

JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH

ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍ FAKULTA

**VÝŽIVA SENIORŮ V DOMOVECH DŮCHODCŮ V JIHOČESKÉM
KRAJI**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

autor: Jana Švehlová

vedoucí práce: MVDr. Zuzana Rybáková

datum odevzdání: 15.5. 2007

Abstract

Aging and the old age as such have recently become a matter of prime interest. It is caused by a growing number of seniors in the population which is consequently aging and thus the changes in the age structure of the inhabitants become inevitable.

In the period of the age over 60 the nutrition should be adjusted to the particular changes in the organism. Even though the aging process is written down in the genetic code, it can be also partly influenced by the nutrition. The seniors' nutrition is connected with the physiological, anatomical and functional changes in this period of life of those people and with their overall health condition. There should be required the top quality nutrition, only the total amount of food and its energetic value should be lower than during the active life.

The old people's nutrition can be divided into two parts which are mutually interconnected. One part involves a choice and preparation of meals suitable for seniors. The other part depends on the actual state of health and nourishment of a particular senior person. The nutritional state of seniors should be systematically followed-up. In case of finding out a nutritional problem, we should take suitable and timely measures avoiding further lack of nourishment or even undernourishment. However, in the majority of old people's homes there is no practice of observing the seniors' nutritional state. The preparation of meals is set up to match the regulations of the Czech Dietary System. The staff working in old people's homes are still not sufficiently trained in this respect and they do not consider the old people's nourishment so important as to influence their health condition.

In 2006 the NUTRICIA company introduced their PROJECT called The Standardization of Nutritional Care in Old People's Homes. The project brings us a qualified solution to the seniors' nutritional problems and thus it remarkably improves the quality of their lives. It positively influences their nutritional state resulting then in the

improvement of their psychical and physical condition, self-sufficiency and avoiding further health complications.

Many studies can prove an important drop of costs concerning the care for such an old person in a good nutritional condition.

The systematization of nutritional care is very demanding in view of qualifications and further training of personnel. However, it also deepens their interest in this sphere of problems as well as in the quality of provided care.

In my opinion this project offers a certain know-how leading to a successful solution. Now it depends in the leading staff themselves whether they would like to join this project and thus raise the quality of care provided for their clients.

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci jsem vypracoval(a) samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě fakultou elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách.

V Českých Budějovicích dne

.....
Podpis autora

Za ochotu a poskytnutí mnoha cenných informací bych chtěla poděkovat své vedoucí práci MVDr. Zuzaně Rybákové, nutriční terapeutce Míle Kovářové, vrchní sestře Janě Radošové a především osloveným klientům domovů důchodců.

Obsah

Úvod.....	8
1 Současný stav.....	10
1.1 Stárnutí a stáří.....	10
1.2 Demografie.....	11
1.2.1 Populační projekce stárnutí na Zemi.....	11
1.2.2 Populační projekce v Evropě.....	12
1.2.3 Populační projekce v České republice.....	12
1.3 Zabezpečení ve stáří.....	14
1.3.1 Zdravotní a sociální služby pro seniory.....	15
1.3.2 Význam sociálních služeb.....	16
1.3.3 Sociální služby pro seniory.....	16
1.4 Zvláštnosti vyššího věku.....	20
1.5 Výživa.....	22
1.5.1 Výživová doporučení pro obyvatele v České republice.....	23
1.6 Výživa seniorů.....	24
1.6.1 Problémy příjmu potravy u seniorů.....	25
1.6.2 Výživová doporučení pro seniory.....	26
1.6.3 Nejčastější problémy ve výživě seniorů.....	30
1.7 Stravování seniorů v pobytových zařízeních.....	31
1.7.1 Projekt Standardizace nutriční péče v domovech důchodců.....	32
2 Cíl práce a hypotézy.....	34
2.1 Cíl práce.....	34
2.2 Hypotézy.....	34
3 Metodika.....	35
4 Výsledky.....	36
5 Diskuse.....	46
6 Závěr.....	60
7 Seznam použitých zdrojů.....	64

8 Klíčová slova.....	66
9 Přílohy	67

Úvod

Pro téma mé bakalářské práce jsem si vybrala problematiku seniorů, protože stárnutí a stáří nás provází celým lidským věkem. Jedná se o přirozený proces probíhající podle biologických zákonitostí a začíná již od narození. Všichni se prakticky se stářím setkáváme každý den, ať už je to v obchodě, ve veřejné dopravě nebo u lékaře. Nejen, že seniory potkáváme ve městě, ale také máme seniory mezi svými blízkými, jsou to naši prarodiče, babičky a dědečkové.

Myslím si, že každý z nás se někdy nad stářím zamýšlí. V této souvislosti nás pak mohou napadat otázky ohledně průběhu našeho vlastního stárnutí a stáří. Jak toto období budeme asi prožívat? Budeme sužováni nemocemi a trávit čas v čekárnách u lékařů? Jak dlouho vydržíme být soběstačnými a nezávislími? Budeme mít někoho, kdo se o nás postará, až budeme odkázáni na pomoc druhých? Odejeme do domova důchodců? A podobných otázek se nám nabízí více. Máme, ale možnost dostat odpovědi na své otázky?

Obor, který se zabývá poznatky o stárnutí, stáří a životě ve stáří, se jmenuje gerontologie. S tímto oborem je také spojena geriatrie, která zkoumá problematiku zdraví, chorob a funkčního stavu ve stáří. Tyto obory nám poskytují informace o zvláštích vyššího věku, tedy o změnách týkajících se různých systémů našeho těla: srdečně-cévního, pohybového, zažívacího, nervového, vylučovacího, a také smyslových orgánů. Dozvíme se více o životních potřebách seniora vzhledem k životosprávě, pohybové, duševní a sociální aktivitě. Toto vše nám může přinést jakési uklidnění a návod. Návod, podle kterého je možné se na stárnutí připravovat a tak se s ním vyrovnat.

Proces stárnutí se prolíná s procesy chorobnými, zvláště chronickými, které mohou být urychlovány a zhoršovány tzv. rizikovými faktory. Těchto faktorů je třeba se vyvarovat, protože ovlivňují celý život člověka v negativním smyslu. Do první skupiny patří faktory, které jsou každému jedinci předurčeny (věk, pohlaví, vrozená dispozice k určitému onemocnění, somatické zvláštnosti), a nejsou ovlivnitelné. Správnou prevencí a léčbou můžeme pouze oddalovat jejich důsledky. Druhou skupinu tvoří faktory související s našim stylem života, a které můžeme relativně snadno ovlivňovat. Patří

mezi ně kouření, nadměrné pití alkoholu, nesprávné návyky ve výživě, nepravidelná životospráva, nedostatek odpočinku a pohybové aktivity, časté stresy.

Má práce je ale hlavně zaměřena na výživu seniorů v domovech důchodců. Klienti se zde musí přizpůsobit vytvořenému stravovacímu režimu, a to jednak servírování, času a typu jednotlivých jídel. Má-li ovšem klient stanovenou dietu, pak je jeho stravování této dietě podřízeno. Klienti mají možnost si stravování přilepšovat nákupem nebo donáškou od příbuzných a známých. Stravování seniorů je spojeno s problematikou změn v jejich zažívání a v příjmu potravy. Dalším problémem bývá rozpor mezi kvalitou a kvantitou přijímané stravy. Přejídání a špatná skladba potravin vedou k otylosti a k přetěžování organismu. Ve stravě většinou chybí dostatek vlákniny, vitaminů a minerálů. Naopak je strava příliš bohatá na tuky, cukry a sůl. Toto může platit spíše pro seniory, kteří se stravují sami podle návyků získaných již v mládí. V domovech důchodců se strava naopak řídí podle dietetických a hygienických pravidel a norem přizpůsobených výživě seniorů.

Kdo si přeje prožít život ve stáří kvalitně, ve zdraví a s funkční zdatností, měl by se zamyslet nad svým dosavadním způsobem života. Co a jak by se dalo změnit k lepšímu? Každý si musí uvědomit sám, čím si zbytečně ohrožuje své zdraví, protože zdravý životní styl je investicí do budoucnosti.

1 Současný stav

1.1 Stárnutí a stáří

Stárnutí je přirozený, nepřetržitý, nezvratný biologický proces, který trvá od vzniku zárodku až do smrti. U každého člověka probíhá jinak. Pro individuální průběh stárnutí jsou rozhodující především vlivy genetické, konstituční, zdravotní, vlivy životního prostředí a způsobu života. (6)

Stáří je poslední etapou procesu stárnutí. V této poslední fázi života se nápadněji projevuje involuce, souhrn involučních změn (zánikových, atrofických), se zhoršováním zdatnosti, odolnosti a adaptability organismu. (10)

Definice stáří je velmi obtížná a není jednotná. Nejčastěji se používá dělení navržené SZO (Světová zdravotní organizace), angl. WHO (World Health Organisation), kdy stáří podle věkových skupin dělíme takto:

60 - 74 let ranné stáří

75 - 89 let vlastní stáří

90 a více let dlouhověkost.

V posledních letech se stále více prosazuje jiné dělení stáří:

65 - 74 let mladí senioři

75 - 84 let staří senioři

85 a více let velmi staří senioři. (6)

Příčinou posouvání hranic stáří do vyššího věku je přibývání seniorů a zlepšování jejich zdravotního a funkčního stavu. (10)

Označování člověka prožívajícího období stáří je různorodé. Odborná literatura často pracuje s pojmem geront, který však evokuje spíše nesoběstačného člověka. Také pojem důchodce je nevyhovující, označuje pouze člověka pobírajícího důchod. Za nevhodné lze rovněž považovat označení senescent, jehož použití je zastaralé. Jako nejvhodnější se tak ustálil termín senior, který v sobě nemá žádný emocionální nádech a označuje člověka v celém věkovém období sénia. Je to významově neutrální pojem, který nahrazuje specifické označení starého člověka z pohledu různých vědeckých disciplín (např. medicína, psychologie, sociologie). (8)

Na lidský věk můžeme pohlížet z několika aspektů, a tak hovoříme kromě věku kalendářním (chronologickým), o věku biologickým, o věku sociálním a také o věku psychologickým. Tzv. kalendářní věk je údajem, který nás řadí do určité kategorie a řídí se podle data narození. Zato biologický věk je rozhodujícím ukazatelem vývoje stárnutí. Odpovídá stavu jednotlivých orgánových systémů a jejich funkčnosti. Posuzuje se tedy podle tělesných známek stárnutí. Věk sociální se vztahuje ke společenskému očekávání, chování přiměřeného určitému biologickému věku. U psychologického věku se zdůrazňují duševní stránky stárnutí. (8)

1.2 Demografie

Z demografického hlediska je stárnutí populace procesem, v jehož průběhu se postupně mění věková struktura obyvatelstva určité geografické jednotky tak, že se zvyšuje podíl osob starších 60 nebo 65 let a snižuje se podíl osob mladších 15 let. Kritériem pro označení určité populace staré či stárnoucí je 8 % nebo vyšší podíl populace ve věku 65 let a starších. Této hranice dosahovala ke konci minulého století většina evropských zemí, dále Japonsko, USA, Kanada, Austrálie. V rozvinutých zemích probíhá proces stárnutí populace rychleji než v zemích rozvojových. Věková struktura jakékoliv společnosti je ovlivňována třemi základními složkami: porodností, úmrtností a v menší míře také migrací. Stárnutí společnosti bývá nejčastěji způsobeno pomalým růstem počtu mladých věkových skupin tj. nižší porodností a urychleným nárůstem počtu obyvatel vyšších věkových skupin tj. nižší úmrtností. (8)

1.2.1 Populační projekce stárnutí na Zemi

V roce 1970 žilo na celé Zemi asi 8 % seniorů, tedy lidí ve věku 60 a více let a asi 38 % dětí ve věku 15 let a mladších. Na počátku 21. století se podíl seniorů zvýší přibližně na 10 % celkové populace Země a podíl dětské populace se bude snižovat asi na 28 %. V průběhu dalších let pak dojde k proměně věkové struktury obyvatelstva tak, že se obrátí poměr dětské a seniorské populace. K vyrovnání obou podílů by mělo dojít pravděpodobně kolem roku 2050, kdy obě věkové skupiny budou tvořit asi 20 % světové populace. Na přelomu 21. a 22. století se podíl seniorů zvýší na 30 % a podíl

dětí se sníží na 18 %. Tento demografický vývoj lidstva predikoval francouzský demograf J. Dupäquier a označil ho jako „nové demografické dobrodružství“. Podle dlouhodobé projekce OSN můžeme také očekávat značný nárůst obyvatelstva velmi vysokého věku, tedy osob 80letých a starších, kterých bylo v 90. letech minulého století pouhé 1 %. Do roku 2050 se předpokládá nárůst této populační skupiny na 3 % a do konce roku 2100 více než 7 %. (8)

1.2.2 Populační projekce stárnutí v Evropě

Nejstarším kontinentem na světě je dnes jednoznačně Evropa, kde probíhá proces stárnutí nejrychleji. Podle předpokladu bude v Evropě žít kolem roku 2020 přibližně 25,1 % populace starší 60 let a v roce 2050 se podíl osob starších 60 let zvýší na celých 35 %. Od druhé poloviny 19. století probíhají v Evropě demografické procesy („demografická revoluce“), které jsou výslednicí komplexu kulturních faktorů tj. vzájemně podmíněných faktorů ekonomického, sociálního a psychologického charakteru a které vedou k snižování porodnosti. Podstatou demografické revoluce je pokles úmrtnosti postupně převážený poklesem porodnosti. Pokles porodnosti je typickým znakem všech vyspělých zemí světa a v posledních letech nastupuje také v zemích méně vyspělých. Na míru úmrtnosti mají vliv především sociální podmínky např. vzdělání, výživa, bydlení, zaměstnání, úroveň zdravotní péče. V moderních rozvinutých společnostech nyní nabývá převahy faktor behaviorální tzv. faktor chování vzhledem ke zdraví, pod nímž rozumíme celkové zdravotně preventivní chování jedince v míře pozornosti, kterou věnuje ochraně svého zdraví. (8)

1.2.3 Populační projekce stárnutí v ČR

Populační projekce signalizují, že také česká společnost začne po roce 2010 stárnout rychleji než dosud. Seniorů v naší populaci přibývá jednak relativně: poklesem porodnosti, tak i absolutně: prodlužováním střední délky života. Ta je významným demografickým ukazatelem a udává, kolik let života s největší pravděpodobností zbývá v dané populaci jedinci určitého věku a pohlaví. Již od konce 80. let minulého století se u nás střední délka života u obou pohlaví trvale zvyšuje a od roku 1990 narůstala patrně

nejrychleji ze všech evropských zemí. V roce 1994 byla SDŽ pro muže 69,5 let a pro ženy 76,6 let, v roce 2003 to bylo již 72,1 let u mužů a 78,7 let u žen, prognózy do roku 2020 počítají s 80,6 lety pro ženy a 76,9 lety pro muže. Současně dochází k prodlužování života ve stáří a přibývá seniorů v pokročilém věku. (8)

Česká populace stárne již od 50. let minulého století, kdy proporce obyvatel starších 65 let věku překročila hranici 8 %. Toto stárnutí mělo dvě příčiny: snižování porodnosti a stagnaci ve vývoji úmrtnosti (především kojenecké) v průběhu 60. let. Do roku 1970 pak vzrostl podíl starých osob o další 4 %. V období 1970 - 1980 byl proces stárnutí přerušen vlivem babyboomu v polovině 70. let a výrazným snížením kojenecké a novorozenecké úmrtnosti. Jednou z příčin stárnutí české populace v posledních dekádách je pokles porodnosti, výrazný pokles trvá již 10 let a má nejrychlejší průběh ve srovnání s evropskými zeměmi. (8)

Demografické prognózy předpokládají, že v polovině století bude ČR při stávajících trendech porodnosti a úmrtnosti patřit k nejstarším populacím na světě (více než 40 % obyvatel ve věku nad 60 let). V seniorské populaci bude přibývat relativně i absolutně osob ve věku nad 80 let. Z hlediska organizace a kapacity zdravotnických služeb se významně projeví zestárnutí populačně silných ročníků narozených po skončení 2. světové války a v 70. letech. (10)

Vzhledem k vyšší naději dožití u žen, patří k typickým rysům seniorské populace převaha žen. A to stále výrazněji se stoupajícím věkem. Poměr žen k mužům činí v ČR ve věkové skupině 60 - 64 let asi 1,2 : 1, ve věkové skupině 75 - 79 let asi 1,8 : 1, ve věkové skupině 90 a více let 3 : 1 a ve věku 100 a více let asi 4 : 1. Zahraniční údaje ukazují, že u extrémně dlouhověkých osob starších 110 let je poměr žen k mužům ještě vyšší a činí asi 8 : 1. (10)

Nepříznivě se bude vyvíjet také míra závislosti osob vyššího věku. V roce 2010 by mělo připadat na 100 ekonomicky aktivních lidí více než 37 osob vyššího věku, v roce 2020 to bude již 45 osob. Stáří populace indikuje nejen podíl starých osob v

populaci, mírou stárnutí je také tzv. index stáří. Ten se vypočítává jako podíl populace ve věku 65+ na 100 osob mladších 15 let. V roce 2000 dosáhl index stáří české populace hodnoty 111,8 (prognózy pro index stáří v roce 2025 jsou 243). I z hlediska této míry se ČR jednoznačně řadí mezi stárnoucí populace. (8)

1.3 Zabezpečení ve stáří

Výše popsaný demografický vývoj má obrovské důsledky celospolečenské, neboť "urychlené" stárnutí populace vede ke zvýšení podílu občanů v důchodovém věku. To vede k růstu průměrných sociálních nákladů na každého aktivního občana. Na řešení problémů stáří tedy nestačí jen vytvořit prostředky pro poskytování starobních důchodů, ale i na celý složitý systém institucí (např. zdravotnických), služeb a dávek pro zabezpečení potřeb starých lidí. Finanční náročnost těchto potřeb je evidentní a ve svých důsledcích si postupně vynucuje různé změny v sociální politice jednotlivých států, v závislosti na ekonomické situaci. V naší republice je to např. postupné zvyšování věkové hranice pro vznik nároku na starobní důchod. (6)

Jedním ze základních ústavních práv občanů je zabezpečení ve stáří. V péči o staré osoby platí zásada neoddělitelnosti a komplexnosti zdravotních a sociálních služeb. V určitém konkrétním čase jedna nebo druhá složka převažuje, a to podle toho, zda jde o staré lidi nemocné či zdravé. Je nutné, aby obě složky byly vyvážené a přiměřené individuálním potřebám klienta. Nebezpečí plyne na jedné straně z "medicinalizace" dlouhodobé péče, tedy ze snahy o řešení všech problémů starého člověka medicínskými prostředky. Na druhé straně může zase číhat nebezpečí snahy redukovat dlouhodobý problém starého člověka na problém čistě sociální, se snahou přesunout jej ze sféry resortu zdravotního do sféry resortu sociálního (včetně financování). (6)

SZO vydala v roce 1974 návrh péče o staré a chronicky nemocné, určený všem členským státům OSN. Na základě návrhu vznikla svého času snaha o vybudování primární geriatrické zdravotnické sítě. Skončila problematicky a v celostátním měřítku neznamenal žádný průlom do dosavadní praxe. (6)

1.3.1 Zdravotní a sociální služby pro seniory

Organizační struktura zdravotních a sociálních služeb se vyvíjí v souvislosti s celkovými změnami po roce 1989. Celková tendence jde směrem k preferenci ambulantní péče včetně domácí péče nejen z ekonomických důvodů, ale také proto, že je to pro potřebné klienty z mnoha důvodů lepší. A tak se pozvolna rozvíjí netradiční formy této péče, kde je většinou neoddělitelná péče zdravotní a sociální. Podle Tyla aj. jde o tyto služby:

Péče

- primární, ambulantní péče, komunitní služby

Resort zdravotnictví: praktický lékař, sestra; geriatrická sestra, ambulantní služby specialistů, geriatrická ambulance, agentury domácí

Resort sociální (MPSV): pečovatelská služby, jídelny, prádelny, centra osobní hygieny, kluby pro důchodce, ošetrovatelská péče

- intermediární péče

Resort zdravotnictví: denní nemocnice, denní rehabilitační centra

Resort sociální (MPSV): domovinky, domy s pečovatelskou službou, penziony pro důchodce

- ústavní péče, krátkodobá

Resort zdravotnictví: nemocnice - všechna oddělení, geriatrické oddělení, gerontopsychiatrie

Resort sociální (MPSV): krátkodobé pobyty v sociálních zařízeních

- ústavní péče, dlouhodobá

Resort zdravotnictví: léčebny dlouhodobě nemocných, léčebny TRN a psychiatrické, ošetrovatelské ústavy

Resort sociální (MPSV): domovy důchodců, hospici (6)

1.3.2 Význam sociálních služeb

Význam sociálních služeb spočívá v jejich integrativním působení, jež umožňuje lépe a důstojněji žít osobám, které by jinak měly vážné problémy nebo by byly ze společnosti vyloučeny. Zvyšuje jejich nezávislost a samostatnost při rozhodování o svém životě.

Před rokem 1989 existovalo kromě ústavní péče jen velmi omezené spektrum sociálních služeb. Jejich potřeba byla často nahrazována pouze peněžitými dávkami. Po změně politických poměrů došlo k rozvoji určitých chybějících služeb, a to zejména díky nestátnímu neziskovému sektoru, a to i při absenci legislativy, která by poskytování těchto služeb usnadňovala.

Zatímco některé služby sociální péče jsou zahrnuty v dosavadní legislativě, zejména služby sociální intervence i další moderní formy péče v legislativě chybějí. Jejich existence je vždy založena a podmíněna určitou iniciativou buď osob či nestátních subjektů, které se snaží tyto služby zajistit i v tomto legislativním vakuu. (7)

1.3.3 Sociální služby pro seniory

Poskytují pomoc k zajištění fyzické a psychické soběstačnosti zabezpečením základních životních potřeb osob. Rozumí se jimi zajištění stravy, bydlení, základní hygieny, údržby domácnosti a kontaktu se společenským prostředím. Cílem služeb sociální péče je posílit nebo nahradit soběstačnost osob zhoršenou vlivem změn zdravotního stavu. (7)

1. Ústavní péče o seniory. Domovy důchodců, domovy - penzióny pro důchodce, domovy pro seniory. Při budování těchto zařízení je třeba preferovat menší zařízení s důrazem na hustější síť těchto zařízení, které by umožnily setrvání seniora v komunitě (obci, městě), na které je zvyklý. Optimální je otevření ústavního zařízení vnějšímu světu např. zřizováním jiných služeb v rámci ústavního zařízení (bufet, obchod, kadeřnictví atd.), podporovat činnost klubu seniorů nebo obdobné aktivity, které mohou navštěvovat i lidé z komunity, propojovat střediska denní péče a rezidenční péče, podporovat dobrovolnické práce a studentské stáže apod.

2. *Terénní služby pro seniory.* Respitní péče, stacionáře - denní pobyty (domovinky), pečovatelská služba. Je nezbytné zajistit informovanost veřejnosti o všech poskytovatelích těchto služeb pro seniory a o podmínkách, za kterých jsou poskytovány. Kromě saturace specifických potřeb seniorů by měly sloužit také k podpoře rodin pečujících o seniora.

3. *Komunitní péče o seniory.* Podpora chráněného a sociálního bydlení pro seniory, např. domy s pečovatelskou službou, sociální poradenství pro seniory a jejich rodiny, zajištění koordinace poskytovatelů v oblasti služeb pro seniory (propojení státních a nestátních poskytovatelů), sledování kvality a efektivity těchto služeb, zajištění a podpora dalšího vzdělávání pracovníků v oblasti péče o seniory, supervize pracovníků a prevence syndromu vyhoření, služby domácí péče, osobní asistence, zajištění hygienických služeb (koupání), půjčování pomůcek do domácnosti k denním sebeobslužným činnostem, praní prádla, fyzioterapie, pedikúra a další. (8)

Domovy důchodců

Jsou určeny pro staré občany vyžadující vzhledem ke svému zdravotnímu stavu komplexní péči. Obyvatelé mají zajištěnou celoročně celodenní komplexní pečovatelskou, ošetrovatelskou a lékařskou péči. Jsou zde podmínky pro dobrovolnou pracovní a zájmovou činnost, pro možnosti kulturního a společenského života. (8)

O umístění v domově důchodců rozhoduje okresní úřad na základě žádosti klienta. K žádosti je třeba vyjádření lékaře o zdravotním stavu, potvrzení o výši důchodu. Za péči v domovech důchodců je stanovena úhrada nákladů, kterou hradí obyvatel domova ze svého důchodu. Z důchodu musí zůstat klientovi aspoň 30 %. Výše úhrady se stanoví podle typu obytné jednotky, jejího vybavení a podle druhu poskytované základní péče. Domovy důchodců disponují v ČR asi 30 000 lůžky (1997). (6)

Domovy - penziony pro důchodce (Jarošová)

Jsou určeny starým nebo invalidním občanům, jejichž zdravotní stav jim umožňuje vést poměrně samostatný život za předpokladu, že jim budou poskytnuty

služby potřebné vzhledem k jejich věku a zdravotnímu stavu. Senioři jsou ubytováni v bezbariérových garsoniérách se základními službami, které si hradí sami. Zhorší-li se jejich zdravotní stav, jsou přemístěni do domova důchodců.

Domov pro seniory

Poskytuje starým mobilním lidem pomoc v případě, kdy nemohou žít dočasně nebo trvale sami v domácnosti nebo nemají-li kde bydlet a čekají na umístění v některém ze zařízení ústavní sociální péče. Poskytují se zde ošetrovatelské a pečovatelské služby. Nejdelší doba pobytu je jeden rok.

Pečovatelská služba

Umožňuje seniorovi setrvat v jeho domácím prostředí a saturovat jeho potřeby, které si není schopen nebo nemůže sám zajistit. Služba je placená a zahrnuje sociální ošetrovatelství, péči o domácnost, asistenční služby a stravování. Nejvíce jsou využívána střediska osobní hygieny poskytující hygienické služby, dále prádelny a jídelny pro důchodce.

Zařízení pro denní pobyt (domovinky)

Jsou to zařízení pečovatelské služby určené pro denní pobyt seniorů s omezenými fyzickými nebo psychickými schopnostmi, kteří jsou osamělí a vyžadují denní péči. Slouží také rodinným příslušníkům klienta, po dobu, kdy se o něho nemohou postarat a jsou v práci. Je zde zajišťována hygienická péče, rehabilitace, strava, doprovod při vycházkách, praní prádla, kombinovaná zdravotně sociální péče aj. Klient si platí částečně dle výšky důchodu.

Domy s pečovatelskou službou

Jsou zvláštní formou péče o relativně zdravé občany vyšších věkových skupin, kterým umožňují žít v přirozeném prostředí v pronájmu v bytech zvláštního určení a využívat pečovatelských služeb sociální péče. Za úhradu je poskytováno trvalé ubytování v bezbariérových bytech a základní péče podle věku a zdravotního stavu.

Přechodné pobyty

Jsou určeny seniorům, o které na přechodnou dobu nemohou pečovat jejich rodiny, příbuzní.

Kluby důchodců

Jsou otevřenými zařízeními charakteru komunitních center pro osoby zájmově a lokálně spojené, pro seniory se stejnými potřebami. Cílem je zlepšit kvalitu života aktivací jedince a posilováním jeho vlastní hodnoty.

Sociální hospitalizace

Je poskytována zdravotnickými zařízeními klientům, kterým je pobyt zde prodloužen ze sociálních důvodů.

Osobní asistence

Její účelem je umožnit klientovi žít co nejdéle ve vlastní domácím prostředí a oddálit tak ústavní zaopatření. Je zaměřena na pomoc zdravotně postiženým a starým nesoběstačným občanům. (8)

Hospic

Je zařízením paliativní péče, které slouží pacientům trpícím nevléčitelnými onemocněními. Kombinuje několik typů péče a podpory pacienta a jeho rodiny. Kromě terapie potřebují pacienti také mírnění obtěžujících příznaků (bolest, deprese, úzkost, dušnost atd.). Paliativní přístup k pacientovi je také jeho doprovázením poslední, terminální fází onemocnění. Zde hrají roli mnohé psychologické aspekty, víra, laskavost personálu i okolí a podpora rodiny. (7)

1.4 Zvláštnosti vyššího věku

Při jakémkoli uvažování o zdravotních a sociálních potřebách starších lidí je třeba vycházet z toho, že normálním stavem i ve stáří je stav dobré fyzické i duševní kondice. Je však třeba připustit, že právě stáří je obdobím, kdy některé nemoci a poruchy přicházejí častěji. Ve stáří se zaměřujeme zejména na soběstačnost, tedy schopnost vést samostatně co nejkvalitnější život. Cílem všech služeb a veškerých opatření by mělo být zlepšení zdravotního stavu seniorů, jejich soběstačnosti a kvality jejich života.

Stárnutí je proces individuální probíhající u jednotlivých lidí rozdílně. Přesto existují obecné rysy, které stáří charakterizují.

Adaptační schopnost - ta je ve stáří snížena, proto starší lidé hůře a pomaleji reagují na veškeré změny vnějšího či vnitřního prostředí.

Kardiovaskulární systém - ve stáří dochází ke snížení pružnosti cév a ke snížení průtoku krve prakticky všemi systémy.

Pohybový systém - dochází k úbytku svalové hmoty a ke snížení kostní denzity (při překročení hranice normy vzniká osteoporóza), důsledkem toho jsou kosti poживější a dochází k častějším zlomeninám (obratlů, předloktí, krčku kyčelní kosti). Postava staršího člověka se mění v důsledku převahy flexorů nad extenzory.

Výživa - je důležitým faktorem ve stáří. Staří lidé (zejména velmi staří) jsou ohroženi podvýživou, a to z příčin sociálních (osamocenenost, chudoba, nepřiměřené šetření atd.) i v důsledku změněného zdravotního stavu: chronicky vysilujících onemocnění, patologie či významné involuce zažívacího traktu.

Nervový systém a smyslové poruchy - ve stáří pravidelně přicházejí sensorické poruchy (zhoršení zraku, sluchu, čichu i chuti), omezena je také tzv. propiocepce: vnímání umožňující identifikovat průběh a stav hybnosti. To vše způsobuje i u zdravých seniorů některá omezení, která je třeba kompenzovat (brýle, sluchadla, výrazná strava, opora při

chůzi atd.). Myšlení starších lidí může být pomalejší, může být přítomna tzv. benigní stařecká zapomnětlivost, což mohou být důsledky přirozené involuce centrálního nervového systému. Naopak demence je vždy důsledkem onemocnění, které poškozuje mozkovou tkáň. Nejčastější příčinou demence je Alzheimerova choroba, zejména ve vysokém věku stoupá prevalence demencí vaskulárních. Ve stáří je častá (až u 20% seniorů) deprese, která probíhá často nepoznána, maskována různými somatickými příznaky a vede často k sebevraždě.

Vylučování - ve stáří je snížena funkce ledvin, a to jak jejich filtrační, tak i koncentrační schopnost. Je to jeden z důvodů, proč jsou staří lidé citlivější na změny vnitřního prostředí a proč mohou být také výraznější vedlejší účinky některých léků. (7)

Seniorská populace je z hlediska zdravotního a funkčního velmi heterogenní a vyžaduje diferencované přístupy a projekty. U významné části seniorů vystupuje do popředí křehkost (vyžadující včasnou intervenci), atypičnost chorobných projevů a mnohačetnost jejich obtíží (vyžadující komplexní diagnostiku). Jen u menšiny seniorů dochází ke ztrátě soběstačnosti, která je vždy důsledkem kombinace zdravotního postižení (nikoli pouhé involuce), nároků prostředí a sociální situace (významná je osamělost). U těchto seniorů je třeba zajistit účelnou koordinaci služeb zdravotnických a sociálních s využitím všech možností k životu v přirozeném prostředí (dlouhodobou ústavní péči vyžaduje ve vyspělých státech méně než 5 % osob starších 65 let, resp. méně než 20 % osob starších 80 let).

Hlavními zdravotními riziky ve stáří jsou z hlediska funkčního: projevy a komplikace aterosklerózy, degenerativní onemocnění mozku (Alzheimerova nemoc, Parkinsonova nemoc), osteoporóza (zvláště v souvislosti s pády a úrazy), osteoartróza, chronická obstrukční plicní nemoc, smyslová postižení (poruchy sluchu, poruchy zraku - makulární degenerace sítnice a katarakta), deprese, poruchy výživy (malnutrice) a dekonidice (hypokinetický syndrom). (21)

Funkční stav a celkový vzhled ve stáří není jen výrazem pasivního stárnutí živé hmoty. Podílí se na něm významně různé choroby (např. ateroskleróza) a jejich

důsledky, aktivní či pasivní způsob života, vlivy prostředí, sociální role, kterou stárnoucí člověk převezme, i psychická adaptace na vlastní stáří. A dále také řada závažných okolností sociálních, psychických a ekonomických, jejichž povaha přesahuje problematiku funkčního stavu a zdravím podmíněné kvality života. Většina těchto jevů je více či méně ovlivnitelných. V tom jsou největší předpoklady pro zvyšování zdravotnosti, pro snižování nemocnosti a závislosti ve stáří.

Aktivní životní styl a zodpovědnost za vlastní zdraví, kondici a spokojenost by měly být cílevědomě pěstovány od mládí či alespoň od středního věku. Obdobně je to s vytvářením ekonomických podmínek pro aktivní zabezpečení ve stáří, např. různými formami pojištění a připojištění.

Důležitým zájmem každého stárnoucího člověka je také společenská atmosféra. Dnes je celosvětově věnována aktivní pozornost rovným šancím, citlivosti k zájmům seniorů a vymýcení věkově podmíněné diskriminace, tzv. ageismus.

K významným nástrojům sloužícím osvětě i podpoře aktivního životního způsobu seniorů patří moderně pojímané seniorské a proseniorské organizace a také vytváření internetových sítí pro výměnu zkušeností mezi nimi. (9)

1.5 Výživa

Výživa patří k nejdůležitějším činitelům vnějšího prostředí, které ovlivňují vývoj a zdraví člověka. Tělesná a duševní zdravotnost lidského organismu je silně ovlivňována skladbou přijímané potravy. Ta poskytuje organismu látky nezbytné pro stavbu nových tkání, pro náhradu tkání opotřebovaných a látky zajišťující správnou funkci organismu. Je zdrojem energie pro tvorbu tepla a pro veškeré životní pochody.

Pod tímto pojmem je zahrnuto zajišťování veškerých materiálních a funkčních nároků organismu k udržení růstu, zdraví a výkonnosti. Výsledkem výživy, jakožto složitého procesu uspokojování fyziologických potřeb organismu, je výživová situace. Ta je dána spotřebou potravin a jejich skladbou v určitém časovém rozmezí. Výživová situace se obvykle zjišťuje u větších skupin obyvatelstva. Vedle zdravotnických hledisek a údajů spotřeby potravin se sledují i faktory sociálně-ekonomické. (12)

1.5.1 Výživová doporučení pro obyvatelstvo ČR

Tato inovovaná výživová doporučení byla předložena Společností pro výživu. Jedná se o dokument ve formě určené pro pracovníky, kteří se zabývají prevencí neinfekčních onemocnění hromadného výskytu výživou a propagací správných stravovacích návyků. Doporučení korespondují s výživovými cíli pro Evropu, které stanovil Regionální úřad pro Evropu WHO.

Základním požadavkem je dosažení všech parametrů zdravotní nezávadnosti potravin a pokrmů při zachování principů bezpečnosti potravin (výběr potravin a jejich úprava). Je nutno dodržovat správný stravovací režim, tedy jíst pravidelně - tři hlavní denní jídla s maximálním energetickým obsahem pro snídani 20 %, oběd 35 % a večeři 30 % a dopolední, odpolední svačinu s maximálně 5 - 10 % a pauzou 3 hodiny mezi jednotlivými denními jídly.

K vyjádření výživových doporučení se u nás ujala tzv. *Pyramida zdravé výživy*.

- Její základ tvoří obiloviny a luštěniny. Patří sem celozrnné výrobky a rýže natural s vyšším obsahem vlákniny, minerálních látek a vitaminů. Také zde mají místo ořechy a různé druhy semen. Doporučeno je 6 - 11 porcí denně.
- V dalším patře pyramidy jsou ovoce a zelenina, opět významné obsahem vitaminů, minerálních látek a vlákniny. Přednost má syrová zelenina a pak její dušení a mikrovlnná příprava před vařením. Doporučeno je 300 - 500 g zeleniny a 3 - 5 porcí ovoce denně.
- Třetí patro tvoří živočišné potraviny - mléko a mléčné výrobky (zdroj bílkovin a vápníku), libové maso (především drůbeží), 3 - 5 vajec za týden, jednou týdně ryby. Mléko a mléčné výrobky jsou doporučeny ve 2 - 3 porcích, maso a vejce v 1 - 3 porcích denně.
- Vrchol pyramidy představují potraviny nejméně žádoucí a spíše neprospívající zdraví. Jsou to nasycené tuky, cukr a sladkosti.

Jedna porce = 1 plátek chleba nebo rohlík, 1 jablko nebo banán, 125 g vařených brambor nebo rýže, těstovin, 1 vejce, 50 g masa nebo sýra, 150 ml jogurtu.

U pitného režimu, je důležité, aby byl zajištěn rovnoměrný přísun nápojů během dne. Nejvhodnějším nápojem je pitná voda, která vyhovuje všem požadavkům zdravotní

nezávadnosti. Pro zlepšení chuti ji lze doplnit sirupem či ovocnou šťávou. Pitný režim lze zpestřit minerálkami a bylinnými nebo ovocnými čaji. Nevhodné jsou slazené nápoje kolového typu, limonády a toniky. Organismus dítěte i dospělého člověka potřebuje denně 2 - 2,5 litru tekutin, v horku a při pohybu více.

Zásady správné výživy:

1. Pestrá strava zajistí dostatečný a vyvážený příjem živin, vitaminů, minerálních látek a dalších prospěšných látek.
2. Udržovat přiměřenou tělesnou hmotnost; pokud jsou problémy s nadváhou omezit energetický příjem a zařadit pravidelný pohyb.
3. Vybírat potraviny s nízkým obsahem tuku, zvl. živočišného původu, omezit maštění, snížit spotřebu uzenin, tučného masa a máslových moučnicků.
4. Omezit spotřebu soli - chuť na slané je návyk.
5. Omezit spotřebu rafinovaného cukru, sladkostí a slazených nápojů.
6. Pít dostatečné množství tekutin (2,5 l denně) a to různé čaje, přírodní vody, neslazené ředěné přírodní džusy; nevhodné jsou tekutiny s obsahem cukru a alkoholické nápoje.(12)

1.6 Výživa seniorů

Z hlediska výživy rozeznáváme věkové stadium:

- prenescence (40 - 60 let), v němž můžeme výživou zasáhnout preventivně a zpomalit vývoj stárnutí
- senescence (nad 60 let), kdy výživa musí být přizpůsobena stařeckým změnám organismu

Je prokázáno, že i když je proces stárnutí geneticky zakódován, je výživou do značné míry ovlivnitelný. Ve stádiu prenescence tedy výživa směřuje ke snížení přívodu energie, k omezení tuku a cholesterolu jako prevence obezity, aterosklerózy a dalších civilizačních chorob. Snížení přívodu stravy o 50 % prodlouží život o 30 % s pozdějším nástupem projevů stárnutí.

Ve výživě starých osob působí tyto faktory:

1. nesprávný výběr potravy: strava jednotvárná a levná, tendence k přejídání - chybí pocit sytosti, těžko je snášena hypoglykémie
2. poruchy trávení: ztráta chrupu, snížení sekrece slin a trávicích šťáv, pokles aktivity enzymů, zhoršené vstřebávání, zácpa, nechutenství
3. špatný metabolismus živin: avitaminózy, anémie, stařecký diabetes
4. hromadění metabolických zplodin: usazování tuku, cholesterolu, kyseliny močové, tvorba kamenů (12)

Výživa má výraznou úlohu při udržování zdraví starých osob. Dnes je dobře známo, jaké má výživa uplatnění v předcházení, případně léčení nemocí, které stáří často provázejí (nemoci srdce a cév, cukrovka, osteoporóza i rakovina). (19) V takových případech je třeba dodržovat zásady příslušné diety. (23) K dosažení maximální délky aktivního života je třeba dodržovat zásady správné výživy již od neútlejšího věku, stejně tak i ve stáří. (5)

Výživa seniorů se vyznačuje řadou zvláštností, které souvisejí s fyziologickými, anatomickými i funkčními změnami tohoto období života a celkovým zdravotním stavem člověka. Proto musí být výživa velmi kvalitní, pouze celkové množství potravy a její energetická vydatnost by měla být nižší než v předchozím produktivním věku plného pracovního nasazení. (23)

1.6.1 Problémy příjmu potravy u seniorů

Trávicí systém, který je vstupní bránou potravy do lidského těla, se ve stáří vyznačuje funkčními i morfologickými změnami. Časté jsou poruchy chrupu, s nimiž souvisejí problémy s kousáním, polykáním i trávením hrubého sousta. Také bývá snížený pocit žízně, oslabené vnímání sladkého i čichových počitků. Snižuje se vylučování žaludeční šťávy, zpomaluje se vyprazdňování žaludku a pohybová aktivita trávicí trubice, omezuje se vstřebávání živin (nedostatek vitamínu B12, beta-karotenu, kyseliny listové, vápníku a železa). Ve stupni těchto změn existují ovšem individuální rozdíly. Obecně platí, že trávicí systém je u starého člověka méně výkonný a více zranitelný. (19)

Většina lidí ve vyšším věku má umělý chrup a slizniční onemocnění dutiny ústní, což také vede ke snížení chuti k jídlu i potřeby se najíst. Problémem může být zhoršená hybnost nebo zhoršený zrak, které výrazně omezují schopnost nákupu a přípravy stravy. Můžeme se setkat i s problémy ekonomickými. Nedostatek aktivity, kdy důsledkem je i nevěle připravit si jídlo či dojít si nakoupit, může souviset s depresí z osamělosti a sociální izolace. Starší člověk se tak dostává do začarovaného kruhu - jeho zdravotní stav se vzhledem k nedostatečné výživě stále zhoršuje, což vede k dalšímu zhoršení jeho schopnosti výživy. Při jakýchkoliv potížích se stravováním ve vyšším věku je třeba včas zajistit potřebnou úpravu stravování (konzultovat s odborníkem na výživu). (18)

1.6.2 Výživová doporučení pro seniory

Příjem energie

Klidový metabolismus a celková tělesná aktivita se věkem snižují. U 70leté osoby je klidový metabolismus až o 30 % nižší než u osoby 30leté. (19) Klesá tudíž doporučení pro celkové množství přijímané potravy. Snadné přetížení a snížená spotřeba kyslíku je způsobena atrofií biomasy.(12) Je tedy nutné omezit konzumaci potravin, které mají vysoký energetický obsah a přitom jsou chudé na důležité živiny (např. jemné a trvanlivé pečivo, čokoláda a cukrovinky, zmrzliny). Snížení energetické hodnoty lze dosáhnout záměnou potravin bohatých na tuk za odtučněné nebo nízkotučné potraviny (např. nízkotučné nebo odtučněné mléko, jogurty, sýry a tvaroh, margariny s nízkým obsahem tuku, pomazánkové máslo, libové maso - drůbeží a rybí a nízk energetické nápoje). U pokrmů je nutno zmenšit velikost porce, především příloh.

Obtížně se však zajišťuje dostatečný přísun důležitých výživových faktorů, proto by měli i staří lidé vyvíjet určitou pohybovou aktivitu, která by přispěla ke zvýšenému výdeji energie. (5) Pohybová aktivita představuje významný faktor úspěšného stárnutí a zdravého stáří. Sedavý způsob života vede k dekonkci a k úbytku funkčních rezerv. Výkonnost, zdatnost, odolnost k zátěži i svalová síla klesají nejen v důsledku stárnutí, ale především v důsledku nečinnosti. Dochází až k svalovým atrofiím. Obranným

nástrojem, léčebným či preventivním, jsou proto kondiční a rekondiční programy, či alespoň udržování základních pohybových činností - chůze, jízda na kole, plavání. (9)

Sacharidy

Přívod sacharidů by měl odpovídat pracovnímu zatížení. Sacharidy se podávají v malých dávkách v podobě polysacharidů (pektiny, ovocné rosoly a džemy) nebo celozrnných moučných výrobků s obsahem vlákniny. Vlákna se nachází i v ovoci a zelenině, těstovinách, neloupané rýži, müsli, vločkách. Omezit je třeba sladká jídla a cukrem slazené nápoje. (12)

Tuky

Množství tuku ve stravě starších lidí by nemělo dodávat více než 30 % energie, z toho tuky živočišné (zdroj nasycených mastných kyselin) by měly hradit asi 1/3. (5) Je možno dopřát si máslo v množství 25 g/den (raději kvalitní margarín), rostlinné tuky (olej řepkový, olivový, semena a ořechy) v množství 20 g/den. Týdně zařadit do jídelníčku 1 - 2 rybí jídla (200-300g, makrela, losos, tuňák, sardinky, kapr, pstruh). Rostlinné tuky a ryby jsou hlavním zdrojem nezbytných vícenasycených mastných kyselin. (19)

Bílkoviny

Potřeba bílkovin je proti mládí nezměněna a proti dospělosti zvýšena na 1 g/kg tělesné hmotnosti. Zvýšený příjem bílkovin potravou zpomaluje rozpad tělesných bílkovin, který se ve stáří postupně zvětšuje, a posiluje imunitní odolnost staré osoby. (12) Proto by si starší lidé měli vybírat nízkotučné zdroje kvalitních bílkovin - libové maso, nízkotučné nebo odtučněné mléko a mléčné výrobky a občas i vejce. Z potravin rostlinného původu luštěniny, především sóju a pekařské výrobky z tmavých mouk. Vyhnout se uzenému masu, pečení, smažení (zdroje rakovinotvorných látek). (19)

Vitaminy a minerální látky

Jejich příjem je zajišťován konzumací zeleniny a ovoce, které jsou zároveň zdrojem vlákniny a látek s antioxidačním účinkem zabraňujících nadměrné tvorbě kyslíkových radikálů (podporují vznik některých onemocnění a urychlují stárnutí). (19)

U starších lidí dochází především k deficitu vitamínu C z důvodu nedostatečné konzumace ovoce a zeleniny a vitamínu D, jehož nedostatek souvisí s jeho nízkou tvorbou v důsledku nedostatečného vystavení pokožky slunečnímu záření. Ve stravě jsou zdrojem vitamínu D mořské ryby (i zdroj jodu) a játra. (5)

V prevenci kardiovaskulárních onemocnění je důležitý dostatek kyseliny listové (zelenina - brokolice, rajčata, listová zelenina; kuřecí játra, droždí, celozrnný chléb a pečivo), vitamínu B12 (maso, mléko vejce a sýry), vitamínu B6 (maso, banány, hrášek, droždí...). Na snižování cholesterolu se podílí niacin (maso, mléko, vejce, obiloviny, zelenina) a vitamín C.

V seniorském věku je zvlášť důležitá ochrana před volnými radikály, které vznikají přirozeně v našem těle, část přijímáme z vnějšího prostředí. Mezi takové látky patří zejména vitaminy C, E (rostlinné oleje, ořechy, obilné klíčky), beta-karoten (žlutooranžově zbarvené ovoce a zelenina - mrkev, paprika, meruňky), selén (celozrnné výrobky, ledviny, maso). (17)

Z minerálních látek představuje riziko především vápník, které souvisí s jeho nízkým příivodem potravou a jednak sníženým vstřebáváním ve stáří, které závisí na přítomnosti vitamínu D, B6, C, K1, Mg. (5) U seniorů je vysoké riziko vzniku osteoporózy, je nutné, kromě dostatečného přísunu vápníku (1 g/denně), zamezit i jeho ztrátám. K faktorům, které zvyšují vylučování vápníku, patří některé nevhodné návyky, např. nadměrné pití černé kávy (více než 4 šálky denně), pravidelné nepřiměřené pití alkoholu, kouření; strava s nadměrným obsahem bílkovin a nedostatek fyzické aktivity. (17) Nejvhodnějším zdrojem vápníku je mléko a mléčné výrobky (zakysané nízkotučné výrobky, sýry). (5)

Ve stáří se setkáváme s deficitem železa. K nejlepším zdrojům dobře využitelného železa patří krev, vnitřnosti, libové maso a masné výrobky a vejce.

U lidí používajících diuretika se často objevuje nedostatek draslíku (vzácněji hořčíku). Jeho příjem lze zvýšit konzumací luštěnin, brambor, zeleniny a ovoce, hořčíku navíc mlékem a mléčnými výrobky a minerálními vodami.

Další problematickou minerální látku představuje *sodík*, který bývá přijímán v nadbytku. Nadměrný příjem souvisí se stravovacími návyky a s poklesem citlivosti vnímání chuti ve vyšším věku. Při přípravě pokrmů lze použít náhražky soli. (5)

Tekutiny

Starší lidé většinou přijímají málo tekutin, protože často nemívají pocit žízně. Je třeba věnovat pitnému režimu zvýšenou pozornost. Denní spotřeba by měla dosahovat alespoň 2 litrů tekutin. Jako vhodné nápoje lze doporučit stolní vody s vyšší mineralizací, přírodní minerální vody stolní, ovocné a zeleninové nealkoholické nápoje s nižším obsahem energie, lze doporučit i nápoje v prášku nebo z šumivých tablet, bylinné čaje (střídat různé druhy), čaje ovocné, nealkoholické pivo. Zachovávat určitou opatrnost je nutné u nápojů obsahujících kofein (káva, kolové nápoje, čaj) a chinin. Pití alkoholických nápojů lze tolerovat pouze jako tzv. "moderované pití", tj. 0,5 l piva, 0,2 l vína nebo 0,05 l lihoviny za den. (5)

Technologická úprava pokrmů

Ve výživě starých lidí nezáleží pouze na výběru potravin, ale také na zpracování pokrmů. Pokrmy by měly být především dostatečně měkké, případně rozmělněné. Z tepelné úpravy by se mělo preferovat vaření a dušení bez předchozího osmahnutí na tuku. Omezovány by měly být pečené a smažené pokrmy. Pokrmy by měly být dostatečně ochucené a pozornost má být věnována i intenzitě a příjemnosti barvy pokrmů. (5) Při přípravě stravy je důležité důsledně dbát na prevenci alimentárních nákaz. Zásady hygieny je třeba dodržovat při manipulaci se syrovým masem, drůbeží a vejci a konzumovat je až po důkladném tepelném opracování. (23)

Strava má být podávána vždy v menších dávkách v krátkých intervalech (5 - 6x denně) a při výběru potravin je třeba brát ohled na přijímané léky. Sestavený jídelníček by měl respektovat i dosavadní stravovací návyky starých osob. Základním požadavkem

je však střídmost v jídle, aby nedocházelo ke zbytečnému zvyšování tělesné hmotnosti. Aktivní přístup starých osob k měnícím se výživovým potřebám je důležitým krokem v posilování vlastního zdraví. (12)

Doplňky výživy

Nelze-li zajistit dlouhodobě pestrou a vyvážnou stravu, je možná rozumná suplementace vhodným potravinovým doplňkem (vitaminy, minerální látky, přírodní látky s biologickými účinky apod.) Výběr přípravku a dávkování je dobré konzultovat s lékařem. (Zimmelová) Vítané bývá použití doplňků výživy jako součást preventivních opatření za zátěžových stavů (chřipková epidemie, extrémní klimatické vlivy). (19)

1.6.3 Nejčastější problémy ve výživě seniorů

Tendence k obezitě

Jedná se o problém spíše vyššího středního věku a počínajícího stáří. Obezita vzniká v důsledku nerovnováhy mezi příjmem a skutečnou potřebou energie. (23) Je způsobena přejídáním (pevně zakořeněné nevhodné stravovací návyky), snížením pohybové aktivity, případně psychosociálními faktory. (8) Představuje rizikový faktor pro cukrovku, nádorová a srdečně-cévní onemocnění a degenerativní onemocnění kloubů. Výživa mnohdy bývá nadbytečná pouze kvantitativně (nadbytek energie), ale nedostatečná kvalitativně. (23) Velké studie ukazují, že ve stáří je bezpečná i o něco vyšší hmotnost (BMI ve věku nad 65 let ale nesmí přestoupit hodnotu 27,0) než ve středním věku (BMI do 25,0). Jiným ukazatelem je prostý obvod břicha, který by neměl překročit 88 cm u žen, resp. 102 cm u mužů. Pro stáří platí, že cílem redukčních programů, pokud jsou převážně dietní, bývá obvykle skromnější pokles hmotnosti (s ohledem na přítomná pohybová omezení právě u obezních osob) asi o 5 - 10 %. (9)

Nedostatečná výživa až podvýživa

Problémy se týkají zejména lidí starších 75 let. Příčin je mnohdy více najednou - zhoršené vnímání chuti, ztráta chrupu, zhoršené trávení a vstřebávání živin, omezení hybnosti, přítomnost závažných onemocnění, užívání léků (vedlejší účinkem bývá

nechutenství), depresivní nálady (vedoucí k nezájmu o jídlo), ekonomické (nízká penze) a psychosociální (pocit osamělosti) faktory. Podvýživa s sebou přináší některé zdravotní komplikace, zejména sníženou obranyschopnost organismu a tím vyšší náchylnost k infekcím, zhoršené hojení ran. (23) Podvýživa může být příčinou snížené mobility a únavy. (8)

Poruchy vodního hospodářství organismu

Dehydratace se ve stáří vyskytuje často a její důsledky bývají velmi závažné. Nejčastější příčinou je snížený pocit žízně, strach z inkontinence při větším přísunu tekutin, poruchy mobility, také psychické příčiny (deprese, sociální nejistota). Důsledky dehydratace se projeví nejčastěji na urologickém, trávicím a kardiopulmonálním systému. Projevuje se změnami fyzického stavu (kůže, sliznice), psychického stavu (neklid, apatie), bolestí hlavy, únavou, nestabilitou až pády. (8)

1.7 Stravování seniorů v pobytových zařízeních

Nedostatky ve výživě seniorů začínají už v domácím prostředí, vzhledem k již zmíněným změnám ve funkčním, fyziologickém a anatomickém stavu ve stáří. Tito lidé jsou často hospitalizováni se zhoršením základního onemocnění, případně v důsledku dehydratace. Ve zdravotnickém zařízení nezřídka dostanou chuťově nevýraznou dietu (šetřící nebo slanou), kterou nejedí. V souvislosti s různými vyšetřovacími metodami navíc dochází k omezenému stravování. Aby zdravotníci mohli snadno zjistit, zda má pacient dostatečný příjem stravy a tekutin, měl by být pro pacienta vyplňován formulář o zkonsumované stravě a tekutinách. Při nedostatečném příjmu by měla následovat intenzifikovaná péče o stravování (změna diety, potravinové doplňky).

Dalším místem pobytu seniorů jsou léčebny dlouhodobě nemocných (LDN). Jsou-li začleněny do zdravotnických zařízení se společnou kuchyní, dochází pak k problémům díky nemocničnímu stravování, sestavenému zejména pro krátkodobé hospitalizace. Nemá-li LDN vytvořenu samostatnou dietu, stravování je většinou nevyhovující.

Domovy důchodců jsou další variantou pro dlouhodobý pobyt seniorů. Zde se mohou vyskytnout nedostatky, je-li strava dovážena z restaurace nebo připravována podle restauračních norem. Vzhledem k častým onemocněním lidí ve vyšším věku by jídelní lístky a normy pro přípravu stravy měla připravovat dietní sestra (dnes nutriční terapeutka). I když tato zařízení nahrazují domov, nemohou ve stravování svým obyvatelům nabízet volnou volbu. Je to dobře, protože tím lze předejít nedostatečné výživě, která je u seniorů častá. Domovy důchodců musejí rovněž respektovat stravu ordinovanou z nemocnice, kterou dostává klient dlouhodobě. (15)

1.7.1 PROJEKT Standardizace nutriční péče v domovech důchodců

Tento projekt představila 26. září 2006 na odborné konferenci v Praze společnost Nutricia. Klade si za cíl zvýšit kvalitu poskytovaných služeb v domovech důchodců v České republice v souladu s platnými právními předpisy a dokumenty. Kvalifikované řešení výživy přináší výrazné zlepšení kvality života seniorů. Pozitivně ovlivňuje jejich nutriční stav, vede ke zlepšení jejich psychické a fyzické kondice a soběstačnosti a snižuje zdravotní komplikace. Na podkladě mnoha studií lze dokladovat významné snížení nákladů na péči o seniora v dobrém nutričním stavu.

Jak vyplývá ze zahraničních studií, je problém nedostatečné výživy u starší populace velmi závažný. Konečným důsledkem nedostatečné výživy seniorů je zhoršení jejich funkčního stavu, provázeného poklesem aktivity a sníženou soběstačností, které zhoršují kvalitu života seniorů. Tento stav je spojen s horší léčebnou prognózou a vede ke zvýšení úmrtnosti a nemocnosti.

Řešením je systematické posuzování výživového stavu každého klienta v ústavní péči a příslušná úprava stravy, popřípadě nasazení prostředků enterální klinické výživy. Podle průzkumu z roku 2005 se však plošné posuzování výživového stavu pacientů děje jen v 16 % českých zdravotnických zařízení, 62 % zařízení ho provádí nahodile, 22 % vůbec. Ještě méně uspokojivá je situace v domovech důchodců, kde se systematické posuzování výživového stavu klienta v současné době neprovádí.

Projekt Standardizace nutriční péče v domovech důchodců byl pilotně realizován po dobu zhruba 1 roku (2005/2006) ve 3 pražských domovech důchodců (DD Malešice, DD Zahradní město, DD Chodov) na základě iniciativy ředitelů těchto zařízení.

Vytvoření standardu nutriční péče a jeho zavedení do praxe umožňuje účinně identifikovat a následně uspokojovat nutriční potřeby klientů zařízení. Systematizace nutriční péče klade vysoké nároky na odbornou erudici a vzdělávání poskytovatelů těchto služeb, zvyšuje však také jejich zájem o danou problematiku i kvalitu poskytované péče. Systematické posuzování výživového stavu každého klienta a příslušná úprava stravy pozitivně ovlivňuje nutriční stav klientů. Z hlediska právní ochrany poskytuje standardizace péče domovům důchodců garanci odborné správnosti a vysoké kvality poskytovaných služeb ve formě písemně zdokumentovaných postupů.

Projekt Standardizace nutriční péče je pilotním projektem programu pro klinickou výživu NUTRICEPT, jehož hlavním cílem je podpora rozvoje klinické výživy a zvyšování úrovně nutriční péče o pacienty či klienty v České republice. Program je realizován ve spolupráci s předními českými odborníky v oblasti klinické výživy - Společností pro klinickou výživu a intenzivní metabolickou péči (SKVIMP) a Českou asociací sester (ČAS) - sekce nutričních terapeutek. (16)

2 Cíl práce a hypotézy

2.1 Cíl práce

Cílem mé práce je zmapování situace výživy seniorů v domovech důchodců v Jihočeském kraji.

2.2 Hypotézy

Hypotéza č. 1: Pro klienty domovů důchodců byla těžké se přizpůsobit stravovacímu řádu a skladbě stravy.

Hypotéza č. 2: Klienti domovů důchodců mají potřebu obstarávat si stravu i jiným způsobem.

3 Metodika

Práce bude zpracována na podkladě kvantitativního výzkumu, který je založen na ověřování platnosti teorií. Za použitou metodu budou zvoleny dotazníky.

Dotazník, jako standardizovaný soubor otázek, jež jsou předem připraveny, bude obsahovat 15 otázek a 3 podotázky. V dotazníku budou použity tyto druhy otázek: uzavřené otázky, které tvoří soubor možných variant odpovědí, ze kterých respondent vybere jednu odpověď (můžou obsahovat dvě nebo více variant) a otevřené otázky, kdy je na respondentovi, jaká bude jeho odpověď. (1) Otázky 1 až 3 jsou identifikační a vztahují se k pohlaví, věku a délce pobytu klientů v domově důchodců. Otázky 4 až 6 se týkají doby před příchodem klienta do domova důchodců, kdy se ptám na jeho předešlý stravovací režim. To znamená, kde se klient stravoval, kolikrát denně jedl a zda dbal na pitný režim. Zbývající otázky se týkají klientova pobytu v domově důchodců. Zajímám se, jak se klient přizpůsobil novému stravování, jestli je s ním spokojen. Pokud není, co naopak klient ve stravování postrádá. Jaký je klientův stravovací režim v domově důchodců a má-li potřebu si stravu "přilepšovat". Ptám se klienta, zda má dietní režim, a pokud ano, hledí-li na svá dietní omezení. Provozuje-li klient nějakou pohybovou aktivitu zjišťuji ve 14 otázce. Poslední 15 otázka se týká obohacování stravy potravními doplňky.

Dotazníky jsou určeny pro seniory žijící v domovech důchodců v Jihočeském kraji, tedy pro osoby ve věku 60 a více let. 100 dotazníků bude rozdáno mezi klienty čtyř vybraných domovů důchodců, které se nacházejí v Jindřichově Hradci, v Třeboni, v Budíškovcích a v Českých Velenicích. Výzkum bude probíhat celý měsíc leden.

Zpracování dat bude provedeno pomocí grafického vyjádření. Za použitý typ grafu byl vybrán výsečový graf. Výsledky budou uvedeny v procentech.

4 Výsledky

Dotazníky měly být vyplněny klienty domovů důchodců v Jihočeském kraji. Pro svůj výzkum jsem si vybrala čtyři domovy důchodců, které sídlí v Jindřichově Hradci, Třeboni, v Budíškovcích a v Českých Velenicích.

Tyto domovy důchodců spadají společně s Ústavem sociální péče pod správu Ústavu sociálních služeb. Oba tyto ústavy sídlí ve společné budově v Jindřichově Hradci. Kontaktovala jsem pana Ing. Pavla Jirsu, který je ředitelem jak Ústavu sociálních služeb, tak Ústavu sociální péče a seznámila jsem ho se svojí prací a se záměrem provést výzkum v uvedených domovech důchodců. S jeho souhlasem jsem vybrané domovy navštívila a dotazníky zde klientům rozdala. Po skončení výzkumu jsem byla domluvena s panem ředitelem na jeho pomoci při sběru dotazníků. Z celkového počtu 100 dotazníků jsem získala ke zpracování 92 dotazníků vyplněných.

Se svou prací jsem seznámila paní Mílu Kovářovou, která je nutriční terapeutkou v Ústavu sociálních služeb. Paní Kovářová zde pracuje ve stravovacím provozu, který poskytuje služby pro domov důchodců v Jindřichově Hradci a Ústav sociální péče.

S paní Kovářovou jsem navštívila nejen celý stravovací provoz, ale také domov důchodců, který se nachází v části Jindřichova Hradce, na Otíně. Vrchní sestra, paní Jana Radošová, mě provedla po jednom z oddělení domova, kde jsem si prohlédla výdejnu jídel a jídelnu pro klienty a personál. Měla jsem možnost setkat se i s klienty a nahlédnout do jejich pokojů.

Návštěva domova důchodců mi poskytla řadu informací o systému a chodu stravování klientů. Cenné informace jsem získala od nutriční terapeutky, která výběr a přípravu jídel plánuje a kontroluje.

Graf 1 – Pohlaví respondentů

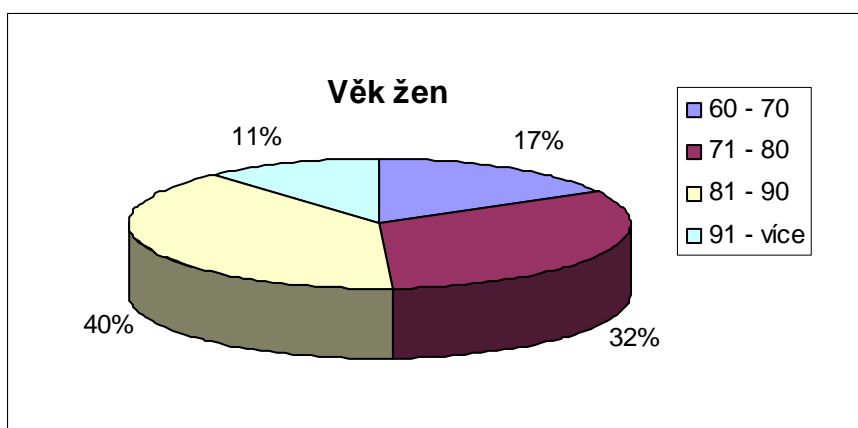


Zdroj: vlastní výzkum

V otázce 1 jsem se tázala na pohlaví respondentů. Graf znázorňuje procentuální zastoupení mužů a žen ve vybraných domovech důchodců. Je patrná převaha žen z 60 % nad muži ze 40 %.

Druhá otázka se týkala věku respondentů. Vyhodnocení, která jsou patrná z následujících grafů 2 a 3, jsem provedla zvlášť pro ženy a muže.

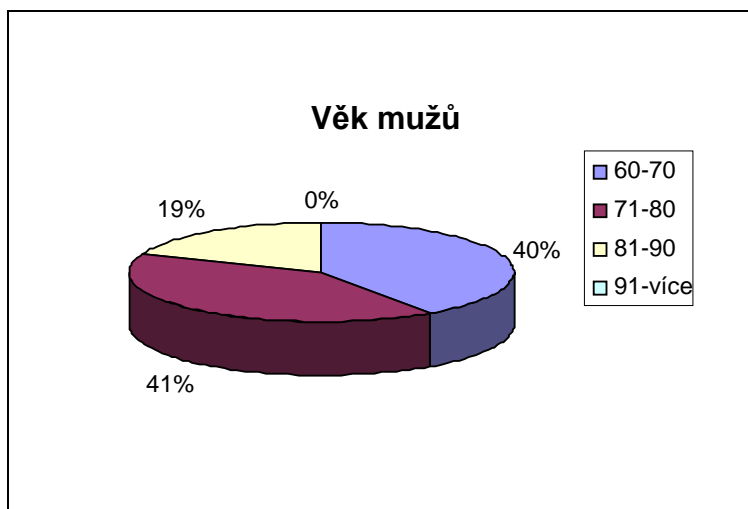
Graf 2 – Věk žen



Zdroj: vlastní výzkum

Největší zastoupení žen je ve věkové kategorii mezi 81 – 90 lety (40 %) a v rozmezí 71 – 80 lety (32 %).

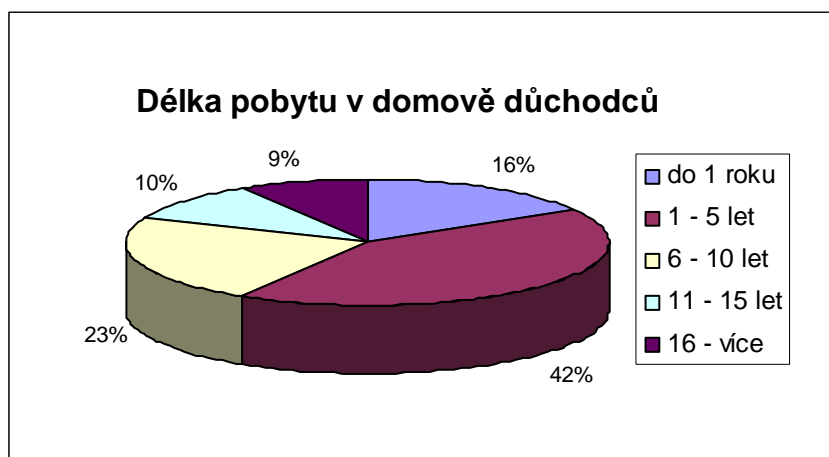
Graf 3 – Věk mužů



Zdroj: vlastní výzkum

Věkové kategorie mužů jsou zastoupeny mezi 71 – 80 lety (41 %) a mezi 60 – 70 lety (40 %) nejvíce.

Graf 4 – Délka pobytu v domově

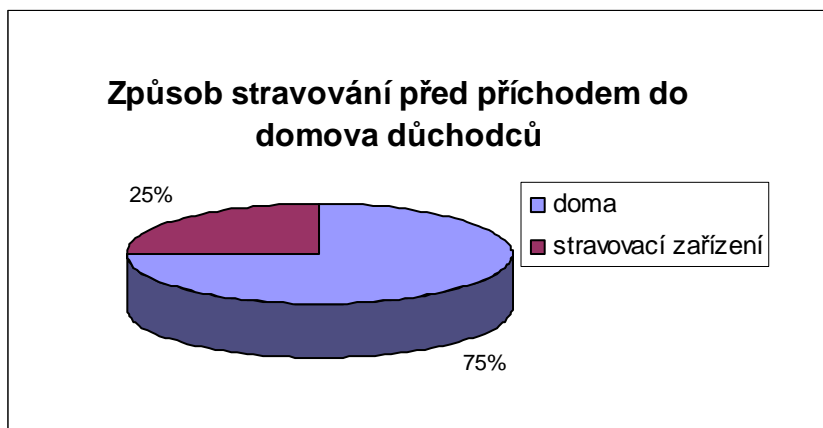


Zdroj: vlastní výzkum

O délku pobytu respondentů v domově důchodců jsem se zajímala ve třetí otázce. Nejčastěji uváděná délka pobytu v ústavním zařízení se ve 42 % týká rozmezí od 1 do 5 let.

Otázky 4, 5, 6, a k nim náležející grafy se vztahují k době před příchodem respondentů do domova důchodců.

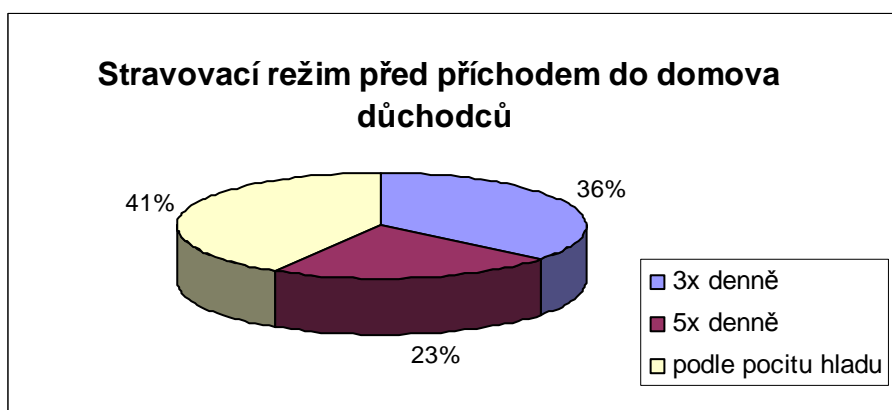
Graf 5 – Způsob stravování před příchodem do domova důchodců



Zdroj: vlastní výzkum

V otázce 4 jsem zjišťovala, kde se respondenti stravovali. Z grafu je patrné, že 75 % respondentů se stravovalo doma a 25 % ve stravovacích zařízeních.

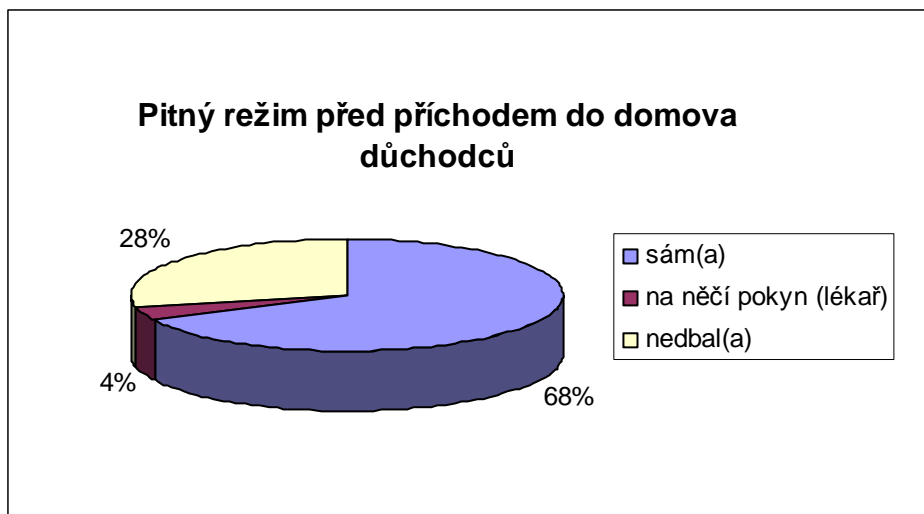
Graf 6 – Stravovací režim před příchodem do domova důchodců



Zdroj: vlastní výzkum

Jak se respondenti stravovali, jsem se ptala v otázce 5. Podle procentuálního vyjádření se respondenti stravovali nejčastěji podle subjektivního vnímání pocitu hladu (41 %).

Graf 7 – Pitný režim před příchodem do domova důchodců

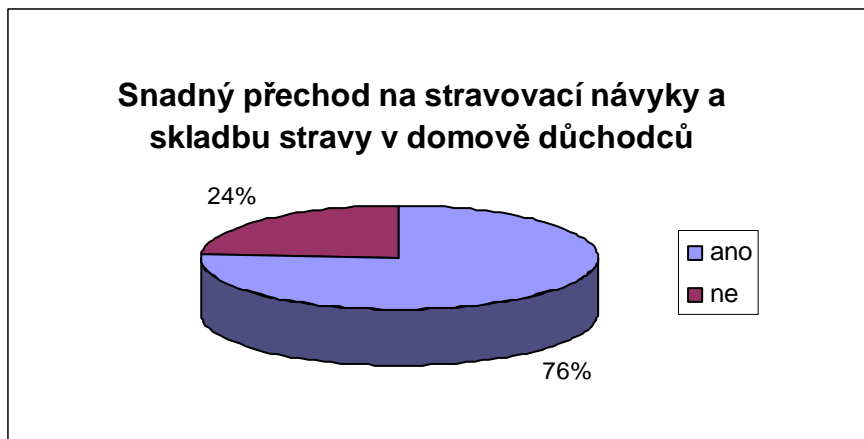


Zdroj: vlastní výzkum

V otázce 6 jsem se věnovala pitnému režimu respondentů, zda si příjem tekutin hlídali sami nebo ne, či na něčí doporučení. Graf znázorňuje, že respondenti na pitný režim z 68 % dbali sami a z 28 % na něho nedbali vůbec.

Zbývající otázky a grafy se týkají pobytu respondentů v domově důchodců.

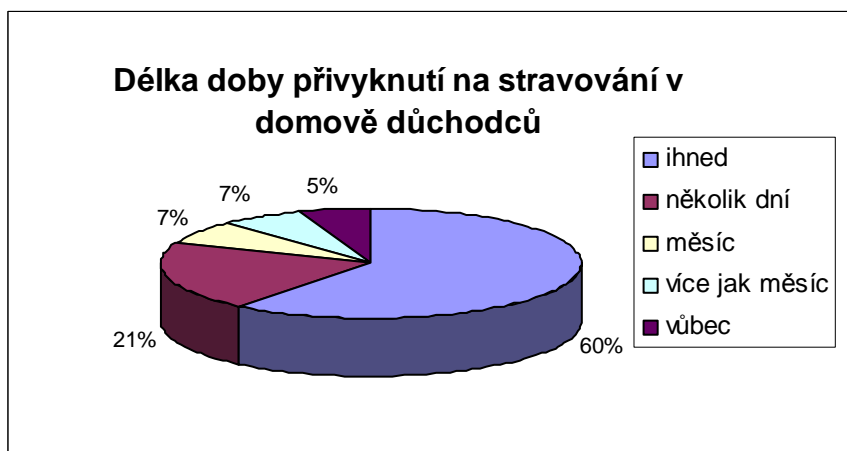
Graf 8 – Snadný přechod na stravovací návyky a skladbu stravy v domově důchodců



Zdroj: vlastní výzkum

Otázku 7 jsem zaměřila na zjištění, zda bylo pro respondenty snadné přejít na stravovací návyky a skladbu stravy nebo ne. Pro 76 % respondentů byl tento přechod snadný.

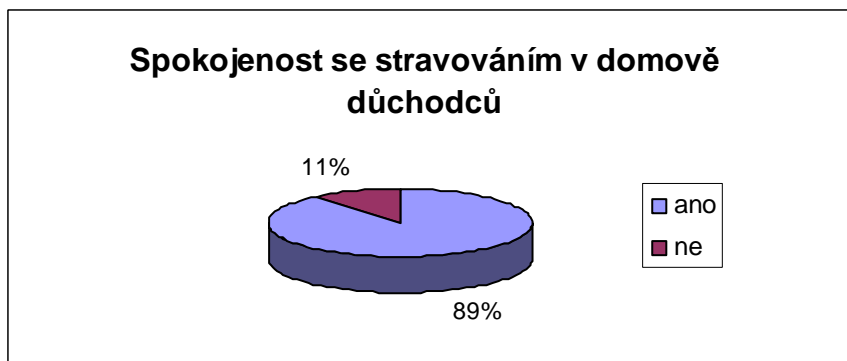
Graf 9 – Délka doby přivyknutí na stravování v domově důchodců



Zdroj: vlastní výzkum

Tento graf se zabývá délkou doby, po kterou si respondenti zvykali na stravování v ústavním zařízení. Ihned si na stravování v domově důchodců přivyklo 60 % respondentů.

Graf 10 – Spokojenost se stravováním v domově důchodců

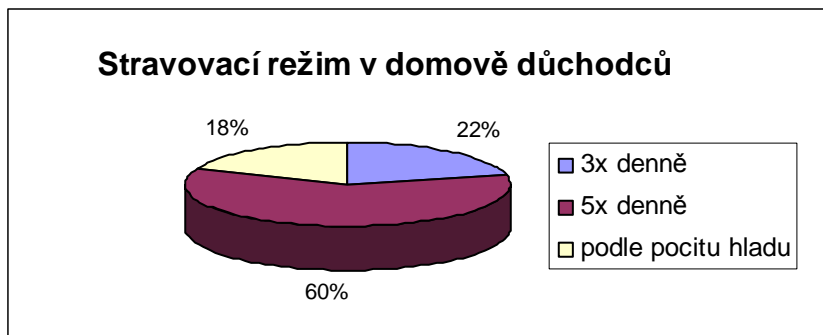


Zdroj: vlastní výzkum

Na spokojenost respondentů jsem se dotazovala v otázce 9. Graficky je znázorněna spokojenost se stravováním v domově důchodců u 89 % respondentů.

Podotázka související s otázkou 9, se snaží zjistit, co je u respondentů postrádáno, pokud nejsou se stravováním spokojeni. Tito respondenti ve svých odpovědích nejčastěji uváděli, že jim chybí ve stravování více tradičních domácích jídel (knedlíky) a také jídla sladká (i zákusky a buchtý). Někdo si stěžoval, že má jídla málo. Někomu pak vůbec nechutná a jiný by uvítal jiný způsob servírování pokrmů.

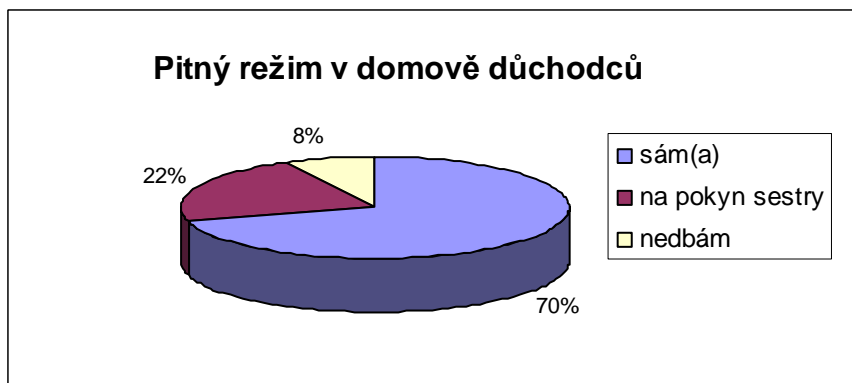
Graf 11 – Stravovací režim v domově důchodců



Zdroj: vlastní výzkum

Otázkou 10 se vracím ke stravování respondentů, které je vedeno již podle stravovacího režimu domova důchodců. Respondenti jsou tomuto režimu podřízeni a stravují se tedy nejčastěji 5x denně.

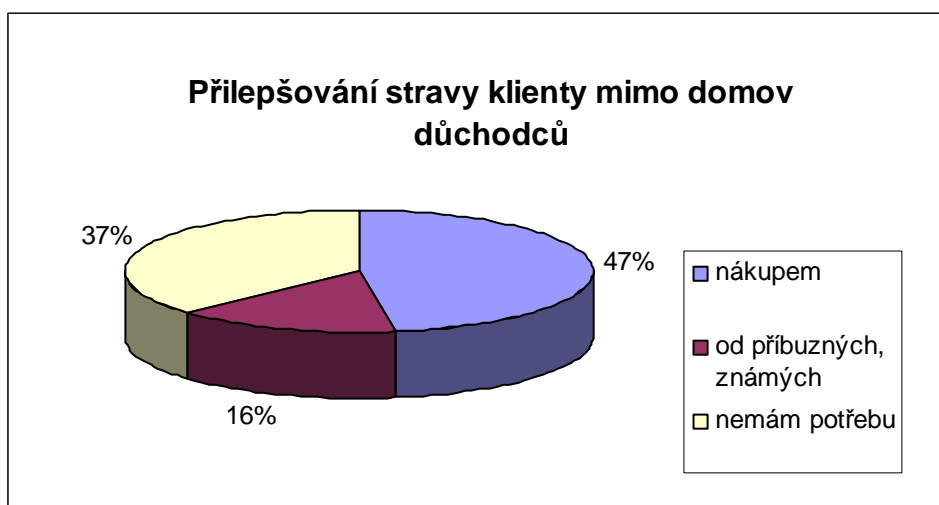
Graf 12 – Pitný režim v domově důchodců



Zdroj: vlastní výzkum

Otázka 11 se znovu týká pitného režimu respondentů, ovšem teď již v případě domova důchodců. Respondenti dbají na pitný režim ze 70 % sami. Upozorňováno sestrou je 22 % respondentů.

Graf 13 – Přilepšování stravy klienty mimo domov důchodců



Zdroj: vlastní výzkum

Zda má respondent potřebu si stravu v domově důchodců přilepšovat, zjišťuje otázka 12. Graf znázorňuje, že 63 % respondentů si stravu přilepšuje. Příbuzní nebo známí stravu donášejí 16 % respondentům a 47 % respondentů si stravu samo nakupuje.

Graf 14 – Dietní režim u klientů domovů důchodců



Zdroj: vlastní výzkum

Otázka 13 se zajímá, zda-li má respondent nějaký dietní režim. Graf znázorňuje dietní režim u 51 % respondentů.

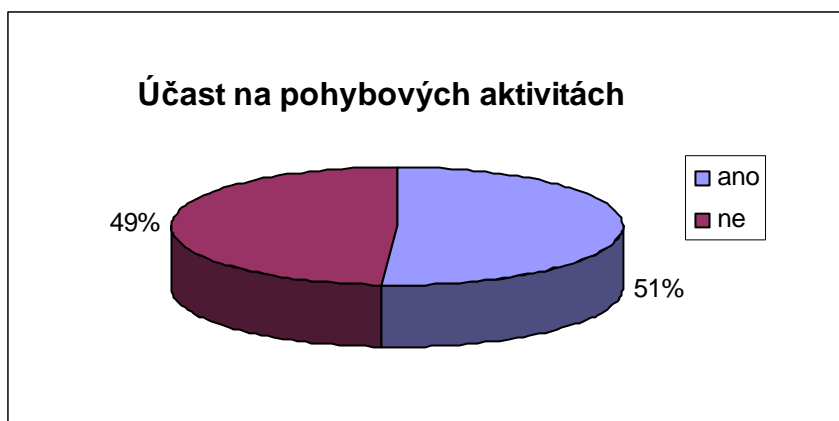
Graf 15 – Hlídní dietních opatření u klientů s dietním režimem



Zdroj: vlastní výzkum

Tento graf znázorňuje podotázku vyplývající z informace z otázky 13. Souvisí s tím, jestli respondenti hledí na svá dietní opatření nebo ne. Procentuální vyjádření ukazuje, že na svá dietní opatření dbá 71 % respondentů.

Graf 16 – Účast na pohybových aktivitách

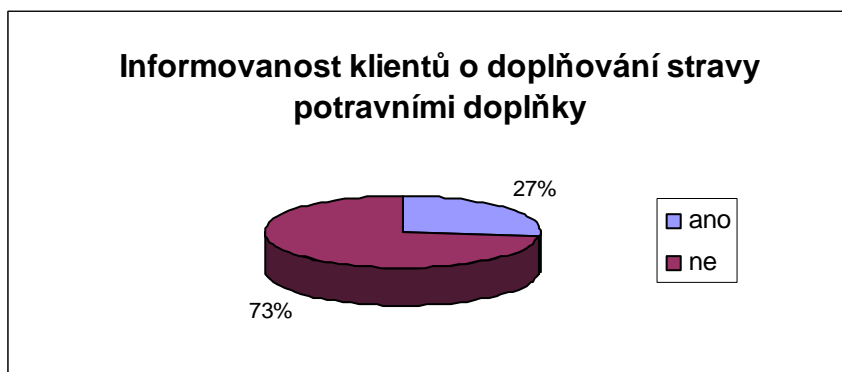


Zdroj: vlastní výzkum

Se stravováním úzce souvisí i pohybová aktivita, na kterou se ptám v otázce 14. Z grafu je patrná účast na pohybových aktivitách u 51 % respondentů.

S touto otázkou souvisí podotázka dotazující se na druh vykonávané pohybové aktivity. Respondenti uvádějí tyto možnosti: procházky s personálem nebo bez něho, samostatné cvičení nebo provádění rehabilitace a ergoterapie pod vedením odborníka, někteří jezdí na kole a účastní se výletů.

Graf 17 – Informovanost klientů o doplňování stravy potravními doplňky



Zdroj: vlastní výzkum

Poslední 15 otázka se věnuje suplementaci stravy respondentů potravními doplňky. Informace o tom, že strava respondentům není doplňována má 73 % respondentů.

5 Diskuse

Stárnutí a samotné stáří se v poslední době dostává stále více do popředí zájmů. Příčinou je přibývání seniorů v populaci, které vede k jejímu stárnutí, a tím ke změně věkové struktury obyvatelstva. V průběhu tohoto procesu se zvyšuje podíl osob starších 60 nebo 65 let a snižuje se podíl osob mladších 15 let. Stárnutí bývá nejčastěji způsobeno pomalým růstem počtu mladých věkových skupin tj. nižší porodností a urychleným nárůstem počtu obyvatel vyšších věkových skupin tj. nižší úmrtností. (8)

Současný demografický vývoj v České republice je charakterizován poklesem počtu obyvatel způsobený přirozeným úbytkem (poklesem porodnosti). K 31. 12. 2001 měla Česká republika podle statistické bilance 10 269 726 obyvatel. V důsledku nízkého počtu narozených začala populace České republiky výrazně stárnout 'zespodu' věkové pyramidy. Počet dětí ve věku do 14 let se každoročně snižuje. V roce 2001 klesl podíl dětské populace (věkové skupiny 0 - 14 let) na úroveň 15,9 %. Podíl osob ve věku 60 let a více, resp. 65 let a více, dosáhl svého maxima - 18,5 %, resp. 13,9 %.

Počet osob ve věku 65 let a více na 100 dětí ve věku do 14 let (index stáří) vzrostl za posledních 10 let z 62,0 na 85,5. "Nejstarším" krajem je Hlavní město Praha, kde index stáří převyšuje republikovou hodnotu o 41 %. Naopak "nejmladšími" jsou kraje Karlovarský, Ústecký a Moravskoslezský s indexem stáří mírně přes 70. (22)

Na procesu stárnutí populace se také významně podílí prodlužování střední délky života. Ta udává, kolik let života s největší pravděpodobností zbývá v dané populaci jedinci určitého věku a pohlaví. SDŽ se v České republice u obou pohlaví trvale zvyšuje již od konce 80. let. V roce 2003 byla SDŽ 72,1 let u mužů a 78,7 let u žen a prognózy do roku 2020 předpokládají 80,6 let pro ženy a 76,9 let pro muže. (8)

Vzhledem tedy k vyšší naději dožití u žen, patří k typickým rysům seniorské populace převaha žen, která výrazněji vzrůstá se stoupajícím věkem.

Pomocí výzkumu jsem zmapovala věkovou strukturu mužů a žen žijících ve vybraných domovech důchodců. Věkové kategorie žen znázorňuje graf 2. Nejčastěji

zastoupené věkové rozmezí 81 - 90 let tvoří 40 % žen. V rozmezí 71 - 80 let uvádělo svůj věk 32 % žen a 17 % žen vyplnilo věkovou kategorii mezi 60 - 70 lety. U 11 % žen jejich věk odpovídá 91 a více rokům života. Tento výsledek, myslím, správně koresponduje s výše uvedenou SDŽ a také vyšší nadějí dožití u žen. Pro ženy obecně platí, že se více starají o svůj zdravotní stav a lépe pečují o své zdraví než muži. Častěji a také včas navštěvují lékaře. Tato starostlivost a důslednost se pak odráží v nižší hospitalizaci a úmrtnosti žen.

Jinak je tomu s věkovou strukturou v domovech důchodců u mužů. Jak je vidět z grafu 3, nejčastěji zastoupené věkové kategorie jsou dvě. Rozmezí 71 - 80 let a 60 - 70 let je uváděno 40 % mužů. Věkovou kategorii od 81 do 90 let tvoří jen 19 % mužů. Žádný muž v domově důchodců nedosahuje věku 91 a více let. Ze srovnání výsledků obou pohlaví vyplývá, že ženy ve vyšším věku v domovech důchodců převažují.

Potvrzením vyšší naděje dožití u žen a tedy i převahou žen v seniorské populaci je také výsledek patrný z grafu 1. Ten se týká zastoupení respondentů podle pohlaví. Ženy zastupují obyvatele domova důchodců v 60 % a muži ve zbývajících 40 %.

Kromě zdravotních služeb starajících se o zdravotní stav seniorů, mohou senioři využívat nabídku služeb sociálních. Tyto služby poskytují pomoc k zajištění fyzické a psychické soběstačnosti zabezpečením základních životních potřeb osob. Základními životními potřebami se rozumí zajištění stravy, bydlení, základní hygieny, údržby domácnosti a kontaktu se společenským prostředím. Mezi tyto služby se řadí i domov důchodců, který je trvalým pobytovým zařízením režimového typu. Slouží starším občanům, kteří nejsou schopni žít samostatně pouze s občasnou dopomocí, ale potřebují pomoc, péči a dohled po většinu dne. (7)

Pro rozhodnutí k odchodu do domova důchodců je rozhodující funkční a zdravotní stav, který se odráží v soběstačnosti seniora. Ke ztrátě soběstačnosti dochází vždy důsledkem kombinace zdravotního postižení (nikoli pouhé involuce), nároků prostředí a sociální situace (významná je osamělost). (21) Soběstačnost je schopnost uspokojovat přiměřené životní potřeby v konkrétních životních podmínkách prostřednictvím tzv. aktivit denního života. Tyto aktivity jsou definovány a lze je měřit

pomocí testů. Na jedné straně zjišťují základní aktivity např. schopnost najedení a napití, oblékání, osobní hygieny a pohyblivosti. Na straně druhé prověřují instrumentální aktivity, ke kterým patří jízda dopravním prostředkem, nákup potravin a uvaření, jednoduché domácí práce, telefonování, užívání léků, vyřizování na úřadech.

(7)

Jednou z příčin ztráty soběstačnosti je uváděná sociální situace seniora, na které se významně podílejí těžké životní události. Po ztrátě partnera, může senior trpět osamělostí a izolovat se od svého okolí. Pokud nemá nikoho, kdo by mu mohl pomáhat nebo jeho rodina na péči o něho nestačí, nabízí se jako východisko ústavní péče. Tyto důvody, které vedou k doživotní změně domova, mohou nastat i u osob mladšího věku než je definováno stáří.

Délku pobytu klientů v domově důchodců znázorňuje graf 4. Z uvedených kategorií je nejvíce zastoupeno rozmezí 1 - 5 let, které odpovídá 42 % respondentů. Početněji zastoupenou délkou pobytu je kategorie od 6 do 10 let, kterou tvoří 23 % dotazovaných klientů. Na třetím místě je kategorie s délkou pobytu do 1 roku, a ta je zastoupena 16 %. Rozmezí 11 - 15 let vyplnilo 10 % respondentů, zbývajících 9 % tvoří kategorii 16 a více let délky pobytu v domově důchodců.

Výživa je významný faktor životního stylu, který ovlivňuje zdraví jedince. Poskytuje nejen pokrytí základních potřeb energie a jednotlivých živin nezbytných k životu, ale je spojena i s emocemi, často s pocitem uspokojení. Výživa se společně s fyzickou aktivitou a genetickými dispozicemi podílí na výsledném výživovém stavu jedince.

Výživa každého jedince je ovlivňována jeho individuálním výběrem, který závisí na několika faktorech. Patří mezi ně:

- chuť závislá na genetických dispozicích a sensorických vlastnostech stravy
- hlad a fyziologické potřeby organismu (fyzický výkon, onemocnění, okolní klima)
- emoční naladění osobnosti (deprese, psychogenní stres), únava psychická i fyzická

- výchova - přejímání stravovacích zvyklostí z rodiny, tradic lokality, náboženství
- dosažené celkové vzdělání i úroveň znalostí vztahů mezi výživou a zdravím, možnost poznání jiných typů stravování (cestování atd.)
- životní styl vycházející z osobních priorit jedince (být výkonný, krásný)
- ovlivnění kuřáctvím, drogovými závislostmi
- reklama, komerční tlak

Výživa se také odvíjí od dostupnosti potravin, která je:

- finanční
- dána přítomností potravin na trhu, závislá na zemědělské politice státu (domácí produkce, potravinářská technologie, dovoz, roční období, skladovací možnosti)
- limitovaná pro spotřebitele časovou náročností a mírou vynaložené námahy nutnou pro přípravu jídla
- určená pracovními a sociálními podmínkami (pracovní směny, pobyt v nemocnici a zařízeních sociální péče, závislost na zařízení společného stravování, na kuchaři, v rodině na partnerovi apod.)
- úroveň a nabídka veřejných stravovacích služeb (14)

U starého člověka, který se již dost dobře nedovede sám o sebe výživově postarat, zvládnout si uvařit a nakoupit, se do stravování promítá závislost na další osobě. Touto osobou může být někdo z blízkých (rodina) nebo i známých. Další možností, jak zajistit seniorovi stravování, je obrátit se na poskytované služby stravovacího zařízení. Nejčastěji je v tomto ohledu využívána pečovatelská služba, která doplňuje stravování seniora hlavními denními jídly. Tato služba je placená a umožňuje seniorovi setrvat v domácím prostředí a zajišťovat jeho potřeby, které si není schopen zajistit sám. Stravování seniorů před příchodem do domova důchodců bylo zajišťováno ze 75 % doma a ve 25 % ve stravovacích zařízeních, jak je patrné z grafu 5.

Stravování jedince je realizováno stravovacím režimem, podle kterého se řídí příjem potravy během dne. V grafu 6 je znázorněno stravování respondentů před

příchodem do domova důchodců, které se nejvíce řídilo podle subjektivního pocitu hladu (41 %). 36 % respondentů se stravovalo 3x denně a 5x denně jen 23 % tázaných.

Výsledné zjištění ukazuje na nesprávné stravovací návyky u většiny respondentů. Je totiž důležité, aby příjem potravy během dne byl realizován v pravidelných intervalech. Nepravidelnost v jídlu vede k neznatelnému přejídání. Poznatky ve výživě svědčí o tom, že pro všechny skupiny obyvatelstva je nejvýhodnější přijímat denní dávku potravy rozdělenou do pěti, event. šesti jídel denně. Neměla by být samozřejmě překračována doporučená denní dávka energie. Interval mezi jednotlivými jídly by neměl nikdy překročit dobu pěti hodin. (12)

Důležitou složkou stravovacího režimu je i dostatečný příjem tekutin. Pitný režim byl dodržován u 67 % tázaných, upozorňováno jinou osobou (lékařem) byla 4 % respondentů, ale 28 % si pitný režim nehlídalo vůbec (graf 7).

Je uspokojivé, že většina respondentů si uvědomuje význam příjmu tekutin. Člověk denně v průměru vyloučí asi 2,5 litru vody močí, stolicí, dýcháním i kůží. Aby organismus ztráty uhradil a vyrovnal vodní bilanci, musí vodu přijímat. Asi třetina litru "nové" vody se denně vytvoří v těle metabolickou činností, vody vázané v potravě přijmeme asi 900 ml. Zbytek (asi 1,5 litru) musíme do těla dostat přímo ve formě tekutin. Kvalita těchto tekutin a jejich průběžný příjem ve správném množství jsou předpokladem zachování zdraví, duševní pohody i pracovní výkonnosti. Dostatek tekutin zajišťuje látkovou výměnu, vylučování škodlivých látek ledvinami a umožňuje plnou výkonnost ostatních orgánů, tělesných i duševních funkcí. Naopak nedostatek vody v organismu (tzv. dehydratace) způsobuje problémy akutní i chronické povahy. (11)

Pokud člověk získá již v mládí nesprávné návyky ve stravování a životosprávě, nese si je sebou po celý život. Těžko pak své návyky mění, i když vzhledem ke svému zdravotnímu stavu někdy musí, natož pak v samotném stáří. Je důležité vytvářet u populace povědomí o nezbytnosti příjmu kvalitní potravy a správném způsobu stravování, které se odráží ve výživovém stavu jedince, a tím v jeho zdravotním stavu. Na zdravotním stavu a tedy i kvalitě života se podílí další složky životního stylu. Patří

mezi ně úroveň tělesné aktivity; škodlivé návyky a závislosti - kuřáctví, konzumace alkoholu, drogové závislosti; sexuální chování; zvládání stresu; osobní hygiena; spotřební chování. Snaha navést obyvatele ke změně špatných návyků může vyústit v nový způsob jejich životosprávy.

Informovaný člověk se lépe orientuje v obrovské nabídce druhů potravin, stejně tak v rádobě chytrých reklamách a radách dalších médií. Člověk, který si uvědomuje jaký má výživa a životospráva smysl, investuje do své kvalitní budoucnosti.

Jak vyplývá z předešlého textu, každý jedinec může mít různý životní styl a s tím spojené dobré či špatné návyky. Na základě těchto informací jsem respondentům položila otázku, týkající se jejich přechodu na stravovací návyky a skladbu stravy v domově důchodců. Z grafu 8 je patrné, že pro 76 % respondentů nebyl problém se adaptovat na nové prostředí. Zbývajícím 24 % osob nějakou dobu trvalo, než si na zdejší stravovací režim zvyklo. V navazující otázce, ke které patří graf 9, zjišťuji, jak dlouho respondentům tato adaptace trvala. Většina respondentů (60 %) si přivykla na stravování ihned a několik dní postačilo 21 %. V období jednoho měsíce a stejně tak v období delší než měsíc si zvykalo 7 % respondentů, 5 % se nepodařilo zvyknout si vůbec.

Z těchto výsledků dostávám odpověď na svou první hypotézu, kterou jsem si ve své práci stanovila. V hypotéze předpokládám, že pro klienty domova důchodců bylo těžké se přizpůsobit stravovacímu řádu a skladbě stravy. Tento předpoklad se mi tedy nepotvrdil, protože velká většina respondentů se adaptovala na nové prostředí velmi rychle.

Ve způsobu adaptování novému prostředí a jeho režimu je důležité zmínit duševní stránku přicházejícího klienta. Psychika jako taková, patří mezi vrozené osobnostní vlastnosti jedince, ale stárnutím i zde dochází k involučním změnám. Tyto změny bývají však méně závažné než projevy a důsledky mozkových onemocnění a psychické nečinnosti. Ta např. zhoršuje výbavnost i vstřípivost paměti, ochuzuje slovník, zpomaluje a zhoršuje řešení úkolů a tím zhoršuje obavu z neúspěchu, oslabuje

sebevědomí. V extrémních případech může pasivita vést u neúspěšného stárnutí až k projevům chorobného nedostatku smyslových a komunikačních podnětů, označovanému jako deprivace. Objevuje se fenomén veteránství, vypadávání z kontextu dění, který závažně ohrožuje účast seniorů na společenském životě. Koncepty úspěšného stárnutí proto doporučují věnovat pozornost také psychické a související sociální aktivitě seniora. (9)

Ústavní péče pro staré občany a občany nesoběstačné je realizována v domovech důchodců a v domovech s pečovatelskou službou. Přemístění do ústavní péče (což je vlastně na doživotí) je závažným zásahem do života jedince. Tento zásah je obvykle následovaný známkami deprivace, s nejrůznějšími reakcemi psychosomatickými a zvýšenou úmrtností. Jedná se o tzv. maladaptivní syndrom. (6)

V období senescence, ve věku nad 60 let, by měla být výživa přizpůsobována stařeckým změnám organismu. I když je proces stárnutí geneticky zakódován, je výživou do určité míry ovlivnitelný. Výživa seniorů souvisí s fyziologickými, anatomickými i funkčními změnami tohoto období života a celkovým zdravotním stavem člověka. Měla by být velmi kvalitní, pouze celkové množství potravy a její energetická vydatnost by měla být nižší než v produktivním věku. (12)

U starší populace bývá nutriční stav často neuspokojivý. Mezi hlavní důsledky nedostatečné výživy patří úbytek svalové hmoty, potlačení imunitních funkcí a oslabení reparačních procesů při obnově poškozených tkání, které se projeví sníženou svalovou silou a oslabením dechového svalstva (sklon k bronchopulmonálním infekcím), častějším výskytem infekcí a vyšším rizikem vzniku proleženin i jejich zhoršeným hojením. Špatná výživa vede k poklesu krevních bílkovin a snižuje tak účinnost léků, které se v krvi na bílkoviny váží. Konečným důsledkem je zhoršení funkčního stavu, provázeného poklesem aktivity a sníženou soběstačností. (16)

V domově důchodců v Jindřichově Hradci, který jsem navštívila, je stravování zajišťováno prostřednictvím stravovacího provozu Ústavu sociální péče. Zde se vaří

nejen pro klienty tohoto domova důchodců, ale také pro klienty samotného Ústavu sociální péče. Pokrmy se vaří podle několika druhů diet. (20)

Dieta nebo-li léčebná výživa je způsob výživy upravený se zřetelem k charakteru onemocnění. Dietní stravování znamená vždy určité omezení v pokrmech i nápojích, v jejich výběru a úpravě. Jednotný dietní systém, který byl v roce 1983 vypracován pro nemocniční a lázeňská zařízení, byl v roce 1992 upraven. Český dietní systém je jednotná úředně schválená norma, podle níž se plánuje, připravuje a podává léčebná výživa ve všech nemocnicích, lázeňských léčebných ústavech, dietních jídelnách a dalších zařízeních společenského stravování. Hlavní zásada dnešní dietetiky spočívá v co největším přiblížení diet normální stravě zdravého člověka. Léčebného účinku se dosahuje vhodným výběrem potravin, vhodnou technologickou úpravou, změnou poměru základních živin (nevhodné živiny se omezují).

V Ústavu sociální péče jsou připravovány tyto diety:

- *dieta č. 2 - šetrící*: určena pro klidová stadia nemocí trávicího ústrojí; jde o plnohodnotnou dietu s lehkou stravitelností; podává se menší množství stravy v intervalech 2 až 3 hodiny; při technologii se volí takové tepelné úpravy, při nichž se nepřepalují tuky; konzistence masa, zeleniny se zjemňuje mletím, mixováním nebo prolisováním.
- *dieta č. 3 - racionální*: u většiny nemocných užívána jako dieta režimová, vhodná pro nemocné s energetickým výdejem odpovídajícím průměrnému zatížení, má antisklerotický charakter, vlastní úprava je téměř bez omezení (přírodní úprava s menším množstvím tuků), zahrnuje všechnu syrovou i tepelně upravenou zeleninu.
- *dieta č. 4 - šetrící s omezením tuku*: vhodná při onemocnění slinivky břišní a žlučníku; v mnohém shodná s dietou č. 2; má přísnější nároky na technologickou úpravu, výběr potravin a množství použitých tuků; v dietě je nižší příjem cholesterolu.
- *dieta č. 8 - redukční*: u nemocných vyžadujících docílení hmotnostního úbytku; svou energetickou hodnotou se blíží ostrým redukčním režimům; omezeny jsou tuky a sacharidy; součástí jsou obvykle 1 až 2 ovocné a zeleninové dny v týdnu;

jídlo se podává 6x denně; předpokladem k úspěchu je celková změna stravovacích návyků a postojů k jídlu a doplnění přiměřeným pohybem.

- *dieta č. 9 - diabetická*: určena pro nemocné cukrovkou a nemocné s trvale zvýšenou hladinou některých tukových složek v krvi; základem je naprosté vyloučení cukru a potravin cukr obsahujících; významné je rovnoměrné rozdělení příjmu sacharidů během dne s co nejmenším kolísáním jejich hodnot v jednotlivých jídlech (6x denně); používají se všechny technologické přípravy; dieta musí obsahovat hodně ovoce a zeleniny; můžou se používat náhražky cukru, ale jen omezeně. (12)

Stravovací provoz, který jsem si směla také prohlédnout, se skládá z velké kuchyně a skladů. Suchý sklad slouží pro uchovávání mouky, kompotů a bramborového těsta, v dalších skladech jsou lednice a mrazáky. Kuchyňská část je rozdělena na přípravnu vajec, zeleniny a masa, dále na příruční sklad a varnou místnost. Varná část se dále dělí na studenou kuchyni, kde je krájecí deska, kráječ chleba a lednice. Další částí je kout na přípravu sladkého jídla a umývárna nerezových plechů (černé nádoby).

Vybavení varné části je z nerezového materiálu. Při přípravě pokrmů se používají elektrické a plynové spotřebiče. Patří mezi ně např. tři konvektomaty. Tyto přístroje lze využít pro různé technologické postupy přípravy pokrmů. Vaření, dušení, pečení, smažení, grilování a také rozmrazování probíhá v konvektomatech v páře. Dále jsou používány dvě pánve (elektrická a plynová), plynový sporák, tři kotle, vodní fritéza na smažení a robot na přípravu těsta a dělička na buchty.

Hotové pokrmy jsou servírovány na talíře, které jsou umístěné na pohyblivém výdejním pásu. Talíře jsou ukládány do termomisek, které uchovávají teplotu pokrmu po dobu přepravy ke klientovi. Termomisky jsou rovnány do nerezových vozíků sloužících pro jejich rozvoz.

Ve stravovacím provozu pracuje vedoucí provozu, nutriční terapeut (dietní sestra), skladník a personál kuchyně, který tvoří několik kuchařů, pomocný kuchař a pomocný skladník. (20)

V ostatních domovech důchodců, kde byl proveden výzkum, jsou kuchyně vybaveny stejnou technologií. Výdejní pás je jen v Ústavu sociální péče. Ve stravovacích provozech pracuje nutriční terapeutka.

Stravování v domově důchodců se řídí podle uvedených diet. Starší člověk přicházející do ústavního zařízení může již určitý dietní režim mít, pokud žádný nemá, je mu přiřazena racionální dieta č. 3. V domově důchodců je dbáno na dietní opatření klientů, na která by možná v domácím prostředí sami tak důsledně nedbali. Jsou-li klienti spokojeni se stravováním znázorňuje graf 10. Spokojenost vyjádřilo 89 % respondentů, zbylých 24 % tázaných spokojeno není. Respondenti se mohli v podotázce vyjádřit, co ve stravování postrádají. Nejvíce by klienti uvítali více tradičních domácích jídel, a také jídla sladká. Je pochopitelné, že klienti postrádají jídla, na která byli doma zvyklí. Stravování v domově důchodců musí být podřízeno stanoveným dietám, kterým odpovídají jen vybrané dovolené potraviny a určité technologie přípravy pokrmů. Přeci jen se, ale vedení domova důchodců snaží vyjít klientům vstříc a pořádá s nimi besedy, které se týkají jejich stravování.

Pokud klienti ve stravování některé potraviny postrádají, mají možnost si stravu obstarávat jinak. Ve své druhé hypotéze jsem předpokládala, že klienti mají potřebu si stravu v domově důchodců "přilepšovat". To se mi také potvrdilo. Stravování v domově důchodců si "přilepšuje" 63 % respondentů, z toho 47 % využívá možnosti nákupu a 16 % přinášejí potraviny jejich příbuzní nebo známí. Respondenti uvedli, že si takto obstarávají nejvíce různé sladkosti (sladké pečivo, sušenky), také ovoce, limonády a pivo. Nakoupené a donesené potraviny si mohou klienti ukládat do lednice, která je umístěná na chodbě oddělení. Nesmím zapomenout uvést, že 37 % tázaných tuto potřebu nemá (graf 13). Jak z výzkumu vyplývá, většině klientů v ústavním stravování některé potraviny chybí. Otázkou je, zda si obstarávají potraviny, na které byli v domácím stravování zvyklí, nebo jde o zakázané potraviny nepatřící do jejich dietního stravování.

Dietní režim klientů je znázorněn v grafu 14. Je z něho patrné, že 49 % respondentů dietu má a zbylých 51 % ji nemá. Zda klienti na svá dietní opatření dbají i ve svém vlastním zájmu dává odpověď graf 15. Pokud klienti mají dietní režim, hledí z nich na svá opatření 71 %. To ukazuje na skutečnost, že většina respondentů nebere svůj zdravotní stav na lehkou váhu a snaží se doporučení lékaře dodržovat. Avšak 29 % tázaných na svoji předepsanou dietu vůbec nehledí. Dá se předpokládat, že mimo domov důchodců by ji asi tito respondenti nedodržovali.

Vrátíme-li se k připraveným pokrmům v Ústavu sociální péče, jsou odtud převezeny do domova důchodců. Jídla jsou dopravena do výdejny jídel, kde se jídlo zkontroluje a provede se měření jeho teploty. Výdejna je vybavena kuchyňským nádobím, dřezy, lednicí, plynovým sporákem, ohřívacími pulty a vařičem na tekutiny. Odtud jsou jednotlivá jídla roznášena do jídelny, každému klientovi přesně podle jeho předepsané diety. Pokud je klient ležící, dostává jídlo na pokoj a v případě potřeby je nakrmen. Má-li klient potíže i s příjmem potravy (různé polykací potíže, psychický stav) dostává stravu upravovanou mletím, mixováním atd. Jedná se o tzv. MIX, který odpovídá klientově dietě, jen konzistence tohoto jídla musí být navíc upravena. (4)

Strava je podávána 6x denně a řídí se podle stanovených diet a doporučeních lékaře, který dochází do domova 4x v týdnu. (4) Kolikrát denně se klienti stravují v domově důchodců, ukazuje graf 11, s kterým můžeme porovnat stravovací režim respondentů před příchodem do domova důchodců v grafu 6. V grafu 11 je patrné, že klienti mají ve stravování více pravidelný režim a ze 60 % se stravují 5x denně, 22 % se stravuje 3x denně. Jen 18 % respondentů se stravuje podle pocitu hladu, což je obrat k výsledkům z grafu 6, kde má tato možnost největší zastoupení (41 %).

Pitný režim u respondentů před příchodem do domova důchodců, který je vidět v grafu 7, lze porovnat s pitným režimem klientů v domově důchodců znázorněným v grafu 12. Na pitný režim dbá v domově důchodců 70 % respondentů, 22 % je upozorňováno sestrou a 8 % tázaných si příjem tekutin nehlídá. Porovnáním těchto

výsledků s výsledky v grafu 7 je patrný rozdíl k lepšímu u respondentů, kteří na pitný režim nedbali, kdy se jejich podíl v domově důchodců snížil o 20 %. Podíl respondentů, kteří musí být pobízení k většímu příjmu tekutin, se zde naopak zvýšil o 18 %.

Dostatek tekutin je zajišťován personálem domova důchodců, který 2x denně připravuje čaj a kávu. Na chodbě oddělení mají klienti také umístěný aquamat, z kterého si mohou natáčet pitnou vodu. Personál se snaží na klienty dohlížet a upozorňovat je, aby nezapomínali pravidelně pít, a tak u nich zabránit vzniku dehydratace. (4)

Nejčastější příčinou dehydratace u seniorů je snížený pocit žízně a také strach z většího příjmu tekutin z obav z inkontinence, což souvisí úzce s poruchou hybnosti. Nedostatek tekutin se projevuje např. změnou psychického stavu - neklidem či naopak apatií, únavou, nestabilitou apod. Důsledky dehydratace se promítají do urologického systému (rozvoj infekce močových cest a kaménků) a gastrointestinálního systému (chronická zácpa, nechutenství). Je zhoršeno cévní zásobení centrálního nervového systému. Důsledky změn v cévním a srdečním zásobení mohou vést k plicním embolizacím, zánětu plic a infarktu myokardu. Ke zhoršení hybnosti dochází v důsledku centrální i periferní poruchy. (7)

Ve svém mapování výživy seniorů v domově důchodců jsem se také zajímala, zda je strava klientům obohacována doplňky stravy.

Doplňkem stravy se rozumí potravina určená k přímé spotřebě, která se odlišuje od potravin pro běžnou spotřebu vysokým obsahem potravních doplňků. Tato potravina je vyráběna za účelem doplnění běžné stravy na úroveň příznivě ovlivňující zdravotní stav spotřebitele. Potravními doplňky se rozumí vitaminy, minerální látky, aminokyseliny, esenciální mastné kyseliny, extrakty a další látky s biologickým účinkem.

K ochranným faktorům patří nejen vitaminy a minerální látky, ale řada látek dalších: přírodní nutrienty (v ovoci a zelenině), specifické mikroorganismy (zákysaná mikroflóra kysaných mléčných výrobků), rozpustná a nerozpustná vláknina, nenasycené mastné kyseliny (kys. eikosapentaenová z tuku ryb), nukleotidy apod. Velké množství těchto látek je na trhu nabízeno ve formě tzv. doplňkové výživy. (12)

Jak jsem se dozvěděla z návštěvy domova důchodců, jen některým klientům jsou poskytovány doplňky stravy. Ostatní klienti si mohou kupovat doplňky výživy podle vlastního uvážení. Z grafu 17 vyplývá, že informace o obohacování stravy doplňky má 27 % respondentů a ostatních 73 % tázaných tyto informace nemá.

Klienti, kterým je stravování obohacováno doplňky stravy, jsou většinou ležící a mají zhoršený zdravotní stav. Potřebují zvýšenou péči a jejich výživový stav je sledován pomocí tzv. sledovací karty, kam je zaznamenáván příjem veškeré stravy. Jako doplňky stravy jsou v tomto domově důchodců používány různé druhy Nutridrinků. Nutridrink je uzpůsoben k bezprostřednímu použití jako nápoj. Jedná se o vysoce energetickou tekutou stravu, která obsahuje vitaminy, minerály a stopové prvky.

Tento doplněk stravy patří k jednomu z druhů nutriční podpory - sippingu. Při sippingu dochází ke konzumaci pozvolným popíjením mezi jídly, protože se živiny lépe vstřebávají.

Pohybová aktivita je nedílně svázána s výživou, přesněji s jejím energetickým příjmem. Při zvýšeném energetickém příjmu dochází k přírůstku váhy a s ní spojeným zdravotním komplikacím. Příjem energie nabývá ve stáří více na významu, protože se věkem snižuje celková tělesná aktivita i klidový metabolismus. Nadváha nebo obezita bývá u starších lidí obtížněji redukovatelná, vzhledem ke snižující se pohyblivosti a dalším problémům v pohybovém aparátu. Proto by se měl pohybové aktivitě člověk věnovat již od mládí. Společně se stravou, jejímž příjmem energie musí být v rovnováze s jejím výdejem, si lze takto udržovat přiměřenou tělesnou hmotnost.

Nedostatek pohybu má vztah nejen ke stravování, ale má výrazný podíl na vzniku nemocí krevního oběhu, dýchacích orgánů, výměny látkové a jiných. Zvláště ve stáří vede k menší schopnosti přizpůsobit se zevnímu prostředí, ke ztrátě soběstačnosti a jednoznačně snižuje kvalitu života. (13)

Vhodné pohybové aktivity ve vyšším věku by se měly zaměřovat na celkovou kondici, vytrvalost a sílu. Lze mezi ně zařadit turistiku, chůzi na lyžích, jízdu na kole, plavání a golf. (13)

I v domově důchodců se mohou klienti věnovat pohybovým činnostem. Záleží jen na samotných klientech, zda chtějí být pohybově aktivní nebo ne, a zda ji to umožní jejich zdravotní stav. Účast na pohybových aktivitách potvrdilo 51 % respondentů, zbývajících 49 % se žádných aktivit neúčastní (graf 16). Klienti uvedli, že chodí na procházky a výlety s personálem či bez něho, samostatně si cvičí a jezdí na kole. Další uváděné činnosti - rehabilitace a ergoterapie - jsou prováděné pod dohledem odborníka. Podíl těchto klientů na pohybové aktivitě dostatečně nepodporuje její význam.

Cíl, který jsem si ve své práci zvolila, se týkal zmapování výživy seniorů v domovech důchodců v Jihočeském kraji. Provedení výzkumu výživové situace jsem pojala, jako zjišťování stravování seniorů před příchodem do domova důchodců a následného stravování seniorů v domově důchodců, což mi poskytlo možnost k jejich vzájemnému porovnání. Myslím, že cíl práce byl splněn.

6 Závěr

Téma mé bakalářské práce se zaměřuje na problematiku výživy seniorů v domovech důchodců v Jihočeském kraji. Výzkum jsem provedla ve čtyřech vybraných domovech důchodců, které společně spadají pod správu Ústavu sociální péče v Jindřichově Hradci.

V Ústavu sociální péče se připravují pokrmy jednak pro klienty samotného ústavu a jednak pro Domov důchodců Otín v Jindřichově Hradci. Stravovací provoz ústavu i domov důchodců jsme měla možnost navštívit a získat tak cenné informace ke své práci.

Stravování klientů domova důchodců je podřízeno systému, podle kterého se připravují pokrmy v Ústavu sociální péče. Plánování pokrmů i jejich samotná technologie se řídí podle jednotného dietního systému, který byl v roce 1983 vypracován pro nemocniční a lázeňská zařízení. V roce 1992 byl dále upravován. Podle normy Českého dietního systému se plánuje, připravuje a podává léčebná výživa ve všech nemocnicích, lázeňských léčebných ústavech, dietních jídelnách a dalších zařízeních společenského stravování. Pokrmy, které se v ústavu připravují, spadají podle dietního systému pod jednotlivé druhy diet.

Tento dietní systém je však zaměřen jen na výživu, kterou potřebují jedinci nemocní s určitými dietními opatřeními. Dietní systém nerozlišuje se, zda jde např. o osoby středního nebo vyššího věku. Obyvatelstvo můžeme rozdělit podle věku a dalšího vývoje na několik skupin (děti, mládež, gravidní ženy, pracující a senioři). Každá z těchto skupin má svá specifická výživová doporučení.

Podle mého názoru, by mělo být stravování pro každou skupinu připravováno podle nároků a změn spojených s jejich věkem a vývojem, a to jak v nemocničním zařízení, tak i v dalších léčebných a ústavních zařízeních. Samozřejmě, musí být brán ohled na zdravotní stav a probíhající onemocnění jedince, které může vyžadovat dietní režim.

Senioři jsou velmi specifickou skupinou obyvatelstva, u které dochází procesem stárnutí k fyziologickým, anatomickým i funkčním změnám, které jsou spojené s

celkovým zdravotním stavem člověka. Proto je důležité, aby byl ošetřující personál v problematice seniorů řádně edukován, a mohl tak poskytovat klientům kvalitní péči.

Vztáhnou-li tento požadavek na personál domova důchodců, mám na mysli, především zajišťování adekvátní nutriční péče. Je známo, že pokud je výživa seniora nedostatečná, způsobuje zhoršování jeho zdravotního stavu, vznik komplikací nebo náchylnost ke vzniku dalších onemocnění. Také náklady na péči o takového seniora jsou větší. Proto by se prevence v oblasti výživy neměla brát na lehkou váhu. Senior, který je v dobrém nutričním stavu, vykazuje lepší psychickou a fyzickou kondici, a s tím spojenou větší soběstačnost. Náklady spojené s jeho péčí, se naopak mohou snižovat.

Výživu seniorů můžeme rozdělit na dvě části, které spolu nerozlučně souvisí. Jedna část výživy seniorů je spojená s výběrem a přípravou pokrmů vhodných pro tuto skupinu obyvatelstva. Druhá část výživy je závislá na potřebách stávajícího zdravotního a výživového stavu seniora. Nutriční stav seniorů by měl být systematicky sledován. V případě zjištění nějakého nutričního problému, by měla být zajištěna vhodná a včasná opatření k zamezení rozvoje nedostatečné výživy až podvýživy.

V mnoha domovech důchodců personál není stále dostatečně školen v problematice seniorů a nepřikládá význam podílu výživy na jejich zdravotnímu stavu. Projekt, který se snaží zvýšit kvalitu poskytovaných služeb v domovech důchodců, a tak vlastně zvýšit kvalitu života klientů, se zabývá standardizací nutriční péče v domovech důchodců. Upozorňuje důrazně na význam dobrého nutričního stavu seniora. Pozitiva s ním spojená jsou významná nejen pro samotného klienta, ale i pro chod celého zařízení. Projekt Standardizace nutriční péče v domovech důchodců nabízí návod, jak postupovat a dosáhnout fungujícího systému kvalitní nutriční péče. V příloze, kde je projekt k nahlédnutí, je patrné srovnání výživové situace před zavedením a po zavedení standardu.

Výzkum k mé práci jsem prováděla v domovech důchodců, ve kterých tento projekt zaveden nebyl. Cílem mé práce bylo zmapování výživy seniorů v domovech důchodců, tak jak funguje v současné době.

Stravování seniorů jsem zjišťovala nejprve před příchodem do domova důchodců, protože mě zajímalo, jaké mají starší lidé stravovací návyky. Myslím si, že je potřebné informovat obyvatelstvo, jak je důležité pravidelné a kvalitní stravování s přiměřeným příjmem energie a dostatečným příjmem tekutin. Špatné návyky mohou být spojené nejen se stravováním, ale také s celou životosprávou. Pokud se tyto návyky co nejdříve nezmění, podporují vznik různých komplikací ve zdravotním stavu, které mohou vést až k onemocnění. Prevence má velký význam, protože chrání zdraví a snižuje pravděpodobnost výskytu civilizačních onemocnění. Snaží se předcházet rizikovým faktorům, které se na jejich vzniku podílejí.

Po příchodu seniorů do domova důchodců jsem se zajímala, jak probíhala jejich adaptace na nové prostředí a jaké je zde stravování.

V hypotéze č. 1 jsem předpokládala, že pro klienty domova důchodců bylo těžké se přizpůsobit stravovacímu řádu a skladbě stravy. Tento předpoklad se mi tedy nepotvrdil, protože velká většina respondentů se adaptovala na nové prostředí velmi rychle.

Ve své druhé hypotéze jsem předpokládala, že klienti mají potřebu si stravu v domově důchodců "přilepšovat". To se mi také potvrdilo. Stravování v domově důchodců si "přilepšuje" většina respondentů, využívají možnosti nákupu a potraviny jim také mohou přinášet jejich příbuzní a známí.

Na základě výsledků výzkumu mohu říci, že výživová situace seniorů v domovech důchodců se jeví jako uspokojivá. Přesto se domnívám, že by nutriční péče v domovech důchodců mohla být kvalitnější. Mám na mysli větší pozornost ke změnám ve výživových a konzumačních možnostech seniorů, k jejich nutričním potřebám a nutričním problémům (které často končily hospitalizací) a k nutriční hodnotě podávaných pokrmů.

Myslím si, že výše zmiňovaný Projekt nabízí, jak výživovou situaci seniorů úspěšně řešit a podporovat. Záleží jen na samotném vedení domovů důchodců, zda-li se budou chtít k projektu připojit a zkvalitnit tak péči o své klienty.

Svou práci a výsledky bych ráda poskytla vedením domovů důchodců. Touto cestou bych jim nabídla možnost, jak zkvalitnit poskytované služby pomocí Projektu Standardizace nutriční péče.

7 Seznam použitých zdrojů

1. BÁRTHOVÁ, S., SADÍLEK, P., TÓTHOVÁ, V. *Výzkum a ošetrovatelství*. 1. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2005. 146 s. ISBN 80-7013-416-X.
2. BOLDIŠ, P. *Bibliografické citace dokumentů podle ČSN ISO 690 a ČSN ISO 690-2: Část 1 - Citace: metodika a obecná pravidla*. [online]. Verze 3.3. Poslední aktualizace 11.11.2004. 21 s. Dostupné z: www.boldis.cz/citace/citace1.pdf.
3. BOLDIŠ, P. *Bibliografické citace dokumentů podle ČSN ISO 690 a ČSN ISO 690-2: Část 2 - Modely a příklady citací u jednotlivých typů dokumentů*. [online]. Verze 3.1. Poslední aktualizace 11.11.2004. 16 s. Dostupné z: www.boldis.cz/citace/citace2.pdf.
4. Domov důchodců Otín. Osobní sdělení, Jindřichův Hradec, 2007.
5. DOSTÁLOVÁ, J. Potraviny pro seniory. *Výživa a potraviny*, 1999, roč. 54, č. 5, s. 134-135. ISSN 1211-846X.
6. GOLDMANN, R. *Vybrané kapitoly ze sociálních disciplín*. 2, přepracované vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2001. 215 s. ISBN 80-244-0350-1.
7. HOLMEROVÁ, I. et al. *Vybrané kapitoly z gerontologie*. Vydala GEMA jako studijní materiál v rámci projektu Péče 2002 za podpory MZČR. 2002 GEMA. 110 s.
8. JAROŠOVÁ, D. *Péče o seniory*. 1. vyd. Ostrava: Ostravská Univerzita v Ostravě, Zdravotně sociální fakulta, 2006. 96 s. ISBN 80-7368-110-2.
9. KALVACH, Z. *Úspěšné stárnutí a aktivní stáří*. 1. vyd. Praha: Státní zdravotní ústav, 2004.
10. KALVACH, Z., ONDERKOVÁ, A. *Stáří. Pojetí geriatrického pacienta a jeho problémů v ošetrovatelské praxi*. Praha: Galén, 2006. 44 s. ISBN 80-7262-455-5.
11. KOŽÍŠEK, F. *Pitný režim*. 1. vyd. Praha: Státní zdravotní ústav, 2006.

12. MARÁDOVÁ, E. *Výživa a hygiena ve stravovacích službách*. 2., vyd. Praha: Vysoká škola hotelová v Praze 8, 2005. 185 s. ISBN 80-86578-49-6.
13. MATOUŠ, M. *Pohyb ve stáří je šancí*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing a.s., 2002. 112 s. ISBN 80-247-0331-9.
14. MÜLLEROVÁ, D. *Zdravá výživa a prevence civilizačních nemocí ve schématech*. 1. vyd. Praha: TRITON s.r.o., 2003. 99 s. ISBN 80-7254-421-7.
15. NOVÁK, P. *O výživě seniorů* [online] [cit.2006-20-10]. Dostupné z: www.hzp.cz/main/clanek.php?id=109.
16. *Projekt Standardizace nutriční péče v domovech důchodců* je pilotním projektem programu pro klinickou výživu NUTRICEPT a byl představen společností Nutricia na odborné konferenci v Praze v roce 2006.
17. RYŠAVÁ, L. *Jak se správně stravovat v seniorském věku* [online] [cit.2006-20-10]. Dostupné z: www.zuova.cz/informace/opz006.php.
18. STARNOVSKÁ, T. CHOČENSKÁ, E. *Nutriční terapie*. Praha: Galén, 2006. 38 s. ISBN 80-7262-387-7.
19. ŠIMEK, J. Výživa ve stáří. *Výživa a potraviny*, 2001, roč. 56, č. 4, s. 98-99. ISSN 1211-846X.
20. Ústav sociální péče v Jindřichově Hradci. *Osobní sdělení*, Jindřichův Hradec, 2006.
21. *Zdraví 21. Dlouhodobý program zlepšování zdravotního stavu obyvatelstva České republiky*. 1. vyd. Praha: MZČR, 2003. 124 s. ISBN 80-85047-99-3.
22. ZIMMELOVÁ, P. Gerontologie. Přednáška, České budějovice, 2005.
23. ZIMMELOVÁ, P. *Obecné zásady výživy ve stáří*. IN *Výživa - nedílná součást léčby závažných chorob*. 1. vyd. České Budějovice: Jihočeská Univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta, 2005. 72 s. ISBN 80-7040-820-0.

8 Klíčová slova

Stárnutí

Stáří

Senior

Domov důchodců

Výživa

9 Přílohy

Příloha 1 - Dotazník

Příloha 2 - Jídelní lístky - dieta 2, 3, 4, 8, 9

Příloha 3 - PROJEKT Standardizace nutriční péče

Příloha 1

Dotazník:

1. Pohlaví:

2. Věk:

3. Délka Vašeho pobytu v domově důchodců:

Otázky 4, 5, 6 se týkají doby před příchodem do domova důchodců.

4. Stravoval(a) jste se: a) doma
b) ve stravovacích zařízeních

5. Kolikrát denně jste jedl(a): a) 3x
b) 5x
c) podle pocitu hladu

6. Dbal(a) jste na pitný režim: a) sám(a)
b) na něčí pokyn
c) nedbal(a)

Zbývající otázky se týkají pobytu v domově důchodců.

7. Bylo pro Vás snadné přejít na stravovací návyky a skladbu stravy v DD: ANO / NE

8. Za jak dlouho jste si přivyknul(a) na toto stravování: a) ihned
b) několik dní
c) měsíc
d) více jak měsíc
e) vůbec

9. Jste spokojen(a) se stravováním: ANO / NE
Pokud ne, co ve stravování postrádáte?

10. Kolikrát denně jíte: a) 3x
b) 5x
c) podle pocitu hladu

11. Dbáte na pitný režim: a) sám(a)
b) na pokyn sestry
c) nedbám

12. Máte potřebu si stravu „přilepšovat“: a) nákupem
b) od příbuzných, známých

c) nemám potřebu

13. Máte dietní režim: ANO / NE

Pokud ano, hledíte na svá dietní opatření: ANO / NE

14. Zúčastňujete se nějakých pohybových aktivit: ANO / NE

Pokud ano, jakých?

15. Máte informace o tom, že je Vám strava obohacována doplňky stravy: ANO / NE

Příloha 2

Jídelní lístky - dieta 2, 3, 4, 8, 9

DIETA 2 – JÍDELNÍ LÍSTEK

1. DEN

Číslo rec.	Pokrm	Energ. kJ	hodnota kcal	B g	Bž g	T g	Sach. g	Vit. C mg	Ca mg	Fe mg	Lin. g
1 007	SN Káva bílá A	544	129	4,8	4,8	3,0	21,5	0,0	168	0,2	0,09
1 033	Rohlíky – 2 kusy	1 015	242	6,6	0,0	2,3	47,9	0,0	18	0,5	0,48
1 017	Máslo 10 g	301	72	0,1	0,1	8,1	0,0	0,0	2	0,0	0,20
1 020	Med 30 g	379	90	0,1	0,1	0,0	23,4	0,6	2	0,2	0,00
983	PŘ Biokys	437	104	9,6	9,6	7,2	3,4	0,0	240	0,2	0,18
1 000	Chléb 70 g	703	167	3,9	0,0	0,6	36,0	0,0	14	0,6	0,00
18	O Polévka droždiová	602	143	6,6	3,9	7,3	11,8	5,3	38	1,8	0,49
230	Telecí pečeně A	901	215	22,5	21,9	11,2	5,2	0,9	18	2,5	0,23
604	Brambory	1 029	245	7,0	0,0	0,8	54,8	30,0	40	2,5	0,00
695	Salát hlávkový A	110	26	0,4	0,0	0,1	6,3	4,4	9	0,2	0,00
800	Piškot – moučník	592	141	3,5	2,0	3,8	23,2	0,0	13	0,4	1,61
801	Poleva citrónová	164	39	0,0	0,0	0,0	10,2	0,8	1	0,0	0,00
990	SV Čaj s mlékem	644	153	6,4	6,4	4,0	23,7	0,0	224	0,2	0,12
1 032	Rohlík – 1 kus	507	121	3,3	0,0	1,2	24,0	0,0	9	0,2	0,24
292	V Vepřové na paprice A	1 630	388	19,2	18,0	29,8	9,7	1,4	56	3,7	5,19
619	Rýže dušená A	1 455	347	6,0	0,0	3,6	71,0	0,0	22	0,7	2,01
834	Mandarinky	189	45	0,9	0,0	0,2	11,3	52,0	33	0,4	0,00
989	Čaj ruský	241	57	0,0	0,0	0,0	14,9	0,0	0	0,0	0,00
Celkem		11 444	2 725	100,9	66,6	83,1	398,2	95,4	905	14,3	10,84

DIETA 3 – JÍDELNÍ LÍSTEK

1. DEN

Číslo rec.	Pokrm	Energ. hodnota kJ kcal	B g	BŽ g	T g	Sach. g	Vit. C mg	Ca mg	Fe mg	Lin. g
1 007	SN Káva bílá A	544 129	4,8	4,8	3,0	21,5	0,0	168	0,2	0,09
1 045	Veka bílá	1 081 257	7,6	0,0	0,9	54,1	0,0	19	0,5	0,18
1 019	Máslo 20 g	602 143	0,1	0,1	16,2	0,1	0,0	3	0,0	0,40
946	Sýr trojúhelníček – malá porce	236 56	5,9	5,9	3,4	0,2	0,0	126	0,2	0,10
991	PŘ Čaj s ovocnou šťávou	270 64	0,0	0,0	0,0	16,7	0,0	0	0,0	0,00
85	O Polévka z kostí s kapáním	526 125	5,5	3,9	6,2	10,4	5,3	35	1,3	2,30
380	Sekaný řízek máslový (škrábaný)	1 389 331	20,0	19,5	25,8	3,8	0,4	26	3,5	2,08
608	Kaše bramborová A	1 231 293	10,2	3,2	2,8	59,2	30,0	152	2,6	0,06
693	Salát fazolkový	419 100	1,5	0,0	5,0	13,0	7,5	41	0,6	1,28
784	Jablka pečená plněná	578 138	0,5	0,0	0,6	35,5	10,7	12	0,8	0,00
990	SV Čaj s mlékem	644 153	6,4	6,4	4,0	23,7	0,0	224	0,2	0,12
1 015	Loupáčky – šátečky	759 181	2,8	0,0	6,3	29,3	0,0	8	0,2	0,15
238	V Telecí po italsku B	1 147 273	24,0	22,4	13,4	12,0	4,1	46	2,8	6,44
624	Tarhoňa dušená	1 579 376	10,5	0,0	6,9	66,7	0,0	25	0,9	3,74
814	Banány	554 132	1,8	0,0	0,3	34,5	15,0	12	0,9	0,00
991	Čaj s ovocnou šťávou	270 64	0,0	0,0	0,0	16,7	0,0	0	0,0	0,00
Celkem		11 829 2 817	101,5	66,2	94,8	397,3	73,0	897	14,7	16,94

DIETA 4 – JÍDELNÍ LÍSTEK

1. DEN

Číslo rec.	Pokrm	Energ. hodnota kJ kcal	B g	BŽ g	T g	Sach. g	Vit. C mg	Ca mg	Fe mg	Lin. g
1 007	SN Káva bílá A	544 129	4,8	4,8	3,0	21,5	0,0	168	0,2	0,09
1 033	Rohlík – 2 kusy	1 015 242	6,6	0,0	2,3	47,9	0,0	18	0,5	0,48
1 017	Máslo 10 g	301 72	0,1	0,1	8,1	0,0	0,0	2	0,0	0,20
993	Džem 30 g	320 76	0,2	0,0	0,1	19,4	0,6	5	0,2	0,00
989	PŘ Čaj ruský	241 57	0,0	0,0	0,0	14,9	0,0	0	0,0	0,00
987	Citrón do čaje	25 6	0,0	0,0	0,0	1,6	6,0	5	0,1	0,00
1 045	Veka bílá	1 081 257	7,6	0,0	0,9	54,1	0,0	19	0,5	0,18
63	O Polévka rajčatová s rýží A	670 160	5,4	3,1	5,7	21,7	4,8	19	1,0	0,17
161	Hovězí plátky na kmíně A	1 112 265	21,9	20,8	15,6	7,4	0,0	13	3,4	3,50
613	Knedlík bramborový jemný	1 420 338	9,8	1,6	6,8	59,8	12,0	50	1,5	0,39
695	Salát hlávkový A	110 26	0,4	0,0	0,1	6,3	4,4	9	0,2	0,00
800	Piškot – moučník	592 141	3,5	2,0	3,8	23,2	0,0	13	0,4	1,61
801	Poleva citrónová	164 39	0,0	0,0	0,0	10,2	0,8	1	0,0	0,00
989	SV Čaj ruský	241 57	0,0	0,0	0,0	14,9	0,0	0	0,0	0,00
1 032	Rohlík – 1 kus	507 121	3,3	0,0	1,2	24,0	0,0	9	0,2	0,24
263	V Telecí v mrkvi A	994 237	24,0	21,8	7,4	18,0	10,4	75	3,7	0,13
604	Brambory	1 029 245	7,0	0,0	0,8	54,8	30,0	40	2,5	0,00
761	Máslo – na maštění (menší dávka)	301 72	0,1	0,1	8,1	0,0	0,0	2	0,0	0,20
989	Čaj ruský	241 57	0,0	0,0	0,0	14,9	0,0	0	0,0	0,00
Celkem		10 908 2 597	94,6	54,2	63,9	414,6	69,0	447	14,2	7,19

2. DEN

Dieta 8

Číslo rec.	Pokrm	Energ. hodnota kJ	hodnota kcal	B g	BŽ g	T g	Sach. g	Vit. C mg	Ca mg	Fe mg	Lin. g	Chol. mg
1 007	SN Káva bílá A	302	72	4,8	4,8	3,0	6,6	0,0	168	0,2	0,09	11
999	Chléb 60 g	602	143	3,4	0,0	0,5	30,8	0,0	12	0,5	0,00	0
868	Paštika jádrová – velká porce	953	227	18,9	18,9	16,0	0,8	0,0	56	8,7	1,43	85
656	PŘ Ředkvičky	88	21	1,1	0,0	0,1	4,2	24,0	37	1,0	0,00	0
184	O Hovězí svičková přírodní	1 099	262	26,2	25,0	12,9	8,3	5,0	33	4,5	3,44	84
604	Brambory	617	147	4,2	0,0	0,5	32,9	18,0	24	1,5	0,00	0
1 031	SV Podmáslí	286	68	6,8	6,8	0,4	9,4	0,0	240	0,2	0,02	2
247	V Telecí protýkané B	976	232	29,0	28,8	11,4	1,5	0,9	19	3,1	3,52	115
604	Brambory	617	147	4,2	0,0	0,5	32,9	18,0	24	1,5	0,00	0
828	Kompot jablek Dia	97	23	0,4	0,0	0,1	5,0	20,0	14	0,7	0,00	0
815	2V Broskve	197	47	0,8	0,0	0,2	11,8	8,0	8	0,6	0,00	0
Celkem		5 836	1 390	99,7	84,3	45,5	144,2	93,9	634	22,5	8,50	297

DIETA 9 – JÍDELNÍ LÍSTEK

1. DEN

Číslo rec.	Pokrm	Energ. hodnota kJ	hodnota kcal	B g	BŽ g	T g	Sach. g	Vit. C mg	Ca mg	Fe mg	Lin. g	Chol. mg
1 007	SN Káva bílá A	302	72	4,8	4,8	3,0	6,6	0,0	168	0,2	0,09	11
999	Chléb 60 g	602	143	3,4	0,0	0,5	30,8	0,0	12	0,5	0,00	0
1 018	Máslo 15 g	452	108	0,1	0,1	12,2	0,0	0,0	2	0,0	0,30	42
929	Salám turistický – malá porce	840	200	10,9	10,9	17,1	0,1	0,0	8	2,0	1,76	43
816	PŘ Grapefruit	164	39	0,6	0,0	0,2	9,8	40,0	22	0,2	0,00	0
14	O Polévka česneková s bramborem	132	31	0,1	0,0	3,0	0,8	0,5	6	0,0	1,92	0
148	Hovězí pečeně po orientálsku	1 109	264	26,6	25,0	13,0	8,5	32,7	23	4,5	3,44	84
614	Knedlík houskový	712	170	5,5	1,3	1,3	33,4	0,0	37	0,3	0,14	25
1 022	SV Mléko	403	96	6,4	6,4	4,0	8,8	0,0	224	0,2	0,12	14
389	V Kapr na kmíně B	1 354	322	40,6	40,0	14,6	4,8	4,0	33	1,1	4,10	189
604	Brambory	617	147	4,2	0,0	0,5	32,9	18,0	24	1,5	0,00	0
693	Salát fazolkový	362	86	2,0	0,0	4,2	11,1	10,3	56	0,9	0,00	0
998	2V Chléb 40 g	402	96	2,2	0,0	0,4	20,6	0,0	8	0,4	0,00	0
950	Sýr Žervé – střední porce	484	115	7,4	7,4	9,0	1,1	0,0	193	0,1	0,26	30
819	Jablka	239	57	0,3	0,0	0,4	14,7	7,0	7	0,5	0,00	0
Celkem		8 175	1 946	115,1	95,9	83,2	184,0	112,5	823	12,3	12,13	437

Zdroj:

DOBERSKÝ, P. et al. *Dietní systém pro nemocnice*. 1. vyd. Martin: Osveta n.p., 1983.

488 s. 70-104-83

Příloha 3

PROJEKT Standardizace nutriční péče v domovech důchodců

Situace před zavedením standardu	Situace po zavedení standardu
Personál nedával do souvislosti změněné výživové a konzumační možnosti této specifické klientely. Personál se obecně domníval, že starší/nemocný člověk má menší výživové nároky než člověk v produktivním věku/zdravý.	Personál je informován o specifických nutričních potřebách a konzumačních možnostech klientů a zná souvislost s celkovým stavem klienta. Aktivně se proto na nutriční péči podílí a její efekt průběžně sleduje.
Nedostatečný příjem stravy a tekutin nebyl dáván do souvislosti s celkovou kondicí klientů.	Personál DD si je vědom významu dostatečného příjmu stravy a tekutin na celkovou kondici klienta a aktivně se podílí na jeho zajištění. Souvislost mezi dostatečným příjmem stravy a kondicí klientů hodnotí personál: a) subjektivně: sledováním - personál udává zlepšení kondice klientů - jak motorických, tak i mentálních funkcí b) objektivně: srovnáním - vedoucí ošetrovatelského úseku DD Malešice provedl srovnání výskytu a hojení dekubitů u klientů v tomto zařízení před a po zavedení standardu nutriční péče.
Příjem tekutin klienty byl považován obecně za nedostatečný, ale tento problém nebyl považován za řešitelný.	Příjem tekutin se u klientů aktivním přístupem personálu a následně i klientů samotných zvýšil z cca 0,75 l na cca 1,75 l (průměrné hodnoty). Personál udává zlepšení mentálního a fyzického stavu hydratovaných klientů.
Bylo známo, že se část stravy vyhlazuje, ale nebylo to nijak sledováno ani řešeno.	Zbytky stravy jsou sledovány a řeší se, z jakého důvodu se strava vrací. a) Jídlo klientům opakovaně nechutná nebo jim způsobuje zdravotní/zažívací obtíže. Takové jídlo je z jídelníčku vyřazeno nebo je změněna jeho receptura tak, aby bylo jídlo pro klienty vyhovující. b) Někteří klienti nejsou opakovaně schopni ujmout celou porci. Objem stravy se přizpůsobí momentálním konzumačním možnostem klienta a klient, který opakovaně nesní plnou porci je zařazen do speciální nutriční péče. Objem připravované stravy tak více koresponduje s její skutečnou spotřebou a tím se redukuje i množství vyhozené stravy.
Personál zařízení neměl dostatečné vědomosti, znalosti ani jasné definované postupy, které by mu umožňovaly zajistit klientům adekvátní nutriční péči.	Zařízení zajišťuje klientům adekvátní nutriční péči na základě standardu nutriční péče. Personál je řádně edukován a jeho úkoly při zajišťování adekvátní nutriční péče jsou přesně definovány.
Nebylo stanoveno jaké nutriční potřeby klientela DD skutečně má.	Byla stanovena nutriční potřeba klientů ve vazbě na věk a obvyklé aktivity.
Diety byly připravovány podle nemocničního dietního systému, některé však neodpovídaly obecně platným pravidlům dané diety (např. dieta 4 se zelím). Personál diety vědomě upravoval ve snaze vyhovět požadavkům klienta. Počet připravovaných diet se pohyboval od 4 do 8.	Byly určeny diety, které je třeba připravovat podle potřeb klientů. Připravované diety odpovídají obecným pravidlům dané diety (většinou klientely není důvod podávat přísné diety).
Nebylo známo jakou nutriční hodnotu mají připravované diety ani jednotlivé pokrmy.	Využívané diety jsou propočteny a jídelní lístek upraven tak, aby odpovídal požadované nutriční hodnotě.
Identifikace nutričních problémů u klientů se systematicky neprováděla a tyto problémy nemohly být tudíž řešeny. Pokud byl nějaký nutriční problém identifikován, šlo o závažnou problematiku, která byla řešena hospitalizací (např. kachexie).	Systematicky je sledován nutriční stav všech klientů. Screening nutričního stavu klientů je prováděn pravidelně podle modifikovaného MNA. Při zjištění nutričního problému je klient zařazen do sledování jak ošetrojícím personálem, tak v případě většího problému nutriční terapeutkou.
Individuální nutriční režim byl jen sporadický a řešil nejčastěji nevlíbili klienta konzumovat některou složku stravy (např. rýži,...).	Individuální nutriční režim řeší konkrétní potřebu klienta formou individuálně sestavené diety a je poskytován všem klientům, kteří ho potřebují (cca 17 % klientů - liší se v jednotlivých DD podle skladby klientely). Sledování nutričního stavu klienta je písemně zaznamenáváno a podle vývoje jeho nutričního stavu je upravován klientův individuální nutriční plán. Nedostatečný příjem stravy je řešen vhodnými doplňky ke stravě, jak z běžných potravin, tak průmyslově vyrobenými přípravky.
Stížnosti na stravování klientů ze strany rodinných příslušníků nebylo možné objektivně řešit, protože chyběla jakákoliv evidence o skutečném příjmu stravy a tekutin.	Stížnosti, které byly vzneseny ze strany rodinných příslušníků na stravování některých klientů, byly stěžovatelem staženy, vzhledem k tomu, že personál DD byl schopen předložit písemné podklady o individuálním sledování a konkrétním řešení nutričního stavu uvedených klientů.