

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2013

Lucie Bechyňová, DiS

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

Studijní program: Ošetřovatelství B5341

Lucie Bechyňová, DiS

Studijní obor: Všeobecná sestra 5341R009

**SPOKOJENOST PACIENTŮ S DIETNÍM SYSTÉMEM
V NEMOCNIČNÍM ZAŘÍZENÍ**

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. Václava Bláhová

PLZEŇ 2013

POZOR! Místo tohoto listu bude vloženo zadání BP s razítkem. (K vyzvednutí na sekretariátu katedry.) Toto je druhá číslovaná stránka, ale číslo se neuvádí.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a všechny použité prameny jsem uvedla v seznamu použitých zdrojů.

V Plzni dne 27. 2. 2013.

.....

vlastnoruční podpis

Poděkování

Děkuji Mgr. Václavě Bláhové za odborné vedení práce, poskytování cenných rad, podporu a čas, který mi věnovala. Dále děkuji celé své rodině a přátelům za podporu během celého studia.

Anotace

Příjmení a jméno: Bechyňová Lucie, DiS

Katedra: Ošetřovatelství

Název práce: Spokojenost pacientů s dietním systémem ve zdravotnickém zařízení

Vedoucí práce: Mgr. Václava Bláhová

Počet stran – číslované: 62

Počet stran – nečíslované (tabulky, grafy): 11

Počet příloh: 1

Počet titulů použité literatury: 28

Klíčová slova: dietní systém, nutriční péče, potřeba, spokojenost

Souhrn:

Tématem bakalářské práce je spokojenost pacientů s dietním systémem v nemocnici. Práce se skládá z části teoretické a praktické.

V teoretické části jsem se zabývala dietním systémem, nutriční péčí v České republice a výživě jako potřebě jedince.

Praktická část obsahuje kvantitativní výzkumné šetření.

Annotation

Surname and name: Bechyňová Lucie, DiS

Department: Nursing

Title of thesis: Patient satisfaction with dietary system in a medical facility

Consultant: Mgr. Václava Bláhová

Number of pages – numbered: 62

Number of pages – unnumbered (tables, graphs): 11

Number of appendices: 1

Number of literature items used: 28

Keywords: diet system, nutritional care, need, satisfaction

Summary:

This Bachelor's thesis deals with patient satisfaction with a diet system in hospitals. The thesis consists of two parts, theoretical and practical.

The theoretical part deals with diet system and nutrition care in the Czech Republic as well as nutrition as the need of an individual.

The practical part consists of quantitative research.

OBSAH

ÚVOD.....	10
TEORETICKÁ ČÁST	11
1 HISTORIE	11
2 DIETNÍ SYSTÉM	12
2.1 Stravování pacientů v nemocničním zařízení.....	12
2.1.1 Stravovací provozy	12
2.2 Dieta	13
2.2.1 Základní diety	14
2.2.2 Speciální diety	16
2.2.3 Standardizované diety.....	17
2.3 Malnutrice.....	17
2.3.1 Nedostatečný přívod energie, hladovění	18
2.3.2 Proteinová malnutrice.....	18
2.4 Hodnocení stavu výživy sestrou	18
2.4.1 Nutriční anamnéza	19
2.4.2 Fyzikální vyšetření	19
2.4.3 Laboratorní výsledky	20
2.4.4 Standardizované nutriční dotazníky	20
2.5 Pitný režim.....	21
2.5.1 Pitný režim v závislosti na věku	21
2.5.2 Pitný režim ve specifickém prostředí	22
2.5.3 Disbalance pitného režimu, dehydratace, hyperhydratace	22
2.6 Hodnocení stavu hydratace sestrou	24
2.7 Financování stravy pacientů	24
3 NUTRIČNÍ PÉČE V ČESKÉ REPUBLICE	25
3.1 Organizace nutriční péče	25
3.2 Spolupráce všeobecných sester s nutričními terapeuty	26
4 VÝŽIVA JAKO POTŘEBA.....	27
4.1 Faktory ovlivňující výživu	27
4.1.1 Biologicko-fyziologické faktory	27
4.1.2 Psychicko-sociální faktory	28
4.1.3 Sociálně-kulturní faktory	28
4.1.4 Faktory životního prostředí	29
PRAKTICKÁ ČÁST	30
5 FORMULACE PROBLÉMU	30
6 CÍL A ÚKOL PRŮZKUMU	31

7	METODIKA	32
8	HYPOTÉZY	33
9	VZOREK RESPONDENTŮ	34
10	PREZENTACE A INTERPRETACE ZÍSKANÝCH ÚDAJŮ	35
	DISKUZE	58
	ZÁVĚR.....	62
	LITERATURA A PRAMENY	11
	SEZNAM ZKRATEK	14
	SEZNAM PŘÍLOH	16

ÚVOD

Výživa je v životě jedince důležitá, patří mezi základní potřeby člověka. Stejně jako před téměř 2 500 lety i dnes patří výživa k nejdůležitějším faktorům vnějšího prostředí. Již z této doby existují písemné zmínky o vlivu výživy na zdraví člověka a tyto poznatky byly aplikovány při prevenci i léčení chorob.

V poslední době je hlavně v médiích výživa v nemocnici dosti diskutované téma, a přestože je na ní kladen velký důraz, experti *České společnosti klinické výživy a intenzivní metabolické péče* uveřejnili varovné odhady, jež poukazují na vysoké procento výskytu malnutrice u pacientů v nemocnicích. Následky malnutrice jsou posuzovány jak ze zdravotního hlediska, kdy dochází ke zhoršenému hojení ran, vyššímu výskytu infekcí a komplikací, tak ale i z ekonomického pohledu, kdy dochází k vyšším nákladům spojených s prodlouženou dobou hospitalizace a větším množstvím použitých léčiv.

Často jsem se setkávala s negativními názory na stravu v Klatovské nemocnici a.s., kde jsem absolvovala svoji praxi, a právě proto mě oslovilo toto téma. Chtěla jsem zjistit, kolik pacientů v nemocnici sdílí tento názor. Cílem práce je získat konkrétní informace o spokojenosti pacientů s dietním systémem v tomto zařízení. Spokojenost pacientů se stravou podávanou v nemocnici úzce souvisí nejen s chutí jídla, ale i s jeho estetickou stránkou a v neposlední řadě zde hraje roli i ošetřující personál, jeho přístup k pacientům a následná spolupráce se členy nutričního týmu.

TEORETICKÁ ČÁST

1 HISTORIE

V dobách, kdy byla medicína ještě jen empirickou a teoretickou vědou, byla léčba dietou jedním z nejvýznamnějších léčebných postupů. V historii medicíny byly dietní postupy a úsilí o změnu životního stylu v léčbě velmi efektivní. Již Hippokrates bere dietu jako zvláštní způsob výživy, kdy po delší dobu nebo trvale konzumujeme potraviny podléhající určitému výběru. (1)

Lidoví léčitelé či vysokoškolsky vzdělaní lékaři na základě svých pozorování a zkušeností používali u mnoha nemocných s horečnatými stavy k hrazení tekutin perorální cestou minerální vody, různé čaje nebo masové či zeleninové vývary. Cestu k infuzní léčbě a parenterální výživě otevřel slavný architekt londýnské katedrály svatého Pavla sir Christopher Wren. Tento muž podal v roce 1656 zprávu o svých pokusech, které byly nepochybně podmíněny objevem významu krevního oběhu, který krátce předtím provedl William Harvey. Infuzní léčba a parenterální výživa zaznamenává v posledních desetiletích veliký rozvoj díky pokrokům v mikroelektronice a chemické technologii. (2)

Československý dietní systém byl vytvořen v roce 1952–1954 a naše republika patřila mnohá léta k průkopníkům v oboru výživy nemocných. V tehdejší době byly diety pojmenovány dle chorob (žaludeční, žlučnicková apod.). V roce 1968 proběhla novelizace dietního systému, jejíž platnost trvala dvanáct let. Celospolečenský kardiovaskulární program, nové poznatky o metabolismu bílkovin a lipidů i nové výsledky mezinárodního i vlastního výzkumu v oboru výživy a dietetiky měli za následek další novelizaci. V roce 1983 vyšel dietní systém pro nemocnice, na kterém se autorsky podílel tým československých odborníků na léčebnou výživu, v jehož čele byl doc. MUDr. Přemysl Doberský, DrSc. Tato novela zohledňovala nové mezinárodní jednotky (SI) platné tehdy i pro ČSSR a doporučení WHO z roku 1981 na výživu obyvatelstva v Evropě. Sbor expertů ministra zdravotnictví vydal v roce 1991 metodický list Ministerstva zdravotnictví jako několikastránkové doporučení úprav stávajícího systému, kde byla navržena změna v označení diet, a to ne již dle choroby, ale dle charakteristiky diety. Dále zvýšení denního příjmu vitamínu C a snížení dávek tuků a v některých případech i bílkovin. Poslední byl požadavek na technologickou přípravu dietních jídel a odborných zásad dietologie dle vědeckých poznatků. Od roku 1991 k dalším úpravám nedošlo. (3)

2 DIETNÍ SYSTÉM

Jak již bylo zmíněno v první kapitole, dietní systém má v naší zemi jistou tradici a od roku 1991 není závazný. Tento dokument je tedy specifický pro každé zařízení. Ředitel nemocničního zařízení garantuje jeho vydání a obsah zpracovává tým odborníků, nutričních terapeutů, s dietologem. (4)

2.1 Stravování pacientů v nemocničním zařízení

Zdravotnická zařízení nesou plnou zodpovědnost za výživu hospitalizovaných pacientů, a proto mohou upravovat dietní systém dle potřeb svých pacientů a možností daného zařízení. Jako vše, i stravování v nemocničním zařízení, má své limity. Jedná se o limity ekonomické, personální a organizační. (3)

2.1.1 Stravovací provozy

Stravování pacientů je zajišťováno stravovacím provozem nemocnice, který je dnes zabezpečen dvojitým způsobem.

Prvním je stravování zajišťované nemocnicí. V České republice je tento model zatím nejvíce používán. V nemocnici je oddělení léčebné výživy, kde na přípravě stravy se podílí nutriční terapeutky, dietolog a další zaměstnanci stravovacího provozu. Počet pracovníků na tomto oddělení závisí na velikosti nemocnici. V menších stravovacích provozech je nutriční terapeutka zároveň stravovacím referentem, skladníkem i vedoucím stravovacího provozu. Ve fakultních nemocnicích můžeme nalézt nutriční terapeutky provozní, které mají na starost správné normování, dodržování technologických postupů při výrobě stravy, rozvoz stravy po jednotlivých odděleních a nutriční terapeutky na oddělení zajišťující zpětnou vazbu z jednotlivých oddělení a úzce spolupracují s lékaři a zdravotními sestrami. Ve svých kompetencích mají i edukaci pacientů. Některé nemocnice již mají nutriční týmy.

Druhý novodobý způsob je stravování zajišťované cateringovou společností. Tento model se v České republice objevil poprvé v roce 1989 a nejprve byl zastoupen pouze zahraničními společnostmi. V dnešní době tyto služby poskytují i firmy české. Zaměstnanci cateringové společnosti nejčastěji vaří stravu v nemocniční kuchyni. Ta je připravována dle objednávky, kterou zpracovali nutriční terapeutky ve spolupráci s dietologem.

Strava je ze stravovacího provozu převážena na oddělení buď v termoportech nebo na tabletových podnosech ve skříních pro přepravu jídel. Častější a snadnější způsob přepravy stravy je tabletový systém. Jídlo je ve stravovacím provozu připraveno v nerezovém či umělohmotném nádobí s poklopem a tác je označen dietou. Podnosy jsou uzavřeny do výhřevných skříní a personálem rozvezeny na jednotlivá oddělení. Důležitá je teplota připraveného pokrmu. Podle hygienických předpisů musí být teplota pokrmu při výdeji na oddělení vyšší než 63 °C. Méně pohodlný a pomalejší způsob přepravy stravy je dovoz jídel v termoportech, kdy zdravotní sestra musí jídlo naporcovat v čajové kuchyňce podle rozpisu diet. (5)

2.2 Dieta

Dieta je stravovací režim, kdy lidskému organismu nedodáváme nebo dodáváme v omezeném množství některé látky a složky, a to úmyslně. Dietní strava by měla být mikrobiologicky nezávadná, vyhovující po stránce hygienické, chuťové i estetické. Touto speciální výživou se zabývají specialisté čili dietologové a je použita v souvislosti s konkrétním onemocněním. (6)

Léčebná dieta je důležitá při onemocnění ledvin, žaludku, žlučníku, ale i onemocnění zubů. V nemocnicích se můžeme setkat i s preventivní léčebnou výživou, která se aplikuje na ochranu před rozvojem aterosklerózy či obezity a se speciální léčebnou dietou, která je užívána v souvislosti s rekonvalescencí po těžkých chorobách. Jedním z úkolů léčebné diety je odstranit nesprávnou výživu a léčení jejích následků. Jedná se ku příkladu o obezitu, jejíž jeden z faktorů vzniku je nadměrný příjem potravy, ale i neracionální až drastické redukční diety. Proto je důležitý dozor dietologa či nutriční terapeutky. (7)

Pacienti dostávají stravu v nemocnici třikrát denně s výjimkou dětí a pacientů na speciálních dietách, kteří dostávají dopolední a odpolední svačinu. Diabetici dostávají ještě navíc druhou večeři.

Dietní systém má zhruba 23 diet. Léčebnou výživu, kterou bude pacient dostávat při pobytu v nemocničním zařízení, určí lékař při příjmu. Diet máme 13 základních, 4 speciálních a 7 standardizovaných. (5)

2.2.1 Základní diety

Dieta 0 – tekutá (6 000 kJ) se podává omezenou dobu a to při akutních stavech, kdy je nutnost vyřadit trávicí trakt z jakékoliv činnosti, při chorobách hltan a jícnu, po tonzilektomii. Dlouhodobě se může předepisovat u poleptání nebo nádorů v dutině ústní v kombinaci s parenterální výživou. (8).

Dieta č. 1 – kašovitá šetřící (11 000 kJ) se předepisuje při onemocněních dutiny ústní, kdy dochází ke zhoršenému rozměňování potravy a polykání, po operacích v dutině ústní nebo při poranění v obličeji. Dále pak při onemocnění hltanu a jícnu. Kratší dobu při vředové chorobě žaludku a dvanáctníku a po operaci žaludku, kdy tvoří několikadenní přechod mezi stravou tekutou a pevnou. (8, 9)

Dieta č. 2 – šetřící (12 000 kJ) je vhodná při chorobách trávicího ústrojí s dlouhodobým průběhem jako je vředová choroba, resekce žaludku, ale také se může podat při chronických chorobách žlučníku a slinivky břišní v klidovém období. Indikuje se při chronických chorobách jaterních, při zánětech tenkého a tlustého střeva. Lze ji podávat i dlouhodobě. Strava je nenadýmavá, lehce stravitelná a pestrá. Při technologické úpravě se používá vaření, dušení, pečení nebo zapékání ve vodní lázni.(8,9).

Dieta č. 3 – racionální (12 000 kJ) se podává při všech onemocněních, při kterých není třeba zvláštní úprava výživy. Tato dieta odpovídá zásadám zdravé výživy a obsahuje všechnu syrovou i tepelně upravenou zeleninu. Je připravována s optimálním obsahem energie, bílkovin, tuků, sacharidů, minerálních látek a vody. (8).

Dieta č. 4 – s omezením tuků (11 000 kJ) je indikována po odeznění větších potíží při zánětu žlučníku a slinivky břišní, při chronickém zánětu žlučníku, při žlučových kamencích v období zhoršení a na přechodnou dobu po operaci žlučníku, nemocným po infekční žloutence a nemocným s chronickým zánětem slinivky břišní. Mimořádně důležitý je výběr tuků i technologická příprava, při které se vylučují přepalované tuky a omezují se potraviny s vyšším obsahem cholesterolu, jako je vaječný žloutek. K technologické úpravě jídla se využívá vaření, pečení a dušení. Všechny pokrmy by měly být lehce stravitelné (9).

Dieta č. 5 - bílkovinná bezesbytková (12 000 kJ) se doporučuje při akutních a chronických průjmových onemocněních, jako je syndrom dráždivého tlustého střeva, při funkčních průjmech a chronické enteritidě. Pacientům by se mělo podávat starší pečivo,

omezit vlákninu, která je obsažena v rostlinné stravě. Strava je složena z potravin, z nichž do stolice přichází co nejméně nestravitelných zbytků, které dráždí střevo k větší peristaltice. Úprava stravy vařením a dušením za použití rostlinného oleje. (9)

Dieta č. 6 – nízkobílkovinná (10 000 kJ) se indikuje u pacientů s nefrotickým syndromem a chronickým selháním ledvin různé etiologie. Bílkoviny jsou omezeny na 50g na den. Technologická úprava stravy spočívá ve vaření, dušení a pečení. Nepodávají se pikantní jídla a ostré koření. (9)

Dieta č. 7 – nízkocholesterolová (9 000 kJ) se podává pacientům s hyperlipoproteinémií, ateroskleróze, angíně pectoris a po infarktu myokardu a cévní mozkové příhodě. Tato dieta se již do dietních systémů zařazuje velmi zřídka, protože strava se upravuje podle zásad zdravého životního stylu. (9)

Dieta č. 8 – redukční (6 000 kJ) se používá u nemocných s obezitou nevyžadujících šetřící úpravu diety a u obézních diabetiků 1.a 2. typu. Energetická hodnota jídla je snížena, dochází k omezení polysacharidů a cholesterol dosahuje hodnot maximálně 200 - 300mg. (9)

Dieta č. 9 – diabetická (8 000 kJ) je indikována u pacientů s diabetem mellitus 1. typu a u vybraných diabetiků 2. typu bez obezity a patří k základním léčebným metodám v léčbě diabetu. Cílem diety je udržet glykémii nemocného v normě, proto je strava rozdělena do šesti denních dávek z důvodu zabezpečení rovnoměrného příjmu sacharidů. Pravidelný příjem potravy zamezí nežádoucím výkyvům hladiny cukru v krvi. Při této dietě je omezen příjem potravin, které obsahují cukry ve formě polysacharidů a živočišné tuky jsou nahrazovány rostlinnými. Dieta je užívána dlouhodobě či trvale, a proto musí být pestrá. (8).

Dieta č. 10 - neslaná, šetřící (10 000 kJ) je vhodná u pacientů s nefrotickým syndromem, u žen v těhotenství, které mají otoky nebo u pacientů s chorobami srdce a cév. Dochází k omezení potravin s vyšším obsahem sodíku, poněvadž má vliv na zadržování vody v mezibuněčných prostorech. Do stravy se zahrnují potraviny bohaté na draslík, jelikož podporuje výdej vody z organismu. Nevhodné jsou potraviny, při jejichž přípravě byla použita sůl. Jsou jimi uzeniny, sterilovaná zelenina a konzervy. (8).

Dieta č. 11 – výživná (14 000 kJ) je bohatá na bílkoviny a lékařem je ordinována v rekonvalescenci, po některých operacích nebo při anorexii, kachexii a psychiatrických či neurologických onemocnění. Výběr potravin je bohatý, omezení není prakticky žádné. Technologická úprava potravin rovněž nemá zvláštní omezení, jen je třeba dodržovat všechny zásady správné výživy a podat nemocnému stravu chutnou, co nejvíce pestrou a při tom lehce stravitelnou. (9)

Dieta č. 12 – batolecí (8 000 kJ) je určena dětem v batolecím věku, což je od jednoho roku do tří let věku, pokud jejich onemocnění nevyžaduje jinou, speciální dietu. Úprava stravy se řídí tím, aby všechna jídla byla lehce stravitelná, měkká a nenáročná na kousání. Příliš aromatická koření jsou nevhodná. (9)

Dieta č. 13 – dětská (11 000 kJ) se podává dětem od tří do patnácti let, pokud jejich zdravotní stav nevyžaduje zvláštní dietní omezení. Strava je lehce stravitelná, bez ostrého koření, bohatá na vitamíny a mléčné výrobky. Dietu lze individualizovat dle potřeby energie a bílkovin jednotlivce. (9)

2.2.2 Speciální diety

Dieta 0S – čajová je indikována první den po operačním výkonu nebo při průjemovém onemocnění, kdy je pacientovi podáván buď sladký nebo hořký čaj.

Dieta 1S (12 000 kJ) – výživná tekutá je podávána pacientům, kteří dlouhodobě nejsou schopni přijímat stravu jinak než v tekuté formě. Dnes je již zpravidla nahrazována prostředky pro enterální výživu.

Dieta 4S (7 000 kJ) – s přísným omezením tuků je určena pro nemocné s infekční hepatitidou v akutním stádiu, s cholecystitidou a pankreatitidou při realimentaci. Dieta je převážně sacharidová, s omezením bílkovin, s naprostým vyloučením volného tuku a se značně níženou energetickou hodnotou. Jde o dietu nutričně karenční, která se podává pouze velmi krátkou dobu.

Dieta 9S (9 000 kJ) – diabetická šetřící je indikována diabetikům se současnými onemocněními zažívacího ústrojí. Strava odpovídá jak zásadám diety diabetické, tak zásadám diety s omezením tuků. (9)

2.2.3 Standardizované diety

Dieta bezlepková (BLP) je určena pacientům s onemocněním celiakie a jsou podávány potraviny bez obsahu lepku.

Dieta bezlaktózová (BLK) je vhodná při intoleranci laktózy. Pacienti mohou pouze mléko sojové.

Dieta dialyzační s nízkým obsahem fosforu je lékařem ordinována při léčbě hemodialýzou nebo peritoneální dialýzou. Strava je bohatá na bílkoviny, s vysokým příjmem vápníku a s nízkým obsahem fosforu.

Dieta vegetariánská (V) se podává nemocným, kteří odmítají maso, někdy dokonce mléko, mléčné výrobky a vejce. Podává se sója a zelenina v různých úpravách.

Dieta při zjišťování okultního krvácení (OK) je bezmasá s omezením zeleniny. Tato dieta je dodržována tři dny před vyšetřením.

Dieta při zjišťování kyseliny vanilmandlové se používá při diagnostice feochromocytomu. Ve stravě dochází k vynechávání řady potravin. Vhodné jsou pouze neochucené sýry, mléko, vejce, neochucená voda, rýže bílé pečivo a těstoviny.

Schmidtova dieta byla zatěžkávací, diagnostická dieta před vyšetřením činnosti zažívacího traktu, která se již nyní nepoužívá. Měla stejnoměrně zatížit všechny enzymy podílející se na trávení potravy. Tři dny před vyšetřením se podávala potrava standardního složení, kde byly zastoupeny tři základní druhy živin, a to bílkoviny, tuky, glycidy. Čtvrtý den ráno došlo k odběru stolice. (10)

2.3 Malnutrice

Malnutrici lze definovat jako deficit proteinů a ostatních nutrietů. Tento stav způsobuje měřitelné vedlejší účinky na tkáň nebo formu těla, funkce a výsledný klinický stav. Ke vzniku malnutrice dochází, je-li příjem základních energetických substrátů a bílkovin nižší než jejich potřeba. To je při sníženém příjmu potravy a nezměněných nárocích organismu nebo naopak při normálním příjmu a zvýšené potřebě. (11)

Častý výskyt malnutrice je u hospitalizovaných pacientů na interním a chirurgickém oddělení. S podvýživou jsou dále spojováni pacienti s maligním onemocněním, senioři nebo pacienti v terminálním stádiu onemocnění. Malnutrice je

spojena s prodloužením hospitalizace, horším hojením ran, vyšším výskytem komplikací spojených se základním onemocněním a také s vyšší úmrtností. To vše se odráží i na finančních výdajích za léčbu, které jsou vyšší. (9)

2.3.1 Nedostatečný přívod energie, hladovění

Tento typ malnutrice je způsoben nedostatečným přívodem energie a bílkovin. Adaptační mechanismy jsou zachovány, zpomaluje se metabolismus a spotřebovává se podkožní zásoba tuku. pacient má kachektický vzhled při prakticky normální koncentraci albuminu v plazmě a je zachovalá imunoreaktivita. Organismus má minimální rezervy. (12)

2.3.2 Proteinová malnutrice

Bývá označována jako Kwashiorkorový typ podvýživy. Jedná se o deficit živin způsobený stresovým hladověním se zřetelným katabolismem nebo nedostatečným přívodem hodnotných bílkovin. U pacientů v akutních katabolických stavech, kteří nejsou zajištěni umělou výživou se rozvíjí velmi rychle. Energie je čerpána z proteinových zásob pacientů, z proteinů plazmatických, viscerálních a svalových. Pacient dělá dojem dobře živého i v situaci, kdy je těžkou podvýživou ohrožen na životě, poněvadž tuková zásoba zůstává nezmenšena. U pacientů dochází ke špatnému hojení ran, rozvoji dekubitů, vznikají infekční komplikace. Tento typ podvýživy je v nemocnicích velmi častý. (13)

2.4 Hodnocení stavu výživy sestrou

Hodnocení stavu výživy je součástí komplexního funkčního vyšetření a může být často opomíjeno. Většina sester je seznámena s používáním hodnotících protokolů a formulářů v oblasti péče o rány či hodnocení bolesti. Při použití jednoduchého prostředku v časně fázi kontaktu s klientem se může optimalizovat péče a přispívá to k dobrým výsledkům. Hodnocení stavu výživy má být jak objektivní, tak i subjektivní. Informace jsou získávány ze sledování pacienta, které provádějí sestry. Dalšími možnými zdroji informací je pacientova anamnéza, hodnocení psychického a sociálního stavu, fyzikální vyšetření, antropologická měření, výsledky laboratorních vyšetření a stravovací návyky pacienta. (9, 14)

2.4.1 Nutriční anamnéza

Nutriční anamnéza zachycuje prvotní podezření na existující nebo potenciální deficit v oblasti výživy a navazuje na lékařskou anamnézu. Zahrnuje podstatné informace o denním příjmu tekutin, stravovacích zvyklostech, dietních omezení, problémech s výživou, užívání potravinových doplňků, fyzické aktivitě či chorobách. Při získávání anamnézy se setra zaměřuje na úbytek hmotnosti, v jakých podmínkách bydlí, na sociální oblast a jeho zázemí, bolestnou ztrátu v blízké době, zda má zubní protézu a je-li funkční. Při hodnocení stravovacích zvyklostí se sestra dotazuje pacienta na oblíbená a neoblíbená jídla nebo na změny chuti. (15, 16)

2.4.2 Fyzikální vyšetření

Při fyzikálním vyšetření se stanovuje hmotnost a výška pacienta s následným výpočtem Body mass index (BMI). Neměl by být zapsán údaj, který nám poskytl pacient, mělo by dojít opravdu k měření požadovaných parametrů. Hodnota Body mass index (BMI) = hmotnost (kg) / výška² (m²). Důležité je všimnout si varovných příznaků malnutrice a vyšetřit orientační stav výživy, zda pacient trpí kachexií, nadváhou nebo obezitou. Pomocí fyzikálního vyšetření je hodnocen stav kůže, nehtů, vlasů, rtů, dásní, zubů, jazyka a kostry. Vstupní fyzikální vyšetření je v kompetencích lékaře a zdravotní sestry kontinuálně sleduje stav nemocného.

Antropologické měření, které je součástí fyzikálního vyšetření, nám sděluje důležité informace o velikosti a složení těla. Hodnotí se, zda pacientova hmotnost je odpovídající vzhledem k jeho věku, tělesné výšce a tělesné konstituci. Mezi antropologická měření patří měření tělesné výšky, tělesné hmotnosti, kožní řasy, tělesných obvodů a hmotnostního indexu. Stav tukové vrstvy a svalové hmoty zjišťujeme pomocí měření obvodu svalstva na nedominantní paži v její polovině. Hodnota, která je menší než 19,5cm u mužů a menší než 15,5cm u žen vypovídá o úbytku svalové hmoty. Podkožní vrstva tuku je měřena přístrojem na měření podkožního tuku, kaliperem, orientačně nad tricepsem paže. O těžké malnutrici hovoříme při hodnotách menších než 8mm u mužů a menších než 10mm u žen. Antropologické měření není náročné, a proto je svěřováno i méně zkušeným členům ošetřovatelského týmu. Lidé, provádějící měření, musí být poučeni a přístroje s nimiž je měření prováděno, musí být kalibrovány a kontrolovány. Sestra vše zapisuje do ošetřovatelské dokumentace. (17)

2.4.3 Laboratorní výsledky

Klinické informace jsou doplňovány laboratorním vyšetřením biochemickým, hematologickým, eventuálně speciálním laboratorním vyšetřením. Při procesu hodnocení laboratorních parametrů hraje všeobecná sestra významnou roli, zejména správným prováděním odběrů vzorků krve a moče. Nejpoužívanějším laboratorním testem při hodnocení stavu výživy je sérový hemoglobin. Jeho nízká hladina může být důkazem anémie. Dále při biochemickém vyšetření krve hodnotíme hladinu plazmatických bílkovin, jejichž hodnoty nám opět mohou napovědět o stavu výživy. Se stavem výživy souvisí i imunitní stav, zánětlivá aktivita a vyváženost vnitřního prostředí, proto jsou sledovány i zánětlivé parametry a markery informující o funkcích ledvin a jater či dusíkové bilanci. (18)

2.4.4 Standardizované nutriční dotazníky

Standardizované nutriční dotazníky neboli nutriční screenigové formuláře je další metoda při hodnocení stavu výživy a stavu hydratace pacienta. Tento jednoduchý nástroj na zjištění nutričního stavu pacienta obsahuje údaje o hmotnosti, hodnotu BMI, omezení příjmu potravy či neúmyslné zhubnutí za určitý časový interval a je používán nejen při přijetí do nemocničního zařízení. Hodnocení pomocí těchto dotazníků není běžně používáno na všech pracovištích. Na některých pracovištích může být nutriční screeningový formulář součástí příjmové ošetřovatelské dokumentace. Ve vnitřním předpise zařízení musí být jak vzor screeningového formuláře, tak i frekvence screeningu v čase, interval jeho opakování a čas, kdy je nutné provést první následné opatření. Dotazníky by měly být jednoduché, snadno vyplnitelné, a hlavně dostatečně citlivé k vyhledávání klientů s malnutricí či s rizikem jejího vzniku.

Nottinghamský dotazník je vhodný pro rychlé posouzení míry rizika malnutrice u hospitalizovaných nemocných. Hodnotíme v něm položky BMI, nechtěný váhový úbytek v posledních třech měsících, snížení příjmu potravy v posledním měsíci před hospitalizací a stresový faktor, vyjadřující závažnost základního onemocnění. Bodovací skóre jednotlivých položek se pohybuje v rozmezí 0 až 2 body, kdy 0 není rizikový faktor vzniku malnutrice. (19)

Subjective Global Assessment – SGA je metoda, které hodnotí stav výživy pacienta na základě anamnézy a fyzikálního vyšetření a dle výsledků je pacient rozdělen do skupin dobře živěný, mírně podvyživený, těžce podvyživený.

Mini nutritional assessment – MNA se v českém překladu se Škála pro orientační hodnocení stavu výživy a tento dotazník je vhodný pro screening rizika malnutrice nebo průkazu malnutrice seniorů v programech domácí péče, sanatorií a nemocnicích. MNA zahrnuje také mentální a psychické aspekty, které často ovlivňují příjem stravy u seniorů, a proto je větší pravděpodobnost identifikace rizika malnutrice, nebo počínající malnutrice právě u těchto pacientů.

Nutrition Risk Screening 2002 je systém, jenž zjišťuje přítomnost malnutrice či riziko rozvoje malnutrice v nemocničních zařízeních. Zahrnuje čtyři otázky, které se nazývají jako prescreening pro oddělení, kde se nachází menší počet pacientů v riziku malnutrice.

Podle Mezinárodních akreditačních standardů pro nemocnice je nutriční screening jedním z ukazatelů kvality péče. Standardy, které se týkají stravování a léčebné výživy, jsou označovány COP. 12 a COP. 13. (20)

2.5 Pitný režim

Voda a další tekutiny v životě člověka mají hned několika funkcí. V létě osvěžují, v zimě zahřívají, tiší žízeň a některé tekutiny mohou obsahovat i prospěšné látky, které vyživují, posilují a léčí lidský organismus. (21)

Voda má v lidském životě několik důležitých rolí. Díky ní je rozpouštěna řada nezbytných látek umožňující vstřebávání živin, iontů, i ve vodě rozpustných vitamínů. Ve vodném prostředí se v lidském těle realizují téměř všechny chemické reakce. Voda je navázána v buňkách, kde převažuje draslík a jedná se o intracelulární tekutiny. Anebo v lymfě, krvi a mezibuněčné tekutině, kde převažuje sodík a hovoříme o extracelulární tekutině. U žen tvoří voda 50% hmotnosti těla a u mužů 60% hmotnosti těla, při čemž obsah vody se v průběhu života snižuje. Dospělý jedinec bez kardiovaskulárního nebo nefrologického onemocnění by měl za den vypít zhruba 2,5 – 3 litrů tekutin. Z tohoto množství je ústy přijato jako tekutina přibližně 1500ml a zbytek je získáván z vody obsažené v potravinách a z oxidace živin. (13)

2.5.1 Pitný režim v závislosti na věku

Jak jsem již zmínila v předchozí kapitole, obsah vody se v průběhu života snižuje. Obsah vody u plodu je 94%, u novorozence 77%, u kojence do šestého měsíce věku 72%, u dítěte do dvou let 69%, u dítěte navštěvující první třídu základní školy 63%, u dospělé ženy 50% a u dospělého muže 60%. (22)

Mozkové buňky pocítí nedostatek tekutin jako první a projevem jsou nejčastěji bolesti hlavy až psychické obtíže. Pokud dojde k větší ztrátě vody, dochází k poklesu fyzické i psychické výkonnosti, pocitu slabosti, nevolnosti až křečím. Největší potíže s dodržováním pitného režimu mají děti, senioři, pracovním přetížením lidé a lidé, kteří hubnou. (23)

2.5.2 Pitný režim ve specifickém prostředí

Pitný režim je velmi individuální pro každého člověka. Lidský organismus má jiné nároky při vysoké vlhkosti, ve vyšší nadmořské výšce nebo při kontaktu s radiací či jedy.

Každý jedinec má svou optimální potřebu volných tekutin, které se navíc mění i v čase. Člověk se sedavým zaměstnáním, který konzumuje především zeleninová a luštěninová jídla s nízkým obsahem soli, může mít potřebu kolem jednoho litru tekutin a naopak člověk, který konzumuje příliš slanou a sladkou stravu s malým obsahem tekutin a vysokým obsahem energie a fyzicky intenzivně pracuje, sportuje nebo se pohybuje v teplém prostředí, má potřebu vypít až několik litrů tekutin denně.

U lidí těžce tělesně pracujících a lidí pracujících v teplém prostředí, kdy ztráty jsou nejčastěji pocením, je potřeba dbát na příjem více tekutin, nejlépe po malých dávkách. Potem odchází z těla nejen voda, ale i určité množství soli, hlavně chloridu sodného, stejně tak v menší míře soli draselných, vápenatých a draselných. Lidé pracující v chladu mají větší ztráty tepla, proto se doporučuje podávat teplé nápoje, jako je ovocný či zelený čaj. Osobám pracujícím s jedy a radioaktivním zářením je doporučena konzumace mléka, které na sebe váže toxické těžké kovy. Vyplavování toxických látek z těla urychlí i pití většího množství vody.

Lidé ve vyšší nadmořské výšce by neměli podcenit dostatečný pitný režim, poněvadž jsou ohroženi dehydratací, jenž v těchto podmínkách vzniká snadněji, podléhají časnějšímu vyčerpání. Nedostatek tekutin vede k zahušťování krve a zvýšenému riziku trombózy, zvláště pak u starších jedinců. (23)

2.5.3 Disbalance pitného režimu, dehydratace, hyperhydratace

Pravidelné doplňování tekutin je, jako u ostatních živin, nezbytné k udržení zdraví. I v souvislosti s příjmem tekutin se můžeme setkat jak s příznaky z nedostatku, tak z předávkování. (24)

Odborná literatura uvádí dva výrazy pro ztrátu a nedostatek tekutin v lidském organismu, a to dehydratace a hypohydratace.

Dehydratace je deficit extracelulárních tekutin, jejíž klinickým projevem je pokles objemu extracelulárních tekutin o 25 až 30% oproti normálním hodnotám (tj. pokles tělesné hmotnosti o 5 až 10%). Příčina vzniká v souvislosti se sníženým příjmem tekutin nebo z důvodu zvýšeného výdeje tekutin při dlouhotrvajícím průjmu nebo zvracení. Dehydratace je rozdělována na tři skupiny podle toho, zda současně došlo ke ztrátě elektrolytů ve vnitřním prostředí na izotonickou, hypotonickou a hypertonickou. (13)

Izotonická dehydratace je izolovaná ztráta extracelulární tekutiny, přičemž intracelulární tekutina se nemění. Jedná se o deficit sodíku a deficit vody, při zachování koncentrace sodíku, a tím normální osmolaritě. Vzniká průjmem, zvracením, nadměrným pocením, ztrátami izotonické tekutiny. Klinicky se projeví známkami hypovolemie při zachování tonicity a iontového složení extracelulární tekutiny. Léčba je zaměřena na náhradu izotonické tekutiny.

Hypotonická dehydratace se vyznačuje snížením extracelulární tekutiny a zvýšeným objemem intracelulární tekutiny. Jedná se o současnou ztrátu vody i sodíku, při čemž ztráty sodíku převažují. Klinicky se projeví snížením množství krve, poklesem krevního tlaku, poruchami plnění žil, ortostatickými potížemi, poklesem osmolarity. Je zde nebezpečí rozvoje šoku. V rámci léčby jsou podávány izotonické až mírně hypertonické roztoky NaCl.

Hypertonická dehydratace je stav, při kterém dochází ke snižování objemu jak extracelulární, tak i intracelulární tekutiny. Projevuje se sníženým turgorem tkání, žízní, suchou sliznicí, hypotenzí či tachykardií. Chybná léčba může mít pro pacienta fatální následky. Za důsledného monitorování a dohledu lékaře se podávají v rychlém sledu za sebou menší dávky tekutin. Jako zdroj čisté vody se podávají roztoky 5%, 10%, a 20% glukózy. (13)

Hyperhydratace je zvýšený objem extracelulárních tekutin v organismu, jejíž příčinou jsou většinou systémová postižení, jako je onemocnění ledvin, srdce či jater. Tento stav může ovšem nastat i jako následek nesprávné infuzní terapie. Přemíra extracelulární tekutiny se projevuje otoky, zvýšenou náplní krčních žil, zvýšením hmotnosti

a vyšším krevním tlakem. Při vyšetření poslechem jsou na plicích slyšitelné vlhké chrupy.
(13)

2.6 Hodnocení stavu hydratace sestrou

Při hodnocení stavu hydratace musí sestra myslet na chronická onemocnění, která ovlivňují množství tekutin. Do této skupiny zařazuje onemocnění ledvin, srdce, trávicího traktu, onkologické onemocnění, diabetes mellitus, diabetes insipidus. Stav hydratace pacienta, který je relativně zdravý, může sestra hodnotit několika způsoby. Pravidelné sledování hmotnosti, stavu vědomí, kůže, sliznic a denní diurézy, která by neměla klesnout pod 1500 ml.

U hyperhydratace může sestra pozorovat otoky očních víček, dolních končetin, zvýšenou náplň krčních žil, lesklou a napjatou kůži. Otoky jsou měkké, snadno se do nich vytlačí důlek a u ležících pacientů se mohou přesouvat do sakrální oblasti. Někdy dochází i ke generalizovanému prosáknutí podkoží, které nazýváme anasarka. Pomocí pravidelného vážení může sestra zjistit zvýšení tělesných tekutin. Laboratorně je patrné snížení hematokritu a koncentrace moče je snižena.

Pokleslý kožní turgor, suché sliznice, šupinatá, vrásčitá kůže jsou projevy ztráty tekutin u dehydratace. Vzhled jazyka a sliznic je velmi důležitý. Sestra musí pravidelně sledovat projevy dehydratace a případné změny v psychickém stavu pacienta, které s tímto stavem můžou souviset. Pacient má snížený pulz a krevní tlak, může pociťovat žízeň a slabost. Laboratorně je patrné zvýšení hematokritu. (26)

2.7 Financování stravy pacientů

Strava pro pacienty, kteří jsou pojištěnci tuzemských zdravotních pojišťoven, je hrazena příslušnou pojišťovnou v rámci paušálního lůžkodne, což je úhrada za hotelové služby a ošetrovatelskou péči. Podíl stravy, který se označuje jako stravovací jednotka, z celkové částky lůžkodne je zcela individuální volbou každého zdravotnického zařízení.
(26)

3 NUTRIČNÍ PÉČE V ČESKÉ REPUBLICE

Nutriční péče v České republice je poskytována jak v ambulantním sektoru, tak v nemocničních zařízeních. V roce 2012 je České republice 84 nutričních ambulancí.

Nutriční péče je koncept, v němž je zahrnuto několik aspektů. Správný pacient dostane správnou nutriční podporu ve správnou dobu a na správném místě. K tomu, aby nutriční péče fungovala bez problémů, je potřeba mezioborová spolupráce, organizace práce, identifikace nutričních potřeb pacientů, začlenění základních rutinních postupů pro nutriční péči, vzdělání pracovníků, komunikace a dokumentace. (11)

V některých zařízeních bohužel nutriční péče není poskytována v souladu s platnými předpisy a standardy, poněvadž nutriční terapeuti nejsou v přímém a trvalém kontaktu s pacienty. Péče není poskytována individuálně dle potřeb pacienta. (27)

3.1 Organizace nutriční péče

V každé nemocnici by měl být stanoven nutriční tým, jehož členové mají zodpovědnost za úroveň nutriční podpory v nemocničním zařízení. Tým je složen z lékařů, nutričních terapeutů a sester, kteří tuto péči koordinují. V jednotlivých nemocnicích se složení týmu může lišit v závislosti na velikosti nemocnice, na typu oddělení a rozsahu péče. V čele týmu by měl být lékař, jež se specializuje na léčebnou výživu a metabolickou péči a má licenci, kterou vydává Česká lékařská komora na základě doporučení výboru Společnosti klinické výživy a intenzivní metabolické péče České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně. Ostatní lékaři v týmu by měli být z různých oborů, měli by mít příslušné znalosti a zájem o problematiku. Důležitou úlohu v týmu má hlavní nutriční terapeut. Zajišťuje koordinaci činností nutričních terapeutů a spolupráci s dietologem a nutričními terapeuty stravovacího provozu. Klinický farmaceut v nutričním týmu má zodpovědnost za přípravu nutričních formulí typu all-in-one a konzultuje s ostatními lékaři nutričního týmu vhodnost složek přidávaných do směsí. V nutričním týmu se může objevit psycholog, mikrobiolog, ústavní dietolog nebo i zástupci hlavních oddělení v nemocničním zařízení.

Na každém oddělení by měl pracovat lékař, který má znalosti v oblasti léčebné výživy a úzce spolupracuje s nutričním týmem. (5)

3.2 Spolupráce všeobecných sester s nutričními terapeuty

Nutriční terapeut je nelékařský zdravotnický pracovník, který je způsobilý k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu dle zákona č. 96/2004 Sb. a stále není tak rozšířenou profesí jako v jiných státech západní Evropy. Poskytuje specifickou ošetrovatelskou péči při poskytování nutričních potřeb klientů v oblasti preventivní či léčebné výživy a mnohdy se zúčastňuje i lékařských i ošetrovatelských vizit.

Při léčbě pacienta je spolupráce nutričního terapeuta s ošetrovatelským týmem velmi důležitá. Při správné spolupráci se u pacientů trpících malnutricí zkracuje doba hospitalizace, u jiných dochází ke zlepšení hojení ran a snižuje se riziko komplikací. Vzájemná spolupráce nutričních terapeutů a všeobecných sester je velmi důležitá v oblasti edukace pacienta a jeho rodiny. Plán edukace je ideálně projednáván v rámci ošetrovatelského týmu, protože pak se k pacientovi a jeho rodině dostávají shodné informace. Podrobné vedení výživové anamnézy sestrami a pečlivé vyplnění potřebných formulářů zajistí objektivní hodnocení a následné úspěšné ovlivnění nutričního stavu pacienta. Všeobecné sestry na oddělení, kde je přítomen nutriční terapeut, mají více administrativy a povinností, ale zlepšením péče o výživu pacienta dochází ke zlepšení kvality jeho života, a to je odměnou za dobře provedenou práci. (11)

4 VÝŽIVA JAKO POTŘEBA

Výživa je biologickou potřebou, kterou můžeme označit i jako potřebou primární. Výživa dodává lidskému organismu energii, látky nutné pro stavbu a funkci těla a je nezbytná k udržení vnitřního prostředí organismu. Dá se říci, že je předpokladem k zachování života. Jídlo lze ovšem spojit i významnými událostmi, je součástí společných chvil s přáteli a pocit sytosti člověku přináší pozitivní emoce. Strava je pro člověka důležitá nejen z pohledu biologicko-fyziologického, ale i psychicko-sociálního a sociálně-kulturního. Pokud člověk nedostatečně uspokojuje svou potřebu výživy, v době stresu nebo při ztrátě chuti k jídlu v nemocničním prostředí, může dojít ke změně v chování a jednání. (16)

4.1 Faktory ovlivňující výživu

Faktory, které ovlivňují výživu člověka lze rozdělit na biologicko-fyziologické, psychicko-sociálního, sociálně-kulturní a faktory životního prostředí. (16)

4.1.1 Biologicko-fyziologické faktory

Mezi tyto faktory patří funkce zažívacího systému a případné onemocnění s ním související, jenž mohou zabránit v konzumaci některých potravin, či složek potravin. Trávicí systém slouží k příjmu potravy, trávení, které se skládá jak z mechanické tak chemické fáze, k resorpci a vylučování nestrávených zbytků. Metabolismus je soubor všech metabolických a chemických dějů sloužící k získávání energie a tvorbě látek důležitých pro činnost organismu.

Druhým faktorem jsou energetické požadavky jednotlivce, které jsou ovlivňovány růstem a věkem, zdravotním stavem, pohlavím, tělesnou hmotností, aktivitou, teplotou okolí a emocionálním stavem jedince.

Třetím faktorem je věk a růst, protože v souvislosti s věkem se postupně mění i nároky na výživu. Novorozencům a kojencům se podává strava kojenecká. Dítě v batolecím věku si osvojuje sebeobsluhu a strava je pomalu přibližována stravě dospělých. V předškolním období je strava pestrá, bohatá na všechny důležité složky potravy pro toto období. U dětí školního věku se mohou objevit první problémy s příjmem potravy. Nejčastěji se objevuje nechutenství spojené se stresem, s problémy v rodině či neúspěchem ve škole. Dospívající jedinci mají zvýšenou potřebu energie, stejně tak jako

ženy v období gravidity. Dospělí si vybírají jídlo dle chutě, ale často nedodrží zásady správné výživy. V mnoha zemích, mezi které patří i Česká republika, stoupá počet lidí s onemocněními, jenž souvisí s nadváhou. Ve vyšším věku by se měl energetický příjem snižovat, protože se zpomaluje i metabolismus a tělesná aktivita. V některých případech důvod může být i ekonomický, mající za následek konzumaci nekvalitních potravin. Další potíže při příjmu potravy mohou souviset s onemocněním chrupu, se změnou vnímání vůní a chutí.

Čtvrtým faktorem je pohlaví, poněvadž muži v kontextu s konstitucí těla mají obecně větší spotřebu energie než ženy. Gravidní ženy mají zvýšený bazální metabolismus.

Poslední faktor je zdravotní stav jedince, jenž je ovlivňován stravovacími návyky a celkovým stavem výživy. Vliv na stravování pacientů v nemocničním zařízení mohou mít operace, onemocnění trávicího ústrojí, nádorová onemocnění, zvýšená tělesná teplota nebo antibiotická léčba. V nemocnici je pacient ovlivňován změnou prostředí a stravy, objevuje se stres či strach z diagnózy. (16)

4.1.2 Psychicko-sociální faktory

Uspokojení potřeby výživy u člověka má na rozdíl od jiných živých jedinců i tento aspekt. Jedná se o způsob, jakým je potřeba uspokojena. Každý člověk je individualita, a proto na stres reaguje různě. U někoho se stres projevuje nadměrným příjmem potravy, u někoho nechutenstvím až nevolností či neschopností příjmu potravy. Mezi závažná onemocnění na podkladě psychosomatiky patří mentální anorexie a mentální bulimie, které se nejčastěji objevují u dívek v období dospívání. (16)

4.1.3 Sociálně-kulturní faktory

K těmto faktorům patří etnická příslušnost, náboženské vyznání, životní styl a ekonomická situace. Etnická příslušnost má vliv na oblíbenost jídla. Tradičním jídlem pro obyvatelé Číny je rýže, Italové preferují těstoviny a Češi knedlíky. Tradiční jídla jsou připravována a konzumována vlivem zvyků a obyčejů jednotlivých národů. A to ještě v dnešní době, kdy se od ostatních tradic již většinou ustoupilo. Náboženství mají vliv na stravování svých věřících značný. Dochází k úplným zákazům některých potravin nebo jsou zákazy spojeny s určitým obdobím během roka. Katolíci v určité dny nejedí maso, židé a příznivci islámské víry nejedí vepřové maso. Lidé protestantského vyznání nesmí pít kávu, alkohol a čaj. Hinduisté považují krávu za zbožné zvíře, a proto by nikdy nepozřeli

hovězí maso. Zdravotní sestra by měla respektovat náboženské zvyklosti, které se týkají stravování a přistupovat k pacientům citlivě.

Ke špatným stravovacím návykům vede i dnešní způsob života, který si skoro každý vytváří v průběhu života. Hektická doba a nedostatek času na jídlo, malá fyzická aktivita, stres mohou vyústit ve zdravotní obtíže. Spousta lidí jí ve spěchu, nepravidelně nebo se stravuje jen večer. Tyto špatné stravovací návyky ještě podporují rychlá občerstvení.

Faktorem sociálně-kulturním je i ekonomická situace. Mezi lidmi s omezenými finančními příjmy patří ekonomicky slabé rodiny a starší lidé. Způsob stravování u těchto lidí má vliv na to, co a jak člověk sní a kolik člověk sní. Kvalitní maso, dostatek čerstvé zeleniny či ovoce si tito lidé často nemohou koupit. Někteří lidé, jejichž ekonomický stav je dobrý, se stejně nestravují podle zásad zdravé výživy, poněvadž jejich strava je ovlivněna upřednostňováním jistých potravin, reklamou a módností jídel. (16)

4.1.4 Faktory životního prostředí

Tyto faktory jsou špatně ovlivnitelné. Příroda, která nás obklopuje je zdrojem stravy. Pokud je životní prostředí neznečištěné, je zárukou ekologických potravin, které jsou důležité pro správnou výživu jedince. Ze znečištěného životního prostředí se do lidského organismu dostávají škodliviny ze spalování, chemická hnojiva či postřiky. To se může negativně projevit na zdravotním stavu jedince. Trendy v poslední době v oblasti zemědělství se snaží o pěstování ekologicky čisté potravin. Člověk je největší znečišťovatel přírody a jedině on může tuto situaci změnit. (16)

PRAKTICKÁ ČÁST

5 FORMULACE PROBLÉMU

Jedinec potřebuje ke své každodenní výživě takové množství potravy, která zhruba odpovídá jeho spotřebě energie. Výživa v nemocničních zařízeních je již léta velmi diskutovaným tématem a bývá nejvíce zanedbávána. Chybí především systém vyhledávání rizikových pacientů a zůstává většinou při individuální iniciativě zdravotnického personálu, který pro tuto problematiku není dostatečně erudován. O kvalitách zdravotnického personálu nemůže být pochyb. Problémy však mohou vzniknout při podávání stravy pacientům, kteří mají odlišné kulturní a náboženské stravovací zvyklosti.

6 CÍL A ÚKOL PRŮZKUMU

Cílem výzkumu bylo zjistit, zda pacientům hospitalizovaným v nemocničním zařízení chutná dietní strava, která je jim podávána. Dále byla sledována role nutričního terapeuta v ošetrovatelském týmu z pohledu pacienta a zda členi ošetrovatelského týmu dokáží flexibilně reagovat na kulturní a náboženské zvyklosti pacientů v oblasti stravování.

7 METODIKA

Pro výzkum mé bakalářské práce jsem zvolila kvantitativní metodu pomocí anonymního dotazníkového šetření. Jednalo se o nestandardizovaný dotazník, který byl vytvořen pouze pro účely tohoto výzkumného šetření, jenž bylo prováděno v Klatovské nemocnici a.s. na přelomu měsíce leden - únor 2013. Celkem bylo rozdáno 120 dotazníků. Z toho 30 dotazníků na chirurgickém oddělení, 30 dotazníků na interním oddělení, 30 dotazníků na neurologickém oddělení a 30 dotazníků na gynekologicko-porodním oddělení.

Dotazník obsahuje celkem 23 otázek (příloha 13). Respondenti volili z navrhovaných možností. U některých otázek mohli zvolit jednu možnost či více možností nebo vepsat vlastní odpověď. Na základě pilotní studie, která byla provedena na deseti pacientech před rozdělením dotazníků, jsem některé otázky upravila, aby nedocházelo k dvojsmyslné interpretaci.

Pro vyhodnocení hypotézy č. 1 jsem si stanovila následující kritérium:

Počet kladných odpovědí v otázkách č. 7, 8, 9, 10, 11, 12, 14, 15, 19 musí být více než 50%.

Pro vyhodnocení hypotézy č. 2 jsem si stanovila následující kritérium:

Odpovědi v otázkách č. 3, 4, 5, 6 musí přímo souviset s nutričním terapeutem či dietologem.

Pro vyhodnocení hypotézy č. 3 jsem si stanovila následující kritérium:

Počet kladných odpovědí v otázkách č. 20, 21, 23 musí být více než 50%.

8 HYPOTÉZY

H1: Pacientům chutná dietní strava, která je jim podávána v nemocničním zařízení.

H2: Pacienti nejsou informováni nutričním terapeutem o svém dietním omezení.

H3: Dietní systém je schopen respektovat odlišné kulturní zvyklosti pacientů.

9 VZOREK RESPONDENTŮ

Dotazníky byly rozdány pacientům na chirurgickém, interním, neurologickém a ortopedickém oddělení Klatovské nemocnici a.s. Tato oddělení byla vybrána záměrně pro svá specifika dietního systému a rozdílné potřeby a nároky respondentů v oblasti výživy.

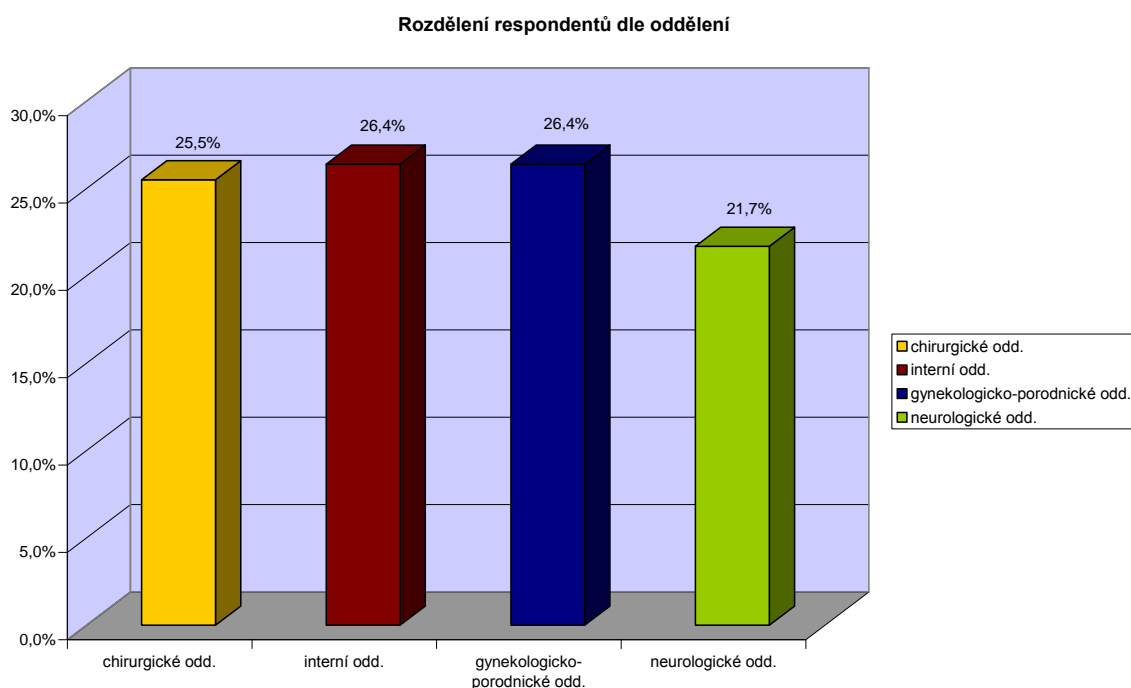
Bylo rozdáno celkem 120 dotazníků. Z tohoto počtu se jich 14 nevrátilo. Konečný výzkumný počet respondentů tedy tvořilo 106 pacientů. návratnost byla 88,3%.

V úvodu dotazníku se pacientům představuji svým jménem, popisuji způsob vyplnění a účel průzkumu. Pro vyšší pocit anonymity dostal každý respondent k dotazníku obálku, do níž mohl dotazník vložit a zalepit.

10 PREZENTACE A INTERPRETACE ZÍSKANÝCH ÚDAJŮ

Graf č. 1 Rozdělení respondentů dle oddělení

(Otázka č. 13. Na kterém oddělení jste hospitalizován/a?)

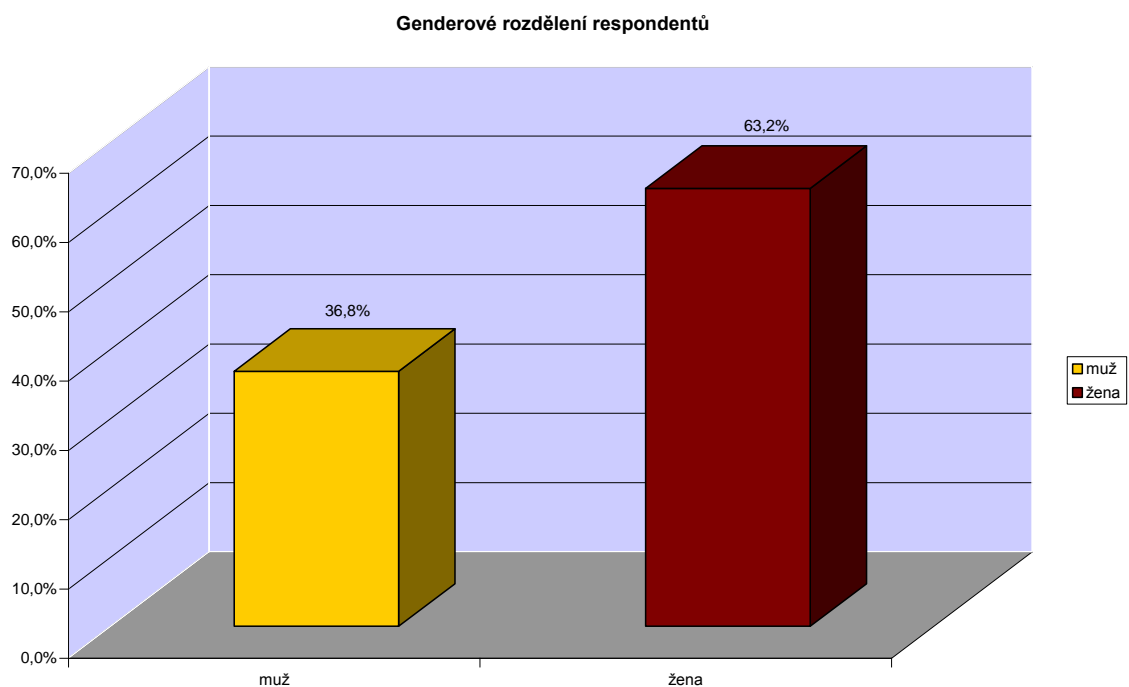


Zdroj: Vlastní výzkum

Z celkového počtu 106 (100%) dotázaných bylo 28 (26,4%) respondentů z interního oddělení, 28 (26,4%) respondentů z gynekologicko – porodnického oddělení, 27 (25,5%) respondentů z chirurgického oddělení a 23 (21,7%) respondentů z neurologického oddělení.

Graf č. 2 Genderové rozdělení respondentů

(Otázka č. 1: Pohlaví?)

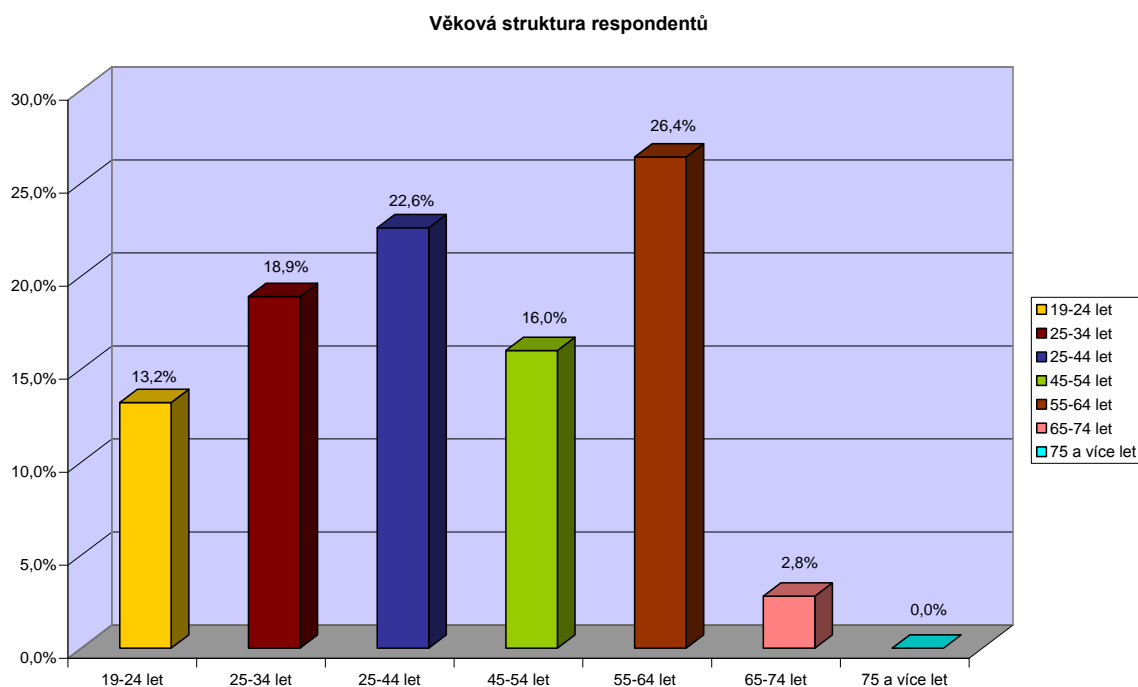


Zdroj: Vlastní výzkum

Celkově bylo k výzkumu použito 106 vyplněných dotazníků, z čehož 39 (36,8%) respondentů bylo mužů a 67 (63,2%) respondentů bylo žen.

Graf č. 3 Věková struktura respondentů

(Otázka č. 2: Věk?)

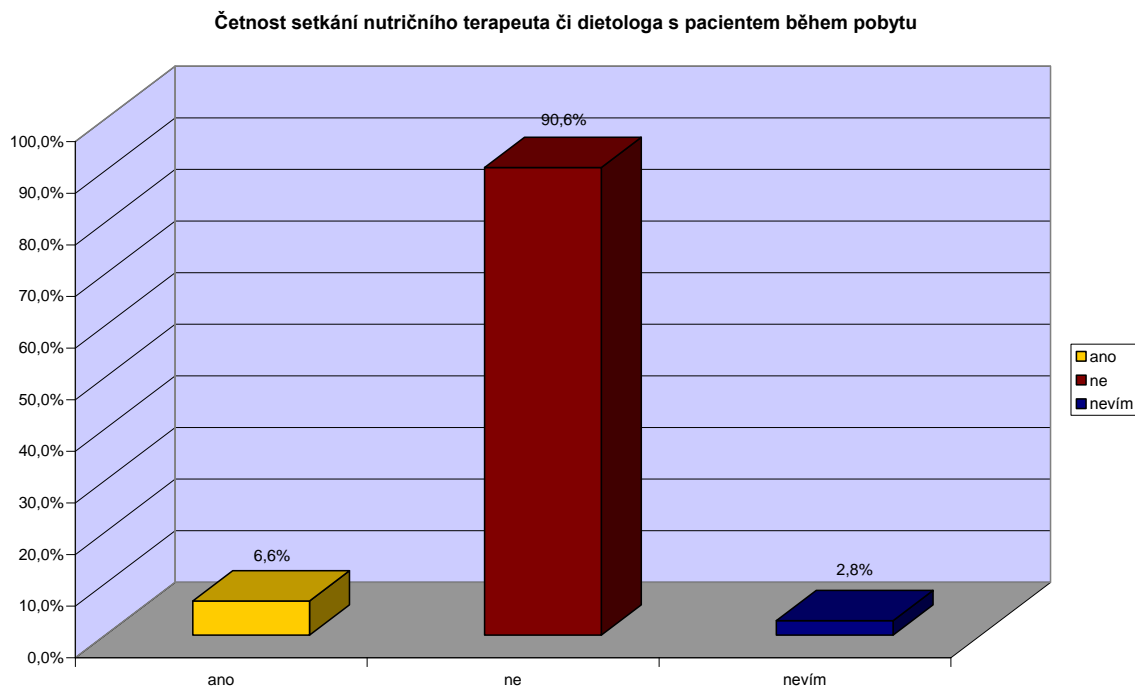


Zdroj: Vlastní výzkum

Ve výzkumu byl nejvíce zastoupen věk 55 – 64 let, a to 28 (26,4%) respondenty. Dále bylo 14 (13,2%) respondentů ve věku 19 – 24 let, 20 (18,9%) respondentů ve věku 25 – 34 let, 24 (22,6%) respondentů ve věku 25 – 44 let, 17 (16,0%) respondentů ve věku 45 – 54 let a 3 (2,8%) respondenti ve věku 65 – 74 let. Věkové rozmezí 75 let a více nebylo zastoupeno žádným respondentem.

Graf č. 4 Četnost setkání nutričního terapeuta a dietologa s pacientem

(Otázka č.3: Setkal/a jste se během pobytu s nutričním terapeutem (dříve dietní sestra) či s dietologem?)

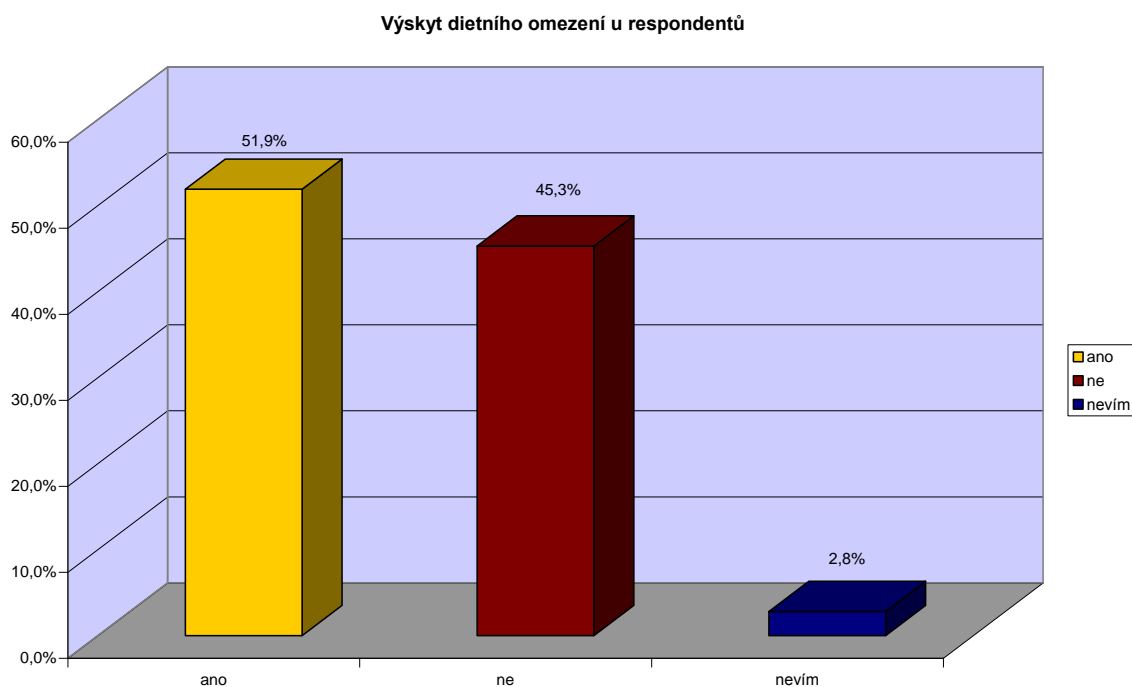


Zdroj: Vlastní výzkum

Ze všech dotazovaných se 96 (90,6%) respondentů nesetkalo po dobu hospitalizace s nutričním terapeutem či dietologem a 7 (6,6%) respondentů se setkala s nutričním terapeutem či dietologem. 3 (2,8%) respondenti, kteří byli ve věkovém rozmezí 65 – 74 let využili odpovědi „Nevím“, což může být důsledek změn mozkových funkcí vlivem věku nebo špatnou orientací ve zdravotnickém personálu.

Graf č. 5 Výskyt dietního omezení u respondentů

(Otázka č. 4: Máte dietní omezení?)

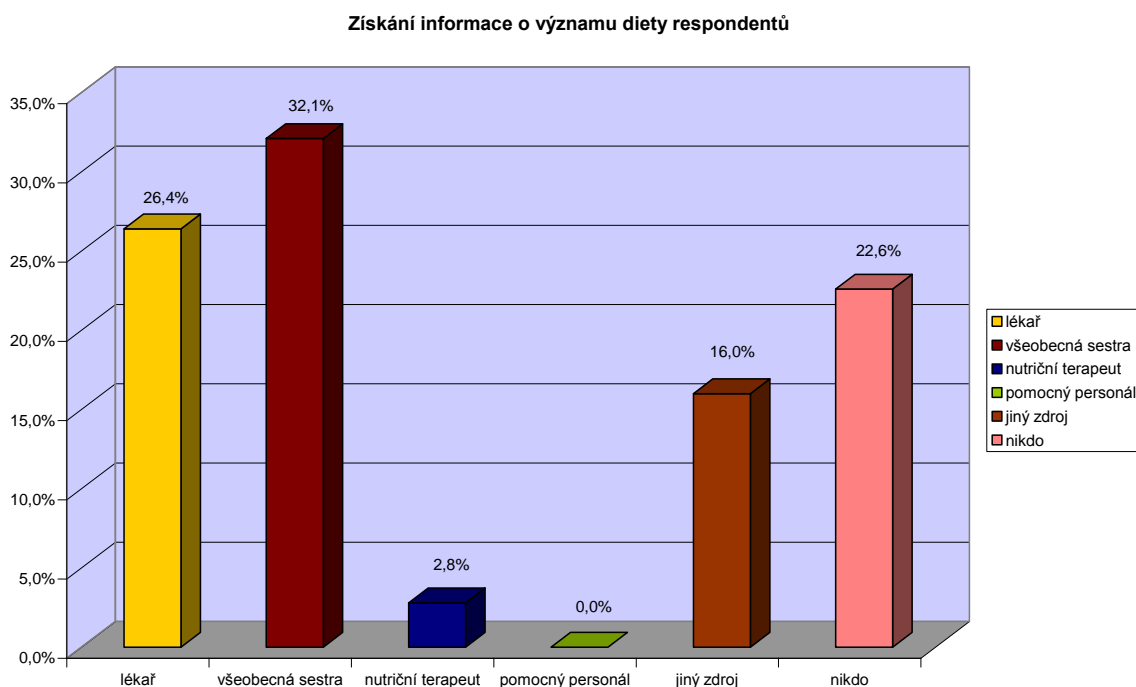


Zdroj: vlastní výzkum

Z celkového počtu dotazovaných 106 respondentů uvádí, že dietní omezení má 55 (51,9%) respondentů a 48 (45,3%) respondentů je bez dietního omezení. 3 (2,8%) respondenti, kteří využili odpovědi „Nevím“. Je to stejná skupina je v předchozí otázce.?????

Graf č. 6 Získání informace o významu diety

(Otázka č. 5: Kdo Vám poskytl informaci o významu Vaší diety?)

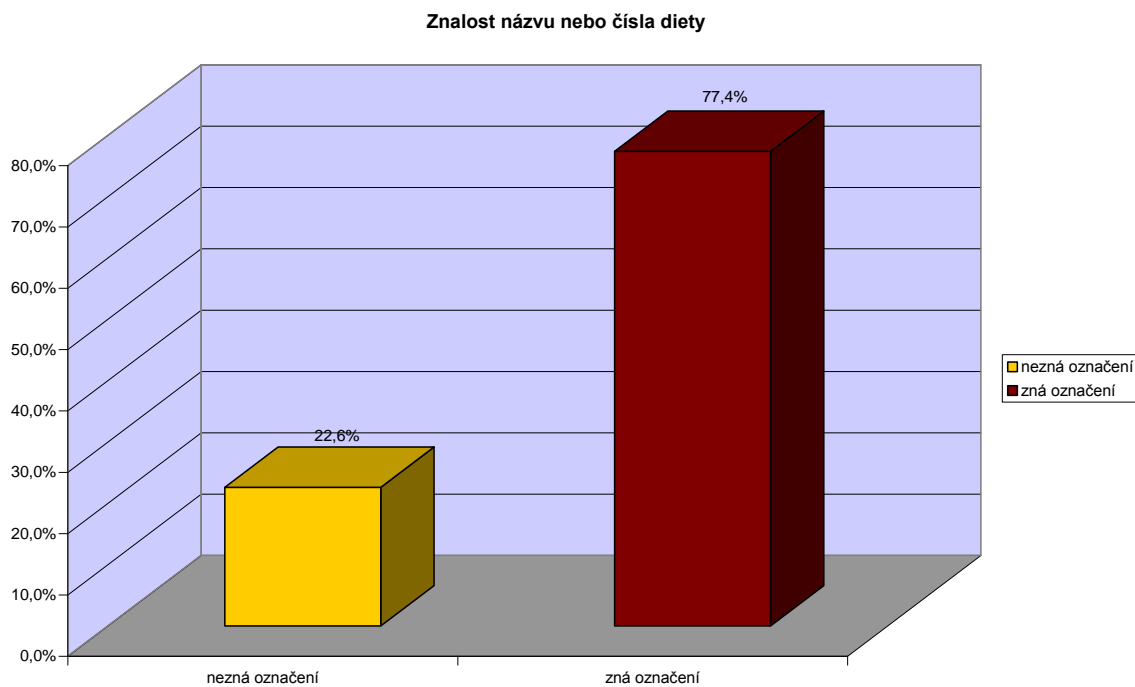


Zdroj: Vlastní výzkum

Největší podíl na informování o dietním omezení respondentů má všeobecná sestra, což uvedlo 34 (32,1%) respondentů. 28 (26,4%) respondentů získalo informace od lékaře, 24 (22,6%) respondentů informace nezískalo, 17 (16%) respondentů uvedlo jiný zdroj a pouze 3 (2,8%) respondenti získali informace od nutričního terapeuta.

Graf č. 7 Znalost názvu nebo čísla diety

(Otázka č. 6 Napište název a číslo svojí diety.)

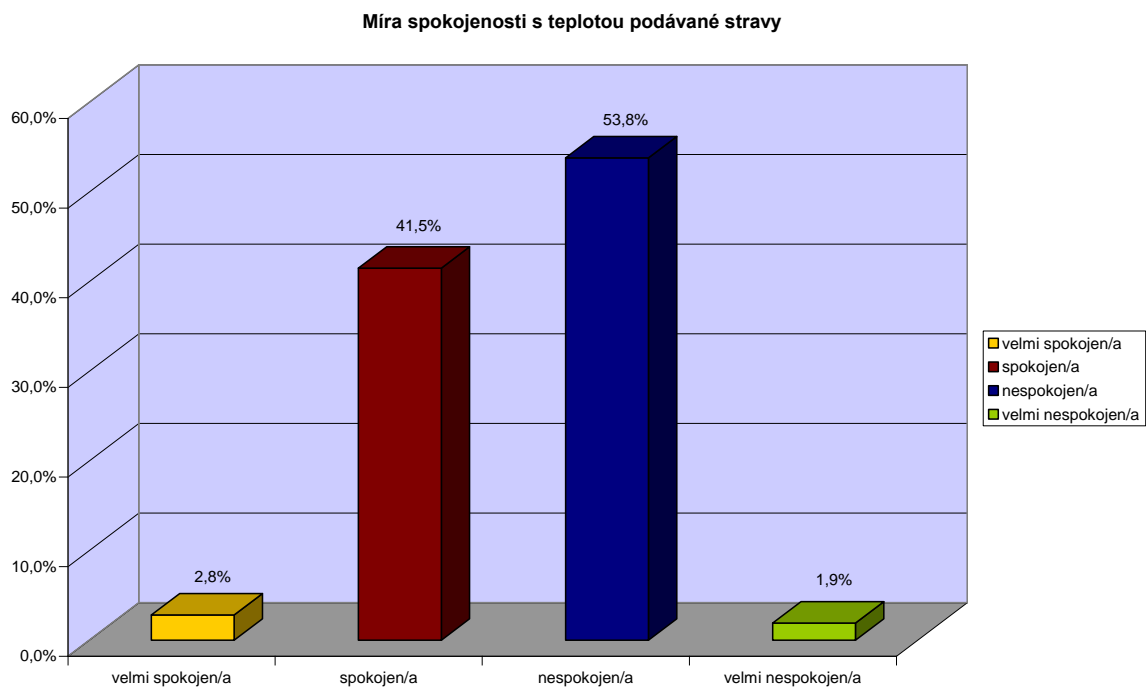


Zdroj: Vlastní výzkum

Z celkového počtu 82 (77,4%) respondentů zná číslo nebo název své diety, 24 (22,6%) respondentů nezná ani číslo ani název svojí diety.

Graf č. 8 Míra spokojenosti s teplotou podávané stravy

(Otázka č. 7: Jste spokojena s teplotou podávané stravy?)

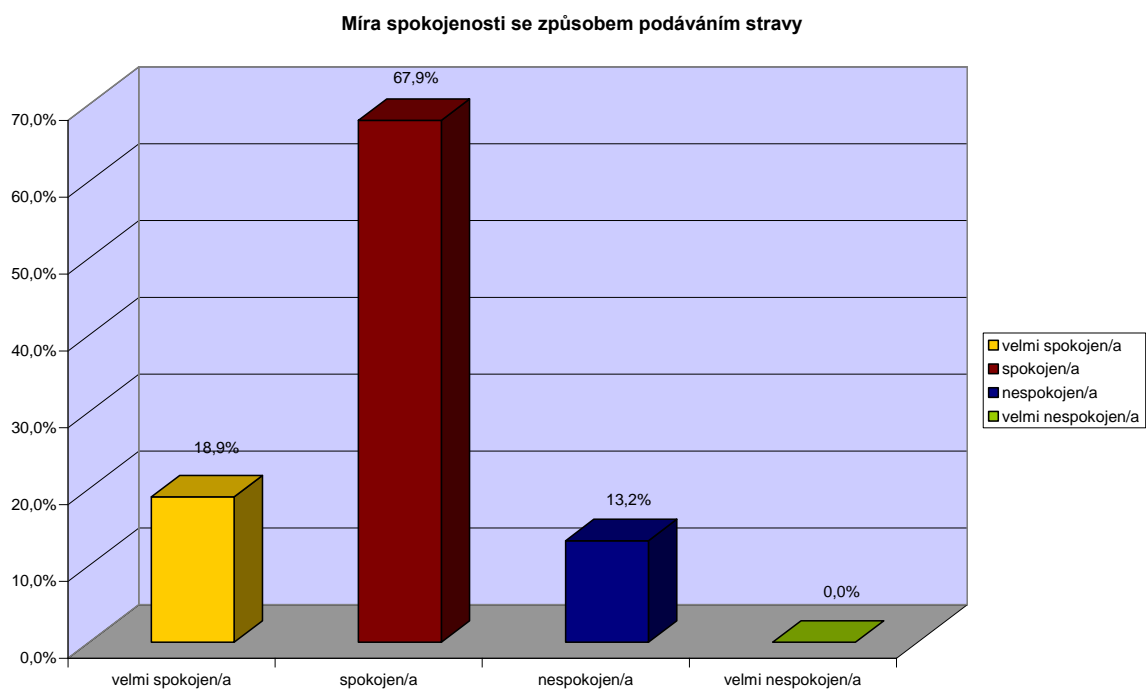


Zdroj: Vlastní výzkum

S teplotou podávané stravy je 57 (53,8%) respondentů nespokojeno, 44 (41,5%) respondentů je spokojeno, 3 (2,8%) respondenti jsou velmi spokojeni a 2 (1,9%) respondenti uvedli velmi nespokojen/a.

Graf č. 9 Míra spokojenosti s podáváním stravy

(Otázka č. 8: Jste spokojena se způsobem podávání stravy?)

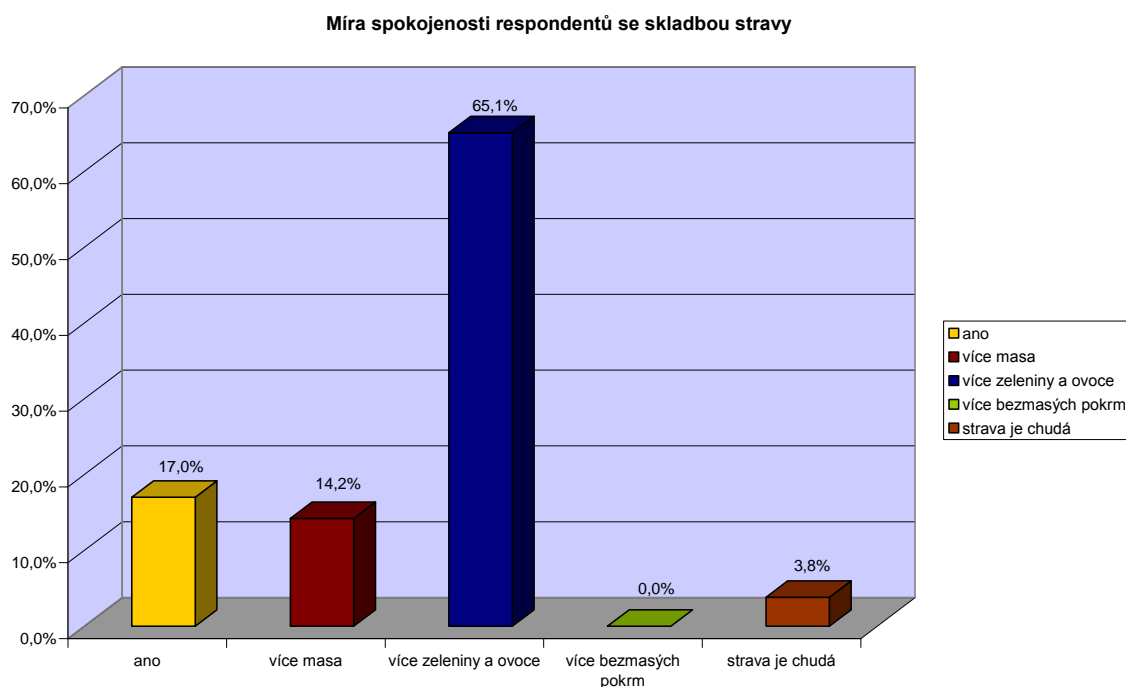


Zdroj: Vlastní výzkum

Z odpovědí vyplynulo, že většině respondentů podávání stravy vyhovuje. 72 (67,9%) respondentů je spokojena a 20 (18,9%) respondentů je velmi spokojeno. Pouze 14 (13,2%) respondentů je nespokojeno s podáváním stravy.

Graf č. 10 Míra spokojenosti respondentů se skladbou stravy

(Otázka č. 9: Vyhovuje Vám skladba stravy?)

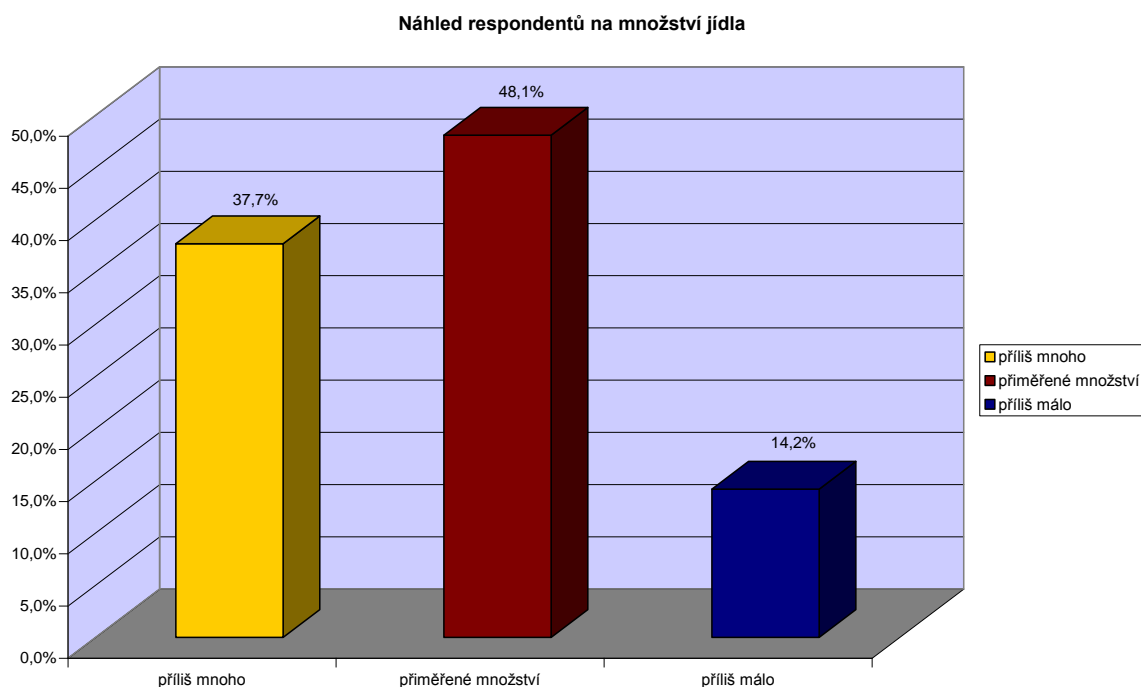


Zdroj: Vlastní výzkum

Z celkového počtu dotázaných 69 (65,1%) respondentům ve stravě podávané v nemocnici chybí zelenina a ovoce, 15 (14,2%) respondentů by ocenili více masa, 18 (17%) respondentů by spokojeno se skladbou stravy a jen 4 (3,8%) respondenti uvedli, že strava dle jejich názoru je chudá. Možnost více bezmasých pokrmů nevyužil žádný respondent.

Graf č. 11 Náhled respondentů na množství jídla

(Otázka č. 10: Vyhovuje Vám množství jídla, které dostáváte?)

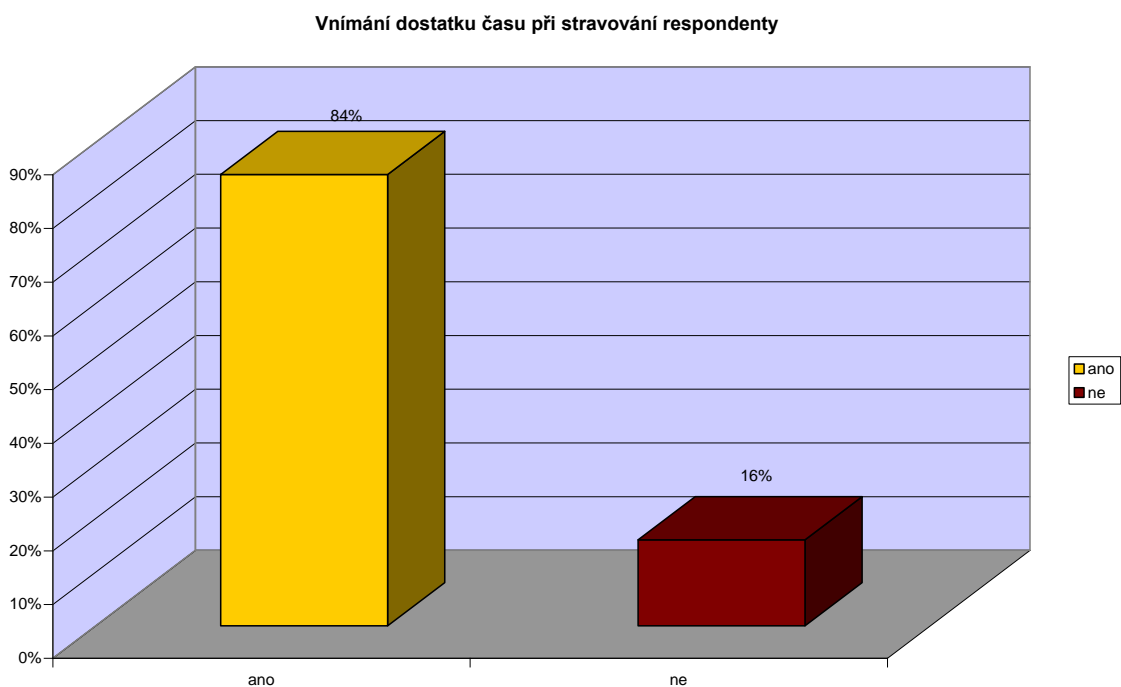


Zdroj: Vlastní výzkum

Z odpovědí vyplynulo, že pro 59 (55,7%) respondentů je množství podávaného jídla přiměřené. 32 (30,2%) respondentů považuje množství jídla za příliš velké a 15 (14,2%) respondentů považuje množství jídla za nedostatečné.

Graf č. 12 Vnímání dostatku času při stravování respondenty

(Otázka č. 11: Máte čas se v klidu najíst?)

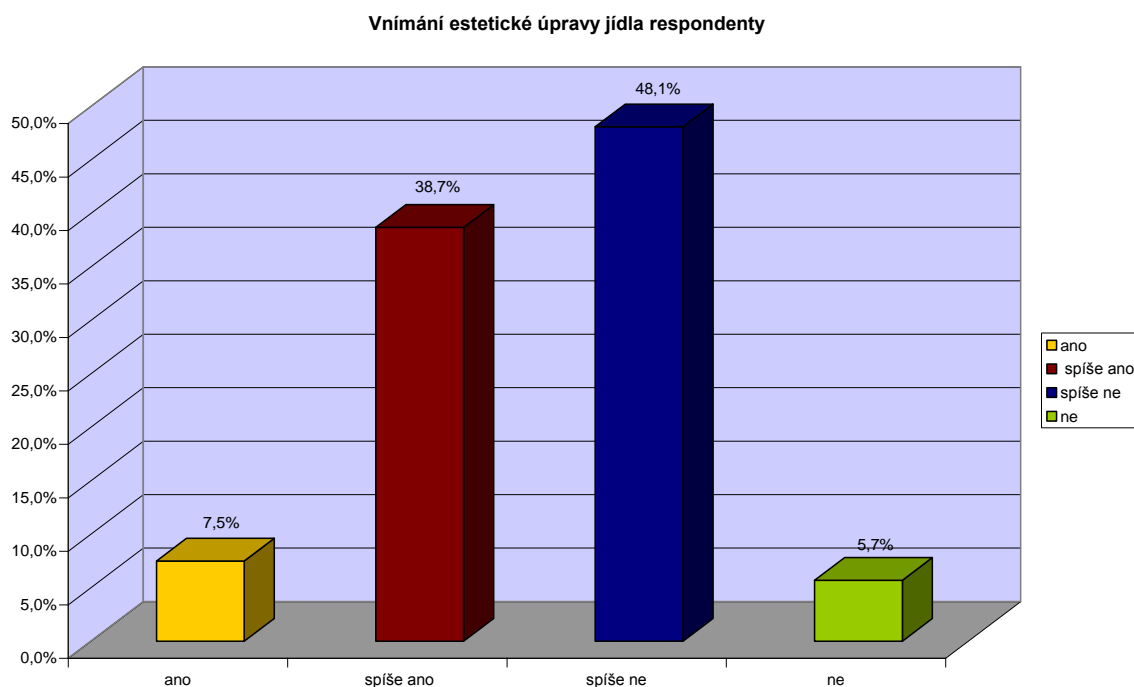


Zdroj: Vlastní výzkum

89 (84%) respondentů odpovědělo, že mělo dostatek času na konzumaci jídla a 17 (16%) respondentů uvedlo, že času na konzumaci jídla měli málo.

Graf č. 13 Vnímání estetické úpravy jídla respondenty

(Otázka č. 12: Jste spokojen/a s estetickou úpravou jídla?)

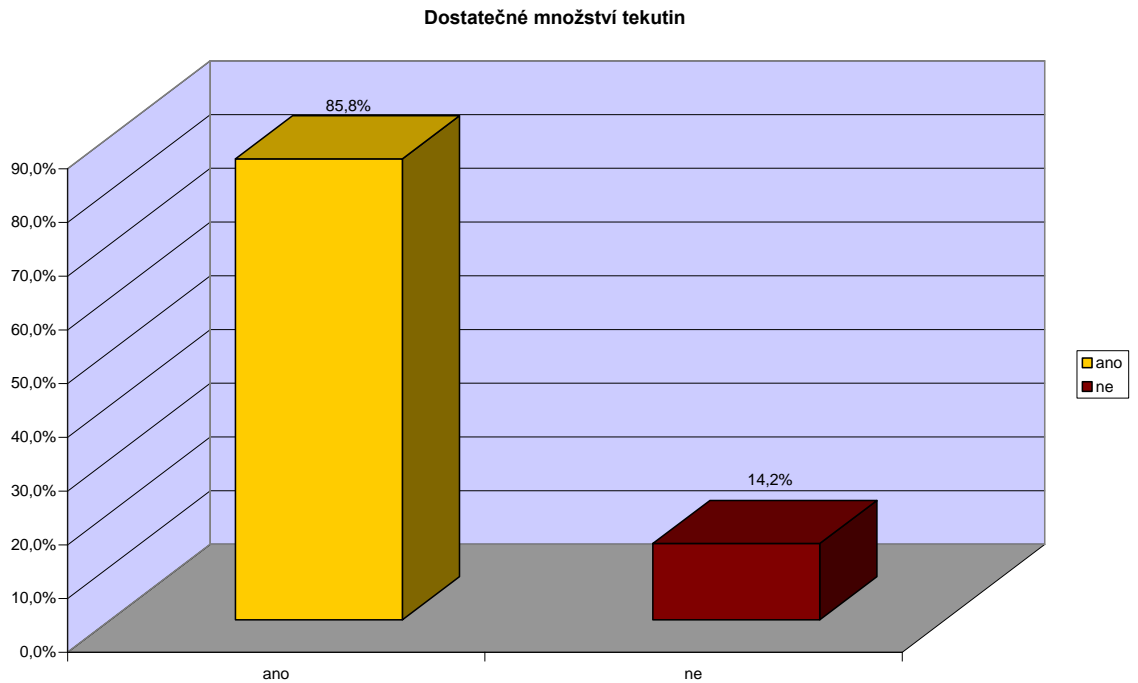


Zdroj: Vlastní výzkum

Estetika a úprava jídla je vnímána subjektivně 51 (48,1%) respondenty jako spíše nevzhledná, 41 (38,7%) respondenty jako spíše vzhledná. 8 (7,5%) respondentů bylo s estetickou úpravou jídla spokojeno a 6 (5,7%) respondentů nespokojeno.

Graf č. 14 Dostatečné množství tekutin podávané v nemocnici

(Otázka č. 14: Dostáváte dostatečné množství tekutin?)

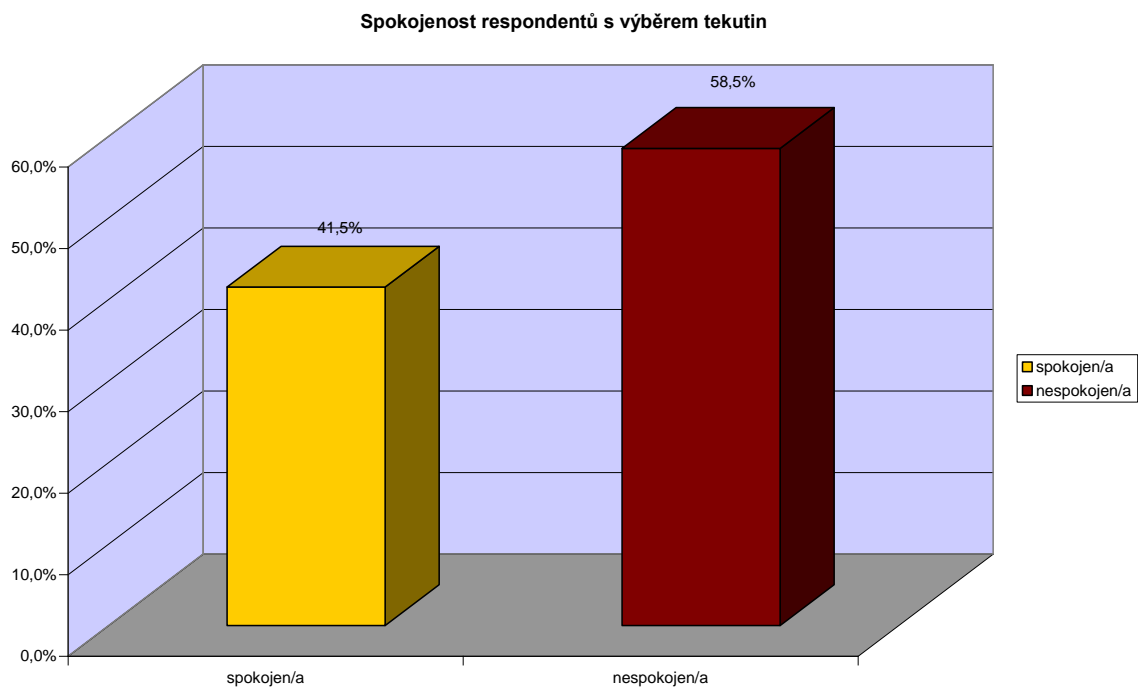


Zdroj: Vlastní výzkum

Z výsledků výzkumu vyplývá, že 91 (85,8%) respondentů je spokojeno s množstvím podávaných tekutin v nemocnici a 15 (14,2%) respondentů spokojeno s množstvím není.

Graf č. 15 Spokojenost respondentů s výběrem tekutin v nemocnici

(Otázka č. 15: Jste spokojena s výběrem tekutin?)

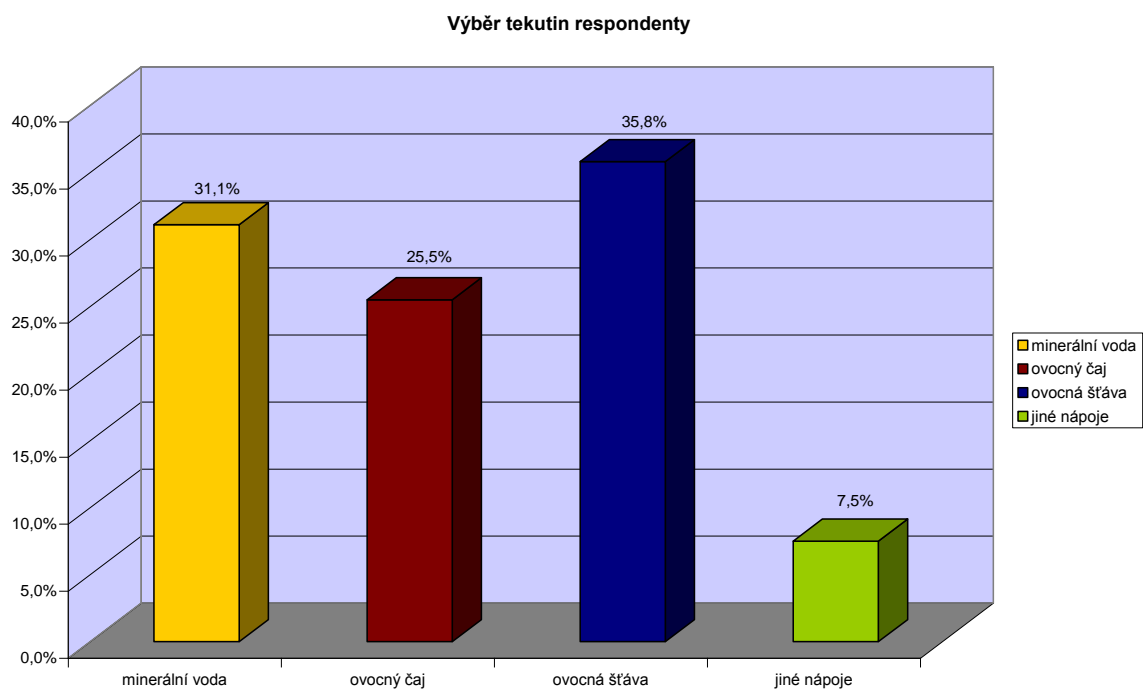


Zdroj: Vlastní výzkum

S výběrem tekutin podávaných v nemocnici je nespokojeno 62 (58,5%) respondentů a 44 (41,5%) respondentů je s výběrem spokojeno.

Graf č. 16 Výběr tekutin respondenty

(Otázka č. 16: Které tekutiny byste uvítal/a?)

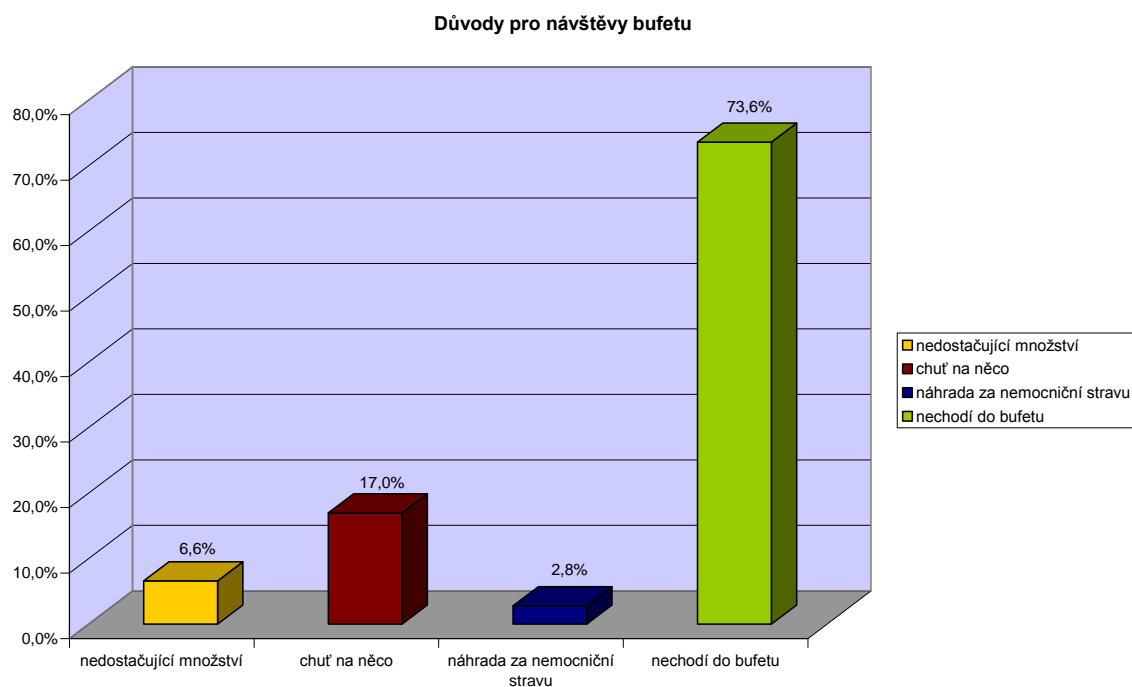


Zdroj: Vlastní výzkum

Nejčastěji by dotazovaní uvítali ovocnou šťávu, a to 38 (35,8%) respondentů. 33 (31,1%) respondentů by výběr tekutin obohatili o minerální vodu, 27 (25,5%) respondentů o ovocný čaj a 8 (7,5%) respondentů by uvítalo jiné nápoje.

Graf č. 17 Důvody pro návštěvy bufetu

(Otázka č. 17: Pokud kupujete potraviny v bufetu je to proto, že:)

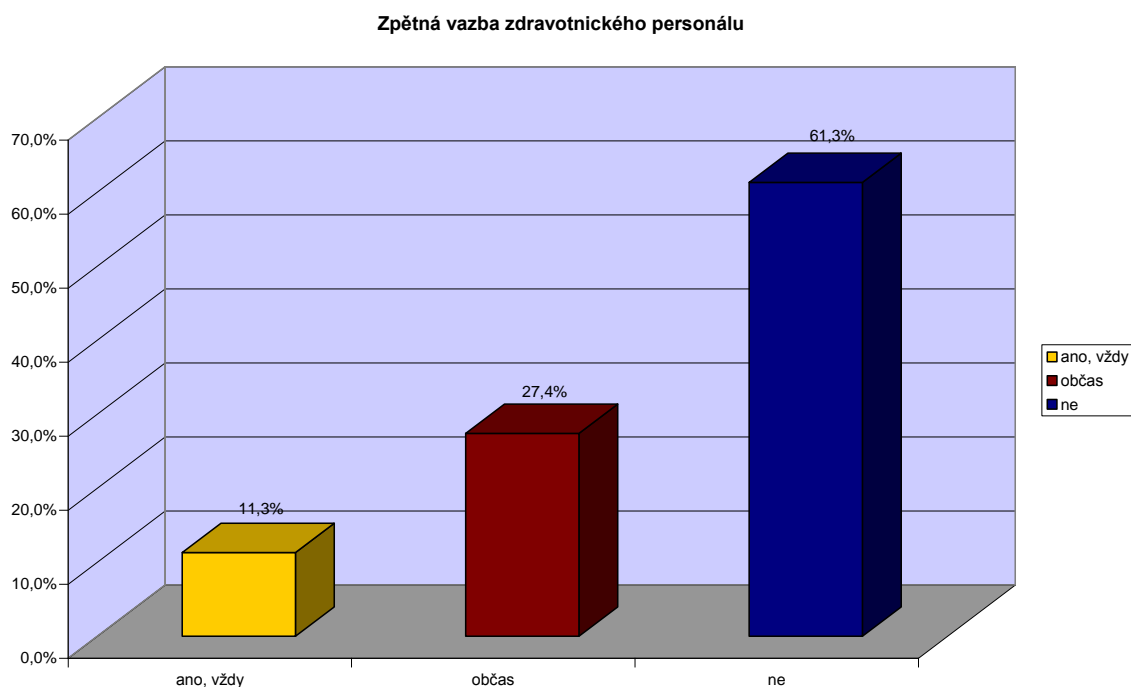


Zdroj: Vlastní výzkum

Skupina 78 (73,6%) respondentů uvedla, že do bufetu nechodí. 18 (17%) respondentů bufet navštěvují z důvodu chuti na něco a 7 (6,6%) respondentům nestačí množství podávané stravy v nemocnici. Skupina 3 (2,8%) respondentů zastává názor, že důvod návštěvy bufetu je náhrada za nemocniční stravu.

Graf č. 18 Zpětná vazba zdravotnického personálu

(Otázka č. 18: Zajímá se sestra, zda Vám strava chutnala?)

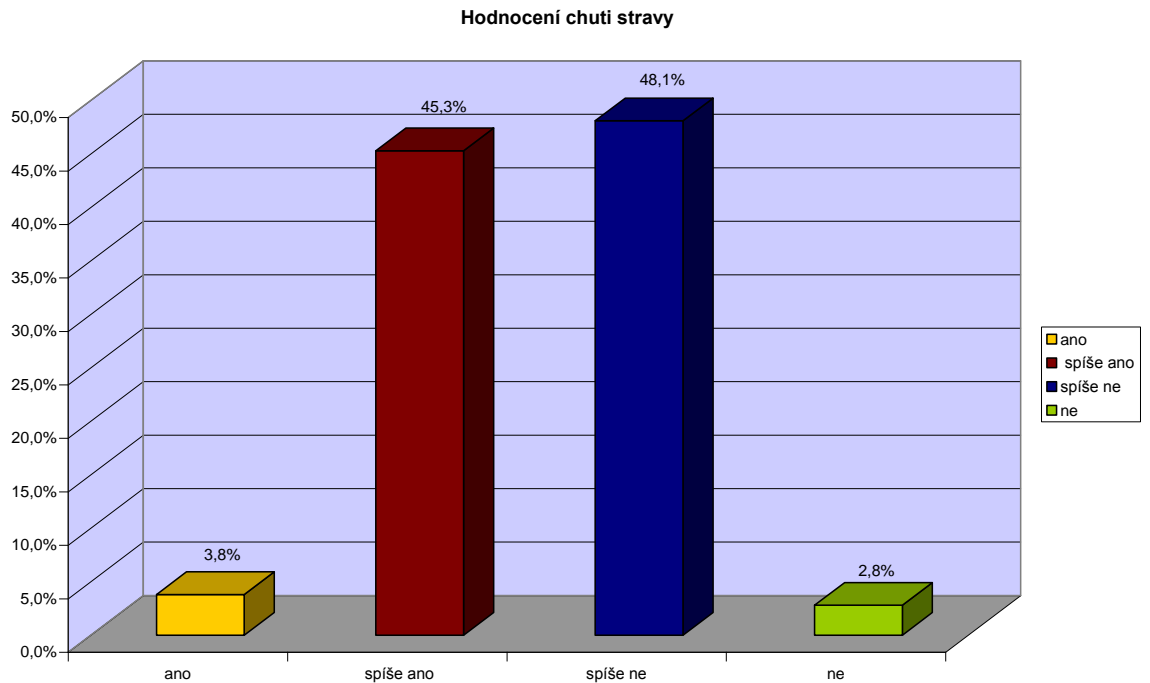


Zdroj: Vlastní výzkum

Z celkového počtu dotázaných 65 (61,3%) respondentů uvedlo, že od zdravotnického personálu nedostali zpětnou vazbu, 29 (27,4%) respondentů dostalo během pobytu v nemocnici jen občas a 12 (11,3%) respondentů byli vždy zdravotnickým personálem dotázáni, zda jim jídlo chutnalo.

Graf č. 19 Hodnocení chuti stravy respondenty v nemocnici

(Otázka č. 19: Hodnotíte stravu v této nemocnici jako chutnou?)

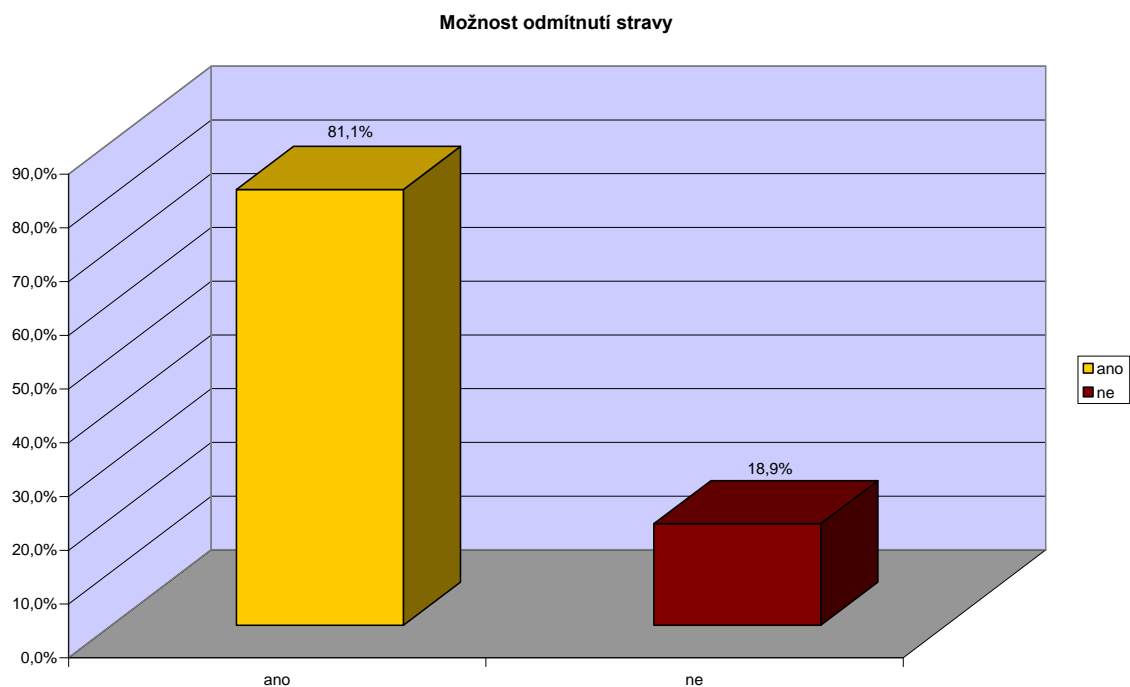


Zdroj: Vlastní výzkum

Odpověď spíše ne zvolilo 51 (48,1%) respondentů, 48 (45,3%) respondentů zvolilo odpověď spíše ano, 4 (3,8%) respondenti byli spokojeni s chutí jídla a strava nechutnala 3 (2,8%) respondentům.

Graf č. 20 Možnost odmítnout stravu

(Otázka č. 20: Měl/a jste možnost odmítnout stravu z důvodu svého kulturního či náboženského přesvědčení?)

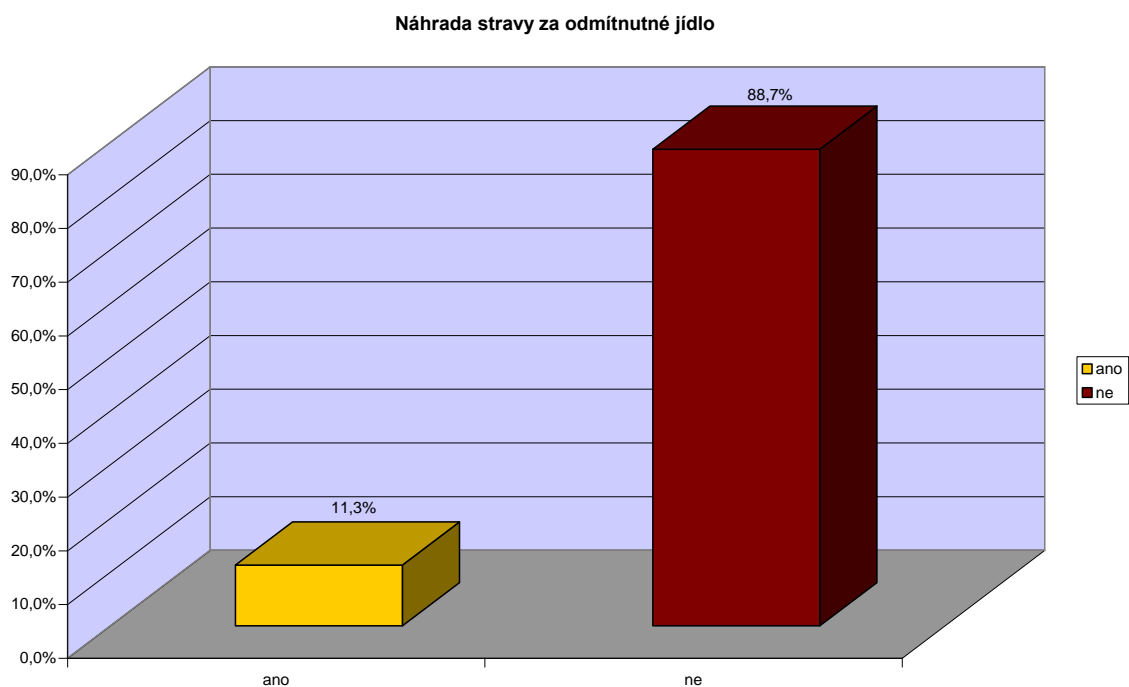


Zdroj: Vlastní výzkum

Možnost odmítnout stravu mělo 86 (81,1%) respondentů a 20 (18,9%) respondentů uvedlo, že tuto možnost nemělo.

Graf č. 21 Náhrada stravy za odmítnuté jídlo

(Otázka č. 21: bylo Vám nabídnuto jiné jídlo za odmítnuté?)

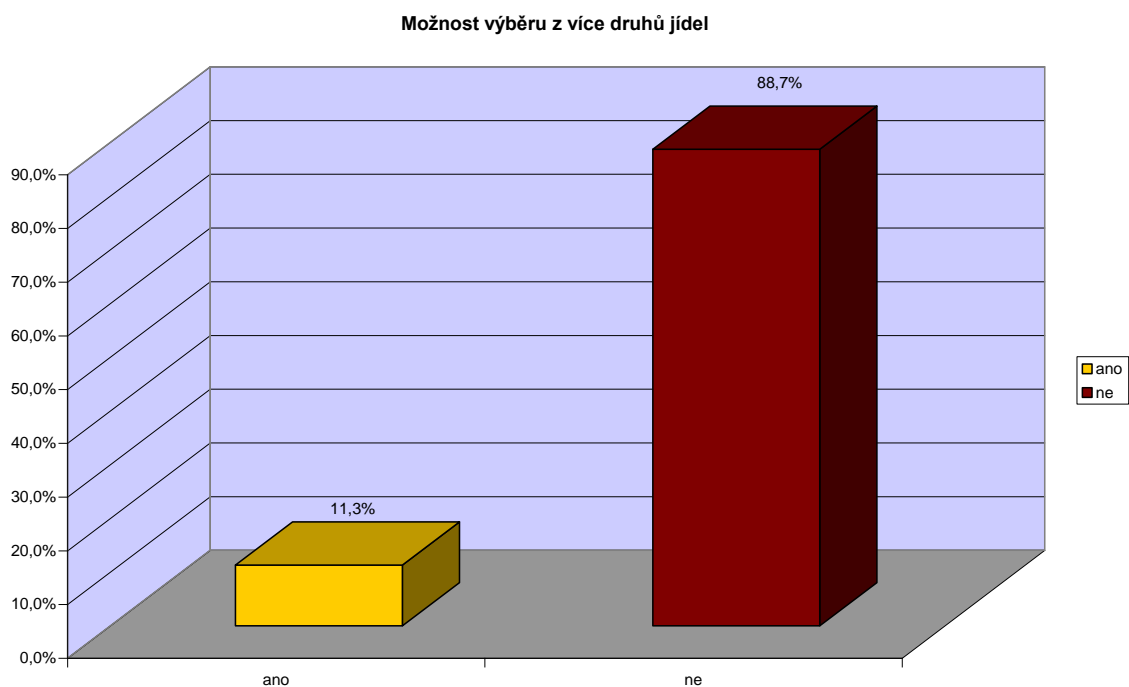


Zdroj: Vlastní výzkum

Z celkového počtu dotázaných 94 (88,7%) respondentů uvedlo, že náhradní jídlo za odmítnuté nedostali a 12 (11,3%) respondentů náhradu za odmítnuté jídlo dostali.

Graf č. 22 Možnost výběru z více druhů jídel

(Otázka č. 22: Měl/a jste možnost vybrat si z více druhů jídel?)

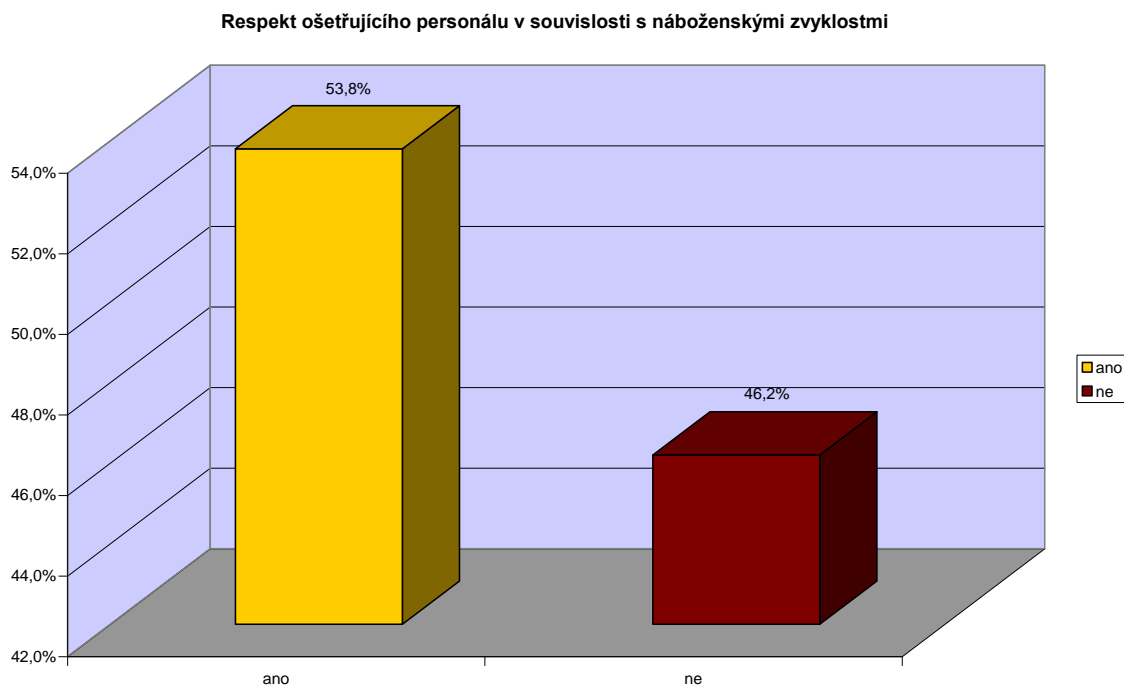


Zdroj: Vlastní výzkum

Možnost výběru z více druhů jídel nedostalo 94 (88,7%) respondentů a 12 (11,3%) respondentů možnost výběru mělo.

Graf č. 23 Respekt ošetřujícího personálu v souvislosti s kulturními či náboženskými stravovacími zvyklostmi respondentů

(Otázka č. 23: Respektuje ošetřující personál Vaše kulturní a náboženské stravovací zvyklosti?)



Zdroj: Vlastní výzkum

Personál respektoval náboženské a kulturní stravovací zvyklosti u 57 (53,8%) respondentů a u 49 (46,2%) respondentů nikoli.

DISKUZE

Výživa je jednou z oblastí, která bývá v nemocnici nejvíce zanedbávána. Chybí především systém vyhledávání rizikových pacientů a zůstává většinou při individuální iniciativě zdravotnického personálu, který pro tuto problematiku není dostatečně erudován a nemá péči o stravu a výživu pacienta v náplni práce.

Objektem výzkumu této bakalářské práce „*Spokojenost pacientů s dietním systémem v nemocničním zařízení*“ bylo zjistit, zda pacientům hospitalizovaným v nemocničním zařízení chutná dietní strava, která je jim podávána. Dále byla sledována role nutričního terapeuta v ošetrovatelském týmu z pohledu pacienta a zda celý ošetrovatelský tým dokáže flexibilně reagovat na kulturní a náboženské zvyklosti pacientů v oblasti stravování.

K dosažení těchto cílů bylo zapotřebí stanovit si kvalitní hypotézy. H1: Pacientům chutná dietní strava, která je jim podávána v nemocničním zařízení. H2: Pacienti nejsou informováni nutričním terapeutem o svém dietním omezení a H3: Dietní systém je schopen respektovat odlišné kulturní zvyklosti pacientů. Jak jsem již uvedla, pro výzkum mé bakalářské práce jsem zvolila kvantitativní metodu pomocí anonymního dotazníkového šetření. Výsledky výzkumu ukazují jednotlivé grafy.

První dvě otázky byly identifikačního rázu. Byly zaměřeny na pohlaví a věk respondentů. Většina ze 106 dotazovaných byly ženy 67 (63,2%), muži tvořili počtem menší skupiny 39 (36,8%). Pacienti byli různých věkových kategorií, což bylo ovlivněno i výběrem oddělení, kde výzkum probíhal. Otázka týkající se hospitalizace pacienta na konkrétním oddělení byla záměrně zařazena uprostřed dotazníku, aby vznikl větší zájem respondentů o jeho vyplnění. Z grafu č. 1 je patrné, že nejmenší návratnost dotazníků je z neurologického (21,7%) a chirurgického (25,5%). Shodná návratnost dotazníků se týkala oddělení gynekologicko - porodnického a interního (26,4%).

Další skupina otázek (otázky č. 3 - 6) se zabývala problematikou fungování nutričního terapeuta či dietologa v ošetrovatelském týmu v Klatovské nemocnici a.s. Graf č. 4 znázorňuje četnost setkání respondentů s nutričním terapeutem po dobu hospitalizace. Výsledky ukázaly, že nepřítomnost nutričního terapeuta na standardních oddělení je velmi vysoká. 96 (90,6%) respondentů se vůbec nesetkalo po dobu hospitalizace s nutričním terapeutem či dietologem. 3 (2,8%) respondenti, kteří byli ve

věkovém rozmezí 65 – 74let využili odpovědi „Nevím“, což dle mého názoru může být dáno i špatnou orientací ve zdravotnickém personálu. Dietní omezení, které ukazuje graf č. 5, uvedlo 55 (51,9%) respondentů a 48 (45,3%) respondentů bylo bez dietního omezení. Odpovědi „Nevím“ využili 3 (2,8%) respondenti, kteří tak odpověděli i v předešlé otázce. Jednotlivá onemocnění mohou být stravou velmi ovlivněna, a proto informace týkající se významu diety, je pro pacienty v některých případech zásadní. Příslušnou dietu ordinuje ošetřující lékař a sestavuje nutriční terapeutka. Graf č. 6 znázorňuje subjekty, kteří nejčastěji informovaly respondenty o významu jejich dietního omezení. Celkem 65 (61,3%) respondentů získalo informace od zdravotnického personálu, kde byly nejvíce zastoupeny všeobecné sestry s 32,1%, dále lékaři s 26,4% a 2,8% respondentů informovala nutriční terapeutka. 17 (16%) respondentů uvedlo jiný zdroj, což bylo nejčastěji označení na tabletu s jídlem. Celkem vysoké procento respondentů (22,6%) informace o své dietě nezískalo. Výsledek vysoké neinformovanosti o dietě se promítnul i v grafu č. 7, kde stejný počet respondentů (48,1%) nezná ani číslo ani název svojí diety. Výsledky z mého výzkumu potvrdily, že funkce nutriční terapeutky v Klatovské nemocnici a.s. je omezena spíše na administrativní práci a k pacientům na oddělení přijde jen sporadicky. Na základě mnou stanovených kritérií pro vyhodnocení se hypotéza potvrdila.

Další soubor otázek pátral po spokojenosti se stravou podávanou respondentům během hospitalizace. K hypotéze č. 1 se vztahují grafy č. 7 - 12 a 14 - 19. Otázka ohledně teploty podávané stravy je úzce spojena s dodržováním systému kritických bodů. Naše legislativa určuje přesné teploty při podávání stravy. Při výdeji teplých jídel musí strava na talíři pacienta dosahovat alespoň 63 °C, u jídel studených maximálně 8 °C. V této otázce se projevil genderový faktor. Nespokojenost, jejíž hodnoty v grafu č. 8 dosáhly celkem 55,7%, projevili spíše muži. Vysoké procento spokojenosti (86,8%) vykazuje graf č. 9, který byl zaměřen na způsob podávání stravy. Domnívám se, že důvodem je přechod na tabletový systém, který funguje v Klatovské nemocnici a.s. teprve od podzimu roku 2012. Graf č. 10 zaznamenává údaje o skladbě podávané stravy, kdy 69 (65,1%) respondentům ve stravě podávané v nemocnici chybí zelenina a ovoce. Všichni respondenti (14,2%), kteří by uvítali ve stravě byli opět muži. Výsledky tohoto grafu poukazují na rozdílné nutriční potřeby žen a mužů. Množství jídla podávané v nemocnici 51 (58,1%) respondentů hodnotí jako přiměřené a z mého pohledu vysoký počet 40 (37,7%) respondentů považuje množství jídla za příliš velké. Naskytuje se otázka, zda jsou porce nutričně přizpůsobeny pacientům nebo zda se jedná o plýtvání. Nedostatečnou konzumací stravy se ve svém průzkumu

zabýval i Kohout a Kotlíková (29). Jak zjistili, množství skutečně zkonsumované stravy není evidováno, ale přitom podle průzkumu je reálné, že jen asi třetina pacientů sní kompletně podávanou porci. Ti ostatní část z podávaného pokrmu nezkonsumují. Bohužel se jedná převážně o ty, kteří mají horší výživový stav a mnohdy dietu svým principem karenční. Výživové problémy tak vedou k ekonomickým ztrátám a přesto nejsou ekonomické údaje týkající se stravování posuzovány v souvislostech.

Celkem 89 (84%) respondentů odpovědělo, že mělo dostatek času na konzumaci jídla, kdežto 17 (16%) respondentů uvedlo, že času na konzumaci jídla měli málo, a to nejčastěji z důvodu starosti o novorozence či stresu před a po operačním zákroku. Při hodnocení estetiky a úpravy jídla se projevil rozdíl vlivem věku respondentů. Většina respondentů (53,8%) byla totiž mladší 45 let. Graf č. 14 a 15 se týká pitného režimu, kde je z výsledků patrné, že respondenti jsou spokojeni s množstvím podávaných tekutin, ale nespokojeni s jejich výběrem. Zařazení ovocné šťávy a minerální vody by vedlo k vyšší spokojenosti v této oblasti. Výběr z tekutin je dán samozřejmě ekonomickou situací nemocničního zařízení a hraje zde roli i to, zda pro nemocnici vaří firma či nikoli. Představy nutričních terapeutů se mnohdy rozcházejí s představami vedení firmy zajišťující stravovací provoz. V Klatovské nemocnici a.s. je přítomen bufet, který navštěvuje 26,4% respondentů z důvodu spíše nespokojenosti se stravou podávanou v nemocnici. 73,6% bufet nenavštěvuje a dle mého názoru to může mít souvislost s uzamykáním jednotlivých oddělení a s narušenou hybností vlivem operačního výkonu či porodu. Z dob mého středoškolského studia si vybavuji slova magistry, která vedla odbornou praxi: „ Studentky, když odnášíte talíř, zjistit důvod nesnědení jídla vám zabere pár minut a ušetří několik hodin hledání příčin vzniku malnutrice.“ Výsledky z grafu č. 18 mě nemile překvapily, jelikož 61,3% respondentů uvedlo, že nedostali zpětnou vazbu od zdravotnického personálu ohledně stravy. Hodnocení chuti jídla je velmi subjektivní záležitost, kterou může ovlivňovat prostředí, psychický a fyzický stav respondenta a mnoho dalších faktorů, které jsou rozepsány v teoretické části této práce. Stravu chutnou označilo 50,9% respondentů a 49,1% respondentů s chutí jídla spokojeno nebylo.

Z výše uvedených údajů vyplývá, že nebyla hypotéza č. 1 potvrzena. Potvrdil se ovšem názor hlavní nutriční terapeutky, která pozoruje velké rozdíly ve stravě od doby, kdy stravovací provoz v Klatovské nemocnici a.s. začala zajišťovat firma Stravbyť s.r.o.

Poslední 4 otázky v dotazníku byly zaměřeny na multikulturní ošetřovatelství v souvislosti se stravováním v Klatovské nemocnici a.s. Údaje z grafů vypovídají o respektování ze strany zdravotnického personálu odmítnout stravu (81,1%) i respektování kulturních a náboženských stravovacích zvyklostech má dle mého názoru vysokou hodnotu (53,8%). Když si uvědomím, kdy vstoupilo multikulturní ošetřovatelství do učebních materiálů zdravotních pracovníků a průměrný věk všeobecných sester pracujících v nemocnici, je tento výsledek uspokojivý. Hypotéza č. 3 byla potvrzena.

ZÁVĚR

V bakalářské práci bylo stanoveno hned několik cílů současně, a to z toho důvodu, aby došlo ke kompletnímu zmapování problematiky. Jedním z cílů výzkumu bylo zjistit, zda pacientům hospitalizovaným v nemocničním zařízení chutná dietní strava, která je jim podávána. Dále byla sledována role nutričního terapeuta v ošetrovatelském týmu z pohledu pacienta, a zda členi ošetrovatelského týmu dokáží flexibilně reagovat na kulturní a náboženské zvyklosti pacientů v oblasti stravování. Konečné výsledky ukázaly, že cíle byly splněny.

Výživa patří mezi základní potřeby člověka a na úspěšnosti léčby hospitalizovaných pacientů se podílí velkou měrou. Je velmi důležité se této problematice stále věnovat. Dalším argumentem pro kvalitní stravování v nemocnici je ekonomika samotného zařízení. Většina nemocnic jsou firmy, které by měly vytvářet zisk. Ten, mimo jiné, plyne i z počtu hospitalizovaných pacientů, jejichž spokojenost či nespokojenost s celkovou péčí se odráží na pověsti zařízení a na finančním příjmu.

Problém, který z výzkumu vyplynul, je nízký zájem všeobecných sester o stravování pacientů. Málo se ptají, jak jsou pacienti spokojeni. Vzhledem k tomu, že se neúčastní sběru nádobí a tabletů, nemají přehled o tom, kolik pacienti snědli a případná odůvodnění proč nejedli. Uvědomuji si, že v té době všeobecné sestry mohou plnit ordinace lékaře nebo jinými úkony zajišťují chod oddělení. V této situaci by mohly vypomoci sanitárky či sanitáři a mohli by vést bilanci příjmu potravy u pacientů, kteří opakovaně snědli málo stravy a napsat jejich důvody proč.

V oblasti spolupráce nutričního terapeuta s všeobecnou sestrou na standardním oddělení jsou ještě, dle mého názoru, nedostatky. Po seznámení zaměstnanců z Oddělení léčebné výživy s výsledky mého výzkumu byl viděn zájem o nápravu této situace s uvědoměním si důvodů proč se tak děje.

Díky poznatkům z teoretické i praktické části, lze předejít vzniku malnutrice u hospitalizovaných pacientů a může dojít ke zkvalitnění stravování, a tím se urychlí léčba a sníží se náklady nemocničnímu zařízení.

LITERATURA A PRAMENY

1. KŘEMEN, Jaromír, KOTRLÍKOVÁ, Eva a SVAČINA, Štěpán. *Enterální a parenterální výživa*. 1. vyd. Praha: Mladá fronta, 2009, 139 s. ISBN 978-802-0420-701.
2. BRODANOVÁ, Marie a ANDĚL, Michal. *Infuzní terapie, parenterální a enterální výživa*. 1. vyd. Praha: Grada, 1994, 287 s. ISBN 80-856-2360-9.
3. KOHOUT, Pavel a KOTRLÍKOVÁ, Eva. *Základy klinické výživy*. 1. vyd. v nakl. Forsapi. Praha: Forsapi, 2009, 113 s. Informační servis pro lékaře. ISBN 978-80-87250-05-1.
4. KOMOŇOVA, Anna. Nové trendy v léčebné výživě – nutriční postupy při léčbě pacienta. *Interní Medicína Pro Praxi*. 2010, vol. 12, no. 7-8, s. 390 – 394.
5. VYTEJČKOVÁ, Renata. *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné I: obecná část*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011, 228 s., 24 s. barev. obr. příl. Sestra. ISBN 978-802-4734-194.
6. KLESCHT, Vladimír. *5 pilířů zdravého života: obecná část*. Vyd. 1. Brno: Computer Press, 2008, 176 s. Sestra. ISBN 978-802-5121-498.
7. PÁNEK, Jan. *Základy výživy: obecná část*. Vyd. 1. Praha: Svoboda Servis, 2002, 207 s. Sestra. ISBN 80-863-2023-5.
8. MARÁDOVÁ, Eva. *Výživa a hygiena ve stravovacích službách: obecná část*. Vyd. 2. Praha: Vysoká škola hotelová v Praze 8, 2005, 183 s. Sestra. ISBN 80-865-7849-6.
9. SVAČINA, Štěpán. *Klinická dietologie: obecná část*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2008, 381 s. Sestra. ISBN 978-80-247-2256-6.
10. KAPOUNOVÁ, Gabriela. *Ošetrovatelství v intenzivní péči: obecná část*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2007, 350 s. Sestra. ISBN 978-802-4718-309.
11. GROFOVÁ, Zuzana. 2007. *Úvod k ESPEN guidelines pro enterální výživu: terminologie, definice a obecná témata*. [on line] In *SKVIMP* [cit. 2013-02-15] dostupné na <http://www.skvimp.cz/?action=changecategory&value=25>

12. MOUREK, Jindřich. *Fyziologie: učebnice pro studenty zdravotnických oborů*. 2., dopl. vyd. Praha: Grada, 2012, 222 s. Sestra (Grada). ISBN 978-802-4739-182.
13. ZADÁK, Zdeněk. *Výživa v intenzivní péči: učebnice pro studenty zdravotnických oborů*. 2. rozš. a aktualiz. vyd. Praha: Grada, 2009, 542 s. Sestra (Grada). ISBN 978-802-4728-445.
14. ROZSYPALOVÁ, Marie, ŠAFRÁNKOVÁ, Alena a VYTEJČKOVÁ, Renata. *Ošetrovatelství I: pro 1. ročník středních zdravotnických škol*. 2., aktualiz. vyd. Praha: Informatorium, 2009, 273 s. Sestra (Grada). ISBN 978-80-7333-074-3.
15. RICHARDS, Ann, EDWARDS, Sharon L. *A Nurse's Survival Guide to the Ward*. Elsevier Health Sciences, 2003. ISBN 9780443053955.
16. TRACHTOVÁ, Eva. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 2. vyd. Brno: IDVPZ, 2001, 185 s. ISBN 80-701-3324-4.
17. SVAČINA, Štěpán. *Poruchy metabolismu a výživy*. 2. vyd. Praha: Galén, 2010, xxii, 505 s. ISBN 978-807-2626-762.
18. KELNAROVÁ, Jarmila. *Ošetrovatelství pro střední zdravotnické školy - 2. ročník*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2009, 228 s. ISBN 978-802-4731-063.
19. HRNČIAKOVÁ, Dana, JURAŠKOVÁ, Božena, KLEMERA, Petr, ZADÁK, Zdeněk. *Antropometrická vyšetření a měření svalové síly u geriatrických pacientů* Geriatrická revue, č. 2, , str. 97, ročník 2007
20. GROFOVÁ, Zuzana a URBÁNKOVÁ, Pavla. *Nutriční podpora: praktický rádce pro sestry*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2007, 237 s., [8] s. barev. obr. příl. Sestra. ISBN 978-802-4718-682.
21. MANDŽUKOVÁ, Jarmila. *Domácí lékař jinak: výživa jako základ zdraví*. Vyd. . Praha: Brána, 2006, 183 s. ISBN 80-724-3298-2.
22. HAVLÍK, Bořivoj. *Pijeme zdravě?*. 1. vyd. Praha: Sdružení českých spotřebitelů, c2006, 32 s. Průvodce spotřebitele. ISBN 80-239-7677-X.
23. KUNOVÁ, Václava. *Zdravá výživa - 2., přepracované vydání* Grada Publishing a.s., 2011, 140 s. ISBN 9788024734330

24. PÁNEK, Jan. *Základy výživy*. Vyd. 1. Praha: Svoboda Servis, 2002, 207 s. ISBN 80-863-2023-5.
25. MAUGHAN, Ron J., BURKE, Louise. *Výživa ve sportu: příručka pro sportovní medicínu*. 1. české vyd. Praha: Galén, 2006, 311 s. ISBN 80-726-2318-4.
26. JABOR, Antonín. *Vnitřní prostředí: příručka pro sportovní medicínu*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008, xxvi, 530 s. ISBN 978-802-4712-215.
27. DRBAL, Ctibor. *Česká zdravotní politika a její východiska: příručka pro sportovní medicínu*. 1. vyd. Praha: Galén, c2005, 96 s. ISBN 80-726-2340-0.
28. URBÁNEK, Libor a URBÁNKOVÁ, Pavla. *Klinická výživa v současné praxi: příručka pro sportovní medicínu*. 1. vyd. Brno: NCONZO, 2008, 104 s. ISBN 978-807-0134-733.
29. SVOBODNÝ, Petr a HLAVÁČKOVÁ, Ludmila. *Pražské špitály a nemocnice*. Praha: NLN, 1999, 179 p. Kniznice dějin a současnosti, sv. 8. ISBN 80-710-6315-0.

SEZNAM ZKRATEK

Apod.	a podobně
MUDr.	Medicinae Universae Doctor
WHO	World Health Organisation
ČSSR	Československá socialistická republika
DrSc.	Doctor Scientiarum
SI.....	mezinárodně domluvená soustava jednotek
Doc.	vědecko-pedagogická hodnost vysokoškolského pedagoga
°C	Celsiův stupeň
kJ	kilojoule
g	gram
mg	miligram
č.	číslo
BLP	dieta bezlepková
BLK	dieta bezlaktózová
V	dieta vegetariánská
OK	dieta při zajišťování okultního krvácení
BMI	Body mass index
m ²	metr čtvereční
kg	kilogram
mm	milimetr
SGA	Subjektive Global Assessment
MNA	Mini nutritional assessment

Tj.to je

NaCl chlorid sodný

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1

Dotazník

Dobrý den,

jmenuji se Lucie Bechyňová a jsem studentkou 3. ročníku bakalářského oboru Všeobecná sestra na Západočeské univerzitě v Plzni. Otázky, které máte nyní před sebou jsou součástí mé bakalářské práce, která se zabývá problematikou spokojenosti pacientů s dietním systémem v nemocničním zařízení. Dotazník je anonymní a výsledky budou použity jen v mé práci. Prosím Vás o pravdivé vyplnění. Předem Vám děkuji za spolupráci, bez Vaší pomoci bych nemohla dokončit svou práci.

Srdečně Vás zdraví Lucie Bechyňová

Pokyny pro vyplnění:

Vámi vybranou odpověď zakřížkujte ☒

1. Pohlaví: muž žena
2. Věk: 19 – 24 let 25 – 34 let 35 – 44 let 45 – 54 let 55 – 64 let
 65 – 74 let 75 let a více, kolik?
3. Setkal/a jste se během pobytu s nutričním terapeutem (dříve dietní sestra) či dietologem?
 ano
 ne
 nevím
4. Máte dietní omezení? ano ne nevím

5. Kdo Vám poskytl informaci o významu Vaší diety?
- lékař
 - sestra
 - nutriční terapeut
 - pomocný personál
 - jiný zdroj – kdo.....
 - nikdo, neznám svoji dietu
6. Napište název a číslo Vaší diety?
7. Jste spokojen/a s teplotou podávané stravy?
- velmi spokojen/a
 - spokojen/a
 - nespokojen/a
 - velmi nespokojen/a
8. Jste spokojen/a se způsobem podávání stravy?
- velmi spokojen/a
 - spokojen/a
 - nespokojen/a
 - velmi nespokojen/a důvod nespokojenosti:.....
9. Vyhovuje Vám skladba stravy?
- ano
 - přál/a bych si více masa
 - přál/a bych si více zeleniny a ovoce
 - přál/a bych si více jídel bez masa
 - ne, strava je chudá

10. Vyhovuje Vám množství jídla, které dostáváte?

příliš mnoho

přiměřeně

příliš málo

11. Máte čas se v klidu najíst? ano ne důvod:

.....

12. Jste spokojen/a s estetickou úpravou jídla?

ano

spíše ano

spíše ne

ne

13. Na kterém oddělení jste hospitalizován?

chirurgické oddělení

interní oddělení

gynekologické oddělení

neurologické oddělení

14. Dostáváte dostatečné množství tekutin? ano ne

15. Jste spokojen/a s výběrem tekutin? spokojen/a nespokojen/a

16. Které tekutiny byste uvítal/a?

minerální voda

ovocný čaj

ovocná šťáva

jiné. Jaké?.....

17. Pokud si kupujete potraviny v bufetu je to proto, že:

- nestačí mi množství
- mám na něco chuť
- nechutná mi strava podávaná v nemocnici
- nechodím do bufetu

18. Zajímá se sestra, zda Vám strava chutnala?

- ano, vždy
- občas
- ne, nikdy

19. Hodnotíte stravu v této nemocnici jako chutnou?

- ano
- spíše ano
- spíše ne
- ne

20. Měl/a jste možnost odmítnout stravu z důvodu svého kulturního či náboženského přesvědčení?

- ano
- ne

21. Bylo Vám nabídnuto jiné jídlo za odmítnuté?

- ano
- ne

22. Měl/a jste možnost vybrat si z více druhů jídel?

- ano
- ne

23. Respektuje ošetřující personál Vaše kulturní či náboženské stravovací zvyklosti?

ano

ne

Děkuji Vám z spolupráci. Po vyplnění tento dotazník prosím odevzdejte všeobecné sestře.

Lucie Bechyňová