

VYSOKÁ ŠKOLA POLYTECHNICKÁ JIHLAVA

Katedra zdravotnických studií

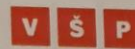
Nutriční podpora seniorů

Bakalářská práce

Autor: Tereza Kaplanová

Vedoucí práce: Mgr. Ludmila Brtníková

Jihlava 2018



Vysoká škola
polytechnická
Jihlava



ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Autor práce:	Tereza Kaplanová
Studijní program:	Ošetrovatelství
Obor:	Všeobecná sestra
Název práce:	Nutriční podpora seniorů
Cíl práce:	Zjistit stav výživy seniorů.

Mgr. Ludmila Brtníková
vedoucí bakalářské práce

PhDr. Vlasta Dvořáková, PhD.
vedoucí katedry
Katedra zdravotnických studií

ANOTACE

V této práci se zaměřuji na problematiku výživy u seniorů. Práce se skládá ze dvou částí – teoretická část, praktická část. V teoretické části popisuji věkové rozdělení seniora, potřebu živin, rozdělení živin, malnutrici, dehydrataci, druhy nutriční podpory a náhrady stravy. Praktická část je zaměřená na výzkum. Tento výzkum tvoří 105 dotazníků rozdaných u praktického lékaře po dobu třech měsíců. Cílem této práce bylo zjistit, zda se seniori stravují zdravě, kolik procent seniorů trpí podvýživou a kolik seniorů používá nutriční přípravky.

Klíčová slova: Senior, výživa, malnutrice, nutriční terapie

ANNOTATION

My thesis is focused on nutrition of seniors and it consists of a theoretical and a practical part. The theoretical part describes a division of senior age groups, their need for nutrition, distribution of nutrients, malnutrition, dehydration, types of nutritional support and food substitution. The practical part focuses on the research. The research was conducted by distribution of 105 questionnaires with help of general practitioners for a time period of three months. The aim of this thesis was to find out whether seniors eat healthy food, how many seniors suffer from malnutrition and how many seniors use nutritional products.

Keywords: Senior, nutrition, malnutrition, nutritional therapy

Poděkování patří především mé vedoucí práce Mgr. Ludmile Brtníkové za pomoc, cenné rady, vstřícnost, trpělivost a především za celkové vedení mé práce. Děkuji také své rodině, manželovi a dětem za čas a podporu. Děkuji kamarádce Luce za pomoc ve chvílích, kdy jsem si nevěděla rady. Veliké poděkování patří dotázaným respondentům, kteří si našli čas k vyplnění dotazníků.

Prohlašuji, že předložená bakalářská práce je původní a zpracoval/a jsem ji samostatně. Prohlašuji, že citace použitých pramenů je úplná, že jsem v práci neporušil/a autorská práva (ve smyslu zákona č. 121/2000 Sb., o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů, v platném znění, dále též „AZ“).

Souhlasím s umístěním bakalářské práce v knihovně VŠPJ a s jejím užitím k výuce nebo k vlastní vnitřní potřebě VŠPJ.

Byl/a jsem seznámen/a s tím, že na mou bakalářskou práci se plně vztahuje AZ, zejména § 60 (školní dílo).

Beru na vědomí, že VŠPJ má právo na uzavření licenční smlouvy o užití mé bakalářské práce a prohlašuji, že **souhlasím** s případným užitím mé bakalářské práce (prodej, zapůjčení apod.).

Jsem si vědom/a toho, že užít své bakalářské práce či poskytnout licenci k jejímu využití mohu jen se souhlasem VŠPJ, která má právo ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, vynaložených vysokou školou na vytvoření díla (až do jejich skutečné výše), z výdělku dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence.

V Jihlavě dne

.....

Podpis

OBSAH

OBSAH.....	6
1 Úvod.....	8
2 Teoretická část	10
2.1 Nutriční stav seniorů	10
2.1.1 Malnutrice	10
2.2 Screeningové nástroje pro hodnocení nutričního stavu seniorů.....	11
2.2.1 Mini Nutritional Assessment (MNA)	12
2.2.2 Subjective Global Assessment (SGA)	12
2.2.3 Nutrition Risk Screening (NRS)	12
2.2.4 Malnutrition Universal Screening Tool (MUST)	13
2.2.5 Nottinghamský screeningový dotazník.....	13
2.3 Kvalitní výživa seniorů	13
2.3.1 Přehled potřebných živin pro život seniora	13
2.4 Hydratace seniorů.....	19
2.4.1 Rozdělení dehydratace	20
2.4.2 Příčiny dehydratace seniorů.....	20
2.4.3 Hodnocení stavu hydratace	21
2.4.4 Ošetrovatelské intervence pro účelné hodnocení stavu hydratace a prevence dehydratace	21
2.5 Řešení nedostatečné výživy seniorů.....	22
2.6 Zajištění enterální a parenterální výživy	23
2.6.1 Enterální výživa	23
2.6.2 Parenterální výživa	25
2.7 Sipping	25

3	Praktická část	28
3.1	Metodika výzkumu.....	28
3.2	Zpracování získaných dat.....	28
3.3	Charakteristika respondentů.....	28
3.4	Průběh výzkumu.....	30
3.5	Vlastní výsledky výzkumu.....	30
3.6	Diskuze.....	49
3.7	Návrh řešení pro praxi.....	51
4	Závěr	53
	Seznam použité literatury	54
	Seznam tabulek	57
	Seznam grafů	57
	Seznam příloh	58

1 Úvod

Počet obyvatel v České republice ve věku nad 60 let je nyní téměř 20 % celé populace. Zdravotní stránka seniorů se dostává čím dál víc do popředí. Proces stárnutí je nevyhnutelný, stárneme již od narození. Správnými životními návyky můžeme celkový proces stárnutí výrazně zpomalit a život si kvalitně prodloužit (Floriánková, 2014).

Kvalita a kvantita stravy je nejdůležitějším faktorem ovlivňující naše celkové zdraví, spolu s pohybovou aktivitou tvoří až 70 %. S přibývajícím věkem se mění potřeby těla, musíme tedy navázat na správné návyky z mládí a posílit vše, co si tělo žádá (Floriánková, 2014).

Podle Světové zdravotnické organizace (WHO) je prodlužování délky života výsledkem zásadního zlepšení péče o zdraví, růstu životní úrovně a je jedním z nejvýznamnějších úspěchů za poslední desetiletí. Přesto je problematika stárnutí populace brána stále negativně jako zátěž spojená se zajištěním důchodů, zdravotní a nutriční péče (Draholová, 2017).

Ve své bakalářské práci se zaměřuji na zdravotní stav seniorů v určitém věkovém rozdělení seniora. Zaměřím se na pojem senior, malnutrici, screeningové vyšetření, potřebu živin, hydrataci, běžnou stravu seniorů, na podávání enterální a parenterální výživy a především na sipping. Praktická část je zaměřená na zjištění kolik procent seniorů trpí malnutricí, zda se senioři stravují zdravě, či používají nutriční přípravky.

Cílem práce je zjistit stav výživy seniorů.

Hypotézy:

- minimálně 20% respondentů trpí malnutricí,
- maximálně 50% respondentů dodržuje zásady zdravé výživy,
- minimálně 30% respondentů zařazuje do jídelníčku přípravky nutriční terapie.

2 Teoretická část

Stáří je nezvratný a univerzální biologický proces. Postihuje různou rychlostí prakticky všechny orgány, které podléhají v různé míře involuci a ztrátě rezervy funkčních schopností. Jde i o komplex útlumu psycho-senzo-motorického potenciálu (Maršálek, 2014).

Senior je starší člověk, který dle kalendářního věku dosáhl 60let. Odchod do starobního důchodu nemusí být jasným znakem, který zařadí člověka mezi seniory, je přesto důležitým znakem v životě člověka. Řecké označení gerón se dnes již sice nepoužívá, ale vychází z něj název vědy o stárnutí – gerontologie.

Seniory můžeme dle věku rozdělit do několika kategorií:

- 60-74 let - rané stáří,
- 75-89 let - pravé stáří,
- 90 a více let - dlouhověkost (Pavel Muhlpachr, 2008).

2.1 Nutriční stav seniorů

Nedostatečná výživa není přirozeným průvodním jevem stárnutí, starší dospělí jsou ale ohroženi podvýživou vzhledem k rizikovým okolnostem: fyziologickým, psychologickým, sociálním, dietním, a environmentálním. Ztráta hmotnosti u starších dospělých je často spojena se ztrátou svalové hmoty a může nakonec ovlivnit celkový funkční stav seniora. Dle Kubešové (2008) dochází k relativnímu vzrůstu podílu tuku v organismu na úkor svalové hmoty. Tento proces začíná po 50. věku, pokračuje až do 80let, kdy začíná chybět až polovina původního počtu svalových vláken. Rozvíjí se stav malnutrice (Pokorná a kolektiv, 2013).

2.1.1 Malnutrice

Malnutrice je stav výživy, kdy deficit, přebytek (nebo nerovnováha) energie, proteinů a ostatních nutričních složek způsobuje měřitelné vedlejší účinky na tkáně nebo formu těla (tvar, velikost, složení), funkce a výsledný klinický stav. K malnutrici dochází, pokud je příjem základních energetických substrátů a bílkovin nižší než jejich potřeba – tzn. buď při sníženém příjmu potravy a neměnicích se potřebách organismu, nebo při normálním

příjmu a zvýšených potřebách. Rizikovým faktorem (až 50 %) jsou lidé starší nad 60 let. U starších pacientů tento stav nejenže zhoršuje průběh samotného onemocnění, ale zhoršuje i kvalitu onemocnění, zvyšuje morbiditu a mortalitu seniorů (Pokorná a kolektiv, 2013), (viz příloha č.1).

Mezi nejčastější **příčiny** malnutrice ve stáří řadíme:

- defekt chrupu,
- postižení slinných žláz (antidepresiva, antihypertenziva a bronchodilatancia mohou přispět k pocitu suchu v ústech),
- onemocnění dutiny ústní, jícnu, gastrointestinálního traktu a jater,
- snížená chuť k jídlu,
- psychické poruchy – deprese, demence,
- omezená hybnost,
- sociální faktory – příjem méně než dvou jídel denně, nedostatečně kvalitní strava, nemožnost zajištění nákupu, apod. (Pokorná a kolektiv, 2013).

Mezi nejčastější **projevy** malnutrice ve stáří řadíme:

- pokles fyzické a mentální kondice,
- pokles imunity,
- špatná hojivost ran,
- respirační komplikace,
- zhoršení základního onemocnění,
- zhoršení odpovědi na farmakologii,
- vyčerpáním,
- rozvrat vnitřního prostředí,
- exit (Pokorná a kolektiv, 2013).

2.2 Screeningové nástroje pro hodnocení nutričního stavu seniorů

Screeningové nástroje jsou jednoduchým a moderním způsobem pro lepší diagnostiku a následnou péči. Provádí ho sestra písemně a co nejpřesněji.

2.2.1 Mini Nutritional Assessment (MNA)

MNA je malý výživový test, který využívá škálu pro hodnocení stavu výživy. Je vhodný především pro ambulantní screening rizika malnutrice.

Zahrnuje čtyři hlavní oblasti (viz.příloha č.2):

- Antropometrická měření – čtyři otázky týkající se hmotnosti, výšky, obvodu paže a lýtky.
- Stravovací návyky – šest otázek týkajících se počtu jídel během dne, druhu jídla, množství tekutin a položka zaměřující se na rozsah pomoci stravování.
- Globální posouzení – obsahuje celkem šest otázek ohledně pacientovy soběstačnosti, množství pravidelně používaných léků, mobility, psychického stavu, kožních změn a přítomností vážného onemocnění v posledních třech měsících.
- Subjektivní posouzení – otázky zaměřené na vnímání vlastního zdraví a výživy (Pokorná a kolektiv, 2013).

2.2.2 Subjective Global Assessment (SGA)

SGA je subjektivní globální hodnocení nutričního stavu. Jedná se o standardizovanou dotazníkovou metodu, která se opírá o jednoduché parametry anamnézy a klinického vyšetření. Je založeno na subjektivním a objektivním hodnocení – z anamnézy a fyzikálního vyšetření.

Výsledek rozdělujeme do třech kategorií:

- klinicky nevýznamná podvýživa – nemocný zhubl méně než 10 % své původní hmotnosti,
- středně závažná podvýživa – pokles hmotnosti je větší než 10 %, za poslední čtyři týdny, ale hubnutí nepokračuje,
- těžká podvýživa – pokles hmotnosti je větší než 10 % za poslední čtyři týdny, úbytek hmotnosti pokračuje (Pokorná a kolektiv, 2013).

2.2.3 Nutrition Risk Screening (NRS)

NRS je nutriční rizikový screening, který tvoří dotazník. Ten je doporučeno zakládat každému pacientovi zahajujícímu onkologickou léčbu jako součást nutriční

dokumentace. Dotazník může vést všeobecná sestra, avšak samotné zhodnocení nutričního stavu při prvním setkání provádí odborný lékař – nutricionista ve spolupráci s nutričním terapeutem a stanovuje nutriční plán, který lze v nejjednodušší podobě definovat jako doporučenou výživovou stravu spolu s motivací k udržení tělesné hmotnosti a k pravidelnému přesnému vážení (Pokorná a kolektiv, 2013).

2.2.4 Malnutrition Universal Screening Tool (MUST)

MUST je univerzální screeningový nástroj k hodnocení malnutrice je složený z pěti kroků k identifikaci dospělých, kteří jsou podvyživeni, v riziku podvýživy (malnutrice), nebo naopak nadváhy, nástroj byl vytvořen britskou společností parenterální a enterální výživy v roce 1992 (Pokorná a kolektiv, 2013).

Skládá se ze tří parametrů:

1. Body Mass Index (BMI),
2. ztráta hmotnosti za poslední 3-6 měsíců,
3. účinek vlivu akutního onemocnění (Pokorná a kolektiv, 2013).

2.2.5 Nottinghamský screeningový dotazník

Jedná se o jeden z nejvíce používaných dotazníků k zjištění rizika malnutrice. Krátký dotazník slouží k rychlému posouzení rizika malnutrice u hospitalizovaných seniorů. Cíleně se ptáme na body mass index - BMI, úbytek hmotnosti za poslední 3 měsíce, různé změny ve stravování a zvyklosti (viz.příloha č. 3).

2.3 Kvalitní výživa seniorů

Výživa je nejdůležitějším faktorem životního stylu. Má obrovský význam pro celkový stav od početí až do konce našeho života. Kvalita a množství výživy má vliv na rozvoj a funkci všech orgánů, růst kostí a svalů. Dostatek kvalitních potravin výrazně přispívá k prodloužení délky života (Floriánková, 2014).

2.3.1 Přehled potřebných živin pro život seniora

Výživové potřeby člověka se s věkem mění. S přibývajícími léty dochází k řadě přirozených procesů, které mění nároky těla na jednotlivé živiny. Mění se ale také

schopnost přijímat, zpracovávat, vstřebávat a ukládat živiny. Se stoupajícím věkem roste riziko poruch výživy.

Potřeba živin se s věkem mění. Často se setkáváme s názorem, že čím je člověk starší, tím méně potřebuje stravy, tak tomu však tak není. Potřeba celkové energie se obvykle opravdu lehce snižuje, potřeba některých živin však naopak stoupá. U některých živin se navíc ve vyšším věku zhoršuje schopnost je vstřebat nebo využít, je proto potřeba jejich množství v jídelníčku více hlídat (Floriánková, 2014):

- příjem energie – s věkem se lehce snižuje, některé nemocnění potřebu energie naopak zvyšují,
- potřeba tekutin – s věkem se nemění, ale snižuje se pocit žízně,
- potřeba bílkovin – množství bílkovin není vhodné snižovat, protože zhoršuje jejich vstřebávání, řada onemocnění potřebu bílkovin zvyšují,
- potřeba vlákniny – potřeba se ve stáří se nemění,
- potřeba vitamínů – většinu vitamínů potřebujeme ve stáří ve stejném množství jako v produktivním věku, nejčastěji chybí betakarotén, kyselina listová, vitamíny B12, C, D a E,
- potřeba minerálních látek – se s věkem nesnižuje, zhoršené vstřebávání, vliv léků a některá onemocnění naopak zvyšují potřebu některých minerálních látek, nejčastěji chybí železo, zinek, vápník a jód,
- potřeba nenasycených tuků – celkový příjem tuků můžeme snížit, ubrat bychom měli především živočišné tuky, naopak není vhodné snižovat množství nenasycených tuků z kvalitních rostlinných olejů, margarínů, ořechů a semen a z ryb (Floriánková, 2014).

2.3.1.1 Bílkoviny

Bílkoviny (proteiny) jsou nezbytnou součástí každého živého organismu. Lidské tělo si neumí bílkoviny vytvořit jinak než přeměnou bílkovin z potravin, neumí si je ukládat. Denně je však spotřebovává na tvorbu nových buněk, krevních bílkovin, hormonů a dalších látek – proto musí být dostatek bílkovin v jídelníčku každý den. Jinak se totiž začnou využívat bílkoviny z našich vlastních svalů a orgánů. Delší nedostatek se projeví slabostí, zhoršenou pohyblivostí, únavou, sníženou imunitou, poruchami funkce orgánů, špatným hojením ran (Floriánková, 2014).

Bílkoviny by měly pokrývat asi 12-15 % celkového denního příjmu. U starších lidí nad 60 let by měl být příjem vyšší, a to 1-1,25 gramu bílkovin na kilogram tělesné hmotnosti na den (Floriánková, 2014).

2.3.1.2 Sacharidy – škroby a cukry

Sacharidy jsou pro naše tělo nejrychlejším zdrojem energie. Dokážeme si je v těle vytvářet přeměnou tuků a bílkovin, ale přes to se bez nich neobejdeme. Sacharidy by nám měly poskytnout asi 55-58 % potřebné energie (cca čtyři gramy sacharidů na kilogram tělesné váhy na den. Sacharidy tělo rozkládá až na jednoduché cukry, které buď využívají jako zdroj energie, nebo při přebytku přijaté energie přemění na tuky a ukládají ho do tukových zásob. K přenosu do buněk, kde se z něj tvoří tuk, je potřeba hormon inzulín (Floriánková, 2014).

Skupiny sacharidů:

- složité sacharidy - škroby – jsou hlavně zdrojem energie,
- jednoduché sacharidy – cukry – výhodou jednoduchých cukrů je rychlé poskytnutí energie.

nestravitelné sacharidy vláknina – jsou nestravitelné a obtížně stravitelné sacharidy z rostlin, může být buď rozpustná (pektin, inulin), nebo nerozpustná (Floriánková, 2014).

2.3.1.3 Tuky

Tuky jsou především vydatným zdrojem energie. Obsahují mastné kyseliny a dle jejich struktury se liší vlastnosti různých druhů tuku:

- nasycené tuky – jsou obsaženy v tukové tkáni živočichů, jsou tedy součástí všech živočišných potravin, pro lidské tělo nejsou nezbytné, protože si je umíme vytvořit. Většina českých seniorů však jí příliš mnoho nasycených mastných tuků – potraviny na ně bohaté jsou většinou levnější, mají výraznější chuť, bývají měkčí. Nadbytečný příjem nasycených tuků přispívá k obezitě, ateroskleróze, zvyšuje hladinu špatného cholesterolu (LDL) a zvyšuje riziko srdečně-cévních a nádorových onemocnění,
- nenasycené tuky – podle množství a umístění nenasycených vazeb se liší přínos tuku pro lidské zdraví a také jeho vlastnosti při tepelné úpravě,

- mononenasycené tuky – snižují mírně hladinu LDL cholesterolu, lehce zvyšují hladinu ochranného HDL cholesterolu,
- polynenasycené tuky – dělí se na omega-3 a omega-6, lidské tělo je neumí vytvořit, musí je přijímat stravou, mají silný protizánětlivý účinek, snižují tělesnou teplotu, zlepšují hojení ran, chrání srdce a cévy (Floriánková, 2014).

2.3.1.4 Cholesterol

Cholesterol je přirozenou součástí všech živočišných buněk. Lidské tělo ho potřebuje pro tvorbu hormonů, vitamínu D, pro metabolismus tuků a stavbu membrán. Množství tzn. špatného - LDL – cholesterolu a tzn. dobrého – HDL – Cholesterolu v krvi však nezáleží jen na jeho příjmu, ale také na tom, jak s ním naše tělo umí hospodařit. Hlavním rizikovým faktorem není samotný příjem cholesterolu, ale poměr nasycených, mononenasycených a více nasycených tuků v jídelníčku (Floriánková, 2014).

2.3.1.5 Vitamíny

Vitamíny si nedokážeme v těle vytvářet, proto je musíme přijímat stravou. Jejich nedostatek, ale i nadbytek (především vitamínů rozpustných v tucích) se projevuje zdravotními problémy (Floriánková, 2014).

Mezi **vitamíny rozpustné ve vodě** řadíme:

- vitamín B1 – thiamin: nedostatek se projeví zrychleným tepem, poruchy funkce nervů a svalů, nechutenství a zmatenost, seniorům s nedostatkem vitamínu B1 hrozí podvýživa. Zdrojem je vepřové a hovězí maso, játra, obiloviny, luštěniny.
- Vitamín B2 – riboflavin: nedostatek se projeví zánětem sliznic úst (zánět jazyka, zbarvení jazyka, praskání a záněty koutků). Jeho nedostatek hrozí seniorům s nízkým příjmem luštěnin nebo nesnášenlivostí mléka. Zdrojem vitamínu B2 je mléko a mléčné výrobky, játra, luštěniny.
- Vitamín B3 – niacin, nikotinamid: nedostatek se projeví poruchou nervových funkcí a srdeční funkce, průjemy, záněty kůže, jazyka. Seniorům s poruchou výživy hrozí jeho nedostatek. Zdrojem je maso nebo arašídý.
- Vitamín B6 – pyridoxin: nedostatek se projevuje záněty kůže, křeče, anemie, až 30 % seniorů trpí nedostatkem vitamínu B6, přičemž s věkem stoupá spotřeba. Zdrojem je maso, játra a luštěniny.

- Vitamín H – nedostatek se projevuje zvýšením hladiny cholesterolu, srdeční poruchy, záněty kůže, vyhlazení jazyka, ohrožení nedostatkem jsou senioři se špatným stavem výživy. Zdrojem jsou žloutek, játra, částečně ho vytváří střevní bakterie.
- Vitamín B9 – kyselina listová: nedostatek se projevuje změnami v krvetvorbě – anemie, rizikem srdečního infarktu, trombózy, embolie, zhoršení psychického stavu, nedostatkem jsou ohroženi senioři s nízkým příjmem zeleniny. Zdroj vitamínu najdeme v játrech, listové zelenině, ovoci a zelenině, luštěninách, celozrnných obilninách, droždí, ořechách.
- Vitamín B12 – kobalamin: nedostatek se projevuje záněty ústní dutiny, megablastickou anemií, u seniorů velmi časté kvůli špatnému vstřebávání. Zdrojem jsou játra, maso, mléčné výrobky, vejce.
- Vitamin C – silný oxidant, mnohostranně působící vitamín, nedostatek se projevuje zvýšenou krvácivostí, zhoršením hojení ran, sníženou imunitou, ztrátou zubů, ohroženi jsou senioři bez denního příjmu čerstvé zeleniny a ovoce. Zdrojem jsou právě čerstvé ovoce a zelenina (Floriánková, 2014).

Vitamíny rozpustné v tucích:

- Vitamín a a karoteny – nedostatek se projevuje šeroslepostí, poruchou obnovy kůže, sníženou imunitou, nadbytek se projevuje bolestmi kostí a kloubů, šupinatostí kůže, zvýšená hladina vápníku v krvi, ohroženi jsou senioři bez denního příjmu ovoce a zeleniny. Zdrojem je barevné ovoce a zelenina (mrkev, hrášek, špenát, papriky, atd.), játra, žloutek.
- Vitamín D je důležitý pro udržení stavu kostní a zubní hmoty, hojení zlomenin, pro zdraví jater, ledvin a střev, působí příznivě na imunitu a krevní srážlivost, nedostatek hrozí seniorům, kteří málo vystavují kůži slunci, vegetariánům, pacientům s onemocněním ledvin. 80 % vitamínu vzniká v kůži působením UV zářením, mezi další zdroje patří vejce, mléko, rybí tuk, tučné ryby.
- Vitamín E: nedostatkem senioři trpí velmi často, projevuje se anemií, poruchami funkce nervů a svalů, zhoršením fyzické kondice; je to významný antioxidant, chrání tuky před oxidací. Zdrojem jsou rostlinné oleje, arašidy, obilné klíčky, celozrnné obiloviny, ořechy, semena, listová zelenina.
- Vitamín K: nedostatek se projevuje špatnou srážlivostí krve, tvorbou podlitin (i bez příčiny). Jeho nedostatek hrozí osobám se závažnou podvýživou

a s chronickými zánětlivými chorobami střev. Částečně ho produkují střevní bakterie, z potravin ho obsahují sýry, žloutek, listová zelenina (Floriánková, 2014).

2.3.1.6 Minerální látky a stopové prvky

Pro lidský organismus jsou minerální látky a stopové prvky velice důležité. Jsou nepostradatelné i přes potřebné množství, které není veliké. Tělo si je neumí vytvořit, proto je musíme přijímat ve stravě:

- Sodík – ovlivňuje rovnováhu tekutin a iontů, přenos živin, vstřebávání glukózy, svalový pohyb, nadbytek sodíků je častý kvůli vysokému příjmu soli a slaných potravin, projevující se tvorbou otoků, zhoršená dehydratace, vysoký krevní tlak. Zdrojem jsou sůl, slané potraviny.
- Draslík – nedostatek u seniorů je velmi častý, zejména hrozí při průjmech a zvracení, u ledvinových onemocnění, u cukrovky, draslík zajišťuje rovnováhu tekutin a iontů, tvorbu bílkovin, nedostatek se projevuje arytmií, svalovou slabostí, při nadbytku se tvoří otoky a zvyšuje se krevní tlak. Zdrojem jsou zelenina (brambory, rajčata), luštěniny, ovoce (banány, sušené meruňky), semena, kakao.
- Vápník – nedostatek se projevuje osteoporózou, svalovými křečemi, arytmií, je důležitý pro tvorbu kostí a zubů, činnost nervů a svalů. Zdrojem jsou semena, ořechy, mléko, mléčné výrobky.
- Hořčík – nedostatek se projevuje dráždivostí svalů, křečemi, srdeční arytmií, svalovou slabostí, nedostatek hrozí diabetikům, pacientům s nitrožilní výživou, ovlivňuje stavbu kostí a zubů. Zdrojem jsou banány, mandle, ořechy, semínka, listová zelenina.
- Fosfor – nedostatek se vyskytuje zřídka, nadbytek fosforu zhoršuje vstřebávání vápníku a železa, Zdrojem jsou všechny živočišné potraviny, luštěniny, ořechy, mouka.
- Železo – nedostatek je častý, způsobený nedostatkem masa, ryb, luštěnin, vajec, nedostatek železa se může vyskytnout také při krvácení. Zdrojem jsou játra, maso, žloutek, luštěniny, ořechy.

- Jód – nedostatek se projevuje zhoršenou funkcí štítné žlázy, pocením, bušením srdce, úzkostí, nespavostí, hrozící lidem s nízkým příjmem potravy, se špatným výživovým stavem. Zdrojem jsou sůl obohacená jódem, mořské ryby, plody moře, mořské řasy.
- Zinek – nedostatek se projevuje u lidí s nízkým příjmem potravy, při průjmech, zánětech střev, u píštělí, při užívání projímadel, projevující se špatným hojením ran, snížená imunita, únava. Zdrojem jsou mořské ryby, plody moře, játra, libové hovězí maso, mléčné výrobky.
- Selen – nedostatek se projevuje zhoršenou imunitou, je to důležitý antioxidant. Zdrojem jsou para-ořechy, mořské ryby, plody moře, ledvinky (Floriánková, 2014).

2.4 Hydratace seniorů

Dostatečná hydratace v příjmu a výdeji tekutin je důležitým faktorem, který ovlivňuje celkový stav pacienta v jakémkoliv věku. U starších lidí často dochází k dehydrataci. Dehydratace je nadměrná ztráta tekutin a iontů. Staří lidé mají snížený pocit žízně a sníženou schopnost ledvin. Snižuje se citlivost regulačních systémů a žížeň jako signál přílišného zahuštění vnitřního prostředí se objevuje významně později, obvykle až při deficitu 1-2% objemu tělesných tekutin, tedy v závislosti na věku asi 0,6 až 1 litr. V tomto okamžiku již například tělesná i duševní výkonnost klesá o 20 % (Kožíšek, 2005).

Dehydratace představuje významný problém, ovlivňující celkovou kondici seniora. Jedná se o proces, kdy se z těla ztrácí velké množství vody. Ztráta vody okolo 1 % tělesné hmotnosti snižuje výkonnost, schopnost termoregulace a chuť k jídlu. Ztráta 4 % zhoršuje výkonnost, koncentraci, bolest hlavy, ospalost, tělesnou a tepovou frekvenci. Ztráta nad 8 % může vést až k smrti (Pokorná a kolektiv, 2013).

Dlouhodobá dehydratace způsobuje bolest hlavy, zácpu, poruchy ledvin a častější vznik zánětu močových cest, který může vést až k onkologickému onemocnění (tlustého střeva, konečníku, močového měchýře). Dlouhodobé zahuštění vnitřního prostředí podporuje koagulační zahuštění se zvýšením rizika tromembolické nemoci. Zvažuje se souvislost nízkého příjmu tekutin se snížením intenzity bazálního metabolismu, a tudíž tendenci ke zvyšování tělesné hmotnosti (Dubov – Rátek et al., 2011). U seniorů je

častější chronická dehydratace, která může být komplikovaná akutním snížením přijímaných tekutin nebo zvýšeným odpadem tekutin (průjem, zvracení, horečka) spolu se ztrátou iontů (Pokorná a kolektiv, 2013).

2.4.1 Rozdělení dehydratace

Dehydrataci rozdělujeme na hypertonickou, izotonickou a hypotonickou:

- **Hypertonická dehydratace** je stav, kdy se snižuje objem mimobuněčné i vnitrobuněčné tekutiny. Příčinou je malý přísun tekutin při jejich nedostatku. Hypertonickou dehydratací trpí lidé se zvýšeným výdejem energie bez náhrady tekutin, většinou při extrémních teplotních podmínkách.
- **Izotonická dehydratace** je stav, kdy je izolovaná ztráta mimobuněčné tekutin. Příčiny jsou ztráta tekutin z trávicího ústrojí (zvracení, průjem), krvácivé stavy, nadměrné pocení, rozsáhlé popáleniny, diuretika, ledvinová onemocnění. Projevuje se únavou, apatií, poruchou vědomí, bezvědomí, sníženým krevním tlakem až šokem.
- **Hypotonická dehydratace** je stav, kdy se sníží objem mimobuněčné tekutiny a zvýšený objem tekutin. Příčinou je ztráta soli. Projevující se sníženým krevním tlakem, poruchou plnění žil, namodralou kůží, vedoucí až k šoku (Pokorná a kolektiv, 2013).

Jako optimální je uváděna bilance tekutin s příjmem 2500 ml za den a výdejem 1500 ml produkované moči.

2.4.2 Příčiny dehydratace seniorů

Rizikové faktory ovlivňující dehydrataci starých lidí jsou většinou v rukách pečujících. Mezi tyto faktory patří:

- snížení příjmu tekutin podmíněné věkem,
- omezená funkce ledvin,
- nedostatečný povit žízně,
- snížená schopnost tolerovat změny prostředí (horké počasí, přetopená místnost) (Pokorná a kolektiv, 2013).

2.4.3 Hodnocení stavu hydratace

Hlavní postupy při hodnocení stavu hydratace u seniorů jsou rozděleny na čtyři hlavní oblasti:

- Anamnestické údaje - chronické onemocnění, farmakologie, infekce, preferované tekutiny, odmítání druhů tekutin, různé zvyklosti.
- Fyzikální vyšetření a hodnocení vitálních funkcí - tlak, pulz, tělesná teplota, měření výšky a hmotnosti, dehydratace-hydratace, otoky, stav sliznice, barva a zápach moči.
- Laboratorní vyšetření - specifická hustota moči a barva moči (dle Matějovské-Kubešové (2012) existuje praktické doporučení pocházející z Velké Británie zvané „Keep it light“, tedy upozornění jednotlivce, že jeho hydratace je v pořádku tehdy, je-li jeho barva moči světlá), zhodnocení urey, kreatininu, sodíku, osmalita krve.
- Vlastní sledování příjmu a výdeje tekutin – přesné zhodnocení množství přijatých a vyloučených tekutin (Pokorná a kolektiv, 2013).

2.4.4 Ošetřovatelské intervence pro účelné hodnocení stavu hydratace a prevence dehydratace

Hodnotíme na základě:

- identifikace rizikových faktorů,
- hodnocení příjmu a výdeje,
- podávání správných tekutin per os,
- zajištění častého podávání tekutin za den,
- prevence dehydratace v průběhu péče,
- péče o sliznici a kůži,
- kompletní přístup k analýze dat (Pokorná a kolektiv, 2013).

Základem nutriční péče by mělo být denní sledování perorálního příjmu tekutin, podávání a příjem n uličních roztoků, enterální, a parenterální výživa, nebo kombinace všech dohromady (Těšínský, 2003) Hodnocení nutričního stavu je součástí komplexního funkčního geriatrického vyšetření (CGA – Comprehensive Geriatric Assessment). Včasným diagnostikováním malnutrice lze snížit zhoršení výkonnosti a kvality života seniorů. Účinné a přesné zhodnocení stavu výživy je důležité pro

správně stanovený typ a rozsah nutriční podpory. Důležitou součástí je také souhrnný přístup péče s celkovým hodnocením hydratace nemocného (Pokorná a kolektiv, 2013).

2.5 Řešení nedostatečné výživy seniorů

Senior jako nutričně rizikový nebo s malnutricí by měl být vyšetřen nutričním terapeutem, který mu nastaví nutriční plán. V nemocnici bývá vyšetřen do 24 hodin od přijetí, v domácí péči se vyšetření bohužel tolik neřeší.

Rizikový pacient dostane nutriční plán péče, včetně přesného načasování, úpravy stravy a sestavení individuálního plánu. Je nutné po dobu 3 dnů sledovat nutriční protokol a vést si přesný záznam. Při nedostatečném příjmu následuje přesné bilanční zhodnocení a doplnění chybějících živin z potravin a doplnění komplexní tekutou výživou typu sipping, viz příloha č.5 (Kalvach, Čeledřová, Holmerová, Jiráček, Zavázalová, Wija a kolektiv, 2011).

Běžnou stravu doplňujeme vhodnými potravinami s vysokým obsahem živin. Běžnou stravu nepodáváme přes sondu ani PEG (perkutánní endoskopická gastrostomie), je to hygienicky i nutričně rizikové (Kalvach, Čeledřová, Holmerová, Jiráček, Zavázalová, Wija a kolektiv, 2011).

Dysfagie (porucha polykání) je jedním z největších problémů při podávání běžné stravy cestou úst. Polykací akt se skládá ze čtyř fází – přípravná, orální, faryngální a esofageální, vzájemně na sebe navazující a sebe sami ovlivňující:

- Přípravná fáze: získání informací o chuti jídla a vytvořit v ústech takové sousto, které se dobře bude polykat.
- Orální fáze: vědomá, nevědomá fáze. Sousto v ústech se posouvá k měkkému patru, spouští se polykací reflex.
- Faryngeální: zvedá se a předsunuje hrtan, hrtanová příklopka uzavře přístup a posouvá stravu směrem dolů k hornímu jícnovému svěrači.
- Esofageální: dochází k otevření horního jícnového svěrače a transportu potravy jícnem směrem do žaludku (Saibertová, 2016).

Dietetický modul je doplňková výživa, nenahrazující komplexní výživu, vyžadující sledování dávek a přesné měření. Hlavními zástupci jsou Protifar, Nutrilis (hlavně při poruše polykání) a kukuřičný škrob. Přidává se do připravených tekutin a vytváří hustý

krém až pudink (Kalvach, Čeled'ová, Holmerová, Jirák, Zavázalová, Wija a kolektiv, 2011).

2.6 Zajištění enterální a parenterální výživy

Při nutriční podpoře, především seniorů, se snažíme pro přirozený příjem ústy. Pokud to však z nějakého důvodu není možné, přecházíme k enterální a parenterální výživě.

2.6.1 Enterální výživa

Enterální výživa je aplikace farmaceuticky připravených výživových roztoků do trávicího ústrojí. Cílem je udržení dobré výživy a vnitřního prostředí, nebo zlepšení nutričního stavu. Musí být zachovalá gastrointestinální funkce traktu. Je to přirozená cesta výživy, takže má přednost před parenterální výživou. Může být doporučena mnoho nemocným, kteří nejsou schopni zabezpečit dostatečné množství živin ve stravě. Může být třeba jen částečná enterální výživa. Cílem je pak zabránit hubnutí, podpořit obnovu buňky. (Saibertová, 2016)

2.6.1.1 Typy enterální výživy

Enterální výživu můžeme rozdělit na polymerní, oligomerní a speciální přípravky:

- polymerní přípravky – nejvíce se přibližují přirozené stravě, nejčastěji používané, musí být funkční zažívací systém.
- oligomerní přípravky – obsahují částečně natrávené živiny, podporují slizniční bariéru, používají se pouze sondou, finančně náročnější.
- speciální přípravky – složení přizpůsobené patologickým situacím, nevhodné používání může být na škodu. (Saibertová, 2016)

2.6.1.2 Způsob podání enterální výživy

Enterální výživu můžeme podávat dvěma cestami:

- do žaludku – nasogastrická sonda (NGS), perkutánní endoskopická gastrostomie (PEG),
- do střeva - nasojejunální sonda (NJS), perkutánní endoskopická jejunostomie (PEJ) (Saibertová, 2016).

Nasogastrická sonda je zavedená přes nos do žaludku. Účel zavedení je derivační a hlavně výživný:

- derivační – zavádí se za účelem odsávání žaludečního obsahu, prevence aspirace,
- výživná – zavádí se krátkodobě, při nemožnosti přijímat stravu ústy.

Aplikace výživy do nasogastrické sondy:

- bolusové podání – podání jedné dávky stravy za 2-3 hodiny s obsahem 250-300 ml,
- intermitentní podání – výživa se podává přerušovaně celý den.
- kontinuální – non stop aplikace výživy pomocí pumpy s rychlostí většinou 60-140 ml/hod.

Nasojejunální sonda je zavedena lékařem do tenkého střeva. Do nasojejunální sondy lze podávat pouze sterilní oligomerní přípravky, kontinuálním způsobem enterální pumpou.

Perkutánní endoskopická gastrotomie je zavedení setu přímo do žaludku přes břišní stěnu pomocní endoskopického přístroje. Vyžaduje dlouhodobou enterální výživu, na dobu delší jak 6 týdnů. Podáváme do něj polymerní přípravky. Můžeme podávat bolusové, intermitentně, nebo kontinuálně.

K **perkutánní endoskopické jejunostomii** dochází až tehdy, není-li možné podávat stravu do žaludku, vytvářející přirozenou stěnu proti infekci. Na výživu podávanou přímo do tenkého střeva jsou jiné nároky na přípravky. Podává se průmyslově vyráběná, sterilní strava (Saibertová, 2016).

Výhody enterální výživy:

- přirozená cesta,
- prevence atrofie střevní sliznice a poškození tenkého střeva,
- vhodná pro domácí péči,
- vyrovnává střevní motilitu,
- finančně není tak nákladná jako parenterální výživa (Saibertová, 2016).

Kontraindikace enterální výživy:

- úplná ztráta střeva na základě selhání, způsobená infekcí, poruchou motility v pooperačním stavu,
- obstrukce střev,

- nemožnost prístupu do gastrointestinálneho traktu,
- ztráty střevního obsahu píštělemi (Saibertová, 2016).

2.6.2 Parenterální výživa

Způsob podávání nefyziologickou cestou do cévního systému mimo zažívací trakt. Snaží se zajistit dlouhodobé udržení nutričního stavu a vnitřního prostředí. Lze ji používat jako doplněk enterální výživy. Pokud nefunguje zažívací trakt, je nutné podávat plnou parenterální výživu (Saibertová, 2016).

Indikace parenterální výživy:

- syndrom krátkého střeva, stav po stomiích, stenóze, ileusu střeva,
- nespecifické střevní záněty, enterokolitida, malabsorpce, průjemy, zvracení,
- akutní pankreatitida,
- jaterní insuficience (Saibertová, 2016).

Způsob podání parenterální výživy

- do periferní žíly – maximální doba podávání je 10 dnů,
- do centrální žíly – podávají se koncentrované roztoky, nejčastěji se používá v.subclavia, v.jugularis, v.femoralis (Saibertová, 2016).

Systém podávání parenterální výživy:

- multibottle systém – je již zastaralý, moc se nepoužívá, vysoká cena, riziko zavedení infekce, riziko nedodržení poměrů koncentrace
- all-in-one receptury připravené v lékárně – vysoce variabilní, připravené pro konkrétního pacienta, krátká expirace (7 dnů) využití u cca 20 %
- all-in-one komerčně vyráběné 2-3 komorové – dlouhá expirace, využití až 80 % (Saibertová, 2016).

2.7 Sipping

Sipping je forma výživy používaná pusou, znamená popíjení, srkání. Sipping se doporučuje k obohacení běžné stravy o živiny a energii. Není určen k náhradě stravy. Tekutá forma přípravků se dobře vstřebává a nemá vysoké nároky na trávení. Používají se jako nápoj s velkým obsahem bílkovin a energie. Většina neobsahuje laktózu, ani lepek. Je to nápoj s vysokým obsahem vápníku, bílkovin a tuku. Je to jedním ze základních

přípravků používaných při podvýživě. Cílem léčby malnutrice je zvýšit příjem energie a bílkovin. Snaží se dosáhnout o zastavení ztráty hmotnosti. (Saibertová, 2016)

Doporučení při podávání:

- vysvětlit, z jakého důvodu bude umělá výživa podávána,
- vysvětlit, že se nepije naráz, ale popíjí,
- vysvětlit, že nenahrazuje stravu, ale doplňuje,
- vysvětlit, že v nachlazeném stavu se snáší a konzumuje lépe (Saibertová, 2016).

2.7.1 Základní druhy sippingu

Energetický obsah u standardních přípravků je přibližně 1 kcal/ml, 4,2 kJ/ml. Jedno balení (cca 200 ml) obsahuje třetinu doporučené denní dávky vitamínů a stopových prvků. Všechny přípravky jsou bezlepkové:

- **Sipping obohacený vlákninou:** na trhu jsou dostupné přípravky např. Nutridrink Multifibre, Fresubin Energy Fibre, Ressource Fibre. Vhodné pro dlouhodobé užívání v kombinaci rozpustné a nerozpustné vlákniny a tím přispívá k prevenci zácpy.
- **Sipping s vyšším obsahem bílkovin:** na trhu jsou dostupné přípravky např. Nutridrink Protein, Fresubin Protein Energy a Ressource Protein. Obsahuje větší množství bílkovin. Přípravky prospívají u pacientů v těžké malnutrii a katabolismu – např. ozařování. Pacient by neměl překročit celkovou dávku bílkovin 80 g/den – cca 4 lahvičky Nutridrink Protein a Ressource Protein.
- **Sipping v malém objemu:** na trhu jsou dostupné přípravky např. Nutridrink Compact. Pomáhá přijmout tělu stejné množství energie, ale v objemu o 40% menší. Místo 200 ml pouze 125 ml. Vhodné pro pacienty s omezeným příjmem tekutin.
- **Sipping pro diabetiky:** obsahují nižší obsah energie a bílkovin. Výhodou je méně výrazný postprandiální vzestup glykemie.
- **Sipping bez tuku:** na trhu je přípravek Juice style, neobsahující žádný tuk. Používá se u pacientů, kteří potřebují zlepšit dusíkatou bilanci a nepotřebují primárně nabrat hmotnost.

- **Speciální sipping:** u klinické výživy se používá takzvaný efekt farmakonutrice, kdy se přidá konkrétně jedna živina ve vyšším množství. Na trhu je přípravek Cubitan, který ovlivňuje lepší hojení ran.
- **Sipping v prášku:** na trhu jsou přípravky např. Nutrison Powder, nebo Oral Impact. Rozpouští se přímo ve vodě, nebo v tekutých potravinách.
- **Výživa pro snadné polykání:** na trhu je přípravek např. Nutridrink Crème. Jedná se o krémovou výživu s vysokým obsahem energie a bílkovin pro pacienty s nízkým příjmem, nebo zvýšenou potřebou živin. Krémová konzistence usnadňuje polykání (Saibertová, 2016).

3 Praktická část

Praktická část je vedena jako kvantitativní výzkum a je doložena mými vlastními výsledky výzkumu.

3.1 Metodika výzkumu

Výzkumná část bakalářské práce byla vedena jako kvantitativní výzkum. Bylo rozdáno 105 dotazníků cíleným respondentům, kteří odpovídali zcela anonymně. Dotazník obsahoval 21 otázek (viz příloha č. 5), 20 otázek kroužkovacích a 1 otázka na vyspání. K sestavení dotazníku mi posloužily předem stanovené hypotézy a cíle. K první hypotéze se vztahují otázky číslo 6, 7, 8, 13, 14. K druhé hypotéze se vztahují otázky číslo 4, 5, 9, 15, 16, 17, 18 a ke třetí hypotéze se vztahují otázky číslo 10, 11, 12, 19, 20, 21. Začátek dotazníku je zaměřen na pohlaví, věk a nejvyšší dosažené vzdělání seniorů. Dotazníky jsou doloženy k bakalářské práci.

3.2 Zpracování získaných dat

Získaná data byla zpracována pomocí programů Microsoft Office Word 2007 pro psaný text a Microsoft Office Excel 2007 pro zpracování statistických dat a grafů.

3.3 Charakteristika respondentů

Výzkum probíhal u MUDr. Mádrové Barbory v ambulanci Praktického lékaře pro dospělé v Troubsku. Bylo rozdáno 105 dotazníků, z toho bylo 100 správně vyplněných. Dotazníky byly rozdány se souhlasem zdravotnického personálu (viz.příloha č.6). K dotazníkovému šetření jsem se rozhodla na základě rychlého sběru dat a vysoké návštěvnosti pacientů v ambulanci.

Tabulka číslo 1 rozděluje seniory dle jejich pohlaví dle odpovědi na první otázku dotazníku.

Tabulka 1 - Jakého jste pohlaví?

POHLAVÍ	ABSOLUTNÍ ČETNOST	RELATIVNÍ ČETNOST
ŽENA	63	63
MUŽ	37	37
CELKEM	100	100

Z tabulky 1 lze vyčíst rozdělení podle pohlaví. Větší část respondentů byla ženského pohlaví a to s počtem 63 (63 %). Mužské zastoupení bylo v počtu 37 (37 %). Tímto se potvrdil můj odhad, že ženy budou více odpovídat.

Tabulka 2 rozděluje seniory dle jejich staří.

Tabulka 2 - Kolik Vám je let?

VĚKOVÁ KATEGORIE	ABSOLUTNÍ ČETNOST	RELATIVNÍ ČETNOST
60-64 let	20	20
65-70 let	30	30
71-80 let	27	27
81-90 let	20	20
Starší 91 let	3	3
CELKEM	100	100

Z tabulky 2 můžeme vyčíst, že ve věkové kategorii 60-64 let odpovídalo 20 respondentů (20 %), ve věkové kategorii 64-70 let odpovídalo 30 respondentů (30 %), ve věkové kategorii 71-80 let 27 respondentů (27 %), ve věkové kategorii 81-90 let 20 respondentů (20 %) a starších nad 91 let pouze 3 respondenti (3 %). Nejvíce se tedy zapojila věková skupina 65-70 let a nejméně starší nad 91 let.

Rozdělení seniorů dle jejich nejvyššího dosaženého vzdělání můžeme vidět v tabulce 3.

Tabulka 3 - Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

NEJVYŠŠÍ DOSAŽENÉ VZDĚLÁNÍ	ABSOLUTNÍ ČETNOST	RELATIVNÍ ČETNOST
ZÁKLADNÍ	7	7
STŘEDNÍ BEZ MATURITY/ VYUČEN	29	29
STŘEDNÍ S MATURITOU	46	46
VYSOKOŠKOLSKÉ	18	18
CELKEM	100	100

Tabulka 3 zobrazuje nejvyšší dosažené vzdělání respondentů. Základní vzdělání má 7 respondentů (7 %), střední bez maturity/vyučen zodpovídalo 29 respondentů (29 %), střední vzdělání s maturitou má 46 respondentů (46 %) a vysokoškolské 18 respondentů (18 %).

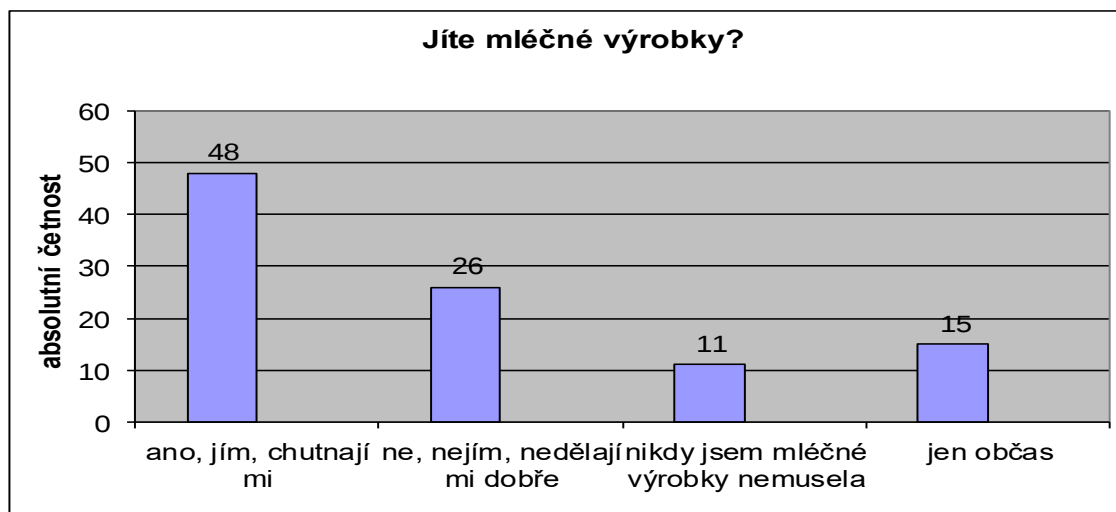
3.4 Průběh výzkumu

Výzkum byl prováděný na ambulanci praktického lékaře pro dospělé v Troubsku, byl zcela anonymní a dle lékařky MUDr. Mádrové byl vyplňován se zájmem. Výzkum probíhal v měsících září, říjen, listopad 2018.

3.5 Vlastní výsledky výzkumu

Dotazníkové otázky 4-21 jsem vyhodnotila formou grafů.

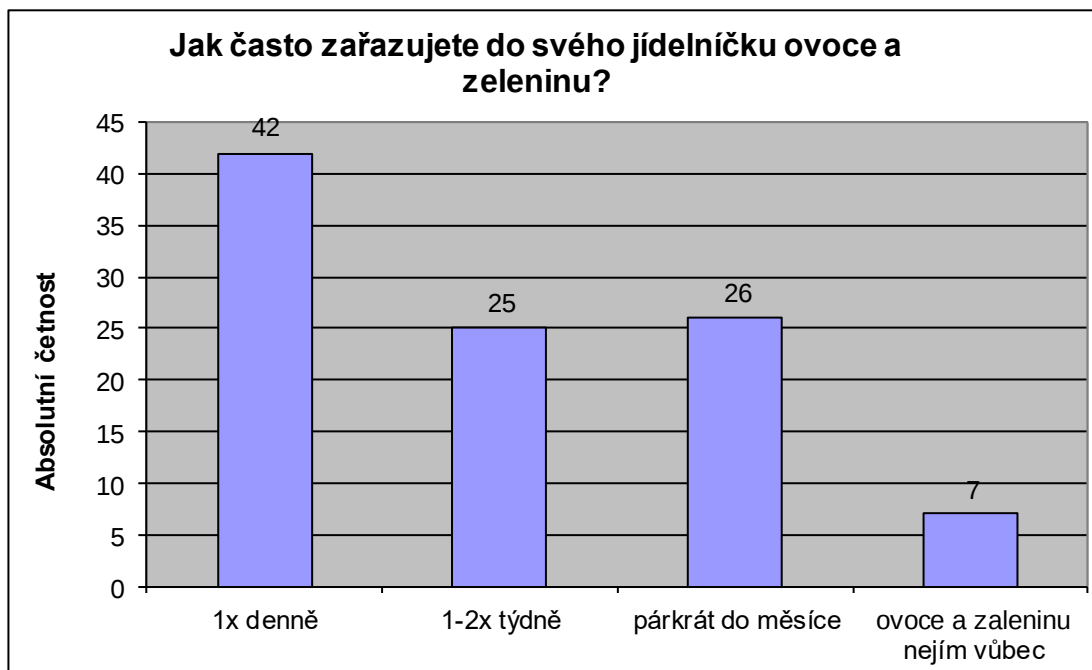
Na grafu 1 jsou zobrazeny odpovědi respondentů na otázku číslo 4 – Jíte mléčné výrobky?



Graf 1 – Mléčné výrobky

Z grafu 1 vyčteme, že až 48 respondentů (48 %) má rádo mléčné výrobky a jí je, 26 dotazovaných (26 %) mléčné výrobky nejí, protože jim nedělají dobře, 11 dotazovaných (11 %) nikdy mléčné výrobky nemuseli a 15 respondentů (15%) jí mléčné výrobky jen občas.

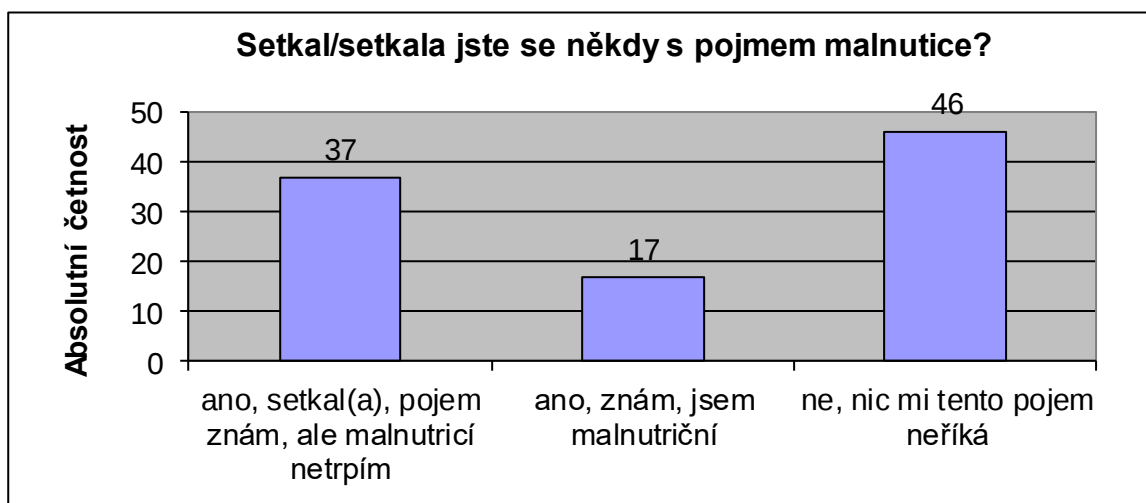
Na grafu 2 jsou zobrazeny odpovědi respondentů na otázku číslo 5 - Jak často zařazujete do svého jídelníčku ovoce a zeleninu?



Graf 2 –Ovoce a zelenina

Z grafu 2 můžeme vyčíst, že 42 dotazovaných seniorů (42 %) jí zeleninu 1x za den, 1-2x týdně jí zeleninu 25 respondentů (25 %), 26 respondentů (26 %) jí zeleninu jen párkrát do měsíce a pouze 7 dotázaných (7 %) nejí zeleninu vůbec.

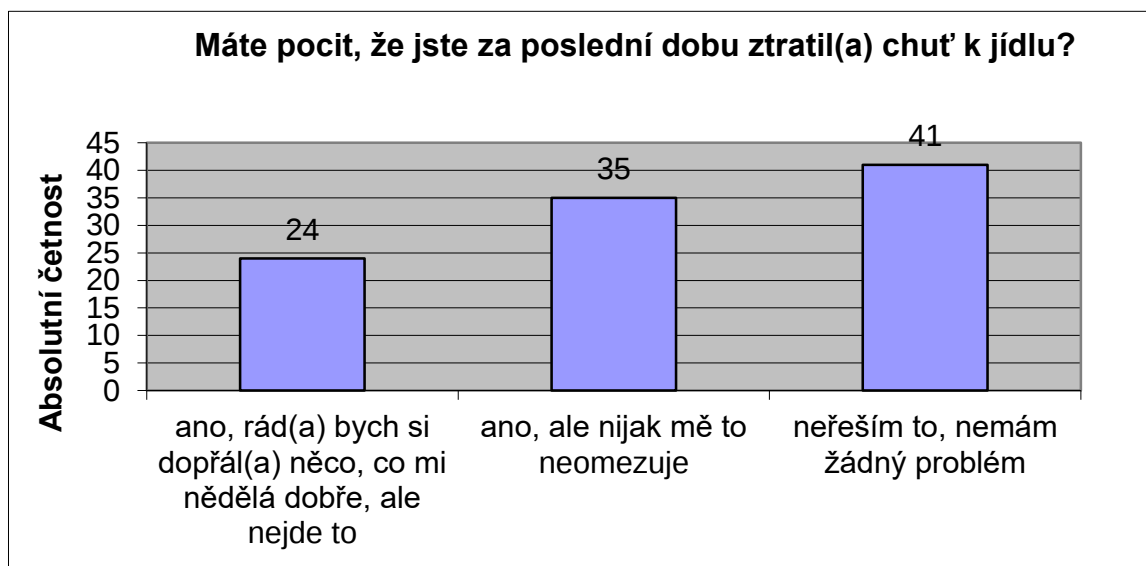
Na grafu 3 jsou zobrazeny odpovědi respondentů na otázku číslo 6 - Setkal/setkala jste se někdy s pojmem malnutrice?



Graf 3 –Znalost pojmu malnutrice

Z grafu 3 vyplývá, že 37 dotazovaných respondentů (37 %) pojem malnutrice zná, ale netrpí jí, pouze 17 respondentů (37 %) potvrdilo, že je malnutriční, 46 respondentů (46 %) tento pojem vůbec nezná.

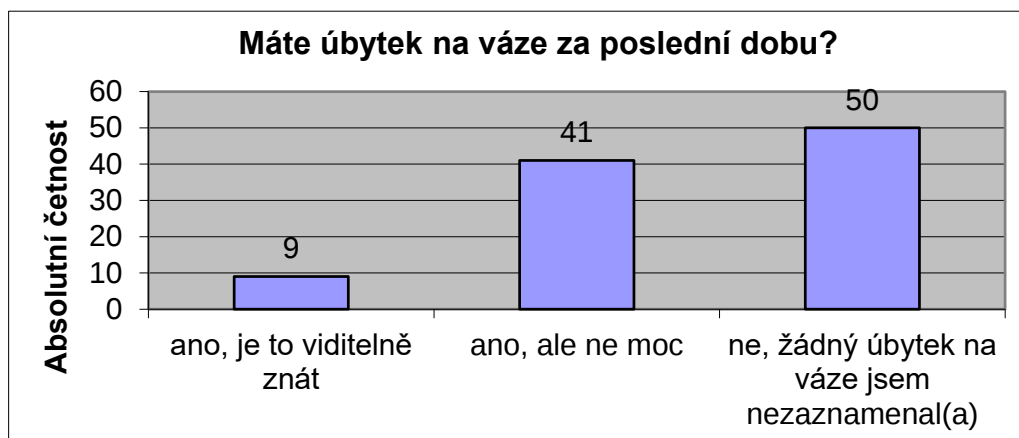
Na grafu 4 jsou zobrazeny odpovědi respondentů na otázku číslo 7 - Máte pocit, že jste za poslední dobu ztratil/ztratila chuť k jídlu?



Graf 4 –Ztráta chuti k jídlu

Z grafu 4 můžeme vyčíst, že 24 dotazovaných respondentů (24 %) by si rádo dopřálo něco, co jim nedělá dobře, ale nejde to, 35 dotazovaných (35 %) chuť k jídlu ztratila za poslední dobu, ale nijak je to neomezuje, 41 respondentů (41 %) odpovědělo, že to neřeší a nemají žádný problém.

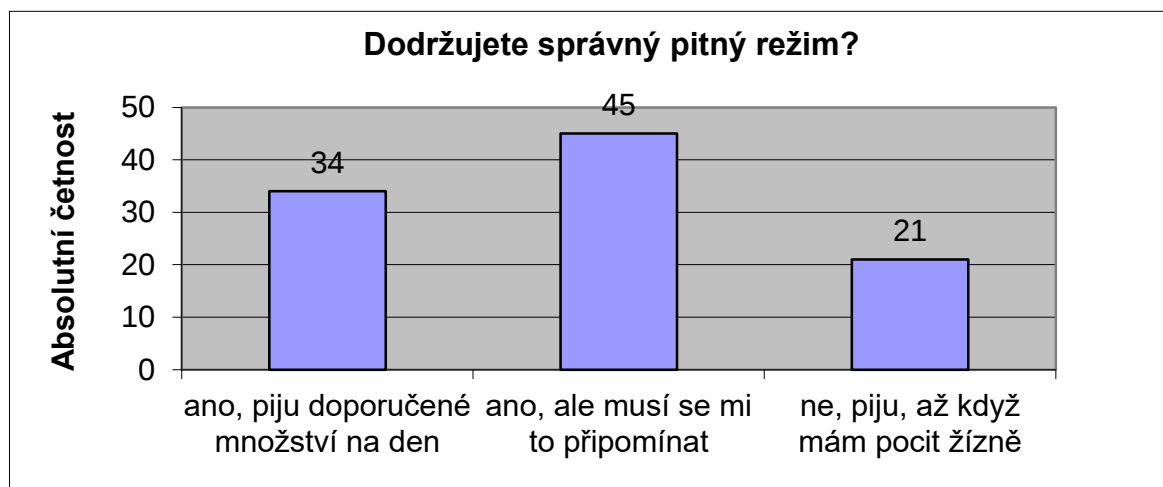
Na grafu 5 jsou zobrazeny odpovědi respondentů na otázku číslo 8 - Máte úbytek na váze za poslední dobu?



Graf 5 – Úbytek na váze

Vyčteme z něj, že 9 dotazovaných respondentů (9 %) viditelně zaznamenali viditelný úbytek na váze, 41 respondentů (41 %) odpovědělo ano, ale úbytek na váze není velký a žádný úbytek na váze za poslední dobu nezaznamenalo 50 dotazovaných (50 %).

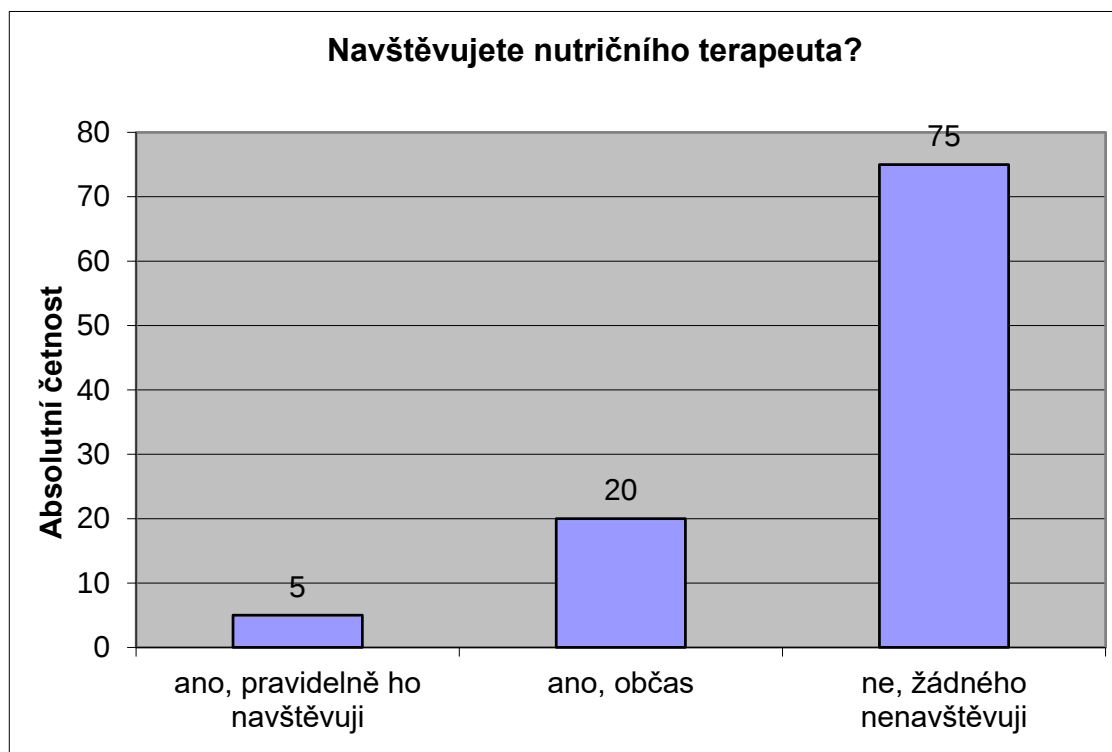
Na grafu 6 jsou zobrazeny odpovědi respondentů na otázku číslo 9 - Dodržujete správný pitný režim?



Graf 6 – Denní pitný režim

Z grafu 6 vyplývá, že 34 respondentů (34 %) pije doporučené množství tekutin na den, 45 dotazovaných (45 %) vypije doporučené množství, ale musí se jim to připomínat a 21 respondentů (21 %) nepije doporučené množství na den, ale až když mají pocit žízně.

Na grafu 7 jsou zobrazeny odpovědi respondentů na otázku číslo 10 - Navštěvujete nutričního terapeuta?

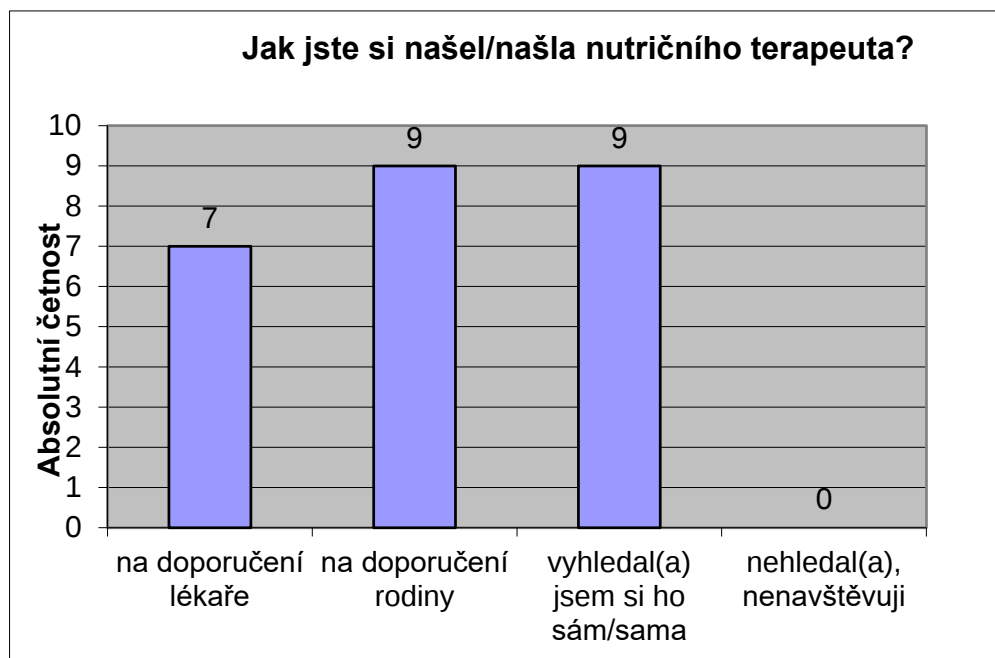


Graf 7 – Nutriční terapeut - návštěvnost

Z grafu 7 vyčteme, že pouze 5 dotazovaných respondentů (5 %) navštěvuje nutričního terapeuta pravidelně, 20 dotazovaných respondentů (20 %) navštěvuje nutričního terapeuta pouze občas a 75 respondentů (75 %) nenavštěvuje žádného.

Na grafu 8 jsou zobrazeny odpovědi respondentů na otázku číslo 11 - Jak jste si našel/našla nutričního terapeuta?

Na tuto otázku odpovídali pouze ti, kteří v otázce 10 odpověděli ano, celkem tedy 25 respondentů.

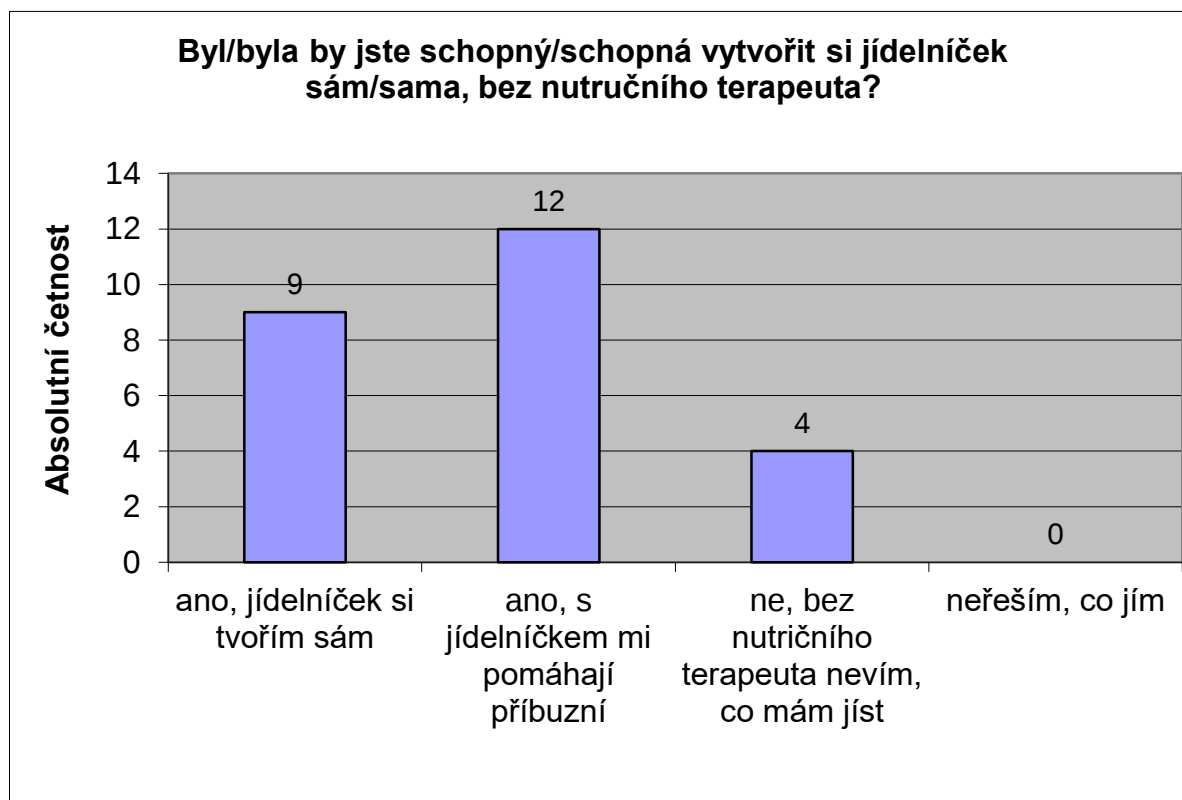


Graf 8 – Nutriční terapeut - nalezení

Na otázku graficky znázorněnou na grafu 8 odpovídalo pouze 25 % celkově dotazovaných respondentů. Celkem 7 dotazovaných (7 %) odpovědělo, že nutričního terapeuta jim našel lékař, 9 respondentů (9 %) odpovědělo, že jim byl doporučen rodinou a stejně tak 9 respondentů (9 %) vyhledalo nutričního terapeuta samo. Ne, nehledal/nehledala, ne nenavštěvuji, odpovědělo 0 respondentů.

Na grafu 9 jsou zobrazeny odpovědi respondentů na otázku číslo 12 - Byl/byla byste schopný/schopná vytvořit si jídelníček sám/sama, bez nutričního terapeuta?

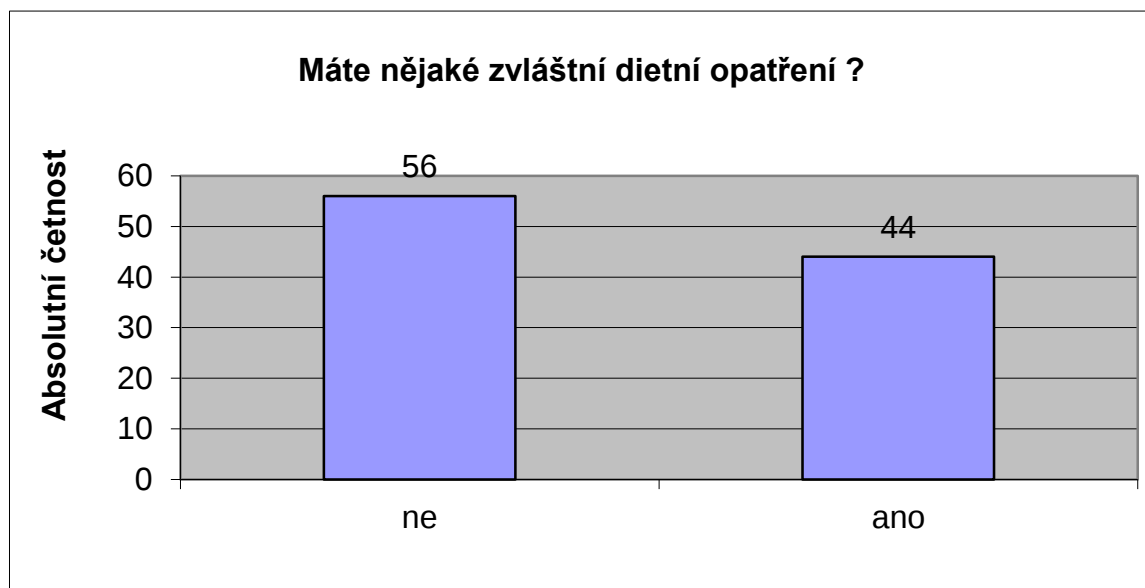
Na tuto otázku odpovídali opět pouze ti, kteří nutričního terapeuta navštěvují.



Graf 9 – Nutriční terapeut – tvorba jídelníčku

Na otázku odpovídalo pouze 25 % celkově dotazovaných respondentů. 9 respondentů (9 %) odpovědělo, že by si byli schopní vytvořit jídelníček sami, 12 respondentům (12 %) pomáhají příbuzní, bez nutričního terapeuta by si jídelníček nevytvořili 4 dotazovaní (4 %). Nikdo z respondentů, kteří k nutričnímu terapeutovi dochází, neodpověděl možností „Neřeším, co jím“.

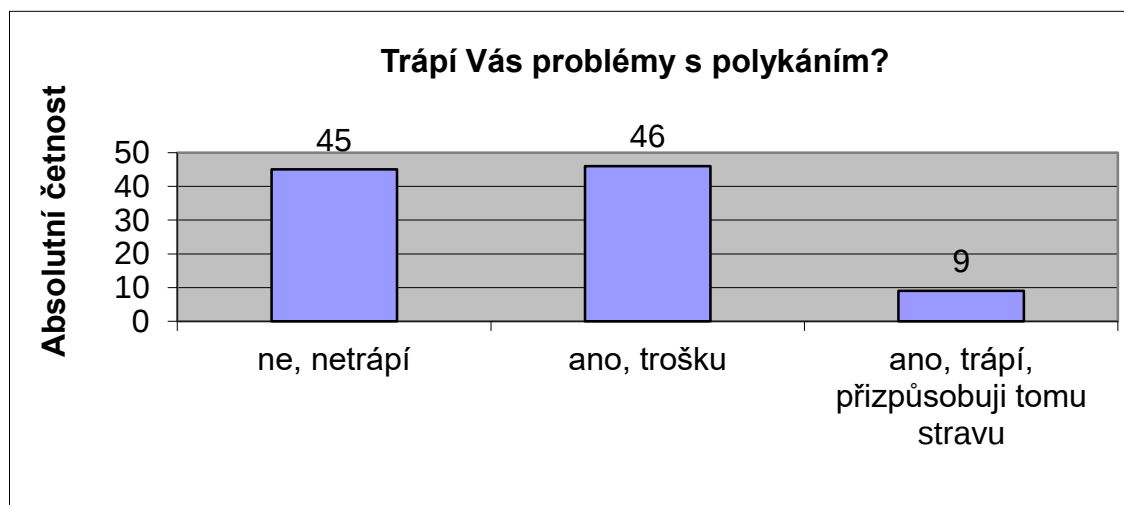
Na grafu 10 jsou zobrazeny odpovědi respondentů na otázku číslo 13 - Máte nějaké zvláštní dietní opatření?



Graf 10 – Dietní opatření

Z grafu 10 vyplývá, že 56 dotazovaných respondentů (56 %) odpovědělo, že nemají zvláštní dietní opatření, 44 dotazovaných (44 %) naopak odpovědělo, že dodržují nějakou dietu.

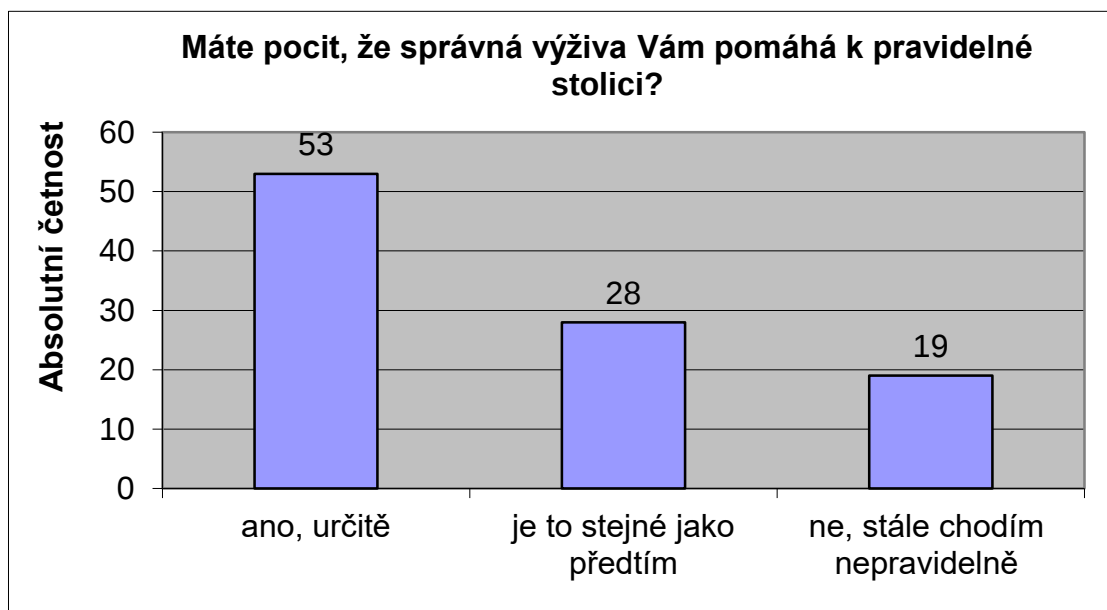
Na grafu 11 jsou zobrazeny odpovědi respondentů na otázku číslo 14 - Trápí Vás problémy s polykáním?



Graf 11 – Problémy s polykáním

Graf 11 zobrazuje, že 45 (45 %) respondentů odpovědělo, že žádné problémy s polykáním nemají, 46 respondentů (46 %) odpovědělo, že ano, trošku a 9 respondentů (9 %) odpovědělo ano, trápí a přizpůsobují tomu svou stravu.

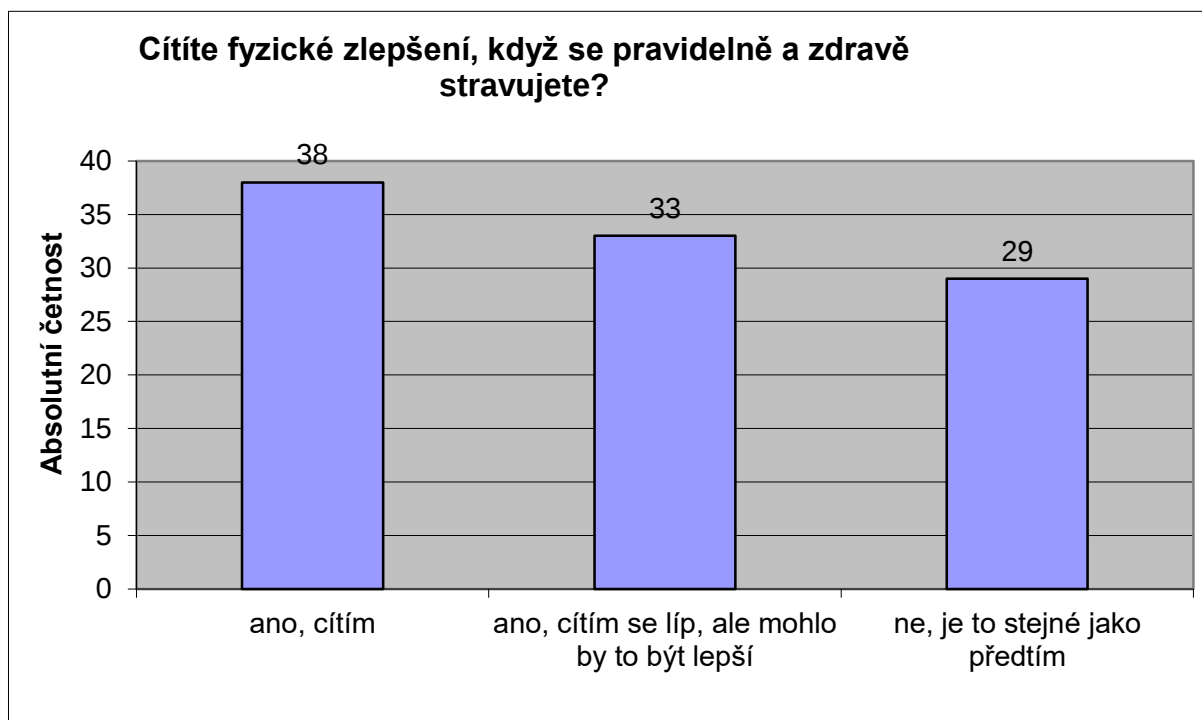
Na grafu 12 jsou zobrazeny odpovědi respondentů na otázku číslo 15 - Máte pocit, že správná výživa Vám pomáhá k pravidelné stolici?



12 – Pravidelná stolice

Z grafu 12 vyplývá, že 53 respondentů (53 %) má pocit, že správná strava jim určitě pomáhá k pravidelné stolici, 28 respondentů (28 %) odpovědělo, že je to stejné jako předtím a 19 respondentů (19 %) odpovědělo, že je jejich stolice i přes správnou výživu nepravidelná.

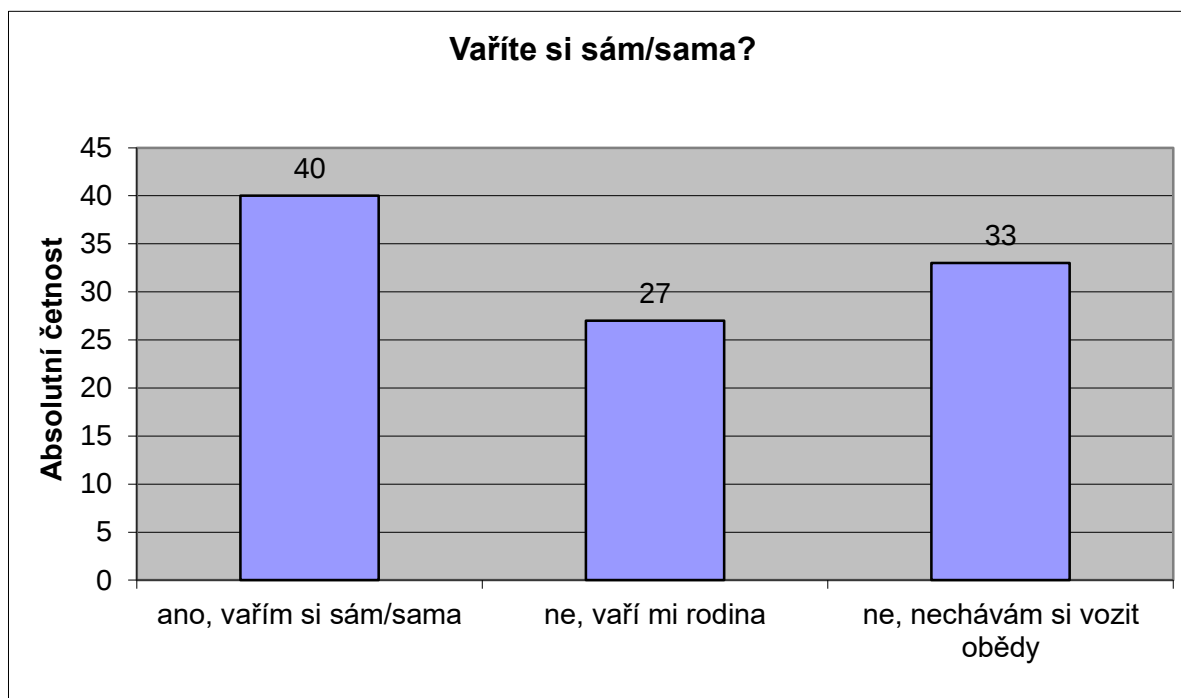
Na grafu 13 jsou zobrazeny odpovědi respondentů na otázku číslo 16 - Cítíte fyzické zlepšení, když se pravidelně a zdravě stravujete?



Graf 13 – Fyzické zlepšení při správné stravě

Na otázku odpovědělo 38 respondentů (38 %) ano, cítím fyzické zlepšení, když se pravidelně a zdravě stravuji. 33 respondentů (33 %) odpovědělo, že se cítí lépe, ale mohlo by to být lepší. 29 respondentů (29 %) odpovědělo, že je to stejné jako předtím a zlepšení při pravidelné a zdravé stravě nepocítují.

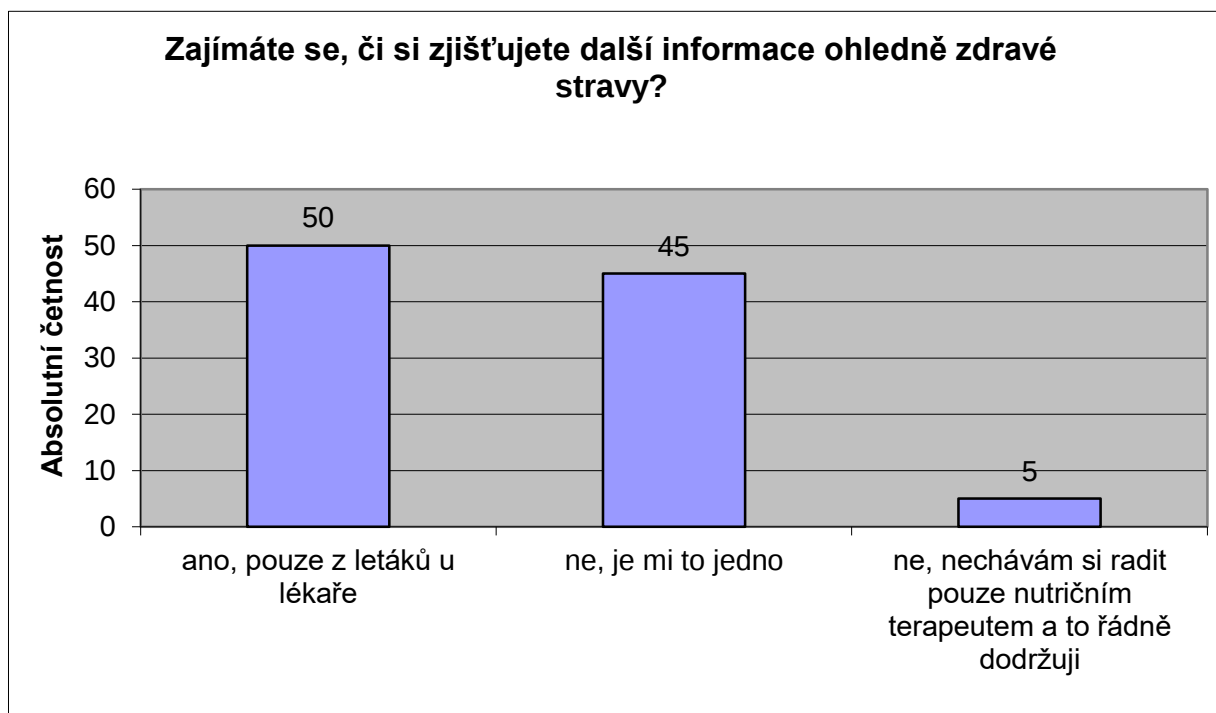
Na grafu 14 jsou zobrazeny odpovědi respondentů na otázku číslo 17 - Vaříte si sám/sama?



Graf 14 – Samostatnost při vaření

Z grafu 14 vyplývá, že 40 respondentů (40 %) si vaří sami doma, rodina vaří 27 respondentům (27 %) a obědy si nechává vozit 33 dotazovaných (33%).

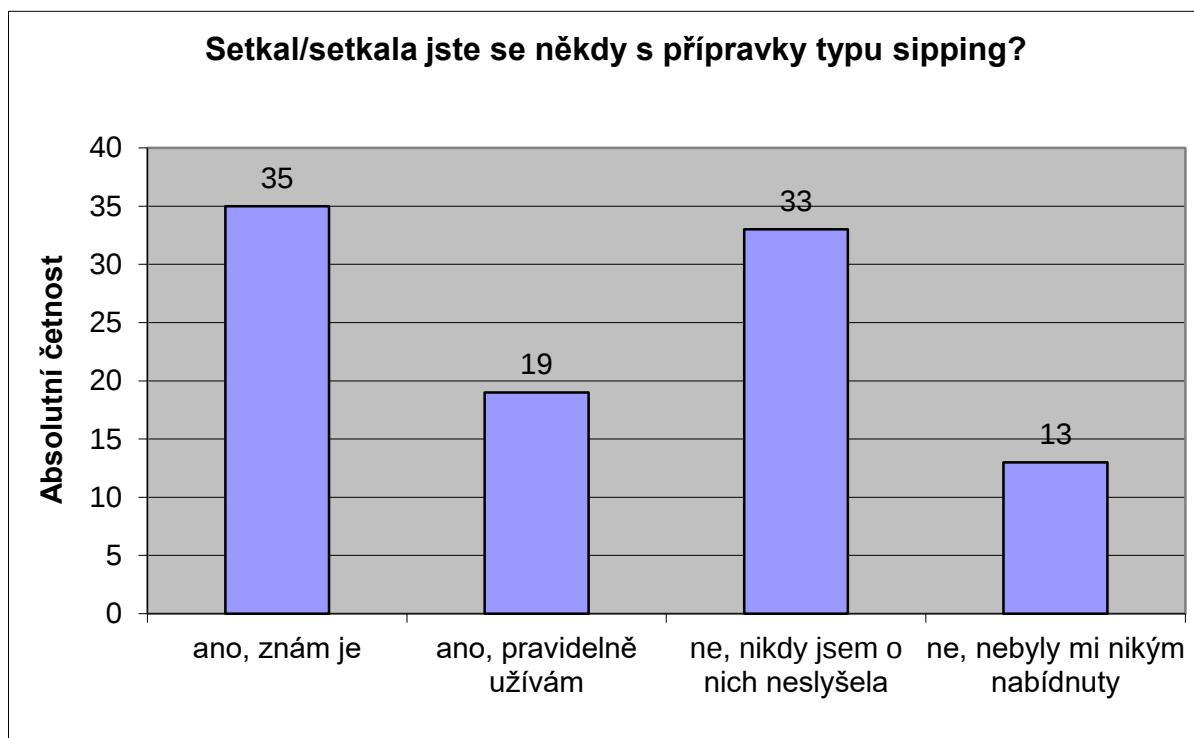
Na grafu 15 jsou zobrazeny odpovědi respondentů na otázku číslo 18 - Zajímáte se, či si zjišťujete další informace ohledně zdravé stravy?



Graf 15 – Informovanost o správné stravě

Informace ohledně zdravé stravy si zjišťuje 50 respondentů (50 %) z letáků u lékaře, 45 odpovídajících respondentů (45 %) informace o zdravé stravě nevyhledává a je jim to jedno a 5 respondentů (5 %) si nechává radit pouze nutričním terapeutem a jeho rady řádně dodržuje.

Na grafu 16 jsou zobrazeny odpovědi respondentů na otázku číslo 19 - Setkal/setkala jste se někdy s přípravky typu sipping?

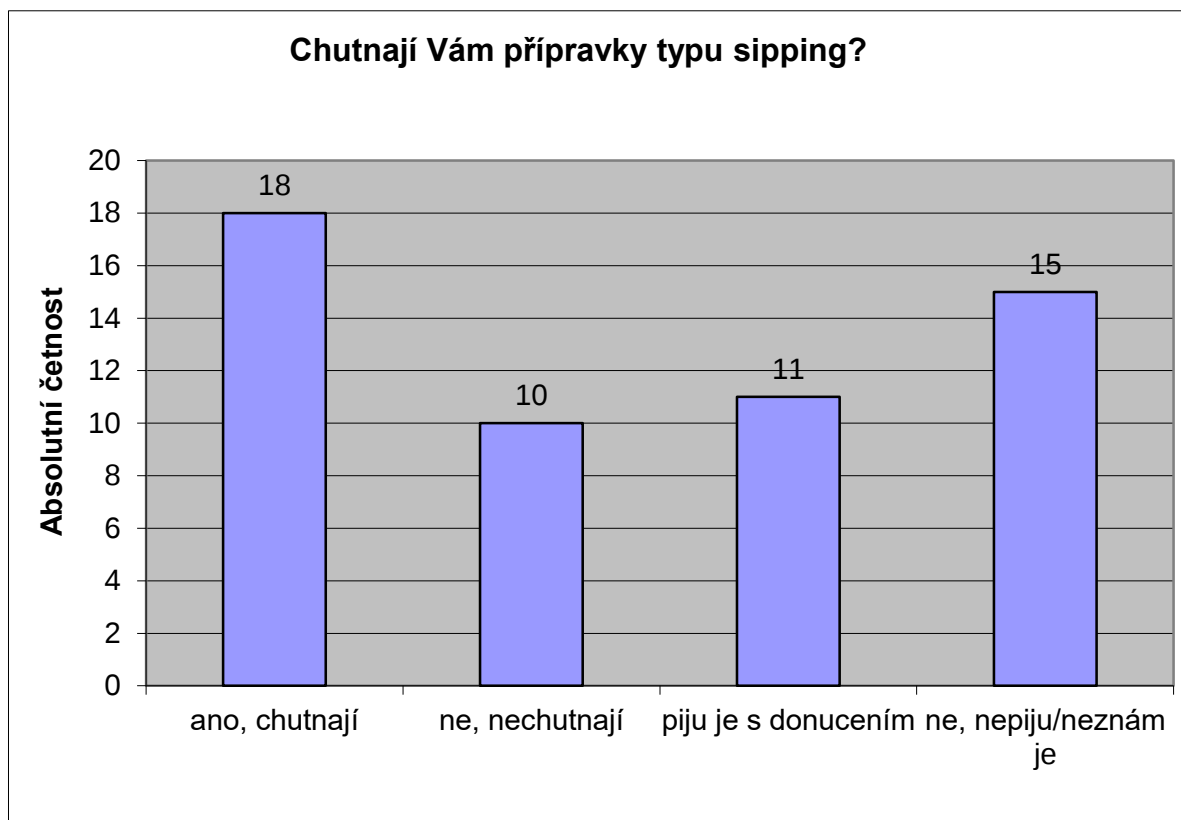


Graf 16 – Přípravky typu sipping - znalost

S těmito přípravky se setkala 35 respondentů (35 %), 19 respondentů (19 %) je pravidelně užívá, 33 dotazovaných (33 %) o nich nikdy neslyšelo a 13 respondentům (13 %) nebyly nikým nabídnuty.

Na grafu 17 jsou zobrazeny odpovědi respondentů na otázku číslo 20 - Chutnájí Vám přípravky typu sipping?

Na tuto otázku odpovídali pouze ti, kteří znají přípravky typu sipping, celkem 54 ze všech respondentů.

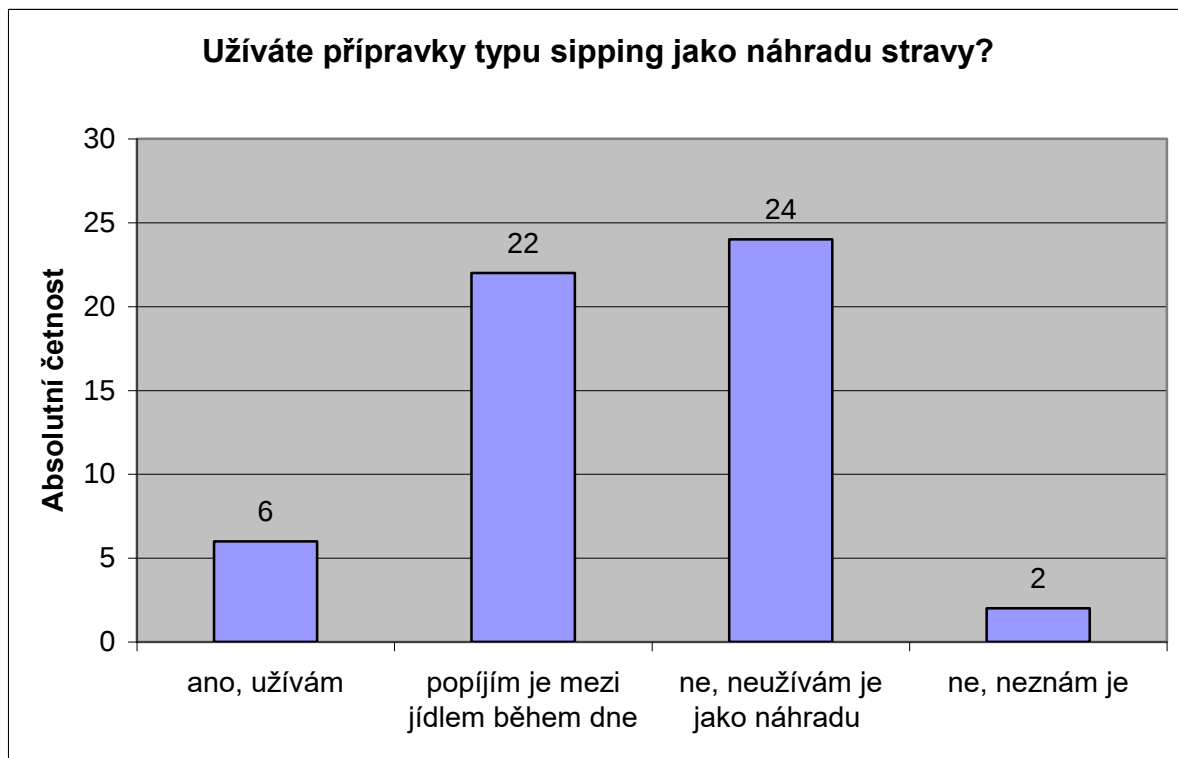


Graf 17 – Přípravky typu sipping - chuť

Z 54 dotazovaných respondentů na otázku zda jim chutnájí přípravky typu sipping odpovědělo 18 respondentů (18 % z celkového počtu dotazníků) ano, chutnájí, 10 respondentů (10 %) ne, nechutnájí. 11 dotázaných (11 %) je pije s donucením a ne, nepiji odpovědělo 15 dotázaných (15 %).

Na grafu 18 jsou zobrazeny odpovědi respondentů na otázku číslo 21 - Užíváte přípravky typu sipping jako náhradu stravy?

Opět odpovídalo pouze 54 respondentů, kteří znají přípravky typu sipping.



Graf 18 – Přípravky typu sipping – náhrada stravy

Z 54 dotazovaných respondentů na otázku, zda užívají přípravky jako náhradu stravy odpovědělo 6 respondentů (6 % z celkového počtu dotazníků) ano, užívám, 22 respondentů (22 %) je popíjí mezi jídlem během dne, 24 respondentů (24 %) je neužívá jako náhradu stravy a 2 respondenti (2 %) je neznají.

3.6 Diskuze

V bakalářské práci „Nutriční podpora seniorů“ jsem si zvolila jeden cíl, a to zjistit stav výživy seniorů. K tomuto cíli se vztahují tři hypotézy.

V rámci celkového srovnání s jinými bakalářskými pracemi jsem zjistila, že malnutricí trpí opravdu mnoho seniorů. Že to není problém pouze seniorů, kteří žijí v domácnosti - sami, nebo s rodinou, ale i hospitalizovaných a to až 50%, tj. téměř stejně na co jsem přišla já ve svém výzkumu (Maixnerová, Diplomovaná práce)

Hypotéza 1: Minimálně 20% respondentů trpí malnutricí.

K této hypotéze se vztahují otázky číslo 6, 7, 8, 13 a 14. V otázce číslo 6 zjišťuji znalost pojmu malnutrice. 37 seniorů (37 %) pojem malnutrice zná, ale malnutricí netrpí, 17 seniorů (17 %) malnutricí trpí a 46 seniorů (46 %) pojem vůbec nezná. Zde se hypotéza nepotvrdila, protože pouze 17 % seniorů, kteří odpovídali na dotazníkové otázky malnutricí trpí. V otázce číslo 7 zjišťuji ztrátu chuti k jídlu za poslední dobu. 24 seniorů (24 %) by si rádo dopřálo něco, co jim nedělá dobře, ale nejde to, 35 seniorů (35 %) ztrátu chuti k jídlu zaznamenali, ale nijak je to neomezuje a 41 seniorů (41 %) neřeší co jí, žádné problémy nemají. Celkově tedy 59 seniorů (59 %) zaznamenalo ztrátu chuti k jídlu. Na otázku číslo 8, zda mají senioři úbytek na váze za poslední dobu odpověděli 9 seniorů (9 %), že ano a je to viditelné znát, 41 seniorů (41 %) úbytek na váze zaznamenali, ale není to moc a 50 seniorů (50 %) žádný úbytek na váze nemají. Celkově tedy až polovina dotázaných má sklon k tomu trpět podvýživou z důvodu ztráty hmotnosti.

Zda mají senioři nějaké zvláštní dietní opatření odpovídalo v otázce číslo 13, z toho 56 seniorů (56 %) odpovědělo, že nemá a 44 seniorů (44 %) odpověděli, že ano. V přidané doplňující otázce jaké většina odpovídala, že trpí diabetem, zácpou, dělají jim problém velké sousta, musí si hlídat cholesterol, mají problémy s mléčnými výrobky, trpí na žaludeční vředy, stomie, pálením žáhy, intolerancí lepku, jsou onkologičtí pacienti a hubnou bez jasných příčin. Tímto hodnotím, že 44 seniorů (44 %) má sklon trpět podvýživou z nedostatku určitých potravin. V otázce číslo 14 odpovídali senioři, zda mají problém s polykáním. 45 seniorů (45 %) žádné problémy nemá, 46 seniorů (46 %) má problémy s polykáním a jen 9 seniorů (9 %) má problémy s polykáním takové, že tomu musí přizpůsobovat stravu. Celkově tedy 55 seniorů (55 %) jsou potenciálními malnutričními pacienty z důvodu špatného polykání.

Hypotéza se nepotvrdila.

Hypotéza 2: Maximálně 50 % respondentů dodržuje zásady zdravé výživy.

K této hypotéze se vztahují otázky číslo 4, 5, 9, 15, 16, 17 a 18. V těchto otázkách se zaměřuji na zdravou výživu, dostatečnou hydrataci, zda vede zdravá a pestrá strava k lepšímu vyprazdňování a k lepšímu pocitu bytí. V otázce číslo 4 zjišťuji, zda senioři jedí mléčné výrobky, 48 seniorů (48 %) jí a chutnají jim, 26 seniorů (26 %) nejlí z důvodu, že jim nedělají dobře, 11 seniorů (11 %) mléčné výrobky nemají rádi a 15 seniorů (15 %) je jí jen občas. Na otázku číslo 5 zda jedí senioři zeleninu, odpověděli celkově, že 94 seniorů (94 %) jí zeleninu minimálně 1x denně (42 %), 1-2x týdně (25 %), nebo aspoň párkrát do měsíce (26 %) a pouze 7 seniorů (7 %) nejlí zeleninu vůbec. V otázce číslo 9, kde se ptám na pravidelný denní příjem tekutin odpovědělo 34 seniorů (34 %), že pije doporučené množství za den, 45 seniorů (45 %) pije dostatečně, ale musí se jim to připomínat, 21 seniorů (21 %) pije, až když má pocit žízně. Zdravá výživa pomáhá k lepší a pravidelné stolici 53 seniorům (53 %), 28 seniorů (28 %) má pocit, že je to stejné, ať jedí, co jedí. a 19 seniorů (19 %) chodí stále nepravidelně. Fyzické zlepšení při zdravém stravování pocítuje 38 seniorů (38 %), 33 seniorů (33 %) se cítí lépe, ale mohlo by to být ještě lepší. 29 seniorů (29 %) má pocit, že je to stále stejné. V otázce číslo 17 na to, kolik si seniorů vaří sami, odpověděli, že 40 seniorů (40 %) si vaří sami, 27 seniorů (27 %) si nechává vařit rodinou a 33 seniorů (33 %) si nechává vozit obědy. Zde vidíme, že více jak polovina není schopná si obstarat pestrý denní příjem potravin. Informace ohledně zdravé stravy si vyhledává 50 seniorů (50 %), 45 seniorů (45 %) to neřeší a 5 seniorů (5 %) si nechává radit nutričním terapeutem. Celkově tedy vidíme, že zájem o informace zdravé a pestré stravy je veliký.

Hypotéza se potvrdila.

Hypotéza 3: Minimálně 30 % respondentů zařazuje do jídelníčku přípravy nutriční terapie.

K hypotéze číslo 3 se vztahují otázky číslo 10, 11, 12, 19, 20, 21. V otázce číslo 10, kolik seniorů navštěvuje nutričního terapeuta odpovědělo 5 seniorů (5 %), že pravidelně navštěvuje, 20 seniorů (20 %) jen občas a 75 seniorů (75 %) žádného nenavštěvuje. Na následující otázku číslo 11 - Jak jste si našel/našla nutričního terapeuta odpovídalo pouze 25 seniorů (25 %), kteří v předchozí otázce odpověděli, že nutričního terapeuta navštěvují. Z toho 7 seniorů (7 %) ho navštěvuje na doporučení lékaře, 9 seniorů (9 %)

na doporučení rodiny a 9 seniorů (9 %) si ho našli sami. Na otázku číslo 12 odpovídalo také pouze 25 % z celkově dotázaných, kteří na otázku číslo 10 odpověděli ano. 9 seniorů (9 %) je schopno vytvořit si jídelníček sám/sama bez nutričního terapeuta, 12 seniorů (12 %) potřebuje pomoc příbuzných a pouze 4 senioři (4 %) si nechává plně radit nutričním terapeutem.

Přípravky typu sipping - popíjení zná 35 seniorů (35 %) pravidelně užívá 19 seniorů (19 %), nikdy o nich neslyšelo 33 seniorů (33 %) a nebyly nabídnuty 13 seniorům (13 %). Na následující dvě otázky odpovídali pouze ti, kteří v předchozí otázce odpověděli ano, to je celkem 54 seniorů (54 %). Přípravky typu sipping chutnají 18 seniorům (18 %), 10 seniorům (10 %) přípravky nechutnají, 11 seniorů (11 %) odpovědělo, že je pije s donucením a 15 seniorů (15 %) ačkoliv odpověděli v předchozí otázce, že přípravky typu sipping znají, tak je nepoužívají. Jako náhradu stravy užívá přípravky 6 seniorů (6 %), 22 seniorů (22 %) je popíjí během dne mezi jídlem, 24 seniorů (24 %) je neužívá jako plnou náhradu stravy. Dva senioři (2 %) je neznají. Celkově se hypotéza potvrdila, protože z celkově dotázaných přípravky typu sipping pije 39 seniorů (39 %).

Hypotéza se potvrdila.

3.7 Návrh řešení pro praxi

Nutriční podpora seniorů je velmi důležitým tématem. Bohužel se ve zdravotnictví tomuto tématu nevěnuje tolik prostoru, nicméně dle mých zkušeností z praxe se informovanost seniorů o nutriční podpoře zlepšuje. Edukace seniorů není snadná, většinou mají možnost se informovat ohledně zdravé stravy pouze z letáků u lékaře, televize, což nejsou až tak objektivní zdroje.

Řešením by bylo, kdyby bylo praktickým lékařem přímo nabízeno jakým způsobem se stravovat, například letákem, na kterém by bylo znázorněno vše, co je potřeba vědět pro zdravé stravování - jak se stravovat, doporučené denní dávky stravy. Podle tohoto letáku by si byli senioři sami schopni tvořit jídelníček, případně by jim mohli se sestavením správného jídelníčku pomoci příbuzní.

Značným problémem pro seniory je nedostatek financí (nízké důchody), a proto jsou na stravě ochuzeni. Veliké množství seniorů v průběhu dotazníkového šetření mi naznačilo,

že jim byl doporučen nutriční terapeut, ale bohužel pojišťovny nejsou schopné jim ho proplatit a sami si ho nezafinancují.

Stravovací návyky si vytváříme v průběhu celého života. Zdraví a duševní pohoda musí být pěstována celoživotně, ve stáří je důležité udržet kvalitu života minimálně stejnou jako v produktivním věku. K tomu přispějeme my, jako příbuzní, proškolený zdravotnický personál a kvalitní informovanost, nezaujatá značkou a cenou, ale kvalitou.

Myslím, že nadací, jako je např. Krása pomoci Tat'ány Kuchařové, které se tomuto tématu věnují, je potřeba více. Řeší kvalitní stárnutí, jak už doma, nebo v domově pro seniory a především se zabývá kvalitou stravy, která je seniorům nabízena. Organizace jsou neziskové, tudíž pro seniory přijatelné.

4 Závěr

Hlavním cílem mé bakalářské práce bylo zjistit stav výživy seniorů. Na základě stanovených hypotéz a výzkumu z běžného života seniorů jsem zjistila, že není mnoho seniorů, kteří by trpěli podvýživou, ale mnoho z nich ji má tendenci mít. Většina dotazovaných seniorů má zájem o zdravou stravu a kvalitní život.

K výzkumu mi pomohl předem připravený dotazník. Celý tento výzkum mě obohatil a pro zdravotnický personál byl velmi přínosný. Před nástupem na mateřskou dovolenou jsem pracovala na dlouhodobé intenzivní péči, kde bylo převážně více seniorů, ležících, kde byla kvalitní strava a podpora formou sipping na předních místech.

V teoretické části jsem rozebrala pojem malnutrice, screeningové vyšetření, potřebu živin, hydrataci, běžnou stravu seniorů, podání enterální a parenterální výživy a hlavně sipping.

Lidský život není nekonečný, proto bychom měli od začátku klást důraz na kvalitu života a pestrou stravu. Proces stárnutí nemůžeme zastavit, ale zpomalit různými intervencemi a komplexní péčí, podporou a pomocí okolí.

Seznam použité literatury

ČEVELA, Rostislav a kol., 2012. *Sociální gerontologie: úvod do problematiky*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3901-4.

DRAHOLOVÁ, I., *Demystifikace mýtů o stárnutí*. Brno: Statutární město Brno-kancelář Brno- zdravé město, 2017. [cit. 16.11.2018]. Dostupné z: <http://www.zdravemesto.brno.cz>

FLORIÁNKOVÁ, M.: *Zdravý životní styl a jídelníček pro seniory*. Praha: Fragment, 2014. ISBN 978-80-253-2031-0.

HOLMEROVÁ, Iva a kol., 2008. *Geriatrické syndromy a geriatrický pacient*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-2472490-4.

JANÍK, Martin, 2015. *Význam nutričního screeningu v působnosti všeobecných sester*. České Budějovice. Diplomová práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Zdravotně sociální fakulta. Katedra ošetrovatelství a porodní asistence. [cit. 16. 11. 2018]. Dostupné z: http://theses.cz/id/9no18l/Diplomov_prce_Vznam_nutri_nho_screeningu_v_p_sobnosti_v_e.pdf

JURAŠKOVÁ, B., HRNČIARIKOVÁ, D., HOLMEROVÁ, I., KALVACH, Z.: *Poruchy výživy ve stáří* [online]. 2007, roč. 4 [cit. 16. 11. 2018], s. 443-445. ISSN 1803-5310. Dostupné z: <http://www.medicinapropraxi.cz/pdfs/med/2007/11/02.pdf>

KALVACH, Z.: *Křehký pacient a primární péče*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-4026-3.

KALVACH Z., ZADÁK Z., JIRÁK R., ZAVÁZALOVÁ H., HOLMEROVÁ I., WEBER P. a kolektiv, *Geriatrické syndromy a geriatrický pacient*. Praha, 2008. s. 7

KASPER, H.: *Výživa v medicíně a dietika*. 1. české vyd. Praha: Grada, 2015. ISBN 978-80-247-4533-6.

KOHOUT, P. a KOLEKTIV: *Vybrané kapitoly z klinické výživy II*. Praha: Forsapi, 2016. ISBN 978-80-87250-32-7.

MARŠÁLEK, P.: *Interna a geriatric pro fyzioterapeuty a ergoterapeuty*. Univerzita Jana evangelisty Turkyň v Ústí nad Labem, Fakulta zdravotnických studií, katedra fyzioterapie a ergoterapie, KZ a.s., Masarykova nemocnice v ústí nad Labem o. z., Rehabilitační oddělení: 2014. ISNB 978-80-7414-745-6

MEIXNEROVÁ, L.: *Nutriční podpora seniorů*. Masarykova Univerzita, Lékařská fakulta, Katedra ošetrovatelství, 2012. Brno. Dostupné z: https://is.muni.cz/th/ffb71/DP_elektronicka_podoba.pdf

MULPACHR, P.: *Základy gerontologie*. Brno, MSD s.r.o, 2008. ISNB: 978-80-7392-072-2

ONDRUŠOVÁ, Jiřina. *Stáří a smysl života*. Vyd. 1. Praha: Karolinum, 2011. 168 s. ISBN 978-80-246-1997-2.

PAPEŽOVÁ, H.: *Spektrum poruch příjmu potravy: Interdisciplinární přístup*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-802-4724-256

PIŤHA, Jan a kol., 2009. *Zdravá výživa pro každý den: Fórum zdravé výživy*. 1. vydání. Praha: Grada. 144 s. ISBN 978-80-247-6554-9.

POKORNÁ, A.: *Ošetrovatelství v geriatric: hodnotící nástroje*. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-4316-5.

SAK, Petr a Karolína KOLESÁROVÁ, 2012. *Sociologie a stáří seniorů*. 1. vydání. Praha: Grada. 225 s. ISBN 978-80-247-3850-5.

ŠTĚPÁNKOVÁ, H., HÖSCHL, C., VIDOVIČOVÁ, L. a KOLEKTIV: *Gerontologie: současné otázky z pohledu biomedicínských a společenských věd*. Praha: Karolinum, 2014. ISNB 978-80-246-2628-4

ŠUBRTOVÁ, Kateřina, 2008. *Podávání stravy pacientům (metodika, provádění nutričního screeningu, spokojenost pacientů, krmení pacientů, pestrost stravy)*. Hradec Králové. Bakalářská práce. Univerzita Karlova v Praze. Lékařská fakulta v Hradci Králové. Ústav sociálního lékařství.

WATSON, Ronald Ross, 2008. *Handbook of Nutrition in the Aged*. Fourth edition, CRC Press, NW. 382 s. ISBN 9781420059724.

ZADÁK, Zdeněk, 2008. *Výživa v intenzivní péči*. 2. vydání. Praha: Grada. 544 s. ISBN 978-80-247-2844-5.

Seznam tabulek

Tabulka 1: Rozdělení seniorů podle pohlaví

Tabulka 2: Rozdělení seniorů podle věkové kategorie

Tabulka 3: Rozdělení seniorů podle nejvyššího dosaženého vzdělání

Seznam grafů

Graf 1: Mléčné výrobky

Graf 2: Ovoce a zelenina

Graf 3: Znalost pojmu malnutrice

Graf 4: Ztráta chuti k jídlu

Graf 5: Úbytek na váze

Graf 6: Denní pitný režim

Graf 7: Nutriční terapeut - návštěvnost

Graf 8: Nutriční terapeut - nalezení

Graf 9: Nutriční terapeut - tvorba jídelníčku

Graf 10: Dietní opatření

Graf 11: Problémy s polykáním

Graf 12: Pravidelní stolice

Graf 13: Fyzické zlepšení při správné stravě

Graf 14: Samostatnost při vaření

Graf 15: Informovanost o zdravé stravě

Graf 16: Přípravky typu sipping - znalost

Graf 17: Přípravky typu supping - chuť

Graf 18: Přípravky typu sipping - náhrada stravy

Seznam příloh

Příloha č. 1: Dotazník k orientaci o riziku malnutrice

Příloha č. 2: Mini nutritional assessment (MNA) dotazník (2 části)

Příloha č. 3: Nottinghamský screeningový dotazník

Příloha č. 4: Dotazník

Příloha č. 5: Souhlas s distribucí dotazníků

Příloha č.1 : Dotazník k orientaci o riziku malnutrice

Otázka	Body za kladnou odpověď
Má onemocnění, pro které nemůže dobře přijímat potravu?	2 body
Jí méně než 2krát denně?	3 body
Nejí ovoce a mléčné výrobky?	2 body
Pije více než 3 piva, 0,6 l vína nebo odpovídající množství koncentrovaného alkoholu denně?	2 body
Má potíže s chrupem nebo s ústní sliznicí?	2 body
Nemá dost peněz na jídlo?	4 body
Většinou jí osamoceně?	1 bod
Užívá více než 3 různé léky denně?	1 bod
Úbytek > 5 kg tělesné hmotnosti za 6 měsíců?	2 body
Není vždy fyzicky schopen nakoupit, uvařit a najíst se?	2 body

Součet bodů:

0 – 2 je dobrá nutriční situace

3 – 5 střední riziko malnutrice

6 a více vysoké riziko malnutrice a rychlá potřeba zahájit nutriční podporu

Zdroj:

KALVACH Z., ZADÁK Z., JIRÁK R., ZAVÁZALOVÁ H., HOLMEROVÁ I., WEBER P. a kolektiv, *Geriatrické syndromy a geriatrický pacient*. Praha, 2008. s. 7

Příloha č.2: Mini Nutritional assessment (MNA) dotazník - 2 části

Zhodnocení nutričního stavu pomocí MNA - první část

Poslední 3 měsíce ztráta chuti k jídlu, obtíže GIT, problémy se žvýkáním a polykáním			
0= těžké poruchy	1= mírné	2= bez obtíží	
Ztráta tělesné hmotnosti v posledním měsíci			
0= více než 3 kg	1=neví	2= v rozmezí 1-3 kg stabilní hmotnost	
Pohyblivost			
0= upoután na lůžko	1= pohyb v okolí lůžka, po místnosti	2= vychází ven	
Psychický stres v posledních 3 měsících			
0= ano		2= ne	
Neuropsychické problémy			
0= těžká deprese	1= mírná demence	2= žádné problémy	
Index tělesné hmotnosti BMI			
0= BMI < 19	1= BMI 19- 21	2= BMI 21- 23	3= BMI >23

Maximum 14 bodů

Normální 12 bodů

Riziko malnutrice < 11 bodů

Zhodnocení nutričního stavu pomocí MNA – druhá část

Žije v domácnosti			
0= ne	1= ano		
Užívá více než 3 léky denně			
0= ano	1= ne		
Dekubity			
0= ano	1= ne		
Počet hlavních jídel denně			
0= 1 jídlo	1= 2 jídla	2= 3 jídla	
Příjem ptoteinů			
1x a vícekrát denně mléčné výrobky	ano	ne	
2x a vícekrát denně vejce a luštěniny	ano	ne	
Maso, ryby denně	ano	ne	
0= 0-1 ano _x	1= 2 ano _x	2= 3 ano _x	
Ovoce a zelenina denně			
0= ne	1= ano		
Příjem tekutin			
0= méně než 3 šálky	0,5= 3-5 šálků	1= 5 a více šálků	
Způsob příjmu tekutin			
0= s dopomocí	1=samostatně s obtížemi	2= samostatně bez problémů	
Vlastní hodnocení stavu výživy			
0= podvyživený	1= nehodnotí	2= nemá nutriční problémy	
Hodnocení vlastního zdravotního stavu ve srovnání s vrstevníky			
0= nedobrá	0,5= nehodnotí	1= stejně dobrý	2= lepší

Střední obvod paže		
0= menší než 21 cm	0,5 = 21-22 cm	1= větší než 22 cm
Obvod lýtky		
0= menší než 31 cm	1= 31 cm a více	

Zhodnocení:

Maximálně = 16 bodů

Celkové zhodnocení z obou tabulek:

Maximálně 30 bodů

Hodnocení:

17- 23,5 bodů: riziko malnutrice

< 17 bodů: malnutrice

Zdroj:

JURAŠKOVÁ, B., HRNČIARIKOVÁ, D., HOLMEROVÁ, I., KALVACH, Z.: *Poruchy výživy ve stáří* [online]. 2007, roč. 4 [cit. 16.11.2018], s. 443-445. ISSN 1803-5310. Dostupné z: <http://www.medicinapropraxi.cz/pdfs/med/2007/11/02.pdf>

Příloha č. 3: Nottinghamský screeningový dotazník

Položka	Bodové skóre
BMI (Body mass index) ☐ BMI < 18 ☐ BMI 18-20 ☐ BMI >20	2 1 0
Nechtěný úbytek hmotnosti v posledních 3 měsících ☐ Více než 3 kg ☐ Do 3 kg ☐ žádný, hmotnost stálá	2 1 0
Snížení příjmu potravy v posledním měsíci před hospitalizací ☐ Ano ☐ Ne	2 0
Stresový faktor/závažnost základního onemocnění ☐ Závažný (polytrauma, rozsáhlé popáleniny, poranění, rozsáhlé dekubity, těžká sepe, malignita, pankreatitida, velký chirurgický výkon, pooperační komplikace) ☐ Mírně až středně závažný (nekomplikovaný chirurgický výkon, lehká infekce, chronické choroby, dekubity, cirhóza, renální selhání, diabetes mellitus, nespecifické střevní záněty) ☐ žádný	2 1 0

Součet bodů:

0-2 body: Stav výživy velmi dobrý/dobrá bez další intervence

3-4 body: Nutné monitorování stavu výživy, kontrola s odstupem týdne

5 a více bodů: Vysoké riziko podvýživy, indikované cílené vyšetření nutričního stavu a intervence

Zdroj:

POKORNÁ, A.: *Ošetřovatelství v geriatrii: hodnotící nástroje*. Praha: Grada, 2013. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-4316-5. s. 67

Příloha č. 4: Dotazník

Vážení respondenti,

obracím se na Vás s prosbou o vyplnění dotazníku, který je zcela anonymní. Dotazník mi bude sloužit jako podklad pro Bakalářskou práci na téma “Nutriční podpora seniorů”. Prosím o pravdivé a co nejpřesnější vyplnění. Pokud je místo na vepsání – vepište, pokud je otázka kroužkovací, zakroužkujte.

Předem děkuji za spolupráci.

Tereza Kaplanová

studentka Vysoké školy Polytechnické v Jihlavě

1. Jakého jste pohlaví?

- a) žena
- b) muž

2. Kolik Vám je let?

- a) 60-64 let
- b) 65-70 let
- c) 71-80 let
- d) 81-90 let
- e) starší 91 let

3. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

- a) základní
- b) střední bez maturity / vyučen
- c) střední s maturitou
- d) vysokoškolské

4. Jíte mléčné výrobky?

- a) ano, jím, chutnají mi
- b) ne, nejím, nedělají mi dobře
- c) nikdy jsem mléčné výrobky nemusela
- d) jen občas

5. Jak často zařazujete do svého jídelníčku ovoce a zeleninu?

- a) 1x denně
- b) 1-2x týdně
- c) párkrát do měsíce
- d) ovoce a zeleninu nejím vůbec

6. Setkal/setkala jste se někdy s pojmem „malnutrice“?

- a) ano, setkal/setkala, pojem znám, ale malnutricí netrpím
- b) ano, znám, jsem malnutriční
- c) ne, nic mi tento pojem neříká

7. Máte pocit, že jste za poslední dobu ztratila chuť k jídlu?

- a) ano, rád/ráda bych si dopřála něco, co mi nedělá dobře, ale nejde to
- b) ano, ale nijak mě to neomezuje
- c) neřeším to, nemám žádný problém

8. Máte úbytek na váze za poslední dobu?

- a) ano, je to viditelně znát
- b) ano, ale ne moc
- c) ne, žádný úbytek na váze jsem nezaznamenal/nezaznamenala

9. Dodržujete správný pitný režim?

- a) ano, piju doporučené množství na den
- b) ano, ale musí se mi to připomínat
- c) ne, piju, až když mám pocit žízně

10. Navštěvujete nutričního terapeuta?

- a) ano, pravidelně ho navštěvuji
- b) ano, občas
- c) ne, žádného nenavštěvuji

Pokud jste v otázce č.10 odpověděl/a NE, neodpovídejte na následující dvě otázky.

11. Jak jste si našel/našla nutričního terapeuta?

- a) na doporučení lékaře
- b) na doporučení rodiny
- c) vyhledal/vyhledala jsem si ho sám/sama
- d) nehledal/nehledala, nenavštěvuji

12. Byl/byla byste schopný/schopná vytvořit si jídelníček sám/sama, bez nutričního terapeuta?

- a) ano, jídelníček si tvořím sám/sama
- b) ano, s jídelníčkem mi pomáhají příbuzní
- c) ne, bez nutričního terapeuta nevím, co mám jíst
- d) neřeším, co jím

13. Máte nějaké zvláštní dietní opatření?

- a) ne
- b) ano

Jaké?

.....

14. Trápí Vás problémy s polykáním?

- a) ne, netrápí
- b) ano, trošku
- c) ano, trápí, přizpůsobuju tomu stravu

15. Máte pocit, že správná výživa Vám pomáhá k pravidelné stolici?

- a) ano, určitě
- b) je to stejné jako předtím
- c) ne, stále chodím nepravidelně

16. Cítíte fyzické zlepšení, když se pravidelně a zdravě stravujete?

- a) ano, cítím se mnohem lépe
- b) ano, cítím se líp, ale mohlo by to být lepší
- c) ne, je to stále stejné

17. Vaříte si sám/sama?

- a) ano, vařím si sám/sama
- b) ne, vaří mi rodina
- c) ne, nechávám si vozit obědy

18. Zajímáte se či si zjišťujete další informace ohledně zdravé stravy?

- a) ano, ale pouze z letáků u lékaře
- b) ne, je mi to jedno
- c) ne, nechávám si radit pouze nutričním terapeutem a to řádně dodržuji

19. Setkal/setkala jste se někdy s přípravky typu sipping?

- a) ano, znám je
- b) ano, pravidelně užívám
- c) ne, nikdy jsem o nich neslyšela
- d) ne, nebyly mi nikým nabídnuty

Pokud jste v otázce č.19 odpověděl/a NE, neodpovídejte na následující dvě otázky.

20. Chutnají Vám přípravky typu sipping?

- a) ano, chutnají
- b) ne, nechutnají
- c) piju je s donucením
- d) ne, nepiju je/neznám je

21. Užíváte přípravky typu sipping jako náhradu stravy?

- a) ano, užívám
- b) popíjím je mezi jídlem během dne
- c) ne, neužívám je jako náhradu
- d) ne, neznám je

Příloha č. 5: Souhlas s distribucí dotazníků

Vážená paní MUDr. Mádrová,

Jmenuji se Tereza Kaplanová, jsem studentkou Vysoké školy Polytechnické v Jihlavě a studuji obor všeobecná sestra.

Ráda bych Vás poprosila o rozdání dotazníků na Vašem pracovišti – Praktický lékař pro dospělé v Troubsku u Brna. Dotazníky bych ráda předala na vyplnění všem seniorům, kteří Vás navštěvují. Bylo by to v období Září, Říjen, Listopad 2018.

Veškeré dotazníky jsou anonymní a poslouží mi pouze pro zpracování výzkumu v mé bakalářské práci s názvem NUTRIČNÍ PODPORA SENIORŮ.

Děkuji.

V Brně dne: 29. 8. 2018

Podpis:

Kaplanová Tereza

Souhlasím s distribucí dotazníků na mém pracovišti v ambulanci Praktický lékař pro dospělé.

V Troubové dne: 29. 8. 2018

Podpis:

MUDr. Barbora Mádrová
privátní praktický lékař
664 41 Troubsko, Lázeňská 8
tel.: 547 227 058 / IČ: 48480967
madrova.barbora@centrum.cz