



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

Jihočeská univerzita
v Českých Budějovicích
University of South Bohemia
in České Budějovice

Stravovací preference hospitalizovaných pacientů na
oddělení následné péče

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Studijní program: **SPECIALIZACE VE ZDRAVOTNICTVÍ**

Autor: Tereza Matoušková

Vedoucí práce: Mgr. Ing. Simona Šimková

České Budějovice 2022

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci s názvem „Stravovací preference hospitalizovaných pacientů na oddělení následné péče“ jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby bakalářské práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé bakalářské práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 4. 5. 2022

.....

podpis

Poděkování

Poděkovat bych chtěla vedoucí mé bakalářské práce, paní Mgr. Ing. Simoně Šimkové, za ochotný a milý přístup a za rady a komentáře, které mi po celou dobu psaní poskytovala. Dále pak vedením nemocnic, ve kterých jsem mohla dělat svůj výzkum, za jejich spolupráci. A dále pak své rodině a přátelům za jejich podporu.

Stravovací preference hospitalizovaných pacientů na oddělení následné péče

Abstrakt

Bakalářská práce s názvem „Stravovací preference hospitalizovaných pacientů na oddělení následné péče“ je rozdělena na dvě hlavní části, teoretickou a praktickou část. Hlavním cílem bakalářské práce bylo zjistit, jaké mají pacienti na oddělení následné péče stravovací preference a dále zhodnotit, zda jídelníček, který byl vytvořený na základě stravovacích preferencí pacientů, odpovídá jejich nutriční potřebě.

Teoretická část je zaměřena na stáří a fyziologické změny způsobené stárnutím, výživu seniorů, nejčastější onemocnění ve stáří a na možné typy hodnocení nutričního stavu seniora.

Praktická část byla zaměřena na zmapování stravovacích preferencí pacientů na oddělení následné péče. Zjišťovala jsem, jak by si pacienti představovali podávanou stravu v nemocnici. V rámci výzkumu byla použita kvantitativní metoda získávání dat, prostřednictvím dotazníku vlastní konstrukce. Poslední otázka se týkala sestavení ideálního jídelníčku dle pacienta. Praktická část dále obsahuje analýzu dat získaných z dotazníků a analýzu ideálních jídelníčků od respondentů a jídelníčků, které pacienti dostávali v jednotlivých nemocnicích. Získaná data jsem zpracovala prostřednictvím programů Microsoft Excel a Nutriservis professional.

Z vyhodnocených dat jsem zjistila, že pacienti jsou se stravou vesměs spokojeni. V jídelníčku jim ale často chybí ovoce a zelenina, mléko a mléčné výrobky, ryby, vejce a omáčky. Preferují spíše teplé večeře a ideální čas jejich podávání je mezi 17:00 a 18:00. Dále pacienti preferují spíše slané pokrmy před sladkými a poměrně často se stává, že nesní celou porci. Při analýze jídelníčků byl nejčastější problém s bílkovinami, v některých případech jich byl nadbytek a někdy naopak nedostatek. Zpravidla bylo potřeba ubrat některý zdroj bílkovin a přidat více sacharidů nebo vyměnit sladké pokrmy za kvalitní zdroj bílkovin.

Klíčová slova

Stáří, výživa seniorů, strava, onemocnění ve stáří, jídelníček, nutriční stav

Dietary preferences of hospitalized patients in the palliative care department

Abstract

My Bachelor thesis called "Dietary preferences of hospitalised patients in the palliative care department" is divided into two main parts, the theoretical part and practical part. The main goal of the bachelor thesis was to discover the dietary preferences of patients in the palliative department and to evaluate whether the menu that was designed based on the patients' dietary preferences corresponds to their nutritional needs.

The theoretical part is focused on older adults and physiological changes caused by ageing, nutrition of the elderly, the most common diseases in old age and possible varieties of assessment of the nutritional status of the elderly.

The practical part focused on mapping the dietary preferences of patients in the palliative unit. I investigated how patients would imagine the food served in the hospital. A quantitative data collection method was used in the research through a self-constructed questionnaire. The last question concerned the construction of an ideal diet according to the patient. Furthermore, the practical part includes analysing the data obtained from the questionnaires part of which was an analysis of the ideal menus from the respondents and the menus that the patients received in the particular hospitals. I processed the obtained data using Microsoft Excel and Nutriservis professional.

I found that the patients are mostly satisfied with their diet from the evaluated data. However, their diet often lacks fruits and vegetables, milk and dairy products, fish, eggs and sauces. They tend to prefer hot dinners, and the ideal time to serve dinners is between 17:00 and 18:00. In addition, patients prefer savoury dishes to sweet ones and quite often do not eat the whole portion. When analysing the diets, the most common problem was with protein. In some cases, there was its excess and sometimes a deficiency. Usually, it was necessary to reduce some protein sources and add more carbohydrates or replace sweet dishes, with a better protein source.

Key words

Ageing; senior nutrition; diet; diseases of old age; diet; nutritional status

Obsah

ÚVOD.....	8
1 SOUČASNÝ STAV	9
1.1 Stáří	9
1.1.1 Fyziologické změny organismu ve stáří	9
1.1.2 Psychické a sociální změny ve stáří.....	10
1.2 Výživa seniorů	11
1.2.1 Výživové doporučení pro seniory.....	11
1.2.2 Bílkoviny	12
1.2.3 Sacharidy	13
1.2.4 Tuky	15
1.2.5 Minerální látky a stopové prvky	16
1.2.6 Vitamíny	17
1.3 Nutriční podpora ve formě sippingu	19
1.4 Pitný režim	21
1.4.1 Dehydratace	21
1.5 Onemocnění ve stáří.....	22
1.5.1 Stařecká anorexie.....	22
1.5.2 Malnutrice	23
1.5.3 Diabetes mellitus.....	24
1.5.4 Hypertenze	25
1.5.5 Osteoporóza	26
1.5.6 Obezita	26
1.5.7 Dysfagie	27
1.6 Hodnocení nutričního stavu seniora.....	28
1.6.1 Nutriční anamnéza	28
1.6.2 Laboratorní vyšetření	29
1.6.3 Antropometrické a fyzikální vyšetření	29
1.6.4 Nutriční screening.....	30
2 CÍL PRÁCE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY	31
2.1 Cíl práce	31
2.2 Výzkumné otázky (VO)	31
2.3 Operacionalizace pojmů.....	31
3 METODIKA	32
3.1 Metodika práce.....	32

3.2	Charakteristika výzkumného souboru.....	32
3.3	Sběr dat.....	33
3.4	Analýza dat.....	33
4	VÝSLEDKY	34
4.1	Analýza dotazníků.....	34
4.2	Analýza jídelníčků	46
5	DISKUSE	64
6	ZÁVĚR.....	67
7	SEZNAM LITERATURY.....	69
8	SEZNAM PŘÍLOH	74
9	SEZNAM POUŽITÝCH OBRÁZKŮ, TABULEK A DIAGRAMŮ	79
10	SEZNAM ZKRATEK	80

ÚVOD

Stárnutí je přirozenou součástí každého lidského života a přináší mnoho fyziologických a morfologických změn organismu, které jsou podmíněné věkem. Vlivem toho senior začíná být méně aktivní a může docházet k četným zdravotním problémům.

Na oddělení následné péče jsou překládáni pacienti z akutních lůžek, kteří potřebují doléčení s neustálou lékařskou péčí. Aby takoví pacienti mohli mít účinnou léčbu, musí být také správně vyživováni, jelikož výživa je velice důležitým předpokladem pro zlepšování zdravotního stavu pacientů. Každý člověk, bez ohledu na jeho věk, potřebuje za den určité množství základních živin, řadíme mezi ně bílkoviny, tuky, sacharidy, minerální látky, stopové prvky a vitamíny a každý pacient má také jiné stravovací zvyklosti. Pokud je pacient podvyživený, je třeba klást důraz na jeho stravovací preference a snažit se mu dávat jídla, u kterých si budeme jistí, že je konzumovat bude. Taková jídla musí být energeticky propočítaná a musí odpovídat potřebě pacienta.

Právě u seniorů na oddělení následné péče se často setkáváme s problémem, že přestávají jíst. Většinou tvrdí, že tolik jídla už nepotřebují, a že jim stačí jen malé porce. Vlivem toho může nastávat řada zdravotních komplikací, nejčastěji se jedná o stav podvýživy, kterému říkáme malnutrice. Je sice pravda, že vlivem fyziologických změn v organismu se potřeba příjmu energie během dne snižuje, ale například potřeba bílkovin u seniorů se zvyšuje, a na to je třeba dávat pozor. Fyzická aktivita na oddělení následné péče je minimální, to znamená, že svaly pacientů jsou nedostatečně zatěžované a dochází k úbytku svalové hmoty, s tím souvisí také zvýšené riziko pro vznik dekubitů. Z toho vyplývá, že zvýšený příjem bílkovin u pacientů je velice důležitý. (Stránský et al., 2019)

Bakalářská práce obsahuje dvě části. V teoretické části se zabývám zejména výživou seniorů, jednotlivými makronutrienty a mikronutrienty a pitným režimem. Popisuji také fyziologické a morfologické změny, které probíhají v organismu populace vlivem stárnutí a nemoci, které s těmito změnami souvisejí. V práci jsem se zmínila také o výživových doplňcích pro seniory, sippingu a o hodnocení nutričního stavu pacienta.

V praktické části se zaměřuji na stravovací preference pacientů na oddělení následné péče a také jsem se snažila najít rozdíly ve stravě, kterou pacienti dostávají v nemocnici, se stravou, kterou by si oni sami představovali.

1 SOUČASNÝ STAV

1.1 Stáří

Stáří je posledním stádiem lidského života. Jedná se o nevratný proces, kdy dochází k věkem podmíněným fyziologickým a morfologickým změnám organismu, které zhoršují fyzický stav člověka. Proces stárnutí je velice individuální, může se rozvíjet u někoho rychle a u někoho naopak pomalu. Počátkem stáří se označuje věk 65, ale většina seniorů si připadá být stará obvykle až od věku 74 let. (Špatenková a Smékalová, 2015) Vzhledem k této variabilitě je velice obtížné stáří vymezit. Vágnerová (2020) uvádí rozdělení stáří dle WHO. Rozděluje se tak do 3 skupin, první skupinou je věkové rozmezí 60–74 let, která je nazývána jako ranné stáří (senescence). Věk 75-89 let je označován jako vlastní stáří (kmetství, senium) a poslední skupinou je věk 90 a více let, který nazýváme jako dlouhověkost (patriarchium). (Vágnerová, 2020)

Malíková (2020) uvádí rozdělení stáří podle Mühlpachra (2004), kterému se v současnosti rovněž věnuje pozornost. Stáří je v tomto případě také rozdělené do 3 skupin. Věk 65-74 let je označován jako mladí senioři. Věk 75-84 let je nazván jako staří senioři a věk 85 a více let je označen jako velmi staří senioři, kteří mají zpravidla problém se o sebe sami postarat. (Malíková, 2020)

Stárnutí může probíhat přirozeně, které je označováno jako fyziologické stárnutí a je tedy přirozenou součástí lidského života. Druhým typem je stárnutí patologické, které je doprovázené sníženou soběstačností. Jedná se zejména o předčasné stárnutí, kdy funkční věk člověka neodpovídá kalendářnímu věku. (Malíková, 2020)

1.1.1 Fyziologické změny organismu ve stáří

Proces stárnutí znamená pro člověka velký zásah do jeho organismu. Během této fáze života vzniká mnoho četných změn organismu. U seniorů dochází k postupnému úbytku hmotnosti a ke zvýšení podílu tuku v těle, který se zvyšujícím se věkem ukládá hlavně ve viscerální oblasti. Vlivem toho jsou senioři méně aktivní, a to znamená, že mají nedostatečně zatěžované svaly a také mají problémy s rovnováhou a mobilitou. Se stárnutím souvisí také úbytek kostní hmoty, a tím se zvyšuje riziko pro pády a různá poranění, ale také pro fraktury kostí a vznik osteoporózy. Důležitou prevencí je

pravidelná pohybová aktivita, pomocí které se lépe udržuje množství tuku i hmotnost pacienta. (Slávková, 2012)

Ve stáří je snížen pocit žízně. Senioři si defacto neuvědomují, že jsou dehydratováni. V tomto případě je dobré, když mají před sebou pořád sklenici vody a snaží se celý den na příjem tekutin myslet. Snížený pocit žízně způsobuje problémy s vodním hospodářstvím, starší lidé mohou kvůli tomu mít závratě, bolest hlavy a mohou se cítit malátně. Dochází také ke snížení chuti k jídlu, kdy senioři odmítají stravu, nejčastěji zdroje bílkovin. Tento problém se často vyskytuje u lidí se zubní protézou a se zhoršeným polykáním a žvýkáním. Vlivem toho je snížený příjem živin a dochází ke zhoršení výživového stavu seniorů a mohou velice rychle spadnout do stavu malnutrice. (Stránský et al., 2019)

Změna vzhledu je neodmyslitelnou součástí stárnutí, seniorům postupně šednou vlasy a začínají se objevovat vrásky, které postupně přibývají. Také se jim zmenšuje postava, vlivem zmenšování meziobratlového prostoru. Mohou se objevovat poruchy spánku a zhoršování funkce jednotlivých orgánových soustav. Jedná se zejména o respirační systém, nervový a vylučovací systém, problémy mohou být také s trávicím systémem, kdy seniory trápí hlavně zhoršená funkce trávení a vyprazdňování. Snižuje se funkce smyslových orgánů, problémy jsou hlavně se sluchem a zrakem. (Malíková, 2020)

Se stářím souvisí také oslabení imunitního systému. Senioři jsou náchylnější k infekčním onemocněním (např. infekce močových cest) a k malignitě. Vlivem stárnutí dochází v organismu člověka k větší tvorbě autoprotilátek a ke snížení reakce protilátek na cizorodé antigeny. (Vágnerová, 2020)

1.1.2 Psychické a sociální změny ve stáří

Jedná se o psychosociální problémy. Řadíme mezi ně např. nízký důchod a s ním spojenou chudobu a nepřiměřené bydlení. Pokud senior nemá partnera, může být problémem také samota, protože se senior může dostávat do stavů deprese či úzkosti. Další psychickou změnou, která souvisí se stárnutím je zhoršené myšlení. Hlavními projevy jsou zmatenost, zapomětivost a demence. (Stránský et al., 2019)

Jedná se o problémy, které se mohou neustále zhoršovat a mohou vést až ke snížení soběstačnosti, kdy senior není schopen dělat základní denní činnosti, např. dojít nakoupit, provést základní hygienu atd. Z toho vyplývá, že tito pacienti mohou mít také snížený

příjem stravy, protože vlivem psychické poruchy mohou na jídlo zapomenout nebo nejsou schopni jídlo připravit. (Slávková, 2012)

1.2 Výživa seniorů

1.2.1 Výživové doporučení pro seniory

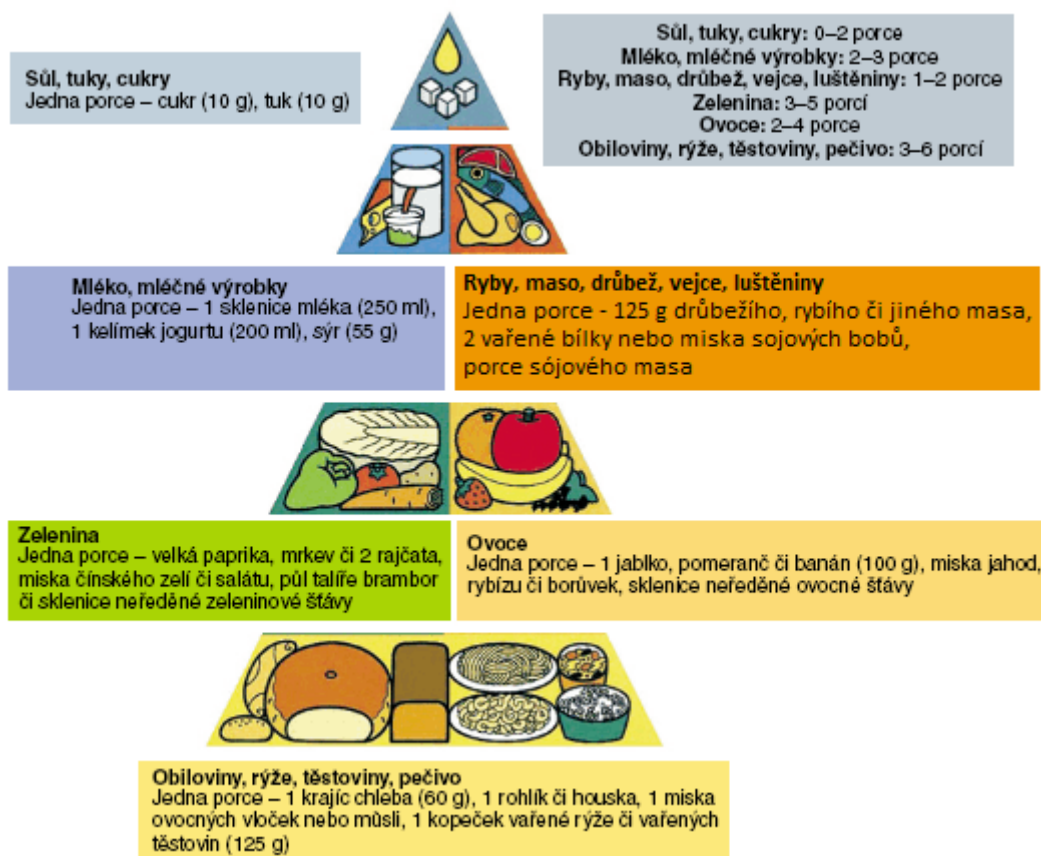
Stravování seniorů je velice specifické, zejména u ležících pacientů je třeba myslet na to, že nepotřebují přijímat zbytečně velké množství energie. Jejich energetický příjem by se měl přizpůsobovat energetickému výdeji. Stravování starších pacientů je velice individuální. Jejich jídelníček by měl být poskládaný z kvalitních a nízkokalorických surovin. Musí být pro pacienta dobře stravitelný, pestrý a obsahovat všechny důležité látky, které pacient potřebuje. Je třeba myslet také na onemocnění pacientů, protože mají často dietní omezení. Při prvním vyšetření pacienta je potřeba zjistit, zda pacient nemá problém se samotným příjmem stravy. Mohou mít např. zubní protézu, či problém s polykáním a na tomto základě se strava mechanicky upravuje do tekuté či kašovitě podoby. (Slávková, 2012)

Pro seniory se doporučuje rozdělení stravy během dne na více menších porcí, kterých by mělo být 5–6. Pacient by měl tedy dostávat snídani, dopolední svačinu, oběd, odpolední svačinu a večeři, která by měla být nejpozději 2 hodiny před spánkem a pokud je to nutné někteří pacienti (např. s onemocněním Diabetes mellitus) dostávají i druhou večeři. (Stránský et al., 2019)

Strava seniorů by měla obsahovat nižší množství tuku a jednoduchých sacharidů. Měli by konzumovat méně trvanlivého a bílého pečiva, sladkostí, smažených a fritovaných pokrmů. Naopak by měli zvýšit příjem mléčných výrobků, zejména nízkotučných a polotučných, jíst dostatek vlákniny, celozrnného pečiva a ovoce a zeleniny. Důležité je pro ně také dodržování pitného režimu a v případě nedostatku některých vitamínů či minerálních látek užívat doplňky stravy. Vhodné je také omezit příjem alkoholu, protože pro seniory znamená zbytečně přijatou vysokou dávku energie. (Slávková, 2012)

Potravinová pyramida (obrázek č. 1) nám znázorňuje, jaké potraviny je v rámci celodenního stravování vhodnější zařazovat a jakým se spíše vyhnout nebo je alespoň konzumovat v menším množství. Informuje rovněž o vhodných a dostatečných porcích jednotlivých potravin.

Obrázek č. 1: Potravinová pyramida



Zdroj: Potravinová pyramida, 2012

1.2.2 Bílkoviny

Bílkoviny řadíme mezi makronutrienty, to znamená, že naše tělo je potřebuje přijímat ve větším množství. Denní doporučené množství bílkovin se udává v závislosti na věku pacienta a také na jeho zdravotním stavu. Pro běžnou zdravou populaci se doporučuje přijímat 0,8 g/kg tělesné hmotnosti za den, tato hodnota odpovídá 10-15 % z celkového energetického příjmu. Pro osoby nad 65 let se doporučuje přijímat 1,0-1,2 g/kg tělesné hmotnosti za den. Pokud má senior vyšší pohybovou aktivitu, přijímané množství může být vyšší než 1,2 g/kg/den. Za přítomnosti onemocnění se množství navyšuje na 1,2-1,5 g/kg/den a ve velmi vážných stavech (např. při sepsi nebo popáleninách) se množství bílkovin za den zvyšuje na 2,0 g/kg/den. (Stránský et al., 2019)

Bílkoviny jsou organické makromolekuly, které plní v našem organismu řadu důležitých funkcí. Jsou součástí buněk a tkání a umožňují také kontrakce svalových vláken. Zajišťují transport biologicky aktivních látek organismem a také mají ochrannou funkci, zejména imunoglobuliny. Bílkoviny jsou tvořeny řadou aminokyselin, které jsou navzájem

propojeny peptidovými vazbami. (Pánek a Chrpová, 2021) Každá bílkovina je nejčastěji tvořena 20 aminokyselinami. Rozlišujeme 3 různé druhy aminokyselin. Prvním typem jsou esenciální aminokyseliny, kterých je 9 a řadíme mezi ně leucin, izoleucin, lysin, methionin, phenylalanin, threonin, tryptophan, valin a histidin. (Watford a Wu, 2018) Kromě toho se z nich tvoří další dvě aminokyseliny, cystein z methioninu a tyrosin z phenylalaninu. Esenciální aminokyseliny jsou důležité pro náš organismus, protože plní řadu funkcí, ale naše tělo si je nedokáže vyrábět samo, a proto je musíme přijímat potravou. (Watford a Wu, 2018) Dále máme 1 semiesenciální aminokyselinu, kterou je arginin a zbývajících 10 aminokyselin označujeme jako neesenciální, patří mezi ně např. alanin, glycin, glutamin. (Stránský et al., 2019) Jako limitující aminokyselinu označujeme tu, která se v bílkovině vyskytuje v menším množství, než je její potřeba organismem, a tím také snižuje biologickou hodnotu bílkoviny. Abychom docílili pozitivního příjmu aminokyselin, je vhodné kombinovat různé druhy potravin. (Kasper, 2015)

Bílkoviny jsou obsaženy jak v potravinách živočišného původu, tak i rostlinného. Hlavními zdroji jsou mléko a mléčné výrobky, maso, vejce, ryby a luštěniny. Bílkoviny, které jsou živočišného původu obsahují všechny esenciální aminokyseliny, které náš organismus potřebuje přijímat potravou. Rostlinné zdroje bílkovin neobsahují všechny esenciální aminokyseliny, ale i tak bychom na tyto zdroje neměli zapomínat. (Velemínský a Šimková, 2020)

U starších pacientů často dochází k poranění a bílkoviny hrají důležitou roli při správném hojení těchto ran. Jsou významné pro tvorbu kolagenu a také pro správnou úpravu poškozené tkáně. Výskyt rány u pacienta tedy zvyšuje potřebu bílkovin. Pokud je v tomto případě příjem bílkovin nižší, snižuje se pravděpodobnost na zvrácení katabolických procesů a zabránění úbytku svalové hmoty pacienta. Čím je úbytek větší, tím se více narušuje imunitní systém, zhoršuje se celkové hojení rány a pacient má vyšší pravděpodobnost vzniku infekcí a zánětů. Úbytek svaloviny o více jak 30 % může vést až ke smrti. (Vágnerová, 2020)

1.2.3 Sacharidy

Sacharidy jsou velice důležitým a rychlým zdrojem energie pro lidský organismus. Doporučený denní příjem se pohybuje okolo 45-60 % celkového energetického příjmu, a to odpovídá přibližně 250-300 g sacharidů za den. Kromě energetické funkce plní

v organismu i mnoho dalších funkcí, např. jsou součástí buněčných membrán. (Rokyta, 2015)

Sacharidy rozdělujeme na dvě hlavní skupiny. Jednou z nich jsou jednoduché cukry, kam řadíme monosacharidy a disacharidy. Druhou skupinou jsou komplexní sacharidy (polysacharidy). Přednost bychom měli dávat zejména polysacharidům, protože mají lepší účinky na naše zdraví, naopak jednoduché cukry by měly tvořit maximálně 10 % celkového energetického příjmu. Hlavním zdrojem komplexních sacharidů jsou obiloviny, brambory, luštěniny, celozrnné výrobky a zelenina. Jednoduché cukry se nachází zejména v ovoci, mléku a mléčných výrobcích, těmto zdrojům by se mělo dávat přednost. Mléčné výrobky by měly být ideálně neochucené. Zatímco jednoduchým cukrům ve sladkostech a slazených nápojích by se mělo v jídelníčku vyskytovat co nejméně. (Velemínský a Šimková, 2020)

Nejdůležitějším zástupcem a hlavním zdrojem energie ze sacharidů je glukóza. Je významnou látkou, která se podílí na tvorbě mnoha sloučenin v lidském organismu, např. z glukózy se tvoří acetyl-CoA, na kterém je závislá např. i tvorba cholesterolu. (Kasper, 2015)

Zvýšená hladina glukózy v krvi nám způsobuje tzv. hyperglykemické stavy. Způsobuje je větší příjem sacharidů potravou, dále stres, anebo zvýšená hladina hormonů, které mohou zvyšovat riziko vzniku hyperglykémie, např. glukokortikoidy, glukagon nebo adrenalin. Při onemocnění diabetes mellitus I. i II. typu se poměrně často můžeme setkat se stavy hyperglykémie a hypoglykémie. (Rokyta, 2015)

Velice důležitými pojmy, které souvisí se sacharidy, jsou glykemický index a glykemická nálož. Glykemický index nám udává rychlost zvýšení hladiny glukózy v krvi po příjmu potravin, která obsahuje 50 g glukózy. Hodnota glykemického indexu glukózy je rovna 100. Pokud má potravin nízký glykemický index (většinou se jedná o hodnoty do 55), tak to znamená, že se bude hladina glukózy v krvi zvyšovat pomalu. Zatímco potraviny s vysokým glykemickým indexem způsobují rychlé zvýšení hladiny glukózy. O vysokém glykemickém indexu hovoříme, pokud je vyšší než 70. (Wierdsma et al., 2017) Glykemická nálož se získává výpočtem z glykemického indexu a obsahu sacharidů ve sněžené porci jídla, a to celé vydělené 100. Je to hodnota, která nám lépe zhodnocuje zvýšení hladiny glukózy v krvi než glykemický index. (Stránský et al., 2019)

1.2.4 Tuky

Tuky jsou organické makromolekuly, které jsou pro lidský organismus největším zdrojem energie. Denní doporučené množství se pohybuje okolo 65 g, a to odpovídá 20-35 % celkového energetického příjmu. Podobně jako bílkoviny a sacharidy plní mnoho důležitých funkcí. Jsou součástí řady významných látek, např. fosfolipidů a cholesterolu. Lidské tělo je také využívá jako tepelnou izolaci a ochrannou vrstvu. Tuky jsou rovněž důležité pro látky, které jsou lipofilní. Příkladem jsou vitamíny A, D, E, K. (Rokyta, 2015)

Doporučení příjmu tuků pro osoby vyššího věku se udává ideálně do 30 % celkového energetického příjmu za den, jelikož tuky dodávají tělu větší množství energie než sacharidy a bílkoviny a navyšují tím energetický příjem seniora. U aktivních seniorů se může množství tuků navýšit na 35 % celkového denního příjmu. (Stránský et al., 2019)

Tuky se skládají z glycerolu a z mastných kyselin, kterých je více druhů, a právě podle toho jaké mastné kyseliny tuky obsahují, se liší jejich vlastnosti. Mezi nejčastěji zastoupené kyseliny řadíme kyselinu olejovou, myristovou, palmitovou a stearovou. Mastné kyseliny existují v různých formách, dělíme je na nasycené (SFA), mononenasycené (MUFA), polynenasycené typu ω -6 a ω -3 (PUFA) a transnenasycené. (Pánek a Chrpová, 2021) V tomto případě platí pro seniorskou i dospělou populaci stejné doporučení. Mononenasycené mastné kyseliny by se měly přijímat v rozmezí 10-15 % celkového energetického příjmu. Nasycené a polynenasycené v rozmezí 7-10 % a transnenasycené by měly tvořit maximálně 1 % příjmu energie. Poměr ω -6: ω -3 se udává na 5:1. Omezuje se rovněž příjem cholesterolu, doporučení na den je do 300 mg. (Stránský, 2015)

Cholesterol je látka na bázi tuku, která plní v našem těle řadu funkcí a je součástí významných látek, ale zároveň může způsobovat rizika. Cholesterol přijímáme z potravin živočišného původu a určité množství se nám syntetizuje rovněž v játrech. Mluvíme zde tedy o exogenním příjmu a endogenní tvorbě. V krvi se vyskytuje cholesterol ve dvou typech. Jeden z nich označujeme jako HDL, který je prospěšný a druhým typem cholesterolu je LDL, který naopak může ve větším množství způsobovat zdravotní komplikace. Se zvýšeným příjmem potravou souvisí jeho zvýšené ukládání do stěn cév, a tím pádem zvýšené riziko pro vznik aterosklerózy. Proto se doporučuje zvýšený příjem mononenasycených mastných kyselin, které mají pozitivní účinky na krevní tuky, protože snižují hladinu LDL a zároveň zvyšují hladinu HDL. (Velemínský a Šimková, 2020)

Existují rovněž esenciální mastné kyseliny. Řadíme mezi ně kyselinu linolovou a kyselinu α -linolenovou. (Kasper, 2015) Kyselina linolová je zástupcem ω -6 polynenasycených mastných kyselin a je obsažena především ve slunečnicovém, sójovém, kukuřičném a sezamovém oleji. Kyselina α -linolenovou je hlavní představitelka ω -3 a vyskytuje se zejména v řepkovém, sójovém, lněném oleji a oleji z vlašských ořechů. (Stránský et al., 2019)

1.2.5 Minerální látky a stopové prvky

Velmi problémovým prvkem, který řadíme mezi minerální látky je **vápník**. Denní doporučené množství pro seniory je 1200-1500 mg. (Vágnerová, 2020) Dle DACH je doporučení pro seniory od 65 let stanoveno na 1000 mg za den (Referenční hodnoty pro příjem živin, 2019). Vhodné je, když je denní dávka dodána pomocí výživy, pokud to tak možné není, je nutné přecházet k suplementaci. K nedostatku vápníku dochází, pokud je nízký příjem vápníku potravou, dále pokud je zvýšená aktivita hormonu parathormonu, anebo pokud je nízká hladina vitamínu D v těle. Výjimečně se také může jednat o alergii na bílkovinu kravského mléka nebo o laktózovou intoleranci, které rovněž snižují příjem vápníku. Hlavním důsledkem deficitu vápníku je ve vyšším věku zvýšené riziko pro osteoporózu, se kterou souvisí rovněž zvýšený výskyt úrazů a fraktur. Nejdůležitějšími zdroji vápníku jsou mléko a mléčné výrobky, dále pak cereálie, pečivo, ořechy a zelenina s tmavě zeleným zbarvením. (Vágnerová, 2020) Obsah vápníku v těle je určen vztahem mezi příjmem a výdejem vápníku. Místem pro vstřebávání vápníku je tenké střevo. Senioři jsou obzvláště citliví na deficit vápníku, jelikož se vzrůstajícím věkem klesá absorpce vápníku z trávicího traktu a také se snižuje tvorba vitamínu D v lidském organismu. Další rizikovou skupinou jsou rovněž ženy po menopauze. (Chandran et al., 2019)

Dalším problémovým prvkem je **zinek**, který řadíme mezi stopové prvky. Zinek plní v našem organismu řadu důležitých funkcí a hraje důležitou roli v metabolismu. V seniorském věku je důležitý zejména pro zajišťování správné funkce imunitního systému a také pro hojení ran a správnou regeneraci poškozených tkání. Deficit zinku může způsobovat rovněž snížení příjmu stravy, jelikož potlačuje chuť k jídlu. (Slávková, 2012) Denní doporučené množství pro muže je 10 mg a pro ženy 7 mg (Referenční hodnoty pro příjem živin, 2019). Nedostatek zinku může způsobovat také vypadávání

vlasů a průjmy. Mezi hlavní zdroje řadíme maso, obiloviny a sýry. (Velemínský a Šimková, 2020)

Posledním stopovým prvkem, který bych ráda zmínila je **železo**. Hlavními zdroji železa jsou maso a masné výrobky, játra, žloutky, ovoce a zelenina. (Pánek a Chrpová, 2021) Železo je pro lidský organismus velice důležitý. Je významný zejména pro metabolismus, tvorbu protilátek a transport hemoglobinu. Vlivem deficitu železa může docházet ke vzniku anémie, ke snížení účinku imunitního systému a ke zvýšené únavě. (Velemínský a Šimková, 2020) Doporučená denní dávka pro osoby nad 65 let je 10 mg pro muže i ženy (Referenční hodnoty pro příjem živin, 2019). Deficit může způsobovat nedostatečný příjem železa potravou, nadměrné vylučování, chronická onemocnění pacientů a vlivem toho užívání většího množství léků, které mohou také způsobovat nedostatečné zásoby železa. Vstřebávání železa zvyšuje vitamín C. (Slávková, 2012)

1.2.6 Vitamíny

Vitamíny jsou velice důležité látky, které každé lidské tělo potřebuje, aby mohlo správně fungovat. Rozdělujeme je do 2 skupin – vitamíny rozpustné ve vodě a vitamíny rozpustné v tucích. Mezi vitamíny rozpustné ve vodě řadíme vitamín C a vitamíny skupiny B. Mezi vitamíny rozpustné v tucích řadíme vitamíny A, D, E, a K. (Velemínský a Šimková, 2020)

U vitamínů rozlišujeme 3 stavy, které mohou nastat, pokud je vitamínů v lidském těle nedostatek nebo naopak nadbytek. Jedná se o hypovitaminózu, hypervitaminózu a avitaminózu. Hypovitaminóza je mírnější avitaminóza, jedná se o nedostatek některého z vitamínů. Pokud ale některý vitamín chybí úplně, jedná se už o avitaminózu. Hypervitaminóza znamená, že je v lidském organismu naopak nahromaděné velké množství některého vitamínu. Tento stav nenastává u vitamínů rozpustných ve vodě, protože jejich nadbytek je vylučován z těla prostřednictvím moči. Naopak u vitamínů rozpustných v tucích hypervitaminóza nastat může, protože se v lidském těle ukládají v tucích. (Fajfrova, 2011)

Některé vitamíny přijímají senioři v menším množství a v takovém případě je nutná suplementace, aby nevznikaly zdravotní komplikace vlivem jejich nedostatku. V následující části této kapitoly se budu věnovat jednotlivým vitamínům, se kterými bývají nejčastěji problémy, řadíme mezi ně vitamín C, D, B12 a kyselinu listovou.

Vitamín C je vitamín rozpustný ve vodě. Nejvíce doporučovaná denní dávka vitamínu C je 100 mg. (Fajfrova, 2011) Dle Referenčních hodnot pro příjem živin (2019) je ale doporučený denní příjem pro osoby ve věku 65 let a více stanoven na 110 mg pro muže a 95 mg pro ženy. Vitamín C existuje ve dvou formách jako kyselina askorbová a kyselina dehydroaskorbová. Mezi jeho nejdůležitější funkce řadíme – je významným zástupcem antioxidantů, podporuje náš imunitní systém, má také důležitý význam pro buněčnou stěnu, snižuje účinek a tvorbu karcinogenů a je také prekurzorem syntézy mnoha významných látek v našem organismu, např. žlučových kyselin, karnitinu nebo kolagenu. Vitamín C se nachází hlavně v ovoci a zelenině. Hlavním zdrojem je zejména rybíz, jahody, citrusy, dále pak brambory. (Pánek a Chrpová, 2021)

Velmi potřebným vitamínem pro seniory je **vitamín D**. Jedná se o vitamín rozpustný v tucích. Existují dvě formy tohoto vitamínu, vitamín D2 (ergokalciferol), který je rostlinného původu a vitamín D3 (cholecalciferol), který je původu živočišného. Cholecalciferol se syntetizuje také v kůži vlivem působení UV záření. (Kojecký, 2015) Tato syntéza je pro nás velice důležitá, pro dospělé zdravé osoby je to nejdůležitější zdroj vitamínu D, ale je potřeba myslet na riziko rakoviny kůže, kterou může způsobovat nadměrná expozice slunečnímu záření. U seniorů je funkce tvorby vitamínu D v kůži snížena. Jedním z důvodů je, že senioři tráví více času doma nebo někde ve vnitřním prostoru, a proto je jejich expozice slunečnímu záření menší. Dalším důvodem je také snížená tvorba vitamínu D3 v kůži seniorů. (Stránský et al., 2019) Syntéza vitamínu D v kůži tvoří až 80 % jeho celkového příjmu. Vitamín D dále přijímáme také potravou, ale tento příjem odpovídá přibližně 20 % celkového příjmu. Vitamín D3 se dostává do své aktivní formy prostřednictvím enzymu cytochromu v játrech. (Sassi et al., 2018) Hlavní zdroje jsou rybí tuk a olej, vaječný žloutek, játra, mořské ryby (např. makrela, tuňák, losos), mléko a mléčné výrobky, máslo a margaríny, fortifikované vitamínem D. (Stránský et al., 2019) Pokud je nižší endogenní tvorba vitamínu D v těle, DACH doporučuje jako denní příjem 20 µg (Referenční hodnoty pro příjem živin, 2019). Nedostatek tohoto vitamínu může způsobovat řadu komplikací. V dětství způsobuje rachitis (křivici), která se sebou přináší i problémy nervového systému. V dospělém věku se jedná o nemoc osteomalacii, kdy slábne kostní hmota a vlivem toho může docházet ke křivení a lámání jednotlivých kostí. Nedostatek vitamínu D je tedy jedním z hlavních rizikových faktorů vzniku osteoporózy ve vyšším věku. V současné době se mluví o jeho

ochranném účinku na onemocnění dýchací soustavy, zejména v souvislosti s nemocí COVID-19. (Pánek a Chrpová, 2021)

Dalším často deficitním vitamínem u populace vyššího věku je **vitamín B12** (cyanokobalamin). Tento vitamín nacházíme rovněž ve dvou aktivních formách. Jedná se o methylkobalamin a deoxyadenosylkobalamin. Hlavním zdrojem vitamínu B12 je potrava živočišného původu, největší množství se vyskytuje v játrech. (Pánek a Chrpová, 2021) Dále pak také v mase, rybách, vajíčkách, mléce a mléčných výrobcích (Stránský et al., 2019). Ačkoliv se jedná o vitamín, který je rozpustný ve vodě, tento vitamín se nám v našem organismu ukládá do zásoby a jeho deficit se projevuje až po vyčerpání jeho zásob (1-2 roky). Pro jeho vstřebávání je důležité kyselé prostředí žaludku a současný výskyt tzv. Casteova vnitřního faktoru. (Pánek a Chrpová, 2021) Denní doporučená dávka pro seniory nad 65 let je 3µg. Pokud je příjem nižší, suplementace vitamínu B12 je vhodná a nepřináší žádná rizika. (Stránský et al., 2019)

Posledním vitamínem, který bych ráda zmínila je **kyselina listová (folát)**, kterou řadíme rovněž mezi vitamíny rozpustné ve vodě. Hlavními zdroji jsou hlavně listová zelenina, obiloviny, luštěniny a z potravin živočišného původu to jsou játra, vejce, vnitřnosti. (Pánek a Chrpová, 2021) Deficit tohoto vitamínu nastává u seniorů z důvodu zhoršeného stavu zubního chrupu. Senioři mají obvykle problém s kousáním a polykáním tvrdších jídel, mezi které řadíme i zdroje kyseliny listové. Je vhodné ovoce a zeleninu podávat v měkké podobě, např. rozmixovanou, či uvařenou do měkka a pečivo je vhodné konzumovat bez kůrky. Kyselina listová není příliš odolná vůči působení vyšší teploty a světla, proto se vždy musí dbát na správné skladování a také technologickou úpravu potravin, které ji obsahují. Doporučená denní dávka je 400 µg pro seniory nad 65 let. (Stránský et al., 2019) DACH udává nižší denní příjem, a to 300 µg pro osoby starší 65 let (Referenční hodnoty pro příjem živin, 2019).

1.3 Nutriční podpora ve formě sippingu

V ČR a v mnohých dalších státech je poměrně častý výskyt malnutrice. Při příjmu do nemocnice je 20-50 % pacientů malnutričních a převážná většina z nich jsou senioři. Výskyt malnutrice se v průběhu hospitalizace zvyšuje, a to zejména u rizikových skupin obyvatel, kam řadíme seniory a kriticky nemocné pacienty. Incidence malnutrice může v takovém případě vystoupat až na 80 %. (Novák a Káňová, 2021) Jednou z možností,

jak zabránit zvýšení výskytu malnutrice je podpora výživy formou sippingu, který je často využívanou současnou metodou zajištění nutriční podpory u pacientů v malnutrici či v jejím riziku. Je používán k perorálnímu dodávání tělu chybějících živin. Sipping přináší pro pacienty mnoho výhod, nejčastěji je v tekuté formě, a tím pádem méně zatěžuje zažívací trakt pacientů. Další výhodou je, že se sipping vyskytuje v menších lahvičkách, nejčastěji o objemu 200 ml, které obsahují poměrně velké množství energie a bílkovin, záleží ale vždy na druhu sippingu. Většina typů sippingu rovněž neobsahuje lepek a laktózu, takže zpravidla nezpůsobují problémy pacientům, kteří trpí na intoleranci či alergie. Mezi benefity sippingu můžeme zařadit rovněž výběr celé řady druhů a příchutí, takže si každý pacient může individuálně vybrat, jaká příchut' je pro něj nejlepší anebo se mohou příchutě střídát, čímž se může předejít vytvoření averze na sipping. Slovo sipping znamená v překladu srkání, popíjení, a tím se také sipping vyznačuje. Neměl by se pít nikdy celý najednou, ale pít po malých doušcích mezi jednotlivými pokrmy, z tohoto důvodu musí být pacient vždy před podáním sippingu řádně edukován. Jak už jsem zmiňovala existuje mnoho typů sippingu, pacientům vyššího věku se podávají nejčastěji tyto druhy: sipping pro diabetiky, s vyšším obsahem bílkovin, bez tuku a s vysokým obsahem energie. (Saibertová et al., 2019) Mezi další typy řadíme např. sipping s větším obsahem vlákniny, který prospívá střevní motilitě pacientů. Dalším příkladem může být sipping, který má ve svém složení mastné kyseliny se středně dlouhým řetězcem a z tohoto důvodu je vhodným a významným energetickým zdrojem pro játra. Jednotlivé přípravky sippingu se od sebe navzájem liší množstvím energie, většinou se ale jedná o hodnotu okolo 1 kcal/ml. (Enterální výživa, 2022)

Existují stavy, kdy se pacientům sipping nedoporučuje. Jedním z nich je onemocnění gastrointestinálního traktu nebo jeho jakékoliv porušení, např. perforace či krvácení do GIT. Dále to může být také pacient, který sipping odmítá, nespolupracuje se zdravotnickým personálem a pacient v terminálním stádiu onemocnění. Cílem sippingu je zajištění dostatečného přívodu energie, bílkovin a dalších důležitých látek, např. minerálních látek a vlákniny. Dále zajistit zpomalení úbytku tělesné hmotnosti pacienta a omezit tím riziko a negativní dopady malnutrice. Pokud pacient sipping odmítá, je potřeba přejít na jinou nutriční podporu. Nejčastěji se jedná o enterální či parenterální výživu. (Saibertová et al., 2019)

1.4 Pitný režim

Pitný režim je důležitou součástí celého dne, a to u všech věkových skupin obyvatel. U seniorů je dodržování pitného režimu obzvláště důležité, neboť mají snížený pocit žízně. Doporučený příjem tekutin pro osoby nad 65 let je stanoven na 2250ml, do této hodnoty jsou započítány i tekutiny získané ze stravy a tekutiny vznikající v organismu při oxidaci. Jelikož na to senioři často zapomínají, je dobré, aby měli nápoj pořád na očích, například by na stole mohli mít stále skleničku s vodou, a vždy když bude prázdná, tak je třeba nalít novou. Mezi vhodné tekutiny řadíme čistou vodu, minerální vody např. Klášterná Kalcia, ve které je zvýšený obsah vápníku, dále ovocné a bylinkové čaje, které by ale neměly být základem pitného režimu v případě, kdy pacient užívá některé léky, a dále pak zředěné zeleninové a ovocné džusy. Mezi nevhodné tekutiny řadíme kofeinové, energetické a alkoholické nápoje. Přijatelné denní dávky alkoholu jsou 20 g/den pro muže a 10 g/den pro ženy. (Stránský, 2015)

V rámci monitorace nutričního stavu pacienta v nemocnici se hlídá a zapisuje i bilance příjmu tekutin. Údaje se zapisují do speciálních dotazníků řádně proškolenými zdravotníky. (Šemkyřík, 2021)

1.4.1 Dehydratace

Dehydratace je stav, který nastává při nedostatečném pitném režimu anebo pokud dochází ke zvýšeným ztrátám vody z těla ledvinami nebo např. při zvracení, průjmu atd. Vlivem toho dochází ke snížení množství tekutin a důležitých solí v těle. Jedná se zejména o sodík, tomuto stavu říkáme hyponatrémie a draslík, kdy dochází k hypokalémii. Při dehydrataci je narušena vodní rovnováha organismu. Mezi hlavní příznaky dehydratace řadíme žízeň, sníženou diurézu, suchost rtů a sliznice, snížený kožní turgor, apatie atd. (Bušek, 2014) Do rizikové skupiny dehydratace řadíme seniory. Hlavní příčinou je pokles tvorby ADH a s tím souvisejícím sníženým pocitem žízně ve stáří. Dále může být příčinou také úmyslně snížený příjem tekutin z důvodu strachu z opakovaného močení a inkontinence. Každý senior je automaticky považován za dehydratovaného a je vhodné u každého hlídat tekutinovou bilanci. (Matějovská Kubešová et al., 2018)

1.5 Onemocnění ve stáří

Ve stáří se velice často setkáváme s pojmem polymorbidita. V praxi to znamená, že se u pacienta může vyskytovat celá řada onemocnění, která mohou být jak akutní, tak i chronická, nebo může jedno onemocnění vlivem svého působení na zdravotní stav pacienta vyvolávat nemoc jinou. (Hronovská, 2012) V souvislosti s polymorbiditou se také setkáváme s pojmy komorbidita a multimorbidita. Komorbidita znamená, že pacient má hlavní nemoc, kterou doprovází další onemocnění, které s ní souvisí. Multimorbiditní pacient má více nemocí současně, ale žádná z nich nelze označit za hlavní. Pacienti s polymorbiditou jsou velmi riziková, jelikož se jejich zdravotní stav postupně zhoršuje a diagnostika jednotlivých onemocnění je obtížná, především v případě hlavní nemoci. Nejčastějšími problémy u seniorů jsou vznikající infekce, kardiovaskulární onemocnění a častější úrazy a pády, které souvisí s onemocněním omezující mobilitu pacienta. (Vágnerová, 2020)

1.5.1 Stařecká anorexie

Stařecká anorexie se vyskytuje velice často u osob vyššího věku. Vyskytuje se u pacientů, u kterých došlo k většímu úbytku tělesné hmotnosti. Tento fakt je zpravidla způsoben sníženou fyzickou aktivitou, kdy pacienti přestávají chodit ven a uzavírají se spíše v domácím prostředí. Pacienti kvůli nižší fyzické aktivitě často udávají sníženou chuť k jídlu a také rychlý pocit sytosti při jídle, a to může přinášet problémy. U seniorů se sice potřeba přijímané energie během dne snižuje vlivem sníženého bazálního metabolismu a snížené tělesné aktivity, ale i tak je potřeba, aby senior přijímal dostatečné množství živin. Pozor by se mělo dávat především na bílkoviny, u kterých se doporučovaný příjem naopak zvyšuje. (Stránský et al., 2019) Daleko častěji se tento problém vyskytuje u mužů, jedním z důvodů se udává pokles testosteronu. Pokud senioři se stařeckou anorexií onemocní, mají zpravidla zvýšené riziko vzniku malnutrice. Z tohoto důvodu je nutná rychlá diagnostika stařecké anorexie a zabránění zhoršení prognózy seniora. (Vodičková, 2018) Pacienti v tomto stavu často trápí i řada dalších problémů. Většina z nich nemá dokonalý chrup nebo má zubní protézu. Mají tedy větší problém stravu rozkousat, a proto je lepší upřednostňovat kašovitou a tekutou stravu. Jelikož je tato strava chudší na vitamíny, minerální látky, stopové prvky a vlákninu, je dobré poskytovat pacientům doplňky stravy. (Stránský et al., 2019)

1.5.2 Malnutrice

Problematika malnutrice je v současné době velice probíraná. V nemocnicích probíhá aktivní vyhledávání pacientů, kteří už malnutrici mají nebo pacientů, kteří jsou v riziku vzniku malnutrice. Jedná se o nutriční screening, který je prováděn u každého pacienta ihned po přijetí do nemocnice. (Vágnerová, 2020)

Malnutrice neboli podvýživa, je stav, který je způsoben nedostatečným příjmem stravy. Následkem toho dochází u člověka k poklesu tělesné hmotnosti. Rozlišujeme 3 druhy malnutrice. Prvním typem je marasmus, který vzniká v důsledku prostého hladovění, nedostatečným příjmem energie a vyskytuje se u dlouhodobě hladovějících pacientů. Dalším typem je kwashiorkor, který se vyskytuje nejčastěji v období zvýšené potřeby bílkovin (např. v dětství) a vzniká zejména kvůli nedostatečnému příjmu bílkovin. Posledním typem je proteino-energetická malnutrice, která je kombinací marasmu a kwashiorkoru. Tento typ malnutrice se vyskytuje nejčastěji. (Novák a Káňová, 2021)

Při diagnostice malnutrice se hlídají hlavní kritéria, která nám odhalují, jestli pacient je v riziku malnutrice nebo už malnutrici má. Prvním kritériem je neúmyslný pokles tělesné hmotnosti. Během hospitalizace by se měl pacient každý týden převažovat, aby byl jeho vývoj hmotnosti neustále pod kontrolou, a aby se zjistilo, jestli je nutriční podpora dostatečná. Dalším kritériem je nízká hodnota BMI. Normální hodnota BMI je v rozmezí 18,5 – 24,9 kg/m², ale u seniorů je toto hodnocení pozměněno. Jedná se o tzv. paradox nadváhy, kdy ideální hodnota BMI pro seniory je stanovena v rozmezí 24,0-30,9 kg/m². Posledním hlavním kritériem je úbytek svalové hmoty, který se dává do souvislosti se sarkopenií, syndromem křehkosti a sníženou fyzickou aktivitou. Pro rozvoj malnutrice je velice rizikový snížený příjem stravy a poruchy zažívacího traktu, kdy pacient není schopen potravu dostatečně strávit a dále i míra závažnosti onemocnění, kterými pacient trpí. Malnutrice u pacientů s akutním onemocněním je dána především stresovým hladověním. Jsou to nejčastěji pacienti po traumatu, při sepsi nebo s popáleninami. Malnutrice u chronického onemocnění je nazývána jako kachexie. Kachexie se projevuje zvýšenou hodnotou ukazatele zánětu CRP, poklesem hmotnosti a snížením zásob svalové hmoty. Vyskytuje se nejčastěji u pacientů v terminálním stádiu onemocnění. (Vágnerová, 2020)

1.5.3 Diabetes mellitus

Diabetes mellitus neboli cukrovka je velice časté onemocnění, a to v jakémkoli věku. Rozšířenějším druhem diabetu je II. typ, kdy prevalence u seniorů ve věkové skupině nad 70 let dosahuje hodnoty 17 % a má stoupající charakter. (Stránský et al., 2019)

Rozlišujeme 3 typy diabetu – Diabetes mellitus I. typu (závislý na inzulínu), Diabetes mellitus II. typu (nezávislý na inzulínu) a gestační diabetes, který se objevuje u těhotných žen a je velice rizikový, protože může negativně ovlivňovat průběh těhotenství a také zvyšuje riziko vzniku diabetu mellitu II. u matky i dítěte do budoucna. Diabetes mellitus je chronická porucha metabolismu sacharidů, současně dochází k poruchám metabolismu tuků a bílkovin. Vzniká na základě nedostatečné tvorby inzulínu slinivkou břišní, anebo pokud buňky nejsou schopny využívat vyprodukovaný inzulín. Vlivem toho dochází ke zvýšení hladiny glukózy v krvi. (Roglic, 2016)

U starších pacientů se nejčastěji setkáváme s diabetem II. typu. Tento typ podporuje zejména nevhodný životní styl, který se sebou může přinášet řadu dalších onemocnění. Rizikovými faktory, které se ve vyšším věku objevují nejvíce, jsou zejména hypertenze, nadváha a obezita a další složky metabolického syndromu. (Čeledová a Čevela, 2017)

U obou typů diabetu může docházet ke vzniku komplikací, které jsou závislé na délce trvání nemoci, ale také na léčbě, zda je pacient dobře kompenzovaný či nikoliv. Pokud dochází k postižení větších cév nazýváme komplikace jako makroangiopatické, pokud jsou poškozeny menší cévy, jedná se o komplikace mikroangiopatické. Mezi mikroangiopatické komplikace řadíme diabetickou neuropatii, nefropatii a retinopatii. Při neuropatii dochází k poškození periferního nervového systému, u seniorů často dochází ke vzniku syndromu diabetické nohy, při nefropatii jsou postiženy glomerulární kapiláry v ledvinách a u retinopatie se jedná o poškození cév v sítnici oka. Mezi makroangiopatické komplikace patří ischemické choroby srdeční a ischemické choroby dolních končetin. (Čeledová a Čevela, 2017)

Cílem léčby je normalizace hladiny glukózy v krvi a pokud je to třeba, tak také snížení tělesné hmotnosti pacienta pomocí dietního omezení. Dále je cílem také prevence akutních i chronických komplikací onemocnění, optimální příjem všech živin, změna životního stylu. U pacienta s diabetem I. typu je třeba brát ohled na jeho individuální stravovací návyky. (Stránský et al., 2019)

Ke splnění cílů léčby je velice důležitá rovněž pohybová aktivita pacientů, protože pohyb má kromě funkce prevence vzniku diabetu mellitu a inzulínové rezistence, také funkci zmírňování průběhu této nemoci. Pohybová aktivita by měla být vždy pravidelná, vhodné jsou i každodenní procházky. (Vokurka, 2018) Riziko může nastat u pacientů, kteří si aplikují inzulín. Pokud si diabetický pacient navýší svoji dávku inzulínu a nesníží svoji pohybovou aktivitu nebo nepřijme během dne větší množství sacharidů, tak může vznikat stav hypoglykémie. (Stránský et al., 2019) Hypoglykémie je charakterizována jako nízká hladina glukózy v krvi, zpravidla se pohybuje pod hodnotou 3,3 mmol/l. Vyznačuje se nadměrným pocením, neklidem, problémy se soustředěností a někdy mohou pacienti upadat do bezvědomí. (Kohout, 2019)

1.5.4 Hypertenze

Hypertenze je velice časté onemocnění, které řadíme mezi civilizační onemocnění a objevuje se nejen u starých osob. Jako hypertenze se označuje opakovaný výskyt vysokého krevního tlaku $\geq 140/90$ mm Hg, přičemž za normální krevní tlak se považuje hodnota do 120/80 mm Hg. (Velemínský a Šimková, 2020)

Ovšem v roce 2017 byla vydána nová doporučení jedenácti americkými společnostmi včetně Amerického sdružení pro sledování onemocnění srdce (AHA) a Americké rady pro chemii (ACC) pro klasifikaci, léčbu a také diagnostiku hypertenze. Je pozměněna zejména definice hypertenze, kdy krevní tlak $<120/80$ mm Hg se považuje za normální. Hodnota 120-129/ <80 je zvýšený tlak, hodnota 130-139/80-89 je hypertenze I. stupně a hodnota $\geq 140/90$ je hypertenze II. stupně. Pokud má pacient hypertenzi I. nebo II. stupně, a navíc má i jiné onemocnění (např. Diabetes mellitus, ischemická choroba srdeční), jsou doporučovány častější kontroly u lékaře a změna životního stylu. (Vítovec et al., 2020)

Léčba hypertenze spočívá zejména ve změně životního stylu. Pokud má pacient nadváhu či je obézní, je mu doporučeno snížit svou tělesnou hmotnost. Důležitá je dostatečná fyzická aktivita a zdravá a vyvážená strava. Jíst dostatek ovoce a zeleniny, omezit jednoduché cukry a celkový příjem tuků, hlavně nasycených. Pacientům se také doporučuje snížit příjem soli, kdy doporučená denní dávka je do 5 g/den, dále přestat kouřit a omezit alkohol. Pokud má pacient větší problémy s hypertenzí přechází se na farmakologickou léčbu. (Stránský et al., 2019)

1.5.5 Osteoporóza

Osteoporóza je další onemocnění, které velice často postihuje seniory. Jedná se o systémové onemocnění skeletu, během kterého dochází ke změnám struktury kostní tkáně, a hlavně k úbytku kostní hmoty. Senior s touto nemocí má zvýšené riziko k frakturám kostí. Mezi rizikové faktory řadíme věk, pohlaví (ženy trpí tímto onemocněním častěji), rasa (častěji jsou postiženi lidé bílé rasy), genetika, životní styl, ale také opakované pády a snížená mobilita. (Sözen et al., 2017)

S osteoporózou souvisí také syndrom křehkosti (frailty syndrome), který řadíme mezi geriatrické syndromy. Syndrom můžeme charakterizovat jako urychlené stárnutí, vlivem kterého dochází ke zmnožení deficitů a hendikepů organismu člověka. Pacient se stává nesoběstačným a ohroženým na životě. Je zde zvýšené riziko pádů a infekce, zpravidla se prodlužuje rekonvalescence a pacient může mít problémy s vedlejšími účinky léků. Dochází u něj častěji ke komplikacím, kvůli kterým senior musí být opakovaně hospitalizovaný. (Džupa a Jenšovský, 2018)

Jako prevence osteoporózy se označuje konzumovat dostatečné množství vápníku, a to zejména z mléka a mléčných výrobků se sníženým obsahem tuků, alespoň 3 porce za den. Vápník je také obsažen v zelenině (např. kapusta, brokolice) a v minerálních vodách. Důležitý je také vitamín D, proto by se měly do jídelníčku zařazovat také ryby a játra. Dobré je omezit příjem soli, jíst dostatek ovoce a zeleniny, vyhýbat se alkoholu a nekouřit. Prevencí osteoporózy je také fyzická aktivita, která by měla být dlouhodobá a pravidelná. (Stránský et al., 2019)

1.5.6 Obezita

Obezita se řadí mezi civilizační onemocnění. Dochází k ní při nerovnováze příjmu a výdeje energie. Při obezitě dochází k hromadění tukové tkáně v těle. Vznik obezity je proto velice závislý na životním stylu a způsobu stravování seniora. Obezita je jedním z rizikových faktorů, které způsobují u pacientů další zdravotní komplikace. U obézních pacientů se často vyskytují přidružená onemocnění, řadíme mezi ně kardiovaskulární onemocnění (např. infarkt myokardu, ischemické choroby srdeční), hypertenzi, zvýšenou hladinu cholesterolu v krvi, syndrom spánkové apnoe a diabetes mellitus 2. typu. (Stránský et al., 2019)

Pro anamnézu obezity a zjištění její závažnosti se používá tzv. body mass index (BMI). Jedná se o účinnou rovnici. Výpočet rovnice je následující $BMI = \text{hmotnost (kg)} / (\text{výška (m)})^2$. Pokud vyjde výsledek $BMI \geq 30$, jedná se o obezitu. Hodnota 30,0 – 34,9 je obezita I. stupně, hodnota 35,0 – 39,9 je obezita II. stupně a pokud je hodnota > 40 , jedná se o obezitu III. stupně. Toto hodnocení je určené pro běžnou dospělou populaci, pro seniory jsou jednotlivé hodnoty posunuté, jak jsem zmiňovala už výše. (Pálová et al., 2021)

Rozlišujeme 2 typy obezity, obezitu gynoidního a androidního typu. Gynoidní typ neboli typ ženské obezity se vyznačuje ukládáním tuku v oblasti hýždí, stehen a boků. Androidní typ neboli mužský typ obezity je typický ukládáním tuku v oblasti hrudníku a břicha, je proto více rizikový pro pacienty. Tuk, který se vyskytuje v dutině břišní je nazýván viscerální tuk a přináší větší riziko pro vznik kardiovaskulárních onemocnění. (Schránilová, 2020)

U obezity je velice důležité snížit tělesnou hmotnost pacienta. Z tohoto důvodu se uplatňují redukční diety, které jsou vždy individuální a vyznačují se sníženou denní dávkou energie z potravin. Důležitou součástí léčby obezity je spolupráce s nutričním terapeutem, který nastavuje vhodný jídelníček podle stravovacích preferencí pacienta, takže je vždy nutné zjistit jeho stravovací návyky. Strava by měla být pravidelná, ideální je, když jsou jednotlivé pokrmy rozděleny mezi 4-5 porcí během celého dne. Pro úbytek tělesné hmotnosti je také velice důležitá pravidelná pohybová aktivita. Z tohoto důvodu je nutné redukční dietu pacienta upravovat, aby měl dostatek energie na plánovanou fyzickou zátěž. Důležité tedy je zamyslet se nad svým příjmem jednotlivých potravin a nahradit je lepšími a zdravějšími variantami a omezit rovněž příjem alkoholu. (Léčba obezity: redukční dieta, 2022)

1.5.7 Dysfagie

Dysfagie je stav, který nastává, pokud je znemožněn průchod stravy a tekutin z dutiny ústní dál do gastrointestinálního traktu. Existují dva typy dysfagie. Pokud sousto obtížně prochází z dutiny ústní do jícnu, nazýváme tento stav dysfagie horního typu. Pokud sousto prochází obtížně pouze jícnem, jedná se o dysfagii dolního typu. (Velemínský a Šimková, 2020)

Funkce polykání se musí u rizikových pacientů kontrolovat. Zpravidla se využívají screeniny, jako je např. GUSS nebo EAT 10. U těchto typů vyšetření je vždy nutná

konzultace a spolupráce s klinickým logopedem. Využívají se také některé typy zobrazovacích metod vyšetření, řadíme mezi ně např. videofluoroskopie nebo flexibilní endoskopické vyšetření funkce polykání. Všechna tato vyšetření by se měla pravidelně opakovat. Na základě vyšetření se poté upravuje strava pacientům podle jejich individuálních potřeb. Diety a upravená strava musí vycházet z mezinárodního systému označení těchto upravených diet a tekutin. Doporučení je znázorněné na obrázku č. 2 (IDDSI). K docílení vhodné konzistence tekutin a pokrmů pacienta je dobré používat zahušťovadla. U pacientů je nutné sledovat stav hydratace a tekutinovou bilanci, protože u nich často může docházet k dehydrataci a k podvýživě. (Těšínský et al., 2020)

Obrázek č. 2: IDDSI



Zdroj: (W. Rule et al., 2020)

1.6 Hodnocení nutričního stavu seniora

1.6.1 Nutriční anamnéza

Nutriční anamnéza je součástí celkové anamnézy pacienta a je velice důležitým ukazatelem nutričního stavu pacienta. Cílem nutriční anamnézy je zjištění, co nejvíce informací o pacientovi. Hlavním bodem je změna a vývoj tělesné hmotnosti, zda došlo ke zvýšení nebo naopak ke chtěnému i nechtěnému úbytku. (Kohout, 2019) Zjišťuje se vždy i časové období, kdy ke změně hmotnosti došlo. Dále se zjišťují informace o chrupu pacienta, o schopnosti polykání, o bolesti při příjmu stravy i bolesti hlavy. Důležitou otázkou, na kterou se nesmí zapomínat je, jestli pacient netrpí na potravinové alergie nebo

intolerance. Nutriční anamnézu by měl vždy provádět nutriční terapeut nebo lékař nutricionista. Nikdy by to neměla být samotná zdravotní sestra nebo jiný zdravotnický personál. (Tomešová, 2021)

1.6.2 Laboratorní vyšetření

Laboratorní vyšetření je nedílnou součástí plánování nutričního plánu. V rámci nutričního stavu pacienta je důležité kontrolovat zejména hodnotu plazmatických bílkovin v krvi, kterými jsou albumin, prealbumin a celková bílkovina. V souvislosti s těmito ukazateli je potřeba hlídat stav hydratace a hodnotu CRP, která nám říká, zda pacient má v těle zánět či nemá. Jelikož vlivem zánětu a špatného stavu hydratace může docházet ke zkreslení hodnoty plazmatických bílkovin. (Tomešová, 2021) Ukazatel, který nám dává nejrychleji informace o průběhu onemocnění je prealbumin, protože jeho poločas rozpadu je 2 dny. Důležité je hlídat také minerálovou bilanci a ureu, jelikož jednotlivé hodnoty těchto látek mohou vlivem nemoci a stavu hydratace kolísat. (Zlatohlávek a Křížová, 2019)

Další hodnoty, které se kontrolují v rámci laboratorního vyšetření, jsou hodnoty kreatininu v moči, hodnota celkového množství lymfocytů, hodnota jak celkového cholesterolu, tak i hodnoty LDL a HDL cholesterolu, množství glukózy v krvi a dusíková bilance, která je indikátorem katabolických a anabolických stavů organismu. (Vágnerová, 2020)

1.6.3 Antropometrické a fyzikální vyšetření

Antropometrická vyšetření jsou velice dobrým indikátorem nutričního stavu pacienta. Podávají nám přesné informace o jeho tělesných proporcích a zobrazují také vliv rizikových faktorů z vnějšího prostředí, např. nevhodná strava či nedostatek pohybu. Mezi antropometrická vyšetření patří měření tělesné hmotnosti, tělesné výšky, pokud pacient není schopen vstát může se změřit i vsedě nebo vleže. Dále do této skupiny řadíme také měření obvodu pasu, boků, hýždě, hrudníku, končetin. Občas se také měří obvod hlavy a zjišťuje se množství podkožního tuku. U pacienta se hlídají také změny na těle, např. změny na očích, kůži, vlasech, zubech atd. (Stránský et al., 2019) Tyto metody pozorování změn na těle pacienta řadíme mezi fyzikální vyšetření. Při tomto vyšetření je třeba vždy myslet na to, že pacient nás nezná, je v nekomfortním prostředí a má obavy o své zdraví. Obzvlášť důležitá je tedy komunikace z naší strany, představit se pacientovi a vysvětlit mu, z jakého důvodu k němu přicházíme. Fyzikálním vyšetřením se zjišťuje

zdravotní i nutriční stav pacienta prostřednictvím smyslů, zejména zraku, hmatu a sluchu. Mezi fyzikální vyšetření řadíme tedy pohled, pohmat (palpace), poklepem a poslechem, ke kterému se ve většině případů používá fonendoskop. (Nejedlá, 2015)

1.6.4 Nutriční screening

Nutriční screening je nástroj, který se využívá v nemocnicích a je určen k aktivnímu vyhledávání nutričně rizikových pacientů, to jsou takoví pacienti, kteří jsou v riziku malnutrice. V dotazníku jsou obsaženy otázky, které se týkají současného BMI pacienta, výkyvů hmotnosti za poslední 3 měsíce, mobility a příjmem potravy pacienta za poslední 3 měsíce. Dotazník musí být seskládaný z jednoduchých a krátkých otázek, aby jeho vyplnění bylo co nejrychlejší a aby splňoval cíl nutričního screeningu. (Vágnerová, 2020)

Nutriční screening se provádí u každého pacienta nejpozději do 24 hodin po přijetí do nemocnice. Provádí ho vždy zdravotnický personál, který je řádně proškolený, jedná se o zdravotní sestru nebo ošetřujícího lékaře. Pokud v nutričním screeningu vyjde, že pacient je v malnutrici nebo v jejím riziku, ihned se předává do péče nutričního terapeuta. Nutriční screening se zpravidla neprovádí u pacientů, u kterých se předpokládá krátká doba hospitalizace, méně než 3 dny, a také se neprovádí u pacientů, u kterých je nutné hlídat stav výživy každý den. V tomto případě se jedná o těhotné ženy a pacienty, kteří jsou v kritickém stavu (např. na JIP). U pacientů, u kterých bylo zjištěno riziko malnutrice, je nutné zvažovat všechna dietní omezení a ponechávají se pouze ty, která jsou pro pacienta nutná. (Těšínský et al., 2020)

Jsou různé typy nutričních screeningů, ESPEN doporučuje dotazník MNA (Mini Nutritional Assessment), který slouží ke zhodnocení nutričního stavu u geriatrických pacientů. (Vágnerová, 2020)

2 CÍL PRÁCE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY

2.1 Cíl práce

Cíle bakalářské práce jsou 2:

1. Zmapovat stravovací preference pacientů na oddělení následné péče;
2. Zhodnotit, zda jídelníček, vytvořený na základě stravovacích preferencí odpovídá nutriční potřebě pacientů.

2.2 Výzkumné otázky (VO)

Výzkumné otázky bakalářské práce jsou:

1. Jaké jsou stravovací preference hospitalizovaných pacientů na oddělení následné péče?
2. Jak by bylo možné vytvořit jídelníček dle stravovacích preferencí pacientů, tak aby byla splněna potřeba energie a jednotlivých živin?

2.3 Operacionalizace pojmů

Stravovací preference

Stravovací preference jsou individuální vlastností každého člověka. Někteří lidé preferují sladké pokrmy, někteří naopak slané, někdo má rád ve svém jídelníčku více ovoce a zeleniny, někdo jiný třeba více masa, mléka a mléčných výrobků apod. Týká se to rovněž i alternativních diet a směrů, např. vegetariánství, veganství atd.

Oddělení následné péče

Oddělení následné péče jsou součástí nemocnic. Jsou určeny pro pacienty, kteří v rámci jejich zdravotního stavu nutně nepotřebují být v nemocnici, ale současně nejsou samostatní a potřebují doléčit. Cílem oddělení následné péče je tedy snaha zlepšit celkový stav pacienta, aby se mohl vrátit do domácího prostředí ke své rodině. (Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách), 2011)

3 METODIKA

3.1 Metodika práce

Ke zpracování získaných dat mé bakalářské práce byl využit kvantitativní výzkum. Data od pacientů byla získávána pomocí strukturovaného dotazníku, který se skládal z 21 otázek. V dotazníku byly otázky, týkající se základních informací o pacientech (věk, pohlaví, tělesná hmotnost a výška, délka hospitalizace), dále jejich spokojenosti se stravou, jejich preferencí ve stravě a v neposlední řadě také spokojenosti pacientů s velikostí jednotlivých pokrmů během dne. V poslední otázce dotazníku mi měli pacienti sepsat, jak by měl vypadat jídelníček podle jejich stravovacích preferencí. Jídelníček musel obsahovat snídani, dopolední svačinu, oběd, odpolední svačinu a večeři.

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumný soubor se skládal z 58 seniorů ve věku od 60 do 100 let. Jednalo se o pacienty, kteří byli hospitalizováni na oddělení následné péče v nemocnicích v Prachatickém okrese, v okolí místa mého trvalého bydliště. Celkový počet žen v rámci výzkumného souboru byl 36 a celkový počet mužů 22. Nejvíce početná skupina byla skupina pacientů ve věku od 70 do 79 let, konkrétně se jednalo o 21 žen a 14 mužů. Nejméně početnou skupinou pacientů byla ve věku od 60 do 69 let, tvořila ji 1 žena a 3 muži. Rozdělení respondentů dle věku a pohlaví rekapituluje tabulka č. 1.

Tabulka č. 1 – Výzkumný soubor dle věku a pohlaví

Věk	60-69	70-79	80-89	90-100
Ženy	1	21	10	4
Muži	3	14	3	2
Celkem	4	35	13	6

Zdroj: Vlastní zdroj

3.3 Sběr dat

Získaná data byla sbírána v únoru 2022. Původně jsem měla na správné vyplňování dotazníků pacienty dohlížet já osobně a případně být nápomocná. Nicméně kvůli nepříznivé situaci vlivem onemocnění COVID-19 jsem k pacientům chodit nemohla. Pacienti, kteří byli v dobrém zdravotním i fyzickém stavu vyplňovali dotazníky sami. Pacientům, kteří nebyli schopni vyplňovat dotazníky sami, byla poskytnuta pomoc od zdravotnického personálu. Jednalo se zejména o nutriční terapeutky, zdravotní sestry nebo sociální pracovníce v daných nemocnicích.

Celkem bylo rozdáno 150 dotazníků, ale vyplněných od pacientů se mi jich vrátilo 78, jelikož někteří pacienti buď nebyli schopni na otázky z dotazníku odpovědět, anebo už byli v paliativní péči. 20 dotazníků nebylo řádně vyplněno, a proto byl konečný počet dotazníků 58.

3.4 Analýza dat

Jídelníčky jsem propočítávala pomocí programu Nutriservis Professional. Následně jsem vyhodnotila příjem celkové denní energie a jednotlivých makronutrientů. Ke správnému vyhodnocení dostatečnosti jídelníčků pro pacienty jsem si dále musela vypočítat pomocí Harris-Benedictovy rovnice jejich bazální metabolismus, který jsem dále násobila faktorem tělesné aktivity, faktorem onemocnění a faktorem fyzické aktivity. Výsledkem byl doporučený denní příjem energie a jednotlivých živin.

Vyhodnocení všech získaných dat jsem uskutečnila pomocí programů Microsoft Excel a Nutriservis Professional.

4 VÝSLEDKY

Následující kapitola je rozdělena do dvou částí. První část se věnuje analýze dat získaných z dotazníků a druhá část je tvořena analýzou jídelníčků.

4.1 Analýza dotazníků

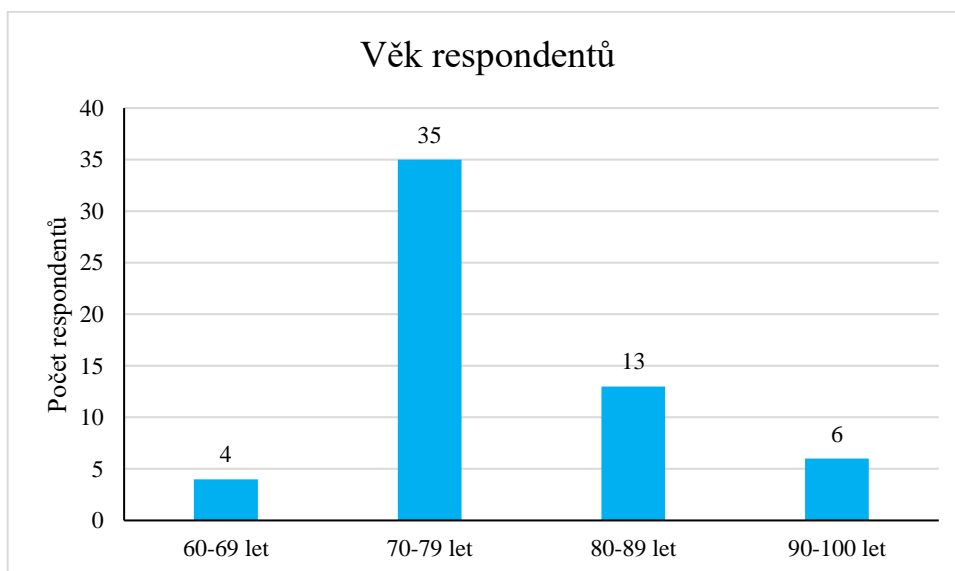
Otázka č. 1: Pohlaví respondentů

Z celkového počtu 58 respondentů se výzkumu účastnilo 36 (62 %) žen a 22 (38 %) mužů.

Otázka č. 2: Věk respondentů

Respondenti byli rozděleni do čtyř věkových skupin, jak můžeme vidět v grafu č. 1. První skupinu tvořili pacienti ve věku od 60 do 69 let. Z grafu je zřejmé, že se jednalo o nejméně početnou skupinu. Druhou skupinou byli respondenti ve věku od 70 do 79 let, v této věkové kategorii se nacházel největší podíl respondentů. Třetí skupinou bylo věkové rozhraní 80 až 89 let a ve čtvrté skupině byli respondenti od 90 do 100 let.

Graf č. 1: Věk respondentů



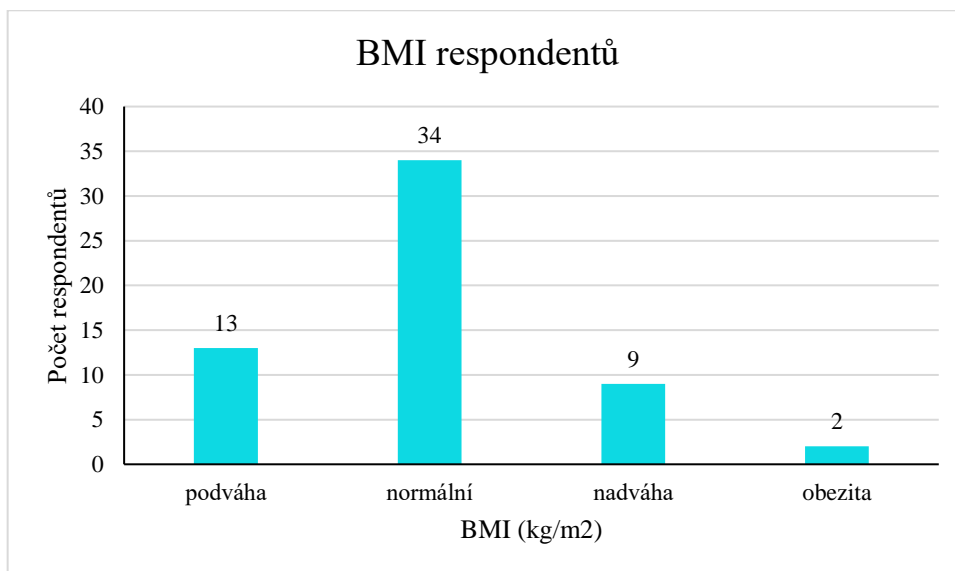
Zdroj: Vlastní výzkum

Otázka č. 3 a 4: Tělesná výška a hmotnost

Tělesnou výšku a hmotnost respondentů jsem zjišťovala, abych v druhé polovině praktické části mohla vypočítat doporučený denní příjem energie a živin individuálně pro každého vybraného pacienta pomocí Harris-Benedictovy rovnice.

Ze zjištěných údajů jsem si vypočítala také BMI všech respondentů, chtěla jsem mít přehled o možném výskytu podváhy a obezity u pacientů. Vyhodnocování BMI jsem poté prováděla na základě nové kategorizace tělesné hmotnosti pro starší osoby. Ze získaných údajů jsem zjistila, že nejvíce početnou skupinou byla skupina s normální tělesnou hmotností (BMI – 24,0-28,9 kg/m²), jednalo se o 34 respondentů. Dále 13 respondentů mělo podváhu, a tedy jejich BMI bylo nižší než 23,9 kg/m². Nadváhou trpělo celkem 9 respondentů, BMI měli vyšší nebo rovno 29 kg/m². Do skupiny respondentů, kteří jsou obézní, jsem musela zařadit 2 pacienty, jelikož jejich BMI se rovnalo hodnotám 45 a 52 kg/m². Minimální hodnota BMI, kterou měl jeden z mých respondentů byla 16,16 kg/m², maximální hodnota se rovnala 52 kg/m². Průměrné BMI tedy odpovídalo hodnotě 27,68 kg/m². Jednotlivé výsledky zjištěného BMI jsou znázorněny v grafu č. 2.

Graf č. 2: BMI respondentů



Zdroj: Vlastní výzkum

Otázka č. 5: Datum hospitalizace

V dotazníku žádám respondenty o datum hospitalizace, pomocí kterého jsem si zjistila celkovou délku pobytu v nemocnici všech respondentů. Jedná se o období od jejich

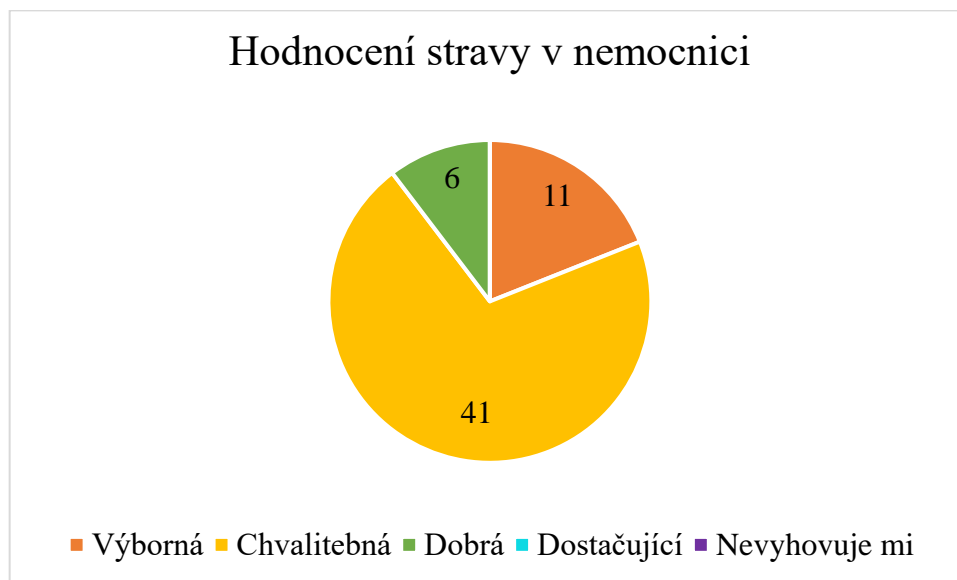
nástupu do nemocnice do data, kdy vyplňovali dotazník. Průměrná délka hospitalizace je 58 dnů. Přičemž minimální délka hospitalizace respondentů je 10 dnů, maximální délka odpovídá 418 dnům a medián se rovná číslu 45,5.

Otázka č. 6: Hodnocení stravy podávané v nemocnici

Na tuto otázku měli respondenti odpovídat pomocí stupnice od 1 do 5 stejně jako ve škole. Hodnocení 1 tedy znamenalo, že strava je výborná a pacienti jsou s ní spokojeni. Hodnocení 5 vypovídalo o nespokojenosti pacientů se stravou v nemocnici, jelikož jim taková strava nevyhovuje.

Nejčastější odpověď na otázku č. 6 byla známka 2, a to znamená, že strava pro pacienty je velmi dobrá, ale má jisté drobné nedostatky. Známkou 2 odpovědělo 41 respondentů z celkového počtu 58 respondentů. Nikdo z respondentů neohodnotil podávanou stravu známkou 4 nebo 5. O hodnocení stravy v nemocnici informuje graf č. 3.

Graf č. 3: Hodnocení stravy v nemocnici



Zdroj: Vlastní výzkum

Otázka č. 7: Jídlo, které respondentům v jídelníčku chybí

Otázka č. 7 byla v mém dotazníku otázkou otevřenou. Respondenti se tedy mohli rozepsat o tom, co vše jim v jídelníčku schází a co za jídlo by chtěli během své hospitalizace dostávat častěji.

Při vyhodnocování dotazníků jsem byla mile překvapena, protože se v odpovědích poměrně často vyskytovalo, že respondenti by chtěli více ovoce a zeleniny, mléčných výrobků, vajec a ryb. Mezi časté odpovědi patřily také typicky česká jídla např. svíčková s houskovými knedlíky a jiné druhy omáček, pečená kachna nebo kuře s bramborovými knedlíky a zelím, řízek, tlačěnka, syrečky atd. Mezi méně opakující se odpovědi bych zařadila uzeniny, luštěniny, sušenky a všeobecně sladká jídla. Pouze 11 respondentů odpovědělo, že jim v jídelníčku nechybí nic. Nejčastější odpovědi na otázku č. 7 nám shrnuje diagram č. 1.

Diagram č. 1: Jídlo, které respondentům v jídelníčku chybí



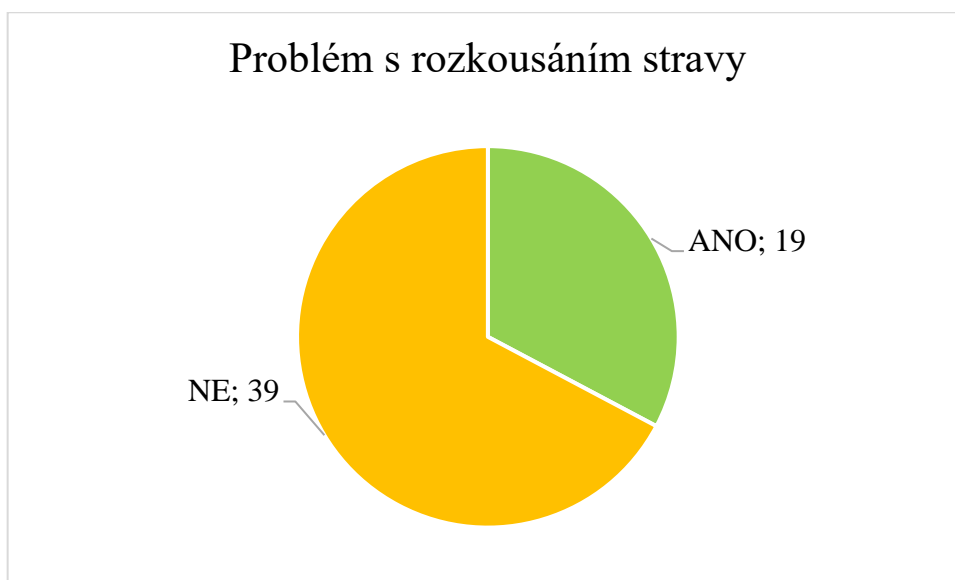
Zdroj: Vlastní výzkum

Otázka č. 8: Problém s rozkousáním stravy

Problémy s rozkousáním stravy se poměrně často vyskytují u pacientů staršího věku a vlivem toho mohou mít nižší energetický příjem. V rámci mého výzkumu jsem proto tuto otázku do dotazníku také vložila, jelikož si myslím, že je důležité mít přehled, zda pacienti tyto problémy mají či ne.

Z vyhodnocených dotazníků jsem zjistila, že problémy s rozkousáním stravy mělo celkem 19 (33 %) respondentů. Jednalo se o 13 žen a 6 mužů. Zbylých 39 (67 %) respondentů odpovědělo, že tento problém se u nich nevyskytuje. Graf č. 4 nám znázorňuje výsledky otázky č. 8.

Graf č. 4: Problém s rozkousáním stravy



Zdroj: Vlastní výzkum

Otázka č. 9 a č. 10: Mletá strava a nabídka jiné formy stravy od zdravotnického personálu

Tyto dvě otázky v dotazníku souvisely s předchozí otázkou č. 8. Pokud respondenti odpověděli na otázku č. 8 ANO, měli vyplnit následující dvě otázky také.

Otázka č. 9 se týkala informace, zda pacienti mají mletou stravu. Z celkového počtu 19 respondentů, kteří měli na tuto otázku odpovídat, odpovědělo 15 respondentů ANO a 4 respondenti NE.

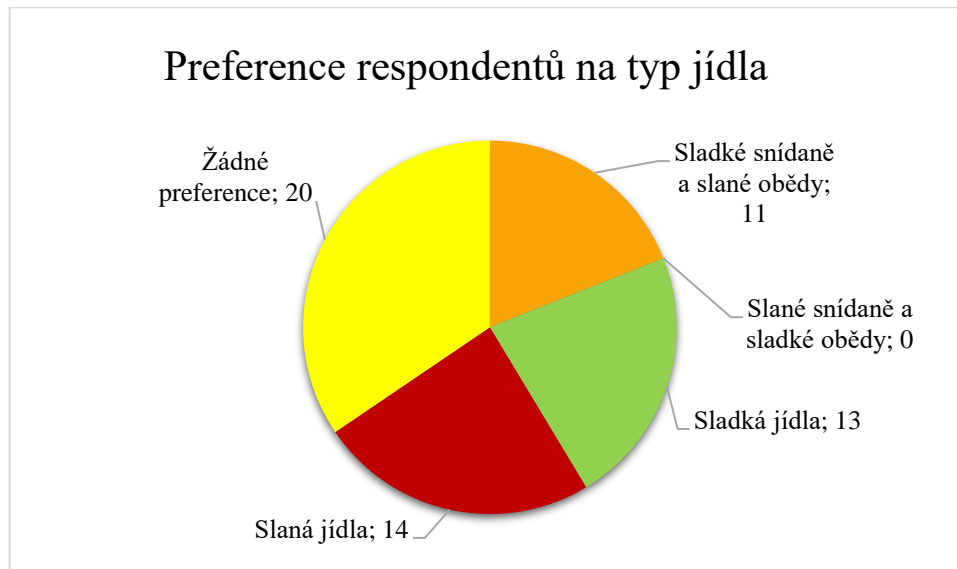
Otázka č. 10 se poté týkala informace, zda pacientům, kteří mají problémy s rozkousáním stravy, byla nabídnuta jiná forma stravy (např. mletá). Na tuto otázku všech 19 respondentů odpovědělo ANO.

Otázka č. 11: Preference jídla

Na otázku č. 11 měli respondenti možnost vybírat z 5 odpovědí. První možnou odpovědí byla, že respondenti preferují spíše sladké snídaně a slané obědy. Tímto způsobem odpovědělo celkem 11 respondentů. Druhou možností odpovědi, kterou nevybral žádný respondent, byla preference slaných snídaní a sladkých obědů. Třetí odpověď znamenala, že respondenti preferují celkově spíše sladká jídla. Tuto odpověď vybralo 13 respondentů. Čtvrtá odpověď se týkala preference spíše slaných jídel a vybralo ji celkem 14 respondentů. Poslední odpověď, která znamenala, že respondenti nemají žádné

preferenci na typ jídla, byla nejčastěji zaškrtnuta. Vybralo ji celkem 20 respondentů. Výsledky otázky č. 11 shrnuje graf č. 5.

Graf č. 5: Preference respondentů na typ jídla

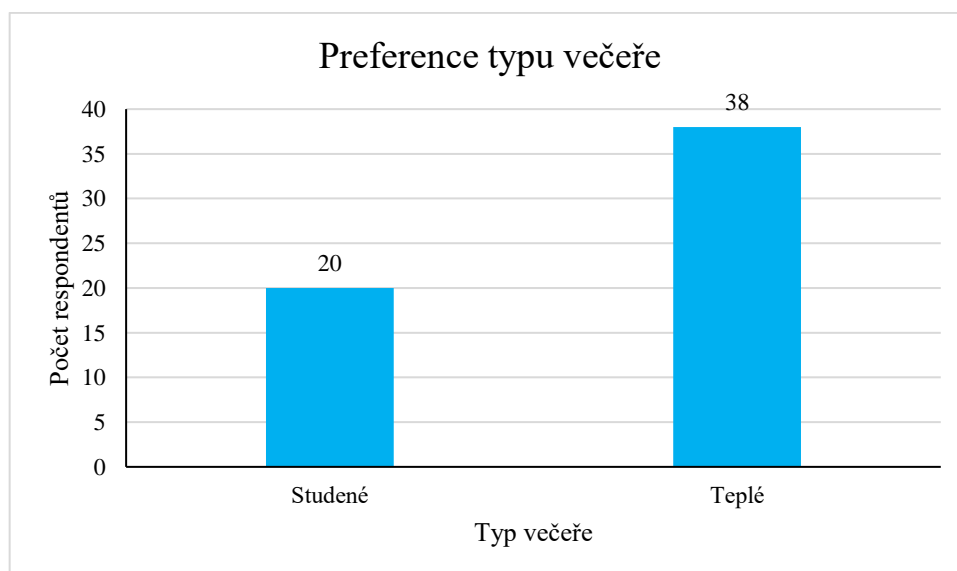


Zdroj: Vlastní výzkum

Otázka č. 12: Preference typu večeře

U otázky č. 12 měli respondenti na výběr ze dvou odpovědí. Z celkového počtu 58 respondentů vybralo 38 respondentů odpověď, že dávají přednost teplým večeřím. Zbýlých 20 respondentů uvedlo, že více preferují večeře studené.

Graf č. 6: Preference typu večeře



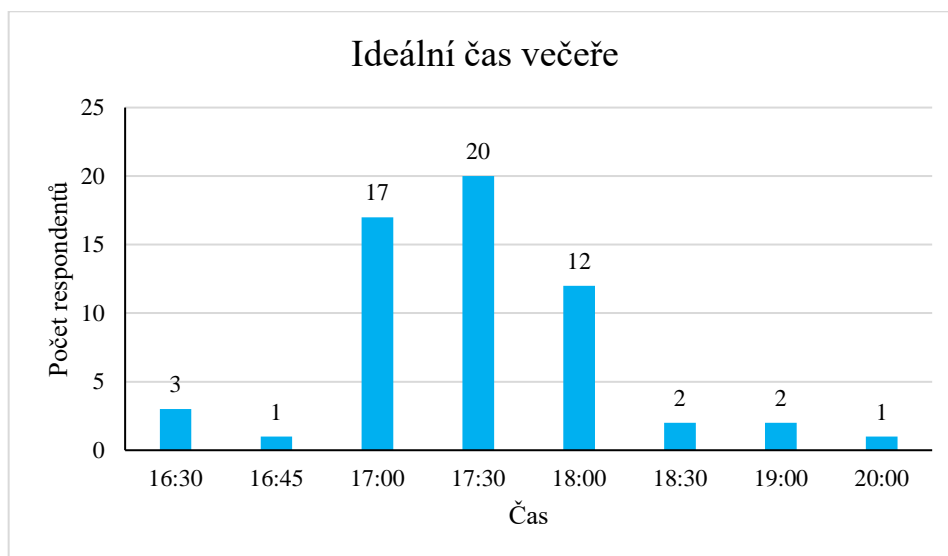
Zdroj: Vlastní výzkum

Otázka č. 13: Ideální čas na večeři

Otázka č. 13 byla v mém dotazníku otevřenou otázkou. Respondenti mi zde mohli napsat, kdy by ideálně chtěli dostávat večeři. Zajímalo mě to, jelikož vím, že každá nemocnice má časový harmonogram podávání jednotlivých jídel během dne odlišný a pacientům to nemusí vyhovovat.

Z vyhodnocených dotazníků jsem zjistila, že nejvíce respondentů by chtělo mít večeři od 17:00 do 18:00, nejčastější odpovědí byl čas 17:30, odpovědělo tak 20 respondentů. Celkem 4 respondenti by chtěli dostávat večeři ještě před 17 hodinou a celkem 5 respondentů uvedlo, že by jim vyhovovalo dostávat večeři až po 18 hodině. Vyhodnocení otázky č. 13 nám shrnuje graf č. 7.

Graf č. 7: Ideální čas večeře



Zdroj: Vlastní výzkum

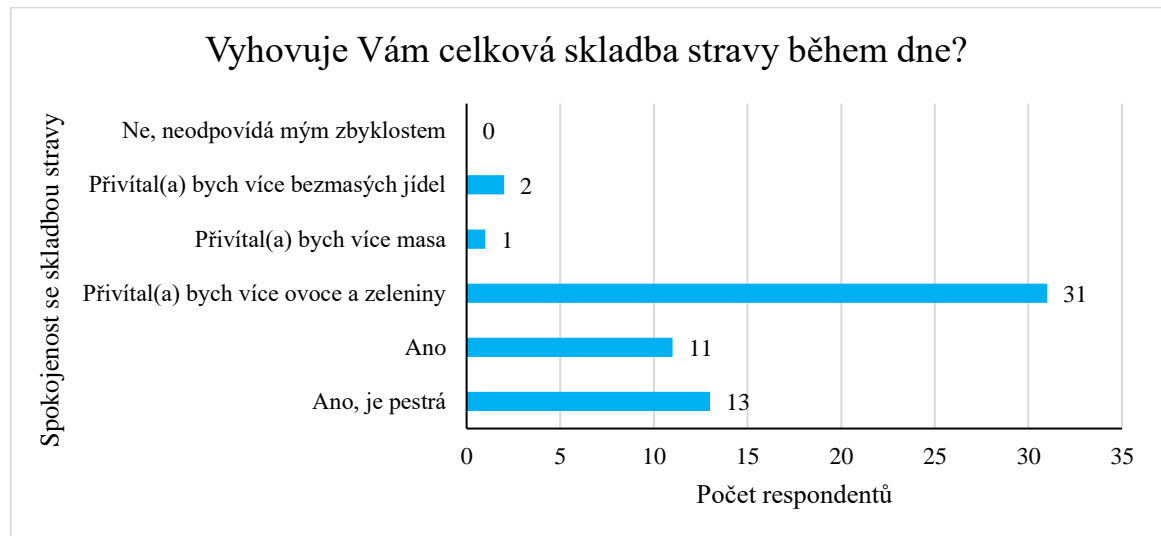
Otázka č. 14: Spokojenost s celkovou skladbou stravy během dne

Otázkou č. 14 jsem chtěla zjistit, zda respondentům vyhovuje skladba stravy, kterou v nemocnici během dne dostávají. Zajímalo mě, jestli pacientům přijde podávaný jídelníček pestrý, jestli jsou s ním zcela spokojení či naopak a jestli jim v něm něco chybí např. ovoce a zelenina, maso nebo bezmasá jídla.

Výsledky otázky č. 14 nám shrnuje graf č. 8. Vyplyvá z něj, že nejvíce si pacienti stěžují na nedostatek ovoce a zeleniny, pouze jeden respondent by si přál více masa a

2 respondenti by chtěli více bezmasých jídel, jinak jsou respondenti se skladbou stravy spokojeni.

Graf č. 8: Spokojenost s celkovou skladbou stravy

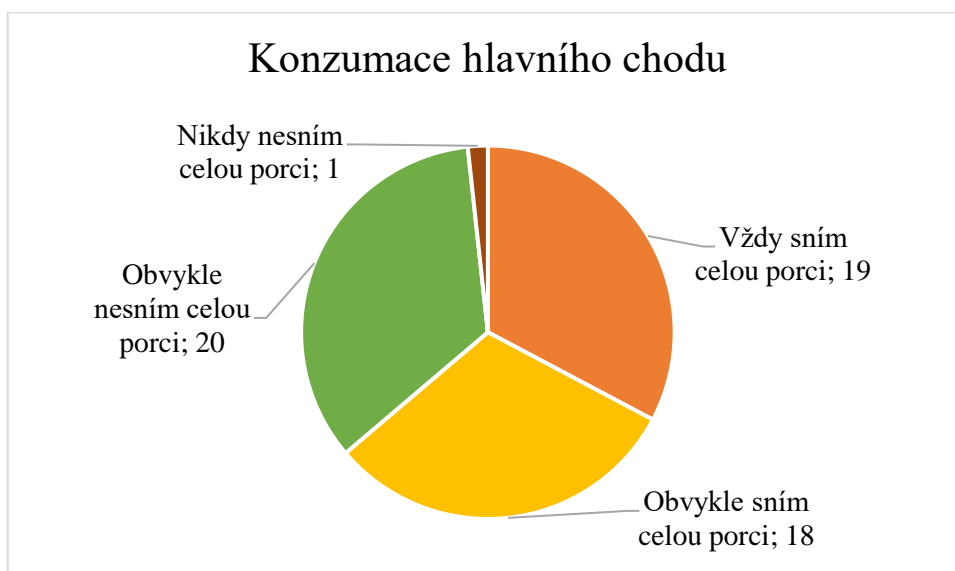


Zdroj: Vlastní výzkum

Otázka č. 15: Konzumace hlavního chodu (celá porce či část)

Otázka č. 15 se týkala konzumace hlavního jídla. Zajímalo mě, zda respondenti snědí obvykle celou porci anebo jen část. Respondenti mohli vybírat ze 4 odpovědí: vždy sním celou porci, obvykle sním celou porci, obvykle nesním celou porci a nikdy nesním celou porci. Odpovědi této otázky byly poměrně vyrovnané, jak můžeme vidět v grafu č. 9. Pouze jeden respondent udal, že nikdy nesní celou porci jídla. 20 respondentů zapsalo, že obvykle nesní celou porci. Dalších 19 respondentů udalo, že vždy sní celou porci a zbylých 18 odpovědělo, že obvykle sní celou porci.

Graf č. 9: Konzumace hlavního chodu



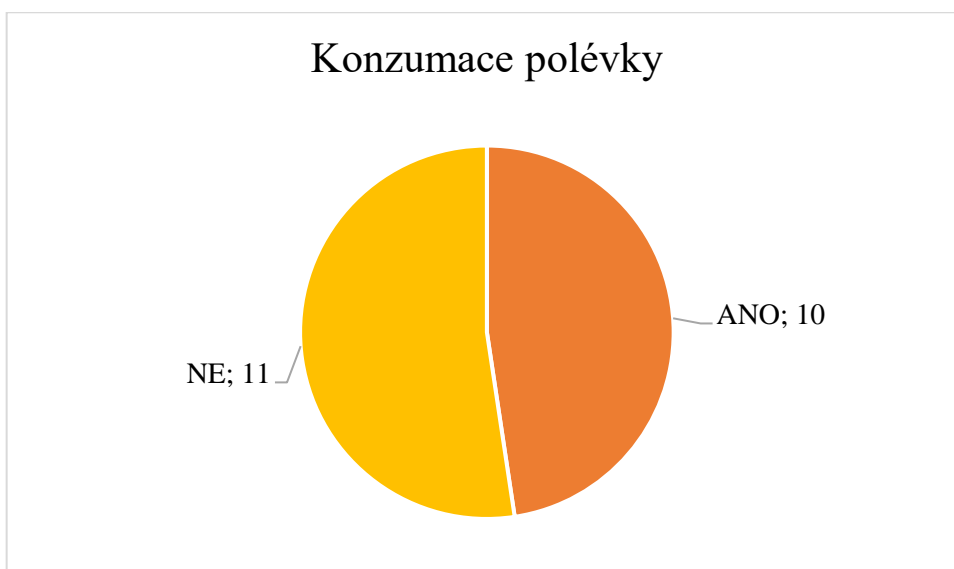
Zdroj: Vlastní výzkum

Otázka č. 16: Konzumace polévky a otázka č. 17: Co respondenti sní z hlavního chodu

Následující dvě otázky č. 16 a 17 souvisely s otázkou č. 15. Odpovídali na ně pouze ti respondenti, kteří na otázku č. 15 odpověděli buď obvykle nesním celou porci nebo nikdy nesním celou porci. Jednalo se o 21 respondentů. V souvislosti s velikostí snědené porce mi přišlo důležité také vědět, zda pacient sní polévku a co popřípadě sní z hlavního chodu.

Otázka č. 17 se týkala údaje, zda respondenti jedí polévku či ne a o jejích výsledcích informuje graf č. 10. Z celkového počtu 21 respondentů udalo 11 z nich, že polévku nejedí a zbylých 10 odpovědělo, že polévku sní.

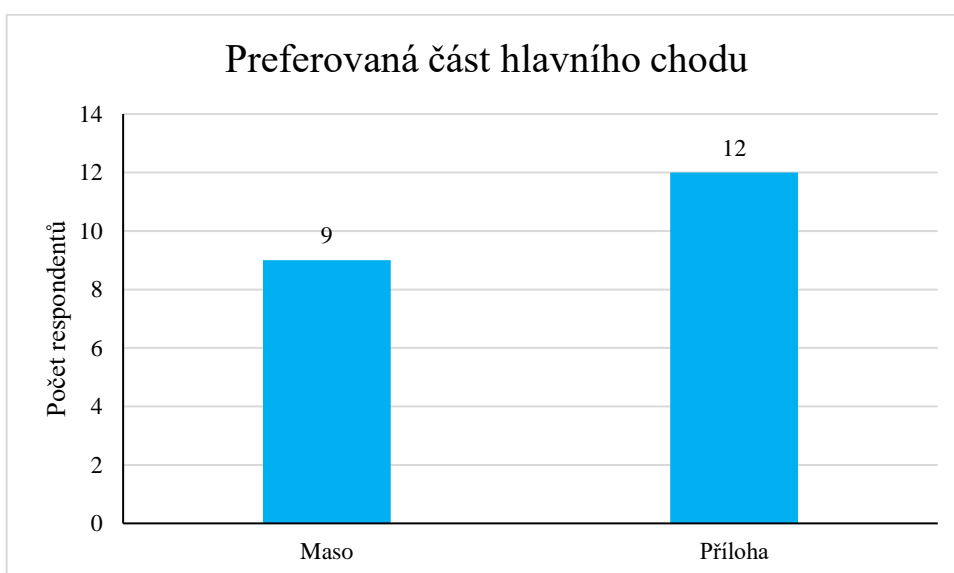
Graf č. 10: Konzumace polévky (n=21)



Zdroj: Vlastní výzkum

U otázky č. 17 jsem se vrátila zpět k hlavnímu chodu a zajímala jsem se, co hospitalizovaní pacienti obvykle snědí z celé porce, jestli dají přednost masu anebo naopak příloze a maso nechají. Je velice důležité sledovat, co pacienti jedí, díky tomu můžeme mít přehled, zda přijímají dostatek bílkovin či naopak. Na otázku č. 17 odpovídalo opět pouze 21 respondentů. Z tohoto počtu 12 respondentů napsalo, že sní hlavně přílohu a maso nechají a zbylých 9 respondentů odpovědělo, že dávají přednost masu. Výsledky otázky č. 17 shrnuje graf č. 11.

Graf č. 11: Preferovaná část hlavního chodu při neúplné konzumaci (n=21)



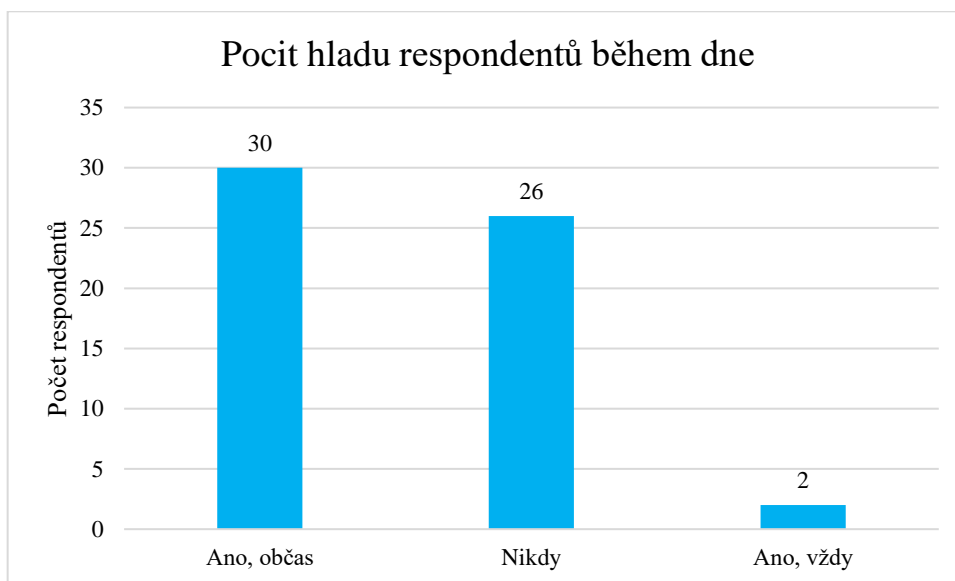
Zdroj: Vlastní výzkum

Otázka č. 18: Pocit hladu respondentů během dne

Otázku č. 18, která se týkala pocitu hladu během dne, jsem do dotazníku zahrnu, protože se poměrně často u hospitalizovaných pacientů stává, že mají mezi jednotlivými chody hlad. Může to být např. způsobené tím, že jsou pacienti zvyklí na jiný časový harmonogram podávání jednotlivých chodů během dne nebo jim jídlo v nemocnici nemusí chutnat.

Respondenti měli na výběr ze 3 odpovědí a to: ano, vždy; ano, občas a nikdy, v následujícím grafu č. 12 jsou výsledky znázorněny. Pouze 2 respondenti napsali, že mají hlad vždy. 30 respondentů udalo, že mají hlad občas a zbylých 26 respondentů nemá hlad během dne nikdy.

Graf č.12: Pocit hladu respondentů během dne



Zdroj: Vlastní výzkum

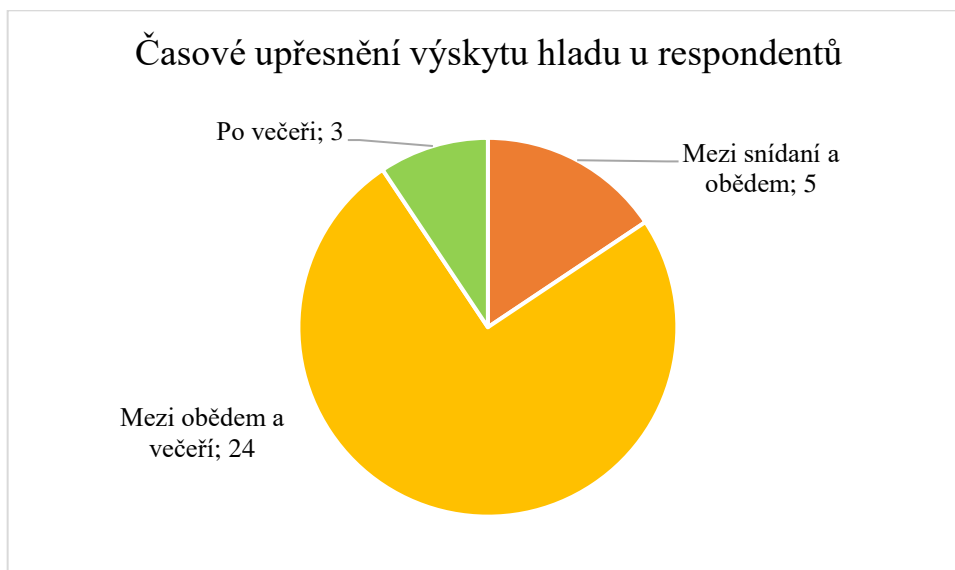
Otázka č. 19: Časové upřesnění výskytu hladu u respondentů

Na otázku č. 19 měli odpovídat pouze respondenti, kteří na předchozí otázku odpověděli, že mají hlad vždy anebo občas. Z celkového počtu 58 respondentů se jednalo o 32 respondentů. Bylo opět možné vybrat ze 3 možných odpovědí. První odpověď byla, že pacienti mají hlad mezi snídaní a obědem, druhá se týkala hladu mezi obědem a večeří a třetí odpověď znamenala, že pacienti mají nejčastěji hlad po večeří.

O výsledcích otázky č. 19 nás informuje graf č. 13. Naprostá většina respondentů zaznamenala odpověď, že nejčastěji mají hlad mezi obědem a večeří. Jednalo se

o 24 respondentů. Dalších 5 pacientů napsalo, že mívají hlad mezi snídaní a obědem a zbylí 3 respondenti mají nejčastěji hlad po večeři.

Graf č. 13: Časové upřesnění výskytu hladu u respondentů (n=32)

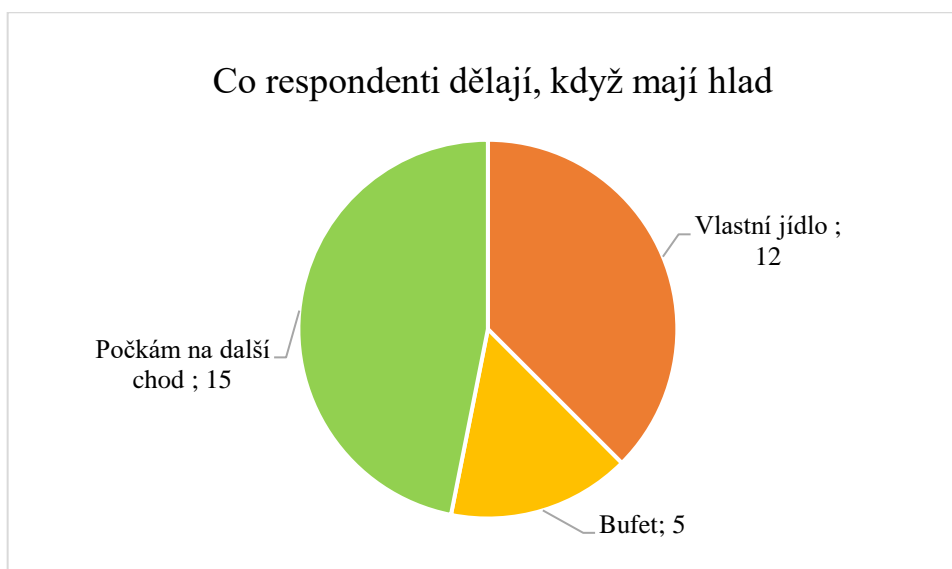


Zdroj: Vlastní výzkum

Otázka č. 20: Co respondent dělá, když má hlad

Předposlední otázka mého dotazníku souvisela s otázkami č. 18 a 19. Odpovídalo na ni opět jen 32 respondentů, kteří na otázku č. 18 vybrali odpověď ano, občas anebo ano, vždy. Zajímalo mě, jak se hospitalizovaní pacienti chovají, když mají hlad, konkrétně jestli chodí do bufetu nebo mají jídlo od rodiny, anebo jestli čekají na další chod. Nejčastěji se objevovala odpověď, že čekají na další chod. Tuto odpověď vybralo 15 respondentů. Dalších 12 respondentů hlad řeší vlastním jídlem od rodiny a pouze 5 respondentů navštěvuje bufet. Jednotlivé odpovědi znázorňuje graf č. 14.

Graf č. 14: Co respondenti dělají, když mají hlad (n=32)



Zdroj: Vlastní výzkum

4.2 Analýza jídelníčků

Poslední otázka, které byla také součástí mého dotazníku byla otevřená a týkala se informace, jak by si pacienti představovali svůj ideální jídelníček. Měli za úkol napsat, co by chtěli dostávat ke snídani, přesnídávatce, obědu, odpolední svačině a k večeři. Díky tomu jsem tedy získala celkem 58 ideálních jídelníčků podle respondentů. Řada jídelníčků byla velmi podobná. Náhodně jsem vybrala 10 respondentů, u kterých jsem si spočítala jejich energetickou potřebu pomocí Harris-Benedictovy rovnice a propočítala jejich ideální jídelníčky. Pomocí Harris-Benedictovy rovnice jsem získala bazální metabolismus pacientů. Ten jsem následovně násobila faktory onemocnění, tělesné teploty a fyzické aktivity. Jelikož jsem neměla bližší informace o respondentech, zvolila jsem faktory takto: faktor tělesné teploty – 1, faktor fyzické aktivity – 1,1, protože se jedná o ležící pacienty a faktor onemocnění – 1, zde jsem byla nucena doptat se v nemocnicích na zdravotní stav 10 respondentů, které jsem vybrala pro analýzu jídelníčků. Všechny 10 pacientů bylo bez vážného onemocnění. Na základě tohoto výpočtu jsem získala celkovou energetickou potřebu respondentů a z této hodnoty jsem vypočítala jednotlivý příjem živin. Bílkoviny jsem nastavila na 20 %, protože se jedná o seniory, kteří je potřebují ve větším množství. Tuky jsem vypočítala na 30 % a sacharidy na 50 % z celkového energetického příjmu.

Získala jsem rovněž jídelníčky od nemocnic, ve kterých byli mí respondenti hospitalizováni. Tyto jídelníčky jsem rovněž propočítala a jednotlivé výsledky hodnot energie, bílkovin, tuků a sacharidů jsem porovnávala s výsledky ideálních jídelníčků od respondentů. Pacienti měli za úkol do ideálních jídelníčků zapisovat i porce jednotlivých jídel (např. 2 rohlíky, 1 jogurt, 1 porce polévky) a já tyto údaje potom převedla na gramáže.

Respondent 1:

Osobní údaje:

- Pohlaví: žena
- Věk: 71 let
- Tělesná hmotnost: 94 kg
- Tělesná výška: 170 cm
- BMI: 32,53 -> nadváha
- BMR: 1530 kcal
 - o Celková denní potřeba energie: 1683 kcal
 - 30 % tuků -> 56,1 g
 - 20 % bílkovin -> 84,2 g
 - 50 % sacharidů -> 210,4 g

Ideální jídelníček respondenta 1:

- Snídaně: 100 g chléb, 20 g máslo, 50 g sýrová pomazánka, 60 g rajče, 200 ml černá káva
- Přesnídávka: 150 g jablko
- Oběd: 250 ml kuřecí vývar, 250 vařené brambory, 250 g pečené kuřecí stehno, 100 g mrkvový salát
- Svačina: 500 ml polotučný kefir, 120 g banán
- Večeře: 42 g rohlík, 20 g máslo, 55 g vejce, 50 g kuřecí šunka, 200 ml polotučné mléko
- **Celkové hodnoty energie a jednotlivých živin:**
 - o Energie: 2 242,29 kcal
 - o Bílkoviny: 138,06 g (25 %)
 - o Tuky: 90,73 g (37 %)

- Sacharidy: 189,56 g (38 %)

Ukázkový jídelníček, který respondentka dostávala v nemocnici:

- Snídaně: 42 g rohlík, 50 g chléb, 20 g máslo, 50 g tavený sýr, 200 ml bílá káva
- Přesnídávka: 50 g chléb, 200 ml čaj
- Oběd: 250 ml kuřecí bujón, vepřové nudličky po čínsku, 200 g vařená rýže
- Svačina: 200 ml polotučné mléko, 100 g chléb Labužník
- Večeře: rybí filé pečené na másle, 250 g bramborová kaše, 100 g mrkvový salát
- **Celkové hodnoty energie a jednotlivých živin:**
 - Energie: 2 156,24 kcal
 - Bílkoviny: 97,59 g (18 %)
 - Tuky: 71,25 g (30 %)
 - Sacharidy: 272,73 g (52 %)

Závěr:

Jídelníček, který sestavila sama respondentka nespĺňuje požadavky vhodné stravy. Obsahuje vysoké množství tuků, což odpovídá 37 % celkového energetického příjmu. Ideální jídelníček se skládá z malého množství sacharidů, obsahuje pouze 189,56 g, což odpovídá 38 % z celkového příjmu energie za den. Tato hodnota by se měla pohybovat okolo 50-55 %. Bílkoviny je vhodné přijímat ve vyšším věku ve větších dávkách, ale jídelníček od respondentky jich zahrnuje příliš moc. Za den by pacientka přijmula 138 g. Pozitivní na tomto jídelníčku je, že je v něm zastoupeno ovoce a ve větším množství také mléčné výrobky, tudíž by pacientka měla dostatečný příjem vápníku. Respondentka má nadváhu a v tomto případě je vhodné lehce snížit celkový energetický příjem. Ideální jídelníček by šel vylepšit odebráním některého zdroje bílkovin, např. vajíčka, polotučného mléka k večeři. A dále přidáním více sacharidů během dne, např. více pečiva k večeři nebo výměna odpoledního kefíru za sacharidovou potravinu (např. loupák).

Jídelníček, který respondentka dostávala v nemocnici byl pro ni optimální, jelikož měl vhodnější zastoupení jednotlivých živin během dne. To znamená, tuky do 30 %, bílkoviny 15-20 % a sacharidy v rozmezí 50-55 %.

Respondent 2:

Osobní údaje:

- Pohlaví: muž
- Věk: 85 let
- Tělesná hmotnost: 80 kg
- Tělesná výška: 170 cm
- BMI: 27,68 -> normální hmotnost
- BMR: 1443 kcal
 - o Celková denní potřeba energie: 1587 kcal
 - 30 % tuků -> 52,9 g
 - 20 % bílkovin -> 79,4 g
 - 50 % sacharidů -> 198,4 g

Ideální jídelníček respondenta 2:

- Snídaně: 100 g chléb, 20 g máslo, 50 g šunkový salám, 200 ml černá káva
- Přesnídávka: žádná
- Oběd: 250 ml kuřecí vývar, 150 g pečená klobása, 250 vařená čočka, 55 g vejce
- Svačina: 50 g kobliha
- Večeře: 100 g chléb, 40 g utopenci
- **Celkové hodnoty energie a jednotlivých živin:**
 - o Energie: 1 819,15 kcal
 - o Bílkoviny: 86,21 g (19 %)
 - o Tuky: 87,56 g (44 %)
 - o Sacharidy: 159,27 g (37 %)

Ukázkový jídelníček, který respondent dostával v nemocnici:

- Snídaně: 42 g rohlík, 50 g chléb, 20 g máslo, 50 g hermelínová pomazánka, 200 ml bílá káva
- Přesnídávka: 50 g chléb, 200 ml čaj
- Oběd: 250 ml polévka drůbková, vepřový závitok na smetaně, houskový knedlík
- Svačina: 122 g jogurt Fantasia jahoda
- Večeře: 150 g trhanec s jablky
- **Celkové hodnoty energie a jednotlivých živin:**

- Energie: 2 188,29 kcal
- Bílkoviny: 66,66 g (12 %)
- Tuky: 88,49 g (37 %)
- Sacharidy: 295,14 g (51 %)

Závěr:

Ideální jídelníček respondenta opět neobsahoval vhodné množství jednotlivých živin. V největším zastoupení se v jídelníčku objevují tuky. Jejich hodnota zde dosáhla až 44 % z celkového množství energie. Množství sacharidů je velice nízké, respondent by za den přijmul pouze 159 g. Jedinou výhodou tohoto jídelníčku je dávka bílkovin, která je 87,56 g. Co se týče pestrosti ideálního jídelníčku, neobsahuje žádné ovoce ani zeleninu. Je značně masitý a zcela chudý na mléčné výrobky. Z tohoto důvodu by mohl u pacienta nastat problém s nedostatečným příjmem vápníku.

Jídelníček z nemocnice obsahuje vyšší zastoupení tuků (37 %) na úkor bílkovin (12 %). Množství sacharidů je v normě. Zde by bylo potřeba tedy snížit dávku tuků a přidat do jídelníčku potraviny bílkovinné povahy např. nízkotučný kefír nebo k dopolední svačině přidat pacientovi šlehaný tvaroh.

Respondent 3:

Osobní údaje:

- Pohlaví: žena
- Věk: 70 let
- Tělesná hmotnost: 100 kg
- Tělesná výška: 175 cm
- BMI: 32,65 -> nadváha
- BMR: 1601 kcal
 - Celková denní potřeba energie: 1761 kcal
 - 30 % tuků -> 58,7 g
 - 20 % bílkovin -> 88,1 g
 - 50 % sacharidů -> 220,1 g

Ideální jídelníček respondenta 3:

- Snídaně: 84 g rohlík, 20 g máslo, 50 g kuřecí šunka, 50 g plátkový sýr, 80 g mandarinka
- Přesnídávka: 122 g jogurt Fantasia jahoda
- Oběd: 250 ml kuřecí vývar, 250 g vařené brambory, 250 g pečené kuřecí stehno, 100 g dušená zelenina
- Svačina: 100 g loupák, 200 ml černá káva
- Večeře: 250 g krupicová kaše
- **Celkové hodnoty energie a jednotlivých živin:**
 - o Energie: 2 173,38 kcal
 - o Bílkoviny: 140,67 g (24 %)
 - o Tuky: 86,56 g (33 %)
 - o Sacharidy: 246,93 (43 %)

Ukázkový jídelníček, který měla respondentka v nemocnici:

- Snídaně: 50 g koláč, 200 ml kakao
- Přesnídávka: 50 g chléb, 10 g máslo, 200 ml čaj
- Oběd: 250 ml hovězí vývar s nudlemi, cikánská pečeně, 200 g vařená rýže
- Svačina: 50 g houska, 250 ml polotučné mléko
- Večeře: 100 g chléb, 75 g malokarpatský salám, 20 g máslo, 50 g sušenka
- **Celková hodnota energie a jednotlivých živin:**
 - o Energie: 2 342,1 kcal
 - o Bílkoviny: 90,7 g (16 %)
 - o Tuky: 107,06 g (41 %)
 - o Sacharidy: 250,5 g (43 %)

Závěr:

Ideální jídelníček respondentky obsahuje poměrně vhodné zastoupení jednotlivých živin. Je v něm obsaženo správné množství sacharidů, ale procentuální hodnotu snižuje větší podíl bílkovin a tuků, který by byl potřeba snížit. Vzhledem k respondentky navdává bych doporučila lehce snížit energetický příjem. V tomto případě bych z jídelníčku vynechala vysoce energetické potraviny např. večerní krupicovou kaši bych vyměnila za lehčí večeři např. rohlík se sýrovou pomazánkou. Ideální jídelníček je poměrně pestrý, ale opět je v něm zastoupené menší množství mléčných výrobků.

Na druhé straně jídelníček, který respondentka dostala v nemocnici, obsahuje velké množství tuků (41 % celkového denního příjmu energie), a to pro pacientku vhodné není. Zde bych doporučila místo malokarpatského salámu k večeři zvolit např. tavený sýr nebo kuřecí šunku. Dopolední přesnídávku v podobě chleba s máslem bych vyměnila za jogurt.

Respondent 4:

Osobní údaje:

- Pohlaví: žena
- Věk: 82 let
- Tělesná hmotnost: 65 kg
- Tělesná výška: 165 cm
- BMI: 23,88 -> podváha
- BMR: 1191 kcal
 - o Celková denní potřeba energie: 1310 kcal
 - 30 % tuků -> 43,7 g
 - 20 % bílkovin -> 65,5 g
 - 50 % sacharidů -> 163,8 g

Ideální jídelníček respondenta 4:

- Snídaně: 100 g chléb, 20 g máslo, 20 g meruňková marmeláda, 200 ml bílá káva
- Přesnídávka: 122 g jogurt Fantasia jahoda
- Oběd: 250 ml hovězí vývar, 250 g vepřo knedlo zelo
- Svačina: 50 g kobliha
- Večeře: 100 g chléb, 20 g máslo, 50 g salám šunkový
- **Celková hodnota energie a jednotlivých živin:**
 - o Energie: 1 972,7 kcal
 - o Bílkoviny: 88,57 g (18 %)
 - o Tuky: 81,19 g (37 %)
 - o Sacharidy: 213,84 g (45 %)

Jídelníček, který respondentka dostala v nemocnici:

- Snídaně: 42 g rohlík, 50 g chléb, 20 g máslo, 50 g zauzená šunka, 200 ml bílá káva

- Přesnídávka: 200 ml čaj, 50 g chléb
- Oběd: 250 ml česneková polévka, 250 g pečené kuřecí stehno, 250 g vařené brambory, 30 g mandarinka
- Svačina: 90 g termix
- Večeře: 250 ml frankfurtská polévka, 50 g chléb
- **Celková hodnota energie a jednotlivých živin:**
 - o Energie: 2 126,29 kcal
 - o Bílkoviny: 122,27 g (23 %)
 - o Tuky: 82,55 g (35 %)
 - o Sacharidy: 216,88 g (42 %)

Závěr:

Pacientky celková denní potřeba je 1310 kcal. Tato hodnota rozhodně není cílová a nedá se považovat za dostatečný příjem energie. Při propočtu celkové denní potřeby pacientky na ideální hmotnost by byl příjem energie vyšší, např. pro BMI 26 kg/m² (ideální hmotnost 71 kg) by celková energetická potřeba vycházela na 1373 kcal a z toho denně 45,8 g tuků, 68,7 g bílkovin a 171,6 g sacharidů. Kdybych vyšla z doporučení příjmu bílkovin na kg tělesné hmotnosti (1,2 – 1,5 g/kg), pak by příjem bílkovin mohl být v rozmezí 85–107 g/kg za den. Pokud je energetický příjem pacientky dlouhodobě nízký, je vhodné ho postupně navyšovat nebo případně doplnit stravu sippingem.

Ideální jídelníček respondentky není vhodně sestaven. Obsahuje vyšší množství tuků (37 %), které by bylo potřeba určitě snížit. Pacientka má podváhu, v tomto případě je nutné, aby byl jídelníček plnohodnotný, energeticky bohatý a plný kvalitních zdrojů bílkovin, které pacientka potřebuje ve větším množství. Vzhledem k aktuálnímu stavu pacientky je potřeba vyšší příjem energie. Do jídelníčku bych přidala určitě zeleninu a ovoce, které tam zcela chybí. Dále bych doporučila polotučné mléko nebo nízkotučný kefír. Večeře by se mohla doplnit např. o vařené vejce. Pokud by to respondentce nestačilo, přešla bych na nutriční podporu ve formě sippingu.

V jídelníčku z nemocnice je obsaženo dostatečné množství bílkovin, ale je zde opět větší výskyt tuků a sacharidů. K přesnídávce bych přidala např. Cottage sýr, jogurt nebo vajíčkovou pomazánku. Odpolední svačinu v podobě termixu bych doplnila o nějaký zdroj sacharidů např. piškoty.

Respondent 5:

Osobní údaje:

- Pohlaví: muž
- Věk: 75 let
- Tělesná hmotnost: 95 kg
- Tělesná výška: 180 cm
- BMI: 29,32 -> normální hmotnost
- BMR: 1768 kcal
 - o Celková denní potřeba energie: 1945 kcal
 - 30 % tuků -> 64,8 g
 - 20 % bílkovin -> 97,3 g
 - 50 % sacharidů -> 243 g

Ideální jídelníček respondenta 5:

- Snídaně: 100 g chléb, 20 g máslo, 30 g paštika, 60 g rajče, 200 ml černá káva
- Přesnídávka: 100 g mrkvový salát
- Oběd: 250 ml kuřecí vývar, 150 g pečená vinná klobása, 250 g vařené brambory, 100 g dušená zelenina
- Svačina: 50 g kobliha
- Večeře: 42 g rohlík, 250 ml gulášová polévka
- **Celková hodnota energie a jednotlivých živin:**
 - o Energie: 1 805,74 kcal
 - o Bílkoviny: 54,22 g (12 %)
 - o Tuky: 91,8 g (45 %)
 - o Sacharidy: 171,31 g (43 %)

Ukázkový jídelníček, který měl respondent v nemocnici:

- Snídaně: 42 g rohlík, 50 g chléb, 10 g máslo, 30 g celerová pomazánka, 200 ml bílá káva
- Přesnídávka: 200 ml čaj, 50 g chléb
- Oběd: 250 ml čočková polévka, 300 g nudle s tvarohem, 120 g višňový kompot

- Svačina: 150 g slaný koláč
- Večeře: 100 g koprová omáčka, 200 g vařené brambory, 55 g vejce
- **Celková hodnota energie a jednotlivých živin:**
 - o Energie: 2 356,5 kcal
 - o Bílkoviny: 81,14 g (14 %)
 - o Tuky: 87,85 g (34 %)
 - o Sacharidy: 307,06 g (52 %)

Závěr:

Jídelníček, který by si respondent představoval je rozhodně nedostatečný. Obsahuje malé množství bílkovin. Pacientova tělesná hmotnost je 95 kg a podle tohoto jídelníčku by přijmul pouze 54 g, a to je velmi málo. Proto si myslím, že je vhodnější pro respondenta jídelníček z nemocnice, kde by byly potřeba lehce navýšit bílkoviny a snížit tuky. Ideální jídelníček neobsahuje žádné ovoce a ani žádné mléčné výrobky, tudíž je zde opět riziko nízkého příjmu vápníku. Zelenina je v něm zastoupená dostatečně.

Jídelníček, který pacient dostával v nemocnici je lépe nastaven, obsahuje vhodné zastoupení jednotlivých makroživin, pouze tuky jsou v jídelníčku obsaženy ve vyšší hodnotě (35 %). Pro pacienta by bylo vhodné přidat do jídelníčku potravinu, která je zdrojem bílkovin např. šlehaný tvaroh nebo nějak upravený kus masa, protože se v jídelníčku vůbec nevyskytuje.

Respondent 6:

Osobní údaje:

- Pohlaví: žena
- Věk: 72 let
- Tělesná hmotnost: 44 kg
- Tělesná výška: 165 cm
- BMI: 16,16 -> podváha
- BMR: 1036 kcal
 - o Celková denní potřeba energie: 1140 kcal
 - 30 % tuků -> 38 g
 - 20 % bílkovin -> 57 g
 - 50 % sacharidů -> 142,5 g

Ideální jídelníček respondenta 6:

- Snídaně: 100 g chléb, 50 g vajíčková pomazánka, 200 ml čaj
- Přesnídávka: 122 g jogurt Fantasia jahoda
- Oběd: 250 ml kuřecí vývar, 150 g kuřecí řízek, 250 g bramborová kaše, 200 ml čaj
- Svačina: 125 g vanilkový pudink
- Večeře: 100 g chléb, 50 g šunková pomazánka, 200 ml čaj
- **Celková hodnota energie a jednotlivých živin:**
 - o Energie: 1 524,61 kcal
 - o Bílkoviny: 79,82 g (21 %)
 - o Tuky: 40,27 g (24 %)
 - o Sacharidy: 217,96 g (55 %)

Jídelníček, který respondentka dostala v nemocnici:

- Snídaně: 100 g chléb, 60 g šunkový salám
- Přesnídávka: 150 g jablko
- Oběd: 250 ml boršč, 250 g lívance se skořicí, 200 ml kakao
- Svačina: 250 ml mléko polotučné, 42 g rohlík
- Večeře: 150 g vepřové na česneku, 200 g těstoviny
- **Celková hodnota energie a jednotlivých živin:**
 - o Energie: 2 018,1 kcal
 - o Bílkoviny: 74,04 g (15 %)
 - o Tuky: 65,38 g (29 %)
 - o Sacharidy: 283,22 g (56 %)

Závěr:

Stejně jako u respondenta č. 4 je celková denní potřeba energie respondentky č. 6 velmi nízká, a proto se sní nedá pracovat jako s dostatečným příjmem energie. Při propočtu celkové denní potřeby pacientky na ideální hmotnost by byl příjem energie vyšší, např. pro BMI 25 kg/m² (ideální hmotnost 68 kg) by celková energetická potřeba vycházela na 1393 kcal a z toho denně 46,4 g tuků, 69,7 g bílkovin a 174 g sacharidů. Opět je zde

vhodné postupné navyšování energetického příjmu a v případě potřeby doplnění denní stravy sippingem.

Ideální jídelníček respondentky má optimální zastoupení všech živin, ale vzhledem k aktuální podváze potřebuje pacientka přijímat vyšší množství energie. Z tohoto důvodu bych se snažila jídelníček obohatit. Ke snídani bych přidala jedno máslo (10 g), k přesnídávkě v podobě jogurtu by se mohlo dát nějaké ovoce např. banán, k obědu bych pacientce nabídla zelný salát nebo meruňkový kompot, ke svačině bych přidala piškoty a k večeři opět 1 máslo o 10 g a zeleninu (např. okurka, rajčata).

Jídelníček z nemocnice je pro pacientku energeticky bohatší. V tomto případě bych se snažila lehce navýšit tuky, aby byla strava pro pacientku lépe stravitelná a aby byla chutnější. Ke snídani by se mohl přidat tavený sýr a vařené vejce a k lívancům by byl vhodný např. pudink.

Respondent 7:

Osobní údaje:

- Pohlaví: muž
- Věk: 68 let
- Tělesná hmotnost: 106 kg
- Tělesná výška: 183 cm
- BMI: 31,65 -> nadváha
- BMR: 1982 kcal
 - o Celková denní potřeba energie: 2180 kcal
 - 30 % tuků -> 72,7 g
 - 20 % bílkovin -> 109 g
 - 50 % sacharidů -> 272,5 g

Ideální jídelníček respondenta 7:

- Snídaně: 80 g vánočka, 200 ml bílá káva
- Přesnídávka: 120 g banán
- Oběd: 250 ml polévka gulášová, 250 g vepřo knedlo zelo, 300 ml pivo 10°
- Svačina: 200 ml mléko polotučné, 50 g makový koláč

- Večeře: 200 g vařené těstoviny se sýrovou omáčkou, 100 g dušené kuřecí maso, 200 ml bílá káva
- **Celková hodnota energie a jednotlivých živin:**
 - o Energie: 2 371,51 kcal
 - o Bílkoviny: 154,61 g (26 %)
 - o Tuky: 73,11 g (28 %)
 - o Sacharidy: 249,88 g (46 %)

Ukázkový jídelníček, který respondent dostal v nemocnici:

- Snídaně: 84 g rohlík, 50 g sýr eidam
- Přesnídávka: 100 g tvaroh
- Oběd: 250 ml polévka s kapáním, koprová omáčka s hovězím masem a houskovým knedlíkem
- Svačina: 250 ml jablečný džus, 150 g makový koláč
- Večeře: 50 g rozhuda, 42 g rohlík, 50 g chléb
- **Celková hodnota energie a jednotlivých živin:**
 - o Energie: 2 100,12 kcal
 - o Bílkoviny: 85,93 g (17 %)
 - o Tuky: 69,01 g (30 %)
 - o Sacharidy: 290,05 g (53 %)

Závěr:

Ideální jídelníček respondenta obsahuje vysoké zastoupení bílkovin. Respondent by za den přijmul 155 g. Proto bych doporučovala vyměnit těstoviny se sýrovou omáčkou a kuřecím masem za nějakou lehčí večeři. Mohla by to být např. celerovo-mrkvová pomazánka s pečivem nebo zeleninový salát s kuřecím masem. Toto doporučení je optimální také vzhledem k aktuálnímu stavu pacienta (nadváha), kdy je vhodné snížit energetický příjem.

Na druhé straně jídelníček z nemocnice má lepší procentuální zastoupení všech živin, ale obsahuje menší množství bílkovin, které by byly potřeba v jídelníčku navýšit. Do jídelníčku by se mohly přidat bílkovinné přísady, např. vejce ke koprové omáčce a místo odpoledního džusu dát pacientovi polotučné mléko nebo nízkotučný neochucený kefír.

Respondent 8:

Osobní údaje:

- Pohlaví: muž
- Věk: 79 let
- Tělesná hmotnost: 75 kg
- Tělesná výška: 170 cm
- BMI: 25,95 -> normální hmotnost
- BMR: 1414 kcal
 - o Celková denní potřeba energie: 1555 kcal
 - 30 % tuků -> 51,8 g
 - 20 % bílkovin -> 77,8 g
 - 50 % sacharidů -> 194,4 g

Ideální jídelníček respondenta 8:

- Snídaně: 122 g jogurt Fantasia jahoda, 60 g sušenka Lina, 200 ml mátový čaj
- Přesnídávka: 120 g banán
- Oběd: 250 ml hovězí vývar, 250 g knedlíky plněné uzeninou, 100 g kysané zelí, 200 ml Hanácká minerální voda
- Svačina: 150 g koláč makový, 200 ml čaj
- Večeře: 100 g chléb, 50 g šunkový salám, 200 ml polotučné mléko
- **Celková hodnota energie a jednotlivých živin:**
 - o Energie: 2 101,9 kcal
 - o Bílkoviny: 135,01 g (34 %)
 - o Tuky: 55,79 g (31 %)
 - o Sacharidy: 269,54 g (35 %)

Ukázkový jídelníček, který respondent dostal v nemocnici:

- Snídaně: 84 g rohlík, 122 g jogurt Fantasia borůvka
- Přesnídávka: 150 g jablko
- Oběd: 250 ml hráškový krém, 150 g vepřové maso na žampionech, 250 g šťouchané brambory

- Svačina: 250 ml polotučné mléko, 42 g rohlík
- Večeře: 300 g krupicová kaše
- **Celková hodnota energie a jednotlivých živin:**
 - o Energie: 1 931,74 kcal
 - o Bílkoviny: 64,22 g (14 %)
 - o Tuky: 75,85 g (36 %)
 - o Sacharidy: 261,27 g (50 %)

Závěr:

Ideální jídelníček respondenta nemá vhodné složení jednotlivých makroživin. Procentuální hodnoty bílkovin, tuků a sacharidů jsou vyrovnané (každý nutrient 30-35 % energetického příjmu). V jídelníčku jsou v nadbytečném množství hlavně bílkoviny, celkem se jedná o 135 g. Doporučovala bych odstranit z jídelníčku některé zdroje bílkovin např. místo ranního jogurtu zvolit pečivo s máslem a marmeládou, místo hovězího vývaru zvolit zeleninovou polévku a u večeře vyměnit polotučné mléko za čaj nebo neochucenou minerální vodu.

Jídelníček z nemocnice má lepší zastoupení všech živin. Zde bych se snažila navýšit bílkoviny z 14 % na 20 % a naopak tuky snížit na 30 %. Jelikož v této nemocnici dostávají pacienti zpravidla spíše teplé večeře, tak by tohoto šlo docílit např. výměnou večerní krupicové kaše za rybí filé s vařeným bramborem a zeleninou.

Respondent 9:

Osobní údaje:

- Pohlaví: žena
- Věk: 77 let
- Tělesná hmotnost: 70 kg
- Tělesná výška: 165 cm
- BMI: 25,71 -> normální hmotnost
- BMR: 1262 kcal
 - o Celková denní potřeba energie: 1388 kcal
 - 30 % tuků -> 46,3 g
 - 20 % bílkovin -> 69,4 g
 - 50 % sacharidů -> 173,5 g

Ideální jídelníček respondenta 9:

- Snídaně: 84 g rohlík, 20 g máslo, 122 g jogurt Fantasia jahoda, 200 ml bílá káva
- Přesnídávka: žádná
- Oběd: 250 g španělský ptáček se zeleninovou rýží, 200 ml pivo Birell
- Svačina: 150 g jablko
- Večeře: 100 g chléb, 50 g rybí pomazánka, 200 ml čaj
- **Celková hodnota energie a jednotlivých živin:**
 - o Energie: 1474,21 kcal
 - o Bílkoviny: 68,65 g (19 %)
 - o Tuky: 59,56 g (37 %)
 - o Sacharidy: 163,65 g (44 %)

Ukázkový jídelníček, který respondent dostal v nemocnici:

- Snídaně: 84 g rohlík, 20 g máslo, 50 g tavený sýr
- Přesnídávka: 122 g jogurt Fantasia višně, 42 g rohlík
- Oběd: 250 ml hovězí vývar, 350 g nudlový nákyp s tvarohem, 150 g meruňkový kompot
- Svačina: 100 g tvarohový koláč, 200 ml pomerančový džus
- Večeře: 100 g chléb, 250 ml brokolicevá polévka
- **Celková hodnota energie a jednotlivých živin:**
 - o Energie: 1 827,92 kcal
 - o Bílkoviny: 61,57 g (14 %)
 - o Tuky: 59,84 g (30 %)
 - o Sacharidy: 269,55 g (56 %)

Závěr:

Ideální jídelníček respondentky je vhodně sestaven a pro pacientku je dostačující. Jen bych se zde opět snažila snížit příjem tuků ze 37 % na 30 % a lehce navýšit sacharidy. Respondentka udala, že nechce žádnou dopolední svačinu. V takovém případě bych dala odpolední jablko ještě ke snídani a odpolední svačinu bych vytvořila vydatnější. Respondentka by mohla dostat např. loupák s polotučným nebo kefírovým mlékem. V ideálním jídelníčku chybí mléčné výrobky a zelenina.

Jídelníček, který respondentka v nemocnici dostala, má vhodné složení jednotlivých makroživin. Pacientka ale potřebuje přijímat větší množství bílkovin, v jídelníčku bych proto vyměnila večerní brokolicovou polévku za nějakou bílkovinou potravinu. Mohl by to být např. sýr Cottage s pečivem nebo vařená vejce s máslem a pečivem.

Respondent 10:

Osobní údaje:

- Pohlaví: muž
- Věk: 62 let
- Tělesná hmotnost: 85 kg
- Tělesná výška: 178 cm
- BMI: 26,83 -> normální hmotnost
- BMR: 1708 kcal
 - o Celková denní potřeba energie: 1879 kcal
 - 30 % tuků -> 62,6 g
 - 20 % bílkovin -> 94 g
 - 50 % sacharidů -> 234,9 g

Ideální jídelníček respondenta 10:

- Snídaně: 50 g makový koláč, 200 ml bílá káva
- Přesnídávka: 42 g rohlík, 10 g máslo, 200 ml polotučné mléko
- Oběd: 250 ml dršťková polévka, 250 g vepřo knedlo zelo, 200 ml jablečný džus
- Svačina: 50 g chléb, 10 g máslo, 20 g salám šunkový, 30 g okurka
- Večeře: 42 g rohlík, 250 ml bramborová polévka, 200 ml pomerančový džus
- **Celková hodnota energie a jednotlivých živin:**
 - o Energie: 2 648,54 kcal
 - o Bílkoviny: 111,1 g (17 %)
 - o Tuky: 68,43 g (23 %)
 - o Sacharidy: 373,26 g (60 %)

Ukázkový jídelníček, který respondent dostal v nemocnici:

- Snídaně: 100 g vánočka
- Přesnídávka: 150 g jablko

- Oběd: 250 ml hovězí vývar s nudlemi, 100 ml bratislavská omáčka, 100 g vepřové dušené maso, houskový knedlík
- Svačina: 250 ml jablečný džus, 42 g rohlík
- Večeře: 50 g chléb, 42 g rohlík, 100 g sýr Duko
- **Celková hodnota energie a jednotlivých živin:**
 - o Energie: 2 305,53 kcal
 - o Bílkoviny: 76,71 g (13 %)
 - o Tuky: 83,93 g (33 %)
 - o Sacharidy: 311,06 g (54 %)

Závěr:

Ideální jídelníček respondenta není pro pacienta vhodný, jelikož by přijímal vysoké množství energie. Respondentova energetická potřeba je 1879 kcal a z ideálního jídelníčku by získal 2649 kcal. Navíc je v něm obsaženo vysoké množství bílkovin a sacharidů, vyskytuje se v něm příliš mnoho potravin, které jsou bohaté na energii (např. dršťková polévka, vepřo knedlo zelo, bramborová polévka). Na místo dopolední přesnídávky bych pacientovi doporučila ovoce např. jablko nebo banán. Polední dršťkovou polévku bych vyměnila za nějakou lehčí např. zeleninovou, protože kombinace dršťkové polévky s hlavním chodem vepřo knedlo zelo mi přijde příliš vydatná a sytá pro pacienta. Popřípadě bych z jídelníčku odstranila bramborovou polévku z večeře a výměnou za ni bych nabídla už jen lehké zeleninové rizoto nebo míchaná vajíčka. Jídelníček je chudý na zeleninu, ovoce a mléčné výrobky, bylo by tedy vhodné je do jídelníčku doplnit.

Na druhé straně jídelníček z nemocnice dodává pacientovi nižší množství bílkovin a vyšší dávku sacharidů a tuků, než je jeho potřeba. Proto bych místo ranní vánočky zvolila např. jogurt a k odpolední svačině bych preferovala spíše nízkotučné kefirové mléko, pudink nebo šlehaný tvaroh.

5 DISKUSE

Cílem výzkumu bylo zjistit, jaké jsou stravovací preference hospitalizovaných pacientů na oddělení následné péče a dále zhodnotit, zda jídelníček, poskládaný dle jejich stravovacích preferencí, odpovídá jejich nutriční potřebě. Oba cíle byly vyhodnocovány na základě získaných dat pomocí dotazníku. V rámci výzkumu byly stanoveny 2 výzkumné otázky.

Výzkumný soubor byl tvořen 58 seniory ve věku od 60 do 100 let, kteří byli hospitalizováni na oddělení následné péče v nemocnicích v Prachatickém okrese. Praktická část je tvořena daty získanými pomocí dotazníku vlastní konstrukce, které byly rozdávány na odděleních následné péče v jednotlivých nemocnicích. Pacientům, kteří nebyli schopni vyplňovat dotazníky sami, pomáhal zdravotnický personál dané nemocnice. Schopní pacienti vyplňovali dotazníky sami. Z tohoto důvodu mohlo dojít k lehkému zkreslení výsledků a také při propočítávání jednotlivých jídelníčků mohlo dojít ke špatnému odhadnutí velikosti podávané stravy v nemocnici.

Z analýzy dat bylo patrné, že pacienti jsou se stravou v nemocnici vesměs spokojeni, nejčastěji hodnotili stravu známkou 2. Ale téměř každému respondentovi v jídelníčkách schází některý druh potravin. Nejčastěji se jednalo o zeleninu a ovoce. Při propočítávání jídelníčků jsem si také všimla, že jsou dny, kdy pacient nedostane žádnou zeleninu ani ovoce, a to rozhodně není vhodné, jelikož jsou pro lidský organismus velice důležité a prospěšné. Stránský et al. (2019) doporučuje denní příjem 400 g zeleniny a 250 g ovoce pro každou věkovou kategorii.

Druhou nejvíce chybějící skupinou potravin v jídelníčkách bylo podle respondentů mléko a mléčné výrobky. Jednalo se zejména o jogurty a různé druhy sýrů. Zjištění, že pacienti chtějí dostávat více mléka a mléčných výrobků, je pozitivní, jelikož jak udává DACH, mléko a mléčné výrobky jsou nejdůležitějším a největším zdrojem vápníku, který je velice prospěšnou látkou pro zuby a kosti a je také důležitý v prevenci osteoporózy (Referenční hodnoty pro příjem živin, 2019). Dále v rámci studie Kopáčka (2018) bylo zjištěno, že jsou pro seniory vhodné fortifikované mléčné výrobky. Ze studie bylo patrné, že po konzumaci takto upravených mléčných výrobků se seniorům zvýšila hladina vitamínu D v organismu a současně s ním vzrostlo také množství vápníku v séru. Kopáček (2018) rovněž zmiňuje nejvhodnější fortifikované mléčné výrobky, mělo by se

jednat ideálně o výrobky s vyšším obsahem bílkovin. Mezi ně je zařazen tvaroh, řecký jogurt a skyr, ve kterém je obsaženo 0 % tuku. Z toho vyplývá, že požadavek respondentů na větší množství mléčných výrobků v jídelníčku je pozitivní výsledek.

Během výzkumu bylo dále zjištěno, že 19 respondentů (33 %) má problém s rozkousáním stravy. V takovém případě je vhodné pacientům nabídnout jinou formu stravy, která jim bude lépe vyhovovat (např. tekutá, mletá). Těchto 19 respondentů potvrdilo, že dostali nabídku na jinou stravu, ale přijmulo ji pouze 15 z nich. Z výzkumu Saibertové a Lemanové (2020) je potvrzené, že problém s rozkousáním stravy spojený s konzumací mleté nebo tekuté stravy může velice často způsobovat vznik malnutrice. Konkrétně jejich výzkum zjistil, že všichni respondenti s jinou formou stravy měli malnutrici, sníženou soběstačnost, problémy s chrupem a s polykáním. 12 % respondentů s normální stravou mělo malnutrici a respondentů s mletou stravou a malnutricí bylo 65 %. Z toho vyplývá, že u těchto pacientů je nutná pravidelná kontrola nutričního stavu a v případě nedostatečnosti stravy hledat jiný způsob zajištění denní potřeby energie a všech makronutrientů i mikronutrientů (např. sipping, enterální nebo parenterální výživa).

Respondenti preferují spíše teplé večeře. Jednotlivé nemocnice, které se výzkumu účastnily mají zpravidla večeře studené, až na jednu, která má každý den teplé večeře. Co se týče ideálního času podávání večeře, pouze jedna nemocnice dává večeře už před 17:00, a to dle zjištěných dat z dotazníků respondentům nevyhovuje. Zbylé nemocnice podávají večeři od 17:30 do 18:00, což je dle pacientů ideální čas.

Během výzkumu bylo zjištěno, že některé nemocnice nezajišťují pacientům pravidelné podávání stravy. Jak zmiňuje Stránský et al. (2019), pro seniory je vhodné podávání jednotlivých pokrmů po menších porcích častěji za den. Ideálně by se mělo jednat o 5 porcí, a to znamená snídaně, přesnídávka, oběd, svačina a večeře. Dále bylo při výzkumu zjištěno, že všechny nemocnice, které se výzkumu účastnily, mají nastavený příjem živin pro všechny pacienty stejný: 35 % tuky, 15 % bílkoviny a 50 % sacharidy. Stránský et al. (2019) zmiňuje, že u seniorů, kteří nejsou fyzicky aktivní, se doporučuje snížit příjem tuků na 30 %. S tímto tvrzením se shoduje také DACH (Referenční hodnoty pro příjem živin, 2019). Rovněž Zlatohlávek et al. (2019) udává doporučený příjem tuků do 30 %, bílkoviny v hodnotě 15 % a sacharidy 55 %. Toto doporučení je ale určené pro všechny věkové kategorie a na základě věku a dalších faktorů se upravuje.

Velice problémovou složkou stravy u seniorů jsou bílkoviny, které potřebují tito pacienti přijímat ve větším množství. V nemocnicích jsou bílkoviny nastavené na 15 % energetického příjmu. Průměrné procentuální zastoupení bílkovin v jídelnících, které jsem získala od jednotlivých nemocnic bylo 15,6 %, v některých případech bylo toto množství dostačující, ale v některých naopak ne. Navíc 21 (36 %) respondentů v dotazníku odpovědělo, že nesní nebo obvykle nesní celou porci a 12 z nich dá přednost spíše příloze a maso na talíři nechají. To znamená, že ve skutečnosti přijmou ještě méně bílkovin, než dostávají. Vágnerová (2020) zmiňuje doporučení dle ESPEN, která nám říkají, že minimální příjem bílkovin u seniorů by měl být roven 1 g/kg/den, ale optimální množství je 1 – 1,2 g/kg/den. Avšak DACH (Referenční hodnoty pro příjem živin, 2019) udává doporučení příjmu bílkovin u osob ve věku nad 65 let v dávce 0,8 g/kg/den. Zlatohlávek et al. (2019) udává množství bílkovin pro dospělé osoby a seniory v hodnotě 0,8 – 1 g/kg/den.

Co se týče příjmu sacharidů v nemocnici, průměrné procentuální zastoupení sacharidů v propočtených jídelnících, které pacienti dostávali v jednotlivých nemocnicích, bylo 50,9 %, a tedy dostatečné dle doporučení. Zlatohlávek et al. (2019) zmiňuje doporučení o příjmu sacharidů v hodnotě 55 % pro celou populaci, ale uvádí, že v jednotlivých věkových kategoriích se mohou doporučení lišit a hodnoty posouvat.

6 ZÁVĚR

Cílem bakalářské práce bylo zjistit, jaké jsou stravovací preference hospitalizovaných pacientů na oddělení následné péče a zhodnotit jídelníček, vytvořený respondenty na základě jejich stravovacích preferencí, zda odpovídá jejich nutriční potřebě. Na základě těchto cílů byly stanoveny 2 výzkumné otázky: jaké jsou stravovací preference hospitalizovaných pacientů na oddělení následné péče a jak by bylo možné vytvořit jídelníček dle stravovacích preferencí pacientů, tak aby byla splněna potřeba energie a jednotlivých živin.

Jednotlivá data k analýze jsem získávala na základě dotazníku vlastní konstrukce, které se rozdaly pacientům na oddělení následné péče. Celkem se výzkumu účastnilo 58 respondentů, z toho se jednalo o 36 žen a 22 mužů ve věku od 60 do 100 let. Největší zastoupení měli pacienti ve věku od 70 do 79 let. Ohledně BMI respondentů, nejpočetnější skupinou byli pacienti s normální tělesnou hmotností (n=34), což bylo pozitivní zjištění. 13 respondentů trpělo podváhou, 9 mělo nadváhu a 2 obezitu.

Nyní se zaměřím na cíl bakalářské práce, který se týkal stravovacích preferencí pacientů. V rámci hodnocení stravy byli respondenti spokojeni, nejčastěji stravu hodnotili známkou 2 (chvalitebně), ale v jídelníčku jim některé potraviny chybí. Jedná se hlavně o zeleninu a ovoce, mléko a mléčné výrobky, vejce, ryby, různé druhy omáček a sladké pokrmy. U některých respondentů se vyskytoval problém s rozkousáním stravy. Konkrétně se to týkalo 19 respondentů, všem těmto pacientům byla nabídnuta jiná forma stravy (např. mletá, kašovitá), 15 z nich mletou stravu mají a 4 tuto nabídku odmítli. Pacienti obecně preferují spíše slané pokrmy, dále pak sladké a poté byla preference sladkých snídaní a slaných obědů. 20 respondentů na tuto otázku udalo, že nemají žádné preference. Ohledně večeří byly zjištěny následující informace. Respondenti preferují večeře teplé, uvedlo to celkem 38 respondentů a ideální čas pro podávání večeře je podle 49 pacientů mezi 17:00 a 18:00. Nejpreferovanější čas byl 17:30, druhou nejčastější odpovědí bylo v 17:00 a třetí čas 18:00. Méně jak polovina respondentů (20) uvedla, že obvykle nesní celou porci a 1 respondent odpověděl, že celou porci nesní nikdy. Z těchto 21 pacientů uvedlo 10 z nich, že sní vždy polévku a co se týče hlavního chodu dávají přednost spíše příloze a maso obvykle na talíři nechají. Někteří pacienti mívají občas během dne hlad, uvedlo to celkem 30 respondentů. Z toho naprostá většina (24 respondentů) do dotazníku doplnila, že se jim to stává hlavně mezi obědem a večeří. Hlad pacienti nejčastěji řeší tím,

že počkají na další chod anebo mají vlastní jídlo od rodiny. Pouze pár respondentů v takovém případě navštěvuje bufet.

V následující fázi se zaměřím na druhý cíl bakalářské práce. Zhodnotím ideální jídelníčky pacientů sestavených na základě jejich stravovacích preferencí a zmíním také hodnocení nemocničních jídelníčků. Z analýzy jídelníčků, které byly zpracované od respondentů, bylo patrné, že nejčastějším problémem, který se objevoval, bylo nedostatečné množství bílkovin a nadbytek tuků a sacharidů. V takovém případě bych doporučovala např. vyměnit večerní krupicovou kaši za filé nebo odpolední koláč za nízkotučný kefir apod. V opačném případě, při nadbytku bílkovin, bych nabídla výměnu některého ze zdroje bílkovin za sacharidovou potravinu např. loupák nebo piškoty. Ideální jídelníčky od respondentů zpravidla neodpovídaly jejich nutriční potřebě. K obědu si pacienti nejčastěji přáli vepřo knedlo zelo, omáčky a pečené kuře. K večeři řada pacientů preferovala polévky, těstoviny nebo pečivo s pomazánkou či šunkou.

Od nemocnic jsem dostala vždy týdenní jídelníčky a při jejich propočítávání jsem zjistila značné rozdíly v příjmu energie a makroživin mezi jednotlivými nemocnicemi. Zatímco jedna nemocnice měla jídelníčky vzorově nastavené na 9000 kJ z toho 15 % bílkovin, 35 % tuků a 50 % sacharidů. Druhá nemocnice podává pacientům nižší množství energie. V jídelníčkách nemají zmíněné svačiny ani přesnídávky, s tím že pacienti dostávají každý den k dopolední přesnídávce ovoce, šlehaný tvaroh, pudink anebo pokud nemají chuť, tak nedostanou nic. Při odpolední svačině jim je nabídnuto mléko nebo džus a k tomu nějaký druh pečiva (rohlík, chléb, koláč). Při propočtech jídelníčků byly proto zjištěny nedokonalosti ohledně příjmu jednotlivých živin i celkového příjmu energie. Skutečný příjem energie všech pacientů se dá tedy těžko propočítat, protože některý z pacientů si svačinu/přesnídávku vezme a jiný nikoliv.

Bakalářská práce je vhodná jako studijní materiál pro studenty zdravotnických oborů, kteří se zajímají o problematiku stravování seniorů v nemocnici. Pomocí zjištěných údajů ve výzkumu může sloužit jako předloha pro nemocnice k možným úpravám jídelníčků podle stravovacích preferencí jednotlivých pacientů. Může být také jako informační materiál pro vedoucí stravovacích zařízení, které se starají o seniory.

7 SEZNAM LITERATURY

1. BUŠEK, P., 2014. Dehydratace. In: LUKÁŠ, K., ŽÁK, A. Chorobné znaky a příznaky: Diferenciální diagnostika. Praha: Grada Publishing, s. 155-158. ISBN 978-80-247-5067-5.
2. ČELEDOVÁ, L., ČEVELA, R., 2017. Člověk ve zdraví i v nemoci: podpora zdraví a prevence nemocí ve stáří. Praha: Univerzita Karlova, nakladatelství Karolinum. ISBN 978-80-246-3828-7.
3. Enterální výživa, 2022. [online]. Národní zdravotnický informační portál. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR a Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR [cit. 2022-2-17]. Dostupné z: <https://www.nzip.cz/clanek/570-enteralni-vyziva>
4. FAJFROVA, J., 2011. Vitaminy a jejich funkce v organismu. Internal Medicine for Practice. 13(12), 466-468. ISSN 12127299. Dostupné také z: <https://www.internimedcina.cz/artkey/int-201112-0002.php>
5. HRONOVSKÁ, L., 2012. Závratě, instabilita a pády ve stáří. Interní medicína pro praxi [online]. Praha, 2012, 14(12), 470-472 [cit. 2022-3-17]. ISSN 1803-5256. Dostupné z: <https://www.internimedcina.cz/pdfs/int/2012/12/06.pdf>
6. CHANDRAN, M., TAY, D., MITHAL, A., 2019. Supplemental calcium intake in the aging individual: implications on skeletal and cardiovascular health: implications on skeletal and cardiovascular health. Aging Clinical and Experimental Research. 31(6), 765-781. DOI: 10.1007/s40520-019-01150-5. ISSN 1720-8319. Dostupné také z: <https://doi.org/10.1007/s40520-019-01150-5>
7. JENŠOVSKÝ, J., DŽUPA, V., ed., 2018. Diagnostika a léčba osteoporózy a dalších onemocnění skeletu. Praha: Univerzita Karlova, nakladatelství Karolinum. ISBN 978-80-246-3741-9.
8. KASPER, H., 2015. Výživa v medicíně a dietetika. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4533-6.

9. KOHOUT, P., ed., 2019. Vybrané kapitoly z fyziologie, patofyziologie a klinické medicíny: pro studijní program Nutriční terapeut. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta. ISBN 978-80-7394-727-9.
10. KOJECKÝ, V., 2015. Vitamin D – stará látka s novými perspektivami. Vnitřní lékařství. 139. internistický den – XXVI. Vanýskův den u příležitosti narození zakladatele brněnské internistické školy prof. MUDr. Rudolfa Vanýska, Aktuální trendy v léčbě chronických onemocnění, Brno, 27. března 2015. 61(7-8), 695-697. ISSN 0042-773X.
11. KOPÁČEK, J., 2020. Fortifikované mléčné výrobky zlepšují kvalitu života seniorů. [online]. Českomoravský svaz mlékárenský, z.s. Praha: Českomoravský svaz mlékárenský, 2018 [cit. 2022-4-18]. Dostupné z: <http://cmsm.cz/prispevek-2018-fortifikovane-mlecne-vyrobky-zlepsuji-kvalitu-zivota-senioru.html>
12. Léčba obezity: redukční dieta, 2022. [online]. Národní zdravotnický informační portál. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR a Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR [cit. 2022-3-28]. Dostupné z: <https://www.nzip.cz/clanek/570-enteralni-vyziva>
13. MALÍKOVÁ, E., 2020. Péče o seniory v pobytových zařízeních sociálních služeb. 2., aktualizované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-2030-7.
14. MATĚJOVSKÁ KUBEŠOVÁ, H., VÝŠKA, O., NAKLÁDAL, J., FERNANDO VÁ, E., VACKOVÁ, P., 2018. Rizika hospitalizace senioru. Vnitřní lékařství. 64(11), 1070-1075. ISSN 0042773X.
15. NEJEDLÁ, M., 2015. Fyzikální vyšetření pro sestry. 2., přeprac. vyd. Praha: Grada. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-4449-0.
16. NOVÁK, F., KÁŇOVÁ, M., 2021. Malnutrice. In: KOHOUT, P., HAVEL, E., MATĚJOVIC, M., ŠENKYŘÍK, M. Klinická výživa. Praha: Galén, s. 200-201. ISBN 978-80-7492-555-9.
17. PÁLOVÁ, S., SATINSKÝ, I., ŠIMKOVÁ, S., VELEMÍNSKÝ, M., 2021. Klinická výživa v prevenci a léčbě obezity. In: KOHOUT, P., HAVEL, E.,

- MATĚJOVIC, M., ŠENKYŘÍK, M. Klinická výživa. Praha: Galén, s. 715-716. ISBN 978-80-7492-555-9.
18. PÁNEK, J., CHRPOVÁ, D., 2021. Živiny a jejich dietární zdroje. In: KOHOUT, P., HAVEL, E., MATĚJOVIC, M., ŠENKYŘÍK, M. Klinická výživa. Praha: Galén, s. 225-293. ISBN 978-80-7492-555-9.
19. Potravinová pyramida, 2012. [online]. FOODNET, informační portál PK ČR. Praha: Potravinářská komora České republiky [cit. 2022-3-30]. Dostupné z: <http://zdravi.foodnet.cz/cze/pages/potravinova-pyramida.html>
20. Referenční hodnoty pro příjem živin, 2019. 2. vydání. Praha: Společnost pro výživu. ISBN 978-80-906659-3-4.
21. ROGLIC, G., 2016. WHO Global report on diabetes: A summary: A summary. International Journal of Noncommunicable Diseases. 1(1), 3-8.
22. ROKYTA, R., 2015. *Fyziologie a patologická fyziologie: pro klinickou praxi*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-4867-2.
23. SAIBERTOVÁ, S., KAPOUNOVÁ, Z., JUŘENÍKOVÁ, P., 2019. Sipping- Inovativní využití v prevenci a léčbě malnutrice [online]. Brno: Masarykova univerzita [cit. 2022-4-12]. Dostupné z: <https://portal.med.muni.cz/clanek-693-sipping-inovativni-vyuziti-v-prevenci-a-lecbe-malnutrice.html>
24. SAIBERTOVÁ, S., LEMANOVÁ, M., 2020. Determinanty ovlivňující malnutrici seniorů v pobytovém zařízení sociálních služeb. Výživa a potraviny [online]. Výživaservis, 75(6), 82-83 [cit. 2022-4-17]. ISSN 1211-846X.
25. SASSI, F., TAMONE, C., D'AMELIO, P., 2018. Vitamin D: Nutrient, Hormone, and Immunomodulator. Nutrients [online]. 10(11) [cit. 2022-2-17]. DOI: 10.3390/nu10111656. ISSN 2072-6643. Dostupné z: <http://www.mdpi.com/2072-6643/10/11/1656>
26. SCHRÁNILOVÁ, M., 2020. Obezita a náhrada kyčelního kloubu. České Budějovice. Diplomová práce. Jihočeská univerzita, Zdravotně sociální fakulta.
27. SLÁVKOVÁ, J., 2012. Výživa ve stáří. Brno. Diplomová práce. Masarykova univerzita, Lékařská fakulta.

28. SÖZEN, T., ÖZİŞİK, L., BAŞARAN, N.Ç., 2017. An overview and management of osteoporosis. *European journal of rheumatology. Medical Research and Education Association*, 4(1), 46-56. DOI: 10.5152/eurjrheum.2016.048. ISSN 2147-9720.
29. STRÁNSKÝ, M., 2015. Výživa ve stáří. *Kontakt*. 17(3), 185-193. DOI: 10.1016/j.kontakt.2015.08.004. ISSN 1212-4117.
30. STRÁNSKÝ, M., PECHAN, L., RADOMSKÁ, V., 2019. Výživa a dietetika v praxi: (fyziologie a epidemiologie výživy, dietetika). České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta. ISBN 978-80-7394-766-8.
31. ŠEMKYŘÍK, M., 2021. Monitorace nutriční podpory. In: KOHOUT, P., HAVEL, E., MATĚJOVIC, M., ŠENKYŘÍK, M. *Klinická výživa*. Praha: Galén, s. 474-478. ISBN 978-80-7492-555-9.
32. ŠPATENKOVÁ, N., SMÉKALOVÁ, L., 2015. Edukace seniorů: geragogika a gerontodidaktika. Praha: Grada. *Pedagogika (Grada)*. ISBN 978-80-247-5446-8.
33. TĚŠÍNSKÝ, P. et al., 2020. *Věstník Ministerstva zdravotnictví České republiky*. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2020(10).
34. VÁGNEROVÁ, T., 2020. *Výživa v geriatрии a gerontologii*. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-4620-6.
35. VELEMÍNSKÝ, M., ŠIMKOVÁ, S., 2020. *Pediatric z pohledu výživy*. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta. ISBN 978-80-7394-794-1.
36. VÍTOVEC, J., ŠPINAR, J., ŠPINAROVÁ, L., LUDKA, O., 2020. *Léčba kardiovaskulárních onemocnění. 2., aktualizované a doplněné vydání*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-2931-7.
37. VODIČKOVÁ, V., 2018. *Výživa v geriatrické paliativní péči*. Praha. Diplomová práce. Karlova univerzita, 1. lékařská fakulta.
38. VOKURKA, M., 2018. *Patofyziologie pro nelékařské směry. Čtvrté, upravené vydání*. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-3563-7.

39. W. RULE, D. et al., 2020. Implementation Strategies for the International Dysphagia Diet Standardisation Initiative (IDDSI), Part I: Quantitative Analysis of IDDSI Performance Among Varied Participants: Quantitative Analysis of IDDSI Performance Among Varied Participants. American Journal of Speech-Language Pathology. American Speech-Language-Hearing Association, 29(3), 1514-1528. DOI: 10.1044/2020_AJSLP-19-00012.
40. WATFORD, M., WU, G., 2018/09/01. Protein. Advances in nutrition (Bethesda, Md.). Oxford University Press, 9(5), 651-653. DOI: 10.1093/advances/nmy027. ISSN 2156-5376.
41. WIERDSMA, N., KRUIZENGA, H., STRATTON, R., 2017. Kapesní průvodce dietologií: Dospělí. Amsterdam: VU University Press. ISBN 9789086597543.
42. Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách). In: <i>Zákony pro lidi.cz</i> [online]. © AION CS 2010-2022 [cit. 28. 4. 2022]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-372>
43. ZLATOHLÁVEK, L., KŘÍŽOVÁ, J., 2019. Vyšetření stavu výživy. In: ZLATOHLÁVEK, L. et al., Klinická dietologie a výživa. Druhé rozšířené vydání. Praha: Current Media, s. 67-71. ISBN 975-80-88129-44-8.
44. ZLATOHLÁVEK, L., PEJŠOVÁ, H., SVAČINA, Š., 2019. Základní složky potravy. In: ZLATOHLÁVEK, L., ANDERLOVÁ, K., JIRÁSEK, J.A., KARBANOVÁ, M., KLEMPÍŘ, J., KRAVAROVÁ, E., KŘÍŽ, J. Klinická dietologie a výživa. Druhé rozšířené vydání. Praha: Current Media, s. 31-39. ISBN 975-80-88129-44-8.

8 SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1: Dotazník vlastní konstrukce

Dotazník

Vážené respondentky, vážení respondenti,

jmenuji se Tereza Matoušková a obracím se na Vás s žádostí o vyplnění mého dotazníku, který poslouží jako podklad pro

bakalářskou práci na téma „Stravovací preference hospitalizovaných pacientů na oddělení následné péče“.

Dovoluji si Vás rovněž požádat o co nejpřesnější a pravdivé vyplnění dotazníku. Účast ve

výzkumu je anonymní a dobrovolná.

Předem děkuji za spolupráci.

Tereza Matoušková

Studentka Zdravotně sociální fakulty JU v Českých Budějovicích

Správné odpovědi zakroužkujte. V otázkách, kde odpověď znázorňuje škála, označte kroužkem příslušný stupeň odpovídající Vaší odpovědi.

1. Jakého jste pohlaví?

a) Žena

b) Muž

2. Kolik je Vám let?

-

3. Jaké je Vaše výška?

- cm

4. Jaká je Vaše hmotnost?

- kg

5. Odkdy jste hospitalizovaný/á?

-

6. Jak celkově hodnotíte stravu podávanou v nemocnici?

Oznámkujte na stupnici 1 až 5 jako ve škole.

	1	2	3	4	5	
Výborná	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Nevyhovuje mi

7. Jaké jídlo byste rádi uvítali na jídelníčku?

.....
.....
.....
.....

8. Máte problém jídlo rozkousat?

a) ANO b) NE (pokračujte otázkou č. 11)

-> Pokud bude odpověď na předchozí otázku ANO, prosím odpovězte na následující dvě otázky.

9. Máte mletou stravu?

a) ANO b) NE

10. Nabídl Vám někdo ze zdravotnického personálu jinou formu stravy? (např. mletou stravu)

a) ANO b) NE

11. Jaká jídla preferujete?

- a) Spíše sladké snídaně a slané obědy
- b) Spíše slané snídaně a sladké obědy
- c) Celkově mám raději sladká jídla
- d) Celkově mám raději slaná jídla

e) Je mi to jedno, nemám žádné preference

12. Jaký typ večeře preferuje více

a) Studené večeře

b) Teplé večeře

13. V kolik hodin byste ideálně chtěl/a mít večeři?

-

14. Vyhovuje Vám celková skladba stravy během dne?

a) Ano, je pestrá

b) Ano

c) Přivítal(a) bych více ovoce a zeleniny

d) Přivítal(a) bych více masa

e) Přivítal(a) bych častěji bezmasá jídla

f) Ne, neodpovídá mým zvyklostem

15. Sníte celou porci nebo jen část?

a) Vždy sním celou porci (pokračujte otázkou č. 18)

b) Obvykle sním celou porci (pokračujte otázkou č. 18)

c) Obvykle **nesním** celou porci

d) Nikdy **nesním** celou porci

-> Pokud bude odpověď u předchozí otázky „Obvykle nesním celou porci“ nebo „Nikdy nesním celou porci“, odpovězte na následující dvě otázky

16. Sníte polévku?

a) Ano

b) Ne

17. Co většinou sníte z hlavního chodu?

a) Sním většinou jen maso

b) Sním většinou jen přílohu a maso nechám

18. Stává se Vám, že máte během dne hlad?

- a) Ano, vždy
- b) Ano, občas
- c) Nikdy

-> Pokud bude odpověď na předchozí otázku za a) nebo b), prosím odpovězte i na následující dvě otázky.

19. Pokud máte během dne někdy hlad, specifikujte prosím, kdy se Vám to stává?

- a) Mezi snídaní a obědem
- b) Mezi obědem a večeří
- c) Po večeři

20. Co děláte, když máte hlad?

- a) Mám vlastní jídlo od rodiny
- b) Navštívím bufet
- c) Počkám do dalšího chodu
- d) Jiná:

.....

21. Jak by měl vypadat Váš ideální celodenní jídelníček?

Snídaně

.....
.....
.....

Dopolední svačina

.....
.....

Oběd

.....
.....
.....

Odpolední svačina

.....
.....

Večeře

.....
.....
.....

9 SEZNAM POUŽITÝCH OBRÁZKŮ, TABULEK A DIAGRAMŮ

Obrázek č. 1: Potravinová pyramida

Obrázek č. 2: IDDSI

Tabulka č. 1: Výzkumný soubor dle věku a pohlaví

Diagram č. 1: Jídlo, které respondentům v jídelníčku chybí

10 SEZNAM ZKRATEK

ACC	American Council on Chemistry (Americká rada pro chemii)
ADH	Antidiuretický hormon
AHA	American Heart Association (Americké sdružení pro sledování onemocnění srdce)
BMI	Body Mass Index
CRP	C-Reaktivní Protein
ČR	Česká republika
DACH	Deutschland (Německo), Austria (Rakousko), Confederatio Helvetica (Švýcarsko)
EAT 10	Eating Assessment Tool (Dotazník o přijímání potravy)
ESPEN	European Society of Parenteral and Enteral Nutrition (Evropská společnost pro klinickou výživu a metabolismus)
GIT	Gastrointestinální trakt
GUSS	Gugging Swallowing Screen (Screeningové vyšetření schopnosti polykání)
HDL	High Density Lipoprotein (Lipoprotein s vysokou hustotou)
IDDSI	International Dysphagia Diet Standardisation Initiative (Mezinárodní iniciativa pro standardizaci diet při dysfagii)
JIP	Jednotka intenzivní péče
LDL	Low Density Lipoprotein (Lipoprotein s nízkou hustotou)
MNA	Mini Nutritional Assesment (Dotazník pro vyhledávání klientů v riziku malnutrice)
MUFA	Mono Unsaturated Fatty Acid (Mononenasycené mastné kyseliny)

PUFA	Poly Unsaturated Fatty Acids (Polynenasycené mastné kyseliny)
SFA	Saturated Fatty Acids (Nasycené mastné kyseliny)
WHO	World Health Organization (Světová zdravotnická organizace)