

UNIVERZITA PARDUBICE
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2020

Anna Čermáková

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií

Spokojenost pacientů s nabízenou stravou ve zdravotnických zařízeních

Anna Čermáková

2020

Bakalářská práce

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií
Akademický rok: 2018/2019

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení: **Anna Čermáková**
Osobní číslo: **Z17022**
Studijní program: **B5341 Ošetrovatelství**
Studijní obor: **Všeobecná sestra**
Téma práce: **Spokojenost pacientů s nabízenou stravou ve zdravotnických za-
řízeních**
Zadávající katedra: **Katedra ošetrovatelství**

Zásady pro vypracování

1. Studium literatury, sběr informací a popis současného stavu řešené problematiky.
2. Stanovení cílů a metodiky práce.
3. Příprava a realizace průzkumného šetření dle stanovené metodiky.
4. Analýza a interpretace získaných dat.
5. Zhodnocení výsledků práce.

Rozsah pracovní zprávy: **35 stran**
Rozsah grafických prací: **dle doporučení vedoucího**
Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**

Seznam doporučené literatury:

- KOHOUT, Pavel a Eva KOTRLÍKOVÁ. *Základy klinické výživy*. Praha: Forsapi, 2009. 113 s. Informační servis pro lékaře. ISBN 978-80-87250-05-1.
- MARÁDOVÁ, Eva. *Výživa a hygiena ve stravovacích službách*. Vydání: 4. Praha: Vysoká škola hotelová v Praze 8, 2015. 210 s. ISBN 978-80-87411-65-0.
- MLEJNKOVÁ, Lena. *Služby společného stravování*. Vydání: 2., aktualiz. Praha: Oeconomica, 2009. 130 s. ISBN 978-80-245-1592-2.
- ONDERKOVÁ, Alice. *Ošetrovatelská abeceda*. Vydání: 3. Brno: Moravskoslezský kruh, 2011. 103 s. Laická péče.
- VYTEJČKOVÁ, Renata. *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné I: obecná část*. Praha: Grada, 2011. 228 s. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3419-4.

Vedoucí bakalářské práce: **Mgr. Hana Ochtinská**
Katedra ošetrovatelství

Datum zadání bakalářské práce: **1. prosince 2018**
Termín odevzdání bakalářské práce: **7. května 2020**

L.S.

doc. Ing. Jana Holá, Ph.D.
děkanka

PhDr. Kateřina Horáčková, DiS.
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 9. března 2020

PROHLÁŠENÍ AUTORA

Prohlašuji:

Tuto práci jsem vypracovala samostatně. Veškeré literární prameny a informace, které jsem v práci využila, jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

Byla jsem seznámena s tím, že se na moji práci vztahují práva a povinnosti vyplývající ze zákona č. 121/2000 Sb., o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon), ve znění pozdějších předpisů, zejména se skutečností, že Univerzita Pardubice má právo na uzavření licenční smlouvy o užití této práce jako školního díla podle § 60 odst. 1 autorského zákona, a s tím, že pokud dojde k užití této práce mnou nebo bude poskytnuta licence o užití jinému subjektu, je Univerzita Pardubice oprávněna ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložila, a to podle okolností až do jejich skutečné výše.

Beru na vědomí, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb., o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších předpisů, a směrnicí Univerzity Pardubice č. 7/2019 Pravidla pro odevzdávání, zveřejňování a formální úpravu závěrečných prací, ve znění pozdějších dodatků, bude práce zveřejněna prostřednictvím Digitální knihovny Univerzity Pardubice.

V Pardubicích dne 16. 7. 2020

Anna Čermáková

PODĚKOVÁNÍ

Ráda bych poděkovala paní Mgr. Haně Ochtinské za odborné vedení mé bakalářské práce, cenné rady a připomínky. Dále bych chtěla poděkovat zdravotnickým zařízením, za umožnění provádění průzkumu na jejich odděleních. Velký dík patří také všeobecné sestře Marii Demjanovičové za pomoc při sběru dat. V neposlední řadě děkuji pacientům za jejich ochotu a čas, který věnovali vyplňování dotazníků.

ANOTACE

Bakalářská práce se zabývá spokojeností pacientů s nabízenou stravou ve zdravotnických zařízeních. Práce je rozdělena na teoretickou a průzkumnou část. Teoretická část se zabývá výživou, významem stravování pro člověka, charakteristikou nemocničního stravování, úlohou sestry v péči o výživu nemocného a dietním systémem. Průzkumná část práce je zaměřena na průzkum spokojenosti s nabízenou stravou na chirurgických oddělení ve dvou zdravotnických zařízeních v Královéhradeckém kraji. Spokojenost byla mapována kvantitativním výzkumem pomocí dotazníkového šetření.

KLÍČOVÁ SLOVA

Dietní systém, nemocnice, spokojenost, stravování, výživa

TITLE

Patients' Satisfaction with Meals Offered in Health-Care Institutions

ANNOTATION

The Bachelor's thesis is dedicated to the satisfaction of patients with nutrition offered in medical institutions. The work is divided in theoretical and research parts. The theoretical part describes the nutrition issue, the importance of nutrition for people, the characteristics of inpatient nutrition, the role of a nurse in caring for the patient's nutrition and diet system in the hospital. The research part of the work is devoted to the study of patient satisfaction with meals offered in the surgical departments of two medical institutions in the Hradec Králové region. Satisfaction was determined by a quantitative survey using questionnaires.

KEYWORDS

Alimentation, diet system, hospital, nutrition, satisfaction

OBSAH

Úvod.....	11
Cíl práce.....	12
I Teoretická část.....	13
1 Výživa.....	13
1.1 Aspekty výživy.....	13
1.2 Vlivy působící na příjem potravy.....	15
1.3 Vlivy působící na výběr stravy.....	15
2 Stravování a jeho význam pro člověka.....	17
2.1 Funkce potravy.....	17
2.2 Vývoj stravy.....	18
2.3 Zdravé stravování.....	18
3 Charakteristika nemocničního stravování.....	20
3.1 Vlivy působící na kvalitu stravování.....	21
3.2 Zásady pro přípravu stravy na oddělení.....	21
3.3 Vliv prostředí na stravování.....	22
4 Úloha sestry v péči o výživu nemocného.....	23
4.1 Ošetrovatelská anamnéza.....	23
4.2 Nutriční screening.....	23
4.3 Fyzikální vyšetření.....	24
4.4 Ošetrovatelská diagnostika.....	26
4.5 Zásady podávání stravy a krmení.....	28
4.6 Zásady krmení.....	28
5 Dietní systém.....	30
5.1 Diety diagnostické.....	30
5.2 Diety základní.....	30
5.3 Diety výběrové a individuální.....	30

5.4	Diety speciální.....	31
5.5	Formy podávání speciální stravy	31
II	Průzkumná část	32
1	Průzkumné otázky.....	32
2	Metodika	33
2.1	Tvorba dotazníku	33
2.2	Charakteristika průzkumného vzorku	33
2.3	Pilotní šetření	34
2.4	Dotazníkové šetření.....	34
2.5	Způsob vyhodnocení dotazníků	34
3	Výsledky průzkumu	35
4	Diskuze	50
5	Závěr	63
6	Použitá literatura	65
	Přílohy.....	68

SEZNAM GRAFŮ

Graf 1 - Pohlaví.....	35
Graf 2 - Věk	36
Graf 3 - Oddělení hospitalizace	37
Graf 4 - Číselné označení diety.....	38
Graf 5 - Spokojenost s chutí podávané stravy	39
Graf 6 - Spokojenost s pestrostí a skladbou jídelníčku.....	40
Graf 7 - Spokojenost s velikostí porce.....	41
Graf 8 - Poloha při stolování.....	42
Graf 9 - Spokojenost s místem stravování	43
Graf 10 - Spokojenost s estetickou úpravou jídla	44
Graf 11 - Teplota stravy	45
Graf 12 - Dopomoc při jídle	46
Graf 13 - Spokojenost se způsobem krmení	47
Graf 14 - Spokojenost s podávanými tekutinami.....	48
Graf 15 - Jaké další tekutiny by respondent uvítal	49

SEZNAM ZKRATEK A ZNAČEK

BMI Body mass index

Resp. Respondent

ZZ Zdravotnické zařízení

ÚVOD

Výživa byla, je a bude důležitou součástí našeho života, jelikož patří mezi základní potřeby člověka. Strava je sice nutná k přežití, ale zároveň může být příčinou mnoha chorob. Stále častěji se tento fakt projevuje v dnešní moderní a uspěchané době. Podle Kohouta a Kotrlíkové (2009, s. 7) nejeví mnoho lidí zájem o stav jejich výživy a povědomí zdravotních sester a lékařů o výživě bývá také často nízké. V civilizovaných zemích trpí lidé spíše nemocemi z nadbytku potravy, ale lze najít místa, kde někteří stále trpí podvýživou. Paradoxně jsou to nemocnice a ošetrovatelské domy. Mezi tyto země patří i Česká republika, kde lze ve zdravotnických zařízeních nalézt až 50 % pacientů, kteří jsou ve stavu zhoršené výživy (Kohout a Kotrlíková, 2009, s. 7).

Jak říká Urbánek et al. (2010, s. 7), péče o dostatečný a kvalitní příjem živin je nedílnou součástí komplexní péče o pacienta. Nutriční stav pacienta může limitovat jeho schopnost podstoupit rozsáhlý výkon. Strava, která je podávána v nemocnicích, je důležitá nejen pro uspokojení pocitu hladu nemocných, ale i pro správné hojení ran. Kvalitní přísun živin tak nemůžeme opominout ani v období rekonvalescence po velkých operačních výkonech. Vhodná výživa by měla být součástí terapeutického režimu na stejné úrovni jako léčba medikamentózní (Urbánek et al., 2010, s. 7). Lékaři vynakládají často zbytečnou aktivitu při řešení komplikací nemocí a operací. Tyto komplikace by vůbec nemusely nastat, pokud by bylo časně odhaleno riziko malnutrice a pacient by byl ve správném okamžiku správně vyživován. Zdravotní pojišťovny by tudíž nemusely vynakládat takové množství prostředků na léčbu.

Stále větší restriční opatření v nemocnicích mají za následek snižování kvality podávaných potravin v rámci dietního systému. Chybí zdroje vitaminů ve formě čerstvého ovoce a zeleniny, část kvalitních zdrojů bílkovin je nahrazována levnějšími sacharidovými komponenty (Urbánek et al., 2010, s. 7).

Z těchto důvodů jsem si vybrala téma výživy jakožto téma mé bakalářské práce. Zabývám se v ní výživou, významem stravování pro člověka, charakteristikou nemocničního stravování, úlohou sestry v péči o výživu nemocného a dietním systémem. Průzkumná část práce se zabývá průzkumem spokojenosti pacientů se stravou podávanou v nemocnicích. Také se zabývá vlivem pohlaví, věku, prostředí a naordinovanou dietou na jejich spokojenost s nabízenou stravou.

CÍL PRÁCE

Cílem teoretické části bakalářské práce je popsat výživu jako celek, její význam pro člověka a také nastínit zásady zdravého stravování. Dále je cílem charakterizovat stravování v nemocnicích, včetně toho, jakou roli hraje sestra v péči o výživu nemocného a také popsání zásad správného způsobu krmení pacientů. V neposlední řadě vysvětlit dietní systém v nemocnicích, a to i vybrané pojmy z oblasti výživy. Hlavní cíl průzkumné části byl rozdělen na 4 dílčí cíle, které jsou popsány níže.

Hlavní cíl:

- Zjistit spokojenost pacientů se stravou podávanou ve zdravotnických zařízeních.

Dílčí cíle:

- Zjistit, jaký má vliv pohlaví respondenta na jeho spokojenost s podávanou stravou a velikostí porce.
- Zjistit vliv věku respondenta na jeho spokojenost s podávanou stravou a velikostí porce.
- Zjistit, jaký má vliv naordinovaná dieta na respondentovu spokojenost se stravou.
- Zjistit vliv prostředí na respondentovu spokojenost se stravou.

I TEORETICKÁ ČÁST

1 VÝŽIVA

Potřeba výživy je jednou z fyziologických, tudíž trvalých a nezbytných potřeb člověka (Šamánková, 2011, s. 17-18). Je přítomna v každém člověku od jeho narození, a pokud není naplněna, působí na všechny funkce osobnosti (Mastiliaková, 2014, s. 23). Z tohoto důvodu je zabezpečení potřeby výživy v nemoci a nemohoucnosti základní náplní ošetrovatelské péče (Šamánková, 2011, s. 19). Výživa (nutrice) je také jedním z hlavních faktorů vnějšího prostředí, které se uplatňují při vzniku, prevenci a léčbě onemocnění. Dodává energii a látky pro stavbu a funkci organismu, zajišťuje růst, obnovu tkání, pohyb a obranyschopnost (Vytejková, 2011, s. 168).

Základními složkami potravy jsou cukry, tuky, bílkoviny, vitaminy, minerální látky, stopové prvky a voda. Strava by měla být vyvážená a pestrá. Základem jsou produkty z obilovin (pečivo, rýže, těstoviny, cereálie). Dalším patrem pomyslné pyramidy tvoří zelenina a ovoce, které bychom měli konzumovat několikrát denně. Ještě menší zastoupení v našem jídelníčku by mělo mít mléko, výrobky z něj a maso. Nejméně bychom měli přijímat sladkosti a tuky (Vytejková, 2011, s. 169-170).

Jelikož se výživa řadí i mezi psychosociální determinanty zdraví, závisí na přijímané potravě nejen tělesná, ale i duševní zdatnost člověka. Nutrice patří také k faktorům životního stylu (Středa et al., 2010, s. 22).

Stav výživy jedince se odráží na vývoji celé společnosti. V rozvojových zemích se řeší především nedostatečná výživa, naopak je tomu ve vyspělých zemích. Zde je zjišťována vysoká spotřeba tuků, cukru a soli. Negativní vliv těchto výživových faktorů je považován za prokázaný (vyšší výskyt obezity, srdečních a cévních onemocnění) (Marádová, 2015, s. 5).

1.1 Aspekty výživy

Ze společenského hlediska můžeme rozdělit výživu na tři hlavní faktory, které ovlivňují život člověka (Středa et al., 2010, s. 23).

Prvním jsou biologické aspekty. Tyto aspekty souvisí s fyziologickou potřebou potravy pro život jedince. Jelikož se výživa podílí na určení zdravotního stavu populace, lze s její pomocí omezit v celosvětovém měřítku výskyt některých onemocnění (Marádová, 2015, s. 5).

Za druhé jsou zde ekonomické aspekty výživy, které pomáhají uspokojit fyziologickou potřebu výživy. Cílem výrobců by proto měly být dostatečně kvalitní potraviny v cenových relacích, aby byly pro spotřebitele cenově dostupné (Středa et al., 2010, s. 23).

V neposlední řadě hrají vliv také psychologické aspekty. Toto souvisí s marketingem v oblasti potravinářství, hotelnictví nebo zemědělství. O výživové situaci obyvatel tedy nerozhoduje pouze fyziologická potřeba a ekonomické možnosti jedince, ale i názory a jednání spotřebitele. Proto má významný vliv na chování obyvatelstva reklama a propagace, která je prezentována médií (Středa et al., 2010, s. 23).

Marádová (2015, s. 5) navíc uvádí sociální a kulturní aspekty, které souvisejí se způsobem života a averzemi, v návaznosti na kulturní tradice a náboženské smýšlení lidí. Jelikož žijeme v multikulturní společnosti, je potřeba respektovat odlišnosti kultur z hlediska jiných stravovacích návyků. Každé náboženství má své zakázané potraviny a jídla doporučovaná při zvláštních příležitostech a svátcích. V některých případech je také kladen důraz na speciální přípravu pokrmů a hygienická opatření (Marádová, 2015, s. 5).

1.2 Vlivy působící na příjem potravy

Při péči o výživu, je nutné sledovat zvláštnosti určené nejen lékařem, ale i pacientem samotným. Především u starších lidí, u nichž dochází k fyziologickým změnám chuti, problémy souvisejícími s umělým chrupem a zhoršenou schopností najíst se sám (Onderková, 2011, s. 24).

Snížení chuti k jídlu může být ovlivněno bolestí, počínající depresí, vedlejšími účinky léků, ale i například špatně padnoucí zubní protézou (Kalábová, 2017, s. 29-30). Na příjmu stravy se samozřejmě podílí i prostředí, ve kterém člověk stoluje. I tento fakt může mít vliv na množství přijaté potravy. Pokud je to pro pacienta fyzicky možné, je vhodné, aby jedl u prostřeného stolu ve společnosti dalších lidí. V případě, že to jeho zdravotní stav nedovoluje, měl by jíst vsedě na lůžku s vypodloženými zády a opřenými nohama. Před podáváním jídla můžeme místnost dobře vyvětrat a tím také zvýšit chuť k jídlu. Nechutenství může způsobit také zácpa a málo pohybu. Z tohoto důvodu pomůže, když se nemocný pohybuje přiměřeně svému stavu nebo je pravidelně polohován (Onderková, 2011, s. 28-30).

U staršího člověka dochází také k fyziologické ztrátě pocitu žízně. Dalším důvodem omezení příjmu tekutin může být problém s vyprazdňováním moči, kdy má nemocný strach z jejího samovolného úniku. Tento člověk se pak pít vyhýbá záměrně (Onderková, 2011, s. 24). Starší lidé jsou ohroženi dehydratací hlavně při letních vysokých teplotách, horečce a předávkování diuretiky (Kalábová, 2017, s. 25).

1.3 Vlivy působící na výběr stravy

Na výběr stravy působí celá řada vlivů. Kultura země, ve které jsme se narodili a ve které žijeme, působí na výběr našich konzumovaných potravin. Kromě prostředí se podílí i náboženská omezení (muslimové nejedí vepřové maso, hinduisté jsou převážně vegetariáni atd.) (Klimešová, Stelzer, 2013, s. 10). Je proto třeba uvažovat v širších souvislostech o rozmanitosti pacientů a jejich reakcí na nemoc a terapii (Mastiliaková, 2014, s. 17).

Lidé mají ve stravování tendenci vracet se ke stejným zvykům a zlovykům. Stravují se tak, jak se to naučili ve své původní rodině, bez ohledu na správnost návyků (Trachtová et al., 2013, s. 81). I Klimešová a Stelzer (2013, s. 10-11) uvádí, že chuťové preference se odvíjejí z našeho dětství a rodinného prostředí. Potraviny, které jsme jedli doma a měli jsme je jako děti rádi, si budeme často vybírat i v dospělosti (Klimešová, Stelzer, 2013, s. 10-11). Stav našeho finančního příjmu a nedostatku času se též odráží ve výběru potravin. Strava nám mnohdy slouží jako únik před negativními emocemi. Jídlem se často snažíme vyrovnat se stresem, nudou či smutkem. Mluvíme pak o tzv. emočním hladu, kdy jíme, i když ve skutečnosti nemáme hlad a jen se snažíme navodit pocit spokojenosti. V poslední řadě nás ovlivňuje náš věk. V dětství preferujeme sladká jídla. V pozdějším věku, s částečným otupením vnímání chutí a vůní, konzumujeme chuťově výraznější potraviny. (Klimešová, Stelzer, 2013, s. 12-14).

Úprava pokrmu na talíři, jeho barva a vzhled také značně působí na naše chuťové preference. Za pravdu nám dá známé pořekadlo o tom, že „jíme očima“. Sytá barva potravin asociuje čerstvost, výraznost, a pokud budeme mít na výběr, vždy sáhneme po potravině s výraznější barvou (Klimešová, Stelzer, 2013, s. 24).

2 STRAVOVÁNÍ A JEHO VÝZNAM PRO ČLOVĚKA

V současnosti již není konzumace potravy určena jen energetickou potřebou (vyjádřeno pocitem hladu či sytosti), ale je zároveň formována několika dalšími činiteli, jako například očekávání naplnění požitku z jídla (zrakové vjemy – vzhled pokrmu, čichové vjemy – libá vůně a chuťové vjemy). Jako sociální determinanty můžeme označit vliv rodiny, školy a širšího společenského prostředí (např. tlak médií). Pro vývoj nutričního chování člověka, je nejdůležitější první rok jeho života, který dává základ dlouhodobým a pevným vzorcům chování, preferencím averzím vůči konkrétním potravinám a pokrmům. Toto formování podléhá mnoha okolním vlivům, jakými jsou například působení rodičů a blízkých osob. Problémem při zkvalitnění výživy jsou regionální a rodinné kuchyně se staletou tradicí, které se těžko mění. Nevhodné stravovací návyky tvoří základ pro mnoho vážných onemocnění. Na vzniku patologií se podílí také nepravidelnost v jídlech (vynechávání snídaní atd.) a snížení celkové pohybové aktivity (Středa et al., 2010, s. 24).

2.1 Funkce potravy

Příjem potravy patří k základním kamenům, které zajišťují existenci člověka. Pokud si chceme někoho k sobě naklonit, zvolíme kombinaci dobrého jídla a příjemného prostředí (Onderková, 2011, s. 23). Také Peterová a Šmídová (2014, s. 10) ve své knize popisují, že každé rodinné setkání se odehrává u dobrého jídla a pití.

Jídlo společně s pitím pomáhá mnoha lidem ke snížení stresu, vyjadřuje klid, jistotu a bezpečí domova. Dobré jídlo nejsou jen stavební prvky pro náš organismus, ale pro mnoho z nás má význam při vyvolání pozitivních emocí, a to za předpokladu, že byl výběr jídla odpovídající. Pocit uspokojení z dobrého pokrmu navodí duševní pohodu a je pro nemocného jedním ze zásadních faktorů pro zvládnutí nemoci nejen z hlediska tělesného, ale i psychického. Do stravování každého člověka (nemocného obzvláště) je potřeba zavést určitou pravidelnost a řád, abychom předcházeli rozvoji obezity, kachexie či malnutrice (Onderková, 2011, s. 23).

2.2 Vývoj stravy

Během staletí se člověk přizpůsoboval měnícím se podmínkám životního prostředí a upravoval podle nich svůj životní styl. Změny za posledních 100 let jsou však tak výrazné, že se jim lidský organismus bohužel nestihl přizpůsobit (Trachtová, 2018, s. 94). V dnešní době člověk vydává svalovou činností daleko méně energie než předchozí generace a zároveň přijímá vydatnější stravu než jeho předchůdci (Trachtová et al., 2013, s. 81). To může být jednou z mnoha příčin nárůstu chronických civilizačních onemocnění, hlavně onemocnění srdce a cév (Trachtová, 2018, s. 94).

Nyní je upřednostňována lehká stravitelnost, větší podíl vitaminů a vlákniny. Vzrostl také podíl zeleniny a mléčných výrobků ve stravě. Naopak poklesla spotřeba moučných jídel, cukru a živočišných tuků. Typicky česká strava je chápána jako nemoderní a plná zvyklostí, které škodí zdraví (Merhaut, 2016, s. 132).

Jak již bylo řečeno, trendem posledního desetiletí je snížení spotřeby živočišných výrobků (zejména hovězího masa, sádla, mléka, vajec) a nárůstu spotřeby výrobků rostlinných. Došlo také ke snížení spotřeby chleba, a naopak ke zvýšení spotřeby drůbeže, sýrů, jižního ovoce a luštěnin. K těmto změnám dochází v důsledku rozšířené nabídky, reklamou, ale také zdravotní osvětou (Marádová, 2015, s. 6).

2.3 Zdravé stravování

Potraviny a způsob výživy lidí se podílí na vzniku až 75 % všech onemocnění, u 1/3 jsou hlavním faktorem dietní chyby (Zlatohlávek, 2016, s. 16). V příloze A je přiložen Zlatohlávkův koláčový graf s detailním popisem významu stravy ve vztahu k onemocněním.

Jako příklad zdravého způsobu stravování slouží tzv. model zdravého stravování. Tento model by měl obsahovat všechny živiny v množství, které je potřebné pro dané pohlaví a věk jedince. Také by měl podporovat zdraví a umožnit vykonávat jedinci všechny aktivity, a to jak pracovní, tak odpočinkové. Měl by také poskytovat rezervu pro případ, že se budeme nacházet v období nedostatečného příjmu energie (např. krátkodobá nemoc) a v neposlední řadě by měl ochránit před nemocemi (Sharma, 2018, s. 102).

Pro lepší představivost byl vytvořen tzv. talířový model (aneb vyvážená zdravá strava). Je to konkrétní příklad aplikace správného stravování do běžného života. Podle tohoto modelu by měly obiloviny a škroboviny tvořit 1/3 talíře, ovoce a zelenina druhou 1/3 a zbývající 1/3 by mělo tvořit maso, ryby a alternativy (12 %) a mléčné výrobky (15 %). Jen malá část z jídla má být bohatá na tuky a cukry (8 %) (Sharma, 2018, s. 102-103).

Takto vyváženou stravu bychom měli konzumovat v průběhu dne, ne však nutně během každého jídla. Další radou z talířového modelu je doporučení jíst 5 porcí ovoce a zeleniny každý den a k tomu 3 porce mléčných výrobků za den (Sharma, 2018, s. 103). Důležitá je také pravidelnost stravy, protože lidský organismus je stavěn na rovnoměrný přísun potravy. V případě, že k tomu nedochází, začne si jedinec ukládat energii ve formě zásob na "horší časy" a dochází ke vzniku obezity nebo gastroduodenálních vředů (Zlatohlávek, 2016, s. 57-58).

Pokud shrneme zdravé stravování do několika jednoduchých bodů, budou to tyto: hodně ovoce a zeleniny, více ryb (alespoň jednou týdně), snížit příjem nasycených tuků, cukru a soli (méně než 5 g soli/den), pít hodně vody, nevynechávat snídani, a nakonec být aktivní (cvičit 30 min/den) a udržovat si zdravou hmotnost. Měli bychom mít na paměti, že tento model je jen pro představu. Hlavním záměrem je konzumovat smíšenou a pestrou stravu (Sharma, 2018, s. 103).

3 CHARAKTERISTIKA NEMOCNIČNÍHO STRAVOVÁNÍ

Stravování nemocných a zaměstnanců ve zdravotnickém zařízení (dále jako ZZ) upravuje tzv. stravovací řád, který je vydáván vedením daného ZZ. Při přijetí pacienta do nemocnice, mu ošetřující lékař předepíše léčebnou dietu a zaznamená ji do chorobopisu. Za úroveň výživy a následný způsob podávání jídel odpovídá vedoucí nutriční terapeut (dříve dietní sestra). Podle záznamů v chorobopisech od lékařů jsou sestaveny denní požadavky na počty jednotlivých diet. Dle velikosti nemocnice je předběžně připravován jídelní plán na 7 až 14 dní, na jehož základě probíhá zajištění zásob (Mlejnková, 2016, s. 45-46). Stravu pro pacienty objednává obvykle noční směna službu vykonávajících sester brzy ráno (Vytejková, 2011, s. 179).

V nemocnici může být stravování zajišťováno 3 způsoby. Prvním z nich je samostatný stravovací úsek v rámci nemocnice, kdy pracovníci v kuchyni jsou zaměstnanci dané nemocnice. Další možností je pronájem stravovacího úseku v externí cateringové firmě. Poslední a třetí způsob, jak zajistit stravu pacientům, je dovoz hotových pokrmů (Mlejnková, 2016, s. 46).

Samotný výdej je uplatňován nejčastěji formou tzv. tabletového systému. Termínem „tablet“ se správně označují jednotlivé součásti pokrmu – kusy. V praxi se ale toto označení pojí se specifickým plněním jídel do oddělených misek, které jsou na podnosech součástí termoobalu (Mlejnková, 2016, s. 47). Plnění tabletů probíhá na pásech při dodržování přísných hygienických pravidel (rukavice, roušky, pokrývky hlavy). Naplněné tablety se skládají do pojízdných termoskříní a ty jsou rozváženy na jednotlivé kliniky. Pokud se dodrží tento postup, je garantováno udržení vstupní teploty pokrmu po dobu 90 minut (Mlejnková, 2009, s. 41). Opakem je použití termoportů, což jsou tepelně izolační nádoby, ve kterých jsou jídla uložena dohromady dle druhu. Jejich porcování pro pacienty probíhá až v kuchyni na příslušném lůžkovém oddělení (Mlejnková, 2016, s. 47).

Charakteristické pro nemocniční stravování je velké množství připravované stravy (pro představu stovky až tisíce porcí za den) a zároveň vysoké nároky na pestrost a kvalitu surovin. Nemocnice zajišťuje kromě celodenního stravování pacientů, včetně svačin a druhých večeří, i stravování svých zaměstnanců. Jelikož jsou konzumenti vydávaných jídel velice riziková klienti, klade se důraz na přísné dodržování hygienických předpisů, uchovávání a výdej pokrmů (Mlejnková, 2016, s. 46).

Financování stravování v nemocnici závisí na zdravotním a sociálním zabezpečení. V České republice je celodenní podávání stravy pacientům ve ZZ hrazeno zdravotní pojišťovnou. Za základní jednotku je považován tzv. ošetřovací den, jehož součástí je hodnota i tzv. stravovací jednotky. Jde o finanční vyjádření hodnoty surovin použitých na stravu pro jednoho pacienta na celý den. Stravovací jednotky se liší podle ZZ a diety, která byla pacientovi předepsána. V roce 2014, se její hodnota pohybovala mezi 64-70 Kč na pacienta na den. Hodnota stravovací jednotky je rozdělena mezi denní jídla podílem: snídaně 15 %, oběd 35 %, večeře 30 % a svačiny po 10 % (Mlejnková, 2016, s. 47-48).

3.1 Vlivy působící na kvalitu stravování

Kvalita je komplexní pojem sestávající se z mnoha podkategorií. První je technický aspekt kvality. Kvalita výrobků se odvíjí od technické vybavenosti, kvality surovin, dodržování technologických postupů a od schopností zaměstnanců. Dalším je ekonomický aspekt, který odráží skutečnost, že úroveň kvality je nutno hodnotit i z hlediska potřebných vynaložených nákladů. Právním aspektem se rozumí poskytování stravovacích služeb v souladu se všemi zákony, normami a předpisy, které se týkají hygienických, bezpečnostních a dalších požadavků. Na člověka působí při konzumaci pokrmu i další faktory, jako například vzhled personálu, útulnost prostředí, atmosféra a čistota interiéru. Výsledný dojem je velmi subjektivní a zásadně ovlivňuje konečné posouzení kvality stravy (Mlejnková, 2016, s. 111-112).

3.2 Zásady pro přípravu stravy na oddělení

Stravu pacientům distribuuje vždy všeobecná sestra, protože je za podání správné diety přímo odpovědná, nebo při jejím rozdávání pacientům minimálně dohlíží na pomocný personál (ošetřovatelky, zdravotnické asistenty). Každý tablet je označen jménem nemocného a číslem ordinované diety. Pořadí pacientů se při rozdávání stravy také řídí mírou jejich soběstačnosti, tedy od plně soběstačných až po plně závislé (Pokorná et al., 2014, s. 38).

Jídlo se podává podle určitého časového harmonogramu, který může být v různých ZZ lehce odlišný. Snídaně se obvykle podává kolem 8. hodiny, oběd kolem 12. a večeře kolem 18. hodiny (případně svačiny kolem 10. a 15. hodiny, diabetikům druhá večeře pak kolem 20. hodiny) (Vytejková, 2011, s. 180).

Sestra, která servíruje jídlo, si před tím umyje ruce a obleče si empír nebo zástěru. Pacient musí jídlo dostat teplé a vkusně naservírované ve vhodném nádobí (pro příklad: hlavní jídlo v mělkém, a ne hlubokém talíři). V případě, že pacient potřebuje dopomoc s krájením apod., je mu poskytnuta vždy před ním. V neposlední řadě je nutné dodat, že pacient musí vždy dostat naservírovanou plnou porci (Vytejková, 2011, s. 180).

3.3 Vliv prostředí na stravování

Pro podání stravy zajistíme příjemné prostředí, které pozitivně stimuluje příjem potravy a snahu klienta najíst se samostatně. Chodícím pacientům servírujeme jídlo do jídelny či jídelního koutu na oddělení. Pokud pacient není schopen se najíst v jídelně, zajistíme mu příjemné prostředí na pokoji. Pomoci nám může vyvětrání pokoje, úklid stolku a adekvátní osvětlení. K dobrému pocitu při jídle poslouží i vhodný výběr příboru. Pacientům, kteří jsou schopni se najíst sami, dáváme vždy vidličku, nůž i lžíci. Je nevhodné, aby plně schopný pacient dostal k hlavnímu jídlu jen lžíci. Naopak pacientovi, který se nezvládne najíst příborem, zajistíme lžíci s rozšířenou rukojetí a ubrousek. Nesmíme zapomínat ani na základní pravidla stolování, popřání dobrého chutnání atd. (Vytejková, 2011, s. 180).

4 ÚLOHA SESTRY V PÉČI O VÝŽIVU NEMOCNÉHO

Příčiny proč většina pacientů ve ZZ trpí nechutenstvím jsou různé. Na chuť k jídlu působí strach, úzkost, stres z diagnózy, operace, bolesti, a zejména také změna prostředí. Sestra by všechny okolnosti měla brát v úvahu. Ke každému nemocnému je třeba přistupovat individuálně a respektovat jeho přání (Trachtová, 2018, s. 96).

K posouzení stavu výživy potřebujeme znát hodnoty ze čtyř oblastí. Biochemické údaje, klinické parametry výživy, antropometrické hodnoty a výživovou anamnézu. Biochemické hodnoty nám pomohou snáze určit subklinické poruchy výživy (malnutrici). Řadíme sem vyšetření krevního séra, moče a také zjišťování metabolitů (konečných produktů nebo enzymů), jejichž hodnoty jsou ovlivněny živinami (Trachtová, 2018, s. 98). Další výše zmíněná vyšetření jsou uvedena v následujících podkapitolách.

4.1 Ošetrovatelská anamnéza

Úkolem sestry je získat ošetrovatelskou anamnézu pacienta. V tomto případě tedy vše, co souvisí s problematikou výživy a stravováním. Zjišťujeme klinické příznaky jako například suché či krvácející sliznice, rty nebo jazyk, snížený kožní turgor či naopak otoky. Dále podváhu, nadváhu a poruchy vyprazdňování. Problémy při sebeobsluze (pacient není schopen se posadit, nebo si nakrát jídlo a vložit ho samostatně do úst) souvisí s problematikou krmení, která bude popsána dále. Od pacienta získáváme informace o jeho stravovacích návycích, oblíbených a neoblíbených jídlech, životní filosofii, náboženství a pitném režimu (co a kolik toho během dne vypije). Důležité je promluvit si s nemocným o jeho omezeních ve stravě vyplývajících z jeho onemocnění (např. diabetes mellitus, alergie, kolostomie atd.) a také o jeho stravovacích problémech. Můžeme uvést například chuť nebo nechut k jídlu, potíže s kousáním a polykáním, stav chrupu a dále jídla vyvolávající problémy s trávením (průjem, plynatost, zvracení). Při propouštění pacienta do domácí péče se zaměřujeme například na problémy spojené s nakupováním a přípravou jídla (Vytečková, 2011, s. 173).

4.2 Nutriční screening

Hlavním úkolem nutričního screeningu je včasné zachycení pacientů, kteří jsou potenciálně ohroženi podvýživou a pacientů se známkami již rozvinuté malnutrice. Screening ve formě jednoduchého dotazníku se obvykle provádí co nejdříve po přijetí pacienta na oddělení, pochopitelně s ohledem na aktuální priority jeho zdravotního stavu. Ve většině ZZ je tento dotazník součástí příjmové ošetrovatelské dokumentace (Urbánek et al., 2010, s. 9).

V roce 2003 byl společností ESPEN (The European Society for Clinical Nutrition and Metabolism) vypracován základní dotazník pod názvem Nutritional Risk Screening (NRS 2002) pro provedení jednoduchého nutričního screeningu (příloha B). První část (iniciální screening) se skládá ze 4 jednoduchých otázek na pacienta o jeho výživovém stavu. Pokud pacient odpoví alespoň na jednu položku kladně, postupuje se k vyplnění druhé části. Druhá část (rozšířený screening) je založena na skórovacím systému, který spojuje hodnocení body mass indexu (BMI), dynamiku tělesné hmotnosti, změny v množství přijímané stravy a tíži onemocnění. Při dosažení 3 a více bodů se u pacienta indukuje nutriční intervence. Nutriční screening se provádí v pravidelných intervalech po celou dobu hospitalizace. Nejlépe každý týden ve stejný den (Urbánek et al., 2010, s. 9).

Alternativou k dotazníku NRS 2002 může být tzv. Nottinghamský dotazník, který se skládá z jednoho formuláře s otázkami stejného typu jako dotazník NRS 2002. Kromě výše zmíněných oblastí hodnotí navíc věk a zohledňuje také situaci, kdy není možné získat relevantní údaj o pacientovi (např. nemožnost zvážit pacienta nebo s ním komunikovat). Výstupem z Nottinghamského dotazníku je rozdělení pacientů do 3 skupin. První skupinu tvoří pacienti bez nutnosti intervence. Druhá skupina se skládá z pacientů s rizikem vzniku malnutrice, indikací vyšetření nutričním terapeutem a případnou úpravou dietního systému. Poslední, třetí skupina, jsou pacienti s rozvinutou podvýživou (Urbánek et al., 2010, s. 12).

4.3 Fyzikální vyšetření

Abychom mohli správně popsat tuto kapitolu, je nezbytné definovat pojmy malnutrice a obezita, které se zde vyskytují.

Za malnutrici považujeme stav zhoršené výživy (Kohout, Kotrlíková, 2009, s. 10). V širším smyslu slova můžeme malnutrici chápat jako porušení stavu výživy, ať už se jedná o nedostatek energetických zásob organismu, nebo nedostatek proteinů, vitamínů a stopových prvků (Kohout, Kotrlíková, 2009, s. 10). Pokud o ní mluvíme v užším smyslu slova, vzniká hladověním s nedostatečným příjmem energie a/nebo bílkovin (Grofová, 2011, s. 47). Podvýživa s sebou nese mnoho komplikací, mimo jiné zhoršení hojení ran a různé infekce (Grofová, 2011, s. 48).

Obezita je definována jako zmnožení tukové tkáně při nepoměru příjmu a výdeje energie. Jelikož tělo dostává více kalorií, než je schopno využít, ukládá si nadbytečnou energii ve formě tukových zásob. Můžeme se setkat také s tzv. skrytou obezitou, pokud došlo u člověka ke zmnožení tukové tkáně na úkor svalstva. Takový člověk nemá výrazně zvýšenou hmotnost (Grofová, 2011, s. 47). Důležité je také říci, že člověk obézní či s nadváhou může trpět podvýživou, tj. nedostatkem některé ze složek potravy, vitaminů nebo stopových prvků (Pokorná et al., 2014, s. 34). Obezita je riziková z důvodů mnoha komplikací. Zatěžuje kardiovaskulární aparát a samu o sobě ji můžeme také považovat za rizikový faktor pro hypertenzi a diabetes mellitus (Grofová, 2011, s. 47).

Měření pacientovy výšky provádíme při příjmu do nemocnice. Stejně tak i vážení. Pacienty s onkologickým onemocněním, s podvýživou či obezitou, s jaterní cirhózou a těhotné vážíme pravidelně, obvykle 1x denně před snídaní. Pro větší přesnost výsledků je důležité provádět kontrolu váhy pravidelně pokud možno ve stejnou dobu a za stejných podmínek (stejně oblečení, stejná váha atd.) (Vytejková, 2011, s. 174).

Poté, co získáme výšku a váhu pacienta, můžeme vypočítat i tzv. hmotnostně-výškový index neboli body mass index (BMI). Vzorec pro jeho výpočet zní: hmotnost v kilogramech dělena druhou mocninou výšky v metrech. Konečný výsledek vyhodnocujeme podle tabulky pro BMI (výsledek pod 20 = podváha, 20-24,9 = norma, 25-29,9 = nadváha, 30-34,9 = obezita, 35-40 = těžká obezita) (Vytejková, 2011, s. 174).

Dalším antropometrickým vyšetřením je měření kožní rasy, kdy měříme podkožní vrstvy kůže tzv. kaliperem. Těžkou malnutrici u mužů značí hodnoty pod 8 mm a u žen pod 10 mm (Pokorná et al., 2014, s. 34).

Mezi fyzikální vyšetření řadíme i sledování příjmu a výdeje tekutin a potravy. V případě, že pacient nejí nebo jí málo, musíme pátrat po příčině (Vytejková, 2011, s. 175). Měli bychom si všimnout, jak dlouho pacientovi zabere sněžení pokrmu, zda nemá problémy s kousáním a polykáním stravy. Hlavně starší lidé mohou z těchto důvodů stravu odmítat. Zubní protéza v ústech nemusí dobře sedět a může docházet k jejímu uvolňování při jídle nebo mluvení. Dále je potřeba sledovat, zda pacient nemá obtíže s použitím příboru, udržení skleničky nebo jestli je schopen si připravit jídlo na talíři tak, aby ho mohl sníst. Dalším důvodem, proč nemocný odmítá jídlo, může být přítomnost erozí a prasklinek v dutině ústní. Všimáme si, i jak často v průběhu dne pacient přijímá potravu. Pokud počet porcí klesne pod 3 porce za den, hrozí riziko podvýživy (Onderková, 2011, s. 26-27). V případě potřeby vedeme u pacienta záznam o příjmu potravy (Vytejková, 2011, s. 175).

Co se týče záznamu bilance tekutin (příjmu a výdeje tekutin), provádí se zejména u pacientů s příznaky dehydratace, s onemocněním ledvin, průjmem, zvracením a po velkém operačním výkonu. Do dokumentace zaznamenáváme množství a druh přijaté tekutiny, včetně polévek, omáček a tekutin přijatých jinak, než per os. Sčítáme obvykle 1x za 24 hodin (Vytejková, 2011, s. 175).

4.4 Ošetrovatelská diagnostika

V této podkapitole budou zmíněny hlavní kategorie ošetrovatelských diagnóz NANDA-I, které se vztahují k problematice výživy.

Porucha výživy ze sníženého příjmu potravy se projevuje ztrátou na váze při adekvátním příjmu potravy, nechutí k jídlu, nevolností ihned po jídle, průjmy, změnami na kůži nebo zvýšeným vypadáváním vlasů. Mezi související faktory patří neschopnost přijímat nebo trávit jídlo a absorbovat výživné látky, neschopnost obstarat si jídlo nebo nedostatek informací (Trachtová, 2018, s. 102). U nemocného sledujeme pravidelně tělesnou hmotnost, hodnoty laboratorních vyšetření, dodržování dietního režimu, případně mu podáme dostatečné informace a umožníme mu výběr potravin podle chuti (Trachtová, 2018, s. 105).

Porucha výživy ze zvýšeného příjmu potravy (aktuální nebo potenciální) souvisí s dědičnými dispozicemi, dysfunkčním vztahem k jídlu, sedavým způsobem života a nevhodnými návyky při jídle. Charakteristické znaky této poruchy jsou: obezita u alespoň jednoho z rodičů, sedavý způsob života, zvýšení tělesné hmotnosti nebo příjem potravy v souvislosti s vnějšími podněty (Trachtová, 2018, s. 102-103). Pacienta je dobré motivovat ke snížení tělesné hmotnosti, chválit jeho úspěchy, pravidelně jeho hmotnost sledovat a zajistit mu optimální nutriční program (Trachtová, 2018, s. 105).

Objem tělesných tekutin – zvýšení. Související faktory: nadměrný příjem tekutin, nadměrné solení (příjem NaCl) a ohrožení regulačních mechanismů. Charakteristické znaky jsou například vyšší příjem tekutin, než je výdej, otoky, zvýšení tělesné hmotnosti, změny krevního tlaku a dýchání (Trachtová, 2018, s. 103). U pacientů se vyšším příjmem tekutin je důležité sledovat jejich vitální funkce včetně ztíženého dýchání, kontrolovat vznik edémů a měřit obvod břicha (Trachtová, 2018, s. 105).

Objem tělesných tekutin – snížení (dehydratace). Tato diagnóza může být akutní i potenciální. Charakteristickými znaky jsou pocit žízně, celková slabost, větší výdej tekutin, než je jejich příjem, snížení tělesné hmotnosti (náhlé), suchost kůže, sliznic a snížení kožního turgoru. Souvisejícími faktory jsou: porucha regulačních mechanismů, vysoký věk, průjem, diuretika, ztráty tekutin drény nebo zvracením (Trachtová, 2018, s. 103). U nemocného kontrolujeme vitální funkce, stav kůže a sliznic, hodnoty laboratorních vyšetření a pečujeme o dutinu ústní (Trachtová, 2018, s. 105).

Poruchy polykání neboli dysfagie mohou spočívat v poruše polykání slin, tekutin, tuhé stravy různé konzistence nebo léků. Termín se používá pro popis narušení transportu sousta z dutiny ústní do žaludku. Dysfagie je také častým problémem u seniorů (Mandysová, Škvrňáková, 2016, s. 8). Poruchy polykání souvisejí s nervově-svalovými poruchami, oslabením až vymizením polykacího reflexu, mechanickou překážkou (otok) či změnami na sliznici dutiny ústní. Charakteristickými znaky jsou viditelné známky poruchy polykání (např. váznutí sousta, kašláni) a známky aspirace (Trachtová, 2018, s. 103). Dalšími znaky mohou být přítomnost nočního kašle, probouzení se v noci nebo opakující se pulmonální infekce (Mandysová, Škvrňáková, 2016, s. 46).

Mezi další ošetřovatelské diagnózy řadíme zácpu, průjem, změny na sliznici dutiny ústní, změny ve smyslovém vnímání (chuť, čich) poruchy hybnosti, nedostatek informací nebo nedodržování léčebného režimu (Trachtová, 2018, s. 104).

4.5 Zásady podávání stravy a krmení

Někteří nemocní vyžadují specifické podávání stravy. Pacienti trpící nechutenstvím, jsou ohroženi malnutricí, a proto je u nich obzvláště nutné dbát na podávání stravy vkusně naservírované a v příjemném prostředí. Jídlo jim nabízíme častěji, po menších dávkách a v případě potřeby využijeme různé nutriční doplňky. Nemocní s diabetem mellitem dostávají stravu obvykle 6x denně (snídaně, svačina, oběd, svačina, večeře, druhá večeře) a je kladen důraz na soulad podání stravy s aplikací inzulínu. U pacientů s hemiparézou, kteří se mohou najíst jen jednou rukou, dbáme na vhodné kompenzační pomůcky (talíř se zvýšeným okrajem, brčko). Nemocného se snažíme vést k samostatnosti. Velmi nevhodné a pro klienta ponižující je používání kojeneckých lahví se savičkou. Pokud víme, že má pacient poruchu jemné motoriky, pomáháme mu s krájením, otevíráním jogurtů a loupáním ovoce. Ve spolupráci s ergoterapeutem můžeme zajistit speciální pomůcky (příbor se zvětšenou rukojetí atd.). U nevidomých pacientů používáme pro lepší orientaci při stolování metodu ciferníku (orientace podle hodin) (Vytejková, 2011, s. 182).

4.6 Zásady krmení

Krmení nemocných bývá mnohdy podceňováno, přitom správná metoda je velmi důležitá (Pokorná, 2013, s. 68). Při krmení pacient sedí a nohy má spuštěné z lůžka a opřené o podlahu nebo o schůdky. Pokud to není možné, posadíme pacienta alespoň do vysoké Fowlerovy polohy (Vytejková, 2011, s. 181). Vhodné je pacienta do této polohy uložit již 15-30 minut před začátkem podávání stravy (Pokorná et al., 2014, s. 39).

Před samotným krmením umožníme pacientovi vyprázdnění (inkontinentnímu vyměníme plenu) a hygienu rukou. V případě potřeby pacientovi zajistíme nasazení zubní protézy. Vydesinfikujeme si ruce a připravíme si vše, co budeme potřebovat, abychom nemuseli odbíhat (adekvátní jídelní náčiní, ubrousky, bryndák, ...). Jídlo nikdy předem neupravujeme (krájení, mačkání, loupání), vše děláme až u lůžka před pacientem, aby neměl pocit, že dostává zbytky (Vytejková, 2011, s. 181).

Před zahájením krmení u pacienta s těžkou poruchou polykání je třeba se ujistit, že odsávací zařízení u lůžka pacienta je plně funkční (Pokorná et al., 2014, s. 39). Pokud je to alespoň trochu možné, je potřeba, aby byl nemocný upozorněn, že bude jíst. Má-li porušenou jemnou motoriku (tremor, rigidita), vložíme mu do ruky alespoň lžici a nevyžadujeme, aby se sám najedl. Vložení lžice slouží jedinci k pochopení, že bude za chvíli krmen (Pokorná, 2013, s. 68).

Lžíci vkládáme do úst pomalu a nenásilně. Nádobí, kterým krmíme pacienta, nesmí být z umělé hmoty. Vhodná je kovová čajová lžička, kterou nabere odpovídající část sousta. Můžeme při tom stimulovat horní ret přejížděním lžičky. V žádném případě nesmí být pacientovi ucpán nos jakožto motiv k otevření úst, protože hrozí riziko aspirace. Tím, že krmící osoba bude u lůžka v době krmení sedět, vyjádří dostatek času na krmení. Tento fakt též podpoří tím, že nebude nabírat další sousto na lžíci, dokud pacient nespolkne potravu v ústech. Obecně se doporučuje 10-15 s počkat, než podáme nové sousto. V každém případě však záleží na individuálních potřebách nemocného. Při krmení podáváme tekutiny ke zvlhčení sliznice (Pokorná, 2013, s. 68).

Po skončení by měl být nemocný ponechán v poloze vsedě dalších 15-30 minut z důvodu prevence aspirace. Nemocného můžeme opustit až po důkladné kontrole dutiny ústní a důsledném vyčištění úst od zbytků potravy. Úplně posledním krokem je samozřejmě zápis do dokumentace (Pokorná et al., 2014, s. 40).

V poslední řadě je nezbytné respektovat, že odmítnutí jídla může být jednou z mála možností, jak osoby např. s demencí mohou vyjádřit svůj názor (Pokorná, 2013, s. 69).

Další zásady správného krmení, včetně přípravy stravy, nemocného i zdravotníka popisuje tabulka Zásady pro správné krmení nemocných v příloze C.

5 DIETNÍ SYSTÉM

Dietní systém je dokument specifický pro každé zdravotnické zařízení a garantovaný jeho ředitelem. Obsah zpracovávají odborně kvalifikovaní pracovníci (nutriční terapeuti, asistenti a dietologové). Tento dokument určuje, jaké diety budou ve zdravotnickém zařízení připravovány a konkrétně je specifikuje (Kohout, Kotrlíková, 2009, s. 31).

V běžném hovoru se pojem dieta pojí se stravovacím režimem, zaměřeným na snížení hmotnosti (Petrová, Šmídová, 2014, s. 14). Dieta v nemocnici je soubor výživových opatření, která zmírní nebo odstraní potíže vzniklé daným onemocněním. V České republice je ve zdravotnických zařízeních ordinováno mnoho diet. Lze říci, že včetně diet s modifikacemi jde o počet blížící se číslu 100 (Kohout, Kotrlíková, 2009, s. 31-32).

Jak uvádí Kohout a Kotrlíková (2009, s. 33), diety můžeme rozdělit podle jejich frekvence ve ZZ. Je však potřeba upozornit, že pojmenování a označení diet není závazné (Kohout, Kotrlíková, 2009, s. 33). Jako příklad rozličnosti dietních systémů v českých nemocnicích slouží tabulka diet používaných ve Všeobecné fakultní nemocnici v Praze (příloha D).

5.1 Diety diagnostické

Z historického hlediska byly tyto diety důležité, jelikož diagnostika pomocí laboratorního a přístrojového testování nebyla na takové úrovni jako dnes. Tyto diety tedy v současnosti ztratily svůj původní význam a není důvod je používat. Patřila sem dieta pro vyšetření okultního krvácení, dieta Schmidtova a další (Kohout, Kotrlíková, 2009, s. 33).

5.2 Diety základní

Zde nalezneme diety, které se ve ZZ vyskytují vždy. Všechny diety je možné upravit mechanicky, a to do kašovitě nebo mleté formy. Je třeba brát v potaz riziko snížení nutriční hodnoty v důsledku mechanické úpravy (Kohout, Kotrlíková, 2009, s. 34). Rozdělení základních diet je detailněji popsáno v příloze E.

5.3 Diety výběrové a individuální

Zhruba 25-30 % pacientů nelze zařadit do běžného dietního systému. Tito pacienti mají individuální požadavky na stravování z důvodu nesnášenlivosti či odporu k některé z potravin, a dále pak z náboženských nebo etnických důvodů. Patří sem i pacienti s nechutenstvím a pacienti s atypickými nutričními režimy (onkologičtí pacienti). Pro tyto nemocné je třeba zajistit výběr z nabídky dostupných potravin a pokrmů nebo individuální sestavení jídelníčku (Kohout, Kotrlíková, 2009, s. 35).

5.4 Diety speciální

Dieta speciální, ve smyslu použitých surovin nebo výrobních postupů, může být bezlepková dieta při celiakii nebo dieta při fenylketonurii (Kohout, Kotrlíková, 2009, s. 36).

Bezlepková dieta (označení „bez“) je dieta s vyloučením lepku ze stravy. Podávána je u pacientů s onemocněním tenkého střeva (celiakie) (Kudlová, 2009, s. 132).

5.5 Formy podávání speciální stravy

K dietnímu systému je důležité zmínit tři pojmy týkající se podávání výživy pacientům v nemocnicích. Jsou jimi pojmy enterální výživa, sipping a parenterální výživa.

V širším smyslu slova se pod termínem enterální výživa rozumí podávání farmaceuticky připravených výživných roztoků do trávicího traktu. Nejde tedy o podávání kuchyňsky upravených diet. Enterální nutrice má kromě dodávky živin i další účinky, a to např. udržení střevní bariéry (Kohout, Kotrlíková, 2009, s. 40-41). Sondovou výživu využíváme například u pacientů s obtížně hojícími se ránami, pokud není možné pacienta správně vyživit ústy a doplňky (Grofová, 2012, s. 34). Mezi enterální výživu řadíme i sipping (Kohout, Kotrlíková, 2009, s. 46).

Slovo sipping v praxi znamená popíjení enterální výživy (nutričních doplňků) per os. Doslova v překladu znamená "usrkávání" (Grofová, 2012, s. 34). Sipping je užíván jako doplňková enterální výživa, kdy pacienti popíjejí nápoje k běžnému perorálnímu příjmu. K tomu určené ochucené preparáty obsahují buď jednotlivé živiny, nebo všechny složky výživy (bílkoviny, sacharidy, tuky, minerály, vitaminy a stopové prvky). Sipping může a nemusí obsahovat vlákninu. Přidaná chuť je sladká (např. vanilková, banánová, jahodová, čokoládová) nebo slaná (např. chřestová, houbová) (Kohout, Kotrlíková, 2009, s. 46). Sippingové přípravky vyrábí celá řada firem, nejčastěji v balení 200 ml. V současné době se již vyrábí suplementy např. v podobě pudíngů, jejichž konzistence pacienty tak neodradí a lépe se jim polyká (Pokorná et al., 2014, s. 42).

Při parenterální výživě se dodávají živiny do organismu cestou cévního systému, tedy mimo zažívací trakt. Dělíme ji na periferní a centrální, podle toho, zda výživu podáváme do periferní nebo centrální žíly (Kohout, Kotrlíková, 2009, s. 63). Živiny se podávají z infuzních lahví nebo vaků do krevního řečiště formou kapénkové infuze (Grofová, 2012, s. 35). Tento způsob není fyziologickou cestou podávání živin a je zatížen vyšším rizikem vzniku komplikací. Používá se tedy v případech, kdy nelze použít výživu enterální (Kohout, Kotrlíková, 2009, s. 63).

II PRŮZKUMNÁ ČÁST

1 PRŮZKUMNÉ OTÁZKY

Na základě hlavního a dílčích cílů byly stanoveny tyto čtyři průzkumné otázky:

Otázka 1: Jaký má vliv pohlaví respondenta na jeho spokojenost s podávanou stravou a velikostí porce?

Otázka 2: Jaký má vliv věk respondenta na jeho spokojenost s podávanou stravou a velikost porce?

Otázka č. 3: Má naordinovaná dieta vliv na respondentovu celkovou spokojenost se stravou?

Otázka 4: Má prostředí vliv na respondentovu celkovou spokojenost se stravou?

2 METODIKA

Cílem průzkumu bylo zjistit spokojenost pacientů s nabízenou stravou ve dvou zdravotnických zařízeních v Královéhradeckém kraji. Pro sběr dat byl použit kvantitativní průzkum pomocí vytvořeného nestandardizovaného dotazníku (dotazník je k nahlédnutí v příloze F).

2.1 Tvorba dotazníku

Dotazník byl zvolen z důvodů přehledného vyhodnocení dat a také finanční a časové náročnosti. Všechny otázky byly nově vytvořeny pro účely tohoto dotazníkového šetření, a to na základě cílů a průzkumných otázek.

První část dotazníku obsahuje hlavičku se jménem autora a jeho krátkým představením. Dále je uvedeno, za jakým účelem probíhá dotazníkové šetření. Následují instrukce, jak správně dotazník vyplnit a poděkování respondentům. Poté následuje 15 otázek, z nichž 12 je uzavřených (otázky 1, 2, 3, 5, 6, 7, 9, 10, 11, 12, 14), 3 jsou polouzavřené (otázky 4, 8, 15) a jedna otázka, na kterou odpovídají jen respondenti, kteří v předchozí otázce odpověděli „krmí mě ošetřující personál“ (otázka 13). Těchto 15 otázek je doplněno 3 dobrovolnými otevřenými otázkami, na které se respondent může nebo nemusí vyjádřit (dobrovolné otázky se nachází u otázek 6, 10, 13). Závěr dotazníku obsahuje poděkování za spolupráci a pokyny pro odevzdání dotazníku.

2.2 Charakteristika průzkumného vzorku

Respondenty byli pacienti ve 2 zvolených zdravotnických zařízeních (dále ZZ) v Královéhradeckém kraji. V obou ZZ byla oslovena interní a chirurgická lůžková oddělní. Zde měl být také prováděn průzkum. Bohužel z důvodu situace ohledně Covid-19 a zákazu návštěv se podařilo průzkum provést pouze na chirurgických odděleních.

Osloveným respondentům starších 18 let byl vysvětlen průběh dotazníkového šetření. Pokud respondent souhlasil s účastí, musel dále projít prověřením jeho kognitivních funkcí pomocí Mini-Cog© testu. Respondentovi byla řečena 3 slova, poté byl požádán, aby slova nahlas zopakoval a zapamatoval si je. Následně měl za úkol nakreslit hodiny s časovým údajem 11 hodin a 10 minut. Poslední část testu obsahovala správné vyjmenování 3 slov, která si měl respondent zapamatovat na začátku.

Pro úspěšné zvládnutí Mini-Cog© testu musel být respondent schopen vyjmenovat daná slova, správně zakreslit čísla hodin a polohu ručiček hodin, a nakonec opět správně vyjmenovat všechny 3 slova, které si zapamatoval. Pokud respondent nesplnil Mini-Cog© test, nebyl do výběru zařazen. Celkově byli vyřazeni 3 respondenti z důvodů nesplnění.

2.3 Pilotní šetření

Nejprve byl proveden pilotní průzkum na vzorku 6 respondentů v jednom ze dvou zvolených ZZ, za účelem ověření srozumitelnosti otázek. Žádný z oslovených respondentů se k nim negativně nevyjádřil.

2.4 Dotazníkové šetření

Samotné dotazníkové šetření probíhalo tak, že dotazník vyplňovali respondenti sami, nebo jim byl čten nahlas. Vyplňování dotazníku nebylo nijak časově omezeno. Pokud respondent nerozuměl otázce, byla mu vysvětlena. Zachování anonymity bylo zajištěno bílou obálkou přiloženou k dotazníku. Do ní respondent vložil dotazník po jeho vyplnění. Sběr dat v prvním ZZ byl zajištěn autorkou dotazníku. Pro sběr dat ve druhém ZZ byla kontaktována všeobecná sestra z daného chirurgického oddělení, která byla řádně poučena a zajistila vše pro správné dodržení postupu zvoleného autorkou dotazníku. Celkově bylo osloveno v obou zdravotnických zařízeních 37 respondentů (v prvním ZZ 18 a ve druhém 19) a rozdáno 37 dotazníků. Celková návratnost dotazníků byla 100 %, jelikož autorka dotazníku i oslovená všeobecná sestra vždy počkaly na pokoji u respondenta na to, až dotazník vyplní a vloží ho do obálky. Správnost vyplnění byla také 100 %, protože respondenti měli možnost dotázat se na případné nejasnosti.

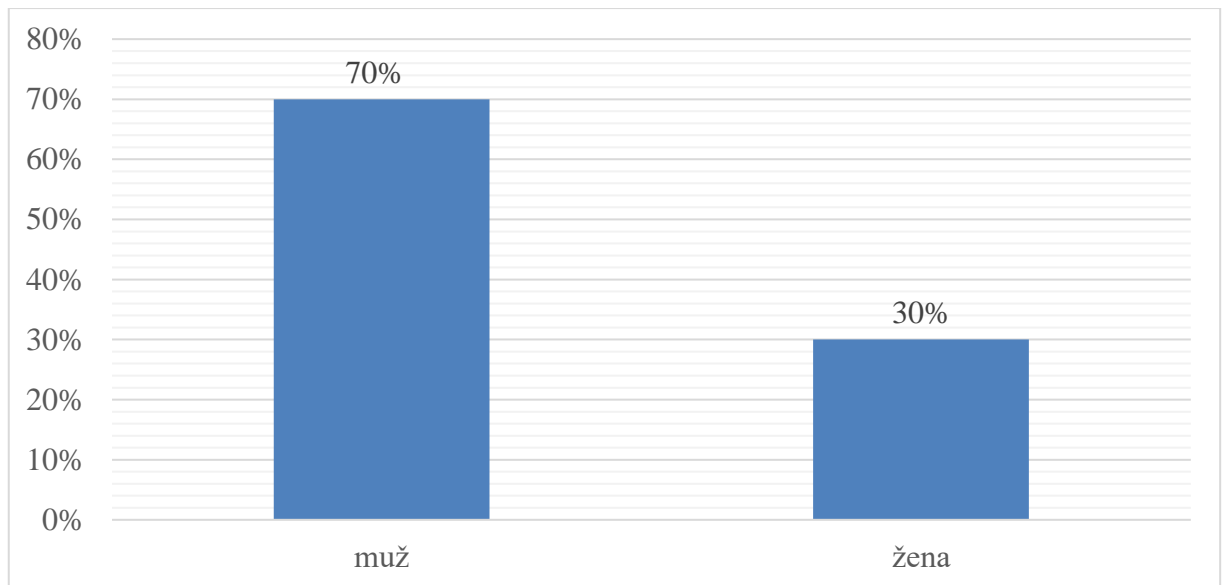
2.5 Způsob vyhodnocení dotazníků

Pro zpracování výsledků byl použit program Microsoft© Excel© pro Office 365 MSO. Data byla zpracována s jeho pomocí do sloupcových grafů, kdy na svislé ose je zobrazena relativní četnost v procentech (%) a na vodorovné ose pak odpovědi. Samotné sloupce grafu jsou popsány zaokrouhlenými hodnotami relativní četnosti v procentech. Pouze u poslední otázky číslo 15, kdy respondent mohl zaškrtnout více než jednu odpověď, je na svislé ose zobrazen počet respondentů, kteří zaškrtnuli danou odpověď (počet hlasů pro danou odpověď).

3 VÝSLEDKY PŮZKUMU

Tato kapitola obsahuje grafické zobrazení a slovní popis získaných výsledků.

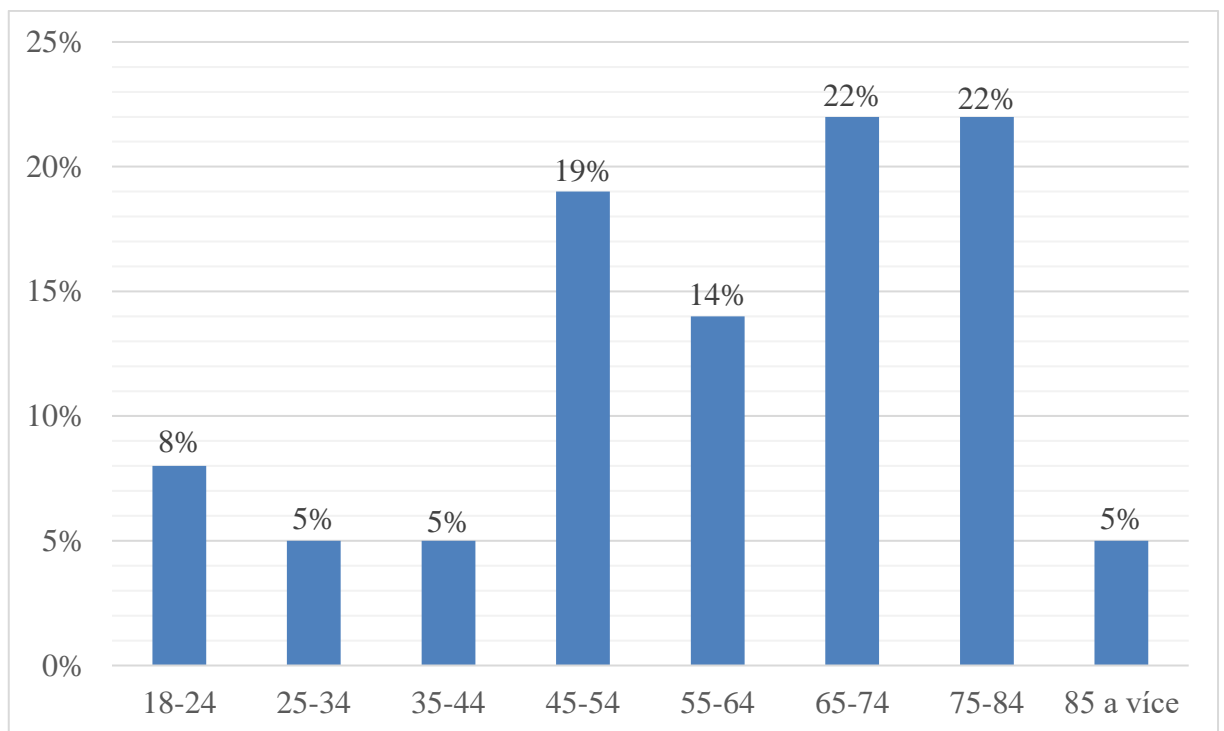
Otázka č. 1: Pohlaví



Graf 1 - Pohlaví

Otázka ohledně pohlaví respondenta zahrnovala dvě možné odpovědi: „muž“ nebo „žena“. Z celkového počtu 37 respondentů bylo 26 (70 %) mužů a 11 (30 %) žen.

Otázka č. 2: Věk

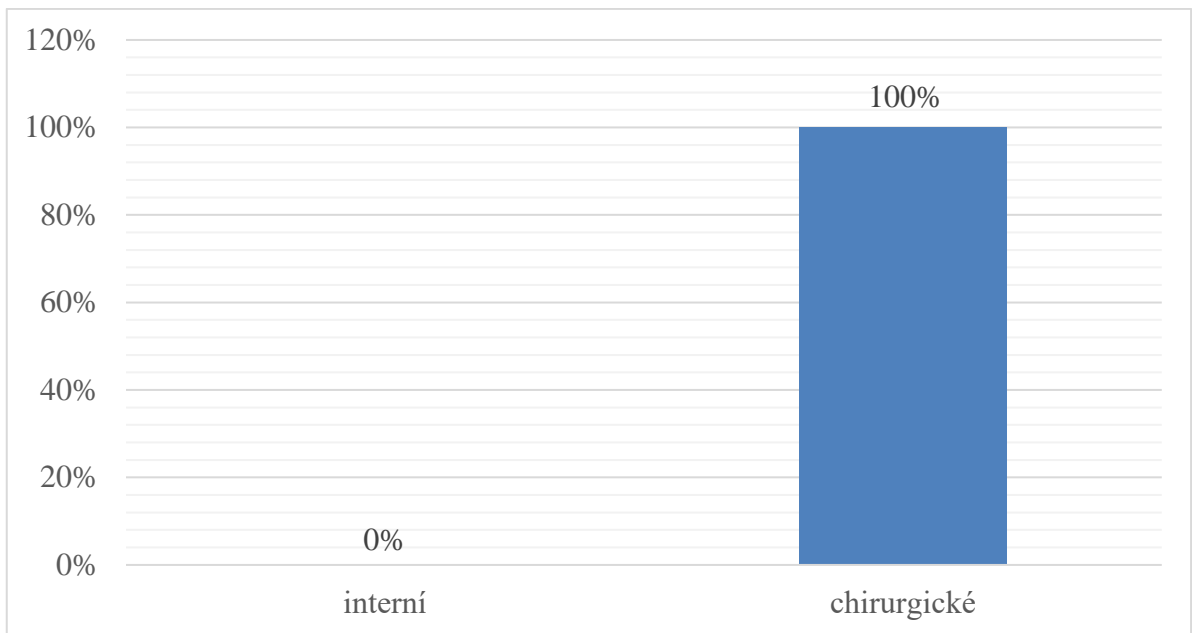


Graf 2 - Věk

Otázka týkající se věku respondentů byla rozdělena na 8 odpovědí. Ve věkovém intervalu 18-24 byli 3 (8 %) dotazovaní, interval 25-34 zvolili 2 (6 %) a 35-44 také 2 (5 %) respondenti. V kategorii 45-54 bylo 7 (18 %) dotazovaných a v dalším intervalu 55-64 bylo 5 (13 %) dotazovaných. V rozmezí 65-74 let bylo 8 (22 %) respondentů, stejně tolik jich bylo v rozmezí 75-84 let. V posledním intervalu 85 a více byli 2 (6 %) respondenti.

V příloze G je přiložen graf se zastoupením obou pohlaví vzhledem k věkovým kategoriím.

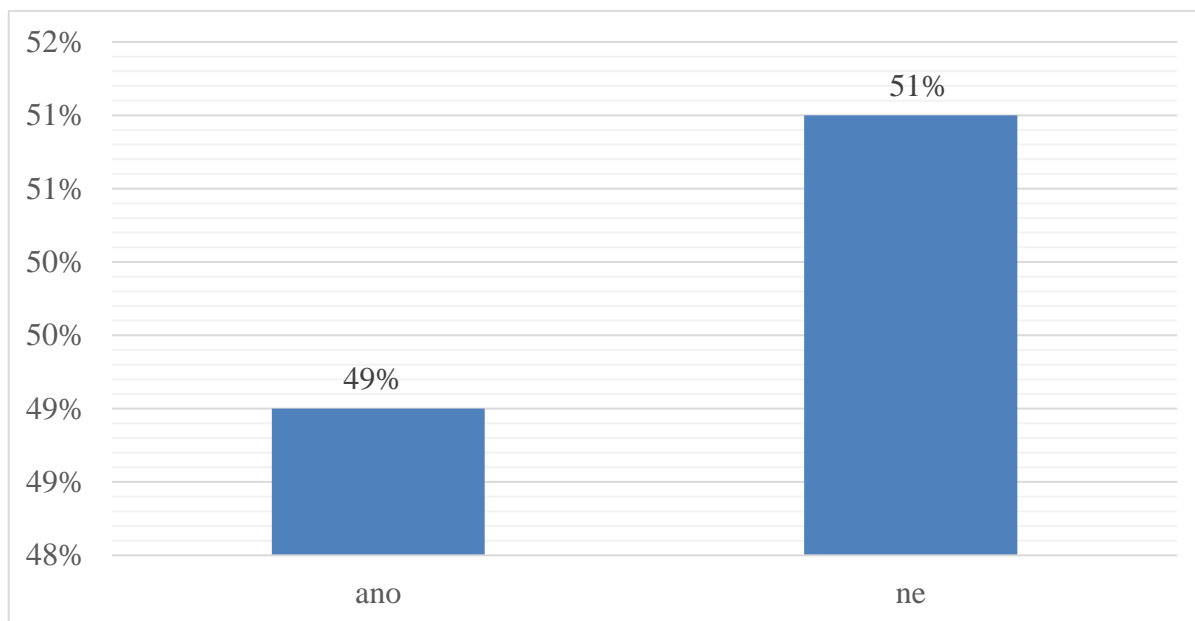
Otázka č. 3: Oddělení hospitalizace



Graf 3 - Oddělení hospitalizace

U otázky „Na jakém oddělení jste hospitalizován/a?“ měli respondenti na výběr ze dvou možností: „interní“ a „chirurgické“. Všech 37 (100 %) respondentů zaškrtnulo odpověď „chirurgické“.

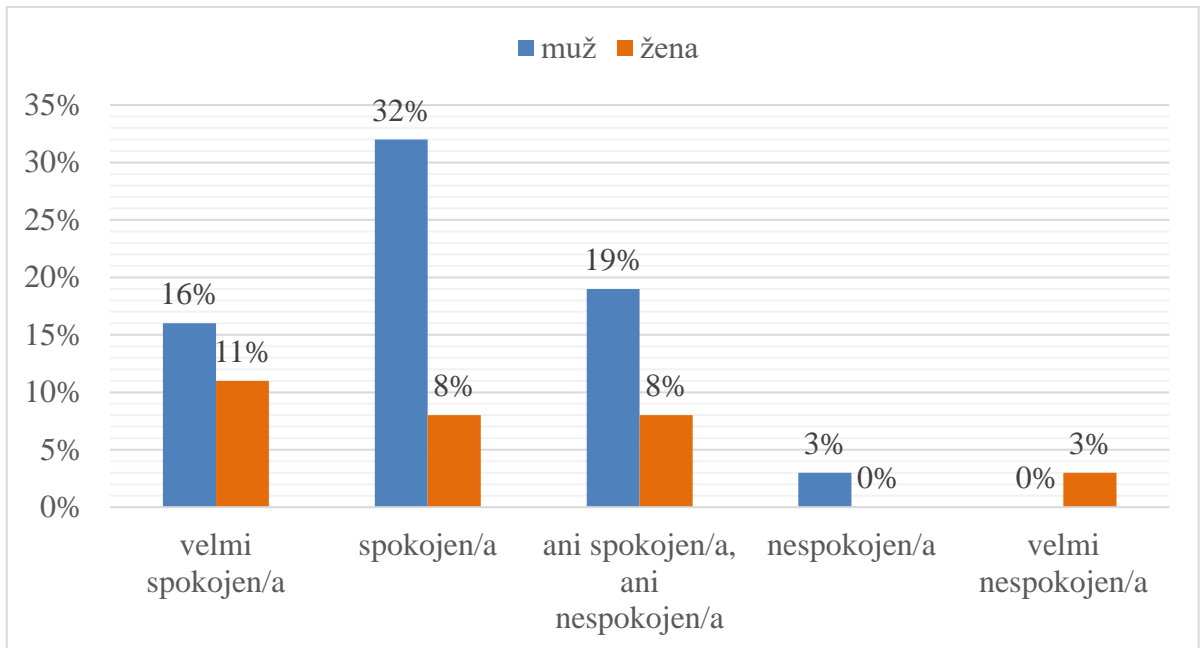
Otázka č. 4: Číselné označení diety



Graf 4 - Číselné označení diety

Otázka č. 4: Víte, jaké je označení Vaší diety v nemocnici? Tato polouzavřená otázka zahrnovala odpovědi „ne“ a „ano (prosím vypište)“. „Ne“ odpovědělo 19 (51 %) respondentů a 18 (49 %) respondentů vědělo, jaké je jejich číselné označení diety v nemocnici. Vypsané odpovědi zahrnovaly čísla 1 - kašovitá (1x), 3 - racionální (6x), 4 - omezením tuku (3x) a 9 - diabetická (8x).

Otázka č. 5: Spokojenost s chutí podávané stravy

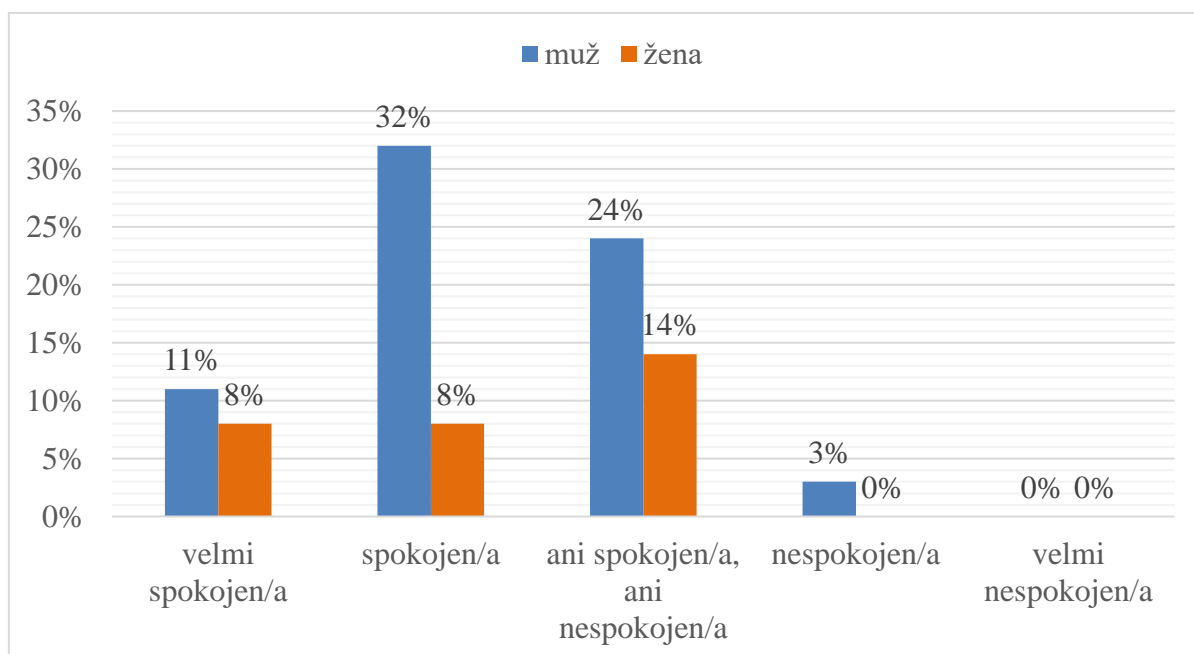


Graf 5 - Spokojenost s chutí podávané stravy

Tento graf je rozdělen dle pohlaví respondentů, vzhledem k zaměření první průzkumné otázky.

Otázka číslo 5 zněla „Jste spokojen/a s chutí podávané stravy?“ Odpověď „velmi spokojen/a“ zaškrtno 10 (27 %) respondentů, odpověď „spokojen/a“ zaškrtno 15 (41 %) respondentů. Odpověď „ani spokojen/a, ani nespokojen/a“ zaškrtno 10 (27 %) respondentů. Odpovědi „nespokojen/a“ a „velmi nespokojen/a“ zaškrtno vždy po jednom respondentovi (3 %).

Otázka č. 6: Spokojenost s pestrostí a skladbou jídelníčku



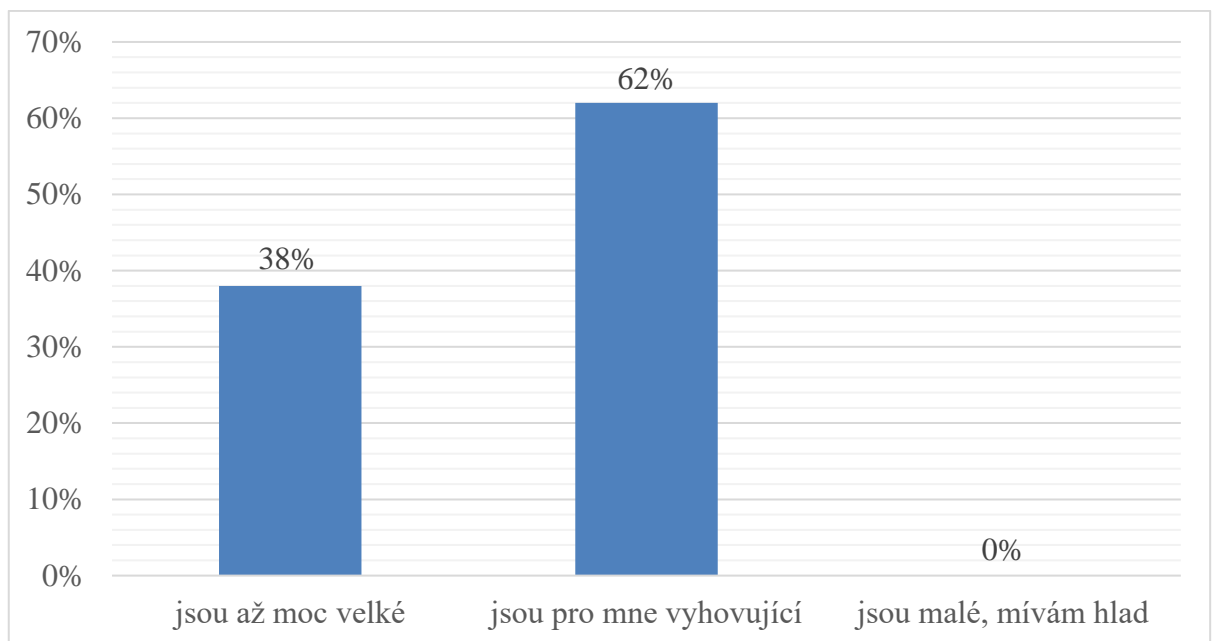
Graf 6 - Spokojenost s pestrostí a skladbou jídelníčku

Tento graf je rozdělen dle pohlaví respondentů, vzhledem k zaměření první průzkumné otázky.

Na otázku „Jak jste spokojen/a s pestrostí a skladbou jídelníčku?“ odpovědělo 7 (19 %) respondentů „velmi spokojen/a“, 15 (41 %) respondentů „spokojen/a“. Dále 14 (38 %) respondentů odpovědělo „ani spokojen/a, ani nespokojen/a“ a 1 (3 %) respondent „nespokojen/a“. Odpověď „velmi nespokojen/a“ nezaškrtl nikdo (0 %).

U této otázky se respondenti mohli ještě volně vyjádřit na doplňující otázce „Pokud nejste spokojen/a, co postrádáte?“ Odpovědělo pouze pět respondentů slovy: „Že je jídlo rozemleté a nevím, co v něm je.“, „Jsem spokojen.“, „Pestřejší snídaně!“, „koření“, „nic“.

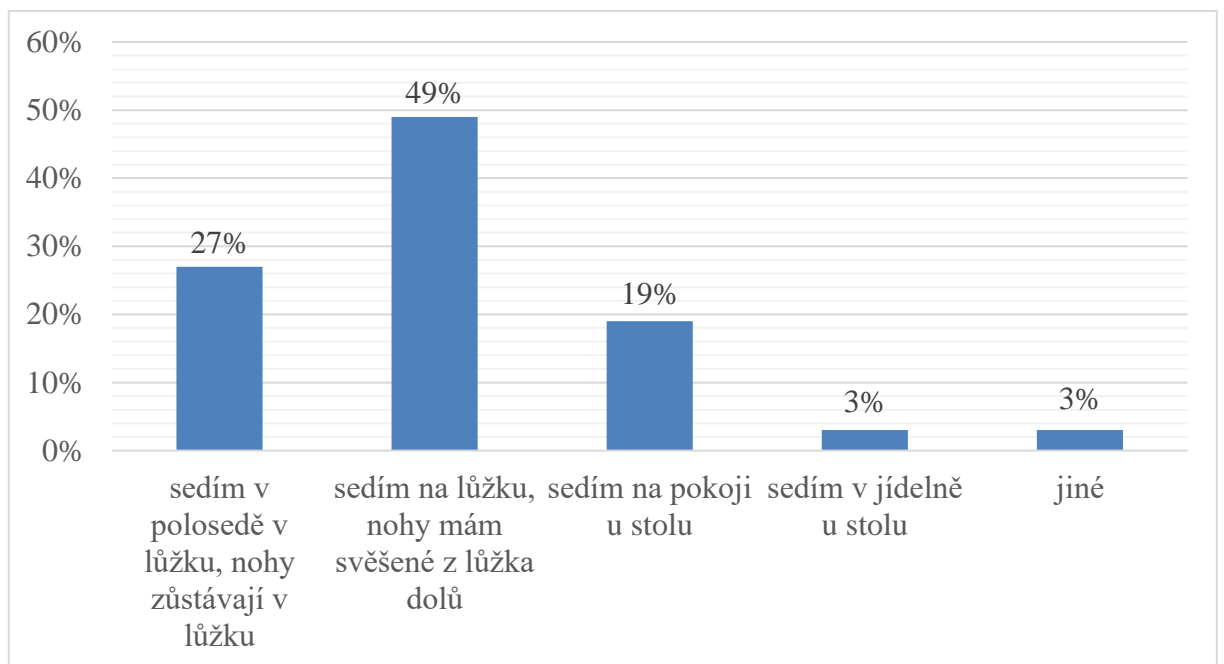
Otázka č. 7: Spokojenost s velikostí porce



Graf 7 - Spokojenost s velikostí porce

Otázka č. 7: „Jaká je Vaše spokojenost s velikostí porce?“ Na tuto otázku odpovědělo 14 (38 %) dotázaných, že „jsou až moc velké“. Dále 23 (62 %) odpovědělo „jsou pro mne vyhovující“. Nikdo (0 %) z dotázaných nevyužil odpověď „jsou malé, mívám hlad“.

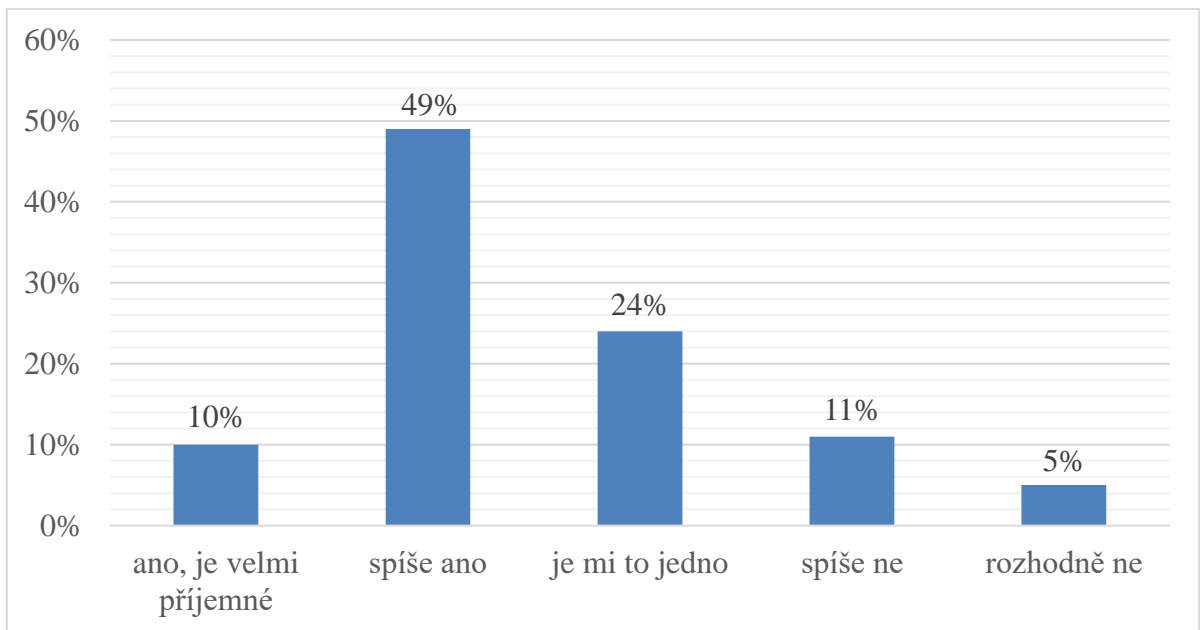
Otázka č. 8: Poloha při stolování



Graf 8 - Poloha při stolování

Na otázku, v jaké poloze respondent stoluje, odpovědělo 10 (27 %) z nich, že stolují v polosedě v lůžku a nohy zůstávají v lůžku. Dalších 18 (49 %) odpovědělo, že sedí na lůžku a nohy mají svěšené z lůžka dolů. Sedm (19 %) sedí na pokoji u stolu a jeden (3 %) respondent sedí v jídelně u stolu. Pouze jeden (3 %) respondent využil odpověď „jiné:“ a uvedl, že při stolování leží.

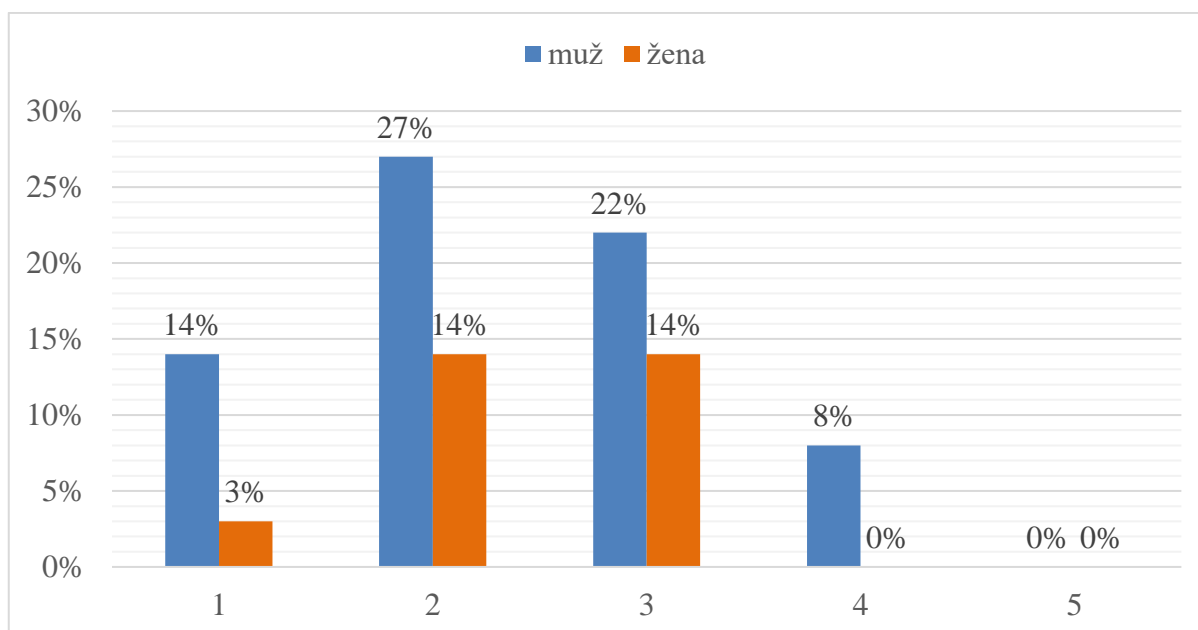
Otázka č. 9: Spokojenost s místem stolování



Graf 9 - Spokojenost s místem stravování

U otázky „Je pro Vás místo, kde stolujete, příjemné?“ odpověděli 4 (10 %) lidé „ano, je velmi příjemné“, 18 (49 %) „spíše ano“, 9 (24 %) „je mi to jedno“, 4 (11 %) „spíše ne“ a 2 (5 %) „rozhodně ne“.

Otázka č. 10: Spokojenost s estetickou úpravou jídla



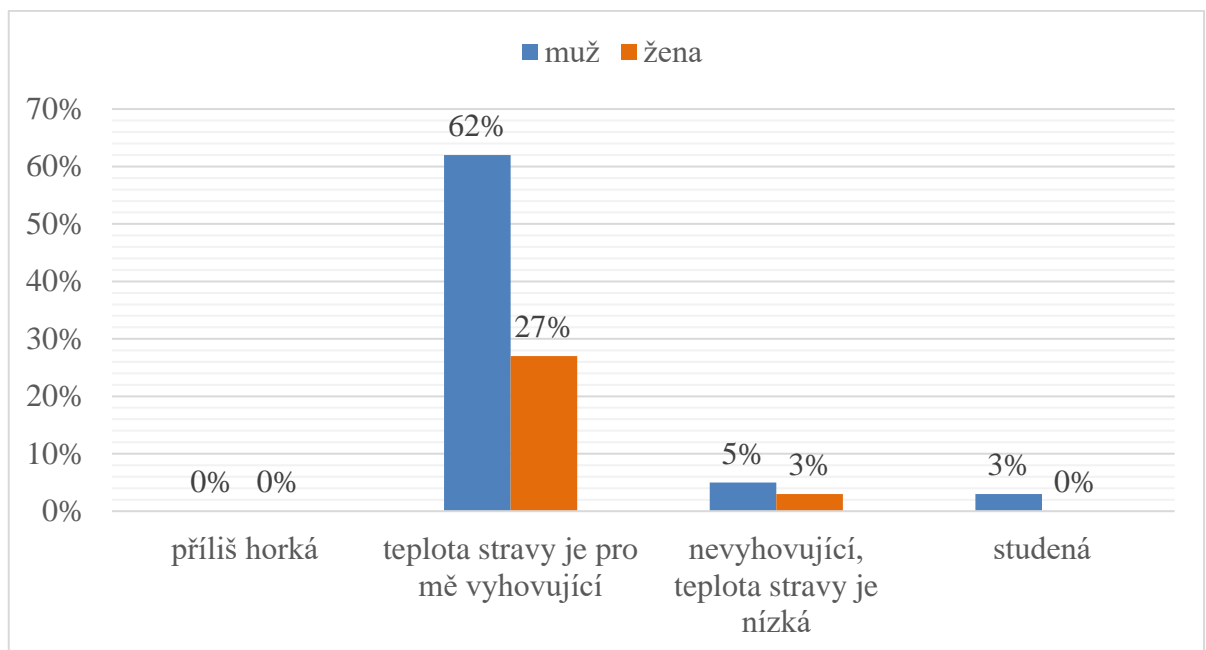
Graf 10 - Spokojenost s estetickou úpravou jídla

Tento graf je rozdělen dle pohlaví respondentů, vzhledem k zaměření první průzkumné otázky.

U úkolu č. 10: „Vyjádřete spokojenost s estetickou úpravou podávaného jídla na stupnici (1 = maximální spokojenost až 5 = nespokojenost)“ uvedlo 6 (16 %) respondentů číslo 1, 15 (41 %) uvedlo číslo 2, 13 (35 %) uvedlo číslo 3 a 3 (8 %) respondenti uvedli číslo 4. Nikdo (0 %) z respondentů neuvědli číslo 5.

K tomuto úkolu byla položena dobrovolná doplňující otázka: „Co se Vám případně na úpravě jídla nelíbí?“ Odpověděl na ni pouze jeden respondent slovy „Pořád skoro stejná chuť a barva, žádná pestrost.“

Otázka č. 11: Teplota stravy

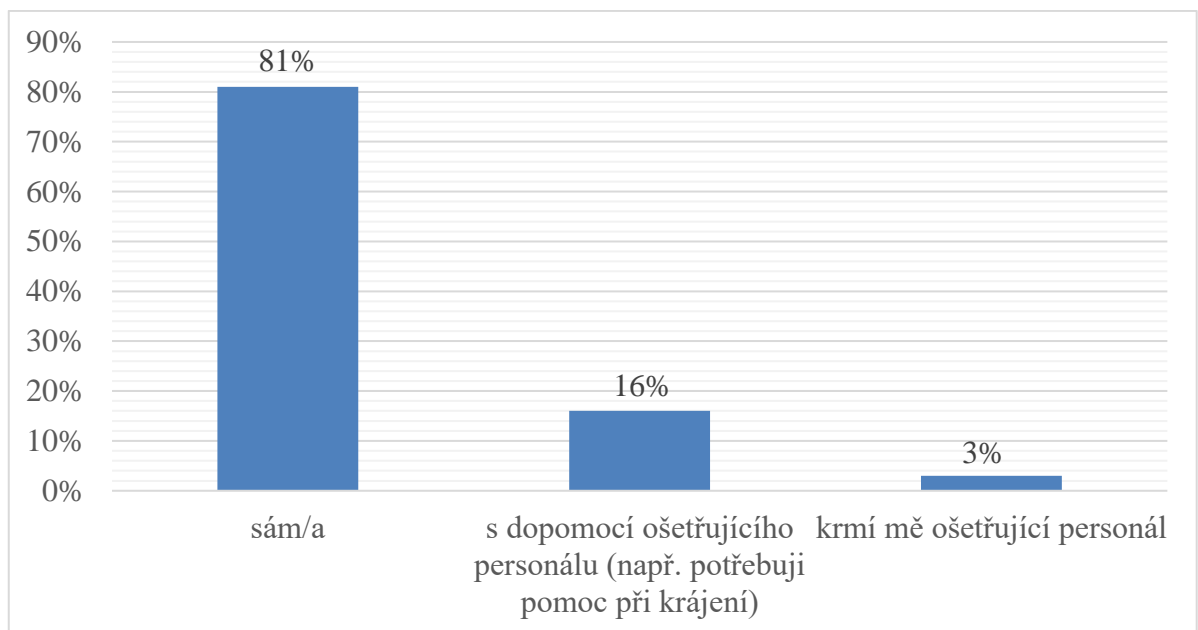


Graf 11 - Teplota stravy

Tento graf je rozdělen dle pohlaví respondentů, vzhledem k zaměření první průzkumné otázky.

Úkolem číslo 11 bylo ohodnotit teplotu podávané stravy. Z dotázaných nikdo (0 %) nezvolil možnost, že by podávaná strava byla moc horká. Teplota stravy byla vyhovující pro 33 (89 %) dotázaných, pro 3 (8 %) byla nevhovující, protože teplota stravy je nízká a jen jeden dotázaný (3 %) ohodnotil stravu jako studenou.

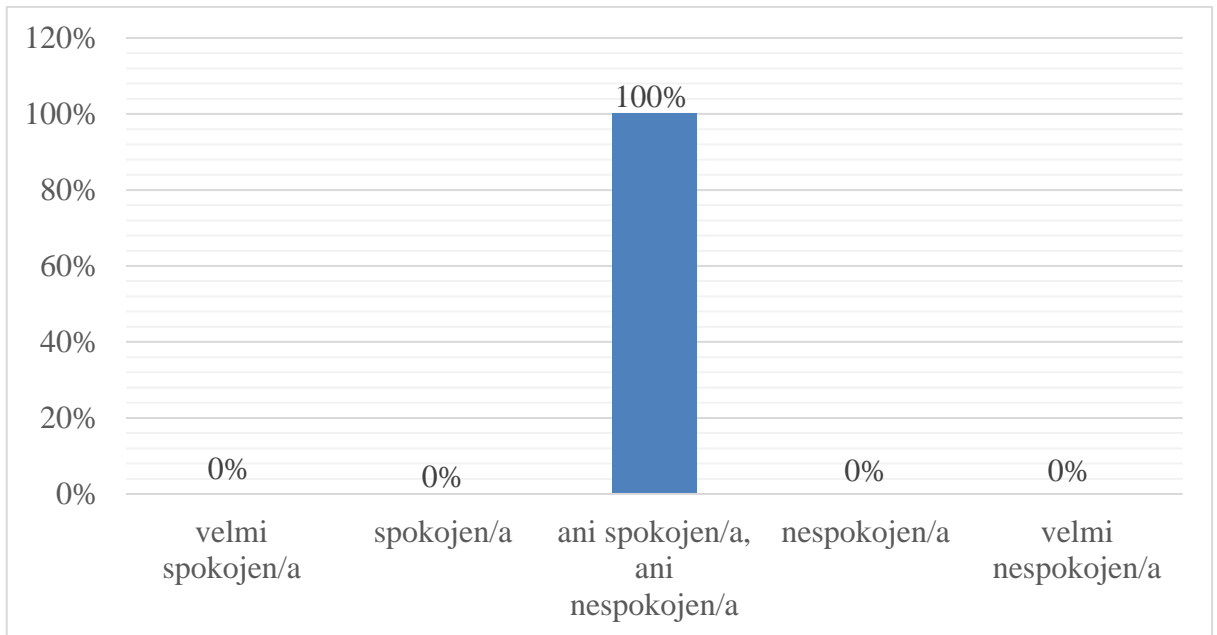
Otázka č. 12: Dopomoc při jídle



Graf 12 - Dopomoc při jídle

Otázka číslo 12 se týkala schopnosti najíst se bez nebo s pomocí ošetřujícího personálu. Třicet (81 %) respondentů je schopno najíst se samo bez jakékoli pomoci, 6 (16 %) potřebuje dopomoc ošetřujícího personálu (např. při krájení) a jen jeden (3 %) respondent byl krmen ošetřujícím personálem.

Otázka č. 13: Spokojenost se způsobem krmení

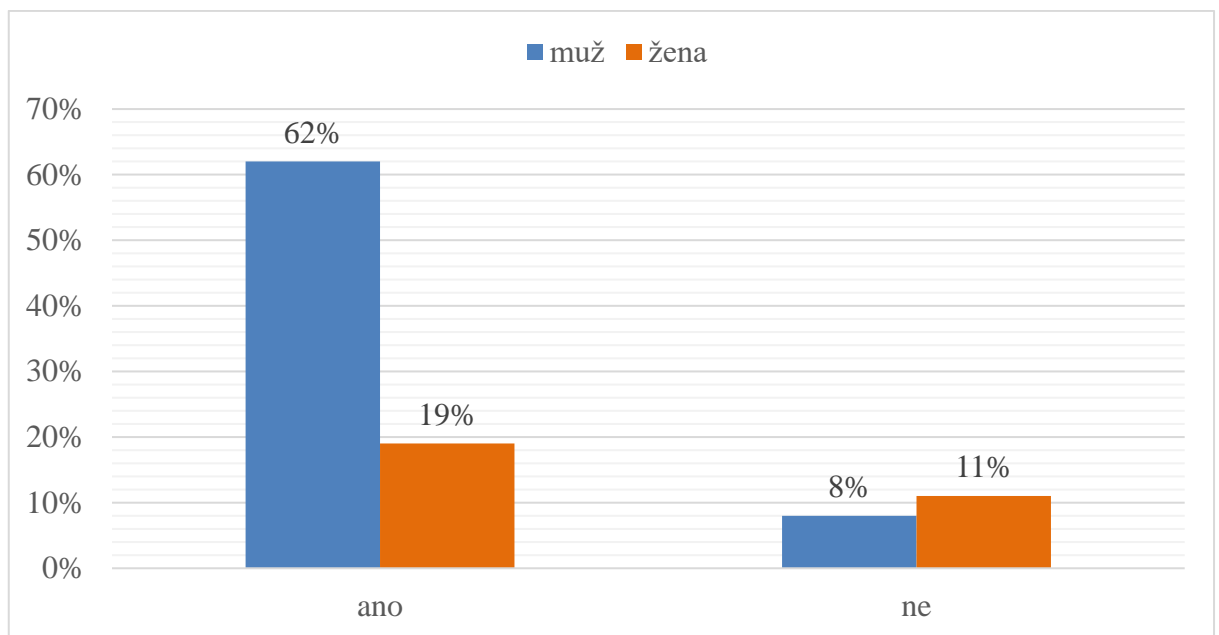


Graf 13 - Spokojenost se způsobem krmení

Na otázku číslo 13 měli odpovídat jen respondenti, kteří u předchozí otázky číslo 12 zaškrtnuli odpověď „krmí mě ošetřující personál“. Jelikož tuto odpověď u otázky 12 zaškrtnul jen jeden respondent, na otázku 13 odpovídal jen on sám: „ani spokojen/a ani nespokojen/a“. Relativní četnost u této odpovědi je 100 %.

Respondent sice uvedl, že nebyl „ani spokojen, ani nespokojen“, ale přesto pokud se měl přiklonit k nespokojenosti, odpověděl na doplňující otázku „Pokud nejste spokojen/a, uveďte prosím důvod“ slovy: „Říkají, že zdržují.“

Otázka č. 14: Spokojenost s podávanými tekutinami

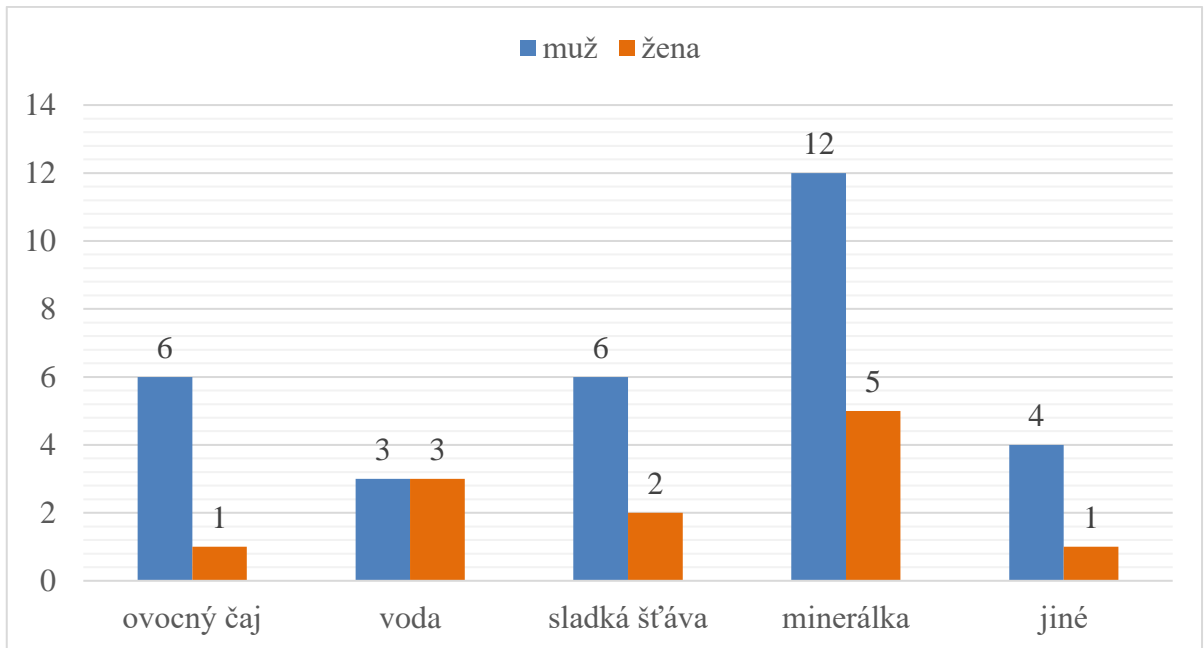


Graf 14 - Spokojenost s podávanými tekutinami

Tento graf je rozdělen dle pohlaví respondentů, vzhledem k zaměření první průzkumné otázky.

U otázky, zda jsou respondenti spokojeni s podávanými tekutinami mohli zvolit ze dvou možností: „ano“ a „ne“. „Ano“ zvolilo 30 (81 %) respondentů a „ne“ 7 (19 %).

Otázka č. 15: Jaké další tekutiny by respondent uvítal



Graf 15 - Jaké další tekutiny by respondent uvítal

Tento graf je rozdělen dle pohlaví respondentů, vzhledem k zaměření první průzkumné otázky.

U poslední otázky z dotazníku na to, jaké tekutiny by respondenti ve ZZ uvítali, mohli zaškrtnout více než jednu odpověď. Graf tedy vyjadřuje počet hlasů pro dané možnosti nikoli relativní četnost. Ovocný čaj zvolilo 7 z nich, vodu 6, sladkou šťávu pak 8. Minerálku by uvítalo 17 respondentů a možnosti vypsát nápoj do odpovědi „jiné“ využilo 5 respondentů. U odpovědi „jiné“ respondenti uvedli tyto nápoje: rum, čaj s citrónem, Caro a kakao a 2x džus.

4 DISKUZE

V bakalářské práci jsem si stanovila jeden hlavní cíl: zjistit spokojenost pacientů se stravou podávanou ve zdravotnických zařízeních. Tento cíl byl rozdělen na čtyři dílčí cíle: zjistit, zda existuje vztah mezi pohlavím respondenta a jeho spokojeností s podávanou stravou a velikostí porce a zjistit vliv věku respondenta na jeho spokojenost se stravou a velikostí porce. Dále zjistit, zda existuje vztah mezi naordinovanou dietou a respondentovou spokojeností se stravou a zjistit vliv prostředí na respondentovu spokojenost se stravou. Na základě hlavního a dílčích cílů byly stanoveny tyto čtyři průzkumné otázky: Jaký má vliv pohlaví respondenta na jeho spokojenost s podávanou stravou a velikostí porce? Jaký má vliv věk respondenta na jeho spokojenost s podávanou stravou a velikostí porce? Má naordinovaná dieta vliv na respondentovu celkovou spokojenost se stravou? Má prostředí vliv na respondentovu celkovou spokojenost se stravou?

Výsledky jsou vyjadřovány v zaokrouhlených relativních četnostech (%). Výsledky jsem porovnávala se 6 bakalářskými pracemi a 3 knižními zdroji.

První práce je bakalářská práce od Věry Černoškové: „Spokojenost pacientů se stravováním v nemocnici“. Kvantitativní průzkum pomocí dotazníků s 90 respondenty proběhl v jedné krajské nemocnici (Černošková, 2007).

Bakalářská práce „Spokojenost pacientů s nemocničním stravováním“ od autorky Dany Dvorské, využívá také kvantitativní průzkum pomocí dotazníků. Autorka mapuje spokojenost 100 geriatrických pacientů ve dvou nemocnicích v Kraji Vysočina (Dvorská, 2016).

Autorka Nikola Schneiderová se ve své bakalářské práci s názvem „Vliv podávaných pokrmů na spokojenost pacientů v Nemocnici Prachatice a.s.“ zabývá mimo jiné kvantitativním průzkumem pomocí dotazníků v jedné nemocnici. Průzkumný vzorek tvořilo 127 zaměstnanců a 41 pacientů (Schneiderová, 2014).

Bakalářská práce Diany Strejcové s názvem „Výživa a nutriční stav hospitalizovaných pacientů v Plzeňském kraji“ využívá kvantitativní metody pomocí dotazníkového šetření s celkem 88 respondenty ve dvou nemocnicích v Plzeňském kraji (Strejcová, 2012).

Další práce je bakalářská práce Simony Vacíkové: „Stravování v nemocnicích“. Autorka používá také kvantitativní metodu průzkumu pomocí dotazníků se 115 respondenty. Průzkum proběhl ve 2 pražských nemocnicích (Vacíková, 2014).

Poslední prací je bakalářská práce Zdeňky Vondráčkové s názvem „Spokojenost pacientů s kvalitou stravy v nemocničním zařízení“. Jedná se kvantitativní průzkum pomocí dotazníků, který proběhl v jedné pražské fakultní nemocnici se 150 respondenty (Vondráčková, 2011).

Průzkumná otázka číslo 1

„Jaký má vliv pohlaví respondenta na jeho spokojenost s podávanou stravou a velikostí porce?“

K této průzkumné otázce se vztahují dotazníkové otázky zaměřené na pohlaví respondenta: číslo 1, na celkovou spokojenost s podávanou stravou: 5, 6, 10, 11, 14, 15 a na hodnocení velikosti porce: číslo 7.

Při zkoumání vlivu pohlaví respondenta na jeho spokojenost s chutí podávané stravy jsem zjistila, že u mužů převládala odpověď „spokojen“ s celkovými 46 % (12 respondentů). Dvěma dalšími nejčastějšími odpověďmi byly odpovědi „ani spokojen, ani nespokojen“ v zastoupení 7 respondentů (27 %) a „velmi spokojen“ se 6 respondenty (23 %). Naopak tomu bylo u žen, u kterých převládala odpověď „velmi spokojena“ se 36 % (4 respondenti, dále jen resp.) a na druhém místě byla „spokojena“ a „ani spokojena, ani nespokojena“ se shodnými 27 % (3 resp.). Jeden muž (4 %) byl s chutí podávané stravy nespokojen a jedna žena (9 %) dokonce velmi nespokojena. Závěrem lze říci, pokud sečteme pouze pozitivní hodnocení „velmi spokojen/a“ a „spokojen/a“, že muži byli s chutí podávané stravy více spokojeni (69 %, 18 resp.) než ženy (63 %, 7 resp.).

Tento výsledek jsem předpokládala, ale při zkoumání výsledků Vondráčkové (2011, s. 89) jsem zjistila, že v jejím průzkumu byli více nespokojeni s chutí muži. Tedy naopak, než bylo zjištěno v mém průzkumu.

Nejčastější odpovědí na otázku, jak jsou respondenti spokojeni s pestrostí a skladbou jídelníčku, byla u žen odpověď „ani spokojena, ani nespokojena“ (46 %, 5 resp.). Velmi spokojeno bylo 18 % (2 resp.) žen a pouze „spokojeno“ bylo 36 % (4 resp.). U mužů se výsledky lišily. Nejvíce mužů (42 %, 11 resp.) bylo „spokojeno“ s pestrostí stravy, 35 % (9 resp.) nebylo „ani spokojeno, ani nespokojeno“ a 19 % (5 resp.) bylo „velice spokojeno“. Pokud sečteme pouze pozitivní hodnocení pestrosti, můžeme říci, že muži byli více spokojeni (61 %, 16 resp.) než ženy (54 %, 6 resp.).

Strejcová (2012, s. 69) uvádí, že s pestrostí stravy byli více spokojeni muži než ženy. V tomto výsledku se shodujeme. U Strejcové byly však rozdíly mezi muži a ženami větší. Spokojeno s pestrostí bylo 72 % mužů (29 resp.) a 21 % žen (10 resp.).

Estetickou úpravu jídla hodnotily ženy na škále 1 = maximální spokojenost až 5 = nespokojenost nejčastěji číslem 2 a 3 (v obou případech 46 %, 5 resp.). Číslem 1 hodnotilo úpravu pokrmů 9 % žen (1 resp.). U mužů se výsledky trochu lišily, 19 % (5 resp.) z nich hodnotilo estetickou úpravu číslem 1, 39 % (10 resp.) číslem 2 a 31 % (8 resp.) číslem 3. Pokud budeme brát číslo 3 jako neutrální označení spokojenosti, pak můžeme říci, součet relativních četností u odpovědí 1 a 2 naznačuje, že muži (58 %, 15 resp.) byli s nepatrným rozdílem spokojenější s estetickou úpravou než ženy (55 %, 6 resp.). Číslem 4 ohodnotilo vzhled 12 % mužů (3 resp.) a žádná žena. Číslem 5 nehodnotil nikdo z dotazovaných.

Předpokládám, že větší spokojenost mužů s estetickou úpravou pokrmu je zapříčiněna tím, že ženy jsou více kritické, co se týče estetiky věcí.

Teplotu stravy hodnotila naprostá většina žen (91 %, 10 resp.) i mužů (89 %, 23 resp.) jako pro ně vyhovující. Celkem 12 % mužů (3 resp.) hodnotilo teplotu jako nízkou nebo studenou a 9 % (1 resp.) žen jako nízkou. Nikdo z respondentů nehodnotil stravu jako „příliš horkou“. Závěr tedy je, že ženy byly o 3 % spokojenější s teplotou stravy.

Černošková (2007, s. 59) zjistila, že 56 % (tedy 50 resp.) respondentů považovalo stravu za dostatečně teplou, 41 % (37 resp.) za málo teplou a 3 % (tedy 3 resp.) respondentů ji označilo za studenou. V těchto výsledcích se rozcházejí, protože v mém průzkumu byla naprostá většina respondentů s teplotou spokojena. Rozdíl v pohlaví se shoduje s Vondráčkovou (2011, s. 98), která zjistila, že s teplotou stravy byli méně spokojeni muži.

Při průzkumu spokojenosti s podávanými tekutinami bylo zjištěno, že 89 % mužů (23 resp.) a 64 % žen (7 resp.) je spokojeno. Dále bylo 12 % mužů (3 resp.) a 36 % žen (4 resp.) nespokojeno. Muži byli tedy více spokojeni s podávanými tekutinami než ženy.

Vondráčková (2011, s. 121-122) ve své práci uvádí, že s podávanými tekutinami byly více spokojené ženy. Podávané nápoje označili jen 3 muži ze 150 respondentů za „nevyhovující“. V mém průzkumu byl zjištěn opak, kdy nápoje považovaly za nevyhovující spíše ženy.

Průzkumem bylo zjištěno, že respondenti by ve ZZ nejvíce uvítali minerálku (ženy 42 %, 5 resp. a muži 39 %, 12 resp.). U žen převládal zájem o vodu (25 %, 3 resp.) a u mužů o ovocný čaj (19 %, 6 resp.). Zájem o sladkou šťávu byl u obou pohlaví vcelku vyrovnaný (muži 19 % - 6 resp. a ženy 16 % - 2 resp.). V kategorii „jiné“ byl nejčastěji projevěn zájem o džus (2 respondenti).

Co se týče vlivu pohlaví na velikost podávané porce, 73 % mužů (19 resp.) se vyjádřilo, že je pro ně velikost porce vyhovující, pro zbylých 27 % (7 resp.) byly porce až moc velké. U žen tomu bylo naopak. Pro 64 % (7 resp.) z nich byly porce až moc velké a pro 36 % žen (4 resp.) byly porce vyhovující. Lze tedy říci, že velikost porce je vyhovující více pro muže než pro ženy.

Tyto výsledky mě nepřekvapily, protože jsem předpokládala, že pro muže bude velikost porce více vyhovující než pro ženy, pro které budou porce spíše velké. Mile mě překvapilo, že nikdo nezvolil možnost, že jsou pro něj porce malé a že mívá hlad. V tomto se shodujeme se Schneiderovou (2014, s. 83), která zjistila, že ani jedna žena neuvédla, že by pro ni porce byla malá, naopak ženy také hodnotily porce jako příliš velké.

Závěrem lze říci, že při zkoumání spokojenosti s chutí podávané stravy byli o 6 % spokojenější muži, taktéž byli o 7 % spokojenější s pestrostí a skladbou jídelníčku. O 3 % byli muži spokojenější s estetickou úpravou pokrmu. Muži byli také více spokojeni s podávanými tekutinami. Zde byl rozdíl mezi muži a ženami o vysokých 25 %. Nejvíce se lišil názor ohledně velikosti podávané porce. Muži uváděli o 37 % vyšší spokojenost s velikostí porce než ženy, pro které byla porce až moc velká. Ženy byly naopak o 2 % spokojenější s teplotou stravy. Závěrem můžeme říci, že muži jsou více spokojeni s podávanou stravou a velikostí porce.

Průzkumná otázka číslo 2

„Jaký má vliv věk respondenta na jeho spokojenost s podávanou stravou a velikost porce?“

K této průzkumné otázce se vztahují dotazníkové otázky zaměřené na věk: číslo 2, na celkovou spokojenost s podávanou stravou: 5, 6, 10, 11, 14, 15 a na hodnocení velikosti porce: číslo 7.

U zkoumání vlivu věku na spokojenost se stravou jsem pro lepší přehlednost spojila odpovědi „velmi spokojen/a“ a „spokojen/a“ dohromady. Stejně tomu bylo i u odpovědi „nespokojen/a“ a „velmi nespokojen/a“. Dále byly u hodnocení estetiky podávaného jídla spojeny dohromady výsledky odpovědí 1 a 2 a dále pak 4 a 5.

Nejvíce spokojeni se stravou byli respondenti z věkových kategorií 75–84 let (28 %, 7 resp.). Dále pak z kategorie 45-54 let (24 %, 6 resp.). Nespokojeni se stravou byli respondenti z věkové kategorie 18-24 let a 65-74 let, kdy relativní četnost tvoří v obou případech 50 % (po 1 respondentovi). Nejvíce nerozhodné zůstaly osoby ve věku 55-64 let (40 %, 4 resp.). Kategorie 25-34 let a 35-44 let mají obě shodně zastoupení 10 % (po jednom respondentovi) nerozhodných a 4 % (také po 1 respondentovi) spokojených. Kategorie 85 let a více má zastoupení pouze spokojenými respondenty a to počtem 8 % (2 resp.).

Z průzkumu Vondráčkové (2011, s. 89-90) bylo zjištěno, že nejspokojenější s chutí byli pacienti ve věkové kategorii 30-50 let a nejméně spokojeni byli v kategorii 65 a více let. Naše výsledky se zde rozcházejí, jelikož v mém průzkumu byla nejvíce spokojená kategorie 75-84 let. Jak píše Grofová (2012, s. 29), chuť k jídlu se s věkem mění kvůli zvyšujícímu se práhu pro její vnímání, a proto jsou ve vyšším věku vhodná jídla bohatší na chutě a celková chuťová rozmanitost.

Pestrost a skladba jídelníčku se promítla do věkových kategorií následujícím způsobem: nejvíce spokojeni byli lidé v kategoriích 45-54 a 75-84 let, a to v obou případech 27 % (6 resp.). Hned za nimi byli s 23 % (5 resp.) lidé z kategorie 65-74 let. Nerozhodní byli opět lidé v kategorii 55-64 let (36 %, 5 resp.). Nespokojen byl pouze 1 člověk, a to z kategorie 35-44 let (100 %). V kategorii 18-24 let převládali nerozhodní v počtu 14 % (2 resp.). Celá kategorie 25-34 let byla zastoupena 9 % (2 resp.) spokojených respondentů a stejně tak i celá kategorie 85 let a více.

U možnosti vyjádřit se k pestrosti podávané stravy udávali respondenti nedostatek koření a málo pestré snídaně. Černošková (2007, s. 59) naopak uvádí, že pacientům chybělo ovoce a zelenina. Při studování bakalářské práce Schneiderové (2014, s. 82) jsem zjistila, že 63 % (106 resp.) dotazovaných považuje množství ovoce a zeleniny za dostatečné (převážně muži). Zdá se tedy, že tato otázka ohledně pestrosti stravy v nemocnici je velice sporná.

Estetickou úpravu jídla hodnotili nejlépe respondenti z kategorie 75-84 let (29 %, 6 resp.). Nespokojení byli respondenti ze třech kategorií, a to 25-34, 45-54 a 65-74 let se 33 % (1 resp. v každé kategorii). Ve věkové kategorii 65-74 let se názory velmi lišily, protože ač měla zastoupení 33 % všech nespokojených respondentů, měla zároveň i zastoupení 31 % všech nerozhodných respondentů. Ve věkové kategorii 35-44 let převládala co se týče relativní četnosti nerozhodnost (8 %) nad spokojeností (5 %) a shodně tak i v kategorii 85 let a více.

Černošková (2007, s. 59) uvádí, že starší pacienti nejčastěji hodnotili estetiku jídla jedničkou, pak dvojkou a nakonec trojkou. Vyplývá z toho tedy, že starší pacienti hodnotili estetiku spíše pozitivně. V mém průzkumu se potvrdilo totéž. Naopak u Vacíkové (2014, s. 43) bylo s estetikou stravy nespokojeno 67 % (77 resp.) starších pacientů.

Teplota jídla byla nejvíce vyhovující pro věkové kategorie 65-74 let a 75-84 let (21 % - 7 resp. v obou případech) a dále pak pro kategorii 45-54 let (18 %, 6 resp.). Příliš horká nepřipadala nikomu z respondentů a za teplotně nižší nebo studenou ji označili 4 respondenti, vždy po jednom z věkových kategorií 25-34, 45-54, 65-74, 75-84 let.

Vondráčková (2011, s. 98-99) zjistila, že nejvíce nespokojeni byli pacienti ve věku 18-30 let, v čemž se částečně shodujeme.

S podávanými tekutinami byli nejvíce spokojeni respondenti ve věku 45-54 let (pouze 23 % - 7 resp. ze spokojených a 0 % z nespokojených) a 65-74 (23 % - 7 resp. ze spokojených a 14 % - 1 resp. z nespokojených). Nejvíce nespokojených respondentů bylo ve věku 75-84 let (29 %, 2 resp.). Vyrovnané výsledky byly v kategorii 55-64 let (13 % - 4 resp. ze spokojených a 14 % - 1 resp. z nespokojených).

V bakalářské práci Vondráčkové (2011, s. 122) považovali všichni respondenti ve věku 18-50 let nápoje za vyhovující. V mém průzkumu byla nejvíce spokojena kategorie respondentů ve věku 45-54 let.

Z celkového počtu respondentů, kteří hlasovali pro to, že by mezi dalšími podávanými tekutinami ve ZZ uvítali minerálku (17 respondentů) bylo 29 % z kategorie 75-84 let a 18 % z kategorie 65-74 let. Padesát procent hlasů pro vodu pocházelo z kategorie 65-74 let. Pro sladkou šťávu hlasovali nejvíce respondenti ve věku 55-64 let (38 %). Ovocný čaj preferovali stejně (29 %) lidé z věkové kategorie 65-74 a 75-84 let.

Dvorská (2016, s. 53) ve své práci uvádí, že nejvíce pacientů dostává od příbuzných minerální vody a džusy.

Vliv věku na velikost porce: naprosto vyrovnané byly výsledky mezi kategoriemi 65-74 let a 75-84 let. Obě dvě kategorie měly zastoupení odpovědí „jsou až moc velké“ a „jsou pro mne vyhovující“ 11 % (po 4 resp.). Vyrovnané výsledky těchto odpovědí byly i v kategorii „85 a více“ a to v zastoupení 3 % (1 resp.). Největší rozdíl mezi odpověďmi byl v kategorii 45-54, kdy pro 14 % (5 resp.) respondentů byly porce vyhovující a pro 5 % (2 resp.) byly až moc velké. Stejně velký rozdíl byl i v kategorii 55-64, kdy pro 11 % (4 resp.) byly porce vyhovující a pro 3 % (1 resp.) až moc velké. V kategorii 18-24 let byly pro 5 % (2 resp.) porce až moc velké a pro 3 % (1 resp.) vyhovující. Zajímavé je, že v kategoriích 25-34 a 35-44 odpověděli všichni respondenti, že pro ně byly porce vyhovující (v obou případech 5 % - 2 resp.).

Černošková (2007, s. 59) udává, že 18 % mladších pacientů a 4 % starších pacientů nevyhovovalo množství podávané stravy. V tomto výsledku se tedy také více či méně shodujeme. Grofová (2012, s. 29) uvádí, že u seniorů dochází k poklesu bazálního metabolismu až o 20 % oproti mladším jedincům. Dalším důvodem, který Grofová (2012, s. 29) uvádí je, že s vyšším věkem přichází zpomalené vyprazdňování většího objemu jídla ze žaludku, které může vést k pocitu časně sytosti. Je tedy vhodnější podávat menší porce, ale častěji.

Při vyhodnocování spokojenosti s chutí, můžeme říci, že nejvíce spokojená byla kategorie 75–84 let a nejvíce nespokojeni se stravou byli respondenti z věkové kategorie 18-24 let a 65-74 let. S pestrostí byli nejvíce spokojeni respondenti ve věku 45-54 a 75-84 let. Nespokojen byl pouze 1 člověk, a to z kategorie 35-44 let. Estetickou úpravu pokrmu na talíři hodnotili nejlépe lidé ve věku 75-84 let a nejhůře lidé z kategorie: 25-34, 45-54 a 65-74 let. Teplota stravy byla nejvíce vyhovující pro věkové kategorie 65-74 let a 75-84 let. Za nízkou nebo studenou ji označili 4 respondenti, vždy po jednom z věkových kategorií 25-34, 45-54, 65-74 a 75-84 let. S podávanými tekutinami byli nejvíce spokojeni respondenti ve věku 45-54 let a 65-74 let a nejméně respondenti ve věku 75-84 let. S velikostí porce byla nejvíce spokojena kategorie 45-54, která ji označila za vyhovující. Za moc velké je označovali respondenti z věkové kategorie 65-74 a 75-84 let.

Závěrem můžeme říci, že nejvíce spokojeni byli respondenti z věkové kategorie 75-84 let. Nejvíce nespokojeni byli respondenti ve věku 65-74 let.

Průzkumná otázka číslo 3

„Má naordinovaná dieta vliv na respondentovu spokojenost se stravou?“

K této průzkumné otázce se vztahují dotazníkové otázky zaměřené na číslo diety respondenta: číslo 4 a na spokojenost s podávanou stravou: 5, 6, 10.

U zkoumání vlivu naordinované diety na spokojenost se stravou jsem z důvodů větší přehlednosti spojila dohromady odpovědi „velmi spokojen/a“ a „spokojen/a“. Dále jsem spojila také odpovědi „nespokojen/a“ a „velmi nespokojen/a“. Stejně je to i u hodnocení estetiky podávaného jídla, kdy byly spojeny výsledky odpovědí 1 a 2 a dále pak 4 a 5.

Při celkovém zkoumání spokojenosti všech respondentů s chutí stravy bylo zjištěno, že 68 % (25 resp.) bylo spokojeno a 6 % (2 resp.) bylo nespokojeno. S pestrostí bylo spokojeno 60 % - 22 respondentů a nespokojeno 3 % - 1 respondent. Estetickou úpravu hodnotilo pozitivně 21 resp. (57 %) a negativně 3 respondenti (8 %). U pacientů, kteří číslo diety nevěděli, se vyskytovaly nejvíce diety číslo 3, 4 nebo 9, ale v rámci zachování anonymity bylo nemožné zpětně dohledat přesné zastoupení jednotlivých diet a byl tedy do hloubky prozkoumán pouze vzorek 18 respondentů, kteří své číslo diety znali a uvedli ho do dotazníku.

Z celkového počtu 18 respondentů, kteří věděli, jaké bylo jejich číselné označení diety v nemocnici, byl s chutí podávané stravy nejvíce spokojen jeden respondent dietou č. 1 (100 %). Dále byli 2 respondenti (66 %) s dietou č. 4 a na třetím místě bylo 5 pacientů s dietou č. 9 (63 %). Respondentů s dietou č. 3 bylo spokojených pouze 50 % (3 resp.). Jediný nespokojený respondent byl pacient s naordinovanou dietou č. 3 (17 %, 1 resp.).

Vondráčková (2011, s. 90) zjistila, že racionální dietu (dieta č. 3) hodnotilo pozitivně 50 respondentů z celkových 150 a negativně 11. Diabetickou dietu (č. 9) hodnotilo pozitivně 42 a negativně 11. Dietu číslo 4 (s omezením tuků) hodnotilo pozitivně 12 a negativně 9. Jelikož nejmenší rozdíl mezi počty pacientů u odpovědí je u diety číslo 4, předpokládám, že její chuť je sporná nebo se může do určité míry v různých zařízeních lišit, a tudíž i spokojenost s ní. V mém průzkumu se dieta číslo 4 ukázala jako chutná.

Co se týče pestrosti stravy, nejlépe hodnocenou dietou byla opět dieta číslo 1 (100 %, 1 resp.), dále dieta číslo 9 (63 %, 5 resp.). Dieta č. 3 měla zastoupení 33 % (2 resp.) spokojených a dieta č. 4 taktéž 33 % spokojených pacientů (1 resp.). Nespokojený s pestrostí stravy nebyl nikdo.

V průzkumu Vondráčkové (2011, s. 95) se ukazuje, že dietu číslo 4 nikdo nehodnotil negativně co se týče pestrosti. Moje výsledky se výsledky Vondráčkové tedy rozcházejí, protože v mém průzkumu byla dieta č. 4 na nižších příčkách, co se týče spokojenosti s její pestrostí.

Estetiku podávaného jídla hodnotili nejlépe respondenti s dietou číslo 1 (100 %, 1 resp.) a 4 (100 %, 3 resp.). Respondenti s dietou č. 3 hodnotili pozitivně estetiku v počtu 50 % (3 resp.). Respondenti s dietou č. 9 byli velice nerozhodní a estetiku své diety hodnotili číslem 3 v zastoupení 63 % (5 resp.). Negativně estetiku hodnotilo 17 %, tedy 1 respondent s dietou číslo 3.

Vzhled pokrmů hodnotili respondenti u Vondráčkové (2011, s. 86) nejlépe u diety č. 4, kdy nikdo nehodnotil vzhled negativně a nejhůře hodnotili respondenti dietu č. 9.

Na závěr můžeme říci, že s chutí byli nejvíce spokojeni respondenti s dietou číslo 1 a 4, nejméně pak s dietou číslo 3. S pestrostí stravy byli nejvíce spokojeni respondenti s dietou číslo 1 a 9. Nespokojen nebyl nikdo. A nakonec s estetikou byli spokojeni respondenti s dietou č. 1 a 4. Nejméně byli spokojeni respondenti s č. 3. Lze říci, že nejspokojenější byli respondenti s dietou číslo 1 a číslo 4. Jediní nespokojení, byli respondenti s dietou č. 3.

Je potřeba dodat, že diety byly zastoupeny takto: č. 1 (1x), č. 3 (6x), č. 4 (3x), č. 9 (8x). Problémem v tomto případě tedy je, že dietu číslo 1 měl pouze jeden respondent což zkresluje výsledky diety číslo 1 jako nejlepší diety. Schneiderová (2014, s. 82) také uvádí, že v její bakalářské práci mělo nejvíce respondentů dietu číslo 9, tedy diabetickou.

Průzkumná otázka číslo 4

„Má prostředí vliv na respondentovu spokojnost se stravou?“

K této průzkumné otázce se vztahují dotazníkové otázky zaměřené na spokojenost s prostředím a případným krmením: 8, 9, 12, 13 a na spokojenost s chutí podávané stravy: 5.

U zkoumání vlivu prostředí na spokojenost se stravou jsem pro lepší přehlednost spojila odpovědi „velmi spokojen/a“ a „spokojen/a“. Dále jsem stejně spojila odpovědi „nespokojen/a“ a „velmi nespokojen/a“. Podobně je tomu u hodnocení příjemnosti místa, kde respondent stoluje. Zde došlo ke spojení odpovědí „ano, je velmi příjemné“ a „spíše ano“, a dále pak ke spojení odpovědí „spíše ne“ a „rozhodně ne“. Stejně je to i u hodnocení estetiky podávaného jídla, kdy byly spojeny výsledky odpovědí 1 a 2 a dále pak 4 a 5.

S chutí podávané stravy byli spokojeni nejvíce respondenti, kteří seděli při jídle v jídelně nebo zvolili možnost „jiné“ (v obou případech 100 %, po 1 respondentovi). Dále byli nejvíce spokojeni respondenti sedící v lůžku s nohama v lůžku. Nespokojeni byli pouze respondenti, kteří seděli v lůžku s nohama svěšenýma dolů z lůžka (11 %, 2 resp.).

Při zkoumání vlivu místa, kde respondenti stoluji, na spokojenost s chutí podávané stravy jsem zjistila, že 77 % (7 resp.) ze všech respondentů, kterým bylo jedno v jakém prostředí stoluji, bylo spokojeno s chutí podávané stravy. Dále jsem zjistila, že 73 % - 16 respondentů, kteří byli spokojeni s chutí, hodnotili prostředí jako příjemné. Pouze 33 % (2 resp.) popsalo prostředí, kde stolovali, jako nepříjemné. Dále se 50 % (3 resp.), kteří hodnotili chuť neutrálně, v prostředí nelíbilo. Respondentů, kteří nebyli spokojeni s chutí stravy a hodnotili prostředí jako nepříjemné, bylo 17 % (1 resp.). Respondentů, kteří nebyli spokojeni s chutí, ale líbilo se jim prostředí, bylo jen 5 % (také 1 resp.).

Jak uvádí Vytejčková (2011, s. 180), je nutné zajistit příjemné prostředí, jelikož příjemné prostředí působí pozitivně na konzumaci potravy. Chodícím pacientům by se jídlo mělo servírovat do jídelny či jídelního koutu na oddělení. Z výsledků mého průzkumu je vidět, že v jídelně stoloval pouze 1 respondent z 37, což je velice překvapující. Dle mého názoru je to škoda, protože s trochou snahy ošetřovatelského personálu by na jídelně mohlo stolovat určitě více lidí a pozvedla by se tím i jeho kvalita.

Pouze jeden respondent v otázce č. 12 označil možnost „krmí mě ošetřující personál“ a mohl tudíž odpovědět na otázku č. 13. Respondent zaškrtl, že je „ani spokojen/a, ani nespokojen/a“ se způsobem krmení ošetřujícího personálu. Respondent sice uvedl, že nebyl „ani spokojen/a, ani nespokojen/a“, ale přesto na doplňující otázku „Pokud nejste spokojen/a, uveďte prosím důvod“ odpověděl slovy: „Říkají, že zdržují.“ Jak již bylo řečeno, tento respondent byl s chutí podávané stravy „ani spokojen/a, ani nespokojen/a“ a místo, kde stoloval, pro něj „rozhodně nebylo příjemné“.

Pokorná (2013, s. 68) uvádí, že rozestup mezi podávanými sousty by měl být 10-15 s, ale samozřejmě záleží na individuálních potřebách nemocného. Tím, že si k pacientovi sedneme v době krmení vyjádříme, že na něj máme dostatek času (Pokorná, 2013, s. 68). V tomto případě z toho nic pravděpodobně dodrženo nebylo, a navíc se ošetřovatelský personál slovně vyjadřoval k rychlosti jzení respondenta. Tento výsledek, zvláště pak vyjádření respondenta na doplňující otázku, je alarmující a nutí nás se zamyslet nad vzdělaností ošetřovatelského personálu v oblasti zásad správného krmení.

Závěrem lze říci, že nejvíce byli spokojeni respondenti stolující v jídelně nebo v „jiné“ poloze (100 %). Hned za nimi byli se 77 % lidé stolující v lůžku s nohama v lůžku. Nespokojeni byli pouze respondenti stolující v lůžku s nohama svěšenýma dolů (17 %). Ukázalo se, že 77 % respondentů, kterým strava chutnala, nezáleželo na prostředí, kde stolovali. Dále 73 % respondentů, kterým chutnalo, se v prostředí, kde stolovali líbilo a 33 % se v prostředí nelíbilo. Padesát procent hodnotilo chuť stravy jako neutrální a v prostředí, kde ji konzumovali se jim nelíbilo. Nakonec 17 % nespokojených s chutí bylo nespokojeno i s prostředím. Respondent, který byl krmen personálem nemůže být nijak zařazen, protože se o chuti podávané stravy vyjádřil neutrálně. Opět ale musíme uvést, že výsledky jsou zkresleny tím, že respondentů, kteří stolovali v jídelně a v poloze „jiné“, bylo v obou případech po jednom.

5 ZÁVĚR

Cílem této bakalářské práce bylo v teoretické části popsat výživu a její význam pro člověka, dále charakterizovat stravování v nemocnicích, včetně toho, jakou roli hraje sestra v péči o výživu nemocného a také popsat dietní systém v nemocnicích. Cílem průzkumné části bylo zjistit spokojenost pacientů se stravou podávanou ve zdravotnických zařízeních.

Zjistila jsem, že pohlaví pacienta má vliv na jeho spokojenost s podávanou stravou. Muži jsou více spokojeni než ženy. Dalším dílčím cílem bylo zjistit vliv věku pacienta na jeho spokojenost se stravou. Zde jsem došla k závěru, že nejspokojenější byli respondenti z věkové kategorie 75-84 let. Nejvíce nespokojeni byli pacienti ve věku 65-74 let. Posledním dílčím cílem bylo prozkoumat vliv pohlaví na spokojenost s velikostí porce. Z výsledků vyplývá, že muži jsou více spokojeni s velikostí porce než ženy, pro které jsou porce až moc velké.

V posledních dvou průzkumných otázkách jsem hledala vztah mezi naordinovanou dietou a spokojeností pacientů se stravou a dále pak vlivem prostředí, kde pacient stoluje, na spokojenost se stravou. Při celkovém zkoumání spokojenosti všech respondentů s chutí jsem zjistila, že více než polovina respondentů byla s chutí spokojena, stejně tak tomu bylo i u spokojenosti s pestrostí stravy a estetickou úpravou jídla. Jelikož v rámci zachování anonymity bylo nemožné zpětně dohledat přesné zastoupení jednotlivých diet v celkovém počtu 37 respondentů, byl do hloubky prozkoumán pouze vzorek 18 respondentů, kteří číslo své diety znali a uvedli ho do dotazníku. Tento malý počet respondentů byl pak komplikujícím faktorem při vyhodnocování průzkumné otázky číslo 3. Mimo jediného účastníka s dietou č. 1, který hodnotil vše velmi pozitivně, jsem zjistila, že nejvíce spokojeni byli pacienti, kteří měli dietu číslo 4. Mezi nespokojené patřili čistě jen pacienti s dietou číslo 3. I v poslední průzkumné otázce jsem se u některých odpovědí potýkala s nedostatkem respondentů. Jelikož v jídelně a v poloze „jiné“ jsem měla zastoupení vždy po jednom respondentovi, nejsou výsledky z důvodu nízkého počtu respondentů příliš validní. Nejvíce spokojeni byli pacienti, kteří stolovali v lůžku s nohama v lůžku. Také se ukázalo, že většině pacientů, kterým strava chutná, nezáleží na tom, v jakém prostředí stoluji, nebo shledávají prostředí příjemným.

Přínosem do praxe můžou být nedostatky, na které upozorňovali pacienti v otevřených otázkách. Například postrádali pestřejší snídane nebo více koření ve stravě. Vhodné by také bylo rozšíření nabídky nápojů připravovaných pro pacienty. Velmi alarmující byla situace krmeného respondenta, který nebyl respektován a ošetřujícím personálem mu byla připomínána jeho pomalost. Tato odpověď mě utvrdila v tom, jak moc je důležité znát zásady správného krmení v praxi. Předmětem dalšího zkoumání by tedy mohla být vzdělanost ošetřujícího personálu v oblasti zásad správného krmení pacientů a jejich případná edukace.

6 POUŽITÁ LITERATURA

ČERNOŠKOVÁ, Věra. *Spokojenost pacientů se stravováním v nemocnici*. Zlín, 2007. Bakalářská práce. Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, Fakulta humanitních studií. Vedoucí práce Mgr. Anna Krátká.

DVORSKÁ, Dana. *Spokojenost pacientů s nemocničním stravováním*. Jihlava, 2016. Bakalářská práce. Vysoká škola polytechnická Jihlava, Katedra zdravotnických studií. Vedoucí práce Mgr. Magdalena Lavičková.

GROFOVÁ, Zuzana. *Dieta na podporu hojení ran: lékař vám vaří*. Praha: Forsapi, ©2012. 190 s. Rady lékaře, průvodce dietou. ISBN 978-80-87250-21-1.

GROFOVÁ, Zuzana. *Dieta pro vyšší věk*. Praha: Forsapi, ©2011. 167 s. Rady lékaře, průvodce dietou. ISBN 978-80-87250-11-2.

KALÁBOVÁ, Martina. *Rady ošetrovatelské*. Vydání: 2. Praha: Diakonie ČCE, 2017. 75 s. Rady pro pečující. ISBN 978-80-87953-17-4.

KLIMEŠOVÁ, Iva a Jiří STELZER. *Fyziologie výživy*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2013. 177 s. ISBN 978-80-244-3280-9.

KOHOUT, Pavel a Eva KOTRLÍKOVÁ. *Základy klinické výživy*. Praha: Forsapi, 2009. 113 s. Informační servis pro lékaře. ISBN 978-80-87250-05-1.

KUDLOVÁ, Eva. *Hygiena výživy a nutriční epidemiologie*. Praha: Karolinum, 2009. 287 s. ISBN 978-80-246-1735-0.

MANDYSOVÁ, Petra a Jana ŠKVRŇÁKOVÁ. *Diagnostika poruch polykání z pohledu sestry*. Praha: Grada Publishing, 2016, 127 s. Sestra. ISBN 978-80-271-0158-0.

MARÁDOVÁ, Eva. *Výživa a hygiena ve stravovacích službách*. Vydání: 4. Praha: Vysoká škola hotelová v Praze 8, 2015. 210 s. ISBN 978-80-87411-65-0.

MASTILIAKOVÁ, Dagmar. *Posuzování stavu zdraví a ošetrovatelská diagnostika: v moderní ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada, 2014. 192 s. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-5376-8.

MERHAUT, Marek. *Národní kultura stravování a kulturní difuze*. Praha: Wolters Kluwer, 2016. 150 s. ISBN 978-80-7552-077-7.

MLEJNKOVÁ, Lena. *Služby společného stravování*. Vydání: 2., aktualiz. Praha: Oeconomica, 2009. 130 s. ISBN 978-80-245-1592-2.

MLEJNKOVÁ, Lena. *Stravovací služby*. Praha: Idea servis, 2016. 162 s. ISBN 978-80-85970-88-3.

ONDERKOVÁ, Alice. *Ošetrovatelská abeceda*. Vydání: 3. Brno: Moravskoslezský kruh, 2011. 103 s. Laická péče.

PETROVÁ, Jana a Sylva ŠMÍDOVÁ. *Základy výživy pro stravovací provozy: školní stravování, výživové normy (spotřební koš), dietní stravování ve školní jídelně, zásady správné výživy, výživa dětí, dospívajících, sportujících dětí a adolescentů, seniorů*. Plzeň: Jídelny.cz, 2014. 307 s. ISBN 978-80-905557-0-9.

POKORNÁ, Andrea. *Ošetrovatelství v geriatrici: hodnoticí nástroje*. Praha: Grada, 2013. 193 s. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-4316-5.

POKORNÁ, Andrea, Alena KOMÍNKOVÁ a Nikola SIKOROVÁ. *Ošetrovatelské postupy založené na důkazech*. Brno: Masarykova univerzita, 2014. 171 s. ISBN 978-80-210-6331-0.

SCHNEIDEROVÁ, Nikola. *Vliv podávaných pokrmů na spokojenost pacientů v Nemocnici Prachatice a.s.* České Budějovice, 2014. Bakalářská práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta. Vedoucí práce RNDr. Jana Krejsová.

SHARMA, Sangita. *Klinická výživa a dietologie: v kostce*. Přeložila Hana POSPÍŠILOVÁ. Praha: Grada, 2018. 229 s. Sestra (Grada). ISBN 978-80-271-0228-0.

STREJCOVÁ, Diana. *Výživa a nutriční stav hospitalizovaných pacientů v Plzeňském kraji*. Plzeň, 2012. Bakalářská práce. Západočeská univerzita v Plzni, Fakulta zdravotnických studií. Vedoucí práce MUDr. Lenka Luhanová.

STŘEDA, Leoš, Eva MARÁDOVÁ a Tomáš ZIMA. *Vybrané kapitoly o zdraví*. Praha: Univerzita Karlova, Pedagogická fakulta, 2010. 111 s. ISBN 978-80-7290-480-8.

ŠAMÁNKOVÁ, Marie. *Lidské potřeby ve zdraví a nemoci aplikované v ošetrovatelském procesu*. Praha: Grada, 2011. 134 s. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3223-7.

URBÁNEK, Libor, Pavla URBÁNKOVÁ a Jaroslava MARKOVÁ. *Klinická výživa v současné praxi*. Vydání: 2., upravené. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2010, 97 s. ISBN 978-80-7013-525-9.

VACÍKOVÁ, Simona. *Stravování v nemocnicích*. Praha, 2014. Bakalářská práce. Vysoká škola hotelová v Praze 8, spol. s. r. o., Katedra hotelnictví. Vedoucí práce Ing. Zbyněk Vinš.

VONDRÁČKOVÁ, Zdeňka. *Spokojenost pacientů s kvalitou stravy v nemocničním zařízení*. Praha, 2011. Bakalářská práce. Univerzita Karlova v Praze, 3. lékařská fakulta. Vedoucí práce Doc. MUDr. Pavel Dlouhý Ph. D.

VYTEJČKOVÁ, Renata. *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné I: obecná část*. Praha: Grada, 2011. 228 s. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3419-4.

TRACHTOVÁ, Eva. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu: učební texty pro vyšší zdravotnické školy, bakalářské a magisterské studium, specializační studium sester*. Vydání: 4., rozšířené. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2018. 261 s. ISBN 978-80-7013-590-7.

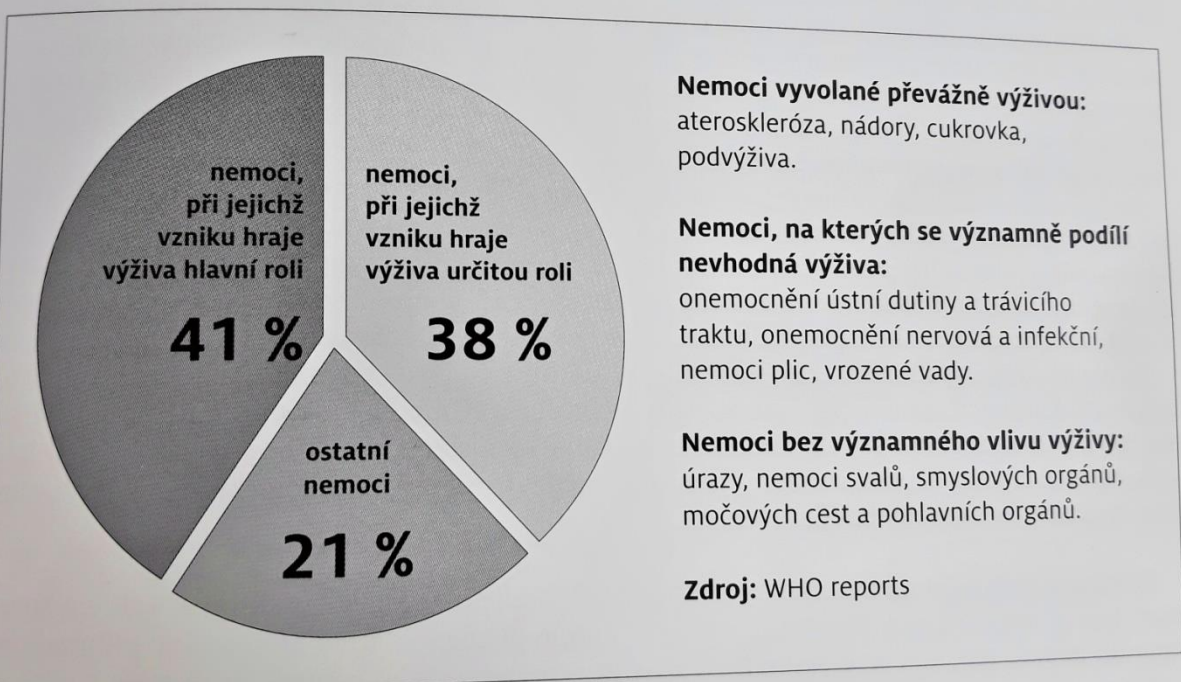
TRACHTOVÁ, Eva, Gabriela TREJTNAROVÁ a Dagmar MASTILIAKOVÁ. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. Vydání: 3., nezměn. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2013. 185 s. ISBN 978-80-7013-553-2.

ZLATOHLÁVEK, Lukáš. *Klinická dietologie a výživa*. Praha: Current Media, 2016. 422 s. Medicus. ISBN 978-80-88129-03-5.

PŘÍLOHY

Příloha A – <i>Význam stravy vzhledem ke vzniku onemocnění</i> (Zlatohlávek, 2016, s. 17)	69
Příloha B – <i>Nutritional Risk Screening (NRS 2002)</i> (Urbánek et al., 2010, s. 10-11	70
Příloha C – <i>Zásady pro správné krmení nemocných</i> (Pokorná, 2013, s. 69).....	72
Příloha D – <i>Příklad systému diet ve Všeobecné fakultní nemocnici v Praze</i> (Zlatohlávek, 2016, s. 21-25)	73
Příloha E – <i>Rozdělení základních diet</i>	78
Příloha F – <i>Dotazník</i>	81
Příloha G – <i>Zastoupení obou pohlaví vzhledem k věkovým kategoriím</i>	85

Graf 1.1 Význam stravy



Iniciální screening			
1.	Je BMI < 20,5 ?	ANO	NE
2.	Zhubl pacient v posledních 3 měsících?	ANO	NE
3.	Přijímal pacient méně potravy v posledním týdnu?	ANO	NE
4.	Je pacient vážně nemocný?	ANO	NE
ANO: Jestliže je odpověď na kteroukoli otázku ANO, provádí se rozšířený screening NE: Jestliže je odpověď na všechny otázky NE, opakuje se tento screening za týden. Pokud je například pacient před větším operačním výkonem, mělo by se zvážit vypracování preventivního nutričního plánu.			

Tabulka 1a: NRS 2002 Iniciální screening

Rozšířený screening			
Zhoršený nutriční stav		Vážnost onemocnění	
Nepřítomný Skóre 0	Normální výživový stav	Pacient je zdravý Skóre 0	Standardní nutriční potřeba
Mírný Skóre 1	Ztráta váhy >5% za 3 měsíce nebo příjem potravy 50-75% za poslední týden	Mírný Skóre 1	Nekomplikovaná zlomenina, pacienti s akutní exacerbací, CHOPN, cirhóza jaterní, DM, renální selhání
Střední Skóre 2	Ztráta váhy >5% za 2 měsíce nebo BMI 18,5-20,5 + zhoršený celkový stav nebo příjem potravy 25-50% poslední týden	Střední Skóre 2	Pacient po velkém chirurgickém výkonu, úrazy, vážná pneumonie, hematologická malignita
Těžký Skóre 3	Ztráta váhy >5% za poslední měsíc či >15% za poslední 3 měsíce nebo BMI <18,5 + zhoršený celkový stav nebo příjem potravy 0-25% poslední týden	Těžký Skóre 3	Poranění hlavy, transplantace kostní dřeně, pacient s APACHE >10
Skóre:	+	Skóre:	= Celkové skóre
Věk:	V případě, že má pacient 70 a více let připočte se k celkovému skóre 1		
Vyhodnocení rozšířeného screening			
Celkové skóre ≥ 3 – je nutné vypracování nutričního plánu Celkové skóre < 3 – opakuje se screening za týden. Pokud je například pacient před větším operačním výkonem, mělo by se zvážit vypracování preventivního nutričního plánu.			

Tabulka 1b: NRS 2002 Rozšířený screening

Příloha C – Zásady pro správné krmení nemocných (Pokorná, 2013, s. 69)

Příprava stravy	Příprava zdravotníka	Příprava nemocného
Strava dostatečně teplá	Mechanické mytí rukou (nepoužívat antiseptikum – může dráždit a kontaminovat stravu)	Vertikalizace nemocného (nejlépe 90°, dle možnosti nemocného a jeho aktuálního stavu)
Pokrm krájet před nemocným	Dostatek času pro krmení, zajištění klidného prostředí	Ochrana oděvu před potřísněním + umytí rukou nemocnému – vytváření návyku před příjmem potravy
Vhodně upravená strava v odpovídající nádobě	Poloha vsedě (stejná výše očí – dodržení totožné horizontální úrovně s pacientem)	Informování nemocného o příjmu potravy (neopomíjet ani u nemocných se závažnější kognitivní poruchou), zajištění kompenzačních pomůcek – zubní náhrada aj.
Zajištění tekutin a případných dochucovadel dle požadavků nemocného a dietních opatření (sůl)	Zhodnocení imobility a laterality nemocného (dominance horní končetiny)	Správná poloha těla, hlavy (skloněná brada), vhodné umístit horní končetiny pacienta na stole, jídelním stolku – stimulace dlaně
Vhodná konzistence stravy a přiměřenost, prostor pro přípravu a příjem stravy	Zjištění dosavadního způsobu krmení pacienta od ostatních zdravotníků	Pomalé podávání stravy s kontinuálním sledováním známek rizika aspirace, v případě mírné kognitivní poruchy je vhodné zapojit seniora do přípravy pokrmů a do aktivit spojených se stolováním

Příloha D – *Příklad systému diet ve Všeobecné fakulní nemocnici v Praze* (Zlatohlávek, 2016, s. 21-25)

Tab. 2.1 Příklad systému diet

Ozn.	Název diety	KJ	B	S	T
0	Tekutá Podává se při akutních stavech a v prvních stadiích po operaci dutiny břišní a částí trávicího systému.	3000	35	60	15
0-K	Kaše Podává se v prvních stadiích po operaci dutiny břišní a částí trávicího systému, je dalším stupněm zatížení GIT.	8850	70	350	50
0-K9	Kaše – diabetická Podává se v prvních stadiích po operaci dutiny břišní a částí trávicího systému pacientům s diabetes mellitus.	8500	70	275	45
NPO	Nic per os Indikuje se v akutních stavech, kdy pacient není schopen, nebo z důvodů léčebných nesmí přijímat stravu per os. Nepřihodnotná, krátkodobé podání.				

Ozn.	Název diety	KJ	B	S	T
0-S	Čajová Podává se v akutních stavech při onemocněních pankreatu, žlučníku a v prvních stádiích po operaci dutiny břišní a částí trávicího systému.	1000	0	60	0
1S	Kašovitá Podává se po operaci dutiny ústní a dalších částí trávicího systému, po tonzilektomii, při onemocnění dutiny ústní, hltanu a jícnu, při ztíženém kousání a polykání. Nesmí se podávat do sondy!	10000	90	340	70
2	Šetřící Indikuje se při onemocnění žaludku, gastrického vředu po odeznění akutního stadia, při chronickém onemocnění jater, alergických reakcích.	10000	90	340	70
3	Racionální Indikuje se při všech onemocněních, při nichž není nutná zvláštní úprava výživy.	9500	80	320	70
3G	Geriatrická Dieta je určena pro gerontologické pacienty, je mechanicky i chuťově modifikována.	9500	80	320	70
4ML	Šetřící s omezením tuku – mletá Indikuje se při onemocnění žlučníku a pankreatu po odeznění akutního stadia, při chronickém onemocnění žlučníku, na přechodný čas i po virovém zánětu jater, je mechanicky upravená pro zlepšení příjmu stravy.	9500	80	360	55
4	Šetřící s omezením tuku Indikuje se při onemocnění žlučníku a pankreatu po odeznění akutního stadia, při chronickém onemocnění žlučníku, na přechodný čas i po virovém zánětu jater.	9500	80	360	55
4S	S přísným omezením tuku Indikuje se pacientům v akutním stadiu infekční žloutenky, zánětu žlučníku, první dny po cholelitiatickém záchvatu, po cholecystektomii po čajové dietě, pacientům s akutní nekrózou pankreatu v prvních dnech po absolutní hladovce.	7000	35	350	10
4S/9	S přísným omezením tuku – diabetická Indikuje se pacientům v akutním stadiu infekční žloutenky, zánětu žlučníku, první dny po cholelitiatickém záchvatu, po cholecystektomii po čajové dietě, pacientům s akutní nekrózou pankreatu v prvních dnech po absolutní hladovce, pacientům s komplikací diabetes mellitus.	7000	45	320	10

Ozn.	Název diety	KJ	B	S	T
5	Bezezbytková Indikuje se při chronickém průjmovém onemocnění, střevní dyspepsii a dráždivém tračníku, chronické enterokolitidě, kolitidě, ulcerózní kolitidě, pokud není třeba speciální diety.	9500	80	320	70
8	Redukční Indikuje se obézním pacientům, kdy chceme dosáhnout úbytku váhy vzhledem k jejich dalšímu onemocnění, např. operace, hypertenze, opakovaný infarkt myokardu. Tuto dietu lze dále modifikovat podle potřeb pacientů.	5200	90	122	41
8/800	Redukční – přísná na 800 kcal	3340	65	100	30
8/600	Redukční – přísná na 600 kcal	2520	60	70	20
8ML	Redukční – mletá	5200	90	122	41
8S	Redukční – šetřící	5200	90	122	41
9/275	Diabetická Indikuje se pacientům s diabetem, hyperlipoproteinemií a obézním. Tuto dietu lze dále modifikovat podle potřeb pacientů na 9/175–9/320 g S.	8590	85	275	70
9POR	Diabetická – při gestačním diabetu Indikuje se gravidním ženám, u kterých byl diagnostikován gestační diabetes. Dieta je modifikována dle specifických požadavků.	8450	85	250	65
9/1S	Diabetická na 275g sacharidů – kašovitá Podává se po operaci dutiny ústní a dalších částí trávicího systému, po tonzilektomii, při onemocnění dutiny ústní, hltanu a jícnu, při ztíženém kousání a polykání u pacientů s komplikací diabetes mellitus. Nesmí se podávat do sondy!	8590	85	275	70
9/5	Diabetická – bezezbytková Indikuje se při chronickém průjmovém onemocnění, střevní dyspepsii a dráždivém tračníku, chronické enterokolitidě, kolitidě, u ulcerózní kolitidy, pokud není třeba speciální dieta, u pacientů s komplikací diabetes mellitus.	8590	85	275	70
BMV	S vyloučením mléka a mléčných výrobků Indikuje se u pacientů s intolerancí laktózy, či jiné složky mléčných produktů.	9500	90	320	60
ROZ/3	Rozepsaná, po transplantaci kostní dřeně Indikuje se u pacientů po transplantaci kostní dřeně. Ze stravy jsou vyloučeny potraviny s živými kulturami.	9500	80	320	70
S/BLP	Bezlepková Indikuje se při onemocnění tenkého střeva – celiakie, sprue. Dieta nesmí obsahovat lepek.	9500	80	320	70

Ozn.	Název diety	KJ	B	S	T
S35	Se sníženým obsahem bílkovin na 35 g Indikuje se pacientům s nefrologickou insuficiencí, dle individuálních požadavků.	10000	35	360	80
S35/9	Se sníženým obsahem bílkovin na 35 g – diabetická Indikuje se pacientům s renální insuficiencí a komplikací diabetes mellitus, dle individuálních požadavků.	9500	35	300	80
S50	Se sníženým obsahem bílkovin na 50 g Indikuje se pacientům s renální insuficiencí, dle individuálních požadavků.	10000	50	360	70
SP 1–4	Pankreatická 1.–4. den Indikuje se pacientům s akutní pankreatitidou, v prvních dnech po absolutní hladovce.	11000	75	500	10
SP 1. den	Pankreatická 1–4 den	1200	2	65	0
SP 2. den	Pankreatická 1–4 den	5100	25	260	5
SP 3. den	Pankreatická 1–4 den	7800	50	360	10
SP 4. den	Pankreatická 1–4 den	8000	50	380	12
SP 5–10	Pankreatická 5.–10. den Indikuje se pacientům s akutní pankreatitidou, v prvních dnech po zahájené realimentaci.	8500	90	320	30
SP 5–10/9	Pankreatická 5.–10. den den – diabetická Indikuje se pacientům s akutní pankreatitidou, v prvních dnech po zahájené realimentaci, komplikací je diabetes mellitus.	8500	90	320	30
VEG	Vegetariánská Dieta je určena pacientům, kteří odmítají konzumaci masa a masných výrobků. Nutriční vyváženost je zajištěna obsahem sojového masa, vajec a luštěnin.	11000	90	400	80
VMK	Diagnostická dieta Je určena ke krátkodobému použití s omezením potravin interferujících se stanovením močových katecholaminů (silný čaj, káva, kakao, kořeněná jídla ...).	9000	90	230	70
11POR	Pro matky po porodu Ze stravy je vyloučena nadýmavá zelenina a kořeněná jídla, je upravena tak, aby vyhovovala kojícím matkám a nezpůsobovala nadýmání dítěte.	11000	90	360	85

Ozn.	Název diety	KJ	B	S	T
12	Strava batolat Je určena dětem od 1,5 do 3 let, pokud onemocnění nevyžaduje speciální dietu.	7500	70	250	60
13	Strava větších dětí Indikuje se dětem od 4 do 15 let, pokud nepotřebují speciální dietu.	9500	90	360	70

Legenda: Ozn. – označení, B – bílkoviny, T – tuky, C – cukry, KJ – kilojouly, S – šetřící, P – pankreatická, POR – pro matky po porodu či těhotné, VMK – volné močové katecholaminy, ML – mletá, BLP – bezlepková, BML – bezmléčná, ROZ – rozepsaná, G – geriatrická, BMV – bez mléčných výrobků, VEG – vegetariánská.

Zdroj: upraveno dle dietního systému Všeobecné fakultní nemocnice v Praze.

Dieta číslo 0s

Čajová dieta je indikována jen v akutních stavech, kdy nemocný není schopen nebo nesmí z léčebných důvodů přijímat stravu per os. Tato dieta je neplnohodnotná a krátkodobá (Kudlová, 2009, s. 130).

Dieta číslo 1s

Tekutá nebo mixovaná dieta se podává po operaci nebo onemocnění dutiny ústní, tonzilektomii, při onemocnění hltanu, jícnu a dalších částí trávicího systému. Můžeme ji také podat při ztíženém kousání nebo polykání. Tato strava se nesmí podávat do sondy (Kudlová, 2009, s. 130).

Dieta číslo 1

Dieta č. 1 (kašovitá) je strava mechanicky a chemicky šetřící. Indikována bývá po operacích v trávicím systému (např. žaludku), při poleptání, steatóze nebo rakovině jícnu (Kudlová, 2009, s. 130).

Dieta číslo 2

Dieta č. 2 (šetřící) je živinami vyvážená a energeticky plnohodnotná strava s šetřící úpravou pokrmů (Kohout, Kotlíková, 2009, s. 34). Je pro pacienta lehce stravitelná. Indikuje se při onemocnění žaludku, při chronickém onemocnění jater nebo alergických reakcích (Kudlová, 2009, s. 130).

Dieta číslo 3

Dieta č. 3 (základní), tedy stravování bez jakéhokoli dietního omezení. Můžeme říci, že jde o běžnou stravu, která by měla být zastoupena vyváženým poměrem živin a splňovat podmínky zdravého stravování. V praxi se ale často setkáváme s tím, že z ekonomických důvodů v ní bývají zastoupeny i pokrmy, které nesplňují představy o zdravém stravování, cenově jsou však levné (Kohout, Kotlíková, 2009, s. 33).

Dieta číslo 4

Dieta č. 4 (s omezením tuků), jak už vyplývá z názvu, nemá vyvážený poměr základních živin a může být energeticky neplnohodnotnou dietou (Kohout, Kotlíková, 2009, s. 34). Podává se při chorobách žlučníku a jeho chronických onemocněních (Kudlová, 2009, s. 131).

Dieta číslo 4s

Dieta s přísným omezením tuků a živočišných bílkovin se podává v akutním stádiu infekční žloutenky, zánětu žlučníku, po cholecystektomii (až po čajové dietě) a pacientům s akutní nekrózou pankreatu v prvních dnech po absolutní hladovce. Strava je hlavně sacharidová s omezením bílkovin, a hlavně vyloučením volného tuku (Kudlová, 2009, s. 131).

Dieta číslo 5

Dieta č. 5 (bezezbytková) je mechanicky a chemicky šetřící a obsahuje co nejméně nestravitelných složek potravy. Indikována je hlavně při chronických průjmech, střevní dyspepsii, ulcerózní kolitis (pokud není potřeba speciální dieta) a dráždivém tračníku (Kudlová, 2009, s. 131).

Dieta číslo 6

Dieta č. 6 (s omezením bílkovin) se stejně jako u diety číslo 5 upravuje dle individuální nutriční potřeby pacienta. V základním provedení obsahuje 50 g bílkovin na den, ať už v neslané či solené verzi (Kohout, Kotrlíková, 2009, s. 34).

Dieta číslo 7

Dieta s omezením cholesterolu a sníženým přísunem sacharidů se podává při zvýšené hladině cholesterolu v krvi, hyperlipoproteinemii a jako prevence chronických kardiovaskulárních chorob (Kudlová, 2009, s. 131).

Dieta číslo 8

Dieta č. 8 (redukční) nemá v dietním systému, hlavně v krátkodobé hospitalizaci opodstatnění (Kohout, Kotrlíková, 2009, s. 34). Je to dieta se sníženým obsahem energie, tuků a s vyloučením cukru. Podáváme ji pacientům s obezitou, abychom dosáhli úbytku na váze (Kudlová, 2009, s. 131).

Dieta číslo 9

Diety č. 9 (diabetické) jsou připravovány bez dietního omezení, se zastoupením živin podle typu zvolené diabetické diety. Například s obsahem 275 g sacharidů, 225 g nebo 175 g (Kohout, Kotrlíková, 2009, s. 33).

Dieta číslo 10

Dieta č. 10 (neslaná) stejně jako dieta číslo 8 nemá podle Kohouta a Kotrlíkové v dietním systému opodstatnění (2009, s. 34). Jde o dietu s úplným vyloučením kuchyňské soli a s omezením potravin, které obsahují sodík (Kudlová, 2009, s. 132).

Dieta číslo 11

Dieta č. 11 (výživná) většinou nemá u současné populace význam (Kohout, Kotrlíková, 2009, s. 34). Jde o stravu se zvýšenou energetickou hodnotou, která se podává u pacientů s nutností vyššího příjmu energie, v rekonvalescenci nebo při onkologické léčbě (Kudlová, 2009, s. 132).

Dieta číslo 12 a 13

Ve ZZ, které poskytuje péči i dětem, je obvyklá dieta číslo 12 (batolecí) (Kohout, Kotrlíková, 2009, s. 34). Je určena dětem od 1,5 let do 3 let, pokud jejich onemocnění nevyžaduje speciální dietu (Kudlová, 2009, s. 132).

Dieta číslo 13 je pro větší děti od 4 do 15 let, pokud jejich onemocnění nevyžaduje speciální dietu (Kudlová, 2009, s. 132).

Příloha F – *Dotazník*

Dobrý den,

jmenuji se Anna Čermáková a jsem studentka 3. ročníku bakalářského oboru Všeobecná sestra na Fakultě zdravotnických studií Univerzity Pardubice. V rámci své bakalářské práce se zabývám spokojeností pacientů se stravou nabízenou ve zdravotnických zařízeních. Součástí mé práce je dotazník a já bych Vás tímto chtěla požádat o jeho pravdivé vyplnění.

Dotazník je anonymní a výsledky budou použity jen pro účely mé bakalářské práce.

Pokud není uvedeno jinak, zakřížkujte prosím jen jednu Vámi vybranou odpověď.

Předem děkuji za Vaši ochotu a čas.

Čermáková Anna

1. Pohlaví:

- muž
- žena

2. Věk:

- 18-24
- 25-34
- 35-44
- 45-54
- 55-64
- 65-74
- 75-84
- 85 a více

3. Na jakém oddělení jste hospitalizován/a?

- interní
- chirurgické

4. Víte, jaké je číselné označení Vaší diety v nemocnici?

- ano (prosím vypište): _____
- ne

5. Jste spokojen/a s chutí podávané stravy? Jsem:

- velmi spokojen/a
- spokojen/a
- ani spokojen/a, ani nespokojen/a
- nespokojena/a
- velmi nespokojen/a

6. Jak jste spokojen/a s pestrostí a skladbou jídelníčku? Jsem:

- velmi spokojen/a
- spokojen/a
- ani spokojen/a, ani nespokojen/a
- nespokojena/a
- velmi nespokojen/a

Pokud nejste spokojen/a, co postrádáte?

7. Jaká je Vaše spokojenost s velikostí porce?

- jsou až moc velké
- jsou pro mne vyhovující
- jsou malé, mívám hlad

8. V jaké poloze stolujete?

- sedím v polosedě v lůžku, nohy zůstávají v lůžku
- sedím na lůžku, nohy mám svěšené z lůžka dolů
- sedím na pokoji u stolu
- sedím v jídelně u stolu
- jiné: _____

9. Je pro Vás místo, kde stolujete, příjemné?

- ano, je velmi příjemné
- spíše ano
- je mi to jedno
- spíše ne
- rozhodně ne

10. Vyjádřete svoji spokojenost s estetickou úpravou podávaného jídla na stupnici (1 = maximální spokojenost až 5 = nespokojenost):

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5

Co se Vám případně na úpravě jídla nelíbí?

11. U podávané stravy je její teplota:

- příliš horká
- teplota stravy je pro mě vyhovující
- nevhovující, teplota stravy je nízká
- studená

12. Najím se:

- sám/a
- s dopomocí ošetřujícího personálu (např. potřebuji pomoc při krájení)
- krmí mě ošetřující personál

13. Na tuto otázku odpovězte, jen pokud jste na otázku č. 12 odpověděl/a: „krmí mě ošetřující personál“.

Jste spokojen/a se způsobem krmení?

- velmi spokojen/a
- spokojen/a
- ani spokojen/a, ani nespokojen/a
- nespokojena/a
- velmi nespokojen/a

Pokud nejste spokojen/a, uveďte prosím důvod:

14. Jste spokojen/a s podávanými tekutinami?

- ano
- ne

15. Jaké tekutiny byste případně uvítal/a? (Můžete zaškrtnout i více odpovědí.)

- ovocný čaj
- voda
- sladká šťáva
- minerálka
- jiné: _____

Děkuji Vám za Vaši spolupráci.

Po vyplnění vložte prosím tento dotazník do obálky a odevzdejte ho zdravotní sestře.

Příloha G – Zastoupení obou pohlaví vzhledem k věkovým kategoriím

