

**UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI**

**PEDAGOGICKÁ FAKULTA**

Katedra antropologie a zdravotní vědy

## **Diplomová práce**

Bc. Marie Koudelková

Životní styl seniorů v Olomouckém kraji se zaměřením na  
stravovací návyky

Olomouc 2014

Vedoucí práce: MUDr. Kateřina Kikalová, Ph.D.

**Prohlášení autora**

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci zpracovala samostatně a použila jen literaturu a zdroje uvedené v práci.

V Olomouci 14. 4. 2014

---

podpis

### **Poděkování**

Děkuji MUDr. Kateřině Kikalové, Ph.D., za cenné rady a odborné informace, které mi poskytla při zpracování diplomové práce a za mimořádně vstřícný přístup po celou dobu tvorby práce. Dále děkuji všem respondentům za jejich ochotu se na této práci podílet.

# Obsah

<b>Diplomová práce</b> .....	6
Bc. Marie Koudelková .....	6
Olomouc 2014    Vedoucí práce: MUDr. Kateřina Kikalová, Ph.D. ....	6
ÚVOD .....	6
1 CÍLE PRÁCE .....	7
1.1 Výzkumné předpoklady .....	7
2 TEORETICKÉ POZNATKY .....	9
2.1 STÁŘÍ .....	9
2.1.1 Proces stárnutí .....	10
2.1.1.1 Obecné rysy stárnutí .....	10
2.1.1.2 Konkrétní rysy stárnutí .....	11
2.2 SENIOR A JEHO POTŘEBY .....	14
2.2.1 Definice potřeb .....	14
2.2.2 Teorie potřeb dle Maslowa .....	15
2.2.3 Potřeby seniorů .....	16
2.2.3.1 Fyziologické potřeby .....	16
2.2.3.2 Potřeba bezpečí .....	17
2.2.3.3 Sociální potřeba .....	17
2.2.3.4 Potřeba autonomie .....	18
2.2.3.5 Potřeba seberealizace .....	18
2.2.4 Uspokojování potřeb seniorů .....	19
2.3 KLÍČOVÉ FAKTORY ŽIVOTNÍHO STYLU .....	20
2.3.1 Rodinné prostředí .....	21
2.3.2 Zájmy a koníčky .....	22
2.3.3 Vrstevníci, přátelé a kamarádi .....	23
2.3.4 Ekonomické podmínky .....	24

2.3.5 Média, kultura společnosti.....	25
2.4 VÝŽIVA A STRAVOVÁNÍ SENIORŮ.....	28
2.4.1 Lidský organismus ve stáří.....	28
2.4.1.1 Fyziologicko-biologické faktory.....	28
2.4.1.2 Psychické faktory.....	29
2.4.1.3 Sociálně-kulturní faktory.....	29
2.4.2 Základní složky výživy a jejich význam.....	29
2.4.2.1 Proteiny (bílkoviny).....	29
2.4.2.2 Sacharidy.....	30
2.4.2.3 Lipidy.....	30
2.4.2.4 Vitamíny.....	31
2.4.2.5 Minerální látky.....	33
2.4.3 Zásady správné výživy.....	35
2.4.3.1 Maso.....	35
2.4.3.2 Ryby.....	35
2.4.3.3 Mléko, mléčné výrobky a sýry.....	36
2.4.3.4 Tuky a oleje.....	36
2.4.3.5 Vejce.....	37
2.4.3.6 Obiloviny.....	37
2.4.3.7 Luštěniny.....	38
2.4.3.8 Ovoce a zelenina.....	38
2.4.5 BIO Potraviny.....	39
2.4.4 Nejčastější problémy v oblasti výživy seniorů.....	39
2.4.4.1 Obezita.....	40
2.4.4.2 Malnutrice.....	40
2.4.4.3 Diabetes mellitus.....	41
2.5 AKTIVIZAČNÍ ČINNOST SENIORŮ.....	43

2.5.1 Výsledky aktivizačních činností z roku 2012 .....	43
2.5.1.1 Pohybové aktivity .....	43
2.5.1.2 Kulturně-společenské aktivity .....	44
2.5.1.3 Vzdělávací aktivity .....	44
2.4.1.4 Manuální a relaxační aktivity .....	44
2.5.1.5 Poznávací aktivity .....	44
3 METODIKA PRÁCE .....	45
METODIKA ŠETŘENÍ .....	45
RESPONDENTI .....	46
4 VÝSLEDKY ŠETŘENÍ .....	47
5 DISKUZE .....	62
ANALÝZA VÝZKUMNÝCH PŘEDPOKLADŮ .....	67
ZÁVĚR .....	69
SOUHRN .....	71
SUMMARY .....	71
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY A ZDROJŮ .....	72
SEZNAM GRAFŮ A TABULEK .....	75
SEZNAM OBRÁZKŮ .....	76
SEZNAM ZKRATEK .....	76
SEZNAM PŘÍLOH .....	77

## ÚVOD

Lidský život do jisté míry opisuje kruh. Z křehkého a péči vyžadujícího dítěte člověk vyroste v soběstačného dospělého, aby byl v pozhnaném věku mnohdy odkázán na pomoc ostatních.

Již pátým rokem pracuji jako servírka v restauraci, před nějakou dobou, když u mne vyvstaly zdravotní problémy spojené s mým stravováním a životním stylem, vedlo mne to k zamyšlení se nad skladbou mého jídelníčku a celkovým přístupem ke stravě, začala jsem se seznamovat s různými druhy a možnostmi stravování, pozorovat zákazníky a způsob jejich každodenního stolování. Později jsem si všimla, že senioři tvoří téměř zanedbatelnou část klientely. Bylo to v době zadávání tématu diplomové práce, na základě svého pozorování jsem se rozhodla zaměřit se tedy na skupinu, která se v restauračních zařízeních vyskytuje nejméně, tedy seniory. Jak se stravují, jak vypadá jejich jídelníček, mají pravidelný příjem tekutin, to byly otázky, které jsem si pokládala. V neposlední řadě mne napadla otázka, jaký je asi rozdíl ve stravování v domácím prostředí a v domovech pro seniory nebo domovech s pečovatelskou službou? Tyto otázky mne dovedly k výběru tématu diplomové práce, která zní Životní styl seniorů v Olomouckém kraji se zaměřením na stravovací návyky.

Výživa je nejdůležitějším faktorem životního stylu. Ovlivňuje délku i kvalitu našeho života. Abychom byli co nejdéle zdraví, je potřeba i ve stáří (věk nad 60 let) jíst vyváženou a pestrou stravu s dostatkem důležitých živin. Stáří přináší různé zdravotní potíže, které mohou narušit schopnost jíst, trávit i připravit si stravu samostatně. Se stoupajícím věkem výrazně roste riziko podvýživy, ale také nadváhy. Správná výživa navíc zkracuje délku nemocí, množství a závažnost komplikací, zlepšuje hojení ran a využití léků.

# 1 CÍLE PRÁCE

Hlavním cílem diplomové práce je zjistit kvalitu a složení stravy seniorů a také faktory, které je nejvíce ovlivňují při nakupování a výběru potravin. Cílem praktické části je realizace kvantitativního výzkumu, který má zjistit přístup seniorů ke stravování, pitnému režimu a „bio“ potravinám.

Informace o zásadách správného stravování jsou v dnešní době přístupné z mnoha zdrojů, senioři se s nimi setkávají v ordinacích praktických lékařů i u specialistů dále a v různých médiích. Bude tedy zajímavé sledovat, jak zodpovědně senioři přistupují ke stravě, kterou konzumují a zda se jejich jídelníček skládá z doporučených surovin.

Tento výzkum probíhá dotazníkovou formou. Dotazníky byly rozdány mezi 150 respondentů, kteří bydlí sami v domácím prostředí, v domácím prostředí s partnerem či partnerkou, dětmi a vnoučaty nebo v domovech pro seniory a domovech s pečovatelskou službou.

## Dílčí cíle:

1. Zjistit, jak často senioři konzumují ovoce a zeleninu.
2. Zjistit, které maso je konzumováno nejčastěji.
3. Zjistit, zda je konzumováno alespoň jedno teplé jídlo denně.
4. Zjistit, zda si senioři sami vaří.
5. Vyhodnotit, jaký je postoj k nakupování bio produktů.

## 1.1 Výzkumné předpoklady

Vzhledem k cílům diplomové práce jsme stanovili následující výzkumné předpoklady.

1. Výzkumný předpoklad č. 1: Více jak 30 % respondentů má dietní omezení.
2. Výzkumný předpoklad č. 2: Více jak 70 % respondentů si vaří samostatně.
3. Výzkumný předpoklad č. 3: Všichni respondenti vypijí nejméně 1,5 litru tekutin denně.
4. Výzkumný předpoklad č. 5: Většina respondentů jí pravidelněji více zeleniny než ovoce.
5. Výzkumný předpoklad č. 6: Všichni respondenti jedí více drůbežího masa než vepřového.



6. Výzkumný předpoklad č. 7: Alespoň 30 % respondentů jí ryby alespoň 1 × za týden.
7. Výzkumný předpoklad č. 8: Více jak 70 % respondentů při výběru potravin ovlivňuje cena potravin.
8. Výzkumný předpoklad č. 9: Více jak 80 % respondentů nekupuje potraviny s označením „BIO“.

## 2 TEORETICKÉ POZNATKY

### 2.1 STÁŘÍ

Stáří je pozdní fází ontogeneze, přirozeného průběhu života. Je to důsledek a projev geneticky podmíněných involučních procesů dotvářený dalšími faktory, jakou jsou choroby, životní styl, životní podmínky. Dále je spojen s řadou významných sociálních změn a to osamostatnění dětí, penzionování a jiné změny sociálních rolí. Všechny tyto změny se navzájem prolínají, ale jsou si i zároveň protichůdné, proto jednotné vymezení a periodizace stáří je velmi obtížná (Mühlpachr, 2009).

Dle Vágnerové (2007) můžeme stáří rozdělit na rané stáří a pravé stáří. Rané stáří má věkové hranice od 60 až do 75 let. Je to období relativní svobody, přinášející nadhled, moudrost a pocit naplnění, ale i zároveň období kdy ubývá energie a kumulují se ztráty ve všech oblastech. Rané stáří je období života, v němž sice dochází ke změnám daným stárnutím, ale tyto změny nemusí být ještě tak velké, aby člověku znemožnili aktivní a nezávislý život. Pravé stáří se týká člověka po 75. roce života. Toto období je spojeno s nárůstem problémů, které se týkají tělesného a mentálního úpadku a zvýšením rizika vzniku různých zátěžových situací a jejich narůstání. Tyto faktory pak kladou značné nároky na adaptaci.

*„Stáří lidé se mohou z hlediska svých zachovaných schopností významně lišit, přinejmenším první polovina pozdního stáří je obdobím nárůstu diferenciacce jejich kompetencí. Na jedné straně existují lidé, kteří jsou oceňováni pro svou moudrost a nadhled, a na druhé straně tohoto spektra je relativně početná skupina těch, kteří jsou poznamenáni značným psychickým i somatickým úpadkem.“ (Vágnerová s. 399, 2007)*

Vágnerová (2007) dále uvádí, že tyto změny bývají často patologické, nejde pouze o důsledek stáří, ale projevují se určité onemocnění, které mají vliv na centrální nervovou soustavu a celý organismus.

Dle Českého statistického úřadu bylo v Olomouckém kraji v roce 2000 celkem 644 066 obyvatel a z toho 87 126 obyvatel ve věku 65 let a výše. Poslední měření proběhlo v roce 2012, kdy z celkového počtu 637 609 obyvatel je 108 869 obyvatel ve věku 65 let a více.

## 2.1.1 Proces stárnutí

Stárnutí představuje neodvratný fyziologický děj, jenž patří mezi poslední ontogenetickou etapu lidského života. Většina jedinců dospěje do svého stáří bez jakýchkoliv problémů. Dožije se tedy úspěšného stáří v relativně dobré tělesné, duševní i sociální rovnováze. Po 75. roku začínají do popředí vystupovat problémy v oblasti chorob, demencí, depresí, osamělosti. Tyto problémy se nejčastěji objevují zejména u žen. Závislost na péči druhé osoby většinou přichází až z důvodů onemocnění, které může být jak somatické, tak i psychické (Matějovská-Kubešová, 2011).

*„V rozmezí 65 až 75 roků nemá dokonce 85 % jedinců žádné významné handicapující nebo běžný život omezující choroby. I ve věku 85 roků je ještě 40 % osob schopno vést samostatný normální život. Ženy žijí obecně o 7 až 8 let déle než muži.“* (Matějovská-Kubešová, s. 12, 2011)

Dle Pacovského (1997) se stárnutí vyznačuje posloupností změn, které nastávají v živém organismu a postupně omezují, zeslabují jednotlivé funkce. Je to proces, který má určitou časovou dynamiku a řídí se genetikou a podléhá vlivům prostředí.

### 2.1.1.1 Obecné rysy stárnutí

Stárnutí se vyznačuje určitými obecnými rysy, ale je nutné podotknout, že všichni lidé nestárnou stejně, každý má individuální plán stárnutí a i stárnoucí člověk je vícerozměrný, tudíž se mění jeho charakteristiky biologické, psychické i sociální. Do stáří vstupuje celý člověk, není možné, aby zestárla pouze jedna složka člověka (Pacovský, 1997).

Matějovská-Kubešová (2011) uvádí několik obecných znaků stárnutí:

- úbytek funkčního parenchymu jednotlivých orgánů,
- snížení tělesné výkonnosti, špatná regenerace po zátěži,
- vlivy jedné nebo více chorob,
- velké rozdíly mezi stárnutím orgánů a systémů,
- snaha vytvářet nové vlastní homeostatické mechanismy.

Stárnutí je proces individuální, který probíhá se značnou různorodostí a který je dáán různou genetickou vybaveností, různými životními podmínkami, interakcemi z prostředí, odlišným zdravotním stavem a životním stylem. Současně je to proces nerovnoměrný, protože jednotlivé struktury a funkce organismu postihuje individuálně a to

s návazností na jejich zatěžování, stimulování či poškození. V roce 1825 formuloval Benjamin Gompertz tezi, že od časné dospělosti je riziko smrti přímo úměrné věku a to bez ohledu na to, zda-li byl člověk vyléčen z rakoviny, či jiné nemoci. Tyto skutečnosti nemají vliv na dožití se tzv. *metuzalemského věku* (Mühlpachr, 2009).

Pacovský (1997) píše, že jedním z hlavních problémů stárnutí je adaptační schopnost. Živý systém může fungovat, je-li schopný udržovat svoji rovnováhu a to jak při změnách vnitřního prostředí, tak i při změnách vnějšího prostředí. Těmto změnám se musí systém účinně přizpůsobovat. Právě tato schopnost je u starších lidí obecně vzato snižena. Někteří vědci však tvrdí, že kdyby tato adaptační schopnost zůstala stejná, nebyla by snižena, tak by se polovina lidí dožila 700 let.

*„Nezajímavější jsou však kvalitativní změny funkcí, jež lze zjistit u člověka pouze ve stáří (jsou tedy pro tento věk specifické), a to ještě jen u některých jedinců. Konkrétní člověk si takovou funkční změnu vytvoří teprve v předpolí stáří – při stárnutí. Tak např. ledvina takových gerontů umí vylučovat hořčík z organismů, je-li ho nadbytek, mechanismem, který není znám u mladších lidských jedinců.“* (Pacovský, s. 55, 1997)

### **2.1.1.2 Konkrétní rysy stárnutí**

Stárnutí se týká sféry biologické, psychologické i sociální. Všechny tyto oblasti se prolínají, vzájemně ovlivňují a vytvářejí celkový obraz přirozeného stárnutí člověka.

#### **2.1.1.2.1 Biologické stárnutí**

Biologické stáří je označení určité míry involučních změn jako je pokles funkční zdatnosti, změna regulačních a adaptačních mechanismů, které jsou obvykle propojeny se změnami způsobenými chorobami, které se ve vyšším věku nejčastěji vyskytují (Mühlpachr, 2009).

Majer-Müllerová (2003) uvádí tyto nejčastější biologické změny:

- zpomalení a oslabení většiny regulačních funkcí,
- snížená adaptační schopnost a snížená odolnost k zátěžím,
- změna imunitního mechanismu a imunity, zvýšená tvorba autoprotilátek,
- snížená tvorba hormonů, změněná citlivost receptorů,
- zhoršení vnímání zevními smysly jako je zrak, sluch chuť, čich, hmat,

- úbytek aktivní tělesné (svalové) hmoty a pokles svalové síly,
- pokles celkové tělesné vody, zmnožení tuků,
- úbytek kostní hmoty, ztráta vápníku,
- involuce struktur a funkcí jednotlivých orgánů,
- snížený průtok krve důležitými orgány jako mozek, srdeční sval, ledviny a omezená schopnost jeho regulace,
- omezená kapacita a rychlost energeticky náročných metabolických dějů.

Lidé ve starším věku užívají často tzv. nepravá geriatrika, což jsou léky, které napomáhají pozitivně ovlivňovat organismus, avšak žádným způsobem nepostihují vlastní involuční procesy a mechanismy. Tyto léky pouze dopravují do těla takové látky, které lidem ve vyšším věku často chybí a to vitamíny, minerály, hormony a stopové prvky. (Mühlpachr, 2009)

#### 2.1.1.2.2 Psychické stárnutí

Názory odborníků na psychické přirozené změny s přibývajícím věkem se liší a nejsou jednotné. Někdo staví do popředí osobnost a někdo zase jednotlivé dílčí schopnosti osobnosti. Ve struktuře osobnosti se přesouvá pořadí hodnot, potřeb a cílů. Změna motivace, vnitřních pohnutek, vysvětluje, proč starý člověk dělá věci neočekávaným způsobem, proč se vrací k některým dřívějším zájmům a jiné opouští. Citové prožívání již není tak intenzivní, některé události je už tak nevzrušují a v některých případech zůstávají naprosto neteční. Převládá u nich touha po soukromí a pohodlí (Hajer – Müllerová, 2003).

Lidé většinou předpokládají, že všechny psychické změny, které jsou spojené se stárnutím, směřují vždy k horšímu. Tato pravda není úplně stoprocentní. Každý věk přináší něco nového a to i stáří. Velmi často se zvyšuje vytrvalost, trpělivost, pochopení pro jednání vrstevníků a pro jeho motivy. Mají větší stálost v názorech a získávají osobní svobodu, která jim umožňuje seberealizaci, činění podle osobního zájmu, nikoliv z povinnosti (Pacovský, 1997).

*„Charakteristické osobnostní rysy při stárnutí získávají ve své intenzitě. Výstižně se říká, že stárnoucí a starý člověk karikuje svou vlastní povahu. Dříve nedůvěřivý člověk se stává sudičem. Z úzkostné osoby ve stáří se může stát obtížný hypochondr. U těch, kteří byli v mládí sobečtí, stupňuje se egocentrismus zaměřený pouze na sebe sama. Vyžadují*

*pak ohledy, urážlivými poznámkami vymáhají posezení v tramvaji, bez rozhledu se vrhají mimo přechod do vozovky, nadávají bezdůvodně řidičům, vyvolávají scény. Povahopis starého člověka je teda zakotven v minulosti, ta dává někdy odpověď na otázku, kdo je kdo ve stáří.“ (Pacovský, s. 58, 1997)*

V psychickém stárnutí se prolínají vlivy biologického věku mozku i celého těla s vlivem zkrácené životní perspektivy a dalších společenských faktorů, které sebou nese věk. Duševní činnost seniorů je zpomalená a přesnost je pro něj důležitější než rychlost. Tento jev vysvětluje Neugartenová, která hovoří o tzv. kohortovém efektu. To znamená, že pokud jsou dnešní geronti ve většině věcí pomalejší než většina lidí středního věku, tak to může být způsobeno tím, že byli jinak vychováváni a celkově se jinak psychicky vyvíjeli, přijali jinou představu o stáří než dnešní lidé středního věku (Neugartenová, 1968 in Mühlpachr, 2009).

### 2.1.1.2.3 Sociální stárnutí

V okamžiku, kdy si člověk uvědomí, že stárne, začíná mít problém s reakcí a adaptací na stáří. Průběh těchto reakcí nelze odhadnout. Rozhoduje komplex různých činitelů, ale hlavně průběh celé životní dráhy. Jedinci, kteří jsou schopni tzv. držet krok, mají zpravidla schopnost vytěžit ze svých zkušeností co nejvíce, když mají zvládat situace, které je ve stáří potkají. Jedním ze základních problémů úspěšné adaptace ve třetím věku je najít individuálně nejvhodnější vztah mezi vyhovující formou aktivit na straně jedné a postupné uvolňování z aktivit na straně druhé. Pokud starý člověk nemá žádné závažné zdravotní obtíže, tak má zůstat aktivní a mít svůj perspektivní program. Odchod z aktivit, či penzionování, se má dít na základě dobrovolnosti, vývoje vlastní osobnosti, nikoliv na základě vnějšího sociálního tlaku. Každý stárnoucí a starý člověk je součástí společnosti. Společnost má toto přijímat jako přirozenou a nedílnou součástí. Cílem je integrace, nikoliv segregace (Hajer – Müllerová, 2003).

Pacovský (1997) uvádí, že stáří může v sociálním stárnutí znesnadňovat život, díky přítomnosti různých handicapů. Může vzniknout například orientační handicap, který gerontovi znesnadňuje orientaci ve vztazích k prostředí. Dále pak handicap sociální integrace, kdy znevýhodňuje jedince podílet se přiměřeným způsobem na obvyklých sociálních vztazích. A v neposlední řadě i handicap ekonomické soběstačnosti.

## 2.2 SENIOR A JEHO POTŘEBY

Tato kapitola pojednává o tom, co jsou potřeby, jaké jsou možné definice potřeb a uvedla potřeby seniorů, které jsou ovlivněny jejich postupujícím věkem a stářím a proto se liší od potřeb jiných věkových skupin.

### 2.2.1 Definice potřeb

V souvislosti a vymezením potřeb seniorů, je třeba uvést koncept sociálního fungování. Je to důležité z toho důvodu, že senior, který dobře zvládá své společenské role a sociální fungování ve společnosti, tak by měl být schopen naplnit své potřeby.

Navrátil a Musil (2000) uvádějí dva principy, dle kterých lze popsat sociální fungování:

- Sociální fungování je proces, který se uskutečňuje mezi jedincem a nároky prostředí, ve kterém žije. Problémy v oblasti sociálního fungování nastanou tehdy, pokud je narušena rovnováha mezi nároky prostředí a schopností člověka tyto nároky zvládat.
- Podle slovníku vydaného NASW můžeme sociální fungování definovat jako „ *naplnění rolí člověka ve společnosti, ve vztahu k lidem v bezprostředním sociálním okolí i ve vztahu k sobě samému.*“ (Barker, s. 403, 2003)

Problematika potřeb člověka je jednou z otázek ve vztahu sebe samému, k životu i životnímu prostředí. Z pohledu psychologie chápeme potřebu jako určitou hnací sílu, která člověka vede k jednání ve společnosti (Pachaud, Thareauová, 1998).

Geist (1992) uvádí, že potřeby jsou nejednoznačně definovaným pojmem. Jedná se o stav organismu, kdy se jedinci něčeho nedostává. Dále píše, že ani jedna z mnoha teorií nevysvětluje potřeby komplexně. Typologie jednotlivých teorií se řídí podle různých hledisek. Každý autor dělí potřeby třeba na sociální, fyziologické, primární, sekundární, získané a biologické, vitální a intelektuální, primitivní a kulturní či přirozené a umělé.

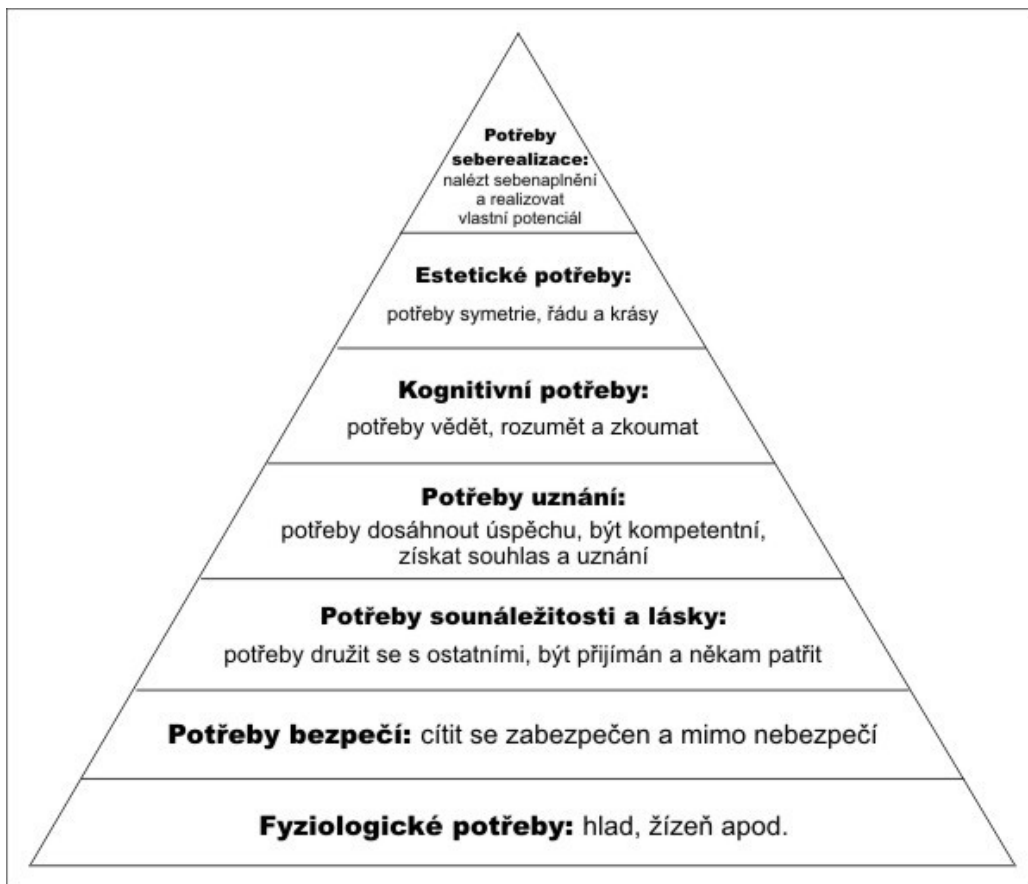
Ze všech mnoha autorů, kteří se již zabývali potřebami, jejich definicí a rozdělením je mnoho. Nejznámějším z nich je však Abraham H. Maslow, který ve své teorii propojil hodnoty člověka s biologickými a psychologickými potřebami do jednoho celku.

## 2.2.2 Teorie potřeb dle Maslowa

Americký psycholog Abraham H. Maslow (1908 – 1970) předpokládal, že existuje nějaké uspořádání potřeb. V 60. letech 20. století vytvořil svůj model potřeb, kde je rozděluje do dvou základních úrovní a to fyziologické a psychosociální. Vycházel z předpokladu, že vyšší psychosociální potřeby nabývají důležitosti až v okamžiku, kdy jsou alespoň částečně uspokojeny základní potřeby, které leží na nižší úrovni (Hartl, 2000).

Geist (1992) uvádí Maslowovo uspořádání potřeb do stupnice:

- potřeby fyziologické (hlad, žízeň, dýchání, atp.),
- potřeby bezpečí a jistoty (fyzické a psychické bezpečí),
- potřeby sociální (láska, blízkost, citové odezvy),
- potřeby autonomie (úcta, uznání),
- potřeba seberealizace (vyniknutí, sebe rozvoj).



Obrázek 1. Maslowova pyramida potřeb ([www.filosofie-uspechu.cz](http://www.filosofie-uspechu.cz))



Toto pyramidální uspořádání tvoří komplex chápání potřeb, které tvoří jeden celek a navzájem spolu souvisí. Jde o systém, který je nahoru i dolů spolu provázaný a neuspokojení jedné oblasti může ovlivnit i ty další (Kubalčíková, 2005).

Všechny lidské potřeby tvoří dohromady jeden komplex, který spojuje fyzickou, psychickou i sociální stránku člověka, a jsou od sebe neoddělitelné. Potřeby každého člověka můžeme označit jako individuální a to jsou i reakce na jejich neuspokojení. A. H. Maslow se domnívá, že lidé, kteří mají uspokojené základní potřeby, jsou šťastnější, zdravější i aktivnější. Naopak je to s lidmi, kteří tyto potřeby uspokojené nemají.

### **2.2.3 Potřeby seniorů**

Vágnerová (2000) uvádí, že v průběhu stáří dochází ke změně způsobu vnímání mnohých potřeb a tak dochází ke změně jejich osobního významu pro jedince či způsobu jejich uspokojení.

Na odlišnosti ve vnímání subjektivní důležitosti potřeb upozorňují ve své knize i autoři Pichaud a Thareauová (1998), kteří na základě Maslowovy teorie potřeb vymezili potřeby seniorů.

#### **2.2.3.1 Fyziologické potřeby**

Fyziologické potřeby jsou základní a důležité k udržení života. Pokud nedojde k uspokojení jedné z nich, může se to negativně projevit na celkové struktuře osobnosti a jeho zdraví. Proto jsou tyto potřeby na nejnižším stupni pyramidy. Do těchto potřeb můžeme zahrnout:

- jídlo a pití,
- vylučování a dýchání,
- spánek,
- odpočinek a pohyb,
- hygiena,
- správná teplota,
- zdraví a tišení bolesti,
- smích a pláč.

Pokud nejsou u jedince tyto potřeby alespoň částečně uspokojeny, není možné postoupit k dalšímu stupni potřeb. Proto je důležité fyziologickým potřebám věnovat značnou pozornost (Pichaud, Thareauová, 1998).

### **2.2.3.2 Potřeba bezpečí**

Díky nemocím, úbytku sil a dalšími faktory, které na seniory působí, mívají senioři pocit ohrožení a tím se jejich potřeba bezpečí zvyšuje a zvyšuje se i určitá forma závislosti na ostatních. Podle Matouška (2003) bývá tato forma závislosti uskutečněna blízkým vztahem s okolím, které jedince zahrnuje mezi sebe a podporuje ho.

Pichaud a Thareauová (1998) uvádějí tři stupně pocitu bezpečí:

- potřeba fyzického bezpečí – nemít obavy z pádu,
- potřeba psychického bezpečí – nemít strach, pocit jistoty, necítit se ztracený,
- potřeba ekonomického zabezpečení – vědomí člověka, že má dost peněz na živobytí.

Potřeba jistoty a bezpečí se ve stáří zvyšuje a je velmi důležitá. Ne vždy jde o určitou přecitlivělost, v mnoha případech jde o reálné riziko jako ztráta životního partnera nebo nemoc. Staří lidé potřebují mít jistotu, že někam patří, že mají své místo a zároveň si zvykají na určitou závislost, kterou mají na okolních lidech. Potřeba intimity získává jinou podobu. Potřebují jak pocit psychické blízkosti, tak i fyzický kontakt (Vágnerová, 2007).

### **2.2.3.3 Sociální potřeba**

Kontakt, komunikace, společenství s druhými lidmi, pocit sounáležitosti, pocit že člověk není sám a opuštěný, to vše řadíme do sociálních potřeb. Lidé vyššího věku upřednostňují kontakt se známými lidmi jako rodina a přátelé. Za známou osobu mohou považovat i sociální pracovníky, se kterými senioři přicházejí pravidelně do kontaktu v rámci poskytování sociálních služeb (Musil, Hubíková, Kubalčíková, 2003).

Pichaud a Thareauová (1998) uvádí dělení sociálních potřeb:

- potřeba informovanosti – vědět co se kolem nás děje, být informován o novinkách ve světě, ve kterém žije,
- potřeba náležet k nějaké skupině – být členem rodiny, klubu, skupiny přátel,
- potřeba lásky – mít někoho rád a přijímat tento cit od druhého,
- potřeba vyjadřovat se a být vyslechnut – možnost s někým mluvit a rozmlouvat.

Někdo má potřebu mluvit hodně, jinému stačí, že je v kolektivu ostatních (Venglářová, 2007).

Potřeba sociálního kontaktu je i pro seniory významná, ale je důležité, aby kontakt s lidmi byl úměrný z hlediska kvantity a kvality. Je nutné si uvědomit, že staří lidé potřebují mít vlastní soukromí, aby nebyli pod tlakem nadměrné stimulace. Proto dávají přednost okruhu známých jako je rodina a přátelé, ti co jim dávají pocit bezpečí a jistoty. Dále je důležité si uvědomit, že kontakt s lidmi své generace přináší starému člověku odlišné uspokojení, než kontakt s mladší generací (Vágnerová, 2007).

#### **2.2.3.4 Potřeba autonomie**

Tuto potřebu lze definovat jako potřebu svobody, rozhodovat o sobě, svém životě. U seniorů tuto potřebu můžeme vnímat jako samostatné zvládnání každodenních činností a potřebu uznání, vážnosti a potřebu pocitu užitečnosti (Pichaud, Thareauová, 1998).

Haškovcová (1989) píše, že potřeba respektu a uznání je v životě seniorů velmi důležitá. Tyto potřeby posilují jejich vlastní sebeúctu.

#### **2.2.3.5 Potřeba seberealizace**

Tato potřeba stojí na samém vrcholu pyramidy potřeb. Můžeme sem zařadit rozvoj činnosti a nalezení smyslu života. K tomu je potřeba u seniorů dobrá motivace, která se může odrážet v různých oblastech zájmových činností, pracovních aktivit, cvičení, cestování a jiných (Pichaud, Thareauová, 1998).

Vágnerová (2007) uvádí, že potřeba seberealizace může být hůře naplňována ve stáří a dochází i k jejímu poklesu jako významu. Může vzniknout frustrace například z odchodu do důchodu, kdy senior může získat pocit, že je bezvýznamný, méněcenný.

Takoví lidé se často začínají zabývat aktivitou či činností, která je postavena na základě jejich vzpomínek a tak potřebu seberealizace naplňují aspoň symbolicky. Je důležité podotknout, že potřeba seberealizace velmi úzce souvisí s potřebou autonomie.

#### **2.2.4 Uspokojování potřeb seniorů**

Z kontextu můžeme usoudit, že uspokojení je určité naplnění požadavku, který jedinec má. V ideálním stavu může senior své potřeby uspokojovat sám, avšak v převážné většině s postupujícím věkem senior na uspokojování svých potřeb sám nestačí a hledá pomoc ve svém okolí. Nejčastěji to bývá právě rodina, u které senior hledá pomoc jako první.

Jarošová (2006) píše, že na základě zkušeností z minulosti je nejlepší péče o seniory, pokud setrvávají co nejdéle v domácím prostředí s co největší podporou rodiny.

Některé rodiny zvládají péči o své rodiče, prarodiče naprosto s přehledem, jsou však tací, kteří tuto službu berou jako nepřekonatelnou překážku. Celkově můžeme rodiny pečující o seniory rozdělit do tří skupin a to rodiny, které nechtějí, rodiny které neumějí a rodiny, které nemohou (Dunovský, 1986).

Sýkorová (1996) radí mezi nejčastější bariéry péče o rodiče, prarodiče vzdálenost, povinnost k členům vlastní rodiny, pracovní povinnosti nebo špatné mezilidské vztahy mezi rodiči a dětmi.

## 2.3 KLÍČOVÉ FAKTORY ŽIVOTNÍHO STYLU

Život každého z nás je ovlivňován bez ohledu na věk mnoha faktory: v jakém se pohybujeme prostředí (ať již rodinném nebo pracovním), jaké máme koníčky a zájmy, zda jsme obklopeni přáteli a známými, v jakých ekonomických podmínkách žijeme. U seniorů pak tyto faktory mají daleko větší vliv na kvalitu jeho života, než je tomu u jedinců v produktivním věku. Vždy však platí principy nezávislosti, seberealizace, důstojnosti. Životní styl vyjadřuje míru a způsob používání zformovaných norem a životních zvyklostí, stejně jako podíl vlivu osobnostních duševních a fyzických dispozic, návyků, temperamentu, charakteru, osobních potřeb a zájmů. (Balogová, in: Mühlpachr, 2005, s. 160).

Projekt Světové zdravotnické organizace WHO z roku 1997 udává, že na kvalitě života se podílí šest základních oblastí s různým výčtem indikátorů:

- tělesné zdraví – energie, únava, bolest, odpočinek, spánek
- psychický stav – myšlení, paměť, učení, pozornost, vzhled vlastního těla, pozitivní a negativní emoce
- úroveň nezávislosti – aktivity, mobilita, používání zdravotních pomůcek, závislost na lécích
- sociální vztahy – osobní vztahy, intimní vztahy, sociální podpora
- prostředí – prostředí domova, finanční zabezpečení, svoboda, bezpečí, zdraví a sociální péče
- spiritualita – náboženství, osobní názory (Balogová, in: Mühlpachr, 2005, s. 164-165).

Ke zdravému životnímu způsobu patří především zdravé stravování. Rady, které nabádají ke správnému životnímu stylu, nejsou žádnou novinkou a dodnes se tradují i v lidových příslovích. Co mají společného krevní tlak, vysoký cholesterol, cukrovka a obezita? Právě to, že jejich vznik a průběh výrazným způsobem ovlivňuje zdravý životní styl. Pro udržení dobré kondice je nesmírně důležitý pohyb. Pravidelná pohybová aktivita sehrává mimořádně významnou a nezastupitelnou roli při prevenci nejrůznějších onemocnění, ať již se jedná o onemocnění srdce, cév, nádorová či psychiatrická onemocnění. Také není radno podceňovat varování o škodlivosti kouření a užívání jiných návykových látek. A přidáme-li k tomu optimistický přístup k životu, máme návod na udržení dobré zdravotní kondice.

### 2.3.1 Rodinné prostředí

Pokud může senior trávit své stáří v rodinném kruhu, je to pro něj to nejkrásnější zakončení života. Ovšem pouze v případě, jedná-li se o milující a vstřícnou rodinu. Pokud je senior vnímán jako plnohodnotný člen rodiny, je do chodu této rodiny přiměřeným způsobem zapojován (je mu například svěřena do péče dílčí starost o vnučata a podobně), pak senior vnímá svoje postavení v rodině jako smysluplné. Cítí se tak potřebný, užitečný. Lhostejnost a absence citu u vlastních členů rodiny bývá to nejhorší, s čím se musí starý člověk vyrovnávat. V dřívějších dobách bylo soužití více generací daleko větší nepochybností, přítomnost seniora v rodině byla brána jako samozřejmost. Na tomto místě musím poznamenat, že nemám v úmyslu dřívější vztahy mezi lidmi v aktivním věku a tehdejšími seniory nikterak idealizovat. I tyto vztahy byly často kaleny nemorálním, ba přímo odsouzeníhodným jednáním, avšak pokud k němu docházelo (máme o tom dost důkazů zprostředkovaných například uměleckou literaturou), nešlo o standardní systémové jednání, ale o excesy, třebaže nikoliv výjimečné (Mátel in Mühlpachr, 2011).

Mátel (in Mühlpachr 2011) uvádí, že domácí násilí (*domestic violence*) páchané na seniorech se stává velkým problémem dnešní doby. Definuje ho jakou dlouhodobé zneužívání moci, které se děje v rámci rodinných či partnerských vztahů, často i po jejich rozpadu, obvykle v rámci společného soužití. Toto zahrnuje nejen fyzické formy násilí, ale především formy psychického, sociálního a ekonomického útlaku. Vedle dětí a žen se právě senioři stávají objektem týrání, a to zejména proto, že se nedokážou vzhledem ke svému stáří náležitě bránit. Pro tyto osoby vyššího věku (obvykle se tím míní osoby starší 60 let) se v angličtině používá výraz „*elder abuse*“, což lze přeložit několika výrazy – týrání, zneužívání nebo špatné zacházení se starými lidmi. Týrání, zneužívání nebo špatné zacházení se starými lidmi se ale nemusí odehrávat pouze v domácím prostředí, ale také ve zdravotnických zařízeních a nejrůznějších institucích sociálního typu, jakými jsou zařízení pro seniory domovy důchodců a domovy pro seniory (Mátel, in: Mühlpachr, 2011).

V dnešní hektické době, kdy potomci seniorů jsou ve většině případů v aktivním produktivním věku, nedovoluje jim především ekonomická situace opustit zaměstnání a věnovat se péči o staré rodiče. Zde by měla být posílena role státu jako garanta pomoci rodině jako takové a rodina by tedy měla být státem v péči o své členy podporována (Hanáková, 2013).

### 2.3.2 Zájmy a koníčky

V lidském životě je jedním ze zlomových okamžiků ukončení pracovní aktivity a odchod do důchodu. Eufemisticky hovoříme o odchodu na zasloužený odpočinek. Pro mnoho aktivních lidí je však představa onoho blížícího se „odpočinku“ spíš stále intenzivnější noční můrou. I když fyzických sil ubývá, je pro ně ona představa „odpočívání“ nepříjemná. Německý psycholog E. H. Erikson ve své známé koncepci osmi etap lidského života charakterizuje stáří jako střetávání integrity, jakési životní moudrosti, se zoufalstvím z vědomí blížícího se konce. O co se může člověk v seniorském věku opřít, aby zoufalství a beznaděj nepřevážily? Mluvíme-li o kvalitním životě seniorů, nemáme rozhodně na mysli nějakou formu přehlušování racionálně uvědomované reálné fáze životní pouti. Kvalitní a, nebojme se říci, radostná seniorská fáze života rozhodně nezačíná odchodem z aktivního ekonomického života. Pro smysluplný postproduktivní život musí být položeny základy právě v období vrcholné profesní aktivity. Právě zde však se skrývá úskalí: lidé, kteří jsou extrémně vyčerpáni svým povoláním, často nemají, většinou z objektivních časových důvodů, kromě svého zaměstnání žádné jiné aktivity nebo zájmy. Opustí-li pak sféru svého profesního působení, nemohou na nic navázat a jejich život jako by se zastavil nebo ztratil smysl. Umělá snaha nahradit pracovní vypětí pak může působit násilně, nepřírodně, pocit zbytečnosti a neužitečnosti může dokonce prohlubovat. Domnívám se, že z těchto důvodů by měl každý člověk nahlížet na svoji aktuální životní situaci s určitou perspektivou – nebýt ponořen jen do současnosti, ale dokázat vidět alespoň v obrysech svoji předpokládanou budoucnost. I ten nejvytíženější manažer by měl být schopen věnovat část svého času zájmům, s nimiž se dokáže vnitřně ztotožnit. Nejde tedy o formální „lifestylové“ aktivity, které jsou momentálně v příslušné sociální skupině „in“, ale o skutečné zaujetí pro činnosti, v nichž může perspektivně pokračovat po ukončení ekonomicky aktivního života. Není účelem zde vyjmenovávat všechny možné zájmy, koníčky a aktivity, jimiž může senior užitečně zaplnit svůj čas. Jejich působení je totiž výrazně individuální od manuálních činností, jako je zahrádkářství nebo kutilství, přes cestování, adekvátní sporty až po umělecké zájmy nebo četbu. Ve společnostech s tradicí obecně užitečných komunitních aktivit jsou u seniorů výrazně zastoupeny i drobné veřejně prospěšné činnosti (Hanáková, 2013).

### 2.3.3 Vrstevníci, přátelé a kamarádi

V životě každého člověka sehrávají mezilidské vztahy nezastupitelnou úlohu. V seniorském věku je tato role ještě výraznější. Pokud je člověk obklopen svými vrstevníky a přáteli, se kterými ho pojí stejné generační vzpomínky a prožitky, je to pro něho bezesporu obrovským přínosem. Samotáři bývají nudní, pesimističtí, vše je jim na obtíž a naopak přítěží jsou pak ostatním i oni sami. Taková volba už v podstatě záleží na individuální povaze každého jednotlivce. Důležité je ani v seniorském věku nerezignovat na společenské vztahy, naopak je stále utužovat, neboť setkávání se s přáteli a vrstevníky přináší právě v tomto věku cenné prožitky. Většina seniorů nese ztrátu svých přátel velmi těžce, zejména jedná-li se o ztrátu nenávratnou (úmrť). Respekt institut, o. p. s., zpracoval v rámci operačního programu Lidské zdroje a zaměstnanost výzkum „50+ aktivně“, v němž se věnuje analýze tzv. dobrých praxí. Přestože cílová skupina projektu, na němž se podílely též instituce německé, švédské a řecké, se týká lidí v těsně předdůchodovém věku, dospívají autoři k mnoha cenným závěrům, jež lze brát jako inspiraci pro hledání cest ke zkvalitňování života seniorů v nejrůznějších typech sociálních vztahů. Podnětem k aktivitě, s níž v našich podmínkách zatím nelze najít srovnání, je praxe „pomoc mezi přáteli“, o níž závěrečná zpráva informuje ([www.respektinstitut.cz](http://www.respektinstitut.cz)).

Švédské slovo *vántjänst* se užívá „pro vyjádření lokálních struktur vzájemné pomoci ve stáří, jež jsou ve švédských komunitách již tradičně vyvinuty a jsou běžnou praxí“. Nelze pro ně tedy stanovit přesně platná pravidla, která by se tedy dala charakterizovat jako nějaký konzistentní národní program. Jde tedy víceméně o vrstevnické lokální aktivity seniorů, jež zahrnují aktivní trávení volného času, různé zájmové kurzy, společné výlety, ale například také pomoc lidem s pohybovými problémy. Ačkoliv jde především o spontánní přátelskou pomoc, nachází většinou podporu u lokálních úřadů. Domníváme se, že získáváním zkušeností a inspirací pro podobné působení v našich podmínkách by se mohla zabývat některá dobrovolnická organizace, aby bylo možné najít soulad mezi nezbytnými administrativně právními pravidly a „spontánní přátelskou“ aktivitou lidí. Tato forma „přátelské“ pomoci je podle našeho mínění důležitá pro kvalitu života seniorů zejména proto, že překračuje rámec přátelských nebo kamarádských vztahů a vstupuje do toho, čemu sociologové někdy říkají „veřejný prostor“. Dalo by se tudíž říci, že uvedené aktivity zintimňují veřejný prostor, vazby mezi lidmi vznikají z niterné potřeby vzájemných kontaktů a pocitů užitečnosti než z plnění nějakého



objektivně formulovaného sociálního programu. Program přátelské pomoci tak může přispět k obnovení někdy až téměř vyhaslých sociálních vztahů, charakterizovaných výrazem „sousedství“, jenž bývá většinou zahrnován pod obecnější označení „mezilidské vztahy“. Sousedství obsahující vůli k přátelské pomoci je podle našeho názoru velice důležitý pozitivní faktor pro kvalitní život lidí obecně a seniorů, jako specifické skupiny, zvláště, protože účinně napomáhá eliminovat dopad toho, čeho se člověk v pozdním věku obává nejvíce. V neposlední řadě pak zdravé sousedské soužití může hrát významnou roli při eliminaci takových jevů, jako je domácí násilí páchané na seniorech (Hanáková, 2013)

### **2.3.4 Ekonomické podmínky**

Dalším velmi důležitým aspektem, který ovlivňuje kvalitu života seniora, jsou zcela nepochybně ekonomické podmínky, ve kterých žije. Odvíjí se od nich pocit sociálního zázemí, možnosti věnovat se nejrůznějším aktivitám, ať již kulturního, sportovního či vzdělávacího charakteru. Každá z tohoto typu aktivit v sobě nese specifické možnosti rozvoje či zachování schopností a dovedností. Kupříkladu zapojení seniora v Klubu turistů s sebou jistě nese nemalé náklady na sportovní vybavení nebo úhradu cestovních položek. Přináší však celou řadu významných efektů. Na fyzické úrovni je pohyb prospěšný pro pohybový, dýchací, trávicí či oběhový systém. Přínos zaznamená i psychika člověka: cestování a turistika rozšiřují obzory, podporují touhu poznávat a všimnout si celku i jednotlivostí. Vnímání přírody obohacuje rovněž citový život člověka. V psychosociální oblasti vidíme významný prospěch z prožívání a rozvoje mezilidských vztahů a komunikace. To vše v úhrnu posiluje možnosti a schopnosti čelit obtížím, jímž je senior vystaven. Neuspokojivé ekonomické podmínky mohou být i jedním z faktorů ovlivňujících pocit osamělosti a závislosti na druhých osobách. Tyto pocity pak vedou ke skutečnosti, že se starší lidé vyhýbají kontaktu s druhými lidmi. Naopak žije-li člověk v uspokojivých ekonomických podmínkách, převládá u něj větší pocit nezávislosti. Vědomí, že není nikterak finančně závislý na svých blízkých či pouze na pomoci státu, mu přináší pocit uspokojení. Jako velmi dobrý příklad nám mohou posloužit turisté z Japonska, často právě seniorského věku, kteří si dobu svého stáří zpestřují právě cestováním a poznáváním nových zemí. V našich podmínkách hraje historicky v zabezpečení svých handicapovaných členů významnou roli rodina. Dnešní společnost má na jedné straně tendenci v souladu s poukazováním na osobní odpovědnost tuto roli podporovat a upevňovat, na straně druhé

je jasné, že je limitována mnoha faktory. V souladu tradičním sociálním cítěním hraje také velkou roli garanta sociální ochrany ohrožených a nemohoucích členů společnosti stát. Tato role je pojmána tak, že stát by měl jednak podpořit v péči o seniora rodinu, a jednak ji doplnit nebo nahradit tam, kde rodinné vazby neexistují nebo jsou nedostačující (Kuchařová in Rabušic, 1997).

Demografické výhledy nejsou pro evropské země nijak povzbudivé. Podle studie evropského statistického úřadu zveřejněné před pěti lety dojde v mnoha zemích k poklesu počtu obyvatel, v některých zemích bude pokles dosti dramatický. V Bulharsku o 28 %, v Lotyšsku o 26 %, v Litvě o 24 %, v Polsku o 18 %. Úbytek v České republice bude podle těchto zdrojů představovat něco kolem 800 000 lidí. Mírné narůstání populace zaznamenají spíše původní členské státy EU, s výjimkou Německa, Itálie, Řecka, kde dojde k rovněž poklesu, i když ne k tak dramatickému jako v uvedených nových členských zemích. Největší nárůst počtu obyvatel zaznamená Irsko, + 53 %, a to přirozenou cestou vysoké porodnosti. Všechny evropských zemí bez výjimky se však bude týkat jiný problém a to stárnutí populace. Důsledkem bude stav, kdy například v Česku bude kolem roku 2060 ve věku nad 60 let třetina obyvatel oproti současným 15% (<http://epp.eurostat.ec.europa.eu>).

Na důchody a zdravotní péči garantovanou státem tak bude na jednoho důchodce přispívat 1,62 pracovníka v ekonomicky aktivním věku, zatímco dnes je to pět pracujících. Všechny státy naší kulturní oblasti tak stojí před obrovským ekonomickým, ale hlavně politickým úkolem: jak co v největší míře garantovat důstojnou ekonomickou a sociální úroveň života seniorů. Přestože jde, jak již bylo uvedeno, o problém ekonomický a politický, se stejnou naléhavostí se týká sociologie a témat etických (Hanáková, 2013).

### **2.3.5 Média, kultura společnosti**

Velmi důležitou roli v životě seniorů sehrávají nejrůznější masmédia, která mohou ovlivnit a také ovlivňují pohled společnosti na staré lidi. A naopak média mohou přispívat ke zkvalitnění života seniorů a také do jisté míry mít vliv na jejich pohled na společnost. Existuje zde totiž bohužel i odvrácená strana. Porušování jejich obecných práv, a to jak ze strany státních institucí, tak od nejbližšího okolí. Při řešení těchto problémů by tak média mohla sehrávat daleko významnější pozitivní roli, než je tomu v současnosti. Můžeme si položit i otázku, zda by senioři neměli být chápáni také jako skupinový subjekt specifických lidských práv, jako je třeba Úmluva o právech dítěte z roku 1989. Média také

mohou sehrát a u značné části populace starých lidí sehrávají nemalou roli, ať již pozitivní nebo negativní, jakožto faktor ovlivňující početnou voličskou skupinu. Zatímco mladší člověk nemá problém utvořit si sám svůj vlastní názor, starší člověk snadno uvěří populistické rétorice politiků a jejich strategii oslovení této skupiny bez ohledu na to, jaký je v budoucnosti poměr slibů a skutečných činů, ať už se tak děje u nás nebo v civilizovanějších zemích. Senioři se často stávají terčem, cílovou skupinou marketingového úsilí prodejců různých věcí, a to jak seriózních, tak bohužel ve většině případů těch manipulativních. Pro tyto lidi jsou důvěřiví a ve většině případů zcela neinformovaní senioři stále narůstající zákaznickou skupinou. Podstatně větším problémem jsou případy, kdy senioři pod zcela záměrným a dobře připraveným nátlakem podepisují smlouvy nejrůznějšího druhu, aniž by si uvědomovali, jaké fatální důsledky může jejich konání mít. A zde by opět mohla významnou roli sehrát média, která by v daleko větší míře na toto nemravné jednání upozorňovala a varovala seniory před následky, které jsou s nákupem výrobků a především podpisem závazných smluv spojeny. V tomto směru nelze ovšem spoléhat pouze na média. Daleko větší pozornost by si v této souvislosti daná situace zasloužila ze strany zákonodárců, jejichž úkolem by mělo být hledání účinných nástrojů, jak ochránit především seniory, kteří jsou tváří v tvář agresivnímu nátlaku nejrůznějších „prodejců“ bezesporu významně ohroženou skupinou. Dobrou zprávou je, že od příštího roku má dojít k legislativním změnám, které povedou k tomu, že firmy, které pořádají pořádky prodejní akce, jejichž cílovou skupinou jsou právě bezbranní senioři, budou v daleko větší míře postihovány. Také Česká obchodní inspekce aktuálně připravuje řadu změn, jež by měly vést ke zlepšení situace. Na svých webových stránkách, jež mají být v brzké době značně zpřehledněny, bude zveřejňovat seznam firem, které amorální obchody provozují, tak aby byly snadno k nalezení. Pro seniory, kteří ve většině případů nebývají počítačově zdatní, je již nyní vydán informační bulletin, který problém srozumitelně popisuje a varuje před praktikami, jež jsou na akcích uskutečňovány. Platí rovněž, že v pozdějším věku klesá schopnost člověka zpětně řešit zejména důsledky neetického jednání podomních prodejců či organizátorů „předváděcích“ akcí. Brání jim v tom často pocit studu a v neposlední řadě snížená schopnost zorientovat se ve složitých postupech a pravidlech, které si společnost stanovila. Ke kvalitě života patří i potřeba bezpečí, viz Maslowova pyramida potřeb, a tady se ve stále větší míře rozvíjejí nejrůznější osvětové programy, které pořádá pro seniory policie. Jako konkrétní příklad by nám mohly posloužit mobily s nouzovým voláním, které jsou seniorům k dispozici pro případ, že se ocitnou v krizové situaci. Ke kultuře každé vyspělé společnosti by měla péče

o seniory neodmyslitelně patřit. V dnešní době již existuje mnoho institucí, které se touto věkovou skupinou zabývají a věnují se jí. Pořádají pro seniory programy nejrůznějších typů, vydávají pro ně časopisy, v našem regionu např. časopis s názvem SeniorPas Novinky, který je financován Jihomoravským krajem a vydává jej Sun Drive Communications, s. r. o. V něm senioři naleznou nejen zábavné čtení, informace z lékařského a kulturního prostředí, ale především kontakty na instituce nejrůznějších typů, které je mohly zajímat. V tomto časopise nalezneme články o akcích, které se konaly, o těch, které se teprve konat budou, a v neposlední řadě také takové, které varují seniory před úskalími, které je mohou v jejich věku potkat (Hanáková, 2013).

## 2.4 VÝŽIVA A STRAVOVÁNÍ SENIORŮ

Ve všech průmyslově vyspělých zemích se počet obyvatel ve vyšším věku neustále zvyšuje. Výživě této populace by se měla věnovat velká pozornost a to nejen kvůli zlepšení kvality života jedince, ale i z ekonomických důvodů. Zlepšením kvality výživy lze předejít některým nástupům nemocí ve stáří a tím snížit výdaje na zdravotní péči (Turek, Dostálová, 1996).

### 2.4.1 Lidský organismus ve stáří

*„Elixír mládí vynalezen nebyl, proto je nutné smířit se s tím, že stárnutí jako základní přírodní proces probíhá i v lidském organismu.“* (Turek, Dostálová, s. 8, 1996)

#### 2.4.1.1 Fyziologicko-biologické faktory

Trávicí systém je systém tvořený trávicí trubicí, játry a slinivkou břišní, uzpůsobený k příjmu potravy a přes fyziologické a chemické zpracování k její resorpci. Vzájemná součinnost jednotlivých částí umožňuje příjem potravy a jejího trávení, resorpci (vstřebávání potřebných látek) a následné vylučování nestrávených zbytků. U seniorů se tyto procesy vyznačují zvláštností, které souvisí nejen s fyziologickými změnami, ale i s celkovým zdravotním stavem člověka. Věkem podmíněné změny traktu nevedou k závažným poruchám trávení a vstřebávání potravy, ale je třeba jim věnovat aspoň trochu pozornosti. Do těchto poruch můžeme zařadit například zhoršení chuti a čichu, ztráta chrupu, zhoršení koordinace polykacího aktu, zhoršení sekrece pankreatických šťáv, snížená motilita tlustého střeva, která přispívá k rozvoji zácpy, snížení a poruchy vstřebatelnosti sliznic střev a to se nejvíce projeví v nedostatku vitamínu B12, kyseliny listové, vápníků a železa. Energetické požadavky jedince na metabolismus jsou závislé na několika faktorech a to věku, hmotnosti, pohlaví, pohybové aktivitě nebo na psychickém stavu člověka. Obecně platí, že s věkem metabolismus klesá. U seniorů však klesá i tělesná aktivita, množství přijímané potravy a tekutin (Trachtová, 2001).

Trachtová (2001) dále uvádí, že stravovací návyky starších lidí se mění vlivem zpomalení a snížení fyzické aktivity a metabolismu. Staří lidé přijímají méně potravy

a kvalita jídla je ovlivněna i ekonomickými faktory. Zhoršení zdravotního stavu má taky značný vliv na stravování. Ztráta chrupu, nádorová onemocnění, nebo užívání léků, které mohou zapříčinit nechutenství či průjmy.

#### **2.4.1.2 Psychické faktory**

Přijímání potravy navozuje pocit spokojenosti, proto negativní emoce mohou významně ovlivnit příjem potravy. U seniorů je deprese z jedné z hlavních příčin nadměrného požívání stravy, nebo naopak nepřijímání potravy vůbec (Trachtová, 2001).

#### **2.4.1.3 Sociálně-kulturní faktory**

Způsob života dnešní doby vede ke špatným stravovacím návykům, které často vyústí ve zdravotní komplikace. Proto se zde klade velký důraz na osvětu týkající se pravidel správné výživy. Hlavním problémem u seniorů jsou však finance. Ekonomická situace determinuje přijímání potravy a to jak z hlediska kvantity, tak i kvality (Trachtová, 2001).

### **2.4.2 Základní složky výživy a jejich význam**

Mezi základní složky výživy můžeme zařadit proteiny, sacharidy, lipidy, vitamíny a minerální látky. Jsou to látky, bez kterých se lidský organismus neobejde.

#### **2.4.2.1 Proteiny (bílkoviny)**

Bílkoviny mají velký význam ve stavbě organismu, jsou nedílnou součástí metabolismu a obranyschopnosti. Mohou být původu živočišného anebo rostlinného. Podle nutričních studií 10 – 25 % žen ve věku nad 75 let konzumuje méně než 30 g proteinů za den a podle klinické studie je průměrná energetická potřeba osob starších 70 let přibližně 0,6 g proteinů na 1 kg tělesné hmotnosti a den. Světová zdravotnická organizace však

navrhuje, že bezpečná dávka proteinů ve stáří by měla být v rozmezí 1,0 – 1,25 g na 1 kg tělesné hmotnosti a den (Kalvach, 2004).

Kalvach (2004) dále uvádí, že vypracování nutričního systému, který by redukoval úbytek svalové hmoty způsobené postupným stárnutím, může významně zlepšit funkční schopnosti a nezávislost jedinců vyšších věkových skupin.

### **2.4.2.2 Sacharidy**

Sacharidy jsou pro svoji sladkou chuť také nazývány glycidy. Ty můžeme rozdělit na monosacharidy, disacharidy a polysacharidy.

- Monosacharidy – v přírodě je můžeme najít pod názvy glukóza a fruktóza a nejčastěji se nachází ve všech druzích ovoce, ale i v medu.
- Disacharidy – nejčastějším disacharidem je sacharóza (třtinový cukr), maltóza (obsaženo ve sladu ječmene a dalších obilovinách) a laktóza, která se vyskytuje v mléce savců.
- Polysacharidy – nejčastěji se nacházejí v obilných zrnech pšenice, rýže, ječmene, kukuřice a hlízách brambor. Dále může být polysacharidem například škrob, glykogen nebo celulóza.

Příjem sacharidů má tvořit 50 – 60 % celkové potřeby energie. Mírné zvýšení dietní vlákniny zlepšuje glukózovou toleranci, protože s pokračujícím věkem vzniká inzulinová rezistence a hyperinzulinemie stimuluje tvorbu a kumulaci tuku v organismu. Obecně se příjem vlákniny ve střední Evropě pohybuje pod 10 g za den, i když minimální potřeba by měla dosahovat 15 – 20 g za den a optimální příjem je v rozmezí mezi 20 – 35 g vlákniny za den (Kalvach, 2004).

### **2.4.2.3 Lipidy**

Jedním z typických znaků lipidů je to, že nejsou rozpustné ve vodě. Složka tuků se dělí na mastné kyseliny nasycené a nenasycené, přičemž všechny nasycené mastné kyseliny jsou živočišného původu a jejich nadměrný výskyt v těle zvyšuje hladinu cholesterolu v krvi. Nenasycené mastné kyseliny jsou převážně rostlinného původu nacházející se v jádrech ořechu, mandlí, obilných klíčcích nebo suchých olejnatých

plodech. Jediná mastná nenasycená kyselina, která je živočišného původu je rybí tuk. Ve střední Evropě je porucha energie způsobená snížením příjmu tuku velmi vzácná, spíše naopak je příjem tuků až nadbytečný, proto se ve stáří často vyskytují kardiovaskulární poruchy, hypertenze a diabetes. U těchto poruch se doporučuje snížit příjem tuku na 30 % celkového energetického přívodu. Pro játra a slinivku břišní je velmi těžké zpracovat tuky, proto i jejich nadměrné užívání velkým způsobem zatěžuje i tyto orgány a o to rychleji může vést k jejich poruše (Kalvach, 2004).

#### 2.4.2.4 Vitamíny

*„Vitamíny se z praktického hlediska rozdělují na rozpustné v tucích a rozpustné ve vodě. Z toho též vyplývá, že určité množství tuku ve stravě musí být obsaženo, protože jinak by bylo vitamínů rozpustných v tucích nedostatek. K tomu dostačuje asi 20 g tuku denně.“* (Turek, Dostálová, s. 21, 1996)

Do skupiny vitamínů rozpustných v tucích řadíme vitamin A, D, E, K

- Vitamin A – je obsažen pouze v živočišných potravinách. Mezi jeho hlavní funkce patří zajištění procesů při vidění, regulace přeměny bílkovin, ochrana sliznice například u dýchacích cest, kdy zabraňuje infekci (Turek, Dostálová, 1996). Při nedostatku vitamínu A dochází nejčastěji k šerosleposti, sleposti, funkční poruchy kůže a sliznice, popřípadě zpomalený růst. Doporučená dávka vitamínu A na den je u mužů 1 000 µg a u žen 800 µg (Martiník a kol., 2007).
- Vitamin D – tento vitamin se nejčastěji tvoří pomocí slunečního světla nebo z jiných zdrojů, například UV lampy. Mezi hlavní funkce tohoto vitamínu můžeme zařadit rozhodování o ukládání vápníku do kostí, záštita nad růstem a vývojem kostí, obnova kostní tkáně, zvyšování imunitního systému lidského organismu, ochrana sliznice tlustého střeva (Turek, Dostálová, 1996). Při nedostatku vitamínu D dochází ke vzniku osteoporózy, k patologickým frakturám. Doporučená denní dávka vitamínu D je u mužů a žen 5 – 10 µg (Martiník a kol., 2007).
- Vitamin E – tomuto vitaminu se přisuzuje mnoho účinků a často se mu říká vitamin mládí. Je to látka se značným antioxidačním účinkem, což má velký význam pro prevenci proti srdečním, cévním a nádorovým onemocněním. Mezi jeho další schopnosti patří ochrana jater před poškozením. Při jeho nedostatku dochází



k anémii, poruchám metabolismu nervstva a svalů. Doporučená denní dávka je u mužů 10 mg a u žen 8 mg (Turek, Dostálová, 1996).

- Vitamin K – tento vitamin aktivuje tvorbu koagulačních faktorů a je částečně tvořen střevními bakteriemi. Při jeho nedostatku dochází ke krvácení, objeví se na kůži krvavé skvrny, prodloužení čas při tvorbě koagula. Denní doporučená dávka je u mužů 45 – 80 µg a u žen 45 – 65 µg (Martiník a kol., 2007).

Do skupiny vitaminu rozpustných ve vodě můžeme zařadit všechny vitaminy skupiny B komplexu, kyselina listová, kyselina pantotenová, niacin, biotin a vitamin C (Turek, Dostálová, 1996).

- Vitamin B1 – hojně se vyskytuje v medu, ořechách nebo obilovinách. Jeho hlavní funkcí je příznivé působení na nervový systém a proti únavě. Při jeho nedostatku se vyskytuje tzv. nemoc beri-beri, která začíná vyčerpaností, ztrátou chuti k jídlu a později i depresemi. U nás je velmi ojedinělá. Doporučené množství vitaminu B1 u mužů je 1,2 – 1,5 mg a u žen 1,0 – 1,1 mg (Martiník a kol., 2007).
- Vitamin B2 – obsažen převážně v živočišných potravinách. Jeho hlavní funkcí je celkový metabolismus a to od očí, kůže, srdce přes metabolismus tuků, cukrů, aminokyselin. Při jeho nedostatku dochází k zánětům sliznic, atrofií papil jazyka. Doporučená denní dávka pro muže je 1,4 – 1,8 mg a pro ženy 1,2 – 103 mg (Martiník a kol., 2007).
- Vitamin B6 – je důležitý pro celý metabolismus, hlavně při reakcích a to konkrétně u přeměny aminokyselin. Při jeho nedostatku dochází ke změnám kůže a sliznice, dochází k nervosvalovým křečím. Doporučená dávka u mužů je 1,7 – 2,0 mg a u žen 1,4 – 1,6 mg (Martiník a kol., 2007).
- Vitamin B12 – mezi hlavní produkty tohoto vitaminu patří mléko, vejce a sýr. Jeho základní funkcí je krvetvorba, správná funkce nervového systému a podílí se na syntéze DNA a ATP. Při jeho nedostatku dochází k chudokrevnosti, zhoršení paměti, hubnutí, duševní výkonnost, třes a mravenčení v končetinách. Doporučená denní dávka pro muže a ženy je 2,0 µg (Martiník a kol., 2007).
- Niacin – vyskytuje se jak v rostlinné, tak i v živočišné potravě. Jeho základní funkcí je zabraňování uvolňování mastných kyselin a tím snižuje cholesterol v krvi, dále se podílí na glykolýze a buněčné respiraci. Při jeho nedostatku dochází k nespavosti, nechutenství, šarlatovým jazykem, poruchou srdečních a centrálních

nervových funkcí. Denní dávka by měla být pro muže 15 – 20 mg a pro ženy 13 – 15 mg (Martiník a kol., 2007).

- Biotin – podílí se na metabolismu mastných kyselin, bílkovin a cholesterolu. Při jeho nedostatku dochází k atrofii papil jazyka, změny na pokožce, nervové poruchy nebo anomálie EKG. Doporučené denní množství u mužů je 30 – 100 µg a u žen 50 – 100 µg (Martiník a kol., 2007).
- Kyselina listová – nejčastěji ji najdeme v listové zelenině, játrech a kvasnicích. Její hlavní funkcí je umožňování vzniku nukleových kyselin, které jsou nezbytnou součástí vzniku DNA a RNA, biosyntéza purinů, metabolismus aminokyselin. Při nedostatku dochází k deformaci červených krvinek, poruchy růstu, neplodnosti. Doporučené denní množství je u mužů 150 – 200 µg a u žen 150 – 180 µg (Martiník a kol., 2007).
- Kyselina pantotenová – je důležitá při tvorbě koenzymu A, potřebné při syntéze mastných kyselin, cholesterolu a v metabolismu tuků, sacharidů a aminokyselin. Její nedostatek v organismu je velmi vzácný, protože tato kyselina se vyskytuje ve všech potravinách. Doporučené množství u mužů je 4 – 10 mg a u žen 4 – 7 mg (Martiník a kol., 2007).
- Vitamin C – je to aktivátor celkového metabolismu. má vysokou antioxidační aktivitu. dále se účastní syntézy steroidních hormonů v nadledvinkách, usnadňuje biologické využití železa a kyseliny listové. Při jeho nedostatku dochází ke krvácení dásní, hematomům, zhoršování hojení ran, zvýšení vnímavost k infekcím, útlum stresové reakce. Doporučená denní dávka pro muže i ženy je 50 – 60 mg (Martiník a kol., 2007).

#### 2.4.2.5 Minerální látky

*„Minerální látky jsou představovány různými prvky, které se rozdělují podle potřebného množství pro lidský organismus na makro a mikroprvky.“ (Turek, Dostálová, s. 25, 1996)*

Do makroprvků řadíme tyto nejčastější minerální látky:

- Vápník – je součástí kostí, zubů. Má vliv na krevní srážlivosti, vede nervové vzruchy, svalová činnost. Při jeho nedostatku vzniká tetanie, osteoporóza či arytmie. Doporučená denní dávka pro muže i ženy je 800 – 1 200 mg.

- Fosfor – je součástí kostí, zubů, ATP fosforylovaných metabolitů. Podílí se na resorpci glukosy a glycerolu, transportu mastných kyselin a na energetickém metabolismu. Při jeho nedostatku dochází k hemolytické anémii, dysfunkce leukocytů a trombocytů, zástava růstu. Doporučená denní dávka pro muže i ženy je 800 – 1 200 mg.
- Hořčík – působí jako koenzym v obecném metabolismu, má vliv na hladké svalstvo a na neuromuskulární dráždivost. Při jeho nedostatku dochází k tetanii, svalovým záškubům a slabosti a dochází k arytmií. Denní dávka by měla být pro muže 270 – 400 mg a pro ženy 280 – 300 mg.
- Sodík – zajišťuje rovnováhu tekutin, resorpce glukózy, svalová kontraktibilita. Při nedostatku se projevuje svalová slabost a hypotonie. Doporučené denní množství pro obě pohlaví je 1 100 – 3 300 mg.
- Draslík – zajišťuje rovnováhu tekutin, svalovou dráždivost, tvorbu glykogenu a proteosyntézu. Při nedostatku dochází k arytmií a svalové slabosti. Doporučené množství je 1 875 – 5 625 mg pro muže i ženy.

Mezi mikroprvky můžeme zařadit:

- Železo – má na starosti syntézu hemoglobinu, transport kyslíku, buněčnou oxidaci a hemové enzymy. Při nedostatku dochází k anémii, bolavému jazyku. Doporučené denní množství je u mužů 10 – 12 mg a u žen 10 – 15 mg.
- Jod – zajišťuje syntézu tyroxinu regulující buněčný metabolismus. Při nedostatku dochází k hypotyreóze a strumě. Doporučená denní dávka je 150 µg pro muže i ženy.
- Zinek – je to složka mnoha enzymů a kofaktorů. Má vliv na růst, vývoj a imunitní systém. Jeho nedostatek způsobuje kožní erupce, opožděný růst, špatné hojení ran, špatnou celulární imunitu. Doporučené denní množství u mužů je 15 mg a u žen 12 mg.
- Měď – spolu se železem tvoří nezbytnou součást syntézu hemoglobinu a součást enzymů. Nedostatek se projevuje jako aneurysma, anémie. Doporučené denní množství pro muže a ženy je 1,5 – 3 mg (Martiník a kol., 2007).

### **2.4.3 Zásady správné výživy**

Základem zdravé výživy je vyvážená a pestrá strava, která by se měla přijímat pětkrát denně po třech hodinách a ve večerních hodinách by člověk neměl jíst později jak dvě hodiny před spánkem. Strava by měla být pestrá, konzumace ovoce a zeleniny nejméně dvakrát denně, upřednostňování drůbežního masa a ryb a dostatečný příjem nealkoholických tekutin. Příznivé účinky zdravé výživy se umocňují, pokud se strava kombinuje s dalšími prvky životního stylu a to s čistým vzduchem, vodou, sluncem, aktivním pohybem, odpočinkem a dobrým duševním stavem (Kalvach, 2004).

#### **2.4.3.1 Maso**

Maso je jednou ze základních potravin v lidské výživě a je důležitým zdrojem vitamínů skupiny B, železa, hořčíku, fosforu, draslíku, vápníku, sodíku. Barva masa ovlivňuje svalové barvivo zvané myoglobin, které je nejvíce přítomno ve svalech, které jsou často namáhané pohybem, jako jsou například stehna. V jídelníčku by se měly vyskytovat spíše méně tučná masa a to zejména kuřecí, krůtí, telecí, jehněčí, králičí a ryby. V současné době se klade velký důraz na drůbeží maso, to je však o něco chudší na vitaminy a minerální látky, proto se doporučuje jednou za čas obohatit jídelníček telecím či hovězím masem, které je bohaté na železo, zinek a vitaminy skupiny B. Vnitřnosti jsou bohatým zdrojem vitamínu A, kyseliny listové a železa, ale na druhou stranu obsahují velké množství cholesterolu, proto se doporučuje zařazovat vnitřnosti do jídelníčku tak jedenkrát za čtrnáct dní. Co se týče uzenin a paštik, tak ty bychom neměli do jídelníčku zařazovat vůbec. Obsahují velké množství nežádoucích nasycených tuků, cholesterolu, soli a konzervantů (Hrnčířová, Rambousková, 2012).

#### **2.4.3.2 Ryby**

Ryby a jejich konzumace je nedílnou součástí našeho zdraví, jelikož rybí maso a rybí tuk obsahují řadu prospěšných a nepostradatelných látek a minerálů, jako jsou lehce stravitelné bílkoviny, omega-3 nenasycených mastných kyselin, vitamín D, A, jód, selen, vápník, draslík a fosfor. Tyto látky a vitamíny nás chrání před vážnými chorobami

a onemocnění srdce, cév, rakovinou tlustého střeva, konečníku, prostaty a Alzheimerovou chorobou. Na jídelníčku by se měla ryba vyskytovat dvakrát až třikrát týdně a to jak sladkovodní, tak i mořská (Hrnčířová, Rambousková, 2012).

### **2.4.3.3 Mléko, mléčné výrobky a sýry**

Mléko a mléčné výrobky obsahují všechny tři základní živiny, velké množství vitamínů a jsou důležitým zdrojem dobře vstřebatelného vápníku a minerálních látek. Mléčné výrobky dodávají našemu organismu 50 – 70 % vápníku, proto je důležité konzumovat co nejvíce mléčných výrobků již od malička, kdy je naše tělo schopno z toho vytěžit maximum. Kravské mléko i mléčné výrobky obsahují i vysoké množství nasycených tuků a cholesterolu, které jsou rizikovým faktorem pro osoby s onemocněním cév a srdce, proto by se do našeho jídelníčku měly primárně vybírat mléčné výrobky nízkotučné či polotučné s nízkým obsahem tuku. V sýrech jsou všechny živiny přítomny v mnohem větší koncentraci než v mléčných výrobcích. Bílkovina sýru obsahuje všechny základní aminokyseliny, které naše tělo potřebuje a může ovlivnit řadu fyziologických pochodů v těle, jako je podpora obranyschopnosti, snížení rizika vzniku zubního kazu a příznivé ovlivnění krevního tlaku. Dále obsahují vitamíny A, D a E a z minerálních látek jsou sýry bohaté na vápník, fosfor, hořčík, sodík a draslík. Nejlepším zdrojem vápníku jsou tvrdé sýry, avšak sýry tavené obsahují tavící soli a fosforečnany, které ve velkém množství odplavují z těla vápník a odebírají ho i z kostí (Hrnčířová, Rambousková, 2012).

### **2.4.3.4 Tuky a oleje**

Živočišné tuky jsou jedním z hlavních zdrojů nasycených tuků, které by se v našem jídelníčku měli objevovat co nejméně. Můžeme sem zařadit sádlo, lůj, máslo, slanina, tučné sýry, smetana, tučné jogurty a jiné mléčné výrobky, tučné masa, aj.

- Rybí tuk – jako jediný živočišný tuk, je pro naše tělo prospěšný. Poskytuje tělu nenasycené omega-3 mastné kyseliny, jejich příznivý vliv na naše tělo je již dlouho znám.

- Máslo – převažují zde nasycené mastné kyseliny a cholesterol, proto by konzumaci másla měli omezit lidé se srdečními či cévními chorobami. Máslo je vhodné spíše pro studenou kuchyni nikoli pro smažení.
- Sádlo – vepřové sádlo obsahuje cholesterol a asi 40 % nasycených mastných kyselin. Na rozdíl od husího sádla, které obsahuje o něco více nenasycených mastných kyselin, a proto je odborníky více doporučováno.

Rostlinné tuky jsou na rozdíl od živočišných tuků tekuté a vyskytují se v plodech a semenech rostlin, mají větší podíl nenasycených mastných kyselin, antioxidantů, vitamínů a minerálních látek, jsou lisované za studena a jsou nedílnou součástí našeho jídelníčku.

- Olivový olej – má vysoký obsah mono nenasycených mastných kyselin, vitamínu E. Je tepelně stálý, proto je vhodný k pečení i smažení.
- Řepkový olej – má vhodný poměr omega-6 a omega-3 mastných kyselin. Řepkový olej má nejvhodnější složení pro lidský organismus, u nás se nejčastěji používá slunečnicový olej, který má zejména vysoký podíl omega-6 polyenových mastných kyselin (Hrnčířová, Rambousková, 2012).

#### **2.4.3.5 Vejce**

Vejce má přirozeně vysokou výživovou hodnotu, kde vaječný bílek obsahuje bílkovinu, lecitin, který působí příznivě proti ukládání cholesterolu v cévách. Z vitamínů jsou přítomny skoro všechny krom vitamínu C. Z minerálních látek je nejvíce obsaženo železo, draslík, zinek, fosfor a ze stopových prvků je významný zejména selen. Ve žloutku je však také přítomno vysoké množství cholesterolu. Pro zdravého člověka je ideální konzumace 3 – 4 vajec za týden, ale je potřeba myslet na to, že vajíčka se vyskytují i v těstovinách, pečivu nebo majonéze (Hrnčířová, Rambousková, 2012).

#### **2.4.3.6 Obiloviny**

Obiloviny se získávají z pšenice, žita, ovsa a ječmene, ale i z prosa, rýže, kukuřice pohanky či amarantu. Z obilovin se vyrábí především pečivo, těstoviny, ovesné vločky nebo jáhly. Jsou velmi dobrým zdrojem vitamínů, energie, vlákniny, rostlinných bílkovin

a minerálních látek, které naše tělo dle potřeby umí rychle využít. Z obilovin se vyrábí bílá mouka, ta už však není tak bohatá na vitamíny a minerální látky. Proto pečivo, které obsahuje více celozrnné mouky než bílé, je mnohem výživově hodnotnější než pečivo čisté z bílé mouky. Veškeré výrobky z obilovin by měli tvořit 40 % našeho jídelníčku (Hrnčířová, Rambousková, 2012).

#### **2.4.3.7 Luštěniny**

Luštěniny jsou jedlá zralá semena bobovitých rostlin, které tvoří lusky. V České republice se nejvíce konzumuje hrách, fazole, čočka a v posledních letech i sója. Luštěniny obsahují velké množství bílkovin, vlákniny, minerálních látek v podobě vápníku, hořčíku, železa, draslíku. Dále jsou luštěniny bohaté na vitamíny a to konkrétně na vitamíny skupiny B. Jednou z předností luštěnin jsou pozitivní účinky sóji, které se svým chemickým složením liší od ostatních druhů. Její bílkovina obsahuje látky, které snižují hladinu cholesterolu tuků v krvi a tak zabraňuje častým srdečním a cévním onemocněním. Sója je rovněž jedním z nejvýznamnějších zdrojů fosfolipidů, kterých je v naší stravě nedostatek. Luštěniny by se na našem talíři měli objevovat dvakrát týdně ideálně v podobě salátu nebo polévky (Hrnčířová, Rambousková, 2012).

#### **2.4.3.8 Ovoce a zelenina**

Ovoce a zelenina jsou velmi významnou složkou a působí jako prevence před mnoha civilizačními chorobami jako je rakovina. Některé druhy ovoce a zeleniny obsahují vlákninu, vitamíny a minerální látky, které jsou pro náš organismus důležité, a jejich nedostatek může způsobit vážné zdravotní potíže. Největší zastoupení vitamínů má vitamín C, který je obsažen v černém rybízu, angreštu, jahodách, ostružinách, citrónech, paprice, kapustě, kedlubně, křenu a patisonu. Dalším vitamínem je vitamín A ten se nachází převážně jen v zelenině jako je mrkev, rajčata a špenát. Vitamín B1 a B2 najdeme v hrášku, chřestu, petrželi, rajčatech, špenátu, květáku nebo hlávkovém salátu. Další důležitou složkou jsou minerální látky, které jsou též v hojném zastoupení. Draslík, hořčík, železo, mangan, měď a zinek můžeme najít v pomerančích, malinách, broskvích, borůvkách, ananasech, banánech, ostružinách aj. Některé druhy ovoce mají vyšší obsah

rozpustné vlákniny, která se významně podílí na snižování cholesterolu v krvi a tím působí jako prevence proti vzniku srdečně-cévních chorob. Zeleninu a ovoce bychom měli konzumovat rovnoměrně po celý rok a střídat různé druhy dle toho, který je v daném období aktuální. Doporučená dávka je alespoň 500 g ovoce a zeleniny denně (Hrnčířová, Rambousková, 2012).

## **2.4.5 BIO Potraviny**

Velké množství lidí si pod pojmem bio potravina představí, že se jedná o potraviny, které jsou zdravé, po kterých se jejich zdravotní stav může nějak změnit. Většinou jsou to ovšem pouze domněnky. Ve stručnosti se zde pokusím popsat, v čem je podstata bio výrobku a čím se vlastně odlišuje od běžných potravin, které zakoupíme v obchodech. Bio potraviny jsou vyrobeny z produktů, jež pocházejí z ekologického zemědělství. Jsou produkovány ekologicky od zemědělců, kteří nepoužívají žádná průmyslová hnojiva, pesticidy, herbicidy ani fungicidy. Jedná se o velmi kvalitní potraviny s výraznou a nefalšovanou chutí. Zemědělci, kteří produkují tyto potraviny, mají k danému způsobu pěstitelství a chovu dlouholetý a hluboký vztah. Svým produktům věnují velké množství péče. Veškeré produkty jsou také z krajiny, která je minimálně narušena přítomností lidí. Zvířata mají dostatečné a čisté prostředí pro pastvu i odpočinek. Podle mého názoru, je dnes o biopotraviny zájem, avšak někteří lidé je považují za drahé a tak dávají přednost potravinám, které jsou v prodeji v obchodních řetězcích. Mnoho lidí se tímto způsobem stravování začíná zabývat v době, kdy vypozerují své zdravotní problémy (Sedlářová, 2013).

## **2.4.4 Nejčastější problémy v oblasti výživy seniorů**

Senioři jsou ve vyšším věku velmi často nemocní, užívají mnoho léků a to vše má samozřejmě vliv nejen na jejich aktivitu, pohyb, ale i na jejich stravování. U lidí seniorského věku se právě nejčastěji setkáme s obezitou nebo naopak s malnutricí.



#### **2.4.4.1 Obezita**

Obezita je chorobný stav, při kterém dochází k ukládání tuku v důsledku převažujícího přívodu energie nad jejím výdejem. Se stoupajícím věkem se snižuje klidový výdej energie v důsledku snížení bez tukové tělesné hmoty a klesá fyzická aktivita. Takto snížená potřeba energie je pak patřičně hrazena nadměrným příjmem potravy. Výskyt obezity u seniorů je častý, u mužů je to 40 – 50 % a u žen je to více jak 60 %. Samozřejmě, že velkou roli hraje i genetický faktor, psychosociální a hormonální vlivy (Topinková, 1995).

Obezita je rizikovým faktorem mnoha chorob, je to nemoc, která způsobuje řadu dalších onemocnění. Její léčba je založena na vlastním přičinění člověka, na změně stravovacích návyků, na zvýšení pohybové aktivity. Obezitu lze léčit i chirurgickým zákrokem a to tak zvanou bandáží žaludku (Grafová, 2007).

#### **2.4.4.2 Malnutrice**

Malnutrice je patologický stav, který vzniká v souvislosti s nedostatkem živin. Vyskytuje se u 20 – 80 % hospitalizovaných seniorů načež u 30 % se malnutrice rozvine až během hospitalizace a u 3 – 4 % je malnutrice tak závažná, že pokud se nezahájí okamžitá intervence, končí smrtí. Mezi nejčastější příčiny malnutrice patří nedostatečná výživa, ta však v těchto případech bývá ovlivněna defektem chrupu, postižení slinných žláz, onemocnění jícnu, dutiny ústní, jater, psychické poruchy (demence, deprese), snížená chuť k jídlu. Tyto nedostatky se pak odráží na zdravotním stavu. Lidem trpící malnutricí se zvyšuje riziko infekcí, obtížně se hojí rány, špatně se rehabilitují, zvyšuje se riziko imobility a pádů a zhoršení křehkosti (Lukšová, Vrublová, 2014).

Lukšová a Vrublová (2014) prováděli výzkum v Moravskoslezském kraji, který měl zjistit stav výživy seniorů v institucionální péči. Z dvě stě respondentů, v seniorském věku, trpí 30 % seniorů v institucionálním zařízení malnutricí a 38 % je malnutricí ohroženo. Je zajímavé, že například ve Švédsku, trpí malnutricí v institucionálním zařízení 36 % a v Helsinkách v institucionálním trpí malnutricí 29 %, avšak 60 % je ohroženo.

### **2.4.4.3 Diabetes mellitus**

Diabetes je nepochybně nejvýznamnější chorobou látkové přeměny a jednou z nejzávažnějších nemocí vůbec. Svými projevy a komplikacemi zasahuje téměř do všech odvětví medicíny (Rybka, 2006).

Diabetes mellitus postihuje v 7. dekadě až 20 % osob a dalších 20 % trpí porušenou glukózovou tolerancí. Způsobuje, že jde o klinicky nejvýznamnější metabolické onemocnění vyššího věku. Jde o chronické pozvolna progredující onemocnění (Weber, 2008).

Jedná se o nehomogenní skupinu chronických metabolických onemocnění různé etiologie, jejich společným jmenovatelem je hyperglykémie. Způsobuje poruchu sekrece nebo účinku inzulínu, popřípadě jejich kombinaci a je provázeno poruchou metabolismu cukrů, tuků a bílkovin (Rybka, 2006).

Jednoduše řečeno, diabetes mellitus neboli úplavice cukrová, cukrovka je chronické onemocnění, které se projevuje zvýšenou hladinou cukru v krvi (Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2009).

#### **2.4.4.3.1 Klasifikace**

Pojem stařecký diabetes poprvé použil v roce 1898 v knize o diabetu profesor Bernadr Naunyn, který to dále rozlišil na mladistvý a organicky podmíněný diabetes. Toto dělení na základě klinické typologie a věku bylo prakticky používáno až do roku 1979, kdy National Diabetes Data Group (NDDG) navrhla klasifikaci DM vycházející z etiologie DM (Weber, 2008).

Dle World Health Organization (WHO) je od roku 1985 zaveden termín diabetes mellitus typu 1 a 2 místo dříve používaných pojmů inzulindependentní diabetes mellitus a noninsulindependentní diabetes mellitus. Na návrh Americké diabetologické asociace byla Mezinárodní diabetickou federací v roce 1999 přijata nová klasifikace.

**Tabulka č. 1: Klasifikace Diabetes mellitus**

<b>Diabetes mellitus</b>	<b>Obvyklá zkratka</b>
I. Diabetes mellitus typ 1	DM typ (dříve IDDM)
A. imunitně podmíněný	
B. idiopatický	
II. Diabetes mellitus typ 2	DM typ (dříve NIDDM)
III. Ostatní specifické typy diabetu	Např. MODY
IV. gestační diabetes mellitus	GDM
<b>Hraniční poruchy glukózové homeostázy</b>	<b>HPGH</b>
I. Zvýšená glykémie nalačno	IFG (impaired fasting glucose)
II. Porušená glukózová tolerance	PGT

Diabetes mellitus je tedy klinicky nejvýznamnější metabolické onemocnění vyššího věku. U seniorů jde převážně o DM typu 2, nad 70 roků až 95 % (Weber, 2008).

V roce 2008 se léčilo v České republice s tímto onemocněním necelých 774 000 osob, o 19 000 více než v roce 2007. Pokud by léčených pacientů přibývalo podobným tempem jako nyní, to je zhruba 10 000 za rok, bude v roce 2035 postižen každý desátý občan České republiky bez ohledu na věk (Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2009).

## 2.5 AKTIVIZAČNÍ ČINNOST SENIORŮ

*„Lidská aktivita je fenomén, který je nesporně široce použitelný a značně mnohovýznamový. Fenomén aktivita seniorů lze chápat jako jistý výsledný produkt procesu jejich aktivizace.“ (Müller in Kozáková, Müller, s. 36, 2006)*

Dle Müllera in Kozáková, Müller (2006) můžeme do aktivizace seniorů řadit následující:

- rehabilitační péči ve zdravotnictví v podobě fyzioterapeutických postupů,
- podpora rovnosti příležitostí na trhu práce a snaha o podporu zaměstnávání seniorů z důvodů prodloužení jejich aktivní fáze života,
- různé formy institucionálně vedeného vzdělávání seniorů,
- nabídka aktivit týkajících se společenského života a možnost zapojení se do veřejného života.

### 2.5.1 Výsledky aktivizačních činností z roku 2012

Bc. Veronika Klimešová se v roce 2012 ve své diplomové práci zabývala průzkumem, který měl zjistit, jak jsou na tom senioři s aktivizačními činnostmi, kterým se nejčastěji věnují a ve které prostředí tyto činnosti nejčastěji využívají. Průzkumu se zúčastnilo 330 respondentů, z toho 120 bydlelo v domovech pro seniory, 105 v domovech s pečovatelskou službou a zbylých 105 v domácím prostředí. Respondenti mohli vybrat více možností. Výsledky průzkumu můžeme rozdělit do pěti oblastí a to:

- pohybové aktivity,
- kulturně-společenské aktivity,
- vzdělávací aktivity,
- manuální a relaxační aktivity,
- poznávací aktivity.

#### 2.5.1.1 Pohybové aktivity

Do pohybových aktivit zařadila Bc. Klimešová procházky, tanec, sport, zahrádku a turistiku. Respondenti z domovů pro seniory a domovů s pečovatelskou službou nejvíce

využívají možnosti procházky, dále pak turistiky a zahrádky. Respondenti z domácího prostředí však nejvíce času tráví zahrádkou, dále pak procházkou, turistikou a sportem.

### **2.5.1.2 Kulturně-společenské aktivity**

Do těchto aktivit bylo zařazeno divadlo, kino, koncerty, zájmové kroužky a společenské hry. Respondenti z domovů pro seniory nejvíce vybírali možnost společenských her, koncertů a nakonec kina. Respondenti z domovů s pečovatelskou službou nejvíce zastupují možnost divadla, koncertů, zájmových kroužků a společenských her. Respondenti z domácího prostředí nejčastěji preferují koncerty, divadlo a kino.

### **2.5.1.3 Vzdělávací aktivity**

Do těchto aktivit zahrnuje studentka přednášky, besedy, studium a křížovky. U všech respondentů mají nejhojnější zastoupení křížovky a pak besedy a přednášky a jen malá hrstka se věnuje studiu.

### **2.4.1.4 Manuální a relaxační aktivity**

Hudby, vyšívání, pletení, kreslení, masáže, meditace to vše sem patří. Hudbu a masáž preferují nejvíce všichni respondenti. Vyšívání a pletení upřednostňují nejvíce respondenti z domovů s pečovatelskou službou a z domácího prostředí. Kreslení má hojně zastoupení v domovech pro seniory.

### **2.5.1.5 Poznávací aktivity**

Sem patří cestování, nakupování a zvířata. Respondenti z domovů pro seniory se nejvíce zajímají o zvířata, dále pak nakupování a v neposlední řadě o cestování. Respondenti z domovů s pečovatelskou službou preferují nakupování, cestování a pak zvířata. Respondenti z domácího prostředí preferují cestování, zvířata a nakonec nakupování.

### **3 METODIKA PRÁCE**

V této části diplomové práce zpracujeme výsledky šetření, které proběhlo pomocí dotazníků. Na základě výsledků vytvoříme grafy, tabulky a získané informace vyhodnotíme v diskuzi a závěru.

### **METODIKA ŠETŘENÍ**

K uskutečnění kvantitativního výzkumu byl sestaven anonymní dotazník viz. příloha č. 1. Dotazník obsahuje celkem 26 otázek, z nichž 2 jsou otevřené, tudíž respondent svoji odpověď musí dopsat a zbylých 24 je uzavřených, mají na výběr z uvedených možností. Sedm otázek je zaměřeno na respondenta, kdy se ptáme např. v jakém prostředí a s kým žije, jaký je jeho věk, pohlaví aj. Zbylých 19 je zaměřeno na stravu a její složení.

Pro dotazníkové šetření jsem se rozhodla na základě toho, že umožňuje poměrně rychlé a ekonomické shromáždění dat od velkého počtu dotazovaných osob (Chráška, 2007).

V měsíci listopad byl proveden krátký pilotní výzkum, kterého se zúčastnilo deset osob a na základě vyhodnocení a rozebrání otázek v dotazníku byly některé otázky upraveny a předělány tak, aby mohly být použity následně ve výzkumu, který v práci uvádíme.

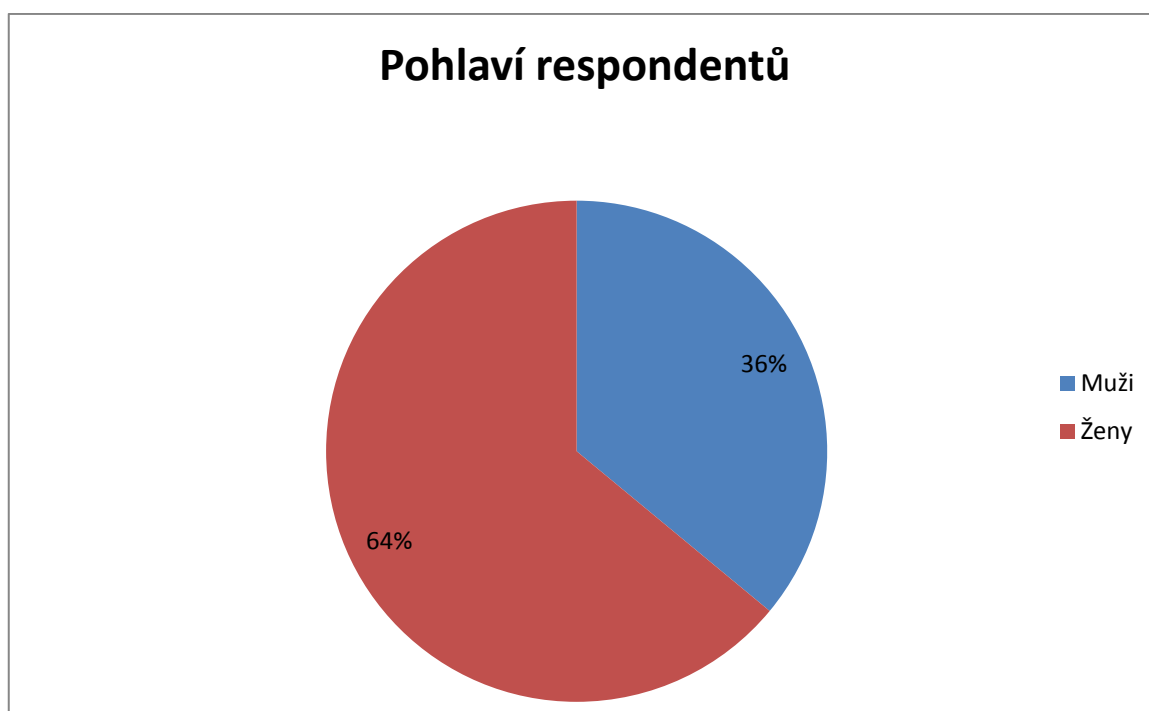
Dotazníky byly rozdány mezi 160 respondentů v březnu roku 2014, avšak vyhodnocováno bylo pouze 150 kusů. 10 jich muselo být vyřazeno z důvodu neúplných informací nebo vynechání některých otázek.

Dotazník je rozdělen na úvodní část, kde jsou respondenti informováni o autorovi, za jakým účelem jej vyplňují, jsou seznámeni s pokyny k vyplnění a součástí úvodu je i poděkování za jejich čas. Druhou část tvoří samotné otázky, jejichž odpověď vybírá respondent z možností, které mu jsou v dotazníku nabídnuty, nebo je dopisuje.

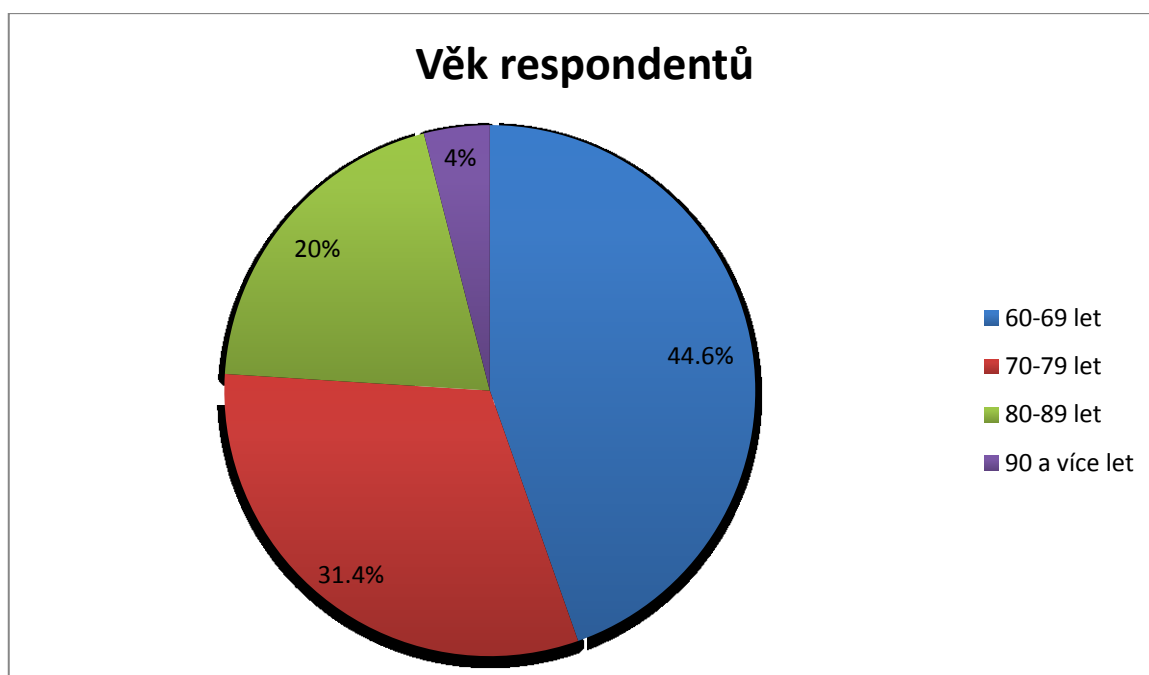
Pro citování bibliografických údajů byla použita norma ISO 690 z března 2011. Získaná data byla zpracovaná v programu Microsoft Word a Microsoft Excel.

## RESPONDENTI

Respondenti byli ženy i muži ve věku od 60 let. Dotazované osoby jsem aktivně vyhledávala a s většinou z nich jsem dotazníky vyplňovala. Výběr byl náhodný. Dotazníky byly rozdány v Olomouckém kraji a to jak v rodinách na vesnici, ve městě, tak i v domovech pro seniory, domovech s pečovatelskou službou a také v klubu pro seniory. Vyhodnocených bylo celkem 150 dotazníků. Ze 150 respondentů bylo 54 (36 %) mužů a 96 (64 %) žen. Věk respondentů byl rozdělen na čtyři kategorie a to: kategorie A 60–69 let, kategorie B 70–79 let, kategorie C 80–89 let a kategorie D 90 a více let. Kategorii A a zastoupilo celkem 67 (44,6 %) respondentů, kategorii B 47 (31,4 %), kategorii C 30 (20 %) respondentů a kategorii D zastoupilo celkem 6 (4 %) respondentů.



**Graf č. 1: Pohlaví respondentů**



**Graf č. 2: Věk respondentů**

## 4 VÝSLEDKY ŠETŘENÍ

Vzhledem k požadovanému rozsahu diplomové práce nebyly vyhodnocovány všechny položky dotazníku. V práci uvádím jen výsledky otázek, které byly pro práci přínosem, ostatní sloužily pouze jako doplnění informací.

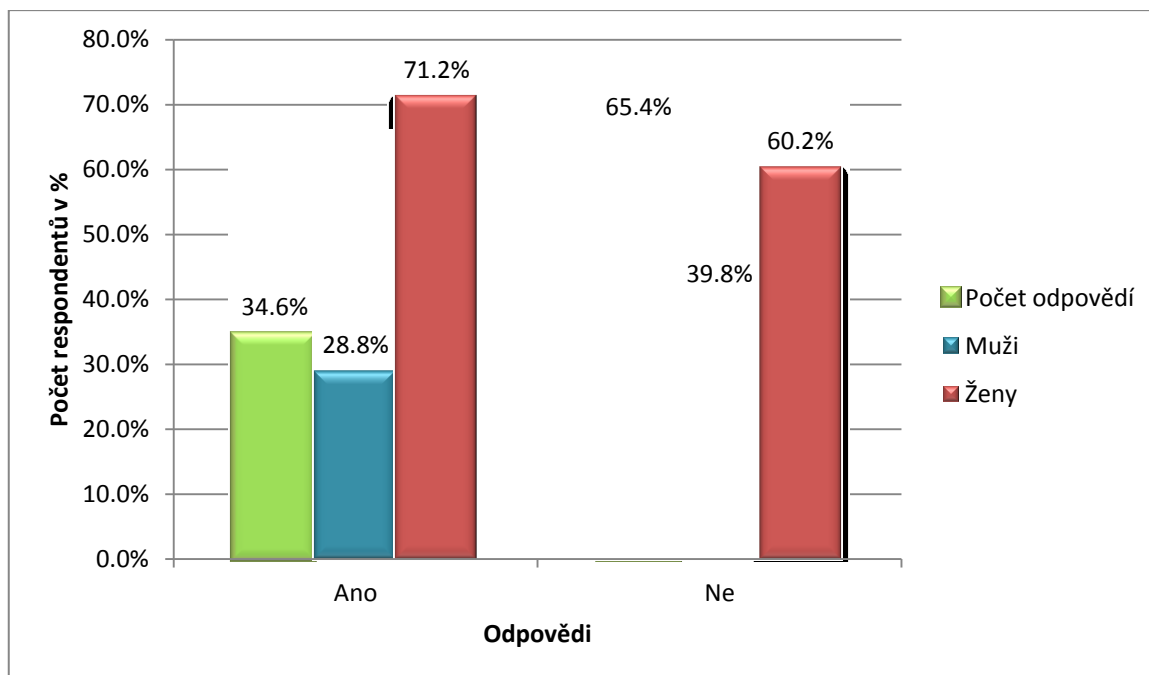
### Otázka č. 1: Máte nějaké dietní omezení?

Z celkového počtu 150 respondentů má 52 (34,6 %) dietní omezení, z toho 37 (71,2 %) žen a 15 (28,8 %) mužů. Zbýlých 98 (65,4 %) je bez dietního omezení, z toho je 59 (60,2 %) žen a 39 (39,8 %) mužů.

**Tabulka č. 2: Dietní omezení respondentů**

Možná odpověď	Počet odpovědí	Muži	Ženy
Ano	52	15	37
Ne	98	39	59





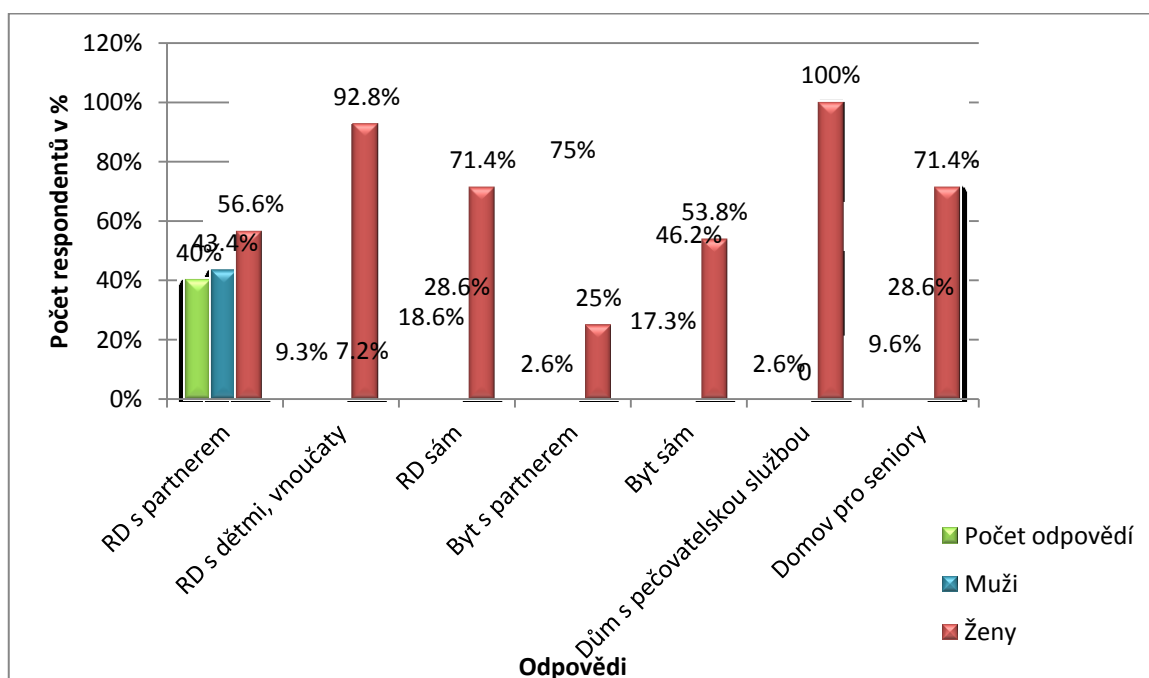
**Graf č. 3: Dietní omezení respondentů**

**Otázka č. 2: Kde bydlíte a případně s kým?**

Z celkového počtu 150 respondentů 60 (40 %) z nich zvolilo možnost A, že bydlí v rodinném domě s partnerem z toho 34 (56,6 %) žen a 26 (43,4 %) mužů. Dále 14 (9,3 %) respondentů zvolilo možnost B, bydlí v rodinném domě s dětmi a vnoučaty, z toho 13 (92,8 %) žen a 1 (7,2 %) muž. V rodinném domě sám, tedy možnost C, bydlí celkem 28 (18,6 %) respondentů, z toho 20 (71,4 %) žen a 8 (28,6 %) mužů. Varianta D, bydlí v bytě s partnerem, zvolili celkem 4 (2,6 %) respondenti, z toho 1 (25 %) žena a 3 (75 %) muži. Celkem 26 (17,3 %) respondentů vybralo možnost E, že bydlí v bytě samostatně, a z toho je podíl 14 (53,8 %) žen a 12 (46,2 %) mužů. V domově s pečovatelskou službou, tedy možnost F, volilo celkem 4 (2,6 %) respondentů a z toho 4 (100 %) žen a žádný muž. Poslední možnost G, bydlení v domovech pro seniory zvolilo celkem 14 (9,6 %) respondentů, z toho 10 (71,4 %) žen a 4 (28,6 %) mužů.

**Tabulka č. 3: Bydliště respondentů**

Možná odpověď	Počet odpovědí	Muži	Ženy
<b>A</b>	60	26	34
<b>B</b>	14	1	13
<b>C</b>	28	8	20
<b>D</b>	4	3	1
<b>E</b>	26	12	14
<b>F</b>	4	0	4
<b>G</b>	14	4	10



**Graf č. 4: Bydliště respondentů**

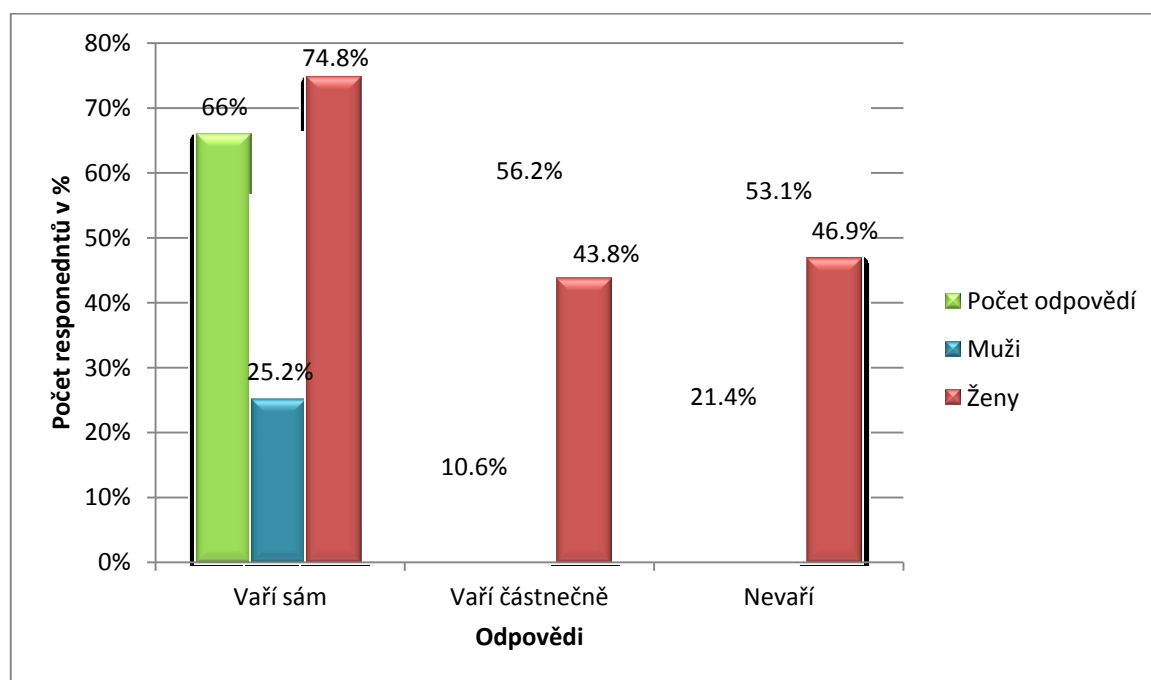
**Otázka č. 3: Vaříte si sám (a)?**

Ze 150 respondentů 99 (66 %) zvolilo možnost A, tedy že si vaří sami. Z toho je 74 (74,8 %) žen a 25 (25,2 %) mužů. Možnost B, že si vaří jen částečně, zvolilo 16 (10,6 %) respondentů, z toho 7 (43,8 %) žen a 9 (56,2 %) mužů. Variantu C, že jim je jídlo plně

servírováno, zvolilo 32 (21,4 %) respondentů, z toho je 15 (46,9 %) žen a 17 (53,1 %) mužů. Na tuto otázku neodpověděli 3 (2 %) respondenti a to v zastoupení 3 mužů.

**Tabulka č. 4: Vaření respondentů**

Možná odpověď	Počet odpovědí	Muži	Ženy
<b>A</b>	99	25	74
<b>B</b>	16	9	7
<b>C</b>	32	17	15



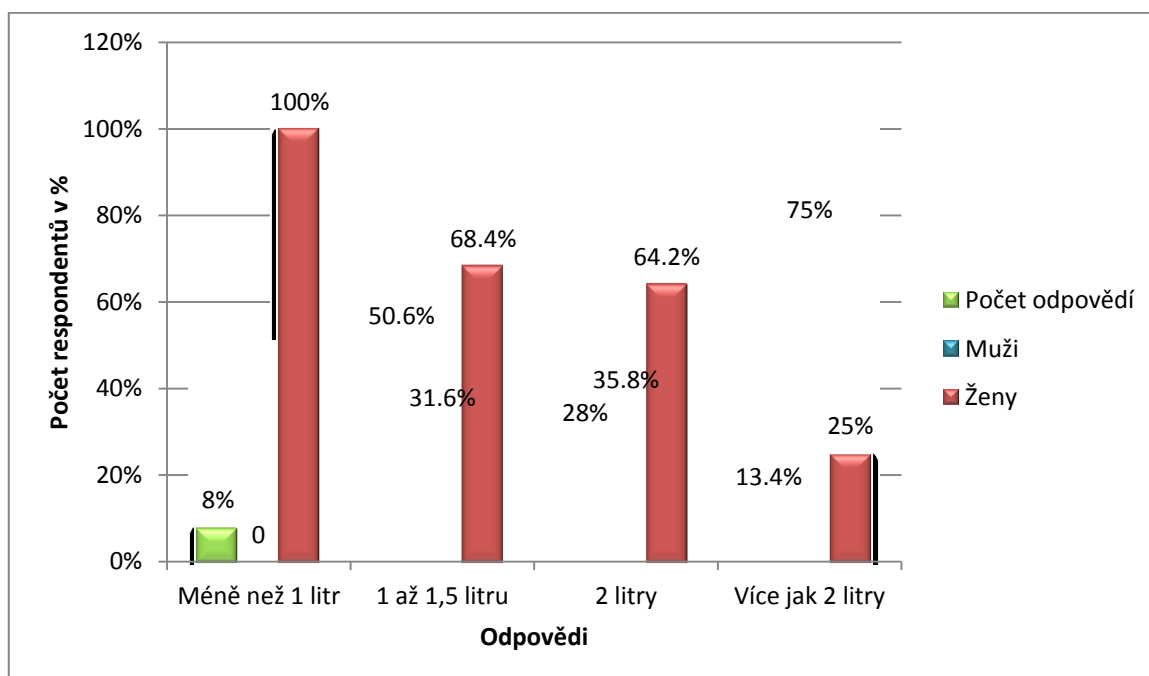
**Graf č. 5: Vaření respondentů**

**Otázka č. 4: Kolik tekutin denně vypijete? (polévka se také započítává – cca 250 ml)**

Variantu A, méně než 1 litr volilo celkem 12 (8 %) respondentů, z toho bylo 12 (100 %) žen a žádný muž. Variantu B, 1 až 1,5 litru zvolilo 76 (50,6 %) respondentů, z toho 52 (68,4 %) žen a 24 (31,6%) mužů. Variantu C, 2 litry, zvolilo celkem 42 (28 %) respondentů a z toho je 27 (64,2 %) žen a 15 (35,8 %) mužů. Možnost D, více jak 2 litry, zvolilo celkem 20 (13,4 %) respondentů, z toho 5 (25 %) žen a 15 (75 %) mužů.

**Tabulka č. 5: Tekutiny**

Možné odpovědi	Počet odpovědí	Muži	Ženy
<b>A</b>	12	0	12
<b>B</b>	76	24	52
<b>C</b>	42	15	27
<b>D</b>	20	15	5



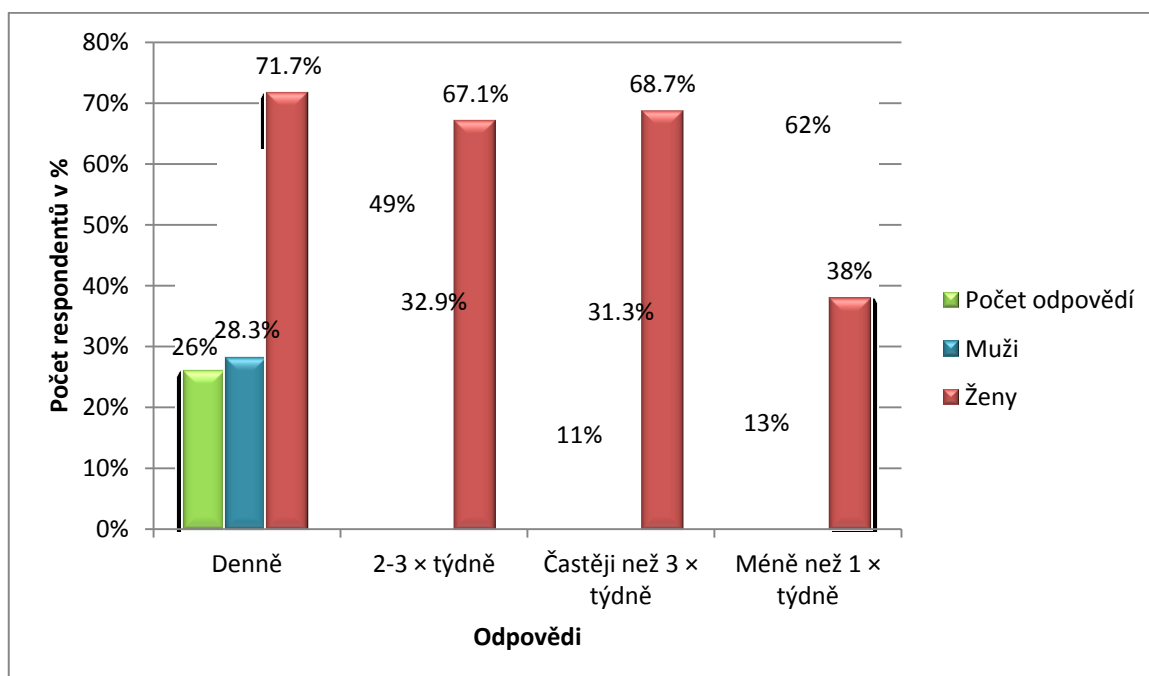
**Graf č. 6: Tekutiny**

**Otázka č. 9: Jak často konzumujete čerstvou zeleninu?**

Respondenti měli na výběr ze čtyř možností, a to možnosti A – denně, B – 2–3 × týdně, C – častěji než 3 × týdně, D – méně než 1 × týdně. Možnost A zvolilo celkem 39 (26 %) respondentů, z toho 28 (71,7 %) žen a 11 (28,3 %) mužů. Variantu B zvolilo celkem 73 (49 %) respondentů, z toho 49 (67,1 %) žen a 24 (32,9 %) mužů. Možnost C vybralo 16 (11 %) respondentů, z toho 11 (68,7 %) žen a 5 (31,3 %) mužů. Poslední variantu D zvolilo celkem 21 (13 %) respondentů a z toho 8 (38 %) a 13 (62 %) mužů. Na tuto otázku neodpověděl 1 (1 %) respondent a to 1 (100 %) muž.

**Tabulka č. 6: Zelenina**

Možné odpovědi	Počet odpovědí	Muži	Ženy
<b>A</b>	39	11	28
<b>B</b>	73	24	49
<b>C</b>	16	5	11
<b>D</b>	21	13	8



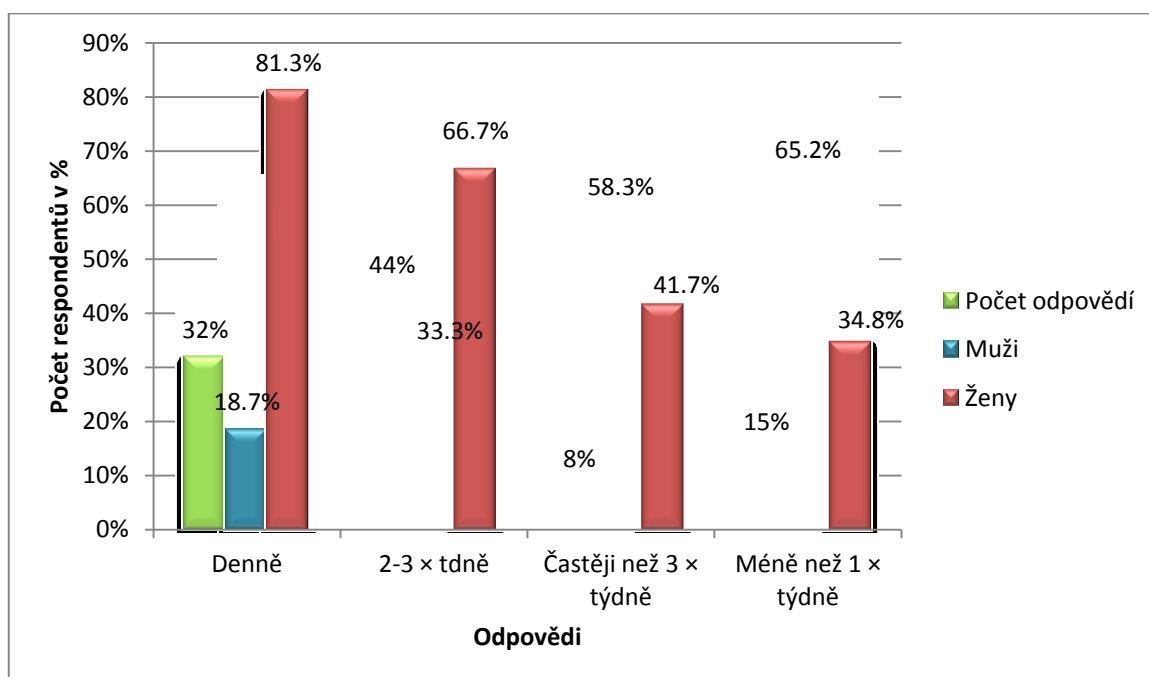
**Graf č. 7: Zelenina**

**Otázka č. 10: Jak často konzumujete čerstvé ovoce?**

Respondenti měli na výběr ze stejných možností jako u předchozí otázky. Variantu A zvolilo 48 (32 %) respondentů, z toho 39 (81,3 %) žen a 9 (18,7 %) mužů. Variantu B zvolilo 66 (44 %) respondentů a z toho 44 (66,7 %) ženy a 22 (33,3 %) mužů. Možnost C vybralo celkem 12 (8 %) respondentů, z toho 5 (41,7 %) žen a 7 (58,3 %) mužů. Poslední variantu D vybralo celkem 23 (15 %) respondentů a z toho 8 (34,8 %) žen a 15 (65,2 %) mužů. Na tuto otázku neodpověděl 1 (1 %) respondent a to 1 (100 %) muž.

**Tabulka č. 7: Ovoce**

Možné odpovědi	Počet odpovědí	Muži	Ženy
<b>A</b>	48	9	39
<b>B</b>	66	22	44
<b>C</b>	12	7	5
<b>D</b>	23	15	8



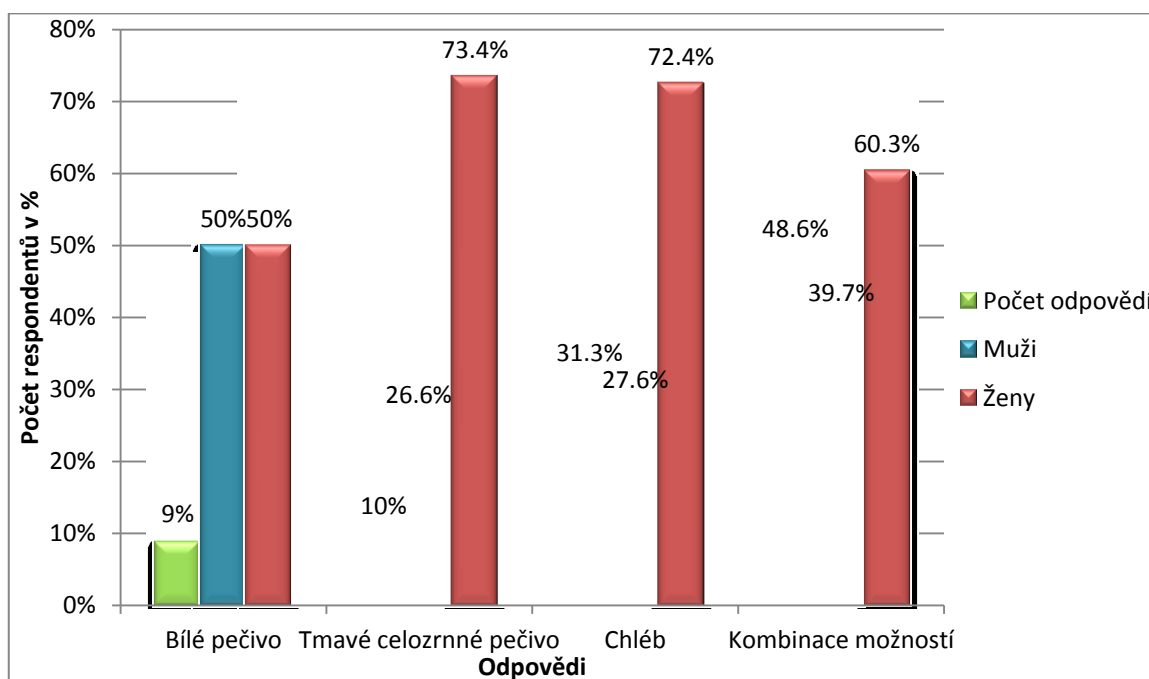
**Graf č. 8: Ovoce**

**Otázka č. 11: Jaký druh pečiva nejvíce konzumujete?**

Respondenti měli na výběr ze čtyř možností. Variantu A, bílé pečivo, zvolilo celkem 14 (9 %) respondentů, z toho 7 (50 %) mužů a 7 (50%) žen. Možnost B, tmavé celozrnné pečivo, zvolilo celkem 15 (10 %) respondentů, z toho 11 (73,4 %) žen a 4 (26,6 %) muži. Možnost C, chléb, zvolilo celkem 47 (31,3 %) respondentů, z toho 34 (72,4 %) žen a 13 (27,6 %) mužů. Poslední možnost D, kombinace možností A., B., C., zvolilo celkem 73 (48,6 %) respondentů, z toho 44 (60,3 %) žen a 29 (39,7 %) mužů. Na tuto otázku neodpověděl 1 respondent a to muž.

**Tabulka č. 8: Pečivo**

Možné odpovědi	Počet odpovědí	Muži	Ženy
<b>A</b>	14	7	7
<b>B</b>	15	4	11
<b>C</b>	47	13	34
<b>D</b>	73	29	44



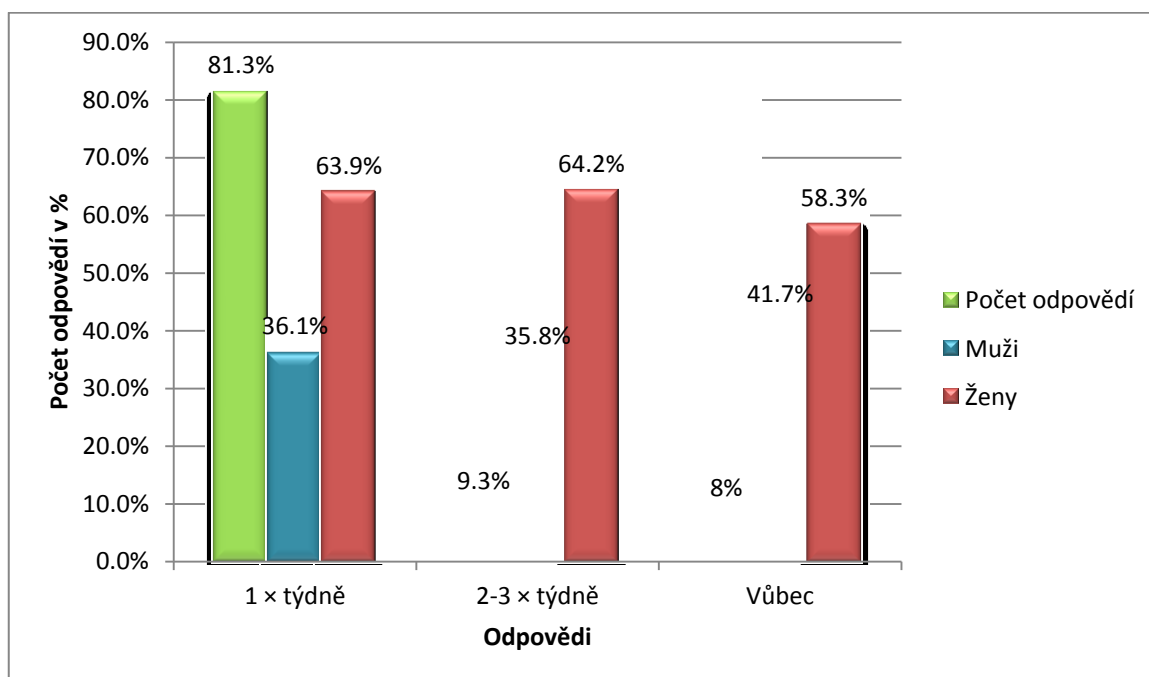
**Graf č. 9: Pečivo**

**Otázka č. 13: Jak často konzumujete luštěniny? (hrách, fazole, čočka,...)**

V této otázce měli respondenti na výběr ze tří možností. Variantu A, 1 × týdně, zvolilo celkem 122 (81,3 %) respondentů, z toho 78 (63,9 %) žen a 44 (36,1 %) mužů. Variantu B, 2–3 × týdně, zvolilo 14 (9,3 %) respondentů, z toho 9 (64,2 %) žen a 5 (35,8 %) mužů. Poslední variantu C, vůbec, zvolilo 12 (8 %) respondentů, z toho 7 (58,3 %) žen a 5 (41,7 %) mužů. Na tuto otázku neodpověděli 2 (1,4 %) respondenti a to 2 ženy.

**Tabulka č. 9: Luštěniny**

Možné odpovědi	Počet odpovědí	Muži	Ženy
A	122	44	78
B	14	5	9
C	12	5	7

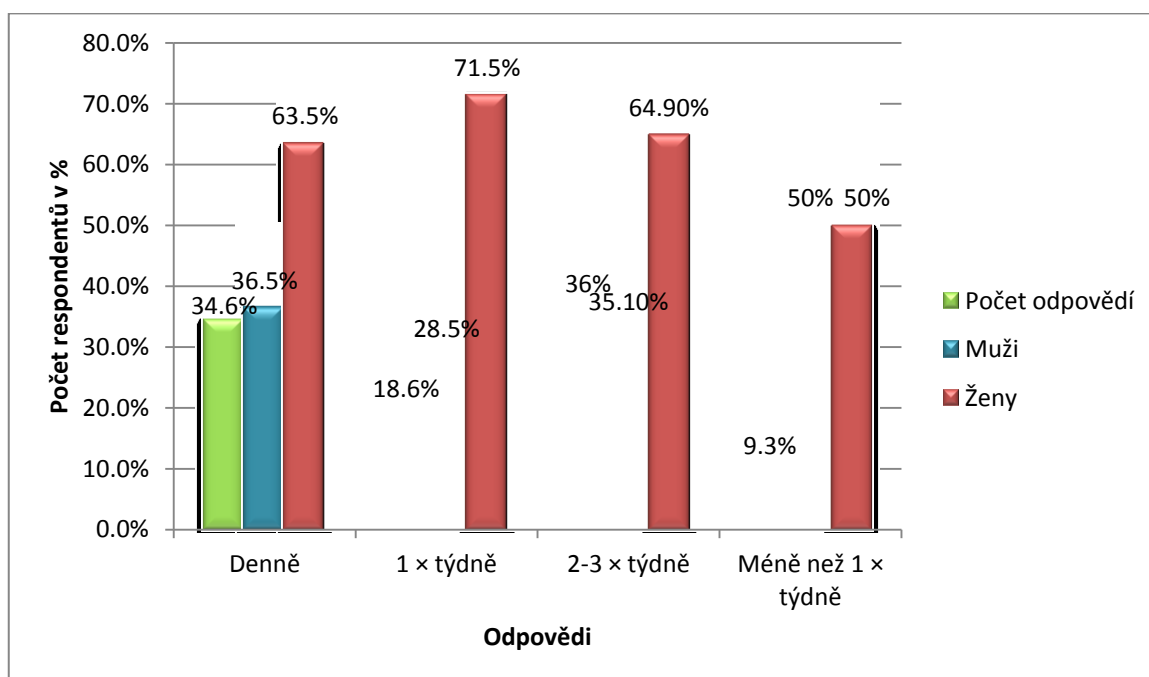
**Graf č. 10: Luštěniny****Otázka č. 14: Jak často konzumujete mléčné výrobky? (jogurt, zákys, kefir, sýr,...)**

Celkem 52 (34,6 %) respondentů zvolilo možnost A, tedy že konzumují mléčné výrobky denně. Z toho je 33 (63,5 %) žen a 19 (36,5 %) mužů. Možnost B, 1 × týdně, zvolilo celkem 28 (18,6 %) respondentů, z toho 20 (71,5 %) žen a 8 (28,5 %) mužů. Možnost C, 2–3 × týdně, zvolilo celkem 54 (36 %) respondentů, z toho 35 (64,9 %) žen a 19 (35,1 %) mužů. Poslední možnost D, méně než 1 × týdně, zvolilo celkem 14 (9,3 %) respondentů, z toho 7 (50 %) žen a 7 (50 %) mužů. Na tuto otázku neodpověděli 2 respondenti, z toho 1 žena a 1 muž.



**Tabulka č. 10: Mléčné výrobky**

Možné odpovědi	Počet odpovědí	Muži	Ženy
<b>A</b>	52	19	33
<b>B</b>	28	8	20
<b>C</b>	54	19	35
<b>D</b>	14	7	7



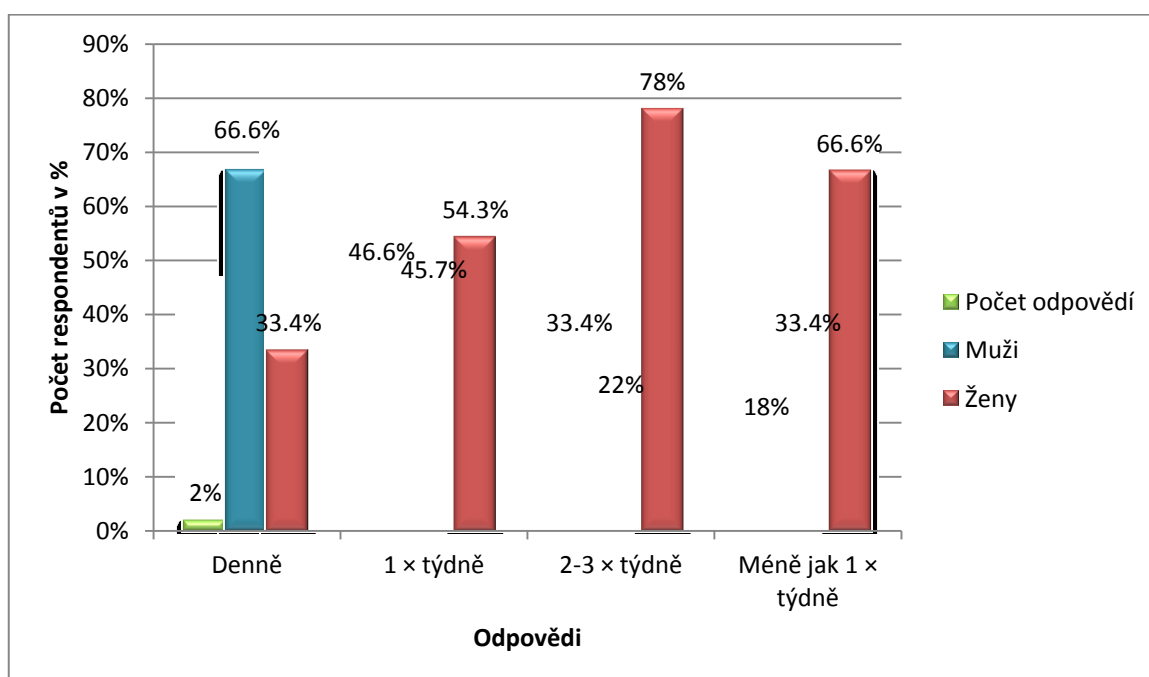
**Graf č. 11: Mléčné výrobky**

**Otázka č. 15: Jak často konzumujete drůbeží maso?**

Respondenti vybírali ze čtyř možností odpovědi. Variantu a, denně, zvolili celkem 3 (2 %), z toho 1 (33,4 %) žena a 2 (66,6 %) muži. Možnost B, 1 x týdně, zvolilo celkem 70 (46,6 %) respondentů, z toho 38 (54,3 %) žen a 32 (45,7 %) mužů. Možnost C, 2–3 x týdně, zvolilo celkem 50 (33,4 %) respondentů, z toho 39 (78 %) žen a 11 (22 %) mužů. Poslední možnost D, méně jak 1 x týdně, vybralo 27 (18 %) respondentů, z toho 18 (66,6 %) žen a 9 (33,4 %) mužů.

**Tabulka č. 11: Drůbeží maso**

Možné odpovědi	Počet odpovědí	Muži	Ženy
<b>A</b>	3	2	1
<b>B</b>	70	32	38
<b>C</b>	50	11	39
<b>D</b>	27	9	18



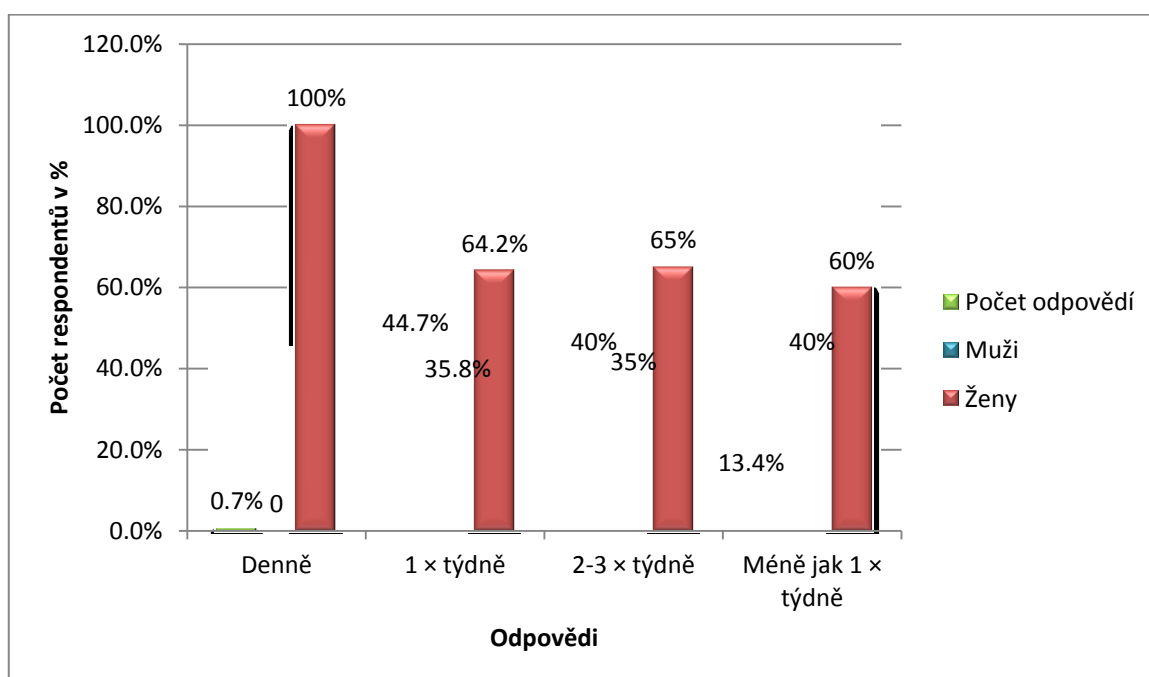
**Graf č. 12: Drůbeží maso**

**Otázka č. 16: Jak často konzumujete vepřové maso?**

Respondenti měli na výběr ze stejných možností jako u otázky 15. Možnost A zvolil celkem 1 (0,7 %) respondent a to žena. Variantu B zvolilo celkem 67 (44,7 %) respondentů a z toho 43 (64,2 %) žen a 24 (35,8 %) mužů. Variantu C zvolilo celkem 60 (40 %) respondentů, z toho 39 (65 %) žen a 21 (35 %) mužů. Poslední variantu D vybralo celkem 20 (13,4 %) respondentů, z toho 12 (60 %) žen a 8 (40 %) mužů. Na tuto otázku neodpověděli 2 (1,3 %) respondenti, z toho 1 (50 %) žena a 1 (50 %) muž.

**Tabulka č. 12: Vepřové maso**

Možné odpovědi	Počet odpovědí	Muži	Ženy
<b>A</b>	1	0	1
<b>B</b>	67	24	43
<b>C</b>	60	21	39
<b>D</b>	20	8	12



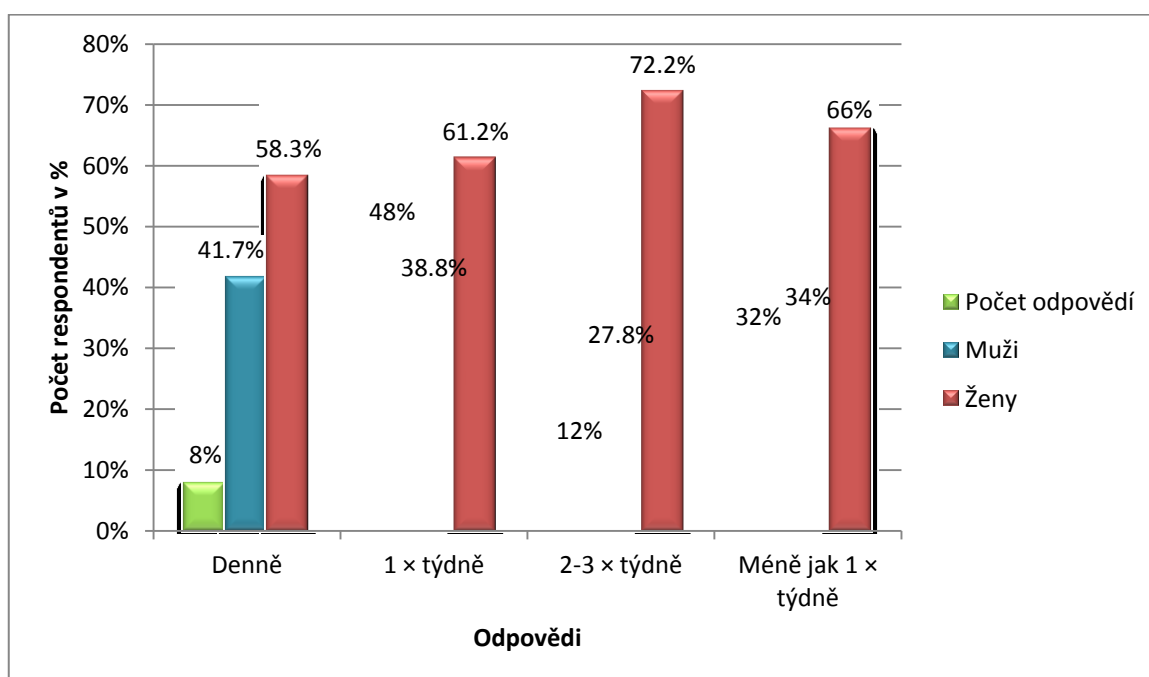
**Graf č. 13: Vepřové maso**

**Otázka č. 18: Jak často konzumujete ryby?**

Respondenti měli na výběr ze stejných možností jako u otázky č. 15 a 16. Možnost A zvolilo celkem 12 (8 %) respondentů, z toho 7 (58,3 %) žen a 5 (41,7 %) mužů. Variantu B zvolilo celkem 72 (48 %) respondentů, z toho 44 (61,2 %) žen a 28 (38,8 %) mužů. Variantu C vybralo celkem 18 (12 %) respondentů, z toho 13 (72,2 %) žen a 5 (27,8 %) mužů. Poslední možnost D zvolilo celkem 48 (32 %) respondentů, z toho 32 (66 %) žen a 16 (34 %) mužů.

**Tabulka č. 13: Ryby**

Možné odpovědi	Počet odpovědí	Muži	Ženy
<b>A</b>	12	5	7
<b>B</b>	72	28	44
<b>C</b>	18	5	13
<b>D</b>	48	16	32



**Graf č. 14: Ryby**

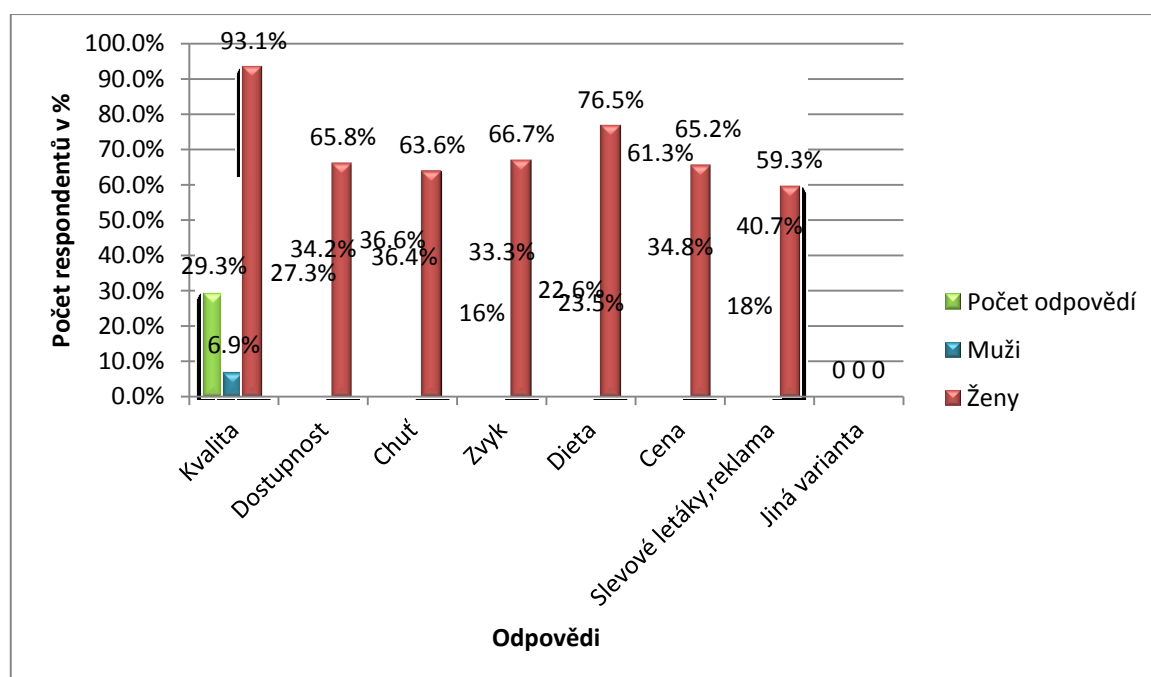
**Otázka č. 21: Co vás nejvíce ovlivňuje při výběru potravin? (Možno označit i více odpovědí)**

Respondenti u této otázky mohli označovat více odpovědí a měli na výběr celkem z osmi možností. Možnost A, kvalitu, zvolilo celkem 44 (29,3 %) respondentů, z toho 41 (93,1 %) žen a 3 (6,9 %) mužů. Variantu B, dostupnost, zvolilo celkem 41 (27,3 %) respondentů, z toho 27 (65,8 %) žen a 14 (34,2 %) mužů. Variantu C, chuť, zvolilo celkem 55 (36,6 %) respondentů, z toho 35 (63,6 %) žen a 20 (36,4 %) mužů. Možnost D, zvyk, vybralo celkem 24 (16 %) respondentů, z toho 16 (66,7 %) žen a 8 (33,3 %) mužů. Možnost E, dieta, zvolilo celkem 34 (22,6 %) respondentů, z toho 26 (76,5 %) žen a 8

(23,5 %) mužů. Možnost F, cena, zvolilo celkem 92 (61,3 %) respondentů, z toho 60 (65,2 %) žen a 32 (34,8 %) mužů. Možnost G, slevové letáky a reklamy, zvolilo celkem 27 (18 %) respondentů, z toho 16 (59,3 %) žen a 11 (40,7 %) mužů. Poslední možnost H, jiná varianta, zvolilo celkem 0 respondentů. Na tuto otázku neodpověděl 1 respondent a to 1 muž.

**Tabulka č. 14: Vliv na výběr potravin**

Možná odpověď	Počet odpovědí	Muži	Ženy
<b>A</b>	44	3	41
<b>B</b>	41	14	27
<b>C</b>	55	20	35
<b>D</b>	24	8	16
<b>E</b>	34	8	26
<b>F</b>	92	32	60
<b>G</b>	27	11	16
<b>H</b>	0	0	0



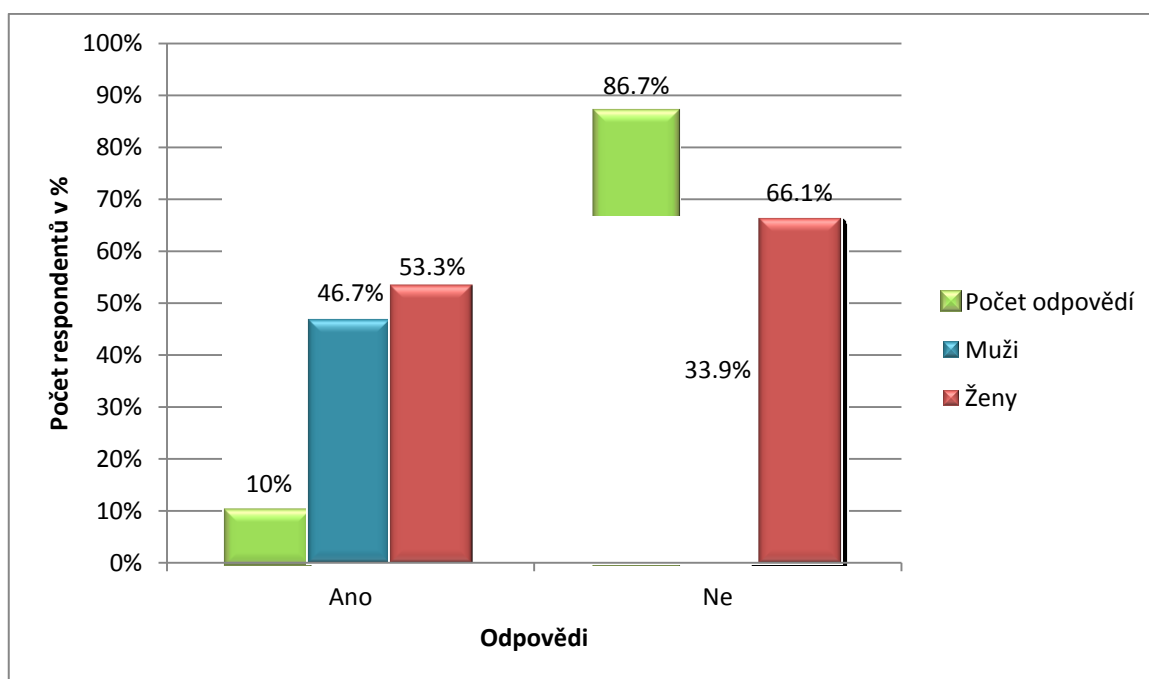
**Graf č. 15: Vliv na výběr potravin**

### Otázka č. 24: Kupujete potraviny s označením „BIO“?

Respondenti měli na výběr ze dvou možností. Variantu A, ano, zvolilo celkem 15 (10 %) respondentů, z toho 8 (53,3 %) žen a 7 (46,7 %) mužů. Variantu B, ne, zvolilo celkem 130 (86,7 %) respondentů, z toho 86 (66,1 %) žen a 44 (33,9 %) mužů. Na tuto otázku neodpovědělo celkem 5 (3,3 %) respondentů, z toho 2 (40 %) ženy a 3 (60 %) muži.

Tabulka č. 15: „BIO“ potraviny

Možné odpovědi	Počet odpovědí	Muži	Ženy
A	15	7	8
B	130	44	86



Graf č. 16: „BIO“ potraviny

## 5 DISKUZE

Cílem diplomové práce bylo, zjistit stravování seniorů, jejich složení stravy a faktor, který je ovlivňuje při nákupu, výběru potravin. Ze 150 respondentů bylo větší množství žen a nejvíce byla zastoupená věková kategorie 60–69 let. Výsledky porovnáme s prací Petry Kovaříkové, která se podobným výzkumem zabývala v roce 2010 na Lékařské fakultě Masarykovi University v Brně, dále s literaturou Výživa a zdraví od Hrnčířové a Rambouskové, které v textech uvádějí doporučené množství potravin na den.

Na otázku č. 1, zda mají dietní omezení, odpovědělo ze 150 respondentů celkem 34,6 %, že ano. Z toho 62 % má problémy s cukrovkou, 4 % má dnu, další 4 % má problémy se slinivkou, žlučníkem nebo vylučováním, 17 % drží dietu z důvodu vysokého cholesterolu a 6 % má zánět jícnu. Zbylých 65,4 % uvedlo, že žádné dietní omezení nemají, lze však předpokládat, že to nemusí být úplně pravda, jelikož každý senior slovo „dieta“ chápe plně rozličným způsobem. Dle výzkumu Kovaříkové mělo v roce 2010 dietní omezení 24,4 % respondentů, z toho 17,8 % trpělo cukrovkou a 2,2 % mělo problémy s cholesterolem. Zbylých 75,6 % uvedlo, že nemá dietní omezení (Kovaříková, 2010).

Otázkou č. 2 jsme chtěli zjistit, kde senior bydlí a s kým, protože i to má rozhodující vliv na jeho stravu. Ze 150 respondentů 40 % bydlí v rodinném domě s partnerem, partnerkou, manželem nebo manželkou. Dalších 9,3 % zvolilo možnost, že bydlí v rodinném domě, ale se svými dětmi a vnoučaty. V rodinném domě samostatně bydlí 18,6 % z respondentů. V bytě s partnerem, partnerkou bydlí celkem 2,6 % respondentů, možnost bydlení v bytě sám zvolilo celkem 17,3 % respondentů. V domově s pečovatelskou službou bydlí celkem 2,6 % a v domově pro seniory bydlí celkem 9,3 % respondentů. Už z této otázky jsme zjistili, že respondenti, kteří s někým bydlí, popřípadě bydlí v domově pro seniory anebo v domově s pečovatelskou službou, mají denní režim stravy mnohem pravidelnější a hodnotově vyváženější.

U otázky č. 3 nás zajímalo, zda si respondenti vaří sami, vaří si sami jen částečně, anebo je jim veškeré jídlo servírováno plně připravené. Ze 150 respondentů 66 % si vaří samo, nebo se při vaření střídají právě s partnerem nebo jiným členem rodiny. Dalších 10 % respondentů si vaří pouze část jídla, obědy většinou odebírají ze školní jídelny, nebo ze zemědělského družstva. A posledních 21,3 % si nevaří vůbec, veškeré jídlo je jim plně servírováno již připravené. Jsou to právě respondenti, kteří bydlí v domově s pečovatelskou službou a domově pro seniory. Dle výzkumu Kovaříkové z roku 2010 si

plně sami vaří celkem 53,9 %, dalších 21,5 % v domácím prostředí a 7,2 % v ústavním prostředí si vaří jen částečně, obědy jsou jim dováženy (Kovaříková, 2010).

Tady jde vidět, že procentuálně se zvýšil počet těch, co si vaří doma samostatně a zároveň se snížil počet těch, co si část jídla nechávají dovážet.

Otázka č. 4 je zaměřená na příjem tekutin. Respondenti, kteří bydlí v domovech pro seniory, nebo v domovech s pečovatelskou službou volili nejčastěji možnost C a to, že vypijí denně 2 litry, celkově tvoří 28 % ze 150 respondentů. Dalších 50,6 % zvolilo možnost 1 až 1,5 litru za den a to byli převážně respondenti bydlící v rodinném domě nebo bytě. Zbýlých 8 % vypije méně jak 1 litr denně a 13,3 % vypije denně více jak 2 litry. Mezi nejčastější druhy tekutin patřili ochucené a neochucené minerální vody, dále pak čaj, obyčejná voda, káva a samozřejmě se našli i tací respondenti, kteří nám do dotazníku doplnili i pivo. Když to srovnáme s výzkumem z roku 2010, tak počet respondentů, kteří vypijí 2 litry denně, se snížil o 4 %. Naopak respondentů, kteří vypijí 1 až 1,5 litru denně, se o 10 % zvýšil (Kovaříková, 2010).

Říká se, že by člověk měl denně vypít alespoň 1,5 litru tekutin. Slečna Bc. Malinská v roce 2007 zpracovala diplomovou práci, která byla zaměřená na příjem tekutin u zdravých a nemocných lidí. Zjistila, že člověk denně vyloučí asi 2,5 litru vody močí, stolicí, dýcháním a kůží. Veškerou vodu, kterou vyloučíme, bychom měli zase přijmout zpět. Asi třetina tekutin se denně vytvoří v těle metabolickou činností, vody vázané v potravě přijmeme asi 900 ml, to znamená, že zbylých 1,5 litru musíme do těla dopravit pitným režimem (Malinská, 2007). Dle našeho výzkumu pitný režim dodržuje více jak 70 % respondentů, což je správně. Za to 8 % z respondentů vypije denně pouze 1 litr a méně, což můžeme mít veliký vliv na organismus a jeho fungování.

Otázka č. 9 se zaměřovala na konzumaci čerstvé zeleniny. Tady byl vidět velký rozdíl v respondentech, kteří bydlí v rodinném domě, který má i zahradu. Jejich konzumace zeleniny je mnohem vyšší a častější než u respondentů, kteří si ji musí nakupovat, popřípadě ji dostávají dle možností institucionálního zařízení, kde bydlí. Denně zeleninu konzumuje celkem 26 % respondentů, 2–3 × do týdne ji konzumuje 48,6 % respondentů, častěji než 3 × týdně zeleninu konzumuje 10,6 % respondentů a méně jak 1 × týdně ji konzumuje 14 % respondentů. V roce 2010 byl téměř stejný procentuální počet respondentů, kteří konzumují zeleninu denně 24,6 %. Zvýšil se však procentuální počet respondentů, kteří konzumují zeleninu 2–3 × týdně a to o 10 % (Kovaříková, 2010).

Dle Hrnčířové a Rambouskové je denní doporučená dávka zeleniny 3–5 porcí, což se v našem výzkumu nepotvrdilo, jelikož pouze 26 % respondentů konzumuje zeleninu



denně, ale zda mají 3–5 porcí za den jsme nezjistili. Většina respondentů konzumuje pak zeleninu pouze 2–3 × do týdne.

Otázka č. 10 je podobná jako otázka č. 9, akorát jsme zde zjišťovali konzumaci ovoce. I odpovědi byly téměř shodné jak u předchozí otázky. Denně ovoce konzumuje 32 % respondentů, 2–3 × týdně má ovoce celkem 44 % respondentů. Častěji jak 3 × týdně konzumuje čerstvé ovoce 8 % respondentů a 15,3 % respondentů konzumuje čerstvé ovoce méně jak 1 × za týden. S porovnáním výzkumem Kovařikové se procentuální počet respondentů, kteří konzumují ovoce denně, výrazně snížil a to téměř o 45 %. Naopak o 20 % se zvýšil počet respondentů, kteří konzumují ovoce 2–3 × týdně (Kovařiková, 2010). Doporučená denní dávka ovoce je 2–4 porce, avšak ani tento jev se v našem výzkumu nepotvrdil. Pouze 32 % respondentů konzumuje ovoce denně, ale převážná většina respondentů konzumuje zeleninu spíše 2–3 × do týdne.

Celkově je u našich respondentů konzumace ovoce a zeleniny ovlivněna sezónou. Častěji konzumují čerstvé ovoce a zeleninu přes léto, než v zimě.

Jaký druh pečiva nejvíce konzumují? Tím se zabývala otázka č. 11, kdy 48,6 % respondentů zvolilo možnost, kdy střídají bílé pečivo, tmavé celozrnné pečivo a chléb. Dalších 9,3 % konzumuje pouze bílé pečivo, 10 % tmavé celozrnné pečivo, tam respondenti uváděli, že ho konzumují z důvodu jejich diety a problémem s vylučováním. Jinak by volili raději chléb a bílé pečivo. Chléb zvolilo celkem 31,3 % ze 150 respondentů. O 30 % se zvýšil počet respondentů, kteří konzumují pouze bílé pečivo, o 4 % se zvýšil počet respondentů, kteří konzumují tmavé celozrnné pečivo, ale snížil se počet respondentů, kteří konzumují chléb a to o 25,3 %. Nemůžeme porovnat možnost, kdy respondenti konzumují všechny tři druhy pečiva, jelikož tato možnost ve výzkumu Kovařikové nebyla uvedena. Pečivo neboli obiloviny, ze kterých se pečivo vyrábí, by mělo tvořit celkem 40 % našeho jídelníčku. Hrnčířová a Rambousková kladou důraz na celozrnné pečivo, které je pro organismus výživnější a hodnotnější. Ze 150 našich respondentů konzumuje pouze tmavé celozrnné pečivo 10 %, převážná většina respondentů zvolila možnost kombinací všech druhů pečiva, takže lze předpokládat, že se těch 10 % může o něco málo navýšit.

Jedna z dalších otázek byla zaměřená na konzumaci luštěnin. Nejčastější volená možnost byla možnost A, kdy 81,3 % respondentů konzumují luštěniny 1 × týdně a to v podobě polévky, či samotného hlavního jídla. Dalších 9,3 % respondentů konzumuje luštěniny 2–3 × týdně a 8 % nekonzumuje luštěniny vůbec. Mezi nejčastější důvody ne konzumace luštěnin, které nám respondenti uváděli, patřilo hlavně nadýmání a dieta, která

je spojená s problematikou vylučování. Zde to nemůžeme srovnat s výzkumem z roku 2010, jelikož se tato otázka se v práci studentky nevyskytovala. Doporučené množství luštěnin dle Hrnčířové a Rambouskové je jejich konzumace alespoň 2 × týdně. Pouze 9,3 % našich respondentů konzumuje luštěniny 2–3 × do týdne, jinak převážná většina, 81,3 %, konzumuje luštěniny pouze 1 × za týden.

Otázka č. 14 byla zaměřená na mléčné výrobky. Konzumaci každý den zvolilo celkem 34,6 % respondentů, tato hodnota je téměř stejná jako u výzkumu z roku 2010, kde denně konzumovalo mléčné výrobky 36,9 %. Dalších 18 % zvolilo možnost konzumace 1 × za týden. Dle výzkumu Kovaříkové, v roce 2010 konzumovalo mléčné výrobky 1 × za týden pouze 5,9 % respondentů, což je o zhruba 12 % méně, než v tomto roce. Možnost konzumace mléčných výrobků 2–3 × za týden zvolilo celkem 36 % respondentů. Zbylých 9,3 % respondentů konzumuje mléčné výrobky méně než 1 × za týden. Tady tato hodnota se zvýšila pouze cca o 2 % od roku 2010 (Kovaříková, 2010). Tito respondenti opět poukazovali na svoji dietu, která je spojená s problémem vylučování. Doporučená denní dávka je 300 ml tekutých mléčných výrobků a 100 gramů jogurtu, tvarohu, pomazánek. Celkem 34,6 % našich respondentů konzumuje denně mléčné výrobky, lze teda usoudit, že doporučené množství mléčných výrobků konzumují, dalších 36 % konzumuje mléčné výrobky alespoň 2–3 × do týdne.

Konzumací drůbežího masa se zabývá otázka č. 15, kdy respondenti chápali drůbeží maso čistě jako kuřecí. Pouze 2 % uvedla, že drůbeží maso konzumují denně, 46,6 % konzumuje drůbeží maso 1 × týdně, 33,3 % konzumuje drůbeží maso 2–3 × týdně a zbylých 18 % konzumuje drůbeží maso méně jak 1 × za týden. Během probíhajícího šetření si respondenti stěžovali na vysokou cenu kuřete a jeho nekvalitu. Velmi často byl vzpomínán králík z domácího chovu, jakožto nejkvalitnější a nejzdravější maso. Ve srovnání se šetřením z roku 2010 se konzumace drůbežího masa 1 × týdně procentuálně nezměnila. Tehdy drůbeží maso 1 × za týden konzumovalo celkem 46 % respondentů. Zhruba 27,7 % respondentů konzumovalo v roce 2010 drůbeží maso 2–3 × týdně a 1,5 % méně jak 1 × za týden (Kovaříková, 2010). Tady můžeme pozorovat velký rozdíl ze 1,5 % na 18 %.

Vepřové maso, otázka č. 16, denně konzumuje pouze 0,7 % respondentů. Možnost, 1 × týdně zvolilo nejvíce respondentů a to 44,7 %. Možnost 2–3 týdně zvolilo celkem 40 % respondentů. Poslední možnost, tedy že konzumují vepřové maso méně, jak 1 × týdně zvolilo celkem 13,3 % respondentů. Procentuální hodnoty konzumace vepřového masa 1 × týdně a 2–3 × týdně se posunuly asi jen o 8 % výše, avšak v roce 2010 byla konzumace

vepřového masa méně jak 1 × týdně 1,4 % a dnes nám vyšel výsledek 13,3 % což je stejné zvýšení, jako u předchozí otázky (Kovaříková, 2010).

Konzumací ryb řeší otázka č. 18. Možnost konzumace ryb denně zvolilo celkem 8 % respondentů, konzumaci ryb 1 × týdně zvolilo nejvíce respondentů a to 48 %. Dalších 12 % respondentů konzumuje ryby 2–3 × týdně a zbylých 32 % konzumuje ryby méně často jak 1 × za týden. Oproti výzkumu z roku 2010 se příjem ryb 1 × týdně snížil o 15 %, za to se ale zvýšil procentuální počet respondentů, kteří konzumují ryby 2–3 × za týden o 3 % a taktéž se zvýšil procentuální počet respondentů, kteří konzumují ryby méně jak 1 × týdně a to až o 25 % (Kovaříková, 2010). Hrnčířová a Rambousková doporučují, aby jídelníček obsahoval převážně méně tučná masa, jako jsou ryby, kuřecí, krůtí, telecí maso a jednou za čas jídelníček obohatit o vepřové a hovězí maso. Naši respondenti ryby, drůbeží a vepřové maso konzumují rovnoměrně 2–3 × do týdne.

V následující otázce, 21, nás zajímalo, které faktory ovlivňují seniory při výběru potravin. Mohli volit i více odpovědí. Na základě odpovědí jsme zjistili, že při výběru potravin nejvíce ovlivňuje seniory cena. Tuto odpověď volilo celkem 61,3 % respondentů. Další ovlivňující faktor byla chuť. Tuto variantu volilo celkem 36,6 % respondentů. Kvalitu zvolilo celkem 29,3 %, dostupnost 27,3 % respondentů, dietu vybralo 22,6 % respondentů. Dalších 18 % respondentů zvolilo možnost slevových letáků a reklamy a zbylých 16 % zvolilo možnost zvyku. Na prvním místě je cena, poté je kvalita a nakonec chuť a reklama.

Poslední otázka č. 24 se zaměřuje na „BIO“ potraviny. Ptali jsme se respondentů, zda je kupují či nikoli. Ze 150 respondentů 10 % odpovědělo, že kupují tyto potraviny. Dalších 86,7 % odpovědělo, že tyto potraviny nenakupují. Nejčastějšími důvody byla cena. Jsou pro respondenty příliš drahé. Také se zde projevila silná nedůvěra z jejich strany vůči těmto výrobkům. Velmi zajímavý názor vzešel od respondentů z jedné vesnice, kteří tvrdí, že to co bylo dříve normální, je dnes „BIO“ a samozřejmě i názor, že v podstatě nic není „BIO“. Tuto otázku Kovaříková ve svém výzkumu neuvádí, avšak nebylo by špatné zpracovat práci, která bude zaměřená zcela jen na „BIO“ potraviny a jak to vidí široká populace ne jen senioři.

## **ANALÝZA VÝZKUMNÝCH PŘEDPOKLADŮ**

Vzhledem k cílům diplomové práce jsme stanovili následující výzkumné předpoklady.

### **Výzkumný předpoklad č. 1: Více jak 30 % respondentů má dietní omezení.**

Tomuto předpokladu se věnuje otázka č. 1, kde se ptáme, zda má respondent dietní omezení. Výzkumný předpoklad byl potvrzen. Ze 150 respondentů má 34,6 % dietní omezení.

### **Výzkumný předpoklad č. 2: Více jak 70 % respondentů si vaří samostatně.**

Tomuto předpokladu se věnuje otázka č. 3. Ptali jsme se respondentů, zda si vaří sami, vaří si sami jen částečně nebo zda je jim jídlo plně servírováno. Výzkumný předpoklad nebyl potvrzen. Dle respondentů si samo vaří pouze 66 %.

### **Výzkumný předpoklad č. 3: Všichni respondenti vypijí nejméně 1,5 litru tekutin denně.**

Tento předpoklad je založen na otázce č. 4. Ptáme se respondentů, kolik tekutin denně vypijí. Výzkumný předpoklad nebyl potvrzen, jelikož 8 % respondentů vypije denně pouze 1 litr tekutin.

### **Výzkumný předpoklad č. 4: Většina respondentů jí pravidelněji více zeleniny než ovoce.**

Tomuto předpokladu se věnuje otázka č. 9 a 10. Ptali jsme se respondentů, jak často konzumují čerstvou zeleninu a ovoce. Výzkumný předpoklad nebyl potvrzen. Po sečtení možností A a B v obou otázkách, 74,6 % respondentů konzumuje zeleninu a 76 % respondentů konzumuje častěji ovoce.

### **Výzkumný předpoklad č. 5: Všichni respondenti jedí více drůbežího masa než vepřového.**

Tomuto předpokladu se věnuje otázka č. 15 a 16. Ptáme se respondentů, jak často konzumují drůbeží a vepřové maso. Výzkumný předpoklad byl potvrzen. Po sečtení všech odpovědí konzumuje 99,9 % respondentů častěji drůbeží maso, než vepřové.

**Výzkumný předpoklad č. 6: Alespoň 30 % respondentů jí ryby alespoň 1 × za týden.**

Tomuto předpokladu se věnuje otázka č. 18. Ptáme se respondentů, jak často konzumují ryby. Výzkumný předpoklad byl potvrzen. Celkem 48 % respondentů konzumuje ryby alespoň 1 × za týden.

**Výzkumný předpoklad č. 7: Více jak 70 % respondentů při výběru potravin ovlivňuje cena potravin.**

Tomuto předpokladu se věnuje otázka č. 21. Ptáme se respondentů, které faktory je nejvíce ovlivňují při výběru potravin. Mohli označovat i více odpovědí. Výzkumný předpoklad nebyl potvrzen. Cena ovlivňuje celkem 61,3 % respondentů.

**Výzkumný předpoklad č. 8: Více jak 80 % respondentů nekupuje potraviny s označením „BIO“.**

Tomuto předpokladu se věnuje otázka č. 24. Ptáme se respondentů, zda nakupují potraviny s označením „BIO“. Výzkumný předpoklad byl potvrzen. Z celkového počtu 150 respondentů, 86,7 % nekupuje potraviny s označením „BIO“.

## ZÁVĚR

Cílem práce bylo zjistit složení stravy seniorů, jak často konzumují zeleninu, ovoce aj. Dále jsme chtěli zjistit, které faktory nejvíce ovlivňují seniory při výběru potravin.

V teoretické části se věnujeme pojmu stáří, jak ho někteří autoři definují a co je pro něj charakteristické. Koho můžeme označit pojmem senior a od kterého věku hovoříme o stáří. Dále se věnujeme procesu stárnutí, definujeme, co vše během něj probíhá a samotný proces jsme rozdělili na biologické, psychické a sociální stárnutí. Další podkapitolou jsou potřeby seniora. Zmiňujeme zde Maslowovu pyramidu potřeb, dále uvádíme konkrétní potřeby seniorů a způsoby jejich uspokojování. V následující kapitole uvádíme nejdůležitější determinanty životního stylu. Věnujeme se i demografii a to nejen České republiky, ale i některých zemí Evropy.

V kapitole o stravování zmiňujeme správné složení stravy, zastoupení jednotlivých potravin v jídelníčku. Rozepsali jsme veškeré důležité vitamíny a minerální látky a jejich doporučené množství na den jak u mužů, tak u žen. V posledních kapitolách se věnujeme nejčastějším chorobám ve stáří a to obezitě, cukrovce a malnutrici a uvádíme nejnovější výsledky výskytu malnutrice v Moravskoslezském kraji. Poslední kapitolou v teoretické části jsou volnočasové aktivity seniorů.

V metodické části zpracováváme výsledky šetření, které proběhlo pomocí dotazníků, které byly rozdány mezi 150 respondentů ve věku od 60 let. Dotazníky byly zaměřeny na stravu, její složení a na faktory, které nejvíce ovlivňují seniory při nákupu potravin. Z šetření vyplynulo, že složení stravy seniorů, kteří bydlí v rodinném domě s partnerem, dětmi nebo vnoučaty je mnohem kvalitnější než u seniorů, kteří bydlí sami. Zjistili jsme, že převážná většina seniorů dodržuje správné složení jídelníčku a denní doporučené množství masa, mléčných výrobků a luštěnin. U ovoce a zeleniny jsme však zjistili, že se nedodržuje denní doporučené množství, naopak je jejich konzumace ovlivněna sezónou. Častěji konzumují ovoce a zeleninu přes léto, než v zimním období. Dalším zjištěním bylo, že při výběru potravin seniory nejvíce ovlivňuje cena, pak chuť, zvyk, kvalita a dieta. Velmi zajímavým zjištěním byla reakce seniorů na otázku, zda kupují potraviny s označením „BIO“. Ze 150 respondentů nám 86,7 % odpovědělo, že je nekupuje. Vysvětlení seniorů, proč toto zboží není součástí jejich nákupních tašek, bylo téměř ve všech odpovědích shodné, nejčastěji uvedli tvrzení, že se nejedná o čisté tedy neznečištěné potraviny, jak propagátoři tvrdí, dle seniorů se chemie používá stále. Dále pak, že tato kvalita byla dříve zcela normální, ale dnes se jedná jen o prostředek, jak zvýšit

prodej určitého zboží, celkově tedy nevěří těmto potravinám, dalším nejčastějším důvodem byla cena produktů.

Při psaní diplomové práce jsme zjistili mnoho informací o tom, co vlastně stáří pro člověka představuje a jaké potřeby pro seniory jsou důležité. Během vyplňování dotazníků jsme se při rozhovorech se seniory dozvěděli, jak vnímají stravu. Ve většině případů jsme se setkali s názorem, že jídlo je pro ně nejméně důležité, že daleko více než jídlo je zajímavá sociální kontakt s rodinou a s blízkými, že se často cítí opuštěni a nepochopeni. Nerozumí současné mládeži a problémům dnešního světa. Vzhledem ke svému věku se často cítí opuštěni, protože mnoho jejich vrstevníků umírá a jejich rodina má jiné zájmy než je navštěvovat. Proto se často uzavírají do světa seriálů a televizních pořadů. Strava se pro ně stává tak jakýmsi „společníkem“ během dne a často, pokud žijí v domovech pro seniory, je hlavním zdrojem setkávání se s ostatními, alespoň při společném stolování.

Pro ty, co si mohou chodit sami nakupovat, je nákup jídla dalším způsobem výletu a sociálního kontaktu. Vzhledem k výši důchodu, který nám mnozí senioři sdělovali sami od sebe, se nemůžeme divit, že jsou často označováni za „sběratele slev“. V mnohých případech jim ani nic jiného nezbývá, než nakoupit ve slevových akcích a ušetřit.

Přestože z mých slov by se mohlo zdát, že život seniora je smutný, není tomu tak, mnozí hýřili optimizmem, spokojeností a štěstím. Radost na cestě jejich životem jim dělají rodinní příslušníci a vnoučata, kterými se rádi pochlubí i svému okolí.

Práce pro mne byla přínosná především v tom, že jsem se naučila lépe rozumět problematice seniorského věku, zájmům této skupiny a také lépe pochopit jejich pohled na oblast stravování.

## **SOUHRN**

Název diplomové práce je: Životní styl seniorů v Olomouckém kraji se zaměřením na stravovací návyky. Práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část. V teoretické se vysvětlují pojmy stáří, stárnutí, dále se popisuje proces stárnutí a jeho fáze, potřeby seniorů a jejich uspokojování. Další kapitolou je strava a její jednotlivé složky, vitaminy a minerální látky. Poslední kapitola se týká aktivizačních činností seniorů.

Praktická část je zaměřená na vyhodnocování dotazníků, kterých bylo rozdáno celkem 150 mezi seniory od 60 let. Dotazníky byly zaměřeny na složení stravy a na faktor ovlivňující seniory při nakupování potravin. Z výsledků vyplývá, že rozhodujícím faktorem u seniorů při nakupování je cena, chuť, zvyk a kvalita. Dále jsem zjistila, že strava u seniorů, kteří nebydlí sami, je kvalitnější a hodnotnější než u seniorů žijících samostatně.

## **SUMMARY**

Title of thesis is: Lifestyle seniors in the Olomouc Region with a focus on dietary habits. The work is divided into theoretical and practical parts. The theoretical concepts are explained by age, aging, describes the aging process and its phases, the needs of seniors and their satisfaction. Another chapter diet and its individual components, vitamins and minerals. The last chapter concerns the activation activities of senior citizens. The practical part is focused on the evaluation questionnaires, which were distributed among a total of 150 seniors from 60 years. Questionnaires were focused on the composition of the diet and factors affecting the elderly when grocery shopping. The results show that the decisive factor in the elderly when shopping is the price, taste, habit and quality. Furthermore, we found that the diet of seniors who do not live alone is better and more valuable than seniors living independently.



## SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY A ZDROJŮ

1. BARKER, Robert, L. 2003. *The social work dictionary*. 2. vyd. Washington DC: NASW Press, 207 s. ISBN 0-87101-145-X.
2. BĚLOBRÁDKOVÁ, Jana a Ludmila BRÁZDOVÁ. 2006. *Diabetes mellitus*. Vyd. 1. V Brně: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 161 s. ISBN 80-701-3446-1.
3. DUNOVSKÝ, Jiří. 1986. *Dítě a poruchy rodiny*. Praha: Avicenum, zdravotnické nakladatelství. Hálkova sbírka pediatrických prací, 37.
4. GEIST, Bohumil. 1992. *Sociologický slovník*. Praha: Victoria Publishing, 647 s. ISBN 80-856-0528-7.
5. GROFOVÁ, Zuzana. 2007. *Nutriční podpora: praktický rádce pro sestry*. Vyd. 1. Praha: Grada, 237 s., [8] s. barev. obr. příl. Sestra. ISBN 978-802-4718-682.
6. HANÁKOVÁ, Světlana. 2013. *Kvalita života seniorů, jejich postavení ve společnosti*. Zlín. Bakalářské práce. Univerzita Tomáše Bati.
7. HAJER-MÜLLEROVÁ, Lenka. 2003. *Klinická gerontologie-geriatrie*. 1. vyd. Universita Jana Evangelisty Purkyně: Ediční středisko, 70 s. ISBN 80-7044-536-X.
8. HARTL, Pavel. 2000. *Psychologický slovník*. Vyd. 1. Praha: Portál, 774 s. Hálkova sbírka pediatrických prací, 37. ISBN 80-717-8303-X.
9. HAŠKOVCOVÁ, Helena. 1989. *Fenomén stáří*. 1. vyd. Praha: Panoráma, 407 s. ISBN 80-7038-158-2.
10. HRNČÍŘOVÁ, Dana a RAMBOUSKOVÁ, Jolana. 2012. *Výživa a zdraví*. Praha: Ministerstvo zemědělství odbor bezpečnosti potravin, 52 s. ISBN 978-80-7434-071-0.
11. CHARVÁT, Jiří, a kol. 2001. *Diabetes mellitus a makrovaskulární komplikace*. Praha: Triton. 208 s. ISBN 80-7254-152-8.
12. JAROŠOVÁ, Darja. 2006. *Péče o seniory*. 1. vyd. Ostrava: Ostravská universita, 96 s. ISBN 80-7368-110-2.
13. KALVACH, Zdeněk, a kolektiv. 2004. *Geriatric a gerontologie*. 1. vyd. Praha: Grada, 861 s. ISBN 80-8691-208-06.
14. KLIMEŠOVÁ, Veronika. 2012. *Volnočasové aktivity seniorů*. Brno. Bakalářská práce. Masarykova Univerzita.
15. KOVAŘÍKOVÁ, Petra. 2010. *Rozdíly ve stravovacích návycích seniorů*. Brno. Bakalářská práce. Masarykova Univerzita.

16. KUBALČÍKOVÁ, Kateřina. 2005. *Sociální služby pro seniory závislé na pomoci druhé osoby jako způsob snižování rizika sociálního vyloučení*. Brno: Masarykova universita. Disertační práce.
17. LUKŠOVÁ, Hana a Yveta VRUBLOVÁ. 2014. *Stav výživy seniorů v institucionální péči*. Ostravská universita v Ostravě. Lékařská fakulta.
18. MALINSKÁ, Veronika Bc. 2007. *Příjem tekutin u zdravých a chronicky nemocných pacientů*. Brno. Diplomová práce. Masarykova Univerzita.
19. MARTINÍK, Karel, a kolektiv. 2007. *Výchova ke zdraví a zdravému životnímu stylu*. 1. vyd. Hradec Králové: Gaudeamus, 97 s. ISBN 978-80-7041-141-4.
20. MATĚJOVSKÁ-KUBEŠOVÁ. Hana, 2011. *Gerontologie*. 1. vyd. Ostrava: Optys, 85 s. ISBN 978-80-7464-081-0.
21. MATOUŠEK, Oldřich. 2003. *Slovník sociální práce*. Vyd. 1. Praha: Portál, 287 s. ISBN 80-717-8549-0.
22. MRÁZ, Miloš, SVAČINA, Štěpán, HAZULÍK, Martin. 2008. Kontinuální monitorace glykémie: minulost, současnost a perspektivy. In *Trendy soudobé diabetologie: svazek 12*. Praha: Galén. 253 s. ISBN 978-80-7262-549-9.
23. MÜHLPACHR, Pavel. 2009. *Gerontopedagogika*. 2. vyd. Brno: Masarykova universita, 203 s. ISBN 978-80-210-5029-7.
24. MÜHLPACHR, Pavel. 2011. *Senioři z pohledu sociální pedagogiky*. Brno: IMS. ISBN 80-87182-21-5.
25. MÜHLPACHR, Pavel. 2005. *Schola gerontologica*. 1. vyd. Editor. Brno: Masarykova univerzita v Brně, 314 s. ISBN 80-210-3838-1.
26. MUSIL, Libor, Olga HUBÍKOVÁ a Kateřina KUBALČÍKOVÁ. 2002. *Kultura poskytování osobních sociálních služeb: případová studie Pečovatelské služby: zpráva z druhé fáze výzkumu*. Brno: Výzkumný ústav práce a sociálních věcí, 41 s.
27. PACOVSKÝ, Vladimír. 1997. *Proti věku není léku? Úvahy o stárnutí a stáří*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 124 s. ISBN 80-7184-486-1.
28. *Péče o nemocné cukrovkou 2008*. 2009. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky. 46 s. ISBN 978-80-7280-827-4.
29. PICHAUD, Clément a Isabelle THAREAU. 1998. *Soužití se staršími lidmi: praktické informace pro ty, kdo doma pečují o staré lidi, i pro sociální a zdravotnické pracovníky*. Vyd. 1. Praha: Portál, 156 s. Sociální práce. ISBN 80-717-8184-3.
30. RABUŠIC, Ladislav. 1997. *Česká společnost a senioři: sociální, ekonomické a politické aspekty demografického stárnutí české společnosti: texty celostátní konference konané 16.-17. října [1997] v Brně*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 189 s. ISBN 80-210-1729-5.

31. RYBKA, Jaroslav. 2006. *Diabetologie pro sestry*. 1. vyd. Praha: Grada, 283 s. ISBN 80-247-1612-7.
32. SEDLÁŘOVÁ, Adéla. 2013. *Zdravá výživa a její propagace*. Zlín. Bakalářská práce. Univerzita Tomáše Bati.
33. SÝKOROVÁ, Dana. 1996. *Prázdné hnízdo - šance nebo břemeno?*. 1. vyd. Olomouc: Vydavatelství Univerzity Palackého, 124 s. ISBN 80-706-7622-1.
34. TOPINKOVÁ, Eva a Jiří NEUWIRTH. 1995. *Geriatric pro praktického lékaře*. 1. vyd. Praha: Grada, 298 s. ISBN 80-716-9099-6.
35. TRACHTOVÁ, Eva. 2001. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 2. vyd. Brno: IDVPZ, 185 s. ISBN 80-701-3324-4.
36. TUREK, Bohumil a DOSTÁLOVÁ, Jana. 1996. *Výživa ve stáří*. Praha: Ústav zemědělských a potravinářských informací, 59 s. ISBN 80-85120-54-2.
37. VÁGNEROVÁ, Marie. 2007. *Vývojová psychologie II.: dospělost a stáří*. Vyd. 1. Praha: Karolinum, 461 s. ISBN 978-80-246-1318-5.
38. VÁGNEROVÁ, Marie. 2000. *Vývojová psychologie. Dětství, dospělost, stáří*. 1. vyd. Praha: Portál, 522 s. ISBN 80-717-8308-0.
39. VENGLÁŘOVÁ, Martina. 2007. *Problematické situace v péči o seniory: příručka pro zdravotnické a sociální pracovníky*. 1. vyd. Praha: Grada, 96 s. ISBN 978-80-247-2170-5.
40. WEBER, Pavel. 2008. *Diabetes mellitus – specifika a komplikace ve stáří*. Interní medicína pro praxi, roč. 10.
41. Český statistický úřad. *Obyvatelstvo* [online]. 2014 [cit. 2014-03-27]. Dostupné z: <http://www.czso.cz/x/krajedata.nsf/oblast2/obyvatelstvo-xm>.
42. Eurostat. *Eurostat* [online]. [cit. 2014-04-20]. Dostupné z: <http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/eurostat/home>
43. EVROPSKÁ KOMISE. *Logo a označování* [online]. [cit. 2013-5-11] Dostupné z: [http://ec.europa.eu/agriculture/organic/consumer-confidence/logo-labelling\\_cs](http://ec.europa.eu/agriculture/organic/consumer-confidence/logo-labelling_cs)
44. Respekt institut. *"50+ aktivně"* [online]. [cit. 2014-04-20]. Dostupné z: [http://www.respektinstitut.cz/wpcontent/uploads/50plus\\_aktivne\\_zaverecne\\_studie.pdf](http://www.respektinstitut.cz/wpcontent/uploads/50plus_aktivne_zaverecne_studie.pdf)

# SEZNAM GRAFŮ A TABULEK

## Tabulky

Tabulka č. 1: Klasifikace Diabetes mellitus

Tabulka č. 2: Dietní omezení respondentů

Tabulka č. 3: Bydliště respondentů

Tabulka č. 4: Vaření respondentů

Tabulka č. 5: Tekutiny

Tabulka č. 6: Zelenina

Tabulka č. 7: Ovoce

Tabulka č. 8: Pečivo

Tabulka č. 9: Luštěniny

Tabulka č. 10: Mléčné výrobky

Tabulka č. 11: Drůbeží maso

Tabulka č. 12: Vepřové maso

Tabulka č. 13: Ryby

Tabulka č. 14: Vliv na výběr potravin

Tabulka č. 15: „BIO“ potraviny

## Grafy

Graf č. 1: Pohlaví respondentů

Graf č. 2: Věk respondentů

Graf č. 3: Dietní omezení respondentů

Graf č. 4: Bydliště respondentů

Graf č. 5: Vaření respondentů

Graf č. 6: Tekutiny

Graf č. 7: Zelenina

Graf č. 8: Ovoce

Graf č. 9: Pečivo

Graf č. 10: Luštěniny

Graf č. 11: Mléčné výrobky

Graf č. 12: Drůbeží maso

Graf č. 13: Vepřové maso

Graf č. 14: Ryby

Graf č. 15: Vliv na výběr potravin

Graf č. 16: „BIO“ potraviny

## SEZNAM OBRÁZKŮ

*Obrázek č. 1: Maslowova pyramida potřeb.*

## SEZNAM ZKRATEK

BIO	-	Certifikované označení pro produkty ekologického zemědělství
ČR	-	Česká republika
DM	-	Diabetes mellitus
EU	-	Evropská unie
GDM	-	Gestační diabetes mellitus
HPGH	-	Hraniční poruchy glukózové homeostázy
IDDM	-	Inzulindependentní diabetes mellitus
IFG	-	Impaired fasting glucose - zvýšená glykémie nalačno
MODY	-	Typ diabetu dospělých vzniklý v mládí
NDDG	-	National Diabetes Data Group
NIDDM	-	Noninsulindependentní diabetes mellitus
PGT	-	Porušená glukózová tolerance
WHO	-	World Health Organization

# **SEZNAM PŘÍLOH**

Příloha č. 1: Dotazník

## **Příloha č. 1: Dotazník**

Dobrý den,

jmenuji se Marie Koudelková a jsem studentkou 2. ročníku magisterského studia oboru Učitelství sociálních a zdravotních předmětů pro střední a vyšší odborné školy.

Dovolte mi, abych Vás touto cestou poprosila o vyplnění následujícího dotazníku, který slouží jako podklad k diplomové práci na téma: Životní styl seniorů v Olomouckém kraji se zaměřením na stravovací návyky.

Dotazník je zcela ANONYMNÍ, proto jej NEPODEPISUJTE. V následujících otázkách správnou odpověď prosím označte, nejlépe kroužkem. Označit můžete i více jak jednu správnou odpověď. Tam, kde je to uvedeno, odpověď prosím dopište.

Velmi Vám děkuji za ochotu a čas strávený nad tímto dotazníkem.

Marie Koudelková

### **1. Máte nějaké dietní omezení?**

A. Ano (dopište jaké).....

B. Ne

### **2. Kde bydlíte a případně s kým?**

A. V rodinném domě s partnerem

B. V rodinném domě s dětmi, vnoučaty

C. V rodinném domě sám

D. V bytě s partnerem

E. V bytě sám

F. V domě s pečovatelskou službou

G. V domově pro seniory

### **3. Vaříte si sám (a)?**

A. Ano

B. Částečně ano – obědy mám zajištěny pravidelným dovozem

C. Ne, veškeré jídlo je mi servírováno připravené

### **4. Jaké množství tekutin denně vypijete? (polévka se také započítává - cca 250 ml)**

A. méně než 1 litr

B. 1 až 1,5 litru

C. 2 litry

D. Více jak 2 litry

**5. Jaký druh tekutin převážně pijete?**

- A. Obyčejnou vodu
- B. Čaje
- C. Minerální vodu ochucenou, neochucenou
- D. Ovocné džusy, šťávy

**6. Kolikrát denně jíte?**

- A. Méně jak 3× za den
- B. 3 × za den
- C. 4 × za den
- D. 5 × za den
- E. 6 × za den

**7. Jakou část předložené porce jídla, pokud si nevaříte sami, zkonsumujete?**

Prosím dopište (např. čtvrt, půl, tři čtvrtě, celou)

- A. Snídaně .....
- B. Oběd .....
- C. Večeře .....

**8. Máte alespoň jedno teplé jídlo denně?**

- A. Ano
- B. Ne

**9. Jak často konzumujete čerstvou zeleninu?**

- A. Denně
- B. 2 – 3 × týdně
- C. Častěji než 3 × týdně
- D. Méně než 1 × týdně

**10. Jak často konzumujete čerstvé ovoce?**

- A. Denně
- B. 2 – 3 × týdně
- C. Častěji než 3 × týdně
- D. Méně než 1 × týdně

**11. Jaký druh pečiva konzumujete nejčastěji?**

- A. Bílé pečivo
- B. Tmavé celozrnné pečivo
- C. Chléb
- D. Kombinace možností A., B., C.



**12. Které tuky konzumujete nejčastěji?**

- A. Rostlinné (slunečnicový, olivový olej)
- B. Živočišné (sádlo, živočišné máslo)
- C. Kombinace možností A. a B.

**13. Jak často konzumujete luštěniny? (hrách, fazole, čočka,...)**

- A. 1 × týdně
- B. 2 – 3 × týdně
- C. Vůbec

**14. Jak často konzumujete mléčné výrobky? (jogurt, zákys, kefír, sýr...)**

- A. Denně
- B. 1 × týdně
- C. 2 – 3 × týdně
- D. Méně než 1 × týdně

**15. Jak často konzumujete drůbeží maso?**

- A. Denně
- B. 1 × týdně
- C. 2 – 3 × týdně
- D. Méně než 1 × týdně

**16. Jak často konzumujete vepřové maso?**

- A. Denně
- B. 1 × týdně
- C. 2 – 3 × týdně
- D. Méně než 1 × týdně

**17. Jak často konzumujete hovězí maso?**

- A. Denně
- B. 1 × týdně
- C. 2 – 3 × týdně
- D. Méně než 1 × týdně

**18. Jak často konzumujete ryby?**

- A. Denně
- B. 1 × týdně
- C. 2 - 3 × týdně
- D. Méně než 1 × týdně

**19. Konzumujete sladkosti? Pokud ano, dopište prosím, jaké množství a jak často?**

A. Ano .....

B. Ne

**20. Konzumujete slané pochutiny? (slané arašídny, pistácie, chipsy, slané tyčinky...)**

**Pokud ano, dopište prosím jaké množství a jak často?**

A. Ano .....

B. Ne

**21. Co vás nejvíce ovlivňuje při výběru potravin? (Možno označit více odpovědí)**

A. Kvalita

B. Dostupnost

C. Chuť

D. Zvyk

E. Dieta

F. Cena

G. Slevové letáky a reklamy

H. Jiná varianta.....

**22. Kolikrát týdně chodíte nakupovat do obchodu? Odpověď dopište.**

.....

**23. Kolik peněz měsíčně utratíte za jídlo?**

A. 500 – 1 000 Kč

B. 1 500 – 2 500 Kč

C. 3 000 – 4 000 Kč

D. 4 500 a více Kč

**24. Kupujete potraviny s označením „BIO“?**

A. Ano

B. Ne (uved'te proč).....

**25. Vaše pohlaví?**

A. Žena

B. Muž

**26. Váš věk?**

A. 60 – 69

B. 70 – 79

C. 80 – 89

D. 90 a více

## ANOTACE

<b>Jméno a příjmení:</b>	Bc. Marie Koudelková
<b>Katedra:</b>	Antropologie a zdravotní vědy
<b>Vedoucí práce:</b>	MUDr. Kateřina Kikalová, Ph.D.
<b>Rok obhajoby:</b>	2014

<b>Název práce:</b>	Životní styl seniorů v Olomouckém kraji se zaměřením na stravovací návyky
<b>Název v angličtině:</b>	Lifestyle seniors in the Olomouc Region with a focus on eating habits
<b>Anotace práce:</b>	<p>Tématem diplomové práce je životní styl seniorů v Olomouckém kraji se zaměřením na stravovací návyky. Práce je rozdělena na teoretickou část a praktickou část. V teoretické části se píše o stáří, procesu stárnutí, potřeby seniorů, strava a její složení, nejčastější onemocnění ve stáří a aktivizační činnosti seniorů. V praktické části se vyhodnocují výsledky šetření, které proběhlo formou dotazníků. Dotazníky byly rozdány mezi 150 respondentů, kteří byli ve věku od 60 let. Cílem praktické části je zjištění faktoru, který nejvíce ovlivňuje seniory při výběru potravin a složení jejich jídelníčku.</p>
<b>Klíčová slova:</b>	Stáří, proces stárnutí, výživa, aktivizační činnost

<b>Anotace v angličtině:</b>	The topic of the thesis is the lifestyle of seniors in the Olomouc Region with a focus on dietary habits. The work is divided into a theoretical part and a practical part. In the theoretical part, writes about aging, aging process, the needs of seniors, Diet and nutrition, the most common disease in old age and activation activities of senior citizens. In the practical part, evaluate the results of an investigation carried out by means of questionnaires. Questionnaires were distributed among 150 respondents who were aged 60 years. The practical part is to determine the factors that affect seniors in food selection and composition of their diet.
<b>Klíčová slova v angličtině:</b>	Age, aging, nutrition, motivational activities
<b>Přílohy vázané v práci:</b>	Dotazník
<b>Rozsah práce:</b>	84
<b>Jazyk práce:</b>	Český jazyk