

# **BAKALÁŘSKÁ PRÁCE**

**2011**

**Jakub Křák**

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH VĚD

Ústav ošetrovatelství

Jakub Křák

**Malnutrice u hospitalizovaných seniorů**

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. Radka Mikošková

Olomouc 2011

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracoval samostatně a použil jen uvedené bibliografické a elektronické zdroje.

Olomouc 29. dubna 2011

Děkuji Mgr. Radce Mikoškové za odborné vedení a cenné rady při tvorbě bakalářské práce. Děkuji také rodině a přátelům za jejich podporu.

# ANOTACE BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

**Název práce:**

Malnutrice u hospitalizovaných seniorů

**Název práce v AJ:**

Malnutrition in hospitalized elderly

**Datum zadání: 18.1. 2011**

**Datum odevzdání: 29.4. 2011**

**Datum obhájení:**

**Vysoká škola, fakulta, ústav:** Univerzita Palackého v Olomouci

Fakulta zdravotnických věd

Ústav ošetřovatelství

**Autor práce:** Jakub Křák

**Vedoucí práce:** Mgr. Radka Mikošková

**Abstrakt v ČJ:**

Bakalářská práce je zaměřena na zhodnocení problematiky výživy u hospitalizovaných seniorů. Teoretická část se zabývá hodnocením stavu výživy, rozdělením jednotlivých složek výživy a dále je zaměřena na souhrn základních poznatků, které se týkají malnutrice. Praktická část se zaměřuje na hodnocení stavu výživy hospitalizovaných

seniorů metodou Nottinghamského screeningového systému pro hodnocení rizika malnutrice doplněnou o dotazníkovou metodu pro získání podrobnějších informací.

**Abstrakt v AJ:**

The thesis is focused on the evaluation of nutrition in hospitalized elderly. The theoretical part deals with the assessment of nutritional status, distribution of nutrients and is focused on all the basic knowledge concerning malnutrition. Practical section focuses on the evaluation of nutritional status of hospitalized elderly method of Nottingham screening system to assess the risk of malnutrition, accompanied by a questionnaire method to obtain more detailed information.

**Klíčová slova v ČJ:**

senioři, geriatric, malnutrice, výživa, stáří, nutriční screening

**Klíčová slova v AJ:**

seniors, geriatrics, malnutrition, nutrition, age, nutritional screening

**Místo zpracování:** Olomouc

**Rozsah:** 69 s., 3 příl.

# OBSAH

ÚVOD.....	7
1    TEORETICKÁ ČÁST.....	9
1.1    STÁŘÍ.....	9
1.1.1    Kalendářní stáří.....	8
1.1.2    Sociální stáří.....	8
1.1.3    Biologické stáří.....	10
1.2    Stárnutí a involuční změny v organismu.....	11
1.2.1    Změny v trávicím traktu ve stáří.....	12
1.3    Výživa.....	15
1.3.1    Základní složení výživy.....	16
1.4    Výživa ve stáří.....	21
1.4.1    Potřeba bílkovin.....	20
1.4.2    Potřeba sacharidů.....	20
1.4.3    Potřeba tuků.....	21
1.4.4    Potřeba vody.....	21
1.4.5    Potřeba vitaminů.....	21
1.4.6    Potřeba minerálů a stopových prvků.....	22
1.5    Malnutrice ve stáří.....	22
1.5.1    Dělení malnutrice.....	23
1.5.1.1    Malnutrice typu marasmu.....	23
1.5.1.2    Proteinová malnutrice.....	24
1.5.1.3    Kombinovaná forma malnutrice typu marasmus-kwashiorkor.....	24
1.5.1.4    Stresové hladovění : kwashiorkor-like malnutrice.....	25

1.6	Hodnocení stavu výživy.....	26
1.6.1	Anamnéza.....	26
1.6.2	Antropometrická vyšetření.....	27
1.6.3	Laboratorní vyšetření.....	27
2	PRAKTICKÁ ČÁST.....	29
2.1	Kvantitativní průzkumné šetření.....	28
2.1.1	Cíle práce.....	28
2.2	Metodika práce.....	28
2.2.1	Zdroje odborných poznatků.....	28
2.2.2	Charakteristika skupiny respondentů.....	29
2.2.3	Charakteristika gerontopsychiatrického oddělení v Opavě.....	29
2.2.4	Užitá metoda šetření.....	29
2.2.5	Organizace výzkumného šetření.....	30
2.2.6	Zpracování získaných dat výzkumného šetření.....	30
2.2.7	Objasnění dat.....	31
	DISKUZE.....	57
	ZÁVĚR.....	61
	LITERATURA A PRAMENY.....	65
	SEZNAM ZKRATEK.....	66
	SEZNAM TABULEK.....	67
	SEZNAM GRAFŮ.....	68
	SEZNAM PŘÍLOH.....	69



## ÚVOD

Neustále se mění výživové zvyklosti obyvatelstva, obzvláště ve stáří je tento problém dosti závažnou věcí, protože u starších jedinců dochází vlivem involučních změn ke zvýšenému požadavku organismu na základní živiny, které potřebuje tělo každého z nás pro správný chod a fyziologické děje. Staří lidé vlivem neustále narůstajícího věku nejsou schopni tyto nároky organismu pokrýt vlastními silami, ať už z důvodu ekonomických, psychosociálních nebo jiných. Tvoří tedy vysoce rizikovou skupinu pro možný vznik malnutrice, neboli podvýživy. Podvýživa může těmto starším lidem přinést mnoho zdravotních komplikací, kterým by se dalo za normálních okolností předejít. Je tedy na místě se zabývat tímto možným rizikem vzniku podvýživy a snažit se mu zabránit, protože se tento problém dotýká také velmi často starších věkových skupin nejen v domácích podmínkách, ale i hospitalizovaných jedinců v nemocničních zařízeních. Mnoho těchto hospitalizovaných jedinců může vlivem náhlé změny prostředí začít trpět nechutenstvím, které může být způsobeno změnou kultury stolování, či nevhodnou dobou podávání stravy, proto by se měl každý hospitalizovaný jedinec individuálně respektovat, aby se jeho stravovací potřeby a nároky plně uspokojovaly.

# 1 TEORETICKÁ ČÁST

## 1.1 Stáří

Stáří bývá charakterizováno jako pozdní fáze ontogeneze, přirozeného způsobu života.

Projevuje se funkčními a morfologickými změnami, které probíhají specifickou rychlostí a vedou k typickému obrazu, který bývá označován jako stařecký fenotyp. Ten je ovlivňován prostředím, sociálně ekonomickým a psychickým vlivem, zdravotním stavem a životním stylem daného jedince.

Výskyt mnoha individuálních příčin a projevů, jejich nástup v různém věku, vzájemné ovlivňování i nestejnorodost, mohou vést k obtížnému členění stáří. Proto se obvykle stáří rozděluje na stáří kalendářní, sociální a biologické.

### 1.1.1 Kalendářní stáří

Dá se jednoznačně vymezit, ale nedokáže postihnout interindividuální rozdíly, které souvisí s posouváním věkové hranice, protože se prodlužuje očekávaná doba dožití a také dochází k průběžnému zlepšení zdravotního a funkčního stavu nově stárnoucích generací.

### 1.1.2 Sociální stáří

Zahrnuje v sobě proměny sociálních rolí a potřeb, proměny životního stylu a ekonomického zajištění.

### 1.1.3 Biologické stáří

Je dáno konkrétními involučními změnami daného jedince. Nelze jej však prozatím dokonale vymezit a nepanuje u něj ani shoda toho, co by mělo vyjadřovat. Obvykle se hodnotí funkční stav a výkonnost, jako souhrn involuce, kondice a patologie.<sup>1</sup>

V současné gerontologii se užívá členění stáří, které navrhla **Neugartenová** (1966):

- mladí senioři: 65-74 let
- staří senioři: 75-84 let
- velmi staří senioři: 85 let a výše.<sup>2</sup>

Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky uvádí informace o demografické situaci v České republice za rok 2010. Oproti roku 2009 došlo k poklesu narozených dětí. V roce 2010 zemřelo 106,8 tisíc osob, což znamenalo snížení o 0,6 tisíc než v roce 2009. U mužů došlo oproti roku 2009 k prodloužení průměrné délky věku života o 0,2 roky na 74,4 let a u žen vzrostla tato průměrná délka také o 0,5 roku na 80,6 let.<sup>3</sup>

---

<sup>1</sup> Srov. KALVACH, Z., Geriatrie a gerontologie, s. 47- 48

<sup>2</sup> Srov. tamtéž, s. 47

<sup>3</sup> Srov. Aktuální informace č. 06/11 - Demografická situace v České republice v roce 2010 [online][cit.2010-03-24] dostupné na [www.uzis.cz/system/files/06\\_11.pdf](http://www.uzis.cz/system/files/06_11.pdf)

## 1.2 Stárnutí a involuční změny organismu

Stárnutí je označováno jako univerzální proces, který postihuje živou hmotu.

Za skutečný projev stárnutí se považuje pokles funkcí, který nastává po dosažení sexuální dospělosti. Vlastnosti stárnutí jsou velice proměnlivé a individuální. Jedná se o složitý soubor dějů, které se navzájem prolínají a podmiňují na molekulární, celulární, subcelulární, orgánové a celostní úrovni.<sup>4</sup>

Stárnutím bývají postiženy prakticky všechny systémy. Některé změny jsou ale méně významné než jiné. Spousta změn je pouze kompenzací ztráty funkceschopnosti jiných systémů.<sup>5</sup> Také tělesné projevy a změny jsou velmi individuální. Nové generace dnes stárnou v lepší tělesné kondici a zdravotním stavu, než starší generace. Dochází ke snižování tělesné výšky a tělesného povrchu, přibývá vazivo a tuk, přibývají změny výrazu obličeje, objevují se výrazné kožní vrásky a jiné stárnutí kůže, dále dochází ke změnám postoje a chůze, projevují se involuční změny smyslového vnímání, mezi které řadíme změny zraku, sluchového ústrojí, hmatu, čichu a chuti. Mezi změny vnitřního prostředí patří především ubývání celkové tělesné vody.<sup>6</sup> Proces stárnutí je také ovlivněn stavem srdce a cév, stavem dýchacího ústrojí, mozku a nervů, ledvin, jater, žláz s vnitřní sekrecí, kostmi a klouby. Zhoršené prokrvení těchto jednotlivých orgánů proces stárnutí velmi urychluje.<sup>7</sup> Změny, které se týkají trávicí soustavy jsou popsány v následující kapitole.

---

<sup>4</sup> Srov. KALVACH, Z., Geriatrie a gerontologie, s. 67

<sup>5</sup> Srov. MARTINÍK, K., Výchova ke zdraví a zdravému životnímu stylu III. díl

<sup>6</sup> Srov. KALVACH, Z., Geriatrie a gerontologie, s. 99-102

<sup>7</sup> Srov. TUREK, B., DOSTÁLOVÁ, J., Výživa ve stáří, s.10

## 1.2.1 Změny v trávicím traktu ve stáří

Je známo, že má trávicí trakt dostatečnou funkční rezervu, proto samotný proces stárnutí nepřináší nějaké zásadnější obtíže. Ve vyšším věku ale bývá častější výskyt onemocnění tohoto traktu a tato onemocnění mají obvykle charakter horšího průběhu a prognózy. Postupné změny ve způsobu přijímání a zpracování potravy způsobené stárnutím nebo jinými patofyziologickými jevy, se týkají všech částí trávicího traktu.<sup>8</sup>

### Dutina ústní a její změny

Nejvýraznějším viditelným procesem je ztráta zubů, která je způsobena několika faktory. Vlivem osteoporózy dochází ke snižování čelisti, ke ztrátě opěrné plochy zubu a ztrácí se pevnost jeho usazení, dále vlivem snižování čelisti následuje také snížení dásní, které vede k odhalení zubních krčků a velkému výskytu zubních kazů. Mezi další nepříznivé vlivy řadíme i nedostatek návštěv stomatologa a nedostatečnou péči o dutinu ústní. V počáteční fázi se ztráta chrupu řeší protetickými pomůckami, které mají dobrý kosmetický i funkční efekt. Vlivem pokračující osteoporotické ztráty čelisti v průběhu let je důležité zubní protézu obnovovat a přizpůsobovat aktuálním změnám, to se však u některých seniorů neděje a protéza začíná ztrácet své funkční vlastnosti a používá se pouze jako kosmetická pomůcka. Konečným výsledkem ztráty a funkčnosti chrupu bývají těžká porucha žvýkání stravy, která způsobuje snížení obsahu přijímané stravy, převážně o bílkovinnou složku.

---

<sup>8</sup> KUBEŠOVÁ, MATĚJOVSKÁ, H., HOLÍK, J., WEBER, P., MELUZÍNOVÁ, H., POLCAROVÁ, V., JETELOVÁ, M., Výživa jako nástroj pro podporu zdraví a udržení kondice ve vyšším věku, s.5

Xerostomie, jinými slovy suchost v ústech, patří mezi další potíže spojené s dutinou ústní. Suchost v dutině ústní má vliv na schopnost žvýkat, na snížení chuťových vjemů, zhoršuje náchylnost ke vzniku zubního kazu, způsobuje obtížné polykání.

Mezi další změny dutiny ústní, které se mohou vyskytnout patří **tzv. parestézie**, což jsou nepříjemné pocity v dutině ústní. Nejčastěji se projevují jako pálení a mohou být projevem nějakého systémového onemocnění jako je onemocnění pojiva, diabetes mellitus, nebo nedostatku vitamínů skupiny B, kyseliny listové. Samotné pálení může takto postiženého jedince obtěžovat tak, že u něj dochází ke sníženému příjmu potravy i tekutin.

V dutině ústní mohou vznikat i defekty sliznice, ty mohou vést vlivem porušené celistvosti ochranné bariéry ke vzniku dlouhotrvajících infekcí. Tyto defekty bývají spojeny se špatnou hygienou dutiny ústní, špatnou hygienickou očištěnou přijímané potravy nebo uvolněnou zubní protézou. Je důležité, aby staří lidé dodržovali pravidelné návštěvy stomatologa a věnovali se dostatečné hygieně dutiny ústní.<sup>9</sup>

## **Hltan a jícen**

V oblasti horního jícnového svěrače dochází k poklesu jeho síly, dochází ke zpoždění jeho uvolnění, které je vyvoláno polknutím. Mezi hlavní projevy změn v oblasti jícnu a hltanu u starých lidí patří pocit uváznutého sousta při jeho příjmu následně cestě do žaludku, tento stav je označován jako jícnová dysfagie. Mezi další projevy změn této oblasti patří kašel během jídla, návrat nespolknutého sousta, poruchy při řeči nebo vdechnutí části stravy. Na tyto projevy má vliv několik onemocnění, patří mezi ně hlavně stavy po cévní mozkové příhodě.

---

<sup>9</sup> Srov. tamtéž, s.5-7

K dalším poruchám v oblasti jícnu a hltanu patří **tzv. achalázie**, neboli ochabnutí svalstva, které jsou nejčastěji způsobeny rozdílem sil jícnového svalstva a silou dolního jícnového svěrače. Tento rozdíl ohrožuje zejména starší jedince v seniorském věku nočním průnikem nestrávené stravy z jícnu zpět do dutiny ústní s možným rizikem vdechnutí.

Dále do této oblasti změn patří také možnost návratu kyselého žaludečního obsahu do jícnu, tzv. reflux, má významný vliv na poškození jícnu. Bývá častěji přítomen ve starším věku, jeho nejčastějším projevem bývá pyróza. Projevy refluxu jsou zhoršovány příjmem stravy s vysokým obsahem tuků, pitím alkoholických nápojů, kávy a kouřením. U starších jedinců s tímto typem poruchy je také možné vyšší riziko vzniku jícnového vředu spojené s možným krvácením.<sup>10</sup>

## **Žaludek**

Proces stárnutí způsobuje zpomalené vyprazdňování žaludku, to má za následek zvýšení pocitu sytosti, ztrátu chuti k jídlu s možným váhovým úbytkem. Vlivem nedokonalého rozkousání stravy se mohou v žaludku nahromadit těžko stravitelné části stravy a to může být příčinou vzniku ileu.

Mezi závažnější poruchy žaludku se dají zařadit především záněty žaludku, **tzv. gastritidy**. Gastritida se ve stáří může vyskytovat v podobě povrchového zánětu sliznice žaludku, tzv. hemoragická gastritida, která je spojena s krvácením. Z hlediska chronického zánětu žaludku u starších jedinců se dává příčina výskytu bakterie *Helicobacter pylori* a dvanáctníkovému vředu. Tento chronický typ zánětu má za následek vyšší úmrtnost ve starším věku.<sup>11</sup>

## **Tenké střevo**

---

<sup>10</sup> Srov. tamtéž, s.8-10

<sup>11</sup> Srov. tamtéž, s. 10-11

V oblasti tenkého střeva dochází ve stáří k přestavbě klků a po funkční stránce je významnou změnou bakteriální nerovnováha, která je podpořena sníženou produkcí kyseliny, diabetem mellitem a výchlípkami. Nerovnováha způsobuje u starších jedinců průjmy, ale hlavním důsledkem je snížená možnost vstřebávat mnohé důležité prvky, mezi které patří železo, vápník, kyselina listová, vitaminy K a B6 a menší schopnost dohotovit provitamin D, což má za následek pokles hladiny vitamínu D a vstřebávání vápníku.<sup>12</sup>

## **Tlusté střevo**

Tato konečná část trávicího traktu bývá ve stáří postižena především nárůstem počtu výchlípek ve stěně tlustého střeva způsobující **tzv. divertikulární chorobu** a rakovinu tlustého střeva. Výskyt těchto onemocnění je ve starším věku vysoký, je ovlivněn negativními faktory, mezi které patří i nevhodné celoživotní stravování. Ke komplikacím těchto onemocnění patří zejména krvácení a zánět výchlípky. K dalším potížím můžeme přiřadit také zácpu a průjem. Zácpa bývá ve starším věku dána sníženou nervovou regulací hybnosti střeva, sníženým příjmem vlákniny a tekutin a také sníženou pohybovou aktivitou starého člověka. Průjem může způsobit iontovou dysbalanci a ztrátu tekutin.<sup>13</sup>

## **1.3 Výživa**

Výživa patří mezi základní potřeby člověka, protože zajišťuje přísun energie a živin, důležitých pro řízení a usměrňování životních dějů, mezi které patří srdeční činnost, dýchání, svalový výkon apod. Potrava tedy splňuje výživové nároky, patří tak mezi faktor životního prostředí a může tak kladně nebo záporně ovlivňovat organismus.<sup>14</sup>

---

<sup>12</sup> Srov. tamtéž, s. 12-13

<sup>13</sup> Srov. tamtéž, s. 13-16

<sup>14</sup> <http://www.zdn.cz/clanek/sestra/zdrava-vyziva-a-prohresky-proti-ni-276673>



### **1.3.1 Základní složení výživy**

Strava by měla obsahovat základní živiny, nutné pro život, mezi které patří bílkoviny, tuky, cukry, dále by měla obsahovat vitaminy, stopové prvky a minerály. Potřeba základních živin bývá u každého člověka individuální. Záleží na věku, tělesné zátěži a pohlaví, podle kterého se liší energetický příjem. Poměr jednotlivých živin by ale měl být zachován.

Lidské tělo proto potřebuje dodávku energie, protože neustále pracuje. Tělo každého člověka má schopnost přeměnit potravu na energii, která je nutná pro zajištění všech životních funkcí. Význam živin v přijaté potravě ale také zajišťuje růst a přestavbu těla.<sup>15</sup>

#### **Bílkoviny**

Tvoří základ, který je nutný k výstavbě a obnově tkání a buněk těla člověka. Ovlivňují také imunitní reakce, působí jako enzymy a hormony a jiné látky, které jsou důležité pro správný chod našeho těla. Jsou obsaženy v rostlinné i živočišné složce potravy. Molekuly bílkovin jsou tvořeny aminokyselinami, které jsou spojeny dlouhými řetězci. V potravě se nachází dvacet druhů aminokyselin, z nichž je osm nezbytných a naše tělo si je není schopno samo vytvořit. V těle člověka neexistuje rezerva bílkovin, proto při jejich nedostatku, který může být způsoben jejich nedostatečným příjmem

---

<sup>15</sup> KUBEŠOVÁ, MATĚJOVSKÁ, H., HOLÍK, J., WEBER, P., MELUZÍNOVÁ, H., POLCAROVÁ, V., JETELOVÁ, M., Výživa jako nástroj pro podporu zdraví a udržení kondice ve vyšším věku, s.18

v potravě nebo při dlouhodobém hladovění, dochází k rozkladu bílkovin, což má za následek úbytek některých orgánů. Bílkoviny, které se nacházejí v potravě živočišného původu jsou nazývány jako plnohodnotné, protože obsahují tzv. esenciální aminokyseliny, které si naše tělo není schopno vyrobit.<sup>16</sup>

Zdrojem bílkovin živočišného původu jsou maso, vejce, mléčné výrobky, mezi zdroje rostlinné patří převážně luštěniny, obzvláště soja.<sup>17</sup>

## Sacharidy

Jsou pro tělo zdrojem a rezervou energie, která je uvolněna při námaze svalů nebo při hladovění. Sacharidy jsou také důležité pro udržení stálé hladiny krevního cukru zabraňují také odbourávání bílkovin. Nadbytek sacharidů způsobuje tvorbu tělesného tuku.<sup>18</sup> Sacharidy se vyskytují hlavně v rostlinné složce potravy, dělí se do tří základních skupin a to na monosacharidy, disacharidy a polysacharidy.<sup>19</sup>

Mezi nejdůležitější cukry v těle patří glukóza spolu s její zásobní složkou ve formě glykogenu. Glykogen je uložený v játrech a ve svalech. Hladinu glukózy v krvi označujeme jako glykémii, jejíž normální hodnota se uvádí mezi 3,3-5,5 mmol/l. Pro udržení této hladiny slouží dva hlavní hormony, které se nazývají inzulín a glukagon. Význam funkce sacharidů spočívá v tom, že jsou jediným zdrojem energie pro mozek a erytrocyty, dále ovlivňují metabolismus v játrech a jsou součástí některých makromolekul. Největší zdroj sacharidů v potravě je škrob, který se v našich podmínkách vyskytuje převážně v obilninách a bramborách, méně potom v luštěninách.<sup>20</sup>

---

<sup>16</sup> Srov. tamtéž, s. 20

<sup>17</sup> Srov. TUREK, B., DOSTÁLOVÁ, J., Výživa ve stáří, s. 45

<sup>18</sup> Srov. KUBEŠOVÁ, MATĚJOVSKÁ, H., HOLÍK, J., WEBER, P., MELUZÍNOVÁ, H., POLCAROVÁ, V., JETELOVÁ, M., Výživa jako nástroj pro podporu zdraví a udržení kondice ve vyšším věku, s. 23

<sup>19</sup> Srov. NAVRÁTILOVÁ, M., ČEŠKOVÁ, E., SOBOTKA, L., Klinická výživa v psychiatrii, s. 10

<sup>20</sup> Srov. ROKYTA, R., Fyziologie pro bakalářská studia v medicíně, přírodovědných a tělovýchovných oborech, s. 155

## Tuky

Tuky se jako součást organismu vyskytují v těle ve formě triglyceridů, volných mastných kyselin, fosfolipidů a cholesterolu. Slouží nám jako energetická zásoba, která se aktivuje při nedostatku cukrů, dále jsou důležitou stavební složkou buněk, obzvláště jejich membrán, chrání nás před ztrátou tepla, rozpouští různé látky např. vitaminy, které jsou rozpustné v tucích, součástí mnohých tuků jsou také esenciální mastné kyseliny, které jsou důležité pro normální chod metabolismu, pomocí cholesterolu dochází k tvorbě steroidních hormonů.<sup>21</sup>

Jsou součástí rostlinné i živočišné složky potravy. Tuky, které jsou součástí živočišného původu způsobují větší riziko vzniku aterosklerózy a krevních sraženin, protože negativně ovlivňují některé krevní vlastnosti. Tuky rostlinného původu v sobě obsahují více nenasycených mastných kyselin, které mají ve své molekule jednu nebo více dvojitých vazeb a tak je lze rozdělit do dvou skupin. První skupinou jsou **jednoduše nasycené mastné kyseliny**, jejichž součástí je kyselina olejová, která v organismu způsobuje zvýšení příznivého HDL cholesterolu. Tato kyselina se nejčastěji vyskytuje v olivovém oleji, margarínech, je součástí ořechů a některých dalších olejů.

Mezi druhou skupinu patří **vícenásobně nenasycené mastné kyseliny**, tyto kyseliny si naše tělo není schopno samo vytvořit, proto se do těla musí dostat z potravy. Jejich význam spočívá ve snižování hladiny cholesterolu vlivem zvyšování množství

---

<sup>21</sup> Srov. ROKYTA, R., Fyziologie pro bakalářská studia v medicíně, přírodovědných a tělovýchovných oborech, s. 155-156

receptorů, které tvoří záchytné body pro nepříznivý LDL cholesterol, který se potom zvýšeně odbourává v játrech a dochází tím k jeho poklesu v krvi.

Mezi oleje vhodné pro používání můžeme zařadit olej slunečnicový, olivový, sójový a olej z pšeničných klíčků.<sup>22</sup>

## Voda

Voda je důležitou součástí většiny tělních pochodů. Tělo buňky je totiž složeno až ze 75 % vody, zbytek dotváří jiné látky. Aby mohli orgány v těle normálně fungovat, měl by být zajištěn denní příjem tekutin kolem 2 - 2,5 litru. Tento optimální příjem nahrazuje denní ztráty tekutin v podobě vylučování moče ledvinami, kdy dochází při optimální funkci ledvin až k vyloučení 1500 ml moči, dále dochází k vylučování tekutin kůží v podobě potu, kdy se může jednat až o 500 ml, v neposlední řadě se tekutiny ztrácejí také v podobě vydechovaného vzduchu plícemi, kdy může být tato ztráta také okolo 500 ml tekutin. Při součtu všech těchto ztrát vychází, kolik tekutin musíme přijmout, aby se dorovnaly ztráty tekutin.

Postupem věku dochází k celkovému snížení vody v organismu, které je dáno hlavně změnou obsahu tekutiny uvnitř buňky. Mezi vhodné nápoje k pití patří obyčejná pramenitá voda, různé bylinkové a ovocné druhy čajů a neslazené nápoje.

Minerální vody nejsou příliš vhodné k pití, protože obsahují velké množství rozpuštěných pevných látek a volného CO<sub>2</sub>. Dále nejsou příliš vhodné ani limonády, které obsahují velké množství cukrů, umělých barviv, sladidel, aromatických a konzervačních látek.<sup>23</sup> Mezi další vhodné tekutiny k pití se mohou řadit kvalitně balené stolní vody, které obsahují relativně malé množství anorganických solí.<sup>24</sup>

---

<sup>22</sup> Srov. KUBEŠOVÁ, MATĚJOVSKÁ, H., HOLÍK, J., WEBER, P., MELUZÍNOVÁ, H., POLCAROVÁ, V., JETELOVÁ, M., Výživa jako nástroj pro podporu zdraví a udržení kondice ve vyšším věku, s. 24-25

<sup>23</sup> Srov. KUBEŠOVÁ, MATĚJOVSKÁ, H., HOLÍK, J., WEBER, P., MELUZÍNOVÁ, H., POLCAROVÁ, V., JETELOVÁ, M., Výživa jako nástroj pro podporu zdraví a udržení kondice ve vyšším věku, s. 51-52

<sup>24</sup> Srov. FOŘT, P., Výživa pro dokonalou kondici a zdraví, s. 145

## Vitaminy

Patří mezi součást našeho organismu, většina z nich urychluje nebo usnadňuje biochemické reakce v našem těle. Jejich přítomnost v organismu je velmi důležitá.<sup>25</sup> Zastávají v organismu funkci koenzymů, antioxidantů nebo hormonů.<sup>26</sup> Jsou biokatalyzátory vstupujícími do různých reakcí, aniž by se na nich metabolicky podílely. Jejich význam spočívá v přeměně základních látek, mezi které patří bílkoviny, tuky, cukry a také energetický metabolismus. Jsou důležité pro zachování a obranu organismu. Většina vitaminů se netvoří v organismu, výjimkou je pouze vitamin K a částečně také vitaminy A a D, zbytek vitaminů musí být přijímán potravou. Vitaminy se podle druhu rozpustnosti dělí na vitaminy rozpustné v tucích A, D, E, K a na vitaminy rozpustné ve vodě – B, C, H a Cholin.<sup>27</sup>

## Minerály a stopové prvky

Jsou nerostné látky, které se vyskytují v našem organismu v podobě makroprvků a mikroprvků. Mezi makroprvky, které jsou v těle obsaženy ve vysokých koncentracích

---

<sup>25</sup> Srov. KUBEŠOVÁ, MATĚJOVSKÁ, H., HOLÍK, J., WEBER, P., MELUZÍNOVÁ, H., POLCAROVÁ, V., JETELOVÁ, M., Výživa jako nástroj pro podporu zdraví a udržení kondice ve vyšším věku, s. 35

<sup>26</sup> Srov. NAVRÁTILOVÁ, M., ČEŠKOVÁ, E., SOBOTKA, L., Klinická výživa v psychiatrii, s. 32

<sup>27</sup> Srov. ROKYTA, R., Fyziologie pro bakalářská studia v medicíně, přírodovědných a tělovýchovných oborech, s. 157-158

patří sodík, draslík, vápník, hořčík, chlór a fosfor. Mezi mikroprvky s mnohem nižší koncentrací patří železo, selen, zinek, měď, kobalt, jód a další.<sup>28</sup>

## 1.4 Výživa ve stáří

Kvalita výživy ve stáří má vliv na kvalitu života seniorů. Dobrý nutriční stav také podporuje výsledky léčby starého člověka. Nedostatečnou výživou dochází ke snížení obranyschopnosti organismu, dále k ovlivnění procesu hojení, probíhající nemoci a soběstačnosti.<sup>29</sup> Do výživy je třeba zahrnout i dostatečnou tělesnou aktivitu, která je součástí udržení optimální tělesné hmotnosti a svalové hmoty.<sup>30</sup>

### 1.4.1 Potřeba bílkovin

Je důležité, aby strava seniorů obsahovala dostatek bílkovin živočišného i rostlinného původu, nemělo by jich však být příliš. Bílkoviny by měly hradit 12-15 % celkového energetického příjmu.<sup>31</sup> Vytvořením nutričního systému, který by měl schopnost snižovat úbytek svalové hmoty, která je způsobena procesem stárnutí, by se mohla zlepšit funkčnost, mobilita a nezávislost seniorů.<sup>32</sup> Z hlediska potřeby bílkovin je jejich minimální denní dávka asi 0,5 g/kg na den, doporučená dávka je ale 1,5 až dvojnásobná.<sup>33</sup> Ve stáří je doporučeno zvýšit denní dávku bílkovin zhruba na jeden gram na kilogram hmotnosti za den, je to dáno větším rozpadem tělesných bílkovin.<sup>34</sup>

---

<sup>28</sup> Srov. KUBEŠOVÁ, MATĚJOVSKÁ, H., HOLÍK, J., WEBER, P., MELUZÍNOVÁ, H., POLCAROVÁ, V., JETELOVÁ, M., Výživa jako nástroj pro podporu zdraví a udržení kondice ve vyšším věku, s. 26

<sup>29</sup> Srov. GROFOVÁ, Z., Výživa ve stáří, Medicína pro praxi, 2009, č. 6(1), s. 42

<sup>30</sup> Srov. GROFOVÁ, Z., Nutriční podpora, s. 105

<sup>31</sup> Srov. TUREK, B., DOSTÁLOVÁ, J., Výživa ve stáří, s. 45

<sup>32</sup> Srov. KALVACH, Z., Geriatrie a gerontologie, s. 301

<sup>33</sup> Srov. NAVRÁTILOVÁ, M., ČEŠKOVÁ, E., SOBOTKA, L., Klinická výživa v psychiatrii, s. 25

<sup>34</sup> Srov. TUREK, B., DOSTÁLOVÁ, J., Výživa ve stáří, s. 45

### **1.4.2 Potřeba sacharidů**

Příjem sacharidů by měl pokrýt 55-60 % celkové energetické potřeby. Lehkým navýšením dietní vlákniny dochází ke zlepšení glukózové tolerance. Příjmem hrubé vlákniny dochází ke zlepšení střevní motility a tím snižuje choroby střev. Důležitý je také účinek rozpustné vlákniny, která ovlivňuje energetickou rovnováhu.<sup>35</sup> Větší část přijímaných sacharidů by měl tvořit zejména škrob. Mezi vhodné potraviny, které jsou bohaté na vlákninu patří hlavně pečivo z tmavé mouky.<sup>36</sup>

### **1.4.3 Potřeba tuků**

Vlivem přítomnosti některých kardiovaskulárních chorob ve stáří se doporučuje snižovat příjem tuku až na 30 % celkového energetického příjmu.<sup>37</sup> Toho lze dosáhnout zejména používáním pomazánkových másel na pečivo, omezením smažení a pečení, omezením příjmu tučných salámů a masa, plnotučných mléčných výrobků, tučného pečiva a čokolády.<sup>38</sup>

### **1.4.4 Potřeba vody**

Voda má důležitou úlohu v životě seniorů. Voda se do organismu dostává ve formě nápojů nebo je součástí pokrmů. Někteří senioři ztrácejí během stárnutí pocit žízně, proto by se u nich mělo dohlížet na příjem tekutin během dne. Optimálním nápojem jsou především nealkoholické nápoje s nízkým obsahem cukru, balené stolní vody a čaje.<sup>39</sup>

### **1.4.5 Potřeba vitaminů**

---

<sup>35</sup> Srov. KALVACH, Z., Geriatrie a gerontologie, s. 301

<sup>36</sup> Srov. TUREK, B., DOSTÁLOVÁ, J., Výživa ve stáří, s. 43

<sup>37</sup> Srov. KALVACH, Z., Geriatrie a gerontologie, s. 301

<sup>38</sup> Srov. TUREK, B., DOSTÁLOVÁ, J., Výživa ve stáří, s. 44

<sup>39</sup> Srov. TUREK, B., DOSTÁLOVÁ, J., Výživa ve stáří, s. 29-30

Pokud je příjem vitaminů nedostatečný, vzniká tzv. **hypovitaminóza**, při úplném nedostatku vzniká tzv. **avitaminóza** a pokud je nadbytečný příjem vitaminů, vzniká tzv. **hypervitaminóza**, ta se však vyskytuje jen u vitaminů rozpustných v tucích - A a D. Aby se mohly vstřebávat vitaminy rozpustné v tucích, musí být přítomen dostatek žluči, pankreatické lipázy a také fungující přenosný mechanismus tuků. Vitaminy rozpustné ve vodě jsou významné pro funkci kůže, svalů, pro funkci nervů a také pro krvetvorbu.<sup>40</sup>

#### **1.4.6 Potřeba minerálů a stopových prvků**

Mezi minerály patří především elektrolyty, které ovlivňují složení buněčné a mimobuněčné tekutiny. Jsou důležitou součástí výživy.<sup>41</sup> Mezi významné stopové prvky ve stáří můžeme zařadit selen, který má antioxidační účinky.<sup>42</sup>

### **1.5 Malnutrice ve stáří**

Malnutrice neboli podvýživa je forma poruchy, ke které dochází na základě nižšího energetického a bílkovinného příjmu než je jeho potřeba v organismu.<sup>43</sup> Jde o dlouhodobý proces, který vlivem nedostatečného energetického příjmu přispívá k narušení optimálního tělesného a duševního růstu organismu. Malnutrice vede ke zhoršení celkového stavu a životního stylu člověka, napomáhá únavě, zhoršení

---

<sup>40</sup> Srov. ROKYTA, R., Fyziologie pro bakalářská studia v medicíně, přírodovědných a tělovýchovných oborech, s.157-159

<sup>41</sup> Srov. NAVRÁTILOVÁ, M., ČEŠKOVÁ, E., SOBOTKA, L., Klinická výživa v psychiatrii, s. 25

<sup>42</sup> Srov. TUREK, B., DOSTÁLOVÁ, J., Výživa ve stáří, s. 27

<sup>43</sup> Srov. NAVRÁTILOVÁ, M., ČEŠKOVÁ, E., SOBOTKA, L., Klinická výživa v psychiatrii, s. 45



soběstačnosti a také sebeobsluhy.<sup>44</sup> Výskyt podvýživy je ve starším věku vyšší oproti mladšímu věku vlivem změny struktury těla. Počet osob postižených podvýživou také přibývá vlivem nárůstu počtu osob staré populace a také změnou životního stylu městských obyvatel. Mezi další vlivy, které mají podíl na vzniku podvýživy starých lidí patří vysoký počet nemocí starého věku, vysoké počty užívaných léků, různé onemocnění týkající se dutiny ústní, nedostatek pohybu, sociální a psychické vlivy, nezáměr okolí a problémy ekonomické. Mezi pokročilé formy podvýživy patří kachexie a její nejvyšší forma se může označovat jako marasmus. Výskyt malnutrice bývá až u 80% hospitalizovaných lidí, proto také patří mezi nejčastější stavy, které se vyskytují po celém světě.<sup>45</sup> Lidem s malnutricí chybí svalová síla, proto se u nich zvyšuje možnost rizika pádů a zlomenin, také se v rámci oslabených dýchacích svalů zvyšuje podíl na vzniku zápalu plic. Mezi problémy, na kterých se malnutrice podílí patří špatná hojivost ran, infekční nemoci, komplikace po operaci, vznik proleženin a celková pomalejší obnova organismu.<sup>46</sup>

### **1.5.1 Dělení malnutrice**

Malnutrice může být na základě chybějící složky marantická, proteinová, kombinovaná nebo stresová.

#### **1.5.1.1 Malnutrice typu marasmu**

Tento typ malnutrice často doprovází psychiatrická onemocnění, je součástí bulimií, mentálních anorexií, schizofrenních a depresivních poruch, různých typů demence a bludných poruch spojených s odmítáním jídla. Všeobecně se vyskytuje převážně u seniorů, u onemocnění dutiny ústní, poškození chrupu, dásní a sliznice v ústech, onemocnění trávicího traktu a také jako součást jiného onemocnění při nesnášenlivosti jídla při malabsorpčním syndromu.<sup>47</sup>

---

<sup>44</sup> Srov. ŠENKÝŘOVÁ, V., Úloha sestry při zjišťování stavu podvýživy, Urolog. pro Praxi, 2009, č. 10(2), s. 87

<sup>45</sup> Srov. KALVACH, Z., Geriatrie a gerontologie, s. 301

<sup>46</sup> Srov. <http://www.zdn.cz/clanek/priloha-pacientske-listy/seniory-ohrozuje-podvyziva-454451>

<sup>47</sup> Srov. NAVRÁTILOVÁ, M., ČEŠKOVÁ, E., SOBOTKA, L., Klinická výživa v psychiatrii, s. 46-47

Tento typ malnutrice má postupný vývoj, na začátku člověk přichází hlavně o tukovou tkáň, později i kosterní svalstvo. Hodnota Body mass indexu je u těchto lidí velice často pod číslem 18, u těžkých forem může být tato hodnota i pod 16. Takový jedinec má sklon k zimomřivosti, svůj výdej energie snižuje svou nízkou tělesnou aktivitou a u dlouhodobého procesu se začínají objevovat i orgánové změny. Z hlediska druhotného hladovění je ovlivněno několik součástí organismu. Bývá postižen imunitní systém, převážně jeho buněčné složení, což má za konečný následek snížení obranyschopnosti a větší riziko výskytu infekce. Při dlouhodobém odmítání potravy se také zhoršuje hojení ran a obnova orgánů, dochází k většímu riziku vzniku arytmií v důsledku úbytku srdeční svaloviny, může se také objevit bronchopneumonie, poruchy tělesné teploty, průjemy, nedostatkem vitaminů pak mohou vznikat různé formy anemií. Hladověním je také narušen metabolismus elektrolytů, objevují se poruchy obnovy kostí, které mohou vést až ke vzniku osteomalacie. Mezi méně časté nepříjemnosti patří dehydratace, ta se může projevit až při konečné fázi malnutrice i hladovění. Nedostatečná hladina draslíku může vést k postižení tubulů v ledvinách a to může mít za následek vznik šoku a hypovolemie. Během konečné fáze hladovění se také mohou projevit změny na mozku a nervovém systému.<sup>48</sup>

### **1.5.1.2 Proteinová malnutrice**

Tento typ malnutrice se objevuje u lidí, kteří přijímají nedostatek bílkovin v potravě. Často se vyskytuje u lidí závislých na alkoholu, u seniorů a lidí trpících těžkou formou deprese a také u lidí, kteří nepřijímají maso, převážně u vegetariánů. Rozvoj tohoto typu malnutrice je pomalý, trvá několik týdnů až měsíců. Nemusí nutně dojít ke změně tělesné hmotnosti člověka, Body mass index může také vykazovat normální hodnotu, menší může být po odečtu tukové vrstvy obvod svalů paže. Mohou být přítomny i otoky, které jsou způsobeny hromaděním tekutiny ve volných dutinách. V břišní oblasti je přítomnost zvětšení jater, kůže je většinou tenká, dochází také ke změnám

---

<sup>48</sup> Srov. tamtéž, s. 51-54

vlasového porostu vedoucímu někdy až k plešatosti. Je narušen proces hojení ran a bývá přítomen vznik vředů a to i v místech, kde je kůže minimálně porušena.<sup>49</sup>

### **1.5.1.3 Kombinovaná forma malnutrice typu marasmus-kwashiorkor**

Tento typ malnutrice vznikl sloučením obou typů předchozích malnutricí. Je součástí konečného stadia marasmu a proteinové malnutrice. Bývá přítomna u chronicky závislých na alkoholu. Je u ní prokazatelně jasný nedostatek vitaminů, minerálů i stopových prvků.<sup>50</sup>

### **1.5.1.4 Stresové hladovění : kwashiorkor-like malnutrice**

Tato malnutrice vzniká sloučením mezi hladověním a typem současně probíhajícího těžkého onemocnění. Při stresovém hladovění je vlivem zadržování tekutin v těle a těžkému zdravotnímu stavu malnutrice hůře rozeznatelná. Je to dáno převážně těžkým onemocněním, které překrývá rychle vznikající malnutrici, protože rozsáhlé otoky skryjí úbytek tukové tkáně i kosterní svaloviny. Tento typ malnutrice je také provázen těžkým snížením hladiny bílkovin a sníženou hladinou albuminu.<sup>51</sup>

## **1.6 Hodnocení stavu výživy**

Pro hodnocení stavu výživy starých lidí není znám konkrétní ukazatel, který by s jasnou určitostí stanovil přítomnost podvýživy, proto je vhodné užití více metod. Při hodnocení podvýživy seniorů je vhodné dodržování určitých pravidel na základě odlišnosti mezi starým a mladým člověkem, jejichž výsledné ukazatele mohou být odlišné.<sup>52</sup>

---

<sup>49</sup> Srov. NAVRÁTILOVÁ, M., ČEŠKOVÁ, E., SOBOTKA, L., Klinická výživa v psychiatrii, s. 54-55

<sup>50</sup> Srov. tamtéž, s. 55

<sup>51</sup> Srov. tamtéž, s. 56-58

<sup>52</sup> Srov. JURAŠKOVÁ, B., HRNČIARIKOVÁ, D., HOLMEROVÁ, I., KALVACH, Z., Poruchy výživy ve stáří, Medicina pro praxi, 2007, č. 4(11), s. 444

## 1.6.1 Anamnéza

Nutriční anamnéza by měla být nepostradatelnou součástí při každém zjišťování stavu výživy. Snaží se odkrýt všechny rizika a možné příčiny vzniku malnutrice u seniorů.<sup>53</sup> Anamnéza se zaměřuje na konkrétní oblasti, které mohou přímo vyvolávat podvýživu, mezi které zahrnujeme známky onemocnění trávicího traktu, stav chrupu a dutiny ústní, bolesti břicha, nechut k jídlu apod. Dále je zaměřena na oblast užívání specifických skupin léků, na sociální problémy jako jsou osamělost, ekonomické potíže, ztráta blízké osoby.<sup>54</sup> Důležitý je také údaj o stavu tělesné hmotnosti. Jako závažný stav malnutrice se vznikem mnoha komplikací zdravotního stavu jedince nám udává úbytek hmotnosti větší než 20 % za období posledních dvou měsíců, nebo také úbytek hmotnosti větší než 10 % za poslední měsíc. K prokázání podvýživy a zhodnocení výživového rizika se velmi často používají dva hodnotící testy. Mezi první test patří tzv. **Mini Nutritional Assessment**, který je dobrý pro ambulantní zjištění rizika vzniku podvýživy.<sup>55</sup> Tento druh testu se skládá ze čtyř oblastí otázek a měření. Jednotlivé oblasti jsou zaměřeny na antropometrické údaje, které v sobě zahrnují výšku, váhu, obvod lýtky a paže, váhový úbytek, celkové hodnocení je zaměřeno na pohyblivost, soběstačnost, onemocnění jedince, na kožní defekty, psychické potíže a užívání léků, další oblast v sobě zahrnuje stravovací zvyklosti a poslední oblast je zaměřena na zhodnocení vlastního zdraví a stav výživy daného jedince. Celkové bodovací schéma je v rozmezí 0-29 bodů, hodnoty nad 24 bodů svědčí o správné výživě, naopak hodnoty mezi 17-23,5 body nám ukazují na možné riziko poruchy výživy a skóre pod 17 bodů nám svědčí o podvýživě.<sup>56</sup> Druhým velice často užívaným testem je tzv. **Nottinghamský screeningový dotazník**, který je vhodný zejména pro hospitalizované jedince.

---

<sup>53</sup> Srov. JURAŠKOVÁ, B., HRNČIARIKOVÁ, D., HOLMEROVÁ, I., KALVACH, Z., Poruchy výživy ve stáří, *Medicína pro praxi*, 2007, č. 4(11), s. 444

<sup>54</sup> Srov. NAVRÁTILOVÁ, M., ČEŠKOVÁ, E., SOBOTKA, L., *Klinická výživa v psychiatrii*, s. 69

<sup>55</sup> Srov. JURAŠKOVÁ, B., HRNČIARIKOVÁ, D., HOLMEROVÁ, I., KALVACH, Z., Poruchy výživy ve stáří, *Medicína pro praxi*, 2007, č. 4(11), s. 444

<sup>56</sup> Srov. TOPINKOVÁ, E., Využití standardizovaných škál pro hodnocení stavu výživy u starších nemocných, *Česká geriatrická revue*, 2003, č. 1, s. 8

## 1.6.2 Antropometrická vyšetření

Tento druh vyšetření je nebolestivý, ekonomicky výhodný.<sup>57</sup> Toto vyšetření je zaměřeno na tělesnou výšku a váhu daného jedince, tyto údaje slouží k zjištění tzv.

**Body Mass Indexu (BMI).**<sup>58</sup> Hodnota BMI se vyjadřuje jako podíl tělesné váhy a druhé mocniny tělesné výšky jedince, takže:  $BMI = m \text{ (kg)} / h^2 \text{ (m)}$ .

Hodnota BMI optimální tělesné váhy jedince je 19 až 25 kg / m<sup>2</sup>, a zahrnuje v sobě 17 až 20 kg svalové tkáně. Jistým údajem o podvýživě je hodnota BMI pod 17 kg / m<sup>2</sup>, hodnota BMI pod 16 kg / m<sup>2</sup> nám udává těžkou podvýživu.<sup>59</sup> Tyto údaje však nemusí být dostupné vlivem neschopnosti jedince udržet se ve stoje. Proto lze použít i jiné metody měření, které jsou proveditelné i u ležících jedinců.<sup>60</sup>

Dalším metodou antropometrického vyšetření je hodnota obvodu a objemu paže, to umožňuje získat přehled o množství svalové hmoty. Tento údaj lze získat naměřením obvodu paže a kožní řasy nad trojhlavým svalem.<sup>61</sup>

## 1.6.3 Laboratorní vyšetření

Patří mezi základní diagnostická vyšetření při známkách podvýživy, při podvýživě totiž klesá funkční schopnost jater, důležité je proto stanovení hladiny plazmatických bílkovin, aby šla zjistit délka trvání malnutrice. Nejčastěji vyšetřované bílkoviny v séru jsou albumin, prealbumin, cholinesteráza a transferin. Dehydratace může skrýt nízkou hladinu těchto proteinů. Nízká hladina cholesterolu a hormonů štítné žlázy může také dokazovat stav podvýživy. Nízká hladina kreatininu naopak může dokazovat menší objem svalové hmoty. Je však nutné brát ohled na jiné současně probíhající onemocnění. Při podvýživě je také snížena svalová síla, proto je možné ji

---

<sup>57</sup> Srov. JURAŠKOVÁ, B., HRNČIARIKOVÁ, D., HOLMEROVÁ, I., KALVACH, Z., Poruchy výživy ve stáří, *Medicína pro praxi*, 2007, č. 4(11), s. 444

<sup>58</sup> Srov. TOPINKOVÁ, E., Využití standardizovaných škál pro hodnocení stavu výživy u starších nemocných, *Česká geriatrická revue*, 2003, č. 1, s. 7

<sup>59</sup> Srov. NAVRÁTILOVÁ, M., ČEŠKOVÁ, E., SOBOTKA, L., *Klinická výživa v psychiatrii*, s. 70

<sup>60</sup> Srov. TOPINKOVÁ, E., Využití standardizovaných škál pro hodnocení stavu výživy u starších nemocných, *Česká geriatrická revue*, 2003, č. 1, s. 7

<sup>61</sup> Srov. NAVRÁTILOVÁ, M., ČEŠKOVÁ, E., SOBOTKA, L., *Klinická výživa v psychiatrii*, s. 70

vyšetřit ručním dynamometrem, ten dokáže naměřit sílu svalového stisku, často je však při tomto vyšetření problém se spoluprací seniorů.<sup>62</sup>

## **2 PRAKTICKÁ ČÁST**

### **2.1 Kvantitativní průzkumné šetření**

#### **2.1.1 Cíle práce**

Cílem této práce bylo zjistit stav výživy hospitalizovaných seniorů.

Dílními cíly této práce bylo zjistit:

1. Zjistit, zda-li má množství podávané stravy vliv na možný vznik podvýživy u hospitalizovaných seniorů nad 65 let .
2. Zjistit, zda-li má vliv na riziko vzniku podvýživy způsob, jakým je strava zpracována a následně podávána hospitalizovaným seniorům nad 65 let .
3. Zjistit, zda-li mají jednotlivé složky stravy, kterou hospitalizovaní senioři nad 65 let denně neprijímají, podíl na riziku vzniku podvýživy .

### **2.2 Metodika práce**

#### **2.2.1 Zdroje odborných poznatků**

Zdroje odborných poznatků byly získány na základě studia odborné literatury, internetových zdrojů a odborných časopisů, které jsou uvedeny v seznamu použité literatury v závěru bakalářské práce.

---

<sup>62</sup> Srov. JURAŠKOVÁ, B., HRNČIARIKOVÁ, D., HOLMEROVÁ, I., KALVACH, Z., Poruchy výživy ve stáří, *Medicina pro praxi*, 2007, č. 4(11), s. 444 - 445

## **2.2.2 Charakteristika skupiny respondentů**

Pro toto výzkumné šetření byla vybrána skupina mužů a žen ve věku nad 65 let, kteří jsou nebo byli hospitalizováni na gerontopsychiatrickém oddělení v Opavě v období 1.2. 2011 – 31.3. 2011.

## **2.2.3 Charakteristika gerontopsychiatrického oddělení v Opavě**

Toto oddělení zajišťuje komplexní a diferencovanou péči pro pacienty s velmi širokým spektrem psychických poruch v období stáří. Léčba je zaměřena zejména na různé formy demence, psychotické poruchy, afektivní poruchy a jiné. Toto oddělení má k dispozici 152 lůžek, pacientům se zde dostává komplexní psychiatrické, ošetrovatelské, somatické, rehabilitační, psychologické, kognitivní a sociální péče. Léčí se zde pacienti, kteří dosáhli na 65 let věku a výše. Oddělení přijímá muže i ženy.

## **2.2.4 Užitá metoda šetření**

Pro získání údajů byla zvolena metoda dotazníku ( viz. příloha č. 1) a Nottinghamského screeningového) dotazníku pro hodnocení rizika malnutrice (viz. příloha č. 2).

Dotazník obsahoval 23 položek, rozdělených do 5 tematických oblastí:

1. část dotazníku zaznamenává identifikační údaje respondentů (1-2)
2. část dotazníku se zabývá zjišťováním údajů o onemocnění, se kterým se respondenti léčí a jestli dodržují nějakou dietu (3-5)

3. část dotazníku zjišťuje stravovací návyky respondentů v domácí péči a problémy při stravování (6-15)
4. část dotazníku se zaměřuje na spokojenost respondentů se stravováním v nemocničním prostředí (16-22)
5. část dotazníku se zaměřuje na to, zda-li si dotazovaní respondenti myslí, že mají nějaké problémy s výživou (23)

Položky dotazníku jsou:

1. otevřené (3)
2. uzavřené (1-2, 4-23)  
(viz. příloha 1)

### **2.2.5 Organizace výzkumného šetření**

Pro toto výzkumné šetření bylo vybráno gerontopsychiatrické oddělení v Opavě na základě odsouhlasené žádosti o umožnění výzkumného šetření v souvislosti se závěrečnou diplomovou prací, které bylo vyhověno vedením zdejšího oddělení (viz. příloha č. 3).

Po vytvoření dotazníku byl dotazník rozdán mezi hospitalizované pacienty gerontopsychiatrického zařízení v Opavě, dotazník obsahoval otázky, které byly dotazovaným respondentům srozumitelné. Výzkumné šetření probíhalo v období mezi 1.2. 2011 až 31.3. 2011. Mezi splněná kritéria tohoto šetření patří: věk, období hospitalizace, vstupní příjmové vyšetření MMSE vyšší než 23 bodů svědčící o nepřítomnosti známek demence u zkoumaných pacientů.

### **2.2.6 Zpracování získaných dat výzkumného šetření**

Výzkumného šetření se zúčastnilo 50 osob. Všechny dotazníky byly respondenty vyplněny za asistence autora bakalářské práce, proto byla návratnost 100 %, poté byly použity pro výzkumné šetření. Získaná data byla čárkovací metodou převedena do tabulek četností. Absolutní četnost vyjadřuje počet respondentů, relativní četnost je vyjádřena jako podíl absolutní a celkové četnosti respondentů, je uváděna v procentech



a informuje o tom, jak velká část z celkového počtu odpovídá pro určitou kategorii.<sup>63</sup> Pro vyhodnocení dotazníků byly použity programy Microsoft Word a Microsoft Excel.

### **2.2.7 Objasnění dat**

Ke zpracování a vyjádření všech výsledků výzkumného šetření byly použity tabulky a grafy. Získané hodnoty jsou uvedeny v absolutní a relativní četnosti. U otázek, kde byly zjištěny rozdílné odpovědi mužů a žen byl rozdíl vyjádřen další informativní tabulkou a grafem.

---

<sup>63</sup> Srov. CHRÁSKA, M., Základy výzkumu v pedagogice, s. 48-49

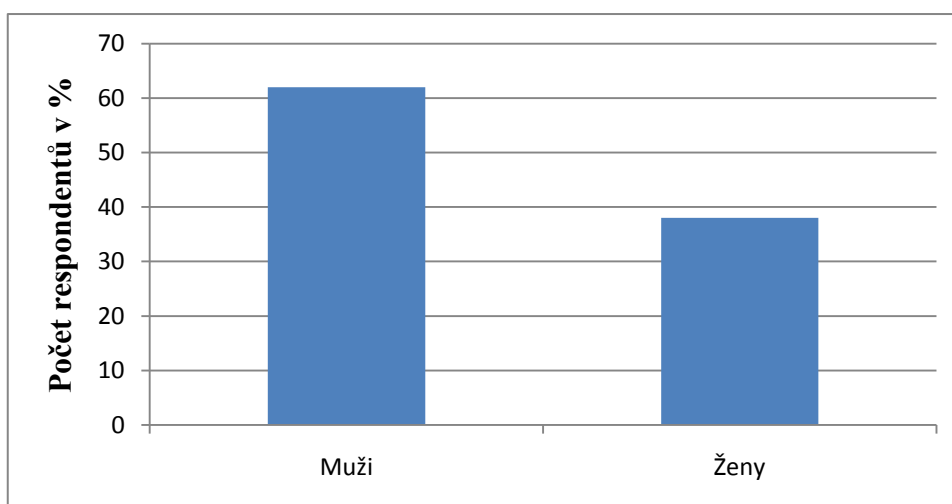
### Otázka č. 1 - Pohlaví respondentů

Výzkumného šetření se zúčastnilo celkem 50 dotazovaných osob, z toho 31 (62 %) mužů a 19 (38 %) žen.

Tab. č. 1 - pohlaví respondentů

Pohlaví respondentů	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
<b>Muži</b>	<b>31</b>	<b>62</b>
<b>Ženy</b>	<b>19</b>	<b>38</b>
<b>Celkem</b>	<b>50</b>	<b>100</b>

Graf číslo 1 - Pohlaví respondentů



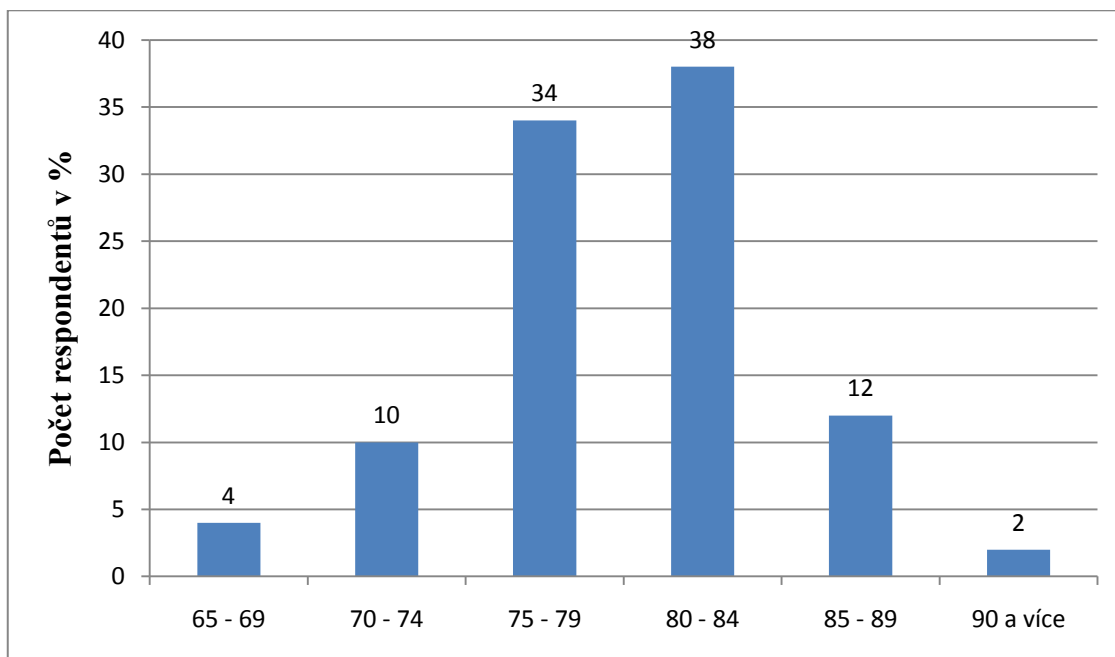
## Otázka č. 2 - Věk respondentů

Tabulka s grafem číslo 2 poukazují na věkové složení dotazovaných respondentů. Ve věku 65 - 69 let byli 2 respondenti (4 %), ve věku 70 - 74 let bylo 5 dotazovaných respondentů (10 %), ve věku 75 - 79 let bylo 17 dotazovaných respondentů (34 %), v kategorii 80 - 84 let byl nejvyšší počet dotazovaných respondentů 19 (38 %), ve věku 85 - 89 let bylo 6 dotazovaných respondentů (12 %) a v kategorii 90 a více let byla zaznamenána pouze 1 osoba (2 %).

Tab. č. 2 - Věk respondentů

Věk respondentů	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
65-69 let	2	4
70-74 let	5	10
75-79 let	17	34
80-84 let	19	38
85-89 let	6	12
90 a více let	1	2

Graf č. 2 - Věk respondentů



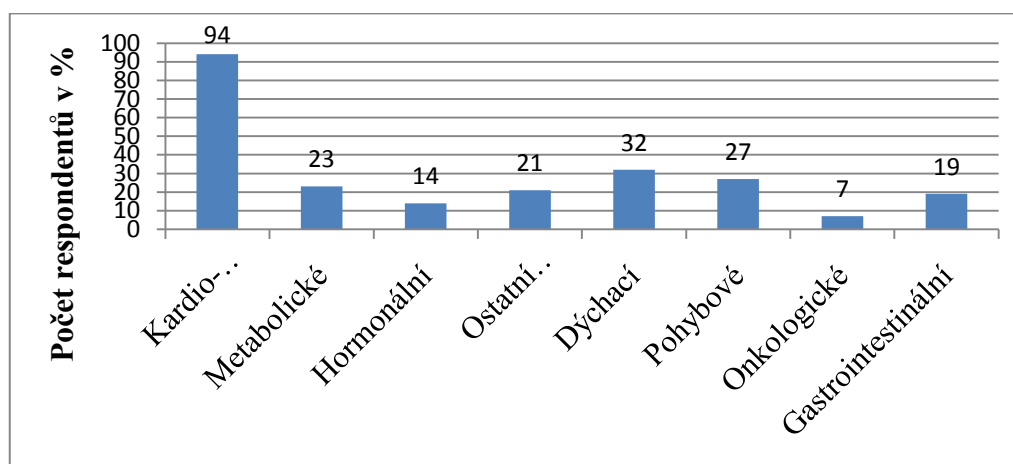
### Otázka č. 3 - Typ onemocnění dotazovaných respondentů

Tato otázka byla otevřená. K jednomu respondentovi bylo možno zaznamenat více onemocnění, proto byly do tabulky a grafu číslo 3 uvedeny typy a četnost onemocnění, se kterými se dotazovaní respondenti léčí. Součet všech hodnot tak není 100 %, ale každý typ onemocnění je vyhodnocen zvlášť vzhledem k celkovému počtu dotazovaných respondentů. Největší počet byl zjištěn ve skupině typu kardio-cerebrovaskulárních onemocnění a to 47 (94 %), na metabolické onemocnění se léčí 23 dotazovaných respondentů (46 %), na hormonální typ onemocnění 14 (28 %), na ostatní neurologické typy onemocnění se léčí 21 dotazovaných respondentů (42 %), problémy s dýchacím typem onemocnění zaznamenalo 32 respondentů (64 %), s pohybovými potížemi se léčí 27 dotazovaných respondentů (54 %), onkologický typ onemocnění uvedlo 7 respondentů (14 %) a gastrointestinální typ onemocnění uvedlo 19 dotazovaných respondentů (38 %).

Tab. č. 3 - Typ onemocnění respondentů

Typ onemocnění	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
<b>Kardio-cerebrovaskulární</b>	<b>47</b>	<b>94</b>
<b>Metabolické</b>	<b>23</b>	<b>46</b>
<b>Hormonální</b>	<b>14</b>	<b>28</b>
<b>Ostatní neurologické</b>	<b>21</b>	<b>42</b>
<b>Dýchací</b>	<b>32</b>	<b>64</b>
<b>Pohybové</b>	<b>27</b>	<b>54</b>
<b>Onkologické</b>	<b>7</b>	<b>14</b>
<b>Gastrointestinální</b>	<b>19</b>	<b>38</b>

Graf č. 3 - Typ onemocnění dotazovaných respondentů



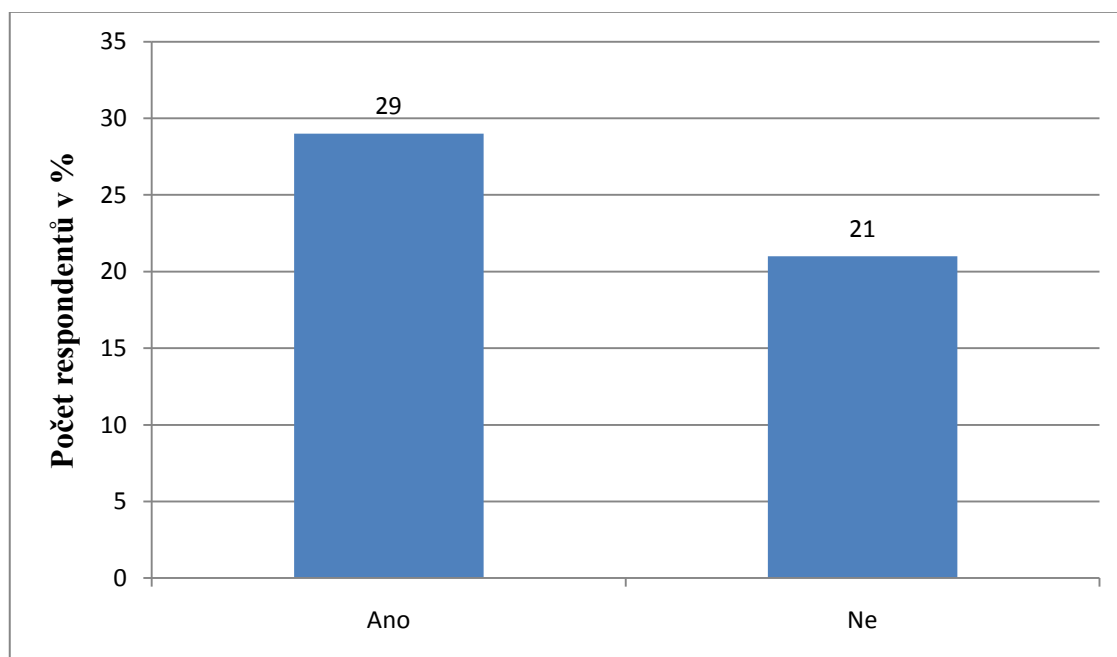
#### Otázka č. 4 - Držíte nějakou dietu ?

Tabulka a graf číslo 4 zobrazují informace o tom, jestli dotazovaní respondenti dodržují nějakou dietu. 21 dotazovaných respondentů nedodrží žádné dietní opatření (42 %), naopak 29 respondentů (58 %) uvedlo, že dodržuje určitý typ diety. Při upřesnění údajů o typu diety uvedlo 25 respondentů dodržování diety v rámci diabetu, 3 dotazovaní respondenti uvedli dietu s omezením tuku a 1 dotazovaný respondent uvedl dietu redukční.

Tab. č. 4 - Dieta

Dieta	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Ano	29	58
Ne	21	42
<b>Celkem</b>	<b>50</b>	<b>100</b>

Graf č. 4 - Dieta



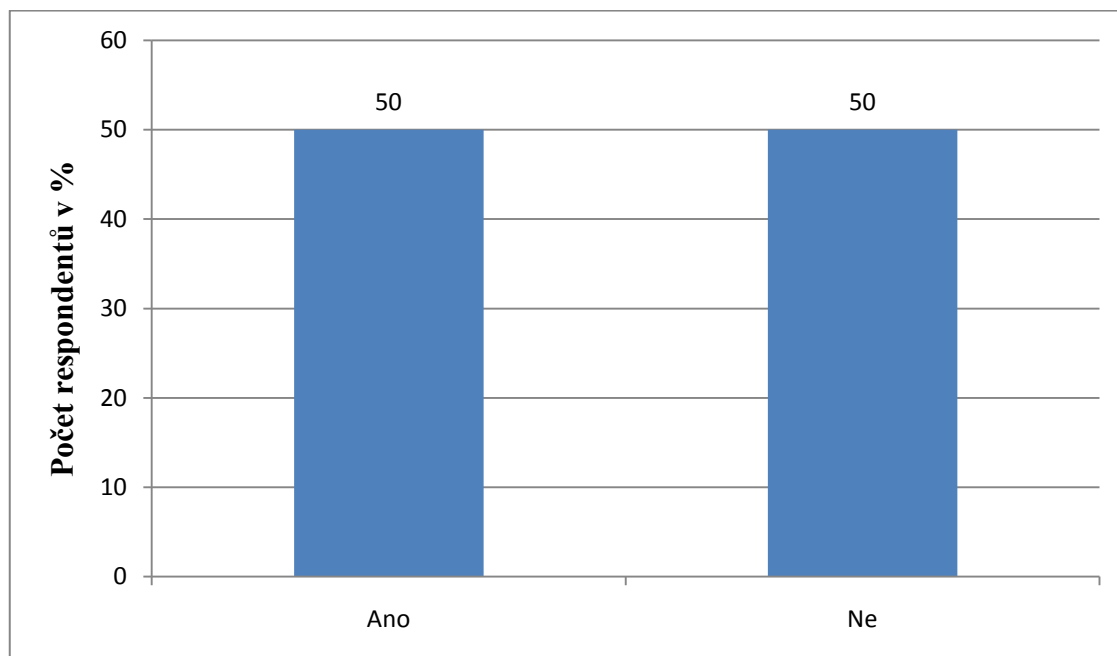
### Otázka č. 5 - Jste diabetik ?

Tabulka s grafem číslo 5 vyjadřují, jak velký je počet diabetiků dotazovaných respondentů. Mezi dotazovanými respondenty uvedlo 25 diabetes mellitus (50 %) a 25 dotazovaných respondentů se na diabetes neléčí (50 %). Při konkrétním údaji o typu diabetu uvedlo 14 jedinců diabetes mellitus 2. typu a 11 respondentů diabetes 1. typu, závislého na aplikaci inzulínu.

Tab. č. 5- Diabetes mellitus

<b>Diabetes</b>	<b>Absolutní četnost</b>	<b>Relativní četnost (%)</b>
<b>Ano</b>	<b>25</b>	<b>50</b>
<b>Ne</b>	<b>25</b>	<b>50</b>
<b>Celkem</b>	<b>50</b>	<b>100</b>

Graf číslo 5- Diabetes mellitus



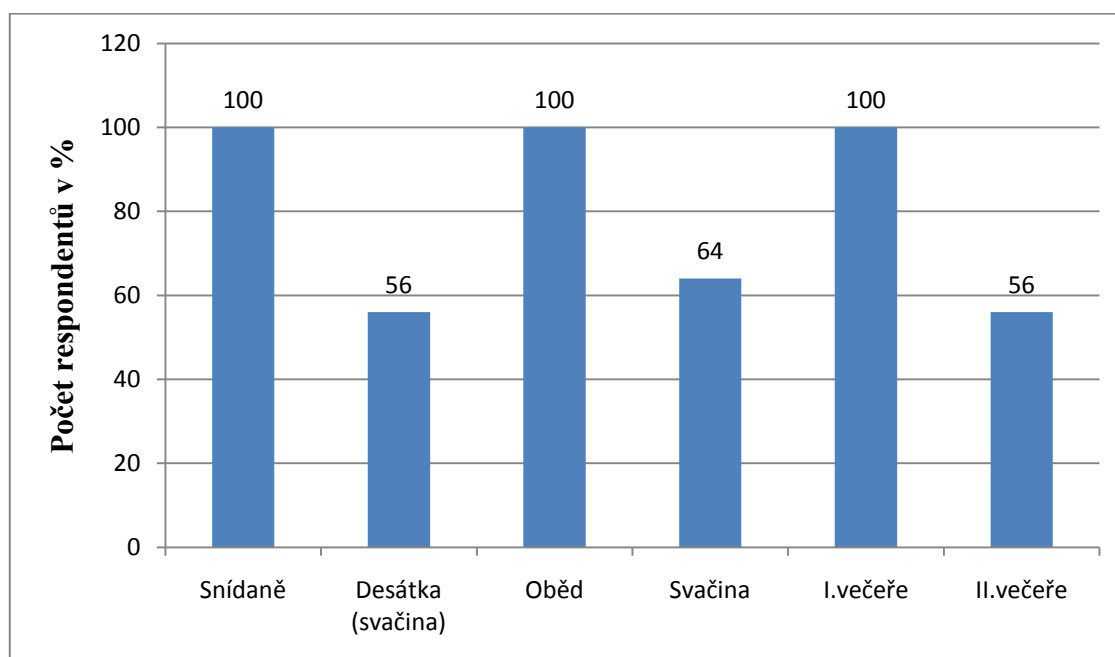
### Otázka č. 6 - Kdy v průběhu dne jíte

Tato otázka byla otevřená, protože na ni mohl dotazovaný respondent odpovědět vícekrát. Tabulka a graf číslo 6 proto nezaznamenává součet všech hodnot jako 100 %, ale každá odpověď je vyhodnocena zvlášť vzhledem k celkovému počtu respondentů. Z vyhodnocených dotazníků bylo zjištěno, že snídá 50 respondentů (100 %), stejně tak i obědvá všech 50 respondentů (100 %) a také I. večeři dodržuje všech 50 respondentů (100 %). Desátku již uvedlo jen 28 respondentů (56 %), svačinu 32 dotazovaných respondentů (64 %) a II. večeři uvedlo 28 respondentů (56 %).

Tab. č. 6 - Kdy v průběhu dne jíte

Kdy v průběhu dne jíte	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
<b>Snídaně</b>	<b>50</b>	<b>100</b>
<b>Desátka (svačina)</b>	<b>28</b>	<b>56</b>
<b>Oběd</b>	<b>50</b>	<b>100</b>
<b>Svačina</b>	<b>32</b>	<b>64</b>
<b>I.večeře</b>	<b>50</b>	<b>100</b>
<b>II.večeře</b>	<b>28</b>	<b>56</b>

Graf číslo 6 - Kdy v průběhu dne jíte



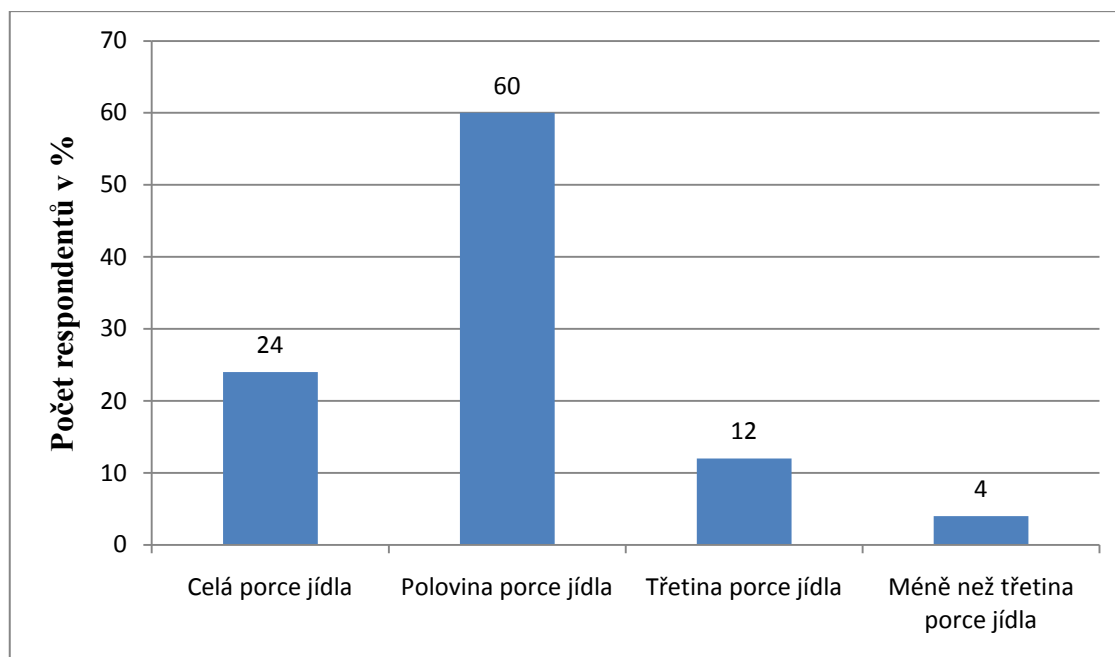
Otázka č. 7 - Jaké množství stravy nejčastěji sníte během jednotlivé porce jídla ?

Tabulka a graf číslo 7 zaznamenává množství jídla, které během jednotlivé porce dotazovaný respondent uvedl. Celou porci jídla sní 12 dotazovaných respondentů (24 %), polovinu porce sní 30 respondentů (60 %), třetinu porce sní 6 respondentů (12 %) a méně než třetinu porce sní 2 dotazovaní respondenti (4 %).

Tab. č. 7 - Množství stravy během jednotlivé porce jídla

Množství stravy	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
<b>Celá porce jídla</b>	<b>12</b>	<b>24</b>
<b>Polovina porce jídla</b>	<b>30</b>	<b>60</b>
<b>Třetina porce jídla</b>	<b>6</b>	<b>12</b>
<b>Méně než třetina porce jídla</b>	<b>2</b>	<b>4</b>

Graf č. 7 - Množství stravy během jednotlivé porce jídla





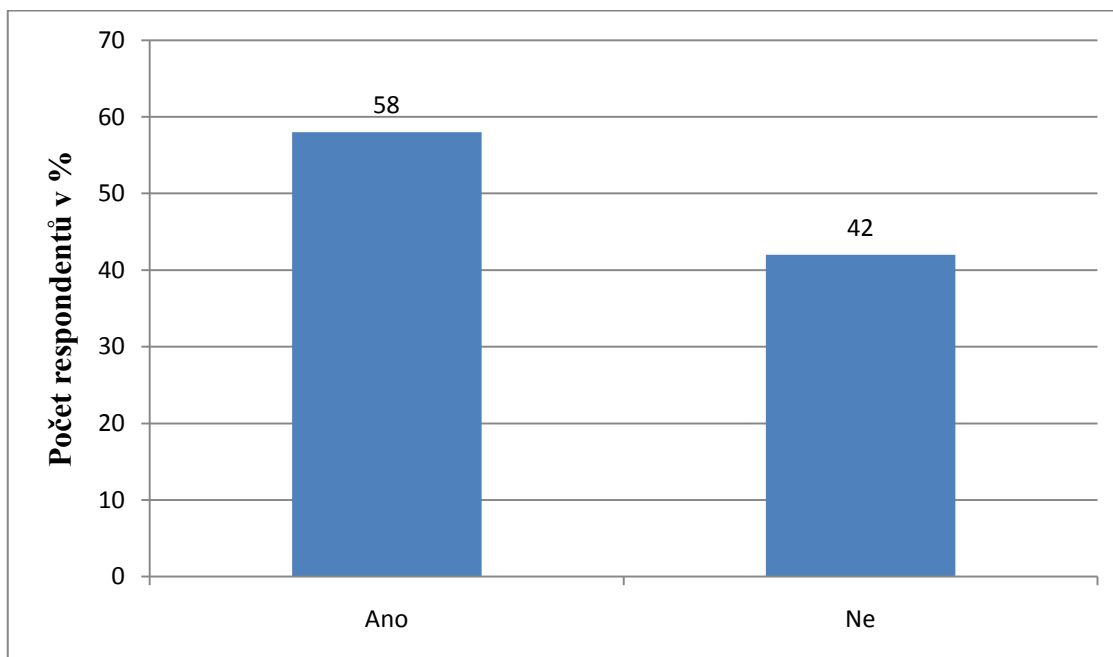
### Otázka číslo 8- Jíte denně mléčný výrobek?

Mléčný výrobek denně přijímá 29 dotazovaných respondentů (58 %), oproti tomu mléčný výrobek nepřijímá denně 21 respondentů (42 %).

Tab. č. 8 - Mléčný výrobek

Mléčný výrobek	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Ano	29	58
Ne	21	42
<b>Celkem</b>	<b>50</b>	<b>100</b>

Graf č. 8 - Mléčný výrobek



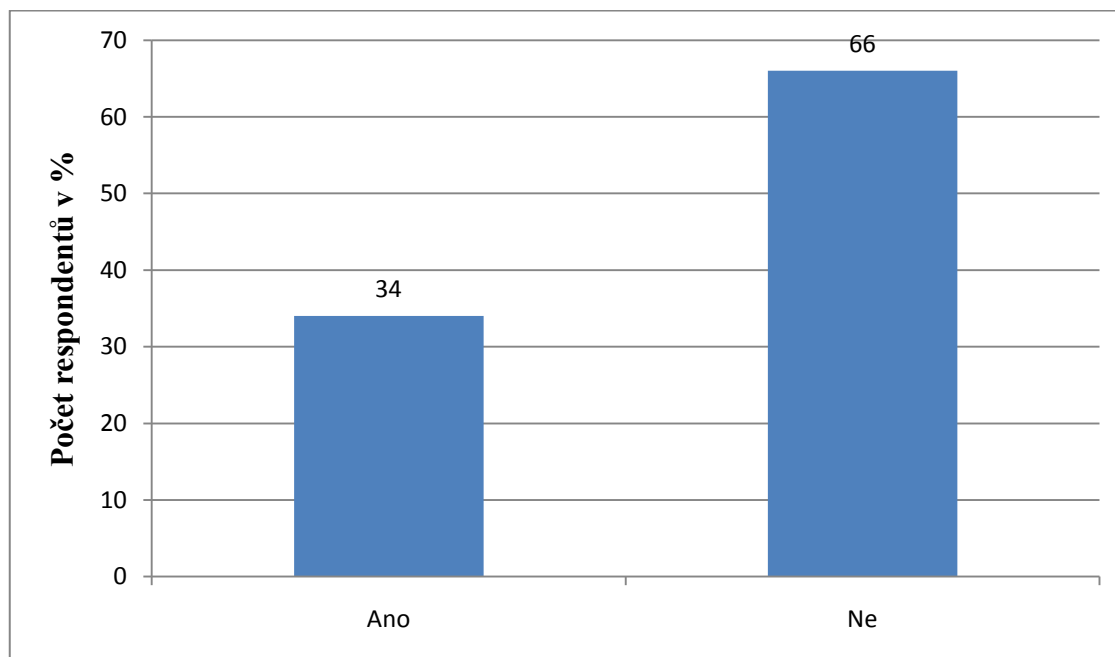
Otázka č. 9 - Jíte alespoň 2 x týdně ryby ?

Tabulka a graf číslo 9 ukazuje, že 17 respondentů přijímá alespoň dvakrát týdně ryby (34 %) a 33 respondentů naopak ne (66 %).

Tab. č. 9 - Rybí maso

Rybí maso	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Ano	17	34
Ne	33	66
Celkem	50	100

Graf č. 9 - Rybí maso



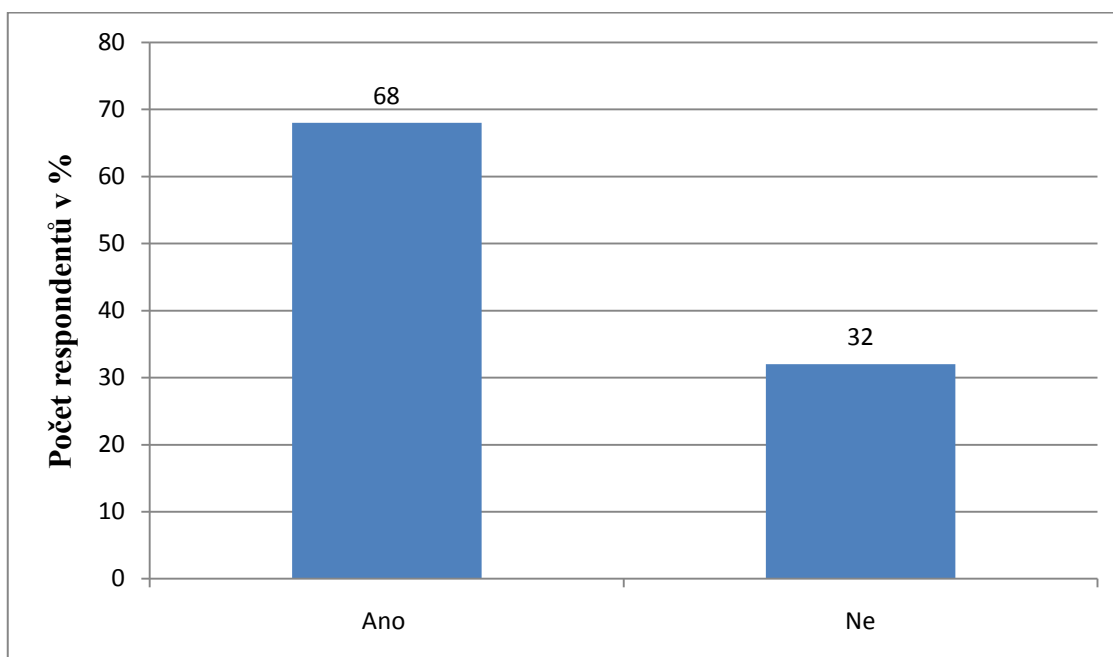
Otázka č. 10 - Jíte denně maso nebo drůbež ?

Na tuto otázku bylo zaznamenáno 34 odpovědí ano (68 %), naproti tomu bylo 16 (32 %) odpovědí ne.

Tab. č. 10 - Maso

<b>Maso</b>	<b>Absolutní četnost</b>	<b>Relativní četnost (%)</b>
<b>Ano</b>	<b>34</b>	<b>68</b>
<b>Ne</b>	<b>16</b>	<b>32</b>
<b>Celkem</b>	<b>50</b>	<b>100</b>

Graf č. 10 - Maso



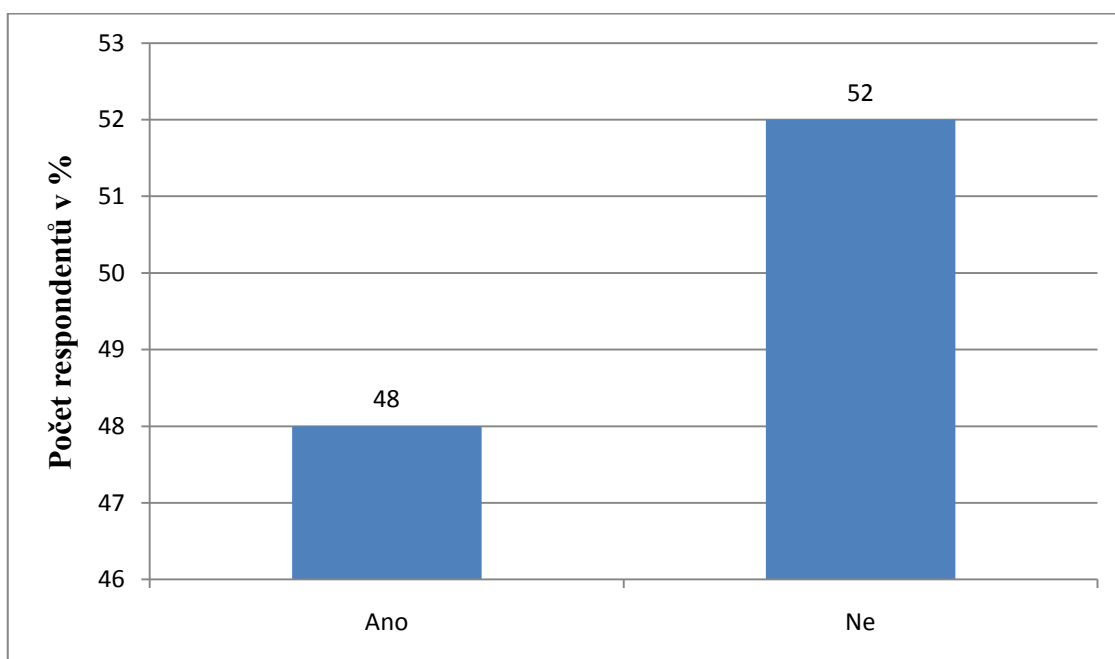
Otázka č. 11 - Jíte alespoň dvakrát do týdne vejce nebo luštěniny ?

Na tuto otázku odpovědělo 24 respondentů ano (48 %) a 26 respondentů negativně (52 %).

Tab. č. 11 - Vejce a luštěniny

<b>Vejce a luštěniny</b>	<b>Absolutní četnost</b>	<b>Relativní četnost (%)</b>
<b>Ano</b>	<b>24</b>	<b>48</b>
<b>Ne</b>	<b>26</b>	<b>52</b>
<b>Celkem</b>	<b>50</b>	<b>100</b>

Graf č. 11 - Vejce a luštěniny



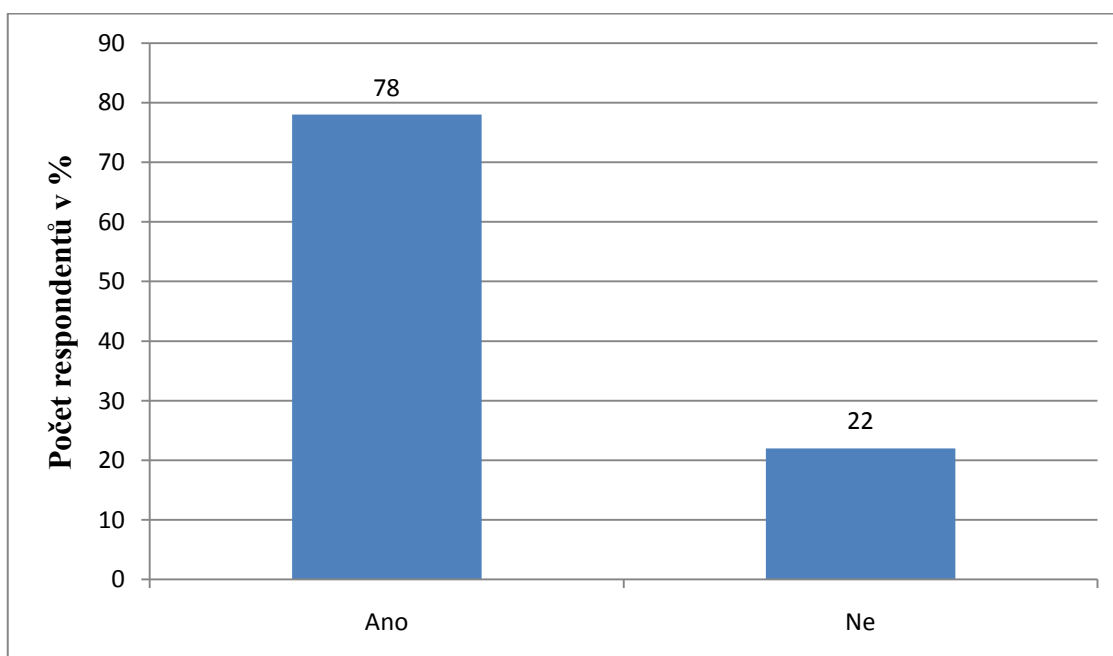
Otázka číslo 12- Jíte denně ovoce nebo zeleninu ?

Tabulka a graf číslo 12 zobrazují informace o tom, že 39 respondentů (78 %) přijímá denně ovoce nebo zeleninu, kdežto 11 respondentů nikoliv (22 %).

Tab. č. 12 - Ovoce a zelenina

Ovoce a zelenina	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Ano	39	78
Ne	11	22
Celkem	50	100

Graf č. 12 - Ovoce a zelenina



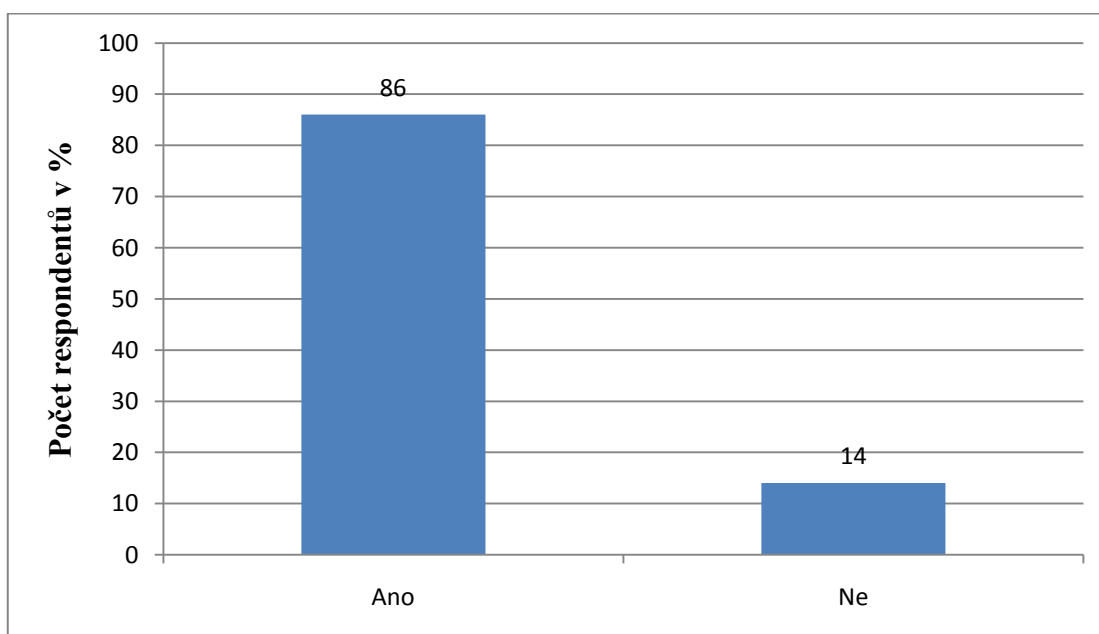
Otázka č. 13 - Máte nějaké potíže s ústní sliznicí nebo chrupem ?

Tabulka a graf číslo 13 uvádí, že 43 respondentů má potíže s ústní sliznicí nebo s chrupem (86 %), jen pouhých 7 respondentů zaznamenalo, že nikoliv (14 %).

Tab. č. 13- Ústní sliznice a chrup

<b>Ústní sliznice a chrup</b>	<b>Absolutní četnost</b>	<b>Relativní četnost</b>
<b>Ano</b>	<b>43</b>	<b>86</b>
<b>Ne</b>	<b>7</b>	<b>14</b>
<b>Celkem</b>	<b>50</b>	<b>100</b>

Graf č. 13 - Ústní sliznice a chrup



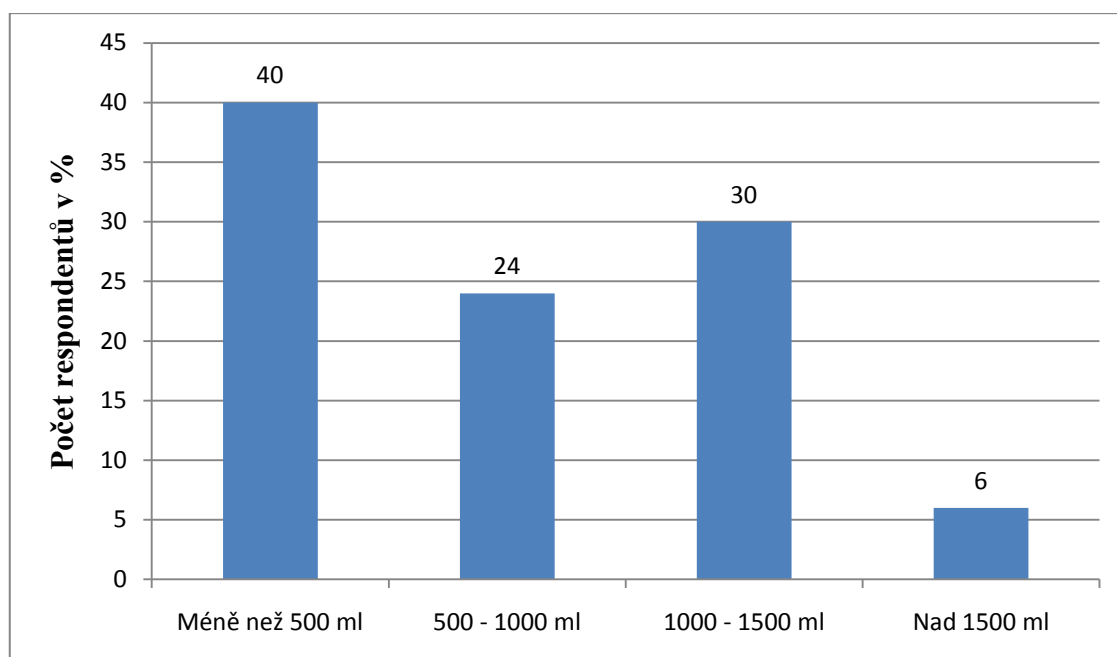
Otázka č. 14 - Kolik vypijete za den tekutin ?

Na tuto otázku odpovědělo 20 respondentů, že vypijí méně než 500 ml (40 %), 500 – 1000 ml vypije 12 respondentů (24 %), 1000 – 1500 ml vypije 15 respondentů (30 %) a množství tekutin nad 1500 ml vypijí pouze 3 respondenti (6 %).

Tab. č. 14 - Množství tekutin

Množství tekutin	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Méně než 500 ml	20	40
500 – 1000 ml	12	24
1000 – 1500 ml	15	30
Nad 1500 ml	3	6
<b>Celkem</b>	<b>50</b>	<b>100</b>

Graf č. 14 - Množství tekutin



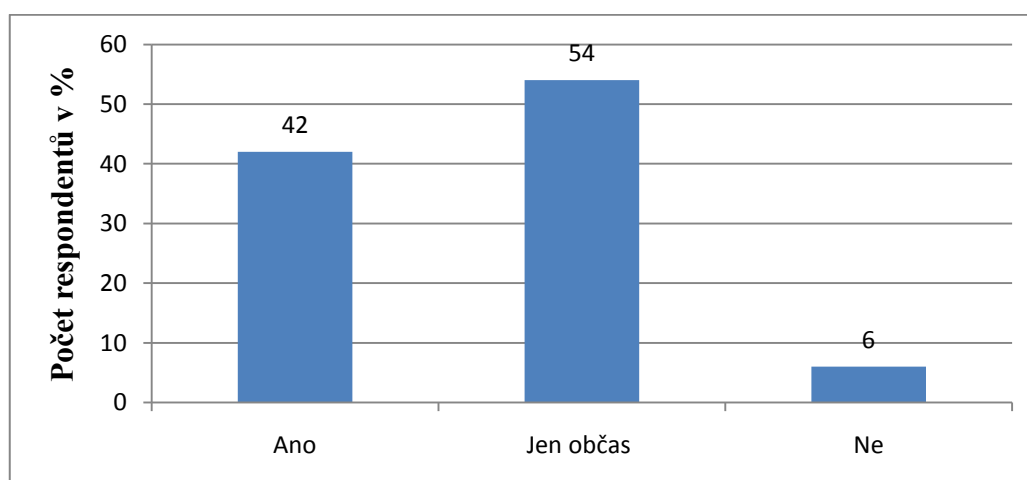
Otázka č. 15 - Zaznamenal/a jste během posledních třech měsíců nějaké potíže s přijímáním potravy nebo ztráty chuti k jídlu ?

Tabulka a graf číslo 15 vykazují hodnoty, kdy 21 respondentů zaznamenalo, že mělo potíže s příjmem potravy (42%), 27 respondentů uvedlo, že občas zaznamenali potíže s příjmem potravy (54%) a 3 respondenti uvedli, že nezaznamenali potíže s příjmem potravy (6%).

Tab. č. 15 - Příjem potravy

<b>Příjem potravy</b>	<b>Absolutní četnost</b>	<b>Relativní četnost (%)</b>
<b>Ano</b>	<b>21</b>	<b>42</b>
<b>Jen občas</b>	<b>27</b>	<b>54</b>
<b>Ne</b>	<b>3</b>	<b>6</b>
<b>Celkem</b>	<b>50</b>	<b>100</b>

Graf č. 15 - Příjem potravy





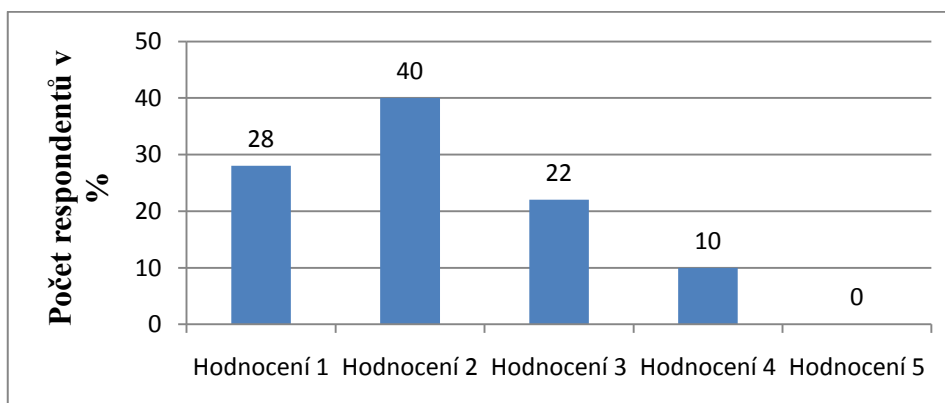
Otázka číslo 16 - Jak jste spokojen/a se stravou na tomto oddělení ?

Tabulka a graf číslo 16 nám označují stupeň spokojenosti se stravou v ústavním zdravotnickém zařízení, kdy platí stupeň známkování jako ve škole, 14 respondentů zvolilo hodnocení 1 (28 %), 20 respondentů zvolilo hodnocení 2 (40 %), 11 respondentů zvolilo stupeň hodnocení 3 (22 %) a 5 respondentů zvolilo stupeň 4 (10 %), stupeň hodnocení 5 nezvolil nikdo z dotazovaných respondentů.

Tab. č. 16 - Spokojenost se stravou

<b>Spokojenost se stravou</b>	<b>Absolutní četnost</b>	<b>Relativní četnost (%)</b>
<b>Hodnocení 1</b>	<b>14</b>	<b>28</b>
<b>Hodnocení 2</b>	<b>20</b>	<b>40</b>
<b>Hodnocení 3</b>	<b>11</b>	<b>22</b>
<b>Hodnocení 4</b>	<b>5</b>	<b>10</b>
<b>Hodnocení 5</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
<b>Celkem</b>	<b>50</b>	<b>100</b>

Graf č. 16 - Spokojenost se stravou



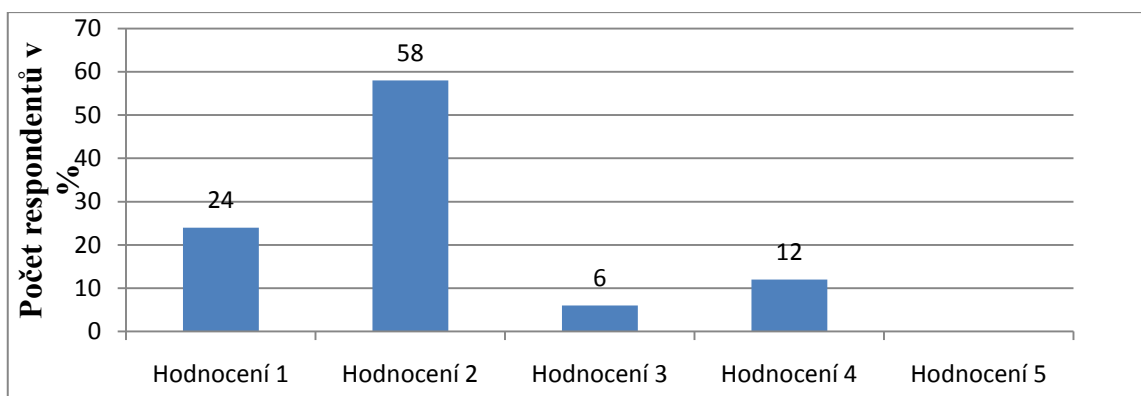
Otázka číslo 17 - Jak jste spokojen/a s estetickou úpravou Vám podávaného jídla ?

Tabulka a graf číslo 17 ukazuje, jak hodnotili estetickou úpravu jídla dotazovaní respondenti, 12 jich zvolilo hodnocení 1 (24 %), 29 respondentů zvolilo hodnocení 2 (58 %), 3 respondenti zvolili stupeň hodnocení 3 (6 %), 6 respondentů zvolilo hodnocení 4 (12 %), stupeň hodnocení 5 ne zvolil nikdo.

Tab. č. 17- Spokojenost s estetickou úpravou jídla

<b>Spokojenost s estetickou úpravou</b>	<b>Absolutní četnost</b>	<b>Relativní četnost (%)</b>
<b>Hodnocení 1</b>	<b>12</b>	<b>24</b>
<b>Hodnocení 2</b>	<b>29</b>	<b>58</b>
<b>Hodnocení 3</b>	<b>3</b>	<b>6</b>
<b>Hodnocení 4</b>	<b>6</b>	<b>12</b>
<b>Hodnocení 5</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
<b>Celkem</b>	<b>50</b>	<b>100</b>

Graf č. 17 – Spokojenost s estetickou úpravou jídla



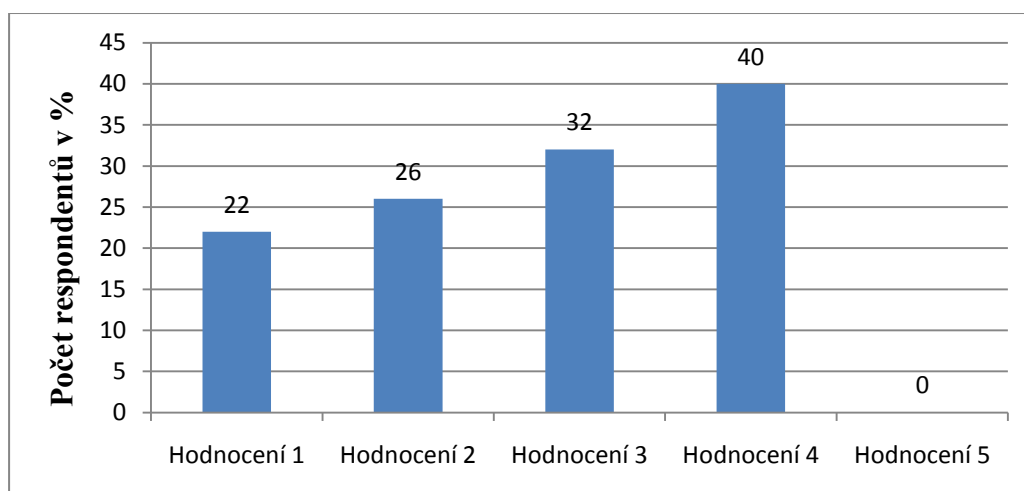
### Otázka číslo 18 - Jak jste spokojen/a s teplotou podávaných pokrmů ?

Tabulka a graf číslo 18 uvádí, že 11 respondentů zvolilo hodnocení 1 (22 %), 13 respondentů zvolilo stupeň hodnocení 2 (26 %), 16 respondentů zvolilo stupeň hodnocení 3 (32 %), nespokojeno s teplotou stravy bylo 20 respondentů hodnocením stupněm 4 (40 %) a stupeň hodnocení 5 nezaznačil nikdo z respondentů.

Tab. č. 18 - Spokojenost s teplotou pokrmů

Spokojenost s teplotou pokrmů	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Hodnocení 1	11	22
Hodnocení 2	13	26
Hodnocení 3	16	32
Hodnocení 4	20	40
Hodnocení 5	0	0
<b>Celkem</b>	<b>50</b>	<b>100</b>

Graf č. 18 - Spokojenost s teplotou pokrmů



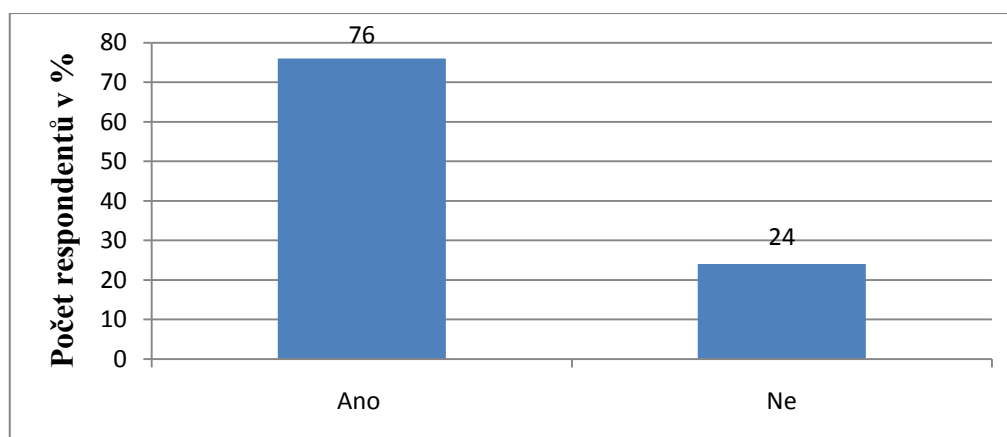
Otázka č.19 – Vyhovuje Vám rovřená denní doba na podávání jídla ?

Tabulka a graf číslo 19 vykazují hodnoty, že 38 respondentů zvolilo ano (76 %) a 12 respondentů zvolilo možnost ne (24 %).

Tab. č. 19 - Denní doba

Denní doba	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Ano	38	76
Ne	12	24
Celkem	50	100

Graf č. 19 - Denní doba



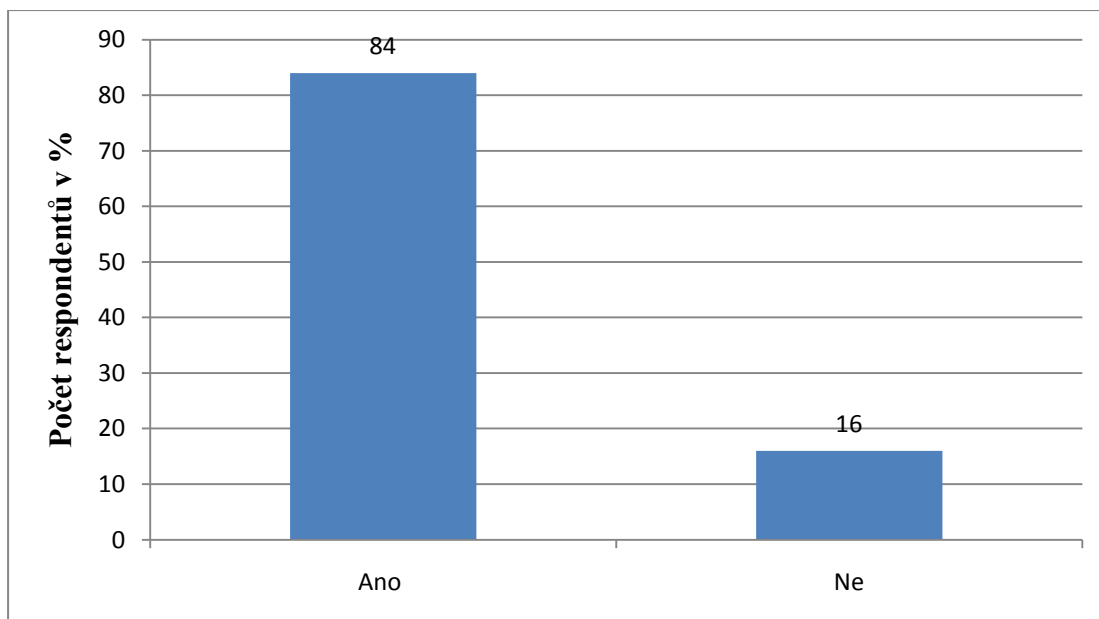
Otázka číslo 20 - Máte k dispozici dostatek času na konzumaci jídla ?

Tabulka s grafem číslo 20 vykazují, že 42 respondentů zvolilo možnost ano (84 %) a 8 respondentů zvolilo možnost ne (16 %).

Tab. č. 20 - Čas na konzumaci

Čas na konzumaci	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Ano	42	84
Ne	8	16
Celkem	50	100

Graf č. 20 - Čas na konzumaci



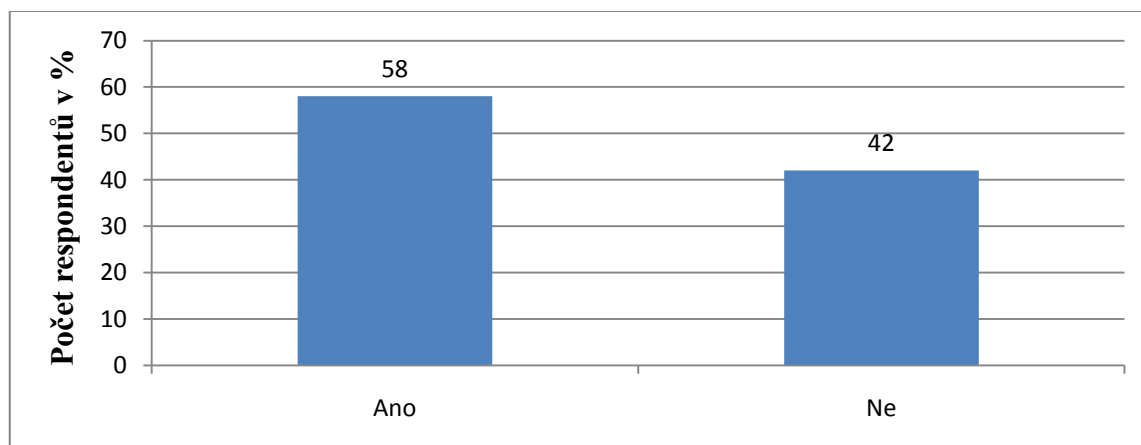
Otázka číslo 21 – Dostáváte dostatečné množství podávané stravy ?

Tabulka a graf číslo 21 ukazují, že 29 respondentů dostává dostatečné množství stravy (58 %), 21 respondentů označilo možnost ne (42 %).

Tab. č. 21 – Dostatek stravy

Dostatek stravy	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Ano	29	58
Ne	21	42
<b>Celkem</b>	<b>50</b>	<b>100</b>

Graf č. 21 – Dostatek stravy



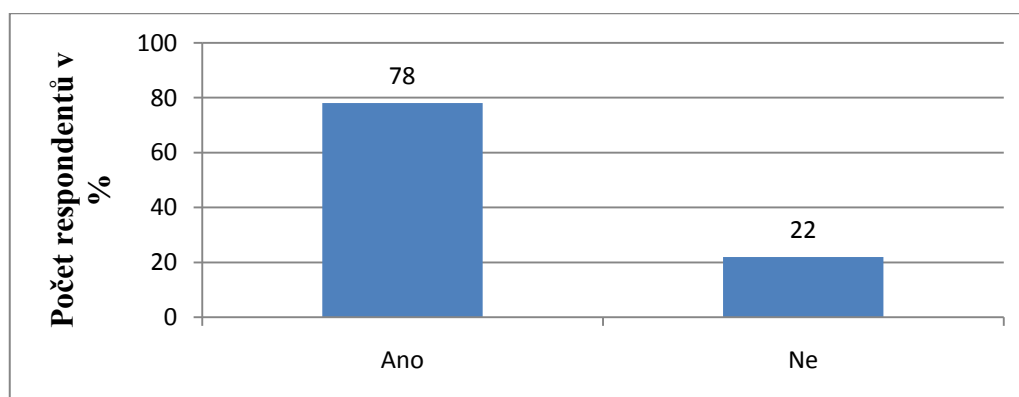
Otázka číslo 22 - Je Vám umožněno během jídla užívat zubní protézu, brýle a jiné kompenzační pomůcky ?

Tabulka a graf číslo 22 vykazují, že 39 respondentů zvolilo možnost ano (78 %) a 11 respondentů zvolilo možnost ne (22%).

Tab. č. 22 - Kompenzační pomůcky

<b>Kompenzační pomůcky</b>	<b>Absolutní četnost</b>	<b>Relativní četnost (%)</b>
<b>Ano</b>	<b>39</b>	<b>78</b>
<b>Ne</b>	<b>11</b>	<b>22</b>
<b>Celkem</b>	<b>50</b>	<b>100</b>

Graf č. 22 - Kompenzační pomůcky



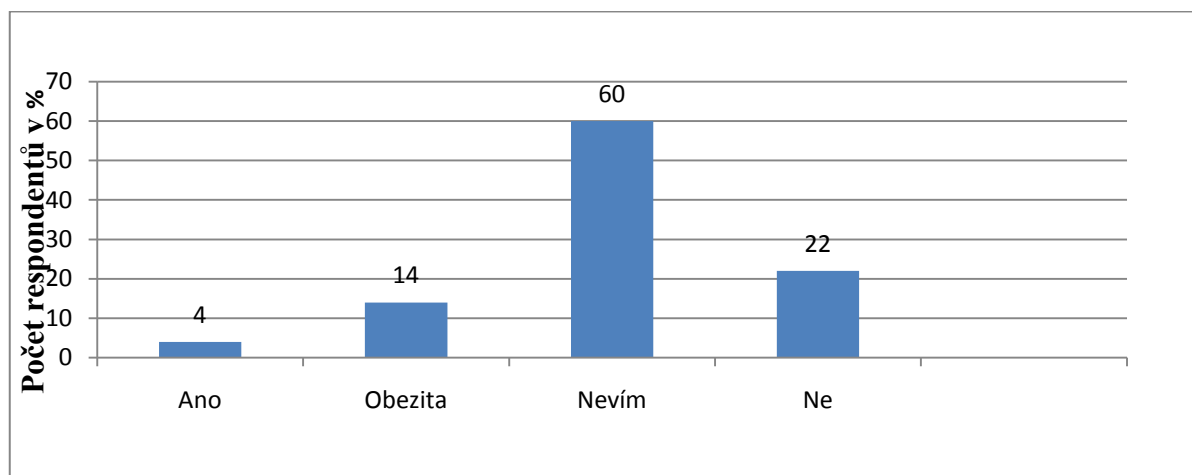
Otázka číslo 23 – Myslíte si, že trpíte nějakým problémem, který souvisí s Vaší výživou ?

Tabulka a graf číslo 23 ukazují, že 2 z respondentů si myslí, že jsou podvyživení (4 %), 7 respondentů uvádí problém s obezitou (14 %), 30 respondentů uvádí možné problémy s jejich výživou (60 %) a 11 respondentů uvádí, že nemají žádné problémy (22 %).

Tab. č. 23 – Problémy s výživou

<b>Problémy s výživou</b>	<b>Absolutní četnost</b>	<b>Relativní četnost (%)</b>
<b>Ano</b>	<b>2</b>	<b>4</b>
<b>Obezita</b>	<b>7</b>	<b>14</b>
<b>Nevím</b>	<b>30</b>	<b>60</b>
<b>Ne</b>	<b>11</b>	<b>22</b>
<b>Celkem</b>	<b>50</b>	<b>100</b>

Graf č. 23 - Problémy s výživou





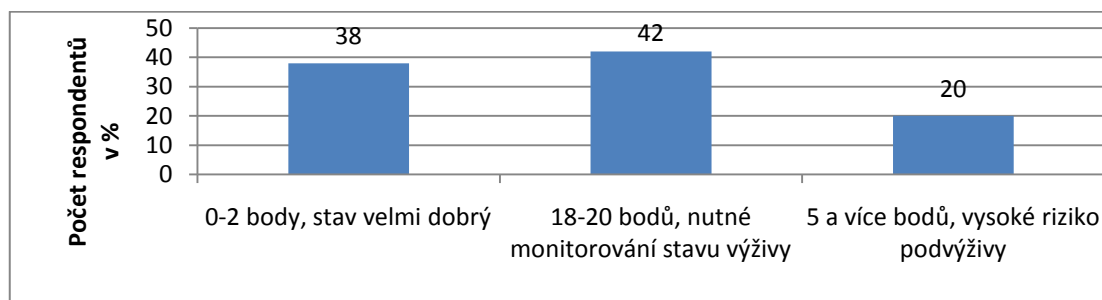
## Hodnocení výsledků Nottinghamského screeningu

Výsledné hodnoty bodování Nottinghamského screeningového dotazníku znázorňuje tabulka a graf číslo 24. Jako stav výživy velmi dobrý/ dobrý bez další intervence v hodnotě celkového počtu 0 – 2 body mělo 19 zkoumaných respondentů (38 %), 3 – 4 body, což je nutné monitorování stavu výživy, kontrola s odstupem 1 týdne, vykázalo 21 zkoumaných respondentů (42 %) a na hodnotu 5 bodů a více, což je hodnocení pro vysoké riziko podvýživy, indikováno cílené vyšetření nutričního stavu a intervence, dosáhlo 10 zkoumaných respondentů (20 %).

Tab. č. 24 – Výsledné bodové skóre Nottinghamského screeningu

Výsledné bodové skóre Nottinghamského screeningu	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
<b>0-2 body, stav velmi dobrý</b>	<b>19</b>	<b>38</b>
<b>18-20 bodů, nutné monitorování stavu výživy</b>	<b>21</b>	<b>42</b>
<b>5 a více bodů, vysoké riziko podvýživy</b>	<b>10</b>	<b>20</b>
<b>Celkem</b>	<b>50</b>	<b>100</b>

Graf číslo 24 - Výsledné bodové skóre Nottinghamského screeningu



## DISKUZE

Cílem tohoto výzkumného šetření bylo zjistit stav výživy hospitalizovaných seniorů. Dotazníkového šetření a Nottinghamského screeningu se zúčastnilo 50 seniorů, kteří byli, nebo jsou hospitalizováni na gerontopsychiatrickém oddělení v Opavě v období od 1.2. 2011- 31.3. 2011.

Tohoto výzkumného se zúčastnilo 31 mužů (62 %) a 19 žen (38 %), převaha mužů byla dána aktuální obložností gerontopsychiatrického oddělení a ochotou seniorů podílet se na tomto šetření.

Věkově byli dotazovaní respondenti rozděleni do šesti skupin. Skupina 65 – 69 let obsahovala 2 respondenty (4 %), věková skupina 70 – 74 let obsahovala 5 respondentů (10 %), další věková skupina 75 – 79 let obsahovala 17 respondentů (34 %), věkovou skupinu 80 – 84 let tvořilo 19 respondentů (38 %), další skupina ve věku 85 – 89 let měla 6 respondentů (12 %) a poslední skupinu 90 a více let tvořil 1 respondent (2 %).

Jako nejčastější typ onemocnění převažovaly mezi dotazovanými respondenty kardiocerebrovaskulární typy nemocí. 47 respondentů uvedlo souvislost s touto skupinou onemocnění (94 %), naopak nejmenší skupinu onemocnění tvořily onkologické nemoci, které uvedlo pouhých 7 (14 %) respondentů. Potvrzuje se tak údaj, který uvádí Topinková, že kardiiovaskulární typy nemocí patří na první místo mezi nejčastější choroby ve stáří.<sup>64</sup>

---

<sup>64</sup> Srov. TOPINKOVÁ, E., *Geriatric pro praxi*, s. 5

Další zkoumanou položkou bylo dodržování určitých dietních opatření. V této oblasti celých 29 (58 %) respondentů uvedlo, že dodržuje určitou dietu. Z toho 25 (50 %) respondentů uvedlo, že dodržuje dietní režim v rámci léčby diabetes mellitus, jen 3 (6 %) respondenti uvedli dietu s omezením tuku, protože se u nich objevil nadbytek tuků v krvi a 1 (2 %) respondent byl omezen redukční dietou pro obezitu, naopak 21 (42 %) respondentů žádný dietní režim nedodržují.

Další část dotazníku navazuje na předchozí a pojednává o tom, kolik dotazovaných respondentů má diabetes mellitus. Z dotazníku vyplynulo, že 28 (56 %) respondentů se léčí s diabetem a 22 (44 %) respondentů nikoliv.

Co se týče počtu jednotlivých jídel během dne vyplynulo, že nikdo z dotazovaných respondentů neuvedl množství jídel pod tři chody během dne, třikrát denně se stravuje všech 50 (100 %) respondentů, 28 (56 %) respondentů navíc uvádí, že se stravují 6x denně v rámci diety pro diabetiky, celkem 32 (64 %) respondentů do svého denního příjmu zahrnuje také 1 x denně svačinu.

Další položka se zabývala množstvím stravy během jednotlivé porce jídla, které respondenti nejčastěji zkonzumují, 12 (24 %) dotazovaných respondentů uvedlo celou porci, polovinu porce sní většina respondentů, konkrétně 30 (60 %), třetinu porce sní 6 (12 %) respondentů a méně než třetinu porce sní 2 (4 %) dotazovaní respondenti.

Z hlediska denního příjmu mléčných produktů uvedlo 29 (58 %), dotazovaných respondentů, že každodenně užívá nějaký mléčný produkt, 21 (42 %) respondentů uvedlo, že denně mléčný produkt nepřijímá, protože jim nechutná. Těmto jedincům však při nedostatečném příjmu vápníku, obsaženého v mléčných produktech, hrozí větší sklon ke vzniku osteoporózy, jak uvádí Martiník.<sup>65</sup>

---

<sup>65</sup> Srov. MARTINÍK, K., *Výchova ke zdraví a zdravému životnímu stylu*, s. 77

Rybí maso do své stravy zahrnuje alespoň dvakrát do týdne 17 (34 %) respondentů a 33 (66 %) respondentů naopak ryby alespoň dvakrát v týdnu nepřijímá. Z tohoto zjištění vyplývá, že většina seniorů do svého jídelníčku ryby příliš nezahrnuje.

Maso nebo drůbež do svého jídelníčku denně zařazuje 34 (68 %) respondentů, naproti tomu 16 (32 %) respondentů odpovědělo, že do svého denního příjmu stravy maso nezařazují.

Z hlediska denního příjmu zařazuje do svého jídelníčku 2x týdně luštěniny nebo vejce 24 (48 %) respondentů a 26 (52 %) respondentů tento příjem nemá.

Další položkou denního příjmu jako je příjem ovoce nebo zeleniny do svého jídelníčku zahrnuje 39 (78 %) respondentů, kdežto 11 (22 %) respondentů ovoce nebo zeleninu na svém denním příjmu stravy nemá. Toto zjištění je velmi pozitivní s ohledem na to, že tato složka stravy obsahuje mnoho vitaminů a velká většina seniorů tuto složku stravy má na denním příjmu.

Potíže se sliznicí nebo s chrupem uvedlo 43 (86 %) respondentů, což je naprostá většina dotazovaných, jen pouhých 7 (14 %) respondentů zaznamenalo, že žádné potíže s chrupem či ústní sliznicí nemá.

Velmi závažným problémem starších jedinců bývá problém s příjmem tekutin, 20 (40 %) respondentů uvedlo, že vypije méně než 500 ml, což znamená velkou zátěž a komplikace zejména pro ledvinový systém, 500 – 1000 ml tekutin přijme 12 (24 %) respondentů, 1000 – 1500 ml tekutin denně vypije 15 (30 %) respondentů a množství tekutin nad 1500 ml vypijí pouze 3 respondenti (6 %). Z tohoto pohledu je vhodné zvýšit aktivní nabízení seniorům během dne a informovat je o důležitosti příjmu tekutin.

Během posledních třech měsíců došlo u 21 (42 %) respondentů ke snížení příjmu potravy nebo ztrátě chuti k jídlu, 27 (54 %) respondentů uvedlo, že se u nich tento stav během tohoto období objevil jen občas a 3 (6 %) respondenti uvedli, že se u nich tento stav během tohoto období neprojevil.

Spokojenost s podávanou stravou v nemocničním zařízení hodnotilo 14 respondentů známkou 1 (28 %), 20 respondentů zvolilo hodnocení 2 (40 %), což znamená, že většina hospitalizovaných seniorů byla s nemocniční stravou spokojena, 11 respondentů zvolilo stupeň hodnocení 3 (22 %) a 5 respondentů zvolilo stupeň 4 (10 %), nejhorší stupeň hodnocení 5 ne zvolil nikdo z dotazovaných respondentů.

S estetickou úpravou pokrmů v nemocničním zařízení je nejvíce spokojeno 29 respondentů, kteří zvolili hodnocení estetického vzhledu podávaného pokrmu známkou 2 (58%), 12 (24%) respondentů zvolilo hodnocení 1, 3 z respondentů nebyli příliš spokojeni se vzhledem pokrmů a zvolili stupeň hodnocení 3 (6%), 6 respondentů dokonce zvolilo hodnocení 4 (12%), což svědčí o jiných představách o úpravě pokrmů těchto respondentů, nejhorší stupeň hodnocení ne zvolil nikdo.

Z hlediska spokojenosti teploty podávaných pokrmů panovala mezi dotazovanými respondenty značná nespokojenost, vysoký počet respondentů, konkrétně 20 (40 %) ohodnotilo teplotu podávané stravy hodnocením stupně 4, ani v dalších hodnoceních na tom nebyla teplota podávané stravy lépe, stupeň hodnocení 3 zvolilo 16 (32 %) respondentů, známkou 2 ohodnotilo teplotu pokrmů 13 (26 %) respondentů a pouhých 11 (22 %) respondentů bylo spokojeno s tepelnou úpravou stravy hodnocením známkou 1.

V podávání stravy v danou denní dobu plně vyhovovalo většině dotazovaných respondentů, konkrétně 38 (76 %) respondentů zvolilo možnost ano a 12 (24 %) respondentů zvolilo možnost ne, jako nevyhovující dobu na podávání jídla.

Další zkoumanou položkou byla doba na konzumaci jídla, v tomto případě byla skoro pro všechny respondenty doba na konzumaci stravy naprosto dostatečná, 42 respondentů zvolilo možnost ano (84 %), ale 8 (16 %) respondentů nebylo spokojeno s časem, který se jim dostává pro jejich stolování a zvolili tedy možnost ne.

Z hlediska množství podávané stravy bylo 29 (58 %) respondentů spokojených s dostatečným množstvím stravy, ale 21 (42 %) respondentů označilo možnost ne,

protože se jim zdála podávaná porce nedostatečná a nesplňovala jejich stravovací potřeby.

Velkým problémem obvykle bývá umožnění použití různých protetických pomůcek během stravování, v tomto případě ale z dotazníku vyplynulo, že velké části respondentů, a to přesně 39 (78 %) respondentů, zvolilo možnost ano a jen 11 (22 %) respondentů si stěžovalo na nemožnost využití protetických pomůcek při stravování.

Problémy s výživou uvedli konkrétně 2 (4 %) respondenti, kteří se ohodnotili jako podvyživení, naopak 7 (14 %) respondentů si o sobě myslí, že jsou obézní, nejvíce respondentů volilo možnost, kdy si nebyli jisti, zda-li mají nebo měli nějaké problémy v souvislosti s výživou, bylo jich konkrétně 30 (60 %) a zvolili možnost možných problémů, 11 respondentů uvádí, že nemají žádné problémy v souvislosti s výživou (22 %).

Zhodnocením stavu výživy podle Nottinghamského screeningového dotazníku bylo zjištěno, že velký počet respondentů se nacházel po vyhodnocení v oblasti 3 – 4 body, což je nutné monitorování stavu výživy a kontrolou s odstupem 1 týdně, na tento stupeň dosáhlo 21 (42 %) zkoumaných respondentů, o něco lépe dopadla skupina, která obsahovala 19 (38 %) zkoumaných respondentů, ti se dostali v konečném hodnocení do kategorie 0 – 2 body, čili stav výživy velmi dobrý/ dobrý, bez další intervence, objevila se však i skupina, která obsahovala 10 (20 %) zkoumaných respondentů, kteří měli výsledné hodnocení 5 bodů a více, což je hodnocení pro vysoké riziko podvýživy a je indikováno cílené vyšetření nutričního stavu a intervence.

## ZÁVĚR

Teoretická část bakalářské práce shrnuje základní problematiku týkající se období seniorského věku, dále je zde uvedena výživa a její jednotlivé složky, které jsou nezbytné pro fungování organismu starého člověka, v této části se také pojednává o základních formách malnutrice a možnostech hodnocení stavu výživy. Cílem této bakalářské práce bylo zjistit výživové zvyklosti hospitalizovaných respondentů, zkoumáním jejich hmotnostních problémů, dodržování určitých dietních opatření, stravovacích návyků a možných problémů týkajících se úprav nabízené stravy.

Jedním z cílů průzkumného šetření bylo zjistit, zda-li nějakým způsobem ovlivňuje množství podávané stravy seniorům vznik podvýživy. Zjistilo se, že množství podávané stravy může mít spolu s dalšími faktory vliv na vznik podvýživy u seniorů, 58 % respondentů vykazovalo spokojenost s množstvím podávané stravy, ale naproti tomu 42 % respondentů nebylo s množstvím stravy spokojeno a po konzumaci stravy se cítili neuspokojeni. Množství stravy by mělo být vyvážené a dostatečné v takové míře, aby dokázalo pokrýt energetické nároky organismu starého člověka, proto by u těchto neuspokojených jedinců, na základě jejich rozhodnutí, bylo vhodné zvážit navýšení jednotlivých porcí stravy, i když je to občas ekonomickým problémem pro nemocniční zařízení, ale v poměru s následky podvýživy a jejího léčení je tato možnost stále přijatelnější a méně nákladnější.

K druhému cíli patřilo zjistit, zda-li má vliv na vznik podvýživy způsob, jakým je strava zpracována a následně podávána respondentům. K častým problémům spojených s výživou a rizikem vzniku podvýživy patří estetický vzhled a teplota podávaných pokrmů v nemocničních zařízeních. Pozitivním zjištěním bylo, že velká většina respondentů byla se stravou v nemocničním zařízení vcelku spokojena, protože celých 58 % ji ohodnotilo na stupnici známkování číslem 2, jen 6 % respondentů

zvolilo stupeň hodnocení estetické úpravy jako dobrý, ale 12 % respondentů zvolilo hodnocení 4, což by mělo být varovným znamením pro zlepšení úrovně zpracování a konečné úpravě jídla dříve, než se podá hospitalizovaným seniorům, kteří mohou vlivem nepěkného vzhledu a zpracování stravy tuto stravu odmítnout. Také v oblasti tepelného zpracování jsou jisté mezery, které by bylo vhodné odstranit, protože naprostá většina respondentů (40 %) ohodnotila teplotu jim podávaných pokrmů hodnocením známkou 4, hned za tímto hodnocením se 32 % respondentů uchýlilo k možnosti, kdy tepelné zpracování stravy ohodnotili pouze jako dobré. Jen malá část respondentů (26 %) potom byla se stravou vcelku spokojena a dala jí hodnocení známkou 2, 22 % respondentů nemělo s tepelným zpracováním žádné problémy. Jako možné řešení tohoto problému by bylo vhodné, kdyby se zkrátila, nebo úplně odstranila velká časová prodleva mezi dovozem již tepelně upravené stravy a jejím následným podáním respondentům, kdy by byla teplota této podávané stravy vyhovující a nedocházelo by potom k problémům spojeným s konzumací stravy a tím by se také snížilo riziko vzniku podvýživy.

Ve třetím cíli bylo úkolem zjistit, zda – li se vynecháním pravidelné konzumace některých složek výživy může u těchto jedinců vyskytnout možné riziko vzniku podvýživy. Z výsledků vyplynulo, že stravování respondentů je na velmi dobré úrovni, v oblasti příjmu masa, nebo drůbeže, které obsahují velké množství bílkovin, bylo zaznamenáno, že 68 % respondentů konzumuje denně masný nebo drůbeží výrobek, 32 % respondentů přijímá maso méně často, v oblasti denního příjmu mléčných výrobků, ovoce a zeleniny, se také nevyskytly výraznější rozdíly, kdy se respondenti do svého příjmu stravy snaží tyto složky výživy začleňovat, o něco hůře to bylo s příjmem vajec a luštěnin, kdy si tyto složky výživy spíše většina respondentů nedopřává. Nejhorší však dopadl příjem rybiho masa, kdy respondenti tuto složku výživy prakticky nezahrnují do své výživy alespoň dvakrát do týdne, celých 66 % je prakticky skoro vylučuje ze svého jídelníčku, připravují se tak o dostatečný přísun jódu, 34 % se snaží je do své stravy zahrnout. Vhodné by tedy bylo dotyčné respondenty poučit o důležitosti příjmu rybiho masa a také zahrnout tuto složku do nemocniční stravy.



Veškeré údaje, které byly potřebné ke zjištění cílů a získání přehledu o výživě hospitalizovaných seniorů se podařilo. Z dosažených výsledků je tedy nutné, zaměřit se hlavně na oblast spojenou s úpravou připravovaných pokrmů a poučením seniorů o důležitosti příjmu jednotlivých složek výživy, je také důležité nadále sledovat nutriční stav hospitalizovaných jedinců a zahrnout jej mezi základní anamnestické údaje při přijetí seniora do nemocničního zařízení, takovým způsobem lze dosáhnout toho, že se může snížit riziko spojené se vznikem podvýživy seniorů v nemocničním zařízení.

## LITERATURA A PRAMENY

1. GROFOVÁ, Zuzana. *Výživa ve stáří*. Medicína pro praxi. 2009, s. 42-43. ISSN 1214-8687
2. GROFOVÁ, Zuzana. *Nutriční podpora*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2007. 227 s. ISBN 978-80-247-1868-2
3. CHRÁSKA, Miroslav. *Základy výzkumu v pedagogice*. 1. vyd. Olomouc: Vyd. Univerzity Palackého, 1993. 257 s. ISBN 80-7067-287-0
4. JURAŠKOVÁ, B., HRNČIARIKOVÁ, D., HOLMEROVÁ, I., a KALVACH, Z. *Poruchy výživy ve stáří*. *Medicína pro praxi*. Olomouc: Solen, s.r.o.. 2007, č. 4(11), s. 444. ISSN 1214-8687
5. KALVACH, Z., ZADÁK, Z., JIRÁK, R., ZAVÁZALOVÁ, H., SUCHARDA, P., a kolektiv. *Geriatric a gerontologie*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2004. 864 s. ISBN 80-247-0548-6
6. KUBEŠOVÁ MATĚJOVSKÁ, Hana, HOLÍK, Josef, WEBER, Pavel, MELUZÍNOVÁ, Hana, POLCAROVÁ, Vlasta, JETELOVÁ, Markéta. *Výživa jako nástroj pro podporu zdraví a udržení kondice ve vyšším věku – zdravá výživa v otázkách a odpovědích*. 1. vyd. Podolí u Brna: Protis, spol. s.r.o., 2008. 104 s. ISBN 978-80-903674-6-3
7. KUBEŠOVÁ, Hana, WEBER, Pavel, POLCAROVÁ, Vlasta, MATĚJOVSKÝ, Jan, ŠLAPÁK, Jan, *Výživa ve stáří*. *Medicína pro praxi*. Olomouc: Solen, s.r.o. 2006, 3., s.118-123. ISSN 1214-8687

8. MARTINÍK, K., a kolektiv autorů, *Výchova ke zdraví a zdravému životnímu stylu III. díl*. 1. vyd. Hradec Králové: Gaudeamus, 2007. 93 s. ISBN 978-80-7041-141-4
9. NAVRÁTILOVÁ, M. ; ČEŠKOVÁ, E. ; SOBOTKA, L. *Klinická výživa v psychiatrii*. 1. vyd. Praha: Maxdorf, 2000. 251s. ISBN 80-85912-33-3
10. ROKYTA, R., *Fyziologie pro bakalářská studia v medicíně, přírodovědných a tělovýchovných oborech*. 1. vyd. Praha: ISV nakladatelství, 2000. 359 s. ISBN 80-85866-45-5
11. TOPINKOVÁ, Eva. *Využití standardizovaných škál pro hodnocení stavu výživy u starších nemocných. Česká geriatrická revue*. Brno: Ambit Media, a.s.. 2003. č. 1, s. 7. ISSN 1214-0732
12. TOPINKOVÁ, E. *Geriatric pro praxi*. 1. vyd. Praha: Galén, 2005. s. 5, ISBN 80-7262-3656
13. TUREK, Bohumil, a DOSTÁLOVÁ, Jana. *Výživa ve stáří*. Praha: ÚZPI, 1996. 59 s. ISBN 80-85120-54-2

#### **Internetové zdroje:**

14. Aktuální informace č. 06/11 - Demografická situace v České republice v roce 2010 [online][cit.2010-03-24] dostupné na [www.uzis.cz/system/files/06\\_11.pdf](http://www.uzis.cz/system/files/06_11.pdf)
15. Horan, P., Zdravá výživa a přehřesky proti ní, dostupné na <http://www.zdn.cz/clanek/sestra/zdrava-vyziva-a-prohresky-proti-ni-276673>
16. Informace o gerontopsychiatrickém oddělení dostupné na [http://plopava.cz/Primariat\\_F.html](http://plopava.cz/Primariat_F.html)
17. Křížová, J., a kol., Seniors ohrožuje podvýživa, dostupné na <http://www.zdn.cz/clanek/priloha-pacientske-listy/seniors-ohrozuje-podvyziva-454451>
18. ŠENKÝŘOVÁ, V., Úloha sestry při zjišťování stavu podvýživy, *Urolog. pro Praxi*, 2009, č. 10(2), s. 87 dostupné na <http://www.solen.cz/pdfs/uro/2009/02/09.pdf>
19. Šíma, P., Turek, B., Minerální látky – nezbytná součást výživy, dostupné na <http://www.zdn.cz/clanek/priloha-pacientske-listy/mineralni-latky-nezbytna-soucast-vyzivy-450648>

## **SEZNAM ZKRATEK**

BMI	Body Mass Index
GER	gastroezofageální reflux
ml	mililitr
mmol/l	milimol na litr
MMSE	Mini Mental State Examine

## **SEZNAM TABULEK**

Tab. č. 1 – Pohlaví respondentů

Tab. č. 2 – Věk respondentů

Tab. č. 3 – Typ onemocnění dotazovaných respondentů

Tab. č. 4 - Dieta

Tab. č. 5 – Diabetes mellitus

Tab. č. 6 - Kdy v průběhu dne jíte

Tab. č. 7 - Množství stravy během jednotlivé porce jídla

Tab. č. 8 - Mléčný výrobek

Tab. č. 9 – Rybí maso

Tab. č. 10 – Maso

Tab. č. 11 - Vejce a luštěniny

Tab. č. 12 – Ovoce a zelenina

Tab. č. 13 - Ústní sliznice a chrup

Tab. č. 14 – Množství tekutin

Tab. č. 15 - Příjem potravy

Tab. č. 16 – Spokojenost se stravou

Tab. č. 17 - Spokojenost s estetickou úpravou jídla

Tab. č. 18 – Spokojenost s teplotou pokrmů

Tab. č. 19 - Denní doba

Tab. č. 20 – Čas na konzumaci

Tab. č. 21 - Dostatek stravy

Tab. č. 22 – Kompenzační pomůcky

Tab. č. 23 – Problémy s výživou

Tab. č. 24 – Výsledné bodové skóre Nottinghamského screeningu

## **SEZNAM GRAFŮ**

Graf č. 1 - Pohlaví respondentů

Graf č. 2 - Věk respondentů

Graf č. 3 - Typ onemocnění dotazovaných respondentů

Graf č. 4 - Dieta

Graf č. 5 – Diabetes mellitus

Graf č. 6 - Kdy v průběhu dne jíte

Graf č. 7 - Množství stravy během jednotlivé porce jídla

Graf č. 8 - Mléčný výrobek

Graf č. 9 - Rybí maso

Graf č. 10 – Maso

Graf č. 11 – Vejce a luštěniny

- Graf č. 12 – Ovoce a zelenina
- Graf č. 13 - Ústní sliznice a chrup
- Graf č. 14 - Množství tekutin
- Graf č. 15 - Příjem potravy
- Graf č. 16 - Spokojenost se stravou
- Graf č. 17 - Spokojenost s estetickou úpravou jídla
- Graf č. 18 - Spokojenost s teplotou pokrmů
- Graf č. 19 - Denní doba
- Graf č. 20 - Čas na konzumaci
- Graf č. 21 - Dostatek stravy
- Graf č. 22 - Kompenzační pomůcky
- Graf č. 23 - Problémy s výživou
- Graf č. 24 - Výsledné bodové skóre Nottinghamského screeningu

## **SEZNAM PŘÍLOH**

Příloha č. 1 - Dotazník

Příloha č. 2 – Nottinghamský nutriční screening

Příloha č. 3 – Žádost o umožnění výzkumného šetření v souvislosti se závěrečnou diplomovou prací

## **PŘÍLOHY**

Příloha č. 1 – Dotazník

Vážená paní/vážený pane,

jsem studentem 3. ročníku Fakulty zdravotnických věd Univerzity Palackého v Olomouci, oboru Všeobecná sestra. V rámci své bakalářské práce zpracovávám dotazník na toto téma: Problematika výživy u hospitalizovaných seniorů. Chtěl bych Vás tímto požádat o zodpovězení následujících otázek. Dotazník je anonymní a veškeré údaje budou použity pouze v mé práci.

Předem děkuji za Vaši ochotu a spolupráci.

Křák Jakub

Vyberte prosím vždy jednu z následujících možných odpovědí. U otázky č. 3 prosím doplňte údaj o onemocnění.

1. Jste:

muž

žena

2. Jaký je Váš věk?

- |                                    |  |
|------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> 65-69 let | <input type="checkbox"/> 80-84 let     |
| <input type="checkbox"/> 70-74 let | <input type="checkbox"/> 85-89 let     |
| <input type="checkbox"/> 75-79 let | <input type="checkbox"/> 90 a více let |

3. Léčíte se s nějakým onemocněním? Pokud ano, jakým?

.....

4. Držíte nějakou dietu?

- ne
- ano (kterou?) .....

5. Jste diabetik?

- ne
- ano (jaký typ diabetu máte?).....

6. Zaškrtněte prosím z následujících možností, kdy v průběhu dne jíte (možno více odpovědí):

- |  |                                     |
|--|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> snídaně           | <input type="checkbox"/> svačina    |
| <input type="checkbox"/> desátka (svačina) | <input type="checkbox"/> I. večeře  |
| <input type="checkbox"/> oběd              | <input type="checkbox"/> II. večeře |

7. Jaké množství stravy nejčastěji sníte během jednotlivé porce jídla?

- celou porci jídla
- polovinu porce jídla
- třetinu porce jídla
- méně než třetinu porce jídla

8. Jíte denně nějaký mléčný výrobek?

- ano

ne

9. Jíte denně ryby?

ano

ne

10. Jíte denně maso, nebo drůbež?

ano

ne

11. Jíte alespoň dvakrát do týdne vejce nebo luštěniny?

ano

ne

12. Jíte denně ovoce nebo zeleninu?

ano

ne

13. Máte nějaké potíže s ústní sliznicí nebo chrupem?

ano

ne

14. Kolik vypijete za den tekutin?

méně než 500 ml

500 - 1000 ml

1000 - 1500 ml

nad 1500 ml

15. Zaznamenal/a jste během posledních třech měsíců nějaké potíže s přijímáním potravy, nebo ztrátu chuti k jídlu?

ano

jen občas



ne

U následujících otázek č. 16 - 18 platí stupeň známkování jako ve škole (1 - výborný, 5 - nedostatečný). Vyberte prosím vždy jednu možnost:

16. Jak jste spokojen/a se stravou na tomto oddělení?  
velmi spokojen/a 1 – 2 – 3 – 4 – 5 velmi nespokojen/a

17. Jak jste spokojen/a s estetickou úpravou Vám podávaného jídla?  
velmi spokojen/a 1 – 2 – 3 – 4 – 5 velmi nespokojen/a

18. Jak jste spokojen/a s teplotou podávaných pokrmů?  
velmi spokojen/a 1 – 2 – 3 – 4 – 5 velmi nespokojen/a

19. Vyhovuje Vám rozvržená denní doba na podávání jídla?

ano

ne

20. Máte k dispozici dostatek času na konzumaci jídla?

ano

ne

21. Dostáváte dostatečné množství podávané stravy?

ano

ne

22. Je Vám umožněno během jídla užívat zubní protézu, brýle a jiné kompenzační pomůcky?

ano

ne

23. Myslíte si, že trpíte nějakým problémem, který souvisí s Vaší výživou?

- ano, myslím si, že jsem podvyživený/á
- ano, mám problém s obezitou
- nevím, možná mám nějaké problémy, ale nevím o nich
- ne, nemám žádné problémy

Příloha č. 2 – Nottinghamský nutriční screening

### **Položka Bodové skóre**

#### **1. BMI (body mass index)\***

BMI < 18 2

BMI 18–20 1

BMI > 20 0

#### **2. Nechtěný úbytek hmotnosti v posledních třech měsících**

více než 3 kg 2

do 3 kg 1

žádný, hmotnost stálá 0

#### **3. Snížení příjmu potravy v posledním měsíci před hospitalizací**

Ano 2

Ne 0

#### **4. Stresový faktor/závažnost základního onemocnění**

Závažný – polytrauma, rozsáhlé popáleniny, poranění hlavy, rozsáhlé dekubity, těžká seps, malignita, pankreatitida, velký chirurgický zákrok, pooperační komplikace 2

Mírně až středně závažný – nekomplikovaný chirurgický výkon, lehká infekce, chronická onemocnění,

proleženiny, cirhóza, renální selhání, diabetes mellitus, chronická obstrukční choroba plicní, nespecifické střevní záněty 1

Žádný 0

**Hodnocení:**

0–2 body stav výživy velmi dobrý/dobrá bez další intervence

3–4 body nutné monitorování stavu výživy, kontrola s odstupem 1 týdne

5 bodů a více vysoké riziko podvýživy, indikováno cílené vyšetření nutričního stavu a intervence

\*BMI = hmotnost/(tělesná výška)<sup>2</sup> v kg/m<sup>2</sup>

Barendrecht K, Soeters PB, Allison SP. Diagnosis of malnutrition. Screening and assessment. In: Sobotka L (Ed.), Basics in clinical nutrition. 2. vydání Praha: Galén, 2000: 2–36.

Příloha č. 3 – Žádost o umožnění výzkumného šetření v souvislosti se závěrečnou diplomovou prací

Vážená paní

Červená Lenka

Vrchní sestra gerontopsychiatrického oddělení v Opavě

Psychiatrická léčebna Opava

Olomoucká 88

746 01 Opava

Věc: Žádost o umožnění výzkumného šetření v souvislosti se závěrečnou diplomovou prací.

Vážená paní vrchní sestro,

chtěl bych Vás prosím požádat o umožnění výzkumného šetření, které bude prováděno formou vyplňování dotazníku u pacientů s možnou poruchou výživy na gerontopsychiatrickém oddělení v Opavě v rámci závěrečné bakalářské práce.

Jmenuji se Jakub Křák. Jsem studentem Univerzity Palackého v Olomouci, Fakulty zdravotnických věd, 3. ročníku bakalářského studia, oboru Všeobecná sestra – kombinovaná forma studia.

Bakalářskou práci zpracovávám na téma: Malnutrice u hospitalizovaných seniorů. V případě potřeby Vám mohu poskytnout podrobnější cíle práce, také Vám mohu v případě Vašeho zájmu poskytnout výsledky šetření.

Prosím o sdělení Vašeho rozhodnutí.

S pozdravem

Jakub Křák

Kontaktní adresa:

Jakub Křák

Ratibořská 49

747 05 Opava

---

Vyjádření vedení instituce:

- Žádosti vyhověno
- Žádost zamítnuta

Odůvodnění:

.....

Datum:

Razítko, podpis: