



Univerzita Karlova v Praze

3. LÉKAŘSKÁ FAKULTA

Ústav výživy



Zdeňka Vondráčková

**Spokojenost pacientů s kvalitou stravy v
nemocničním zařízení.**

Patient`s complacence with what nutrition quality in hospital.

Bakalářská práce

Praha, červen 2011

Autor práce: Zdeňka Vondráčková

Studijní program: Veřejné zdravotnictví

Bakalářský studijní obor: Specializace ve zdravotnictví

Vedoucí práce: **Doc. MUDr. Pavel Dlouhý Ph. D.**

Pracoviště vedoucího práce: **Ústav výživy 3. LF**

Datum a rok obhajoby: 29.6.20011

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem předkládanou práci vypracovala samostatně a použila výhradně uvedené prameny, literaturu a další odborné zdroje. Současně dávám svolení k tomu, aby má bakalářská práce byla používána ke studijním účelům.

Prohlašuji, že odevzdaná tištěná verze bakalářské práce a verze elektronická nahraná do Studijního informačního systému – SIS 3. LF UK jsou totožné.

V Praze dne 24. května 2011

Zdeňka Vondráčková

Poděkování

Na tomto místě bych ráda poděkovala Doc. MUDr. Pavlu Dlouhému Ph. D., že mi umožnil zpracovat právě toto téma. Taktéž velice děkuji za jeho cenné rady a připomínky, které mi pomohly tuto práci řádně vytvořit. Nemenší dík patří nemocnici Fakultní nemocnici Královské Vinohrady (FNKV), zastoupené Doc. MUDr. Lubomírem Kuželou DrSc. a Bc. Markétou Zemanovou, kteří mi umožnili provést dotazníkový průzkum a navázat na jejich předešlá šetření. Současně připojuji velký dík samotným respondentům, kteří mi věnovali svůj čas k vyplnění dotazníku.

Obsah

ÚVOD	8
A. TEORETICKÁ ČÁST	10
1 TECHNOLOGICKÁ VÝCHODISKA PRÁCE	10
2 CÍLE PRÁCE	12
3 APLIKACE OBECNÉHO ZPŮSOBU HODNOCENÍ KVALITY DO POSKYTOVÁNÍ ZDRAVOTNICKÝCH SLUŽEB	13
3.1 HISTORICKÝ VÝVOJ SLEDOVÁNÍ KVALITY A SYSTÉMY HODNOCENÍ.....	13
3.2 DEFINOVÁNÍ KVALITY OBECNÉ A KVALITY ZDRAVOTNÍ PÉČE	14
3.3 KVALITA SLUŽEB.....	17
4 DEFINOVÁNÍ A FAKTORY REGULUJÍCÍ VÝŽIVU	18
4.1 DEFINOVÁNÍ A CHARAKTERISTIKA VÝŽIVY	18
4.2 ZASTOUPENÍ ZÁKLADNÍCH SLOŽEK VÝŽIVY	19
4.2.1 Charakteristika živin.....	19
4.2.2 Nutriční potřeba	20
4.3 TĚLESNÉ TEKUTINY A JEJICH BILANCE	20
5 NEMOCNIČNÍ LÉČEBNÁ VÝŽIVA	22
5.1 DEFINOVÁNÍ A CHARAKTERISTIKA NEMOCNIČNÍ LÉČEBNÉ VÝŽIVY	22
5.2 DIETNÍ SYSTÉM	22
5.2.1 Historický vývoj dietního systému	22
5.2.2 Definování a charakteristika diet a dietního systému	24
5.2.3 Rozlišení diet dle frekvence ve zdravotnickém zařízení.....	26
5.3 ENTERÁLNÍ VÝŽIVA	29
5.4 PARENTERÁLNÍ VÝŽIVA	31
5.5 ROZLIŠENÍ LÉČEBNÉ VÝŽIVY DLE ÚROVNĚ POSKYTOVANÉ PÉČE	32
6 FAKTORY REGULUJÍCÍ PŘÍPRAVU STRAVY V ZAŘÍZENÍCH ZDRAVOTNICKÉHO TYPU	32
6.1 PSYCHOLOGIE VÝŽIVY A SOCIÁLNÍ ASPEKTY JÍDLA	32
6.1.1 Regulace příjmu potravy.....	35
6.1.2 Smyslové vnímání	36
6.1.3 Osobnost a jídlo.....	38
6.2 HYGIENICKÉ POŽADAVKY PRO SPOLEČNÉ STRAVOVÁNÍ VE ZDRAVOTNICKÉM ZAŘÍZENÍ	41
6.3 FINANČNÍ NÁKLADY	44
7 STRUKTURA POSKYTOVÁNÍ NUTRIČNÍ PÉČE	45

7.1 ODDĚLENÍ LÉČEBNÉ VÝŽIVY	46
7.2 NUTRIČNÍ TÝM A JEHO ÚKOLY	46
7.3 PERSONÁLNÍ ZAJIŠTĚNÍ LÉČEBNÉ VÝŽIVY	47
7.3.1 Úloha lékaře.....	47
7.3.2 Úloha nutričního terapeuta.....	48
7.3.3 Úloha ošetrujícího personálu.....	49
8 NEDOSTATEČNÝ PŘÍJEM V NEMOCNICI	51
8.1 MALNUTRICE	51
8.1.1 Definování a charakteristika malnutrice	51
8.1.2 Příčiny malnutrice.....	53
8.1.3 Dělení malnutrice dle patofyziologie.....	56
8.1.4 Důsledky malnutrice	59
8.2 DEHYDRATACE	60
8.2.1 Definování dehydratace.....	60
8.2.2 Druhy dehydratace a jejich charakteristika.....	61
9 DOPORUČENÍ PRO STRAVOVÁNÍ MIMO ZAŘÍZENÍM NABÍZENÉ	62
9.1 DOPORUČENÍ PŘED HOSPITALIZACÍ.....	62
9.2 DOPORUČENÍ V PRŮBĚHU HOSPITALIZACE A DO NÁSLEDNÉ DOMÁČÍ PÉČE	63
10 FORMA SLEDOVANÉHO DIETNÍHO SYSTÉMU	66
10.1 CHOD NUTRIČNÍHO PROVOZU VE FNKV	66
10.2 DIETNÍ SYSTÉM FNKV	68
B. PRAKTICKÁ ČÁST	71
11 METODIKA	71
11.1 ZAMĚŘENÍ OTÁZEK OBSAŽENÝCH V DOTAZNÍKOVÉM ŠETŘENÍ.....	72
11.1.1 Otázky k zjištění stavu, z něž klient vychází	73
11.1.2. Otázky k zjištění subjektivního zhodnocení formy stravy.....	75
11.1.3. Otázky k zjištění míry zkonsumované stravy	76
11.1.4 Otázky k zjištění potřeby dopění stravy.....	77
11.1.5 Otázky k zjištění příjmu tekutin	78
11.1.6 Otázky k zjištění postojů k dalšímu vývoji.....	79
11.2 REALIZACE DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ	79
12 VÝSLEDKY	80
12.1 OTÁZKA Č. 6	80
12.1.1. Souhrnné zhodnocení.....	80
12.1.2. Dílčí výsledky	81
12.2 OTÁZKA Č. 7	84
12.2.1 Souhrnné výsledky	84
12.2.2 Dílčí výsledky	85

12.3 OTÁZKA Č. 8	88
12.3.1 Souhrnné výsledky	88
12.3.2 Dílčí výsledky	89
12.4 OTÁZKA Č. 9	93
12.4.1 Souhrnné zhodnocení.....	93
12.4.2 Dílčí výsledky	93
12.5 OTÁZKA Č. 10.....	97
12.5.1. Souhrnné zhodnocení.....	97
12.5.2 Dílčí výsledky	98
12.6 OTÁZKA Č. 11.....	101
12.6.1. Souhrnné zhodnocení.....	101
12.6.2 Dílčí výsledky	102
12.7 OTÁZKA Č. 12.....	105
12.7.1 Souhrnné zhodnocení.....	105
12.7.2 Dílčí výsledky	106
12.8 OTÁZKA Č. 13.....	110
12.8.1 Souhrnné zhodnocení.....	110
12.8.2 Dílčí výsledky	111
12.9 OTÁZKA Č. 14.....	117
12.9.1 Souhrnné zhodnocení.....	117
12.9.2 Dílčí výsledky	117
12.10 OTÁZKA Č. 15.....	121
12.10.1 Souhrnné zhodnocení.....	121
12.10.2 Dílčí výsledky	121
12.11 OTÁZKA Č. 16.....	125
12.11.1 Souhrnné zhodnocení.....	125
12.12 OTÁZKA Č. 17.....	129
12.12.1. Souhrnné výsledky	129
12.12.2 Dílčí výsledky	130
DISKUSE	134
ZÁVĚR	138
SOUHRN	140
SUMMARY	141
SEZNAM ZKRATEK	142
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	143
SEZNAM OBRÁZKŮ, TABULEK A GRAFŮ	147
SEZNAM PŘÍLOH	150
PŘÍLOHY	152

Úvod

Jak vyplývá z názvu této bakalářské práce, chtěla bych se zabývat předmětem spokojenosti klientů s kvalitou stravy v zavedeném systému léčebné výživy v nemocničním zařízení a možnostmi začlenění tohoto systému do specifické zdravotnické péče.

Hned na úvod je však nutno říci, že kvalita nemocničních stravovacích systémů, která bývá označována za jednu z okrajových činností léčebné péče, je součástí řídicího a kontrolního systému zdravotnických zařízení, ústavů sociální péče, služeb domácí a komunitní péče. V současnosti se stala tato oblast jednou z priorit ministerstva zdravotnictví.

Samostatný stravovací systém je v prostředí českého zdravotnictví donedávna poměrně necíleným parametrem sledování kvality péče. Tím se však nesnižuje její důležitost a potřebnost zejména v době zvyšující se náročnosti zdravotní péče.

Specifický stravovací systém je nepostradatelnou složkou zdravotnické péče, týkající se osob na pozicích nižšího zdravotnického personálu až po pozice vedoucích lékařů a to nejen proto, že některé zákonitosti jsou dány českou legislativou nebo standardy samotného zařízení ale především jsou reakcí na potřeby nemocného.

Funkčně stanovený stravovací systém má své nezastupitelné poslání v tom, že přeneseně napomáhá zdravotnickému a sociálnímu zařízení dosahovat určených cílů, zvyšovat prestiž v souvislosti se snižující se incidencí výskytu komplikací, je podporou pro správný průběh fyzioterapie, neprodlužuje dobu hospitalizace a mimo jiné je rovněž jedním z obecně uznávaných odborných kritérií kvality. Samotný funkčně nastavený systém však vyžaduje i spolupráci dalších kvalifikovaných oborů na všech úrovních léčebné péče. Předpokladem úspěchu je změna řízení, myšlení a chování jednotlivých skupin pracovníků.

Správně nastavený stravovací systém je v mnoha pádech skloňován i v prostředí mimo zdravotnických odvětvích, kde se dostává do specifických podnikových metodik. Stále více veřejných i soukromých subjektů dochází k poznání, že zavedením sledováním spokojenosti klientů do svých organizačních struktur bude mít v blízké budoucnosti vliv na úspěšnost provozu a na trvalém zvyšování efektivnosti procesů.

Veškeré dění a kladení čím dál většího důrazu na funkční nastavení stravovacího systému vstupuje do povědomí, ať již nuceně či se zájmem, stále širší odborné ale i laické veřejnosti, i když jde o proces dlouhodobý. Proto je nezbytné o tomto tématu stále publikovat.

Tvá výživa bude tvým lékem.

Hippokrates před 2500 lety⁽¹⁰⁾

A. TEORETICKÁ ČÁST

1 Technologická východiska práce

Poskytovatel péče zdravotního typu je povinen svému klientovi zaručit dostatečnost a dostupnost výživy a to v závislosti na věku, stravovacích zvyklostech a plánovanému průběhu léčebné péče. Tato součást péče ovšem není plně splňována v mnoha zařízeních.⁽⁸⁾

V posledních 30 -ti letech lze zaregistrovat mimořádný medicínský rozvoj a pokrok, a to v oblastech diagnostické a léčebné péče. Tato tendence vychází z nových biologických znalostí a technologického rozvoje. Zároveň se současné význačné pozměnilo zastoupení klientů, kteří lékařskou péči využívají a to v důsledku postupného stárnutí naší populace. Včetně změn ve frekvencii i klinických projevech řady chorob. Prostředky vynaložené na zdravotní péči někdy neodpovídají zlepšení kvality života nemocných a to přes zmíněný rozvoj medicínské péče. Na takovéto situaci se částečně podílí nedostatky spojené s výživou nemocných a s formou jejich stravování ve zdravotnických zařízeních.⁽¹⁹⁾

Léčebná výživa je neodmyslitelná složka léčebné a ošetrovatelské péče. Výrazným vlivem zasahuje do struktur léčebné péče a je významným ovlivňovatelem výdajů medikamentózní terapie. Jako jedna ze složek léčebné péče nese při nekvalitně poskytnutém přístupu svůj díl na následcích nevhodně poskytnuté celé terapie.⁽⁸⁾

Při příjmu osoby k pobytu do zařízení zdravotnického typu se (dle současných srovnatelných zahraničních i domácích průzkumů) není možné předpokládat nutriční stav osob za v zásadě dobrý.

Doba pobytu se svým rozsahem může výrazně lišit a v důsledku toho se mění i faktory ovlivňující potřeby osob, proto není vhodné pracovat s údaji průměrné doby hospitalizace. Z mezinárodně probíhajících studií vyplývá, že osoby přijímající nedostatečné dávky jedné či více složek výživy jsou vždy déle léčeni a jejich léčba se tak stává finančně nákladnější.⁽⁸⁾

Průkazným prvkem kvality zařízením poskytované péče je bezpochyby u všech hospitalizovaných provedená identifikace nutričně rizikových klientů. Každý klient, který je zachycen jako nutričně rizikový, by měl být podroben individuální nutriční péči v procesu postupu po systémově navržených opatřeních až k odpovídajícímu kvalifikovanému pracovníkovi, který řeší komplexně celý určený problém a navrhuje opatření ke zkvalitnění stravy. Proto, aby byla systémová opatření účinná, je nezbytné včasné setkání klienta s příslušným zodpovědným pracovníkem. Opakované monitorování aktuálního nutričního stavu klientů, by mělo být prováděno po uplynutí jistého časového období v průběhu hospitalizace a slouží k zachytu klientů, u kterých došlo k negativním změnám ve výživovém stavu od doby jejich prvního identifikačního šetření.⁽⁸⁾

Podávaná strava musí současně se splněním podmínky zajištění bezpečnosti uživatele odpovídat ve směru naplnění nutričních potřeb klienta (vč. formy, dávkování, množství stravy apod.).⁽⁸⁾

2 Cíle práce

Cílem této bakalářské práce je odkrýt základní zákonitosti v postavení, úloze a významu stravovacího systému jako účinného nástroje k omezení vzniku příčin a projevů deficitů nutričních složek výživy v nemocničním prostředí. Nástroje, který je součástí řídicího a kontrolního systému zdravotnického zařízení na základě snahy uspokojit subjektivní potřeby pacienta.

Jako základ pro moji bakalářskou práci jsem zvolila sledování účinnosti zákonně závazných ustanovení a doporučených postojů z řad odborné veřejnosti, týkající se stravovacího systému ve zdravotní péči, zahrnující sensorické, objektivní, kvantitativní a další vlastnosti kvality nabízených potravin a stravy.

Mezi základní cíle taktéž přiřazuji stanovení parametrů sledování kvality, které mohou být využívány k monitoringu i v jiných zdravotnických zařízeních.

Protože velmi záleží na postavení a dodržování stravovacího systému a zejména na kvalitě činnosti zdravotnického personálu, součástí práce jsou některá doporučení, která by následně mohly vést k zvýšení spokojenosti klientů s kvalitou stravy a tím i k cílenému snížení výskytu malnutrice v nemocničním prostředí.

3 Aplikace obecného způsobu hodnocení kvality do poskytování zdravotnických služeb

3.1 Historický vývoj sledování kvality a systémy hodnocení

Za počátek dlouhé historie hodnocení kvality může být považováno již zhodnocování kvality prvních nástrojů. Prvními ucelenými spolky, které sledovaly kvalitu, byly cechy jednotlivých odvětví. Zásadní zvrát ve formě sledování kvality přinesla manufakturní výroba. Dělbou práce se rozdělila kontrola jak na jednotlivé úseky procesu, tak i na ucelený pohled na výrobu. Odpovědnost za kvalitu byla přenesena na vedení podniku.⁽⁷⁾

Změna nasměrování řízení kvality nastala po II. Světové válce a to především v kontrole parametrů polotovarů a zkoušení hotových výrobků.⁽⁷⁾

Jako následek potřeby stabilizovat vlastnosti výrobku se v 70. letech začaly vlastnosti kvality orientovat na procesy.⁽⁷⁾

Hlavní význam v hodnocení kvality zákazníkem, jako osobou, která rozhodne, zda je výrobek nebo služba kvalitní, je připisován až v 80. letech. Řídící struktura společností začíná ve svém vedení využívat organizování lidí prostřednictvím týmů.⁽⁷⁾

V roce 1987 byla schválena první pravidla pro řízení jakosti v civilní oblasti jako normy řady 9000. Jejich následné revidování proběhlo v roce 1994 a v roce 2000. Normy řady ISO 9000:2000 bývají považovány jako základ pro řízení kvality v dané organizaci. Příkladem k zpracovávanému tématu je certifikát ISO 9001-2000 pro výrobu a distribuci stravy, který má být každoročně zařízením obhajován. V současnosti se využívají další metody jako je systém CAF nebo metoda TQM (Komplexního řízení kvality) a to především na Americkém kontinentu.⁽⁷⁾

V evropském prostředí, je výsledkem intenzivnější činnosti několika národních organizací pro jakost systém sebehodnocení EFQM. Zatímco forma ISO požaduje zprávu o jednotlivých procesech probíhajících v zařízení, EFQM má za cíl pochopení jejich fungování v práci a přístupu zaměstnanců. Zásadním

přínosem certifikace EFQM byla identifikace kritických bodů, z nichž mohou vyvstat nevyžádané nebo jinak negativní události a těmto událostem předejít nebo je alespoň minimalizovat. (7)

Další dobrovolnou aktivitou společnosti, která současně sleduje podporu jakosti, je akreditace. Jde o potvrzení, že sledovaný subjekt je způsobilý k provádění některých specifických úkonů. Mezi další možné prestižní označení patří některá z mezinárodních cen za jakost. V evropských podmínkách je možno získat Evropskou cenu za jakost.(7)

3.2 Definování kvality obecné a kvality zdravotní péče

Pojem kvalita může být definován jako *celkový souhrn znaků entity, které ovlivňují schopnost uspokojovat stanovené a předpokládané potřeby. Entita je to, co lze individuálně popsat a vzít v úvahu. Kvalita představuje důležitou výhodu vůči konkurenci. Komplexní pohled na kvalitu produkce je jednotou kvality finálního výrobku/služby a doprovodných služeb.* (7)

Přesné definování je možné nalézt v několika odborných variantách ale vlastní prožitek je pro každého z nás zcela subjektivní a jedinečný.

Náhled na kvalitu můžeme učinit ze dvou stran a to z pohledu subjektivního, tj. já jako jedinec jsem ne/spokojen, a objektivního, tj. kontrola přesně nastavených kritérií.(7)

Hlavním hodnotitelem ve všech odvětvích zůstává klient. Rozsah jeho zhodnocení je ovlivněn mnoha faktory (demografické, sociální, biologické) ale hlavně jde o hodnocení subjektivní. Další kdo přispívá k míře poskytované kvality je stát a jeho společnost a to vlivem produkovaných zákonů, doporučení, návodů, které musí poskytovatelé splňovat.(7)

Pro vytvoření kvalitní služby nebo výrobku je potřebné zaobírat se kvalitou systémově v celé společnosti a to na všech úrovních.(7)

Kvalita zdravotní péče byla v roce 1966 definována WHO jako *souhrn výsledků dosažených v prevenci, diagnostice a léčbě určený potřebami obyvatelstva na základě lékařských věd a praxe.* (7)

Kvalita zdravotní péče musí být chápána jako komplexní služba, splňující všechny dimenze a skutečnosti dohromady. Poznatky týkající se aplikace přístupu

zabezpečování kvality tak jak jsou známy z aplikací v průmyslové sféře, lze bez větších problémů transformovat i do sféry zdravotnictví. (7)

Základním bodem vnímání kvality zdravotní péče je kvalita vlastního léčebného výkonu, který je poskytován. Doplnková, ale nezanedbatelná, je role doprovodné služby a péče – poskytování informací mezi pacientem a profesionálem, bezpečnost pacienta v prostředí zdravotnického zařízení včetně průběhu lékařských a ošetrovatelských úkonů, strava, ubytování, organizace péče od příjmu k propuštění aj. Sledování kvality v dnes nastavených systémech probíhalo chaoticky a to vlivem sledování různých kritérií. Sledovaným zájmem státu jsou demografické ukazatele, na rozdíl od zdravotních pojišťoven sledující především náklady spojené se zdravotní péčí. Společnosti sjednocující skupiny odborné veřejnosti se snaží o vytváření základních společných standardů poskytované péče a naopak svazy zastupující zájmy pacientů vyhledávají hlavně neúspěchy v poskytování péče.(7)

Výzvou k řešení tohoto faktoru se pro Českou republiku stalo přistoupení k programu WHO „Zdraví pro všechny do roku 2000“. Cíl 31 zní: *všechny členské státy by měly ve svých soustavách zdravotní péče vytvořit účinné mechanismy zajišťování kvality péče ve zdravotnických systémech. (7)*

V současnosti dochází ke koordinaci a harmonizaci v oblasti kvality ve zdravotnictví jako součást materiálů tvořící postupy pro zvýšení bezpečí pacientů (např. projekt Evropská síť bezpečí pacientů /guidelines WHO Alliance for Patient Safety). Tyto postupy byly modifikovány do národní legislativy ČR ministerstvem zdravotnictví v roce 2010 jako možnost certifikace pod pojmem „SPOKOJENÝ PACIENT“, pro určená zařízení, která v rámci projektu prokazatelně splnila stanovená kritéria a dosáhla nadstandardních výsledků. Ministerstvo zdravotnictví má za cíl tímto projektem zvyšovat kvalitu zdravotních služeb, zvýšit informovanost veřejnosti o výsledcích těchto šetření a podporovat motivaci dalších zdravotnických zařízení pro zapojení do projektu. Projekt v rámci, kterého se monitoring realizuje, je prezentován jako KVALITA OČIMA PACIENTŮ. Takto získaná certifikace je platná po dobu jednoho roku, přičemž obnovení certifikace je možné na základě výsledků z následujících ročníků projektu.(24)

Kritéria pro získání certifikace by měla být každým rokem zpřísnována, aby byla zařízení stimulována ke stálému zlepšování kvality. Z posledního průzkumu, který se uskutečnil v 15 nemocnicích, obecně vyplynulo, že slabinou stále zůstává kvalita stravy, materiální zázemí zdravotnických zařízení a komunikace. Obecná data ukazují, že pacientům nemocniční strava chutná zhruba z jedné třetiny. Dále například vadí, že si personál mezi sebou nedokáže předat informace.⁽²³⁾

Na úrovni struktur jednotlivých organizací může být kvalita aplikována v rámci mezinárodních akreditačních standardů.⁽⁷⁾

Pokud vyjmemme výlučně standardy týkající se stravování, budu jmenovat, oddíl 12, který říká: *Pacienti mají pravidelně k dispozici stravu, která je pro ně přiměřená a je v souladu s jejich zdravotním stavem.*⁽⁴⁾ Konkrétněji: *všem pacientům se předepisuje strava či jiné výživové přípravky na základě jejich nutričního stavu či nutričních potřeb, včetně předpisu „nihil per os“, ordinace normální stravy, dietního stravování, parenterální či enterální výživy.* Dále oddíl 13 říká: *Pacientům s poruchou výživy se zajišťuje nutriční léčba.*⁽⁴⁾

Cílem všech vyspělých zdravotnických systémů by mělo být uspořádání organizací takovým způsobem, který by zajistil veřejnosti uplatnit právo na svobodnou volbu lékaře/zdravotnického zařízení a to podle uveřejněných výsledků hodnocení kvality. Zveřejnění takovýchto údajů může však i necitlivě nebo nemístně působit na poptávku nabízené péče. Nespornou chybou je prezentace výsledku, které jsou nekvalitní, nevhodného rozsahu, jsou poměřovány s výsledky navzájem nesrovnatelnými nebo jsou zveřejňovány nevhodnou formou.⁽²³⁾

Podstatné podmínky pro možnost srovnávání výsledků lze shrnout do tří bodů: prvním je volba odpovídajícího výzkumného prostředku (př. dotazníku), následně odpovídající metodický postup šetření (výběr, dotazová situace apod.) a na závěr shodný postup zpracování a vyhodnocení výsledků.⁽²⁴⁾

Vlastní zdravotnická zařízení si mnohdy vytváří samostatné rady pro kvalitu. Tyto rady mají za úkol zajišťovat přístup zařízení k této problematice včetně zajištění tzv. Standardizace. V rozsahu tohoto procesu je cílem omezit nepříznivé dopady při poskytování zdravotní péče. Jako například různorodosti

v poskytování zdravotní péče, pomalé či opožděné či neefektivní léčebné a diagnostické postupy, předčasné zavádění neověřených postupů, přiměřenost užívání nebo neodpovědné užití postupů. Naopak si jako pozitivní cíl vytyčit „rozbourání“ zájmu o kvalitní péči a vyrovnání se s prezentací kvality po předložení důkazů kvality péče aby tak zdravotní péče nestagnovala nebo neklesala. Aktivitám podníčeným postojem občanů (např. průzkumy spokojenosti), které vedou ke sledování a zvyšování kvality zdravotní péče přislíbila podporu i státní správa zastoupena Ministerstvem zdravotnictví.⁽²⁴⁾

3.3 Kvalita služeb

Služba je produkt v nehmotné podobě. ⁽⁷⁾ Služba poskytovaná ve zdravotnickém prostředí je brána jako služba poskytovaná každým jiným oborem. I když postavení zdravotnictví mezi ostatními sektory můžeme považovat za nerovné a to vzhledem k práci s pacientem, jenž je v stresové pozici, jeho fyzický a psychický stav je ovlivněn nemocí a téměř každé pochybení může vést k poškození zdraví nebo dokonce k úmrtí. *Je to činnost odehrávající se přímo mezi zákazníkem (pacientem, zdravotní pojišťovnou, samoplátcem) a poskytovatelem.* ⁽⁷⁾ Může být poskytována v podobě poradenství nebo ve spojení s použitím hmotných prostředků. Těžiště poskytovaných služeb je již v první linii pracovníků včetně větší možnosti pružně reagovat na přání jednotlivého pacienta. Nevýhodou může být to, že se v těchto podmínkách požadavky již hůře plní a těžce se určují měřitelná kritéria k naplnění úspěšnosti.⁽⁷⁾

Kvalita zdravotnických služeb lze sledovat ze tří pozic:

- Z hlediska pacienta: Co požadují pacienti od služby?
- Z hlediska profesionála: Splňuje-li služba potřebu pacienta tak jak je v současnosti prováděna? Je pro danou službu ne/odeslán vhodný pacient? Probíhá služba vhodnou technikou a obsahuje správné procedury k tomu, aby naplňovala potřeby pacienta?
- Z hlediska poskytovatele: Jsou poskytované zdroje využívány s pozitivním ekonomickým výsledkem a produktivně?⁽⁷⁾

4 Definování a faktory regulující výživu

4.1 Definování a charakteristika výživy

Výživa dodává organismu energii a látky důležité pro jeho stavbu a funkci. Zajišťuje živiny pro jeho vývoj, růst, obnovu tkání, pohyb, fyzickou i duševní práci a obranyschopnost vůči nemocem. ⁽⁸⁾ Výživa tak uspokojí základní a nezbytné potřeby jednotlivců a populace. Skladba výživy ve své jakékoli podobě spouští celou kaskádu společenských důsledků, avšak některými je naopak ovlivňována či spouštěna. Výživu a její důsledky je možno rozlišit z hlediska vlivu na lidské zdraví (na zdraví populační nebo individuální), z hlediska objektivního nebo subjektivního na uspokojení fyziologické potřeby sociální, kulturní, psychologické, ekonomické apod. ⁽¹⁶⁾

V klinické praxi zahrnuje otázka výživy pacienta dvě pojetí. První, kdy má výživa zajistit předpokládanou potřebu pacienta a tak podpořit proces uzdravení. Společně s tím má pacienta poučit o volbě a přípravě stravy, která je v jeho situaci nejvhodnější tzn., má ukazovat vzorovou podobu, jak by se měl nemocný stravovat v domácím prostředí s cílem prevence onemocnění nebo komplikací. ⁽¹⁶⁾

Výživa je v běžném rozsahu rozlišována na výživu zdravého člověka, označovanou jako komunitní a výživu léčebnou.

Výživa komunitní se řídí zásadami zdravé výživy, která je významným podílníkem na podobě životního stylu. Specifická doporučení jsou pro obyvatelstvo vydávána v různých formách, kupř. potravní pyramida, zdravá třináctka. Rozsah oblastí působení postihuje i jedince s určitými odlišnými nároky jako jsou skupiny sportovců, těhotných a kojících žen, seniorů, dětí a alternativní směry výživy.

Léčebná výživa je chápána jako vhodná či nutná nutriční opatření eventuálně podpora a podrobněji bude probrána následně.

Upřesněny musí být také termíny výživa nemocných a stravování nemocných. Pod pojmem stravování chápeme konzumaci jídel podle stravovacích zvyklostí. Jako výživu lze však považovat širší rozsah možností. V případech kdy není možné podávat stravu běžnou, či tento příjem je nedostatečný pro zajištění

potřeby jednotlivých složek výživy, jsou využívány přípravky umělé výživy. Zaměňování těchto specifických termínů může působit nepochopení až zmatení.

Nutriční využitelnost výživy se u lidí odvíjí od kvality i kvantity potravin. Proto, aby bylo zajištěno optimální biologické fungování, je potřebný pozorný výběr pestré potravy a to zvláště pokud je konzumovaná převážně nebo zcela rostlinná strava.

4.2 Zastoupení základních složek výživy

4.2.1 Charakteristika živin

Živiny jsou rozděleny na makronutrienty a mikronutrienty a tvoří základní složky výživy.

Makronutrienty bývají označovány jako kalorifery v důsledku schopnosti zajišťovat přísun energie. Řadí se sem proteiny (bílkoviny), lipidy (tuky), sacharidy (cukry), alkohol. Oxidací 1 g těchto substrátů lze získat v případě proteinů a sacharidů 4,1 kcal, z tuku 9 kcal, z alkoholu 7 kcal.

Poměrné zastoupení jednotlivých živin z celkového energetického příjmu by měly tvořit z 12 -15% proteiny, z maximálně 30% lipidy a zbývající díl sacharidy z 55 – 65% u zdravých dospělých osob. Přičemž konzumace 1g bílkoviny by měla být provázena zhruba příjmem 1g lipidů a 4 g sacharidů. U kojených dětí a batolat se mění zastoupení ve výraznější poměrné zastoupení lipidů z celkové energie.

V situacích vyšších fyzických nároků je energetická denzita doplňována zvýšeným podílem tuků.

Mikronutrienty se dělí na vitaminy a minerální látky. Dle dávky, která je organismem potřebná, se rozlišují makroelementy (příjem přesahuje 100 mg denně), mikroelementy (příjem v rozsahu od 1 do 100 mg denně) a stopové prvky (příjem v mikrogramových dávkách denně). (2,9)

4.2.2 Nutriční potřeba

Zásadním předpokladem pro stanovování nutričních opatření je zjištění aktuálních nutričních potřeb nemocného. Nutriční potřeby se odvíjí od pohlaví, výšky, věku, hmotnosti a fyzické aktivity.

Podkladem pro stanovení nutriční potřeby je zjištění energetického výdeje. Výdej energie je součet 4 základních dílů a to: bazální energetické potřeby, termoregulace, specificko - dynamickým efektem potravy a mírou fyzické aktivity.

Bazální energetická potřeba je individuální na základě: tělesné hmotnosti, ideální tělesné hmotnosti nebo velikosti tělesného povrchu.

Termoregulace se podílí na změnách potřeby energie jak u výrazného poklesu teploty (př. potřeba svalového třesu) tak u převýšení horní limitní hranice (př. podpora metabolických reakcí, pocení).

Specificko - dynamický efekt potravy se výrazněji projevuje u proteinů u kterých, pokrývá nejméně 15% obsažené energie oproti sacharidům a lipidům kde pokrývá 2,5 -6%.

Fyzická aktivita může přispět změnám v energetickém výdeji. V krátkodobém horizontu desetinásobné a v dlouhodobém horizontu zvýšení čtyřnásobné.

Míru energetického výdeje zjišťujeme pomocí měření, výpočtů nebo vyhledáváním v tabulkách. (2,9)

4.3 Tělesné tekutiny a jejich bilance

Tělesné tekutiny jsou prostředím, jež umožňuje všechny biologické děje. Celkový tělesný objem tekutiny (60% tělesné hmotnosti) je z větší části u dospělého tvořen intracelulární tekutinou (40% tělesné hmotnosti). Menší podíl tvoří tekutina extracelulární (20% tělesné hmotnosti) ta je podrobněji dělena na část intravaskulární (5% tělesné hmotnosti), intersticiální (5% tělesné hmotnosti). Celková tělesná voda je podrobena za den asi 6 % obratu z celkového objemu.

Rozložení tekutin je regulováno těmito mechanizmy: koncentrací elektrolytů, antidiuretickým hormonem, aldosteronem, plazmatickými bílkovinami.

Příjem dospělého jedince by měl být v průměru 2000-2500 ml vody. Přičemž 1500 ml ve formě tekutin, 700-1000 ml jako součást pevné potravy a dávka asi 300 ml odpovídá vytvoření vody z oxidace sacharidů. Doplnění tekutin u dospělých klientů je navýšen o 100-300 ml při zvýšení teploty o 1 C°, 500-1000 ml středního až intenzivního pocení, 500-1000 ml při hyper ventilaci, 500-3000 ml zvětšení tělesného povrchu vznikem ran, 100 ml až několik litrů píštělemi.

Ztráty tekutin můžeme rozlišit na probíhající fyziologickou cestou (ledviny, plic, kůže, gastrointestinální trakt) a v souvislosti s nemocí drenáže, píštěle, ztráty krve, otevřená poranění, únik do třetího prostoru. Ztráta pocením se běžně pohybuje okolo 500 ml (extrémně až 2000 ml), ale je navýšena při horečkách a popáleninách. Míra ztráty se odvíjí od okolní teploty a tlaku par. Následkem zvýšení tělesné teploty o 1 C° nad běžný stav se zvýší pocení o 10-20%. Ztráty ventilací se pohybují okolo 400 ml (extrémně až 1500 ml) a dále jsou ovlivněny okolní vlhkostí a hloubkou dýchání. Schopnost resorpce vody v gastrointestinálním traktu vede k tomu, že ztráty vody činí pouze asi 10-200 ml denně.

Prizpůsobení tělesných tekutin v závislosti na následujících vlivech:

- věku - celkový objem se snižuje se zvyšujícím se věkem;
 - stavu organismu – u zdravého jedince z nedodržení poměru příjmu a výdeje za situací výrazné fyzické práce či horka, v nemoci ze zvýšení podílu extracelulární tekutiny (ascites, fluidotorax) nebo intersticiální tekutiny (otoky) či výraznější ztráty vody (teploty, zvracení, průjem);
 - podílu tuku – se zvýšeným zastoupením tuku se snižuje díl celkové tělesné vody;
 - pohlaví – u žen je snížený podíl celkové tělesné vody (hlavně intracelulární) vázán na větší zastoupení tělesného tuku
- těhotenství – vlivem navýšení extracelulární tekutiny se zvyšuje díl celkové tělesné tekutiny. (2)

5 Nemocniční léčebná výživa

5.1 Definování a charakteristika nemocniční léčebné výživy

Léčebná výživa – dieto-terapie je považována jako jakákoli dieta (dle současného poznání), sestavená tak, aby její nutriční parametry odpovídaly potřebám pacientů a to s pozitivním účinkem k prevenci vzniku onemocnění, změně průběhu onemocnění, případně minimalizaci následků vzniklých komplikací. I v průběhu hospitalizace se může dostavit stav, kdy nemoc neumožní energii z dostupných zdrojů získávat. Situace může být dramaticky zhoršena některými samotnými chorobami. (9)

Výživa pojímá několik základních variant a forem, které se podávají samostatně nebo se vzájemně prolínají či doplňují ve svých nedostatcích i způsobu aplikace:

- výživa per os;
- enterální výživa komplexní nebo doplňková;
- parenterální výživa komplexní nebo doplňková.

Léčebná výživa může být sestavována (pro jednotlivé diety i pro individuální pacienty) pouze odborníky s kvalifikací na příslušný rozsah činností a v zastoupení odpovídající velikosti a charakteru zařízení zdravotnického typu. V zařízeních fakultního rázu je léčebná výživa obvykle korigována účastníky nutričního týmu nemocnice a ústavním dietologem. (9)

5.2 Dietní systém

5.2.1 Historický vývoj dietního systému

Od roku 1955 je léčebná výživa řízena závaznými normami vydanými v podobě Nového dietního systému pro nemocnice (Doberský a kol., 1955), obsahující všechny doporučení a zásady pro přípravu léčebné výživy podávané v nemocničních zařízeních celého tehdejšího Československa. Vývoj léčebné výživy si podmínil vydání rozšířeného a upraveného vydání prezentovaného v roce 1968 v Praze. Následná další inovace byla vynucena v roce 1981 a to pod vlivem zavedení mezinárodních jednotek a zvolení jiného personálního rozvržení

stravovacího provozu. Změny vedly k vydání nových forem doporučených dávek energie, živin a látek přídatných. ⁽⁹⁾

Dalším nastupujícím celostátním závazným předpisem, byl v roce 1983 vydaný Dietní systém pro nemocnice (Doberský P., Šimončič R., Bučko A. a kol., 1983). Přepis se sestával ze dvou částí, z nichž jedna byla určena pro nemocnice a druhá pro lázeňská zařízení. V některých zdravotnických zařízeních lze tento dietní systém ještě nalézt ve funkčním provozu.⁽⁹⁾

MZ ČR sestavilo pro účely zpracování aktualizovaného předpisu expertní skupinu pro obor dietologie, která v září 1991 uvedla změny ve stávajícím dietním systému ve formě metodického listu MZ zpracované jako Doporučené zásady pro stravování nemocných (Anděl M., Kužela L., Jodl J., Nejedlý B., Reil P., Hlaváčková F., Švejnohová B., Řebíková M., Petrová J., 1991). *Skupina vycházela z nových doporučených výživových dávek z roku 1989, které byly vypracovány ve Výzkumném ústavu výživy l'udu v Bratislavě a v Institutu hygieny a epidemiologie v Praze a schváleny útvarem hlavního hygienika (ČR14.3.1989, č.j. HEM, 350-11.3.1989).* ⁽⁹⁾ Z předchozí rozsáhlé knižní publikace se tímto zásahem zmínil rozsah na několikastránkové doporučení, kdy základem je tabulka s vyjmenováním základních diet a k nim odpovídajících hlavních nutričních hodnot. Úpravy spočívaly především ve změně označení diet - místo doposud obvyklého pojmenování dle lokality příčiny způsobující chorobu bylo nahrazeno charakteristickou změnou složení dané diety (místo žlučnicková dieta - dieta s omezením tuku). Další úprava doporučovala změnu dávek přijímané energie, tuků popř. i bílkovin na nižší dávky než byly v předchozích případech doporučovány. Naopak změna ve smyslu zvýšení denního příjmu oproti předchozím doporučením se týkala vitamínu C. Posledním, ale nemalým požadavkem byl apel na změny technologické přípravy dietních pokrmů a to i v případě, že přechod bude pouze průběžný, ale výsledky budou odpovídat odborným zásadám dietologie podle soudobých vědeckých poznatků. Tato úprava mění i rozsah působnosti Dietního systému, který se stává ze závazného systému „pouhým“ návrhem pro jednotlivá zdravotnická a sociální zařízení. V současnosti o tomto návrhu či doporučení hovoříme jako o poslední navrhované formě dietního systému, který v dohledné době nečeká na žádného obdobného

novelizovaného nástupce, není ani reálně očekávat, že k nim v dohledné době dojde. Odpovědnost za výživu klientů je plně v rukou jednotlivých zdravotnických zařízení, to jim na místo toho umožňuje upravovat a vytvářet své dietní systémy podle potřeb svých pacientů a možností daného zařízení. Při případných kontrolách a zhodnocování kvality je zejména sledováno, zda daný systém odpovídá současným předpokladům na adekvátní poskytování léčebné výživy, zda jsou dodrženy základní podmínky jednotlivých diet a jsou-li naplněny potřeby pacientů, kterým jsou určeny. (9)

5.2.2 Definování a charakteristika diet a dietního systému

Co je vlastně dieta či dietní stravování? Následně uváděná definice je v současném chápání pouze jednou ze součástí dietního stravování. A má být doplněna o zajištění dietního stravování, které nepředstavuje jen omezení či vyloučení nevhodných složek potravy a technologií, ale musí rovněž i při restriktivních opatřeních určitého dietního režimu dbát o zajištění nutričně plnohodnotné výživy. Takovéto zaměření se nyní stále častěji a oprávněně komplexně nazývá „léčebnou výživou“.

Termín **dieta** je tedy možno přiblížit jako, souhrn výživových doporučení, jejichž zavedení může vést ke kompenzaci onemocnění, snížení nebo úplnému odstranění klinických projevů onemocnění (například vyloučením složek potravin, které svým průběhem biologického zpracování zatěžují metabolickou rovnováhu), popřípadě dovolí provedení diagnostických postupů (diety diagnostické) tak aby přijímaly všechny potřebné živiny a nezatěžovali svůj organismus.

Do tohoto souhrnu doporučení se řadí charakterizace zastoupení výživových složek, společně s využitím technologických postupů při zpracování potravin a s rozlišením použitých surovin s ohledem na vlastnosti přípustné, nepřípustné a za určitých podmínek přípustné. Spektrum diet schválených k použití je v ČR mnoho, s obměnami se jejich počet blíží k číslu 100.

Dieta je často nesprávně považována za shodný pojem jako stravování a někdy je dokonce kladeno do stejné roviny s redukčními dietními přístupy (tj. restriktivními) a to jak laiky tak i při překladu zahraničních materiálů.(6)

Samostatný obor dietologie tedy zajišťuje výživu nejen nemocných ale i lidí, kteří potřebují jiné složení stravy díky svému zaměstnání nebo stavu. Nejčastěji to jsou i děti, těhotné ženy, sportovci a osoby, kteří pracují v teplých provozech (skláři, horníci). Spolupráce probíhá skoro se všemi lékařskými obory (např. se zástupci pohybové aktivity jako je fyzioterapie, rehabilitační lékařství).

(6)

Dietní systém je specifická vnitřní norma sestavená podle obecných potřeb klientů daného zařízení zdravotnického typu. Návrh formy tohoto dokumentu je vyhotoven odborně kvalifikovanou skupinou, tvořící soubor osob Stravovací komise, se zastoupením dat získaných od nutričních terapeutů, nutričních asistentů a dietologa daného zařízení. Následná konečná podoba dokumentu je schválena a garantována ředitelem zdravotnického zařízení. Dietní systém ustanovuje, jaké typy diety jsou ve zdravotnickém zařízení připravovány, a charakterizuje zastoupení jednotlivých složek. Současně z toho vyvstává (i když není doslovně uváděno) jaké technologické způsoby přípravy a jaká pravidla pro použití surovin jsou používána k přípravě pokrmů. V případě pokud není ve zdravotnickém zařízení vytvořen závazný dietní systém nelze následně deklarovat zajištění péče o nemocné vyžadující úpravu stravy. (6)

Asi 25 – 30 % nemocných nelze zařadit do dietního systému bez problému. Jde o pacienty, kteří mají individuální požadavky na stravování vzhledem k tomu, že některé pokrmy či potraviny nesnášejí, nejedí či k nim mají odpor či nedůvěru z důvodů etnických, náboženských a jiných. (6) Obdobně je nutno odlišit přístup k nemocným z hlediska různého průběhu onemocnění a to především u pacientů trpících nechutenstvím (převážně onkologičtí pacienti) nebo skupina pacientů, kteří v důsledku předchozího terapeutického či diagnostického výkonu svůj zažívací systém teprve začínají zatěžovat příjmem stravy.

Odlišná charakteristika některých diet (např. příjem energie, bílkovin, vápníku apod.) musí být vzata v potaz při tvorbě dietního systému pro zařízení s dětskými odděleními a musí být uzpůsobena změněným růstovým a vývojovým potřebám.

Při neomezeném pojmenování a vlivem několika historických verzí diet v rámci jednotlivých pracovišť je možný vznik komplikací při přechodu klientů

z jednotlivých zařízení. Toto riziko je v současnosti velice nízké díky nepestrému a spíše jednotnému pojmenování diet.⁽⁶⁾

5.2.3 Rozlišení diet dle frekvence ve zdravotnickém zařízení

A. Diety diagnostické

K této skupině diet mohou být přiřazeny například Schmidtova dieta, dieta k vyšetření okultního krvácení apod. Důležitost těchto diet se odrážela převážně v době, kdy diagnostické postupy, (zejména laboratorní či přístrojové), neodpovídaly současným podmínkám a důkladnějšímu přístupu. V dnešních diagnostických možnostech je jejich opodstatnění a použití nevýznamné v důsledku vyšších rozlišovacích schopností přístrojů a možností odlišení ne/patologických nálezů. ⁽⁶⁾

B. Diety základní

Dieta základní (označována číslem 3) - je považována za tzv. běžnou stravu, tedy o stravu, která není nikterak dietně omezována. V nemocničním prostředí jde o nutričně plnohodnotné stravování s vyváženým zastoupením živin, včetně splnění podmínek výživy zdravého životního stylu. Ne každý podávaný pokrm může být ale označen jako splňující podmínky zdravého stravování a to z důvodu ekonomického omezení pro výrobu.⁽⁶⁾

Diety diabetické (označovány číslem 9) - příprava diet spočívá v omezení pouze jedné základní složky živin, ostatní složky živin jsou bez omezení. Korigovanou složkou jsou sacharidy v dávkách 275 g případně 225 g nebo 175 g a to v závislosti na typu zvolené diety. Ve výjimečných případech týkajících se obvykle mladistvých jde o dávku 325 g sacharidů. Ve většině zdravotnických zařízení byla zvolena jako základní dieta 225 g, což může pro řadu nemocných znamenat energetický příjem na hranici redukční diety (převážně na odděleních neinterního typu) s výsledným vznikem malnutrice. U klientů se zažívacími problémy či chronickými onemocněními bývá dieta doplněna o šetřící charakter, označovanou jako 9S. ⁽⁶⁾

Diety šetřící (označované jako číslo 2) - jedná se o stravu plnohodnotnou a živinami vyváženou, založenou na specifické úpravě pokrmů s šetřícím charakterem. (6)

Diety s omezením tuků (označovaná jako číslo 4) - takto připravená strava může být do určité míry neplnohodnotná a vzájemně nevyvážená, protože při jejím striktním dodržování v našich podmínkách může dojít k nedostatečnému příjmu nenasycených mastných kyselin a vitamínů rozpustných v tucích. Cílem zde je omezit tuk s vysokým obsahem nasycených mastných kyselin, ale je nutno současně zvýšit příjem tuku s vysokým obsahem mastných kyselin nenasycených, tedy olejů. Současně s tím je rovněž žádoucí dbát i na technologické postupy použité při přípravě jídel, konkrétně omezit pečení a smažení, více pak používat ty procedury, při nichž se oleje minimálně přepalují. Případný energetický jak dostatek, tak nadbytek je způsoben vyšším množstvím přijímaných sacharidů než v ostatních vyvážených dietách. (6)

Dieta s omezením zbytků (označována číslem 5) a dieta s omezením bílkovin (označována číslem 6) - jsou plnohodnotné diety určené pro specifické stavy. (6)

Příkladem regulace stravování u diety číslo 5 je výběr vhodných potravin s vyloučením nestravitelných zbytků, který se odvíjí od míry individuální snášenlivosti a stavu konkrétního onemocnění nebo na základě šetřící úpravy.

Dieta s omezením bílkovin se běžně vyskytuje v dietních stravovacích režimech ve formě jediné dávky, ta je však pouze orientační a vyžaduje další specifikaci na individuální nutriční režim nebo je tvořena různými stupni omezení soli a dále je přísně individualizována. Pro určení jednotlivých dávek pro klienta je možnost odvození od uváděné základní dávky (většinou se jedná o dávku 50 g bílkovin), která je dále modifikována dle tělesné hmotnosti a často působícím vlivem nechutenství. Nechutenství z plánované přijaté dávky způsobí příjem pouze částečný, což vede k zhoršení celkového stavu, případně k stavu malnutrice. (6)

Dieta batolecí (označována číslem 12) a dieta pro větší děti (označována číslem 13) - u těchto typů diet jsou brány v potaz nutriční potřeby dětí vzhledem k jejich vývojovému období, proto je jejich výskyt vázán na celá zařízení nebo jednotlivá oddělení poskytující péči o děti. Následné modifikace těchto diet jsou ovlivňovány druhem postiženého orgánového systému a typem onemocnění. (6)

Dieta redukční (označována číslem 8) - na účinnosti dietních omezení se podílí mimo přístupu klienta i velké množství nejen stravovacích faktorů. Jedním z důležitých faktorů je délka hospitalizace. U krátkodobé hospitalizace je efekt na redukci hmotnosti minimální a naopak dlouhodobá hospitalizace je zatížena nutností individualizovaného přístupu ve vazbě na přidružená onemocnění. (6)

Dieta neslaná (označována číslem 10) - samostatná dieta v dnešním systému neopodstatněná a stává se součástí všech diet v rozsahu doporučení zdravého životního stylu. (6)

Dieta výživná (označována číslem 11) - dieta zacílena na omezené kategorie klientů, například psychogenní poruchy příjmu stravy, tuberkulózy, onkologická onemocnění apod. Individuální formování příjmu je voleno v závislosti na zdravotním stavu klienta, zvýšení potřeby příjmu některé složky a současného vybalancování vzájemného zastoupení jednotlivých součástí. (6)

C. Diety variabilní a umožněné

Společným nešvarem tohoto typu diet je výsledná nutriční karence, která je tolerovaná pouze vzhledem ke krátkodobému podávání a to v akutních stádiích onemocnění nebo do změny laboratorních výsledků. Proto by tato dietní skupina měla být vždy doplňována vhodnou substituční formou dle individuální potřeby.

Specifika přípravy spočívají již v pečlivém dávkování surovin, následně v použití pouze vymezených technologických postupů a vyprodukování porcí pro pouze malou skupinu osob. (6)

Typickým zástupcem je dieta s omezením tuku, stanovena jednotnou dávkou (10 či 20 g) nebo stupňovitě rozlišena na navzájem navazující formy, které jsou využívány od akutního stavu až po následná stadia onemocnění.

Skupina karenčních diet, které vyžadují doplnění některou z variant nutričních prostředků, mimo jiné zahrnuje dietu tekutou. Nutností při přípravě této diety je přísně individuální přístup zastupující splnění potřeb a využití stupně schopnosti konzumace. Podoba tekuté diety bude rozličná v různých stupních pooperační doby, samostatných polykacích obtížích nebo při stenózách jícnu. Naprosto nevhodnou formou pro aplikaci sondou je dieta tekutá, kuchyňsky upravená a to v souvislosti s nutričně nejasným obsahem (většinou insuficientní zastoupení jak základních živin, tak n-3, n-6 MK, vlákniny, vitaminů i minerálních látek) a možnou nežádoucí mikrobiální kontaminací. Strava připravená v této podobě je nevhodná k aplikaci za Treitzovu řasu. Pro podání do sondy je jedinou použitelnou podobou výživa vyrobená s průmyslově garantovaným zastoupením všech základních složek výživy, popřípadě doplňující jinou formu příjmu živin. (6)

D. Speciální diety

V této skupině jsou uvedeny diety, se kterými je možné se shledat na jakémkoli nemocničním oddělení a v kterékoli úrovni péče v závislosti na důvodech které vedli k hospitalizaci. Jde především o dietu při fenylketonurii a bezlepkovou dietu Tyto diety jsou speciální především ve smyslu použitých surovin ale také i v omezení technologických postupů výroby. (6)

5.3 Enterální výživa

Formy umělé výživy jsou indikovány v situacích, kdy klient nemůže, nesmí nebo nechce perorálně konzumovat dostatečnou kvalitu či kvantitu stravy. V případě nutnosti nutriční intervence umělou výživou je prvotní volbou využití výživy enterální (EV) a parenterální výživa (PV) by měla být využita pouze při nemožnosti dostatečného využití EV či jejích kontraindikací.(9)

EV je určena pro pacienty s funkčním trávicím traktem. Z pohledu zda doplňujeme či úplně nahrazuje klasickou formu perorálního příjmu, rozlišujeme EV na následující:

Kompletní EV- je využívána jako jediný zdroj výživy a je zastoupena potřebným množstvím makro i mikronutrientů. Nejčastější forma podání je sondou, tedy cestou nasogastrické sondy, nasojejunální sondy (NJS), jejunální sondou cestou PEG či jejunostomií. Dle charakteru jednotlivých složek rozlišujeme formy polymerní, oligomerní a některé přípravky se řadí k farmakonutritivům.

Doplňková EV- je využívána jako doplněk stravy přijímaný perorálně. Dělení přípravků se odvíjí od složení, poměrného zastoupení a specifických účinků.

Modulární dietetika- jejich obsahem jsou pouze někteří zástupci komponent a obvyklou cestou podání je přidání do běžné stravy. (9)

Výhody využití EV před parenterální výživou jsou především přívod živin přirozenou cestou, pozitivní vliv na integritu a funkci trávicího traktu, imunostimulační působení, snížení přerůstání střevní mikroflóry, snížení střevní permeability a pozitivní ovlivňování střevní peristaltiky, prokrvení splachnické oblasti, umožnění aplikaci farmak do oddílů tenkého střeva, menším výskytem komplikací a s tím související zkrácení doby hospitalizace.

Nejjednodušší cestou podání per os je strava uzpůsobená k popíjení neboli sipping. Jedná se o ochucené preparáty obsahující buď jednu, nebo všechny základní složky výživy. Jsou jedním z vhodných řešení rizika malnutričního stavu. Lze je použít, jak k doplnění běžného perorálního příjmu, tak i v situacích, kdy je nutná substituce úplného enterálního příjmu. Výhodou takovéto formy stravy je skutečnost, že jde o přesně definované složení výživy se známým poměrem jednotlivých živin. U každého podání tohoto preparátu musí být zaznamenáno zkonsumované množství a tolerance jednotlivých nabízených preparátů. (9)

Cesta přístupu do trávicího traktu je v tomto prostředí volena v závislosti na předpokládané době zajištění a schopnosti spolupráce. Forma dávkování se odvíjí od použitého přístupu a to na kontinuální (NJS) a bolusový (PEG). (9)

5.4 Parenterální výživa

Využití formy výživy parenterální (PV) je vázáno na absolutní či částečnou nemožnost užití trávicího traktu. Jestliže je PV jedinou formou příjmu energie, je nazývána jako „totální“ a pokud je dodatkem k příjmu perorálnímu či enterálnímu je nazývána „doplňkovou“. Kombinace PV a EV je využívána v těžkých stavech, malnutrice, u větších chirurgických výkonů jako prevence atrofie střevního epitelu a jejích důsledků (zvýšená střevní propustnost, imunosuprese).

Výhodou PV je především přesné povědomí o množství a rychlosti přijímaných živin, spojené s možností rychlé nápravy. (9)

Je možné také rozlišit formu dle přístupu do žilního systému na periferní a centrální. Periferní přístup je omezen aplikací roztoků do 12000 mOsmol/l a pH, které není rizikem zánětlivého poškození žíly. Indikací k užití periferního přístupu je nemožnost využití centrální žilní katetrizace a potřeba využití PV do 3 dnů. Volba cesty centrální žíly je neomezena charakterem aplikovaných roztoků a dále umožňuje monitorování žilního tlaku. (9)

Stavy splňující indikaci pro využití PV jsou: hyperkatabolické stavy, náhlé příhody břišní, těžká gastroenterologická onemocnění, selhání jater a ledvin, těžké postižení dutiny ústní, poruchy polykání, bezvědomí, předoperačně u stavů spojených s malnutricí, při velkých chirurgických výkonech i pooperačně.

Dlouhodobé podávání parenterální výživy je v dnešní době umožněno i v podmínkách domácí péče, např. i u pacientů se syndromem krátkého střeva, které mělo za následek amputaci i více než 80% střeva.

Z hlediska nutriční intervence při selhání zažívacího traktu by mělo být využití formy PV omezováno na volbu v nezbytných situacích s upřednostněním EV. Poskytování dlouhodobé parenterální nutriční výživy musí být v důsledku zvýšeného rizika karencí prováděno pod dozorem odborných výživových center.

V současnosti je s nespočtem výhod využíván systém all-in-one (systém obsahující všechny základní složky výživy v jediné směsi). (9)

5.5 Rozlišení léčebné výživy dle úrovně poskytované péče

1. Léčebná výživa základní – je nabízena v každém zařízení zdravotnického charakteru s poskytováním lůžkové péče. Musí být dodrženo podávání stravy typů diet základní, diabetická, s omezením tuku, šetřící, bezlepková a dieta při fenylketonurii.⁽⁹⁾

2. Léčebná výživa specializovaná – je poskytována převážně v organizacích fakultního typu a krajského rozsahu poskytované péče. Jedná se o základní léčebnou výživu s možností současného podávání v kombinaci s enterální či parenterální výživou, kromě toho o nutriční péči s možností uceleného nutričního vyvážení stravy. Je kladem pokud se na uskutečňování v praxi může podílet nutriční tým nemocnice.⁽⁹⁾

3. Léčebná výživa vysoce specializovaná – je poskytována na úrovni péče nabízené specifickými pracovišti obnášející kupříkladu výživou klientů v komplikovaných stavech, složité a rozsáhlé operační zásahy, stavy s projevy malabsorpce, nutriční postupy vyžadující intenzivní péči, výživové postupy sestavené podle požadovaného zastoupení jednotlivých složek výživy, spolupráce s dalšími zařízeními formou odborných a konzultačních poradenství, specifickou a metodickou kooperaci při zavádění a realizaci domácí enterální a parenterální výživy. Aktivita takového rozsahu je možno realizovat ve spolupráci s nutričním centrem, které je řízeno akreditovaným pracovníkem v oboru klinické výživy.⁽⁹⁾

6 Faktory regulující přípravu stravy v zařízeních zdravotnického typu

6.1 Psychologie výživy a sociální aspekty jídla

Potravní chování patří mezi chování motivované, cíleně směřované, vzniklé na základě potřeby, vnitřního stavu organismu a okolních podmínek.

V případě, že do průběhu potravního chování není zasahováno nepředvídatelnými vnějšími vlivy má organismus tendence svou výživu rytmizovat do cyklů.

Prvotním impulzem k započetí potravního chování je potřeba okamžité dostupnosti energetických zdrojů. Vyladění na příjem stravy je založeno na silné motivaci ale i tam může být potlačena (např. při pocitu ohrožení nebo potřebou úniku z nepříjemné situace).

K podmínkám, které dočasně nebo dlouhodobě vzbuzují rozladění člověka od stravování, patří uvedené. (3)

- Zdravotní důvody - zvláště ty, při kterých klesá apetit. V situacích potřeby dodržení dietních režimů nebo omezení příjmu potravy (redukční režimy) je snaha potlačit hlad nebo chuť na jídlo a to potlačováním vedoucím až k neurotickým poruchám.
- Denní aktivity – vymezení časových intervalů v průběhu všech denních činností by mělo zajišťovat plynulé doplňování energetických rezerv po nastoupeném pocitu hladu. Takovýto časový interval je však individuálně různorodý. Podle časového intervalu se nepostupuje v případě příjmu tekutin, které mají být konzumovány bez omezení.
- Prostředí - hluk, přítomnost velkého počtu osob, narušené mezilidské vztahy, poloha při konzumaci, spěch apod.
- Společenské konvence – průběh návštěv apod.(3)

Naopak podmínky, které vedou k naladění ke stravování, jsou:

- Aktuální hlad.
- Nabídka jídla - hlavně v důsledku senzorních podmínek působících na optický, olfaktorický, čichový systém. Svou důležitost pro pocit chuti hraje barevnost jídla, tvar, velikost, senzorní kontrasty, úprava nabízeného jídla, uspořádání jídla. Společně tak upoutává potřebu a navozuje pocit potřeby ke konzumu. K chuti na jídlo také přispívá osoba, která jídlo nabízí.
- Představa jídla – vyvolaná samostatně nebo v kontextu nějaké situace, kterou může být například četba receptů v časopisech nebo rozhovor o jídle.

- Faktory emoční, sociální, kognitivní – z těchto faktorů přispívají například nenarušené příjemné očekávání, klid, uvolnění (3)

Jako následek evoluce se stává každý článek potravního chování součástí sociálního způsobu života. Odráží se vzájemné působení s prostředím, schopnost učení, zkušenosti, dovednosti, vlivy kulturní, ekologické, ekonomické nebo politické.

Důležitou součástí konzumace je i způsob konkrétního pojídání. Na něm se účastní rodinné zvyklosti, kultura (rychlost jídla, hovor během jídla), chování jednotlivých členů společenství, klima během jídla, nervozita, nepříznivé zážitky. Také důležitá je schopnost poskládat dietu z nabízených komponent.

Získání poznatků o potravě se děje prostřednictvím automatizmů, vlastních zkušeností se stravováním, zprostředkovaně od dalších osob. Už na základě jediné expozice látky, po které je osobě nevolno může být důvodem k příštímu odmítnutí. Základem poznávání stravy je jednání i na základě přenosu poznatků a to ústní či písemnou formou. (3)

Pro nastartování potravního chování jsou důležité dva stimuly, hlad a apetit. Společným cílem obou zmíněných termínů je místo na počátku jednotlivého potravního cyklu a směřování k uspokojení energetických potřeb. Rozličný je už ale nástroj uspokojení.

Pokud je konzumace vedena pouze pudem pojídání jednoduše jídla, jde o hlad. Termín hlad označuje rovinu jak fyziologickou tak psychologickou. Psychologicky je hlad chápán jako soubor nepříjemných pocitů po delší deprivaci potravy, které vedou člověka k zisku potravy a docílení úlevy po jejím zkonzumování. (3)

Pokud je pud veden k pojídání určitého jídla, jde o apetit. Apetit může být definován jako soubor, do jistého stupně příjemně pociťovaných prožitků, které pomáhají organismu si uvědomit žádost po potravě předcházející přímé konzumaci chutného pokrmu. Pokud je apetit zaměřen na konkrétní jídlo nebo živinu jedná se už o apetit specifický.

Proto je apetit považován za základ potravního vyladění, charakterizovaný jako:

- soubor senzorických podnětů působících na receptory, převážně oční, nosní sliznice, sliznice dutiny ústní, hltanu i zažívacího traktu;
- soubor procesů zpracovávajících podněty z jednotlivých receptorů;
- soubor kognitivních procesů a paměti.

Termín apetit je někdy v konverzaci vyjadřován jako „nemám hlad“ byť se vždy nejedná o význam, jsem nasycen, ale význam, nemám chuť na konkrétní jídlo. Apetit se tak může stát i osobní charakteristikou v rozsahu od uspokojení potřeby jako součást životního stylu až po osoby, které jedí pouze proto, aby zastavili hlad. (3)

6.1.1 Regulace příjmu potravy

Regulace příjmu potravy probíhá ve třech následujících stupních, které zhodnocují vhodnost příjmu potravy pro posun do dalších etází zažívacího traktu nebo metabolismu. Postupuje přes úseky orální, žaludeční až metabolický. Rychlost postupu je dána trváním konzumace, schopností pasáže, schopností vstřebání živin (v závislosti na složení jídla), hormonálnímu zastoupení (např. inzulinu, leptinu).

Centrálně je proces řízen dvěma regulačními centry CNS v hypothalamu. Centrum hladu je umístěno v laterálním hypotalamu a centrum sytosti ve ventromediálním hypotalamu. Úkolem periferie je informovat o stálosti vnitřního prostředí pomocí chemických, tepelných a nervových podnětů. Po zkonzumování potravy nastává specificko-dynamický efekt zvýšením tělesné teploty. Přispěním vysoké okolní teploty klesá apetit, v chladu se naopak zvyšuje. (3)

Nedostatek nabízených živin aktivuje dostupnost vnitřních rezerv. Nedostatek se projeví jako hlad aby se tak nastartovalo potravní chování. Dalším prostředkem periferní regulace je prostřednictvím podráždění receptorů stěn žaludeční sliznice a následného vedení X. hlavovým nervem (n. Vagus). Známkou pro sytost je určité rozpětí žaludku a známkou pro hladovění jsou tzv. hladové stahy. Tento systém je uplatňován pouze u potravin, které jsou pro člověka už známé, takže může být chápán jako jistá forma učení.

Spojení mezi CNS a periferií je zprostředkováno vylučováním hormonů (patří mezi ně inzulin, glukagon, gastrin, cholecystokinin) v průběhu zažívacího traktu.

Regulace příjmu živin se odehrává jak v dlouhodobých (střídáním ročních cyklů) tak v krátkodobých cyklech (průběhem 24 hodinových cyklů) známých jako cirkadiální rytmy.

Psychologické a sociální faktory regulace příjmu potravy se podílí na navození pocitu hladu. Jde o subjektivní stav, který vychází z fyziologických procesů i podmětů sociálního prostředí. Druhý faktor je patrný kupříkladu v konzumaci většího množství stravy, časově náročnějšího a kvalitnějšího druhu potravy pokud jíme ve společnosti více osob na rozdíl od izolace jedince.

Ukázkovými případy mohou být situace těhotenství, zvýšení hladu po odeznění infekčních chorob nebo aplikaci některých léků (antibiotika). (3)

6.1.2 Smyslové vnímání

Člověk je jako jeden z mnoha živočichů opatřen mechanismy, které mu zajišťují přísun informací o vlastním těle a z bezprostředního i vzdáleného okolí. K tomuto účelu slouží smyslové orgány. Citlivost vnímání určuje schopnost rozlišit vlastnosti přijímané potravy. Veškerá přijatá data jsou zhodnocována v několika úrovních nervové soustavy, které na ně následně příslušně zpracovávají. Informace o vjemu je zpracována ve dvou rozměrech a to z hlediska kvality (např. jedlý x nejedlý), intenzity a hédonického hodnocení (např. dobrý / nedobry, příjemný x nepříjemný). Zaručenost vlastností potravy na základě smyslového vjemu je relativní. Odvíjí se od funkčního stavu organismu, vyladění ke konzumaci, délka předešlého hladovění, na podobě posledního smyslového vjemu apod. (3)

Podle energii, které na receptory působí, rozlišujeme: chemoreceptory, mechanoreceptory, fotoreceptory, termoreceptory.

Podle velikosti odstupů podnětu od receptoru můžeme rozdělit:

- A) Exteroceptory - reagující na podněty z přímého okolí (zrak, čich, sluch), na taktilní podněty (hmat, chuť) a na teplotní podněty.

B) Interoceptory – zpracovávají podněty z vnitřního prostředí (např. změny chemického složení).

Ze shromážděných dat je důležité rozlišit zásadní vlastnosti chemického složení potravy. (3)

Čich

Čichové podněty mohou podnítit tzv. vtištění informace. To může vést k silnému upevnění v paměti a tak působit na budoucí potravní chování v souvislosti s nějakým impulzem. Vytvoření vlastního „čichového žebříčku kvality“ je započato již v časném dětském věku. I tyto vjemy mohou být zkresleny mnohými chorobami. (3)

Chuť

Podstatou vjemů je kontakt látky v tekuté podobě s chuťovými pohárky dutiny ústní. K zhodnocení chuti přispívá i vjem zvukový.

Stejně tak může být i vjem narušen poruchou jiného smyslu a to čichu nebo metabolickým stavem či působením některých hormonů.

K hodnocení chuti přispívá tyto faktory.

- Energetická a nutriční hodnota. Platí zásada, čím delší přechází doba hladovění tím více je podpořena chuť na jídlo. Dále platí, že při dostatečném nasycení klesá potřeba přijímat potraviny s vyšší energetickou hodnotou (tuky) a jídlo ve velkém objemu.
- Učební a kognitivní faktory. Tyto faktory propojují aktuální chápání chuti a to i na základě dřívější negativní zkušenosti nebo poznatku. (3)
- Emoční faktory. Dobrá nálada často podporuje chuť k jídlu a stejně tak některé depresivní stavy (vyjma tendencí zvýšeným příjmem potravy vytěsnit nepříjemné prožitky) jsou doprovázeny nechutí k jídlu.
- Sociální faktory. Prokázaným jevem je větší schopnost chuťového prožitku ve společnosti osob, která je vnímána jako příjemná.

Vnímání chuti je v průběhu času upravováno působením zkušeností spojených s určitou chutí. Chuťový vjem je možno využít k rozlišování svých zdrojů a tuto schopnost i dále zdokonalovat.

Chuť k jídlu může být zlepšena medikamentózně (př. Megesterolem acetátem u nemocných jejich anorexie je způsobena celkovým působením nádoru). (3)

Zrak

Vizuální vjem je součástí výsledného hodnocení kvality i chuti jídla. Vzhled pokrmu může upoutat pozornost, značit o některých vlastnostech (zkažené potraviny, zralost ovoce atd.). Na pokrmu registrujeme estetickou úpravu, tvary pokrmu, velikost, barevnost. Význačné je propojení mezi optickým a chuťovým vjemem. (3)

6.1.3 Osobnost a jídlo

Individualita je patrna v přístupu na základě osobních rysů, také v metabolickém využití přijímaných živin, jak se živiny dále využívají a metabolizují. Individualita jistě vychází z vrozené sensorické výbavy. Pro některé osoby na jejich genetickém základu není možné rozlišit chuťové nebo vizuální specifika jídla.

Různorodost, která z návyku vychází a která může být návykem ovlivňována, je patrná v množství přijímané stravy v jednom pokrmu, celkové energetické dávce, pestrosti jídel, formě stolování, technikou konzumování, četnosti příjmu, velikosti jednotlivých součástí pokrmů, barevnosti, estetikou porce. Volba jídla vychází z výchovy, zkušenosti, přizpůsobení se společenské situaci.

Důvody, které mohou vést k odmítnutí nebo přijetí pokrmu:

- sensoricko-afektivní motivace (rozlišuje se v rozsahu příjemný-nepříjemný, nechutný, dobrý / nedobry);
- anticipované důsledky (po konzumu nastalé nepříjemné pocity nebo přímo zdravotní obtíže);

- ideační motivace (znalost zdroje a charakteru potraviny). (3)

Preference pracuje s celými jídly, jednotlivými živinami látkami bez nutriční hodnoty. Pokud je preference tak výrazná, že tvoří návyk je pro danou osobu velmi náročné si potravinu odepřít. Odchylka je v tom, zda obliba vzniká na základě sensorické kvality jídla či následných kladných pocitů. Obecně ve stravování preference nastupuje pomaleji než averze.

Preference je možno dosáhnout na základě těchto vlivů.

- **Četnosti pokrmu.** Známým poznatkem je, že přehnaným konzumentem se může preference snížit až vymizet.
- **Pavlovovským podmiňováním.** Proces vychází ze schopnosti propojení poznatku z jídla s dalšími podněty (např. sensorickými-barevnost, úprava, vůní).
- **Sociálními faktory.** Výrazným přispěvatelem je sociální situace v průběhu podávání. (3)

Averze

Averze patří mezi důležité složky fyziologické ochrany před účinky látek, které organismus považuje za rizikové (př. Vrozená averze k hořké chuti).

Další z příčin je dána nezpůsobilostí k metabolickému strávení nebo využití určité složky. Odpor může být doprovodem alergií či vycházet z psychologické povahy.

Averze k některé složce stravy může vznikat i v případě pokud má pozitivní efekt, ale je spojeno se stresovou situací, aktuálně nepříjemným pocitem, silnými emocemi. Podoba uložené informace může vzniknout po traumatu prodělaném pouze jednorázově, ale už vést k dalšímu trvalému negativnímu vztahu. Významným fyziologickým podkladem pro trvalou averzi je nausea, zvracení ale i v situaci kritického nedostatku potravy a hladovění.

Nutriční averze může vycházet z těchto vjemů.

- Pocitu špatných sensorických vlastností - zahrnuje nevhodnou vizuální úpravu, bez vůně, neochucené, neidentifikovatelné ingredience, nedbale poskládané složky, nevhodně veliké kusy.
- Nebezpečí - jak reálné, tak smyšlené (např. houby).

- Nepřiměřenost, nevhodnost využití poživatiny - může vzniknout i po dobré zkušenosti. Je založena na zjištění, že dané živiny jsou nepoživatelné nebo nejsou zdrojem živin ani energie.
- Hnus - radikálně zamítající přístup, který vychází ze špatně chutnajícího jídla. Takovýto přístup je následně zobecněn. Hnus se prohlubuje již od dětství (zřejmě v souvislosti s vytváření hygieny vyměšování jako averze ke kašovitým pokrmům) a dále se rozšiřuje i na podobně vypadající předměty. (3)

Převrácení averze v preferenci

Člověk je schopen svoje chuťové prožitky měnit v průběhu života. Příkladem může být averze dětí k hořkým a dráždivým jídlům, která se převrací až k preferenci. Podkladem jsou změny ve zpracování subjektivního sensorického vjemu, sociální podpoře, rodinných zvyklostí. Cílem je získání pocitu vzrušení, který dráždí smyslové buňky svou informací, že má být jídlo zamítnuto.

Typy nutričních osobností rozlišujeme podle:

- způsobu jedení (vychutnávání jednotlivých soust, hltání, „loudání“ s jídlem);
- kvality jídla (velcí nebo malý gurmáni);
- rytmizace a četnosti denních jídel (převaha nočního stravování apod., 3-5 jídel denně);
- vztahu k jídlu (přirazení důležitosti v systému hodnot);
- typ preferencí.

Nároky organismu na kvalitu i kvantitu potravy se uzpůsobují během života člověka. Vychází z fyzické aktivity, potřeby látek prodlužujících aktivní fázi života, fyzickou nebo psychickou výkonnost, látek nezbytných k obraně organismu. (3)

6.2 Hygienické požadavky pro společné stravování ve zdravotnickém zařízení

Hygienické požadavky pro nemocniční stravu jsou naprosto zásadně stanoveny hygienickými předpisy pro společné stravování tak aby jejich dodržování zabránilo poškození zdravotního stavu. Příprava je nesnadná, protože musí kombinovat několik požadavků a to příliš nezatěžovat organismus, být dobře stravitelná a obsahovat dostatek všech důležitých živin.

Hygienicko - epidemiologický režim je striktně dodržován systémem kritických bodů (HACCP). Dodržování směrnic v nemocniční stravování je velmi přísně a pravidelně kontrolováno hygieniky přímo v nemocnicích.

Obvykle je v nemocnici strava připravována centrální kuchyní a následně transportována ve vhodných nádobách na jednotlivé ošetrovací jednotky. Hlavní kritéria by mohla být rozdělena do několika kategorií dle součástí výrobního procesu:

1. Skladba stravy (celková výživová hodnota a zastoupení živin) se odvíjí od typu stravovacího zařízení a strávníků. Obecně je stanovena normami pro jednotlivé typy společného stravování. Při vytváření jídelníčku je nutno zhodnotit i zahrnout tzv. rizikové potraviny (pomazánky, netrvanlivé výrobky a jiné), a to především v letním období. Dále vzájemné kombinace surovin apod.

2. Zdravotní nezávadnost surovin, polotovarů, hotových pokrmů a nápojů je nepochybnou součástí podmínek (výměna tuku při tepelném zpracování, použití suroviny čerstvých s neprošlou dobou expirace, neopakovat uchovávání potravin zmrazením apod.).

3. Podstatné je oddělené skladování potravin, které by svými vlastnostmi mohly vzájemně ovlivnit další potraviny (vlhkostí, pachem, či mikrobiálně).

4. Výběr pracovníků je omezen schválením zdravotního stavu a podmíněn dodržování základních hygienických znalostí (např. okamžitým oznámením průjemových, horečnatých, zánětlivých či hnisavých onemocnění). Dále pak dodržováním osobní čistoty a čistoty pracovního prostředí i všech nástrojů. Všechna manipulace se stravou by měla být striktně kontrolována.

5. Důležitým kritériem je čistota pracoviště. Pro provoz stravovacího úseku je důležité určení specifických pracovních ploch a nástrojů vždy pro určitý

druh potravin (odloučené pracovní stoly a nástroje pro úpravu syrového a tepelně upraveného masa, odloučenou přípravu zeleniny a brambor, cukrářských výrobků). Pracoviště je udržováno úklidem průběžným, po ukončení práce, týdenním a dezinfekcí či deratizací dle sanitačního řádu. Mytí nádobí od pacientů probíhá odděleně (samostatně z infekčního oddělení) od transportních nádob a provozního nádobí.

6. Vlastní tepelná úprava pokrmů musí bezpečně vyrušit nežádoucí účinky mikroorganismů. A to u tekutin 20 minutovým varem u jiných pokrmů (teplota v jádru): 80 °C stupňů 20 min, 90 °C po dobu 10 min, 95 °C po dobu 5 min. Takto vyhotovené pokrmy musí být podávány v nejkratší době po dokončení avšak nejpozději však do 3 hodin s neklesající teplotou pod 65 °C. Během další manipulace se upravené pokrmy nesmí dostat do přímého kontaktu s rukama personálu. Teplota je monitorována a zaznamenávána u jednotlivých pokrmů. Cílem je prevence primární kontaminace jídla. Od každého druhu pokrmu je nutné uchovat vzorky v chladničce po 48 hodin pro odhalení zdroje případné alimentární infekce nebo toxikózy. Zdravotnické zařízení nemůže uvádět do svého stravovacího režimu pokrmy z tepelně neopracovaných mas a vajec.

Základní Legislativní rámec:

- Zákon č. 110/1997 Sb., o potravinách a tabákových výrobcích a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů – v úplném znění 224/2008 Sb.

O potravinách a tabákových výrobcích a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů

- Zákon č. 258/2000 Sb. O ochraně veřejného zdraví a o změně některých souvisejících zákonů
- Vyhláška 137/2004 Sb., v platném znění jako vyhláška 602/2006 o hygienických požadavcích na stravovací služby a o zásadách osobní a provozní hygieny při činnostech epidemiologicky závažných
- Nařízení Evropského parlamentu a rady č.852/2004 ze dne 29. dubna 2004 o hygieně potravin
- Nařízení Evropského parlamentu a Rady č. 178/2002 ze dne 28. ledna 2002, kterým se stanoví obecné zásady a požadavky potravinového práva, zřizuje se Evropský úřad pro bezpečnost potravin a stanoví postupy týkající se bezpečnosti potravin
- Nařízení komise č. 2073/2005 ze dne 15. listopadu 2005 o mikrobiologických kritériích pro potraviny
- Nařízení komise č. 37/2005 ze dne 12. ledna 2005 o sledování teplot v přepravních prostředcích, úložných a skladovacích prostorech pro hluboce zmrazené potraviny určené k lidské spotřebě
- Nařízení Evropského parlamentu a rady č. 1935/2004 ze dne 27. října 2004 o materiálech a předmětech určených pro styk s potravinami.

6.3 Finanční náklady

Ve veškerých rozvinutých zemích světa nárůst veřejných výdajů na zdravotnictví převyšuje růst ekonomický.

Zdravotnická zařízení si sama interně vyčleňují určitý objem ze svých prostředků na stravování pacientů. Zařízením jsou zpětně uhrazeny výdaje za poskytování celé zdravotní péče. V situacích, kdy mohou zařízení vyčlenit pouze menší obnosy, se můžou promítat i do kvality jídla. Finanční limit se stanovuje na jeden den. Z takového limitu se připravuje snídaně, přesnídávka, oběd, svačina, večeře, případně druhá večeře.

Ze souhrnného limitu se vyčleňuje poměrná část na suroviny. Limit na surovinu, je potřeba odlišit na díl, který se využije na přípravu pokrmu a na režii přípravy (mzdy, energie, nájemné, spotřební materiál, zisk firmy, doprava apod.). Celkový finanční limit je možno nalézt v zařízeních v rozsahu od 59,- Kč do 136,- Kč a spotřebovaný limit pro suroviny od 56,- Kč do 60,- Kč. S nejnižšími částkami jsou nuceny pracovat především nemocnice menšího typu (okresní nemocnice) nebo zařízení pro dlouhodobě nemocné. Ekonomická situace tak nutí k navýšení počtu dní, kdy pacienti dostávají některý z chodů jen tzv. „studenou stravu“.

Z doporučení odborných organizací (Asociace českých a moravských nemocnic) či potřeb jednotlivých zařízení vylívá, že k zajištění moderní a chutné stravy by byl potřeba limit ve výši zhruba 150,- Kč, z toho na suroviny v hodnotě kolem sta korun. Toto je ale pro většinu státních nemocnic nedostižnou metou. V budoucnu však může dojít ke změnám v důsledku avizovaného zdražení potravin. Nedostatečný limit se může projevit např. na nedostatečném zastoupení ovoce a ryb v jídelníčku, které pak závisí na roční sezoně.

Ve většině větších zařízení je možno požádat o nadstandardní jídelníček (např. výběr může být z pěti jídel v cenně 240,- Kč), zpravidla se jedná o minutková jídla, byť to neodpovídá zásadám zdravé výživy u pacientů, kteří nemají dietu (př. v nemocnici Motol).

Službou přípravy stravy může být pověřena i profesionální firma. Zařízení tak odpadá dohled nad dodržováním hygienických norem, nad personálním obsazením a nad vyčleněnými prostory. V některých organizacích může finanční rozvaha ukázat nerentabilitu vlastního stravovacího provozu. Mohou to být zařízení, kde se vaří méně než 300 porcí (např. Domovy seniorů).

Cíleným přístupem k výživě nemocného byl odborně prokázán i celkový ekonomický přínos pro celé zařízení. Proto je důležité se soustředit na systematické sledování stavu výživy a provádění nutriční anamnézy a tím se snažit předcházet rozvoji malnutrice u hospitalizovaných nemocných stejně jako se tomu děje v zahraničí.

Vliv na finančních ztrátách může být i v důsledku zjištěných dat, která uvádí, že je 30-50 % podávané stravy je v těchto nemocnicích nezkonsumováno a zničeno.

7 Struktura poskytování nutriční péče

Otázka výživy je složitá, protože nemá někoho, kdo by za ni byl komplexně odpovědný. Nutriční péči je nezbytné věnovat všem klientům, kteří jsou přijímáni do zdravotnického zařízení a především cíleně pacientům, kteří se aktuálně nacházejí v stavu malnutrice či riziku malnutrice nebo kdy je významné předcházet vzniku případně v důsledku individuálních dietních zvyklostí. Každý, kdo se podílí na nutriční péči, musí být zastáncem názoru, že jakákoli forma hladovění s sebou nese riziko s nenapravitelnými klinickými následky a nejen tento názor uvádět do praxe, ale i předávat svým dalším spolupracovníkům. Průzkumy totiž uvádí, že 60% zdravotnických pracovníků stravu nepovažuje za součást léčby.

U klientů, jejichž stav je zhodnocen jako výživově dobrý a kteří tolerují standardní dietu, není nezbytná žádná forma nutriční péče na rozdíl od stavů těžké malnutrice, kdy je vyžadována péče poskytující enterální a parenterální preparáty.

V důsledku toho je nezbytné vyhledávat takovéto klienty ihned po příchodu do zařízení. Organizační orgán, který se na toto téma specializuje, bývá jako celek označován: Centrum výživy. Jeho úkolem je propojovat práci

pracovníků nutričního týmu, oddělení klinické výživy, ambulance umělé výživy a jednotek intenzivní metabolické péče, aby tak byla zajištěna komplexní péče o výživu od přijetí až do propuštění z ambulantní péče. Ta skupina pracovníků, která se přímo podílí na nejužší specifické nutriční péči o daného klienta, bývá v zařízeních označována jako nutriční tým. Jejimi účastníky nejčastěji jsou lékař, nutriční terapeut, zdravotní sestra, lékárník, personál chodu kuchyně.

7.1 Oddělení léčebné výživy

Realizace klasické dietoterapie v zdravotnických zařízeních by měla být zabezpečována zřízením Oddělení léčebné výživy a stravování (OLVS), které převezme odpovědnost za technologické zpracování a následné přidělování individuálních diet, odvíjejících se od požadavků lékařů v rámci jednotlivých oddělení či klinik. Jeho dalším úkolem je sestavení závazných standardů nutriční péče, aby tak standardizovali systém péče o výživu nemocných.

Metodika postupu práce je dána organizačním uspořádáním OLVS, které se může lišit v závislosti na formě vedení daného zařízení a charakteru poskytované péče. Obvykle je pracovní náplň rozdělena mezi úzce spolupracující ale rozličně organizované jednotlivé oddíly:

- úsek technologického zpracování - zabezpečuje přípravu stravy a jeho odpovědný zástupce je jmenován ředitelem zařízení;
- úsek klinického zajištění - v nemocnici je podřízen pozici náměstka pro ošetřovatelskou činnost, vedením bývá pověřena erudovaná dietní sestra;
- ústavní dietolog – systematicky řídí OLVS a je předsedou stravovací komise. (9)

7.2 Nutriční tým a jeho úkoly

Nutriční tým je multidisciplinární skupina, jejíž účastníci nesou podstatnou zodpovědnost za úroveň bezpečnosti a účinnosti nutriční péče v nemocnici. Diference ve složení týmu je dána velikostí zařízení, podílu klinických pracovišť, úrovní poskytované léčebné péče, zastoupením tíže zdravotních stavů. Je odpovědný za přidělování EV a PV v rozsahu lůžkových i ambulantních

oddělení a rozsahem navozené spolupráce s činností lékárna a zdravotní pojišťovny.

Schůze nutričního týmu jsou pořádány v pravidelných intervalech a případně jsou organizovány dle aktuální situace.

Úkoly zahrnují: »1, zachycovat klienty ohrožené malnutricí a těžkým katabolizmem a zabezpečovat jejich nutriční podporu při vstupu do zařízení i v průběhu »2, zaznamenávat průběh individuální nutriční podpory a konzultovat aplikované metody, formy a dávky »3, kontrolovat plnění naplánované péče »4, spravovat racionální použití materiálů nutriční podpory »5, zabezpečit odpovídající pohospitalizační nutriční péči »6, zajistit proškolení v oboru u členů týmu, lékařů klinických pracovišť, studentů »7, účastnit se zavádění nových přístupů do praxe »8, účelně informovat o finančních potřebách za všechny formy výživy. (2)

7.3 Personální zajištění léčebné výživy

7.3.1 Úloha lékaře

Lékař či jeho zástupce je pověřen řízením nutričního týmu a aktivně se podílí na péči spolu s ostatními účastníky.

Lékař nesmí být omezen nedostatky ve znalostech a průběhu hladovění, stresu a jejich důsledků, dále možnostmi v specifické nutriční diagnostice a na jejím základě určení nutriční potřeby. Jestliže není možné ovlivnit stav nemocného úpravou diety, pak odborný lékař nutricionista ordinuje umělou výživu různého stupně.

Tyto znalosti musí umět zavést do praxe a na jejich základě zvládat zajištění přístupu do žilního systému, přístupu do gastro - intestinálního systému a znát indikace, kontraindikace a účinky enterální a parenterální výživy.

Lékař musí brát v úvahu věkové odlišnosti klientů a od nich se odvíjející specifické potřeby a rizika. Příkladem mohou být chirurgické zákroky u pacientů nad 65 let, které mohou být významně spojovány s riziky malnutrice a to i v předoperačním období. Mimo to sleduje i následný vývoj primárního onemocnění a jeho dopad na nutriční stav. (2)

Postupné mezistupně, i když obecné mohou být charakterizovány takto: 1. Diagnostika výchozího výživového stavu » 2. rozhodnutí pro případnou nutriční intervenci » 3. stanovení nutričních potřeb a jejich uhrazení » 4. rozhodnutí pro formu nebo kombinaci forem nutriční intervence » 5. rozhodnutí pro vhodnou lokalizaci přístupu aplikace » 6. sledování efektivnosti podávané nutriční intervence » 7. rozhodnutí pro případnou změnu intervence » 8. rozhodnutí pro možnost provedení zákroku » 9. vedení při přechodu z nastavené intervence směrem k „běžné“ stravě » 10. vhodná koordinace dalších členů týmu v průběhu nutriční péče. (2)

7.3.2 Úloha nutričního terapeuta

Profese nutričního terapeuta je profesí způsobilou k shromažďování materiálů, kontrole přípravy stravy, vyhodnocování nutričního stavu a potřeb klienta a následné volby individuálního přístupu stravování.

Obsahem administrativní práce je stanovení odpovědných biologických a energetických výživových hodnot klientů, normování stravy a dle těchto měřítek sestavení vhodných standardů stravování a jídelních lístků. Ekonomická práce spočívá v zajišťování vhodných surovin a dodržování stravovací jednotky. Kontrolní činnost spočívá v dodržování hygienických zásad podávání stravy nemocným, dodržování technologií a norem nezbytných v přípravě léčebné výživy. Závěrečným úkolem je příprava edukačních materiálů v oblasti nutriční a dietologické pro nemocné v souladu s aktuálním zdravotním stavem. Důraz je kladen hlavně na aktivní přístup v nutriční péči.

Nutriční terapeut se spolupodílí na vyváření návrhu dietního systému určeného pro dané zdravotnické zařízení, které může být podkladem k vydání závazného předpisu. K takto nastavenému dietnímu systému vyhledává a navrhuje změny i v průběhu jeho běžného využití v závislosti na změnách charakteru poskytované péče nebo dostupnosti nových vědomostí, materiálů či technik.

Po schválení závazných norem je zodpovědnost za jejich dodržování v běžném provozu jako součást pracovní pozice nesena na zodpovědnost právě nutričního terapeuta a to ve dvou dimenzích. První se odvíjí v návaznosti na přípravě dietních pokrmů a organizaci stravovacího provozu a druhá tzv. u lůžka

pacienta, zajišťuje intervence na klinickém oddělení, mimo jiné na základě znalostí metabolického průběhu stresu a malnutrice. To obnáší zpracování nutriční anamnézy u pacientů vyžadujících nutriční intervenci a to do 1 až 3 dnů (podle závažnosti stavu), návrh a realizaci opatření, sledování účinnosti a případné úpravy v rámci vývoje stavu, bilancování příjmu stravy až do doby, kdy je stav po této stránce vyřešen.

U klientů, kteří se svými potřebami vymykají (přijímat potravu nesmí, nechce, nemůže), celoustavnímu režimu zajistí vhodný individuální návrh nutriční péče a u diet, které svou skladbou nemohou zajistit nutriční plnohodnotnější stravu, navrhnu odpovídající nutriční doplňky. To je účel pro vypracování propočtů energetických a biologických hodnot diet, k nimž využívají receptury s uvedenou čistou hmotností surovin.

Rozsah vykonávané činnosti nutričního terapeuta se odvíjí v závislosti od získání osvědčení k samostatnému výkonu činnosti.

Pro úspěšnou činnost nutričních terapeutů v systému poskytování nutriční péče je důležité jejich zařazení do vhodných pracovních pozic a také dostatečné zastoupení vhodně kvalifikovaných pracovníků. Při vytvoření samostatné pracovní skupiny řízené jako jeden z úseků náplně náměstka pro ošetrovatelskou činnost, tvoří současně vhodného partnera ke spolupráci i s ostatními útvary zdravotní péče.

V České republice v současnosti připadá na jednoho takového specialistu téměř 117 hospitalizovaných. V ideální situaci by mělo na jednoho specialistu připadat padesát klientů. (2,4)

7.3.3 Úloha ošetřujícího personálu

Sestra na oddělení zajišťuje nejvhodnějšího pozorovatele a nejbližšího zástupce zdravotnické péče. Je prvním a jediným profesionálem, s kterým každodenně a několikanásobně přichází do styku v souvislosti s pestrým spektrem úkolů naplňující klientovi potřeby a tak může odhalovat případné odchylky (př. změny dutiny ústní).

Jednou z nejzákladnějších potřeb, které může ovlivnit – „Tak nízkých a přeci tak cenných“ - je výživa.

Post sestry je nejvýhodnější pozicí k rozpoznání prvotních mimořádných (nebo podezřelých) stavů výživy. K takovému odkrývání stavu a následnému monitorování vývoje je potřeba stanovení jasných znaků, které umožní odlišení od nám známého a řešeného stavu.

Jednoduchým prostředkem při posuzování stavu pacienta ve směru jeho výživy do jakéhokoli zařízení zdravotnického typu by měl být nutriční screening. Přesná forma je specifickou náplní práce předcházejících struktur nutriční péče, i když nejvýhodnější parametry jako jsou záznam skutečně navážené hmotnosti, Body Mass Index, bezděčné snížení hmotnosti a změny v příjmu potravy za určitou časovou jednotku, přítomnost stresové situace, případně obvod břicha či paže jsou pro různé formy screeningů společné. Při nemožnosti zjištění daných parametrů je možné se spokojit i s údaji alespoň informativními, jako například otázka na změněnou velikosti oblečení, nechutenství, bolest břicha, přetrvávající zvracení nebo průjem či pouhý stisk ruky. Nemalým následným krokem je jejich funkční zavedení do praxe.

Je důležité zhodnocovat nejen nutriční dávku klientovi nabízenou, ale i klientem navracenou a to především z hlediska kvantity. V této pozici je právě funkce sestry nenahraditelnou. Ideálním případem je, když sestra osobně prověří, jaká porce je od klienta odnášena a tato informace je pravidelně zaznamenávána do dokumentace (postačující je forma S, O $\frac{1}{4}$, V $\frac{1}{2}$). Pokud se navrátíme k zhodnocení kvality, i zde může sestra podat apel na formu podávané stravy a maximálně zajišťovat podávání perorální stravy např. rozkrájením. Hodnotnou informací se stává i podíl stravy, kterou konzumuje ze stravy nabízené a jakou část a co si doplňuje doplněním z domova. Tyto údaje tvoří přehled o příjmu porcí za celý den a umožňují stanovit jakou zbylou část a jakou formou dodat (př. modulová dietetika do jedné čtvrtiny denní porce).

Sestra musí pacienta v příjmu stravy nejenom podporovat, ale s pomocí nutričního terapeuta hledat i alternativy různých potravin a jejich úpravy.

V indikovaných případech se účastní nutriční intervence tím, že nemocnému podává definovanou enterální nebo parenterální výživu upravenou podle individuálního přání a potřeby. (4)

8 Nedostatečný příjem v nemocnici

V nemocnici musí být mimo nedostatečného příjmu výživy brán samozřejmě také v potaz příjem nadbytečný v jedné či více z některých složek. Avšak z pohledu rizikivosti zhoršení zdravotního stavu (vyjma situace hyperhydratace u některých stavů) v průběhu hospitalizace a to především z krátkodobého obrazu není tak zásadní.

I když je udáváno, že Česká republika se v počtu obézních pacientů řadí na první místa mezi Evropskými zeměmi. Z tohoto důvodu je také nezbytné neopomíjet hodnocení rizika obezity, rozlišení typu obezity a určení nedostatků ve výživě. V situacích kdy to zdravotní stav dovoluje je nezbytné nabídnout dietu redukční, nebo adekvátně upravenou jinou dietu. Obézní člověk může být současně ve stavu podvýživy nějaké ze složek výživy.

8.1 Malnutrice

8.1.1 Definování a charakteristika malnutrice

Jako malnutrici (z latinského „malus“ = špatný) chápeme odchylku od normálního stavu výživy, vzniklou nerovnováhou mezi přívodem živin, tj. energetickou spotřebou, a jejich skutečnou spotřebou v organismu. V tomto širším slova smyslu je možno také hovořit o dysnutrici.⁽⁵⁾ Pokročilá stadia energetické a bílkovinné malnutrice označujeme jako kachexii.⁽⁴⁾

Další možnou podobou definice je: *porucha nutričního stavu organismu způsobená relativním nebo absolutním nedostatkem živin, popřípadě poruchou jejich metabolismu.⁽¹⁰⁾*

Velmi často je jako synonymum chybně považován termín podvýživa (neboli hyponutrice), která ovšem tvoří pouze kvantitativní složku malnutrice. Z tohoto neadekvátního pojmenování vyplynul nemístný závěr, že takovéto stavy se v našem prostředí nevyskytují a jejich zjišťování je relevantní pouze v rozvojových zemích.

Hladověním rozumíme částečné nebo úplné přerušení přívodu látek bohatých energií a dusíkem.⁽²⁾ Definice hladovění v nemocničním prostředí je doplněna o nenaplnění podmínky doplnění látek energeticky a dusíkově plnohodnotných, žádnou z možných forem výživy (enterální, parenterální) ani

jejich kombinacemi. Pokud je přívod energie neúplný, vzhledem k potřebě, hovoříme o hladovění částečném a při kompletním omezení přívodu energie hovoříme o hladovění úplném. Období hladu, které již ohrožuje pacienta na smrti je obvykle po 50-70 dnech a týká se ztráty jedné třetiny tělesné hmotnosti. Doba, po kterou je klient hladovění vystaven určuje rozlišení na hladovění akutní, krátkodobé a dlouhodobé. (10,2,1,11)

V případě nedostatku výlučně jediné z nepostradatelných složek a při zachovalém příjmu ostatních složek je stav odlišně označován jako karence, např. izolované složky deficitu železa, vitamínu C apod.

Na našem území nejsou v současnosti dostupná data týkající se výskytu malnutrice v nemocničních zařízeních, proto lze pouze vztáhnout data ze zahraničí, která se podobají demografickému prostředí, ekonomické a systémové úrovni poskytované zdravotní péče. Například ze studie provedené R. Meierem a jeho kolektivem v roce 2000 ve švýcarských nemocnicích vyplývá, že výskyt malnutrice je u 30-60 % hospitalizovaných, z toho závažná u 10 – 25% hospitalizovaných. (10,18,2,1,11)

V současnosti se již valná část zařízení zdravotnického typu snaží svým přístupem vymanit z dřívějších tendencí trvalého podceňování tohoto problému.

Častokrát jsou postiženi právě pacienti v těžkých stavech nebo pacienti s chronickými onemocněními, kteří jsou dlouhodobě hospitalizováni v nemocnicích nebo léčebnách dlouhodobě nemocných a u kterých tedy malnutrice přispívá v prohlubování metabolických pochodů směrem do katabolického stavu. V těchto stavech je prostor pro vznik řady systémových komplikací. Všichni pacienti se závažnou formou malnutrice vyžadují urychlenou individuální a cílenou nutriční péči. (10,2,1,11)

Vysoký průměr počtu hospitalizovaných pacientů ve zhoršeném stavu výživy může být dán nepřítomností systému vyhledávání rizikových pacientů, systému standardizace nutriční péče, „nesouzněním“ systému stravování a podávání umělé výživy, neindividuálním přístupem, nepředáváním informací o příjmu výživy mezi jednotlivými subjekty poskytovaní péče může tak být považováno za známku, že nemocnice není schopna o výživu pacientů dostatečně pečovat.

8.1.2 Příčiny malnutrice

Podle vyvolávajících příčin můžeme malnutrici rozlišit na způsobenou neadekvátním příjmem potravy, poruchami trávení, zvýšenými ztrátami živin, zvýšenou potřebou živin a poruchami utilizace.⁽¹⁰⁾

Zvláštní zřetel musí být poskytnut pacientům ve výchozím nevyhovujícím nutričním stavu. Je nutno počítat s výsledky výzkumných studií, provedenými v nemocnicích v zahraničí, které ukazují, že se procento lidí, kteří byli přijatí do nemocnice v nevyhovujícím stavu výživy, pohybuje okolo 20 až 80 procent. Rozsah výsledků studií je dán typem onemocnění s jakým se pacient přijímá. U těchto pacientů musí každému vyšetření skýtajícím omezení příjmu a chirurgickému zákroku, předcházet a následně ho doplňovat, dostatečné nutriční zajištění jako prevence některých komplikací např. septické stavy a zhoršené hojení ran. Důležitá je potřeba zohlednit výraznější zastoupení osob vyššího věku v hospitalizaci a brát tak na zřetel postupné zhoršování schopnosti využívat nabízené živiny. ^(10,2,1,11)

Neadekvátní příjem potravy lze obecně v nemocnici rozdělit z dvou hlavních pohledů. ⁽¹⁰⁾

Za první mohou být považovány konsekvence ze samotného základního onemocnění. Stavy jako bulbární paralýza nebo stenóza jícnu vedoucí k neschopnosti polykat či cévní mozkové příhody vedoucí k omezení hybnosti ale i změně sociální situace nemocného kdy v důsledku toho ztrácí schopnost se najíst, to jsou všechno rizika vzniku malnutrice.⁽¹⁰⁾

Druhou část příčin směřujících k malnutrici nazýváme iatrogenní a můžeme ji opětovně dělit. Rozlišujeme podobu prováděnou cíleně terapeuticky či diagnosticky a malnutrici vznikající neúmyslně jako vedlejší produkt intenzivního vyšetřovacího programu. K nežádoucím účinkům terapie řadíme bolestivé afekce v dutině ústní a suchost sliznic, které mohou vycházet z prodělané aktinoterapie, chemoterapie nebo kariézní dentice a ústí v bolestivé poruchy žvýkání a polykání. Dále můžou být přiřazeny stavy, jako je anorexie (nechutenství) v důsledku onkologických chorob či orgánových selháních (renálních, kardiálních, plicních) nebo jako samostatné problematiky mentální

anorexie. Na základě pestré palety příčin může být také zvracení a nauzea důvodem k odmítání jídla. Iatrogenní malnutrice může být i pod vlivem nezvládnutí poskytování nutriční podpory pacientovi v bezvědomí. Malé shrnutí je v tab. č. 1. (10,2,1,11)

Podmínkou indikace k hladovění jako součást terapeutického procesu je zajištění dostatečného nutričního příjmu cestou parenterální.

Samostatným odvětvím, neprávem podceňovaným, nedostatečné výživy je malnutrice doprovázející nádorová onemocnění, která jak je udáváno, se vyskytuje přibližně u 10 % - 80 % (u nemocných s nádory zažívacího traktu) pacientů, přičemž může platit, že 20% úmrtí při nádorovém onemocnění je spíše ve vztahu k malnutrici. Je důsledkem nedostatečného přísunu biologicky hodnotné stravy a zvýšené potřeby energie v průběhu nádorového onemocnění ale i následné léčby (chirurgická, chemoterapie, radioterapie apod.)

Nedostatečnost příjmu potravy může být ale i relativní za situace kdy je neodpovídající k zvýšeným energetickým nárokům organismu (př. těhotenství, nádorová onemocnění) nebo zvýšenými ztrátami živin (píštěle z GIT nebo při glykosurii při špatně kompenzovanému diabetu.) (10)

Malnutrice vzniklá následkem **poruch trávení** může být zapříčiněna neadekvátní digescí (natrávením živin), poruchami jejich resorpce, případně transportu a to na všech úrovních gastrointestinálního traktu. K narušení efektivního zpracování potravin může dojít zásahem do mechanického zpracování; do náležité sekrece trávicích enzymů buňkami slinných žláz, žaludku, slinivky břišní (chronická pankreatitida, nádorová onemocnění pankreatu, cystická fibróza), a enterocytů; dále do sekrece žluči, optimálního pH v jednotlivých úsecích GIT (achlorhydrie, resekční výkony žaludku); odpovídající doba kontaktu potravy a trávicích šťáv. I po splnění podmínky na štěpení živin může docházet k poruchám jejich vstřebávání z GIT. Souhrnně je porucha označována jako malabsorpční syndrom, který může být zapříčiněn primárně nebo sekundárně. K příčinám primárně vzniklého malabsorpčního syndromu řadíme laktózovou intoleranci, celiakální sprue nebo tropická sprue. Sekundárně vzniklý malabsorpční syndrom vzniká např. jako následek redukce

absorpční plochy tenkého střeva (syndrom krátkého střeva), krátkodobému kontaktu tráveniny a střevní sliznice (střevní píštěle), při poruše transportních funkcí enterocytů (Crohnova choroba, amiloidóza, aktinoterapie, chemoterapie, parazitární infekce, nadužívání laxativ) apod. (10)

Tab. č. 1 **Příčiny hladovění ve zdravotnickém zařízení v důsledku terapeutických postupů**

Hladovění jako důsledek terapeutických postupů		Příklady
<i>Hladovění ve vztahu k farmakoterapii</i>	<i>Po léčích vyvolávajících ulcerace dutiny ústní</i>	<i>acylpyrin, cytostatika, isoproteenol</i>
	<i>Po léčích vyvolávajících peptické vředy žaludku a duodena a krvácení sliznice žaludku a duodena</i>	<i>acylpin, fenyl butazon, ketazon, indometacin, reserpin, kalium chlorátům, prednison</i>
	<i>Po léčích vyvolávajících nauseu a zvracení</i>	<i>Digitalis, opiáty, estrogeny, kalium chlorátům, aminofylin, antibiotika, preparáty železa, furantoin, cytostatika</i>
	<i>Nausea a zvracení v souvislosti s radiační terapií</i>	
<i>Hladovění jako součást přípravy k vyšetření</i>		<i>Irrigoskopie, kolposkopie, rektoskopie, vylučovací urografie, metabolická vyšetření s ranním lačněním</i>
<i>Hladovění jako součást léčebných procedur</i>		<i>Předoperační hladovění, pooperační hladovění, akutní pankreatitis, akutní cholecystitis, náhlé příhody břišní, krvácení do gastrointestinálního traktu</i>

(2)

Relativně četnou příčinou malnutrice mohou být **zvýšené ztráty živin**. Charakteristické ukázky jsou průjmy různé etiologie, drénované abscesy a píštěle či ztráty glukózy močí při dekompenzovaném diabetu mellitu. (10)

Zvýšená spotřeba živin vychází z vystupňovaných fyziologických potřeb (těhotenství, dětský věk) nebo z neadekvátních potřeb vzniklých následkem

onemocnění (trauma, operace, infekce, horečka, nádory, hyperthyreóza apod.).(10)

Poruchy utilizace živin zahrnují stavy, kdy organismus není schopen adekvátně zpracovat a využít některou ze složek potravy nebo její metabolit. Podle svého původu je můžeme rozdělit na vrozené nebo získané.(10)

8.1.3 Dělení malnutrice dle patofyziologie

V průběhu malnutrice se aktivují fyziologické metabolické postupy navozující stav označovaný jako katabolický. Během toho stavu jsou využívány makromolekulární substráty ze zásobních forem a pro zajištění funkce jsou využívány i vlastní tělesné substance. Cílem těchto změn je zabezpečení dostatečného přívodu energetických substrátů pro funkci nepostradatelných orgánů a to uvolněním ze zásobních forem do forem transportních. Hormony ovlivňující tento stav jsou hlavně glukagon, katecholaminy, kortikoidy.

Z uvedeného hlediska můžeme rozdělit do dvou typů, které se ale navzájem mohou kombinovat (nazývané jako smíšené):

1. proteinový typ způsobený nedostatkem proteinů v dietě nebo jejich zvýšeným katabolismem se současným zajištěním dostatečného příjmu ostatních živin;
2. protein- energetický typ jako následek snížené dodávky energie i bílkovin

V některých textech je možné se setkat s rozlišením malnutrice na nekomplikovanou (nestresové hladovění) a na stresovou (stresové hladovění se zvýšeným katabolismem strukturálních proteinů). (10)

1. Proteinová malnutrice

Proteinovou malnutrici řadíme ke kvalitativním poruchám příjmu výživy, kdy chybí pouze jedna složka výživy. Tento stav může ústít v důsledku sníženého příjmu bílkovin potravou nebo v důsledku zvýšené spotřeby bílkovin organismem.(10)

Proteinová malnutrice v důsledku sníženého příjmu bílkovin potravou

Tento podtyp proteinové malnutrice je pojmenován jako kwashiorkor. Jako nedostatečný příjem bílkovin potravou či příjem nekvalitních bílkovin je

naplňován předpoklad nejvyššího výskytu v zemích Afriky. Pro tento typ malnutrice je typický pomalejší rozvoj v řádu týdnů až měsíců. Často postihovanými skupinami jsou děti a adolescenti na základě zvýšených bílkovinných nároků. Celková hmotnost bývá převážně snížena, ale v některých případech může být v důsledku otoků v normě. Celkové snížení zastoupení bílkovin je patrné na snížení množství svalové hmoty, změnách sérových bílkovin, zpomalení proteosyntézy, poruchou buněčné imunity, zástavě až zpomalení růstu, zpomalení mentálního vývoje. U nás jsou tyto případy popisovány u dětí veganů nebo fruktariánů; bezdomovců či drogově závislých.⁽¹⁰⁾

Proteinová malnutrice v důsledku zvýšené spotřeby bílkovin (nazývaná též stresové hladovění)

Setkání s tímto typem je možné v našich podmínkách u kriticky nemocných v akutním stresu (popáleninový šok, polytrauma, zánět pankreatu, septický šok nebo multiorgánové selhání apod.). Hlavním mechanismem vzniku je aktivace (až nepřiměřeně vysoká) stresové osy organismu a prozánětlivé cytokinové kaskády. Nebezpečí stresové malnutrice vychází zejména z rychlého rozvoje, který může být pozorován někdy již za několik dní. Zásadní charakteristikou stavu organismu je nezískávání a neefektivní využívání energie sacharidů a následně lipidů ale čerpáním proteinů jako energetického zdroje a to v různém rozsahu a z různých lokalit (převážně kosterní sval a dále epitel trávicího systému, játra).⁽¹⁰⁾

Mezi významné funkce proteinu nepatří jeho využití jako energetického zdroje. Pokud je takovýmto způsobem využíván, (300-500 g svalové tkáně denně) jde o situace nevýhodné a nebezpečné, kdy jsou narušovány další proteinové účely. Příkladem funkčního projevu takovéto malnutrice může být odbourání ze svalové hmoty, což se projeví snížením hmoty levé komory a s tím související snížení minutového objemu. Druhým příkladem může být odbourávání ze svaloviny hrudníku což má za následek ztížené samovolné dýchání. Mimo těchto úbytků dochází také ke zmenšování lumen střevní sliznice a její následné obměně, objektivně patrné jako průjem. Naopak některé tkáně jsou proti čerpáním proteinů intenzivně ochraňovány (mozku, očí, varlat, nadledvin). Na tělesné hmotnosti

nemusí být patrna změna v důsledku maskování ztráty otoky nebo tukem a to zvláště u starších obézních pacientů. (10)

2. Protein - energetická malnutrice

Tento typ malnutrice se vyskytuje mnohonásobně častěji v našich podmínkách oproti již zmíněné izolované proteinové malnutrici a to např. u geriatrických pacientů, u pacientek odmítajících přijímat energeticky bohatou potravu, u pacientů s poruchami polykání. (10)

Vznik protein-energetické malnutrice je spojen s dlouhodobě nedostatečným příjmem všech základních složek výživy (proteinů, sacharidů, lipidů, vitaminů i stopových prvků). Pro tuto malnutrici je příznačné čerpání energetických rezerv zprvu převážně v podobě tělesného tuku, zatímco jsou proteiny relativně šetřeny. (10)

V důsledku toho, že prvotní fyziologické mechanismy reagují na strádání, až v hladovění úplném za jejich hlavní projevy je považována změna funkce jater. Nově potřebná funkce spočívá v potřebě tvorby glukózy a to v prvním stupni jako glykogenolýza a následně jako glukoneogeneze. Tvorba se začíná od poslední přijaté potraviny a to zhruba za 6 – 8 hodin. Dalším mechanismem se společným cílem je štěpení triacylglycerolů tukové tkáně na volné mastné kyseliny a glycerol. Volné mastné kyseliny se stávají využitelnými za několik dní.

Ionty podílející se na vodní rovnováze mění svoje zastoupení za účelem omezení ztrát natria, přičemž ztráty kalia nejsou takto regulovány a rostou. Změny v zastoupení kalia v extracelulární a intracelulární tekutině můžou směřovat k změnám dráždivosti svalových a nervových tkání. (10)

Dalším z významných klinických důsledků je metabolická acidóza, která je kompenzována regulačními renálními mechanismy a prohloubeným dýcháním. (10)

Odezvou na stav malnutrice jsou změny na mnoha úrovních organismu jako podklad pro čerpání zdrojů glycidů a lipidů. Další vývoj má možnost adekvátnějších adaptací po dobu několika týdnů až měsíců. (10)

Následnými projevy je poté pokles tělesné hmotnosti (vzezření »kost a kůže«), změny v kvalitě pokožky a vlasů, amenorea nebo pokles libida, změny nálad se sklonem k depresivitě, u dětí k růstovým zástavám.⁽¹⁰⁾

8.1.4 Důsledky malnutrice

Adaptační mechanismy mají šanci pro svůj rozvoj pouze u dlouhodobého hladovění. K takovýmto mechanismům se řadí přizpůsobení CNS na zhodnocení ketolátek nebo pokles bazálního metabolismu, za účelem úspory energie při dlouhodobém nedostatku složek výživy.

Diagnosticky prokazatelná je malnutrice již za 24 hodin a to v podobě snížení koncentrace proteinů prealbuminu, retinol vázacího proteinu, cholinesterázy. Následné zjištění může být doplněno o zvýšenou plazmatickou hladinu urey, pokles syntézy triacylglycerolů, transferinu, albuminu. Doprovodným jevem je současné snižování proteosyntézy, která se promítá do snížené syntézy kolagenu, koagulačních faktorů, imunoglobulinů, lymfocytů a zhoršenou odpověď buněčné imunity. Snížení proteosyntézy se může podílet na omezeném transportu léčiv k cílovým tkáním. ^(10,2,1,11)

Výsledky těchto stavů v nemocničním prostředí jsou schovány za termíny: metabolický rozvrat (poruchy minerálového hospodářství – hypokalémie, hyponatrémie, hypochlorémie, hypofosfatémie či hyperkalémie), svalové slabosti a atrofie, hypoprotinémie, hypoprotienemických otoků, poruchami imunitní odpovědi organismu, výraznějšího rizika infekčních a septických komplikací (raných pooperačních, pneumonií, močových cest), zhoršení hojení ran (popsanými až jako rozpad ran) a s tím související opakované febrilní stavy, zvýšení rizika vzniku proleženin. ^(10,2,1,11)

Sekundární důsledky jsou zvýšená morbidita, zpomalení rekonvalescence a tím prodloužení doby pobytu v zdravotnickém zařízení v porovnání s osobami s normálním výživovým stavem i zvýšená mortalita. Je prokázáno, že prevencí a terapií lehčích forem malnutrice lze přispět k zlepšení výkonnostního stavu, zlepšení kvality života a ušetřit i poměrně významné části finančních prostředků využívaných na léčbu sekundárních komplikací. Kombinace pokračujícího zhoršeného výživového stavu s doprovodnými septickými komplikacemi může

přejít přes celkové oslabení organismu a až k navození multiorgánového selhání. Rychlost nástupu komplikací se odvíjí mimo jiné od velikosti čerpaných „zásob“ svalové hmoty což směřuje k rizikovosti hlavně u starších pacientů. (10,2,1,11)

Pacienti trpící onkologickým onemocněním trpí častěji depresí, výraznou celkovou slabostí, změnami ve vnímání chuti jídla a pocitem časného nasycení již po požití malého množství v důsledku poruchy evakuace žaludku.

Projevy jsou patrné i v psychosociální oblasti jako psychická nepohoda nebo oslabení soběstačnosti i v schopnosti se najíst. Tyto důvody mohou uzavírat bludný kruh malnutrice. Protože následky mohou být až fatální proto malnutrice také bývá nazývána „tichým zabijákem“.

Při snaze o realimentaci musí být brán do úvahy možné oslabení funkce střevního epitelu, snížená motilita střev s poruchami digesce i absorpce živin. (10,2,1,11)

8.2 Dehydratace

8.2.1 Definování dehydratace

Pro termín dehydratace je vymezen stav sníženého objemu extracelulární tekutiny. Osmolalita extracelulární tekutiny se odvíjí od vzájemného poměru voda: natrium. Dle tohoto vztahu rozeznáváme podoby dehydratace: hypertonickou, isotonickou a hypotonickou.

Dehydratace ústí ve snížení objemu extracelulární tekutiny. Hranice ztráty tekutin, která se objektivně projevuje, se pohybuje pod ztrátou 5 -10 % tělesné hmotnosti. Jako míru pro hodnocení dostatečného objemu extracelulární tekutiny můžeme považovat schopnost zabezpečení žilního návratu k naplnění levé komory umožňující odpovídající práci srdce. Potvrzením správné funkce je dostatečná perfuze tkání.

V průběhu terapie je prvním krokem úprava volumu a poté následuje pozvolná úprava elektrolytů a osmolality. (2)

8.2.2 Druhy dehydratace a jejich charakteristika

Hypertonická dehydratace

Jde o snížení volumu extracelulární i intracelulární tekutiny.

Nejvýznamnější příčinou je podpoření nedostatku čisté vody v jejím dalším omezování přísunu. Nejohroženější skupiny nemocných jsou lidé se sníženým pocitem žízně (senioři), s neschopností polykat a přijímající vysoce koncentrované roztoky sondou. Dalším přispívajícím vlivem jsou ztráty hypotonické tekutiny a to horečka, zvracení, průjmové stavy, některé stavy diabetu. Některá onemocnění systému dýchacího (pneumonie, bronchitidy) a ledvin (izostenurie, hypostenurie) mohou vést také ke ztrátám čisté vody.

Spektrum příznaků se sestává po 3 -4 dnech nepřijímání tekutin z žízně, apatie, halucinace, křeče, suchý jazyk, snížený turgor kůže, slabost, zvýšená teplota až tachykardie, hypotenze, šok.

Řešení tohoto stavu se odvíjí od určení schopnosti přijmout tekutiny perorálně. Při zachovalé schopnosti lpíme na přijímání tekutin chudých na elektrolyty, tj. limonády, slabý čaj, ředěné ovocné šťávy, stolní vody v množství odvíjející se dle diurézy. V případě neschopnosti příjmu podáváme parenterálně nízko procentní cukerné roztoky bez elektrolytů. Přílišná rychlost podání nesmí ohrožovat CNS klienta. Nedůsledněji musí být pečováno o příjem tekutin u seniorů a to i jako součást prevence v podobě opakovaného denního nabízení tekutin. (2)

Isotonická dehydratace

Jde o separovanou ztrátu isotonické extracelulární tekutiny, při zachování objemu intracelulární tekutiny.

Projevy jsou systémově pestré a zahrnují tachykardii, hypovolemii, kolapsy, šok, průjmy, zvracení, meteorismus, apatie, únava, poruchy vědomí, koma, snížení turgoru kůže.

Terapie zahrnuje společné doplnění tekutin, natria a potraviny s výrazným zastoupením kalia. To je důvod pro doporučení příjmu oslazeného čaje, slané polévky a omáčky, ovocné šťávy, limonády a minerálky. Parenterální isotonické

roztoky jsou podávány v případě nemožnosti zabezpečení perorálním příjmem.

(2)

Hypotonická dehydratace

Odpovídá sníženému volumu extracelulární tekutiny za současného zvětšení volumu intracelulární tekutiny.

Tento stav se odvíjí v důsledku ztrát solí. Vzniká zejména při neslané dietě nevhodně ordinované při renální insuficienci, u diabetu s osmotickou diurézou, při poruchách CNS, při insuficienci nadledvin, dlouhodobé neslané dietě, aplikace vysokých dávek diuretik nebo doplnění ztrát tekutin pouze čistou vodou.

V centru pozornosti by jako součást diagnostiky měl být sledování tekutinových ztrát i způsob jejich hrazení, hypotenze, ortostatické poruchy, cyanóza, studená kůže, snížený turgor kůže, křeče, snížení pocitu žízně, bolesti hlavy, zmatenost až koma.

Terapie je zajištěna dostatečným přísunem tekutin, navýšením přísunu solí a vybalancováním přísunu kalia. Příjem tekutin má být dávkován v menších porcích avšak častěji. Při neschopnosti příjmu perorální cestou by měly být podány parenterální isotonické roztoky.

Nejzásadnější chybou v průběhu terapie je úsilí o rychlou nápravu natrémie a hydratace. (2)

9 Doporučení pro stravování mimo zařízením nabízené

9.1 Doporučení před hospitalizací

Na nutričním stavu se účastní celá řada vlivů, mezi něž patří i stav výživy před přijetím do nemocnice.

Zobecně se lze řídit poučkou, že větší pozornost musí být věnována skladbě jídelníčku, na čím složitější výkon se pacient připravuje. Kvalitní výživa je významná především v bezprostředním období plánovaného výkonu. Některým pacientům je vhodné již 7 – 10 dní před zákrokem obohatit stravu o přípravky enterální výživy nebo je alespoň s nimi seznámit.

Před nástupem do zdravotnického zařízení se nedoporučuje začít plánovitě redukovat svou hmotnost. Případně pokud se tak děje hubnutí ukončit 3 až 5 dní před zákrokem a nahradit je plnohodnotnou stravou. Délka tolerovatelného hladovění nebo omezeného příjmu výživy se jistě odvíjí i od na fyzickém stavu nemocného, tělesnými zásobami bílkovin, věku a na závažnosti choroby. V situacích kdy úmyslně či neúmyslně (pro zdravotní potíže, nevolnost, bolesti) nebyla výživa dostatečná, je důležité informovat lékaře nebo nutričního terapeuta včetně hmotnostních ztrát během posledních 6 měsíců. Nepostradatelné informace jsou také, jaké pokrmy pacient nesnáší, zda se stravuje méně obvyklým způsobem, eventuálně doporučí formu podávání jídla.

Skupinou u které, jsou předpokládány nedostatky ve výživě v nejvyšší míře, jsou senioři žijící v samostatné domácnosti. Příčinou jsou kombinace vlivů jako je, snižující se vnímání chuti (často v důsledku značné medikace), snižující se vstřebávání a využití jednotlivých živin, menší potřeba jídla, zhoršení mentálních funkcí, umělý chrup, zhoršení hybnosti nebo zraku vedoucí k omezení schopnost nákupu a přípravy stravy, nedostatky ekonomické, deprese z osamělosti a sociální izolace, nepotřeba si připravit a esteticky naservírovat pokrm. Nevýhodou je, pokud je v zdravotnickém zařízení pokračováno v nabídce chuťově nevýrazné diety, kterou nejedí a která je případně doplněna omezením stravování v důsledku pobíhajících vyšetření.

9.2 Doporučení v průběhu hospitalizace a do následné domácí péče

Doporučení týkající se doplnění nemocniční stravy jsou zaměřeny jak pro samotné pacienty, tak pro návštěvy. Proto je výhodou, když se návštěva nejdříve obrátí na nutričního terapeuta nebo ošetřující personál s dotazem, jakou potravinou může hospitalizovaného obdarovat, aby tak nebyla zvolena potravina omezená dietně nebo s nevhodnou vazbou na podávané léky či plánované zákroky. V situacích, kdy je potřeba povzbudit chuť k jídlu, je výhodou po dohodě s personálem (o složení, přípravě i přepravě) přichystat oblíbenou rodinnou specialitu. V případě stravovacích obtíží vzniklých v průběhu léčby, je pacient

poučen, aby včas informoval ošetřujícího lékaře, byť se jedná o ztrátu chuti k jídlu způsobenou pooperačním stavem. Pro možnost dřívějšího návratu do domácího prostředí lze dnes využít i několik forem podávání výživy, pokud to situace umožňuje (např. PEG či výživový knoflík).

Pokud je pacientovi s ukončením hospitalizace doporučeno dodržovat dietní opatření i v domácím prostředí, nastávají tak obvykle problémy změn nutričních zvyklostí. V dospělosti se již obtížně upravují nutriční návyky, chuťové zvyklosti, preference a averze. Překlenutí nežádoucích výživových zvyklostí probíhá v několika krocích, které spolu navzájem souvisí.

Poznávací úroveň – předpokladem, nikoli však zárukou pro změnu jídelníčku pacientů, je dosažení alespoň průměrného vzdělání u kterého byly prokázány slušné znalosti o nevhodného či škodlivého stravování. Pacient by se měl obeznámit s energetickou hodnotou potravy, analyzovat dosavadní způsob výživy, vyhodnotit svůj jídelníček a tak zavést potraviny a postupy se kterými se měl už prakticky seznámit ve zdravotnickém zařízení. Odrazem by měla být úprava pohybové aktivity, změna přístupu ke společnosti, k jídlu i k sobě samému

Rozumová úroveň – cestou ke změně nutričních zvyklostí je schopnost si zdůvodnit, proč je tento posun důležitý, jaký je prospěšný cíl a za jakou cenu ho dosahovat. Získat tak schopnost odřikání některých požitků, volba i složitější přípravy jídel, redukce pití alkoholických nápojů. Stavebním kamenem nových zvyklostí je motivace.

Emoční úroveň – i při stanoveném dodržování nabídnutého režimu můžou být navozeny poruchy nálady, deprese, únava, ospalost, nespokojenost se sebou. Naopak každý dílčí úspěch vzbuzuje pozitivní emoce a motivuje. Velkou váhu má taktéž pozitivní hodnocení ze strany přátel a rodiny.

Konativní úroveň – začleňuje naučení nových schopností např. výběr vhodných potravin a surovin na trhu, změna technologického zpracování, úprava denního rytmu apod.⁽³⁾

Bariéry ke změně nutričních zvyklostí mají být zhodnoceny před propuštěním a jsou to:

- Konzervatismus ve výběru potraviny, jídla nebo jiné značky výrobku.
- Dostupnost zdroje v nabídce potravin mezi městem a venkovem, při cestování, v restauracích.
- Ekonomická dostupnost hlavně u lidí, kteří jsou nuceni s cenou kalkulovat.
- Neznalost ve spektru nabízených potravin nebo jejich kombinací, receptur a přípravy.
- Osobnostní faktory jako stereotypy, nedostatek vůle, pohodlnost, nedostatek tvořivého myšlení.
- Nevhodný denní režim, který není pacient rytmicky přijímat vlivem pracovní činnosti, socio - kulturními tradicemi.
- Nedostatek pohybu změnou chuti k jídlu, energetickou potřebou
- Zdravotní překážky jsou menší komplikací u onemocnění, které často bezpodmínečně vyžadují změnu na rozdíl od pacientů např. s hypertenzí nebo obezitou.
- Ignorance, neznalost a podceňování
- Chuť patří mezi největší subjektivní překážky. U dospělých jde o proces shodný s podobným vývojem v dětství ⁽³⁾

Proto se před propuštěním provádí takzvaná edukace pro hospitalizované nemocné o zastoupení jeho diety, množství stravy, individuální úpravě stravy (tekutá nebo kašovitá forma), frekvence příjmu potravy a časování v průběhu denního cyklu, rozsahu a formě aplikace vhodných nutričních doplňků. Výhodou je, pokud jsou pacientovi předány příslušné edukační informace v písemné podobě, se kterými odchází domů, případně doplněny o kontaktní údaje do nutriční poradny daného zařízení. Podle konkrétních podmínek v domácím prostředí je vhodné provést i edukace rodinných příslušníků nebo nejbližšího okolí, s kterým přichází nemocný do styku. Po konzultaci s odborníkem je tak pacient veden k postupnému přechodu k jídelníčku základní diety pokud je to možné, případně by měl být veden a inspirován k samostatnosti v přípravě

plnohodnotné, chutné a pestré stravy i s dietním omezením, s kterou by se měl setkat už v zdravotnickém zařízení.

Pokud není možné zajistit dostatečný příjem stravy ani s dopomocí domácího zázemí oporou by měl být i praktický lékař, který by měl včasné reagovat na změněné potřeby a zajistit odbornou nutriční konzultaci v nutriční poradně či ambulanci pro poruchy výživy.

10 Forma sledovaného dietního systému

10.1 Chod nutričního provozu ve FNKV

V uvedeném systému nutriční péče v nemocničním prostředí FNKV je počítáno s charakteristicky větším zastoupením pacientů s dietními omezeními různé pestrosti. Pokud má pacient lékařem určen dietní režim v rámci terapeutického plánu podle charakteru základního onemocnění nemocného, je přesná skladba jídelníčku sestavena OLV.

V současnosti se počet pacientů stravovaných v tomto zařízení pohybuje kolem 800 za jeden den. Základní dieta je zastoupena zhruba u 300 stravovaných pacientů. Diety diabetické jsou zastoupeny přibližně u 160 pacientů v různých modifikacích, diety s omezením tuku zhruba u 20 pacientů a diety šetřící zhruba u 50 pacientů.

Při přípravě pokrmů se pracuje se souborem receptur pro nemocniční stravování, včetně posouzení nutriční hodnoty stravy. Oddělení léčebné výživy je řízeno vedoucím oddělení léčebné výživy a odborně zajišťováno nutričními terapeuty a ústavním dietologem. Chod samotného oddělení léčebné výživy je rozdělen mezi práci provozních, administrativních a klinických nutričních terapeutů. Strava pro pacienty je připravována a distribuována pod kontrolou provozních nutričních terapeutů. Přímý kontakt s pacienty je rozdělen mezi 4 klinické nutriční terapeuty dle charakteru jednotlivých oborů.

Zařízení připravuje pokrmy v stravovacím provozu, pro který je vyčleněna samostatná budova.

Pokrmy jsou podávány na tabletovém systému. Každý tablet je označen číslem diety a celý box následně názvem oddělení pro které je určen. Rozvoz

stravy v areálu nemocnice je zajištěn tak, aby nedošlo k nežádoucímu ovlivnění kvality stravy. Transport na jednotlivá oddělení probíhá ve speciálních, označených, nerezových, termostabilních, transportních kontejnerech a následně automobilech určených pouze pro dopravu této stravy. Sanitace stravovacího provozu je prováděna zaměstnanci stravovacího provozu a spolupracující úklidovou společností dle platné legislativy.

Stolování je pacientům umožněno buď přímo na nemocničních pokojích daného oddělení, nebo v místnosti k těmto účelům vyčleněným a vhodným. Na odděleních s pohyblivými pacienty jsou zřizovány jídelny. Imobilním pacientům jsou k dispozici speciální pomůcky ať už k samostatné konzumaci nebo s částečnou či úplnou pomocí personálu. Přímou distribuci jednotlivých jídel zajišťuje zdravotní sestra v součinnosti s ostatním ošetrovatelským personálem.

V komunikaci mezi odděleními nemocnice a stravovacím provozem či konkrétními nutričními terapeutkami je možno k zjednodušení organizace využít počítačového programu pro přenášení dat i možnost následné kontroly nebo dále písemnou či telefonickou podobou.

Nabídka pokrmů je sestavována s velmi pečlivým výběrem potravin a volbou rozdílných technologických úprav pro jednotlivé diety. V průběhu pobytu je možno nabídnout i tzv. „výběrové diety“ individuálně sestavené nutričními terapeuty. Sestavení jídelního lístku probíhá vždy na nadcházející období 3 týdnů a dostupnost konkrétní nabídky je na následující týden (včetně zachování možnosti úprav do následujícího dne), proto by se při třítydenní hospitalizaci nemělo stát, že by došlo k výraznému opakování pokrmů.

Uzavření objednávek stravy je do 5:00 hodin téhož dne zapsáním do nemocničního počítačového systému UNIS. Následně jsou tyto údaje přepracovány v počítačovém systému STAPRO do podoby vhodné pro plánování a výdej pokrmů.

Do 9:30 hodiny téhož dne je možné žádat o dodatečnou náhradní stravu. Náhradní strava je volena v podobě univerzální, pro široké spektrum pacientů. Dostupnost tekutin je na odděleních celodenně volně a neomezeně k dispozici a to v podobě připravených sáčkových čajů či bílé kávy, případně jiných tekutin. Částka vyčleněná na jednu stravovací jednotku je 60,- Kč.

Základní normu velikosti jedné porce je možné doplnit jak o přídavek podílu porce větší tak porci menší např. poloviční na základě požadavku ošetřujícího personálu nebo pacienta (např. pracující, mladistvé). Pacient dostává tzv. studenou snídani, obědy jsou tzv. teplé a večeře je směsí teplých a studených pokrmů (studené pokrmy jsou podávány převážně v pátek, sobotu a neděli). Požadavek na dobu spotřeby distribuované stravy se řídí legislativními požadavky.

Zařízení dále uvádí, že při sestavování jídelního lístku zohledňuje sezónní dostupnost surovin, například v létě využívá větší dostupnost zeleniny.

Aby mohlo zařízení působit na kvalitu stravy je pravidelně svolávána schůze stravovacího provozu a nutričních terapeutů pro plnění požadavků na stravu určenou pacientům.

Pokud pacient nesmí, nemůže nebo nechce nic z toho, co je pro něj v nabídce jídelníčku vyčleněno může mu být nutričním terapeutem nabídnuta dieta vybraná z ostatních pokrmů jídelního lístku.

V zařízení je v současnosti možno využít nabídky nadstandardního stravování celodenního rozsahu za úhradu 200,- Kč. Tato nabídka je možná pouze pro pacienty s dietním režimem základním. Sestavována je na základě požadavků na stravování hotelového typu s možností vybírat z několika nabídek pokrmů.

10.2 Dietní systém FNKV

Dietní systém FNKV vychází z doporučeného základního dietního systému a dále je modifikován dle potřeb zařízení. Širší nabídka modifikací některé z diet tak umožňuje zařízení individualizovat stravu již na počátku hospitalizace bez nutnosti osobní návštěvy nutričního terapeuta.

Vyjma takzvaných základních diet zahrnuje i diety specifické pro dané zařízení. U systému takového rozsahu, který zahrnuje asi 49 nejruznějších možností modifikací diet je nutná znalost možností dietního systému ošetřujícími lékaři pro daná oddělení, aby mohl být následně efektivně využíván v celém rozsahu.

Diety obsažené v dietním systému se v současnosti mají opírat o solidní vědecké poznatky. Zhodnocením dietního systému FNKV z tohoto pohledu se nezabývám z důvodu nedostatečné odborné kompetence a přesahu cíle práce.

Diety, které mohu nazvat specifickými z pohledu zastoupení v jiných zařízeních, jsou šetřící dermatologická, porodnická, hematologická, transplantační, popáleninová, velká batolecí apod.

Dieta diabetická je v tomto zařízení rozložena do čtyř typů, hlavně dle potřeb interních oddělení, zastoupené dávkami 175 g, 225 g, 275 g nebo 325 g sacharidů. Specifika diety je možno kombinovat s různými modifikacemi.

Nutriční zajištění v pooperačním období je v tomto zařízení zajištěna obvykle po sobě následující škálou pooperačních neplnohodnotných až plnohodnotných diet, označených jako 0S (čajová) přes 1A, 1B, 1C a 1D (bezezbytková) až po dietu šetřící.

Jako reakci na zvyšující se podíl hospitalizovaných seniorů (také pro klienty léčeben dlouhodobě nemocných) a podle znalostí možných specifických podmínek, z kterých senioři vycházejí nebo jejich specifických potřeb má zařízení vyčleněnou dietu geriatrickou. Dieta je postavena tak aby kalkulovala s dlouhodobou hospitalizací, předpokládala specifika ve formách, velikostech a chuťových vlastnostech porcí, případně včasnou a vhodnou kombinací s nutričními doplňky. I přes to, že je možné najít rozpory s doporučeními klinické výživy, jsou jako forma večeře u této diety voleny polévky a to v závislosti na lepších možnostech konzumace a na základě zvyklostí pacientů.

Další specifickou dietou tohoto zařízení je popáleninová dieta charakteristická svou nutriční vyvážeností, šetřící úpravou, zvýšeným obsahem bílkovin v podobě speciálních druhů polévek a přidavkem mléčných výrobků.

Pro chod Dermatovenerologické kliniky je specifická dieta šetřící dermatologická, která zachovává svou plnohodnotnost, avšak eliminuje složky rizikové z hlediska vzniku alergických reakcí.

Pro naplnění nejvhodnějšího nutričního zajištění dětí s celoročním pobytem na oddělení dětského domova byla vytvořena strava pro děti od 2 do 5 let.

V nemocnici FNKV je také sestaven nutriční tým, který optimalizuje přístup a chod nutriční péče. Na práci nutričního týmu se podílí zástupci odborníků jednotlivých klinik, ústavní dietolog, lékárník, vedoucí OLV a zástupkyně vedoucí. Jedním z výstupů práce nutričního týmu je i zavedený nutriční screening sestavený dle doporučení odborné organizace ESPEN.

Součástí ustanovených standardů nutriční péče je v uváděném zařízení postupováno i dle specifického standardu pro podávání stravy.

Nemocnice FNKV je schopna na základě odborných atestací svých lékařů vést ambulantní nutriční poradnu, kdy je tak pacientům zajištěna odborná konzultace po ukončení hospitalizace a umožněn tak dřívější pobyt v domácím prostředí, případně poskytováno vedení před plánovaným výkonem.

B. PRAKTICKÁ ČÁST

11 Metodika

Terénní šetření bylo realizováno technikou standardizovaného řízeného rozhovoru tazatele s respondentem. Jako tazatel jsem figurovala já a to případně vedlo k tomu, že u všech dotazníků byla tedy zahrnuta stejná chyba sběru dat. Některé otázky tak mohly být podrobněji vysvětleny, popřípadě blíže specifikovány.

Do tazatelského archu byla jednotlivá data zanášena anonymně (bez sběru iniciálů), s čímž byla osoba seznámena ihned na počátku rozhovoru, stejně tak byla informována o dobrovolnosti poskytování těchto údajů.

Data, jež jsou v tomto průzkumu zpracovávána, byla zodpovězena výběrovým souborem o velikosti 150 probandů vybraných náhodným výběrem ze skupiny hospitalizovaných se sledovanými dietními režim. Soubor jedinců byl také vytvořen na základě výběru populace ve věku nad 18 let.

V rámci lokálního průzkumu bylo osloveno celkem 162 vybraných hospitalizovaných klientů s prosbou o poskytnutí rozhovoru k tématu kvality stravování v daném zařízení. Do průzkumu se odmítlo zapojit 6 respondentů (to odpovídá 3,7 % oslovených) a účast přislíbilo 156 (to odpovídá 96,2 % oslovených).

V průběhu šetření museli být také filtrovány některé úrovně odpovědí a to strukturální missingy (tzn., odpověď chyběla, protože byla předešlou otázkou vyloučena) a pravé missingy (tzn., kdy otázka byla položena ale nezodpovězena nebo byla osoba hospitalizována po příliš krátkou dobu pro získání validních výsledků) oba typy byly sloučeny do jednoho významu i když s minimálním zastoupením a vyčleněny z rozboru. Jednalo se o odpovědi 6 respondentů (to odpovídá 3,85 % z osob, které účast potvrdily).

Zhodnoceny byly dotazníky vypracované dle dat udaných klienty lůžkových oddělení ve zdravotnickém zařízení velkého rozsahu.

Jako organizace s potencionálně vhodně nastaveným stravovacím systémem byla zvolena Fakultní nemocnice Královské Vinohrady (zastoupena hlavní nutriční terapeutkou), která byla na počátku mé snahy o zhodnocení spokojenosti klientů s kvalitou stravy. Další práci přijímala se zájmem a umožnila mi prohloubit parametry monitoringu, které v minulosti v tomto zařízení proběhly a tak aktualizovat prověření nastaveného stravovacího systému.

Zjištěné výsledky jsou shrnuty v následných grafech a zhodnoceny podle parametrů, z nichž pacient vychází. Výsledky byly předány zástupci FNKV a jejich další zveřejňování bylo ponecháno na volbě zařízení.

11.1 Zaměření otázek obsažených v dotazníkovém šetření

Jednotlivé sledované kontrolní znaky byly vybrány na základě známých vztahů mezi objektivními podmínkami a subjektivními ukazateli, dále dle doporučení odborné veřejnosti, která je s problematikou dobře obeznámena a také dle potřeby dat pro zacílení změn vedoucích ke zkvalitnění poskytované nutriční péče. Byly vybrány takové znaky, na základě kterých by mohly být sestaveny doporučení pro stravování, tak aby doporučení byla použitelná pro cílovou skupinu strávníků a proveditelná v praxi.

Pro zjištění spokojenosti s kvalitou stravy byl sestaven dotazníkový formulář z přímých dotazů na spokojenost a doplněn o otázky, které mohou naznačovat důvody negativních hodnocení nebo mohou uvést k možnosti nápravy.

Pro měření kvality, jedné ze součástí zdravotní péče, ve vybrané přímo řízené organizaci byla zvolena metodika v rozsahu 6 oblastí, které jsem formulovala dle zásad používaných metodik měření kvality zdravotní péče a také dle proběhlých celostátních sledování spokojenosti pacientů, aby tak byla naznačena úroveň nutriční péče a schopnost uspokojit potřeby pacientů.

Sledované údaje jsou rozloženy do následujících oblastí:

- stav, z něž pacient vychází (s ukazateli pohlaví, věkové kategorie, dietního opatření, délky hospitalizace, předešlých dietních zkušeností),
- subjektivní zhodnocení charakteru stravy (s ukazateli nasycenosti, vzhledu, chuti, pestrosti, teploty stravy),

- míra zkonsumované stravy (s ukazateli požadované velikosti porce, příčin nezkonsumování stravy),
- potřeba doplnění stravy (s ukazateli využití doplňování stravy, využívání doplňování tekutin),
- pitný režim (s ukazateli dostatečnosti příjmu tekutin, kvality přijímaných nápojů),
- postoj k dalšímu vývoji (s ukazateli ochoty další finanční úhrady).

Každý směr je zastoupen 2-5 parciálními ukazateli. Celkové zastoupení ukazatelů je 17.

V úvodu dotazníku bylo zahrnuto pět dotazů zaměřených na stav, z něžž pacient vychází, které současně mohou ovlivňovat jeho stanoviska. Následné otázky již byly cíleny na míru uplatnění nastaveného stravovacího systému v praxi. Úvodní otázky z oblasti stavu, z něžž pacient vychází, se staly podkladem k vyhodnocování následných oblastí dotazníkového šetření.

11.1.1 Otázky k zjištění stavu, z něžž klient vychází

Otázka č. 1 - Rozlišení pohlaví

V první otázce jsem rozlišovala k jaké skupině respondentů (muž/ žena) daného klienta přiřadit z hlediska pohlaví.

Otázka č. 2 - Začlenění do vymezených věkových kategorií

V této otázce jsem se ptala na věk klientů a následně zařadila do některé z následujících rozmezí dle věkové příslušnosti: 18-30 let, 31-50 let, 51-65 let, nad 65 let. Výběr respondentů byl omezen zahrnutím pouze dospělé osoby od 18 let, z důvodu již stabilizované nutriční potřeby a z důvodu schopnosti validního subjektivního zhodnocení. Otázka se snaží zachytit zvýšený podíl seniorů mezi klienty, kteří mohou být v nutričním riziku anebo se dlouhodobě stravují špatně.

Otázka č. 3 - Zařazení do skupin základních dietních opatření.

Další otázka byla zaměřena na zjištění druhu dietního opatření, který byl v zařízení nastaven ošetřujícím lékařem vzhledem k současnému zdravotnímu stavu.

Z celého spektra nabízených diet byli do analýzy zahrnuti pouze klienti s dietním režimem označeným jako 3, 9, 2, 4 (to odpovídá stravování bez dietních omezení, diet diabetických bez ohledu na typ, diet šetřících a s omezením tuku) v důsledku omezené zpracovatelnosti dat a jako diety nejpravděpodobněji navazující při hospitalizaci v jiném zařízení. Důvodem začlenění nabídky i dietních omezení několika typů stravovacích režimů je, že v případě těchto pacientů, jako jsou například diabetici nebo pacienti s onemocněním zažívacího traktu, je otázka stravy poměrně zásadní.

V otázce se nezabývám dalšími formami výživy, které mohou dietní opatření doplňovat. Nezabývám se ani zajišťováním doplňků stravy například pro potřeby doplnění pro-biotických kultur v situacích narušení střevní mikroflóry po antibiotické terapii.

Otázka č. 4 - Zařazení do vymezených kategorií v souvislosti s délkou pobytu ve zdravotnickém zařízení.

Za neméně důležitý faktor považuji délku pobytu v současném zdravotnickém zařízení. V hodnocení nebyla zohledněna hospitalizace v jiném zařízení, která plynule přecházela v současnou, dále nebyla brána v potaz žádná změna dietního opatření v průběhu hospitalizace v daném zařízení. Časová období pobytu klientů byla přiřazena nastaveným kritériím: méně než 1 týden, 1-2 týdny, 2-3 týdny, 3 a více týdnů.

Otázka se snaží zjistit přístup klientů ke stravování v krátkodobém i dlouhodobém horizontu.

Otázka č. 5 - Zkušenost s dodržováním dietního režimu před hospitalizací.

Tato otázka měla za cíl rozlišit osoby, které před hospitalizací měli zkušenost s vymezením specifických vlastností jejich stravy v praxi a těmi, kteří se neřídili žádnými stravovacími požadavky a nenesli si sebou v tomto ohledu žádnou zkušenost. Respondentům byl nabídnut uzavřený typ otázky, omezující z této nabídky odpovědi: „neměl jsem specifický dietní režim“, „měl sem doporučen, ale nedodržoval jsem“, „dodržoval jsem stávající“, „dodržoval sem jiný“.

11.1.2. Otázky k zjištění subjektivního zhodnocení formy stravy

Otázka č. 6 - Subjektivní rozlišení pocitu nasycení v průběhu hospitalizace.

Tato otázka si klade za cíl zjistit pocit nasycení po zkonsumování nabídnuté stravy. Otázka zahrnuje spokojenost se zastoupením jednotlivých složek pokrmu, dobu, po kterou pocit nasycení po jídle přetrvává apod.

Dosavadní zkušenost je přiřazena k jedné z nabízených možností zvolením mezi „ano, ne a občas“.

Otázka č. 7 - Subjektivní vnímání vzhledu nabízené stravy.

V této otázce jsem se zajímala o vzhledový dojem, který strava v pacientovi navozuje. Odpověď byla volena ze škály nabízených odpovědí: „velmi dobrý“, „dobrý“, „vyhovující“ a „nevyhovující“

Otázka č. 8 - Zařazení stravy do kategorií podle subjektivně vnímaných chuťových vlastností.

Tento dotaz byl položen s úmyslem objevit obecný chuťový dojem založený na individuální zkušenosti a postoji ke stravování. Protože jsou výchozí vlivy pro hodnocení takovéto otázky přísně individuální, subjektivní a zahrnují velkou pestrost přispívajících faktorů, je složité zjišťovat přesnější charakteristiky vnímání nabízené stravy.

V otázce nebylo možné ani zohlednit vliv terapie či diagnostických postupů na vnímání chuti pokrmů (např. vymizením chuti u onkologicky nemocných, změny chuti v důsledku dlouhodobého užívání některých léků), nedostatky použitím umělého chrupu nebo samotná onemocnění dutiny ústní.

Tázání na tuto otázku se mohli rozhodnout mezi odpověďmi rozmanitosti: velmi dobrý, dobrý, vyhovující, nevyhovující.

Otázka č. 9 - Subjektivní vnímání pestrosti nabízené stravy.

Záměrem položení tohoto dotazu bylo zjistit, jak hodnotí pacienti schopnost zařízení využít širšího výběru potravin na našem trhu a různorodost jejich přípravy dle možností jednotlivých dietních režimů. Dále schopnost zařízení zužitkovat dostupnost některých potravin v návaznosti na střídání našich

klimatických podmínek a společně s tím i zajistit čerstvost surovin (např. ovocné knedlíky, vánočka, mazanec). Zamýšlená pestrost stravy se vztahuje jak na denní skladbu pokrmů aby stejná surovina nebyla použita vícekrát (např. pomazánka z ryb v tomatové omáčce, rajská polévka, hovězí tokáň s těstovinami, šípkový čaj, jahodový jogurt) tak i na obdobné složení pokrmů po sobě jdoucích dnů v týdnu (např. guláš z vepřového masa a následující den debrecínský guláš atp.).

V možnostech zařízení je i volba mezi některými dietními režimy na základě žádosti a z toho titulu následná specifická pestrost (např. vegetariánská dieta, dieta s vyloučením vepřového masa).

Ve zhodnocení otázky nebyly odlišovány výhrady, které podle subjektivního hodnocení neodpovídají svou četností surovin (např. požadavek vyšší četnosti uzenin, houskových knedlíků, sterilované zeleniny) či technologickou úpravou ale odpovídají doporučovaným trendům (např. vyšší četnost ryb, luštěnin, syrové zeleniny, mléčných výrobků).

Nabízený rozsah odpovědí byl: velmi dobrý, dobrý, vyhovující, nevyhovující.

Otázka č. 10 - Zařazení stravy do kategorií dle subjektivně vnímaného různého stupně teploty v době podávání.

Ač je záležitost různého stupně teploty stravy také vnímána přísně individuálně, úmyslem položení dotazu je snaha odhalit nedostatky a současně nalézt směr nápravy spokojenosti pro většinu strávníků daného zařízení.

Při sběru dat byla zhodnocována teplota stravy ihned po podání bez ohledu na charakter transportu na dané oddělení a až k pacientovi.

Pacient ve vyjádření k tomuto problému mohl volit mezi tyto: vyhovující, příliš teplé, příliš studené.

11.1.3. Otázky k zjištění míry zkonsumované stravy

Otázka č. 11 - Jaké je obvyklé množství snědeného jídla anebo zdali by ještě nějakou část zkonsumoval.

Otázka se snaží odhalit, jakou poměrnou část porce své stravy jsou pacienti obvykle schopni zkonsumovat, případně zda vyžadují porci větší. V

zadání otázky je předpokládána volba vhodné formy podávané stravy (např. mletá forma apod.) a současně nezohledňuje charakter výživy v předchozích dnech (např. několik dní pacient nepřijímal nic). Téma otázky je voleno cíleně pro svou možnost zobecnit výsledky jako jednoho z ukazatelů rizika vzniku malnutrice. Důvodem sledování je také fakt, že sledování (vč. písemného záznamu) kolik toho pacient sní a vypije je, ač obecně připomínáno v současnosti v zdravotnických zařízeních, opomíjeno.

Při konkrétní specifikaci odpovědi se hodnotila konzumace v obvyklých případech jako: celá porce, polovina porce, třetina, čtvrtina porce nebo jako porce příliš malá.

Otázka č. 12- Jaká je nejčastější příčina nezkonsumování celé nabídnuté porce stravy.

Tato otázka rozvíjí předcházející otázku o příčiny nezkonsumování celé stravy, které byly v předešlé otázce opomíjeny.

V nabídce odpovědí jsem se snažila vystihnout možné příčiny a přispívající faktory, které omezují v jídle, jež je propočítáno na nutričně plnohodnotné v nezbytných složkách. Volba odpovědí byla možná mezi možnostmi: žádný/již jsem syt, nechutná, mechanicky nezpracuji, nevhodné prostředí, nevhodná poloha

11.1.4 Otázky k zjištění potřeby dopění stravy

Otázka č. 13 - Využívání pacienta možnosti doplnění příjmu stravy mimo zdravotnické zařízení osobami blízkými a rozlišení potravinové skupiny, která je přinášena.

Následující otázka mimo jiné pracuje s předpokladem, že návštěvy mají snahu nemocnému „dopřát“ potraviny tzv. na přilepšení často, i když strava ovlivňuje následný zdravotní stav a průběh terapie. Otázku jsem hodnotila bez ohledu na to, jaké potraviny jsou nemocnému přinášeny vzhledem k určenému dietnímu režimu. K potravinám doplňovaným k příjmu pacienta někým z osob blízkých jsem se stejnou váhou připojila i situace, kdy si respondent nakupoval sám.

Podle dosavadních zkušeností a postřehů jsem zvolila dvě kategorie odpovědí. V prvním případě se jednalo o vyvrácení jakéhokoli doplňování:

odpovědí ne a druhou skupinou situací bylo potvrzení odpovědí ano, která byla dále specifikována potravinovými skupinami: ovoce, zelenina, mléčné výrobky, sladkosti, pečivo, mastné výrobky a jiné. Na tuto otázku mohl tázaný reagovat více odpověďmi, pokud se vzájemně nevylučovali

11.1.5 Otázky k zjištění příjmu tekutin

Otázka č. 14 - Zhodnocení dostatečnosti příjmu tekutin.

Tato otázka byla položena na základě obecně známého poznatku nedostatečného dodržování pitného režimu a podpořena znalostí významu jejího dodržování a to neméně v době hospitalizace. V dotazu byla pominuta schopnost a ochota pacienta správného rozložení příjmu tekutin do celého dne. Dále jsem ale při rozhovoru na toto téma brala na zřetel možné omezování příjmu tekutin jako diagnostického nebo terapeutického postupu.

Odpovědi byly posuzovány dle znalostí odborné literatury (dle Manuálu prevence v lékařské praxi) a následně označeny jako postoj dostatečný nebo nedostatečný.

Otázka č. 15- Zhodnocení kvality zastoupených druhů nápojů.

I tato otázka druhového zastoupení byla zhodnocována dle znalostí odborné literatury (dle Manuálu prevence v lékařské praxi). I v této věci musel být brán do úvahy zdravotní stav respondenta (např. nevhodnost minerálních vod s vyšším obsahem sodíku u osob s vysokým krevním tlakem, nepítí 100% džusů na lačno při riziku dráždění žaludeční sliznice, pití nepřiměřeného množství nebo nevhodného typu kávy či alkoholických nápojů).

Na základě uvedených parametrů jsem prisuzovala jednotlivé volby druhů denních nápojů do skupin: vyhovující nebo nevyhovující

Otázka č. 16 - Využívání pacienta možnosti doplnění nápojů osobami mimo zdravotnické zařízení a rozlišení skupin nápojů, které jsou přinášeny.

Jelikož situace pestrosti tekutin nabízených v zdravotnických zařízeních je dlouhodobě stagnující a obdobná ve většině zařízení tato otázka může naznačovat, jakým směrem by mohlo docházet ke změnám nabízení nápojů v rámci možností

provozu zdravotnické zařízení. Dále může nepřímo naznačovat nespokojenost s kvalitou podávaných nápojů na jednotlivých odděleních (příprava je převážně v režii pomocného personálu jednotlivých oddělení). Druhá část otázky je volně otevřena a následně zpracována jako paleta pestrosti nápojů, které si pacient sám nakupuje nebo o ně žádá někoho ze svých blízkých. Četnost doplňování nápojů je možné zachytit v otázce č. 13 týkající se možnosti doplnění příjmu stravy mimo zdravotnické zařízení osobami blízkými a rozlišení potravinové skupiny, která je přinášena v odpovědi: Ano - jiné, v které nikdo z respondentů neuváděl jinou složku stravování než nápoje.

V první části otázky bylo možno odpovědět pouze: ano či ne. Odpověď ano předurčovala k druhé části otázky, kde přesněji pacient specifikoval, o jaké nápoje se jedná.

11.1.6 Otázky k zjištění postojů k dalšímu vývoji

Otázka č. 17 - Zjištění zda je klient ochoten si za stravu připlatit.

Tato otázka byla vytvořena nejen na základě aktuálně veřejně nastoleného tématu, v souvislosti s tvorbou norem nadstandardní péče zdravotnických zařízení. Současně také složila k zjištění vhodnosti nastavení nabídky nadstandardní stravy ve FNKV.

Nabízené odpovědi byly voleny tak aby zaznamenali úroveň finančního příspěvku, který jsou respondenti ochotni zvolit, případně zda o tom neuvažují či to není potřeba. Přesné rozmezí odpovědí bylo. Ne, Ano – do 50 Kč, Ano – do 100 Kč, Ano – do 200 Kč.

11.2 Realizace dotazníkového šetření

Vlastní sběr dat probíhal po dobu 2 týdnů měsíce května, což umožnilo shromáždění dat, která nebyla ovlivněna extrémními klimatickými podmínkami ani jinými podobnými faktory, které jinak běžně podporují negativní emoce v důsledku hospitalizace.

Sběr dotazníkových údajů byl proveden průřezově – kdy v průběhu 2 týdnů byli tázáni pacienti hospitalizovaní napříč poměrnou částí provozu

zdravotnického zařízení, s přibližně stejným zastoupením respondentů hospitalizovaných na klinikách různých podoborů (z toho žádná z klinik nepatřila mezi dislokovaná pracoviště mimo nemocniční areál). V rozhodném období byly zvoleny kliniky interních a chirurgických oborů nemocnice.

V každém z oborů byly zpracovány údaje od 75 respondentů. Chirurgické obory byly zastoupeny těmito klinikami: Chirurgickou klinikou, Ortopedicko-traumatologickou klinikou, Urologickou klinikou, Gynekologicko-porodnickou klinikou, Klinikou popáleninové medicíny, Neurochirurgickou klinikou. Interní obory byly zastoupeny: Interními klinikami, Klinikou rehabilitačního lékařství, Dermatovenerologickou klinikou, Neurologickou klinikou a Radioterapeutickou a onkologickou klinikou. Na každém oddělení byla zaznamenána data v průměru od 12 pacientů, přičemž byla snaha o zajištění soukromí v průběhu rozhovoru, aby tak nedocházelo ke kopírování odpovědí od předchozích respondentů. Do monitoringu nebyl zahrnut žádný cizinec.

Protože nebylo možné zvětšení rozsahu práce, do jisté míry v závislosti na aktuální nepotřebě sledování, která by spíše měla následovat, až po úpravě systému poskytování nutriční péče nebylo šetření opakováno.

12 Výsledky

12.1 Otázka č. 6

Subjektivní rozlišení pocitu nasycení v průběhu hospitalizace

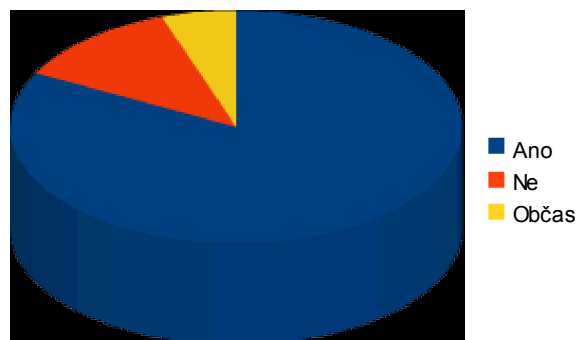
12.1.1. Souhrnné zhodnocení

Tab. č. 3: Pocit nasycení

	Ano	Ne	Občas
N = 150	124	18	8
%	83%	12%	5%

Graf č. 1

N = 150



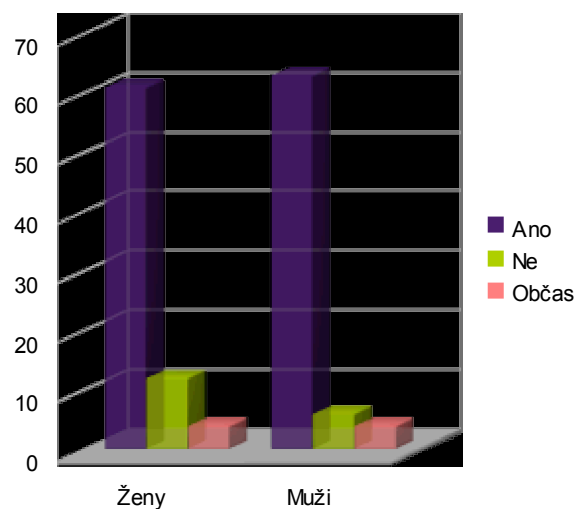
12.1.2. Dílčí výsledky

Vyhodnocení pocitu nasycení z hlediska rozličného pohlaví

Ze všech 150 zúčastněných, se k odpovědi „ano“ přiklonilo 61 žen a 63 mužů. Odpověď „ne“ zvolilo 12 žen a 6 mužů. Z obou skupin mužů i žen zvolily odpověď „občas“ 4 respondenti

Graf č. 2

N = 150



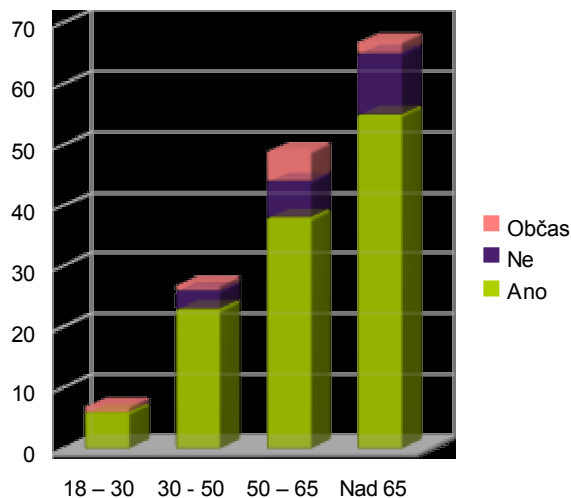
Vyhodnocení pocitu nasycení z hlediska věku

U osob věkového rozmezí 18-30 let zvolilo 6 osob odpověď „ano“, 1 osoba odpověď „občas“ a nikdo nezvolil odpověď „ne“. Osoby věkového rozmezí 30-50 let volily odpověď „ano“ v 23 případech, odpověď „ne“ ve 3 případech a občas pouze v jedné situaci. Ve věkové skupině 50-65 jsem zaznamenala

odpověď „ano“ u 38 tázaných, odpověď „ne“ u 6 a odpověď „občas“ u 5 tázaných. Tázání ve věkové skupině nad 65 let uvedli reakci „ano“ 55 krát, odpověď „ne“ 10 krát a odpověď „občas“ 2 krát.

Graf č. 3

N = 150

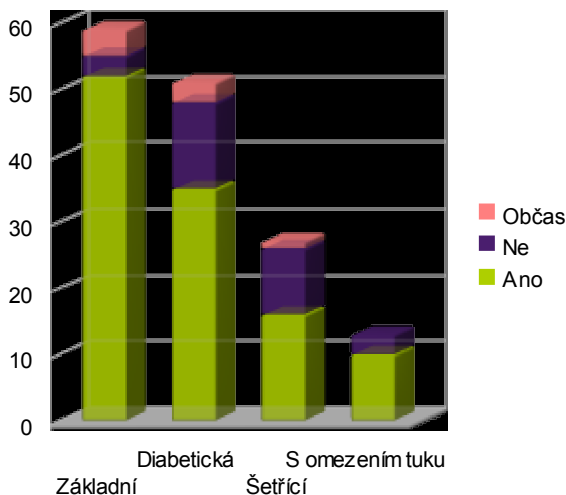


Vyhodnocení pocitu nasycení z hlediska dietních opatření

V případech osob bez specifického dietního režimu (dieta základní) odpovědělo na danou otázku 52 jedinců „ano“, 3 „ne“ a 4 soby odpověděly „občas“. Pacienti s dietním režimem diabetickým zvolili v 35 případech možnost „ano“, v 13 případech ne a ve 3 odpovědích „občas“. U osob s určeným dietním režimem šetřícím se přiklonily 16krát k „ano“, 10krát k „ne“ a pouze jednou k odpovědi „občas“. Pacienti s režimem stravování omezujícím příjem tuku odpověděli 10krát „ano“, 3krát „ne“ a nikdo nezvolil nabídku „občas“.

Graf č. 4

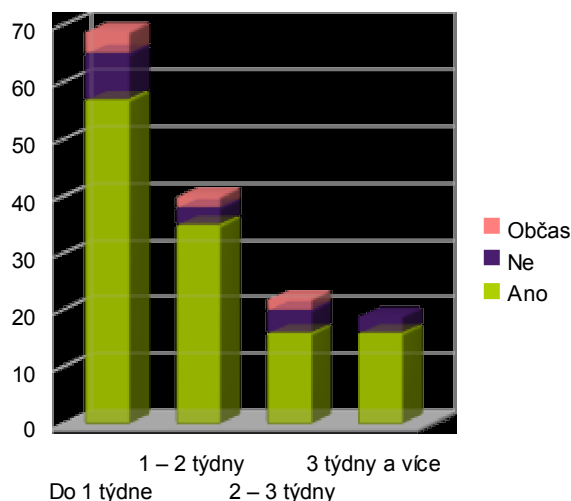
N = 150



Vyhodnocení pocitu nasycení z hlediska délky pobytu ve zdravotnickém zařízení

Hospitalizovaní jen po dobu jednoho týdne odpověděli na otázku týkající se pocitu nasycení „ano“ na 57 položených otázek, 8 krát řekli „ne“ a odpověď „občas“ zazněla 4krát. Po jednotýdenním až dvoutýdenním pobytu v zařízení reagovalo 35 jedinců odpovědí „ano“, 3 reagovali „ne“ a dva jednotlivci odpovědí „občas“. Při 2-3 týdenní hospitalizaci zodpovědělo otázku jako „ano“ 16 lidí, „ne“ 4 jedinci a „občas“ jen dva lidé. Osoby s pobytem delším než 3 týdny uvedly „ano“ 16krát, ne 3krát a nikdo nezareagoval odpovědí „občas“.

Graf č. 5
N = 150



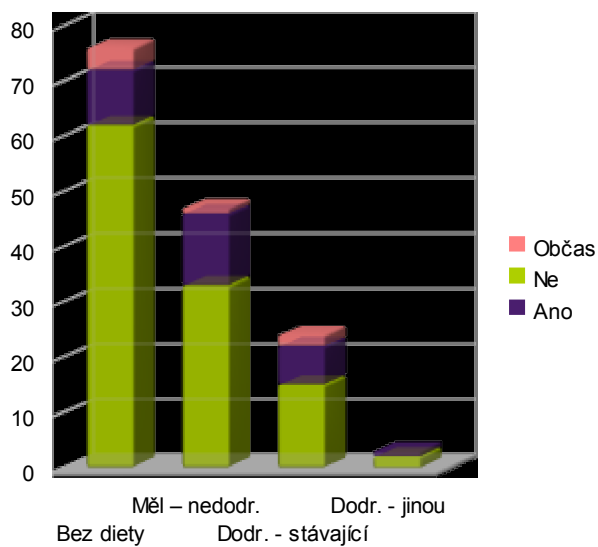
Vyhodnocení pocitu nasycení z hlediska předchozí zkušenosti s dodržováním dietního režimu

Mezi těmi, kteří odpověděli negativně na otázku zkušenosti s dodržováním nutričního režimu, bylo 62 osob odpovídajících „ano“, 10 odpovídajících „ne“ a 4 „občas“.

Pokud měl dotyčný tázaný nějakou formou změněn svůj stravovací režim, specifikoval svůj přístup následně mezi „dodržováním stávající diety“, „jiné diety“ anebo danou „dietu nedodržoval“. Výsledky shrnují, že ve skupině osob, které dietu nedodržovali je 62 odpovědí „ano“, 10 odpovědí „ne“ a 4krát „občas“. Ve skupině, která dodržovala stávající dietu je 15 odpovědí „ano“, 7 odpovědí „ne“ a 2 odpovědi „občas“. V poslední skupině dodržující dietu jinou než současnou jsou 2 odpovědi „ano“, jedna odpověď „ne“ a žádná odpověď „občas“.

Graf č. 6

N = 150



12.2 Otázka č. 7

Subjektivní vnímání vzhledu nabízené stravy.

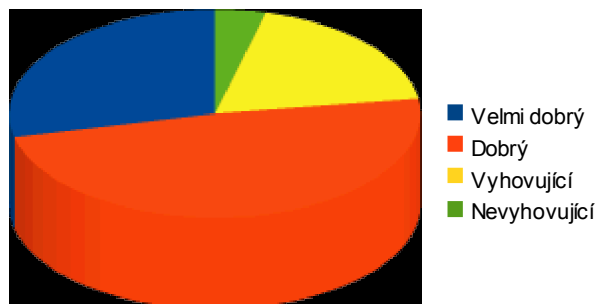
12.2.1 Souhrnné výsledky

Tab. č. 4: Vzhled stravy

	Velmi dobrý	Dobrý	Vyhovující	Nevyhovující
N = 150	43	73	28	6
%	29%	49%	18%	4%

Graf č. 7

N=150



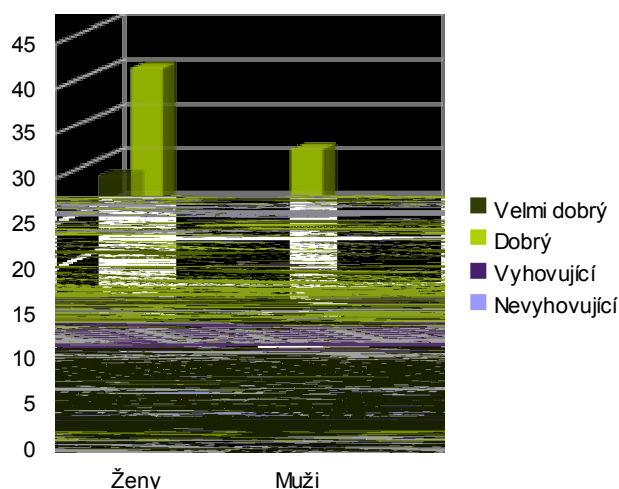
12.2.2 Dílčí výsledky

Vyhodnocení vnímání vzhledu stravy z hlediska rozličného pohlaví

V hodnocení z tohoto pohledu vyplývá, že mezi ženami je jich 29 spokojeno velmi, 41 jich považuje vzhledovou stránku za dobrou, 12 za vyhovující a 4 za nevyhovující. Mezi muži hodnotí vzhled jako velmi dobrý 14 jedinců, dobrý 32 jedinců, vyhovující 16 osob a za nevyhovující 2 zúčastnění muži.

Graf č. 8

N = 150

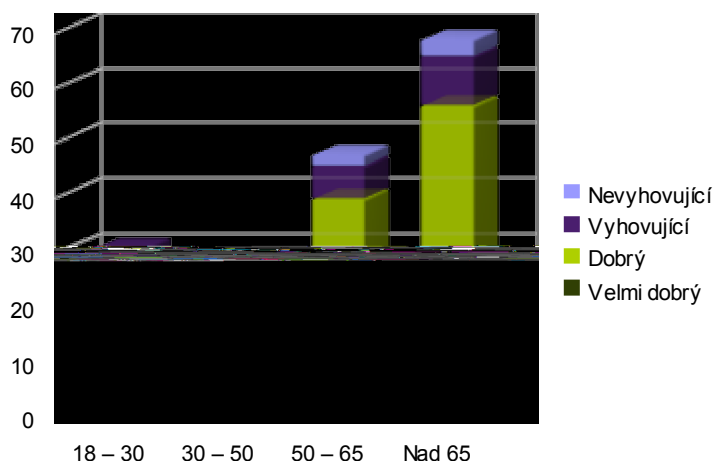


Vyhodnocení vnímání vzhledu stravy z hlediska věku

Ze všech dotazovaných ve věkové skupině 18-30 let se k otázce vyjádřilo 25 respondentů odpovědí „dobrá“, 5 respondentů odpovědí „vyhovující“ a nikdo nezvolil z možností „velmi dobrá“ a „nevyhovující“. Mezi dotazovanými ve věkové skupině 30-50 let se pro odpověď „velmi dobrá“ rozhodlo 7 tázaných, pro odpověď „dobrá“ 15 a pro odpověď „vyhovující“ 4 tázaní. Možnost „nevyhovující“ nezvolil nikdo. Převážná část respondentů věkové skupiny 50-60 let posoudila stravu v tomto směru ve 25 případech jako „dobrou“, následně v 14 případech jako „velmi dobrou“, v 6 případech známkou „vyhovující“ a ve 2 případech jako „nevyhovující“. Výsledky ve věkové skupině nad 65 let shrnují jako 24krát „velmi dobrá“, 32krát „dobrá“, 9krát „vyhovující“ a 3krát „nevyhovující“.

Graf č. 9

N = 150

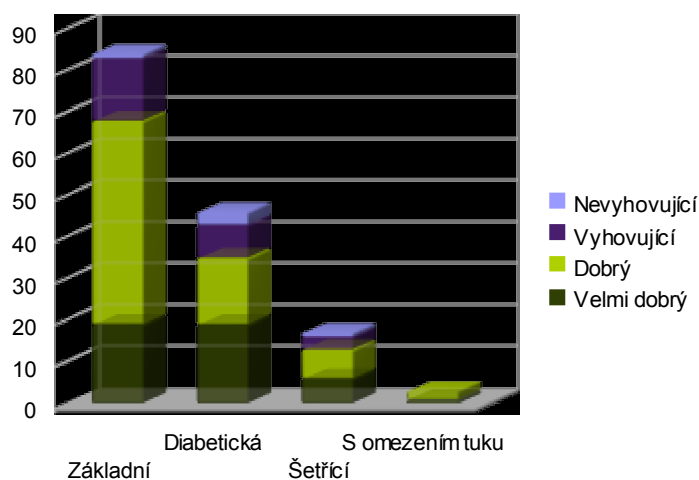


Vyhodnocení vnímání vzhledu stravy z hlediska dietních opatření

Při srovnání těchto dvou zodpovězených dotazů jsem zjistila, že ve skupině základního stravování zhodnotilo vzhled stravy jako „velmi dobrý“ 19 respondentů, jako „dobrý“ 49 respondentů, jako „vyhovující“ 15 osob a pouze jeden tázaný ji označil jako „nevyhovující“. Pacienti dodržující dietu diabetickou hodnotí v 19 případech vzhled stravy za „velmi dobrý“, v 16 případech jako „dobrý“, za vyhovující v 8 rozhovorech a jako „nevyhovující“ pouze u 3 osob. Vyhodnocení dietního režimu šetřícího vychází z údajů 6 odpovědí „velmi dobrý“, 7 odpovědí „dobrý“, 3 odpovědí „vyhovující“ a jedné odpovědi „nevyhovující“. Pacienti, kterým je ordinována strava s omezením tuku, zvolili odpověď „velmi dobrý“ jednou, odpověď „dobrý“ 2krát a nikdo neodpověděl možnost vyhovující ani nevyhovující.

Graf č. 10

N = 150

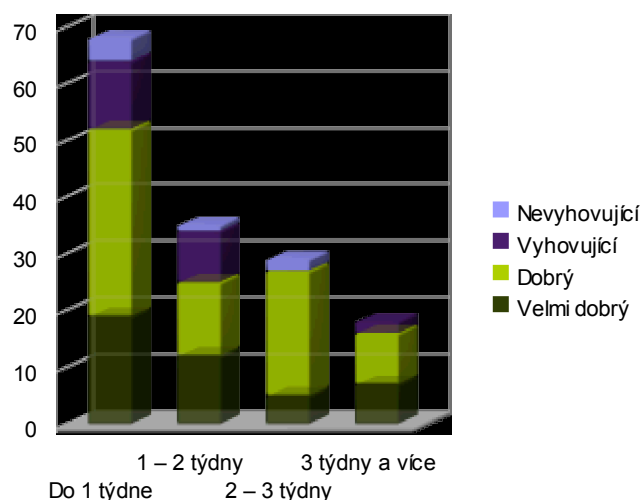


Vyhodnocení vnímání vzhledu stravy z hlediska délky pobytu ve zdravotnickém zařízení

Při vyhodnocení dat z hlediska délky pobytu jsem zaznamenala u pacientů přijatých před méně než týdnem 19 odpovědí „velmi dobrý“, 33 odpovědí „dobrý“, 12 odpovědí „vyhovující“ a 4 odpovědi „nevyhovující“. Pacienti hospitalizovaní po dobu 1-2 týdnů zhodnotili vzhledovou stránku stravy 12krát jako „velmi dobrou“, 13krát jako „dobrou“, 9krát jako „vyhovující“ a jednou jako „nevyhovující“. Po 2-3 týdenní hospitalizaci vyhodnotilo ve skupině respondentů stravu jako „velmi dobrou“ 5 dotazovaných, jako „dobrou“ 22 dotazovaných, „nevyhovující“ 2 a jako vyhovující neoznačil nikdo ze skupiny. Hospitalizovaní po dobu 3 a více týdnů hodnotili otázku 7krát jako „velmi dobrou“, 9krát jako „dobrou“, 2krát jako „vyhovující“ a jako „nevyhovující“ se nevyslovil nikdo.

Graf č. 11

N = 150



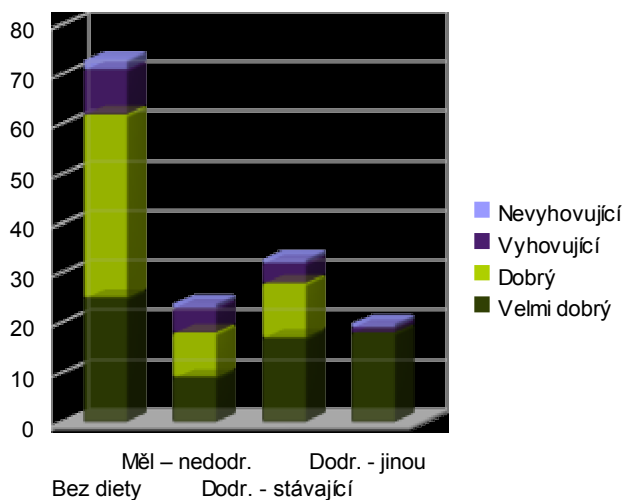
Vyhodnocení vnímání vzhledu stravy z hlediska předchozí zkušenosti s dodržováním dietního režimu

Při posouzení otázky z pohledu předchozího dodržování diety určila část pacientů, kteří takovouto dietu neměli stravu 25krát jako „velmi dobrou“, 37krát jako „dobrou“, 9krát jako „vyhovující“ a 2krát jako „nevyhovující“. Pacienti, kterým byla dieta doporučena, ale v běžném životě ji nedodržovali, klasifikovali stravu 9krát jako „velmi dobrou“, 9krát jako „dobrou“, 5krát jako „vyhovující“ a pouze jednou jako „nevyhovující“. U hospitalizovaných s dietním režimem, s nímž už mají praktickou zkušenost z domácího prostředí, jsem shromáždila 17

odpovědi „velmi dobrý“, 11 odpovědí „dobrý“, 4 odpovědi „vyhovující“ a jen jednu odpověď „nevyhovující“. Pacienti, kteří mají předešlou osobní zkušenost s jinou dietou, uvedli 18 odpovědí „velmi dobrý“, jednu „vyhovující, jednou „nevyhovující“ a žádnou z odpovědí „nevyhovující“.

Graf č. 12

N = 150



12.3 Otázka č. 8

Zařazení stravy do kategorií podle subjektivně vnímaných chuťových vlastností.

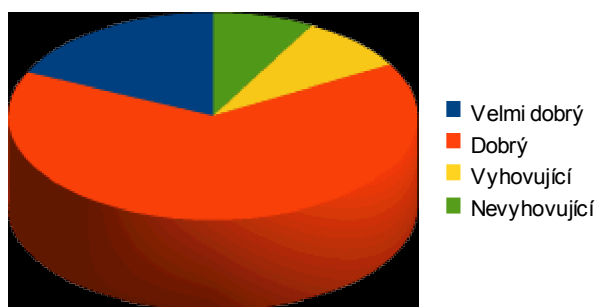
12.3.1 Souhrnné výsledky

Tab. č. 5: **Chuťový vjem**

	Velmi dobrý	Dobrý	Vyhovující	Nevyhovující
N = 150	27	98	13	12
%	18%	65%	9%	8%

Graf č. 13

N = 150



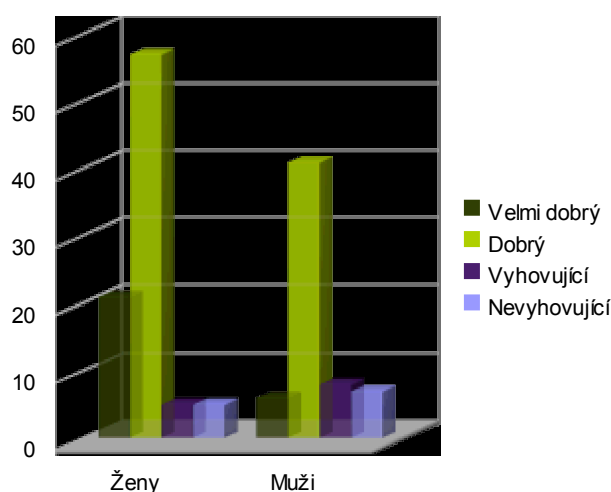
12.3.2 Dílčí výsledky

Vyhodnocení chuťových vlastností z hlediska rozličného pohlaví

Dle výsledků této otázky chutná strava v kolektivu tázaných „velmi dobře“ 21 ženám, „dobře“ 43 ženám, jako „vyhovující“ je pro 5 žen a „nevyhovující“ pro 5 žen. Zbýlý podíl odpovědí se týkal mužů a byl rozdělen na 6 odpovědí „velmi dobrý“, 55 odpovědí „dobrý“, 8 odpovědí „vyhovující“ a 7 odpovědí „nevyhovující“.

Graf č. 14

N = 150



Vyhodnocení chuťových vlastností z hlediska věku

Zde odpovědělo ve skupině 18-30 let dotazovaných, že stravu nepovažuje za „velmi dobrou“ nikdo ale, že ji pokládá za „dobrou“ 2krát, za „vyhovující“ 3krát a za „nevyhovující“ 2krát. Největší podíl odpovědí ve věkové skupině 30-50 let zastávalo 20 odpovědí „dobrý“, poté následovalo 5 odpovědí „velmi dobrý“, 4 odpovědi „vyhovující“. Odpověď „nevyhovující“ nezvolil nikdo.

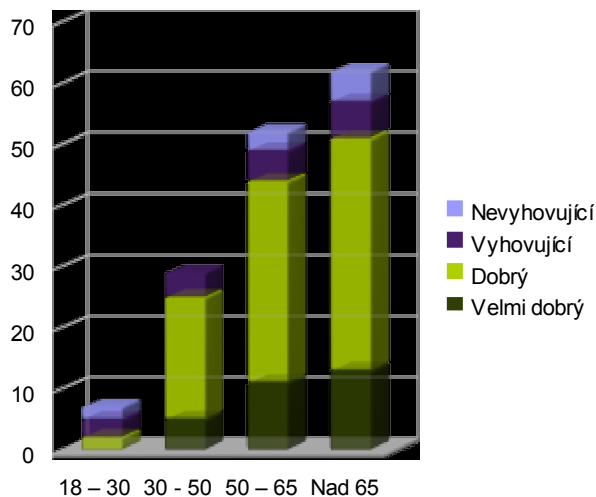
Plných 33 respondentů věkové kategorie 50-65 let uvedlo, že nabízenou stravu hodnotí jako „dobrou“. Celkem 11 zúčastněných odpovědělo, že stravu hodnotí jako „velmi dobrou“, 5 respondentů ji chuťově zhodnotilo jako „vyhovující“. Ovšem zaznamenala jsem i 3 odpovědi „nevyhovující“.

Věková kategorie nad 65 let naznačuje mírnější spokojenost na základě 38 odpovědí „dobrý“. Jako spokojené je možné považovat 13 pacientů

odpovídajících na otázku jako „velmi dobrý“. K negativnějším reakcím lze zahrnout 6 odpovědí „vyhovující“ a 5 odpovědí „nevhovující“.

Graf č. 15

N= 150

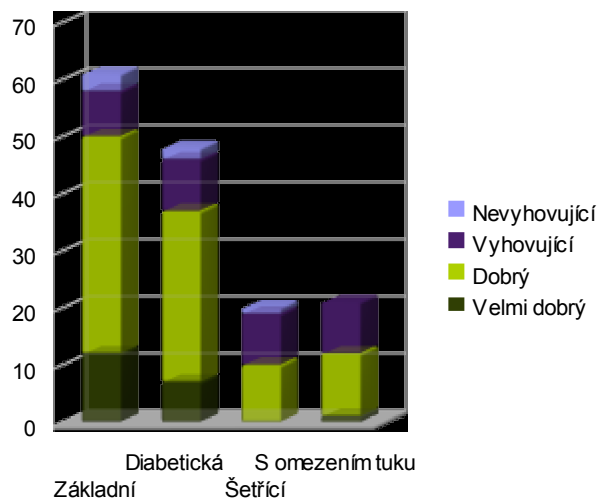


Vyhodnocení chuťových vlastností z hlediska dietních opatření

Po vyhodnocení výsledků diety základní je z 38 odpovědí „dobrý“ zřejmá převážná spokojenost, která je stvrzena 12 odpověďmi „velmi dobrý“ za nevyvážený protipól považují 8 odpovědí „vyhovující“ a 3 „nevhovující“ odpovědi. Podobnou situaci naznačuje vyhodnocení výsledků skupiny diabetických diet, kdy 30 jedinců odpovědělo „dobrý“, 12 osob „velmi dobrý“ a protiváhou je 9 odpovědí „vyhovující“ a 2 odpovědi „nevhovující“. Pacienti s dietou označenou jako šetří, odpověděli 10krát „dobrý“, 9krát „vyhovující“ a jednou „nevhovující“. Postoj pacientů s dietou s omezením tuku značí jedna odpověď „velmi dobrý“, 11 odpovědí „dobrý“ a 9 odpovědí „vyhovující“. Odpověď „dobrý“ nevedl nikdo.

Graf č. 16

N = 150

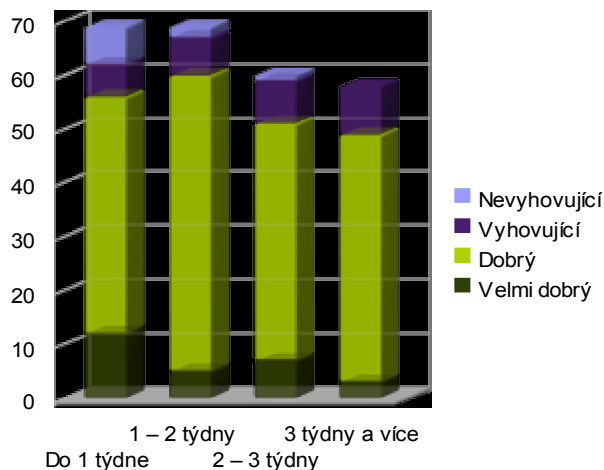


Vyhodnocení chuťových vlastností z hlediska délky pobytu v zdravotnickém zařízení

Hospitalizovaní jen po dobu jednoho týdne odpověděli na otázku týkající se vnímání chuti „velmi dobrý“ na 12 položených otázek, 44 krát se vyslovili „dobrý“, 6krát se vyslovili „vyhovující“ a odpověď „nevhovující“ zazněla 7krát. Po jednotýdenním až dvoutýdenním pobytu v zařízení reagovalo 5 jedinců odpovědí „velmi dobrý“, 55 odpovědělo „dobrý“, 7 reagovalo „vyhovující“ a 2 jednotlivci odpovědí „občas“. Při 2-3 týdenní hospitalizaci zodpovědělo otázku jako „velmi dobrý“ 7 lidí, „dobrý“ 44 jedinců, „vyhovující“ 8 jedinců a „nevhovující“ jen jeden člověk. Osoby s pobytem delším než 3 týdny uvedly „velmi dobrý“ 3krát, „dobrý“ 46krát, „vyhovující“ 9krát a nikdo nezareagoval odpovědí „nevhovující“.

Graf č. 17

N = 150

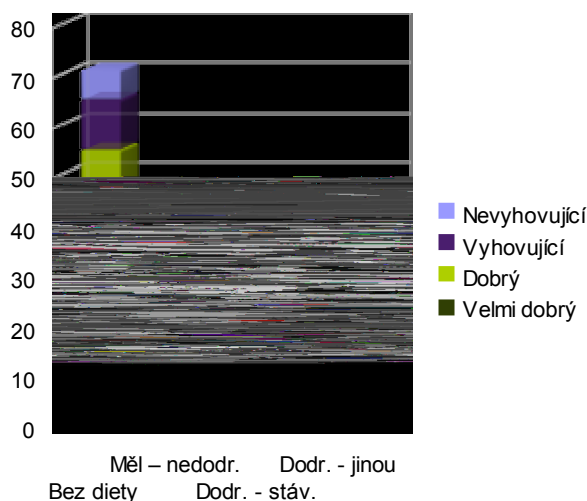


Vyhodnocení chuťových vlastností z hlediska předchozí zkušenosti s dodržováním dietního režimu

U hospitalizovaných přijatých se základním stravovacím režimem zanechala nabízená strava 14krát „velmi dobrý dojem“, 41krát dojem „dobrý“, 10krát pouze pocit „vyhovující“. Negativní reakci „nevyhovující“ jsem zaznamenala jen 6krát. Jedinci, kteří jsou si vědomi, že jim před hospitalizací bylo doporučováno dodržování některého specifického nutričního režimu a i přesto na tyto doporučení nedbali, svou současnou stravu (bez ohledu na typ diety) hodnotili 2 odpověďmi jako „velmi dobrou“, 16 odpověďmi jako „dobrou“, jako „vyhovující“ ji vidělo 11 respondentů, jako „nevyhovující“ 1 respondent. Zkušenost se stávající dietou se v reakcích tázaných projevila v 6 odpovědích „velmi dobrý“, v 16 odpovědích „dobrý“, jako „vyhovující“ ji už hodnotilo 12 jedinců a k odpovědi „nevyhovující“ se nepřiklonil nikdo. Na rozdíl od předešlé kategorie respondentů ve zhodnocení těch, kteří se sami již v domácím prostředí setkali s dodržováním dietního režimu, ale ve zdravotnickém zařízení jim byl změněn jsem našla jednu odpověď „dobrý“, 12 odpovědí „vyhovující“ a žádná z odpovědí nebyla „velmi dobrý“ ani „nevyhovující“.

Graf č. 18

N = 150



12.4 Otázka č. 9

Subjektivní vnímání pestrosti nabízené stravy.

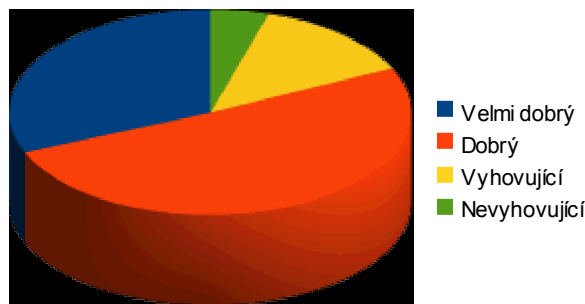
12.4.1 Souhrnné zhodnocení

Tab. č. 6: Vnímání pestrosti

	Velmi dobrý	Dobrý	Vyhovující	Nevyhovující
N = 150	47	76	20	7
%	31%	51%	13%	5%

Graf č. 19

N = 150



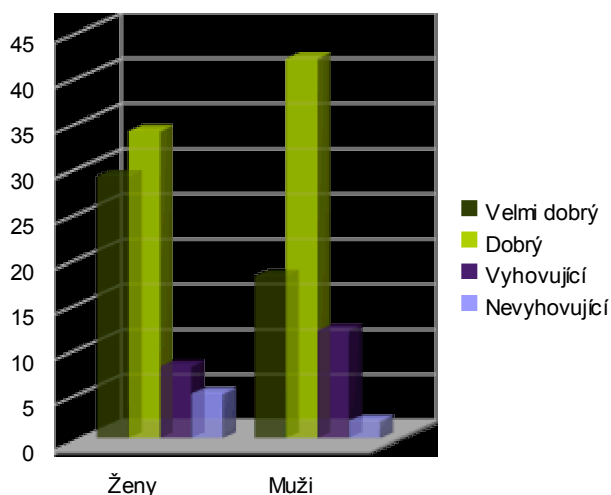
12.4.2 Dílčí výsledky

Vyhodnocení pestrosti stravy z hlediska rozličného pohlaví

Z hodnocení z tohoto pohledu vyplývá, že mezi ženami je jich 29 spokojeno „velmi“, 32 jich považuje stránku pestrosti za „dobrou“, 8 za „vyhovující“ a 5 za „nevyhovující“. Mezi muži hodnotí pestrost jako „velmi dobrý“ 18 jedinců, „dobrý“ 44 jedinců, „vyhovující“ 12 osob a za „nevyhovující“, 2 zúčastnění muži.

Graf č. 20

N = 150

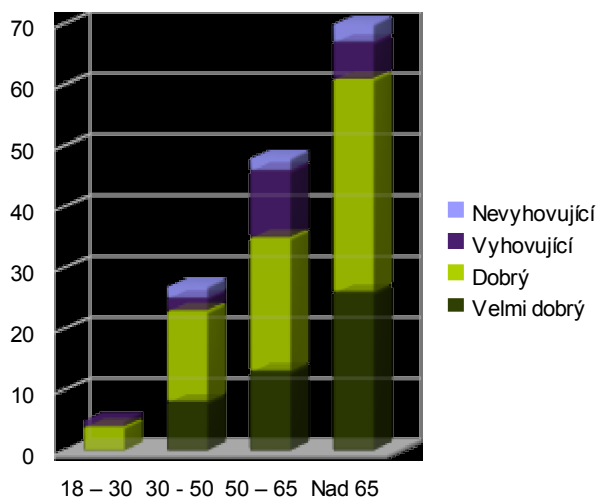


Vyhodnocení pestrosti stravy z hlediska věku

Vyjádření jednotlivých věkových kategorií stručně shrnuji pro skupinu 18-30 let pouze jako 4 odpovědi „dobrý“ a dvě odpovědi „vyhovující“. Dále pro věkovou skupinu 30-50 let 8 odpovědí „velmi dobrý“, 15 odpovědí „dobrý“, 2 „vyhovující“ a 2 „nevyhovující“ odpovědi. Podíl na výsledcích má věková kategorie 50-65 let s 13 odpověďmi „velmi dobrý“, 22 odpověďmi „dobrý“, 11 reakcemi „vyhovující“ a 2 reakcemi „nevyhovující“. Skupina tázaných nad 65 let do celkového vyhodnocení přispěla 26krát odpovědí „velmi dobrý“, 35krát zanechala dojem „dobrý“, 6krát dojem „vyhovující“ a 3krát „nevyhovující“.

Graf č. 21

N = 150

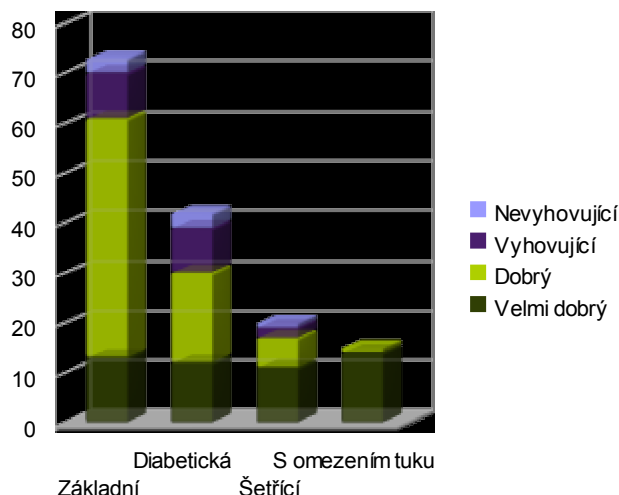


Vyhodnocení pestrosti stravy z hlediska dietních opatření

Po vyhodnocení výsledků diety základní je z 13 odpovědí „dobrý“ zřejmá převážná spokojenost, která je stvrzena 48 odpověďmi „velmi dobrý“ za nevyvážený protipól považují 9 odpovědí „vyhovující“ a 3 „nevyhovující“ odpovědi. Podobnou situaci naznačuje vyhodnocení výsledků skupiny diabetických diet, kdy 12 jedinců odpovědělo „dobrý“, 18 osob „velmi dobrý“ a protiváhou je 9 odpovědí vyhovující a 3 odpovědi „nevyhovující“. Pacienti s dietou označenou jako šetří, odpověděli 11krát „velmi dobrý“ 6krát „dobrý“, 2krát „vyhovující“ a jednou „nevyhovující“. Postoj pacientů s dietou s omezením tuku značí 14 odpovědí „velmi dobrý“, 1 odpověď „dobrý“. Odpověď „vyhovující“ a „dobrý“ neuvedl nikdo.

Graf č. 22

N = 150

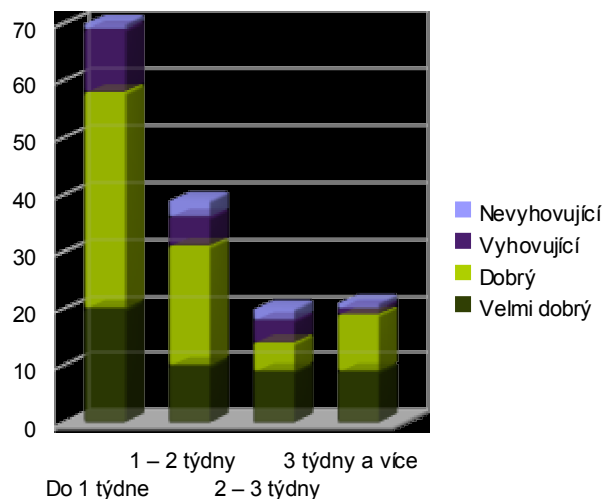


Vyhodnocení pestrosti stravy z hlediska délky pobytu ve zdravotnickém zařízení

Při vyhodnocení dat z hlediska délky pobytu jsem zaznamenala u pacientů přijatých před méně než týdnem 12 odpovědí „velmi dobrý“, 44 odpovědí „dobrý“, 6 odpovědí „vyhovující“ a 7 odpovědi „nevyhovující“. Pacienti hospitalizovaní po dobu 1-2 týdnů zhodnotili stránku pestrosti stravy 5krát jako „velmi dobrou“, 55krát jako „dobrou“, 7krát jako „vyhovující“ a 2krát jako „nevyhovující“. Po 2-3 týdenní hospitalizaci vyhodnotilo ve skupině respondentů stravu jako „velmi dobrou“ 7 dotazovaných, „dobrou“ 44 dotazovaných,

„vyhovující“ 7 a jako „vyhovující“ označili 2 ze skupiny. Hospitalizovaní po dobu 3 a více týdnů hodnotili otázku 3krát jako „velmi dobrou“, 46krát jako „dobrou“, 9krát jako „vyhovující“ a jako „nevyhovující“ se nevyslovil nikdo.

Graf č. 23
N = 150

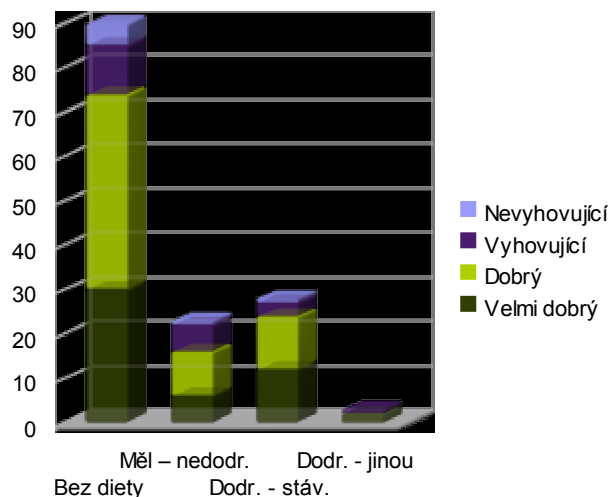


Vyhodnocení pestrosti stravy z hlediska předchozí zkušenosti s dodržováním dietního režimu

Mezi těmi, kteří odpověděli na otázku zkušenosti s dodržováním nutričního režimu „bez diety“, bylo 30 osob odpovídajících „velmi dobrý“, 44 odpovídajících „dobrý“, 11 odpovídajících „vyhovující“ a 5 „nevyhovující“. Pokud měl dotyčný tázaný nějakou formou změněn svůj stravovací režim, specifikoval svůj přístup následně mezi „dodržováním stávající diety“, „dodržováním jiné diety“ anebo danou „dietu nedodržoval“. Výsledky shrnují, že ve skupině osob, která dietu nedodržovala, je 6 odpovědí „velmi dobrý“, 10 odpovědí „dobrý“, 6 odpovědí „vyhovující“ a jedna „nevyhovující“. Ve skupině, která dodržovala stávající dietu je 12 odpovědí „velmi dobrý“, 12 odpovědí „dobrý“, 3 odpovědi „vyhovující“ a jedna odpověď „nevyhovující“. V poslední skupině dodržující dietu jinou než současnou jsou 2 odpovědi „velmi dobrý“, jedna odpověď „vyhovující“ a žádná odpověď „dobrý“ a žádná odpověď „nevyhovující“.

Graf č. 24

N = 150



12.5 Otázka č. 10

Zařazení stravy do kategorií dle subjektivně vnímaného různého stupně teploty v době podávání.

12.5.1. Souhrnné zhodnocení

Tab. č. 7: Vnímání teploty

	Vyhovující	Příliš studené	Příliš teplé
N = 150	140	8	2
%	94%	5%	1%

Graf č. 25

N = 150



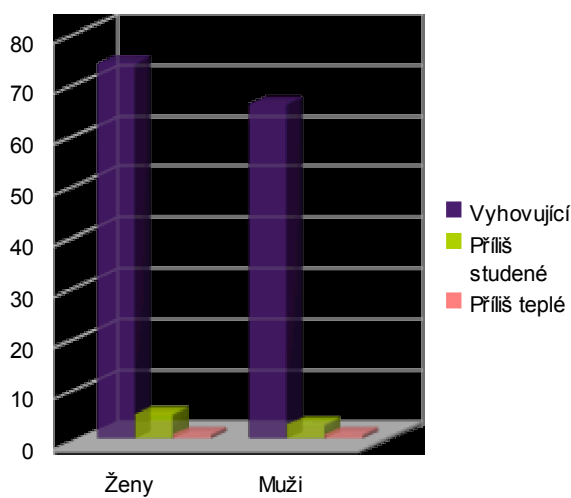
12.5.2 Dílčí výsledky

Vyhodnocení stupně teploty stravy z hlediska rozličného pohlaví

Z hodnocení z tohoto pohledu vyplývá, že mezi ženami jich 74 považuje stravu za „vyhovující“, 5 jich považuje z hlediska teploty za „příliš teplou“, 1 za „příliš studenou“. Mezi muži hodnotí teplotu jako „vyhovující“ 72 jedinců, jako „příliš teplou“ 3 jedinci a za „příliš studenou“ 2 zúčastnění muži.

Graf. č. 26

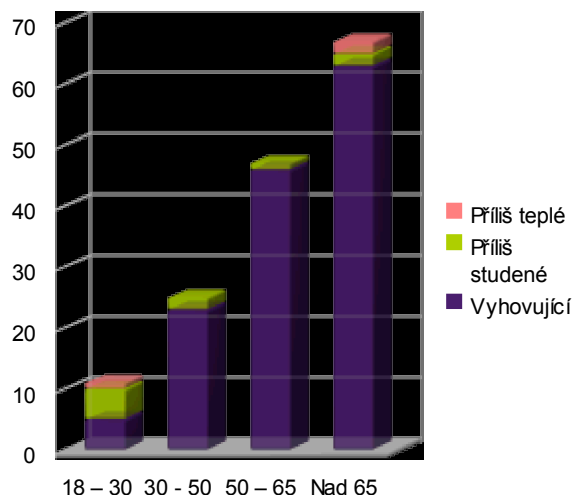
N = 150



Vyhodnocení stupně teploty stravy z hlediska věku

Vyjádření jednotlivých věkových kategorií stručně shrnuji pro skupinu 18-30 let pouze jako 5 odpovědí „vyhovující“, 5 odpovědí „příliš studené“ a jedna odpověď „příliš teplé“. Dále pro věkovou skupinu 30-50 let 23 odpovědí „vyhovující“, 15 odpovědí „příliš studené“ a 2 „příliš teplé“. Podíl na výsledcích má věková kategorie 50-65 let s 46 odpověďmi „vyhovující“, jednou odpovědí „příliš studené“ a žádnou reakcí „příliš teplé“. Skupina tázaných do celkového vyhodnocení přispěla 63krát odpovědí „vyhovující“, 2krát zanechala dojem „příliš studené“ a 3krát „příliš teplé“.

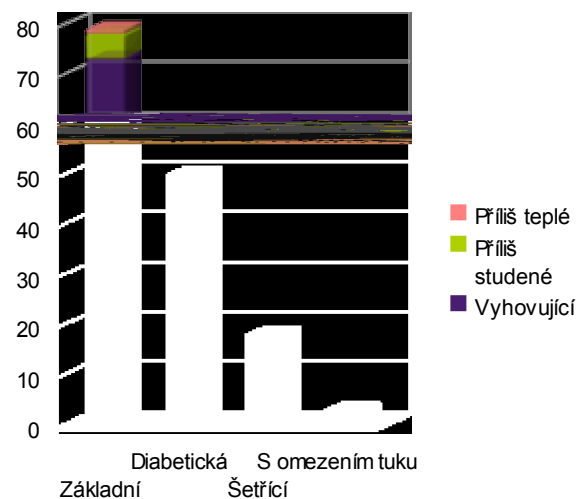
Graf č. 27
N = 150



Vyhodnocení stupně teploty stravy z hlediska dietních opatření

V případech osob bez specifického dietního režimu (dieta základní) odpovědělo na danou otázku 73 jedinců „vyhovující“, 5 „příliš studené“ a 1 osoba odpověděla „příliš teplé“. Pacienti s dietním režimem diabetickým zvolili v 45 případech možnost „vyhovující“, v 4 případech „příliš studené“ a v jedné odpovědi „příliš studené“. U osob s určeným dietním režimem šetřícím se přiklonily pouze 18krát k „vyhovující“. Pacienti s režimem stravování omezujícím příjem tuku odpověděli 3krát „vyhovující“.

Graf č. 28
N = 150

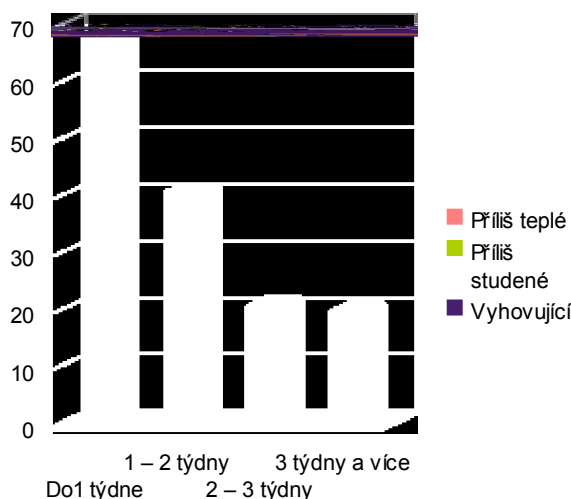


Vyhodnocení stupně teploty stravy z hlediska délky pobytu v zdravotnickém zařízení

Zde odpovědělo ve skupině 18-30 let, dotazovaných, že stravu považuje za „vyhovující“ 5 oslovených a dále, že ji pokládá za „příliš studené“ 5krát a za „příliš teplé“ jedenkrát. Největší podíl odpovědí ve věkové skupině 30-50 let zastávalo 23 odpovědí „vyhovující“, poté následovaly 2 odpovědi „příliš studené“. Odpovědi „příliš teplé“ nereagoval nikdo. Plných 46 respondentů věkové kategorie 50-65 let uvedlo, že nabízenou stravu hodnotí jako „vyhovující“. Odpovědi „nevyhovující“ jsem nezaznamenala žádné. Věková kategorie nad 65 let naznačuje velkou spokojenost na základě 63 odpovědí „vyhovující“. Jako nespokojené je možné považovat 2 pacienty odpovídající na otázku jako „příliš studené“. K negativním reakcím lze zahrnout 2 odpovědi „příliš teplé“.

Graf č. 29

N = 150



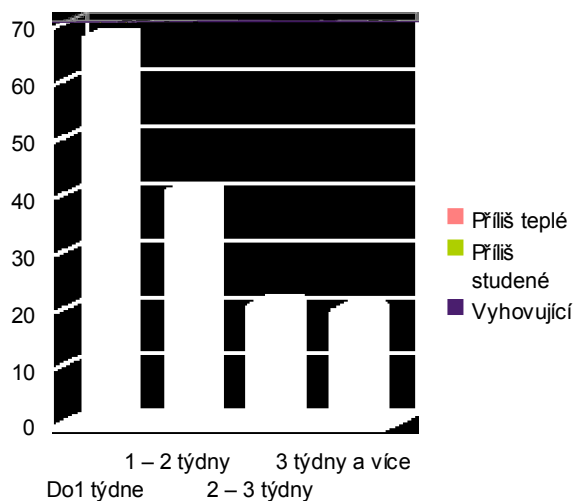
Vyhodnocení stupně teploty stravy z hlediska předchozí zkušenosti s dodržováním dietního režimu

Při posouzení otázky z pohledu předchozího dodržování diety určila část pacientů, kteří takovýto dietní režim neměli teplotu stravy, jako 92krát „vyhovující, 4krát a jako „příliš studené“ a jednou jako „příliš teplé“. Pacienti, kterým byla dieta doporučena, ale v běžném životě ji nedodržovali, klasifikovali stravu 20krát jako „vyhovující“, jednou jako „příliš studené“ a ani jednou jako „příliš teplé“. U hospitalizovaných s dietním režimem, s nímž už mají praktickou zkušenost z domácího prostředí, jsem shromáždila 25 odpovědí „vyhovující“, 3

odpovědi „příliš studené“ a jen jednu odpověď „příliš teplé“. Pacienti, kteří mají předešlou osobní zkušenost s jinou dietou, uvedli 3 odpovědi „vyhovující“.

Graf č. 30

N = 150



12.6 Otázka č. 11

Jaké je obvyklé množství snědeného jídla anebo zdali by ještě nějakou část zkonsumoval.

12.6.1. Souhrnné zhodnocení

Tab. č. 8: Množství snědeného jídla

	Celé	Polovinu	Třetinu	Čtvrtinu	Malé
N = 150	64	66	10	5	5
%	43%	44%	7%	3%	3%

Graf č. 31

N = 150



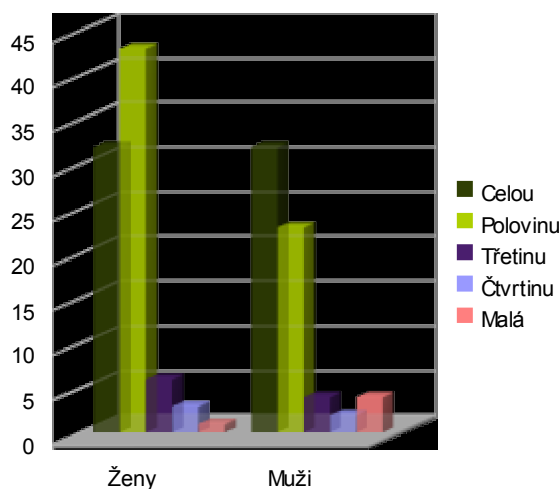
12.6.2 Dílčí výsledky

Vyhodnocení množství stravy z hlediska rozličného pohlaví

Ze všech 150 zúčastněných, se k odpovědi „celou“ přiklonilo 32 žen a 32 mužů. Odpověď „polovinu“ zvolilo 43 žen a 23 mužů. Ze skupiny žen zvolilo odpověď „třetinu“ 6 respondentek a ze skupiny mužů 4 respondenti. Odpověď „čtvrtinu“ vyslovily 3 ženy a 2 muži. Porci jako malou označila jedna žena a 4 muži.

Graf č. 32

N = 150

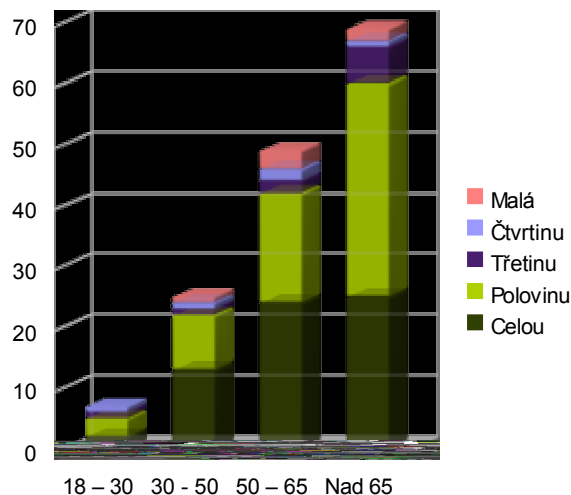


Vyhodnocení množství stravy z hlediska věku

U osob věkového rozmezí 18-30 let zvolily 2 osoby odpověď „celou“, 3 osoby odpověď „polovinu“, po jednom účastníku zvolilo odpověď „polovinu“ a „třetinu“. Variantu „málo“ nezvolil nikdo. Osoby věkového rozmezí 30-50 let volily odpověď „celou“ v 13 případech, odpověď „polovinu“ v 9 případech a odpověď „třetinu“, „čtvrtinu“ a „málo“ pouze v jedné situaci. Ve věkové skupině 50-65 jsem zaznamenala odpověď „celou“ u 24 tázaných, odpověď „polovinu“ u 18, odpověď „třetinu“ a „čtvrtinu“ shodně u 2 tázaných a odpověď „málo“ u třech dotazovaných. Tázaní ve věkové skupině nad 65 let uvedli reakci „celou“ 25krát, odpověď „polovinu“ 35 krát, reakci „třetinu“ 6krát a odpověď „málo“ 2 krát.

Graf č. 33

N = 150

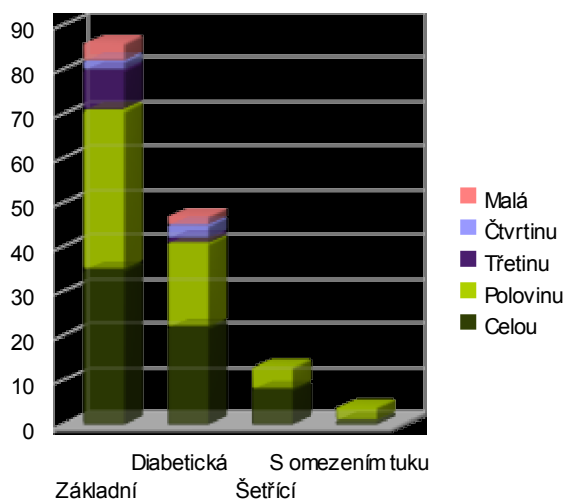


Vyhodnocení množství stravy z hlediska dietních opatření

V případech osob bez specifického dietního režimu (dieta základní) odpovědělo na danou otázku 35 jedinců „celou“, 36 „polovinu“, 9 „třetinu“, 2 „čtvrtinu“, a 4 osoby odpověděly „málo“. Pacienti s dietním režimem diabetickým zvolili v 22 případech možnost „celou“, v 19 případech „polovinu“, v pouze jednom „třetinu“, ve 3 případech „čtvrtinu“ a ve 2 odpovědích „málo“. U osob s určeným dietním režimem šetřícím se přiklonily 8krát k „celou“, 5 krát k „polovinu“ a nikdo nezvolil odpovědi „třetinu“, „polovinu“ a „málo“. Pacienti s režimem stravování omezujícím příjem tuku odpověděli jednou „ano“, 3 krát „polovinu“ a nikdo nezvolil z nabídky „třetinu“, „čtvrtinu“ a „málo“.

Graf č. 34

N = 150

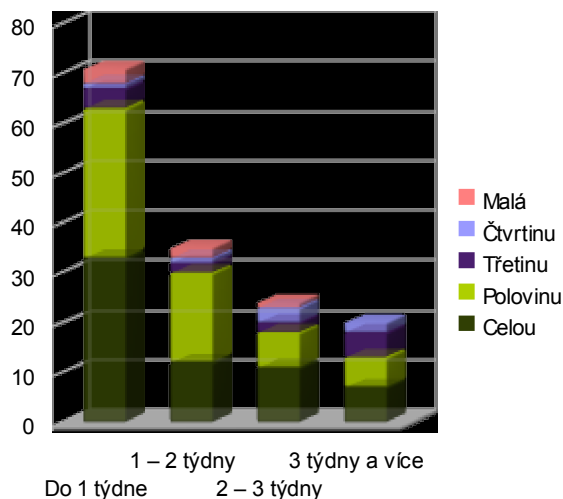


Vyhodnocení množství stravy z hlediska délky pobytu ve zdravotnickém zařízení

Hospitalizovaní jen po dobu jednoho týdne odpověděli na otázku týkající se množství stravy „celou“ na 33 položených otázek, 30krát řekli „polovinu“, 4krát „třetinu“, jednou „čtvrtinu“ a odpověď „málo“ zazněla 3krát. Po jednotýdenním až dvoutýdenním pobytu v zařízení reagovalo 12 jedinců odpovědí „celou“, 18 reagovalo „polovinu“, 2 „třetinu“, jeden „čtvrtinu“ a dva jednotlivci odpovědí „málo“. Při 2-3 týdenní hospitalizaci zodpovědělo otázku jako „celou“ 11 lidí, „polovinu“ 7 jedinců, „třetinu“ 2 osoby, „čtvrtinu“ 3 osoby a „málo“ jen jeden člověk. Osoby s pobytem delším než 3 týdny uvedly „celé“ 7krát, „polovinu“ 6krát, „třetinu“ 5krát, „čtvrtinu“ 2krát a nikdo nezareagoval odpovědí „málo“.

Graf č. 35

N = 150



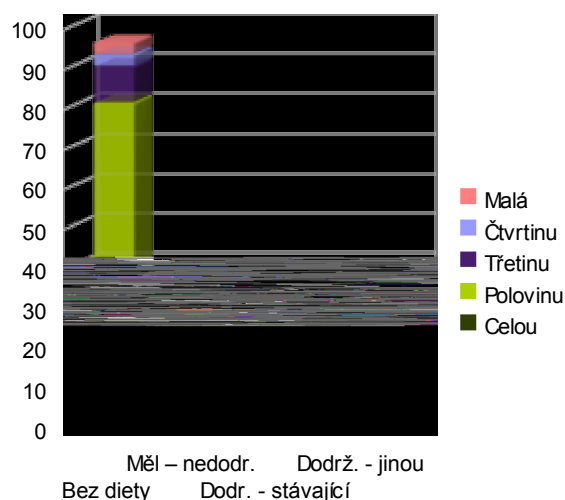
Vyhodnocení množství stravy z hlediska předchozí zkušenosti s dodržováním dietního režimu

Mezi těmi, kteří odpověděli na otázku zkušenosti s dodržováním nutričního režimu, bylo 40 osob odpovídajících „celé“, 41 odpovídajících „polovinu“, 9 s odpovědí „třetinu“, 3 „čtvrtinu“ a 3 reakcí „málo“. Pokud měl dotyčný tázaný nějakou formou změněn svůj stravovací režim, specifikoval svůj přístup následně mezi „dodržováním stávající diety“, „jiné diety“ anebo danou „dietu nedodržel“. Výsledky shrnují, že ve skupině osob, které dietu

nedodržovali je 11 odpovědí „celou“, 7 odpovědí „polovinu“, po jedné odpovědi „třetinu“, „čtvrtinu“ a „málo“. Ve skupině, která dodržovala stávající dietu je 12 odpovědí „celé“, 14 odpovědí „polovinu“, žádná odpověď třetinu a po 2 odpovědích „čtvrtinu“ a „málo“. V poslední skupině dodržující dietu jinou než současnou je jedna odpověď „celou“, 2 odpovědi „polovinu“ a žádná z odpovědí nebyla „třetinu“, „čtvrtinu“ a málo.

Graf č. 36

N = 150



12.7 Otázka č. 12

Jaká je nejčastější příčina nezkonsumování celé nabídnuté porce stravy.

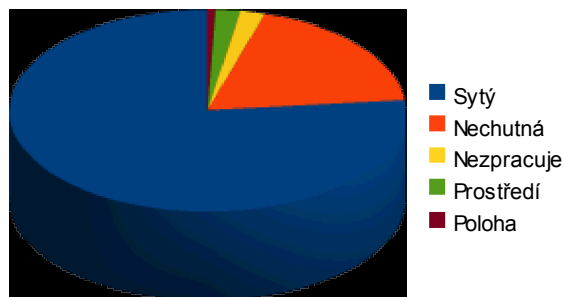
12.7.1 Souhrnné zhodnocení

Tab.č 9: Příčina nezkonsumování stravy

	Sytý	Nechutná	Nezprac.	Prostředí	Poloha
N = 150	115	28	3	3	1
%	77%	18%	2%	2%	1%

Graf č. 37

N = 150



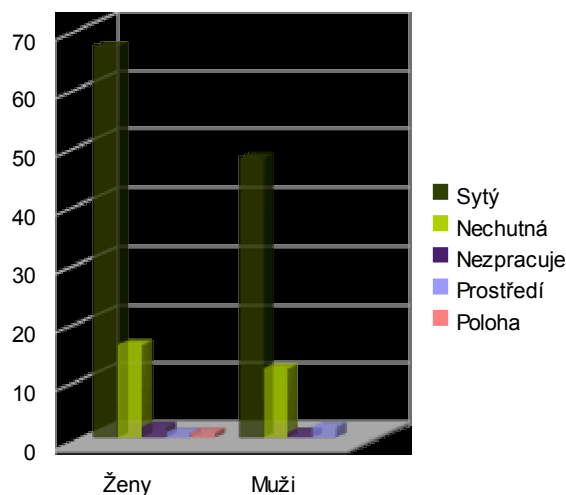
12.7.2 Dílčí výsledky

Vyhodnocení příčiny odmítnutí stravy z hlediska rozličného pohlaví

Dle výsledků této otázky v kolektivu tázaných byla strava odmítnuta z těchto důvodů: „jsem syt“ 67 ženami, „nechutná“ 16 ženami, jako „nezpracuje“ 2 ženami a po jedné z žen v důsledku „prostředí“ a „polohy“. Zbýlý podíl odpovědí se týkal mužů a byl rozdělen na 48 odpovědí „sytý“, 12 odpovědí „nechutná“, 2 odpovědi „prostředí“, jedna odpověď „nezpracuje“ a žádná z odpovědí „poloha“.

Graf č. 38

N = 150

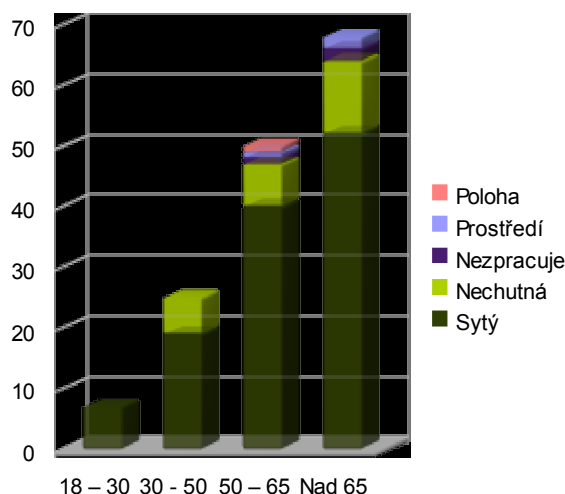


Vyhodnocení příčiny odmítnutí stravy z hlediska věku

Zde odpovědělo ve skupině 18-30 let 7 dotazovaných, že stravu nezkonzumuje v důsledku odpovědi „jsem syt“, z ostatních odpovědí nevolil nikdo. Největší podíl odpovědí ve věkové skupině 30-50 let zastávalo 19 odpovědí „jsem sytý“, poté následovalo 6 reakcí „nechutná“. Ostatními odpověďmi „nereagoval nikdo“. Plných 40 respondentů věkové kategorie 50-65 let uvedlo, že nabízenou stravu nezkonzumuje z pocitu „jsem sytý“. Celkem 7 zúčastněných odpovědělo, že stravu nekonzumuje z důvodu „nechutná“. Ostatní důvody byly zastoupeny vždy jednou reakcí. Věková kategorie nad 65 let naznačí důvody k nezkonzumování stravy na základě 52 odpovědí „jsem sytý“, 12 odpovědí „nechutná“ a po dvou odpovědích „nezpracuji“ a „prostředí“. Odpověď „poloha“ nebyla zmíněna vůbec.

Graf č .39

N = 150



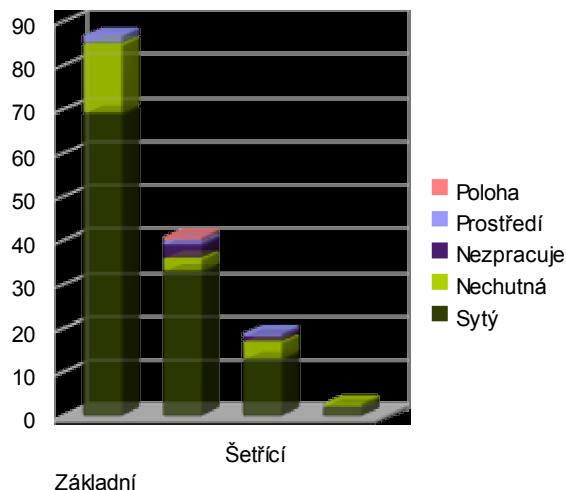
Vyhodnocení příčiny odmítnutí stravy z hlediska dietních opatření

Po vyhodnocení výsledků diety základní jsou 69 odpověďmi „jsem sytý“ napovězeny příčiny, které jsou doplněny 16 odpověďmi „nechutná“. Bez odpovědí jsou reakce „nezpracuje“ a „poloha“. U odpovědi „prostředí“ jsem zachytila 2 reakce. Podobnou situaci naznačuje vyhodnocení výsledků skupiny diabetických diet, kdy 33 jedinců odpovědělo „jsem syt“, 3 osoby „nechutná“ a přispěly 3 odpovědi „nezpracuje“ a po jedné odpovědi „poloha“ a „prostředí“. Pacienti s dietou označenou jako šetří, odpověděli 13krát „jsem sytý“, 4 „nechutná“, po jedné odpovědi „prostředí“ a „nezpracuje“. Postoj pacientů s

dietou s omezením tuku vychází z 2 odpovědí „jsem sytý“ a 1 odpovědi „nechutná“. Odpovědi „nezpracuje“, „prostředí“ a „poloha“ nevedl nikdo.

Graf č. 40

N = 150



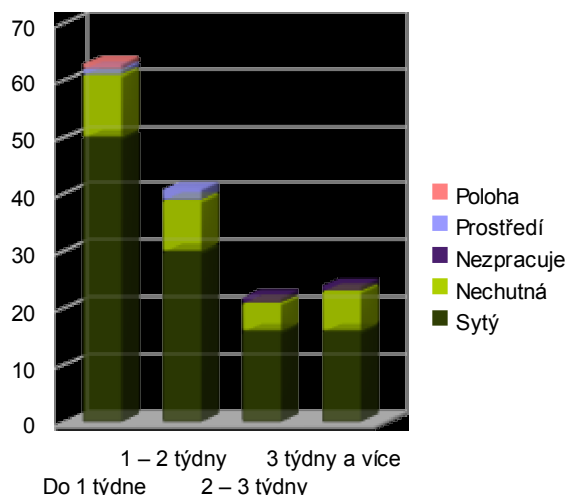
Vyhodnocení příčiny odmítnutí stravy z hlediska délky pobytu ve zdravotnickém zařízení

Hospitalizovaní jen po dobu jednoho týdne odpověděli na otázku týkající se odmítnutí stravy „jsem sytý“ na 50 položených otázkách, 11 krát se vyslovili „nechutná“, nikdo se nevyslovil „nezpracuje“, odpověď „prostředí“ zazněla jednou a odpověď „poloha“ taktéž jen jednou.

Po jednotýdenním až dvoutýdenním pobytu v zařízení reagovalo 30 jedinců odpovědí „jsem sytý“, 9 reagovalo „nechutná“, 2 reagovali „prostředí“ a respondenti se úplně vyhnuli odpovědím „nezpracuje“ a „poloha“. Při 2-3 týdenní hospitalizaci zodpovědělo otázku jako „jsem sytý“ 16 lidí, „nechutná“ 5 jedinců, „nezpracuje“ jen jeden člověk. Osoby s pobytem delším než 3 týdny uvedly „jsem sytý“ 16krát, „nechutná“ 7krát, „nezpracuje“ jedenkrát a nikdo nezareagoval odpověďmi „prostředí“ a „poloha“.

Graf č. 41

N = 150

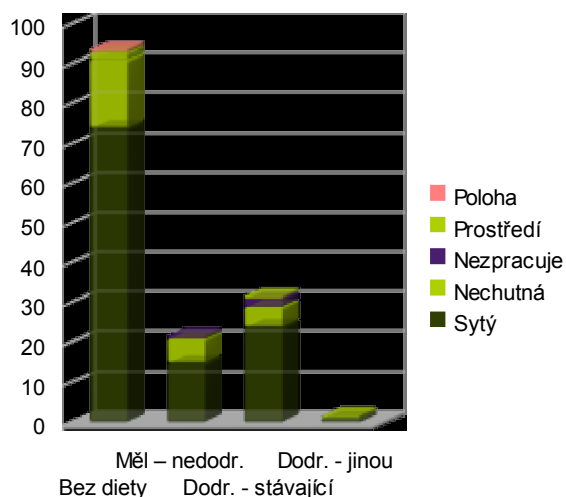


Vyhodnocení příčiny odmítnutí stravy z hlediska předchozí zkušenosti s dodržováním dietního režimu

U hospitalizovaných přijatých se základním stravovacím režimem zabránila pacientům dojíst některá z nabízených variant. 74krát viděli tázaní příčinu v odpovědi „jsem sytý“, 17krát z příčiny „nechutná“, 2krát z odpovědi „prostředí“. Jednou z odpovědi „poloha“ a žádná odpověď „nezpracuje“. Jedinci, kteří jsou si vědomi, že jim před hospitalizací bylo doporučováno dodržování některého specifického nutričního režimu a i přesto na tyto doporučení nedbali, hodnotili příčinu nesnědení celé porce 15 odpověďmi jako „jsem sytý“, 6 odpověďmi jako „nechutná“, jako „nezpracuje“ viděl příčinu jeden respondent a jako „polohu“ a „prostředí“ ji neviděl žádný respondent. Zkušenost se stávající dietou se v reakcích tázaných projevila v 24 odpovědích „jsem sytý“, v 5 odpovědích „nechutná“, jako „nezpracuje“ ji už hodnotilo 2 jedinci a k odpovědi „nevyhovující“ se nepřiklonil nikdo. Na rozdíl od předešlé kategorie respondentů ve zhodnocení těch, kteří se sami již v domácím prostředí setkali s dodržováním dietního režimu, ale ve zdravotnickém zařízení jim byl změněn, jsem našla jednu odpověď „jsem sytý“, jednu odpověď „nechutná“ a žádná z odpovědí nebyla „nezpracuje“, „prostředí“ ani „poloha“.

Graf č. 42

N = 150



12.8 Otázka č. 13

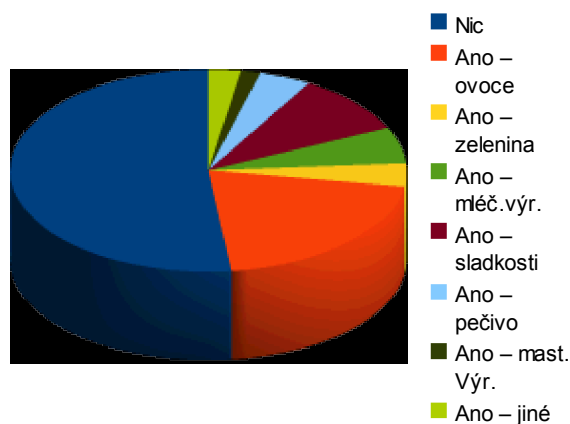
Využívání pacienta možnosti doplnění příjmu stravy mimo zdravotnické zařízení osobami blízkými a rozlišení potravinové skupiny, která je přinášena.

12.8.1 Souhrnné zhodnocení

Tab. č. 10: Doplnění stravy

	Nic	Ano - ovoce	Ano - zelenina	Ano - mléč. výr.	Ano - sladkosti	Ano - pečivo	Ano - mast. výr.	Ano - jiné
N = 150	98	39	7	11	18	8	3	5
%	65%	26%	5%	7%	12%	5%	2%	3%

Graf č. 43
N = 150



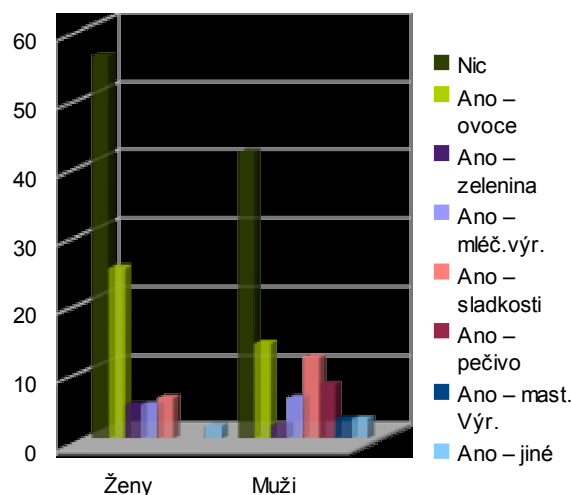
12.8.2 Dílčí výsledky

Vyhodnocení dodané stravy, mimo stravu zařízením nabízenou, z hlediska rozličného pohlaví

Z hodnocení ze zmíněného pohledu vyplývá, že mezi ženami je jich 56, kterým není dodáváno „nic“ ze stravy nabízené zařízením, ze skupiny žen, která této možnosti využívá, uvedly v 25 případech ženy, že je doplňováno „ovoce“, v 5 případech je doplňována „zelenina“, také v 5 případech doplňovány „mléčné výrobky“. „Sladkosti“ si nechá donášet 41 žen, „pečivo“ a „mastné výrobky“ nevyžaduje doplňovat nikdo z tázaných. Do nabídky „ano – jiné“, připadly 2 odpovědi složek stravy. Mezi muži je skupina respondentů reagujících odpovědí „nic“ tvořena ze 42 jedinců. K jednotlivým komoditám, které jsou do zařízení doplňovány, se přihlásilo pro odpověď „ovoce“ 14 jedinců, pro reakci „zelenina“ 2 muži. „Mléčné výrobky“ si nechá doplňovat 6 tázaných, „sladkosti“ jsou přinášeny pro 12 osob, „pečivo“ je přinášeno pro 8 mužů, mastné výrobky pro 3 jedince. Do skupiny „ano – jiné“ byli přiřazeni 3 respondenti se svými doplněnými potravinami.

Graf č. 44

N = 150

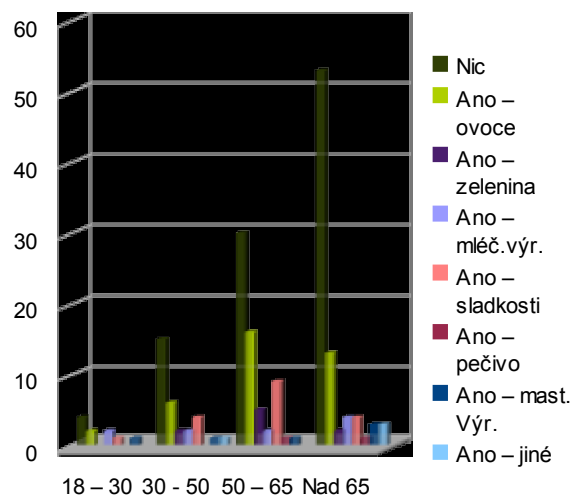


Vyhodnocení dodané stravy, mimo stravu zařízením nabízenou, z hlediska věku

Ze všech dotazovaných ve věkové skupině 18-30 let se k otázce vyjádřili 4 respondenti odpovědí „nic“, 2 respondenti odpovědí „ano – ovoce“, a nikdo nezvolil z možnosti „ano – „zelenina“, „ano – pečivo“ a „ano – jiné“. Odpověď „ano – mléčné výrobky“ uvedli 2 respondenti, po jedné odpovědi byly zaznamenány výsledky „ano - sladkosti“ a „ano - mastné výrobky“. Mezi dotazovanými ve věkové skupině 30-50 let se pro odpověď „nic“ rozhodlo 15 tázaných, pro odpověď „ano – ovoce“ 6, pro odpověď „ano-zelenina“ 2 a pro odpověď „ano – mléčné výrobky“ 2 tázaní. Možnost „ano - pečivo“ nezvolil nikdo. K možnosti „ano – sladkosti“ se přiklonili 4 respondenti“ a po jednom účastníku monitoringu se připojilo k odpovědím „ano – mastné výrobky“ a ano – jiné“. Převážná část respondentů věkové skupiny 50-60 let posoudila odpověď na tuto otázku ve 30 případech jako „nic“, následně v 16 případech jako „ano – ovoce“, v 5 případech označili „ano - zelenina“ a ve 2 případech „ano – mléčné výrobky“. Odpověď „ano – sladkosti“ potvrdilo 9 osob. Odpovědi „ano – pečivo“ a „ano – mastné výrobky“ potvrdilo po jednom účastníku šetření. „Ano – jiné“ se nevyjádřil nikdo. Výsledky ve věkové skupině nad 65 let shrnují jako 53krát „nic“, 13krát „ano - ovoce“, 2krát „ano - zelenina“, 4krát „ano – mléčné výrobky“, 4 krát „ano – sladkosti“, jednou „ano – pečivo“, 3krát „ano – mastné výrobky“ a 3krát „ano – jiné“.

Graf č. 45

N = 150

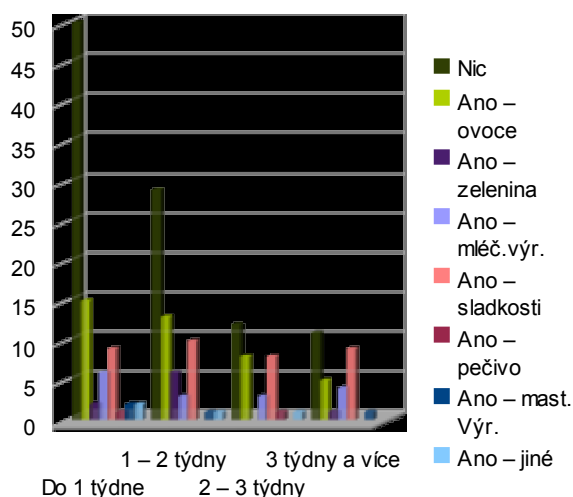


Vyhodnocení dodané stravy, mimo stravu zařízením nabízenou, z hlediska dietních opatření

Při porovnání těchto dvou zodpovězených dotazů jsem zjistila, že ve skupině základního stravování se vyjádřilo k doplňování stravy ve smyslu „nic“ 52 respondentů, „ano - ovoce“ 23 respondentů, „ano – zelenina“ 4 osoby, „ano – mléčné výrobky“ 8 osob, „ano - sladkosti“ 13 jedinců, „ano – pečivo“ 2 osoby, „ano- mastné výrobky“ pouze jeden tázaný a 4 osoby označily „ano - jiné“. Pacienti dodržující dietu diabetickou označili, že v 33 případech nevyužívají z možnosti donášení stravy „nic“, v 11 případech využívají možnosti pro „ano - ovoce“, ve 3 případech „ano – zelenina“ dále 4krát „ano – mléčné výrobky“, 3krát „ano – sladkosti“, 2 krát „ano – mastné výrobky a nikdo neoznačil „ano – pečivo“ a „ano – jiné“. Vyhodnocení dietního režimu šetřícího vychází z údajů 12 odpovědí „nic“, 4 odpovědí „ano - ovoce“, 2 odpovědí „ano - zelenina“ a po jedné odpovědi u nabídek „ano – mléčné výrobky“, „ano – sladkosti“, „ano – mastné výrobky“. Zbylé komodity zůstaly bez odpovědí. Pacienti, kterým je ordinována strava s omezením tuku, zvolili ve všech případech pouze odpověď „nic“.

Graf č. 46

N = 150



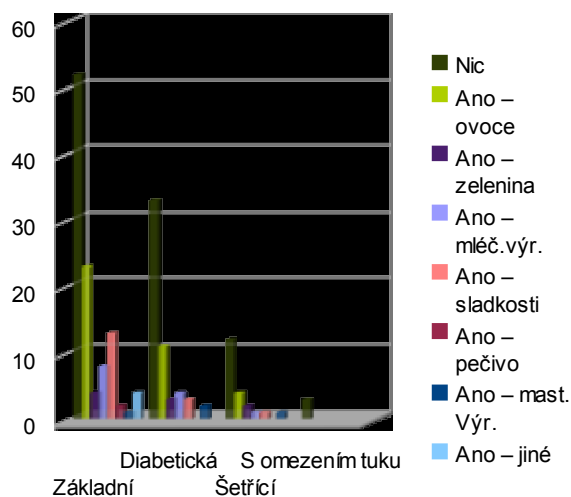
Vyhodnocení dodané stravy, mimo stravu zařízením nabízenou, z hlediska délky pobytu ve zdravotnickém zařízení

Při vyhodnocení dat otázky k danému tématu jsem zaznamenala u pacientů přijatých před méně než týdnem 50 odpovědí „nic“, 33 odpovědí „ano - ovoce“, 2

odpovědi „ano - zelenina“, 6 odpovědí „ano – mléčné výrobky“, 9 odpovědí „ano – sladkosti“, po 2 odpovědích v nabídce „ano – masné výrobky“ a „ano – jiné“ a nakonec jedna odpověď „ano – pečivo“. Pacienti hospitalizovaní po dobu 1-2 týdnů uvedli, že doplňují svou nemocniční stravu o „nic“ 29krát, o „ovoce“ 13krát, „zeleninu“ 6krát, „mléčné výrobky“ 3krát, „sladkosti“ 10krát, jedenkrát u každé z odpovědí „masné výrobky“ a „jiné“. Nikdo v této skupině neuvedl pečivo. Po 2-3 týdenní hospitalizaci se vyslovilo ve skupině respondentů k tématu stravy, kterou si samostatně obstarávali 12krát odpovědí „nic“, 8krát „ano – ovoce“, 8krát „ano – sladkosti“, 3krát „ano – mléčné výrobky“. Jedna odpověď byla uvedena u každé z nabídek „ano – masné výrobky“ a „ano – jiné“. U zbylých nabídek jsem nezaznamenala žádné odpovědi. Starší pacienti spadající svým věkem do části respondentů nad 65 let se k otázce vyslovili 11krát jako „nic“, 5krát „ano - ovoce“, 9krát „ano - sladkosti“, 4krát „mléčné výrobky“ a jedenkrát u každé z nabídek „ano – zelenina“ a „ano – ovoce“. Ke zbylým nabídkám se nevysslovil nikdo.

Graf č. 47

N = 150

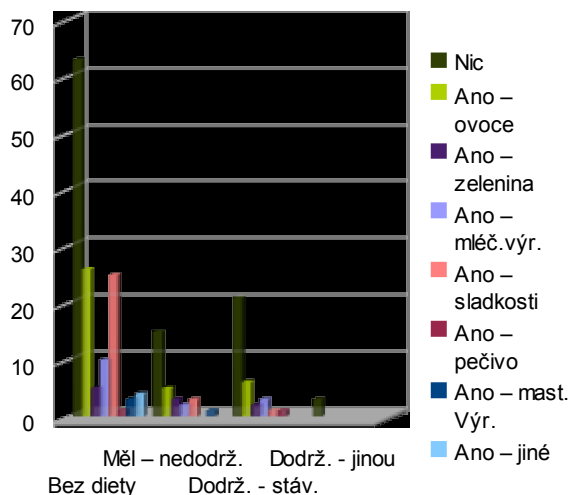


Vyhodnocení dodané stravy, mimo stravu zařízením nabízenou, z hlediska předchozí zkušenosti s dodržováním dietního režim

Při posouzení otázky z pohledu předchozího dodržování diety se vyjádřila část pacientů, kteří takovouto dietu neměli k doplňování své stravy 65 krát „nic“, 26krát „ano - ovoce“, 5krát „ano – zelenina“, 10krát „ano - mléčné výrobky“, 25krát „ano – sladkosti“, 3krát „ano – masné výrobky, jedenkrát „ano – pečivo“ a 4krát „ano – jiné“ a 2krát jako „nevyhovující“. Pacienti, kterým byla dieta doporučena, ale v běžném životě ji nedodržovali, uvedli, že využívají možnost doplnění stravy pro „nic“ 15krát, „ano - ovoce“ 5krát, „ano - zelenina“ 3krát, „ano – mléčné výrobky“ 2 krát, „ano – sladkosti“ 3krát, „ano – masné výrobky“. Nikdo neuvědl „ano – pečivo“ nebo „ano – jiné“. U hospitalizovaných s dietním režimem, s nímž už mají praktickou zkušenost z domácího prostředí, jsem shromáždila 21 odpovědí „nic“, 6 odpovědí „ano - ovoce“, 2 odpovědi „ano - zelenina“, 3 odpovědi „ano – mléčné výrobky“, po jedné odpovědi u nabídek „ano – sladkosti“ a „ano – pečivo“. Ke zbylým nabídkám se nevyslovil nikdo. Pacienti, kteří mají předešlou osobní zkušenost s jinou dietou, zvolili ve všech případech pouze odpověď „nic“.

Graf č. 48

N = 150



12.9 Otázka č. 14

Zhodnocení dostatečnosti příjmu tekutin.

12.9.1 Souhrnné zhodnocení

Tab. č. 12: Příjem tekutin

	Dostatek	Nedostatek
N = 150	93	57
%	62%	38%

Graf č. 49

N = 150



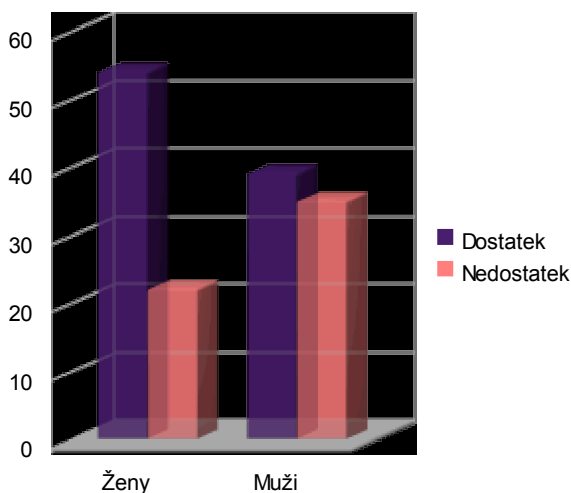
12.9.2 Dílčí výsledky

Vyhodnocení příjmu tekutin z hlediska rozličného pohlaví

V hodnocení z tohoto pohledu vyplývá, že mezi ženami jich 54 spadá svým příjmem tekutin k odpovědi „dostatek“, 22 žen nesplňovalo doporučení, proto spadalo do skupiny „nedostatek“. Mezi muži bylo na základě svého příjmu tekutin 39 respondentů přiřazeno k odpovědi „dostačující“ a 35 jedinců k odpovědi „nedostačující“.

Graf č. 50

N = 150

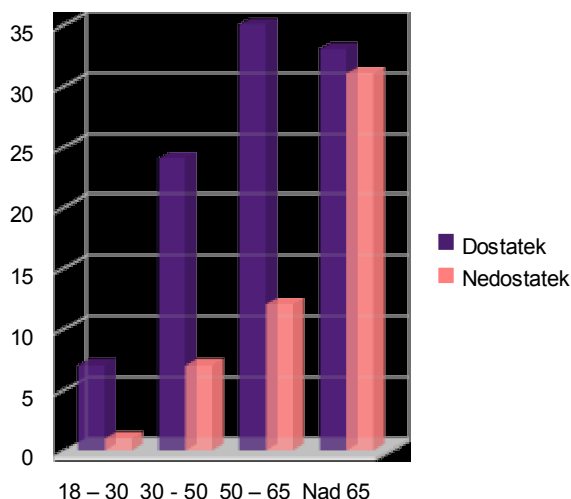


Vyhodnocení příjmu tekutin z hlediska věku

Míru příjmu tekutin jednotlivých věkových kategorií, stručně shrnuji pro skupinu 18-30 let jako 7 respondentů s příjmem „dostatečným“ a jedním respondentem s příjmem „nedostatečným“. Dále ve věkové skupině 30-50 let jsem zachytila 24 osob s příjmem „dostatečným“ a 7 osob s příjmem nedostatečným. Podíl na výsledcích má věková kategorie 50-65 let s 35 respondenty s příjmem „dostatečným“ a 12 respondenty s příjmem nedostatečným. Skupina tázaných nad 65 let do celkového vyhodnocení přispěla 33krát příjmem „dostatečným“ a 31krát příjmem nedostatečným“.

Graf č. 51

N = 150

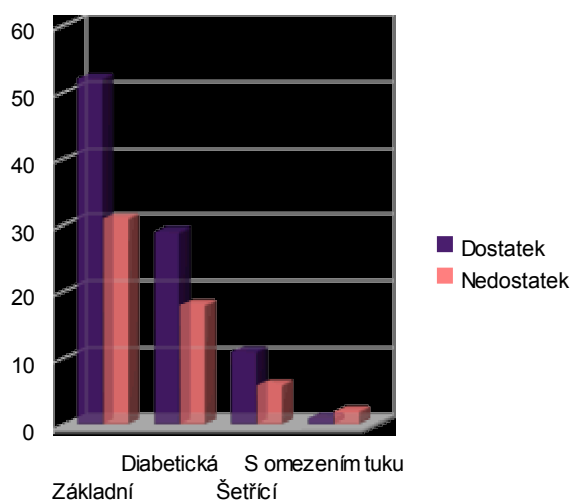


Vyhodnocení příjmu tekutin z hlediska dietních opatření

Vyhodnocení výsledků diety základní přineslo údaje o příjmu tekutin u 52 osob ve skupině „dostatek“ a 31 osob je skupině „nedostatek“. Podobnou situaci naznačuje vyhodnocení výsledků skupiny diabetických diet kdy, 29 jedinců spadalo do skupiny „dostatek“ a 18 osob do skupiny „nedostatek“. Pacienti s dietou označenou jako šetří, byli na základě svého příjmu tekutin 11krát přiřazeni k odpovědi „dostačující“ a 6krát k odpovědi „nedostačující“. Příjem tekutin pacientů s dietou s omezením tuku odpovídal 11krát požadavkům skupiny „dostačující“ a 6 musel být přiřazen ke skupině „nedostačující“.

Graf č. 52

N = 150

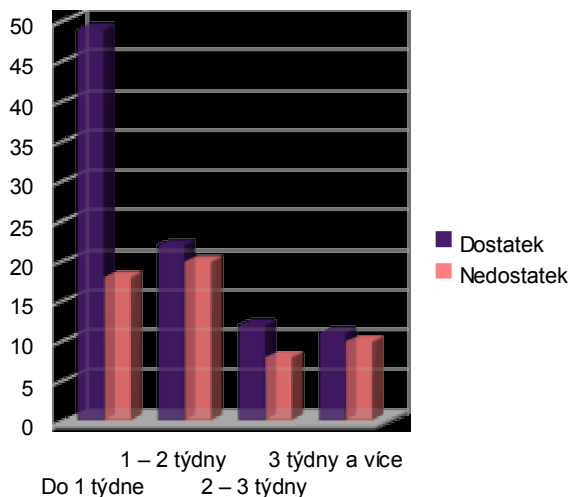


Vyhodnocení příjmu tekutin z hlediska délky pobytu ve zdravotnickém zařízení

Při vyhodnocení dat z hlediska délky pobytu jsem zaznamenala u přijatých do zařízení před méně než týdnem 49 osob, u kterých, byl příjem tekutin posouzen jako „dostatečný“ a 18 u kterých byl vyhodnocen jako „nedostatečný“. U pacientů hospitalizovaných po dobu 1-2 týdnů jsem zhodnotila dostatečnost příjmu tekutin 22krát jako „dostatečnou“ a 20krát jako „nedostatečnou“. Ve skupině respondentů hospitalizovaných v průběhu 2-3 týdne pobytu, jsem posoudila příjem tekutin 12krát jako „dostatečný“ a 8krát jako „nedostatečný“. Starší pacienty, kteří spadající svým věkem do části respondentů nad 65 let jsem 11krát přiřadila jako „dostačující“ a 10krát jako „nedostačující“.

Graf č. 53

N = 150

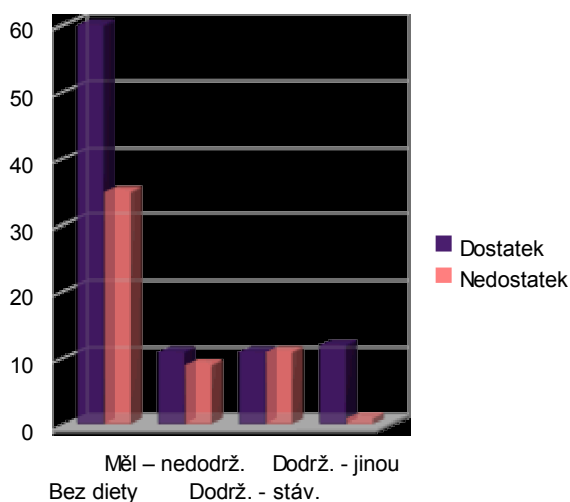


Vyhodnocení příjmu tekutin z hlediska předchozí zkušenosti s dodržováním dietního režimu

Mezi těmi, kteří odpověděli na otázku zkušenosti s dodržováním nutričního režimu „bez diety“, bylo 60 osob splňujících podmínky odpovědi „dostatečný“ a 35 osob, které musely být zařazeny do skupiny „nedostatečný“. Pokud měl dotyčný tázaný nějakou formou změněn svůj stravovací režim, který ale nedodržel, specifikovala jsem v jeho skupině 11krát velikost příjmu tekutin jako „dostatečný“ a 9krát jako „nedostatečný“. Výsledky shrnují, že ve skupině osob, která dodržovala dietu stále stejnou, je 11 osob se zhodnoceným příjmem tekutin jako „dostatečným“ a 11 s příjmem zhodnoceným jako „nedostatečným“. Ve skupině, která dodržovala jinou dietu než v domácím prostředí, je 12 osob s příjmem tekutin „dostatečným“ a jeden s příjmem „nedostatečným“.

Graf č. 54

N = 150



12.10 Otázka č. 15

Zhodnocení kvality zastoupených druhů nápojů.

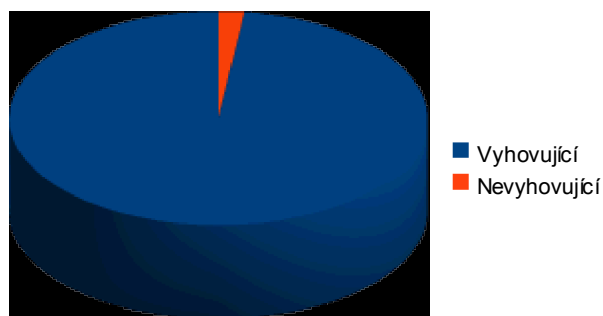
12.10.1 Souhrnné zhodnocení

Tab. č. 13: Zastoupení nápojů

	Vyhovující	Nevyhovující
N = 150	147	3
%	98%	2%

Graf č. 55

N = 150



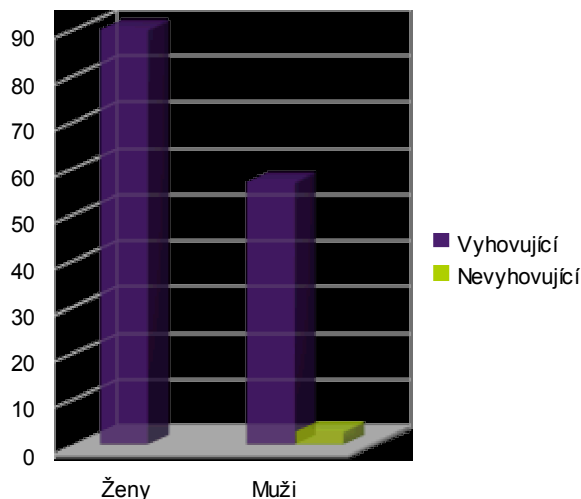
12.10.2 Dílčí výsledky

Vyhodnocení druhů nápojů z hlediska rozličného pohlaví

Ze všech 150 zúčastněných, konzumovalo nápoje, které je možné označit jako „vyhovující“ 90 žen a 57 mužů. Nápoje „nevhovující“ volili jen 3 muži.

Graf č. 56

N = 150

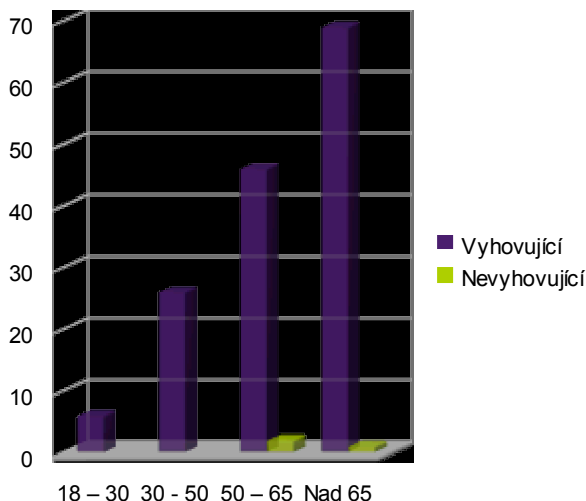


Vyhodnocení druhů nápojů z hlediska věku

U osob věkového rozmezí 18-30 let konzumovalo nápoje „vyhovující“ 6 osob a nikdo nezvolil „nevhovující“. Osoby věkového rozmezí 30-50 let volily nápoje „vyhovující“ v 26 případech a nikdo nezvolil „nevhovující“. Ve věkové skupině 50-65 jsem zaznamenala konzumaci nápojů „vyhovující“ u 46 tázaných, a nápoje „nevhovující“ u 2 tázaných. Tázání ve věkové skupině nad 65 let uvedli, že pijí nápoje „vyhovující“ 69krát a nápoje „nevhovující“.

Graf č. 57

N = 150



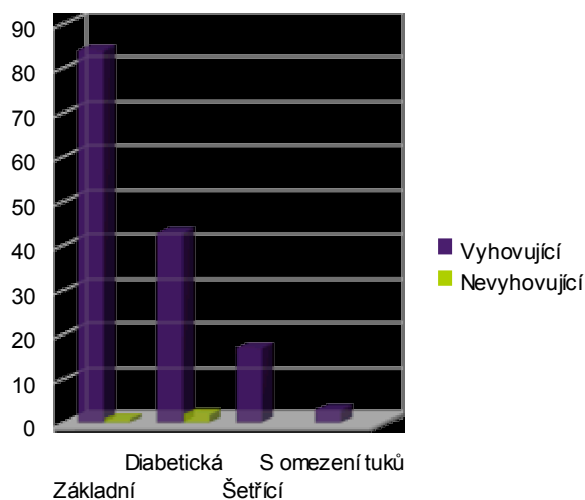
Vyhodnocení druhů nápojů z hlediska dietních opatření

V případech osob bez specifického dietního režimu (dieta základní) volilo nápoje „vyhovující“ 84 jedinců a jedna osoba „nevhovující“. Pacienti s dietním režimem diabetickým vybírali v 43 případech nápoje „vyhovující“ a v 2 případech

nápoje „nevyhovující“. U osob s určeným dietním režimem šetřícím se přiklonily vždy k nápojům „vyhovujícím“. Pacienti s režimem stravování omezujícím příjem tuku volili také vždy pouze nápoje „vyhovující“.

Graf č. 58

N = 150

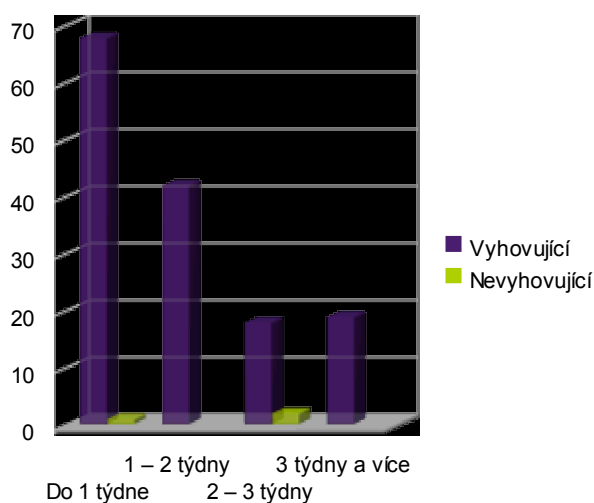


Vyhodnocení druhů nápojů z hlediska délky pobytu ve zdravotnickém zařízení

Hospitalizovaní jen po dobu jednoho týdne volili ke konzumaci nápoje „vyhovující“ v 68 položených otázkách a v jednom případě volili „nevyhovující“. V průběhu jednotýdenního až dvoutýdenního pobytu v zařízení vybíralo všech 42 jedinců nápoje „vyhovující“. Při 2-3 týdenní hospitalizaci si zvolilo „vyhovující“ nápoje 18 osob a nápoje „nevyhovující“ 2 jedinci. Respondenti s pobytem delším než 3 týdny uváděli pouze konzum nápojů, které lze posoudit jako „vyhovující“.

Graf č. 59

N = 150

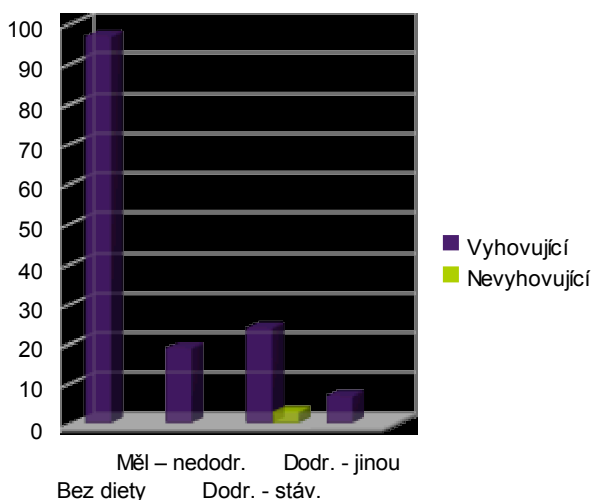


Vyhodnocení druhů nápojů z hlediska předchozí zkušenosti s dodržováním dietního režimu

Mezi těmi, kteří odpověděli na otázku zkušenosti s dodržováním nutričního režimu negativně, bylo všech 97 respondentů, kteří přijímali nápoje „vyhovující“. Pokud měl dotčený tazaný nějakou formou změněn svůj stravovací režim, dále ho specifikoval mezi další odpovědi. Výsledky shrnují, že ve skupině osob, které dietu v domácím prostředí nedodržovali, je všech 19 jedinců s konzumem „vyhovujících“ nápojů. Ve skupině, která dodržovala dále stávající dietu, bylo 24 osob, kteří volili nápoje „vyhovující“ a 3 osoby s konzumem „nevyhovujících“ nápojů. V poslední skupině dodržující dietu jinou než současnou je pouze 7 výsledků „vyhovující“.

Graf č. 60

N = 150



12.11 Otázka č. 16

Využívání pacienta možnosti doplnění nápojů osobami mimo zdravotnické zařízení a rozlišení skupin nápojů, které jsou přinášeny.

12.11.1 Souhrnné zhodnocení

Tab. č. 14: **Doplnění tekutin**

	Ano	Ne
N = 150	115	35
%	77%	23%

Graf č. 61

N = 150



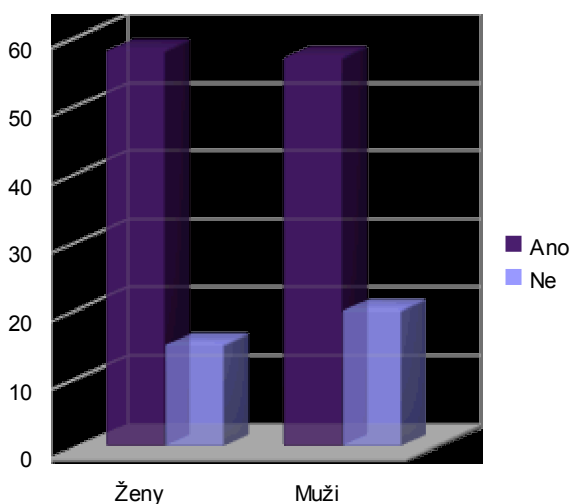
Skupiny nápojů, které pacienti doplňují formou nákupu ať už samostatně nebo s dopomocí osob blízkých jsou nejčastěji různé druhy stolních vod (minerální, perlivé, ochucené apod.) Dále jde méně často o džusy a nektary. V několika případech se jednalo o pivo alkoholické (ve dvou případech) a o pivo nealkoholické (ve třech případech). V rámci možností jednotlivých komplexů budov pacienti využívají automaty na kávu.

**Vyhodnocení dodaných tekutin, mimo tekutiny zařízením nabízené,
z hlediska rozličného pohlaví**

Z výsledků této otázky vyplývá, že s odpovědí „ano“ využívá možnosti doplnění tekutin mimo zařízení v kolektivu tázaných 58 žen a s odpovědí „ne“ pro 15 žen. Zbylý podíl odpovědí se týkal mužů a byl rozlišen na 57 odpovědí „ano“, 20 odpovědí „ne“.

Graf č. 62

N = 150



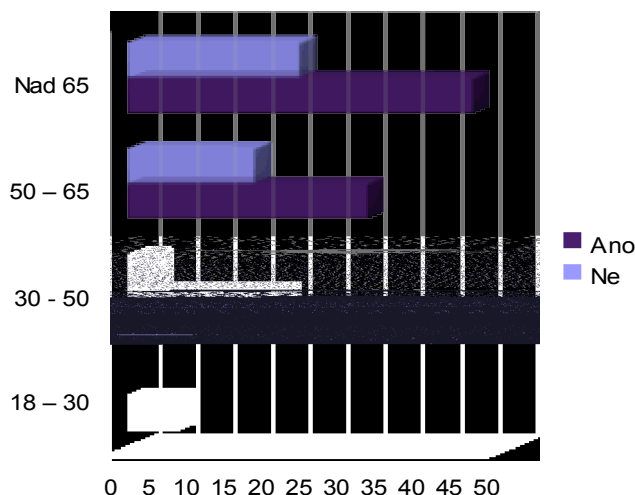
**Vyhodnocení dodaných tekutin, mimo tekutiny zařízením nabízené,
z hlediska věku**

Zde reagovalo ve skupině 18-30 let dotazovaných, na otázku zda využívá možnost doplnění tekutin mimo těch, které jsou zařízením nabízené odpovědí „ano“ 7 osob a nikdo odpovědí ne. Největší podíl odpovědí „ano“ ve věkové skupině 30-50 let zastávalo 21 odpovědí „dobrý“ oproti 4 odpovědím „ne“.

Plných 32 respondentů věkové kategorie 50-65 let uvedlo na uvedenou otázku odpověď „ano“ a 17 osob reagovalo odpovědí „ne“. Ve věkové kategorii nad 65 let se vyjádřilo 46 respondentů odpovědí „ano“ a 23 jedinců odpovědí „ne“.

Graf č. 63

N = 150

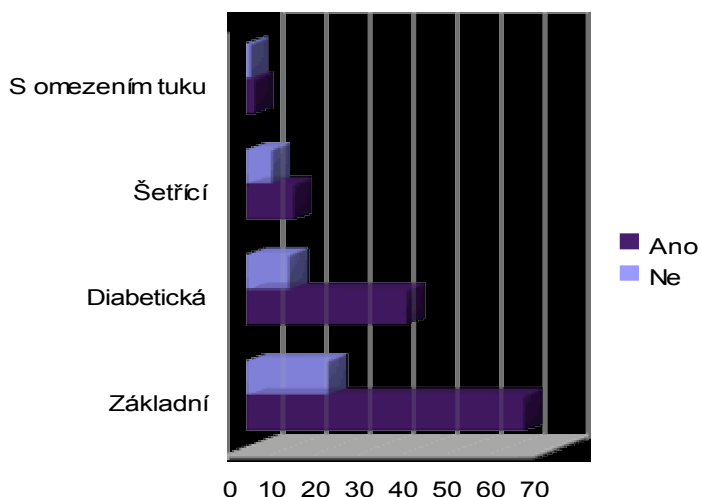


Vyhodnocení dodaných tekutin, mimo tekutiny zařízením nabízené, z hlediska dietních opatření

Po vyhodnocení výsledků diety základní jsem zaznamenala k tomuto tématu 64 odpovědí „ano“ a 19 odpovědí „ne“. Podobnou situaci naznačuje vyhodnocení výsledků skupiny diabetických diet, kdy 37 jedinců odpovědělo „ano“ a „velmi dobrý“ a protiváhou je 10 odpovědí „ne“. Pacienti s dietou označenou jako šetří, odpověděli 11krát „ano“, 6krát „ne“. Postoj pacientů s dietou s omezením tuku značí 2 odpovědi „ano“ a jedna odpověď „ne“.

Graf č. 64

N = 150

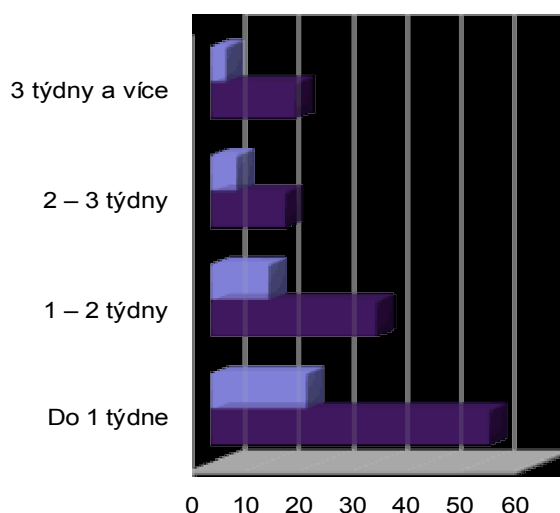


Vyhodnocení dodaných tekutin, mimo tekutiny zařízením nabízené, z hlediska délky pobytu ve zdravotnickém zařízení

Hospitalizovaní jen po dobu jednoho týdne odpověděli na otázku týkající se doplňování tekutin mimo zařízení „ano“ na 58 položených otázkách a odpověď „ne“ zazněla 18krát. Po jednotýdenním až dvoutýdenním pobytu v zařízení reagovalo na otázku 31 jedinců odpovědí „ano“ a 11 reagovalo „ne“. Při 2-3 týdenní hospitalizaci zodpovědělo otázku jako „ano“ 14 lidí a „ne“ jen 5 osob. Osoby s pobytem delším než 3 týdny uvedly „ano“ 16krát a „ne“ 3krát.

Grafč. 65

N = 150

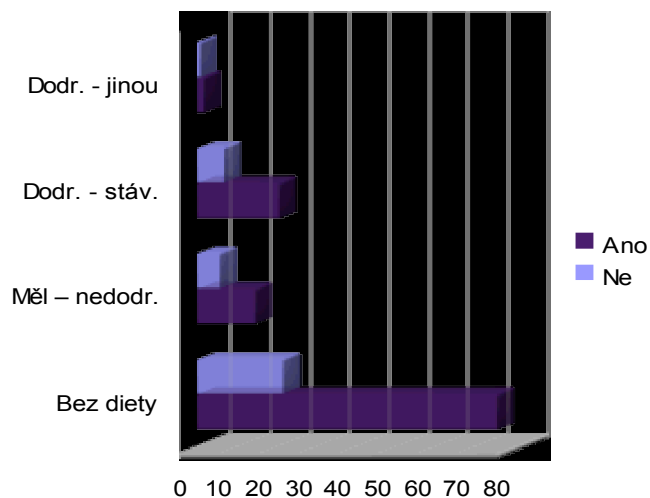


Vyhodnocení dodaných tekutin, mimo tekutiny zařízením nabízené, z hlediska předchozí zkušenosti s dodržováním dietního režimu

U hospitalizovaných přijatých se základním stravovacím režimem odpověděli respondenti na otázku 76krát „ano“ a 22krát „ne“. Jedinci, kteří jsou si vědomi, že jim před hospitalizací bylo doporučováno dodržování některého specifického nutričního režimu a i přesto na tyto doporučení nedbali, svou současnou stravu (bez ohledu na typ diety) se vyslovili 15 odpověďmi „ano“ a 6 odpověďmi „ne“. Zkušenost se stávající dietou se v reakcích tázaných mohla projevit v 21 odpovědích „ano“, a v 7 odpovědích „ne“. Na rozdíl od předešlé kategorie respondentů ve zhodnocení těch, kteří se sami již v domácím prostředí setkali s dodržováním dietního režimu, ale ve zdravotnickém zařízení jim byl změněn, jsem našla 2 odpovědi „ano“ a jednu odpověď „ne“.

Graf č. 66

N = 150



12.12 Otázka č. 17

Zjištění zda je klient ochoten si za stravu připlatit.

12.12.1. Souhrnné výsledky

Tab. č. 15 Finanční příspěvek

	Ne	Do 50 Kč	Do 100 Kč	Do 200 Kč
N = 150	125	22	3	0
%	83	15	2	0

Graf č. 67

N = 150



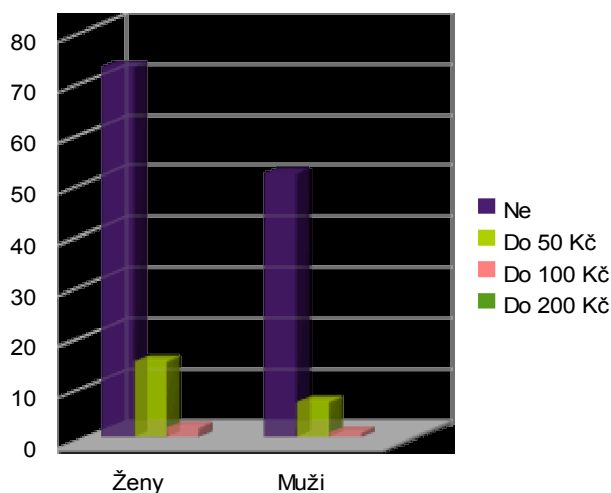
12.12.2 Dílčí výsledky

Hodnocení vnímání vzhledu stravy z hlediska rozličného pohlaví

V hodnocení k tomuto tématu vyplývá, že mezi ženami jich není ochotno přispívat finančně na stravu „ne“ 73, částku „ano - do 50 Kč“ je ochotno přispět 15 žen, částku „ano - do 100 Kč“ by si byly schopny přispět pouze 2 ženy. Respondenti muži se vyjádřili 52 krát „ne“, 7krát „ano – do 50Kč“ a jednou „ano – do 100 Kč“.

Graf č. 68

N = 150

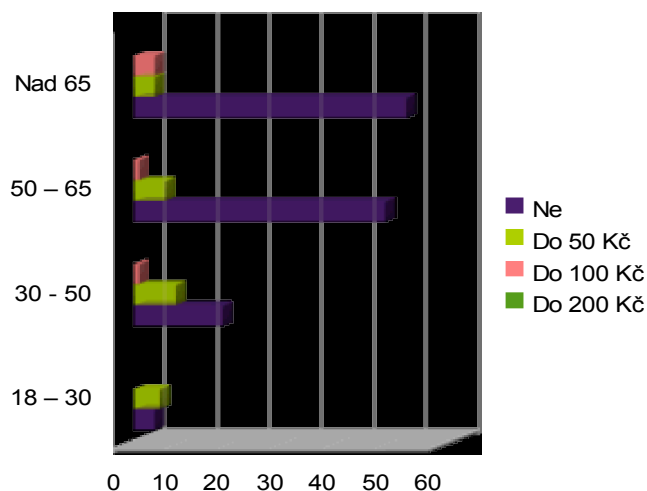


Vyhodnocení poskytnutí finančního příspěvku na stravu z hlediska věku

Ze všech dotazovaných ve věkové skupině 18-30 let se k otázce vyjádřili 4 respondenti odpovědí „ne“, 5 respondentů odpovědí „ano – do 50 Kč“ a k další nabídce se již nikdo nevyslovil. Mezi dotazovanými ve věkové skupině 30-50 let se pro odpověď „ne“ rozhodlo 17 tázaných, pro odpověď „ano – do 50 Kč“ 8 tázaných a jedna osoba pro odpověď „ano – 100 Kč“. Převážná část respondentů věkové skupiny 50-60 let posoudila odpověď na tuto otázku ve 48 případech jako „ne“ a v 6 případech jako „ano – do 50 Kč“ ale také v jednom případě jako „ano – do 100 Kč“. Výsledky ve věkové skupině nad 65 let shrnuji jako 52krát „ne“, 4krát „ano – do 50 Kč“, 4krát „ano – do 100 Kč“. Žádný z respondentů neodpověděl „ano – do 200 Kč“.

Graf č. 69

N = 150

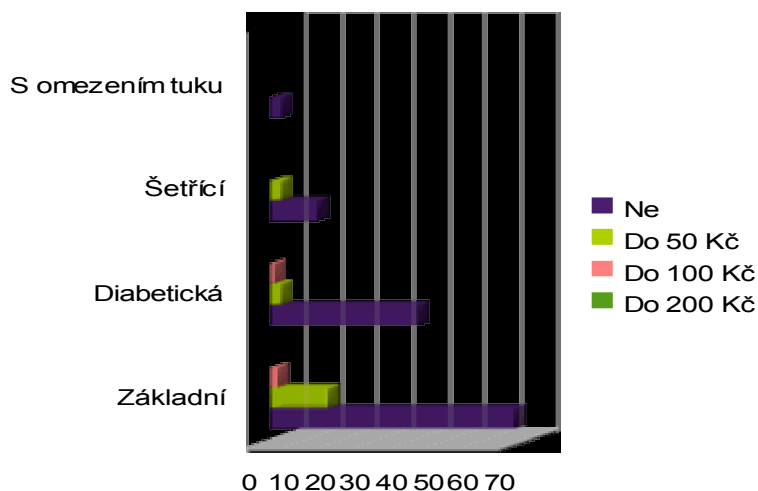


Vyhodnocení poskytnutí finančního příspěvku na stravu z hlediska dietních opatření

Při srovnání těchto dvou zodpovězených dotazů jsem zjistila, že ve skupině základního stravování zhodnotilo potřebu finančního příspěvku odpovědí „ne“ 68 osob, odpovědí „ano – do 50 Kč“ 16 osob a odpovědí „ano – do 100 Kč“ 2 osoby. Pacienti dodržující dietu diabetickou hodnotí v 41 případech potřebu finanční úhrady jako „ne“, ve 3 případech jako „ano - do 50 Kč“ a jednou „ano - do 100 Kč“. Vyhodnocení dietního režimu šetřícího vychází z údajů 13 odpovědí „ne“, 3 odpovědí „ano – do 50 Kč“. Pacienti, kterým je ordinována strava s omezením tuku shodně zvolili odpověď „ne“.

Graf č. 70

N = 150

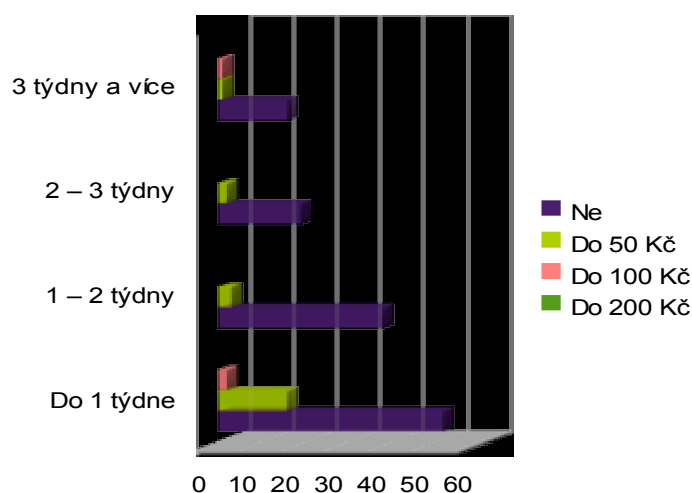


Vyhodnocení poskytnutí finančního příspěvku na stravu z hlediska délky pobytu ve zdravotnickém zařízení

Při posouzení otázky z pohledu předchozího dodržování diety určila část pacientů, kteří takovouto dietu neměli stravu 25krát jako „velmi dobrou“, 37krát jako „dobrou“, 9krát jako „vyhovující“ a 2krát jako „nevyhovující“. Pacienti, kterým byla dieta doporučena, ale v běžném životě ji nedodržovali, klasifikovali stravu 9krát jako „velmi dobrou“, 9krát jako „dobrou“, 5krát jako „vyhovující“ a pouze jednou jako „nevyhovující“. U hospitalizovaných s dietním režimem, s nímž už mají praktickou zkušenost z domácího prostředí, jsem shromáždila 17 odpovědí „velmi dobrý“, 11 odpovědí „dobrý“, 4 odpovědi „vyhovující“ a jen jednu odpověď „nevyhovující“. Pacienti, kteří mají předešlou osobní zkušenost s jinou dietou, uvedli 18 odpovědí „velmi dobrý“, jednu „vyhovující“, jednu „nevyhovující“ a žádnou z odpovědí „nevyhovující“.

Graf č. 71

N = 150



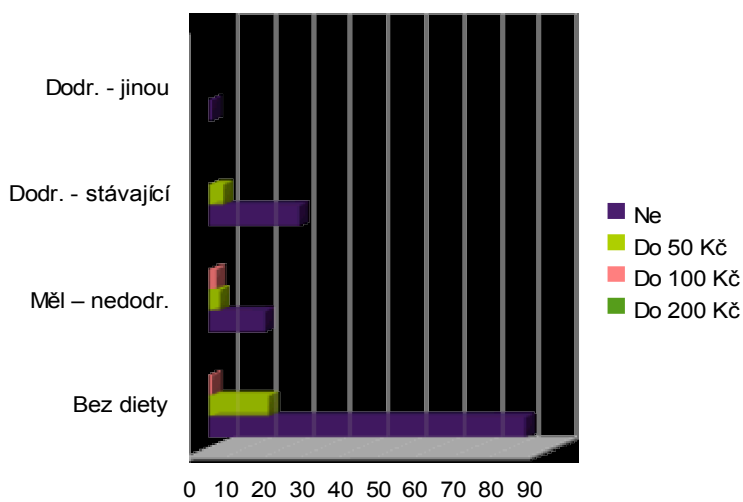
Vyhodnocení poskytnutí finančního příspěvku na stravu z hlediska předchozí zkušenosti s dodržováním dietního režimu

Při posouzení otázky z pohledu předchozího dodržování diety určila část pacientů, kteří takovouto dietu neměli stravu 25krát jako „velmi dobrou“, 37krát jako „dobrou“, 9krát jako „vyhovující“ a 2krát jako „nevyhovující“. Pacienti, kterým byla dieta doporučena, ale v běžném životě ji nedodržovali, klasifikovali stravu 9krát jako „velmi dobrou“, 9krát jako „dobrou“, 5krát jako „vyhovující“ a

pouze jednou jako „nevyhovující“. U hospitalizovaných s dietním režimem, s nímž už mají praktickou zkušenost z domácího prostředí, jsem shromáždila 17 odpovědí „velmi dobrý“, 11 odpovědí „dobrý“, 4 odpovědi „vyhovující“ a jen jednu odpověď „nevyhovující“. Pacienti, kteří mají předešlou osobní zkušenost s jinou dietou, uvedli 18 odpovědí „velmi dobrý“, jednu „vyhovující, jednou „nevyhovující“ a žádnou z odpovědí „nevyhovující“.

Graf č. 72

N = 150



DISKUSE

Na úvod bych ráda uvedla, že příprava stravy ve zdravotnických zařízeních bude vždy přísně specifická a nelze předpokládat ani očekávat, že se stane úplně srovnatelnou např. s hotelovou stravou. V nemocničním zařízení musí být vždy prvním bodem, od kterého se charakter stravy odvíjí, povědomí, že jde o plnohodnotnou, promyšlenou součást terapie a proto se tomuto přístupu musí podřizovat i některé vlastnosti stravy.

Hlavní otázkou tedy je, do jaké míry lze zajistit spokojenost s nabízenou stravou v součinnosti s dodržáním potřebného nutričního režimu a individuálními potřebami velké skupiny pacientů.

Změny nutričních doporučení pro pacienta, zdůvodněné zdravotními hledisky, nezaručují spolupráci nebo pochopení hospitalizovaného. Důvodem je individuální přisuzování pozice zdraví na žebříčku osobních hodnot (obecně se tato hodnota pohybuje vzhůru u starších osob, úměrně s vzniklými zdravotními problémy, ale u některých jedinců může tento pocit zodpovědnosti k vlastnímu zdraví chybět úplně). Proto se nevěle k dodržení doporučeného nutričního režimu může stát i důvodem k negativnímu zhodnocení nabízené stravy. (3)

Podle nejnovějších postojů nemá ale zároveň strava se specifickým stravovacím režimem, a to zvláště zdravotnického zařízení, být výhradně restriktivní (= pouze zakazující) ale má se stát (pokud je to možné) pestrou ukázkou plnohodnotné, vybalancované, chutné „nahrazující“ stravy.

Ekonomické mechanismy při plánování ovlivnění výživy nemá dbát na pozitivní krátkodobé důsledky snažení. Osoba, která bere ohled na svou budoucnost, by současně neměla nechat do své výživy zasahovat mimoekonomické přístupy.

Protože rozsah metody měření neumožňuje následné srovnání výsledků s jinými formami zjišťování kvality zdravotní péče uskutečňovanými na našem území tak je ale možnost navázat na předešlá šetření organizace a tím vytvářet časovou osu vývoje kvality poskytování nutriční péče, jako reakce na opatření přijímaná managementem zařízení.

V důsledku toho, že i data zbývajících otázek z oblasti stavu, z něž pacient vychází, neodpovídají reprezentativnímu zastoupení populace České republiky, lze je vysvětlovat pouze jako tendence ve sledovaném zařízení. A to v důsledku nezařazení sledování i jiných organizací, které by rozsahem překračovalo požadovanou velikost práce.

Z vyhodnocených údajů pocitu nasycení je patrný podíl osob s pocitem dostatečné sytosti, což může být výsledkem snížené pohybové aktivity v průběhu hospitalizace. Vyšší podíl lidí bez pocitu sytosti, který jsem zaznamenala u skupiny diet diabetických a šetřících, u skupiny pacientů nad 65 let, hospitalizovaných po dobu do 1 týdne a skupin pacientů, která dietní režim v přešlém období neměla nebo nedodržovala.

U negativnějšího hodnocení u skupin pacientů, které se nesetkaly v běžném životě s reálnou změnou pocitu chutí, ke kterým diety vedou, vycházím z předpokladu „oprávněnosti“ kladnějšího vyhodnocení stravy bez dietního onemocnění od předepsané stravy, na kterou dosud nebyl zvyklý. Jednou z příčin může být i vztah z dřívější zkušenosti. Rizikem se pak může stát, že v důsledku toho hospitalizovaný nemocný přijímá takto předepsanou stravu ve velmi omezeném množství, anebo ji dokonce nepřijímal vůbec. Výsledná situace pak může být ta kdy takto „správně“ navržená dieta pak vede k nedostatečné výživě a následně k prohloubení komplikací. (17)

Již v předchozích částech byla naznačena potřeba zdravého výchozího stravovacího režimu, který se týká skladby stravy, množství, vyváženosti a biologické hodnoty apod. V případech kdy pacient již před hospitalizací staví na nevhodných stravovacích základech (stravovacích zlozvycích) podporuje v období nemoci další stravovací chyby a ztěžuje schopnost přijímat stravu s dietním režimem včetně terapie.

Vzhledová stránka stravy je obecně hodnocena velmi pozitivně, zvláště pak ženami, osobami staršími. U starších osob může být původcem jejich kladného přístupu častá sociální izolace, která se může projevat i na úpravě vlastního pokrmu. V rozdílné hodnocení patrné mezi skupinou se základním dietním režimem a ostatními režimy může mít původ například v technologické úpravě, která je součástí předepsaného režimu. Dietní omezení je důležité volit s

ohledem na riziko nedostatečné výživy. Obecné doporučení pro charakter stravy lze složit z její pravidelnosti, chutnosti a lákavosti na pohled, nepřilísném omezování výběr pokrmů a surovin. Forma konzistence má být až poté uzpůsobena možnostem a potřebám pacienta.

Chuťové vlastnosti jsou podrobeny vyšší kritice u mužů, ale dál se neodvíjí od věku, typu diety, doby hospitalizace ani zkušeností s dietním režimem. Při vyhodnocování můžeme předpokládat jako jednu z negativních příčin hodnocení, pocit neslanosti, který byl také často zmiňován v rozhovorech k jednotlivým tématům. Výhrady mohou vznikat na základě údajů o obecně větší spotřebě soli, která neodpovídá nutričním doporučením ale je běžná v domácím i veřejném stravování a proto není takto upravována v nemocničních zařízeních. Pokud pacient i přesto vyžaduje jídlo slanější, mělo by mu být umožněno dosolení na oddělení těsně před konzumací.

K podpoře chuti k jídlu je možné doporučit systematické zvyšování a kombinování různých typů motivací a uvádění do souvislostí

Při vyhodnocování výsledků poskytnutých staršími pacienty musíme zohlednit změnu vnímání chutě stravy v důsledku fyziologických změn a tyto informace by pak měly být využity při plánování preventivního přístupu k malnutrici. Tento faktor se ale ve sledování neprojevil.

Na správný přístup zařízení v tvorbě jídelníčku může ukazovat kladné hodnocení pestrosti jak u pacientů se základním dietním omezením tak především u pacientů s ostatními dietními režimy.

Za zásadní otázku považuji otázku míry zkonsumované stravy, která byla sledována společně se spokojeností se stravou jako součást monitoringu rizika malnutrice na pracovištích Fakultní Thomayerovy nemocnice v roce 2003 a 2004.

Sledovaná skupina respondentů je rozsahem menší než zmiňovaná ale i přesto se výsledky výrazně neliší. Nutné je z hlediska rizika malnutrice dále sledovat fakt, že největší podíl konzumace pouhé jedné třetiny a čtvrtiny je u skupiny pacientů ve věku nad 65 let a pacientů hospitalizovaných 3 a více týdnů. Číslo rizika malnutrice by neměla být splňována úplnou konzumací plnohodnotných diet nabízených v odborných zařízeních (tedy 9,2,...)

Dalším bodem, na který jsem zaměřila pozornost je nedostatečný příjem tekutin a to opět hlavně ve skupině seniorů nad 65 let, který může být následně spojován s uváděnými komplikacemi. Je možné zvážit souvislost s následující otázkou, která značí vysokou potřebu doplňování tekutin např. blízkou osobou.

I když se předpokládá, že výhrady v hodnocení kvality stravy nebudou zásadní u pacientů přicházejících do zařízení plánovitě jen na krátkou dobu, ač má i tato doba vliv na vývoj léčby. Dále může otázka ukázat, že jsou na místě požadavky pacientů a blízkých i při krátkodobém příjmu (hlavně ve stavu akutního stresu, kdy může dojít ke ztrátě svaloviny až 1 kg denně), které jsou potlačovány přístupem personálu například v tvrzení: „Hospitalizace je krátká, proto nemá ani cenu začít řešit výživu – pacient se rozjí doma nebo jinde“. Avšak při opakovaném překládání z oddělení na oddělení mohou být následky dalekosáhlé. Se zvyšující se účinností některých léčebných metod je také možné vysledovat zkracující se potřebu hospitalizace a s ní potřebu požadavku předpisu speciálních diet na rozdíl od potřeby včasného zahájení správné nutriční podpory.

Příkladem může být terapie žaludečních vředů dříve probíhající po řadu týdnů, založenou na podávání sedativ a diety a dnes nahrazenou účinnou medikamentózní léčbou a následnou ambulantní léčbou bez nutnosti speciální diety.

Nesmím opomenout, že vzhledem k provádění sledování v jednom zařízení a k nedostatku času pro rozsáhlejší sběr dat jsou výsledky pouze orientační a mohou se v jiných zařízeních lišit (a to i významně), vlivem velkého množství přispívajících faktorů (př. organizace systému, rozsahu poskytované péče, použití sezónních surovin apod.). Naopak v rámci velikosti souboru je možno zobecnit otázky, které naznačují některé preference a postoje pacientů k výživě a to jak v primární tak sekundární terapii (př. příčina nezkonzumování celé porce, dodržování dietního režimu před hospitalizací). Forma dotazníkového průzkumu může být následně použita jako před výzkum a sloužit k ne/potvrzení efektivnosti nástrojů a znění jednotlivých otázek monitoringu

Závěr

V bakalářské práci jsem popsala rysy kvality stravování ve zdravotnickém zařízení včetně jejího postavení, úlohy a následků. V závěru bakalářské práce bych chtěla vyzdvihnout důležitost a zdůraznit způsob hodnocení kvality stravování v zdravotnickém zařízení.

Dle mého názoru je velmi důležité stanovení vhodných cílů, vzít v úvahu možná rizika, rozlišit možné příčiny, na které má být následně brán zřetel. Odpovědnost za kvalitu poskytované péče je součástí práce, jak vrcholového managementu v podobě řízení, tak nižších pracovních pozic v podobě provádění péče. Sledování kvality by mělo být součástí rozpoznávání rizik, konkurence schopnosti poskytování péče a hlavně známkou, že poskytovaná péče je dostatečná.

Pracovníci oddělení léčebné výživy budou mít pro tyto body podklady, pokud budou znát reakce svých pacientů. Tímto nástrojem se právě může stát sledování spokojenosti s kvalitou stravy z různých úhlů.

Z bakalářské práce vyplývá náročnost uspokojení potřeb pacientů, která požaduje od zaměstnanců zařízení nalezení rovnováhy mezi odbornými znalostmi, možnostmi zařízení, znalost chodu oddělení a možnostmi náprav vzniklých situací. Pokud není možné uspokojit požadavky pacientů, má být zdravotník schopen komunikovat se svým protějškem o možnostech nápravy.

Při zpracování tohoto tématu jsem dospěla k názoru, že mnoho nezbytných informací na základě kterých je možné vytvářet předpoklady a doporučení je možné získat rozhovorem s oběma zúčastněnými stranami.

Doprovodným efektem sledování kvality nejen stravování, má být pro respondenty vědomí, že jsou pak údaje následně efektivně využity včetně projevu, zájmu o tuto problematiku a to nejen proto, že je prováděn průzkum ale i našeho zájmu k řešení problému.

Součástí jednotlivého postupu sledování kvality stravy prostřednictvím spokojenosti pacientů považuji za nejzásadnější úsek provádění právě přímý

kontakt personálu s pacienty a odbornou připravenost včetně znalosti chodu stravovacího provozu. Pokud je tazatel odborně připraven či veden, měl by být schopen v průběhu sběru reagovat a oddělovat reakce, které mohou zkreslovat celkový výsledek.

V současnosti, kdy je kladen důraz na snižování finančních nákladů musí být nalezena citlivá hranice mezi úrovní poskytované péče, finanční zátěží a vlivem na zdraví. Každý z uváděných faktorů nese rizika z různých prostředí, proto také ke svému řešení vyžaduje multioborový přístup.

Dle mého názoru by v současné i budoucí době měla snaha o zlepšování kvality poskytování nejen stravy využít měnícího se akreditačního prostředí a změn požadavků a cílů společnosti. Příslibem může být rostoucí hodnota nejen pro jedno zařízení ale i pro nastavení obecných přístupů a forem sledování a to i přes snižování rozpočtů a omezování počtu zaměstnanců.

Souhrn

Tato bakalářská práce spočívala v seznámení se tématem spokojenosti pacientů s kvalitou stravy v nemocničních zařízeních. V teoretické části byl vymezen historický vývoj sledování kvality a dietního systému, definována kvalita, výživa, nemocniční léčebná výživa, malnutrice, dehydratace. Dále zde byly uvedeny faktory regulující přípravu stravy. Pro zaměstnance zdravotnického zařízení, kteří se účastní poskytování nutriční péče, je zpracován aktuální rámec praxe. Následně jsou pacienti seznámeni s doporučeními pro stravování mimo hospitalizaci.

V praktické části bylo provedeno dotazníkové šetření spočívající na základě řízených rozhovorů s pacienty FNKV, z kterých byla shromážděna potřebná data. Data byla zpracována tak aby mohla svědčit o aktuální úrovni nutriční péče poskytované zařízením a mohla do budoucna naznačovat možnosti nápravy.

Summary

This bachelor work lied in getting to know the topic about satisfaction of patients with quality of meals in hospital. In this theoretical part there was historical development of observation of quality and diet system – defined quality, nutrition, nutrition vonnected with treatment in hospitals, malnutrition, dehydration. Then there were mentioned factors regulating preparing of meals. For employees of medical system, who take part in providing health care, there is made an actual view of practice. Then the patients get to know recommendation for catering out of hospital.

In the practical part there was a questionnare research lying on the basis of quided interviews with patients of FNKV, from which all data needed were collected. The data were done to be able to talk about level of nutrition care provided by the facilities and to be able to show ways of remedy for future.

Seznam zkratek

- CAF** – Společný hodnotící rámec (anglicky Common Assessment Framework)
- CNS** – Centrální nervová soustava
- EFQM** - Evropská nadace pro management kvality anglicky European Foundation for Quality Management
- ESPEN** – Evropská společnost pro parenterální a enterální výživu (anglicky The European Society for Clinical Nutrition and Metabolism)
- EV** – Enterální výživa
- FNKV** – Fakultní nemocnice Královské Vinohrady
- GIT** - Gastro intestinální trakt
- HACCP** - Analýza nebezpečí a kritické (anglicky Hazard Analysis and Critical Control Points)
- ISO** - Mezinárodní organizace pro normalizaci (anglicky International Organization for Standardization)
- kcal.** - Kilokalorie
- MK** – Mastné kyseliny
- MZ ČR** - Ministerstvo zdravotnictví České Republiky
- NJS** - Naso-jejunální sonda
- n – 3** - Omega 3 nenasycené mastné kyseliny
- n – 6** - Omega 6 nenasycené mastné kyseliny
- OLVS** - Oddělení léčebné výživy a stravování
- PEG** - Perkutánní Endoskopická Gastrostomie
- pH** - potenciál vodíku (anglicky potential of hydrogen)
- PV** - Parenterální výživa
- Sb.** - Sbírnka zákonů
- STAPRO** – Informační systém stravovacích provozů pro zdravotnická zařízení
- UNIS** – Univerzální Nemocniční Informační Systém
- WHO** -Světová zdravotnická organizace (anglicky World Health Organization)

Seznam použité literatury

Tištěné publikace:

(1) ANDĚL, M., BENEŠ, P., *Výživa nemocných v těžkých stavech*. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1999. ISBN 80-7013-271-X, s.13 – 20, 78, 87 -88

(2) BRODANOVÁ, M., ANDĚL, M., *Infuzní terapie, parenterální a enterální výživa*. Praha: Grada Publishing, a. s., 1994. ISBN 80-85623-60-9 s. 17,30 -31, 47 - 48,54 -55, 81, 120 -122, 148-150

(3) FRAŇKOVÁ, S., DVOŘÁKOVÁ-JANŮ, V., *Psychologie výživy a sociální aspekty jídla*. Praha Nakladatelství Karolinu, 2003 ISBN 80-246-0548-1, s. 71-73, 75-76, 89, 92, 96-99, 104-108, 113-114, 117-118, 120-126, 130-135, 148-154

(4) GROFOVÁ, Z., *Nutriční podpora praktický rádce pro sestry*. Praha: Grada Publishing, a. s., 2007. ISBN 978-80-247-1868-2 s. 45-50

(5) KOHOUT, P., *Dokumentace a hodnocení nutričního stavu pacientů*. Praha: Maxdorf, 2004. ISBN 80-7345-030-5, s. 6 -7, 18-25

(6) KOHOUT, P., KOTRLÍKOVÁ, E. *Základy klinické výživy*. Praha: agentura KIRGL, 2005. ISBN 80-86912-08-6 s. 33-42, 47, 59

(7) MADAR, J., et al. *Řízení kvality ve zdravotnickém zařízení*. Praha: Grada, 2004. ISBN 80-247-0585-0 s.27-35

(8) STARNOVSKÁ, T., *Výživa hospitalizovaných pacientů/ klientů*. Praha: Galén, 2008. ISBN 978-80-7262-596-3, s. 5-19, 25, 30

(9) SVAČINA, Š., et al. *Klinická dietologie*. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-2256-6 s.63-64, 67, 70-71

(10) SVAČINA, Š., et al. *Poruchy metabolismu a výživy*. Praha: Galén, 2010.
ISBN 978-80-7262-676-2 s. 329-334

(11) ZADÁK, Z., *Výživa v intenzivní péči*. Praha: Grada Publishing. a. s., 2002.
ISBN 80-247-0320-3, s.97-99, 102-103

článek v tištěném časopise v češtině:

(12) HRBKOVÁ, D., *Hodnocení stavu výživy dospělých nemocných ve FN Brno*.
Nemocniční listy FN Brno, 2005, roč. 3, č. 3, s.19-20

(13) KHAUEROVÁ, I., *Činnost nutričních terapeutů v akreditovaném
zdravotnickém zařízení*. Diagn. Ošetřovatel., 2005, č. 2, s. 96-97

(14) KOZÁKOVÁ, S., RYPÁČKOÁ, J., KVAPIL, M., *Nutriční profil nemocných
přijímaných na interní kliniku FN v Motole*. Klinická výživa a metabolická péče u
těžce nemocných, 2000, 16. vědecký kongres SPEVIMP ČSL JEP, s.78

(15) STARNOVSKÁ, T., *Specifika výživy v gerontologii*. Jihočeská konference
nelékařských zdravotnických pracovníků, 2009, s. 92-94

(16) BRÁZDOVÁ, Z., *Výživová doporučení pro Českou republiku. Výživová
doporučení pro Českou republiku na počátku 21. století*, 1995, s.5,12

(17) SOBOTKA, L., *Význam nutriční podpory a správného dietního systému
během onemocnění*. Zdrav. Nov. ČR, 2007, roč. 56, s. 10-11

článek v časopise v angličtině:

(18) MEIER, R., et al. *Prevalence of undernutrition on admission to Weiss
hospitals*. Clinical Nutrition, 2010, vol. 29, p. 38-41

internetové zdroje – databáze, CD rom:

(19) <http://www.zdn.cz/clanek/priloha-lekarske-listy/vyznam-nutricni-podpory-a-spravneho-dietniho-systemu-behem-onemo-310102>

(20) http://www.vzp.cz/uploads/document/PDF/VZP_svet_pojistence_komplet_.pdf

(21) <http://www.cpzp.cz/clanek/109-0-O-vyzive-senioru.html> : čerpáno z BENCKO, Vladimír. , et al. Hygiena – učební texty k seminářům a praktickým cvičením. 2. vydání. Praha. 2002. ISBN 80-7184-551-5

(22) http://www.rescue112.cz/index.php?option=com_kunena&Itemid=87&func=view&catid=20&id=54

(23) <http://www.czechmed.cz/etika-v-podnikani/53-etika-ve-zdravotnictvi-z-pohledu-pacientu> Etika v podnikání Etika ve zdravotnictví z pohledu pacientů

(24) RAITER, T., : *Měření kvality zdravotní péče prostřednictvím spokojenosti pacientů*. [on-line]. Praha: MZ ČR, 2010. Dostupnost z www: <http://portalkvality.mzcr.cz/Pages/5-Mereni-kvality-zdravotni-pece-prostrednictvim-spokojenosti-pacientu.html>

(25) Lékařské informační centrum, Agentura INRES – SONES. *Výzkum názorů občanů ČR na problematiku zdravotnictví*. [CD-ROM]. Praha : Lékařské informační centrum, Agentura INRES – SONES, 2006 [cit.14.8.2010]

(26) http://www.linkos.cz/pacienti/vyziva_old.php?t=1

(27) <http://www.foodservice.cz/celove-stravovani/dalsi-z-cest-zajistetni-stravy->

dodavatelsky.htm

(28) <http://knihabezpeci.mzcr.cz/Pages/70-Po-prijeti-do-nemocnice.html>

(29) http://www.lidovky.cz/nemocnice-preje-dobrou-chut-dpk-/ln_noviny.asp?c=A100507_100004_ln_noviny_sko&klic=236825&mes=100507_1

(30) <http://www.kr-vysocina.cz/hodnoceni-pestrosti/d-4003840/p1=36578>

(31) http://www.wikiskripta.eu/index.php/Hygienick%C3%A9_po%C5%BEdavky_na_spole%C4%8Dn%C3%A9_stravov%C3%A1n%C3%AD

(32) <http://www.czechmed.cz/etika-v-podnikani/53-etika-ve-zdravotnictvi-z-pohledu-pacientu> Etika v podnikání Etika ve zdravotnictví z pohledu pacientů

Seznam obrázků, tabulek a grafů

Tab. č. 1 **Příčiny hladovění jako důsledku terapeutických postupů**

Tab. č. 2 **Záznamový arch dotazníku se zaměřením na zjištění spokojenosti pacientů s kvalitou stravy**

Tab. č. 3: **Pocit nasycení**

Tab. č. 4: **Vzhled stravy**

Tab. č. 5: **Chut'ový vjem**

Tab. č. 6: **Vnímání pestrosti**

Tab. č. 7: **Vnímání teploty**

Tab. č. 8: **Množství snědeného jídla**

Tab. č. 9: **Příčina nezkonzumování stravy**

Tab. č. 12: **Příjem tekutin**

Tab. č. 13: **Zastoupení nápojů**

Tab. č. 14: **Doplnění tekutin**

Graf č. 1 **Souhrnné výsledky otázky č. 6**

Graf č. 2 **Vyhodnocení pocitu nasycení z hlediska rozličného pohlaví**

Graf č. 3 **Vyhodnocení pocitu nasycení z hlediska věku**

Graf č. 4 **Vyhodnocení pocitu nasycení z hlediska dietních opatření**

Graf č. 5 **Vyhodnocení pocitu nasycení délky pobytu ve zdravotnickém zařízení**

Graf č. 6 **Vyhodnocení pocitu nasycení z hlediska předchozí zkušenosti s dodržováním dietního režimu**

Graf č. 7 **Souhrnné výsledky otázky č. 7**

Graf č. 8 **Vyhodnocení vnímání vzhledu stravy z hlediska rozličného pohlaví**

Graf č. 9 **Vyhodnocení vnímání vzhledu stravy z hlediska věku**

Graf č. 10 **Vyhodnocení vnímání vzhledu stravy z hlediska dietních opatření**

Graf č. 11 **Vyhodnocení vnímání vzhledu stravy z hlediska délky pobytu ve zdravotnickém zařízení**

Graf č. 12 **Vyhodnocení vnímání vzhledu stravy z hlediska předchozí zkušenosti s dodržováním dietního režimu otázky**

- Graf č. 13 **Souhrnné výsledky otázky č. 8**
- Graf č. 14 **Vyhodnocení chuťových vlastností z hlediska rozličného pohlaví**
- Graf č. 15 **Vyhodnocení chuťových vlastností z hlediska věku**
- Graf č. 16 **Vyhodnocení chuťových vlastností z hlediska dietních opatření**
- Graf č. 17 **Vyhodnocení chuťových vlastností z hlediska délky pobytu ve zdravotnickém zařízení**
- Graf č. 18 **Vyhodnocení chuťových vlastností z hlediska předchozí zkušenosti s dodržováním dietního režimu**
- Graf č. 19 **Souhrnné výsledky otázky č. 9**
- Graf č. 20 **Vyhodnocení pestrosti stravy z hlediska rozličného pohlaví**
- Graf č. 21 **Vyhodnocení pestrosti stravy z hlediska věku**
- Graf č. 22 **Vyhodnocení pestrosti stravy z hlediska dietních opatření**
- Graf č. 23 **Vyhodnocení pestrosti stravy z hlediska délky pobytu ve zdravotnickém zařízení**
- Graf č. 24 **Vyhodnocení pestrosti stravy z hlediska délky pobytu ve zdravotnickém zařízení**
- Graf č. 25 **Souhrnné výsledky otázky č. 10**
- Graf č. 26 **Vyhodnocení stupně teploty stravy z hlediska rozličného pohlaví**
- Graf č. 27 **Vyhodnocení stupně teploty stravy z hlediska věku**
- Graf č. 28 **Vyhodnocení stupně teploty stravy z hlediska dietních opatření**
- Graf č. 29 **Vyhodnocení stupně teploty stravy z hlediska délky pobytu ve zdravotnickém zařízení**
- Graf č. 30 **Vyhodnocení stupně teploty stravy z hlediska předchozí zkušenosti s dodržováním dietního režimu**
- Graf č. 31 **Souhrnné výsledky otázky č. 11**
- Graf č. 32 **Vyhodnocení množství stravy z hlediska rozličného pohlaví**
- Graf č. 33 **Vyhodnocení množství stravy z hlediska věku**
- Graf č. 34 **Vyhodnocení množství stravy z hlediska dietních opatření**
- Graf č. 35 **Vyhodnocení množství stravy z hlediska délky pobytu ve zdravotnickém zařízení**
- Graf č. 36 **Vyhodnocení množství stravy z hlediska předchozí zkušenosti s dodržováním dietního režimu**

Graf č. 37 Souhrnné výsledky otázky č. 12

Graf č. 38 Vyhodnocení příčiny odmítnutí stravy z hlediska rozličného pohlaví

Graf č. 39 Vyhodnocení příčiny odmítnutí stravy z hlediska věku

Graf č. 40 Vyhodnocení příčiny odmítnutí stravy z hlediska dietních opatření

Graf č. 41 Vyhodnocení příčiny odmítnutí stravy z hlediska délky pobytu ve zdravotnickém zařízení

Graf č. 42 Vyhodnocení příčiny odmítnutí stravy z hlediska předchozí zkušenosti s dodržováním dietního režimu

Graf č. 43 Souhrnné výsledky otázky č. 13

Graf č. 44 Vyhodnocení dodané stravy, mimo stravu zařízením nabízenou, z hlediska rozličného pohlaví

Graf č. 45 Vyhodnocení dodané stravy, mimo stravu zařízením nabízenou, z hlediska věku

Graf č. 46 Vyhodnocení dodané stravy, mimo stravu zařízením nabízenou, z hlediska dietních opatření

Graf č. 47 Vyhodnocení dodané stravy, mimo stravu zařízením nabízenou, z hlediska délky pobytu ve zdravotnickém zařízení

Graf č. 48 Vyhodnocení dodané stravy, mimo stravu zařízením nabízenou, z hlediska předchozí zkušenosti s dodržováním dietního režim

Graf č. 49 Souhrnné výsledky otázky č. 14

Graf č. 50 Vyhodnocení příjmu tekutin z hlediska rozličného pohlaví

Graf č. 51 Vyhodnocení příjmu tekutin z hlediska věku

Graf č. 52 Vyhodnocení příjmu tekutin z hlediska dietních opatření

Graf č. 53 Vyhodnocení příjmu tekutin z hlediska délky pobytu ve zdravotnickém zařízení

Graf č. 54 Vyhodnocení příjmu tekutin z hlediska předchozí zkušenosti s dodržováním dietního režimu

Graf č. 55 Souhrnné výsledky otázky č. 15

Graf č. 56 Vyhodnocení druhů nápojů z hlediska rozličného pohlaví

Graf č. 57 Vyhodnocení druhů nápojů z hlediska věku

Graf č. 58 Vyhodnocení druhů nápojů z hlediska dietních opatření

- Graf č. 59 Vyhodnocení druhů nápojů z hlediska délky pobytu ve zdravotnickém zařízení**
- Graf č. 60 Vyhodnocení druhů nápojů z hlediska předchozí zkušenosti s dodržováním dietního režimu**
- Graf č. 61 Souhrnné výsledky otázky č. 16**
- Graf č. 62 Vyhodnocení dodaných tekutin, mimo tekutiny zařízením nabízené, z hlediska rozličného pohlaví**
- Graf č. 63 Vyhodnocení dodaných tekutin, mimo tekutiny zařízením nabízené, z hlediska věku**
- Graf č. 64 Vyhodnocení dodaných tekutin, mimo tekutiny zařízením nabízené, z hlediska dietních opatření**
- Graf č. 65 Vyhodnocení dodaných tekutin, mimo tekutiny zařízením nabízené, z hlediska délky pobytu ve zdravotnickém zařízení**
- Graf č. 66 Vyhodnocení dodaných tekutin, mimo tekutiny zařízením nabízené, z hlediska předchozí zkušenosti s dodržováním dietního režimu**
- Graf č. 67 Souhrnné výsledky otázky č. 17**
- Graf č. 68 Vyhodnocení poskytnutí finančního příspěvku na stravu z hlediska rozličného pohlaví**
- Graf č. 69 Vyhodnocení poskytnutí finančního příspěvku na stravu z hlediska věku**
- Graf č. 70 Vyhodnocení poskytnutí finančního příspěvku na stravu z hlediska dietních opatření**
- Graf č. 71 Vyhodnocení poskytnutí finančního příspěvku na stravu z hlediska délky pobytu ve zdravotnickém zařízení**
- Graf č. 72 Vyhodnocení poskytnutí finančního příspěvku na stravu z hlediska předchozí zkušenosti s dodržováním dietního režimu**

Seznam příloh

Příloha č. 1: Součást záznamového archu dotazníku se zaměřením na zjištění spokojenosti klientů s kvalitou stravy

Příloha č. 2: Doporučená úprava dietního systému z roku 1991.

Příloha č. 3: Přehled diet ve FNKV.

Příloha č. 4: Ukázka Ošetřovatelského standardu pro stravování nemocných ze zdravotnického zařízení obdobného typu jako zařízení sledované.

Příloha č. 5: Ukázka formuláře pro dodržení pestrosti stravy ve veřejném stravování bez dietního omezení

Přílohy

Příloha č. 1: Součást záznamového archu dotazníku se zaměřením na zjištění spokojenosti klientů s kvalitou stravy

<i>Otázka</i>	<i>Nabízená odpověď</i>
1. Rozlišení pohlaví.	Muž Žena
2. Začlenění do vymezených věkových kategorií.	18 - 30 31 - 50 51 - 65 Nad 65
3. Zařazení do skupin základních dietních opatření.	Dieta základní Diety diabetické Diety šetřící Diety s omezením tuků
4. Zařazení do vymezených kategorií v souvislosti s délkou pobytu ve zdravotnickém zařízení.	Do 1 týdne 1 – 2 týdny 2 – 3 týdny 3 a více týdnů
5. Zkušenost s dodržováním dietního režimu před hospitalizací.	Neměl dietu Měl dietu, ale nedodržoval Dodržoval stávající Dodržoval jinou
6. Subjektivní rozlišení pocitu nasycení	Ano

<i>Otázka</i>	<i>Nabízená odpověď</i>
v průběhu hospitalizace.	Ne Občas
7. Subjektivní vnímání vzhledu nabízené stravy.	Velmi dobrý Dobrý Vyhovující Nevyhovující
8. Zařazení stravy do kategorií podle subjektivně vnímaných chuťových vlastností.	Velmi dobrý Dobrý Vyhovující Nevyhovující
9. Subjektivní vnímání pestrosti nabízené stravy.	Velmi dobrý Dobrý Vyhovující Nevyhovující
10. Zařazení stravy do kategorií dle různého subjektivně vnímaného stupně teploty v době podávání.	Vyhovující Příliš studené Příliš teplé
11. Jakou část nabízené porce klient obvykle zkonsumuje anebo zdali by ještě nějakou část zkonsumoval.	Celé Jednu polovinu Jednu třetinu Jednu čtvrtinu Porce je příliš malá
12. Jaká je nejčastější příčina nezkonsumování celé nabídnuté porce stravy.	Žádný/ Již jsem syt Nechutná Mechanicky nezpracuji

Otázka

Nabízená odpověď

13. Využívání klienta možnosti doplnění příjmu stravy mimo zdravotnické zařízení osobami blízkými a rozlišení potravinové skupiny, která je přinášena.

Nevhodné prostředí

Nevhodná poloha

Nic

Ano - ovoce

Ano - zelenina

Ano - mléčné výrobky

Ano - sladkosti

Ano - pečivo

Ano - mastné výrobky

Ano - jiné

14. Zhodnocení dostatečnosti příjmu tekutin.

Dostatek

Nedostatek

15. Zhodnocení kvality zastoupených druhů nápojů.

Vyhovující

Nevyhovující

16. Využívání klienta možnosti doplnění nápojů osobami mimo zdravotnické zařízení a rozlišení skupin nápojů, které jsou přinášeny.

Ano

Ne

17. Zjištění zda je klient ochoten si za stravu připlatit.

Ne

Ano – do 50 Kč

Ano – do 100 Kč

Ano – do 200 Kč

Příloha č. 2: Doporučená úprava dietního systému z roku 1991

Přehled diet v doporučené úpravě 1991

Dieta č.	kJ	bílkoviny g	tuky g	sacharidy g	vit.C mg
O-S-čajová					
O-S.standard	6.000	60	45	200	50
O-ND-nutričně definovaná	8.000				
	-12.000				
1-kašovitá šetřící	9.500	80	70	320	90
2-šetřící	9.500	80	70	320	90
3-základní	9.500	80	70	320	90
4-s omezením tuku	9.500	80	55	360	90
5-s omezením zbytků	9.500	80	70	320	90
6-s omezením proteinů	9.500	50	70	350	90
8-redukční	5.300	75	40	150	90
9-diabetická					
9-175	6.150	75	50	175	90
9-225	7.400	75	60	225	90
9-275	9.000	75	80	275	90
9-325	10.200	85	85	325	90
10-neslaná šetřící	9.500	80	70	320	90
11-výživná	12.000	105	80	420	100
12-batolecí	5.500	45	40	190	50
13-pro děti předškol. věku	7.000	60	55	230	50
13-S-pro děti mladšího školního věku	8.800	75	65	300	90
14- jiné dietní předpisy dle rozpisu lékaře					

Speciální diety

4-S – s přísným omezením tuku

9-S- diabetická šetrící (obsah KJ, B, T- sacharidů jako u ostatních diabetických diet)

Standardizované dietní předpisy

Dieta bezlepková

Dieta při akutní pankreatitidě

Dieta při chronické pankreatitidě (20 g bílkovin, 25 g bílkovin)

Příloha č. 3: Přehled diet ve FNKV.

Přehled diet ve FNKV

Zkratka a číslo diet	Název diety	Charakteristika a indikace	Poznámka
OS	Čajová	Akutní stádia a po operacích	Pouze čaj, vaří si samo oddělení
1A	Pooperační	Obvykle se používá po OS	Čistý bujón, pouze na oběd a večeři
1B	Pooperační	Neplohodnotná strava určená pro pacienty v po operačním	Snídaně: zakysané mléčné nápoje, oběd: mixovaná strava v šetřící úpravě, večeře: pudink
1C	Pooperační	Téměř plnohodnotná, ale jednotvárná strava, lze ji ordinovat pouze přechodnou	Kašovitá šetřící úprava, snídaně: tou slovy chléb s Florou, oběd: mixovaná polévka, masová haše, bramborová kaše, večeře: sladké kaše
1D	Pooperační, bezvezýtková	Plnohodnotná strava s vyloučením nestravitelných	Šetřící úprava, zelenina mixovaná, místo ovoce ovocné přesnídávky
2	Šetřící	Plnohodnotná strava, pro pacienty s funkční dyspepsií, chronickými gastritidami, vředovými chorobami žaludku a dvanáctníku s chronickými	Šetřící úprava, nenadýmavá strava, vhodně volené druhy zeleniny, ovoce a koření
2D	Šetřící dermatologická	Plnohodnotná strava určená pro pacienty s alergiemi a kožními reakcemi	Šetřící úprava, takřka bez koření, užívané pouze omezené druhy potravin
PÓR	Porodnická, šetřící	Plnohodnotná strava s šetřící úpravou, pro pacientky po porodu, v období šestinedělí a	Šetřící úprava, nenadýmavá strava, vhodně volené druhy zeleniny, ovoce a koření, s přídatkem mléčných výrobků
3	Základní	Plnohodnotná strava bez	Nutričně vyvážená racionální strava
3D	Základní pro adolescenty	Plnohodnotná strava bez omezení	Nutričně vyvážená strava se zvýšenou gramáží pečiva pro adolescenty v období růstu
3HEM	Základní hematologická	Plnohodnotná strava pro hematologické pacienty	Nutričně vyvážená strava s vyloučením některých druhů potravin (jogurtové kultury, zrající sýry, neloupatelné ovoce, syrová zelenina)
4	S omezením tuků	Plnohodnotná strava pro pacienty s chorobami žlučníku, jater a slinivky břišní	Šetřící úprava, nenadýmavá strava s omezením tuků a vhodně volenými druhy zeleniny, ovoce a koření
6	S omezením bílkovin	Dieta pro pacienty s poruchou funkce ledvin, s omezením bílkovin na 50g / den	Strava s vhodným výběrem potravin a s omezenou gramáží masa, vajec a mléčných výrobků
S/35	S omezením bílkovin	Dieta pro pacienty s poruchou funkce ledvin, s omezením bílkovin na 35g / den	Neplohodnotná strava s vhodným výběrem potravin a s omezenou gramáží vajec, mléčných výrobků a vyloučením masa, bez polévek
S/35 dia	S omezením bílkovin	Dieta pro pacienty s poruchou funkce ledvin, s omezením bílkovin na 35g / den	Neplohodnotná strava s vhodným výběrem potravin a s omezenou gramáží vajec, mléčných výrobků a vyloučením masa, diabetická varianta
8	Redukční	Dieta pro pacienty s potřebou redukce hmotnosti	Redukční strava vhodná i pro diabetiky, bez polévek, průměrná energetická hodnota 6000 kJ
S 4.2	Přísně redukční	Dieta pro pacienty s potřebou větší redukce hmotnosti	Redukční strava z příkrmů pouze tmavý křehký chléb, obsahuje pouze maso, zeleninu a ovoce, průměrná energetická hodnota 4200 kJ
9A	Diabetická	Dieta pro diabetiky II.typu, jež potřebují zredukovat hmotnost, množství sacharidů	Redukční strava pro diabetiky, bez polévek, s nízkotučnými mléčnými výrobky
9B	Diabetická	Dieta pro diabetiky II.typu, množství sacharidů - 225 g / den	Nutričně vyvážená strava pro diabetiky s navýšeným množstvím ovoce a příkrmů, u sladkých pokrmů používána umělá sladidla
9C	Diabetická	Dieta pro diabetiky II.typu, množství sacharidů - 275 g / den	Nutričně vyvážená strava pro diabetiky s navýšeným množstvím ovoce, příkrmů a pečiva, u sladkých pokrmů používána umělá sladidla
9D	Diabetická	Dieta pro diabetiky II.typu, množství sacharidů - 325 g / den	Nutričně vyvážená strava pro diabetiky s navýšeným množstvím ovoce, příkrmů a pečiva, u sladkých pokrmů používána umělá sladidla
95	Diabetická šetřící	Dieta pro diabetiky s vlekými poruchami trávicího systému, poruchami sekrece, chronickými vředovými chorobami žaludku a dvanáctníku	Šetřící úprava pro diabetiky, nenadýmavá strava s omezením tuků a vhodně volenými druhy zeleniny, ovoce a koření
9P	Diabetická s omezením bílkovin	Dieta pro diabetiky s přidruženými chorobami ledvin	Šetřící diabetická úprava s omezením bílkovin na 50g/den

9B HEM, 9C HEM	Diabetické varianty hemato logických diet	Diabetické varianty pro hematoonkologické pacienty	Nutričně stejně vyvážené jako všechny varianty diabetických diet, s vyloučením některých druhů potravin (jogurtové kultury, zrající sýry, neloupatelné ovoce, syrová zelenina)
T,T9	Transplantační dieta a její diabetická forma	Varianty pro hematoonkologické pacienty po transplantaci	Přísnější druh hematologických diet
POP	Popelen i nová	Dieta se zvýšeným obsahem energie a bílkovin	Nutričně vyvážená dieta, převážně šetřící technologické úpravy, strava obsahuje speciální druhy polévek se zvýšenou gramáží masa, dále zvýšený obsah bílkovin ormov druhých večeří a přísadkem mléčných produktů jogurty, tvaroh s medem atd.)
G,G dia	Geriatrická	Dieta určená pro pacienty s poruchou kousání a pro pacienty, kteří jsou krmeni	Nutričně vyvážená dieta, mleté maso, příkrmy- bramborová kaše, rýže, těstoviny, do jídelníčku zařazeny sladké pokrmy-kaše, piškot s pudingem, pyré, ovocné přesnídávky,, možno objednat i v dia variantě
Plkoj	Plná kojenecká	Strava pro děti do 1,5 roku	Strava s ovocnými a mosozeleninovými příkrmy, jogurty a tvarohovými krémy, piškoty apod.
12	Batolecí	Strava pro děti od 1,5 roku	Strava s šetřící úpravou s polovičními porcemi, mletým masem, ovocnými přesnídávkami, piškoty, pečivem, sýry, jogurty a tvarohovými krémy
1ZDD	Velká batolecí	Strava pro děti od 2 let do 5 let připravovaná speciálně pro dětský domov	Strava s šetřící úpravou s polovičními porcemi, mletým masem, povolenými druhy ovoce, piškoty, pečivem, sýry, jogurty a tvarohovými krémy
13	Dětská	Strava pro děti od 3 let do 10 let	Strava s částečně šetřící úpravou, více podobná dietě č.3
13 D	Dětská diabetická	Dieta pro diabetické děti od 3 let do 10 let	Strava s částečně šetřící úpravou, více podobná dietě č.9
Pf	Přísná pankreatická	Dieta pro pacienty s poruchou funkce pankreatu, neplnhodnotná	Strava prakticky bez tuku s velmi omezeným výběrem potravin - bramborová kaše, rýže, těstoviny, mrkev, ovocné přesnídávky
PII	Pankreatická	Dieta pro pacienty s poruchou funkce pankreatu, neplnhodnotná	Strava prakticky bez tuku s velmi omezeným výběrem potravin - bramborová kaše, rýže, těstoviny, mrkev, ovocné přesnídávky s již zařazeným dušeným
VGT	Vegetariánská	Plnohodnotná strava pro vegetariány	Racionální strava s vyloučením masa
VGTd	Vegetariánská dia	Plnohodnotná strava pro vegetariány s diabetem	Racionální strava s vyloučením masa v diabetické úpravě
Blp	Bezlepková	Dieta pro pacienty s celiakií	Strava s použitím surovin bez gliadinu
Blpd	Bezlepková dia	Dieta pro pacienty s celiakií a diabetem	Strava s použitím surovin bez gliadinu v diabetické úpravě
H	Jez vepřového masa	Strava pro pacienty nekonzumující vepřové maso	Strava s vyloučením vepřového masa, podobná dietě č.3
Hd	Bez vepřového masa	Strava pro diabetické pacienty nekonzumující vepřové maso	Strava s vyloučením vepřového masa, podobná dietě č.9
BMV	Bez mléčných výrobků	Dieta pro pacienty s laktózovou intolerancí	Strava s šetřící úpravou, s vyloučením mléka a mléčných výrobků
PKU	Feny l keton u rická	Dieta pro pacienty s fenylketonurií	Strava plnohodnotná se speciálním výběrem potravin bez fenylalaninu, možná i poloviční porce
VMK	Vanil mandlová	Dieta diagnostická	Strava s vyloučením nevhodných potravin
OK	Dieta při okultním	Dieta diagnostická	Strava s vyloučením nevhodných potravin
SK	Suchá kaše	Strava pro pacienty s průjmami, po vyšetřeních, kdy se musí strava omezit apod.	Snídaně: toustový chléb, oběd: Šlemová polévka, bramborová kaše, ovocná přesnídávka, večeře: sladké kaše
RO	Rýžový odvar	Strava pro pacienty s průjmami	Pouze na oběd a večeři, bílým pečivem
NDS	Nadstandardní strava	Strava pro pacienty bez dietního omezení	Možnost výběru stravy ze speciálního jídelníčku, nutná konzultace s Oddělením léčebné výživy, určeno pouze pro pacienty s dietou č.3
STO	Studený oběd	Náhradní strava pro pacienty při jednodenních výkonech	Bílé pečivo, tavený sýr
BA	Balíček	Strava pro pacienty dojíždějící na vyšetření mimo nemocnici	Strava pro pacienty na 1/2 dne v balíčku. Lze zadat pouze se snídaní

Příloha č. 4: Ukázka Ošetrovatelského standardu pro stravování nemocných ze zdravotnického zařízení obdobného typu.

OŠETŘOVATELSKÝ STANDARD č. 3

Stravování nemocných

Určeno pro: zaměstnance nelékařského zdravotnického povolání

Místo použití: lůžková oddělení

Zodpovídá: vrchní a staniční sestra oddělení

Platí od: 1. března 2004

Kontrola: 1x ročně

Ošetrovatelský

Cíl: **Pacientovi** bude podána předepsaná dieta podle individuálních potřeb, pestrá a s dostatečným obsahem důležitých živin.

P r o v e d e n í:

Sestra musí znát dietní systém používaný v zařízení

Sestra musí znát, co je považováno za dostatečný pitný režim a u kterých stavů je třeba příjem tekutin omezovat, nebo naopak zvyšovat

Po domluvě s lékařem zahrne do individuálního plánu péče o nemocné dietní sestru

Sestra objednává stravu prostřednictvím NIS AMIS

Sestra nabídne pacientovi s racionální dietou možnost výběrového stravování

Noční příjmy se zadají do počítače nejpozději do 5.15 hod.

Před podáním stravy se sestra přesvědčí, zda je podána předepsaná dieta

Sestra zajistí u imobilního pacienta vhodnou polohu k jídlu

Pacient musí mít možnost umýt si před a po jídle ruce a stravovat se v čistém prostředí

Nesoběstačný pacient má mít možnost použít čistý umělý chrup a sestra zajistí, aby po jídle byl chrup opět vyčištěn

Pacientovi je podáno jídlo přiměřeně teplé, v potřebné konzistenci – podle potřeby zajistí krmení pacienta

Sestra vždy překontroluje množství snědené stravy – důležité u diabetiků, mentální anorexie – a veškeré komplikace spojené s výživou zaznamená do dokumentace

Sestra musí znát rizikové faktory, které přispívají k výživovým problémům a zajistí potřebná opatření k jejich snížení nebo odstranění - chybějící chrup, fyzické postižení, těžkosti s kousáním a polykáním

U nevidomých sestra zajistí informovanost nemocného o rozložení stravy na talíři

Sestra zajistí respektování diety ve vztahu k onemocnění, náboženským a kulturním praktikám

Rodina event. přátelé budou přiměřeně zahrnuti do ošetrovatelského plánu

kód	STRUKTURA	kód	PROCES	kód	VÝSLEDKY
S1	Sestra má znalosti v oblasti stravování. vč. rizikových faktorů	P1	Sestra ohodnotí stav výživy a zajistí dietní omezení, event. konzultuje s dietní sestrou. Navrhne opatření do individuálního oš. plánu a informuje lékaře	V1	U pacienta byl správně ohodnocen stav výživy a event. problémy zahrnuty do indiv. Oš. Plánu.
S2	Sestra zná dietní systém v ÚVN a způsob objednávání stravy	P2	Pac. má možnost během hospitalizace výběr jídla, pokud není onemocněním vyloučen Sestra objedná předepsanou dietu	V2	U pacienta byla respektována dieta ve vztahu k onemocnění, náboženským a kulturním praktikám.
S3	Sestra zná potřeby pacienta	P3	Sestra se přesvědčí, zda podává předepsanou stravu dostatečně teplou, event. zajistí pac. vhodnou polohu a pomoc	V3	Pacient projeví spokojenost s podávanou stravou
S4	Pacient je informován lékařem i sestrou o nutnosti dietního stravování	P4	Sestra sleduje, zda pacient neporušuje dietní režim	V4	Pac. U kterého byly zjištěny problémy s výživou, byl dostatečně poučen o rizikových faktorech ovlivňujících stav výživy, o vhodné skladbě stravy a byl pozitivně motivován ke změně svých

					stravovacích návyků
S 5	Sestra má k dispozici potřebnou dokumentaci	P5	Sestra překontroluje množství přijaté stravy, u vybraných pacientů provede záznam o příjmu tekutin a stravy. Veškeré komplikace zaznamená do dokumentace a informuje lékaře	V5	U pacienta nevznikla během hospitalizace podvýživa

Příloha č. 5: Ukázka formuláře pro dodržení pestrosti stravy ve veřejném stravování bez dietního omezení.

pestrost jídelního lístku – měsíc (při 21- 22 dnech)

Druh pokrmu	Doporučený počet zařazení	Počet skutečných zařazení za měsíc:
Polévky:		
masový vývar	2	
masová bílá nebo zahuštěná	2	
zeleninová	7	
zeleninová s mlékem	2	
luštěninová	3	
z obilovin	2	
ostatní (drožďová, kmínová)	3-4	
Hlavní jídla:		
hovězí maso, zvěřina	3	
telecí maso	1	
vepřové maso	3	
mleté maso (jedno druhové, směsi mas)	2	
vnitřnosti	0-1	
drůbež, králík	3	
ryby	2-3	
polo-masitá jídla	2	
bezmasá slaná (zeleninová, vč. luštěnin)	4	
sladká jídla	2	
Příkrmy:		
brambory, br. kaše	9	
bramborový salát	1	
br. knedlíky, krokety, noky	2	
houskové knedlíky	2	
těstoviny	3	
rýže	3	
bez příkrmu (chléb, placky)	1	
Přílohy:		
teplá zelenina	4	
syrová zelenina (saláty)	6	
sterilovaná zelenina	3	
kompoty	3	
ovoce (kusové, saláty)	5	
Doplňky:		
moučníky (s ovocem, tvarohem, podíl	1-2	

celozrnné mouky)		
šlehaný tvaroh	0-1	
jogurt	1-2	
puding	0-1	
Doplňková jídla - Přesnídávky - Snídaně		
chléb	13-14	
pečivo	7	
med, džem	1	
Sladké/ domácí pečivo	4	
kaše nebo ml. výrobek	2	
pomazánky: rybí	3	
drůbeží	1	
tvarohová	3	
drožd'ová	1	
sýrová nebo sýr	6	
zeleninová	2	
luštěninová	2	
šunka	1	
jogurt, tvaroh, puding	3	
celozrnné výrobky, chléb, pečivo	7-9	
ostatní (máslo, pom. máslo)	1-2	
Nápoje:		
čaj	24/13	
mléko	16/4	
bílá káva	4/1	
mléčný koktejl	8/2	
kakao	8/1	
ovocné nápoje, džusy	6/1	

Hodnocení pestrosti polévek je možno provést koeficientem. Za sledované období hodnotíme jedním bodem každou polévku, která je v sestavě použita poprvé. Objeví-li se stejná nebo nepatrně obměněná polévka v sestavě znovu, bod nedostane.

Hodnotíme polévku bodem: odlišnost základní potraviny na polévku, složení polévky, rozličná zavářka nebo vložka.

Body se sečtou a dělí se celkovým počtem podaných polévek = koeficient pestrosti.

Hodnocení:

- | | |
|--------------------|---------|
| 1 Výborné | 1-0,9 |
| 2 Mírné nedostatky | 0,8-0,7 |

3 Nevyhovuje

0,6 a méně

Hlavní pokrm: nelze hodnotit pomocí koeficientu tak jako u polévek, zvláště, je-li podáváno jídlo na výběr. Vyhodnotíme zvlášť jednotlivé skupiny (maso, příloha, příkrm, doplňky) pouze stupni:

- 1 Vyhovuje,
- 2 Mírné závady,
- 3 Nevyhovuje.