AČ	%
Rozhodně dostačující	17	54,8%	65	79,0%	82	72,3%
Spíše dostačující	13	41,9%	14	16,0%	27	23,2%
Spíše nedostačující	2	3,3%	2	2,5%	4	2,7%
Rozhodně nedostačující	0	0,0%	2	2,5%	2	1,8%
Celkem	32	100,0%	83	100,0%	115	100,0%

Tabulka č. 28 Spokojenost s velikostí porcí – večeře

Druhá večeře	Muži		Ženy		Celkem	
	AČ	%	AČ	%	AČ	%
Rozhodně dostačující	2	50,0%	4	36,3%	6	40,0%
Spíše dostačující	2	50,0%	3	27,3%	5	33,4%
Spíše nedostačující	0	0,0%	2	18,2%	2	13,3%
Rozhodně nedostačující	0	0,0%	2	18,2%	2	13,3%
Celkem	4	100,0%	11	100,0%	15	100,0%

Tabulka č. 29 Spokojenost s velikostí porcí – II. večeře

PŘÍLOHA P III: JÍDELNÍČEK

	Snídaně	Přesnídávka	Oběd	Večeře
Pondělí 11.3.	bílá káva hořká, chléb	čaj, chléb, mléko, ovoce, sýrová pomazánka	polévka uzená 100g uzené maso, trnčená omáčka, knedlík vitanápoj, 4 – 100g vepřová plec	džem, máslo, chléb, kakao II. paštika, chléb
Úterý 12.3.	bílá káva hořká, chléb	čaj, chléb, mléko. 15g máslo, nutela	polévka kmínová zabijačkové prejty, zeli, brambory, vitanápoj 4 -100g vepřová kýta, červená řepa	vepřová líčka v aspiku, chléb, čaj II. oplatek dia
Středa 13.3.	bílá káva hořká, chléb	čaj, chléb, mléko, 15g máslo, ovocná výživa	polévka bylinková 100g rizoto s kuřecím masem a zeleninou, čalamáda, vitanápoj 4 - kompot	těstoviny s kečupem a eidamem, čaj II. ovoce, med, chléb
Čtvrtek 14.3.	Bílá káva hořká, chléb	čaj, chléb, mléko, 15g máslo, oplatek	polévka rybí 100g vepřové klopsy, brambory vitanápoj	tvarohový míša, 2ks rohlík, čaj II. salám, chléb
Pátek 15.3.	bílá káva hořká, chléb	čaj, chléb, mléko, 15g máslo, eidam	polévka gulášová ovocné knedlíky s tvarohem káva	sádlo s cibulí, chléb, čaj 4 – šunková pěna, chléb, čaj II. ovocná výživa dia
Sobota 16.3.	bílá káva hořká, chléb	čaj, chléb, mléko, 15g máslo, jogurt	polévka jáhlová vejce, čočka na kyselo, chléb,okurek, vitanápoj 4 – párek, dietně	zavináč, chléb, čaj II. dia džem, chléb
Neděle 17.3.	kakao hořké, vánočka	čaj, chléb, mléko, 15g máslo, ovoce	polévka vývar s těstovinou a nočky 130g pražská pečeně, rýže vitanápoj	paštika, máslo, chléb, čaj II. nutela, chléb

Tabulka č. 30 Jídelníček

PŘÍLOHA P V: FOTOGRAFIE JÍDELEN V DS



Obrázek č. 26 – Jídelna II. oddělení



Obrázek č. 27 – Jídelna III. oddělení



Obrázek č. 28 – Jídelna IV. oddělení



Obrázek č. 29 - Hlavní jídelna