

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE
FAKULTA TĚLESNÉ VÝCHOVY A SPORTU

Název bakalářské práce:

Poruchy příjmu potravy ve stáří

Vedoucí bakalářské práce:
Mgr. Pavel Hráský

Zpracoval:
Jan Stuparič

Praha 2013

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem tuto bakalářskou práci vypracoval samostatně, pod odborným vedením Mgr. Pavla Hráského a všechny použité a prostudované zdroje jsem uvedl v seznamu použité literatury.

V Praze dne

.....
podpis studenta

Poděkování:

Chtěl bych předně poděkovat svému vedoucímu práce Mgr. Pavlovi Hráskému za jeho odbornou pomoc a cenné rady. Dále také své rodině a každému, kdo se podílel na vyplňování a šíření anketního šetření.

Evidenční list

Souhlasím se zapůjčením své diplomové práce ke studijním účelům. Uživatel svým podpisem stvrzuje, že tuto diplomovou práci použil ke studijním účelům a prohlašuje, že ji uvede mezi použitými prameny.

Jméno a příjmení: Fakulta/katedra: Datum vypůjčení: Podpis:

Abstrakt

Vymezení problému

Tato práce se zabývá poruchami příjmu potravy ve stáří. Poruchy příjmu potravy jsou obecně poruchy myšlení a jednání, kdy se jedinci nadměrně zabývají jídlem, kontrolou příjmu potravy a vlastního vzhledu. Ve stáří však dochází k této problematice několika rozdílnými faktory jako např.: psychická a fyzická zdatnost jedince, onemocnění a poruchy trávicího traktu, jiná chronická onemocnění, velkou roli hrají také sociální a ekonomické faktory.

Cíle práce

Cílem této práce je zviditelnit problematiku poruch příjmu potravy ve stáří. Dále pak prostřednictvím anketního šetření zjistit, nakolik jsou o této problematice informováni osoby z široké veřejnosti, které se určitou mírou starají o starého člověka. A pokud informováni jsou, tak jakým způsobem se jí snaží předcházet či proti ní přímo bojovat.

Plán postupu

Po shromáždění dostatku důležitých informací, literárních pramenů a zpracování teoretické části práce autor zahájí část empirickou, která bude zahrnovat anketní šetření v rámci co největšího počtu respondentů. Následně proběhne analýza výsledků, ze kterých se autor bude snažit zjistit, jak se k poruchám příjmu potravy ve stáří staví široká veřejnost. Výsledky empirické části poté budou porovnány s částí teoretickou.

Klíčová slova: malnutrice, senioři, špatné stravovací návyky, životní styl

Demarcation of issues

This dissertation deals with eating disorders in the elderly. Eating disorders are generally mental and behaviour disorders, in which people care too much about food intake and their own appearance. But in the elderly this issue is influenced by many factors such as: physical and mental fitness, disease and disorders of digestive tract, also social and economical factors has to be mentioned.

Goal of dissertation

Goal of this dissertation is to publicized issue of eating disorders in the elderly. Moreover find out how much is general public (specially people who cares about senior) informed about this topic via questionnaire survey. And if they are informed well, how they prevent these problems or directly fight against them.

Plan of process

Author will start to work on a theoretical part of dissertation after gathering of important information and professional literature and after that on an empirical part. Empirical part includes questionnaire survey which should be filled in by as many people as possible. Then the results will be analyzed. From the analyze author will try to discover how is the attitude of general public in the case of eating disorders in the elderly. The results of the empirical part will be compared with the theoretical part.

Key words: malnutrition, seniors, bad eating habits, lifestyle

Seznam použitých zkratk:

DDD – doporučená denní dávka

PPP – poruchy příjmu potravy

C – uhlík

O – kyslík

H – vodík

N – dusík

MNA – Mini Nutritional Assessment

WHO – World Health Organization

Obsah

| | |
|--|----|
| 1. Úvod..... | 10 |
| 2. Teoretická východiska..... | 11 |
| 2.1 Fyziologické a psychické změny ve stáří | 11 |
| 2.2 Složky výživy..... | 13 |
| 2.2.1 Makronutrienty..... | 13 |
| 2.2.2 Mikronutrienty | 16 |
| 2.2.3 Suplementa..... | 19 |
| 2.3 Faktory ovlivňující příjem potravy seniorů | 19 |
| 2.3.1 Změny v gastrointestinálním traktu..... | 19 |
| 2.3.2 Omezená hybnost | 20 |
| 2.3.3 Psychické poruchy..... | 20 |
| 2.3.4 Socioekonomické faktory | 21 |
| 2.4 Nejčastější poruchy příjmu potravy | 21 |
| 2.4.1 Malnutrice | 21 |
| 2.4.2 Dehydratace | 23 |
| 2.4.3 Možnosti řešení | 23 |
| 3. Cíl a úkoly práce | 25 |
| 4. Metodologie..... | 26 |
| 4.1 Anketa | 26 |
| 4.2 Cíl výzkumu..... | 26 |
| 4.3 Výzkumný soubor | 26 |
| 4.4. Struktura anketního šetření | 27 |
| 4.5 Způsob dotazování | 27 |
| 4.6 Zpracování dat | 27 |
| 4.7 Pilotní studie | 28 |
| 5. Výsledky anketního šetření..... | 29 |
| 5.1 Prezentace výsledků | 29 |

| | |
|------------------|----|
| 6. Diskuse | 40 |
| 7. Závěr | 43 |

1. Úvod

Příjem potravy patří mezi základní lidské potřeby. Bez něj není lidská existence možná. Zásadně ovlivňuje kvalitu života a s nadsázkou lze říci, že i jeho délku. Způsob, kterým se stravujeme, má přímý vliv na vývoj a aktuální stav organismu. Špatné stravovací návyky mohou být příčinou vzniku různých chorob, naproti tomu racionální a vyvážená strava může mít preventivní charakter. Lze tedy říci, že strava komplexně ovlivňuje naši tělesnou i duševní stránku.

Několik posledních desetiletí probíhá čím dál intenzivnější diskuse o poruchách příjmu potravy a za tuto dobu lze sledovat stále stoupající tendenci jejich výskytu. Tato onemocnění má velká většina lidí spojena s mladistvými dívkami. Méně často se ale mluví o poruchách příjmu potravy ve stáří. V procesu stárnutí člověka potkává mnoho změn psychického, fyziologického, ale i socioekonomického charakteru, které mohou poruchy příjmu potravy způsobovat. Bohužel se tyto problémy seniorů týkají mnohem více, než si veřejnost myslí. Tento fakt je jen umocněný tím, že naše země, spolu s jinými průmyslově vyspělými zeměmi, prochází tzv. demografickým stárnutím. To znamená, že podíl seniorů uvnitř populace se stále zvětšuje. Při zvážení všech výše zmíněných faktů je nutné brát poruchy příjmu potravy ve stáří jako současný problém, což je jeden z hlavních důvodů, proč se autor ve své práci věnuje právě tomuto tématu.

Tato práce má dvě části – teoretickou a empirickou. Cílem teoretické části bude obeznámení se změnami, kterými organismus ve stáří prochází, se základními složkami výživy, s konkrétními poruchami příjmu potravy u seniorů a s faktory, které ovlivňují příjem potravy.

Hlavním pilířem empirické části bude anketní šetření, které je cíleno na jednotlivce, kteří se starají či alespoň pravidelně navštěvují svého příbuzného v seniorském věku. Cílem empirické části je zjistit, jak jsou lidé, kteří se starají či pravidelně navštěvují příbuzného v seniorském věku, informováni o problematice poruch příjmu potravy ve stáří a jak se k ní staví.

Obecným záměrem této práce tedy je seznámení s problematikou poruch příjmu potravy ve stáří a zjištění, nakolik jsou o této problematice informováni jedinci, kteří jsou v přímém kontaktu se seniory, zda proti ní nějakým způsobem bojují a pokud ano, tak jakým způsobem.

2. Teoretická východiska

Teoretická východiska obsahují čtyři základní body: fyziologické a psychické změny ve stáří, složky výživy, faktory ovlivňující příjem potravy seniorů a nejčastější poruchy příjmu potravy ve stáří.

2.1 Fyziologické a psychické změny ve stáří

Jak vyplývá z údajů OSN (Organizace spojených národů) z roku 2009, byla Česká republika na 22. místě, co se týče podílu osob ve věku nad 60 let (21,9%).

Podle prognóz OSN a našich demografů může být naše republika okolo roku 2050 společně s Řeckem a Itálií společenstvím s nejvyšším podílem seniorů na světě, kdy podíl osob starších přeroste třicet procent a bude se šplhat ke čtyřiceti (Dvořáčková, 2012). Populační studie udávají, že zvýšené riziko vzniku poruch příjmu potravy je až 65% u seniorů ve vlastním prostředí a dokonce až 90% u seniorů institucionalizovaných či hospitalizovaných (Kubešová, Weber, 2008). Při zvážení těchto faktů je zřetelné, že problematika PPP ve stáří je aktuální a závažné téma (Čevela aj., 2012).

Věkových hranic určujících stáří je mnoho, obvykle se stáří dělí na rané stáří – 60-75, stáří 75-89 a dále kmetství 90 a více let (Máhrová, 2008). Stárnutí jako proces lze dělit na tzv. biologické stárnutí a psychosociální stárnutí. Biologické stárnutí zahrnuje všechny změny organismu probíhající na fyziologické úrovni. Jednotlivé systémy uvnitř organismu se zpomalují, jeho veškeré funkce oslabují a zeslabují také biologické adaptační procesy. Veškeré změny organismu jsou individuální a jsou podmíněny životním stylem a dědičností, díky těmto faktorům se ve stáří může často lišit věk kalendářní od biologického.

Ve stáří dochází k úbytku svalové hmoty a ke zpomalení nervových vzruchů, tím dochází ke zhoršení svalové práce a k poklesu svalové síly. Snížením podílů svalové hmoty se snižuje potřeba energie dodávané potravou, jelikož svalová hmota vykazuje znatelně vyšší metabolickou aktivitu. Úbytek svalové hmoty tedy atrofie postihuje např. i játra, kůži, ale zásadní dopad má atrofování mozkové tkáně, kdy je mozková tkáň nahrazována tkání pojivovou. Výška těla se snižuje, kosti se stávají řidšími a křehčími. Díky těmto aspektům je pohyb seniorů pomalý, narůstá riziko úrazu a fraktur. Fraktury mohou mít fatální dopad na míru mobility seniorů a často jsou příčinou vzniku velkých obav z opakovaného pádu, což může vést ke strachu, k omezení hybnosti a neochotě pobytu v cizím prostředí (Kubešová, Weber, 2008; Klevetová, 2008).

Dalšími velice důležitými změnami v souvislosti s výživou je změna distribuce tělesných tekutin. Celkové množství vody v těle sice zůstává stejné, mění se ale obsah tekutiny v buňkách, tedy obsah intracelulární tekutiny. Zároveň dochází ke změně složení vody v organismu. Dále se zvyšuje obsah tělesného tuku, nastávají změny v minerálovém hospodářství, kdy se snižuje množství vápníku v kostech. To má za následek vznik osteoporózy a snížení kvality zubů (Malíková, 2010). Z hlediska stravovacích návyků jsou pro seniory rozsáhlé změny v oblasti dutiny ústní zásadní. Jsou jimi např.: ztráta dentice, pokles tvorby slin a poruchy vnímání chuti. Tyto změny mohou ovlivňovat výběr stravy a lehce tak může docházet ke vzniku deficitů. Proto je nutností dbát u starších osob na pravidelné půlroční prohlídky a na dodržování důkladné ústní hygieny, speciálně u osob s totálními náhradami. V oblasti hltanu a jícnu jsou nejčastější poruchy polykání jako důsledek dyskoordinace polykacího aktu v rámci ischemických a dalších změn centrální nervové soustavy – např. Parkinsonova choroba a cévní onemocnění mozku (Kubešová, Weber, 2008).

Dále v rámci trávicího traktu dochází ke snižování kyselosti žaludečních šťáv, k poklesu motility trávicí trubice, ke zpomalení vyprazdňování žaludku, ke snižování peristaltiky střev a v jejím důsledku dochází k zácpám (Malíková, 2010). Následně tak mohou obavy z problematického trávení a vylučování vyústit v to, že se jedinec rozhodne jíst co nejméně.

Jak již bylo zmíněno výše, jedním z typů stárnutí je stárnutí psychosociální, které zahrnuje řadu psychických změn. Mimo situace patologického stárnutí není nutností, aby psychické aspekty zásadně ovlivňovaly kvalitu života seniorů. Více se poukazuje na souvislost mezi biologickými a psychickými změnami. Tzn., že soubor tělesných změn negativně ovlivňuje psychiku seniora, jelikož se s nimi špatně vyrovnává. V určitých případech mohou tělesné změny vést i ke změnám intelektovým (Malíková, 2010). Konkrétních psychických změn je celá řada – zvýšená zapomnětlivost, snížení schopnosti paměti, zapamatování nových informací, snížení výkonnosti intelektových funkcí, výkyvy nálad, zvýšená emoční labilita, pokles zájmů, změny potřeb a jejich pořadí, snížená schopnost adaptace na změny, nové a náročné situace a další (Jarošová, 2006). Toto je jen malý výčet změn, které seniory individuálně dříve nebo později potkávají. Řada z nich má přímý vliv na stravovací návyky, může docházet k tomu, že jedinec zapomíná zda jedl, nedokáže rozeznat kvalitu surovin, není ochoten opouštět vlastní prostředí atd.

S psychickými aspekty úzce souvisí aspekty sociální. Na stav jedince může mít přímý vliv změna ekonomické situace, generační osamělost při úmrtí partnera či při stárnutí osamělé osoby, sociální izolace, stěhování a další (Malíková, 2010). I sociální aspekty mají vliv na stravování seniorů, jedinec nemusel být například zvyklý si vařit sám, svoji roli může hrát i snaha ušetřit na jídle, což je přesněji faktor tzv. socioekonomický.

2.2 Složky výživy

Živá hmota se skládá ze čtyř základních prvků – C, O, H a N. Jsou to tedy i základní stavební součásti lidského těla, které se do těla dostávají prostřednictvím potravy. Složky výživy se dělí do dvou velkých skupin – makronutrienty a mikronutrienty (Grofová, 2007).

2.2.1 Makronutrienty

Mezi makronutrienty se řadí sacharidy (cukry), lipidy (tuky) a proteiny (bílkoviny). Často se k této skupině řadí vláknina, která není základním makronutrientem, svou chemickou strukturou je to polysacharid, avšak svými příznivými účinky a velkým významem v rámci výživy si své samostatné postavení jistě zaslouží (Grofová, 2007).

2.2.1.1 Sacharidy

Sacharidy slouží primárně jako zdroje energie, jsou ale i součástí hormonů, antigenů, krevních skupin a plní mnoho dalších funkcí. Energetická hodnota sacharidů se pohybuje okolo 4 kcal (16,8 kJ) na 1 gram. Sacharidy se dělí do dvou základních skupin, na sacharidy jednoduché a složené. Jednoduché cukry jsou často označovány pod názvem „rychlé cukry“ díky faktu, že téměř ihned po jejich konzumaci přecházejí do krve, což má za následek zvýšení hladiny glukózy v krvi. Vzápětí se začne vyplavovat inzulin, který za běžných podmínek hladinu glukózy opět rychle sníží. Mezi jednoduché sacharidy patří např. glukóza (hroznový cukr), fruktóza (ovocný cukr), ale také velice důležitá ribóza a deoxyribóza, které jsou součástí nukleových kyselin – kyseliny ribonukleové (RNA), kyseliny deoxyribonukleové (DNA). Složené sacharidy se skládají vždy alespoň ze dvou jednoduchých cukrů. Z nutričního hlediska, jsou pro organismus složené sacharidy mnohem příznivější a zdravější. Potravin s obsahem

složených cukrů mají převážně nižší glykemický index (viz následující odstavec) – energie se tak uvolňuje postupněji, díky čemuž nedochází k tak razantní reakci inzulinu jako v případě jednoduchých sacharidů. Nejznámějšími disacharidy (sacharidy obsahující dvě jednotky jednoduchých cukrů) jsou sacharóza (řepný cukr), laktóza (mléčný cukr) a maltóza (sladový cukr). Složením více jednotek jednoduchých cukrů vznikají oligosacharidy, mezi které patří např. maltodextrin. Při spojení více než deseti cukerných složek vznikají polysacharidy, kdy nejvýznamnějšími jsou vláknina, škrob, ale také např. zásobní polysacharid – glykogen (Grofová, 2007, Vránová, 2013).

V souvislosti se sacharidy je často zmiňován pojem – glykemický index. Zjednodušeně lze říci, že glykemický index udává schopnost dané potraviny zvyšovat glykémii. Pro srovnání se nejčastěji využívá 50 g čisté glukózy, kdy jsou následně číselně rozdíly označovány jako glykemický index, to tedy znamená čím větší číslo, tím rychleji vystoupá glykémie (Rybka, 2007).

Z energetického denního příjmu seniorů by 55% až 60% měly tvořit sacharidy, přičemž by měl převažovat příjem cukrů složených (Gottschlich, 2001).

V seniorském věku se zvyšuje inzulinová rezistence, inzulin tedy může být produkován v normálu, ale receptory nejsou dostatečně citlivé na jeho účinek. S tím souvisí i porucha glukózové tolerance, tj. zhoršení vstupu glukózy do buněk (Chrpová, 2010; Malíková 2011). Nejčastější řešení se nachází v zařazení diet nebo v použití medikamentů.

2.2.1.2 Bílkoviny

Bílkoviny (proteiny) jsou základní stavební látkou organismu a jsou tvořeny aminokyselinami. Bílkoviny mají zásadní význam pro transport látek, obranyschopnost organismu a jeho buněk, pro svaly, krev aj. Také se účastní metabolických procesů. Energetická hodnota bílkovin představuje cca 4 kcal (16,8 kJ) na 1 gram. Doporučený příjem energie prostřednictvím bílkovin se zásadně neliší od doporučení pro mladší věkové kategorie, je to tedy 12-15% z celkového energetického příjmu. Ale v názoru kolik by měl být přísun bílkovin ve stáří, se odborníci liší. Pro dospělého zdravého člověka se uvádí hodnota 0,8 g na kilogram jeho hmotnosti, u seniorů starších 70 let je to 0,6 g na kilogram. Ale např. Světová zdravotnická organizace (WHO) navrhuje zvýšený příjem bílkovin a to 1-1,25 g na kilogram hmotnosti seniora. Byly provedeny výzkumy, které ukázaly, že u 10-25% žen starších 75 let se denní příjem bílkovin nedostal přes 30 g, což je již poměrně alarmující hodnota. Také bylo zjištěno, že

zvýšeným příjmem bílkovin uprostřed dne u seniorů zvyšuje syntézu bílkovin vlastních (Chrpová, 2010; Vránová, 2013).

Proteinová malnutrice (v tomto smyslu znamená deficit bílkovin) se týká velké řady seniorů. Čevela aj. (2012) uvádějí jako způsob prevence denní příjem kvalitní potravy s obsahem bílkovin cca 1,5 g na kilogram seniora. To jen potvrzuje rozdílnost názorů v řadách odborníků.

2.2.1.3 Lipidy

Lipidy ve formě tukové tkáně tvoří zásobní formu energie. Jejich energetická hodnota činí cca 9 kcal (38 kJ) na 1 gram a jsou tak nejvydatnější výživovou složkou potravy. Jako tuky jsou označovány triacylglyceroly, tzv. neutrální tuky. Dále mezi lipidy patří složené lipidy, fosfolipidy, sfingolipidy a cholesterol. Obecně mají lipidy kromě funkce zásobní i funkci strukturální, za další tvoří ochranná pouzdra orgánů, jsou prekurzorem např. pro steroidní hormony či prostaglandiny. Zvláště jsou nezbytně nutné pro vitamíny rozpustné v tucích. Zásadní význam pro funkci neutrálních tuků má jejich složení mastných kyselin. Nejčastěji se tuky dělí na tuky živočišné a rostlinné. V zásadě tomuto dělení odpovídá i dělení na základě chemické stavby. Kyseliny nasycené jsou živočišného původu, kyseliny nenasycené původu rostlinného. Výjimkou jsou omega-3 polynenasycené mastné kyseliny. Ty jsou původem z ryb, jsou tedy živočišného původu. Naopak nasycené mastné kyseliny, tedy živočišného původu najdeme obsažené v palmovém a kokosovém oleji (Grofová, 2007).

Denní energetický příjem prostřednictvím tuků by se ve stáří měl pohybovat od 20% do 35% v závislosti na zdravotním stavu a konkrétních zdravotních problémech. Důležité je poměrové zastoupení jednotlivých mastných kyselin, které se nijak zvlášť neliší od poměrů doporučovaných mladším jedincům. Poměr nasycených kyselin by neměl přesahovat hranici 8-10% z celkového energetického příjmu, polynenasycených kyselin okolo 10% a 10-15% nenasycených. Tato doporučení platí, je-li minimální energetický příjem prostřednictvím tuků 10% (Bernstein, Luggen, 2010).

2.2.1.4 Vlákna

Vlákna sice patří mezi polysacharidy, ale díky svým nenahraditelným účinkům a své důležitosti v rámci výživy si zaslouží vlastní kapitolu. Vlákna je označení pro rostlinné polysacharidy, které jsou pro organismus nestravitelné, v určité míře jsou však tráveny bakteriální flórou tlustého střeva. Dle jejího chemického složení se jedná

o celulózu, pektiny, hemicelulózu aj. Z potravy ji člověk získává hlavně prostřednictvím ovoce, zeleniny, tmavé a celozrnné mouky či konzumací otrubů (Holeček, 2006).

Vláknina se dělí na vlákninu rozpustnou a nerozpustnou. Rozpustná vláknina absorbuje přebytečné množství vody ze střev a změkčuje stolicí tím, že zvětšuje její obsah. Nerozpustná vláknina váže vodu a nestrávená prochází trávicím traktem, čímž podporuje střevní funkci. Také na sebe váže toxiny, které mohou mít rakovinotvorný charakter, a ty se pak stolicí vyloučí. Jako další důležité vlastnosti vlákniny lze uvést její výborné preventivní ale i terapeutické účinky v souvislosti s diabetem, jelikož zpomaluje vstřebávání glukózy ve střevě a reguluje nároky na vyplavování inzulinu. Také působí preventivně proti tvorbě hemoroidů a kýl (Lukáš, 2005; Holeček, 2006).

Bohužel i přes velkou důležitost vlákniny ji senioři přijímají často velice málo. Důvody jsou různé, např. stav chrupu nedovoluje konzumovat některé typy ovoce a zeleniny v syrovém stavu. Pak je dobré zeleninu buď oloupat, nastrohat či tepelně upravit. Dalším důvodem bývá zhoršené trávení, kdy seniory zelenina a ovoce nadýmá. Poté je nutné se zaměřit na jemnější nenadýmavé druhy (např. mrkvové pyré, dušená mrkev, dušený špenát, kořenová zelenina v polévce), jelikož právě vláknina podporuje růst a obnovu příznivých bakterií, přirozeně žijících ve střevě (Chrpová, 2010).

2.2.2 Mikronutrienty

Jako mikronutrienty se souhrnně označují minerály, vitamíny a stopové prvky. Z těchto látek organismus nedostává chemickou energii, jsou ale nezbytně nutné pro fungování ostatních systémů (Grofová, 2007).

2.2.2.1 Minerály

Minerály jsou stejnorodé anorganické látky nesmírně důležité pro řadu tělesných funkcí. Účinky minerálů jsou navzájem propojené a vzájemně se ovlivňují. Ve stáří je častý nedostatek minerálů, jelikož s věkem klesá schopnost organismu minerály absorbovat (Dagoon, 1993).

a) Vápník

Funkce vápníku jsou úzce spojeny s fosforem (hlavně v případě stavby kostí) a vitamínem D. Vitamín D je nezbytný pro transport vápníku, tím pádem je také zásadní pro celkový stav kostí a svalový tonus. Nedostatek vápníku hraje také svou roli v případě osteoporózy, která je pro období stáří typická. Nedostatek vápníku bývá u seniorů také zapříčiněn např. chronickými onemocněními a nedostatečným příjmem

laktózy, jelikož jsou pro ně často mléčné výrobky špatně stravitelné (Dagoon, 1993; Gallo, Reichel, 1999).

b) Hořčík

Dostatek hořčíku je třeba pro kvalitní stavbu kostí a zubů, srážlivost krve a nervosvalovou dráždivost. Důležitou roli hraje při metabolismu cukrů, tuků i bílkovin a při buněčném dýchání. Ve stáří má nedostatek hořčíku za následek svalovou slabost, křeče, ale možné je i ovlivnění psychiky vyúsťující v deprese (Dagoon, 1993).

c) Železo

Jednou z hlavních funkcí železa je, že na sebe váže hemoglobin. Anemie je právě důsledek nedostatku železa. Ta může vést ke slabosti, ke stálému pocitu vyčerpání, neklidu a k dalším důsledkům, které mohou ovlivňovat kvalitu života ve stáří. Pro využití železa je nezbytně nutný dostatek vitamínu C a mědi v organismu. Velké množství železa tělo získává z masa, které seniorům působí problémy, jak při samotném kousání tak i jeho trávení (Dagoon, 1993; Chrpová, 2010).

Tabulka č.1 - DDD vybraných minerálů

| Minerály | DDD |
|-----------------|---------------------------|
| Vápník | 1200 mg |
| Hořčík | 320 - ženy /420 mg – muži |
| Železo | 8 mg |

(Zdroj: Alpers, 2008)

2.2.2.2 Vitamíny

Vitamíny se dělí na vitamíny hydrofilní – rozpustné ve vodě – a lipofilní – rozpustné v tucích. Vitamíny jsou nezbytně nutné pro život, samotné slovo vitamín pochází ze slova vita - znamenající život. V metabolismu fungují jako katalyzátory chemických reakcí, to znamená, že urychlují a umožňují jejich průběh. Dále fungují jako antioxidanty (vitamíny C, A, E, D, betakaroten), tedy likvidují volné kyslíkové radikály, které při nadměrné tvorbě mohou udržovat chorobné stavy a poškozovat tkáně (Grofová, 2007).

a) *Vitamíny rozpustné ve vodě*

- Vitamín C

Dá se říci, že je snad nejvýznamnějším vitamínem. Člověk nemá schopnost ho syntetizovat a dlouhodobější nedostatek způsobuje špatnou hojivost ran a kurděje. Zásadní je také jeho antioxidační charakter.

Nedostatek vitamínu C je u starších osob častý, zvláště pak na konci zimy, kdy se organismus špatně brání infekcím. Jako příčina bývá hlavně zhoršená výživa, zvláště absence zeleniny a ovoce, kouření, emoční strese a užívání mnoha léků (Grofová, 2007; Chrpová, 2010).

- Vitamín B₁₂

Je přítomen pouze v potravinách živočišného původu. Díky tomu jeho deficitem často trpí vegetariáni, vegáni a právě i senioři, pro které, jak již bylo zmíněno, může být konzumace masa problematická. Jako nejčastější důsledky deficitu vitamínu B₁₂ jsou perniciozní anemie a neurologické poruchy (Grofová, 2007).

b) *Vitamíny rozpustné v tucích*

- Vitamín D

Je významný pro stav kostí, hospodaření s vápníkem a fosforem. V těle může být syntetizován, organismus ho může získat prostřednictvím slunečního záření. Některé z účinků vitamínu D byly již zmíněny v kapitole 2.2.1.1.

Nedostatek vitamínu D bývá u seniorů zapříčiněn sníženou resorpcí látek v trávicím traktu nebo také při nízké expozici slunečnímu záření, což je obvyklá problematika v ústavech pro seniory (Grofová, 2007; Chrpová, 2010).

- Vitamín E

Jako jeden z hlavních přírodních antioxidantů je přítomen ve všech lipidech rostlinného původu. Příjem vitamínu E je závislý na obsahu polynenasycených mastných kyselin. Pokud je zvýšený jejich příjem, je vyžadován i vyšší přívod vitamínu E. V seniorském období dochází k deficitu hlavně díky sníženému příjmu tuků ve stravě (Grofová, 200; Chrpová, 2010).

Tabulka č.2 - DDD vybraných vitamínů

| Vitamíny | DDD |
|-------------------------|------------|
| Vitamín D | 5 μ |
| Vitamín E | 8-10 μ |
| Vitamín B ₁₂ | 2 μ |
| Vitamín C | 60 μ |

(Zdroj: Holmerová aj., 2007)

2.2.3 Suplementa

Senioři jsou velice specifická skupina. Proto je v určitých případech nutné využití výživových doplňků i přesto, že je zachovaná plnohodnotná strava. Vitamíny není všeobecně nutné tolik doplňovat, výjimkou je ale vitamín D v případě imobilních nemocných, kteří se nedostanou ven na slunce. Jinak je tomu u stopových prvků, jelikož se ve stáří mění resorpce mnoha živin, složení stravy, ale i celkový příjem potravy (Bretšnajdrová, 2010).

2.3 Faktory ovlivňující příjem potravy seniorů

Příjem potravy ve stáří ovlivňuje mnoho faktorů. V následujících řádcích budou rozděleny do čtyř hlavních skupin – změny v gastrointestinálním traktu, omezená hybnost, psychické faktory a socioekonomické faktory.

2.3.1 Změny v gastrointestinálním traktu

Senioři často trpí problémy, které jsou zapříčiněny různými změnami v rámci trávicího traktu. Ve stáří dochází ke snížení sekrece a kyselosti žaludečních šťáv, někteří také trpí gastrofickou artritidou, což následně zapříčiňuje např. zhoršené vstřebávání vitamínu B₁₂. Také klesají absorpční schopnosti tenkého střeva, díky čemuž dochází k deficitu některých nutrientů, jako jsou vitamíny A, C, E, B₆ a zinek.

U starších osob dochází k poklesu počtu chuťových pohárků, díky tomu dochází ke zhoršení chuti. Tomuto problému ještě přispívá také zhoršení čichu. Bez adekvátní funkce těchto vjemů je častou příčinou pocit nechutenství. Častým problémem jsou poruchy polykání, což může být pro seniora překážkou v přísunu potravy. K tomu svým dílem přispívá i xerostomie a problémy se zubní protézou. Následkem těchto problémů je problematická konzumace tužších potravin.

U starých osob se vyskytuje zhoršená schopnost vnímat deficit tekutin a celkově ztrácí pocit žízně, což samozřejmě vede k dehydrataci organismu. K těmto stavům dochází často při stresových situacích, jako je vystavení horku a ztráta vody a solí pocením (Mlýnková, 2010; Zloch, 2008).

Na funkci trávicího traktu má dále velký vliv tzv. polypragmazie, tedy užívání přílišného množství léků. Jakmile osoba bere více než pět léků, je žádoucí se poradit s internistou či geriatrem (Holmerová aj., 2007).

2.3.2 Omezená hybnost

Jak již bylo zmíněno, senioři se potýkají s mnoha zdravotními problémy a omezeními. Některé z nich mohou vést k omezení pohybu až k úplné imobilitě. V jejím důsledku může u seniorů docházet k velmi rychlému úbytku svalové, ale i kostní hmoty a u naprosto imobilních seniorů snadno vznikají proleženiny. Imobilita má dále za následek zhoršenou motilitu trávicího traktu, vznik těžkých zácep aj. Proto by měla být všeobecná snaha, pokud je to možné, seniora udržovat v pohybu. Senioři by se měli věnovat co nejvíce všelijakým přijatelným fyzickým aktivitám, tím mohou až do vysokého věku pozitivně ovlivňovat proces stárnutí a celkovou úroveň kvality života. Pravidelný pohyb je jedním ze základních požadavků pro zdraví a funkčnost organismu. A čím lepší je celkový stav seniora, tím více je soběstačný (dokáže si např. sám nakoupit apod.), což dále pozitivně ovlivňuje i jeho psychiku (Fialová, 2007; Holmerová aj., 2007)

2.3.3 Psychické poruchy

Ve stáří člověka potkává mnoho problémů, se kterými se musí vyrovnávat. Těžké může být samotné přijetí faktu stárnutí a hlavně problémy s ním související: nemoci, zhoršení stavu pohybového aparátu, tělesné změny atd. Je pak na každém jedinci samotném, jak tyto změny akceptuje. Aby se člověk s těmito problémy vyrovnal, musí je akceptovat po svém - neexistuje jeden všeobecně platný návod. Pokud se ale jedinci nepodaří s problémy vyrovnat, dochází k neurózám a depresím. Tyto poruchy samozřejmě přímo ovlivňují stravovací návyky seniorů a obecně jejich životní styl (Křivohlavý, 2002). Vliv na stravování a na životní styl seniora mají také často

objevující se různé obdoby demencí, jako např.: Alzheimerova choroba, vaskulární demence při Parkinsonově chorobě atd. (Gallo, Reichel, 1991; Jirák, 2004).

2.3.4 Socioekonomické faktory

Jakou mírou socioekonomické faktory ovlivňují stravování člověka ve stáří, je podmíněno předchozím stylem stravování, jeho ekonomickou situací a úrovní dosaženého vzdělání. Ze společenského pohledu ovlivňují příjem potravy ve stáří i jiné okolnosti. Senioři, kteří žijí sami, věnují málo pozornosti přípravě stravy a její vlastní konzumaci. Když už si uvaří, tak často do zásob a další dny si jídlo pouze ohřívají, čímž jídlo ztrácí nutriční hodnotu a některá jídla tak mohou dokonce být (zvláště v letních měsících) zdrojem alimentární nákazy. Tento problém se týká také seniorů, kterým stravu dodává pečovatelská služba. Ve snaze ušetřit, si ji senioři objednávají např. obden a konzumují ji po částech.

Jak již bylo zmíněno v kap. 2.3.2, velký vliv na celkový stav seniora má nakolik je soběstačný, jestli je např. schopen si sám nakoupit potraviny. Pokud není schopen si sám nakoupit, odpadá tak velký stimul, který nákup potravin skrývá – vnímání čichových i zrakových vjemů, vliv jiných nakupujících osob a samotné navštěvování obchodu. Potraviny, které si jedinec koupí sám, mají mnohem větší vliv na pocit uspokojení než potraviny nakoupené jinou osobou. Pokud potraviny zajišťuje pečovatelská služba, je nutné si uvědomit, že pečovatel se seniorem tráví poměrně malou část dne, a tak nemusí být schopen včas objevit klesající množství a kvalitu stravy přijímané seniorem (Kubešová, Weber, 2008).

2.4 Nejčastější poruchy příjmu potravy ve stáří

Dvěma hlavními poruchami příjmu potravy ve stáří je malnutrice a dehydratace. Některé zdroje uvádí i obezitu. Podle autora se ale určitým způsobem vymezuje danému tématu.

2.4.1 Malnutrice

Malnutrice je stav, kdy příjem bílkovin a základních energetických substrátů je nižší než jejich spotřeba. Může vznikat při sníženém příjmu a při zachované spotřebě, ale také při sníženém příjmu a zvýšených potřebách organismu. Pokročilé stadium bílkovinné a energetické malnutrice se nazývá kachexie. Ta se projevuje patologickým

zhubnutím a celkovou sešlostí jedince. Nejvyšším stupněm kachexie je marasmus, který provází těžká energetická podvýživa.

Příčiny malnutrice ve stáří:

- Defekt chrupu
- Postižení slinných žláz
- Onemocnění dutiny ústní, jícnu, gastrointestinálního traktu a jater
- Psychické poruchy – deprese, demence
- Snížená chuť k jídlu
- Omezená hybnost

Pokročilou malnutricí ve stáří trpí až 50% jedinců. Často se vyskytuje u hospitalizovaných pacientů, kdy u 70% nemocných se stupeň malnutrice zhorší (Holmerová aj., 2007). Co se týče čísla procentuálního vyjádření výskytu malnutrice ve stáří, nejsou odborníci zcela jednotní. Např. Pidrman (2007) uvádí, že malnutrice se týká 6-8% jedinců ve věku nad 65 let, u hospitalizovaných seniorů 20-40%, kdy u poloviny z nich se jedná o malnutrici těžkou. A asi 20% seniorů trpí nedostatečnou výživou.

Rozlišují se dva typy hladovění - prosté a stresové. K prostému hladovění dochází dlouhodobým a nedostatečným přísunem živin a energie. Fyziologickými procesy, zvláště díky lipolýze v tukové tkáni, glukoneogenezi v játrech a proteolýzou v kosterních svalech, se následně snižuje energetický výdej. Následně snížením katabolismu bílkovin a vzestupem ketogeneze dochází k redukci tukové tkáně a redukci kosterního svalstva. Stresové hladovění je mimo působení podvýživy ještě provázáno působením jiného onemocnění, jako je např.: infekce, zranění aj. Při prostém hladovění jedinci vydrží bílkovinné a energetické zdroje 40-50 dní, poté umírá. Při stresovém hladovění je tento proces 2-3x rychlejší.

Pro diagnózu malnutrice je nutné využití určité nutriční anamnézy, která slouží k odhalení nejčastějších rizik a etiologických faktorů. Mezi ně patří dostupnost stravy, soběstačnost v denních aktivitách, ekonomické zajištění, výživové zvyklosti, chuť k jídlu, vstřebávání, přítomnost onemocnění zhoršující stav trávení apod. Jako nástroj pro anamnézu slouží dva soubory otázek (viz příloha III,IV): Mini Nutritional Assesment (vhodný hlavně pro screening rizika malnutrice v komunitě) a Nottinghamský screeningový dotazník (vhodný pro použití u hospitalizovaných

nemocných). Jako obecný ukazatel závažné malnutrice svědčí pokles hmotnosti o více 20% za uplynulé 2 měsíce nebo pokles tělesné hmotnosti o více než 10% za uplynulý měsíc.

S malnutricí přichází řada komplikací. Snížení svalové síly se týká i dechového svalstva, dochází tak k hypoventilaci a vzniku plicních zánětů. K tomu přispívá i porucha imunitního systému, což může vyústit v močovou infekci, zpomalené hojení ran a bronchopneumonii. Malnutrice také mívá za následek zhoršení motility střeva a zhoršení střevní bariéry a zhoršuje se tak transport některých mikronutrientů (Holmerová aj., 2007).

2.4.2 Dehydratace

Dehydratace je častým problémem seniorů. Pocit žízně ne vždy odpovídá pokročilosti dehydratace. V různé míře pak nastávají klasické příznaky, jakými jsou suchá sliznice a kůže, snížený turgor (napětí kůže) s výraznými vráskami, ale také např. apatie, zmatenost, záchvaty křečí aj. Příčinou dehydratace je vyšší potřeba nebo nižší přívod tekutin.

Nejčastějšími příčinami dehydratace jsou zvýšené ztráty tekutin a jejich nedostatečný příjem. Ke zvýšené ztrátě tekutin dochází v důsledku nepřiměřené diuretické léčby, gastrointestinální ztráty (např. zvracení, průjem), dekompenzovaný diabetes mellitus, zánětlivá onemocnění s horečkou a pocením a zvýšené perspiratio insensibilis (neznatelné pocení). Naproti tomu nedostatečný přívod tekutin mívá za příčinu – chybějící pocit žízně, poruchy vědomí, stavy zmatenosti, deprese. Senior může mít obavy z příjmu většího množství tekutin, to platí zvláště u jedinců trpících močovou inkontinencí spojenou s omezenou hybností. Tento problém je ještě umocněn, když starší osoba žije v podmínkách, kde má společnou toaletu (např. na patře). Dále také nedostatečná nabídka či dostupnost nápojů (zvláště u osob s výraznou potřebou péče), nebo také problémy s polykáním (Holmerová aj., 2007; Schuler, Oster, 2010).

2.4.3 Možnosti řešení

Většina starých lidí si za celý svůj život zvykla na to, že oni jsou ti, co pečují o své blízké a dávají rady. Mluvit o svých problémech pro ně bývá často těžké, mnohdy se uzavírají do sebe, cítí, že jim není nasloucháno a že nejsou okolím chápáni. Díky tomu jsou obvykle poruchy příjmu potravy ve stáří skrytým voláním o pomoc. Možné

následky těchto poruch již byly zmíněny. Základem je se seniorem komunikovat, kontrolovat jakým způsobem se stravuje, jestli si stále zvládá sám nakoupit, apod. (Crilly, 2012).

U soběstačných seniorů v dobré psychické kondici hraje značnou roli edukace. Bylo potvrzeno, že edukace formou zaslaných brožur na adresu seniorů měla pozitivní vliv. Z 24% nemocných seniorů, kteří odmítali konzumaci ryb, se jejich počet díky této formě edukace snížil na 9%.

V určitých případech je nutné užití suplementů. Občasná suplementace se považuje za naprosto neškodnou, nesmí se však překračovat horní limity dávkování. U nesoběstačných seniorů, např. těch v institucionalizované péči, je zas nutné nespoléhat pouze na dané zařízení, ale provádět občasně kontroly jak samotného seniora, tak chování a přístupu ze strany zařízení (Kubešová, Weber, 2008).

3. Cíl a úkoly práce

Cílem této práce je nasbírat potřebná data za pomoci anketního šetření v elektronické formě. Z tohoto šetření následovně zjistit přehled respondentů o problematice PPP ve stáří – zda jsou s touto problematikou seznámeni a pokud ano jak proti ní bojují. Za respondenty budou vybráni lidé, kteří se starají či pravidelně navštěvují svého rodinného příslušníka v seniorském věku.

Ke splnění cíle bude autor postupovat následovně:

1. Shromáždění teoretických poznatků, odborné literatury a ostatních zdrojů
2. Vytvoření anketního šetření, na základě konzultace s vedoucím práce
3. Shromáždění dat a jejich následovné zpracování
4. Zjištění míry povědomí respondentů o PPP ve stáří.
5. Zjištění postupu prováděného respondenty v boji proti PPP ve stáří.

4. Metodologie

4.1 Anketa

Anketa je zvláštní podobou dotazování a často se vyskytuje v písemné formě, i když i ústní podoba (tj. interview) je možná. Její základní charakteristikou je, že není standardizovaná a může být použita ke kvalitativnímu i kvantitativnímu výzkumu (Nový, Surynek, 2006; Reichel 2009).

4.2 Cíl výzkumu

Primárním cílem výzkumu je nashromáždit žádoucí data pomocí anketního šetření, které je prováděno elektronickou formou. Ze získaných dat se autor bude snažit zjistit, jak jsou lidé informováni o problematice poruch příjmu potravy ve stáří a jak se k této problematice staví. Výzkumný soubor bude tvořen lidmi, kteří se starají či pravidelně navštěvují svého příbuzného v seniorském věku.

4.3 Výzkumný soubor

a) Počet respondentů

Bylo rozesláno přibližně sto anket, přičemž autor respondenty žádal o další šíření. Podle autorova odhadu se mohlo rozeslat celkově okolo dvou set anket. 81 z nich se vrátilo řádně vyplněných a ty byly následně zařazeny ke zpracování.

b) Zařazení respondentů

Jak již bylo zmíněno výše, anketní šetření je cíleno na jednotlivce, kteří se starají či alespoň pravidelně navštěvují svého příbuzného v seniorském věku. Anketní šetření je vytvořeno v online aplikaci od společnosti Google, autor ho tedy bude mít k dispozici pouze v elektronické podobě. K respondentům ho pisatel bude šířit pomocí emailu a sociálních sítí.

4.4. Struktura anketního šetření

Anketní šetření autor skládal ze sedmi částí:

- Osobní údaje respondenta
- Péče o bližního
- Kontrola stravování
- Problematika PPP ve stáří
- Popis výživových problémů
- Konkrétní PPP ve stáří
- Faktory způsobující PPP ve stáří

Do každé části autor vložil minimálně jednu otázku, ale každá část se netýká všech respondentů. Pokud je např. odpovídající málo informován, nepopisuje podrobněji danou problematiku, dotazník ho rovnou odkáže na část, která se ho týká. Použité otázky jsou uzavřené, polouzavřené i otevřené.

Na doporučení vedoucího práce si autor vyžádal Vyjádření etické komise a dále vypracoval Informovaný souhlas (viz přílohy I, II).

4.5 Způsob dotazování

Jak již bylo zmíněno výše, autor zvolil jako formu získávání dat anketní šetření v elektronické podobě, jelikož se tak dá dotazník šířit virálně, snadno a rychle. Výsledky jsou ihned v elektronické podobě, tudíž se s nimi snadno pracuje a náklady na celý proces jsou minimální. Vyplňování dotazníků probíhalo od 19.5. 2013 do 14.6. 2013.

4.6 Zpracování dat

Získaná data autor zpracuje do přehledných tabulek. U většiny bude znázorněna relativní a absolutní četnost, k těmto tabulkám budou sestaveny i výsečové grafy. K celému procesu autor využije program Microsoft Excel.

4.7 Pilotní studie

Před rozesláním anket autor jejich podobu a strukturu dotazníku konzultoval s vedoucím práce Mgr. Pavlem Hráským. Následovně autor rozeslal anketu přibližně desíti respondentům, od kterých si anketu nechal slovně zhodnotit. Tím autor chtěl odhalit, zda anketa neobsahuje nějaké nesrozumitelnosti či nesrovnalosti. Po poradě s prvním vzorkem respondentů autor lehce upravil slovní úvod ankety.

5. Výsledky anketního šetření

Anketní šetření autor vytvořil ze sedmi částí – viz kapitola 4.4. Každá část obsahuje alespoň jednu otázku, přičemž některé otázky byly doplňující a netýkaly se tak všech respondentů.

Anketní šetření je cíleno na jednotlivce, kteří se starají či alespoň pravidelně navštěvují svého příbuzného v seniorském věku.

5.1 Prezentace výsledků

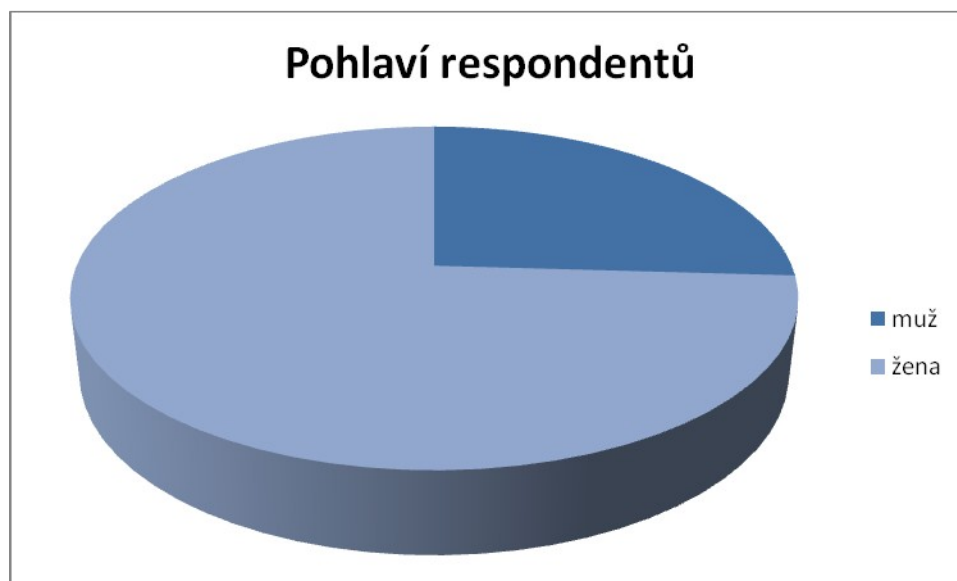
Otázka č. 1 – Vaše pohlaví

Tabulka č.3 - Pohlaví respondentů

| Odpověď | absolutní četnost | relativní četnost (%) |
|---------|-------------------|-----------------------|
| muž | 21 | 25,93 |
| žena | 60 | 74,07 |

(Zdroj: vlastní zpracování, 2013)

Graf č.1 - Pohlaví respondentů



(Zdroj: vlastní zpracování, 2013)

Respondenty byly z téměř tří čtvrtin ženy. Dle autora je to dáno dvěma faktory. Autor rozeslal anketu většímu počtu žen než mužů a dalším faktorem je, že obecně tematika jakékoli péče je ženám bližší

Otázka č. 2 – Váš věk

Tabulka č.4 - Věk respondentů

| Odpověď | absolutní četnost | relativní četnost (%) |
|-----------|-------------------|-----------------------|
| 20-30 | 40 | 49,38 |
| 31-40 | 9 | 11,11 |
| 41-50 | 7 | 8,64 |
| 51-60 | 17 | 20,99 |
| 61 a více | 8 | 9,88 |

(Zdroj: vlastní zpracování, 2013)

Graf č.2 - Věk respondentů



(Zdroj: vlastní zpracování, 2013)

Bez mála polovinu odpovídajících tvořila věková skupina mezi 20-30 roky. To jest dané faktem, že je to autorovi blízká věková skupina a bylo jednoduché ji v rámci výzkumu oslovit. Zbýlých 50% se rozptýlilo do dalších čtyř věkových skupin. Věkovou skupinu 31-40 let zastupovalo 11%, skupinu od 41-50 let přes 8%, větší zastoupení měla věková skupina od 51-60 let – ta byla zastoupena bez jedné desetiny 21%. Poslední věková skupina 61 let a více tvořila 9%. Když zmíníme dvě nejpočetnější skupiny, tak z výzkumu téměř logicky vyplývá, že u skupiny 20-30 let se péče týká z větší části jejich prarodičů, u skupiny 51-60 let rodičů či rodičů jejich partnera.

Otázka č. 3 – O jakého bližního se staráte?

Tabulka č.5 - O koho respondenti pečují

| Odpověď | absolutní četnost | relativní četnost (%) |
|---------|-------------------|-----------------------|
| matka | 22 | 27,16 |
| otec | 7 | 8,64 |
| tchán | 3 | 3,70 |
| tchýně | 4 | 4,94 |
| babička | 27 | 33,33 |
| dědeček | 6 | 7,41 |
| jiné | 12 | 14,81 |

(Zdroj: vlastní zpracování, 2013)

Graf č.3 - O koho respondenti pečují



(Zdroj: vlastní zpracování, 2013)

Respondenti nejčastěji uvedli, že se starají o své babičky (33%). Další nejpočetnější skupinou byli pečující o matky (27%), po nich následovala skupina pečující o jiné rodinné příslušníky, než byly nabízené možnosti. Mezi nimi převažovali ti, co se starají o dva rodinné příslušníky, např. otec i matka, oba prarodiče. Méně bylo těch, kteří se starali o prababičku, a pouze jeden respondent se staral o svého strýce.

Otázka č. 4 – Staráte se sami či máte nějakou výpomoc?

Tabulka č.6 - Způsob péče respondentů.

| Odpověď | absolutní četnost | relativní četnost (%) |
|-------------|-------------------|-----------------------|
| sami | 43 | 53,09 |
| pečovatelka | 3 | 3,70 |
| kombinace | 17 | 20,99 |
| jiné | 18 | 22,22 |

(Zdroj: vlastní zpracování, 2013)

Graf č.4 - Způsob péče respondentů



(Zdroj: vlastní zpracování, 2013)

Výsledky ukazují, že 53% dotázaných se o svého rodinného příslušníka starají sami. Dle autora toto vysoké procento výzkumu prospělo, z toho důvodů, že tito lidé mají veškeré informace „z první ruky“. Téměř 21% dotázaných se stará v kombinaci s pečovatelskou službou. Pouze 3% respondentů využívá výhradně služby pečovatelské služby. Druhou nejvíce zastoupenou skupinou byli ti, kteří se starají jiným způsobem. Převažovala společná péče s některým jiným příbuzným, pouze ve dvou odpovědích se objevilo, že se starají sami, ale využívají dovážku jídla.

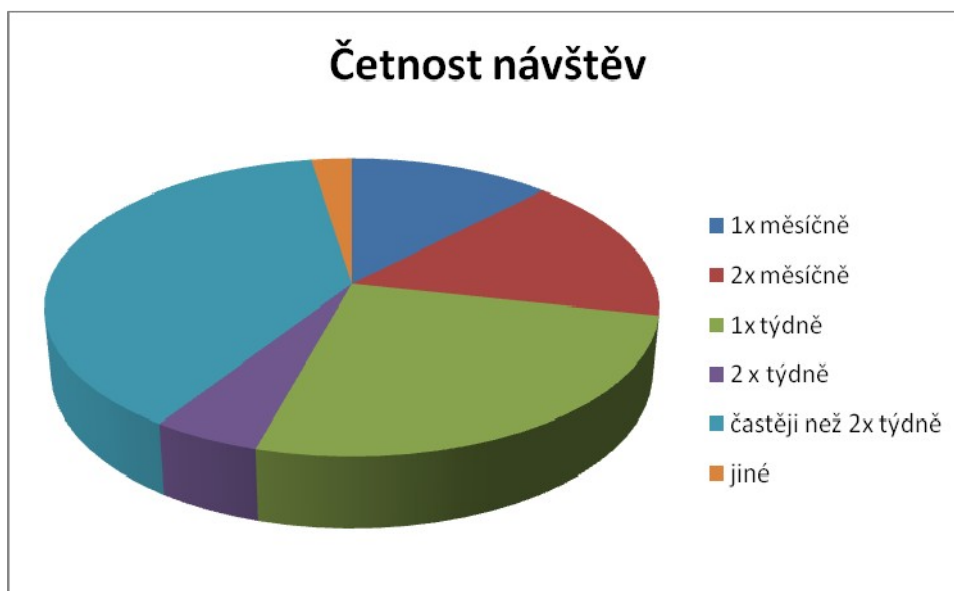
Otázka č. 5 – Jak často ho/ji navštěvujete?

Tabulka č.7 - Četnost návštěv

| Odpověď | absolutní četnost | relativní četnost (%) |
|----------------------|-------------------|-----------------------|
| 1x měsíčně | 10 | 12,35 |
| 2x měsíčně | 13 | 16,05 |
| 1x týdně | 21 | 25,93 |
| 2 x týdně | 4 | 4,94 |
| častěji než 2x týdně | 31 | 38,27 |
| Jiné | 2 | 2,47 |

(Zdroj: vlastní zpracování, 2013)

Graf č.5 - Četnost návštěv



(Zdroj: vlastní zpracování, 2013)

Z tabulky je zřejmé, že více jak třetina (38%) tázaných navštěvuje rodinného příslušníka v seniorském věku více než 2x týdně. Mezi tuto skupinu autor zařadil i ty respondenty, kteří uvedli, že se seniorem žijí v jedné domácnosti, konkrétně se tento případ ve výzkumu vyskytl 3x. Poté následovala skupina těch, kteří provádějí návštěvu jednou týdně (26%). Návštěvnost 2x měsíčně se vyskytla v 16% případů a ve 12% se vyskytla návštěvnost 1x do měsíce. Pouze ve dvou případech, byly návštěvy méně časté než jedenkrát měsíčně. Autor je toho názoru, že vysoké procento respondentů, kteří jsou v častém styku se seniorem, přineslo výzkumu velký počet relevantních detailních odpovědí.

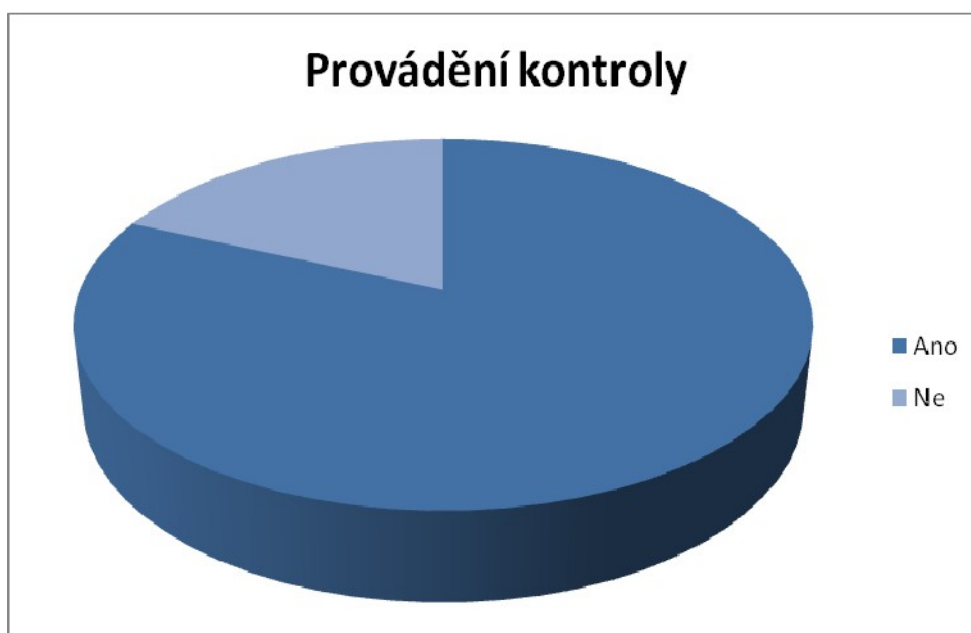
Otázka č. 6 – Kontrolujete/víte o tom, jak se člověk, o kterého pečujete, stravuje?

Tabulka č.8 - Provádění kontroly

| Odpověď | absolutní četnost | relativní četnost (%) |
|---------|-------------------|-----------------------|
| Ano | 66 | 81,48 |
| Ne | 15 | 18,52 |

(Zdroj: vlastní zpracování, 2013)

Graf č.6 - Provádění kontroly



(Zdroj: vlastní zpracování, 2013)

Kontrolu toho, jak se senior stravuje, provádí 81% tázaných. Tyto výsledky ukazují, že většina respondentů si je vědoma nutnosti dohlížet na stravovací návyky seniorů. Zbýlých necelých 19% nemá přehled o tom, jaké má jejich rodinný příslušník v seniorském věku stravovací návyky.

Otázka č. 7 – Pokud kontrolu provádíte, popište prosím jak.

Otázka č.7 rozvíjí předchozí otázku a zodpovídali ji tedy pouze ti respondenti, kteří zodpověděli otázku č.6 – ano. Těchto respondentů bylo přesně 66.

Nejvíce respondenti kontrolují stravování seniora dotazováním a tím, že nákupy obstarávají oni sami. Dotazování uváděli respondenti i v případě, že senior, o kterého se starají, je v institucionalizované péči. Provádějí to tak, že se ptají personálu i samotného

seniora, aby byli přesvědčení o pravdivosti informací. Poměrně často odpovídající provádějí kontroly obsahu lednice. V jednom případě byla také zmíněna kontrola účtenek, nádobí ve dřezu či odkapávači. Obdobně četné bylo, že seniorovi sami vaří. Někteří jedinci uváděli, že jim vaří jen v určité dny v týdnu, např. o víkendech a nebo vaří pouze večere. Méně časté bylo to, že dotazovaní se svým rodinným příslušníkem jedí společně. To se týkalo logicky obzvláště těch jedinců, kteří žijí ve společné domácnosti. Pro autora bylo překvapením, že se objevilo několik odpovědí, ve kterých bylo zdůrazněno, že si pravdivost informací o stravě seniora ještě ověřují. Nejméně častou odpovědí bylo, že kontrolu provádí pouhým pozorováním.

Otázka č. 8 – Víte o tom, že problematika poruch příjmu potravy se významně dotýká starých lidí?

Tabulka č.9 - Povědomí o PPP ve stáří

| Odpověď | absolutní četnost | relativní četnost (%) |
|---------|-------------------|-----------------------|
| Ano | 54 | 66,67 |
| Ne | 27 | 33,33 |

(Zdroj: vlastní zpracování, 2013)

Graf č.7 - Povědomí o PPP ve stáří



(Zdroj: vlastní zpracování, 2013)

Výsledky ukázaly, že necelých 67% (tedy 2/3 tázaných), si je vědoma toho, že PPP značně postihují jedince v seniorském věku. Zbylá třetina (málo přes 33%) si tohoto faktu vědoma není. Ty 2/3, které zodpověděly možnost – ano, pokračovaly dále otázkou č.9, 10, 11. Zbylá třetina pokračovala rovnou až poslední otázkou č.12.

Otázka č. 9 – Prosím, stručně charakterizujte, co si pod těmito poruchami představujete.

Pokud dotazovaní zodpověděli, že ví o problematice PPP ve stáří (54 respondentů), v otázce č. 9 rozváděli, co si pod těmito poruchami představují.

Tato otázka měla dvě nejčastější odpovědi. Nechutenství spojené s gastrointestinálními problémy obecně (problémy se zažívacím traktem, průjemy, zácpy, nadýmání, potíže trávení určitých potravin) a odmítání potravy, nejčastěji spojované s tím, že senioři, o které se respondenti starají, nemají pocit hladu. Další poměrně často zmiňovanou charakteristikou PPP ve stáří byl špatný pitný režim a špatné stravovací návyky (např. nevyvážená a nekvalitní strava, nedostatek zeleniny, ovoce a čerstvého a teplého jídla). Méně častými odpověďmi byly: odbývání se, kdy tento problém respondenti spojovali hlavně se socioekonomickými faktory, psychické poruchy a také bylo uváděno zapomínání. Pouze ojediněle se vyskytly odpovědi jako: problémy se zubní náhradou, s polykáním a žvýkáním, zvracení, zavedňování, anorexie, bulimie, přejídání a problémy způsobené užíváním medikamentů.

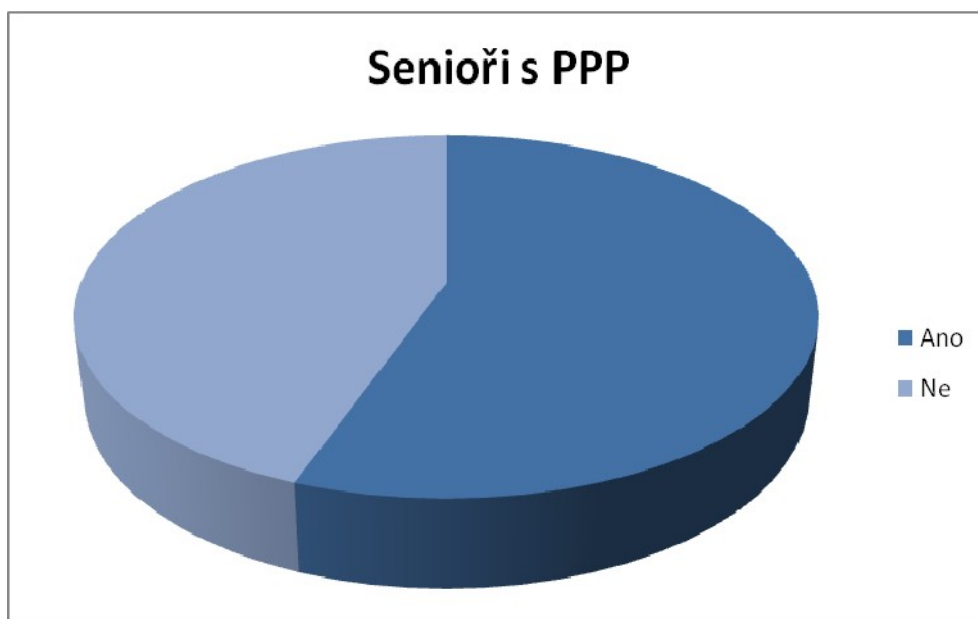
Otázka č. 10 – Myslíte si, že člověk, o kterého se staráte, nějakou takovou poruchou trpí?

Tabulka č.10 - Senioři s PPP

| Odpověď | absolutní četnost | relativní četnost (%) |
|---------|-------------------|-----------------------|
| Ano | 30 | 55,56 |
| Ne | 24 | 44,44 |

(Zdroj: vlastní zpracování, 2013)

Graf č.8 - Senioři s PPP



(Zdroj: vlastní zpracování, 2013)

Tuto otázku zodpovídalo těch 54 respondentů, kteří o problematice PPP ve stáří již něco věděli. Více jak polovina (55%) odpovídajících uvedla, že senior, o kterého pečují, trpí PPP. Zbýlých téměř 45% o této problematice také ví, ale je toho názoru, že se to jejich rodinného příslušníka netýká.

Otázka č. 11 – Pokud ano, uveďte prosím konkrétní problém a jak s ním pracujete.

Stejný vzorek respondentů jako zodpovídal otázku č. 10, zodpovídal i otázku č. 11. Zde uváděli, s jakým konkrétním problémem mají zkušenosti a jak ho řeší. Mezi nejčastější konkrétní problémy, se kterými se respondenti setkali, patří odmítání potravy, špatné stravovací návyky, dehydratace, gastrointestinální potíže (převážně zácpy) a nechutenství. Méně se vyskytovaly problémy s polykáním a zapomínání.

Jako řešení dotazovaní volí z větší části domluvu (sami uvádějí, že málokdy úspěšně). Četností následovala úprava stravy seniorů a snaha o ovlivnění jejich stravovacích návyků. Dalším řešením bylo to, že seniorovi sami uvaří, třeba i do misek na několik dní dopředu. Se stejným počtem se vyskytovalo podávání a kontrola užívání nutričních doplňků (např. nutridrink, probiotika), léky a bylinné čaje. U jedinců, kteří čelili problémům s polykáním a žvýkáním, se vyskytovala taková řešení jako např. krmení, mixování stravy, podávání menších porcí, úprava jídelníčku a ponechání

seniorovi dostatek času na jídlo, mít trpělivost a nespěchat na něj. Několik málo respondentů uvedlo, že se snaží zajistit taková jídla, která jsou seniorova oblíbená, která mu chutnají. Nejméně lidí uvedlo, že problém řeší tím, že s příbuzným jedí či je příbuzný pod pravidelným dohledem lékaře.

Otázka č. 12 – Vyberte podle Vás hlavní faktory, které způsobují poruchy příjmu potravy ve stáří.

V otázce č. 12 měli respondenti vybrat hlavní faktory, které podle jejich názoru způsobují PPP ve stáří. Vybírat mohli ze šesti možností, přičemž zaškrtnout mohli od jedné do šesti. Možnosti byli následující:

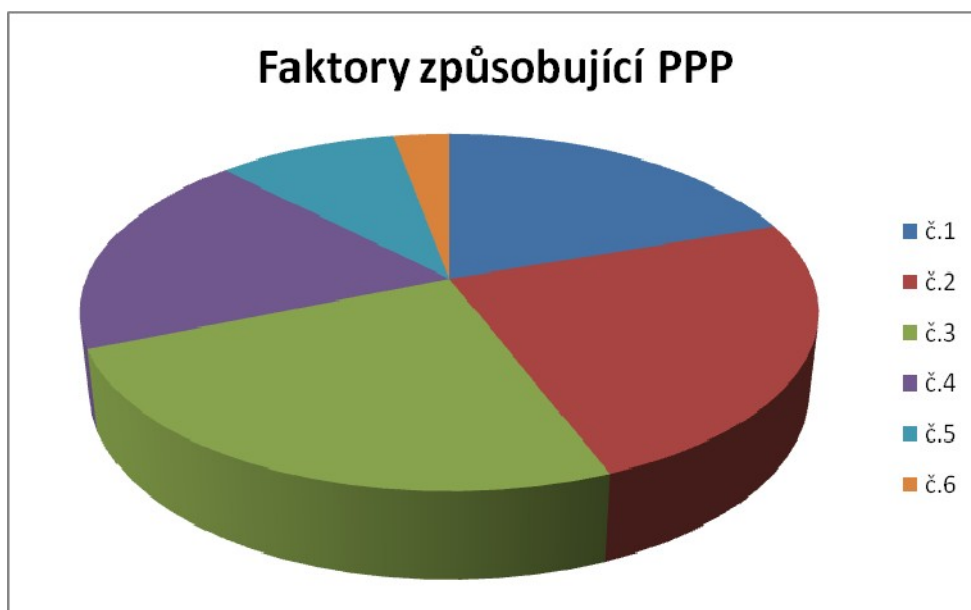
- č.1) defekt chrupu, postižení slinných žláz, onemocnění dutiny ústní, jícnu
- č.2) snížená chuť k jídlu
- č.3) psychické poruchy – deprese, demence
- č.4) omezená hybnost
- č.5) socioekonomické faktory
- č.6) jiné

Tabulka č.11 - Faktory způsobující PPP

| Možnost | počet zaškrtnutí |
|----------------|-------------------------|
| č.1 | 40 |
| č.2 | 49 |
| č.3 | 50 |
| č.4 | 38 |
| č.5 | 19 |
| č.6 | 6 |

(Zdroj: vlastní zpracování, 2013)

Graf č.9 - Faktory způsobující PPP



(Zdroj: vlastní zpracování, 2013)

Výsledky ukazují, že dotazovaní považují za hlavní faktory způsobující PPP psychické poruchy a těsně po nich sníženou chuť k jídlu. Dále s mírným odstupem následuje defekt chrupu, postižení slinných žláz, onemocnění dutiny ústní a jícnu. A jen o dvě zaškrtnutí méně měla možnost – omezená hybnost. K autorovu překvapení pouhých 20 zaškrtnutí měly socioekonomické faktory. V možnosti č.6 se mohli respondenti vyjádřit, pokud jim předchozí možnosti nepřišly dostatečně vystihující. Zde se objevily názory, že faktorem způsobujícím PPP ve stáří je anamnéza seniora a obecně nechut' do života.

6. Diskuse

Výzkum ukázal, že přes 33% respondentů nemá žádné povědomí o PPP ve stáří a naopak 44% respondentů si myslí, že senior, o kterého pečují, PPP netrpí. Dle Kubešové a Webera (2008) se PPP týkají až 65% seniorů, žijící v domácím prostředí. Pokud bychom exaktně vycházeli z těchto čísel, dochází k tomu, že si lidé neuvědomují závažnost této problematiky. Autor si uvědomuje, že díky nevelkému vzorku respondentů je nutné toto tvrzení brát s určitým nadhledem.

Respondenti dokázali poměrně správně vybrat hlavní faktory způsobující PPP ve stáří. Avšak i přesto, že všechny z nabízených možností byly hlavními faktory způsobující PPP, tak respondenti značně opomíjeli faktory socioekonomické a omezenou hybnost. Přitom snaha ušetřit je u seniorů více než častá. Kupují levné – nekvalitní potraviny, jídlo často dlouhou dobu uchovávají a následně ho ohřívají, čímž ztrácí nutriční hodnotu. Dalším z problémů je, že senioři, kteří žijí osamocně a byli celý život zvyklí vařit pro dva lidi nebo jíst ve dvou lidech, mají minimum motivace si připravit kvalitní a nutričně hodnotný pokrm sami pro sebe.

Jak již bylo zmíněno, dalším z faktorů, který podle respondentů nebyl tím hlavním, byla omezená hybnost. Je nutné si uvědomit význam tohoto faktoru. Nelze brát v potaz úplnou imobilitu, ale např. schopnost si dojít nakoupit, uklidit, apod. Tyto faktory neovlivňují pouze stravování seniora, ale zásadně i jeho psychiku.

V procesu stárnutí ubývá kostní hmoty, meziobratlové ploténky se oplošťují, vazivo a chrupavky tuhnu, zejména v kloubech. Páteř se ohýbá a dochází tak následně k hrbení seniora, což způsobuje především atrofie meziobratlových plotének a ochabování kosterního svalstva. V rámci stáří lze mluvit o jakémsi začarovaném kruhu. Dochází k úbytku svalové hmoty a ke zpomalení nervových vzruchů, tím dochází ke zhoršení svalové práce a k poklesu svalové síly. Snížením podílů svalové hmoty se snižuje potřeba energie dodávané potravou, jelikož svalová hmota vykazuje znatelně vyšší metabolickou aktivitu. Ubývá tedy aktivní svalové hmoty, ale procento tuku často stále s věkem stoupá. To vše vede ke zhoršení pohyblivosti seniora a může docházet i k pádům. Pády jsou hlavním bodem tohoto začarovaného kruhu. Většinou jsou způsobeny zhoršenou pohyblivostí, zhoršenou stabilitou, či závratěmi. Následně po pádu většinou přichází strach z toho, že se pády budou opakovat a senior tak většinou upadne do velké inaktivity. To má samozřejmě ihned přímý vliv na fyzický i psychický stav seniora (Kubešová, Weber, 2008; Klevetová, Dlabalová, 2008).

Tyto rozsáhlé změny mohou mít v procesu stáří za efekt malnutrici, která následně opět zásadně ovlivňuje kvalitu života seniora. Malnutrice může mít za následek sarkopenii, nejistou chůzi, svalovou slabost a snížení obranyschopnosti organismu, což může vést např. k zápalu plic, infekci moči, hnisání ran, atd. Tato onemocnění mohou mít zásadní dopad na stav organismu seniora. Ke vzniku malnutrice často přispívají negativní změny v rámci trávicího traktu. Dochází ke snížení množství trávicích šťáv, potrava se vstřebává i rozkládá pomaleji. Močový měchýř se stává méně pružným a zmenšuje se tak i jeho kapacita. Slinivka břišní a játra jsou méně výkonné. Pokles svalové síly zapříčiňuje pokles aktivity tlustého střeva, což může mít za následek chronickou zácpu či bolesti v bederní oblasti.

Všechny tyto fyziologické a tělesné změny samozřejmě přímo ovlivňují celkový stav seniora a je velice individuální, jak se s nimi dokáže jedinec vyrovnat. Aby se člověk s procesem stárnutím vyrovnal, musí čelit také psychickým změnám, které s věkem přicházejí. Zhoršují se poznávací procesy jako vnímání, pozornost, paměť, myšlení a představy. Časté jsou problémy seniorů s adaptací na nové životní podmínky a situace. Proto se stává, že jsou staří lidé ostražití a nedůvěřiví, nechtějí chodit ven a setkávat se s druhými lidmi. Proces stárnutí lze tedy chápat jako velice složitý proces, který obsahuje bezčetné množství změn. Ty jsou na sobě nejrůzněji závislé a všelijak provázané (Klevetová, Dlabalová, 2008; Čevela aj., 2012).

Když následně probíhá snaha o určitou intervenci v rámci stravování, vše ztěžuje fakt, že ve stáří organismus nedokáže tak dobře absorbovat určité, pro tělo nezbytné, složky výživy. Proto v určitých případech může být velice obtížné řešení problémů i prostřednictvím suplementace, která je v určitých případech nezbytně nutná. Dále aby byl intervenční program efektivní, musí mít dlouhodobý a individuální charakter (Bretšnajdrová, 2010; Dagoon 1993).

Co se týče průběhu vypracovávání celé práce, lze říci, že až na určité výjimky vše probíhalo bez větších komplikací. Autorovi se podařilo nashromáždit požadované zdroje a i data, potřebná ke zpracování výzkumu. Asi největší úskalí pro autora bylo vytvoření anketního šetření takovým způsobem, aby vyprodukovalo data, která jasně vytvářejí obraz skutečnosti a dá se s nimi dobře pracovat.

Další komplikací byla návratnost anket. Autor ankety rozesílal prostřednictvím emailu a sociálních sítí. Pro shromáždění většího počtu dat bylo ale nutné osobně kontaktovat jedince a poprosit je o vyplnění či alespoň o přeposlání někomu, kdo by se

mohl k dané problematice vyjádřit. Právě sehnat tyto jedince bylo poměrně složité, jelikož okolí pisatele je tvořeno mladší věkovou kategorií, která má logicky s touto problematikou výrazně méně zkušeností. Nutno ale přiznat, že právě tato věková kategorie, byla ve výsledku pro autora velkým překvapením. Dostí jedinců této věkové kategorie bylo o dané problematice dobře informováno a své prarodiče navštěvovalo poměrně často. Pokud tomu tak opravdu je, tak to pisatel chápe jako příjemnou zprávu, zvláště z toho důvodu, že pro dnešní dobu je typická určitá generační polarita.

7. Závěr

V následujících řádcích se autor pokusí shrnout výsledky výzkumu a navrhnout určitá řešení.

Proces stárnutí sebou přináší nejrůznější tělesné a duševní změny. Je to velice složité období, které také dále přináší změny sociálních rolí seniorů. Kvalita jejich života tak závisí samozřejmě na tom, jak se daří jejich zdraví, ale obzvláště na tom, jak se se všemi problémy vyrovnávají a jak přijímají své nové sociální role.

Jedním z hlavních úkolů této bakalářské práce bylo zjistit povědomí respondentů o PPP ve stáří. Výsledky byly v zásadě pozitivní, jelikož více než 66% respondentů si je vědomo toho, že se PPP mohou týkat i osob v seniorském věku. Avšak z tohoto vzorku si pouze 55% myslí, že se tato problematika netýká jejich rodinného příslušníka. Autor je toho názoru, že ne všichni mají bohužel pravdu. Senioři poměrně často své problémy uzavírají do sebe, na pohled okolí tak mohou působit s určitou mírou přetvářky bezstarostně, ale skutečnost je jiná. Proto je nezbytně nutná důkladná kontrola. Tu k autorovu překvapení vykonává dokonce 81% respondentů. A to nejčastěji dotazováním, dále tím, že mu sami nakupují, sami vaří, nebo kontrolují obsah lednice. Komunikace a tyto kontroly jsou opravdu základem úspěchu. Avšak nutné také je, se nadále přesvědčovat o pravdivosti informací, které senior podává svým bližním. Senioři málokdy přiznají, že už nejsou schopni se o sebe řádně postarat nebo že mají nějaký problém, a tak je nutné se nespokojit pouze s jednoduchou odpovědí a dále se ptát.

Zajímavým faktem pro autora bylo, že lidé nepovažovali za hlavní faktory způsobující PPP faktory socioekonomické a omezenou hybnost. Je vhodné se zamyslet nad tím, zda si např. pod pojmem socioekonomický faktor nedokázali představit to, co opravdu představuje. U omezené hybnosti by tento problém nastat neměl, avšak respondenti se asi s tímto faktorem jednoduše nesetkali.

I přes poměrně slušné výsledky se autor domnívá, že by povědomí o této problematice mělo být vyšší. Pokud se hledá řešení, nemělo by se přemýšlet pouze jak tento problém potlačit, ale hlavně jak mu předcházet. Základem by tedy měla být větší míra edukace v rámci problematiky stravování obecně, a to už v průběhu dospívání. Školy by dle autora měly této problematice, v rámci výukového plánu, věnovat určitý počet hodin. Samozřejmě zásadní je vliv výchovy. Jaké člověk získá návyky v dětství, ty se ho drží celý život a příprava na stáří by tak rázem byla pro každého jednodušší.

Dále by, dle autora, mohli hodně ku prospěchu věci udělat lékaři, kteří vidí, v jakém jsou senioři stavu. Nemuseli by do nekonečna předepisovat léky, které neřeší příčinu, ale např. informovat rodinné příslušníky osobně či prostřednictvím informačního letáku (např. i v elektronické podobě) o problematice PPP, ale i celkově o životním stylu seniorů. Tak by mohli rodinní příslušníci zjistit, že tu taková problematika je, a že se může týkat mimo jiné např. i jejich rodičů.

Na závěr by mělo být zdůrazněno, že výsledky výzkumu potvrdily, že respondenti mají určitou míru povědomí o dané problematice a dokonce se ji snaží v rámci svých možností, poměrně slušně řešit. Avšak i přesto, by se dle autora, měla do budoucna tomuto tématu věnovat větší míra pozornosti.

Seznam použité literatury:

- ALPERS, H. D. *Manual of nutritional therapeutics*. 5.vyd. Philadelphia: Lippincott Wolliams & Wilkins, 2008, 642 s. ISBN 980781768412
- BERNSTEIN M. a A. LUGGEN. *Nutrition for Older Adult*. Sudbury, Massachusets: Jones & Bartlett Learning 422 s. ISBN 9780763736248
- CRILLY, L. *Hope with Eating disorders*. Carlsbad, California: Hay House Insights, 2012, 280 s. ISBN 9781848508927
- ČEVELA, R., KALVACH, Z. a ČELEDOVÁ L. *Sociální gerontologie: Úvod do problematiky*. 1.vyd. Praha: Grada, 2012, 264 s. ISBN 978-80-247-3901-4
- DAGOON, J. a kol. *Physical Education Health and Music*. 1.vyd. Philippines: Rex Bookstore, 1993, 436 s. ISBN 971-23-1299-2
- DVOŘÁČKOVÁ, D. *Kvalita života seniorů v domovech pro seniory*. 1.vyd. Praha: Grada, 2012, 112 s. ISBN 978-247-4138-3
- FIALOVÁ, L. *Jak dosáhnout postavy snů*. 1.vyd. Praha: Grada, 2007, 136 s. ISBN 978-80-247-6135-0
- GALLO, J. a W. REICHEL. *Reichel's care of the elderly*. 5.vyd. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 1999, 856 s. ISBN 9780683301694
- GOTTSCHLICH, M. *The science and Practice of Nutrition Support*. 1.vyd. Dubuque, Iowa: Kendall Hunt, 2001, 812 s. ISBN 0-7872-7680-4
- GROFOVÁ, Z. *Nutriční podpora – Praktický rádce pro sestry*. 1.vyd. Praha: Grada, 2007, 237 s. ISBN 978-80-247-1868-2
- HOLMEROVÁ, I., JURAŠKOVÁ, B., ZIKMUNDOVÁ, K. a kol. *Vybrané kapitoly z gerontologie*. 3 přepr. vyd. Praha: EV public relations, 2007, 143 s. ISBN 978-80-254-0179-8
- HOLEČEK, M. *Regulace metabolismu cukrů, tuků, bílkovin a aminokyselin*. 1.vyd. Praha: Grada, 2006, 288 s. ISBN 978-80-247-1562-9
- CHRPOVÁ, D. *S výživou zdravě po celý rok*. 1.vyd. Praha: Grada, 2010, 133 s. ISBN 978-80-247-2512-3

- JAROŠOVÁ, D. *Péče o seniory*. 1.vyd. Ostrava: Ostravská univerzita. Zdravotně sociální fakulta, 2006, 110 s. ISBN 80-7368-110-2
- KALVACH, Z., aj. *Křehký pacient a primární péče*. 2.vyd. Praha: Grada, 2011. 400 s. ISBN 978-80-247-4026-3
- KLEVETOVÁ, D., DLABALOVÁ, I. *Motivační prvky při práci se seniory*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008. 202 s. ISBN 978-80-247-2169.
- KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie nemoci*. 1.vyd. Praha: Grada, 2002, 198 s. ISBN 80-247-0179-0
- LUKÁŠ, K. *Gastroenerologie a hematologie pro zdravotní sestry*. 1.vyd. Praha: Grada, 2005, 288 s. ISBN 80-247-1283-0
- MÁHROVÁ, G. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. 1.vyd. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-2138-5
- MACHOVÁ, J. a KUBÁTOVÁ D. a kol. *Výchova ke zdraví*. 1.vyd. Praha: Grada, 2009, 296 s. ISBN 978-80-247-2715-8
- MALÍKOVÁ, E. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. 1.vyd. Praha: Grada, 2011, 328 s. ISBN 978-80-247-3148-3
- MARKOVÁ, E., VENGLÁŘOVÁ M. a BABIAKOVÁ M. *Psychiatrická ošetrovatelská péče*. 1 vyd. Praha: Grada, 2006, 352 s. ISBN 80-247-1151-6
- MLÝNKOVÁ, J. *Pečovatelství 1. díl*. 1.vyd. Praha: Grada, 2010, 276 s. ISBN 978-80-247-3184-1
- NOVÝ, I., SURYNEK, A. *Sociologie pro ekonomy a manažery*. 2.vyd. Praha: Grada, 2006, 287 s. ISBN 80-247-1705-0
- PIDRMAN, V. *Demence*. 1.vyd. Praha: Grada, 2007, 184 s. ISBN 978-80-247-1490-5
- REICHEL J. *Kapitoly metodologie sociálních výzkumů*. 1.vyd. Praha: Grada, 2009, 192 s. ISBN 978-80-247-3006-6
- RYBKA, J. *Diabetes mellitus – Komplikace a přidružená onemocnění*. 1.vyd. Praha: Grada, 2007, 320 s. ISBN 978-80-247-1671-8

SCHULER, M. a OSTER P. *Geriatric od A do Z pro sestry*. 1.vyd. Praha: Grada, 2010, 336 s. ISBN 978-80-247-3013-4

TYL, J., SCHEINBERG, F. a kol. *Kapitoly ze sociální medicíny a veřejného zdravotnictví*. 1.vyd. Praha: Karolinum, 1998, 282 s. ISBN 80-7184-654-6

VRÁNOVÁ, D. *Chronická onemocnění a doporučená výživová opatření*. 1.vyd. Praha: ANAG, 2013, 184 s. ISBN 978-80-7263-788-1

Ostatní zdroje:

BRETŠNAJDROVÁ, M. *Výživa seniorů, malnutrice a role doplňků stravy, vitaminů* [online]. Říjen 2010 [cit. 2013-05-05]. Dostupné z: <http://www.zdn.cz/clanek/priloha-lekarske-listy/vyziva-senioru-malnutrice-a-roledoplunku-stravy-vitaminu-455169>

JIRÁK, R. Duševní poruchy ve stáří. *Psychiatrie pro praxi* [online], 2004, č. 6, s. 336-338 [cit. 2013-05-05]. ISSN 1809-5272. Dostupné z: <http://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2004/06/13.pdf>

KUBEŠOVÁ, H., WEBER, P. Poruchy příjmu potravy ve stáří. *Interní medicína* [online], 2008, roč. 10, č. 1, s. 64-68 [cit. 2013-09-05]. ISSN 1803-5256. Dostupné z: <http://www.solen.cz/pdfs/int/2008/02/06.pdf>

ZLOCH, Z. Některé specifické požadavky na výživu ve vyšším věku. *Interní medicína* [online], 2008, roč. 11, č. 3, s. 134-137 [cit. 2013-07-05]. ISSN 1803-5256. Dostupné z: <http://www.internimedicina.cz/pdfs/int/2009/03/09.pdf>

Seznam použitých tabulek:

Tabulka č.1 – DDD vybraných minerálů

Tabulka č.2 – DDD vybraných vitaminů

Tabulka č.3 – Pohlaví respondentů

Tabulka č.4 – Věk respondentů

Tabulka č.5 – O koho respondenti pečují

Tabulka č.6 – Způsob péče respondentů

Tabulka č.7 – Četnost návštěv

Tabulka č.8 – Provádění kontroly

Tabulka č. 9 – Povědomí o PPP ve stáří

Tabulka č.10 – Senioři s PPP

Tabulka č.11 – Faktory způsobující PPP

Seznam použitých grafů:

Graf č.1 – Pohlaví respondentů

Graf č.2 – Věk respondentů

Graf č.3 – O koho respondenti pečují

Graf č.4 – Způsob péče respondentů

Graf č.5 – Četnost návštěv

Graf č.6 – Provádění kontroly

Graf č.7 – Povědomí o PPP ve stáří

Graf č.8 – Senioři s PPP

Graf č.9 – Faktory způsobující PPP

Seznam příloh:

Příloha I – Souhlas etické komise

Příloha II – Vzor informovaného souhlasu

Příloha III – Nottinghamský screeningový dotazník

Příloha IV – Ukázka MNA

Příloha I

Souhlas etické komise



UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE
FAKULTA TĚLESNÉ VÝCHOVY A SPORTU
José Martího 31, 162 52 Praha 6-Vešelavín
tel.: 220 171 111
<http://www.ftvs.cuni.cz/>

Žádost o vyjádření etické komise UK FTVS

k projektu výzkumné, doktorské, diplomové (bakalářské) práce, zahrnující lidské účastníky

Název: Poruchy příjmu potravy ve stáří

Forma projektu: bakalářská práce

Autor: Jan Stuparič

Školitel: Mgr. Pavel Hráský

Popis projektu

Tato práce se zabývá poruchami příjmu potravy ve stáří. Cílem této práce je zviditelnit problematiku poruch příjmu potravy ve stáří. Dále pak prostřednictvím anketního šetření zjistit, nakolik jsou o této problematice informováni osoby z široké veřejnosti, které se určitou mírou starají o starého člověka. A pokud informováni jsou, tak jakým způsobem se jí snaží předcházet či proti ní přímo bojovat.

Informovaný souhlas (přiložen)

V Praze dne 12.5.2013

Podpis autora: *J. Stuparič*

Vyjádření etické komise UK FTVS

Složení komise: Doc. MUDr. Staša Bartůňková, CSc.
Prof. Ing. Václav Bunc, CSc.
Prof. PhDr. Pavel Slepíčka, DrSc.
Doc. MUDr. Jan Heller, CSc.

Projekt práce byl schválen Etickou komisí UK FTVS pod jednacím číslem: 0123 / 2013

dne: 12.5.2013

Etická komise UK FTVS zhodnotila předložený projekt a **neshledala žádné rozpory** s platnými zásadami, předpisy a mezinárodními směrnici pro provádění biomedicínského výzkumu, zahrnujícího lidské účastníky.

Řešitel projektu splnil podmínky nutné k získání souhlasu etické komise.

UNIVERZITA KARLOVA v Praze
Fakulta tělesné výchovy a sportu
José Martího 31, 162 52, Praha 6

1

Pavel Hráský

podpis předsedy EK

Příloha II

Vzor informovaného souhlasu

Informovaný souhlas

Vážená dámo/ vážený pane,

dovoluji si Vás oslovit v rámci anketního šetření, které doplňuje teoretickou část bakalářské práce zabývající se poruchami příjmu potravy ve stáří. Toto anketní šetření zkoumá povědomí respondentů o problematice poruch příjmu potravy ve stáří. Za respondenty si vybírá osoby, které se starají či pravidelně navštěvují svého rodinného příslušníka v seniorském věku.

Výsledky výzkumu budou jak kvantitativní, tak kvalitativní a v bakalářské práci budou rozebrány a okomentovány.

Toto anketní šetření je stoprocentně anonymní a vyplnění by mělo zabrat necelé tři minuty.

Děkuji předem za Váš čas.

S pozdravem

Jan Stuparič (student 3. ročníku Fakulty tělesné výchovy a sportu Univerzity Karlovy)

V Praze dne:

Podpis:

Příloha III

Nottinghamský screeningový dotazník

| položka | bodové skóre |
|---|--------------|
| BMI (body mass index = hmotnost v kg/[tělesná výška v m] ²) <ul style="list-style-type: none">• BMI < 18• BMI 18–20• BMI > 20 | 2 1 0 |
| Nechtěný úbytek hmotnosti v posledních třech měsících <ul style="list-style-type: none">• více než 3 kg• do 3 kg• žádný, hmotnost stálá | 2 1 0 |
| Snížení příjmu potravy v posledním měsíci před hospitalizací <ul style="list-style-type: none">• ano• ne | 2 0 |
| Stresový faktor/závažnost základního onemocnění <ul style="list-style-type: none">• závažný – polytrauma, rozsáhlé popáleniny, poranění hlavy, rozsáhlé dekubity, těžká sepse, malignita, pankreatitida, velký chirurgický zákrok, pooperační komplikace• mírný až středně závažný – nekomplikovaný chirurgický výkon, lehká infekce, chronická onemocnění, proleženiny, cirhóza, renální selhání, diabetes mellitus, chronická obstrukční plicní nemoc, nespecifické střevní záněty• žádný | 2 1 0 |
| Celkové skóre Hodnocení 0–2 body – stav výživy velmi dobrý/dobrý bez další intervence 3–4 body – nutné monitorování stavu výživy, kontrola s odstupem 1 týdne 5 bodů a více – vysoké riziko podvýživy, indikováno cílené vyšetření nutričního stavu a intervence | |

(Zdroj: Kalvach aj., 2011)

Příloha IV

Ukázka MNA

| | Položky | Body |
|---|-----------------------------------|-------------|
| Poslední 3 měsíce ztráta chuti k jídlu, obtíže GIT, problémy se žvýkáním a polykáním | těžké poruchy | 0 |
| | mírné | 1 |
| | bez obtíží | 2 |
| Ztráta tělesné hmotnosti v posledním měsíci | více než 3 kg | 0 |
| | neví | 1 |
| | v rozmezí 1–3 kg | 2 |
| | stabilní hmotnost | 3 |
| Pohyblivost | upoután na lůžko | 0 |
| | pohyb v okolí lůžka, po místnosti | 1 |
| | vychází ven | 3 |
| Psychický stres v posledních třech měsících | ano | 0 |
| | ne | 2 |
| Neuropsychické problémy | těžká deprese | 0 |
| | mírná demence | 1 |
| | žádné problémy | 2 |
| Index tělesné hmotnosti BMI | BMI < 19 | 0 |
| | BMI 19–21 | 1 |
| | BMI 21–23 | 2 |
| | BMI > 23 | 3 |
| Hodnocení | Maximum | 14 bodů |
| | Normální | 12 bodů |
| | Riziko malnutrice | < 11 bodů |

(Zdroj: Homerová aj., 2007)