

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta

Výživa seniorů v domovech pro seniory a v domácí péči

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Mgr. Helena Michálková Ph.D.

2011

Běla Hraňová

Abstract

The bachelor's thesis focuses on differences in the nutrition of senior citizens living in the retirement home and the nutrition of those subject to home care. The goal of the thesis was to survey the senior citizens' awareness of healthy diet, to map the senior citizens' eating habits and to find out whether the diet composition has been affected by economic standing of the senior citizens.

To meet the goals of the thesis, the methodology of qualitative research based on the application of questionnaire was selected. The research set consists of a total of 95 respondents. The research set I is comprised of respondents living in the retirement home in Strakonice whereas the research set II includes senior citizens living in home care provided by Vimperk municipality. The first set covers 50 respondents and the other one covers 45 respondents.

The research has revealed that the awareness of healthy diet is better on the part of clients in home care than those living in the retirement house. On the other hand, eating habits of senior citizens are better in the retirement house where regular administration of meals during the day is provided. This finding has been supported by the results of the data provided by the respondents living in the retirement homes who are administered hot meals every day unlike the senior citizens living in home care. The economic situation has been affecting the diet composition in home care rather than in retirement home as most of the senior citizens prefer food purchased at more favourable prices. A positive finding is that most respondents eat regularly, have breakfast and do not smoke. Another pleasing result is that more than a half of the respondents drink one to two litres of liquids a day. Comparison of the two groups revealed a difference between the consumed liquids composition. While the senior citizens in retirement homes prefer tea and sweet liquids, the senior citizens living in home care prefer mineral waters and tap water. The respondents do not drink alcoholic drinks. Unfortunately, the survey based on the questionnaire has revealed a low intake of vegetables and fruit among the senior citizens.

The research has demonstrated the fact that the senior citizens living in retirement homes have better diet than those living in home care. Healthy diet is very important for

senior citizens as it contributes to the improvements of the senior citizen's immune system and comfort and may prevent disease, and therefore it is essential to pay attention to healthy diet on the part of these clients.

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci jsem vypracovala 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- v úpravě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných Zdravotně sociální fakultou elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejich internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích

.....

podpis studenta

Poděkování:

Ráda bych touto cestou vyjádřila své poděkování Mgr. Heleně Michálkové Ph.D. za odborné vedení, čas, cenné rady a připomínky při psaní mé bakalářské práce a také moji rodině za trpělivost a toleranci během mého studia.

OBSAH:

ÚVOD	7
1. SOUČASNÝ STAV.....	8
1.1 GERIATRIE	8
1.1.1 Definice geriatric	8
1.1.2 Senioři specifika	9
1.1.3 Geriatrická sestra a její kompetence	11
1.2 ŽIVOTNÍ STYL A ŽIVOTOSPRÁVA SENIORA.....	12
1.2.1 Životospráva seniora	13
1.2.2 Zneužívání omamných látek, alkoholismus, nikotinismus	17
1.3 DOMÁCÍ PÉČE A DOMOVY PRO SENIORY	18
1.3.1 Domácí péče.....	18
1.3.2 Domovy pro seniory	19
2. CÍLE PRÁCE A HYPOTÉZY	21
2.1 CÍLE PRÁCE	21
2.2 HYPOTÉZY	21
3. METODIKA	22
3.1 METODIKA	22
3.2 CHARAKTERISTIKA ZKOUMANÉHO SOUBORU	23
4. VÝSLEDKY.....	24
4.1 I. SKUPINA - DOMOV PRO SENIORY	24
4.2 II. SKUPINA - DOMÁCÍ PÉČE	46
5. DISKUZE.....	68
6. ZÁVĚR	71
7. SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ	72
8. KLÍČOVÁ SLOVA	74
9. PŘÍLOHY	75
PŘÍLOHA 1 – DOTAZNÍK.....	75

Úvod

Ve své bakalářské práci se zabývám rozdíly ve výživě seniorů v domově důchodců a v domácím prostředí. Toto téma mě zaujalo, protože jsem pracovala v domácí péči a domnívám se, že nutriční stav v souvislosti se zdravotním stavem seniorů bývá opomíjen. Úprava jídelníčku v seniorském věku by měla být taková, aby příjem a výdej byl v rovnováze. Výživa by měla být nejen chutná, ale i zdravá. Přejít na zdravou výživu v seniorském věku může oddálit vznik civilizačních onemocnění, ke kterým je jedinec disponován. Při dodržování zásad zdravé výživy musíme brát v úvahu potřeby jedince, jeho denní režim a fyzickou aktivitu. Zdravá výživa vede ke zlepšení imunity, může zlepšit náladu a pohodu seniora a může zabránit vzniku akutních i chronických onemocnění. Tento výzkum si kladl za cíl zjistit, zda se liší skladba výživy a stravovací návyky mezi seniory, kteří žijí v domovech pro seniory a mezi seniory, kteří žijí v domácím prostředí.

1. SOUČASNÝ STAV

1.1 Geriatrie

1.1.1 Definice geriatrie

Stárnutí je definováno jako přirozená degradace organismu po dovršení určité fáze vývoje, tj. dospělosti a zralosti. Individuální involuční nezvratný proces, který se u člověka projevuje zpravidla po třicátém roku věku, je pravděpodobně v buňkách geneticky zakódován, vliv prostředí na něj působí vždy. Proces stárnutí je zákonitým jevem, který je přirozený pro každého jedince žijícího osamoceně, v rodině, komunitě či v jiné společnosti. Stárnutí a stáří není tedy nemocí, ale je přirozeným, fyziologickým procesem, přičemž stárnutí a stáří bývá často doprovázeno různými nemocemi a orgánovými poruchami. Stárnutí je nezvratným biologickým procesem, který je universální pro celou živou přírodu a tento proces se nazývá život. Délka života je pro jednotlivé druhy geneticky determinována a specifickým daného druhu. (8)

Stáří je možno posuzovat z několika hledisek. Z hlediska biologického se jedná o hypotetické označení míry involučních tedy zánikových změn, které jsou obvykle spojeny se změnami způsobenými chorobami typickými pro vyšší věk. Z hlediska sociálního je toto období kombinací změn sociálních (např. penzionování) a skutečností vedoucích ke změně životního způsobu, které zásadně ovlivňuje ekonomické zajištění. Z hlediska kalendářního se dosažením určitého věku involuční změny obvykle projevují znatelněji. Časté bývají poruchy intelektu se specifickými nároky na vedení komunikace. Může se jednat o seniory s mentálním postižením, které je vrozené a seniory s projevy demence, které vznikají v průběhu života, kdy senior postupně ztrácí získané dovednosti. (4, 8)

V počátku rozvoje příznaků demence si často uvědomují změny a reagují na ně podrážděním až agresí. Snaží se zapomenuté věci nahradit a často si vymýšlí. Sestra musí při komunikaci zachovávat jeho úctu, ověřovat si získané informace. K projevům demence řadíme poruchy paměti ve všech fázích, vstípení, zapamatování, vybavení

informací. Hůře získává i informace nové. Lépe funguje paměť dlouhodobá, než krátkodobá. Chybějící informace tak nahrazuje opakovanými dotazy a odpovědi hned zapomene. Projevem jsou poruchy orientace, stavy úzkosti a netrpělivosti. Další bariérou může být porucha řeči, kdy může být neschopnost porozumět řeči nebo se řeči vyjádřit. Obě bariéry nazýváme afázií. Poruchy pozornosti souvisí s rušivými podněty. Je důležité omezovat tyto podněty, poskytovat ty smysluplné, aby se dala pozornost zaměřit a udržet. Sestra musí přizpůsobit svá očekávání, možnostem osoby s demencí. (14)

Věkové zatížení společnosti v ČR

Poznání věkového složení společnosti je důležité pro řadu oborů a také v gerontologii patří k základním ukazatelům. Reprodukci lidských populací se zabývá demografie. Tato vychází z natality a mortality. Natalita (porodnost) je definována jako počet živě narozených dětí za období kalendářního roku na 1000 obyvatel. Mortalita (úmrtnost) je druhým základním procesem demografické reprodukce a je určena počtem zemřelých na 1000 obyvatel. Dlouhodobé výzkumy ukazují, že od poloviny 19. stol. dochází v ČR k zvyšování počtu osob ve věku nad 60 let. Příčinami tohoto stavu je jednak snížení natality a druhou skutečností je stále se prodlužující lidský život. Senioři tvoří nestejnorodou skupinu. I když se jeví jako zdánlivě homogenní, liší se výrazně věkem, funkční zdatností, rodinnou situací, zdravotním stavem, genetickými vlohami pro dlouhověkost, ekonomickými podmínkami, vzděláním, hodnotovým systémem, životními zkušenostmi apod. Z této odlišnosti plynou rozdílné priority, očekávání, potřeby a přání ve zdraví i nemoci. V ČR je v současnosti vyšší naděje pro dožití u žen než mužů. Dominantní skupinou se stávají ovdovělé staré ženy. (5)

1.1.2 Senioři specifika

Stáří je možné označit jako pozdní fázi ontogeneze, která je přirozeným průběhem života. Jeho projevem a důsledkem je řada involučních a morfologických změn, které jsou doprovázeny interindividuální variabilitou. Výsledkem je typický obraz

označovaný jako stařecký fenotyp. Tento se může vyznačovat různými modifikacemi, které jsou projevem následujících aspektů. Může jimi být prostředí, zdravotní stav, životní styl, sociálně – ekonomické vlivy. (5,7)

Kalendářní stáří je možno jednoznačně vymezit, ale nelze zcela postihnout interindividuální rozdíly. V současné době je za počátek stáří považován věk 65 let, přičemž za ontogenetický bod je považován věk 75 let. Pro lepší posuzování funkčního stavu ve stáří bylo navrženo členění. Senioři ve věku 65 až 74 let jsou označováni mladšími seniory. Zde je aktuální problematika penzionování, využití volného času a určitá seberealizace. Senioři ve věku 75 až 84 let jsou označováni starší senioři. Zde vyvstává problematika adaptace, tolerance zátěže, onemocnění ve stáří a osamělosti. Senioři ve věku 85 let a více jsou označováni velmi staří senioři. Zde je primární především soběstačnost a sociální zabezpečení. Proměna sociálních rolí a potřeb, stejně jako změna životního stylu a ekonomického zajištění se projevuje jako sociální stáří. Náhlé penzionování, obtížná maladaptace, ztráta životního programu a společenské prestiže jsou často průvodními znaky tohoto období stáří. Dalším limitujícím prvkem seniorského věku je tzv. biologické stáří. Obvykle je tímto pojmem hodnocen funkční stav, výkonnost, kardio-respirační či mentální funkčnost. Posuzováním uvedených kritérií je možno konstatovat „akceleraci stáří“. (5,7)

Onemocnění starých lidí většinou souvisí s vysokým věkem. Zvláštnosti chorob ve stáří jsou předmětem oboru geriatrie a k jejich řešení je nutné dobře fungující systém geriatrického ošetřovatelství. Pro nemocné staré lidi je velmi často charakteristická polymorbidita. Nezřídka se uplatňuje i sumační efekt, kdy jedna choroba má za následek řetězovitý vznik dalších chorob. Například následek diabetu mellitu je makro i mikro angiopatické změny cév, z kterých následně vyplývá neuropatie, retinopatie a angiopatie. (8)

Pro holistickou ošetřovatelskou péči o geriatrického pacienta je potřeba soustředění nejen na aktuální somatický stav, ale je nutné zohlednit také změny ve stáří a jejich odraz v chování seniora. Mezi fyziologické změny a jejich následky řadíme, změny spánkového rytmu, které se projevují pospáváním během dne a následný noční

neklid. Dále úbytek energie a z toho vyplývající zvýšená potřeba pomoci. Také se projevuje snížená chuť k jídlu a snížená potřeba tekutin, která může vést až k malnutrici a dehydrataci. Mezi změny kognitivních funkcí patří zhoršení intelektu, zhoršení komunikace a špatná orientace. (15)

1.1.3 Geriatrická sestra a její kompetence

Za základní znak každé profesionální činnosti je považováno splnění určitého úkolu, nejčastěji odborného. V České republice jsou regulována všechna zdravotnická povolání. Regulovaná profese znamená, že jsou u ní právní závazné předpisy a určují vzdělání, označení odbornosti, kompetence, sankce za výkon neoprávněnými osobami. Definice kompetencí sester na úrovni EU musí pokrývat nejdůležitější společenské kompetence a je upraveno zákonem č. 95/2004 Sb. Režim výkonu povolání je buď bez odborného dohledu, na základě indikace, které může vykonávat pouze sestra s osvědčením tzv. registrace nebo pod odborným dohledem a třetí možnost pod přímým vedením. Zdravotnický pracovník poskytuje zdravotní péči v souladu se standardy, důkladně vede zdravotnickou dokumentaci, poskytuje informace v souladu se svou odbornou způsobilostí, podílí se na praktickém vyučování, dodržuje zásady hygienicko epidemiologického režimu. Sestra je povinna vykonávat svou práci v souladu s vnitřními předpisy, právními předpisy, smlouvou, pracovním zařazením a náplní práce, dle pokynů nadřízeného, nemusí být pověřena v celém rozsahu, nesmí jít nad rámec právních předpisů, ale může i odmítnout. Definice kompetencí současně zajišťuje i potřebné garance pro profesionální ochranu. (21, 10)

Výsledkem úsilí geriatrické sestry je uspokojení potřeb pacienta a také znatelné zlepšení jeho celkových reakcí fyziologických, ale i verbálních projevů. Pacientův subjektivní pocit zlepšení často také obsahuje určitou míru uzdravování ve vztahu pocitu nepohodlí. Ten se může projevovat úzkostmi, obavami, strachem, bezmocí a beznadějí. Pozoruje-li sestra zlepšení stavu pacienta, umožní jí to, aby lépe zhodnotila, zda byl její profesní úkol splněn a zda bylo její snažení smysluplné. (10)

Funkce geriatrické sestry v rámci ošetrovatelství je naprosto specifické. Geriatrický pacient trpí často mimo jasných symptomů chorob i symptomy

psychickými. Mentální retardace a často i pohybová retardace nejsou výjimkou. Proto první nezbytnou úlohou geriatrické sestry je rychlé sestavení ošetrovatelského plánu, který je v souladu s ošetrovatelskou diagnózou a léčebným plánem ošetřujícího lékaře, včetně specialistů. Tento ošetrovatelský plán musí naprosto efektivně a rychle pokrýt akutní potřebu momentálního stavu pacienta. Ošetrovatelský plán geriatrické sestry a stanovení strategie je rozdílné nachází-li se pacient v domácím prostředí či je hospitalizován v pobytovém zařízení poskytovatelů sociální péče nebo se nachází v některé z forem ústavní péče. Sestra obecně a geriatrická sestra zvláště z důvodu specifiky péče o geriatrického pacienta musí umět chránit, udržovat a podporovat zdraví osob, jejich autonomii a soběstačnost v oblasti tělesných a psychických funkcí. Musí brát zřetel na psychologické, sociální a ekonomické odlišnosti způsobu života těchto osob. (8)

Role sestry v edukačním procesu

Edukační rozhovor, v našem případě se seniorem je veden tak, aby byl sám zapojen do své léčby. Naším úkolem je, abychom ho něčemu naučili. Sami musíme mít nejprve znalosti, které pak chceme předat. Nejde jen o předávání informací, ale i třeba o názornou ukázkou nebo prezentaci toho, co ho chceme naučit. Při takovém rozhovoru se snažíme působit na všechny smysly. Nevhodné je seniora odbýt návodem nebo brožurkou. Mějme na paměti, že vše musíme opakovat a mít trpělivý přístup. Podporujeme seniora pochvalou a na závěr vše shrňme, abychom se přesvědčili, že vše správně pochopil. Důležitá je taky motivace seniora, ne každý je nadšený, že bude muset třeba dodržovat dietu. Schopnost empatie sestry může snáze vidět a řešit potíže. Důležité je i vhodně pokládat otázky. Ty, na které si sám odpovídá, si tak lépe zapamatuje. (14)

1.2 Životní styl a životospráva seniora

1.2.1 Životospráva seniora

Životní styl je založen na interakci mezi jedincem a okolím. Světová zdravotnická organizace podporuje aktivní stárnutí ve svém dokumentu „Active ageing: Policy Framework“, kterou vydala v roce 2002. Podle této definice je aktivní stárnutí proces optimalizace možností v oblasti zdraví, participace a bezpečnosti, jehož cílem je zvýšit kvalitu života seniorů. Aktivní životní styl zlepšuje duševní zdraví, zlepšuje sociální kontakty a umožňuje seniorům zůstat co nejdéle nezávislým. Determinanty aktivního životního stylu seniorů jsou zdravotní péče, osobnost člověka, vnější prostředí, sociální, ekonomické a bihaviorální determinanty, kultura, pohlaví. (7)

Každý člověk se snaží dožít v dobrém věku co nejvyššího věku. Na dlouhověkost mají vliv různé faktory. Významný je i pokrok medicíny v diagnostice a terapii chorob a pokroky v hygieně. Jednu z důležitých úloh má však výživa a dýchání, jako nejbližší kontakt člověka s jeho okolím. Tým vědců se zabývá, jak správně sestavit výživu, abychom dosáhly, co nejdéle a zdravého aktivního života. Je prokázáno, že snížení denního příjmu potravy pod množství, potřebné pro maximální růst a maximální hmotnostní přírůstky, vedlo k prodloužení délky života. Velký význam pro stáří má výživa v dětství a dospívání, proto je potřeba si vytvořit správné stravovací návyky již v mládí. Pro správnou životosprávu a dlouhý věk se v současné době doporučuje: střídavá a pestrá strava, udržování nízké tělesné hmotnosti, pravidelná strava (minimálně 5x denně), hodně tekutin (minimálně alkoholických nápojů), nekouřit. (20,17)

Výživa, pitný režim a stravovací návyky

Výživa je ovlivňována biologickými, psychickými a sociálními faktory. Snížením základní látkové přeměny, úbytek svalové hmoty, přírůstek tukové tkáně a snížená fyzická aktivita může vést k obezitě. Snížená sekrece slin, atrofie chuťových pohárků pokles chuti, čichu a slábnoucí zrak může snížit zájem o jídlo a jeho snížený

příjem. Choroby dásní, ztráta zubů nebo špatně padnoucí zubní protéza může mít za následek jednostrannou výživu a preferenci měkkých jídel s často vysokou energetickou hodnotou a nedostatkem vlákniny. Snížená sekrece HCL, enzymů a žluči podporuje zhoršené trávení a vstřebávání živin, riziko nedostatku Ca, Fe, Zn, bílkovin, tuků a vitamínů (A,D,E,K). Pokles peristaltiky v GIT vede k zácpě a hemeroidům. Při snížené činnosti ledvin dochází k dehydrataci. Sociální izolace, chybějící podpora rodiny či osamělost vede k lhostejnosti k jídlu a poklesu příjmu potravy. Omezená pohyblivost, zhoršený zrak má za důsledek potíže s obstaráváním jídla, jeho přípravy a konzumu. (20,11,6)

Zdravá výživa by měla být energeticky přiměřená s dostatečným obsahem sacharidů, proteinů, tuků, minerálů, stopových prvků a tekutin. Sacharidy by měly obsahovat z 55 – 75 %, tuky do 30%, proteiny 10 – 15 %. Zelenina a ovoce se má konzumovat v syrovém stavu, aby se nesnižoval obsah vitamínů, které mají antiaterogenní a antikancerogenní účinky. Mezi doporučené potraviny pro seniory patří ovoce, zelenina, luštěniny, rybí a drůbeží maso, tvaroh a netučné sýry. Nevhodné jsou potraviny obsahující živočišné tuky jako je sádlo, máslo, tučný sýr, sladké pečivo a uzeniny. Důležité jsou vitamíny (C, E, D, A, D, B1, B2, B6, kys. listová), minerální látky (Ca, K, F) a stopové prvky (Cr, Cu, Fe, I, Mg, Se, St, Mo). Pití tekutin v průměru 2-2,5l, nejlépe pitnou vodu ochucenou šťávou, slabý čaj, neslazené minerální vody, nevhodná je káva. (11)

Mezi základní složky výživy řadíme bílkoviny, sacharidy a tuky. Bílkoviny jsou důležité pro stavbu a obnovu tkání, pomáhají při tvorbě enzymů, hormonů a imunitních látek. Lidský organismus je využívá jako zdroj energie až v krajním případě. Aminokyseliny jsou základním stavebním kamenem bílkovin. Bílkoviny dělíme na rostlinné, které jsou obsaženy v luštěninách, semenech olejnatých rostlin, obilí a živočišné, které zas obsahují vejce, maso, ryby, mléko. Vhodné je kombinovat obě tyto skupiny. Sacharidy jsou vynikajícím zdrojem energie. Dělíme je na monosacharidy (jednoduché cukry), které jsou obsaženy ve sladkostech (koláče, sušenky, čokoláda), poskytují jen prázdné kalorie, nemají žádné vitamíny a minerály a polysacharidy (složené cukry), které jsou obsaženy v rýži, chlebu, ovoci, těstovinách a cereáliích.

Obsahují důležité minerály, vlákninu a vitamíny. Vstřebávají se poměrně dlouho, snadněji zasytí a snižují pocit hladu. Tuky mají největší energetickou hodnotu. Základní stavební složkou tuků jsou mastné kyseliny, které dělíme na nasycené a nenasycené. Tuky dělíme na rostlinné a živočišné. Rostlinné tuky (oleje) převážně tvoří nenasycené mastné kyseliny, které nepůsobí na hladinu cholesterolu v krvi, snižují jeho nebezpečnou část (LDL cholesterol) a zvyšují hladinu HDL cholesterolu. Živočišné tuky obsahují více nasycených mastných kyselin a jsou zdrojem cholesterolu. Měly by tvořit maximálně jen třetinu z přijímaných tuků. MZ ČR vydalo v roce 2005 dokument k výživě s názvem „Výživová doporučení MZ ČR pro návrhy postupů k implementaci Globální strategie pro výživu, fyzickou aktivitu a zdraví.“, (3, 18)

Všechny základní složky potravy jsou pro výživu nezbytné, z důvodu své nezastupitelné funkce v organismu. Vynechání jedné složky vede k poruchám. Mezi patologické stavy výživy řadíme nechutenství, kachexii, odmítání jídla, hyperorexii, dysfagii, dyspepsii. Aktivitou sestry by mělo být poradit pacientovi o správné výživě podle stavu jeho výživy a pacientova vědomostí. Stravě s léčebným účinkem se říká dieta. Jedná se o stravu nutričně vyváženou pro různá onemocnění s odlišným poměrem základních živin. Je to strava, která obsahuje určité kvalitativní i kvantitativní změny ve vztahu k racionální stravě. Tyto změny spočívají v posílení, snížení nebo vyloučení některých potravin, které jsou upraveny tak, jak to vyžaduje charakter onemocnění. Individuálně ordinovaná dieta příslušná pro dané onemocnění se nazývá léčebná výživa. Dietní systém pro nemocnice dělí diety do tří skupin na diety základní, speciální a standardizované. Odborníkem v léčebné výživě je nutriční terapeut, který pracuje bez odborného dohledu a nutriční asistent pod dohledem (dle zákona č. 96/2004). (3, 11)

Pitný režim seniorů hraje velmi důležitou roli. V lidském těle je obsah vody velmi důkladně regulován. Podílí se na průběhu přeměny látkové, onemocnění ledvin nebo vzniku močových kamenů, aj. Do organismu se voda dostává s různými látkami formou nápojů nebo pokrmů. Celkový přívod vody by měl dosahovat kolem 2l denně. Ve většině případů se u starých lidí snižuje pocit žízně, a proto by se množství vypitých nápojů za den mělo hlídat. Nápojem je kapalina vhodná k pití, která obsahuje víc než

80 % vody a je schopna ztlumit žízeň. Vyvážený nápoj by měl mít tyto vlastnosti. Žízeň tlumit, mít vhodné chuťové vlastnosti (kombinaci kyselé, sladké, trpké a hořké chuti), obsahovat minerální látky. Vhodné můžeme považovat i nealkoholické nápoje bez vysokého obsahu energie, iontové nápoje s menším obsahem minerálních látek než u sportovců, některé z minerálních vod (stolní vody), nealkoholické pivo a bylinné čaje. U nich však pozor na obsah látek, který může ve vyšším množství spíše uškodit. (20, 18)

Stravovací návyky u seniorů nemusí být vždy optimální, setkáváme se s různorodými zvyklostmi v přijímání potravy, které se někdy mohou vystupňovat až do extrémních situací. Často přechází k opakovaným chováním až do zlovyků. Zlovyk stereotypní stravy může na začátku mít za příčinu, že senior ztrácí ve velkých obchodech a kupuje stejné zboží, které zná a ochuzuje si tímto jídelníček. Aby ušetřili senioři cestu do obchodu i pod vlivem slev, nakupují velké množství potravin, které pak nestihnou ve lhůtě zkonsumovat. Nahromaděné jídlo a strach, že se jídlo zkazí, vede k tomu, že začne víc jíst a hrozí obezita. Různé problémové situace ve stáří (samota, nemoc, nedostatek financí) vedou k přejídání nebo naopak ve stresu často přestává jíst. Důležitým indikátorem je proto mimo fyzického a psychického stavu seniora i kontrola jeho hmotnosti. Často rezignují na estetiku podávání stravy. S dobrým stolováním je tendence jíst pomalu, v menších dávkách a častěji. Další zlovyk je nedostatečné přijímání tekutin z důvodu obav častější návštěvy toalety, anebo komplikací související s inkontinencí. Při přípravě a podávání stravy je třeba kontrolovat funkčnost chrupu nebo infekce dutiny ústní. Doporučit cucat různé pastilky, které ovlivňují pachut v ústech. Různorodost pokrmů, změny chutí a estetické stolování může kladně ovlivnit postoj seniora k jídlu. (16)

Geriatrický pacient může být i imobilní, který vyžaduje zvýšenou ošetrovatelskou péči. Když nese sestra jídlo pacientovi k lůžku, je vhodné ho dát do polohy do polosedu až sedu. Stoleček s jídlem dát tak, aby na něj dosáhl. Nabídnout mu pomoc při stravování nebo dle zdravotního stavu ho nakrmit, ale vést ho k samostatnosti. Je-li perorální příjem nedostatečný, můžeme ho doplnit sippingem,

enterální výživou (žaludeční, enterální sonda), PEG, jujenostomie, parenterální výživou.
(6)

BMI

U BMI (body mass index) se hodnotí poměr hmotnosti k výšce. BMI vypočítáme tak, že hmotnost vydělíme výška (m) na druhou. Výsledek pak hodnotíme, zda ho lze zařadit do určitého rozmezí. Norma BMI je mezi 20–25. Mírné zvýšení je nadváhou, pohybuje se do 30. Obezita 1. stupně je BMI v rozmezí 30-35, obezita 2. stupně 35-40 a víc je obezitou těžkou. Posouzení BMI patří mezi základní vyšetření při poruchách výživy. Pomocí ošetřovatelských diagnóz je posuzujeme jako porucha výživy ze sníženého příjmu potravy, porucha výživy ze zvýšeného příjmu otravy, porucha hydratace ze sníženého příjmu tekutin (dehydratace), porucha hydratace ze zvýšeného objemu tekutin. (19, 3)

1.2.2 Zneužívání omamných látek, alkoholismus, nikotinismus

Starší uživatele omamných látek lze charakterizovat jako uživatele časně nebo s pozdním nástupem užívání. Uživatelé s časným začátkem užívání si ho nesou z období dřívějšího až do stáří. Uživatelé s pozdním nástupem jako následek stresové události, čímž může být ovdovění, rozvod, odchod do důchodu, či sociální izolace. Ukazuje se, že je významný klinický rozdíl mezi pacienty věk, kdy začaly tyto látky užívat. Senioři bývají častými uživateli jak léků na předpis, tak i volně prodejných léků. Zneužití léků může být tak záměrné nebo neúmyslné, způsobené léčbou. Úmyslným zneužitím může být užívání vyšší dávky než je předepsané, užívání delší dobu, hromadění léků a užívání současně s alkoholem. Nelegální drogy v této věkové skupině nejsou tak časté, ale narůstají. Nejčastější droga, která se užívá u seniorských psychiatrických pacientů, jsou látky s konopím, u nichž senioři uvádí, že je užívají na léčbu chronické bolesti. Těmto by se pak měla jako alternativa nabízet paliativní léčba. Nejznámější představitelka a zakladatelka komplexní paliativní a hospicové péče je Cecilie Saundersová. Celkovou bolest dělí do více položek. Na bolest fyzickou, která se snadněji určuje, než ostatní. Bolest sociální, kterou tvoří ztráta odloučení od rodiny, přátel a vlastní sociální role.

Bolest emoční je komplexem pocitů, kdy se dynamicky stupňuje zármutek až do posledního období nemoci. Tyto fáze od popírání, agresi, smlouvání a depresi až ke smíření přesně popisuje Elizabeth Kubler–Rossová ve svém pozorování. A nejtěžší je popsat bolest spirituální, která je spojena s pocitem odcizení od svého já, které se projevuje strachem z neznámého a pocitem ztráty smyslu. Podobné projevy má i konzumace alkoholu. V Evropě se uvádí, že denně konzumuje alkohol 27 % ve věku nad 55let, právě tato skupina je vysoce ohrožena problémy s tímto spojené. Z důvodu metabolických a fyzických změn stačí nižší množství konzumace než v mladším věku. Alkohol v kombinaci s užíváním léků vede k výskytu zdravotních a sociálních problémů. (1, 8, 14)

Nikotinismus je veden v Mezinárodní klasifikaci nemocí jako diagnóza pod kódem F 12.2. Tato diagnóza má dané jasně prokazatelné znaky s používáním této látky. Dochází k poškození tělesnému, psychickému, dysfunkčnímu chování a v důsledku i problémech ve vztazích s okolím. Kuřák vdechuje kolem stovky kancerogenů a velké množství různých jedovatých látek. Kdo kouří dvacet cigaret denně, vystavuje se stejné dávce záření z polonia, jakoby chodil na rentgen každý šestý den. Kuřáci jsou nejvíce strašeni rakovinou plic, ale ta není nejčastější nemocí, na kterou umírají. Tato závislost ve vyšším věku je dána tím, jak stárne naše populace, první cigaretu si zapalují již v mládí, ale jejich odolnost většinou vůči těmto látkám klesá. V kombinaci s alkoholem, léky a špatnou životosprávou se urychluje poškození organismu. Důležitou úlohu hraje primární péče, kdy by měl každý lékař kuřáky evidovat a umět jim poradit, jak se své závislosti zbavit. U nás existují specializované centra pro závislé na tabáku. (1)

1.3 Domácí péče a Domovy pro seniory

1.3.1 Domácí péče

Clem domácí péče je pomáhat jednotlivcům a jejich rodinám dosáhnout tělesného, duševního a sociálního zdraví v souladu s jejich domácím prostředím. Ministerstvem zdravotnictví ČR je Domácí ošetrovatelská péče povolena od ledna 1991. Poskytovateli této péče na počátku byla Česká katolická charita, ale postupně se

přidávali další Agentury domácí péče, které jsou státním nebo nestátním zdravotnickým zařízením. Podle rozsahu ošetrovatelské péče jí rozlišujeme na základní zdravotní a sociální péči, která pokrývá péči o osobní hygienu, léčbu a prevenci proleženin, podávání tekutin a stravy, obklady, zábaly, transport, úprava domácího prostředí, doprovod. Dále jí tvoří odborná zdravotní a sociální péče jako je sledování aktuálního tělesného a duševního stavu, odběr biologického materiálu, sledování vitálních funkcí, převazy a ošetření ran, aplikace léčebných kůr, podávání předepsaných léků, aplikace injekcí, aplikace infuzí, podávání předepsaných léků, kyslíková terapie, inhalační terapie, kondiční cvičení, rehabilitační cvičení, podávání odborných informací, edukace klienta, preventivní prohlídky, sociální diagnostika, atd. Patří sem také specializovaná zdravotní a sociální péče, kam řadíme spirituální péči, odborné poradenství životního stylu, edukace dietního režimu, podpůrnou psychoterapii, sociální péči a pomoc, odborný monitoring u chronických nemocných, atd. Domácí péči indikuje praktický lékař na měsíc nebo lékař na 14 dní při propuštění z hospitalizace. Poskytovatel domácí péče pečuje o pacienta podle předem připraveného léčebného a ošetrovatelského plánu. Ošetřující lékař určuje, jaké ošetrovatelské výkony se budou vykonávat a v jakém rozsahu. O všech změnách zdravotního stavu a sociálních potřebách je průběžně informován. Efektivitou komplexní domácí péče je, že je individuální a adresná, vychází z vlastních potřeb jedince, je poskytována ve vlastním sociálním prostředí. Je garantovaná poskytovaná odborná ošetrovatelská péče a poskytuje péči, kterou rodina není sama schopna poskytnout. Podle aktuálního stavu je vytvářen krátkodobý nebo dlouhodobý plán péče. Sestra hodnotí fyzické, psychické faktory a faktory prostředí. Na jejich základě a prioritách pacienta stanoví nezbytnou ošetrovatelskou péči. K diagnostice používá taxonomii NANDA II. (9, 2)

1.3.2 Domovy pro seniory

Národní program přípravy na stárnutí populace v ČR je dokument, který má vyvolat větší zájem společnosti i jedinců o problémy stáří. Dlouhodobý a ucelený program přípravy na stáří je určen pro rok 2003 – 2012. Základem tohoto programu je 10 principů. Principy etické, přirozené sociální prostředí, hmotné zabezpečení seniorů,

pracovní aktivity seniorů, kvalita života seniorů, zdravý životní styl seniorů, komplexní sociální služby pro seniory, zdravotní péče, společenské aktivity, bydlení a vzdělávání seniorů. V roce 1991 přijalo Valné shromáždění OSN „Zásady OSN pro seniory“, které stanoví 18 zásad zařazených do 5 oblastí. Ty jsou členěny na nezávislost seniorů, zapojení se do společnosti, péče o seniory, seberealizace seniorů a důstojnost seniorů. Zákon o sociálních službách č. 108/2006 Sb. rozlišuje celkem 19 zařízení sociálních služeb. Řadíme k nim centra denních služeb, denní stacionáře, týdenní stacionáře, domovy pro osoby se zdravotním postižením, domovy pro seniory, domovy se zvláštním režimem, chráněné bydlení, azylové domy, domy na půl cesty, zařízení pro krizovou pomoc, nízkoprahová denní centra, nízkoprahová zařízení pro děti a mládež, noclehárny, sociální poradny, sociálně – terapeutické dílny, terapeutické komunity, pracoviště rané péče, intervenční centra, centra sociálně rehabilitačních služeb. Sociální služby mohou být poskytovány formou terénní, pobytovou nebo ambulantní. V domovech pro seniory jsou poskytovány služby osobám, které mají sníženou soběstačnost, nejčastěji z důvodu věku a jejichž situace vyžaduje nutnost pomoci druhé osoby. Tato služba obsahuje základní činnosti od formy poskytnutí ubytování, podávání stravy, pomoc při osobní hygieně nebo zajištění podmínek pro osobní hygienu, pomoc pro zvládnutí sebepéče, sociálně terapeutické činnosti, kontakt se společenským prostředím, pomoc při uplatňování práv a obstarávání osobních záležitostí, až po aktivizační činnost. (12, 2)

2. CÍLE PRÁCE A HYPOTÉZY

2.1 Cíle práce

1. Zjistit rozdíly ve výživě seniorů žijících v domovech pro seniory a v domácí péči.
2. Zjistit informovanost seniorů o zdravé výživě.
3. Zmapovat stravovací návyky seniorů.
4. Zjistit zda skladbu výživy ovlivňuje ekonomická situace seniorů.

2.2 Hypotézy

- H1.** Senioři v domovech pro seniory se stravují pravidelněji než senioři v domácí péči.
- H2.** Senioři v domovech pro seniory mají více informací než senioři v domácí péči.
- H3.** Skladba jídelníčku je ovlivněna ekonomickou situací seniorů.
- H4.** Senioři v domovech pro seniory dodržují zásady zdravé výživy.

3. METODIKA

3.1 Metodika

Ke zpracování bakalářské práce byl zvolen kvantitativní výzkum. Výzkumné šetření bylo realizováno dotazníkovou metodou. Cílovou skupinu tvoří senioři Jihočeského kraje. I. skupina z Domova pro seniory Jezárky Strakonice. II. skupina z domácí péče Vimperk.

Dotazník obsahoval 8 otázek a 4 tabulky. Z 8 otázek bylo 7 uzavřených, 1 polootevřená a žádá otevřená. Dotazník byl anonymní. Bylo rozdáno celkem 120 dotazníků. Vráceno bylo 110 dotazníků, z toho 10 nevyplněný a 5 bylo vyřazeno pro neúplnost. K výzkumnému šetření bylo použito 95 dotazníků. Návratnost je 79%.

Dotazník byl složen z těchto částí:

- identifikační data
- otázky zaměřené na zdravé stravování
- otázky zaměřené na pitný režim
- otázky zaměřené na hmotnost – BMI

Data jsou zpracována pomocí grafů a tabulek, které byly zpracované v programu Microsoft Excel. Podle položených otázek jsou výsledky zobrazeny v procentech nebo absolutních číslech.

3.2 Charakteristika zkoumaného souboru

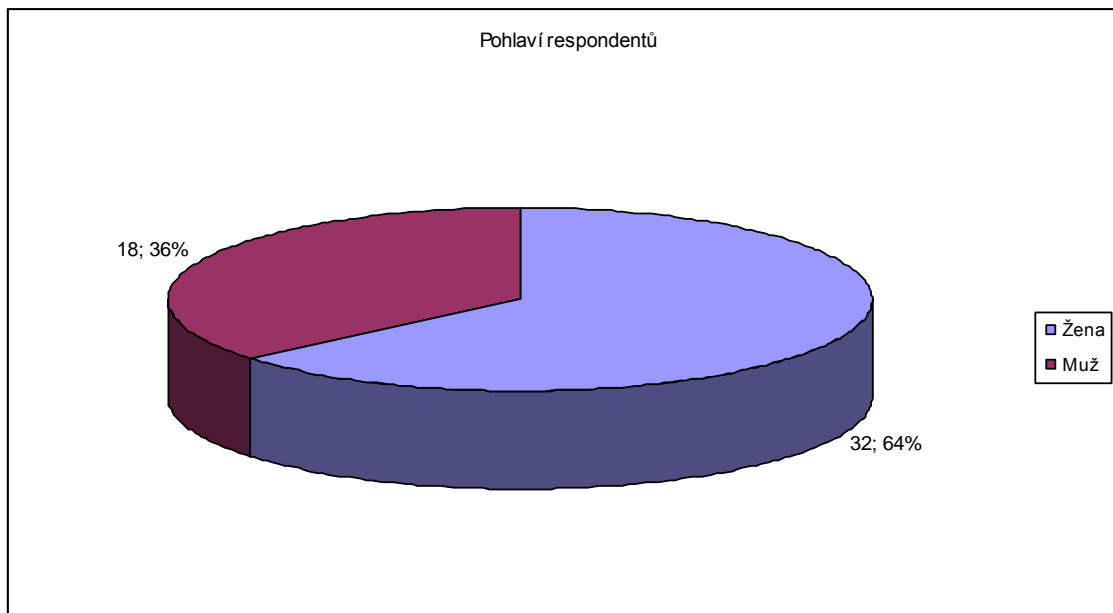
I. výzkumný soubor tvoří senioři z Domova pro seniory Jezárky Strakonice. Na dotazníkové šetření reflektovalo 50 respondentů. Z toho bylo 64 % žen a 36 % mužů.

II. výzkumný soubor tvoří senioři z domácí péče Vimperk. Na dotazníkové šetření reflektovalo 45 respondentů. Z toho bylo 78 % žen a 22 % mužů.

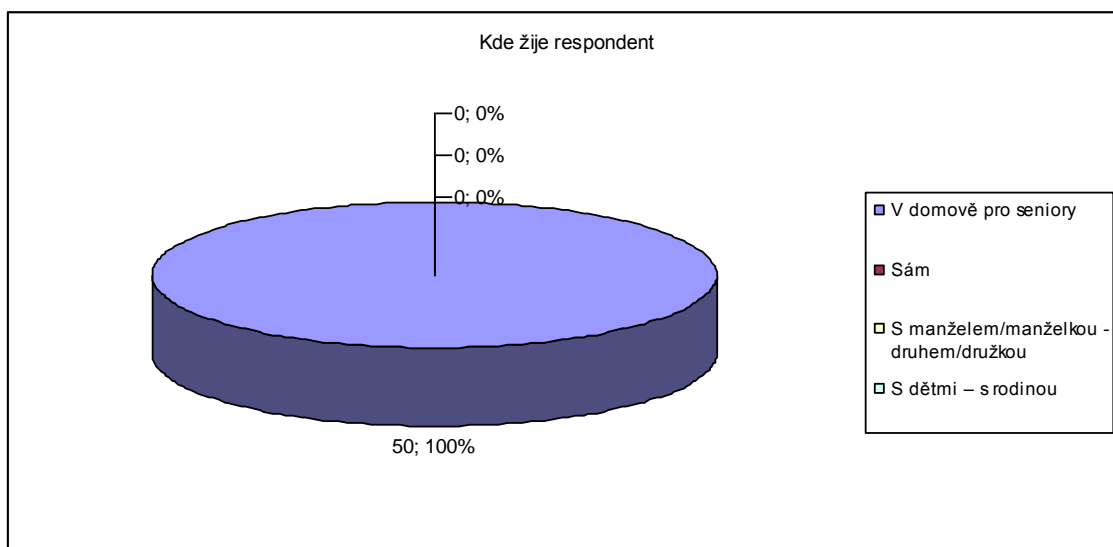
Výzkumný soubor tvořili senioři. Celkově bylo distribuováno 120 dotazníků v tištěné podobě, z toho 60 do domova pro seniory a 60 v domácí péči. 95 řádně vyplněných dotazníků bylo zahrnuto do výzkumného vzorku, z toho 45 z domácí péče a 50 z domova pro seniory. Celková návratnost byla 79 %.

4. VÝSLEDKY

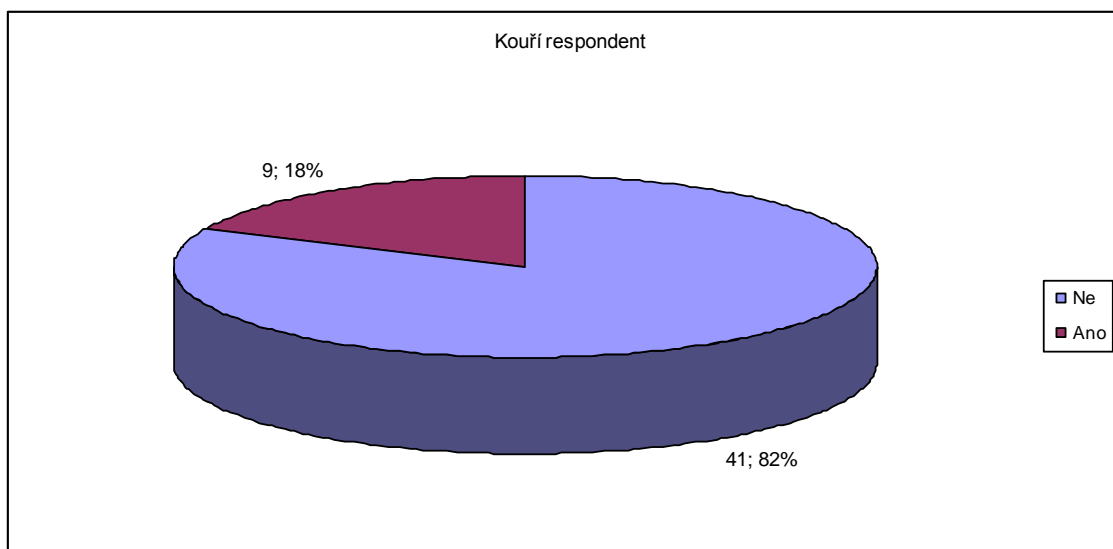
4.1 I. skupina - Domov pro seniory



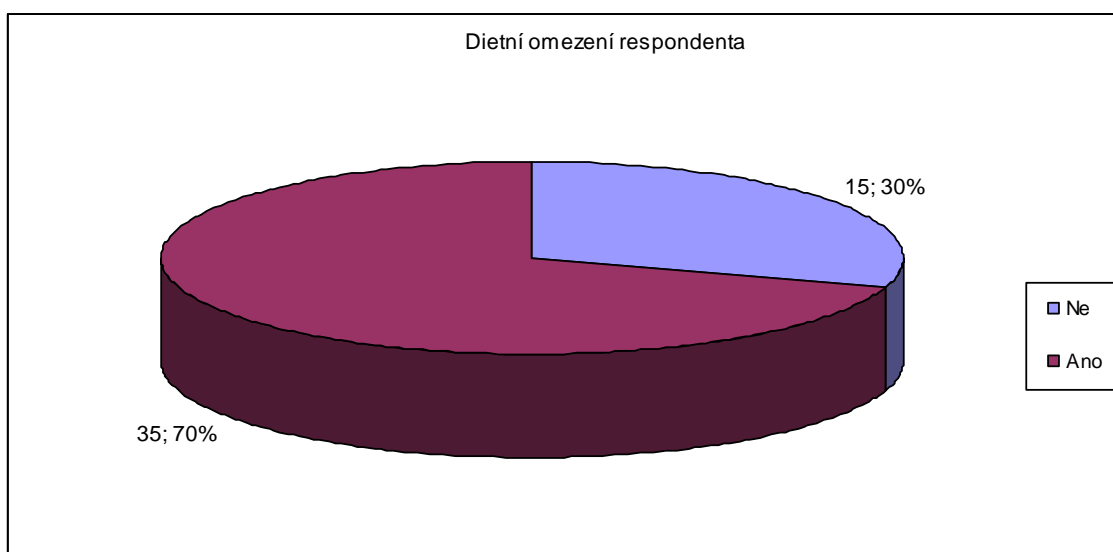
Graf 1 Z celkového počtu 50 (100 %) respondentů je 18 (36 %) mužů a 32 (64 %) žen.



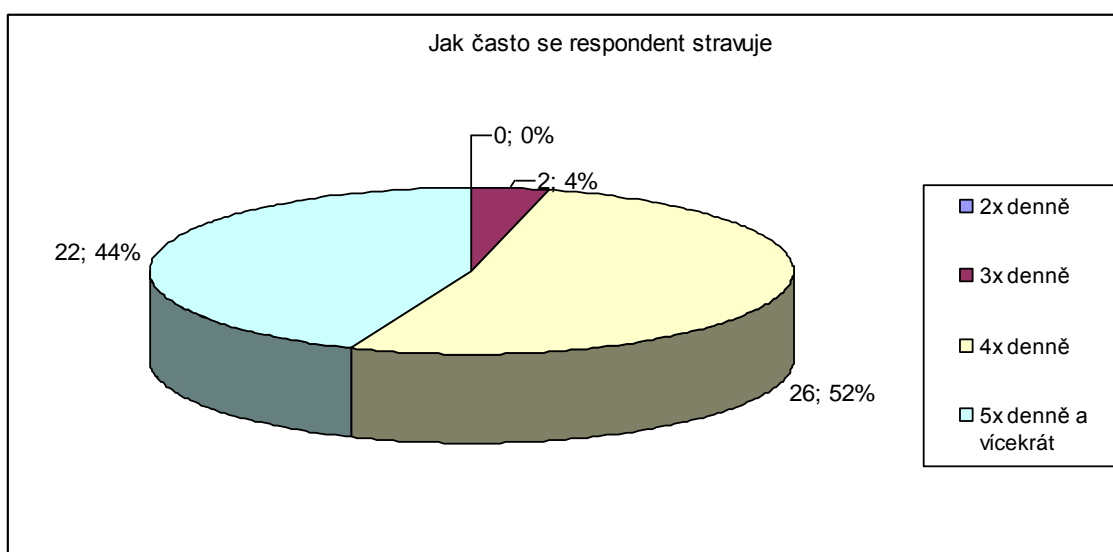
Graf 2 50 (100 %) respondentů žije v Domově pro seniory.



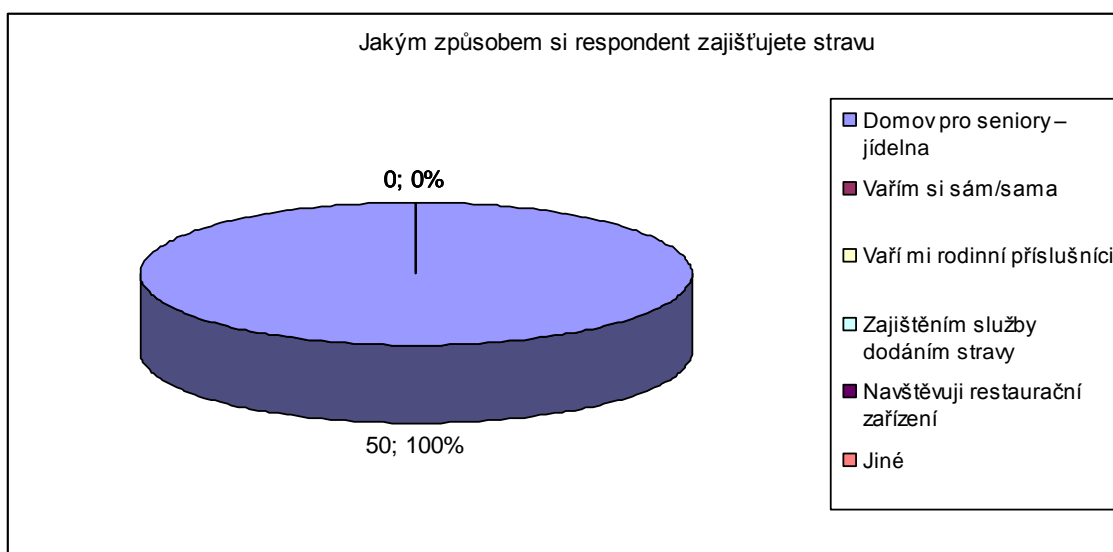
Graf 3 Z celkového počtu 50 (100 %) respondentů 41 (82 %) uvedlo, že nekouří a 9 (18 %) respondentů uvedlo, že kouří.



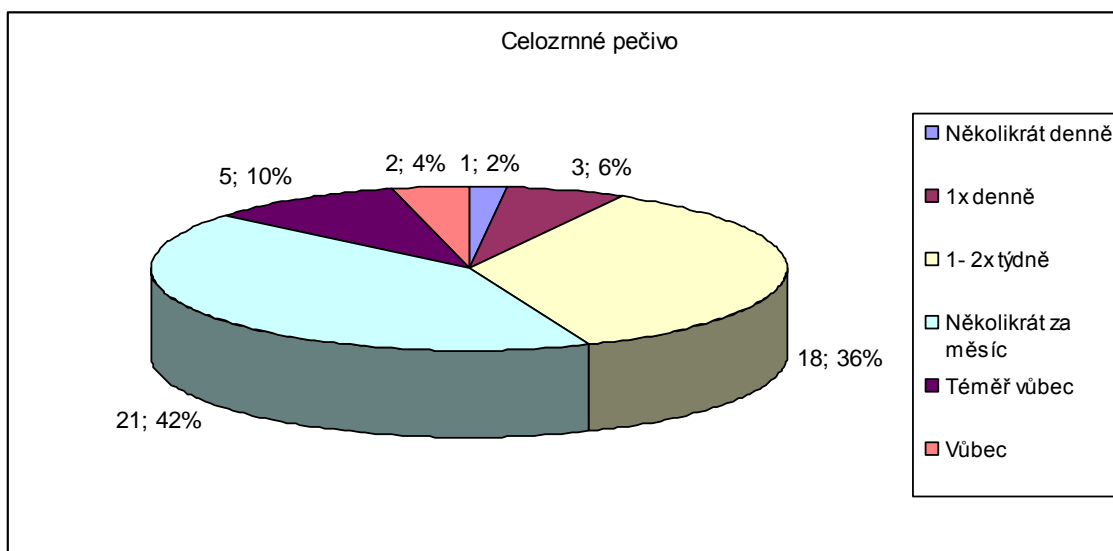
Graf 4 Dietní omezení má 35 (70 %) respondentů a 15 (30 %) respondentů dietní opatření nemá.



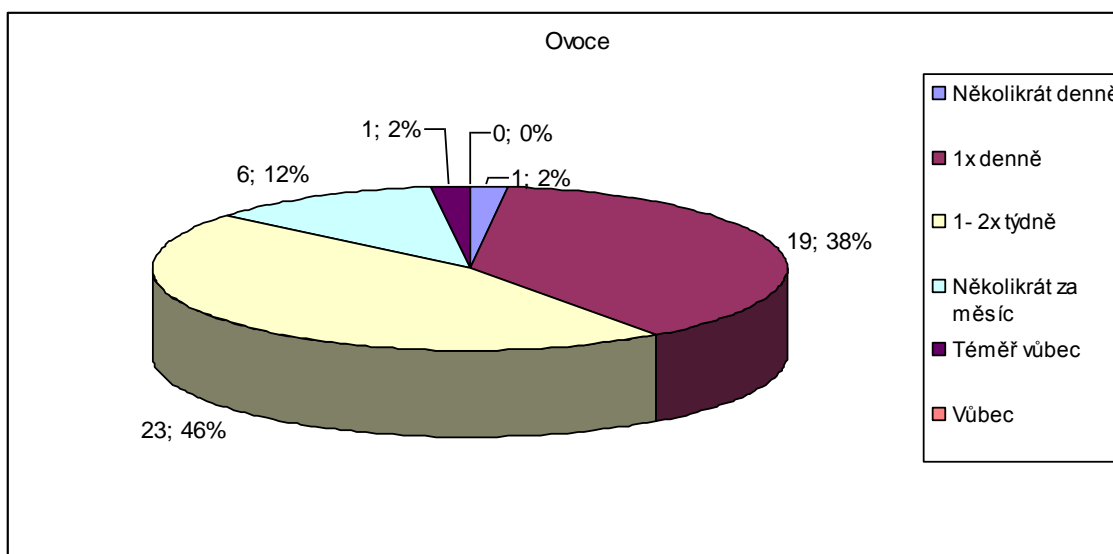
Graf 5 5x denně a více se stravuje 22 respondentů (44 %), 4x denně 26 respondentů (52 %) a 3x denně se stravují 2 respondenti (4 %)



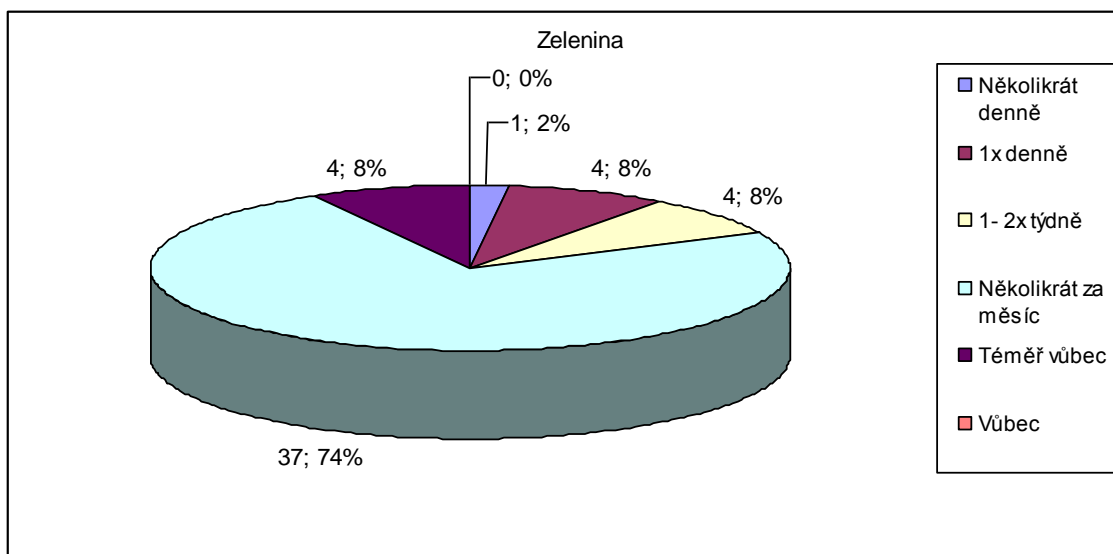
Graf 6 Všech 50 (100%) dotazovaných respondentů se stravuje v jídelně nebo ve svém pokoji v domově seniorů.



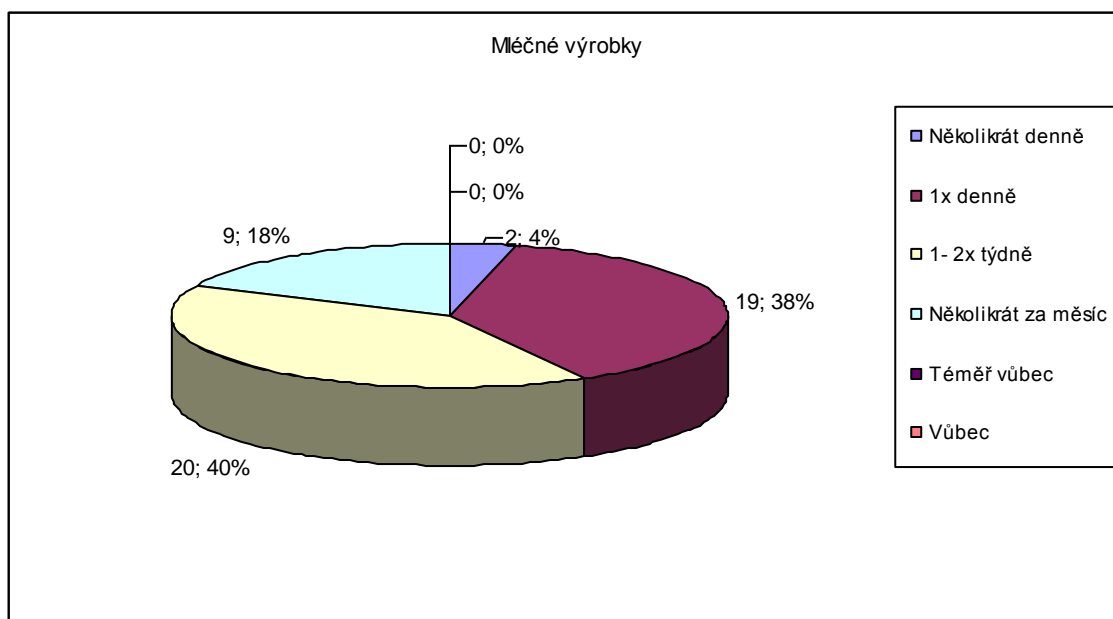
Graf 7 Celozrnné pečivo jí 21 seniorů (42 %) několikrát za měsíc, 18 (36 %) několikrát za měsíc, téměř vůbec 5 (10 %), 3 (6 %) 1x denně, 2 vůbec nejí (4 %), 1 (2 %) několikrát denně.



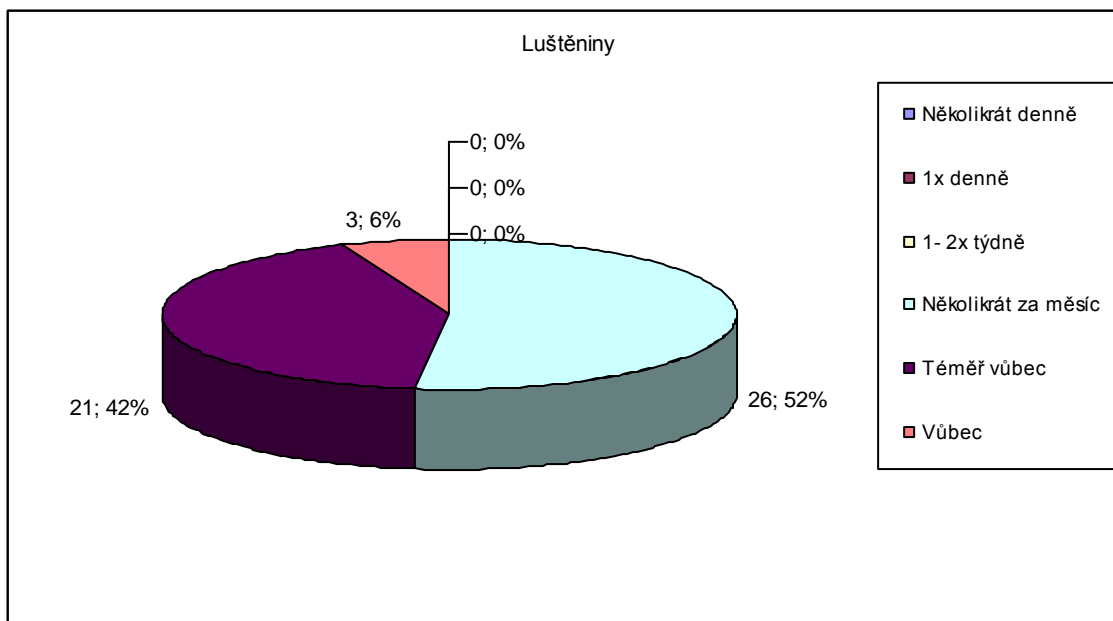
Graf 8 Ovoce jí 23 respondentů (46 %) 1-2x týdně, 19 (38 %) 1x denně, 6 (12 %) několikrát za měsíc, 1 (2 %) několikrát denně a 1 (2 %) téměř vůbec nejí.



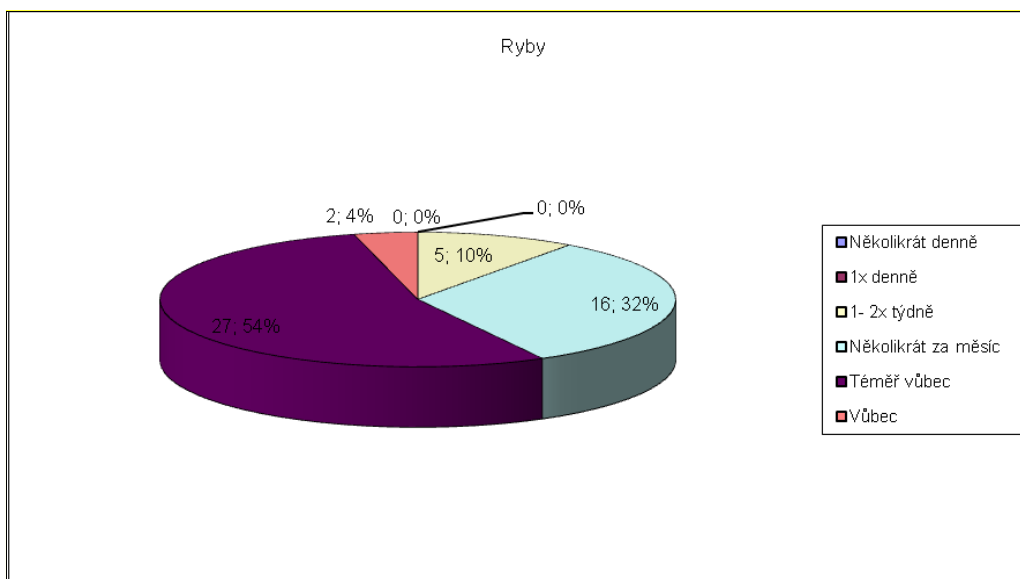
Graf 9 Zeleninu jí 37 respondentů (74 %) několikrát za měsíc, 4 (8 %) 1-2x týdně, 4 (8 %) 1x denně, 4 (8 %) téměř vůbec, 1 (2 %) několikrát denně.



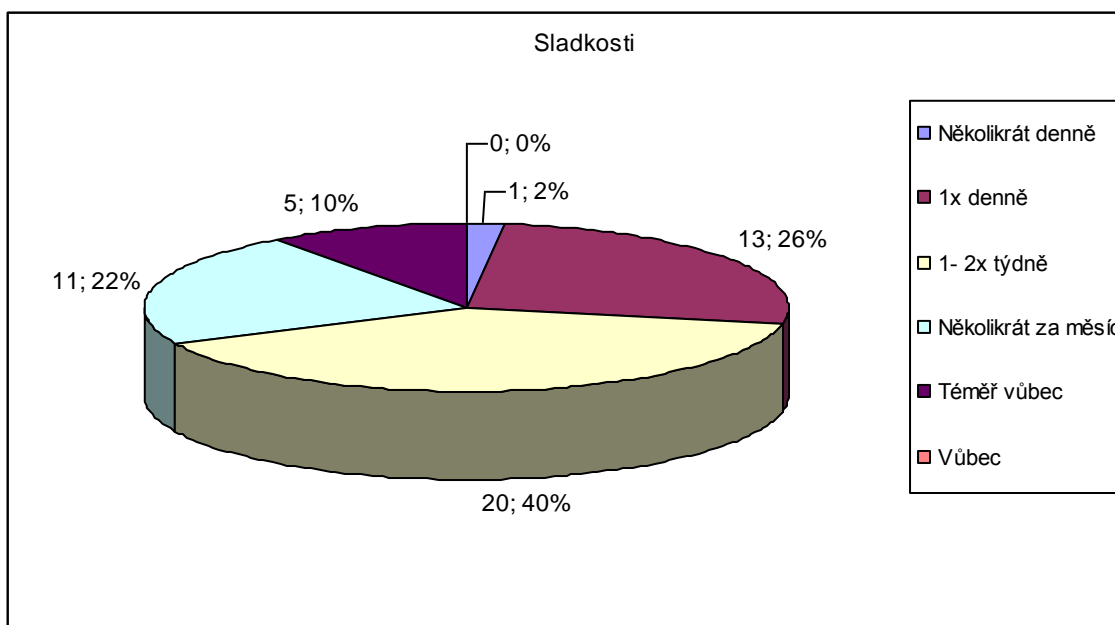
Graf 10 Mléčné výrobky jí 20 respondentů (40 %), 19 (38 %) 1x denně, 9 (18 %) několikrát za měsíc, 2 (4 %) několikrát denně.



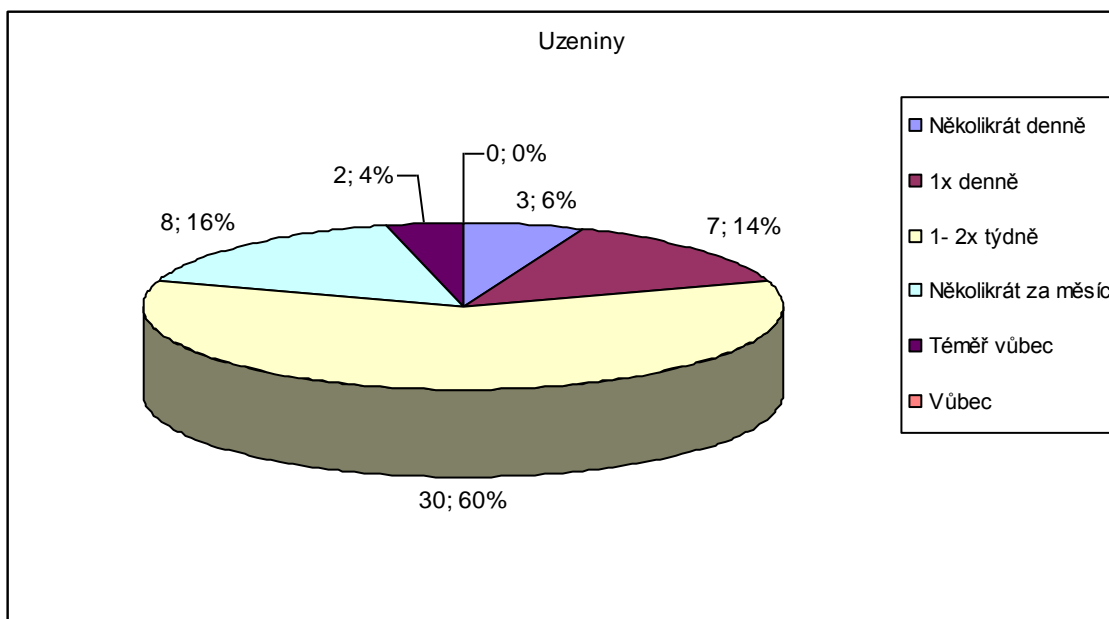
Graf 11 Luštěniny jí 26 respondentů (52 %) několikrát za měsíc, 21 (42 %) téměř vůbec nejí, 3 (6 %) nejí vůbec žádné.



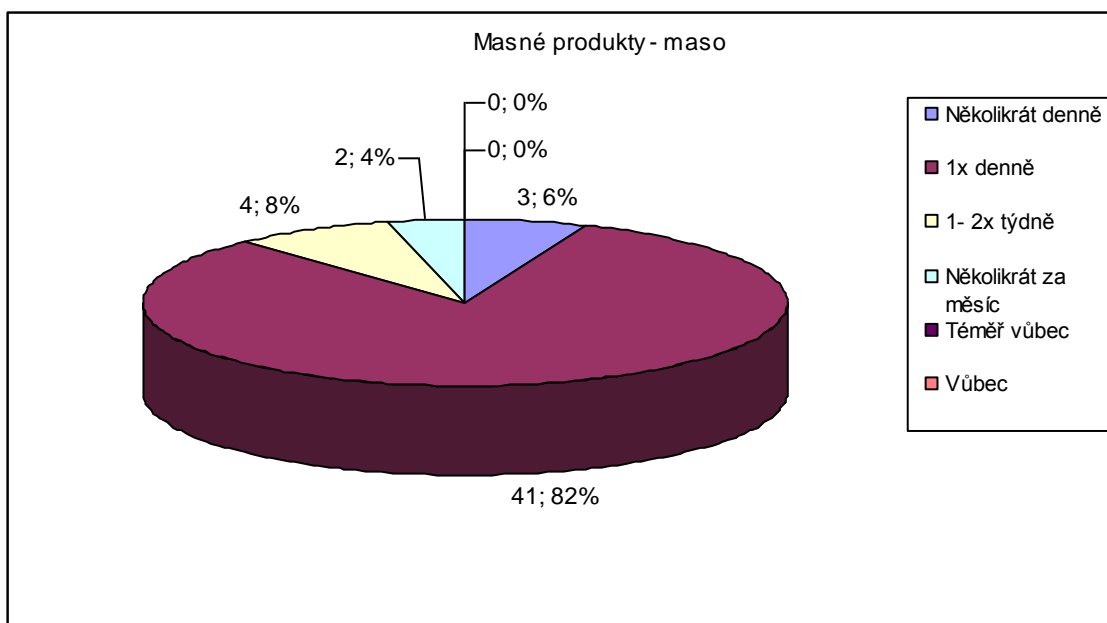
Graf 12 Ryby téměř vůbec nejí 27 respondentů (54 %), 16 (32 %) několikrát za měsíc, 5 (10 %) 1-2x týdně, 2 (4 %) nejí vůbec.



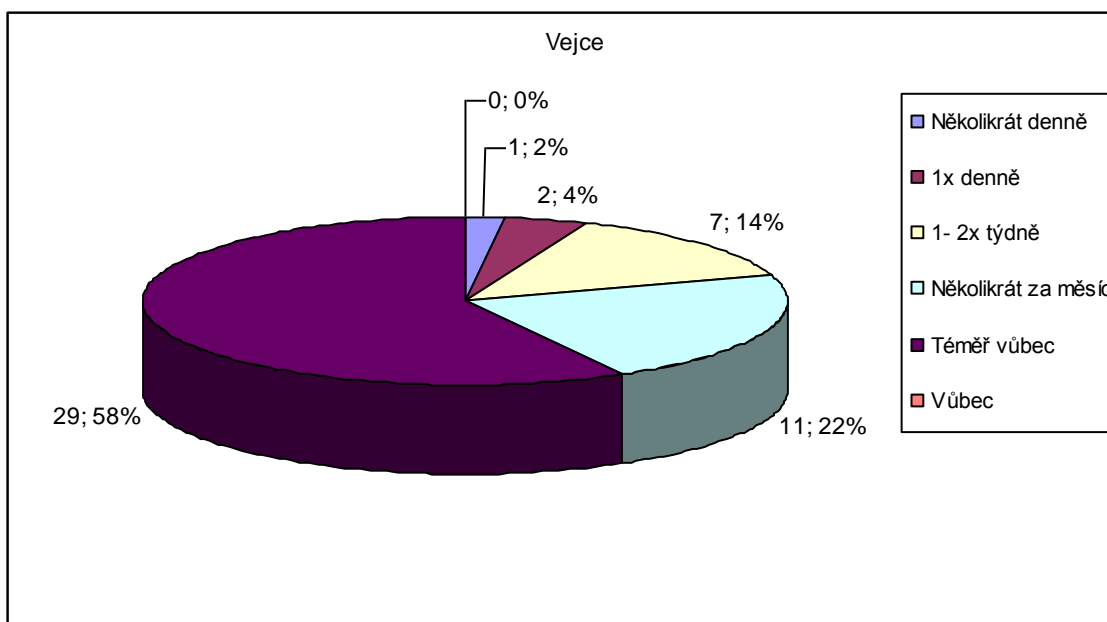
Graf 13 Sladkosti jí 20 respondentů (40 %), 13 (26 %) 1x denně, 11 (22 %) několikrát za měsíc, 5 (10 %) téměř vůbec a 1 (2 %) několikrát denně.



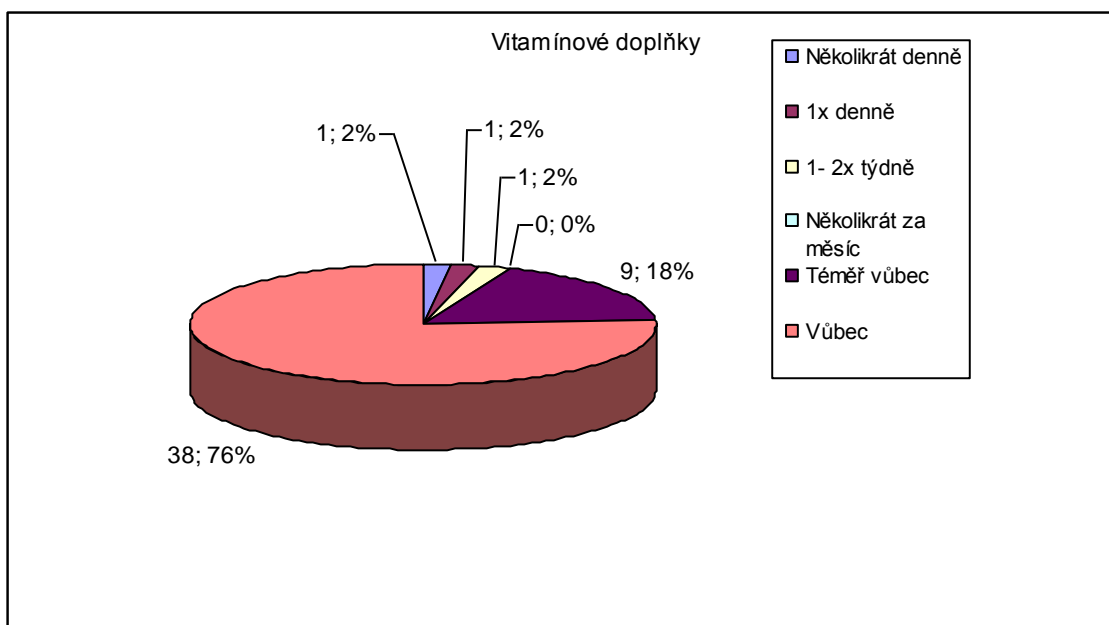
Graf 14 Uzeniny jí 30 respondentů (60 %) 1-2x týdně, 8 (16 %) několikrát za měsíc, 7 (14 %) 1x denně, 3 (6 %) několikrát denně, 2 (4 %) téměř vůbec nejí.



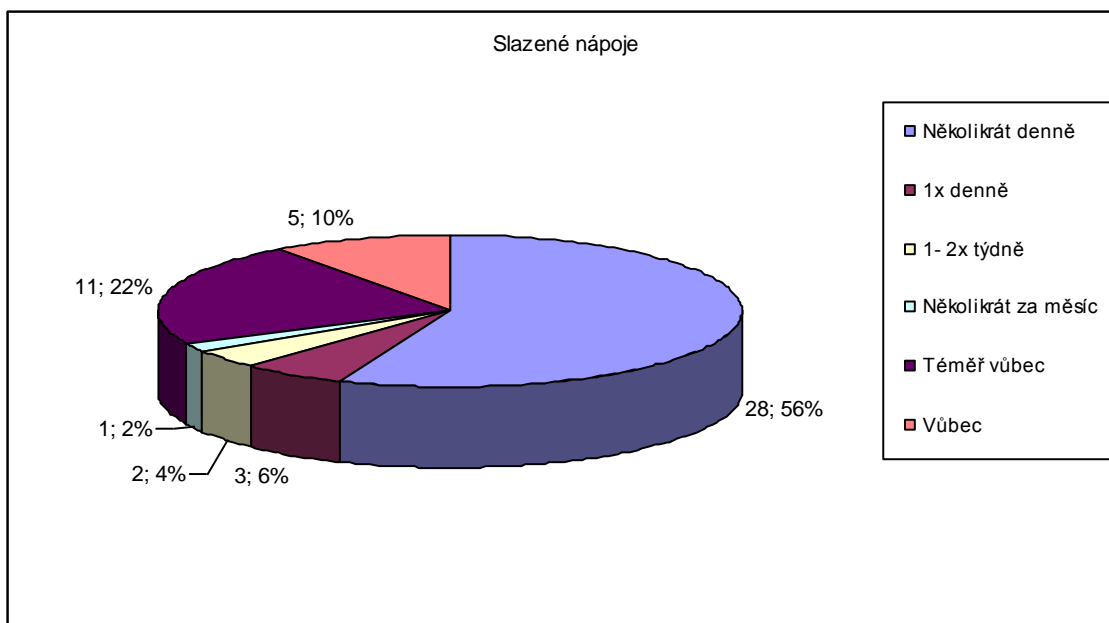
Graf 15 Masné produkty jí 41 respondentů (82 %) 1x denně, 4 (8 %) 1-2x týdně, 3 (6 %) několikrát denně, 2 (4 %) několikrát za měsíc.



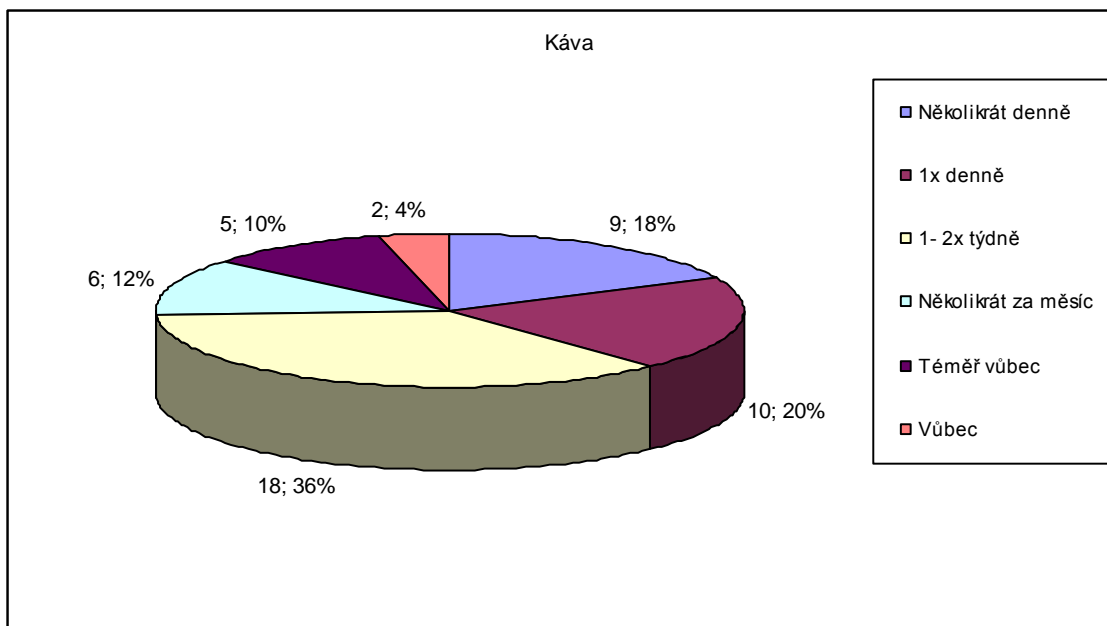
Graf 16 Vejce nejí 29 respondentů (58 %) téměř vůbec, 11 (22 %) několikrát za měsíc, 7 (14 %) 1-2x týdně, 2 (4 %) 1x denně, 1 (2 %) několikrát denně.



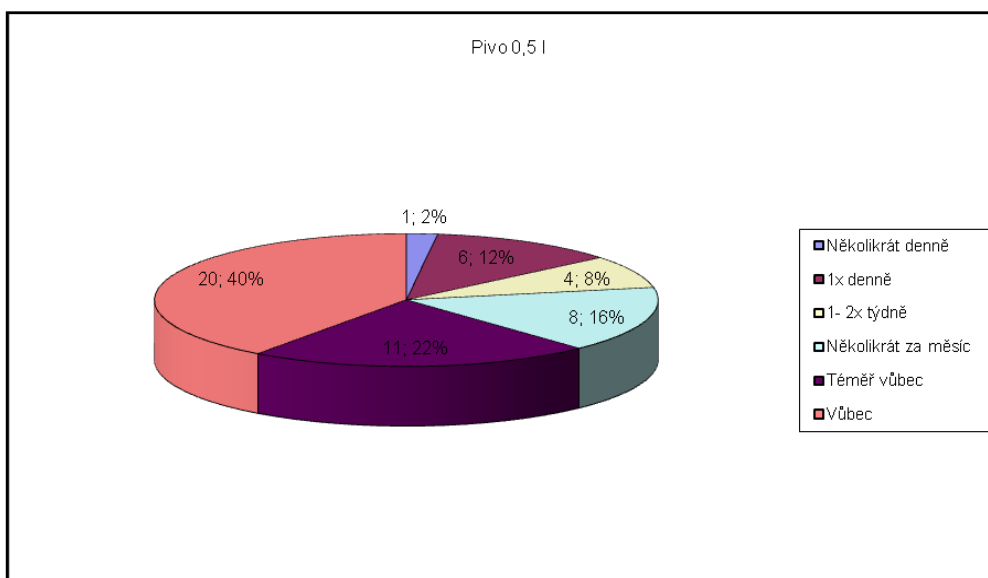
Graf 17 Vitamínové doplňky nejí vůbec 38 respondentů (76 %), 9 (18 %) téměř vůbec, 1 (2 %) 1-2x týdně, 1 (2 %) 1x denně, 1 (2 %) několikrát denně.



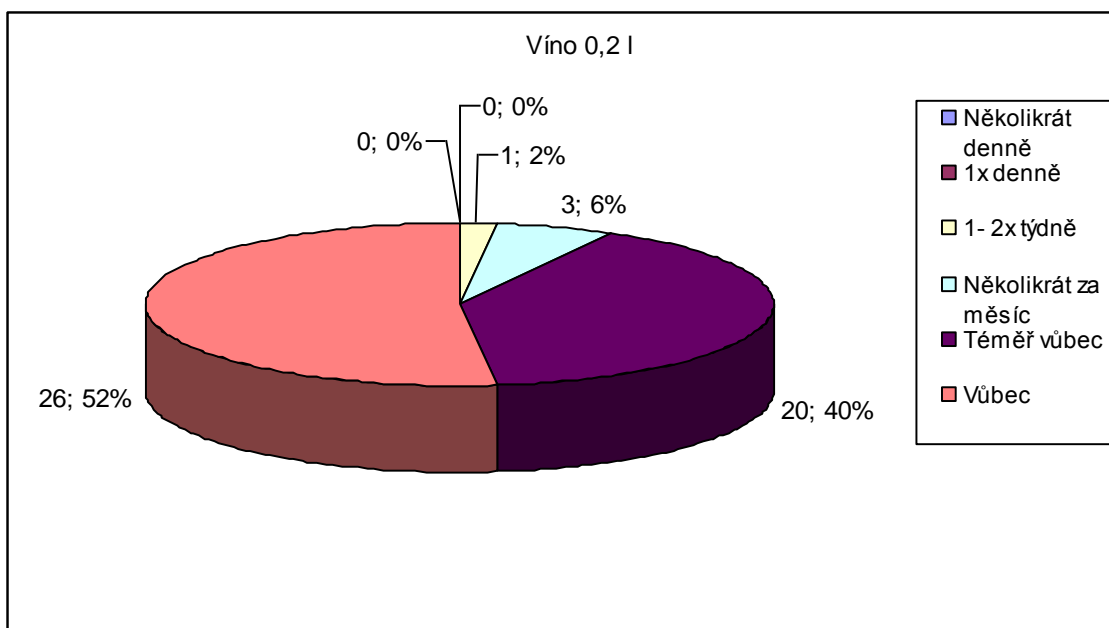
Graf 18 Slazené nápoje pije 28 respondentů (56 %) několikrát denně, 11 (22 %) téměř vůbec, 5 (10 %) vůbec nepije, 3 (6 %) 1x denně, 2 (4 %) 1-2 týdně, 1 (2 %) několikrát za měsíc.



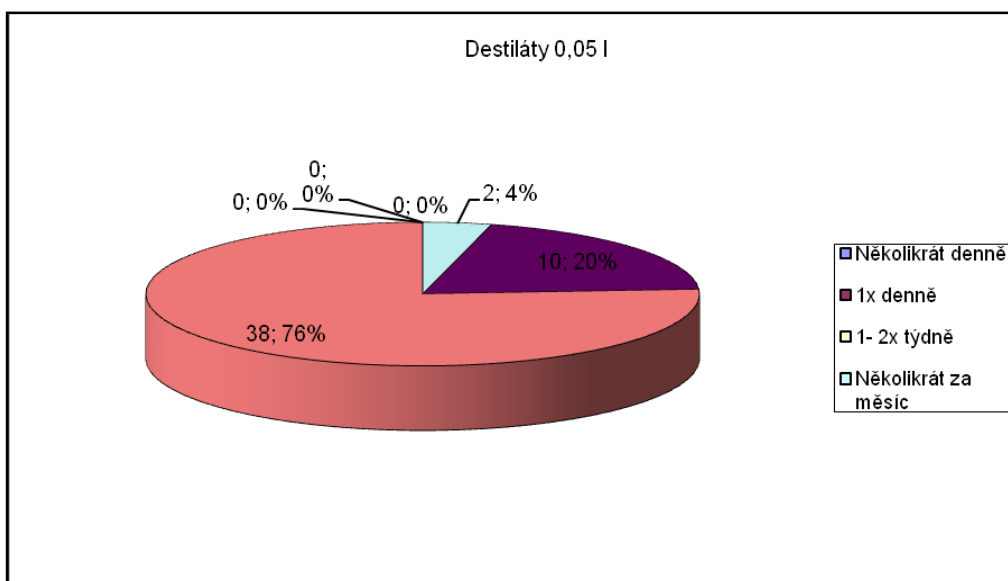
Graf 19 Kávu pije 18 respondentů (36 %) 1-2 týdně, 10 (20 %) 1x denně, 9 (18 %) několikrát denně, 6 (12 %) několikrát za měsíc, 5 (10 %) téměř vůbec nepije, 2 (4 %) nepije vůbec.



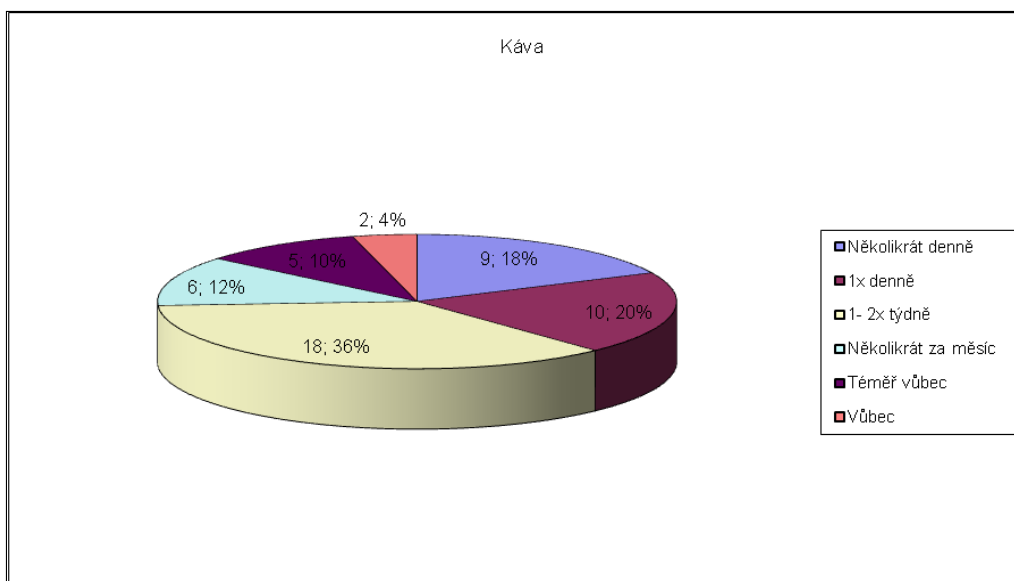
Graf 20 Pivo nepije 20 respondentů (40 %), 11 (22 %) téměř vůbec, 8 (16 %) několikrát za měsíc, 6 (12 %) 1x denně, 4 (8 %) 1-2x týdně, 1 (2 %) několikrát denně.



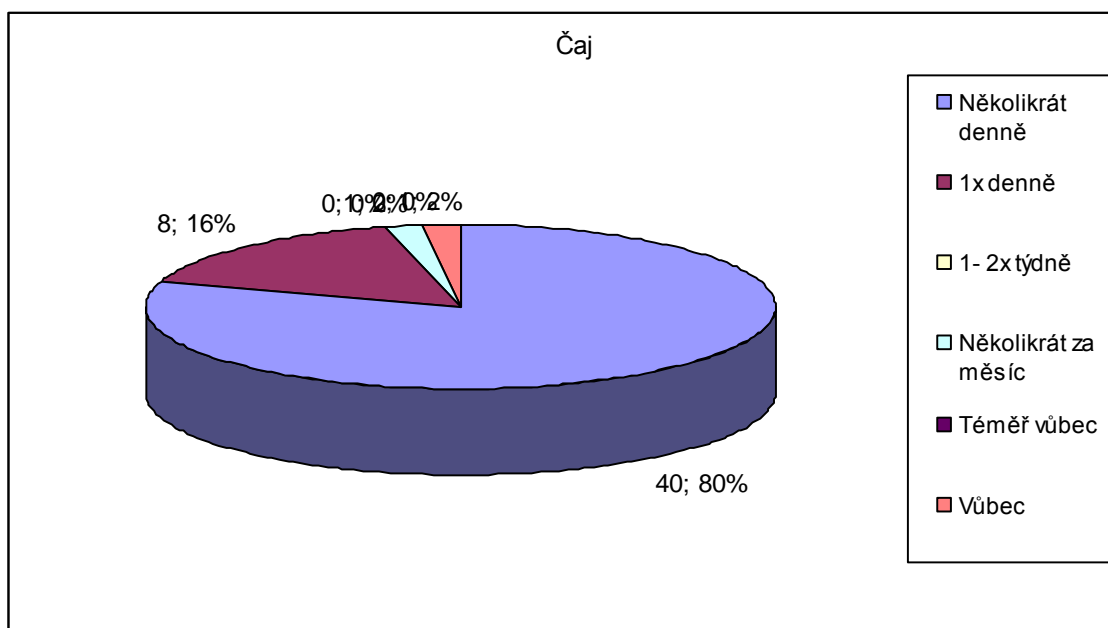
Graf 21 Víno nepije 26 respondentů (52 %), téměř vůbec nepije 20 (40 %), 3 (6 %) pije několikrát za měsíc, 1 (2 %) 1-2x za měsíc.



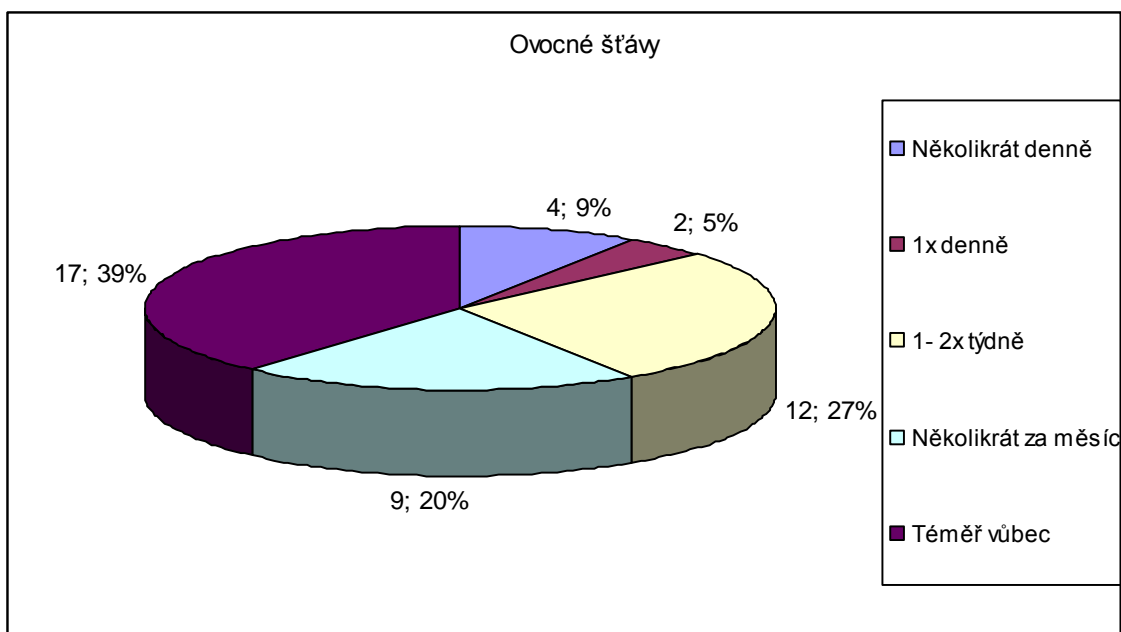
Graf 22 Destiláty vůbec nekonzumuje 38 respondentů (76 %), 10 (20 %) téměř vůbec, 2 (4 %) několikrát za měsíc.



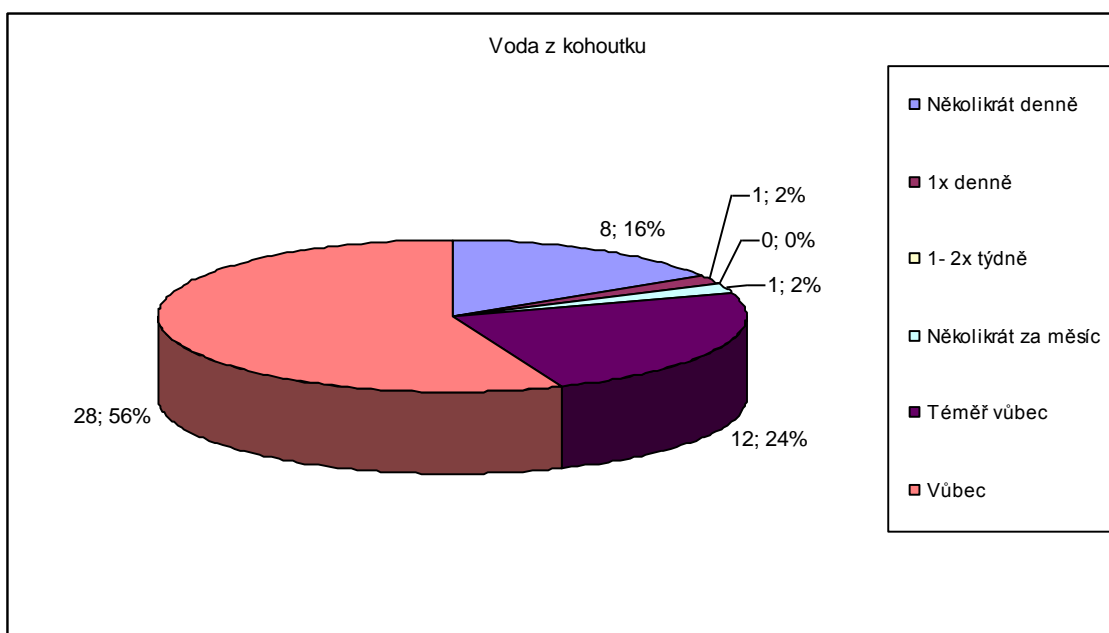
Graf 23 Minerální vodu 1-2x týdně pije 18 respondentů (36 %), 10 (20 %) pije 1x denně, 9 (18 %) pije několikrát denně, 6 (12 %) několikrát za měsíc, 5 (10 %) téměř nepije, 2 (4 %) nepijí vůbec.



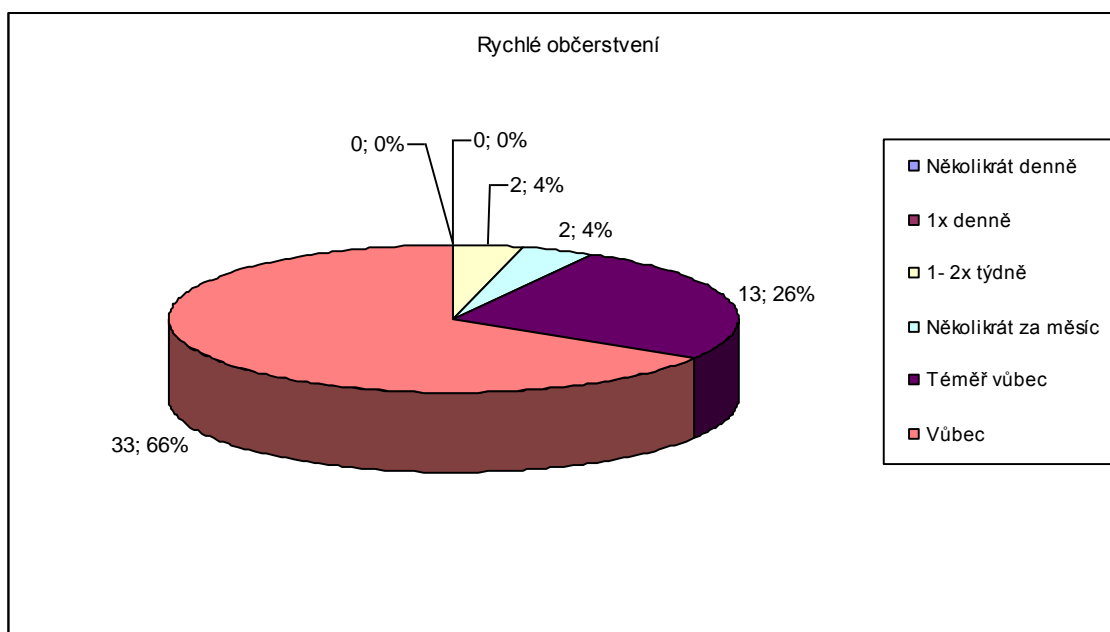
Graf 24 Čaj pije 40 respondentů (80 %), 8 (16 %) pije 1x denně, 1 (2 %) několikrát za měsíc, 1 (2 %) vůbec nepije.



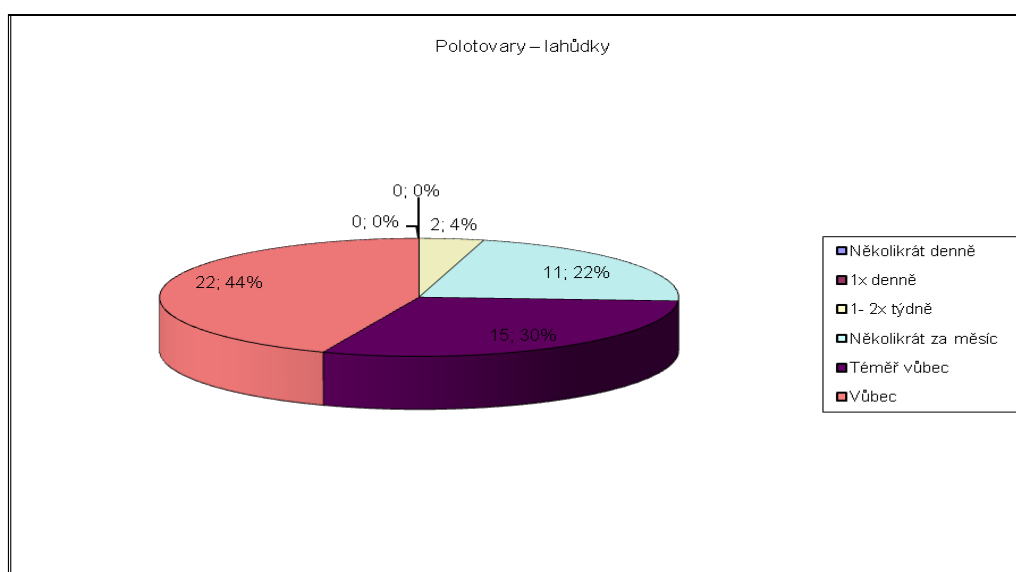
Graf 25 Ovocné šťávy téměř vůbec nepije 17 respondentů (39 %), 12 (27 %) pije 1-2x týdně, 9 (20 %) několikrát za měsíc, 4 (9 %) několikrát denně, 2 (5 %) 1x denně.



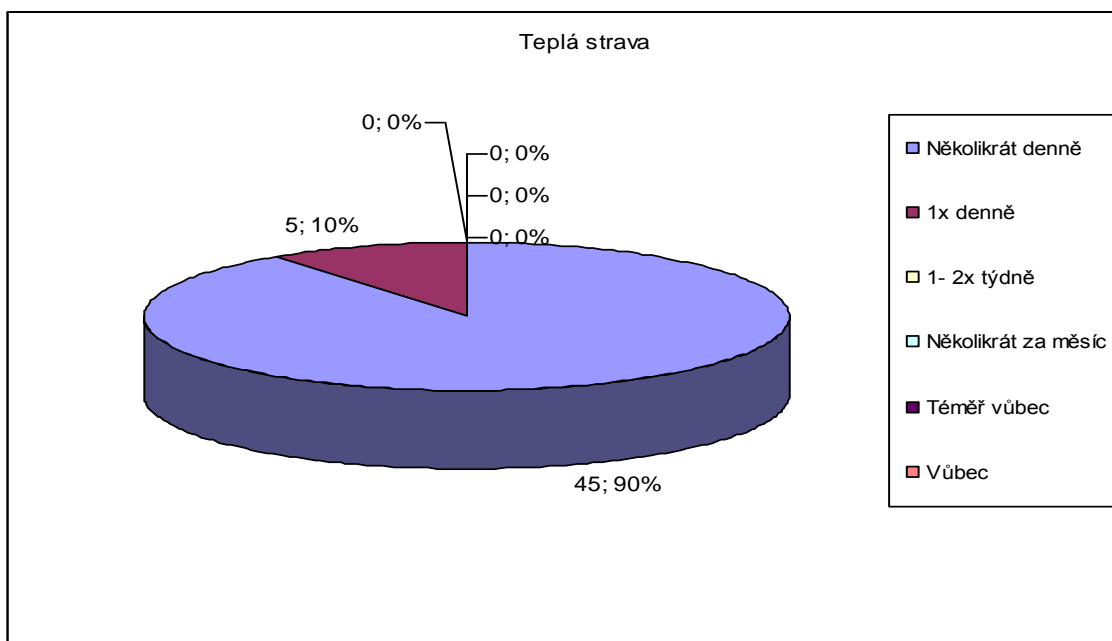
Graf 26 Vodu z kohoutku vůbec nepije 28 respondentů (56 %), 12 (24 %) téměř vůbec nepije, 8 (16 %) pije několikrát denně, 1 (2 %) několikrát za měsíc, 1 (2 %) 1x denně.



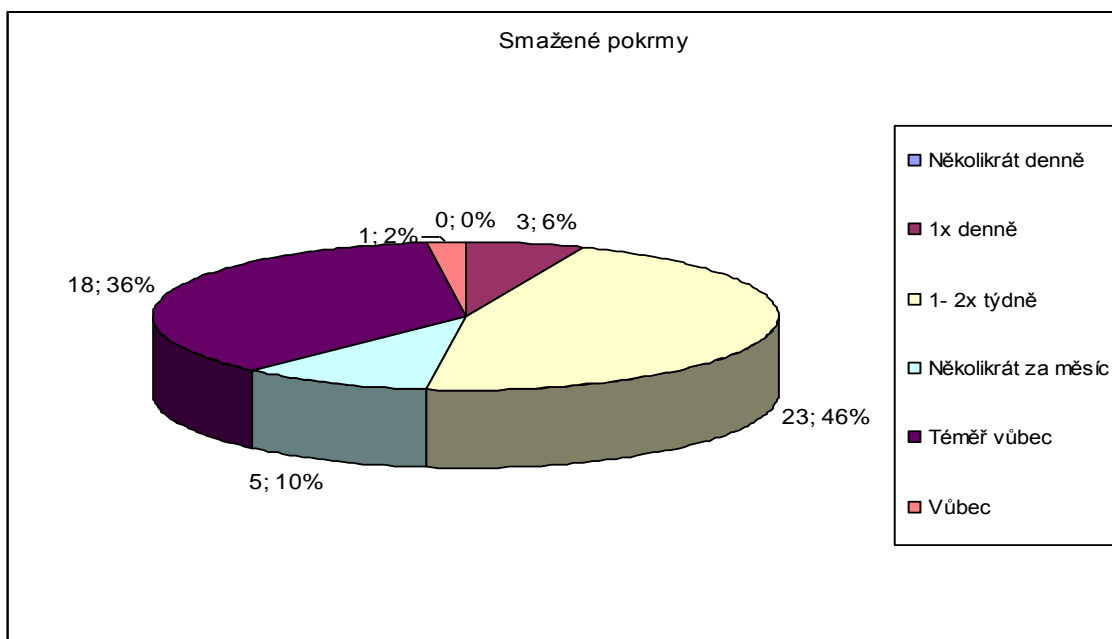
Graf 27 Rychlé občerstvení nevyužívá 33 respondentů (66 %), téměř vůbec 13 (26 %), 2 (4 %) využívá 1-2 týdně, 2 (4 %) 1-2x týdně.



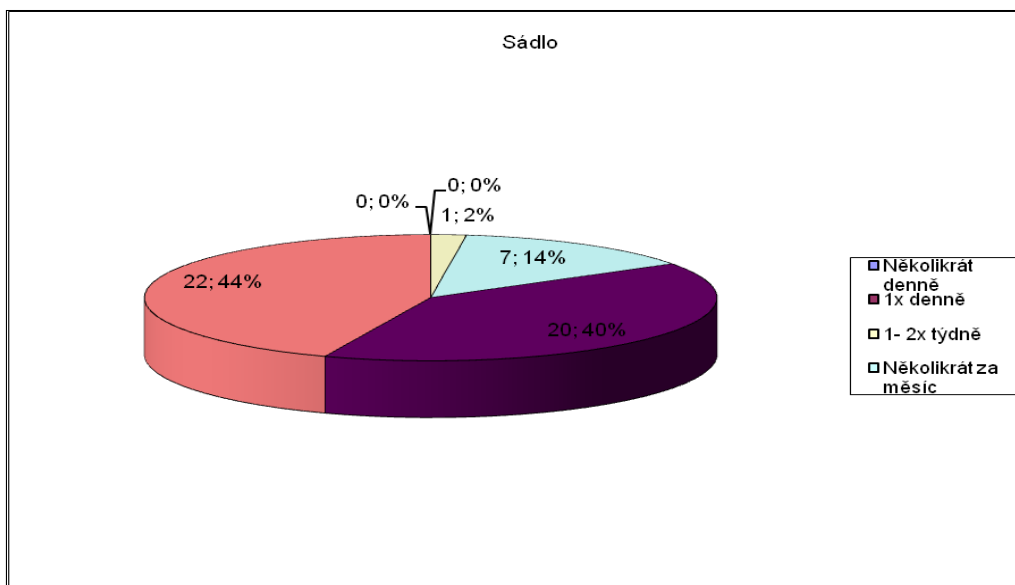
Graf 28 Polotovary vůbec nejlí 22 respondentů (44 %), 15 (30 %) téměř vůbec nejlí, 11 (22 %) jí několikrát za měsíc, 2 (4 %) 1-2x týdně.



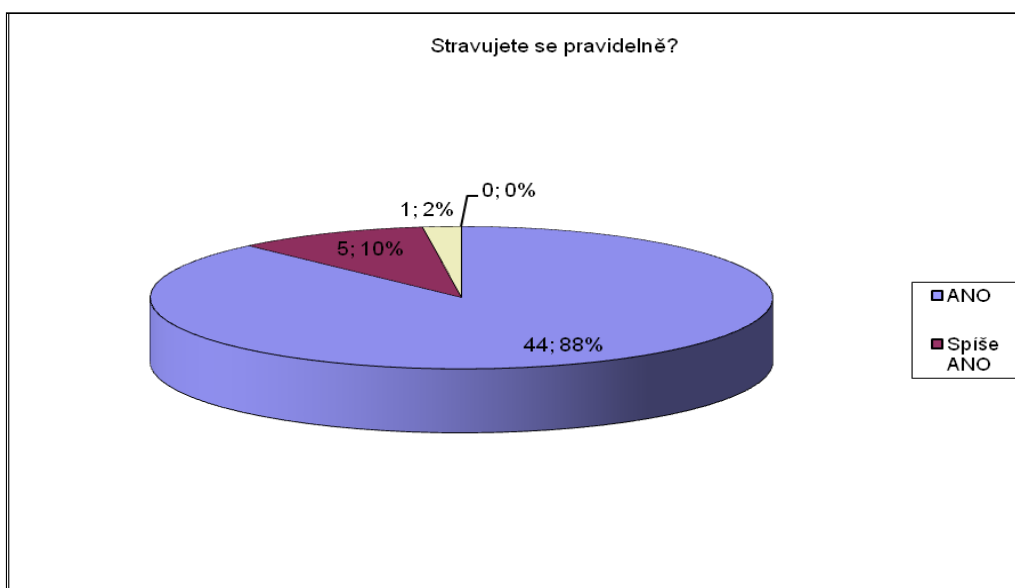
Graf 29 Teplou stravu konzumuje 45 respondentů (90 %) několikrát za den, 5 (10 %) uvedlo 1x denně.



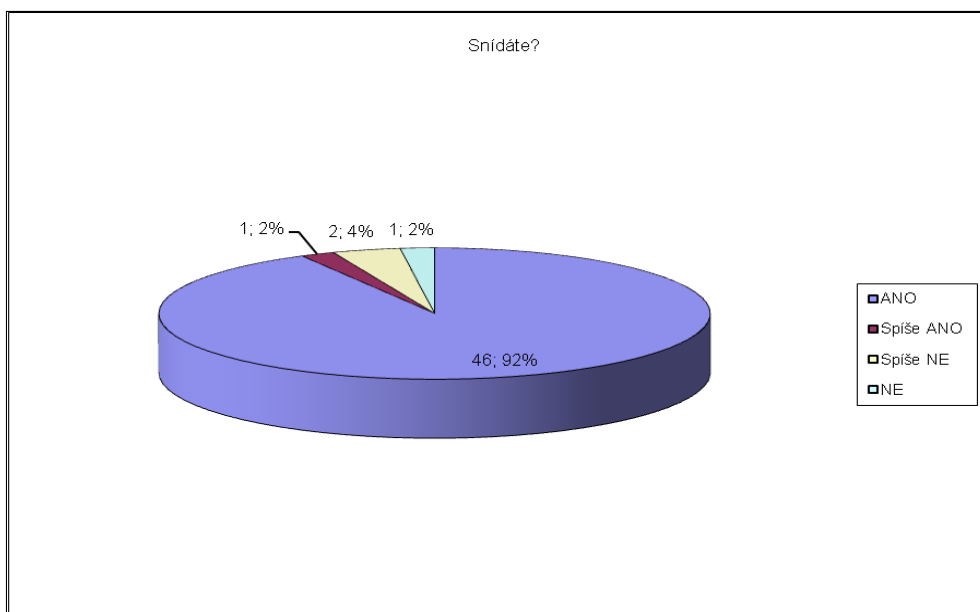
Graf 30 Smažené pokrmy konzumuje 23 respondentů (46 %) 1-2x týdně, 18 (36 %) téměř vůbec nejl, 5 (10 %) několikrát za měsíc, 3 (6 %) 1x denně, 1 (2 %) nejl smažené vůbec.



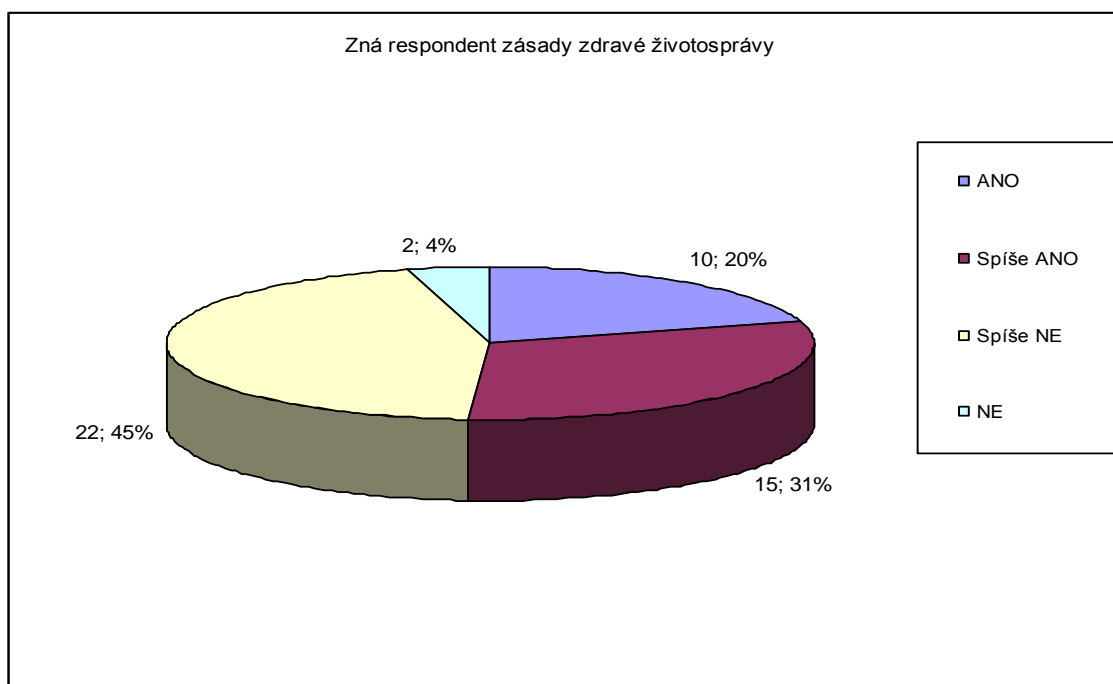
Graf 31 Sádlo nejlí vůbec 22 respondentů (44 %), 20 (40 %) téměř vůbec, 7 (14 %) několikrát za měsíc, 1 (2 %) 1-2x týdně.



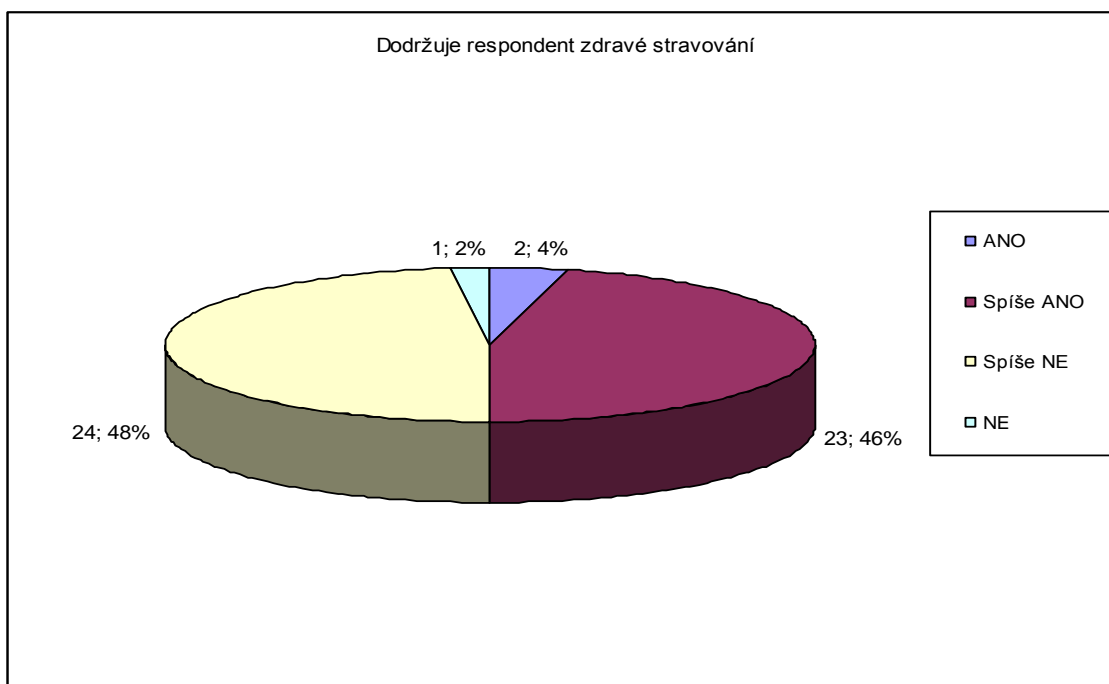
Graf 32 Pravidelně se stavuje 44 respondentů (88 %), 5 (10 %) spíše ano, 1 (2 %) spíše ne.



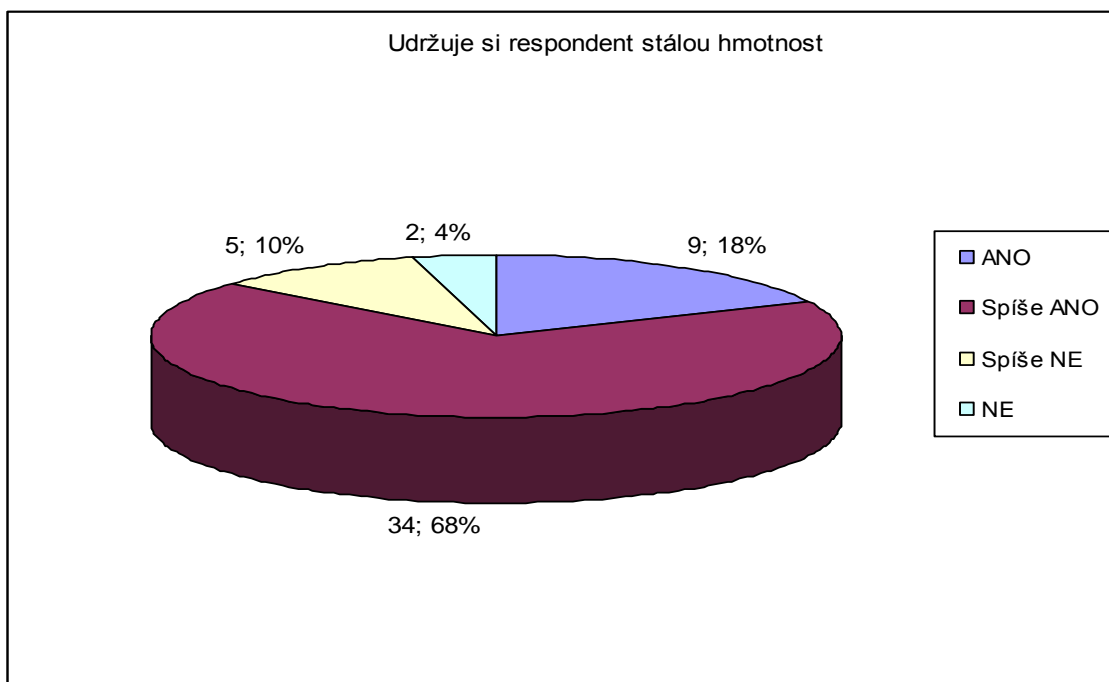
Graf 33 Snídá 46 respondentů (92 %), 1 (2 %) nesnídá, 2 (4 %) spíše ne, 1 (2 %) spíše ano.



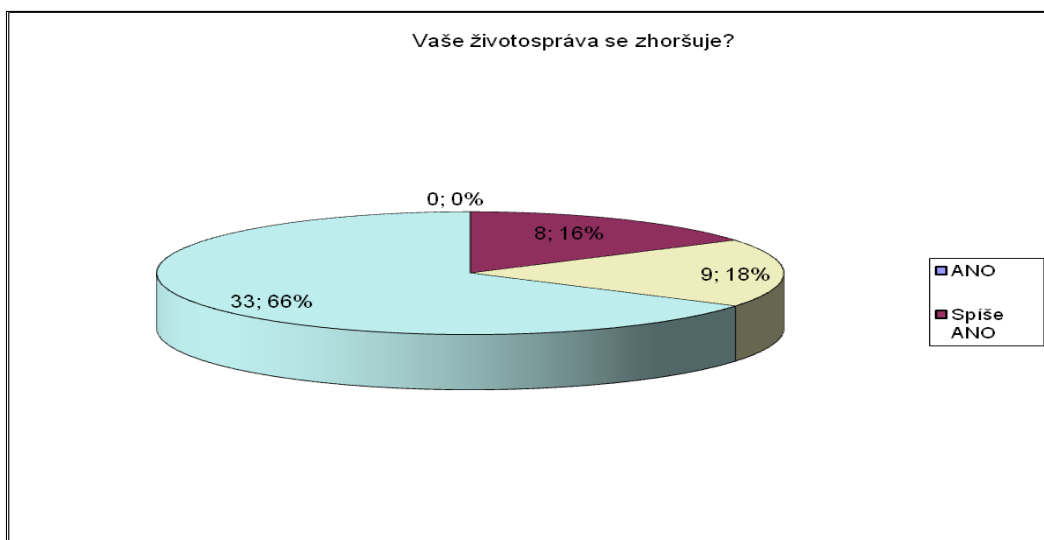
Graf 34 Zásady správné životosprávy spíše nezná 22 respondentů (45 %), 15 (31 %) spíše ano, 10 (20 %) zná, 2 (4 %) nezná.



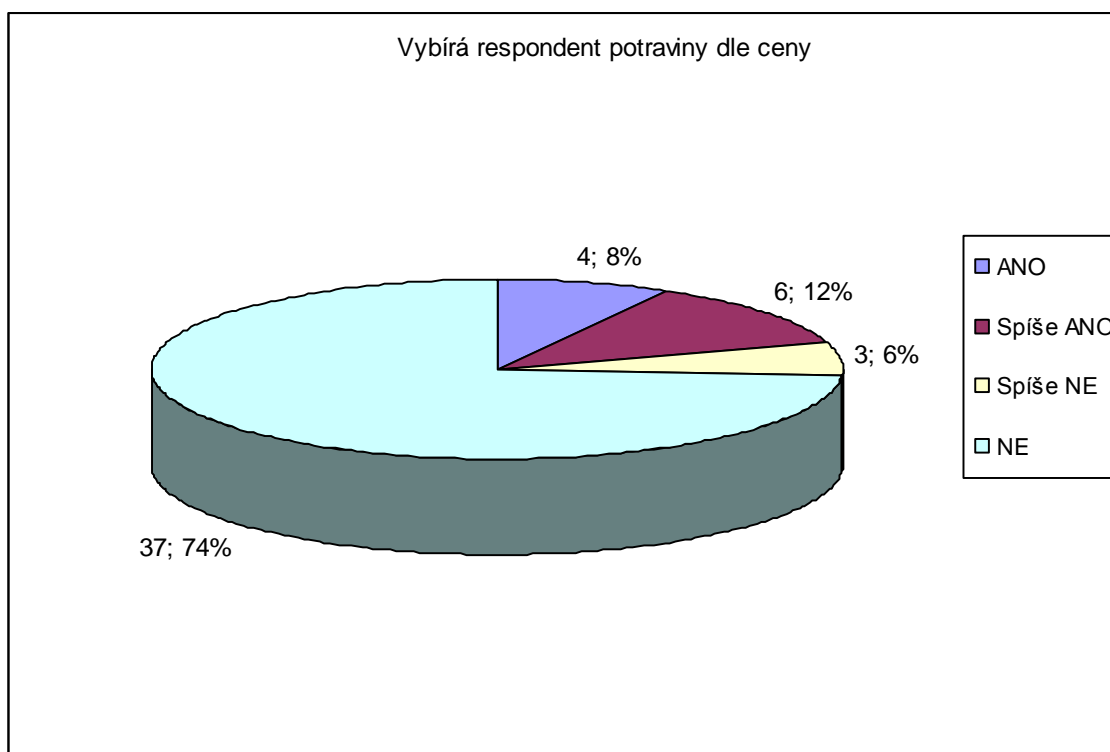
Graf 35 Zdravé stravování spíše nedodržuje 24 respondentů (48 %), spíše ano 23 (46 %), 2 (4 %) dodržují, 1 (2 %) nedodržuje.



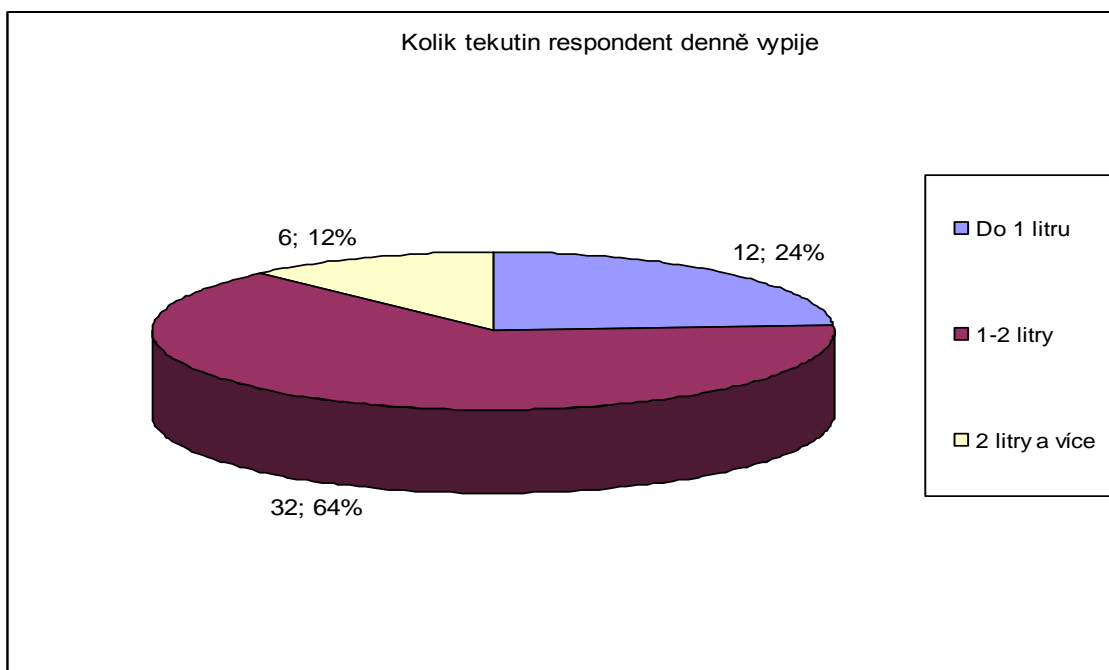
Graf 36 34 respondentů (68 %) si spíše ano dodržuje hmotnost, 9 (18 %) ano, 5 (10 %) spíše ne, 2 (4 %) si hmotnost neudrží.



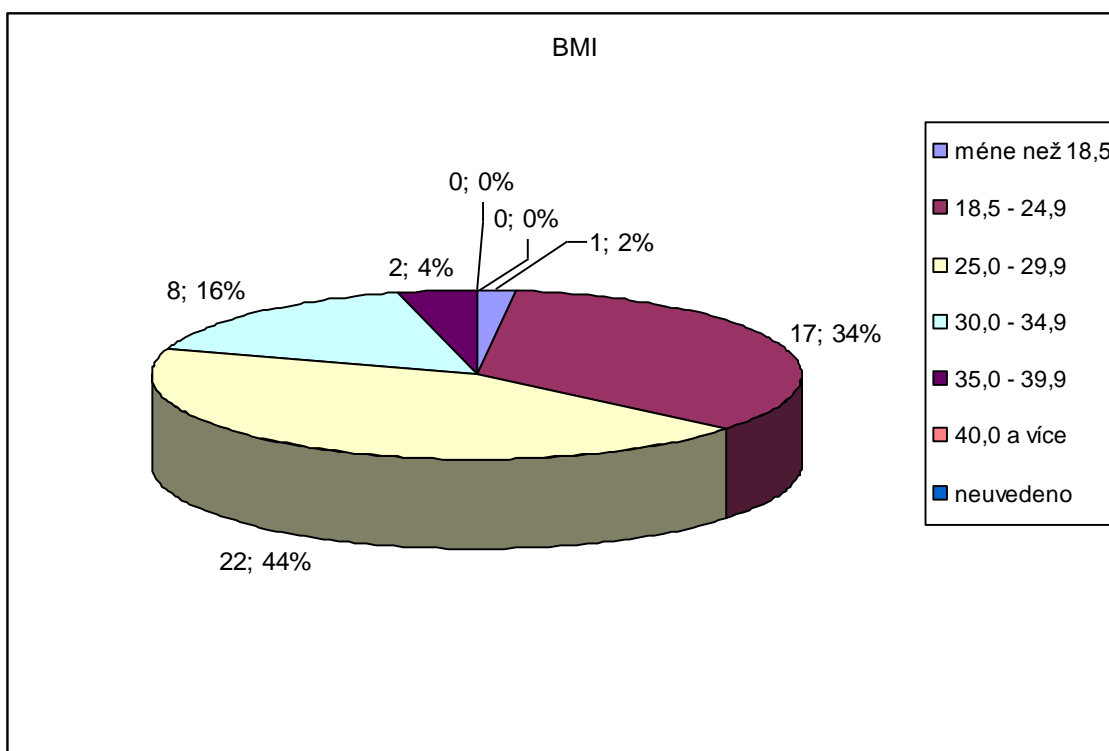
Graf 37 Životospráva se nezhoršuje u 33 respondentů, 9 (18 %) spíše ne, 8 (16 %) spíše ano.



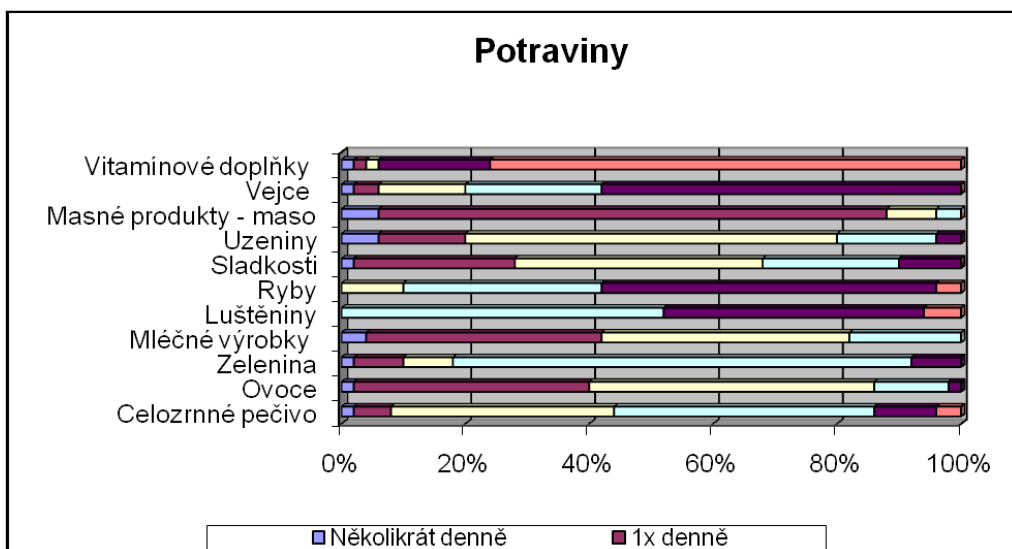
Graf 38 37 respondentů (74 %) si nevybírá potraviny dle ceny, 6 (12 %) spíše ano, 4 (8 %) ano, 3 (6 %) spíše ne.



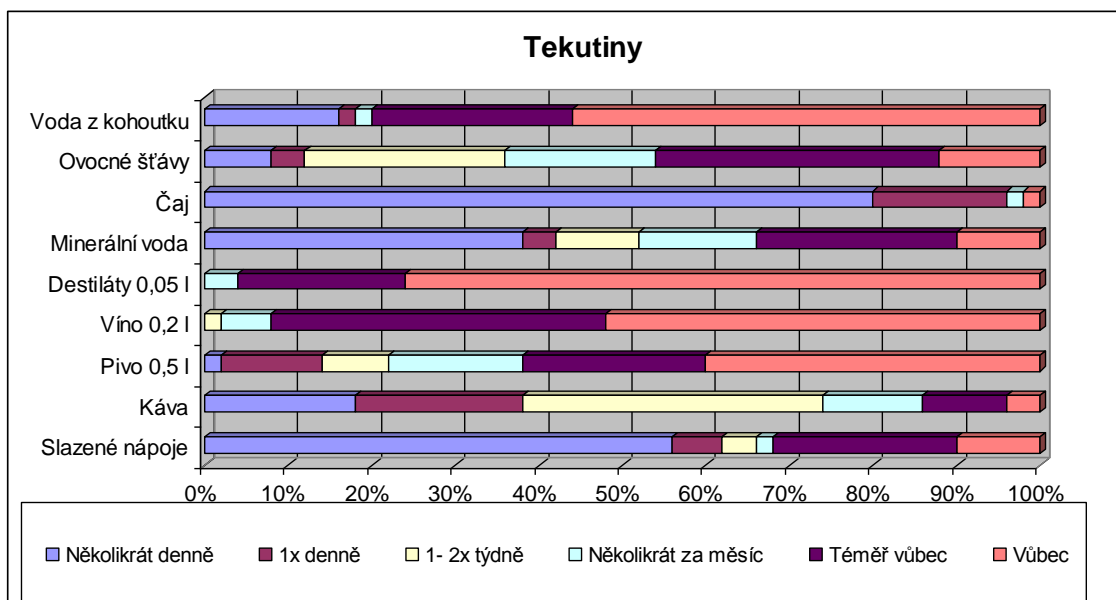
Graf 39 32 respondentů (64 %) vypije denně 1-2l, 12 (24 %) do 1l, 6 (12 %) 2l a více.



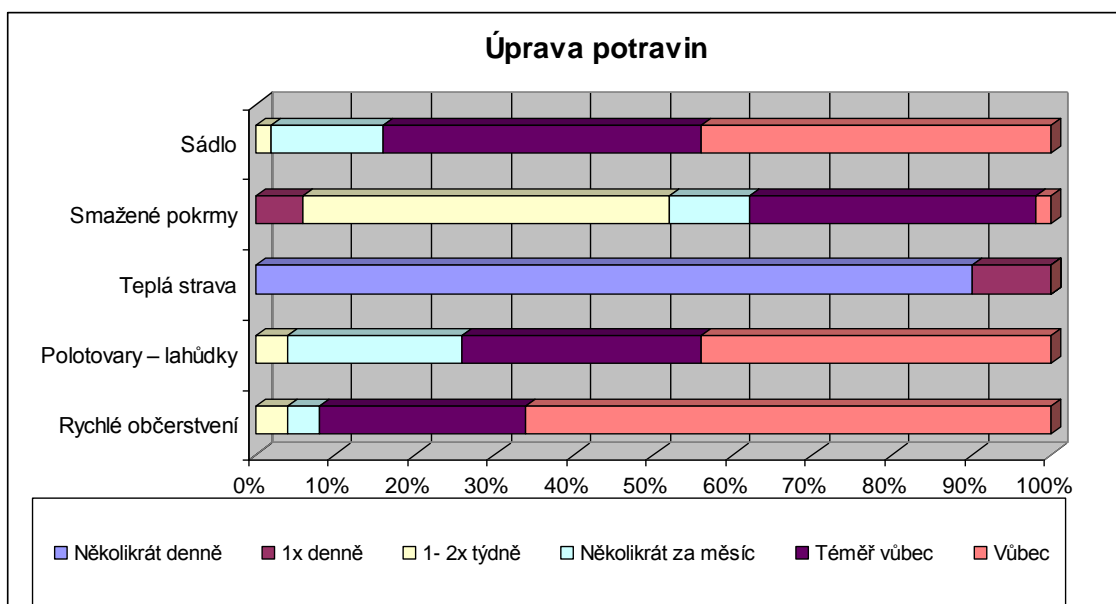
Graf 40 22 respondentů (44 %) má BMI 25-29, 17 (34 %) má BMI 18,5 – 24,9, 8 (16%) má BMI 30 – 34,9, 2 (4 %) mají BMI 35 – 39,9, 1 (2 %) má méně než 18,5.



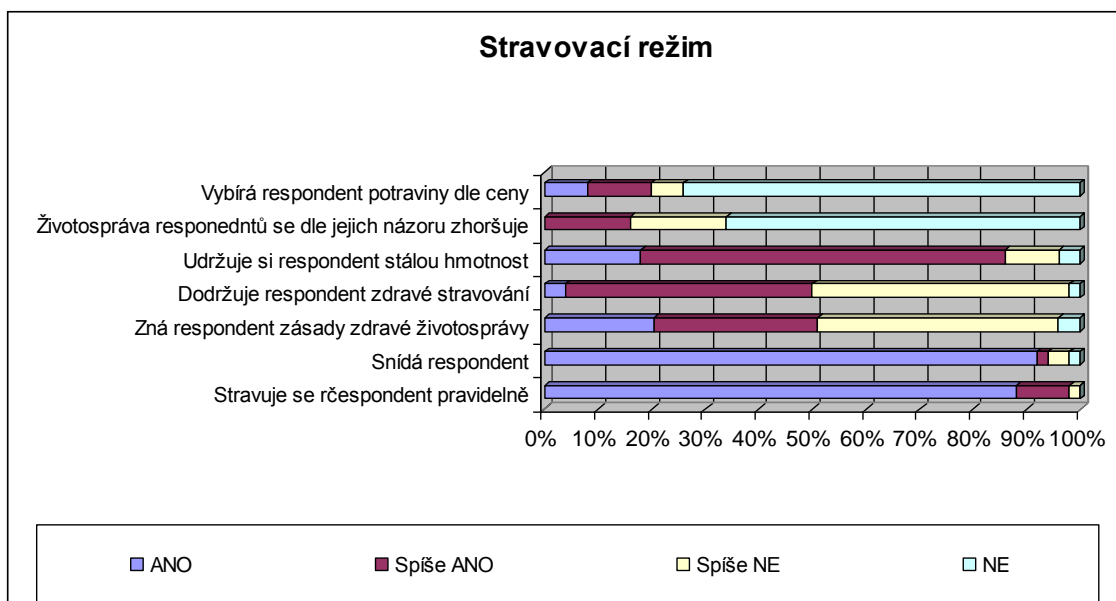
Graf 41 Sumarizační graf ukazuje přehled konzumovaných potravin u respondentů.



Graf 42 Sumarizační graf ukazuje přehled složení konzumovaných tekutin u respondentů.

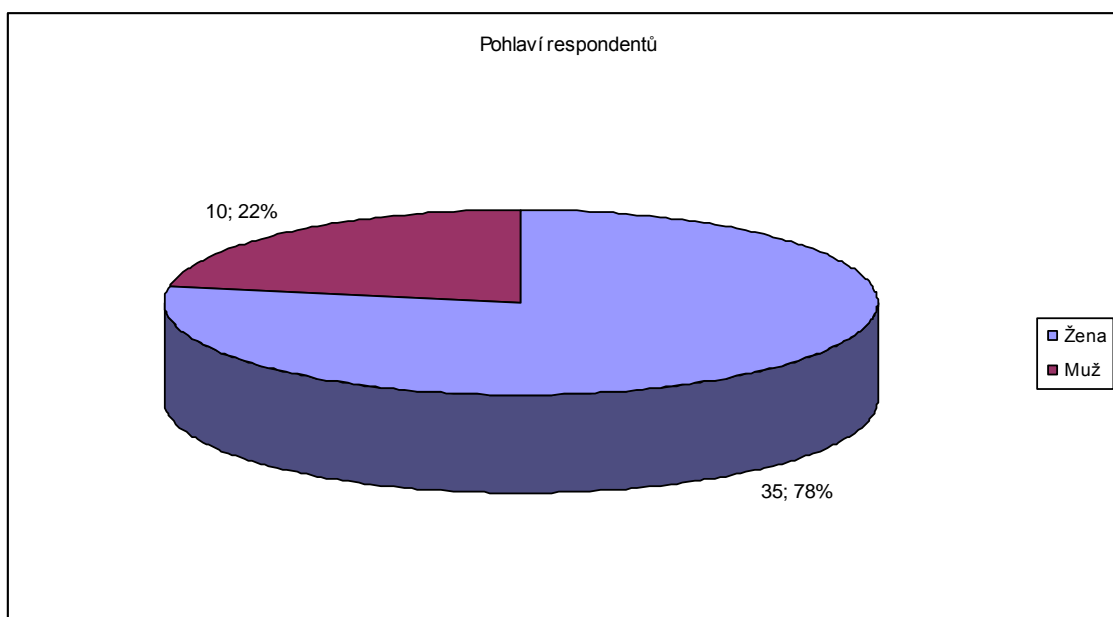


Graf 43 Sumarizační graf ukazuje přehled úpravy potravin u respondentů.

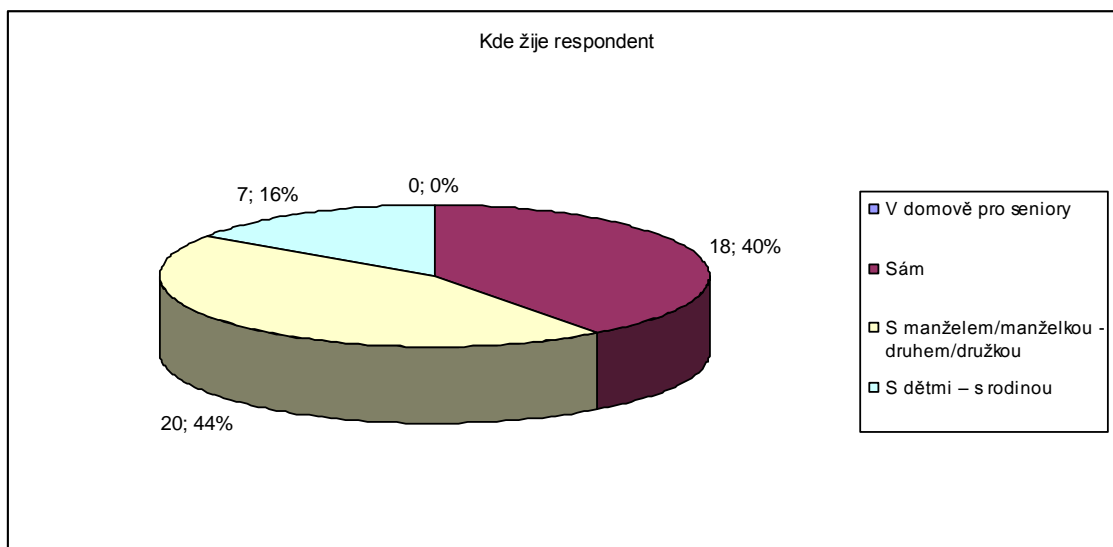


Graf 44 Sumarizační graf ukazuje přehled stravovacího režimu u respondentů.

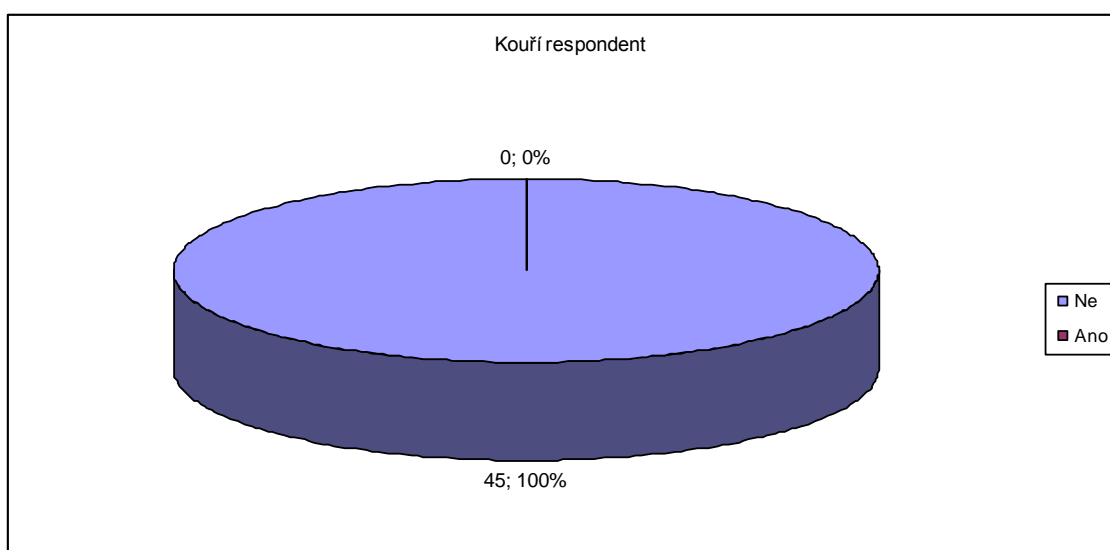
4.2 II. skupina - Domácí péče



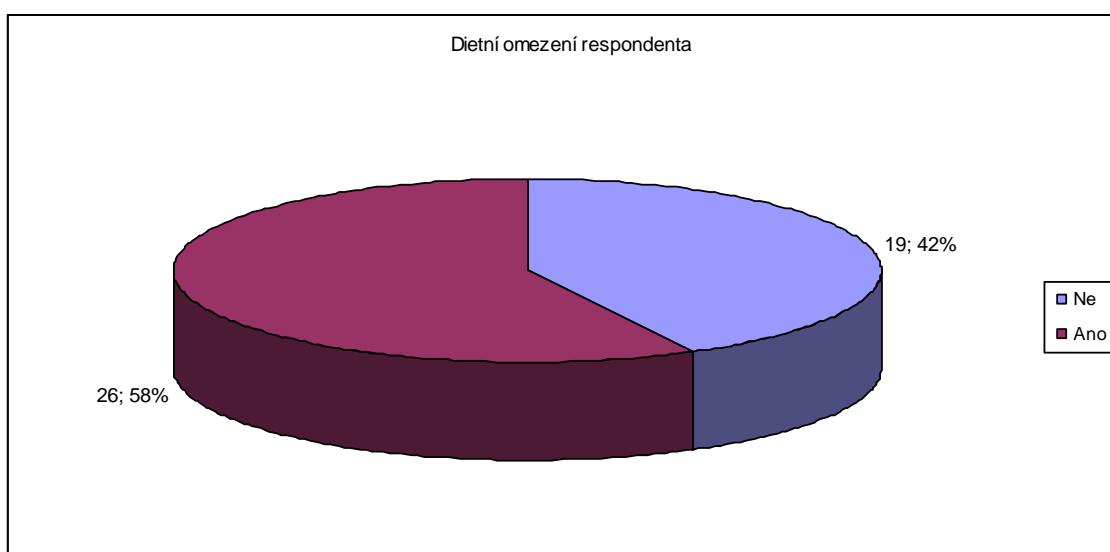
Graf 45 Z celkového počtu 45 (100 %) respondentů je 10 (22 %) mužů a 35 (78 %) žen.



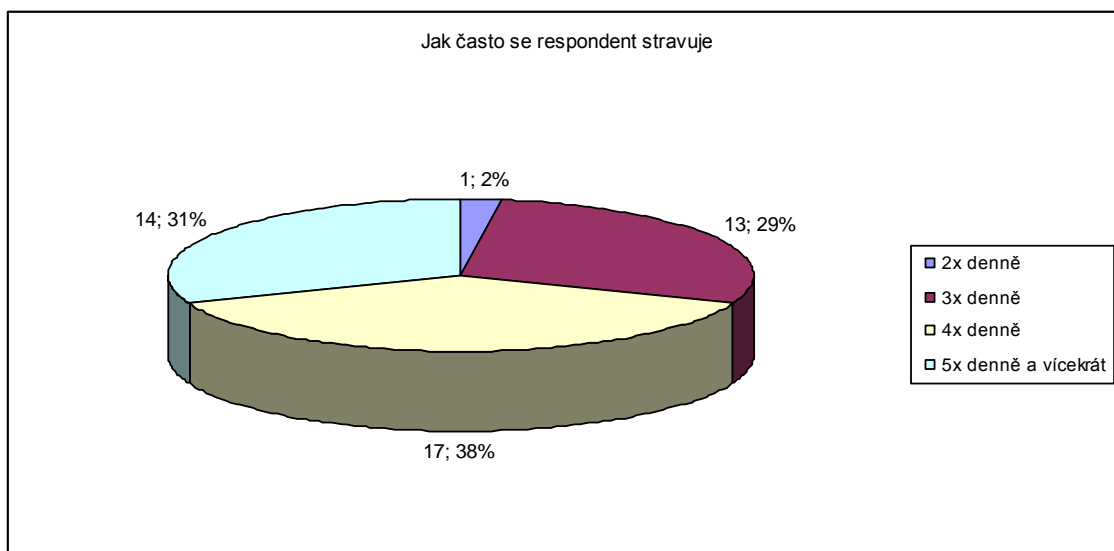
Graf 46 20 respondentů (44 %) žije v páru, 18 (40 %) žije sám, 7 (16 %) žije s dětmi nebo rodinou.



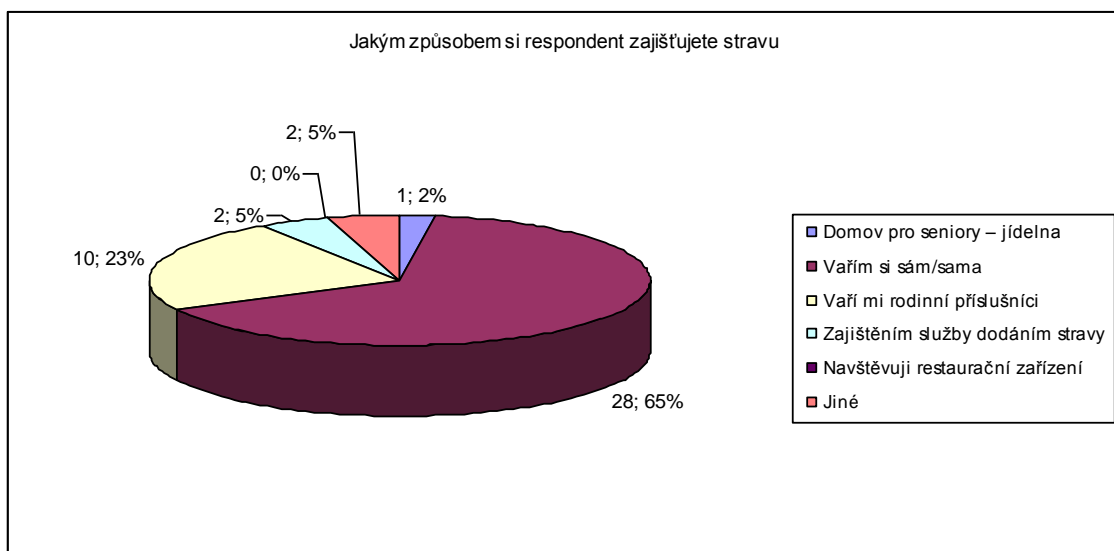
Graf 47 Všech 45 respondentů (100 %) uvedlo, že nekouří.



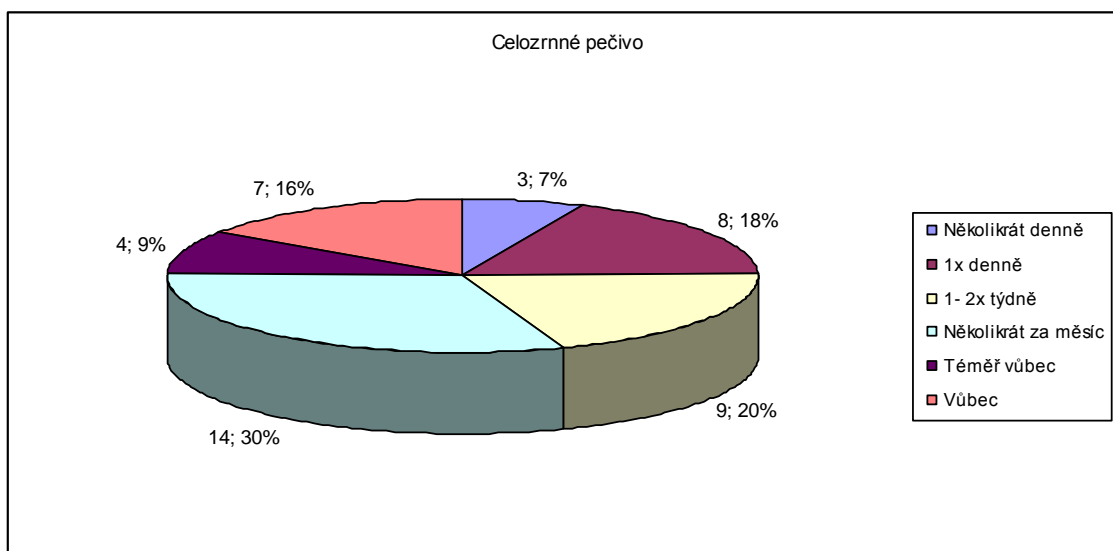
Graf 48 Dietní omezení má 26 (58 %) respondentů, 19 (42 %) je nemá.



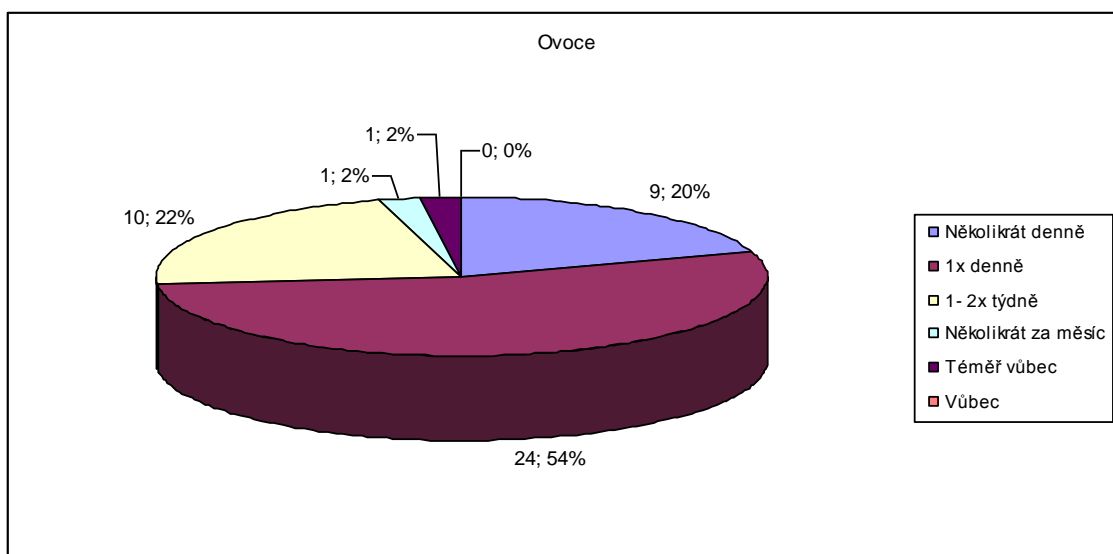
Graf 49 4x denně se stravuje 17 respondentů (38 %), 14 (31 %) 5x denně a vícekrát, 13 (29 %) 3x denně, 1 (2 %) 2x denně.



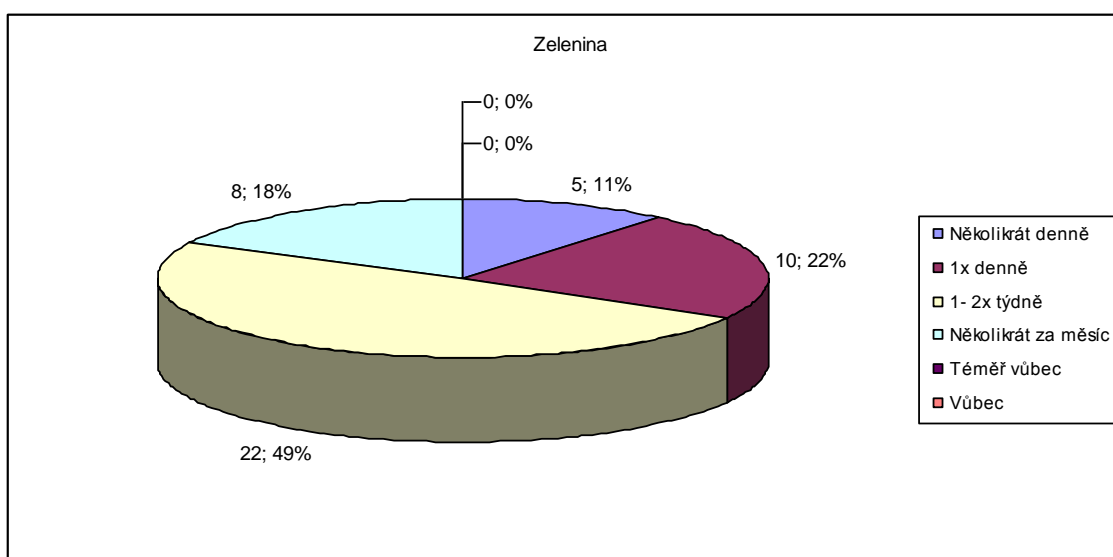
Graf 50 28 respondentů (65 %) si vaří sami, 10 (23 %) vaří rodina, 2 (5 %) zajišťuje jídlo pečovatelská služba, 2 (5 %) jiné, 1 (2 %) se stravuje ve školní jídelně.



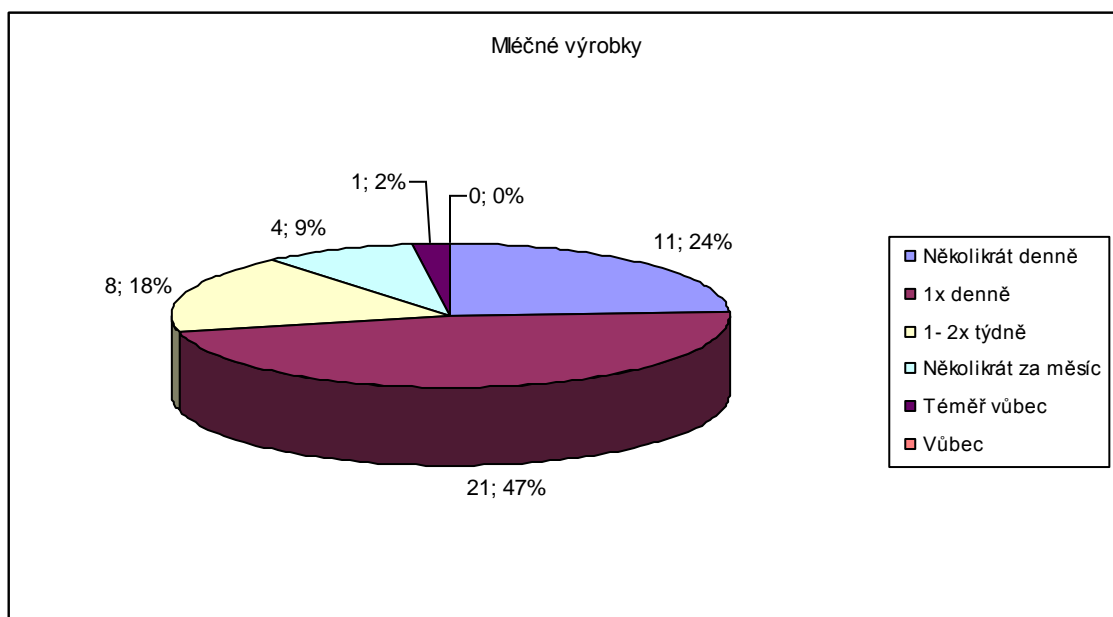
Graf 51 Celozrné pečivo jí 14 respondentů (30 %) několikrát za měsíc, 9 (20 %) 1-2x týdně, 8 (18 %) 1x denně, 7 (16 %) vůbec nejí, 4 (9 %) téměř vůbec nejí, 3 (7 %) jí několikrát denně.



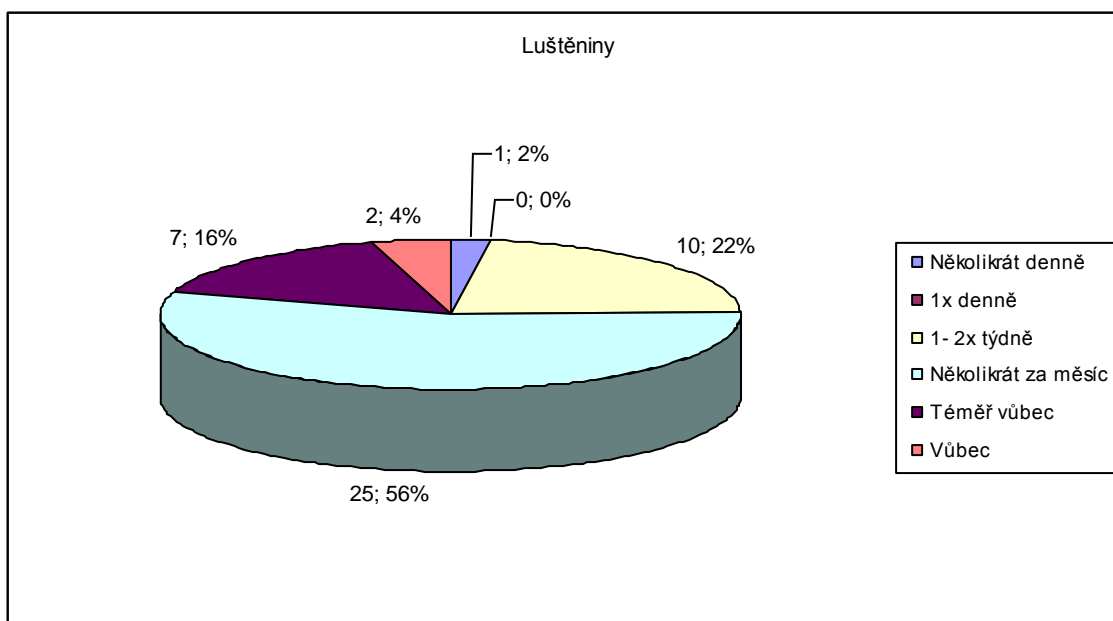
Graf 52 Ovoce jí 1x denně 24 respondentů (54 %), 10 (22 %) 1-2 týdně, 9 (20 %) několikrát denně, 1 (2 %) několikrát za měsíc, 1 (2 %) téměř vůbec nejí.



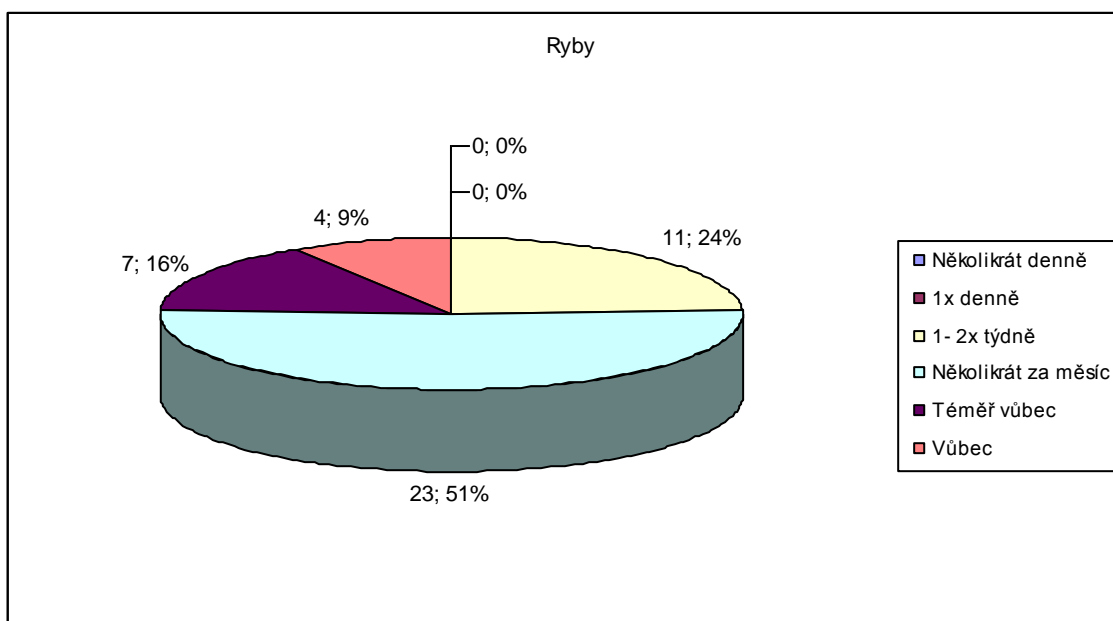
Graf 53 Zeleninu jí 22 respondentů (49 %) 1-2x týdně, 10 (22 %) 1x denně, 8 (18 %) několikrát za měsíc, 5 (11 %) několikrát denně.



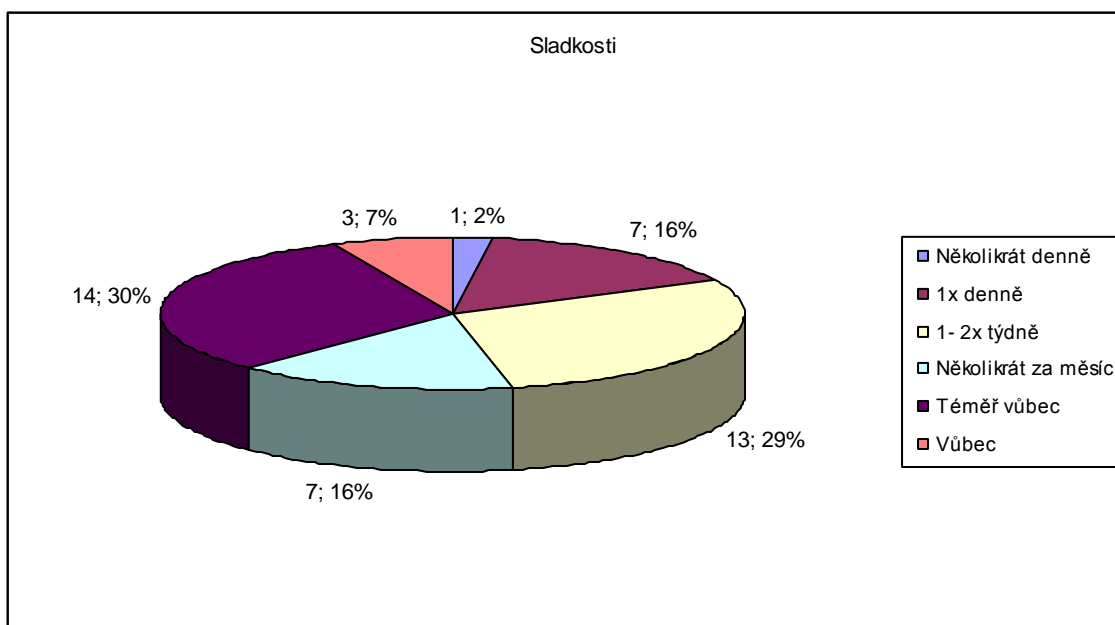
Graf 54 Mléčné výrobky jí 1x denně 21 respondentů (47%), 11 (24 %) několikrát za den, 8 (18 %) 1-2x týdně, 4 (9 %) několikrát za měsíc, 1 (2 %) téměř vůbec nejí.



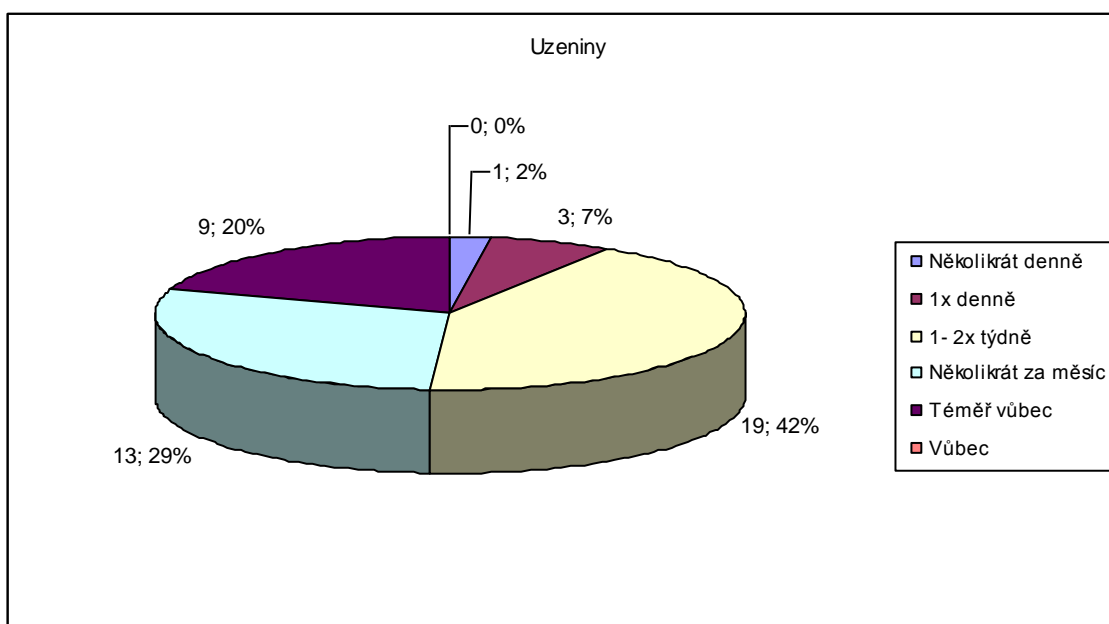
Graf 55 Luštěniny několikrát měsíčně jí 25 respondentů (56 %), 10 (22 %) 1-2x týdně, 7 (16 %) téměř vůbec nejí, 2 (4 %) vůbec nejí, 1 (2 %) několikrát denně.



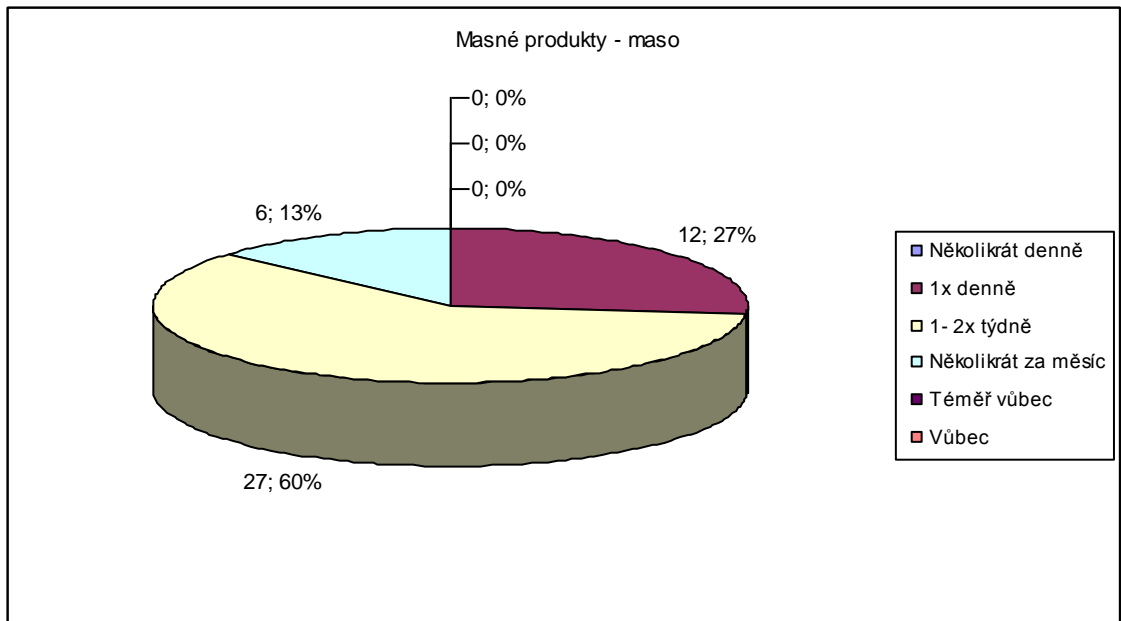
Graf 56 Ryby jí několikrát za měsíc 23 respondentů (51 %), 11 (24 %) 1-2x týdně, 7 (16 %) téměř vůbec nejí, 4 (9 %) nejí vůbec.



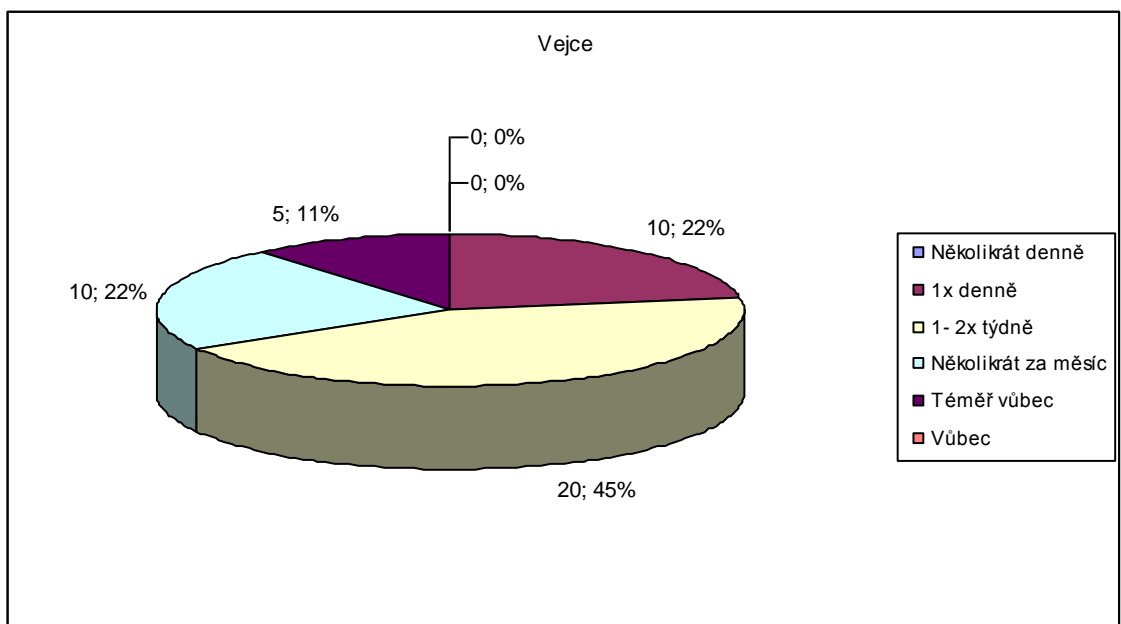
Graf 57 Sladkosti téměř vůbec nejí 14 respondentů (30 %), 13 (29 %) jí 1-2x týdně, 7 (16 %) jí několikrát za měsíc, 7 (16 %) jí 1x denně, 3 (7 %) nejí vůbec, 1 (2 %) jí několikrát denně.



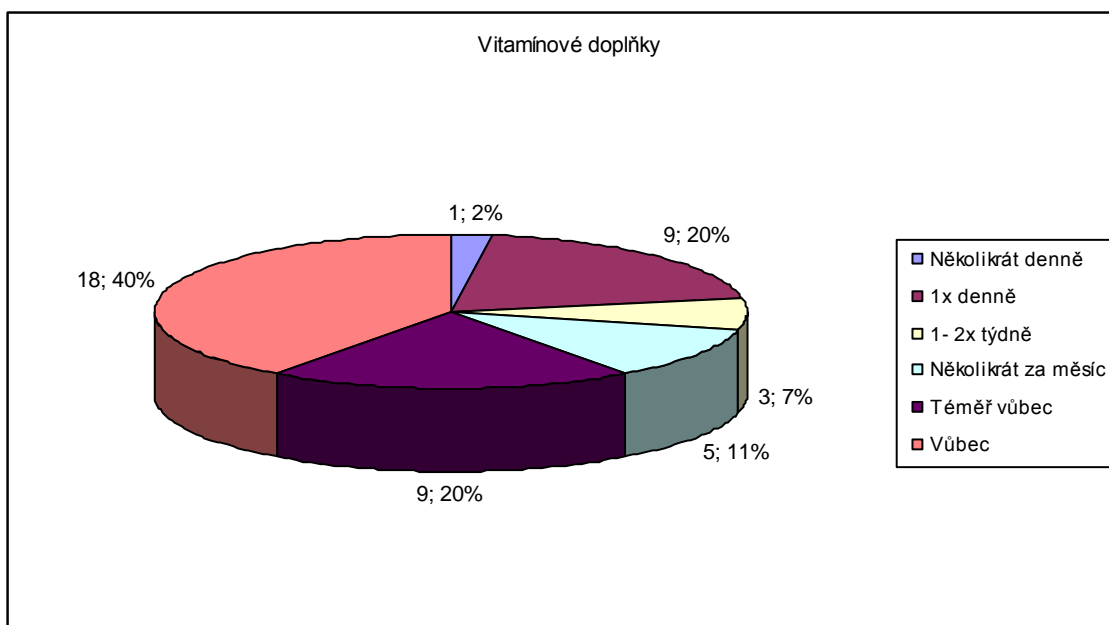
Graf 58 Uzeniny jí 19 respondentů (42 %) 1-2x týdně, 13 (29 %) několikrát za měsíc, 9 (20 %) nejí téměř vůbec, 3 (7 %) jí 1x denně, 1 (2 %) jí několikrát denně.



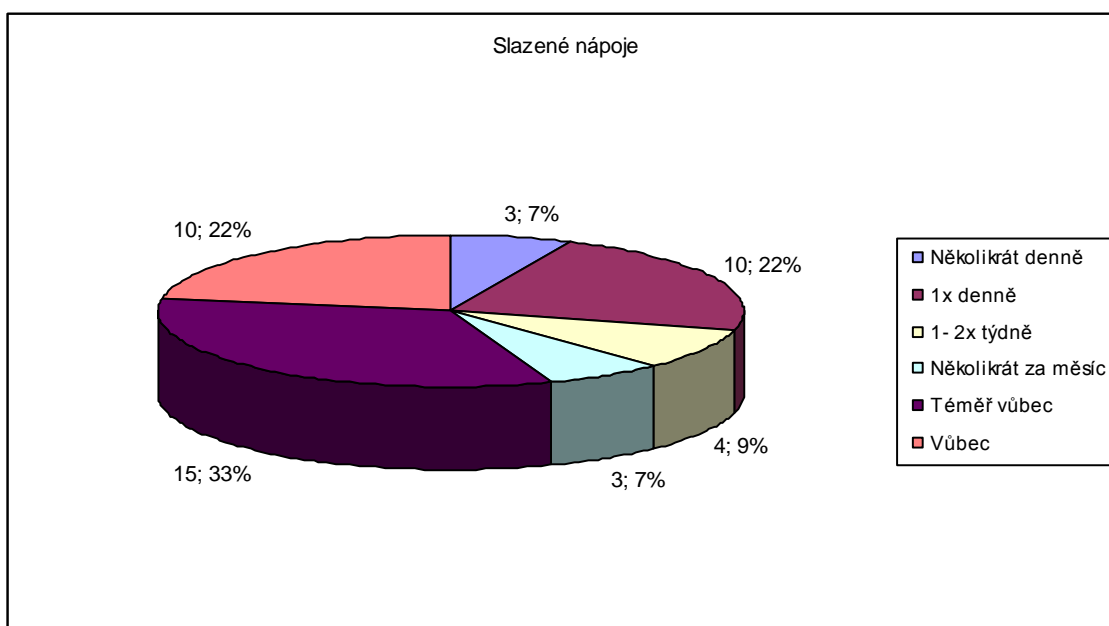
Graf 59 Maso jí 27 respondentů (60 %) 1-2x týdně, 12 (27 %) 1x denně, 6 (13 %) několikrát za měsíc.



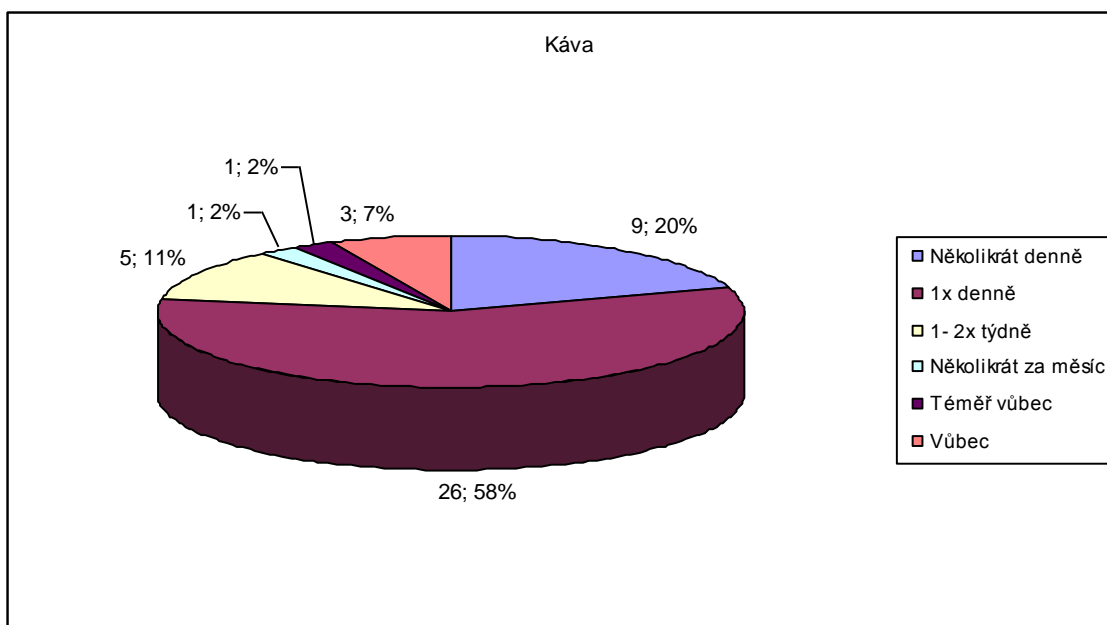
Graf 60 Vejce jí 20 respondentů (45 %) 1-2x týdně, 10 (22 %) několikrát za měsíc, 10 (22 %) 1x denně, 5 (11 %) téměř vůbec nejí.



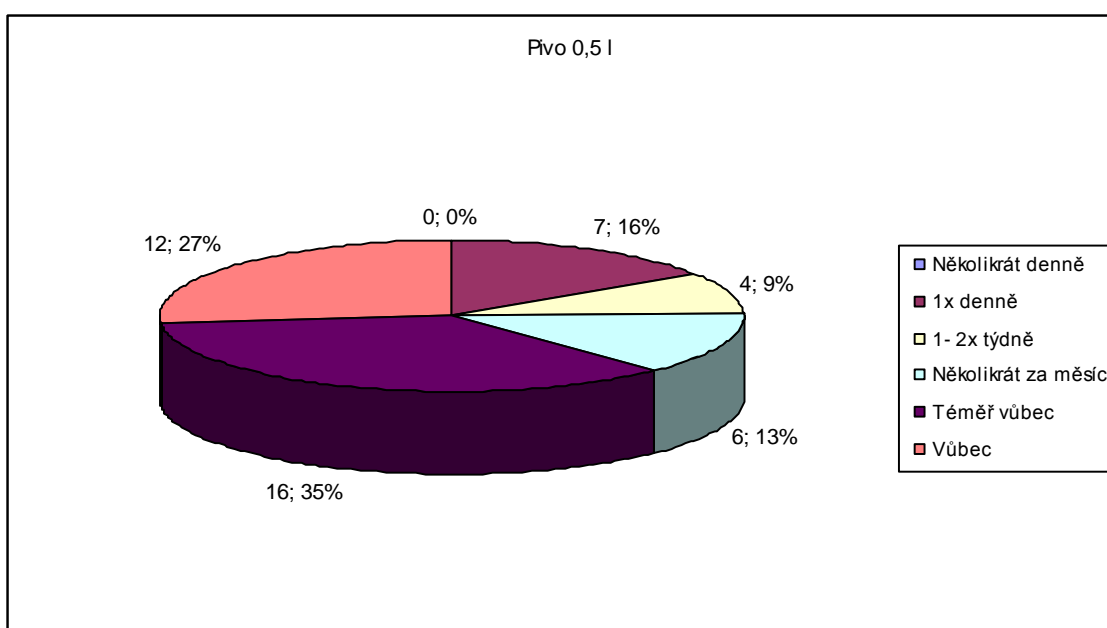
Graf 61 Vitamínové doplňky neužívá vůbec 18 respondentů (40 %), 9 (20 %) je téměř vůbec neužívá, 9 (20 %) je užívá 1x denně, 5 (11 %) je užívá několikrát za měsíc, 3 (7 %) užívá 1-2x týdně, 1 (2 %) několikrát denně.



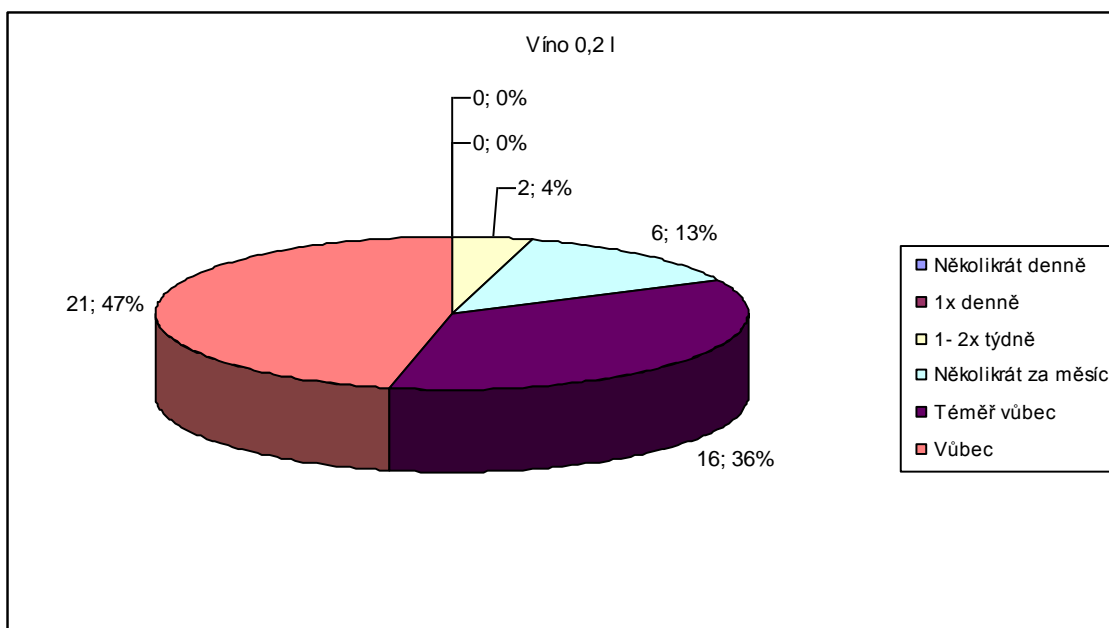
Graf 62 Slazené nápoje téměř vůbec nepije 15 respondentů (33 %), 10 (22 %) nepije vůbec, 10 (22 %) pije 1x denně, 4 (9 %) pije 1-2x týdně, 3 (7 %) pije několikrát za měsíc, 3 (7 %) pije několikrát denně.



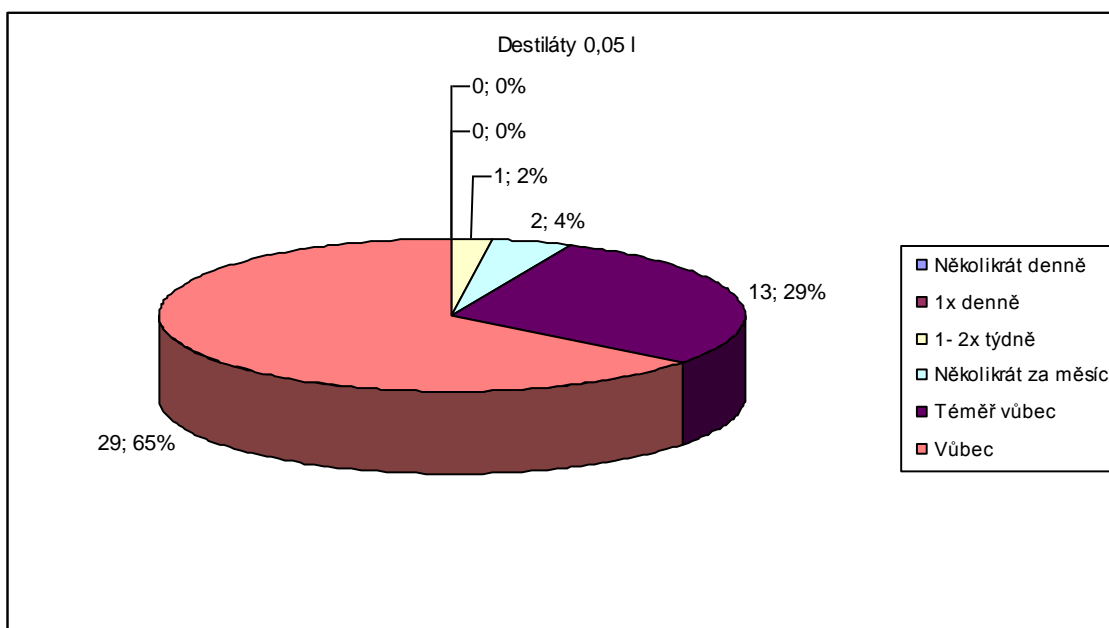
Graf 63 Kávu pije 1x denně 26 respondentů (58 %), 9 (20 %) několikrát denně, 5 (11 %) 1-2x týdně, 3 (7 %) jí nepije vůbec, 1 (2 %) jí téměř vůbec nepije, 1 (2 %) jí pije několikrát měsíčně.



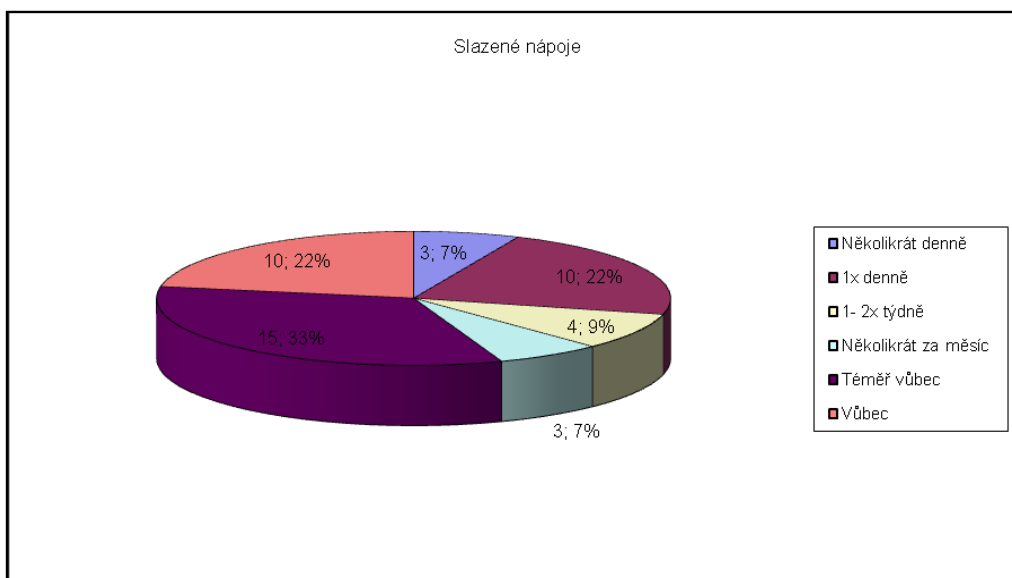
Graf 64 Pivo téměř vůbec nepije 16 respondentů (35 %), 12 (27 %) nepije vůbec, 7 (16 %) pije 1x denně, 6 (13 %) několikrát za měsíc, 4 (9 %) pije 1-2x týdně.



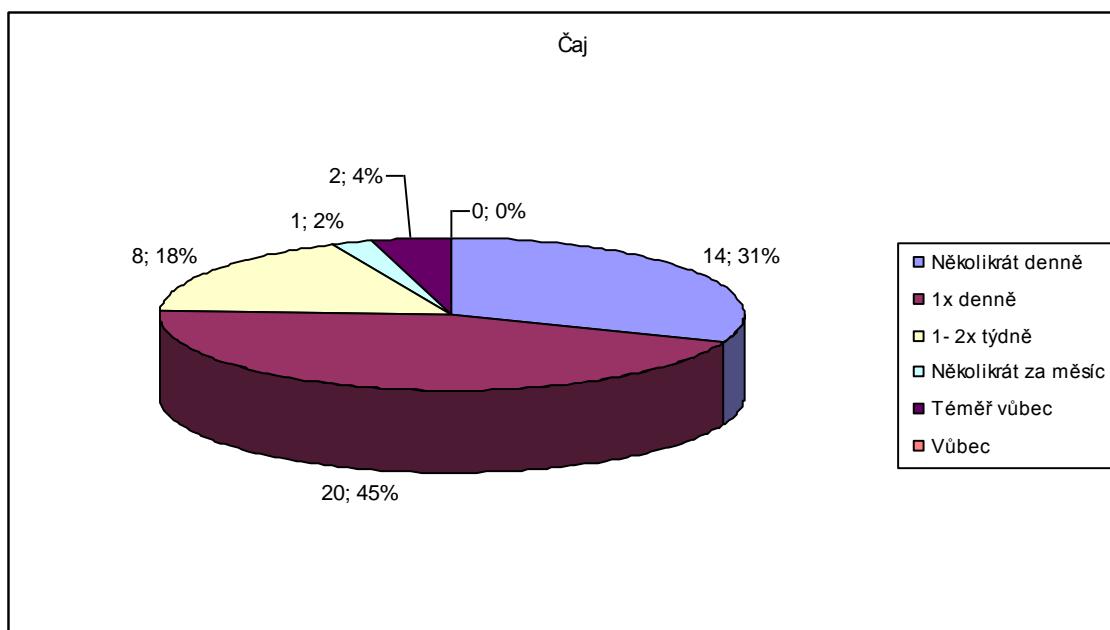
Graf 65 Víno vůbec nepije 21 respondentů (47 %), 16 (36 %) téměř vůbec, 6 (13 %) několikrát za měsíc, 2 (4 %) 1-2týdně.



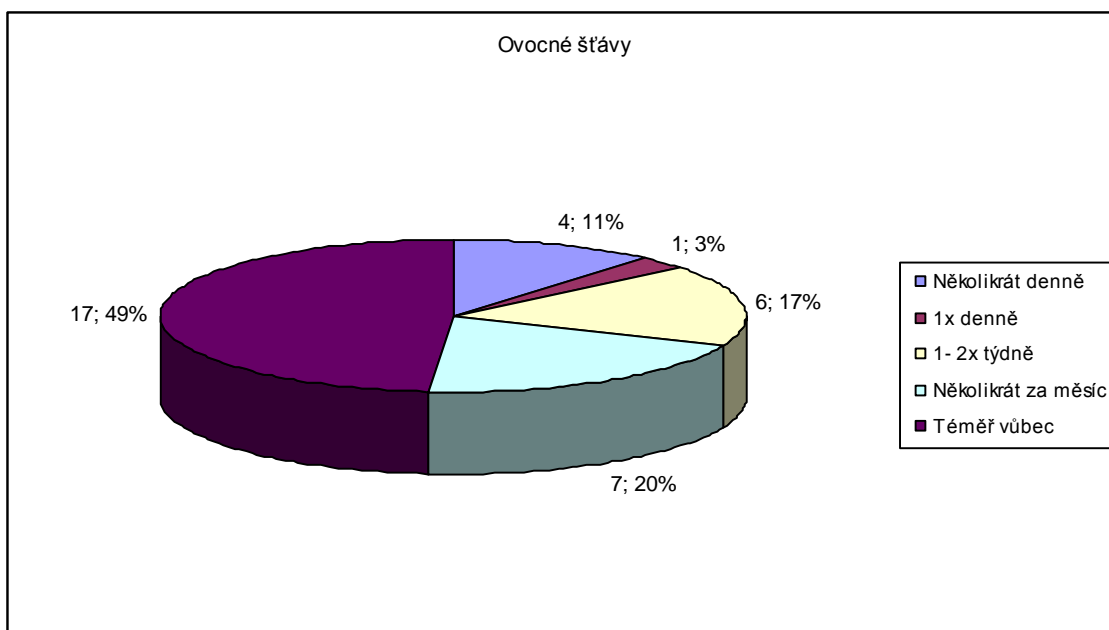
Graf 66 Destiláty nepije vůbec 29 respondentů (65 %), 13 (29 %) téměř vůbec, 2 (4 %) několikrát za měsíc, 1 (2 %) 1-2x týdně.



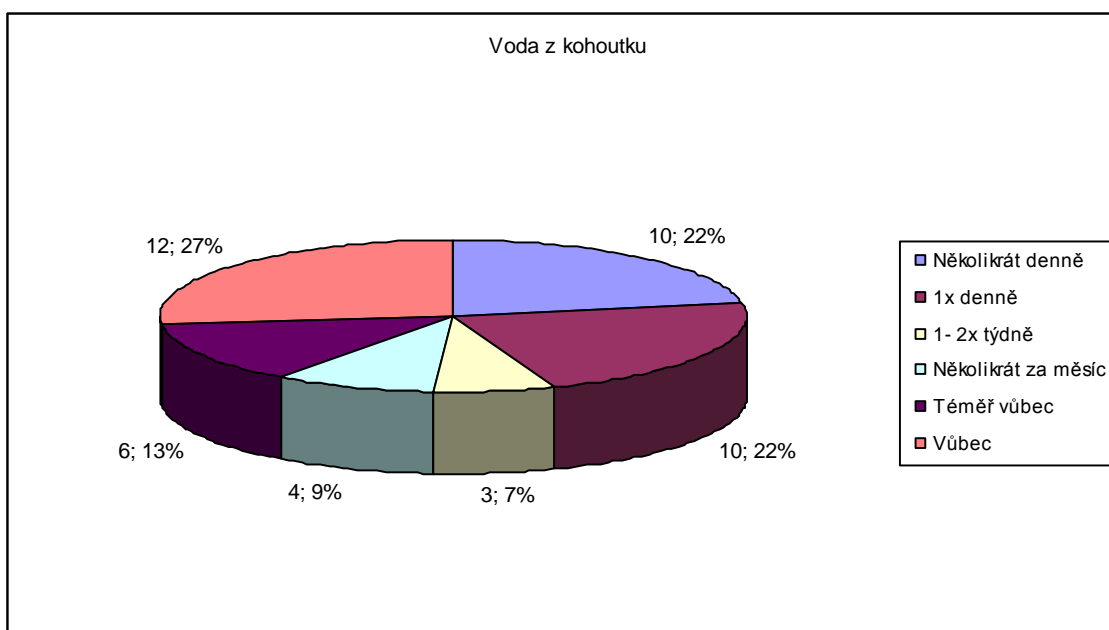
Graf 67 Minerální vody téměř vůbec nepije 15 (33 %), 10 (22 %) nepije vůbec, 10 (22 %) 1xdenně, 3 (7 %) několikrát za měsíc, 3 (7 %) několikrát denně.



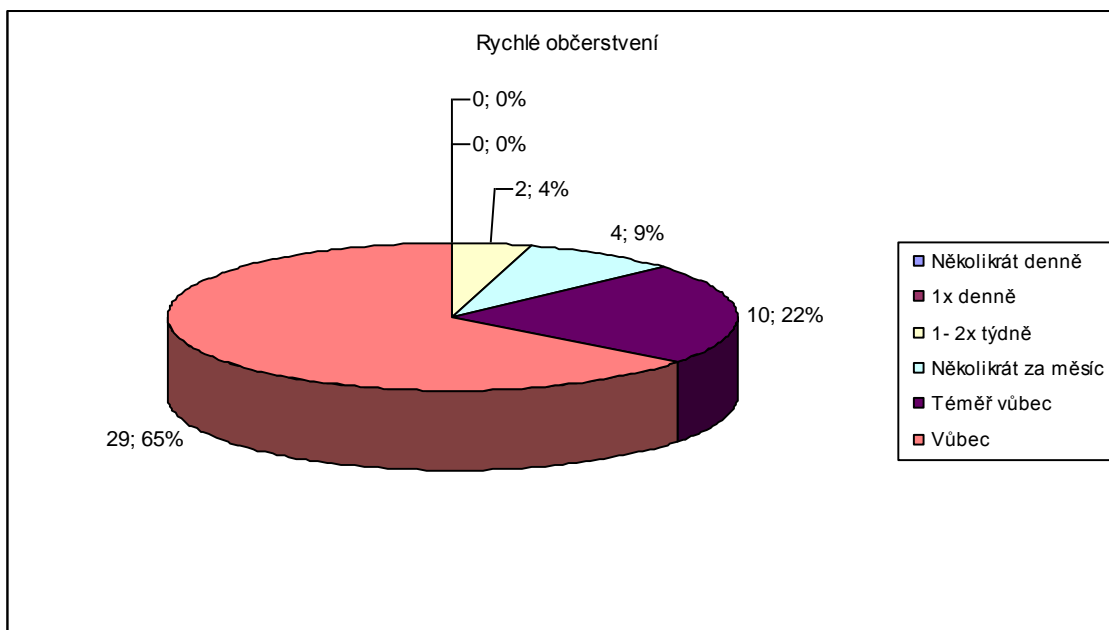
Graf 68 Čaj pije 1x denně 20 respondentů (45 %), 14 (31 %) několikrát denně, 8 (18 %) pije čaj 1-2x týdně, 2 (4 %) téměř vůbec nepije, 1 (2 %) pije čaj několikrát za měsíc.



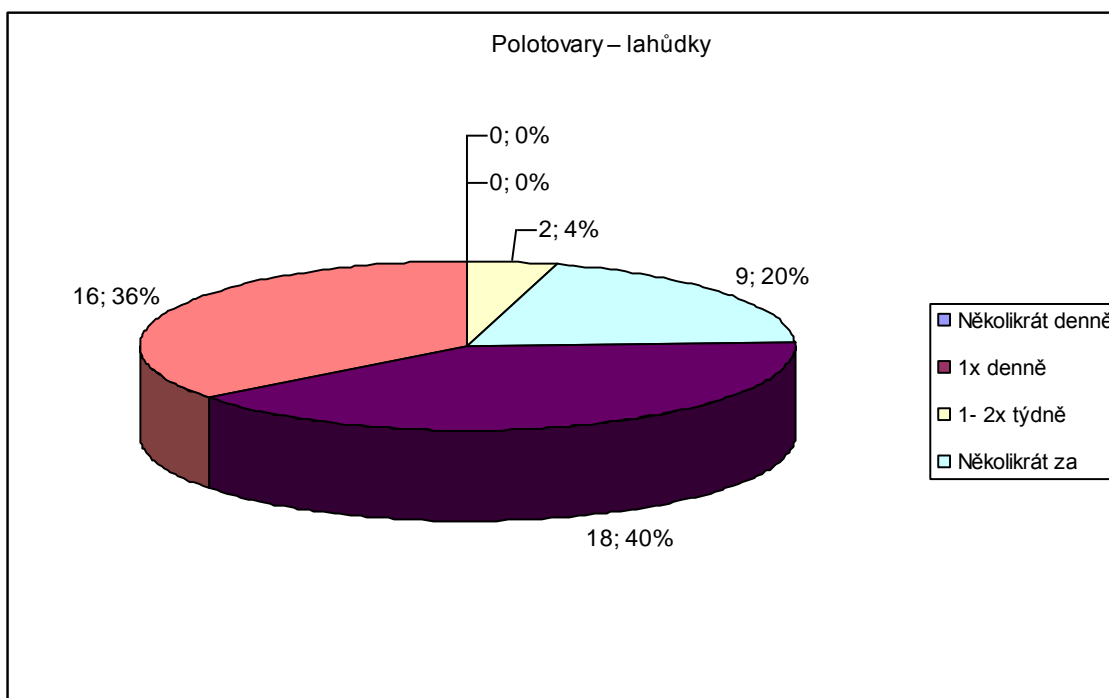
Graf 69 Ovocné šťávy téměř vůbec nepije 17 respondentů (49 %), 7 (20 %) pije několikrát za měsíc, 6 (17 %) pije 1-2x týdně, 4 (11 %) pije několikrát za den, 1 (3 %) pije 1x denně.



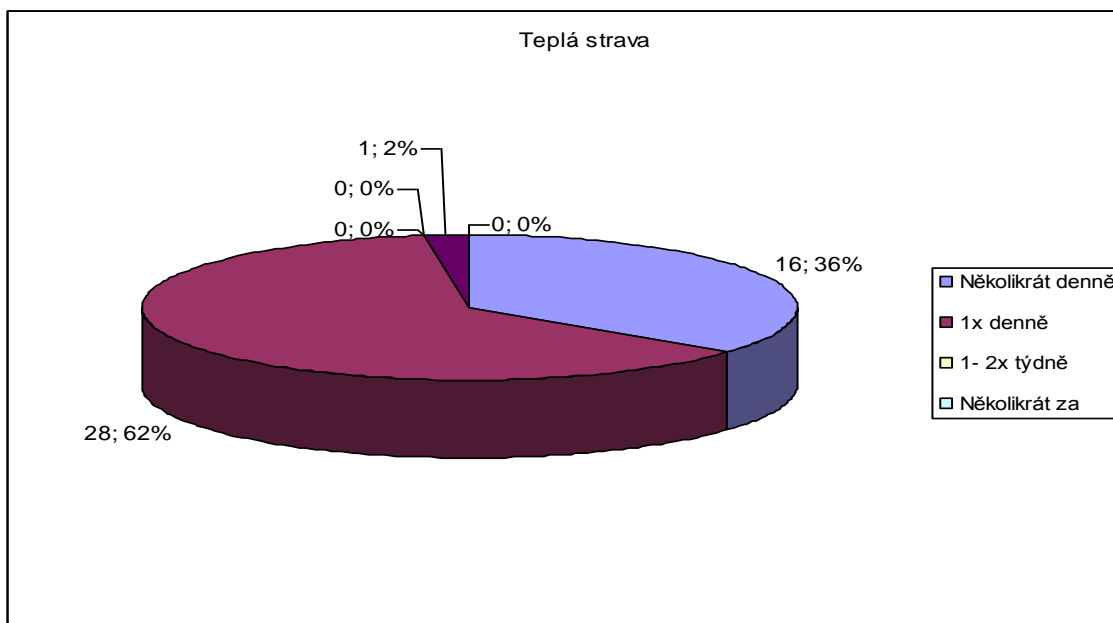
Graf 70 Vodu z kohoutku nepije vůbec 12 respondentů (27 %), 10 (22 %) několikrát za den, 10 (22 %) pije 1x denně, 6 (13 %) vodu téměř vůbec nepije, 4 (9 %) pije několikrát za měsíc, 3 (7 %) pije 1-2x týdně.



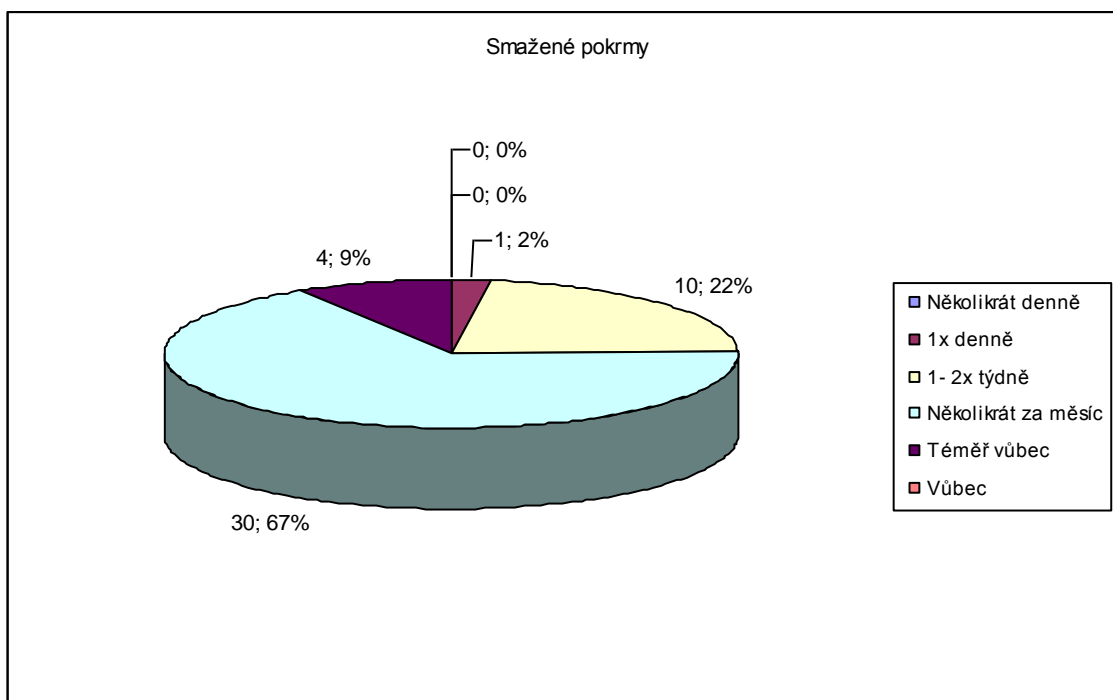
Graf 71 Rychlé občerstvení nepoužívá vůbec 29 respondentů (65 %), 10 (22 %) téměř vůbec, 4 (9 %) několikrát za měsíc, 2 (4 %) 1-2x týdně.



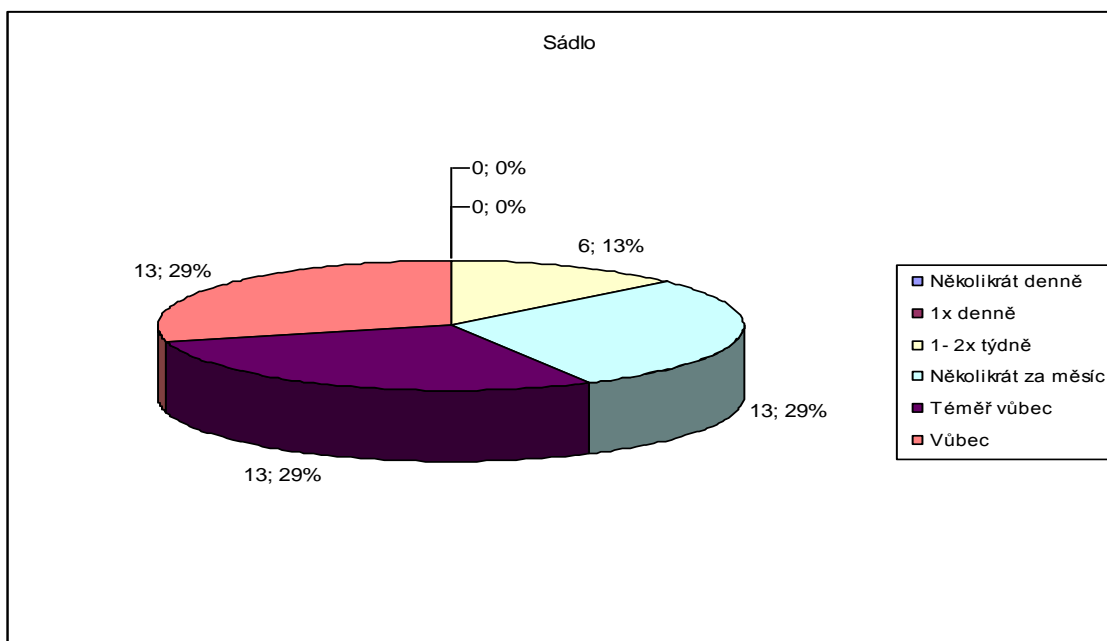
Graf 72 Polotovary používá 1x denně 18 respondentů (40 %), 16 (36 %) je nepoužívá vůbec, 9 (20 %) několikrát za měsíc, 2 (4 %) používá 1-2x týdně.



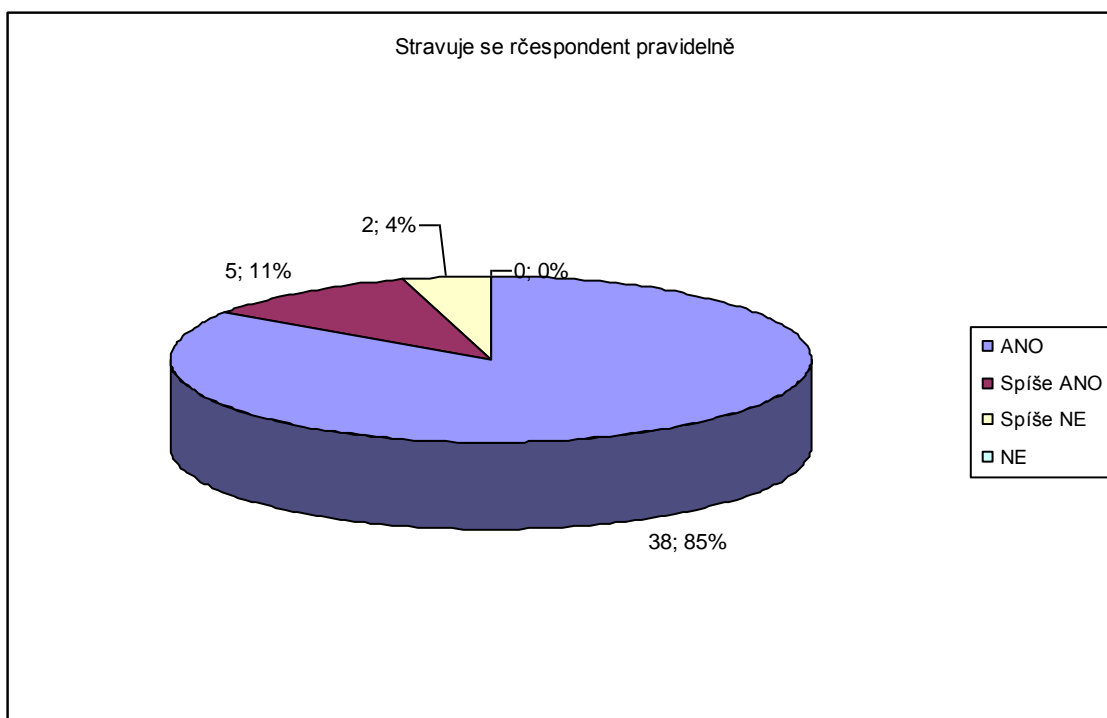
Graf 73 Teplou stravu má 1x denně 28 respondentů (62 %), 16 (36 %) několikrát denně, 1 (2 %) téměř vůbec.



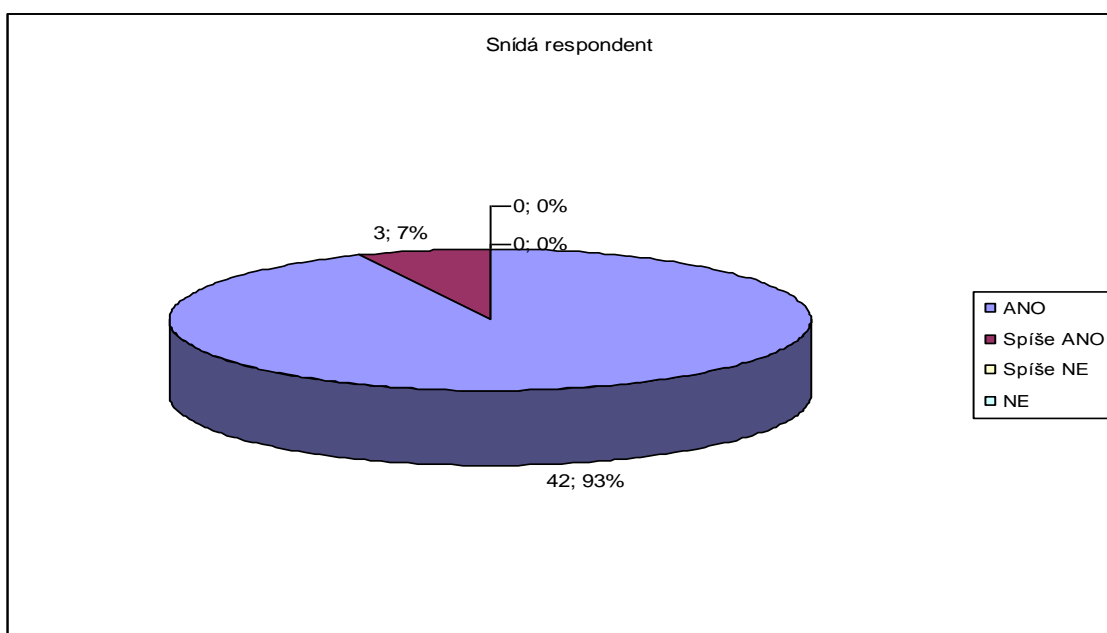
Graf 74 Smažené pokrmy jí několikrát za měsíc 30 respondentů (67 %), 10 (22 %) jí 1-2x týdně, 4 (9 %) téměř vůbec nejí smažené pokrmy, 1 (2 %) jí 1x denně.



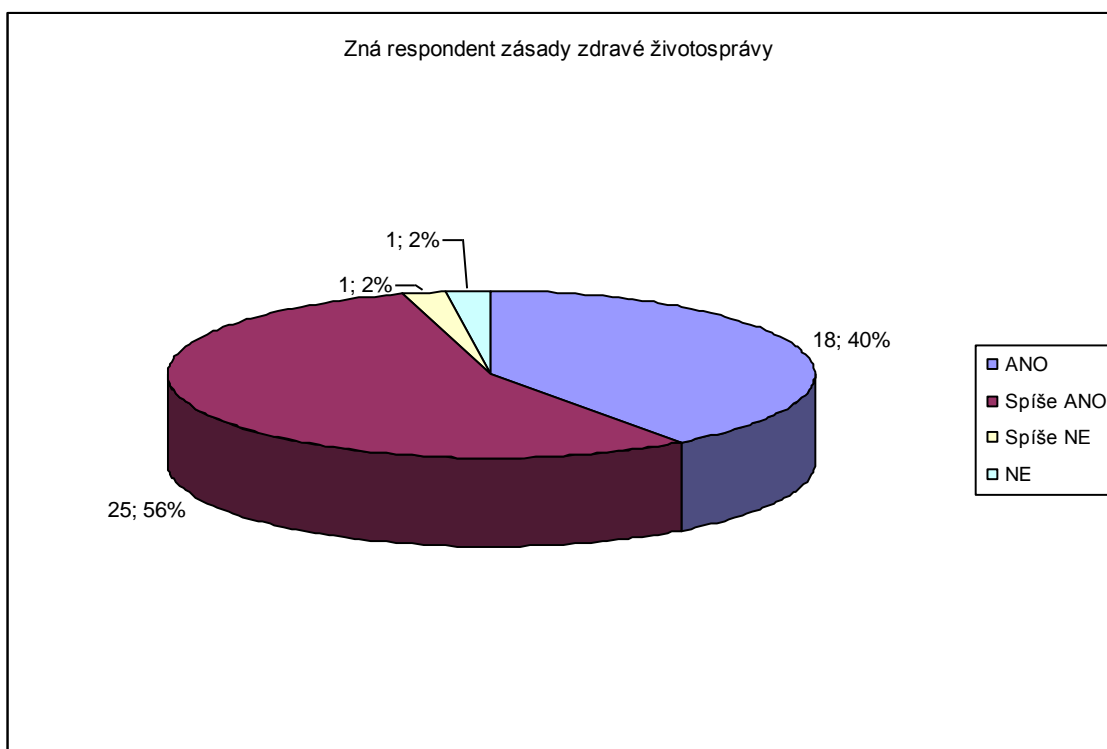
Graf 75 Sádlo vůbec nejí 13 respondentů (29 %), 13 (29 %) téměř vůbec nejí, 13 (29 %) několikrát za měsíc, 6 (13 %) jí 1-2x týdně.



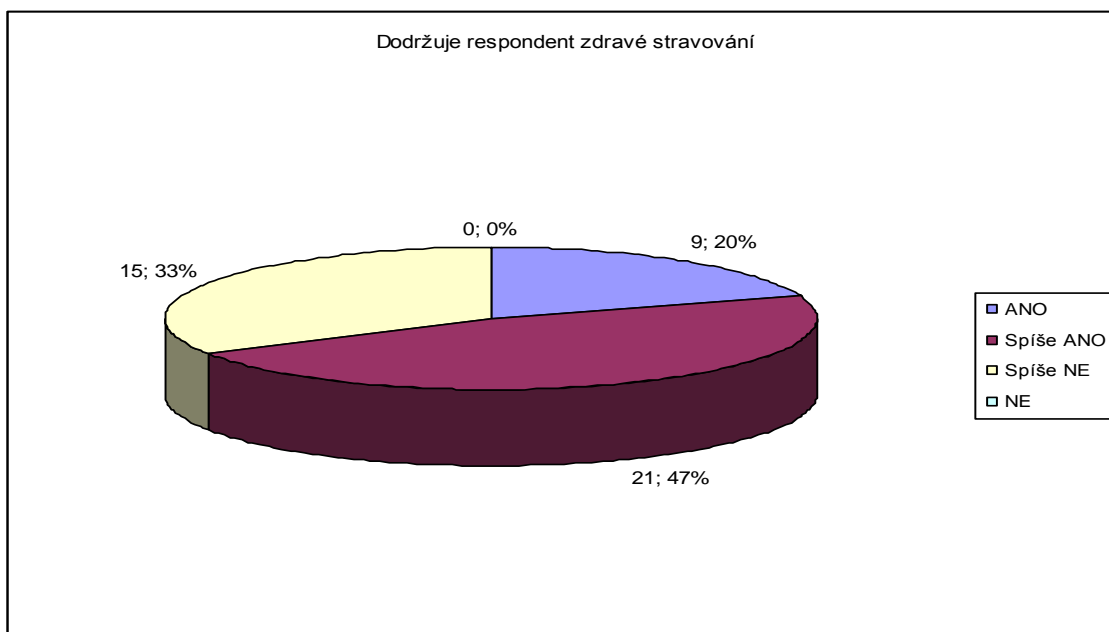
Graf 76 38 respondentů (85 %) uvedlo, že se stravují pravidelně, 5 (11 %) uvedlo spíše ano, 2 (4 %) uvedlo spíše ne.



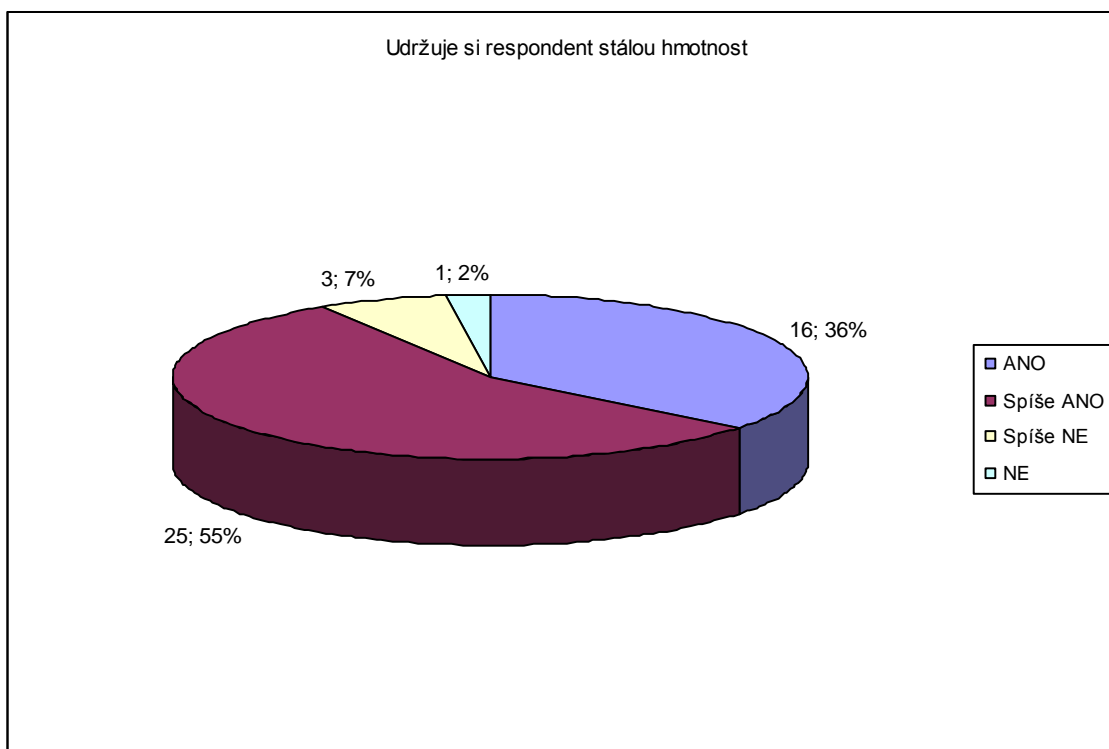
Graf 77 42 respondentů (93 %) uvedlo, že snídá, 3 (7 %) uvedlo spíše ano.



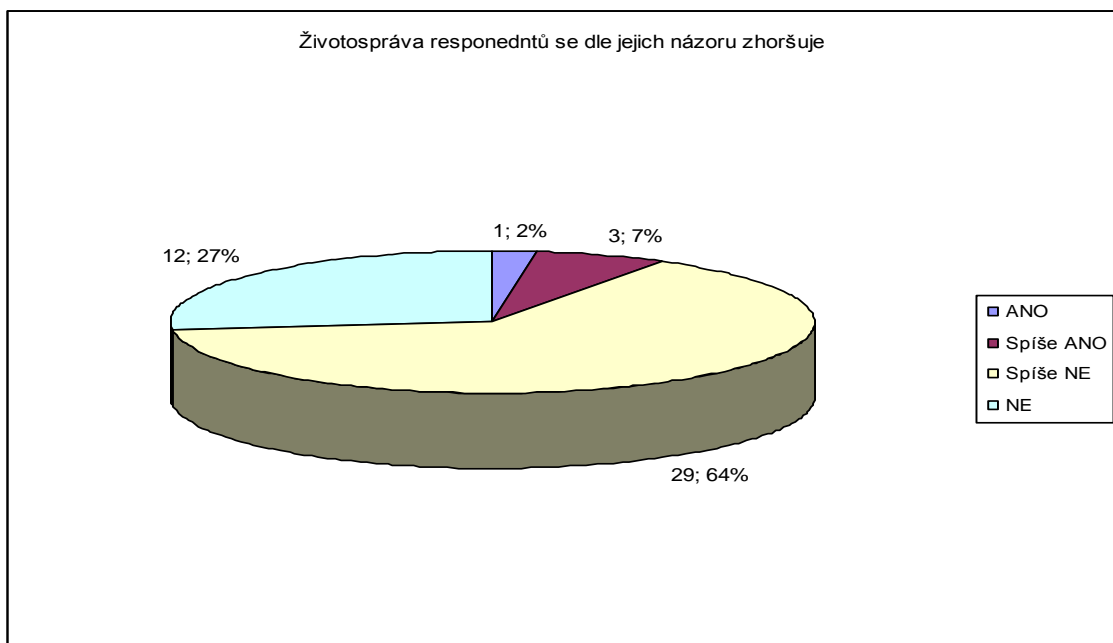
Graf 78 Zásady zdravé životosprávy zná spíše ano 25 respondentů (56 %), 18 (40 %) uvedlo ano znám, 1 (2 %) spíše ne, 1 (2 %) nezná zásady zdravé životosprávy.



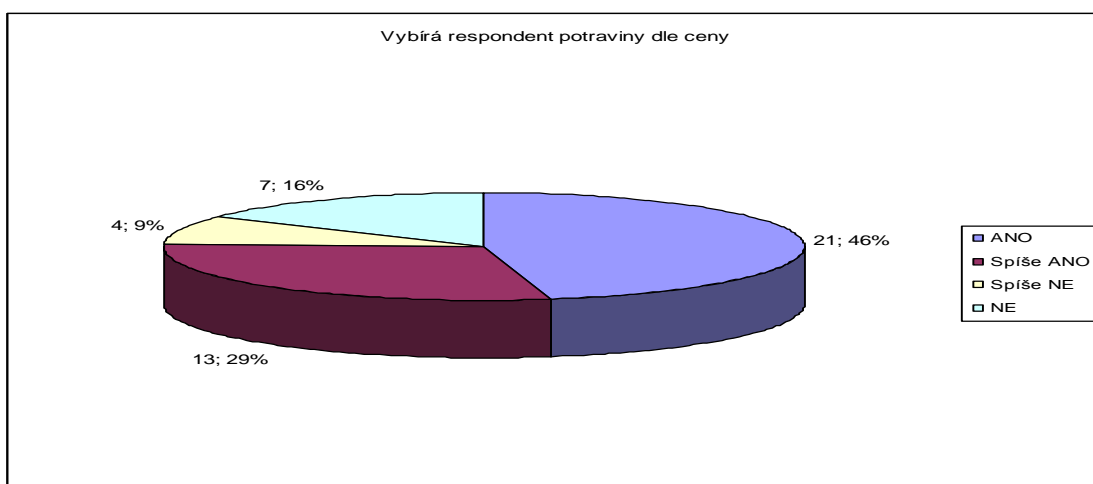
Graf 79 21 respondentů uvedlo, že dodržuje zdravé stravování spíše ano (47 %), 9 (20 %) ano, 15 (33 %) spíše ne.



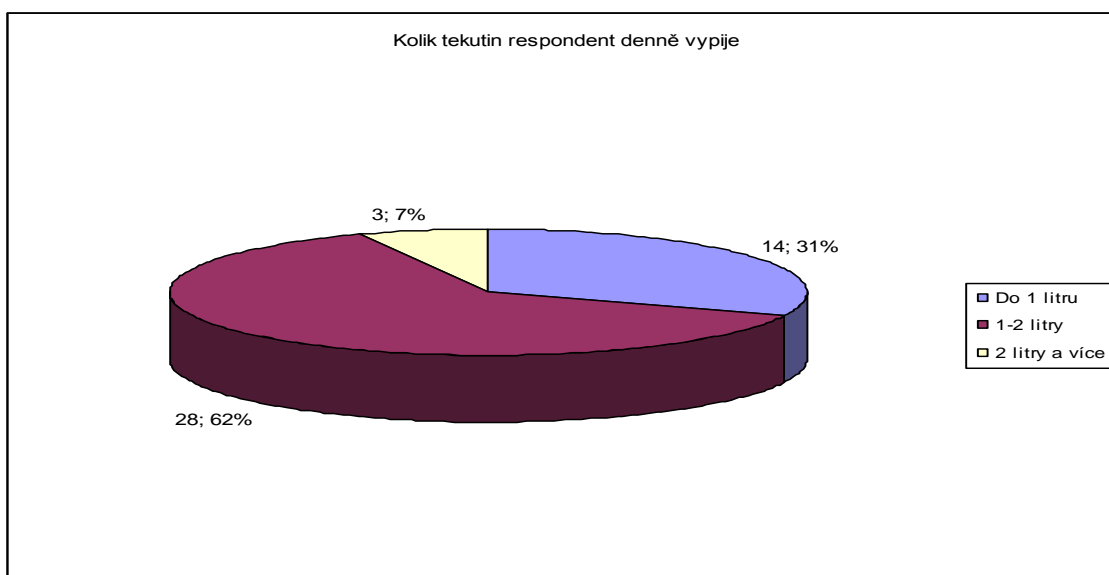
Graf 80 25 respondentů uvedlo, že udržuje stálou hmotnost spíše ano (55 %), 16 (36 %) uvedlo ano, 3 (7 %) uvedlo spíše ne, 1 (2 %) uvedl, že neudržuje.



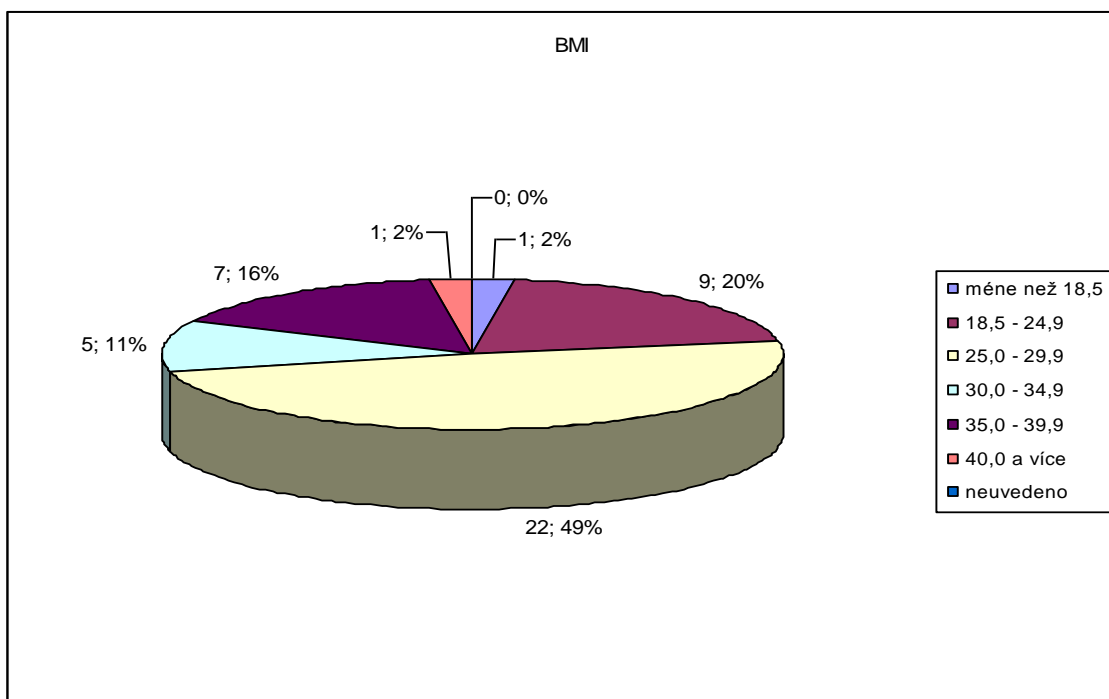
Graf 81 Životospráva dle 29 respondentů se spíše nezhoršuje (64 %), 12 (27 %) uvedlo ne, 3 (7 %) uvedlo spíše ano, 1 (2 %) uvedl ano.



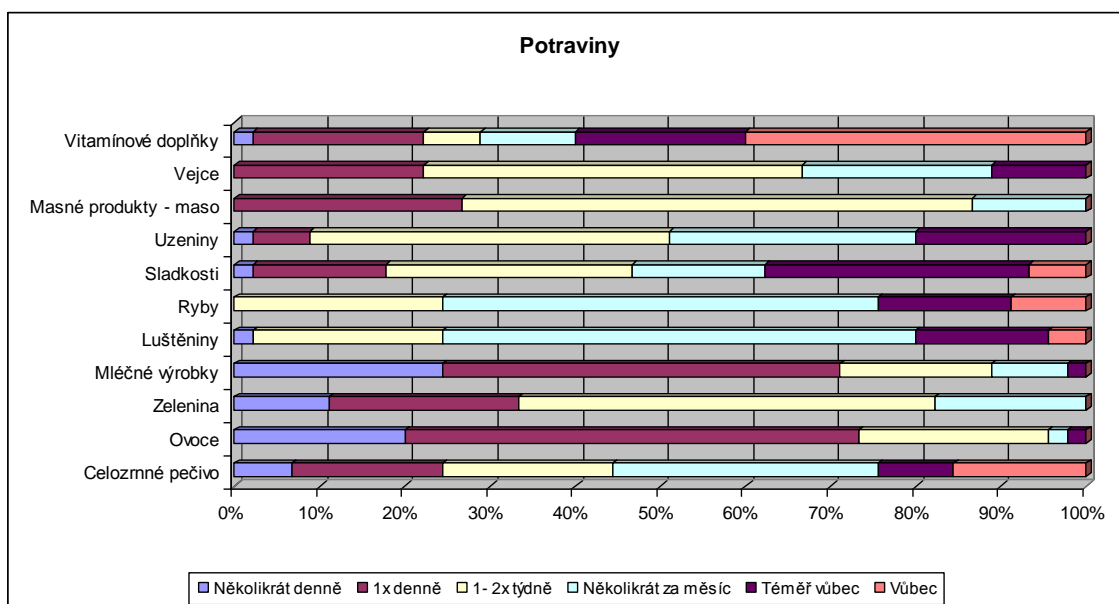
Graf 82 21 respondentů uvedlo, že vybírá potraviny dle ceny (46 %), 13 (29 %) spíše ano, 7 (16 %) ne, 4 (9 %) spíše ne.



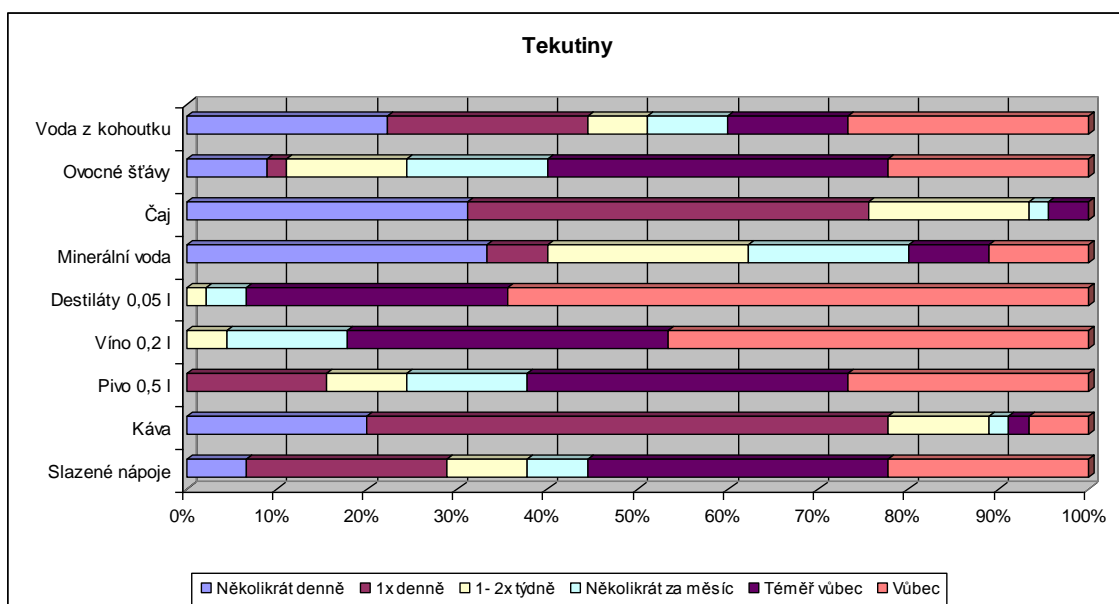
Graf 83 28 respondentů vypije denně 1-2l tekutin (62 %), 14 (31 %) do 1l, 3 (7 %) vypije 2l a více.



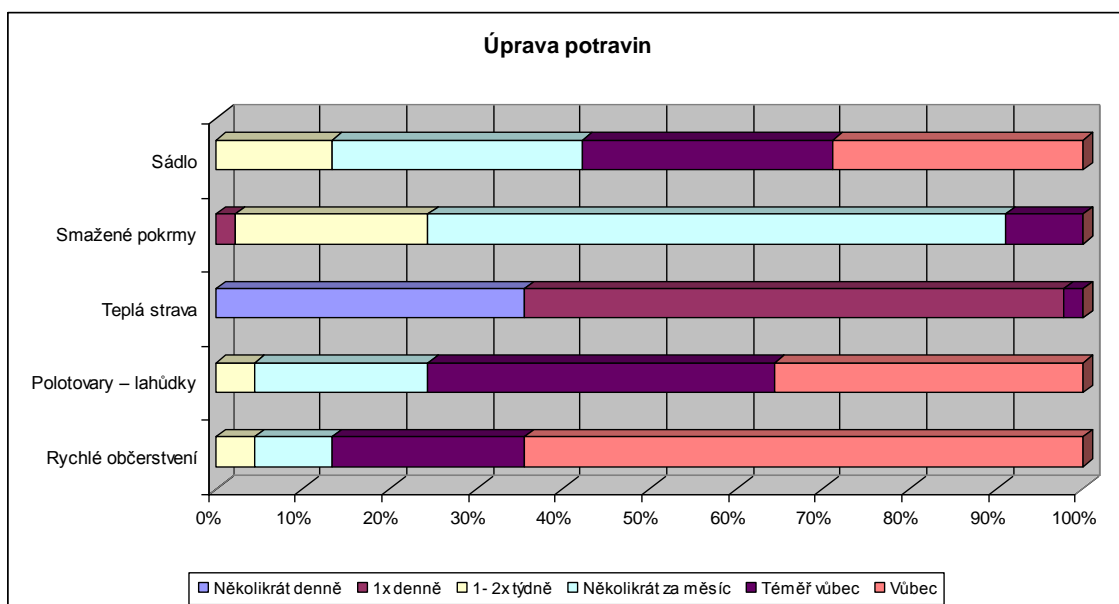
Graf 84 22 respondentů má BMI 25 – 29,9 (49 %), 9 (20 %) má BMI 18,5 – 24,9, 7 (16 %) má BMI 35 – 39,9, 5 (11 %) má BMI 30 -34,9, 1 (2 %) má BMI 40 a více, 1 (2 %) má BMI méně než 18,5.



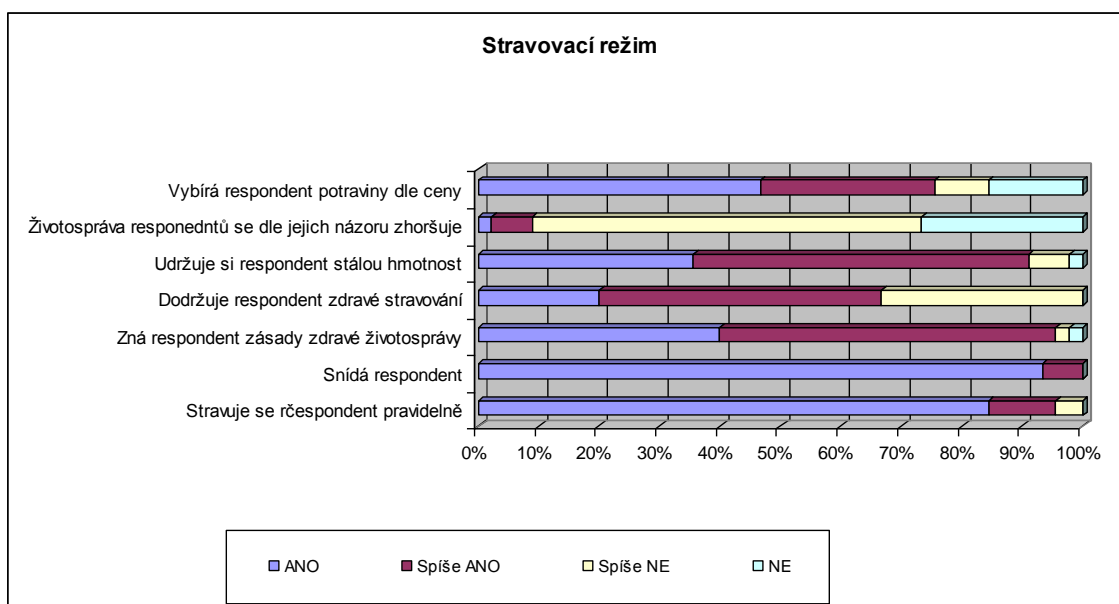
Graf 85 Sumarizační graf ukazuje přehled složení potravin u respondentů.



Graf 86 Sumarizační graf ukazuje přehled složení tekutin u respondentů.



Graf 87 Sumarizační graf ukazuje přehled úpravy potravin u respondentů.



Graf 88 Sumarizační graf ukazuje přehled stravovacího režimu u respondentů.

5. DISKUZE

Cílem bakalářské práce bylo zjistit rozdíly ve výživě seniorů žijících v domovech pro seniory a v domácí péči. Naším záměrem bylo zjistit, jak ovlivňuje životosprávu seniorů pobyt v domácí prostředí a pobyt v domově seniorů. Informace které jsme získali, se týkaly výživy, pitného režimu, a zvyklostí ve stravování. Výzkumný soubor tvořili senioři z Domova pro seniory Jezárky Strakonice a v domácí péči Vimperk.

Výzkumné šetření se orientovalo na skladbu potravin, pravidelnost ve stravování a pitný režim. Pravidelnost ve stravování je považována za nesmírně důležitou podmínku správného stravování. V našem výzkumném souboru bylo zjištěno, že senioři z Domova pro seniory se stravují pravidelněji než v domácí péči.

Do zdravé výživy patří pestrá a vyvážená strava. V této části jsme se zaměřili na složení stravy seniorů. Vybrali jsme některé vhodné a méně vhodné potraviny a zjišťovali jsme jejich zastoupení v jídelníčku respondentů. Výsledky výzkumu byly porovnány s výživovým doporučením z klinické dietologie (17). Mezi zdravé potraviny jsme zařadili – celozrnné pečivo, ovoce a zeleninu, mléčné výrobky, luštěniny a ryby. Výzkum potvrdil, že ovoce nejí v domácím prostředí 54 % respondentů, ale v domově pro seniory naopak téměř 84 % respondentů (graf 52, 8). Zeleninu nekonzumují také tak často, v domácnostech uvedlo 49% respondentů 1-2x týdně a v domově 78% respondentů několikrát za měsíc (graf 53, 9). Celozrnné pečivo si dopřejí častěji v domácnostech až 68 % respondentů, v domově ho jedí méně často (graf 51, 7). Ryby v jídelníčku jsou k mému zjištění opomíjeny v domácnostech jen několikrát za měsíc 51% respondentů a v domovech uvedlo, že 54 % respondentů nejí téměř vůbec (graf 56, 12). Mléčné výrobky jí denně častěji v domácím prostředí a to 47 % respondentů a v domově jen 38 % respondentů (graf 54, 10). Překvapením je, víc jak polovina respondentů jí málo luštěnin 56 % doma a 52 % v domovech (graf 55, 11). Je zajímavé, že při nedostatečném přísunu ovoce, zeleniny a vlákniny, která má dle doporučení kladný vliv na zdravotní stav, používají i vitamínové doplňky velmi omezeně (graf 61, 17).

Je potěšující, že počet kuřáků v našem výzkumu je jen 9 (18 %) z domova pro seniory a v domácím prostředí dokonce žádný (graf 47, 3).

Další část jsme zaměřili na nevhodné potraviny. Z výzkumného šetření je patrné, že sladkosti konzumuje v domově 26 % respondentů denně a v domácnostech 30 % respondentů téměř sladkosti nejí (graf 57, 13). V domácnostech jedí uzeniny méně často 42 % respondentů než v domovech 60 % respondentů 1-2x týdně (graf 58, 14). Sádlo téměř přes polovinu respondentů nekonzumuje (graf 75, 31). Smažené pokrmy mají častěji v domově 1-2x týdně uvedlo 46 % respondentů a v domácnostech 67 % respondentů několikrát měsíčně (graf 74, 30). Je potěšující, že většina respondentů nekonzumuje alkoholické nápoje. Pivo nepije polovina respondentů (graf 64, 20), destiláty nepijí dvě třetiny respondentů (graf 66, 22), víno nekonzumuje polovina respondentů (graf 65, 21). Dle výzkumného šetření lze potvrdit, že konzumace nevhodných potravin je u seniorů nízká. Tato skutečnost je identická s výživovým doporučením pro seniory. (6)

Pitný režim je překvapující. Přestože Turek prezentuje, že senioři přijímají málo tekutin. (20) Většina respondentů uvedlo, že vypijí denně 1-2l tekutin, 64 % respondentů v domácnostech a 62 % respondentů v domově (graf 83, 39). V domovech upřednostňují čaj 80 % respondentů (graf 24) a slazené nápoje 56 % respondentů (graf 18) několikrát za den, kávu pije jen 20 % respondentů denně (graf 19). V domácnostech pijí nejčastěji čaj denně 45 % respondentů (graf 68) a vodu z kohoutku několikrát za den 22 % respondentů (graf 70). Kávu si dopřává v domácnostech více respondentů a to 58 % respondentů 1x denně (graf 63).

Hypotéza 1 „*Senioři v domovech pro seniory se stravují pravidelněji než senioři v domácí péči*“ se potvrdila. Výsledek šetření je ovlivněn režimem provozu zařízení, které garantuje seniorovi přísun pravidelné stravy ve smlouvě. Doma si zajišťuje stravu každý senior většinou sám dle svých možností.

Hypotéza 2 „*Senioři v domovech pro seniory mají více informací než senioři v domácí péči*“ se nepotvrdila. Jako pravděpodobnou příčinu nedostatečné informovanosti respondentů z domovů pro seniory o zdravém jídelníčku, je obtížnější přístup k informacím. Respondenti z domovů pro seniory nemají takové možnosti jako

v domácnostech, kdy díky své lepší mobilitě a větší soběstačnosti mohou navštěvovat různé prezentace firem se zaměřením na zdravou výživu nebo mohou navštěvovat lékaře specialisty. V domovech mají senioři potraviny předkládány a nemají osobní zájem/motivaci zjišťovat si informace o zdravém stravování tak jako respondenti, kteří žijí v domácím prostředí a o skladbu svých potravin se starají sami. V domovech pro seniory by se měla zlepšit reedukace ze strany zdravotnického personálu, aby senioři nebyli odkázáni na různá média.

Hypotéza 3 „*Skladba jídelníčku je ovlivněna ekonomickou situací seniorů*“ se potvrdila. V domovech pro seniory je dána fixní měsíční pobytová platba, včetně celodenní stravy. Kolik peněz vydá za stravu a její složení většinou senior neovlivní. V domácnostech výzkum potvrdil, že téměř polovinu seniorů cena potravin ovlivňuje. Je to dáno jednak výší důchodu a množstvím financí, které může na potraviny vydat, zda má nějakou dietu, jestli má nějaké sociální příspěvky od státu, zda mu přispěje někdo z rodiny. Dále skladbu jídelníčku ovlivňuje dostupnost obchodu s potravinami, ceny a reklama.

Hypotéza 4 „*Senioři v domovech pro seniory dodržují zásady zdravé výživy*“ se nepotvrdila. Respondenti z domova pro seniory a z domácí péče odpověděli shodně. Polovina dotázaných seniorů volila odpověď spíše ano. Důvodem je slabá edukace nebo malá motivace v dodržování zdravého jídelníčku. Ve starším věku je i malá vůle na změny.

6. ZÁVĚR

Bakalářská práce je zaměřena na rozdíly ve výživě seniorů žijících v domově pro seniory a v domácí péči. Cílem práce bylo zjistit informovanost seniorů o zdravé výživě, zmapovat stravovací návyky seniorů a zjistit zda skladbu výživy ovlivňuje ekonomická situace seniorů.

K naplnění cílů práce byla zvolena metodika kvantitativního výzkumu provedená technikou dotazníku. Výzkumný soubor tvoří celkem 95 respondentů. I. výzkumný soubor tvoří respondenti z domova pro seniory ze Strakonice a II. výzkumný soubor tvoří senioři v domácí péči Vimperk. První soubor tvoří 50 respondentů a druhý soubor tvoří 45 respondentů.

Výzkumné šetření ukázalo, že informovanost o zdravé výživě je lepší v domácí péči než v domově důchodců. Stravovací návyky seniorů jsou naopak lepší v domovech důchodců, kde je zajištěno pravidelné podávání stravy během dne. Toto zjištění potvrzují výsledky dat, kdy všichni respondenti žijící v domovech pro seniory dostávají denně teplou stravu na rozdíl od seniorů žijící v domácí péči. Ekonomická situace ovlivňuje skladbu výživy převážně v domácí péči, protože většina seniorů v domácí péči vybírá potraviny dle ceny. Pozitivním zjištěním je, že většina respondentů se stravuje pravidelně, snídá a nekouří tabákové výrobky. Dále je potěšující, že nadpoloviční většina respondentů vypije jeden až dva litry tekutin denně. Při srovnání skupin se projevil rozdíl ve skladbě tekutin. Senioři v domovech preferují čaj a slazené nápoje, na rozdíl od seniorů v domácí péči, kteří více preferují čaj a vodu z kohoutku. Respondenti nekonzumují alkoholické nápoje. Bohužel výzkum prokázal nízkou konzumaci zeleniny a ovoce mezi seniory.

Výzkum prokázal, že senioři žijící v domovech pro seniory mají lepší stravování než senioři v domácí péči. Zdravá výživa u seniorů je velmi důležitá a vede ke zlepšení imunity a pohody seniora a může zabránit vzniku onemocnění a proto je zásadní klást důraz na zdravou výživu u těchto klientů. Myslím si, že je důležité zlepšit edukaci v primární péči a domovech seniorů a neopomíjet tuto věkovou kategorii.

Navrhuji s výsledky této práce seznámit vedoucí pracovníky Domova pro seniory a seniory v domácí péči a jejich rodinné příslušníky, kde se výzkum prováděl, pro jejich analýzu problémů ve výživě a možnou nápravu nedostatků. Možnost seznámit seniory s výsledky formou prezentace. Prostřednictvím praktických lékařů je možné zajistit pomoc nutričního terapeuta, který sestaví jídelníček pro seniora individuálně dle potřeb a nutričních standardů. Zavést nutriční screening v ordinacích PL a pravidelně v určitém časovém období sledovat změny ve výživě u seniora. Zavést ošetrovatelský standard nutriční péče, s využitím škál k hodnocení stavu výživy, jako součást ošetrovatelské dokumentace v Domovech pro seniory a agenturách domácí péče. Pro lepší informovanost pořádat více besed s odborníky na téma o výživě, nabízet edukační materiály s touto tematikou v tištěné podobě či na DVD, v rámci ergoterapie prezentace zdravých potravin a ukázkou přípravy jídel, kde se mohou aktivně zapojit. Správná motivace je cestou ke zlepšení zdravého životního stylu seniorů.

7. SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

1. DEMA a.s. Google [online]. 2002 [cit. 2011-08-11]. Google. Dostupné z WWW: <<http://www.dokurte.cz/download/DEMA-pruzkum.pdf>>.
2. JAROŠOVÁ, D. *Úvod do komunitního ošetrovatelství*. Vyd. 1. Praha: Grada Publishing, a.s., 2007. 100 s. ISBN 978-80-247-2150-7.
3. GROFOVÁ, Z. *Nutriční podpora*. Vyd. 1. Praha 7 : Grada, 2007. 248 s. ISBN 978-80-247-1868-2.
4. KALVACH, Z. *Stáří jako příloha periodika Florence*. Vyd. 1. Semily : Galén, 2006. 44 s. ISBN 80-7262-455-5.
5. KALVACH, Z., et al. *Geriatrické syndromy a geriatrický pacient*. Vyd. 1. Praha 7 : Grada, 2008. 336 s. ISBN 978-080-247-2490-4.
6. KAPOUNOVÁ, G. *Ošetrovatelství v intenzivní péči*. Vyd. 1. Praha 7 : Grada, 2007. 352 s. ISBN 978-80-247-1830-9.
7. KLEVETOVÁ, D.; DLABALOVÁ, I. *Motivační prvky při práci se seniory*. Vyd. 1. Praha 7 : Grada, 2008. 202 s. ISBN 802-4721-69-4.
8. MALÍKOVÁ, E. *Péče o seniory*. Vyd. 1. Praha 7 : Grada, 2010. 328 s. ISBN 978-80-247-3148-3.
9. MARKOVÁ, E.; VENGLÁŘOVÁ, M.; BABIAKOVÁ, M. *Psychiatrická ošetrovatelská péče*. Vyd. 1. Praha 7 : Grada, 2006. 352 s. ISBN 80-247-1151-6.
10. MASTILIAKOVÁ, D. *Úvod do ošetrovatelství . I.díl Systémový přístup*. Vyd. 1. Praha : Karolinum, 2004. 187 s. ISBN 80-246_0429_9.
11. MIKŠOVÁ, Z., et al. *Kapitoly z ošetrovatelské péče*. Vyd. 1. Příbram : Grada, 2006. 248 s. ISBN 80-247-1442-6.
12. Ministerstvo práce a sociálních věcí [online]. 2006 [cit. 2011-08-11]. Seznam. Dostupné z WWW: <<http://www.mpsv.cz/cs/9>>.

13. PROŠKOVÁ, E. Google [online]. c2011 [cit. 2011-08-08]. Eroeduka. Dostupné z WWW: <eroeduka. eu/ stahnout / 20080924 / 3. pdf>.
14. VENGLÁŘOVÁ, M.; MAHROVÁ, G. Komunikace pro zdravotní sestry. Vyd. 1. Praha 7 : Grada, 2006. 144 s. ISBN 80-247-1262-8.
15. VENGLÁŘOVÁ, M. Problematické situace v péči o seniory. Vyd. 1. Praha 7 : Grada, 2007. 96 s. ISBN 978-80-247-2170-5.
16. STEINBAUEROVÁ, M. ; ČERNÁNSKÁ, R. Zlozvyky ve stravě seniorů. *Diagnóza v ošetrovatelství*. 2006, roč. II, č. 7, s. 252-253. ISSN 1801-1349
17. SUCHARDA, P. Klinická dietologie II. část. Vyd. 1. Brno : IDVPZ, 1995. 188 s. ISBN 80-7013-200-0.
18. SVAČINA, Š., et al. Klinická dietologie. Vyd. 1. Praha 7 : Grada, 2008. 384 s. ISBN 978-80-247-2256-6.
19. ŠAFRÁNKOVÁ, A.; NEJEDLÁ, M. Interní ošetrovatelství. Vyd. 1. Praha 7 : Grada, 2006. 280 s. ISBN 80-247-1148-6.
20. TUREK, B.; DOSTÁLOVÁ, J. Výživa ve stáří. Vyd. 1. Praha : ÚZIP, 2002. 57 s. ISBN 80-85120-54-2.
21. VORÁČEK, L. Právní předpisy nejen pro hlavní, vrchní, staniční sestry. Vyd. 1. Praha 7 : Grada, 2005. 100 s. ISBN 802-4711-982.

8. KLÍČOVÁ SLOVA

Senior

Domácí péče

Edukace

Ošetrovatelská péče

Výživa

Sestra

9. PŘÍLOHY

Příloha 1 – Dotazník

Vážená paní, vážený pane,
jsem studentkou 3. ročníku, oboru Všeobecná sestra na ZSF JU v Českých Budějovicích a obracím se na Vás s prosbou o vyplnění dotazníku. Dotazník je anonymní. Všechny údaje budou považovány za důvěrné a budou použity pouze ke zpracování mé bc. práce na téma : Výživa seniorů. Odpovědi prosím zakřížkujte nebo vypište. Předem děkuji za spolupráci.

Běla Hraňová

1. Jste:

- Žena
- Muž

2. Žijete:

- V domově pro seniory
- Sám
- S manželem/manželkou - druhem/družkou
- S dětmi – s rodinou

3. Kouříte?

- Ne
- Ano

4. Máte dietní omezení?

- Ano, jaké?
.....(prosím vypište)
- Ne

5. Jak často se stravujete?

- 2x denně
- 3x denně
- 4x denně
- 5x denně a vícekrát

6. Jakým způsobem si zajišťujete stravu?

- Domov pro seniory
- Vařím si sám/sama
- Vaří mi rodinní příslušníci
- Zajištěním služby s dodáním stravy
- Navštěvuji restaurační zařízení
- Jiné(prosím vypište)

Odpovědi prosím označte v tabulce křížkem

POTRAVINY	Několikrát denně	1x denně	1- 2x týdně	Několikrát za měsíc	Téměř vůbec	Vůbec
Celozrnné pečivo						
Ovoce						
Zelenina						
Mléčné výrobky						
Luštěniny						
Ryby						
Sladkosti						
Uzeniny						
Masné produkty - maso						
Vejce						
Vitamínové doplňky						

Odpovědi prosím označte v tabulce křížkem

NÁPOJE	Několikrát denně	1x denně	1- 2x týdně	Několikrát za měsíc	Téměř vůbec	Vůbec
Slazené nápoje						
Káva						
Pivo 0,5 l						
Víno 0,2 l						
Destiláty 0,05 l						
Minerální voda						
Čaj						
Ovocné šťávy						
Voda z kohoutku						

Odpovědi prosím označte v tabulce křížkem

ÚPRAVA POTRAVY	Několikrát denně	1x denně	1- 2x týdně	Několikrát za měsíc	Téměř vůbec	Vůbec
Rychlé občerstvení						
Polotovary – lahůdky						
Teplá strava						
Smažené pokrmy						
Sádlo						

Odpovědi prosím označte v tabulce křížkem

STRAVOVACÍ REŽIM	ANO	Spíše ANO	Spíše NE	NE
Stravujete se pravidelně?				
Snídáte?				
Znáte zásady zdravé životosprávy?				
Dodržujete zdravé stravování?				
Udržujete si stálou hmotnost?				
Vaše životospráva se zhoršuje?				
Vybíráte potraviny dle ceny?				

7. Kolik tekutin denně vypijete?

- Do 1 litru
- 1-2 litry
- 2 litry a více

8. Vypište prosím Vaší váhu a výšku:

- Váha
- Výška

Děkuji za spolupráci a vyplnění dotazníku. Běla Hraňová tel.: 607 983 314