

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH VĚD

Radka Šenkeříková

**Vliv edukace na chování seniorů v oblasti výživy  
v domově pro seniory ve Vídni**

Bakalářská práce

Vedoucí práce: PhDr. Danuše Tomanová CSc.

Zlín 2010

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a použila jsem jen uvedené informační zdroje v seznamu literatury.

Souhlasím s tím, aby BP byla použita k vnitřním potřebám školy a ke studijním účelům.

Ve Zlíně 15. 4. 2010

podpis

.....

## Poděkování

Děkuji paní PhDr. Danuši Tomanové CSc. vedoucí bakalářské práce a za spolupráci paní M. Bayerové nutriční terapeutce, za rady, připomínky a cenné informace, které mi v průběhu psaní bakalářské práce poskytly.

## Obsah

Úvod.....	6
1 Výživa	
1.1 O výživě ve stáří obecně.....	8
1.1.2 Hlavní funkce výživy.....	8
1.1.3 Specifické požadavky na výživu ve stáří.....	9
1.2 Základní složky výživy a jejich význam v organismu ve stáří .....	9
1.2.1 Makronutrienty a mikronutrienty.....	9
1.2.2 Voda.....	10
1.2.3 Tekutiny.....	10
1.3 Energetická potřeba starší generace.....	11
1.4 Faktory ovlivňující příjem stravy ve stáří.....	12
1.4.1 Návyky a zlovyky ve stravování seniorů.....	13
1.4.2 Estetické stolování a starý člověk.....	14
1.5 Poruchy výživy ve stáří.....	15
1.5.1 Nadváha a obezita.....	15
1.5.2 Malnutrice (podvýživa).....	16
1.5.3 Dehydratace.....	17
1.6 Základní vyšetření a hodnocení nutričního stavu .....	18
1.6.1 Klasická a nutriční anamnéza.....	18
1.6.2 Fyzikální a somatometrické ( antropometrické ) měření.....	18
1.6.3 Screeningové diagnostické testy.....	20
1.7 Předpoklady výživových doporučení ve stáří.....	20
1.7.1 Výživové doporučení seniorům.....	21
1.8 Provoz a služby stravování v domově pro seniory „Rosenberg“ ve Vídni.....	22
1.9 Edukace seniorů jako součást výchovy.....	24
1.9.1 Nutriční edukace .....	24

<b>2 Kvantitativní průzkumné šetření</b> .....	26
2.1 Výzkumná otázka a cíle BP .....	26
<b>3 Metodika</b> .....	27
3.1 Charakteristika sledovaného souboru respondentů .....	27
3.2 Charakteristika použitých metod .....	27
3.3 Sběr a způsob zpracování dat .....	28
<b>4 Výsledky výzkumu a jejich analýza</b> .....	31
<b>Diskuze</b> .....	67
Návrhy a řešení zjištěných nedostatků .....	74
<b>Závěr</b> .....	75
<b>Anotace</b> .....	78
<b>Seznam použité literatury a pramenů</b> .....	80
<b>Seznam tabulek</b> .....	83
<b>Seznam grafů</b> .....	85
<b>Seznam příloh</b> .....	87

## ÚVOD

V posledních letech je oblast výživy předmětem stále rostoucího zájmu nejrozličnějších oborů medicíny, ale také široké veřejnosti. Větší pozornost je věnována požadavkům na adekvátní výživu během celého života. Výživa i ve stáří je a nadále zůstane základní potřebou starého člověka, stejně jako je jednou z významných determinant zdraví.

Podstatné prodloužení střední délky života žen a mužů v průběhu 20. století nepřetržitě stoupá, je to způsobeno především vývojem sociální a ekonomické situace včetně zlepšení stavu výživy. Zvětšilo se poměrné zastoupení seniorů ve společnosti. To stoupá každoročně o 2,5% a podíl 60 – ti letých a starších osob v naší populaci dosahuje 20% (Kalvach, 1997, s. 37).

Výživa ve starším věku je věcí samozřejmou, bohužel je věcí opomíjenou, mnohdy bývá jednotvárná se špatnou skladbou potravin. Nejspíše je na vině finanční nedostatečnost, jednotvárný způsob stravování, špatné možnosti nákupu, omezení pohyblivosti, problémy s dostatečným rozkousáním potravy, špatné trávení či nedostatek znalostí.

Otázky výživy a stáří se rozdělují do dvou základních oblastí. Výživa ve vztahu ke stárnutí a výživa ve stáří. Stárnutí má vliv na výživové potřeby jedince a současně výživa ovlivňuje proces stárnutí. Jak přizpůsobit stravování měnícím se potřebám stárnoucího a starého člověka? Na tuto otázku je nutné při péči o seniory stále hledat odpověď. V závislosti na stále pokračujícím výzkumu a získávání nových poznatků se vyvíjí i názor na to, jaká je vlastně optimální výživa starého člověka? V této bakalářské práci se proto snažím v teoretické části připomenout výživu obecně, popisují významné základní složky v potravě a jejich působení v organismu u starší generace, specifické a energetické požadavky ve výživě, stravovací návyky a zvyklosti, faktory ovlivňující příjem stravy, hodnocení nutričního stavu a poruchy výživy. Praktickou část zaměřuji na zjištění kvality přijímané stravy u seniorů v domově pro seniory ve Vídni, která může být správná nebo nedostatečná a to vzhledem k individuálnímu výběru stravy. Tento netradiční způsob při poskytování nutriční péče se také stává hlavním terčem mého vlastního výzkumu, ve kterém se soustředím na jeho pozornost. Nutriční edukace je účinnou metodou k ovlivnění

chování seniorů při výběru stravy, která poskytuje doporučení, cenné rady a informace. Tento vliv je nutno prozkoumat a přínos nutriční edukace u seniorů zhodnotit.

Toto téma jsem si zvolila proto, protože působím jako zdravotní sestra v domově pro seniory ve Vídni a v souvislosti s praktikováním individuálního výběru stravy seniorů, jsem se v praktické části zajímala o jeho dopad při výběru správné nebo špatné stravy i z hlediska dietních omezení, a tím jsem chtěla zjistit kvalitu přijímané stravy a tekutin, zda – li odpovídá optimální výživové potřebě u této věkové skupiny seniorů. Na základě informací i vlastních zkušeností z praxe bych chtěla podpořit vědomosti starých lidí, poskytnout jim důležité informace a užitečné rady ve způsobu stravování i s ohledem na jejich základní onemocnění. Jednou z možností a vlivným prostředkem se tak stává nutriční edukace o zásadách správného stravování, protože je také mnoho seniorů, kteří musí dodržovat dietní režim, a neví jak se správně stravovat. Pokud starý člověk pochopí, kde dělá chybu a jak ji může napravit, bývá pro ně tato nutriční edukace cenným momentem k uskutečnění a odvrácení špatných návyků, což může být prospěšné pro jejich zdraví.

# 1 VÝŽIVA

## 1.1 O výživě ve stáří obecně

Výživové potřeby jsou podmíněny nejen přirozenými patofyziologickými a involučními změnami (polymorbiditou) stárnoucího organismu, ale i jinými faktory vyplývajícími z jejich dosavadních existenčních podmínek, životního stylu a stravovacích zvyklostí. Proto výběr potravin má být přizpůsoben anatomickým i funkčním změnám tělesného složení, alteracím fyziologických funkcí a má ovlivňovat degenerativní pochody stárnoucího organismu. Potrava, která kryje výživové nároky starého člověka, představuje tedy faktor životního prostředí, jenž může různou měrou uplatňovat pozitivní či negativní vliv na jeho organizmus (Zloch, 2009, s. 134).

Ve starším neboli seniorském věku (nad 65 let) má vyvážená výživa význam pro udržení uspokojivého somatického, psychického zdraví a kvalitního života starého člověka. Nesprávná nebo nedostatečná výživa podstatně zvyšuje rizika a rozvoj celé řady klinicky latentních nebo manifestních chronických onemocnění včetně nádorových a respiračních a může vézt nejen k častějšímu výskytu některých především tzv. civilizačních chorob (aterosklerosa, diabetes mellitus), ale může urychlit i proces stárnutí (Gruberová, 1998, s. 31).

### 1.1.2 Hlavní funkce výživy

- dodává živiny nutné pro tvorbu, růst, obnovu a udržení funkce tkání v celém organismu,
- poskytuje energii pro činnost orgánů,
- je zdrojem tepla a reguluje tělesnou teplotu,
- přivádí látky nutné pro činnost orgánů (metabolické pochody) a systémů (centrální nervový systém, hormonální, imunitní systém),
- tvoří záložní zdroje z okamžitě nevyužitých složek potravy (Frej, 2006, s. 13).



### 1.1.3 Specifické požadavky na výživu ve stáří

Výživové požadavky ve stáří jsou specifické a poněkud odlišné od běžně platných výživových zásad osob ve středním věku (tj. 50 let). Odlišnosti jsou jednak v oblasti kvantitativní, ale pozornost je nutno věnovat zejména komplexní kvalitativní stránce výživy. Hovoříme však o takovém přísunu potravy, který je dostatečný, a nikoli nadměrný nebo chorobný. Proto starý člověk musí být směřován k preferenci biologicky hodnotných, kaloricky méně vydatných jídel (Dlouhá, 1998, s. 80).

S přibývajícím věkem dochází k určitým změnám hlavně zažívacího systému, klesá aktivita jejunální laktázy, která vede k nižší efektivitě trávení a vstřebávání řady živin, a to způsobuje křeče, bolesti břicha, průjemy, plynatost a nadýmání. Po 50. roce věku se snižují nároky na množství energie, ale zvyšují se nároky na složení potravin a tekutin, a to zejména vitaminů, minerálních látek a stopových prvků. Ve stáří je nejčastější deficit vitaminů C, E, A, a kyseliny listové. Ve starším věku (nad 80 let) je ztráta minerálů až o 40 – 50% a často chybí vápník, železo, zinek, selen i flavonoidy. Aby nedošlo ke vzniku podvýživy (malnutrici) se všemi negativními důsledky, je nutno tyto aspekty respektovat a to zejména, s ohledem na některé důležité nutrienty, jako je například vláknina, vitaminy, polynenasycené mastné kyseliny, apod. Není také vhodné vyřazovat z jídelníčku žádnou skupinu ze základních potravin jako je mléko a mléčné výrobky, maso, ryby, vlákninu, ovoce a zeleninu, luštěniny, apod. (Grofová, 2009, s. 42).

## 1.2 Základní složky výživy a jejich význam v organismu ve stáří

### 1.2.1 Makronutrienty – nositeli energie = kalorifery      Mikronutrienty

Bílkoviny / proteiny – 1g B = 17 kJ (4,1 kcal)	Vitaminy – makroelementy příjem větší než 100 mg / denně
Cukry / sacharidy – 1 g S = 17 kJ (4,1 kcal)	Minerální látky – mikroelementy příjem v množství od 1 do 100 mg denně
Tuky / lipidy – 1 g T = 37 kJ (9 kcal)	Stopové prvky mikrogramové dávky denně
	Fytochemikálie–bioaktivní látky

Mimo tyto vymezené základní nejdůležitější složky potravy ... je důležitou součástí i voda (Svačina, 2008, s. 27).

### **1.2.2 Voda**

Vodní prostředí je hlavní podmínkou průběhu životních pochodů v organismu. Tělesnou tekutinu tvoří mezibuněčná tekutina (krevní plazma) a nitrobuněčná tekutina. Voda je nedílnou součástí všech živých organismů, dodává tkáním kyslík a další potřebné látky. Přenáší ionty a minerály, umožňuje vylučování odpadních látek metabolismu z těla močí a reguluje tělesnou teplotu. Hlavním orgánem, který řídí hospodaření s vodou jsou ledviny. Pro správné fungování organismu je nutné udržovat rovnováhu mezi přijatými a vyloučenými tekutinami (Frej, 2008, s. 22). Nejvyšší obsah tělesné vody má člověk v mládí, s přibývajícím věkem procentuální obsah vody klesá. U seniorů starších 65 let je obsah tělesné vody nižší (muži 52%, ženy 46%) (Pavličková, 2007, s. 118).

Staří lidé jsou velmi citliví na ztrátu tekutin, zejména více vody se ztrácí tenčí kůží. Při větších ztrátách může dojít až ke kolapsu krevního oběhu a ohrožení mentálních funkcí. Nejde pouze o ztrátu vody, ale i důležitých minerálních látek (sodíku, draslíku, hořčíku a chloridů). Při akutním onemocnění (např. chřipka, viróza), stoupá ztráta vody o 0,5 litru za den při každém zvýšeném stupni nad normální tělesnou teplotu. Vodu ztrácíme fyziologickými pochody pocením 20%, dýcháním plícemi 15%, močí 60%, stolicí 5% a přijímáme pitím, potravou a malá část se tvoří metabolismem (Pavličková, 2007, s. 118).

Množství přijímaných tekutin závisí na zevní teplotě, vlhkosti vzduchu, nadmořské výšce, činnosti a fyzické zátěži, přísunu kuchyňské soli nebo pokud nejsou k redukci množství tekutin jiné důvody. Pozor na převodnění u pravostranného selhávání srdce (Dlouhá, 1998, s. 175).

### **1.2.3 Tekutiny**

K zajištění dostatečné hydratace starého člověka se doporučuje přijmout asi 2,5 litru tekutin (minimálně 1,5 l) denně. Vhodná je hlavně pitná voda (i ochucená ovocnou šťávou), neslazené minerální a stolní vody, které střídáme (zajistí dostatek potřebných minerálních látek), ovocné čaje, masové a zeleninové vývary, iontové nápoje, dostatek ovoce a zeleniny. Nevhodné jsou slazené a nápoje s kofeinem,

a alkohol. Perlivé nápoje obsahují oxid uhličitý a sodík, který může způsobit nadýmání, nechutenství nebo trávicí obtíže, jsou nevhodné při hypertenzi a srdečním selhávání. 100% džusy je vhodné ředit vodou a nepít je nalačno, dráždí žaludeční sliznici. Černou kávu pít v omezeném množství, využít dostupné kávovinové směsi bez kofeinu. Káva současně odvodňuje, nelze ji tedy zařadit do celkového množství vypitých tekutin. Alkoholické nápoje lze pít v malé míře, doporučuje se při žaludečních potížích 2 dcl piva. Ovšem vyšší dávky zhoršují mozkové funkce, a tím i celkový stav (Turek, 1996, s. 30).

### **1.3 Energetická potřeba starší generace**

Starý člověk potřebuje pro udržení svých životních funkcí trvalý přísun energie. Může k tomu využít pouze energie skryté v chemických sloučeninách. Přijímá potravu jako zdroj živin, z nichž několikasupňovým způsobem uvolňuje energii a vytváří složitými pochody řadu látek potřebných pro souhru životních funkcí a pro náhradu spotřebovaných a znehodnocených buněk, ke krytí energetické potřeby vykonané práce nebo jiných zvýšených energetických nároků (např. horečka) a také pro tvorbu nezbytných energetických rezerv v organismu (Pánek, 2002, s. 55).

Energetická potřeba organismu ve stáří je součtem bazálního energetického výdeje, termického efektu přijaté stravy, fyzické aktivity a případně přítomné choroby. V energetické potřebě organismu existují tedy velké interindividuální rozdíly (Frej, 2006, s. 15). S postupujícím věkem klesá bazální metabolismus, zároveň ubývá fyzické zátěže. Klesá proto i energetická potřeba ve stáří, přibližně o 25% u mužů nad 65 let a u žen asi o 15%. To znamená, že příjem energie potravou musí být ve stáří nižší než ve středním věku, při současném zachování biologické hodnoty potravy (Gruberová, 1998, s. 31).

Energetický příjem by měl být v rovnováze s energetickým výdejem. Je třeba dodržovat vyváženost hlavních nositelů energie, proto přijímaná strava musí být biologicky hodnotná, nutričně vyvážená, s obsahem potravin lehce stravitelnými s minimálním obsahem tuku, cukru a soli. Přibližný energetický obsah základních živin činí (1 kcal = 4,2 kJ). Ve stáří je průměrně doporučená energetická denní potřeba vzhledem k nižšímu pohybu a úbytku svalové tkáně pro ženy okolo 8 000 kJ (1 900 kcal) a pro muže 9 200 kJ (2 300 kcal). Celkový denní energetický příjem tedy činí 1g bílkovin : 1g tuků : 4g sacharidů.

## 1.4 Faktory ovlivňující příjem stravy ve stáří

Podle výzkumů a informací z odborného tisku je příjem stravy ve stáří (ale i její využití) ovlivněn somatickými, psychickými i sociálními faktory.

Somatické faktory - snížená sekrece žaludečních, pankreatických a střevních šťáv způsobuje zhoršené vstřebávání zejména vitaminů i minerálních látek a zhoršené trávení způsobuje zažívací obtíže. Vlivem užívání některých léků se objevuje nechutenství či nevolnost. S přibývajícím věkem dochází ke snížení sekrece slin a k atrofii čichových a chuťových buněk – všech čtyř základních druhů, tím se chuť k jídlu vytrácí. Proto starý člověk dává přednost chuťově více kořeněným a výraznějším jídlům (Pánek, 2002, s. 123).

Starší lidé často trpí poruchou polykání nebo mívají problémy s rozmělněním potravy podmíněné sníženou funkcí chrupu (choroby dásní, ztráty zubů, nepadnoucí protézy), a tím dochází ke snížení objemu zkonsumovaných potravin. Nevhodnými potravinami se pro ně stávají rýže, tužší maso, játra a „suchá“ jídla (např. rizoto, zapečené těstoviny). V těchto případech je vhodné připravovat mletou nebo kašovitou stravu s výběrem potravin, které umožňují úpravu do dostatečně měkké formy. Polévky starší lidé přijímají téměř vždy, jsou vysoce sytícím pokrmem a v těchto stavech jim jejich příjem nečiní žádné potíže. Tento faktor se odráží často i na nízké konzumaci ovoci a zelenině v syrovém stavu, která se výraznou měrou může podílet na poklesu příjmu dietní vlákniny stravy, proto by je měli starší lidé přijímat alespoň v podobě šťáv ([www.nutriciamedical.cz](http://www.nutriciamedical.cz)).

Omezení pohyblivosti a časté zdravotní problémy mohou vést ke ztrátě soběstačnosti v nákupech a přípravě jídla, a tím k nedostatečnému zajištění stravy, protože si jí člověk nedokáže obstarat (Grofová, 2009, s. 42).

Psychické faktory - depresivní ladění, vyhýbání se stravě a tekutinám pro problémy spojené s přemístěním nebo z časté návštěvy na toaletu i jiné nepříjemnosti vyplývající z inkontinence apod. (Grofová, 2009, s. 42).

Sociální faktory - neznalost správné výživy, nepřijetí stravy ústavní nebo pečovatelské služby, ztráta společenského rituálu při jídle, skutečná chudoba, osamělost, život v jednočlenné domácnosti, sociální izolace s omezováním sociálních a společenských kontaktů, vedoucí v konečném důsledku k poklesu pohybových aktivit apod. (Pánek, 2002, s. 124).

Všechny tyto uvedené okolnosti se můžou podílet na nepříznivém výživovém stavu, který může dospět až do stavu malnutrice. Odhalení faktorů podílejících se na deficitním stravování, plánování účinné intervence a zahájení včasné léčby může vést k úpravě výživové poruchy. V situaci, kdy je potřeba jídla dlouhodobě neuspokojována, je tělo i mysl člověka frustrována a vystavena stresu s jeho negativním dopadem na zdraví (Topinková, 2003, s. 6).

#### **1.4.1 Návyky a zlovyky ve stravování seniorů**

Návyky ve stravování jsou významným aspektem životního stylu seniorů, které můžou v pozitivním i negativním smyslu ovlivňovat vznik a rozvoj závažných chorob a také biologického stárnutí. V příjmu potravy se často setkáváme s různými návyky, z nichž se některé mohou vystupňovat až do extrémních situací, které mohou opakovaným chováním přejít až do zlovyků.

Důležitou roli hrají špatné stravovací návyky, které má starý člověk zafixované z předchozích let, rodinné zvyklosti, sociální a společenské postavení, kulturní prostředí a tradice, získané vzdělání, a také psychický stav.

Mezi nejčastější zlovyky ve stravování seniorů je zlovyk stereotypní stravy. Obvyklá je snaha o jednoduchou přípravu, která ve svém důsledku vede k „odbývání se“ jednostrannou a nutričně nevyváženou stravou. Senior si tím omezuje nejen celkový objem konzumovaných potravin, ale také jejich skladbu. (Zloch, 2009, s. 134).

Pokles reálného příjmu po ukončení aktivní výdělečné činnosti seniorů limituje možnosti nákupu potravin se zaměřením na levnější potraviny (masa a uzenin), které jsou energeticky hodnotné. Také nakupování velké množství potravin (někdy i vlivem slev), které pak nestihnou zkonsumovat ve lhůtě, staří lidé mohou tak sníst i zkažené potraviny a vystavit se riziku otravy jídlem, protože oslabená chuť nemusí seniora dostatečně varovat před nevhodnými potravinami. Rovněž nahromaděné jídlo a strach, že se zkaží, může být motorem ke zvýšenému příjmu potravy a přejídání se, které neodpovídá skutečné potřebě člověka a v důsledku toho dochází k obezitě. V tomto případě jídlo může být vnímáno jako majetek, a tak vyhodit nepotřebné nepřichází v úvahu (Oliveriusová, 2005, s. 68 – 70).

Stáří může být zdrojem i různých problémových situací (nemoc, samota, aj.), které seniora stresují a ten často přestává jíst, anebo se naopak přejídá a tloustne (Jonáš, 1998, s. 210).

„ Zlozvyk nevyhodiš oknem, musí od tebe odejít po schodišti krok za krokem.“ (M. Twain )

### 1.4.2 Estetické stolování a starý člověk

Stáří lidé, kteří jsou opuštěni, mívají tendenci vynechávat „ zbytečnosti“ spojené s estetickým stolováním. To, co kdysi měli rádi ve společnosti druhých lidí, je dnes nepodstatné. Stáří lidé tak často rezignují na estetiku podávání stravy, která je také spojena s emocemi, často s pocitem uspokojení. Je s ní spojena práce a mnohdy ani jemná motorika neumožňuje to, co kdysi hbité prsty dokázaly. Výsledkem je však ochuzení o požitek z pěkně naservírovaného jídla, a tím i snížení hodnoty zážitku. Příjem stravy seniorů lze ovlivnit také tím, jak se jídlo nabízí a servíruje. Jídlo by mělo být na talíři lákavé a pěkně upravené, porce by měly být malé s možností přídatku, kompoty a saláty je nutné dávat zvlášť na misky a ne přímo do talíře. Touto kombinací se pak jídlo stává lékem, ne - li elixírem života. Nezapomínejte, že jíme i očima. Problémy bývají s mixovanou stravou, která mnohdy nevypadá dobře. Vyžaduje to jen trochu nápaditosti, aby i takovýto speciální jídelníček mohl vypadat dobře.

Jestliže má senior příležitost jíst ve společnosti dalších lidí, má nejen prospěch z chutného jídla, ale navíc má ještě radost z příležitosti ke komunikaci s ostatními. To podporuje dobré návyky při jídle a upevňuje psychické zdraví. S dobrým stolováním se váže tendence jíst pomalu, často a po malých dávkách. Opak vidíme ve zlozvyku jíst rychle a hodně. Výsledky jsou patrné na váze a eventuálně zažívacích potížích (Steinbauerová, 2006, s. 252).



## 1.5 Poruchy výživy ve stáří

Stáří často provází nechutenství, snížené požadavky na výběr stravy a snížený pocit žízně. Na poruchách výživy se také podílejí stravovací návyky (viz kapitola 1.4.1, s. 13) a nedodržování pitného režimu.

### 1.5.1 Nadváha a obezita

Obezita je chronické závažné onemocnění, které vzniká v důsledku změn tělesného složení a je rizikovým faktorem pro celou řadu tzv. civilizačních i jiných chorob. Přináší mnohostranné komplikace se zvyšující morbiditou a mortalitou v celosvětovém měřítku.

Nadváha a obezita je charakterizována úbytkem aktivní svalové hmoty (sarkopenií), relativním nárůstem tělesného tuku a zvýšenou tělesnou hmotností, za současného nárůstu denního energetického příjmu a poklesu základního energetického výdeje (Hlúbik, 2007, s. 8).

Na rozvoji obezity ve stáří se podílí většinou přejídání a postupné omezování pohybové aktivity. Postižený jedinec se většinou nechce vzdát svých oblíbených jídel a potěšení z nich, stejně tak odmítá nebo nemůže pro řadu chorob zvýšit energetický výdej větší pohybovou aktivitou. V důsledku poškození dentice je preferována měkká strava, s přiměřenou konzistencí a bohatou na jednoduché cukry a tuky. Strava bohatá na tuk je lépe a rychleji zkonsumovatelná, z pohledu organoleptického v mnoha případech přijatelnější, bohužel současně má nižší sytivou schopnost, a proto se dříve objevuje pocit hladu, nutící pokračovat v jeho další konzumaci (Weber, 1997, str. 59).

Základním terapeutickým přístupem je zvýšení fyzické aktivity a dosažení redukce hmotnosti vhodnou dietou. Hlavními zásadami dietní léčby obézních je nutná dlouhodobá úprava stravovacího režimu s dodržováním dietních zásad. Při indikaci redukčních diet musíme brát v úvahu obsah energie v základních živinách, jde zejména o obsah tuku. Redukce nadměrné tělesné hmotnosti představuje významný problém na individuální i celospolečenské úrovni a je značně obtížná pro možný výskyt řady komorbidit, které se u seniorů vyskytují poměrně často v kombinacích: diabetes mellitus II. typu, ischemická choroba srdeční, arteriální hypertenze, hyperlipoproteinemie, artrózy. V řadě případů se setkáváme u seniorů s polypragmazií, dalším faktorem významně ovlivňujícím terapeutický přístup (Svačina, 2008, s. 97).

### 1.5.2 Malnutrice (podvýživa)

Malnutrice je stav, k němuž dochází tehdy, pokud je příjem základních energetických substrátů a bílkovin nižší než je jejich potřeba. Vzniká při sníženém příjmu a neměnicích se potřebách a sníženém příjmu a zvýšených potřebách. Pokud tedy dojde k nerovnováze mezi příjmem a výdejem energie, začne organismus čerpat energii z vlastních zásob. Při dokonalosti našeho organismu dochází nejprve k adaptaci na hladovění. Při malnutrici dochází k poklesu celkové tělesné hmotnosti, úbytku tukové a svalové tkáně. V důsledku nedostatečné resp. nepřiměřené výživy vzniká rozvoj primárních i sekundárních metabolických a somatickým změn např. primární - generalizované otoky, anémie, poruchy vnitřního prostředí, únava, oslabení imunity, zhoršení chronických onemocnění, zhoršení mentálních funkcí a jiné; sekundární - zvýšená morbidita a mortalita, zbavení schopnosti sebezpečí, upoutání na lůžko, prodloužená doba hospitalizace a rekonvalescence, vyšší nároky na ošetrovatelský personál a větší ekonomické zatížení (Jurášková, 2007, s. 443).

Dělení malnutrice podle charakteru poruchy na:

- proteino (energetickou) - nedostatečný celkový kalorický příjem
- proteinovou - nedostatek zejména bílkovin (tzv. kwashiorkor)
- karenci - nedostatek některých vitaminů, minerálních látek a stopových prvků
- kachexii - zvýšený bazální metabolismus a katabolismus, nejvyšší stupeň se označuje marasmus (Jurášková, 2007, s. 443).

Etiologie poruch malnutrice je multifaktoriální a především se uplatňují somatické vlivy (nechutenství, žvýkací potíže, poruchy polykání, polékové dyspepsie, poruchy GIT, chronická onemocnění, jednotvárná strava, nedostatek vitaminů, minerálů a stopových prvků atd.), psychické vlivy (demence, senilní deprese, duševní stres, poruchy adaptace, alkoholismus), sociální vlivy (chudoba a nízká dostupnost stravy, ztráta soběstačnosti) a věk (pokles počtu chuťových pohárků a čichových vjemů, snížení pocitu hladu, snížený pocit tekutin atd.) (Jurášková, 2007, s. 444).

Diagnostika malnutrice musí být komplexní a je kombinací nutriční anamnézy, antropometrických, laboratorních a funkčních vyšetření viz kapitola 1.6.1 s. 19) a přílohy č. 2. s. 98). Citlivým ukazatelem malnutrice je nechtěný úbytek původní hmotnosti (BMI > 18 – 20) o více než 5% za jeden měsíc nebo méně než 10% za posledních 6 měsíců (bez somatických a funkčních klinických poruch) - lehká



malnutrice; pokles tělesné hmotnosti (BMI = 16 – 18) o 10% a více za posledních 6 měsíců (bez funkčních poruch a úbytku podkožního tuku) – středně závažná malnutrice; pokles tělesné hmotnosti (BMI < 16) o více než 10% za jeden měsíc či o více než 20% za dva měsíce (deplece podkožního tuku, špatné hojení ran, nízká vitální kapacita a jiné) – těžká malnutrice ( Zazula, 2006, s. 12 ).

Terapie malnutrice zahrnuje nutriční podporu cestou enterální nebo parentální výživy. Pokud malnutrice není včas řešena, dochází k mnoha komplikacím, které ovlivňují prognózu nemocného a většinou končí úmrtím. Je významnějším faktorem úmrtnosti než obezita.

Riziko malnutrice ve vyšším věku je ve srovnání s ostatní dospělou populací vyšší. Často bývá nerozpoznána, a proto neléčena. Malnutrice je závažným problémem nejen u hospitalizovaných nemocných, ale také u osob vyššího věku v domácí péči. Až 16% starých lidí žijících ve vlastní domácnosti má kalorický příjem 1000 kcal/den a nižší a toto procento stoupá u hospitalizovaných osob a v ústavní péči. Nedostatečná výživa u seniorů v domácí péči se vyskytuje u 20% seniorů a malnutrice 5 - 8%, v nemocnicích toto procento ještě stoupá (Jurášková, 2007, s. 446).

### **1.5.3 Dehydratace**

Všeobecným a závažným problémem starých osob je jejich zhoršená schopnost vnímat dostatek tekutin a snížené vnímání žízně vedoucí ke značné dehydrataci organismu a poruchám iontového prostředí. K narušení vodního a minerálního hospodářství vedou i chronická onemocnění (polymorbidita) a velké množství léků, které senior užívá (polypragmazie) např. perorální antidiabetika, morfin, nesteroidní antiflogistika, haloperidol, antibiotika (Pavličková, 2007, s. 118).

Při nedostatečném pitném režimu seniorů dochází k zahuštění tělesných tekutin a k nesnadnému odplavování látek vzniklých při složité chemické činnosti našeho těla, proto v organismu přebývají dusíkaté odpadní látky. Dochází ke zhoršení ledvinných funkcí (nárůstu počtu skleroticky postižených glomerulů), k poklesu krevního tlaku a zvyšuje se riziko vzniku zejména močových kamenů. Proto s přibývajícím věkem je nutné u seniorů sledovat pitný režim, ledvinové funkce i koncentrační schopnost ledvin a minimalizovat nežádoucí účinky výše uvedených léků. Pravidelně by měla být sledována hmotnost a denní diuréza, která by neměla klesnout pod 1500 ml (Kolínková, 2005, s. 69).

Nebezpečí dehydratace (odvodnění) hrozí u pacientů se sníženým vnímáním žízně, průjmem, zácpou nebo zvracením, při horečce, u diabetiků, při užívání diuretik, při vysokoproteinové dietě, u oslabených se sníženou pohyblivostí, při poraněních, u dlouhodobě ležících, při poruchách příjmu potravy, zánětech dutiny ústní apod. K příznakům dehydratace se řadí ztráta elasticity kůže, únava, ospalost, vyčerpanost, zácpa, infekce močových cest, křeče, nechutenství, zvracení, nepříjemná chuť v ústech, dezorientace a demence (Kolínková, 2005, s. 70).

U seniorů má být osvojen pravidelný a dostatečný příjem vhodných tekutin (viz kapitola 1.2.3. s. 10). V některých případech není možná kompenzace ztráty tekutin a minerálních látek pouhým „dopitím“, nýbrž je třeba podat infuzní terapii.

## **1.6 Základní vyšetření a hodnocení nutričního stavu**

### **1.6.1 Klasická a nutriční anamnéza**

**Klasická anamnéza** zjišťuje údaje osobní, rodinné i sociální a současně se zabývá přítomným onemocněním.

**Nutriční anamnéza** do jisté míry staví na údajích získaných klasickou anamnézou. Zabývá se přítomností obtíží spojených s příjmem potravy, s jejich vznikem, projevy a vývojem, event. následky a vazby na jiné faktory. V anamnéze by také neměly chybět údaje o tělesné hmotnosti, o dietním omezení, intoleranci či potravinové alergii, o fyzické aktivitě, o denním způsobu života, bilanci tekutin, bolesti břicha, zvracení, počtu a změně charakteru stolice, atd. K nutriční anamnéze nezbytně patří i zjišťování denních stravovacích návyků a zvyklostí, abúzu alkoholu a dalších návykových látek. Nedílnou součástí nutriční anamnézy je také stomatologická a farmakologická anamnéza a posouzení celkového psychického stavu klienta.

**Nutričně - sociální anamnéza** sleduje jak možnosti dostupnosti a zajištění odpovídající výživy, tak míru sociální frustrace, která může být v příčinné souvislosti s alternovaným nutričním chováním (Svačina, 2008, s. 58).

### **1.6.2 Fyzikální a somatometrická (antropometrická) měření**

a) **měření tělesné hmotnosti** – na osobní váze

b) **měření tělesné výšky** - měří se vertikální vzdálenost nejvýše položeného bodu

na hlavě od podložky, na níž vyšetřovaný bez obuvi vzpřímeně stojí; u klientů, kteří jsou upoutáni na lůžko nebo se neudrží ve stoje, byly vypracovány antropometrické techniky, které nám výpočet usnadní.

c) **výpočet podle BMI (Body Mass Index) = tělesná hmotnost (kg) / těl. výška v m<sup>2</sup>**  
(Topinková, 2003, s. 6)

**Tab. II Klasifikace BMI**

Klasifikace tělesné hmotnosti	BMI ( kg/ m <sup>2</sup> )	Riziko výskytu komorbidit
Normální váha	18,5 – 24,9	Průměrné
Nadváha	25,0 – 29,9	Zvýšené
Obezita I. stupně	30,0 – 34,9	Střední
Obezita II. stupně	35, 0 – 39,9	Vysoké
Obezita III. stupně	40,0 a více	Velmi vysoké

d) **měření obvodu pasu** (event. boků) páskovou krejčovskou mírou v definované úrovni měření pasu se provádí ve střední vzdálenosti spodního okraje žeber a horního předního trnu kyčelní kosti (Kubešová, 2006, s. 119)

**Tab. III Klasifikace měření obvodu pasu mužů a žen**

	Nízké riziko	Mírně zvýšené riziko	Vysoké riziko
Muži	< 94 cm	94 – 102 cm	> 102 cm
Ženy	< 80 cm	80 – 88 cm	> 88 cm

**měření boku** se provádí v úrovni střední vzdálenosti mezi rovinou proloženou úrovní předního trnu kyčelní kosti a rovinou horního okraje stydké kosti

Z nejpoužívanějších způsobů stanovení charakteru rozložení tělesného tuku je **poměr obvodu pasu k obvodu boků** tzv. Whist to hip ratio nebo jen whist/ratio - WHR:

muži: normální hodnota nejvýše do 1,00

ženy: normální hodnota nejvýše do 0,85.

index > 0,95 u mužů a 0,85 u žen svědčí pro centrální typ rozložení tuku

### 1.6.3 Screeningové diagnostické testy

- a) Dotazníková metoda hodnocení nutričního stavu **tzv. Mini Nutritional Assessment (MNA)** (viz příloha č. 3 s. 100)
- b) **Nottinghamský screeningový dotazník** (viz příloha č. 3 s. 103)
- c) Mezi další dotazníkové metody patří např. frekvenční potravinový dotazník, inventurní analýzy 24hodinového vzpomínaného jídelníčku, analýzy několikadenního i několikátýdenního průběžně kvalitativního zapisovaného jídelníčku (zároveň s časovými záznamy nutričních, event. klinických obtíží) – se používá k detekci možných potravinových alergií a nesnášenlivosti potravin (Svačina, 2008, s. 58).

## 1.7 Předpoklady výživových doporučení ve stáří

V současné době výživová doporučení vycházejí z výsledků epidemiologických studií. Rozdělují se na obecná výživová tvrzení a na doporučení založených na skupinách potravin, která jsou nejčastěji graficky vyjádřena ve formě potravinové pyramidy a na referenční hodnoty ve formě nutričních standardů nebo označované jako výživové doporučené dávky. Doporučení WHO navrhuje bezpečné dávky základních složek potravy, proto se nyní vyspělé země řídí doporučenými dávkami živin, které pravidelně publikuje Světová zdravotnické organizace (WHO) v návaznosti na pokroky ve vědě o výživě. Tato doporučení si odborníci přizpůsobují konkrétním možnostem, životnímu stylu, nemocem, genetickým dispozicím a dalším podmínkám v daném státu. Uvedené formy potravinových pyramid, kdy potraviny umístěné na bázi pyramidy znázorňují potraviny a potravinové skupiny, které tvoří základ tvorby každodenního jídelníčku, směrem k vrcholu pyramidy se pak snižuje doporučovaná frekvence potravinových porcí. Při její tvorbě je potřeba vycházet z lokálních dat morbidity a mortality a jejich vztahu k výživě, z analýzy stávajících stravovacích zvyklostí (potravinové skupiny, velikost porcí, tradiční potraviny) s prokázanými vazbami mezi výživou a zdravím. Nejznámější je americký model pyramidy, kdy do základu jsou umístěny obiloviny, pak nastupuje zelenina, ovoce, dále maso, vejce, luštěniny, pak mléko a mléčné výrobky a do vrcholu jsou umístěny tuky a sladkosti. Kalifornská pyramida se liší od americké tím, že místo obilovin staví na ovoci a zelenině (Svačina, 2008, s. 53).

V dokumentu obecných výživových tvrzeních jsou detailně propracované doporučení vzájemného zastoupení jednotlivých základních nutrientů, jako je energetické zastoupení makronutrientů, doporučení vzájemného zastoupení tříd mastných kyselin, zastoupení vlákniny v primární prevenci, event. i léčby kardiovaskulárních a nádorových chorob, obezity či diabetu mellitu atd. (Svačina, 2008, s. 51). Stěžejní výživová doporučení pro seniory, které jsem z nich čerpala jsou uvedena jako nutriční edukační materiál (viz přílohy č. 9, 10, 11 s.117 – 127).

Druhým stupněm doporučení jsou „Doporučení založená na skupinách potravin“. Jsou vyjádřením zásad výživového vzdělávání prostřednictvím potravin. Jde o vyjádření nutričních standardů a obecných výživových doporučení ve formě doporučených konkrétních potravinových komodit a jejich množství, často v podobě počtu typických porcí. Právě takové doporučení je pro ochranu zdraví nejdůležitější. Třetím typem doporučení vztahujících se k nutriční skladbě výživy jsou „nutriční standardy“. Nutriční standard je definován jako množství živiny (nutrientu) na den, které na základě soudobých znalostí kryje fyziologickou potřebu „téměř všech“ zdravých osob. Nutriční standardy jsou určeny pro odbornou veřejnost a slouží jako „referenční hodnoty“ (Svačina, 2008, s. 53).

### **1.7.1 Výživové doporučení seniorům**

Výživová doporučení se mohou mezi státy lišit, protože se týkají možnosti zlepšení současné stravy v příslušné zemi. Z didaktických důvodů se osvědčily různé modely výživových pyramid. Neznámější je pyramida středomořské stravy, která obsahuje více rostlinných olejů, ovoce, zeleniny, obilovin a luštěnin. Základním zdrojem tuků je olivový olej a mořské ryby.

Tato výživa, která má podíl na pevném zdraví a dlouhověkosti obyvatel Středomoří, spočívá na několika základních principech:

1. Velká spotřeba potravin rostlinného původu, ovoce a zeleniny, sladkých brambor, celozrnných potravin (škrobů), luštěnin, semínek a ořechů. Hlavní jídlo se skládá z kombinace obilnin, luštěnin a zeleniny.
2. Častá konzumace sezónních, čerstvých, průmyslově minimálně upravovaných potravin, zejména čerstvého ovoce a zeleniny rostoucích a zrajících v místním klimatu.
3. Nejčastěji používaným tukem je olivový olej, který nahrazuje margarín a máslo. Je vhodný ke krátkodobému orestování i do čerstvých salátů. Olivový olej obsahuje

mononenasyčené tuky, pro naše zdraví prospěšné, dále vitamíny A a E či antioxidanty bránící rakovině.

Pozor! Použijte pouze extra panenský olivový olej lisovaný zastudena, který jediný obsahuje veškeré prospěšné látky.

4. Z celkového příjmu energie připadá na tuky pouhých asi 25 %, a na nasycené tuky dokonce jen 8 %.

5. Střídmá konzumace mléčných výrobků a jogurtů.

6. Středně velká spotřeba drůbeže a ryb.

7. Dezertem je často ovoce, sladkosti jsou zastoupeny zejména medem.

8. Minimální spotřeba červeného masa (1 – 2x měsíčně), preferuje se maso libové.

9. Pravidelný pohyb.

10. Mírné pití červeného vína k masitým pokrmům, v množství dvou drinků u mužů a jednoho u žen (Frej, 2006, s. 24).

## **1.8 Provoz a služby stravování v domově pro seniory „Rosenberg“ ve Vídni**

Stravování v domově pro seniory „Rosenberg“ ve Vídni je poskytováno v souladu se zásadami zdravé výživy a se zaměřením na vyváženost kalorických a biologických hodnot potravin. Jídelníček je sestavován provozní nutriční asistentkou pomocí stanovených nutričních tabulek, které se vztahují na věkovou skupinu seniorů, které uvádějí doporučené výživové denní dávky. Dále plánuje a normuje léčebnou stravu, kontroluje a zodpovídá za kvalitu a množství stravy odeslané ze stravovacího provozu, provádí kontroly na odděleních z hlediska množství podávané stravy.

Služba stravování v domově pro seniory je rozdělena na část technologickou a klinickou. V *technologické části* je zajištěn provoz přípravy stravy. Vedoucí technologické části je provozní nutriční asistentka, která podléhá hlavní externí nutriční terapeutce, která její činnost kontroluje.

*Klinickou část* vede externí hlavní nutriční terapeutka, která je garantem odpovídající péče v poskytování výživy v domově pro seniory. Kontroluje dodržování určených zásad a zásad hygieny výživy. Pravidelně do domova dochází a pracuje na třech lůžkových odděleních, ve kterých je poskytována komplexní ošetrovatelská péče pro 60 nesoběstačných seniorů. Sestavuje a kontroluje diety u pacientů podle typu onemocnění a bilancuje příjem stravy a tekutin za 24 hodin u komplikovaných

pacientů, u kterých je pravidelně sledována tělesná hmotnost. U těchto seniorů pravidelně kontroluje nutriční screeningy MNI (viz příl. č. 3, s 100), které v měsíčních intervalech ošetrovatelský personál sleduje a v nich provádí změny.

Pro seniory v apartmánových částech, kteří jsou úplně soběstační (v současné době celkem 165 seniorů) provádí individuální i skupinové edukační besídky pro seniory s dietními režimy jednou za půl roku, nebo podle zájmu seniorů i častěji.

Zodpovědnost za splnění všech požadovaných limitů, včetně hygienických podmínek a finančních možností, má provozní dietní asistentka spolu s nutriční terapeutkou.

### **Strava v domově pro seniory je k dispozici dle následujícího časového rozvrhu:**

- snídaně 7:30 – 8:30 hodin

Na odděleních s trvalou ošetrovatelskou péčí je podávána strava pravidelně ošetrovatelským personálem. Seniorům v apartmánech je snídaně poskytována buď rozvozem na jejich pokoj nebo její vyzvednutí v jídelně podle individuálního přání, a to současně i s balíčkem se studenou večeří

- oběd: 12:00 – 13:00 hodin (v jídelně nebo rozvozem na pokoj)
- svačina: 15:00 hodin (v kavárně nebo rozvozem na pokoj)

*Pozn.* teplá večeře je podávána každý čtvrtek v týdnu, seniorům v apartmánech je poskytována jen rozvozem.

Klientům domova slouží prostranství jídelny ke stolování jen při snídani a k obědu. V jídelně mají klienti k dispozici různé druhy pečiva (jako přídavek) a různé množství ovoce a tekutin.

Klienti domova si objednávají stravu pomocí počítačového systému na 4 týdny dopředu a mají možnost z výběru racionální (normální), redukční (s omezením tuku), diabetické a výběrové diety. S jídelním lístkem jsou klienti domova seznámeni denně prostřednictvím informačních tabulí a nástěnek. Potraviny mohou uživatelé uchovávat jen na místech k tomu určených (lednice na chodbách ve třech patrech) a musí být hygienicky nezávadné. Dohled nad nezávadností uchovaných potravin provádí personál domova ([www.kwp.at](http://www.kwp.at)).

## **1.9 Edukace seniorů jako součást výchovy**

Edukace je cílené a úmyslné působení na člověka vlivem výchovy a vzdělávání. Edukace zahrnuje celoživotní rozvíjení osobnosti prostřednictvím vyučování znalostí, myšlenek a principů. Úkolem edukace je vytváření nových hodnot, dovedností, postojů, vědomostí, poznatků, změn v chování jedince a skupin. Edukační činnost může vykonávat kvalifikovaný pracovník (edukátor), který svou edukační aktivitu směřuje na speciální, odborné nebo doporučené postupy. Edukatorem se může stát např. sestra, edukační diabetologický lékař, psycholog, sociální pracovníce a další, jejichž cílem je ovlivnit klienta, poskytnou pomoc, popřípadě provést změnu a udržet zpětnou vazbu. V tomto ohledu by měl být edukační pracovník empatický, vnímavý, předvídatelný a velmi trpělivý. Měl by mít i schopnost ukázat, že svou práci může dělat, měl by umět klienta v pravou chvíli pochválit a povzbudit (Juřeníková, 2010, s. 9).

Edukace začíná prvním stykem edukátora se subjektem edukace (edukantem) a to příjemným přátelským vztahem. Edukantem je kterýkoliv člověk bez ohledu na věk, pohlaví, či typ, např. pacient, senior, těhotná žena.

Edukační programy jsou odlišné z hlediska obsahu, struktury, forem a délkou trvání edukačního procesu. Edukační proces je založen na vzájemném vztahu předávání a výměny informací s využitím maximální možné motivace a mohou se ho zúčastnit i rodinní příslušníci nebo jeho příbuzní. Základem pro předávání nových znalostí je odhad vnímavosti edukantů a jasný obraz o jeho sociálním a pracovním prostředí. S klientem hovoříme srozumitelně, stručně, nepoužíváme odbornou terminologii a nezahlcujeme ho sprostou informací, které není schopen si v krátkém časovém úseku zapamatovat (Juřeníková, 2010, s. 12).

Od pacienta očekáváme aktivní podíl na celém procesu, podstatné je zjistit jeho názor na svojí úlohu, zda využívá vědomosti a osvojil si určité zručnosti. K tomuto účelu máme možnost využít několik způsobů (rozhovor, zdravotnická dokumentace, test, informace od rodiny (Jirkovská, 1999, s. 8).

### **1.9.1 Nutriční edukace**

Nutriční edukaci v sociálních i nemocničních zařízeních provádí výhradně nutriční terapeut u jednotlivců nebo se skupinou klientů. Při edukaci s jednotlivci vždy zachovává soukromí klienta. Nutriční terapeut edukaci provádí u nově přijatého klienta, při změně diety nebo změně konzistence stravy, při podávání nutričních



doplňků nebo při potřebě dietních omezení. Záznam o edukaci zapisuje do edukačního záznamu. Edukace a vzdělávací akce v oblasti výživy klientů se týká také zaměstnanců zařízení a samotné nutriční terapeutky (Jirkovská, 1999, s. 10).

Nutriční terapeut vždy důkladně zvažuje, jakým způsobem bude klienty v závislosti na jejich stavu edukovat. K účinné edukaci slouží vypracované edukační materiály např. standardy, edukační plány atd. a zejména ústní formou podání pomocí edukačních písemných či obrázkových materiálů apod. Především zohledňuje potřeby a hodnoty klientů a musí stanovit reálné cíle kompenzace – především proto, aby byl klient ochoten s námi nadále spolupracovat a udržel si nepřetržitý kontakt. Během edukace edukační pracovník vede záznam, aby měl přehled o průběhu edukace a co je třeba ještě provést nebo opakovat. Edukátor by měl vyloučit informace, které nesouvisejí s edukačními cíli. Cíle edukace jsou kognitivní, afektivní, behaviorální, ale můžeme je rozdělit na krátkodobé a dlouhodobé. Cílem edukace je dosáhnout co nejlepších znalostí pacienta (Jirkovská, 1999, s. 11).

## **2 Kvantitativní průzkumné šetření**

### **2.1 Výzkumná otázka a cíle BP**

Cílem mé BP je zmapování kvality přijímané stravy a tekutin v domově pro seniory „Rosenberg“ ve Vídni, a to vzhledem k individuálnímu výběru stravy seniorů podmíněné především stravovacími návyky nebo doporučeným dietním režimem a nutným omezováním určitých druhů potravin v souvislosti s jejich onemocněním. Dále zjišťuji úroveň informovanosti seniorů o jejich zdravotním stavu a o optimální výživě, mapuji výběr stravy před nutriční edukací i po edukaci a hodnotím její vliv na chování seniorů při výběru stravy.

**Výzkumná otázka:** Dopad individuálního výběru stravy na kvalitu přijímané stravy u seniorů?

**Cíl 1-** prozkoumat, zda složení i množství přijímané stravy a tekutin odpovídají požadavkům optimální výživě

**Cíl 2 -** zjistit vědomosti seniorů o jejich zdravotním stavu

**Cíl 3 -** zmapovat znalosti seniorů o vhodné dietě vzhledem k individuálnímu zdravotnímu stavu

**Cíl 4 -** zjistit současné kroky k rozhodování seniorů při volbě stravy před edukací

**Cíl 5 -** zjistit zájem seniorů k přijímání informací a rad o optimální výživě

**Cíl 6 -** zjistit dopad nutriční edukace seniorů při výběru stravy po edukaci

### 3 Metodika

#### 3.1 Charakteristika sledovaného souboru respondentů

Sledovaný soubor respondentů tvoří skupinu respondentů v seniorském věku od 65 a více let. Podmínkami sledovaného souboru je pobyt v domově pro seniory „Rosenberg“ v apartmánových částech domu, kteří jsou soběstační a ochotni spolupracovat. Charakteristika souboru je uvedena v tabulce I.

Tab. I. Charakteristika sledovaného souboru respondentů

	ženy		muži		celkem
	počet	%	počet	%	
<b>pohlaví</b>	50	50	50	50	<b>100</b>
<b>věk</b>					
65 – 74 let	12	24	32	64	44
75 – 89 let	25	50	16	32	41
90 a více let	13	26	2	4	15
<b>BMI</b>					
normální váha (18,5 - 24,5)	41	82	47	94	88
nadváha (25 - 29,9)	7	14	2	4	9
obezita I. stupně (30 a více)	2	4	1	2	3
<b>dietní režim</b>					
DM I. typu	4	8	2	4	6
DM II. typu	8	16	6	12	14

#### 3.2 Charakteristika použitých metod

Bakalářská práce bude zpracována na základě kvantitativního výzkumu, metodou dotazníku (viz příl. č. 4, 5 s. 103 – 107) u dvou sledovaných souborů, tj. 2 skupin. K šetření mého výzkumu jsem zpracovala 2 druhy dotazníků; dotazník I. se vztahoval ke 100 dotazovaným respondentům (1. skupina) a dotazník II. byl určen pro 32 respondentů s dietním režimem, kteří se nacházejí v 1. skupině (2. skupina).

**Dotazník I.** obsahoval 17 otázek, z toho k rozsáhlé otázce č. 2 patřilo 6 otázkových položek a k otázce č. 8 1 podotázka. V dotazníku byly použity převážně otázky uzavřené, které tvoří soubor možných variant odpovědí, ze kterých respondent vybere

jednu odpověď. Otevřené otázky jsou takové, které respondent doplní o svou vlastní variantu, jsou uvedeny pod názvem „jiné“. Otázky v dotazníku jsou zaměřeny na způsob ve stravovacích zvyklostech, na preferenci konzumovaných jídel, pitný režim, zdravotní stav, dietní omezení a na celkové informace týkající se stravování.

V úvodní části dotazníku jsem zjišťovala identifikační údaje vztahující se k pohlaví, věku, tělesné hmotnosti a výšce (viz tab. I. s. 27). Otázky č. 1 - 2 obsahují zjištění frekvence celodenního příjmu stravy a preference jídla ke snídani, obědu a k večeři; otázka č. 3 se týká množství konzumace ovoce a zeleniny; otázky č. 4 - 6 jsou zaměřeny na množství, typy a frekvenci přijímání tekutin; otázka č. 7 zjišťuje dostatek nabízené stravy; otázka č. 8 s podotázkou se vztahuje na dodržování dietního režimu (*pozn.* tuto otázku vyplňují jen diabetici nebo dotazovaní s nadváhou či obezitou); otázka č. 9 mapuje u všech respondentů dostatek informací o jejich zdravotním stavu; otázky č. 10 - 12 jsou zaměřeny na výběr stravy, zda respondenti berou ohled na zdravotní stav při výběru stravy, co jejich výběr stravy ovlivňuje a kde hledají odbornou pomoc; otázkou č. 13 - 14 zjišťuji, zda vůbec nějaké informace dotazovaní dostávají o tom, co mají správně jíst a jaký vliv mají informace na jejich chování při výběru stravy; otázka č. 15 hledá jiné zdroje možností při poskytování informací o správném stravování, dotazovaní se můžou vyjádřit vlastním návrhem; otázkou č. 16 - 17 zkoumám spokojenost dotazovaných s individuálním výběrem stravy a celkovým stravováním v domově pro seniory.

**Dotazník II.** obsahoval jen 5 uzavřených otázek, který zkoumal skupinu respondentů s dietním režimem, u které nejdříve proběhla edukační nutriční beseda o optimální výživě s nutriční terapeutkou. Následně byl konkrétní skupinou tento dotazník vyplněn. Otázky v dotazníku jsou zaměřeny na prozkoumání vlivu nutriční edukace a její přizpůsobení se při chování respondentů při výběru stravy; v otázkách č. 1 - 2 jsem zjišťovala přínos edukace a provedené změny u respondentů; otázkou č. 3 mapuji subjektivní pocity zlepšení zdravotního stavu respondentů; v otázkách č. 4 - 5 zjišťuji vytrvalost při dodržování správné diety, a pokud mají obtíže s dodržováním diety, jaký druh motivace by ovlivnila dodržování správné diety.

### **3.3 Sběr a postup zpracování dat**

Pro přehledný popis sběru a výsledného zpracování dat jsem rozdělila postup na tři části a označila je postupem 1, 2, 3.

**Postup 1** zpracování výsledků I. dotazníku

**Postup 2** zpracování výsledků jídelníčku (vyhodnocení individuálního výběru stravy), je rozdělen na 2 části (1 část a 2 část)

**Postup 3** zpracování výsledků II. dotazníku.

### Postup 1

Nejdříve jsem respondentům 1 skupiny rozdala 100 I. dotazníků a evidovala jsem si je číslem pokoje, abych mohla údaje použít pro moji další potřebu. V zájmu získání co nejkvalitnějšího materiálu i plný počet vrácených dotazníků jsem si dotazníky osobně posbírала. Také jsem nedoufala, že všichni respondenti budou znát současnou tělesnou váhu a výšku, proto jsem měla k dispozici osobní váhu a krejčovský metr, proto jsem měření na místě provedla.

Šetření z dotazníku I. probíhalo začátkem měsíce ledna, nutriční edukace byla provedena v únoru a šetření z dotazníku II. v měsíci březnu.

K výslednému hodnocení I. dotazníkového šetření jsem použila znázornění pomocí tabulek (27 tabulek) a sloupcových grafů (27 grafů) a výsečovým grafem (1 graf). V tabulkách je použit koeficient **n** jako absolutní počet odpovědí u jednotlivých pohlaví z daného počtu padesáti respondentů mužů a padesáti respondentek žen. Koeficient **N** vyjadřuje počet odpovědí u jednotlivých otázek u obou pohlaví dohromady. Pro lepší orientaci je koeficient **n** v tabulkách přepočítán i na počet relativní v procentech. Jednotlivé grafy jsou popsány vlastním výzkumem slovním vyjádřením pod grafem.

### Postup 2

Z uvedených údajů dotazníku I. jsem zjistila, že ve sledovaném souboru se vyskytuje 20 osob s onemocněním diabetes mellitus (5 respondentů DM I. typu závislých na inzulinu) a (15 respondentů DM II. typu na PADu) a tento soubor jsem označila skupinou I. Z naměřených hodnot váhy a výšky jsem podle metodických tabulek vzorce BMI zjistila výskyt 6 respondentů s nadváhou a 6 respondentů s obezitou I. stupně. Tuto skupinu respondentů jsem označila za skupinu II. Obě skupiny jsem zkoumala ve dvou částech A (skupinu diabetiků) a B (skupinu obézních seniorů).

Od jednotlivých sledovaných respondentů (20 diabetiků) a (12 obézních), jsem si pomocí očíslovaných dotazníků obstarala z počítačového systému výpisy měsíčních

objednávek obědů za období od 14. 12. 2009 – 10. 1. 2010 (viz příl. č. 6 s. 108). Racionální dieta je označena číslem 1, redukční 2, diabetická 3 a výběrová 4. Čísla objednávek s příslušnými dietami jsem zaznamenala do dvou 4-týdenních tabulek (A 1, 2, 3, 4) a (B 1, 2, 3, 4) (viz příl. č. 7, 8 s. 114 – 115), z nichž je patrné pohledem svisle dolů, jakou dietu si jednotlivý respondent objednal od pondělí až do neděle v každém týdnu. Pod každou tabulkou jsem uvedla výsledky zpracování a to počtem a procentuálním vyjádřením zvolených jednotlivých diet. V grafech (a 1, 2, 3, 4) a (b 1, 2, 3, 4) zaznamenávám četnost výskytu objednávek diet a pod grafem popisuji celkové hodnocení četnosti výskytu diabetické stravy u diabetiků a redukční stravy u obézních seniorů za každý týden. Závěr mého zkoumání je ukončen hodnocením jednotlivců sledovaných skupin a to součtem všech týdnů (tabulky A 1 – 4 a B 1- 4) a propočtem procent za celý měsíc. Grafem 1 A a 1 B b jsem znázornila záznamy o jednotlivých výběrech diet a jeho hodnocení za měsíc. Jídelní lístek je uveden v příloze č. 6. s. 108.

O výsledném šetření objednaných diet byla informována i nutriční terapeutka, která s konkrétní skupinou uskutečnila nutriční edukační besedu. Ve vzájemné spolupráci s nutriční terapeutkou jsem před touto edukací vypracovala edukační materiál (brožurky) s doporučenými zásadami a radami pro stravování diabetiků, obézních i ostatních seniorů, které uvádím v příl. č. 9, 10, 11 s. 116 – 123. Edukační brožurky byly rozmnoženy v dostatečném množství a předány seniorům. Ostatním seniorům byly brožurky k dispozici na stole před vstupem do jídelny a na recepci domova. Po nutriční edukaci asi za měsíc jsem skupině A i B rozdala k vyplnění dotazník II.

### Postup 3

K výslednému zhodnocení II. dotazníkového šetření jsem rovněž použila znázornění pomocí tabulek (5 tabulek AB) a sloupcových grafů (5 grafů ab). Grafy jsem popsala vlastním výzkumem pod grafem. Koeficient **n** i **N** byly stejně použity jako u zhodnocení dotazníku I.

## 4 Výsledky výzkumu a jejich analýza

### Postup 1

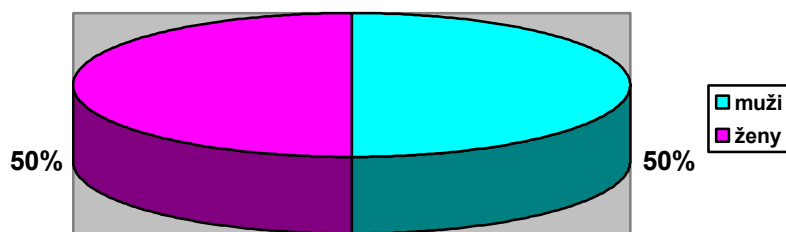
Ve svých výsledcích jsem nejdříve znázornila výsečovým grafem 1 a sloupcovým grafem 2 pohlaví a věk respondentů. Vyhodnocení, které jsou patrná z následujících grafů 2 a 3 jsem provedla zvlášť pro ženy a muže. Graf 3 znázorňuje hodnoty BMI.

**Tab. 1 Pohlaví žen a mužů**

Pohlaví respondentů

ženy	50	50%
muži	50	50%

**Graf 1 Pohlaví respondentů**



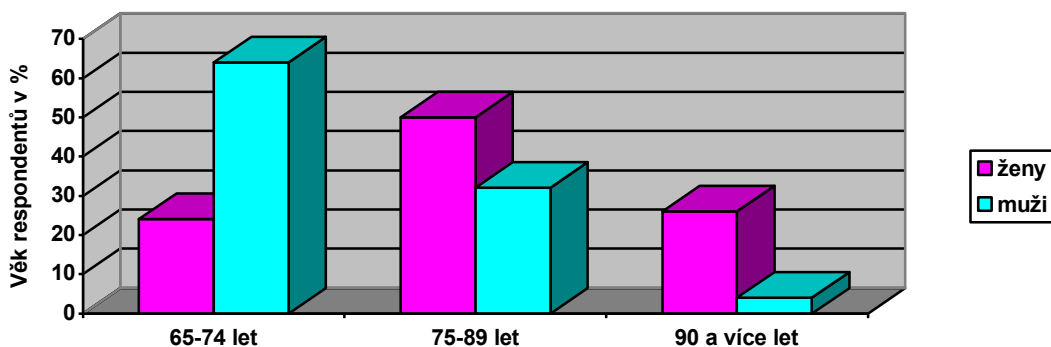
Zdroj: vlastní výzkum

Pohlaví respondentů je uveden v grafu 1, znázorňuje procentuální zastoupení sledované skupiny žen a mužů v domově pro seniory.

**Tab. 2 Věk žen a mužů**

	ženy		muži		celkem - N
	absolutní četnost - n	relativní četnost - %	absolutní četnost - n	relativní četnost - %	
65 – 74 let	12	24	32	64	44
75 – 89 let	25	50	16	32	41
90 a více let	13	26	2	4	15

**Graf 2 Věk respondentů**



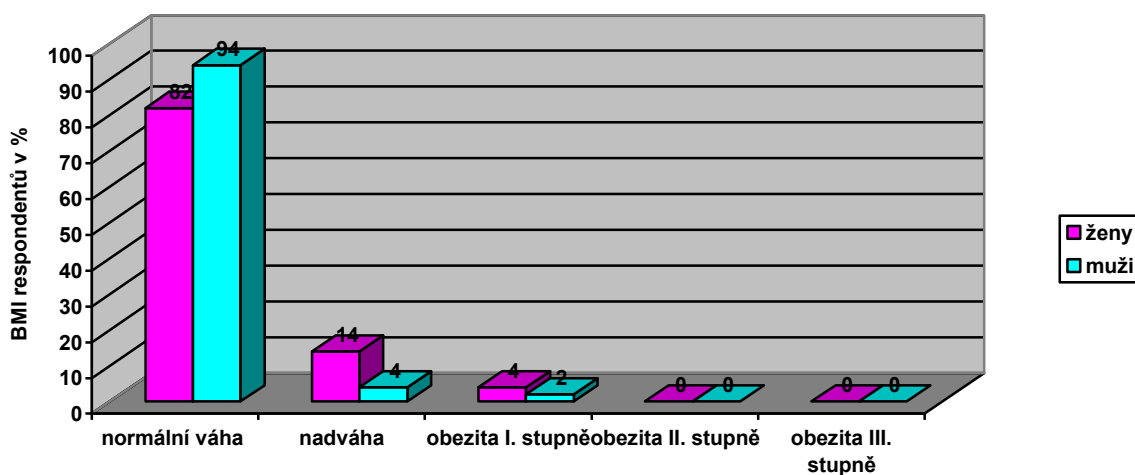
Zdroj: vlastní výzkum

Z celkového počtu 100 dotazovaných seniorů bylo ve věku 65 – 74 let 24% žen a 64% mužů, ve věku 75 – 89 let bylo 50% žen a 32% mužů, 90 a více let 26% žen a 4% mužů.

**Tab. 3 Hodnocení BMI u žen a mužů**

	ženy		muži		celkem - N
	absolutní četnost - n	relativní četnost - %	absolutní četnost - n	relativní četnost - %	
norm. váha	41	82	47	94	88
nadváha	7	14	2	4	9
obezita I.	2	4	1	2	3
obezita II.	0	0	0	0	0
obezita III.	0	0	0	0	0

**Graf 3 Hodnocení BMI u respondentů**



Zdroj: vlastní výzkum

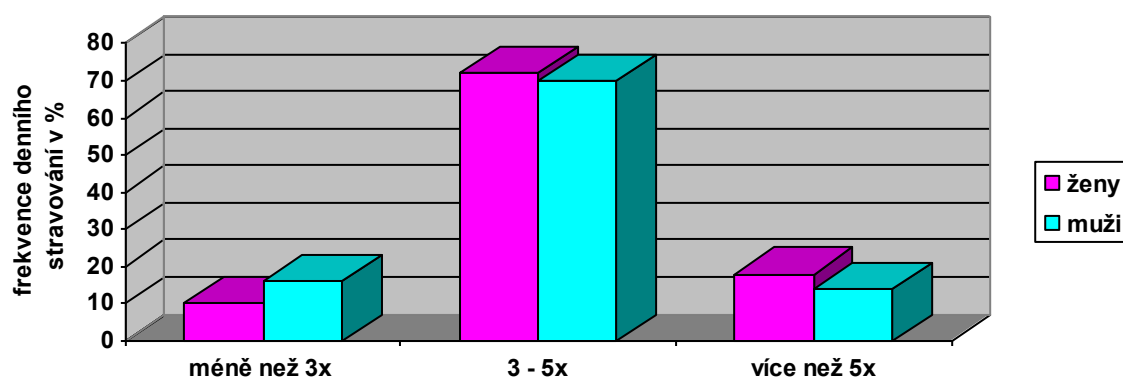


Podle vzorce BMI jsem zařadila respondenty do jednotlivých hmotnostních kategorií. Z tabulky 3 vyplývá, že normální váha s BMI 18,5 – 24,9 se vyskytuje u 82% žen a 94% mužů, BMI 25,0 – 29,9 svědčí pro mírnou nadváhu, kterou má 14% žen a 4% muži, obezita I. stupně dosahuje hodnot BMI 30,0 – 34,9, kterou trpí 4% žen a 2% mužů, obezita II. a III. stupně se nevyskytuje u žádného z respondentů.

**Tab. 4 Frekvence denního stravování**

	ženy		muži		celkem - N
	absolutní četnost - n	relativní četnost - %	absolutní četnost - n	relativní četnost - %	
méně než 3x	5	10	8	16	13
3 – 5x	36	72	35	70	71
více než 5x	9	18	7	14	16

**Graf 4 Frekvence denního stravování**



Zdroj: vlastní výzkum

#### Hodnocení odpovědí na otázku č. 1 dotazníku I.

##### Kolikrát denně jíte?

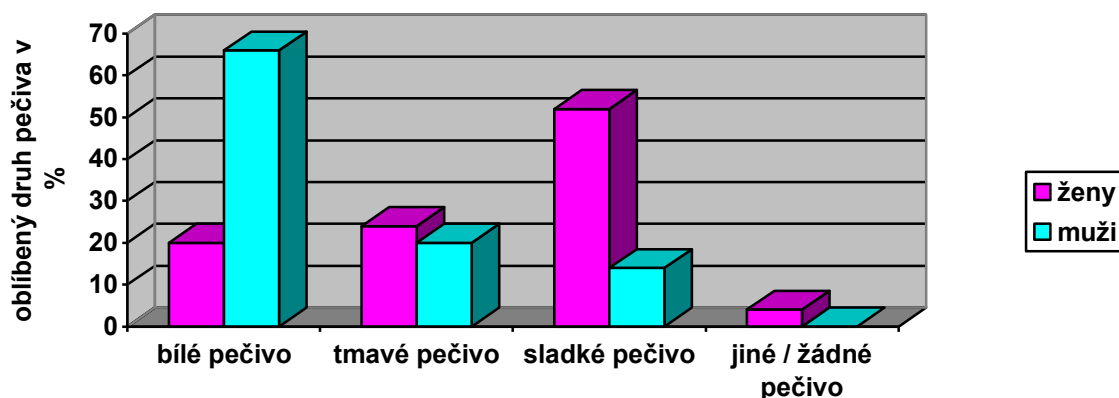
Z celkového počtu dotazovaných 50 žen (50%) a 50 mužů (50%) uvedlo příjem stravy méně než 3x denně 10% žen a 16% mužů, 3 – 5x denně 72% žen a 70% mužů a více než 5x denně podle potřeb (hladu nebo chuti) se stravuje 18% žen a 14% mužů.

**Tab. 5 Preference druhu pečiva ke snídani**

	ženy		muži		celkem - N
	absolutní četnost - n	relativní četnost - %	absolutní četnost - n	relativní četnost - %	
bílé pečivo	10	20	33	66	43
tmavé pečivo	12	24	10	20	22

sladké pečivo	26	52	7	14	33
jiné / žádné	2	4	0	0	2

**Graf 5 Preference druhu pečiva ke snídani**



Zdroj: vlastní výzkum

#### Hodnocení odpovědí na otázku č. 2 dotazníku I.

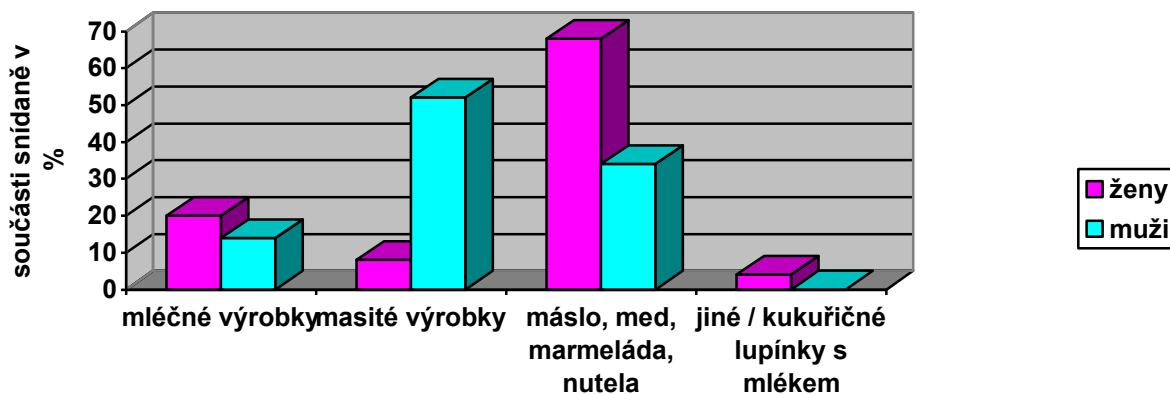
##### Co si zpravidla volíte k snídani?

Bílému pečivu dává přednost 20% žen a 66% mužů, tmavé pečivo zvolilo 24% žen a 20% mužů, sladké pečivo (např. koláče, vánočku) ke snídani mají nejraději ženy 52% a výjimečně 14% mužů. V položce „jiné“ se vyjádřily 2 ženy (4%), které doplnily, že *žádné pečivo* nekonzumují.

**Tab. 6 Součásti snídaně**

	ženy		muži		celkem - N
	absolutní četnost - n	relativní četnost - %	absolutní četnost - n	relativní četnost - %	
mléčné výrobky	10	20	7	14	17
masité výrobky	4	8	26	52	30
máslo, med, marmeláda, nutela	34	68	17	34	51
jiné / kukuřičné lupínky s mlékem	2	4	0	0	2

**Graf 6 Součásti snídaně**



Zdroj: vlastní výzkum

**Hodnocení odpovědí na podotázku otázky č. 2 dotazníku I.**

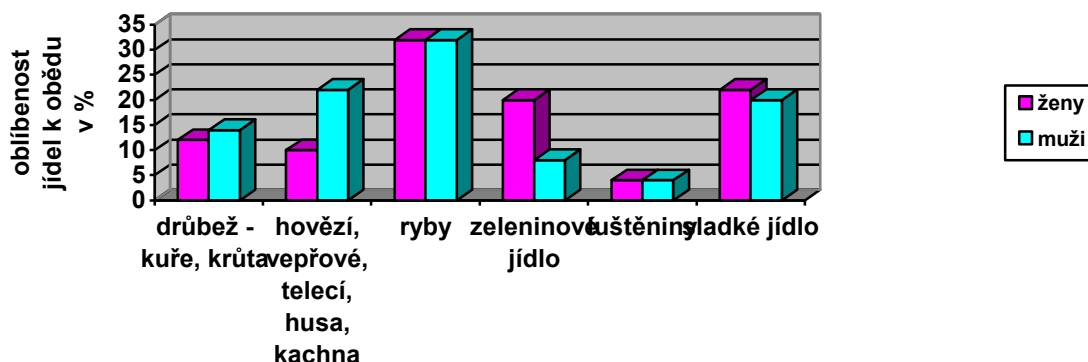
**Co k tomu?**

Mléčné výrobky jsou zastoupeny u 20% žen a 14% mužů, masité výrobky jsou oblíbené jen u 8% žen a 52% mužů, u 68% žen je naopak větší preference másla a sladkých přísad (med, marmeláda, nutela) než u mužů 34%. V položce „jiné“ se vyjádřily 2 ženy (4%), které doplnily *kukuřičné lupínky s mlékem* jako vlastní variantu.

**Tab. 7 Preference druhu potravin k obědu**

	ženy		muži		celkem - N
	absolutní četnost - n	relativní četnost - %	absolutní četnost - n	relativní četnost - %	
drůbež - kuře, krůta	6	12	7	14	20
hovězí, vepřové, telecí, husa, kachna	5	10	11	22	16
ryby	16	32	16	32	32
zeleninové jídlo	10	20	4	8	14
luštěniny	2	4	2	4	4
sladké jídlo	11	22	10	20	21

**Graf 7 Preference druhu potravin k obědu**



Zdroj: vlastní výzkum

### Hodnocení odpovědí na otázku č. 2 dotazníku I.

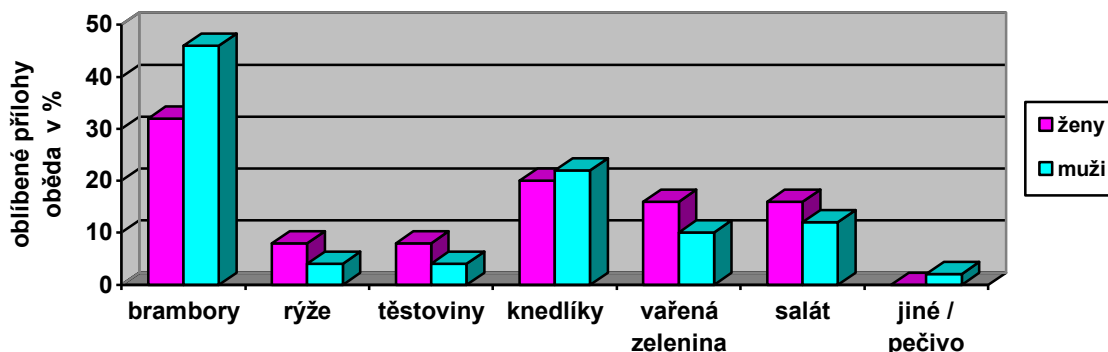
#### Co si zpravidla volíte k obědu?

Drůbeží maso (kuře, krůta) zvolilo 12% žen a 14% mužů, vepřové a hovězí maso, husu, kachnu preferuje 10% žen a 22% mužů. Ve stejném počtu dotazovaných 32% žen i mužů by přednost dalo rybám, zeleninové jídlo preferuje 20% žen a 8% mužů, luštěniny má v oblíbě 4% žen a 4% mužů, sladké jídlo je však stále oblíbené u 22% žen a 20% mužů.

**Tab. 8 Přílohy k obědu**

	ženy		muži		celkem - N
	absolutní četnost - n	relativní četnost - %	absolutní četnost - n	relativní četnost - %	
brambory	16	32	23	46	39
rýže	4	8	2	4	6
těstoviny	4	8	2	4	6
knedlíky	10	20	11	22	21
vařená zelenina	8	16	5	10	13
salát	8	16	6	12	14
jiné / pečivo	0	0	1	12	1

**Graf 8 Přílohy k obědu**



Zdroj: vlastní výzkum

**Hodnocení odpovědí na podotázku otázky č. 2 dotazníku I.**

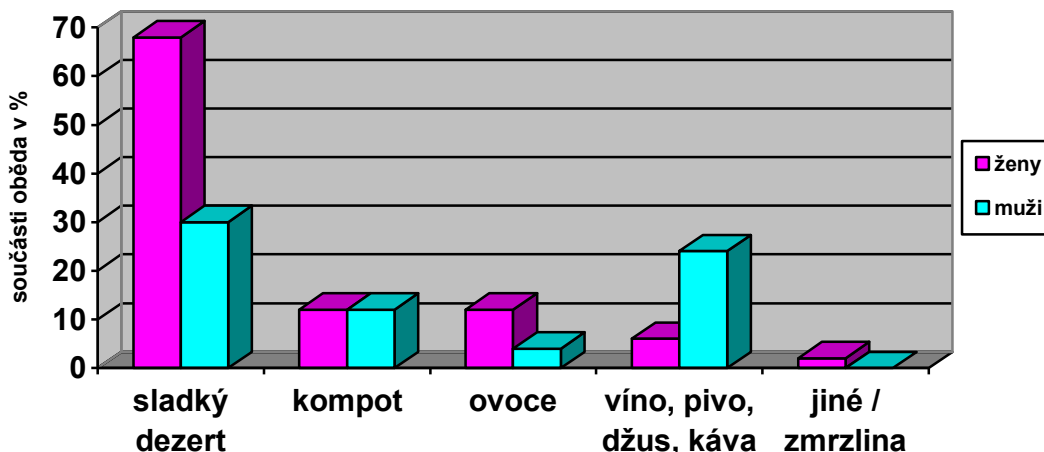
**Co k tomu?**

Brambory zvolilo 32% žen a 46% mužů, rýži i těstovinám dává přednost v obou případech stejný počet žen 8% a 4% mužů, obě pohlaví upřednostňuje knedlíky, které uvádí 20% žen a 22% mužů, vařená zelenina je oblíbená u 16% žen a 10% mužů, salát preferuje 16% žen a 12% mužů. V položce „jiné“ se vyjádřil 1 muž (2%), který doplnil *pečivo* jako vlastní variantu.

**Tab. 9 Součásti oběda**

	ženy		muži		celkem - N
	absolutní četnost - n	relativní četnost - %	absolutní četnost - n	relativní četnost - %	
sladký dezert	34	68	30	60	64
kompot	6	12	6	12	12
ovoce	6	12	2	4	8
víno, pivo, džus, káva	3	6	12	24	15
jiné / zmrzlina	1	2	0	0	1

**Graf 9 Součásti oběda**



Zdroj: vlastní výzkum

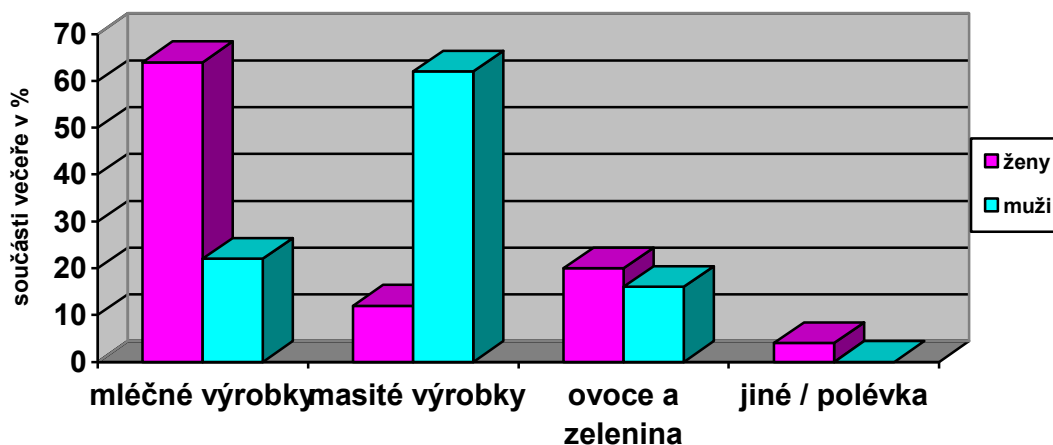
**Hodnocení odpovědí na podotázku otázky č. 2 dotazníku I.  
Co je součástí vašeho oběda?**

Sladký dezert jako součást oběda je zastoupen u 68% žen a 60% mužů, kompot zvolilo stejný počet 12% žen i 12% mužů, ovoce upřednostňuje 12% žen a jen 4% mužů. Víno, pivo, džus, slazenou minerálku nebo kávu uvedlo 6% žen a 24% mužů. V položce „jiné“ se vyjádřila 1 žena (2%), která doplnila *zmrzlinu* jako vlastní variantu.

**Tab. 10 Preference druhu potravin k večeři**

	ženy		muži		celkem - N
	absolutní četnost - n	relativní četnost - %	absolutní četnost - n	relativní četnost - %	
mléčné výrobky	32	64	11	22	43
masité výrobky	6	12	31	62	37
ovoce a zelenina	10	20	8	16	18
jiné / polévka	2	4	0	0	2

**Graf 10 Preference druhu potravin k večeři**



Zdroj: vlastní výzkum

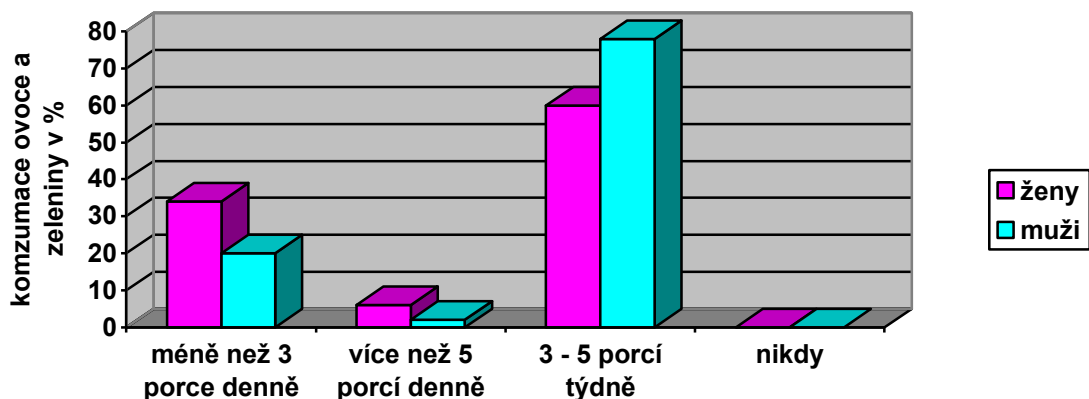
**Hodnocení odpovědí na otázku č. 2 dotazníku I.  
Co si zpravidla volíte k večeři?**

Mléčné výrobky k večeři konzumuje 64% žen a 22% mužů, masité výrobky volí jen 12% žen, ale více muži 62%, ovoce a zeleninu preferuje 20% žen a 16% mužů. V položce „jiné“ se vyjádřily 2 ženy (4%), které doplnily *polévku* jako svou vlastní variantu.

**Tab. 11 Frekvence a množství konzumace ovoce a zeleniny**

	ženy		muži		celkem - N
	absolutní četnost - n	relativní četnost - %	absolutní četnost - n	relativní četnost - %	
méně než 3 porce denně	17	34	10	20	27
více než 5 porcí denně	3	6	1	2	4
3 – 5 porcí týdně	30	60	39	78	69
nikdy	0	0	0	0	0

**Graf 11 Frekvence a množství konzumace ovoce a zeleniny**



Zdroj: vlastní výzkum

**Hodnocení odpovědí na otázku č. 3 dotazníku I.  
Jak často konzumujete ovoce a zeleninu?**

*Pozn. 1 porce odpovídá 1 misce salátu nebo 100 g ovoce a zeleniny.*

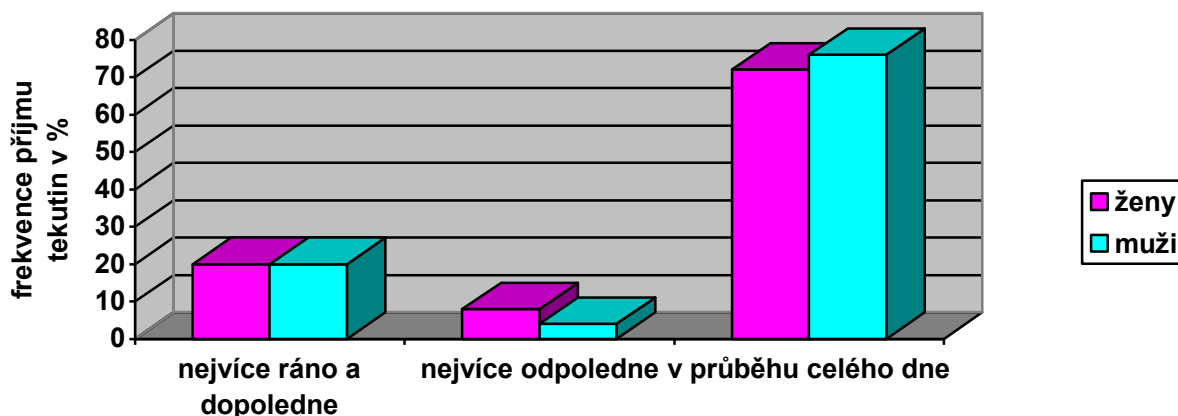
Méně než 3 porce ovoce a zeleniny denně konzumuje 34% žen a 20% mužů, více než 5 porcí denně preferuje 6% žen a 2% mužů, 3 – 5 porcí týdně konzumuje 60% žen a 78% mužů. Variantu „nikdy“ nevedl žádný z respondentů.

**Tab. 12 Frekvence příjmu tekutin**

	ženy		muži		celkem - N
	absolutní četnost - n	relativní četnost - %	absolutní četnost - n	relativní četnost - %	
nejvíce ráno a dopoledne	10	20	10	20	20
nejvíce odpoledne	4	8	2	4	6
v průběhu celého dne	36	72	38	76	74



**Graf 12 Frekvence příjmu tekutin**



Zdroj: vlastní výzkum

**Hodnocení odpovědí na otázku č. 4 dotazníku I.**

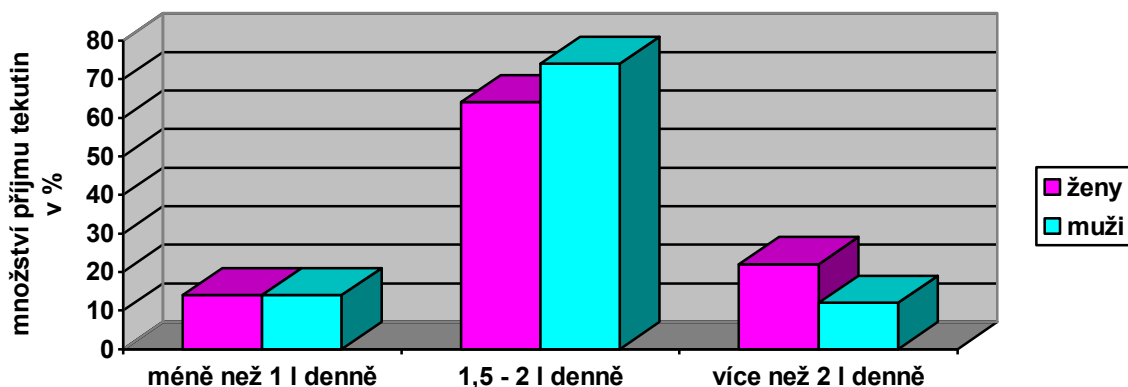
**Jak často v průběhu dne pijete?**

Nejvíce ráno a dopoledne popíjí 20% žen a 20% mužů, nejvíce odpoledne 8% žen a 4% mužů, v průběhu celého dne přijímá tekutiny 72% žen a 76% mužů.

**Tab. 13 Množství příjmu tekutin**

	ženy		muži		celkem - N
	absolutní četnost - n	relativní četnost - %	absolutní četnost - n	relativní četnost - %	
méně než 1 l denně	7	14	7	14	14
1,5 – 2 l denně	32	64	37	74	69
více než 2 l denně	11	22	6	12	17

**Graf 13 Množství příjmu tekutin**



Zdroj: vlastní výzkum

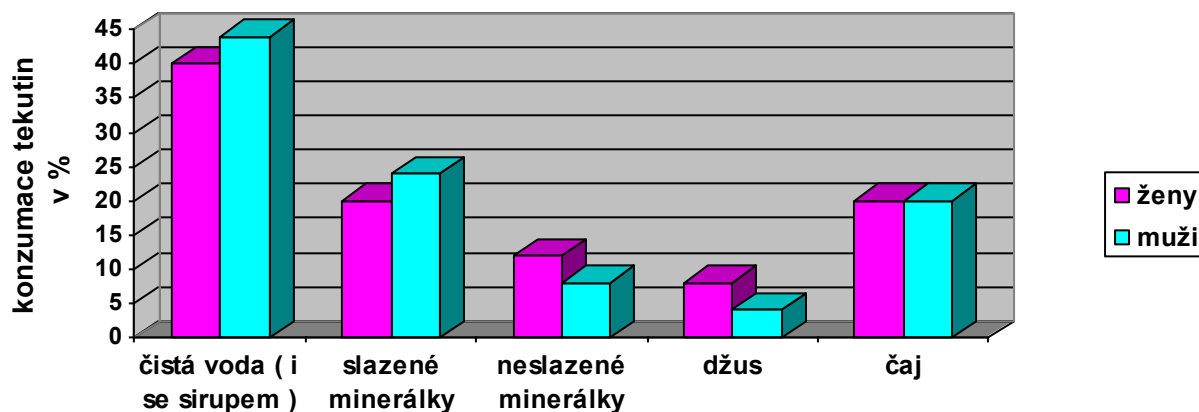
**Hodnocení odpovědí na otázku č. 5 dotazníku I.  
Jaké množství tekutin přijímáte?**

Méně než 1,5 l tekutin denně přijímá 14% žen a 14% mužů, 1,5 – 2 l denně vypije 64% žen a 74% mužů, více než 2 l tekutin denně přijímá 22% žen a 12% mužů.

**Tab. 14 Typy konzumovaných tekutin**

	ženy		muži		celkem - N
	absolutní četnost - n	relativní četnost - %	absolutní četnost - n	relativní četnost - %	
čistá voda ( i se sirupem )	20	40	22	44	44
slazené minerálky	10	20	12	24	22
neslazené minerálky	6	12	4	8	10
džus	4	8	4	8	8
čaj	1	2	0	0	1

**Graf 14 Typy konzumovaných tekutin**



Zdroj: vlastní výzkum

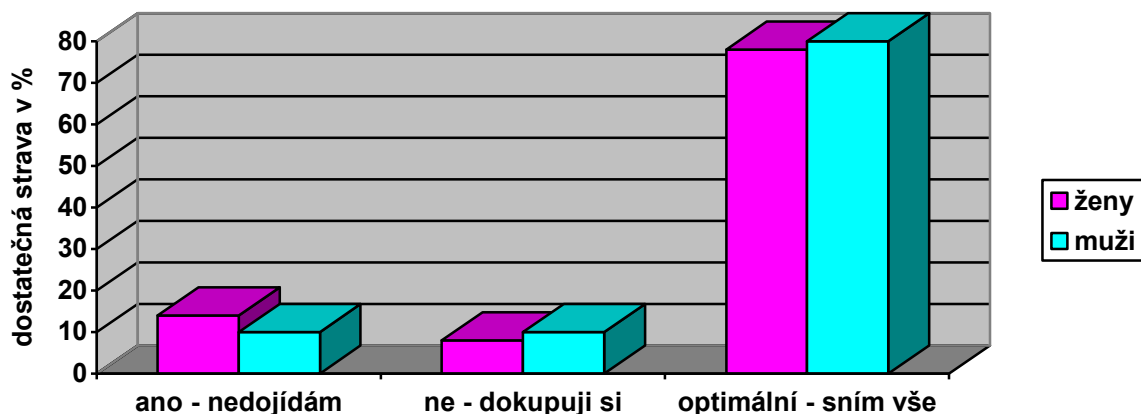
**Hodnocení odpovědí na otázku č. 6 dotazníku I.  
Jaké tekutiny pijete kromě kávy a alkoholu?**

Čistou vodu (i se sirupem) preferuje 40% žen a 44% mužů, slazené minerálky 20% žen a 24% mužů, neslazené minerálky 12% žen a 8% mužů, džus popíjí 8% žen a 4% mužů a čaj přijímá 20% žen a 20% mužů.

**Tab. 15 Dostatek podávané stravy**

	ženy		muži		celkem - N
	absolutní četnost - n	relativní četnost - %	absolutní četnost - n	relativní četnost - %	
ano - nedojídám	7	14	5	10	12
ne - dokupují si	4	8	5	10	9
optimální - sním vše	39	78	40	80	79

**Graf 15 Dostatek podávané stravy**



Zdroj: vlastní výzkum

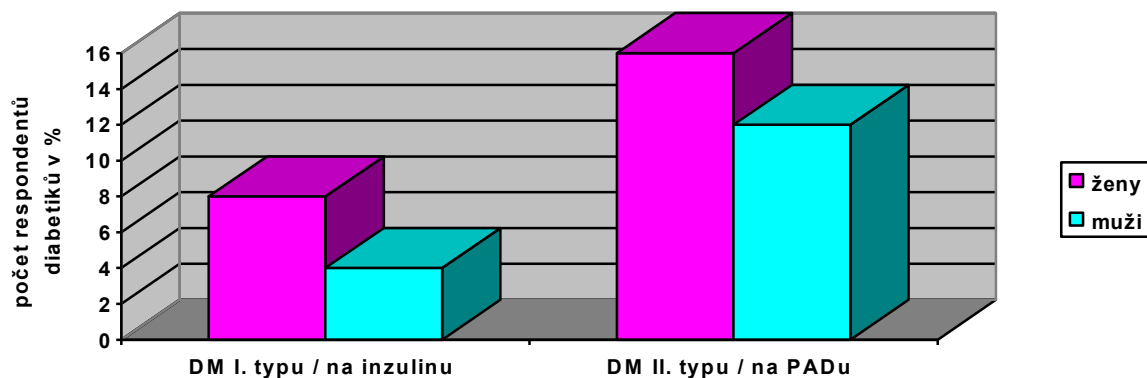
**Hodnocení odpovědí na otázku č. 7 dotazníku I.  
Je vaše strava podávána v dostatečném množství?**

Na nedojídání stravy odpovědělo 14% žen a 10% mužů, na nedostatečné podávání stravy a její dokupování poukázalo 8% žen a 10% mužů, za optimální podávání stravy, kdy sní vše, nemusí nechávat zbytky nebo si stravu dokupovat zvolilo 78% žen a 80% mužů.

**Tab. 16 Počet žen a mužů diabetů**

	ženy		muži		celkem - N
	absolutní četnost - n	relativní četnost - %	absolutní četnost - n	relativní četnost - %	
DM I. typu/ na inzulínu	4	8	2	4	6
DM II. typu / na PADu	8	16	6	12	14

**Graf 16 Počet žen a mužů diabetiků**



Zdroj: vlastní výzkum

**Hodnocení odpovědí na otázku č. 8 dotazníku I.**

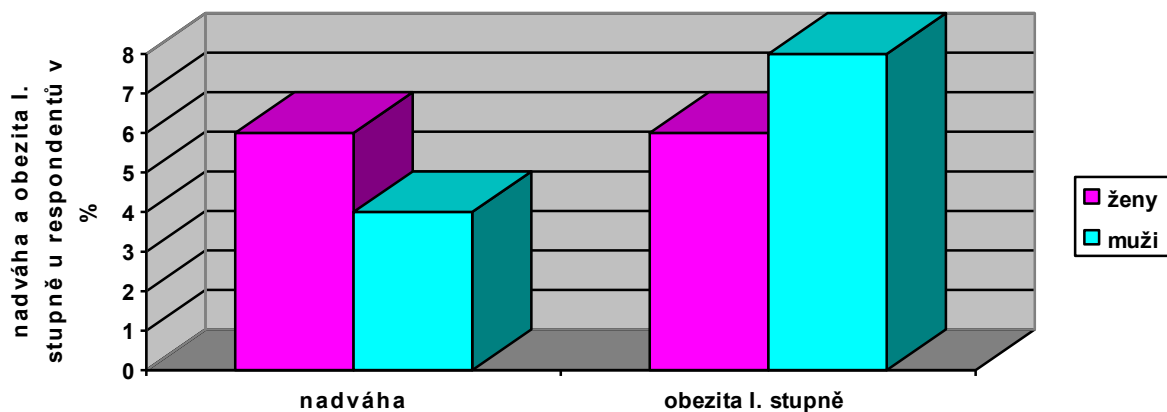
**Jste diabetik? a) závislý na inzulínu b) závislý na PADu**

Z výsledků vyplývá, že diabetiků závislých na inzulínu, tj. DM I. typu tvoří 8% žen a 4% mužů, diabetiků závislých na PADu, tj. DM II. typu je 16% žen a 12% mužů .

**Tab. 17 Počet žen a mužů s nadváhou a obezitou I. stupně**

	ženy		muži		celkem - N
	absolutní četnost - n	relativní četnost - %	absolutní četnost - n	relativní četnost - %	
nadváha BMI 25,0 – 29,9	3	6	3	6	6
obezita I. stupně BMI 30,0 – 34,9	2	4	4	8	6

**Graf 17 Počet žen a mužů s nadváhou a obezitou I. stupně**



Zdroj: vlastní výzkum

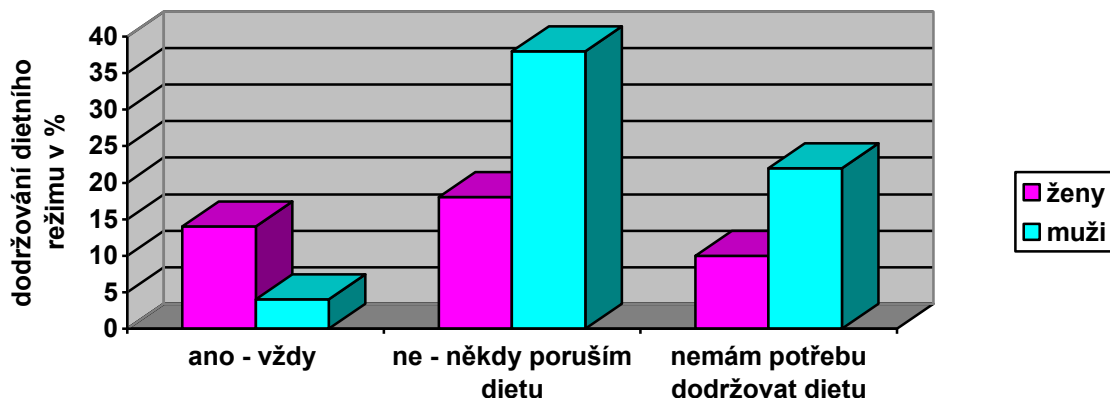
**Hodnocení odpovědí na otázku č. 8 dotazníku I.  
Trpíte obezitou?**

Z výsledků vyplývá, že 6% žen a 6% mužů trpí nadváhou, 4% žen a 8% mužů má obezitu I. stupně.

**Tab. 18 Dodržování dietního režimu**

	ženy		muži		celkem - N
	absolutní četnost - n	relativní četnost - %	absolutní četnost - n	relativní četnost - %	
ano - vždy	7	14	2	4	12
ne - někdy poruším	8	16	8	10	9
nemám potřebu dodržovat dietu	39	78	40	80	79

**Graf 18 Dodržování dietního režimu**



Zdroj: vlastní výzkum

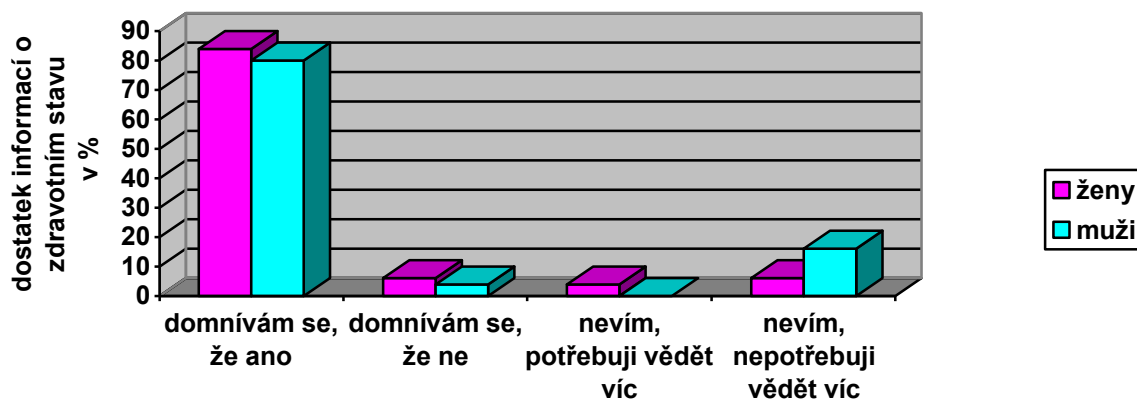
**Hodnocení odpovědí na podotázku otázky č. 8 dotazníku I.  
Snažíte se dodržovat dietní režim?**

Dodržování dietního režimu zvolilo 72% žen a 40% mužů. 18% žen a 38% mužů někdy dodržování dietního režimu poruší, a potřebu dodržovat dietu nemá 10% žen a 22 mužů.

**Tab. 19 Dostatek informací o zdravotním stavu**

	ženy		muži		celkem - N
	absolutní četnost - n	relativní četnost - %	absolutní četnost - n	relativní četnost - %	
domnívám se, že ano	42	84	40	80	82
domnívám se, že ne	3	6	2	4	5
nevím, potřebuji vědět víc	2	4	0	0	2
nevím, nepotřebuji vědět víc	3	6	8	16	11

**Graf 19 Dostatek informací o zdravotním stavu**



Zdroj: vlastní výzkum

**Hodnocení odpovědí na otázku č. 9 dotazníku I.  
Máte dostatečné informace o svém zdravotním stavu?**

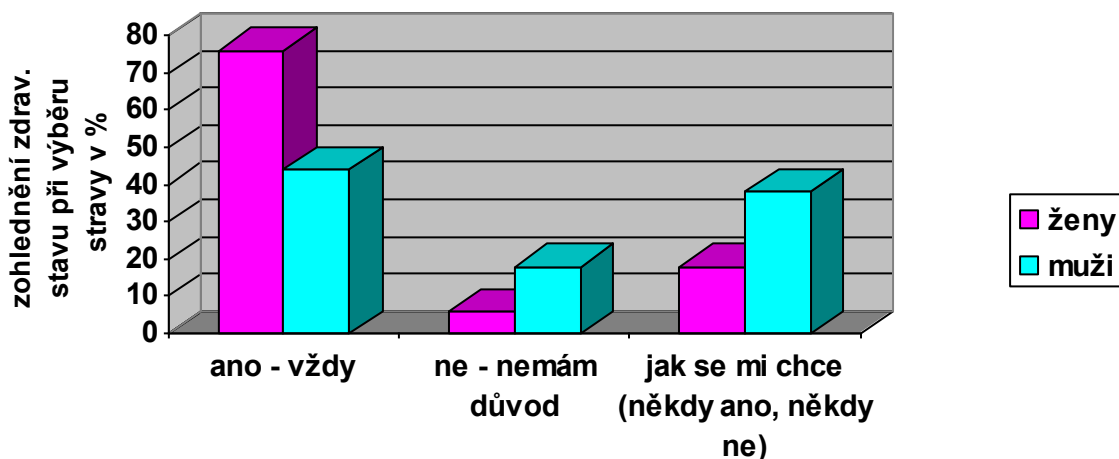
Dostatek informací o svém zdravotním stavu se domnívá, že má 84% žen a 80% mužů, 6% žen a 4% mužů se domnívá, že nemá dostatek informací o svém zdravotním stavu, na variantu „nevím, potřebuji vědět víc“ odpovědělo 4% žen a 0% mužů, 6% žen a 16% mužů neví, zda má o svém zdravotním stavu dostatek informací, ale také je nepotřebují vědět.

**Tab. 20 Ohled na zdravotní stav při výběru stravy**

	ženy		muži		celkem - N
	absolutní četnost - n	relativní četnost - %	absolutní četnost - n	relativní četnost - %	
ano vždy	38	76	22	44	60
ne nemám důvod	3	6	9	18	12
jak se mi chce	9	18	19	38	28



**Graf 20 Ohled na zdravotní stav při výběru stravy**



Zdroj: vlastní výzkum

**Hodnocení odpovědí na otázku č. 10 dotazníku I.**

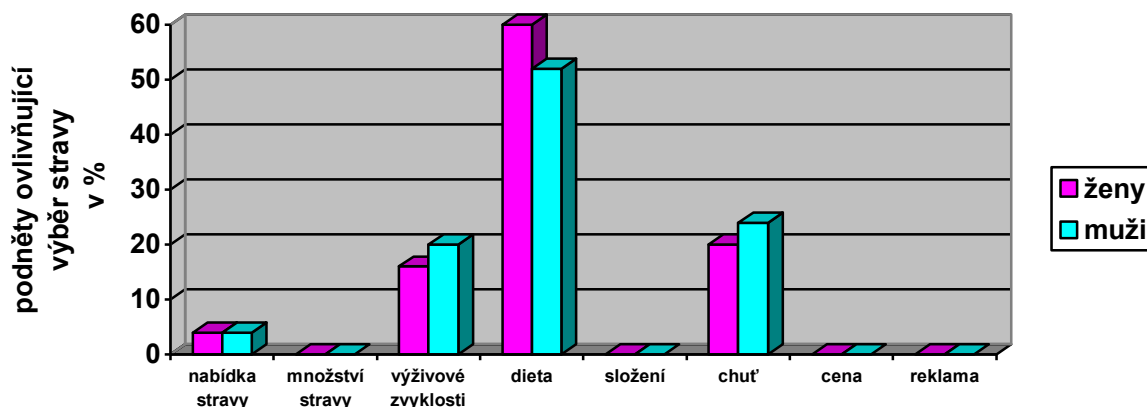
**Berete ohled na váš zdravotní stav při výběru stravy?**

Z celkového počtu dotazovaných zohledňuje svůj zdravotní stav při výběru stravy 76% žen a 44% mužů, 6% žen a 18% mužů uvedlo, že nemají důvod brát ohled, na variantu „jak se mi chce“ (někdy ano, někdy ne) odpovědělo 18% žen a 38% mužů.

**Tab. 21 Podněty ovlivňující výběr stravy**

	ženy		muži		celkem - N
	absolutní četnost - n	relativní četnost - %	absolutní četnost - n	relativní četnost - %	
nabídka jídel	2	4	2	4	4
množství nabízené stravy	0	0	0	0	0
výživové zvyklosti	8	16	10	20	18
dieta	30	60	26	52	56
složení	0	0	0	0	0
chuť	10	20	12	24	22
cena	0	0	0	0	0
reklama	0	0	0	0	0
jiné	0	0	0	0	0

**Graf 21 Podněty ovlivňující výběr stravy**



Zdroj: vlastní výzkum

**Hodnocení odpovědí na otázku č. 11 dotazníku I.**

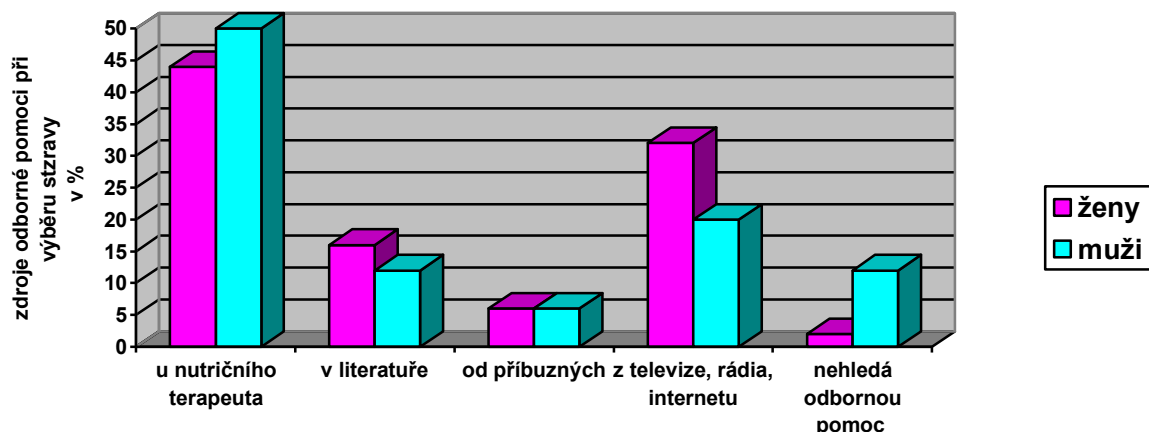
**Co ovlivňuje váš výběr stravy?**

Výběr stravy především ovlivňuje nabídka jídel u 4% žen a 4% mužů, množství nabízené stravy nevedla žádná žena 0% ani muž 0%, výživové zvyklosti se podílejí na výběru stravy u 16% žen a 20% mužů, dieta ovlivňuje výběr stravy u 60% žen a 52% mužů, složení stravy není důležité u žádné ženy 0% ani 0% mužů, podíl chutě při výběru stravy je u 20% žen a 24% mužů, cena s reklamou nemá u dotazovaných na výběr stravy žádný vliv, v obou případech ji uvedlo 0% žen a 0% mužů, variantu „jiné“ nedoplnil žádný z dotazovaných.

**Tab. 22 Zdroje odborné pomoci při výběru vhodné stravy**

	ženy		muži		celkem - N
	absolutní četnost - n	relativní četnost - %	absolutní četnost - n	relativní četnost - %	
u nutričního terapeuta	22	44	25	50	47
v literatuře	8	16	6	12	14
od příbuzných	3	6	3	6	6
z televize, rádia, internetu	16	32	10	20	26
nehledám odbornou pomoc	1	2	6	12	7

**Graf 22 Zdroje odborné pomoci při výběru vhodné stravy**



Zdroj: vlastní výzkum

**Hodnocení odpovědí na otázku č. 12 dotazníku I.**

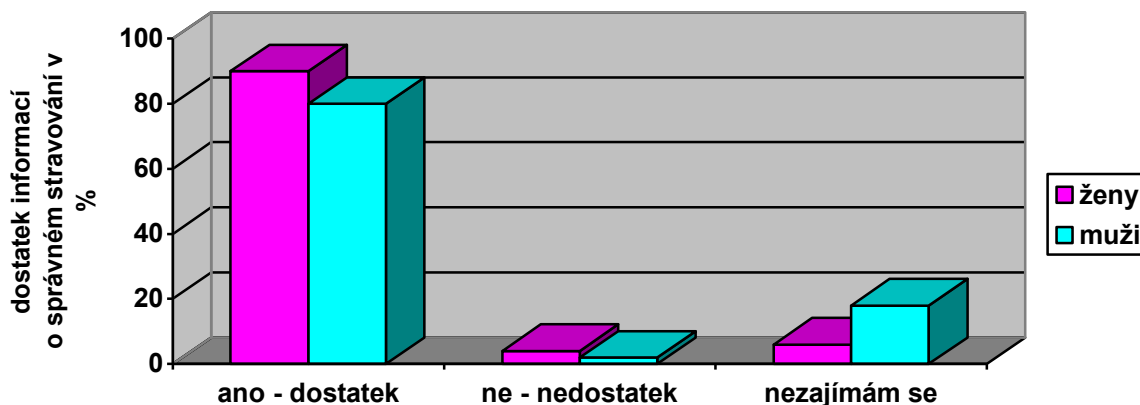
**Kde hledáte odbornou pomoc při výběru vhodné stravy?**

Odbornou pomoc při výběru vhodné stravy hledá 44% žen a 50% mužů u nutričního terapeuta, v literatuře hledá odbornou pomoc 16% žen a 12% mužů, informace od příbuzných a známých dostává 6% žen a 6% mužů, z televize, rádia či internetu přijímá rady 32% žen a 20% mužů, 2% žen a 12% mužů odpovědělo, že nehledají žádnou pomoc.

**Tab. 23 Dostatek informací o správném stravování**

	ženy		muži		celkem - N
	absolutní četnost - n	relativní četnost - %	absolutní četnost - n	relativní četnost - %	
<b>ano - dostatek</b>	45	90	40	80	85
<b>ne - nedostatek</b>	2	4	1	2	3
<b>nezajímám se</b>	3	6	9	18	12

**Graf 23 Dostatek informací o správném stravování**



Zdroj: vlastní výzkum

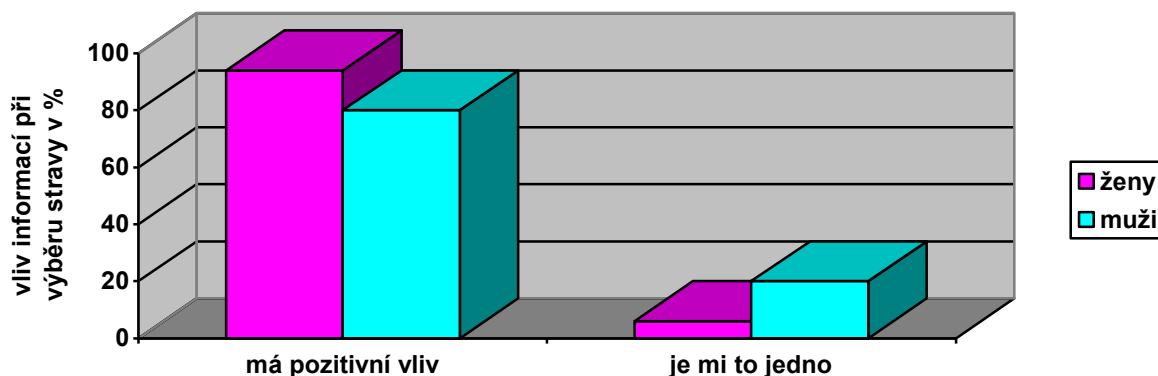
**Hodnocení odpovědí na otázku č. 13 dotazníku  
Dostáváte dostatek informací o tom, co máte jíst?**

Dostatek informací, o tom, co dotazovaný má jíst dostává 90% žen a 80% mužů, nedostatek informací uvedlo 4% žen a 2% mužů, 6% žen a 18% mužů se nezajímají o to, jak mají správně jíst.

**Tab. 24 Vliv informací na chování respondentů při výběru stravy**

	ženy		muži		celkem - N
	absolutní četnost - n	relativní četnost - %	absolutní četnost - n	relativní četnost - %	
<b>má pozitivní vliv</b>	<b>47</b>	<b>94</b>	<b>40</b>	<b>80</b>	<b>87</b>
<b>je mi to jedno</b>	<b>3</b>	<b>6</b>	<b>10</b>	<b>20</b>	<b>13</b>

**Graf 24 Vliv informací na chování respondentů při výběru stravy**



Zdroj: vlastní výzkum

**Hodnocení odpovědí na otázku č. 14 dotazníku I.**

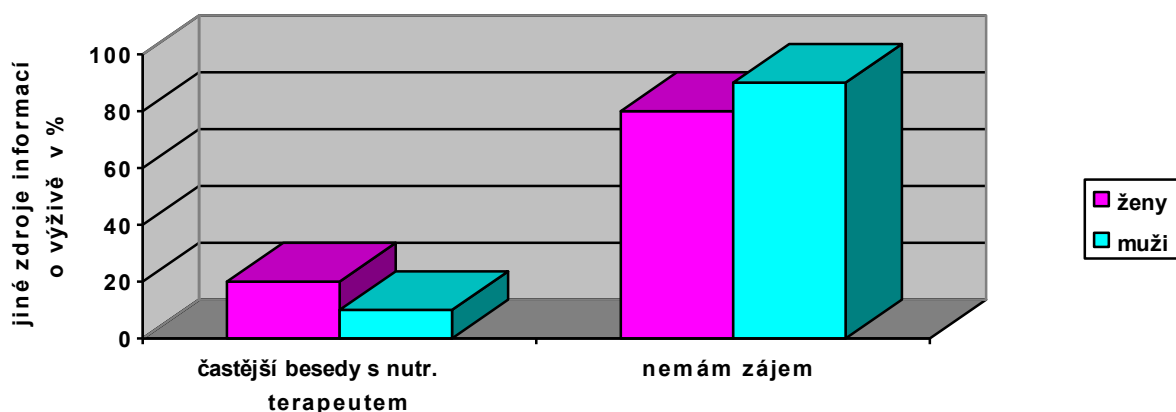
**Jaký vliv mají informace na vaše chování při výběru vaší stravy?**

Pozitivní vliv mají informace na chování dotazovaných při výběru stravy u 80% žen a u 80% mužů, 20% žen a 20% mužů uvedlo, že je jim to jedno.

**Tab. 25 Jiné zdroje informací o správné výživě**

	ženy		muži		celkem - N
	absolutní četnost - n	relativní četnost - %	absolutní četnost - n	relativní četnost - %	
častější besedy s nutričním terapeutem	10	20	5	10	15
nemám zájem	40	80	45	90	85
jiné	0	0	0	0	0

**Graf 25 Jiné zdroje informací o správné výživě**



Zdroj: vlastní výzkum

### Hodnocení odpovědí na otázku č. 15 dotazníku I.

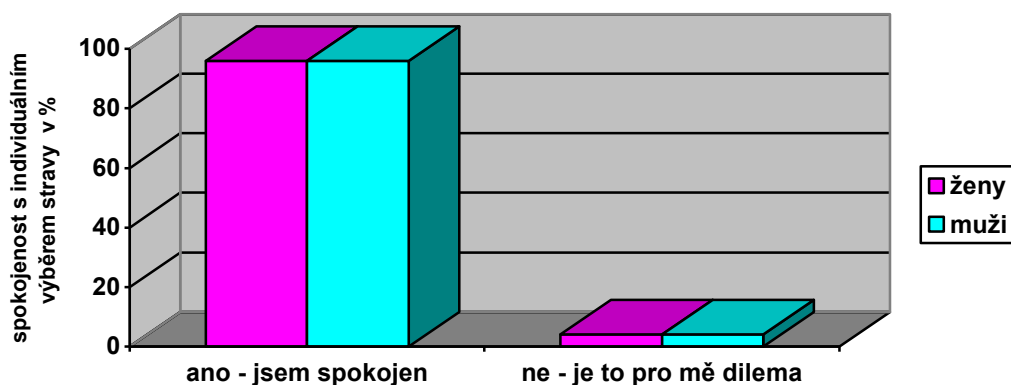
#### Jaký jiný zdroj informací byste si přáli?

Častější besedy s nutričním terapeutem uvedlo 20% žen a 10% mužů, zájem nemá 80% žen a 90% mužů. Variantu „jiné“ nedoplnil žádný z dotazovaných.

**Tab. 26 Spokojenost s individuálním výběrem stravy**

	ženy		muži		celkem - N
	absolutní četnost - n	relativní četnost - %	absolutní četnost - n	relativní četnost - %	
ano - jsem spokojen	48	96	48	96	96
ne - je to pro mě dilema	2	4	2	4	4

**Graf 26 Spokojenost s individuálním výběrem stravy**



Zdroj: vlastní výzkum

### Hodnocení odpovědí na otázku č. 16 dotazníku I.

#### Jste spokojen/a s individuálním výběrem stravy?

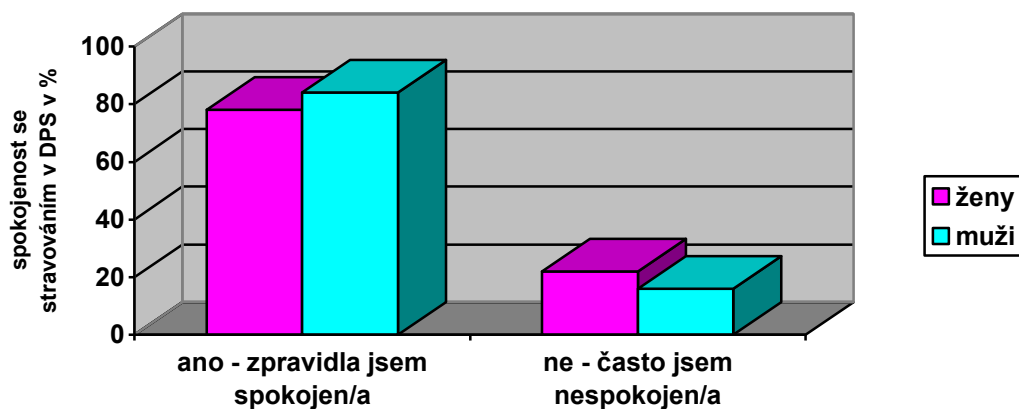
Spokojenost s individuálním výběrem projevuje 96% žen a 96% mužů, pro 4% žen a 4% mužů je to určité dilema, proto vyjádřili nespokojenost.

**Tab. 27 Spokojenost se stravováním v domově pro seniory**

	ženy		muži		celkem - N
	absolutní četnost - n	relativní četnost - %	absolutní četnost - n	relativní četnost - %	
ano zpravidla jsem spokojen/a	39	78	42	84	81

ne - často jsem nespokojen/a	11	22	8	16	19
------------------------------------	----	----	---	----	----

**Graf 27 Spokojenost se stravováním v domově pro seniory**



Zdroj: vlastní výzkum

**Hodnocení odpovědí na otázku č. 17 dotazníku I.**

**Jste spokojen/a se stravováním v domově pro seniory?**

Spokojenost se stravováním v domově pro seniory uvedlo 78% žen a 84% mužů, často není spokojeno 22% žen a 16% mužů.

## Postup 2

### Zpracování údajů z jídelníčku (vyhodnocení individuálního výběru stravy)

V této části jsem se zaměřila na 32 respondentů, jehož první skupinu A tvoří 20 diabetiků (1 část), správná volba diabetické diety je označena číslem 3.

Druhou skupinu B tvoří 32 seniorů s nadváhou i obezitou I. stupně (2 část), správná volba redukční diety je označena číslem 2. Pro pochopení uvádím jen tab. A 1, ostatní tabulky uvádím v příl. č.7, 8 s. 115 - 116.

#### 1 část

##### označení diet

racionální – 1

redukční – 2

diabetická – 3

výběrová – 4

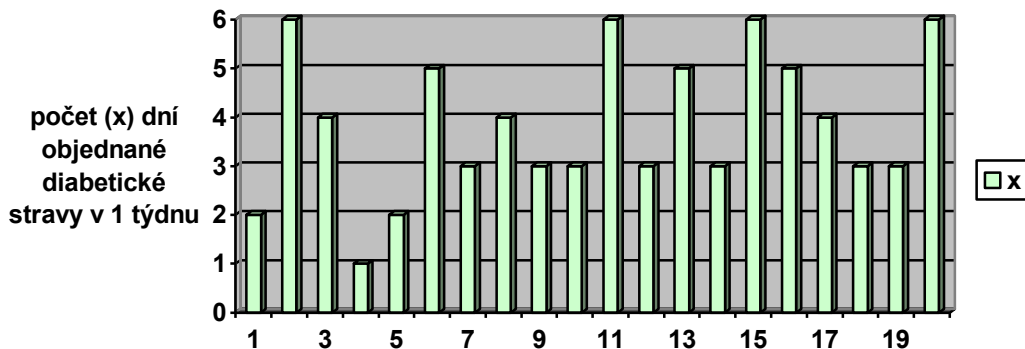
**Tab. A 1 Četnost výskytu objednané diabetické stravy u diabetiků v 1 týdnu**

1 týden	20 diabetiků																			
Pondělí	1	3	1	1	3	4	3	3	1	2	3	1	3	4	3	3	2	3	1	3
Úterý	1	3	4	1	2	3	4	3	3	1	2	2	3	3	4	3	3	1	4	3
Středa	3	3	3	1	2	4	2	4	3	1	3	3	3	2	3	1	3	3	3	3
Čtvrtek	3	4	3	3	2	3	3	4	1	3	3	4	3	3	3	3	2	2	1	3
Pátek	4	3	3	2	3	3	2	3	3	4	3	2	2	3	3	4	3	4	4	4
Sobota	1	3	2	4	2	3	1	3	1	3	3	3	2	2	3	3	3	1	3	3
Neděle	2	3	3	4	1	3	3	4	2	3	3	3	3	2	3	3	4	3	3	3

#### Výsledky zpracování:

V 1 týdnu od 14. 12. 2009 do 20. 12. 2009 zvolilo 77 diabetiků (55%) diabetickou stravu, 20 osob (14%) racionální, 22 osob (16%) redukční a 21 osob (15%) výběrovou.

**Graf a 1 Četnost výskytu objednané diabetické stravy u diabetiků v 1 týdnu**



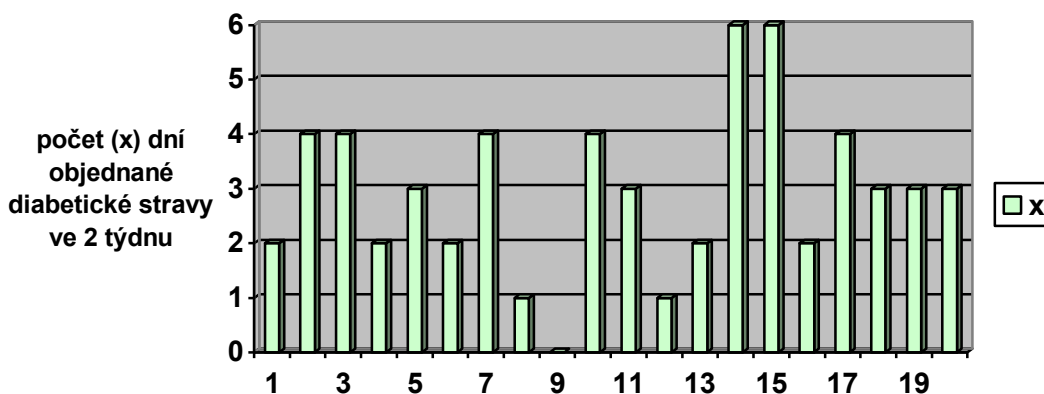


### Četnost výskytu objednané diabetické stravy u diabetiků ve 2 týdnu ( viz tab. A 2)

#### Výsledky zpracování:

Ve 2 týdnu od 21. 12. 2009 do 27. 12. 2009 zvolilo 59 osob (42%) diabetickou stravu, 35 osob (25%) racionální, 23 osob (16%) redukční a 23 osob (17%) výběrovou.

### Graf a 2 Četnost výskytu objednané diabetické stravy u diabetiků ve 2 týdnu

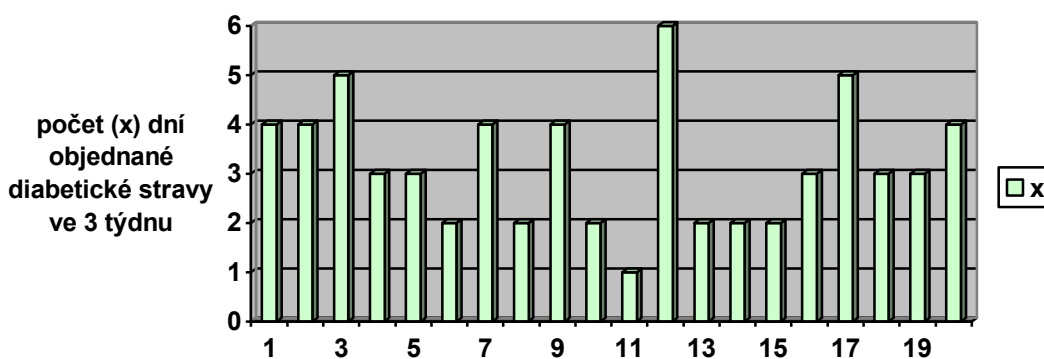


### Četnost výskytu objednané diabetické stravy u diabetiků ve 3 týdnu ( viz tab. A 3)

#### Výsledky zpracování:

Ve 3 týdnu od 28. 12. 2009 do 3. 1. 2010 zvolilo 64 osob (45%) diabetickou stravu, 30 osob (22%) racionální, 29 osob (21%) redukční a 17 osob (12%) výběrovou.

### Graf a 3 Četnost výskytu objednané diabetické stravy u diabetiků ve 3 týdnu

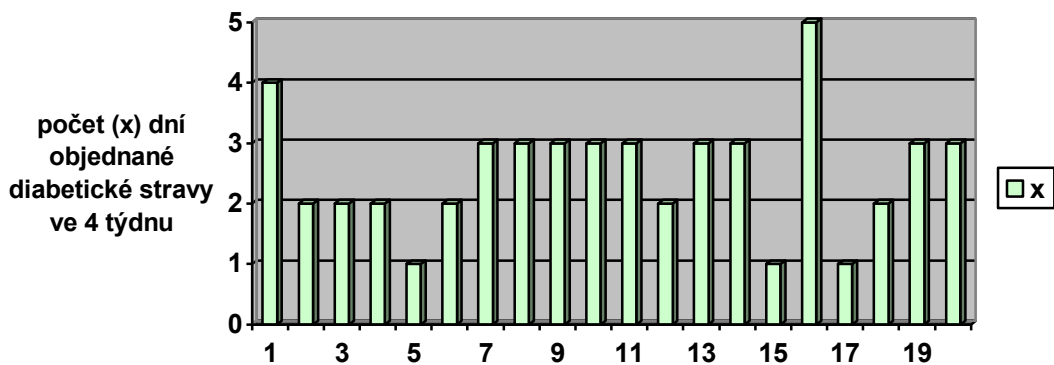


### Četnost výskytu objednané diabetické stravy u diabetiků ve 4 týdnu ( viz tab. A 4)

#### Výsledky zpracování:

Ve 4 týdnu od 4. 1. 2010 do 10. 1. 2010 zvolilo 51 osob (36%) diabetickou stravu, 28 osob (20%) racionální, 32 osob (23%) redukční a 29 osob (21%) výběrovou.

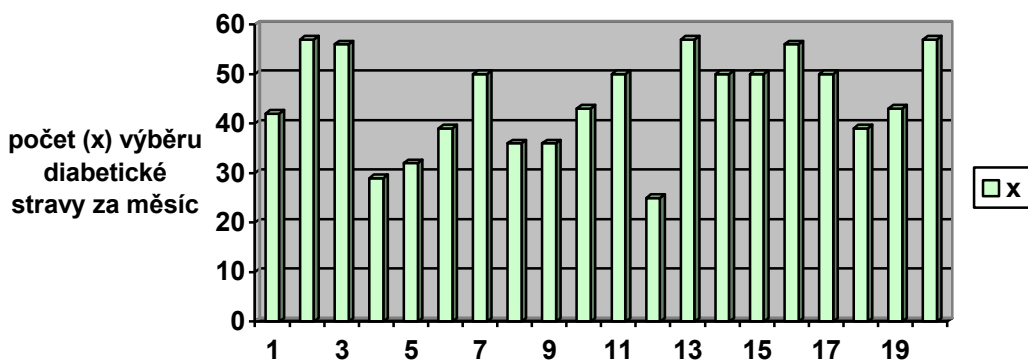
**Graf a 4 Četnost výskytu objednané diabetické stravy u diabetiků ve 4 týdnu**



**Tab. A 1 - 4 Hodnocení jednotlivých diabetiků při výběru diabetické stravy a jeho propočtení v % za měsíc (28 dní)**

20 diabetiků	počet (x) výběru diabetické stravy za měsíc	propočtení % za 28 dnů
1 diabetik	12x	42%
2 diabetik	16x	57%
3 diabetik	15x	56%
4 diabetik	8x	29%
5 diabetik	9x	32%
6 diabetik	11x	39%
7 diabetik	14x	50%
8 diabetik	10x	36%
9 diabetik	10x	36%
10 diabetik	12x	43%
11 diabetik	14x	50%
12 diabetik	7x	25%
13 diabetik	16x	57%
14 diabetik	14x	50%
15 diabetik	14x	50%
16 diabetik	15x	56%
17 diabetik	14x	50%
18 diabetik	11x	39%
19 diabetik	12x	43%
20 diabetik	16x	57%

**Graf A 1 - 4a Záznam výběru diabetické stravy u diabetiků za 28 dnů (tj. 1 měsíc)**



**Hodnocení:**

V tabulkách uvádím přehled jednotlivých diabetiků, jejich měsíční počet a vyjádření procent (%) výběru diabetické stravy. Z následujících výsledků je patrné, že 3 senioři diabetici zvolili nejvíce 16x (57%) diabetickou stravu za měsíc, 2 diabetici 15x (56%), 5 diabetiků 14x (50%), 3 diabetici 12x (43%), 2 diabetici 11x (39%), 2 diabetici 10x (36%), 1 diabetik 9x (32%), 1 diabetik 8x (29%) a nejméně 1 diabetik 7x (25%).

**2. část**

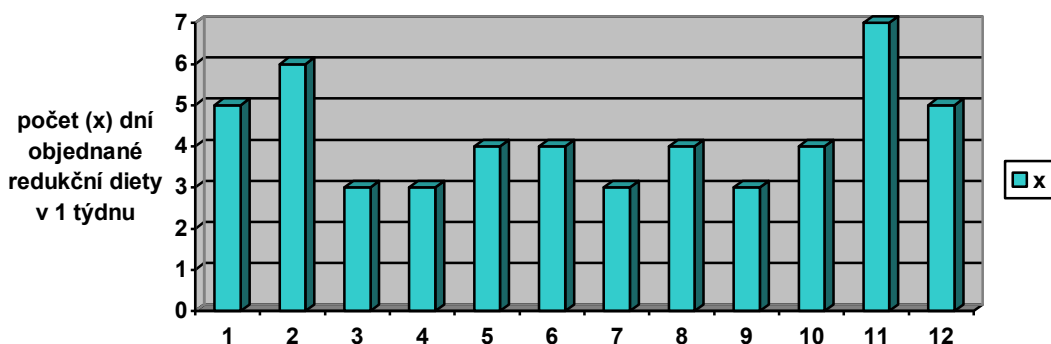
racionální – 1      redukční – 2      diabetická – 3      výběrová – 4

**Četnost výskytu objednané redukční diety u obézních seniorů v 1 týdnu (viz tab. B 1)**

**Výsledky zpracování:**

V 1 týdnu od 14. 12. 2009 do 20. 12. 2009 zvolilo 51 osob (61%) redukční dietu, 16 osob (19%) racionální, 6 osob (7%) diabetickou a 11 osob (13%) výběrovou.

**Graf b 1 Četnost výskytu objednané redukční diety u obézních seniorů v 1 týdnu**

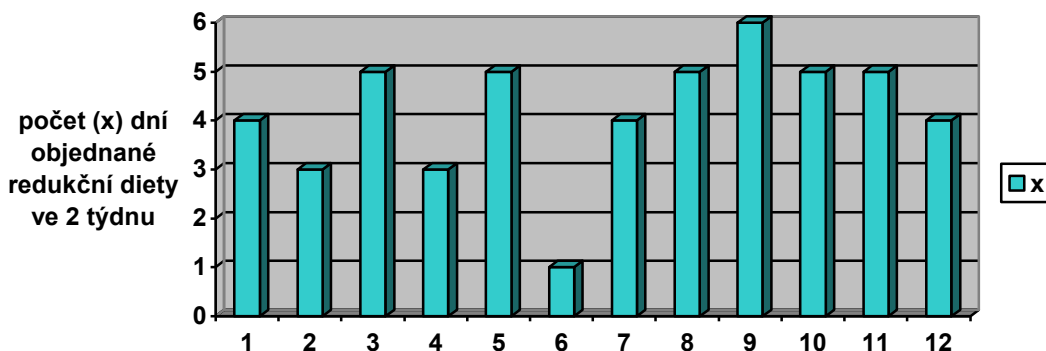


**Četnost výskytu objednané redukční diety u obézních seniorů ve 2 týdnu ( viz tab. B 2)**

**Výsledky zpracování:**

Ve 2 týdnu od 21. 12. do 27. 12. zvolilo 50 osob (60%) redukční dietu , 16 osob (19%) racionální, 10 osob (11%) diabetickou a 8 osob (10%) výběrovou.

**Graf b 2 Četnost výskytu objednané redukční diety u obézních seniorů ve 2 týdnu**

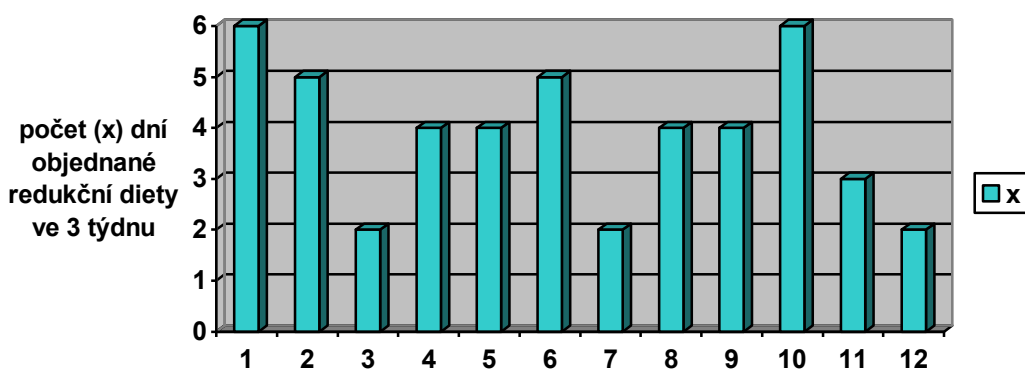


**Četnost výskytu objednané redukční diety u obézních seniorů ve 3 týdnu ( viz tab. B 3)**

**Výsledky zpracování:**

Ve 3 týdnu od 28. 12. do 3. 1. zvolilo 47 osob (56%) redukční dietu, 13 osob ( 16%) racionální, 14 osob (17%) diabetickou a 10 osob (11%) výběrovou.

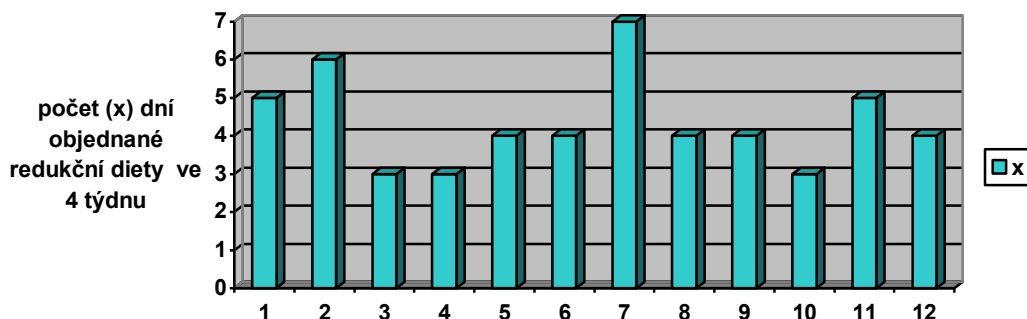
**Graf b 3 Četnost výskytu objednané redukční diety u obézních seniorů ve 3 týdnu**



**Četnost výskytu objednané redukční diety u obézních seniorů ve 4 týdnu (viz tab. B 4)**

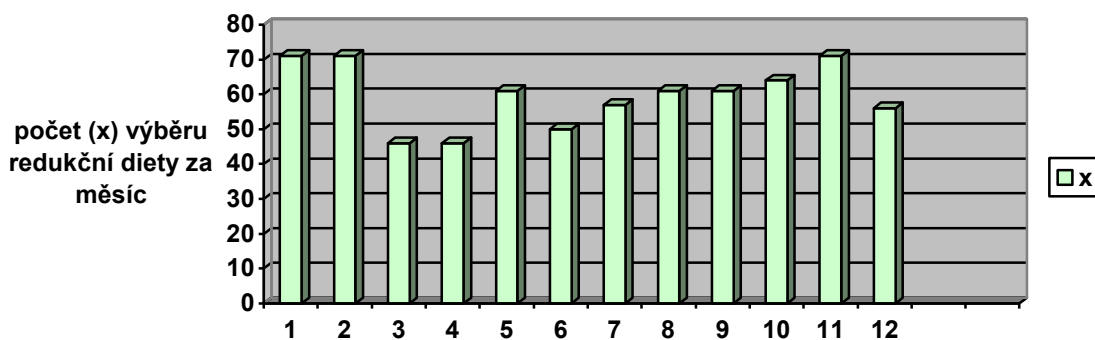
**Výsledky zpracování:**

Ve 4 týdnu od 4. 1. do 10. 1. zvolilo 52 osob (61%) redukční dietu, 12 osob (14%) racionální, 13 osob (16%) diabetickou a 7 osob (9%) výběrovou.

**Graf b 4 Četnost výskytu objednané redukční diety u obézních seniorů ve 4 týdnu****Tab. B 1 - 4 Hodnocení jednotlivých obézních seniorů při výběru redukční diety a jeho propočet v % za měsíc ( 28 dní )**

12 obézních seniorů	počet ( x ) výběru redukční diety za měsíc	propočet % za 28 dnů
1 senior	20x	71%
2 senior	20x	71%
3 senior	13x	46%
4 senior	13x	46%
5 senior	17x	61%
6 senior	14x	50%
7 senior	16x	57%
8 senior	17x	61%
9 senior	17x	61%
10 senior	18x	64%
11 senior	20x	71%
12 senior	15x	56%

**Graf B 1 - 4 b Záznam výběru redukční diety u obézních seniorů za 28 dnů ( tj. 1 měsíc )**



### Hodnocení:

V tabulkách uvádím přehled jednotlivých obézních seniorů, jejich měsíční počet a vyjádření procent (%) výběru redukční diety. Z následujících výsledků je patrné, že 3 obézní senioři zvolili nejvíce 20x (71%) redukční dietu za měsíc, 1 obézní 18x (64%), 3 obézní 17x (61%), 1 obézní 16x (57%), 1 obézní 15x (56%), 1 obézní 14x (50%) a nejméně 2 obézní 13x (46%).

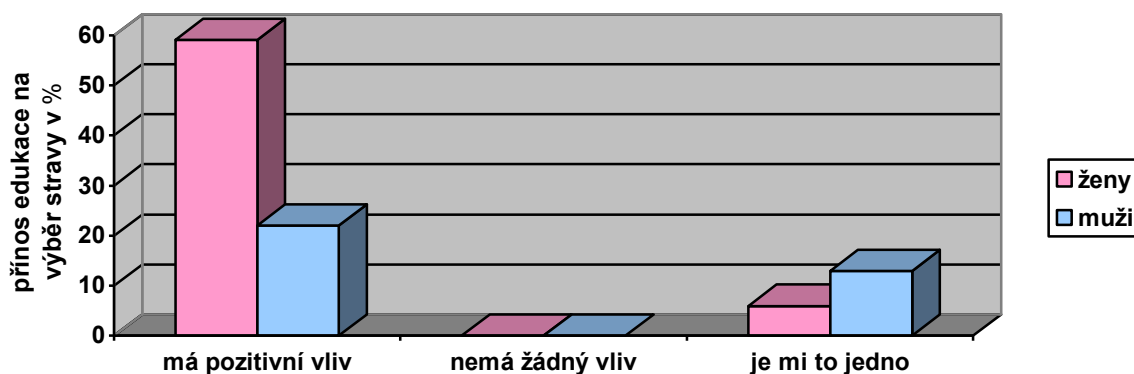
### Postup 3

zpracování dotazníku II.

**Tab. 1 AB Přínos edukace na výběr stravy**

	ženy		muži		celkem - N
	absolutní četnost - n	relativní četnost - %	absolutní četnost - n	relativní četnost - %	
<b>má pozitivní vliv</b>	19	59	7	22	26
<b>nemá žádný vliv</b>	0	0	0	0	0
<b>je mi to jedno</b>	2	6	4	13	6

**Graf 1ab Přínos edukace na výběr stravy**



Zdroj: vlastní výzkum

### **Hodnocení odpovědí na otázku č. 1 dotazníku II.**

#### **Je edukace ve vašem stravování přínosem?**

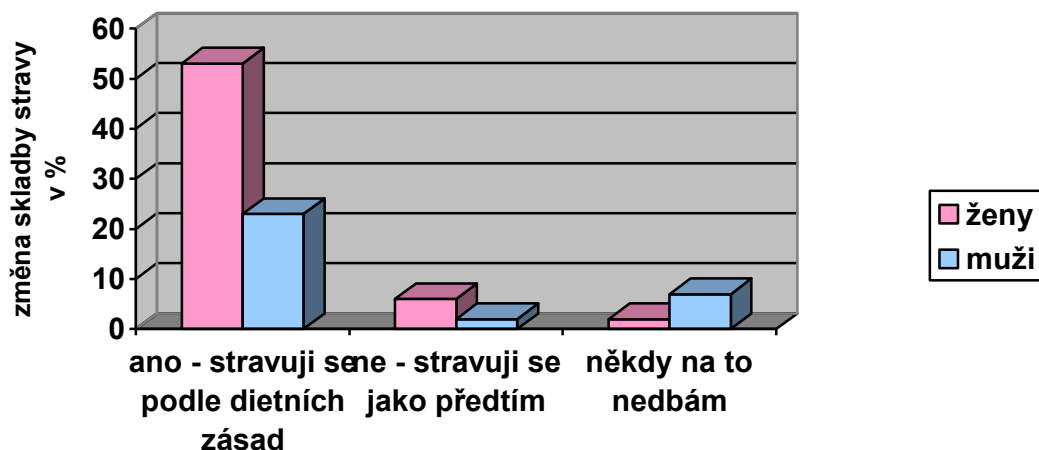
Pozitivní vliv edukace vnímá 59% žen a 22% mužů, žádný vliv vnímá 0% žen a 0% mužů, variantu „je mi to jedno“ zvolilo 6% žen a 13% mužů.

**Tab. 2 AB Změna skladby jídelníčku po edukaci**

	ženy		muži		celkem - N
	absolutní četnost - n	relativní četnost - %	absolutní četnost - n	relativní četnost - %	
<b>ano - stravuji se podle dietních zásad</b>	17	53	6	19	23
<b>ne -</b>	2	6	0	0	2

stravuji se jako předtím					
někdy na to nedbám	2	2	5	16	7

**Graf 2ab Změna skladby jídelníčku po edukaci**



Zdroj: vlastní výzkum

**Hodnocení odpovědí na otázku č. 2 dotazníku č. II  
Změnila se skladba vašeho jídelníčku po edukaci?**

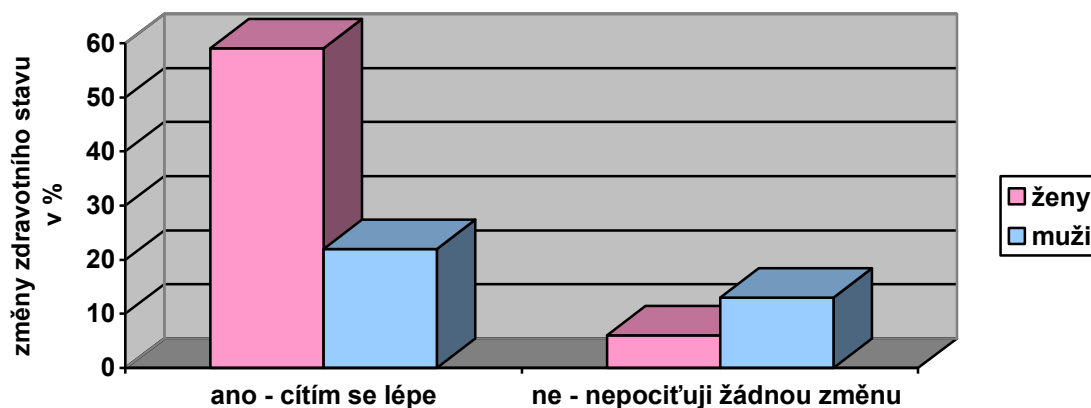
53% žen a 19% mužů odpovědělo, že se změnila skladba jídelníčku po edukaci a stravují se podle dietních zásad, u 6% žen a 0% mužů se nezměnilo složení jídelníčku a stravují se jako předtím a někdy na to nedbá 6% žen a 16% mužů.

**Tab. 3 AB Zlepšení zdravotního stavu po edukaci**

	ženy		muži		celkem - N
	absolutní četnost - n	relativní četnost - %	absolutní četnost - n	relativní četnost - %	
ano - cítím se lépe	19	59	7	22	26
ne - nepocítuji žádnou změnu	2	6	4	13	6



**Graf 3ab Zlepšení zdravotního stavu po edukaci**



Zdroj: vlastní výzkum

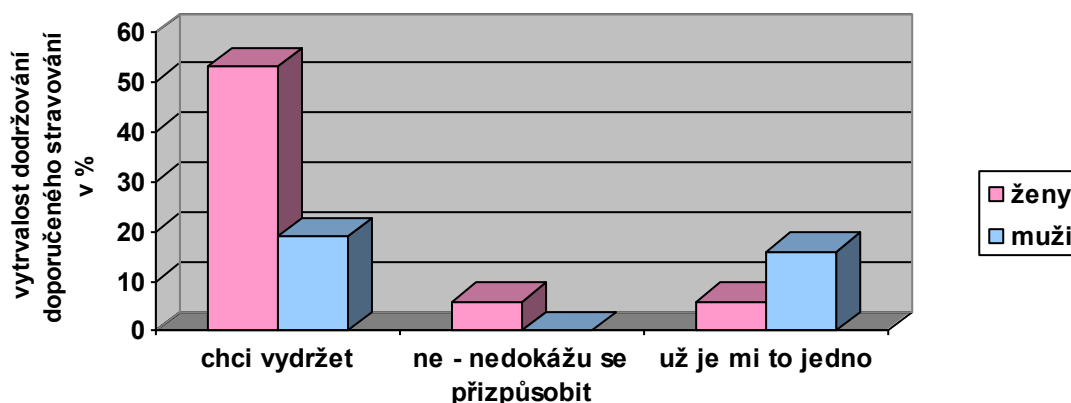
**Hodnocení odpovědí na otázku č. 3 dotazníku č. II  
Pocítujete zlepšení vašeho zdravotního stavu po edukaci?**

Zlepšení zdravotního stavu po edukaci vnímá 59% žen a 22% mužů, 6% žen a 13% mužů nepocítují žádnou změnu.

**Tab. 4 AB Délka trvání dodržování doporučeného stravování**

	ženy		muži		celkem - N
	absolutní četnost - n	relativní četnost - %	absolutní četnost - n	relativní četnost - %	
chci vydržet	17	53	6	19	23
ne - nedokážu se přizpůsobit	2	6	0	0	2
už je mi to jedno	2	6	5	16	7

**Graf 4ab Délka trvání dodržování doporučeného stravování**



Zdroj: vlastní výzkum

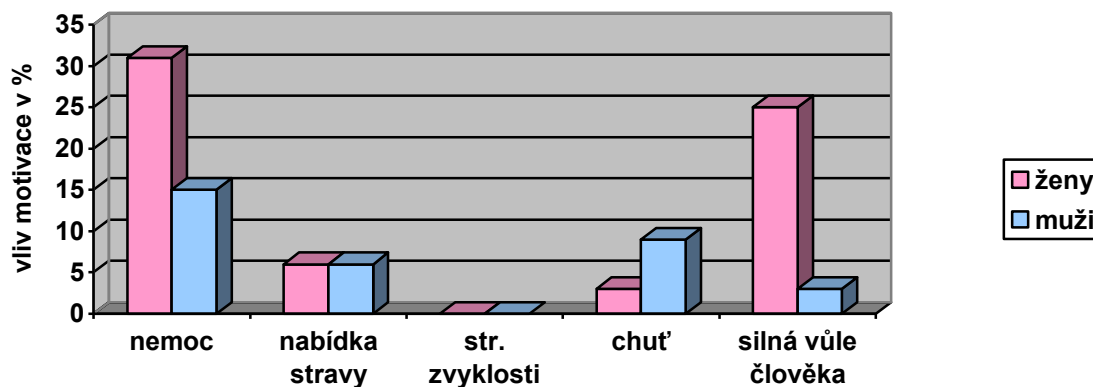
**Hodnocení odpovědí na otázku č. 4 dotazníku č. II  
Jak dlouho vydržíte u dodržování doporučeného stravování?**

53% žen a 19% mužů chce vydržet u dodržování doporučeného stravování, 6% žen a 0% mužů se nedokáže přizpůsobit, 6% žen a 16% mužů odpovědělo „už je mi to jedno“.

**Tab. 5 AB Motivační vliv při dodržování správné diety**

	ženy		muži		celkem - N
	absolutní četnost - n	relativní četnost - %	absolutní četnost - n	relativní četnost - %	
nemoc	10	31	5	15	15
nabídka stravy	2	6	2	6	4
str. zvyklosti	0	0	0	0	0
chuť	1	3	3	9	4
silná vůle člověka	8	25	1	3	9

**Graf 5ab Motivační vliv při dodržování správné diety**



Zdroj: vlastní výzkum

**Hodnocení odpovědí na otázku č. 5 dotazníku II.  
Jaký druh motivace by ovlivnil ohled na dodržování správné diety?**

Vliv nemoci při dodržování správné diety uvedlo 31% žen a 15% mužů, nabídka stravy ovlivní 6% žen a 6% mužů, stravovací zvyklosti u obou respondentů 0%, chuť 3% žen a 9% mužů, silná vůle člověka 25% žen a 3% mužů.

## 5 Diskuze

Ve své bakalářské práci jsem se snažila zjistit dopad individuálního výběru stravy žen a mužů seniorů a jeho vliv na jejich výběr stravy i vzhledem k jejich dietním omezením.

Ve svém výzkumu jsem použila 2 druhy dotazníků, 1 dotazník byl zaměřen na 100 respondentů (50 žen a 50 mužů) a 2 dotazník se vztahoval na 32 respondentů (4 ženy a 2 muži s DM I. typu, 8 žen a 6 mužů s DM II. typu, 3 ženy a 3 muži s nadváhou, 2 ženy a 4 muži s obezitou I. stupně).

Úvodní část dotazníku I. obsahoval identifikační údaje (pohlaví, věk, tělesnou výšku a váhu). Vzhledem k tomu, že hranice stáří je značně relativní a měnlivá v závislosti na konkrétních společenských podmínkách, použila jsem hranici stáří podle SZO (Světové zdravotnické organizace), která rozlišuje stáří od 65 – 74 let jako rané stáří neboli mladí senioři, 75 – 89 let jako vlastní stáří neboli staří senioři a 90 let a více dlouhověkost neboli velmi staří senioři (Kalvach, 1997, s. 22). Do skupiny mladých seniorů patří 12 žen (24%) a 32 mužů (64%), do skupiny starých seniorů patří 25 žen (50%) a 16 mužů (32%), dlouhověkosti se dožívá 13 žen (26%) a jen 2 muži (4%). Dlouhověcí lidé tvoří jen nepatrný zlomek populace, ale jejich počet stoupá. V hospodářsky vyspělých státech se ve věkové skupině nad 85 let pohybuje poměr žen k mužům v rozmezí 2,2-3,0 : 1,0 (Kalvach, 1997, s. 22), což se potvrzuje větší zastoupení dlouhověkých žen i v našem případě. Pro ženy obecně platí, že se více starají o svůj zdravotní stav, častěji a včas navštěvují lékaře než muži, a proto také mají ženy nižší podíl na úmrtnosti než muži. Ve výzkumu jsem grafem 2 zaznamenala věkové zastoupení žen a mužů pobývajících v domově pro seniory.

Tělesná výška a váha udávají parametry ke zjištění BMI (Body mass indexu), které jsou ukazatelé k identifikaci nutričního stavu. Podle hodnot BMI (normální váha) 18,5 – 24,9 má 82% žen a 94% mužů, BMI 25,0 – 29,9 svědčí pro mírnou nadváhu, kterou má 14% žen a 4% mužů, obezita I. stupně dosahuje hodnot BMI 30,0 – 34,9, kterou trpí 4% žen a 2% mužů, obezita II. a III. stupně se nevyskytuje u žádného z respondentů. Vztah tělesné hmotnosti a rizika mortality je nejmenším rizikem u osob s normální hmotností a mírnou nadváhou podle posouzení (Havle, 1996, s. 9). Podle studií bylo zjištěno, že štíhlí či přiměřeně živení lidé se dožívají vyššího věku než obézní jak potvrzuje (Hlúbik, 2007, s. 8). Obezita a přejídání jsou významným

problémem naší společnosti. Hlavními důvody obezity jsou zaznamenány nárůst denního příjmu energetických substrátů téměř o 25% a významně nižší pohybová aktivita. Největším problémem našeho stravování je vysoký energetický příjem, způsobený především značnou konzumací tuků jak uvádí (Gruberová, 1998, s. 34).

Otázkou č. 1 – 7 mapuji cíl 1, zda složení i množství přijímané stravy a tekutin odpovídají požadavkům optimální výživě.

Otázka č. 1 se týkala frekvence příjmu stravy. Z výsledků jsem zjistila, že 10% žen a 16% mužů stravu přijímá méně než 3krát denně, 3 až 5krát denně stravu konzumuje 72% žen a 70% mužů, což tvoří největší podíl seniorů, více než 5krát denně (podle pocitu hladu a chuti) se stravuje pouze 18% žen a 14% mužů. Z odpovědí můžeme podotknout, že převážná část seniorů dodržuje jednu ze zásad správného stravování, podle Freje, který uvádí, že by strava u seniorů měla být přijímána optimálně 5x denně, v pravidelných intervalech a v malých dávkách.

V rozsáhlé otázce č. 2 jsem zjišťovala druhy potravin, které si zpravidla senioři volí ke snídani, k obědu a večeři. Ke snídani preferuje bílé pečivo 20% žen a 66% mužů, tmavé pečivo 24% žen a 20% mužů. Sladké pečivo (např. koláče, vánočka) jsou oblíbené u 52% žen, a jen u 14% mužů, což je u žen 3krát více než u mužů. Ke snídani nepřijímá žádné pečivo 4% žen, které preferují kukuřičné lupínky s mlékem. Z výsledků je patrné, že bílé a tmavé pečivo preferují obě pohlaví stejně, ale muži upřednostňují 3krát více bílé pečivo než ženy. Tmavé pečivo je zdrojem sacharidů a vlákniny, proto by mělo být zastoupeno v jídelníčku starých lidí častěji jak oznamuje (Weber, 1997, s. 91). U žen převládá sladké pečivo 3krát více než u mužů. Omezování cukrů se doporučuje u diabetiků, které je hlavní součástí diabetické diety.

V podotázce příslušné otázky jsem se dotazovaných tázala, co bývá součástí jejich snídaně. Mléčné výrobky zvolilo 20% žen a 14% mužů, což je velmi malý počet. Masité výrobky (uzeniny) preferuje jen 8% žen a 52% mužů. Mléčné výrobky jsou zdrojem důležitých minerálních látek, především vápníku, dále chrání lidské tělo před řídnutím kostí a osteoporózou, které často postihuje osoby ve stáří, proto je jeho příjem v potravě nezbytný jak radí (Martiník, 2007, s. 73). Masité výrobky obsahují skryté tuky, které by se ve stáří s ohledem na rizikové faktory aterosklerózy měly omezovat na maximálně 30% celkového denního energetického příjmu, protože jak uvádí Gruberová, jeho nadměrný příjem vede k nadváze a k obezitě.

K hlavnímu jídlu patří především oběd, který má být nejvydatnějším z celého množství denního příjmu přijímané stravy jak potvrzuje Gruberová. K obědu zpravidla preferuje drůbež (kuře, krůtu) 12% žen a 14% mužů. Hovězí, vepřové, telecí, husu a kachnu přijímá 10% žen a 22% mužů. Z výsledků vyplývá malý rozdíl při výběru jak bílého, tak červeného masa, ale u mužů je oblíbenější červené maso 2krát více než u žen. Vzhledem k tomu, že je maso zdrojem plnohodnotných bílkovin, nasycených tuků, vitaminů a minerálních látek není ho třeba omezovat ani ze stravy vylučovat, jak tvrdí Dostálová. Volbu ryb zvolilo ve stejném poměru 32% žen i mužů a z výsledků je patrné, že jeho zastoupení je o více než polovinu upřednostňováno více než bílé a červené maso. Ryby jsou pro svůj bohatý zdroj nenasycených mastných kyselin velmi důležité, proto by se měly konzumovat pravidelně, nejméně 2 - 3 x týdně, jak je doporučováno v zásadách správného stravování. Zeleninovému jídlu dávají přednost převážně ženy 20%, což je o více než o polovinu než muži 8%. Luštěniny zvolilo jen 4% žen i mužů, což je všeobecně známo, že vzhledem k jejich nadýmavým účinkům jsou ve stáří málo oblíbené, ale přesto jsou zdrojem důležitých látek, proto by měly být zastoupeny v jídelníčku častěji, alespoň 2 x týdně, jak doporučuje Ryšavá.. Sladké jídlo preferuje 22% žen a 20% mužů, což mě překvapilo, očekávala jsem větší výskyt. V podotázce jsem se ptala dotazovaných, jakou přílohu preferují nejraději. Brambory patří k největší skupině oblíbených příloh, kterou uvedlo 32% žen a 46% mužů, rýži i těstoviny zvolilo jen 8% žen a 4% mužů, knedlíky mají rádi stejně ženy 20% tak i muži 22%, vařená zelenina je oblíbená u 16% žen a 10% mužů, vzhledem k tomu, že je lehce stravitelná, salát zvolilo 16% žen a 12% mužů.

V otázce č. 2 jsem dále zjišťovala, co dotazovaní pokládají za součást oběda. Sladký dezert byl preferován o 5krát více než jiné varianty, u žen 68% a u mužů 60%, kompot preferuje 12% žen a 12% mužů, víno, pivo, džus, káva 6% žen a 24% mužů, 2% žen pokládá za součást oběda zmrzlinu, které tuto variantu do dotazníku vlastně doplnily. Bylo vyzpozorováno, že lidé, kteří celý život nejedli sladká jídla, ve stáří je konzumují v jakémkoli množství jak potvrzuje (Jonáš, 1998, s. 211). Je pravdou, a to můžu posoudit i z vlastní dlouhodobé praxe na geriatrici, že sladká jídla jsou oblíbeným pokrmem vyšší věkové generace. Jak oznamuje Křivka v případě nemocných s diabetes mellitus se tyto nemocní nemusí sladkým pokrmům vůbec vyhýbat, protože stačí přesné propočítání sacharidové dávky a mohou být uspokojeni i tyto nemocní.

K večeři preferuje 64% žen a 22% mužů mléčné výrobky, což je u žen

o 5krát méně než masité výrobky. Masité výrobky zvolilo 12% žen a 62% mužů. Ovoce a zeleninu konzumuje 20% žen a 16% mužů, opět dost málo. 4% žen uvedlo do dotazníku polévku jako vlastní variantu.

Ovoce a zelenina jsou významnými zdroji vitamínů a vlákniny. Starý člověk by měl denně sníst alespoň 300g zeleniny a 200g ovoce podle doporučení (Oberbeile, 2003, s. 7). Z mého výzkumu vyplývá, že méně než 3 porce ovoce a zeleniny denně sní 34% žen a 20% mužů, více než 5 porcí denně preferuje 6% žen a 2% mužů, 3 – 5 porcí týdně konzumuje 60% žen a 78% mužů. Variantu „nikdy“ neuvedl žádný z respondentů.

Otázka č. 4 se týkala frekvence příjmu tekutin. Z výsledků je patrné, že tekutiny jsou přijímány nejvíce ráno a dopoledne u 20% žen a 20% mužů, odpoledne popíjí jen 8% žen a 4% mužů, a v průběhu celého dne 72% žen a 76% mužů. Podle informací Jonáše je vhodné během dne pomalu popíjet a střídat více druhů tekutin.

U seniorů by měl být celkový příjem tekutin nejméně 1,5 - 2 litry denně. Více než 2 l tekutin (kromě kávy) doplňuje denně 22% žen a 12% mužů, 1,5 l denně vypije 64% žen a 74% mužů, méně než 1,5 l denně přijímá 14% žen a 14% mužů. Pitný režim a jeho dodržování je pro starého člověka velmi důležitý, protože ve stáří je pocit žízně snížený, a příjem tekutin může být nedostatečný, proto je tedy třeba věnovat pitnému režimu velkou pozornost.

Oblíbeným nápojem je u 40% žen a 22% mužů čistá voda (někdy i se sirupem), 20% žen a 24% mužů pije slazené minerálky, neslazeným minerálkám dává přednost 12% žen a 8% mužů, džus má raději 8% žen a 4% mužů, čaj pije 20% žen a 20% mužů.

V otázce č. 7 jsem zjišťovala dostatek podávané stravy. Na dostatek stravy a její nedojídání poukázalo 4% žen a 10% mužů, na nedostatečné podávání stravy a její dokupování odpovědělo 8% žen a 10% mužů. Za optimální podávání stravy, kdy sní vše, nemusí nechávat zbytky nebo si stravu dokupovat zvolilo 78% žen a 80% mužů. Doporučení optimální výživy ve stáří spočívá v přiměřeném příjmu energie k zachování optimální hmotnosti a energetickém zastoupení bílkovin, tuků a cukrů v poměru 15:30:55%. Celoživotně nízká hmotnost může být způsobena velkým energetickým výdejem, ale i mnohaletým kouřením podle výzkumů a popisu (Zazuly, 2007, s. 13).

Otázkou 8 – 10 mapuji cíl 2, vědomosti seniorů o jejich zdravotním stavu.

V otázce č. 8 jsem zjišťovala počet žen a mužů diabetiků. Z výsledků vyplývá, že 8% žen a 4% mužů diabetiků je závislých na inzulinu, tj. DM I. typu. Dále 16% žen a 12% mužů závislých na PADu, tj. DM II. typu. V téže otázce jsem dále zjišťovala počet žen a mužů trpících nadváhou a obezitou. Zjistila jsem, že 6% žen a 6% mužů trpí nadváhou, 4% žen a 8% mužů má obezitu I. stupně.

Součástí otázky č. 8 bylo zjištění, zda dotazovaní dodržují dietní režim. Dodržování dietního režimu zvolilo 72% žen a 40% mužů, 18% žen a 38% mužů někdy dodržování dietního režimu porušuje, a potřebu dodržovat dietního režimu nemá 10% žen a 22 mužů.

V otázce č. 9 jsem se tázala, zda mají senioři dostatečné informace o svém zdravotním stavu. Dostatek informací o svém zdravotním stavu se domnívá že má 84% žen a 80% mužů a nemá 6% žen a 4% mužů, 4% žen a 0% mužů neví, zda má dostatek informací a 6% žen a 16% mužů neví, zda má o svém zdravotním stavu dostatek informací, ale také je nepotřebují vědět.

V otázce č. 10 jsem se ptala, zda senioři berou ohled na svůj zdravotní stav při výběru stravy. Z celkového počtu dotazovaných zohledňuje svůj zdravotní stav při výběru stravy 76% žen a 44% mužů, 6% žen a 18% mužů uvedlo, že nemají důvod brát ohled na svůj zdravotní stav. Na variantu „jak se mi chce“ (někdy ano, někdy ne) odpovědělo 18% žen a 38% mužů.

Otázkou 11 - 15 mapuji cíl 3, 4, 5, znalosti seniorů o vhodné dietě vzhledem k individuálnímu zdravotnímu stavu, kroky k rozhodování seniorů při volbě stravy před edukací a zájem přijmu informací o optimální výživě.

V otázce č. 11 jsem zjišťovala podněty, které ovlivňují výběr stravy seniorů. Výběr stravy především ovlivňuje nabídka jídel u 4% žen a 4% mužů, množství nabízené stravy neuvedla žádná žena ani muž 0%, výživové zvyklosti se podílejí při výběru stravy u 16% žen a 20% mužů, dieta ovlivňuje výběr stravy u 60% žen a 52% mužů, složení stravy není důležité u žádné ženy ani muže, podíl chutě při výběru stravy je u 20% žen a 24% mužů, cena s reklamou nemá u seniorů na výběr stravy žádný vliv, v obou případech ji uvedlo 0% žen a 0% mužů. Výživa člověka ve stáří je především ovlivňována několika faktory jako jsou chuť, návyky a zlovyky člověka, nemoc, ale také tělesná aktivita a emoční ladění člověka, jak informuje Turek.

V další otázce jsem se tázala, kde hledají senioři odbornou pomoc při výběru vhodné stravy. Odbornou pomoc při výběru vhodné stravy hledá 44% žen a 50% mužů u nutričního terapeuta, v literatuře hledá odbornou pomoc 16% žen a 12% mužů, informace od příbuzných a známých dostává 6% žen a 6% mužů, z televize, rádia či internetu přijímá rady 32% žen a 20% mužů, 2% žen a 12% mužů odpovědělo, že nehledají žádnou pomoc.

Vzhledem k tomu, že si senioři vybírají stravu sami, měli by mít alespoň dostatečné informace o tom, co mají správně jíst. Dostatečné informace má 90% žen a 80% mužů. Nedostatečné informace uvedlo 4% žen a 2% mužů, 6% žen a 18% mužů se nezajímají o to, jak mají správně jíst.

Otázkou č. 14 jsem zjišťovala vliv informací na chování seniorů při výběru stravy. Pozitivní vliv mají informace u 80% žen a u 80% mužů, 20% žen a 20% mužů uvedlo, že je jim to jedno.

V otázce č. 15 jsem se tázala seniorů, jaký jiný zdroj informací jež mají doposud, by senioři uvítali a ve variantě „jiné“ se mohli vyjádřit vlastním návrhem. Častější besedy s nutričním terapeutem uvedlo 20% žen a 10% mužů, projevy nezájmu se vyskytují u 80% žen a 90% mužů. Žádný senior nedoplnil tuto otázku o vlastní návrh. Člověk ve stáří již nemá touhu nic měnit, něčemu jinému se učit a přizpůsobovat, stává se více pasivní než aktivní, jak tvrdí Pacovský. V tomto případě můžeme s autorem jen souhlasit.

Strava, kterou senioři přijímají, je ovlivněna jejich individuálním výběrem. V otázce č.16 jsem se seniorů tázala, zda jsou s individuálním výběrem spokojeni. 96% žen a 96% mužů je spokojeno a jen 2 ženy (4%) a 2 muži (4%) je nespokojeno, protože je to pro ně určité dilema. Myslím si, že dilema mají senioři proto, protože se zamýšlí nad tím, zda je jejich výběr stravy správný nebo špatný, což je chvályhodné. Individuální výběr stravy vyhovuje většině seniorů, protože, můžou jíst, to co jim chutná, a tím se můžou vyhnout omezeným či zakázaným jídlům, které senior nemůže přijímat vzhledem ke svému onemocnění (např. diabetes, obezita). Z mého pohledu není individuální výběr správný, protože se vytrácí kontrola nad tím, jakou stravu senior přijímá, a podle mého úsudku bych tento způsob výběru zakázala.

Poslední otázka se týkala spokojenosti seniorů se stravováním v domově pro seniory. 78% žen a 84% mužů je se stravováním spokojeno a často je nespokojeno 22% žen a 16% mužů. Pro moji zajímavost jsem se nespokojených seniorů tázala,



z jakého důvodu jsou nespokojeni. Odpovědi na moji otázku byli různé např. studené jídlo, tvrdé maso, málo oslazené nebo naopak hodně slané jídlo, malé porce, nedostatek zeleniny, chybění pestrosti. Převážně muži si přejí každý den teplou večeři a více stravu zaměřit na národní zvyklosti.

V druhé části výzkumu jsem zjišťovala u 32 respondentů výběr správné diety vzhledem k jejich onemocnění (diabetici diabetickou a obézní redukční dietu). Z mého výzkumu jsem zjistila, že jen 3 diabetici zvolilo nejvíce 16x (57%) diabetickou stravu za měsíc, 2 diabetici 15x (56%), 5 diabetiků 14x (50%), 3 diabetici 12x (43%), 2 diabetici 11x (39%), 2 diabetici 10x (36%), 1 diabetik 9x (32%), 1 diabetik 8x (29%) a nejméně 1 diabetik 7x (25%) za měsíc. Z výsledků vyplývá, že skupina diabetiků ve většině případů zvolila méně než 50% diabetickou stravu z celkového počtu 100% za měsíc a dali přednost i jiným dietám.

Z hodnocení obézních seniorů jsem zjistila, že 3 obézní senioři zvolili nejvíce 20x (71%) redukční dietu za měsíc, 1 senior 18x (64%), 3 senioři 17x (61%), 1 senior 16x (57%), 1 senior 15x (56%), 1 senior 14x (50%) a nejméně 2 senioři 13x (46%) za měsíc. Z výsledků je patrné, že skupina obézních seniorů zvolila redukční dietu více než v 50% z celkového počtu 100% za měsíc, ale stále to nemůžeme považovat za optimální stav. V obou případech můžeme konstatovat, že individuální výběr stravy není přesvědčivý a správný, a zjištěním nedostatků je také varovným signálem provést nějaké nápravné opatření. Jedním z opatření bylo uskutečnění edukační nutriční besídky s nutriční terapeutkou.

*Z druhého dotazníku, který byl vyplněn po nutriční edukaci jsem mapovala zájem seniorů k přijímání informací a rad o optimální výživě po edukaci, který je vyjádřen v 6 stanoveném cíli.*

Otázkou č. 1 jsem zjišťovala přínos edukace, na chování seniorů při výběru stravy. Pozitivní vliv při výběru stravy uvádí 59% žen a 22% mužů a žádný vliv nemá u 0% žen a u 0% mužů, variantu „je mi to jedno“ zvolilo 6% žen a 13% mužů.

V otázce č. 2 jsem mapovala změnu skladby stravy po edukaci..53% žen a 19% mužů odpovědělo, že se změnila skladba jídelníčku po edukaci a stravují se podle dietních zásad, u 6% žen a 0% mužů se nezměnilo složení jídelníčku a stravují se jako předtím a někdy na to nedbá 6% žen a 16% mužů.

V otázce č. 3 jsem zkoumala subjektivní pocity zlepšení ve zdravotním stavu po edukaci, kterou vnímá 59% žen a 22% mužů; 6% žen a 13% mužů nepocítují žádnou subjektivní změnu zlepšení ve zdravotním stavu.

V otázce č. 4 jsem zjišťovala délku trvání při dodržování doporučeného stravování, 53% žen a 19% mužů chce vydržet u dodržování doporučeného stravování, 6% žen a 0% mužů se nedokáže přizpůsobit a u 6% žen a 16% mužů je to „jedno“.

V otázce č. 5 jsem zjišťovala, jaká motivace by ovlivnila a přispěla k nutnosti dodržování stravy. Vliv nemoci má na dodržování správné diety 31% žen a 15% mužů, nabídka stravy ovlivní 6% žen a 6% mužů, stravovací zvyklosti neovlivňují seniory vůbec, chuť ovlivňuje 3% žen a 9% mužů a silná vůle člověka 25% žen a 3% mužů.

## **NÁVRHY NA ŘEŠENÍ ZJIŠTĚNÝCH NEDOSTATKŮ**

Z výsledků mého šetření můžu podotknout, že individuální výběr stravy není dobře zvolený způsob pro poskytování nutriční péče seniorům v domově pro seniory. Ale vzhledem k tomu, že domov pro seniory je jen pobytovým typem a ne režimovým (vztahuje se jen na nesoběstatečné seniory v domově) není možné seniorům něco direktivně zakázat, ale můžeme je jen nasměrovat správným směrem. O výsledcích šetření byla informována i nutriční terapeutka, která mou práci ocenila a je nakloněna nedostatky řešit.

Myslím si, a to i s povděkem nutriční terapeutky, že jsem pro toto zařízení mnoho udělala a možná jsem i nepatrným zlomkem nebo součástí přispěla k budoucím změnám, které budou jen ke prospěchu jiným. Díky odhaleným chybám a nedostatkům bude záležet jen na vedení zařízení, o jakém návrhu nebo na jakém řešení se dohodnou.

Vzhledem k tomu, že jsem prováděla druhé šetření po nutriční edukaci asi za měsíc, není možné za tak krátkou dobu zjistit jeho dostatečný vliv na chování seniorů při výběru stravy, z mého pohledu jde o dlouhodobý proces. Proto výsledky tohoto šetření můžeme považovat jen za orientační, protože nemůžeme vyloučit pomalejší změny a pochopení smyslu edukace u seniorů v průběhu následujících dnů. Poukazují také na úvahu, že chování seniorů by bylo hodno nadále sledovat, a o to se pokusím v rámci dalšího sledování a studia.

## ZÁVĚR

Stárnutí je fyziologický proces, který bohužel nezastavíme. Můžeme však udělat mnohé pro to, jak rychle budeme stárnout a jaká bude kvalita našeho stáří. Po své životní cestě jde však každý sám, proto svou snahou a pílí určuje, jaký život a samozřejmě stáří prožije. Ale nic není zadarmo, všechno si musíme „vybojovat“ a zasloužit.

Výživa u věkové kategorie seniorů se vyznačuje řadou zvláštností, jde především o omezení stravy v souvislosti s jejich zdravotním stavem, protože výživa hraje důležitou roli při prevenci i léčbě určitého onemocnění. Léčebného efektu výživa dosahuje vhodným výběrem potravin, změnou technologie přípravy stravy i změnou vzájemného poměru jednotlivých živin, popřípadě omezení některé živiny. Základem je poznání významu jednotlivých živin ve stravě a jejich množství potřebné pro konkrétního seniora. V tomto ohledu si proto musí senior osvojit vhodný způsob stravování ve vazbě na jeho základní onemocnění.

Vzhledem k tomu, že klesá klidový metabolismus a celková tělesná aktivita, snižuje se i množství přijímané stravy. Starý člověk se také nestará, co má správně jíst, ale věnuje se tomu, co mu chutná. Často pak dochází k tomu, že starým lidem chybí určité látky. Staří lidé již nemají takovou potřebu přijímat potravu, proto nesnědí velké porce jídla, a tak i malé množství musí pokrýt jejich denní dávku potřebných živin. V předkládané bakalářské práci jsem se zaměřila na soběstačné seniory ve věku od 65 let a více let žijící v domově pro seniory ve Vídni s cílem vyhodnotit jejich kvalitu výživy ovlivněné stravovacími návyky, omezené dietním režimem a samostatným výběrem stravy. Dospěla jsem k následujícímu závěru, který předkládám ve stručném popisu.

Frekvence stravování u většiny seniorů je 3 - 5x denně, což je v jejich věku ideální. Preference jídel, jak se z výsledků ukázal je v některých případech odlišný a v některých se shoduje u obou pohlaví. Mezi oblíbené konzumované potraviny je především bílé a tmavé pečivo, z toho muži dávají 3krát více přednost bílému pečivu než ženy. Naopak v případě žen je 3krát větší preference sladkého pečiva jak u mužů. Mléko a mléčné výrobky přijímá při snídani velmi malý počet seniorů, ale k večeři je volí většina žen. Uzeniny preferují zejména muži než ženy. Drůbeží nebo vepřové maso mají rádi obě pohlaví, jen muži dávají víc přednost červenému masu. Ryby jsou

oblíbenější u seniorů 2krát více než u jiného druhu masa. Luštěniny konzumují 2krát více ženy než muži a jeho příjem je velmi nízký. Sladké jídlo je více konzumováno než maso, ale méně než ryby. Brambory jako příloha k jídlu tvoří první skupinu s největším příjmovým podílem, následují knedlíky, vařená zelenina, salát, rýže a těstoviny. Na sladkém dezertu si pochutnává většina seniorů a dokonce se mu dává přednost u žen 5krát a u mužů 12krát více než ovoci. Kompoty se konzumují velice málo. Víno a pivo mají v oblíbenosti raději muži než ženy a džus a kávu popíjí více žen. Ovoce a zelenina je zastoupena ve stravě nejvíce 3 až 5krát týdně. Příjem tekutin je dodržován v průběhu dne a většina seniorů vypije 1,5 litrů tekutin denně. Oblíbeným nápojem je převážně čistá voda (i se sirupem) a slazené minerálky.

Dostatečné informace o svém zdravotním stavu má většina seniorů, a jen část mužů tvrdí, že neví, zda má dostatečné informace a ani je nepotřebují vědět. Při výběru stravy berou ohled na zdravotní stav převážně ženy, muži jsou váhavější a berou ohled jak se jim někdy chce nebo nechce. Výběr stravy ovlivňuje převážně dieta, chuť a výživové zvyklosti.

Odbornou pomoc při výběru stravy jim poskytuje převážně nutriční terapeut nebo informace získávají z televize, rádia či internetu. Dostatečné informace o výživě má většina seniorů a malou část mužů se o informace nezajímá. Informace o výživě mají vliv u většiny seniorů pozitivní, i když stejnému počtu žen i mužů „je to jedno“, což mě dosti překvapuje, protože se v celkovém přístupu muži chovají odlišně od žen, ale potvrzuje se, že i malá část žen, se v tomto ohledu chová stejně jako muži. O jiné zdroje poskytování informací senioři nemají zájem, ani častější besedy s nutriční terapeutkou senioři nevítají. Individuální výběr stravy vyhovuje a jsou s ním spokojeni skoro všichni senioři. S celkovým stravováním není u všech seniorů vyjádřena jen spokojenost, protože malá část bývá často i nespokojena.

Z celkového zpracování údajů z jídelníčku u skupiny A vyplývá, že výběr diabetické diety je zvolena jen z 50% z celkového počtu 100% diet za měsíc. U skupiny B výběr redukční diety přesahuje více než 50% z celkového počtu 100% diet za měsíc.

Druhá část mého výzkumu po proběhlé nutriční edukaci poukazuje na její vliv při chování seniorů v počínání při výběru stravy. Zaznamenala jsem, že nutriční edukace měla pozitivní vliv při výběru stravy 2krát více u žen než u mužů, kterým je

to z velké části „jedno“. Skladba stravy se rovněž změnila 2krát více u žen než u mužů a zejména muži se stravují jako předtím. Subjektivní zlepšení zdravotního stavu pociťuje opět 2krát více žen než muži, ve většině případech muži nepociťují žádnou změnu. Ženy se snaží dodržovat dietní režim, někdy se nemůžou přizpůsobit, ale mužům je „to jedno“. Motivací, která by ovlivnila dodržování diety není jejich onemocnění, ale nedodržování diety je zapříčiněno převážně stravovacími zvyklostmi, nabídkou jídel a chutí.

Z tohoto výzkumu vyplývá, a to zejména z informací mužů, že je muži výživa dosti opomíjena jakoby odstavena na vedlejší kolej. V tomto případě je nutné tuto skutečnost vzít v úvahu, nepřehlížet ji a více se této problematice skupině věnovat.

Závěrem mého výzkumného šetření si dovoluji odpovědět na mou výzkumnou otázku, kterou jsem svými stanovenými dílčími cíli došla k závěru, že praktikování individuálního výběru stravy není správný způsob při poskytování nutriční péče, a vzhledem k odhaleným nedostatkům je nutné tuto skutečnost řešit a do budoucna provést takové opatření, které by splňovaly takové podmínky, které by byly v souladu se zajišťováním kvalitní péče v oblasti stravování. Nutriční péče obsahuje sestavení takového opatření ve výživě klienta, který jemu umožní příjem živin v takové formě a množství, které odpovídají aktuální potřebě a zdravotnímu stavu. Poskytování nutriční péče by se mělo stát běžným standardem ve všech ústavních zařízeních. Smutným momentem je, že tato nutriční péče není v konkrétním sociálním zařízení poskytována, ale není vyloučeno, zda poukázáním na chyby nebude někdy v budoucnu realizována.

Vhodné je provádět nutriční edukaci pravidelně, i přes seniory nevídané častější poskytované besedy s nutriční terapeutkou. Pro seniora může být velmi instruktivní když vidí, kde dělá chyby ať už v celkovém příjmu živin, tak i v nerovnoměrném rozvržení stravy. Díky tomu může senior srovnat své stravování s doporučeními zdravotníků a provést včasnou nápravu. I když ne každý je ochoten či schopen změnit ve vyšším věku něco, na co byl zvyklý po celý život. Je proto potřeba, aby senior pochopil, že ke svému zdraví musí přispět svou vlastní vůlí, sebekontrolou a ochotou naslouchat osvědčeným radám.

## ANOTACE

<b>Příjmení a jméno autora:</b>	Šenkeříková Radka
<b>Instituce:</b>	Univerzita Palackého v Olomouci Fakulta zdravotnických věd Ústav Ošetřovatelství
<b>Název práce:</b>	Vliv edukace na chování seniorů v oblasti výživy v domově pro seniory ve Vídni
<b>Vedoucí práce:</b>	PhDr. Danuše Tomanová CSc.
<b>Počet stran:</b>	127
<b>Počet příloh:</b>	11
<b>Rok obhajoby:</b>	2010
<b>Klíčová slova:</b>	stáří, senior, domov pro seniory, optimální výživa, pitný režim, individuální výběr stravy, dietní režim, nutriční edukace

Bakalářská práce je zaměřena na výživu seniorů, která je ovlivněna jejich individuálním výběrem stravy, který je v domově pro seniory ve Vídni praktikován. Cílem mé práce bylo zjistit jeho dopad při výběru stravy a posoudit kvalitu přijímané stravy seniorů. Dalším cílem bylo zjistit vliv nutriční edukace na chování seniorů při výběru stravy s ohledem na jejich onemocnění. Šetřením bylo zjištěno, že individuální výběr stravy není vhodný způsob při poskytování nutriční péče v domově pro seniory.

Tato bakalářská práce je příspěvkem k uskutečnění změn a zlepšení péče o nutriční stav seniorů v domově pro seniory ve Vídni.

Bachelor's thesis is focused on seniors nutrition, which is influenced by their individual choice of diet, which is home for the elderly in Vienna practiced. The aim of this work was to determine its impact on food choice and assess the quality of seniors received meals. Another objective was to determine the effect of nutritional education on the behavior of seniors in the selection of food with regard to their

illness. The investigation found that the individual choice of supplements is not an appropriate way to provide nutritional care in homes for the elderly. This work is a contribution to make changes and improve the care of the nutritional status of older people in homes for the elderly at Vienna.

## Seznam použité literatury a pramenů

### Seznam knih:

BULKOVÁ, Věra. *Nauka o poživatinách*. 1. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1999. 204 s.

DLOUHÁ, Renáta. *Výživa přehled základní problematiky*. 1. vyd. Karlovy Vary: Karolinum, 1998. 215 s. ISBN 80-7184-757-7

FREJ, David. *Dietní sestra – diety ve zdraví a nemoci*. 1. vyd. Praha: Triton, 2006. 309 s. ISBN 80-7254-537-X

GRUBEROVÁ, Božena. *Gerontologie*. 1. vyd. České Budějovice: Jihočeská univerzita, Zdravotně sociální fakulta, 1998. 86 s. ISBN 80-7040-286-5

IVANOVÁ, Kateřina, a JUŘÍČKOVÁ, Lubica. *Písemné práce na vysokých školách se zdravotnickým zaměřením*. 2. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého, 2009. 99 s. ISBN 978-80-244-1832-2

JONÁŠ, Josef. *Křížovka života*. 2. vyd. Ústí nad Labem: Severočeské nakladatelství, 1990. 272 s. ISBN 80-7047-036-4

JIRKOVSKÁ, Alexandra, a HAVLOVÁ, Vladimíra. *Jak si kontrolovat váhu a léčit obezitu při diabetu – manuál pro edukaci obézních diabetiků*. Praha: PANAX, 1999. 68 s. ISBN 80-902126-8-9

JIRKOVSKÁ, Alexandra, aj. *Jak si kontrolovat a léčit diabetes – manuál pro edukaci diabetiků*. Praha: PANAX, 1999. 200 s. ISBN 80-90216-6-2

JUŘENÍKOVÁ, Petra. *Základy edukace v ošetrovatelské praxi*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2010. 80 s. ISBN 978-80-247-2171-2



KALVACH, Zdeněk, aj. *Úvod do gerontologie a geriatrie*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 1997. 193 s. ISBN 80-7184-366-0

MARTINÍK, Karel, aj. *Výchova ke zdraví a zdravému životnímu stylu – ovlivnění zdravotního stavu výživou ve stáří*. 1. vyd. Hradec Králové: Gaudeamus, 2007. 97 s. ISBN 978-80-7041-141-4

OBERBEIL, Klaus, a LENTZOVÁ, Christiane. *Ovoce a zelenina jako lék*. 2. vyd. Praha: A.D., 2003. 294 s. ISBN 80-7321-067-3

PÁNEK, Jan, POKORNÝ, Jan, DOSTÁLOVÁ, Jana, a KOHOUT, Pavel. *Základy výživy*. 1. vyd. Praha: Svoboda Servis, 2002. 207 s. ISBN 80-86320-23-5

SVAČINA, Štěpán, aj. *Klinická dietologie*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2008. 384 s. ISBN 978-80-247-2256-6

TUREK, Bohumil, a DOSTÁLOVÁ, Jana. *Výživa ve stáří*. 1. vyd. Praha: Ústav zemědělských a potravinářských informací, 1996. 59 s. ISBN 80-85120-54-2

WEGER, Stefanie. *Wer spricht her von Diät?* 1. vyd. Wien: Averbo, 1991. 109 s. ISBN -3-9500103-4-3

Přílohové časopisecké zdroje:

GROFOVÁ, Zuzana. *Výživa ve stáří*. Pardubice: Medicína pro praxi 2009; roč. 1, č. 3, s. 6

HAVEL, Eduard. *Výživa ve stáří*. Praha: Medica revue 1996, roč. 11, s. 9

HLÚBIK, Pavol. *Obezita ve stáří*. Hradec Králové: Lékařské listy 2007; 13, s. 8

KOLÍNKOVÁ, Dana. *Aspekty výživy ve stáří*. Diagnóza v ošetřovatelství, 2005, roč. 1, č. 2, s. 69 – 70

KUBEŠOVÁ, Hana, aj. *Výživa ve stáří*. Medicína pro praxi, Solen, 2006, roč. 3, č. 5 s. 118 – 123, ISSN 80-7262-292-7

OLIVERIUSOVÁ, Lenka. *Výživa pro seniory (Lehce stravitelné potraviny)*. Pardubice: Moje zdraví, 2005, č. 4, s. 68 - 70.

PAVLÍČKOVÁ, Jaroslava. *Pitný režim v geriatрии*. Hradec Králové: Florence 2007 roč. 3, s. 118

STEINBAUEROVÁ, Marie. *Zlovyky ve stravování seniorů*. Praha: Diagnóza v ošetrovatelství 2006, ročník 7

TOPINKOVÁ, Eva. *Využití standardizovaných škál pro hodnocení stavu výživy u starších nemocných*. Česká geriatrická revue 2003; roč. 1, s. 6.

ZAZULA, Radek, aj. *Hodnocení metabolického a nutričního stavu nemocných*. Interní medicína pro praxi, Solen, 2006, roč. 3, č. 1, s. 12 – 14, ISBN 1212 – 7299.

ZLOCH, Zdeněk. *Některé specifické požadavky na výživu ve vyšším věku*. Interní medicína pro praxi, Solen, 2008; č. 11, s. 134 – 137

Internetové zdroje:

Fórum zdravé výživy [online]. c2009, [cit. 2009-02-12]. Dostupné z:

<[http://www.fzv.cz/web/fzv-akcni/informacni\\_materialy/pyramida](http://www.fzv.cz/web/fzv-akcni/informacni_materialy/pyramida)>

KŘIVKA, Jaroslav. *Výživa ve stáří* [online]. 10. 3. 2005 [cit. 2010-03-20]. Dostupné na WWW: <<http://www.zupu.cz/index.php?pid=186>>.

RYŠAVÁ, Lýdie. *Jak se správně stravovat v seniorském věku* [online]. 15. 9. 2006 [cit. 2010-03-12]. Dostupné na WWW:<<http://www.zuova.cz/informace/opz006.php>>.

STARNOVSKÁ, Tamara. *Specifika výživy seniorů* [online]. 13. 12. 2005 [cit. 2010-02-04]. Dostupné na WWW:<<http://www.nutriciamedical.cz/enteral/article.php>>.

<http://www.kwp.at/home>. Haus Rosenberg - aspx

# SEZNAMY

## Seznam tabulek

### Tabulky

Tab. I. Charakteristika sledovaného souboru respondentů.....	27
Tab. II Klasifikace BMI .....	19
Tab. III Klasifikace měření obvodu pasu mužů a žen .....	19
Tab. 1 Pohlaví žen a mužů .....	31
Tab. 2 Věk žen a mužů .....	31
Tab. 3 Hodnocení BMI u žen a mužů .....	32
Tab. 4 Frekvence denního stravování .....	33
Tab. 5 Preference druhu pečiva ke snídani .....	33
Tab. 6 Součásti snídaně .....	34
Tab. 7 Preference druhu potravin k obědu .....	35
Tab. 8 Přílohy k obědu .....	36
Tab. 9 Součásti oběda .....	37
Tab. 10 Preference druhu potravin k večeři .....	38
Tab. 11 Frekvence a množství konzumace ovoce a zeleniny .....	39
Tab. 12 Frekvence příjmu tekutin .....	40
Tab. 13 Množství příjmu tekutin .....	41
Tab. 14 Typy konzumovaných tekutin .....	42
Tab. 15 Dostatek podávané stravy .....	43
Tab. 16 Počet žen a mužů diabetů .....	44
Tab. 17 Počet žen a mužů s nadváhou a obezitou I. stupně .....	45
Tab. 18 Dodržování dietního režimu .....	46
Tab. 19 Dostatek informací o zdravotním stavu .....	47
Tab. 20 Ohled na zdravotní stav při výběru stravy .....	48
Tab. 21 Podněty ovlivňující výběr stravy .....	49
Tab. 22 Zdroje odborné pomoci při výběru vhodné stravy .....	50
Tab. 23 Dostatek informací o správném stravování .....	51
Tab. 24 Vliv informací na chování respondentů při výběru stravy .....	52
Tab. 25 Jiné zdroje informací o správné výživě .....	53

Tab. 26 Spokojenost s individuálním výběrem stravy .....	54
Tab. 27 Spokojenost se stravováním v domově pro seniory .....	54
Tab. A 1 Četnost výskytu objednané diabetické stravy u diabetiků v 1 týdnu .....	56
Tab. A 2 Četnost výskytu objednané diabetické stravy u diabetiků ve 2 týdnu .....	103
Tab. A 3 Četnost výskytu objednané diabetické stravy u diabetiků ve 3 týdnu .....	104
Tab. A 4 Četnost výskytu objednané diabetické stravy u diabetiků ve 4 týdnu .....	104
Tab. A 1 – 4 a Hodnocení jednotlivých diabetiků při výběru diabetické stravy a jeho propoččet v % za měsíc (28 dní) .....	59
Tab. B 1 Četnost výskytu objednané redukční diety u obézních seniorů v 1 týdnu...	104
Tab. B 2 Četnost výskytu objednané redukční diety u obézních seniorů ve 2 týdnu .	104
Tab. B 3 Četnost výskytu objednané redukční diety u obézních seniorů ve 3 týdnu .	105
Tab. B 4 Četnost výskytu objednané redukční diety u obézních seniorů ve 4 týdnu..	105
Tab. B 1 - 4 b Hodnocení jednotlivých obézních seniorů při výběru redukční diety a jeho propoččet v % za měsíc (28 dní) .....	61
Tab. 1 AB Přínos edukace na výběr stravy .....	63
Tab. 2 AB Změna skladby jídelníčku po edukaci .....	63
Tab. 3 AB Zlepšení zdravotního stavu po edukaci .....	64
Tab. 4 AB Délka trvání dodržování doporučeného stravování .....	65
Tab. 5 AB Motivační vliv při dodržování správné diety .....	65

## Seznam grafů

### Grafy

Graf 1 Pohlaví respondentů .....	31
Graf 2 Věk respondentů .....	32
Graf 3 Hodnocení BMI u respondentů .....	32
Graf 4 Frekvence denního stravování .....	33
Graf 5 Preference druhu pečiva ke snídani .....	34
Graf 6 Součásti snídaně .....	35
Graf 7 Preference druhu potravin k obědu .....	36
Graf 8 Přílohy k obědu .....	37
Graf 9 Součásti oběda .....	38
Graf 10 Preference druhu potravin k večeři .....	39
Graf 11 Frekvence a množství konzumace ovoce a zeleniny .....	40
Graf 12 Frekvence příjmu tekutin .....	41
Graf 13 Množství příjmu tekutin .....	42
Graf 14 Typy konzumovaných tekutin .....	43
Graf 15 Dostatek podávané stravy .....	44
Graf 16 Počet žen a mužů diabetů .....	45
Graf 17 Počet žen a mužů s nadváhou a obezitou I. stupně .....	46
Graf 18 Dodržování dietního režimu .....	47
Graf 19 Dostatek informací o zdravotním stavu .....	48
Graf 20 Ohled na zdravotní stav při výběru stravy .....	49
Graf 21 Podněty ovlivňující výběr stravy .....	50
Graf 22 Zdroje odborné pomoci při výběru vhodné stravy .....	51
Graf 23 Dostatek informací o správném stravování .....	52
Graf 24 Vliv informací na chování respondentů při výběru stravy .....	53
Graf 25 Jiné zdroje informací o správné výživě .....	53
Graf 26 Spokojenost s individuálním výběrem stravy .....	54
Graf 27 Spokojenost se stravováním v domově pro seniory .....	55
Graf a 1 Četnost výskytu objednané diabetické stravy u diabetiků v 1 týdnu .....	56
Graf a 2 Četnost výskytu objednané diabetické stravy u diabetiků ve 2 týdnu .....	57
Graf a 3 Četnost výskytu objednané diabetické stravy u diabetiků ve 3 týdnu .....	58
Graf a 4 Četnost výskytu objednané diabetické stravy u diabetiků ve 4 týdnu .....	59

Graf A 1 – 4 a Záznam výběru diabetické stravy u diabetiků za 28 dnů (tj. 1 měsíc)	60
Graf b 1 Četnost výskytu objednané redukční diety u obézních seniorů v 1 týdnu	59
Graf b 2 Četnost výskytu objednané redukční diety u obézních seniorů ve 2 týdnu	60
Graf b 3 Četnost výskytu objednané redukční diety u obézních seniorů ve 3 týdnu	60
Graf b 4 Četnost výskytu objednané redukční diety u obézních seniorů ve 4 týdnu	61
Graf B 1 - 4 b Záznam výběru redukční diety u obézních seniorů za 28 dnů (tj. 1 měsíc)	61
Graf 1ab Přínos edukace na výběr stravy	63
Graf 2ab Změna skladby jídelníčku po edukaci	64
Graf 3ab Zlepšení zdravotního stavu po edukaci	65
Graf 4ab Délka trvání dodržování doporučeného stravování	65
Graf 5ab Motivační vliv při dodržování správné diety	66

## Seznam příloh

Příl. č. 1 - Základní složky výživy a jejich význam v organismu ve stáří .....	88
Příl. č. 2 - Doplnující vyšetření a hodnocení nutričního stavu .....	98
Příl. č. 3 - Screeningové diagnostické vyšetření .....	100
Příl. č. 4 - Dotazník I. ....	103
Příl. č. 5 - Dotazník II. ....	108
Příl. č. 6 - Měsíční jídelní lístek od 14. 12. 2009 – 10. 1. 2010 .....	109
Příl. č. 7 - Tabulky četnosti výskytu diabetické diety .....	115
Příl. č. 8 - Tabulky četnosti výskytu redukční diety .....	116
Příl. č. 9 - Edukační nutriční materiál pro zdravé seniory .....	117
Příl. č. 10 - Edukační nutriční materiál pro seniory diabetiky .....	120
Příl. č. 11 - Edukační nutriční materiál pro seniory s obezitou .....	124

# PŘÍLOHY

## Příloha č. 1

### Základní složky výživy a jejich význam v organismu ve stáří

#### 1 BÍLKOVINY (proteiny)

Základním stavebním kamenem bílkovin jsou aminokyseliny, které mají vliv na tvorbu a funkci buněk, tkání, orgánů, kostí, některých hormonů a žlučových kyselin. Příjem bílkovin ovlivňuje celou řadu pochodů v organismu, např. má význam pro udržení dobrého stavu aktivní biomasy, pro prevenci osteoporózy, pro tvorbu matrix, do které se ukládá vápník pro tvorbu kostní hmoty. Nedostatek bílkovin se projeví v oslabení imunitního systému, ve zvýšení nebezpečí infekce, ztrátách svalového napětí a svalové síly. Nadbytek bílkovin způsobuje zvýšené vylučování kyseliny močové, která se může ukládat do kloubů a má podíl na vzniku onemocnění dnou.

Lidské tělo nemá žádné bílkovinné depo, proto je třeba bílkoviny denně dodávat potravou. Doporučená denní dávka bílkovin je u žen 55 g a u mužů 70 g (tzn. cca 1,0 g na 1 kg tělesné hmotnosti), záleží také na tělesné aktivitě a jiných omezeních (např. chronická nedostatečnost ledvin). Bílkoviny by měly tvořit 10 – 15% energetického příjmu denně. **Živočišné** (plnohodnotné) a **rostlinné bílkoviny** (neplnohodnotné – mohou postrádat esenciální aminokyseliny) by měly být zastoupeny přibližně v poměru 40 : 60 (Pánek, 2002, s. 61).

Zdrojem živočišných bílkovin je maso, ryby, mléko a mléčné výrobky, jsou i zdrojem potřebného vápníku. Zdrojem rostlinných bílkovin jsou luštěniny, které neobsahují tuk a jsou zdrojem vitaminů skupiny B a minerálních látek (Frej, 2006, s. 17).

#### 2 CUKRY (sacharidy)

Cukry společně s tuky patří mezi hlavní nositelé energie v potravě, proto musí být ve stáří v omezeném množství, neboť organismus si je může vyprodukovat z tukových zásob. Cukry jsou uloženy ve formě glykogenu v játrech (asi 100 g) a ve svalích (asi 400 g). Pro naše účely stačí rozlišovat jednoduché cukry a složité. Jednoduché cukry (**monosacharidy**) - např. glukóza, fruktóza, galaktóza; (**disacharidy**) - např. sacharóza a (**polysacharidy**) - např. škrob.



## Příl. 1 - pokračování

Doporučená denní dávka sacharidů je 289 mg. Sacharidy by měly tvořit 55 - 75% energetického příjmu denně a to především ve formě polysacharidů. Zvýšené množství jednoduchých cukrů způsobuje nadváhu, trávicí potíže, choroby zubů i parodontu a podporuje vznik diabetu.

Hlavním zdrojem využitelné energie je glukóza (hroznový cukr), který je obsažen v ovoci, medu a zelenině. Její hladina v krvi je trvale udržována za spoluúčasti několika hormonů.

Zdrojem sacharidů jsou čerstvé ovoce a zelenina, celozrnné moučné výrobky s obsahem vlákniny, rýže, těstoviny, hořká čokoláda, a jiné (Frej, 2006, s. 17).

### 2.1 VLÁKNINA

Vláknina je souhrnný název pro rostlinné polysacharidy, ke kterým patří celulóza, hemicelulóza a slizy. Tyto látky nedovede lidské střevo vstřebat, a proto tvoří vláknina nevstřebatelnou, zbytkovou součást potravy. Rozlišujeme vlákninu **rozpustnou ve vodě**, která je v jablkách, citrusových plodech, luštěninách (jde hlavně o pektiny) a vlákninu **nerozpustnou ve vodě**, která je v zelenině, v celozrnných potravinách, otrubách (jde hlavně o celulózu). Rozpustná vláknina snižuje hladinu krevního cholesterolu. Nerozpustná vláknina udržuje funkční střevní činnost a působí i jakési prebiotikum, upravuje prostředí tenkého a zejména tlustého střeva tak, že se lépe udržuje tzv. eubioza, tj. optimální osídlení střevní mikroflórou, což je důležitou součástí prevence kolorektálního karcinomu a prevence kardiovaskulárních onemocnění a to zejména mozkové mrtvice. Vláknina urychluje průchod odpadních látek střevem, zvyšuje objem střevního obsahu, zkracuje dobu kontaktu škodlivin se střevní výstelkou, brání jejich vstřebávání a působí i proti zácpě. Vláknina tlumí pocit hladu, zlepšuje glukózovou toleranci a energetickou rovnováhu. Doporučená denní dávka vlákniny v potravě je 30 – 40 g, skutečná konzumace se odhaduje na 10 – 15 g. Na zvýšení podílu vlákniny si musíme postupně zvykat. Nadměrná dlouhodobá konzumace vlákniny není žádoucí – mohlo by dojít v přítomnosti fyтину, který vlákninu doprovází, k vazbě vápníku, zinku, železa a tím k jejich stále se opakujícím ztrátám (Frej, 2006, s. 20).

## Příl. 1 - pokračování

### 3 TUKY (lipidy)

Tuky jsou sloučeniny vyšších mastných kyselin a dělíme je na **nasycené**, **mononenasycené** a **polynenasycené** a mohou být jak **živočišného** tak **rostlinného původu**. Představují důležitou energetickou rezervu a mají ochrannou funkci organismu. Podílí se na tvorbě buněčných membrán a na vstřebávání vitamínů rozpustných v tucích (A, D, E, K). Přiměřený příjem podmiňuje dostatečnou tvorbu estrogenů v organismu ženy, a tím chrání jejich kosti před osteoporózou. Nadměrný příjem zvyšuje vylučování vápníku z těla, protože se v zažívacím systému tvoří vápenná mýdla a ty odcházejí se stolicí z těla ven. Nebezpečím je ukládání tuku do tepen a vznik aterosklerotických změn cév, podporuje vznik obezity a dalších komplikací srdečně cévního systému.

Doporučená denní dávka tuků je 55 g. Tuky by měly tvořit maximálně 30% celkového energetického příjmu denně. Doporučuje se alespoň 50% zastoupení tuků rostlinných, které obsahují pro organismus důležité nenasycené mastné kyseliny (Frej, 2006, s.19).

### 4 VITAMINY

Vitaminy jsou organické látky, které podmiňují normální průběh metabolických dějů, proto jsou pro organismus nepostradatelné. Odbourávají a spalují energeticky bohaté potraviny, jsou potřebné při uvolňování energie. Účinkují proti infekcím, podporují činnost nervové soustavy, mají vliv na vznik některých chorob a procesy stárnutí. Organismus je vyžaduje ve velmi malých dávkách, nedovede si je sám vyrobit, je tedy odkázán na jejich přívod potravou. V současné době se uznává 13 vitamínů. Charakteristickou vlastností vitamínů je jejich schopnost upravit chorobné příznaky podmíněné deficitem v potravě a částečně potlačit nežádoucí vliv zvýšenému působení volných radikálů. Některé vitaminy dovede lidský organismus uložit do zásoby na několik týdnů až měsíců (vitaminy A, D, E, K) nebo i déle než rok (vitamin B<sub>12</sub>). Vitaminy jsou zpravidla nezbytnou součástí důležitých enzymů (hlavně vitaminy C a B) a hormonů (vitamin D). Důležité vitaminy ve stáří jsou - A, D, E, K, C a komplex skupiny vit. B. Pro potřebu mé práce považuji za podstatné uvést jen vitaminy potřebné ve stáří (Pánek, 2002, s. 103 - 108).

## **Příl. 1 - pokračování**

**Vitamin A (retinol)** - podporuje vidění a rozeznávání barev, zúčastňuje se syntézy glykoproteinů, steroidů, váže volné radikály, je účinný v prevenci kardiovaskulárních chorob a má protikancerogenní účinek. Přijímáme ho ve formě provitaminu Betakarotenu. Doporučené denní množství je 1,0 – 1,5 mg. Jeho nedostatek se projevuje šeroslepostí, rohovatěním (keratinizací) sliznic. Při zvýšeném příjmu se vyvíjejí příznaky hypervitaminózy (bolesti hlavy, zvracení, olupování kůže, zvětšení jater a sleziny).

Zdrojem vitaminu A je rybí tuk, játra, žloutek, rajčata, mrkev, mléko a další.

**Vitamin D (kalciferol)** - spolu s hormony kalcitocinem a parathormonem se účastní resorpce vápníku a jeho ukládání v kostech a chrání organismus před jejich měknutím a ohýbáním. Významným zdrojem vitaminu D je sluneční záření, které je u starších osob při nedostatečném vystavení se slunečním paprskům nízké, stejně jako je i jeho snížená tvorba v poškozené kůži. Nejčastěji se vyskytuje u lidí nepohyblivých, kteří nevycházejí ven nebo žijí v institucích. Doporučená denní dávka je 10 mikrogramů. Při jeho nedostatku vzniká osteomalacie a vyvolává delirium. Nadbytek vit. se projevuje hyperkalcémií, v důsledku ní je zvýšená neuromuskulární dráždivost, riziko vzniku akutní pankreatitidy, žaludečních vředů a vzniku ledvinových kamenů.

Zdrojem vit. je olej z tresčích jater, maso z tučných ryb (makrela, sled', tuňák, losos a sardinky - konzervované), kakaový prášek, žloutek, máslo, játra, sýr, mléko a další.

**Vitamin E (tokoferol)** - plní důležitou roli v prevenci stárnutí, mozkových příhod, poruch tepen a neuropatií. Stimuluje krevní oběh, chrání kůži, v kombinaci se selenem, vitaminem A a C má antioxidační schopnosti, tj. má schopnost ničit volné radikály, které jsou ve stáří velkým nepřítelem pro důležité enzymy a rovnováhu imunitního systému. Doporučená denní dávka je asi 10 - 12 mg. Nedostatek může vyvolat různé příznaky spojené s vlivem volných radikálů např. nekrózu jater, poruchy metabolismu svalů a nervů.

Zdrojem vit jsou rostlinné oleje, obilní klíčky, zelenina, mouka, maso a další.

## **Příl. 1 - pokračování**

**Vitamin K** - je nezbytný k normálnímu srážení krve. Doporučená denní dávka je 1 – 4 mg. Nízká hladina nebo nedostatečný příjem vitaminu K je rizikovým faktorem osteoporózy a může se objevit při snížené vstřebatelnosti tuků, podvýživě. Jeho nedostatek se může projevit při dlouhodobé antikoagulační léčbě (léky snižujících srážlivost krve), po užívání antibiotik, které odstraňují důležité bakterie ze střeva. Při hypervitaminóze se objeví horečka, nechutenství i další nespecifické příznaky.

Zdroje vit. jsou chaluhy, listová zelenina, kapusta listová, kadeřavá a růžičková, čínské zelí, salát hlávkový, zelí bílé, červené a kysané, petržel nať, kopr, pažitka, špenát, celer, fenykl, květák, brokolice, rajčata, chřest vařený, okurka, paprika, mrkev, žampiony, brambory, játra, a další.

**Vitamin C (kyselina askorbová)** – je důležitý pro zajištění funkce vazivové tkáně a má antioxidační účinky. Doporučená denní dávka je 50 – 70 mg, ale 30 mg většinou stačí k ochraně před hypovitaminózou. Při hypovitaminóze vzniká únava a sníží se odolnost k infekcím. Kritické jsou zvláště konec zimy a jarní období, kdy je příjem vit. C z přírodních zdrojů snížený.

Zdroje vit. je ovoce a zelenina, brambory, rajčata, melouny a další.

**Vitaminy skupiny B (kyselina listová, pyridoxin, thiamin, niacin, biotin, B 12 )** jsou důležité pro přenos nervových signálů z nervů na svaly, pro metabolismus tuků a bílkovin, pro předcházení žaludečních, střevních, krevních nemocí a kožních zánětů. A také jako prevence mravenčení a bolestí v lýtkách.

**Thiamin** (vit. B 1) - denní doporučovaná dávka je 1,5 – 2 mg. Zdrojem je maso, vnitřnosti, kvasnice, tmavá mouka. Doporučená denní dávka je 1,5 – 2 mg. Nedostatek vit. vyvolává poruchu energetického metabolismu a projevuje se únavou a pomalými reakcemi.

**Riboflavin** (vit. B 2) - denní potřeba je 1,5 – 2 mg. Nedostatek vit. způsobí poruchy kůže a sliznic, záněty a únavu.

## Příl. 1 - pokračování

**Niacin** (kyselina nikotinová) – doporučená denní dávka je 10 – 20 mg, větší nedostatek vyvolává nemoc pelagru, která se projevuje kožními příznaky, choroby trávicího systému, průjmý, demenci. Zdrojem vit. jsou stejné jako u předcházejících dvou vitaminů.

**Pyridoxin** (vit. B 6) – je důležitý při metabolismu aminokyselin. Doporučená denní dávka je 2 mg. Nedostatek může vyvolat kožní poruchy a nevolnost. Zdrojem vit. jsou stejné jako u předcházejících vitaminů.

**Kyselina pantotenová** (vit B 5) – je důležitá pro oxidaci mastných kyselin. Doporučená denní dávka je 5 – 15 mg. Zdrojem jsou játra, mléko, vejce, tmavá mouka, luštěniny, zelenina, houby a další.

**Kyselina listová** (vit B 9) – doporučená denní dávka je 50 – 200 mikrogramů. Nedostatek způsobuje krevní poruchy a poruchy sliznic. Zdrojem jsou játra, obilní klíčky, listová zelenina, květák a další.

**Kobalamin** (vit B 12) – je důležitý při metabolismu aminokyselin. Doporučená denní dávka je 3 mikrogramy, při přebytku se ukládá v játrech, v nichž se mohou vytvořit zásoby i na několik let. Při jeho nedostatku může vzniknout anémie a poškození nervového systému. Zdrojem jsou maso, vnitřnosti, mléko, vejce a další.

**Biotin** (vit H) – přenáší oxid uhličitý a váže se snadno na protein. Doporučená denní dávka je 150 – 300 mikrogramů. Při nedostatku se objevují poruchy kůže. Zdrojem jsou játra, ledviny, kvasnice, luštěniny, zelenina a další.

## 5 MINERÁLNÍ LÁTKY

Potřeba minerálů může být ve stáří omezena, zejména vlivem jednostranné výživy. K minerálním látkám patří: vápník, železo, fosfor, hořčík, sodík, draslík, chlór a síra (Pánek, 2002, s. 97 – 99).

## Příl. 1 - pokračování

### Vápník (Ca)

Vápník se účastní stavby kostí a zubů, udržuje rovnováhu při krevní srážlivosti. Podílí se na přenosu nervových vzruchů, na funkci buněčných membrán, stahů svalů a činnosti srdce. Absorpce vápníku se s věkem snižuje, především při achlorhydrii. Chybí zde schopnost přizpůsobení organismu na jeho snížený přísun.

Doporučená denní dávka vápníku je 700 mg. Nadměrný přívod vápníku není žádoucí. Při jeho nedostatku vznikají křeče (tetanie) a může vézt k arytmiím. Dlouhodobý nedostatek způsobuje osteoporózu a další komplikace kloubně – svalového i srdečně – cévního systému. Zvýšené vylučování vápníku močí z těla ven způsobuje nadměrné užívání kuchyňské soli.

Zdrojem vápníku jsou především mléko, mléčné výrobky, obiloviny, vaječný žloutek, maso, ryby (sardinky, zavináče, úhoř, makrela), brokolice, mandle, sezamová semínka, ovoce a zelenina, minerální vody, luštěniny, ořechy, mák a mnoho dalších.

### Fosfor (P)

Fosfor je důležitý pro udržení správné hodnoty pH v krvi a z 90% provází vápník v kostech a zubech v podobě nerozpustných fosforečnanů. Obsah fosfátů nesmí převýšit obsah vápníku, protože vznikají nerozpustné sloučeniny fosforu, které snižují dostupnost vápníku v organismu. Optimální poměr je  $Ca : P = 1 : 1,5$ . V organismu jsou důležité organické sloučeniny fosforu, které po rozštěpení uvolňují velké množství energie. Váže se na bílkoviny, cukry a tuky.

Doporučená denní dávka fosforu je 550 mg. Při nedostatku fosforu dochází k dysfunkci leukocytů a trombocytů, což má za následek obtíže se srážlivostí krve. Podílí se i na vzniku srdeční nebo dechové nedostatečnosti.

Zdrojem fosforu jsou mléčné výrobky, maso, vaječný žloutek, obiloviny, luštěniny, ořechy a mnoho dalších.

### Železo (Fe)

Železo je nezbytnou součástí dýchacích pigmentů a enzymů, účastnících se na přenosu kyslíku. Doporučená denní dávka železa je 16 mg a nadbytek je pro organismus

## **Příl. 1 - pokračování**

nebezpečný. Nedostatek železa je u starých lidí poměrně častý. Příčiny mohou být v gastrointestinálním krvácení, po resekci střeva, po nedostatečném přívodu železa potravou nebo u užívání některých léků (např. antacida).

Zdrojem železa je červené maso, zvláště hovězí a rybí, drůbež, kuřecí játra, vaječný žloutek, výrobky s krví, hovězí játra, špenát, rýže, čočka, ovoce, listová zelenina, brambory, rajčata, celozrnný chléb a mnoho dalších.

### **Zinek (Zn)**

Zinek je důležitý pro výstavbu tkání a hojení ran. Ve stáří se novotvorba kůže prodlužuje o celých 10 dní než ve věku do 40 let. Doporučená denní dávka zinku je 12 mg.

### **Hořčík (Mg)**

Hořčík je důležitý pro přenos nervových vzruchů a je nepostradatelný pro nervové stahy. V lidském těle je obsažen asi ve 25g, nejvíce je v kostech 70%. Doporučená denní dávka hořčíku je 280 – 350 mg. Při jeho nedostatku se objevují křeče v dolních končetinách, svalový třes a apatie.

Zdrojem hořčíku je špenát, brokolice, artyčoky, tofu, rajčatový džus, slunečnicová semínka a mnoho dalších.

### **Sodík ( Na )**

Sodík je hlavní minerální látkou mimobuněčné tekutiny. Spolupůsobí s draslíkem při regulaci rovnováhy tekutin a je nezbytný pro nervovou i svalovou činnost. Jeho nadbytek v potravě není vítaný. Vysoká ztráta sodíku může vést ke snížení krevního tlaku, dehydrataci a svalovým křečím.

Zdrojem sodíku je sůl, sója, chleba, mléko, maso a mnoho dalších.

## **Příl. 1 - pokračování**

### **Draslík (K)**

Draslík je hlavní minerální látkou nitra buněk. Reguluje rovnováhu tekutin, elektrolytů a je nezbytný pro přenos nervových vzruchů. Nedostatek draslíku je projevem u starých lidí používajících diuretika. Při nedostatku draslíku se objevuje apatie, dezorientace, slabost a extrémní žízeň. V těžkých případech vznikají srdeční arytmie a dýchací obtíže. Vysoký obsah draslíku pomáhá regulovat krevní tlak a srdeční rytmus.

Zdrojem draslíku jsou artyčoky, špenát, brokolice, brambory, mrkev, fazolky, luštěniny, ovoce a zelenina, grapefruit, meloun, banán, jahody, treska, mléko a mnoho dalších.

### **Chlór (Cl)**

Chloridy se podílejí na udržování rovnováhy tekutin a elektrolytů v organismu, jsou nezbytné pro tvorbu žaludeční kyseliny. Chlór doprovází sodík a draslík a je nezbytný pro tvorbu žaludeční kyseliny.

Zdrojem chlóru je sója, vejce, mléko, sůl a mnoho dalších.

### **Síra ( S )**

Síra je součástí některých důležitých bílkovin.

## **6 STOPOVÉ PRVKY**

V lidském organismu se vyskytují jen v malém množství. Někdy jsou nazývány jako „anorganické vitaminy“. Mezi stopové prvky patří: jód, měď, mangan, kobalt, molybden, selen, chróm, fluor, křemík, vanad, nikl, cín. Úlohou stopových prvků je především aktivace některých důležitých enzymů. K ohrožení zdraví z nedostatku stopového prvku dochází při běžné smíšené stravě jen zcela výjimečně, a to jedině při dlouhodobých ztrátách.

## **7 FYTOCHEMIKÁLIE, BIOAKTIVNÍ LÁTKY**

Fytochemikálie jsou chemické sloučeniny, které si tvoří rostliny jako své obranné látky a ovlivňují některé regulační děje v organismu (obránné, detoxikační i protinádorové).



### **Příl. 1 – pokračování**

Svou funkcí stojí blízko vitaminům, účinkují jako antioxidanty. Jde o flavonoidy, dithiothiony, kumariny, indoly, strumigeny, lektiny, kyselinu fytovou, saponiny a další. Takových látek může být v jedné rostlině i několik set. Bylo nalezeno přes 2000 flavonoidů v zelenině, ovoci, čaji, víně a dalších potravinách (Pánek, 2002, s. 99).

## **Příloha č. 2**

### **Doplňující vyšetření a hodnocení nutričního stavu**

#### **1. LABORATORNÍ VYŠETŘENÍ**

Z laboratorních biochemických vyšetření můžeme posoudit změny sekrece plazmatických bílkovin: albumin (norma 35 – 45 g/l; komplikace menší než 35 g/l), prealbumin (norma 0,15 - 0,4 g/l; komplikace menší než 0,2), transferin (norma 2 – 4 g/l; komplikace menší než 2 g/l). Hladina albuminu je dobrým indikátorem sníženého proteinového příjmu a má prognostickou hodnotu. Stanovení albuminémie se používá i jako ukazatel změn extracelulární tekutiny. Hypoalbuminémie reflektuje expanzi extracelulární tekutiny svou zvětšenou redistribucí a může být tak užitečnou orientační informací. Hladiny prealbuminu a transferinu jsou dobrým ukazatelem akutního stavu a rychlosti úpravy při léčbě. Přítomnost lymfopenie a hypocholesterolemie jsou nespecifické ukazatele, které doplňují laboratorní spektrum spolu se stanovením hladin některých vitamínů, minerálů a stopových prvků, a to jak v plazmě, tak ve specifických buňkách či tkáních, např. leukocytech, apod.

Vyšetření C – reaktivního proteinu, jehož zvýšená hladina signalizuje přítomnost zánětlivého procesu, průkaz cholinesteráza (menší než 50 ukat/l), vyšetření kreatininu a urey v séru, atd.

Imunologická vyšetření sleduje odpověď na intradermální antigen (kandida, tetanus, toxoplasmóza, tuberkulin) za 24 až 72 hodin. Za uspokojivý stav výživy se považuje infiltrát alespoň u jednoho z antigenů. (Topinková, 2003, s. 6).

#### **2. KLINICKÁ A POMOCNÁ VYŠETŘENÍ**

Vyšetření se používají ke zhodnocení celkového stavu výživy ve smyslu energetické malnutrice společně se somatometrickými měřeními a údajem anamnézy o vývoji váhové křivky se hodnotí závažnost malnutrice. Při hodnocení závažnosti malnutrice je důležité hodnotit dynamiku změn tělesné hmotnosti (viz kapitola 1. 6. 2 s. 19). Důležité je i hodnocení zjevné disproportionality tělesného složení, rozložení tukových depozit – gynoidní a androidní tvar obezity, predilekční lokalizace svalového chátrání apod. Dále je potřeba hodnotit barvu kůže a slizniční projevy (bledost u sideropenické anémie při deficitu železa), krvácivost z dásní (při deficitu vit. C), pseudobilirubinémie (u nadměrného příjmu karotenů), kožní turgor (přítomnost

## **Příl. 2 - pokračování**

dehydratace), přítomnost otoků u proteinové malnutrice (kwashiorkor), specifické trofické defekty kůže a kožních adnex (karence vitamínu A, mastných kyselin), infekční koutky (u karence vitamínů skupiny B), drsná pelagrovitá kůže (u deficitu niacinu), koilonychie (u deficitu železa), alopecie u deficitu zinku, mědi, kyseliny pantotenové) (Svačina, 2008, s. 60).

### **3. SPECIÁLNÍ VYŠETŘENÍ**

Bilanční metody slouží ke sledování nutričních potřeb organismu a způsob jejich hrazení. Klasickým příkladem je dusíková bilance – sledování spotřeby a výdeje dusíku organismem, důležitá k hodnocení bilance základních makronutrientů (energie), bílkovin včetně aminokyselin, vody, elektrolytů, vitamínů a stopových prvků.

Podrobnější speciální vyšetření pro výzkumné účely lze doplnit kvantifikací tělesného složení bioelektrickou impedancí, hydrodenzitometrií, nukleární magnetickou rezonancí, funkčními testy a jiné (Svačina, 2008, s. 60).

Vyšetření nutričního stavu seniorů představuje mnohostranné objektivní a dynamické hodnocení, které má za cíl předcházet nevyváženosti výživy, informovat o výsledcích podávání nutriční podpory a zabránění dalšímu zhoršování nutričního stavu. V neposlední řadě je to snaha včas zachytit nemocné, kteří jsou ohroženi poruchami výživy, či se již nacházejí ve fázi rozvinuté poruchy a jsou indikováni k nutriční podpoře, která poskytne nemocnému potřebné živiny a kalorie. Vyšetření a hodnocení nutričního stavu je součástí celkového klinického přístupu, protože aktuální stav výživy seniorů je jedním z mnoha faktorů, který by měl být sledován.

K nejčastějším vyšetřením nutričního stavu se používají anamnestické, somatometrické, laboratorní, klinické a pomocné i speciální metody (Svačina, 2008, s. 58).

## Příloha č. 3

### Screeningové diagnostické vyšetření

#### Škála pro orientační hodnocení stavu výživy (MNA)

	<b>Bodové skóre</b>
<b>1. BMI</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• BMI &lt; 19</li><li>• <math>19 \leq \text{BMI} &lt; 21</math></li><li>• <math>21 \leq \text{BMI} &lt; 23</math></li><li>• BMI <math>\geq 23</math></li></ul> hmotnost (kg):..... tělesná výška (m).....	0 1 2 3
<b>2. Obvod středu paže</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• pod 21 cm</li><li>• 21-22 cm</li><li>• nad 22 cm</li></ul>	0 0,5 1
<b>3. Obvod lýtky</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• pod 31 cm</li><li>• 31 cm a více</li></ul>	0 1
<b>4. Úbytek hmotnosti za poslední 3 měsíce</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• více než 3 kg</li><li>• není přesný údaj</li><li>• 1-3 kg</li><li>• nebyl úbytek hmotnosti</li></ul>	0 1 2 3
<b>5. Je pacient nezávislý v IADL?</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• ne</li><li>• ano</li></ul>	0 1
<b>6. Užívá denně více než tři druhy léků?</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• ano</li><li>• ne</li></ul>	0 1
<b>7. Prodělal v posledních 3 měsících akutní onemocnění, úraz, psychické trauma?</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• ano</li><li>• ne</li></ul>	0 1
<b>8. Pohyblivost/mobilita</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• upoután na lůžko/vozík</li><li>• pohyb jen po místnosti</li><li>• vychází z bytu</li></ul>	0 1 2
<b>9. Psychický stav</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• těžká demence nebo deprese</li><li>• mírná demence nebo deprese</li><li>• normální stav, bez psychické poruchy</li></ul>	0 1 2
<b>10. Proleženiny, bércové vředy, jiné kožní ulcerace</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• přítomny</li><li>• nepřítomny</li></ul>	0 1

<b>11. Kolik jídel jí jedinec za den?</b> • jen jedno jídlo • dvě jídla • tři a více jídel	<b>Bodové skóre</b> 0 1 2
<b>12. Konzumuje:</b> - denně mléčný produkt                      ano – ne    1x ano - denně maso, ryby, drůbež                    ano – ne    2x ano - týdně alespoň dvakrát vejce nebo fazole    ano – ne    3x ano	0 0,5 1
<b>13. Konzumuje denně ovoce/zeleninu?</b> • ne • ano	0 1
<b>14. Došlo v posledních třech měsících ke ztrátě chuti k jídlu, zažívacím potížím nebo poruchám přijímání potravy (obtíže žvýkat nebo polykat)?</b> • ano, výrazně • jen mírně • ne	0 1 2
<b>15. Jaký je denní příjem všech tekutin?</b> • pod 600 ml • 600-1000 ml • nad 1000 ml	0 0,5 1
<b>16. Schopnost najíst se</b> • pomoc při najedení nutná • nají se sám, ale s obtížemi • nají se samostatně bez obtíží	0 1 2
<b>17. Domnívá se jedinec, že má se svojí výživou nějaké problémy?</b> • ano, hodnotí se jako podvyživený • neví, snad má problémy • ne, nemá žádné problémy	0 1 2
<b>18. Ve srovnání s osobami téhož věku hodnotí jedinec své zdraví jako:</b> • horší • neví • dobré, stejné • lepší	0 0,5 1 2
<b>Celkové skóre:</b>	

#### Hodnocení:

- 24-30 bodů – stav výživy velmi dobrý/dobrý
  - 17-23,5 bodu – riziko podvýživy
    - < 17 bodů – podvýživa

## Nottinghamský screeningový systém pro hodnocení rizika malnutrice

Položka	Bodové skóre
<b>1. BMI</b> • BMI < 18 • BMI 18-20 • BMI > 20 hmotnost (kg): ..... tělesná výška (m): .....	2 1 0
<b>2. Nechtěný úbytek hmotnosti v posledních třech měsících</b> • více než 3 kg • do 3 kg • žádný, hmotnost stálá	2 1 0
<b>3. Snížení příjmu potravy v posledním měsíci před hospitalizací</b> • ano • ne	2 0
<b>4. Stresový faktor / závažnost základního onemocnění</b> • <b>závažný</b> (polytrauma, rozsáhlé popáleniny, poranění hlavy, rozsáhlé dekubity, těžká sepse, malignita, pankreatitida, velký chirurgický výkon, pooperační komplikace) • <b>mírně až středně závažný</b> (nekomplikovaný chirurgický výkon, lehká infekce, chronická onemocnění, proleženiny, cirhóza, renální selhání, diabetes mellitus, CHOPN, nespecifické střevní záněty) • <b>žádný</b>	2 1 0
<b>Celkové skóre:</b>	

### Hodnocení:

- 0-2 body – stav výživy velmi dobrý/dobrý, bez další intervence
- 3-4 body – nutné monitorování stavu výživy, kontrola s odstupem 1 týdně
- 5 a více bodů – vysoké riziko podvýživy, indikováno cílené vyšetření nutričního stavu a intervence

## **Příloha č. 4**

### **Dotazník I.**

Vážená paní, vážený pane,  
jmenuji se Radka Šenkeříková, jsem studentkou oboru Ošetrovatelství na Fakultě zdravotnických věd Univerzity Palackého v Olomouci. Obracím se na Vás s žádostí o spolupráci při mém výzkumu, který se bude zabývat kvalitou výživy v domově pro seniory. Získané informace použiji pouze pro účely své bakalářské práce. Chtěla bych Vás požádat o pravdivé zodpovězení všech otázek v dotazníku. Vyberte jen jednu variantu, která je Vašemu názoru či zkušenosti nejbližší a zřetelně ji označte. V případě u varianty „jiné“ doplňte variantu svými možnostmi.

Za Vaši ochotu při spolupráci předem děkuji.

Radka Šenkeříková

**Pohlaví:**      muž              žena

**Věk:.....let**              **Výška.....cm**              **Váha..... kg**

#### **1. Kolikrát denně jíte?**

- a) méně než 3x
- b) 3 – 5x
- c) více než 5x (podle potřeb hladu, chuti)

#### **2. Co si zpravidla volíte?**

**k snídani?**

- a) bílé pečivo
- b) tmavé pečivo
- c) sladké pečivo – (koláče, vánočku, atd.)
- d) jiné, napište co.....

#### **Co k tomu?**

- a) mléčné výrobky (jogurty, sýry, sýrové pomazánky, přibináček.....)
- b) masité výrobky (uzeniny)

#### Příl. 4 - pokračování

c) máslo, med, marmeláda, nutela

d) jiné, napište co.....

##### **k obědu?**

a) drůbeží maso ( kuře, krůta )

b) hovězí, vepřové, telecí, husa, kachna

c) ryby

d) zeleninové jídlo

e) luštěniny

f) sladké jídlo

##### **Co k tomu?**

a) brambory

b) rýže

c) těstoviny

d) knedlíky

e) vařená zelenina

f) salát

g) jiné, napište co.....

##### **Co je součástí vašeho oběda?**

a) sladký dezert

b) ovoce

c) víno, pivo, džus, neslazená minerálka, káva

d) jiné, napište co.....

##### **..... k večeři?**

a) mléčné výrobky

b) masité výrobky

c) ovoce



## Příl. 4 - pokračování

### 3. Jak často konzumujete ovoce a zeleninu?

- a) méně než 3 porce denně
- b) více než 5 porcí denně
- c) 3 – 5x týdně
- d) nikdy

### 4. Jak často v průběhu dne pijete?

- a) nejvíce ráno a dopoledne
- b) nejvíce odpoledne
- c) v průběhu celého dne

### 5. Jaké množství tekutin přijímáte?

- a) méně než 1,5 l denně
- b) 1,5 – 2 l denně
- c) více než 2 l denně

### 6. Jaké tekutiny pijete kromě kávy a alkoholu?

- a) čistou vodu ( někdy i se sirupem )
- b) slazené minerálky
- c) neslazené minerálky
- d) čaj
- e) džus

### 7. Je vaše strava podávána v dostatečném množství?

- a) ano - nedojídám
- b) ne - musím si dokupovat
- c) optimální - sním vše

*Pozn. k ot. č. 8 Tuto otázku vyplní pouze diabetik nebo senior trpí - li obezitou.*

### 8. Snažíte se dodržovat dietní režim?

- a) ano - vždy
- b) ne - někdy poruším
- c) nemám potřebu dodržovat dietu

*Podotázka*  
jste diabetik?

- a) závislý na inzulínu
  - b) závislý na PADu
- trpíte nadváhou či obezitou?
- a) nadváhou
  - b) obezitou

**9. Máte dostatek informací o svém zdravotním stavu?**

- a) domnívám se, že ano
- b) domnívám se, že ne
- c) nevím, potřebuji vědět víc
- d) nevím, nepotřebuji vědět víc

**10. Berete ohled na váš zdravotní stav při výběru stravy?**

- a) ano - vždy
- b) ne - nemám důvod
- c) jak se mi chce (někdy ano, někdy ne)

**11. Co ovlivňuje váš výběr stravy?**

- a) především nabídka jídel
- b) množství nabízené stravy
- c) výživové zvyklosti
- d) dieta
- e) složení
- f) chuť
- g) cena
- h) jiné (např. reklama)

**12. Kde hledáte odbornou pomoc při výběru vhodné stravy?**

- a) u nutričního terapeuta
- b) v literatuře (př. letáky)
- c) od příbuzných a známých

#### **Příl. 4 - pokračování**

- d) z televize, rádia, internetu
- d) nehledám odbornou pomoc

#### **13. Dostáváte dostatečné informace o tom, co máte jíst?**

- a) ano - dostatečné
- b) ne - nedostatečné
- c) nezajímám se

#### **14. Jaký vliv mají informace na vaše chování při výběru stravy?**

- a) má pozitivní vliv
- b) je mi to jedno

#### **15. Jaký jiný zdroj informací byste si přáli?**

- a) častější besedy s nutričním terapeutem
- b) ne - nemám zájem
- c) jiné, napište návrh.....

#### **16. Jste spokojen/a s individuálním výběrem stravy?**

- a) ano - jsem spokojen/a
- b) ne - je to pro mě dilema

#### **17. Jste spokojen/a se stravováním v Domově pro seniory?**

- a) ano - zpravidla jsem spokojen/a
- b) ne - často nejsem spokojen/a

## **Příloha č. 5**

### **Dotazník II.**

#### **1. Byla edukace ve vašem stravování přínosem?**

- a) ano
- b) ne
- c) je mi to jedno

#### **2. Změnila se skladba vaší stravy po edukaci?**

- a) ano - stravuji se podle zásad
- b) ne - stravuji se jako předtím
- c) občas, když je to třeba

#### **3. Pociťujete zlepšení vašeho zdravotního stavu po edukaci?**

- a) ano - cítím se lépe
- b) ne - nepociťuji žádnou změnu

#### **4. Jak dlouho vydržíte setrvat u dodržování správného stravování?**

- a) ano - chci vydržet
- b) ne - nedokážu se přizpůsobit
- c) už je mi to jedno

#### **5. Jaký druh motivace by ovlivnil ohled na dodržování správné diety?**

- a) nemoc
- b) nabídka jídel
- c) stravovací zvyklosti
- d) chuť
- e) silná vůle člověka

## Příloha č. 6

### Měsíční jídelní lístek od 14. 12. 2009 – 10. 1. 2010

1 týden

Pondělí 14. 12. 2009

normální dieta	redukční dieta	diabetická dieta	výběrová dieta
zelná polévka	hovězí vývar s nudlemi	zelná polévka	hovězí vývar s nudlemi
tvarohový závin s vanilkovou polevou a mlékem	hovězí maso na smetaně s těstovinami - salát - ovoce	dušené rybí filé s vařenými bramborami a petrželkou - salát - ovoce	vepřový špíz s vařenou pikantní zeleninou a opékaným bramborem - ovoce

Úterý 15. 12. 2009

hovězí vývar s játrovými knedlíčky	dýňová polévka	dýňová polévka	hovězí vývar s játrovými knedlíčky
plněné knedlíky se škvarkama a kyselým zelím - jablkový koláč	dušená zelenina s bramborem - jablkový koláč	ořechový nákyp s jahodovou náplní a mlékem	kuře na kari s rýží se zeleninou - jablkový koláč

Středa 16. 12. 2009

zeleninová polévka	hovězí vývar s nudlemi	hovězí vývar s nudlemi	zeleninová polévka
smažené žampióny s tatarskou omáčkou - salát - moučník	opékaný párek se zeleninou a bramborovou kaší - moučník	maso na cibulce s těstovinami - salát - moučník	zeleninový řízek s bylinkovou omáčkou - salát - moučník

Čtvrtek 17. 12. 2009

hovězí vývar s játrovými knedlíčky	žampiónová polévka	žampiónová polévka	hovězí vývar s játrovými knedlíčky
hovězí pečeně na kmíně s rýží - salát - ovoce	smažené rybí filé s vařeným bramborem a petrželkou - ovoce	špagety se zeleninou - salát - puding	jehněčí maso s bramborovou kaší - salát - puding

Pátek 18. 12. 2009

brokolicová polévka	brokolicová polévka	hovězí vývar	hovězí vývar s játrovými knedlíčky
---------------------	---------------------	--------------	------------------------------------

rybí karbenátky s bramborovým salátem - kompot	žemlovka s mlékem - kompot	restované kuřecí játra s bramborem - salát - kompot	hovězí guláš s knedlíkem - kompot
---	-------------------------------	--	---

*Sobota 19. 12. 2009*

hovězí vývar	bramborová polévka	bramborová polévka	hovězí vývar
pečené kuřecí stehno s rýží - salát - ovoce	vepřový jazyk s vařeným bramborem s kmínem - ovoce	hovězí sekaná s vařeným bramborem - salát - ovoce	uzené maso se zelím a knedlíkem - ovoce

*Neděle 20. 12. 2009*

hovězí vývar	bramborová polévka	bramborová polévka	zeleninová polévka
vařené hovězí maso s kapustou a vařeným bramborem - čokoládový dort	pečená krutí rolka s těstovinami - salát - čokoládový dort	vařené bio hovězí maso s opékaným bramborem a jablečným křenem - čokoládový dort	masové karbenátky s pikantní omáčkou - ovoce - čokoládový dort

**2 týden**

*Pondělí 21. 12. 2009*

celerová polévka	hovězí vývar	celerová polévka	hovězí vývar
nudle s mletými ořechy s mlékem - jablkový kompot	zapékané těstoviny s masem a zeleninou - salát - ovoce	smažené rybí filé s vařeným bramborem a petrželkou - salát - ovoce	zapékané brambory - salát - ovoce

*Úterý 22. 12. 2009*

zeleninová polévka	hovězí vývar	zeleninová polévka	zeleninová polévka
zapékané těstoviny se sladkokyselým zelím - vanilkový pudink	tortellini se šunkou a sýrovou omáčkou - salát - pudink	vařené hovězí maso s červeným zelím a vařeným bramborem - pudink	plněné ovocné knedlíky s mlékem

*Středa 23. 12. 2009*

kyselice	kyselice	hovězí vývar	hovězí vývar
masový špíz - salát - makový štrůdl	knedlíky se žampionovou omáčkou	žemlovka s kompotem - makový štrůdl	bramborový guláš s uzeninou a pečivem

	- makový štrúdl		- makový štrúdl
--	-----------------	--	-----------------

*Čtvrtek 24. 12. 2009*

hovězí vývar s játrovými knedlíčky	hovězí vývar s játrovými knedlíčky	hovězí vývar s játrovými knedlíčky	kmínová polévka
smažený kapr s bramborovým salátem - vaječný krém s likérem	pečený králík na smetaně s těstovinami - salát - vaječný krém s likérem	plněné cukety s vařeným bramborem - vaječný krém s likérem	smažené kuřecí křídla s rýží - salát - vaječný krém s likérem

*Pátek 25. 12. 2009*

hovězí vývar	česneková polévka	hovězí vývar	česneková polévka
vepřová pečeně s pepřovou omáčkou a orestovanou zeleninou - moučník	plněné meruňkové knedlíky s tvarohem a mlékem - kompot	pečené telecí maso s omáčkou těstovinou - salát - moučník	smažený sýr s brusinkovým krémem - salát - moučník

*Sobota 26. 12. 2009*

hovězí vývar	hovězí vývar	rajčatová polévka	rajčatová polévka
vepřový biftek s opékaným bramborem - salát - ovoce	vepřový přírodní řízek s bramborovou kaší - salát - ovoce	knedlíky plněné se zeleninou s křenovou omáčkou - salát - ovocný jogurt	plněné karbenátky se sýrem s bylinkovou omáčkou a rýží - salát - ovoce

*Neděle 27. 12. 2009*

hovězí vývar	hovězí vývar	hovězí vývar	cibulová polévka
telecí pečené maso s rýží a zeleninou - dort	pečené kuře s rýží - salát - dort	zapečené těstoviny s uzeninou - salát - dort	dušené rybí filé se smetanovou omáčkou a vařeným bramborem - salát - dort

**3. týden**

*Pondělí 28. 12. 2009*

hrachová polévka	slepičí vývar	slepičí vývar	hrachová polévka
plněné švestkové knedlíky s mlékem	hovězí roštěná s těstovinou - ovoce	smažené rybí filé s dušenou zeleninou a bramborem - ovoce	vaječná omeleta - salát - ovoce

Úterý 29. 12. 2009

hovězí vývar	mrkvová polévka	mrkvová polévka	hovězí vývar
čočka na kyselo s párkem a pečivo - puding	hovězí roláda s těstovinou - salát - puding	rýžový nákyp s ovocem a mlékem - kompot	sýrový špíz - salát - puding

Středa 30. 12. 2009

květáková polévka	hovězí vývar	hovězí vývar	květáková polévka
špenát s vajíčkem a orestovaným bramborem - moučník	přírodní rybí filé s vařeným bramborem - salát - moučník	uzené maso s bramborovou kaší - salát - moučník	grilovaná klobása s vařeným bramborem - moučník

Čtvrtek 31. 12. 2009

hovězí vývar	zeleninová polévka	zeleninová polévka	hovězí vývar
smažený kuřecí řízek s bramborovým salátem - ovoce	zeleninový štrúdl s bylinkovou omáčkou - salát - kompot	vařené hovězí maso s kapustou a vařeným bramborem - ovocný jogurt	zapečené těstoviny se šunkou a sýrem - salát - ovocný jogurt

Pátek 1. 1. 2010

houbová polévka	houbová polévka	hovězí vývar	
hovězí guláš s těstovinou - kompot	plněné meruňkové knedlíky s mlékem	vepřová pečeně se zelím a bramborovým knedlíkem - kompot	

Sobota 2. 1. 2010

hovězí vývar	hovězí vývar	dýňová polévka	dýňová polévka
smažené rybí filé s vařeným bramborem - salát - ovoce	krutí maso na smetaně s těstovinou a dušenou zeleninou - ovoce	vařená kapusta s párkem a vařeným bramborem - ovoce	opékaná sekaná s bramborovou kaší - salát - ovoce

Neděle 3. 1. 2010

hovězí vývar	hovězí vývar	dýňová polévka	rajčatová polévka
jehněčí maso s fazolkami a opečeným bramborem - dort	bio hovězí maso na smetaně a vařeným bramborem - dort	zeleninové lečo s vařeným bramborem - dort	plněné masové nudlové taštičky - salát - dort



**4. týden***Pondělí 4. 1. 2010*

bramborová polévka	hovězí vývar	hovězí vývar	rajčatová polévka
knedlíky plněné škvarky	sekaná s bramborovou kaší - salát - ovoce	smažené rybí filé s dušenou zeleninou a vařeným bramborem - ovoce	gnocchi s rajčatovou omáčkou - salát - ovoce

*Úterý 5. 1. 2010*

hovězí vývar	hovězí vývar	zeleninová polévka	hovězí vývar
plněné masové knedlíky - salát	zeleninový talíř s rýží - salát	tvářohový nákyp s ovocnou polevou a mlékem	smažená mozzarella s vařeným bramborem a brusinkovou polevou - salát - ovocný jogurt

*Středa 6. 1. 2010*

hovězí vývar	brokolicový krém	hovězí vývar	brokolicový krém
vařený květák s máslem a strouhankou - moučník	přírodní rybí filé s vařeným bramborem a petrželkou - salát - moučník	segedinský guláš s knedlíkem - moučník	vepřové kopýtko s vařenou zeleninou a křenem, pečivo - moučník

*Čtvrtek 7. 1. 2010*

celerová polévka	hovězí vývar	celerová polévka	celerová polévka
špagety s rajčatovou omáčkou - salát - puding	zeleninový řízek s jogurtovou omáčkou - salát - puding	vařený bůček s vařeným bramborem - puding	palačinky s marmeládou a mlékem

*Pátek 8. 1. 2010*

zeleninová polévka	zeleninová polévka	hovězí vývar	hovězí vývar
smažené rybí filé s bramborovým salátem - kompot	rýžový nákyp s ovocem a mlékem	vařený telecí jazyk s omáčkou a rýží - salát - kompot	vařené hovězí maso s křenem a vařeným bramborem - kompot

*Sobota 9. 1. 2010*

hovězí vývar	hovězí vývar	kurbis	kurbis
masová roláda - salát - ovoce	hovězí roštěná s těstovinou - salát - ovoce	dušená zelenina s bramborem - ovoce	sekaná s bramborovým salátem - ovoce

*Neděle 10. 1. 2010*

hovězí vývar	hovězí vývar	česneková polévka	hovězí vývar
pečené kuře s rýží - salát - dort	telecí pečené maso s vařenou zeleninou a rýží - dort	smažené rybí filé se špenátem a vařeným bramborem - dort	zeleninový štrúdl - salát - dort

## Příloha č. 7

### Tabulky četnosti výskytu diabetické diety

**Tab. A 2 Četnost výskytu objednané diabetické stravy u diabetiků ve 2 týdnu**

2 týden	20 diabetiků																			
Pondělí	2	3	3	1	3	1	3	1	1	3	3	1	1	3	3	1	2	1	3	1
Úterý	2	4	4	4	4	4	4	4	4	2	1	4	4	3	3	4	3	3	3	3
Středa	3	3	3	3	3	3	3	3	1	3	1	4	3	3	3	1	2	3	3	3
Čtvrtek	1	1	3	2	1	1	1	1	1	1	3	4	2	1	1	1	3	1	1	1
Pátek	3	3	2	2	2	4	3	2	4	3	1	2	2	3	3	2	2	2	2	3
Sobota	2	2	3	3	3	4	1	1	2	3	3	4	1	3	3	3	3	3	4	2
Neděle	1	3	4	4	4	3	3	1	4	2	2	3	3	3	3	3	3	4	1	1

**Tab. A 3 Četnost výskytu objednané diabetické stravy u diabetiků ve 3 týdnu**

3 týden	20 diabetiků																			
Pondělí	3	3	1	1	3	3	3	2	4	1	2	1	3	1	1	1	2	1	3	3
Úterý	3	1	3	3	3	4	1	1	3	3	3	2	3	3	4	3	3	3	2	3
Středa	3	3	3	3	4	4	1	1	3	3	3	1	2	2	2	2	3	2	1	1
Čtvrtek	2	3	3	2	2	4	4	1	3	4	1	1	3	3	3	1	1	3	4	4
Pátek	3	2	2	3	3	3	3	2	2	2	2	3	3	2	2	2	3	1	2	3
Sobota	1	2	3	1	4	4	3	3	3	4	4	1	3	2	2	3	3	1	3	4
Neděle	1	3	3	4	1	1	3	3	4	2	2	2	3	1	3	3	3	3	3	3

**Tab. A 4 Četnost výskytu objednané diabetické stravy u diabetiků ve 4 týdnu**

4 týden	20 diabetiků																			
Pondělí	3	3	1	1	3	1	3	2	1	3	2	1	3	3	4	3	2	1	3	3
Úterý	1	2	1	3	2	3	4	2	1	3	3	3	3	1	2	3	3	3	3	1
Středa	2	4	4	4	4	4	4	3	3	3	3	1	4	3	3	3	4	3	3	3
Čtvrtek	3	4	3	3	4	4	4	4	4	1	3	4	3	4	4	3	1	2	4	3
Pátek	1	2	2	2	4	2	3	3	3	2	2	2	1	3	2	4	2	2	2	2
Sobota	3	4	3	2	4	4	3	2	1	1	2	3	2	2	2	3	4	2	2	2
Neděle	3	3	1	1	1	3	2	3	3	1	4	1	4	1	1	1	2	4	1	1

## Příloha č. 8

### Tabulky četnosti výskytu redukční diety

**Tab. B 1 Četnost výskytu objednané redukční diety u obézních seniorů v 1 týdnu**

1 týden	12 obézních seniorů																			
Pondělí	2	1	1	1	2	1	1	2	4	3	2	1								
Úterý	2	2	3	2	2	2	2	1	4	2	2	2								
Středa	2	2	2	3	2	2	2	2	3	2	2	2								
Čtvrtek	2	2	2	4	1	2	2	2	2	2	2	4								
Pátek	2	2	2	2	4	4	4	1	2	4	2	2								
Sobota	1	2	4	2	1	1	1	4	1	3	2	2								
Neděle	1	2	4	3	2	2	1	2	2	2	2	2								

**Tab. B 2 Četnost výskytu objednané redukční diety u obézních seniorů ve 2 týdnu**

2 týden	12 obézních seniorů																			
Pondělí	3	3	2	2	2	3	2	2	4	3	2	1								
Úterý	4	4	4	2	2	1	3	4	2	4	4	2								
Středa	2	2	2	3	1	3	4	2	2	2	3	3								
Čtvrtek	1	1	1	2	2	1	1	2	2	2	2	2								
Pátek	2	2	2	1	1	1	2	2	2	2	2	2								
Sobota	2	2	2	1	2	1	2	2	2	2	2	1								
Neděle	2	1	2	3	2	2	2	1	2	2	2	2								

**Tab. B 3 Četnost výskytu objednané redukční diety u obézních seniorů ve 3 týdnu**

3 týden	12 obézních seniorů																			
Pondělí	2	3	1	2	2	3	3	2	4	2	2	1								
Úterý	2	2	2	1	3	2	2	4	1	2	2	2								
Středa	2	1	3	2	4	2	1	2	2	2	2	3								
Čtvrtek	2	2	4	2	3	3	1	4	4	2	1	1								
Pátek	3	2	4	1	2	2	2	3	2	2	1	4								
Sobota	2	2	2	2	2	2	1	2	2	3	3	2								
Neděle	2	2	1	4	2	2	4	2	2	2	3	3								

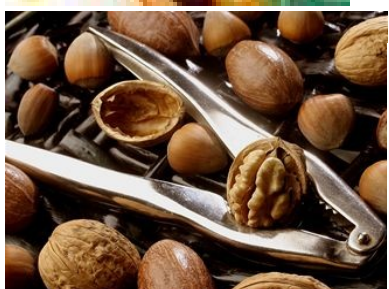
**Tab. B 4 Četnost výskytu objednané redukční diety u obézních seniorů ve 4 týdnu**

4 týden	12 obézních seniorů																			
Pondělí	3	3	1	1	2	3	2	2	4	2	2	1								
Úterý	1	2	2	2	2	4	2	2	1	3	3	3								
Středa	2	2	2	4	3	2	2	1	3	2	2	4								
Čtvrtek	2	2	4	3	2	2	2	1	2	2	2	2								
Pátek	2	2	2	1	1	1	2	2	2	1	3	2								
Sobota	2	2	3	2	2	2	2	3	2	4	2	2								
Neděle	2	2	3	2	4	2	2	2	2	1	2	2								

## Příloha č. 9

### Edukační nutriční materiál pro zdravé seniory

Racionální výživa ve stáří = klíč ke zlepšení kvality života



### Pravidla zdravého stravování:

1. **Jezte** vyváženou pestrou stravu založenou více na potravinách rostlinného původu.
2. **Udržujte** svou tělesnou hmotnost v normálních hodnotách. Máte – li problémy s váhou, omezte množství jídla a pravidelně se věnujte pohybové aktivitě (ochranný účinek na zdraví má například nepřetržitých 30 minut, rychlé chůze denně).
3. **Jezte** různé druhy ovoce a zeleniny, alespoň 400 g denně, přednostně čerstvé a místního původu, jezte sóju a ořechy.
4. **Omezujte** spotřebu potravin s vysokým obsahem nasycených tuků a cholesterolu (např. uzenin, tučných sýrů, čokolád, chipsů). Pozor! cholesterol pouze do 300 g denně.  
Dávejte přednost rostlinným olejům před živočišnými tuky (konzumujte denně 1 – 2 lžíce kvalitních, tepelně nezpracovaných rostlinných olejů). **Konzumujte** denně mléko a mléčné výrobky se sníženým obsahem tuků.
5. **Jezte** denně tmavý chléb, pečivo, těstoviny, rýži nebo další výrobky z obilovin (zejména celozrnné) a brambory, **jezte** vločky – ovesné, kukuřičné, pšeničné.
6. **Nahrazujte** tučné maso a masné výrobky rybami (nejméně 2 x týdně), luštěninami (obsahují vlákninu), drůbeží a libové maso bez tuku (ryby, kuřata, krůty, králíka, telecí, libové hovězí, vepřové a skopové, jehněčí).
7. **Vybírejte** potraviny s nízkým obsahem cukru, omezujte sladkosti.
8. **Omezujte** příjem kuchyňské soli, celkový denní příjem soli nemá být vyšší než 5 g (1 čajová lžička), a to včetně soli skryté v potravinách. Používejte sůl obohacenou jódem. **Nedosolujte** si hotové pokrmy.
9. **Vyvarujte** se každodenní konzumaci alkoholu a nepřekračujte denní dávku 20 g alkoholu (tj. 0,5 l piva nebo 2 dl vína nebo 5 cl 40% destilátu).
10. **Pijte** minimálně 1,5 – 2 litry tekutin denně, vyhýbejte se nápojům slazených cukrem.
11. **Omezujte** pochutiny – slané brambůrky, tyčinky (nahrad'te je sušeným ovocem).
12. **Nekonzumujte** hotové výrobky - majonézové saláty, obložené chlebičky.

**Doporučený denní příjem energie u starších osob vzhledem k nižšímu pohybu a úbytku svalové tkáně činí asi 1 700 kcal.**

**Vyváženost a komplexnost stravy**

- sacharidy 300 g – 50 (55 % energetické denní potřeby)
- bílkoviny 0,8 – 1 g/ kg hmotnosti (18 – 20 % energetické denní potřeby)
- tuky 55 – 60 g (30 – 35% energetické denní potřeby)
- vláknina (alespoň 24 g denně)
- vitamíny (důležité – vit. E,C a beta karoteny)
- minerální látky, stopové prvky (železo, vápník, selen)
- tekutiny

**Výběr vhodných a nevhodných potravin**

**vhodné**

maso – drůbež (kuře, krůta), králík, ryby (sladkovodní i mořské), libové hovězí, vepřové a telecí maso, omezeně drůbeží i vepřová šunka, salámy, párky

**nevhodné**

tučná masa - (hovězí a vepřové), husa, kachna, vnitřnosti, uzené maso

**Výběr vhodných a nevhodných tekutin**

**vhodné**

voda, čaj, neslazené minerálky a nealkoholické nápoje

**nevhodné**

perlivé vody, alkohol a káva

**Jak často konzumovat potravu?**

5 - 7 malých porcí jídla denně, 2 hodiny před spaním poslední

**Jaká je vhodná úprava stravy?**

vaření ve vodě, dušení v páře či na pánvi s minimem tuku, soli a ostrého koření (použít bylinky)

**Na co nesníme zapomínat?**

Správnou výživu musí doprovázet pravidelná dechová a tělesná cvičení

## Příloha č. 10

### Edukační nutriční materiál pro seniory diabetiky

#### Hlavní zásady stravování při diabetu

**správná strava + tělesná aktivita = zlepšení kompenzace I. a II. typu diabetu a oddálení komplikací**





## **Pravidla vhodného stravování u diabetiků:**

**1. přijímejte** cukry (polysacharidy) – moučné výrobky rozdělte do několika dávek za den

### ***vhodné***

tmavé pečivo, celozrnný chléb, bezvaječné těstoviny, celozrnné těstoviny, knedlíky, rýže, brambory

### ***nevhodné***

tučné pečivo, loupáčky, briošky, smažené koblihy, kynuté koláče, vícevaječné těstoviny

sladkosti - dorty, sušenky, čokolády, bonbony, smetanové zmrzliny, koláče

**2. přijímejte** jednoduché cukry (mono – disacharidy) – konzumujte na svačinu

### ***vhodné***

nízkotučné mléko, jogurty, tvaroh, ovoce max. 1 - 2 kusy nejlépe jablka, grep, pomeranč, kiwi, mandarinka, broskev, meruňky, jahody (10 kusů), meloun (250 g), sýry do 30 % tuku

### ***nevhodné***

tučné sýry nad 40 % tuku, smetanové tučné jogurty, plnotučné mléko, sušené a kondenzované mléko, smetana, majolka, banány, hrozny, hrušky, švestky, přezrálé ovoce, sušené a kandované ovoce, všechny druhy ořechů

**3. sladíte** nekalorickými sladidly

### ***vhodné***

jakákoliv nekalorická sladidla

### ***nevhodné***

cukr, sorbit, fruktóza

**4. omezte** živočišné tuky – obsah tuků by měl být za den méně než 35 % z celkové denní energie

### ***vhodné tuky***

oleje, rostlinná másla, pomazánková másla

### ***vhodné masné výrobky***

netučná masa, kuře, krůta, telecí, králík, vepřová kýta, hovězí maso zadní, drůbeží párky, šunkový salám, mořská štika, filé, treska, pstruh, drůbeží uzeniny, vepřová dušená šunka, drůbeží tlačěnka

#### ***nevhodné tuky***

sádlo, máslo, ztužené tuky, kokosový olej

Bílkovinné potraviny obsahují tuky, ve velkém množství mohou mít u diabetiků negativní

#### ***nevhodné masné výrobky***

tučné hovězí, vepřový bůček, krkovice, mleté maso, ovar, husa, kachna, vnitřnosti, tučné ryby, slanina, jitrnice, škvarky, tučná tlačěnka

smažené pokrmy z masa i ryb, tučné vývary z mas a kostí kůže z mas

**5. nejezte** nadbytečné množství bílkovin – doporučené množství je 1 g/kg normální hmotnosti. vliv na funkci ledvin.

**6. Jezte** dostatečné množství zeleniny a ovoce – pro obsah vlákniny – doporučené množství je 24 g/den.

#### ***vhodné***

všechna zelenina, zelí, hlávkový salát, čínský salát, okurka, paprika, ředkvičky, rajčata, cukety, patisony (doporučujeme 5 porcí zeleniny nebo ovoce denně)

luštěniny – hrách, čočka, fazole (doporučujeme 4 porce luštěnin za týden)

#### ***nevhodné***

smažená zelenina, smažený květák

**7. Pijte** dostatečné množství neslazených tekutin – minimálně 1,5 – 2 litry za den

#### ***vhodné***

označované light nebo nízkoenergetické, vodu, minerálky bez příchutě, stolní vody, čaj

#### ***nevhodné***

tvrdý alkohol, sladké víno, vícestupňové pivo, sladké nápoje, čokoládové nápoje

**8. Vylučte** alkohol – má vysoký obsah energie a při léčbě diabetu tabletami nebo inzulinem může způsobit těžkou hypoglykémii

**9. Zkontrolujte** obsah cukrů a energie na obalech výrobků – vybírejte si potraviny nízkoenergetické – light

**10. Dodržujte** odstupy mezi jídly - 4 – 6 hodin mezi hlavními jídly a svačiny 2 – 3 hodiny po hlavním jídle

**11. Věnujte se** pravidelné fyzické aktivitě

**12. Pokud** máte přiměřenou hmotnost, **naučte se znát** potraviny podle obsahu sacharidů. Pokud máte nadváhu nebo jste obézní, **naučte se znát** rozdělení potravin i podle obsahu energie a tuků

**Na co nesníte zapomínat?**

**Dia výrobky mohou obsahovat stejné množství sacharidů a energie jako podobné výrobky.** Sacharidy a energie musí být započítány do celodenního příjmu.

**Porad'te se** se svým nutričním terapeutem, jaké změny ve stravovacím režimu jsou pro vás vhodné.

## Příloha č. 11

### Edukační nutriční materiál pro seniory s obezitou

**Redukce hmotnosti + fyzická aktivita = cesta k úspěchu  
(snížení obsahu tuků)**



**Adekvátní snížení množství přijaté energie v potravě je nutné k hmotnostní redukci klienta a k udržení jeho ideální hmotnosti.**

#### **Vyváženost a komplexnost stravy**

- bílkoviny 0,8 – 1,0 g na 1kg ideální hmotnosti (25% celkové denní energie)
- tuky - 25 – 30% celkové energetické hodnoty
- sacharidy - 50% celkové denní energie
- vláknina, vitamíny, minerální látky, stopové prvky
- tekutiny - doporučované množství asi 2 l denně

## Hlavní zásady při redukci hmotnosti:

1. **Omezujte** volné tuky použité na přípravu pokrmů a na mazání
2. **Vyřad'te** tučné potraviny – tučné sýry, uzeniny, tučná masa, paštiky, šlehačku, tučné moučníky, sušenky, smetanové zmrzliny, majonézu
3. **Jezte** maso jen v doporučeném množství, **dávejte přednost** rybám (alespoň 1x týdně), také drůbeží. **Omezujte** uzeniny pro vysoký obsah tuků – **jezte** pouze šunku, libovou debrecinku, drůbeží šunku
4. **Konzumujte** nízkotučné mléčné výrobky
5. **Volte** raději rostlinné oleje a másla - neobsahují cholesterol
6. **Jezte** luštěniny všeho druhu podle snášenlivosti
7. **Konzumujte** ovoce několikrát denně, ale ne nadbytečně a zeleninu alespoň 2x denně
8. **Omezujte** solení potravin a **snižujte** ji sestupnými dávkami
9. **Zvyšujte** fyzickou aktivitu
10. **Vytrvejte** v dietě a **neporušujte** ji
11. **Používejte** koření všeho druhu, **kořeňte** středně, vhodné jsou zelené druhy koření
12. **Omezujte** cukr, med, cukrářské výrobky a sladkosti

## **Jak často konzumovat potravu?**

3 až 6 jídel denně, v 18 až 21 hodin poslední, alespoň 2 hodiny před spaním

## Výběr vhodných a nevhodných potravin

### **vhodné**

maso – drůbež (kuře, krůta), králík, ryby (sladkovodní i mořské), libové hovězí, vepřové a telecí maso, omezeně drůbeží i vepřová šunka, salámy, párky

**nevhodné** - tučná masa (hovězí a vepřové), husa, kachna, vnitřnosti, uzené maso

### *mléčné výrobky*

**vhodné** – nízkotučné mléko a mléčné výrobky

**nevhodné** – smetana, zakysaná smetana, tučné sýry, smetanové jogurty

### *vejce*

1 žloutek obsahuje skoro 300 mg cholesterolu, což odpovídá max. doporučené množství za den

**nevhodné** – majonézy, smažené vejce, více než 2 kusy za týden

### *tuky*

**vhodné** – rostlinné (slunečnicový, olivový, sójový olej) a rostlinná másla

**nevhodné** – ztužené tuky, vepřové sádlo, máslo

### *ovoce*

**vhodné** – jablko, pomeranč, grep, kiwi, mandarinka, jahody, rybíz, maliny, omezeně dia kompoty, dia ovocné přesnídávky a 100% džusy

**nevhodné** – sušené ovoce, rozinky, banány, hrozny, broskve

### *zelenina*

**vhodné** – všechny druhy v syrovém stavu nebo sterilizovaná

**nevhodná** – smažená úprava zeleniny

### *polévky*

**vhodné** – netučné masové vývary se zavářkou a zeleninové polévky málo zahuštěné

**nevhodné** – husté a tučné polévky zahuštěné jíškou

### *luštěniny*

**vhodné** – fazole, čočka, hrách, sója

### *příkrmy*

**vhodné** – vařené brambory (alespoň 1x denně), bramborová kaše, brambory pečené bez tuku, rýže, těstoviny, celozrnné druhy pečiva

**nevhodné** – knedlíky houskové, bramborové, smažené brambory, smažené bramborové hranolky a krokety, velké porce všech ostatních příloh

### *nápoje*

**vhodné** – černý čaj, zelený, bylinkové čaje, občas káva, voda, minerální vody bez příchutě, u dia nápojů – limonády, sirupy, 100% džusy omezit

**nevhodné** – nápoje slazené cukrem nebo medem, sladké limonády, sirupy, džusy, alkoholické nápoje