



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Studies

Jihočeská univerzita
v Českých Budějovicích
University of South Bohemia
in České Budějovice

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

Zdravotně sociální fakulta

Katedra ošetřovatelství a porodní asistence

Diplomová práce

Význam práce sestry při zajišťování výživy u seniorů

Vypracovala: Bc. Lucie Kopačková

Vedoucí práce: PhDr. Sylva Bártlová, Ph.D.

České Budějovice 2014

Abstrakt

Teoretická východiska

Stárnutí a stáří je přirozenou součástí každého jedince během jeho života. Většina populace si přeje dožít život aktivně a pokud možno co nejkvalitněji. Jedním z faktorů, které nejvíce ovlivňují zdravé stárnutí, je výživa. Pro udržení kvalitního života a dobré fyzické kondice hraje adekvátní výživa významnou roli. Výživové potřeby seniorů jsou úzce specifické. Jsou dány především změnami organismu a celou řadou dalších faktorů vyplývajících z životního stylu seniora. Důležitou roli hrají zejména stravovací návyky, sociální a kulturní prostředí, vzdělání, společenské postavení, ekonomická úroveň a v neposlední řadě zdravotní a psychický stav daného jedince. Správná výživa seniorů přispívá k jejich zdraví a pocitu pohody, stejně tak je důležitá pro zotavení se z nemoci, ke které je starší člověk náchylnější. Při zajišťování stravy seniorům v nemocnici je velmi důležitá role všeobecné sestry.

Cíle práce

Pro zpracování diplomové práce byly stanoveny 4 cíle: 1. Zjistit, zda sestry dodržují zásady podávání stravy seniorům. 2. Identifikovat nejčastější faktory, které ovlivňují stravování seniorů v nemocnici. 3. Zmapovat, jaké nejčastější poruchy výživy se u seniorů v nemocnici objevují. 4. Zjistit, jaká je nejčastější dieta u seniorů hospitalizovaných v nemocnici.

Použité metody

Výzkumné kvalitativní šetření probíhalo formou skrytého pozorování. Pozorovaným objektem byly sestry pracující na oddělení následné péče, které byly pozorované při podávání stravy seniorům. Skryté pozorování bylo doplněno hloubkovými rozhovory s pozorovanými sestrami. Pozorování bylo zpracováno v programu Microsoft Excel formou tabulek a rozhovory byly zpracované v programu Atlas.ti.

Výsledky

Z pozorování sester při podávání stravy seniorům se ukázalo, že žádná z pozorovaných sester nedodržela všechny zásady pro podávání stravy seniorům v nemocnici. Ve větší či menší míře se každá pozorovaná sestra dopustila určité chyby. Mezi nejčastěji se vyskytující chyby patřily následující. Při servírování jídla sestry nepoužily zástěru nebo empír, sestry nezamezily přímému kontaktu rukou s potravinami. Téměř polovina pozorovaných sester nevěnovala P/K dostatek času a podpora P/K během podávání stravy ze strany pozorovaných sester byla taktéž nedostačující. Další téměř polovina pozorovaných sester nepopřála pacientům dobrou chuť. Za zmínku stojí i poslední nejčastěji se vyskytující chyba – téměř polovina sester si po procesu podávání stravy po sobě neuklidila pomůcky. Za nejčastější faktory ovlivňující stravování seniorů v nemocnici označily dotazované sestry v rozhovorech následující faktory: biologické změny ve stáří, různé typy demence, psychický stav jedince, přidružená onemocnění, užívání léků, stravovací návyky jedince, stav dentice (zubní protéza), vliv rodiny. Za nejčastější poruchy výživy označily tyto poruchy: nechutenství, dehydrataci, nadváhu, obezitu a podvýživu. Za nejčastější diety, které senioři v nemocnici dodržují, byly označeny: dieta číslo 3, 9, 4, 0, dále pak diety v mleté formě, kašovitě formě a strava podávaná přes NGS (nasogastrická sonda).

Závěr

Na základě výzkumného šetření a prostudované odborné literatury byl navržen pro ošetřující personál standard ošetřovatelské péče s názvem „Podávání stravy pacientům s deficitem sebepéče v oblasti stravování.“ Ošetřující personál tak bude mít příležitost využívat manuál, který jim bude sloužit jako správný postup při podávání stravy pacientům s deficitem sebepéče v oblasti stravování, a sestry nebudou daný výkon považovat za rutinní záležitost.

Abstract

Theoretical Foundations

Ageing and old age are natural parts of every individual during their lives. Most of the population wants to live an active life of the best quality possible. Nutrition is a factor that influences healthy aging most significantly. Adequate nutrition plays an important role in maintaining the quality of life and good physical condition. Nutritional needs of the elderly are highly specific. The nutritional needs of the elderly are defined mainly by changes in the organism and a wide range of influencing factors resulting from a person's lifestyle. An important role is played especially by eating habits, social and cultural environment, education, social status, economic standards and, ultimately, health and psychological condition of a person. Proper nutrition of the elderly contributes to their health and wellbeing; it is also important for recovery from the illnesses to which the elderly are more vulnerable. When providing nutrition to the elderly in hospitals, the role of nurses is important.

Objective of the Thesis

Four objectives were specified for the thesis: 1 To find out whether nurses follow the principles of providing nutrition to the elderly. 2 To identify the most common factors that affect nutrition of the elderly in hospitals. 3 To map the most common nutritional disorders in the elderly occurring in hospitals. 4 To find out what diet is the most common in the elderly staying in hospitals.

Methodology

The research qualitative inquiry was conducted in the form of covert observation. The objects of observation were the nurses working at a department of aftercare, which were observed in serving food to the elderly. The covert observations were complemented with depth interviews, also with the observed nurses working at the department aftercare. The observations were processed in Microsoft Excel in the form of tables and the interviews were processed in the Atlas.ti programme.

Results

The observations of the nurses in serving of food to the elderly showed that all the observed nurses failed to comply with the principles of providing nutrition to the elderly in the hospital. More or less each of the observed nurses made some mistakes. The most frequently occurring mistakes were as follows: While serving food, the nurses did not use aprons or serving overalls; the nurses did not prevent direct hand contact with the food. Almost half of the observed nurses did not provide the patients with sufficient time and the support to the patients while serving the food by the observed nurses was also inadequate. Further, nearly half of the observed nurses did not wish a Bon appetite to the patients. Also noteworthy is the latest most frequent mistake: nearly half of the nurses did not put away their aids after serving food. In the interviews, the nurses surveyed identified the most frequent factors influencing nutrition of the elderly in hospitals as follows: biological changes in old age, various types of dementia, psychological condition of the individual, co-morbidities, medication use, eating habits of the individual, the state of dentition (dental prosthesis), and the influence of the family. The most common nutritional disorders identified were as follows: absence of appetite, dehydration, excess weight, obesity and malnutrition. The most common diets eaten by the elderly in hospitals were identified as follows: diets no. 3, 9, 4, 0 and also diets in ground form, puree form and food served through an NGS (nasogastric tube).

Conclusion

Based on the research survey and the review of expert literature, a standard of nursing care, called “Serving food to patients with deficient self-care in nutrition”, was designed for nursing staff. Nursing staff will have the opportunity to use the manual that will serve them as good practice when serving food to patients with deficient self-care in nutrition, and nurses will not consider the activity as a routine procedure.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci na téma „Význam práce sestry při zajišťování výživy u seniorů“ vypracovala samostatně a použila jsem jen zdrojů, které cituji v přiložené literatuře.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejňováním své diplomové práce, a to ve zkrácené podobě 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.

V Českých Budějovicích dne 15.8. 2014

.....
Bc. Lucie Kopačková

Poděkování

Chtěla bych tímto poděkovat vedoucí mé diplomové práce doc. PhDr. Sylvě Bártlové, Ph.D., za odborné vedení práce, za cenné rady, připomínky a dodávání optimismu při psaní. Dále bych chtěla poděkovat všeobecným sestřám, které byly ochotné poskytnout mi část svého volného času a udělat se mnou rozhovor na dané téma. Děkuji za jejich vstřícnost a ochotu odpovídat na otázky výzkumného šetření. Velké díky patří též rodičům za trpělivost a obětavost v průběhu celého mého studia.

OBSAH

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK.....	4
ÚVOD	5
1 SOUČASNÝ STAV.....	7
1.1 Stáří a stárnutí.....	7
1.1.1 <i>Teorie stáří a jeho kategorie</i>	7
1.1.2 <i>Stárnutí populace</i>	8
1.2 <i>Změny organismu ve stáří</i>	10
1.2.1 <i>Biologické změny</i>	10
1.2.2 <i>Psychické změny</i>	13
1.2.3 <i>Sociální změny</i>	14
1.3 <i>Výživa ve stáří</i>	14
1.3.1 <i>Faktory ovlivňující výživu</i>	15
1.3.2 <i>Výživová pyramida</i>	16
1.4 <i>Složky potravy</i>	17
1.4.1 <i>Vitaminy</i>	20
1.4.2 <i>Minerální látky a stopové prvky</i>	24
1.5 <i>Pitný režim u seniorů</i>	28
1.6 <i>Poruchy výživy u seniorů</i>	30
1.6.1 <i>Malnutrice</i>	30
1.6.2 <i>Obezita ve stáří</i>	34
1.7 <i>Práce sestry při zajišťování výživy u seniorů v nemocnici</i>	36
1.7.1 <i>Hodnocení stavu výživy seniora sestrou</i>	36
1.7.2 <i>Fyzikální vyšetření seniora sestrou</i>	37

1.7.3	<i>Sledování příjmu potravy a tekutin u seniora</i>	38
1.7.4	<i>1.7.4. Dietní systém</i>	39
1.7.5	<i>Objednávání, přeprava a příprava stravy na oddělení</i>	40
1.7.6	<i>Podávání stravy seniorům v nemocnici</i>	41
2	<i>CÍLE PRÁCE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY</i>	43
2.1	<i>Cíle práce</i>	43
2.2	<i>Výzkumné otázky</i>	43
3	<i>METODIKA</i>	44
3.1	<i>Použité metody a technika výzkumu</i>	44
3.2	<i>Charakteristika výzkumného souboru</i>	45
4	<i>VÝSLEDKY</i>	46
4.1	<i>Vyhodnocení dat z kvalitativní části výzkumného šetření</i>	46
4.1.1	<i>Rozhovor 1, pozorování 1</i>	46
4.1.2	<i>Rozhovor 2, pozorování 2</i>	49
4.1.3	<i>Rozhovor 3, pozorování 3</i>	52
4.1.4	<i>Rozhovor 4, pozorování 4</i>	55
4.1.5	<i>Rozhovor 5, pozorování 5</i>	58
4.1.6	<i>Rozhovor 6, pozorování 6</i>	61
4.1.7	<i>Rozhovor 7, pozorování 7</i>	64
4.1.8	<i>Rozhovor 8, pozorování 8</i>	67
4.1.9	<i>Rozhovor 9, pozorování 9</i>	70
4.2	<i>Kategorizace dat z kvalitativního výzkumného šetření (pozorování)</i>	73
4.3	<i>Kategorizace dat z kvalitativního výzkumného šetření (rozhovory)</i>	75
5	<i>DISKUZE</i>	83
5.1	<i>Výsledky výzkumného šetření (pozorování)</i>	84

5.2	<i>Výsledky výzkumného šetření (rozhovory)</i>	86
6	ZÁVĚR	90
7	SEZNAM INFORMAČNÍCH ZDROJŮ	92
8	KLÍČOVÁ SLOVA	98
9	SEZNAM PŘÍLOH	99

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

P/K	pacient/klient
WHO	World Health Organization
CNS	centrální nervová soustava
BMI	Body Mass Index
NSI	Nutrition Screening Initiative
MNA	Mini Nutritional Assessment
MUST	Malnutrition Universal Screening Tool
ESPEN	European Society for Parenteral and Enteral Nutrition
NRS	Nutritional Risk Screening
JIP	jednotka intenzivní péče
ARO	anesteziologicko-resuscitační oddělení
NGS	nasogastrická sonda
SZŠ	střední zdravotnická škola
VŠ	vysoká škola

ÚVOD

„Stáří se nevysmívej – vždyť k němu směřuješ.“

Menandros

Stáří je nedílnou součástí života každého z nás. Je to přirozený proces lidského žití. Právě seniorská populace bývá často v dnešní době přehlížena a mnoho lidí ji považuje za okraj společnosti. Měli bychom si uvědomit, že senioři by neměli být přehlíženi, ba naopak jim věnovat pozornost a péči, aby mohli žít svůj život plnohodnotně a důstojně.

Téma diplomové práce „Význam práce sestry při zajišťování výživy u seniorů“ jsem si vybrala z několika důvodů. Jedním z důvodů je fakt, že se seniorskou populací mám osobní zkušenost, neboť jsem se několik let starala o svoji prababičku. Mám proto velké pochopení pro lidi v této fázi života a rozumím problematice stáří. Druhým důvodem, který mě vedl pro výběr tohoto tématu, je výživa samotná. Často se setkáváme s názorem, že senioři nepotřebují příliš jíst, protože už jsou staří. Ale opak je pravdou. Musíme si uvědomit, že právě seniorský věk přináší různá specifika a tím je i samotná výživa. Ve stáří potřebujeme vyváženou stravu pestrou na vitaminy, minerální látky a živiny. Výživa v životě seniora hraje významnou roli právě z toho důvodu, aby člověk prožil svůj život co nejlépe. Dalším důvodem, který mě vedl pro výběr tohoto tématu, byla zkušenost, se kterou se setkávám na odborné praxi v nemocnici. Často pozoruji opakující se chyby ze strany ošetřujícího personálu právě v oblasti podávání výživy seniorům. Výživa je nedílnou součástí léčebného režimu. Právě adekvátní výživa jedince napomáhá v léčebném procesu. Zvláště pak u seniorů bychom měli věnovat větší pozornost stravování jak v domácím prostředí, tak především při hospitalizaci ve zdravotnickém zařízení. Často se můžeme u seniorů setkat s různými poruchami v oblasti výživy, jako je obezita, ale také nedostatečná výživa (malnutrice).

Cílem diplomové práce bylo zjistit, zda sestry dodržují zásady podávání stravy seniorům, a identifikovat nejčastější faktory, které ovlivňují stravování seniorů v nemocnici. Dalším cílem diplomové práce bylo zmapovat, jaké nejčastější poruchy výživy se u seniorů v nemocnici objevují, a zjistit, jaká je nejčastější dieta u seniorů

v nemocnici. Součástí diplomové práce je vypracovaný ošetrovatelský standard na podávání stravy pacientům s deficitem sebeděče v oblasti stravování.

1 SOUČASNÝ STAV

1.1 Stáří a stárnutí

Stárnutí je nedílnou součástí života každého z nás. Stárnutí neboli involuce je proces, který postihuje veškerou živou hmotu. Involuce jako taková není dodnes přesně definována, jsou popisovány pouze její vlastnosti a projevy. Jak vlastnosti, tak projevy stárnutí jsou velice variabilní a u každé živé hmoty vysoce individuální. Výsledkem procesu stárnutí je stáří neboli sénium. Existuje několik definicí, jak lze pojem stáří definovat. Jak uvádí Zdeněk Kalvach (1) ve své knize Geriatrie a gerontologie: „*Stáří je označení pozdní fáze ontogeneze, přirozeného průběhu života. Jde o projev a důsledek involučních změn funkčních i morfologických, probíhajících druhově specifickou rychlostí s výraznou interindividuální variabilitou a vedoucích k typickému obrazu označovanému jako stařecký fenotyp*“ (1, s. 67). Stáří se obecně označuje jako poslední vývojová etapa v našem životě. Změny, ke kterým v průběhu stáří dochází, jsou ovlivňovány prostředím, ve kterém člověk žije, životním stylem a zásadní roli zde sehrávají psychické, ekonomické a sociální vlivy (2). Topinková říká: „*Stárnutí je specifický, nevratný a neopakovatelný biologický proces, univerzální pro celou přírodu. Jeho průběhu říkáme život. Délka života je geneticky determinována a pro každý živočišný druh je specifická – od několika hodin do desítek let*“ (3).

1.1.1 Teorie stáří a jeho kategorie

Stáří se v odborné literatuře rozděluje na tři kategorie. Rozlišujeme kalendářní stáří, kdy je stáří jednoznačně vymezitelné. V dnešní době je za počátek stáří stanoven věk 65 let. O vlastním stáří hovoříme tehdy, dovrší-li jedinec hranici 75 let. V 60. letech navrhla B. L. Neugartenová pojmy „mladí senioři“ a „staří senioři“. Z jejího pojetí dodnes vycházíme při dělení stáří: mladí senioři, tato skupina seniorů je vyhrazena věkovými kategoriemi od 65 let do 74 let, druhou skupinou jsou staří senioři, ti jsou vymezeni od 75 let do 84 let, a poslední třetí skupinou jsou velmi staří senioři, jejichž

věk je 85 a více let. Kalendářní věk se často využívá hlavně v demografii pro jeho objektivnost a jednoduché stanovení. Další kategorií, kterou rozlišujeme, je sociální stáří. Tato kategorie popisuje úlohu sociálních rolí, potřeb, životního stylu a ekonomického zajištění. Významným zlomem této kategorie je odchod do důchodu. Třetí kategorií je biologické stáří. Toto období bývá označované jako konkrétní míra involučních změn každého jedince. Podle Světové zdravotnické organizace (WHO) můžeme stáří dělit na tři období: 60–74 let – rané stáří, 75–89 let – vlastní stáří, 90 let a více – dlouhověkost (2).

Názory na příčinu stárnutí jsou velice rozmanité, a proto existuje o stárnutí řada teorií. Pro lepší orientaci uveďme některé z nich. Teorie stárnutí genetického programu předpokládá, že stárnutí je geneticky zakódováno. Tato teorie si nepřipouští žádné možné vlivy, vše je možné ovlivnit jen zásahem do genomu. Další teorií stárnutí je teorie imunologická nebo též nazývaná autoimunní, která říká, že stáří je spojeno s poklesem funkce imunitního systému. Pokles funkce imunitního systému se pak projevuje vyšším výskytem chorob, hlavně nádorových onemocnění. Jinou teorií je teorie hormonálního stárnutí, která se opírá o názor, že stárnutí je založeno na poklesu produkce hormonů. Dalšími teoriemi jsou například teorie mutační, teorie volných radikálů, teorie omylů a katastrof, teorie opotřebení a celá řada dalších (4).

1.1.2 Stárnutí populace

V dnešní době můžeme říci, že počet seniorů rok od roku roste. V minulosti bylo spíše výjimkou setkat se s jedincem, který dosáhl hranice 90 let. V dnešní době je to zcela běžná situace. Seniorů přibývá skutečně více než příslušníků jiných věkových skupin. Dochází k prodlužování lidského věku. Dokonce podle dlouhodobých prognóz můžeme očekávat, že lidí s věkem nad hranicí 90 let bude stále více přibývat. V roce 2050 se předpokládá, že na území České republiky bude žít až půl milionu občanů ve věku nad 85 let. Jen pro srovnání v roce 2007 žilo na území České republiky 124 937 občanů ve věku nad 85 let (5). Další příčinou, která má za následek růst seniorské populace, je snížení porodnosti. V 90. letech 20. století došlo k prudkému

poklesu porodnosti. V posledních letech dochází k tomu, že porodnost opět roste, dokonce se odhaduje ještě větší nárůst, než je tomu dnes. Přesto stále Česká republika patří mezi státy s nízkou porodností.

Samotné plánování a příprava života v důchodu je celoživotní proces. Přípravu na stáří rozdělujeme do tří kategorií. Rozlišujeme krátkodobou, střednědobou a dlouhodobou přípravu na stáří. Krátkodobá příprava zahrnuje období tři až pět let před odchodem do důchodu, její podstatou je vytvořit si takové podmínky, abychom ve stáří mohli žít příjemný život. Střednědobá příprava se vymezuje věkem kolem 45. roku života. V tomto období bychom se měli věnovat třem hlediskům. Z hlediska biologického je to dodržování zdravého způsobu života, který vede k soběstačnosti jedince. Z hlediska psychologického je třeba si uvědomit, že stáří je nedílnou součástí každého jedince, a třetí hledisko je tvorba tzv. druhého programu. Dlouhodobá příprava je příprava celoživotní (6).

Studium akademií a univerzit třetího věku poskytuje seniorům pocit sounáležitosti. Jsou vhodné pro seniory, kteří již z nějakého důvodu nechtějí nebo nemohou pracovat a samotné zájmy a aktivity jim nepřinášejí zmiňovaný pocit sounáležitosti. Zakladatelem univerzit třetího věku byl profesor lékařství Pierre Vellas. První univerzita třetího věku vznikla ve francouzském městě Toulouse. Tato myšlenka vzdělávání seniorů se později začala šířit do celé Evropy a následně do celého světa. Univerzity třetího věku v čase svého vzniku představovaly symbol nového, aktivního, cílevědomého a informovaného přístupu seniora k svému životu (7). U nás byla první univerzita třetího věku otevřena v Olomouci v roce 1986, o rok později byla též otevřena v Praze na Fakultě všeobecného lékařství Univerzity Karlovy. V současné době jsou univerzity třetího věku součástí vzdělávací nabídky všech typů vysokých škol a jsou zařazené do programu celoživotního vzdělávání (6).

1.2 Změny organismu ve stáří

„Již od mládí je třeba mít před očima stáří“.

Gaius Lucilius

1.2.1 Biologické změny

Změny, ke kterým v průběhu stáří dochází, se týkají většiny orgánových soustav a jednotlivých orgánů. Na první pohled jsou nejvíce nápadné na kožním ústrojí a pohybovém aparátu. Ke změnám ale dochází na systému kardiovaskulární, trávicím, respiračním, nervovém, vylučovacím, pohlavním, dále na smyslovém vnímání a na spánku (8). Biologické změny probíhají na úrovni fyziologické, změny postihují tkáň a orgány, ale u každého jedince k změnám dochází individuálně. Tyto změny jsou ovlivňovány geneticky a životním stylem každého jedince (9). Zdeněk Kalvach (10) udává, že obecným rysem stárnutí je atrofie. Nejvíce rizikovým orgánem, který může být postižen atrofíí, je mozek. Jde o proces, kdy specializovaná tkáň je nahrazena tkání pojivovou (10).

Kožní ústrojí

Ve stáří dochází ke snížení aktivity mazových žláz. Kůže hůře zadržuje vodu, a proto se může objevit pocit svědění kůže. Na rukou a v obličeji se objevují tzv. „stařecké skvrny.“ Kůže ztrácí svoji elasticitu, tvoří se vrásky a dochází ke snížení napětí kůže. Dochází ke ztrátě tukové tkáně, a proto se u seniorů často setkáváme s tím, že mají tenkou, tzv. pergamenovou kůži. Změnami prochází i vlasy, nehty a chlupy. Dochází k šedivění a řídnutí vlasů a ochlupení, u nehtů se objevují podélné rýhy. Na kůži se objevují hnědé, bradavčité, na povrchu šupinaté výrůstky, tzv. „senilní bradavice.“ Často se u lidí vyššího věku setkáváme se vznikem nádorů kůže (8).

Pohybový systém

V pohybovém systému z důvodu atrofie meziobratlových plotének dochází u starých lidí ke snížení tělesné výšky. Dochází k úbytku vápníku a minerálů v kostech. Proto je

zde zvýšené riziko pádů a úrazů. Ubývá kloubní chrupavka a s tím je spjatá bolestivost kloubů. Svaly ochabují, snižuje se jejich pružnost (2).

Kardiovaskulární systém

Kardiovaskulární onemocnění patří ve vyšším věku k nejčastějším onemocněním. Na kardiovaskulárním systému dochází s věkem k funkčním a anatomickým změnám. V srdci dochází k úbytku kardiomyocytů, dochází k nárůstu hmotnosti srdce a masy levé komory (11). Klesá pracovní kapacita plic, srdeční chlopně ztrácejí svoji pružnost. Srdce přečerpává menší množství krve z toho důvodu, že se snižuje činnost srdce jako pumpy. Ve stáří se často u některých jedinců objevuje vysoký krevní tlak (hypertenze), a to proto, že elasticita cév klesá (8).

Trávicí systém

Nejvíce patrným projevem stárnutí v oblasti trávicího systému je ztráta chrupu. Důsledkem ztráty chrupu je pak porucha žvýkání, která si následně vyžaduje snížení sortimentu přijímané stravy. Lidé se špatnou denticí jí méně ovoce a zeleniny a pestrost jídelníčku je tak chudší. Dochází tím ke snížení příjmu vlákniny, vitaminů a minerálů (12). Velmi častou poruchou ve stáří v oblasti trávicího traktu je porucha polykání, tzv. dysfagie. Pokud není včas zahájena léčba, může dojít k malnutrici. V průběhu stárnutí dochází ke snížení sekreci slin, tzv. xerostomii. Ve stáří se často setkáváme s poruchou vyprazdňování, tedy zácpou. Příčinou bývá snížený příjem tekutin, vlákniny a celkově snížená mobilita. Další problematikou v oblasti trávení je průjem. Příčinou průjmu je snížená obranyschopnost střevní sliznice (9).

Smyslové vnímání

Ve stáří dochází ke změně či ztrátě smyslového vnímání, což vede k problémům v oblasti stravování. Vlivem stárnutí se čich a chuť mění ve smyslu negativním a to má za následek snížení požitku z pokrmu. Snížením vnímání chuti tak dochází k situaci, kdy si jedinec jídlo nadměrně přisoluje a okořeňuje. Klesá vnímání sladké a kyselé chuti (10). Dalšími poruchami, které výrazně ovlivňují kvalitu života seniora, jsou

poruchy zraku či sluchu. Zhoršuje se zraková percepce. Výzkumy uvádějí, že až 90 % lidí nad šedesát let udává výrazné zhoršení zraku. Asi u 30 % jedinců je výrazně zhoršen i sluch. Narušení zraku i sluchu výrazně snižuje kvalitu života seniora. Výrazně se v souvislosti s narušením zrakového a sluchového vnímání zvyšuje riziko pádů a s tím spojené riziko úrazů (13).

Vylučovací a reprodukční systém

S rostoucím věkem vlivem atrofie klesá počet glomerulů a dochází ke snížení funkční zdatnosti ledvin. Z tohoto důvodu je nutné dbát u seniorů na dostatečnou hydrataci. Snižuje se očišťovací schopnost a maximální koncentrační schopnost ledvin. Dochází ke snížení elasticity uretry, kapacita močového měchýře klesá. Dále se v močovém měchýři zvyšuje tzv. postmikční reziduum (obsah moče v močovém měchýři po vymočení). S rostoucím věkem se u jedinců často setkáváme s močovou inkontinencí (5). V oblasti reprodukčního systému u mužů dochází ke snížení hladiny pohlavního hormonu testosteronu. Varlata a penis ztrácejí pružnost, snižuje se kožní turgor a dochází ke zmenšení ochlupení. U starších mužů dochází k erektilní dysfunkci (14). U žen je hlavním mezníkem stárnutí tzv. menopauza. Dochází k poklesu produkce hormonu estrogenu a k útlumu činnosti vaječnicků (15). Další změnou je ztráta pevnosti zevních rodidel, zmenšování dělohy a atrofie poševní a děložní sliznice (16).

Respirační systém

V průběhu stárnutí se mění plicní struktura a funkce. Hrudní stěna má zvýšenou ztuhlost a plicní tkáň ztrácí svoji elasticitu. Dochází k poklesu vitální kapacity plic. Dýchání ve stáří bývá krátké, povrchní a rychlé. Často se u seniorské populace setkáváme s chronickým zánětem průdušek (1).

Nervový systém

V centrální nervové soustavě vlivem rostoucího věku dochází k úbytku neuronů a synapsí. Objevuje se snížená schopnost soustředění, patrné jsou výpadky krátkodobé paměti. Ve stáří mají často jedinci sklony k depresivním náladám. Jsou apatičtí vůči okolí a novým podmínkám. Často jedince doprovází dlouhotrvající únava. Mezi nejznámější nemoci CNS ve stáří bývá cévní mozková příhoda, demence, Alzheimerova choroba (17).

Spánek

V průběhu stárnutí dochází ke změnám spánkové architektury. U starších jedinců se objevuje snížení spánkové efektivity, snižuje se práh pro probuzení ze spánku a celková doba spánku je kratší. Starší lidé se během spánku v noci probouzejí a zvyšuje se latence opětovného probuzení. V průběhu stárnutí je tendence k dřívějšímu uléhání a časnějšímu rannímu vstávání. Nejčastějšími poruchami spánku ve stáří je insomnie (porucha udržení kontinuity spánku neboli nespavost), dále se může objevovat obstrukční spánková apnoe (porucha ventilace ve spánku) (18).

1.2.2 Psychické změny

Psychické stárnutí se projevuje celou řadou změn. Jde o změnu osobnostních rysů, snížení poznávacích schopností, zpomalení psychomotorického tempa, nižší pozornost, zhoršení paměti. Co se týče paměti, tak vzpomínky z doby minulé zůstávají většinou v paměti dobře zakotveny, ovšem krátkodobá paměť bývá narušena. Ve stáří se snižuje intenzita emocí, starý člověk se jen tak pro nové věci nenadchne, ale řadu věcí dokáže hodnotit klidněji a racionálněji. Na začátku stárnutí považují jedinci za velmi důležitý pocit seberealizace, později se u nich projevuje potřeba emočního zakotvení a vlídné přijetí ze strany rodinných příslušníků a blízkých osob. Lidé se s věkem stávají většími introverty. Staří lidé neradi přijímají nové věci, neradi mění svůj způsob života, své zvyky a tradice (13).

V oblasti učení dochází k celkovému zpomalení, důležité je si ale uvědomit, že i přes vyšší věk je učení stále možné (6). Změny v oblasti inteligence závisí na zdravotním stavu, vzdělání, způsobu života a sociálním statusu (17).

1.2.3 Sociální změny

Největší zlom v životě jedince je odchod do penze. Dochází proto k celé řadě sociálních změn, které se projeví více či méně v každodenním životě seniora. Nejdůležitější během těchto změn je seniorova rodina a její funkce. Nejdůležitější funkcí rodiny je funkce emocionální. Kromě toho má rodina také funkci výchovnou, reprodukční a materiální. Akční rodina zajišťuje podporu, pomoc, přijetí. Bohužel dnešním trendem je, že se mladí lidé odstěhovávají od rodičů a zakládají si svůj život. Senioři tak často zůstávají osamělí. Tím dochází k citovému oslabení u seniorů a vážné komunikace mezi generacemi. Dobře fungující rodina je zárukou pomoci ve stáří. Bohužel ale existují i rodiny, kde není žádný pocit sounáležitosti patrný. V některých případech dochází i k týrání a zneužívání (6, 13).

1.3 Výživa ve stáří

„Nemluv o tom, jak se má jíst, ale jez, jak se sluší.“

Epiktétos

Výživa je základní podmínkou života každého z nás a základní potřebou živého organismu. Právě ošetřovatelství se zabývá potřebami člověka, a tak nedílnou součástí ošetřovatelství je také výživa. Strava přináší tělu všechny nezbytné látky pro všechny tělesné orgány a tkáně. Bez dostatečné výživy by člověk nemohl žít (19). Výživa je primární, biologickou potřebou člověka, která je nezbytná pro udržení stálosti vnitřního prostředí (homeostázy) organismu. Jedná se o potřebu, která vede k zachování lidského života. Výživa, tedy jídlo a pití, je nezbytná nejen pro žaludek, trávicí ústrojí a energii

pro organismus, ale souvisí také s potřebami psychosociálními a emocemi člověka. Pro život a zdraví je důležité pravidelné a přiměřené stravování (20).

1.3.1 Faktory ovlivňující výživu

Stravování dnešní populace, tedy i seniorů, neodpovídá požadavkům současného způsobu života lidí. Vlivem měnících se podmínek životního prostředí mění svůj styl života také člověk. V poslední době jsou změny tak výrazné, že lidský organismus nestačí na tyto změny reagovat. Toto nedostatečné přizpůsobování se podmínkám má vliv na nárůst tzv. civilizačních chronických onemocnění, hlavně v oblasti srdce a cév a onkologických onemocnění. U seniorů tahle skutečnost platí dvojnásobně (20). Příjem potravy ovlivňuje několik faktorů. Jedná se o faktory biologické, psychické a sociální (21).

Biologické faktory

Mezi nejdůležitější biologické faktory, které ovlivňují stav výživy u seniora, patří funkce zažívacího systému. Dalším biologickým faktorem, který ovlivňuje stav výživy, je věk a růst. Stravování se mění vlivem zpomalení metabolismu a vlivem zpomalení fyzické činnosti. Přijímání potravy v životě seniora může být ovlivněno biologickými změnami, jako jsou: změny vnímání chutí a vůní a problémy spojené s chrupem. Pohlaví patří mezi další ovlivňující faktor. Obecně platí, že muži mají větší metabolický obrat, než mají ženy. Je tomu proto, že muži mají větší svalovou hmotu oproti ženám. Stravovací návyky dále může výrazně ovlivňovat zdravotní stav seniora. Jeho stravování ovlivňuje celá řada zdravotních problémů, jako je např. špatný chrup, nemoci jícnu, nádorová onemocnění, ale také některé druhy léků, které mohou způsobovat nechutenství, průjemy a nauzey (20, 21).

Psychické faktory

Do této kategorie zařazujeme emocionální stav daného jedince. Jídlo nenavozuje pouze pocit sytosti, ale také pocit spokojenosti a libosti. Právě negativní emoce velice ovlivňují samotné stravování seniora. Negativní emoce jsou častou příčinou nechutenství a nevolnosti. Významnou roli zde sehrává stres. Jsou lidé, kteří stresovou situaci řeší nadměrným příjmem potravy, jiní zase téměř žádnou stravu nepřijímají. Dalším faktorem jsou osobnostní rysy jedince (20, 21).

Sociální faktory

Tyto faktory vyplývají ze životního stylu daného jedince. Dnešní uspěchaná doba má vliv na nesprávné stravovací návyky dnešní populace. Tyto špatné stravovací návyky mají za následek vznik různých zdravotních problémů. Významnou roli zde hraje ekonomická situace jedince. Ekonomická situace určuje, co člověk sní a kolik toho sní. Finanční příjmy zásadně ovlivňují stravování hlavně u seniorů. Seniorská populace je výrazně ohrožena nedostatkem potravin než ostatní jedinci. Ovlivnění výživy seniorské populace v domácnosti je složitý proces a představuje velkou výzvu pro sociální politiku (22). Dalším faktorem, který může ovlivňovat stravování, je náboženské vyznání a etnická příslušnost (20, 21).

1.3.2 Výživová pyramida

Výživová pyramida je název pro grafické znázornění vhodného složení potravy. První pyramida byla vytvořena v roce 1992. Výživová pyramida se za několik posledních let dočkala mnoha úprav ze strany odborníků na zdravou výživu. I nadále lze předpokládat, že se pyramida bude měnit. Podoba nejnovější výživové pyramidy je uvedena v příloze 1. Výživová pyramida je vodítko či pravidlo, jak by se měl člověk správně stravovat, jaké potraviny by měl upřednostňovat a čemu se naopak vyvarovat. Pyramida by tak měla být určitým návodem, jak si sestavit vhodný jídelníček, zvláště pak při dodržování diety. Cílem výživové pyramidy je snížit výskyt civilizačních

chorob, jako je diabetes mellitus, onkologická onemocnění, infarkt a celá řada dalších onemocnění. Různé varianty pyramidy se liší podle toho, v jaké zemi byla vytvořena. Výživová pyramida se skládá z jednotlivých pater, které jsou seřazeny podle energetické hodnoty (24).

Zajímavé výsledky přinesl výzkum, který byl proveden v roce 2009 v německém městě Fulda. Zkoumal, zda senioři čtou popisky na potravinách a zda se v uvedených hodnotách orientují. Pomocí dotazníkového šetření bylo zjištěno, že 86,9 % z celkem 69 dotazovaných seniorů považuje nutriční hodnoty uvedené na potravinách za důležité. Problém, který u seniorů nastal, byla písemná forma na potravinách. Téměř 75,9 % dotazovaných uvedlo, že písmo, kterým jsou údaje na potravinách uvedeny, je příliš malé a pro seniory špatně čitelné. Z výzkumu dále vyšlo najevo, že 38,9 % seniorů uvedeným nutričním hodnotám nerozumí. Značná část dotazovaných seniorů nevěří informacím, které jsou na potravinách uvedeny. Pouze 29 % seniorů si umí vypočítat množství tuku v určité porci a pouze 23,2 % seniorů dokáže hodnotit obsah cukru v potravinách. Z výzkumu je patrné, že je nutné, aby informace uvedené na obalech potravin byly psané dostatečně velkým písmem, a že je zapotřebí informovat starší populaci o nutričních hodnotách v potravinách (23).

1.4 Složky potravy

Lidské tělo získává látky ze šesti základních složek potravin: karbohydrátů (cukrů), proteinů (bílkovin), lipidů (tuků), vitaminů, minerálů a vody. Tyto základní složky potravin plní tři hlavní funkce: dodávají energii, staví a udržují tělesné tkáně a regulují tělesné funkce. Výkon tělesných funkcí závisí na již zmiňovaných složkách. Podmínkou však zůstává jejich rovnováha (25).

Sacharidy

Cukry jsou základním zdrojem energie. Cukry, též označované karbohydráty nebo sacharidy, přijímá tělo z potravin jako polysacharidy, disacharidy a monosacharidy.

Hlavním polysacharidem je rostlinný škrob a amyulóza. Tvoří asi polovinu všech přijatých cukrů. Zástupcem disacharidů v potravě je sacharóza (řepný cukr, třtinový cukr, javorový sirup), laktóza (mléčný cukr) a maltóza (vzniká štěpením škrobu v obilovinách). Mezi monosacharidy řadíme glukózu, fruktózu a galaktózu (26, 27).

V průběhu trávení se sacharidy štěpí na jednoduché cukry. Ideálně využitelná je v podstatě jen glukóza, která vstupuje do krve, což má za následek stoupající hladinu krevního cukru (glukózy). Jakmile se do krve dostane cukr, je to signál pro vyplavení regulačního hormonu zvaného inzulin. Inzulin udržuje hladinu cukru ve fyziologických hodnotách a umožňuje tvorbu zásob energie ve formě jaterního a svalového glykogenu. Pokud je příjem sacharidů nadměrný, vytváří se zásoba energie ve formě podkožního a útrobního tuku (28).

Ve stáří potřeba energie klesá nejčastěji vlivem snížení fyzické aktivity. Existuje však opak, kdy spotřeba energie roste v důsledku některých chronických onemocnění, jako jsou například respirační onemocnění a srdeční nedostatečnost. Celková spotřeba by se měla odvíjet podle konkrétní situace daného seniora (29).

Proteiny

Proteiny (bílkoviny) jsou pro člověka nenahraditelnou složkou potravy. Základní stavební jednotkou bílkovin jsou aminokyseliny. Aminokyseliny mezi sebou tvoří řetězce, to je základní princip tvorby bílkovin. Bílkoviny zastávají celou řadu důležitých funkcí v lidském těle. Jsou důležité pro stavbu buněk, podílí se na metabolických procesech a velkou roli hrají v oblasti obranyschopnosti organismu (30). Bílkoviny zajišťují transport látek pro tělo důležitých. Jedná se například o hemoglobin, který přenáší kyslík ke tkáním (31). Dospělý člověk potřebuje denně 75 až 125 g bílkovin. Množství bílkovin není možné z důvodu rostoucího věku snižovat. Z důvodu vyšší nemocnosti vlivem stáří se klade důraz na dostatečný příjem bílkovin a hlavně na jejich kvalitu. Ve stáří se klade důraz jak na bílkoviny živočišné, tak na bílkoviny rostlinné. Vhodnými potravinami u seniorů jsou tvaroh, jogurty, libové maso. Vždy je nutné brát v úvahu aktuální zdravotní stav jedince. U bílkovin je potřeba brát v úvahu tepelnou

úpravu, která by měla být co nejjednodušší (vaření, dušení) z důvodu stravitelnosti. Nejhůře stravitelná jsou jídla upravená smažením. U seniorů je doporučený příjem bílkovin 55 g u žen a 70 g u mužů (29, 32).

Lipidy

Lipidy (tuky) jsou hlavní zásobárnou energie v organismu. Lipidy hrají významnou roli v mechanické a tepelné ochraně organismu. Tuky jsou heterogenní skupina látek, které se vyznačují tím, že jsou špatně rozpustné ve vodě (33). Jsou to sloučeniny glycerolu a mastných kyselin. Přítomnost tuků v potravě zvyšuje chutnost potravy, její vůni a ovlivňuje konzistenci potravy. Po požití vyvolávají pocit sytosti, nejdříve však za půl hodiny po konzumaci pokrmu (34). Díky přítomnosti tuků v potravě je umožněno vstřebávání vitaminů rozpustných v tucích (27). Tuky rozdělujeme na dvě základní skupiny, na tuky živočišné a rostlinné. Mezi živočišné tuky řadíme sádlo, lůj, rybí tuk. Mezi rostlinné tuky řadíme oleje a stolní tuky. Výhodou první skupiny tuků je vyšší stabilita a dobré chuťové vlastnosti, naopak nevýhodou těchto tuků je vysoký obsah mastných kyselin, cholesterolu a nízký obsah nenasycených mastných kyselin. Nadměrný přísun tuků v potravě podporuje vznik srdečních chorob, obezity a cukrovky. Ani opačný extrém, tedy nízký příjem tuků v potravě není vhodný. Projevem je nedostatek vitaminů rozpustných v tucích a nedostatek mastných kyselin, což hraje významnou roli v oblasti špatného hojení ran nebo poruch srdečního rytmu (34). Mastné kyseliny rozdělujeme na nasycené, jedná se o nepříznivě působící mastné kyseliny, které zvyšují hladinu cholesterolu v krvi. Nejvíce je najdeme v živočišných tucích, jako je sádlo, máslo a hovězí tuk. Další skupinou jsou mastné kyseliny mononenasycené. Tyto kyseliny působí na zdraví příznivě. Hladinu celkového cholesterolu nemění, ale snižují jeho nebezpečnou frakci (LDL) a zvyšují prospěšnou frakci (HDL). Do této kategorie patří olivový olej, olivy, avokádo a ořechy. Další skupinou jsou kyseliny polynenasycené. Tyto kyseliny si naše tělo neumí vyrobit, proto je nezbytné je přijímat v potravě. Hladinu cholesterolu snižují a některé z nich dokonce zabraňují vzniku trombů (krevních sraženin). Zdrojem těchto kyselin je především řepkový olej, slunečnicový olej, sójový olej a tuk, který obsahují ryby. Poslední skupinou mastných

kyselin, o kterých je třeba se zmínit, jsou transkyseliny. Tyto kyseliny mohou vznikat při úpravě rostlinných tuků, tedy při ztužování oleje na pevnější konzistenci.

Do jídelníčku seniora bychom měli zařadit větší množství rostlinných olejů. Živočišné tuky bychom měli nahradit tuky rostlinnými. Platí zde pravidlo, že tuky by měly tvořit maximálně 30 % celkového energetického příjmu (29).

1.4.1 Vitaminy

Vitaminy jsou organické látky zajišťující mnoho metabolických pochodů v lidském těle. Hlavní význam vitaminů v lidském těle spočívá v usměrňování biochemických přeměn v buňkách, kde působí jako katalyzátory. Člověk není schopen si vitaminy vytvořit, proto je nutné je denně přijímat v potravě. Nedostatek vitaminů v organismu vede k poruchám látkové přeměny. Jakmile nastane stav, kdy organismu absolutně chybí vitaminy, dojde k tzv. avitaminóze. Pokud má člověk vitaminů dostatek, ukládají se do některých orgánů jako zásoby. Nadbytečné množství vitaminů se pak vylučuje stolicí, močí nebo potem. Existuje i opačný stav, kdy dochází ke stavu zvanému hypervitaminóza, kdy dochází k nadměrnému přívodu vitaminů do organismu. Tento stav může být pro tělo i velmi škodlivý. K takové situaci může dojít jen v případě, pokud daný jedinec užívá vitaminové preparáty, nikoliv příjmem běžné stravy. Vitaminy se označují velkými písmeny a rozdělujeme je na dvě základní skupiny. Jsou to vitaminy rozpustné v tucích (A, D, E, K) a vitaminy rozpustné ve vodě (ostatní vitaminy) (35). U seniorů bývá často nedostatek vitaminu spojen se zhoršeným vstřebáváním. U seniorů je důležité množství vitaminu spíše zvyšovat. Pro jedince vyššího věku jsou důležité zejména antioxidanty, které bojují proti škodlivým účinkům volných radikálů. Dále se jedná o vitaminy E, beta-karoten a vitamin C. Nutný je dostatečný přísun kyseliny listové a vitaminu B12 (32).

Tiamin – vitamin B1

Vitamin B1 je rozpustný ve vodě. Hlavní roli hraje při metabolismu cukrů, nutný je pro syntézu mediátoru acetylcholinu. Rychle se rozkládá vlivem tepla, je takzvaně termolabilní. Zdrojem vitamínu B1 jsou celozrnné produkty, vejce, ořechy, játra a pekařské droždí. Nedostatek se projevuje poruchou činností hladké svaloviny trávicí soustavy. Toto onemocnění se nazývá „beri-beri.“ Dochází k poruchám trávení a postižení kosterních svalů s úbytkem svalové hmoty (36).

Riboflavin – vitamin B2

Vitamin B2 se zúčastňuje na metabolismu cukrů a bílkovin hlavně v buňkách oka, kůže a sliznice střev. Zdrojem je pekařské droždí, telecí, hovězí a jehněčí maso, vejce, fazole, hrách. Jeho nedostatek způsobuje postižení kůže (záněty s puklinami), záněty sliznic (prasklé ústní koutky), poškození rohovky a anémii (chudokrevnost) (36).

Niacin – vitamin PP – B3

Niacin neboli kyselina nikotinová snižuje tvorbu cholesterolu. Zdrojem je pekařské droždí, maso, játra, ryby, hrách, fazole a ořechy. Nedostatek tohoto vitamínu způsobuje pelagru neboli „nemoc 3D“. Tato nemoc se projevuje záněty kůže, průjmy až projevy demence (36).

Pyridoxin – vitamin B6

Vitamin B6 je produkován bakteriální florou tlustého střeva. Je ukládán ve svalech, mozku a játrech. Důležitý je v podpoře tvorby protilátek. Podílí se na fyziologickém průběhu metabolismu aminokyselin. Zdrojem vitamínu B6 jsou jogurty, rajčata, kukuřice, špenát, losos, játra. Nedostatek tohoto vitamínu způsobuje záněty spojivek, sliznice nosu a může se objevovat nevolnost (36).

Cyanokobalamin – vitamin B12

Vitamin B12 je důležitý pro tvorbu červených krvinek. Podílí se na metabolismu aminokyselin a na tvorbě acetylcholinu. Zdrojem vitamínu B12 jsou játra, ledviny,

mléčné výrobky, vejce, maso. Nedostatek vitamínu se může projevovat perniciózní anémií (zhoubnou anémií) a neuropsychickými obtížemi (36).

Kyselina pantotenová – vitamin B5

Vitamin B5 je důležitý pro metabolismus cukrů, tvorbu glukózy, syntézu cholesterolu a z něho vznikajících steroidních hormonů (pohlavní hormony, hormony nadledvin). Zdrojem tohoto vitamínu jsou játra, ledviny, pekařské droždí, listová zelenina, celozrnné výrobky. Nedostatek vitamínu B5 se projevuje únavou, nespavostí, zvracením a mohou se objevovat svalové křeče (36).

Kyselina listová

Kyselina listová ovlivňuje krevní tvorbu a přeměnu bílkovin v organismu. Kyselina listová má antianemický účinek. Přispívá k tvorbě serotoninu, hormonu, kterému se říká „hormon štěstí“. Zdrojem kyseliny listové jsou brokolice, hrách, citrusy, listová zelenina, chleba. Nedostatek kyseliny listové se projevuje chudokrevností (37).

Biotin – vitamin H

Vitamin H je produktem střevní flory tlustého střeva. Důležitý je pro metabolismus glukózy a syntézu mastných kyselin. Zdrojem vitamínu H jsou játra, ledviny, vaječný žloutek, pekařské droždí. Nedostatek tohoto vitamínu se projevuje bolestmi kloubů, záněty kůže, únavou a zvracením (36).

Kyselina askorbová – vitamin C

Vitamin C najdeme vesměs ve veškerém ovoci a zelenině. Výjimku tvoří tykvovitá zelenina. Vitamin C je jedním z nejvýznamnějších antioxidantů. Obsah vitamínu v ovoci a zelenině závisí na plodině, klimatických podmínkách a vlastnostech půdy (31). Tento vitamin podporuje tvorbu bílkovin, tvorbu protilátek a podílí se na hojení ran. Nejvíce vitamínu C je obsaženo v citrusech, listové zelenině a rajčatech. Nedostatek vitamínu způsobuje tzv. „skorbut“ (kurděje). Tato nemoc se projevuje oteklými

dásněmi, vypadáváním zubů a obtížným hojením ran (36). V dnešní době se kurděje vyskytují jen zřídka. Objevují se u osaměle žijících starých osob a u alkoholiků (27).

Retinol – vitamin A

Vitamin A je rozpustný v tuku. V hotové formě se vyskytuje pouze v živočišných produktech, jako je rybí tuk, játra, žaludek, mléko a máslo. V rostlinných produktech (v mrkvi, rajčatech, špenátu a jahodách) se vyskytuje jako provitamin β -karoten (35). Nedostatek vitamínu A způsobuje poruchy vidění, které se nejprve začínají projevovat šeroslepostí. Pro nedostatek vitamínu A je také typický zánět spojivek (38).

Kalciferol – vitamin D

Vitamin D je též rozpustný v tucích. V potravinách vitamin D nalezneme jen minimálně. Provitamin nejvíce obsahují kvasnice a některé houby. Provitamin, který je pro člověka nejdůležitější, je obsažen především v potravinách živočišných, jako jsou játra, ryby, mléčný tuk a bílek. Provitaminy se usazují v kůži a po působení UV záření se mění na vitamin D. Vitamin D podporuje ukládání vápníku a fosforu do kostí a zubů a dále podporuje růst. Trpí-li člověk nedostatkem tohoto vitamínu, objevují se u něho příznaky tzv. „křivice“, a to hlavně u dětí, kdy kosti měknou, prohýbají se, deformuje se páteř a hrudník. V dospělém věku a hlavně ve stáří se nedostatek vitamínu D projevuje tím, že kosti měknou a lámou se (35).

Tokoferol – vitamin E

Vitamin E a příbuzné sloučeniny se vyskytují především v rostlinných produktech. Zdrojem jsou hlavně obilné klíčky, celozrnné produkty, listová zelenina a mléčné výrobky. Vitamin E má silné antioxidační účinky, podporuje tvorbu spermií a funkci pohlavních žláz. Jeho nedostatek způsobuje oslabení svalové síly. Nedostatek může vést k nedonošenosti plodu a k neplodnosti mužů (35, 38).

Vitamin K

Nejdůležitější funkcí vitaminu K v lidském těle je, že ovlivňuje srážlivost krve. Také zodpovídá za syntézu bílkovin plazmy. Vitamin K obsahují jak produkty rostlinného původu, tak produkty živočišného původu (19). Nejvíce vitaminu K obsahují zelené rostliny, luštěniny, sýry, žloutek a játra. Hlavním zdrojem tohoto vitaminu je vitamin K syntetizovaný střevní mikroflórou. Nedostatek se projevuje poruchami srážlivosti krve a naopak nadbytek vitaminu způsobuje bolesti hlavy, nechutenství a horečku (35).

Doporučené dávky vitaminů rozpustných v tucích jsou u seniorů stejné jako u běžné populace. Výjimku tvoří vitamin D, u něhož se doporučená dávka zvyšuje z toho důvodu, že schopnost tvorby v kůži se ve stáří snižuje. S vyšším příjmem vitaminu D dochází ke zpomalení odbourávání kostní hmoty a současně se zvýšeným přísunem vápníku dochází k minimalizaci zlomenin kostí. Část seniorské populace často trpí chronickou gastritidou. V důsledku tohoto onemocnění dochází k nedostatku vitaminu B12. U některých seniorů se setkáváme s tzv. jednostrannou výživou, která nejčastěji vzniká v důsledku potíží s kousáním, užívání léků nebo kouření. U těchto lidí dochází k deficitu vitaminu C (39).

1.4.2 Minerální látky a stopové prvky

Minerální látky a stopové prvky jsou anorganické látky potravy. Od organických látek se liší tím, že je organismus nemůže vytvářet a ani je organismus nemůže spotřebovat. V lidském těle se nacházejí ve formě iontů, solí anebo jako součást organických sloučenin. V dnešní době je známo kolem 50 minerálních látek a stopových prvků, které hrají důležitou roli v životě člověka, a proto musí být přijímány v potravě. Podle potřeby dělíme látky na makroelementy (sodík, draslík, vápník, hořčík aj.) a mikroelementy (zinek, železo, jod, selen, mangan aj.). Zvláštní skupinu pak tvoří prvky ultrastopové, mezi něž patří křemík, bor, rtuť, wolfram aj. (40).

Sodík

Sodík je součástí extracelulární tekutiny. V lidském těle slouží jako regulátor osmotického tlaku a acidobazické rovnováhy. Dále reguluje tělesné tekutiny a je součástí zaživacích šťáv. Způsobuje dráždivost svalů. Nedostatek sodíku ve výživě seniora může způsobovat svalové křeče, apatii. Zdrojem sodíku je kuchyňská sůl, konzervované výrobky a hotová jídla. Optimální dávka sodíku je 5–7 g/den (40).

Draslík

Hlavní funkcí draslíku v lidském těle je regulace osmotického tlaku a řízení acidobazické rovnováhy. Draslík je součástí intracelulární tekutiny, podílí se na hospodaření vody v těle a na růstu buněk. Nedostatek draslíku způsobuje poruchy funkce hladkého a příčně pruhovaného svalstva. Hlavním zdrojem draslíku jsou rostlinné zdroje, jako je ovoce, zelenina a hlavně brambory. Optimální dávka draslíku je 2 000 mg/den (40).

Vápník

Vápník je jednou z nejdůležitějších látek, kterou je nutné přijímat v potravě, zvláště u seniorů. Vápník se podílí na tvorbě zubů a kostí, ovlivňuje srážení krve a podílí se na převodu nervových vzruchů. Nedostatek vápníku se projevuje poruchou stavby kostí, poruchou růstu. U dětí může nedostatek vápníku způsobovat křivici u dospělých a hlavně u seniorů nedostatek vápníku způsobuje osteoporózu. Zdrojem vápníku jsou mléčné výrobky, luštěniny, celozrnné obiloviny, zelenina a pitná voda. Optimální dávka vápníku je 1 000 mg/den (40).

Fosfor

Fosfor je důležitou součástí buněčných membrán a nukleových kyselin. Je součástí skeletu a chrupu. Díky vysoké dávce v potravinách není nedostatek fosforu známý. Hlavními zdroji fosforu jsou vesměs všechny potraviny, hlavně mléko a masné výrobky. Optimální dávka fosforu v životě člověka je 700 mg/den (40).

Hořčík

Hořčík je v lidském těle součástí skeletu a svalů. Je součástí extracelulární tekutiny a podílí se na aktivaci enzymatických pochodů, na látkové výměně. Do dnešního dne nebyl u zdravých jedinců nedostatek hořčíku popsán. Nejdůležitějšími zdroji hořčíku jsou celozrnné obiloviny, mléčné produkty, játra, ryby, drůbež, zelenina, ovoce, čaj a káva. Optimální příjem hořčíku je určován dle pohlaví. U mužů je denní dávka 350 mg, u žen 300 mg (40).

Železo

Železo je důležitou součástí řady látek, jež se podílejí na převodu kyslíku a elektronů. Železo je hlavní složkou hemoglobinu a různých enzymů. Nedostatek železa v potravě může vést ke snížení tělesné výkonnosti, poruchám termoregulace. Dalším projevem může být chudokrevnost. Hlavními zdroji železa jsou maso, vejce, ryby, zelenina a luštěniny. Ve stáří není potřeba železa vyšší než u běžné populace. Může ale docházet ve stáří k deficitu železa. Příčinou může být nedostatečný přísun železa, snížená resorpce, gastrektomie, resekce střeva a také konzumace léků. Optimální dávka železa je 10 mg/den. U žen do klimakteria se doporučuje dávka 15 mg/den (40).

Jód

Jód je důležitou součástí hormonů štítné žlázy. Trpí-li člověk nedostatkem jódu, dochází u něho k těžkým tělesným a psychickým poruchám, a to zejména u dětí a těhotných žen. Nedostatek jódu způsobuje zvětšení štítné žlázy, tzv. strumu. U dětí může vzniknout tzv. kretenizmus s poruchami růstu a intelektu (35). Zdrojem jódu jsou mořské ryby, kuchyňská sůl s jódem, mléčné výrobky, vejce. Optimální denní dávka jódu je 200 µg u mužů a 150 µg u žen (40).

Fluor

Fluor je součástí kostí a zubů. Nedostatek fluoru v potravě člověka způsobuje tvorbu zubního kazu a následné problémy s chrupem. Hlavním zdrojem fluoru v potravě je kuchyňská sůl s fluoridem. Dále jej obsahují mořské produkty a černý čaj (40).

Zinek

Zinek se účastní mnoha biochemických reakcí. Ovlivňuje imunitní systém. Nedostatek zinku v potravě způsobuje poruchy růstu a reprodukce. Dalšími projevy nedostatku zinku jsou vypadávání vlasů, průjmy, zpomalení hojení ran a snížená obranyschopnost vůči infekčním chorobám. Zdrojem zinku je maso, vejce, ryby, vnitřnosti, sýry, luštěniny a celozrnné obiloviny. Optimální dávka zinku pro muže je 10 mg/den, u žen 7 mg/den (40).

Selen

Selen je potřebný prvek pro ochranu buněk a tkání člověka. Napomáhá k normální funkci imunitního systému, srdečně-cévního systému a reprodukčního systému. Slouží také jako ochrana proti některým nádorovým onemocněním. Nedostatek selenu způsobuje hlavně srdeční poruchy. Hlavními zdroji selenu jsou maso, ryby, čočka, vejce, chřest, mléko. Doporučený denní příjem selenu je 30–70 µg (41).

Měď

Měď je ochranný prvek pro skelet. Měď má antioxidační účinky a zbavuje kost volných radikálů, které vznikají při aktivaci osteoklastů. Měď tlumí kostní resorpci a ovlivňuje kvalitu kosti. U seniorů se na nedostatku mědi podílí jak nedostatek příjmu mědi v potravě, tak fyziologicky zpomalený transport mezi gastrointestinálním traktem a plazmou a jeho snížená frakční absorpce. Nedostatek mědi způsobuje chudokrevnost a změny kostní tkáně. Největšími zdroji mědi je čokoláda, ořechy, ryby, kakao, káva, čaj, zelenina (42). Optimální příjem mědi činí 1–1,5 mg/den (40).

Mangan

Hlavní funkce manganu spočívá v tom, že se jako součást enzymů podílí se na jejich aktivaci. Nedostatek manganu se u člověka nijak neprojevuje. Mangan se vyskytuje téměř ve všech potravinách, zvláště v zelenině a ovesných vločkách. Optimální denní dávka činí 2–5 mg (40).

Chrom

Chrom je důležitý pro látkovou výměnu sacharidů. Nedostatek chromu se u člověka projeví hyperglykemií, dyslipidemií, periferní neuropatií a ztrátou hmotnosti. Hlavními zdroji chromu jsou maso, játra, vejce, rajčata, kakao, houby a ovesné vločky. Optimální příjem chromu u člověka je 30–100 µg/den (40).

Molybden

Molybden je součástí enzymů. Nedostatek molybdenu se projeví poruchami látkové výměny aminokyselin a nukleotidů, příznaky bývají podobné jako při onemocnění dnou. Zdrojem jsou především luštěniny a celozrnné produkty. Denní příjem molybdenu by se měl pohybovat v rozmezí od 50 µg do 100 µg (40).

Kobalt

Kobalt je součástí vitamínu B12. Podílí se na aktivaci enzymů. Nedostatek kobaltu není dodnes známý. Hlavními zdroji kobaltu jsou vnitřnosti, maso a mléko. Optimální denní příjem není známý (40).

1.5 Pitný režim u seniorů

Při konzumaci tekutin u seniorů je vždy nutné dbát na to, aby byla rovnováha mezi příjmem a výdejem tekutin. Požit tekutinu by člověk měl ještě před tím, než u něho nastane pocit žízně. Pokud se sami chceme přesvědčit, zda dodržujeme optimální příjem tekutin, stačí pozorovat množství a barvu moče. Má-li moč tmavou barvu, znamená to nedostatečné množství tekutin v těle. Pozor si však musíme dát na užívání některých vitaminových produktů, které mají tendenci barvu měnit do tmavší barvy. Největší problém s dodržováním optimálního příjmu tekutin mají senioři. Vnímání pocitu žízně je u seniorů oslabeno. V některých případech je pitný režim nedodržován z důvodu pohodlnosti seniora.

Ve stáří je tělo vystaveno přirozenému úbytku tekutin. Pokud tělu dopřáváme dostatek tekutin, je organismus schopný dodržovat látkovou výměnu, především dobrou funkci ledvin. Organismus tak vylučuje škodlivé látky, které v těle vznikají. Dodržování optimálního přísunu tekutin zajišťuje dobré funkce všech orgánů. Nejvýznamnějším problémem v souvislosti se stářím a dodržováním optimálního pitného režimu je nedostatek vody v organismu, tzv. dehydratace. Dehydratace pak s sebou nese řadu problémů (43). Ve stáří ke vzniku dehydratace dochází velmi snadno a velice rychle. Nedostatek tekutin způsobuje bolesti hlavy, pokles fyzické a psychické výkonnosti, pocit slabosti, nevolnosti. V pozdější fázi může dojít až ke vzniku křečí. Potřeba tekutin však závisí na celé řadě faktorů. Ovlivňujícím faktorem je věk, životní styl nebo aktuální zdravotní stav jedince. Ke vzniku dehydratace může přispívat i užívání některých léků. U seniorů se můžeme setkávat s obavami z nekontrolovatelného úniku moče, tzv. inkontinence. Právě inkontinence může seniora velice omezovat v přijímání tekutin.

Dalším problémem u seniorů je konzumace nevhodných nápojů. Senioři často konzumují slazené nápoje, limonády nebo různé sirupy. Konzumace těchto nevhodných nápojů může mít vliv na vznik dalších onemocnění, jako je např. diabetes mellitus, hypertenze a další onemocnění. Pozor by si senioři měli dát při konzumaci minerálních vod, které obsahují prvky, jejichž příjem je omezen při některých onemocněních. Každý senior by si měl hlídat svůj příjem tekutin. Vhodné je konzultovat pitný režim se svým ošetřujícím lékařem, který seniorovi doporučí, jak se o svůj pitný režim starat. Někdy se u seniorů setkáváme s tzv. nárazovým příjmem tekutin, kdy se senior snaží pitný režim tzv. „dohonit“. Tento stav pak může způsobit nadměrnou zátěž ledvin, v krajním případě i jejich selhání. Doporučený denní příjem pro seniora je 1,5–2 litry tekutin. Důležité je pít pravidelně a v rozumných dávkách. Nutné je si uvědomit, že do denního příjmu tekutin neřadíme kávu, kakao a mléko. Nápoji vhodnými ke konzumaci jsou neslazené čaje, ovocná a zeleninová čerstvá šťáva, neslazené přírodní džusy, kvalitní nenasycená voda (44, 45).

1.6 Poruchy výživy u seniorů

Často z úst seniorů slýcháváme tvrzení „jsem starý, už nepotřebuji tolik jíst jako dříve“. Toto tvrzení je nepravdivé a měli bychom mu věnovat velkou pozornost. Mezi nejčastější poruchy výživy u seniorů patří malnutrice (podvýživa) a obezita.

1.6.1 Malnutrice

Malnutrice neboli podvýživa je stav, kdy příjem živin dostatečně nepokryje potřeby organismu. Pokročilé stadium podvýživy se označuje jako kachexie. Nejvyšší stupeň kachexie se nazývá nutriční marasmus. V této problematice je nutné odlišit od sebe pojem malnutrice a pojem karence. Karence je izolovaný deficit jednoho z nezbytných nutričních faktorů, jako je např. vitamin či stopový prvek. Mezi nejčastější příčiny podvýživy u seniorů patří nechutenství, poruchy polykání, zvýšená konzumace léků, problémy s chrupem, zhoršení duševních funkcí (zapomínání), stárnutí vnitřních orgánů, kdy dochází k zhoršování vstřebávání živin. Dalšími velice významnými faktory, které mohou způsobovat podvýživu, jsou: nízké finance, sociální izolace, nezáměr, lhostejnost, zhoršená mobilita (nemožnost nákupu potravin, neschopnost přípravy pokrmu) a celá řada dalších ovlivňujících faktorů (45, 46).

Musíme si uvědomit, že zdravotní stav jedince jde ruku v ruce s výživou. Zdravotní stav ovlivňuje výživu a naopak výživa ovlivňuje zdravotní stav jedince. Právě nedostatek výživy (malnutrice) způsobuje zdravotní problémy a negativně ovlivňuje zdravotní stav jedince, a to nejen u seniorské populace. Mezi nejčastější důsledky malnutrice patří zhoršení celkového stavu (zhoršení kvality života, únava, neschopnost sebeobsluhy, vznik deprese), úbytek svalové hmoty, který je spojen s upoutáním na lůžko, vznik dekubitů. Mohou vznikat infekční komplikace, jako je zápal plic nebo infekce močových cest. U seniorů s podvýživou dochází ke komplikovanému hojení ran a proleženin (47). Malnutrice se vyskytuje až u 11 % osob starších 65 let. U hospitalizovaných seniorů je prevalence malnutrice vyšší, odhaduje se až 30–50 % jedinců. U seniorů nad 75 let se výskyt malnutrice pohybuje až okolo 80 % (48).

1.6.1.1 Dělení a diagnostika malnutrice

Malnutrici dělíme podle různých hledisek. Dle času malnutrici dělíme na akutní, subakutní a chronickou. Podle mechanismu rozlišujeme primární, která vzniká nedostatkem proteinů a energie, a sekundární, která provází onemocnění, jež vede k jejímu vzniku. Z hlediska patofyziologie malnutrici dělíme na marasmus, kdy se jedná o prosté hladovění a kwashiorkor, kdy se jedná o stresové hladovění. Dalším možným typem je malnutrice proteino-energetická, při níž se kombinují oba předešlé jevy (48).

Malnutrici lze diagnostikovat několika možnými způsoby. Mezi základní diagnostické metody patří *anamnéza*. Cílem kvalitní anamnézy je zjistit stravovací návyky seniora, váhový úbytek, oblíbená a méně oblíbená jídla, výskyt nežádoucích projevů, jako je zvracení či průjem, náboženské zvyklosti, popřípadě zjistit, jaká je seniorova kultura stolování. Další významnou metodou je *fyzikální vyšetření* seniora, kdy se zjišťuje stav podkožního tuku, kosterní svaloviny, přítomnost otoků či ascitu. *Antropometrické vyšetření* je jednou z dalších diagnostických metod malnutrice. Jedná se o měření výšky, hmotnosti, BMI, obvodu končetin a měření podkožního tuku. Nedílnou součástí diagnostiky malnutrice je *laboratorní vyšetření*, a to hematologické, biochemické a imunologické. Doplnujícím vyšetřením jsou *speciální metody*, jako jsou vyšetření svalové síly, CT vyšetření tělesného složení, bioimpedance, vážení pod vodou. Dále se provádí *komplexní hodnocení stavu výživy a indexy nutričního stavu* (48).

Anamnéza

Nejdůležitější informací při získávání anamnézy od seniora je nechtěný úbytek na váze za určité časové období. Tento údaj je potřebný při zjišťování nutričního screeningu. Již 5–10 % nechtěného úbytku hmotnosti za 3 měsíce může způsobit závažné zdravotní komplikace. Další informace, které je nutné od seniora získat, jsou dietní opatření, dietní zvyklosti, vynucené diety, celkové množství snědené stravy, nechutenství, zvracení, bolesti břicha a mnoho dalších informací týkající se stravování. Všechny získané informace jsou součástí nutričního screeningu, viz příloha 2 (49).

Fyzikální vyšetření

Nejdůležitějším údajem při fyzikálním vyšetření je zjišťování hmotnosti a výšky seniora. Důležité je tyto hodnoty měřit aktuálně, ne podle odpovědi. Naměřené hodnoty se porovnají s ideální hmotností a srovnají se s hodnotami, které odpovídají věku a pohlaví. Z měřených údajů výšky a váhy se stanovuje tzv. BMI (viz příloha 6). Výpočet BMI je následující: $BMI = \text{hmotnost v kg} / (\text{výška v metrech})^2$. Hodnota BMI menší než $18,5 \text{ kg/m}^2$ je patologická pro podvýživu (49). Součástí fyzikálního vyšetření je vyšetření orientačního stavu výživy a stavby těla. Dále do tohoto typu vyšetření patří sledování možných varovných signálů malnutrice, otoky dolních končetin, ascitest, vypadávání vlasů, suchá kůže, vznik hematomů a celá řada dalších projevů (49).

Antropometrické vyšetření

Antropometrické vyšetření zahrnuje kromě měření výšky a váhy stav svalové hmoty a stav tukových vrstev. Vyšetření se provádí orientačním měřením obvodem svalstva nedominantní paže. Podkožní vrstva tuku se měří pomocí tzv. kaliperu. Měření se provádí orientačně nad tricepsem nedominantní končetiny. Jakmile se naměří hodnota výšky kožní řasy menší než 8 mm u mužů a méně než 10 mm u žen, jedná se o těžkou malnutrici (49).

Laboratorní vyšetření

Pro včasné stanovení podvýživy u seniorů jsou důležité laboratorní metody. Laboratorně se sleduje koncentrace tzv. viscerálních proteinů, jako je albumin, prealbumin a transferin. Tyto proteiny spolu s absolutním počtem lymfocytů ukazují, jaká je funkce viscerálních orgánů a imunitního systému. Pokud se zjistí, že absolutní počet lymfocytů je méně než $1\,500/\text{ul}$, svědčí tato hodnota pro malnutrici. Pokud je hodnota menší než $900/\text{ul}$ jde o malnutrici, která ohrožuje seniora na životě. Další laboratorní parametry, které je potřeba u seniorů sledovat, je anémie a poruchy koagulace, hlavně hodnota INR. Pro stresovou malnutrici jsou typické nízké hladiny cholesterolu a hormonů štítné žlázy. Všechny tyto parametry je nutné sledovat v závislosti na základním onemocnění seniora (48).

Speciální vyšetření

Mezi speciální vyšetření malnutrice jak u seniorů, tak u běžné populace patří CT vyšetření, vážení pod vodou a izotopové vyšetřovací metody. V dnešní době mezi nejčastěji využívané speciální metody patří tzv. bioimpedance. Touto metodou se měří odpor lidského těla, který je skládán z odporu jednotlivých tkání. Výsledkem tohoto vyšetření je procentuální zastoupení tuku a netukové tkáně. Dále do kategorie speciálních vyšetření patří tzv. funkční testy. Pomocí funkčních testů se měří svalová síla. Měření se provádí pomocí přístroje, tzv. dynamometrem. S tímto přístrojem se hodnotí síla stisku ruky, síla zádočných svalů či síla respiračních svalů (49).

1.6.1.2 Screening a terapie malnutrice

Základní podmínkou screeningu malnutrice je dostatečná specifita a jednoduchost. K posouzení stavu výživy se v ambulantní i nemocniční péči používá celá řada dotazníků. Screeningový dotazník musí splňovat určitá pravidla – validitu, objektivitu, senzitivitu, specifitu a pozitivní predikční hodnotu (48). V ambulantním provozu se využívají „Nutrition Screening Initiative“ (NSI). Tento screening rozděluje pacienty do tří kategorií: bez rizika (0–2 body), s hraničním rizikem (3–5 bodů) a s vysokým nutričním rizikem (≥ 6 bodů). U starších pacientů v nemocniční péči se využívá „Mini Nutritional Assessment“ (MNA). Tento screening rozděluje pacienty do tří kategorií: dobře živené (≥ 24 bodů), hraničně živené (17–23 bodů) a osoby s poruchou nutrice (≤ 16 bodů), viz příloha 5. Další využívanou metodou je MUST (Malnutrition Universal Screening Tool). Tato metoda je určena pro dospělé osoby a rozděluje je do tří skupin: s nízkým (0 bodů), středním (1 bod) a vysokým rizikem (≥ 2 body) podvýživy. V roce 2003 na základě doporučení ESPEN (European Society for Parenteral and Enteral Nutrition) byl přijat nutriční screening NRS 2002 (Nutritional Risk Screening, 2002). Tento screening se skládá ze dvou částí – předběžného a podrobného screeningu nutričního rizika (48).

V oblasti léčby malnutrice u seniora je potřeba celá řada režimových opatření. Nedílnou součástí terapie malnutrice je průběžné zaznamenávání denního příjmu potravy seniora. Důležité je pravidelně zaznamenávat váhu seniora. Nezbytné je zvýšit denní energetický příjem, doplňovat dostatek vitaminů a stopových prvků. Dále je důležité myslet na dostatečný pitný režim seniora, nejméně 30 ml na 1 kg hmotnosti na den. Důležité je stimulovat chuť k jídlu (50).

1.6.2 Obezita ve stáří

Obezitu definujeme jako zmnožení tuku v organismu. Tento stav je způsoben dlouhodobou nerovnováhou mezi příjmem a výdejem energie (51). Obezita je třetí nejčastější chronické onemocnění ve vyspělých zemích. Dříve byla obezita brána jako kosmetický defekt, nikoli nemoc. Dnes již mluvíme o nemoci. V České republice je obezita jedním z nejčastějších onemocnění. Existuje několik faktorů, které ovlivňují vznik obezity. S věkem obezita roste. Výskyt obezity kulminuje okolo 50. až 60. roku života. Dalším faktorem je pohlaví. Ženy jsou více obézní než muži. Ovlivňujícím faktorem je vzdělání, vstup do manželství, mateřství, genetické faktory, dietní zvyklosti, kouření, alkohol, fyzická aktivita a další. U seniorů je obezita dána hlavně úbytkem svalové hmoty a nárůstem tělesného tuku. U seniorů se často setkáváme s poruchou chrupu, tudíž volí potraviny měkké s vyšším obsahem tuků a naopak omezují tvrdé potraviny, jako je zelenina a ovoce. Vlivem stárnutí se mění stravovací návyky. Seniori vybírají levnější a méně kvalitní potraviny (40).

Obezita způsobuje celou řadu zdravotních problémů. Mezi nejčastěji se vyskytující zdravotní problémy patří hypertenze, srdeční nedostatečnost, žilní nedostatečnost, diabetes 2. typu, nádorová onemocnění, onemocnění kloubů a další (40).

1.6.2.1 Diagnostika a terapie obezity

Obezitu dělíme podle charakteru rozložení tuku. Rozlišujeme obezitu androidní (mužský typ, horní typ, tvar jablka), tento typ obezity je náchylnější k metabolickým a kardiovaskulárním komplikacím. Druhým typem obezity je obezita gynoidní. Též nazývaný ženský typ obezity, dolní typ nebo tvar hrušky. Tento typ obezity je typický zmnoženým tukem v oblasti hýždí a stehnech bez možných zdravotních komplikací (52). Nejpoužívanější metodou, která se v diagnostice obezity používá, je stejně jako při zjišťování malnutrice BMI (viz příloha). „Použití BMI je celosvětově uznávaným měřítkem pro stanovení diagnózy obezity, zároveň může sloužit i jako ukazatel životní prognózy a rizika většiny komplikací obezity“ (27, s. 98).

Dalším možným způsobem měření podílu tuku v těle je měření kožní impedancí. Jedná se o jednoduchý způsob měření průchodu proudu mezi horními končetinami držení speciálního přístroje v ruce (viz příloha 3). Hlavním diagnostickým kritériem pro stanovení obezity je podle Světové diabetologické organizace 2005 obvod pasu. Obvod pasu se měří tam, kde je viditelný pas, obvod boků se měří nad velkým trochanterem, popřípadě v místě největšího vyklenutí hýždí. U žen je metabolické riziko nad 80 cm obvodu pasu, u mužů je riziko nad 94 cm obvodu pasu (27).

Léčba obezity ve stáří má stejná pravidla jako léčba běžné populace. Základním pravidlem je úprava stravovacích návyků a přiměřená pohybová aktivita. Již pokles o 5 až 10 % hmotnosti snižuje rizikové faktory. Je potřeba brát v úvahu, že se jedná o komplexní přístup, který v sobě zahrnuje několik kroků. Na prvním místě je dieta se sníženým energetickým příjmem, snížení podílu tuků pod 30 %, navýšení sacharidů nad 55–60 %, popřípadě bílkovin na 10–15%. Druhým důležitým krokem je přiměřená tělesná aktivita. Dalším možným řešením je léčba pomocí farmak. V krajních případech, kdy selhala konzervativní léčba, nastupuje léčba chirurgická, která je indikována při BMI nad 40. Principem chirurgické léčby je tzv. bandáž žaludku, kdy se provede zaškrcení žaludku, viz příloha 4 (27).

1.7 Práce sestry při zajišťování výživy u seniorů v nemocnici

„Střídám v jídle, sám sobě lékařem.“

Latinské přísloví

Sestra na oddělení představuje nejbližší kontakt pacienta s nemocničním světem. Pacienti často vnímají sestru jako andělskou bytost, někdo ji ale také vidí jako toho, kdo neustále chce, aby jedl. Mnoho pacientů vnímá sestru jako osobu, která neustále za něčím chvátá a na ně samotné nemá čas. Důležité je si uvědomit, že sestra je profesionál, který má za úkol plnit velké množství povinností. Veškeré povinnosti jsou zaměřené především na pacienta a jeho potřeby. Výživa je základní potřebou každého pacienta, kterou sestra v nemocnici zajišťuje. Základní role sestry při zajišťování výživy u seniorů v nemocnici spočívá v detekci abnormalit. Pro jejich odhalení je nutné stanovit základní parametry a zjistit, zda se pacient od základních parametrů odchyluje. Neméně důležité je to, aby se dané parametry navracely zpět k normě (19).

Výživa je hlavním faktorem vnějšího prostředí, který se uplatňuje při vzniku, prevenci a léčbě onemocnění. Péče o výživu je základní součástí péče o hospitalizovaného pacienta. Pacienti v nemocnici musí dostávat takovou výživu, která je pro ně přiměřená a upravená podle jejich aktuálního zdravotního stavu.

1.7.1 Hodnocení stavu výživy seniora sestrou

Sestra hodnotí stav výživy pacienta při příjmu na oddělení. Hodnocení stavu výživy se provádí dále v intervalech podle stavu pacienta anebo podle zvyklostí na daném oddělení. Většinou 1krát týdně nebo 1krát za 14 dní. Hodnocení stavu výživy se provádí pomocí tzv. nutričního screeningu. K hodnocení se využívají různé systémy, pro hodnocení stavu výživy u seniorů se v praxi používá tzv. Mini Nutritional Assessment (MNA). Tato hodnoticí škála byla publikována v roce 1994 kolektivem francouzských autorů. V českém překladu ji nazýváme jako škálu pro hodnocení stavu výživy. Jejím hlavním cílem je včas identifikovat seniory s rizikem malnutrice. Hodnocení

nevyžaduje žádné laboratorní vyšetření a jeho doba trvání se udává od 10 do 15 minut. Hodnoticí škála obsahuje 4 okruhy otázek a měření. První okruh tvoří antropometrické měření (hmotnost, výška, obvod paže, obvod lýtka, ztráta hmotnosti). Druhý okruh tvoří celkové hodnocení. Zde se jedná o 6 otázek týkajících se mobility, soběstačnosti, přítomnosti nemoci, užívání léků, psychického stresu, kožních defektů apod. Třetí okruh je tvořen otázkami na dietní návyky (8 otázek zaměřených na jídlo). Čtvrtý okruh obsahuje vlastní hodnocení zdraví a stavu výživy. Každá otázka je ohodnocena určitým počtem bodů. Celkové skóre se pohybuje v rozmezí od 0 do 29 bodů. Pokud senior dosáhne hodnoty nad 24 bodů, jedná se o normální nutriční skóre zdravé osoby. Dosáhne-li senior rozmezí od 17 do 23,5 bodu, jedná se o osobu s rizikem poruchy výživy. Je-li hodnota pod 17 bodů, jedná se o malnutrici (53).

Dalšími příklady hodnoticích systémů je tzv. NRS nebo MUST. Obě tyto varianty byly už podrobněji popsány v předešlé kapitole. Podle potřeby sestra spolupracuje s nutričními terapeuty a dalšími odborníky. Existují případy, kdy sestra nutriční screening neprovádí. Neprovádí jej u novorozenců, u kterých stav výživy hodnotí neonatolog s nutričním terapeutem. Dále pak u pacientů, kteří jsou přijímáni k plánované hospitalizaci, jež netrvá déle než 72 hodin, a pacientů na oddělení JIP, kde je předpoklad denního monitorování nutričního příjmu (54).

1.7.2 Fyzikální vyšetření seniora sestrou

Součástí fyzikálního vyšetření pacienta v oblasti výživy je změření, zvážení a stanovení výškově-váhového indexu (BMI). Sestra pacienty váží vždy při příjmu na oddělení. Pravidelně je nutné sledovat váhu u pacientů s onkologickým onemocněním, s podvýživou, s obezitou, s jaterní cirhózou a těhotné ženy. Ideální způsob měření tělesné hmotnosti je na osobní váze ve stoje. V případě, že se hmotnost pacienta sleduje pravidelně, je nutné, aby se vážení provádělo v přibližně stejnou denní dobu, v přibližně stejném oblečení a na stejné osobní váze. U pacientů, kteří jsou imobilní, sestra může využít speciálně konstruované stoličkové váhy nebo váhy, které jsou zabudované

v lůžku pacienta. S těmito lůžky se nejčastěji setkáváme na JIP a ARO. Měření pacienta se provádí ve vzpřímené poloze s patami těsně u sebe. Nejlepším způsobem je měření pomocí tzv. radiometru. Jedná se o pevné měřicí zařízení s pohyblivou destičkou, která je určena pro měření výšky. Destička se při měření dotýká vrcholu hlavy. Tento přístroj je pevně upevněn na stěně. Dalším možným způsobem měření výšky pacienta je pomocí tzv. antropometru. Jedná se o měřidlo, které je součástí pákové váhy. Nezbytnou složkou fyzikálního vyšetření pacienta sestrou je hodnocení BMI. K výpočtu sestra musí znát výšku a hmotnost pacienta. BMI se vypočítá vydělením hmotnosti v kilogramech druhou mocninou výšky v metrech. Výsledek sestra vyhodnotí podle tabulky, viz příloha 6 (19, 54).

Všechny zmiňované údaje, které musí sestra změřit, bývá problém v případě neschopnosti udržet seniora ve stoje. Jedná-li se o seniora, který není schopen vstát, se využívají speciální techniky měření. Pro výpočet odhadované výšky se používá hodnota vzdálenosti od paty ke kolenu (měří se u končetiny flektované v koleni 90 stupňů od paty na vrchol kolena). Naměřená hodnota se dosadí do vzorce pro výšku takto: muži = $(2,02 \times \text{výška pata/koleno v cm} - (0,04 \times \text{věk}) + 64,19$; ženy = $(1,83 \times \text{výška pata/koleno v cm} - (0,24 \times \text{věk}) + 84,88$. Podobným způsobem lze u nemobilních seniorů zjistit i hmotnost. Nutné je znát objem paže, objem lýtky, tloušťku kožní řasy subscapulárně a vzdálenost pata–koleno.

1.7.3 Sledování příjmu potravy a tekutin u seniora

Sestra u každého hospitalizovaného pacienta sleduje příjem potravy a tekutin. Povinností sestry je, aby sledovala, zda pacient jí. Jestliže nejí, sestra dále pátrá proč. Příčin může být celá řada. Pacient se například nemůže najíst sám, trpí nechutenstvím nebo je se stravou nespokojen. Často se na oddělení setkáváme s tím, že nádoby od pacientů odnáší sanitárka či jiný pomocný personál, a proto je nezbytná spolupráce a vzájemná komunikace mezi tímto personálem a sestrami. V případě, že je talíř přiklopen víkem, je důležité, aby se sestra přesvědčila odkrytím víka, kolik toho pacient

snědl. Vyžaduje-li to stav pacienta, je nutné vše zaznamenávat do dokumentace pacienta. V praxi se nejčastěji sleduje množství snědené stravy – např. snídaně ½ porce, oběd celá porce, večeře ½ porce. Dále sestra sleduje, zda pacient dodržuje předepsanou dietu. Pozor si sestra musí dát v případě, pokud pacient dostává různou stravu od rodiny a dalších návštěv. Někdy se v praxi můžeme setkat ze situací, kdy pacient nejí určité potraviny, protože není schopen je sám sníst, ale nechce sestru požádat o pomoc. Jedná se především o pomeranče, které si zvláště seniori a imobilní pacienti nejsou schopni oloupat.

U některých pacientů, zvláště pak u seniorů, je potřeba, aby sestra monitorovala, kolik pacient přijme tekutin. Důležité je sledovat, o jaké nápoje se jedná. O příjmu tekutin sestra opět vede záznam v dokumentaci pacienta. Do příjmu tekutin patří všechny perorálně přijaté tekutiny včetně polévek, ale započítávají se i tekutiny podané jinou než perorální cestou. Příjem tekutin sestra sčítá a hodnotí, nejčastěji jednou za 12 nebo 24 hodin. Často se v praxi setkáváme s tím, že se počítá jak příjem, tak výdej tekutin. V takovém případě hovoříme o tzv. bilanci tekutin. V případě zjištění nějakého nedostatku v oblasti výživy pacienta musí sestra ihned informovat ošetřujícího lékaře a spolupracovat s nutričním terapeutem (19,54).

1.7.4 Dietní systém

Vysloví-li lékař před pacientem slovo dieta, pacient se často zalekne. Většina pacientů je nedostatečně informována, že dieta je každá strava, tedy i normální racionální strava. Dieta je významnou součástí léčby a měla by mít léčebné účinky. Jedná se o stravu, která je upravená z důvodu ochrany orgánu zasaženého nemocí. O tom, jakou dietu pacient bude mít, rozhoduje ošetřující lékař po stanovení diagnózy. Československý dietní systém byl vytvořen v roce 1952–1954. Tento dietní systém byl normou, podle které byla léčebná výživa sestavována ve všech českých a slovenských nemocnicích. Dietní systém prošel v průběhu let celou řadou změn. Každá nemocniční dieta má své číslo, název a je charakteristická svým složením a konzistencí. Samotný

dietní systém se skládá ze základních diet, speciálních diet a ze standardizovaných dietních postupů. Základní diety jsou značeny čísly od nuly do čtrnácti. Kompletní dietní systém znázorňuje příloha 7 (54).

1.7.5 Objednávání, přeprava a příprava stravy na oddělení

Stravu pro pacienty nejčastěji objednává sestra noční směny brzy ráno nebo podle zvyklosti oddělení. Objednávání se uskutečňuje přes vnitřní počítačovou síť nebo na speciálních tiskopisech, které se liší podle zdravotnického zařízení. Dojde-li k nějaké změně, např. k propuštění či překladi pacienta, sestra ji nahlásí do stravovacího provozu. Samotná strava je ze stravovacích provozů transportována v termoportech nebo v tabletových podnosech ve skříních, které jsou určeny pro transport jídel. Nejmodernějším způsobem je tzv. tabletový systém. Jídlo je naporcované do nádobí s poklopem a položené na táč, který je označen příslušnou dietou a jménem pacienta. Táčy jsou poté umístěny do výhřevných skříní a jídlo je následně rozvezeno po jednotlivých odděleních.

Zásady pro přípravu jídla

Před samotnou přípravou jídla je nutné, aby sestra dodržovala několik zásad. Před servírováním jídla si umyje ruce, obleče empír, popřípadě zástěru. Jídla podává upravená na vhodném nádobí. V případě, že pacient není schopen si jídlo nakrájet, sestra zajistí naporcování potravy. Porcování potravy by měla provádět vždy před pacientem, nikoli předem v kuchyňce. Podává-li sestra pečivo, vždy by měla pečivo umístit zvlášť na talířek, nikoli přímo na táč či do ruky pacienta. Jídlo by mělo být vždy teplé. V případě potřeby je nutné, aby sestra zajistila přihřátí stravy. Pacientovi sestra vždy podá celou porci. Je třeba si uvědomit, že patientská strava není určena pro personál. Pro přesné porcování je vhodné používat kalibrované naběračky (54).

1.7.6 Podávání stravy seniorům v nemocnici

Veškerá strava se v nemocnici podává podle určitého časového harmonogramu daného oddělení. Snídaně se podávají okolo 8. hodiny ránní, oběd okolo 12. hodiny, večeře kolem 18. hodiny. U pacientů trpících diabetem se podává 2. večeře obvykle kolem 20. hodiny. Důležitým faktorem, který ovlivňuje stravování, je prostředí. Proto je nutné, aby sestra zajistila co možná nejpříjemnější prostředí. Chodící pacienti navštěvují jídelny pro pacienty, imobilní pacienti se stravují na pokojích, proto je nutné pokoj řádně vyvětrat a zajistit příjemné osvětlení. Sestra dbá na to, aby pacient dostal správnou dietu. Dále sestra zajistí adekvátní náčiní podle stavu a soběstačnosti pacienta. Sestra by neměla zapomínat na základní pravidla stolování, jako je popřání dobré chuti či zajištění ubrousku na otření úst. Jídlo by měla sestra rozdávat v následujícím pořadí. Nejprve chodící pacienti, pacienti pohybově omezení a v jídle soběstační, dále pacienti pohybově omezení, ale v jídle částečně soběstační a nakonec nesoběstační pacienti, kterým je nutné pomoci (54). Sestra pomáhá pacientům, kteří nejsou schopni zajistit si výživu sami. Jedná se například o pacienty ochrnuté na horní končetiny, po rozsáhlém chirurgickém výkonu, po těžkém úrazu hlavy, v geriatrickém věku při narušení koordinace horních končetin, v terminálním stadiu apod.

Při podávání stravy pacientům je nutné, aby sestra informovala pacienta, že na něho má dostatek času a není kam spěchat. Vhodné je si připravit veškeré potřebné pomůcky. Sestra si připraví jídelní stůl, podnos s jídlem, příbor, skleničku s pitím (popřípadě brčko), ochranou podložku na zakrytí horní části oděvu, aby se předešlo znečištění oděvu. Podle toho, zda má pacient snímatelnou zubní protézu, si sestra připraví gumové rukavice a emitní misku pro nasazení zubní protézy. Před samotným zahájením je nutné, aby si sestra umyla ruce. Všechny potřebné pomůcky si připraví na dosah ruky, aby nemusela v průběhu podávání stravy od pacienta odbíhat. Pacienta sestra uloží do vhodné polohy dle jeho zdravotního stavu a použije ochranou podložku, která chrání pacienta před ušpiněním. V průběhu celého výkonu udržuje s pacientem komunikaci a umožňuje pacientovi vyjadřovat pocity v souvislosti s podávanou stravou. Důležitá je stimulace chuti k jídlu, povzbuzování a chvála. Vhodné je nechat pacienta rozhodovat,

v jakém pořadí mu bude stravu podávat, je důležité dodržovat návyky, na které je pacient zvyklý z domova. Proces podávání stravy sestra zakončí hygienickou péčí o dutinu ústní, v případě potřeby řádně vyčistí zubní protézu pacienta. Nakonec sestra opět upraví polohu pacienta dle jeho přání a uklidí pomůcky a zbytky jídla (55). Součástí podávání stravy nemocnému je provedení záznamu do ošetřovatelské dokumentace. Zde se zapisuje množství jídla, které pacient snědl, množství tekutin, reakce pacienta na podávanou stravu a veškeré důležité informace týkající se stravování (55).

2 CÍLE PRÁCE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY

2.1 Cíle práce

1. Zjistit, zda sestry dodržují zásady podávání stravy seniorům.
2. Identifikovat nejčastější faktory, které ovlivňují stravování seniorů v nemocnici.
3. Zmapovat, jaké nejčastější poruchy výživy se u seniorů v nemocnici objevují.
4. Zjistit, jaká je nejčastější dieta u seniorů v nemocnici.

2.2 Výzkumné otázky

1. Dodržují sestry zásady při podávání stravy v nemocnici?
2. Jaké jsou nejčastější faktory ovlivňující stravování seniorů?
3. Jaké nejčastější poruchy výživy se u seniorů objevují?
4. Jakou nejčastější dietu senioři v nemocnici dodržují?

3 METODIKA

3.1 Použité metody a technika výzkumu

Výzkumné šetření bylo provedeno kvalitativní technikou formou skrytého pozorování, které bylo doplněno hloubkovými rozhovory.

Před výzkumným šetřením byly předmět i metodika schváleny Mgr. Monikou Kyselovou, MBA, hlavní sestrou Nemocnice České Budějovice, a. s. S metodami výzkumného šetření byly též seznámeny vrchní sestry určitých lůžkových oddělení tohoto zdravotnického zařízení. Kvalitativní výzkumné šetření bylo provedeno skrytým pozorováním sester a veškeré informace byly zaznamenávány do předem připravených záznamových archů (viz příloha 8). Poté bylo samotné pozorování doplněno hloubkovými rozhovory se sestrami (viz příloha 9).

Pozorovaným objektem byly sestry pracující na oddělení následné péče v Nemocnici České Budějovice, a. s. Cílem pozorování bylo zjistit, zda sestry dodržují zásady podávání stravy seniorům v nemocnici. Po samotném pozorování jsem se sešla s každou sestrou individuálně a požádala ji o rozhovor, abych zjistila její postoj a názory na podávání stravy seniorům v nemocnici. Před rozhovorem jsem všechny sestry seznámila s účelem rozhovoru a poskytla jim příležitost nejprve si otázky přečíst. Rovněž byly upozorněny, že rozhovory jsou anonymní, a pokud si je nepřejí nahrávat, budu jejich přání plně respektovat. Většina rozhovorů probíhala v denní místnosti sester, kde byl zajištěn dostatek prostoru a klidu.

Cílem rozhovoru bylo zjistit odpovědi na tři zbývající výzkumné otázky: 1. Identifikovat nejčastější faktory, které ovlivňují stravování seniorů. 2. Zmapovat, jaké nejčastější poruchy výživy se u seniorů v nemocnici objevují. 3. Zjistit, jaká je nejčastější dieta u seniorů v nemocnici. Výsledky výzkumného šetření byly zpracované v programu Microsoft Excel a v programu Atlas.ti.

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumný soubor pro kvalitativní šetření reprezentovaly sestry pracující na oddělení následné péče v Nemocnici České Budějovice, a. s. Respondentek bylo celkem 9, z toho čtyři sestry s bakalářským vzděláním, čtyři sestry se středoškolským vzděláním a jedna sestra diplomovaná. U každé sestry bylo provedeno skryté pozorování, které bylo následně doplněno rozhovorem.

4 VÝSLEDKY

4.1 Vyhodnocení dat z kvalitativní části výzkumného šetření

4.1.1 *Rozhovor 1, pozorování 1*

První dotazovanou sestrou byla 51letá žena, která se v praxi pohybuje téměř 33 let. Zdravotní sestrou chtěla být již od samého dětství. Vystudovala střední zdravotnickou školu v Českých Budějovicích, obor všeobecná sestra. Po studiu na střední škole nastoupila ihned do praxe. Před několika lety si dodělala vysokoškolské bakalářské studium taktéž v Českých Budějovicích. Nyní již několik let pracuje jako staniční sestra na oddělení následné péče.

Před zahájením rozhovoru jsem sestru ujistila, že rozhovor je plně anonymní. Sestra působila vstřícně, ochotně a uvolněně. Stravovací systém, který na oddělení používají, označila jako „tabletový“, kdy obědy přiváží ve „finesách“. Mezi nejčastější diety, se kterými se na oddělení následné péče u seniorů setkává, patří především dieta číslo 3, tedy racionální, dále pak dieta číslo 9, tedy strava určená pro diabetiky. Třetí nejčastější dietou je dieta v podobě mleté formy. U některých seniorů se také setkávají s dietou číslo 0. V takovémto případě je pak strava podávána jinými způsoby. Mezi nejčastější poruchy výživy u seniorů na oddělení následné péče dotazovaná sestra zařadila nechutenství, obezitu a především podvýživu. Na otázku, jaké nejčastější faktory ovlivňují stravování seniorů v nemocnici, označila psychický stav a hlavně přidružená onemocnění, jako jsou různé formy demence. Dalším faktorem, který sestra označila za velice problémový, je oblast léků. Sama sestra udává, že většina pacientů užívá velké množství léků, a to i někdy zcela zbytečně. Pak není divu, že se u pacientů objevují různé vedlejší účinky, jako je nechutenství, poruchy zažívání, nevolnost a celá řada dalších vedlejších účinků.

Pomůcky, které dotazovaná sestra při podávání stravy seniorům používá, jsou především jednorázové „bryndáky“, buničina, lžice, brčko na podávání tekutin, v případě potřeby rukavice, stoleček pro umístění tácu se stravou. Při podávání stravy nesoběstačným seniorům umístí pacienta do vhodné polohy z důvodu prevence

aspirace, pacientovi podá „bryndák“, naporcuje stravu dle potřeby a podává pacientovi stravu. Důležité je nespěchat a v průběhu podávat dostatečné množství tekutin. Nakonec pacienta opět uloží do vhodné polohy. Nutričního terapeuta běžně nevyužívají, pouze v případě jedná-li se o rizikového pacienta anebo v případě, že je pacient nespokojen se stravováním v nemocnici. Uvedla, že vedou nutriční screening, který je součástí příjmové dokumentace. Forma vedení nutričního screeningu jí vyhovuje.

Na dotaz, zda by byl pro ni ošetrovatelský standard k podávání výživy u seniorů přínosný, odpověděla, že by přínosný určitě byl, zvláště pak pro nově začínající sestry. Na otázku, co by se dalo zlepšit nebo změnit v problematice stravování seniorů v nemocnici, odpověděla, že by uvítala teplé večere. Dále by dotazovaná sestra uvítala více personálu, který by si mohl na podávání stravy pacientů vyhradit více času a pacientům se věnovat v této oblasti daleko více.

Tabulka 1 Pozorování sestry 1

Postup podávání stravy seniorům v nemocnici	Ano zcela	Částečně	Ne
1. Podala sestra K/P správnou dietu?	X		
2. Dodržela sestra časový harmonogram v podávání stravy?	X		
3. Připravila si sestra kompletní pomůcky potřebné k podávání stravy?		X	
4. Umyla si sestra před podáváním jídla ruce?	X		
5. Použila sestra při podávání jídla empír nebo zástěru?			X
6. Zajistila sestra vhodné prostředí ke stravování?	X		
7. Zamezila sestra přímému styku rukou se stravou?			X
8. Použila sestra ochranou podložku proti znečištění oděvu K/P	X		
9. Uložila sestra K/P do vhodné polohy?	X		
10. Věnovala sestra podávání stravy dostatek času?			X
11. V případě možnosti nasadila sestra K/P zubní protézu?		P/K neměl zp	
12. Udržovala sestra kontakt s K/P?	X		
13. Popřála sestra K/P dobrou chuť?			X
14. Podporovala sestra P/K během podávání stravy?			X
15. Po dokončení procesu provedla sestra hygienu úst K/P?	X		
16. Po procesu uložila sestra K/P zpět do vhodné polohy?	X		
17. Uklidila si sestra po sobě veškeré pomůcky?			X
18. Zaznamenala sestra množství snědené stravy do dokumentace K/P ?	X		
19. Podala sestra během podávání stravy vhodné tekutiny P/K?	X		

Z tabulky vyplývá, že S1 se dopustila chyby v tom, že při rozvážení jídla nepoužila zástěru nebo empír, nezamezila přímému kontaktu rukou se stravou. Dále P/K nevěnovala dostatek času, neudržovala kontakt s pacientem, nepopřála P/K dobrou chuť a ani se nesnažila o podporu pacienta v oblasti stravování. Na závěr si po sobě neuklidila použité pomůcky.

4.1.2 Rozhovor 2, pozorování 2

Druhou dotazovanou sestrou byla 55letá žena. Vystudovala střední zdravotnickou školu v Českých Budějovicích. Ihned po absolvování střední školy nastoupila jako zdravotní sestra na interní oddělení. Již několik let pracuje jako zdravotní sestra na oddělení následné péče v nemocnici v Českých Budějovicích. V praxi se pohybuje téměř 40 let. Uvádí, že s prací na oddělení je spokojená. Při vedení rozhovoru působila velice příjemně a s ochotou vyjít mi vstříc. Z počátku se však rozhovoru trochu obávala. Poté, co jsem ji ujistila, že rozhovor je plně anonymní, souhlasila i s nahráváním rozhovoru na diktafon.

Na otázku, jaký stravovací systém na oddělení používají, odpověděla, že strava je rozvážena ve finesách po celé nemocnici. Poté jsou jednotlivé podnosy rozděleny podle diet jednotlivým pacientům. Za nejčastější diety, které jsou seniorům v nemocnici podávány, dotazovaná sestra označila dietu číslo 3, tedy normální, dále pak dietu mletou a jako třetí nečastější udala dietu číslo 9, tedy stravu určenou pro pacienty s cukrovkou. Za nejčastější poruchy výživy, se kterými se setkala během praxe na oddělení, označila nadváhu a u některých pacientů i obezitu. Na otázku, co všechno může ovlivňovat stravování seniorů v nemocnici, dotazovaná sestra uvedla: zdravotní stav pacienta, stravovací návyky, demence, problémy se zubní protézou. Pomůcky, které si k podávání stravy pacientů připravuje, jsou: „bryndák“, popřípadě kousek buničiny na očištění úst pacienta. K postupu podávání stravy pacientovi uvedla, že nejprve pacienta posadí, popřípadě uloží do polohy se zvýšenou horní polovinou těla. Připraví podnos se stravou na stoleček, podá pacientovi jednorázovou podložku jako prevenci znečištění prádla. V případě nutnosti naporcuje stravu a začne pacientovi podávat stravu. Vždy udržuje s pacientem kontakt a sleduje jeho reakce. Nakonec podá pacientovi tekutiny a uloží je do původní polohy. O množství snědené stravy provede záznam do dokumentace. Ohledně spolupráce s nutričním terapeutem dotazovaná sestra uvedla, že je minimální. Nutriční terapeut je volán pouze v naléhavých situacích, a to v případě, je-li hodnota nutričního screeningu nevyhovující.

Na dotaz, zda by uvítala vypracovaný standard na danou problematiku, odpověděla, že určitě ano, protože si myslí, že by byl pro sestry i ostatní ošetřující personál přínosný a donutil by sestry se nad daným problémem více zamyslet. Sestry by si uvědomily, jakých chyb se mohou dopouštět. Na otázku ohledně nutričního screeningu sestra odpověděla, že jej provádí u každého pacienta, ale přiznala, že jeho forma vedení se jí příliš nezamlouvá z toho důvodu, že u některých pacientů lze obtížně sledovat hmotnost a výšku, natož pacienta nějak obodovat podle určité tabulky. Další, co by dotazovaná sestra v problematice stravování seniorů změnila, jsou finesy. Udává, že při převozu stravy na oddělení dochází k rozlívání stravy na táč a jídlo pak nevypadá esteticky dobře.

Tabulka 2 Pozorování sestry 2

Postup podávání stravy seniorům v nemocnici	Ano zcela	Částečně	Ne
1. Podala sestra K/P správnou dietu?	X		
2. Dodržela sestra časový harmonogram v podávání stravy?	X		
3. Připravila si sestra kompletní pomůcky potřebné k podávání stravy?		X	
4. Umyla si sestra před podáváním jídla ruce?			X
5. Použila sestra při podávání jídla empír nebo zástěru?			X
6. Zajistila sestra vhodné prostředí ke stravování?		X	
7. Zamezila sestra přímému styku rukou se stravou?			X
8. Použila sestra ochranou podložku proti znečištění oděvu K/P	X		
9. Uložila sestra K/P do vhodné polohy?	X		
10. Věnovala sestra podávání stravy dostatek času?			X
11. V případě možnosti nasadila sestra K/P zubní protézu?	X		
12. Udržovala sestra kontakt s K/P?			X
13. Popřála sestra K/P dobrou chuť?			X
14. Podporovala sestra P/K během podávání stravy?	X		
15. Po dokončení procesu provedla sestra hygienu úst K/P?	X		
16. Po procesu uložila sestra K/P zpět do vhodné polohy?	X		
17. Uklidila si sestra po sobě veškeré pomůcky?	X		
18. Zaznamenala sestra množství snědené stravy do dokumentace K/P ?			X
19. Podala sestra během podávání stravy vhodné tekutiny P/K?	X		

Pozorovaná sestra S2, jak je z tabulky patrné, chybovala již několikrát. Před podáváním stravy neprovedla hygienu rukou, nepoužila empír nebo zástěru, nezamezila přímému kontaktu rukou se stravou, nevěnovala P/K dostatek času při krmení a neudržovala kontakt s P/K během krmení. Dále nepopřála P/K dobrou chuť a opomněla zaznamenat množství snědené stravy do dokumentace P/K.

4.1.3 Rozhovor 3, pozorování 3

Další dotazovanou sestrou byla 34letá žena, která se pohybuje v praxi téměř 12 let. Během praxe byla čtyři roky na mateřské dovolené. Vystudovala střední zdravotnickou školu v Písku, poté dálkově studovala bakalářské studium, kde úspěšně získala titul Bc. v oboru všeobecná sestra. Sestra během komunikace působila mile a přívětivě. Uvádí, že svoji práci má ráda a neměnila by, i když je to práce velice náročná. Před zahájením našeho rozhovoru mě sestra nejprve požádala, zda by bylo možné si otázky nejprve přečíst a teprve poté začít s nahráváním na diktafon. Žádosti jsem samozřejmě vyhověla.

Na otázku, jaký stravovací systém na oddělení používá, dotazovaná sestra odpověděla, že obědy jsou rozvážené finesami po oddělení, snídaně a večeře mají již z kuchyně připravené v krabicích na tácku. Za nejčastější diety, které jsou na oddělení seniorům podávány, dotazovaná sestra označila dietu číslo 3, tedy normální, dietu číslo 9, určenou pro diabetiky, a někdy dietu číslo 4, určenou pro pacienty s onemocněním gastrointestinálního traktu. Za nejčastější poruchy výživy, se kterými se na oddělení setkává, označila dehydrataci a nechutenství. Mezi nejvíce se vyskytující faktory, které mohou ovlivňovat stravování seniorů při hospitalizaci v nemocnici, sestra zařadila rodinu, stav dentice a psychický stav seniora. Co se týče potřebných pomůcek, jedná se v případě této sestry o podnos se stravou, příbor, „bryndák“, brčko na podávání čaje, popřípadě hadička s injekční stříkačkou. Při popisování postupu podávání stravy seniorům začala tím, že si nejprve připraví všechny pomůcky, které bude potřebovat. Dále v případě potřeby vyvětrá pokoj, uloží pacienta do vhodné polohy a kolem krku mu umístí „bryndák“. Stravu pacientovi nakrájí a dle stavu pacienta jej začne krmit. V průběhu celého procesu s pacientem komunikuje a sleduje jeho chování. Po ukončení pacientovi očistí ústa, je-li potřeba, vyčistí zubní protézu a uloží pacienta zpět do lůžka. Nakonec provede záznam do dokumentace pacienta, popřípadě vyskytnou-li se problémy, informuje lékaře. Spolupráci s terapeutem udává sestra minimální, pouze v případech, je-li pacientův stav v oblasti stravování vážný.

Vypracovaný ošetrovatelský standard na danou problematiku by sestra uvítala, protože si myslí, že sestry nad výkonem příliš nepřemýšlí a neuvědomují si, jakých chyb se i během tak banálního výkonu mohou dopouštět. V oblasti nutričního screeningu by sestra nic neměnila, ale poté dodala, že zjišťování váhy, výšky a stravovacích návyků je u ležících pacientů dlouhodobý problém. Dále uvedla, že by uvítala jídelnu pro soběstačné seniory, která by plnila nejen roli místnosti ke stravování, ale především roli sociální, neboť by pacientům umožňovala komunikovat a navazovat vzájemné kontakty.

Tabulka 3 Pozorování sestry 3

Postup podávání stravy seniorům v nemocnici	Ano zcela	Částečně	Ne
1. Podala sestra K/P správnou dietu?	X		
2. Dodržela sestra časový harmonogram v podávání stravy?	X		
3. Připravila si sestra kompletní pomůcky potřebné k podávání stravy?		X	
4. Umyla si sestra před podáváním jídla ruce?	X		
5. Použila sestra při podávání jídla empír nebo zástěru?			X
6. Zajistila sestra vhodné prostředí ke stravování?	X		
7. Zamezila sestra přímému styku rukou se stravou?	X		
8. Použila sestra ochranou podložku proti znečištění oděvu K/P	X		
9. Uložila sestra K/P do vhodné polohy?	X		
10. Věnovala sestra podávání stravy dostatek času?	X		
11. V případě možnosti nasadila sestra K/P zubní protézu?			X přestože ji p/k měl ve stolečku
12. Udržovala sestra kontakt s K/P?	X		
13. Popřála sestra K/P dobrou chuť?	X		
14. Podporovala sestra P/K během podávání stravy?			
15. Po dokončení procesu provedla sestra hygienu úst K/P?	X		
16. Po procesu uložila sestra K/P zpět do vhodné polohy?	X		
17. Uklidila si sestra po sobě veškeré pomůcky?	X		
18. Zaznamenala sestra množství snědené stravy do dokumentace K/P ?	X		
19. Podala sestra během podávání stravy vhodné tekutiny P/K?	X		

Pozorovaná sestra S3 se během procesu podávání stravy P/K dopustila chyby v tom, že přestože měl P/K k dispozici ve stolečku zubní protézu, na kterou byl navyklý, neumožnila mu ji nasadit. Argumentovala tím, že má stravu v mleté formě, a tudíž není potřeba. Dále při servírování nepoužila empír nebo zástěru a pomůcky si nepřipravila kompletní, tudíž během podávání stravy P/K neustále odbíhala pro potřebné pomůcky.

4.1.4 Rozhovor 4, pozorování 4

Čtvrtou dotazovanou sestrou byla 33letá žena. Vystudovala střední zdravotnickou školu v Českých Budějovicích, obor všeobecná sestra. Do nemocnice nastoupila ihned po ukončení středoškolského vzdělání jako sestra na standardní oddělení. V praxi se pohybuje téměř 15 let. V budoucnu uvažuje o doplnění vysokoškolského vzdělání dálkovou formou při zaměstnání. Před zahájením rozhovoru si i tato sestra přála předem zhlédnout otázky, které jí budou pokládány. I v tomto případě bylo sestře vyhověno. Z počátku působila nervózně a roztěkaně, později se však rozpovídala a uklidnila.

Stravovací systém na oddělení, kde pracuje, označila jako tabletový. Za nejčastější diety, které na oddělení seniorům podává, označila dietu číslo 3, dále dietu číslo 9 a dietu v mleté formě. Dále uvedla, že v některých případech se na oddělení podává výživa nasogastrickou sondou nebo přes „PEG“, a to u pacientů, kteří nemohou přijímat stravu ústy. Za nejčastější poruchy příjmu potravy u seniorů na oddělení dotazovaná sestra označila především nechutenství. Právě nechutenství vidí jako velký problém v oblasti stravování seniorů na oddělení. Za nejčastější faktory, které podle ní ovlivňují stravování seniorů, dotazovaná sestra označila individuální stravovací návyky, které si jednotliví senioři přinášejí již z domova. Jako další faktory ovlivňující stravování označila stav dentice a jednotlivá přidružená onemocnění. Ke krmení nesoběstačných pacientů si sestra vždy připraví jednorázové ubrousky, „bryndák“, lžičku, hrneček s čajem, popřípadě je-li to nutné, brčko k podání tekutin nebo injekční stříkačku s hadičkou. Standardní postup při podávání stravy seniorům na oddělení popsala dotazovaná sestra následovně: „Nejprve podám stravu soběstačným pacientům, teprve poté se věnuji pacientům, kteří potřebují nakrmit. Důležitá je vhodná poloha pacienta, kterou zajistím zvednutím horní poloviny těla pomocí zvýšení horního panelu postele. Dále si připravím „bryndák“, naporcuji stravu a připravím si tekutiny, které budu během podávání stravy pacientovi nabízet. Je-li potřeba, nasadím pacientovi zubní protézu. Pacienta do jídla nenutím, respektuji jeho rozhodnutí.“ Na otázku, zda využívají na oddělení nutričního terapeuta, sestra odpověděla, že nutričního terapeuta využívají velmi málo, pouze u pacientů ve špatném nutričním stavu.

Vypracovaný ošetrovatelský standard na problematiku výživy u seniorů označila jako zbytečný, protože podávání stravy seniorům považuje za banální výkon, nikoliv výkon odborný, při kterém se může chybovat. Nutriční screening označila jako součást příjmové dokumentace, který se vyplňuje u každého hospitalizovaného pacienta. Zároveň však dodala, že jí připadá u každého pacienta zbytečný, chaotický a nesmyslný, protože si myslí, že každý pacient je individuální a nelze ho hodnotit podle nějaké tabulky. V oblasti problematiky stravování by uvítala samostatné polohovatelné stolečky, nikoliv stolečky, které jsou součástí nočního stolku u lůžka pacienta.

Tabulka 4 Pozorování sestry 4

Postup podávání stravy seniorům v nemocnici	Ano zcela	Částečně	Ne
1. Podala sestra K/P správnou dietu?	X		
2. Dodržela sestra časový harmonogram v podávání stravy?	X		
3. Připravila si sestra kompletní pomůcky potřebné k podávání stravy?		X	
4. Umyla si sestra před podáváním jídla ruce?	X		
5. Použila sestra při podávání jídla empír nebo zástěru?			X
6. Zajistila sestra vhodné prostředí ke stravování?			X
7. Zamezila sestra přímému styku rukou se stravou?	X		
8. Použila sestra ochranou podložku proti znečištění oděvu K/P	X		
9. Uložila sestra K/P do vhodné polohy?		X	
10. Věnovala sestra podávání stravy dostatek času?	X		
11. V případě možnosti nasadila sestra K/P zubní protézu?	X		
12. Udržovala sestra kontakt s K/P?	X		
13. Popřála sestra K/P dobrou chuť?			X
14. Podporovala sestra P/K během podávání stravy?			X
15. Po dokončení procesu provedla sestra hygienu úst K/P?	X		
16. Po procesu uložila sestra K/P zpět do vhodné polohy?	X		
17. Uklidila si sestra po sobě veškeré pomůcky?	X		
18. Zaznamenala sestra množství snědené stravy do dokumentace K/P ?	X		
19. Podala sestra během podávání stravy vhodné tekutiny P/K?	X		

Z tabulky je patrné, že sestra S4 taktéž chybovala ve více sledovaných kritériích. Nepoužila empír nebo zástěru při servírování jídla, nezajistila P/K vhodné prostředí pro stravování, taktéž nepopřála dobrou chuť a dostatečně P/K nepodporovala v oblasti stravování. Poloha při podávání stravy, zvláště pak při dojídaní P/K nebyla ideální, přestože na počátku byla zvolena dobře.

4.1.5 Rozhovor 5, pozorování 5

Pátou dotazovanou sestrou byla 56letá žena, která vystudovala střední zdravotnickou školu v Českých Budějovicích. Ihned po absolvování střední školy nastoupila jako zdravotní sestra na standardní lůžkové oddělení. Poté několik let pracovala jako zdravotní sestra u praktického lékaře. Nyní již 20 let pracuje na oddělení následné péče. V praxi se pohybuje téměř 38 let. Svoji praxi označuje za velmi bohatou. Dotazovaná sestra působila ochotně a velice komunikativně. Při rozhovoru působila klidně a jistě.

Stravovací systém, který na oddělení používají, označila jako „finesový“, kdy je na oddělení přivezena strava na jednotlivých tácech, které jsou určeny pro jednotlivé pacienty. Tento systém označila za nevhodný z toho důvodu, že se často stává, že strava je na oddělení dovezena studená a během přepravy dochází k porušení úpravy stravy. Na druhou stranu však dodala, že je to systém rychlejší a pohodlnější, než kdyby měli stravu servírovat přímo na oddělení. Za nejčastější diety, které se na oddělení objevují, označila dietu v mleté formě, dále dietu číslo 3 a jako třetí nejčastější označila dietu číslo 9, vhodnou pro diabetiky. Mezi nejčastější poruchy výživy, se kterými se na oddělení setkává, zařadila obezitu a nechutenství. Největší problém však vidí v nedostatečném pitném režimu u hospitalizovaných seniorů. Za nejčastější faktory, které podle ní ovlivňují stravování seniorů, je psychický stav seniorů a různé formy demence. Velice problémovým faktorem je dle dotazované sestry množství užívaných léků a s nimi spojená celá řada vedlejších účinků, jako je právě nechutenství, zažívací problémy a celá řada dalších negativních vedlejších účinků. Pomůckami, které používá při servírování a podávání stravy pacientům, jsou: ubrousky, „bryndáky“, podložky, rukavice na zubní protézu, příbor, brčko na podávání tekutin, popřípadě jinou vhodnou alternativu. Proces podávání stravy pacientům popsala sestra následovně: „Nejprve si zjistím jméno pacienta a příslušnou dietu, kterou má pacient dostat. Před podáváním stravy provedu hygienu rukou a v případě potřeby si zajistím rukavice. Poté pacienta posadím a k zakrytí oděvu pacienta použiji ochranou podložku nebo „bryndák“. Stravu pacientovi naporcuji, a pokud je pacient alespoň trochu soběstačný, nechám ho samotného, aby se najedl, v případě potřeby mu dopomohu. Je-li pacient nesoběstačný,

převzmu podávání stravy za něho. Důležitá je komunikace s pacientem a sledování reakcí pacienta. Součástí podávání stravy je též podávání vhodných tekutin. Pokud pacient dojedl, uklidím veškeré pomůcky a uložím pacienta zpět do původní polohy.“ Spolupráci s nutričním terapeutem označuje za minimální. Udává, že nutričního terapeuta volají jen ve výjimečných případech, a to pokud vyjde výsledek nutričního screeningu jako velice rizikový.

Vypracovaný standard na danou problematiku sice na oddělení mají, ale myslí si, že je zbytečný. Nutriční screening vedou u každého hospitalizovaného pacienta. S jeho formou vedení je však nespokojená, hlavní problém vidí ve zjišťování hmotnosti a výšky u ležících pacientů. Na dotaz, zda existuje něco, co by se dalo v oblasti stravování seniorů zlepšit nebo změnit, odpověděla následovně: „ Myslím si, že by se mohla zlepšit pestrost podávané stravy a jídla by mohla být estetičtěji upravená. Pacienti, kteří zde leží několik týdnů, si často stěžují, že dostávají pořád to samé.“

Tabulka 5 Pozorování sestry 5

Postup podávání stravy seniorům v nemocnici	Ano zcela	Částečně	Ne
1. Podala sestra K/P správnou dietu?			X
2. Dodržela sestra časový harmonogram v podávání stravy?	X		
3. Připravila si sestra kompletní pomůcky potřebné k podávání stravy?		X	
4. Umyla si sestra před podáváním jídla ruce?			X
5. Použila sestra při podávání jídla empír nebo zástěru?			X
6. Zajistila sestra vhodné prostředí ke stravování?	X		
7. Zamezila sestra přímému styku rukou se stravou?	X		
8. Použila sestra ochranou podložku proti znečištění oděvu K/P	X		
9. Uložila sestra K/P do vhodné polohy?		X	
10. Věnovala sestra podávání stravy dostatek času?			X X
11. V případě možnosti nasadila sestra K/P zubní protézu?			nenasadila, přestože ji P/K měl k dispozici
12. Udržovala sestra kontakt s K/P?	X		
13. Popřála sestra K/P dobrou chuť?			X
14. Podporovala sestra P/K během podávání stravy?	X		
15. Po dokončení procesu provedla sestra hygienu úst K/P?	X		
16. Po procesu uložila sestra K/P zpět do vhodné polohy?	X		
17. Uklidila si sestra po sobě veškeré pomůcky?	X		
18. Zaznamenala sestra množství snědené stravy do dokumentace K/P ?	X		
19. Podala sestra během podávání stravy vhodné tekutiny P/K?	X		

Z výše uvedené tabulky je patrné, že pozorovaná sestra S5 chybovala v následujících případech: P/K podala špatnou dietu, před podáváním jídla si neumyla ruce a při servírování jídla nepoužila zástěru nebo empír. Stejně jako již jiné sestry nevěnovala P/K dostatek času a nepopřála P/K dobrou chuť. V poslední řadě nenasadila P/K zubní protézu, přestože ji měl P/K k dispozici.

4.1.6 Rozhovor 6, pozorování 6

Šestou dotazovanou sestrou byla 40letá žena, která vystudovala střední zdravotnickou školu v Praze. Ve zdravotnické praxi se pohybuje téměř 15 let. Na začátku našeho rozhovoru dotazovaná sestra působila nervózně, později se však uvolnila a rozhovor probíhal v přátelském duchu.

Stravovací systém, který se na oddělení využívá, označila sestra jako podnosový. Strava, určená pro jednotlivé pacienty s různými dietami, je připravena na podnosy již v centrální kuchyni. Snídaně a večeře jsou připravované taktéž v centrální kuchyni ve formě „balíčků.“ Za nejčastější diety, které se na oddělení objevují, označila dotazovaná sestra dietu číslo 3, mletou formu a u diabetiků dietu číslo 9. Poruchy výživy, které se vyskytují na oddělení, kde dotazovaná sestra pracuje, jsou: obezita, malnutrice a především nechutenství. Dále sestra udává, že mezi nejčastější faktory, které mohou ovlivňovat stravování seniorů, patří léky, psychický stav jedince a stravovací návyky, které si pacient přináší z domova. Důležitým faktorem je i stav dentice. V oblasti pomůcek při servírování a podávání stravy hospitalizovaným seniorům sestra využívá podložky proti znečištění oděvu pacienta, lžice, brčko k podávání tekutin, rukavice při kontaktu rukou s potravinami. Standardní postup při podávání stravy pacientům popsala dotazovaná sestra následovně: „Nejprve si zjistím dietu, kterou má pacient naordinovanou lékařem, a podle toho podám pacientovi určenou dietu. Zhodnotím stav pacienta, zda je schopný se najíst sám nebo vyžaduje-li mou pomoc. Pokud pacient potřebuje pomoci, uložím ho do polohy vsedě a připravím si všechny pomůcky k ruce. Na stolec si položíím ták s jídlem, příbor, hrneček s čajem, „bryndák“, popřípadě nějakou podložku. Stravu naporcuji dle stavu pacienta a postupně začnu pacientovi stravu podávat. Nutné je postupovat pomalu, udržovat s pacientem kontakt a sledovat jeho reakce na podávanou stravu. Když pacient dojí, omyji mu ústa, uložím ho do vhodné polohy a všechny pomůcky uklidím. Nakonec provedu záznam o stravování pacienta do dokumentace. V případě problémů informuji ošetřujícího lékaře. Spolupráci s nutričním terapeutem označuje sestra za minimální. Dodává, že nutriční terapeut je přivolán pouze k nejzávažnějším případům.

Vypracovaný ošetřovatelský standard na stravování nemocných na oddělení k dispozici mají, udává však, že přímo problematika podávání stravy pacientům s deficitem sebepéče v nich uvedená není, tudíž by nebylo špatné jej vytvořit. Nutriční screening vedou u každého hospitalizovaného pacienta. Samotná forma vedení jí připadá přehledná a dostačující. Co by se mohlo dle dotazované sestry v oblasti stravování seniorů v nemocnici zlepšit, je zajištění více pomocného personálu, který by měl na podávání stravy seniorům na oddělení více času a v této problematice se jim mohl více věnovat.

Tabulka 6 Pozorování sestry 6

Postup podávání stravy seniorům v nemocnici	Ano zcela	Částečně	Ne
1. Podala sestra K/P správnou dietu?	X		
2. Dodržela sestra časový harmonogram v podávání stravy?	X		
3. Připravila si sestra kompletní pomůcky potřebné k podávání stravy?	X		
4. Umyla si sestra před podáváním jídla ruce?	X		
5. Použila sestra při podávání jídla empír nebo zástěru?			X
6. Zajistila sestra vhodné prostředí ke stravování?	X		
7. Zamezila sestra přímému styku rukou se stravou?			X
8. Použila sestra ochranou podložku proti znečištění oděvu K/P	X		
9. Uložila sestra K/P do vhodné polohy?	X		
10. Věnovala sestra podávání stravy dostatek času?	X		
11. V případě možnosti nasadila sestra K/P zubní protézu?			P/K ji neměl
12. Udržovala sestra kontakt s K/P?			X
13. Popřála sestra K/P dobrou chuť?	X		
14. Podporovala sestra P/K během podávání stravy?			X
15. Po dokončení procesu provedla sestra hygienu úst K/P?	X		
16. Po procesu uložila sestra K/P zpět do vhodné polohy?	X		
17. Uklidila si sestra po sobě veškeré pomůcky?			X
18. Zaznamenala sestra množství snědené stravy do dokumentace K/P ?	X		
19. Podala sestra během podávání stravy vhodné tekutiny P/K?	X		

Pozorovaná sestra S6 chybovala v následujících případech. Při podávání jídla taktéž nepoužila empír nebo zástěru dle správných zásad, jak udává odborná literatura. Dále nezamezila přímému kontaktu rukou se stravou, během podávání stravy nedodržovala dostatečný kontakt s P/K a ani jej dostatečně nepodporovala. Na závěr procesu podávání stravy neuklidila po sobě pomůcky.

4.1.7 Rozhovor 7, pozorování 7

Další dotazovanou sestrou byla 25letá žena. Vystudovala střední zdravotnickou školu v Českých Budějovicích, následně absolvovala vysokoškolské vzdělání, kde získala bakalářský titul. Nyní studuje navazující magisterské studium. V praxi se pohybuje téměř 5 let. Při rozhovoru působila velice ochotně a přátelským dojmem.

Stravovací systém, který se na oddělení využívá, označila jako tabletový neboli podnosový. Zároveň dodala, že tento systém považuje za velice praktický. Mezi nejčastější diety, které pacienti dodržují, označila diety kašovitě, mleté, dále pak dietu číslo 3 a u diabetiků dietu číslo 9. Za nejčastější poruchy výživy, které se na oddělení u seniorů objevují, označila především nedostatečnou výživu a obezitu. Za velký problém na oddělení označila u seniorů nechutenství. Mezi nejčastější faktory, které ovlivňují stravování seniorů na oddělení, zařadila dotazovaná sestra stravovací návyky, které si hospitalizovaný senior přináší již z domova. Dodala, že pacienti jsou z domova zvyklí na určitou stravu, a když přijdou do nemocnice, najednou dostávají jídla, na která nejsou zvyklí. Dalšími ovlivňujícími faktory jsou dle sestry psychický stav jedince, užívání léků a další různá onemocnění. Pomůckami, které sestra při přípravě a podávání stravy hospitalizovaným seniorům používá, jsou rukavice, „bryndáky“, brčka, lžičky, stoleček se židlí, ubrousky na očištění úst pacienta. Standardní postup při podávání stravy pacientovi popsala dotazovaná sestra následovně: „Při rozdávání stravy si zjistím jméno pacienta ležícího na pokoji. Následně si zjistím dietu, kterou má pacient naordinovanou lékařem. Poté si podnos připravím na stoleček k lůžku pacienta. Snažím se zajistit co nepříjemnější prostředí pro pacienta – vyvětrám, uložím pacienta do vhodné polohy a zajistím pacienta proti sklouznutí zpět do lůžka. Nasadím pacientovi „bryndák“ kolem krku. Na začátku se snažím podporovat chuť k jídlu tím, že popřeji dobrou chuť, a navazuji vhodnou konverzaci o tom, zda mu chutná, co má rád a co naopak rád nemá. Pozoruji jeho reakce na podávanou stravu a snažím se plnit jeho požadavky (chci jen maso, mrkev mi nedávejte, dejte mi prosím napít apod.). Důležité je pacientovi věnovat dostatek času. Po ukončení procesu očistím pacientovi ústa, uklidím pomůcky a uložím pacienta do pohodlné polohy. Vždy se na závěr zeptám, zda

pacient něco nepotřebuje, a odcházím z pokoje.“ S nutričním terapeutem spolupracují pouze v případech, jedná-li se o pacienta, u kterého je výsledek nutričního screeningu rizikový. Sama sestra však dodává, že v této oblasti jsou stále rezervy a že spolupráce s nutričním terapeutem by se mohla zlepšit.

Vypracovaný standard na danou problematiku by určitě uvítala, protože si myslí, že některé sestry se právě při podávání stravy pacientům nechovají způsobem, jakým by měly. Často si sestry myslí, že tento úkon je pod jejich úroveň, ale měly by si uvědomit, že právě stravování pacientů je jeden klíč k uzdravení. Na otázku, zda vedou u pacientů nutriční screening, odpověděla sestra následovně: „Nutriční screening vypisujeme u každého pacienta, který k nám na oddělení přijde. S vedením nutričního screeningu problémy nemám.“ V problematice stravování seniorů na oddělení by změnila přístup některých sester a dále pak lepší spolupráci s nutričním terapeutem.

Tabulka 7 Pozorování sestry 7

Postup podávání stravy seniorům v nemocnici	Ano zcela	Částečně	Ne
1. Podala sestra K/P správnou dietu?	X		
2. Dodržela sestra časový harmonogram v podávání stravy?	X		
3. Připravila si sestra kompletní pomůcky potřebné k podávání stravy?	X		
4. Umyla si sestra před podáváním jídla ruce?	X		
5. Použila sestra při podávání jídla empír nebo zástěru?			X
6. Zajistila sestra vhodné prostředí ke stravování?	X		
7. Zamezila sestra přímému styku rukou se stravou?			X
8. Použila sestra ochranou podložku proti znečištění oděvu K/P	X		
9. Uložila sestra K/P do vhodné polohy?	X		
10. Věnovala sestra podávání stravy dostatek času?	X		
11. V případě možnosti nasadila sestra K/P zubní protézu?	X		
12. Udržovala sestra kontakt s K/P?	X		
13. Popřála sestra K/P dobrou chuť?	X		
14. Podporovala sestra P/K během podávání stravy?	x		
15. Po dokončení procesu provedla sestra hygienu úst K/P?	X		
16. Po procesu uložila sestra K/P zpět do vhodné polohy?	X		
17. Uklidila si sestra po sobě veškeré pomůcky?	X		
18. Zaznamenala sestra množství snědené stravy do dokumentace K/P ?	X		
19. Podala sestra během podávání stravy vhodné tekutiny P/K?	X		

Z výše uvedené tabulky je patrné, že pozorovaná sestra S7 chybovala pouze v tom, že nepoužila při podávání stravy empír nebo zástěru a nezamezila přímému kontaktu rukou se stravou. Pozitivní věcí, která vzešla z pozorování sestry S7, je to, že se naplno věnovala P/K, vymezila si dostatek času na krmení, vhodně s P/K komunikovala a motivovala ho k jedení.

4.1.8 Rozhovor 8, pozorování 8

Další dotazovanou sestrou byla 24letá žena, která vystudovala SZŠ v Českých Budějovicích, poté absolvovala vysokoškolské bakalářské studium na Zdravotně sociální fakultě v Českých Budějovicích. Nyní ještě studuje navazující magisterské studium ošetrovatelství ve vybraných klinických oborech. V praxi se pohybuje krátce, zhruba 1 rok. Přestože se dotazovaná sestřička pohybuje v praxi tak krátce, s rozhovorem neměla žádný problém, působila vstřícně a mile.

Stravovací systém na oddělení označila za běžný stravovací systém, kdy je strava pacientům podávána formou diet, které ordinuje ošetřující lékař na oddělení. Strava je následně dovezena s centrální kuchyně na tácech. Za nejčastější diety označila diety číslo 3 – normální, 9 – diabetickou a 4 – s omezením tuků. Největší problém vidí sestra v poruchách výživy, které se na oddělení vyskytují velice často. Nejčastěji se setkává s nedostatečnou výživou, někdy až s malnutricí. Za nejčastější faktory, které mohou ovlivňovat stravování hospitalizovaných seniorů, označila stav chrupu a nechutenství způsobené různými faktory, např. užíváním velkého množství léků. Pomůckami, které využívá k přípravě stravy a podávání stravy pacientům, jsou: zástěra, rukavice, příbor, jídelní souprava (tác s jídlem), stoleček, „bryndák“, brčko k podávání tekutin, ubrousky dle potřeby. Standardní postup při podávání stravy pacientům na oddělení popsala následovně: „Pacientovi na stoleček připravím tác s jídlem, uložím pacienta do polohy vsedě tak, aby se mu dobře jedlo. Pokud má pacient k dispozici zubní protézu, tak mu ji pomohu nasadit. Jako prevenci znečištění oděvu pacienta přiložím okolo krku „bryndák“ a začnu pacientovi podávat naporcovanou stravu. Snažím se pacienta podporovat a sleduji jeho chování. V žádném případě nechvátám a přizpůsobím se tempu pacienta. Na závěr pacienta pochválím, v případě potřeby provedu očistu úst a uložím pacienta zpět do pohodlné polohy. Důležité je sledovat množství snědené stravy tím, že provedu záznam do dokumentace. V případě, že se během podávání stravy vyskytnou nějaké problémy, informuji ošetřujícího lékaře.

Vypracovaný ošetrovatelský standard na tuto problematiku by uvítala, protože si myslí, že některé sestry se při podávání stravy pacientům neumí chovat. Měly by si

uvědomit, že výživa hospitalizovaných pacientů je velice důležitá a záleží na tom, jak ony budou k dané problematice přistupovat. Nutriční screening vedou u každého hospitalizovaného pacienta. Považuje ho za velice přínosný v případě, že je veden správně a pravdivě. Občas se setkává s tím, že některé sestry jej vyplňují tak, jak je zrovna napadne. Forma vedení jí vyhovuje. To, co by dotazovaná sestra chtěla změnit v oblasti dané problematiky, je chování některého ošetrovatelského personálu k pacientům během podávání stravy. Za změnu by též stála estetická úprava některých jídel.

Tabulka 8 Pozorování sestry 8

Postup podávání stravy seniorům v nemocnici	Ano zcela	Částečně	Ne
1. Podala sestra K/P správnou dietu?	x		
2. Dodržela sestra časový harmonogram v podávání stravy?		X	
3. Připravila si sestra kompletní pomůcky potřebné k podávání stravy?		X	
4. Umyla si sestra před podáváním jídla ruce?	X		
5. Použila sestra při podávání jídla empír nebo zástěru?			X
6. Zajistila sestra vhodné prostředí ke stravování?			X
7. Zamezila sestra přímému styku rukou se stravou?	X		
8. Použila sestra ochranou podložku proti znečištění oděvu K/P	X		
9. Uložila sestra K/P do vhodné polohy?	X		
10. Věnovala sestra podávání stravy dostatek času?			X
11. V případě možnosti nasadila sestra K/P zubní protézu?	X		
12. Udržovala sestra kontakt s K/P?		X	
13. Popřála sestra K/P dobrou chuť?	X		
14. Podporovala sestra P/K během podávání stravy?			X
15. Po dokončení procesu provedla sestra hygienu úst K/P?			X
16. Po procesu uložila sestra K/P zpět do vhodné polohy?	X		
17. Uklidila si sestra po sobě veškeré pomůcky?			X
18. Zaznamenala sestra množství snědené stravy do dokumentace K/P ?	X		
19. Podala sestra během podávání stravy vhodné tekutiny P/K?	x		

Z následující tabulky vyplývá, že pozorovaná sestra S8 chybovala v následujících kritériích. Při podávání stravy, stejně jako většina pozorovaných sester, nepoužila empír nebo zástěru, nezajistila P/K vhodné prostředí ke stolování a nevěnovala P/K dostatek času. Dalšími chybami, kterých se pozorovaná sestra dopustila, byly nedostatečná podpora v oblasti stravování P/K, po dokončení procesu podávání stravy neprovedla sestra hygienu úst P/K a v neposlední řadě neuklidila pomůcky na místo tomu určené.

4.1.9 Rozhovor 9, pozorování 9

Poslední dotazovanou sestrou byla 42letá žena. Vystudovala střední zdravotnickou školu v Českých Budějovicích a následně vyšší odbornou školu taktéž v Českých Budějovicích. Ve zdravotnické praxi se pohybuje téměř 22 let. Sama udává, že její praxe je velice bohatá.

Stravovací systém, který používají na oddělení, označila za klasický tácový, kdy je strava přivezena z kuchyně nemocnice na tácech. Jednotlivé tácy jsou pak roznášeny k jednotlivým pacientům. Za nejčastější diety, které se na oddělení objevují, označila dietu číslo 9 pro diabetiky, dietu číslo 3 (normální strava) a dietu v mleté a kašovitě formě. Za poruchy výživy, které se na oddělení u seniorů objevují nejvíce, označila dotazovaná sestra podvýživu, dehydrataci a obezitu. Dle sestry patří mezi nejvíce ovlivňující faktory týkající se stravování seniorů nechutenství, způsobené užíváním léků, psychický stav daného jedince a samozřejmě biologické změny, ke kterým dochází vlivem stárnutí organismu. Pomůcky, které si při stolování a podávání stravy připraví, jsou následující: tác s připravenou stravou, příbor, podložka proti umazání pacienta, hrneček s tekutinami, popřípadě brčko pro podávání tekutin, je-li potřeba, připraví si rukavice na nasazení zubní protézy, stoleček, kam si tác s jídlem položí, a vyžaduje-li to situace, připraví si klíny pro zajištění vhodné polohy pacienta během podávání stravy. Standardní postup při podávání stravy seniorům, popsala následovně: Nejprve si zkontroluje, zda ji na oddělení přišly všechny diety, poté rozveze stravu soběstačným pacientům. Dále se začne věnovat nesoběstačným pacientům, kteří potřebují v oblasti stravování pomoci. Na pokoji navodí příjemné prostředí, vyvětrá pokoj, popřeje pacientům na pokoji dobrou chuť a začne se věnovat individuálnímu pacientovi. Uloží jej do vhodné polohy, v případě potřeby použije klíny pro zajištění polohy pacienta. Vhodně s pacientem komunikuje a snaží se ho motivovat k tomu, aby něco snědl. Dle potřeby jídlo naporcuje a podává pacientovi jednotlivá sousta. Během podávání stravy sleduje reakce K/P. Mezi jednotlivými sousty podává dostatečné množství tekutin a snaží se plnit přání pacienta. Po ukončení umyje P/K ústa, uloží ho zpět do pohodlné polohy a veškeré pomůcky uklidí. Snaží se navodit příjemnou

atmosféru. Nutričního terapeuta využívají jen v krajních případech. Sama uznává, že by bylo potřeba více s nutričním terapeutem spolupracovat.

Vypracovaný standard na danou problematiku by uvítala, ale myslí si, že některé sestry standardy považují za zbytečné. Ohledně nutričního screeningu sestra udává, že jej vedou u každého pacienta, ale zároveň dodává, že u imobilních pacientů je zcela nemožné získávat údaje o hmotnosti a výšce. V takovýchto případech by uvítala jinou formu vedení nutričního screeningu. V závěru k problematice stolování a podávání stravy seniorům na oddělení uvedla, že by se mohl zlepšit celkový přístup personálu k seniorům a dále že by bylo vhodné věnovat stravování pacientů v nemocnici více času a celkově zlepšit kvalitu a servírování jídla.

Tabulka 9 Pozorování sestry 9

Postup podávání stravy seniorům v nemocnici	Ano zcela	Částečně	Ne
1. Podala sestra K/P správnou dietu?	x		
2. Dodržela sestra časový harmonogram v podávání stravy?		x	
3. Připravila si sestra kompletní pomůcky potřebné k podávání stravy?		x	
4. Umyla si sestra před podáváním jídla ruce?	x		
5. Použila sestra při podávání jídla empír nebo zástěru?			x
6. Zajistila sestra vhodné prostředí ke stravování?	x		
7. Zamezila sestra přímému styku rukou se stravou?	x		
8. Použila sestra ochranou podložku proti znečištění oděvu K/P	x		
9. Uložila sestra K/P do vhodné polohy?	x		
10. Věnovala sestra podávání stravy dostatek času?	x		
11. V případě možnosti nasadila sestra K/P zubní protézu?	x		
12. Udržovala sestra kontakt s K/P?		x	
13. Popřála sestra K/P dobrou chuť?	x		
14. Podporovala sestra P/K během podávání stravy?	x		
15. Po dokončení procesu provedla sestra hygienu úst K/P?	x		
16. Po procesu uložila sestra K/P zpět do vhodné polohy?	x		
17. Uklidila si sestra po sobě veškeré pomůcky?	x		
18. Zaznamenala sestra množství snědené stravy do dokumentace K/P ?	x		
19. Podala sestra během podávání stravy vhodné tekutiny P/K?	x		

Z výše uvedené tabulky je patrné, že poslední pozorovaná sestra S9 chybovala pouze v jednom jediném pozorovaném kritériu. Na pomyslném žebříčku by jí tedy patřilo první místo za nejlepší přístup k pacientovi. Chybovala pouze v tom, že při servírování stravy pacientům nepoužila empír nebo zástěru. Výborným výsledkem je zde účelná komunikace s pacientem.

4.2 Kategorizace dat z kvalitativního výzkumného šetření (pozorování)

Tabulka 10 Vyhodnocení sledovaných kritérií

Sledovaná kritéria	Odpovědi								
	S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7	S8	S9
1. Podala sestra K/P správnou dietu?	A	A	A	A	N	A	A	A	A
2. Dodržela sestra časový harmonogram v podávání stravy?	A	A	A	A	A	A	A	A	A
3. Připravila si sestra kompletní pomůcky?	Č	Č	Č	Č	Č	A	A	Č	A
4. Umyla si sestra před podáváním jídla ruce?	A	N	A	A	N	A	A	A	A
5. Použila sestra před podáváním jídla empír nebo zástěru?	N	N	N	N	N	N	N	N	N
6. Zajistila sestra vhodné prostředí ke stravování?	A	Č	A	N	A	A	A	N	A
7. Zamezila sestra přímému styku rukou se stravou?	N	N	A	A	A	N	N	A	A
8. Použila sestra při podávání stravy ochranou podložku proti znečištění oděvu K/P?	A	A	A	A	A	A	A	A	A
9. Uložila sestra P/K do vhodné polohy ?	A	A	A	Č	Č	A	A	A	A
10. Věnovala sestra P/K dostatek času?	N	N	A	A	N	A	A	N	A
11. V případě možnosti nasadila sestra P/K zubní protézu?	nemá ZP P/K	ano	Ne, byla k dispozici	ano	Ne, byla k dispozici	nemá ZP P/K	ano	ano	ano
12. Udržovala sestra kontakt během podávání stravy P/K?	A	N	A	A	A	N	A	Č	A
13. Popřála sestra P/K dobrou chuť?	N	N	A	N	N	A	A	A	A
14. Podporovala sestra P/K během podávání stravy?	N	A	A	N	A	N	A	N	A
15. Po dokončení procesu podávání stravy provedla sestra hygienu úst P/K?	A	A	A	A	A	A	A	N	A
16. Po procesu podávání stravy uložila sestra P/K zpět do vhodné polohy?	A	A	A	A	A	A	A	A	A
17. Uklidila si sestra po sobě veškeré pomůcky?	N	A	N	A	A	N	A	N	A
18. Zaznamenala sestra množství snědené stravy do dokumentace P/K?	A	N	N	A	A	A	A	A	A
19. Podala sestra vhodné tekutiny P/K?	A	A	A	A	A	A	A	A	A

Vysvětlivky: A - ano, Č - částečně, N - ne

Tabulka 10 znázorňuje, jakých nejčastějších chyb se pozorované sestry dopouští. Je zřejmé, že všechny pozorované sestry chybovaly v tom, že při servírování jídla jednotlivým pacientům nepoužily zástěru nebo empír, přestože v uvedeném standardu, který mají sestry na oddělení k dispozici, je mezi pomůckami zástěra uvedena. Druhou nejčastější chybou, která se objevila u čtyř z devíti sester, byla ta, že nezamezily přímému kontaktu rukou s potravinami. Téměř polovina sester nevěnovala pacientům dostatek času. Podpora pacienta v oblasti stravování se neobjevila ve čtyřech případech z devíti. Další nejčastěji se vyskytující chybou je to, že téměř polovina pozorovaných sester nezná pravidla slušného chování a nepopřála pacientům dobrou chuť. Za zmínku stojí i poslední, nejčastěji se vyskytující chyba, kterou je fakt, že téměř polovina sester si po procesu podávání stravy po sobě neuklidí pomůcky.

Pozitivní věcí, která z výzkumného šetření vyšla najevo, je, že sestry dbají na dostatečný příjem tekutin u pacientů, dodržují časový harmonogram v podávání stravy pacientům a využívají pomůcky proti znečištění oděvu pacienta. Z tabulky též vyplývá, že sestry dbají na správnou polohu při podávání stravy pacientům, což je velice důležité z hlediska prevence aspirace a pohodlí pacienta.

4.3 Kategorizace dat z kvalitativního výzkumného šetření (rozhovory)

Tabulka 11 Dosažené vzdělání sester

Sestra	Vzdělání sester		
	SŠ	VOŠ	VŠ
Sestra 1			X
Sestra 2	X		
Sestra 3	X		
Sestra 4	X		
Sestra 5	X		
Sestra 6	X		
Sestra 7			X
Sestra 8			X
Sestra 9		X	

Celkem bylo dotazováno 9 všeobecných sester pracujících na oddělení následné péče v Nemocnici České Budějovice a. s. Sestra 1 vystudovala SZŠ v Českých Budějovicích, před několika lety úspěšně absolvovala vysokoškolské bakalářské studium na ZSF v Českých Budějovicích. Sestra 2 vystudovala SZŠ v Českých Budějovicích. Sestra 3 má středoškolské vzdělání, které získala na SZŠ v Písku. Sestra 4 vystudovala SZŠ v Českých Budějovicích. V budoucnu uvažuje o doplnění vysokoškolského bakalářského studia dálkovou formou. Sestra 5 vystudovala SZŠ v Českých Budějovicích. Sestra 6 je absolventkou SZŠ v Praze Libni. Sestra 7 vystudovala SZŠ v Českých Budějovicích, poté absolvovala vysokoškolské bakalářské vzdělání na ZSF JU v Českých Budějovicích. Sestra 8 je absolventkou SZŠ v Českých Budějovicích. Po skončení studia na střední škole absolvovala vysokoškolské bakalářské studium na ZSF JU v Českých Budějovicích, nyní zde studuje navazující magisterské studium. Poslední dotazovaná sestra 9 vystudovala SZŠ v Českých Budějovicích, následně VOŠ taktéž v Českých Budějovicích.

Tabulka 12 Délka praxe ve zdravotnictví

	Délka praxe
Sestra	
Sestra 1	33 let
Sestra 2	40 let
Sestra 3	12 let
Sestra 4	15 let
Sestra 5	20 let
Sestra 6	15 let
Sestra 7	5 let
Sestra 8	1 rok
Sestra 9	22 let

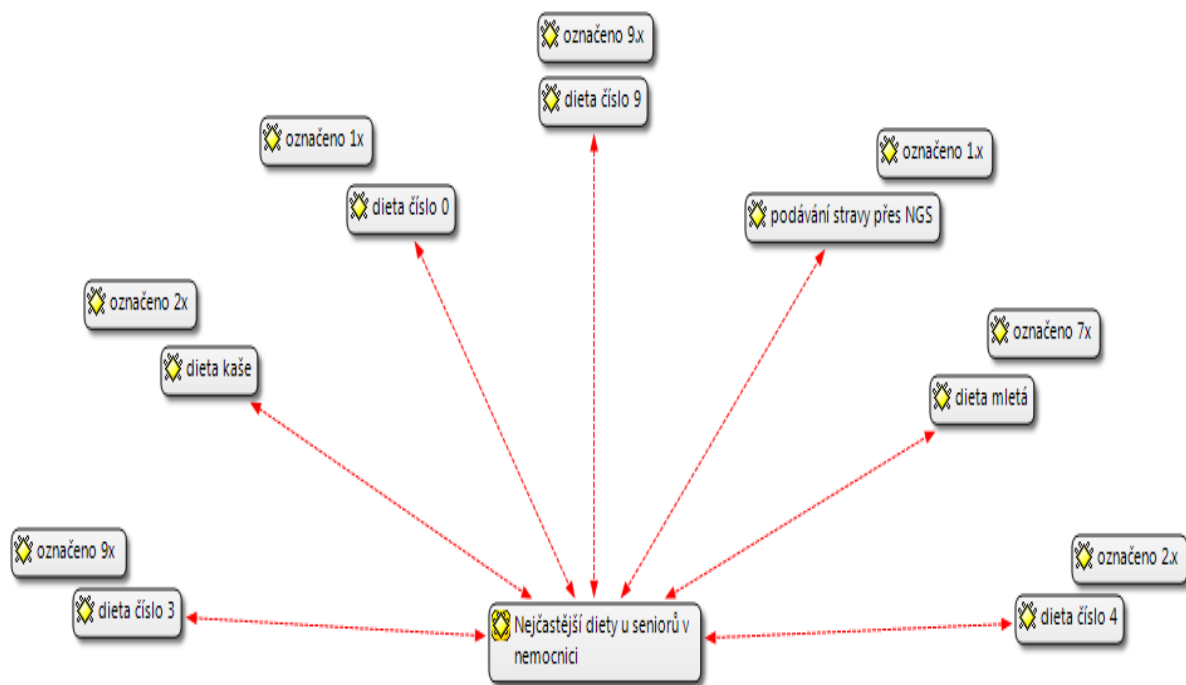
První dotazovanou sestrou byla 51letá žena, která se v praxi pohybuje téměř 33 let. Druhou dotazovanou sestrou byla 55letá žena. Již několik let pracuje jako všeobecná sestra na oddělení následné péče v nemocnici v Českých Budějovicích. V praxi se pohybuje téměř 40 let. Třetí dotazovanou sestrou byla 34letá žena, která se pohybuje v praxi téměř 12 let. Během praxe byla čtyři roky na mateřské dovolené. Čtvrtou dotazovanou sestrou byla žena 33letá žena. Do nemocnice nastoupila ihned po ukončení středoškolského vzdělání jako sestra na standardní oddělení. V praxi se pohybuje téměř 15 let. Pátou dotazovanou sestrou byla 56letá žena, ihned po absolvování střední školy nastoupila jako všeobecná sestra na standardní lůžkové oddělení. Poté několik let pracovala jako zdravotní sestra u praktického lékaře. Nyní již 20 let pracuje na oddělení následné péče. V praxi se pohybuje téměř 38 let. Šestou dotazovanou sestrou byla 40letá žena, ve zdravotnické praxi se pohybuje téměř 15 let. Sedmou dotazovanou sestrou byla 25letá žena. V praxi se pohybuje téměř 5 let. Osmou dotazovanou sestrou byla 24letá žena, která se v praxi se pohybuje krátce, zhruba 1 rok. Devátou dotazovanou sestrou byla 42letá žena, ve zdravotnické praxi se pohybuje téměř 22 let.

Tabulka 13 Vedení nutričního screeningu

	Nutriční screening		
Sestra	Vyhovuje	Nevyhovuje	Zbytečný
Sestra 1	X		
Sestra 2		X	
Sestra 3	X		
Sestra 4			X
Sestra 5		X	
Sestra 6	X		
Sestra 7	X		
Sestra 8	X		
Sestra 9		X	

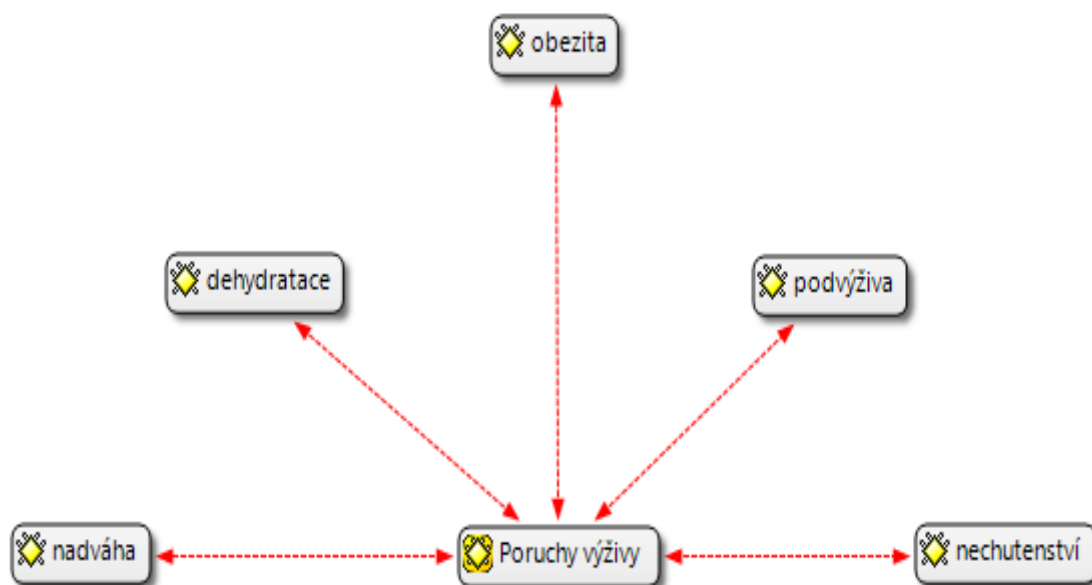
Na otázku, zda sestřám vyhovuje forma vedení nutričního screeningu, odpověděly sestry různě. Pět sester z devíti dotazovaných uvedlo, že jim forma vedení nutričního screeningu u pacientů vyhovuje a nečiní jim žádné problémy. Tři dotazované sestry uvedly, že jim forma vedení nevyhovuje, a to z toho důvodu, že je obtížné sledovat výšku a váhu u imobilního pacienta. Pouze jedna sestra označila vedení nutričního screeningu za zbytečné a zcela nesmyslné, protože se domnívá, že pacienta nelze hodnotit podle tabulky.

Schéma 1 Nejčastější dieta u seniorů v nemocnici



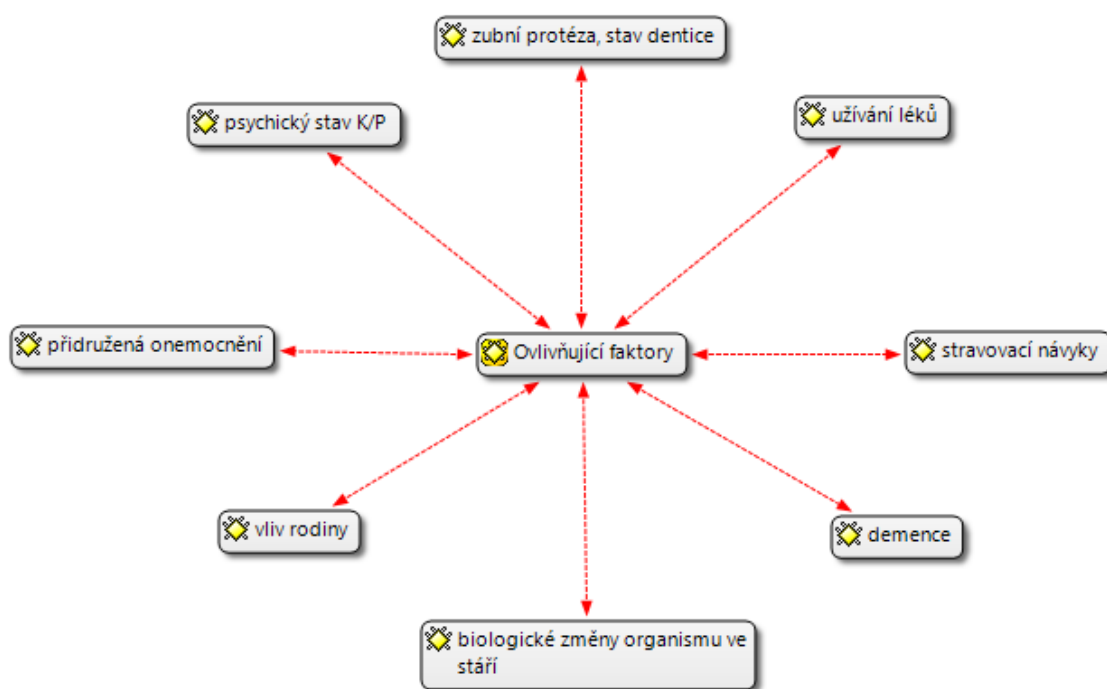
Další otázkou v rozhovoru byly sestry dotazovány na nejčastější diety u seniorů v nemocnici. Zde se odpovědi velice shodovaly. Za nejčastější dietu byla označena dieta číslo 3, též nazývaná dieta normální nebo racionální, a dieta číslo 9, označovaná jako dieta diabetická nebo strava vhodná pro pacienty s cukrovkou. Za další nejčastěji se vyskytující diety u seniorů označily sestry tyto diety: dieta kaše, dieta mletá, dieta číslo 0, označovaná jako dieta tekutá, a dieta číslo 4, nazývaná též dieta s omezením tuků. Jedna dotazovaná sestra označila za velice častý způsob podávání stravy přes NGS (nasogastrická sonda).

Schéma 2 Nejčastější poruchy výživy u seniorů



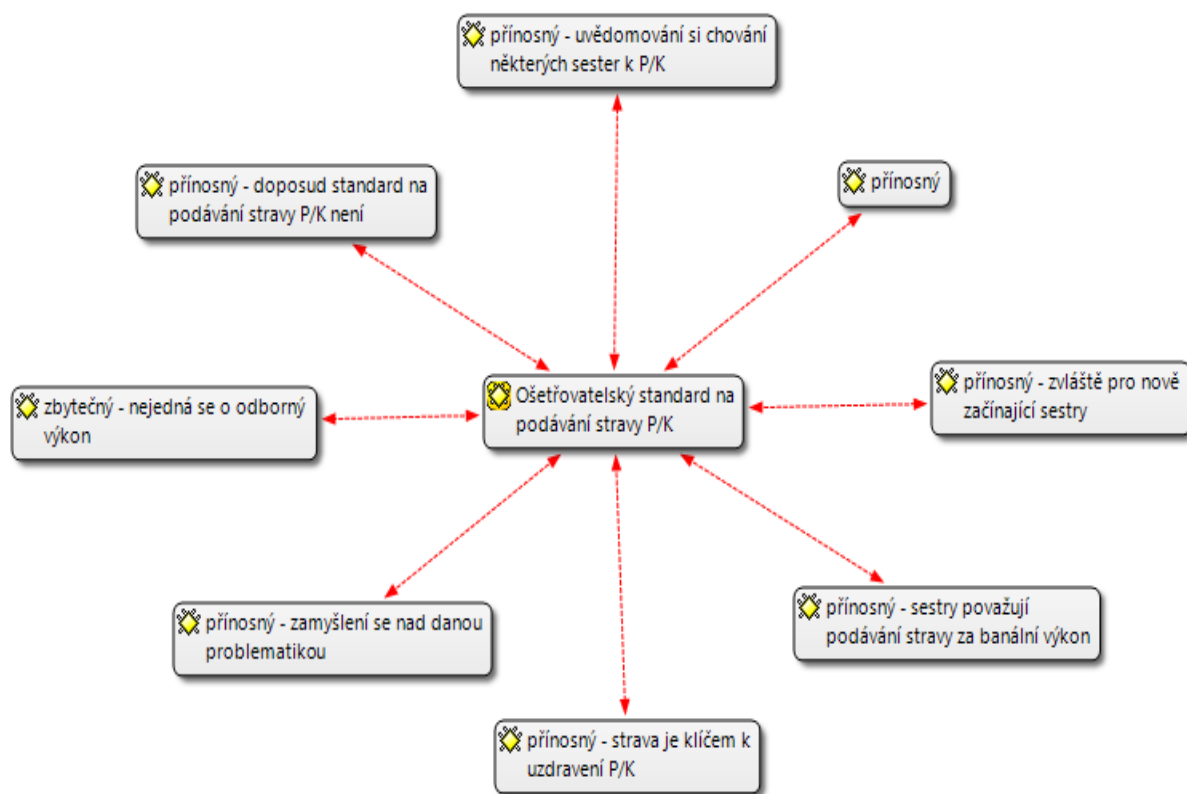
Ve výše uvedeném obrázku jsou znázorněny odpovědi dotazovaných sester na otázku, jaké nejčastější poruchy výživy se u seniorů v nemocnici objevují. Zde se odpovědi dotazovaných sester shodovaly s tím, co udává odborná literatura. Za nejčastější poruchu výživy označily sestry podvýživu a s ní spojené nechutenství. Za další poruchu výživy dotazované sestry označily nadváhu, v některých případech až obezitu. Největší problém dotazované sestry vidí v nedostatečném pitném režimu seniora, v některých případech až v dehydrataci. Jak uvádí odborná literatura, ve stáří ke vzniku dehydratace dochází velmi snadno a velice rychle. Nedostatek tekutin způsobuje bolesti hlavy, pokles fyzické a psychické výkonnosti, pocit slabosti, nevolnosti. V pozdější fázi může dojít až ke vzniku křečí.

Schéma 3 Faktory ovlivňující výživu u seniorů



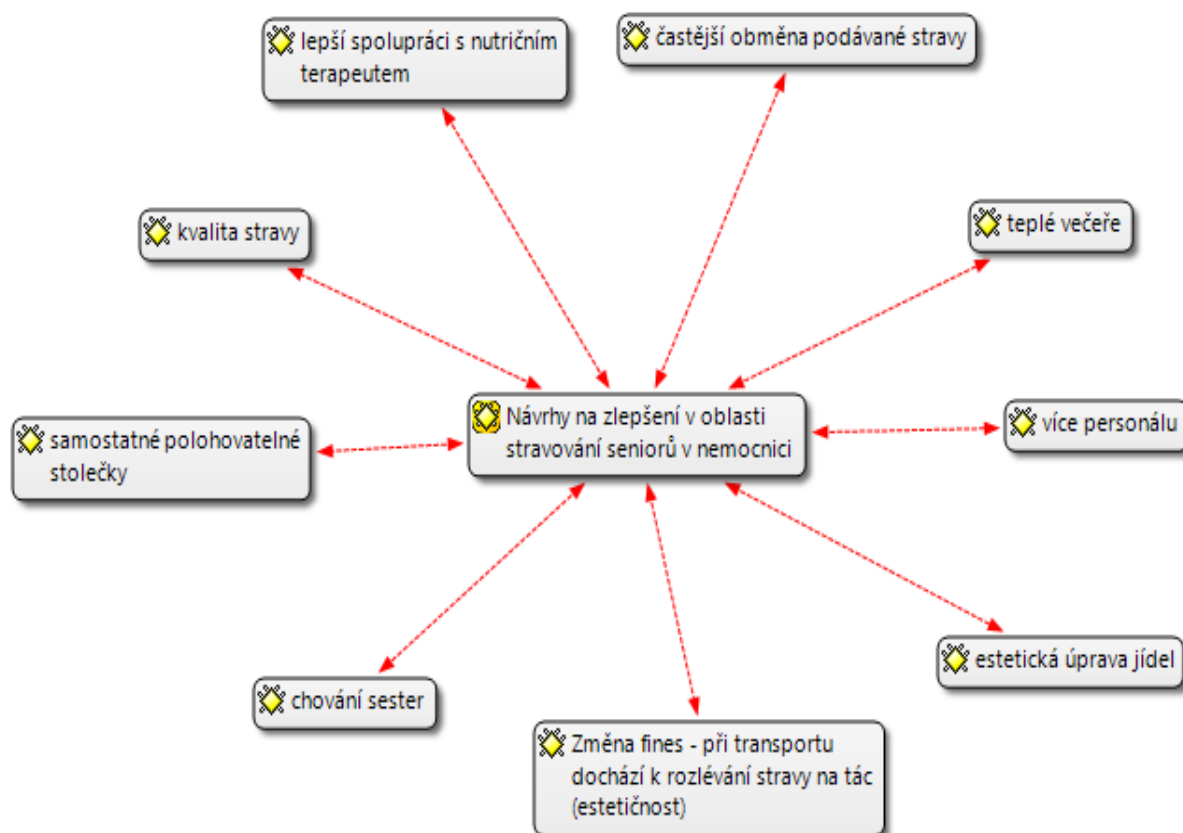
Na otázku, jaké jsou nejčastější faktory ovlivňující výživu u seniorů, odpověděly dotazované sestry následovně. Za nejvíce ovlivňující faktor označily biologické změny organismu, ke kterým během stárnutí dochází. Mezi další faktory dle dotazovaných sester patří přidružená onemocnění, aktuální psychický stav pacienta, různé formy demence, individuální stravovací návyky pacienta a velký vliv na stravování má dle sester také rodina pacienta. Většina sester uváděla jako další faktor užívání léků. Většina pacientů užívá mnoho léků, které vyvolávají celou řadu vedlejších a nežádoucích účinků a ovlivňují i samotné stravování pacienta. Za poslední ovlivňující faktor dotazované sestry označily stav dentice a zubní protézy. Sestry uvádějí, že někteří senioři se vyhýbají některým potravinám, a to z toho důvodu, že mají problémy s denticí.

Schéma 4 Přínos ošetřovatelského standardu na podávání stravy P/K



Z uvedeného schématu 4 vyplývají odpovědi na otázku, zda by dotazované sestry uvítaly vypracovaný ošetřovatelský standard na podávání stravy pacientům v nemocnici. Většina sester by vypracovaný standard na danou problematiku uvítala, protože doposud žádný takový standard na oddělení nemají k dispozici. Dále uvádějí, že by ošetřovatelský standard byl přínosný hlavně pro nově začínající sestry pracující na oddělení. Většina dotazovaných uvedla, že sestry považují podávání stravy za banální výkon, tudíž by ošetřovatelský standard mohl přispět k tomu, aby upozornil na klíčový význam stravování P/K při jeho uzdravení. Sestry dále uvedly, že ošetřovatelský standard by vedl sestry k většímu zamyšlení nad danou problematikou a uvědomění si svého chování. Některé sestry se domnívají, že ošetřovatelský standard na danou problematiku je zcela zbytečný, protože se nejedná o odborný výkon.

Schéma 5 Návrhy na zlepšení v oblasti stravování seniorů v nemocnici



Oslovené všeobecné sestry byly dotazovány na to, co by zlepšily v oblasti stravování u seniorů v nemocnici. Je totiž zřejmé, že v každé ošetrovatelské činnosti by každá sestra uvítala různé změny. V některých názorech se sestry shodovaly, v některých se názory sester lišily. Názory sester se nejvíce shodovaly v tom, že by uvítaly jinou formu rozvážení stravy po nemocnici, a to z toho důvodu, že při transportu stravy dochází k rozlévání a jídlo pak nevypadá esteticky dobře. Jako další návrhy na zlepšení dotazované sestry označily: lepší estetickou úpravu jídla, více personálu, který by měl na pacienty v oblasti podávání stravy více času. Část dotazovaných sester by uvítala pro pacienty v nemocnici teplé večeře, kvalitnější stravu a samostatné polohovatelné stolečky z důvodu lepší manipulace. Z rozhovorů vyšlo najevo, že většina dotazovaných sester by uvítala lepší spolupráci s nutričním terapeutem a častější obměnu podávané stravy.

5 DISKUZE

Tato diplomová práce se zabývala problematikou výživy u seniorské populace, především u seniorů hospitalizovaných na lůžkových oddělení následné péče v nemocnici. Vzhledem k měnícím se demografickým podmínkám, kdy počet seniorů neustále roste, budou dle Topinkové (3) v budoucnu potřebovat dlouhodobou péči dva ze tří dnes ekonomicky aktivních občanů. S dlouhodobou péčí je úzce spjata i výživa, protože právě ta ovlivňuje kvalitu života seniora. Měníci se demografické podmínky se netýkají pouze České republiky, ale týkají se celého světa. Dle Čevely (2) je dlouhodobá péče nejrychleji rostoucím druhem péče. Základním cílem všech typů péče je předcházení vzniku nemocí, odvrácení komplikací a důsledná a správná léčba.

Pro udržení kvalitního života a dobré fyzické zdatnosti hraje adekvátní výživa významnou roli. Výživové potřeby seniorů jsou specifické a jsou dány nejenom změnami organismu, ale i mnoha faktory, které vyplývají z dosavadního životního stylu každého jedince. Jak uvádí Starnovská (29), důležitou roli hrají zejména stravovací návyky získané již v mládí, dále sociální a kulturní prostředí, vzdělání, společenské postavení, ekonomická úroveň a především zdravotní a psychický stav jedince.

Výživa je základní podmínkou života každého z nás a je základní potřebou živého organismu. Náplní ošetřovatelství je uspokojování potřeb člověka, a proto jeho nedílnou součástí je rovněž i péče o výživu pacientů. Výživa je primární biologickou potřebou člověka, která je nezbytná pro udržení stálosti vnitřního prostředí (homeostázy) organismu. Jedná se o potřebu, která vede k zachování lidského života. Výživa, tedy jídlo a pití, je nezbytná nejen pro žaludek, trávicí ústrojí a energii pro organismus, ale souvisí také s potřebami psychosociálními a s emocemi člověka. Strava hraje důležitou roli v oblasti správného fungování všech pochodů v lidském těle. Strava přináší tělu všechny nezbytné látky pro tělesné orgány a tkáně. Bez dostatečné výživy by člověk nemohl žít (19). Pro život a zdraví je důležité pravidelné a přiměřené stravování (20).

Ocitne-li se nesoběstačný pacient na lůžkovém oddělení v nemocnici, přejímá veškerou péči o pacienta sestra. Nejinak je tomu i v oblasti stravování. Význam práce

sestry při zajišťování výživy u pacienta je velký, přestože si to ošetřovatelský personál vždy neuvědomuje. Na základě tohoto zjištění bylo provedeno výzkumné šetření, jehož hlavním cílem bylo zjistit, zda všeobecné sestry dodržují zásady při podávání stravy seniorům v nemocnici.

5.1 Výsledky výzkumného šetření (pozorování)

Výsledky pozorování byly klíčové pro zjištění odpovědi na první výzkumnou otázku: Dodržují sestry zásady při podávání stravy seniorům v nemocnici? Z výzkumného šetření vyšlo najevo, že se každá pozorovaná sestra dopustila určitého pochybení.

V prvním sledovaném kritériu se chyby dopustila jedna pozorovaná sestra, a to tím, že pacientovi podala jinou dietu, než měl pacient naordinovanou lékařem.

Druhým sledovaným kritériem bylo dodržení časového harmonogramu. Zde všech devět pozorovaných sester časový harmonogram dodrželo.

Třetím pozorovaným kritériem byla příprava všech potřebných pomůcek. Pouze tři sestry si připravily pomůcky kompletní, zbylé sestry měly pomůcky pouze částečně připravené a během podávání stravy musely odbíhat od lůžka pacienta pro zapomenuté pomůcky.

Čtvrté kritérium sledovalo, zda si sestra před podáváním stravy pacientům umyla ruce. Hygienu rukou opomněly dvě pozorované sestry.

V pátém sledovaném kritériu chybovaly sestry nejvíce. Pozorované sestry nepoužily při podávání stravy empír nebo zástěru, přestože v ošetřovatelském standardu, který mají na oddělení k dispozici, jsou tyto pomůcky uvedeny.

Šestým pozorovaným kritériem bylo zajištění vhodného prostředí ke stravování. Zde dvě pozorované sestry chybovaly v tom, že nezajistily na pokoji přívod čerstvého vzduchu, i když na pokoji byl cítit silný zápach z desinfekce.

Sedmé kritérium sledovalo, zda sestra při podávání stravy zamezila přímému kontaktu rukou s potravinami. Čtyři sestry nezamezily přímému kontaktu rukou s potravinami a zvýšily tak riziko přenosu různých nákaz na pacienta.

Pozitivním zjištěním je fakt, že všechny pozorované sestry použily ochranou podložku „podbradník“ jako prevenci znečištění oděvu pacienta.

Devátým pozorovaným kritériem bylo zvolení vhodné polohy pacienta při podávání stravy. Zde dvě sestry chybovaly v tom, že neudržely vhodnou polohu pacienta po celou dobu podávání stravy. Pacient tak v polovině procesu zaujímal nevhodnou polohu.

Dalším sledovaným kritériem bylo věnování dostatečného času pacientovi během podávání stravy. Většina sester přiznala, že na podávání stravy mají málo času. Bylo by potřeba zajistit více ošetřujícího personálu, který by se mohl pacientům nejen v této oblasti více věnovat. Součástí pozorování bylo sledování toho, zda sestry pacientům nasadí zubní protézu, pokud je taková možnost. Překvapujícím zjištěním bylo, že dvě pozorované sestry i přesto, že měl pacient zubní protézu k dispozici, neprovedly její nasazení. Dle mého názoru takový způsob chování sester ponižuje pacienta, nemluvě o tom, že pacient pak není schopen servírovanou stravu zkonsumovat.

Dalším sledovaným kritériem bylo, zda sestra během podávání stravy udržovala s pacientem kontakt. Z výzkumného šetření vyšlo najevo, že dvě pozorované sestry neudržovaly s pacientem kontakt a během podávání stravy vedly rozhovor s kolegyní místo toho, aby se věnovaly pacientovi.

Třináctým sledovaným kritériem bylo, zda sestra popřála pacientovi dobrou chuť. Zní to poněkud banálně, ale dle mého názoru popřání dobré chuti patří mezi pravidla slušného chování. Z pozorování bylo zjištěno, že čtyři pozorované sestry opomněly pacientovi popřát dobré chuti.

Podpora pacienta během podávání stravy byla dalším sledovaným kritériem. Tento krok osobně považuji za velice důležitý. Samotná podpora pacienta může být velice

ovlivňujícím faktorem v oblasti stravování pacienta. Čtyři pozorované sestry nevyjádřily sebemenší podporu pacientovi.

Patnáctým sledovaným kritériem bylo provedení hygieny úst pacienta po procesu podávání stravy. Pouze jedna pozorovaná sestra po dokončení podávání stravy neprovedla hygienu úst pacienta.

Pozitivní zjištění vzešlo z dalšího pozorovaného kritéria, kterým bylo uložení pacienta do vhodné polohy po skončení procesu podávání stravy. Všechny pozorované sestry uložily pacienta zpět do vhodné polohy.

Téměř polovina sester chybovala v tom, že si po sobě neuklidila všechny potřebné pomůcky.

Předposlední kritérium sledovalo, zda sestra provedla záznam do dokumentace o množství snědené stravy. Zde chybovaly celkem dvě pozorované sestry.

Dalším pozitivním zjištěním, které z výzkumného šetření vyšlo najevo, je to, že sestry dbají na dostatečný příjem tekutin u pacientů.

5.2 Výsledky výzkumného šetření (rozhovory)

Výsledky dotazování byly klíčové pro zjištění odpovědi na následující výzkumné otázky: 1. Jaké jsou nejčastější faktory ovlivňující stravování seniorů? 2. Jaké nejčastější poruchy výživy se u seniorů v nemocnici objevují? 3. Jakou nejčastější dietu senioři v nemocnici dodržují?

Kvalitativní výzkumné šetření bylo provedeno technikou dotazování. Výzkumný soubor tvořilo 9 sester pracujících na oddělení následné péče v Nemocnici České Budějovice, a. s. Sestrám bylo položeno celkem 12 otázek. Odpovědi na otázky byly zaznamenány na diktafon nebo písemně na papír. Následně byly odpovědi přepsány a analyzovány. Pro analýzu a kódování jednotlivých odpovědí z rozhovorů byl využit

program Atlas.ti. Následně v programu Atlas.ti byla vytvořena jednotlivá schémata, která odráží názory jednotlivých sester na danou problematiku.

Zajímalo nás, jaké jsou nejčastější diety u seniorů v nemocnici (viz schéma 1). Zde se odpovědi na otázku velice shodovaly. Za nejčastější dietu byla označena dieta číslo 3, též nazývaná dieta normální nebo racionální, a dieta číslo 9, označovaná jako dieta diabetická nebo strava vhodná pro pacienty s cukrovkou. Za další nejčastěji se vyskytující diety u seniorů označily sestry tyto diety: dieta kaše, dieta mletá, dieta číslo 0, označovaná jako dieta tekutá, a dieta číslo 4, nazývaná též dieta s omezením tuků. Jedna dotazovaná sestra označila za velice častý způsob podávání stravy přes NGS (nasogastrická sonda). Dle mého názoru je podivuhodné, že se na oddělení neobjevuje dieta 8, označovaná jako redukční, a dieta číslo 11, označovaná jako dieta výživná, přestože jsou na oddělení hospitalizováni pacienti jak s obezitou, tak naopak s podvýživou.

Zajímalo nás rovněž, jaké nejčastější poruchy výživy se u seniorů objevují (viz schéma 2). Zde se odpovědi dotazovaných sester shodovaly. Za nejčastější poruchu výživy označily sestry podvýživu a s ní spojené nechutenství. Jak uvádí Lukáš (48), malnutrice se vyskytuje až u 11 % osob starších 65 let. U hospitalizovaných seniorů je prevalence malnutrice vyšší, odhaduje se až u 30–50 % jedinců. U seniorů nad 75 let se výskyt malnutrice pohybuje až okolo 80 %. Za další poruchu výživy označily dotazované sestry nadváhu, v některých případech až obezitu. Dle Stránského (40) je obezita u seniorů dána hlavně úbytkem svalové hmoty a nárůstem tělesného tuku. U seniorů se často setkáváme s poruchou chrupu, tudíž volí potraviny měkké s vyšším obsahem tuků a naopak omezují tvrdé potraviny, jako je zelenina a ovoce.

Největší problém dotazované sestry vidí v nedostatečném pitném režimu seniora, v některých případech dochází až v dehydrataci. Dle Kunové (43) je doporučený denní příjem pro seniora 1,5–2 litry tekutin. Důležité je pít pravidelně a v rozumných dávkách. Nutné je si uvědomit, že do denního příjmu tekutin nezapočítáváme kávu, kakao a mléko. Nápoji vhodnými ke konzumaci jsou neslazené čaje, ovocná a zeleninová čerstvá šťáva, neslazené přírodní džusy, kvalitní nenasyčená voda.

V teoretické části práce byly uvedeny faktory, které nejvíce ovlivňují výživu u seniora, a proto jsme se na ně dotazovali sester. Na otázku, jaké jsou nejčastější faktory ovlivňující výživu u seniorů, odpověděly dotazované sestry následovně (viz schéma 3). Za nejvíce ovlivňující faktor označily biologické změny organismu, ke kterým během stárnutí dochází. Nejvíce patrným projevem stárnutí v oblasti trávicího systému je dle Whitney (12) ztráta chrupu. Následkem ztráty chrupu je pak porucha žvýkání, která si následně vyžaduje snížení sortimentu přijímané stravy. Lidé se špatnou denticí jí méně ovoce a zeleniny a pestrost jídelníčku je tak chudší. Dochází tím ke snížení vlákniny, vitaminů a minerálů. Mezi další faktory patří dle dotazovaných sester přidružená onemocnění, aktuální psychický stav pacienta, různé formy demence, individuální stravovací návyky pacienta a velký vliv na stravování má dle sester také rodina pacienta. Většina sester se shodovala také v dalším kritériu, které se týká užívání léků. Sestry uvádějí, že většina pacientů užívá mnoho léků, které vyvolávají celou řadu vedlejších a nežádoucích účinků a ovlivňují i samotné stravování pacienta.

Na otázku, zda sestrám vyhovuje forma vedení nutričního screeningu, odpověděly sestry různě. Pět sester z devíti dotazovaných uvedlo, že jim forma vedení nutričního screeningu u pacientů vyhovuje a nečiní jim žádné problémy. Tři dotazované sestry uvedly, že jim forma vedení nevyhovuje, a to z toho důvodu, že je obtížné sledovat výšku a váhu u imobilního pacienta. Pouze jedna sestra označila vedení nutričního screeningu za zbytečné a zcela nesmyslné, protože se domnívá, že pacienta nelze hodnotit podle tabulky. Dle Lukáše (48) základní podmínkou screeningu je dostatečná specifita a jednoduchost. K posouzení stavu výživy se v ambulantní i nemocniční péči používá celá řada dotazníků. Screeningový dotazník musí splňovat určitá pravidla: validitu, objektivitu, senzitivitu, specifitu a pozitivní predikční hodnotu.

Dále nás zajímalo, v čem by dotazované sestry viděly přínos vypracovaného standardu na danou problematiku (viz schéma 4). Většina sester by vypracovaný standard na danou problematiku uvítala, protože doposud takový standard na oddělení nemají k dispozici. Dále uvádějí, že by ošetřovatelský standard byl přínosný hlavně pro nově začínající sestry pracující na oddělení. Většina dotazovaných uvedla, že sestry

považují podávání stravy za banální výkon, tudíž by ošetřovatelský standard mohl přispět k zdůraznění významu stravování P/K při jeho uzdravení. Sestry dále uvedly, že ošetřovatelský standard by vedl sestry k většímu zamyšlení nad danou problematikou a uvědomění si svého chování. Část sester se domnívá, že ošetřovatelský standard na danou problematiku je zcela zbytečný, protože se nejedná o odborný výkon. Osobně považují stravování seniorů na oddělení za stěžejní. Dle Grofové (19) strava hraje důležitou roli v oblasti správného fungování všech pochodů v lidském těle.

Oslovené všeobecné sestry byly dále dotazovány na to, co by zlepšily v oblasti stravování u seniorů v nemocnici (viz schéma 5). V některých odpovědích se názory dotazovaných sester shodovaly, u některých se zcela lišily. Názory sester se nejvíce shodovaly v tom, že by uvítaly jinou formu rozvážení stravy po nemocnici, a to z toho důvodu, že při transportu stravy dochází k jeho rozlévání a jídlo pak nevypadá esteticky dobře. Jako další návrhy označily: lepší estetickou úpravu jídla, více personálu, který by měl na pacienty v oblasti podávání stravy více času. Část dotazovaných sester by uvítala pro pacienty v nemocnici teplé večeře, kvalitnější stravu a samostatné polohovatelné stolečky z důvodu lepší manipulace. Z rozhovorů vyšlo najevo, že většina dotazovaných sester by uvítala lepší spolupráci s nutričním terapeutem a častější obměnu podávané stravy.

6 ZÁVĚR

Cílem diplomové práce bylo zjistit význam práce sestry při zajišťování výživy u seniorů a pohled sester na danou problematiku.

Sestra na oddělení představuje nejužší kontakt pacienta s okolním světem. Pacienti často vnímají sestru na jedné straně jako andělskou bytost, na druhé straně ale také jako osobu, která neustále za něčím chvátá a na ně samotné nemá čas. Důležité je si uvědomit, že sestra je profesionál, který má za úkol plnit velké množství povinností. Veškeré povinnosti jsou zaměřené na pacienta a především na jeho potřeby. Výživa je základní potřebou každého pacienta, kterou sestra v nemocnici zajišťuje. Základní role sestry při zajišťování výživy u seniorů v nemocnici spočívá v detekci abnormalit. Je tedy nutné si uvědomit, že význam práce sestry při zajišťování výživy u pacienta je velmi důležitý.

V rámci výzkumného šetření byly stanoveny čtyři cíle. Prvním cílem bylo zjistit, zda sestry dodržují zásady podávání stravy seniorům. Pomocí druhého cíle jsme identifikovali nejčastější faktory, které ovlivňují stravování seniorů v nemocnici. Třetím cílem bylo zmapovat, jaké nejčastější poruchy výživy se u seniorů v nemocnici objevují. Čtvrtým cílem bylo zjistit, jaká je nejčastější dieta u seniorů v nemocnici.

Sestry při podávání stravy seniorům v nemocnici některé zásady nedodržují. Z výsledků šetření vyplynulo, že sestry nejvíce chybovaly v tom, že při servírování jídla jednotlivým pacientům nepoužily zástěru nebo empír, přestože v uvedeném standardu, který mají sestry na oddělení k dispozici, je mezi pomůckami zástěra uvedena. Dále bylo zjištěno, že mezi nejčastější faktory ovlivňující výživu seniorů patří přidružená onemocnění, aktuální psychický stav jedince, různé formy demence, stav dentice, užívání léků, vliv rodiny, stravovací návyky jedince a biologické změny organismu, ke kterým dochází vlivem stárnutí. Nejčastějšími poruchami výživy u seniorů jsou nadváha, obezita, podvýživa a nechutenství. Nejčastěji uváděnou dietou je dieta číslo 3, nazývaná racionální, dieta číslo 9, označovaná jako diabetická, a diety v mleté a kašovitě formě.

Na základě výzkumného šetření a prostudované odborné literatury byl navržen pro ošetřující personál standard ošetrovatelské péče s názvem „Podávání stravy pacientům s deficitem sebeděže v oblasti stravování“ (viz příloha 10). Ošetřující personál tak bude mít příležitost využívat manuál, který jim bude sloužit jako správný postup při podávání stravy pacientům s deficitem sebeděže v oblasti stravování, a sestry nebudou daný výkon považovat za rutinní záležitost. Tato diplomová práce může nadále sloužit jako podklad pro další kvalitativní šetření.

7 SEZNAM INFORMAČNÍCH ZDROJŮ

1. KALVACH, Zdeněk et al. *Geriatric a gerontologie*. Praha: Grada, 2004. 861 s. ISBN 978-80-2472490-4.
2. ČEVELA, Rostislav, Zdeněk KALVACH a Libuše ČELEDOVÁ. *Sociální gerontologie: úvod do problematiky*. 1. vydání. Praha: Grada, 2012. 263 s. ISBN 978-802-4739-014.
3. TOPINKOVÁ, Eva. *Geriatric pro praxi*. 1. vydání. Praha: Galén, 2010. 270 s. ISBN 978- 80-7262-365-5.
4. FARKOVÁ, Marie. *Dospělost a její variabilita*. 1. vydání. Praha: Grada, 2009. 136 s. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-2480-5.
5. MALÍKOVÁ, Eva. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. 1. vydání. Praha: Grada, 2011. 328 s. ISBN 978-802-4731-483.
6. HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Fenomén stáří*. 2. vydání. Praha: Havlíček Brain Team, 2010. 365 s. ISBN 978-80-87109-19-9.
7. ADAMEC, Petr a David KRYŠTOF. *Univerzity třetího věku na vysokých školách*. 1. vydání. Brno: Masarykova univerzita, 2011. 135 s. ISBN 978-802-1056-404.
8. MLÝNKOVÁ, Jana. *Péče o staré občany*. 1. vydání. Praha: Grada, 2011. 192 s. ISBN 978-80-247-3872-7.
9. KLEVETOVÁ, Dana a Irena DLABALOVÁ. *Motivační prvky při práci se seniory*. 1. vydání. Praha: Grada, 2008. 202 s. ISBN 978-802-4721-699.
10. KALVACH, Zdeněk a Alice ONDERKOVÁ. *Stáří: pojetí geriatrického pacienta a jeho problémů v ošetrovatelské praxi*. Praha: Galén, 2006. 44 s. ISBN 80-726-2455-5.
11. ŠTEJFA, Miloš. *Kardiologie*. 3. přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada, 2006. 776 s. ISBN 80-247-7034-2.

12. WHITNEY, Eleanor Noss a Sharon Rady ROLFES. *Understanding nutrition*. Wadsworth: Cengage Learning, 2011. 704 s. ISBN 978-053-8734-653.
13. LANGMEIER, Josef a Dana KREJČÍŘOVÁ. *Vývojová psychologie*. 2., aktualizované. vydání. Praha: Grada, 2006. 368 s. ISBN 80-247-1284-9.
14. ŠRÁMKOVÁ, Taťána. *Poruchy sexuality u somaticky nemocných a jejich léčba*. 1. vydání. Praha: Grada, 2013. 216 s. ISBN 978-802-4744-537.
15. WEISS, Petr. *Sexuologie*. 1. vydání. Praha: Grada, 2010. 724 s. ISBN 978-802-4724-928.
16. ROZTOČIL, Aleš. *Moderní gynekologie*. 1. vydání. Praha: Grada, 2011. 508 s. ISBN 978-802-4728-322.
17. VENGLÁŘOVÁ, Martina. *Problematické situace v péči o seniory*. 1. vydání. Praha: Grada, 2007. 96 s. ISBN 978-80247-2170-5.
18. BORZOVÁ, Claudia. *Nespavost a jiné poruchy spánku: pro nelékařské zdravotnické obory*. 1. vydání. Praha: Grada, 2009. 141 s. ISBN 978-80-247-2978-7.
19. GROFOVÁ, Zuzana. *Nutriční podpora: praktický rádce pro sestry*. 1. vydání. Praha: Grada, 2007. 237 s. ISBN 978-802-4718-682.
20. TRACHTOVÁ, Eva, Gabriela TREJTNAROVÁ a Dagmar MASTILIAKOVÁ. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 3. vydání. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2013. 185 s. ISBN 978-80-7013-553-2.
21. MIKŠOVÁ, Zdeňka et al. *Kapitoly z ošetrovatelské péče: ošetrovatelský proces při zajištění základních potřeb klienta, nemocného*. 1. vydání. Valašské Meziříčí: NALIOS, 2002. 98 s. ISBN 80-247-1442-6.

22. SAHYOUN, N.R. *Usefulness of Nutrition Screening of the Elderly*. Nutrition in Clinical Care. May/Jun2009. Vol. 2 Issue 3, p155-163. 9p. DOI: 10.1046/j.1523-5408.1999.00109.x.
23. HAMPSHIRE, J., FREYTAG-LEYER, B. *Importance of Nutrition Labelling and Claims on Food among Elderly People*. Economic Science for Rural Development Conference Proceedings; 2011. Issue 25, p81-88, 8p. ISSN:16913078.
24. BLATTNÁ, Jarmila. *Výživa na začátku 21. století aneb o výživě aktuálně a se zárukou*. Praha: Společnost pro výživu, 2005. 79 s. ISBN 80-239-6202-7.
25. ČELEDOVÁ, Libuše a Rostislav ČEVELA. *Výchova ke zdraví: vybrané kapitoly*. 1. vydání. Praha: Grada, 2010. 126 s. ISBN 978-802-4732-138.
26. KITTNAR, Otomar. *Lékařská fyziologie*. 1. vydání. Praha: Grada, 2011. 790 s. ISBN 978-802-4730-684.
27. SVAČINA, Štěpán. *Klinická dietologie*. 1. vydání. Praha: Grada, 2008. 381 s. ISBN 978-80-247-2256-6.
28. FOŘT, Petr. *Výživa pro dokonalou kondici a zdraví*. 1. vydání. Praha: Grada, 2005. ISBN 978-802-4710-570.
29. STARNOVSKÁ, Tereza. Specifika výživy seniorů. *Sestra: odborný časopis*, 2005. roč. 15. č. 7-8. s. 19. ISSN 1210-0404.
30. VRÁNOVÁ, Dagmar. *Chronická onemocnění a doporučená výživová opatření*. Olomouc: ANAG, 2013. 183 s. ISBN 978-807-2637-881.
31. CHRPOVÁ, Diana. *S výživou zdravě po celý rok*. 1. vydání. Praha: Grada, 2010. 133 s. ISBN 978-802-4725-123.
32. KOHOUT, Pavel. Výživa seniorů. *Zdravotnické noviny. Příloha: Pacientské listy*, 2010. [cit. 2013-11-04] č. 4, s.24. Dostupné z <http://zdravi.e15.cz/clanek/priloha-pacientske-listy/vyziva-senioru-450010>.

33. HOLEČEK, Milan. *Regulace metabolismu cukrů, tuků, bílkovin a aminokyselin*. 1. vydání. Praha: Grada, 2006. 286 s. ISBN 80-247-1562-7.
34. PÍŤHA, Jan a Rudolf POLEDNE. *Zdravá výživa pro každý den*. 1. vydání. Praha: Grada, 2009. 143 s. ISBN 978-80-247-2488-1.
35. MACHOVÁ, Jitka a Dagmar KUBÁTOVÁ. *Výchova ke zdraví*. 1. vydání. Praha: Grada, 2009. 291 s. ISBN 978-80-247-2715-8.
36. MERKUNOVÁ, Alena a Miroslav OREL. *Anatomie a fyziologie člověka: pro humanitní obory*. 1. vydání. Praha: Grada, 2008. 302 s. ISBN 978-802-4715-216.
37. KOPEC, Karel. *Zelenina ve výživě člověka*. 1. vydání. Praha: Grada, 2010. 159 s. Zdraví. ISBN 978-802-4728-452.
38. LÜLLMANN, Heinz, Klaus MOHR a Martin WEHLING. *Farmakologie a toxikologie: překlad 15., zcela přepracovaného vydání*. 2. vydání. Praha: Grada, 2004. 725 s. ISBN 80-247-0836-1.
39. GRANT, N., Whey protein and senior nutrition. *Dairy Industries International*, 2008. [cit. 2013-11-04]. Functional Ingredients , Vol.73.Issue 12. Dostupné na <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=7&sid=4b8ca2f0-3c64-4e3d-852e-30c049045153%40sessionmgr113&hid=118>
40. STRÁNSKÝ, Miroslav a Lydie RYŠAVÁ. *Fyziologie a patofyziologie výživy*. 1. vydání. České Budějovice: Jihočeská univerzita, 2010. 182 s. ISBN 978-807-3942-410.
41. FERENCÍK, Miroslav. *Imunitní systém: informace pro každého*. 1. vydání. Překlad Kristýna Pokorná. Praha: Grada, 2005. 236 s. ISBN 80-247-1196-6.
42. ŽOFKOVÁ, Ivana. *Osteologie a kalcium-fosfátový metabolismus: aktuální témata*. 1. vydání. Praha: Grada, 2012. 142 s. ISBN 978-802-4739-199.

43. KUNOVÁ, Václava. *Zdravá výživa. 2.*, přepracované vydání. Praha: Grada, 2011. 140 s. ISBN 978-802-4734-330.
44. PAVLÍČKOVÁ, Jana. Pitný režim v geriatri. *Florence: časopis moderního ošetrovatelství*, 2007. č. 3. s. 118. ISSN 1801 – 464X.
45. JURÁŠKOVÁ, Božena et al. Poruchy výživy ve stáří. *Medicína po praxi* [online], 2007. roč. 4, č. 11, s. 443–446[cit. 2014-01-03]. ISSN 1214-8687.
Dostupné z:<http://www.medicinapropraxi.cz/pdfs/med/2007/11/02.pdf>
46. HUDÁKOVÁ Anna et al. Riziká malnutričie u seniorov. *Diagnóza v ošetrovatelství*, 2011. roč. 7, č. 2 (ARO, JIP), s.34–36. ISSN 1801-1349.
47. BOHÁČOVÁ, Věra. (Pod)výživa seniorů. *Pacientské listy. Příloha zdravotnických novin*, 2011. č. 2, s. 22 - 23.
48. LUKÁŠ, Karel a Aleš ŽÁK. *Gastroenterologie a hepatologie: učebnice*. 1. vydání. Praha: Grada, 2007. 380 s. ISBN 978-802-4717-876.
49. KOHOUT, Pavel. *Dokumentace a hodnocení nutričního stavu pacientů*. Praha: Maxdorf s.r.o., 2004. 40 s. ISBN 80-7345-030-5.
50. KUBEŠOVÁ, Helena et al. Výživa ve stáří. *Medicína pro praxi*, 2006. roč. 4., č. 3. s. 118 – 123. ISSN 1214-8687.
51. RYBKA, Jaroslav. *Diabetologie pro sestry*. 1. vydání. Praha: Grada, 2006. 283 s. ISBN 80-247-1612-7.
52. SOUČEK, Miroslav, Jindřich ŠPINAR a Petr SVAČINA. *Vnitřní lékařství pro stomatology*. 1. vydání. Praha: Grada, 2005. 380 s. ISBN 80-247-1367-5.
53. TOPINKOVÁ, Eva. Využití standardizovaných škál pro hodnocení stavu. *Česká geriatrická revue*, 2003. č. 1. s. 6. ISSN 12-14-0732.
54. VYTEJČKOVÁ, Renata. *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné I*. 1. vydání. Praha: Grada, 2011. 228 s. ISBN 978-802-4734-194.

55. KRIŠKOVÁ, Anna et al. *Ošetrovatel'ské techniky: metodika sesterských činností*. 2. vydání. Martin: Osveta, 2006. 779 s. ISBN: 80-8063-202-2.
56. Fórum zdravé výživy: Česká výživová pyramida 2013. In: *Fórum zdravé výživy* [online]. Institut klinické a experimentální medicíny, 2013, 2014 [cit. 2014-07-01]. Dostupné z: <http://www.fzv.cz/pyramida-fzv/>
57. VORLÍČEK, Jiří, Hilda VORLÍČKOVÁ a Miloš KONEČNÝ. *Klinická onkologie pro sestry*. 2. přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada, 2012. 450 s. ISBN 978-80-247-3742-3.
58. BARIATRIC EDGE. *Chirurgická léčba obezity: Bandáž žaludku*. [online]. [cit. 2014-07-01]. Dostupné z: <http://www.chcizhubnout.cz/cs/lecba-obezity/chirurgicka-lecba/druhy-chirurgicke-lecby/bandaz-zaludku/>

8 KLÍČOVÁ SLOVA

Sestra

Pacient/Klient

Výživa

Stáří

Senior

9 SEZNAM PŘÍLOH

Příloha 1 Česká potravinová pyramida výživy 2013

Příloha 2 Nutriční screening

Příloha 3 Přístroj pro měření tuku v těle

Příloha 4 Chirurgická bandáž žaludku

Příloha 5 Krátká verze Mini-Nutritional Assesment-Short Form (MNA-SF)

Příloha 6 Tabulka BMI

Příloha 7 Stručný přehled diet

Příloha 8 Pozorovací záznamový arch

Příloha 9 Otázky k rozhovorům

Příloha 10 Doporučení pro praxi – Standardní ošetřovatelský postup a audit

Příloha 1 Česká potravinová pyramida výživy 2013



Další informace a dotazy: www.fzv.cz

Zdroj: (56).

Příloha 2 Nutriční screening

Podle evropských doporučení je možno užít například Nutritional Risk Screening (NRS 2002) pro hospitalizované dospělé pacienty, který se skládá ze čtyř otázek (viz tabulka)

Tab. 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.

Pro vyplnění nutričního screeningu je nutné znát výšku a váhu pacienta a umět vypočítat BMI. Důležité jsou informace z ošetřovatelské anamnézy z oblasti výživy a metabolismu.

Nutriční screening je součástí ošetřovatelské dokumentace . Provádí se v rámci ošetřovatelské anamnézy u všech nově přijatých pacientů. Při delším pobytu se opakuje 1x týdně. Při zjištění rizika vzniku malnutrice je kontaktován nutriční terapeut a je zahájena vhodná nutriční podpora.

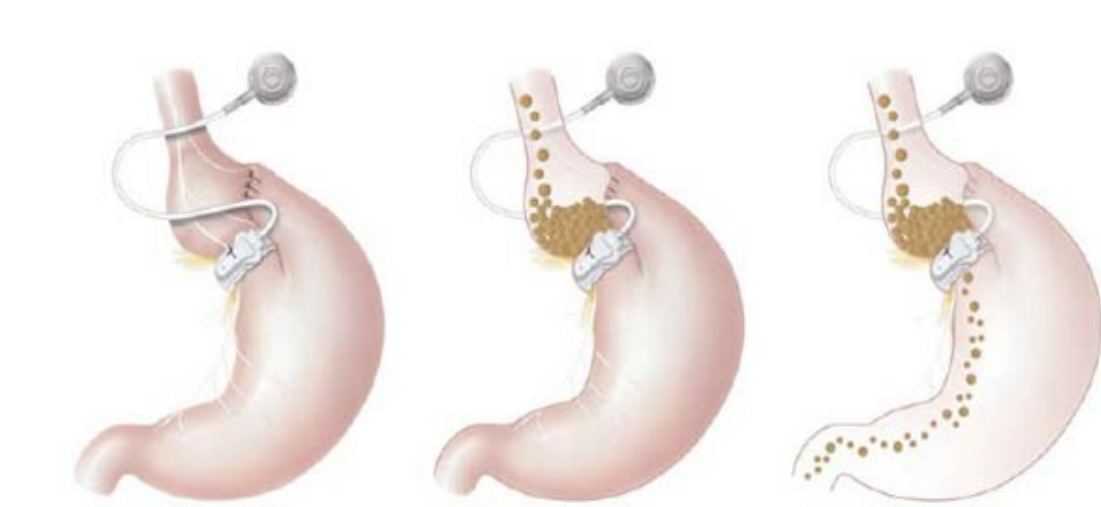
Zdroj: (57).

Příloha 3 Přístroj pro měření tuku v těle



Zdroj: (27).

Příloha 4 Chirurgická bandáž žaludku



Žaludek po provedení bandáže.

Potrava prochází jícnem
a naplňuje horní žaludeční kapsu.

Potrava prochází úzkým kanálkem.

Zdroj: (58).

Příloha 5 Krátká verze Mini-Nutritional Assessment-Short Form (MNA-SF)

Položky:			Body
A:	Došlo v posledních 3 měsících ke ztrátě chuti k jídlu, zažívacím potížím nebo poruchám přijímání potravy (obtíže žvýkat nebo polykat)?	Ano, výrazně	0
		Jen mírně	1
		Ne	2
B.	Úbytek hmotnosti za poslední 3 měsíce?	Více než 3 kg	0
		Není přesný údaj	1
		1-3 kg	2
		Nebyl úbytek hmotnosti	3
C.	Pohyblivost/mobilita	Upoután na lůžko/vozík	0
		Pohyb jen na místnosti	1
		Vychází z bytu	2
D:	Prodělal v posledních 3 měsících akutní onemocnění, úraz nebo psychické trauma?	Ano	0
		Ne	2
E.	Psychický stav	Těžká demence nebo deprese	0
		Mírná demence nebo deprese	1
		Normální stav, bez psychické poruchy	2
F.	BMI (Body Mass Index)	BMI < 19	0
		BMI 19 až < 21	1
		BMI 21 až < 23	2
		BMI ≥ 23	3
		Hmotnost (kg)	
		Výška (m)	
	Celkové skóre		

Celkové hodnocení:

12 – 14 bodů	Stav výživy dobrý, normální nález, není nutné další vyšetření
11 bodů a méně	Možná porucha výživy / podvýživa, doplňte další vyšetření ke zhodnocení stavu výživy

Zdroj: (53)

Příloha 6 Tabulka BMI

BMI	Váhová kategorie	Zdravotní rizika
pod 18,5	podváha	nebezpečí anorexie
18,5 - 25	normální rozmezí	minimální
25 - 30	nadváha	středně vysoká
30 - 40	obezita	vysoká
40 a více	těžká obezita	velmi vysoká

Zdroj: (27).

Příloha 7 Stručný přehled diet

Číslo diety	Název diety
0	tekutá
1	kašovitá
2	šetřící
3	racionální
4	s omezením tuku
5	bezezbytková
6	s omezením bílkovin
7	nízkocholesterolová
8	redukční
9	diabetická
10	neslaná
11	výživná
12	batolecí
13	strava větších dětí
0s	čajová - po operacích, celý den se podává sladký či hořký čaj
0/9	tekutá diabetická
0SB	3xdenně se podává bujon
1s	tekutá výživná
1s/9	tekutá výživná, diabetická
4s	s přísným vyloučením tuku
9s	kombinace diabetické a šetřící diety
9sk	kombinace diabetické a šetřící diety, kašovitá
9k	diabetická, kašovitá
6k	s omezením bílkovin, kašovitá
6/9	s omezením bílkovin, diabetická
S20	s omezením bílkovin na 20g/den
S2D	s omezením bílkovin na 20g/den, diabetická
S4,2	přísná redukční dieta (4200kJ/den)

Zdroj: (21).

Příloha 8 Pozorovací záznamový arch

Postup podávání stravy seniorům v nemocnici	Ano zcela	Částečně	Ne
1. Podala sestra K/P správnou dietu?			
2. Dodržela sestra časový harmonogram v podávání stravy?			
3. Připravila si sestra kompletní pomůcky potřebné k podávání stravy?			
4. Umyla si sestra před podáváním jídla ruce?			
5. Použila sestra při podávání jídla empír nebo zástěru?			
6. Zajistila sestra vhodné prostředí ke stravování?			
7. Zamezila sestra přímému styku rukou se stravou?			
8. Použila sestra ochranou podložku proti znečištění oděvu K/P			
9. Uložila sestra K/P do vhodné polohy?			
10. Věnovala sestra podávání stravy dostatek času?			
11. V případě možnosti nasadila sestra K/P zubní protézu?			
12. Udržovala sestra kontakt s K/P?			
13. Popřála sestra K/P dobrou chuť?			
14. Podporovala sestra P/K během podávání stravy?			
15. Po dokončení procesu provedla sestra hygienu úst K/P?			
16. Po procesu uložila sestra K/P zpět do vhodné polohy?			
17. Uklidila si sestra po sobě veškeré pomůcky?			
18. Zaznamenala sestra množství snědené stravy do dokumentace K/P ?			
19. Podala sestra během podávání stravy vhodné tekutiny P/K?			

Zdroj: (54,55)

Příloha 9 Otázky k rozhovorům

1. Jaké je Vaše dosažené vzdělání?
2. Jak dlouho pracujete ve zdravotnictví?
3. Jaký stravovací systém používáte na Vašem oddělení?
4. Jaké jsou tři nejčastější diety u seniorů na Vašem oddělení?
5. Jaké nejčastější poruchy výživy se u Vás na oddělení u seniorů objevují?
6. Jaké jsou podle Vás nejčastější faktory, které ovlivňují stravování seniorů?
7. Jaké pomůcky si připravíte k podávání stravy pacientů?
8. Jaký je podle Vás standardní postup při podávání stravy pacientů?
9. Využíváte na Vašem oddělení nutričního terapeuta a v jakých případech?
10. Uvítala byste vypracovaný standard na podávání stravy pacientům na Vašem oddělení?
11. Vedete u každého hospitalizovaného seniora u Vás na oddělení nutriční screening? Vyhovuje Vám jeho forma vedení?
12. Existuje něco, s čím nejste spokojena, co se týče problematiky stravování, co by jste změnila?

Zdroj: vlastní

Příloha 10 Doporučení pro praxi - Standardní ošetrovatelský postup

Podávání stravy pacientům s deficitem sebeděče v oblasti stravování

Charakteristika standardu	Standardní ošetrovatelský postup
Oblast péče	Individualizovaná péče
Cílová skupina pacientů	Pacienti s deficitem sebeděče v oblasti stravování
Místo použití	Lůžková oddělení nemocnice
Poskytovatelé péče, pro něž je standard závazný	Všeobecné sestry, které získaly kvalifikaci dle zákona č. 96/2004 Sb., ve znění novely zákona č. 105/2011 Sb. Všeobecné sestry specialistky v rozsahu získané specializace Porodní asistentky, které získaly kvalifikaci dle zákona č. 96/2004 Sb., ve znění novely zákona č. 105/2011 Sb. Porodní asistentky specialistky v rozsahu získané specializace Zdravotnický asistent dle zákona č. 96/2004 Sb., ve znění novely zákona č. 105/2011 Sb. Ošetrovatelé, které získaly kvalifikaci dle zákona č. 96/2004 Sb., ve znění novely zákona č. 105/2011 Sb. Sanitáři, které získaly kvalifikaci dle zákona č. 96/2004 Sb., ve znění novely zákona č. 105/2011 Sb.
Odpovědnost za realizaci	Vedoucí pracovníci na úseku ošetrovatelské péče
Platnost standardu	Od 1. 1. 2015
Frekvence kontroly	1x za 3 roky
Revize standardu provedena dne:	
Kontrolu vykoná	Manažer/ka ošetrovatelství (manažer/ka kvality ošetrovatelské péče, hlavní sestra, vrchní sestra, staniční sestra)
Kontaktní osoba	Mgr. XY, vrchní sestra Interního oddělení
Oponenturu provedl	prim. MUDr. XX
Schválil	Mgr. YY, hlavní sestra

Podávání stravy pacientům s deficitem sebepéče v oblasti stravování

Úvod

Výživa pacientů je nedílnou součástí léčebného režimu během hospitalizace. Právě adekvátní výživa jedince napomáhá v léčebném procesu. Strava hraje důležitou roli v oblasti správného fungování všech pochodů v lidském těle. Je základní potřebou každého pacienta, kterou sestra v nemocnici zajišťuje. Základní role sestry při zajišťování výživy u pacientů v nemocnici spočívá v detekci abnormalit. Pro jejich odhalení je nutné stanovit základní parametry a zjistit, zda se pacient od základních parametrů odchyluje. Neméně důležité je to, aby se dané parametry navracely zpět k normě.

Indikace

Výživa je hlavní faktor vnějšího prostředí, který se uplatňuje při vzniku, prevenci a léčbě onemocnění. Péče o výživu je základní součástí péče o hospitalizovaného pacienta. Pacienti v nemocnici musí dostávat takovou výživu, která je pro ně přiměřená a upravená podle aktuálního zdravotního stavu. Výživu vždy předepisuje ošetřující lékař formou diet. V případě deficitu pacienta v oblasti sebepéče ve stravování ošetřovatelský personál zajišťuje pomoc pacientům v podávání stravy.

Definice standardu

Daný výkon je ošetřovatelský proces, který v sobě zahrnuje podávání stravy hospitalizovaným pacientům a v případě potřeby dopomoc pacientům, kteří mají deficit sebepéče v oblasti stravování.

Cíl standardu

Cílem standardu je dodržovat doporučený postup při podávání stravy a dopomoc při podávání stravy, co nejvíce minimalizovat chyby, které se mohou během procesu vyskytovat.

KRITÉRIA STRUKTURY

S1 Kompetentní osoby k výkonu

Všeobecné sestry (SZŠ)

Diplomované všeobecné sestry (DiS.)

Všeobecné sestry (Bc., Mgr.)

Všeobecné sestry specialistky, v rozsahu získané specializace

Porodní asistentky (SZŠ)

Diplomovaná porodní asistentka (DiS.)

Porodní asistentky (Bc., Mgr.)

Porodní asistentky specialistky, v rozsahu získané specializace

Zdravotničtí asistenti

Ošetřovatelé

Sanitáři

S2 Pomůcky

- Malý jídelní stolek
- Podnos s esteticky upraveným jídlem
- Příbor
- Skleničku
- Brčko, hadičku
- Tekutiny - čaj, voda, džusy
- Ochranou podložku - „podbradník“

V případě, má-li P/K zubní protézu:

- Gumové rukavice
- Emitní misku
- Ubrousky
- Zubní kartáček, zubní pastu

S3 Dokumentace

Dekurs, chorobopis

S4 Prostředí

Podávání stravy pacientům s deficitem sebezpečí v oblasti stravování probíhá na jednotlivých lůžkových pokojích, vždy v příjemném a upraveném prostředí.

KRITÉRIA PROCESU

Ošetrovatelský postup

Před výkonem

- P0 Sestra správně objedná stravu.
- P1 Sestra koordinuje přepravu stravy.
- P2 Sestra se zeptá na požadavky pacienta na stravování.
- P3 Sestra se přesvědčí o aktuální motorické schopnosti P/K přijímat potravu.
- P4 Sestra dodržuje časový harmonogram podávání jídla.
- P5 Sestra popřeje P/K dobrou chuť.
- P6 Sestra si vymezí na podávání stravy a dopomoc P/K dostatek času.

Při/během výkonu

- P7 Sestra si umyje ruce.
- P8 Sestra minimalizuje u P/K nepříjemné subjektivní pocity nechutenství.
- P9 Sestra zajistí vhodné prostředí - kultura stolování, vyvětrání pokoje.
- P10 Sestra si veškeré pomůcky uloží na dosah ruky, aby během podávání stravy nemusela odbíhat.
- P11 Sestra uloží P/k do vhodné polohy - zabezpečit pohodlí.
- P12 Sestra použije ochranu podložku proti znečištění oděvu P/K.
- P13 Sestra po celou dobu procesu s P/K komunikuje a udržuje s ním kontakt.
- P14 Sestra během krmení podporuje P/K a stimuluje jeho chuť k jídlu.
- P15 Sestra umožní P/K rozhodovat o tom, v jakém pořadí a v jakém množství bude jídlo konzumovat.
- P16 Sestra umožní P/K vykonat ty úkony, na které má sílu a zručnost.
- P17 Sestra v případě toho, že má P/K zubní protézu umožní mu její nasazení.
- P18 Sestra podává P/K dostatek tekutin.

- P19 Sestra zamezuje přímému kontaktu rukou se stravou.

Po výkonu

- P20 Sestra zajistí hygienickou péči o dutinu ústní.
- P21 Sestra v případě využití zubní protézy provede její očistu.
- P22 Sestra upraví polohu P/K a zajistí mu prostředí pro odpočinek.
- P23 Sestra si po sobě všechny pomůcky řádně uklidí.

Záznam do dokumentace

- P24 Sestra do dokumentace P/K zapíše množství snědené stravy, reakce P/K a další důležité informace týkající se dané problematiky.

Komplikace

Komplikace je nepříznivá reakce, která se vyskytla v souvislosti s podáváním stravy pacientovi. Mezi komplikace, které se mohou vyskytnout, řadíme:

- Aspirace
- Odmítnutí stravy
- Zvracení
- Nepřiměřená reakce pacienta

KRITÉRIA VÝSLEDKU

V1 Podávání stravy P/K proběhlo dle doporučovaného postupu.

V2 Během procesu stravování se neobjevily žádné komplikace.

V3 Na konci stravovacího procesu je spokojený P/K.

LITERATURA

KRIŠKOVÁ, Anna et al. *Ošetrovatel'ské techniky: metodika sesternských činností*. 2. vydání. Martin: Osveta, 2006. 779 s. ISBN: 80-8063-202-2.

VYTEJČKOVÁ, Renata. *Ošetřovatelské postupy v péči o nemocné I*. 1. vydání. Praha: Grada, 2011, 228 s. ISBN 978-802-4734-194.

Autorka: Bc. Lucie Kopačková, studentka ZSF JU České Budějovice

**Kontrolní kritéria k auditu – Podávání stravy pacientům s deficitem sebeděče
v oblasti stravování**

Kód	Kontrolní kritéria	Metoda hodnocení	Ano	Ne
KRITÉRIA STRUKTURY				
S1	Provádí daný výkon kompetentní osoba?	Dotaz na staniční sestru daného oddělení.		
S2	Má sestra k dispozici všechny potřebné pomůcky?	Pohledem.		
S3	Má sestra připravenou potřebnou dokumentaci?	Pohledem.		
S4	Provádí sestra výkon ve vhodném prostředí?	Pohledem. Dotaz na staniční sestru daného oddělení.		
KRITÉRIA PROCESU				
P0	Objednala sestra správně stravu?	Pohledem.		
P1	Koordinovala sestra přepravu stravy?	Pohledem.		
P2	Zeptala se sestra na požadavky P/K?	Dotaz na sestru. Pohledem.		
P3	Přesvědčila se sestra o aktuální motorické schopnosti P/K přijímat potravu?	Dotaz na sestru. Pohledem.		
P4	Dodržela sestra časový harmonogram na oddělení?	Dotazem na sestru. Pohledem.		
P5	Popřála sestra P/K dobrou chuť?	Pohledem. Dotaz na pacienta.		
P6	Vymezila si sestra na proces dostatek času?	Dotaz na sestru. Pohledem.		
P7	Umyla si sestra před podáváním stravy ruce?	Dotaz na sestru. Pohledem.		
P8	Minimalizovala sestra nepříjemné subjektivní pocity P/K?	Dotazem na sestru. Pohledem.		
P9	Zajistila sestra vhodné prostředí pro stolování?	Dotazem na sestru. Pohledem.		
P10	Uložila si sestra veškeré pomůcky na dosah ruky?	Dotaz na sestru. Pohledem.		
P11	Uložila sestra P/K do vhodné polohy	Dotaz na pacienta. Pohledem.		
P12	Použila sestra ochrannou podložku proti znečištění oděvu P/K?	Dotaz na pacienta. Pohledem.		
P13	Komunikovala sestra po celou dobu	Pohledem.		

	podávání stravy s P/K?	Dotaz na pacienta.		
P14	Podporovala sestra během stravování P/K?	Pohledem.		
P15	Umožnila sestra P/K rozhodovat o tom, v jakém pořadí a v jakém množství bude jídlo konzumovat?	Dotaz na pacienta. Pohledem.		
P16	Umožnila sestra P/K vykonat ty úkony, na které má sílu a zručnost?	Pohledem.		
P17	Umožnila sestra P/K nasadit zubní protézu?	Dotaz na pacienta. Pohledem.		
P18	Podala sestra dostatek tekutin P/K?	Pohledem.		
P19	Zamezila sestra přímému kontaktu rukou se stravou?	Dotazem na sestru. Pohledem.		
P20	Zajistila sestra hygienickou péči o dutinu ústní P/K?	Pohledem.		
P21	Provedla sestra očistu zubní protézy P/K?	Dotazem na pacienta. Pohledem.		
P22	Uložila sestra po podání stravy P/K do vhodné polohy?	Dotazem na sestru. Pohledem.		
P23	Uklidila sestra veškeré potřebné pomůcky?	Dotazem na pacienta. Pohledem.		
P24	Provedla sestra záznam do dokumentace P/K?	Dotazem na sestru. Pohledem.		
KRITÉRIA VÝSLEDKU				
V1	Probíhal proces podávání stravy podle doporučeného postupu?	Pohledem.		
V2	Objevily se během podávání stravy nějaké komplikace?	Dotazem na sestru. Dotaz na pacienta. Dotaz na sestru. Pohledem.		
V3	Udělal sestra vše pro spokojenost P/K?	Pohledem. Dotaz na sestru. Dotaz na pacienta		

Zdroj: vlastní