

**JIHOČESKÁ UNIVERZITA  
V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH**

**Pedagogická fakulta**

**BAKALÁŘSKÁ PRÁCE**

**2009**

**LUCIE ŠNAJDROVÁ**

**JIHOČESKÁ UNIVERZITA  
V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH**

PEDAGOGICKÁ FAKULTA  
KATEDRA VÝCHOVY KE ZDRAVÍ

**Bakalářská práce**

na téma

**Stravovací návyky seniorské generace  
se zaměřením na klienty následné péče.**

**(Alimentation habit senior generation with intent on klient resulting care.)**

Vedoucí práce:           Mgr. Jan Schuster

Vypracovala:           Lucie Šnajdrová

České Budějovice, duben 2009

UNIVERSITY OF SOUTH BOHEMIA ČESKÉ BUDĚJOVICE

FACULTY OF EDUCATION DEPARTMENT OF HEALTH  
EDUCATION

BACHELOR THESIS

ALIMENTATION HABIT SENIOR GENERATION WITH  
INTENT ON KLIENT RESULTING CARE

Supervisor:	Mgr. Jan Schuster
Name of the autor:	Lucie Šnajdrová
Field of study:	Health Education

Prohlašuji, že jsem svoji bakalářskou práci „Stravovací návyky seniorské generace se zaměřením na klienty následné péče“ vypracovala samostatně pod odborným vedením Mgr. Jana Schustera, 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 diplomové 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.

.....  
Lucie Šnajdřová

## **OBSAH:**

<b>1. ÚVOD</b>	<b>3</b>
<b>2. ROZBOR LITERATURY (TEORETICKÁ ČÁST)</b>	<b>6</b>
<b>2.1 Projevy stárnutí</b>	<b>6</b>
2.1.1 Obecné rysy stárnutí	6
2.1.2 Co je stárnutí	6
2.1.3 Senior a jeho potřeby	8
<b>2.2 Specifika výživy ve stáří</b>	<b>9</b>
2.2.1 Kvalitní strava ve stáří	9
2.2.2 Faktory, ovlivňující stravování ve stáří	10
2.2.3 Metabolismus ve stáří	11
2.2.4 Zásady pro správnou výživu	12
2.2.5 Složení stravy seniorů	13
2.2.6 Doporučený příjem potravy	13
2.2.7 Živiny ve stravě seniorů	16
2.2.8 Zásady zdravé výživy ve vyšším věku	18
<b>2.3. Důsledky poruch výživy</b>	<b>20</b>
2.3.1 Malnutrice u seniorů	20
2.3.2 Syndrom malnutrice a anorexie	21
2.3.3 Jak předejít podvýživě	22
2.3.4 Obezita	22
2.3.5 Dehydratace a pitný režim	24
<b>2.4. Důsledky nesprávné výživy</b>	<b>25</b>

<b>3. EXPERIMENTÁLNÍ ČÁST (PRAKTICKÁ ČÁST)</b>	<b>27</b>
3. 1. Cíl šetření	27
3. 2. Úkoly práce	27
3. 3. Vědecké otázky	27
3. 4. Metody techniky sběru dat	27
3. 5. Charakteristika experimentálního šetření	29
<b>4. VÝSLEDKY A DISKUZE</b>	<b>29</b>
4. 1. Grafy, tabulky, diskuze k výsledkům	29
<b>5. ZÁVĚR</b>	<b>68</b>
<b>6. PŘÍLOHOVÁ ČÁST</b>	<b>70</b>
6. 1. Dotazník	70
6. 2. Použitá literatura	74

## 1. Úvod

Co člověk potřebuje, aby dlouho žil? Stručně a jednoduše řečeno, mají na to vliv čtyři faktory:

- Vhodná, racionální výživa
- Péče o pokožku – jejíž význam obvykle nedoceňujeme
- Dostatek pohybu a okysličování na čerstvém vzduchu
- Péče o nervy neboli vlídná povaha a schopnost projevovat nadšení

Zdravá strava zaručuje silný organismus odolný proti nemocem. Bystrou, jasnou mysl. Pevné zdraví. „Mladistvé“ stáří neboli prodloužené období tvůrčího života a schopnost pracovat. Neracionální strava má za následek slabý organismus, snadno podléhající nemocem a s nedostatečnou obrany-schopností. Pomalé, těžkopádné myšlení. Rychle se dostavující únava a ochablost. Předčasné stáří se všemi svými nepříjemnými projevy. Člověk se obvykle živí rostlinnou i živočišnou potravou. Někteří lidé se však domnívají, že dobrého zdraví dosáhnou jen tehdy, když se budou odříkat masa a takřka všech potravin živočišného původu. Takové názory zastávají stoupenci vegetariánství. Dietetikové však prohlašují, že naši stravu mají tvořit z 1/5 potravin živočišného původu a ze 4/5 potravin původu rostlinného. Jestliže však někdo odmítá maso a raději konzumuje vejce, sýry, mléko a podobně, je to už jeho věc.

Dnešní gerontologie svými poznatky o stárnutí nám dává možnost žít tak, aby se náš život stále více prodlužoval, abychom přidávali nejen roky životu, ale i život rokům (Hocman, 1985).

Stáří je obdobím života člověka, pro které je typická celá řada zásadních změn. Bývá vnímáno spíše negativně a zároveň je spojováno s mnoha nepravdivými mýty, kterým podléhá nejenom mladá generace. Ve dvaceti nebo třiceti letech má člověk pocit, že se ho stáří netýká – jen těžko si představuje, že jednou bude také starý. Vzhledem k tomu, že se hranice pro maximální délku života stále zvyšuje, je potřeba se otázkou stáří a stárnutí zabývat a - *a to je již od mládí*. Na straně jedné naučit se žít se starší generací a na straně druhé aktivně se podílet na přípravě vlastního stáří.

Samo stáří je obtížně definovatelná fáze života, v níž se nápadněji projevuje involuce, souhrn involučních změn (zánikových, „poklesových“, atrofických), se zhoršováním zdatnosti, odolnosti a adaptability organismu. Z medicínského hlediska hovoříme o involučním úbytku potenciálu zdraví. Často dochází k rozporům mezi kalendářním věkem člověka a věkem biologickým. Mnozí lidé jsou na svůj věk neobvykle zdatní a výkonní, jiní působí předčasně zestárlým /protetickým dojmem. V hospodářsky vyspělých zemích se obvykle za počátek kalendářního stáří považuje věk 65 let. Často se však o věku 65 – 74 let někdy dokonce 65 – 79 let hovoří jen jako o počínajícím stáří a hranice vlastního stáří se posouvá do věku 75 – 80 let. Za dlouhověkost se považuje věk 90 a více let, i zde však dochází k posunu až k hranici 100 let. Příčinou posouvání hranic stáří do vyššího věku je přibývání seniorů a zlepšování jejich zdravotního i funkčního stavu. (Kalvach, Onderková, 2006).

Jak již bylo řečeno, vhodná skladba potravy má důležitý vliv na zdraví seniorů. Zvláště v případech, kdy si jedinec nemůže svobodně vybrat a je odkázán na konzumaci konkrétní podávané stravy je potřeba dbát na její vhodnost. S touto problematikou se setkáváme zvláště v zařízeních pro dlouhodobé pobyty seniorů.

Takovým místem pobytu seniorů jsou léčebny dlouhodobě nemocných (LDN). Jsou-li začleněny do zdravotnických zařízení se společnou kuchyní, dochází k problémům díky nemocničnímu systému stravování, sestavenému zejména pro krátkodobé hospitalizace. Nemá-li LDN vytvořenu samostatnou dietu, stravování je většinou nevyhovující. Tím se prohlubuje výživová karence a prodlužuje délka hospitalizace. Přitom stravu lze doplňovat a upravovat podle potřeb nemocného, například výběrem z připravovaných jídel. Mnohdy tato varianta stačí, protože klient si uvědomí, že na něm někomu záleží a má možnost volby. Současně si cvičí paměť (co jste si vybral k obědu?). Nic nebrání ani zapojení příbuzných, kteří v přijatelném množství přinesou to, co má jejich blízký rád.

Další variantou pro dlouhodobý pobyt seniorů jsou domovy důchodců. 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. Ta by také měla být konzultantkou v případě různých onemocnění.



Problémem může být i potřeba dodržovat dietní systém, který by měl být jiný než nemocniční. Prospěšné, ale odborně a časově náročné by bylo sestavení rámcového systému. Ten je možné ve spolupráci s dietní sestrou flexibilně upravovat podle skladby obyvatel. 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, například neslanou (ale bez určení, na kolik gramů soli a na jak dlouho má být připravena) či šetřící. Tuto dietu pak klient dostává dlouhodobě. Přitom je pro něj stresující, když spolustolovník obědvá vepřovou s knedlíkem a zelím a on má vepřovou se šťávou. Zaživačí potíže nepocituje a na zelí má chuť (pokud zaměním zelí salátem, je na místě ještě otázka, proč bráním v příjmu vitamínů z přírodních zdrojů). Je-li dostatečně aktivní, raději si dojde na oběd do restaurace nebo nakoupit „specialitu“ do obchodu. Kvalitní a pro něj vhodně připravenou stravu tak mění za podstatně méně hodnotnou, případně výslovně nevhodnou. Nemá-li tuto možnost, raději nejí a pozvolna upadá do deprese a rychle do malnutrice.

## **2. ROZBOR LITERATURY (TEORETICKÁ ČÁST)**

### **2.1 Projevy stárnutí**

#### **2.1.1 Obecné rysy stárnutí**

Dříve, než začneme mluvit o celkovém procesu stárnutí, je nutné si objasnit, že stáří by nemělo být spojováno s koncem života, přestože smrtí končí. Zároveň je třeba stanovit určitá chronologická měřítká, která pomohou starého nebo staršího člověka definovat. Od počátku přitom mějme na paměti, že v mnoha případech mohou takové klasifikace působit nepříjemně .

V současné době je podle měřítek Světové zdravotnické organizace (WHO) definován starý člověk jako člověk starší 60 let. Od tohoto věku jsou stanoveny následující kategorie:

Třetí věk	60 – 74 let
Čtvrtí věk	75 – 89 let
Vysoký věk	90 – 99 let
Staletí	více než 100 let (Viqué a kol., 2006)

#### **2.1.2 Co je stárnutí?**

Je stárnutí nemoc? Nebo je to „jen“ pokračování normálního vývoje organismu? Po mnoho a mnoho let, dokonce století, se zastánci jednotlivých názorů přeli o tuto zdánlivě prostou otázku. Odpověď na ni však není jednoduchá. Dnešní názory na stárnutí jsou takové, že tento proces je normální součástí života a vývoje organismu, v němž významnou roli hraje oxidativní stres a akumulace eoxidativních poškození buněk volnými radikály (Bokov a kol., 2004).

Jako plod dozrává v živého jedince, dítě dospěje v muže či ženu, tak také dospělý člověk se změní ve starce, kterého na konci životní dráhy očekává nevyhnutelná smrt. Stárnutí se tedy považuje za nevratný proces, tak jako vývoj plodu nebo nástup puberty. „Udělat“ ze starce mladíka je právě tak nemožné jako zvrátit vývoj plodu v děloze. Z tohoto hlediska zřejmě není možné najít lék, který by zaručil věčnou

mladost, zvrátil proces stárnutí. Čeho se však dá reálně dosáhnout, je prodloužení života, zejména prodloužení jako aktivní části: zabezpečení dlouhého, činorodého stáří, kdy by člověk mohl až do své smrti plně ovládat své duševní a tělesné síly (Hocman, 1985).

Je to proces opotřebení, ve kterém se sčítají změny, k nimž dochází během celého života organismu. Tyto změny nastávají na všech úrovních: tělesné (vnější vzhled, konstituce), psychické, funkční a biochemické. Stárnutí ve svém důsledku znamená snížení schopnosti adaptace a funkčních rezerv všech orgánů a soustav organismu při stresových situacích, což vytváří predispozice k nemoci. Nicméně proces stárnutí je individuálně velmi rozmanitý. Můžeme najít jedince, kteří bez větších zdravotních problémů dosáhnou 90 let nebo i více jen s drobnými zdravotními potížemi. (Viqué a kol., 2006).

Za normální stárnutí považujeme takové, ke kterému dochází pouze v důsledku plynutí času. Naopak stárnutí patologické závisí na nashromážděných poškozeních, vznikajících v důsledku nemocí nebo působením faktorů prostředí, ve kterém jedinec žije. (Viqué a kol., 2006).

Mezi faktory, které ovlivňují negativně proces stárnutí, patří:

- nadměrný příjem potravy
- stres
- vysoký krevní tlak
- tabák a alkohol
- obezita
- osamocenosť, malé společensko-pracovní zapojení
- sedavý způsob zaměstnání.

Dále existují faktory, které proces stárnutí zpomalují:

- klidný spánek
- častá fyzická aktivita
- zdravá výživa
- společenské a pracovní zapojení (Viqué a kol., 2006)

### 2. 1. 3 Senior a jeho potřeby

Potřeba je projevem nedostatku, který by měl být odstraněn. Je to něco, co potřebujeme pro svůj život a vývoj (Jarošová, 2006).

Neuspokojená potřeba vede k deprivaci, ke strádání. Většina psychologických typologií lidských potřeb je dělí na okruh vztahujících se k tělesné pohodě; k psychické rovnováze a bezpečí; okruh souvisící se vztahy k blízkým lidem (patřit k někomu, milovat někoho, být milován); okruh vztahujících se ke společenskému uplatnění a okruh spirituálních potřeb (rozumět sobě, lidem, světu, chápat smysl života) (Matoušek, 2003).

Ve známé Maslowově pyramidě jsou potřeby členěny do pěti stupňů. První kategorie fyziologické potřeby, druhá kategorie potřeba bezpečí, třetí kategorie sociální potřeby, čtvrtá kategorie potřeba autonomie a pátá kategorie potřeba seberealizace (Matoušek, 2003).

Potřebou není jen to, co potřebujeme, ale hlavně to, k čemu skrze ni směřujeme, kupříkladu senioři některé potřeby téměř nepociťují, např. málokdy si řeknou o pití, které může způsobit dehydrataci. (Pichaud, Thareanová, 1998).

Základními potřebami jsou potřeby fyziologické. Neuspokojení jedné z fyziologických potřeb může ovlivnit celkový stav a zdraví. Fyziologické potřeby jsou spojeny se základním fungováním organismu a patří k nim např. výživa, vylučování, pohyb, apod.. Fyziologické potřeby jsou velice důležité, a proto jejich uspokojení věnujeme nejvíce času (Pichaud, Thareanová, 1998).

Ve stáří se potřeby mění. U seniorů je prvotní uspokojovat potřeby jako příjem potravy, vylučování, spánek a relaxace. Senioři požadují teplo a pohodu, ale často si neuvědomují potřebu tekutin (Jarošová, 2006).

## **2. 2 Specifika výživy ve stáří**

### **2. 2. 1 Kvalitní strava ve stáří**

S názorem, že čím je člověk starší, tím méně stravy potřebuje, a ta může být jednotvárná a kareční, se bohužel setkáváme dosud. Představa o množství vypitých tekutin lidem často zcela chybí. Přitom je známo, že nedostatečná výživa se u každého odrazí na jeho zdravotním stavu. Tělo nejprve spotřebuje rychle mobilizovatelné rezervy - glykogen, potom tuk a pak svalovou hmotu. Tento proces může být narušen jak stresem v důsledku choroby, tak i stravou s jednostranným přívodem sacharidů a nedostatkem ostatních živin, což je typický případ stravování seniorů. Organismus pak spotřebovává bílkoviny svalové a není schopen využít tuk. Tím dochází k narušení obranyschopnosti, hojení, k poruše transportu například antibiotik do tkání a k závažnému omezení hybnosti (Topinková, 2005).

#### **Desatero výživy seniorů**

- Pravidelná strava, co možná nejpestřejší
- V případě potřeby stravu mechanicky upravit
- Brát ohled na sociální situaci a zdravotní stav
- Brát zřetel na chuťové preference
- Dostatečný energetický příjem s ohledem na současný zdravotní stav
- Dodržovat pitný režim
- Věnovat důraz na dostatečný příjem kvalitních bílkovin
- Preferovat kvalitní rostlinné tuky a oleje
- Dostatečný příjem ovoce a zeleniny
- Hlídat příjem minerálních látek, zejména zinku, vápníku a železa (FVZ, 2008, online).

### 2. 2. 2 Faktory, ovlivňující správné stravování ve stáří

Faktorů, které snižují chuť k jídlu a ovlivňují přívod potravy, je dle Tamary Starnovské mnoho (přístupné z [www](#)). Některé problémy spojené s nutricí souvisí s celoživotními nevhodnými nutričními návyky. Výživu starších osob ovlivňuje pozadí sociální, jako je nízký finanční příjem, sociální izolace, nedostatek podpory ze strany rodiny, přítel a komunity, depresivní stavy, nespokojenost se životem, snížená pohyblivost a aktivita.

Přítom stravování hraje v životě seniorů daleko významnější roli, než tomu je ve věku mladším. Rituály a aktivita spojená s plánováním jídel, získávání nových dovedností a znalostí, nákup a příprava stravy mohou být významným prvkem zvyšování kvality života seniorů. Stravování sehraje také roli společenského stimulu (FVZ, 2008, on-line).

Mnoho faktorů ovlivňujících příjem potravy je zdravotního charakteru. Jsou to různé chronické nemoci a poruchy, zvláště poruch gastrointestinální, mentální poruchy (deprese, zmatenost, demence aj.), pohybová dyskoordinace a imobilita, užívání léků, alkoholismus, chuťové a čichové averze, ztráta chuti a špatný stav dentice (FVZ, 2008, on-line).

- Špatný stav chrupu – neúplný chrup, nepřizpůsobená zubní protéza a bezzubost znamenají problémy se žvýkáním.
- Fyzická slabost a invalidita – snižují možnosti starého člověka se o sebe postarat. Jsou problémem při nákupu a přípravě potravin. Důsledkem fyzické slabosti, invalidity, a proto i menší fyzické aktivity, bývá nižší příjem potravy a problémy s výživou.
- Zrakový deficit – může ztížit požití potravy.
- Poškození chuti a čichu – chybí zájem o jídlo, ztrácí se chuť k jídlu a snižuje se příjem potravy. Nejvíce se to týká slané a sladké chuti.
- Ztráta zažívacích sekretů – u starších lidí je méně zažívacích sekretů, jsou horší kvality, a to jak na úrovni slinných žláz, tak žaludku, slinivky břišní a střev.

- Těžkosti při zažívání – především při využití železa, vitamínu B 12 a vápníku. Stěny střeva ztrácejí schopnost regenerace, a tím se zmenšuje povrch pro vstřebávání výživných látek.
- Zácpa – menší střevní plochy pro vstřebávání, svalová atrofie, menší pohyblivost střev a nedostatek cvičení či nepřítomnost vlákniny ve stravě podporují problémy se zácpou.
- Snížení metabolismu – vzniká jako důsledek úbytku aktivních tkání.
- Změny ve stavbě těla – sklon ke tloustnutí a ztrátě svalové hmoty, celkové snížení množství vody v těle, ztráta kostní hmoty (osteoporóza) a ztráta elasticity vazivových tkání.
- Změny v metabolismu sacharidů – mohou způsobit zvýšení hladiny tuku v krvi. To je někdy spojeno s nedostatečným ukládáním chromu.
- Vzájemné působení léků a výživných látek – u starších osob je časté užívání většího množství léků, které mohou změnit vstřebávání, metabolismus nebo vylučování některých výživných látek.
- Větší potřeba výživných látek – například u žen je to vápník po období menopauzy.
- Menší fyzická aktivita – tudíž menší potřeba energie (Viqué a kol., 2006)

### **2. 2. 3 Metabolismus ve stáří**

Celková hmota svalstva je ve stáří zkreslena skutečností, že svalstvo obsahuje ve stáří také větší podíl tuku. Tento fenomén se podílí i na vzniku inzulínové rezistence. Studie ukázaly lineární redukci jak energetické potřeby, tak i energetického příjmu ze 2700 kcal v mladém věku až na 2000 kcal ve stáří (Kalvach a kol., 2004, s.299).

Ve stáří se nemění jen energetická potřeba organismu, ale i složení a množství potravy. To může mít za následek i snížení přívodu hodnotných proteinů a některých dalších nutrientů, především vitamínů a stopových prvků. Důsledkem toho 6 % jedinců starších 70 let, bez ohledu na socioekonomické postavení trpí některou formou malnutrice a velmi často i pestrá škálou karečních stavů (Kalvach a kol., 2004).

#### 2. 2. 4 Zásady pro správnou výživu

Všichni dobře víme, co nám život zkracuje a co naše stárnutí urychluje, i to, co by bylo pro náš život užitečné. Ale znát základní pravidla životosprávy a zachovávat je, to jsou bohužel často dvě zcela rozdílné věci. Známe je všichni, avšak málokdo z nás dokáže tyto jednoduché zásady také dodržovat. Je třeba však připomenout důležitou skutečnost: většina pravidel správné životosprávy nepůsobí jen na zpomalení stárnutí, působí zároveň i preventivně na výskyt civilizačních onemocnění. Nabízí se tedy i princip, že to, co zpomaluje naše stárnutí, chrání nás, alespoň do určité míry, i před vznikem rakoviny. (Hocman, 1985).

Příjem a skladba potravy se odráží také na biochemickém složení krve. S postupujícím věkem stoupá hladina glukokortikoidů a katecholaminů, což ve výsledku vede ke zvýšení produkce protizánětlivých cytokininů (např. interleukinu – 6). Tyto cytokiny provázejí výskyt chorob, které se u starších lidí často vyskytují, mohou ale navíc mít závažný metabolický efekt jako je ztráta váhy a indukci kachexie. U lidí s nevhodnou skladbou potravy popřípadě u lidí, kteří byli vystaveni působení malnutrice je nebezpečí hematologických změn vyšší (Cereda et al., 2005).

Doporučuje se jíst hodně zeleniny a ovoce (obezita urychluje stárnutí a zároveň se zdá, že příčinně souvisící i se vznikem rakoviny), důležitý je dostatečný odpočinek (jak pasivní – spánek, tak i aktivní procházky, věku přiměřený sport), dále bychom se měli vyvarovat stresů a duševních otřesů (žít rozvážným životem, nesmíme zapomínat na pitný režim, podpořit obranné mechanismy vlastního organismu přívodem potřebných látek (např. vitamínů). Je samozřejmé, že se nedá očekávat, že by i co neúzkostlivější dodržování všech pravidel správné životosprávy oddálilo úplně naše stáří a neomezeně prodloužilo náš život. Respektování těchto pravidel však přispěje ke zdravému a spokojenému stáří, ke snížení nemocnosti a ke zlepšení duševní pohody všech těch, kteří se dožijí vyššího věku (Hocman, 1991).



### **2. 2. 5 Složení stravy seniorů**

Strava by měla být pravidelná, rozvržení jídel se řídí potřebami klienta. Měla by být chutná a lákavá na pohled, aby podporovala chuť k jídlu, která bývá často snížena, příliš se neomezuje výběr pokrmů a surovin. Důležitou roli hraje i kultura stolování (společnost, prostředí, dobře větraná místnost). Ve stravě seniorů je třeba mnohdy počítat i s úpravou konzistence stravy – převedení do kašovitě formy (mleté maso, bramborová kaše místo brambor apod.). Strava vždy musí respektovat dietetické požadavky, tzn. přihlíží se k aktuálnímu zdravotnímu stavu. Dietní omezení je ale třeba zvážit s ohledem na riziko nedostatečné výživy. (FVZ, 2008, on-line).

Vyrovnaná strava je se zdravím člověk úzce spjata ve všech etapách života. Konzumace zdravých potravin ve vodné kvantitě a kvalitě pozitivně ovlivňuje zdraví. Je nutné mít na paměti, že dobré stravovací návyky by si měl člověk osvojit již v prvních letech života. Nemocem, které vznikly špatnými stravovacími návyky, například kornatění tepen (arterioskleróza), diabetes, zvýšený krevní tlak, chudokrevnost apod., lze vhodnou výživou předcházet. V každém případě pro odnaučení stravovacích nebo jiných zlovyků je vhodná jakákoliv doba. I po 60. roce je možné, aby člověk k těmto změnám přistoupil, a to především, pokud se objevují počáteční příznaky chorob nebo člověk určitou chorobou již trpí (Viqué a kol., 2006).

I když model stravování je u lidí třetího věku často lepší než u zbytku populace, některé studie dokládají nižší obsah výživných látek ve stravě a větší nebezpečí neadekvátního příjmu potravy (Viqué a kol., 2006).

### **2. 2. 6 Doporučený příjem potravy**

Je těžké určit přesné parametry, jelikož existuje velká variabilita potřeb mezi různými lidmi. Každý člověk má individuální potřebu stravování. Můžeme však doporučit některá obecná pravidla, která při sestavování zdravého jídelníčku poslouží jako vodítko. Lékař nebo specialista na výživu by měl tyto normy potvrdit nebo pozměnit individuálně a s ohledem na konkrétní situaci (Viqué a kol., 2006).

Zdá se, že příjem potravy se s věkem snižuje. Je to následkem zpomalení metabolismu a menší fyzické aktivity. Doporučený příjem bílkovin by měl být na stejné

úrovni jako u mladého člověka (0,8 kg/den). Větší část (60 %) by měla být živočišného původu a zbytek (40 %) rostlinného původu. Příjem tuků by měl být stejný jako u zbytku populace. Měl by tvořit do 35 % celkového energetického příjmu. Z toho by nasycené mastné kyseliny měly představovat 10 % a zbytek by měly být mastné kyseliny mononenasycené nebo polynenasycené. Tuky by měly tvořit 55 – 60 % spotřebované energie. Potřeba vitamínu a minerálů je podobná jako u mladých lidí. Pouze je zřetelné snížení potřeby železa u žen po menopauze (Viqué a kol., 2006).

V každém období života by strava měla být vyvážená a rozmanitá. Denní příjem potravy by měl obsahovat všechny potřebné složky: sacharidy (cukry), tuky, bílkoviny, vitamíny a minerály. To vše v dostatečném množství a v souladu s individuálním stavem jedince. Hlavními složkami potravy jsou:

- Maso – konzumujeme libové maso dvakrát až třikrát týdně. Příprava, která by ulehčila jeho konzumování a žvýkání: karbanátek, mletý řízek, kuřecí guláš atd.
- Ryby – střídáním s ostatními druhy masa bychom je měli jíst dvakrát až třikrát týdně. Připravujeme přednostně na páře, vařené nebo jako minutku. Je třeba dávat pozor na kosti. Spolknutí kosti může být příčinou vážných zdravotních problémů.
- Vajíčka – omezíme konzumování celých vajících, vhodnější je bílek. Občas můžeme zařadit vařená vajíčka, sázená vejce nebo vaječné omelety.
- Mléčné výrobky – jíme dvě až tři porce každý den, a to například odtučněný jogurt, sýr, odstředěné mléko nebo cokoliv připravené z těchto potravin.
- Luštěniny. Konzumujeme je 2 – 3x týdně, nejlépe s přidáním jedné čtvrtiny zeleniny během vaření. Pokud máme problém se žvýkáním, je dobré směs pro odstranění vláken propasírovat přes cedník.
- Cereálie (obiloviny) a brambory – obilné kaše, brambory, chléb, rýže a těstoviny by měly tvořit základ stravy starého člověka. Úprava a stavba pokrmů by měla být pestrá.
- Zelenina – každý den bychom měli sníst jeden talíř uvařené zeleniny ve formě kaše a další porci syrové zeleniny ve formě salátu. Zeleninu do salátu nakrájíme na malé kousky. V případě potřeby mrkev nastroháme a rajče oloupeme. Pokud je i tak problém se žvýkáním, zajistíme příjem zeleniny ve formě šťávy.

- Ovoce – každý den bychom měli mít dvě porce ovoce, ať již ve formě kompotu (pečené nebo vařené ovoce), nebo ovocného salátu (míchaný salát).
- Oleje – užíváme olivový olej. Zamezíme konzumování smažených jídel či omáček, která obsahují hodně tuku. Smažená jídla položíme na absorpční ubrousek, aby se zbavila nadbytečného tuku, a pak teprve podáváme na stůl.
- Sladkosti a koláče – jíme pouze ve výjimečných případech (Viqué a kol., 2006)

### 2. 2. 7 Živiny ve stravě seniorů

Potrava obsahuje živiny, které jsou zdrojem energie a z nichž se tvoří další životně důležité látky, jako jsou enzymy, protilátky a hormony. Hlavními výživnými látkami, které získáváme z potravy, jsou sacharidy (škrob a cukry), bílkoviny, tuky, voda, vitaminy a minerály (Viqué a kol., 2006). Také Tamara Starnovská, místopředsedkyně Fóra zdravé výživy, na svých webových stránkách uvádí množství a složení živin vhodných pro seniory:

- **Bílkoviny** - množství bílkovin není možné snižovat, protože jejich využití je s přibývajícím věkem nižší. Zvýšená nemocnost v tomto stádiu života navíc klade zvýšené nároky na příjem bílkovin a ve stravě je tedy třeba dbát jednak na jejich dostatečný příjem, a jednak na jejich kvalitu. V této kategorii proto výrazně měníme obvyklý poměr zastoupení živočišných a rostlinných bílkovin ve prospěch živočišných. Ty najdeme v mase, mléce a mléčných výrobcích, vejcích. Tepelnou úpravou je také třeba upravit jejich stravitelnost, která by měla být co nejsnadnější. Nejhůře stravitelná jsou jídla připravovaná smažením, výhodnější je přírodní úprava, co možná nejjednodušší (FVZ, 2008, on-line).
- **Vitaminy** - častý nedostatek vitaminů je způsoben jejich zhoršeným vstřebáváním. Je tedy důležité jejich množství ve stravě nesnižovat, ale spíše lehce zvyšovat, protože jejich potřeba je často zvýšena. To je způsobeno zejména díky vyšší nemocnosti seniorů. Důležitý je zejména příjem antioxidantů, které pomáhají bojovat proti škodlivým účinkům volných radikálů. Jedná se o vitaminy E, beta-karoten, vitamin C. Častý je také deficit kyseliny listové a vitaminu B12.

Dostatečné množství většiny těchto látek souvisí s pravidelnou konzumací ovoce a zeleniny (FVZ, 2008, on-line).

- **Minerální látky** - senioři často trpí nedostatkem některých minerálních látek, a to zejména železa, zinku a vápníku. Je tedy třeba zaměřit se na jejich přísun v potravě, případně s ošetřujícím lékařem konzultovat jejich substituci (FVZ, 2008, on-line).
- **Železo** - Dobrým zdrojem železa je maso a vnitřnosti, mléčné výrobky, vejce. Najdeme ho také ve zdrojích rostlinných např. v celozrnném pečivu. Z živočišných zdrojů je však železo lépe využitelné. Příznivě na vstřebávání železa působí vitamin C. Je tedy vhodné např. pít přírodní ovocné šťávy před podáním železa. Mezi látky, které potlačují vstřebávání železa patří např. kyselina šťavelová ve špenátu nebo kyselina fytoová (obsažená, mimo jiné, v obilovinových výrobcích, zejména v otrubách). Nevhodný je také silný černý čaj. V něm obsažený tanin tvoří s železem nevstřebatelné sloučeniny, které neumí naše tělo využít. Podobně je tomu s kávou, kakaem, červeným vínem a kolovými nápoji, i když ne tak výrazně. Kávu a čaj je tedy lepší pít nejméně půl hodiny před tím, než si železo budete brát a výhodnější je zapít ho přírodní ovocnou šťávou, ředěným 100% džusem apod. (FVZ, 2008, on-line).
- **Zinek** - Dostatek zinku pokryje pestrá strava, ve které jsou zastoupeny ryby, vejce, mléčné výrobky, ovoce, zelenina, výrobky z obilovin (zejména celozrnných) a ořechy. Otázkou ovšem je, kolik seniorů je schopno a ochotno takovou stravu konzumovat (FVZ, 2008, on-line).
- **Vápník** - Nejlepším zdrojem vápníku je mléko a mléčné výrobky - jogurty, tvrdé sýry, kefír nebo tvaroh. Dobré je jíst sýry večer – vápník v noci tělo lépe využívá. Zkusit je možné také mléko sušené, které se přimíchá do jídla. Vápník najdeme i v sardinkách, rostlinnými zdroji vápníku jsou např. mák, ořechy, zelí, hrášek, brokolice, aj. Vápník je však pro nás lépe využitelný ze živočišných zdrojů, důležitá je tedy zejména pravidelná konzumace mléka a mléčných výrobků. Využití vápníku závisí také na dostatečném příjmu vitaminu D a bílkovin (FVZ, 2008, on-line).

Některé studie dokazují, že vitaminy obsažené ve stravě se lépe vstřebávají než vitaminy ve formě doplňku. Pokud se překročí jejich dávka, mohou se stát škodlivými či toxickými. To může nastat především u vitaminů A, D, E a K. Také nadměrný příjem jiných vitaminů může škodit: například u vitamínu C má za následek průjem a větší riziko ledvinových kamenů (Viqué a kol., 2006).

Také role vlákniny je ve stravě nezaměnitelná. Rozpustná vláknina je v ovoci, zelenině, ječmenu, ovsu, otrubách a v luštěninách. Nerozpustná vláknina se nachází v celých obilovinách a ve slupkách ovoce. Je vhodné, abychom denně konzumovali produkty s oběma druhy vlákniny. Potrava s dostatečným množstvím vlákniny předchází zácpě, která je častým jevem u starých lidí. Nerozpustná vláknina v kombinaci s vodou nabobtná. Díky tomu se stolic stává lehčí a pravidelnější. Také pomáhá lidem, kteří mají problém s diabetem a vysokou hladinou cholesterolu. Některé studie dokonce ukazují vliv vlákniny na snížení rizika rakoviny střev (Viqué a kol., 2006).

S věkem ubývá aktivních tělesných tkání. Pozorujeme to na svalech, žlázách i na kostech. Jestliže ve stravě dodáme dostatek bílkovin, úbytek tkání se zpomalí. Bílkoviny mají ve výživě mimořádné postavení. Nemohou být nahrazeny tuky ani sacharidy. Základem bílkovin jsou aminokyseliny. Některé se mohou vzájemně zastoupit a přeměnit, říkáme jim aminokyseliny postradatelné. Jiné si tělo za žádných okolností nedovede samo vytvořit. Musíme je dodat v potravě, a to všechny ve správném vzájemném poměru. Nazývají se aminokyseliny nezbytné. Ve většině bílkovin živočišného původu jsou nezbytné aminokyseliny přítomny, a to ve vhodném poměru. Proto živočišné bílkoviny označujeme jako bílkoviny plnohodnotné. Většinu rostlinných bílkovin některé nezbytné aminokyseliny chybí, proto jim byl přisouzen název bílkoviny neplnohodnotné (Šipr, 1997).

Rozdělení bílkovin na plnohodnotné a neplnohodnotné je ovšem trochu ošidné. Nesmíme mu rozumět tak, jako by snad bílkoviny z rostlin byly méně užitečné. Spíše si uvědomme, že ke stravě bohaté na rostlinné bílkoviny, například k hrachové kaši máme vždy přidat alespoň malou dávku bílkovin živočišných. Tak se totiž nejlépe využijí i bílkoviny rostlinné. Hodnotné rostlinné bílkoviny jsou obsažené v luštěninách zvláště

pak v sóje, proto je velmi vhodné přidávat sójovou mouku do připravovaných pokrmů (Šipr, 1997).

### 2. 2. 8 Zásady zdravé výživy ve vyšším věku

K zajištění dobré pohody a k prodloužení období tělesné i duševní aktivity může významně přispět vhodná strava. Pro přehlednost hlavní závěry stručně shrneme:

- Dbáme na dostatečný příjem bílkovin, zejména v libovém mase, v mléce a v mléčných výrobcích. Nejméně jeden pokrm týdně připravíme z ryb, nejlépe mořských.
- Rostlinným olejům dáváme přednost před živočišnými tuky. Ceníme si zvláště oleje sójového a slunečnicového.
- Pokud máme sklon k nadváze, úplně vynecháme cukr a omezíme příjem obilovin, zvláště výrobků z bílé mouky. Nejhodnotnější přílohou jsou brambory. Tmavý chléb obsahuje nejen vitaminy skupiny B, ale také potřebné nerostné látky a dostatek vlákniny.
- Zeleniny a ovoce bychom měli spotřebovat podstatně víc, než je u nás zvykem. Nejhodnotnější je zeleniny syrová.
- Zásadním požadavkem je pestrý výběr potravin. Strava má být pravidelná, podávaná v menších dávkách a často, nejlépe pětkrát denně (Šipr, 1997).

Zásadám zdravé výživy seniorů se věnuje i Tamara Starnovská, místopředsedkyně Fóra zdravé výživy (FVZ, 2008, on-line):

Doporučit **vhodné stravování** ve starším věku není věc nijak složitá. Složité jsou jen metody, jak správného stravování dosáhnout. Výživa starších osob by se měla řídit následujícími zásadami:

- Zajištění adekvátního energetického příjmu – 25-30 kcal/kg hmotnosti denně.
- Zajištění příjmu minimálně 1 g bílkovin/kg hmotnosti denně ( mléko, mléčné výrobky, maso)

- Zajištění příjmu vápníku (mléko a mléčné výrobky)
- Zajištění příjmu železa (játra, maso, vejce, celozrnné potraviny, zelenina, luštěniny)
- Zajištění příjmu hrubé vlákniny (celozrnné pečivo, ovoce a zelenina)
- Zajištění příjmu minimálně 2 l tekutin denně.
- Snížení příjmu soli a cukru.
- Při výživových intervencích je nutno brát v úvahu často hluboce zafixované výživové preference, sociální, religiózní, etnické a regionální zvyklosti. Nezbytná je pestrost a zajímavá úprava. Traduje se představa, že starší lidé nejsou ochotni přijmout nové pokrmy a nové chuti. Vlivem informačního bohatství se mění i oni a často jsou to právě senioři, kteří se o kuchyně, pro nás neběžné, zajímají. Kromě toho dnešní nabídka je bohatá a lákavá. Není však na místě nějaké mimořádné experimentování a do procesu změn je třeba seniory zapojit, aby změny nebyli nuceni jen pasivně přijímat. Pak je dobrá šance na nedramatické, ale vhodné a trvalé úpravy jejich nutričního chování (FVZ, 2008, on-line).

## **2. 3. Důsledky poruch ve stáří**

### **2. 3. 1 Malnutrice u seniorů**

Malnutrice znamená v doslovném překladu špatnou, porušenou výživu, což je způsobeno nejčastěji nepoměrem mezi přívodem energie a ostatními složkami potravy (nutrienty) na straně jedné a jejím výdejem na straně druhé. Do tohoto širokého významového pojetí patří i obezita vznikající vyšším příjmem energie než jejím výdejem. V praxi je ale tento pojem častěji používán jako synonymum podvýživy čili karence. Podvýživa je způsobena nedostatečným energetickým přívodem, event. nedostatečným příjmem všech nebo některých složek potravy. Pro pokročilá stadia bílkovinné a energetické malnutrice se používá termín kachexie. Nejvyšší stupeň kachexie je někdy označován jako marasmus. „Malnutrice se vyskytuje u 19-80 % hospitalizovaných pacientů, a patří tak mezi nejčastější situace, se kterými se setkává lékař ve všech specializacích po celém světě. Malnutrice není častá jenom u nemocných před přijetím do nemocnice. Přibližně 30 % případů se vyvine teprve v nemocnici jako iatrogenní malnutrice. U 70 % nemocných, kteří přicházejí do nemocnice již s různým stupněm malnutrice, se během pobytu v nemocnici její stupeň ještě zhorší. U 3-4 % hospitalizovaných pacientů je malnutrice natolik vážná že pokud není léčena umělou výživou, vede ke smrti nemocného. Přibližně u 45 % nemocných, i když je malnutrice neohrožuje vitálně, zvyšuje svým vlivem výskyt komplikací a reoperací, prodlužuje se pobyt v nemocnici a zvyšují se náklady na léčbu. Výskyt malnutrice se zvyšuje s věkem a ve staří se pokročilejší malnutrice vyskytuje asi v 50 %. Další zvýšení frekvence malnutrice je způsobeno chronickými respiračními chorobami (45 %), zánětlivými střevními onemocněními (80 %) a v průběhu nádorových onemocnění (85 %). Proteinová, tzv. kwashiorkor-like malnutrice se objevuje v 65 % u nemocných v kritickém stavu, již za 10 až 14 dní průběhu závažného onemocnění.“ (Kalvach a kol., 2004).

Malnutrice může mít značný vliv na zdravotní stav starších lidí. Současné studie například ukazují, že hraje důležitou roli při vzniku funkčních, kognitivních a neuropsychiatrických deficitů u pacientů s Alzheimerovou chorobou. Lidé se zvýšeným



rizikem malnutrice vykazují větší stupeň poškození při vykonávání jednoduchých i složitějších činností denní potřeby a mnohem vážnější zhoršení ideomotorické apraxie než dobře živení pacienti (Spaccavento et al., 2008).

Obecně lze říci, že malnutrice je důsledkem nedostatečné nebo nepřiměřené výživy, která vede k poklesu celkové tělesné hmotnosti, ztrátě tukové tkáně a komplexním metabolickým a somatickým změnám. Není jednotně přijímaná definice malnutrice. Podle různých kritérií jde o současně se vyskytující nezamyšlený úbytek hmotnosti, nedostatečný příjem potravy, nízkou hodnotu indexu tělesné hmotnosti (BMI) i laboratorních a antropometrických parametrů (hypalbuminémie + hypocholesterolémie, objem paže a lýtka). Pro jednotlivé subpopulace seniorů se mohou definice lišit. Ve stáří bývá malnutrice často nerozpoznána a neléčena. Představuje nezávislý nepříznivý prognostický faktor, který u nemocných vede ke zhoršení fyzické výkonnosti, zvyšuje mortalitu a náklady na zdravotní péči (Topinková, 2005).

### **2. 3. 2 Syndrom malnutrice a anorexie**

K příčinám malnutrice patří navíc poruchy chrupu, dysfagie (poruchy polykání), poruchy vstřebávání a poruchy příjmu a složení potravy v souvislosti s chudobou, mobilitou, syndromem demence nebo při zanedbávání sebe sama (selfneglect, např. u alkoholiků) či zanedbávání ze strany pečujících osob. Nespecifickým řešením je důsledné sledování příjmu potravy s její individuální úpravou, popřípadě zajištění nutriční podpory (tzv. sipping. Připíjení výživově definovaných roztoků) či umělé výživy jak parenterální, tak enterální (např. nazogastrická sonda, PEG – perkutánní endoskopická gastrostomie)(Kalvach, Onderková, 2006).

Příčinou anorexie může být závažné onemocnění (např. nádorové), ale také pouhá involuční anorexie, nežádoucí účinek léků, deprese, obstipace, nevhodná úprava potravy, kterou navíc geriatrický pacient často nedokáže rozkousat či spolknout (Kalvach, Onderková, 2006).

### 2. 3. 3 Jak předejít podvýživě

I když může být těžké určit diagnózu, jsou signály, které na podvýživu upozorňují:

- Ztrátu hmotnosti o 10 % během několika málo měsíců nebo náhlou ztrátu svalové hmoty nesmíme přejít bez povšimnutí. Je důležité hlídat tloušťku kožní řasy.
- Vysílení, apatie, poklesný či plachý pohled, řídnutí vlasů, lámání nehtů mohou být znaky špatné výživy.
- Nedostatek bílkovin můžeme zjistit jednoduchou analýzou krve. Bílkoviny nejlépe vyjadřují stav výživy. Jejich hladina by neměla být nižší než 3,5 g/l krve.

### 2. 3. 4 Obezita

Není jednoznačně předepsáno, kolik by měl zdravý člověk vážit. Pro rychlou orientaci o „ideální“ hmotnosti se používá Broccova indexu. Tzv. „normální hmotnost“ vypočítáváme tak, že od výšky těla vyjádřené v centimetrech odečteme číslo 100. Podle tohoto výpočtu by tedy dospělý člověk měl vážit tolik kilogramů, kolik centimetrů měří na jeden metr. Takto vypočtenou „ideální váhu“ bychom však měli považovat spíše za horní hranici, zejména u starších lidí. O otylosti hovoříme obvykle při dosažení 115 nebo více procent „ideální“ hmotnosti. (Šipr, 1997).

Jaká je vlastně „normální“ hmotnost člověka? Můžeme předpokládat, že kdyby byla „tlustých“ lidí většina, mohli by se považovat ze „normální“ a současní „normální“ za neúměrně „hubené“? Na základě čeho se v různých tabulkách udávají přiměřené hmotnosti lidí vzhledem k věku, pohlaví a výšce? (Hocman, 1991)

Hodnoty normálních hmotností vyplynuly ze statistického vyšetření rozsáhlého souboru lidí, které uskutečnily pojišťovací společnosti. Zjistilo se totiž, že určitá hmotnost mužů i žen, přirozeně s ohledem na výšku postavy, souvisí s délkou života. Hmotnost, která statisticky odpovídala nejvyššímu dosahovanému věku byla označena za optimální (Hocman, 1991).

Dnes známe mnoho různých tabulek, které určují, jaká by měla být hmotnost člověk vzhledem k jeho výšce. Objevují se i snahy spojovat výšku a hmotnost člověka

do jednoho číselného údaje. Tím je například Queteletův index. Nazývá se podle belgického vědce, který zavedl hodnotu tohoto indexu jako poměr hmotnosti člověk v kilogramech k druhé mocnině jeho výšky v metrech ( $\text{kg/m}^2$ ). Sledováním velkých statistických souborů lidí s přibližně stejným životním stylem, žijících v dané geografické oblasti, se zjistilo, že u osob, jejichž Queteletův index je vysoký (přibližně více než 30), se vyskytují některé druhy rakovinného onemocnění častěji než u lidí s nízkou hodnotou tohoto indexu (asi pod 24)(Hocman, 1991).

Obezita je obrovským problémem současnosti. Je, co do celkového výskytu, nejčastějším metabolickým onemocněním ve vyspělých zemích. V České republice trpí v současnosti obezitou každý pátý člověk. Tendence k přibližování USA je velmi patrná. Ve stáří se významnou prevencí mnoha chorob i dekondice stává optimalizace výživy. Redukce hmotnosti u obezity, přičemž má velký význam i fyzická aktivita, přispívá ke snížení výskytu chronických onemocnění, např. ateroskleróza, diabetes mellitus 2. typu s celkovým souborem tzv. Reavenova metabolického syndromu, osteoartróza, onemocnění žil dolních končetin atd. Jak bylo uvedeno, funkce metabolismu se s věkem mění. Metabolismus se adaptuje na uchování energie ve formě tuků. Zvyšování tělesné hmotnosti v důsledku jejich ukládání může být regulováno vnějšími faktory, právě příjmem kalorií a udržováním tělesné aktivity. Naděje na dlouhý život je od pradávna spojována s životní střídmostí. „V nové době statistická hodnocení rozsáhlých pojišťovenských souborů ukázala, že vztah tělesné hmotnosti a životní prognózy má charakter „J“ křivky. Že tedy příliš nízké i příliš vysoké hodnoty BMI zkracují délku života a snižují naději na dlouhověkost“ (Kalvach a kol., 2004).

Framinghamská studie zařadila obezitu mezi nesporné a závažné rizikové faktory kardiovaskulárních chorob. Byla identifikována také jako základní součást tzv. Reavenova metabolického syndromu X. Již několik desítek let je známo, že kalorická restrikce o 30 – 40 % oproti příjmu stravy ad libitum (po libosti) vede jak k adaptaci se snížením energetického výdeje a tkáňového metabolismu, tak ke statisticky významnému prodloužení střední i maximální délky života experimentálních zvířat o 30 – 50 %. V Národním gerontologickém institutu USA probíhá od roku 1987 longitudinální studie „snížené výživy bez podvýživy“ zahájena u mladých opic makak

rhesus, která potvrzuje univerzální platnost předchozích pozorování jejich ověřením na primátech (Kalvach a kol., 2004).

### **2. 3. 5 Dehydratace a pitný režim**

Problémem souvisejícím s malnutricí je dehydratace. Je prokázáno, že ve stáří klesá pocit žízně. Proto je nutné často seniorům příjem tekutin připomínat a také důsledně kontrolovat množství přijatých tekutin. (FVZ, 2008, on-line).

U seniorů se velice často setkáváme s dehydratací (odvodněním). Dehydratace je problémem více než 10 % starých lidí, čtvrtiny lidí s poruchou motility (hybnosti), přičemž ztráta 20 % tekutin může být fatální. S vyšším věkem se také ztrácí pocit žízně. Špatným zavodněním organismu se zvyšuje riziko trombóz (sraženin), zácpy. Dehydratace způsobuje nepříjemný pocit v ústech, častější výskyt infekce močových cest. Vyvolává sníženou perfúzi mozku, což způsobuje zmatenost, snadněji dochází k nerovnováze elektrolytů v organismu. Důležité je tedy pravidelné popíjení nápojů v průběhu celého dne, minimální příjem tekutin by měl vždy být 2 000 ml. Nejvhodnější jsou stolní vody kombinované s minerálními, ovocné a bylinné čaje (s přihlédnutím na účinek jednotlivých bylinek), přírodní ovocné šťávy a ředěné 100% džusy (FVZ, 2008, on-line).

V průběhu života se mění obsah i vody v těle tak, že nejvyšší je podíl v mládí a se stoupajícím věkem podíl vody klesá. Při patologických stavech může dojít k výrazným ztrátám vody z organismu, a jelikož podíl vody u starších jedinců činí menší část tělesné hmotnosti než v mládí, jsou senioři na ztrátu vody a s tím související dehydrataci citlivější (Kalvach a kol., 2004).

Ve stáří se vyskytuje izotonická dehydratace, charakterizovaná současným úbytkem sodíku a vody. Příčinami bývají nejčastěji ztráty izotonické tekutiny, které nejsou dostatečně hrazeny, renální ztráty při léčbě diuretiky, dále ztráty při zvracení a průjmech, ztráty tekutiny při poškození větší plochy kůže. Klinicky se projevuje žízní, tachykardií a poklesem krevního tlaku, až kolapsem. U jedinců staršího věku se tento

stav může vyvinout velmi rychle, důvodem je již uvedený problém, a to snížený pocit žízně. (Kalvach a kol., 2004).

## **2. 4. Důsledky nesprávné výživy**

Jedním z důsledků nesprávné výživy je ztráta svalové hmoty, která může být spojená se zvýšenou úmrtností a morbiditou. Dochází ke snížení energetické potřeby a ke snížení celkových zásob proteinů v organismu, které jsou nezbytné pro překonání jakéhokoliv závažného onemocnění. Při redukované zásobě proteinů dochází v průběhu chronické (marantické) malnutrici i při stresovém hladovění (kwashiorkor-like malnutrition) k rychlé redukci hmotnosti svalstva, která dosahuje v průměru 300 g svalové tkáně denně. V důsledku rychle se rozvíjející se malnutrice a devastace svalové hmoty vzniká v krátké době morbidita, snížené rezistence proti infekci a při slabosti dechového svalstva respirační selhání. Všechny tyto faktory ukazují, jak je důležité soustředit pozornost na nutriční a metabolickou podporu ve stáří. (Kalvach a kol., 2004, s. 298).

Energetický příjem stejný jako v mladším věku je tedy pro starší osoby nadměrný a vede k rozvoji nadváhy a obezity se všemi negativními vlivy na zdraví. Stabilizace hmotnosti v optimálním rozmezí snižuje u seniorů morbiditu a mortalitu a zvyšuje jejich kvalitu života. Redukce příjmu potravin je tedy jedním z požadavků správné výživy seniorů. Ovšem na druhé straně je toto prosté a neuvážené, pouze kvantitativně pojaté snížení často provázeno nedostatečným příjmem některých důležitých nutrientů (FVZ, 2008, on-line).

Starší lidé jsou totiž konzervativní a nedůvěřiví vůči změnám výživových zvyklostí a většinou je spojují, i když ne oprávněně, s ekonomickou zátěží.

- Potřeba proteinů je u starších osob stejná jako u mladších zdravých dospělých. Přitom průměrný příjem proteinů u osob starších 65 let, zejména u žen, má tendenci klesat pod doporučené dávky.
- Nedostatečný bývá i příjem kalcia. I v seniorském věku může tento nedostatek akcelarovat rozvoj osteoporózy. Kolem 25% postmenopauzálních žen trpí

osteoporózou. Kromě nízkého příjmu zhoršuje situaci i redukce schopnosti absorbovat dietární kalcium. Nedostatečný přívod vápníku

- Senioři trpí také nedostatkem železa. Příčinou je, kromě patologických stavů, snížení vstřebávání a jeho nedostatečný přívod.
- Se zvyšujícím se věkem bývá častý nedostatečný přívod ve vodě rozpustných vitaminů, zejména v důsledku nedostatečné konzumace čerstvého ovoce a zeleniny. Nedostatek je i v přívodu vitaminů rozpustných v tucích, který je zapříčiněn omezenou možností přijímat tuky – poruchy trávení, chronická pankreatitida, biliární dysfunkce, zánětlivá onemocnění zažívacího traktu aj.
- V souvislosti s nedostatečnou konzumací ovoce a zeleniny bývá i snížený přísun hrubé vlákniny, která má, kromě řady protektivních funkcí, ve vyšším věku velký význam pro správnou funkci střev.
- Závažným nedostatkem je nízký příjem tekutin, jejichž skutečná potřeba zdaleka neodpovídá subjektivnímu pocitu žízně.
- Nadměrná bývá naopak spotřeba soli, kterou často starší lidé kompenzují nedostatečnou schopnost vychutnat přirozené sensorické vlastnosti pokrmů. Starší lidé preferují sladkou chuť a cukr konzumují v nadměrném množství. Souvisí to i se společenskou glorifikací sladkostí jako odměny, daru a projevu náklonnosti.

Častý deficit dalších látek, jako jsou např. polynenasycené mastné kyseliny, vláknina, lecitin. Zdrojem polynenasycených mastných kyselin jsou zejména některé rostlinné oleje (např. řepkový), rostlinné tuky (v některých tucích bylo množství těchto kyselin navýšeno – Rama Idea!, Flora), rybí tuk. Vláknina je obsažena v ovoci, zelenině, celozrnných výrobcích, luštěninách. Lecitin najdeme např. ve vejcích a výrobcích ze sóji (FVZ, 2008, on-line).

### **3. EXPERIMENTÁLNÍ ČÁST (PRAKTICKÁ ČÁST)**

#### **3.1 Cíl šetření**

Cílem práce je zjistit, zda mají klienti ONP v českobudějovické nemocnici plnohodnotnou stravu, která odpovídá jejich potřebám a zda pacienti a lidé v jejich nejbližším okolí tuto stravu respektují. Jako dílčí cíl jsem stanovila zjištění, zda je u klientů zajištěna dostatečná hydratace.

#### **3.2 Úkoly práce**

Na základě údajů získaných dotazníkovým šetřením a rozbořem nutričních hodnot jejich jídelníčků zjistit u skupiny vybraných klientů n oddělení následné péče v českobudějovické nemocnici kvalitu jejich stravování. Navrhnout řešení pro případné odstranění nedostatků ve stravovacím systému tohoto oddělení.

#### **3.3 Vědecké otázky**

Předpokládáme, že na oddělení následné péče nedochází ke kachexii ani malnutrici.

Domníváme se, že většina klientů nedodrží dietu, tak, jak by měli.

Domníváme se, že na hydrataci klientů se klade velký důraz.

Domníváme se, že většina návštěv nerespektuje klientovu dietu a přejídají ho.

#### **3.4 Metody techniky sběru dat:**

V souvislosti se zpracováním výsledků praktické části této bakalářské práce využívám metodu terénního výzkumu. Ke zpracování jsem použila matematicko-statistickou metodu.

Jelikož jsou respondenti senioři a každý je jinak schopný, zvolila jsem techniku dotazníku a řízeného rozhovoru. Také využiji techniku pozorování, jaké množství potravy klient konzumuje a pro následné porovnání s výsledky získanými z dotazníkového šetření.

Průzkum byl proveden nepřímou metodou, při níž bylo použito dotazníku. Byl vypracován dotazník obsahující 30 otázek. Otázky byly zaměřeny na délku pobytu na

ONP, soběstačnost klientů, frekvence a preference stravy a pití, dietní omezení, iniciativu při hydrataci ze strany pracovníků ONP. Dotazník jsem klientům rozdala, seznámila je s tématem potřebným k mé bakalářské práci. Všichni souhlasili s vyplněním i s odevzdáním druhý den

Vzhledem k věku a schopnostem respondentů jsem zvolila uzavřený typ otázek, které předem nabízejí několik možných odpovědí, ze kterých klient vybírá. Asi třetinu otázek tvořily otázky identifikační, zaměřené na zjištění charakteristiky respondenta. Výhodou tohoto typu testu je rychlé a snadné vyplnění dotazníku a nasměrování pacienta na problematiku, která nás zajímá. Nevýhodou na druhé straně je, že respondent je nucen vybrat si z nabízených odpovědí, které mu nemusí vždy vyhovovat a možnost odpovědět nahodile pokud otázce například neporozumí. Výslednou odpověď rovněž může ovlivnit snaha odpovídat tak, jak se klient domnívá, že „je to správné“.

V případě, že pacient nebyl z nějakého důvodu schopen dotazník vyplnit, použila jsem pro získání potřebných informací metodu standardizovaného rozhovoru, kdy jsem četla dotazovanému otázky i možné varianty odpovědí podle pořadí a zaznamenávala ty odpovědi, pro které se respondent rozhodl. Během této metody jsem se snažila co nejméně odchytil od standardu a při výzkumné situaci tak poskytnout všem zkoumaným osobám v co největší míře stejné podmínky.

Pro přesnější výsledky výzkumu byl do této práce ještě zahrnut rozbor jídelníčku u klientů s diagnózou diabetes mellitus. Pomocí pozorování, rozhovoru, pacientových zápisů o snědené stravě a internetové stránky Nutriservis byl sestaven celodenní jídelníček

Získané údaje byly vyhodnoceny v absolutní a relativní četnosti a sestaveny do tabulek. Otázky související s hypotézami jsou doplněny pro ilustraci grafy. Ke statistickému zpracování byl použit program Microsoft Excel verze 2007.

Pomocí již zmíněného programu Nutriservis (citace) proveden rozbor jídelníčků v rozsahu jednoho týdne. Během této doby jsem rovněž pozorovala, jaké množství z předložené porce pokrmu jednotliví pacienti zkonsumovali. Na základě těchto údajů jsem pak vypočítala pro jednotlivé pacienty přibližnou nutriční hodnotu zkonsumovaných potravin.



### 3.5 Charakteristika experimentálního měření:

Na 1. oddělení následné péče jsou hospitalizováni převážně nemocní s chronickými chorobami týkající se všech systémů, jejichž léčba vyžaduje hospitalizaci v nemocničním zařízení, ale není nutný pobyt na akutním lůžku. V širokém spektru léčených chorob převažují nemoci vnitřních orgánů. Léčí se zde i velké množství pacientů po úrazech, operacích, nejčastěji pohybového aparátu. Kdy léčba a následná rehabilitace vyžaduje delší časové období, vzhledem k vyššímu věku a povaze onemocnění. Na oddělení následné péče se přijímají pacienti ze všech akutních lůžek naší nemocnice, v menší míře se přijímají objednaní pacienti na doporučení obvodního lékaře. Charakteristika zkoumaného souboru byla stanovena na základě identifikačních otázek zahrnutých do dotazníku.

Dotazníkové šetření bylo provedeno u 30 náhodně vybraných pacientů oddělení následné péče v českobudějovické nemocnici. 73% respondentů představovaly ženy, 27% muži. Věk pacientů se pohyboval v rozmezí od 50 let výše, přičemž zhruba polovina lidí (11) byla starších 75 let. Většina dotazovaných již pobývala na ONP dva měsíce nebo déle. Ve studované skupině bylo 8 pacientů s diagnózou diabetes mellitus, 7 pacientů trpících vysokým krevním tlakem, 4 pacienti s onemocněním srdce a cév, 2 pacienti se žlučnickovými obtížemi a u 9 pacientů bylo diagnostikováno nádorové onemocnění.

Pouze 8 klientů mohlo přijímat stravu bez zvláštních omezení, polovina respondentů měla předepsanou dietu s omezením cukru, 2 s omezením tuku a 5 dietu neslanou šetřící. Navíc jen 4 respondenti nevyžadovali při stravování žádnou pomoc, třetina musela být krmena personálem, osmi pacientům byla podávána mletá strava, 9 pacientů vyžadovalo donášení stravy na pokoj a jeden klient byl vyživován sondou.

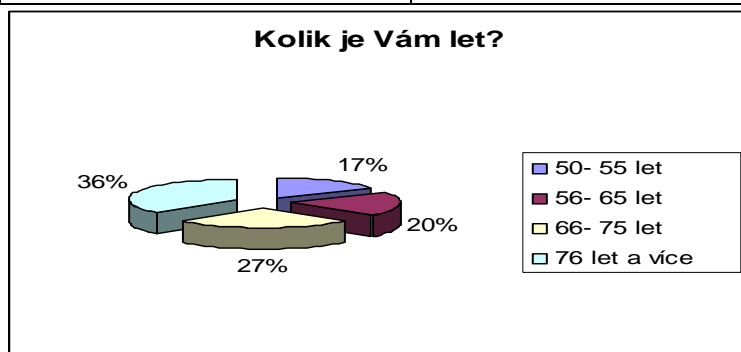
Rozbor jídelníčků byl proveden formou pozorování a bylo zaznamenáno, kolik pacient z dané porce zkonzumoval pacientova zápisu, co a jaké porce snědl. Ve studované skupině bylo zahrnuto 8 pacientů s diagnózou diabetes mellitus. Pozorování trvalo 1 týden na ONP v českobudějovické nemocnici. Tito pacienti byli označeni písmeny A, B, C, D, E, F, G, H.

#### 4. VÝSLEDKY A DISKUZE

##### 4.1 Grafy, tabulky, diskuze k výsledkům

###### Otázka č. 1 Kolik je Vám let?

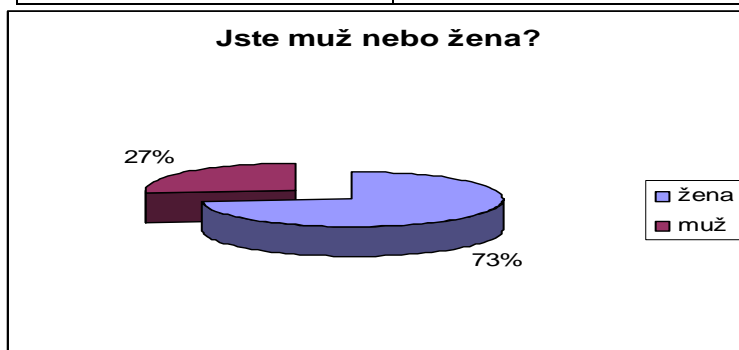
Odpovědi respondentů	Počet odpovědí
50- 55 let	5
56- 65 let	6
66- 75 let	8
76 let a více	11
Celkem	30



11 klientům je 76 let a více, 8 klientům je 66 -75 let, 6 klientů odpovědělo, že jim je od 56-65 let a 50-55 let je 5 respondentům.

###### Otázka č. 2 Jste muž nebo žena?

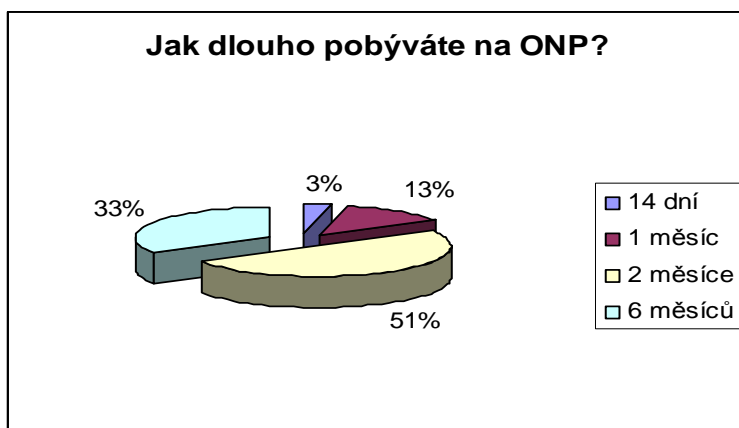
Odpovědi respondentů	Počet odpovědí
žena	22
muž	8
Celkem	30



Z otázky č. 2 vyplývá, že z 30 respondentů je 73 % žen a 27 % mužů.

### Otázka č. 3 Jak dlouho pobýváte na ONP?

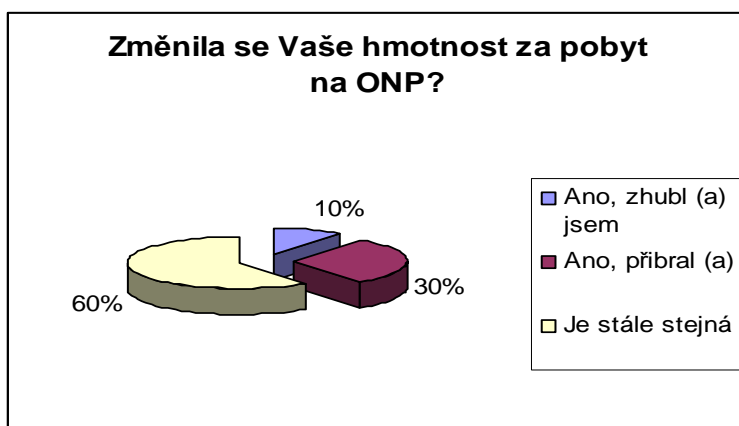
Odpovědi respondentů	Počet odpovědí
14 dní	1
1 měsíc	4
2 měsíce	15
6 měsíců	10
Celkem	30



Z této otázky vyplývá, že 50 % respondentů odpovědělo, že na ONP jsou 2 měsíce, 34 % 6 měsíců, 13 % zde pobývá 1 měsíc a 3 % jsou zde pouhých 14 dní.

### Otázka č. 4 Změnila se Vaše hmotnost za pobyt na ONP?

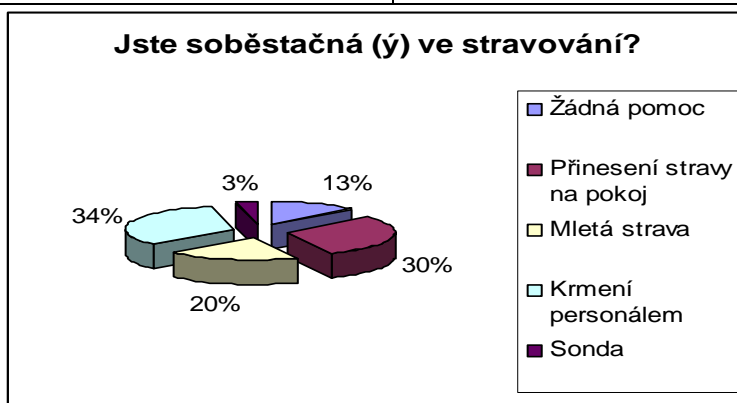
Odpovědi respondentů	Počet odpovědí
Ano, zhubl (a) jsem	3
Ano, přibral (a)	9
Je stále stejná	18
Celkem	30



U 60 % klientů zůstává jejich hmotnost stále stejná, 30 % přibralo a 10 % respondentů zhublo.

### Otázka č. 5 Jste soběstačná (ý) ve stravování?

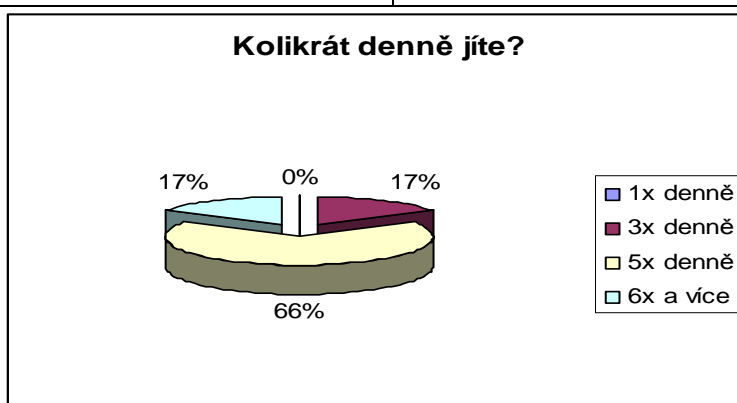
Odpovědi respondentů	Počet odpovědí
Žádná pomoc	4
Přinesení stravy na pokoj	9
Mletá strava	6
Krmení personálem	10
Sonda	1
Celkem	30



Z celkového počtu 30 respondentů jsou ve stravování 4 soběstační, 9 se nosí strava na pokoj, 6 mají mletou stravu, 10 respondentů je krmeno personálem. Na ONP je vyživován sondou pouze 1 respondent.

### Otázka č. 6 Kolikrát denně jíte?

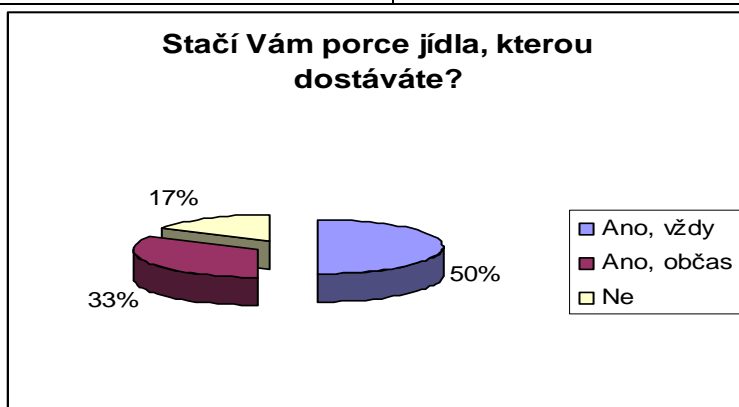
Odpovědi respondentů	Počet odpovědí
1x denně	0
3x denně	5
5x denně	20
6x a více	5
Celkem	30



Z tabulky je patrné, že žádní respondenti nejedí 1 x denně, 17 % jí 3 denně, 5 x denně jí 67 % respondentů a 6 x a více jí 17 % klientů.

### Otázka č. 7 Stačí Vám porce jídla, kterou dostáváte?

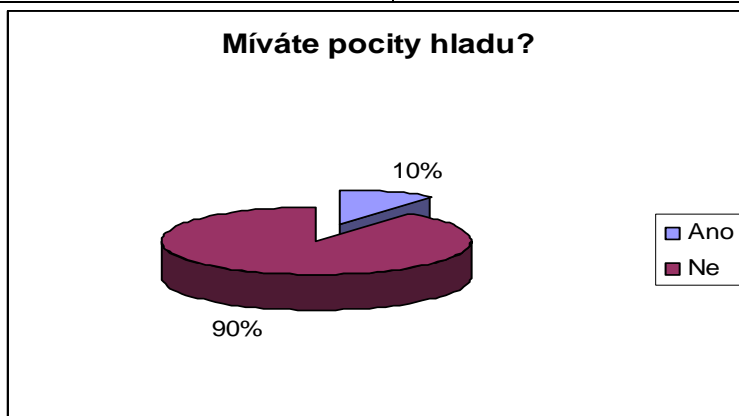
Odpovědi respondentů	Počet odpovědí
Ano, vždy	15
Ano, občas	10
Ne	5
Celkem	30



50 % respondentů vždy stačí porce, které dostávají, 33 % respondentům porce stačí jen občas a 17% respondentům porce nestačí.

### Otázka č. 8 Míváte pocity hladu?

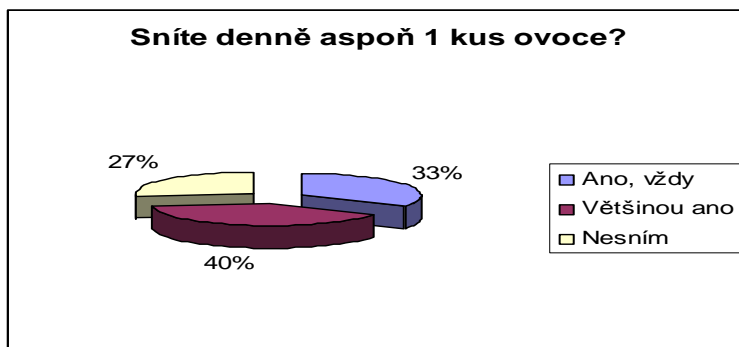
Odpovědi respondentů	Počet odpovědí
Ano	3
Ne	27
Celkem	30



Z tabulky je patrné, že 3 klienti mívají pocity hladu a u 27 respondentů je tomu naopak.

### Otázka č. 9 Sníte denně aspoň 1 kus ovoce?

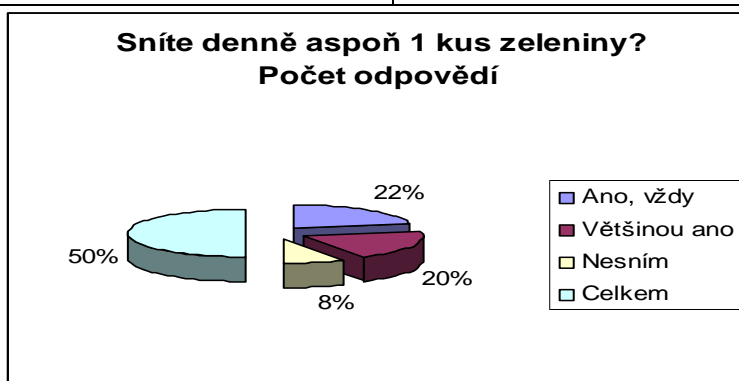
Odpovědi respondentů	Počet odpovědí
Ano, vždy	10
Většinou ano	12
Nesním	8
Celkem	30



Srovnatelné jsou skupiny klientů, kde odpovídají, že každý den sní aspoň 1 ks ovoce (33 %) a nesní žádný kus ovoce (27 %), zatímco 40 % respondentů většinou 1 ks ovoce snědí.

### Otázka č. 10 Sníte denně aspoň 1 kus zeleniny?

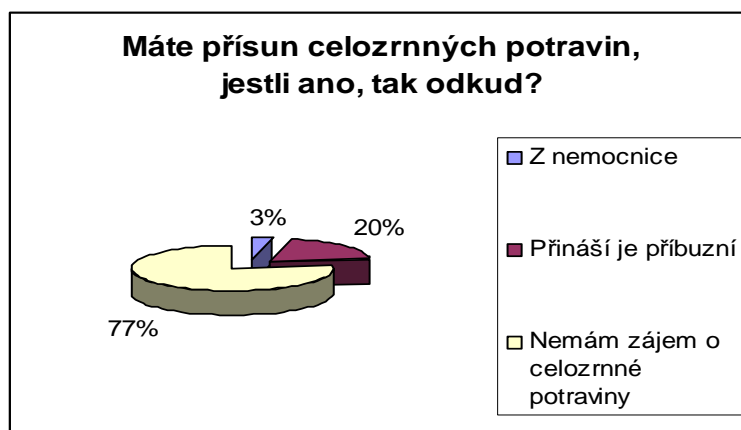
Odpovědi respondentů	Počet odpovědí
Ano, vždy	13
Většinou ano	12
Nesním	5
Celkem	30



Zde jsou srovnatelné odpovědi seniorů, 43 % respondentů sní každý den 1 ks zeleniny, 40 % seniorů většinou sní denně 1 ks zeleniny, a 17 % klientů jedí zeleninu zředěnou.

**Otázka č. 11 Máte přísun celozrnných potravin, jestli ano, tak odkud?**

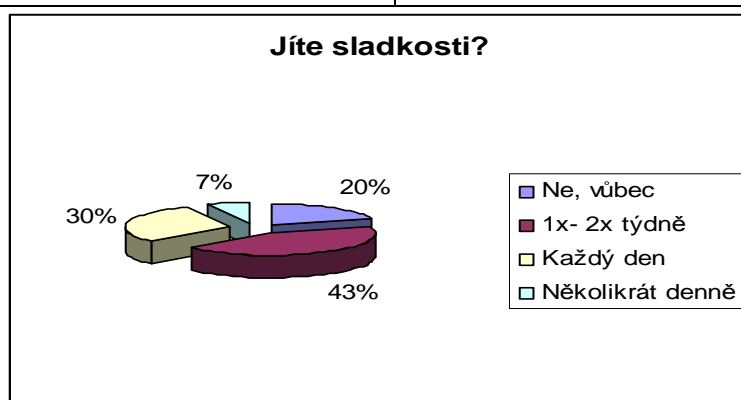
Odpovědi respondentů	Počet odpovědí
Z nemocnice	1
Přináší je příbuzní	6
Nemám zájem o celozrnné potraviny	23
Celkem	30



Valná většina respondentů (77 %) nemá zájem o celozrnné potraviny, 20 % seniorů je donáší příbuzní a 3 % respondentů mají přísun celozrnných potravin z nemocnice.

**Otázka č. 12 Jíte sladkosti?**

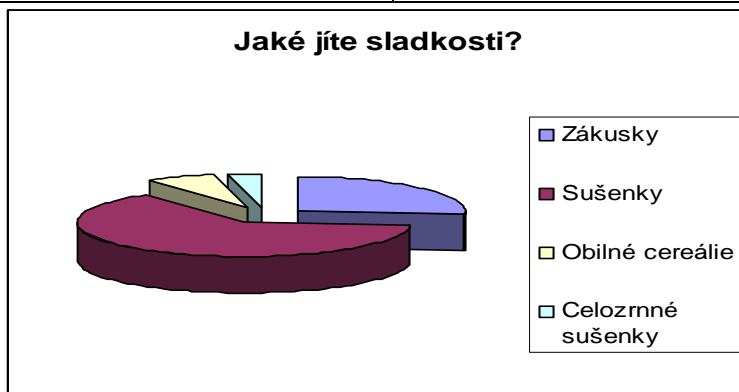
Odpovědi respondentů	Počet odpovědí
Ne, vůbec	6
1x- 2x týdně	13
Každý den	9
Několikrát denně	2
Celkem	30



Z tabulky je patrné, že sladkosti vůbec nejí 6 respondentů, 1 x – 2 x týdně jí sladkosti 13 respondentů, zatímco každý den jí sladké 9 respondentů a dokonce 2 respondenti jedí sladké několikrát denně.

### Otázka č. 13 Jaké jíte sladkosti?

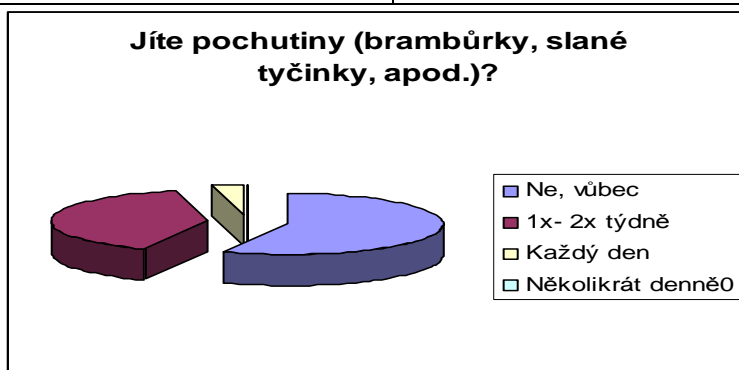
Odpovědi respondentů	Počet odpovědí
Zákusky	8
Sušenky	19
Obilné cereálie	2
Celozrnné sušenky	1
Celkem	30



Z celkového počtu 30 respondentů odpovědělo, že 63 % resp. jí hlavně sušenky, 27 % jí zákusky, 7 % jí obilné cereálie a 3% respondentů jí celozrnné sušenky

### Otázka č. 14 Jíte pochutiny (brambůrky, slané tyčinky, apod.)?

Odpovědi respondentů	Počet odpovědí
Ne, vůbec	17
1x- 2x týdně	12
Každý den	1
Několikrát denně	0
Celkem	30

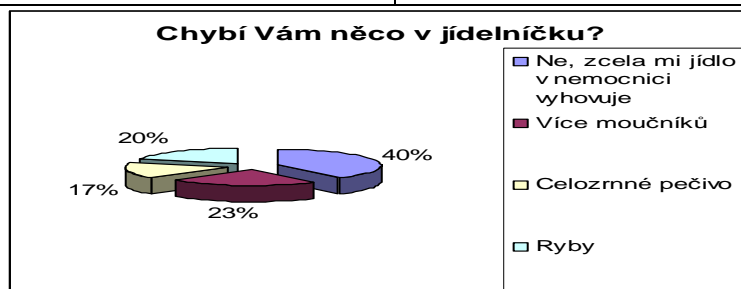


V další dotazované otázce (Jíte pochutiny?) odpovědělo 17 respondentů, že pochutiny nejí, 12 resp. odpovědělo, že maximálně 1 x – 2 x týdně si například slané tyčinky nebo brambůrky dají a 1 respondent si dá pochutiny každý den. 0 respondentů označilo odpověď několikrát denně.



### Otázka č. 15 Chybí Vám něco v jídelníčku?

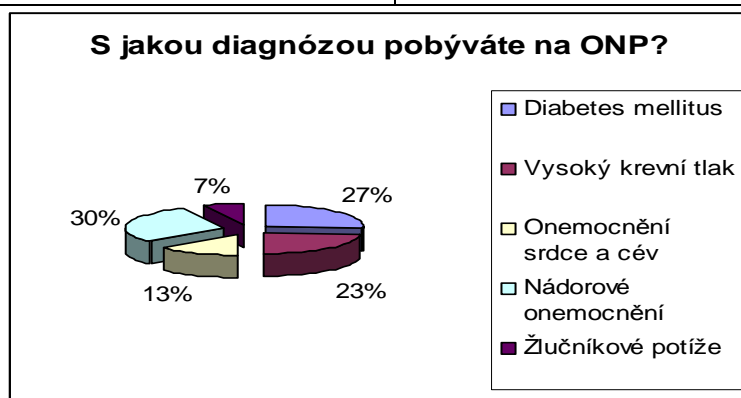
Odpovědi respondentů	Počet odpovědí
Ne, zcela mi jídlo v nemocnici vyhovuje	12
Více moučníků	7
Celozrnné pečivo	5
Ryby	6
Celkem	30



40 % respondentům jídlo v nemocnici zcela vyhovuje, 7 resp. by si přálo více moučníků, 5 respondentů by ocenilo více celozrnného pečiva a 6 seniorům chybí v jídelníčku více ryb.

### Otázka č. 16 S jakou diagnózou pobýváte na ONP?

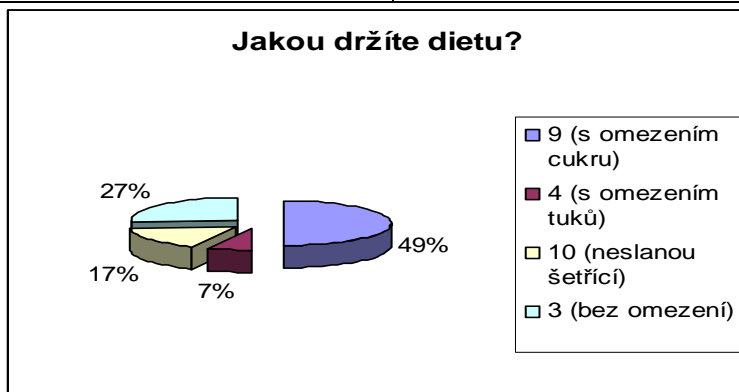
Odpovědi respondentů	Počet odpovědí
Diabetes mellitus	8
Vysoký krevní tlak	7
Onemocnění srdce a cév	4
Nádorové onemocnění	9
Žlučnickové potíže	2
Celkem	30



30 % respondentů pobývá na ONP s diagnózou nádorového onemocnění, 27 % respondentů jsou na ONP s cukrovkou (Diabetes mellitus), 23 % se zde léčí s vysokým krevním tlakem, 13 % respondentů zde léčí onemocnění srdce a cév a 7 % respondentů mají žlučnickové potíže.

### Otázka č. 17 Jakou držíte dietu?

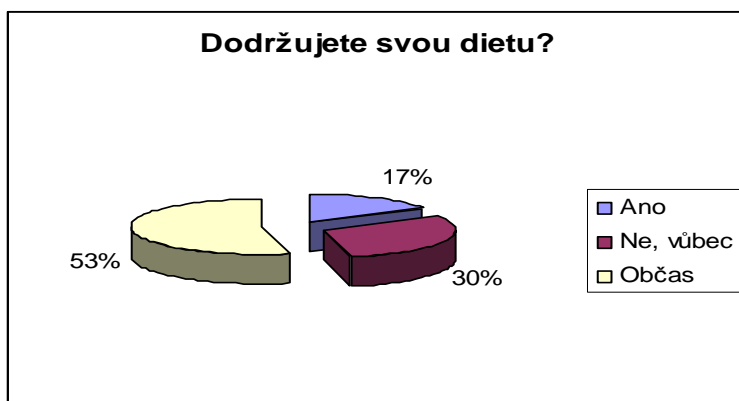
Odpovědi respondentů	Počet odpovědí
9 (s omezením cukru)	15
4 (s omezením tuků)	2
10 (neslanou šetřící)	5
3 (bez omezení)	8
Celkem	30



Na ONP drží 50 % respondentů dietu č. 9, 7 % resp. dodržuje dietu č. 4, 17 % mají dodržovat dietu č. 10, 27 % nemají žádné dietní onemocnění.

### Otázka č. 18 Dodržujete svou dietu?

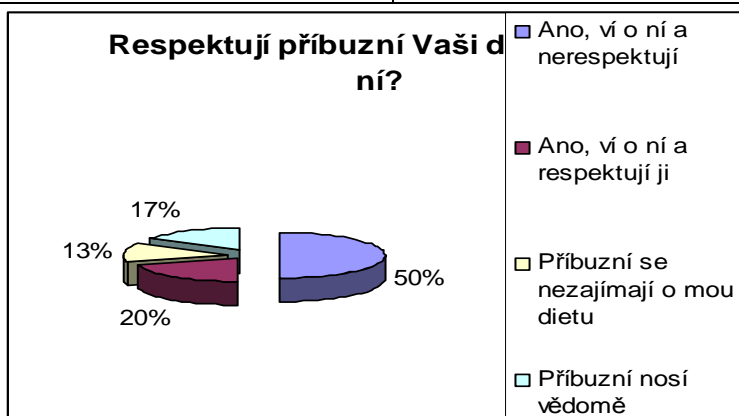
Odpovědi respondentů	Počet odpovědí
Ano	5
Ne, vůbec	9
Občas	16
Celkem	30



Z celkového počtu respondentů se valná většina přiznala, že svoji dietu dodržuje občas, 30 % respondentů svoji dietu nedodržuje a 17 % dietu dodržuje.

### Otázka č. 19 Respektují příbuzní Vaši dietu a ví o ní?

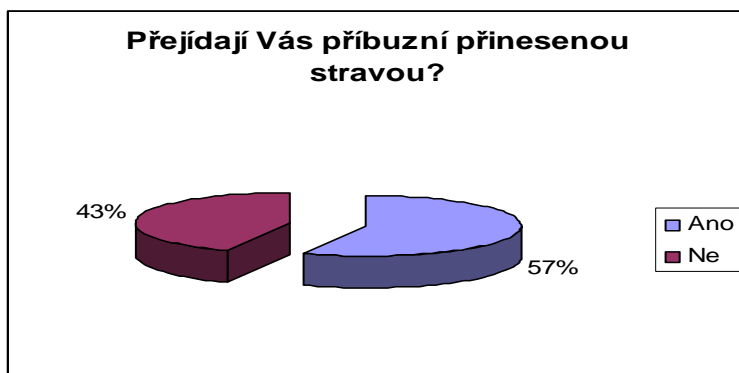
Odpovědi respondentů	Počet odpovědí
Ano, ví o ní a nerespektují	15
Ano, ví o ní a respektují ji	6
Příbuzní se nezajímají o mou dietu	4
Příbuzní nosí vědomě nevyhovující potraviny dietě	5
Celkem	30



Překvapivé odpovědi jsou u otázky č. 17. Drtivá většina odpověděla (50 %), že příbuzní o dietě respondenta ví, ale nerespektují ji. U 20 % seniorů příbuzní vědí o dietě a respektují ji.

### Otázka č. 20 Přejídají Vás příbuzní přinesenou stravou?

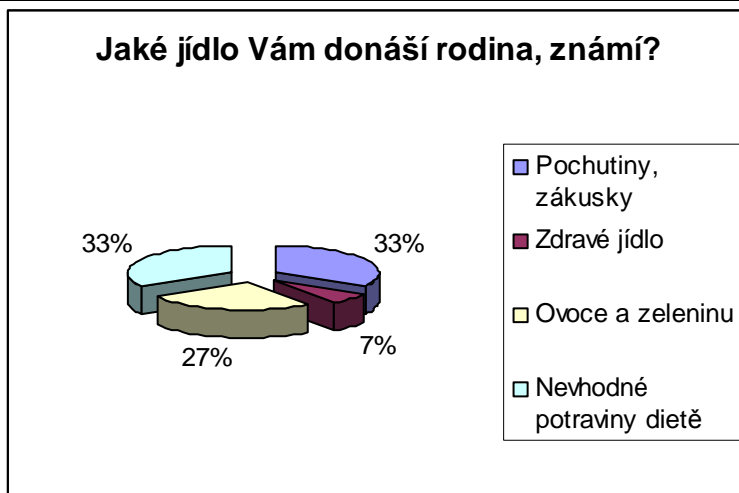
Odpovědi respondentů	Počet odpovědí
Ano	17
Ne	13
Celkem	30



Na otázku, zda příbuzní přejídají klienty, odpovědělo 57 % ano a 43 % ne.

### Otázka č. 21 Jaké jídlo Vám donáší rodina, znáší?

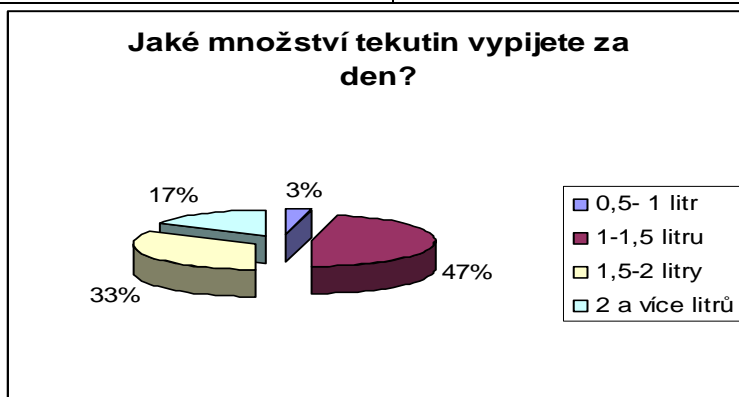
Odpovědi respondentů	Počet odpovědí
Pochutiny, zákusky	10
Zdravé jídlo	2
Ovoce a zeleninu	8
Nevhodné potraviny dietě	10
Celkem	30



U otázky „ Jaké jídlo Vám nosí rodina do nemocnice? “ vyšlo procentuálně stejně (33%) pochutiny a zákusky jako potraviny nevhodné dietě, o něco méně (27 %) nosí ovoce a zeleninu a nejméně nosí zdravé jídlo.

### Otázka č. 22 Jaké množství tekutin vypijete za den?

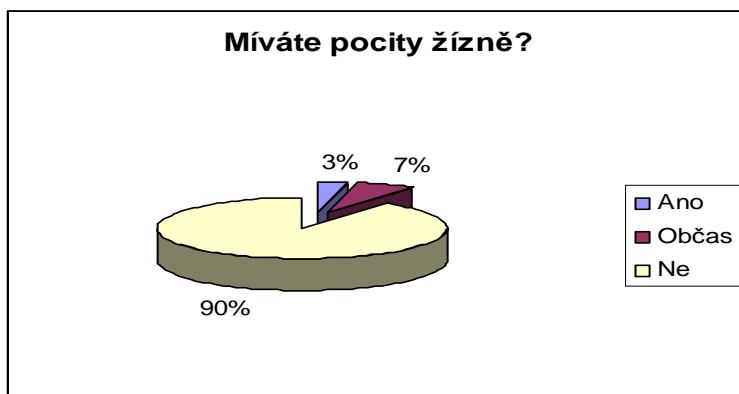
Odpovědi respondentů	Počet odpovědí
0,5- 1 litr	1
1-1,5 litru	14
1,5-2 litry	10
2 a více litrů	5
Celkem	30



47 % respondentů vypije 1 – 1,5 l denně, 33 % resp. zvládne vypít 1,5 – 2 l za den, 2 a více litrů vypije 17 % respondentů a 0,5 – 1 l vypije 1 respondent.

### Otázka č. 23 Míváte pocity žízně?

Odpovědi respondentů	Počet odpovědí
Ano	1
Občas	2
Ne	27
Celkem	30



Drtivá většina respondentů (90 %) pocity žízně nemá, 7 % občas a 3 % respondentů má pocity žízně.

### Otázka č. 24 Pokud ano, je to z důvodu, že si je nemůžete sami podat?

Odpovědi respondentů	Počet odpovědí
Ano	1
Ne	29
Celkem	30



U otázky č. 24 Pokud mají klienti ONP žízeň, tak zda je to z důvodu, že si je nemohou sami podat, odpovědělo ano 3 % a ne 97 %.

**Otázka č. 25 Dostáváte od pracovníků ONP dostatek tekutin?**

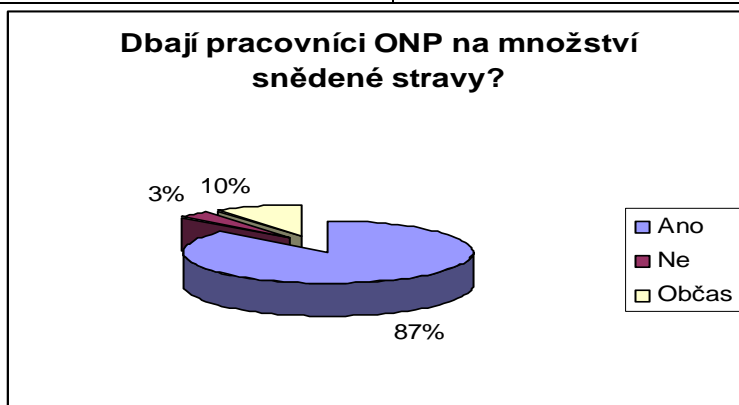
Odpovědi respondentů	Počet odpovědí
Ano	29
Ne	1
Celkem	30



Klienti dostávají od pracovníků na ONP dostatek tekutin, pouhé 3 % odpovědělo, že ne.

**Otázka č. 26 Dbají pracovníci ONP na množství snědené stravy?**

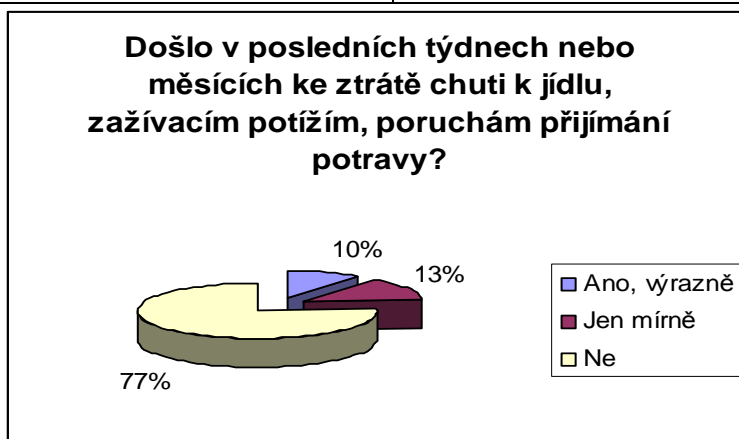
Odpovědi respondentů	Počet odpovědí
Ano	26
Ne	1
Občas	3
Celkem	30



87 % dotazovaných odpovědělo, že pracovníci dbají na množství snědené stravy, 10 % uvedlo, že dbají jen občas a 3 % klientů označili odpověď, že nedbají

**Otázka č. 27 Došlo v posledních týdnech nebo měsících ke ztrátě chuti k jídlu, zažívacím potížím, poruchám přijímání potravy?**

Odpovědi respondentů	Počet odpovědí
Ano, výrazně	3
Jen mírně	4
Ne	23
Celkem	30



U 23 respondentů nedošlo během posledních týdnů nebo měsíců ke ztrátě chuti k jídlu, u 4 jen mírně a u 3 respondentů došlo výrazně ke ztrátě chuti.

**Otázka č. 28 Jaké množství snídaně většinou sníte?**

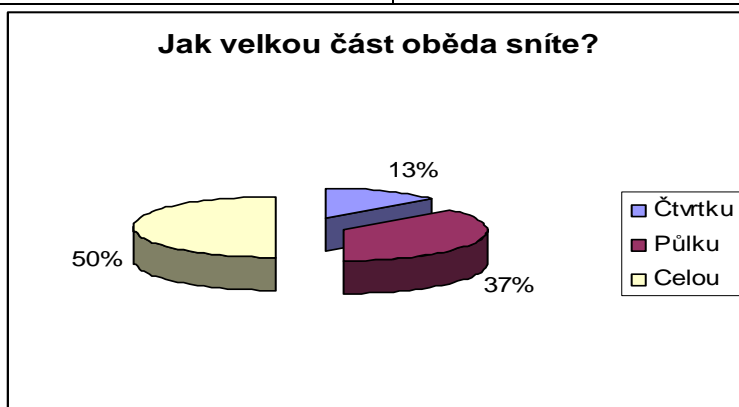
Odpovědi respondentů	Počet odpovědí
Čtvrtku	9
Půlku	11
Celou	10
Celkem	30



37 % respondentů sní většinou půlku snídaně, 33 % sní celou a 30 % sní čtvrt.

### Otázka č. 29 Jaké velkou část oběda sníte?

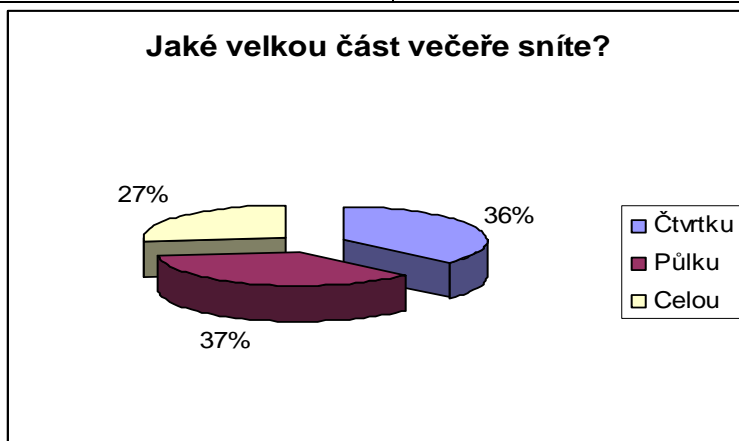
Odpovědi respondentů	Počet odpovědí
Čtvrtku	4
Půlku	11
Celou	15
Celkem	30



Celý oběd sní 15 respondentů, půlku oběda 11 klientů a jen čtvrtinu sní 4 klienti.

### Otázka č. 30 Jaké velkou část večeře sníte?

Odpovědi respondentů	Počet odpovědí
Čtvrtku	11
Půlku	11
Celou	8
Celkem	30



Procentuálně stejně (37 %) vyšla odpověď „čtvrtina“ a „půlka“ a 27 % respondentů sní večeři celou.



## Rozbor jídelníčku:

### Pondělí – Snídaně

Název produktu	Množství (g)	Energie (kJ)	Energie (kcal)	Bílkoviny (g)	Tuk (g)	Sacharidy (g)	Cholesterol (mg)	Vláknina (g)	Sodík (g)	Draslík (g)	Vápník(g)
Chléb pšeničný bílý	50	565	135	4	0,5	28,4	0	1,8	265	60	10
Lučina Linie	100	584	139	9,8	10	2,8	N. S.	N. S.	N. S.	N. S.	N. S.
Vitakáva	20	322	77	4,7	1	12,3	N. S.	0	N. S.	N. S.	0
<b>Celkem</b>		<b>1471</b>	<b>351</b>	<b>18,5</b>	<b>11,5</b>	<b>43,5</b>	<b>0</b>	<b>1,8</b>	<b>265</b>	<b>60</b>	<b>10</b>

### Pondělí - Přesnídávka

Název produktu	Množství (g)	Energie (kJ)	Energie (kcal)	Bílkoviny (g)	Tuk (g)	Sacharidy (g)	Cholesterol (mg)	Vláknina (g)	Sodík (g)	Draslík (g)	Vápník(g)
Kiwi	140	290	69	1,5	0,7	14,8	0	2,9	6	4,6	35
<b>Celkem</b>		<b>290</b>	<b>69</b>	<b>1,5</b>	<b>0,7</b>	<b>14,8</b>	<b>0</b>	<b>2,9</b>	<b>6</b>	<b>4,6</b>	<b>35</b>

### Pondělí - Oběd

Název produktu	Množství (g)	Energie (kJ)	Energie (kcal)	Bílkoviny (g)	Tuk (g)	Sacharidy (g)	Cholesterol (mg)	Vláknina (g)	Sodík (g)	Draslík (g)	Vápník(g)
Polévka boršč	250	345	83	5,8	3	9	0	0,8	708	105	40
Vepřové maso se zelím	140	854	204	11,3	15,7	8,4	0	3,9	710	405	91
Bramborové knedlíky	90	590	140	1,8	1,8	29,7	N. S.	N. S.	N. S.	N. S.	N. S.
<b>Celkem</b>		<b>1789</b>	<b>427</b>	<b>18,9</b>	<b>20,5</b>	<b>47,1</b>	<b>0</b>	<b>4,7</b>	<b>1417</b>	<b>510</b>	<b>131</b>

**Pondělí – Svačina**

Název produktu	Množství (g)	Energie (kJ)	Energie (kcal)	Bílkoviny (g)	Tuk (g)	Sacharidy (g)	Cholesterol (g)	Vláknina (g)	Sodík (g)	Draslík (g)	Vápník(g)
Pomeranče	140	263	63	1,3	0,3	15,8	0	2,2	4	276	46
<b>Celkem</b>		263	63	1,3	0,3	15,8	0	2,2	4	276	46

**Pondělí - Večeře**

Název produktu	Množství (g)	Energie (kJ)	Energie (kcal)	Bílkoviny (g)	Tuk (g)	Sacharidy (g)	Cholesterol (mg)	Vláknina (g)	Sodík (g)	Draslík (g)	Vápník(g)
Rohlík	50	529	126	3,1	0,5	27,6	0	1,5	277	55	14
Lipno sýr netučný 30%	50	330	79	8,3	4,9	0,5	18	0	650	50	300
<b>Celkem</b>		858	205	11,3	5,4	28	18	1,5	927	1,5	314

**Pondělí - 2. Večeře**

Název produktu	Množství (g)	Energie (kJ)	Energie (kcal)	Bílkoviny (g)	Tuk (g)	Sacharidy (g)	Cholesterol (mg)	Vláknina (g)	Sodík (g)	Draslík (g)	Vápník(g)
Chléb pšeničný bílý	50	565	135	4	0,5	28,4	0	1,8	265	60	10
Máslo stolní	10	249	60	0,1	6,7	0	24	0	0	2	1
Dia ovocná přesnídávka	330	749	178	1,3	1,3	43,2	0	9,2	7	396	17
<b>Celkem</b>		1563	373	5,4	8,6	71,6	24	11	272	458	27

**Klienti A, B, C, D, E snědli celé množství potravin.**

Energie (kJ)	Energie (kcal)	Bílkoviny (g)	Tuk (g)	Sacharidy (g)	Cholesterol (mg)	Vláknina (g)	Sodík (g)	Draslík (g)	Vápník(g)
6234	1488	56,9	47	220,8	42	24,1	2891	1815	563

**Klienti F, H snědli vše, kromě poloviny oběda.**

Energie (kJ)	Energie (kcal)	Bílkoviny (g)	Tuk (g)	Sacharidy (g)	Cholesterol (mg)	Vláknina (g)	Sodík (g)	Draslík (g)	Vápník(g)
5339	1275	56,9	37,5	197,8	42	21,6	2183	1560	498

**Klient G nesnědl čtvrtku 2. večeře**

Energie (kJ)	Energie (kcal)	Bílkoviny (g)	Tuk (g)	Sacharidy (g)	Cholesterol (mg)	Vláknina (g)	Sodík (g)	Draslík (g)	Vápník(g)
5844	1395	43,9	44,9	202,8	40,5	21,3	2823	2747	449

### Úterý - Snídaně

Název produktu	Množství (g)	Energie (kJ)	Energie (kcal)	Bílkoviny (g)	Tuk (g)	Sacharidy (g)	Cholesterol (mg)	Vláknina (g)	Sodík (g)	Draslík (g)	Vápník(g)
Chléb pšeničný bílý	50	565	135	4	0,5	28,4	0	1,8	265	60	10
Jogurt Activia Lehká a fit Malina	120	262	62	4,7	1,8	6,8	N. S.	2,2	84	N. S	156
Máslo stolní	10	249	60	0,1	6,7	0	24	0	0	2	1
Vitakáva	20	322	77	4,7	1	12,3	N. S.	0	N. S.	N. S.	0
<b>Celkem</b>		<b>1398</b>	<b>334</b>	<b>13,5</b>	<b>10</b>	<b>47,5</b>	<b>24</b>	<b>4</b>	<b>349</b>	<b>62</b>	<b>167</b>

### Úterý - přesnídávka

Název produktu	Množství (g)	Energie (kJ)	Energie (kcal)	Bílkoviny (g)	Tuk (g)	Sacharidy (g)	Cholesterol (mg)	Vláknina (g)	Sodík (g)	Draslík (g)	Vápník(g)
Jablko	150	359	86	0,5	0,6	22,1	0	3	3	180	11
<b>Celkem</b>		<b>359</b>	<b>86</b>	<b>0,5</b>	<b>0,6</b>	<b>22,1</b>	<b>0</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>180</b>	<b>11</b>

### Úterý - Oběd

Název produktu	Množství (g)	Energie (kJ)	Energie (kcal)	Bílkoviny (g)	Tuk (g)	Sacharidy (g)	Cholesterol (mg)	Vláknina (g)	Sodík (g)	Draslík (g)	Vápník(g)
Polévka gulášová	250	655	158	9,5	7,8	13,5	0	1,3	1	320	48
Rizoto kuřecí	200	1410	336	24	8,4	40	N. S.	N. S.	N. S.	N. S.	N. S.
Paprikový salát a s rajčaty a olejem	150	321	77	1,1	4,5	8,7	0	N. S.	N. S.	N. S.	12
<b>Celkem</b>	<b>2386</b>	<b>2386</b>	<b>570</b>	<b>34,6</b>	<b>20,7</b>	<b>62,2</b>	<b>0</b>	<b>1,3</b>	<b>1040</b>	<b>320</b>	<b>60</b>

### Úterý - Svačina

Název produktu	Množství (g)	Energie (kJ)	Energie (kcal)	Bílkoviny (g)	Tuk (g)	Sacharidy (g)	Cholesterol (mg)	Vláknina (g)	Sodík (g)	Draslík (g)	Vápník (g)
Pomeranče	140	263	63	1,3	0,3	15,8	0	2,2	4	276	46
<b>Celkem</b>		263	63	1,3	0,3	15,8	0	2,2	4	276	46

### Úterý - Večeře

Název produktu	Množství (g)	Energie (kJ)	Energie (kcal)	Bílkoviny (g)	Tuk (g)	Sacharidy (g)	Cholesterol (g)	Vláknina (g)	Sodík (g)	Draslík (g)	Vápník (g)
Eidam 30 %	100	1017	243	27,1	14,7	0,9	38	0	800	95	800
Chléb pšeničný bílý	50	565	135	4	0,5	28,4	0	1,8	265	60	10
<b>Celkem</b>		1582	378	31,1	15,2	29,3	38	1,8	1065	155	810

### Úterý - 2. Večeře

Název produktu	Množství (g)	Energie (kJ)	Energie (kcal)	Bílkoviny (g)	Tuk (g)	Sacharidy (g)	Cholesterol (g)	Vláknina (g)	Sodík (g)	Draslík (g)	Vápník (g)
Chléb pšeničný bílý	50	565	135	4	0,5	28,4	0	1,8	265	60	10
Jablko	150	359	86	0,5	0,6	22,1	0	3	3	180	11
<b>Celkem</b>		924	221	4,5	1,1	50,4	0	4,8	268	240	21

### Všichni klienti snědli celou nemocniční stravu

Energie (kJ)	Energie (kcal)	Bílkoviny (g)	Tuk (g)	Sacharidy (g)	Cholesterol (mg)	Vláknina (g)	Sodík (g)	Draslík (g)	Vápník (g)
8042	1922	93,5	48,9	284	62	20,7	3259	1353	1133

### Středa - Snídaně

Název produktu	Množství (g)	Energie (kJ)	Energie (kcal)	Bílkoviny (g)	Tuk (g)	Sacharidy (g)	Cholesterol (mg)	Vláknina (g)	Sodík (g)	Draslík (g)	Vápník(g)
Vitakáva	20 g	322	77	4,7	1	12,3	N. S.	0	N. S.	N. S.	0
Chléb pšeničný bílý	50	565	135	4	0,5	28,4	0	1,8	265	60	10
Salám debrecínský	100	1461	349	17,6	31,4	0,1	75	0,1	1650	205	13
Máslo stolní	10	249	60	0,1	6,7	0	24	0	0	2	1
<b>Celkem</b>	<b>2597</b>	<b>2597</b>	<b>621</b>	<b>26,4</b>	<b>39,6</b>	<b>40</b>	<b>99</b>	<b>1,9</b>	<b>1915</b>	<b>267</b>	<b>24</b>

### Středa – Přesnídávka

Název produktu	Množství (g)	Energie (kJ)	Energie (kcal)	Bílkoviny (g)	Tuk (g)	Sacharidy (g)	Cholesterol (mg)	Vláknina (g)	Sodík (g)	Draslík (g)	Vápník(g)
Pomeranče	140	263	63	1,3	0,3	15,8	0	2,2	4	276	46
<b>Celkem</b>		<b>263</b>	<b>63</b>	<b>1,3</b>	<b>0,3</b>	<b>15,8</b>	<b>0</b>	<b>2,2</b>	<b>4</b>	<b>276</b>	<b>46</b>

### Středa - Oběd

Název produktu	Množství (g)	Energie (kJ)	Energie (kcal)	Bílkoviny (g)	Tuk (g)	Sacharidy (g)	Cholesterol (mg)	Vláknina (g)	Sodík (g)	Draslík (g)	Vápník(g)
Polévka drůbková	250	150	35	3,3	1,3	0,3	0,	0,	493	100	33
Kuře-stehna	100	472	113	20,6	2,4	0	70	0	95	250	15
Brambory nové	250	893	213	5	0,5	49,3	0	1,5	71	975	28
<b>Celkem</b>		<b>1515</b>	<b>361</b>	<b>28,9</b>	<b>4,2</b>	<b>49,5</b>	<b>70</b>	<b>1,5</b>	<b>659</b>	<b>1325</b>	<b>75</b>

### Středa - Svačina

Název produktu	Množství (g)	Energie (kJ)	Energie (kcal)	Bílkoviny (g)	Tuk (g)	Sacharidy (g)	Cholesterol (mg)	Vláknina (mg)	Sodík (g)	Draslík (g)	Vápník (g)
Dia ovocná přesnídávka	330	749	178	1,3	1,3	43,2	0	9,2	7	396	17
<b>Celkem</b>		<b>749</b>	<b>178</b>	<b>1,3</b>	<b>1,3</b>	<b>43,2</b>	<b>0</b>	<b>9,2</b>	<b>7</b>	<b>396</b>	<b>17</b>

### Středa - Večeře

Název produktu	Množství (g)	Energie (kJ)	Energie (kcal)	Bílkoviny (g)	Tuk (g)	Sacharidy (g)	Cholesterol (mg)	Vláknina (mg)	Sodík (g)	Draslík (g)	Vápník (g)
Vejce slepičí	50	327	78	6,5	5,5	0	212	0	68	69	30
Chléb pšeničný bílý	50	565	135	4	0,5	28,4	0	1,8	265	60	10
Máslo stolní	10	249	60	0,1	6,7	0	24	0	0	2	1
<b>Celkem</b>		<b>1141</b>	<b>273</b>	<b>10,6</b>	<b>12,7</b>	<b>28,4</b>	<b>236</b>	<b>1,8</b>	<b>333</b>	<b>131</b>	<b>41</b>

### Středa - 2. Večeře

Název produktu	Množství (g)	Energie (kJ)	Energie (kcal)	Bílkoviny (g)	Tuk (g)	Sacharidy (g)	Cholesterol (mg)	Vláknina (mg)	Sodík (g)	Draslík (g)	Vápník (g)
AB podmáslí šlehané	250	380	90	7,8	2,5	9,5	N. S.	0	N. S.	N. S.	N. S.
Chléb pšeničný bílý	50	565	135	4	0,5	28,4	0	1,8	265	60	10
<b>Celkem</b>		<b>945</b>	<b>225</b>	<b>11,8</b>	<b>3</b>	<b>37,9</b>	<b>0</b>	<b>1,8</b>	<b>265</b>	<b>60</b>	<b>10</b>

**Pacienti A, C, D, snědli celou denní stravu**

Energie (kJ)	Energie (kcal)	Bílkoviny (g)	Tuk (g)	Sacharidy (g)	Cholesterol (mg)	Vláknina (g)	Sodík (g)	Draslík (g)	Vápník(g)
7210	1721	80,3	61,1	215,6	405	18,4	3183	2455	213

**Pacienti B, E nesnědli přesnídávku**

Energie (kJ)	Energie (kcal)	Bílkoviny (g)	Tuk (g)	Sacharidy (g)	Cholesterol (mg)	Vláknina (g)	Sodík (g)	Draslík (g)	Vápník(g)
6947	1658	80	78,7	199	405	16,2	3179	2179	167

**Pacienti F, H nesnědli svačinu**

Energie (kJ)	Energie (kcal)	Bílkoviny (g)	Tuk (g)	Sacharidy (g)	Cholesterol (mg)	Vláknina (g)	Sodík (g)	Draslík (g)	Vápník(g)
6461	1543	68	60	172	405	9	3172	2057	196

**Pacient G nesnědl půlku 2. Večeře**

Energie (kJ)	Energie (kcal)	Bílkoviny (g)	Tuk (g)	Sacharidy (g)	Cholesterol (mg)	Vláknina (g)	Sodík (g)	Draslík (g)	Vápník(g)
6738	1609	74	58	136	405	17	3151	2427	212



### Čtvrtek - Snídaně

Název produktu	Množství (g)	Energie (kJ)	Energie (kcal)	Bílkoviny (g)	Tuk (g)	Sacharidy (g)	Cholesterol (mg)	Vláknina (mg)	Sodík (g)	Draslík (g)	Vápník (g)
Chléb pšeničný bílý	50	565	135	4	0,5	28,4	0	1,8	265	60	10
Tvaroh Danone jemný	150	485	116	11	5	6,8	26	0	53	135	180
Vitakáva	20	322	77	4,7	1	12,3	N. S.	0	N. S.	N. S.	0
<b>Celkem</b>		<b>1372</b>	<b>328</b>	<b>19,7</b>	<b>6,4</b>	<b>47,4</b>	<b>26</b>	<b>1,8</b>	<b>318</b>	<b>195</b>	<b>190</b>

### Čtvrtek - Přesnídávka

Název produktu	Množství (g)	Energie (kJ)	Energie (kcal)	Bílkoviny (g)	Tuk (g)	Sacharidy (g)	Cholesterol (mg)	Vláknina (mg)	Sodík (g)	Draslík (g)	Vápník (g)
Pomeranče	140	263	63	1,3	0,3	15,8	0	2,2	4	276	46
<b>Celkem</b>		<b>263</b>	<b>63</b>	<b>1,3</b>	<b>0,3</b>	<b>15,8</b>	<b>0</b>	<b>2,2</b>	<b>4</b>	<b>276</b>	<b>46</b>

### Čtvrtek - Oběd

Název produktu	Množství (g)	Energie (kJ)	Energie (kcal)	Bílkoviny (g)	Tuk (g)	Sacharidy (g)	Cholesterol (mg)	Vláknina (mg)	Sodík (g)	Draslík (g)	Vápník (g)
Polévka čočková	250	763	183	11,3	8	19,5	0	3,5	698	325	55
Kapusta růžičková	100	272	65	3	0,6	14	0	2,1	9	282	47
Brambory nové	250	893	213	5	0,5	49,3	0	1,5	71	975	28
<b>Celkem</b>		<b>1927</b>	<b>460</b>	<b>19,3</b>	<b>9,1</b>	<b>82,8</b>	<b>0</b>	<b>7,1</b>	<b>778</b>	<b>1582</b>	<b>130</b>

### Čtvrtek - Svačina

Název produktu	Množství (g)	Energie (kJ)	Energie (kcal)	Bílkoviny (g)	Tuk (g)	Sacharidy (g)	Cholesterol (mg)	Vláknina (mg)	Sodík (g)	Draslík (g)	Vápník(g)
Dia ovocná přesnídávka	330	749	178	1,3	1,3	43,2	0	9,2	7	396	17
<b>Celkem</b>		<b>749</b>	<b>178</b>	<b>1,3</b>	<b>1,3</b>	<b>43,2</b>	<b>0</b>	<b>9,2</b>	<b>7</b>	<b>396</b>	<b>17</b>

### Čtvrtek - Večeře

Název produktu	Množství (g)	Energie (kJ)	Energie (kcal)	Bílkoviny (g)	Tuk (g)	Sacharidy (g)	Cholesterol (mg)	Vláknina (mg)	Sodík (g)	Draslík (g)	Vápník(g)
Salám gothajský	100	1816	434	12,2	42,7	0,1	110	0,1	2280	370	10
Máslo stolní	10	249	60	0,1	6,7	0	24	0	0	2	1
Rohlík	60	634	151	3,7	0,5	33,1	0	1,8	332	66	16
<b>Celkem</b>		<b>2699</b>	<b>645</b>	<b>15,9</b>	<b>50</b>	<b>33,2</b>	<b>134</b>	<b>1,9</b>	<b>2612</b>	<b>438</b>	<b>27</b>

### Čtvrtek - 2. Večeře

Název produktu	Množství (g)	Energie (kJ)	Energie (kcal)	Bílkoviny (g)	Tuk (g)	Sacharidy (g)	Cholesterol (mg)	Vláknina (mg)	Sodík (g)	Draslík (g)	Vápník(g)
AB podmásílí šlehané	250	380	90	7,8	2,5	9,5	N. S.	0	N. S.	N. S.	N. S.
Veka tuková	50	611	146	4	1,4	29,1	0	1,5	209	44	1,5
<b>Celkem</b>		<b>991</b>	<b>236</b>	<b>11,8</b>	<b>3,9</b>	<b>38,6</b>	<b>0</b>	<b>1,5</b>	<b>209</b>	<b>44</b>	<b>1,5</b>

**Pacienti B, C, D, E, F, H snědli stravu celou**

<b>Energie (kJ)</b>	<b>Energie (kcal)</b>	<b>Bílkoviny (g)</b>	<b>Tuk (g)</b>	<b>Sacharidy (g)</b>	<b>Cholesterol (mg)</b>	<b>Vláknina (g)</b>	<b>Sodík (g)</b>	<b>Draslík (g)</b>	<b>Vápník(g)</b>
<b>8001</b>	<b>1910</b>	<b>69,3</b>	<b>71</b>	<b>261</b>	<b>160</b>	<b>23,7</b>	<b>3928</b>	<b>2931</b>	<b>420</b>

**Pacienti A, G kromě přesnídávky snědli vše**

<b>Energie (kJ)</b>	<b>Energie (kcal)</b>	<b>Bílkoviny (g)</b>	<b>Tuk (g)</b>	<b>Sacharidy (g)</b>	<b>Cholesterol (mg)</b>	<b>Vláknina (g)</b>	<b>Sodík (g)</b>	<b>Draslík (g)</b>	<b>Vápník(g)</b>
<b>7737</b>	<b>1847</b>	<b>68</b>	<b>70,5</b>	<b>245</b>	<b>160</b>	<b>21</b>	<b>3924</b>	<b>2655</b>	<b>374</b>

**Pátek - Snídaně**

Název produktu	Množství (g)	Energie (kJ)	Energie (kcal)	Bílkoviny (g)	Tuk (g)	Sacharidy (g)	Cholesterol (mg)	Vláknina (mg)	Sodík (g)	Draslík (g)	Vápník(g)
Veka tuková	50 g	611	146	4	1,4	29,1	0	1,5	209	44	1,5
Vitakáva	20 g	322	77	4,7	1	12,3	N. S.	0	N. S.	N. S.	0
Jogurt bílý 3,5 % tuku	150 g	458	110	5,9	5,7	8,1	18	0	75	240	180
<b>Celkem</b>		<b>1390</b>	<b>333</b>	<b>14,6</b>	<b>8,1</b>	<b>49,5</b>	<b>18</b>	<b>1,5</b>	<b>284</b>	<b>284</b>	<b>181,5</b>

**Pátek - Přesnídávka**

Název produktu	Množství (g)	Energie (kJ)	Energie (kcal)	Bílkoviny (g)	Tuk (g)	Sacharidy (g)	Cholesterol (mg)	Vláknina (mg)	Sodík (g)	Draslík (g)	Vápník(g)
Kiwi	140 g	290	69	1,5	0,7	14,8	0	2,9	6	406	35
<b>Celkem</b>		<b>290</b>	<b>69</b>	<b>1,5</b>	<b>0,7</b>	<b>14,8</b>	<b>0</b>	<b>2,9</b>	<b>6</b>	<b>406</b>	<b>35</b>

**Pátek - Oběd**

Název produktu	Množství (g)	Energie (kJ)	Energie (kcal)	Bílkoviny (g)	Tuk (g)	Sacharidy (g)	Cholesterol (mg)	Vláknina (mg)	Sodík (g)	Draslík (g)	Vápník(g)
Polévka fazolová	250 g	433	103	5,5	6,8	5,5	0	0,8	588	128	35
Játra vepřová	100 g	549	131	20,6	4,8	1,5	335	0	77	350	10
Rýže	80 g	1186	283	5,4	0,6	63,1	0	1,8	5	90	19
<b>Celkem</b>		<b>2167</b>	<b>517</b>	<b>31,5</b>	<b>12,1</b>	<b>70,1</b>	<b>335</b>	<b>2,5</b>	<b>669</b>	<b>568</b>	<b>64</b>

**Pátek - svačina**

Název produktu	Množství (g)	Energie (kJ)	Energie (kcal)	Bílkoviny (g)	Tuk (g)	Sacharidy (g)	Cholesterol (mg)	Vláknina (mg)	Sodík (g)	Draslík (g)	Vápník(g)
Pomeranče	140 g	263	63	1,3	0,3	15,8	0	2,2	4	276	46
<b>Celkem</b>		263	63	1,3	0,3	15,8	0	2,2	4	276	46

**Pátek - večeře**

Název produktu	Množství (g)	Energie (kJ)	Energie (kcal)	Bílkoviny (g)	Tuk (g)	Sacharidy (g)	Cholesterol (mg)	Vláknina (mg)	Sodík (g)	Draslík (g)	Vápník(g)
Chléb pšeničný bílý	50 g	565	135	4	0,5	28,4	0	1,8	265	60	10
Sýr tavený 40 %	100 g	970	232	19,5	16,7	0,7	45	0	1300	140	550
<b>Celkem</b>		1535	367	23,5	17,2	29,1	45	1,8	1565	200	560

**Pátek - 2. Večeře**

Název produktu	Množství (g)	Energie (kJ)	Energie (kcal)	Bílkoviny (g)	Tuk (g)	Sacharidy (g)	Cholesterol (mg)	Vláknina (mg)	Sodík (g)	Draslík (g)	Vápník(g)
Chléb pšeničný bílý	50 g	565	135	4	0,5	28,4	0	1,8	265	60	10
Máslo stolní	10 g	249	60	0,1	6,7	0	24	0	0	2	1
<b>Celkem</b>		814	195	4,1	7,2	28,4	24	1,8	265	62	11

**Pacienti C, E, H snědli celodenní stravu celou**

Energie (kJ)	Energie (kcal)	Bílkoviny (g)	Tuk (g)	Sacharidy (g)	Cholesterol (mg)	Vláknina (g)	Sodík (g)	Draslík (g)	Vápník(g)
6459	1544	76,5	45,6	207,7	422	12,7	2793	1796	905

**Pacienti A, F, G vynechali 2. večeři**

Energie (kJ)	Energie (kcal)	Bílkoviny (g)	Tuk (g)	Sacharidy (g)	Cholesterol (mg)	Vláknina (g)	Sodík (g)	Draslík (g)	Vápník(g)
5645	1349	72	38	179	398	10,7	2533	1734	894

**Pacienti B, D snědli celou denní stavu + 50 g Horalky**

Energie (kJ)	Energie (kcal)	Bílkoviny (g)	Tuk (g)	Sacharidy (g)	Cholesterol (mg)	Vláknina (g)	Sodík (g)	Draslík (g)	Vápník(g)
7487	1790	78,6	57,6	240	422	12,7	2793	1796	912

### Sobota - Snídaně

Název produktu	Množství (g)	Energie (kJ)	Energie (kcal)	Bílkoviny (g)	Tuk (g)	Sacharidy (g)	Cholesterol (mg)	Vláknina (mg)	Sodík (g)	Draslík (g)	Vápník(g)
Sýr čerstvý Cottage	150 g	707	168	20,3	7,5	5	23	0	1161	165	480
Chléb pšeničný bílý	50 g	565	135	4	0,5	28,4	0	1,8	265	60	10
Vitakáva	20 g	322	77	4,7	1	12,3	N. S.	0	N. S.	N. S.	0
<b>Celkem</b>		<b>1594</b>	<b>380</b>	<b>29</b>	<b>9</b>	<b>45,6</b>	<b>23</b>	<b>1,8</b>	<b>1426</b>	<b>225</b>	<b>490</b>

### Sobota - Přesnídávka

Název produktu	Množství (g)	Energie (kJ)	Energie (kcal)	Bílkoviny (g)	Tuk (g)	Sacharidy (g)	Cholesterol (mg)	Vláknina (mg)	Sodík (g)	Draslík (g)	Vápník(g)
Jablka	150 g	359	86	0,5	0,6	22,1	0	3	3	180	11
<b>Celkem</b>		<b>359</b>	<b>86</b>	<b>0,5</b>	<b>0,6</b>	<b>22,1</b>	<b>0</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>180</b>	<b>11</b>

### Sobota - Oběd

Název produktu	Množství (g)	Energie (kJ)	Energie (kcal)	Bílkoviny (g)	Tuk (g)	Sacharidy (g)	Cholesterol (mg)	Vláknina (mg)	Sodík (g)	Draslík (g)	Vápník(g)
Polévka kapustová	250 g	1745	418	17,5	37,5	7,5	1	1,5	1088	380	113
Hovězí s omáčkou okurkovou	120 g	559	134	10,9	5,6	9,5	N. S.	N. S.	N. S.	N. S.	N. S.
Knedlíky houskové	150 g	1545	368	10,7	1,7	76,5	N. S.	N. S.	N. S.	N. S.	N. S.
<b>Celkem</b>		<b>3849</b>	<b>919</b>	<b>39,1</b>	<b>44,8</b>	<b>93,5</b>	<b>1</b>	<b>1,5</b>	<b>1088</b>	<b>380</b>	<b>113</b>

**Sobota - Svačina**

Název produktu	Množství (g)	Energie (kJ)	Energie (kcal)	Bílkoviny (g)	Tuk (g)	Sacharidy (g)	Cholesterol (mg)	Vláknina (mg)	Sodík (g)	Draslík (g)	Vápník(g)
Pomeranče	140 g	263	63	1,3	0,3	15,8	0	2,2	4	276	46
<b>Celkem</b>		<b>263</b>	<b>63</b>	<b>1,3</b>	<b>0,3</b>	<b>15,8</b>	<b>0</b>	<b>2,2</b>	<b>4</b>	<b>276</b>	<b>46</b>

**Sobota - večeře**

Název produktu	Množství (g)	Energie (kJ)	Energie (kcal)	Bílkoviny (g)	Tuk (g)	Sacharidy (g)	Cholesterol (mg)	Vláknina (mg)	Sodík (g)	Draslík (g)	Vápník(g)
Chléb pšeničný bílý	50 g	565	135	4	0,5	28,4	0	1,8	265	60	10
Máslo stol.	10 g	249	60	0,1	6,7	0	24	0	0	2	1
Dia jahodový džem	20 g	110	26	0,2	0,1	6,9	0	0,1	1	21	3
<b>Celkem</b>		<b>924</b>	<b>221</b>	<b>4,2</b>	<b>7,3</b>	<b>35,3</b>	<b>24</b>	<b>1,9</b>	<b>266</b>	<b>83</b>	<b>14</b>

**Sobota - 2. Večeře**

Název produktu	Množství (g)	Energie (kJ)	Energie (kcal)	Bílkoviny (g)	Tuk (g)	Sacharidy (g)	Cholesterol (mg)	Vláknina (mg)	Sodík (g)	Draslík (g)	Vápník(g)
AB podmáslí šlehané	250g	380	90	7,8	2,5	9,5	N. S.	0	N. S.	N. S.	N. S.
Veka tuková	50 g	611	146	4	1,4	29,1	0	1,5	209	44	1,5
<b>Celkem</b>		<b>991</b>	<b>236</b>	<b>11,8</b>	<b>3,9</b>	<b>38,6</b>	<b>0</b>	<b>1,5</b>	<b>2,9</b>	<b>44</b>	<b>1,5</b>



**Pacienti D, E, H snědli celodenní stravu celou**

Energie (kJ)	Energie (kcal)	Bílkoviny (g)	Tuk (g)	Sacharidy (g)	Cholesterol (mg)	Vláknina (g)	Sodík (g)	Draslík (g)	Vápník(g)
7781	1858	83,5	65,1	243,1	48	11,6	2954	1179	681

**Pacient A snědl celodenní stravu+ 60 g bílé čokolády aero**

Energie (kJ)	Energie (kcal)	Bílkoviny (g)	Tuk (g)	Sacharidy (g)	Cholesterol (mg)	Vláknina (g)	Sodík (g)	Draslík (g)	Vápník(g)
9170	2190	88,2	85,1	276,3	48	12,5	2954	1179	681

**Pacient B nesnědl půlku oběda**

Energie (kJ)	Energie (kcal)	Bílkoviny (g)	Tuk (g)	Sacharidy (g)	Cholesterol (mg)	Vláknina (g)	Sodík (g)	Draslík (g)	Vápník(g)
5852	1399	63	64	235	47,5	11	2450	984	631

**Pacienti C, F, G vynechali 2. večeři**

Energie (kJ)	Energie (kcal)	Bílkoviny (g)	Tuk (g)	Sacharidy (g)	Cholesterol (mg)	Vláknina (g)	Sodík (g)	Draslík (g)	Vápník(g)
6989	1669	73	62,1	213,1	48	10,4	2792,3	1144	673

### Neděle - snídaně

Název produktu	Množství (g)	Energie (kJ)	Energie (kcal)	Bílkoviny (g)	Tuk (g)	Sacharidy (g)	Cholesterol (mg)	Vláknina (mg)	Sodík (g)	Draslík (g)	Vápník(g)
Vitakáva	20 g	322	77	4,7	1	12,3	N. S.	0	N. S.	N. S.	0
Rohlík	50 g	529	126	3,1	0,5	27,6	0	1,5	277	55	14
Lipno sýr netučný 30 %	50 g	330	79	8,3	4,9	0,5	18	0	650	50	300
<b>Celkem</b>		<b>1180</b>	<b>282</b>	<b>16</b>	<b>6,3</b>	<b>40,3</b>	<b>18</b>	<b>1,5</b>	<b>927</b>	<b>105</b>	<b>314</b>

### Neděle - přesnídávka

Název produktu	Množství (g)	Energie (kJ)	Energie (kcal)	Bílkoviny (g)	Tuk (g)	Sacharidy (g)	Cholesterol (mg)	Vláknina (mg)	Sodík (g)	Draslík (g)	Vápník(g)
Dia ovocná přesnídávka	330 g	749	178	1,3	1,3	43,2	0	9,2	7	396	17
<b>Celkem</b>		<b>749</b>	<b>178</b>	<b>1,3</b>	<b>1,3</b>	<b>43,2</b>	<b>0</b>	<b>9,2</b>	<b>7</b>	<b>396</b>	<b>17</b>

### Neděle - oběd

Název produktu	Množství (g)	Energie (kJ)	Energie (kcal)	Bílkoviny (g)	Tuk (g)	Sacharidy (g)	Cholesterol (g)	Vláknina (mg)	Sodík (g)	Draslík (g)	Vápník(g)
Krůta prso	100 g	481	115	24,1	1	0	60	0	46	330	13
Bramborový salát	200 g	732	174	5,2	3,8	31,2	6	5	1800	440	80
Polévka slepičí	250 g	258	63	5,5	2,5	4,3	0	0,3	638	190	38
<b>Celkem</b>		<b>1471</b>	<b>352</b>	<b>34,8</b>	<b>7,3</b>	<b>35,5</b>	<b>66</b>	<b>5,3</b>	<b>2484</b>	<b>960</b>	<b>131</b>

### Neděle - Svačina

Název produktu	Množství (g)	Energie (kJ)	Energie (kcal)	Bílkoviny (g)	Tuk (g)	Sacharidy (g)	Cholesterol (g)	Vláknina (mg)	Sodík (g)	Draslík (g)	Vápník(g)
Jablka	150 g	359	86	0,5	0,6	22,1	0	3	3	180	11
<b>Celkem</b>		<b>359</b>	<b>86</b>	<b>0,5</b>	<b>0,6</b>	<b>22,1</b>	<b>0</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>180</b>	<b>11</b>

### Neděle - večeře

Název produktu	Množství (g)	Energie (kJ)	Energie (kcal)	Bílkoviny (g)	Tuk (g)	Sacharidy (g)	Cholesterol (g)	Vláknina (mg)	Sodík (g)	Draslík (g)	Vápník(g)
Rohlík	50 g	529	126	3,1	0,5	27,6	0	1,5	277	55	14
Máslo nízkokalorické	20 g	405	97	0,5	10,4	0,4	27	0	13	4	7
Eidam 30 %	100 g	1017	243	27,1	14,7	0,9	38	0	800	95	800
Chléb pšeničný bílý	50 g	565	135	4	0,5	28,4	0	1,8	265	60	10
<b>Celkem</b>		<b>1951</b>	<b>466</b>	<b>30,7</b>	<b>25,5</b>	<b>28,8</b>	<b>65</b>	<b>1,5</b>	<b>1090</b>	<b>154</b>	<b>821</b>

### Neděle - 2. Večeře

Název produktu	Množství (g)	Energie (kJ)	Energie (kcal)	Bílkoviny (g)	Tuk (g)	Sacharidy (g)	Cholesterol (g)	Vláknina (mg)	Sodík (g)	Draslík (g)	Vápník(g)
Rohlík	50 g	529	126	3,1	0,5	27,6	0	1,5	277	55	14
<b>Celkem</b>		<b>529</b>	<b>126</b>	<b>3,1</b>	<b>0,5</b>	<b>27,6</b>	<b>0</b>	<b>1,5</b>	<b>277</b>	<b>55</b>	<b>14</b>

**Pacienti A, C, D, E, H snědli vše**

Energie (kJ)	Energie (kcal)	Bílkoviny (g)	Tuk (g)	Sacharidy (g)	Cholesterol (mg)	Vláknina (g)	Sodík (g)	Draslík (g)	Vápník(g)
6275	1499	87,3	41,5	198,3	149	22,3	4776	1855	1304

**Pacienti B, F snědli vše + 60 g pařížský dort**

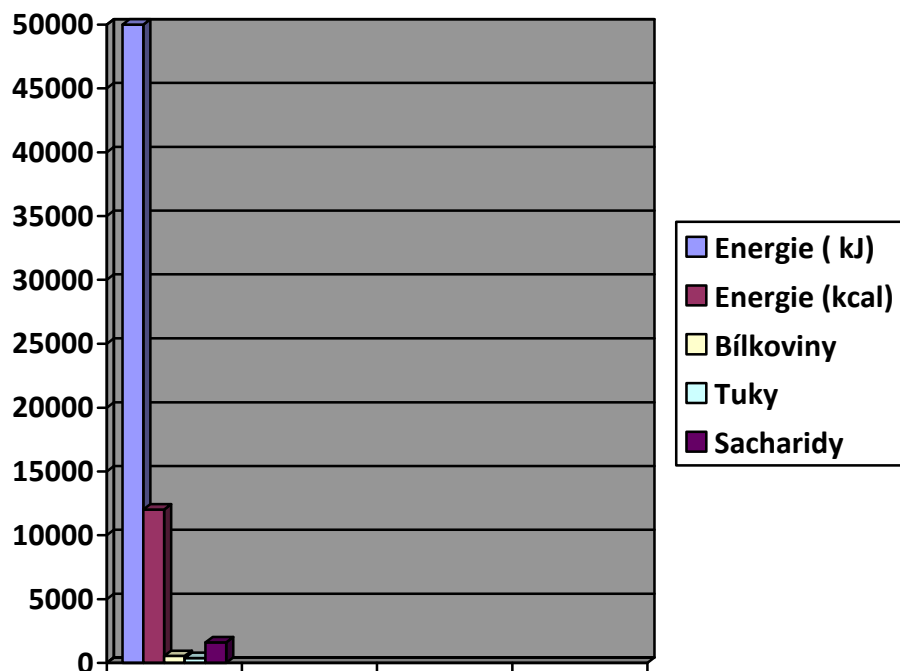
Energie (kJ)	Energie (kcal)	Bílkoviny (g)	Tuk (g)	Sacharidy (g)	Cholesterol (mg)	Vláknina (g)	Sodík (g)	Draslík (g)	Vápník(g)
7841	1873	92,5	58,1	229	149	22,3	4776	1855	1304

**Pacient G snědl vše + 2 rakvičky se šlehačkou**

Energie (kJ)	Energie (kcal)	Bílkoviny (g)	Tuk (g)	Sacharidy (g)	Cholesterol (mg)	Vláknina (g)	Sodík (g)	Draslík (g)	Vápník(g)
8184	1955	90,2	67,4	231,3	149	22,3	4776	1855	1371

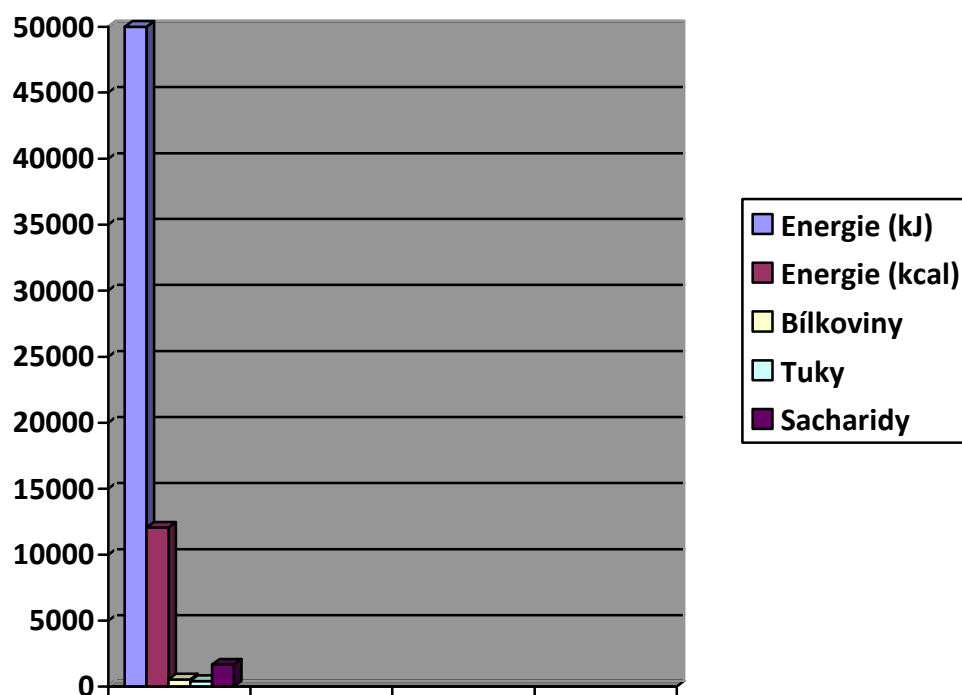
## Zhodnocení týdenních jídelníků:

### Týdenní strava pacienta A:



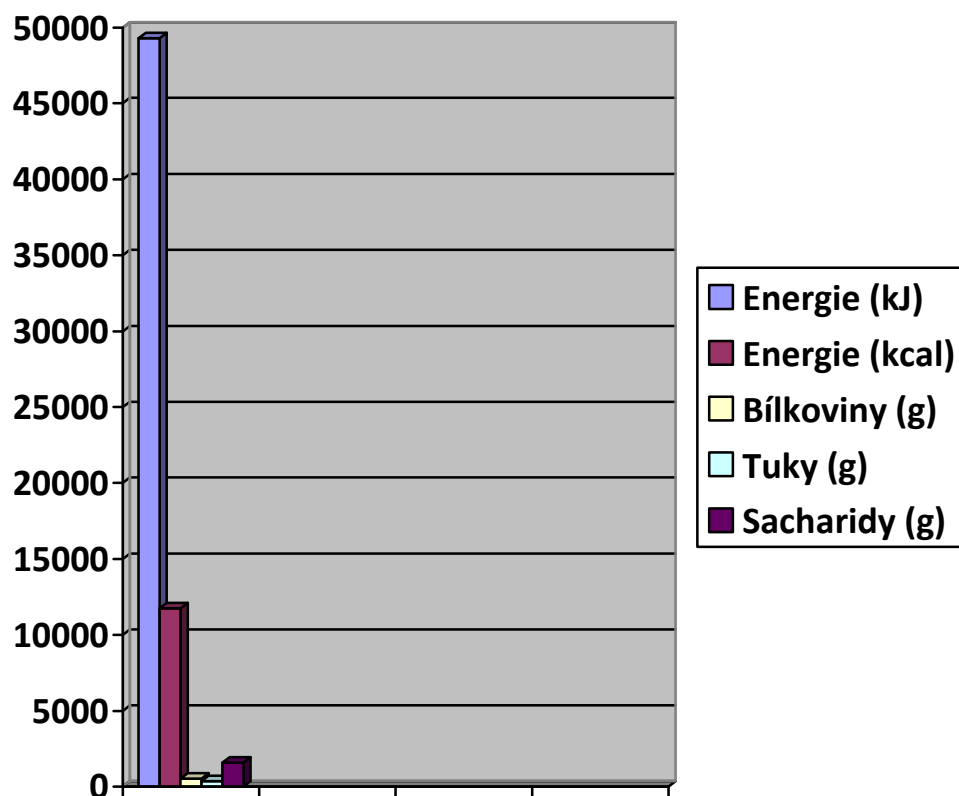
<b>Energie ( kJ)</b>	<b>50313</b>
<b>Energie (kcal)</b>	<b>12016</b>
<b>Bílkoviny (g)</b>	<b>546,2</b>
<b>Tuky (g)</b>	<b>392,1</b>
<b>Sacharidy (g)</b>	<b>1619</b>

**Týdenní strava pacienta B:**



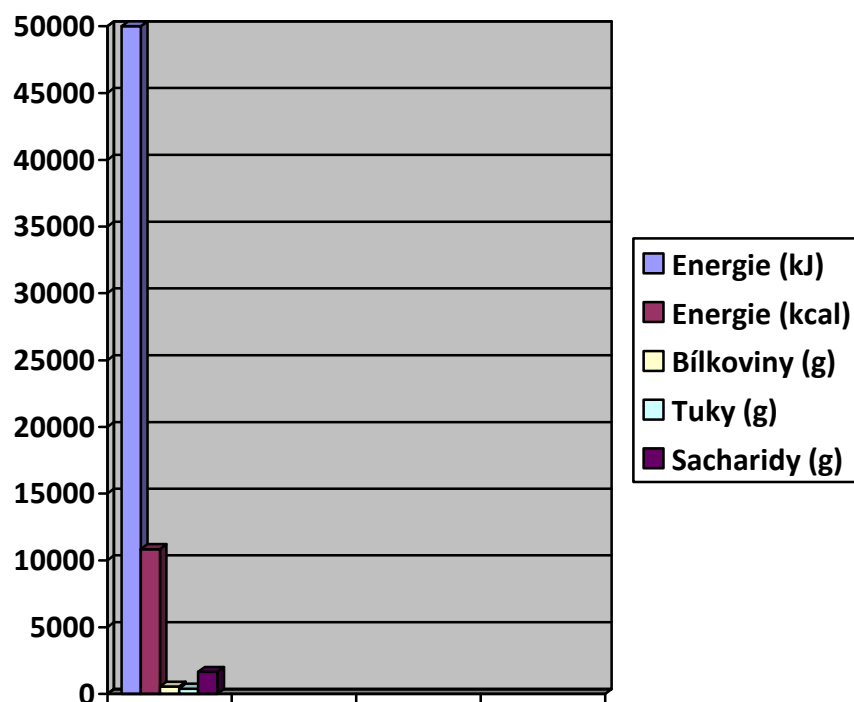
<b>Energie ( kJ)</b>	<b>50404</b>
<b>Energie (kcal)</b>	<b>12040</b>
<b>Bílkoviny (g)</b>	<b>533,8</b>
<b>Tuky (g)</b>	<b>425,3</b>
<b>Sacharidy (g)</b>	<b>1668,8</b>

**Týdenní strava pacienta C:**



<b>Energie ( kJ)</b>	<b>49290</b>
<b>Energie (kcal)</b>	<b>11753</b>
<b>Bílkoviny (g)</b>	<b>536,8</b>
<b>Tuky (g)</b>	<b>377,2</b>
<b>Sacharidy (g)</b>	<b>1600,5</b>

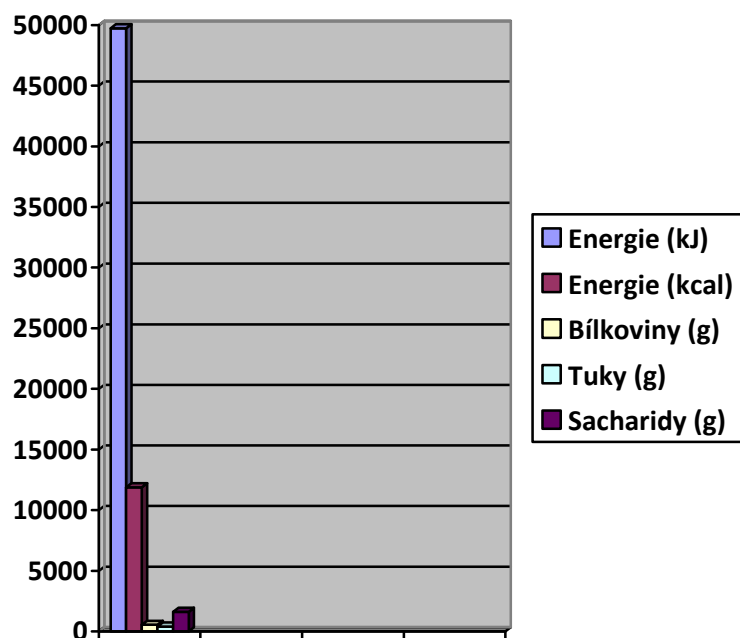
**Týdenní strava pacienta D:**



<b>Energie ( kJ)</b>	<b>51030</b>
<b>Energie (kcal)</b>	<b>10838</b>
<b>Bílkoviny (g)</b>	<b>552,1</b>
<b>Tuky (g)</b>	<b>392,2</b>
<b>Sacharidy (g)</b>	<b>1662,8</b>

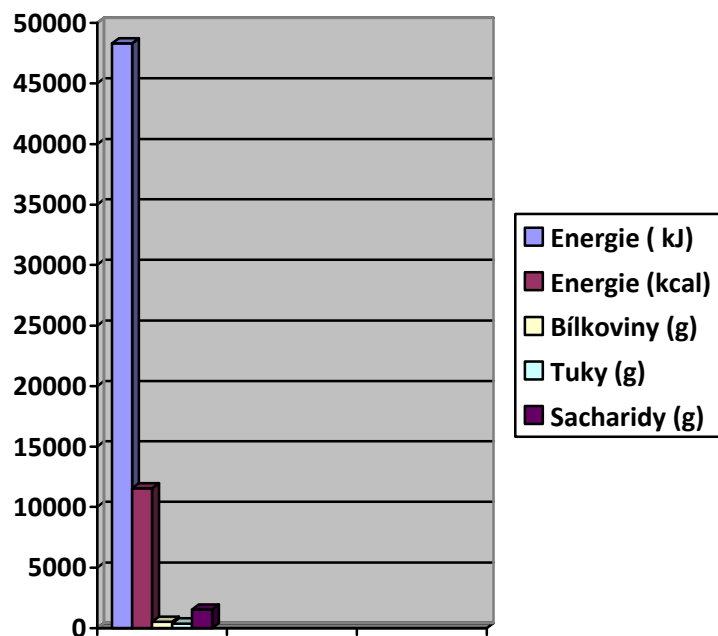


**Týdenní strava pacienta E:**



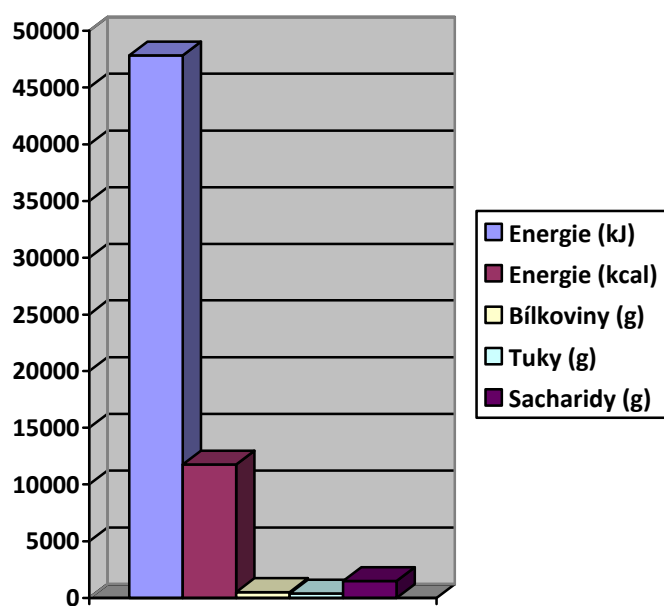
<b>Energie ( kJ)</b>	<b>49739</b>
<b>Energie (kcal)</b>	<b>11879</b>
<b>Bílkoviny (g)</b>	<b>547</b>
<b>Tuky (g)</b>	<b>397,8</b>
<b>Sacharidy (g)</b>	<b>1613,9</b>

**Týdenní strava pacienta F:**



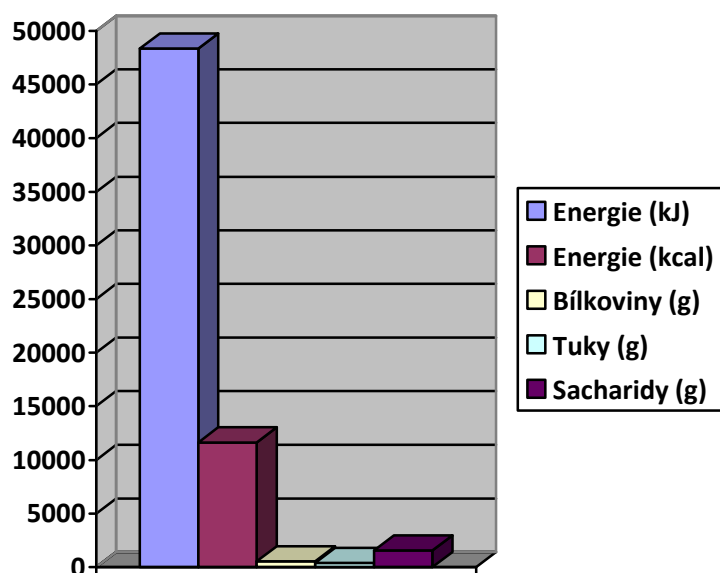
<b>Energie ( kJ)</b>	<b>48318</b>
<b>Energie (kcal)</b>	<b>11541</b>
<b>Bílkoviny (g)</b>	<b>525,2</b>
<b>Tuky (g)</b>	<b>375,6</b>
<b>Sacharidy (g)</b>	<b>1535,9</b>

### Týdenní strava pacienta G:



<b>Energie ( kJ)</b>	<b>47835</b>
<b>Energie (kcal)</b>	<b>11746</b>
<b>Bílkoviny (g)</b>	<b>514,6</b>
<b>Tuky (g)</b>	<b>398,8</b>
<b>Sacharidy (g)</b>	<b>1491,2</b>

**Týdenní strava pacienta H:**



<b>Energie ( kJ)</b>	<b>48358</b>
<b>Energie (kcal)</b>	<b>11626</b>
<b>Bílkoviny (g)</b>	<b>535</b>
<b>Tuky (g)</b>	<b>369,6</b>
<b>Sacharidy (g)</b>	<b>1563,9</b>

**Týdenní výživové hodnoty- norma:**

Energie	45000- 51000 kJ
bílkoviny	560 g
tuky	300- 500 g
sacharidy	1570 g

### **Diskuze k výsledkům:**

Dotazník zahrnoval 30 otázek, z nichž přibližně třetinu tvořily otázky identifikační, které jsem využila k charakterizaci skupiny. Zbývající otázky lze zhruba rozdělit do tří tématických okruhů:

1. Vztahující se k množství a kvalitě konzumované potravy
2. Vztahující se k pitnému režimu
3. Týkající se postoje k předepsané dietě

První okruh otázek se vztahoval ke kvalitě a vhodnosti jídla na ONP. Většina respondentů musí ze zdravotních důvodů dodržovat některý typ diety, i přesto velká část pacientů uvádí, že jim podávaná strava plně vyhovuje. Zbývající část klientů v jídelníčku postrádá více moučníků, celozrnného pečiva a ryb. Z určitého hlediska se jedná o poněkud problematické potraviny, častější podávání moučníků může být v rozporu s pravidly dodržování diety. V některých případech by ale mohlo být řešením nahradit je přirozeně sladkými potravinami např. ovocem. Zařazování ryb do jídelníčku seniorů je omezeno zvláště kvůli nebezpečí, které představují rybí kosti. Zde se jako řešení nabízí, zařazovat do stravy rybí filé. Části respondentů chybí v jídelníčku celozrnné pečivo, ale jak vyplývá z odpovědí na otázku č. 11, převážná většina o tento druh stravy nemá zájem. Důvodem může být obtížnější rozžvýkání či chuť celozrnného pečiva.

60% respondentů uvádí, že během jejich pobytu na ONP u nich nedošlo ke změně váhy, u 30% respondentů došlo ke zvýšení a u 10% ke snížení váhy. K váhovým úbytkům respektive přírůstkům mohlo během pobytu na ONP docházet i díky tomu, že pacienti při nástupu na oddělení trpěli nadváhou či naopak nedostatečnou výživou, což je poměrně běžný jev, a při pobytu se jejich váha začala normalizovat. Na druhou stranu polovina pacientů uvádí, že porce jídla jim alespoň občas stačí, druhá polovina považuje porce za dostatečné. Na pocity hladu si ale stěžují pouze tři respondenti. Pokud vezmeme v úvahu, že u některých pacientů může být v důsledku nemoci snížena chuť k jídlu, napovídá nám toto zjištění, že porce na ONP nemusejí být dostatečné. To, že na otázku č. 8 valná většina klientů odpověděla záporně s tímto tvrzením, není v rozporu. Pacienti zahánějí pocity hladu potravinami, které jim přinášejí na návštěvy

jejich příbuzní. Problém ovšem vyvstává v případě, kdy návštěvníci nerespektují případnou předepsanou dietu a přinášejí nevhodné potraviny.

Kromě sedmi pacientů si v posledních několika měsících žádný respondent nestěžoval na žádné ani na mírné zažívací obtíže či ztrátu chuti k jídlu. Toto zjištění svědčí pro kvalitu a vhodnost podávané potravy na ONP. Potíže, které respondenti uvádějí, mohou souviset s jejich onemocněním popřípadě s nedodržováním předepsané diety.

Většina pacientů sní během hlavních jídel tj. snídaně, oběda a večeře, alespoň polovinu podávané porce a značná část uvádí, že jí alespoň pětkrát denně. Podrobné sledování skupiny pacientů s diagnostikovaným diabetem vedlo k těmto výsledkům:

1. den, více jak polovina sledovaných snědla celodenní množství potravy, 2 pacienti nesnědli pouze půl oběda a jen 1. nesnědl čtvrt večeře. Oproti prvnímu dne pozorování, celodenní stravu snědli všichni. Ve středu snědli vše 3 pacienti, 2 pacienti nesnědli přesnídávku a jiní 2 pacienti nesnědli svačinu. A 1 klient nesnědl půl 2. Večeře. Opět převážná většina snědla celou denní stravu v českobudějovické nemocni na ONP. 5. den pozorování 2 pacienti zhřešili horalkou, 3 klienti snědli vše a zbylí 3 pacienti vynechali 2. večeři. Předposlední den pozorování 1 pacient porušil dietu 60 g čokolády, 3 pacienti snědli denní stravu celou, 1 klient snědl také vše kromě půlky oběda a 3 pacienti vynechali úplně 2. večeři. V poslední den pozorování zhřešili 3 klienti zákusky, z důvodu hojných nedělních návštěv a zbylých 5 pacientů snědlo vše.

Toto poměrně velké množství jídla zkonsumované během hlavních jídel a rozdělení celkově přijaté potravy do 5 porcí je pravděpodobně dosaženo tím, že na množství snědené stravy dbají pracovníci ONP, čemuž napovídá i fakt, že většina klientů potřebuje při jídle asistenci.

Další okruh otázek zařazených do dotazníku se týká problematiky dodržování předepsané diety. Jak již bylo naznačeno výše, problémem se může stát donášení potravin příbuznými. Z odpovědí vyplývá, že návštěvníci pacientů i přes to, že jsou seznámeni s dietou, kterou má klient předepsanou, tyto dietní předpisy nerespektují, přinášejí nevhodné potraviny, hlavně sladkosti či pochutiny a to často navíc v nadměrném množství. Tyto potraviny pak svádějí pacienty (a to často úspěšně) k porušování předepsané diety. Příčinou tohoto problému může být nedostatečná

informovanost příbuzných a blízkých lidí o škodlivosti jejich počinání. Mohou být přesvědčeni, že pacientům „přilepšují“ a zpříjemňují jim tak pobyt v nemocnici. Většinou ale naopak svým chováním přispívají k prodloužení pobytu v nemocničním zařízení. Dalším možným vysvětlením tohoto chování je přesvědčení typu „pacientovi už to víc uškodit nemůže“. V takovýchto případech by bylo vhodné příbuzným osvětlit danou problematiku a dopady jejich chování.

Poslední okruh otázek se týkal pitného režimu. Většina respondentů s výjimkou 3 v dotazníku uvedla, že netrpí pocity žízně a zároveň většina uvádí, že od personálu dostávají dostatek tekutin. To ovšem nemusí znamenat, že dostatečný objem tekutin je skutečně konzumován, tyto odpovědi mohou být ovlivněny faktem, že u starých lidí je značně potlačený pocit žízně. Na druhou stranu na otázku jaké množství tekutin za den vypijí, uvedli všichni respondenti kromě jednoho, že více než 1l. Tento výsledek tedy poukazuje spíše na to, že klienti netrpí pocity žízně skutečně díky tomu, že přijímají dostatečné množství tekutin. Vezmeme-li v úvahu klesající pocit žízně ve stáří a objemy konzumovaných tekutin (5 respondentů uvádí dokonce více než 2l denně), vzniká nám určitý paradox. Jedním z možných vysvětlení tohoto rozporu může být přítomnost choroby. Např. jedním z příznaků diabetes melitus je zvýšení pocitu žízně. Ve zkoumané skupině ale bylo jen 8 pacientů, kteří byli hospitalizováni s tímto onemocněním. Dále musíme vzít v úvahu i možnost, že většina lidí ví, jaké množství tekutin by měli za den vypít a má tendence podle toho své odpovědi upravovat. Nejjednodušším vysvětlením ovšem je, že klienti jsou k dostatečnému příjmu tekutin nabádáni personálem. Zvláště v případech, kdy jsou pacientům podávány léky, které mohou vést k dehydrataci (diuretika při úpravě TK), je dozor personálu žádoucí. Tuto domněnku částečně potvrzuje i otázka č. 25 – zda pacienti od personálu dostávají dostatečné množství tekutin, kde respondenti s jedinou výjimkou odpověděli kladně.



## 5. ZÁVĚR

Nedostatky ve výživě seniorů začínají už v domácím prostředí. S vyšším věkem se snižuje vnímání chuti, ovlivňující jak pocit hladu, tak i vstřebávání jednotlivých živin. Je také menší potřeba jídla i jeho využití. Často se přidá zhoršení mentálních funkcí, které vede k tomu, že se postižený zapomene najíst. Ke snížení chuti k jídlu a potřeby se najíst přispívá také umělý chrup a slizniční onemocnění dutiny ústní. Zhoršení hybnosti nebo zraku zase výrazně omezuje schopnost nákupu a přípravy stravy. Nezanedbatelnou roli hrají i problémy ekonomické.

Ve větších městech se přidává deprese z osamělosti a sociální izolace, umocněná nedostatečnou stimulací a většinou nulovou pomocí okolí. Takový člověk nemá potřebu si připravit, esteticky upravit a naservírovat pokrm (vždyť to nemá smysl, pro koho bych to dělal, pro mne to není třeba). Dochází k začarovanému kruhu, protože jeho zdravotní stav se díky nedostatečné výživě stále zhoršuje. Obecně platí, že v těchto případech běžný příjem živin nestačí a že je třeba zvýšit příjem energie, bílkovin a vitaminů. Obvykle je nutné podat vyšší hodnotu v menším množství. Tito lidé jsou často hospitalizováni se zhoršením základního onemocnění, případně v důsledku dehydratace (často v první chvíli zaměněné za iktus). Ve zdravotnickém zařízení nezřídká dostanou chuťově nevýraznou dietu (šetřící nebo neslanou), kterou nejedí.

V souvislosti s různými vyšetřovacími metodami navíc dochází k omezenému stravování. Proto by měl mít pacient u lůžka jednoduchý formulář, do něhož by každý, kdo nemocnému podá jídlo či nápoj, zaznamenal zkonsumované množství. Zdravotníci tak snadno zjistí, zda má pacient dostatečný příjem stravy a tekutin. Pokud je nedostatečný, měla by následovat intenzifikovaná péče o stravování, změna diety, doplnění stravy přídatkem, který v malém objemu obsahuje zvýšené množství energie a dalších živin. Obava, zda tato úprava nezvýší náklady na stravování, je krátkozraká, protože nárůst se může pohybovat v rozsahu několika desítek korun. Naopak zvýšení nákladů na širokospektrá antibiotika, intenzivní péči či prodloužení hospitalizace se pohybuje v tisících korun.

Podle našeho předpokladu se potvrdilo, že příbuzní často přinášejí pacientům nevhodné potraviny, což ve svém důsledku vede k porušování předepsané diety a k prodloužení pobytu v nemocnici.

Většina pacientů netrpí pocitu žízně a podle našich zjištění zřejmě hlavně díky tomu, že jsou personálem nabádáni dodržovat pitný režim, nejde tudíž pouze o důsledek poklesu vnímání pocitu žízně, ale skutečně dochází k dostatečné hydrataci pacientů.

## 6. PŘÍLOHOVÁ ČÁST

### 6. 1 Dotazník

**1) Kolik je Vám let?**

- a) 50 - 55 let
- b) 56 - 65
- c) 66 - 75
- d) 76 let a více

**2) Jste muž nebo žena?**

- a) žena
- b) muž

**3) Jak dlouho pobýváte na ONP?**

- a) 14 dní
- b) 1 měsíc
- c) 2 měsíce
- d) 6 měsíců

**4) Změnila se vaše hmotnost za pobyt na ONP?**

- a) ano, zhubl (a) jsem
- b) ano, přibral (a) jsem
- c) je stále stejná

**5) Jste soběstačná (ý) ve stravování?**

- a) žádná pomoc
- b) přinesení stravy na pokoj
- c) mletá strava
- d) krmení personálem
- e) sonda

**6) Kolikrát denně jíte?**

- a) 1x denně
- b) 3x denně
- c) 5 x denně
- d) 6x a více

**7) Stačí Vám porce jídla, kterou dostáváte?**

- a) ano, vždy
- b) ano, občas
- c) ne

**8) Míváte pocit hladu?**

- a) ano
- b) ne

**9) Sníte denně aspoň 1 kus ovoce?**

- a) ano, vždy
- b) většinou ano
- c) nesním

**10) Sníte denně aspoň 1 kus zeleniny?**

- a) ano, vždy
- b) většinou ano
- c) nesním

**11) Máte přísun celozrnných potravin, jestli ano, tak odkud?**

- a) z nemocnice
- b) přináší je příbuzní
- c) nemám zájem o celozrnné potraviny

**12) Jíte sladkosti?**

- a) ne, vůbec
- b) 1x-2x týdně
- c) každý den
- d) několikrát denně

**13) Jaké jíte sladkosti?**

- a) zákusky
- b) sušenky
- c) obilné cereálie
- d) celozrnné sušenky

**14) Jíte pochutiny (brambůrky, slané tyčinky, atd.)?**

- a) ne, vůbec
- b) 1x-2x týdně
- c) každý den
- d) několikrát denně

**15) Chybí Vám něco v jídelníčku?**

- a) ne, zcela mi jídlo v nemocnici vyhovuje
- b) více moučníků
- c) celozrnné pečivo
- d) ryby

**16) S jakou diagnózou pobýváte na ONP?**

- a) cukrovka
- b) vysoký krevní tlak
- c) onemocnění srdce a cév
- d) nádorové onemocnění
- e) žlučnickové potíže

**17) Jakou držíte dietu?**

- a) 9 (s omezením cukrů)
- b) 4 (s omezením tuků)
- c) 10 (neslanou šetřící)
- d) 3 (žádnou dietu nedržím)

**18) Dodržujete Vaši dietu?**

- a) ano
- b) ne, vůbec
- c) občas

**19) Respektují příbuzní vaši dietu a ví o ní?**

- a) ano, ví o ní a nerespektují ji
- b) ano, ví o ní a respektují ji
- c) příbuzní se nezajímají o mou dietu
- d) příbuzní nosí vědomě nevyhovující potraviny dietě

**20) Přejídají Vás příbuzní přinesenou stravou?**

- a) ano
- b) ne

**21) Jaké jídlo Vám donášší?**

- a) pochutiny, zákusky
- b) zdravé jídlo
- c) ovoce a zeleninu
- d) nevhodné potraviny dietě

**22) Jaké množství tekutin vypijete za den?**

- a) 0,5-1 litr
- b) 1-1,5 litru
- c) 1,5-2 litry
- d) 2 a více litrů

**23) Míváte pocity žízně?**

- a) ano
- b) občas
- c) ne

- 24) Pokud ano, je to z důvodu, že si je nemůžete sami podat?**  
a) ano  
b) ne
- 25) Dostáváte od pracovníků ONP dostatek tekutin?**  
a) ano  
b) ne
- 26) Dbají pracovníci ONP na množství snědené stravy?**  
a) ano  
b) ne  
c) občas
- 27) Došlo v posledních měsících ke ztrátě chuti k jídlu, zažívacím potížím, poruchám přijímání potravy (obtíže žvýkat nebo polykat) ?**  
a) ano, výrazně  
b) jen mírně  
c) ne
- 28) Jaké množství snídaně většinou sníte?**  
a) čtvrtku  
b) půlku  
c) celou
- 29) Jaké množství oběda většinou sníte?**  
a) čtvrtku  
b) půlku  
c) celou
- 30) Jaké množství večeře většinou sníte?**  
a) čtvrtku  
b) půlku  
c) celou

## 6.2 POUŽITÁ LITERATURA

- HOCMAN, Gabriel. *Stárnutí : co víme o tom, co nás nemine*. Praha: Avicenum, 1985.
- HOCMAN, Gabriel. *Stravou proti rakovině*. Praha: Avicenum, 1991.) IBSN 80-201-0155-1
- JAROŠOVÁ, Darja. *Péče o seniory*. Ostrava: Ostravská univerzita, zdravotně soc. fakulta, 2006.
- KALVACH, Zdeněk a kol.: *Geriatric a Gerontologie*. Praha: Grada, 2004.
- KALVACH, Zdeněk, Onderková, Alice. *Stáří*. Galén: Florence, 2006. IBSN 80-7262-455-5
- MATOUŠEK, Oldřich. *Slovník sociální práce*. Praha: Portál, 2003.
- PICHAUD, Clément., TAHREAUOVÁ, Isabelle. *Soužití se staršími lidmi*. Praha: Portál, 1998.
- ŠIPR, Květoslav. *Jak zdravě stárnout*. Rosice u Brna: Gloria, 1997. IBSN 80-901834-1-7
- TOPINKOVÁ, Eva. *Geriatric pro praxi*. Praha: Galén, 2005. IBSN 80-7262-365-6
- VIQUÉ, Jordi a kol., *Zdraví pro třetí věk*, REBO Productions, 2006. IBSN 80-7234-536-2
- SPACCAVENTO, Simona , et al. Influence of nutritional status on cognitive, functional and neuropsychiatric. *Archives of Gerontology and Geriatrics*. 2009, vol. 48, no. 3, s. 356-360.
- JANG, Youngmok C., VAN REMMEN, Holly. The mitochondrial theory of aging: Insight from transgenic and knockout. *Experimental Gerontology*. 2009, vol. 44, no. 4, s. 256-260.
- BOKOVA, Alex, CHAUDHURI, Ashis, RICHARDSON, Arlan. The role of oxidative damage and stress in aging. *Mechanisms of Ageing and Development*. 2004, vol. 125, no. 5, s. 811-826.
- CEREDA, Emanuel, LIMONTA, Daniela, VANOTTI, Alfredo. Other haematological changes may occur in the. *Clinical Nutrition*. 2005, vol. 24, no. 6, s. 1110.
- Zdroje dostupné z www:
- FBZ. *Fórum zdravé výživy*. [on-line]. [citováno 2008-12-3]. Dostupné z: <http://www.fzv.cz/>.
- Nutriservis. [on-line]. [citováno 2009-3-21]. Dostupné z: <http://www.nutriservis.cz/>