Zdravotně sociální fakulta
Faculty of Health and Social Sciences

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

Problematika kašovité stravy podávané v domovech pro seniory

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Studijní program:
SPECIALIZACE VE ZDRAVOTNICTVÍ

Autor: Olga Konopická

Školitel: Mgr. Petra Zimmelová, Ph.D.

České Budějovice 2017

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci s názvem Problematika kašovité stravy podávané v domovech pro seniory 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/diplomové 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/diplomové práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé bakalářské/diplomové práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 4. května 2017……

Poděkování

Děkuji vedoucí práce Mgr. Petře Zimmelové, Ph.D., za odborné vedení, cenné rady, připomínky a čas, který mi věnovala při zpracovávání mé bakalářské práce. Dále děkuji celé své rodině a přátelům za podporu.

Problematika kašovité stravy podávané v domovech pro seniory

Abstrakt

Bakalářská práce je zaměřena na problematiku kašovité stravy podávané v domovech pro seniory.

Práce je členěna na dvě části, část teoretickou a část praktickou.
Teoretická část se zabývá sociálními službami, stářím a změnami, které ovlivňují využití a přísun živin. Další kapitoly pojednávají o výživě seniorů, kritických živinách a poruchách výživy ve stáří. V posledním úseku teoretické části je definována kašovitá dieta.

Cílem praktické části bakalářské práce bylo popsat problematiku kašovité stravy ve vybraných zařízeních.

Pro získání informací ke stanovené problematice jsem použila metodu kvalitativního výzkumu – techniku polostrukturovaného rozhovoru. Polostrukturované rozhovory byly provedeny se čtyřmi zaměstnanci domovů pro seniory. Další částí bakalářské práce bylo vyhodnocení týdenních jídelníčků u šesti klientů s kašovitou dietou. Jídelníčky byly vyhodnoceny programem „Nutriservis Profesional“ a výsledné hodnoty byly porovnány s výživovými doporučeními pro obyvatelstvo starší 65 let. Výživová doporučení jsou uvedena v literatuře Referenční hodnoty pro příjem živin, 2011.

Problematika kašovité stravy podávané v domovech pro seniory je vnímána různě a bylo by dobré se zaměřit na větší komunikaci s rodinou. Z mých výsledků vyplývá, že problém podávání kašovité stravy je komplexní a je nutné ho řešit multidisciplinárně. Intervence nutričního specialisty je v rámci řešení tohoto typu stravování klíčová.

Bakalářská práce může posloužit jako výukový podklad pro studenty a odborníky, kteří mají ve své náplni práce péči o klienty, kterým je indikována dieta č. 1. Dále BP může komplexně zlepšit informovanost o problematice kašovité stravy.

Klíčová slova

senior; sociální služby; kašovitá strava; nutriční terapie; strava v domovech pro seniory

The issue of mushy food served in homes for the elderly

Abstract

This bachelor's thesis deals with the issue of mushy foods served in retirement homes.

The thesis itself is divided into two parts, theoretical and practical.
The theoretical part focuses on social services, age and changes that influence using and intake of nutrients. The next chapters deal with nutrition of the elderly, crucial nutrients and nutrition disorders in old age. The term of mushy foods is defined in the last part of the theoretical part.

The aim of the practical part of this thesis is to describe the issue of mushy foods in chosen facilities.

I used the method of qualitative research, the technique of semi-structured interview, to obtain information for this issue. The semi-structured interviews were carried out with four employees of homes for the elderly. Another part of the thesis deals with the evaluation of weekly meal plans for six clients with mushy diet. The meal plans were evaluated by a programme "Nutriservis Profesional" and the final figures were compared with nutritive recommendations for population over 65 years old. The nutritive recommendations are listed in the publication called The Reference Values for Nutrient Intake 2011.

Opinions on the issue of mushy foods served in retirement homes differ and it would be advisable to focus on better communication with families. According to my results, we can see that the issue of mushy foods is rather complex and it is necessary to solve it in a multidisciplinary way. The intervention of nutrition specialist is crucial within this type of diet.

This thesis can be used as an educational source for students and specialists who take care of clients with a diet no. 1. Furthermore, the thesis can also raise awareness of mushy foods issue.

Key words

senior; social service; mushy food; nutritional therapy; food in homes for the elderly

Obsah

1 SOUČASNÝ STAV 9
1.1 Pojem sociální služby, stáří a charakteristické změny 9
1.1.1 Nutriční aspekty stárnutí 9
1.1.2 Fyziologické a biochemické předpoklady ve stáří 9
1.1.3 Faktory ovlivňující využití a přísun živin 11
1.2 Výživa seniorů 11
1.2.1 Energetická potřeba 11
1.2.2 Bílkoviny 12
1.2.3 Tuky 13
1.2.4 Sacharidy 14
1.2.5 Vláknina 15
1.2.6 Tekutiny 15
1.3 Kritické živiny ve stáří 15
1.4 Poruchy výživy ve stáří 17
1.4.1 Malnutrice 17
1.4.2 Terapie malnutrice 18
1.4.2.1 Sipping 18
1.4.2.2 Enterální výživa 19
1.4.2.3 Parenterální výživa 19
1.4.3 Obezita 20
1.4.4 Dehydratace 20
1.5 Kašovitá dieta 21
1.5.1 Indikace 21
1.5.2 Energetická hodnota diety 21
1.5.3 Technologická úprava 22
1.5.4 Vzorový jídelníček kašovité diety 24

2 VÝZKUMNÁ ŠETŘENÍ 25
2.1 Cíle práce 25
2.2 Výzkumné otázky 25
3 METODIKA VÝZKUMU 26
3.1 Použitá metodika 26
3.2 Charakteristika výzkumného souboru 26
4 VÝSLEDKY 28
4.1 Výsledky polostrukturovaných rozhovorů 28
4.1.1 Zařízení A 28
4.1.2 Zařízení B 30
4.2 Vyhodnocení jídelníčků 34
4.2.1 Zařízení A 36
4.2.2 Zařízení B 37
5 DISKUZE 40
6 ZÁVĚR 45
7 SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ 47
8 PŘÍLOHY 51
9 SEZNAM POUŽITÝCH TABULEK A OBRÁZKU 53
10 SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK 54

Úvod

Téma bakalářské práce Problematika kašovité stravy podávané v domovech pro seniory jsem si vybrala nejen proto, že jsem se seniory v kontaktu více jak sedm let a chtěla bych se jim věnovat i ve své budoucí profesi, ale také proto, že výživa seniorů je stále aktuálním tématem. Mnozí lidé se domnívají, že senioři nepotřebují žádné zvláštní opatření ohledně stravy, ale opak je pravdou. Vzhledem k fyziologickým a biochemickým změnám ve stáří je důležité se právě u seniorů zaměřit na stravu a její složení.

Zvláště u kašovité stravy je důležité, aby byla plnohodnotná a esteticky přitažlivá, vzhledem k tomu, že její indikace u seniorů bývá dlouhodobá ne-li doživotní. V některých domovech pro seniory jsem se setkala s tím, že byla běžná strava pouze rozmixovaná, naředěná vodou, čajem či polévkou a takto byla podávána seniorům jako kašovitá strava. Dle mého názoru by bylo dobré, aby byla věnována větší pozornost přípravě a estetickému vzhledu, protože člověk jí i očima.

Vzhledem k tomuto faktu jsem se zaměřila na přípravu a podávání kašovité stravy v domovech pro seniory, kde je jak pro přípravu, tak pro podávání vyškolený personál a popsala jsem problematiku této stravy.

Bakalářská práce může posloužit jako výukový podklad pro studenty a odborníky, kteří mají ve své náplni práce péči o klienty, kterým je indikována dieta č. 1. Dále bakalářská práce může komplexně zlepšit informovanost o problematice kašovité stravy.

1 SOUČASNÝ STAV

1.1 Pojem sociální služby, stáří a charakteristické změny

Sociální služby jsou poskytovány lidem společensky znevýhodněným, a to s cílem zlepšit kvalitu jejich života, případně je v maximální možné míře do společnosti začlenit, nebo společnost chránit před riziky, jejichž jsou tito lidé nositeli. Sociální služby proto zohledňují jak osobu uživatele, tak jeho rodinu, skupiny, do nichž patří, případně zájmy širšího společenství (Matoušek, Koldinská, 2007, s.9).

Senior je široce používaný výraz pro staršího člověka různého stáří (Grofová Kala, 2011). Za stáří se z lékařského hlediska považuje období po 75. roce života (Brennerová, 2010). Ta také tvrdí, že demografie tuto hranici posunuje níže a to na 60. rok. Stránský (2015) udává věk mezi 60. a 65. rokem jako stáří, kdy mezníkem je odchod do důchodu. Biologické stárnutí u většiny lidí probíhá v období 60-75 let věku a vlastní stáří nastupuje kolem 75 let (Brennerová, 2010).

1.1.1 Nutriční aspekty stárnutí

Pro podporu kvalitního života a udržení dobrého zdraví ve vyšším věku má zásadní význam fyziologicky adekvátní výživa (Zloch, 2009). Ve stáří dochází k řadě biochemických a fyziologických změn, jako jsou úbytky svalové hmoty, snížená tělesná výkonnost a pohyblivost, zvýšené nebezpečí pádů, snížené bílkovinné i glykogenové rezervy a také klesá bazální metabolismus, tvorba tepla, postprandiální termogeneze a energetická potřeba (Stránský, Ryšavá, 2010). Všichni autoři se shodují, že výživa ve stáří nabývá neustále na významu, protože podíl osob starších 60 let v naší populaci dosahuje až 25 % a stále stoupá.

1.1.2 Fyziologické a biochemické předpoklady ve stáří

Metabolické procesy ve stáří ovlivňují fyziologické změny organismu v důsledku stoupajícího věku (Jurašková, Holmerová, 2010).

Dle Zlocha (2009) se zvyšuje relativní obsah tukové tkáně až o 50 %. S tímto tvrzením se ztotožňují i Stránský (2015) a Jurašková s Holmerovou (2010). Tito autoři ještě dodávají, že se tuková tkáň přesouvá z periferie do viscerálních orgánů a podíl beztukové tělesné hmoty se snižuje. Podle Stránského a Ryšavé (2010) je tato skutečnost riziková pro vznik diabetu II. typu, dyslipidemii, hypertenzi a tím stoupá i riziko pro infarkt myokardu či náhlou mozkovou příhodu.

Úbytek svalstva neboli sarkopenie souvisí s menší silou, a tudíž se zhoršuje koordinace pohybů, obratnost i udržení rovnováhy se sklonem k pádům či imobilitě (Grofová Kala, 2011). Se snížením svalové hmoty souvisí úbytek rezerv pro bílkoviny a glykogen (Stránský, 2015). Známkami časného stádia sarkopenie jsou snížení stisku ruky, nejistota udržení rovnováhy, zhoršené vstáváni ze židle a zpomalení chůze (Grofová Kala, 2011).

Nízká pohybová aktivita, deficitní přísun vápníku a snížená tvorba vitaminu D vede ke snížení denzity kostí a riziko pro osteoporózu stoupá (Stránský, Ryšavá, 2010).

Ve stáří se snižuje obsah vody v těle z 65 % na pouhých 50 % (Stránský, Ryšavá, 2010). Závažný problém starých osob je zhoršená schopnost vnímat nedostatek tekutin (Zloch, 2009). Následkem může být vysychání sliznice dutiny ústní, nedostatečná tvorba slin, bolesti hlavy, poruchy koncentrace, zmatenost a s tím související snížená tvorba a koncentrace α-amylázy (ptyalinu) ve slinách a také se zpomaluje štěpení komplexních sacharidů (Stránský, Ryšavá, 2010). Všichni autoři se shodují na tom, že nedostatek tekutin má za následek zhoršení funkce ledvin.

V dutině ústní dochází k atrofickým změnám, počet chuťových pohárků se snižuje na polovinu, čichové vjemy jsou silně oslabeny (Stránský, Ryšavá, 2010). V důsledku špatného stavu chrupu nebo zubní protézy je schopnost rozmělnění potravy snížena a následkem je preference kašovité nebo tekuté stravy, která je chudá na vitaminy, minerální látky, stopové prvky či vlákninu (Stránský, 2015). Dochází ke změnám v koncentraci hormonů a neurotransmiterů, které ovlivňují chuť k jídlu (Stránský, Ryšavá, 2010).

Vlivem osteoporózy skeletu vzniká tzv. stařecký hrudník, jež zahrnuje ochablost mezižeberních svalů i bránice, a to vede k poklesu inspiračního a exspiračního tlaku včetně poklesu vitální kapacity plic (Jurašková, Holmerová, 2010).

Dále dochází k fyziologickému poklesu tonu horního esofageálního svěrače, snižuje se motilita gastrointestinálních orgánů a sekrece žaludečních šťáv, což může ovlivnit resorpci řady léků (Jurašková, Holmerová, 2010). Redukce absorpční schopnosti střev

s nízkou enzymatickou aktivitou má za následek intestinální malabsorpci (Stránský, Ryšavá, 2010). Tito dva autoři také dodávají, že snížená elasticita stěny tlustého střeva má za následek vznik divertikulóz a zpomalená peristaltika vede k zácpám.

Dle Zlocha (2009) klesá účinnost všech imunitních systémů a tyto involuční změny lze kompenzovat například adekvátní suplementací selenu, zinku, železa, vitaminy A, C, E a polynenasycenými mastnými kyselinami řady n-3.

1.1.3 Faktory ovlivňující využití a přísun živin

Mezi faktory ovlivňující využití živin řadíme choroby, užívání léků, konzum alkoholu, kouření a v neposlední řadě sluneční záření (Stránský, Ryšavá, 2010). Přísun živin ovlivňují stravovací zvyklosti, zvýšená potřeba živin, zdravotní stav člověka a jeho tělesná aktivita, sociální a ekonomické faktory, psychický stav, možnosti přípravy stravy a problémy dopravy (Stránský, Ryšavá, 2010).

1.2 Výživa seniorů

Pozitivní vliv na zdraví životní styl má přiměřená a vyvážená strava (Fritz, Elmadfa, 2008). V seniorském věku je jeden ze základních předpokladů plného využití zdravotního potenciálu správná výživa (Střítecká, 2013). Také dodává, že výživa seniorů se dostává do popředí zájmu jak v běžném životě, tak ve zdravotnických zařízeních, kde kvalita výživy velmi ovlivňuje uzdravování a rehabilitaci.

1.2.1 Energetická potřeba

Většina vzorců či rovnic, podle kterých se vypočítává energetická potřeba, zahrnují jako hlavní parametr hmotnost (Grofová, 2007). Také tvrdí, že je důležité, aby klient dostal dávku energie, která odpovídá jeho potřebám.

Harris a Benedict vytvořili rovnici, ze které je možno vypočítat bazální energetickou potřebu jedince na základě pohlaví, věku, tělesné hmotnosti a výšky (Zadák, 2008).

Muži: BEE = 66,473 + 13,7516 x H + 5,0033 x V – 6,755 x a (kcal/24 h)
Ženy: BEE = 655,0955 + 9,5634 x H + 1,8496 x V – 4,6756 x a (kcal/24 h)

BEE – bazální energetická potřeba
H – tělesná hmotnost v kg
V – výška v cm
a – věk

Celkový energetický výdej (CEV) se skládá ze základního energetického výdeje, který odpovídá 70-80 % celkového výdeje za normálních podmínek, k němuž se připočítá faktor aktivity (FA), faktor tělesné teploty (TF) a závažnost onemocnění (IF – injury factor) (Zadák, 2008). Vzniká tak vztah, který autor definuje vzorcem:

CEV (kcal/24 h) = ZEV x FA x IF x TF

Energetický příjem u seniora by se měl pohybovat mezi 1800 až 2300 kcal (7500-9700 kJ) a liší se pohlavím, věkem a denní aktivitou (Společnost pro výživu, 2011).

1.2.2 Bílkoviny

U starších lidí má zásadní význam dostatečný příjem bílkovin pro prevenci sarkopenie, udržení hmotnosti a funkční schopnosti svalů (Jyväkorpi, et al., 2016). Obsah bílkovin v organismu se s rostoucím věkem snižuje na cca 27 % a jejich metabolismus i náhrada bílkovinných ztrát se zpomalují (Stránský, Ryšavá, 2010).

Denní příjem bílkovin by měl pokrýt 15 až 20 % energetických potřeb (Mourek, et al., 2013). Pracovní skupina geriatrů uveřejnila doporučení bílkovin pro osoby starší 65 let od 1,0 až 1,2 g/kg/den (Stránský, 2015). Podle Grofové (2009) je příjem bílkovin přibližně 1,2 g/kg/den, pokud nejsou žádná jiná omezení jako nedostatečnost ledvin a v případě zátěže organismu operací, úrazem, zánětem nebo hojením, stoupá potřeba bílkovin až na 1,5 g/kg. Stránský (2015) dodává, že v těžkých případech může potřeba bílkovin stoupnout až na 2,0 g/kg. Grofová (2009) uvádí, že podat takové množství bílkovin zvláště u osob s nízkým perorálním příjmem stravy je složité.

Pro představu: 100 gramů bílkovin obsahuje 1 kg tvarohu, 0,5 kg tvrdého sýra, 3 l mléka nebo jogurtu (20 kusů), 5 velkých porcí masa nebo ryb (Grofová, 2009).

Pro zlepšení příjmu bílkovin se používá modulový přípravek Protifar pulvis, což je prášková forma čisté bílkoviny, která je bez příchutě a je možno s ní obohatit běžnou stravu i nápoje (Tomíška, 2008). Přidáme-li 3x2 odměrky dodáme organismu až 17,8 g bílkoviny (Grofová, 2009). Nutrison Powder je také práškový přípravek bez příchuti s komplexním složením všech živin s obsahem energie 2000 kcal a mléčné bílkoviny 80 g (Tomíška, 2008). Autor také dodává, že oba tyto doplňky lze rozpustit ve vodě, nebo v tekutých potravinách a je možno je přidávat i do polévek, omáček a dalších součástí stravy při její přípravě (fortifikace stravy).

Je dobré mít na paměti, že zvýšený příjem živočišných bílkovin je spojen s příjmem tuků, cholesterolu a s výjimkou mléka a vajec i purinů (Stránský, Ryšavá, 2010).

1.2.3 Tuky

Nejvýznamnějším zdrojem energie jsou tuky a jejich energetická hodnota přesahuje více než dvojnásobně hodnoty sacharidů a bílkovin (Stránský, 2015). Ve stáří se doporučuje snížit příjem tuků na 30 % energetického příjmu, protože metabolismus tuků i hladina lipidů v krvi jsou sníženy a tím stoupá riziko pro degenerativní onemocnění srdce a cév (Stránský, Ryšavá, 2010).

Přísun nasycených mastných kyselin (dále jen SFA) a polynenasycených mastných kyselin (dále jen PUFA) by měl být v rozmezí 7-10 % celkového energetického přijmu, pro mononenasycené mastné kyseliny (dále jen MUFA) se doporučuje podíl mezi 10-15 %; 0,5 % energetického příjmu připadá na nenasycené mastné kyseliny PUFA typu omega-3 (dále jen ω-3) a 2,5 % připadá na PUFA omega-6 (dále jen ω-6) (Stránský, Ryšavá, 2010). Aby polyenové kyseliny měly preventivní účinek, doporučuje se snížit poměr linolové kyseliny (ω-6) k α-linolenové kyselině (ω-3) na 5:1, příjem cholesterolu by měl být 300 mg/den (Stránský, 2015).

SFA jsou obsaženy v palmojádrovém tuku, palmovém oleji, v kokosovém tuku, živočišných tucích, a právě tyto kyseliny zvyšují LDL cholesterol (Low Density Lipoproteins) i koncentraci triglyceridů VLDL (Very Low Density Lipoproteins) v krvi a tím i riziko pro aterosklerózu (Stránský, Ryšavá, 2010).

Hlavní zástupce MUFA je kyselina olejová, která je nejvíce obsažena v olivovém oleji, snižuje hladinu cholesterolu, ale i zvyšuje mírně protektivní HDL (High Density Lipoproteins) na rozdíl od PUFA (Stránský, Ryšavá, 2010).

PUFA ω-6 snižují LDL ale i HDL a hlavní zástupce je kyselina linolová, která je esenciální živinou a najdeme ji ve slunečnicovém, kukuřičném, sezamovém a sójovém oleji (Stránský, Ryšavá, 2010). Kyselina α-linolenová je esenciální kyselinou PUFA typu ω-3 a je obsažena v řepkovém, lněném, sójovém oleji a v oleji z vlašských ořechů. Snižuje LDL, a naopak zvyšuje HDL cholesterol v krvi (Stránský, Ryšavá, 2010).

Tab. 1: Optimální přísun tuků (% energetického příjmu)

(upraveno dle Stránský, Ryšavá, 2010, s.113)

celkový podíl tuků na denním energetickém přísunu	30 %
Z toho podíl mastných kyselin:	
nasycené mastné kyseliny	7-10 %
mononenasycené mastné kyseliny	10-15 %
polynenasycené mastné kyseliny	7-10 %
ω-3 nenasycené mastné kyseliny	0,5 %
ω-6 nenasycené mastné kyseliny	2,5 %
poměr ω-6:ω-3	5:01
cholesterol	≤300 mg

(Stránský, Ryšavá, 2010)

1.2.4 Sacharidy

Sacharidy dělíme na monosacharidy, které se dále neštěpí, disacharidy mohou být štěpeny na dvě molekuly monosacharidů, dále oligosacharidy složené z více než dvou, ale méně než deseti monosacharidů, a nakonec polysacharidy složené z více než deseti monosacharidů (Mourek, et al., 2013).

Sacharidy u seniorů, včetně diabetiků II. typu mají pokrýt 50 % celkového energetického příjmu (Stránský, Ryšavá, 2010). Autoři dodávají, že obsah oligosacharidů v potravě je tolerován od 50-60 g/ den.

Sacharidy hrají u seniorů důležitou roli jako zdroj energie, protože musí dbát na snížený příjem tuků (Stránský, 2015). Stránský a Ryšavá (2010) tvrdí, že se stoupajícím věkem klesá tolerance na glukózu a látková výměna sacharidů je stále labilnější, proto by měly být preferovány komplexní sacharidy s nízkým glykemickým indexem pro udržení

konstantní glykémie. Nízký glykemický index obsahují například celozrnné obiloviny, luštěniny, vařené brambory, kukuřice, mléko, jogurt, sója, pohanka, rýže, jablko, banán, mango, kiwi, jablka a citrusové plody (Stránský, 2015).

1.2.5 Vláknina

Nestravitelnou složku potravy tvoří vláknina, což jsou složené cukry, které se v lidském těle nevstřebávají ani nerozkládají (Kohout, Pavlíčková, 2012). Tito autoři rozdělují vlákninu na rozpustnou (pektiny, guar, agar, inulin) a nerozpustnou (celulóza, hemicelulóza, lignin). Minimální doporučený příjem vlákniny v seniorském věku by měl být 30 g/den resp. 12,5 g/ 1000 kcal (Stránský, 2015).

1.2.6 Tekutiny

Jedním z nejvýznamnějších opatření ve stáří je sledování dostatečného pitného režimu, protože se pocit žízně snižuje (Střítecká, 2013). Za vhodné tekutiny se považuje čistá voda, ovocné a bylinné čaje, kávovinové nápoje (Melta, Caro), stolní a minerální vody a ředěné džusy nebo ovocné šťávy (Grofová Kala, 2011). Autorka dále uvádí, že doporučený přísun tekutin je 30 ml/ kg, což představuje přibližně 2-3 l tekutin za den.

1.3 Kritické živiny ve stáří

Mezi kritické živiny ve stáří řadíme vitamin D, vápník, kyselinu listovou, vitamin B_{12} a zinek (Stránský, Ryšavá, 2010).

Vitamin D slouží k mineralizaci osteoidů v kosti a jeho deficit vede u dětí k rachitidě a u dospělých k osteomalacii (Stránský, 2015). Autor dále uvádí, že tento vitamin podporuje tubulární reabsorpci filtrovaného vápníku v ledvinách, absorpci fosfátu a vápníku ve střevě. Syntéza vitaminu D v kůži s věkem klesá (Elmadfa, Meyer, 2008). U každé třetí osoby ve věku 65 let vznikají pády s následnou frakturou kyčelního kloubu a pro snížení incidence pádů a fraktur má právě vitamin D prokázaný potenciál (Stránský, 2015). Dostatečný příjem, tedy 20 mikrogramů/den (dále jen µg/den) může zabránit každé třetí fraktuře kyčelního kloubu a každému třetímu pádu (Stránský, 2015). Hlúbik a

Fajfrová (2008) uvádí, že na rozdíl od stanoveného doporučeného příjmu je pro osoby nad 70 let navrhovaná dávka 15-20 μg/den. Staří lidé tráví málo času mimo obydlí a jsou méně exponování UV zářením, proto musí přijímat vitamin D potravou, například z jater, oleje z rybích jater, tuku z herinků, makrel a sardinek, vaječného žloutku nebo fortifikovaných potravin (Hlúbik, Fajfrová, 2008).

Vápník je minerální látka, která hraje roli v prevenci a léčbě osteoporózy, ale má také důležitou funkci pro stabilizaci buněčných membrán, přenos vzruchů v nervovém systému a srážení krve (Stránský, 2015). Ve stáří není optimální přísun vápníku znám, ale přepokládá se, že potřeba alimentárního přísunu vápníku ve věku nad 50 let je oproti mladším dospělým zvýšena (Společnost pro výživu, 2011). Společnost pro výživu (2011) uvádí, že na základě výsledků jedné z nejnovějších metaanalýz se k prevenci fraktur ve věku nad 50 let doporučuje suplementace minimálně 1200 mg vápníku v kombinaci s minimálně 20 μg vitaminu D/den. Stránský a Ryšavá (2010) uvádí jako dobrý zdroj vápníku mléko a mléčné výrobky, celozrnné obiloviny, luštěniny, některé druhy zeleniny jako je kapusta a pórek a pitná voda. Společnost pro výživu (2011) uvádí, že k pokrytí vápníku také přispívá preference mléka a výrobků z něj se sníženým obsahem tuku a minerální vody s obsahem vápníku.

Poměrně častý je nedostatek kyseliny listové, protože je jí poměrně málo ve smíšené stravě a při vaření a působení světla dochází ke ztrátám (Grofová Kala, 2011). Kyselina listová slouží k tvorbě krve, látkové výměně bílkovin, diferenciaci buněk a k neurálnímu vývoji plodu (Stránský, Ryšavá, 2010). Je nutné dbát na šetrnou úpravu a skladování, jelikož je folát velmi nestabilní vitamin (Stránský, 2015). Společnost pro výživu (2011) uvádí jako zvláště dobrým zdrojem folátu pšeničné klíčky a sóju, avšak dalšími zdroji jsou některé druhy listové zeleniny jako je špenát, kapusta, zelí ale i okurky, rajčata, pomeranče, hroznové víno, celozrnné pečivo a chléb, brambory, maso, játra, některé druhy sýrů, vejce, mléko a mléčné výrobky. Optimální přísun je 400 μg/den (Stránský, Ryšavá, 2010).

Vitamin B_{12} neboli kobalamin je důležitý pro tvorbu krve, látkovou výměnu tuků, bílkovin a železa (Stránský, Ryšavá, 2010). V potravě jsou hlavními zdroji živočišné potraviny zejména játra, ale je také syntetizován střevními bakteriemi (Műllerová, 2008). Stránský (2015) uvádí jako dobrý zdroj maso, vejce, ryby, sýry, mléko a u potravin rostlinného původu, pokud byly zpracovány bakteriálním kvašením jako jsou kyselé okurky či zelí, se vyskytují jen stopy tohoto vitaminu. Doporučený denní příjem jsou 3 μg (Společnost pro výživu, 2011).

Ve vysokém věku často představuje problémy zinek, protože dochází ke zvýšeným ztrátám močí, dále je v tomto věku snížená konzumace mléka, masa, drůbeže, celozrnných obilovin a sýrů (Stránský, 2015). Zinek slouží v organismu jako součást či aktivátor mnoha enzymů, které se účastní metabolismu proteinů, nukleových kyselin, tuků, sacharidů, hormonů a receptorů, také hraje roli v imunitním systému a podílí se na působení inzulinu (Společnost pro výživu, 2011). Stránský a Ryšavá (2010) uvádějí jako zdroj zinku vnitřnosti, ryby, maso, mléko, sýry, vejce, luštěniny a celozrnné obiloviny. Společnost pro výživu (2011) doporučuje pro osoby starší 65 let denní příjem zinku 10 mg pro muže a pro ženy 7 mg.

1.4 Poruchy výživy ve stáří

Jedním z nejdůležitějších témat v péči o seniory je výživa a s ní spojené problémy, vzhledem k tomu, že každý třetí senior je ohrožen podvýživou nebo nesprávnou výživou (Nutricia, 2016). Autoři portálu dále uvádí, že velký dopad na zdraví a duševní pohodu seniorů může mít prevence podvýživy.

1.4.1 Malnutrice

Pojmem malnutrice rozumíme poruchu výživy ve smyslu minus (podvýživa) anebo plus (nadbytek, nadváha, obezita) (Bretšnajdrová, 2010). Autorka dále uvádí, že při nedostatku, byť jednoho prvku mluvíme o podvýživě. Dle Kohouta a Kužely (2011) může mít malnutrice pro organismus vážné následky, jako je protrahovaná doba léčení s prodlouženou hospitalizací, či pobyt na jednotce intenzivní péče, zvýšený počet komplikací v souvislosti s operačním výkonem nebo bez něj. Autoři dále uvádí, že u osob s malnutricí je větší riziko mortality.

Dle Kalvacha et al. (2008) rozlišujeme dva typy hladovění a navozené malnutrice na prosté a stresové hladovění. Prosté hladovění, neboli proteino-energetická malnutrice je bez vystupňovaného katabolizmu a typický je marantický typ člověka, zatím co stresové hladovění neboli, kwashiokorský typ malnutrice proteinové se vyznačuje vystupňovaným katabolismem proteinů u kritických stavů jako jsou sepse, polytraumata apod. (Kalvach et al., 2008).

U prosté malnutrice se jedná o hypometabolický stav, jež vzniká u osob, které omezí příjem potravy, hlavně energetických substrátů, ale mají dostatek pohybu a netrpí zánětlivými či nádorovými onemocněními (Kohout, Kužela, 2011). Prostá malnutrice neboli marasmus vede ke snížení hmotnosti, kachexii a dochází k úbytku tukových zásob i svaloviny (Křížová, 2016a). Dle Juraškové, et al. (2007) organismus nejprve čerpá energii ze zásobních zdrojů, až poté dojde k vyčerpání všech bílkovinných a energetických zdrojů, a to za dobu 40-50 dní a nemocný umírá. Tento typ je nejčastější poruchou výživy u seniorů (Jurašková, et al., 2007).

Závažnější je ovšem malnutrice stresová, protože dochází k hypermetabolickému stavu, který je spojen s odbouráváním bílkovin v poměrně krátkém čase, a to se všemi velmi negativními důsledky (Kohout, Kužela, 2011). V tomto stavu má organismus velmi omezené možnosti zisku energie z tukových zásob, proto je čerpána ze svaloviny, což může vést až ke ztrátám 500 g svalu za den (Křížová, 2016a). Při tomto hladovění je vyčerpání všech zásob 2-3 x rychlejší než u prosté malnutrice (Kalvach, 2008).

1.4.2 Terapie malnutrice

Možnosti léčby podvýživy jsou dietní poradenství, obohacování potravin a používání perorálních nutričních doplňků, jejichž cílem je zvyšovat příjem makro nebo mikro živin (Demeny, et al., 2015).

Hlavním cílem léčby malnutrice je zvýšení příjmu energie, bílkovin a mikronutrientů, dalším cílem je dosáhnout zmírnění ztráty hmotnosti u akutních stavů, nebo nárůstu u chronických onemocnění (Tomíška, 2008). Pokud není dostatečným opatřením úprava klasické stravy, bílkovinné přídavky nebo podávání látek na zvýšení chuti k jídlu, pak přistupujeme buďto k enterální výživě, podávané do zažívacího traktu, nebo k parenterální, podávané přímo do cévního systému (Křížová, 2016a).

Tomíška (2008) uvádí, že jedním ze základních přístupů k léčbě podvýživy je nutriční podpora perorálními suplementy s kompletním složením.

1.4.2.1 Sipping

Většina vyráběných přípravků jsou komplexní preparáty, jež obsahují všechny důležité složky stravy v náležitém množství i poměru (cukry, tuky, bílkoviny, minerály, vitaminy,

stopové prvky, vodu) (Křížová, 2016b). Tyto přípravky jsou většinou dostupné v tekuté formě, ale i v práškové formě, které jsou určeny k okamžitému použití formou popíjení po malých dávkách (Tomíška, 2008). Dále uvádí, že tato forma užívání je z anglického výrazu sipping = srkání, upíjení. Jednotlivé řady výrobků jsou dostupné ve více variantách jako jsou mlékové nebo džusové, ale ty mají tu nevýhodu, že neobsahují žádné tuky, ovšem pro osoby se špatnou tolerancí mlékových produktů jsou výhodné (Křížová, 2016b). Autorka dodává, že sipping podáváme i jako doplněk k běžné dietě.

1.4.2.2 Enterální výživa

První volba nutriční podpory je podání perorálně (Jurašková, et al., 2007).

Výhody enterální výživy spočívají ve stimulaci střevní motility, udržení střevní bariérové funkce, trofiky a perfuze, hepatobiliárního oběhu, stimulaci tvorby hormonů zažívacího traktu a prevence peptického vředu (Křížová, 2016b). Pokud nelze podávat stravu ústy, přistupuje se k výživě nasojejunální sondou, která umožňuje kontinuální podávání enterální výživy, anebo nasogastrickou sondou, která umožňuje zase bolusové podávání výživy (Jurašková, et al., 2007). Autorka tvrdí, že oba tyto způsoby jsou vhodné pro krátkodobou výživu, naopak perkutánní endoskopická gastrostomie (PEG) nebo jejunostomie jsou vhodné i pro delší podávání.

1.4.2.3 Parenterální výživa

Parenterální výživa je indikovaná v případě, že nemocný nemůže přijímat stravu ústy nebo sondou (Jurašková, et al., 2007). Autorka uvádí, že umožňuje rychlé doplnění všech složek výživy, nastartování proteosyntézy a rychlý přísun energie. Tato výživa je podávána přímo do cévního systému, buď do periferní nebo centrální žíly (Křížová, 2016b). Jurašková et al. (2007) tvrdí, že do periferní žíly lze výživu podávat krátkou dobu kvůli vzniku flebitid. Centrálním žilním katetrem můžeme výživu podávat dlouhodobě ve formě vaků all-in-one nebo roztoků cukrů, aminokyselin a tukových emulzí (Jurašková, et al., 2007).

1.4.3 Obezita

Obezita je definována jako nadměrné ukládání tukové tkáně v těle (Svačina, Bretšnajdrová, 2008). Obezita vzniká, pokud tělo dostává nadměrné množství kalorií, které není schopno využít a dochází tak k ukládání nadbytečné energie do tukových zásob, což vede k nepoměru mezi příjmem a výdejem energie (Grofová Kala, 2011). Autorka dodává, že s přibývajícím věkem dochází k úbytku svalové hmoty a k poklesu bazálního energetického výdeje, a to vede při nesníženém přisunu energie ke snadnému ukládání tuku.

Hlúbik (2007) uvádí, že s rostoucím věkem dochází k poškození kousacího aparátu a snížení sekrece slin, což má za následek preferenci měkké stravy s přiměřenou konzistencí bohaté na tuk.

Postupný nárůst obézních je pozorován ve věkové kategorii do 65 let (Hlúbik, 2007). Kvamme et al. (2012) uvádí, že téměř polovina starší populace trpí nadváhou. Snížením tělesné hmotnosti dochází ke zlepšení zdravotního stavu, klinických a biochemických ukazatelů a také k poklesu medikace (Hlúbik, 2007).

1.4.4 Dehydratace

Udržení rovnováhy tekutin v organismu je důležitým předpokladem pro zdravé stárnutí (Faes, et al., 2007). Starší lidé jsou náchylnější k dehydrataci vzhledem k fyziologickým změnám v procesu stárnutí, což může být komplikováno dalšími chorobnými stavy či psychickou a fyzickou křehkostí, která zvyšuje riziko dehydratace (BNF, © 2016).

Mezi známky dehydratace patří sucho v ústech, suchý jazyk a rty, zapadlé oči, ospalost, zmatenost, suchá kůže, dezorientace, závratě a nízký krevní tlak (BNF, © 2016). Značný počet starších osob a až 25 % osob ve věku 85 let a více pijí méně než 1 litr tekutin za den (Faes, et al., 2007). BNF (© 2016) uvádí, že dehydratace je častější u osob s kognitivními poruchami, polykacími obtížemi, demencí či špatně kompenzovaným diabetem.

Rehydratace a prevence vyžaduje alespoň 1,5 litru a více tekutin denně na lékařský předpis v závislosti na závažnosti klinických příznaků (Faes, et al., 2007). Všechny klinické příznaky dehydratace jsou znázorněny v následující tabulce.

Tab. 2: Klinické příznaky z nedostatku tekutin v organismu

(upraveno dle Stránský, Ryšavá, 2010, s.50)

Ztráta tekutin uvedena v %	1-5 %	6-10 %	11-20 %
Klinické projevy	žízeň	závratě	křeče
	omezení pohyblivosti	bolesti hlavy	otok jazyka
	ztráta chuti k jídlu	dýchací obtíže	poruchy polykání
	únava	mravenčení v končetinách	nedoslýchavost
	zvýšená činnost srdce	snížený objem krve	neostré vidění
	zvýšená teplota	zvýšená viskozita krve	ztráta citu kůže
	nevolnost	zástava produkce slin	anurie
		cyanóza	delirium
		ztížená artikulace	zástava srdce
		poruchy rovnováhy	

(Zdroj: Stránský, Ryšavá, 2010)

1.5 Kašovitá dieta

Tato dieta je biologicky i energeticky hodnotná, má realimentační charakter a může se podávat i dlouhodobě, a to 5krát denně (Havlíková, © 2016). Je to tedy strava podávaná v kašovité podobě.

1.5.1 Indikace

Tato dieta se podává po operaci dutiny ústní, poruchách jícnu, při poranění obličeje, poleptání, zánětu, při stenóze jícnu, jícnových varixech, vředové chorobě žaludku a duodena a také po tonsylektomii (Havlíková, © 2016).

1.5.2 Energetická hodnota diety

Dieta číslo 1 tedy kašovitá má energetickou hodnotu 9500 kJ, obsahuje 80 gramů bílkovin, 70 gramů tuků a 320 gramů sacharidů (Havlíková, © 2016).

1.5.3 Technologická úprava

Dieta je mechanicky, chemicky a termicky šetřící, její vhodnou úpravou je vaření, dušení, výjimečně i pečení a musíme dbát na to, aby byla lehce stravitelná, pestrá a chutná (Havlíková, © 2016). Do kašovité podoby ji uvádíme mixováním, lisováním, vhodným ředěním a druhy potravin, které nelze mixovat nahrazujeme vhodnějšími. Varianta této diety je 9/1 tedy diabetická kašovitá, kdy podáváme i vhodnou II. večeři.

Mezi vhodné potraviny řadíme mladé, netučné a odblaněné maso, z uzenin preferujeme šunku a dietní salámy, mléko a mléčné výrobky bez omezení, protože jsou základem diety, vejce v lehce stravitelné úpravě, tuky přidáváme až do hotových pokrmů, těstoviny vaříme do měkka (Havlíková, © 2016). Autorka dále uvádí jako vhodné potraviny pečivo spíš starší a netučné, jako příkrmy používáme bramborové kaše, nočky, rýže, těstoviny, z moučníků jsou vhodná piškotová, tvarohová a odpalovaná těsta, pudinky, pěny. Zelenina nenadýmavá, mladá a jemná a ovoce syrové, například banán nebo ředěné ovocné šťávy, koření nedráždivé a z nápojů dáváme přednost bylinkovému čaji, ovocným ředěným šťávám, bílé kávě apod. (Havlíková, © 2016).

Nevhodné potraviny jsou vlastně opakem vhodných, tudíž maso tučné, 100 % tuky a tuky přepalované, pečivo čerstvé, listové, nadýmavá zelenina, ovoce kyselé a dráždivé, ostré koření a z nápojů není vhodný alkohol, černá káva, silné kakao či čokoláda, studené a horké nápoje (Havlíková, © 2016). Přehledněji jsou potraviny znázorněny v následující tabulce.

Tab. 3: Přehled vhodných a nevhodných potravin pro kašovitou dietu

(upraveno dle informací Havlíková, © 2016)

potraviny	**vhodné**	**nevhodné**
maso a výrobky z něj	hovězí, vepřová kýta, telecí, kuře, krůta, šunka, dietní či drůbeží salám, párky, šunková pěna, pomazánky	tučné (kachna, husa, zvěřina), tučné ryby, uzené maso, ostré uzeniny
mléko a výrobky z něj	všechny druhy	pikantní sýry, jogurty s kousky ovoce
vejce	v lehce stravitelné úpravě (naměkko, na hniličku, sedliny, omelety)	
tuky	čerstvé máslo, Hera, řepkový olej, tuk přidáváme do hotových pokrmů	sádlo, 100 % tuk (Iva), margaríny, lůj, přepalované tuky
sacharidy	mouka a krupice (i kukuřičná, sójová), rýže, těstoviny (do měkka uvařit), ovesné vločky	
pečivo	starší pečivo, veka, rohlík, bíle vodové pečivo, netučné vánočky, suchary, piškoty	chléb, tukové pečivo, křehké, listové, čerstvé kynuté pečivo
příkrmy	brambory (bramborová kaše), jemný houskový krupicový knedlík, rýže, těstoviny, nočky	
moučníky	z těsta piškotového, tvarohového, popř. odpalovaného, pudinky, pěny	
cukr	mírně omezujeme, med dle snášenlivosti	
zelenina	mladá, jemná nenadýmavá, čerstvá, mražená, sušená, syrová-jemně krájená, hlávkový salát	kapusta, zelí, slaná nebo nakládaná v octě, paprika, čalamáda, cibule, česnek, křen
ovoce	syrové-banán, ředěné šťávy-pomeranč, grep, mandarinka, strouhaná jablka, meruňky, broskve	rybíz, angrešt, brusinky, borůvky, hrozny, rebarbora, fíky, datle, mandle
kompoty	mixované, kysely, rosoly, pyré (jablka, třešně, švestky, meruňky, broskve, dýně)	
džemy	z povoleného ovoce	
koření	natě (pažitka, petržel, kopr), vývar z kmínu, hub, mletý kmín, majoránka, vanilkový cukr	hořčice, polévkové koření, paprika, pepř, nové koření, skořice, tymián, fenykl, anýz
nápoje	slabý ruský čaj + ředěné ovocné šťávy, cit. šťáva, bylinkové čaje, bílá káva (melta), slabé kakao	alkohol, zrnková káva, silné kakao, čokoláda, studené a horké nápoje

(Zdroj: Havlíková, © 2016)

1.5.4 Vzorový jídelníček kašovité diety

Tab. 4: Denní jídelníček pro kašovitou dietu – všechny potraviny v kašovité formě

(upraveno dle Nutriservis Profesional, © 2017)

	Energie (kJ)	**Energie (kcal)**	**Bílkoviny (g)**	**Tuky (g)**	**Sacharidy (g)**	**Vláknina (g)**
Snídaně						
Vánočka 60 g	912	217,8	4,32	6,06	36,48	1,92
Pudink 200 g	902	214	3,4	2	47,2	0
Bíla káva 220ml	402,6	96,8	5,94	3,52	9,9	0
Celkem:	**2216,6**	**528,6**	**13,66**	**11,58**	**93,58**	**1,92**
Přesnídávka						
Piškoty 50 g	815	194,5	5,2	2,6	37,9	0,25
Jablko 100 g	182	43	0.4	0.4	13	2
Celkem:	**997**	**237,5**	**5,2**	**3**	**50,9**	**2,25**
Oběd						
Polévka zeleninová 250 g	370	90	5,75	6,25	2,25	3,9
Hovězí na kmíně 120 g	996	237.6	25,08	13,8	1,08	0
Bramborová kaše 250 g	1087.5	260	6,75	7	48,75	05.I
Okurkový salát 150 g	160.5	39	1,5	0,15	7,8	1,2
Celkem:	**2614**	**626,6**	**39.08**	**27,2**	**59.88**	**10,8**
Svačina:						
Rohlík 40 g	481.6	114.8	3,92	1,48	23	1,2
Jogurt Activia ovocný 120 g	487,2	115,2	4,08	3,24	17,52	0,24
Celkem:	**968,8**	**230**	**8**	**4,72**	**4,52**	**1,44**
Večeře						
Višňový kompot 100 g	355	85	0,6	0,2	20	1,6
Zapečená brokolice se sýrem 150 g	931,5	223,5	10,05	13,95	14,25	4,5
Vařené brambory 250 g	972,5	232,5	5,5	0,5	53,25	1,75
Celkem:	**2259**	**541**	**16,15**	**14,65**	**87,5**	**7,85**
Denní součet:	**9055,4**	**2163,7**	**82,49**	**61,15**	**332,8**	**24,26**

(Zdroj: Nutriservis Profesional, © 2017)

2 VÝZKUMNÁ ŠETŘENÍ

2.1 Cíle práce

Cílem mé bakalářské práce bylo popsat problematiku kašovité diety ve vybraných zařízeních a v případě identifikace problémů navrhnout vzorový jídelníček.

Vzhledem k tomu, že v praktické části je použit kvalitativní výzkum, nebyla stanovena hypotéza.

2.2 Výzkumné otázky

Jaké jsou typické zdravotní indikace této diety?

Jaký je typický způsob přípravy kašovité diety ve vztahu s nutričním screeningem?

Jak vnímá personál, který je zodpovědný za podávání kašovité diety, problematiku výživy těchto klientů?

Operacionalizace pojmů: V případě mé bakalářské práce jsou používány dva termíny, kašovitá strava a kašovitá dieta. Jde v podstatě o synonyma, vzhledem k zaměření výzkumu je v mé bakalářské práci na základě studia literatury a konzultací s odborníky častěji použit termín dieta.

Dalšími používanými termíny jsou nutriční terapeut a nutriční specialista. Jedná se o různé stupně dosaženého vzdělání v oblasti nutriční terapie, kdy nutriční terapeut dosáhl bakalářského titulu, zatímco nutriční specialista získal magisterský titul.

3 METODIKA VÝZKUMU

3.1 Použitá metodika

Ve své bakalářské práci jsem použila metodu kvalitativního výzkumu k získání informací.

Reichel (2009) definuje kvalitativní výzkum jako měřitelné nebo uspořádatelné či minimálně tříditelné jevy sociálního zkoumání. Výzkum byl proveden ve dvou domovech pro seniory pomocí dvou polostrukturovaných rozhovorů, z nichž jeden byl pro pracovnice pečovatelského úseku a druhý pro pracovnice stravovacího úseku. Pro odlišení a anonymitu těchto dvou pracovišť jsem použila označení A a B. Reichel (2009) popisuje polostrukturovaný rozhovor jako předem připravený soubor témat/otázek, které budou jeho předmětem, aniž by bylo předem stanoveno jejich pořadí.

U vybraných klientů jsem sledovala jídelníčky po dobu jednoho týdne, které jsem následně porovnala s výživovými doporučeními pro populaci starší 65 let. Dále jsem u těchto klientů provedla nutriční screening Mini Nutritional Assessment (dále jen MNA). Dotazování respondentů bylo vedeno od listopadu 2016 do ledna 2017. V úvodu jsem respondenty seznámila se základními informacemi o mě, mé bakalářské práci, a účelu ke kterému rozhovory slouží. Před samotným rozhovorem byli informování o okruhu otázek a o anonymitě rozhovorů. Respondenti podepsali písemný souhlas s pořízením audionahrávky našich rozhovorů k účelům provedení výzkumu v bakalářské práci a následně souhlas vyslovili i na začátku rozhovoru. Záznam těchto rozhovorů přikládám v elektronické podobě na disku DVD v příloze č. 2. spolu s písemnými souhlasy a jídelníčky.

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

Zkoumaný soubor je v praktické části rozdělen na dva celky, a to na A a B. Výzkumný soubor A zahrnoval dvě pracovnice, se kterými byly prováděny polostrukturované rozhovory, z nichž jedna byla z pečovatelského úseku, která jídlo klientům podává a druhá ze stravovacího úseku, která jídlo připravuje. Dále jsem si vybrala 3 klienty, kteří mají indikovanou kašovitou dietu (2 ženy 84 a 91 let, 1 muž 86 let).

Výzkumný soubor B zahrnoval také dvě pracovnice a tři klienty s kašovitou dietou (2 ženy 90 a 87 let, 1 muž 92 let).

Polostrukturované rozhovory byly provedeny se zaměstnanci jednotlivých zařízení, protože klienti s kašovitou dietou nebyli schopni odpovídat, jelikož jim to jejich psychický stav nedovolil. Rozhovory se zaměstnanci byly prováděny v jejich přirozeném prostředí, ale i přesto byl pro všechny dotazované velmi rušivým elementem položený diktafon na stole.

4 VÝSLEDKY

4.1 Výsledky polostrukturovaných rozhovorů

Výzkumný soubor v zařízení A i B zahrnoval vždy dvě pracovnice. Jedna byla z pečovatelského úseku a druhá ze stravovacího úseku.

4.1.1 Zařízení A

Tab. 5: Výsledky rozhovoru – pečovatelský úsek

1.	Jaké důvody vedou k podávání kašovité diety Vašim klientům?	- zhoršení zdravotního stavu - absence protézy - dysfagie
2.	Jak hodnotíte estetický vzhled přijaté stravy (kašovité diety) z kuchyně?	- vzhledná - dělené talíře - přílohy jsou zvlášť
3.	Jste spokojeni s konzistencí kašovité diety?	- většinou ano - občas hustá bramborová kaše
4.	Jak se Vám tato dieta podává?	- špatně - klienti netolerují dělené talíře-smíchat
5.	Jak řešíte případné nesoulady s kuchyní při přípravě a podávání této diety?	- nejsou nesoulady
6.	Myslíte si, že jsou klienti spokojeni s podávanou dietou?	- dementní klienti nevnímají kašovitou dietu - dysfagici si stěžují, že mají furt jen kaše
7.	Jaké způsoby ověření spokojenosti s kašovitou dietou používáte?	- co zbyde na talíři - mimika klientů - plivání stravy
8.	Myslíte si, že je kašovitá dieta z nutričního hlediska dostačující pro Vaše klienty?	- ano, mají nutriční doplňky
9.	Jak řešíte situaci, když je pro klienty kašovitá dieta nedostačující?	- rodina klienta se domluví s nutriční terapeutkou
10.	Mají u Vás klienti s touto dietou nějaké přídavky například ve formě sippingu?	- ano
11.	Jaká rizika s ohledem na kašovitou dietu má tento typ stravování pro Vaše klienty?	- aspirace u dysfagiků
12.	Mají u Vás klienti s touto dietou podváhu? Pokud ano, čím si myslíte, že to je?	- ne, pokud ano přijdou takto z nemocnice
13.	Kdo je ve Vašem zařízení klíčovou osobou pro řešení problémů spojených se stravováním?	- veškerý personál, který přijde do kontaktu s klientem
14.	Dochází k Vám na pracoviště nutriční terapeut řešit problémy s výživou klientů?	- ano
15.	Jaké problémy nejčastěji řešíte s nutričním terapeutem?	- malnutrice
16.	Jakým způsobem sledujete případné doplňky ve stravě podávané rodinou?	- komunikace s rodinou, domluva
17.	Uvítali byste nějakou změnu v souvislosti s kašovitou dietou?	- nedělit talíře

(Zdroj: Vlastní výzkum)

Tab. 6: Výsledky rozhovoru – stravovací úsek

1.	Kterým klientům podáváte kašovitou dietu?	- těm co nemohou jíst - ležícím - krmícím
2.	Kdo Vám sestavuje jídelníčky pro klienty?	- nutriční terapeut
3.	Jaká technologie je ve Vašem provozu typická pro přípravu kašovité diety?	- uvařit - namixovat
4.	Jaké suroviny používáte pro dosažení požadované konzistence?	- brambory - Nutrison Powder
5.	Jak a v kterých aspektech je pro Vás příprava kašovité diety náročnější než příprava základní diety (dieta č.3)?	- delší příprava - potřeba rozvařit jídlo
6.	Jaké specifické problémy vnímáte s přípravou kašovité diety?	- žádné
7.	Jaké máte požadavky na estetický vzhled servírované diety?	- dělené talíře
8.	Jak podle Vás kašovitá dieta saturuje nároky na výživu klienta?	- dobře saturuje
9.	Obohacujete tuto dietu o nějaká přídavky?	- Nutrisonem Powder
10.	Jak získáváte zpětnou vazbu o spokojenosti klientů s kašovitou dietou?	- prázdné talíře
11.	Jak byste řešila stížnosti od kolegů z pečovatelského úseku na kašovitou dietu?	- vše se řeší přes nutričního terapeuta
12.	Jak hodnotíte komunikaci s nutričním terapeutem?	- dobře
13.	Jaké změny (bez ohledu na finance), byste uvítala v rámci přípravy této diety?	- žádné

(Zdroj: Vlastní výzkum)

4.1.2 Zařízení B

Tab. 7: Výsledky rozhovoru – pečovatelský úsek

1.	Jaké důvody vedou k podávání kašovité diety Vašim klientům?	- přání rodiny - dysfagie
2.	Jak hodnotíte estetický vzhled přijaté stravy (kašovité diety) z kuchyně?	- průměrně - záleží co je k jídlu - vícebarevná vypadá lépe
3.	Jste spokojeni s konzistencí kašovité diety?	- většinou ano - občas hustá
4.	Jak se Vám tato dieta podává?	- pokud není hustá, tak dobře
5.	Jak řešíte případné nesoulady s kuchyní při přípravě a podávání této diety?	- domluvou
6.	Myslíte si, že jsou klienti spokojeni s podávanou dietou?	- dementní klienti nevnímají kašovitou dietu
7.	Jaké způsoby ověření spokojenosti s kašovitou dietou používáte?	- co zbyde na talíři
8.	Myslíte si, že je kašovitá dieta z nutričního hlediska dostačující pro Vaše klienty?	- ano, protože se připravuje z diety číslo 3
9.	Jak řešíte situaci, když je pro klienty kašovitá dieta nedostačující?	- podáváme přesnídávky, svačiny
10.	Mají u Vás klienti s touto dietou nějaké přídavky například ve formě sippingu?	- ano
11.	Jaká rizika s ohledem na kašovitou dietu má tento typ stravování pro Vaše klienty?	- žádná
12.	Mají u Vás klienti s touto dietou podváhu? Pokud ano, čím si myslíte, že to je?	- ne
13.	Kdo je ve Vašem zařízení klíčovou osobou pro řešení problémů spojených se stravováním?	- ředitel
14.	Dochází k Vám na pracoviště nutriční terapeut řešit problémy s výživou klientů?	- ne
15.	Jaké problémy nejčastěji řešíte s ředitelem?	- žádné, domluva mezi kuchyní a personálem
16.	Jakým způsobem sledujete případné doplňky ve stravě podávané rodinou?	- komunikace s rodinou, domluva
17.	Uvítali byste nějakou změnu v souvislosti s kašovitou dietou?	- ne

(Zdroj: Vlastní výzkum)

Tab. 8: Výsledky rozhovoru – stravovací úsek

1.	Kterým klientům podáváte kašovitou dietu?	- dysfagikům - těm co chybí zubní protéza
2.	Kdo Vám sestavuje jídelníčky pro klienty?	- ředitel
3.	Jaká technologie je ve Vašem provozu typická pro přípravu kašovité diety?	- vaření v páře - vaření ve vývaru - mixování
4.	Jaké suroviny používáte pro dosažení požadované konzistence?	- vývar na slané pokrmy - mléko na sladké pokrmy
5.	Jak a v kterých aspektech je pro Vás příprava kašovité diety náročnější než příprava základní diety (dieta č.3)?	- delší příprava
6.	Jaké specifické problémy vnímáte s přípravou kašovité diety?	- servírování
7.	Jaké máte požadavky na estetický vzhled servírované diety?	- oddělovat jídla
8.	Jak podle Vás kašovitá dieta saturuje nároky na výživu klienta?	- dobře, mají toho více než ostatní
9.	Obohacujete tuto dietu o nějaké přídavky?	- ne
10.	Jak získáváte zpětnou vazbu o spokojenosti klientů s kašovitou dietou?	- prázdné talíře
11.	Jak byste řešila stížnosti od kolegů z pečovatelského úseku na kašovitou dietu?	- domluvou
12.	Jak hodnotíte komunikaci s nutričním terapeutem?	- není nutriční terapeut
13.	Jaké změny (bez ohledu na finance), byste uvítala v rámci přípravy této diety?	- osoba navíc pro přípravu kašovité diety

(Zdroj: Vlastní výzkum)

Tab. 9: Analýza výsledků obou zařízení (A+B) – pečovatelské úseky

		Shodné výsledky A+B	**Rozdílné výsledky**
1.	Jaké důvody vedou k podávání kašovité diety Vašim klientům?	- dysfagie	**A**-zhoršení zdravotního stavu, absence protézy **B**-přání rodiny
2.	Jak hodnotíte estetický vzhled přijaté stravy (kašovité diety) z kuchyně?		**A**-vzhledná, dělené talíře, přílohy jsou zvlášť **B**-průměrně, záleží, co je k jídlu, vícebarevná vypadá lépe
3.	Jste spokojeni s konzistencí kašovité diety?	- některá jídla hustá - většinou ano	
4.	Jak se Vám tato dieta podává?		**A**-špatně, klienti netolerují dělené talíře **B**-dobře pokud není hustá
5.	Jak řešíte případné nesoulady s kuchyní při přípravě a podávání této diety?		**A**-nejsou nesoulady **B**-domluvou
6.	Myslíte si, že jsou klienti spokojeni s podávanou stravou?	- klienti nevnímají kašovitou dietu	**A**-dysfagici si stěžují, že mají furt jen kaše
7.	Jaké způsoby ověření spokojenosti s kašovitou dietou používáte?	- co zbyde na talíři	**A**-mimika klientů, plivání jídla
8.	Myslíte si, že je kašovitá dieta z nutričního hlediska dostačující pro Vaše klienty?	- ano	
9.	Jak řešíte situaci, když je pro klienty kašovitá dieta nedostačující?		**A**-domluva mezi rodinou a nutričním terapeutem **B**-podávají přesnídávky, svačiny
10.	Mají u Vás klienti s touto dietou nějaké přídavky například ve formě sippingu?	- ano	
11.	Jaká rizika s ohledem na kašovitou dietu má tento typ stravování pro Vaše klienty?		**A**-aspirace u disfagiků **B**-žádná
12.	Mají u Vás klienti s touto dietou podváhu? Pokud ano, čím si myslíte, že to je?	- ne	**A**-pokud ano, přijdou takto z nemocnice
13.	Kdo je ve Vašem zařízení klíčovou osobou pro řešení problémů spojených se stravováním?		**A**-veškerý personál, který přijde do kontaktu s klientem **B**-ředitel
14.	Dochází k Vám na pracoviště nutriční terapeut řešit problémy s výživou klientů?		**A**-ano **B**-ne
15.	Jaké problémy nejčastěji řešíte s nutričním terapeutem?		**A**-malnutrici **B**-nic
16.	Jakým způsobem sledujete případné doplňky ve stravě podávané rodinou?	- domluva s rodinou	
17.	Uvítali byste nějakou změnu v souvislosti s kašovitou dietou?		**A**-nedělit talíře **B**-ne

(Zdroj: Vlastní výzkum)

Tab. 10: Analýza výsledků obou zařízení (A+B) – stravovací úseky

		Shodné výsledky A+B	**Rozdílné výsledky A+B**
1.	Kterým klientům podáváte kašovitou dietu?		**A**-ti co nemohou sníst mletou nebo klasickou dietu, ležící, krmící **B**-dysfagikům, klientům, kterým chybí zubní protéza
2.	Kdo Vám sestavuje jídelníčky pro klienty?		**A**-nutriční terapeut **B**-ředitel
3.	Jaká technologie je ve Vašem provozu typická pro přípravu kašovité diety?	- mixování diety	**A**-uvařit **B**-vaření v páře, vaření ve vývaru
4.	Jaké suroviny používáte pro dosažení požadované konzistence?		**A**-brambory, Nutrison Powder **B**-vývar na slané pokrmy, mléko na sladké pokrmy
5.	Jak a v kterých aspektech je pro Vás příprava kašovité diety náročnější než příprava základní diety (dieta č.3)?	- delší příprava	
6.	Jaké specifické problémy vnímáte s přípravou kašovité diety?		**A**-žádné **B**-servírování
7.	Jaké máte požadavky na estetický vzhled servírované diety?		**A**-dělené talíře **B**-oddělovat jídla
8.	Jak podle Vás kašovitá dieta saturuje nároky na výživu klienta?	- dobře saturuje	
9.	Obohacujete tuto dietu o nějaké přídavky?		**A**-Nutrisonem Powder **B**-ne
10.	Jak získáváte zpětnou vazbu o spokojenosti klientů s kašovitou dietou?	- prázdné talíře	
11.	Jak byste řešila stížnosti od kolegů z pečovatelského úseku na kašovitou dietu?		**A**-přes nutričního terapeuta **B**-domluvou
12.	Jak hodnotíte komunikaci s nutričním terapeutem?		**A**-dobře **B**-není nutriční terapeut
13.	Jaké změny (bez ohledu na finance), byste uvítala v rámci přípravy této diety?		**A**-žádné **B**-osoba navíc pro přípravu kašovité diety

(Zdroj: Vlastní výzkum)

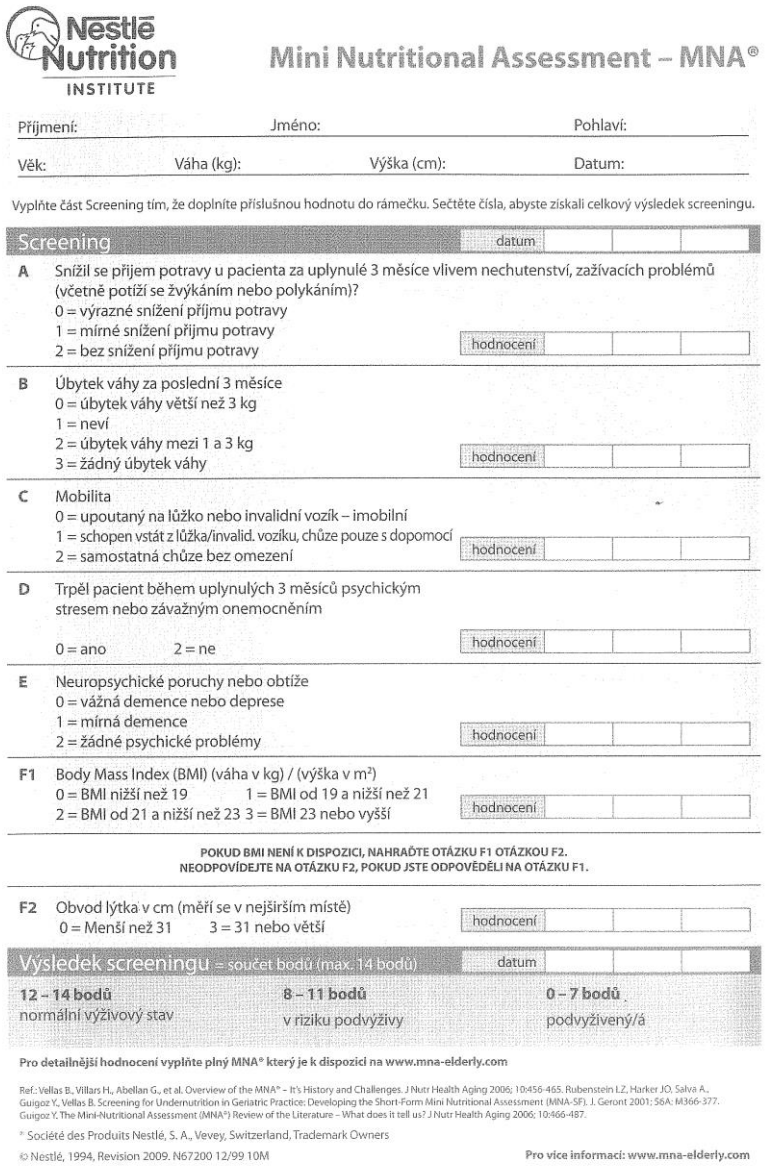
4.2 Vyhodnocení jídelníčků

Týdenní jídelníček jsem sledovala u šesti klientů, kteří mají indikovanou kašovitou dietu, z nichž tři jsou ze zařízení A, další tři ze zařízení B a u každého jsem provedla nutriční screening pomocí MNA ke zhodnocení nutričního stavu. Jídelníčky jsem následně zpracovala v programu „Nutriservis Profesional“. Všechna zadaná jídla jsou v kašovité formě a jejich vypočtené nutriční hodnoty jsou pouze orientační. Nutriční hodnoty, které jsem hodnotila, zahrnovaly energii v kilojoulech a kilokaloriích, bílkoviny, tuky, sacharidy a vlákninu za den. Získané hodnoty jsem porovnala s výživovými doporučeními pro osoby starší 65 let uvedené v literatuře Referenční hodnoty pro příjem živin, 2011. Následně jsem musela přepočítat hodnoty a vypracovat tabulku z této literatury, podle které hodnotím příjem energie a živin. Získané hodnoty byly propočteny programem „Nutriservis Profesional“. Energetický příjem je uveden ve vyšším rozmezí pro muže a v nižším pro ženy. Provedené výpočty byly zaokrouhleny a mohlo dojít k odchylkám v přesnosti výsledků.

U jednotlivých týdenních jídelníčků byl spočítán medián, který je při jejich hodnocení objektivnější než průměr. Medián je hodnota, která dělí soubor hodnot na dvě poloviny, kdy polovina hodnot souboru je stejná nebo menší, než je medián, a polovina je větší (Havrlant, © 2014).

Obrázek 1: Mini Nutritional Assessment

(upraveno dle Nestle Nutrition Institute, © 2009)



Nestlé Nutrition INSTITUTE

Mini Nutritional Assessment – MNA®

Příjmení: Jméno: Pohlaví:

Věk: Váha (kg): Výška (cm): Datum:

Vyplňte část Screening tím, že doplníte příslušnou hodnotu do rámečku. Sečtěte čísla, abyste získali celkový výsledek screeningu.

Screening datum

A Snížil se příjem potravy u pacienta za uplynulé 3 měsíce vlivem nechutenství, zažívacích problémů (včetně potíží se žvýkáním nebo polykáním)?
0 = výrazné snížení příjmu potravy
1 = mírné snížení příjmu potravy
2 = bez snížení příjmu potravy
hodnocení

B Úbytek váhy za poslední 3 měsíce
0 = úbytek váhy větší než 3 kg
1 = neví
2 = úbytek váhy mezi 1 a 3 kg
3 = žádný úbytek váhy
hodnocení

C Mobilita
0 = upoutaný na lůžko nebo invalidní vozík – imobilní
1 = schopen vstát z lůžka/invalid. vozíku, chůze pouze s dopomocí
2 = samostatná chůze bez omezení
hodnocení

D Trpěl pacient během uplynulých 3 měsíců psychickým stresem nebo závažným onemocněním
0 = ano 2 = ne
hodnocení

E Neuropsychické poruchy nebo obtíže
0 = vážná demence nebo deprese
1 = mírná demence
2 = žádné psychické problémy
hodnocení

F1 Body Mass Index (BMI) (váha v kg) / (výška v m²)
0 = BMI nižší než 19 1 = BMI od 19 a nižší než 21
2 = BMI od 21 a nižší než 23 3 = BMI 23 nebo vyšší
hodnocení

POKUD BMI NENÍ K DISPOZICI, NAHRAĎTE OTÁZKU F1 OTÁZKOU F2.
NEODPOVÍDEJTE NA OTÁZKU F2, POKUD JSTE ODPOVĚDĚLI NA OTÁZKU F1.

F2 Obvod lýtka v cm (měří se v nejširším místě)
0 = Menší než 31 3 = 31 nebo větší
hodnocení

Výsledek screeningu = součet bodů (max. 14 bodů) datum

12 – 14 bodů	8 – 11 bodů	0 – 7 bodů
normální výživový stav	v riziku podvýživy	podvyživený/á

Pro detailnější hodnocení vyplňte plný MNA® který je k dispozici na www.mna-elderly.com

Ref.: Vellas B., Villars H., Abellan G., et al. Overview of the MNA® – It's History and Challenges. J Nutr Health Aging 2006; 10:456-465. Rubenstein L.Z, Harker J.O, Salva A., Guigoz Y., Vellas B. Screening for Undernutrition in Geriatric Practice: Developing the Short-Form Mini Nutritional Assessment (MNA-SF). J. Geront 2001; 56A: M366-377. Guigoz Y. The Mini-Nutritional Assessment (MNA®) Review of the Literature – What does it tell us? J Nutr Health Aging 2006; 10:466-487.

® Société des Produits Nestlé, S. A., Vevey, Switzerland, Trademark Owners
© Nestlé, 1994, Revision 2009. N67200 12/99 10M

Pro více informací: www.mna-elderly.com

(Zdroj: Nestle Nutrition Institute, © 2009)

Tab. 11: Referenční hodnoty pro příjem živin u populace starší 65 let

(upraveno dle Referenční hodnoty pro příjem živin, 2011)

Energie (kJ)	Energie (kcal)	Bílkoviny (g)	Tuky (g)	Sacharidy (g)	Vláknina (g)
7536-9630	1800-2301	67-113	61-78	222-340	30↑

(Zdroj: Referenční hodnoty pro příjem živin, 2011)

4.2.1 Zařízení A

Klient 1

Osobní údaje: Muž, 86 let, váha 86 kg, výška 173 cm, BMI 22,7, vážná demence, mobilní klient, dle MNA 11 bodů – v riziku podvýživy.

Doplňující údaje: Rodina klienta donáší cca 1x týdně ovoce, jako je hroznové víno či banány a občas řízky, které klient sní celé i přesto, že má problém pokousat celou stravu. Klient nemá ordinovaný sipping.

Tab. 12: Medián týdenního jídelníčku

Energie (kJ)	Energie (kcal)	Bílkoviny (g)	Tuky (g)	Sacharidy (g)	Vláknina (g)
8288,1	1978,3	93,1	58,14	263,1	6,5

(Zdroj: Vlastní výzkum)

Zhodnocení: Energetický příjem, příjem bílkovin a sacharidů je dostačující. Příjem tuků je mírně snížený a vláknina je deficitní.

Klient 2

Osobní údaje: Žena, 91 let, váha 78 kg, výška 164 cm, BMI 28,9, vážná demence a dysfagie, imobilní klientka, dle MNA 10 bodů – v riziku podvýživy.

Doplňující údaje: Rodina klientky donáší cca 2x týdně chlebíčky, brambůrky nebo čokoládu. Klientka nemá problém takovou stravu přijímat a nemá ordinovaný žádný sipping.

Tab. 13: Medián týdenního jídelníčku

Energie (kJ)	Energie (kcal)	Bílkoviny (g)	Tuky (g)	Sacharidy (g)	Vláknina (g)
10166,2	2426	101,9	81,67	315,04	7,35

(Zdroj: Vlastní výzkum)

Zhodnocení: Energetický příjem je zvýšený, příjem bílkovin a sacharidů je v normě. Tuky jsou mírně zvýšené a vláknina je nedostačující.

Klient 3

Osobní údaje: Žena, 84 let, váha 63 kg, výška 165 cm, BMI 23,2, vážná demence, mobilní klientka, dle MNA 12 bodů – normální výživový stav.

Doplňující údaje: Rodina klientku nenavštěvuje a nemá ordinovaný žádný sipping.

Tab. 14: Medián týdenního jídelníčku

Energie (kJ)	Energie (kcal)	Bílkoviny (g)	Tuky (g)	Sacharidy (g)	Vláknina (g)
9374,2	2193,05	101,9	79,93	300,74	7,15

(Zdroj: Vlastní výzkum)

Zhodnocení: Energetický příjem, příjem bílkovin, sacharidů a tuků je vyhovující. Příjem vlákniny je deficitní.

4.2.2 Zařízení B

Klient 1

Osobní údaje: Muž, 92 let, váha 60 kg, výška 182 cm, BMI 18,1, vážná demence a nefunkční zubní protéza, imobilní klient, dle MNA 7 bodů – podvyživený.

Doplňující údaje: Klienta rodina nenavštěvuje a 1x denně má ordinovaný Nutridrink Compact.

Tab. 15: Medián týdenního jídelníčku

Energie (kJ)	Energie (kcal)	Bílkoviny (g)	Tuky (g)	Sacharidy (g)	Vláknina (g)
7827,2	1801,3	74,55	72,59	208,63	6,37

(Zdroj: Vlastní výzkum)

Zhodnocení: Energetický příjem je nižší ale v zásadě dostačující, příjem bílkovin a tuků je v normě. Sacharidy mírně snížené a příjem vlákniny je opět deficitní.

Klient 2

Osobní údaje: Žena, 90 let, váha 45 kg, výška 155 cm, BMI 18,75, vážná demence, nefunkční zubní protéza, imobilní klientka, dle MNA 8 bodů – v riziku podvýživy.

Doplňující údaje: Rodina navštěvuje klientku cca 1x týdně a donáší čokoládu a občas vaječný likér, který klientce chutná. Klientka má 1x týdně ordinovaný Nutridrink Compact.

Tab. 16: Medián týdenního jídelníčku

Energie (kJ)	Energie (kcal)	Bílkoviny (g)	Tuky (g)	Sacharidy (g)	Vláknina (g)
8520,45	1966,5	77,02	77,94	240,87	8,66

(Zdroj: Vlastní výzkum)

Zhodnocení: Celkový příjem všech živin je v normě, až na vlákninu, která je velmi nedostačující.

Klient 3

Osobní údaje: Žena, 87 let, váha 47 kg, výška 160 cm, BMI 18,36, mírná demence, imobilní klientka, dle MNA 7 bodů – podvyživená.

Doplňující údaje: Klientku rodina nenavštěvuje a zatím nemá ordinovaný žádný sipping. Zvažuje se jeho indikace.

Tab. 17: Medián týdenního jídelníčku

Energie (kJ)	Energie (kcal)	Bílkoviny (g)	Tuky (g)	Sacharidy (g)	Vláknina (g)
7861,35	1789,9	80,805	67,085	212,435	7,29

(Zdroj: Vlastní výzkum)

Zhodnocení: Energetický příjem je mírně snížený, ale stále dostačující. Bílkoviny, tuky i sacharidy jsou v normě. Vláknina je opět deficitní.

5 DISKUZE

Cílem mé bakalářské práce bylo popsat problematiku kašovité stravy ve vybraných zařízeních a v případě identifikace problému navrhnout vzorový jídelníček. Ve svém výzkumu jsem se zaměřila na typické zdravotní indikace kašovité diety, jaký je typický způsob přípravy kašovité diety ve vztahu s nutričním screeningem a jak vnímá personál, který je zodpovědný za podávání kašovité diety, problematiku výživy těchto klientů.

Výzkumný soubor tvořily čtyři pracovnice a výzkum byl proveden formou polostrukturovaných rozhovorů. Zařízení jsem rozdělila na A a B a každé ještě na pečovatelský úsek a stravovací úsek. Pro srovnání výsledků jsem vytvořila tabulky (viz. tab. 9 a tab. 10), ve kterých jsem porovnávala shodné a rozdílné znaky v pečovatelských a stravovacích úsecích.

Pečovatelské úseky obou zařízení se shodly, že hlavní důvod k podávání kašovité diety je dysfagie, zařízení A uvedlo ještě zhoršení stavu klientů a absenci zubních protéz, zařízení B podává dietu na přání rodiny.

Otázka č. 2 se zabývala spokojeností s estetickým vzhledem přijaté diety z kuchyně. Zařízení A ji uvedlo jako vzhlednou, zařízení B ji hodnotilo průměrně.

Další otázka se zaměřovala na spokojenost s konzistencí kašovité diety a obě zařízení se shodla, že většinou spokojeni jsou, ale občas jsou některá jídla hustá.

V zařízení A se kašovitá dieta podává pečovatelkám špatně, kvůli děleným talířům, protože je klienti netolerují a uvítaly by jejich zrušení, zatímco v zařízení B se dieta podává dobře, pokud není hustá.

Otázka č. 5 se zaměřovala na řešení problémů s kuchyní při přípravě a podávání kašovité diety. V zařízení A žádné nesoulady nemají a v zařízení B je řeší domluvou.

V otázce, zdali jsou klienti spokojeni s kašovitou dietou, se oba úseky shodly na tom, že klienti kašovitou dietu nevnímají. Zařízení A uvedlo, že pokud je u nich dysfagický klient, často si stěžuje na to, že má stále jen kaše.

Otázka č. 7 se zaměřovala na způsoby ověření spokojenosti klientů s kašovitou dietou. Obě zařízení se shodla, že dobrý způsob ověření spokojenosti jsou prázdné talíře po jídle a zařízení A ještě uvedlo jako ověření mimiku klienta při jídle, či plivání stravy.

Oba úseky se shodly, že je kašovitá dieta z nutričního hlediska pro jejich klienty dostačující.

Pokud je kašovitá dieta pro klienty nedostačující, v zařízení A se domluví s rodinou či nutričním terapeutem, v zařízení B podávají přesnídávky a svačiny.

V obou zařízeních mají klienti s kašovitou dietou přídavky ve formě sippingu. Sipping přináší možnost výživy nemocným, u kterých se nedaří udržet tělesnou hmotnost i přes dietní upravení (Tomíška, 2008).

Zařízení A vnímá jako velké riziko v souvislosti s kašovitou dietou možnost aspirace u dysfagiků, zatím co zařízení B se domnívá, že rizika nejsou.

Na otázku, zda mají klienti s kašovitou dietou podváhu, obě zařízení odpověděla jednoznačně ne. Zařízení A dodalo, že pokud u nich takový klient je, bývá to po delší hospitalizaci v nemocnici.

Klíčovou osobou, která řeší problémy spojené se stravováním, je v zařízení A veškerý personál, který přijde do kontaktu s klientem a v zařízení B je to ředitel.

Na otázku, zda dochází na pracoviště nutriční terapeut zařízení A odpovědělo ano, zařízení B ne.

Nejčastější problém, který je řešen s nutričním terapeutem, je v zařízení A malnutrice.

Otázka č 16. se zaměřovala na způsob sledování doplňků ve stravě podávané rodinou. Obě zařízení se shodla na tom, že se vždy domluví s rodinou, co a jaké množství klientovi přesně podala.

Otázka č. 17 se zabývala změnami v souvislosti s kašovitou dietou. V zařízení A by preferovali zrušení dělených talířů a zařízení B by neměnilo nic.

Stravovací úseky na otázku, kterým klientům podávají kašovitou dietu, odpověděly rozdílně. Zařízení A podává kašovitou dietu klientům, kteří nemohou sníst mletou nebo klasickou dietu nebo ležícím a krmícím klientům. Zařízení B podává dietu dysfagikům a klientům s chybějící zubní protézou.

Otázka č. 2 se zabývala tím, kdo sestavuje jídelníčky pro klienty. V zařízení A je to nutriční terapeut, v zařízení B ředitel.

Další otázka se zaměřovala na typickou technologii pro kašovitou dietu. V obou zařízeních dietu vaří a mixují. Zařízení B upřesnilo, že vaří v páře nebo ve vývaru.

Otázka č. 4 zjišťuje jaké suroviny zařízení používají k dosažení požadované konzistence. Zařízení A používá brambory a Nutrison Powder, zařízení B používá na slané pokrmy vývar a na sladké mléko. Tomíška (2008) uvádí, že Nutrison Powder je práškový přípravek s kompletním složením všech živin, bez příchutě a je vhodný, pokud klienti netolerují tekutou stravu.

Na otázku jak a v kterých aspektech je příprava kašovité diety náročnější, než příprava základní diety (diety č. 3), obě zařízení odpověděla, že je časově náročnější.

Otázka č. 6 se zabývala specifickými problémy s přípravou kašovité diety. V zařízení A nevnímají žádné problémy, zařízení B vidí problém v servírování diety.

Požadavky na estetický vzhled servírované diety mají pracoviště podobná. Zařízení A používá dělené talíře, zařízení B dělené talíře nemá, ale odděluje dietu na klasickém talíři.

Otázka č. 8 se zabývala tím, zda kašovitá dieta dostatečně saturuje nároky na výživu klientů, načež se obě zařízení shodla, že ano.

U otázky, zda obohacují tuto dietu o nějaké přídavky zařízení A uvedlo Nutrison Powder, zařízení B dietu neobohacuje.

Otázka č. 10 se zaměřovala na zpětnou vazbu, jak jsou klienti spokojeni s kašovitou dietou. V obou zařízeních sledovaly množství snězené stravy z talířů.

Otázka č. 11 se zabývala řešením stížností od kolegů z pečovatelského úseku na kašovitou dietu. Zařízení A řeší stížnosti přes nutričního terapeuta a v zařízení B domluvou mezi pečovatelkami a kuchyní.

Na otázku, jak hodnotí komunikaci s nutričním terapeutem odpovědělo zařízení A dobře, zařízení B nutričního terapeuta nemá.

Otázka č. 13 se zajímala o změny (bez ohledu na finance), které by zařízení uvítala v rámci přípravy kašovité diety. Zařízení A by nic neměnilo, zatím co zařízení B by uvítalo další osobu navíc pro přípravu kašovité diety.

Další částí bakalářské práce bylo vyhodnocení týdenních jídelníčků jednotlivých klientů. U každého klienta jsem provedla vyhodnocení nutričního stavu pomocí screeningu MNA. Někteří klienti vychází bodově v riziku podvýživy, či podvyživení, i když nejsou. To je způsobeno tím, že jsou imobilní a trpí vážnou demencí. Jakmile jsou tyto dva body pozitivní, automaticky je celkový součet bodů nižší.

Klient 1 ze zařízení A vyšel dle MNA v riziku podvýživy, což je způsobeno právě vážnou demencí. Rodina klienta občas donáší potraviny, které má klient rád, například řízky. I přesto, že má klient problém pokousat celou stravu, řízky mu problém nedělají. Energetický příjem klienta je vyhovující, tuky jsou mírně snížené ale dostačující, avšak vláknina je velmi deficitní. Klientovi bych doporučila navýšit přísun vlákniny konzumací ovoce, zeleniny, celozrnných obilovin, luštěnin atd. Vláknina nepředstavuje žádný energetický zisk, přesto je velmi významná (Mourek et al., 2013). Dle Stránského a Ryšavé (2010) by příjem vlákniny u seniorů neměl klesnout pod 30 g na den, jelikož

vláknina hraje roli v prevenci onemocnění, jejichž výskyt je ve stáří vyšší, jako je diabetes II. typu, dyslipidemie, obstipace a další.

Další klientka ze zařízení A je dle MNA také v riziku podvýživy, což je opět způsobeno vážnou demencí, a navíc ještě imobilitou. Rodina klientky donáší dvakrát týdně různé pochutiny, jako je čokoláda nebo chlebíčky. Energeticky klientka vychází v normě až na tuky, což je způsobeno tím, že v jeden den se klientka přejí pochutinami od rodiny a další den odmítá jídlo připravené v zařízení. Dochází tak k velkým výkyvům přísunu tuků v různých dnech. Vláknina je u klientky opět velmi deficitní a bylo by vhodné zařadit potraviny obsahující větší množství vlákniny. Je dobré mít na paměti, že účinek jednotlivých druhů vláknin je rozdílný, protože vláknina rozpustná ve vodě ovlivňuje krevní tuky a nerozpustná vláknina ovlivňuje střevní peristaltiku (Stránský, 2015).

Poslední klientka ze zařízení A je dle MNA v normálním výživovém stavu i přesto, že také trpí vážnou demencí. Energeticky jsou všechny hodnoty v normě až na vlákninu, která je nedostačující.

Klient 1 je ze zařízení B a vyšel dle MNA jako podvyživený. Jeho energetický přísun byl snížený, ale v zásadě dostačující. Mírně snížené byly sacharidy a velmi snížená byla vláknina. Klient má ordinovaný sipping Nutridrink Compact, díky němuž dle mého názoru vychází energeticky dobře. V tomto případě klienta rodina vůbec nenavštěvuje, což podle mě zásadně ovlivňuje jeho příjem. Je prokázáno, že čím je délka pobytu seniora v zařízení delší, klesá tím návštěvnost rodin (Zemanová, 2007).

Klientka 2 je dle MNA v riziku podvýživy, přestože její energetický příjem byl ve vyhovujících hodnotách, ale vláknina byla nedostatečná. I v tomto případě je ordinován sipping Nutridrink Compact. Klientku ovšem navštěvuje rodina a nosí jí jídlo, které má ráda, takže je pozitivnější a ráda se nají sama od sebe.

Poslední klientka je dle MNA podvyživená. Její energetický příjem byl mírně snížený, ale v zásadě dostačující. Bílkoviny, tuky i sacharidy byly v normálních hodnotách, ale vláknina byla opět deficitní. Klientku rodina nenavštěvuje a naordinování sippingu je v jednání.

V zařízení B vidím problém v tom, že klientům nejsou poskytovány svačiny, takže stravu dostávají jen 3x denně. Právě u seniorů je důležité dbát na rozložení jídla během dne, vzhledem k tomu, že malé porce a častěji podávané zatěžují méně zažívací orgány a látkovou výměnu (Stránský, Ryšavá, 2014). Dále zde není nutriční specialista, který by mohl řešit individuální výživové problémy klientů.

Z výzkumu vyplývá, že hlavní typická indikace kašovité diety je dysfagie. Další indikace je u klientů, kteří nemohou sníst mletou dietu, nebo jim chybí zubní protéza. Osobně si myslím, že zajistit klientovi zubní protézu není až takový problém, ale jde o to, že rodina se o svého rodiče nezajímá a klient si o ní sám není schopen požádat. Dle mého názoru by bylo dobré zlepšit komunikaci mezi personálem a rodinou.

Na otázku, jaký je typický způsob přípravy kašovité diety ve vztahu s nutričním screeningem zařízení odpověděla, že příprava kašovité diety vždy zahrnuje rozmixování, rozvaření a naředění jídla buďto Nutrisonem Powder nebo vývarem či mlékem. Obě zařízení se shodla, že některým klientům rodina nosí jídlo a mají o množství zkonzumované stravy informace. Personál se shodl, že je dieta pro jejich klienty dostačující, ovšem z výzkumu vyplývá, že pro některé klienty není. Důvodem může být i to, že ač je dieta propočítaná, klient celé jídlo neují, nebo dostane něco jiného a tím klesá energetický příjem. Dle mého názoru by bylo vhodné v takových případech ordinovat sipping, ale bohužel je málo doktorů v České Republice, kteří mají toto oprávnění. Dalším řešením by byla intervence nutričního specialisty u rizikových klientů.

Personál v obou zařízeních se shodl, že klienti, kteří mají kašovitou dietu, tuto dietu jako jídlo zřejmě nevnímají. Obecně jsem nabyla dojmu, že se personál domnívá, že vnímání chuti a struktury jídla je u klientů natolik omezené, že vlastní vzhled a konzistence jsou podružné faktory. Klíčovým faktorem je dle personálu zajištění živin a energie. Domnívám se, že toto tvrzení není tak úplně pravdivé. Někteří klienti sice mají vážnou demenci, ale občas mají tzv. „světlé chvilky“, kdy si uvědomují, co vlastně jí a sami mi řekli, že tuto kaši jíst nebudou. Z mého pohledu by byl vhodnější podrobnější nutriční screening a diskuze v rámci multidisciplinárního týmu, kde by se u každého klienta mohla situace ohledně konzistence a způsobu podávání stravy řešit individuálně.

Získané výsledky z výzkumu by mohly posloužit jako informační materiál, který by mohl posloužit k lepšímu získání povědomí o problematice výživy klientů na kašovité dietě. Další možností je podklad pro přednášku na téma kašovitá dieta.

6 ZÁVĚR

Tato bakalářská práce se zabývala problematikou kašovité stravy podávané v domovech pro seniory. Na základě výzkumu jsem zjišťovala, jak je personál, který dietu připravuje a podává, spokojený a zda dieta dostatečně saturuje nároky na výživu u klientů, kteří mají tuto dietu ordinovanou.

V teoretické části jsem se zabývala sociálními službami, stářím a změnami, které jsou s ním spjaté, jako jsou fyziologické a biochemické změny a faktory, které ovlivňují využití a přísun živin. Další kapitoly pojednávají o výživě seniorů, kritických živinách ve stáří, poruchách výživy a o kašovité dietě. Při studiu zdrojů k problematice kašovité stravy a diety č.1 jsem zjistila, že ucelených a komplexních informací a zdrojů je velmi málo. Sestavením informací v teoretické části jsem se pokusila vytvořit stručný a odborně podložený materiál, který tuto problematiku představí.

Praktická část je rozdělena do dvou částí. V první části jsem využila techniku polostrukturovaných rozhovorů, které byly provedeny se čtyřmi pracovnicemi jednotlivých zařízení. Dvě pracovnice byly z pečovatelského úseku a dvě ze stravovacího úseku. Pro odlišení a anonymitu těchto zařízení jsem použila označení A, B. Během mého dotazování jsem se setkala s otevřeností a sdílností jak u pečovatelského, tak i u stravovacího úseku. Druhá část byla doplňující a zahrnovala celkem šest jídelníčků klientů, kteří mají indikovanou kašovitou dietu. Tři klienti byli ze zařízení A, a tři ze zařízení B. Pro zhodnocení stavu výživy klientů jsem aplikovala nutriční screening MNA. Jednotlivé jídelníčky byly propočítány programem „Nutriservis Profesional“ a výsledné hodnoty živin byly porovnány s výživovými doporučeními pro populaci starší 65 let z literatury Referenční hodnoty pro příjem živin, 2011.

Mým úmyslem nebylo poukazovat na chyby v jednotlivých zařízeních, ale najít klíčové problémy, které brání ke zlepšení zpracovávání a podávání této diety a také ke zlepšení nutričního stavu klientů.

Cílem mé práce bylo popsat problematiku kašovité stravy ve vybraných zařízeních a dílčím cílem bylo v případě identifikace problému navrhnout vzorový jídelníček. Obě zařízení jsou s problematikou výživy těchto klientů částečně obeznámeny a vesměs by na této dietě nic neměnily. Otázkou je, jak tuto dietu vnímají klienti, ale vzhledem k jejich psychickému stavu nebyla možnost se jich dotazovat.

Jako další a podstatný problém vnímám, že každé zařízení má jiné finanční prostředky a množství zaměstnanců, což výrazně ovlivňuje kvalitu kašovité diety i nutriční stav klientů. Tento fakt je argumentem pro řešení problémů se stravováním klientů v multidisciplinárním týmu, kde lze hledat řešení z různých pohledů a eliminovat vliv faktorů, jako jsou právě omezené finance. Dalším problémem je nezájem rodiny o klienta a bylo by dobré, aby se personál snažil více komunikovat s rodinou, pokud to bude možné. Dále by bylo vhodné zajistit zvýšení kvalifikace personálu formou seminářů zaměřujících se na problematiku výživy klientů s kašovitou dietou.

Byla bych velmi ráda, kdyby tato práce pomohla k nastínění základních problémů spojených s kašovitou dietou a k jejich řešení. Bakalářská práce může posloužit jako výukový podklad pro studenty a odborníky, kteří mají ve své náplni práce péči o klienty, kterým je indikována dieta č. 1.

7 SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

1. BNF. © 2016. Dehydration in the elderly. [online]. [cit. 2017-2-27]. Dostupné z: https://www.nutrition.org.uk/nutritionscience/life/dehydrationelderly.html.

2. BRENNEROVÁ, L., 2010. *Formy poskytování sociálních služeb v Týništi nad Orlicí.* Pardubice. Bakalářská práce. FF UPCE.

3. BRETŠNAJDROVÁ, M., 2010. Výživa seniorů, malnutrice a role doplňků stravy, vitaminů. *Zdravotnické noviny, příloha Lékařské listy.* 59(18), 23-27. ISSN 0044-1996.

4. DEMENY, D. et al., 2015. Current practices of dietitians in the assessment and management of malnutrition in elderly patients. *Nutrition & Dietetics.* 72, 254-260, DOI: 10.1111/1747-0080.12201.

5. ELMADFA, I., MEYER, L., A., 2008. Body Composition, Changing Physiological Functions and Nutrient Requirements of the Elderly. *Ann. Nutr. Metab.* 52(suppl.1). 2-5. DOI: 10.1159/000115339.

6. FAES, M., C. et al., 2007. Dehydration in geriatrics. *Geriatrics and Aging.* 10(9), 590-596, ISSN 1488-8408.

7. FRITZ, K., ELMADFA, I., 2008. Quality of Nutrition of Elderly with Different Degrees of Dependency: Elderly Living in Private Homes. *Ann. Nutr. Metab.* 52(suppl.1). 47-50. DOI: 10.1159/000115349.

8. GROFOVÁ, Z., 2007. *Nutriční podpora – praktický rádce pro sestry.* Praha: Grada. 237 s. ISBN 978-80-247-1868-2.

9. GROFOVÁ, Z., 2009. Výživa ve stáří. *Medicína pro praxi.* 6(1), 42-43. DOI: 1214-8687.

10. GROFOVÁ KALA, Z., 2011. *Dieta pro vyšší věk.* Praha: Forsapi. 167 s. ISBN 978-80-87250-11-2.

11. HAVLÍKOVÁ, R., © 2016. *Výživa ve zdraví i nemoci.* [online]. [cit. 2016-11-30]. Dostupné z: http://www.lecvyziva.estranky.cz/clanky/dieta-c_1---kasovita.html. (souhlas autorky získán formou emailu)

12. HAVRLANT, L., © 2014. *Medián.* [online]. [cit. 2017-4-10]. Dostupné z: http://www.matematika.cz/median.

13. HLÚBIK, P., 2007. Obezita ve stáří. *Zdravotnické noviny, příloha Lékařské listy.* 56(13),8-9. ISSN 1214-7664.

14. HLÚBIK, P., FAJFROVÁ, J., 2008. Nedostatek vitaminu D-aktuální situace. *Interní medicína pro praxi*. 10(6), 295-297. DOI: 1212-7299.

15. JURAŠKOVÁ, B. et al., 2007. Poruchy výživy ve stáří. *Medicína pro praxi.* 4(11), 443-446. DOI: 1214-8687.

16. JURAŠKOVÁ, B., HOLMEROVÁ, I., 2010. Pohled na geriatrického pacienta. *Practicus.* 9(2), 8-11. DOI: 1213-8711.

17. JYVÄKORPI, S., K. et al., 2016. High proportions of older people with normal nutritional status have poor protein intake and low diet quality. *Archives of gerontology and geriatrics.* 67, 40-45, http://dx.doi.org/10.1016/j.archger.2016.06.012.

18. KALVACH, Z. et al., 2008. *Geriatrické syndromy a geriatrický pacient.* Praha: Grada. 336 s. ISBN 978-80-247-2490-4.

19. KOHOUT, P., KUŽELA, L., 2011. Malnutrice-definice, komplikace, ekonomické důsledky. In: KOHOUT, P. (eds). *Dokumentace a hodnocení nutričního stavu pacientů.* Praha: Forsapi. s. 9-13. ISBN 978-80-87250-12-9.

20. KOHOUT, P., PAVLÍČKOVÁ, J., 2012. *Zácpa-dieta a doporučená opatření.* Praha: Forsapi. 75 s. ISBN 978-80-87250-17-4.

21. KŘÍŽOVÁ, J., 2016a. Podvýživa. In: ZLATOHLÁVEK, L. et al. *Klinická dietologie a výživa.* Praha: Current media. s. 279-284. ISBN 978-80-88129-03-5.

22. KŘÍŽOVÁ, J., 2016b. Umělá výživa. In: ZLATOHLÁVEK, L. et al. *Klinická dietologie a výživa.* Praha: Current media. s. 285-294. ISBN 978-80-88129-03-5.

23. KVAMME, J., M. et al., 2010. Body mass index and mortality in elderly men and women: the Tromso and HUNT studies. *J Epidemiol Community health.* 66, 611-617, doi:10.1136/jech.2010.123232.

24. MATOUŠEK, O., KOLDINSKÁ, K., 2007. Účel a definice sociálních služeb. In: MATOUŠEK, O. et al. *Sociální služby*. Praha: Portál, s. 9-10. ISBN 978-80-7367-310-9.

25. MOUREK, J. et al., 2013. *Fyziologie, biochemie a metabolismus.* České Budějovice: ZSF JU. 99 s. ISBN 978-80-7394-438-4.

26. MŰLLEROVÁ, D., 2008. Základní složky výživy. In: SVAČINA, Š. et al. *Klinická dietologie.* Praha: Grada, s. 27-45. ISBN 978-80-247-2256-6.

27. NESTLE NUTRITION INSTITUTE, © 2009. *MNA® Forms.* [online]. [cit. 2016-12-20]. Dostupné z: http://www.mna-elderly.com/mna_forms.html.

28. NUTRICIA, 2016. *Péče o seniory*. [online]. Praha: Nutricia a.s. [cit. 2016-12-20]. ISSN 1803-017X. Dostupné z: http://www.vyzivavnemoci.cz/pece-o-seniory/.

29. NUTRISERVIS PROFESIONAL, © 2017. [online]. Rasošky: Forsapi s. r. o. [cit. 2016-12-19]. Dostupné z: https://aplikace.nutriservis.cz/.

30. REICHEL, J., 2009. *Kapitoly metodologie sociálních výzkumů*. Praha: Grada, 192 s. ISBN 978-80-247-3006-6.

31. SPOLEČNOST PRO VÝŽIVU, 2011. *Referenční hodnoty pro příjem živin*. Praha: Výživa servis s. r. o. 192 s. ISBN 978-80-254-6987-3.

32. STRÁNSKÝ, M., 2015. Výživa ve stáří. *Kontakt.* 17(3), 163-170. http://dx.doi.org/10.1016/j.kontakt.2015.08.004.

33. STRÁNSKÝ, M., RYŠAVÁ, L., 2010. *Fyziologie a patofyziologie výživy.* České Budějovice: ZSF JU. 182 s. ISBN 978-80-7394-241-0.

34. STRÁNSKÝ, M., RYŠAVÁ, L., 2014. *Fyziologie a patofyziologie výživy*. 2. vyd. České Budějovice: ZSF JU. 273 s. ISBN 978-80-7394-478-0.

35. STŘÍTECKÁ, H., 2013. *Zdravá strava je důležitá i ve stáří.* [online]. Praha. [cit. 2016-12-7]. Dostupné z: http://www.jimehlavou.cz/cz/ostatni/clanek/224/zdrava-strava-je-dulezita-i-ve-stari.html#.

36. SVAČINA, Š., BRETŠNAJDROVÁ, A., 2008. Dietní léčba obezity. In: SVAČINA, Š. et al. *Klinická dietologie.* Praha: Grada, s. 97-125. ISBN 978-80-247-2256-6.

37. TOMÍŠKA, M., 2008. Nutriční podpora formou sippingu. *Interní medicína pro praxi.* 10(6), 285-290. DOI: 1212-7299.

38. ZADÁK, Z., 2008. *Výživa v intenzivní péči.* 2. rozš, a aktual. vyd. Praha: Grada. 552 s. ISBN 978-80-247-2844-5.

39. ZEMANOVÁ, A., 2007. *Rodina a senior.* České Budějovice. Bakalářská práce. ZSF JU.

40. ZLOCH, Z., 2009. Některé specifické požadavky na výživu ve vyšším věku. *Interní medicína pro praxi.* 11(3), 134-137. DOI: 1212-7299.

8 PŘÍLOHY

Příloha č. 1:

Ukázka vzoru písemného souhlasu s poskytnutím rozhovorů.

INFORMOVANÝ SOUHLAS

Informovaný souhlas týkající se bakalářské práce na téma: *„Problematika kašovité stravy podávané v domovech pro seniory“.*

Žádám Vás o souhlas s poskytováním výzkumného materiálu pro výzkumný projekt ve formě audio nahrávky rozhovoru.

Vzhledem k citlivosti zkoumané problematiky je náležitá pozornost věnována etickým otázkám a zajištění bezpečí informantů. Důraz je kladen na:

(1) Anonymitu informantů – v přepisech rozhovorů budou odstraněny (i potenciálně) identifikující údaje.

(2) Mlčenlivost výzkumnice ve vztahu k osobním údajům o účastnících výzkumu (s tím, že s výzkumným materiálem budu pracovat výhradně já).

(3) Po přepsání rozhovorů dojde k autorizaci textu – budete mít možnost vyjádřit se k uvedeným údajům a upravit je.

(4) Jako informant/informantka máte právo kdykoli odstoupit od výzkumné aktivity.

Děkuji za pozornost věnovanou těmto informacím a žádám Vás tímto o poskytnutí souhlasu s Vaší účastí ve výzkumu.

Olga Konopická Podpis: ……

Podle zákona 101/2000 sbírky o ochraně osobních údajů ve znění pozdějších předpisů uděluji souhlas s účastí v uvedeném výzkumném projektu a s poskytnutím výzkumného materiálu.

V …… dne …… Podpis: ……

Příloha č. 2:

DVD disk obsahuje: rozhovory s respondenty, týdenní jídelníčky klientů a vzor písemného souhlasu s poskytnutím rozhovorů.

9 SEZNAM POUŽITÝCH TABULEK A OBRÁZKU

Tabulky:

Tabulka 1: Optimální přísun tuků (% energetického příjmu)
Tabulka 2: Klinické příznaky z nedostatku tekutin v organismu
Tabulka 3: Přehled vhodných a nevhodných potravin pro kašovitou dietu
Tabulka 4: Denní jídelníček pro kašovitou dietu – všechny potraviny v kašovité formě
Tabulka 5: Výsledky rozhovoru – pečovatelský úsek
Tabulka 6: Výsledky rozhovoru – stravovací úsek
Tabulka 7: Výsledky rozhovoru – pečovatelský úsek
Tabulka 8: Výsledky rozhovoru – stravovací úsek
Tabulka 9: Analýza výsledků obou zařízení (A+B) – pečovatelské úseky
Tabulka 10: Analýza výsledků obou zařízení (A+B) – stravovací úseky
Tabulka 11: Referenční hodnoty pro příjem živin u populace starší 65 let
Tabulka 12: Medián týdenního jídelníčku
Tabulka 13: Medián týdenního jídelníčku
Tabulka 14: Medián týdenního jídelníčku
Tabulka 15: Medián týdenního jídelníčku
Tabulka 16: Medián týdenního jídelníčku
Tabulka 17: Medián týdenního jídelníčku

Obrázky:

Obrázek 1: Mini Nutritional Assessment

Zdroj obrázku

Obrázek 1

http://www.mna-elderly.com/mna_forms.html

10 SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

HDL – Hign Density Lipoproteins

LDL – Low Density Lipoproteins

MNA – Mini Nutritional Assessment

MUFA – mononenasycené mastné kyseliny

PUFA – polynenasycené mastné kyseliny

PUFA ω-3 – polynenasycené mastné kyseliny typu omega 3

PUFA ω-6 – polynenasycené mastné kyseliny typu omega 6

SFA – nasycené mastné kyseliny

VLDL – Very Low Density Lipoproteins