

JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH
ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍ FAKULTA

**VÝŽIVA V NEMOCNIČNÍCH ZAŘÍZENÍCH JAKO SOUČÁST
KOMPLEXNÍ OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE**

Bakalářská práce

Vedoucí práce:
Mgr. Veronika Švábová

Autor práce:
Klára Zelenková

2011

Nutrition in Hospital Facilities as a Part of the Complex Nursing Care

A nutrition of high quality should be an integral part of the complex therapy in all hospital facilities, disregarding these premises results in the decrease of the whole quality of the nursing care. A complex nursing care detects actual and potential health problems, determines priorities and defines the role of the nurse providing those. Nothing but a highly qualified and plan-based nursing care enables the nurse to satisfy the patients' clients' needs.

The purpose of this Bachelor thesis is to discover and determine the demands of the clients hospitalized in hospital facilities for alterations of the nutrition system, to map clients' satisfaction with the food served and to find out, if the meals served in the hospital facilities complies with the clients' needs. The research was realized in the Hospital Strakonice, inc.c. in the internal, surgery and gynaecological ward, in the form of a questionnaire inquiry. Six hypotheses have been determined, of which 5 were confirmed and one was refuted.

The first hypothesis tested, whether the clients hospitalized in hospital facilities would appreciate an alteration in the nutrition composition. On the basis of a questionnaire investigation, the hypothesis was confirmed. The second hypothesis estimated, if the clients hospitalized in hospital facilities would appreciate the possibility of the choice of the meals, according to the results, it is obvious that this possibility is welcomed by the clients and thus this hypothesis was confirmed. The aim of the third hypothesis was to find out, whether the clients are satisfied with the food served. The results point out to the fact, that for the most of the respondents, the taste, satiety and quantity of individual meals was inconvenient, the results concerning the satisfaction with the temperature of the served meals proved the patients' clients' satisfaction. The third hypothesis was confirmed, because the larger part of the answers proved the dissatisfaction with the food served. The fourth hypothesis, whether the clients have different demands on the served meals according

to their age categories was, after detailed comparison of the results, confirmed and the results point out to a definite difference with the older and with the younger respondents. The fifth hypothesis estimated, whether the clients evaluate the served food as inadequate to their needs. From the results it is obvious, that the sufficiency is superior to the insufficiency and therefore, the fifth hypothesis was not confirmed. The sixth hypothesis evaluated, if the clients have the need to provide themselves with the food outside the hospital facility, from the results it is evident that the clients really have this need and the sixth hypothesis was proved and confirmed.

I will hand deliver the results achieved to the head nurse of the Hospital Strakonice, inc.c. and together we will try to realize these alterations that would increase the satisfaction of the patients/clients with the nutrition and meals in this hospital.

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci na téma „Výživa v nemocničních zařízeních jako součást komplexní ošetrovatelské péče“ jsem vypracovala samostatně, pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury. Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě v úpravě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných fakultou elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

03.05.2011

V Českých Budějovicích

.....
Klára Zelenková

Poděkování

Ráda bych poděkovala Mgr. Veronice Švábové, za odborné vedení, podněty, cenné rady, připomínky a hlavně za trpělivost při zpracovávání mé bakalářské práce.

Poděkování též patří celé mé rodině za trpělivost a upřímnou podporu nejen při psaní této bakalářské práce, ale i po celou dobu mého studia.

OBSAH

ÚVOD	3
1. Současný stav	5
1.1 Výživa.....	5
1.1.1 Vývoj výživy člověka.....	5
1.1.2 Faktory ovlivňující výživu.....	6
1.1.3 Posouzení stavu výživy v ošetrovatelské péči.....	7
1.1.4 Výživa a její složky.....	8
1.1.4.1 Sacharidy.....	8
1.1.4.2 Lipidy.....	8
1.1.4.3 Proteiny.....	9
1.1.4.4 Vláknina.....	10
1.1.4.5 Vitamíny.....	10
1.1.4.6 Minerální látky a stopové prvky.....	11
1.1.5 Výživa v ošetrovatelské praxi.....	11
1.1.6 Zásady správného stravování.....	12
1.2 Potřeby člověka a podávaná strava v nemocničních zařízeních.....	13
1.2.1 Potřeby dle klasifikace A. H. Maslowa.....	15
1.3 Dietní režim v nemocničních zařízeních a ošetrovatelský proces.....	16
1.3.1 Nutriční screening.....	17
1.3.2 Sledování příjmu potravy a tekutin.....	17
1.3.3 Energetická hodnota stravy.....	18
1.3.4 Sipping.....	19
1.4 Poruchy výživy.....	20
1.4.1 Screening malnutrice.....	21
1.4.2 Malnutrice.....	21
1.4.3 Podvýživa.....	22

1.4.4 Hladovění.....	23
1.4.5 Obezita.....	24
1.4.6 Porucha výživy jako psychologický problém.....	24
1.4.7 Alternativní přístupy k výživě.....	25
1.5 Ošetrovatelská péče při výživě nemocných.....	26
1.5.1 Role sestry ve výživě.....	27
1.5.2 Komplexní ošetrovatelská péče.....	27
1.6 Výživa podle choroby.....	28
1.7 Výživa podle věku.....	29
2. Cíle práce a hypotézy.....	31
2.1 Cíle práce.....	31
2.2 Hypotézy.....	31
3. Metodika.....	32
3.1 Použité metody.....	32
3.2 Charakteristika zkoumaného vzorku.....	32
4. Výsledky.....	33
4.1 Výsledky z dotazníků bez porovnání.....	33
4.2 Výsledky z dotazníků s porovnáním.....	49
5. Diskuze.....	59
6. Závěr.....	71
7. Seznam použitých zdrojů.....	73
8. Klíčová slova.....	76
9. Přílohy.....	77

Úvod

Kvalitní výživa v nemocničních zařízeních by měla být nedílnou součástí komplexní léčby, její opomíjení však snižuje celkovou kvalitu ošetrovatelské péče. Komplexní ošetrovatelská péče detekuje aktuální a potencionální zdravotní problémy, stanovuje si priority a definuje úlohy sestry při jejím poskytování. „Charakteristickým rysem moderního ošetrovatelství je systematické hodnocení a plánovité uspokojování potřeb nemocného, ale i zdravého člověka (25 s. 9)“. Tato péče by tedy měla člověka-pacienta/klienta chápat a akceptovat jako celistvou osobu v biologickém, psychickém, sociálním a ekonomickém pojetí. V zájmu zajištění komplexní ošetrovatelské péče musí sestra ovládat veškeré aspekty ošetrovatelské dokumentace a hodnotících škál, jelikož pouze vysoce kvalifikovanou a plánovitou ošetrovatelskou péčí lze uspokojovat potřeby pacientů/klientů.

Strava podávaná pacientům/klientům v nemocničních zařízeních musí být energeticky hodnotná, esteticky upravená, chutná, teplá a z hlediska hygienického i mikrobiologického zdravotně nezávadná. Zvládnutí zásad správného stravování je bezesporu stěžejním kamenem výživy jako takové. Je poněkud kuriózní, že na rozdíl od stále se zvyšující úrovně lékařských služeb a léčebných postupů stravování v nemocničních zařízeních stagnuje a ve většině případů se mnoho neliší od zavedeného systému z 80. let minulého století.

Téma pro vytvoření této bakalářské práce jsem si vybrala z důvodu aktuálnosti daného tématu. Cílem práce je zjistit požadavky klientů hospitalizovaných v nemocničních zařízeních na změny v systému stravování, zmapovat spokojenost klientů s podávanou stravou a zjistit, zda-li strava podávaná v nemocničních zařízeních odpovídá potřebám klientů. Každý z nás zajisté někdy slyšel o nespokojenosti pacientů/klientů s podávanou stravou v nemocničních zařízeních, a právě z tohoto důvodu jsem si toto téma zvolila. Ráda bych zjistila, kde přesně vidí pacienti/klienti ty pomyslné chyby, a ráda bych se pokusila o jejich nápravu. Nemyslím si, že bude jednoduché docílit nějakých podstatnějších změn, avšak výsledky by mohly pomoci ke zkvalitnění výživy pro budoucí pacienty/klienty. Proto získané informace předám hlavní sestře Nemocnice Strakonice, a.s. a společně se pokusíme o změny, které by zvýšily

spokojenost pacientů/klientů s výživou v této nemocnici. Jelikož i malý krůček kupředu je cestou k něčemu většímu.

1. Současný stav

1.1 Výživa

Výživa je primární biologickou potřebou člověka, je velmi důležitá k udržení biologické homeostázy organismu a lze ji považovat za nezbytnou k udržení života. Výživou ve formě stravy člověk přijímá nezbytné látky pro svůj život. Příjem potravy a stravování jsou, pro člověka převážně příjemnou záležitostí. Příjmem potravy a pocitem sytosti uspokojujeme své pozitivní emoce, potřeby psycho- sociální a také ovlivňujeme duševní pohodu a zdraví. Výživa pozitivně ovlivňuje celkový zdravotní stav organismu a průběh některých onemocnění. Přijímání potravy má největší podíl na našem zdraví, je podmínkou správného fungování našeho organismu a veškerých životních funkcí. „Podle I. P. Pavlova příjem potravy u člověka řídí potravní centrum v mozku (17, s. 11)“.

A právě z tohoto důvodu pocit hladu, žízně a chuti závisí na aktuální tkáňové potřebě a nervové regulaci. Výživa není tedy pouze bezděčné přijímání potravy, její součástí je také zpracování přijatých živin. Přijímání potravy je procesem dobrovolným a vědomým, tudíž se mu lze naučit a dále se řídit návyky zažitými. Do procesu výživy lze zahrnout veškeré přeměny, kterými v organismu potrava prochází. Za fyziologických podmínek se kvalitní strava promítne do dobrého stavu výživy. V případě, že je potřeba výživy dlouhodobě neuspokojována, stává se dominantní nad ostatními potřebami a ovládá veškeré jednání a chování člověka (17, 25, 12).

1.1.1 Vývoj výživy člověka

Výživa jako vědecký obor vznikla koncem 18. stol. Již dříve se lidé zabývali výživou a problematikou s ní spojenou a poskytovali rady, jak by se měli nemocní lidé stravovat. Dle historických pramenů byl prvním lékařem, který se zabýval výživou, starověký řecký lékař Hippokrates. Teprve až ve 20. stol. se však výživa stala tématem i pro státní instituce. Hlavním hlediskem tehdejší doby bylo zdraví v kontextu udržení pracovní schopnosti člověka. V oblasti výživy je v posledních desetiletích, tedy

i v současnosti, věnována pozornost převážně hygieně stravování, dennímu množství podílu bílkovin v potravě a v neposlední řadě také kalorické náročnosti stravy. Pravdou tedy zůstává, že problém výživy se stal diskutovaným v širším měřítku, nežli tomu bylo v dobách minulých.

Hygienou stravování se rozumí nepřítomnost choroboplodných zárodků v potravinách. Dříve se tradovalo, že bílkoviny živočišného původu jsou pro náš organismus nepostradatelné a převyšují bílkoviny původu rostlinného avšak v dnešní době víme, že bílkoviny původu rostlinného jsou stejně prospěšné. Příjem kalorií v potravě by měl zajistit aktuální potřebu organismu, přizpůsobit se tělesné hmotnosti, fyziologickému stavu, věku a druhu vykonávané práce či činnosti. Během posledních několika století průmyslové revoluce se způsob výživy člověka změnil natolik rychle, že se genetická výbava člověka nemohla adekvátně přizpůsobit. Dříve převažovaly v našem jídelníčku zelenina, ovoce, libové maso a hlavně ryby. V dnešní době máme nadbytek energeticky bohatých potravin, olejů, tuků, bílé mouky a cukrů, kterým však chybí ochranné látky podporující náš imunitní systém. Dnešní hektický styl života, sedavý způsob zaměstnání, nezdravé stravování spolu s nedostatkem pohybu nesou velký podíl na vysokém počtu civilizačních chorob (2, 17, 12).

1.1.2 Faktory ovlivňující výživu

Výživa je ovlivňována faktory biologickými, psychickými a sociokulturními. Mezi biologické faktory patří především stav funkce trávicího systému (záněty trávicí trubice, porucha funkce tvořící trávicí enzymy a další), dále pak věk, pohlaví a zdravotní stav jedince (užívání léků, jiná onemocnění jako diabetes mellitus, stav chrupu a dutiny ústní). Do skupiny psychických faktorů řadíme především emocionální stavy, osobnostní vlastnosti a psychosomatická onemocnění. Lidé, kteří jsou dlouhodobě vystavováni stresu, se mohou buďto nekontrolovatelně přejídat, nebo naopak nejsou schopni stravu přijímat vůbec. Je-li však tento stav dlouhodobý, může vyvolat vážné poškození organismu. U sociokulturních faktorů se jedná o kulturní zvyky a obyčeje, víru, individuální zvyky, životní styl, ekonomickou situaci a v dnešní době i vliv reklamy (13, 25).

1.1.3 Posouzení stavu výživy v ošetrovatelské péči

Sledování stavu výživy hospitalizovaných nemocných vždy musí být komplexní. Je nutné odebrání kvalitních anamnestických údajů+ zpracování výživové anamnézy, provedení fyzikálního vyšetření a objektivního měření. Při hodnocení nutričního stavu dlouhodobějšího, posuzuje sestra kriteria anamnestická, antropologická (funkční a statická), imunologická a biochemická.

Pro objektivní zhodnocení anamnestických kriterií je nezbytné sledování údajů o perorálním příjmu, základních onemocněních (nauzea, zvracení, průjem, anorexie) a váhovém úbytku v posledních 3-6 měsících. Pro hodnocení kriterií antropometrických- funkčních sleduje sestra výdechovou rychlost (tzv. peak expiratory flow) a průběžně měří sílu stisku ruky (tzv.- hand grip). U kriterií statických hodnotí sestra tloušťku kožní řasy na tricepsu, obvod svalstva paže, výško- váhový poměr a výškový poměr.

Jako nová technika hodnocení stavu výživy je dnes používáno tzv. stanovení beztukové tělesné hmoty bioelektrickou impedancí. Jedná se o vyhodnocení elektrického odporu kladeného tukem na rozdíl od poměru odporu kladeného svalovou hmotou.

Při hodnocení imunologických kriterií se vyhodnocuje absolutní počet lymfocytů a výsledek kožních testů po podání antigenů. Hodnocení biochemických kriterií zahrnuje stanovení hladiny plazmatických proteinů s různými poločasy. Jedná se hlavně o retinol, cholinesterázu, prealbumin, transferin, albumin a fibronektin. Hodnocení antropometrických testů není přínosné při akutních stavech, jejich objektivitu lze posoudit po několika týdnech. Při tomto vyšetření sleduje sestra hmotnost, BMI (body mass index) $BMI = \frac{\text{hmotnost v kg}}{\text{výška v m}^2}$ (viz příloha 1), statické a dynamické parametry. Při příjmu klienta/pacienta (dále K/P) do nemocničního zařízení sestra provádí vždy tzv. nutriční screening. Jedná se o objektivní zhodnocení stavu výživy K/P. Detailně rozpracován v kapitole 1.3.1 (17, 21, 1, 15).

1.1.4 Výživa a její složky

Živá hmota se skládá ze čtyř základních prvků C- uhlíku, O- kyslíku, N- vodíku, H- dusíku. Získáváme je spolu s potravou a tvoří základní stavební části lidského těla. Složky výživy dělíme na dvě skupiny, makroživiny a mikroživiny. Do skupiny makroživin nebo též makronutrientů, základních živin, řadíme cukry-sacharidy (uhlovodany), tuky-lipidy a bílkoviny-proteiny. Nesmíme opomenout ani vlákninu, jež není makronutrientem, ale z hlediska chemické struktury (polysacharid), příznivých účinků a velice často zmiňovaného významu v umělé i běžné výživě si toto zařazení zaslouží. Mezi mikroživiny řadíme vitaminy, minerální látky a vodu. Přehled vhodné stravy dle zastoupení v přijímané potravě lze vyjádřit tzv. výživovou pyramidou (viz příloha 2) (17, 9, 4).

1.1.4.1 Sacharidy

Sacharidy tvoří největší část živin v rámci energetického poměru. Jsou tedy hlavním zdrojem energie a hradí až 60% všech kalorií přijmutých stravou. Minimální příjem sacharidů za den je 50g, maximální se pohybuje kolem 500g. Sacharidy mohou být jednoduché nebo složené. Mezi jednoduché (tzv. monosacharidy), řadíme glukózu-ovocný cukr a okrajově galaktózu. Do skupiny disacharidů, složených cukrů, řadíme sacharózu-řepný cukr, skládající se z glukózy a galaktózy, a maltózu, skládající se ze sladového cukru, glukózy a izomaltózy. Při nedostatečném příjmu sacharidů se v těle začne odbourávat tuková zásoba, a naopak při příjmu zvýšeném se energie ukládá. Vysoko- sacharidová strava však nemá za následek jen nárůst podkožní tukové vrstvy, může též porušit některé biologické pochody v těle, jako například glukózovou toleranci s následným vznikem onemocnění s názvem diabetes mellitus (9).

1.1.4.2 Lipidy

Tuky jsou sloučeninami mastných kyselin a glycerolu. Jsou nositeli energie a vitamínů rozpustných v tucích. Dělíme je na nenasycené-rostlinného původu a nasycené-saturované, původu živočišného. Nenasycené tuky lze dále dělit na jednoduše nenasycené-monoenové a vícenásobně nenasycené-polyenové. Množství

tuků by se mělo rovnat 30% všech přijatých kalorií a denní spotřeba by neměla přesáhnout 66g. Mezi lipidy patří také složené lipidy, sfingolipidy, fosfolipidy a cholesterol (9).

Cholesterol

Přestože obecně rozšířenou nepravdou je jeho neblahý vliv na kardiovaskulární systém a podíl na vzniku kardiovaskulárních chorob, v malém množství je pro život jedince velice důležitý. Tvoří totiž součásti biologických membrán a stěnu každé buňky v těle. Je obsažen v živočišných tkáních a tucích živočišného původu. Denní dávka cholesterolu by neměla přesáhnout 300mg. Nejbohatší na obsah cholesterolu jsou játra (včetně paštik), vnitřnosti, uzeniny, vejce (ale pouze žloutek, bílek cholesterol neobsahuje) a máslo. Jednoduchým pravidlem zůstává- čím více tuku, tím více cholesterolu. V případě masa však toto tvrzení neplatí. Každé i sebelibovější maso je zdrojem cholesterolu. Rozeznáváme 2 typy cholesterolu a jeho frakce. Jedná se o HDL (high density lipoproteins) a LDL (low density lipoproteins) cholesterol. Pro zjištění hladiny cholesterolu však nestačí pouhá výchozí hodnota z krevního vzorku, důležitý je také poměr mezi HDL a LDL frakcí. HDL- cholesterol tzv. „hodný“ , by měl být vyšší nežli 1 mmol/l, LDL- cholesterol „zlý“ by měl být naopak nižší- hodnota vyšší 3 mmol/l zvyšuje riziko vzniku aterosklerózy (9).

1.1.4.3 Proteiny

Proteiny jsou pro výživu člověka nenahraditelné a naprosto nezbytné. Bez bílkovin by nebyla možná obnova ani tvorba tkání. Jsou nositeli biochemických projevů živé hmoty a při trávení se rozpadají na základní stavební kameny. Dělíme je na bílkoviny původu živočišného a rostlinného. Bílkoviny živočišného původu jsou z hlediska skladby a uspokojování potřeb organismu cennější. Poměr mezi živočišnými a rostlinnými bílkovinami by však měl být 1:1. Proteiny jsou tvůrci aminokyselin.

Aminokyseliny, které naše tělo není schopno vytvořit, jsou tzv. esenciální (leucin, isoleucin, valin) obsažené převážně v mase, mléce, vejcích a luštěninách. Do těla je tedy musíme dodávat. V našem organismu neexistují rezervy pro bílkoviny,

proto je nutné jejich pravidelné doplňování. V případě dlouhodobého nedostatku některé aminokyseliny totiž nelze tvořit bílkoviny nové. Při značné ztrátě proteinů a následném nedoplnění, mohou ztrácet svou funkci orgány na přísunu bílkovin závislé. Minimální denní hranice pro přísun bílkovin= 0,6g/ kg ideální hmotnosti. Nadbytek bílkovin pro náš organismus také není příznivý, může být příčinou vzniku dny (17, 9, 18).

1.1.4.4 Vlákna

Vlákna je nestravitelnou součástí stravy. Je základní živinou, a proto by měla být obsažena v našem každodenním jídelníčku. Má příznivý vliv na fungování zažívacího traktu, má schopnost regulovat tělesnou hmotnost, hladinu naší energie a dokáže snižovat riziko výskytu závažných onemocnění, jako jsou například srdeční onemocnění, cukrovka i některé druhy rakoviny. Zdrojem vlákniny jsou převážně potraviny rostlinného původu. Vlákna dělíme na rozpustnou (pektin), která má příznivý vliv na hladinu cukru v krvi a cholesterolu, a nerozpustnou (celulóza, lignin), jež při svém nedostatku zapříčiňuje zácpu. Rozpustnou vlákninu nalezneme v zelenině, ovoci a z části i v obilovinách. Vlákna nerozpustnou nalezneme v luštěninách, celozrnných těstovinách, rýži natural, celozrnném pečivu a müsli (9, 19).

1.1.4.5 Vitaminy

Vitaminy jsou důležité pro fungování enzymů, hormonů a likvidaci nebezpečných volných radikálů. Organismus člověka je závislý na jejich příjmu, neboť si je nedokáže vytvořit sám. Potřeba není tak vysoká jako u základních živin- cukrů, tuků a bílkovin, avšak pro život jsou nezbytné.

Vitaminy dělíme na dvě základní skupiny: Rozpustné v tucích- lipofilní a rozpustné ve vodě- hydrofilní (viz příloha 3I a 3II). Vitaminy rozpustné v tucích jsou A, D, E, K a betakarotén. Mezi vitaminy rozpustné ve vodě řadíme vitaminy ze skupiny B (B1- thiamin, B2- riboflavin, B6- pyridoxin, B12- cyanokobaltamin), vitamin C (kys. askorbová), vitamin H (biotin), kyselinu listovou, kyselinu pantotenovou. Projevům nedostatku některého vitamínu se říká avitaminóza. Příznaky chybění každého

jednotlivého vitamínu se však různí. Subjektivními projevy může být únava, mírné poruchy nálady, zhoršení stavu pleti nebo vlasů. Objektivně se však tento nedostatek stává spouštěcím mechanismem pro onkologická onemocnění, choroby srdce a cév nebo onemocnění pohybového aparátu (9, 17).

1.1.4.6 Minerální látky a stopové prvky

Podobně jako jsou pro organismus důležité vitamíny, i minerální látky plní v lidském těle mnoho nezbytných funkcí. Podle potřebného množství rozlišujeme minerální látky na makroprvky, kterých je potřeba přijímat více, a na stopové prvky, jichž potřebujeme opravdu jen nepatrné množství. Minerální látky jsou živiny anorganického původu, se podílejí na výstavbě buněk a tkání, aktivují a regulují metabolické pochody a spoluúčastní se na vedení nervových vzruchů. Důležité jsou pro správný růst kostí a zubů (vápník, fosfor), pro tvorbu krvinek (železo), správnou funkci štítné žlázy (jód), správné využívání vody v těle (sodík, draslík) a zdraví vlasů a pokožky (křemík a zinek). Zdrojem většiny minerálních látek jsou zelenina, luštěniny, maso, ryby, semena a ořechy (9).

1.1.5 Výživa v ošetřovatelské praxi

Strava podávaná K/P při hospitalizaci, musí být energeticky hodnotná, esteticky upravená, chutná, teplá a z hlediska hygienického i mikrobiologického nezávadná. Stravování v nemocničních zařízeních má však i své limity. Jedná se o limity personální, organizační a v neposlední řadě limity finanční. Práce personálu na stravovací jednotce není jednoduchá.

Opěrným bodem při sestavování jídelníčku jsou finance. Od částky, která je stanovena pro celodenní stravování na osobu a den, se odvíjí i složení a kvalita podávané stravy. Jedná se o tzv. stravovací jednotku. Ta se může pohybovat v některých provozech od 80 až po 200 Kč na osobu a den, ale já osobně jsem se při své praxi setkala i s částkou o mnoho nižší (56 Kč). Tato částka je ve své podstatě ekonomickým katem stravy a výživy v nemocničních zařízeních. I přesto jsou nutriční terapeuti a jejich tým schopni i z této částky vykouzlit stravu plnohodnotnou, výživnou

a ve většině případů i chutnou.

Dodávání stravy na jednotlivá oddělení podlelo za poslední roky změnám, které vítají nejen sestry, ale také K/P. Dříve jsme v nemocničních zařízeních vídali otlučené hliníkové várnice, ze kterých musely sestry servírovat pacientům stravu přímo před podáním. Nyní je strava připravována v centrálních kuchyních a na oddělení je dodávána v pojízdných přepravních skříních, v podobě tzv. podnosového systému (v tabletách). Tabletový systém znamená, že porcování stravy probíhá již ve stravovacím provozu. Personál připraví jednotlivé porce a uzavře je do tablety a následně do vyhřívaných přepravních skříní. Tabletový systém se může lišit v materiálu tablet, vzhledu nebo přiřazení diet. Velmi často bývají tablety označeny číslem diety a jménem příslušného K/P. Porcování jídla tedy odpadá, což znamená velkou úsporu času pro sestry. Sestra má tedy nyní převážně povinnost podávat stravu K/P a následně hodnotit množství jídla, které K/P snědl (10, 9).

1.1.6 Zásady správného stravování

Každý K/P dostává dietu, která odpovídá ordinaci lékaře. Jídlo musí být teplé a v případě potřeby sestra musí zajistit jeho ohřev. Podávání stravy se na odděleních řídí časovým harmonogramem a je pravidelné. Samotné podávání stravy a časové rozmezí mezi snídaněmi, obědy a večeřemi se řídí ošetrovatelským standardem. Zde sestra nalezne přesnou dobu určenou pro výdej stravy a náležitosti s tímto spojené. V různých nemocničních zařízeních se tato doba liší, avšak pro všechny je povinné dodržování tohoto režimu, jež je důležité pro organizaci pracovních povinností na jednotlivých odděleních (9).

Strava se v nemocničních zařízeních podává na nepoškozeném čistém nádobí. Ve snaze zamezit nechutenství se sestra snaží zkulturnit prostředí, ve kterém je jídlo podáváno. Tedy jídelnu, jídelní kout nebo pokoj nemocného. Stravu sestra roznáší vždy na podnose, aby se K/P podávala teplá. Právě z tohoto důvodu musí sestra dodržet postup pro podávání stravy dle pohybového režimu a stupně sebeděče. Sestra nejdříve podává stravu chodícím K/P, tedy zcela soběstačným, dále nemocným upoutaným na lůžko, ale kteří se při jídle zvládají obsloužit sami, a naposledy nemocným, již jsou

odkázání na pomoc sestry. Nejvhodnější rozložení stravy během dne by mělo z hlediska příjmu energie ze celý den pokrýt snídaní 20%, přesnídávkou 15%, obědem 30%, svačinou 15% a večeří 20% celkové přijaté energie (21).

Zvládnutí zásad správného stravování je stěžejním kamenem výživy jako takové. Je důležité, aby příjem a výdej energie byl v rovnováze a přijímaná strava byla vyvážená. Ve složení stravy by mělo být 50-55% sacharidů, 18-20% bílkovin, 30-35% tuků, minerálních látek a vitamínů. Příjem tuků by neměl přesáhnout 35% mastných nasycených a nenasycených kyselin, cholesterolu 300 mg za den a jednoduchých cukrů 10% za den. Soli by nemělo být více nežli 5-7g za den a příjem vlákniny by měl být minimálně 30g za den.

Neodmyslitelné místo zde má zastoupení vody ve stravě. S nedostatkem vody totiž vzniká mnoho zdravotních potíží od únavy, zmatenosti, podrážděnosti, dezorientace a vede až k močovým infekcím, revmatickým potížím a dně. Množství tekutin zajišťující fyziologické funkce organismu u dospělého člověka se pohybuje v rozmezí 2-2,5l tekutin za den a při pobytu v teplém prostředí nebo při horečce by se příjem tekutin měl zvýšit. Při pobytu nemocného ve zdravotnickém zařízení sestra dbá o dostatečný přísun tekutin K/P. Snaží se K/P motivovat a zajistit tekutiny v případě, že K/P nemá tekutiny vlastní. Jen při těchto podmínkách lze udržet optimální tělesnou kondici v rozmezí BMI 20-25 (3, 10).

1.2 Potřeby člověka a podávaná strava v nemocničních zařízeních

Výživa patří mezi základní potřeby člověka. Uspokojení fyziologické potřeby výživy se významným způsobem podílí na zdravotním stavu nemocného, psychice, procesu hojení a také na průběhu rekonvalescence. Již při příjmu K/P by se sestra měla systematicky zaměřit na veškeré aspekty, které jsou důležité pro podávání plnohodnotné stravy K/P. Mezi hlavní role sestry patří odhalování abnormalit. Sleduje stav výživy, vývoj zdravotního stavu K/P a jaké jsou možnosti návratu abnormalit do normálu. Platí, jestliže je uspokojena jedna potřeba, na její místo nastoupí druhá. A právě toto pravidlo platí pro ošetřování K/P a uspokojování jejich potřeb. Sestra stále musí myslet na tuto posloupnost a uvědomit si, že i malý krůček je cestou k něčemu většímu.

Potřeba výživy je pro všechny jedince stejná. Bez energie dodávané našemu organismu nelze žít, a proto je tak důležité energii do těla podávanou stravou dodávat. Potřeba přísunu živin se liší s věkem, zaměstnáním, ale také danými zvyklostmi jedince. Každý jedinec své potřeby uspokojuje a vyjadřuje jinak. V průběhu života se mění, a proto je důležité se při ošetřování zaměřit na vyhledávání rozdílů při příjmu stravy a přistupovat ke každému člověku individuálně s přihlédnutím na aktuální stav.

Stravu lze v nemocničních zařízeních podávat různými způsoby. Při rozhodování o způsobu podání hraje neodmyslitelnou roli sestra a její týmová spolupráce s lékařem. Spolupráce lékaře se sestrou je stěžejní při rozhodování o změně režimu jak dietního, tak léčebného. Systematickým pozorováním a hodnocením sestra získává o K/P důležité informace, které předává lékaři a nutričnímu terapeutovi a dle nichž se odvíjí další léčba. Stravu lze v nemocničních zařízeních podávat perorálně (per os- p.o.), enterálně nebo parenterálně. Nejvhodnější a též nejméně zatěžující K/P je samozřejmě příjem perorální, avšak není-li příjem p. o. možný, po déle jak 3 dnech se přistupuje k zabezpečení příjmu jiným způsobem. V tomto případě je nutné zjistit, zda-li má K/P funkční zažívací trakt. Je-li tomu tak, přistoupí lékař k indikaci enterální výživy pro zachování jeho funkčnosti.

Jestliže funkčnost zachována není, je nutná indikace výživy parenterální. Funkčnost žaludku umožňuje podání výživy gastrickou sondou nebo stomií, nefunkčnost žaludku, ale zachování funkce střev nabízí možnost aplikace výživy do tenkého střeva (sondou, stomií). Podávat stravu sondou lze pomocí několika druhů sond (nasogastrickou, enterální, nazojejunální, perkutánní endoskopickou gastrostomií- PEG nebo jejunostomií). Tento způsob podávání výživy je zajišťován převážně enterálními pumpami. V případě použití enterálních pump je sestra povinna tyto přístroje zvládat obsluhovat.

V případě, kdy výživu nelze podat do zažívacího traktu, je u K/P zajišťována parenterální cestou (tedy s obejitím střev) do krevního řečiště. Výživa je podávána formou výživových roztoků do periferního i centrálního žilního řečiště. Enterální výživa a výživa parenterální se velice často kombinují nebo po sobě následují. Neznamená

tedy, že při indikaci parenterální výživy nelze indikovat enterální a naopak (9, 25, 16, 31, 1, 19).

1.2.1 Potřeby dle klasifikace A. H. Maslowa

Pojem potřeba lze definovat dle výroků různých autorů. K. Lewin říká: „Potřeba je chápána jako motiv, síla, která uvádí do chodu a udržuje chování.“ H. H. Kendler říká: „Potřeba vyjadřuje odchylku od biologické homeostázy, tj. chápání potřeby jako vrozeného motivu.“ M. Nekonečný říká: „Potřeby jsou základní motivy, které vyjadřují nedostatky na úrovni fyzického i sociálního bytí, a cílem chování, které je s nimi spojeno jako instrumentální aktivita, je reakcí potřeb.“ A. H. Maslow říká: „Potřeby motivují chování jedince (5 s. 62).“

Americký psycholog Abraham H. Maslow zahrnuje do své klasifikace potřeby fyziologické i psychologické a hodnotí je dle významu pro existenci jedince. Maslowova pyramida potřeb (viz příloha 4) pomáhá sestře se orientovat v daných potřebách a zaměřit svoji pozornost a péči na jejich uspokojování. Mezi faktory, které by mohly narušit uspokojování základních potřeb, patří v první řadě nemoc. Sestra v této chvíli musí být nápomocna a K/P potřeby uspokojovat ošetrovatelskou péčí. Při uspokojování potřeb si sestra musí určit priority a dle nich postupovat při péči. S uzdravováním postupně klesá potřeba ošetrovatelské pomoci. Každého K/P musí sestra brát jako individualitu, a právě v tomto duchu by se měla nést i ošetrovatelská péče.

Maslowova filozofie se zaměřuje na názor holistickodynamický. Lidé jsou prý motivováni základními potřebami a od nich se odvíjí jejich jednání. Maslowova hierarchie potřeb řadí na první místo potřeby fyziologické (potřebu výživy, pohybu, čistoty, spánku, kyslíku, sexuální atd.), dále potřeby bezpečí a jistoty (potřeba vyvarovat se ohrožení a nebezpečí), na místě třetím potřeby sounáležitosti a lásky (milovat a být milován), na místě čtvrtém potřeby uznání a sebeúcty (vyjadřuje přání k uznání druhých, důvěru v okolí a touhu po respektu), na místě pátém potřeby seberealizace a sebeaktualizace (realizovat své záměry a být tím, čím si myslí, že může být). Tyto vyšší potřeby (metapotřeby) jsou ve srovnání se základními méně naléhavé. Maslow

uvádí: „Lidé, kteří uspokojují své základní potřeby, jsou šťastnější, zdravější a výkonnější než jedinci s neuspokojenými potřebami (25, s. 15)“ (25, 3, 5, 1).

1.3 Dietní režim v nemocničních zařízeních a ošetrovatelský proces

Dietní systém se 14 druhy diet jenž, byl vytvořen v 80. letech minulého století, je v nemocničních zařízeních stále používán. Postupně docházelo k jeho úpravám ve smyslu omezení v příjmu tuků, energie a bílkovin. V roce 1989 byly schváleny úpravy, jež korespondovaly se světovými trendy. Poslední upravení dietního systému proběhlo v roce 1991 a umožnilo zavádění vlastních receptur dle platných výživových doporučení. Výživa se stala jednou z oblastí, která bývá v nemocničních zařízeních nejvíce zanedbávána. Do července roku 2003 však zcela chyběl systém vyhledávání rizikových K/P. Od tohoto data byla do praxe postupně zaváděna tzv. standardizovaná nutriční péče. Účelem této péče je u všech K/P přijímaných na standardní oddělení vyhodnotit jejich nutriční stav a dle výsledku pokračovat s adekvátní nutriční péčí. Především však u K/P rizikových. V takovém případě je dále nutričním terapeutem zpracována podrobná nutriční (výživová) anamnéza (viz příloha 5) a navržena řešení. K/P jsou i nadále sledováni nutričním terapeutem a jejich stravovací režim nebo forma výživy je soustavně upravována.

Ve všech nemocničních zařízeních jsou používány tzv. jednotné dietní systémy, neboli základní diety (viz příloha 6). Je možné, že v jednotlivých nemocničních zařízeních se tyto systémy mohou v drobných rozdílech lišit, ale podstata skladby stravy zůstává stejná. Každá dieta má svá specifika a je nutričním terapeutem poupravována dle nejnovějších hygienických a výživových postupů. Označena je číslem, v některých případech číslem a písmenem. Dietní systém, přehled diet, stravovací režim a náležitosti související s podáváním stravy by měly být ošetřeny standardem ošetrovatelské péče, kterým se nemocniční personál musí řídit. Dodržování a stanovení režimu stravování je velmi důležité pro celkovou organizaci práce sester a celého ošetrovatelského týmu (10, 9).

Sestra dbá na naordinovanou stravu lékařem, nutričním terapeutem, dále na objednávky stravy a v neposlední řadě na odezvu od K/P. K/P nemusí některou ze

složek stravy snášet, a proto se problémem výživy, potravinovými alergiemi, libostí a nelibostí jídel a zvyklostmi sestra zabývá již při odebrání základních anamnestických údajů. Stravování není pro K/P jen bezděčné přijímání jídla, je také zpestřením, něčím příjemným, na co se opět rádi těší (11, 10, 9, 3, 28).

1.3.1 Nutriční screening

Nutriční screening slouží k základnímu posouzení stavu výživy a aktivnímu vyhledávání K/P s malnutricí. Jedná se o krátký formulář, který sestra vypracovává při příjmu K/P do nemocničního zařízení nebo 24 hodin po přijetí. Sledování stavu výživy by mělo být pro sestru a celý ošetrovatelský tým velmi důležité. Pro posouzení stavu výživy slouží dle doporučení ESPEN (EUROPEAN SOCIETY FOR PARENTERAL AND ENTERAL NUTRITION) z roku 2003 hodnocení stavu výživy a malnutrice NRS 2002 nutriční rizikový screening- NUTRITIONAL RISK SCREENING 2002 (viz příloha 7) a MUST- MALNUTRITION UNIVERSAL SCREENING TOOL, jenž je univerzálním nástrojem na odhalení podvýživy.

MUST je určen pro dospělé ambulantní nemocné a skládá se z hodnocení BMI, poklesu hmotnosti a skutečnosti, zda-li v posledních pěti dnech přijímal potravu perorálně. Vyhodnocení se provádí do třech skupin dle rizika vzniku podvýživy na riziko nízké, střední a vysoké. V případě, že K/P splňuje kriteria pro riziko vzniku malnutrice, měla by u něho být provedena vyšetření nutričním terapeutem nejpozději do 48 hodin po přijetí a dále v pravidelných intervalech do zlepšení stavu. U klientů beze změn nutričního stavu se nutriční screening opakuje po 2 týdnech. Nutriční screening však není zaveden ve všech nemocničních zařízeních a zamyšlení se nad tímto nedostatkem by bylo na místě. Dle Mezinárodních akreditačních standardů pro nemocnice jde o jeden z indikátorů kvality ošetrovatelské péče (9).

1.3.2 Sledování příjmu potravy a tekutin

Kvantifikace příjmu potravy je nezbytná pro rozhodování ve způsobu nutriční podpory. Jen podle těchto výsledků lze objektivně zjistit, kolik K/P potřebuje dodat energie či proteinů. V případě potřeby přesných údajů je nutné jídlo před výdejem vážít

a dále i po jeho vrácení. Podávanou stravu je nutné přepočítat na kilokalorie přesně dle receptury, podle které bylo připraveno. Vážit je nezbytné i jídlo přinesené rodinou. Dle výsledků nutriční terapeut vypočítá podle tabulek energetický příjem K/P.

Nutným kritériem kvantifikace přijaté stravy zahrnuje jedno základní opatření, a to osobní kontrolu sestrou, kolik K/P opravdu snědl. Dále provede sestra zápis do dokumentace o množství snědeného jídla za celý den na čtvrtiny. Nejedná se o časově náročný nebo namáhavý úkon, jeho výsledek je však i přes jeho jednoduchost velice cennou informací. Chybějící část jídla v denní porci je nutné doplnit, aby K/P nehubl a nemířil k podvýživě. Jestliže K/P sní pouze čtvrtinu denní porce, musí ve zbytku stravy tři čtvrtiny dodat. Chybějící část lze dodat tzv. modulovými dietetiky nebo perorálními nutričními doplňky. Modulová dietetika nahradí chybějící část stravy se zohledněním jejich různých složek. Jedná se o práškové přísady, kterými je jídlo možné obohatit buďto o čistou bílkovinu, nebo o energii ve formě maltodextrinu. Přidávají se přímo do stravy, takže K/P rozdíl v chuti či ve vzhledu nepozná.

Pro správnou hydrataci a odhalení rizika dehydratace je nezbytné zaznamenávání příjmu tekutin K/P. Sestra tak provádí 24 hodin denně a do celkového množství započítává množství vypitého čaje, minerální vody, kávy, polévky i tekutin do organismu dodaných jinou než perorální cestou. Při sledování příjmu musí sestra zaznamenávat přesné množství. K sledování příjmu tekutin neodmyslitelně patří i sledování výdeje, tzv. bilance tekutin, mezi které sestra zahrnuje i veškeré ztráty, jako je množství moče, zvracení, průjem a samozřejmě i množství tekutin z organismu odčerpané nebo odvedené sběrnými systémy. Jen důsledným sledováním lze zamezit dehydrataci organismu (3, 9).

1.3.3 Energetická hodnota stravy

Člověk ke své každodenní výživě potřebuje takové množství potravy, jež odpovídá jeho spotřebě energie. Pokud je příjem energie s výdejem roven, hovoříme o vyrovnané energetické bilanci. Převáží li příjem nad výdejem, jedná se o pozitivní bilanci. Jejím nejznámějším důsledkem je obezita. Opakem pozitivní bilance je bilance negativní. Důsledkem je hubnutí a celková sešlost organismu.

Energie potřebná ke správnému fungování základních funkcí organismu se nazývá bazální metabolismem nebo metabolismem klidovým. Pro člověka vzrůstu například 170 cm tento metabolismus činí přibližně 2000 kcal. Rychlost metabolismu může být ovlivněna mnoha faktory jako například věkem, pohlavím, tělesnou teplotou, svalovou prací a hormony. Energetická hodnota (energetická vyváženost) potravin je udávána od roku 1975 v kilojoulech (kJ), stále se však ještě setkáváme s označením kilokalorie (kcal). Tyto dvě jednotky lze přepočítat v poměru 1 kcal = 4,2 kJ. Bazální metabolismus i v naprostém klidu stále spotřebovává energii. Za den se tento výdej rovná 105 kJ na 1kg hmotnosti těla. U muže vážícího 70kg je výdej 7350 kJ, z čehož vyplývá, že i při nečinnosti organismu, tedy i hospitalizaci a pobytu na nemocničním lůžku potřebuje organismus dodávat energii v podobě přijímané stravy.

Různé potraviny dodávají různé množství energie. Například v 1kg cukru se nachází 1720kJ a v 1kg sýra 1340kJ. Množství energie se může měnit dle obsahu tuku v dané potravine. V porovnání s předešlými potravinami se v zelenině, tedy v 1kg, vyskytuje jen 3560kJ. Jedná se tím o potraviny nízkoenergetické, a proto by měly být zařazeny do jídelníčku diet určených k redukci hmotnosti u lehce a duševně pracujících a tam, kde je zapotřebí nízkého příjmu energie. V nemocničních zařízeních je důležité sledování nutriční bilance příjmu a výdeje energie, živin a vody převážně z důvodu informovanosti o aktuálním nutričním stavu K/P a poskytnutí adekvátní péče zaměřené na jeho aktuální potřeby (17, 12).

1.3.4 Sipping

Sipping, neboli popíjení přípravků enterální výživy. „To sip“ znamená v anglickém jazyce srkat, popíjet. „V evropských doporučených postupech © 2006 ESPEN GUIDELINES se používá termín perorální nutriční doplňky – dále PND (9 s. 54)“. Tento druh výživy se podává „navíc“ z důvodu nedostatečného využití běžné stravy. Nepočítá se tedy do stravovací jednotky a podává se jako přídavek. Nelze brát popíjení PND jako dostačující! Tyto přípravky jsou distribuovány v tetrapackových krabičkách s brčkem, nebo nověji v plastových lahvičkách. Tento typ výživy si klade za cíl doplnit zbytek energetické potřeby, kterou K/P nedokáže přijmout běžně

podávanou stravou. Příchutí je na trhu přibližně 20 od různých výrobců. Nejrozšířenější je např. Nutridrink. Velmi rozšířené jsou jogurtová a džusová konzistence. Perorální doplňky však nejsou jen krabičky a lahvičky, které postávají na stolku nemocného, K/P by je měl opravdu vypít a povinností sestry je motivovat, vybízet a pravidelně kontrolovat vypité množství PND.

Stejný význam jako edukace a motivace má i vyhledávání možných řešení k usnadnění sippingu. Takovým řešením lze chápat vychlazení přídatku a vysvětlení, že perorální nutriční doplňky by se měly pít po jídle. Úlohou sestry při indikaci PND je zajištění kontinuálního popíjení K/P, avšak důležité je citlivé vysvětlení významu PND a nenucení k jejich požívání. Vhodné je, aby sestra znala energetickou densitu podávaných doplňků. Existují totiž přídatky hyperkalorické, které obsahují 1,25- 2 kcal v 1ml, a přípravky izokalorické, kde 1ml obsahuje 1kcal. Přípravek o obsahu 200ml hyper kalorický dodá 250- 400 kcal, kdežto přípravek izokalorický jen 200 kcal. Existují ale i PND se zvýšeným obsahem bílkovin, jež oproti ostatním obsahují až 2,5x vyšší obsah bílkovin. Přípravky speciální navíc obsahují ještě další složky navýšené o stopové prvky a o vitaminy s antioxidačním účinkem, které podporují proces hojení. Dále se pak můžeme setkat s označením „fat free“, jež neobsahují tuk a vypadají a chutnají jako džus. Tyto odlišnosti jsou důležité pro rozhodování při výběru a u různých K/P se ordinace PND liší dle aktuálního stavu a požadavků na léčebný režim. Podle výše uvedených kritérií si lze po konzultaci s nutričním terapeutem vybrat, který z daných PND bude pro K/P nejpříhodnější (9, 3).

1.4 Poruchy výživy

Poruchy výživy a s nimi související poruchy příjmu potravy jsou především problémem představujícím odchylku v metabolismu minerálů a vody. V dnešní společnosti se jedná o jeden z nejčastějších důvodů onemocnění a hospitalizace vůbec. Na místě prvním stojí obezita, se kterou se potýká velké množství populace. V zemích rozvojových a zemích třetího světa mají však s výživou problém opačný, zde lidé trpí převážně podvýživou.

Každý člověk je individualitou, což platí i ve smyslu tělesné konstituce. Při

ideální váze probíhá v těle vše tak, jak má, a organismus není přetěžován. Tento stav je v první řadě podmíněn převážně množstvím a složením přijímané stravy. Pokud dojde k dlouhodobému narušení ve smyslu plusu nebo mínusu, v těle vzniká nadbytek, nebo naopak nedostatek některých látek nezbytných pro správné fungování organismu. Podrobněji v následujících kapitolách (18, 1, 30).

1.4.1 Screening malnutrice

Screening malnutrice byl na základě doporučení ESPEN (European society for Parenteral and Enteral nutrition) z roku 2003 přijat pro hodnocení stavu výživy a rizik malnutrice NRS 2002, který se skládá ze dvou částí : předběžného (viz příloha 7) a screeningu podrobného (viz příloha 8). Podrobný screening malnutrice hodnotí aktuální stav výživy na základě BMI, nechtěný váhový úbytek hmotnosti za poslední 3 měsíce, změny v příjmu potravy, zhoršení celkového zdravotního stavu a závažnosti onemocnění. Důsledným dodržováním těchto metod lze snížit riziko vzniku komplikací spojených s podvýživou. Podrobně rozpracováno v kapitole 1.3.1 (15).

1.4.2 Malnutrice

Malnutrice je dle evropských doporučených postupů z roku 2006 definována následovně: „Malnutrice je stav výživy, kdy deficit/přebytek (nebo nerovnováha) energie, proteinů a ostatních nutričních složek způsobuje měřitelné vedlejší účinky na tkáň/formu těla (tvar, velikost, složení), funkce a výsledný klinický stav. Jednoznačně to tedy znamená špatnou výživu a současně buď podvýživu nebo obezitu (9 s. 9)“. Malnutricí lze tedy označit stav výživy, kdy chybí jeden nebo dva významné komponenty. Nejčastější příčinou malnutrice je snížená chuť k jídlu nebo rozvinutá anorexie, poruchy trávení a resorpce živin, neobvyklý typ potravin v nemocnici, přítomnost bolesti, infekce či stresových faktorů.

Každá výrazná malnutrice a někdy již hladovění samotné ovlivňuje ve své první fázi funkci a strukturu orgánů s následným rizikem vzniku komplikací. „Malnutrice se vyskytuje u 19- 80% hospitalizovaných pacientů, přibližně 30% se však vyvine následně při hospitalizaci a u 70% se zřetelně zhorší, 3-4% hospitalizovaných pacientů

vede ke smrti při nezačínání umělé výživy (30 s. 157)“.

Dle charakteru poruchy rozlišujeme proteinoenergetickou malnutrici tzv. marastický typ, u kterého je nedostatečný kalorický příjem, proteinovou malnutrici, tzv. kwashiorkor z deficitu bílkovin, karenční malnutrici z nedostatečného přísunu vitamínů a stopových prvků a kachexii jako následek jiného závažného onemocnění, například nádorového.

Pro hodnocení rizika malnutrice slouží tzv. nutriční screening. Při diagnostice malnutrice zjišťujeme hmotnostní úbytek za daný časový úsek v závislosti na stravovacích návycích a vzniku onemocnění a zaměříme se i na výsledky laboratorních vyšetření. Mezi stravovací návyky patří množství sněžené potravy, dietní opatření, bolesti břicha, množství a charakter stolice. Nezbytnou součástí fyziologického vyšetření je určení přesné výšky a váhy K/P, dle kterých se stanoví aktuální BMI. Nestačí však tyto hodnoty zjišťovat pouze jen dotazem na K/P, povinností sestry je K/P změřit a zvážit. Toto provede sestra vždy při příjmu K/P do nemocničního zařízení a následně při zhoršení stavu. Údaje o váze a výšce zaznamená do dokumentace a provede výpočet BMI, který zaznamená do nutričního screeningu, a provede jeho zhodnocení. Současně sestra zjišťuje stav výživy se zaměřením na varovné příznaky poukazující na malnutrici, mezi něž patří otoky DK, ascites, vznik hematomů, krvácení z dásní a vypadávání vlasů.

Cílem léčby malnutrice je zajištění dusíkaté bilance K/P a dosažení její positivity. Velmi důležité je dodávání vyšší energie, než organismus vyžaduje. Náplní práce sestry je zajištění adekvátní diety po konzultaci a naordinování příslušné diety lékařem a konzultace s nutričním terapeutem. Možnosti nutriční podpory viz kapitola 1.3.4 (9, 30, 18).

1.4.3 Podvýživa

Jedná se o druhý pól malnutrice. Představuje nutrici, která je nedostačující ve více aspektech. Nejčastěji se setkáváme se stavem, kdy energetická i kvalitativní stránka je nedostatečná a dostavuje se hubnutí. Podvýživa je rizikovým faktorem, který predikuje k častým komplikacím. Za podvyživeného považujeme člověka s BMI pod 18,5.

Podvýživa se týká nemocných s nechtěným váhovým úbytkem o 5- 15% hmotnosti. Nechtěný váhový úbytek však nemusí být prvotním příznakem. I lidé obézní mohou být podvyživení a to z důvodu proteinového nedostatku, který může být viditelný až po určité době. Podvýživa vzniká hladověním, nedostatkem energie a substrátů. Správné hodnocení stavu podvýživy dle NRS 2002 by sestru mělo dovést ke stanovení nutričního plánu. Při sledování se sestra zaměřuje na hodnocení kritérií podvýživy (viz příloha 9). Z tohoto sledování vyplývá, že důležitou rolí sestry je hodnotit stav podvýživy, dodávat K/P dostatek živin, a tím předejít komplikacím a vysokým výdajům za léčbu (18, 9) .

1.4.4. Hladovění

Hladovění je následkem nedostatečného příjmu energie a substrátů, tzv. makronutrientů. Obvykle vede ke snížení hmotnosti a od určité hranice způsobuje zhoršení funkcí organismu. Krátkodobé hladovění trávající 5- 7 dní bez výskytu dalších nepříznivých faktorů nezpůsobí žádné vážnější poruchy. Dlouhodobé hladovění však s sebou nese poškození organismu, zejména imunitního systému. Může se jednat o opoždění hojení ran, amenoreu, poruchy termoregulace a krvetvorby s přidruženými plicními komplikacemi z hypoventilace, poruchy srdeční funkce a zažívacího systému.

Zdravý člověk čerpá potřebnou energii z tukových zásob, z nichž lze energii využívat až po dobu několika týdnů, avšak za podmínky přísunu tekutin. Při vyčerpání těchto zásob mizí z organismu i bílkoviny, a chybí-li jich alespoň 40%, nastává smrt. Pokud by se jednalo o hladovění bez přísunu tekutin, smrt nastává do 60-70 dní.

Hladovění lze dělit na proteinovou podvýživu s dostatečným přísunem energie, avšak malého příjmu nebo velkých ztrát bílkovin a hladovění stresové, které vzniká při podvýživě se současným těžkým onemocněním. Organismus zpomalí, až zcela potlačí dlouhodobé procesy ve smyslu růstu, hojení, imunitní odpovědi a nastává autokanibalismus následkem silné potřeby organismu vyhledat energii. Následky hladovění mohou být rozsáhlé. Od multiorganového selhání, sepse, rozpadů ran, nutnosti umělé plicní ventilace, až po smrt (9, 18, 25).

1.4.5 Obezita

Pro obezitu je charakteristické nahromadění tukové tkáně v podkoží a v okolí orgánů, jež vzniká následkem pozitivní energetické bilance. Podrobněji v kapitole 1.3.3. Jedná se o onemocnění, které postihuje děti i dospělé a postupně se stává onemocněním charakteru epidemie. Procento výskytu obezity v naší populaci je vysoké. Svačina udává: „U žen se udává nadváha v 37%, obezita v 31%, celkově nadváha plus obezita se vyskytuje u 68% českých žen. U mužů čítá nadváha 51%, obézních je 21%, celkově nadváha plus obezita se vyskytuje u 72% českých mužů (9 s. 92- 93).“

Obecně je závažnější mužský typ obezity tzv. androidní, který připomíná tvarem těla jablko. Ženský typ obezity tzv. gynoidní, připomínající hrušku, nemá za následek tak vážné metabolické důsledky. Při obezitě však stoupá riziko kardiovaskulárních onemocnění, kloubních komplikací i kožních chorob. Léčba obezity spočívá v držení nízkoenergetické diety a zvýšení energetického výdeje. Při diagnostice obezity se používá již zmiňovaný BMI a z něho vyplývající klasifikace obezity (viz příloha 10).

Není vždy pravidlem, že obézní člověk je též dostatečně vyživený. Velice často se stává, že obézní člověk je podvyživený a to převážně z nedostatečného přísunu veškerých potřebných složek výživy. Obezita vzniká převážně z nadbytečného přísunu sacharidů a tuků. Tyto dvě složky v jídelníčku obézních lidí převažují a bohužel nedokáží zajistit pozitivní přísun veškerých potřebných makro a mikro živin potravou (9, 8).

1.4.6 Porucha výživy jako psychologický problém

Poruchy výživy lze označit jako problém v metabolických pochodech organismu. Z psychologického hlediska lze definovat poruchy výživy jako následek poruchy příjmu potravy. Tyto poruchy vyvolává především emocionální stav a stav psychiky. Zejména emoce negativní ovlivňují příjem potravy a s nimi spojené nechutenství, nevolnost a pocit plnosti. Stresové situace nebo deprese řeší každý jedinec různě. Někdo přijímá nadměrné množství stravy, jiný naopak stravu nepřijímá vůbec. Sestra by měla tento problém odhalit již po příchodu K/P do nemocničního zařízení

a efektivně jej řešit.

Diagnostikovat poruchu v příjmu potravy lze dle subjektivních příznaků nespecifických a specifických. Nespecifické mají obraz bolestí břicha, plynatosti, únavy, ztráty energie a odpor k debatě o jídle, váze a postavě. Specifické příznaky jsou zřejmé i z příjmového posouzení stavu sestrou. Jedná se o váhový úbytek, redukci svalstva, poruchy potence, menzes, omdlávání a otoky.

Poruchy výživy v souvislosti s psychikou člověka jdou většinou ruku v ruce se změnami osobnosti i vztahů. Takto nemocní jedinci se potýkají s poruchou jednání a myšlení ve vztahu k jídlu a vlastnímu tělu v kontextu biologických, psychologických a sociokulturních mechanismů. Výskyt těchto onemocnění má bohužel vzestupný trend a zahrnujeme mezi ně mentální anorexii a mentální bulimii. Při léčbě těchto onemocnění je nutný komplexní přístup a spolupráce širokého týmu odborníků. Jedná se o psychiatra, psychologa, internistu, gynekologa a další. Cílem léčby musí být navození normálního stravovacího režimu a odstranění somatických a psychosomatických důsledků podvýživy (25, 16, 8).

1.4.7 Alternativní přístupy k výživě

Jiný způsob výživy, nežli obvyklou racionální a po všech směrech pestrou stravou, nelze považovat za něco špatného. Není divu, že jedince, který se stravuje alternativním způsobem, od jeho počínání asi nic a nikdo neodradí. Masožravec by se také nenechal připravit o maso ve své výživě a nikdo by mu to neměl za zlé. Vždyť člověk je přeci všežravec, tak proč pochybovat? Avšak existují i jedinci, kteří mají své důvody, proč se standardně nechovají. A proto bychom osoby s přesvědčením o takovém rozhodnutí měli chápat, akceptovat jejich rozhodnutí a snažit se spíše doporučit potraviny, které by částečně doplnily místo chybějící například živočišné složky v potravě.

Rozlišujeme několik druhů alternativních způsobů výživy. Jedná se o vegetariánství které nedovoluje svým přívržencům konzumaci živočišných potravin, vitariánství, jež dovoluje pouze syrovou stravu a makrobiotickou stravu, u které se jedná spíše o myšlenkový směr v rámci víry. Tato strava se skládá buďto pouze ze

zeleniny, nebo z obilovin. Vegetariánství se dále dělí na semivegetariánství (dovoluje ryby, drůbež, mléko, mléčné výrobky a vejce), laktoovovegetariánství (dovoluje pouze mléko, mléčné výrobky a vejce) a laktovegetariány (dovoleno pouze mléko a mléčné výrobky). Každé z těchto omezení skýtá svá rizika v podobě nedostatku bílkovin, železa, zinku, vápníku a vitamínu B 12, které jsou obsaženy v živočišné stravě. Tato fakta musí mít sestra na zřeteli a uzpůsobit jim ve spolupráci s nutričním terapeutem skladbu stravy. V žádném případě však sestra nebude K/P odsuzovat, jelikož se jedná o jeho svobodné rozhodnutí (13, 9, 13, 2).

1.5 Ošetrovatelská péče při výživě nemocných

Sestra je pro K/P nejbližším kontaktem s nemocničním světem. Pro někoho andělská bytost, pro jiné ten, kdo stále naléhá, aby jedl. Jsou však i tací, jež vidí sestru jako tu, co stále někam spěchá. Avšak v kterékoliv z těchto rolí je sestra především profesionál, jenž musí zvládnout nepřehledné množství úkolů v omezeném čase. Sestra je jakýsi článek mezi K/P a lékařem. Musí zvládnout plnit přání jich obou a to i v případě, že si často protirečí. Vždy však musí plnit přání a potřeby K/P.

Mezi základní biologické potřeby člověka patří výživa. Úkolem sestry je detekovat abnormality, tedy zhodnotit stav výživy dle potřebných hodnotících škál a sledovat, jakým směrem se stav ubírá, pro následné navrácení parametrů do normálu. Po zhodnocení stavu výživy se společně s K/P, jeho rodinou, nutričním terapeutem a lékařem stanoví plán péče s cílem dosáhnout nutričních potřeb K/P. Sestra by se měla zaměřit na příčiny neschopnosti K/P se najíst. Tyto příčiny bývají fyzické i psychické povahy. Patří mezi ně hemiparéza, porucha jemné motoriky, nechutenství, špatná chuť k jídlu, poruchy s polykáním, poruchy zraku a letargie. K/P upřednostňují vždy možnost najíst se sám. Při pečlivém sledování běžných činností sestra může odhalit příčinu poruchy příjmu potravy a dle výsledku vypracovat plán vhodné ošetrovatelské péče s následnými opatřeními. Jestliže i přes opatření K/P potřebuje pomoc sestry, ta musí stále dbát na udržení důstojnosti a navrácení běžných sebeobslužných postupů.

Příjem potravy je u člověka spojen s potřebami psychosociálními. V případě dlouhodobého neuspokojení se stává potřebou akutní, dominantní a začne ovládat

chování a jednání člověka. V takovém případě se nelze divit nespolupráci při realizaci ošetrovatelské péče. Ale sestra si dokáže poradit a případná nedorozumění diplomaticky vyřešit (27, 9, 28).

1.5.1 Role sestry ve výživě

„Charakteristickým rysem moderního ošetrovatelství je systematické hodnocení a plánované uspokojování potřeb nemocného, ale i zdravého člověka (25 s. 9)“. Ošetrovatelství se podílí na prevenci, diagnostice a terapii. Veškerá tato kritéria musí sestra dodržovat a řídit se jimi. Úspěch v prevenci, v zajišťování stavu výživy, plnění konkrétních ošetrovatelských intervencí a edukaci K/P, které by vedlo ke zlepšení nutričního stavu, závisí převážně na zájmu, pochopení a odborných znalostech sestry. Součástí znalostí sestry je i znalost ošetrovatelské dokumentace a hodnotících škál pro zajištění stavu výživy. Základní nutriční screening vyplní sestra u všech přijímaných K/P. Výjimka platí pouze pro hospitalizace kratší 3 dnů, u zmatených, u K/P v bezvědomí a v terminálním stadiu onemocnění. Sestra v průběhu hospitalizace hodnotí BMI, přijatou stravu a pravidelně hodnotí nutriční stav. Podrobně rozpracováno v kapitole 1.3.1 a 1.4.1 Zjištěné problémy konzultuje s lékařem a s nutričním terapeutem. Spolupráce mezi sestrou, lékařem a nutričním terapeutem si klade za cíl zlepšit výživový stav K/P po dobu hospitalizace, ale i po propuštění do domácího ošetrování (25, 9).

1.5.2 Komplexní ošetrovatelská péče v nemocničních zařízeních

Potřeby K/P jsou uspokojovány vysoce kvalifikovanou a plánovitou ošetrovatelskou péčí, která je základem ošetrovatelského procesu. Sestra systematicky shromažďuje informace o K/P, pozoruje je a sestavuje individualizovaný plán ošetrovatelské péče. Na každé ošetrovatelské jednotce zajišťuje péči o nemocné skupina zdravotnických pracovníků, které označujeme jako ošetrovatelský tým. Společným cílem ošetrovatelského týmu je navrátit nemocnému v co nejkratší době stav plného zdraví nebo alespoň zmírnit jeho potíže při chronickém onemocnění. Pro úspěšné fungování ošetrovatelského týmu je důležitá spolupráce jednotlivých členů. Tento tým

je tvořen sestrami s různým stupněm kvalifikace, zdravotnickými asistenty, ošetrovatelkami a sanitárkami, které zajišťují komplexní ošetrovatelskou péči.

„Komplexní ošetrovatelská péče se jako plánovaná a organizovaná činnost realizuje výlučně formou ošetrovatelského procesu (5 s. 165).“ Tato péče umožňuje sestře se zaměřit na potřeby K/P a nastavit péči tak, aby odpovídala aktuálním potřebám a stavu jedince v zájmu řešení bio-psych-sociálních potřeb. Komplexní ošetrovatelská péče detekuje aktuální a potencionální zdravotní problémy, stanovuje si priority a definuje úlohy sestry při jejím poskytování. Komplexní individualizovaná péče by měla člověka chápat a akceptovat jako celistvou osobu v biologickém, psychickém, sociálním a ekonomickém pojetí (5).

1.6 Výživa podle choroby

Výživa je při chronických i akutních onemocněních řešena individuálně. Péče by měla být zaměřena především na příčinu, která problémy s výživou vyvolává. Vhodnou výživou lze léčit například diabetes mellitus I i II typu, u kterého se nejedná o omezení ve smyslu neslazení kávy nebo čaje cukrem a nahrazení sladidlem umělým. Spočívá převážně ve vyloučení jednoduchých sacharidů, v dostatečném příjmu vlákniny-40g/den, v omezení tuků a v pravidelném režimu stravování s neopomenutím pohybové aktivity. Onemocnění gastrointestinálního traktu, jako například vředovou chorobu žaludku či duodena, Crohnovu chorobu, ulcerózní kolitidu a celiakii lze také účinně řešit.

Vředová choroba ve své klidové fázi vyžaduje rozdělení jídel na menší dávky podávané častěji, vyloučení dráždivých jídel, kofeinu a cholesterolu. Crohnova choroba vyžaduje dostatečný přísun energeticky a biologicky plnohodnotné stravy se zvýšeným obsahem bílkovin v menších dílčích dávkách a omezení koření, jež si kladou za výsledek zabránění vzniku podvýživy. Ulcerózní kolitida připomíná složením stravy opatření jako při výživě Crohnovy choroby. Celiakie je způsobena intolerancí lepku, a proto je nutné jej ze stravy zcela vyloučit. Lepek je obsažen v pšenici, žitu a ječmenu a právě tyto frakce by podávaná strava neměla obsahovat. Vhodné jsou například rýže, kukuřice, sója, pohanka, amarant a brambory. Při onemocnění ledvin se doporučuje

nízkobílkovinná dieta. U K/P s nekomplikovaným průběhem se preferuje perorální příjem spolu s nutričními doplňky. U K/P s ledvinným selháním je ordinován parenterální příjem, enterální příjem, nebo v případě potřeby příjem nasogastrickou sondou.

Jednou z velkých skupin ve výživě dle choroby je výživa u onkologicky nemocných. Toto onemocnění může zasáhnout kteroukoliv část organismu s následným omezením jeho funkce a omezením v příjmu potravy. Maligní onemocnění vede jak ke snížení příjmu, tak ke sníženému využití přijaté stravy a snížení energetického výdeje s následným úbytkem hmotnosti, až ke kachexii provázené nechutenstvím a zvracením. V první řadě je nutné upravit stravu tak, aby nedocházelo ke ztrátě hmotnosti. Zajistit plnohodnotnou výživu, která zajistí příjem všech nezbytných živin a preventivně předchází oslabení organismu. Rozhodující roli má v této situaci sestra, jež hodnotí stav nutriční a v případě potřeby provede opatření, která povedou k úpravě výživy K/P. Sestra musí znát veškerá opatření spojená s různými omezeními u určitých onemocnění, edukovat K/P a jeho rodinu o vhodné výživě v nemocničním zařízení a následně po propuštění. Sestra se také aktivně podílí na péči o výživu a zajištění dobrého nutričního stavu (9, 10, 22, 29).

1.7 Výživa podle věku

Od narození až po stáří je každý člověk závislý na příjmu potravy, organismus se však mění a nároky na výživu také. Výživa v kterémkoliv věku by měla pokrýt energetické nároky organismu a musí zabezpečit všechny potřebné živiny. Seznam výživových doporučených dávek dle věku (viz příloha 11I,11II,11III). Potřeby organismu se mění v závislosti na vykonané fyzické aktivitě, pohlaví a hlavně s věkem.

Kojenec má nároky odlišné od adolescenta, adolescentova potřeba se nemůže rovnat s potřebami dospívajícího a dospívající s nároky starších osob. V dětství se organismus mění a roste, ve stáří je tomu naopak, avšak s přibývajícím věkem je organismus stále více opotřebováván a poškozován. Výživa by měla těmto změnám odpovídat, měla by podporovat fyziologickou funkci buněk a měla by pozitivně napomáhat metabolickým procesům, které se v organismu odehrávají.

Výživa kojence, kdy jsou změny v organizmu velice intenzivní, by měla být prvopočátkem správného vývoje a další budoucností každého jedince. Prvních 6 měsíců je výživa zajišťována mateřským mlékem, optimální složkou výživy, která je pro dítě bohatá na živiny a další potřebné látky, jež minimalizují riziko vzniku pozdějších onemocnění, například alergií. V případě nemožnosti kojení, ať v překážce ze strany matky nebo dítěte je vhodné nasazení tzv. náhradní výživy. Prvky umělé výživy nebo také výživy náhradní se pro kojence liší podle potřeby dítěte, věku a zdravotním stavu.

Batolata a děti předškolního věku mají již pomalejší růst, mění se jejich tělesné složení s přibývajícím svalovou tkání. Nároky na příjem bílkovinné složky jsou vyšší, ale potřeba výživy nižší. Je nutné myslet na dostatečný přísun minerálních látek, vitamínů a vlákniny zajištěných v první řadě ovocem a zeleninou.

Školní děti nemají tak vysoké nároky na příjem energie, jsou však vyšší nežli v předškolním věku. Tempo růstu je také pomalejší, ale s příchodem do školy je organizmus vystaven stresu a ten s sebou nese možné riziko vzniku zdravotních problémů a následnou hospitalizaci v nemocničním zařízení. Důležitý je vhodný výběr stravy pro dítě, jež by měla být bohatá na vitaminy, minerály a stopové prvky, doplněné dostatkem tekutin, hlavně vody. Strava by se měla skládat z ovoce, zeleniny, mléčných výrobků a drůbežního masa. Při sestavování jídelníčku by se nutriční terapeut měl vyvarovat masům hovězím, vepřovým, přepálenému a smaženému jídlu, pokrmům s vysokým obsahem cukrů a jídlům kořeněným. Výživa ve stáří by měla být především plnohodnotná. Sestra by v rámci ošetrovatelského procesu měla dbát na zachování tělesné hmoty a udržení přiměřené hmotnosti, doplněné dostatkem pohybu. Energetický nárok organizmu se ve stáří snižuje. Jedná se o snížení zapříčiněné poklesem bazálního metabolismu ovlivněné věkem. Výživu ve stáří sestra ve spolupráci s nutričním terapeutem přizpůsobuje úbytku funkční výkonnosti organizmu s přihlédnutím na výskyt chronických onemocnění. Snížen by měl být přísun tuků, a naopak zvýšen příjem vápníku pro dobrý stav kostí s přihlédnutím na adekvátní přísun vitamínů. Jedná se o vitamíny C, D, B, B6 a B12. Zajištěním a úpravou přísunu těchto látek lze předejít vzniku kardiovaskulárních onemocnění, depresím a některým neurologickým chorobám (9, 2, 26, 23).

2. Cíle práce a hypotézy

2.1 Cíle práce

Cíl 1: Zjistit požadavky klientů hospitalizovaných v nemocničních zařízeních na změny v systému stravování.

Cíl 2: Zmapovat spokojenost klientů s podávanou stravou.

Cíl 3: Zjistit, zda-li strava podávaná v nemocničních zařízeních odpovídá potřebám klientů.

2.2 Hypotézy

H1: Klienti hospitalizovaní v nemocničních zařízeních by uvítali změnu skladby stravy.

H2: Klienti hospitalizovaní v nemocničních zařízeních by ocenili možnost výběru stravy.

H3: Klienti nejsou spokojeni s podávanou stravou.

H4: Klienti mají rozdílné nároky na podávanou stravu dle věkových kategorií.

H5: Klienti hodnotí stravu jako nedostačující jejich potřebám.

H6: Klienti mají potřebu obstarávat si stravu mimo nemocniční zařízení.

3. Metodika

3.1 Použitá metoda

Ke zpracování mé bakalářské práce na téma „Výživa v nemocničních zařízeních jako součást komplexní ošetrovatelské péče“ bylo použito kvantitativního výzkumu pomocí dotazníkového šetření. Dotazník byl určen klientům hospitalizovaným v Nemocnici Strakonice a. s., na oddělení interním, chirurgickém a gynekologickém. Dotazník byl anonymní, obsahoval 24 otázek, z čehož 16 otázek bylo uzavřených, 1 otevřená, 3 polouzavřené a 4 filtrační. Použito bylo též pětistupňových hodnotících škál, kde 1= *velmi spokojen/a*, 2= *méně spokojen/a*, 3= *těžko říci*, 4= *spíše nespokojen/a*, 5= *velmi nespokojen/a*, ale také škály, kde 1=*výborně*, 2= *chvalitebně*, 3= *dobře*, 4= *dostatečně*, 5= *nedostatečně* (viz příloha 1). Respondenti mohli označit jednu jimi zvolenou odpověď, u některých otázek měli možnost zvolit i více odpovědí. Některé otázky obsahovaly možnost doplnění vlastního názoru na základně nevybrání si z nabízených. Výzkum probíhal v měsíci březnu.

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumný soubor tvořili klienti hospitalizovaní na interním, chirurgickém a gynekologickém oddělení Nemocnice Strakonice a. s. Celkem bylo rozdáno 200 dotazníků, z toho 66 dotazníků na oddělení interním, 66 dotazníků na oddělení chirurgickém a 68 dotazníků na oddělení gynekologickém. Návratnost dotazníků byla 160, tj. 80%. Pro neúplné nebo chybné vyplnění některých z otázek muselo být vyřazeno 30 dotazníků. Ke zpracování bylo použito 130 dotazníků tj. 65%. Výzkumný soubor tvořil 130 respondentů.

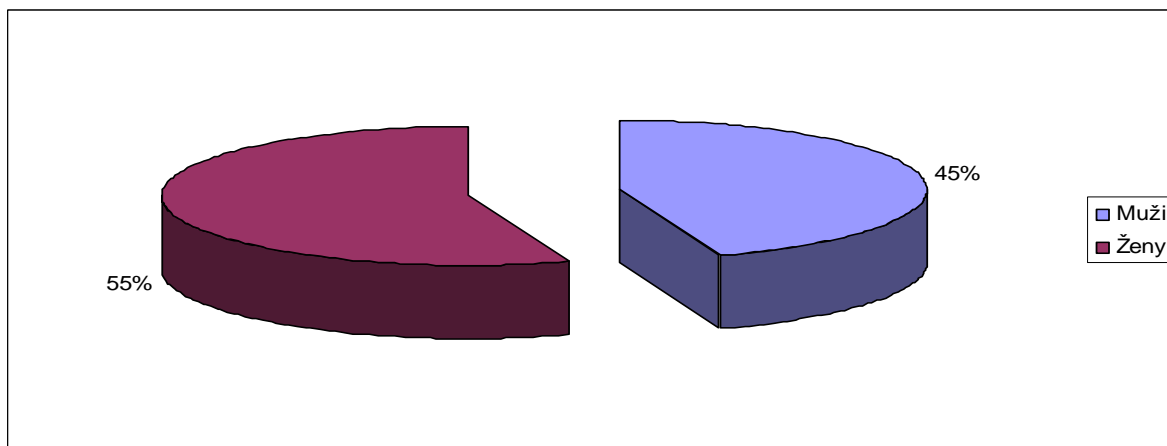
4. VÝSLEDKY

4.1 Výsledky z dotazníků bez porovnání

(Zdroj: Vlastní výzkum)

Graf 1 Pohlaví pacientů

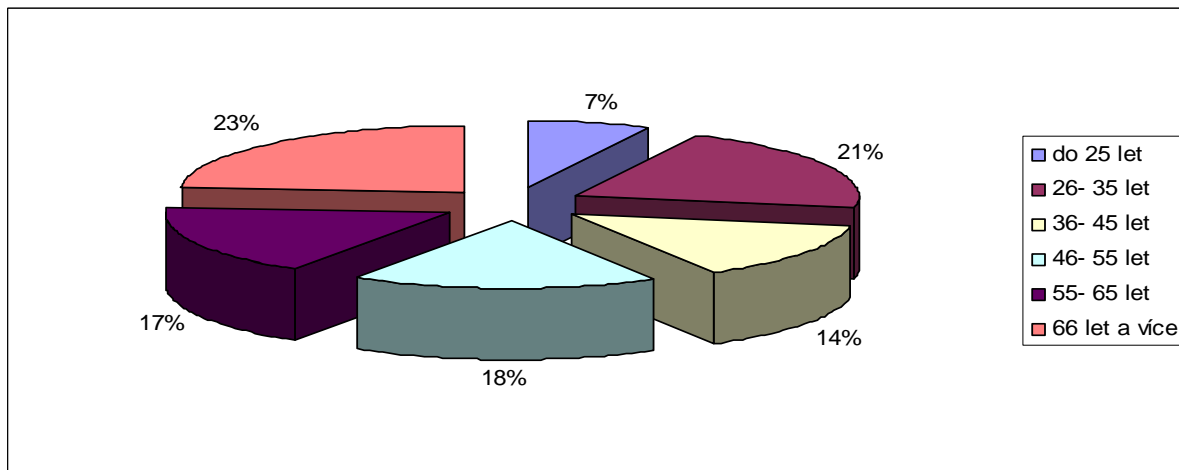
(graf k otázce č. 1)



Z celkového počtu 130 respondentů (100%), soubor tvořil 58 (45%) mužů a 72 (55%) žen.

Graf 2 Věkové skupiny pacientů

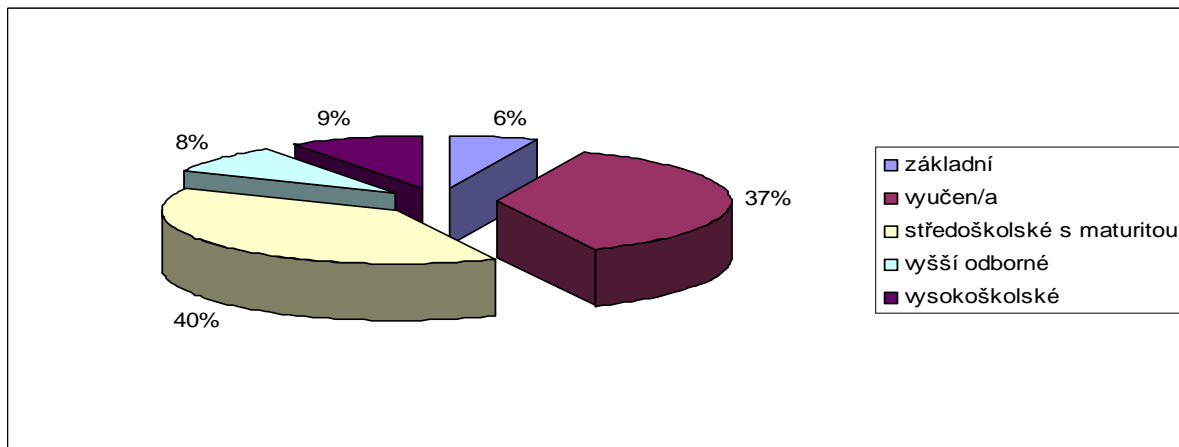
(graf k otázce č. 2)



Z celkového počtu 130 respondentů (100%), bylo 9 (7%) ve věku do 25 let, 27 (21%) ve věku 26-35 let, 18 (14%) ve věku 36-45 let, 23 (18%) ve věku 46-55 let, 22 (17%) ve věku 55-65 let, 31 (23%) ve věku 66 let a více.

Graf 3 Nejvyšší dosažené vzdělání pacientů

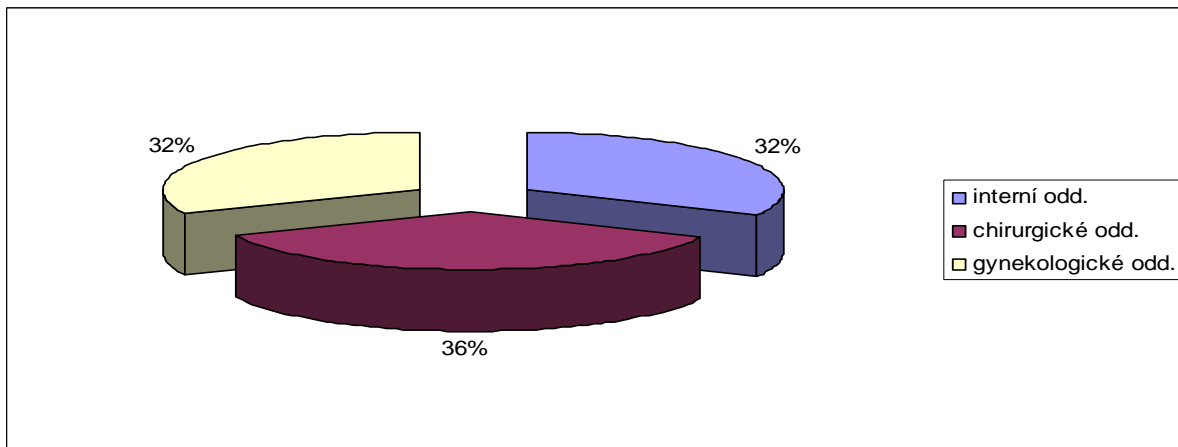
(graf k otázce č. 3)



Z celkového počtu 130 respondentů (100%) označilo možnost základní vzdělání 8 respondentů (6%), vyučen/a 48 respondentů (37%), středoškolské s maturitou 51 respondentů (40%), vyšší odborné 11 respondentů (8%) a vysokoškolské vzdělání 12 respondentů (9%).

Graf 4 Oddělení hospitalizace pacientů

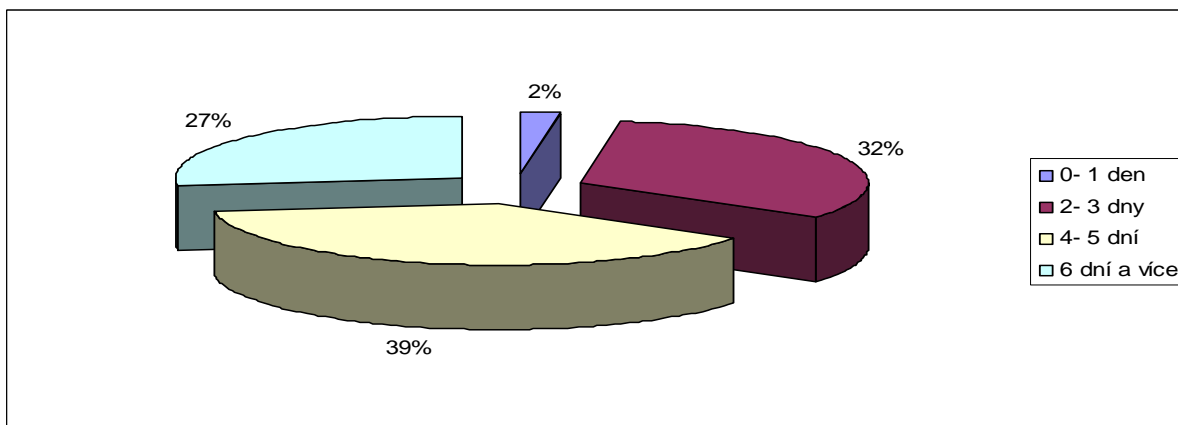
(graf k otázce č. 4)



Z celkového počtu 130 (100%) bylo hospitalizováno 42 (32%) na interním oddělení, 47 (36%) na chirurgickém oddělení a 41 (32%) na gynekologickém oddělení.

Graf 5 Doba hospitalizace

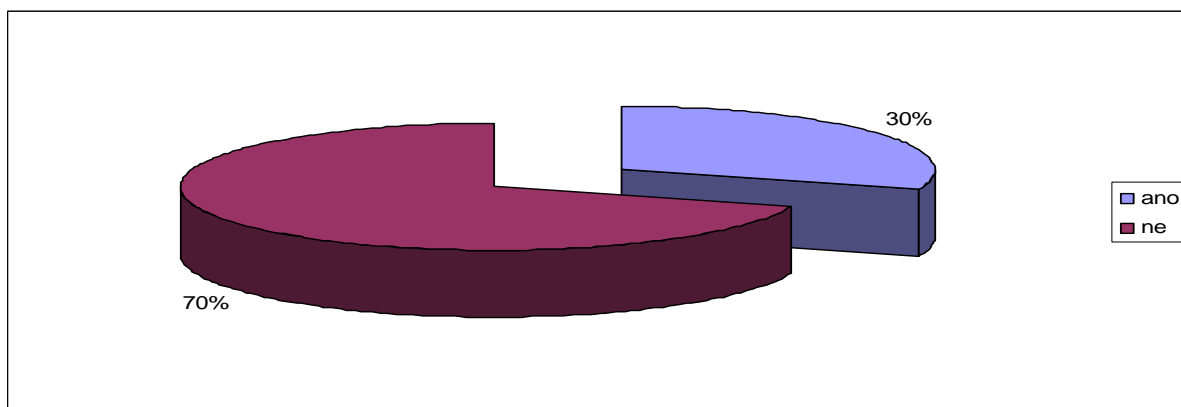
(graf k otázce č. 5)



Graf znázorňuje, že z celkového počtu 130 respondentů (100%), byli 0 - 1 den hospitalizováni 3 respondenti (2%), 2 - 3 dny 42 respondentů (32%), 4 - 5 dní 50 respondentů (39%) a možnost 6 dní a více označilo 35 respondentů (27%).

Graf 6 Dietní opatření

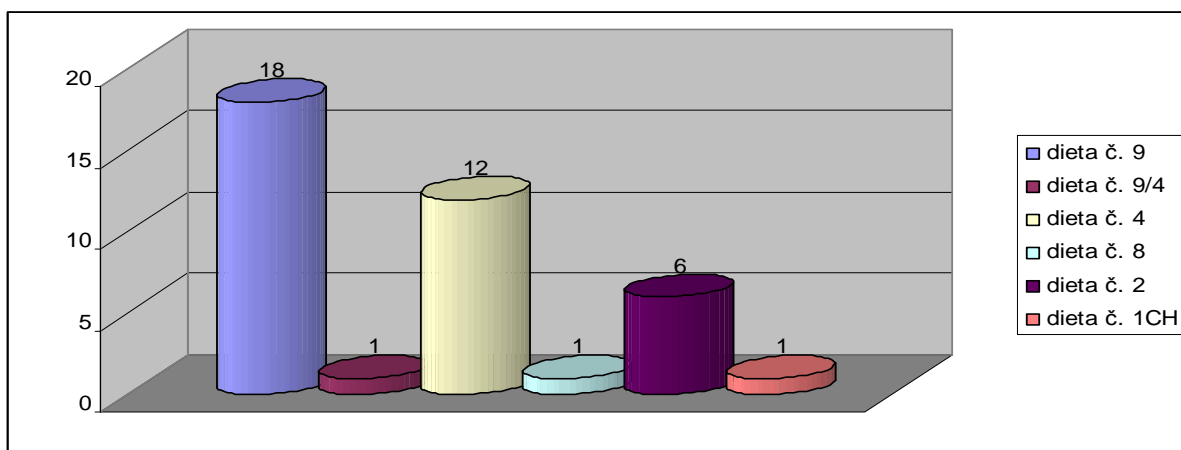
(graf k otázce č. 6)



Z grafu vyplývá, že dietní omezení související s daným onemocněním dodržuje 39 respondentů (30%) a 91 respondentů (70%) nikoliv, z celkového počtu 130 respondentů (100%).

Graf 7 Druh dietního opatření

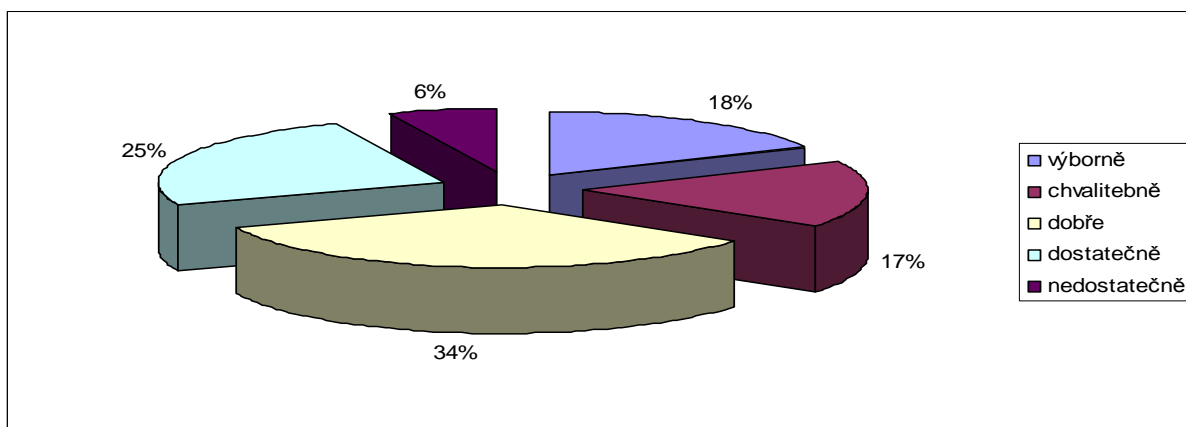
(graf k otázce č. 7)



Graf rozvíjí odpověď „ano“ z grafu 6. Graf znázorňuje četnost odpovědí, kde uvedlo 18 respondentů z uvedených 39, že má lékařem stanovenou dietu č. 9, 1 respondent má stanovenou dietu č. 9/4, 12 respondentů má lékařem stanovenou dietu č. 4, 1 respondent má stanovenou dietu č. 8, 6 respondentů má lékařem stanovenou dietu č. 2 a 1 respondent má lékařem stanovenou dietu č. 1CH (chirurgickou- kašovitou).

Graf 8 Chutnost podávané stravy

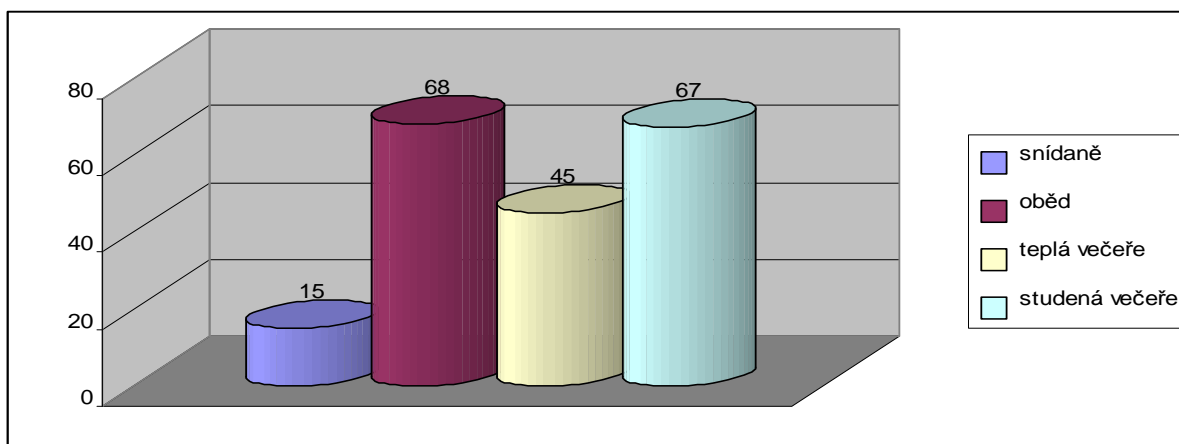
(graf k otázce č.8)



Z celkového počtu 130 respondentů (100%), hodnotilo chuť podávané stravy jako výbornou 23 respondentů (18%), chvalitebně 22 respondentů (17%), dobře 45 respondentů (34%), dostatečně 32 respondentů (25%) a jako nedostatečnou hodnotilo chuť podávané stravy 8 respondentů (6%).

Graf 9 Strava nechutnající pacientům

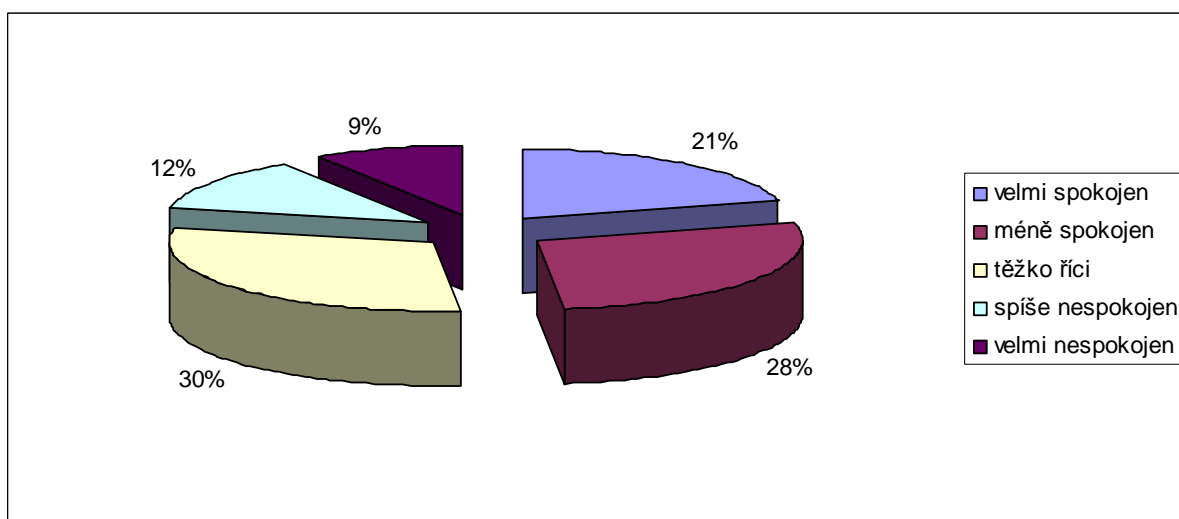
(graf k otázce č. 8)



Graf rozvíjí odpovědi „chvalitebně, dobře, dostatečně a nedostatečně“ z grafu 8, které vyjadřují nespokojenost s podávanou stravou. Z celkových 195 označených možností, tedy při možnosti označit i více odpovědí, byla 15x respondenty označena jako strava, která jim nechutná, snídaně, 68x oběd, 45x teplá večeře a 67x studená večeře.

Graf 10 Spokojenost s množstvím podávané stravy

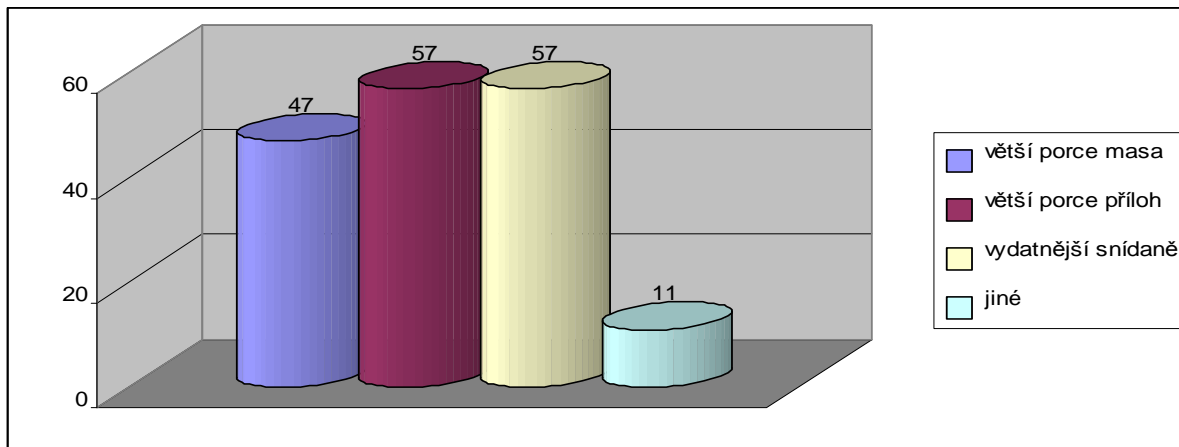
(graf k otázce č. 9)



S množstvím podávané stravy bylo velmi spokojeno 27 respondentů (21%), méně spokojeno 36 respondentů (28%), odpověď těžko říci označilo 39 respondentů (30%), méně spokojeno bylo 16 respondentů (12%) a velmi nespokojeno bylo 12 respondentů (9%) z celkového počtu 130 respondentů (100%).

Graf 11 Změny v množství podávané stravy zvyšující spokojenost pacientů

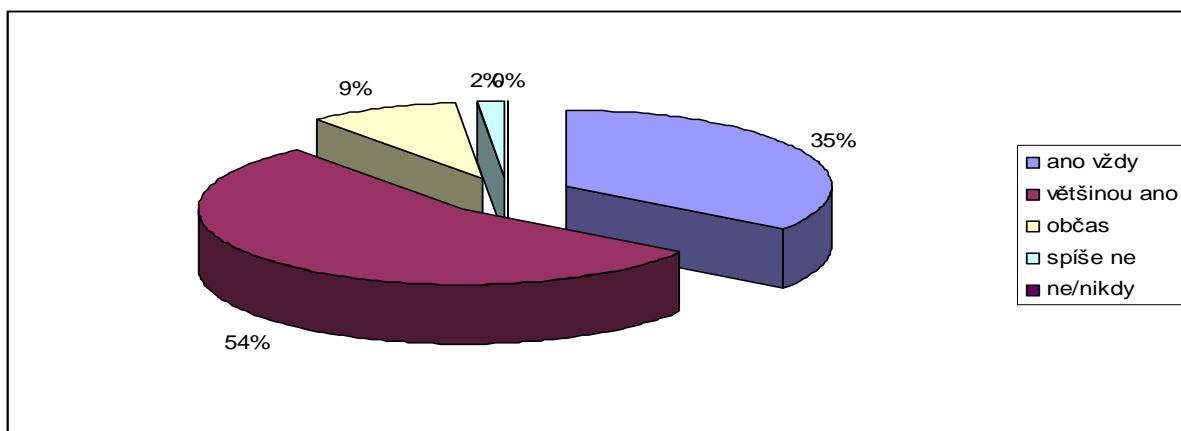
(graf k otázce č. 10)



Graf rozvíjí odpovědi „méně spokojen, těžko říci, spíše nespokojen a velmi nespokojen“ z grafu 10. Jako změna, která by zvýšila spokojenost respondentů v zaměření na množství podávané stravy byla při možnosti zvolit více odpovědí označena 47x možnost větší porce masa, 57x větší porce příloh, 57x vydatnější snídaně a 11x jiné. Mezi jiné uvedlo 7 respondentů svačiny a 4 respondenti uvedli větší porce omáček.

Graf 12 Spokojenost s teplotou podávané stravy

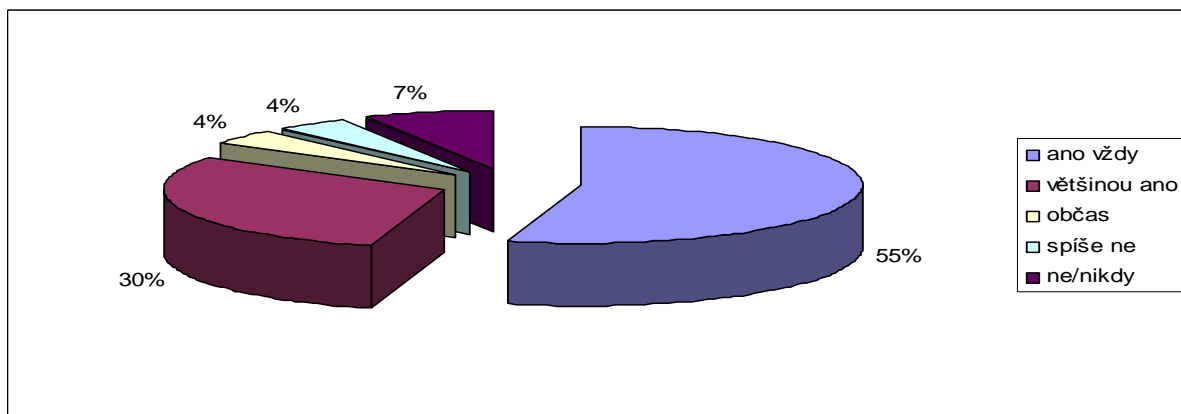
(graf k otázce č. 11)



Z celkového počtu 130 respondentů (100%) bylo s teplotou podávané stravy spokojeno vždy 45 respondentů (35%), většinou ano bylo spokojen 71 respondentů (54%), občas 12 respondentů (9%), spíše nespokojeni byli 2 respondenti (2%) a možnost ne/nikdy neoznačil žádný z respondentů.

Graf 13 Přihřátí stravy sestrou v případě potřeby

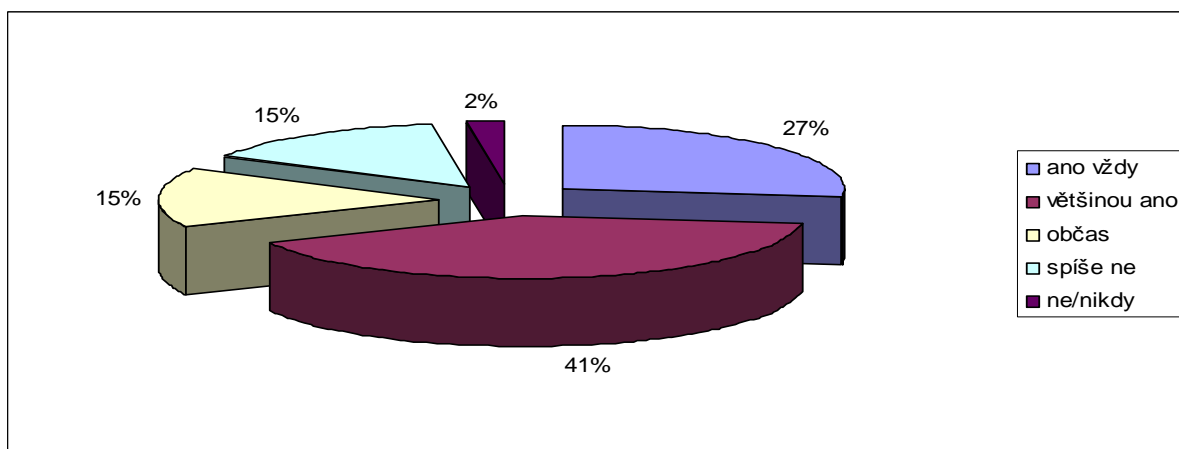
(graf k otázce č. 12)



Graf znázorňuje, zda přihřála sestra stravu, bylo-li to zapotřebí. Možnost ano vždy označilo z celkových 130 respondentů (100%), 51 respondentů (55%), většinou ano 28 respondentů (30%), občas 4 respondenti (4%), spíše ne 4 respondenti (4%) a možnost ne/ nikdy 7 respondentů (7%).

Graf 14 Zasyćení pacientů podávanou stravou

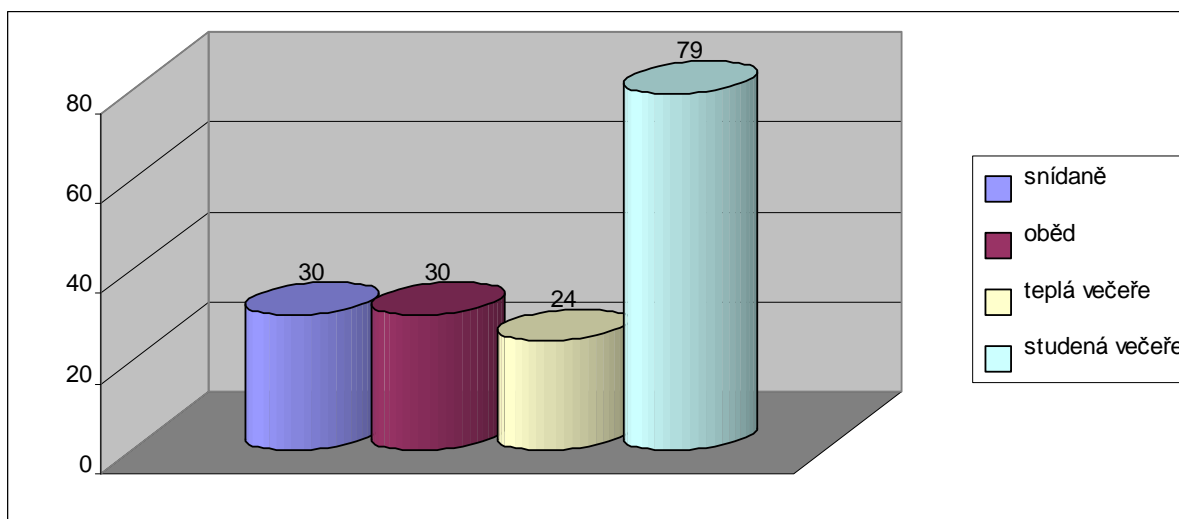
(graf k otázce č. 13)



Z grafu vyplývá, že zasyčeno se po jídle cítilo ze 130 respondentů (100%), vždy 35 respondentů (27%), většinou 53 respondentů (41%), občas 20 respondentů (15%), spíše ne 19 respondentů (15%) a nikdy se po jídle necítili sytí 3 respondenti (2%).

Graf 15 Jídlo, po kterém se pacienti necítí sytí

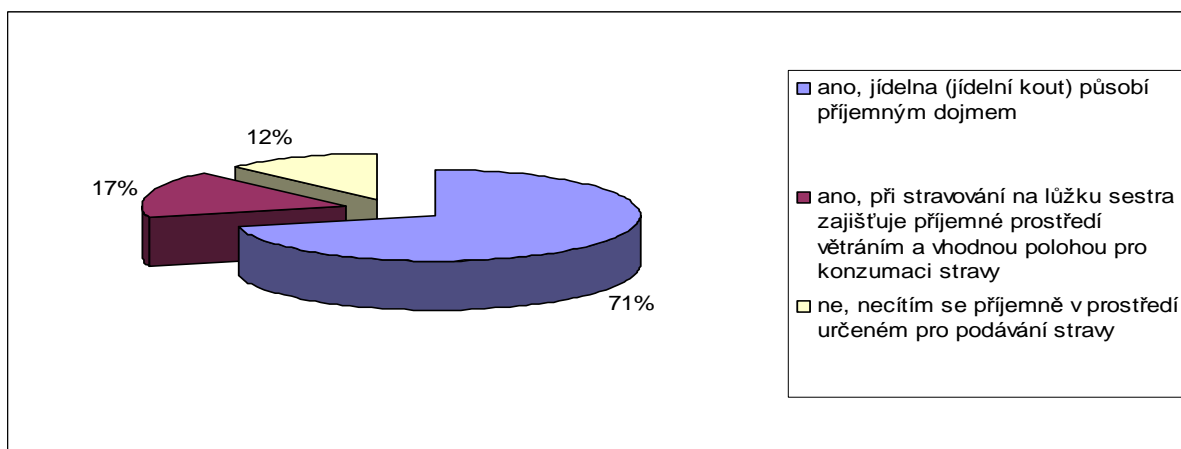
(graf k otázce č. 14)



Graf rozvíjí odpovědi „většinou ano, občas, spíše ne a ne/nikdy“ z grafu 14. Četnost jídel, po kterých se respondenti necítí sytí, je v grafu zastoupena snídaní 30x, obědem 30x, teplou večeří 24x a studenou večeří 79x a to při možnosti označit více jídel.

Graf 16 Spokojenost s prostředím určeným pro stravování

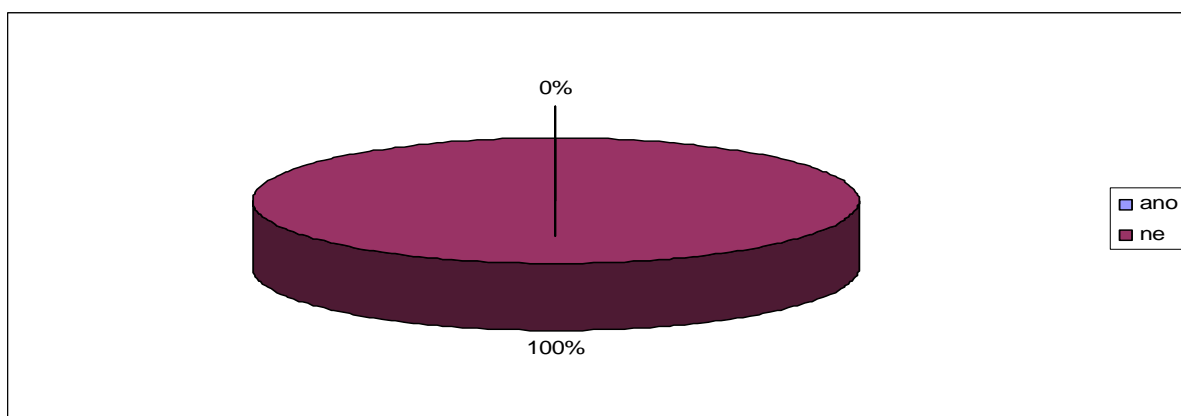
(graf k otázce č. 15)



Z grafu vyplývá, že 92 respondentů (71%) z celkových 130 (100%), označilo možnost ano, jídelna (jídelní kout) působí příjemným dojmem, 22 respondentů (17%) označilo možnost ano, při stravování na lůžku sestra zajišťuje příjemné prostředí větráním a vhodnou polohou pro konzumaci stravy a 16 respondentů (12%) označilo možnost ne, necítím se příjemně v prostředí určeném pro podávání stravy.

Graf 17 Umožnění výběru jiného jídla při zachování diety

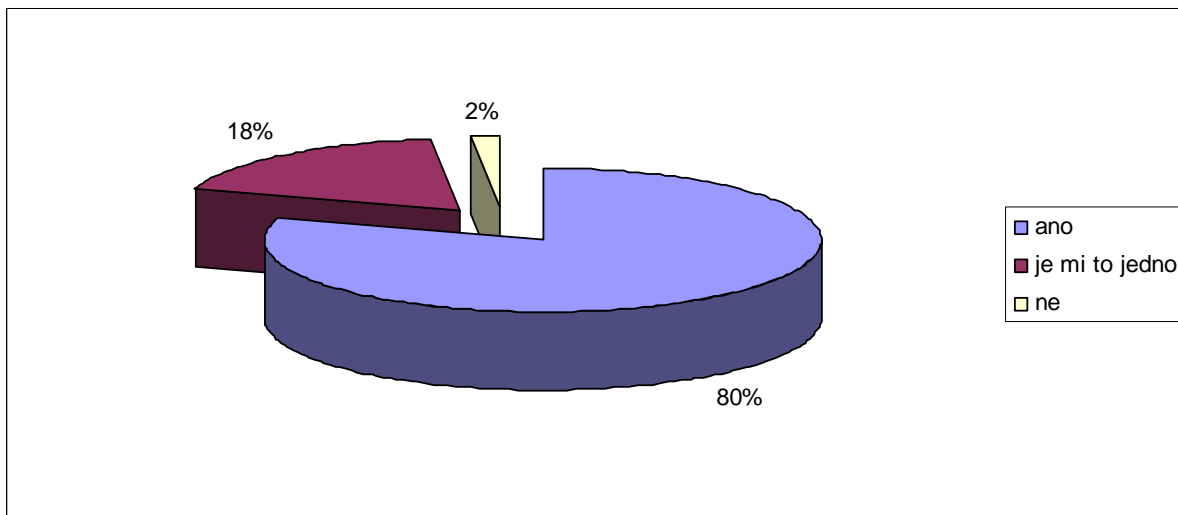
(graf k otázce č. 16)



Z grafu vyplývá že ze 130 respondentů (100%), žádný respondent (0%) neoznačil možnost ano a 130 respondentů (100%) označilo možnost ne, tedy nebylo jim umožněno vybrat si jiné jídlo při zachování dané diety.

Graf 18 Uvítání možnosti výběru jiného hlavního jídla při zachování diety

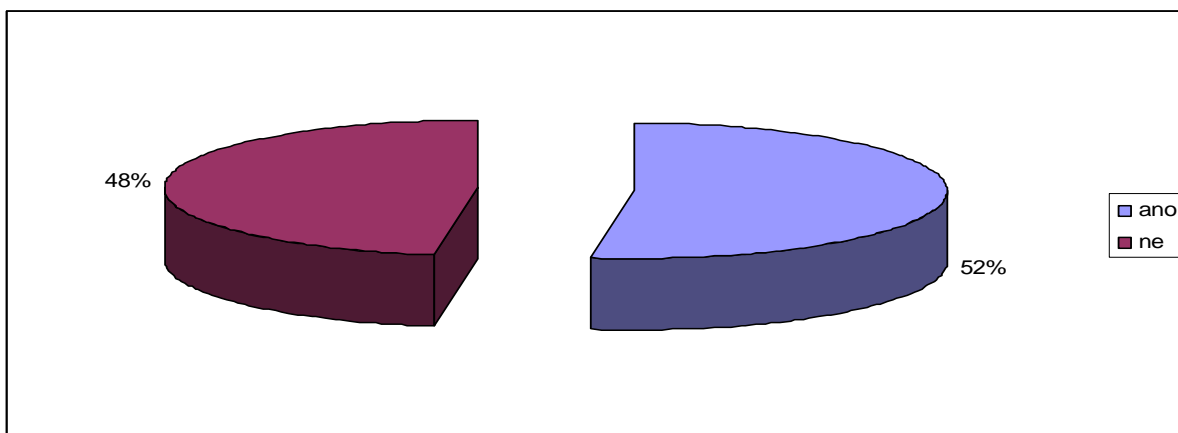
(graf k otázce č. 17)



Graf rozvíjí možnost „ne“ z grafu 17. Graf znázorňuje četnost odpovědí 130 respondentů (100%), kde 104 respondentů (80%) označilo možnost ano, 24 respondentů (18%) označilo možnost je mi to jedno a 2 respondenti (2%) označili možnost ne.

Graf 19 Chybění potravin nepodaných se stravou

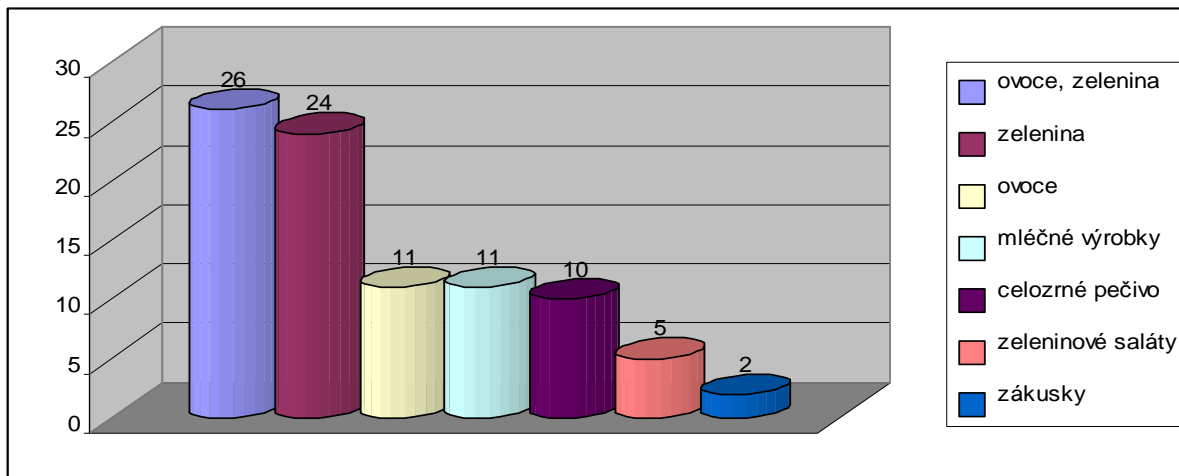
(graf k otázce č. 18)



Z grafu vyplývá, že ze 130 respondentů (100%), 68 respondentů (52%) označilo možnost ano, tedy postrádá některé potraviny v nemocniční stravě a 62 respondentů (48%) označilo možnost ne, tudíž žádné potraviny nepostrádá.

Graf 20 Chybějící potraviny

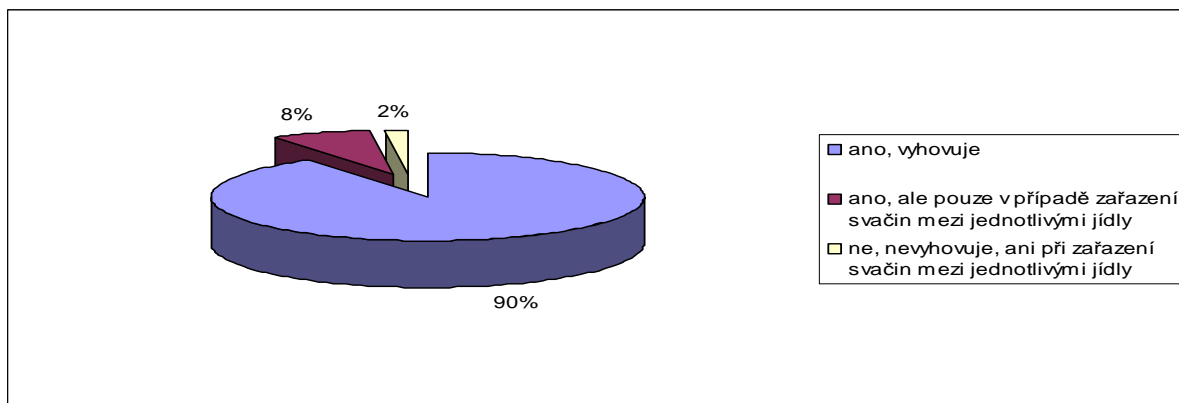
(graf k otázce č. 18)



Graf rozvíjí možnost „ano“ z grafu 19. Graf znázorňuje četnost odpovědí při možnosti označení více odpovědí, kde jsou ovoce a zelenina zastoupeny 26x, zelenina 24x, ovoce 11x, mléčné výrobky 11x, celozrnné pečivo 10x, zeleninové saláty 5x a zákusky 2x.

Graf 21 Spokojenost s dobou podávání stravy

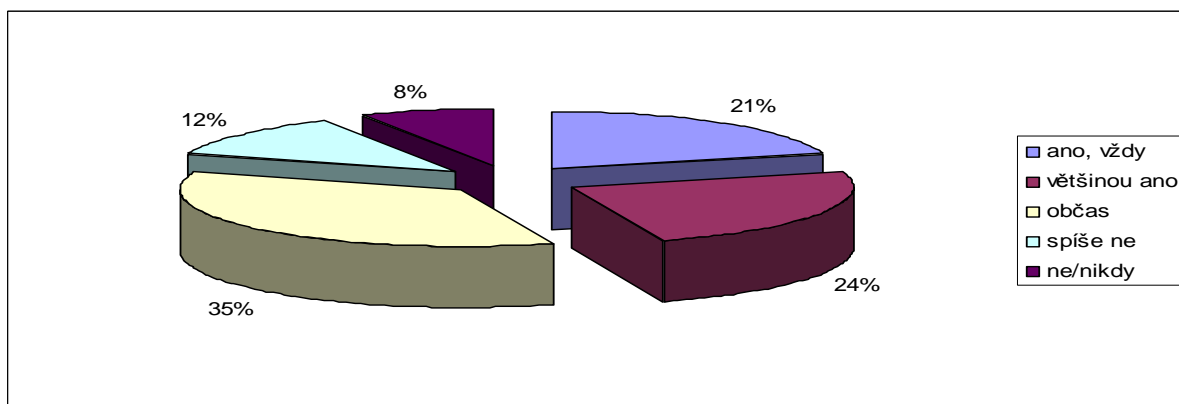
(graf k otázce č. 19)



Z celkového počtu 130 respondentů (100%), označilo možnost ano, která vyhovuje 118 respondentům (90%), možnost ano, ale pouze v případě zařazení svačin mezi jednotlivými jídly 10 respondentům (8%) a možnost ne, nevyhovuje ani při zařazení svačin mezi jednotlivými jídly označili 2 respondenti (2%).

Graf 22 Obstarávání si potravin nad rámec podávané stravy

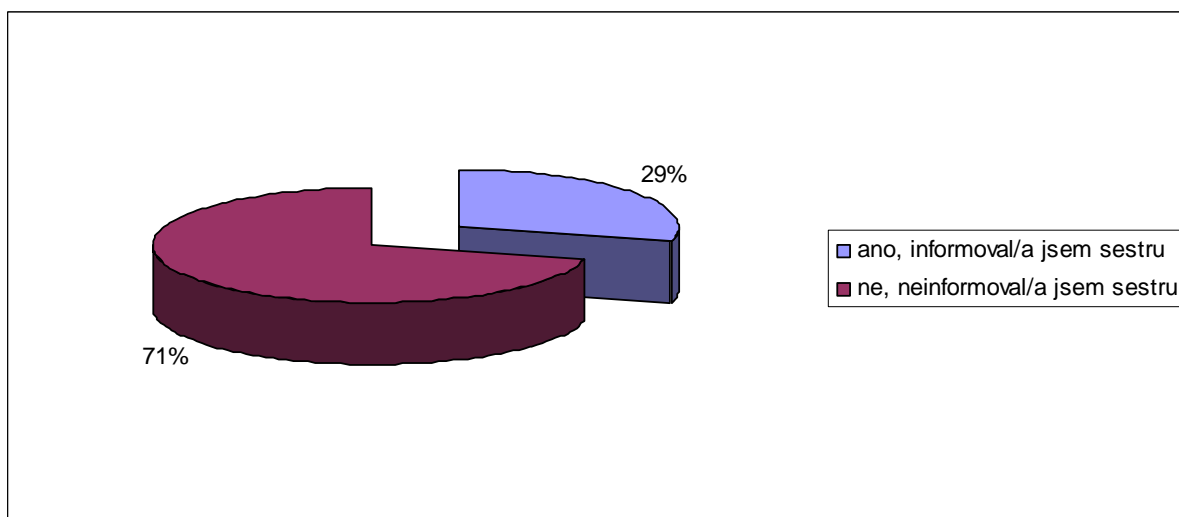
(graf k otázce č. 20)



Z grafu vyplývá, že mimo nemocniční zařízení si obstarává stravu ze 130 respondentů (100%), vždy 27 respondentů (21%), většinou ano 31 respondentů (24%), občas 46 respondentů (35%), spíše ne 16 respondentů (12%) a nikdy 10 respondentů (8%).

Graf 23 Informování sestry o obstaraných potravinách

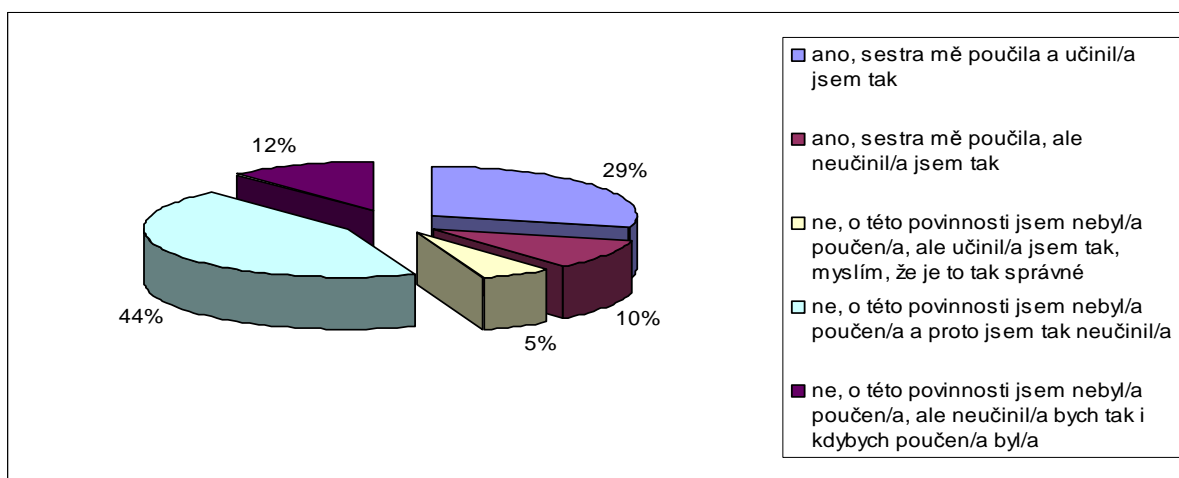
(graf k otázce č. 21)



Z grafu vyplývá, že z celkových 130 respondentů sestru o obstaraných potravinách informovalo 38 (29%) a 92 (71%) sestru neinformovalo.

Graf 24 Poučení o nutnosti informovat sestru o obstaraných potravinách

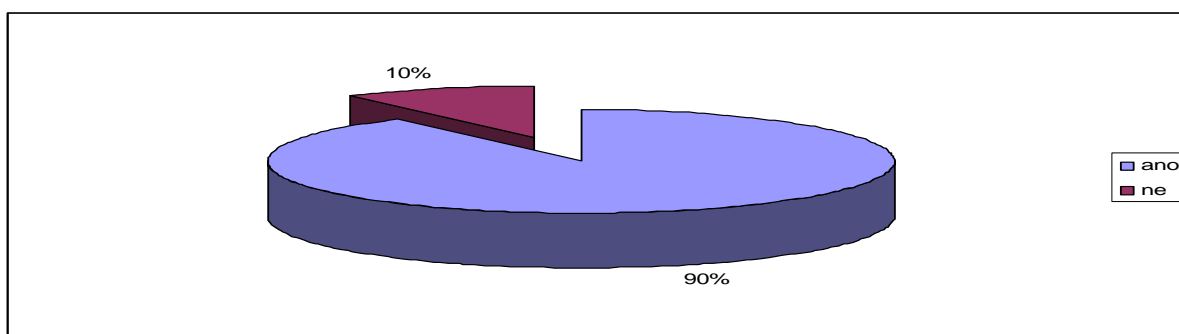
(graf k otázce č. 22)



Z tohoto grafu vyplývá že z celkového počtu 130 respondentů (100%) uvedlo 38 (29%), že bylo sestrou poučeno, a proto jí o obstaraných potravinách informovali, 13 respondentů (10%) bylo také sestrou poučeno, ale neinformovali ji, 7 respondentů (5%) nebylo sestrou poučeno, ale učinili tak, protože si myslí, že je to tak správné, 57 respondentů (44%) nebylo sestrou poučeno, a proto tak neučinili a 15 respondentů (12%) také nebylo poučeno o této povinnosti, ale neučinili by tak, i kdyby je sestra poučila.

Graf 25 Přání změny v oblasti stravování

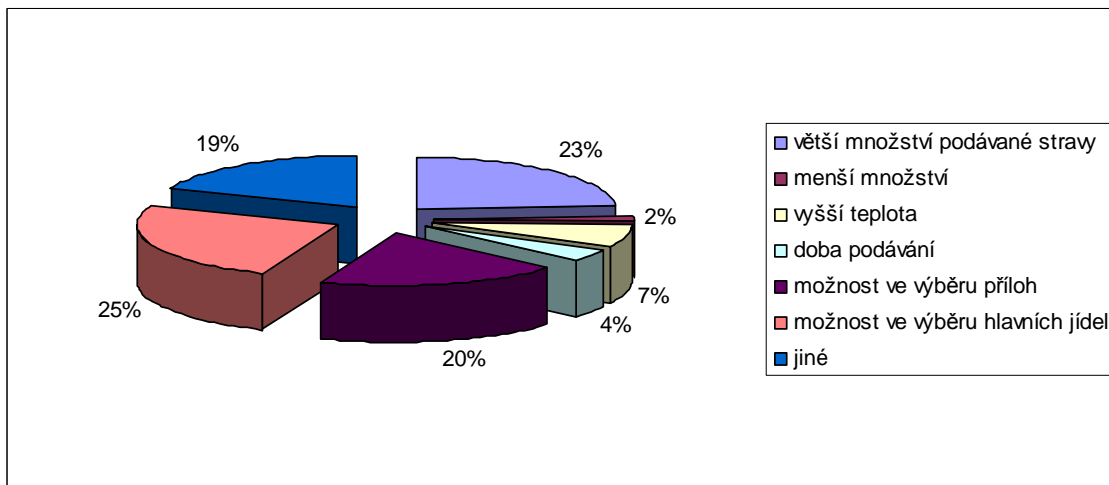
(graf k otázce č. 23)



Z grafu vyplývá, že z celkového počtu 130 respondentů (100%), by si 117 respondentů (90%) přálo změny v oblasti stravování a 13 respondentů (10%) si tyto změny nepřeje.

Graf 26 Změny v oblasti stravování

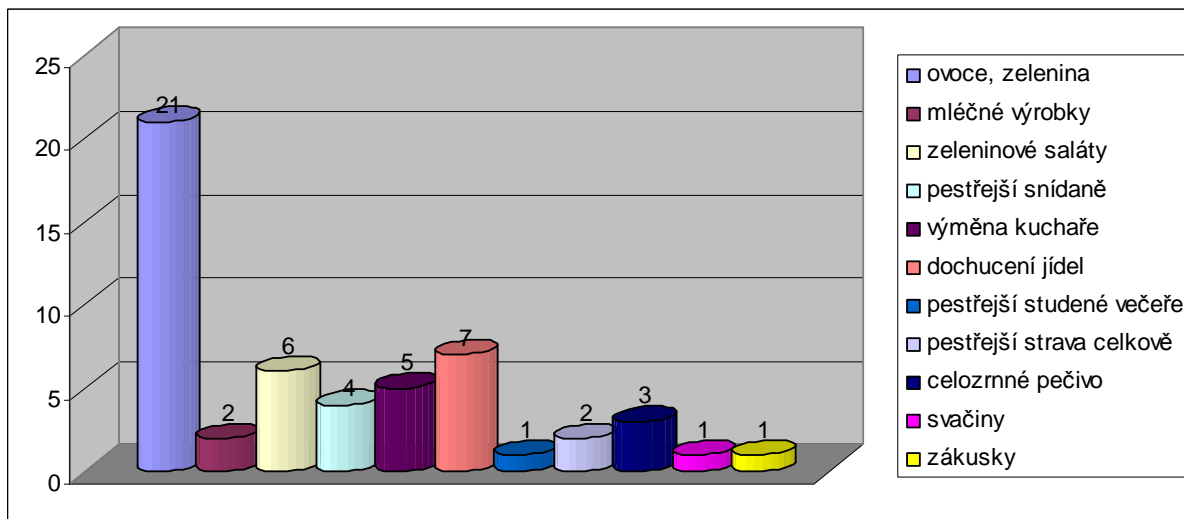
(graf k otázce č. 24)



Graf rozvíjí možnost „ano“ z grafu 25. Graf znázorňuje, že větší množství podávané stravy si přeje 66 respondentů (23%), menší množství 5 respondentů (2%), vyšší teplotu 20 respondentů (7%), změnit dobu podávání 11 respondentů (4%), možnost ve výběru příloh 56 respondentů (20%), možnost ve výběru hlavních jídel 70 respondentů (25%) a možnost jiné označilo 53 respondentů (19%), při možnosti označit z nabídnutých nebo doplnit zároveň do kolonky jiné.

Graf 27 Navržené možnosti změn

(graf k otázce č. 24)

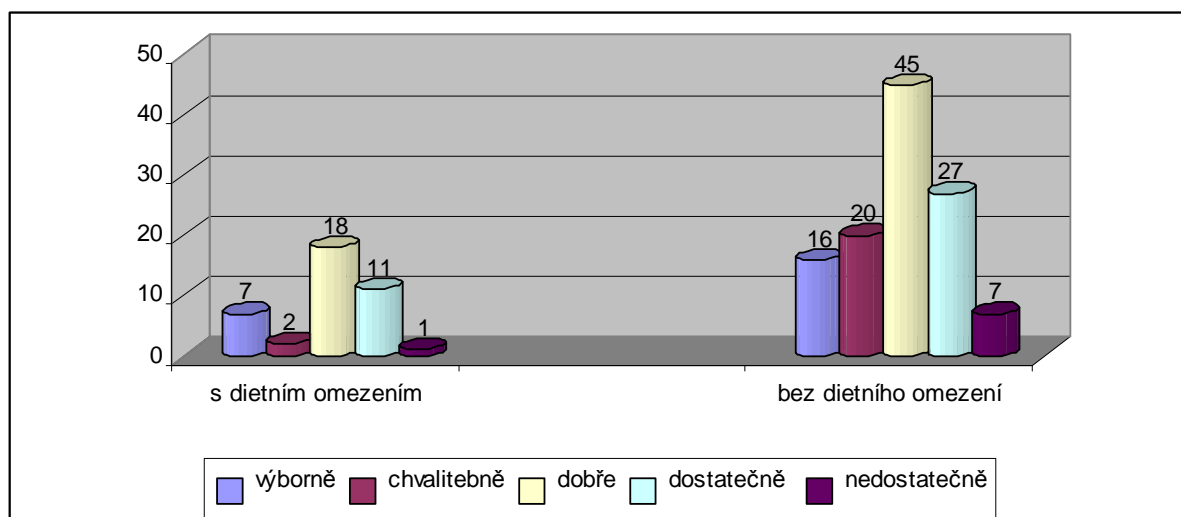


Graf rozvíjí možnost „jiné“ z grafu 26. Navržené možnosti na změny v oblasti stravování jsou v grafu při možnosti označení dané odpovědi i možnosti jiné, zastoupeny 21x ovocem a zeleninou, 2x mléčnými výrobky, 6x zeleninovými saláty, 4x pestřejšími snídaněmi, 5x výměnou kuchaře, 7x dochucením jídel, 1x pestřejšími studenými večeřemi, 2x pestřejší stravou celkově, 3x celozrnným pečivem, 1x svačinami a 1x zákusky.

4.2 Výsledky z dotazníků s porovnáním

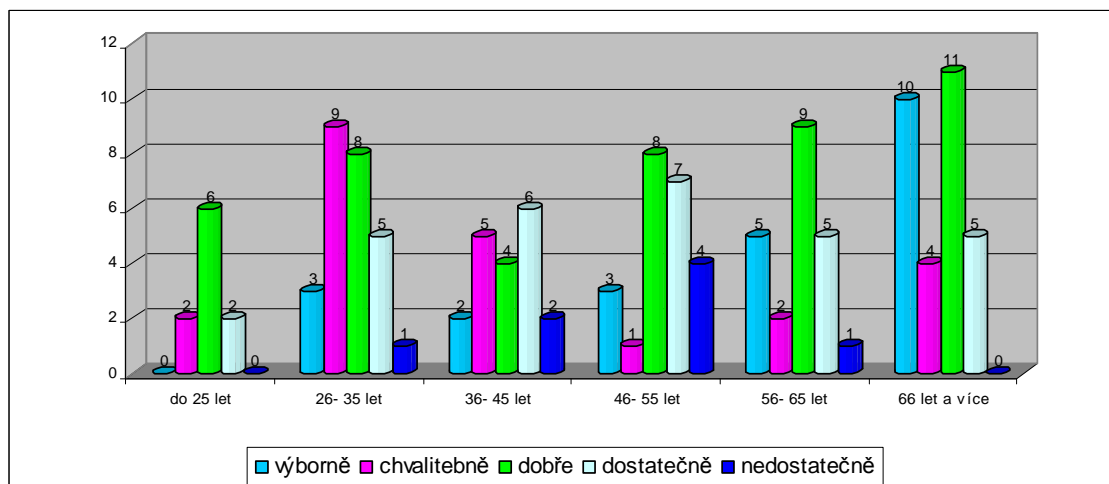
(Zdroj: Vlastní výzkum)

Graf 28 Porovnání spokojenosti s chutí stravy s dietním a bez dietního omezení



Graf znázorňuje, že z počtu 39 respondentů (100%), kteří měli lékařem stanovené dietní opatření, uvedlo 7 (18%) chuť podávané stravy jako výbornou, 2 respondenti (5%) jako chvalitebnou, 18 (46%) jako dobrou, 11 (28%) jako dostatečnou a 1 respondent (3%) uvedl chuť podávané stravy jako nedostatečnou. Z počtu 91 respondentů (100%), kteří neměli lékařem stanovené dietní opatření, uvedlo 16 (14%) chuť podávané stravy jako výbornou, 20 (17%) jako chvalitebnou, 45 (40%) jako dobrou, 27 (23%) jako dostatečnou a 7 respondentů (6%) jako nedostatečnou.

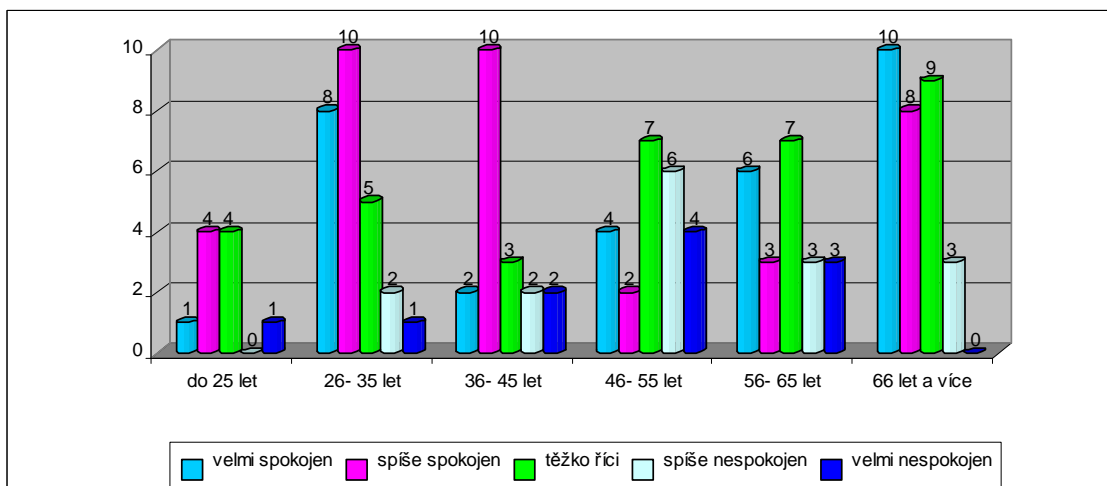
Graf 29 Porovnání spokojenost s chutí stravy dle věkových kategorií



Graf znázorňuje spokojenost s chutí podávané stravy při porovnání věkových kategorií, kdy z celkového počtu 10 respondentů (100%), kteří byli ve věkové kategorii do 25 let neoznačil žádný respondent (0%) možnost výborně, 2 respondenti (20%) označili možnost chvalitebně, 6 respondentů (60%) dobře, 2 respondenti (20%) dostatečně a žádný respondent (0%) možnost nedostatečně. Z celkového počtu 26 respondentů (100%) ve věkové kategorii 26-35 let uvedli 3 respondenti (12%) možnost výborně, 9 (34%) chvalitebně, 8 (31%) dobře, 5 (19%) dostatečně a 1 respondent (4%) uvedl možnost nedostatečně. Z celkového počtu 19 respondentů (100%) ve věkové kategorii 36-45 let uvedli 2 respondenti (11%) možnost výborně, 5 respondentů (26%) chvalitebně, 4 respondenti (21%) dobře, 6 respondentů (31%) dostatečně a 2 respondenti (11%) označili možnost nedostatečně. Z celkového počtu 23 respondentů (100%) ve věkové kategorii 46-55 let uvedli 3 respondenti (13%) možnost výborně, 1 respondent (4%) chvalitebně, 8 respondentů (36%) dobře, 7 respondentů (30%) dostatečně a 4 respondenti (17%) uvedlo možnost nedostatečně. Z celkového počtu 22 respondentů (100%) ve věkové kategorii 56-65 let uvedlo 5 respondentů (23%) možnost výborně, 2 respondenti (9%) možnost chvalitebně, 9 respondentů (40%) možnost dobře, 5 respondentů (23%) možnost dostatečně a 1 respondent (5%) uvedl možnost nedostatečně. Z celkového počtu 30 respondentů (100%) ve věkové kategorii 66 let a více uvedlo 10 respondentů (33%) možnost výborně, 4 respondenti (13%)

možnost chvalitebně, 11 respondentů (37%) možnost dobře, 5 respondentů (17%)
možnost dostatečně a žádný respondent (0%) nevedl možnost nedostatečně.

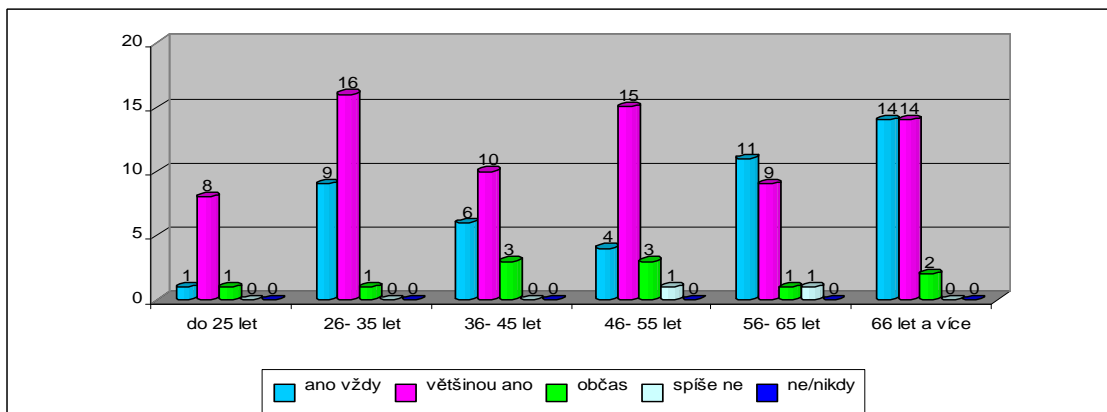
Graf 30 Porovnání spokojenost s množstvím stravy dle věkových kategorií



Graf znázorňuje spokojenost s množstvím podávané stravy při porovnání věkových kategorií, kdy z celkového počtu 10 respondentů (100%), kteří byli ve věkové kategorii do 25 let odpověděl 1 respondent (10%), že byl s množstvím stravy velmi spokojen, 4 respondenti (40%) spíše spokojeno, 4 respondenti (40%) uvedli možnost těžko říci, žádný respondent (0%) neuvedl, že byl spíše nespokojen a 1 respondent (10%) uvedl, že byl s množstvím podávané stravy velmi nespokojen. Z celkového počtu 26 respondentů (100%), kteří byli ve věkové kategorii od 26-35 let odpovědělo 8 respondentů (31%), že byli se stravou velmi spokojeni, 10 respondentů (38%) spíše spokojeni, 5 respondentů (19%) uvedlo možnost těžko říci, 2 respondenti (8%) spíše nespokojeni, 1 respondent (4%) uvedl možnost spíše nespokojen. Z celkového počtu 19 respondentů (100%), kteří byli ve věkové kategorii 36-45 let odpověděli 2 respondenti (11%), že byli s množstvím podávané stravy velmi spokojeni, 10 respondentů (52%) spíše spokojeni, 3 respondenti (15%) uvedli možnost těžko říci, 2 respondenti (11%) spíše nespokojeni a 2 respondenti (11%) byli s množstvím podávané stravy velmi nespokojeni. Z celkového počtu 23 respondentů (100%), kteří byli ve věkové kategorii 46-55 let odpověděli 4 respondenti (17%), že byli s množstvím podávané stravy velmi spokojeni, 2 respondenti (9%) spíše spokojeni, 7 respondentů (31%) uvedlo možnost těžko říci, 6 respondentů (26%) bylo spíše nespokojeno a 4 respondenti (17%) byli s množstvím podávané stravy velmi nespokojeni. Z celkového počtu 22 respondentů (100%), kteří byli ve věkové kategorii 56-65 let odpovědělo 6 respondentů (27%), že

bylo s množstvím podávané stravy velmi spokojeno, 3 respondenti (14%) spíše spokojeni, 7 respondentů (31%) uvedlo možnost těžko říci a možnost spíše nespokojen a velmi nespokojen uvedl stejný počet respondentů, tedy 3 (14%). Z celkového počtu 30 respondentů (100%), kteří byli ve věkové kategorii 66 let a více odpověděl 10 respondentů (33%), že bylo s množstvím podávané stravy velmi spokojeno, 8 respondentů (27%) spíše spokojeno, 9 respondentů (30%) uvedlo možnost těžko říci, 3 respondenti (10%) možnost spíše nespokojeno a žádný respondent (0%) neuvedl možnost velmi nespokojen.

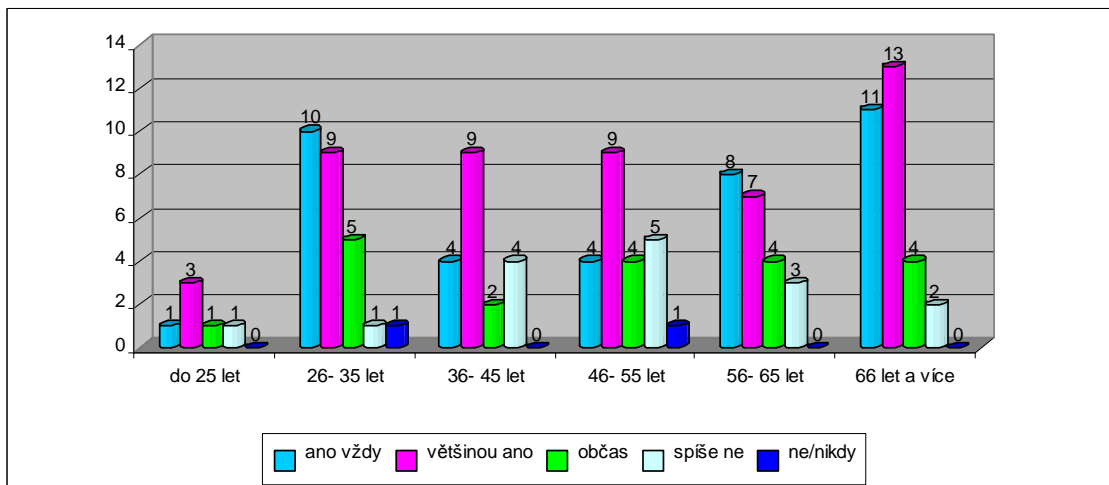
Graf 31 Porovnání spokojenost s teplotou stravy dle věkových kategorií



Graf znázorňuje spokojenost s teplotou podávané stravy při porovnání věkových kategorií, kdy z celkového počtu 10 respondentů (100%), kteří byli ve věkové kategorii do 25 let odpověděl 1 respondent (10%), že byl spokojen s teplotou podávané stravy vždy, 8 respondentů (80%) většinou ano, 1 respondent (10%) byl spokojen občas a možnost spíše ne a ne/nikdy, neuvedl žádný z respondentů (0%). Z celkového počtu 26 respondentů (100%), kteří byli ve věkové kategorii 26-35 let uvedlo 9 respondentů (35%) možnost ano vždy, 16 respondentů (61%) většinou ano, 1 respondent (4%) občas a možnost spíše ne a ne/nikdy neuvedl žádný z respondentů (0%). Z celkového počtu 19 respondentů (100%), kteří byli ve věkové kategorii 36-45 let uvedlo 6 respondentů (32%) možnost ano vždy, 10 respondentů (52%) většinou ano, 3 respondenti (16%) občas a možnost spíše ne a ne/nikdy neuvedl žádný z respondentů (0%). Z celkového počtu 23 respondentů (100%), kteří byli ve věkové kategorii 46-55 let uvedli 4 respondenti (17%) možnost ano vždy, 15 respondentů (66%) většinou ano, 3 respondenti (13%) občas, 1 respondent (4%) spíše ne a možnost ne/nikdy neuvedl žádný z respondentů (0%). Z celkového počtu 22 respondentů (100%), kteří byli ve věkové kategorii 56-65 let uvedlo 11 respondentů (49%) možnost ano vždy, 9 respondentů (41%) většinou ano, 1 respondent (5%) občas, 1 respondent (5%) spíše ne a možnost ne/nikdy neuvedl žádný z respondentů (0%). Z celkového počtu 30 respondentů (100%), kteří byli ve věkové kategorii 66 let a více uvedlo 14 respondentů (46%) možnost ano vždy, 14 respondentů (47%) většinou ano,

2 respondenti (7%) občas a možnost spíše ne a ne/nikdy neuvedl žádný z respondentů (0%).

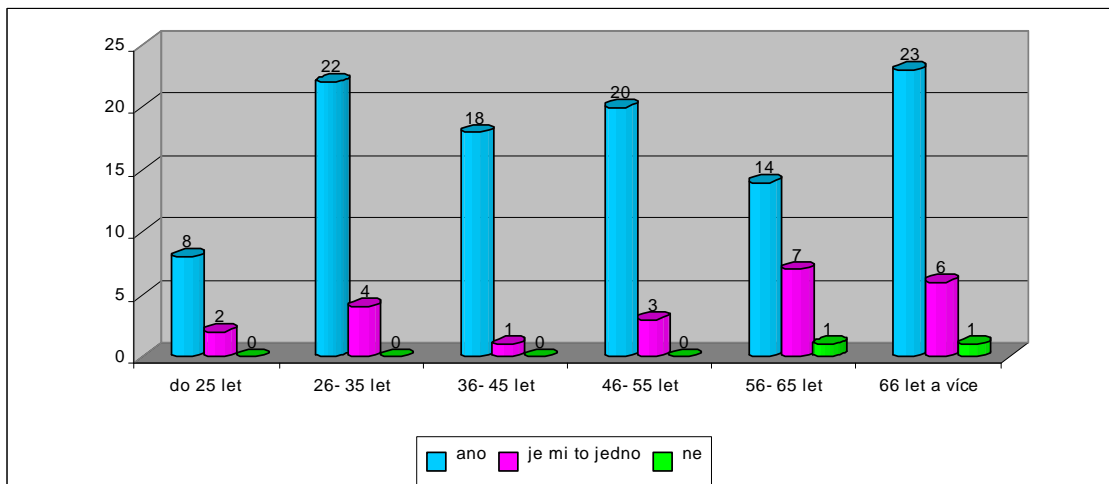
Graf 32 Porovnání spokojenosti se zasycením jednotlivými porcemi dle věkových kategorií



Graf znázorňuje spokojenost se zasycením jednotlivými podávanými jídly při porovnání věkových kategorií, kdy z celkového počtu 10 respondentů (100%), kteří byli ve věkové kategorii do 25 let odpověděl 1 respondent (17%), že byl spokojen s teplotou podávané stravy vždy, 3 respondenti (49%) většinou ano, 1 respondent (17%) většinou ano, 1 respondent (17%) spíše ne a žádný respondent (0%) nevedl možnost ne/nikdy. Z celkového počtu 26 respondentů (100%), kteří byli ve věkové kategorii 26-35 let odpovědělo 10 respondentů (38%), že byl spokojen s teplotou podávané stravy vždy, 9 respondentů (35%) většinou ano, 5 respondentů (19%) většinou ano, 1 respondent (4%) spíše ne a 1 respondent (4%) uvedl možnost ne/nikdy. Z celkového počtu 19 respondentů (100%), kteří byli ve věkové kategorii 36-45 let odpověděli 4 respondenti (21%), že byli spokojeni s teplotou podávané stravy vždy, 9 respondentů (47%) většinou ano, 2 respondenti (11%) většinou ano, 4 respondenti (4%) spíše ne a žádný respondent (0%) nevedl možnost ne/nikdy. Z celkového počtu 23 respondentů (100%), kteří byli ve věkové kategorii 46-55 let odpověděli 4 respondenti (17%), že byli spokojeni s teplotou podávané stravy vždy, 9 respondentů (40%) většinou ano, 4 respondenti (17%) většinou ano, 5 respondentů (22%) spíše ne a 1 respondent (4%) uvedl možnost ne/nikdy. Z celkového počtu 22 respondentů (100%), kteří byli ve věkové kategorii 56-65 let odpovědělo 8 respondentů (36%), že byli spokojeni s teplotou podávané stravy vždy, 7 respondentů (32%) většinou ano, 4 respondenti

(18%) většinou ano, 3 respondenti (14%) spíše ne a žádný respondent (0%) neuvedl možnost ne/nikdy. Z celkového počtu 30 respondentů (100%), kteří byli ve věkové kategorii 66 let a více odpovědělo 11 respondentů (37%), že byli spokojeni s teplotou podávané stravy vždy, 13 respondentů (43%) většinou ano, 4 respondenti (13%) většinou ano, 2 respondenti (7%) spíše ne a žádný respondent (0%) neuvedl možnost ne/nikdy.

Graf 33 Uvítání možnosti výběru



Graf znázorňuje uvítání možnosti výběru jiného jídla z jídelního lístku při zachování naordinované diety lékařem při porovnání věkových kategorií. Z celkového počtu 10 respondentů (100%), kteří byli ve věkové skupině do 25 let, uvedlo 8 respondentů (80%) možnost ano, 2 respondenti (20%) možnost je mi to jedno a žádný respondent (0%) neuvedl možnost ne. Z celkového počtu 26 respondentů (100%), kteří byli ve věkové skupině 26- 35 let, uvedlo 22 respondentů (85%) možnost ano, 4 respondenti (15%) možnost je mi to jedno a žádný respondent (0%) neuvedl možnost ne. Z celkového počtu 19 respondentů (100%), kteří byli ve věkové skupině 36- 45 let, uvedlo 18 respondentů (95%) možnost ano, 1 respondent (5%) možnost je mi to jedno a žádný respondent (0%) neuvedl možnost ne. Z celkového počtu 23 respondentů (100%), kteří byli ve věkové skupině 46- 55 let, uvedlo 20 respondentů (87%) možnost ano, 3 respondenti (13%) možnost je mi to jedno a žádný respondent (0%) neuvedl možnost ne. Z celkového počtu 22 respondentů (100%), kteří byli ve věkové skupině 56- 65 let, uvedlo 14 respondentů (63%) možnost ano, 7 respondentů (32%) možnost je mi to jedno a 1 respondent (5%) uvedl možnost ne. Z celkového počtu 30 respondentů (100%), kteří byli ve věkové skupině 66 let a více, uvedlo 23 respondentů (77%) možnost ano, 6 respondentů (20%) možnost je mi to jedno a 1 respondent (3%) uvedl možnost ne.

5. Diskuze

Cílem práce bylo zjistit požadavky pacientů/klientů hospitalizovaných v nemocničních zařízeních na změny v systému stravování, zmapování spokojenosti s podávanou stravou a zjištění, zda-li strava podávaná v nemocničních zařízeních odpovídá jejich potřebám.

Dotazník obsahoval 24 otázek. Rozdány byly po odsouhlasení hlavní sestrou Nemocnice Strakonice, a.s. a kontaktování vrchních a následně staničních sester jednotlivých oddělení. Dotazníky byly distribuovány na oddělení interní, chirurgické a gynekologické pro pacienty/klienty všech věkových kategorií. Bylo rozdáno 200 dotazníků, z nichž výsledná návratnost tvořila po vyřazení chybně nebo neúplně vyplněných dotazníků velmi uspokojivých 80%.

Pro výzkumné šetření bylo stanoveno 6 hypotéz. H1: Klienti hospitalizovaní v nemocničních zařízeních by uvítali změnu skladby stravy, H2: Klienti hospitalizovaní v nemocničních zařízeních by ocenili možnost výběru stravy, H3: Klienti nejsou spokojeni s podávanou stravou, H4: Klienti mají rozdílné nároky na podávanou stravu dle věkových kategorií, H5: Klienti hodnotí stravu jako nedostačující jejich potřebám, H6: Klienti mají potřebu obstarávat si stravu mimo nemocniční zařízení.

První část dotazníku obsahovala otázky zaměřené na pohlaví, věk, nejvyšší dosažené vzdělání a dobu hospitalizace na nynějším oddělení nemocničního zařízení. Následující otázky měly za úkol potvrdit nebo vyvrátit dané stanovené hypotézy.

Z vyhodnocených výsledků vyplývá, že z celkového počtu 130 respondentů bylo 58 (45%) mužů a 72 (55%) žen, znázorněno v grafu 4. Nejméně respondentů, tedy 9 (7%), bylo ve věku do 25 let, ve věku 26-35 bylo 27 respondentů (21%), 36-45 let bylo 18 respondentů (14%), 46-55 let 23 respondentů (18%), 55-65 let 22 respondentů (17%) a nejpočetnější skupinu respondentů, tedy 31 (23%) tvořila věková kategorie 66 let a více. Získané výsledky potvrzují skutečnost, že mladí lidé netvoří tak početnou skupinu pacientů/klientů hospitalizovaných v nemocničních zařízeních na rozdíl od osob vyššího věku, kteří bývají hospitalizováni častěji z důvodu vyššího výskytu onemocnění ať akutních či chronických, vyžadujících vyšší nároky na ošetrovatelskou péči se zaměřením na zajištění výživy z důvodu vyššího rizika vzniku malnutrice.

Důvodem, proč by se sestra měla výživou u pacientů- seniorů zabývat více nežli u mladých pacientů je jejich snížení chuti k jídlu a dodržování zvyků z domácího prostředí, které se s racionální vyváženou stravou velmi často v mnoha faktorech neslučují. Toto tvrzení ostatně potvrzují i Grofová (9) a Trachtová (25), které uvádí, že energetické nároky organismu se ve stáří snižují. Jedná se o snížení zapříčiněné poklesem bazálního metabolismu ovlivněné věkem. Sestra ve spolupráci s nutričním terapeutem přizpůsobuje výživu geriatrickým pacientům s přihlédnutím na funkční výkonnost organismu a výskyt chronických onemocnění. Šafránková a Nejedná (22) však také uvádí, že je nutné přihlížet v léčbě i ošetřování ke specifickým příznakům a potřebám pacientů se zajištěním vysoce profesionální, odborné, ale i lidské péče.

Hypotéza 1- Klienti hospitalizovaní v nemocničních zařízeních by uvítali změnu skladby stravy.

Hypotézu 1 jsme ověřovali otázkami v dotazníku č. 18, 23 a 24. Z otázky č. 18 vyplývá, že z celkového počtu 130 respondentů 68 (52%) označilo možnost ano, tedy postrádá některé potraviny v nemocniční stravě a 62 (48%) označilo možnost ne, tedy žádné potraviny nepostrádá. Výsledky poukazují na fakt, že pacienti v nemocničních zařízeních opravdu nejsou zcela spokojeni s podávanou stravou a rádi by, kdyby strava obsahovala poněkud pestřejší škálu podávaných potravin. Z potravin udávaných respondenty byla nejčastěji uvedena možnost přídavků v podobě ovoce a zeleniny zastoupená 26x, zeleniny 24x, mléčných výrobků 11x, celozrnného pečiva 10x, zeleninových salátů 5x a zákusků, které byli uvedeny 2x. Je logické, že každý jedinec má jiné nároky na stravu a z výsledků je zřejmé, že i pacienti/klienti se v názorech liší. Ovoce, zelenina a mléčné výrobky však spadají mezi potraviny běžně konzumované a které našemu organismu ve většině případů prospívají, netrpíme-li onemocněním, jež tyto složky zakazuje, a proto by se dle mého názoru v nemocniční stravě měly bezpodmínečně objevit. Nelze se proto divit, že pacientům/klientům tyto potraviny v podávané stravě chybí. Je však otázkou, zda-li zdravotnický management dokáže zajistit finance pro zorganizování takto nákladných změn v době ve které je finanční situace našeho zdravotnictví již tak dosti nejistá. Sestry i veškerý nemocniční personál

jsou stále více nuceni k šetření a ekonomickému smýšlení ve všech směrech. Avšak při podrobném zamyšlení se nad touto problematikou by cíl této změny dle mého názoru zdravotnickému zařízení přinesl spíše pozitivní výsledky těchto změn ve smyslu snížení nákladů na zdravotnickou péči. Ovoce a zelenina jsou přeci nejdůležitějším zdrojem vitamínů, minerálů a prvků potřebných k fyziologickému hojení ran a tím i kratší hospitalizaci, rekonvalescenci a úspoře nákladů.

Otázka č. 23 měla za cíl zjistit, zda-li by si pacienti přáli nějaké změny v oblasti stravování. 117 respondentů (90%) zvolilo možnost ano, přálo si změny v oblasti stravování a 13 respondentů (10%) zvolilo možnost ne a tyto změny si nepřálo. Četnost změn, které by si pacienti přáli, byla v otázce č. 24 zastoupena vysokým počtem odpovědí ať již zvolením nabídnuté možnosti, nebo doplněním do kolonky jiné. Označení možnosti výběru hlavních jídel při zachování diety bylo provedeno 70krát (31%), 66krát (29%) byla zvolena možnost-větší množství podávané stravy, 56krát (24%) možnost výběru příloh a pouze v pěti případech (2%) se respondentům zdály porce zbytečně velké. U možnosti, kdy pacienti měli sami uvést, jaké změny ve stravování by si přáli, odpovědi korespondovaly ve většině případů s odpověďmi na otázky z dotazníku č. 18 týkajících se chybějících potravin. Je tedy zřejmé, že pacienti by opravdu ocenili, kdyby se stravou dostávali alespoň občas nějaký ten přídavek v podobě ovoce, zeleniny nebo mléčných výrobků. Překvapivé však bylo zjištění, že v pěti případech byli respondenti natolik nespokojeni s podávanou stravou, že jediné možné řešení viděli ve výměně kuchaře. Uvedení této možnosti však nutí k zamyšlení nad změnou provozních postupů v kuchyni nemocničního zařízení. Pacienti mají přeci právo na vyváženou stravu a mezi tu bezesporu ovoce, zelenina i mléčné výrobky patří.

Hypotéza 1, zda-li by klienti hospitalizovaní v nemocničních zařízeních uvítali změnu skladby stravy se potvrdila.

Hypotéza 2 Klienti hospitalizovaní v nemocničních zařízeních by ocenili možnost výběru stravy.

Hypotézu 2 jsme ověřovali otázkami z dotazníku č. 16, 17 a 24, které se týkaly umožnění výběru jiného jídla z jídelního lístku při zachování stávající diety, a návrhu pro případné změny v oblasti stravování. V případě výzkumného šetření bylo již z počátku zřejmé potvrzení naší hypotézy týkající se možnosti výběru stravy. Z vlastní praxe totiž vím, že pacienti/klienti se velice často dotazují na tuto možnost, avšak ne všechna nemocniční zařízení ji pacientů/klientům poskytují. Setkali jsem se i s názorem, že jestliže „si platím“ za hospitalizaci, proč se musím řídit jídelním lístkem a nemohu si jídlo vybrat dle vlastního přání? Tato poznámka opravdu nabádá k zamyšlení a nemocniční zařízení by se v rámci komplexního uspokojování potřeb pacientů/klientů měla zamyslet nad možností zkvalitnění služeb tímto způsobem. Dle mého názoru by se nejednalo ani tak o změnu která by nebyla možná uskutečnit, jednalo by se pouze o zařazení dalšího jídla do jídelního lístku, mezi kterým by si mohli pacienti/klienti vybrat, avšak opět jsme u finanční stránky věci, která by mohla být důvodem stagnace této změny. Každá změna však potřebuje svůj čas a já doufám, že po předložení těchto výsledků hlavní sestře Nemocnice Strakonice, a.s. se v brzké době dočkáme pozitivních výsledků. Nemocničních zařízení umožňujících výběr stravy je v naší republice mnoho, avšak Nemocnici Strakonice, a.s. se pro tuto změnu doposud nerozhodla. Z výsledků ostatně vyplývá, že celých 100% (130) respondentů opravdu uvedlo, že sestra pacientům/klientům neumožnila výběr jiného jídla z jídelního lístku při zachování stávající diety. Pro 104 respondentů (80%) byla možnost výběru jiného jídla vítanou možností, pro 2 respondenty (1%) je tato možnost změny zcela nepodstatná. Avšak setkali jsme se i s možností, kdy respondenti odpověděli, že je jim to jedno, a to ve 24 případech (19%).

V otázce č. 24, kdy si respondenti mohli zvolit z více možností změn v systému stravování, mezi nimiž byla i volba výběru hlavních jídel, byla možnost výběru jiného jídla označena v 70 případech. Avšak i způsob výběru pouze jen jiné vhodnější přílohy byl zvolen 56krát. Dle výsledků je zřejmé, že názory pacientů/klientů se opravdu liší, avšak převládá možnost volby výběru. Pacienti odkázaní na nemocniční stravu se

bezpodmínečně musí smířit s tím, že jim je naservírována, a pokud jim jídlo nechutná, nebo je z různých důvodů nejedí, jsou odkázáni k hladovění a směřování k podvýživě.

Ve většině případů se stává, že nespokojenost s podávanou stravou se řeší donáškou jiné stravy rodinou nebo známými. Potvrzení pravdivosti tohoto tvrzení vyplývá i z výzkumného šetření a výsledky jsou velice zarážející. Stalo se tak ve 120 případech z celkových 130, avšak ne všichni pacienti tuto možnost mají, mohou být sami, bez známých a příbuzných, a tudíž pro ně zbývá hladovění.

Není samozřejmě správné, že si pacienti obstarávají stravu mimo nemocniční zařízení, ať již z důvodu nedodržování diety nebo požívání zcela nevyhovující stravy z pohledu nutriční vyváženosti. Avšak mají jinou možnost? Pro člověka je přirozené obstarávat si stravu, jedná se přeci o fyziologickou potřebu výživy, bez které není možný život a způsoby jakými si stravu obstarat je také nespočet. Nelze se tedy pacientům/klientům divit. Důležité však je, aby sestra o těchto potravinách věděla a počítala s nimi při hodnocení snědeného množství stravy. Je bohužel smutné, že sestry o vnesené stravě do nemocničního zařízení buďto nevědí, nebo se chovají jako by se tak nedělo. Z dotazníkového šetření vyplynulo, že pouze 8% pacientů si tímto způsobem stravu nikdy neobstaralo. Zůstává však otázkou, zda se tomu tak stalo z důvodu, že jim to tak přijde správné, nebo ve svém okolí nemají nikoho, kdo jim by stravu tímto způsobem zajistil.

Dle mého názoru je strava pro pacienty stěžejním bodem hospitalizace a uspokojení této potřeby by mělo zaujímat jedno z prvních míst v důležitosti sesterských intervencí. Toto potvrzuje i Grofová (9), která uvádí, že jídlo není pro pacienty jen základní potřebou, ale i určitým zpříjemněním pobytu v nemocnici či ústavu. Hypotéza č. 2- Klienti hospitalizovaní v nemocničních zařízeních by ocenili možnost výběru stravy byla potvrzena a dále i splněn cíl práce č. 1.

Hypotéza 3 Klienti nejsou spokojeni s podávanou stravou.

Dle předchozích výsledků lze usuzovat, že P/K hospitalizovaní v nemocničních zařízeních opravdu nejsou zcela spokojeni s podávanou stravou. Pro ověření hypotézy jsme uvedli otázky v dotazníku č. 8, 9, 11, 13 a 14. Týkaly se spokojenosti s chutí

podávané stravy, množstvím, teplotou a zasycením jednotlivými jídly.

V otázce, která hodnotila chuť podávané stravy, byla označena možnost dobře 45 respondenty (34%), avšak při porovnání se známkou dostatečnou, nedostatečnou a výbornou se výsledky překvapivě lišili. 32 respondentů (25%) bylo se stravou spíše nespokojeno (dostatečně), 23 (18%) bylo s chutí stravy velmi spokojeno (výborně) a pouze 8 respondentů (6%) označilo stravu známkou nedostatečnou. Je tedy zřejmé, že ve většině případů respondentům strava nechutnala. Nejméně spokojeni však byli respondenti s chutí studených večeří a obědů. Tato dvě jídla se ukázala pro respondenty jako nejméně chutná, což koresponduje i s výsledky u otázky č. 14, zda-li se po těchto jídlech cítí P/K sytí. I zde se P/K vyjádřili v jejich neprospěch a to označením studených večeří 79krát a obědů 30krát z celkových 163 odpovědí při možnosti zvolení více jídel. Po podrobném porovnání spokojenosti s chutí stravy s ohledem na stanovenou dietu lékařem jsme dospěli k závěru, že spokojenost nebyla ovlivněna pouze dietním omezením, jak by se mohlo zdát. Nespokojenost s chutí stravy převládala i u pacientů/klientů, kteří dietní omezení neměli. Výsledné porovnání dat v grafu č. 28 toto tvrzení potvrzuje. Z celkových 91 respondentů (100%) uvedlo 7 respondentů (6%) chuť stravy jako nedostatečnou, 27 (23%) jako dostatečnou a 45(40%) jako dobrou.

Při zjišťování spokojenosti s množstvím podávané stravy, kdy bylo možné označit vlastní názor na škále (velmi spokojen-velmi nespokojen), jsme ve výsledném hodnocení zjistili, že pacienti nebyli spokojeni s jejím množstvím podávané stravy. Velmi spokojeno bylo 27 respondentů (21%), méně spokojeno 36 respondentů (28%), odpověď těžko říci označilo 39 respondentů (30%), méně spokojeno bylo 16 respondentů (12%) a velmi nespokojeno bylo 12 respondentů (9%). Z těchto výsledků je zřejmé, že porce jednotlivých jídel v nemocničních zařízeních by opravdu mohly být větší. Pozastavíme-li se však nad normami, které každá kuchyň musí splňovat, je složité říci, nebude-li splnění tohoto přání proti energetické hodnotě stravy, již by zajisté měla splňovat. Například větší porce příloha a vydatnější snídaně si pacienti přáli 57krát, větší porce masa 47krát a setkali jsme se i s možností, kdy by si pacienti přáli zařazení svačin do jídelníčku.

Teplota podávané stravy pacientům dle výsledků vyhovuje. Zřejmé je potvrzení této skutečnosti výslednými 45 (35%) odpověďmi na možnost ano vždy, 71 (55%) odpovědí většinou ano a neoznačení možnosti ne nikdy nebylo uvedeno žádným respondentem v otázce č. 11. Na pozitivní hodnocení otázky má dle mého názoru velký vliv modernizace kuchyňských provozů a s ním související zavedení tabletového systému (speciální podnosy), které zajišťují stálou teplotu jídla. Toto tvrzení ostatně potvrzuje i Mikešová a kolektiv (17).

Při vyhodnocování výsledků otázky č. 13 jsme zjistili, že podávaná strava zasytila vždy 35 respondentů (27%), většinou 53 respondentů (41%), občas 20 respondentů (15%), spíše ne 19 respondentů (15%) a pouze 3 respondenty (2%) nikdy strava nezasytila. K zamyšlení však vybízí zjištění, jak je možné, že při porovnávání výsledků zasytění stravou a spokojeností s množstvím nejsou výsledky stejné. Zdálo by se, že zasytění stravou má spojitost s kvantitou, avšak v našem výzkumu tomu tak není. Zůstává tedy otázkou a podnětem k zamyšlení, jaká kritéria pro zasytění jsou pro pacienty důležitá. Hypotéza č. 3- Klienti nejsou spokojeni s podávanou stravou byla potvrzena.

Hypotéza 4 Klienti mají rozdílné nároky na podávanou stravu dle věkových kategorií.

Hypotézu 4 jsme ověřovali otázkami z grafu č. 8, 9, 11 a 17. Týkaly se chutě podávané stravy, spokojenosti s množstvím, teplotou a názoru respondentů na možnost zvolení si jiného jídla při zachování stávající diety. Při porovnávání výsledků odpovědí jsme došli k závěru, že nejčastěji zvolená odpověď u otázky spokojenost s chutí podávané stravy, tedy otázky č. 8 u věkové kategorie 66 let a více, byla možnost dobře zvolena 11 respondenty a výborně 10 respondenty. Známkou nedostatečnou z této věkové skupiny neohodnotil chuť podávané stravy žádný respondent z celkových 31.

U věkové kategorie 56-65 let se však ukázalo, že 1 respondent byl s chutí podávané stravy natolik nespokojen, že ji označil známkou nedostatečnou a přál si vyměnit kuchaře, který jídlo vařil. 5 respondentů ji hodnotilo jako dostatečnou, což koresponduje se stejnými výsledky u věkové skupiny 26-35 let. U těchto dvou věkových skupin se však i přes předchozí shodu u odpovědí lišilo srovnání u známky

dobré a to jednou odpovědí ve prospěch skupiny 56-65 let a rozdílem 2 odpovědí u známky výborné ve prospěch stejné skupiny tedy 56-65 let. Známkou chvalitebnou označili chuť podávané stravy u věkové skupiny 56-65 let 2 respondenti, avšak ve věkové skupině 26-35let 9 respondentů. Nejméně spokojeni s chutí podávané stravy byli respondenti ve věku 46- 55 let, z nichž 4 označili chuť stravy známkou nedostatečnou, 7 jako dostatečnou, 8 jako dobrou, 1 chvalitebnou a pouze 3 dotázaní označili chuť stravy jako výbornou. Při porovnání spokojenosti pacientů/klientů s chutí podávané stravy zřejmé v grafu č. 29 jsme opravdu došli k závěru, že nároky jsou u různých věkových skupiny odlišné.

Při porovnání spokojenosti s množstvím podávané stravy a rozdílných nároků dle věkových kategorií bylo zřejmé v grafu č. 30, že nejvíce spokojeni s množstvím podávaného jídla byli respondenti ve věkové skupině 66 let a více. Velmi nespokojeni byli 4 respondenti ve věkové skupině 46-55 let , 3 respondenti ve věkové skupině 56-65 let, 2 respondenti ve věkové skupině 36-45 let, ale žádný respondent ve věkové skupině 66 let a více. Z výsledků tady vyplývá, že nejméně byli spokojeni s chutí podávané stravy respondenti ve věkové skupině 46-55 let, a naopak nejvíce spokojeni byli pacienti ve věkové skupině 66 let a více. Tyto výsledky s největší pravděpodobností souvisí se snižováním energetických nároků ve stáří, zapříčiněné poklesem bazálního metabolismu, což potvrzuje i Venglářová (26), Grofová (9) a Trachtová (25) a také sníženými nároky na podávanou stravu ve spojitosti s zažitými návyky z domácího prostředí.

Porovnáním výsledků spokojenosti s teplotou podávané stravy zřejmé v grafu č. 31 jsme došli k závěru, že věková skupina 66 let a více byla nejvíce spokojena, a to zvolením možnosti ano vždy 14 respondenty a většinou ano také 14 respondenty. Nejméně spokojeni však byli respondenti ve věkové skupině do 25 let, a to zvolením odpovědi ano vždy 1 respondentem a většinou ano 8 respondenty.

Z výsledků grafu č. 18 bylo zřejmé, že při porovnání odpovědí na otázku možnosti výběru hlavního jídla při zachování stávající diety, tedy otázkou z dotazníku č. 17, se odpovědi na danou otázku příliš lišit nebudou. Avšak zajímavým zjištěním bylo, že u věkových kategorií 56-65 let a 66 let a více jsme se setkali i při převaze

odpovědí ano u 14 respondentů (63%) v kategorii 56-66 let a 23 respondentů (77%) v kategorii 66 let a více. Častěji nežli u ostatních věkových kategorií uvedlo možnost-je mi to jedno 7 respondentů (32%), v kategorii 56-65 let a 6 respondentů (20%) v kategorii 66 let a více. Pouze jedenkrát jsme se setkali s odpovědí ne na tuto otázku u obou z výše uvedených věkových skupin. Výsledky potvrzují hypotézu č. 4- Klienti mají rozdílné nároky na podávanou stravu dle věkových kategorií znázorňující graf č. 33 . Cíl práce č. 2 byl splněn.

Hypotéza 5 Klienti hodnotí stravu jako nedostačující jejich potřebám.

Hypotézu 5 jsme ověřovali otázkami z dotazníku č. 9, 11, 12, 15 a 19. Otázky se týkaly spokojenosti s množstvím podávané stravy, její teplotou, zda-li sestra přihřála stravu, pokud její teplota neodpovídala požadavkům pacienta, jestli se pacienti cítili příjemně v prostředí, ve kterém se stravují, a zda pacientům vyhovuje čas kdy sestra podává jednotlivou stravu.

Při zjišťování spokojenosti s množstvím podávané stravy, kdy bylo možné označit vlastní názor na škále (velmi spokojen-velmi nespokojen), jsme ve výsledném hodnocení zjistili, že pacienti i přes pozitivní výsledky ve spojitosti s chutí stravy nebyli často spokojeni s jejím množstvím. Velmi bylo spokojeno 27 respondentů (21%), méně spokojeno 36 respondentů (28%), odpověď těžko říci označilo 39 respondentů (30%), méně spokojeno bylo 16 respondentů (12%) a velmi nespokojeno bylo 12 respondentů (9%). Z těchto výsledků je zřejmé, že porce jednotlivých jídel v nemocničních zařízeních by si opravdu pacienti přáli větší.

Dle mého názoru jsou nároky na množství podávané stravy závislé také na zvycích jednotlivých pacientů a jejich aktuálním zdravotním stavu. Za dobu mé praxe se mi nespočetněkrát stalo, že pacienti nebyli spokojeni s množstvím podávané stravy, avšak již nebrali zřetel na poučení o nutnosti dodržovat dietní opatření, které například u diabetické diety nebo diety šetřící má striktní omezení v množství. Důležitá v těchto případech je dle mého názoru edukace pacienta o režimových opatřeních, jež souvisí s danou dietou. Takto edukovaný pacient by měl v zájmu léčby a podpoření svého

zdravotního stavu tento důvod menších porcí pochopit. Jestliže však i přes důslednou edukaci pacienta stále přetrvává nespokojenost s množstvím stravy a naléhání na sestru o zvětšení porcí, nevím, je-li v silách zdravotních sester tento problém vyřešit.

Podle výzkumu spokojenosti s teplotou podávané stravy jsme zjistili, že teplota pokrmů pacientům vyhovuje. Tento fakt vyplývá z výsledných 45 (35%) odpovědí na možnost ano vždy, 71 (55%) odpovědí většinou ano a neoznačení možnosti ne nikdy žádným respondentem v otázce č. 11. Mohli bychom uvažovat o faktech, které zapříčinily výslednou spokojenost s teplotou. Jestliže tomu tak bylo z důvodu zavedení tabletového (podnosového) systému, nebo proto, že byli pacienti nespokojeni s teplotou stravy (sestra ji vždy přihřála 51 (55%) respondentům a 28 (30%) většinou ano), můžeme pouze polemizovat. Tyto výsledky však opravdu nasvědčují tomu, že pacienti jsou s teplotou stravy spokojeni.

V otázce č. 15 jsme se respondentů dotazovali, působí-li na ně příjemným dojmem prostředí, ve kterém se v nemocničním zařízení stravují. Výsledky byly velice příjemným zjištěním, neboť celých 92 respondentů (71%) uvedlo, že jídelna (jídelní kout) na ně při stravování působili příjemně. Další možnost, kterou mohli respondenti v dotazníku označit, byla cílena na pacienty, již se bohužel musí z různých důvodů stravovat na pokoji nebo přímo na lůžku. Tuto možnost označilo 22 respondentů (17%) a tím potvrdili, že sestry se snaží zajišťovat příjemné prostředí pro stravování všem pacientům, i těm upoutaným na lůžko. Grofová (9) uvádí, že nejen talíř, ale i prostředí dělá hodně. Pouze zbylých 16 respondentů (12%) se necítilo dobře v prostředí určeném pro stravování.

Součástí dotazníkového šetření bylo také zjistit, vyhovuje-li pacientům časové rozvržení podávání stravy (graf 21). Výsledky byly pozitivně překvapivé. 118 dotázaným (91%) vyhovoval čas podávání stravy, 10 (8%) by čas vyhovoval, ale museli by dostávat mezi jednotlivými jídly svačiny a pouhým 2 (1%) doba podávání stravy nevyhovovala.

Spokojenost pacientů jde vždy ruku v ruce s uspokojováním jejich potřeb. Jestliže sestra nezajistí takové podmínky, které by zvýšily spokojenost pacientů s podávanou stravou, nelze po pacientech chtít, aby s ní byli spokojeni. Avšak

i Trachtová (25) tvrdí, že každý člověk je individualita a má své jedinečné vlastnosti, názory, postoje a potřeby. Hypotéza č. 5- Klienti hodnotí stravu jako nedostačující jejich potřebám nebyla potvrzena.

Hypotéza 6 Klienti mají potřebu obstarávat si stravu mimo nemocniční zařízení.

Hypotézu č. 6 jsme ověřovali otázkami v dotazníku č. 20, 21 a 22, které se zaměřují přímo na zjištění, zda-li si opravdu respondenti obstarávají stravu mimo nemocniční zařízení. Jestliže ano, měla následující otázka za úkol zjistit, zda pacienti informovali sestru a jestli vůbec věděli, že ji mají informovat.

Výsledky byly velice překvapivé. Ze 130 respondentů, které jsme požádali o vyplnění dotazníku, uvedli ve 27 případech (21%), že si stravu mimo nemocniční zařízení obstarávali vždy, 31 respondentů (24%) většinou ano, 46 respondentů (35%) občas, 16 (12%) spíše ne a pouze 10 (8%) si stravu mimo nemocniční zařízení nikdy neobstaralo. Tyto výsledky bychom mohli přisuzovat nespokojenosti s podávanou stravou, kdy se pacienti snaží zajistit si jiné jídlo jako náhradu za pokrm, který jim nechutnal, nebo z jiných důvodů neodpovídal jejich nárokům.

Nemile překvapivé však bylo zjištění, že pacienti, kteří si obstarali jinou stravu, jež nahrazovala stravu nemocniční, o tom neinformovali sestru. Tento výsledek vychází z dotazníkové otázky č. 21, kdy 92 respondentů (71%) sestru o obstarané stravě neinformovalo a pouze 38 (29%) sestru informovalo. Zajímavé však bylo zjištění, co k tomu pacienty vedlo. Mohli bychom se domnívat, že důvod byl zajistit si stravu, která v nemocničním zařízení nebyla součástí podávaných jídel nebo pouze jen doplňovala jídla nemocniční. Z vlastní zkušenosti z praxe však vím, že velmi často se strava, kterou si pacienti sami obstarají například v nemocniční kantýně nebo ji donese návštěva nebo známí v žádném případě neshoduje se stravou, již by pacienti měli například z důvodu diety konzumovat. Z výsledků dotazníkového šetření vyplývá, že respondenti sestru neinformovali převážně z důvodu nepoučení o této povinnosti 57 (44%). Je to logické, neboť pro většinu pacientů je pobyt v nemocničním zařízení natolik stresující, že jestliže se nedozvědí od sestry, jaké povinnosti s sebou hospitalizace přináší, nemohou

o nich vědět. Avšak i v případě, že sestra pacienty poučila, nestalo se tak ve 13 případech (10%).

Mile překvapující bylo zjištění, kdy 38 respondentů (29%) sestru o obstarané stravě informovalo, jelikož byli s touto povinností seznámeni a v 7 případech (5%) tak respondenti učinili i přesto, že nebyli informováni, ale zdálo se jim to správné. Zarážející výsledek však skýtala poslední odpověď na tuto otázku. V 15 případech (12%) respondenti nepoučili sestru, avšak důvodem nebylo neinformování sestrou, prý by tak neučinili, i kdyby je sestra informovala. Důvod, proč se takto respondenti zachovali, zůstává však otázkou. Hypotéza č. 6- Klienti mají potřebu obstarávat si stravu mimo nemocniční zařízení byla potvrzena. Cíl práce č. 3 splněn.

6. Závěr

Tato bakalářská práce se zabývá výživou v nemocničních zařízeních jako součástí komplexní ošetrovatelské péče. Teoretická část práce byla orientována na komplexní pohled na výživu jako nauku o zajišťování potřebných látek důležitých pro organismus. Na faktory, které ji ovlivňují, složky jež by měla obsahovat a na zásady, které by sestra v rámci ošetrovatelské péče měla dodržovat při zajišťování výživy hospitalizovaných pacientů/klientů. Prvním cílem práce bylo zjistit požadavky klientů hospitalizovaných v nemocničních zařízeních na změny v systému stravování. S cílem č. 1 souvisí dvě hypotézy- H1: Klienti hospitalizovaní v nemocničních zařízeních by uvítali změnu skladby stravy a H2: Klienti hospitalizovaní v nemocničních zařízeních by ocenili možnost výběru stravy. Z vyhodnocených výsledků vyplynulo, že pacientům/klientům v podávané stravě chybí ovoce, zelenina a mléčné výrobky. Komplexní změny v oblasti stravování zastoupené možností výběru jídel, většími porcemi a možností výběru přílohy byly pacienti/klienty voleny nejčastěji. Výsledky výzkumného šetření jednoznačně potvrzují obě dvě hypotézy a cíl práce č. 1 tedy byl splněn.

Druhým cílem bylo zmapovat spokojenost klientů s podávanou stravou. S tímto cílem souvisí dvě hypotézy- H3: Klienti nejsou spokojeni s podávanou stravou. H4: Klienti mají rozdílné nároky na podávanou stravu dle věkových kategorií. Spokojenost s podávanou stravou má jistě svá úskalí a mnoho faktorů, které je mohou ovlivnit. Tato bakalářská práce se zaměřila na otázky související se spokojeností s chutí, množstvím, teplotou a zasycením jednotlivými jídly a rozdílnou náročností související s věkem. Výsledky poukazují na fakt, že chuť, množství a zasycení podávanou stravou byla pro většinu respondentů nevyhovující, avšak výsledky spokojenosti s teplotou podávané stravy dokazovaly, že pacientům/klientům vyhovuje. Hypotéza 3 tedy byla potvrzena, jelikož větší část odpovědí dokazovala nespokojenost s podávanou stravou.

Při podrobném srovnání spokojenosti dle věkových kategorií výsledky poukazují na jednoznačný rozdíl mezi staršími a mladšími respondenty. Ve většině případů byli spokojeni respondenti ve věkové kategorii 66 let a více oproti respondentům mladším. Tento výsledek potvrzuje fakt, že senioři nekladou tak vysoké nároky na podávanou

stravu ať již z důvodu nižších energetických nároků organismu nebo z poklesu bazálního metabolismu. Dalším důvodem, který by mohl vysvětlit spokojenost starších pacientů s podávanou stravou jsou zvyky z domácího prostředí. Senioři v domácím prostředí nevyvažují jako mladí lidé závislí na zasyčení celé rodiny, žijí většinou sami, skromně a ve stravě se odbývají. Proto bychom mohli říci, že pro seniory je strava v nemocničních zařízeních jakýmsi nadstandardem oproti domácí stravě a s tím spojená i spokojenost. Hypotéza 4 byla potvrzena a cíle práce č. 2 splněn.

Třetím cílem bylo zjistit, zda-li strava podávaná v nemocničních zařízeních odpovídá potřebám klientů. S tímto cílem souvisí dvě hypotézy- H5: Klienti hodnotí stravu jako nedostačující jejich potřebám. H6: Klienti mají potřebu obstarávat si stravu mimo nemocniční zařízení.

Z výsledků šetření jsme došli k závěru, že ve spojitosti s uspokojováním potřeb dělají sestry v tomto směru pro pacienty/klienty maximum, ať již přihrátím stravy nebo zajištěním příjemného prostředí pro stravování. Jediné negativní zjištění patřilo množství podávané stravy, které pacienty/klienty ve většině případů neuspokojilo. Hypotéza 5 nebyla potvrzena, jelikož spokojenost v daných otázkách převyšovala. Obstarávání si stravy mimo nemocniční zařízení a odpovědi na tuto otázku byly jednoznačné. Hypotéza 6 byla jednoznačně potvrzena a cíl práce č. 3 splněn.

Výživa v nemocničních zařízeních je již léta velmi diskutovaným tématem a výzkumy zaměřené na tuto problematiku a jejich výsledky by pro nemocniční zařízení a státní organizace měly být stěžejní pro zkvalitňování péče a uspokojování potřeb pacientů/klientů.

7. Seznam použitých zdrojů:

1. ANDĚL, Michal; BENEŠ, Petr. *Výživa nemocných v těžkých stavech : Parenterální výživa*. 3. doplněné. Brno : Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1999. 101 s. ISBN 80-7013-271-X.
2. BLATTNÁ, Jarmila, et al. *Výživa na začátku 21. století : aneb o výživě aktuálně a se zárukou*. 1. vyd. Praha : Společnost pro výživu, 2005. 79 s. ISBN 80-239-6202-7.
3. CAHOVÁ, Martina, et al. *Ošetrovatelství pro zdravotnické asistenty : 1. ročník*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 2009. 240+4 s. ISBN 978-80-247-2830-8.
4. DYLEVSKÝ, Ivan. *Somatologie*. 2. vyd. Olomouc : EPAVA, 2000. 480 s. ISBN 80-86297-05-5.
5. FARKAŠOVÁ, Dana, et al. *Ošetrovatelství teorie*. 1. vyd. Martin : Osveta, 2006. 211 s. ISBN 80-8063-182-4.
6. FERKO, Alexander, et al. *Chirurgie v kostce*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 2002. 596 s. ISBN 80-247-0230-4.
7. GAJDÁCSOVÁ, Julie. Nadváha a obezita. *Sestra : odborný časopis pro nelékařské zdravotnické pracovníky*. 9. 4. 2010, 04, s. 69- 70. ISSN 1210-0404.
8. GAJDÁCSOVÁ, Julie. Poruchy příjmu potravy. *Sestra : odborný časopis pro nelékařské zdravotnické pracovníky*. 9. 4. 2010, 04, s. 73- 74. ISSN 1210-0404.
9. GROFOVÁ, Zuzana. *Nutriční podpora : Praktický rádce pro sestry*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 2007. 240+ 8 barevných příloh s. ISBN 978-80-247-1868-2.
10. KAPOUNOVÁ, Gabriela. *Ošetrovatelství v intenzivní péči*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 2010. 352+16 barevné přílohy s. ISBN 978-80-247-1830-9.
11. KOHOUT, Pavel; STARNOVSKÁ, Tamara. Výživa v nemocnicích. *Sestra*. 2005, 9, s. 22. ISSN 1210-0404.

12. KOPEC, Karel. *Zelenina ve výživě člověka*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 2010. 168 s. ISBN 978-80-247-2845-2.
13. KUNOVÁ, Václava. *Zdravá výživa*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 2004. 136 s. ISBN 80-247-0736-5.
14. KUTNOHORSKÁ, Jana. *Výzkum v ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 2009. 176 s. ISBN 978-80-247-2713-4.
15. LUKÁŠ, Karel, et al. *Gastroenterologie a hepatologie pro zdravotní sestry*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 2005. 288 s. ISBN 80-247-1283-0.
16. MARKOVÁ, Eva ; VENGLÁŘOVÁ, Martina; BABIAKOVÁ, Mira. *Psychiatrická ošetrovatelská péče*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 2006. 352 s. ISBN 80-247-1151-6.
17. MIKŠOVÁ, Zdeňka, et al. *Kapitoly z ošetrovatelské péče I.* aktualizované a doplněné vydání. Praha : Grada Publishing, 2006. 248 s. ISBN 80-247-1442-6.
18. MOUREK, Jindřich . *Fyziologie : učebnice pro studenty zdravotnických oborů*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 2005. 204 s. ISBN 80-247-1190-7.
19. PAVLA URBÁNKOVÁ, Libor Urbánek, et al. *Klinická výživa v současné praxi*. 1. vyd. Brno : NCONZO , 2008. 104 s. ISBN 978-80-7013-473.
20. PAVLÍČKOVÁ, Jaroslava. Fakta o jídle a zdraví. *Sestra : odborný časopis pro nelékařské zdravotnické pracovníky*. 9. 4. 2010, 04, s. 68. ISSN 1210-0404.
21. SVAČINA, Štěpán . *Klinická dietologie*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 2008. 384 s. ISBN 978-80-247-2256-6.
22. ŠAFRÁNKOVÁ, Alena; NEJEDLÁ, Marie. *Interní ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 2006. 280+ 4 barevné přílohy s. ISBN 80-247-1148-6.
23. TKÁČOVÁ, Lubomíra ; WICZMANDYOVÁ, Darina. Výživa dětí. *Sestra*. 2009, 6, s. 36- 37. ISSN 1210-0404.
24. TOMANOVÁ, Jitka. Požadavky na nutriční u seniorů. *Sestra*. 2009, 6, s. 43- 44. ISSN 1210-0404.

25. TRACHTOVÁ, Eva, et al. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 2. vyd. Brno : NCONZO , 2004. 186 s. ISBN 80-7013-324-4.
26. VENGLÁŘOVÁ, Martina. *Problematické situace v péči o seniory : příručka pro zdravotnické a sociální pracovníky*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 2007. 96 s. ISBN 978-80-247-2170-5.
27. WORKMAN, Barbara A.; BENNETT, Clare L. *Klíčové dovednosti sestry*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 2006. 260 s. ISBN 80-247-1714-X.
28. www.vyzivapacientu.cz [online]. 2010 [cit. 23. 12. 2010]. Dostupné z WWW: <www.vyzivapacientu.cz>.
29. www.vyzivavnemoci.cz [online]. Praha : 2007 [cit. 23. 12. 2010]. www.vyzivavnemoci.cz. Dostupné z WWW: <www.vyzivavnemoci.cz>.
30. ZADÁK, Zdeněk . *Výživa v intenzivní péči*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 2002. 496+8 barevné přílohy s. ISBN 80-247-0320-3.
31. ZITTLAU, Jorg. *Jak se léčit vhodnou stravou*. 1. vyd. [s.l.] : Computer press, 2006. 224 s. ISBN 978-80-251-1907-5.

8. Klíčová slova

Výživa

Složky výživy

Stravování

Dietní systém

Nutriční screening

Sestra

Ošetrovatelská péče

9. Seznam příloh:

Příloha 1 Body mass index (BMI)

Příloha 2 Výživová pyramida

Příloha 3 I: Vitaminy rozpustné ve vodě

3 II: Vitaminy rozpustné v tucích

Příloha 4 Maslowova hierarchie potřeb

Příloha 5 Nutriční anamnéza

Příloha 6 Přehled základních diet

Příloha 7 Nutriční screening- iniciální

Příloha 8 Nothingshamský screeningový systém

Příloha 9 Kriteria podvýživy

Příloha 10 Klasifikace obezity

Příloha 11 I: Výživové doporučené dávky pro kojence a batolata

11 II: Výživové doporučené dávky pro děti a dospívající

11 III: Výživové doporučené dávky pro dospívající populaci

Příloha 12 Dotazník pro pacienty

Příloha 1: Body mass index

Vyživa 49

$$\text{BMI} = \frac{\text{hmotnost v kg}}{(\text{tělesná výška v m})^2}$$

Příklad – pacient měří 178 cm a váží 82 kg:
tělesná výška se převede z cm na m a vynásobí se $1,78 \times 1,78 = 3,1$
hmotnost je vydělena získanou hodnotou, výsledkem je BMI $82 : 3,1 = 26$.

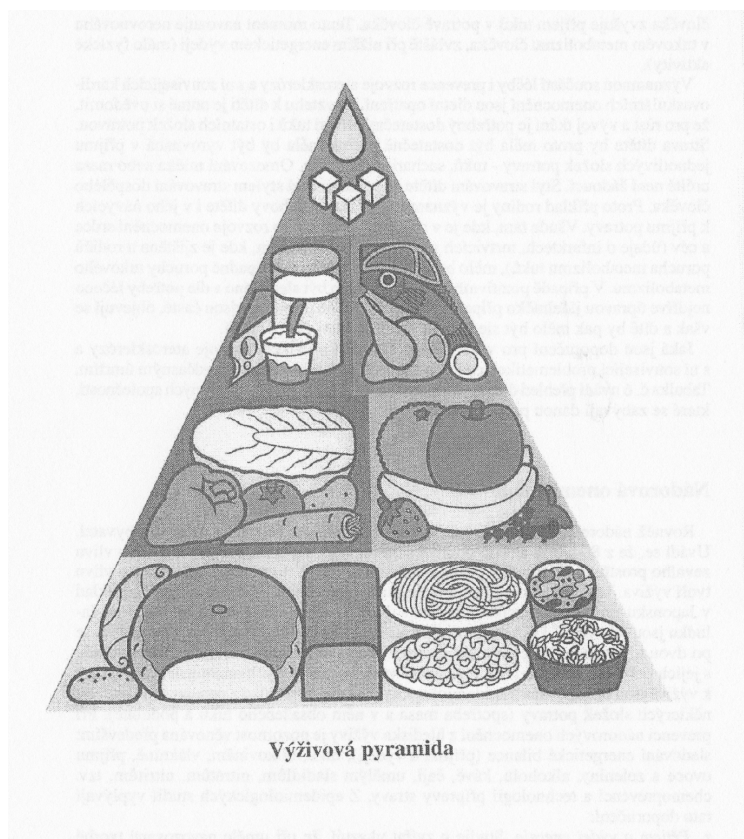
Tab. 9 Hodnoty BMI [149]

	BMI
normální	20–25
nadváha	25–30
obezita mírná	30–35
obezita střední	35–40
obezita morbidní	nad 40

Převzato z: GROFOVÁ, Zuzana. *Nutriční podpora : Praktický rádce pro sestry*. 1. vyd.

Praha : Grada Publishing, 2007. 240+ 8 barevných příloh s. ISBN 978-80-247-1868-2.

Příloha 2: Výživová pyramida



Převzato z: BLATTNÁ, Jarmila, et al. *Výživa na začátku 21. století: aneb o výživě aktuálně a se zárukou*. 1. vyd. Praha : Společnost pro výživu, 2005. 79 s. ISBN 80-239-6202-7.

Příloha 3 I: Vitamíny rozpustné ve vodě

Tab. 10 Vitamíny rozpustné ve vodě (podle Sobotky, 2004); dávky: Scientific Committee for food, nutrition and energy intakes for the European Community (EC), 1993

	funkce	známky deficitu	poznámka	doporučený příjem
B ₁ (thiamin)	metabolismus sacharidů a lipidů	beri-beri s neurologickými a kardiálním příznaky, pokles imunitních funkcí, Korsakovova psychóza u alkoholiků	deficit se může objevit velmi rychle, rychle bude i doplnění	100 µg/MJ
B ₂ (riboflavin)	oxidativní metabolismus	léze rtů, jazyka, kůže, možný pokles imunitních funkcí		1,6 mg
B ₆ (pyridoxin)	metabolismus aminokyselin	anemie u dětí, léze rtů a kůže, premenstruační symptomy		15 µg/g proteinu
niacin	oxidativní metabolismus	pelagra, slabost, průjem	vzácné	1,6 mg/MJ
B ₁₂	metabolismus DNA	megaloblastická anemie, demyelinizace neuronů		1,4 µg
folát (kyselina listová)	metabolismus purinů a pyrimidinů (součást DNA)	megaloblastická anemie	současný příjem celkové zásoby	200 µg
biotin (vitamin H)	lipogeneze, glukoneogeneza	dermatitida, ztráta vlasů	vzácné	10–200 µg
vitamin C (kyselina askorbová)	syntéza kolagenu, absorpce železa, antioxidant	kurděje, špatné hojení ran, poškození imunitních funkcí?, oxidativní poškození?	plazmatická hladina klesá při poranění nebo infekci	45 mg

Převzato z: KAPOUNOVÁ, Gabriela . *Ošetřovatelství v intenzivní péči*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 2010. 352+16 barevné přílohy s. ISBN 978-80-247-1830-9.

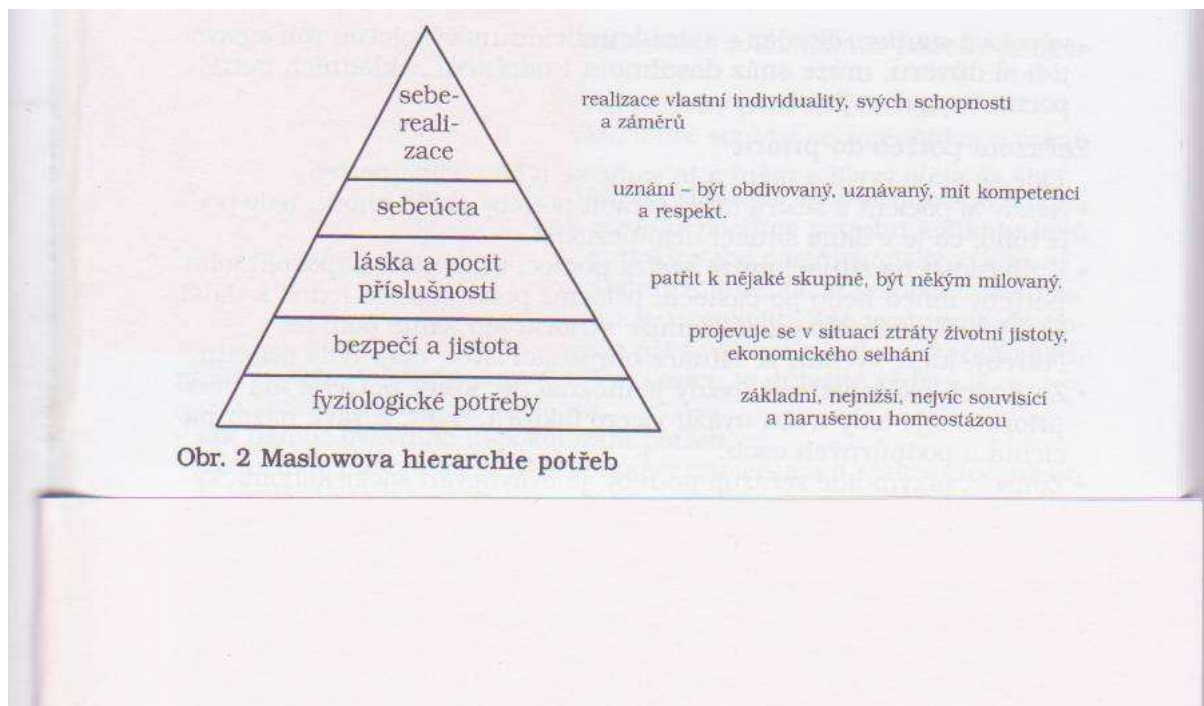
Příloha 3 II: Vitamíny rozpustné v tucích

Tab. 11 *Vitamíny rozpustné v tucích (podle Sobotky, 2004); dávky: Scientific Committee for food, nutrition and energy intakes for the European Community (EC), 1993*

	funkce	známky deficitu	poznámka	doporučený příjem
vitamin A	vidění, růst a vývoj, imunitní funkce, antioxidant	xeroftalmie, šeroslepost, zvýšené riziko některých nádorů	pokles retinolu během akutní fáze pro pokles proteinu vázajícího retinol	700 µg
vitamin D	vstřebávání vápníku, diferenciací makrofágů	osteomalacie (dospělí), křivice u dětí, pokles stavu imunity		5–10 µg (USA) pro EC není stanovena
vitamin E	membránový antioxidant	hemolytická anemie, ateroskleróza, určité neoplazie	transportován v LDL	0,4 mg/g PUFA
vitamin K	koagulace, kalcifikace kostí	krvácivé stavy, poruchy kostního metabolismu?		pro EC není určeno

Převzato z: KAPOUNOVÁ, Gabriela . *Ošetřovatelství v intenzivní péči*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2010. 352+16 barevné přílohy s. ISBN 978-80-247-1830-9.

Příloha 4: Maslowova hierarchie potřeb



Převzato z: FARKAŠOVÁ, Dana, et al. *Ošetrovatelství teorie*. 1. vyd. Martin : Osveta, 2006. 211 s. ISBN 80-8063-182-4.

Příloha 5: Výživová (nutriční) anamnéza

Tab. č. 17: Výživová anamnéza

Jméno _____	3. Problémy po dietě ano _____ ne _____
Věk _____ Výška _____	pokud ano, jaké _____
HMOTNOST	4. Potíže se žvýkáním počet zubů _____
momentální _____	umělý chrup _____
váhová anamnéza _____	částečná, úplná protéza _____
Procenta	nasazení protézy _____
nadměrné hmotnosti _____	5. Těžkosti s polykáním _____
nedostatečné hmotnosti _____	6. Střevní peristaltika _____
JINÉ ANTROPOMETRICKÉ ÚDAJE	ZDRAVOTNÍ ANAMNÉZA
Kožní řasa nad M. triceps _____	1. Fyzikální aktivita
STRAVOVACÍ NÁVYKY	typ _____
1. Typický denní příjem potravy	častost _____
čas _____ druh _____ dávka _____	2. Užívání léků
_____	název _____
_____	čas _____
_____	3. Choroby, chirurgické výkony
_____	ano _____ ne _____
_____	cukrovka _____
_____	srdeční onem. _____
_____	chirurgické výk. _____
_____	zhoubné nádory _____
_____	vředy _____
_____	alergie _____
2. Oblíbená jídla _____	4. Hodnocení zdraví
3. Neoblíbená jídla _____	dobře _____ dostatečně _____ špatně _____
4. Alergie na jídlo _____	NAKUPOVÁNÍ A PŘÍPRAVA JÍDEL
5. Jídla pokládaná za:	1. Používání ingrediencí
škodlivá _____	sůl _____
užitečná _____	soja _____
6. Omezení ve stravování	cukr _____
spec. dieta _____	jiné _____
náboženství _____	2. Používané způsoby přípravy
kultura _____	vaření _____ pražení _____
7. Příjem tekutin	pečení _____ opékání _____
počet sklenic vody za den _____	dušení _____
počet káv, čaje za den _____	3. Schopnost nákupu
jiné tekutiny (nealko) _____	samostatnost _____ pomoc _____
alkohol množství _____	4. Schopnost vaření
8. Užívání vitaminů	samostatnost _____ pomoc _____
druh _____ častost _____	5. Rodinné a životní podmínky
9. Užívání minerálů	počet členů rodiny _____
druh _____ častost _____	žije sám _____
10. Hodnocení stravy	6. Ovlivňují ceny jídla výživu ?
vyvážená _____	ano _____ ne _____
nevyvážená _____	jak ? _____
STRAVOVACÍ PROBLÉMY	
1. Chuť k jídlu (normální, zvýšená, snížená) _____	
2. Jídla vyvolávající poruchy trávení, průjem, plynatost _____	

Upraveno podle: Kozierová, B., Erbová, G., Olivierová, R. : Ošetrovatelstvo 1,2. Martin, Osveta 1995.

Převzato z: TRACHTOVÁ, Eva, et al. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu.*

2. vyd. Brno : NCONZO , 2004. 186 s. ISBN 80-7013-324-4

Příloha 6: Přehled základních diet

Tab. 1.2 Přehled základních diet po úpravě dietního systému z roku 1991

Základní diety			
č. diety	název	KJ	charakteristika, indikace
0 S	čajová		podává se pouze slabě oslazený čaj
0	tekutá	6000	mechanicky nejšetrnější strava, onemocnění zažívacího traktu, dutiny ústní apod.
0 ND	nutričně definovaná	8–12 000	určuje se individuálně
1	kašovitá, šetřicí	9500	šetřicí dieta (2) v kašovitě formě, onemocnění zažívacího traktu a dutiny ústní
2	šetřicí	9500	onemocnění žaludku, zažívacího traktu, po infarktu myokardu
3	základní	9500	běžná strava, racionální strava
4	s omezením tuku	9500	onemocnění žlučniku, slinivky břišní po odeznění akutního stadia, jater a střevní onemocnění
5	s omezením zbytků	9500	onemocnění střev (dráždivý tračník, Crohnova choroba), průjem po ATB
6	s omezením proteinů		onemocnění ledvin, počínající selhávání
8	redukční	5300	při nadměrné hmotnosti
9	diabetická	7400	225 g sacharidů, podává se při diabetes mellitus; varianty: 175 g, 275 g, 325 g sacharidů
10	neslaná šetřicí	9500	hypertenze, otoky – v podstatě dieta č. 2 v neslaném provedení
11	výživná	12 000	při všech chorobách, při nichž nemocní mají nabyt tělesných sil a zvýšit hmotnost
12	batolecí	5500	pro děti do 3 let, pokud jejich stav nevyžaduje zvláštní úpravu
13	děti 3–6 let	7000	pro děti ve věku 3–6 let, výživové hodnoty stanoveny pro rozpětí hmotnosti dětí 16–22 kg
13 S	děti 7–10 let	8800	pro děti ve věku 7–10 let, výživové hodnoty stanoveny pro rozpětí hmotnosti od 22–32 kg
14	speciální dietní postupy		podle potřeb jednotlivých zdravotnických zařízení
K	kojenecká		připravuje se v mléčné kuchyni podle pokynů pediatra
Speciální diety			
4 S	s přísným omezením tuků		
9 S	diabetická šetřicí		
Standardizované dietní předpisy			
dieta bezlepková		při glutenové enteropatii, malabsorpční syndrom	
dieta pankreatická		7denní dietní režim při akutní nebo chronické pankreatitidě	
dieta při chronickém selhávání ledvin		chronické selhávání ledvin	

Převzato z: MIKŠOVÁ, Zdeňka, et al. *Kapitoly z ošetrovatelské péče I.* aktualizované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing, 2006. 248 s. ISBN 80-247-1442-6.

Příloha 7: Nutriční screening- iniciální

Tab. 1 NRS 2002, riziko podvýživy u hospitalizovaných pacientů

Je BMI (kg/výška v m ²) pod 20,5?	ANO	NE
Zhubl pacient za poslední 3 měsíce?	ANO	NE
Omezil pacient příjem stravy v posledním týdnu?	ANO	NE
Je pacient závažně nemocen (např. intenzivní péče)?	ANO	NE

Výsledek:

- a) *Je-li jedna odpověď ANO, zavolejte nutričního specialistu.*
- b) *Jsou-li všechny odpovědi NE, opakujte hodnocení 1x týdně.*

Převzato z: GROFOVÁ, Zuzana. *Nutriční podpora : Praktický rádce pro sestry*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 2007. 240+ 8 barevných příloh s. ISBN 978-80-247-1868-2.

Příloha 8: Nottinghamský screeningový systém pro hodnocení rizika malnutrice

NOTTINGHAMSKÝ SCREENINGOVÝ SYSTÉM PRO HODNOCENÍ RIZIKA MALNUTRICE	
Položka	Bodové skóre
1. BMI (body mass index)* • BMI < 18 • BMI 18–20 • BMI > 20 hmotnost (kg): tělesná výška (m):	2 1 0
* BMI = hmotnost / (tělesná výška) ² v kg/m ²	
2. Nechtěný úbytek hmotnosti v posledních třech měsících • více než 3 kg • do 3 kg • žádný, hmotnost stálá	2 1 0
3. Snížení příjmu potravy v posledním měsíci před hospitalizací • ano • ne	2 0
4. Stresový faktor / závažnost základního onemocnění • závažný (polytrauma, rozsáhlé popáleniny, poranění hlavy, rozsáhlé dekubity, těžká seps, malignita, pankreatitida, velký chirurgický výkon, pooperační komplikace) • mírně až středně závažný (nekomplikovaný chirurgický výkon, lehká infekce, chronická onemocnění, proleženiny, cirhóza, renální selhání, diabetes mellitus, CHOPN, nespecifické střevní záněty) • žádný	2 1 0
Celkové skóre:	
Hodnocení:	
0–2 body stav výživy velmi dobrý/dobry, bez další intervence	
3–4 body nutné monitorování stavu výživy, kontrola s odstupem 1 týdně	
5 a více bodů vysoké riziko podvýživy, indikováno cílené vyšetření nutričního stavu a intervence	

Obr. 6. Nottinghamský screeningový systém pro hodnocení rizika malnutrice

Převzato z: TOPINKOVÁ, Eva. *Geriatric pro praxi*. 1. vyd. Praha: Galén, 228 s. ISBN 80-7262-365-6.

Příloha 9: Kriteria podvýživy

Hladovění, realimentace, složky výživy 97

Tab. 18 Kriteria podvýživy, nutriční stav (podle NRS 2002, viz příloha)

normální nutriční stav	skóre 0
mírná podvýživa Zhubnutí o více než 5 % za 3 měsíce nebo příjem stravy pod 50–75 % normálního příjmu za poslední týden	skóre 1
střední podvýživa Zhubnutí o více než 5 % za 2 měsíce, nebo BMI 18,5–20,5 – zhoršení kondice nebo příjem jídla 25–60 % normálního příjmu za poslední týden	skóre 2
těžká podvýživa Zhubnutí o více než 5 % za 1 měsíc (o více než 15 % za 3 měsíce) nebo BMI pod 18,5 nebo příjem jídla 0–25 % normálního příjmu za poslední týden	skóre 3

Skóre nutričního stavu a skóre tíže choroby (odstupňována také jako 0, 1, 2, 3) dává dohromady nutriční riziko.

Nutriční riziko je definováno současným nutričním stavem a rizikem poškození současného stavu díky zvýšeným nárokům způsobeným stresovým metabolismem dle klinických podmínek

Tab. 19 Tíže choroby a její skóre (viz příloha)

normální nutriční nároky	choroba nepřítomna	skóre 0
tíže choroby: mírná fraktura krčku femuru*, chroničtí pacienti zejména s akutními komplikacemi, Ci hepatitis, CHOCHP*, chronicky dialyzovaní, diabetici, onkologičtí		skóre 1
tíže choroby: střední velká břišní operace*, mozková příhoda*, těžká pneumonie, hematologické malignity		skóre 2
tíže choroby: vysoká úraz hlavy*, transplantace kostní dřeně*, pacienti v intenzivní péči s APACHE skóre nad 10		skóre 3

*Studie přímo podporuje kategorizaci pacienta s příslušnou diagnózou

Plán nutriční péče je indikován u všech pacientů, kteří jsou:

- (1) těžce podvyživení (skóre 3) nebo
- (2) těžce nemocní (skóre 3), nebo
- (3) středně podvyživení + mírně nemocní (skóre 2+1), nebo
- (4) mírně podvyživení + středně nemocní (skóre 1+2)

Převzato z: GROFOVÁ, Zuzana. *Nutriční podpora : Praktický rádce pro sestry*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 2007. 240+ 8 barevných příloh s. ISBN 978-80-247-1868-2.

Příloha 10: Klasifikace obezity

Klasifikace	BMI	Riziko vzniku onemocnění souvisejících s obezitou
podváha	menší než 18,5	malé (ale riziko jiných zdravotních problémů)
normální hmotnost	18,5–24,9	průměrné
nadváha	25,0–29,9	mírně zvýšené
obezita I. stupně	30,0–34,9	středně zvýšené
obezita II. stupně	35,0–39,9	dostí zvýšené
obezita III. stupně	více než 40	velmi zvýšené

WWW.SESTRA.CZ

Převzato z: GAJDÁCSOVÁ, Julie. Nadváha a obezita. *Sestra : odborný časopis pro nelékařské zdravotnické pracovníky*. 4. 2010, 04, s. 69- 70. ISSN 1210-0404.

Příloha 11 I: Výživové doporučené dávky I (pro kojence a batolata)

Tab. č. 7. Návrh výživových doporučených dávek pro kojence a batolata
(údaje v hodnotách na kg hmotnosti/den)

Výživový faktor, jednotka	0–6 měsíců	6–12 měsíců	1–3 roky
Energie, MJ	0,48	0,44	0,42
Energie, kcal	115,0	105,0	100,0
Bílkoviny, g	2,2	2,0	1,8
Tuky, g	30–54 % E	30–54 E	35 % E
Esenciální mastné kys.*	3 % E	3 % E	3 % E
Vápník, mg	67,0	67,0	62,0
Hořčík, mg	6,7	6,7	6,2
Železo, mg	1,0	1,1	0,77
Jod, µg	6,7	5,56	5,38
Zinek, mg	0,83	1,1	0,77
Fosfor, mg	50,0	56,0	62,0
Selen, µg	1,67	1,67	1,54
Vitamin A, µg	62,5	42,0	31,0
Vitamin D, µg	1,25	1,11	0,77
Vitamin E, mg	0,5	0,44	0,46
Vitamin K, µg	0,83	1,11	1,15
Vitamin B ₁ , mg	0,05	0,04	0,05
Vitamin B ₂ , mg	0,07	0,06	0,06
Niacin, mg	0,83	0,67	0,69
Vitamin B ₆ , mg	0,05	0,07	0,08
Kys. listová, µg	4,17	3,89	3,85
Vitamin B ₁₂ , µg	0,05	0,06	0,05
Vitamin C, mg	5,0	3,89	3,08

Poznámka: E - celkový energetický příjem

* - včetně kyseliny linolové

Převzato z: BLATTNÁ, Jarmila, et al. *Výživa na začátku 21. století : aneb o výživě aktuálně a se zárukou.* 1. vyd. Praha : Společnost pro výživu, 2005. 79 s. ISBN 80-239-6202-7.

Příloha 11 II: pro děti a dospívající

Tab. č. 8. Návrh výživových doporučených dávek pro děti a dospívající (údaje v hodnotách denního příjmu)

Výživový faktor, jednotka	Děti předškolního a školního věku				Dospívající	
	3–6 let	7–10 let	11–14 let		15–18	
	chlapci	dívky	chlapci	dívky	chlapci	dívky
Energie, MJ	5,9	7,4	9,2	8,4	10,0	9,2
Energie, kcal	1400,0	1800,0	2200,0	2000,0	2400,0	2200,0
Bílkoviny, g	35,0	45,0	55,0	53,0	68,0	60,0
Tuky, g	50,0	60,0	75,0	70,0	80,0	75,0
Kys. linolová, g	7,5	8,0	9,0	8,5	10,0	9,0
Vápník, mg	900,0	1000,0	1100,0	1100,0	1200,0	1200,0
Hořčík, mg	100,0	250,0	350,0	300,0	400,0	350,0
Železo, mg	5,0	10,0	12,0	15,0	12,0	16,0
Jod, µg	100	140,0	180,0	180,0	200,0	200,0
Zinek, mg	6,0	11,0	12,0	10,0	12,0	10,0
Posfor, mg	700,0	1100,0	1200	1200	1200	1200
Selen, µg	20,0	25,0	35,0	35,0	45,0	45,0
Vitamin A, mg	0,7	0,8	0,9	0,9	1,0	0,9
Vitamin D, µg	10,0*	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0
Vitamin E, mg	7,0	10,0	12,0	10,0	14,0	12,0
Vitamin K, µg	15,0	30,0	50,0	60,0	70,0	60,0
Vitamin B ₁ , mg	1,0	1,1	1,2	1,1	1,3	1,1
Vitamin B ₂ , mg	1,1	1,2	1,7	1,6	2,0	1,5
Niacin, mg	12,0	13,0	17,0	15,0	18,0	15,0
Vitamin B ₆ , ng	1,1	1,2	1,6	1,5	1,7	1,5
Kys. listová, µg	75,0	100,0	400,0	400,0	400,0	400,0
Vitamin B ₁₂ , µg	1,0	1,8	2,0	2,0	3,0	3,0
Vitamin C, mg	65,0	65,0	90,0	90,0	100,0	100,0

Poznámka: * v letních měsících 5,0 µg

Převzato z: BLATTNÁ, Jarmila, et al. *Výživa na začátku 21. století : aneb o výživě aktuálně a se zárukou.* 1. vyd. Praha : Společnost pro výživu, 2005. 79 s. ISBN 80-239-6202-7.

Příloha 11: III pro dospívající populaci

Tab. č. 9. Návrh výživových doporučených dávek pro dospělou populaci (údaje v hodnotách denního příjmu)

Výživový faktor, jednotka	19–59 let				60 a více let		Těhotné Kojící	
	Lehká zátěž		Střední zátěž		muži	ženy	ženy	
	Muži	ženy	muži	ženy				
Energie, MJ	10,0	9,2	10,9	10,0	8,4	8,0	10,0	10,0
Energie, Kcal	2400	2200	2600	2400	2000	1900	2400	2400
Bílkoviny, g	68,0	63,0	70,0	65,0	65,0	65,0	80,0	80,0
Tuky, g	70,0	65,0	75,0	70,0	55,0	55,0	75,0	75,0
Kys. linolová, g	8,0	7,0	9,0	8,0	8,0	8,0	9,0	9,0
Vápník, mg	1000,0	1000,0	1000,0	1000,0	1000,0	1000,0	1500,0	2000,0
Hořčík, mg	400,0	400,0	400,0	400,0	350,0	350,0	400,0	450,0
Železo, mg	10,0	15,0	15,0	16,0	12,0	12,0	20,0	20,0
Jod, µg	200,0	200,0	200,0	200,0	180,0	180,0	230,0	260,0
Zinek, mg	14,0	12,0	14,0	12,0	12,0	12,0	14,0	14,0
Fosfor, mg	1000,0	1000,0	1000,0	1000,0	1000,0	1000,0	1500,0	1800,0
Selen, µg	55,0	55,0	55,0	55,0	55,0	55,0	55,0	70,0
Vitamin A, mg	1,0	0,9	1,0	1,0	1,0	1,0	0,8	1,2
Vitamin D, µg	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	10,0	10,0
Vitamin E, mg	14,0	12,0	14,0	12,0	12,0	12,0	14,0	18,0
Vitamin K, µg	75,0	65,0	75,0	65,0	80,0	65,0	75,0	65,0
Vitamin B ₁ , mg	1,1	1,0	1,3	1,1	1,2	1,1	1,5	1,4
Vitamin B ₂ , mg	1,6	1,4	1,8	1,6	1,4	1,4	1,6	1,8
Niacin, mg	18,0	15,0	20,0	18,0	15,0	15,0	18,0	20,0
Vitamin B ₆ , mg	1,9	1,8	2,0	1,9	1,8	1,8	2,5	2,2
Kys. listová, µg	400,0	400,0	400,0	400,0	400,0	400,0	600,0	600,0
Vitamin B ₁₂ , µg	3,0	3,0	3,0	3,0	3,0	3,0	3,5	4,0
Vitamin C, mg	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	110,0	120,0

Převzato z: BLATTNÁ, Jarmila, et al. *Výživa na začátku 21. století : aneb o výživě aktuálně a se zárukou*. 1. vyd. Praha : Společnost pro výživu, 2005. 79 s. ISBN 80-239-6202-7.

Příloha 12: Dotazník pro pacienty

Dotazník pro pacienty

Vážená paní, vážený pane,

jmenuji se Klára Zelenková a jsem studentkou třetího ročníku Zdravotně sociální fakulty Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích oboru Všeobecná sestra. Dovolte mi obrátit se na Vás s prosbou o vyplnění tohoto dotazníku, který je součástí mé bakalářské práce na téma: „*Výživa v nemocničních zařízeních jako součást komplexní ošetrovatelské péče*“.

Dotazník je **anonymní** a všechny Vámi poskytnuté údaje využiji ke zpracování bakalářské práce a následně ke zkvalitnění ošetrovatelské péče.

U jednotlivých otázek vždy zaškrtněte tu variantu, která nejvíce vystihuje Vaši odpověď, v případě možnosti doplňte Vašimi slovy. Není-li uvedeno jinak, vždy zvolte jednu variantu.

Za Vaši ochotu a čas strávený při vyplňování dotazníku předem děkuji.

Klára Zelenková
studentka ZSF JU

1. Jaké je Vaše pohlaví?

- a) mužské
- b) ženské

2. Do jaké věkové skupiny patříte?

- a) do 25 let
- b) 26- 35 let
- c) 36- 45 let
- d) 46- 55 let

- e) 56- 65 let
- f) 66 let a více

3. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

- a) základní
- b) vyučen/a
- c) středoškolské s maturitou
- d) vyšší odborné
- e) vysokoškolské

4. Na jakém oddělení jste nyní hospitalizován/a?

- a) chirurgické oddělení
- b) interní oddělení
- c) gynekologické oddělení

5. Jak dlouho jste hospitalizován/a na zdejším oddělení?

- a) 0- 1 den
- b) 2- 3 dny
- c) 4- 5 dní
- d) 6 dní a více

**6. Máte lékařem stanovené dietní opatření související s Vaším onemocněním? (zda-
li zvolíte možnost b) pokračujte otázkou č.8**

- a) ano
- b) ne

7. Uveďte prosím, o jaké dietní opatření se jedná?

.....

8. Chutná Vám strava podávaná v nemocničním zařízení?

Označte na škále: (hodnocení jako ve škole)

1 – 2 – 3 – 4 – 5

→ pokud označíte 2, 3, 4, nebo 5, která strava Vám nechutnala? (lze označit i více možností)

- a) snídane
- b) oběd
- c) teplá večeře
- d) studená večeře

9. Jste spokojen/a s množstvím podávané stravy?

Uveďte na škále, kdy:

1 – 2 – 3 – 4 – 5

Velmi spokojen

Velmi nespokojen

(zvolil/a-li jste možnost 1, prosím pokračujte otázkou č. 11)

10. Jaká změna související s množstvím podávané stravy by zvýšila Vaší spokojenost?

- a) větší porce masa
- b) větší porce příloh
- c) vydatnější snídane
- d) jiné.....

11. Jste spokojen/a s teplotou podávané stravy při servírování? (prosím do této otázky nezahrnujte studené večeře a snídane)

- a) ano vždy
- b) většinou ano

- c) občas
- d) spíše ne
- e) ne/ nikdy

(v případě zvolení možnosti a), pokračujte otázkou č. 13, při výběru možnosti b), c) nebo d) pokračujte otázkou č. 12)

12. Přihřála Vám sestra podávanou stravu, pokud to bylo potřeba?

- a) ano vždy
- b) většinou ano
- c) občas
- d) spíše ne
- e) ne/ nikdy

13. Cítíte se sytý/á po snědení podávané stravy?

- a) ano vždy
- b) většinou ano
- c) občas
- d) spíše ne
- e) ne/ nikdy

→ zda- li Vaše odpověď byla a) pokračujte otázkou č.15,

v případě zvolení možnosti b), c), d), nebo e) pokračujte otázkou č. 14

14. Prosím označte jídlo, po kterém se necítíte sytý? (lze označit i více možností)

- a) snídaně
- b) oběd
- c) teplá večeře
- d) studená večeře

15. Působí na Vás prostředí nemocničního zařízení, v němž se stravujete příjemným dojmem?

- a) ano, jídelna (jídelní kout) působí příjemným dojmem
- b) ano, při stravování na lůžku sestra zajišťuje příjemné prostředí vyvětráním a vhodnou polohou pohodlnou pro konzumaci stravy
- c) ne, necítím se příjemně v prostředí určeném pro podávání stravy

16. Umožnila Vám sestra výběr jiného jídla z jídelního lístku při zachování vaší diety?

- a) ano
- b) ne

17. Uvítal/a byste možnost výběru hlavního jídla při zachování Vaší diety?

- a) ano
- b) je mi to jedno
- c) ne

18. Chybí Vám nějaké potraviny, které byste si přál/a zařadit jako přídavek k podávané stravě? (jestliže jste zvolil/a možnost a), prosím uveďte jaké potraviny Vám chybí)

- a) ano
- b) ne

chybějící potraviny.....

19. Vyhovuje Vám čas, kdy sestra podává jednotlivou stravu?

- a) ano, vyhovuje
- b) ano, ale pouze v případě zařazení svačin mezi jednotlivými jídly
- c) ne, nevyhovuje, ani při zařazení svačin mezi jednotlivými jídly

20. Obstaráváte si ještě další potraviny nad rámec podávané stravy nebo zcela ji nahrazující? (v případě zvolení možnosti e) pokračujte otázkou č. 23)

- a) ano vždy

- b) většinou ano
- c) občas
- d) spíše ne
- e) ne/ nikdy

21. Informoval/a jste sestru o potravinách, které jste si obstaral/a?

- a) ano, informoval/a jsem sestru
- b) ne, neinformoval/a jsem sestru

22. Poučila Vás sestra o nutnosti informovat ošetřovatelský personál o potravinách, které jste si obstaral/a?

- a) ano, sestra mě poučila a učinil/a jsem tak
- b) ano, sestra mě poučila, ale neučinil/ a jsem tak
- c) ne, o této povinnosti jsem nebyl/a poučen/a, ale učinil/a jsem tak, myslím, že je to tak správné
- d) ne, o této povinnosti jsem nebyl/a poučen/a, a proto jsem tak neučinil/a
- e) ne, o této povinnosti jsem nebyl/a poučen/a, ale neučinil/a bych tak, i kdybych poučen/a byl/a

23. Myslíte si, že by se mělo něco změnit v oblasti stravování na oddělení, na kterém jste nyní hospitalizován/a?

- a) ano
- b) ne

24. Co si myslíte, že by se mělo změnit v oblasti stravování? (lze označit i více možností)

- a) větší množství podávané stravy
- b) menší množství podávané stravy
- c) vyšší teplota podávané stravy
- d) doba podávání stravy

e) možnost ve výběru příloh

f) možnost ve výběru hlavních jídel

g)jiné.....

.....

.....

.....

Ještě jednou mnohokrát děkuji za Váš čas a spolupráci.

Klára Zelenková

Zelenkovaklara@seznam.cz

Převzato z: Vlastní