

UNIVERZITA KARLOVA
LÉKAŘSKÁ FAKULTA V HRADCI KRÁLOVÉ
ÚSTAV SOCIÁLNÍHO LÉKAŘSTVÍ
ODDĚLENÍ OŠETŘOVATELSTVÍ

**USPOKOJOVÁNÍ POTŘEB V OBLASTI VÝŽIVY
A HYDRATACE Z POHLEDU NELÉKAŘSKÉHO
PERSONÁLU A DLOUHODOBĚ
HOSPITALIZOVANÝCH PACIENTŮ**

Bakalářská práce

Autor práce: Zuzana Pražáková

Vedoucí práce: Mgr. Veronika Gigalová

2017

CHARLES UNIVERSITY
MEDICAL FACULTY OF HRADEC KRÁLOVÉ
INSTITUTE OF SOCIAL MEDICINE
DEPARTMENT OF NURSING

**SATISFYING THE NEEDS OF NUTRICION AND
HYDRATION FROM THE PERSPEKTIVE OF
NON-MEDICAL PERSONNEL AND LONG-TERM
HOSPITALIZED PATIENTS**

Bachelor's thesis

Autor: Zuzana Pražáková

Supervisor: Mgr. Veronika Gigalová

2017

Prohlašuji, že předložená práce je mým původním autorským dílem, které jsem vypracovala samostatně. Veškerou literaturu a další zdroje, z nichž jsem při zpracování čerpala, v práci řádně cituji a jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

V Hradci Králové

.....

Zuzana Pražáková

Poděkování

Chtěla bych poděkovat Mgr. Veronice Gigalové za odborné vedení mé bakalářské práce, za její cenné rady, postřehy a odborné konzultace. Dále bych chtěla poděkovat pacientům a nelékařskému personálu v Léčebně dlouhodobě nemocných v Novém Bydžově za čas věnovaný vyplňování dotazníků.

Moje díky také patří celé mé rodině, která byla pro mne v průběhu mého studia velkou oporou.

„Neomezené uspokojování všech potřeb se vnucuje jako nejlákavější způsob života, ale znamená to dávat přednost požitku před opatrností a trest následuje v zápětí.“

(Sigmund Freud)

OBSAH

ÚVOD.....	9
TEORETICKÁ ČÁST	
1 STÁŘÍ A STÁRNUTÍ	12
1.1 STÁŘÍ.....	12
1.1.1 KALENDÁRNÍ (CHRONOLOGICKÉ) STÁŘÍ	12
1.1.2 BIOLOGICKÉ (FUNKČNÍ) STÁŘÍ	13
1.1.3 SOCIÁLNÍ (SOCIÁLNĚ-HISTORICKÉ) STÁŘÍ.....	13
1.1.4 PSYCHOLOGICKÝ VĚK.....	14
1.2 STÁRNUTÍ.....	14
1.2.1 OBECNÉ RYSY STÁRNUTÍ.....	15
1.2.2 REAKCE NA STÁŘÍ.....	17
1.2.3 ZMĚNY V ŽIVOTNÍ ORIENTACI.....	17
1.2.4 AKCEPTOVÁNÍ FAKTU STÁŘÍ	18
2 SPECIALIZOVANÁ ZDRAVOTNÍ PÉČE PRO SENIORY	19
2.1 GERIATRIE.....	19
2.2 GERIATRICKÉ OŠETŘOVATELSTVÍ.....	20
3 POTŘEBY SENIORŮ	21
3.1 TEORIE LIDSKÝCH POTŘEB.....	23
3.2 IDENTIFIKACE POTŘEB.....	25
3.3 USPOKOJOVÁNÍ POTŘEB	27
4 POTŘEBA VÝŽIVY VE STÁŘÍ.....	29
4.1 ENERGETICKÝ PŘÍJEM	29
4.2 VÝZNAM ŽIVIN V POTRAVĚ.....	30
4.2.1 BÍLKOVINY	30
4.2.2 TUKY.....	31

4.2.3 SACHARIDY	31
4.2.4 VITAMÍNY	32
4.2.5 MINERÁLNÍ LÁTKY	34
4.2.6 STOPOVÉ PRVKY	35
4.3 PORUCHY VÝŽIVY	35
4.3.1 MALNUTRICE	36
4.3.2 OBEZITA	37
5 POTŘEBA HYDRATACE.....	38
5.1 DEHYDRATACE.....	38
5.2 LÉČBA DEHYDRATACE.....	39
6 DIAGNOSTIKA POTŘEB VÝŽIVY A HYDRATACE U DLOUHODOBĚ HOSPITALIZOVANÝCH PACIENTŮ	41
6.1 ANAMNÉZA.....	41
6.2 FYZIKÁLNÍ VYŠETŘENÍ.....	42
6.3 LABORATORNÍ VYŠETŘENÍ.....	44
7 INDIVIDUALIZOVANÉ USPOKOJOVÁNÍ POTŘEB VÝŽIVY A HYDRATACE.....	45
7.1 OBECNÁ REŽIMOVÁ OPATŘENÍ.....	45
7.2 NUTRIČNÍ PODPORA.....	45
7.2.1 PŘÍPRAVKY PRO PERORÁLNÍ A ENTERÁLNÍ VÝŽIVU.....	47
7.2.2 PODPORA HYDRATACE U PACIENTŮ.....	48
7.3 VYUŽITÍ POZNATKŮ O POTŘEBÁCH VÝŽIVY A HYDRATACE V PRÁCI SESTRY.....	49
7.3.1 OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY PODLE NANDA II TAXONOMIE 2015 - 2017	50
8 LÉČEBNÝ DLOUHODOBĚ NEMOCNÝCH.....	51
8.1 HISTORIE LÉČEBEN DLOUHODOBĚ NEMOCNÝCH.....	51
8.2 HOSPITALIZACE V LÉČEBNĚ DLOUHODOBĚ NEMOCNÝCH	52
8.3 LÉČEBNA DLOUHODOBĚ NEMOCNÝCH NOVÝ BYDŽOV	52

8.3.1 PŘÍJEM NEMOCNÝCH DO LDN	53
8.3.2 VÝŽIVA PACIENTŮ V LDN	53
8.3.3 ZAJIŠTĚNÍ HYDRATACE PACIENTŮ V LDN	54
9 DOSAVADNÍ VÝZKUMY ZABÝVAJÍCÍ SE FYZIOLOGICKÝMI POTŘEBAMI PACIENTŮ	55
EMPIRICKÁ ČÁST	
10 EMPIRICKÁ ČÁST	57
10.1 CÍLE VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ	57
10.2 CHARAKTERISTIKA ZKOUMANÉHO VZORKU, SBĚR DAT	57
10.3 METODA VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ	58
10.4 POSTUP ZPRACOVÁNÍ ZÍSKANÝCH DAT	59
10.5 INTERPRETACE VÝSLEDKŮ DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ	60
10.5.1 INTERPRETACE VÝSLEDKŮ DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ U NELÉKAŘSKÉHO PERSONÁLU LDN	60
10.5.2 INTERPRETACE VÝSLEDKŮ DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ U DLOUHODOBĚ HOSPITALIZOVANÝCH PACIENTŮ	81
11 DISKUZE	94
ZÁVĚR	101
ANOTACE	102
ANOTATION	103
LITERATURA A PRAMENY	104
SEZNAM GRAFŮ	109
SEZNAM TABULEK	111
SEZNAM OBRÁZKŮ	113
SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK	114
SEZNAM PŘÍLOH	115

ÚVOD

„Nejsilnějším lékem na stáří je láska.“

(John Stuart Mill)

Ve své bakalářské práci se zabývám uspokojováním potřeby výživy a hydratace z pohledu nelékařského personálu a pacientů dlouhodobě hospitalizovaných.

Pracuji ve zdravotnictví 10 let, posledních 6 let na oddělení Léčebny dlouhodobě nemocných ve funkci staniční sestry. Přestože se moderní medicína neustále vyvíjí, věda a technika se zdokonaluje, přetrvávají v naší společnosti mýty a předsudky o některých odděleních. Jedním z nich jsou i tzv. „eldénky“. Pacienti a široká veřejnost je vnímá jako místo, kde se umírá, kde mi již nemohou pomoci, oddělení „poslední štace“. Dostávají se k nám proto často pacienti s ustrašeným výrazem ve tváři, vyjadřují obavy, jak to s nimi bude dál, co je u nás čeká, zda se o ně dokážeme postarat. Protože vím, jak je péče o geriatrické pacienty náročná jak fyzicky, tak i psychicky, nenechávají mě tato slova chladnou.

V poslední době jsou často medializované kauzy o nedostatečné ošetrovatelské péči, že se pacientům nedá najíst, napít, že nejsou respektována jejich práva a důstojnost apod. Bohužel se s těmito názory setkáváme i v některých televizních pořadech. Ze svých zkušeností a každodenní praxe to považuji za velice smutné. Nepopírám, že k těmto proviněním mohlo někde dojít, ale nelze to paušalizovat na všechny Léčebny dlouhodobě nemocných. Troufám si říci, že u nás je „nepsaným pravidlem“, že kolem starého člověka neprojdeme, aniž bychom mu nenabídlí skleničku tekutin. Mojí největší odměnou za to, že na našem oddělení je ošetrovatelská péče poskytována dobře, je úsměv spokojeného pacienta.

Tato problematika mě velmi zajímá a chtěla bych se jí i nadále dále věnovat. Potřeba výživy a hydratace patří k základním fyziologickým potřebám a domnívám se, že její uspokojení úzce souvisí s celkovou spokojeností a pohodou pacienta. Což má zásadní vliv na celkovou rekonvalescenci nemocného a jeho další prognózu.

Bakalářská práce je rozdělena na část teoretickou, která přibližuje pojmy stáří a stárnutí. Pozornost je také věnována specializované zdravotní péči pro seniory. Popisuje potřeby člověka obecně a konkrétně se soustředí na potřebu výživy a hydratace u dlouhodobě

hospitalizovaných pacientů v seniorském věku. Přibližuje poskytovanou zdravotní péči na specializovaných lůžkových odděleních, která navazují na péči akutní a slouží k doléčení a léčbě chronicky a dlouhodobě nemocných. V empirické části byl použit kvantitativní výzkumný přístup, jsou zde analyzovány získané výsledky dotazníkového šetření a porovnány s již dříve provedeným výzkumem Votavové (2007) na stejné téma. Zaměřila jsem se na nelékařský personál Léčebny dlouhodobě nemocných nemocnice Nový Bydžov a dlouhodobě hospitalizované pacienty v této LDN. Dotazníkové šetření u pacientů bylo použito jako ověřovací prostředek odpovědí sester. Cílem bylo posoudit, jakou měrou je uspokojována potřeba výživy a hydratace z pohledu nelékařského personálu, jak se zdravotníci staví k těmto potřebám a jak nahlíží na samotnou poskytovanou péči. Dále bylo třeba zjistit, jaký náhled a postoj mají pacienti na poskytovanou péči z oblasti výživy a hydratace. Chtěla jsem tak si ověřit pohled zdravotníků - nelékařů a pacientů a zmapovat, zda se nějak názory či náhledy na uspokojování potřeby liší.

TEORETICKÁ ČÁST

1 STÁRNUTÍ A STÁŘÍ

„Vědět, jak zestárnout, to je mistrovské dílo moudrosti a jedna z nejdůležitějších kapitol velkého umění žít.“

(Henri Amiel)

1.1 STÁŘÍ

V současné době existuje řada definic, které charakterizují pojem stáří. Uvádí se, že je jich okolo tří set (Příbyl, 2015). Z historie můžeme připomenout Hippokrata, který charakterizoval stáří jako ztrátu vlhka, či Aristotela, dle něhož je stáří definováno jako ztráta tepla. Z různých definic a pohledů na stáří, však platí shoda na faktu, že stáří (senium) je konečnou etapou života, vývojovým obdobím, které končí smrtí. Je to důsledek a projev involučních změn. Ty jsou ovlivněny nejen geneticky, ale i například přidruženými či prodělanými nemocemi, životním stylem či podmínkami (Příbyl, 2015).

Stáří je podmíněno věkem jedince. Výši věku lze vymezit na základě několika kritérií. Rozlišujeme kalendářní (chronologický) věk, biologický (funkční) věk, sociální (sociálně-historický) věk, psychologický věk.

1.1.1 KALENDÁŘNÍ (CHRONOLOGICKÉ) STÁŘÍ

Je dáno datem narození. Svůj význam má hlavně pro demografické účely. O morfologickém a funkčním stavu organismu nevypovídá. Představu o daném člověku si z chronologického věku uděláme na základě předchozí zkušenosti. Nespornou výhodou kalendářního vymezení stáří je jednoznačnost, jednoduchost a snadná porovnatelnost. Většina autorů se s ohledem na zlepšující se zdravotní a funkční stav stárnoucí populace přiklání ke členění na:

- Mladé seniory 65 - 74 let
- Staré seniory 75 - 84 let
- Velmi staré seniory 85 a více let (Kalvach, 2004).

1.1.2 BIOLOGICKÉ (FUNKČNÍ) STÁŘÍ

Jedná se o míru involučních změn, která je u každého jedince individuální. Uvádí se, že již okolo 25 - 30 roku života můžeme sledovat postupný pokles výkonnosti fyzických i duševních funkcí. Rozlišujeme tři typy změn:

- Úbytek funkcí na systémové, orgánové, tkáňové a molekulární úrovni.
- Výrazný pokles buněčných rezerv, projevující se hlavně u reakcí v zátěžových situacích.
- Snížení a zpomalení většiny funkcí (Kalvach, 2004).

Vnější obrazem biologického stáří je srašťování a vysušování kůže, úbytek a šedivění vlasů, ochlupení, hormonální změny, ochabování svaloviny, poruchy sluchu, zraku, změny postavy, chůze, omezení kardiovaskulárního systému. Všechny tyto změny se následně projeví zpomalenými reakcemi, rychlejší unavitelností, potřebou delšího času pro obnovení fyzických a duševních sil (Příbyl, 2010).

Přesná a úplná definice biologického věku není jednoduchá. Je to hypotetické označení konkrétní míry zestárnutí organismu jedince. Teoreticky, biologický věk „normálního“ člověka, pokud jde o vzhled, výkon a funkční kapacitu, by měl být stejný jako věk chronologický. Je celkem běžné, že v životě potkáme lidi, kteří „nevypadají na svůj věk“, kteří se jeví mladší, případně starší, než ve skutečnosti jsou. Výsledky mnoha měření potvrzují, že většina lidí, kteří vypadají starší, má opravdu biologický věk vyšší a naopak lidé, kteří vypadají mladší, mívají biologický věk nižší (Dean, 1988).

1.1.3 SOCIÁLNÍ (SOCIÁLNĚ-HISTORICKÉ) STÁŘÍ

Je charakterizováno změnou životního stylu, s proměnnou potřebou i sociálních rolí, která je dána především odchodem do starobního důchodu. Sociální stáří je spojeno se sociálními událostmi, které mohou někomu přinášet i problémy. Nejčastěji se setkáváme s poruchou maladaptace na odchod do důchodu, ztráta společenské prestiže, snížení ekonomických příjmů, následně snížení životní úrovně, obavy ze ztráty soběstačnosti, strach z osamělosti, opuštěnosti, pocitu nepotřebnosti, či dokonce zátěže pro rodinu. Senioři musí dále čelit a smířovat se se smrtí svých vrstevníků, životních partnerů. U některých seniorů se tak může vyskytnout tzv. **handicap sociální integrace**. Jedná se o důsledek sociálních schopností, kdy se senioři uzavírají před svým okolím. Důsledkem jsou pak potíže s navazováním nových

vztahů přátelských či partnerských. Důležitou roli zde pak sehraává rodina, kdy se děti a vnučata stávají zdrojem emocionální satisfakce. Toto označujeme jako proces vertikalizace sociálních vztahů. Prevencí osamělosti, smutku, pocitů nepotřebnosti a zátěže je pak budování kvalitních mezilidských vztahů, a to již v produktivním věku. Z obecného hlediska je za starého člověka považován ten, který je tak označován většinou členů společnosti. Tato hranice se v souvislosti s prodlužováním lidského života posouvá. V roce 1800 byl starým člověkem čtyřicátník, dnes je touto hranicí věk 65 let. Z realizovaných výzkumů vyplývá, že pro vnímání seniorského věku není prioritním kritériem chronologický věk, ale jejich fyzický stav. Je tomu tak až v 75 % (Vidovicová, Rabušic, 2003).

Dle funkční zdatnosti můžeme seniory rozdělit na skupiny:

- elitní, zdatní, nezávislí (independent)
- křehcí (frail)
- závislí (dependent)
- zcela závislí (totally dependent)
- umírající (Vidovicová, Rabušic, 2003).

1.1.4 PSYCHOLOGICKÝ VĚK

Psychologický věk nám vypovídá o tom, jak staří se sami cítíme. Je těsně spjat s věkem biologickým. Pokud naše tělo funguje výkonněji, má dostatek energie, pocitujeme, jako by v našem těle bylo více života. Přestože nelze ovlivnit věk chronologický, můžeme pozitivně ovlivnit ukazatele psychologického a biologického věku. Lze tak znovu nabýt emocionální a fyzické vitality, jakou jsme měli v minulosti. Psychologický věk je rovněž podmíněn mnoha faktory, mimo jiné osobnostními rysy a také reakcemi konkrétního člověka na vlastní stárnutí. Některé znaky duševních změn jsou společné pro většinu seniorů, avšak každý člověk je jedinečnou osobností, která je vybavena různými vlastnostmi a zkušenostmi, a tento fakt je nutné respektovat (Brzáková Beksová, 2013).

1.2 STÁRNUTÍ

Stárnutí (gerontogeneze, involuce) je přirozený a biologicky zákonitý proces, během kterého se snižují adaptační schopnosti a ubývají funkční rezervy organismu. Probíhá již od

početí, ale za skutečné projevy stárnutí považujeme až pokles funkcí, který nastává po dosažení sexuální dospělosti (Kalvach, 2004).

Stárnutí je proces disociovaný, dezintegrovaný a asynchronní. V jednotlivých orgánech při něm probíhají změny degenerativní, morfologické a funkční (Pacovský, 1990).

V širším pojetí je stárnutí „*univerzální proces postihující živou hmotu*“ (Kalvach, 2004, s. 67).

Stárnutí v užším slova smyslu popisuje Pacovský (1990) jako přechodnou vývojovou periodu mezi dospělostí a stářím, přičemž strukturální a funkční změny v něm vzniklé jsou regresivní, nevratné a neopakují se. Stárnutí tedy představuje neodvratný fyziologický děj, který je cestou do stáří.

Jedná se o vzájemně propojené procesy biologického, psychologického a sociálního stárnutí, probíhajícího individuálně. **Fyziologické stárnutí** (někdy označováno jako primární či zdravé stárnutí) je provázeno přirozenými běžnými projevy, které souvisí s věkem. Vytváří tzv. **stařecký genotyp**, jedná se o kontinuální proces s akcelerací po 65. roce života. **Patologické stárnutí** je stav, kdy je proces stárnutí urychlen v důsledku chorobných stavů či v případě, kdy kalendářní věk je nižší než funkční (Příbyl, 2015).

Proces stárnutí ovlivňuje řada faktorů:

Vnitřní - genetická výbava (vrozené i získané genové mutace)

- tělesná onemocnění
- psychické poruchy
- psychická výbava jedince (povaha, zvládnání zátěže, stereotypy, životní cíle)

Vnější - sociální (způsob a kvalita bydlení, vzdělávání a rodinné zázemí, finanční zajištění)

- fyzikální (životní prostředí)
- chemické (kožní, plicní komplikace) (Příbyl, 2015).

1.2.1 OBECNÉ RYSY STÁRNUTÍ

Genetické předpoklady a důsledky různých vlivů prostředí vedou k **somatickým změnám** ve stáří:

- složení organismu - atrofie tkání se zmnožením vaziva a tuku, snížení objemu celkové tělesné vody, zvětšení obsahu tělesného tuku, hromadění vápníku v tkáních

- řízení organismu - oslabení a zpomalení regulačních mechanismů, zhoršení adaptačních schopností a odolnosti k zátěži, úbytek funkčních rezerv
- pohybový aparát - zhoršení hlubokého cití a pohybové koordinace, pokles svalové síly
- nervový systém - zpomalení nervového vedení a prodloužení reakční doby, atrofie mozkové tkáně, pokles sekrece neurotransmiterů
- metabolismus - ztížení vstupu glukózy do buňky, snížení bazálního metabolismu, zhoršení vytrvalosti
- endokrinní systém - rezistence tkání na hormonální stimulaci
- oběhový systém - snížení průtoku krve všemi orgány, snížení elasticity tepen, zánik buněk převodního systému srdce, zhoršení funkce baroreceptorů
- respirační systém - pokles vitální kapacity plic, snížení citlivosti dechového centra, snížená aktivita řasinkového epitelu plic
- vylučovací systém - pokles glomerulární filtrace, poruchy funkce detruzoru močového měchýře
- trávicí systém - opotřebenání a ztráta chrupu, porucha motility trávicí trubice
- ostatní - atrofie kůže s poklesem pružnosti, snížená vitalita tkání a zpomalené hojení ran, zhoršení smyslového vnímání (zrak, sluch, čich, hmat i chuť) (Kalvach, 1997).

Psychické změny ve stáří závisí na biologických i na sociokulturních vlivech. Jedná se zejména o:

- změny paměti a učení
- poruchy kognitivních funkcí a intelektových schopností
- pokles adaptability, snížení koncentrace, emoční labilita, změna povahy (Gruberová, 1998).

Stárnutí člověka je přirozený jev lidského života. V dnešní době již přestalo být výsadou několika šťastných, ale je již dopřáno většině z nás. V historii lidstva se jistě nikdy tolik lidí nedožilo svého stáří, tzn. 80 nebo dokonce 90 let. I přes prodlužování střední délky života se zdravotní stav a invalidita starší populace u nás trvale zhoršuje. V současné době je stáří zatíženo vysokou nemocností, polymorbiditou, zhoršováním fyzické zdatnosti a soběstačnosti. Vysoká nemocnost starších občanů je tak hlavní příčinou vysoké spotřeby zdravotní péče. Staří a velmi staří pacienti jsou stále častěji klienty nejen praktických lékařů, ale i většiny specialistů. Ve většině oborů je tak nárůst pacientů nad 65 let (Příbyl, 2010).

1.2.2 REAKCE NA STÁŘÍ

Prožívání stárnutí a stáří je zcela individuální a závisí na osobnosti jedince, na povahových rysech, na jeho životních zkušenostech a také na předešlém průběhu života. Tyto dispozice přináší rozdílné reakce na změny vyskytující se v období stáří a také různé způsoby vyrovnání se s okolnostmi:

- konstruktivní přístup - jedinec je zcela vyrovnaný se stárnutím, celkově je spokojený a optimisticky laděný, v každodenních činnostech je soběstačný, má přiměřené plány a cíle
- strategie závislosti - jedinec očekává pomoc okolí, chová se pasivně a je nesoběstačný, podezřívavý
- obranná strategie - jedinec zaujímá odmítavý postoj ke stáří, nechce opustit své společenské postavení, do důchodu odchází až pod nátlakem okolností
- nepřátelský postoj - chování takto laděného jedince je zničující jak pro něj samotného, tak pro okolí, je agresivní a podezřívavý, vede samotářský život, bývá nevrlý, závistivý a nepřátelský
- strategie sebenávisti - jedinec pocítuje nepřátelství vůči sobě samému a obviňuje se za své nezdary, cítí se zbytečný a považuje se za oběť (Haškovcová, 2010).

1.2.3 ZMĚNY V ŽIVOTNÍ ORIENTACI

Křivohlavý (2002) upozorňuje na nepřipravenost seniorů na stáří, neboť málo počítají s nutnými změnami, které s sebou stárnutí přináší. Cítí se zaskočení, nejistí a bezradní. Stárnoucí jedinec musí zvládat:

- přizpůsobení se měnícímu se zdravotnímu stavu a úbytku sil
- přizpůsobení se ekonomické změně (např. odchodu do starobního důchodu)
- přijetí a smíření se s odchodem partnera a přátel
- nestrannění se sociálního dění a udržování dobrých sociálních vztahů s okolím
- udržení si vhodného životního stylu.

1.2.4 AKCEPTOVÁNÍ FAKTU STÁŘÍ

Přijetí nezměnitelného faktu stárnutí je důležitým mezníkem v životě každého seniora. Velká část populace vnímá za hranici mezi středním věkem a stářím období odchodu do důchodu. V přijetí nové situace seniora může být pomocí uvědomění si, že stárnutí je přirozeným jevem lidského života. Lidé, kteří se připravovali na tuto životní etapu celý život a sami na sebe se dívali reálně, mají větší šanci se s faktem stárnutí a stáří vyrovnat lépe a rychleji (Křivohlavý, 2002).

Jak můžeme stárnoucím lidem pomoci zvládnout tento nesnadný úkol?

- nepřikazovat nezbytnost akceptace
- nebagatelizovat obavy ze stárnutí
- nepochybovat a porozumět tomu,
- co říkají
- soucítit a empaticky naslouchat
- nediskriminovat starší lidi v běžném životě (Křivohlavý, 2002).

2 SPECIALIZOVANÁ ZDRAVOTNÍ PÉČE PRO SENIORY

2.1 GERIATRIE

Od roku 1982 je v České republice samostatným lékařským oborem. Předmětem zájmu geriatrie je stárnoucí člověk ve zdraví a především v nemoci pacientům nad 65 let, obvykle však nad 70-75 let (Topinková, 2005).

Zabývá se četnými zvláštnostmi chorob ve stáří a jejich důsledky. Zaměřuje se na prevenci, diagnostiku, terapii, rehabilitaci a ošetrovatelskou péči za pomoci specifických metod a forem práce. Především se zabývá chronickými stavy, které jsou spojeny se ztrátou funkčního potenciálu, snižováním soběstačnosti a zvyšováním závislosti na okolí (Weber, 2000).

Hlavní cíle tohoto oboru:

- 1) uplatňovat metody primární i sekundární prevence, zvýšit tak šance starého pacienta zachovat si dobré zdraví včasným rozpoznáním akutního onemocnění a jeho léčby a monitorováním a terapií chronického onemocnění
- 2) snaha dosáhnout co nejvyšší a nejlepší funkční zdatnosti, soběstačnosti a nezávislosti v prostředí pacienta
- 3) přispívat k udržení kvality života, především v souvislosti se zdravotním stavem seniora (Topinková, 2005).

Moderní geriatrie má intervenčně - preventivní charakter. Má své specifické metody zdravotní péče a její přístup je široký a komplexní. Vyžaduje potřebu týmové a koordinované péče (nejen lékařské, ale i ošetrovatelské a rehabilitační). Zdravotní péči rozdělujeme dle naléhavosti poskytnutí na neodkladnou, akutní, nezbytnou a plánovanou. Dle účelu na preventivní, diagnostickou, dispenzární, léčebnou, posudkovou, léčebně rehabilitační, ošetrovatelskou, paliativní, lékárenskou a klinicko-farmaceutickou. Zákon stanovuje také formy zdravotní péče ambulantní, jednodenní, lůžkovou (rozlišujeme na akutní, následnou a dlouhodobou), péči poskytovanou ve vlastním sociálním prostředí pacienta (Topinková, 2005).

Péči o staré lidi nelze přenechávat pouze na geriatrii. Významnou úlohu v péči o seniory a především v prevenci zhoršení stavu a tím vytvoření předpokladů pro co nejdelší setrvání seniora v domácím prostředí by měli sehrát všeobecní praktičtí lékaři.

Nedílnou součástí geriatrické péče je i geriatrické ošetřovatelství.

2.2 GERIATRICKÉ OŠETŘOVATELSTVÍ

V důsledku stárnutí obyvatelstva získává na významu i geriatrická péče a geriatrické ošetřovatelství. Jedná se o pojmy, které nám charakterizují novodobou komplexní péči o seniory. Geriatrickým ošetřovatelstvím rozumíme ošetřovatelskou péči o seniory (Topinková, 2005).

Nedílnou součástí historie geriatrického ošetřovatelství ve Velké Británii je práce Florence Nightingalové. V historii geriatrického ošetřovatelství v České republice byly geriatrické sestry zaznamenány jako součást týmu obvodního lékaře od druhé poloviny 70. let. Počet sester se postupně zvyšoval až do roku 1990, kdy dosáhl poměru jedna geriatrická sestra na dva zdravotní obvody. Avšak v důsledku reformy zdravotnictví a privatizací praktických lékařů došlo k postupnému rozpadu sítí geriatrických sester. Vývoj geriatrického ošetřovatelství tak stagnoval. Neexistovala geriatrická oddělení, nebyla ani rozvinutá zdravotní domácí péče. Toto vše stagnovalo až do 90. let minulého století. Poté se geriatrické ošetřovatelství opět začalo rozvíjet. Sestry mají možnost specializovaného vzdělávání v oboru „Ošetřovatelská péče v geriatrii“ (dnešní NCO NZO). Obor geriatrie začíná mít tendenci pro konstruktivní změny v působení na život starého člověka. Ošetřovatelství má svoji prioritní úlohu v interakci s geriatrickým pacientem. Sestry na geriatrických odděleních pracují metodou ošetřovatelského procesu s ohledem na aktuální či potencionální problémy a potřeby pacienta (Topinková, 2005).

3 POTŘEBY SENIORŮ

Všeobecně můžeme potřeby definovat jako projev nedostatku, chybění něčeho, jehož odstranění je žádoucí. Definic toho termínu nalezneme v literatuře spousty. Jednou z nich je např. *„Potřeba je stav organismu, který je charakterizován dynamickou silou, která vzniká z pocitu nedostatku nebo přebytku v oblasti biologické, psychologické, sociální nebo duchovní. Naplnění potřeb směřuje k vyrovnaní a obnovení změněné rovnováhy organismu“* (Šamánková, 2004, s. 12).

Podle Pichauda (1998) se *„Potřebou nerozumí pouze něco, co člověku chybí, ale také a hlavně to, k čemu člověk skrze ni směřuje. Potřeba je určitá síla, která člověkem hýbe a posunuje ho směrem ke člověku, předmětu nebo činnosti. Potřeba je projevem bytostného přání“*.

Potřeby nejsou pouze základním motivem k udržení rovnováhy uvnitř organismu, ale také jsou základním motivem k udržení rovnováhy mezi člověkem a prostředím (Příbyl, 2015).

Každý jedinec vyjadřuje a **uspokojuje (saturuje)** své potřeby, které se v průběhu života mění ve své kvalitě i kvantitě, zcela individuálním způsobem. Saturace potřeb závisí na mnoha faktorech: pohlaví, vzdělání, kultuře, zvycích, víře, psychickém stavu atd. Způsob vyjadřování a uspokojování potřeb se mění také podle toho, zda se jedná o zdravého, starého či nemocného jedince. Pokud jsme zdraví, chápeme uspokojování základních potřeb jako samozřejmost a hlouběji se nad nimi nezamýšlíme. V době nemoci či stáří si začínáme uvědomovat důležitost potřeb a přikládáme jim velký význam ve vztahu ke zdraví. Naprosto osobitě bude jedinec reagovat i na **neuspokojení potřeb (frustraci)** změnou psychického rozpoložení, pocitem strachu a bezmoci, změnou myšlení, emocí a pozornosti (Tóthová, 2002).

To, co zásadně ovlivňuje uspokojení či neuspokojení potřeby je psychická činnost člověka (myšlení, pozornost atd.), která se zároveň podílí i na tvorbě vzorce chování jedince a samotné naplnění potřeby má sociální povahu. Činnosti, které vedou k jejímu uspokojení, se začleňují do sociálních sítí jedince. Všichni lidé, ať už mladí, staří, zdraví či nemocní mají společné potřeby. Každá ta potřeba se však v průběhu života mění jak z hlediska kvality, tak i kvantity. Zároveň se mění i priority v uspokojování jednotlivých potřeb. Všechny potřeby jsou v neustálé interakci hodnot a ani neprobíhají, ani nevznikají izolovaně. Vzájemně se ovlivňují. Na potřeby můžeme nahlížet z hlediska jejich důležitosti pro zachování lidského života nebo z pohledu holistického (Příbyl, 2015).

Dle důležitosti pro zachování lidského života rozlišujeme potřeby:

1. **nižší** - jedná se o základní biologické, fyziologické, primární potřeby, bez jejichž uspokojení nemůže člověk dlouho žít. Většinou je lze uspokojit rychleji, ale pokud nejsou saturovány v dostatečné míře, nemohou být většinou kvalitně uspokojeny ani potřeby vyšší.
2. **vyšší** - jsou to potřeby sekundární, psychologické, sociogenní. Patří sem např. potřeby uznání, seberealizace, sounáležitosti. Jedná se o získané a naučené potřeby, kdy se jedinec neobejde bez společnosti druhých lidí. Chce s nimi komunikovat, patřit do společnosti apod. Je to proces, který je dlouhodobý, avšak právě tyto potřeby nám utváří osobnost člověka, jeho individualitu (Trachtová, 2013).

Z holistického pohledu rozlišujeme potřeby:

1. **biologické** - jedná se o potřeby, které si vyžaduje naše tělo. Patří sem potřeba potravy a tekutin, vylučování, dýchání, spánku a odpočinku, pohybu.
2. **psychologické** - řadíme sem potřebu bezpečí a jistoty, respektování lidské důstojnosti, důvěry.
3. **sociální** - potřeba komunikovat s lidmi (verbálně, neverbálně, činy), milovat a být milován.
4. **duchovní** - nezahrnuje se sem pouze víra, jak si mnozí lidé myslí, ale patří sem i potřeba odpouštět, potřeba smyslu života (Příbyl, 2015).

Člověk se v průběhu svého života nad některými potřebami vůbec nezamýšlí, bere je jako svoji součást, jako něco, co je automatické, fyziologické (dýchání, vyprazdňování, jídlo či spánek). Neměli bychom ale zapomínat, že existují i další oblasti lidských potřeb jako jsou sociální, psychické a duchovní.

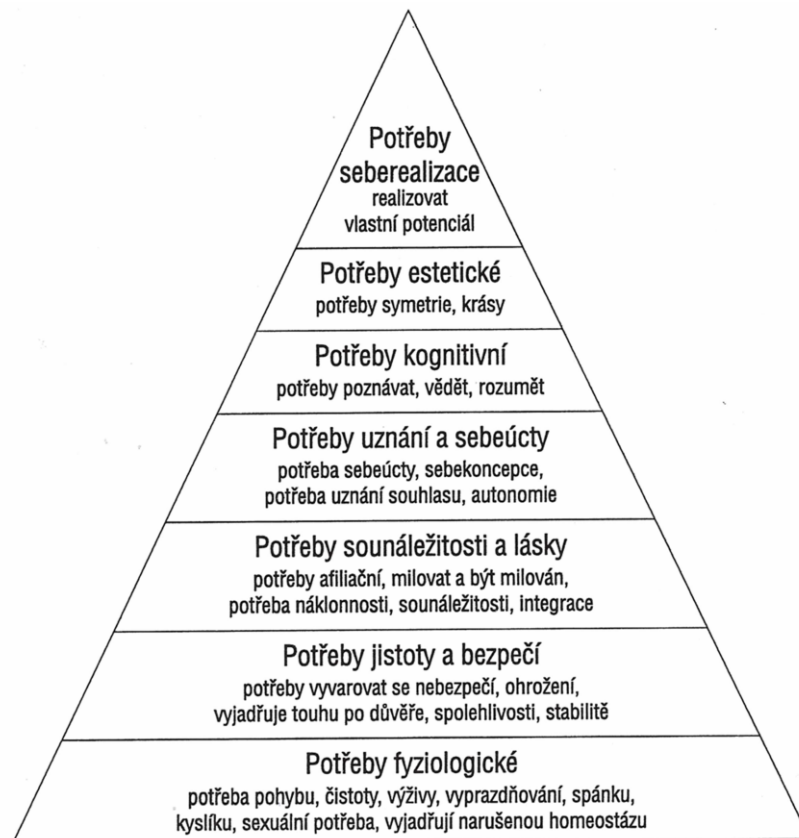
Faktory ovlivňující uspokojování potřeb:

1. vývojové stádium člověka, věk, pohlaví jedince - u těchto faktorů jsou rizikovými obdobími hlavně kojenci, batolata a senioři.
2. faktory sociálního prostředí, vzdělání, rodinné zázemí, společenské postavení. Tyto faktory ovlivňují hlavně osobnost člověka, jeho žebříček životních hodnot.
3. mezilidské vztahy - jedinec je součástí sociální sítě, kde fungují určité vztahy, které ho ovlivňují. Řadíme sem i vztahy rodinné.

4. psychické faktory - tzn. charakter a temperament člověka, jeho schopnosti, postoje, názory. Vždy dokáže lépe svoje potřeby uspokojit optimisticky laděný člověk než pesimista.
5. zdravotní stav - vždy se s ohledem na aktuální zdravotní stav změní kvalita i kvantita potřeb, zároveň i jejich způsob uspokojování (Příbyl, 2015).

3.1 TEORIE LIDSKÝCH POTŘEB

Potřebami se blíže zabývalo mnoho významných psychologů, kteří vytvořili řadu teorií. **Abraham Harold Maslow** je autorem *Motivační teorie*. Maslow řadí potřeby hierarchicky a model má osm úrovní. Dělí je na potřeby nedostatku **D-potřeby** a potřeby spojené s bytím člověka **B-potřeby**. Systém potřeb bývá zobrazován ve formě pyramidy. Hlavním rozdílem mezi B a D potřebami je, že při nedostatečném uspokojení D-potřeb pociťuje člověk úzkost, jeho snahou je svůj nedostatek odstranit nebo nahradit. Jsou-li uspokojeny, nepociťuje nic. Oproti tomu při uspokojení B-potřeb má jedinec dobrý pocit, ba dokonce i roste jeho motivace dosáhnout něčeho vyššího (Příbyl, 2015).



Obrázek č. 1 - Maslowova pyramida potřeb (Trachtová, 2013)

Manfred Max-Neef - chilský ekonom, je autorem *Modelu rozvoje lidské škály*. Jeho teorie rozvoje vychází z holistického přístupu. Celkem definoval devět základních potřeb. Jsou jimi bytí/živobytí, péče/ochrana, láska/city, pochopení/porozumění, participace/účastenství, zahálení/volný čas, tvorba/kreace, totožnost/identita, svoboda/volnost. Jeho potřeby nemají hierarchii a dle něj jsou tyto potřeby konečné a stejné ve všech kulturách i historických dobách. Jediné, co se mění, jsou prostředky, způsoby jejich saturace. Každá z těchto potřeb může být uspokojována v různé intenzitě a na různých úrovních (Příbyl, 2015).

Marie Vágnerová - česká psychologka, odbornice v oblastech psychologie, se ve svých pracích věnuje vývojovým potřebám. Člení je do šesti oblastí. Za jednu z prioritních potřeb považuje potřebu stimulace správnými podněty. Pojednává v nich o tom, že každý mozek vyžaduje správné smyslové podněty, tzn. zrak, sluch, chuť a čich, hmat. Každá změna těchto smyslových funkcí má dopad na poznávací schopnosti člověka. Např. u seniorů toto oslabení smyslů může vést k pocitům nejistoty, strachu a úzkosti, k výkyvům nálad. Senioři se pak bojí chodit ven, setkávat se s jinými lidmi, stávají se nedůvěřivými. Dalšími potřebami jsou: potřeba smysluplného světa, potřeba plánovat činnosti v denním rytmu a čase se sebou i druhými, potřeba jistoty sociální role a pozice ve společnosti, potřeba identity a uznání vlastního „já“ sebou samým i druhými, potřeba otevřené budoucnosti (Vágnerová, 2000).

Helena Chloubová - patří mezi představitele humanisticko-holistického přístupu. Potřeby charakterizuje v podobě domu, tzv. *Dům životních potřeb*. Ani ona neopomíjí ve své práci skupinu seniorů (Příbyl, 2015). „*Kdybych chtěla použít určité nadnesenosti a přirovnání, řekla bych, že staří lidé již nemají své vysoké domy potřeb jako je tomu u dospělých. Starým lidem stačí malé, ale účelné domky s pevnými základy tělesných potřeb - zdraví. V těchto pomyslných domcích budou sice důležité místnosti, kterým se starý člověk rád vyhýbá, např. tělocvična, koupelna. Jiné místnosti obývá rád a často. Jidelnu, toaletu, ložnici a pohodlné křeslo, ze kterého je dobře vidět televizi či pohyb na silnici nebo chodbách*“ (Příbyl, 2015, str. 41).

POTŘEBY ČLOVĚKA																		
seberealizace		sebe-aktualizace		duchovní potřeby		estetické		kulturní		pohybové		různé pracovní		různé zájmy				
uznávání sebe sama		důstojnosti		neudělat ostudu		úspěchu		poznávání sebe sama		sociální postavení (role)		učení						
lásky (pozitivní vztah)		důvěra		komunikace		přátelství		moci – dominance		podřízenosti - submise		pečovat o druhé		rodiny				
bezpečí		jistoty		zdraví (FF)		vyhnout se ohrožení		soběstačnosti		ekonom. jistoty		potřeba informací		míru a klidu				
O ₂	H ₂ O	výživy		vyprazdňování moči stolice		fyzická aktivita duševní			spánek odpočinek		teplo pohodlí		vyhýbání se bolesti		hygiena		sexuální potřeby	

Obrázek č. 2 - Dům životních potřeb (Chloubová, 2005)

David Clarence McClelland - americký behaviorální a sociální psychology. Zabýval se Teorií získaných potřeb. Můžeme se ještě setkat s názvy „Teorie tří potřeb“ nebo „Teorie naučených (osvojených) potřeb“ (Příbyl, 2015).

Albert Pesso a Diana Boyden - jsou zakladateli psychomotorické terapie. Původně byli tanečníci, kteří se zabývali výukou tance ve vlastní taneční škole. Při svých hodinách si všímali souvislostí mezi projevy těla, problémy s určitými pohyby a souvislostí s emočními reakcemi a zážitky. V srpnu 2012 jim udělila Americká asociace pro tělovou psychoterapii cenu za celoživotní přínos (Příbyl, 2015).

3.2 IDENTIFIKACE POTŘEB

K tomu, abychom mohli potřebu uspokojit, je důležité si ji uvědomit, identifikovat ji. Uspokojování potřeby není jednoduchou záležitostí. Často s tím mívají potíže mladí, zdraví jedinci, ještě složitější to pak může být pro seniory, kteří bývají limitováni nějakým onemocněním. Všeobecně ale můžeme říci, že nejprve si uvědomím např., že mám žízeň, než se půjdu napít. Až poté, že mi chybí objetí, něha, půjdu tak někoho obejmout. Většinou jediným možným prostředkem k identifikaci potřeb je komunikace, hlavně naslouchání (Příbyl, 2015).

Komunikaci můžeme definovat jako „...sdělování informace prostřednictvím nejrůznějších signálů a prostředků: ústně, písemně, mimikou, gesty a dalším nonverbálním

chováním, a to především mezi dvěma či více lidmi, dále pak pomocí tisku, rozhlasu, či dalších médií“ (Honzák, 1999, s. 7).

Je to proces, kdy dochází k předávání informací mezi dvěma či více subjekty. Komunikovat můžeme slovně, mimoslovně nebo činy. Obdobím, kde se komunikace a sociální interakce stávají významnými, je stáří. Svého významu pak ještě nabývají v období nemoci. U geriatrických pacientů se často setkáváme s polymorbiditou. Pacienti s chronickým onemocněním mají zpravidla zasaženou oblast fyzickou, psychickou i sociální. Nemocní jsou odtrženi od rodiny, mění se jejich sociální role, pohybují se mezi domovem a nemocnicí. Každý jedinec je osobnost, a tak i jejich reakce mohou být odlišné. Dochází k adaptaci, anebo maladaptaci, přijetí či nepřijetí situace. Z této situace posléze pak vychází i způsob komunikace. Mezi hlavní zásady při komunikaci s těmito pacienty patří vhodné prostředí, dostatek času, nespěchat, poskytnout prostor na otázky, odpovídat na ně, komunikovat jasně, zřetelně, srozumitelně, citlivě naslouchat, vyjádřit pochopení, jednat s nimi jako s rovnocennými, posilovat samostatnost, vhodný neverbální projev např. chytout je za ruku, ramena (Příbyl, 2015).

Komunikovat s člověkem, který je v nelehké situaci, má trápení, bolest, je nervózní či nazlobený, není jednoduché. Stejně tak náročné je domluvit se, získat a předat nejen informace, ale i povzbuzení a naději. Domnívám se, že prvním krokem je chtít. Pokud máme skutečný zájem o člověka, se kterým se ať už pracovně nebo osobně setkáváme, je velká část práce za námi (Venglářová, Mahrová, 2006).

Při poskytování profesionální ošetrovatelské péče se musí každý pracovník řídit Etickým kodexem zdravotnického pracovníka nelékařských oborů (viz příloha č. 5, s. 124).

Ve stáří jsou zvyrazněny především potřeby fyziologické jako příjem potravy, vyprazdňování, spánek, teplo a pohoda. Některé potřeby starší lidé téměř nepocítují, např. potřebu hydratace. Nestačí uspokojovat pouze potřeby fyziologické, ale je nezbytné věnovat velkou pozornost také vyšším potřebám, které mají velký vliv na kvalitu života. Senioři se stále více fixují na rodinu, neboť pocítují velkou potřebu sounáležitosti a lásky a pocitu jistoty a bezpečí. I přes tuto fixaci však není dobře saturována potřeba komunikace (Jarošová, 2006).

Vágnerová (2000) poukazuje na nezanedbatelné místo v oblasti psychických potřeb zvláště potřeby stimulace, smysluplné aktivity a seberealizace zejména v období odchodu do důchodu, tzn. změně socioekonomického statusu.

Často se může stát, že práce, které vykonáváme a považujeme právě za ty, jež odpovídají potřebám starého člověka, nemusí být právě to, co jedinec skutečně vyžaduje a očekává.

Často se můžeme setkat s vyslovením žádostí, které mohou být překvapivé, ale mohou vyjadřovat mnohem hlubší potřebu, kterou senior nechce nebo neumí vyjádřit. Za potřebou vyprazdňování se například často skrývá potřeba komunikace a sociálního kontaktu (Pichaud, Thareauová, 1998).

Pichaud (1998) také poukazuje na důležitost zachování autonomie každého jedince, což představuje možnost rozhodovat o svém životě, být pánem svého chování a způsobu života, přičemž závislost a autonomie se vzájemně nevylučují. Pokud jsou schopnosti rozhodovat se nebo něco vykonat narušeny, je jedinec odkázán na pomoc okolí. Stupeň autonomie a nezávislosti jedince určuje podíl pomoci okolí v uspokojování potřeb. Zároveň také upozorňuje na nebezpečí přemíry péče, která člověka demotivuje a vede k zániku sebeobslužných činností.

Přirozenou potřebou člověka je být nezávislý tzn. soběstačný v oblastech běžných denních činností.

3.3 USPOKOJOVÁNÍ POTŘEB

Jakým způsobem si člověk může své potřeby uspokojit? V podstatě rozlišujeme dva základní postupy:

1. žádoucí - způsoby, které jsou v souladu se sociálně - kulturními hodnotami jedince a uspokojují se v mezích zákona, neškodí nám ani ostatním.

2. nežádoucí - jsou to ty, které ubližují nám či jiným lidem, jsou v rozporu s našimi hodnotami nebo jimi porušují zákon (Příbyl, 2015).

Lidské potřeby a míru jejich naplnění charakterizujeme dvěma pojmy. Jsou-li naplňovány a uspokojovány v dostatečné míře označujeme to jako **saturace**. Dojde-li však k narušení vnitřní rovnováhy organismu, ale i rovnováhy s vnějším prostředím, potřeby nejsou uspokojeny, to vede k disharmonii jedince a dává vzniku zátěžové situaci - **frustrace**. Jedná se o situaci, kdy člověk nemá možnost uspokojení subjektivně důležité potřeby. Většinou se jedná o stav krátkodobý, člověk ji dokáže snadno překonat (odložením uspokojení, změnou motivu apod.). Frustrace však nemusí být vždycky nežádoucí, můžeme ji částečně považovat i za žádoucí zkušenost, která nám formuje osobnost, nutí hledat nová řešení. K velice závažným stavům, které negativně ovlivňují psychiku jedince a následně jeho uspokojování potřeb, patří **deprivace**. „*Deprivace je stav, kdy některá z objektivně významných potřeb,*

biologických i psychických, není uspokojována v dostatečné míře, přiměřeným způsobem a po dostatečně dlouhou dobu“ (Příbyl, 2015, s. 48).

Proto, aby stáří a jeho prožití bylo plnohodnotné a důstojné, je identifikace a následná saturace potřeb důležitým aspektem.

Ráda bych se nyní zaměřila na základní, fyziologické potřeby, které si myslím, že v důsledku jejich neuspokojení dovedou člověka do stavu, který se neobejde bez lékařské či ošetrovatelské pomoci. Je to potřeba výživy a hydratace. Více než 50 % našich hospitalizovaných pacientů mají ve svých příjmových dokumentacích zapsáno „již několik dní nejí a nepije...“ Ze své praxe a ze spousty dokumentací, které jsme již přečetli, se domnívám, že problém výživy a hydratace u geriatrických pacientů je (kromě úrazů) jedním z hlavních důvodů dekompenzace základního onemocnění, zdravotního stavu.

4 POTŘEBA VÝŽIVY VE STÁŘÍ

Dodržováním vhodné a zdravé životosprávy, dostatečným pohybem, můžeme celkově posílit stav organismu, pohybového aparátu, svalstva, centrálního nervového systému. Lze redukovat i negativní zevní vlivy a příznivě tak ovlivnit proces stárnutí i s možným prodloužením délky života. Evropská data nám ukazují, že se problémy výživy příliš nedotýkají zdravých, doma žijících starých lidí, ale spíše akutně či chronicky nemocných, hospitalizovaných nebo lidí žijících v sociálních zařízeních. Můžeme se také ještě setkat s tzv. **stresovou poruchou výživy**. Jedná se o akutně vzniklou podvýživu, která může postihnout jak mladší, tak i starší populaci a vzniká většinou v souvislosti s akutním onemocněním, operací či hospitalizací. Bohužel se setkáváme, a to především ve starší populaci, s chronickou, proteinkalorickou podvýživou. Kombinace obou, hlavně ve vyšším věku, může mít fatální následky. Proto zlepšením kvality výživy starých lidí je možné nejen zpomalit nástup běžných nemocí ve stáří, ale tím i snížit celkové výdaje na zdravotní péči (Turek, Dostálová, 2002).

Jednotlivé buňky a tkáně se v lidském těle obměňují. Tato obměna se týká všech částí těla i orgánů, s výjimkou mozkových buněk. Kdyby totiž docházelo i u nich k obměně, nic bychom si nepamatovali. Tyto buňky však postupně odumírají, a to má velmi závažné postavení v procesu stárnutí. Je tedy dokázáno, že mezi věkem 20 - 80 let se snižuje kapacita plic o 40-60 %, snižuje se činnost trávicího ústrojí, výkonnost ledvin, zhoršuje se zrak a sluch, svoji citlivost ztrácí i chuť, snižuje se činnost žláz s vnitřní sekrecí, u některých se může i zastavit, i s určitými následky v látkové přeměně. Ovlivněn je i stav srdce a cév, dýchacího ústrojí, mozku, nervů, jater, kostí i kloubů. Jak tedy na to, aby nám výživa v procesu stárnutí pomáhala a ne proces zhoršovala. Důležitý je správný přívod energie (Turek, Dostálová, 1996).

4.1 ENERGETICKÝ PŘÍJEM

Celková potřeba energie ve stáří klesá, je tomu zhruba o 20 kJ na 10 let od 50. roku života. Každý člověk nejen ve stáří, ale i dospělosti, by měl jíst tolik, aby nepřibýval na váze a zároveň by měl zvolit takovou dávku stravy, aby hmotnost neubývala. Přívod a potřebu celkové energie ovlivňuje řada faktorů. Jsou jimi např. přidružená onemocnění, kondice jedince či celková tělesná konstituce. Rozhodující je také stupeň tělesné aktivity. Je tedy

důležité, aby starší lidé, kteří z nějakého důvodu musí omezit svůj pohyb, snížili i množství přijaté potravy (energetický příjem). Vše je tedy otázkou vůle a samozřejmě dostatečných znalostí o výživě. Je žádoucí, aby strava byla kvalitní a pravidelná. Správná znalost o kvalitní výživě pak snáze pomůže stanovit výběr jednotlivých hlavních živin, tzn. sacharidů, tuků, bílkovin a jejich vhodný vzájemný poměr. Z celkového energetického přívodu (100 %) by měl být poměr mezi bílkovinami, tuky a sacharidy 12 : 27 : 61 (Turek, Dostálová, 1996).

4.2 VÝZNAM ŽIVIN V POTRAVĚ

Potraviny obsahují látky zvané živiny, které jsou nezbytně nutné k výživě lidského organismu. Živiny rozdělujeme do dvou skupin:

- základní skupinu tvoří látky, které umožňují růst nových tkání a jsou zdrojem energie. Jsou to bílkoviny, tuky a sacharidy.
- druhou skupinu tvoří vitamíny, nerostné látky, voda, která je podstatnou složkou všech tkání (Kasper, Burghardt, 2015).

4.2.1 BÍLKOVINY

Jsou základním stavebním materiálem, který je důležitý k optimálnímu obnovování buněk, tkání a tělních tekutin. Stanovení vhodné dávky u starších osob je proto velice důležité. Nemá-li člověk důvod k jejich omezení, je doporučený denní příjem pro seniory 1-1,25 g/kg tělesné váhy/den. Neměli bychom také opomíjet rovnoměrné zastoupení jak bílkovin živočišných, tak rostlinných. Je-li množství bílkovin nedostatečné, může to zkomplikovat celkový zdravotní stav pacienta. Dochází ke zhoršení imunitní odpovědi, špatnému hojení ran, vznikají otoky, zatěžují se ledviny, které v tomto období mívají nižší vylučovací schopnost. Dávka bílkovin proto nesmí být nedostatečná, ale ani nadbytečná. V současnosti existuje řada tabulek pro lepší orientaci při výběru správných potravin. Vhodným zdrojem živočišných bílkovin jsou např. ryby mořské i sladkovodní, protože jejich tuk má zcela jiné vlastnosti. Obsahují nenasycené mastné kyseliny ze skupiny omega 3. U masa z různých druhů zvířat je lepší dávat přednost libovému. Vhodným zdrojem je tak maso drůbeží, hlavně kuřecí. Zdroje bílkovin najdeme i u poživatin rostlinného původu. Řadíme sem zejména luštěniny a obiloviny. Výhodou rostlinných zdrojů je, že nepřináší tukovou zátěž jako většina zdrojů živočišných. V souvislosti s bílkovinami je také nutné

vědět, že není důležitá pouze jejich hodnota, ale také způsob přípravy poživatiny. Jedná se hlavně o vliv nepřiměřené teploty. Při vysokých teplotách mohou z aminokyselin vzniknout tzv. pyroluzity aminokyselin, které mají mutagenní účinky a mohou se podílet i na vzniku nádorů. Jejich mutagenní aktivita se dá ale výrazně snížit přidáním zeleniny, což je velkou výhodou (Turek, Dostálová, 1996).

4.2.2 TUKY

Tuky tvoří velmi významnou složku ve výživě a mají ze všech základních živin nejvyšší energetickou hodnotu. Jejich hodnota by neměla přesahovat 30 % z celkového přívodu energie. U osob s rizikem cévního či srdečního onemocnění pak 25-27 % energetického podílu. U tuků však nezáleží pouze na dávce, ale také na druhu a kvalitě. Tuky se skládají z mastných kyselin (nasycených a nenasycených) a z glycerolu. Velice důležité jsou pro nás nenasycené mastné kyseliny, které jsou obsaženy hlavně v rostlinných olejích. Jejich hlavními účinky jsou podpora snížení rizika vzniku cévních a srdečních onemocnění. Důležitou podmínkou ale je, aby nebyly žádným způsobem narušeny např. nevhodnou tepelnou úpravou, žluknutím, problémem je i ztužování. Tímto procesem ztužování vznikají tzv. transformy nenasycených mastných kyselin, které už mají biologické účinky podobné nevhodným účinkům nasycených mastných kyselin. K lipidům dále řadíme i cholesterol. Nemá sice obdobnou chemickou skladbu, ale jako tuk se chová. Cholesterol plní v lidském organismu své úkoly, problém však může nastat při nadbytečném přívodu a zvýšené tvorbě v těle. K jeho největším rizikům patří rozvoj aterosklerózy. Za nadbytečný přívod cholesterolu potravou považujeme množství převyšující 300 mg denně. Cholesterol je odbouráván v játrech a tvoří se z něho hormony a žlučové kyseliny. Ve stáří se pak podíl cholesterolu používaného pro tvorbu hormonů snižuje. K látkám, které vydatně hladinu cholesterolu v krvi snižují, patří vláknina. Oproti tomu látky, které mohou jeho hladinu zvýšit, patří např. polychlorované bifenoly (Turek, Dostálová, 1996).

4.2.3 SACHARIDY

Sacharidy představují v organismu hlavně zdroj rychle využitelné energie. Platí to pro jednoduché cukry a polysacharidy. Při látkové přeměně se většina energeticky využitelných sacharidů převádí na glukózu. Proto se vždy po jejich požití zvýší hladina glykémie v krvi.

Poté záleží na inzulínu, hormonu slinivky břišní, jak rychle se hladina glykémie (hladina glukózy v krvi) vrátí k normálu. Můžeme si tak představit situaci, která se nazývá **glukozová tolerance**. Problémem ve stáří pak u některých lidí je snížená glukozová tolerance. Způsobeno to může být nedostatkem inzulínu, což je podstata onemocnění cukrovkou, častěji ale u mladších jedinců. Ve starším věku potom bývá problémem neschopnost tkání glukózu využít při normální nebo i vyšší hladině inzulínu. Často se s tímto problémem setkáváme u pacientů obézních, hypertoniků, u pacientů s narušenou hladinou lipoproteinů a zvýšenou hladinou kyseliny močové v krvi. Snížená schopnost využít glukózu u starších lidí nastupuje zpočátku pozvolna, pomalu a můžeme ji zvládnout dietou. Základem této diety je regulace energetického přívodu s omezením tuků a cukrů (sacharózy). Jako náhradu cukru můžeme zvolit umělá sladidla. Sacharidy, nejlépe polysacharidy by měli tvořit 55-60 % příjmu energie a zhruba 5 % by mělo být rozpustné vlákniny. Hlavní složku rozpustné vlákniny tvoří pektin, který je obsažen zejména v ovoci (jablkách). Pektin pak významně přispívá ke snižování hladiny cholesterolu v krvi (Turek, Dostálová, 1996).

4.2.4 VITAMÍNY

Vitamíny řadíme mezi nepostradatelné (esenciální) živiny, bez kterých se organismus neobejde, není schopen si je sám vytvořit a je tedy nutné je přijímat v potravě. Vitamíny rozdělujeme na rozpustné v tucích a ve vodě. Do skupiny vitamínů rozpustných v tucích řadíme vitamín A, D, E, K. K vitamínům rozpustným ve vodě patří všechny řazené do B komplexu, kyselinu listovou, pantotenovou, panamovou, niacin, biotin a vitamín C. U starších lidí hrají vitamíny nezastupitelnou roli. V procesu stárnutí dochází ke snížení pochodu látkové přeměny a právě řada vitamínů je součástí různých enzymů, či se dokonce uplatňují v metabolických procesech (Turek, Dostálová, 1996).

Jakou tedy hrají jednotlivé vitamíny úlohu právě v období stáří?

Vitamín A - retinol, je obsažen pouze v živočišných potravinách. Jeho hlavní funkcí je zajištění procesů při vidění, růstu a v dospělosti při obnově tkání a buněk. Právě tato funkce hraje v období stáří významnou roli, neboť dokonalá obměna buněk zaručuje i jejich spolehlivou funkci. Vitamín A dále reguluje přeměnu bílkovin, ochraňuje sliznice (tím chrání i proti infekcím). Svůj vliv má i na pokožku, protože suchá kůže může být známkou jeho nedostatku (Turek, Dostálová, 1996).

Vitamín D - kalciferol, jedná se o skupinu látek, které jsou vytvářeny v lidském těle z prekuzorů. Jsou to látky sterolové povahy a vznikají při působení ultrafialového světla nebo z jiných zdrojů (UV lampy). Přívod vitamínu D v dostatečném množství je důležitý hlavně ve dvou obdobích lidského života. Prvním obdobím je v novorozenecký věk, kdy je důležité podpořit správný růst kostí a kdy vitamín D rozhoduje o ukládání vápníku do kostí a zajišťuje tak jejich růst a vývoj. Druhým obdobím je stáří. V této etapě života může vzniknout nedostatek vitamínu D hlavně u těch lidí, kteří nejsou dostatečně vystaveni slunečnímu záření. V takových případech je nutné, aby byl doplňován ve větší míře z potravy, neboť podporuje obnovu kostní tkáně po celý život a jeho nedostatek může vést k osteoporóze (řidnutí kostí). S tímto onemocněním se setkáváme nejčastěji u starších žen. Další jeho významnou rolí je aktivace imunitního systému a zároveň blokáce mutagenního a karcinogenního působení díky svojí ochraně na sliznici tlustého střeva. I zde ale platí „všeho s mírou“. Ve vysokých dávkách je toxický, a to hlavně pro jaterní buňky. I jeho vyšší dávky mohou přispívat k rozvoji aterosklerotických změn v cévách. Vhodné dávky by tak neměly převýšit 400 IU za den (Turek, Dostálová, 1996).

Vitamín E - alfa tokoferol, můžeme se setkat s názvy „vitamín mládí“ nebo „vitamín plodnosti“. Za účinný je považován v oblasti sexuální. Svůj velký význam má ale i v jiných oblastech. Jeho značný antioxidační účinek má svoji prevenci u srdečních, cévních i nádorových onemocněních. Spolu se selenem ochraňuje játra a s vitamínem C má značnou schopnost bránit vzniku karcinogenních látek. Denní dávka by měla dosahovat 15-20 mg, u starších osob až 30 mg. V naší běžné stravě však nebývá dostatečně zastoupen (Turek, Dostálová, 1996).

Vitamín K - fitochinon, nepostradatelnou roli hraje při zástavě krvácení. Spolupodílí se na vytváření faktorů, které jsou nutné pro správné srážení krve. Díky těmto faktorům pak mohou včas krevní destičky v místě poranění vytvořit krevní sraženinu, a tím zabránit krvácení. Spolu s vitamínem D se podílí na stavbě a vývoji kostí. Jeho nedostatek se u nás téměř nevyskytuje. Hojně si ho totiž vytváří bakterie v tenkém střevě a pokrývají téměř polovinu denní potřeby. Druhou polovinu pak zajistí potrava. Nalezneme ho hlavně ve špenátu, luštěninách, bramborách, mrkvi, kvěťáku, kapustě atd. Pokud dojde k jeho nedostatku v organismu, projeví se to četnými podlitinami bez jakékoliv příčiny. Setkat se s tím můžeme ještě u pacientů trpících onemocněním jater a u kojenců (Turek, Dostálová, 1996).

Vitamíny skupiny B - zajišťují mnoho metabolických funkcí. U starších lidí bychom doporučené denní dávky měly udržovat při horních hranicích. Veškeré procesy látkové přeměny se totiž v tomto období zpomalují. Dochází k atrofii žaludeční sliznice, proto je

nutný dostatečný přívod vitamínu B 12. K podpoře krvevotvorby je potřebná kyselina listová a železo. Vitamín B12, B6 a kyselina listová také chrání naše cévy před rozvojem aterosklerózy. Zdrojem vitamínu B12 jsou např. játra, maso. Vitamínu B6 kvasnice, pšeničné klíčky a hlavním zdrojem kyseliny listové je zelenina (Turek, Dostálová, 1996).

4.2.5 MINERÁLNÍ LÁTKY

Jedná se o látky nepostradatelné pro lidský organismus. Dle toho, jak potřebné množství náš organismus potřebuje, je rozdělujeme na makro a mikroprvky. K makroprvkům řadíme sodík, draslík, vápník, fosfor a hořčík (Turek, Dostálová, 1996).

Sodík - látka, která je přirozeně obsažena v naší potravě. Významným zdrojem je kuchyňská sůl (chlorid sodný). V České republice je spotřeba kuchyňské soli velmi vysoká, a to může způsobit mnohým, zejména pak starším, velké zdravotní problémy. Jeho následky spočívají v rozvoji hypertenze, onemocnění srdce a cév. Účast sodíku byla prokázána i u některých nádorových onemocnění, hlavně žaludku. Dlouhodobé doporučení Světové zdravotnické organizace je snížit přísun soli z 6 g (předpokládané denní spotřeby) na 3 g za den (Turek, Dostálová, 1996).

Draslík - látka, která se podílí na zajištění svalové aktivity, včetně srdečního svalu, což je velice žádoucí pro dobrou činnost srdce ve stáří. V naší stravě chybí a jeho nedostatek je spojován s nízkým přísunem zeleniny, ovoce, brambor. Vhodnými zdroji jsou i luštěniny, hrách, švestky, ořechy, jablka a sušené ovoce (Turek, Dostálová, 1996).

Vápník - látka, která se účastí stavby kostí, zubů a udržuje rovnováhu při krevní srážlivosti. Dále se podílí na regulaci smršťování svalů, proto při jeho nedostatku dochází ke křečím. Základním zdrojem vápníku je mléko a mléčné výrobky, nejlépe ve formě zakysaných mléčných výrobků, jogurtů (Turek, Dostálová, 1996).

Hořčík - zasahuje do převodu nervových vzruchů regulujících srdeční akci a snižuje riziko nepravidelné srdeční činnosti (např. extrasystoly). U starších lidí pomáhá při dostatečném přívodu zajistit podporu srdeční činnosti. Jeho denní dávka je zhruba 300 - 400 mg. Hlavními zdroji jsou luštěniny, zelenina, minerální vody, ale i obiloviny, brambory, mléko a mléčné výrobky (Turek, Dostálová, 1996).

Železo - také se řadí k makroprvkům. V organismu má své zastoupení v mnoha životně důležitých funkcích, ještě spolu se sírou a fosforem. Jejich přívod v potravě je téměř vyrovnaný. Problém může nastat v období stáří, z důvodu sníženého vstřebávání. Proto je

jeho přívod důležitý. Svoji roli zastupuje při tvorbě červeného krevního barviva a tím při obnově červených krvinek (Turek, Dostálová, 1996).

4.2.6 STOPOVÉ PRVKY

I ty mají v období stáří nezastupitelnou roli. Značný význam má **selen**, který zajišťuje antioxidační ochranu před nepříznivým působením volných kyslíkových radikálů. **Jód**, prvek, jehož hlavním posláním je zastoupení v hormonu štítné žlázy, který se podílí na zajištění mnoha pochodů v organismu při látkové přeměně. Jeho dostatečný přívod pro starší lidi má značný význam a je tedy třeba o jeho zásobení pečovat. Dalšími prvky jsou **mangan**, **měď** a **chrom**. I ty mají své zastoupení v různých funkcích organismu jak mladého, tak i starého (Turek, Dostálová, 1996).

V souvislosti s prevencí vzniku různých deficitů je v současnosti často diskutován význam potravinových doplňků, které jsou obohaceny o minerály, vitamíny apod. Za nejvíce ohrožené považujeme právě seniory z kategorie „frailty“ tedy křehkých. Právě u těchto pacientů může jakákoliv epizoda infekce znamenat významné zhoršení zdravotního stavu. Abychom co nejvíce omezili vznik onemocnění, je důležité zvolit kvalitní potravinový doplněk. Při výběru se pak zaměřujeme hlavně na jeho biologickou dostupnost obsažených komponent. Znamená to, že takový výrobek respektuje změny probíhající u starých lidí. Patří sem zpomalená pasáž, klesající pH žaludečního sekretu, zvýšená náchylnost k poranění žaludeční sliznice, snížená motilita střeva atd. Vhodně zvolený potravinový doplněk je tedy vhodnou prevencí vzniku stavů nedostatku v době, kdy z různých příčin strava seniora pestrá natolik, aby zajistila dávku všeho potřebného (Turek, Dostálová, 1996).

4.3 PORUCHY VÝŽIVY

V současné době víme, že v období stáří dochází ke snížení energetické potřeby, většinou v souběhu se snížením energetického příjmu. To však má za následek i snížení biologicky významných proteinů a mikronutrientů. Důsledkem těchto změn je, že určitá část této populace, bez ohledu na jejich socioekonomické postavení, trpí některým typem malnutrice (Kubešová, 2008).

4.3.1 MALNUTRICE

Nejčastější typ poruchy výživy ve stáří. Jedná se o stav, který vzniká v důsledku nedostatečné či nepřiměřené výživy, která má za následek pokles tělesné hmotnosti, ztrátu tukové tkáně a komplexní metabolické a somatické změny. Ve stáří často malnutrice nebývá vůbec rozpoznána, tudíž ani léčena. U nemocných pak vede ke zhoršování fyzické výkonnosti, zvyšuje mortalitu a zvyšuje náklady na zdravotní péči. Příčiny malnutrice jsou multifaktoriální. Řadíme sem např. polymorbiditu, nedostatek pohybu, četná farmakoterapie, ztráta chrupu, onemocnění dutiny ústní, psychické deprese, sociální izolace, ekonomické potíže. Většinou převažují sociální a funkční vlivy nad somatickými chorobami.

Dle charakteru můžeme malnutrici rozlišit na:

Proteino-energetickou - tzv. Marantický typ. Jedná se o stav s nedostatečným celkovým kalorickým příjmem. Dle závažnosti rozlišujeme lehkou, střední a těžkou malnutrici.

Proteinová malnutrice - tzv. typ Kwashiorkor. Stav, kdy celkový energetický příjem je dostatečný, ale ve výživě chybí bílkoviny.

Karence - stav, kdy je nedostatečný příjem pouze některých látek (stopových prvků, vitamínů).

Kachexie - zvláštní forma malnutrice, většinou v souvislosti s jiným závažným onemocněním. Tzv. malnutrice při stresovém hladovění. Typický je zvýšený bazální metabolismus a katabolismus. Nejvyšší stupeň kachexie označujeme jako marasmus (Kubešová, 2008).

Klinický obraz závisí na převažujícím typu malnutrice. Obecně jsou ale základními projevy:

1. Úbytek svalové hmoty - následkem je snížení tělesné výkonnosti, zhoršení mobility a soběstačnosti. Je zde vyšší výskyt rizika pádů, fraktur. Postiženy jsou dýchací svaly, kde se zhoršuje ventilace, což může mít za následek plicní infekce.
2. Snížená obranyschopnost - zvýšená náchylnost k infekcím.
3. Zhoršené hojení ran, tvorba dekubitů
4. Edémy, anémie, poruchy vnitřního prostředí, lymfopenie - vznikají při dlouhodobé malnutrici (Kubešová, 2008).

4.3.2 OBEZITA

Ve vyspělých zemích dochází obecně ke vzestupu hmotnosti a hmotnostního indexu (BMI) asi do věku 60 let, poté začíná pozvolný pokles (Kalvach, 2004).

Je prokázán vztah BMI a celkové mortality, kdy vzestup hodnot BMI ve všech věkových kategoriích zvyšuje riziko úmrtí. U starší populace ještě lepším ukazatelem mortality u mužů obvod pasu, u žen obvod boků. Doporučená hodnota BMI u starší populace se zvyšuje z 25 BMI na 27 BMI. Je prokázáno, že obézní člověk s vyšším obsahem tukové tkáně dříve propadá invaliditě, má nedostatek pohybu. Chůze jedince se stává pomalou, což postupem času vede k dalším funkčním omezením. Při terapii obezity musíme vždy brát zřetel na celkový stav pacienta, přidružená onemocnění, způsob a styl jeho stravování. Víme, že je-li snížena jeho fyzická aktivita, klesá energetický výdej a důsledkem může být zvýšení obsahu tukové tkáně a zároveň zmnožení viscerálního tuku. Můžeme se setkat i s tím, že léčba obezity, redukce hmotnosti ve stáří, vzhledem ke krátké životní prognóze nemá smysl, a to hlavně z důvodu, že změna životního stylu, návyků může být jedincem špatně tolerována. Na druhé straně si ale musíme uvědomit, že úbytek hmotnosti ve stáří může snížit morbiditu z důvodu Diabetes mellitus, respiračních komplikací, může snížit kardiovaskulární rizika atd. Mezi nejjednoznačnější účinky v léčbě obezity byly prokázány - vhodná fyzická aktivita a úprava příjmu potravy. K vhodným druhům pohybu patří chůze, cvičení, posilování, které je přizpůsobeno fyzickým možnostem a věku pacienta. Každá fyzická aktivita by měla být prováděna pravidelně. Lze tak předejít jejímu poklesu, který může ve vyšším věku představovat 10-15 % celkového energetického výdeje. Stejně tak jako lze přizpůsobit pohybové aktivity, lze i vhodně upravit příjem potravy ve smyslu zásad správného stravování (Kalvach, 2004).

Všechny změny, které chceme realizovat, by měly být postupné a respektovat zvyklosti pacienta. Základem léčby tedy zůstává racionální dieta s omezením celkového obsahu energie, a to na úkor tuků a sacharidů, přičemž příjem bílkovin musí být zachován. Minerály a vitamíny v dostatečném množství doplníme ve formě ovoce a zeleniny, eventuálně v suplementech. Za úspěšný považujeme úbytek hmotnosti o 5 max. 10 % z původní váhy. Chirurgické metody u obézních ve stáří se většinou nepoužívají. Základem úspěšné redukce váhy u osob ve vyšším věku je tedy dostatečná edukace pacienta a jeho motivace ke spolupráci, a tím zvýšení kvality života (Kalvach, 2004).

5 POTŘEBA HYDRATAČE

Proces stárnutí je spojován se změnou obsahu vody v těle člověka. Největší podíl vody je přítomen v mládí, s přibývajícím věkem postupně klesá. Osoby ve vyšším věku jsou tak mnohem více citliví ke změnám obsahu vody v těle oproti jedincům středního věku, zvláště potom za patologických stavů. Hospodaření vodou a ionty je ovlivněno i poklesem pocitu žízně a chuťovými změnami. Příjem tekutin bývá ovlivňován somatickými a psychosociálními faktory. Dalšími faktory ovlivňující stav hydratace ve vyšším věku jsou úbytek renálních funkcí, klesá renální perfúze, tubulární resorpce, koncentrační schopnost ledvin. Alterován je v tomto období i mechanismus pocitu žízně, který je snížený. V důsledku všech těchto mechanismů způsobených procesem stárnutí je důležité, abychom množství vody, či vypitých nápojů kontrolovali a zabránili tak komplikacím v podobě dehydratace (Kasper, Burghardt, 2015).

5.1 DEHYDRATAČE

Jedná se o stav, jehož klinickými příznaky jsou tachykardie, suché sliznice, snížený kožní turgor, ortostatická hypotenze, pokles diurézy. Tento stav se může rozvinout velice rychle z důvodu nedostatečného příjmu tekutin, který je způsoben ztrátou pocitu žízně. Polymorbidita a farmaka (zejména diuretika) mohou také významně ovlivnit hospodaření vodou a ionty.

Rozlišujeme tři typy dehydratace:

- hypotonická
- izotonická
- hypertonická (Kalvach, 2004).

Hypotonická dehydratace

Stav, kdy jsou ztráty soli vyšší než ztráty tekutin. Mezi příčiny způsobující tento typ dehydratace patří např. zvracení, průjemy, renální selhání, diabetes insipidus apod. Laboratorně je snížena osmolalita, natrémie, stoupá hematokrit a hemoglobin. Tento stav se projevuje rozvojem extracelulární dehydratace s intracelulárním edémem. V důsledku hypovolemie tak dochází ke zvýšené sekreci antidiuretického hormonu, jehož následkem je další retence čisté vody. Klinicky se pak může tento typ dehydratace manifestovat až příznaky jako je apatie,

křeče, delirantní stavy. Terapie spočívá v podání hypotonických roztoků (Prudius a kol., 2014).

Izotonická dehydratace

Stav způsobený ztrátami vody a sodíku, jehož důsledkem je pokles objemu extracelulární tekutiny. Objem intracelulární tekutiny zůstává beze změn. Z příčin extrarenálních patří nedostatek tekutin a iontů u starších pacientů, zvracení, průjemy nebo i stavy jako je ileus, peritonitida, ascites či popáleniny. Z renálních příčin můžeme uvést polyurickou fázi renálního selhávání, tubulointersticiální nefritidu, Addisonovu chorobu, či sekundární ztráty při léčbě diuretiky. Laboratorně stoupají hodnoty hematokritu, hemoglobinu a celkové bílkoviny, osmolalita plazmy se nemění. Klinickými příznaky jsou hypotenze, tachykardie, žízeň, kolapsový stav, oligurie. U starších pacientů se tento stav rozvíjí většinou velice rychle (Prudius a kol., 2014).

Hypertonická dehydratace

Stav, kdy dochází v důsledku nedostatku čisté vody ke snížení extra a následně i intracelulárního objemu tekutiny. Příčinami nejčastěji bývá žíznění, pocení, ztráty vody ledvinami či zažívacím traktem, hyperventilací. Laboratorně dochází ke zmenšení středního objemu erytrocytů, hematokrit, hemoglobin a celková bílkovina stoupají. Mezi klinické příznaky patří silný pocit žízně, oschlé sliznice, horečka, zmatenost, snížený turgor kůže, otupělost a oligurie. U starších pacientů se může objevit i dezorientace a neklid (Prudius a kol., 2014).

5.2 LÉČBA DEHYDRATACE

Dehydratace je stav, který ve stáří patří k častým nemocem, jež vedou člověka k hospitalizaci. Je nutné tedy vědět, že vhodnými preventivními opatřeními lze tomuto stavu včas předejít. Starého člověka tedy musíme častěji pobízet k dodržování pitného režimu. Ošetřující lékař by měl vždy zhodnotit celkový stav pacienta, jeho komorbidity a základní farmakoterapii. Je nutné brát zřetel na možné ztráty vody a sodíku z organismu jedince. Při terapii dehydratace se vždy řídíme klinickými projevy. Léčíme symptomaticky, tzn. náhradou tekutin, kontrolou příjmu a výdeje tekutin, záznamem hmotnosti pacienta a laboratorní kontrolou hladiny sodíku v séru. Při mírných ztrátách upravuje lékař aktuální

medikaci (diuretika). U těžších změn je nutná pomalá substituce. Při izotonické dehydrataci jsou vhodné roztoky krystaloidů. U hypotonické dehydratace se podává nejčastěji 0,9 % roztok NaCl při pečlivé monitoraci neurologického stavu. U hypertonické dehydratace se aplikuje roztok ve formě 5 % Glukózy. I zde je nutné kontrolovat neurologický stav pacienta. Při terapii dehydratace musí být vždy brán zřetel na množství ztrát vody a sodíku. Vždy je nutné léčit základní příčinu. Dehydratace je stav, který může starého člověka ohrozit na životě, většinou však ještě v kombinaci s některým typem poruchy výživy (Prudius a kol., 2014).

6 DIAGNOSTIKA POTŘEB VÝŽIVY A HYDRATACE U DLOUHODOBĚ HOSPITALIZOVANÝCH PACIENTŮ

6.1 ANAMNÉZA

Cílem při sběru anamnézy od pacienta je odhalení nejčastějších rizik, která mohou být **příčinou poruchy výživy**. Zaměřujeme se na:

Výživové zvyklosti - tzn. kolik pacient sní denně porcí jídla, zdali má nějaké dietní omezení, zda si vaří, či je mu strava dovážena, jaký má přísun bílkovin.

Dostupnost stravy - tzn. je-li pacient dostatečně soběstačný k obstarání stravy, jeho ekonomické zajištění, zda si nakupuje, vaří.

Chuť k jídlu - zda nemá potíže s chrupem, zda není přítomna patologie (poruchy polykání, žvýkání).

Komorbidity - tzn. přítomnost onemocnění, která mohou zhoršovat trávení, vstřebávání živin (Crohnova choroba, ulcerózní kolitida, průjmy), stavy vedoucí ke ztrátám bílkovin (Nefrotický syndrom). Stavy zvyšující energetické nároky organismu (sepsy, malignity, traumata apod.), či stavy vedoucí k psychické alteraci (psychózy, demence, deprese apod.) (Kalvach, 2004).

Cílem při sběru anamnézy od pacienta je odhalení nejčastějších rizik, která mohou být **příčinou poruchy hydratace**. Zaměřujeme se na:

Zvyklosti příjmu tekutin - tzn. jaké množství pacient denně vypije, při jaké příležitosti, jaký zdroj tekutin nejčastěji přijímá, z čeho pije (sklenička, hrneček, hrneček s náustkem).

Dostupnost tekutin - tzn. jaké má pacient možnosti a schopnosti obstarat si dostatek tekutin, kde je má k dispozici, v jakém množství, kde a jak daleko si je nakupuje či, zda mu je někdo dováží, jak často.

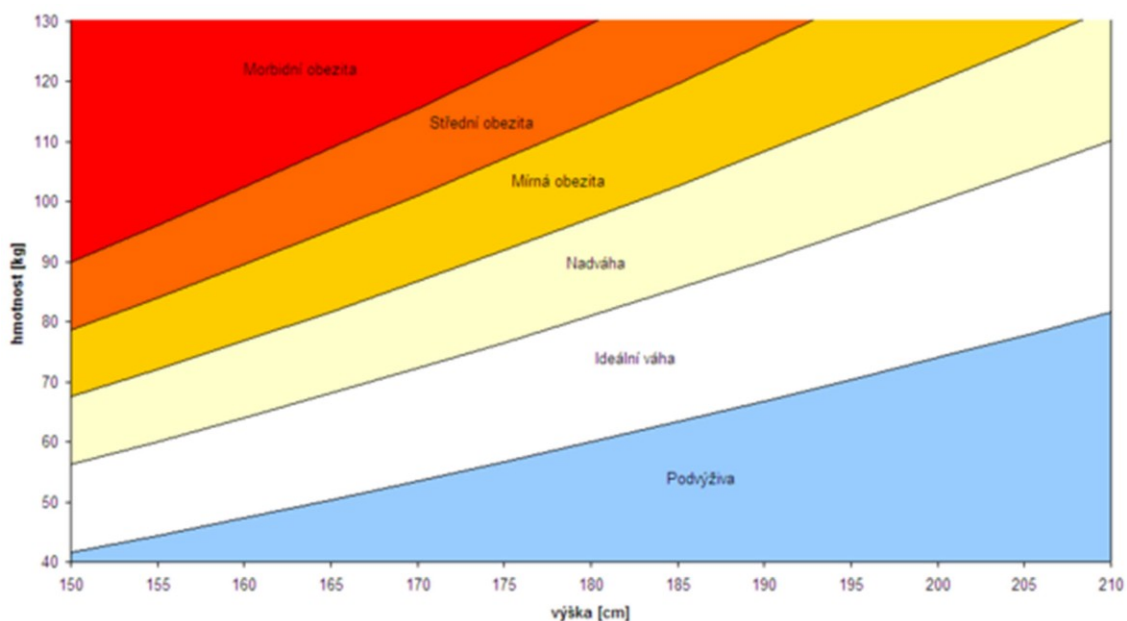
Pocit žízně - zda pacient nepocítuje sucho v ústech, jaký je stav sliznic, zda nemá popraskané rty či jiné obtíže v dutině ústní. Jestli a jak často pocítuje žízeň, zda pocítuje úlevu, když se napije.

Komorbidity – přítomnost onemocnění, které mohou omezovat příjem tekutin, základní diagnóza, onemocnění zažívacího traktu, poruchy polykání. Stavů omezujících příjem tekutin (onemocnění ledvin apod.) (Kalvach, 2004).

6.2 FYZIKÁLNÍ VYŠETŘENÍ

U každého pacienta hodnotíme stav výživy pomocí hodnotících testů.

Body Mass Index - BMI - vypočítává se jako podíl váhy v kilogramech a výšky v m². Tyto hodnoty nás informují o tělesné konstituci těla pacienta. Dále nám může poskytnout informace, zdali v posledních třech měsících nedošlo k nežádoucímu úbytku či nárůstu hmotnosti o 10 % váhy. Optimální hodnoty jsou do 25. Nevýhodou je, že metoda BMI nedokáže odlišit množství tělesného tuku a svalové hmoty, výsledek proto může být i značně zkreslen (Vytejková, 2013).



Obrázek č. 3 - Body Mass Index (Hainer, Kunešová, 1997).

Funkční zdatnost tzn. svalová síla (dynamometrie, spirometrie) a celková soběstačnost.

Antropometrické vyšetření - měříme střední obvod paže (týká se tělesné hmotnosti bez tuku). Dále měření kožních řas nad tricepsem, lopatkou a pánevní kostou (týká se hodnocení celkového tuku).

Kalorimetrie - tato technika není běžně využívána, avšak nepřímá kalorimetrie je metoda nejobektivnější pro stanovení energetického výdeje. Měřicí přístroj provádí měření

a monitorování dýchacích plynů s průběžným vyjádřením hodnoty spotřebovaného kyslíku a produkovaného oxidu uhličitého. Časové úseky měření jsou jedna minuta (Kalvach, 2004).

Screeningové hodnocení stavu výživy pomocí standardizovaných škál. Patří sem:

- **Minimal Nutritional Assessment - MNA** - škála se skládá z 18 otázek členěných do čtyř oddílů: antropometrická měření, stravovací návyky, globální posouzení a subjektivní posouzení škála detekuje osoby s rizikem poruchy podvýživy a s malnutricí který je vhodný k hodnocení rizik malnutrice u seniorů v komunitě.
- **Nottinghamský screeningový dotazník** - používá se u akutně hospitalizovaných pacientů, kde zjišťujeme cíleně BMI, nechtěný váhový úbytek za poslední 3 měsíce, snížení příjmu potravy v posledním měsíci a stresový faktor (závažnost základního onemocnění).
- **Dospělé nutriční skóre** - hodnotí stav výživy pacienta a případnou potřebu nutriční intervence. Zabývá se jednotlivými faktory ovlivňující stav výživy, ke každému přiřazuje body, hodnotí celkem šest veličin, a to: věk, BMI, ztrátu hmotnosti za poslední 3 měsíce, množství jídla za poslední tři týdny, projevy nemoci v současné době a stres.
- **Malnutriční univerzální screeningový nástroj - MUST** - skládá se ze tří klinických parametrů, které jsou ohodnoceny body 0, 1, 2. Prvním parametrem testu je BMI, dalším parametrem je ztráta hmotnosti za posledních 3-6 měsíců, posledním parametrem je účinek akutního onemocnění. Celkové skóre se dále navýší o 2 body, nedošlo-li nebo pravděpodobně nedojde k žádnému nutričnímu příjmu po dobu více než 5 dnů. Dosáhne-li pacient 0 bodů, jedná se o nízké riziko podvýživy (Staňková, 2001; Tóthová, 2014).

Hodnocení stavu hydratace u každého pacienta:

Při každém hodnocení stavu pacienta se zaměřujeme na jeho celkový stav a přidružená onemocnění.

Příznaky hyperhydratace: lesklá a napjatá kůže, přítomnost otoků dolních končetin a víček. Otoky jsou měkké, po zmáčknutí zůstává v místě důlek. Generalizované prosáknutí podkoží označujeme jako anasarka. Dále stoupá náplň krčních žil, zvyšuje se hmotnost pacienta, moč je nižší koncentrace (Klener, 2011).

Příznaky dehydratace: suchá, šupinatá kůže, snížený kožní turgor, suché sliznice, často povlak jazyka a zápach z úst, žilní náplň je snížená, moč je více koncentrovaná, dochází k hypotenzi a bradykardii. Mohou se objevit změny v psychice pacienta a dojít k úbytku hmotnosti (Klener, 2011).

Hlavním úkolem sestry tedy je důkladné sledování stavu pacienta, jeho vědomí, stavu kůže a sliznic, dále vedení bilance tekutin, záznam hmotnosti pacienta. Vše zapisuje do dokumentace a veškeré změny ihned konzultuje s lékařem.

6.3 LABORATORNÍ VYŠETŘENÍ

U **malnutrice** se v krvi vyskytuje hypoproteinemie, hypalbuminemie pod 35-38 g/l a nízké hodnoty transferinu (pod 1,5 g/l), nízké hodnoty prealbuminu. Hladina cholesterolu bývá snížena, objevuje se lymfopenie a negativní dusíková bilance u hladovění, může se objevit i hyperglykémie (Klener, 2011).

U **dehydratace** jsou charakteristickými známkami pokles objemu extracelulární tekutiny, kdy odpovědí organismu je přestup intracelulární tekutiny mimo buňku. Laboratorně se tyto změny projeví zvýšením hematokritu, snížením centrálního venózního tlaku a zvýšenou měrnou hmotností moče. Při postupu tohoto stavu postupně dochází k hromadění metabolických látek, což má za následek dezorientaci pacienta s rozvojem ztráty vědomí až koma (Klener, 2011).

U **stavů hyperhydratace** je laboratorně určována koncentrace elektrolytů, kdy se může jednat jak o hladinu zvýšenou, tak i sníženou. Hodnotíme především ionty sodíku, draslíku, hořčíku, vápníku, fosforu a chloru. Vždy je důležité léčit základní příčinu hyperhydratace. Někdy je nutné využít i hemodialýzu (Klener, 2011).

7 INDIVIDUALIZOVANÉ USPOKOJOVÁNÍ POTŘEB VÝŽIVY A HYDRATACE

Při volbě správné terapie je nutné, aby byly nutriční postupy individualizovány s ohledem na věk pacienta, jeho fyzickou aktivitu, aktuální stav výživy, komorbiditu a možná zdravotní omezení (Kalvach, 2004).

7.1 OBECNÁ REŽIMOVÁ OPATŘENÍ

Spočívají v průběžné kontrole a záznamu hmotnosti pacienta, jeho denního příjmu potravy. Poté dle výsledků zvýšit celkový kalorický příjem a doplnit karenci vitamínů a stopových prvků. Důležité je zajistit dostatek tekutin a to nejméně 30 ml na 1 kg/den. Možná je i farmakologická stimulace chuti k jídlu (např. mirtazapin - antidepressivum, meggestrol acetát - u onkologicky nemocných).

U osob starších 70 let je energetická potřeba o 10-30 % nižší než u osob středního věku, tedy zhruba 7500 - 9500 kJ. Vždy se přihlíží k celkové hmotnosti pacienta, aktivitě a svalové hmotě (Kalvach, 2004).

7.2 NUTRIČNÍ PODPORA

Cestou první volby v případech intaktního GIT je doporučováno popíjení „sipping“. Jedná se o nutriční doplňky podávané perorální cestou, a tak pro pacienta nejpřirozenější. Indikovány jsou u pacientů, u kterých se ani po úpravě klasické stravy nepodařilo udržet dostatečný nutriční příjem a u pacientů, kde jsou na organismus kladeny vyšší nebo specifické nutriční nároky (onkologické onemocnění, operační výkon). K dispozici jsou i nutriční přípravky určené pro pacienty se specifickými potřebami (chronické rány, diabetes mellitus apod.), kterými lze běžnou stravu doplnit, či jimi zcela nahradit. Hlavními zásadami podávání těchto přípravků je popíjení po doušcích a jeho podávání mezi či po jídle. U tohoto způsobu dochází k lepšímu využití jednotlivých živin a zároveň je co nejlépe využívána běžná strava nemocniční či z domácího prostředí. Snahou je i o co nejdříve zajištění fyziologického příjmu jednotlivých živin. V současnosti máme na výběr řadu přípravků s různými příchutěmi, v podobě džusů, kávy, jogurtů nebo polévky. K dispozici jsou i nutriční doplňky v podobě

dezertů a tyčinek. U pacientů, kteří mají problém s vypitím většího objemu tekutin, jsou k dispozici objemově upravené doplňky, kdy množství nutrietů a energie je zachováno. Důležitou roli zde hraje zdravotnický personál, kdy role sestry spočívá v aktivním nabízení přípravku a jeho monitoraci tak, aby nedocházelo k dlouhému ponechání sippingu na nočním stolku bez povšimnutí (Vytejková, 2013).

Nedovoluje-li však stav pacienta příjem per os, a to po dobu delší než tři dny, či je zjištěný deficit výživy při příjmu pacienta do nemocničního zařízení, je další volbou nutriční podpory **nasogastrická sonda**. Vždy se tak děje na základě zhodnocení klinického stavu pacienta a jeho stavu výživy. Enterální sonda umožňuje podávání definovaných firemních přípravků, kontinuálně či bolusově již se nepoužívá (Vytejková, 2013).

Enterální sonda (nasoduodenální či nasojejunální sonda) již slouží pro kontinuální podávání firemních přípravků určených pro enterální výživu. **Indikacemi** pro zahájení enterální výživy jsou nejčastěji: septické stavy, malnutrice u onkologických pacientů, multiorgánové selhání, traumata orofaciální oblasti, předoperační a časná pooperační výživa, stenózy v oblasti kardií, jícnu, orofaryngu. Dále u nespecifických střevních zánětů, poruch polykání, malnutričních stavů u geriatrických pacientů, poruch příjmu stravy spojené s psychiatrickým onemocněním, neurologickým onemocněním (Vytejková, 2013).

Kontraindikacemi pro zahájení enterální výživy je dostatečný příjem stravy per os, kdy nehrozí riziko aspirace, příjem je v dostatečném množství a složení a forma podání je pro pacienta bezpečná. Absolutní kontraindikací je perforace zažívacího traktu, stavy akutního krvácení, šokové stavy, paralytický ileus, akutní zánět pobřišnice, obstrukce gastrointestinálního traktu (Vytejková, 2013).

U pacientů vyžadujících dlouhodobou léčbu se doporučuje provést **PEG**. Jedná se o perkutánní endoskopickou gastrostomii, kdy je sonda zavedena přes stěnu břišní do žaludku a strava tak obchází dutinu ústní a jícnu a je vpravována bolusově či kontinuálně přímo do žaludku. Je vhodná pro podávání firemních přípravků i domácí mixované stravy. Indikována je hlavně u stavů, kdy riziko rozvoje malnutrice je vysoké. **Kontraindikací** zavedení PEGu je neprůchodnost horní části zažívací trubice, kdy nelze provést gastrokopii. Absolutní kontraindikací je karcinom žaludku, ascites, poruchy hemokoagulace, plánovaný operační výkon v horní části zažívacího traktu či nemožnost diafanoskopie (prosvícení břišní stěny). (Vytejková, 2013).

Při krátkodobém použití se upřednostňuje **parenterální intravenózní výživa**. Do periferních žilních katétrů se aplikují pouze nízkoosmolární ALL-IN-ONE vaky z důvodu rizika flebitidy. Je nutné také pravidelně měnit místa vpichu.

U kriticky nemocných je možné zvolit i **totální parenterální výživu**, která je podávána centrálním žilním katétrem. K dispozici jsou speciálně připravené vaky ALL-IN-ONE či roztoky cukrů, aminokyselin nebo tukových emulzí (Kalvach, 2004).

7.2.1 PŘÍPRAVKY PRO PERORÁLNÍ A ENTERÁLNÍ VÝŽIVU

Enterálním přípravkem rozumíme potravinu, která je určena pro speciální lékařské účely a je přizpůsobena pro padání do sondy nebo jako perorální nutriční doplněk. Z hlediska potřeby denního zastoupení dělíme přípravky na:

- **nutričně kompletní** - jedná se o jediný zdroj výživy
- **nutričně nekompletní** - slouží pouze jako doplňky výživy (Vytejšková, 2013).

Přípravky enterální výživy:

1. **Polymerní enterální výživa** - obsahuje vyvážený podíl bílkovin, cukrů a tuků. Vyrábí se v práškové formě či suspenzi. Patří sem např. nutridrinky, Fresubiny, Nutrisony, Fantomalt, Sustagen atd.
2. **Oligomerní řada přípravků** - bílkoviny jsou obsaženy ve formě peptidů. Tato skupina bývá označena jako nízkomolekulární chemicky definované přípravky.
3. **Minomerní řada přípravků** - jako proteinový zdroj zde jsou aminokyseliny jednotlivě. Jedná se o tzv. elementární chemicky definované přípravky.
4. **Peptidová enterální výživa** - obsahuje hydrolyzát bílkovin, cukrů i tuků a je vhodná pro hyperkatabolické stavy např. Peptison, Survimed atd.
5. **Tekutá stravy připravená kuchyňskou technologií** - již se nepoužívá.
6. **Sipping** - nutriční doplňky podávané perorální cestou viz výše.
7. **Standardní řada přípravků** - složení a zastoupení jednotlivých makro i mikronutrientů se odráží od potřeb zdravé populace. Ve výrobcích jsou zastoupeny tuky, celé proteiny, vláknina.
8. **Přípravky orgánově specifické** - zastoupení makro i mikronutrientů se přizpůsobuje požadavkům, které vyplývají z konkrétních chorob, či stavů, metabolických poruch (Kasper, Burghardt, 2015).

7.2.2 PODPORA HYDRATACE U PACIENTŮ

Infuzní terapie k zajištění potřeby hydratace je aplikována pacientům z mnoha různých důvodů. Intravenózní vstupy nejčastěji zajišťujeme pomocí periferního žilního vstupu. K aplikaci kanyl se používají povrchové žíly horní končetiny. Žilní přístup lze zajistit i pomocí centrálního žilního vstupu, kdy je nejčastěji kanylována horní dutá žíla. Protože u všech cévních vstupů dochází k poruše kožní integrity, vzniká tím riziko infekce. Hlavním úkolem sestry je tedy pravidelně kontrolovat místa vstupů katétru a dodržovat zásady asepse. Veškeré případné změny neprodleně hlásit lékaři (Valenta, 2003).

Infuzní terapie slouží k vpravení většího množství tekutin či léčivé látky do organismu v případě, kdy je znemožněn či je nedostatečný přístup per os. Je indikována i v případech potřeby dodání živin, minerálů a vitamínů. Zároveň i u stavů jako jsou alkalóza a acidóza (Vytečková, 2013).

Infuzní roztoky dělíme dle velikosti molekul:

- **Krystaloidní roztoky** - mají malou molekulu. Mají schopnost rychle zásobit organismus vodou a elektrolyty, ale zároveň rychle organismus opouští.
- **Koloidní roztoky** - s velkými molekulami. Jejich výhodou je, že se v organismu udrží déle než roztoky krystaloidní (Vytečková, 2013).

Infuzní roztoky dělíme dle osmotického tlaku:

Osmolalita roztoků nám určuje míru koncentrace.

- **Izotonické roztoky** - mají stejný osmotický tlak jako plazma.
- **Hypotonické roztoky** - mají osmotický tlak nižší než plazma.
- **Hypertonické roztoky** mají osmotický tlak vyšší než krevní plazma (Vytečková, 2013).

Infuzní roztoky můžeme dále dělit dle jejich účinků:

- **Roztoky k úpravě vodního a minerálního prostředí a acidobazické rovnováhy** - Fyziologický roztok, Hartmanův roztok, Ringerfundin, Plasmalyte.
- **Roztoky k náhradě ztrát krevní plazmy** - Dextran, Reodextran, Haemacel, Gelofundin, Voluven.
- **Osmoterapeutika** - vyvolávají osmotickou diurézu. Jde o látky, které se vylučují glomeruly, ale prakticky se neresorbují v tubulech. Na principu osmózy na sebe váží vodu,

používají se k vyvolání osmotické diurézy. Indikují se k vyvolání forsírované diurézy, antiedematózní léčbě při otoku mozku, glaukomu. Používáme roztoky např. 20 % Manitol, 15 % Osmofundin.

- **Infúzní roztoky pro parenterální výživu** musí zajišťovat nutriční výživu pacienta, proto obsahují vodu, sacharidy, tuky, bílkoviny, minerály, stopové prvky a vitamíny např. Glukóza, Intralipid, Nutramin nebo tzv. ALL-IN-ONE vaky s různou koncentrací, jsou určeny pro kontinuální výživu i.v. na 24 hodin do periferních i centrálních žilních vstupů (Vytejková, 2013).

7.3 VYUŽITÍ POZNATKŮ O POTŘEBÁCH VÝŽIVY A HYDRATAČE V PRÁCI SESTRY

Poznatky a pochopení potřeb druhých lidí pomáhají sestram lépe porozumět nejen sobě, ale zároveň pochopit chování a jednání pacientů a lépe posoudit a zhodnotit jejich potřeby. Porozumět i příčinám jejich chování. Veškeré podklady a poznatky o potřebách nemocného tvoří základ pro ošetrovatelský proces, stanovení ošetrovatelských diagnóz, určení priorit a vypracování plánů péče. Aby sestra mohla správně vyhodnotit potřeby pacienta, a zajistit jejich vhodné uspokojení, je důležité znát příčiny, které vedly k jejich neuspokojení a zavinily ho. Pro pacienta je důležité najít způsob, jak dané situaci čelit, jak ji přijmout a nalézt způsoby vedoucí k uklidnění, smíření (Trachtová, 2013).

Již několik let sestry poskytují individualizovanou ošetrovatelskou péči prostřednictvím ošetrovatelského procesu, který má pět fází. Ve fázi **Posuzování** sestra sbírá informace o pacientovi, zjistí stav jeho individuálních potřeb. Informace získává z ošetrovatelské anamnézy pacienta, zdravotnické dokumentace, pozorováním, vyšetřením pomocí testů a škál a informací od rodiny. Posuzování by mělo proběhnout do 24 hodin od přijetí pacienta k hospitalizaci. Po ukončení zhodnocení zdravotního stavu pacienta probíhá druhá fáze **Diagnostika**, ve které sestra analyzuje a syntetizuje získané údaje s cílem určit ošetrovatelské problémy pacienta a následně stanovit ošetrovatelské diagnózy a určit pořadí jejich důležitosti. Ve třetí fázi procesu **Plánování** dochází k vytýčení ošetrovatelských strategií nebo intervencí s cílem prevence, snížení nebo odstranění pacientových zdravotních problémů, které byly zjištěné a potvrzené během diagnostické fáze ošetrovatelského procesu. Ve čtvrté fázi procesu **Realizace** sestra vykonává ošetrovatelské činnosti zaměřené na dosažení žádoucího výsledku nebo pacientových cílů. Stupeň účasti pacienta je často závislý

na jeho zdravotním stavu (např. člověk v bezvědomí není schopen podílet se na péči o sebe, vyžaduje úplnou péči od jiných). Sestra v této fázi poskytuje cílenou individuální ošetrovatelskou péči, za kterou je přímo odpovědná. Při poskytování péče sestra současně plní medicínské ordinace, spolupracuje s lékařem, ale také s dalšími odborníky zdravotnického týmu. Vždy je třeba vzít v úvahu také způsob organizace práce na oddělení. Poslední fází je **Hodnocení**, kdy sestra posuzuje pacientovy odpovědi na ošetrovatelské zásahy a její porovnání se stanovenými výslednými kritérii. Vyhodnocuje účinnost péče, jestli bylo dosaženo pacientových cílů a do jaké míry. Průběžné hodnocení je cílevědomá činnost, jejímž prostřednictvím sestry odpovídají za svou činnost a nepokračují v neúčinných intervencích (Tóthová, 2014).

7.3.1 OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY PODLE NANDA II TAXONOMIE 2015 - 2017

Nejčastější ošetrovatelské diagnózy, které se týkají oblasti poruch výživy, se nachází v Doméně **2. Výživa**, konkrétně v Třídě **1 Příjem potravy** a jsou to:

- 00002 Nevyvážená výživa: méně, než je potřeba organismu
- 000103 Porušené polykání
- 00163 Snaha zlepšit výživu
- 00232 Obezita
- 00233 Nadváha
- 00234 Riziko nadváhy

Nejčastější ošetrovatelské diagnózy, které se týkají oblasti poruch hydratace, se nachází v Doméně **2. Výživa**, konkrétně v Třídě **5 Hydratace** a jsou to:

- 00025 Riziko nevyváženého objemu tekutin
- 00026 Zvýšený objem tekutin
- 00027 Snížený objem tekutin
- 00028 Riziko sníženého objemu tekutin
- 00160 Snaha zlepšit rovnováhu tekutin
- 00195 Riziko nerovnováhy elektrolytů (Herdman, Kamitsuru, 2016).

8 LÉČEBNÝ DLOUHODOBĚ NEMOCNÝCH

Dle Světové zdravotnické organizace je dlouhodobá péče definovaná jako komplex služeb poskytovaných lidem s omezenou soběstačností po delší čas, aniž by bylo zapotřebí definovat, jak přesně dlouhý čas to musí být (Holmerová, Jurášková, 2010).

Jedná se o specializovaná lůžková oddělení poskytující zdravotní péči. Navazují na akutní péči a slouží k doléčení a léčbě chronicky a dlouhodobě nemocných. Nejčastěji jsou zde hospitalizováni pacienti nesoběstační, kteří vyžadují zdravotnickou i ošetrovatelskou pomoc personálu. Do této péče zahrnujeme péči léčebně rehabilitační, ošetrovatelskou a léčebnou. Častým důvodem hospitalizace bývá i sociální situace pacienta a rodiny (Kaplanová, 2012).

8.1 HISTORIE LÉČEBEN DLOUHODOBĚ NEMOCNÝCH

Historie LDN se vrací až do 14. stol, kde začíná ve starých špitálech a klášterních nemocnicích. Poté postupně v 80. letech 20. stol. vznikala geriatrická lůžková zařízení, většinou z interních oddělení. V roce 1921 založil profesor MUDr. R. Eiselt v chudobinci u Bartoloměje v Praze Ústav pro nemoci ve stáří. O 8 let později byl přejmenován na světově jedinečnou Kliniku nemocí stáří. V době německé okupace ale došlo k jejímu zrušení. V systému péče LDN stále zřetelně převládá péče ošetrovatelská a služby sociální (Kalvach, 2006).

K vytvoření konceptu následné péče došlo až v roce 1989. Postupně vznikala různá zařízení a oddělení, která se začleňovala do konceptu geriatrických oddělení a část LDN pokrývala zároveň potřeby dlouhodobé péče. V průběhu péče o staré pacienty se ukázalo, že je třeba vybudovat systém služeb, který by nejlépe pokryl potřeby nemocných s ohledem na ekonomiku státu, potřeby nemocných a odborné znalosti (Haškovcová, 2015).

Díky rozvoji medicíny je umožněno zkrácení péče na akutních lůžkách, ale je nutné zajistit specifické podmínky, které dlouhodobá péče vyžaduje. Cílem ministerstva zdravotnictví je vytvoření těchto podmínek přeměnou části akutních lůžek na pracoviště následné péče s potřebným věcným, personálním i technickým vybavením. Převážná část následné péče je poskytována v odborných ústavech, kam zařazujeme i léčebny dlouhodobě nemocných. Péče je poskytována pacientům se stanovenou diagnózou a zvládnutým akutním stavem. K následné zdravotní péči zařazujeme i ergoterapii, fyzioterapii, rehabilitaci, odborné

ošetřovatelství. Cílem následné péče je dosažení úplného fyzického nebo psychického zdraví chronicky nebo dlouhodobě nemocných, zmírnění následků nemoci, úrazů nebo vady a důstojné dožití nevyлéčitelně nemocných (Věstník Ministerstva Zdravotnictví, částka 9/1998).

8.2 HOSPITALIZACE V LÉČEBNĚ DLOUHODOBĚ NEMOCNÝCH

Jedná se o zdravotnická zařízení, jejichž cílem je navrácení soběstačnosti, zlepšení aktivit běžného života, celkové kondice, či zhojení defektů a tím pozitivně ovlivnit kvalitu lidského života. Poskytována je zde hlavně péče ošetřovatelská, rehabilitační a paliativní. Doba hospitalizace by měla být zhruba 3 měsíce, často však bývá překročena. Důvody prodloužení hospitalizace mohou být různé např. čekání na domov důchodců, pokračování rehabilitace, komplikace základního onemocnění. Důležitou součástí během celé hospitalizace je spolupráce rodinných příslušníků (Kaplanová, 2012).

Příjem pacientů na lůžka LDN probíhá z lůžek akutních nebo z domova, kdy zdravotní stav pacienta nelze zvládnout ambulantně. Přijímání jsou na základě doporučení praktického lékaře a domluvy s primářem oddělení.

8.3 LÉČEBNA DLOUHODOBĚ NEMOCNÝCH NOVÝ BYDŽOV

LDN Nový Bydžov má celkem 163 lůžek rozdělených do šesti stanic. LDN je situována do dvou pavilonů nemocnice v Novém Bydžově a poskytuje komplexní péči pacientům se ztrátou soběstačnosti, pro zhoršení zdravotního stavu, stavy po operacích, stavy po iktech, v malnutrici, paliativní péči, péči o chronické rány (bércové vředy, nehojící se dekubity, dlouhodobé kožní defekty apod.), pacienty s revmatologickým onemocněním při zhoršení stavu a pacienty vyžadující dlouhodobou hospitalizaci z jiných důvodů (neurologické onemocnění apod.). Součástí terapie pacientů je i spolupráce dobrovolníků a canisterapie. V obou pavilonech jsou dobře vybavené pokoje, které jsou pro mobilní pacienty vybaveny sociálním zařízením. K dispozici pro pacienty jsou jedno, dvou a vícelůžkové pokoje, kam jsou pacienti umísťováni dle aktuálního zdravotního stavu. V areálu nemocnice je také interní oddělení, které je schopno v případě náhlé změny zdravotního stavu pacienta zajistit péči po celých 24 hodin. Další výhodou umístění LDN v areálu nemocnice je dostupnost RHB péče jak ambulantní vybavené bazénem, tak i lůžkové.

Součástí LDN je specializované oddělení se zaměřením na léčbu chronických ran, které používá nejnovější léčebné postupy a pomůcky v péči o chronické rány, včetně speciálně vyškoleného personálu. Toto oddělení dosahuje dlouhodobě výborných výsledků, o kterých svědčí i opakované publikace ve zdravotnických časopisech. Pavilony se nachází v klidném areálu nemocnice a jsou obklopeny rozsáhlým lesoparkem s možností vycházek do parku v doprovodu personálu (LDN - Nemocnice Nový Bydžov, 2016).

8.3.1 PŘÍJEM NEMOCNÝCH DO LDN

Pacienti jsou přijímáni na základě telefonické domluvy s ošetřujícím lékařem. V žádosti nesmí chybět základní diagnóza, stávající terapie a důvod přijetí, informace o očkování proti tetanu, streptococcu pneumonia, pacienti s kardiostimulátorem musí mít průkazku s termínem kontroly. Při příjmu pacient podepisuje souhlas s hospitalizací a poskytne jména a kontakty blízkých osob, kterým lékař poskytuje informace o pacientově zdravotním stavu. Nedílnou součástí hospitalizace v LDN je i sociální šetření. Hlavním cílem je návrat k soběstačnosti, nácvik sebeobsluhy, zajištění rehabilitačního ošetřovatelství, prevence dekubitů, dietoterapie. V nemocnici je pečováno o výživu pacientů dle nutričního standardu, který pravidelně kontroluje stav výživy našich pacientů a dle potřeby reaguje na jejich potřeby (LDN - Nemocnice Nový Bydžov, 2016).

8.3.2 VÝŽIVA PACIENTŮ V LDN

Oddělení léčebné výživy a stravy zajišťuje léčebnou výživu pacientům. Nutriční terapeut sestavuje jídelní lístek pro hospitalizované, seznamuje pacienty s dietou, kterou jim naordinoval lékař s ohledem na jejich zdravotní stav a možné zdravotní komplikace. Zároveň doporučují vhodný výběr potravin, technologickou přípravu pokrmů a úpravu životosprávy, aby se zabránilo vzniku případných komplikací v souvislosti s onemocněním. Edukace je prováděna vždy s ohledem na aktuální stav pacienta. Každý jídelní lístek je vypracován individuálně, přizpůsoben zdravotním komplikacím, zaměstnání, věku a energetickému výdeji pacienta (viz příloha č. 7, s. 128). Terapeut konzultuje výběr potravin a počítá energetické hodnoty (LDN - Nemocnice Nový Bydžov, 2016).

Ke každému sestavenému jídelníčku jsou uváděny i stravovací alergenů (viz příloha č. 6, s. 127).

8.3.3 ZAJIŠTĚNÍ HYDRATACE PACIENTŮ V LDN

Na našem oddělení je pravidelný pitný režim pacientů prioritou. Noční směna vždy ráno pacientům doplní označené lahvičky, či skleničky čajem nebo vodou. Při snídani má každý pacient k dispozici hrnek kávy či čaje. Po snídani jsou všem pacientům doplněny lahvičky a skleničky a jsou pobídnuti k napití, popř. je jim pití podáno. Další podávání tekutin probíhá v dopoledních hodinách při kontrole pokojů, dále u oběda, svačiny či večere a poté noční směna doplní lahvičky ještě na noc. Naší snahou je zajistit pacientům dostatečný přísun tekutin, s ohledem k jejich základní diagnóze, a zabránit tak dekompenzaci základního onemocnění a rozvoji dehydratace. Musím přiznat, že situace není vždy jednoduchá, setkáváme se s pacienty s různými diagnózami, po operačních výkonech, s demencí, ve stavech zmatenosti apod. Považuji zde za nepostradatelnou spolupráci rodiny.

9 DOSAVADNÍ VÝZKUMY ZABÝVAJÍCÍ SE FYZIOLOGICKÝMI (BIOLOGICKÝMI) POTŘEBAMI PACIENTŮ

Výzkumů zabývajících se biologickými potřebami pacientů bylo již několik provedeno. Předemnou se **potřebou výživy a tekutin u dlouhodobě ležících pacientů** zabývala ve své bakalářské práci **Šárka Votavová** (2007). V závěru práce uvádí, že aktivní podíl sester na uspokojování potřeby výživy u dlouhodobě ležících pacientů potvrdilo 98 % sester a 82 % pacientů. Aktivní podíl sester na uspokojování potřeby hydratace u dlouhodobě ležících pacientů potvrdilo 99 % sester, ale již méně pacientů, 84 %. Sestry se domnívaly, že jsou aktivnější, než potvrzují dlouhodobě ležící pacienti.

Bio - psycho - sociálními potřebami seniorů a jejich zvládnání v péči hospicové a v léčebnách dlouhodobě nemocných se zabývala ve své diplomové práci **Dagmar Škrabalová** (2012). V závěru své práce hodnotí jeden ze svých dílčích cílů týkající se zjištění míry uspokojování bio - psycho - sociálních potřeb u pacientů v LDN a hospicové péči. Z výsledků, kde byly použity škály hodnocení bolesti, vyplývá, že klienti LDN trpí větší bolestí než klienti hospicové péče. Toto zjištění je pochopitelné, neboť hlavním cílem hospicové péče je paliativní terapie, jejímž cílem je tlumení bolesti.

Uspokojováním potřeb geriatrických pacientů z pohledu všeobecných sester se ve své diplomové práci zabývala **Gabriela Procházková** (2014). V závěru své práce uvádí, že v LDN v Uherském Brodě jsou sestry přesvědčeny, že dostatečně uspokojují všechny potřeby pacientů v 37 %, v LDN ve Zlíně je o tom přesvědčeno pouze 26 % sester. O nedostatečném uspokojení potřeb se vyjádřily 4 % sester v LDN Zlín. Z výsledků je patrné, že většina sester se snaží potřeby svých pacientů uspokojovat. Biologické potřeby označilo za prioritní 80 % sester v LDN Uherský Brod a 78 % sester v LDN ve Zlíně.

EMPIRICKÁ ČÁST

10 EMPIRICKÁ ČÁST

10.1 CÍLE VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

Cíl č. 1: Zjistit, zda jsou uspokojovány potřeby hydratace u dlouhodobě hospitalizovaných pacientů.

Cíl č. 2: Zjistit, zda jsou uspokojovány potřeby výživy u dlouhodobě hospitalizovaných pacientů.

Cíl č. 3: Zjistit úlohu nelékařského personálu v uspokojování potřeby hydratace u dlouhodobě hospitalizovaných pacientů.

Cíl č. 4: Zjistit úlohu nelékařského personálu v uspokojování potřeby výživy u dlouhodobě hospitalizovaných pacientů.

10.2 CHARAKTERISTIKA ZKOUMANÉHO VZORKU, SBĚR DAT

Výzkum probíhal v Léčebně dlouhodobě nemocných v Nemocnici Nový Bydžov s laskavým svolením hlavní sestry Oblastní nemocnice Jičín a. s. Mgr. Moniky Köstingerové (viz příloha č. 1, s. 116). Výzkumný soubor tvořil nelékařský personál a pacienti výše zmíněného zdravotnického zařízení.

Kritéria pro výběr respondentů

První výzkumný soubor tvořily všeobecné sestry, ošetrovatelky, sanitářky zaměstnané v Léčebně dlouhodobě nemocných v Nemocnici Nový Bydžov.

Druhý výzkumný soubor tvořili pacienti aktuálně hospitalizovaní v Léčebně dlouhodobě nemocných v Nemocnici Nový Bydžov.

První výběrový (výzkumný) soubor tvořil nelékařský zdravotnický personál LDN:

- aktivní výkon povolání
- věková hranice 20 až 66 let
- ochota vyplnit dotazník

Druhý výběrový (výzkumný) soubor tvořili pacienti LDN:

- délka hospitalizace v LDN minimálně 1 měsíc
- spolupracující pacient orientovaný všemi kvalitami
- ochota vyplnit dotazník
- věková hranice 55 - 100 let

Na konce září 2016 jsem provedla pilotní studii. Do pilotní studie bylo vybráno 5 pacientů a 5 sester z lůžkového oddělení Léčebny dlouhodobě nemocných nemocnice Nový Bydžov a. s. Z výsledků této studie vyplynulo, že není třeba po formální stránce provádět úpravu dotazníků. Nebyly shledány žádné problémy při vyplňování dotazníků. Výzkumné šetření pomocí dotazníků jsem zahájila v říjnu 2016 a ukončila v polovině prosince 2016, kdy jsem obdržela poslední vypracovaný dotazník. Dotazníky jsem rozdávala na jednotlivé stanice Léčebny dlouhodobě nemocných staničním sestřám spolu s pokyny k jejich vyplnění. Zároveň jsem zanechávala i obálky ve formátu A4, do kterých byly vyplněné dotazníky vkládány. Bylo tak zachováno jejich anonymní vyplnění.

V nemocnici Nový Bydžov bylo rozdáno na čtyři lůžkové stanice 110 dotazníků určených pro pacienty a 50 dotazníků pro nelékařský personál. Z dotazníků určených pro ošetrovatelský personál se vrátilo 7 dotazníků nevyplněných. Z dotazníků určených pro nelékařský personál byla návratnost vyplněných dotazníků 86 %. Z dotazníků určených pro pacienty bylo vráceno 93 dotazníků vyplněných, 11 nevyplněných a 6 bylo vyřazeno pro nečitelnost a neúplnost. U pacientů byla návratnost dotazníků 84,5 %. Výzkumný soubor tvořilo 43 respondentů z řad nelékařského personálu a 93 respondentů hospitalizovaných na lůžkových odděleních Léčebny dlouhodobě nemocných. Nelékařský personál a pacienti LDN s provedením dotazníkového šetření souhlasili.

10.3 METODA VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

Pro získávání informací jsem zvolila kvantitativní přístup, ve kterém jsem použila dva dotazníky vlastní konstrukce. První dotazník byl vytvořen pro nelékařský personál a druhý pro pacienty Léčebny dlouhodobě nemocných, který byl použit jako ověřovací prostředek odpovědí sester.

Dotazník měl vždy **dvě části**, kterým předcházela krátký úvod (oslovení, seznámení s cílem práce, vysvětlení postupu při vyplňování dotazníku a závěrečné poděkování za spolupráci).

Dotazník pro nelékařský personál (viz příloha č. 2, s. 117) obsahoval 23 položek. Časová náročnost (doba potřebná pro vyplnění dotazníku) byla 15 minut a více. Před finální úpravou dotazníku byla provedena pilotní studie - pretest dotazníku, z něhož vyplynulo, že nebylo třeba po formální stránce provést úpravu dotazníku. Nebyly shledány žádné problémy při vyplňování dotazníku.

První část dotazníku zahrnovala čtyři otázky, jejichž úkolem bylo zjistit:

- základní demografické údaje o respondentech - otázky č. 1, 2, 3

V druhé části dotazníku byly zjišťovány údaje, které se týkaly toho, jak samotní zaměstnanci z řad nelékařského personálu uspokojují potřeby výživy a hydratace u svých dlouhodobě ležících pacientů - otázky 4 - 21.

Dotazník pro pacienty Léčebny dlouhodobě nemocných (viz příloha č. 3, s. 121) obsahoval 13 položek. Časová náročnost (doba potřebná pro vyplnění dotazníku) byla 15 minut a více. Před finální úpravou dotazníku byla provedena pilotní studie - pretest dotazníku, z něhož vyplynulo, že nebylo třeba po formální stránce provést úpravu dotazníku. Nebyly shledány žádné problémy při vyplňování dotazníku.

První část dotazníku zahrnovala 6 otázek, jejichž úkolem bylo zjistit:

- nutriční stav pacientů - otázky č. 1, 2
- základní demografické údaje o respondentech - otázky č. 3, 4

V druhé části dotazníku byly zjišťovány údaje, které se týkaly toho, jak nelékařský personál LDN uspokojuje potřeby hydratace (otázka č. 5, 6, 7, 8) a výživy (otázka č. 9, 10, 11, 12, 13) z pohledu pacientů dlouhodobě hospitalizovaných - otázky č. 5 - 13.

10.4 POSTUP ZPRACOVÁNÍ ZÍSKANÝCH DAT

Odpovědi respondentů byly zpracovány do dvou **datových tabulek** pomocí tabulkového editoru Microsoft Office Excel 2010. Každý řádek v takto vytvořené tabulce odpovídal popisu jednoho respondenta a každý sloupec odpovídal položce dotazníku. Kódovým systémem byla jednotlivá data zaznamenána do takto připravené tabulky. K prezentaci získaných dat byly použity tabulky relativních a absolutních četností a sloupcové grafy.

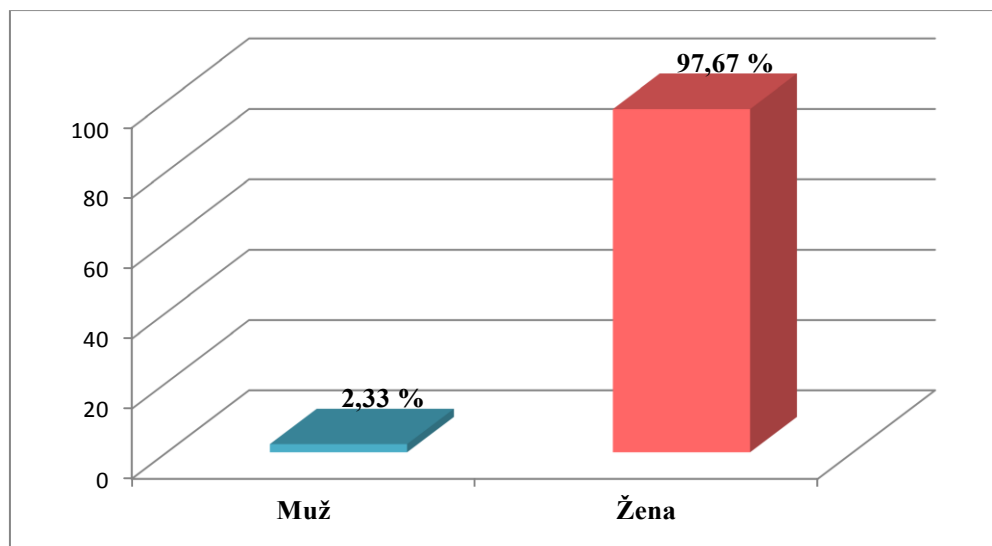
10.5 INTERPRETACE VÝSLEDKŮ DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ

10.5.1 INTERPRETACE VÝSLEDKŮ DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ U NELÉKAŘSKÉHO PERSONÁLU LDN

Tabulka č. 1 - Pohlaví

Pohlaví	Nelékařský personál LDN	
	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Muž	1	2,33
Žena	42	97,67
Σ	43	100

Interpretace: Mezi 43 respondenty z řad nelékařského personálu LDN, kteří se zúčastnili dotazníkového šetření, byl 1 muž (2,33 %). Zbýlých 42 respondentů byly ženy (97,67 %).

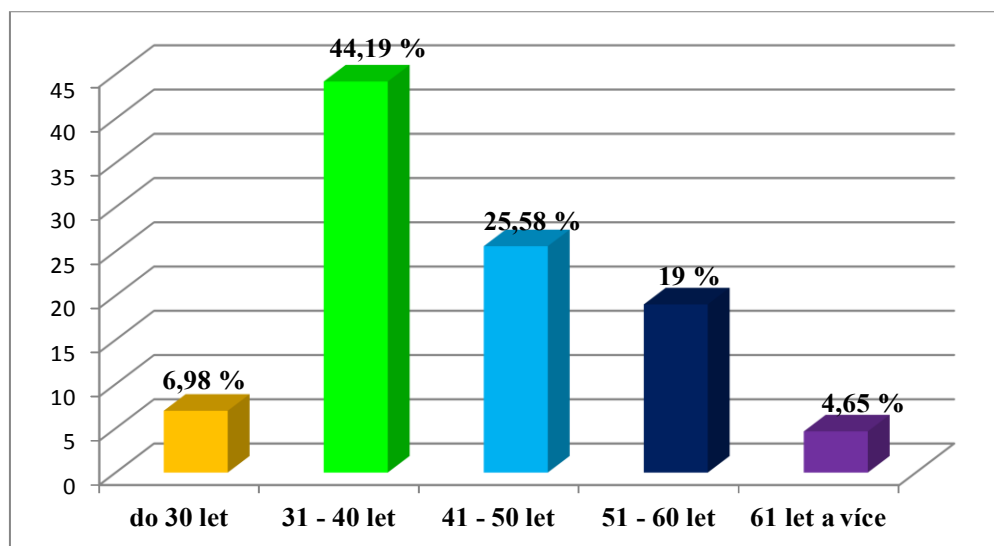


Graf č. 1 - Pohlaví

Tabulka č. 2 - Věkové kohorty

Věkové kohorty	Nelékařský personál LDN	
	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
do 30 let	3	6,98
31 - 40 let	19	44,19
41 - 50 let	11	25,58
51 - 60 let	8	19
61 let a více	2	4,65
Σ	43	100

Interpretace: Z celkového počtu 43 respondentů jsou 3 respondenti (6,98 %) **mladších 30 ti let**, 19 respondentů (44,19 %) je ve věku **31-40 let**, 11 respondentů (25,58 %) ve věku **41-50 let**, 8 respondentů (19 %) ve věku **51-60 let** a 2 respondenti (4,65 %) ve věku **61 let a více**.

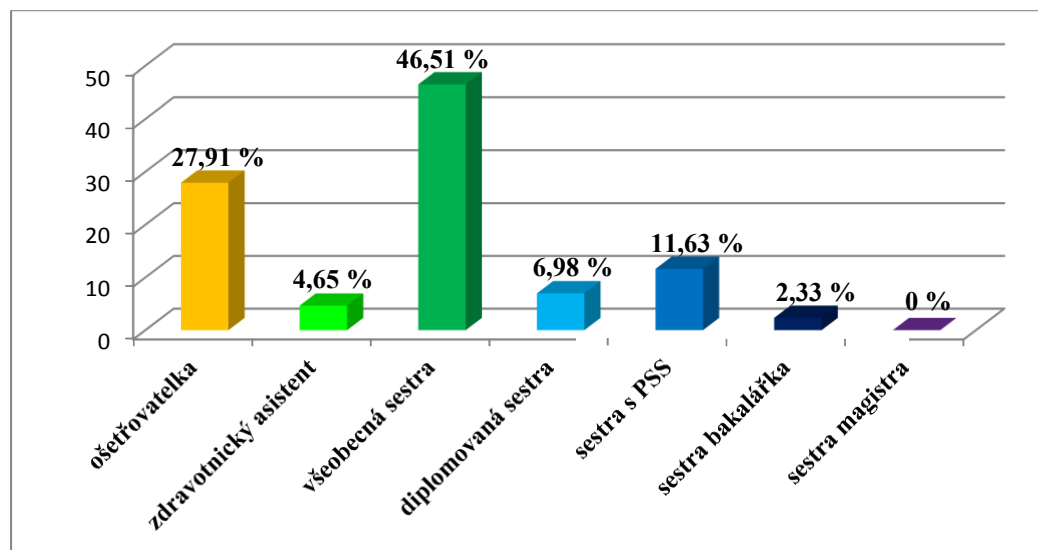


Graf č. 2 - Věkové kohorty

Tabulka č. 3 - Nejvyšší dosažené vzdělání

Nejvyšší dosažené vzdělání	Nelékařský personál LDN	
	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
ošetřovatelka	12	27,91
zdravotnický asistent	2	4,65
všeobecná sestra	20	46,51
díplomovaná sestra	3	6,98
sestra se specializovanou způsobilostí	5	11,63
sestra bakalářka	1	2,33
sestra magistra	0	0
Σ	43	100

Interpretace: Z celkového počtu pracovalo 12 respondentů (27,91 %) na pozici ošetřovatelky, 20 respondentů (46,51 %) na pozici všeobecné sestry, 2 respondenti (4,65 %) byli zdravotničtí asistenti, 3 respondenti (7 %) byly diplomované sestry, 5 respondentů (11,63 %) označilo možnost sestra se specializovanou způsobilostí, bakalářské studium absolvoval 1 respondent (2,33 %). Mezi respondenty nebyla žádná sestra s magisterským vzděláním (0 %).

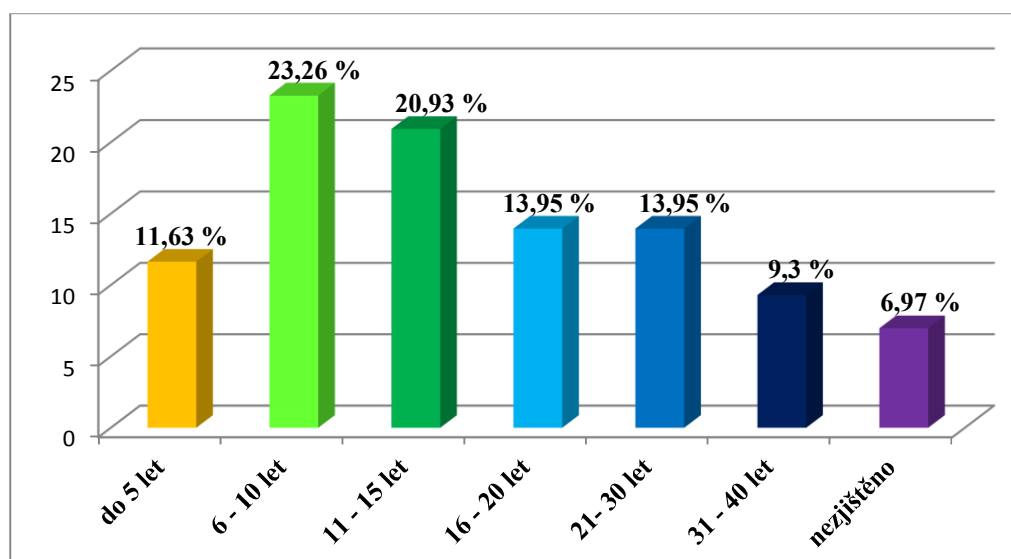


Graf č. 3 - Nejvyšší dosažené vzdělání

Tabulka č. 4 - Délka praxe v oboru (v LDN)

Délka praxe v oboru	Nelékařský personál LDN	
	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
do 5 let	5	11,63
6 - 10 let	10	23,26
11 - 15 let	9	20,93
16 - 20 let	6	13,95
21- 30 let	6	13,95
31 - 40 let	4	9,3
nezjištěno	3	6,97
Σ	43	100

Interpretace: Délku praxe **do 5 let** přiznalo 5 respondentů (11,63 %), 10 respondentů (23,26 %) pracuje v oboru **6-10 let**, 9 respondentů (20,93 %) pracuje v oboru **11-15 let**, 6 respondentů (13,95 %) pracuje v oboru **16-20 let**, 6 respondentů (13,95 %) pracuje v oboru 21-30 let, 4 respondenti (9,3 %) pracují v oboru **31-40 let**. Tři respondenti (6,97 %) na tuto otázku neodpověděli.

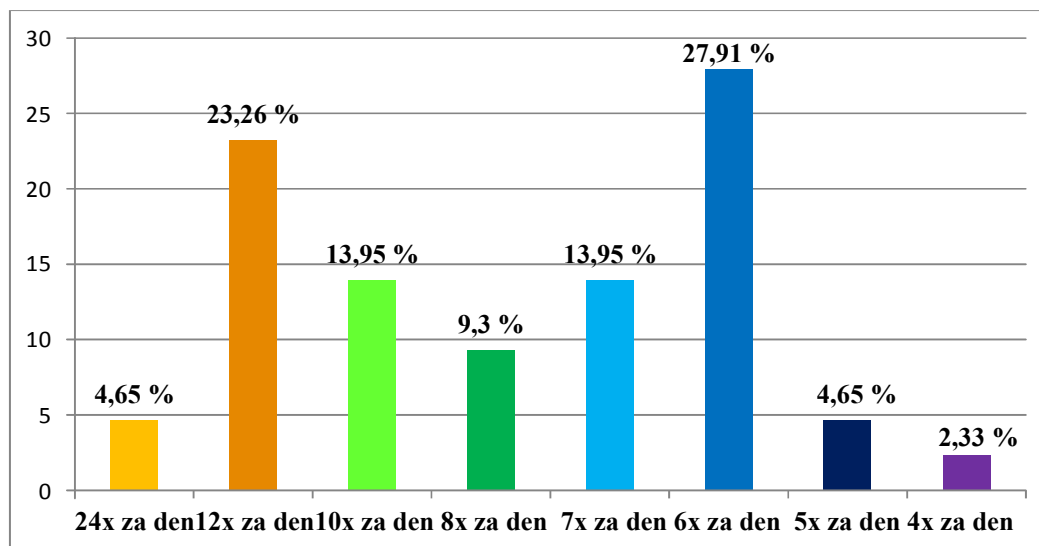


Graf č. 4 - Délka praxe v oboru (v LDN)

Tabulka č. 5 - Četnost nabízení tekutin pacientům

Četnost nabízení tekutin	Nelékařský personál LDN	
	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
24x za den	2	4,65
12x za den	10	23,26
10x za den	6	13,95
8x za den	4	9,30
7x za den	6	13,95
6x za den	12	27,91
5x za den	2	4,65
4x za den	1	2,33
Σ	43	100

Interpretace: 2 respondenti (4,65 %) odpověděli, že tekutiny pacientům nabízejí **24x za den**, 10 respondentů (23,26 %) nabízí tekutiny **12x za den**, 6 respondentů (13,95 %) nabízí tekutiny **10x za den**, 4 respondenti (9,3 %) nabízí tekutiny **8x za den**, 6 respondentů (13,95 %) nabízí tekutiny **7x za den**, 12 respondentů (27,91 %) nabízí tekutiny **6x za den**, 2 respondenti (4,65 %) nabízí tekutiny **5x za den** a 1 respondent (2,33 %) nabízí tekutiny **4x za den**.

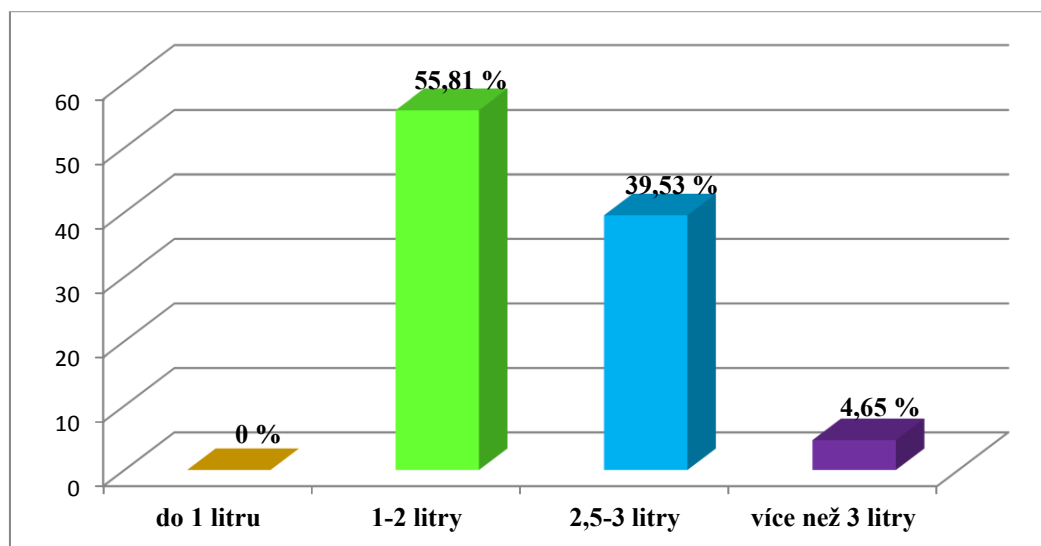


Graf č. 5 - Četnost nabízení tekutin pacientům

Tabulka č. 6 - Denní příjem tekutin u dospělého člověka

Denní příjem tekutin u dospělého člověka	Nelékařský personál LDN	
	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
do 1 litru	0	0
1,5-2 litry	24	55,81
2,5-3 litry	17	39,53
více než 3 litry	2	4,65
Σ	43	100

Interpretace: Z celkového počtu 43 respondentů se domnívá, že denní příjem u dospělého člověka činí 2 litry, celkem 24 respondentů (55,81 %), 2,5-3 litry 17 respondentů (39,53 %), více než 3 litry 2 respondenti (4,65 %), do 1 litru neoznačil nikdo.

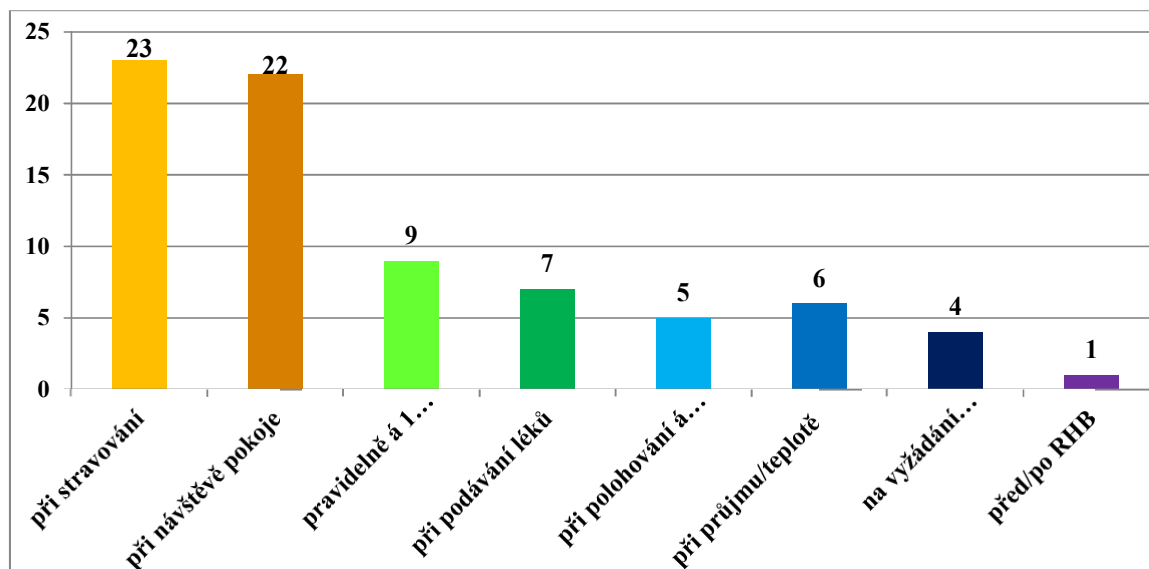


Graf č. 6 - Denní příjem tekutin u dospělého člověka

Tabulka č. 7 - Příležitost, kdy jsou nabízeny tekutiny pacientům

Příležitost, kdy jsou nabízeny tekutiny pacientům	Nelékařský personál LDN
	Absolutní četnost (n)
při stravování	23
pokaždé při návštěvě pokoje	22
pravidelně á 1 hodina	9
při podávání léků	7
při polohování á 2 hodiny	5
při průjmu či teplotě	6
na vyžádání pacienta	4
před/po rehabilitaci	1
Σ	-

Interpretace: Na tuto otázku mohlo 43 respondentů volně odpovědět a uvést i více příležitostí, při kterých nabízejí svým pacientům tekutiny. Nejčastější odpovědi byly: **při podávání stravy (23)**, pokaždé **při průběžných kontrolách pokojů pacientů (22)**, v **pravidelných intervalech** po hodině (9), **při podávání léků (7)**, při **polohování** po 2 hodinách (5), má-li pacient **průjmovité onemocnění nebo zvýšenou teplotu (6)**, na **vyžádání pacienta (4)**, **před a po rehabilitaci (1)**.



Graf č. 7 - Příležitost, kdy jsou nabízeny tekutiny pacientům

Tabulka č. 8a - Vliv dostatečné hydratace na zdravotní stav pacienta

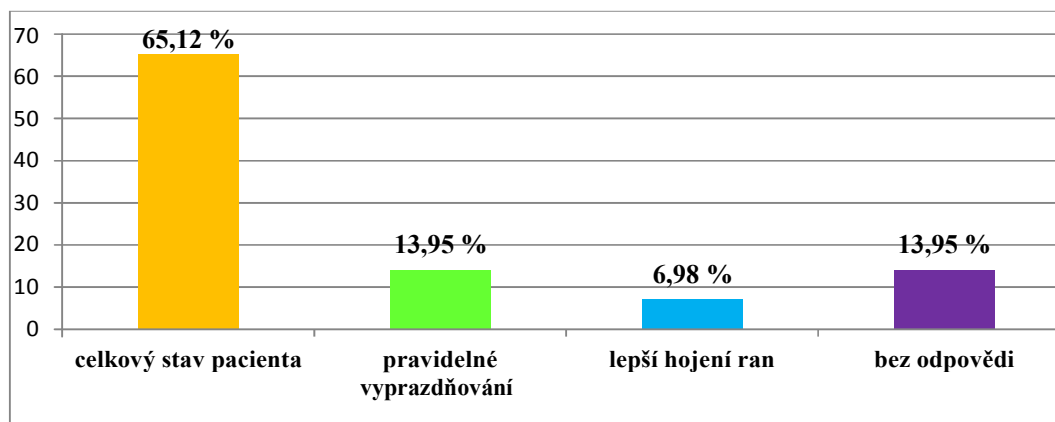
Vliv dostatečné hydratace na zdravotní stav pacienta	Nelékařský personál LDN	
	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
ano	43	100
ne	0	0
nevím	0	0
Σ	43	100

Interpretace: Všichni respondenti (100 %) shodně odpověděli **ano**, že dostatečná hydratace má vliv na zdravotní stav pacienta. Pokud v dotazníku respondent uvedl tuto možnost, následovala otázka: „Jaký má dostatečná hydratace vliv na zdravotní stav pacienta?“

Tabulka č. 8b - Jaký má vliv dostatečná hydratace na zdravotní stav pacienta?

Jaký má vliv dostatečná hydratace na zdravotní stav pacienta?	Nelékařský personál LDN	
	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
na celkový stav pacienta	28	65,12
pravidelné vyprazdňování	6	13,95
lepší hojení ran	3	6,98
bez odpovědi	6	13,95
Σ	43	100

Interpretace: Nejvíce respondentů 28 (65,12 %) uvedlo, že dostatečná hydratace má vliv na **celkový stav pacienta**, 6 respondentů (13,95 %) uvedlo, že díky dostatečné hydrataci se pacienti **pravidelně vyprazdňují**, 3 respondenti (6,98 %) uvedli, že má vliv na **lepší hojení ran**. Šest respondentů (13,95 %) na tuto otázku **neodpovědělo**.



Graf č. 8 - Jaký má vliv dostatečná hydratace na zdravotní stav pacienta?

Tabulka č. 9 - Příznaky nedostatečného příjmu tekutin

Příznaky nedostatečného příjmu tekutin	Nelékařský personál LDN
	Absolutní četnost (n)
sucho v ústech/suché sliznice	29
neklid/zmatenost	28
pokles diurézy	18
bolest hlavy	14
obstipace (zácpa)	9
únava	9
snížený kožní turgor	9
hypotenze	9
pocit na omdlení	9
apatie	6
minerálový rozvrat	3
Σ	-

Interpretace: V této otázce byli respondenti dotazováni, jaké jsou příznaky nedostatečného příjmu tekutin. Měli možnost uvést více možností. Respondenti nejčastěji zmiňovali **suché sliznice/sucho v ústech (29)**, **neklid/zmatenost (28)**, **pokles diurézy (18)**, **bolesti hlavy (14)**, **obstipace (9)**, **únavu (9)**, **snížený kožní turgor (9)**, **hypotenze (9)**, **pocit na omdlení (9)**, **apatie (6)** a **minerálový rozvrat (3)**.

Tabulka č. 10a - Sledování příjmu tekutin u pacientů

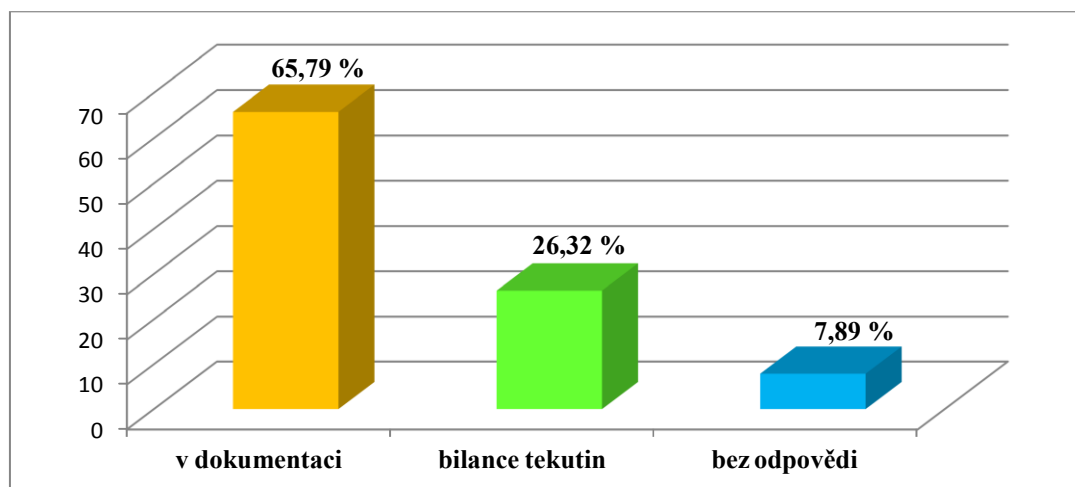
Sledování příjmu tekutin	Nelékařský personál LDN	
	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
ano	38	88,37
ne	3	6,98
nevím	2	4,65
Σ	43	100

Interpretace: Z celkového počtu 43 respondentů odpovědělo 38 (88,37 %) **ano**, že sledují příjem tekutin, 3 respondenti (6,98 %) uvedli, že příjem tekutin u pacientů **nesledují** a 2 respondenti (4,65 %) označili odpověď **nevím**. Pokud respondent v dotazníku uvedl možnost ano, následovala otázka: „Jakým způsobem je příjem tekutin u pacientů sledován?“

Tabulka č. 10b - Jakým způsobem je příjem tekutin u pacientů sledován?

Jakým způsobem je příjem tekutin u pacientů sledován?	Nelékařský personál LDN	
	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
v dokumentaci	25	65,79
bilance tekutin	10	26,32
bez odpovědi	3	7,89
Σ	38	100

Interpretace: Respondenti (38), kteří v předchozí otázce odpověděli ano, byli dále dotazováni, jakým způsobem je sledován příjem tekutin u pacientů. 25 respondentů (65,79 %) uvedlo, že **v dokumentaci**, 10 respondentů (26,32 %) měří **bilanci tekutin** a 3 respondenti (7,89 %) na tuto otázku **neodpověděli**.



Graf č. 9 - Jakým způsobem je příjem tekutin u pacientů sledován?

Tabulka č. 11 - Způsob hodnocení stavu hydratace

Způsob hodnocení stavu hydratace	Nelékařský personál LDN
	Absolutní četnost (n)
stav sliznic	22
kožní turgor	21
měření bilance tekutin	14
pohledem	12
laboratorní výsledky	8
záznam v dokumentaci	4
dotazem na pacienta	4
fyziologické funkce	3
hmotnost	3
kognitivní funkce	1
Σ	-

Interpretace: U této otázky respondenti uváděli způsoby, kterými se domnívají, že lze hodnotit stav hydratace u pacientů. Měli možnost uvést více variant. Respondenti nejčastěji zmiňovali dle **stavu sliznic** (22), dle **kožního turgoru** (21), měřením **bilance tekutin** (14), zhodnocením **pohledem** (12), dle **laboratorních výsledků** (8), dle **záznamu v dokumentaci** (4), **dotazem** na pacienta (4), dle **fyziologických funkcí** (3), dle **hmotnosti** pacienta (3) a dle **kognitivních funkcí** (1).

Tabulka č. 12a - Poskytování kvalitní ošetrovatelské péče v oblasti hydratace

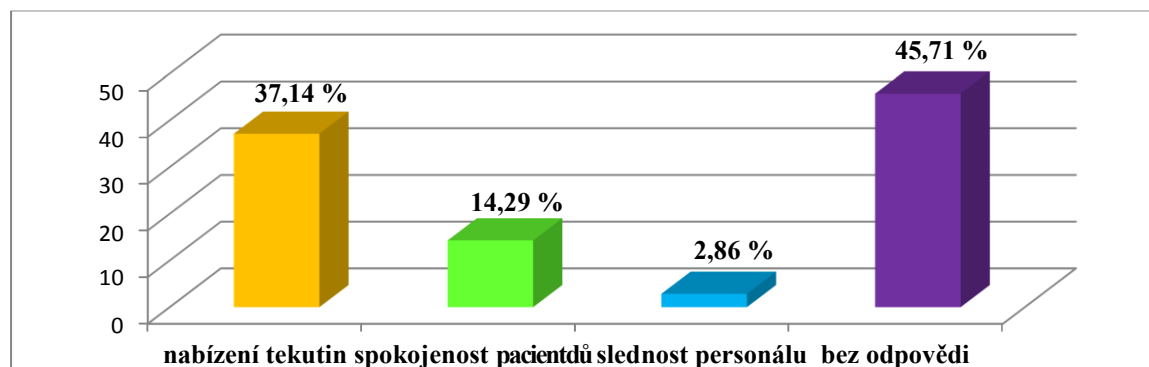
Kvalitní ošetrovatelské péče v oblasti hydratace	Nelékařský personál LDN	
	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
ano	35	81,40
ne	1	2,33
nevím	7	16,28
Σ	43	100

Interpretace: Z celkového počtu 43 respondentů odpovědělo 35 (81,40 %) **ano**, že poskytují kvalitní ošetrovatelskou péči v oblasti hydratace, 1 respondent (2,33 %) uvedl, že kvalitní ošetrovatelskou péči v oblasti hydratace **neposkytuje** a 7 respondentů (16,28 %) označilo odpověď **nevím**. Pokud respondent v dotazníku uvedl možnost ano, následovala otázka: „Proč si myslíte, že poskytlujete kvalitní ošetrovatelskou péči v oblasti hydratace?“

Tabulka č. 12b - Proč si myslíte, že poskytlujete kvalitní ošetrovatelskou péči v oblasti hydratace?

Proč si myslíte, že poskytlujete kvalitní ošetrovatelskou péči v oblasti hydratace?	Nelékařský personál LDN	
	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
aktivní nabízení tekutin	13	37,14
spokojenost pacientů	5	14,29
důslednost personálu	1	2,86
bez odpovědi	16	45,71
Σ	35	100

Interpretace: Respondenti (35), kteří na předchozí otázku odpověděli ano, byli dále dotazováni, proč si myslí, že poskytují kvalitní ošetrovatelskou péči v oblasti hydratace. 13 respondentů (37,14 %) uvedlo, že **tekutiny aktivně nabízí**, 5 respondentů (14,29 %) uvedlo, že **pacienti jsou spokojení**, 1 respondent (2,86 %) odpověděl, že díky **důslednosti personálu** je poskytována kvalitní péče v oblasti hydratace a 16 respondentů (45,71 %) **neodpovědělo**.

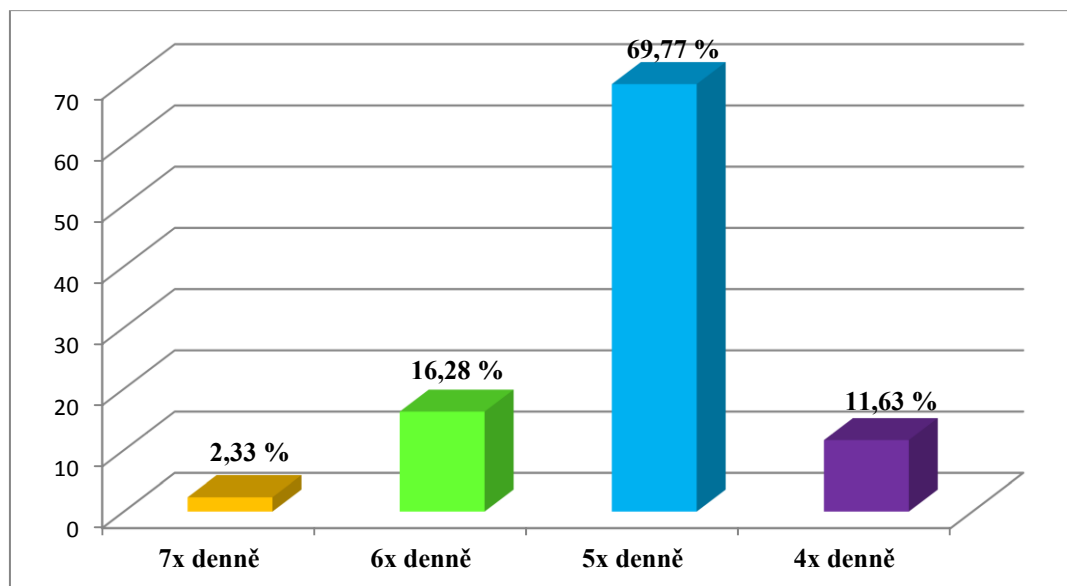


Graf č. 10 - Proč si myslíte, že poskytlujete kvalitní ošetrovatelskou péči v oblasti hydratace?

Tabulka č. 13 - Četnost podávání stravy pacientům

Četnost nabízení stravy pacientům	Nelékařský personál LDN	
	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
7x denně	1	2,33
6x denně	7	16,28
5x denně	30	69,77
4x denně	5	11,63
Σ	43	100

Interpretace: Z celkového počtu 43 respondentů odpověděl 1 respondent (2,33 %), že stravu dlouhodobě ležícím pacientům nabízí **7x denně**, 7 respondentů (16,28 %) nabízí stravu **6x denně**, 30 respondentů (69,77 %) nabízí pacientům stravu **5x denně**, 5 respondentů (11,63 %) uvedlo, že nabízí stravu **4x denně**.



Graf č. 11 - Četnost podávání stravy pacientům

Tabulka č. 14a - Vliv dostatečné výživy na zdravotní stav pacienta

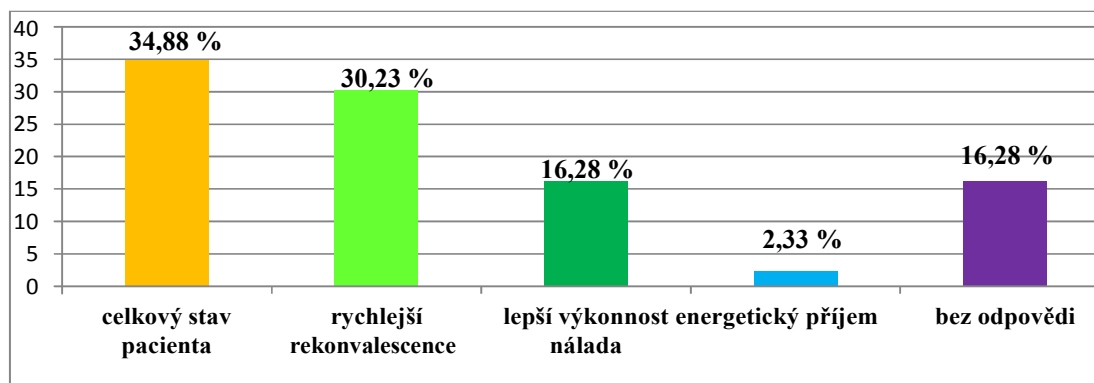
Vliv dostatečné výživy na zdravotní stav pacienta	Nelékařský personál LDN	
	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
ano	43	100
ne	0	0
nevím	0	0
Σ	43	100

Interpretace: Všichni respondenti (100 %) shodně odpověděli **ano**, že dostatečná výživa má vliv na zdravotní stav pacienta. Pokud v dotazníku respondent uvedl tuto možnost, následovala otázka: „Jaký má dostatečná výživa vliv na zdravotní stav pacienta?“

Tabulka č. 14b - Jaký má vliv dostatečná výživa na zdravotní stav pacienta?

Jaký má vliv dostatečná výživa na zdravotní stav pacienta?	Nelékařský personál LDN	
	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
na celkový stav pacienta	15	34,88
rychlejší rekonvalescence	13	30,23
lepší výkonnost/nálada	7	16,28
dostatečný energetický příjem	1	2,33
bez odpovědi	7	16,28
Σ	43	100

Interpretace: Nejvíce respondentů 15 (34,88 %) uvedlo, že dostatečná výživa má vliv na **celkový stav pacienta**, 13 respondentů (30,23 %) uvedlo, že díky dostatečné výživě se pacienti **rychleji uzdravují**, 7 respondentů (16,28 %) uvedlo, že má vliv na **lepší výkonnost/náladu**, 1 respondent (2,33 %) uvedl, že pacienti mají **dostatečný energetický příjem**. Sedm dotazovaných (16,28 %) na tuto otázku **neodpovědělo**.

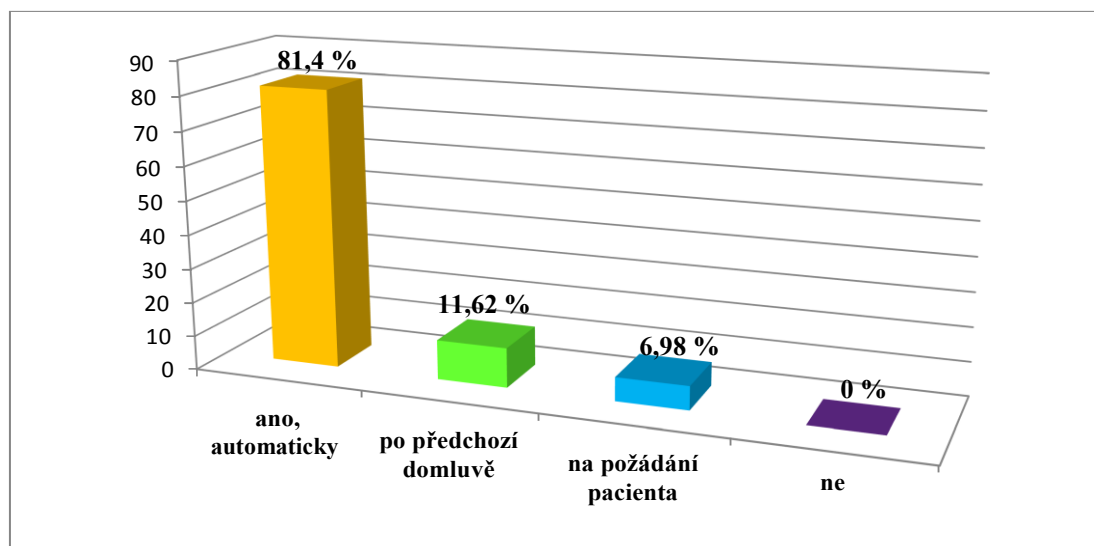


Graf č. 12 - Jaký má vliv dostatečná výživa na zdravotní stav pacienta?

Tabulka č. 15 - Pomoc dlouhodobě ležícím pacientům s přípravou stravy

Pomoc dlouhodobě ležícím pacientům s přípravou stravy	Nelékařský personál LDN	
	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
ano, automaticky	35	81,40
po předchozí domluvě	5	11,62
až na požádání pacienta	3	6,98
ne	0	0
Σ	43	100

Interpretace: Na otázku, zda pomáhají svým pacientům s přípravou stravy na talíři před stravováním, odpovědělo 35 respondentů (81,40 %) **ano, automaticky**, 5 respondentů (11,63 %) **po předchozí domluvě**, 3 respondenti (6,98 %) **až na požádání pacienta**, odpověď **ne** neoznačil žádný respondent (0 %).

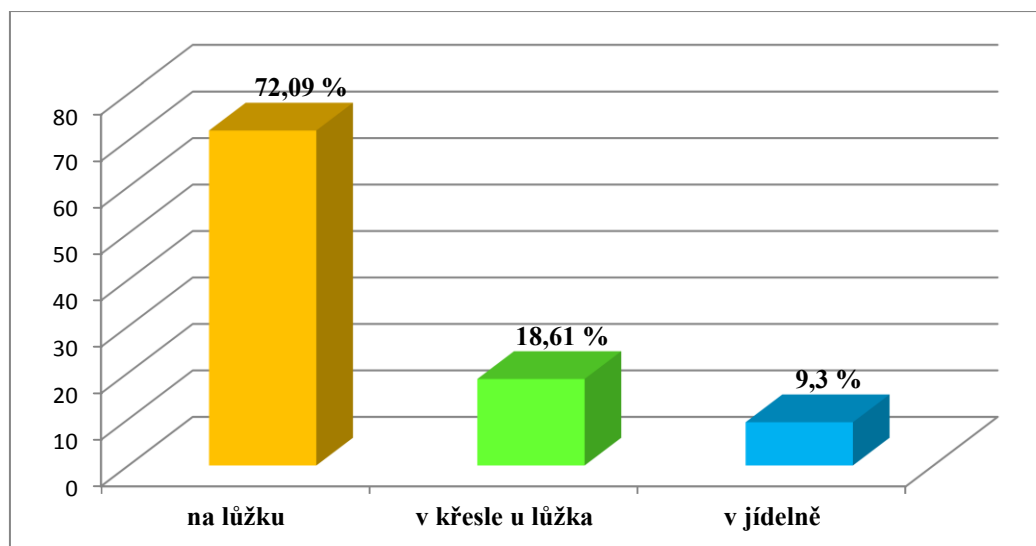


Graf č. 13 - Pomoc dlouhodobě ležícím pacientům s přípravou stravy

Tabulka č. 16 - Místo, kde se pacienti nejčastěji stravují

Místo, kde se pacienti stravují	Nelékařský personál LDN	
	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
na lůžku	31	72,09
v křesle vedle lůžka	8	18,61
v jídelně	4	9,30
Σ	43	100

Interpretace: Na otázku, kde se pacienti nejčastěji stravují, mohli respondenti vybrat pouze jednu z nabízených odpovědí. Nejčastěji se dle 31 respondentů (72,09 %) pacienti stravují **na lůžku**, 8 respondentů (18,61 %) uvedlo stravování **v křesle vedle lůžka** a 4 respondenti (9,3 %) uvedli možnost **v jídelně**.

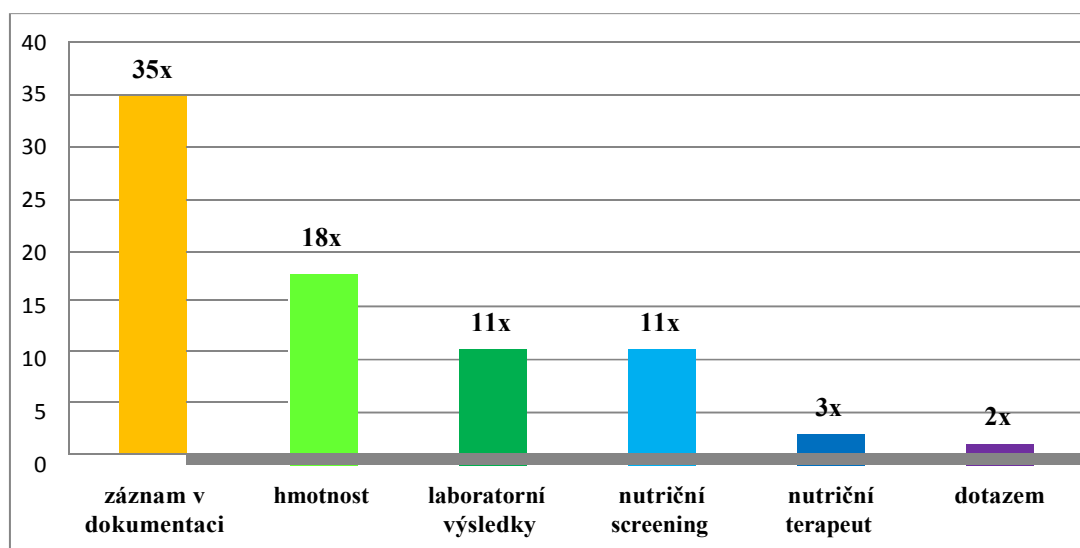


Graf č. 14 - Místo, kde se pacienti nejčastěji stravují

Tabulka č. 17 - Způsob sledování/hodnocení stavu výživy

Způsob hodnocení stavu výživy	Nelékařský personál LDN
	Absolutní četnost (n)
záznam příjmu potravy v dokumentaci	35
hmotnost pacienta	18
laboratorní výsledky	11
nutriční screening	11
spolupráce s nutričním terapeutem	3
dotazem na pacienta	2
Σ	-

Interpretace: U této otázky respondenti uváděli způsoby, kterými se domnívají, že lze sledovat/hodnotit stav výživy u pacientů. Měli možnost uvést více variant. Respondenti nejčastěji zmiňovali: dle **záznamu příjmu potravy v dokumentaci** (35), dle **hmotnosti** pacienta (18), dle **laboratorních výsledků** (11), dle **nutričního screeningu** (11), ve **spolupráci s nutričním terapeutem** (3) a **dotazem** na pacienta (2).



Graf č. 15 - Způsob sledování/hodnocení stavu výživy

Tabulka č. 18a - Spolupráce s nutričním terapeutem

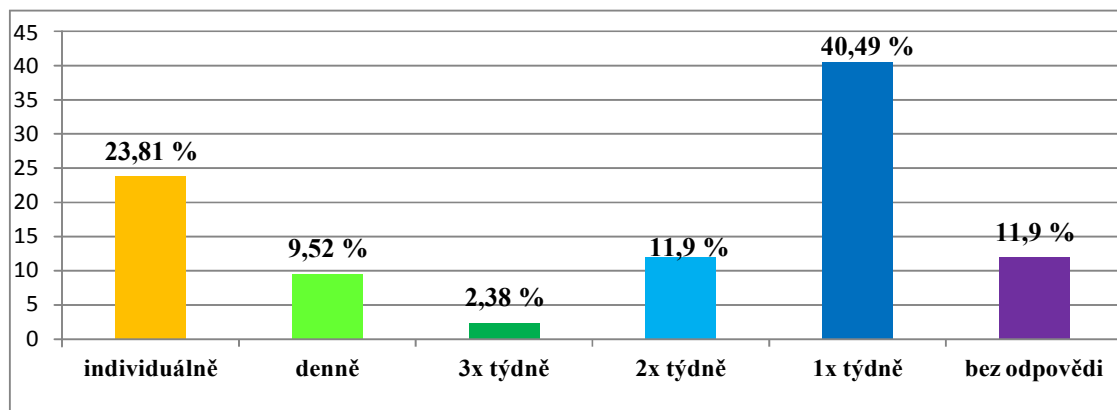
Spolupráce s nutričním terapeutem	Nelékařský personál LDN	
	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
ano	42	97,67
ne	0	0
nevím	1	2,33
Σ	43	100

Interpretace: Naprostá většina 42 respondentů (97,67 %) odpověděla **ano**, že spolupracují s nutričním terapeutem, 1 respondent (2,33 %) uvedl možnost **nevím**. Pokud respondent v dotazníku uvedl možnost **ano**, následovala otázka: „Jak často oddělení spolupracuje s nutričním terapeutem?“

Tabulka č. 18b - Jak často oddělení spolupracuje s nutričním terapeutem?

Jak často oddělení spolupracuje s nutričním terapeutem?	Nelékařský personál LDN	
	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
individuálně	10	23,81
denně	4	9,52
3x týdně	1	2,38
2x týdně	5	11,90
1x týdně	17	40,49
bez odpovědi	5	11,90
Σ	42	100

Interpretace: 17 (40,49 %) ze 42 respondentů uvedlo, že oddělení s nutričním terapeutem spolupracuje **1x týdně**, 10 respondentů (23,81 %) odpovědělo, že je to na základě **individuální potřeby**, 5 respondentů (11,9 %) uvedlo **2x týdně**, 4 respondenti (9,52 %) odpověděli **denně**, 1 respondent uvedl **3x týdně**. Pět respondentů (11,9 %) na tuto podotázku **neodpovědělo**.



Graf č. 16 - Jak často oddělení spolupracuje s nutričním terapeutem?

Tabulka č. 19a - Využívání nutričních doplňků

Využívání nutričních doplňků	Nelékařský personál LDN	
	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
ano	43	100
ne	0	0
nevím	0	0
Σ	43	100

Interpretace: Všech 43 respondentů (100 %) odpovědělo shodně **ano**, že využívají nutričních doplňků k zajištění dostatečné výživy. Pokud respondent v dotazníku uvedl tuto možnost, následovala otázka: „Které nutriční doplňky pacientům na svých odděleních nejčastěji nabízíte?“

Tabulka č. 19b - Používané nutriční doplňky

Používané nutriční doplňky	Nelékařský personál LDN
	Absolutní četnost (n)
Nutridrink (protein, creme, juice)	43
Cubitan	22
Diasip	21
Fresubin	15
Supportan drink	2
Σ	-

Interpretace: U této otázky respondenti uváděli nutriční doplňky, které dlouhodobě hospitalizovaným pacientům na svých odděleních nejčastěji nabízí. Měli možnost uvést více variant. Respondenti nejčastěji zmiňovali **Nutridrink (protein, creme, juice)** (43), **Cubitan** (22), **Diasip** (21), **Fresubin** (15) a **Supportan drink** (2).

Tabulka č. 20a - Ošetřování pacienta, který nepřijímá potravu per os

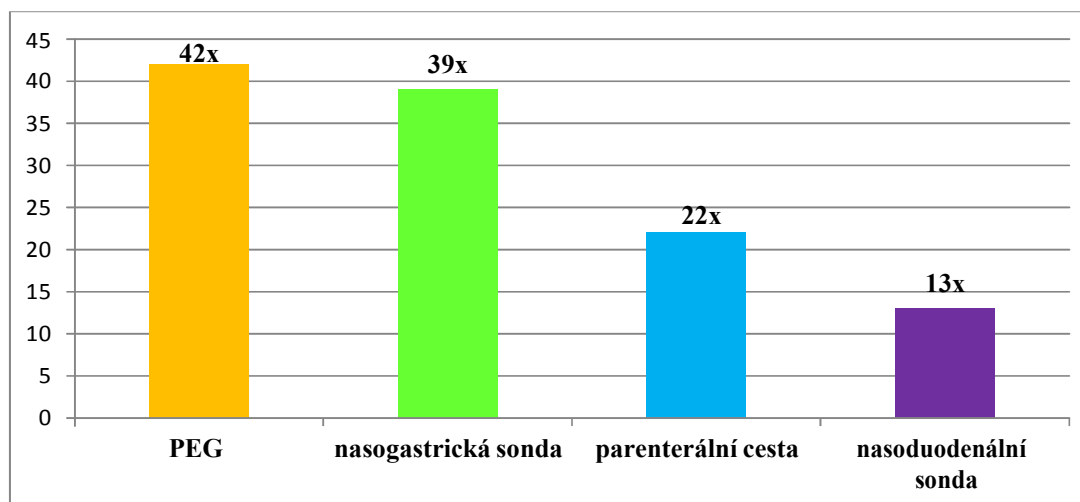
Ošetřování pacienta, který nepřijímá potravu per os	Nelékařský personál LDN	
	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
ano	43	100
ne	0	0
nevím	0	0
Σ	43	100

Interpretace: Všech 43 respondentů (100 %) odpovědělo **ano**, že se setkali s pacientem, který přijímal potravu jinou cestou než přirozeně ústy (per os). Pokud respondent v dotazníku uvedl tuto možnost, následovala otázka: „Uveďte způsob, jakým pacient potravu přijímal?“

Tabulka č. 20b - Alternativní způsob příjmu potravy

Alternativní způsob příjmu potravy	Nelékařský personál LDN
	Absolutní četnost (n)
PEG	42
nasogastrická sonda	39
parenterální cesta	22
nasoduodenální sonda	13
Σ	-

Interpretace: U této otázky respondenti uváděli, jakým alternativním způsobem byl pacient vyživován, pokud nemohl potravu přijmout ústy. Měli možnost uvést více variant. Respondenti nejčastěji zmiňovali **PEG (42)**, **nasogastrickou sondu (39)**, **parenterální cestu (22)** a **nasoduodenální sondu (13)**.



Graf č. 17 - Alternativní způsob příjmu potravy

Tabulka č. 21a - Poskytování kvalitní ošetrovatelské péče v oblasti výživy

Kvalitní ošetrovatelské péče v oblasti hydratace	Nelékařský personál LDN	
	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
ano	38	88,37
ne	2	4,65
nevím	3	6,98
Σ	43	100

Interpretace: Z celkového počtu 43 respondentů odpovědělo 38 (88,3 %) **ano**, že poskytují kvalitní ošetrovatelskou péči v oblasti výživy, 2 respondenti (4,65 %) uvedli, že kvalitní ošetrovatelskou péči v oblasti výživy **neposkytují** a 3 respondenti (6,98 %) označili odpověď **nevím**. Pokud respondent v dotazníku uvedl možnost ano, následovala otázka: „Proč si myslíte, že poskytuje kvalitní ošetrovatelskou péči v oblasti výživy?“

Tabulka č. 21b - Proč si myslíte, že poskytuje kvalitní ošetrovatelskou péči v oblasti výživy?

Proč si myslíte, že poskytuje kvalitní ošetrovatelskou péči v oblasti výživy?	Nelékařský personál LDN	
	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
spokojenost pacientů	15	34,88
individuální přístup	10	23,26
zlepšení zdravotního stavu	5	11,63
přibývání na váze	3	6,97
bez odpovědi	10	23,26
Σ	43	100

Interpretace: Respondenti (38), kteří v předchozí otázce odpověděli ano, byli dále dotazováni, proč si myslí, že poskytují kvalitní ošetrovatelskou péči v oblasti výživy. 15 respondentů (34,88 %) odpovědělo, že na základě **spokojenosti pacientů**, 10 respondentů (23,26 %) uvedlo, že díky **individuálnímu přístupu**, 5 respondentů (11,63 %) uvedlo dle **zlepšení zdravotního stavu** a 3 respondenti (6,97 %) uvedli dle **nárůstu hmotnosti**. Deset respondentů (23,26 %) na tuto podotázku **neodpovědělo**.

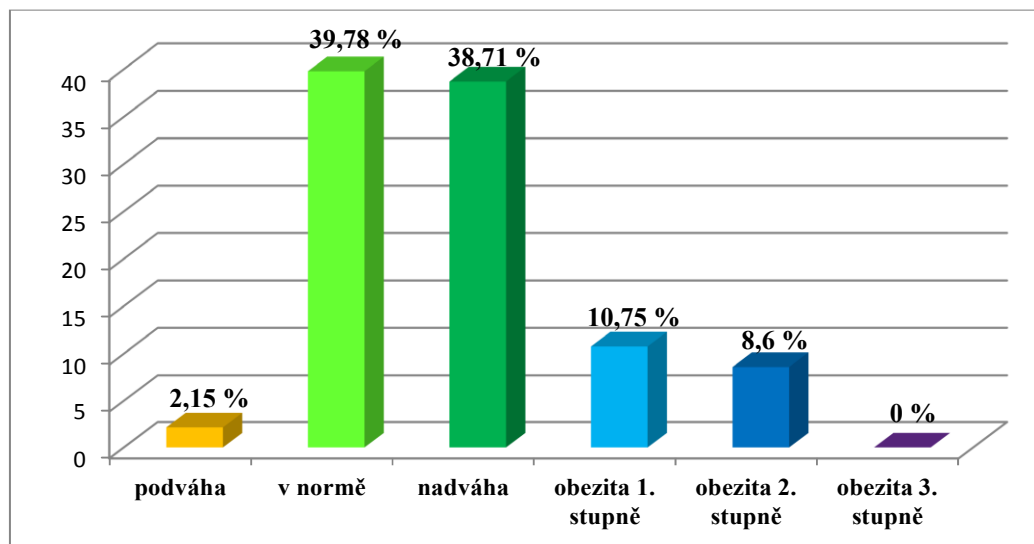
10.5.2 INTERPRETACE VÝSLEDKŮ DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ U DLOUHODOBĚ HOSPITALIZOVANÝCH PACIENTŮ

Dotazníkové šetření u dlouhodobě hospitalizovaných pacientů v Léčebně dlouhodobě nemocných v Nemocnici Nový Bydžov bylo použito jako ověřovací prostředek odpovědí sester.

Tabulka č. 22 - BMI

BMI	Dlouhodobě hospitalizovaní pacienti LDN	
	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
méně než 18,5 (podváha)	2	2,15
18,5 - 24,9 (norma)	37	39,78
25,0 - 29,9 (nadváha)	36	38,71
30,0 - 34,9 (obezita 1. stupně)	10	10,75
35,0 - 39,9 (obezita 2. stupně)	8	8,60
40,0 a více (obezita 3. stupně)	0	0
Σ	93	100

Interpretace: Při hodnocení BMI u pacientů dlouhodobě hospitalizovaných bylo v normálních hodnotách BMI 37 pacientů (39,78 %), podváhou trpěli 2 pacienti (2,15 %), nadváhu mělo 36 pacientů (38,71 %), obezitu 1. stupně mělo 10 pacientů (10,75 %), obezitou 2. stupně trpělo 8 pacientů (8,6 %), obezitou 3. stupně neměl žádný pacient (0 %).

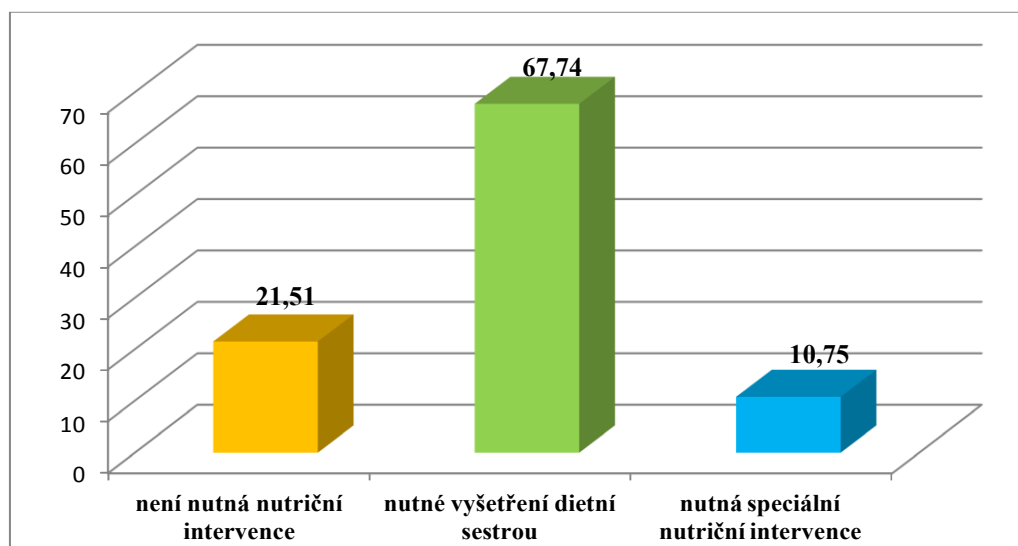


Graf č. 18 - BMI

Tabulka č. 23 - Dospělé nutriční skóre

Dospělé nutriční skóre	Dlouhodobě hospitalizovaní pacienti LDN	
	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
není nutná nutriční intervence (0 - 3 body)	20	21,51
nutné vyšetření dietní sestrou (4 - 7 bodů)	63	67,74
nutná speciální nutriční intervence (8 a více bodů)	10	10,75
Σ	93	100

Interpretace: Při hodnocení dlouhodobě hospitalizovaných pacientů dle Dospělého nutričního skóre bylo 20 pacientů (21,51 %), u kterých nebyla **nutná žádná nutriční intervence**, u 63 pacientů (67,74 %) bylo **nutné vyšetření dietní sestrou** a u 10 pacientů (10,75 %) byla **nutná speciální nutriční intervence**.

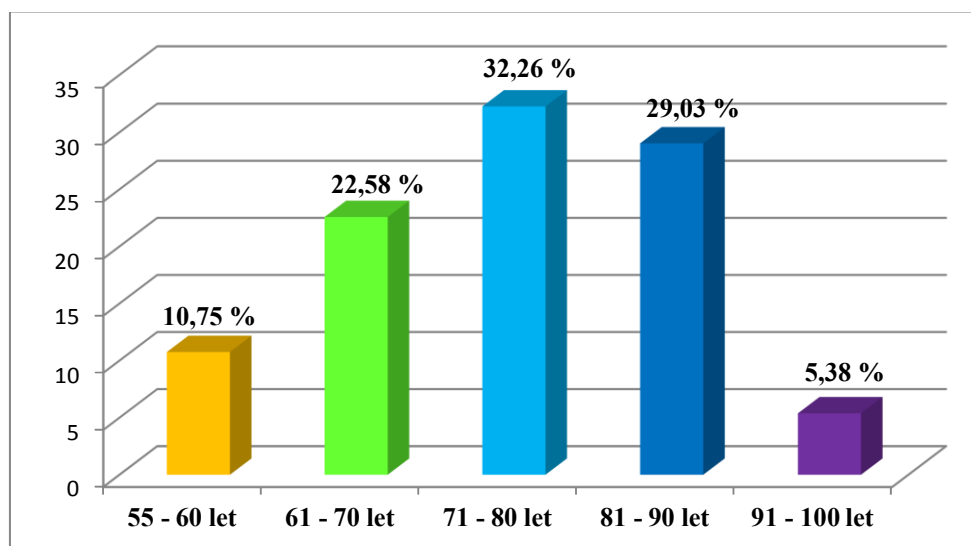


Graf č. 19 - Dospělé nutriční skóre

Tabulka č. 24 - Věkové kohorty

Věkové kohorty	Dlouhodobě hospitalizovaní pacienti LDN	
	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
55 - 60 let	10	10,75
61 - 70 let	21	22,58
71 - 80 let	30	32,26
81 - 90 let	27	29,03
91 - 100 let	5	5,38
Σ	93	100

Interpretace: Z 93 respondentů bylo největší zastoupení věkové kategorii **71-80 let**, a to 30 respondentů (32,26 %), ve věkové kategorii **81-90 let** bylo 27 respondentů (29,03 %), ve věku **61-70 let** bylo 21 respondentů (22,58 %), ve věkové kategorii **55-60 let** bylo 10 respondentů (10,75 %) a ve věku **91-100 let** bylo 5 respondentů (5,38 %). Nejmladšímu pacientovi bylo 55 let a nejstaršímu 99 let.

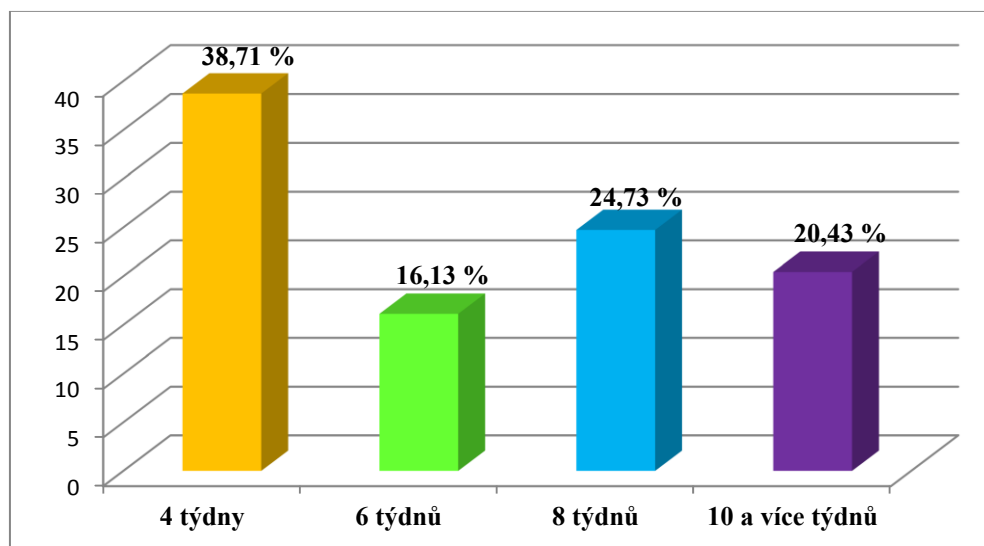


Graf č. 20 - Věkové kohorty

Tabulka č. 25 - Délka následné hospitalizace v LDN

Délka následné hospitalizace v LDN	Dlouhodobě hospitalizovaní pacienti LDN	
	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
4 týdny	36	38,71
6 týdnů	15	16,13
8 týdnů	23	24,73
10 a více týdnů	19	20,43
Σ	93	100

Interpretace: Z 93 pacientů bylo v LDN hospitalizováno **4 týdny** 36 respondentů (38,71 %), dobu hospitalizace **6 týdnů** označilo 15 respondentů (16,13 %), hospitalizaci po dobu **8 týdnů** uvedlo 23 respondentů (24,73 %) a hospitalizováno **10 a více týdnů** bylo 19 respondentů (20,43 %).

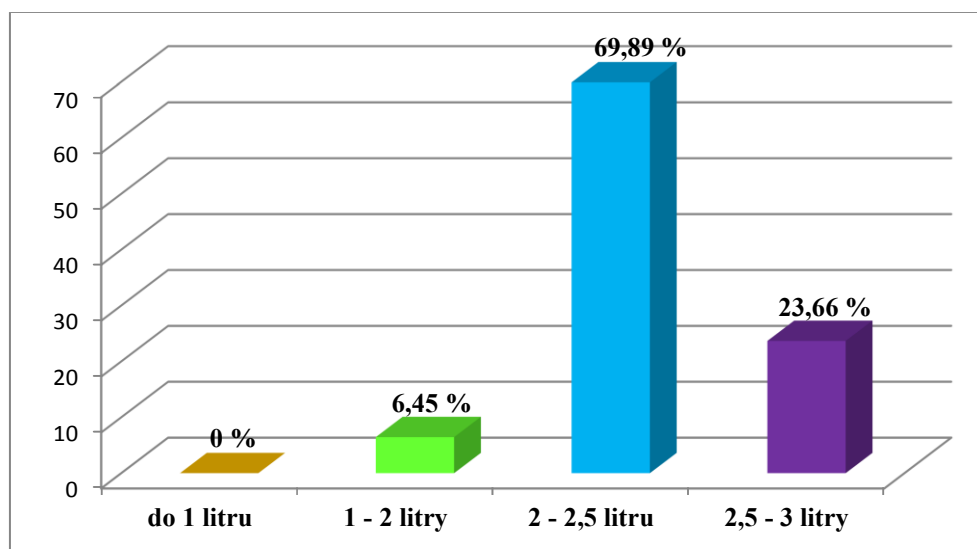


Graf č. 21 - Délka následné hospitalizace v LDN

Tabulka č. 26 - Množství vypitých tekutin za den

Množství vypitých tekutin za den	Dlouhodobě hospitalizovaní pacienti LDN	
	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
do 1 litru	0	0
1 - 2 litry	6	6,45
2 - 2,5 litru	65	69,89
2,5 - 3 litry	22	23,66
Σ	93	100

Interpretace: Z 93 dlouhodobě hospitalizovaných pacientů žádný (0 %) nevedl množství vypitých tekutin za den **do 1 litru**, 6 respondentů (6,45 %) vypije **1 - 2 litry** tekutin za den, 65 respondentů (69,89 %) uvedlo, že vypije **2 - 2,5 litru** tekutin za den a 22 respondentů (23,66 %) uvedlo, že vypije **2,5 - 3 litry** tekutin za den.

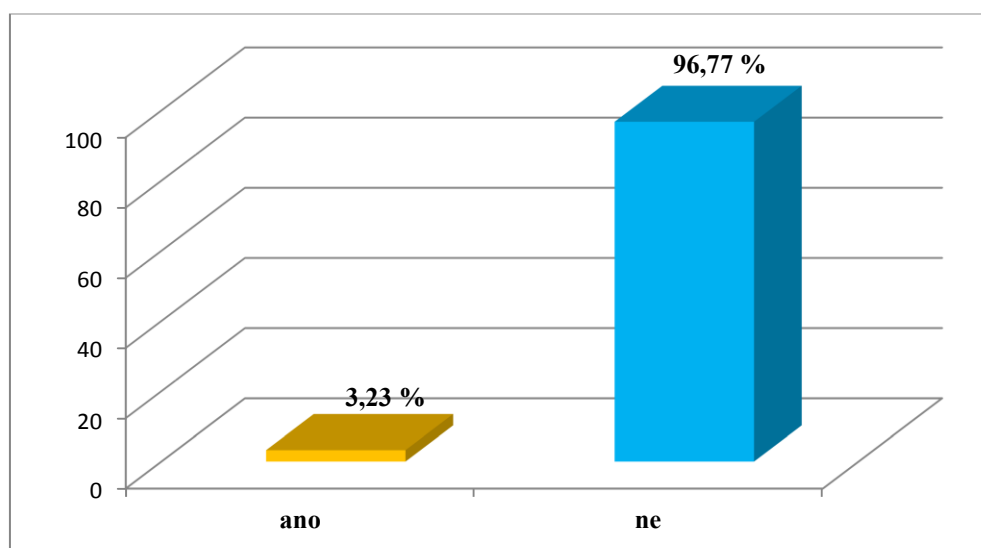


Graf č. 22 - Množství vypitých tekutin za den

Tabulka č. 27 - Pocit žízně

Pocit žízně	Dlouhodobě hospitalizovaní pacienti LDN	
	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
ano	3	3,23
ne	90	96,77
Σ	93	100

Interpretace: Z 93 dlouhodobě hospitalizovaných pacientů 90 respondentů (96,77 %) **netrpí** v LDN **pocitem žízně**, pouze 3 respondenti (3,23 %) uvedli **ano**, že pocit žízně mají.



Graf č. 23 - Pocit žízně

Tabulka č. 28a - Sledování příjmu tekutin personálem

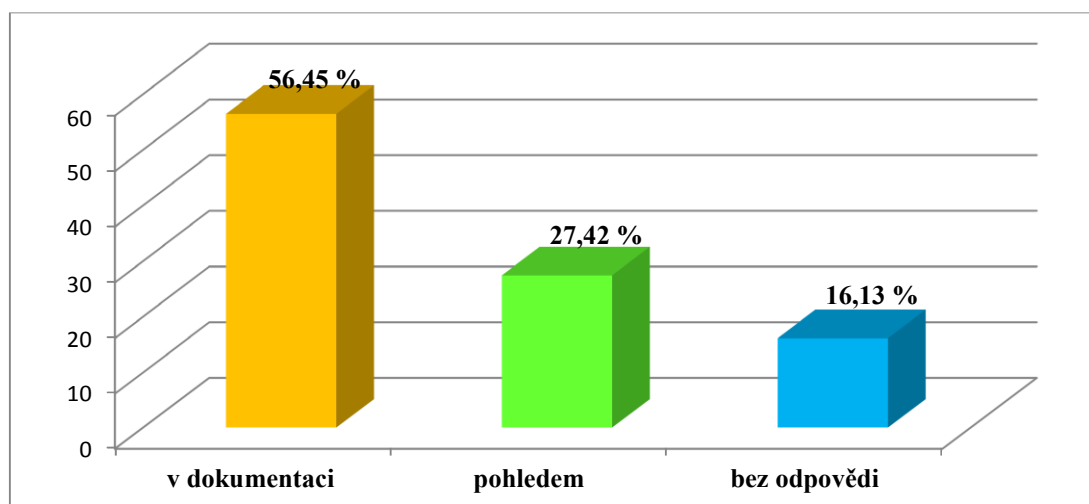
Sledování příjmu tekutin personálem	Dlouhodobě hospitalizovaní pacienti LDN	
	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
ano	62	66,67
ne	0	0
nevím	31	33,33
Σ	93	100

Interpretace: Z 93 dlouhodobě hospitalizovaných pacientů odpovědělo 62 (66,67 %) **ano** ví, že u nich personál LDN příjem tekutin sleduje, žádný respondent (0 %) nevedl, že u nich personál LDN příjem tekutin **nesleduje** a 31 respondentů (33,33 %) označili odpověď **nevím**. Pokud respondent v dotazníku uvedl možnost ano, následovala otázka: „Jakým způsobem je u Vás sledován příjem tekutin?“

Tabulka č. 28b - Jakým způsobem je u Vás sledován příjem tekutin?

Jakým způsobem je u Vás sledován příjem tekutin?	Dlouhodobě hospitalizovaní pacienti LDN	
	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
v dokumentaci	35	56,45
pohledem	17	27,42
bez odpovědi	10	16,13
Σ	62	100

Interpretace: Na dotaz, jakým způsobem si myslí, že u nich personál sleduje příjem tekutin 35 (56,45 %) z 62 respondentů odpovědělo, že **v dokumentaci**, 17 respondentů (27,42 %) uvedlo, že **pohledem** a 10 respondentů (16,13 %) na tuto podotázku **neznalo odpověď**.

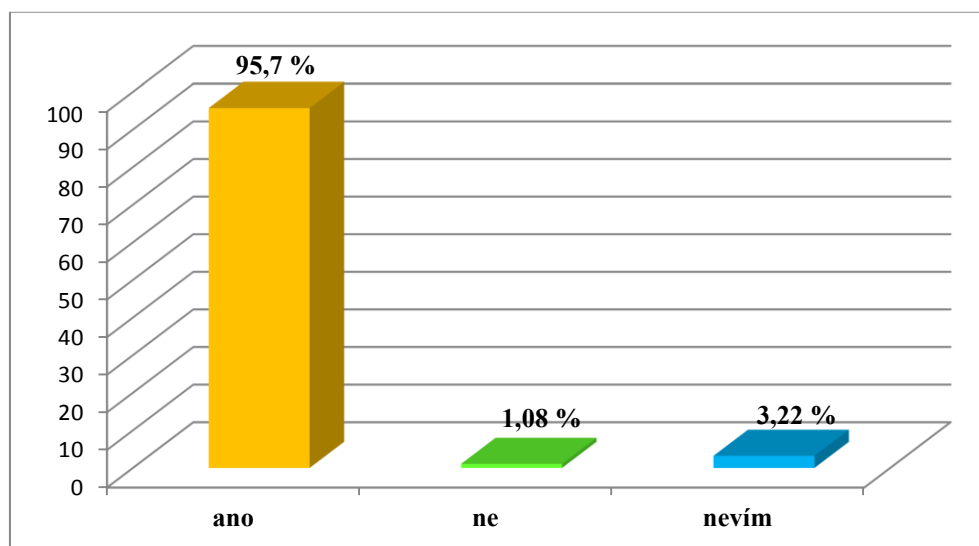


Graf č. 24 - Jakým způsobem je u Vás sledován příjem tekutin?

Tabulka č. 29 - Domníváte se, že je Vám v oblasti potřeby hydratace poskytována kvalitní ošetrovatelská péče?

Kvalita ošetrovatelské péče v oblasti potřeby hydratace	Dlouhodobě hospitalizovaní pacienti LDN	
	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
ano	89	95,70
ne	1	1,08
nevím	3	3,22
Σ	93	100

Interpretace: Z 93 dlouhodobě hospitalizovaných pacientů si 89 respondentů (95,7 %) myslí **ano**, že jim je poskytována kvalitní ošetrovatelská péče v oblasti potřeby hydratace, pouze 1 respondent (1,08 %) si myslí, že **ne** a 3 respondenti (3,22 %) uvedli, že **neví**.

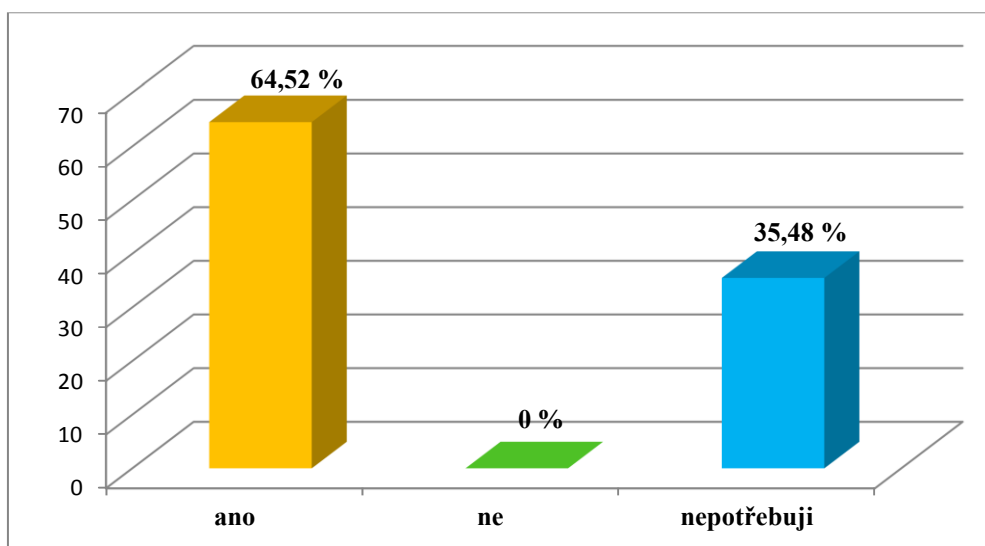


Graf č. 25 - Domníváte se, že je Vám v oblasti potřeby hydratace poskytována kvalitní ošetrovatelská péče?

Tabulka č. 30 - Pomoc personálu s přípravou stravy

Pomoc personálu s přípravou stravy	Dlouhodobě hospitalizovaní pacienti LDN	
	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
ano	60	64,52
ne	0	0
nepotřebuji	33	35,48
Σ	93	100

Interpretace: Z 93 dlouhodobě hospitalizovaných pacientů 60 dotazovaných (64,52 %) uvedlo **ano**, že jim zdravotnický personál pomáhá s přípravou stravy, 33 respondentů (35,48 %) uvedlo, že pomoc personálu **nepotřebuji** a žádný z respondentů (0 %) neuvedl možnost **ne**.

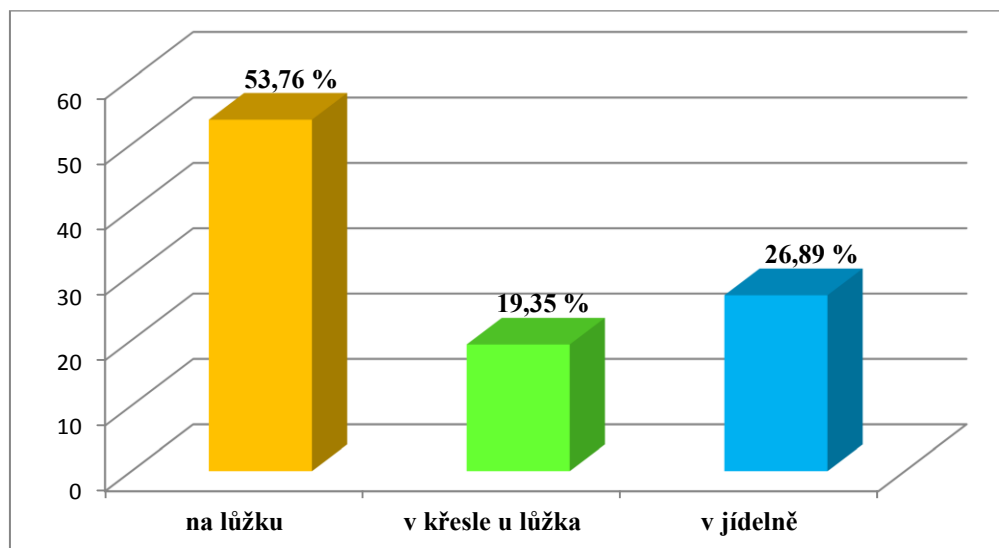


Graf č. 26 - Pomoc personálu s přípravou stravy

Tabulka č. 31 - Místo, kde je Vám nejčastěji podávána strava

Místo, kde je pacientům nejčastěji podávána strava	Dlouhodobě hospitalizovaní pacienti LDN	
	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
na lůžku	50	53,76
v křesle vedle lůžka	18	19,35
v jídelně	25	26,89
Σ	93	100

Interpretace: Z 93 dlouhodobě hospitalizovaných pacientů 50 dotazovaných (53,76 %) uvedlo, že je jim strava nejčastěji podávána **na lůžku**, 18 respondentů (19,35 %) uvedlo, že se stravují **v křesle vedle lůžka** a 25 respondentů (26,89 %) odpovědělo, že je jim strava podávána **v jídelně**.

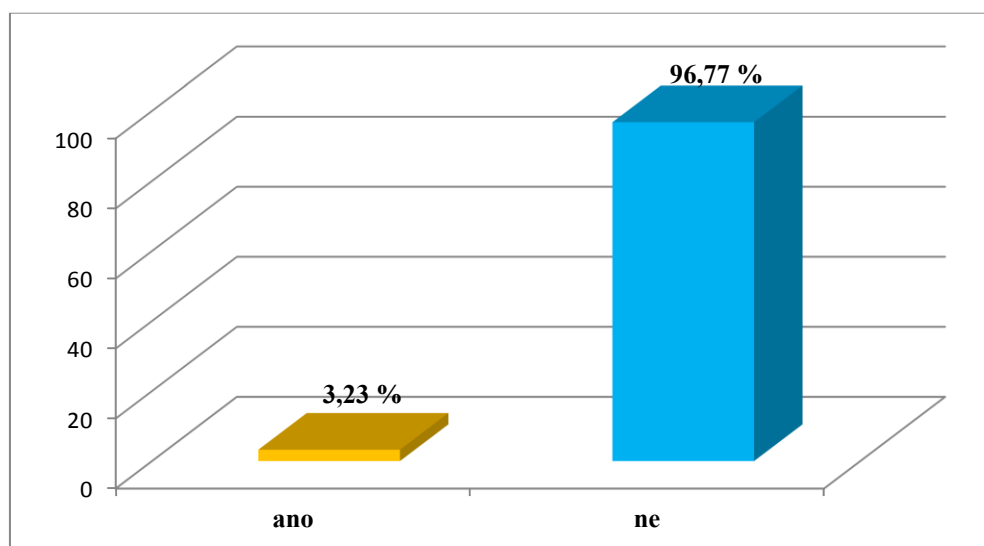


Graf č. 27 - Místo, kde je Vám nejčastěji podávána strava

Tabulka č. 32 - Pocit hladu v průběhu dne

Pocit hladu v průběhu dne	Dlouhodobě hospitalizovaní pacienti LDN	
	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
ano	3	3,23
ne	90	96,77
Σ	93	100

Interpretace: Z 93 dlouhodobě hospitalizovaných pacientů 90 dotazovaných (96,77 %) uvedlo odpověď **ne**, že nepocítují v průběhu dne hlad a 3 respondenti (3,23 %) odpověděli **ano**, že v průběhu dne hlad pocítují.



Graf č. 28 - Pocit hladu v průběhu dne

Tabulka č. 33a - Sledování příjmu potravy personálem

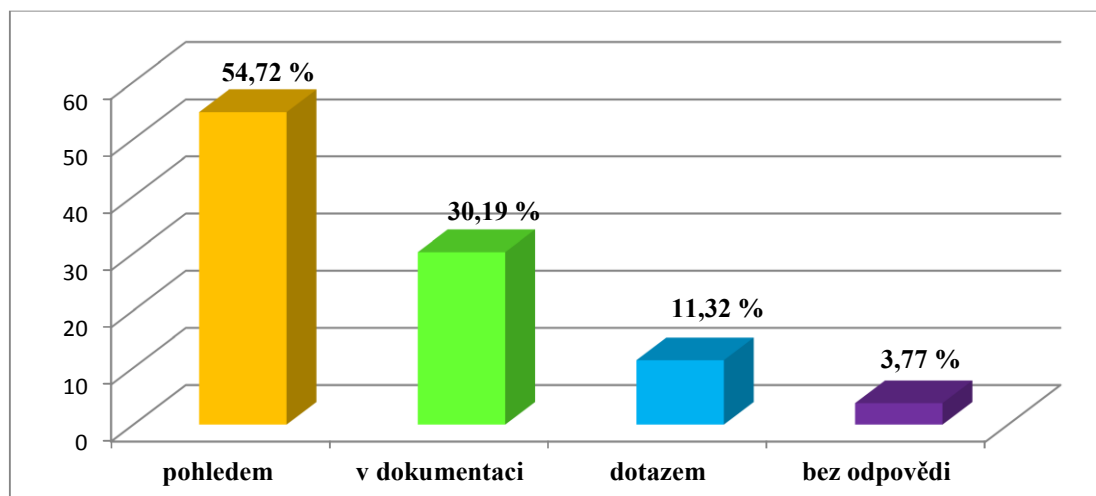
Sledování příjmu potravy personálem	Dlouhodobě hospitalizovaní pacienti LDN	
	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
ano	53	56,99
ne	0	0
nevím	40	43,01
Σ	93	100

Interpretace: Z 93 dlouhodobě hospitalizovaných pacientů odpovědělo 53 respondentů (56,99 %) **ano**, ví, že u nich personál LDN příjem potravy sleduje, žádný respondent (0 %) neuvedl, že u nich personál LDN příjem potravy **nesleduje** a 40 respondentů (43,01 %) označilo odpověď **nevím**. Pokud respondent v dotazníku uvedl možnost ano, následovala otázka: „Jakým způsobem je u Vás sledován příjem potravy?“

Tabulka č. 33b - Jakým způsobem je u Vás sledován příjem potravy?

Jakým způsobem je u Vás sledován příjem potravy?	Dlouhodobě hospitalizovaní pacienti LDN	
	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
pohledem	29	54,72
v dokumentaci	16	30,19
dotazem	6	11,32
bez odpovědi	2	3,77
Σ	53	100

Interpretace: Na dotaz, jakým způsobem si myslí, že personál u nich sleduje příjem potravy 29 (54,72 %) z 53 respondentů uvedlo, že **pohledem**, 16 respondentů (30,19 %) odpovědělo, že **v dokumentaci**, 6 respondentů (11,32 %) uvedlo, že **dotazem** a 2 respondenti (3,77 %) na tuto podotázku **neznali odpověď**.

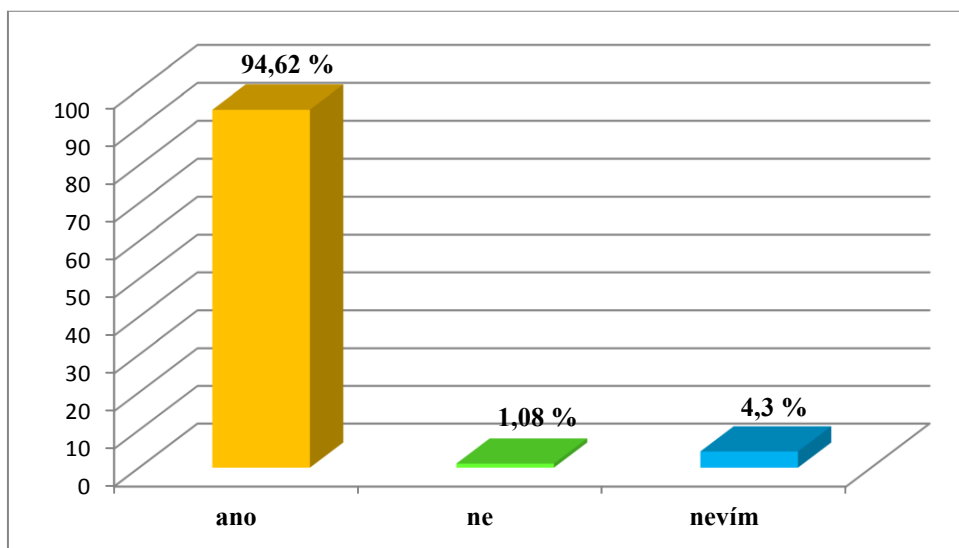


Graf č. 29 - Jakým způsobem je u Vás sledován příjem potravy?

Tabulka č. 34 - Domníváte se, že je Vám v oblasti potřeby výživy poskytována kvalitní ošetrovatelská péče?

Kvalita ošetrovatelské péče v oblasti potřeby výživy	Dlouhodobě hospitalizovaní pacienti LDN	
	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
ano	88	94,62
ne	1	1,08
nevím	4	4,30
Σ	93	100

Interpretace: Z 93 dlouhodobě hospitalizovaných pacientů si 88 respondentů (94,62 %) odpovědělo **ano**, že jim je poskytována kvalitní ošetrovatelská péče v oblasti potřeby výživy, pouze 1 respondent (1,08 %) si myslí, že **ne** a 3 respondenti (4,3 %) na tuto otázku **nedokázali odpovědět**.



Graf č. 30 - Domníváte se, že je Vám v oblasti potřeby výživy poskytována kvalitní ošetrovatelská péče?

10 DISKUZE

Hlavním cílem této bakalářské práce bylo odhalit, zda jsou dostatečně a kvalitně uspokojovány potřeby výživy a hydratace u hospitalizovaných pacientů v Léčebně dlouhodobě nemocných, a to nejen z pohledu nelékařského personálu (NLP), ale i z pohledu samotných nemocných.

Při domlouvání výzkumu s vedením nemocnice, hlavní sestrou, mě překvapila a potěšila ochota spolupracovat a zájem o dané téma. Ani při vyplňování dotazníků z řad NLP, jsem se nesetkala s neochotou, či výraznou pasivitou zaměstnanců. U pacientů jsem též nezaznamenala neochotu nespolečně pracovat při vyplnění dotazníku. Pacienti byli rádi, že je přišel někdo navštívit a zajímal se o jejich potřeby. Nevyplněné dotazníky nepřekročily limit tří dotazníků na oddělení. Dotazníkové šetření u pacientů bylo použito jako ověřovací prostředek odpovědí NLP v dotaznících.

V empirické části byly stanoveny 4 cíle, které budou podrobněji rozebrány. Dotazníkové šetření se celkem zúčastnilo 43 zaměstnanců z řad nelékařského personálu Léčebny dlouhodobě nemocných nemocnice Nový Bydžov ve věku od 25 do 66 let. A 93 pacientů Léčebny dlouhodobě nemocných ve věku od 55 do 99 let. V této kapitole jsou prodiskutovány zjištěné výsledky.

V **dotazníku určeném pro nelékařský personál LDN** byly první tři otázky položeny k získání identifikačních údajů (pohlaví, věk, vzdělání/pracovní zařazení a délka praxe v LDN). Vzhledem k psychické, ale i fyzické náročnosti ošetrovatelské péče na odděleních léčen dlouhodobě nemocných, by bylo žádoucí vyšší zastoupení mužů v ošetrovatelském týmu. Jak ukazují výsledky dotazníkového šetření, v ošetrovatelském týmu (NLP) byl pouze **jeden muž**. V dalších otázkách jsme zjišťovali nejvyšší dosažené vzdělání a délku praxe v oboru. Všeobecné sestry (46,51 %) nejčastěji uváděly **vzdělání na SZŠ**, které získaly před rokem 2007 a o dalším studiu dle svých slov neuvažují. Pět sester mělo specializovanou způsobilost v péči o geriatrické pacienty, což považují za velmi přínosné. Překvapivým zjištěním pro mě byla **délka praxe v LDN**. Respondenti nejčastěji pracovali v oboru v rozmezí **6 - 15 let**. V takto náročném pracovním prostředí to velice obdivuji.

Cíl č. 1: Zjistit, zda jsou uspokojovány potřeby hydratace u dlouhodobě hospitalizovaných pacientů.

Další série otázek (č. 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11) se týkala oblasti potřeby hydratace. Zajímalo nás, zda se nelékařský personál LDN v nemocnici Nový Bydžov aktivně podílí na uspokojování potřeby hydratace u dlouhodobě ležících pacientů a ověřit jejich znalosti rizik, souvisejících s nedostatečným příjmem tekutin. Předpokladem bylo, že nelékařský personál aktivně nabízí tekutiny dlouhodobě ležícím pacientům a má dostatečné a potřebné znalosti z oblasti potřeby hydratace. Dotazovali jsme se na **množství tekutin, které by měl dospělý člověk přijmout za 24 hodin**. 55 % dotazovaných se shodlo na množství 1,5 - 2 litry (24 respondentů) za 24 hodin. Ale ani odpověď 2,5-3 litry není zanedbatelná, označilo ji totiž 40 % respondentů (17 dotazovaných). Ale v bakalářské práci Š. Votavové (2007) bylo procento správné odpovědi vyšší, kdy 64 % sester uvedlo, že dospělý člověk by měl přijmout 2,5-3 litry tekutin za 24 hodin. Toto množství se samozřejmě netýká pacientů s omezeným příjmem tekutin, jako jsou např. pacienti v chronickém dialyzačním programu či pacienti se srdečním selháním. Z výsledků dotazníkového šetření vyplývá, že **100 % dotazovaných NLP ví o důležitosti dostatečného příjmu tekutin** a zná rizika spojená s jeho nedostatkem. Jelikož jsme tuto odpověď předpokládali, chtěli jsme znát názor respondentů na otázku, jaký vliv má dostatečná hydratace na pacienta. Nejčastější odpověď a to v 65 % (28 respondentů) byl vliv na celkový stav pacienta. V další otázce personál uváděl, **při jakých příležitostech pacientům nejčastěji tekutiny nabízejí**. Z pozice staniční sestry si všímám, kdy mí podřízení tekutiny pacientům nabízejí. Tudiž pro mě nebylo překvapením, že respondenti nejčastěji odpovídali při podávání stravy (uvedeno 23x) a průběžně při kontrolách pokojů (22x). Což se shoduje s výzkumným šetřením Votavové (2007), kde dotazované sestry uvedly, že tekutiny aktivně nabízí nejčastěji při průběžných kontrolách pokojů a při stravování. Příjemným zjištěním pro mě byly četné odpovědi v otázce hodnocení stavu hydratace. Zajímali jsme se, zda **personál dokáže rozpoznat příznaky nedostatečného příjmu tekutin**. Zde prokázali dotazovaní správné znalosti. Respondenti uvedli, že příznakem dehydratace jsou oschlé sliznice (odpovězeno 29x), neklid či zmatenost pacienta (28x), pokles diurézy (18x), bolest hlavy (14x) a snížený kožní turgor (9x). Dále jsme zjišťovali, zda **personál sleduje příjem tekutin a jakým způsobem ho zaznamenávají**. 88 % respondentů uvedlo, že příjem tekutin sledují a většina, 65 % respondentů, označila dokumentaci jako hlavní zdroj, kam je příjem tekutin zaznamenáván. Také nás zajímalo, jakým způsobem respondenti **hodnotí stav hydratace u svých pacientů**. Zde prokázali

dotazování opět správné znalosti. Uváděli, že se nejčastěji orientují dle stavu sliznic (odpovězeno 22x) a dle kožního turgoru (21x). I v práci Votavové (2007) byla nejvíce hydratace hodnocena dle stavu kůže (32 %) a stavu sliznic (30 %). Překvapením pro mě byly výsledky poslední otázky. Dotazovali jsme se respondentů, zda poskytují **kvalitní ošetrovatelskou péči v uspokojování potřeby hydratace**. Přestože 81 % dotazovaných odpovědělo, že poskytují kvalitní ošetrovatelskou péči v této oblasti, jeden respondent (2 %) však odpověděl, že kvalitní péče v oblasti hydratace poskytována není a 7 zdravotníků (16 %) ani nedokázalo na otázku odpovědět. V práci Š. Votavové (2007) dokonce 90 % dotazovaných sester uvedlo, že dostatečně uspokojují potřebu hydratace.

Cíl č. 2: Zjistit, zda jsou uspokojovány potřeby výživy u dlouhodobě hospitalizovaných pacientů.

Zbývající otázky v dotazníku pro NLP (č. 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21) se týkaly oblasti potřeby výživy. Protože je na tuto oblast u geriatrických pacientů kladen velký důraz, nejen ve zdravotnických zařízeních, ale i v médiích, předpokládali jsme značné znalosti zdravotníků ne lékařů o tomto tématu. Dále bylo předpokládáno, že ošetrovatelský personál se aktivně podílí na pomoci s přípravou stravy a zná možná rizika spojená s nedostatečným příjmem potravy. Výsledky dotazníkového šetření pro mě byly příjemným zjištěním. Tento předpoklad potvrdilo v práci Š. Votavové (2007) drtivých 98 % sester. Dotazovali jsme se **kolikrát denně je pacientům nabízena a podávána strava**. Velmi příjemné bylo zjištění, že strava je pacientům nabízena a podávána minimálně 4x denně. Většina 70 % dotazovaných uvedla, že pacientům podává stravu 5x denně. 100 % respondentů hodnotí **vliv hodnotné výživy na zdravotní stav pacienta** jako významný. 75 % respondentů se shodlo, že výživa může ovlivnit jak celkový stav pacienta, tak i rychlost rekonvalescence. Zjišťovali jsme, zda **personál pomáhá svým pacientům s přípravou stravy na talíři** před samotným příjmem potravy. 81 % respondentů (35) uvedlo, že s přípravou stravy pacientům pomáhá automaticky, aniž by se jich ptali. V tomto případě to nevidím jako úplně pozitivní zjištění. Dle mého názoru by měli pacientům pomoci, ale vždy až po předchozí domluvě, nabídnout svou pomoc, ale nevnucovat ji. V další otázce personál uváděl, **kde se pacienti nejčastěji stravují**. 72 % dotazovaných odpovědělo, že nejčastějším místem, kde je pacientům podávána strava, je lůžko. Při využívání tabletového systému podávání stravy je i při stolování na lůžku zajištěn komfort při stravování a podávaná strava působí také esteticky. Neuwirt (1995) zmiňoval estetickou úpravu jako významný faktor, který ovlivňuje chuť k jídlu, doslova napsal, že člověk „*jí očima*“. Z výsledků práce Š. Votavové (2007) vyplývá,

že 97 % z dotazovaných sester dbá na estetickou úpravu stolování a považuje ji za důležitou. Zajímalo nás, jakým způsobem respondenti pracující v LDN **hodnotí stav výživy u svých pacientů**. Richardsová a Edwardsová ve své knize z roku 2004 napsaly, že je často hodnocení stavu výživy u pacientů opomíjeno. Dle odpovědí dotazníkového šetření s nimi však nemohu souhlasit. Respondenti vyjmenovali několik způsobů, jakými lze stav výživy pacientů zhodnotit. Nejčastěji uváděli záznam příjmu potravy v dokumentaci, sledování hmotnosti, průběžný nutriční screening, hodnocení laboratorních výsledků. Při příjmu do „naší“ Léčebny dlouhodobě nemocných je u každého pacienta stanoveno nutriční riziko. V práci Votavové (2007) sestry uváděly, že hodnotí stav výživy pomocí nutričního screeningu. Avšak v 12 % bylo uvedeno, že stav výživy vůbec nehodnotí. Je to dle mého názoru vysoké procento, nad kterým by se měl personál pozastavit. Proto jsme v našem dotazníkovém šetření také zjišťovali, zda **respondenti spolupracují s nutričním terapeutem** a jak často je ke spolupráci vyzýván. Naprostá většina 98 % respondentů s nutričním terapeutem spolupracuje. Což je pozitivní oproti bakalářské práci Votavové (2007), kde spolupráci s nutričním terapeutem potvrdilo pouze 82 % z dotazovaných sester. Frekvence konzultací byla nejčastěji uváděna individuálně (24 %), avšak minimálně 1x týdně (41 %). Zbývající respondenti uváděli frekvenci konzultací častější. O dobré péči v oblasti výživy vypovídá i otázka č. 18, kdy měli uvést **nutriční doplňky, které na svých pracovištích používají**. Každý z respondentů uvedl minimálně dva druhy. Kdy k nejvíce používaným byl řazen Nutridrink, Cubitan, Diasip a Fresubin. U geriatrických pacientů se můžeme často setkat s poruchou výživy, a proto jsme předpokládali, že se respondenti měli možnost setkat s **jiným způsobem výživy než per os** (ústy). Prokázaly nám to i odpovědi respondentů, kdy 100 % (43 NLP) uvedlo, že se setkali s jiným způsobem výživy než per os. Stejně tak i v práci Votavové (2007) se 100 % sester setkalo s různými způsoby příjmu stravy. Nejčastěji zmiňovali aplikaci výživy prostřednictvím perkutánní gastrostomie, nasogastrickou/nasoduodenální sondou či parenterálně. Po předchozích odpovědích jsem předpokládala, že všichni zúčastnění respondenti se budou domnívat, že **poskytují kvalitní péči v oblasti výživy**. Odpovědělo tak „pouze“ 88 % dotazovaných (38), 2 respondenti dokonce uvedli, že kvalitní péče v této oblasti poskytována není a 3 dotazovaní na tuto otázku nedokázali odpovědět. V práci Votavové (2007) se 83 % sester domnívá, že uspokojuje potřebu výživy.

Dotazníkové šetření u dlouhodobě hospitalizovaných pacientů v Léčebně dlouhodobě nemocných v Nemocnici Nový Bydžov bylo použito jako ověřovací prostředek odpovědí sester. Dotazník pro pacienty obsahoval 13 otázek. Celkem se výzkumu dobrovolně

zúčastnilo 93 pacientů. Pohlaví respondentů bylo zastoupeno rovnoměrně, a to 42 mužů a 51 žen (viz příloha č. 4, s. 123. 84 % pacientů (78) bylo ve věku 61 - 90 let a většinu 44 % tvořili pacienti ovdovělí (viz příloha č. 4, s. 123). Pacienti nejčastěji uváděli **délku hospitalizace** minimálně 4 týdny (39 %) 36 dotazovaných, ale výjimku netvořila ani délka hospitalizace delší než 10 týdnů (20 %) 19 dotazovaných pacientů. Dle mých zkušeností ovlivňuje délka hospitalizace významným způsobem celkový stav pacienta, a to nejen z pohledu závažnosti základní diagnózy, ale především působením na jeho psychický stav. Odloučení od rodiny, přátel, z běžného života může mít zásadní vliv na příjem potravy i tekutin.

Cíl č. 3: Zjistit úlohu nelékařského personálu v uspokojování potřeby hydratace u dlouhodobě hospitalizovaných pacientů.

Otázky č. 5, 6, 7, 8 se týkaly uspokojování potřeby hydratace. Při rozhovoru s pacienty jsem byla mile překvapena, jak pohotově většina z nich odpovídala. Hned v první otázce byli pacienti dotazováni, **kolik vypijí tekutin za den**. Většina pacientů 70 % (65 respondentů) uvedlo, že za 24 hodin vypijí 2 - 2,5 litru tekutin. A 24 % uvedlo, že vypijí dokonce 2,5 - 3 litry. Musím podotknout, že pro většinu pacientů jsou tato čísla vysoká. Sdělovali, že doma takové množství nikdy nevypili, ani neměli potřebu tolik pít. Musíme si uvědomit, že většina pacientů v LDN jsou senioři a právě ve vyšším věku je vnímání pocitu žízně fyziologicky snižené. Srovnáme-li odpovědi personálu a pacientů, tak se většinou shodují, což je velmi příznivé pro kvalitu poskytované péče. U otázky, **zda pacienti trpí pocitem žízně**, jsem byla příjemně potěšena, kdy 97 % dotazovaných (90 pacientů), odpovědělo, že pocit žízně nemají. V práci Votavové (2007) se 61 % dotazovaných pacientů vyjádřilo, že pocitem žízně netrpí a 39 % pacientů uvedlo, že trpí pocitem žízně. Ne příliš kladně hodnotím otázku, **zda pacienti vědí, jestli u nich personál sleduje příjem tekutin**. Pouze 67 % pacientů (62 dotazovaných) vědělo, že personál u nich sleduje množství vypitých tekutin, zbylých 33 % (31) pacientů o tom nevědělo. Myslím si, že to poukazuje na nedostatečnou informovanost ze strany ošetřujícího personálu. Dále nás zajímalo, jestli se pacienti domnívají, že je jim **poskytována v oblasti potřeby hydratace kvalitní ošetřovatelská péče**. Většina 96 % (89) pacientů odpovědělo, že ano. Pouze jeden pacient nebyl s ošetřovatelskou péčí v oblasti potřeby hydratace spokojen a 3 pacienti uvedli, že neví. I v práci Votavové (2007) bylo 93 % pacientů spokojeno s poskytováním kvalitní ošetřovatelské péče v oblasti hydratace.

Všech 93 pacientů, kteří se zúčastnili dotazníkového šetření, mělo na svých nočních stolcích lahev s savičkou. Při dotazu, zda jim to nevadí, pro mě překvapivě odpovídali, že

nevadí, ba naopak, že jim to vyhovuje, nepolejí se, neznečistí okolí. Vyjadřovali spokojenost s pomocí personálu.

Cíl č. 4: Zjistit úlohu nelékařského personálu v uspokojování potřeby výživy u dlouhodobě hospitalizovaných pacientů.

Prvním vstupním hodnocením bylo **BMI**. Příjemným zjištěním bylo, že největší zastoupení tvořili pacienti s fyziologickými hodnotami BMI (40 %) 37 pacientů. Další významnou skupinu tvořilo 39 % pacientů s nadváhou. Pacienti s podváhou byli „pouze“ dva. Zbýlých 18 pacientů bylo v pásmu obezity.

Druhým vstupním hodnocením bylo **Dospělé nutriční skóre**, kdy u všech pacientů, kteří se zúčastnili dotazníkového šetření, bylo stanoveno nutriční riziko. U 21,51 % pacientů (20) nebyla nutná nutriční intervence (0 - 3 body). U 67,74 % pacientů (63) bylo stanoveno riziko, kdy bylo nutné vyšetření dietní sestrou (dosáhli 4-7 bodů) a u 10,75 % pacientů (10) bylo riziko ohodnoceno více než 8mi body, kdy byla nutná speciální nutriční intervence.

Zbývající část otázek (č. 9, 10, 11, 12, 13) se týkala oblasti potřeby výživy. Zajímalo nás, **zda jim personál pomáhá s přípravou stravy na talíři** před samotným příjmem potravy. 65 % dotazovaných (60 pacientů) uvedlo, že jim personál s přípravou stravy na talíři pomáhá. Zbýlých 35 % pacientů uvedlo, že tuto pomoc nepotřebují. Velmi mě potěšilo, že žádný z pacientů neuvedl možnost ne. Negativně hodnotím i odpovědi na **místo, kde je jim podávána strava**. Nejčastější odpovědi 54 % (50 dotazovaných) bylo na lůžku. Je pravdou, že se personál řídí pohybovým režimem pacientů (určuje lékař) a základní diagnózou pacientů, která ale nebyla předmětem našeho hodnocení. 27 % z dotazovaných pacientů se stravuje v jídelně a zbylých 19 % v křesle vedle lůžka. Dále nás zajímalo, **zda pacienti mají v průběhu dne hlad**. Drtivá většina, 97 % pacientů, v průběhu dne hlad nepocítuje. I v práci Votavové (2007) 93 % pacientů nepocítovalo hlad. Podobně jako v oblasti hydratace, 43 % dotazovaných (40 pacientů) nevědělo, **jestli u nich personál záznam stravy provádí**. Opět si myslím, že je to chyba v nedostatečné komunikaci a informovanosti pacientů. Nakonec nás zajímalo, **jestli se pacienti domnívají, že je jim poskytována v oblasti potřeby výživy kvalitní ošetrovatelská péče**. Většina 95 % (88) pacientů odpovědělo, že ano. Pouze jeden pacient nebyl s ošetrovatelskou péčí v oblasti potřeby výživy spokojen a 4 pacienti uvedli, že neví. To je myslím pozitivní zjištění. V práci Votavové (2007) potvrdilo spokojenost s ošetrovatelskou péčí v oblasti výživy 82 % pacientů.

Předpokládali jsme, že role nelékařského personálu v uspokojování potřeby výživy a hydratace je nenahraditelná. Zjištěné údaje to potvrzují. Ze získaných výsledků je patrné, že se personál aktivně podílí na uspokojování potřeby výživy a hydratace u dlouhodobě hospitalizovaných pacientů a má k tomu potřebné znalosti. Ke stejnému zjištění došla i Šárka Votavová (2007) ve své bakalářské práci.

ZÁVĚR

Bakalářská práce se zabývá uspokojováním potřeby výživy a hydratace z pohledu nelékařského personálu a dlouhodobě ležících pacientů. V této práci jsme si stanovili 4 cíle. Prvním cílem bylo zjistit, zda jsou uspokojovány potřeby hydratace u dlouhodobě hospitalizovaných pacientů. Druhým cílem bylo zjistit, zda jsou uspokojovány potřeby výživy u dlouhodobě hospitalizovaných pacientů. Třetím cílem bylo zjistit úlohu nelékařského personálu v uspokojování potřeby hydratace u dlouhodobě hospitalizovaných pacientů. Čtvrtým cílem bylo zjistit úlohu nelékařského personálu v uspokojování potřeby výživy u dlouhodobě hospitalizovaných pacientů. Pomocí dotazníků vlastní konstrukce pro nelékařský personál a pacienty LDN se podařilo všechny tyto cíle splnit.

Výsledky obou dotazníkových šetření poukazují na poskytování kvalitní ošetrovatelské péče v oblasti hydratace a výživy. Z výsledků lze také usuzovat, že jsou u dlouhodobě hospitalizovaných pacientů v LDN v Novém Bydžově potřeby v oblasti výživy a hydratace satureovány. Což se shoduje i se závěrem bakalářské práce Votavové (2007). Rezervy vidíme v nedostatečné informovanosti pacientů, kdy téměř 50 % dotazovaných nevědělo, zda jsou u nich záznamy stravy či tekutin prováděny. Domníváme se, že by bylo potřebné a více než vhodné výrazně zlepšit komunikaci personálu s pacienty. Za výhodné bychom považovali i výměnu zkušeností a informací i z jiných zařízení stejného typu, k čemuž v současnosti nedochází. K mému potěšení se o výsledky výzkumného šetření zajímala vrchní sestra naší LDN a staniční sestry jednotlivých oddělení.

ANOTACE

Autor:	Zuzana Pražáková
Instituce:	Ústav sociálního lékařství LF UK v Hradci Králové Oddělení ošetřovatelství
Název práce:	Uspokojování potřeby výživy a hydratace z pohledu nelékařského personálu a dlouhodobě hospitalizovaných pacientů
Vedoucí práce:	Mgr. Veronika Gígalová
Počet stran:	128
Počet příloh:	7
Rok obhajoby:	2017
Klíčová slova:	Stárnutí a stáří, dlouhodobě hospitalizovaný pacient, potřeby člověka - seniora, výživa, hydratace

Bakalářská práce se zabývá uspokojováním potřeb hydratace a výživy z pohledu nelékařského personálu a dlouhodobě hospitalizovaných pacientů. Je rozdělena na teoretickou a empirickou část. V teoretické části je vysvětlen pojem stáří a stárnutí a pozornost je také věnována specializované zdravotní péči pro seniory. Popisuje potřeby člověka obecně a konkrétně se soustředí na potřebu výživy a hydratace u dlouhodobě hospitalizovaných pacientů v seniorském věku.

Empirická část je zaměřena na dotazníkové průzkumné šetření, které bylo provedeno u nelékařského zdravotnického personálu a u dlouhodobě hospitalizovaných pacientů v LDN v Novém Bydžově. Práce má za cíl na základě zjištěných výsledků posoudit, jak nelékařský zdravotnický personál vnímá a uspokojuje potřebu výživy a hydratace u svých pacientů. Dále je cílem posoudit vnímání uspokojování potřeby výživy a hydratace z pohledu dlouhodobě hospitalizovaných pacientů. Výsledky šetření byly porovnány s výzkumem z předešlých let zabývajícím se stejným tématem. Tato bakalářská práce poukazuje na nutnost aktivního úsilí nelékařského personálu při uspokojování potřeby výživy a hydratace u dlouhodobě hospitalizovaných pacientů.

ANOTATION

Autor: Zuzana Pražáková
Institution: Charles University
Faculty of Medicine in Hradec Kralove, Department of Social Medicine
Division of Nursing
Title: Satisfying the needs of nutrition and hydration from the perspective of non-medical personnel and long-term hospitalized patients
Supervisor: Mgr. Veronika Gigalová
Number of pages: 128
Number of attachments: 7
Year of defense: 2017
Keywords: Aging and old age, long-term inpatient, human needs - seniors, nutrition, hydration

This thesis deals with satisfying the needs hydration and nutrition from the perspective of non-medical personnel and long-term hospitalized patients. It is divided into theoretical and empirical part. The theoretical part explains the concept of old age and aging, attention is also paid to specialized health care for the elderly. Describes human needs in general and focus and the need for nutrition and hydration for elderly patients in long-term hospitalized.

Empirical part is focused on the exploration questionnaire survey, which was carried out by non-medical personnel and for long-term hospitalized patients in a hospice in Nový Bydžov. Labor aims of the findings to assess how non-medical staff understands and satisfies the needs of nutrition and hydration in their patients. Furthermore, in order to assess the perception of satisfying the needs of nutrition and hydration from the perspective of long-term hospitalized patients. The results were compared with previous years of research dealing with the same theme. This work highlights the need for active efforts of non-medical personnel in satisfying the needs of nutrition and hydration for long-term hospitalized patients.

LITERATURA A PRAMENY

BRZÁKOVÁ BEKSOVÁ, Kateřina. *Geriatrická problematika v pastorální péči*. 1. vydání. Praha: Karolinum, 2013. s. 139. ISBN 978-80-246-2296-5.

DEAN, Ward. *Biological Aging Measurement Clinical Applications*. 2nd edition. Los Angeles: The Centre of Bio-Gerontology, 1988. p. 426. ISBN 0937777005.

ETICKÝ KODEX ZDRAVOTNICKÉHO PRACOVNÍKA NELÉKAŘSKÝCH OBORŮ [online]. 2004 [cit. 2016-11-12] Dostupné na WWW: <http://www.mzcr.cz/Legislativa/dokumenty/vestnik_3646_1778_11.html>

GRUBEROVÁ, Božena. *Gerontologie*. 1. vydání. České Budějovice: JU ZF České Budějovice 1998. s. 86. ISBN 80-7040-286-5.

HAINER, Vojtěch a Marie KUNEŠOVÁ. *Obezita: etiopatogeneze, diagnostika a terapie*. 1. vydání. Praha: Galén, 1997. s. 126. ISBN 80-85824-67-1.

HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Fenomén stáří*. 2. podstatně přepracované a doplněné vydání. Praha: Havlíček Brain Team, 2010. s. 365. ISBN 978-80-87109-19-9.

HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Lékařská etika*. 4. aktualizované a rozšířené vydání. Praha: Galén, 2015. s. 225. ISBN 978-80-7492-204-6.

HERDMAN, T. Heather a Shigemi KAMITSURU. *Ošetrovatelské diagnózy: Definice a klasifikace 2015-2017*. 1. vydání. Praha: Grada, 2016. ISBN 978-80-247-5412-3.

HOLMEROVÁ, Iva a Božena JURAŠKOVÁ. *Geriatric 2010*. Česká geriatrická revue. 2010, ročník 8, č. 1–2, s. 7-9. ISSN: 1214–0732.

HONZÁK, Radkin. *Komunikační pasti v medicíně*. 2. doplněné vydání. Praha: Galén, 1999. 165 s. ISBN 80-7262-032-0.

HUDÁKOVÁ, Anna a Ludmila MAJERNÍKOVÁ. *Kvalita života seniorů v kontextu ošetrovatelství*. 1. vydání. Praha: Grada, 2013. s. 115. ISBN 978-80-247-4772-9.

CHLOUBOVÁ, Helena. *Základní potřeby nemocných*. In MELLANOVÁ, Alena a kol. *Základy ošetrování nemocných*. 1. vydání. Praha: Karolinum, 2005. 146 s. ISBN 80-246-0845-6.

JAROŠOVÁ, Darja. *Péče o seniory*. 1. vydání. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, 2006. s. 96. ISBN 80-7368-110-2.

KALVACH, Zdeněk. *Úvod do gerontologie a geriatrie*. 1. vydání. Praha: Karolinum 1997. s. 193. ISBN 80-7184-366-0.

KALVACH, Zdeněk. *Geriatrie a gerontologie*. 1. vydání. Praha: Grada, 2004. s. 864. ISBN 80-247-0548-6.

KASPER, Heinrich a Walter BURGHARDT. *Výživa v medicíně a dietetika*. 1. české vydání. Praha: Grada, 2015. s. 572. ISBN 978-80-247-4533-6.

KLENER, Pavel. *Vnitřní lékařství*. 4. přepracované a doplněné vydání. Praha: Galén, 2011. s. 1174. ISBN 978-80-7262-705-9.

KONCEPCE NÁSLEDNÉ LŮŽKOVÉ ZDRAVOTNÍ PÉČE. Částka 9/1998 Věstník Ministerstva Zdravotnictví [online]. 1998 [cit. 2017-01-18] Dostupné na WWW:<<http://ferovanemocnice.cz/data/met.%20opatreni%20nasledna%20luz.pece.pdf>>

KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie nemoci*. Praha: Grada, 2002. Psyché. s. 198. ISBN 80-247-0179-0.

KUBEŠOVÁ, Hana. *Výživa jako nástroj pro podporu zdraví a kondice ve vyšším věku*. 1. vydání. Brno: Protis, 2008, s. 50. ISBN 978-80-903674-6-3.

LÉČEBNA DLOUHODOBĚ NEMOCNÝCH - NEMOCNICE NOVÝ BYDŽOV. [online]. 2016 [cit. 2017-01-18] Dostupné na WWW: <<http://www.nemjc.cz/lecebna-dlouhodobememocnych>>

PACOVSKÝ, Vladimír. *O stárnutí a stáří*. 1. vydání. Praha: Avicenum, 1990. s. 135. ISBN 80-201-0076-8.

PICHAUD, Clément a Isabelle THAREAU. *Soužití se staršími lidmi: praktické informace pro ty, kdo doma pečují o staré lidi, i pro sociální a zdravotnické pracovníky*. 1. vydání. Praha: Portál, 1998. s. 156. ISBN 80-7178-184-3.

PROCHÁZKOVÁ, Gabriela. *Uspokojování potřeb geriatrických pacientů z pohledu všeobecných sester*. Diplomová práce obhájená na Fakultě humanitních studií Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně v roce 2014. 82 s. Depon in: Fakulta humanitních studií Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně.

PRUDIUS (WEBEROVÁ), Dana a kol. *Dehydratace ve stáří*. Geriatrie a Gerontologie. 2014. 3. ročník, č. 4, s. 188 - 190. ISSN 1805-4684.

PŘIBYL, Hugo. *Lidské potřeby ve stáří*. Praha: Maxdorf, 2015. Jessenius. s. 96. ISBN 978-80-7345-437-1.

RICHARDS, Ann a Sharon EDWARDS. *Repetitorium pro zdravotní sestry*. Vyd. 1. české. Praha: Grada, 2004. 376 s. ISBN 80-247-0932-5.

ŠKRABALOVÁ, Dagmar. *Bio - psycho - sociální potřeby seniorů a jejich zvládnutí v péči hospicové a v léčebnách dlouhodobě nemocných*. Diplomová práce obhájená na Pedagogické fakultě univerzity Palackého v Olomouci v roce 2012. 85 s. Depon in: Pedagogická fakulta Univerzita Palackého v Olomouci.

STAŇKOVÁ, Marta. *České ošetrovatelství 6: Hodnocení a měřící techniky v ošetrovatelské praxi*. 1. vydání. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2001. s. 55. ISBN 8070133236.

TOPINKOVÁ, Eva a Jiří NEUWIRTH. *Geriatricie pro praktického lékaře*. Praha: Grada, 1995. 298 s. ISBN 80-7169-099-6.

TOPINKOVÁ, Eva. *Geriatricie pro praxi*. 1. vydání. Praha: Galén, 2005. s. 270. ISBN 80-7262-365-6.

TÓTHOVÁ, Valérie. *Uspokojování potřeb - nezbytný prvek ovlivňující kvalitu života seniorů*. Portál: Ošetrovatelství. 2002. ročník 4, č. 3-4, s. 136. ISSN 80-7178-920-8.

TÓTHOVÁ, Valérie. *Ošetrovatelský proces a jeho realizace*. 2. aktualizované vydání. Praha: Triton, 2014. s. 225. ISBN 9788073877859.

TRACHTOVÁ, Eva, Gabriela TREJTNAROVÁ a Dagmar MASTILIAKOVÁ. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 3. nezměněné vydání. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2013. s. 185. ISBN 978-80-7013-553-2.

TUREK, Bohumil a Jana DOSTÁLOVÁ. *Výživa ve stáří*. 1. vydání. Praha: Ústav zemědělských a potravinářských informací, 2002. s. 57. ISBN 80-7271-099-0.

VÁGNEROVÁ, Marie. *Vývojová psychologie: dětství, dospělost, stáří*. 1. vydání. Praha: Portál, 2000. s. 522. ISBN 80-7178-308-0.

VALENTA, Jiří. *Chirurgie: pro bakalářské studium ošetrovatelství*. 1. vydání. Praha: Karolinum, 2003. s. 237. ISBN 80-246-0644-5.

VENGLÁŘOVÁ, Martina a Gabriela MAHROVÁ. *Komunikace pro zdravotní sestry*. 1. vydání. Praha: Grada, 2006. s. 144. ISBN 80-247-1262-8.

VOTAVOVÁ, Šárka. *Úloha sestry v uspokojování potřeb výživy a hydratace u dlouhodobě ležících pacientů*. Bakalářská práce obhájená na Zdravotně sociální fakultě Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích v r. 2007. 78 s. Depon in: Zdravotně sociální fakulta Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích.

VYTEJČKOVÁ, Renata. *Ošetřovatelské postupy v péči o nemocné II: speciální část*. 1. vydání. Praha: Grada, 2013. Sestra. s. 272. ISBN 978-80-247-3420-0.

WEBER, Pavel. *Minimum z klinické gerontologie: pro lékaře a sestru v ambulanci*. 1. vydání. Brno: IDVPZ, 2000. s. 151. ISBN 80-7013-314-7.

SEZNAM GRAFŮ

Graf č. 1 - Pohlaví NLP.....	60
Graf č. 2 - Věkové kohorty NLP.....	61
Graf č. 3 - Nejvyšší dosažené vzdělání.....	62
Graf č. 4 - Délka praxe v oboru (v LDN).....	63
Graf č. 5 - Četnost nabízení tekutin pacientům.....	64
Graf č. 6 - Denní příjem tekutin u dospělého člověka.....	65
Graf č. 7 - Příležitost, kdy jsou nabízeny tekutiny pacientům.....	66
Graf č. 8 - Jaký má vliv dostatečná hydratace na zdravotní stav pacienta?.....	67
Graf č. 9 - Jakým způsobem je příjem tekutin u pacientů sledován?.....	69
Graf č. 10 - Proč si myslíte, že poskytujete kvalitní ošetrovatelskou péči v oblasti hydratace?.....	71
Graf č. 11 – Četnost podávání stravy pacientům.....	72
Graf č. 12 - Jaký má vliv dostatečná výživa na zdravotní stav pacienta?.....	73
Graf č. 13 - Pomoc dlouhodobě ležícím pacientům s přípravou stravy.....	74
Graf č. 14 - Místo, kde se pacienti nejčastěji stravují.....	75
Graf č. 15 - Způsob sledování/ hodnocení stavu výživy.....	76
Graf č. 16 - Jak často oddělení spolupracuje s nutričním terapeutem?.....	77
Graf č. 17 – Alternativní způsob příjmu potravy.....	79
Graf č. 18 - BMI.....	81
Graf č. 19 - Dospělé nutriční skóre.....	82
Graf č. 20 - Věkové kohorty.....	83
Graf č. 21 - Délka následné hospitalizace v LDN.....	84
Graf č. 22 - Množství vypitých tekutin za den.....	85
Graf č. 23 - Pocit žízně.....	86
Graf č. 24 - Jakým způsobem je u Vás sledován příjem tekutin?.....	87
Graf č. 25 - Domníváte se, že je Vám v oblasti potřeby hydratace poskytována kvalitní ošetrovatelská péče?.....	88
Graf č. 26 - Pomoc personálu s přípravou stravy.....	89
Graf č. 27 - Místo, kde je Vám nejčastěji podávána strava.....	90
Graf č. 28 - Pocit hladu v průběhu dne.....	91
Graf č. 29 - Jakým způsobem je u Vás sledován příjem potravy?.....	92

Graf č. 30 - Domníváte se, že je Vám oblasti potřeby výživy poskytována kvalitní ošetrovatelská péče?	93
---	----

SEZNAM TABULEK

Tabulka č. 1 - Pohlaví.....	60
Tabulka č. 2 - Věkové kohorty.....	61
Tabulka č. 3 - Nejvyšší dosažené vzdělání	62
Tabulka č. 4 - Délka praxe v oboru (v LDN)	63
Tabulka č. 5 - Četnost nabízení tekutin pacientům.....	64
Tabulka č. 6 - Množství tekutin, které by měl dospělý člověk během dne vypít.....	65
Tabulka č. 7 - Příležitost, kdy jsou nabízeny tekutiny pacientům.....	66
Tabulka č. 8a - Vliv dostatečné hydratace na zdravotní stav pacienta.....	67
Tabulka č. 8b - Jaký má vliv dostatečná hydratace na zdravotní stav pacienta?	67
Tabulka č. 9 - Příznaky nedostatečného příjmu tekutin	68
Tabulka č. 10a - Sledování příjmu tekutin u pacientů.....	69
Tabulka č. 10b - Jakým způsobem je příjem tekutin u pacientů sledován?	69
Tabulka č. 11 - Způsob hodnocení stavu hydratace	70
Tabulka č. 12a - Poskytování kvalitní ošetrovatelská péče v oblasti hydratace.....	71.
Tabulka č. 12b - Proč si myslíte, že poskytujete kvalitní ošetrovatelskou péči v oblasti hydratace?	71
Tabulka č. 13 - Četnost podávání stravy pacientům.....	72
Tabulka č. 14a - Vliv dostatečné výživy na zdravotní stav pacienta.....	73
Tabulka č. 14b - Jaký má vliv dostatečná výživa na zdravotní stav pacienta?	73
Tabulka č. 15 - Pomoc dlouhodobě ležícím pacientům s přípravou stravy	74
Tabulka č. 16 - Místo, kde se pacienti nejčastěji stravují.....	75
Tabulka č. 17 - Způsob sledování/hodnocení stavu výživy.....	76
Tabulka č. 18a - Spolupráce s nutričním terapeutem	77
Tabulka č. 18b - Jak často oddělení spolupracuje s nutričním terapeutem?	77
Tabulka č. 19a - Využívání nutričních doplňků	78
Tabulka č. 19b - Používané nutriční doplňky	78
Tabulka č. 20a - Ošetřování pacienta, který přijímá potravu per os	79
Tabulka č. 20b - Alternativní způsob příjmu potravy.....	79
Tabulka č. 21a - Poskytování kvalitní ošetrovatelské péče v oblasti výživy	80
Tabulka č. 21b - Proč si myslíte, že poskytujete kvalitní ošetrovatelskou péči v oblasti výživy?.....	80

Tabulka č. 22 - BMI	81
Tabulka č. 23 - Dospělé nutriční skóre	82
Tabulka č. 24 - Věkové kohorty.....	83
Tabulka č. 25 - Délka následné hospitalizace v LDN	84
Tabulka č. 26 - Množství vypitých tekutin za den.....	85
Tabulka č. 27 - Pocit žízně.....	86
Tabulka č. 28a - Sledování příjmu tekutin personálem	87
Tabulka č. 28b - Jakým způsobem je u Vás sledován příjem tekutin?.....	87
Tabulka č. 29 - Domníváte se, že je Vám v oblasti potřeby hydratace poskytována kvalitní ošetrovatelská péče?	88
Tabulka č. 30 - Pomoc personálu s přípravou stravy	89
Tabulka č. 31 - Místo, kde je Vám nejčastěji podávána strava	90
Tabulka č. 32 - Pocit hladu v průběhu dne	91
Tabulka č. 33a - Sledování příjmu potravy personálem.....	92
Tabulka č. 33b - Jakým způsobem je u Vás sledován příjem potravy?	92
Tabulka č. 34 - Domníváte se, že je Vám v oblasti potřeby výživy poskytována kvalitní ošetrovatelská péče?	93

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek č. 1 - Maslowova pyramida potřeb (Trachtová, 2013)	22
Obrázek č. 2 - Dům životních potřeb (Chloubová, 2005).....	24
Obrázek č. 3 - Body Mass Index (Hainer, Kunešová, 1997)	41

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

a. s. - akciová společnost

atd. - a tak dále

apod. - a podobně

BMI - z anglického body mass index, Index tělesné hmotnosti

č. - číslo

g - gram

IU - z anglického International Unit, mezinárodní jednotka

i.v. - z latinského intravenózní, nitrožilní

kg - kilogram

kJ - kiloJoul

kol. - kolektiv

l - litr

LDN - Léčebna dlouhodobě nemocných

m² - metr čtvereční

max. - maximum

mg - miligram

min. - minimum

ml - mililitr

MUDr. - z latinského medicinae universae doctor, Doktor veškerého lékařství

NaCl - Chlorid sodný

např. - například

NCO NZO - Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů

NLP - Nelékařský personál

PEG - perkutánní endoskopická gastrostomie

popř. - popřípadě

s. - strana

tzn. - to znamená

tzv. - takzvaný

UV - z anglického ultraviolet, ultrafialové záření

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha 1. Žádosti o provedení výzkumné činnosti

Příloha 2. Dotazník pro nelékařský zdravotnický personál LDN

Příloha 3. Dotazník pro pacienty LDN

Příloha 4. Další zjištěné údaje, které nebyly prezentovány v Empirické části

Příloha 5. Etický kodex zdravotnického pracovníka nelékařských oborů

Příloha 6. Seznam alergenů

Příloha 7. Vzorový jídelníček

Příloha 1. Žádost o provedení výzkumné činnosti

Vážená paní

Mgr. Monika Köstingerová
Hlavní sestra
Oblastní nemocnice Jičín a.s.
Bolzanova 512
50643

V Novém Bydžově 5. 4. 2016

Věc: Žádost o povolení výzkumného šetření v Nemocnici Nový Bydžov, Oblastní nemocnice Jičín a.s.

Vážená paní magistro,

Dovolujeme si Vás požádat o povolení výzkumného šetření ve Vaší nemocnici, jež by mělo být součástí závěrečné bakalářské práce studentky Zuzany Pražákové, narozené 3. 2. 1985, posluchačky 2. ročníku bakalářského studijního programu Ošetrovatelství, kombinované formy, Lékařské fakulty UK v Hradci Králové.

Cílem této práce je zjistit jak jsou uspokojovány potřeby v oblasti výživy a hydratace z pohledu nelékařského zdravotnického personálu a pacientů dlouhodobě hospitalizovaných.


Výzkumné šetření bude provedeno formou dobrovolného anonymního dotazníku, který je přiložen k žádosti.

Závěrečná práce je zpracována pod odborným vedením Mgr. Veroniky Gígalové, asistentky Oddělení ošetrovatelství Lékařské fakulty UK Hradec Králové.

Výsledky šetření Vám rádi poskytneme.
Prosíme o sdělení Vašeho rozhodnutí.

S pozdravem

Zuzana Pražáková
Zdechovice 43
Nový Bydžov
504 01


Mgr. Veronika Gígalová
Asistent Oddělení ošetrovatelství
Ústav sociálního lékařství
Lékařská fakulta UK Hradec Králové
Šimkova 870
500 38 Hradec Králové
Tel: 495 816 420

Vyjádření vedení instituce:

- Souhlasím
 Nesouhlasím

Datum: 6. 4. 2016

Podpis a razítko



Oblastní nemocnice Jičín a.s.
Bolzanova 512, 506 43 Jičín
tel. 493 582 111

Příloha 2. Dotazník pro nelékařský zdravotnický personál

Dotazník k bakalářské práci na téma: USPOKOJOVÁNÍ POTŘEB V OBLASTI VÝŽIVY A HYDRATACE Z POHLEDU NELÉKAŘSKÉHO ZDRAVOTNICKÉHO PERSONÁLU A PACIENTŮ DLOUHODOBĚ HOSPITALIZOVANÝCH

Dobrý den,

jmenuji se Zuzana Pražáková a jsem studentkou bakalářského studia - obor Všeobecná sestra, na Lékařské fakultě v Hradci Králové. Ráda bych Vás touto cestou poprosila o vyplnění dotazníku týkajícího se uspokojování potřeb v oblasti výživy a hydratace u dlouhodobě hospitalizovaných pacientů z pohledu NLP. Dotazník je zcela anonymní a bude sloužit k napsání mé závěrečné bakalářské práce. Zakřížkujte, prosím, vždy pouze jednu vybranou odpověď.

Předem děkuji za pravdivé odpovědi a za Váš čas, který si na vyplnění dotazníku najdete. Vyplněný dotazník vložte, prosím, do připravené obálky.

Zuzana Pražáková

1. Jste: muž
 žena

2. Kolik je Vám let?

- do 30ti let
 31 - 40 let
 41 - 50 let
 51 - 60 let
 61 a více let

3. Jaké je Vaše dosažené vzdělání a pozice v ošetřovatelském týmu? Uveďte délku praxe v oboru (v LDN):

- ošetřovatel(ka) let
 zdravotnický asistent let
 všeobecná sestra let
 diplomovaná sestra let
 sestra se specializovanou způsobilostí let
 sestra bakalářka let
 sestra magistra let

4. Jak často nabízíte tekutiny dlouhodobě ležícím pacientům? (uveďte časový údaj)

..... denně

5. Kolik tekutin by měl dospělý člověk během dne celkem přijmout?

- do 1 litru
- 1,5 - 2 litry
- 2,5 - 3 litry
- více než 3 litry

6. Při jaké příležitosti nabízíte dlouhodobě ležícím pacientům tekutiny? (prosím napište)

.....
.....

7. Domníváte se, že dostatečná hydratace má vliv na zdravotní stav pacienta?

- Ano, jaký?
- Ne
- Nevím

8. Znáte příznaky nedostatečného příjmu tekutin? (prosím vyjmenujete je)

.....
.....
.....

9. Sledujete u dlouhodobě ležících pacientů příjem tekutin?

- Ano, jakým způsobem?
- Ne
- Nevím

10. Jakým způsobem hodnotíte stav hydratace? (prosím vyjmenujte)

.....
.....

11. Domníváte se, že v oblasti uspokojování potřeby hydratace poskytujete kvalitní ošetrovatelskou péči?

- Ano, proč?
- Ne
- Nevím

12. Jak často nabízíte stravu dlouhodobě ležícím pacientům? (uveďte časový údaj)

..... denně

13. Domníváte se, že dostatečná výživa má vliv na zdravotní stav pacienta?

- Ano, jaký?
- Ne
- Nevím

14. Pomáháte dlouhodobě ležícím pacientům s přípravou stravy? (krájení masa, příloh, namazání pečiva ...)

- Ano, automaticky
- Na požádání
- Po předchozí domluvě
- Ne

15. Kde se pacienti nejčastěji stravují? Vyberte pouze jednu odpověď:

- na lůžku
- v křesle vedle lůžka
- v jídelně

16. Jakým způsobem sledujete a hodnotíte stav výživy? (prosím vyjmenujte)

.....
.....

17. Spolupracuje Vaše oddělení s nutričním terapeutem?

- Ano, jak často?
- Ne
- Nevím

18. Používají se na Vašem oddělení nějaké nutriční doplňky?

- Ano, jaké?
- Ne

19. Setkala jste se na Vašem oddělení s ošetřováním pacienta, který přijímal potravu jiným způsobem než ústy?

- Ano
- Ne

20. Pokud ano, jakou cestou potravu přijímal? (možno označit více odpovědí)

- nasogastrická sonda
- nasoduodenální sonda
- PEG
- parenterální cesta

21. Domníváte se, že v uspokojování potřeby výživy poskytujete kvalitní ošetrovatelskou péči?

- Ano, proč?
- Ne
- Nevím

Příloha 3. Dotazník pro pacienty

Dotazník k bakalářské práci na téma: USPOKOJOVÁNÍ POTŘEB V OBLASTI VÝŽIVY A HYDRATACE Z POHLEDU NELÉKAŘSKÉHO ZDRAVOTNICKÉHO PERSONÁLU A PACIENTŮ DLOUHODOBĚ HOSPITALIZOVANÝCH

Dobrý den,

jmenuji se Zuzana Pražáková a jsem studentkou bakalářského studia - obor Všeobecná sestra, na Lékařské fakultě v Hradci Králové. Ráda bych Vás touto cestou poprosila o vyplnění dotazníku týkajícího se uspokojování potřeb v oblasti výživy a hydratace z pohledu dlouhodobě hospitalizovaných pacientů. Dotazník je zcela anonymní a bude sloužit k napsání mé závěrečné bakalářské práce. Zakřížkujte, prosím, vždy pouze jednu vybranou odpověď.

Předem děkuji za pravdivé odpovědi a za Váš čas, který si na vyplnění dotazníku najdete. Vyplněný dotazník vložte, prosím, do připravené obálky.

Zuzana Pražáková

1. BMI: hodnota - Nevyplňujte prosím, tyto údaje doplní sestra

2. Dospělé nutriční skóre: bodů - Nevyplňujte prosím, tyto údaje doplní sestra

3. Uved'te váš věk: let

4. Jak dlouho jste nyní hospitalizován(a)?

- 4 týdny
- 6 týdnů
- 8 týdnů
- 10 a více týdnů

5. Kolik vypijete během dne tekutin (za 24 hodin)?

- do 1 litru
- 1 - 2 litry
- 2 - 2,5 litru
- 2,5 - 3 litry

6. Trpíte nyní pocitem žízně?

- Ano
- Ne

7. Sleduje u Vás personál příjem tekutin?

- Ano, víte jakým způsobem?
- Ne
- Nevím

8. Domníváte se, že je Vám v oblasti potřeby hydratace poskytována kvalitní ošetrovatelská péče?

- Ano
- Ne
- Nevím

9. Pomáhá Vám personál s přípravou stravy? (namazání pečiva, krájení masa, příloh ...)

- Ano
- Ne
- Nepotřebuji pomoc

10. Uved'te místo, kde je Vám nejčastěji podávána strava?

- na lůžku
- v křesle vedle lůžka
- v jídelně

11. Pociťujete v průběhu dne hlad?

- Ano
- Ne

12. Sleduje u Vás personál příjem stravy?

- Ano, víte jakým způsobem?
- Ne
- Nevím

13. Domníváte se, že je Vám v oblasti potřeby výživy poskytována kvalitní ošetrovatelská péče?

- Ano
- Ne
- Nevím

Příloha 4. Další zjištěné údaje, které nebyly prezentovány v Empirické části

Pohlaví	Dlouhodobě hospitalizovaní pacienti LDN	
	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
muž	42	45,16
žena	51	54,84
Σ	93	100

Rodinný stav	Dlouhodobě hospitalizovaní pacienti LDN	
	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
vdaná/ženatý	25	26,88
ovdovělá/ovdovělý	41	44,09
rozvedená/rozvedený	11	11,83
svobodná/svobodný	8	8,60
druh/družka	8	8,60
Σ	93	100

Příloha 5. Etický kodex zdravotnického pracovníka nelékařských oborů

ZN.: 13469/04/VVO

REF. Bc. Köhlerová Irena

Etické zásady zdravotnického pracovníka nelékařských oborů

- Zdravotnický pracovník nelékařských oborů (dále jen „zdravotnický pracovník“) při své práci zachovává úctu k životu, respektuje lidská práva a důstojnost každého jednotlivce bez ohledu na věk, pohlaví, rasu, národnost, víru, politické přesvědčení a sociální postavení.
- Zdravotnický pracovník dbá na dodržování Úmluvy o lidských právech a biomedicině, na dodržování práv pacientů, tak jak jsou vyjádřena v Chartě práv pacientů a v Chartě práv hospitalizovaných dětí.
- Zdravotnický pracovník je povinen přistupovat ke své práci s veškerou odbornou schopností, kterou má, s vědomím profesionální odpovědnosti za podporu zdraví, prevenci nemocí, za obnovu zdraví a zmírňování utrpení, za přispění ke klidnému umírání a důstojné smrti.
- Zdravotnický pracovník poskytuje zdravotní péči jednotlivcům, rodinám, skupinám a spolupracuje s odborníky jiných oborů. Při poskytování zdravotní péče vždy nadřazuje zájmy těch, kterým poskytuje péči, nad zájmy své.
- Zdravotnický pracovník je povinen chránit informace o těch, kterým poskytuje své služby, bez ohledu na způsob, jakým jsou tyto informace získávány, shromažďovány a uchovávány. Povinnou zdravotnickou dokumentaci vede pečlivě a pravdivě, chrání ji před zneužitím a znehodnocením.
- Zdravotnický pracovník aktivně prohlubuje znalosti o právních předpisech platných pro jeho profesi a dodržuje je.
- Zdravotnický pracovník nesmí podřizovat poskytování zdravotní péče komerčním zájmům subjektů, působících v oblasti zdravotnictví.

Zdravotnický pracovník a spoluobčané

- Zdravotnický pracovník při poskytování zdravotní péče respektuje životní hodnoty občanů, jejich životní zvyky, duchovní potřeby a náboženské přesvědčení a snaží se vytvářet podmínky zohledňující individuální potřeby jednotlivců.
- Zdravotnický pracovník v rozsahu své odbornosti a pravomocí poskytuje občanům informace, které jim pomáhají převzít spoluzodpovědnost za jejich zdravotní stav a případnou léčbu.
- Zdravotnický pracovník považuje informace o pacientech za důvěrné a je si vědom povinnosti zachovávat mlčenlivost o skutečnostech, o nichž se dozvěděl v souvislosti s výkonem svého povolání.
- Zdravotnický pracovník při poskytování zdravotní péče dbá v maximální možné míře o zajištění intimity.
- Zdravotnický pracovník nesmí zneužít ve vztahu k nemocnému jeho důvěru a závislost jakýmkoliv způsobem (PRO).

- Zdravotnický pracovník se snaží při poskytování zdravotní péče docílit vztahu založeného na důvěře, který ctí práva pacienta, reaguje na aktuální rozpoložení pacienta, současně jsou respektována práva a povinnosti zdravotnického pracovníka jako poskytovatele zdravotní péče.

Zdravotnický pracovník a praxe

- Zdravotnický pracovník poskytuje zdravotní péči v rozsahu své odbornosti a pravomocí, s potřebnou mírou autoregulace a empatie.
- Zdravotnický pracovník aktivně usiluje o vlastní odborný, osobní a intelektuální růst po celou dobu svého profesionálního života a své nové znalosti a dovednosti se snaží využít v praxi.
- Zdravotnický pracovník usiluje o co nejvyšší kvalitu a úroveň poskytované zdravotní péče.
- Zdravotnický pracovník poskytne nezbytně nutnou zdravotní péči i nad rámec svých pravomocí, pokud ji nemůže poskytnout způsobilý zdravotnický pracovník a pokud nebezpečí, které plyne z prodlení, je větší než možné nebezpečí plynoucí z nedostatečných znalostí a dovedností zdravotnického pracovníka.
- Zdravotnický pracovník jedná a vystupuje tak, aby jeho chování přispělo k udržení prestiže a zvyšování společenského uznání zdravotnických povolání.
- Zdravotnický pracovník při přebírání úkolu i při pověřování úkolem zodpovědně zvažuje kvalifikaci svou i ostatních zdravotnických pracovníků.

Zdravotnický pracovník a společnost

- Zdravotnický pracovník působí na zdravotní uvědomění jednotlivců při poskytování zdravotní péče. Podle svých odborných schopností se podílí na podporování a šíření zásad zdravého života, zásad ochrany životního prostředí, objasňování problémů spojených s péčí o poškozené zdraví lidí.
- Zdravotnický pracovník spolupracuje při těch aktivitách, které směřují ke zlepšení zdravotního a sociálního prostředí v životě lidí.

Zdravotnický pracovník a spolupracovníci

- Zdravotnický pracovník spolupracuje v rámci mezioborového týmu s ostatními odborníky tak, aby byly splněny všechny cíle plánu komplexní zdravotní péče o pacienta.
- Zdravotnický pracovník respektuje znalosti a zkušenosti svých kolegů i spolupracovníků jiných odborností.
- Zdravotničtí pracovníci se navzájem podporují ve svých odborných rolích a aktivně rozvíjejí úctu k sobě i druhým.
- Zdravotnický pracovník vystupuje, podle aktuální situace, jako ochránce pacienta, zejména pokud je péče o něho ohrožena nevhodným chováním nebo jednáním jiného zdravotníka či osoby.

Zdravotnický pracovník a profese

- Zdravotnický pracovník je odpovědný za kvalitu jím poskytované zdravotní péče a za co nejvyšší odbornou úroveň svého vzdělávání.
- Zdravotnický pracovník dbá na udržování a zvyšování prestiže své profese.

Zdravotnický pracovník se neustále snaží o rozvoj své profese, o rozvoj svého profesního zaměření a zvýšení své odborné úrovně.

Příloha 6. Seznam alergenů

publikovaný ve směrnici 2000/89ES (směrnice 1169/2011 EU)

1 OBILOVINY OBSAHUJÍCÍ LEPEK

pšenice, žito, ječmen, oves, špalda, kamut, nebo jejich hybridní odrůdy a výrobky z nich

2 KORÝŠI

a výrobky z nich

3 VEJCE

a výrobky z nich

4 RYBY

a výrobky z nich

5 PODZEMNICE OLEJNÁ (ARAŠÍDY)

a výrobky z nich

6 SÓJOVÉ BOBY (SÓJA)

a výrobky z nich

7 MLÉKO

a výrobky z něj

8 SKOŘÁPKOVÉ PLODY

Mandle, lískové ořechy, vlašské ořechy, kešu ořechy, pekanové ořechy, para ořechy, pistácie, makadamie a výrobky z nich

9 CELER

a výrobky z něj

10 HOŘČICE

a výrobky z ní

11 SEZAMOVÁ SEMENA (SEZAM)

a výrobky z nich

12 OXID SIŘIČITÝ A SIŘIČITANY

v koncentracích vyšších 10 mg, ml/kg, l, vyjádřeno SO₂

13 VLČÍ BOB (LUPINA)

a výrobky z něj

14 MĚKKÝŠI

a výrobky z nich

Příloha 7. Vzorový jídelníček

Pondělí 27.března 2017

SNÍDANĚ

bílá káva, chléb, piškoty, jogurt ovocný (al.1,3,7)	3K
bílá káva, chléb, ovocný jogurt dia (al.1,7)	9CK
bílá káva, pečivo, šunková pěna (al.1,7)	1,2,3,3m
bílá káva, chléb, šunková pěna (al.1,7)	7,9B,9C
čaj, pečivo, šunková pěna (al.1)	4,5,9s
čaj, pečivo, džem (al.1)	4s

PŘESNÍDÁVKA

ovoce nebo zelenina	9B
ovoce nebo zelenina+pečivo 1/2ks /nechat od snídaně/ (al.1)	7,9C,9S

OBĚD

polévka slepičí s nudlemi a masem (al.1,3,9,12)	3,3m,7,9B,9C,ZAM
polévka slepičí s nudlemi a masem (al.1,3,9)	1,K,2,4,5,9s,Z-4
polévka nudlová (al.1)	4s
srbská vepřová pečeně, rýže (al.1)	Z-1
smažený hermelín, brambory, brusinky (al.1,3,7,11)	Z-2
krůtí směs, kuskus (al.1,7)	Z-3(dieta redukční)
vepřové maso na kmíně dietní, rýže (al.1)	Z-4(dieta šetřící)
srbská vepřová pečeně, rýže (al.1)	3,3m,7,9B,9C
vepřové maso na kmíně dietní, rýže (al.1)	2,4,5,9s
vepřové maso na kmíně dietní, kuskus (al.1)	1,3K,9CK
rýže s mrkví	4s

SVAČINA

ovocný jogurt sl – pro diabetiky (al.7)	všichni-4s
houska (al.1)	4s

VEČEŘE

zapečený květák se salámem, brambory, červená řepa (al.1,3,7)	2,3,3m,4,5
zapečený květák se salámem dietní, brambory, červená řepa (al.1,3,7)	7,9B,9C,9S
zapečený květák se salámem, bramborová kaše (al.1,3,7)	1,3K,9CK
kuřecí plátek, brambory (al.1)	4s

II.VEČEŘE

chléb, paštika (al.1,3,7,8)	9s-houska, paštika (al.1,3,7,8)	II.V-9B,9C,9S
mléčný výrobek pro diabetiky (al.7)		II.V.-9CK,9CM,9SM

ZMĚNA JÍDELNÍHO LÍSTKU VYHRAZENA !!!!!