

STRAVOVÁNÍ GERIATRICKÝCH PACIENTŮ V NEMOCNICI

Jana Pavlíčková

Bakalářská práce
2012



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav ošetrovatelství

akademický rok: 2011/2012

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Jana PAVLÍČKOVÁ**

Osobní číslo: **H09249**

Studijní program: **B 5341 Ošetrovatelství**

Studijní obor: **Všeobecná sestra**

Téma práce: **Stravování geriatrických pacientů v nemocnici**

Zásady pro vypracování:

V teoretické části vymezit pojmy a teoretická východiska z oblasti geriatrie a specifikovat stravovací potřeby geriatrických pacientů.

V praktické části zjistit pomocí dotazníkového šetření názor geriatrických pacientů na nemocniční stravování.

Zpracovat a vyhodnotit získaná data, včetně jejich interpretace. Prezentovat výsledky průzkumného šetření a formulovat doporučení pro praxi.

Rozsah bakalářské práce:

Rozsah příloh:

Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**

Seznam odborné literatury:

BERÁNEK, JAROMÍR. 2007. Dietní stravování: Jednotný dietní systém. Praha: MAG Consulting. ISBN 978-80-86724-32-4.

GROFOVÁ, ZUZANA. 2007. Nutriční podpora: Praktický rádce pro sestry. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-1868-2.

KALVACH, ZDENĚK, Zdeněk ZADÁK, Roman JIRÁK, Helena ZAVÁZALOVÁ, Iva HOLMEROVÁ, Pavel WEBER et al., 2007. Geriatrické syndromy a geriatrický pacient. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-2490-4.

KALVACH, ZDENĚK, Zdeněk ZADÁK, Roman JIRÁK, Helena ZAVÁZALOVÁ, Petr SUCHARDA et al., 2004. Geriatrie a gerontologie. Praha: Grada Publishing. ISBN 80-247-0548-6.

STARNOVSKÁ, TAMARA. 2007. Výživa hospitalizovaných pacientů/klientů. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-596-3.

Vedoucí bakalářské práce: **Mgr. Petr Snopek, DiS.**

Ústav ošetřovatelství

Datum zadání bakalářské práce: **30. listopadu 2011**

Termín odevzdání bakalářské práce: **30. května 2012**

PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- odevzdáním bakalářské práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby ¹⁾;
- беру на ве́доміі, же бакала́рская пра́це буде уложена в электроні́ке подобе в университетні́м информаці́м систему́ доступна́ к на́hlednutí;
- na moji bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3 ²⁾;
- podle § 60 ³⁾ odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60 ³⁾ odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – bakalářskou práci - nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování bakalářské práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky bakalářské práce využít ke komerčním účelům.

Prohlašuji, že

- elektronická a tištěná verze bakalářské práce jsou totožné;
- na bakalářské práci jsem pracoval samostatně a použitou literaturu jsem citoval. V případě publikace výsledků budu uveden jako spoluautor.

Ve Zlíně 1. 9. 2012

Jana Količková

¹⁾ zákon č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, § 47b Zveřejňování závěrečných prací:

(1) Vysoká škola nezávadně zveřejňuje disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce, u kterých proběhla obhajoba, včetně posudků oponentů a výsledku obhajoby prostřednictvím databáze kvalitativních prací, kterou spravuje. Způsob zveřejnění stanoví vnitřní předpis vysoké školy.

(2) Disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce odevzdané uchazečem k obhajobě musí být též nejméně pět pracovních dnů před konáním obhajoby zveřejněny k nahlédnutí veřejnosti v místě určeném vnitřním předpisem vysoké školy nebo není-li tak určeno, v místě pracoviště vysoké školy, kde se má konat obhajoba práce. Každý si může ze zveřejněné práce pořizovat na své náklady výpisy, opisy nebo rozmnoženiny.

(3) Platí, že odevzdáním práce autor souhlasí se zveřejněním své práce podle tohoto zákona, bez ohledu na výsledek obhajoby.

2) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 35 odst. 3:

(3) Do práva autorského také nezasahuje škola nebo školské či vzdělávací zařízení, učiťe-li nikoli za účelem přímého nebo nepřímého hospodářského nebo obchodního prospěchu k výuce nebo k vlastní potřebě dílo vytvořené žákem nebo studentem ke splnění školních nebo studijních povinností vyplývajících z jeho právního vztahu ke škole nebo školskému či vzdělávacímu zařízení (školní dílo).

3) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 60 Školní dílo:

(1) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla (§ 35 odst.

3). Odpirá-li autor takového díla udělit svolení bez vážného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat nahrazení chybějícího projevu jeho vůle u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.

(2) Není-li sjednáno jinak, může autor školního díla své dílo užit či poskytnout jinému licenci, není-li to v rozporu s oprávněnými zájmy školy nebo školského či vzdělávacího zařízení.

(3) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení jsou oprávněny požadovat, aby jim autor školního díla z výdětku jim dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence podle odstavce 2 přiměřeně přispěl na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložily, a to podle okolností až do jejich skutečné výše; přitom se přihlíží k výši výdětku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.

ABSTRAKT

Bakalářská práce se zabývá stravováním geriatrických pacientů v nemocnici. Práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část. Teoretická část definuje pojmy geriatrie, geriatrický pacient, stáří, změny ve stáří, výživu a dietní systém geriatrických pacientů, nejčastější problémy ve výživě u geriatrického pacienta (obezita, podvýživa) a specifikovat stravování potřeby geriatrického pacienta. Praktická část se zabývá kvantitativním výzkumem formou dotazníku, který zjišťuje názor geriatrických pacientů na nemocniční stravování.

Klíčová slova: geriatrie, geriatrický pacient, stáří, výživa, stravování.

ABSTRACT

My bachelor thesis topic deals with food provision for geriatric patients in hospital. The work is divided into theoretical and practical part. The theoretical part defines the terms of Geriatrics, geriatric patients, age, changes in old age, nutrition and diet system of geriatric patients, the most common problems in nutrition for the geriatric patients (obesity, malnutrition) and specifics of food provision for geriatric patients. The practical part deals with quantitative research in the form of a questionnaire survey that identifies opinions of geriatric patients's in the Tomas Bata Regional Hospital in Zlin.

Keywords: Geriatrics, geriatric patient, age, nutrition, catering.

Poděkování

Velké dík patří mému vedoucímu Mgr. Petru Snopkovi, Dis. za výbornou spolupráci, cenné rady a konzultace. Dále bych chtěla poděkovat náměstkyni pro ošetrovatelskou péči v KNTB a.s. paní Mgr. Monice Dleskové, vrchním sestřám a ostatnímu personálu interních a geriatrických oddělení za umožnění dotazníkového šetření a umožnění nahlédnutí do dokumentace.

Dále bych chtěla poděkovat své rodině a přátelům za pomoc, ochotu, podporu a povzbuzování ve studiu i k dalšímu psaní. A v neposlední řadě děkuji všem pacientům a jejich rodině, kteří se podíleli na mém dotazníkovém šetření, za jejich ochotu a čas při vyplňování dotazníku.

Prohlášení:

Prohlašuji, že odevzdaná verze bakalářské/diplomové práce a verze elektronická nahraná do IS/STAG jsou totožné. Dále prohlašuji, že bakalářskou práci jsem vypracovala samostatně a všechnu použitou literaturu a zdroje jsem řádně citovala.

.....
Podpis

Zlín, 2012

Obsah

ÚVOD.....	11
I. TEORETICKÁ ČÁST	12
1 GERIATRIE A GERONTOLOGIE.....	13
1.1 GERIATRICKÝ PACIENT	13
1.2 STÁŘÍ A STÁRNUTÍ	14
1.3 ZMĚNY VE STÁŘÍ	15
2 VÝŽIVA	16
2.1 KLINICKÁ VÝŽIVA.....	16
2.1.1 ENTERÁLNÍ VÝŽIVA.....	16
2.1.2 PARENTERÁLNÍ VÝŽIVA.....	18
2.2 LÉČEBNÁ VÝŽIVA	19
2.2.1 ÚROVNĚ POSKYTOVÁNÍ LÉČEBNÉ VÝŽIVY	19
2.2.2 DIETA	20
2.2.3 DIETNÍ SYSTÉM	20
3 METABOLISMUS A VÝŽIVA VE STÁŘÍ	21
3.1 MAKRONUTRIENTY	21
3.1.1 SACHARIDY	22
3.1.2 VLÁKNINA.....	22
3.1.3 LIPIDY	23
3.1.4 PROTEINY.....	23
3.2 MIKRONUTRIENTY.....	24
3.2.1 MINERÁLNÍ LÁTKY	24
3.2.2 VITAMÍNY	27
3.3 VODA	32
4 PORUCHY VÝŽIVY VE STÁŘÍ	33
4.1 MALNUTRICE	33
4.1.1 MARASMUS NEBOLI KACHEXIE.....	34
4.1.2 KWASHIORKOR.....	34
4.2 OBEZITA.....	35
II. PRAKTICKÁ ČÁST	37
5 CÍLE, METODIKA, CHARAKTERISTIKA VZORKU RESPONDENTŮ.....	38
5.1 CÍLE VÝZKUMU	38
5.2 METODA A ORGANIZACE VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ.....	38
5.3 CHARAKTERISTIKA VZORKU RESPONDENTŮ	38
6 ANALÝZA A INTERPRETACE ZÍSKANÝCH DAT	39
7 DISKUZE	73
8 ZÁVĚR.....	78
9 SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	80
10 SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK.....	83
11 SEZNAM GRAFŮ	84

12 SEZNAM TABULEK	85
13 SEZNAM PŘÍLOH.....	87

ÚVOD

V dnešní době je stále diskutovanějším tématem médií stárnutí populace. S vyšším věkem se objevují tělesné změny, které přináší mnoho zdravotních potíží a komplikací.

Od narození nám přibývají vrásky, postupem času se náš organismus zpomaluje a zhoršuje. Pro každého jedince je pak jednou z nejdůležitějších potřeb psychická i fyzická kondice, zdravá a pestrá strava, která je dle mého názoru v našich nemocnicích zanedbávána a podceňována. Proto jsou v nemocnici staří lidé nejvíce ohroženou skupinou.

Podvýživa a dehydratace patří mezi důsledky špatného přístupu personálu např. při krmení nesoběstačných pacientů nebo nedostatečným zájmem o pacienty. Neupravená a neochucená strava, špatná psychická stránka pacienta nebo špatně naplánovaný čas vyšetření, při kterém musí být lačný, jsou dalším faktorem pro vznik podvýživy.

Ve své bakalářské práci se zabývám stravováním geriatrických pacientů v nemocnici, kde se často setkávám s podvyživenými, dehydratovanými starými lidmi a negativními názory na nemocniční stravu. Proto jsem se rozhodla prozkoumat blíže spokojenost pacientů s nemocniční stravou, personálem a také to, zda je strava přizpůsobená potřebám geriatrických pacientů.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 GERIATRIE A GERONTOLOGIE

Gerontologie - (gerón, gerontos = starý člověk, stařec) je věda zabývající se procesem stárnutí a stáří.

Dělení gerontologie:

- Experimentální – zabývá se důvodem a způsobem stárnutí živých organismů.
- Sociální – zaměřuje se na starého člověka, společnost a jejich vzájemné vztahy.
- Klinická (geriatrie) – zabývá se starými lidmi, jejich zdravotním a funkčním stavem (Mauk, 2006).

Geriatric (gerón = starý člověk, iátreia = léčení) je oblast medicíny. V širším slova smyslu, jako klinická gerontologie a geriatrická medicína, zabývá se seniorskou problematikou zdravotního a funkčního stavu, specifických potřeb geriatrických pacientů, zvláštností v průběhu, klinickém obraze, léčení a prevenci chorob ve stáří. V užším slova smyslu je to specializační obor (v ČR od r. 1983, v SR od r. 1979), který vychází z vnitřního lékařství a je různě vymezován (Kalvach a kol., 2004).

1.1 Geriatrický pacient

V širším slova smyslu se jedná o nemocné starší určitého věku obvykle ve věku nad 75 let, ale ve spojení zlepšování zdravotního a funkčního stavu seniorů je věk posunut nad 80 let. Za nejnižší věk, kdy dochází k oprávněnému začlenění pacienta do geriatrických programů ve spojení s involučními změnami a chorobami podmíněné věkem, je považován věk 65 let (Kalvach a kol., 2008).

V užším slova smyslu jde pouze o seniory se závažným poklesem potenciálu zdraví, který vede k určitým zdravotním problémům, průběhu a manifestací chorob, k potřebě přístupů, služeb a režimů, a který je ve spojitosti se zdravotní péčí znevýhodňuje (Kalvach a kol., 2008).

Jedná se o seniora, který má určité zdravotní a zdravotně-sociální potřeby a vykazuje ve spojení se svým funkčním a zdravotním stavem zvýšené riziko. Jde o seniory křehké a závislé na jiných osobách. Je ohrožen zhoršením nebo ztrátou soběstačnosti a poruchami vědomí (Kalvach, 2005).

1.2 Stáří a stárnutí

Pojem stáří je pojmenování pozdních fází ontogeneze a označení přirozeného průběhu života. Je to projev a důsledek involučních změn, probíhajících určitou rychlostí s výraznou proměnlivostí. Ve stáří stárnou postupně všechny orgány. Šedivění vlasů nemusí být ukazatelem stáří. Stáří může být i nevyhnutelný stav nikoli však nemoc. Stáří se dělí na kalendářní, biologické a sociální (Šafránková et al., 2006).

Kalendářní stáří je jednoznačné. Vzhledem k tomu, že se prodlužuje očekávaná doba dožití a taky se postupně zlepšuje funkční a zdravotní stav nově stárnoucích generací, posouvá se věková hranice. O počátku stáří se hovoří od věku 65 let a vlastní stáří je od věku 75 let (Kalvach, a kol. 2004).

Dělení stáří dle WHO:

65 - 74 let = mladí senioři – problematika penzionování, volného času, aktivit a seberealizace

75 - 84 let = staří senioři – problematika adaptace, tolerance zátěže, specifického stonání, osamělost

85 a více let = velmi staří senioři – problematika soběstačnosti a zabezpečení (Kalvach a kol, 2004, str. 47; Mauk, 2006)

Dělení stáří dle SZO:

a) 45 – 59 let = střední věk

b) 60 - 74 let = vyšší starší věk, rané stáří = presenium

c) 75 - 89 let = vysoký, pokročilý věk = senium

d) 90 a více = dlouhověkost (Šafránková et al., 2006 str. 193).

Sociální stáří způsobuje proměnu životního stylu, sociálních rolí a potřeb a ekonomického zajištění. Ukazuje na společné zájmy a rizika seniorů (maladaptace na penzionování, osamělost, hrozí ztráta soběstačnosti, věková diskriminace, ztráta životního stylu). Za počátek sociálního stáří bývá považován nárok a vznik starobního důchodu (Kalvach a kol., 2004).

Biologické stáří je označení míry involučních změn u určitého jedince, kdy se hodnotí výkonnost, kondice a funkční stav (Kalvach a kol., 2004).

Stárnutí (involuce) je univerzální proces postihující každou živou hmotu, který je spojen s přirozenou délkou života, která je druhově určitá. Probíhá nepřetržitě od početí a jeho skutečným projevem je pokles funkcí začínající až po dosažení sexuální dospělosti (Kalvach a kol., 2004).

1.3 Změny ve stáří

Každý člověk má významné okamžiky v originálním prožívání svého života, které nastávají s vyšším věkem. Změny jsou propojené systémy v tělesné (biologické), psychické a sociální rovině (Venglářová, 2007).

Za **biologické změny** ve stáří můžeme považovat úbytek svalové síly a výkonnosti, změny vzhledu, změny termoregulace, změny ve vylučování (častější močení), kardiopulmonální změny, změny trávicího systému (malabsorbce, maldigestce), degenerativní změny kloubů (artritidy), zhoršení funkcí jednotlivých orgánů, u mužů se snižuje reprodukční schopnost, u žen se zastavuje ovulace a nastává menopauza, změny pružnosti cév, smyslové změny – zhoršení sluchu, snížení chuťových a čichových smyslů, snížení zrakové ostrosti a schopnosti rozlišování barev (Venglářová, 2007; Šafránková et al., 2006).

Mezi **psychické změny** ve stáří zařazujeme nedůvěřivost, emoční labilitu, změny ve vnímání, zhoršení paměti, obtížnější osvojování nových věcí, zhoršení úsudku, snížená sebedůvěra, deprese, demence, úzkost, snížená potřeba spánku, zvýšení citové lability, objevuje se strach z nemoci, zhoršuje se okysličování mozku a zpomalují se činnosti (Venglářová, 2007; Šafránková et al., 2006).

K **sociálním změnám** ve stáří patří změna životního stylu, ztráty blízkých osob a tím způsobená osamělost, stěhování, finanční potíže, odchod do penze, změny v rodinných vztazích, objevuje se pocit závislosti na druhých, obtěžování druhých a neprospěšnost (Venglářová, 2007; Šafránková et al., 2006)

2 VÝŽIVA

Výživa = nutrice – poskytuje energii, látky důležité pro stavbu a funkci organismu a živiny potřebné pro růst, vývoj, pohyb, fyzickou a duševní práci, obnovu tkání a obranyschopnost organismu (Starnovská, 2007).

Výživa člověka je soubor procesů biochemických i fyziologických, pomocí kterých lidské tělo přijímá a využívá z vnějšího prostředí potřebné látky pro životní funkce (Beňo, 2008).

Slovo „výživa“ znamená být živ. Jde o zajištění vody a živin (nutrietů) pro organismus. Živiny se dělí na makronutrienty neboli kalorifery, což jsou nositelé energie například sacharidy, lipidy, proteiny. Mikronutrienty jsou minerální látky a vitamíny rozpustné ve vodě a v tucích. Seminuutrienty jako je vláknina a probiotika, což jsou živé bakterie vytvářející ve střevě vitamíny využitelné ve výživě člověka (Svačina a kol., 2010).

2.1 Klinická výživa

Klinická výživa je složena ze tří složek: léčebné výživy (klasické dietoterapie), enterální výživy (kompletní – podávané sondou nebo doplňkové – formou sippingu) a parenterální výživy (úplná či doplňková) (Starnovská, 2007).

2.1.1 Enterální výživa

Enterální výživa (dále EV) je podávání výživných roztoků přímo do trávicího traktu. Podává se pacientům, kteří nemají dostatečný příjem per os při funkčním zažívacím traktu. Využívá přirozené cesty příjmu a trávení potravy a stimuluje gastrointestinální trakt. EV se dělí na stravu podávanou do žaludku nebo do střeva. Do žaludku je strava podávána nazogastrickou sondou, nebo gastrostomií. Je to krátkodobé opatření, protože při dlouhodobém použití hrozí horší snášení nazogastrické sondy pacientem, rizikem vzniku dekubitů a omezení dýchání nosem. Do NGS se podává strava dle ordinace lékaře, většinou v 6 dávkách po 3 hodinách. Do střeva je strava podávána buď nazojejunální sondou, nebo jejunostomií. Při podání stravy do střeva musíme vědět, že střevo neunes větší množství podané stravy. U tohoto způsobu podání se obchází žaludek, který si s nesterilní stravou dokáže poradit pomocí žaludečních kyselin, a proto musí být strava do střeva sterilní (Grofová, 2007; Urbánková et al., 2010).

➤ **Indikace a kontraindikace enterální výživy**

Indikace pro enterální výživu jsou neurologické (poruchy polykání a vědomí), onkologické (podpůrná dieta), psychiatrické (mentální anorexie), gastroenterologické, stomatologické a gerontologické (Křemen et al., 2009).

Kontraindikace enterální výživy lze rozdělit na kontraindikace absolutní, což je náhlá příhoda břišní, mechanický ileus, krvácení do GIT, šokový stav a relativní kontraindikací je těžký průjem a akutní pankreatitida (Křemen et al., 2009).

➤ **Výhody enterální výživy**

Výhody enterální výživy spočívají v udržení hepatobiliárního systému, stimulace tvorby hormonů zažívacího traktu, stimulaci střevní motility a je výrazně ekonomičtější než výživa parenterální (Křemen et al., 2009).

➤ **Techniky enterální výživy**

Sipping – jedná se o popíjení enterální výživy, což je nejméně náročná forma aplikace. Tento způsob stimuluje sekreci slin a představuje prevenci hnisavého zánětu slinných žláz. Je vhodný jako doplněk běžné stravy buď mezi jídly, nebo po jídle, a nevhodný u anorexie, protože rychle klesá tolerance preparátů nebo v situacích, kdy je možný příjem tekuté výživy per os. Zásadou správného sippingu je popíjení po malých dávkách, aby se živiny lépe vstřebaly. K popíjení se užívají doplňky výživy, do kterých patří Nutridrink, Cubitan, Diasip (Svačina, 2010; Urbánková et al., 2010).

Sondy – užívají se sondy určené k enterální výživě, které se nejčastěji zavádějí přes nos pouze na 2 - 3 měsíce a tím se výživa dostane do různých částí trávicí soustavy. Do žaludku se zavádí nazogastrická sonda, do duodena se zavádí sonda nazoduodenální a do střeva se zavádí sonda nazojejunální. Nejčastěji se sondy zavádí přes nos. Používají se sondy o malém průměru, které méně obtěžují pacienty a jsou buď polyuretanové, nebo silikonové (Svačina a kol., 2010; Urbánková et al., 2010).

Výživová stomie – znamená podání enterální výživy cestou přes stěnu břišní přímo do žaludku (perkutánní endoskopická gastrostomie - PEG) a do střeva perkutánní endoskopická jeunostomie – PEJ). Výživové stomie se využívají u neurologických onemocnění s poruchou polykání, u nádorů a operací horní části gastrointestinálního traktu (GIT) (Svačina a kol., 2010; Urbánková et al., 2010).

➤ **Komplikace enterální výživy**

U enterální výživy je možné zaznamenat tyto komplikace:

- mechanické komplikace související s dislokací, obturací a jiným poškozením sondy či PEG způsobeny krvácením do GIT a vředovou lézí.
- metabolické komplikace vznikající při nesprávném dávkování, kdy může dojít k nerovnováze mezi minerály, ke změnám zavodnění organismu, ke kolísání hladiny glykémie a k dekompenzaci diabetu mellitu.
- gastrointestinální komplikace, které souvisí či překrývají jiné komplikace. Objevuje se nauzea, aspirace, zvracení, průjem a nadýmání, bolesti břicha a krvácení do GIT (Grofová, 2007; Urbánková et al., 2010).

2.1.2 Parenterální výživa

Parenterální výživa je způsob podávání živin mimo trávicí trakt přímo do cévního systému. PV můžeme rozlišovat, buď centrální tzn. do centrálního žilního systému, kam lze roztoky podávat dlouhodobě nebo periferní tzn. do periferní žíly, kam se roztoky podávají krátkodobě pouze s nízkou osmolaritou. PV je určena pro stavy, kdy nelze použít enterální výživu z důvodu dysfunkce zaživacího traktu (Křemen et al., 2009; Kalvach a kol., 2004).

➤ **Indikace a kontraindikace parenterální výživy**

Nejčastějšími indikacemi jsou syndrom krátkého střeva, což je stav po rozsáhlých střevních sekcích, poruchy digesce, malabsorpce, akutní pankreatitida ileózní stavy, střevní píštěle, stav po rozsáhlých střevních operacích, těžké průjmy nebo zvracení, jaterní insuficience či kritický stav doprovázený dysfunkcí GIT (Křemen et al., 2009).

Kontraindikacemi PV jsou odmítání výživy ze strany nemocného, funkční zaživací trakt a terminální stav pacienta (Křemen et al., 2009).

➤ **Systémy pro parenterální výživu**

Multi-bottle systém – je to systém podávání jednotlivých lahví současně. Minerály se podávají v elektrolytových infuzích a jednotlivé složky (aminokyseliny, tuky a cukry) odděleně v jednotlivých lahvích. Problémem je kontrola hladiny glykémie a hladin minerálů, přesné dávkování a rychlost podání živin (Křemen et al., 2009; Urbánková et al., 2010).

All-in-one systém – je systém, kdy jsou všechny živiny (proteiny, sacharidy, lipidy), vitamíny, minerály a stopové prvky smíchány do jednoho vaku vždy na jeden den. Do vaku se musí přidat ještě preparát se stopovými prvky a multivitaminový přípravek. Výhodou je menší výskyt metabolických komplikací, nižší riziko infekce a volnější možnost rehabilitace (Křemen et al., 2009).

➤ **Komplikace parenterální výživy**

PV má závažnější komplikace než enterální výživa. Mezi mechanické komplikace patří zavádění, dislokace a umístění permanentní žilní katétr (dále jen PŽK) a centrální žilní katétr (dále jen CŽK). Z infekčních komplikací jsou závažné septické stavy. Mezi metabolické komplikace patří přetížení nutričními substráty a jejich nedostatečný přívod (Grofová, 2007).

2.2 Léčebná výživa

Léčebná výživa je indikována ve spojení s prevencí vzniku onemocnění, samotným onemocněním a jeho komplikacemi (Svačina a kol., 2010).

Je podávána při pobytu ve zdravotnických zařízeních a zařízeních sociální péče a označuje se jako výživa komplexní. Diety jsou sestaveny nutričními terapeuty a asistenty dle vyhlášky č. 424/2004 tak, aby nutriční hodnoty byly odpovídající potřebám pacientů a splňovaly požadavek prevence vzniku malnutrice či nutričních deficitů (Urbánková et al., 2010).

Hlavním účelem léčebné výživy je ideální tělesná hmotnost a ideální složení výživy, protože energetický příjem závisí na tělesné hmotnosti pacienta (Teplan, 2004, online).

V nemocnici musí být všechna jídla v souladu s nutričními požadavky pacientů během jejich pobytu v nemocnici. Staří lidé by měli mít pestrou a vyváženou stravu. Jídlo musí být výživné, zdravé a mělo by obsahovat různé textury, barvu a chuť (*The Caroline walker trust*, 2004).

2.2.1 Úrovně poskytování léčebné výživy

První úrovně léčebné výživy je základní léčebná výživa, která je poskytována v každém zařízení lůžkového typu, kdy musí být zajišťována strava racionální, bezlepková, diabetická, šetřící, s omezením tuků a dieta při fenylketonurii. Druhou úrovní je specializovaná léčebná výživa poskytovaná ve fakultních krajských nemocnicích. Jedná se o kombinaci

základní léčebné výživy s enterální a parenterální výživou a nutriční péčí. Třetí úroveň je poskytování vysoce specializované léčebné výživy ve specializovaných pracovištích, která zahrnuje malabsorpce, nutriční postupy a výživu u komplikovaných stavů (Svačina a kol., 2008).

2.2.2 Dieta

Dieta je soubor výživových opatření, který se používá pro kompenzaci onemocnění, odstranění obtíží pacienta a umožnění diagnostických postupů a jejich využití. Do tohoto souboru patří nutriční upřesnění určité diety, technologické postupy a rozbor surovin na vhodné, nevhodné a použitelné (Urbánková et al., 2010).

Dieta je strava poskytující správnou kalorickou hodnotu v danou dobu. Obsahuje vitamíny, minerály, vlákninu, stopové prvky a živiny (sacharidy, proteiny, lipidy). Optimální růst, obnovu a správné fungování organismu zajišťuje správná a vhodná výživa (Beránek, 2007).

2.2.3 Dietní systém

Historie dietního systému ve zdravotnických zařízeních sahá do 50. let minulého století, kdy byly diety pojmenovávány dle chorob (žaludeční, žlučnicková, pankreatická). V roce 1955 v Praze publikoval Doberský a kolektiv Nový dietní systém pro nemocnice, který byl novelizován v roce 1968 Doberským a kol. Další novelizovaný dietní systém pro nemocnice vyšel v roce 1983, který obsahoval i mezinárodní jednotky (SI), jejímž autorem byl doc. MUDr. Doberský. V roce 1991 Ministerstvo zdravotnictví ČR vydalo dietní systém pro nemocnice, který se stal pouhým doporučením pro realizaci léčebné výživy ve zdravotnických a sociálních zařízeních (Urbánková et al., 2010).

Dietní systém, tvořen 14 druhy diet, vznikl v 80. letech minulého století. Dietu, označovanou čísly v dietním systému, ordinovali vždy ošetřující lékaři (Grofová, 2007).

Dietní systém viz. příloha č.I

3 METABOLISMUS A VÝŽIVA VE STÁŘÍ

S vyšším věkem dochází v organismu k fyziologickým změnám, které ovlivňují homeostázu. Hlavním ukazatelem jsou změny v energetické potřebě a složení těla, kdy dochází v organismu k úbytku buněčné, netukové hmoty těla, hmotnosti tělesného svalstva a obsahu vody a naopak vzrůstá tuková tkáň. Závažné důsledky má úplná ztráta svalové hmoty souvisí se zvýšenou úmrtností a morbiditou. Svalová hmota mezi 70. a 80. rokem klesá na 15 %, dochází ke snížení proteinových zásob potřebných ke zdolání relevantních onemocnění a úbytkem energetické spotřeby zároveň dochází ke snížení energetického příjmu, což vede ke sníženému příjmu kvalitních proteinů, stopových prvků a vitamínů a to má velký dopad na to, že mnoho lidí starších 70 let je postižených některou formou malnutrice (Kalvach a kol., 2004; *The Caroline walker trust*, 2004).

Ve stáří dochází k metabolickým změnám. Strava starých osob je ve svém složení nevyvážená, má nadbytek tuků a málo bílkovin (Teplan, 2004, online).

Staří lidé jsou taky ohroženi nedostatkem živin. Hlavně se jedná o vitamín C a D, železo a kyselinu listovou (McPate, 2002, online).

Výživa ve vyšším věku je značným problémem, do kterého nelze zařadit pouze příjem potravy, ale je nutno posoudit i to, zda je starý člověk sám schopný řešit problematiku výživy nebo je odkázán na jiné osoby (Beňo, 2008).

Do výživy se stáří nezařazujeme pouze geriatrické pacienty, ale i ostatní staré lidi, kteří nemusí být nutně pacienti. U starších pacientů bychom měli dávat pozor na stav výživy a příjem jednotlivých složek výživy. Stav výživy ve stáří ovlivňují sociálně ekonomické faktory, i když ne všichni staří lidé trpí depresí a úzkostí, protože jsou izolováni od rodiny. Fyziologické změny např. poruchy trávení, obtížné polykání a snížení sekrece slin. A taky vliv nemocí a užívání léků, kdy nechutenství a špatné trávení mají velký účinek na onemocnění (Svačina a kol., 2010).

3.1 Makronutrienty

Makronutrienty neboli kalorifery, což jsou nositeli energie například sacharidy, lipidy, proteiny. Energetický trojpoměr těchto základních živin znamená rozdělení celkového energetického příjmu u lidí nad 75 let na 10 - 25 % proteinů, 55 – 60 % sacharidů a 15 -30 % lipidů (Svačina a kol., 2008; Kalvach a kol., 2004).

3.1.1 Sacharidy

Sacharidy jsou cyklické uhlovodíky, které mají tvořit 50 – 60 % energetického příjmu. Jsou nejvhodnějším zdrojem energie, brání přeměně bílkoviny na glukózu, jsou hlavním zdrojem pro rozklad tuku, omezují kontakt střevní sliznice s toxickými látkami vznikajícími při trávení, zlepšují peristaltiku, jsou prevencí proti zácpě a mají schopnost snižovat hladinu cholesterolu v krvi. Sacharidy lze rozdělit na monosacharidy, disacharidy, polysacharidy. **Monosacharidy** jsou jednoduché cukry, které by měly být omezeny, protože nemají žádnou biologickou hodnotu. Mezi ně patří glukóza, jejíž doporučená denní dávka je 3 – 6 g/kg a zdrojem glukózy je hroznový cukr. Další složkou je fruktóza, jejímž hlavním zdrojem je ovocný cukr, galaktóza a její zdroj mléčný cukr a taky manóza se zdrojem pomerančové kůry (Beránek, 2007; Svačina a kol., 2008). **Disacharidy** jsou složené ze dvou jednotek jednoduchých cukrů. Nejznámějším je sacharóza, která vznikne složením glukózy a fruktózy a jejím zdrojem je řepný a třtinový cukr. Laktóza je složená z glukózy a galaktózy a zdrojem je mléko a mléčné výrobky. A maltóza obsažená ve sladovém cukru a vznikla spojením izomaltózy a glukózy (Grofová, 2007). **Polysacharidy** vznikajícím spojením mnoha jednotek. Mezi polysacharidy patří škrob obsažený v bramborách a rýži, vláknina obsažená v luštěninách, obilovinách, zelenině a ovoci např. hrozny, angrešt a rybíz (Beránek, 2007).

Lidé starší 65 let často trpí poruchou sacharidovou tolerancí a diabetem mellitem. Vyšší dávka sacharidů potřebuje uvolnění vyšší dávky inzulínu, což vede ke zvýšení lipogeneze a tím i k nadbytečné tvorbě tuků. Denní dávka sacharidů by měla být maximálně 400 g nebo 6 g/kg/den (Teplan, 2004, online).

3.1.2 Vláknina

Vláknina neboli neškrobový polysacharid je nestravitelná složka živočišného původu, která pro člověka nepředstavuje zdroj energie, ale spíše probiotikum, protože je rozkládána střevními bakteriemi. Chrání sliznici tlustého střeva proti toxinům, zrychluje střevní pasáž a peristaltické pohyby, působí preventivně proti zácpě a rakovině tlustého střeva. Vláknina se dělí na rozpustnou a nerozpustnou. **Rozpustná** neboli měkká ovlivňuje hladinu cholesterolu a cukru v krvi, zpomaluje vyprázdnění žaludku, prodlužuje dobu pocitu nasycení a má schopnost vstřebávat vodu. Zdrojem rozpustné vlákniny je zelenina, obiloviny a ovoce ((Kohout a kol., 2010; Kunová, 2004).

Nerozpustná neboli hrubá vláknina urychluje trávení, zlepšuje střevní peristaltiku, zadržuje vodu ve stolici a zvyšuje její objem. Najdeme ji v pšeničných klíčcích, luštěninách, müsli, zelenina a celozrnné pečivo. Doporučená denní dávka je 30 g (Kunová, 2004; Kohout a kol., 2010).

3.1.3 Lipidy

Lipidy neboli tuky jsou přirozenou složkou potravy a mají velkou energetickou hodnotu tj. 9 kcal/1g tukové tkáně. Skládají se z mastných kyselin a glycerolu. Tuky jsou důležité pro tvorbu buněčných membrán a ve střevě ke vstřebávání některých vitamínů jako jsou vit. A, D, E a K. Tuky se dělí na rostlinné a živočišné. **Rostlinné** tuky jsou obsaženy v rostlinných, olivových a slunečnicových olejích. Obsahují hodně nenasycených mastných kyselin potřebných k růstu, reprodukci a činnosti svalů, ale taky snižují hladinu cholesterolu v krvi a krevní tlak, brání ukládání tuku v tepnách a mají vliv na snížení srážlivosti krve. **Živočišné** tuky jsou obsaženy v máslech a sádle a jsou složeny z nasycených mastných kyselin a proto je jejich nadměrná konzumace zdraví škodlivá, jelikož zvyšují hladinu cholesterolu v krvi (Beránek, 2007).

Zvýšení energetické hodnoty ve stravě u starých lidí má za následek tuková složka potravy, jejichž příjmem stoupá cholesterol v krvi a tak narůstá riziko vzniku degenerativních cévních změn. Denní dávka tuku by měla být 30% dodávané energie (1 g / kg / den) (Teplan, 2004, online).

3.1.4 Proteiny

Proteiny neboli bílkoviny jsou potřebné k růstu a správné funkci organismu. Jsou též důležité k tvorbě buněk, enzymů a hormonů. Doporučená denní dávka proteinů je 0,8 - 1,0 g/kg/24 hodin. Základním stavebním prvkem bílkovin jsou aminokyseliny, což jsou organické kyseliny, kterých se v přírodě vyskytuje 20 aminokyselin (AK) a pro člověka je důležitých jen 9 a to esenciálních, což znamená, že si je tělo neumí vyrobit a musíme je tím pádem dodat. Stejně jako tuky mají bílkoviny živočišný a rostlinný původ. **Živočišné** bílkoviny obsahuje mléko, drůbež, vejce, libové maso, zvěřina a ryby. **Rostlinné** bílkoviny najdeme v luštěninách, obilovinách a sóji.

Pokud je v organismu nedostatek bílkovin, vznikají psychické poruchy a otoky, snižuje se hmotnost, dochází ke svalové atrofii a oslabení imunity. Naopak pokud je v organismu nadbytek bílkovin, dochází k poškození ledvin, zvýšenému úbytku Ca

z organismu, zhoršenému vyprazdňování a tvorbě karcinogenních látek (Urbánková et al., 2010; Grofová, 2007; Beránek, 2007).

U starší populace se zvyšují nároky na přívod bílkovin, hlavně esenciálních aminokyselin. Snižuje se funkce ledvin, a proto je třeba starým lidem dodávat proteiny 1,2-1,5g/kg/den. Důsledkem nedostatku bílkovin u starých lidí je zhoršená schopnost žvýkání a poruchy trávení. Nedostatek má za následek zhoršení hojení ran, snížení odolnosti k infekčním chorobám, urychluje fyziologické senilní involuce (Teplan, 2004, online).

3.2 Mikronutrienty

Mikronutrienty jsou minerální látky, stopové prvky a vitamíny rozpustné ve vodě a v tucích, které se dále dělí na makroelementy, protože jsou přijímány v dávkách vyšších než 100 mg/den a mikroelementy, jelikož jsou přijímány v dávkách 1 – 100 mg/den (Svačina a kol., 2010).

3.2.1 Minerální látky

Minerální látky jsou potřebné a nepostradatelné látky pro organismus, dodávající tělu sílu a pevnost tkání jako jsou zuby a kosti. V organismu jsou jen v malém množství, a proto je musíme tělu uměle dodávat buď vodou, nebo potravou. Jejich funkcí je vedení nervových vzruchů, podmiňují stálý onkotický tlak, podílejí se na výstavbě nových tkání, hrají důležitou úlohu v prevenci civilizačních chorob a jsou hlavními aktivátory enzymů a hormonů (Grysárková, 2006, online).

Minerální látky rozdělujeme na makroelementy, jejichž potřeba je vyšší než 100 mg/den, mikroelementy s denní potřebou nižší než 100mg a mezi ně patří železo a stopové prvky, jejichž denní potřeba je několik mikrogramů (Beránek, 2007; Beňo, 2008).

3.2.1.1 Makroelementy

Mezi makronutrienty řadíme draslík (K), sodík (Na), vápník (Ca), hořčík (Mg), fosfor (P) a chlór (Cl).

➤ Draslík = kalium (K)

Intracelulární kationt, který je základem pro svalové a nervové funkce a celistvost neboli integritu buňky. Normální hodnota draslíku se pohybuje v séru mezi 3,8 - 5,4 mmol/l a v moči 45 – 90 mmol/den. V potravinách ho najdeme v mandlech, vlašských ořechách,

bramborách, špenátu, paprice, bílých fazolích a hrachu (Svačina a kol., 2010; Grofová, 2007; Beránek, 2007).

Se stoupajícím věkem se v organismu snižuje množství draslíku. U geriatrických pacientů při dlouhodobějším podávání diuretik a nesprávným složením potravy vzniká hypokalemie, což je hladina draslíku nižší než 3,5 mmol/l. Nedostatek draslíku se u starých lidí projevuje apatií, edémy, zácpou, zhoršením ischemické choroby srdeční a poruchami rytmu. (Teplan, 2004, online).

➤ **Sodík = natrium (Na)**

Je hlavním kationtem v extracelulární tekutině, kdy jeho normální hladina v séru je 135 – 145 mmol/l. Zachovává stálý objem extracelulární tekutiny a krve. Najdeme ho v žitném chlebu, rýži, špenátu, ovesných vločkách, houbách a rozinkách (Grofová, 2007; Svačina a kol., 2010; Beránek, 2007).

Ve stáří dochází ke ztrátám sodíku při poklesu objemu intracelulární tekutiny (ICT) a obsahu bílkovinných složek v kostře. U starých lidí dochází k hyponatremii, kdy hladina sodíku klesne pod 135 mmol/l a má za následek zvýšené vylučování moči. Hyponatremie se projevuje apatií, slabostí a únavností (Teplan, 2004, online).

➤ **Vápník = kalcium (Ca)**

Jde o hlavní kationt intracelulární tekutiny, jehož normální hodnota je 2,2 - 2,55 mmol/l, která je řízena pomocí hormonů např. parathormon, kalcitonin a vitamín D. Je obsažen v zubech a kostech a má hlavní funkci při srážení krve, aktivaci enzymů a jiných regulačních vlivů. Nedostatek je ve stáří velmi častou nutriční poruchou, protože způsobuje osteoporózu a osteomalacii. Vápník najdeme hlavně v mléce a mléčných výrobcích, ořechách, rybách a ovoci (Grofová, 2007; Beránek, 2007; Svačina a kol., 2010).

➤ **Hořčík = magnesium (Mg)**

Je nejhojnějším kationtem v organismu, který je obsažen v kostech a svalech. Normální hodnota v séru je 0,7 - 0,9 mmol/l a v moči 1,7 - 8,2 mmol/den. Je důležitý nejen pro imunitu, kardiovaskulární systém, omezení alergických reakcí, ale i pro funkci svalů, kde nedostatek hořčíku způsobuje křeče. Hořčík najdeme v potravinách např. mák, sýry, ovesné vločky, ryby, fazole a drůbež (Grofová, 2007; Beránek, 2007; Svačina a kol., 2010).

➤ **Fosfor (P)**

Jedná se o intracelulární aniont vyskytující se jako minerál v lidském těle v kostech jako fosforečnan. Hlavní úlohou je přeměna a hospodaření s energií. Jeho hladina je v plazmě 0,7 - 1,30 mmol/l. Na metabolismus fosforu má vliv vitamín D způsobující zvýšení jeho intersticiální absorpce a parathormon zvyšující jeho renální exkreci. Fosfor obsahují potraviny, jako jsou např. ryby, vejce, maso a mléko (Grofová, 2007; Beránek, 2007; Svačina a kol. 2010).

➤ **Chlór (Cl)**

Jde o aniont, jehož hodnota je 97 – 108 mmol/l. Chlór většinou doprovází sodík. Změny hladiny chlóru mají vliv na acidobazickou rovnováhu. Doporučená denní dávka u dospělého člověka by měla být 1700 – 5100 mg. Chlór najdeme v kuchyňské soli a olivách (Svačina a kol., 2010; Grofová, 2007; Beránek, 2007).

3.2.1.2 *Mikroelementy a stopové prvky*

Mezi mikroelementy a stopové prvky patří železo (Fe), jód (I), měď (Cu), zinek (Zn), kobalt (Co), chrom (Cr), molybden (Mo), selen (Se), mangan (Mn), fluor (F), nikl (Ni), arsen (As), cín (Sn), křemík (Si), vanad (V). U starých lidí je nejdůležitější železo, zinek, selen a jód.

➤ **Železo (Fe)**

Jde o aktivní esenciální biologický kov a nejčastější chybějící prvek v organismu, který se ze 60 % nachází v hemoglobinu a je vázaný na bílkoviny. Jeho hlavní funkcí je tvorba červeného krevního barviva a obnova erytrocytů. Doporučená denní dávka je u žen 10 mg a u mužů 14 mg. Příčinou nedostatku železa jsou krevní ztráty, nedostatečný příjem, zhoršené vstřebávání a dlouhodobé užívání nesteroidních revmatika a analgetik. Nedostatek železa se projevuje sideropenickou anémií. V potravě železo najdeme v játrech, vnitřnostech, červeném mase, špenátě, vaječném žloutku, mléčných výrobcích a celozrnném pečivu (Beňo, 2008; Turek, Dostálová, 1996; Kalvach a kol., 2004; Beránek, 2007).

➤ **Zinek (Zn)**

Je to esenciální stopový prvek, který je součástí enzymů. Ze stravy se uvolňuje až v tenkém střevě při vstřebávání. Je důležitý v proteosyntéze, při imunitních reakcích a pro syntézu inzulínu. Ve stáří je velmi důležitý pro obnovu a obměnu buněk a tkání. Nedostatek zinku se objevuje u nemocných s poruchami vstřebávání a trávení v tenkém střevě.

vě, při nedostatku zinku v potravě, u starých a chronicky nemocných. Zinek najdeme v ořechách, houbách, kakau, dýňových semínkách, rybách, pšeničných klíčkách, luštěninách – hrách, fazole, čočka (Urbánková et al., 2010; Turek et al., 1996; Beňo, 2008; Beránek, 2007).

➤ **Selen (Se)**

Je to esenciální stopový prvek, který má antioxidační účinky. Doporučená denní dávka je 70 µg u mužů a 55 µg u žen. Nedostatky selenu se projevují různě, od bolesti kloubů až po kardiomyopatii. Selen najdeme v ovoci, zelenině, houbách, pivních kvasinkách, rybách a mase (Kalvach a kol., 2004; Grofová, 2007; Beránek, 2007).

➤ **Jód (I)**

Je to stopový prvek vyskytující se v přírodě ve sloučeninách. Je důležitý pro štítnou žlázu a syntézu její hormonů. Nedostatek jódu se projevuje na zvětšení štítné žlázy, únavou, suchou kůží, chraptivým hlasem a snížení mentálních schopností. Jód najdeme v mořských plodech, jodizované kuchyňské soli, rybách, zelenině a cibuli (Urbánková et al., 2010; Beránek, 2007).

➤ **Měď (Cu)**

Stopový prvek, jehož doporučená denní dávka ve stáří je 2 – 3 mg/denně. Je taky nejdůležitější prvek látkové přeměny a spolu s železem se podílí na erythropoéze, tvorbě myelinu a syntéze hemoglobinu. Nedostatek se může projevit kupriprivní anémií, šedivěním a změnou struktury vlasů (Kalvach a kol. 2004; Beňo, 2008).

➤ **Fluor (F)**

Stopový prvek důležitý v metabolismu kostí a zubů, prevenci zubního kazu. Nedostatek vede ke zvápenatění kostí a zvýšené zubní kazivosti. Najdeme jej v mléce, rybách, pitné vodě a cereáliích (Vítek, 2011, online; Grofová, 2007).

3.2.2 Vitamíny

Vitamíny jsou látky, které si organismus nedokáže vytvořit a musí se uměle dodávat tzn., že jsou esenciálními látkami. Existuje 13 základních typů vitamínů. Nemají energetický význam a jejich příjem je v minimálních množstvích. Celkový nedostatek se nazývá avitaminóza, dále se může objevit snížená hodnota vitamínů neboli hypovitaminóza a zvýšená hodnota vitamínů neboli hypervitaminóza (Beňo, 2008; Kunová, 2004).

Vitamíny jsou od slova „Vita“, což znamená život neboli život ohrožující. V našem organismu a metabolismu jsou vitamíny jako koenzymy tj. část enzymu zaručující jeho náležitou funkci (Grofová, 2007).

Vitamíny se dělí do dvou základních skupin. První skupinou jsou vitamíny rozpustné ve vodě, kam zařazujeme vitamíny skupiny B a vitamín C. Druhou skupinou jsou vitamíny rozpustné v tucích, kam patří vitamíny A, D, E a K (Kunová, 2004).

3.2.2.1 Vitamíny rozpustné ve vodě

Jsou nazývány vitamíny hydrofilními. Patří sem vitamíny skupiny B, vitamín C, vitamín H a kyseliny např. askorbová, nikotinová, listová a pantotenová. V organismu se nachází zásoby vitamínu v malém množství. Při jejich nadbytku se nepotřebné množství vyloučí močí. Při jejich nedostatku dochází k určitým poruchám a onemocněním např. onemocnění srdce a cév, poruchám štítné žlázy a urychlení procesu stárnutí. U starších lidí mají vitamíny velký význam, protože v době stárnutí dochází ke snižování metabolických pochodů a pochodů látkové přeměny (Grofová, 2007; Turek et al., 1996).

➤ Vitamín B₁ (thiamin)

Jde o koenzym v metabolicko - energetických reakcích a je nezbytný pro metabolismus glycerolu a glukózy. Doporučená denní dávka u starých mužů je 1,2 mg a u starých žen 1 mg. Nedostatek thiaminu je způsoben nedostatečným příjmem vitamínu B₁ z potravy, alkoholismem a u chronicky nemocných. Nedostatek se projevuje ve dvou formách suché a vlhké neboli beri-beri. U suché formy jsou senzorické a neurologické poruchy, poruchy koordinace a zmatenost. U vlhké formy jsou kardiální příznaky např. otoky, tachykardie a oboustranná srdeční nedostatečnost. Thiamin najdeme v rybách, obilovinách, luštěninách, kvasnicích, bramborách, rýži a vnitřnostech. (Svačina a kol. 2008; Kalvach a kol., 2004; Beránek, 2007).

➤ Vitamín B₂ (riboflavin)

Je to důležitý koenzym v metabolismu mastných kyselin, glukózy a aminokyselin. Doporučená denní dávka u starých lidí nad 50 let je jednotná, pro ženu i pro muže 1,2 - 1,4 mg/den. Výrazně se podílí při tvorbě erytrocytů a působí preventivně proti anémii. Nedostatek riboflavinu způsobuje praskání a ragády v ústních koutcích, záněty dutiny ústní, dermatitidu ve tváři, oční poruchy, anémii a pokles duševní výkonnosti (Svačina a kol. 2008; Kalvach a kol., 2004).

Zvýšený příjem se doporučuje u chirurgických operací, abúzu alkoholu a infekčních onemocnění. Riboflavin najdeme především v kvasnicích, játrech, mléce, vejci, vnitřnostech, zelenině a obilných klíčcích (Grofová, 2007; Hlúbik, 2004; Beránek, 2007).

➤ **Vitamín B₃ (Niacin, kyselina nikotinová)**

Je to velmi důležitý vitamín při metabolických změnách sacharidů, tuků, bílkovin. Jeho denní dávka je kolem 15 mg/den pro muže a 13 mg/den pro ženy. Nedostatek se projevuje dermatitidou, kdy je kůže zarudlá s puchýřky a hnědou pigmentací, dále demencí a průjmem. Ohroženou skupinou jsou lidé pouze na kukuřičné stravě, která je na niacin velmi chudá. Niacin najdeme v listové zelenině, celozrnné mouce, kvasnicích a houbách (Kalvach a kol., 2004; Svačina a kol., 2008; Beránek, 2008).

➤ **Vitamín B₅ (kyselina pantotenová)**

Je součástí koenzymu A. Její význam je při metabolických procesech, při reakcích látkové přeměny a syntéze cholesterolu. Má velký vliv na obranu proti infekci, hojení ran, obnovu kožních buněk, růst a regeneraci vlasů, nehtů a kloubů. Denní potřeba je 4 - 7mg. Nedostatek kyseliny pantotenové se projevuje anémií, vypadáváním vlasů, únavností, pálením chodidel, afty a ústní koutky. Najdeme ji v játrech, pšeničných otrubách, zelenině, hrachu, žloutku, mléku, kvasnicích a mase (Beňo, 2008; Grofová, 2007; Svačina a kol., 2008).

➤ **Vitamín B₆ (pyridoxin)**

Jedná se o koenzym, který se podílí na imunitních procesech, funkci steroidových hormonů, metabolismu aminokyselin a syntéze hemoglobinu. Zvýšený příjem je doporučen adolescentům, kuřákům, starším osobám a těhotným ženám. Doporučená denní dávka ve stáří je 2 mg/den u mužů a 1,6 mg/den u žen, ale závisí na příjmu bílkovin. Nedostatek pyridoxinu se vyskytuje u chronicky nemocných a nedostatečné výživě. Projevuje se neurologickými příznaky jako je deprese a zmatenost, stomatitidou a glositidou (Grofová, 2007; Beňo, 2008; Urbánková et al., 2010).

➤ **Vitamín B₁₂ (cyanokobalamin)**

Je metabolicky aktivní vitamín, který je potřebný pro metabolismus mastných kyselin a syntézu aminokyselin a nukleových kyselin. Ve stáří jsou hladiny cyanokobalaminu snižené, protože jsou malé zásoby ve tkáních, hlavně v játrech. Normální hladina je 2 µg na den. Příjem cyanokobalaminu je ovlivněn sníženou sekrecí trávicích šťáv a sníženým vstřebáváním živin. Nedostatek cyanokobalaminu se projevuje úplným vyčerpáním zásob

organismu, megaloblastickou anémií, únavností a neurologickými poruchami. Vyskytuje se při malabsorpčních stavech, onemocnění žaludku a nesprávném stravování. Cyanokobalamin najdeme v mléce a mléčných výrobcích, živočišných produktech, rybách a vnitřnostech (Svačina a kol., 2008; Kalvach a kol., 2004; Beňo, 2008; Beňo, 2008).

➤ **Kyselina listová**

Kyselina listová je koenzym podporován vitamínem B₁₂ a nezbytný v metabolismu aminokyselina, pro syntézu nukleových kyselin, udržuje erytrocyty, podporuje správnou funkci nervů, snižuje hladinu homocysteinu, tím chrání srdce a snižuje riziko srdečních onemocnění. Nedostatek se projevuje anémií, špatnou krvetvorbou, slabostí, poruchou růstu a zánehy v dutině ústní. Hlavními zdroji kyseliny listové je listová zelenina, mléko, sója, vnitřnosti a luštěniny. U starých žen je doporučená denní dávka 180 µm a u starých mužů 200 µm (Svačina a kol., 2008; Kalvach a kol., 2004; Beránek, 2007).

➤ **Vitamín H (biotin)**

Nutný v metabolismu sacharidů, lipidů a proteinů, který se tenkým střevem vstřebává do krve. Doporučená denní dávka by měla být 30 – 200 µm. Nedostatek se projevuje vypadáváním vlasů, dermatitidou, zvýšením hladiny žlučových kyselin a cholesterolu, slabostí, bledostí, neurologickými poruchami a poruchami glukózové tolerance. V potravinách jej najdeme v kvasnicích, kvěťáku, mléce, játrech, ledvinách, vnitřnostech, mase a vejci (Svačina a kol., 2008; Beňo, 2008).

➤ **Vitamín C (kyselina askorbová)**

Je to jeden z nejvýznamnějších a nejznámějších vitamínem rozpustným ve vodě a antioxidantem. Důležitý pro zlepšení resorpce železa v GIT, přeměnu cholesterolu na žlučové kyseliny a ovlivňuje imunitu. Nedostatek se vyskytuje v organismu starých lidí, těhotných a kojících žen, alkoholiků a kuřáků. Nedostatek může být buď lehký, který se projevuje sníženou odolností vůči infekcím, slabostí a únavou, nebo těžký projevující se anémií, slabostí, poruchami hojení, krvácení z dásní a nosu (Svačina a kol., 2008; Urbánková et al., 2010).

Ve stáří je nedostatek ovlivněn poruchami výživy u starých lidí, sníženým a nevhodným příjmem potravin (hlavně snížený příjem ovoce a zeleniny), který vede ke zvýšené náchylnosti vůči infekcím, zhoršení zotavování po úrazech a předčasným vznikem šedého zákalu. U starých mužů je doporučená denní dávka 150 mg a u starých žen 75 mg.

Vitamín C najdeme v čerstvém syrovém ovoci a zelenině, kapustě a bramborách (Kalvach a kol., 2004; Beňo, 2008).

3.2.2.2 *Vitamíny rozpustné v tucích*

Vitamíny rozpustné v tucích se nazývají vitamíny lipofilní, které mohou být ukládány, může se jimi předávkovat a jsou lépe vstřebávány. Mezi tyto vitamíny řadíme vitamín A, D, E, K.

➤ **Vitamín A**

Jedná se o antioxidant patřící mezi vitamíny rozpustné v tucích, vstřebávající se přes GIT a je uložen v játrech. Je důležitý pro zrak, protože se podílí na tvorbě zrakového pigmentu neboli rodopsinu zaručující lepší vidění i za šera a barev (Beta karoten a lykopen – červené a oranžové barvivo). Zvyšuje imunitu, působí na růst epitelových buněk na sliznicích a kůži, působí preventivně proti rakovině, zlepšuje léčbu kožních a dýchacích onemocnění, ulevuje unaveným očím a ovlivňuje tvorbu spermií a vajíček. Nedostatek se projevuje šeroslepostí a poruchou imunitních funkcí. Naopak nadbytek se projevuje bolestmi hlavy, kožními projevy a svěděním. Zdrojem tohoto vitamínu je rybí tuk, červená a oranžová zelenina a ovoce, mléčné výrobky, máslo a játra (Grofová, 2007; Svačina a kol., 2008; Urbánková et al., 2010; Beránek, 2007).

➤ **Vitamín D**

Není to obyčejný vitamín, protože jej naše tělo dokáže přijmout přes kůži vlivem UV záření. Reguluje metabolismus fosforu a vápníku. Tímto vitamínem se nejde předávkovat. Pouze jeho nadbytek způsobuje hypertenzi, častější močení a nevolnostmi. Jeho nedostatek se v dětství projevuje onemocněním tzv. křivice. Ve stáří je nedostatek způsoben nedostatkem UV záření, sníženým zdrojem vitamínu v potravě a klesá jeho vstřebávání přes GIT a projevuje se řídnutím kostí, kazivostí zubů a ztuhlostí svalů. Je důležitý pro zlepšení svalové síly a kostní hmoty. Doporučená denní dávka je v rozmezí 10 – 15 µm na den. Najdeme jej ve slunečních paprscích, nebo v potravinách, jako jsou kakao, datle, kvasnice, houby a rajčata. (Svačina a kol., 2008; Kalvach a kol., 2004; Beránek, 2007).

➤ **Vitamín E (Tokoferol)**

Vitamín rozpustný v tucích uložený v játrech, svalech a tukové tkáni. Důležitý antioxidant chránící buňky proti stresu, podílí se na prevenci aterosklerózy a má antikoagulační účinky. Ve stáří může být přísun ovlivněn při dietě sníženým či omezeným příjmem tuku

a změnou stravovacích zvyklostí. Doporučená denní dávka je 10 mg. U jeho nedostatku se vyskytují funkční a degenerativní onemocnění a změny periferních nervů (Alzheimerova a Parkinsonova choroba), zkracuje dobu života erytrocytů (chudokrevnost) a zvyšuje shlukování trombocytů. U jeho nadbytku se objevuje nauzea, únava a slabost. Najdeme jej v obilných klíčcích, vnitřnostech, vejci, rostlinných olejích a mléce (Kalvach a kol., 2004; Urbánková et al., 2010; Beránek, 2007).

➤ **Vitamín K**

Jedná se o vitamín rozpustný v tucích, který vzniká v tenkém střevě z bakterií. Nezbytný pro normální vápenatění kostí a pro tvorbu koagulačních faktorů (II, VII, IX, X). Potřeba vitamínu K ve stáří je u žen 65 μg / den a u mužů 80 μg / den. Nedostatek se projevuje zvýšeným krvácením např. z nosu, zhoršenou srážlivostí, tvorba modřin a podlitin. Nadbytek se projevuje nechutenstvím a silnějším pocením jen u lidí s poruchou srážení krve. Najdeme jej v mrkvi, červené řepě, rajčatech, špenátu a játrech (Svačina a kol., 2008, Kalvach a kol., 2004; Beránek, 2007).

3.3 Voda

Pro člověka je esenciální látkou a univerzální rozpouštědlo pro organické látky a ionty. Naše tělo obsahuje 60 % vody, ale se stoupajícím věkem klesá. Tělo starých lidí obsahuje pouze 45 % u žen a 50 % u mužů. Důležité je vypít v průběhu dne 2 – 3 litry vody, ale při sportu, větších horkách, hubnutí a nemocech musíme pít mnohem více. Správná hydratace vede ke správnému udržení krevního objemu a prokrvení tkání, působí proti rychlejšímu stárnutí kůže a proti bolestem hlavy (Kalvach a kol., 2004; Grofová, 2007).

Nedostatkem tekutin jsou ohroženi děti, pracovně přetíženi lidé, hubnoucí lidé a senioři, u kterých je oslaben pocit žízně. Akutní nedostatek tekutin se projevuje žízní, snížením výkonnosti, nevolností, křečemi a pocitem slabosti. Při chronickém nedostatku vzniká únava a riziko ledvinných kamenů (Kunová, 2004).

Ve stáří dochází k dehydrataci poměrně často, protože jejich metabolismus se stává citlivější a jeho potřeby závisí na věku, pohlaví, životním stylu a taky na zdravotním stavu. Základem pitného režimu je čistá voda „voda z vodovodu“, stolní vody, minerální vody, zředěné ovocné džusy. Mezi nevhodné nápoje patří alkoholické nápoje, sladké limonády, černá káva či silný čaj (Kunová, 2004).

4 PORUCHY VÝŽIVY VE STÁŘÍ

Poruchy výživy se dělí na kvantitativní a kvalitativní. Kvantitativní poruchy znamenají nevyváženost příjmu a výdeje energie. Patří sem hubnutí způsobené nedostatkem energie a obezita způsobená nadbytečným příjmem energie. A kvalitativní poruchy příjmu potravy způsobené chyběním některou ze složek potravy (Malá et al., 2011).

4.1 Malnutrice

Malnutrice neboli podvýživa je patologický stav, kdy dochází k poklesu hmotnosti o 5 – 10 %. Malnutrice je stav výživy (pod a nadvýživy), ve kterém nedostatek proteinů, energie a dalších potřebných živin způsobuje měřitelné nepříznivé účinky na tkáně a složení těla (Svačina a kol., 2008).

Malnutrice je velmi významná, pokud osoba má:

- BMI nižší než 18,5 a měla nechtěný váhový úbytek více než 10 % za poslední 3 - 6 měsíců
- BMI nižší než 20 a měla nechtěný váhový úbytek více než 5 % za poslední 3 - 6 měsíců.

(*Nestlé HealthCare Nutrition*, 2012, online).

Je způsobena sníženým příjmem živin, vitamínů, minerálů a stopových prvků, poruchami vstřebávání, zvýšenou ztrátou energie, poruchami metabolismu a poruchami trávení. Malnutrice je velmi častá u hospitalizovaných pacientů a ve stáří, kdy se více ukládá tuku a klesá obsah vody a svalová hmotnost (Šafránková et al., 2006; Kalvach a kol., 2004).

Mezi nejčastější příčiny ve vyšším věku jsou malabsorpce (M), anorexie (A), léky a polypragmázie (L), nákup a neschopnost nakoupit a uvařit (N), ústa a problémy s kousáním a polykáním (U), thyreopatie (T), rezidentní péče a ústavní péči (R), IADL test závislosti v denních činnostech (I), cholesterol (C), emoce a ekonomika (E) (Topinková, 2003).

Ve stáří se na rozvoji malnutrice podílí užívání léků, polymorbidita, málo pohybu, psychická deprese, nedostatečná pomoc od okolí, sociální izolace, ztráta chrupu a ekonomické obtíže (Kalvach a kol., 2004).

Důsledky malnutrice se dělí na primární a sekundární. Mezi primární patří oslabení imunity, zhoršené hojení ran, snížená motilita GIT, svalová atrofie a slabost. Sekundární

důsledky u hospitalizovaných pacientů mohou prodloužit dobu hospitalizace a zvýšit jejich morbiditu (Kalvach a kol., 2004; Svačina a kol., 2010).

K nejčastěji vyskytujícím se komplikacím patří poruchy imunity, infekce a zhoršené hojení ran, úbytek svalstva, snížení svalové síly a poruchy motility GIT (Kalvach a kol., 2004).

Malnutrice se diagnostikuje anamnézou, která je zaměřena na nutriční zvyky pacienta, léky mající vliv na příjem výživy, potíže trávení a vstřebávání, konzumaci alkoholu. Dále se ke zjištění malnutrice používá škála pro hodnocení stavu výživy (MNA = Mini Nutritional Assessment) viz. příloha č. 2 (Kalvach a kol., 2004).

Antropometrické měření zahrnuje tělesnou hmotnost, BMI, statistické parametry neboli změření obvodů paže a kožních řas, dynamické parametry zjišťované pomocí dynamometru a funkčním vyšetřením plic a taky měření složení těla se sledováním tuku v procentech (Svačina a kol., 2008).

4.1.1 Marasmus neboli kachexie

Marasmus neboli protein-energetický typ malnutrice, který je způsoben nedostatkem energie a bílkovin. S tímto typem se můžeme setkat u pacientů s poruchami příjmu potravy, poruchami polykání, u geriatrických a onkologických pacientů (Svačina a kol., 2010).

Tělo odbourává tukovou tkáň, chrání si bílkoviny a pacient přijímá méně energie, než jeho organismus potřebuje (Urbánek, Urbánková, Marková, 2010).

Projevy marasmu jsou snížení až úplné vymizení tukové tkáně, kůže je tenká, suchá a vrásčitá, vlasy jsou tenké, lámavé a vypadávají, změny nálad až deprese, úbytek hmotnosti, únava, slabost, u žen amenorea a u mužů impotence (Svačina a kol., 2010).

Léčba marasmu je velmi závislé na stavu pacienta. Vždy se upravuje nutriční stav, stabilizuje se vnitřní prostředí a taky je nutná fyzická rehabilitace pacienta (Beňo, 2008).

4.1.2 Kwashiorkor

Kwashiorkor neboli proteinový typ malnutrice je způsoben nedostatkem bílkovin, i když příjem živin je zachován. Odbourávání bílkovin v metabolických procesech se nazývá katabolismus, kdy organismus získává energii z aminokyselin a tuků a cukrů si nevšimá (Šafránková et al., 2006).

Tento typ malnutrice vzniká sníženým příjmem bílkovin potravou, kdy se zastavuje či zpomaluje růst, vznikají otoky na dolních končetinách a vypouklé břicho, snížená celková a svalová hmotnost. Toto onemocnění se nejčastěji vyskytuje v Africe a v rozvojových zemích. Nebo vzniká zvýšenou spotřebou bílkovin nazývané stresové hladovění, které má rychlý rozvoj a se kterým se setkáme u kriticky nemocných pacientů (Svačina a kol., 2010).

Může se vyskytovat při polytraumatech, septických stavech, u alkoholiků, u starých lidí, u onkologických pacientů a u pacientů se selháváním ledvin (Grofová, 2007).

Projevuje se ztrátou barvy vlasů, zvětšením jater, apatií, hypothyreózou, úbytkem svalové hmoty, špatným hojením ran, průjmy a otoky na dolních končetinách (Šafránková et al., 2006; Svačina a kol., 2010).

4.2 Obezita

Obezita neboli otylost je metabolické onemocnění charakterizované zvýšením tělesné hmotnosti vyvolané nadměrným hromaděním tělesného tuku, díky kterému vzniká pozitivní energetická bilance. Pozitivní energetická bilance znamená, že člověk sní v potravě více energie než je schopen spotřebovat a tělo si energii ukládá ve formě tuku (Šafránková et al., 2006; Beňo, 2008; Grofová, 2007).

Obezita je součástí metabolického syndromu a je rizikovým faktorem pro mnoho chorob např. diabetes mellitus, dna, hypertenzi, ateroskleróza a mnoho jiných (Svačina a kol., 2008).

U lidí nad 60 let začíná pomalé klesání hmotnosti a BMI. Vyšší obsah tukové tkáně vede ke snižování rychlosti chůze a ke zvýšení funkčních omezení. Osoby nad 75 let jsou více náchylné k obezitě než k malnutrici (Kalvach a kol., 2004).

Obezitu můžeme klasifikovat díky výpočtu BMI, výpočtu hmotnosti těla a výšky, podle uložení tuku a poměru obvodu pasu a boků, měření kožní řasy, vyšetření krve a moči (Kalvach a kol., 2004; Grofová, 2007; Šafránková et al., 2006) Tabulka BMI viz. příloha č.III

Obezitu lze rozdělit na mužskou neboli androidní a ženskou gynoidní. Mužská obezita je obezita závažná a tvar těla připomíná jablko. Tuk se v těle ukládá hlavně v oblasti břicha, což způsobuje kardiovaskulární nemoci a diabetes mellitus 2. typu. U ženské obezi-

ty tělo připomíná hrušku, kdy je tuk uložen v podbřišku a v oblasti boků a zadečku (Grofová, 2007).

Obezita může být primární, což je nejčastější typ obezity způsobený vysokým příjmem potravy a nízkým výdejem energie a sekundární, kterou provází onemocnění endokrinních žláz např. zvýšená funkce kůry nadledvin a tvorbou adenokortikotropního hormonu (ACTH) v hypofýze (Šafránková et al., 2006).

V léčbě obezity je nejdůležitější zvýšit tělesnou aktivitu a snížit celkový energetický příjem. Je nutné použít i antiobezitika, anorektika a upravit pacientům jídelníček či dietu. Do chirurgické léčby patří bandáž žaludku, která se provádí při velmi těžké obezitě, ale pokud není člověk na změnu připraven psychicky, bandáž žaludku nemá význam (Kalvach a kol., 2004; Grofová, 2007).

Při obezitě jsou důležité a nutné dietní opatření. Mezi ně patří pravidelnost v jídle, rovnoměrné rozdělení energie, snížení obsahu tuku, omezení solení, setrvávání v dietě a dostatečný příjem tekutin (Svačina a kol., 2008).

II. PRAKTICKÁ ČÁST

5 CÍLE, METODIKA, CHARAKTERISTIKA VZORKU RESPONDENTŮ

5.1 Cíle výzkumu

Zjistit, jestli je nemocniční strava přizpůsobována potřebám geriatrického pacienta

Zjistit míru spokojenosti geriatrických pacientů s nemocniční stravou (personálem).

5.2 Metoda a organizace výzkumného šetření

K získání dat byla použita kvantitativní metoda. Dotazník byl určen hospitalizovaným pacientům na geriatrických odděleních (LDN 7. etáž, LDN 6. etáž, LDN 17. pavilon a LDN 16. pavilon) a interních odděleních (plicní oddělení, INT 7., 6., 5., 4. a 3. etáž). Krajské Nemocnice Tomáše Bati ve Zlíně. Bylo rozdáno 80 dotazníků se 100% návratností. Dotazník vyplnilo 48 žen a 32 mužů. Výzkum trval od 1. března do 10. dubna 2012. Dotazník viz. příloha č. VI.

Dotazník obsahuje 30 otázek:

- Formální otázky č. 1- 5.
- Otevřené otázky č. 12, 30.
- Polootevřené otázky č. 6, 21, 26, 27, 38.
- Uzavřené otázky č. 8, 9, 10, 13, 14, 15, 17, 18, 22, 24.
- Výběrové otázky č. 11, 16, 19, 20, 25, 29.
- Škálovací otázky č. 7, 23.

5.3 Charakteristika vzorku respondentů

Skupinou respondentů byli zvoleni hlavně geriatřiční pacienti a senioři od 65 let, hospitalizovaní v krajské nemocnici Tomáš Bati ve Zlíně na interních a geriatrických odděleních bez ohledu na pohlaví, soběstačnost a délku hospitalizace.

6 ANALÝZA A INTERPRETACE ZÍSKANÝCH DAT

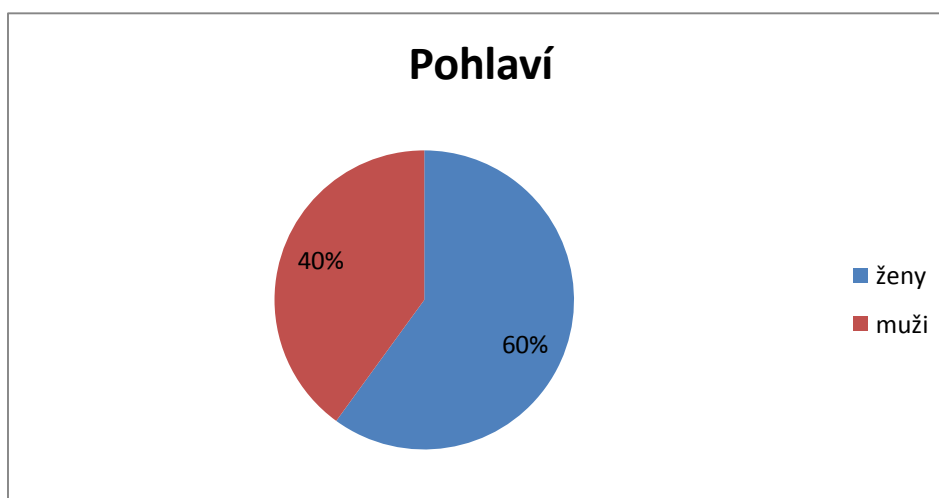
Data byla získávána od geriatrických pacientů na geriatrických a interních odděleních KNTB a.s. pomocí dotazníkového šetření. Dotazník vyplnilo 80 pacientů od 65 let let samostatně, nebo s mou dopomocí.

Názory respondentů na nemocniční stravování budou interpretovány v níže uvedených tabulkách a grafech dělány pomocí Microsoft Excel a Microsoft Word 2007. Všechny položky jsou sestaveny do tabulek, některé jsou graficky znázorněny a slovně popsány.

1. *Otázka: Pohlaví respondentů*

Tabulka č. 1: Pohlaví respondentů

	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
ženy	48	60
muži	32	40



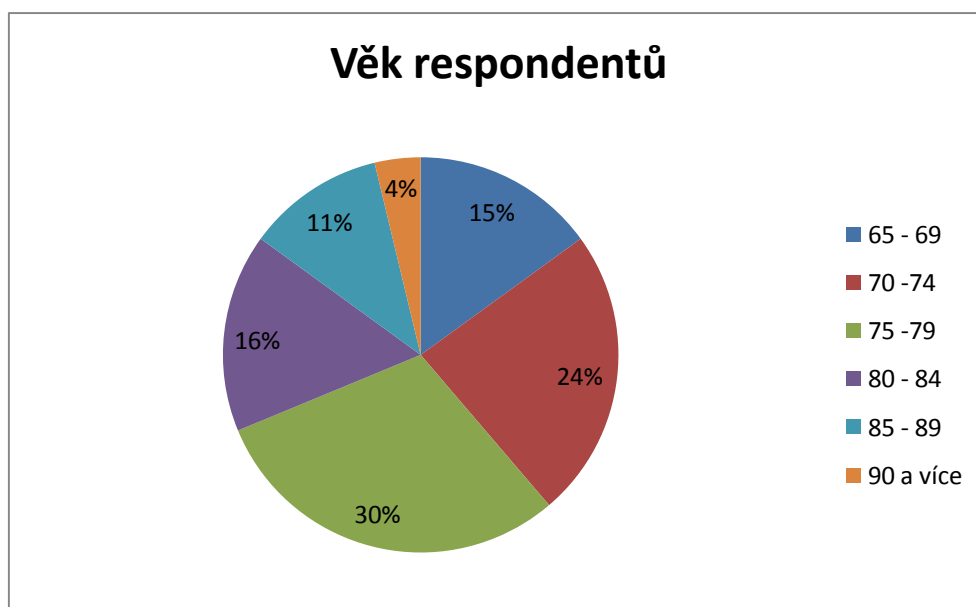
Graf č. 1: Pohlaví respondentů

Vzorek tvořil 80 respondentů (100%). Nejpočetnější skupinou je skupina ženského pohlaví – 48 respondentů (60 %), zbývajících 32 respondentů (40 %) tvoří skupinu mužského pohlaví.

2. Otázka: Věk respondentů

Tabulka č. 2: Věk respondentů

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
65 – 69 let	12	15
70 – 74 let	19	24
75 – 79 let	24	30
80 – 84 let	13	16
85 – 89 let	9	11
90 let a více	3	4



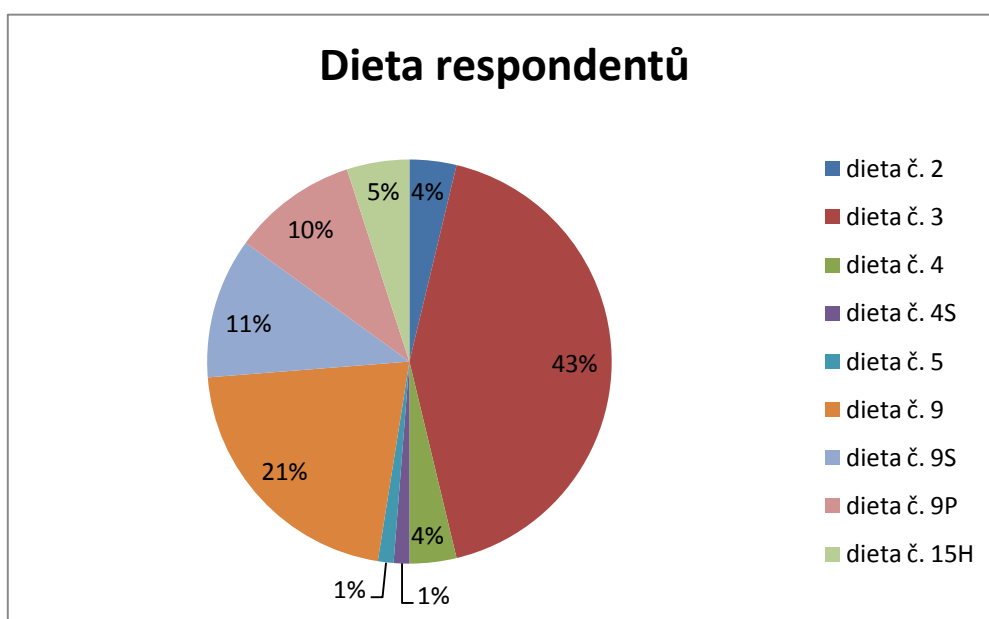
Graf č. 2: Věk respondentů

Z celkového počtu 80 respondentů (100 %) dotazovaných bylo 12 respondentů (14 %) ve věku 65 – 69 let, 19 respondentů (22 %) ve věku 70 – 74 let, 24 respondentů (28 %) ve věku 75 – 79 let, 13 respondentů (22 %) ve věku 80 – 84 let, 9 respondentů (10 %) ve věku 85 – 89 let a 3 respondenti (4 %) ve věku 90 let a více.

3. Otázka: Dieta respondentů

Tabulka č. 3: Dieta respondentů

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Dieta č. 2	3	4
Dieta č. 3	34	43
Dieta č. 4	3	4
Dieta č. 4S	1	1
Dieta č. 5	1	1
Dieta č. 9	17	21
Dieta č. 9S	9	11
Dieta č. 9P	8	10
Dieta č. 15H	4	5



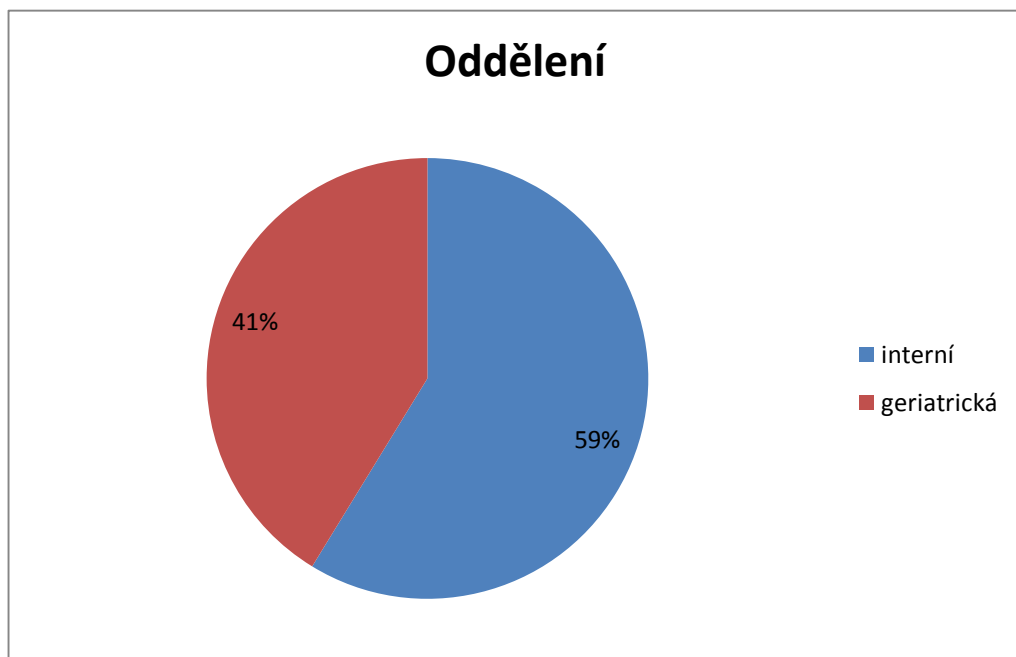
Graf č. 3: Dieta respondentů

Z 80 dotazovaných (100 %) respondentů měli 3 respondenti (4 %) dietu č. 2, 34 respondentů (43 %) dietu č. 3, 3 respondenti (4 %) dietu č. 4, 1 respondent (1 %) dietu č. 4S, 1 respondent (1 %) dietu č. 5, 17 respondentů (21 %) dietu č. 9, 9 respondentů (11 %) dietu č. 9S, 8 respondentů (10 %) dietu č. 9P a 4 respondenti (5 %) mělo dietu č. 15H.

4. Otázka: Hospitalizování na odděleních

Tabulka č. 4: Hospitalizace na oddělení

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Interní oddělení	47	59
Geriatrická oddělení	33	41



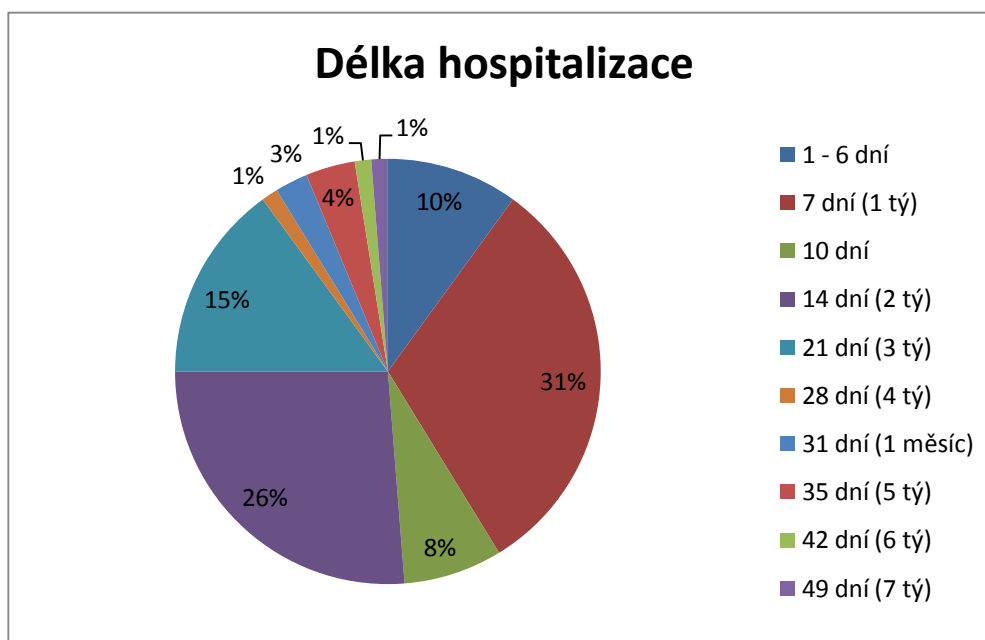
Graf č. 4: Hospitalizace na oddělení

Celkový počet 80 respondentů (100 %) jsem získala z geriatrických a interních oddělení. Z interních oddělení jsem získala 47 respondentů (59 %) a z geriatrických 33 respondentů (41 %).

5. Otázka: Délka hospitalizace

Tabulka č. 5 : Délka hospitalizace

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
1 – 6 dní	8	10
7 dní (1 týden)	25	31
10 dní	6	8
14 dní (2 týdny)	21	26
21 dní (3 týdny)	12	15
28 dní (4 týdny)	1	1
31 dní (1 měsíc)	2	3
35 dní (5 týdnů)	3	4
42 dní (6 týdnů)	1	1
49 dní (7 týdnů)	1	1



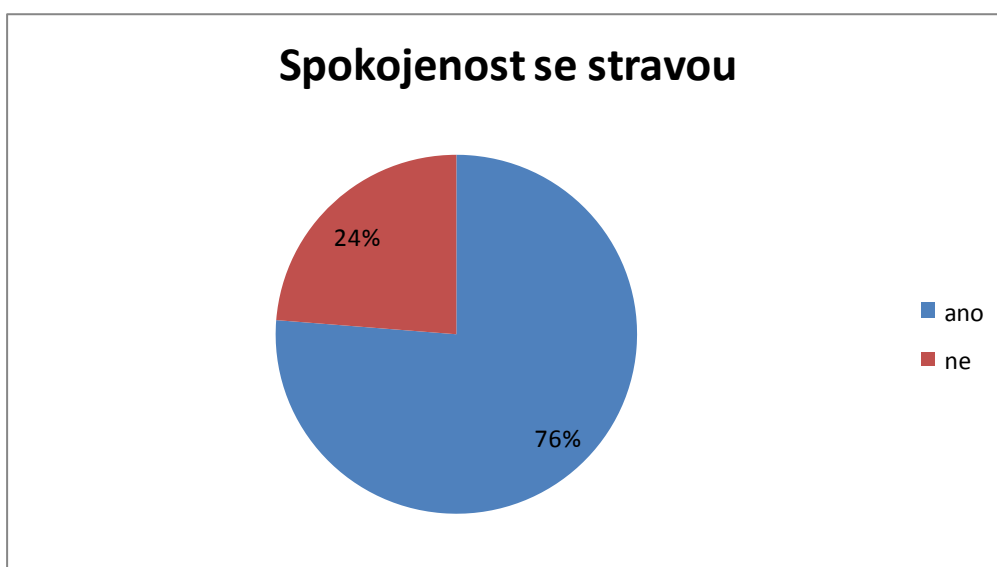
Graf č. 5: Délka hospitalizace

Délka hospitalizace respondentů se pohybovala od 1 - 6 dní do 7 týdnů. V rozmezí 1 – 6 dní bylo hospitalizováno 8 respondentů (10 %), 1 týden 25 respondentů (31 %), 10 dní 6 respondentů (8 %), 2 týdny 21 respondentů (26 %), 3 týdny 12 respondentů (15 %), 4 týdny 1 respondent (1 %), 1 měsíc 2 respondenti (3 %), 5 týdnů 3 respondenti (4 %), 6 týdnů a 7 týdnů po 1 respondentu (po 1 %).

6. Otázka: Jste spokojen/a se stravou v nemocnici?

Tabulka č. 6: Spokojenost se stravou

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Ano	61	76
Ne	19	24



Graf č. 6: Spokojenost se stravou

Na otázku jste spokojen/a se stravou v nemocnici odpovědělo 61 respondentů (76 %) ano a 19 respondentů (24 %) ne.

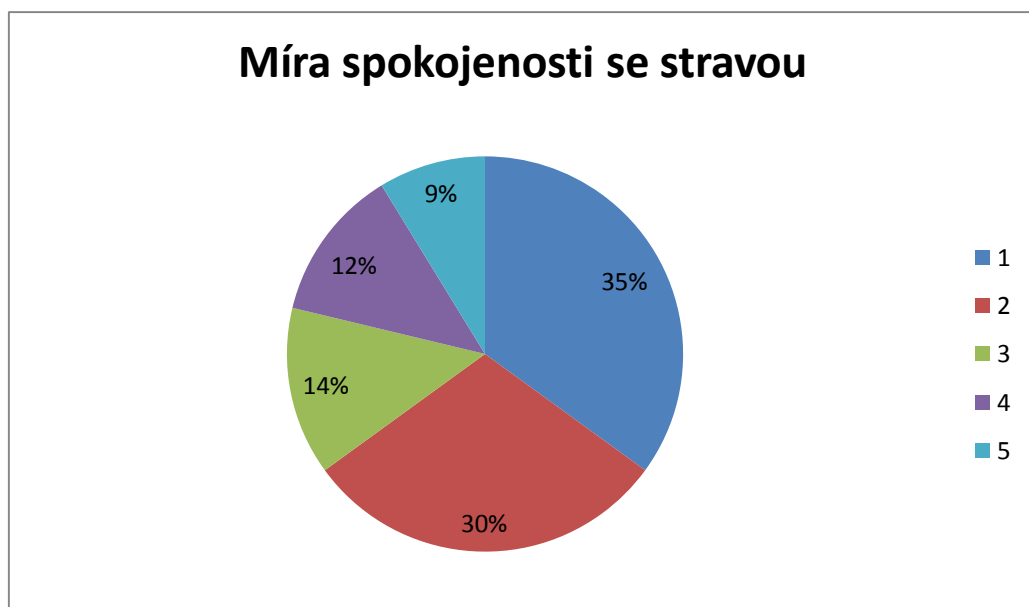
Na podotázku „s čím konkrétně jste spokojen/a“ nejvíce odpovědělo 31 respondentů (51 %) se vším, s množstvím bylo spokojeno 11 respondentů (18 %), s chutí 9 respondentů (9 %), s chutí a množstvím 5 respondentů (8 %), s omáčkami jsou spokojeni 2 respondenti (3 %) pestrostí stravy jsou spokojeni 2 respondenti (3 %) a s výběrem je spokojen 1 respondent (1 %).

Na podotázku „s čím konkrétně jste nespokojen/a“ nejvíce odpovědělo 11 respondentů (58 %) s chutí, se vším jsou nespokojeni 3 respondenti (16 %), s výběrem a chutí 2 respondenti (11 %), s množstvím, výběrem a úpravou byl nespokojen 1 respondent (5 %).

7. Otázka: Prosím uveďte na stupnici míru spokojenosti se stravou v nemocnici.

Tabulka č. 7: Míra spokojenosti se stravou

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
1	28	35
2	24	30
3	11	14
4	10	12
5	7	9



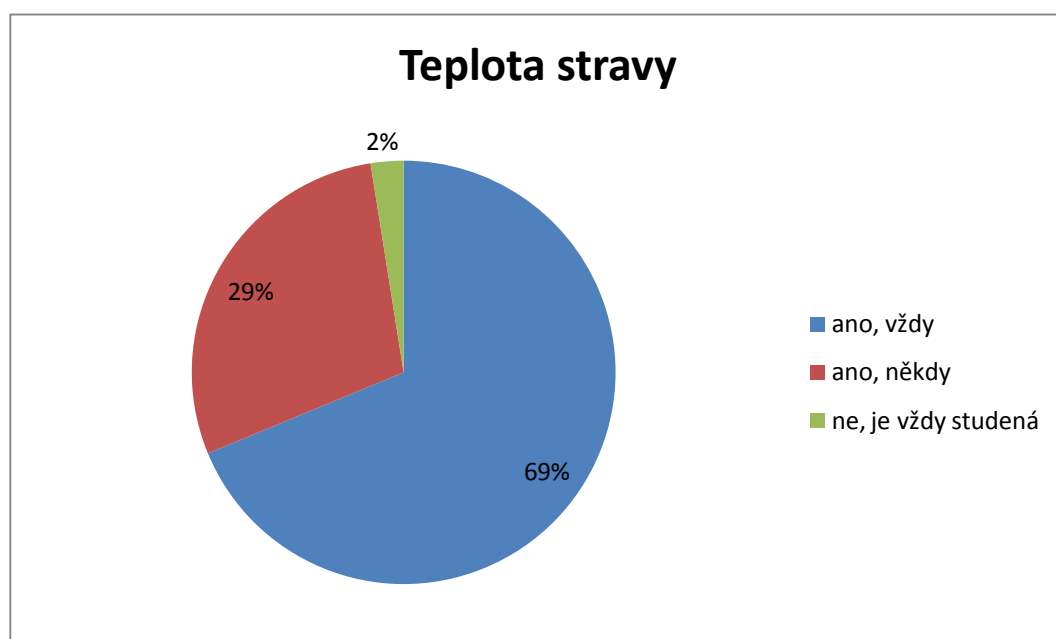
Graf č. 7: Míra spokojenosti se stravou

Míru spokojenosti se stravou na stupnici od 1 do 5, kdy 1 je maximální spokojenost a 5 je nespokojenost, ohodnotilo 80 respondentů různě. Nejlepší známku č. 1 zakroužkovalo 28 respondentů (35 %), známku č. 2 zakroužkovalo 24 respondentů (30 %), známku č. 3 zakroužkovalo 11 respondentů (14 %), známku č. 4 zakroužkovalo 10 respondentů (12 %) a známku č. 5 zakroužkovalo 7 respondentů (9 %). Nejvíce byla spokojena věková skupina 75 – 79 let, která míru spokojenosti ohodnotila známkou č. 1 a známkou č. 2.

8. Otázka: Je strava při podávání dostatečně teplá?

Tabulka č. 8: Teplota stravy

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Ano, vždy	55	69
Ano, někdy	23	29
Ne, je vždy studená	2	2



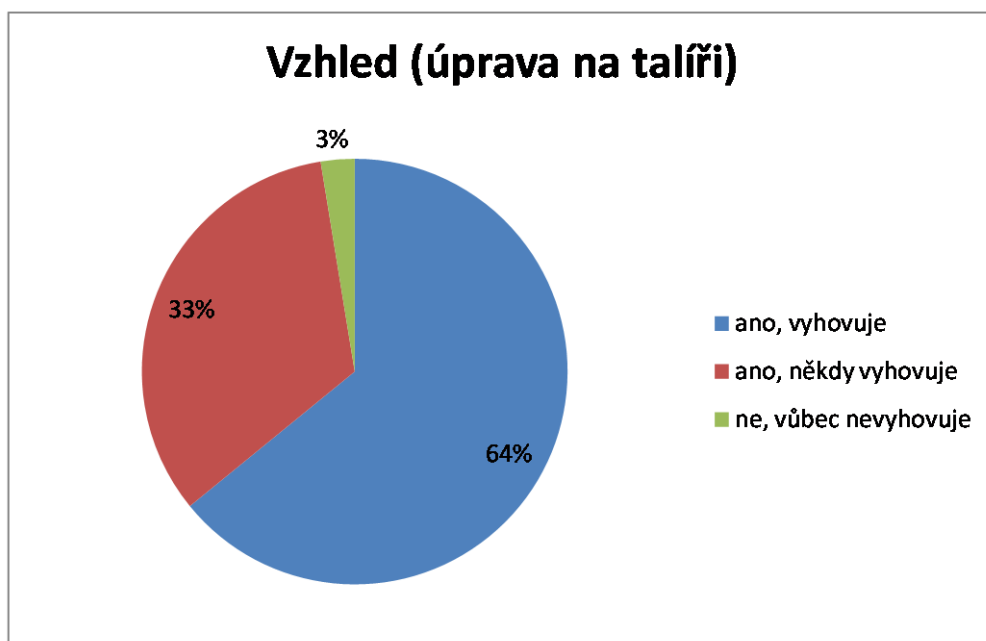
Graf č. 8: Teplota stravy

Na otázku je strava při podávání dostatečně teplá odpovědělo 55 respondentů (69 %) ano, vždy, 23 respondentů (29 %) ano, někdy a 2 respondenti (2 %) odpověděli ne, je vždy studená.

9. Otázka: Vyhovuje Vám vzhled nemocniční stravy (úprava na talíři)?

Tabulka č. 9: Vzhled - úprava na talíři

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Ano, vyhovuje	50	64
Ano, někdy vyhovuje	26	33
Ne, vůbec nevyhovuje	4	3



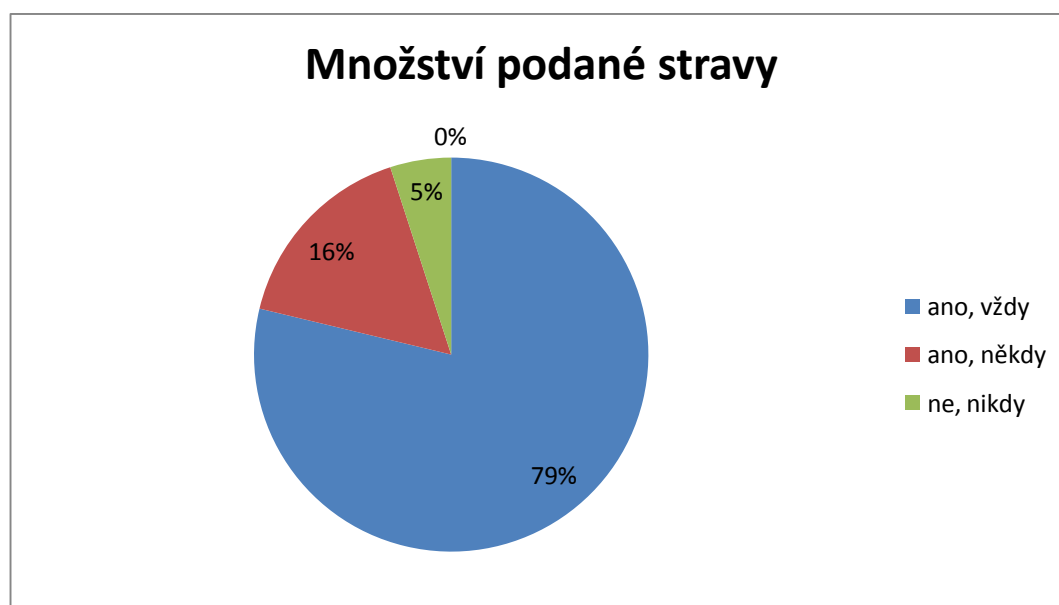
Graf č. 9: Vzhled - úprava na talíři

Na otázku, zda respondentům vyhovuje vzhled (úprava na talíři) odpovědělo 50 respondentů (64 %) ano, vyhovuje, 26 respondentů (33 %) ano, někdy vyhovuje a 4 respondenti (3 %) odpověděli ne, vůbec nevyhovuje.

10. Otázka: Vyhovuje Vám množství podané stravy?

Tabulka č. 10: Množství podané stravy

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Ano, vždy	63	79
Ano, někdy	13	16
Ne, nikdy	4	5



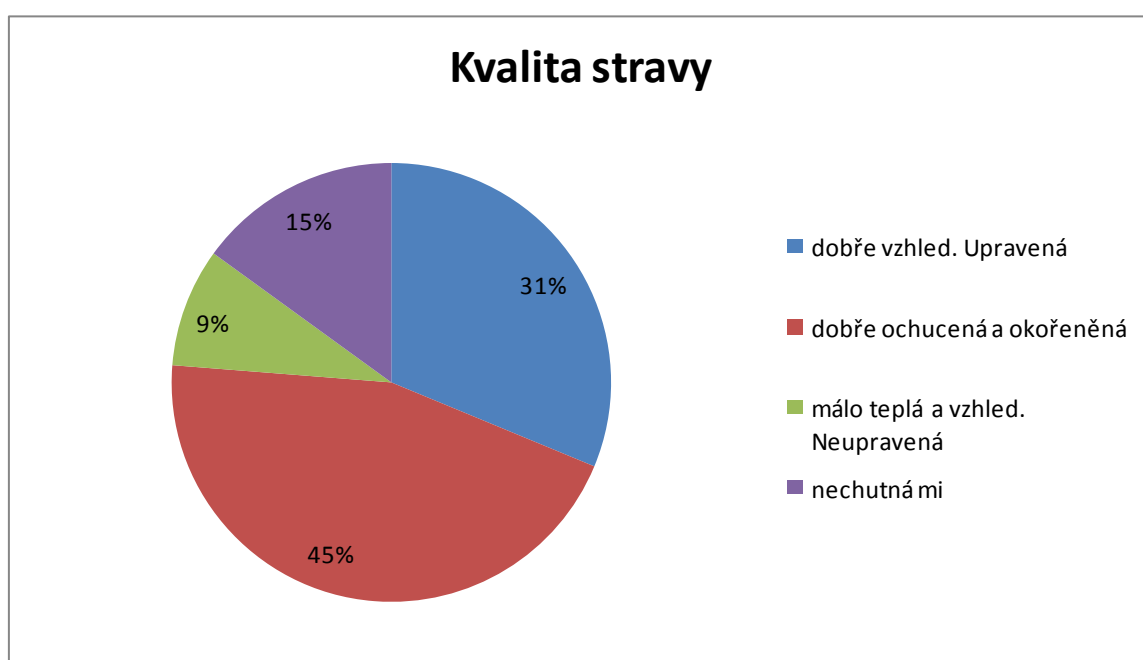
Graf č. 10: Množství podané stravy

Množství podané stravy vyhovuje 63 respondentům (79 %) vždy, 13 respondentům (16 %) vyhovuje někdy a 4 respondentům (5 %) množství nevyhovuje nikdy.

11. Otázka: Jak hodnotíte kvalitu stravy?

Tabulka č. 11: Kvalita stravy

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Dobře vzhledově upravená	25	31
Dobře ochucená a okořeněná	36	45
Málo teplá a vzhledově neupravená	7	9
Nechutná mi	12	15



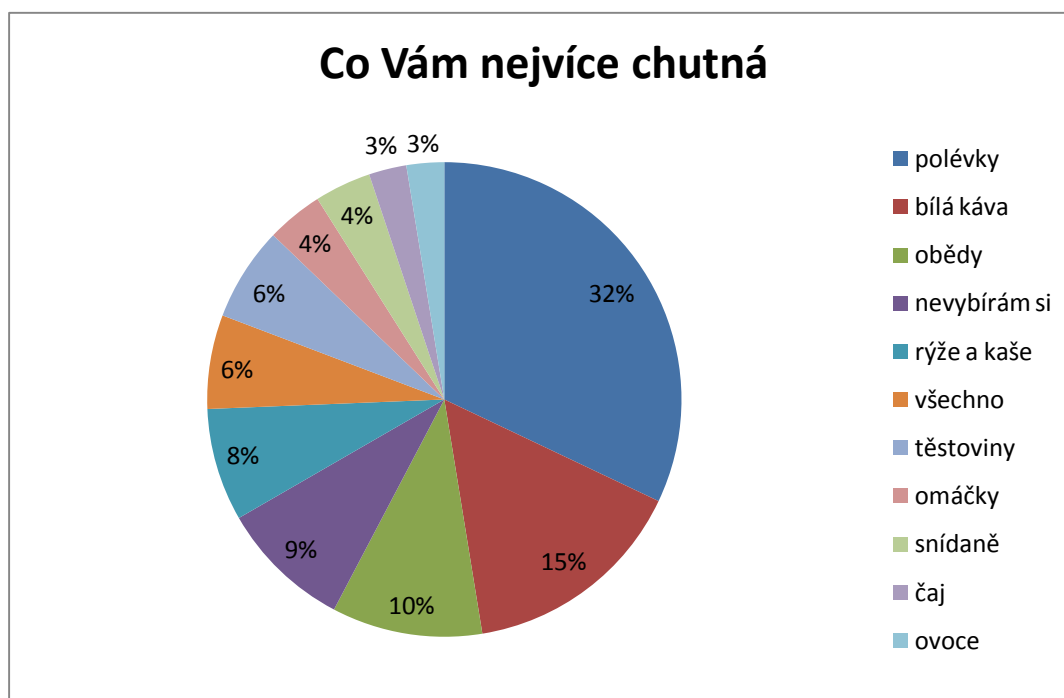
Graf č. 11: Kvalita stravy

Z daných možností hodnocení kvality stravy, kdy většina respondentů vybrala pouze jednu odpověď, vybralo 25 respondentů (31 %) dobře vzhledově upravená, 36 respondentů (45 %) dobře ochucená a okořeněná, 7 respondentů (9 %) málo teplá a vzhledově neupravená a 12 respondentů (15 %) odpovědělo nechutná mi.

12. Otázka: Napište, co Vám nejvíce na nemocniční stravě chutná.

Tabulka č. 12: Co Vám nejvíce chutná

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Polévky	25	32
Bílá káva	12	15
Obědy	8	10
Nevybírám si	7	9
Rýže a kaše	6	8
Všechno	5	6
Těstoviny	5	6
Omáčky	3	4
Snídaně	3	4
Čaj	2	3
Ovoce	2	3



Graf č. 12: Co nejvíce chutná

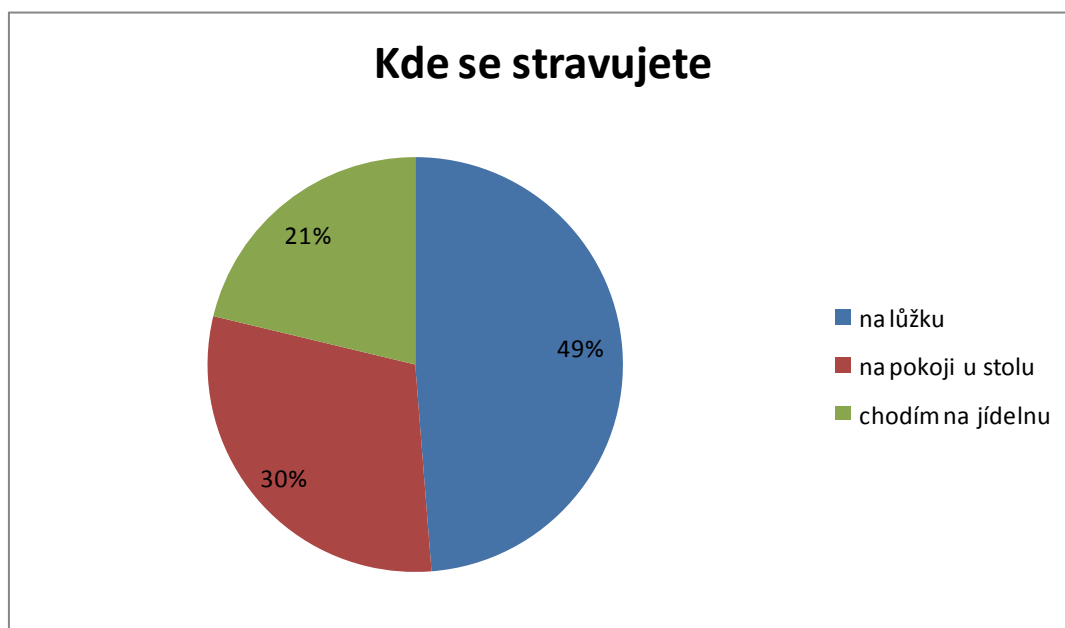
Nejvíce chutnají 25 respondentům (32 %) polévky, 12 respondentům (15 %) bílá káva, 8 respondentům (10 %) obědy, 7 respondentů (9 %) si nevybírám, 6 respondentům (8 %) chutná nejvíce rýže a kaše, 5 respondentům (6 %) chutná všechno, 5 respondentům

(6 %) chutnají těstoviny, 3 respondentům (4 %) chutnají nejvíce omáčky, 3 respondentům (4 %) chutnají snídaně, 2 respondentům (3 %) chutná nejvíce jen čaj a 2 respondentům (3 %) chutná jen ovoce.

13. Otázka: Kde se stravujete?

Tabulka č. 13: Kde se stravujete

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Na lůžku	39	49
Na pokoji u stolu	24	30
Chodím na jídelnu	17	21



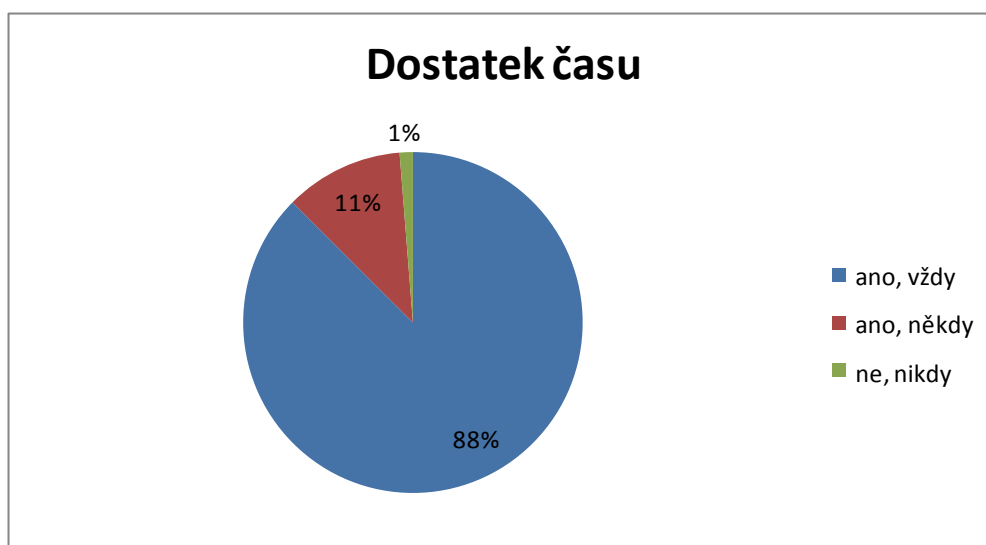
Graf č. 13: Kde se stravujete

Na otázku „kde se stravujete“ odpovědělo 39 respondentů (49 %) na lůžku, 24 respondentů (30 %) na pokoji u stolu a 17 respondentů (21 %) chodí na jídelnu.

14. Otázka: Máte na jídlo dostatek času?

Tabulka č. 14: Dostatek času na jídlo

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Ano, vždy	70	88
Ano, někdy	9	11
Ne, nikdy	1	1



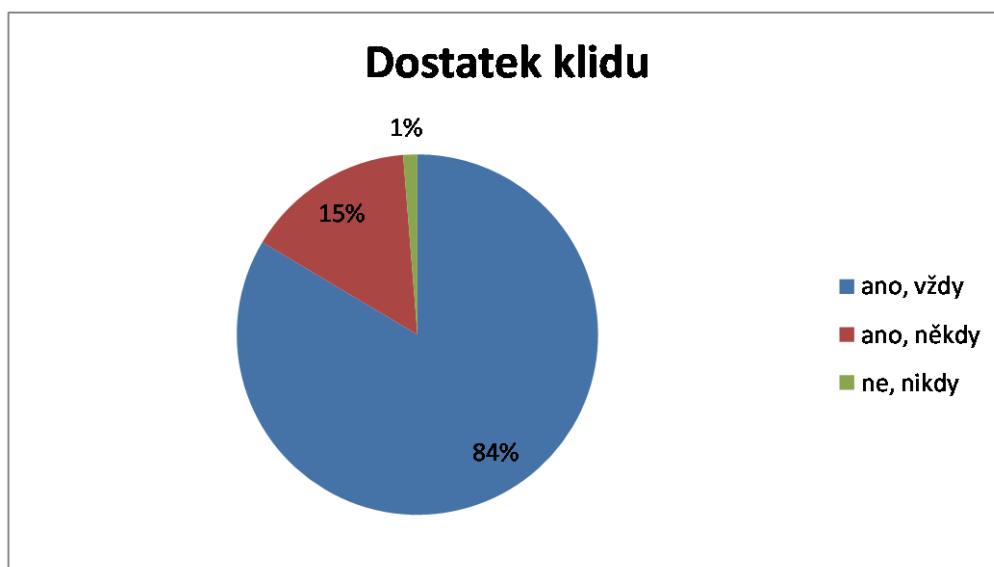
Graf č. 14: Dostatek času na jídlo

Z celkového počtu 80 respondentů (100 %) má na jídlo dostatek času 70 respondentů (88 %) ano, vždy, 9 respondentů (11 %) ano, někdy a 1 respondent (1 %) na jídlo nemá dostatek času nikdy.

15. Otázka: Máte při konzumaci jídla dostatek klidu?

Tabulka č. 15: Dostatek klidu při konzumaci jídla

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Ano, vždy	66	84
Ano, někdy	12	15
Ne, nikdy	2	1



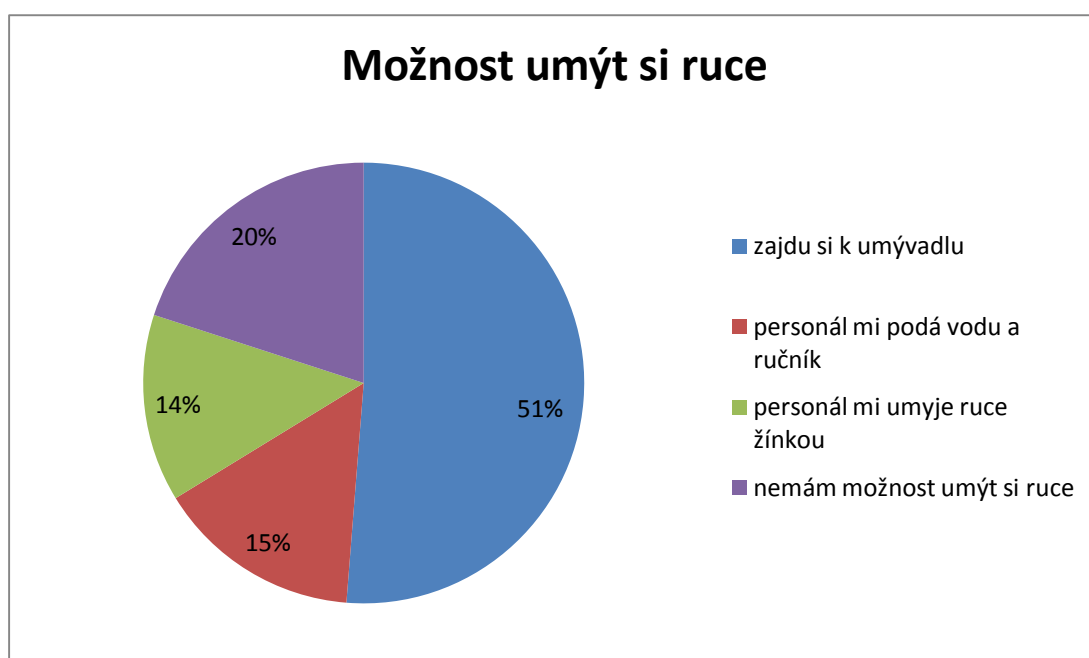
Graf č. 15: Dostatek klidu při konzumaci jídla

Dostatek klidu při konzumaci jídla má vždy 66 respondentů (84 %), někdy 12 respondentů (15 %) a 2 respondenti (1 %) nemá dostatek klidu při konzumaci jídla nikdy.

16. Otázka: Máte možnost umýt si ruce před a po stravě?

Tabulka č. 16: Možnost umýt si ruce

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Ano, zajdu si k umývadlu	41	51
Ano, personál mi podá vodu a ručník	12	15
Ano, personál mi ruce umyje žínkou	11	14
Ne, nemám možnost umýt si ruce	16	20



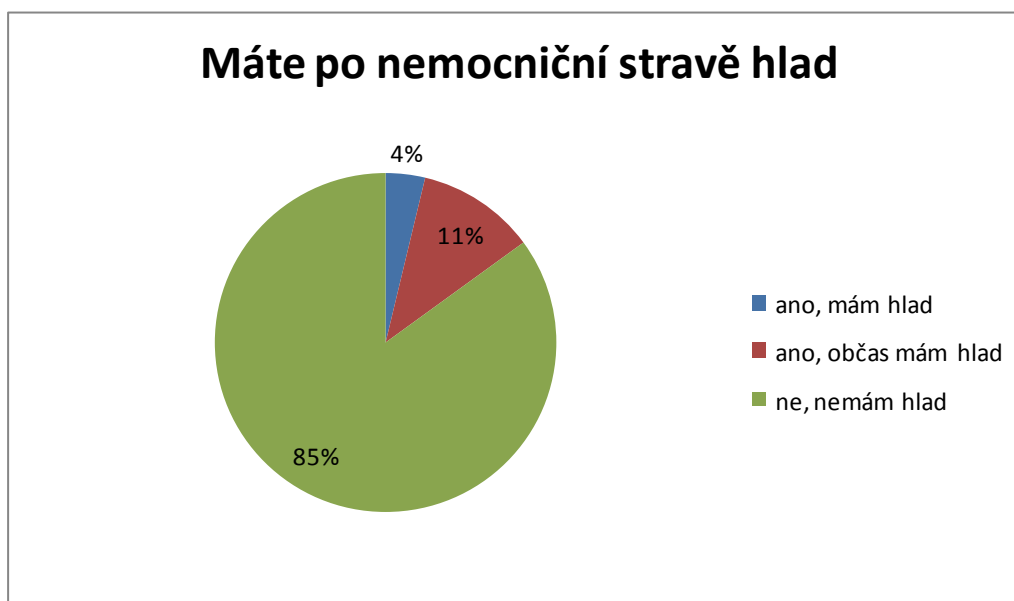
Graf č. 16: Možnost umýt si ruce

Z počtu 80 dotazovaných respondentů má možnost umýt si ruce 64 respondentů (80 %) a z toho 41 respondentů (51 %) si zajde k umývadlu, 12 respondentům (15 %) podá personál vodu a ručník, 11 respondentům (14 %) umyje personál ruce žínkou a zbylých 16 respondentů (20 %) nemá možnost umýt si ruce. Z celkového počtu respondentů má možnost umýt si ruce 80 % pacientů upoutaných na lůžko.

17. Otázka: Máte po nemocniční stravě hlad?

Tabulka č. 17: Hlad po nemocniční stravě

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Ano, mám hlad	3	4
Ano, občas mám hlad	9	11
Ne, nemám hlad	68	85



Graf č. 17: Hlad po nemocniční stravě

Na otázku, jestli mají pacienti po nemocniční stravě hlad, odpověděli 3 respondenti (4 %) ano, mám hlad, 9 respondentů (11 %) ano, občas mám hlad a většina 68 respondentů (85 %) odpovědělo ne, nemám hlad.

18. Otázka: Kolik jídla sníte:

a) Na snídani

Tabulka č. 18: Kolik jídla sníte na snídani

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Celou porci	52	65
Půl porce	27	34
Skoro nic	1	1

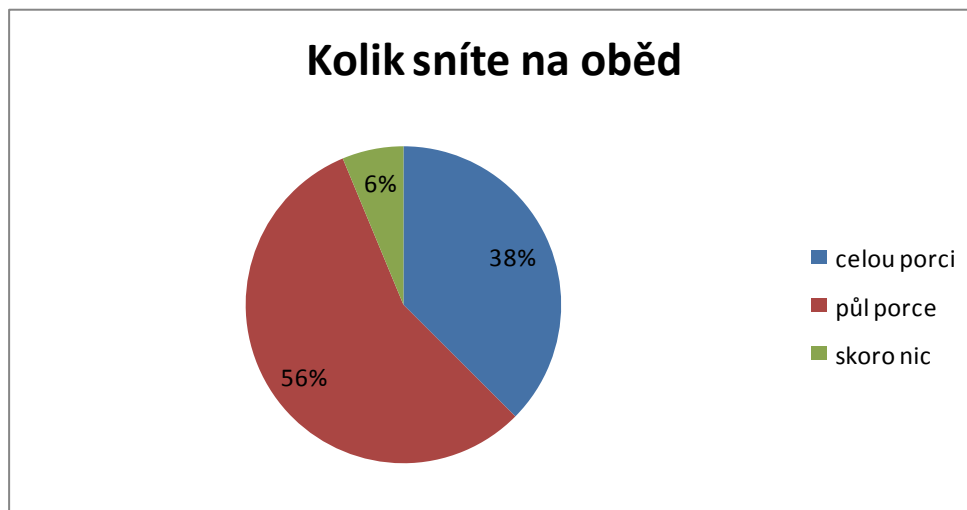


Graf č. 18: kolik jídla sníte na snídani

b) Na oběd

Tabulka č. 19: Kolik jídla sníte na oběd

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Celou porci	30	38
Půl porce	45	56
Skoro nic	5	6



Graf č. 19: Kolik jídla sníte na oběd

c) Na večeři

Tabulka č. 20: Kolik jídla sníte na večeři

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Celou porci	48	60
Půl porce	28	35
Skoro nic	4	5



Graf č. 20: Kolik jídla sníte na večeři

Na otázku, kolik toho sníte na snídani, oběd a večeři odpověděli respondenti různě. Na snídani sní celou porci 52 respondentů (65 %), půl porce 27 respondentů (34 %) a skoro nic sní 1 respondent (1 %).

Na oběd sní celou porci 30 respondentů (38 %), půl porce 45 respondentů (56 %) a skoro nic sní 5 respondentů (6 %).

Na večeři sní celou porci 48 respondentů (60 %), půl porce 28 (35 %) a skoro nic sní 4 respondenti (5 %).

19. Otázka: Co dostáváte k odpolední svačině?

Tabulka č. 21: Odpolední svačina

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
To, co mi přinesou příbuzní	22	27
Chléb s podmáslem	22	27
Podmáslem	17	21
Veka s podmáslem	10	13
Ovoce	5	6
Veku s bílou kávou	2	3
Nic	2	3

K odpolední svačině mívá 22 respondentů (27 %) to, co jim přinesou příbuzní, 22 respondentů (27 %) dostává chléb s podmáslem, 17 respondentů (21 %) dostává jen podmáslem, 10 respondentů (13 %) dostává veku s podmáslem, 5 respondentů (6 %) dostává ovoce, 2 respondenti (3 %) dostává veku s bílou kávou a 2 respondenti (3 %) nechtějí a nedostávají nic.

20. Otázka: Jaké potraviny Vám nosí příbuzní?

Tabulka č. 22: Jaké potraviny nosí příbuzní

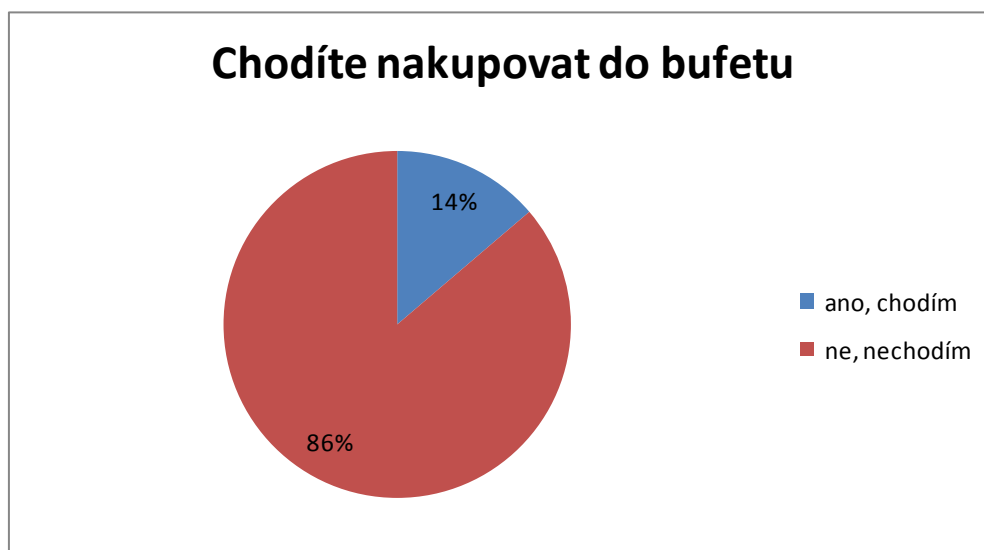
	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Ovoce a minerální vody	38	40
Ovoce, minerální vody a cukrovinky	16	23
Ovoce	14	20
Minerální vody	5	7
Pečivo, ovoce a minerální vody	5	7
Nic	2	3

Na otázku jaké potraviny Vám nosí příbuzní, odpovědělo nejvíce 38 respondentů (40 %) ovoce a minerální vody, 16 respondentům (23 %) nosí ovoce, minerální vody a cukrovinky, 14 respondentům (20 %) nosí příbuzní pouze ovoce, 5 respondentům (7 %) nosí minerální vody, 5 respondentům (7 %) nosí pečivo, ovoce a minerální vody a pouze 2 respondentům (3 %) nenesí příbuzní nic, protože si to respondenti nepřejí.

21. Otázka: Chodíte nakupovat do bufetu?

Tabulka č. 23: Chodíte nakupovat do bufetu

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Ano, chodím	11	14
Ne, nechodím	69	86



Graf č. 21: Chodíte nakupovat do bufetu

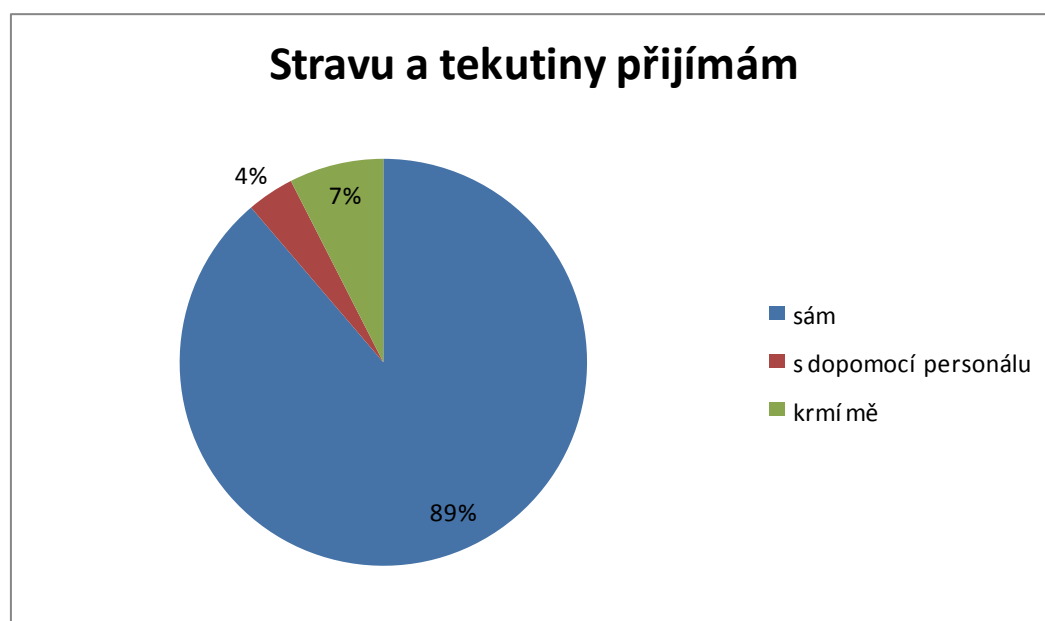
Na otázku chodíte nakupovat do bufetu, odpověděla většina respondentů 69 (86 %) nechodím nakupovat a zbylých 11 respondentů (14 %) nakupovat chodí.

Na podotázku proč chodím nakupovat do bufetu, odpovědělo 8 respondentů (10 %) mám na něco chuť, 2 respondenti (3 %) mají pořád hlad a 1 respondent (1 %) nakupuje tekutiny (minerální vody).

22. Otázka: Stravu a tekutiny přijímám?

Tabulka č. 24: Stravu a tekutiny přijímám

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Sám	71	89
S dopomocí personálu	3	4
Krmí mě	6	7



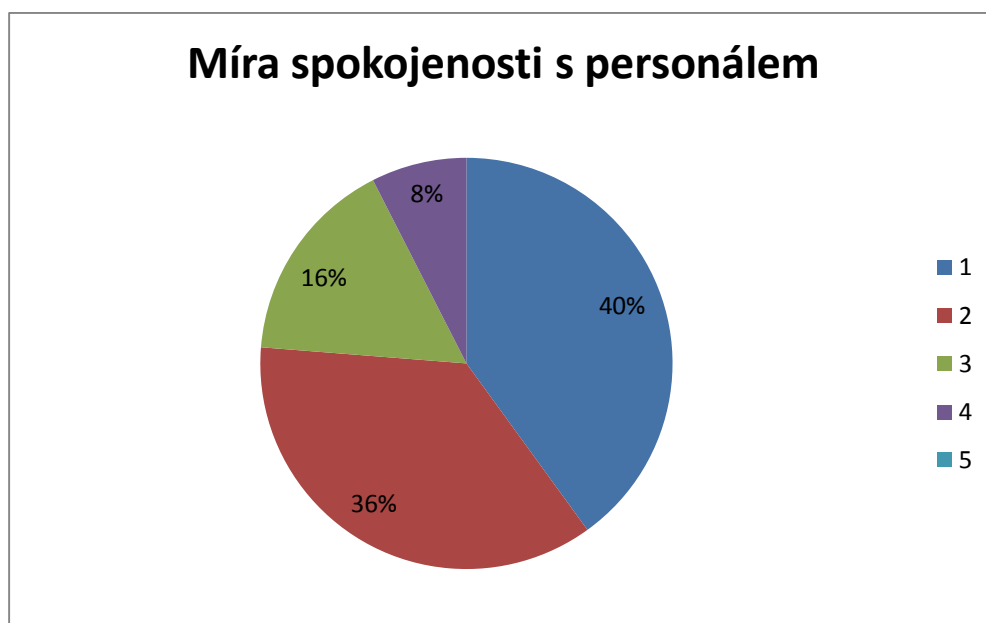
Graf č. 22: Stravu a tekutiny přijímám

Z celkového počtu 80 respondentů (100 %), přijímá 71 respondentů (89 %) stravu a tekutiny samo, 3 respondenti (4 %) přijímají stravu a tekutiny s dopomocí personálu a 6 respondentů (7 %) musí být krmeno, protože se sami nedokážou najíst.

23. Otázka: Vyjádřete spokojenost s přístupem personálu v oblasti stravování.

Tabulka č. 25: Míra spokojenosti s personálem

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
1	32	40
2	29	36
3	13	16
4	6	8
5	0	0

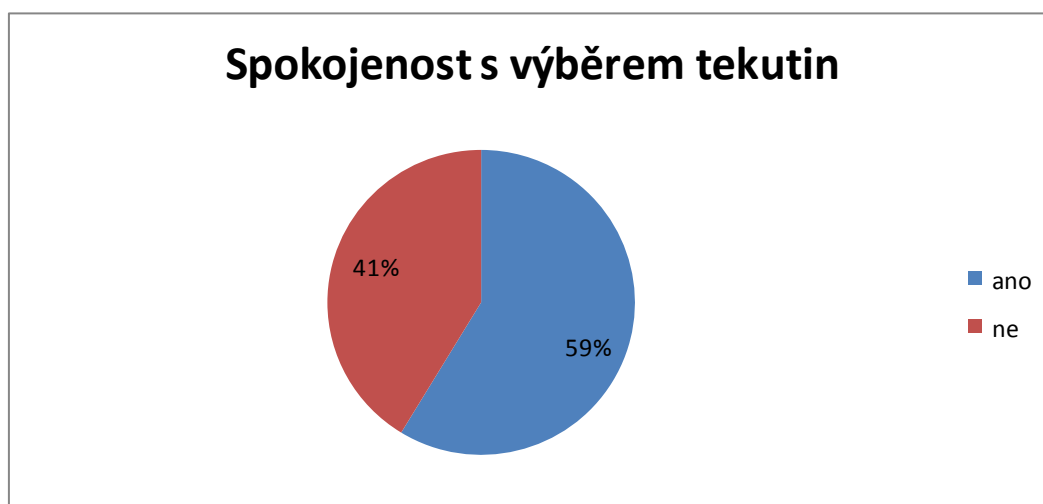


Graf č. 23: Míra spokojenosti s personálem

Míru spokojenosti s personálem na stupnici od 1 do 5, kdy 1 je maximální spokojenost a 5 je nespokojenost, zakroužkovali následovně. Znamku č. 1 dalo 32 respondentů (40 %), znamku č. 2 dalo 29 respondentů (36 %), znamku č. 3 dalo 13 respondentů (16 %), znamku č. 4 dalo 6 respondentů (8 %) a znamku č. 5 nedal žádný respondent.

24. Otázka: Jste spokojen (a) s výběrem tekutin v nemocnici?*Tabulka č. 26: Spokojenost s výběrem tekutin*

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Ano	47	59
Ne	33	41

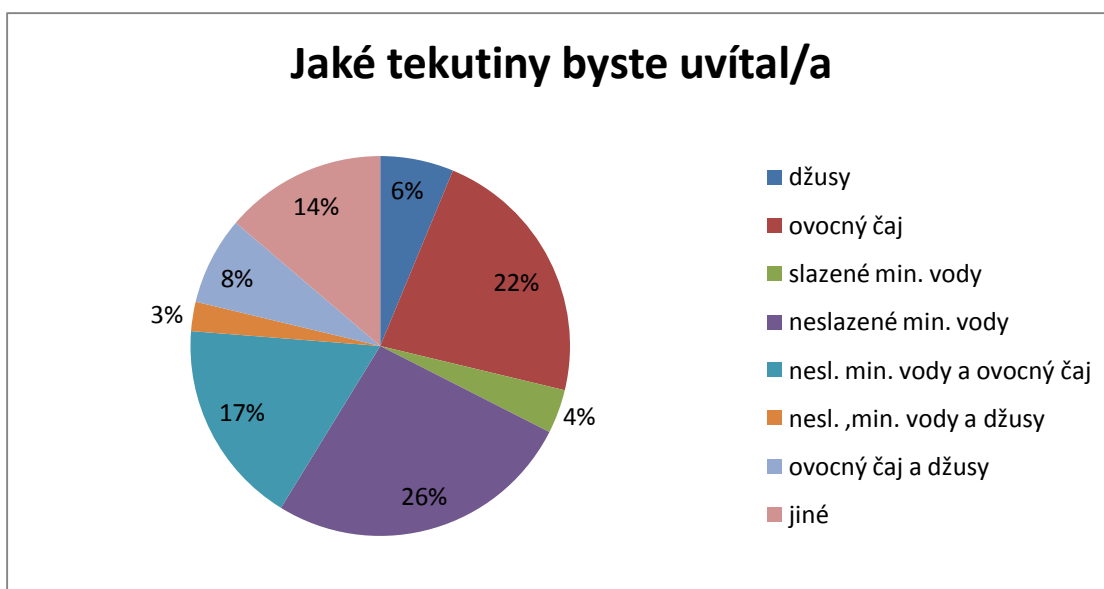
*Graf č. 24: Spokojenost s výběrem tekutin*

S výběrem tekutin v nemocnici je spokojeno 47 respondentů (59 %) a 33 respondentů (41 %) je nespokojeno.

25. Otázka: Jaké tekutiny byste v nemocnici uvítal (a)?

Tabulka č. 27: Jaké tekutiny byste uvítal/a

	Absolutní hodnota	Relativní hodnota (%)
Džusy	5	6
Ovocné čaje	18	22
Slazené minerální vody	3	4
Neslazené minerální vody	21	26
Neslazené minerální vody a ovocný čaj	14	17
Neslazené minerální vody a džusy	2	3
Ovocný čaj a džusy	6	8
Jiné	11	14



Graf č. 25: Jaké tekutiny byste uvítal/a

Na otázku jaké tekutiny byste v nemocnici uvítal/a odpovědělo 18 respondentů (22 %) ovocné čaje, 21 respondentů (26 %) neslazené minerální vody, 14 respondentů (17 %) neslazené minerální vody a ovocný čaj, 11 respondentů (14 %) odpovědělo jiné – černá káva odpovědělo 9 respondentů, vodu z vodovodu 1 respondent a nealkoholické pivo 1 respondent. Nejméně 2 respondenti (3 %) odpověděli neslazené minerální vody a džusy.

26. Otázka: Využíváte nějaké kompenzační pomůcky k usnadnění příjmu potravy a tekutin?

Tabulka č. 28: Využíváte kompenzační pomůcky

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Ano	26	32
Ne	54	68



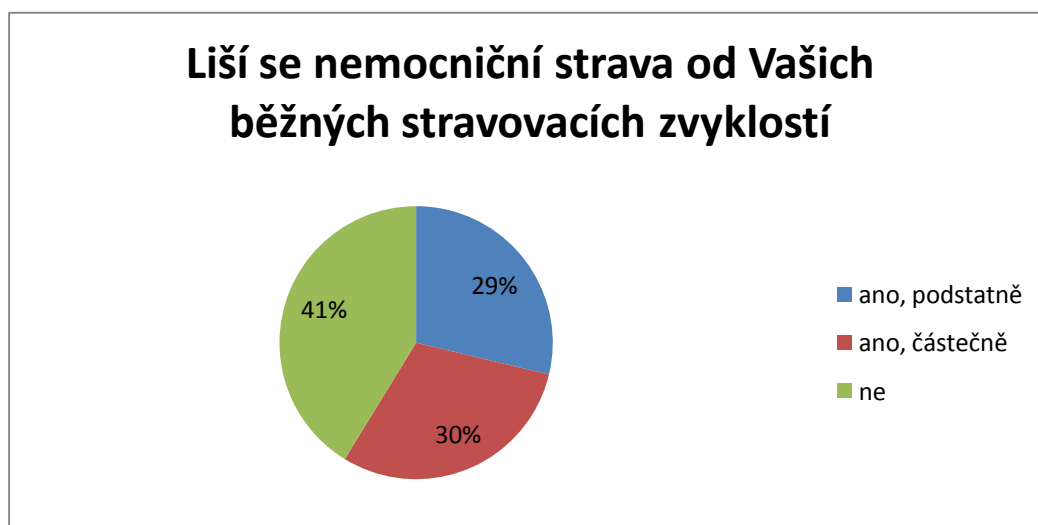
Graf č. 26: Využíváte kompenzační pomůcky

Z celkového počtu 80 respondentů (100 %) využívá 26 respondentů (32 %) kompenzační pomůcky k usnadnění příjmu potravy a tekutin jako např. brčko, které využívá 10 respondentů, láhev s násoskou využívá 14 respondentů a brčko i láhev s násoskou využívají 2 respondenti. Zbýlých 54 respondentů (68 %) žádné kompenzační pomůcky nevyužívá.

27. Otázka: Liší se nemocniční stravování od Vašich běžných stravovacích zvyklostí?

Tabulka č. 29: Liší se nemocniční stravování od běžných stravovacích zvyklostí

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Ano, podstatně	23	29
Ano, částečně	24	30
Ne	33	41



Graf č. 27: Liší se nemocniční stravování od běžných stravovacích zvyklostí

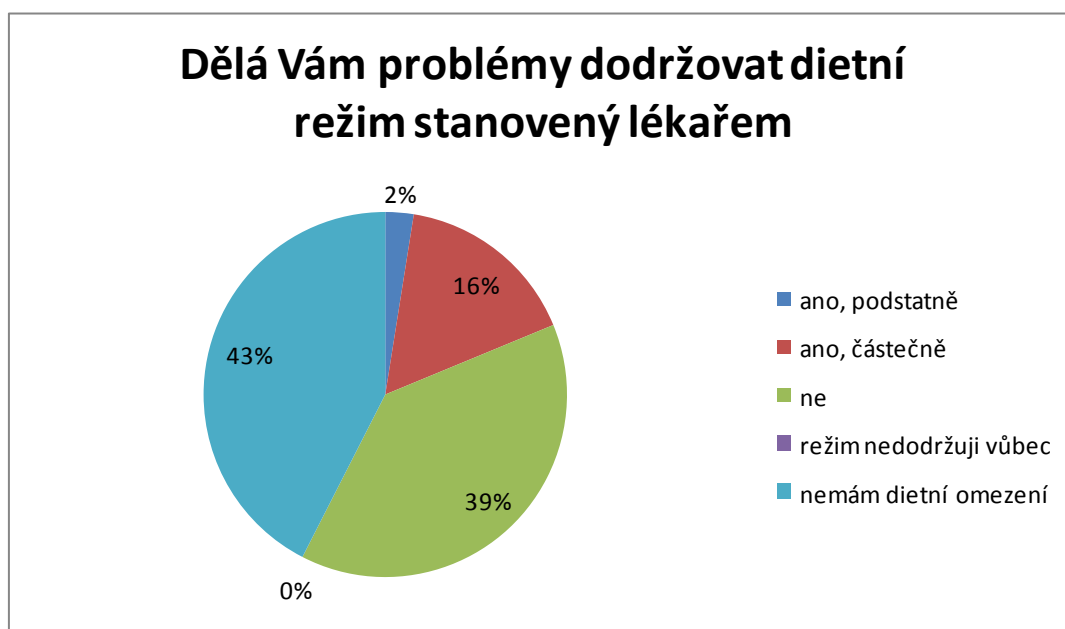
Na otázku, zda se liší nemocniční stravování od Vašich běžných stravovacích zvyklostí, odpovědělo 23 respondentů (29 %) ano, podstatně, 24 respondentů (30 %) ano, částečně a 33 respondentů (41 %) ne, neliší.

Na podotázku pokud jste odpověděl/a ano, podstatně či ano, částečně, napište, v čem se liší nemocniční stravování od běžných stravovacích zvyklostí, odpovědělo 15 respondentů (32 %) liší se v chuti a výběru, 11 respondentů (24 %) v chuti, 11 respondentů (23 %) v době a výběru, 6 respondentů (13 %) ve všem, 2 respondenti (4 %) v době a chuti, 1 respondent (2 %) v množství a 1 respondent (2 %) v době.

28. Otázka: Dělá Vám problémy dodržovat dietní režim stanovený lékařem?

Tabulka č. 30: Problémy dodržovat dietní režim stanovený lékařem

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Ano, podstatně	2	2
Ano, částečně	13	16
Ne	31	39
Režim nedodržuji vůbec	0	0
Nemám žádné dietní omezení	34	43



Graf č. 28: Problémy dodržovat dietní režim stanovený lékařem

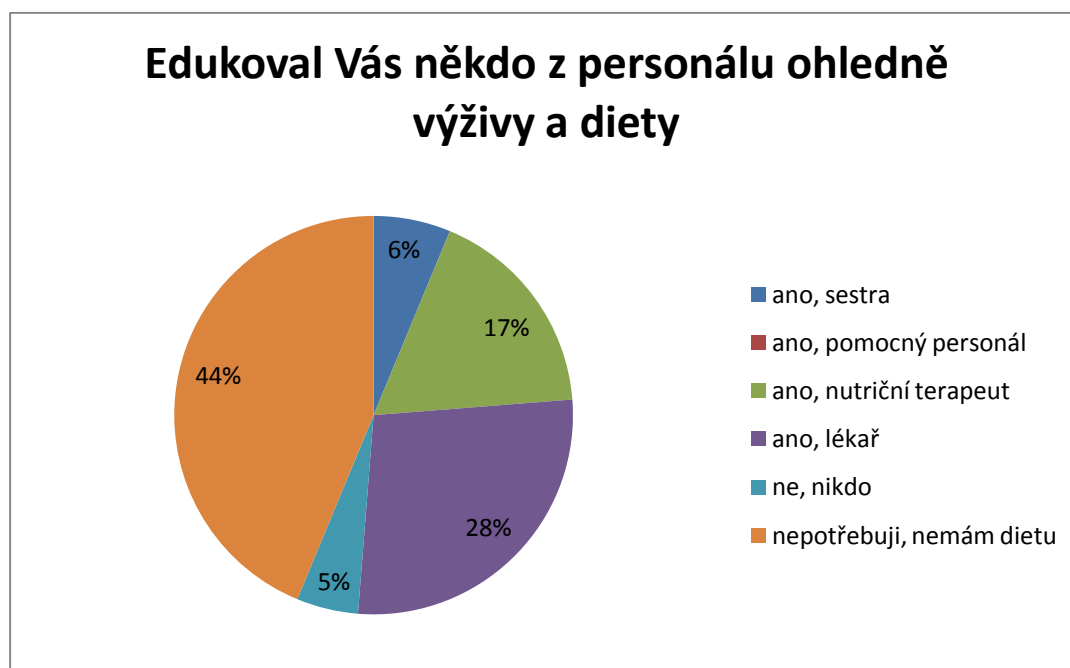
Na otázku dělá Vám problémy dodržovat dietní systém stanovený lékařem, odpověděli 2 respondenti (2 %) ano, podstatně, 13 respondentů (16 %) ano, částečně, 31 respondentů (39 %) ne, 0 respondentů (0 %) režim nedodržuji vůbec a 34 respondentů (43 %) nemá žádné dietní omezení.

Na podotázky co Vám dělá nejvíce problémy jíst, odpovědělo 6 respondentů špenát, 5 respondentů masné a tučné, 2 respondenti hovězí maso a po 1 respondentu polévky a zeleninu. Co Vám dělá nejvíce problémy nejíst, odpovědělo 12 respondentů sladkosti, 2 respondenti odpověděli některá jídla a 1 respondent odpověděl maso.

29. Otázka: Edukoval Vás někdo z personálu ohledně výživy a diety?

Tabulka č. 31: Edukoval Vás někdo ohledně výživy a diety

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Ano, sestra	5	6
Ano, pomocný personál	0	0
Ano, nutriční terapeut	14	17
Ano, lékař	22	28
Ne, nikdo mě needukoval	4	5
Nepotřebuji edukaci, nemám dietu	35	44



Graf č. 29: Edukoval Vás někdo ohledně výživy a diety

Na otázku edukoval Vás někdo z personálu ohledně výživy a diety, 5 respondentů (6 %) edukovala sestra, 0 respondentů (0%) pomocný personál, 14 respondentů (17 %) nutriční terapeut, 22 respondentů (28 %) lékař, 4 respondenty (5 %) nikdo needukoval a 35 respondentů (44 %) edukaci nepotřebují, protože nemají žádné dietní omezení.

30. Otázka: Máte nějaké připomínky:*a) Ke snídani**Tabulka č. 32: Připomínky ke snídani*

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Žádné	45	56
Chybí koláče	10	12
Doba	10	12
Chybí čerstvý chléb	4	5
Jednotvárnost	3	4
Málo másla	3	4
Chybí černá káva	2	3
Výběr	2	3
Chybí tmavé pečivo	1	1

Ke snídani měli respondenti pár připomínek. Více jak polovina 45 respondentů (56 %) odpovědělo žádné, 10 respondentům (10 %) chybí koláče, 10 respondentům (12 %) nevyhovuje doba podávání, 4 respondentům (5 %) chybí čerstvý chléb, 3 respondentům (4 %) vadí jednotvárnost, 3 respondentům (4 %) nevyhovuje množství másla, 2 respondentům (2 %) chybí černá káva, 2 respondentům (2 %) vadí výběr a 1 respondentu (1 %) chybí tmavé pečivo.

*b) K obědu**Tabulka č. 33: Připomínky k obědu*

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Žádné	44	55
Chybí saláty a kompoty	11	14
Chybí saláty	9	11
Chuť	5	6
Chuť a výběr	5	6
Výběr	4	5
Jednotvárnost	2	3

Větší polovina respondentů 44 (55 %) nemá žádné připomínky v obědu. 11 respondentům (14 %) chybí k obědu saláty a kompoty, 9 respondentům (11 %) chybí jen saláty, 5 respondentům (6 %) vadí chuť obědů, 5 respondentům (6 %) vadí chuť i výběr obědů, 4 respondentům (5 %) vadí pouze výběr a 2 respondentům (3 %) vadí jednotvárnost obědů.

c) K večeři

Tabulka č. 34: Připomínky k večeři

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Žádné	35	44
Jednotvárnost	23	29
Doba	11	14
Jednotvárnost a doba	6	7
Výběr	4	5
Doba a chuť	1	1

Žádné připomínky k večeři napsalo 35 respondentů (44 %), 23 respondentům (29 %) vadí jednotvárnost večeře, 11 respondentům (14 %) vadí brzká doba podávání, 6 respondentům (7 %) vadí jednotvárnost a doba, 4 respondentům (5 %) nevyhovuje výběr večeří a 1 respondentu (1 %) nevyhovuje doba a chuť podávaných večeří.

7 DISKUZE

Má bakalářská práce se zabývá stravováním geriatrických pacientů v nemocnici. Cílem bylo zjistit, jestli je nemocniční strava přizpůsobená potřebám geriatrického pacienta a míru spokojenosti geriatrických pacientů s nemocniční stravou a personálem. Celkem bylo rozdáno 80 dotazníků geriatrickým pacientům na interních a geriatrických odděleních v krajské nemocnici Tomáše Bati ve Zlíně.

Z mých zkušeností, které jsem měla možnost načerpat z praxe již na střední škole, mohu konstatovat, že přístup personálu ke každému jedinci je nejdůležitější. Zanedbaná strava, péče a neochota může zhoršit zdravotní, psychický a duševní stav pacienta, a navíc snižuje komfort v nemocnici. Bohužel mám zkušenosti i s laxním přístupem sester a nadřazeným přístupem lékařů, se kterým se setkávám stále častěji. Ač chceme nebo nechceme, realitu nezměníme, pokud personál i sám pacient nebudou chtít spolupracovat.

Dotazníkového šetření se zúčastnilo 48 žen (60 %) a 32 mužů (40 %) ve věku od 65 let. V největším zastoupení byli pacienti ve věku 75 – 79 let, a to 30 %. Ve věku 70 – 74 let pak 24 %, ve věku 80 – 84 let 16 %, ve věku 65 – 69 let 15 %, ve věku 85 – 89 let 11 % a nejméně zastoupenou věkovou skupinou nad 90 let byli 4 % pacientů.

Nejvíce respondentů (43 %) mělo dietu č. 3, 21 % respondentů mělo dietu č. 9, třetí byla dieta č. 9S s 11 % a v těsném zastoupení byla dieta č. 9P s 10 %. Dietu č. 15 H měla 5 % pacientů, 4 % měla dieta č. 2 a dieta č. 4. Nejméně respondentů (1 %) mělo dietu č. 4S a dietu č. 5.

Celkový počet 80 respondentů (100 %) bylo pacienty geriatrických a interních oddělení. Z interních oddělení jsem spolupracovala s 58 % respondenty a z geriatrických oddělení jsem se 42 % respondenty.

Největší procento respondentů (31 %) bylo hospitalizováno 1 týden. Nejmenší procento respondentů (1 %) bylo hospitalizováno 4 týdny, 6 týdnů a 7 týdnů.

Spokojeno se stravou bylo v nemocnici 76 % pacientů. V součtu je nejvíce spokojených pacientů se vším. Nespokojeno je 24 % hospitalizovaných. V součtu je jich nejvíce nespokojených s chutí.

Spokojenost se stravou oznámkovalo 35 % pacientů jedničkou, dále 30 % respondentů dvojkou, 14 % dotazovaných označilo spokojenost se stravou trojkou, 12 % pacientů čtverkou a pětku dalo 9 % respondentů.

Jelikož výzkum probíhal na odděleních, která jsou celkem daleko od centrální kuchyně a musí se tedy rozvážet, na otázku „jestli je strava při podávání dostatečně teplá“ odpovědělo 69 % pacientů, že je teplá vždy. Že je strava dostatečně teplá někdy, odpovědělo 29 % pacientů. Pouze 2 % pacientů napsalo, že je strava vždy studená, což mě velmi překvapilo, protože tablety (uzavřené boxy na stravu) jsou schopny výborně udržet teplotu jídla.

I přes to, že se strava z kuchyně rozváží v boxech auty po nerovných cestách, odpovědělo 64 % pacientů, že jim vzhled stravy vyhovuje a 33 % pacientů, že jim vzhled stravy vyhovuje jen někdy. Pouhým 3 % pacientům vzhled stravy nevyhovuje vůbec.

Množství podané stravy vyhovuje 95 % pacientům. Množství stravy vůbec nevyhovuje 5 % pacientům.

Z daných možností hodnocení kvality stravy vybralo 31 % pacientů, že je dobře vzhledově upravená, 45 % pacientů, že je strava dobře ochucená a okořeněná, 9 % respondentů hodnotí stravu jako málo teplou a vzhledově neupravenou a 15 % pacientům strava nechutná.

Díky otázce „co Vám nejvíce v nemocnici chutná“ jsem zjistila následující: polévky chutnají 32 % pacientům, 15 % pacientům chutná bílá káva, 10 % chutnají obědy, 9 % pacientů napsalo, že si nevybírám a sním všechno. Pouze 2 % pacientů chutná jen čaj a ovoce.

Většina dotazovaných pacientů (49 %) se stravuje na lůžku (vsedě, nebo v polosedě). Dalších 30 % pacientů se stravuje na pokoji u stolu a zbylých 21 % dotazovaných pacientů se chodí stravovat na jídelnu.

Dostatek času na jídlo má vždy 88 % pacientů. Dostatek klidu při konzumaci jídla má vždy 84 % respondentů. Je možné si povšimnout toho, že se našli i takoví pacienti, kteří při jídle nemají ani čas, ani klid. Tento fakt by mohl mít souvislost s tím, že 11 % pacientů je po konzumaci jídla hladových a dokonce 4 % má hlad pořád. V budoucnosti by tedy bylo důležité více vnímat fyzický stav pacienta. Částečně soběstačný totiž logicky potřebuje na jídlo více času. Z mých zkušeností mohu říct, že např. 20 minut jim zkrátka vždy nestačí.

Z celkového počtu 100 % dotazovaných má 51 % možnost umýt si ruce před a po jídle u umyvadla, 29 % pacientům musí pomoci personál (umyje jim ruce, podá ručník k osobní

hygieně). Zarážejících 20 % respondentů si podle výsledků v dotazníku nemá možnost umýt ruce vůbec.

Celou porci na snídani sní 65 % respondentů. Na oběd sní celou porci 38 % dotazovaných. Celou večeři sní 60 % respondent.

Nejčastější odpovědí na otázku „co dostáváte k odpolední svačině“ odpovědělo 27 % respondentů chléb s podmáslem, nebo to, co jim přinesou příbuzní. Nejméně pacientů (3 %) odpovědělo veku s bílou kávou a 3 % nedostávají nic, protože svačinu nechtějí.

Nejčastější odpovědí na otázku „ jaké potraviny Vám nosí příbuzní“ odpovědělo 40 % pacientů ovoce a neslazené minerální vody. Dalšími potravinami bylo ovoce, minerální vody a cukrovinky. Dostatek jídla mají 3 % respondentů, a proto od svých příbuzných nic nepotřebují.

Na otázku zda respondenti chodí nakupovat do bufetu, odpovědělo 11 respondentů, protože mají na něco chuť, mají pořád hlad, nebo nakupují tekutiny. Zbylí pacienti do bufetu nakupovat nechodí.

Stravu a tekutiny nejčastěji přijímají respondenti sami (89 %), dále 4 % pacientů přijímají stravu a tekutiny s dopomocí personálu a 7 % respondentů musí personál krmit.

Spokojenost s personálem při podávání stravy a tekutin, nejčastěji ohodnotilo 40 % respondentů jedničkou, 36 % pacientů dalo dvojku, trojkou zhodnotilo spokojenost s personálem 16 % respondentů, čtverku dalo 8 % pacientů a žádný respondent neodpověděl pětikou.

S výběrem tekutin v nemocnici je spokojeno 59 % respondentů a nespokojeno 41 % pacientů. Nejpočetnější tekutinu, kterou by si pacienti přáli, je neslazená minerální voda, dále ovocné čaje, džusy, slazené minerální vody a jiné např. černá káva, voda z vodovodu a nealkoholické pivo.

Kompenzační pomůcky k usnadnění příjmu potravy a tekutin nepoužívá většina (68 %) respondentů. Zbylí používají brčko, láhev s násoskou nebo obojí.

Většina respondentů 41 % odpovědělo, že se nemocniční stravování od běžných stravovacích zvyklostí nijak neliší. Liší se u 59 % ve výběru, chuti, době a množství.

Problém dodržovat dietní režim má 18 % dotazovaných, protože nemají rádi některé potraviny, nebo naopak neodolají chuti zakázaných potravin. Žádné problémy s dodržováním dietního režimu nemá 39 % pacientů a žádné dietní omezení (dieta č. 3)

uvedlo 43 % z dotazovaných. Protože mají normální, racionální stravu, nepotřebují žádné vysvětlení dodržování diety.

Dietu a dietní režim pacientům nejčastěji vysvětlil lékař, nutriční terapeut, sestra a pouhým 5 % respondentům nikdo jejich dietu nevysvětlil.

Připomínky ke snídani nemá 56 % respondentů. Ostatní mají připomínky ohledně doby, výběru, jednotvárnosti, nedostatku másla, koláčů, čerstvého chleba a černé kávy. Připomínky k obědu nemá 55 % respondentů. Zbytek mělo výhrady ohledně chuti, výběru, jednotvárnosti, nedostatku salátů a kompotů. Téměř 60 % respondentů má připomínky ohledně jednotvárnosti, doby, chuti a výběru večeře.

DOPORUČENÍ PRO PRAXI

Do praxe bych chtěla zavést individuálnější přístup personálu k pacientům. Personál se málo o pacienty zajímá, sestry se nedostatečně pacientů ptají, jestli jsou spokojeni a jestli jim strava chutná. Sestry nemají přehled o tom, kolik toho pacienti snědli, protože právě krmí nebo plní ordinace lékařů po vizitě.

Dále bych doporučila, aby se s obědy či stravou zacházelo lépe. Rozlité obědy v tabletových systémech, kvůli nerovným cestám a spěchu a nedostatku zaměstnanců, kteří mají na starost rozvoz obědů, nevypadají vůbec dobře. Kvůli časové náročnosti bych rozvážela obědy na oddělení, které jsou dále od centrální kuchyně. Na oddělení blíže k centrální kuchyni by se obědy nemusely rozvážet v nákladních autech.

Dále bych doporučila větší výběr nabízených jídel pro pacienty s dietou č. 3. Stačil by výběr ze dvou jídel. Pacientům s dietou č. 9, 9S a 9P bych dala více ovoce a přidala ještě druhou večeři.

Jelikož se pacienti budí kolem 5. hodiny ráno, posunula bych snídani mezi 7. hodinou a 7:30, potom bych podávala svačiny kolem 10. hodiny, obědy mezi 12:00 - 12:30, odpolední svačiny bych rozdávala mezi 15:00 - 15:30. Večeře se rozdávají na některých odděleních už před 17. hodinou, jen aby personál stihl rozdat, pokrmit, sklidit a umýt nádobí než bude konec směny. Do snídane je tím pádem strašně dlouhá doba. Večeři bych posunula až na 17:30 – 18:00 a pacientům, kteří nemají hlad, nebo večeři později, bych večeři nechala na pokoji.

Ke snídani bych navrhovala podávat častěji koláče nebo vánočku s možností výběru mezi bílou a černou kávou, změnila bych dobu podávání na 7. hodinou a 7:30. Dále bych navýšila porce podávaného másla a nahradila bílé pečivo tmavým. K obědu bych podávala určitě kompoty a saláty, obměnila bych jídelníček, změnila bych dobu podávání mezi 12:00 a 12:30 a určitě bych doporučila výběr nejméně ze dvou jídel aspoň pro dietu č. 3 a č. 9. Vždy den dopředu by si každý napsal, co by chtěl k obědu na druhý den. U večeře bych změnila dobu podávání mezi 17:30 a 18:00, zvýšila bych výběr nabízených večeří nebo alespoň pečiva a obměnila bych jídelníček kvůli jednotvárnosti. Studené večeře jsou přijatelné, ale neškodila by minimálně jednou týdně teplá večeře.

8 ZÁVĚR

Téma mé bakalářské práce „stravování geriatrických pacientů v nemocnici“ jsem si vybrala pro špatný všeobecný názor na stravování a výskyt velkého množství podvyživených pacientů, negativní názory a nespokojenost s nemocniční stravou. Výzkum probíhal od 1. března do 10. dubna 2012 v krajské nemocnici Tomáše Bati ve Zlíně na interních a geriatrických odděleních. Rozdala jsem 80 dotazníků a návratnost byla 100 %. Do výzkumu se zapojili muži i ženy ve věku od 65 let bez ohledu na soběstačnost a délku hospitalizace.

Hlavními cíly mé práce bylo zjistit, jestli je nemocniční strava přizpůsobována potřebám geriatrického pacienta a zjistit míru spokojenosti s nemocniční stravou a personálem. Oba cíle byly splněny.

Z provedeného výzkumu se dá konstatovat, že strava v nemocnicích u zájmové skupiny pacientů vyhovuje. Ve většině případů respondenti odpověděli kladně, samozřejmě se našli i takoví, kterým kvalita ani kvantita stravy nevyhovovala. Každý nás z nás je však jinak náročný a má jiné potřeby a přístup. Proto je třeba se důkladněji věnovat pacientům a snažit se jim naslouchat.

S postupem věku, kdy člověk stárne, se nároky na potřebu pomoci od druhých zvyšuje, a proto je také v nemocnicích nezbytná kvalitní péče. Po osobních rozhovorech s pacienty při vyplňování dotazníků, by však uvítali lepší přístup při podávání stravy. Zmiňovali o spěchu sester a kvalitě služeb v negativním slova smyslu. Z dosavadních výsledků vyplynulo, že se mezi pacienty vyskytují tzv. tři skupiny spokojenosti. První skupinou jsou pacienti plně spokojení. Druhou skupinu tvoří pacienti, kteří spokojeni nejsou ani se stravou, ani s přístupem personálu. Poslední skupinu bych charakterizovala jako pacienty, kteří kvalitu a spokojenost nehodnotí ani kladně a ani záporně. Z toho plyne, že jejich míra spokojenosti se stravou a personálem je průměrná.

Na bakalářské práci se mi pracovalo velmi dobře. V teoretické části bylo nejtěžší získat co nejvíce literatury. V praktické části bylo nejtěžší vypravovat otázky v dotazníku tak, aby je senioři a geriatři pacienti pochopili a dokázali vyplnit. Všichni byli velmi vstřícní a ochotní. Tomuto tématu bych se chtěla věnovat i v dalším studiu, protože strava v nemocnici je v dnešní době nejvíce zanedbávanou. Pro pacienty je důležitý pří-

stup personálu, duševní a psychická kondice pacienta, která má velmi významnou roli v uzdravování a v délce hospitalizace, ale i pestrá strava.

Dalším návrhem doporučení po praxi je pomoc pacientům, kteří jsou upoutáni na lůžko a nemohou si zajít něco koupit do bufetu. Doporučila bych nějakého kurýra nebo pracovníka bufetu, aby s vozíkem jezdil po odděleních a prodával potraviny a tekutiny hlavně pacientům upoutaných na lůžko, kteří si do bufetu nezajdou.

9 SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

KNIHY A JINÉ MONOGRAFIE:

- BEŇO, IGOR. 2008. *Náuka o výživě: Fyziologická a léčebná výživa*. Martin: Osveta SR. 3.vyd.ISBN: 978-80-8063-294-6.
- BERÁNEK, JAROMÍR. 2007. *Dietní stravování – Jednotný dietní systém*. Praha: MAG Consulting. ISBN 978-80-86724-32-4.
- GROFOVÁ, ZUZANA. 2007. *Nutriční podpora: Praktický rádce pro sestry*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-1868-2.
- KALVACH, ZDENĚK., ZDENĚK ZADÁK, ROMAN JIRÁK, HELENA ZAVADILOVÁ a PETR SUCHARDA et al. 2004. *Geriatric a gerontologie*. Praha: Grada Publishing. ISBN 80-247-0548-6.
- KOHOUT, PAVEL et al. 2010. *Potraviný – součást zdravého životního stylu*. Olomouc: Solen s.r.o. ISBN 978-80-87327-39-5.
- KŘEMEN, JAROMÍR, EVA KOTRLÍKOVÁ a ŠTĚPÁN SVAČINA. 2009. *Enterální a parenterální výživa*. Praha: Mladá Fronta. ISBN 978-80-204-2070-1.
- KUNOVÁ, VÁCLAVA. 2004. *Zdravá výživa*. Praha: Grada Publishing. ISBN 80-247-0736-5.
- MAUK, KRISTEN, L. 2006. *Gerontological nursing: Competencies for care*. Sudbury, Mass: Jones and Bartlett Publishers. Sekond edition. ISBN 0-7637-2843-8.
- STARNOVSKÁ, TAMARA, 2007. *Výživa hospitalizovaných pacientů/klientů*. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-596-3.
- SVAČINA, ŠTĚPÁN. 2008. *Klinická dietologie*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-2256-6.
- SVAČINA, ŠTĚPÁN et al. 2010. *Poruchy metabolismu a výživy*. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-676-2.
- ŠAFRÁNKOVÁ, ALENA, MARIE NEJEDLÁ. 2006. *Interní ošetřovatelství II*. Praha: Grada Publishing. ISBN 80-247-1777-8.
- TUREK, BOHUMIL, JANA DOSTÁLOVÁ. 1996. *Výživa ve stáří*. Praha: ÚZPI. ISBN 80-85120-54-2.

URBÁNKOVÁ, PAVLA, LIBOR URBÁNEK, JAROSLAVA MARKOVÁ. 2010. *Klinická výživa v současné praxi*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. 2. Vyd. ISBN 978-80-7013-525-9.

VENGLÁŘOVÁ, MARTINA, PhDr. 2007. *Problematické situace v péči o seniory – příručka pro zdravotnické a sociální pracovníky*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-2170-5.

OSTATNÍ LITERATURA:

GRYGÁRKOVÁ, SIMONA, *Minerální látky* [online]. 05.06.2006 [cit.2012-02-01] Dostupné z: <http://www.celostnimediceina.cz/mineralni-latky-jejich-zdroje-a-vyznam-pro-organismus.htm>

KALVACH, ZDENĚK, *Geriatrický pacient* [online]. 22.12.2005 [cit. 2012-02-02] Dostupné z: www.edukafarm.cz/clanek.php

MALÁ, EVA, IRENA KRČMOVÁ, EVA BUREŠOVÁ a BOŽENA JURÁŠKOVÁ. *Výživa ve stáří*. Solen Medical Education: Interní medicína pro praxi [online] 2011; 13(3): 111–116 [cit.2012-03-29] ISSN 1212-7299; 1803-5256 (elektronická verze) Dostupné z: <http://www.internimediceina.cz/pdfs/int/2011/03/04.pdf>

McPATE, JACKIE. 2002. *Nutrition Guidelines for Older People: Good practice guidelines for care of older people in Tayside*. Perth and Kinross: Health for all. Tayside NHS Board, Directorate of Public Health. Specialist Health Promotion Service. [2012-04-14] Dostupné z: <http://www.thpc.scot.nhs.uk/wordfiles/OlderPeople.pdf>

NESTLÉ HEALTH SCIENCE. 2012. Nestlé HealthCare Nutrition in the UK: *Malnutrition in the elderly*. [online] [cit 2012-04-14]. Dostupné z: http://www.nestlehealthscience.co.uk/healthcare/gb/health_concerns/elderly_malnutrition/Pages/memalnutrition.aspx

TEPLAN, VLADIMÍR. *Poruchy funkce ledvin a metabolismu ve stáří*. ZDN.cz.: Zdravotnické noviny [online]. 15.06.2004 [cit.2012-02-04]. Dostupné z: <http://www.zdn.cz/clanek/postgradualni-medicina-priloha/poruchy-funkce-ledvin-a-metabolismu-ve-stari-161501>

THE CAROLINE WALKER TRUST. 2004. *Eating well for older people: Practical and nutritional guidelines for food in residential and nursing homes and for community meals*. London: Wordworks. Second edition. ISBN 1 897820 18 6.

TOPINKOVÁ, EVA. *Využití standardizovaných škál pro hodnocení stavu výživy u starších nemocných*. Česká geriatrická revue [online] 2003; 1(1): str. 6-11 [2012-03-1] ISSN 1214-0732; 1801-8661 (elektronická verze). Dostupné z:

http://www.geriatrickevue.cz/pdf/gr_03_01_01.pdf

VÍTEK, LIBOR. *Stopové prvky – fluor*. Sportvital.cz: vše, co potřebujete vědět o zdraví a sportu [online]. 01. 04. 2011 [cit. 2012-02-05]. Dostupné z:

<http://www.sportvital.cz/zdravi/vyziva-a-zdravi/stopove-prvky/stopove-prvky-fluor>

VÍTEK, LIBOR. *Stopové prvky – kobalt*. Sportvital.cz: vše, co potřebujete vědět o zdraví a sportu [online]. 01.04.2011 [cit. 2012-02-05]. Dostupné z:

<http://www.sportvital.cz/zdravi/vyziva-a-zdravi/stopove-prvky/stopove-prvky-kobalt>

10 SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

AK	aminokyselina
CŽK	Centrální žilní katétr
č.	číslo
doc.	docent
DDD	doporučená denní dávka
ECT	extracelulární tekutina
GIT	gastrointestinální trakt
IADL	instrumental Activities of Daily Living
ICT	intracelulární tekutina
INT	interní oddělení
Kol.	kolektiv
LDN	léčebna dlouhodobě nemocných
MNA	mini-Nutritional Assessment
MUDr.	doktor
např.	například
PEG	perkutánní endoskopická gastrostomie
PV	parenterální výživa
PŽK	periferní žilní katétr
Tj.	to je
Tzn.	to znamená
vit.	vitamín

11 SEZNAM GRAFŮ

<i>Graf č. 1: Pohlaví respondentů</i>	39
<i>Graf č. 2: Věk respondentů</i>	40
<i>Graf č. 3: Dieta respondentů</i>	41
<i>Graf č. 4: Hospitalizace na oddělení</i>	42
<i>Graf č. 5: Délka hospitalizace</i>	43
<i>Graf č. 6: Spokojenost se stravou</i>	44
<i>Graf č. 7: Míra spokojenosti se stravou</i>	45
<i>Graf č. 8: Teplota stravy</i>	46
<i>Graf č. 9: Vzhled - úprava na talíři</i>	47
<i>Graf č. 10: Množství podané stravy</i>	48
<i>Graf č. 11: Kvalita stravy</i>	49
<i>Graf č. 12: Co nejvíce chutná</i>	50
<i>Graf č. 13: Kde se stravujete</i>	52
<i>Graf č. 14: Dostatek času na jídlo</i>	53
<i>Graf č. 15: Dostatek klidu při konzumaci jídla</i>	54
<i>Graf č. 16: Možnost umýt si ruce</i>	55
<i>Graf č. 17: Hlad po nemocniční stravě</i>	56
<i>Graf č. 18: Kolik jídla sníte na snídani</i>	57
<i>Graf č. 19: Kolik jídla sníte na oběd</i>	58
<i>Graf č. 20: Kolik jídla sníte na večeři</i>	58
<i>Graf č. 21: Chodíte nakupovat do bufetu</i>	62
<i>Graf č. 22: Stravu a tekutiny přijímám</i>	63
<i>Graf č. 23: Míra spokojenosti s personálem</i>	64
<i>Graf č. 24: Spokojenost s výběrem tekutin</i>	65
<i>Graf č. 25: Jaké tekutiny byste uvítal/a</i>	66
<i>Graf č. 26: Využíváte kompenzační pomůcky</i>	67
<i>Graf č. 27: Liší se nemocniční stravování od běžných stravovacích zvyklostí</i>	68
<i>Graf č. 28: Problémy dodržovat dietní režim stanovený lékařem</i>	69
<i>Graf č. 29: Edukoval Vás někdo ohledně výživy a diety</i>	70

12 SEZNAM TABULEK

<i>Tabulka č. 1: Pohlaví respondentů</i>	39
<i>Tabulka č. 2: Věk respondentů</i>	40
<i>Tabulka č. 3: Dieta respondentů</i>	41
<i>Tabulka č. 4: Hospitalizace na oddělení</i>	42
<i>Tabulka č. 5 : Délka hospitalizace</i>	43
<i>Tabulka č. 6: Spokojenost se stravou</i>	44
<i>Tabulka č. 7: Míra spokojenosti se stravou</i>	45
<i>Tabulka č. 8: Teplota stravy</i>	46
<i>Tabulka č. 9: Vzhled - úprava na talíři</i>	47
<i>Tabulka č. 10: Množství podané stravy</i>	48
<i>Tabulka č. 11: Kvalita stravy</i>	49
<i>Tabulka č. 12: Co Vám nejvíce chutná</i>	50
<i>Tabulka č. 13: Kde se stravujete</i>	52
<i>Tabulka č. 14: Dostatek času na jídlo</i>	53
<i>Tabulka č. 15: Dostatek klidu při konzumaci jídla</i>	54
<i>Tabulka č. 16: Možnost umýt si ruce</i>	55
<i>Tabulka č. 17: Hlad po nemocniční stravě</i>	56
<i>Tabulka č. 18: Kolik jídla sníte na snídani</i>	57
<i>Tabulka č. 19: Kolik jídla sníte na oběd</i>	57
<i>Tabulka č. 20: Kolik jídla sníte na večeři</i>	58
<i>Tabulka č. 21: Odpolední svačina</i>	60
<i>Tabulka č. 22: Jaké potraviny nosí příbuzní</i>	61
<i>Tabulka č. 23: Chodíte nakupovat do bufetu</i>	62
<i>Tabulka č. 24: Stravu a tekutiny přijímám</i>	63
<i>Tabulka č. 25: Míra spokojenosti s personálem</i>	64
<i>Tabulka č. 26: Spokojenost s výběrem tekutin</i>	65
<i>Tabulka č. 27: Jaké tekutiny byste uvítal/a</i>	66
<i>Tabulka č. 28: Využíváte kompenzační pomůcky</i>	67
<i>Tabulka č. 29: Liší se nemocniční stravování od běžných stravovacích zvyklostí</i>	68
<i>Tabulka č. 30: Problémy dodržovat dietní režim stanovený lékařem</i>	69
<i>Tabulka č. 31: Edukoval Vás někdo ohledně výživy a diety</i>	70
<i>Tabulka č. 32: Připomínky ke snídani</i>	71

<i>Tabulka č. 33: Připomínky k obědu</i>	<i>71</i>
<i>Tabulka č. 34: Připomínky k večeři</i>	<i>72</i>

13 SEZNAM PŘÍLOH

PŘÍLOHA P I: Dietní systém

PŘÍLOHA P II: Škála pro hodnocení stavu výživy

PŘÍLOHA P III: Klasifikace obezity

PŘÍLOHA P IV: Žádost o umožnění dotazníkového šetření

PŘÍLOHA P V: Žádost o umožnění přístupu k informacím

PŘÍLOHA P VI: Dotazník

PŘÍLOHA P I: DIETNÍ SYSTÉM

Základní diety

číslo diety	název diety	energie kJ	nejčastější indikace
č. 0	tekutá	6 000	po operaci dutiny ústní, hrtanu, tonzilektomii, GIT
č. 1	kašovitá	9 500	při vředové chorobě gastroduodena, stenóza a karcinom jícnu
č. 2	šetřící	9 500	při onemocnění GIT, pankreatu, žlučníku, po infarktu myokardu, záněty tlustého střeva
č. 3	racionální	9 500	u pacientů bez dietních omezení
č. 4	s omezením tuků	9 500	u onemocnění jater, žlučníku a pankreatu
č. 5	bezezbytková	9 500	při průjemových onemocnění a zánětech střev
č. 6	nízkobílkovinná	9 500	u onemocnění ledvin
č. 8	redukční	5 300	při obezitě
č. 9	diabetická	7 400	u onemocnění diabetes mellitus
č. 9S	diabetická šetřící	7 400	u onemocnění diabetes mellitus s žaludkem a žlučníkem
č. 10	neslaná šetřící	9 500	u chorob srdce a cév, těhotenské gestóze, nefrotickém syndromu
č. 11	výživná	12 000	po infekčních onemocněních, plicní TBC, nádorech, ozařování
č. 12	batolecí	7 000	u dětí 1,5 - 3 roky
č. 13	větších dětí	9 500	u dětí 3 - 15 let
č. 14	výběrová	9 500	u pacientů v těžkých stavech, při nechutenství, náboženských a etnických důvodů

Speciální diety

číslo diety	název diety	energie kJ	nejčastější indikace
č. 0	čajová	---	-----
č. 1/S	tekutá výživná	9 500	po operacích dutiny ústní, tonzilektomii, při poruchách polykání
S20 - S35	s omezením bílkovin - neslaná	10 000 - 11 000	při onemocnění a selhávání ledvin
SP 1-4	pankreatická	5 000 - 6 000	po akutním záchvatu pankreatu
BLP	bezlepková	9 500	při celiakální sprue
I - IV IMC	pro koronární jednotky	2 500 - 8 400	pro koronární jednotky, při infarktu myokardu

PŘÍLOHA P II: ŠKÁLA PRO HODNOCENÍ STAVU VÝŽIVY (MNA = MINI NUTRITIONAL ASSESSMENT)

První část

Poslední 3 měsíce ztráta chuti k jídlu, obtíže GIT, problémy se žvýkáním a polykáním 0 = těžké poruchy 1 = mírné 2 = bez obtíží
Ztráta tělesné hmotnosti v posledním měsíci 0 = více než 3 kg 1 = neví 2 = v rozmezí 1-3 kg 3 = stabilní hmotnost
Pohyblivost 0 = upoután na lůžko 1 = pohyb v okolí lůžka, po místnosti 3 = vychází ven
Psychologický stres v posledních 3 měsících 0 = ano 2 = ne
Neuropsychické problémy 0 = těžká deprese a demence 1 = mírná demence 2 = žádné problémy
Index tělesné hmotnosti BMI 0 = BMI < 19 1 = BMI 19 – 21 2 = BMI 21 - 23 3 = BMI > 23 <div style="text-align: right; margin-right: 100px;">BMI = kg / m²</div>
Maximum = 14 bodů
Normální = 12 bodů
Riziko malnutrice = < 11 bodů

Druhá část

Žije v domácnosti 0 = ano 1 = ne
Užívá více než 3 léky denně 0 = ano 1 = ne
Dekubity 0 = ano 1 = ne
Počet hlavních jídel denně 0 = 1 jídlo 1 = 2 jídla 2 = 3 jídla
Příjem proteinů 1x a vícekrát denně mléčné výrobky ano ne 2x a vícekrát denně vejce a luštěniny ano ne Maso, ryby denně ano ne 0 = 0-1x ano 0,5 = 2x ano 1 = 3x ano
Ovoce a zelenina denně 0 = ano 1 = ne
Příjem tekutin 0 = méně než 3 šálky 0,5 = 3-5 šálků 1 = 5 a více šálků
Způsob příjmu potravy 0 = s dopomocí 1 = samostatně s obtížemi 2 = samostatně bez problémů
Vlastní hodnocení stavu výživy 0 = podvyživený 1 = nehodnotí 2 = nemá nutriční problémy
Hodnocení vlastního zdravotního stavu ve srovnání s vrstevníky 0 = nedobry 0,5 = neví 1 = stejně dobrý 2 = lepší
Střední obvod paže 0 = menší než 21 cm 0,5 = 21-22cm 1 = větší než 22cm
Obvod lýtka 0 = menší než 31cm 1 = 31 cm a více
Zhodnocení: maximálně 14 bodů
Celkové hodnocení z obou tabulek: max. 30 bodů
Hodnocení: 17-23,5 bodu = riziko malnutrice < 17 bodů = malnutrice

PŘÍLOHA P III: KLASIFIKACE OBEZITY

BMI

klasifikace	BMI (kg/m ²)
Normální	18,5 – 24,9
Nadváha	25,0 – 30,0
Obezita I.st.	30,1 – 35,0
Obezita II. St.	35,1 – 40,0
Obezita III.st.	40 a více

PŘÍLOHA P IV: ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ

 Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ

Obracíme se na Vás s žádostí o umožnění dotazníkového šetření na Vašem pracovišti, které bude níže uvedený student realizovat v rámci zpracování bakalářské práce, jejíž součástí je i výzkumná část. Jedná se o studenta 3. ročníku bakalářského studijního programu Ošetřovatelství, studijního oboru Všeobecná sestra.

Jméno a příjmení studenta	JANA TRAVLÍČKOVÁ
Téma bakalářské práce	STAVOVANÍ GERIATRICKÝCH PACIENTŮ V NEDOCENÍ
Skupina respondentů	GERIATRICKÍ PACIENTI
Pracoviště	AERONTOLOGICKÉ CENTRUM KLTB a.s. INTERNÍ ODD. KNTRB a.s.

Děkujeme za pochopení a spolupráci.

Ve Zlíně dne 25. 11. 20 11

UNIVERZITA TOMÁŠE BATI VE ZLÍNĚ
FAKULTA HUMANITNÍCH STUDIÍ
Ústav ošetřovatelství
760 01 ZLÍN

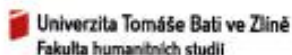
Mgr. Anna Krátká, Ph.D.
ředitelka Ústavu ošetřovatelství

Krajské nemocnice T. Bati, a. s.
Havlíčková náplavň 600
762 75 Zlín

razítko a podpis zástupce zařízení

Vyřizuje: Mgr. Dana Klimešová
tel: +420 577 008 137, e-mail: klimesova@fhs.uth.cz, izs@fhs.uth.cz

PŘÍLOHA P V: ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ PŘÍSTUPU K INFORMACÍM



ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ PŘÍSTUPU K INFORMACÍM

Obracíme se na Vás s žádostí o umožnění přístupu k informacím na Vašem pracovišti, pro níže uvedeného studenta. Tento student v rámci ukončení studia bude zpracovávat bakalářskou práci, jejíž součástí je teoretická a empirická část. K tomu, aby mohl práci dokončit, potřebuje pracovat s informacemi z Vašeho pracoviště. Student je poučen o povinné mlčenlivosti a ochraně dat, včetně důsledků, které mu při porušení mlčenlivosti hrozí. Jedná se o studenta 3. ročníku bakalářského studijního programu Ošetrovatelství, studijního oboru Všeobecná sestra.

Jméno a příjmení studenta	JANA PAVLIČKOVÁ
Téma bakalářské práce	STRANOVÁNÍ GERIATRICKÝCH PACIENTŮ V NEMOCNICI
Pracoviště	GERONTOLOGICKÉ CENTRUM KNTH a.s. INTERNÍ ODD. KNTH a.s.

Děkujeme za pochopení a spolupráci.

Ve Zlíně dne 25.11.2024



Mgr. Anna Krátká, Ph.D.
ředitelka Ústavu ošetrovatelství

Krajská nemocnice T. Bati, a. s.
Havlíčkovo náměstí 600
762 75 Zlín (B)

Razítko a podpis zástupce zařízení

Vyřizuje: Mgr. Dana Klimešová
tel: +420 577 008 137, e-mail: klimesova@fhs.utb.cz, izs@fhs.utb.cz

PŘÍLOHA P VI: DOTAZNÍK

Vážená/ý paní, pane,

jsm studentkou 3. ročníku studijního programu Ošetřovatelství, obor Všeobecná sestra UTB ve Zlíně. Chtěla bych Vás požádat o vyplnění dotazníku, který slouží jako podklad k vypracování praktické části mé bakalářské práce, jejímž tématem je Stravování geriatrických pacientů v nemocnici. Získané údaje z dotazníku budou použity pouze v mé závěrečné práci.

Děkuji Vám za ochotu a Váš čas při vyplňování tohoto dotazníku.

Jana Pavlíčková

(Zaškrtněte a doplňte)

1. Pohlaví? Žena Muž
2. Věk
3. Dieta
4. Hospitalizace na oddělení.....
5. Délka hospitalizace na oddělení.....
6. Jste spokojen (a) se stravou v nemocnici?
 Ano Ne
a) Pokud jste odpověděl (a) ano, prosím uveďte s čím konkrétně.....
b) Pokud jste odpověděl (a) ne, prosím uveďte s čím konkrétně.....
7. Prosím uveďte na stupnici míru spokojenosti se stravou v nemocnici: (1=maximální spokojenost, 5=nespokojenost. Zakroužkujte příslušnou hodnotu.)
----- 1 ----- 2 ----- 3 ----- 4 ----- 5 -----
8. Je strava při podávání dostatečně teplá?
 Ano, vždy Ano, někdy Ne, je vždy studená
9. Vyhovuje Vám vzhled a úprava nemocniční stravy na talíři?
 Ano, vyhovuje Ano, někdy vyhovuje Ne, vůbec nevyhovuje
10. Vyhovuje Vám množství podané stravy?
 Ano, vždy Ano, někdy Ne, nikdy
11. Jak hodnotíte kvalitu stravy?
 dobře vzhledově upravená
 dobře ochucená a okořeněná

- málo teplá a vzhledově neupravená
- nechutná mi

12. Napište, co Vám nejvíce na nemocniční stravě chutná?

.....
.....

13. Kde se stravujete?

- Na lůžku
- Na pokoji u stolu
- Chodím na jídelnu

14. Máte na jídlo dostatek času?

- Ano, vždy
- Ano, někdy
- Ne, nikdy

15. Máte při konzumaci jídla dostatek klidu?

- Ano, vždy
- Ano, někdy
- Ne, nikdy

16. Máte možnost umýt si ruce před a po stravě?

- Ano, zajdu si k umývadlu
- Ano, personál mi podá vodu a ručník
- Ano, personál mi ruce umyje žínkou
- Ne, nemám možnost si umýt ruce

17. Máte po nemocniční stravě hlad?

- Ano, mám hlad
- Ano, občas mám hlad
- Ne, nemám hlad

18. Kolik jídla sníte:

- a) Na snídani: Celou porci Půl porce Skoro nic
- b) Na oběd: Celou porci Půl porce Skoro nic
- c) Na večeři: Celou porci Půl porce Skoro nic

19. Co dostáváte k odpolední svačince:

- Veku s podmáslím
- Chléb s podmáslím
- Veku s bílou kávou
- Chléb s bílou kávou
- Ovoce
- Jen podmáslí
- To, co mi přinesou příbuzní
- Jiné, uveďte

20. Jaké potraviny Vám nosí příbuzní? (zaškrtněte max. 3 odpovědi)

- Pečivo
- Mléčné výrobky
- Ovoce
- Cukrovinky
- Minerální vody a džusy
- Jiné.....

21. Chodíte nakupovat do bufetu?

- Ano, chodím Ne, nechodím

a) Chodím nakupovat potraviny do bufetu, protože:

- Mám na něco chuť
- Dostávám málo stravy
- Mám pořád hlad
- Jiný důvod, uveďte

22. Stravu a tekutiny přijímám?

- Sám S dopomocí personálu krmí mě, protože se nedokážu najíst sám

23. Vyjádřete spokojenost s přístupem personálu v oblasti stravování: (1=maximální spokojenost, 5=nespokojenost. Zakroužkujte příslušnou hodnotu)

----- 1 ----- 2 ----- 3 ----- 4 ----- 5 -----

24. Jste spokojen/a s výběrem tekutin v nemocnici?

- Ano Ne

25. Jaké tekutiny byste v nemocnici uvítal/a? (zaškrtněte max. 2 odpovědi)

- Ovocný čaj
- Slazené minerální vody
- Neslazené minerální vody
- Džusy
- Jiné, uveďte

26. Využíváte nějaké kompenzační pomůcky k usnadnění příjmu potravy a tekutin?

- Ano, využívám:
- Ne, nevyžívám

27. Liší se nemocniční stravování od Vašich běžných stravovacích zvyklostí?

- Ano, podstatně Ano, částečně Ne

- a) Pokud jste odpověděl (a) ano, napište
v čem.....
-

28. Dělá Vám problémy dodržovat dietní režim stanovený lékařem?

- Ano, podstatně Ano, částečně Ne
- Režim nedodržuji vůbec Nemám žádné dietní omezení

- a) Pokud ano, co nejvíce Vám dělá problémy:

Jíst.....

Nejíst.....

29. Edukoval Vás někdo z personálu ohledně výživy a diety?

Ano, sestra Ano, pomocný personál Ano, nutriční terapeut

Ano, lékař Ne, nikdo mě needukoval

30. Máte nějaké připomínky:

a) Ke snídani:

.....
.....

b) K obědu:

.....
.....

c) K večeři:

.....
.....