Evropská unie
Evropský sociální fond
Operační program Zaměstnanost

NEstárniBLBĚ

Analýza nutričního specialisty v oblasti stravování, příjmu potravy či výživy – **Domov pro seniory Chodov**

Číslo projektu:
OPZ/2.2/099/0015316

Název projektu:
Zvýšení kvality sociálních služeb v domovech pro seniory v Praze

NEstárniBLB**Ě**, z.s., Družstevní 580, 345 06 Kdyně

Obsah

1. Úvod 3

2. Faktory, ovlivňující možnosti nutrice 4

3. Riziko podvýživy a zásady správné nutrice 5

4. Aktuální zjištěná situace DS Chodov 8

4.1 Dostupnost informací 8

4.2 Jídelníček 10

4.3 Technické a personální zabezpečení 11

4.4 Zpětná vazba a kontrola 12

5. Doporučení 13

5.1 Mixovaná a mletá strava 13

5.2 Dobře vypadající jídlo 13

5.3 Širší zastoupení ovoce a zeleniny 15

Prameny 17

1. Úvod

Význam výživy je v médiích velmi často zmiňován, ale především ve vztahu k nadbytku živin nebo v souvislosti s ohledem na některou složku výživy (např. tuky, vitamíny). Opačný problém – nedostatek živin, je ale diskutován jen výjimečně. Přiměřená výživa je základním předpokladem jakékoliv léčby i naprosto bazální kvality života ať již v domácím prostředí, tak v prostředí pobytové sociální služby. Bez správné výživy nemůže být účinná léčba, úspěšná rekonvalescence, ani pobyt jako takový (Maixnerová, 2012).

Podle Všeobecné zdravotní pojišťovny hrozí podvýživa 60 % klientů domovů pro seniory nebo léčeben pro dlouhodobě nemocné. Také desetina seniorů žijících v domácím prostředí je ohrožena podvýživou. Neznamená to, že tito lidé umírají hlady, ale jejich strava nemá dostatečnou energetickou hodnotu a neobsahuje optimální množství jednotlivých živin.

I u relativně zdravých seniorů tak lze detekovat výživové deficity v jednotlivých skupinách živin. Všechny změny ve stravovacích zvyklostech (odlišné stravování doma v pobytovém zařízení, jiné návyky, čas apod.), zvyšují riziko onemocnění a jakékoli onemocnění může vést k významnému zhoršení zdravotního stavu a následně zhoršení soběstačnosti jednotlivce.

2. Faktory, ovlivňující možnosti nutrice

Výživa seniorů je zásadní způsobem spjata s celkovou zdravotně sociální kondicí seniora. Pro přehlednost uvádíme pár statistických údajů, významných pro uvědomění si komplexity nutriční problematik a jejich souvislostí.

Věkový průměr populace znatelně stoupá. Je to dáno jednak poklesem narozených dětí a také prodlužující se délkou života. Podle údajů z roku 2001 se počet starých lidí (tj. nad 65 let) v populaci Evropské unie pohybuje kolem 12,2 % a velmi starých (nad 80 let) asi 3,7 % populace. S přibývajícími nemocemi není divu, že také mnoho starých lidí je v riziku malnutrice nebo již jsou malnutričtí. Údaje se liší podle způsobu hodnocení stavu výživy v jednotlivých studiích. Například ve studiích z roku 1999 a 2000 se udává počet starých nemocných malnutricí kolem mezi 18-69 % (!) (Šalachová 2005).

Na nedostatečném příjmu se často podílí ztráta dentice, snížení intenzity péče o dutinu ústní. Závažnými poruchami dentice je postiženo více než 60% starší populace. Výsledkem jsou problémy se žvýkáním stravy a často i snížený příjem masa. Podobně jsou časté poruchy polykání. Ty mohou být následkem cévních příhod, Parkinsonovy choroby, ale také například achalázie nebo nádorovým onemocněním. Častěji se také setkáváme s gastroesofageálním refluxem. Častou stížností je i zpomalené vyprazdňování žaludku. Vředová choroba ve srovnání s mladší populací je častější a podílí se na ní jak kolonizace sliznice Helicobacterem pylori, tak i časté užívání nesteroidních antirevmatik. Změny tenkého střeva vedou k nedostatku některých nutrientů jako jsou foláty, železo, kalcium, vitamín K a B6. Dále asi 50 % osob nad 65 let a 65% populace nad 80 let má divertikulární chorobu. Starší nemocní snižují přívod vlákniny ve stravě a tím nepříznivě urychlují průběh choroby. Také incidence kolorektálního karcinomu od 50 let věku výrazně narůstá a v každém dalším deceniu se téměř zdvojnásobuje. Tendence k zácpě je podmíněna sníženým příjmem tekutin i vlákniny, průzkumy mluví až o 70 % klientů, kteří denně užívají laxativa (!). Setkáváme se však i s chronickými průjmy, které jsou způsobeny malabsorpcí žlučových kyselin a laktózy, nevhodnou medikací, orgánovými dysfukcemi apod.

Protože součástí života v pobytovém zařízení jsou také akutní hospitalizace při zhoršení stavu, zde opět dochází k významným změnám v nutrici. V nemocnici se na nedostatečném příjmu podílí vliv samotné léčby (operace, ozařování, chemoterapie, antibiotika). Nezanedbatelným faktorem je hladovění před různými zákroky a vyšetřeními, léčebné procedury, ale také například střídání směn na oddělení. Pacient často dostává příliš velké porce, někdy i nevábného vzhledu. Nemá dostatečný výběr jídel, strava je příliš horká nebo příliš studená. Nemůže kousat s defektním chrupem. Potrava je

odnášena příliš brzy. Jídlo je podávané v odlišných časových intervalech. Pacient nedosáhne na jídlo a pití, personál mu nepomáhá. Pacient není ve vhodné poloze při jídle. Jídlo vnímá jako suché s nedostatkem omáčky a šťávy, nemůže polykat. Pacient nechce jíst s ostatními nebo prostředí nemocničního pokoje je rušivé až odpudivé (tyto skutečnosti pojmenovávají sami pacienti).

Proto je potřeba indentifikovat rizika u konkrétních klientů, monitorovat příjem stravy a tekutin, pomáhat pacientovi v příjmu stravy. Strava musí mít vhodnou teplotu a konzistenci, raději v menších porcích a hezky upravených na talířku. Pozornost věnujeme i místnosti, kde se podává strava. Našim pomocníkem může být i široké spektrum dostupných enterálních výživ určených k popíjení.

3. Riziko podvýživy a zásady správné nutrice

Rychlý nárůst populace starších pacientů přinesl i zvýšenou poptávku po dlouhodobé péči o seniory. Na straně jedné se zlepšuje zdravotní péče díky pokrokům ve vědě a výzkumu, na druhé straně jsme svědky rostoucí nerovnosti v oblasti zdraví zranitelných skupin obyvatelstva. Mezi ně patří senioři, pro které se dostupnost některých zdravotnických služeb stává problematická až nemožná. Velká část seniorů trpí takzvanou polymorbiditou, která je velmi často provázena poruchami výživy – malnutricí. Vzhledem k těmto problémům seniorů je výživa nezbytnou součástí péče o pacienty, kterým nemůže být strava podávána přirozenou cestou z různých důvodů. Tato situace nastává v případech, kdy chronické choroby přecházejí do akutních stavů, a tak jsou senioři přijímáni velmi často v kritických stavech na jednotky intenzivní péče i s problematikou deficitu příjmu potravy a dehydratací. Aby tyto stavy byly dostatečně eliminované, musí se na těchto akutních ošetřovacích jednotkách poskytovat specializovaná ošetřovatelská péče zaměřená na aplikování vysoce hodnotných výživových produktů, které mohou plně nahrazovat klasický příjem potravy. Bez uvedené dostatečné energie není možná dostatečně efektivní terapie chronických onemocnění (Stuchlíková, Verešová, Prusenovská, 2018). Chronická malnutrice je potom častým jevem v pobytových zařízení sociálních služeb.

Nutriční stav starší populace je především ovlivňován nejen zdravotními, ale i sociálními potížemi. Uplatňují se ekonomické faktory, snižují se mezilidské kontakty, jsou omezeny fyzické činnosti, nastávají vedlejší účinky užívaných léků a taktéž potíže v oblasti gastrointestinálního traktu. Při procesu stárnutí jsou z nutričního hlediska významné tyto aspekty: ztráta pocitu žízně; zhoršení ledvinových funkcí; zhoršení tekutinové bilance; změny imunitního systému; úbytek svalové hmoty; snížení psychických funkcí a ztráta motivace (Svačina, 2008). Navíc je třeba dodat, že spolupráce s geriatrickými pacienty je mnohdy problematická, personálně i časově náročná, což se často spojuje s finančními problémy, které bývají častými příčinami nedostatečné výživy těchto pacientů ve řadě pobytových zařízení (Urbánek, Urbánková, Marková, 2010).

Obecné zásady pro správnou výživu zdravých a soběstačných seniorů (Burianová, 2018, s. 2; Müllerová a kol., 2014) můžeme shrnout takto:

Tělesná hmotnost	Je důležité udržovat dlouhodobou optimální tělesnou hmotnost, monitorovat rychlé úbytky váhy.
Prostředí – jídlo jako společenská událost	Příjemné prostředí, přítomnost ostatních spolustolovníků, lákavě upravené a chutné jídlo pomáhají seniorům upevnit stravovací návyky a posilují jejich pocit sounáležitosti.
Pravidelná ,vyvážená strava	Konzumovaná strava má být pestrá a střídmá s dostatečným zastoupením rostlinných i živočišných zdrojů – pětkrát denně menší porce, nepřejídat se a nehladovět.
Denní rytmus	Večerní jídlo mít nejpozději dvě hodiny před spaním a v pravidelný čas.
Nutriční hodnoty	Strava má obsahovat minimum živočišných tuků a tučných potravin a být nutričně vyvážená
Zařazení ryb	Je vhodné jíst dvakrát týdně rybí maso (pozitivní vliv na tlak, hladinu HDL cholesterolu atd).
Sůl a cukr	Zbytečně nepřisolovat, omezit spotřebu cukru – častý problém při postupné ztrátě chutě!
Vápník a vláknina	Mít dostatečný přísun vápníku a vlákniny. Nezapomínat také na dostatek vitaminu D.
Bílkoviny	Klást důraz na dostatečný příjem kvalitních a lehce stravitelných bílkovin.
Pitný režim	Dodržovat pravidelný pitný režim, s věkem se snižuje schopnost pociťovat žízeň. Denně vypít alespoň 1,5 až 2 litry tekutin.
Doplňky stravy	Stravu doplnit po konzultaci s lékařem o doplňky stravy, určené pro seniory ve formě multiminerálových a multivitamínových preparátů s běžnými denními dávkami.

Je zřejmé, že jedním z hlavních úkolů je včasný záchyt potencionálně ohrožených pacientů podvýživou a pacientů se signifikantními známkami rozvinuté malnutrice s cílem zahájit nutriční podporu co nejdříve. Evropská společnost klinické výživy a metabolismu - ESPEN vypracovala jednoduchý screening jako „guidelines“ v široké klinické praxi. V praxi se setkáváme s jeho modifikacemi či využitím jiných screeningových dotazníků. Sledování nutričního stavu u seniorů má dle ESPEN (in Pokorná a kol., 2013) své obecné a konkrétní cíle:

Obecné cíle sledování výživy u senior**ů** definuje takto:

- Předcházet nevyváženosti výživy a projevům malnutrice
- Včasná detekce nemocných, kteří jsou ohrožení poruchami výživy, nebo se nacházejí ve fázi rozvinuté poruchy příjmu potravy
- Objektivně hodnotit vývoj a výsledky podávání nutriční podpory, která by neměla nahrazovat běžnou stravu, ale měla by být pouze jejím doplňkem (tzv. sipping).

Konkrétní cíle sledování výživy u senior**ů**:

- Vyhledávat pacienty s malnutricí a s potencionálním rizikem jejího vzniku.
- Zabezpečit adekvátní aplikaci stravy či umělé výživy
- Monitorovat stav výživy
- Zhodnotit stav výživy před propuštěním pacienta do přirozeného domácího či sociálního prostředí

4. Aktuální zjištěná situace DS Chodov

4.1 Dostupnost informací

DS Chodov disponuje vlastní kuchyní a kompletním zázemím. Tento moment považujeme za důležitý a hodnotíme kladně, že jídlo není dováženo z jiného stravovacího provozu (zkušenosti s dovozem jídla bývají napříč sociálními službami často velmi různorodé a problematické).

Kuchyně v DS Chodov vaří dle sdělení personálu mezi 260 a 300 obědy denně. Veškeré potřebné informace ke stravě nalezneme snadno na webu DS Chodov. Tyto webové stránky obsahují informačně dostatečný a jednoduše srozumitelný text, který charakterizuje stravovací provoz a režim jako takový[1]:

> DS Chodov zajišťuje klientům celodenní stravování formou snídaně, přesnídávky, oběda a večeře. Klientům s diabetickou nebo mixovanou stravou je podávána druhá večeře. Strava je svým složením, množstvím a úpravou, přizpůsobena věku a zdravotnímu stavu klientů dle předem zveřejněného jídelního lístku stravovacího provozu DS Chodov.
>
> Klienti mají možnost dietního stravování dle doporučení lékaře. Stravu lze připravit ve všech dietních variantách, na jejichž složení a kvalitu dohlíží nutriční terapeutka. V případě obědů a večeří mají klienti na výběr vždy ze dvou odlišných jídel. Obě varianty jsou uvedeny na jídelním lístku, které jsou vyvěšeny na nástěnkách na všech patrech, u hlavní jídelny a zde na webových stránkách. Denně je klientům k dispozici na požádání 5 druhů nápojů. Jídla se klientům podávají v hlavní jídelně nebo v jídelnách na jednotlivých patrech. V případě nemoci a snížené pohyblivosti klientů je strava podávána přímo na pokoji. Do ceny za stravování a pobyt se nezahrnuje přiznaný příspěvek na péči.

Dále na webu najdeme samostatný jídelníček na týden (průběžně aktualizovaný) a také ceník. Pro klienty zásadní informace, které v textu najdeme, jsou zejména tyto:

- Frekvence jídel – frekvence jídel je nastavena v dostatečné frekvenci snídaně/přesnídávka/oběd/večeře. Odpovídá také požadavku dle §15 odst. (1) písmene b) vyhlášky 505/2006 Sb., kde jsou stanovena minimálně 3 jídla denně. Jako

[1] http://www.seniordomov.cz/sluzby/ubytovani-a-strava

námět z dobrých praxí však doporučujeme uvážit, zda by bylo přínosné zařazení malé odpolední svačiny (např. cottage sýr a celozrnným pečivem, jogurt, ovocné smoothie apod.).

- Možnost výběru – jídelníček uvádí možnost výběru od pondělí do pátku ze 2 jídel, o víkendu pak výběr jídelníček neuvádí. Jako námět dobré praxe doporučujeme ke zvážení dvě možnosti inovace:
    - Možnost výběru ze 3 jídel, přičemž jedno by bylo bezmasé. Nemusí jít nutně o zdravotní důvody indikované specialistou, ale jsou také možné osobní preference klienta, jako např. vegetariánství (ať už z jakýchkoliv důvodů – osobních, etických, spirituálních,…). V současném jídelníčku často obě varianty jídla zahrnují maso (např. 4. 5. 2021 vepřová čína nebo šunková klobása, 6. 5. 2021 kuře na paprice nebo prejt atd.).
    - Zvážit možnost tohoto výběru také o víkendech – pokud je možné vybírat si jídlo v běžných dnech, může být dobrým námětem tuto možnost zachovat také v sobotu a v neděli.
- Možnosti úpravy stravy dle lékařského doporučení – v dnešní době zásadní a zároveň důležitý moment, kdy jsou diety klientů upravovány dle zdravotních potřeb klientů – ať se jedná o diabetes, celiakii a další onemocnění).
- Cena – ceny podle zveřejněného ceníku odpovídají maximální výši denní úhrady dle §15 odst. (2) písmene b) vyhlášky 505/2006 Sb. v platném znění za celodenní stravování.

4.2 Jídelníček

Obecně zjištěný stav dopovídá standardům stravování i běžné praxi. Jako modelový jídelníček pro zjištění a další doporučení jsme využili z webu volně dostupný jídelní lístek 3. 5. 2021 – 9. 5. 2021. Dále jsme využili rozhovory se zaměstnanci. Z nich mimo jiné vyplynulo, že by rádi např. obměňovali častěji jídelníček, či do něj zahrnuli více pestřejší stravy, odpovídající zásadám racionálního stravování a také zdravější výživy.

Snídaně jsou většinou jednoduché, lehké a odpovídají dietním potřebám seniorů. Námětem k pozitivní změně však může být širší zastoupení ovoce a jeho složek – např. v jídelníčku 3.5. – 9.5. je zastoupení ovoce ke snídani pouze 1 ve formě ovocného jogurtu. Existuje celá řada možností, jak ovoce zahrnout – ovocné saláty, doplnění o smoothie apod.

Svačiny jsou denně ovocné, což chválíme jako dobrou praxi a doporučujeme v tom pokračovat. Díky tomu mají senioři denně zastoupenou ovocnou složku ve stravě.

Při pohledu do jídelníčku obědů zmíněnou vůli zaměstnanců ke změně rovněž chválíme – některá jídla (z jídelníčku např. klobásy, zapečené brambory s uzeným a houbami, houbové rizoto, prejt,...) mohou být hůře stravitelná či svým charakterem neodpovídají ideálu zdravé výživy (zejm. z hlediska obsahu tuků, sacharidů a solí) . Avšak zaměstnanci zmínili důležitý rozměr – preference klientů. Senioři velmi často nechtějí „nová jídla“ a mají rádi typ stravy, na který byli zvyklí celý život. V této věci proto jako námět dobré praxe ke zvážení doporučujeme širší zastoupení zeleniny v jídelníčku. S ohledem na komplikace s konzumací zeleniny (absence zubů, horší žvýkání či polykání atd.) je často potřeba ovoce a zeleninu upravit oloupáním slupky nebo nastrouháním, připravit je na způsob pyré nebo nějaké množství přidat do polévek, nákypů, hlavních jídel, příloh, pomazánek, koktejlů, kaší, pudinků apod. Tento námět považujeme v oblasti jídelníčku za důležitý.

Co se týká večeří, většinou vidíme výběr ze dvou možností, což je velmi dobré a dodává seniorovi možnost volby. Námět ke zvážení se shoduje s výše popsaným – širší zastoupení zeleniny v jídelníčku. Např. v jídelníčku od 3.5 – 9.5. nalezneme na večeři ob den kousek ovoce či zeleniny, avšak množství a celková povaha večeří výraznější zastoupení ovoce a zeleniny nemá.

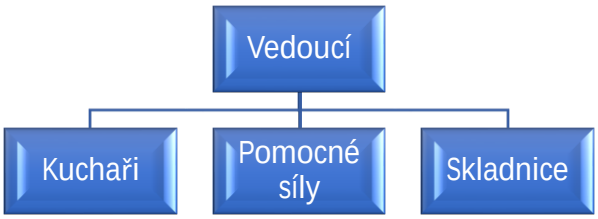
Klientská strava je momentálně kompletně podávána ošetřujícím personálem na patrech (před covidem docházelo do centrální jídelny cca 35 klientů).

Servírování mixovaného či jinak mechanicky upraveného jídla probíhá tak, že strava odchází z kuchyně v gastronádobách jednotlivě (maso, omáčka, příloha jsou mixovány zvlášť s přídavkem

vývaru). Na odděleních by měli být talíře s dělenými poli, které jsou vhodné na podávání mixované stravy.

4.3 Technické a personální zabezpečení

Co se týče personálního zabezpečení, dle sdělení personálu v kuchyni je aktuální personální obsazení dostatečné. Aktuální Struktura provozu:



Dle sdělení personálu fungují jako tým dobře, pozice „šéfkuchař“ není nutná. Personál reflektuje, že vedoucí je velmi dobře orientována v problematice a je velmi ochotná a sdílná. Samotná vedoucí pak reflektuje jako výbornou také spolupráci na vertikální úrovni, tj. komunikaci s paní ředitelkou. Dle svých slov cítí od vedení podporu.

Zaměstnanci zmiňovali jako námět, že vedoucí je dlouhodobě nezastupitelná, nicméně ona sama reflektovala, že na nezbytné úkony zaučuje skladnici (učí ji normovat porce) a při případ akutní potřeby může vypomoci kolegyně, která je již v důchodu, ale ochotná „zaskočit“.

Vedoucí se snaží psát jídelní lístky tak, aby především vyhovovaly klientům a jejich věkové kategorii. Občas cítí tlak (ovšem nevnímá ho negativně) na zařazení jídel modernějších a zdravějších, což není z jejího pohledu pro danou klientelu příliš vhodné. Poměrně typicky tak můžeme sledovat určité dilema mezi stravou „zažitou“, kterou jsou klienti zvyklí konzumovat (a která velmi často nespadá do kategorie „zdravá strava“) a stravou modernější, které lépe splňuje nutriční potřeby.

4.4 Zpětná vazba a kontrola

Kontrola nutričního stavu pomocí MNA-SF dotazníku probíhá nepravidelně (12x za rok). Zde vidíme prostor ke zlepšení (mít lepší přehled o nutričním stavu klientů). Nicméně jednou měsíčně probíhá vážení – to je reflektováno jako dostatečné. Jak bylo řečeno v úvodu, změny váhy mohou mít zásadní vypovídací hodnotu o úrovni stravování, zdravotním stavu či kvalitě jídla od dodavatele. Dodavatelé jsou pravidelně vyhodnocováni a dělá se cenové srovnáni.

Dále 2x ročně dochází lékařka z FTN a předepisuje nutriční výživu. Vedoucí stravovacího provozu (která je zároveň nutriční terapeutka) kontroluje každý měsíc váhové úbytky, přírůstky a komunikuji s odděleními, když se mně něco nezdá. Zaměstnanci jsou zvyklí vedoucí kontaktovat, když klient špatně jí, vrátí se z nemocnice hubený apod.

Co se týče softwarového rozhraní, je využíván program Cygnus 2. Vedoucí se může kdykoliv podívat a stav vyhodnotit, domluvit se s ošetřujícím personálem na postupu a také domluvit v případě potřeby nutriční výživu mimo návštěvu lékařky.

5. Doporučení

Problematika vztahu výživy a zdraví je předmětem mnoha odborných publikací, a přesto stále zůstává otevřeným problémem. Výživa ovlivňuje naše vnímání, prožívání a většinou jsou to tak velké emoční projevy, že se zapomíná, jak strava ovlivňuje fyziologické procesy v těle. Každý senior s určitou diagnózou má specifické požadavky a průběh nemoci se u každého něčím liší. Naše doporučení se proto týkají především 3 oblastí; mixované a mleté stravy (často pojmenovávaný problém), vizuální stránky jídla a širšího zastoupení ovoce a zeleniny.

5.1 Mixovaná a mletá strava

Stav seniora a jeho schopnosti a úroveň soběstačnosti (např. při polykání či jedení) do značné míry udává mantinely stravy. Přidáváme doporučení postupů podle dobré praxe.

- Mletá strava – příloha zůstává standartní nemletá; mele se jen maso. Není zapotřebí např. z rýže nebo těstovin, které jsou měkké, mlít vše dohromady s omáčkou a masem. Taková praxe může být pro klienty diskomfortní a ani vizuální stránka jídla pak není atraktivní.

- Většina klientů na mixované stravě má jako přídavek enterální výživu nebo bílkovinný přídavek. Její kontrola a optimalizace je pravidelně sledována viz výše. Tuto praxi doporučujeme zachovat a považujeme ji za dobrou.

- Jako diskutované téma se také objevil občasný problém zhoustnutí nebo zřídnutí mixované stravy, než dorazí na oddělení. Zde doporučujeme přípravky upravující strukturu a vlastnosti pro klienty s dysfagií a řídit se relevantními doporučeními (např. velmi dobře zpracovaná a volně dostupná metodika nemocnice Agel Ostrava – Vítkovice[2]).

5.2 Dobře vypadající jídlo

Vizuální stránku jídla vnímáme jako zásadní pro „přijetí“ jídla klientem. Nutriční hodnota není jediným aspektem, a proto je vhodné se zaměřit na dojem, jakým jídlo působí; zda dobře a láká ke konzumaci anebo od ní naopak odrazuje.

V řadě provozů poskytovatelů pobytových sociálních a/nebo zdravotních služeb pojmenovává právě tuto složku jídla nejproblematičtější – jídlo (zejména např. s mixovanou složkou, případně jinou mechanickou úpravou) není vizuálně atraktivní a nemocný senior má tak ještě menší motivací jíst.

[2] Metodika je volně dostupná z WWW: https://nemocniceostravavitkovice.agel.cz/pracoviste/ambulance/logopedicke-ambulance/logopedicka-ambulance-1/ke-stazeni/dysfagie.pdf

Příkladem nevzhledně vypadající stravy z nejmenovaného provozu poskytovatele pobytových zdravotních a sociálních služeb může být například obr. 1; bramborová kaše nepřírodního původu (tj. „z pytlíku“), nevzhledný řídký masový mix, rozvařené fazolky, špinavý talíř.

Obr. 1

Naopak příkladem dobrého stravování se vzhledným servírováním může být následující obr. 2 z nejmenované pobytové sociální služby (domov pro seniory), včetně přízdoby a upravené zeleniny.

Obr. 2

Na jednáních jsme proto probrali možnosti a doporučení přízdob na talíři (petrželka, jarní cibulka, cibule, kapie atd.) pro klienty, kteří netrpí disfagií (tam jsou přízdoby nevhodné). Doporučili jsme také, aby v případě mechanické úpravy stravy typu mixování byla mixována každý část stravy a ne např. příloha spolu s omáčkou či masem a zeleninou.

Pojmenovali jsme také téma lepšího servírování na talíř (neumazaný okraj talíře atd.), přičemž používané tácy umožňují příjemné servírování a dělení stravy. Vizuální stránka stravy se tímto způsobem může výrazně zlepšit.

5.3 Širší zastoupení ovoce a zeleniny

Doporučujeme obecně výraznější zastoupení ovoce a zeleniny, jak bylo uvedeno ve 4. kapitole této zprávy. Výživové doporučení MZ ČR ohledně konzumace zeleniny a ovoce pro obyvatelstvo ČR z roku 2005 uvádí:

> „Jezte různé druhy ovoce a zeleniny, alespoň 400 g denně, přednostně čerstvé a místního původu.“ V potravinové pyramidě Ministerstva zdravotnictví je doporučeno konzumovat 3–5 porcí zeleniny a 2–4 porce ovoce za den (viz obrázek 5). Minimální doporučené množství odpovídá nejméně 5 porcím denně – za jednu porci je považován například 1 kus ovoce nebo zeleniny (100 g), 1 miska drobného ovoce nebo zeleninového salátu (150–200 ml), sklenice neředěné ovocné nebo

zeleninové šťávy (250–300 ml), 125 g vařené zeleniny nebo brambor (MZ ČR, 2005).“

Inovovaná výživová doporučení pro Českou republiku, která předložila v roce 2012 Společnost pro výživu (nejedná se tedy o oficiální doporučení MZČR, ale o náměty z dobré praxe), uvádí:

„Zvýšení spotřeby zeleniny a ovoce včetně ořechů (vzhledem k vysokému obsahu tuku musí být příjem ořechů v souladu s příjmem ostatních zdrojů tuku, aby nedošlo k překročení celkového příjmu tuku) se zřetelem k přívodu ochranných látek, významných v prevenci nádorových i kardiovaskulárních onemocnění, ale též ve vztahu ke snižování přívodu energie a zvýšení obsahu vlákniny ve stravě. Denní příjem zeleniny a ovoce by měl dosahovat 600 g, včetně zeleniny tepelně upravené, přičemž poměr zeleniny a ovoce by měl být cca 2:1.“ (in Dostálová, Dlouhý, Tláskal, 2012).

- Z pohledu tepelné úpravy pokrmů (je-li nezbytná) doporučujeme především vaření, dušení a zapékání. Smažení a grilování je lepší se jeví jako méně vhodné

Prameny

1. Akcent – Informační kanál všeobecné zdravotní pojišťovny. Senioři jsou nejen v lůžkových zařízeních ohroženi podvýživou. Florence, Praha: Ambit Media. 2012. roč. 8, č. 3, ISSN 1801-464X
2. BURIANOVÁ, T. Výživa seniorů [online], 2008, Dostupné na WWW: http://www.ordinace.cz/clanek/vyziva-senioru/
3. DOSTÁLOVÁ, J. DLOUHÝ, P., TLÁSKAL, P. Inovovaná výživová doporučení pro obyvatelstvo České republiky. Výživa a potraviny [online]. 2012, dostupné na WWW: http://www.vyzivaspol.cz/vyzivova-doporucenipro-obyvatelstvo-ceske-republiky/
4. MAIXNEROVÁ, L. Nutriční podpora seniorů, diplomová práce, Lékařská fakulta Masarykovy univerzity, fakulta ošetřovatelství, Brno 2012, dostupné na WWW: https://is.muni.cz/th/ffb7l/DP_elektronicka_podoba.pdf
5. MÙLLEROVÁ a kol. Hygiena, preventivní lékařství a veřejné zdravotnictví. 1. vydání. Praha: Univerzita Karlova v Praze, 2014. 254 s. ISBN 978-80-246-2510-2
6. MZČR, Výživová doporučení pro obyvatelstvo ČR. Praha: Geoprint, 2005. Dostupné z: http://www.vychovakezdravi.cz/uploads/tinymce/files/letak_vyzivove_doporuceni.pdf
7. STUCHLÍKOVÁ, K, VEREŠOVÁ, J., PRUSENOVSKÁ, M. Problematika výživy seniorů, Zdravotnické listy, Ročník 6, Číslo 1, 2018 ISSN 1339-3022
8. SVAČINA, Š. a kol. Klinická dietologie. 1. Vydání. Praha: Grada Publishing, a. s., 2008. 384 s. ISBN 978-80-247-2256-6
9. ŠALACHOVÁ M. Nutriční problémy seniorů [online], příspěvek na konferenci onkologické péče o seniory „Brněnské onkologické dny“ [on-line], dostupné na WWW: https://www.linkos.cz/lekar-a-multidisciplinarni-tym/kongresy/po-kongresu/databaze-tuzemskych-onkologickych-konferencnich-abstrakt/nutricni-problemy-senioru/
10. POKORNÁ, A. a kol. Ošetřovatelství v geriatrii: Hodnotící nástroje, 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2013. 202 s. ISBN 978-80-247- 4316-5
11. Portál ombudsmana ČR, sekce „Ochrana osob“ – „Sociální služby“ – „Nutrice“ [on-line] 2013, dostupné na WWW: https://www.ochrance.cz/uploads-import/ochrana_osob/ZARIZENI/Socialni_sluzby/Nutrice.pdf
12. URBÁNEK, L., URBÁNKOVÁ, P., MARKOVÁ, J. Klinická výživa v současné praxi, 2. upravené vydání. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2010. 97 s. ISBN 978-80-7013-525- 9