

UNIVERZITA PARDUBICE  
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2025

Sára Machová

Univerzita Pardubice  
Fakulta zdravotnických studií

Dodržování zásad nelékařského zdravotnického pracovníka při podávání stravy  
seniorům

Bakalářská práce

Univerzita Pardubice  
Fakulta zdravotnických studií  
Akademický rok: 2023/2024

# ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení: **Sára Machová**  
Osobní číslo: **Z22185**  
Studijní program: **B0913P360004 Všeobecné ošetřovatelství**  
Téma práce: **Dodržování zásad nelékařského zdravotnického pracovníka při podávání stravy seniorům**  
Téma práce anglicky: **Adherence to the principles of non-medical healthcare workers in food provision for seniors**  
Zadávací katedra: **Katedra ošetřovatelství**

## Zásady pro vypracování

1. Studium literatury, sběr informací a popis současného stavu řešené problematiky.
2. Stanovení cílů a metodiky práce.
3. Příprava a realizace výzkumného 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:

MALÍKOVÁ, Eva, 2020. *Péče o seniory v pobytových zařízeních sociálních služeb: 2.*, aktualizované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-2030-7.  
PLEVOVÁ, Ilona a KACHLOVÁ, Miroslava, 2023. *Postupy v ošetrovatelské péči 3*, Enterální výživa. Sestra. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-3033-7.  
VÁGNEROVÁ, Tereza, 2020. *Výživa v geriatrii a gerontologii*. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-4620-6.  
ZLATOHLÁVEK, Lukáš, 2019. *Klinická dietologie a výživa 2*. rozšířené vydání. Praha: Current media. Medicus. ISBN 978-80-88129-44-8.  
ZRUBÁKOVÁ, Katarína a BARTOŠOVIČ, Ivan, 2019. *Nefarmakologická léčba v geriatrii*. Sestra. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-2207-3.

Vedoucí bakalářské práce: **Mgr. Hana Ochtinská, Ph.D.**  
Katedra ošetrovatelství

Datum zadání bakalářské práce: **1. prosince 2023**  
Termín odevzdání bakalářské práce: **30. dubna 2025**

doc. RNDr. ThLic. Karel Sládek, Ph.D., MBA v.r.  
děkan

L.S.

Mgr. et Mgr. Michal Kopecký v.r.  
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 17. března 2025

## PROHLÁŠENÍ AUTORA

Prohlašuji:

Práci s názvem Dodržování zásad nelékařského zdravotnického pracovníka při podávání stravy seniorům 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 25. 04. 2025

Sára Machová v. r.

## **PODĚKOVÁNÍ**

Ráda bych touto cestou poděkovala vedoucí mé bakalářské práce Mgr. Haně Ochtinské, Ph.D., za odborné vedení, cenné rady a vstřícný přístup během celého procesu zpracování této práce. Dále děkuji nemocničnímu zařízení za umožnění realizace průzkumné části a všem respondentům, kteří si našli čas a ochotně se zapojili do dotazníkového šetření.

## **ANOTACE**

Tato bakalářská práce se zaměřuje na dodržování zásad nelékařského zdravotnického pracovníka při podávání stravy seniorům. Teoretická část popisuje proces stárnutí, výživové potřeby seniorů a zásady bezpečného a etického podávání stravy. Průzkumná část využívá dotazníkové šetření a skryté pozorování k hodnocení znalostí a skutečné praxe personálu při podávání stravy v nemocničním prostředí. Výsledky z průzkumu ukázaly potřebu zlepšit péči o hygienické návyky pacientů a dodržování správných postupů při podávání stravy.

## **KLÍČOVÁ SLOVA**

Bezpečnost při stravování, geriatrická péče, nelékařský zdravotnický pracovník, podávání stravy, výživa seniorů

## **TITLE**

Adherence to the principles of non-medical healthcare workers in food provision for seniors

## **ANNOTATION**

This bachelor's thesis focuses on the adherence of non-medical healthcare workers to the principles when providing food to seniors. The theoretical part describes the aging process, the nutritional needs of seniors, and the principles of safe and ethical food administration. The research part uses a questionnaire survey and covert observation to evaluate the knowledge and actual practices of healthcare personnel in hospital settings when providing food to seniors. The survey results indicated the need to improve the support of patients' hygiene habits and adherence to correct procedures when providing food to seniors.

## **KEYWORDS**

Safety in food serving, geriatric care, non-medical healthcare worker, food serving, senior nutrition

# OBSAH

Úvod.....	11
Cíle práce .....	12
Cíle teoretické části.....	12
Cíle průzkumné části .....	12
Metody k dosažení cíle .....	12
I Teoretická část.....	13
1 Stáří a stárnutí .....	13
1.1 Změny ve stáří .....	14
1.1.1 Biologické aspekty stárnutí.....	14
1.1.2 Psychické aspekty stárnutí .....	15
1.1.3 Sociální aspekty stárnutí .....	15
2 Výživa a její význam .....	16
2.1 Složení stravy.....	16
2.2 Enterální výživa .....	16
2.3 Parenterální výživa .....	17
3 Výživa ve stáří .....	18
3.1 Doporučení pro výživu ve stáří.....	18
3.2 Energetická potřeba ve stáří.....	19
3.3 Potřeba bílkovin ve stáří .....	19
3.4 Nejčastější deficity mikronutrientů ve výživě seniorů .....	20
3.5 Pitný režim ve stáří .....	21
3.6 Poruchy výživy ve stáří.....	21
3.6.1 Malnutrice ve stáří .....	21
3.6.2 Sarkopenie a sarkopenická obezita ve stáří .....	22
3.6.3 Dehydratace ve stáří.....	22
3.6.4 Poruchy polykání ve stáří .....	23

3.7	Nutriční podpora ve stáří .....	23
3.8	Hodnocení stavu výživy ve stáří .....	24
3.8.1	Anamnéza u geriatrických pacientů .....	24
3.8.2	Fyzikální vyšetření u geriatrických pacientů .....	25
3.8.3	Laboratorní vyšetření u geriatrických pacientů .....	25
4	Podávání stravy pacientům .....	27
4.1	Kultura stolování .....	27
4.2	Zásady při podávání stravy .....	27
4.3	Hygienické požadavky při manipulaci se stravou .....	28
4.4	Podávání stravy nesoběstačným pacientům .....	28
4.5	Týmová spolupráce v geriatrické péči .....	29
4.6	Definice a rozsah práce nelékařských pracovníků .....	29
II Průzkumná část .....		31
5	Metodika průzkumné části .....	31
5.1	Průzkumné otázky .....	31
5.2	Charakteristika zkoumaného souboru respondentů .....	31
5.3	Sběr dat a průběh průzkumného šetření .....	31
6	Prezentace výsledků .....	33
6.1	Výsledky dotazníkového šetření .....	33
6.2	Výsledky pozorování reálné praxe .....	57
7	Diskuze .....	59
8	Závěr .....	68
9	Použitá literatura .....	70
10	Přílohy .....	73

## SEZNAM OBRÁZKŮ A TABULEK

Tabulka 1: Dodržování předepsané diety při podávání stravy .....	33
Tabulka 2: Hygienická péče rukou před podáváním stravy .....	34
Tabulka 3: Používání ochranných pomůcek při podávání stravy .....	35
Tabulka 4: Vytvoření vhodného prostředí pro stravování pacientů .....	36
Tabulka 5: Možnost umytí rukou před jídlem .....	37
Tabulka 6: Úprava pozice pacientů pro bezpečnost .....	38
Tabulka 7: Pomoc pacientům s nasazením zubní protézy .....	39
Tabulka 8: Použití ochranné podložky při jídle .....	40
Tabulka 9: Poskytování pomoci pacientům při jídle .....	41
Tabulka 10: Umožnění pacientům dostatek času na konzumaci jídla .....	42
Tabulka 11: Zajištění možnosti pití během stravování .....	43
Tabulka 12: Umožnění hygieny rukou po stravování .....	44
Tabulka 13: Umožnění hygieny dutiny ústní po stravování .....	45
Tabulka 14: Pomoc s úpravou polohy po jídle .....	46
Tabulka 15: Příznaky dehydratace u seniorů .....	47
Tabulka 16: Výživové potřeby seniorů .....	48
Tabulka 17: Důležité vitamíny a minerály pro zdraví kostí u seniorů .....	49
Tabulka 18: Výběr potravin vhodných pro příjem vlákniny u seniorů .....	50
Tabulka 19: Doporučené denní množství bílkovin pro zdravé seniory .....	51
Tabulka 20: Vliv nedostatku bílkovin u seniorů .....	52
Tabulka 21: Doporučené změny v dietě u seniorů .....	53
Tabulka 22: Pohlaví respondentů .....	54
Tabulka 23: Věk respondentů .....	54
Tabulka 24: Nejvyšší dosažené vzdělání v oblasti zdravotnictví .....	55
Tabulka 25: Délka praxe ve zdravotnickém zařízení .....	56
Tabulka 26: Výsledky pozorování .....	57

## **SEZNAM ZKRATEK A ZNAČEK**

ASPEN	American Society for Parenteral and Enteral Nutrition (Americká společnost pro parenterální a enterální výživu)
BMI	Body Mass Index (Index tělesné hmotnosti)
EFSA	European Food Safety Authority (Evropský úřad pro bezpečnost potravin)
IU	International Unit (Mezinárodní jednotka)
WHO	World Health Organization (Světová zdravotnická organizace)

## ÚVOD

Stárnutí populace je v současné době jedním z nejzávažnějších a nejdiskutovanějších problémů společnosti. Tento proces, charakterizovaný rostoucím podílem starších věkových skupin ve srovnání s dětskou populací, zásadně mění věkovou strukturu obyvatelstva nejen v České republice, ale i v Evropě a celosvětově. Demografické prognózy předpovídají, že v budoucnu bude počet osob starších 65 let výrazně převyšovat dětskou populaci. Očekává se, že ve druhé polovině 21. století bude seniorů až 2,5krát více než dětí. Podle dat Českého statistického úřadu z roku 2018 tvořili lidé starší 65 let téměř 19 % české populace, tedy přibližně jednu pětinu. V globálním měřítku Organizace spojených národů odhaduje, že počet osob starších 60 let se do roku 2050 zdvojnásobí oproti roku 2017 a do roku 2100 se dokonce ztrojnásobí (Vágnerová, 2020, s. 17-19).

Na trend stárnutí populace má zásadní vliv prodlužující se délka života, která je důsledkem kvalitnější zdravotní péče a zavádění preventivních opatření v průběhu celého života, zatímco porodnost v rozvinutých zemích trvale klesá (Vágnerová, 2020, s. 17-19).

Se stárnutím populace se geriatric a gerontologie stávají stále důležitějšími oblastmi, zejména v souvislosti se zdravotní péčí. Výživa v geriatrické péči hraje klíčovou roli nejen pro udržení tělesného zdraví, ale také pro psychickou a sociální pohodu. Naopak nedostatečná nebo nevhodná výživa může přispět k rozvoji různých onemocnění, zhoršovat křehkost organismu a svalovou slabost (sarkopenii), což může ovlivnit délku i kvalitu života (Vágnerová, 2020, s. 19).

Demografické změny se odrážejí i v lékařství, kde dochází k rozvoji geriatrizace medicíny, což znamená rostoucí počet pacientů v pokročilém věku, kteří budou potřebovat specializovanou zdravotní péči v různých oborech. Velký význam mají preventivní opatření, která pomáhají lidem dosáhnout stáří v co nejlepší fyzické i psychické kondici. Světová zdravotnická organizace (WHO) proto doporučuje zavádění preventivních programů a podporu funkční nezávislosti již od středního nebo mladšího věku, aby lidé vstupovali do seniorské fáze života v co nejlepším zdravotním stavu (Vágnerová, 2020, s. 19).

Správné podávání stravy seniorům je klíčovým aspektem geriatrické péče. Zejména nelékařští zdravotničtí pracovníci hrají v tomto procesu důležitou roli, neboť právě oni často stravu seniorům přímo podávají. Kvalitní a bezpečné podávání stravy pomáhá nejen předcházet zdravotním komplikacím, jako je malnutrice nebo dehydratace, ale zároveň podporuje důstojnost a soběstačnost seniorů, čímž významně přispívá ke zlepšení jejich kvality života.

# CÍLE PRÁCE

## Cíle teoretické části

1. Shrnout teoretické poznatky o výživě a podávání stravy u seniorů.
2. Charakterizovat proces stárnutí a jeho vliv na výživové potřeby seniorů.
3. Popsat zásady bezpečného a důstojného podávání stravy seniorům v nemocničním prostředí.
4. Definovat zásady správné výživy u seniorů.

## Cíle průzkumné části

1. Zjistit úroveň znalostí nelékařských zdravotnických pracovníků o výživě seniorů a správných postupech při podávání stravy.
2. Analyzovat skutečnou praxi podávání stravy seniorům v nemocničním prostředí pomocí skrytého pozorování.
3. Posoudit úroveň dodržování hygienických a bezpečnostních zásad při podávání stravy seniorům v nemocničním prostředí.

## Metody k dosažení cíle

Pro dosažení stanovených cílů byla bakalářská práce rozdělena na teoretickou a průzkumnou část.

Teoretická část je založena na analýze odborné literatury, která se zaměřuje na výživu seniorů, zásady správného podávání stravy a hygienické a bezpečnostní normy v nemocniční péči. Ke zpracování teoretického rámce byly využity odborné publikace, vědecké studie a legislativní dokumenty.

Průzkumná část využívá dvě hlavní metody sběru dat:

Dotazníkové šetření, které bylo zaměřeno na zjištění znalostí nelékařských zdravotnických pracovníků o výživových potřebách u seniorů a správných postupech při podávání stravy.

Skryté pozorování, jehož cílem bylo sledovat skutečnou praxi podávání stravy seniorům v nemocničním prostředí a posoudit dodržování hygienických a bezpečnostních zásad.

# I TEORETICKÁ ČÁST

Teoretická část práce je strukturována do několika hlavních kapitol a podkapitol, které se systematicky zabývají klíčovými aspekty daného tématu. Nejprve se zabývá procesem stárnutí a jeho vlivem na fyzické, psychické a sociální aspekty života seniorů. Následně se zaměřuje na zásady, které musí nelékařský zdravotnický personál dodržovat při podávání stravy seniorům, včetně hygieny, bezpečnosti a prevence rizik, jako je malnutrice, dehydratace či dysfagie. Dále popisuje správné postupy při krmení nesoběstačných pacientů, význam důstojného stolování a týmové spolupráce v geriatrické péči. Součástí je také legislativní rámec vymezující kompetence zdravotnického personálu.

## 1 STÁŘÍ A STÁRNUTÍ

Stáří je poslední období lidského života, v němž dochází ke strukturálním i funkčním změnám spojeným s věkem, které probíhají různou intenzitou a variabilitou. Znamky stárnutí u seniorů mohou být ovlivněny jak vnějšími faktory, například životním stylem a socio-ekonomickými podmínkami, tak i vnitřními faktory, mezi které patří genetická výbava. U některých jedinců mohou genetické dispozice přispět k delšímu životu, což se často projevuje tím, že tito lidé zůstávají déle fyzicky i psychicky aktivní, mají lepší kondici a celkově lepší zdravotní stav. Stárnutí je však velmi individuální proces, a právě tato rozmanitost a jedinečnost stárnutí komplikuje určení jednoznačné hranice stáří. Věk lze klasifikovat podle různých hledisek. Z hlediska pracovního výkonu se dělí na produktivní a postproduktivní (důchodový) věk. Dalším způsobem je kalendářní věk, který je určen datem narození. Biologický věk se hodnotí podle fyzických změn typických pro stáří a jejich shody s věkem kalendářním. Kromě toho se věk může klasifikovat i podle společenské role, tedy podle toho, jak jedinec plní své úkoly a roli ve společnosti v různých obdobích života (Vágnerová, 2020, s. 14).

*„Nejčastěji používána je periodizace lidského věku podle WHO:*

- 60–74 let: stárnutí, rané stáří, senescence;
- 75–89 let: vlastní stáří, kmetství, senium;
- 90 a více let: dlouhověkost, patriarchium“ (Vágnerová, 2020, s. 14).

V lékařské praxi se často klade větší důraz na takzvaně funkční věk, protože lépe vypovídá o fyzickém stavu organismu a jeho aktuální fyziologické kondici než kalendářní věk. Funkční věk zohledňuje pokles výkonnosti různých orgánových systémů, jako jsou kardiovaskulární, renální, metabolický nebo intelektuální systém. Rovněž zahrnuje hodnocení

funkčních rezerv, schopnosti regulace a adaptability organismu. U křehkých seniorů mohou být například laboratorní hodnoty v klidovém stavu v normě, ale při zátěži se objevuje rychlé selhání, zpomalená regenerace nebo zhoršení patologických procesů. Hodnocení funkčního věku však neznamená jen izolované posuzování výkonnosti jednotlivých orgánů, ale především celkové zhodnocení fyzické zdatnosti, soběstačnosti a schopnosti pacienta zvládat každodenní aktivity. Důležitým aspektem je také prevence závislosti na pomoci ostatních, predikce možných rizik a odhad délky přežití. Funkční věk se vždy hodnotí v širším kontextu, který zahrnuje přítomnost chronických onemocnění a individuální sociální podmínky pacienta (Vágnerová, 2020, s.15).

V průběhu procesu stárnutí dochází k postupným změnám ve struktuře a funkci jednotlivých orgánových systémů, které lze rozdělit na fyziologické stárnutí a patologické stárnutí. Fyziologické stárnutí představuje přirozený proces spojený s věkem, během kterého tělo ztrácí určité schopnosti, aniž by bylo zatíženo nemocemi. Naproti tomu patologické stárnutí je urychlený proces, často způsobený vlivem chronických onemocnění, nepříznivých podmínek nebo genetických mutací, které vedou k výraznějšímu narušení homeostázy a zvýšené náchylnosti organismu k poškození. Ve srovnání s mladšími věkovými skupinami je u seniorů vyšší riziko nemocí, včetně chronických a degenerativních onemocnění, a také častějších akutních zdravotních komplikací. Diagnostika těchto stavů bývá komplikovanější, protože jejich příčiny mohou být složitější a zahrnují kombinaci více faktorů. K typickým akutním nemocem u seniorů patří infekce, úrazy či kardiovaskulární problémy (Vágnerová, 2020, s. 21, 28, 29).

## **1.1 Změny ve stáří**

Stárnutí je nevratný a postupný proces, který je spojen s řadou (pato)fyziologických změn, jež zvyšují náchylnost k onemocněním typickým pro vyšší věk. Stárnutí ovlivňuje nejen fyzické funkce, ale také psychiku a sociální interakce jednotlivce. S tím jsou spojeny změny v osobnostních rysech, hodnotách, motivaci a prožívání emocí. Dochází ke snížení kognitivních schopností, zpomalení psychomotorického tempa a oslabení emocionality i kreativity (Vágnerová, 2020, s. 15, 28).

### **1.1.1 Biologické aspekty stárnutí**

Fyzické změny, které doprovázejí proces stárnutí, probíhají různým tempem a intenzitou a často souvisejí s častějším výskytem nemocí typických pro starší věk. Mezi běžné projevy stárnutí

patří celkové snížení výkonnosti organismu, úbytek původní funkční tkáně, která je nahrazována jinou, a změny v reakcích těla na různé zátěže (Malíková, 2020, s. 18).

### **1.1.2 Psychické aspekty stárnutí**

Psychické aspekty stárnutí jsou úzce propojeny s tělesnými změnami. Jak se organismus mění, senioři to často vnímají negativně, což může ovlivnit jejich psychiku. V některých případech mohou tyto tělesné proměny vést ke zhoršení intelektuálních schopností. Přesto platí, že psychické a osobnostní změny během přirozeného stárnutí obvykle nejsou výrazné a probíhají postupně (Malíková, 2020, s. 18). Jednou z nejčastějších psychických změn je zhoršení paměti, kdy nejprve bývá postižena krátkodobá paměť, zatímco dlouhodobá zůstává déle neporušená. To se projevuje například neschopností vybavit si činnosti z předchozího dne, i když detaily z dětství si člověk často pamatuje velmi dobře. Další obtíží je osvojování si nových informací a dovedností. Tato schopnost se s věkem zhoršuje, zvláště pokud není pravidelně procvičována, a právě proto je důležité paměť procvičovat. Ve stáří dochází ke zvýšené citové nestabilitě, která se projevuje větší náchylností k častým změnám nálad. Staří lidé mohou pociťovat nejistotu při rozhodování, změny ve vnímání a v důsledku oslabení smyslů jednají opatrněji. To může vést k pocitům strachu, úzkosti nebo dokonce k depresím. Tyto psychické proměny často doprovázejí zpomalení pohybových reakcí, což může ovlivnit schopnost reagovat na podněty z okolí (Vágnerová, 2020, s. 40).

### **1.1.3 Sociální aspekty stárnutí**

Stárnutí je ovlivněno různými sociálními faktory. Podle Eriksonovy teorie psychosociálního vývoje je klíčovým úkolem člověka po šedesátém roce života dosáhnout pocitu integrity ve vnímání vlastního života. V tomto věku lidé často řeší konflikt mezi integritou a zoufalstvím. Pro dosažení integrity jsou důležité tři základní aspekty: pravdivost, smíření a kontinuita. Pokud se člověk dokáže s těmito tématy vyrovnat, je schopen přijmout celý svůj život včetně chyb a nesplněných očekávání. Tento proces mu umožňuje prožívat stáří s větší důstojností a svobodou. Pokud se však nepodaří dosáhnout integrity, mohou nastat psychické a osobnostní změny, které vedou k zoufalství. V takovém případě se realita stává nesnesitelnou, což ovlivňuje psychické funkce a chování (Malíková, 2020, s. 19).

## **2 VÝŽIVA A JEJÍ VÝZNAM**

Výživa je zásadním prvkem zdravotní péče (Plevová a Kachlová, 2023, s. 16). Zdravá strava by měla být důležitou součástí života v každém věku, ale zvláštní pozornost je potřeba věnovat jí od 30. do 40. roku, kdy dochází k metabolickým a regulačním změnám spojeným s přirozeným stárnutím těla. Kvalitní výživa podporuje fyzickou i duševní výkonnost a přispívá k psychické pohodě. Adekvátní množství a složení stravy hrají důležitou roli v prevenci a léčbě nemocí a zdravotních potíží ve vyšším věku (Zrubáková a kol., 2019, s. 20). Obezita, podvýživa a nevyvážená strava přispívají k rozvoji mnoha nemocí, zatímco různé zdravotní problémy mohou vést k výrazným nutričním a metabolickým komplikacím. Příjem potravy a tekutin je jednou ze základních potřeb člověka. Správná výživa je nezbytná pro udržení zdraví, ale v průběhu nemoci má ještě významnější vliv. Je prokázáno, že hladovění nebo nedostatek výživy zhoršuje stav organismu, negativně ovlivňuje léčbu a prodlužují dobu hospitalizace (Plevová a Kachlová, 2023, s. 16).

### **2.1 Složení stravy**

Adekvátní strava musí tělu poskytovat potřebnou energii, vyvážený přísun bílkovin, sacharidů, minerálů (včetně stopových prvků), esenciálních aminokyselin, mastných kyselin, vitamínů, a samozřejmě dostatek tekutin. Pro správnou funkci trávení, zejména pro pohyb potravy tlustým střevem, je nezbytné, aby strava obsahovala vlákninu, což jsou nestravitelné složky rostlin, jako celulóza, lignin a další (Plevová a Kachlová, 2023, s. 9). Základní složky potravy (živiny) se dělí na makronutrienty, které poskytují energii, a mikronutrienty, které jsou nezbytné pro správné fungování těla v menším množství (Zlatohlávek a kol., 2019, s. 31). Mezi makronutrienty patří sacharidy, tuky, bílkoviny a také vláknina. Mikronutrienty zahrnují minerály, vitamíny a stopové prvky (Plevová a Kachlová, 2023, s. 10, 11).

### **2.2 Enterální výživa**

Enterální výživa zajišťuje všechny způsoby nutriční podpory prostřednictvím speciálních potravin určených pro lékařské účely. Používá se v případech, kdy má pacient funkční trávicí systém, ale již nejsou možné žádné další dietní úpravy. Pokud pacient není schopen nebo odmítá přijímat dostatečné množství stravy nebo potřebné živiny, je tento způsob výživy doporučen. Enterální výživu lze podávat buď perorálně pomocí nutričních doplňků (tzv. sipping), nebo prostřednictvím sondy, například nazogastrické nebo stomické. Průmyslově vyráběná farmaceutická enterální výživa je navržena tak, aby dlouhodobě pokrývala denní nutriční potřeby nebo účinně doplňovala chybějící živiny v běžné stravě. Kompletní enterální přípravky

obsahují doporučené denní dávky vitamínů, minerálů a stopových prvků. Nicméně jejich obsah tekutin obvykle nestačí k pokrytí denní potřeby hydratace, a pokud pacient není schopen přijímat tekutiny ústy, preferovaným způsobem jejich podání je sonda (Bartůněk a kol., 2016, s. 186, 187).

### **2.3 Parenterální výživa**

Parenterální výživa znamená přímé dodávání živin do krevního oběhu. Tento způsob není přirozený, protože obchází trávicí systém a je využíván pouze v případech, kdy z vážných důvodů nelze použít enterální výživu nebo pokud z technických důvodů není možné zavést enterální sondu. U méně závažných poruch trávicího traktu kombinujeme oba způsoby výživy, přičemž i malé množství enterální výživy je v těchto případech velmi důležité. Parenterální výživa může být podávána do periferní nebo centrální žíly (Zlatohlávek a kol., 2019, s. 333–338).

### 3 VÝŽIVA VE STÁŘÍ

Výživa ve vyšším věku by měla zohledňovat změny v metabolismu a podporovat celkové zdraví, tělesnou i duševní pohodu. Základní principy zdravé výživy platí i pro starší osoby, ale u nich je potřeba věnovat zvýšenou pozornost střídmosti, rozmanitosti a vyváženosti jídelníčku. Stravovací návyky by měly odpovídat těm, které jsou doporučovány pro osoby ve středním věku s odpovídající fyzickou aktivitou. Volba optimální výživy ve vyšším věku je ovlivněna změnami spojenými s procesem stárnutí, zdravotním a psychickým stavem, socioekonomickou situací, motorickými schopnostmi a dalšími faktory. Tyto faktory, které ovlivňují výživu, lze rozdělit na biologické, psychické, sociální a jiné (Zrubáková a kol., 2019, s. 20, 21). Pokud pacient není schopen se sám najíst, je nutné zajistit asistenci a dohled nad příjmem stravy (Vágnerová, 2020, s. 14).

Pro seniory je důležité rozdělit jídlo na několik menších porcí během dne, což je šetrnější pro trávicí systém a metabolismus než konzumace menšího počtu větších jídel. Snídaně by měla být plnohodnotná a zajistit přibližně pětinu denního energetického příjmu. Nejdůležitějším jídlem dne je oběd, který by měl pokrýt asi třetinu potřebných živin. Večeři je vhodné konzumovat nejpozději dvě hodiny před spaním a představuje asi čtvrtinu denního energetického příjmu. Měla by obsahovat lehce stravitelná jídla s vyšším obsahem vápníku, který se v noci lépe vstřebává a ukládá do kostí. Dopolední a odpolední svačiny doplňují zbytek denního příjmu energie a živin, tedy přibližně 10 % (Stránský, 2015, s. 191). Strava seniorů by měla být rozmanitá a vyvážená, přičemž vhodnější volbou jsou vařená a dušená jídla namísto smažených nebo pečených na tuku. Klíčový je dostatečný přísun zeleniny, ideálně v syrové formě, protože obsahuje více složitých sacharidů než jednoduchých cukrů. Maso by mělo být převážně libové, s preferencí drůbeže a ryb, které je vhodné zařadit do jídelníčku alespoň jednou týdně. Mléčné výrobky jsou doporučovány minimálně dvakrát denně, protože jsou pro seniory často lépe stravitelné než samotné mléko (Kohout, 2021, s. 546).

#### 3.1 Doporučení pro výživu ve stáří

Prizpůsobit příjem energie individuálnímu výdeji, aby nedocházelo k nadměrnému přibývání nebo úbytku tělesné hmotnosti.

Omezit příjem tuků na 30 % celkového energetického příjmu, se zvláštním zaměřením na tuky skryté v potravinách, jako jsou tučné uzeniny nebo smažené produkty.

Preferovat zdravé rostlinné oleje, jako je řepkový, olivový nebo lněný, které jsou bohaté na nenasycené mastné kyseliny.

Zvyšovat podíl komplexních sacharidů ve stravě a omezit příjem jednoduchých cukrů na maximálně 50–60 g denně.

Zajistit příjem vlákniny na úrovni 30 g denně, což podpoří zdraví trávicího traktu.

Dbát na dostatečný příjem minerálů, stopových prvků a vitamínů, které jsou nezbytné pro optimální fungování těla.

Snížit množství soli v jídelníčku a místo ní používat koření a bylinky, které dodají jídlu chuť a zároveň přispívají ke zdraví.

Zajistit dostatečný příjem tekutin během dne, zejména vody, čajů nebo jiných nízkokalorických nápojů, aby se předešlo dehydrataci (Stránský, 2015, s. 191).

### **3.2 Energetická potřeba ve stáří**

Energetické potřeby seniorů se určují na základě klidového energetického výdeje, což představuje množství energie, které tělo spotřebuje v klidovém stavu, například při mentálním odpočinku a optimální teplotě prostředí. S rostoucím věkem tento výdej obvykle klesá, což je způsobeno především úbytkem svalové hmoty a zpomalením metabolismu. Celkový energetický výdej závisí na úrovni fyzické aktivity. U seniorů se pohybuje mezi 24 až 36 kilokaloriemi na kilogram tělesné hmotnosti. U podvyživených jedinců, jejichž index tělesné hmotnosti (BMI) je nižší než 21, mohou být energetické potřeby vyšší, a to 32 až 38 kilokalorií na kilogram tělesné hmotnosti. U osob s normální tělesnou hmotností se doporučuje příjem 30 kilokalorií na kilogram. V případě obézních seniorů je potřeba energie upravována podle jejich BMI (Vágnerová, 2020, s. 114, 115).

### **3.3 Potřeba bílkovin ve stáří**

Optimální příjem bílkovin pro seniory je častým předmětem diskusí. Podle doporučení Světové zdravotnické organizace (WHO) a Evropského úřadu pro bezpečnost potravin (EFSA) by měl být příjem bílkovin u seniorů minimálně 0,8 gramu na kilogram tělesné hmotnosti za den, což odpovídá doporučením pro dospělé populaci. Novější výzkumy však ukazují, že toto množství nemusí být dostatečné pro zpomalení úbytku svalové hmoty a síly, tedy sarkopenie. Doporučení odborníků z oblasti geriatrie naznačují, že příjem bílkovin by u seniorů měl být zvýšen na 1–1,5 gramu na kilogram tělesné hmotnosti denně, v závislosti na zdravotním stavu a míře fyzické aktivity. U pacientů s akutními onemocněními nebo zvýšenou zánětlivou aktivitou by mohl být příjem bílkovin navýšen až na 2 gramy na kilogram tělesné hmotnosti. Kromě množství bílkovin je klíčové i jejich rovnoměrné rozdělení během dne, aby byla

podpořena syntéza svalových bílkovin. Zvláštní důraz je kladen na příjem bílkovin s vysokým obsahem esenciálních aminokyselin, které jsou nezbytné pro regeneraci a udržení svalové hmoty (Vágnerová, 2020, s. 116, 117).

### **3.4 Nejčastější deficity mikronutrientů ve výživě seniorů**

U geriatrických pacientů se často setkáváme s deficity některých důležitých mikronutrientů, které mohou výrazně ovlivnit jejich zdravotní stav. Mezi nejčastěji sledované mikronutrienty patří vitamín B12, vitamín D a vápník (Vágnerová, 2020, s. 117).

#### **Vitamín B12**

Nedostatek vitamínu B12 postihuje přibližně 10–20 % seniorů a projevuje se neurologickými, psychickými a hematologickými potížemi. Hlavním důvodem bývá snížená schopnost vstřebávání tohoto vitamínu v důsledku atrofické gastritidy nebo infekce *Helicobacter pylori*. Tato porucha vstřebávání postihuje přibližně 15 % lidí starších 60 let. Proto je důležité sledovat hladinu vitamínu B12 a v případě jeho nedostatku zajistit doplňkovou suplementaci nebo zvýšit příjem potravin obohacených o tento vitamín (Vágnerová, 2020, s. 117).

#### **Vitamín D**

Nedostatek vitamínu D je častým problémem u seniorů, který je spojen s nízkou expozicí slunečnímu záření a omezeným příjmem ze stravy. Nízké hladiny vitamínu D přispívají k osteoporóze, svalové slabosti a vyššímu riziku pádů a zlomenin. Doporučený denní příjem vitamínu D u seniorů je 800 IU. Suplementace je zvláště důležitá u osob s vysokým rizikem osteoporózy (Vágnerová, 2020, s. 118).

#### **Vápník**

Nedostatek vápníku je spojen s rizikem osteoporózy a zlomenin. U seniorů dochází ke snížené absorpci vápníku v trávicím traktu, přičemž příjem často limituje i intolerance laktózy. Vhodné je proto zajistit dostatečný příjem vápníku z mléčných výrobků, cereálií, ořechů nebo speciálních doplňků stravy. Doporučený denní příjem vápníku je u seniorů 1200–1500 mg, přičemž jeho nadbytek by neměl přesáhnout 2000 mg za den. Pokud není možné zajistit dostatečný příjem stravou, doporučuje se využívat suplementaci v podobě kalcium-karbonátu nebo kalcium-citrátu (Vágnerová, 2020, s. 118).

### **3.5 Pitný režim ve stáří**

Důležitým aspektem výživy u seniorů je zajištění dostatečného příjmu tekutin. Obecně se doporučuje denní příjem tekutin ve výši 30–45 ml na kilogram tělesné hmotnosti, přičemž vyšší dávky jsou doporučovány pro osoby s nízkou hmotností, při zvýšených ztrátách tekutin nebo při nižším příjmu potravy. U seniorů nad 65 let se doporučuje celkový denní příjem tekutin ve výši 2 250 ml, přičemž tekutiny by měly být přijímány rovnoměrně v průběhu dne a zároveň během hlavních jídel. V případě omezeného příjmu tekutin je vhodné množství postupně navyšovat. Tekutiny jsou součástí všech hlavních jídel a jejich konzumace je zvláště důležitá při problémech s produkcí slin nebo obtížích s polykáním (Stránský, 2015, s. 191). U starších osob a těžce nemocných dochází k oslabení pocitu žízně. Je důležité jim pravidelně nabízet tekutiny každé 1,5 až 2 hodiny v množství 250 ml. Doporučuje se, aby tekutiny dostávali v sedě, a vždy je dobré je pochválit a povzbudit. V noci by neměli být probouzeni kvůli pití, ale je nutné, aby měli dostatečné množství tekutin v dosahu. Mezi vhodné tekutiny patří bylinkové čaje, přírodní ovocné šťávy, minerální a stolní vody. Naopak nápoje s kofeinem mají diuretický účinek, a proto nejsou ideální pro udržení správné hydratace organismu. Ke každodenní konzumaci nejsou vhodné ani slazené minerální vody, protože nadměrný obsah cukru může dlouhodobě negativně ovlivnit zubní sklovinu a zbytečně zvyšovat energetický příjem (Kapounová, 2020, s. 49, 51). Také alkohol patří mezi nevhodné nápoje (Zrubáková a kol., 2019, s. 27).

### **3.6 Poruchy výživy ve stáří**

Ve stáří jsou poruchy výživy častým problémem, který výrazně zvyšuje nemocnost i úmrtnost. Mnohokrát však nejsou včas rozpoznány a adekvátně léčeny. Správná výživa je klíčovým faktorem pro udržení dobrého zdravotního stavu a kvality života. Nedostatečný příjem živin může vést k řadě zdravotních komplikací, zejména u ohrožených skupin, jako jsou senioři nebo chronicky nemocní pacienti (Vágnerová, 2020, s. 71).

#### **3.6.1 Malnutrice ve stáří**

Podvýživa je podle Americké společnosti pro parenterální a enterální výživu (ASPEN) definována jako stav, při kterém dochází k narušení výživového stavu, což způsobuje změny v tělesném složení a ztrátu funkcí (Abd Aziz a kol., 2017, s. 1616). S přibývajícím věkem roste riziko malnutrice, tedy nedostatečné výživy, která může být způsobena jak nedostatečným příjmem energie, vedoucí ke snížení tukových zásob a úbytkem tělesné hmotnosti, tak i nedostatkem esenciálních živin, i když je celkový energetický příjem dostatečný.

V geriatrické medicíně se malnutrice chápe jako nedostatečný příjem energie a živin, který může mít negativní zdravotní důsledky. Výskyt malnutrice u seniorů stoupá se závažností jejich onemocnění a úrovní mobility. Malnutrice u starších osob může mít mnoho různých příčin a liší se individuálně. Je důležité rozlišovat mezi poruchami výživy způsobenými přirozenými změnami souvisejícími se stárnutím a těmi, které jsou důsledkem různých nemocí spojených s vyšším věkem. Tyto faktory se často prolínají a vzájemně ovlivňují. Mezi hlavní faktory přispívajících k malnutrici patří fyziologické změny spojené se stárnutím a také sociální a finanční problémy. Malnutrice je ve stáří vážným problémem, který je nutné včas rozpoznat a zahájit odpovídající léčbu. Pokud se malnutrice neřeší, může rychle vést k narušení základních životních funkcí. Jednoduchým způsobem, jak získat informace o výživovém stavu seniora, je pozorování jeho tělesné hmotnosti a stravovacích návyků. Podle Světové zdravotnické organizace (WHO) je BMI nižší než 18,5 považováno za podváhu. U starších osob je však třeba dávat pozor i na pokles BMI pod 20. Kromě toho je důležité zjistit výživové zvyklosti pacienta, ideálně s pomocí strukturovaného dotazníku, a v případě potřeby konzultovat informace s rodinnými příslušníky. Pokud si senior stěžuje na potíže s trávením nebo nesnášenlivostí potravin, je nutné zjistit i údaje o jeho lékovém režimu. Při diagnostice je třeba vyloučit zdravotní problémy, které mohou ovlivnit příjem potravy, například nádorová onemocnění, deprese nebo neurologická onemocnění. Malnutrice se často projevuje také změnami v laboratorních hodnotách, které mohou signalizovat odchylky od normálu (Kasper, 2015, s. 131-134).

### **3.6.2 Sarkopenie a sarkopenická obezita ve stáří**

Během stárnutí dochází v těle k různým fyziologickým změnám, které se liší svou rychlostí a rozsahem. Jednou z hlavních obav je sarkopenie, což je úbytek svalové hmoty, síly a funkce svalů související s věkem. Tento proces snižuje mobilitu a tím ovlivňuje kvalitu života starších lidí a jejich schopnost samotného fungování. Neaktivita přispívá k rychlejšímu rozvoji sarkopenie, což lze zpomalit pravidelným cvičením a pohybem. Novým problémem je sarkopenická obezita, která vzniká kombinací úbytku svalů a nadměrného množství tuku u starších osob. Tato kombinace je riziková, protože nadváha dále snižuje fyzickou aktivitu, což urychluje ztrátu svalové hmoty (Sharma, 2018, s. 131).

### **3.6.3 Dehydratace ve stáří**

Pocit žízně, který je klíčovým faktorem pro regulaci příjmu tekutin, se ve stáří výrazně oslabuje. Starší osoby při dehydrataci nemají tak silnou potřebu pít a v porovnání s mladšími dospělými

přijímají výrazně méně tekutin (Stránský, 2015, s. 186). Dlouhodobý nedostatek tekutin může vést k poruchám funkce ledvin, což je pro seniory rizikové, protože mají vyšší náchylnost k infekcím močových cest a také k zácpě. Snížený příjem tekutin může rovněž zvyšovat riziko tromboembolických komplikací. Pokud k tomu přistupuje i ortostatická hypotenze, zvyšuje se pravděpodobnost pádu, což může vést k vážným úrazům, jako jsou zlomeniny, neurologická poškození nebo podchlazení (Zrubáková a kol., 2019, s. 29).

### **3.6.4 Poruchy polykání ve stáří**

Prevalence dysfagie u seniorů se pohybuje mezi 13,8–38 % a vzhledem k prodlužování délky života ve vyspělých zemích lze očekávat nárůst těchto potíží (Vágnerová, 2020, s. 148). Příjem potravy je jednou ze základních lidských potřeb, ale často je narušen různými problémy, včetně dysfagie. Dysfagie může mít vážné následky, nejen že vede k nedostatečné výživě, ale také může negativně ovlivnit celkový zdravotní stav, proces hojení a další aspekty zdraví (Mandysová a Škvrňáková, 2016, s. 8). Dysfagie je obtížnost při polykání, která se projevuje pocitem, že sousto uvízlo v krku, nebo že není možné ho polknout. Tento stav může být způsoben jak organickými onemocněními, kde se nejprve obtížně polykají pevná sousta a až později i měkká nebo tekutá strava, tak funkčními poruchami, kde je porucha obvykle paradoxní a problémy se objevují při polykání tekuté stravy (Souček, Svačina a kol., 2019, s. 72).

### **3.7 Nutriční podpora ve stáří**

U seniorů je při nedostatečném kalorickém příjmu nutné zajistit výživu, která zohledňuje jejich individuální potřeby, i když se nemusí zcela držet zásad zdravé výživy. Přísné diety například s omezením tuků nebo sacharidů, mohou výrazně snížit celkový příjem potravy, což je ve vyšším věku a při podvýživě nevhodné. Proto je klíčové pečlivě zvažovat vhodnost takových omezení a minimalizovat riziko podvýživy, která by mohla vést k úbytku hmotnosti a dalším zdravotním komplikacím. U seniorů s diabetem, zejména těch starších 75 let, není vhodné striktně snižovat kalorický příjem nebo sacharidy. Místo toho je nezbytné pravidelně monitorovat glykémii a přizpůsobovat léčbu, aby se předešlo negativním důsledkům nízkého energetického příjmu. Je rovněž důležité zajistit, aby senior zvládl nakupování, přípravu jídel a samostatné stravování. Pokud tyto činnosti nezvládá, je nutné zajistit pomoc, například formou dovozu jídel. Složení stravy by mělo odpovídat jeho individuálním potřebám, včetně přizpůsobení jeho schopnosti kousat nebo polykat. Energeticky chudou stravu je vhodné obohacovat bílkovinami a dalšími výživnými složkami, například formou svačin nebo doplňování do pokrmů. U pacientů, kteří vyžadují klinickou péči, je také možné zvážit podání

nutričních doplňků nebo jiných forem umělé výživy. Zajištění výživy, která odpovídá zdravotnímu stavu a specifickým potřebám seniora, je klíčovým faktorem pro udržení jeho zdraví a kvality života. Nutriční podpora v geriatrické péči by měla být založena na individuálních potřebách a preferencích pacienta. Cílem je zajistit dostatečný příjem energie a živin, předejít nechtěnému úbytku hmotnosti a podporovat chuť k jídlu. Klíčové je zařazování oblíbených potravin a pokrmů a přizpůsobení jídelníčku tak, aby odpovídal chutím a potřebám seniorů.

Strava by měla být obohacována o bílkoviny a podávána v menších porcích několikrát během dne. Vhodné je využít potraviny bohaté na bílkoviny, jako jsou mléčné výrobky, sýry, tvaroh nebo zakysané mléko. Energetickou hodnotu jídel lze zvýšit použitím vhodných tuků, například řepkového nebo olivového oleje, přidáváním smetany do polévek či omáček. Pokud běžná strava nestačí, je možné využít speciální výživové modulové dietetické přípravky. Ty mohou být použity k obohacení jídel například přidáním proteinového prášku. Perorální nutriční doplňky jsou v klinické praxi běžně využívány zejména u pacientů s vyššími nutričními potřebami, například po operacích, u onkologických pacientů nebo při chronických onemocněních. Tyto doplňky jsou podávány zejména těm, kteří nemohou přijmout dostatečné množství energie a živin běžnou stravou. Důležitá je pravidelnost podávání a přizpůsobení specifickým potřebám pacientů. Perorální nutriční doplňky mohou zlepšit výživu pacientů díky vyššímu obsahu energie a bílkovin. Důležité je správné podávání, často v menších porcích nebo ve formě krémových nápojů, aby byly lépe tolerovány. Geriatrickí pacienti často nemohou konzumovat větší objemy, a proto se doporučuje nabízet menší dávky s vyšším obsahem kalorií (Vágnerová, 2020, s. 120-123).

### **3.8 Hodnocení stavu výživy ve stáří**

Jedním z klíčových faktorů hodnocení kvality života ve stáří je také výživa (Klevetová, 2017, s. 166). Vyšetření stavu výživy zahrnuje několik diagnostických kroků. Hodnocení výživového stavu, stejně jako v jiných oblastech medicíny, začíná anamnézou, následuje podrobné fyzikální vyšetření, které zahrnuje i antropometrická měření. Dále se doplňuje o laboratorní testy a další funkční vyšetřovací metody (Zlatohlávek a kol., 2019, s. 67).

#### **3.8.1 Anamnéza u geriatrických pacientů**

Při sběru nutriční anamnézy u geriatrických pacientů je třeba brát v úvahu omezení, jako je kognitivní deficit, zpomalené psychomotorické tempo, snížená orientace a zhoršený sluch. Je důležité vyhradit si dostatek času na vyšetření, mluvit pomalu, jasně a nahlas.

Kognitivní deficit může ovlivnit spolehlivost získaných informací, ale i přesto je nutné je zahrnout do hodnocení. Pokud jsou informace neúplné nebo neplatné, je vhodné je doplnit komunikací s rodinou nebo pečovatelským personálem. Mezi klíčové údaje patří přítomnost úbytku hmotnosti, nechutenství, stav chrupu, potíže s polykáním, dyspeptické příznaky a stav stolice, včetně její frekvence a konzistence (Zlatohlávek a kol., 2019, s. 384). Dále je třeba hodnotit stravovací zvyklosti pacienta a případné změny v posledních 3–6 měsících. Sleduje se pravidelnost jídel v denním režimu, počet denních jídel a frekvence konzumace teplé stravy. Důležitou roli hraje i kvalita a pestrost stravy a případné úpravy v důsledku zdravotních obtíží. Zjišťuje se, zda pacient zvládá přípravu a konzumaci jídla samostatně, nebo zda potřebuje asistenci, například donášku obědů, či dokonce přímé krmení. Součástí anamnézy je také zhodnocení chuti k jídlu a případných změn v poslední době. Je třeba sledovat, zda pacient nevykazuje nechutenství, nebo naopak nadměrnou konzumaci jídla. Nutné je ověřit, zda pacient nevykazuje tendenci k nedodržování specifických dietních doporučení nebo k vylučování určitých potravin. Také je třeba zjistit, kdo mu tato doporučení stanovil a do jaké míry je skutečně dodržuje (Vágnerová, 2020, s. 89, 90).

### **3.8.2 Fyzikální vyšetření u geriatrických pacientů**

Při fyzikálním vyšetření seniorů se zaměřujeme na hodnocení jejich hydratace, zejména kvůli snížené vnímavosti na žízeň, což je běžné u starších osob. Provádíme také vyšetření kožního turgoru a stav sliznic. Dále hodnotíme kvalitu a celistvost kožního krytu (Zlatohlávek a kol., 2019, s. 385). Geriatrickí pacienti často trpí křehkou, suchou, takzvaně pergamenovou kůží, která je náchylná k poranění a vzniku proleženin. Proto je nezbytné věnovat pozornost i prevenci chronických ran. Další základní hodnocení zahrnuje tvar břicha, přítomnost abnormálních stavů, jako je například ascites, obezita, nádorové změny či kachexie. Palpačně hodnotíme bolestivost břicha a rozlišujeme somatickou a viscerální bolest. Poslech slouží k doplňujícímu hodnocení střevní peristaltiky. Fyzikální vyšetření by mělo zahrnovat základní měření, jako je krevní tlak, tělesná teplota, tepová a dechová frekvence. Tyto hodnoty umožňují posoudit celkový zdravotní stav pacienta a usnadnit stanovení vhodné diagnózy nebo terapeutických opatření (Vágnerová, 2020, s. 90, 91).

### **3.8.3 Laboratorní vyšetření u geriatrických pacientů**

V rámci laboratorního hodnocení nutričního stavu se obvykle sledují hladiny plazmatických bílkovin, mezi které patří albumin, prealbumin, transferin, cholinesteráza a retinol-vazebný protein. Každý z těchto markerů se vyznačuje odlišným poločasem rozpadu a má jinou výpovědní hodnotu v závislosti na primární onemocnění. Koncentrace těchto proteinů, které

jsou produkovány v játrech, mohou být ovlivněny různými faktory, které nesouvisejí přímo s výživovým stavem. V případě zánětu se jejich hladiny mohou rychle měnit, což znamená, že v akutní fázi nemohou být považovány za jediný ukazatel výživového stavu. Albumin je považován za stabilní ukazatel výživového stavu, přičemž jeho nízké hladiny u starších pacientů často souvisejí se ztrátou svalové hmoty. Mezi další faktory signalizující zhoršenou výživu patří nízké hladiny celkového cholesterolu nebo hormonů štítné žlázy. U geriatrických pacientů, ale i u jiných, je zhoršení nutričního stavu často spojeno s chronickým zánětem a poklesem imunitních funkcí, což lze zjistit i z absolutního počtu lymfocytů. Hodnocení výživy a nutriční péče je nezbytnou součástí celkové zdravotní péče o pacienta (Zlatohlávek a kol., 2019, s. 385, 386).

## **4 PODÁVÁNÍ STRAVY PACIENTŮM**

Při podávání stravy je nutné respektovat individuální stravovací zvyklosti pacienta a přizpůsobit se jeho potřebám. Zajištění stravování v zařízení má za cíl uspokojit základní potřebu výživy u pacientů, kteří nejsou plně soběstační, a přizpůsobit ji jejich věku, zdravotnímu stavu a případným onemocněním. Strava musí být nejen kvalitní, ale také vhodně upravená a podávána s potřebnou pomocí, včetně asistence při jídle nebo kompletního krmení (Malíková, 2020, s. 113).

### **4.1 Kultura stolování**

Příjemné prostředí během jídla hraje klíčovou roli nejen pro zachování důstojnosti člověka, ale také pro naplnění jeho fyzických, psychických a sociálních potřeb. Společné stolování podporuje samostatnost a tvoří nedílnou součást komplexní péče. Jde o společenský rituál, který usnadňuje komunikaci, navazuje vztahy a sdílí zážitky, čímž pomáhá předcházet pocitu osamělosti a sociální izolaci. Proto by měl personál zajistit, aby stolování probíhalo v příjemné atmosféře (Ombudsman ČR, 2017, s. 46).

### **4.2 Zásady při podávání stravy**

Každý pacient by měl dostat přesně předepsanou stravu. Je důležité, aby pacientovi bylo jasně ukázáno, které jídlo je jeho, aby se předešlo záměně. Jídlo musí být podáváno teplé a správně upravené. Stava je v nemocnici poskytována v pravidelných intervalech: snídaně mezi 7:30 až 8:00, svačina v 10:00 (může být podána společně se snídaní), oběd mezi 11:30 až 12:00, odpolední svačina v 15:00, večeře mezi 17:30 až 18:00 a druhá večeře pro diabetiky a pacienty s výživovou dietou ve 21:00 hodin. Pacient musí mít po celý den dostatečný přísun tekutin (Burda a Šolcová, 2015 s. 161, 162).

Strava se rozdává v následujícím pořadí: nejprve chodícím pacientům, poté pacientům upoutaným na lůžko, kteří se dokážou najíst sami, a nakonec ležícím pacientům, kterým musíme pomoci s krmením. Tento postup zajišťuje, že každý pacient dostane jídlo včas a teplé. Chodící pacienti si jídlo buď vyzvednou sami, nebo je doprovodíme do jídelny či ke stolu na pokoji. Jídelna i pokoje musí být předem připravené ke stravování. Pacienti si před jídlem umyjí ruce, a před podáním jim popřejeme dobrou chuť. Pacienty, kteří mají omezenou mobilitu, doprovodíme k jejich stolu na pokoji. Pokud sedí více pacientů u stolu, každému ukážeme jeho jídlo, aby nedošlo k záměně. U pacientů, kteří jsou upoutaní na lůžko, upravíme jejich polohu, aby se pohodlně usadili. Zvedneme podhlavní panel, přizpůsobíme polštář a přiblížíme jídelní stolek. Pacientovo prádlo zakryjeme bryndákem a podle zdravotního stavu

pacienta mu svěsíme nohy z postele. Následně zakryjeme záda a nohy dekou, aby pacientovi nebyla zima. U pacientů, kteří to nezvládají, je nutné jídlo před nimi přizpůsobit nebo nakrájet (Burda a Šolcová, 2015, s. 162, 163).

### **4.3 Hygienické požadavky při manipulaci se stravou**

Při manipulaci se stravou je nezbytné dbát na hygienické zásady, aby se zabránilo kontaminaci mikroorganismy a cizorodými látkami. Zdravotnický personál si proto musí před jakýmkoliv kontaktem s jídlem pečlivě umýt ruce a používat ochranné pomůcky, jako jsou jednorázové zástěry a rukavice. Veškeré povrchy, které přicházejí do kontaktu s potravinami, je nutné důkladně umývat a dezinfikovat. Jídlo by mělo být chráněno před vnějšími kontaminanty, jako jsou hmyz a prach. Příbory je vždy nutné podávat na papírovém ubrousku. Teplé pokrmy musí být doručeny na oddělení bez prodlení a zkonsumovány do čtyř hodin od přípravy. Studené pokrmy by neměly být uchovány při pokojové teplotě déle než dvě hodiny. Pokud pacienti nejsou přítomni v době podávání teplého jídla, je jim zajištěna alternativa ve formě šokově chlazených pokrmů, které se ihned po dodání ukládají do lednice s teplotou mezi 2–5 °C. Teplota se pravidelně kontroluje teploměrem a zaznamená se každý den. Studené pokrmy a šokově chlazená jídla nesmí být skladovány déle než do druhého dne (Plevová a Kachlová, 2022, s. 81, 82).

### **4.4 Podávání stravy nesoběstačným pacientům**

Při podávání stravy pacientům, kteří nejsou plně soběstační, je důležité zajistit klidné prostředí a eliminovat rušivé vlivy, aby se mohli soustředit na jídlo. Během asistence je třeba pacienta plně vnímat, udržovat s ním oční kontakt a reagovat na jeho projevy s citem. Aktivizaci pacienta můžeme podpořit, pokud mu umožníme sedět během jídla. U pacientů upoutaných na lůžko je nutné zajistit vhodnou polohu. Každý pacient má právo na důstojné a respektující zacházení, které posiluje jeho pocit soběstačnosti. Přestože vstřícný přístup personálu může pacientům usnadnit situaci, je důležité zachovat jejich důstojnost a nepřístupovat k nim jako k dětem (Ombudsman ČR, 2017, s. 48). Při podávání jídla nesoběstačným pacientům je důležité umožnit jim hygienu rukou před i po jídle (Plevová a Kachlová, 2022, s. 81, 82). Krmíme pacienty, kteří nejsou schopni se najíst samostatně, nejprve upravíme polohu pacienta, zvedneme podhlavní panel a zasuneme jídelní stolek, přičemž krk chráníme bryndákem. Pokud má pacient umělou zubní náhradu, vložíme mu ji do úst. Přineseme teplé a připravené jídlo a informujeme pacienta o tom, co bude jíst. Polévku nebo kaši nabíráme na polévkovou lžici a pomalu ji vkládáme do úst, přičemž počkáme, až pacient spolkne, než dáme další sousto. Hlavní jídlo nakrájíme na menší kousky a podáváme lžicí nebo vidličkou, vždy opatrně a rovně.

Po každém soustu počkáme, až pacient rozžvýká a spolkne. Podle potřeby mu nabízíme nápoj, buď ze sklenky, nebo brčkem. Během jídla podporujeme soběstačnost pacienta, chválíme ho a povzbuzujeme (Burda a Šolcová, 2015 s. 163). Pokud má pacient z různých důvodů potíže s konzumací jídla, je nutné jeho stravu mechanicky upravit. Pro pacienta to představuje významnou změnu, protože vnímá ztrátu svých schopností a soběstačnosti, což ovlivňuje jeho prožitek z jídla. Mixování stravy by proto mělo být až krajním řešením. Vždy je vhodnější zvolit takovou úpravu, která pacientovi umožní vnímat strukturu stravy (Ombudsman ČR, 2017, s. 48). Po jídle si pacient vypláchne ústa a vyčistíme jeho zubní protézu. Protézu uložíme buď zpět do úst, nebo do sklenky s vodou. Po jídle upravíme polohu pacienta, aby nebyl v leže na zádech, ale spíše na boku nebo s mírně zvednutým hrudníkem. Upravíme lůžko a uklidíme jídelní stůl a zbytky jídla (Burda a Šolcová, 2015 s. 163).

#### **4.5 Týmová spolupráce v geriatrické péči**

Práva a povinnosti lékařů a nelékařských zdravotnických pracovníků jsou stanoveny právními předpisy. Při poskytování zdravotní péče seniorům je kladen důraz na týmovou spolupráci, která podporuje různé odbornosti a přístupy. S rostoucím počtem seniorů a jejich komplexními zdravotními potřebami (například multimorbidita, chronická onemocnění, křehkost) se rozvíjí týmový přístup v oblasti geriatrické péče. Geriatrický tým zahrnuje lékaře i další odborníky, například fyzioterapeuty, psychoterapeuty, nutriční terapeuty či sociální pracovníky. Jejich činnosti se navzájem doplňují a každý člen týmu má vymezené povinnosti dle svého vzdělání a pracovního zařazení. Vedoucím týmu bývá nejčastěji lékař, případně jiný odborník, který zodpovídá za koordinaci péče. Týmová práce tak vyžaduje spolupráci odborníků různých specializací, přičemž jejich činnosti se navzájem doplňují a přispívají k naplnění potřeb pacientů (Vágnerová, 2020, s. 61, 62).

#### **4.6 Definice a rozsah práce nelékařských pracovníků**

Nelékařský zdravotnický pracovník je odborník, jehož pracovní činnosti jsou přesně určeny podle dosažené kvalifikace. Tyto úkony může vykonávat samostatně bez lékařského doporučení, nebo na základě lékařské indikace či pod dohledem lékaře a dalších odborných pracovníků (NZIP, 2024).

*„Nelékařská zdravotnická povolání jsou upravena zákonem č. 96/2004 Sb. o nelékařských zdravotnických povoláních“ (NZIP, 2024).*

Zdravotnický pracovník s odpovídající odbornou způsobilostí může vykonávat své povolání samostatně, například jako všeobecná sestra, praktická sestra, nutriční terapeut nebo farmaceutický asistent.

Naopak zdravotnický pracovník, který smí svou činnost vykonávat pouze pod odborným dohledem nebo přímým vedením, zahrnuje například sanitáře, ošetřovatele, nutričního asistenta, laboratorního asistenta a další (NZIP, 2024).

## **II PRŮZKUMNÁ ČÁST**

Tato část bakalářské práce se zaměřuje na metodiku průzkumného šetření, které bylo realizováno za účelem zjištění bezpečnostních a hygienických postupů nelékařského zdravotnického personálu při podávání stravy seniorům v nemocničním prostředí. Metodika zahrnuje formulaci průzkumných otázek, charakteristiku zkoumaného souboru respondentů, podrobný popis sběru dat a průběhu samotného šetření, včetně použitých metod – dotazníkového šetření a skrytého pozorování. Na základě získaných údajů jsou následně prezentovány a analyzovány výsledky průzkumu.

### **5 METODIKA PRŮZKUMNÉ ČÁSTI**

Tato bakalářská práce využívá kvantitativní šetření formou anonymního dotazníku vlastní tvorby a skrytého pozorování nelékařského zdravotnického personálu při podávání stravy seniorům starším 65 let v nemocničním zařízení. Průzkum byl realizován se souhlasem nemocničního zařízení a schválen hlavní i vrchní sestrou čtyř oddělení následné péče, kde probíhal.

#### **5.1 Průzkumné otázky**

1. Jaké bezpečné postupy a intervence dodržují nelékařští zdravotničtí pracovníci při podávání stravy seniorům v nemocničním zařízení?
2. Jaké hygienické postupy dodržují nelékařští zdravotničtí pracovníci při podávání stravy seniorům v nemocničním zařízení?
3. Jaké mají nelékařští zdravotničtí pracovníci znalosti o příznacích dehydratace u seniorů?
4. Jaké mají nelékařští zdravotničtí pracovníci znalosti o výživových potřebách u seniorů?

#### **5.2 Charakteristika zkoumaného souboru respondentů**

Průzkumný soubor tvořili nelékařští zdravotničtí pracovníci, kteří se aktivně podíleli na podávání stravy seniorům hospitalizovaným v nemocničním zařízení. Do této skupiny patřily všeobecné sestry, praktické sestry, ošetrovatelky a sanitářky.

#### **5.3 Sběr dat a průběh průzkumného šetření**

Průzkum probíhal v období od 10. února 2025 do 28. února 2025. Před zahájením hlavního průzkumu bylo provedeno pilotní šetření, které zahrnovalo pět dotazníků. Tyto dotazníky byly využity výhradně k úpravě a zpřesnění některých otázek, konkrétně otázek č. 19, 20 a 24. Jednalo se o otázky týkající se doporučeného denního množství bílkovin u zdravých seniorů,

vlivu nedostatku bílkovin a dosaženého vzdělání respondentů v oblasti zdravotnictví. Výsledky pilotního šetření nejsou zahrnuty do výsledků bakalářské práce. Samotné šetření probíhalo za přítomnosti průzkumníka. Dotazník byl předán osloveným respondentům k vyplnění. Jeho znění je uvedeno v závěru práce (viz příloha A). Dotazník obsahoval otevřené i uzavřené otázky zaměřené na bezpečné postupy a intervence při podávání stravy seniorům v nemocničním zařízení (otázky 1, 4, 6, 7, 9, 10, 11, 14), hygienické postupy při podávání stravy seniorům (otázky 2, 3, 5, 8, 12, 13), znalosti o příznacích dehydratace u seniorů (otázka 15) a znalosti o výživových potřebách seniorů (otázky 16, 17, 18, 19, 20, 21). Součástí dotazníku byly také identifikační otázky (otázky 22, 23, 24, 25).

Účast v šetření byla zcela dobrovolná a respondenti se mohli kdykoli rozhodnout odstoupit bez jakýchkoliv negativních důsledků. Dotazník byl anonymní a jeho vyplněním respondenti souhlasili s použitím svých odpovědí pro účely tohoto průzkumu. Po vyplnění byl dotazník vkládán do uzavřeného boxu, čímž byla zajištěna anonymita odpovědí a ochrana soukromí respondentů. Celkem bylo osloveno 62 respondentů, přičemž všechny dotazníky byly navráceny a kompletně vyplněny, což představuje návratnost 100 %.

Druhou metodou sběru dat bylo skryté pozorování, které probíhalo na jednom z nemocničních oddělení následné péče. Pozorování bylo realizováno u 12 nelékařských zdravotnických pracovníků v průběhu několika pracovních dní během denních směn, aby bylo možné zachytit širší spektrum situací a přirozený průběh každodenní praxe při podávání stravy seniorům. O realizaci šetření byla předem informována vrchní sestra oddělení, avšak samotní členové personálu o pozorování nevěděli, aby bylo možné získat autentická data a přirozený obraz každodenní praxe.

K zaznamenání pozorovaných skutečností byl použit pozorovací arch vlastní tvorby (viz příloha B), který se zaměřoval na klíčové aspekty podávání stravy seniorům v nemocničním prostředí. Pozorovací arch hodnotil kritéria související s hygienickými a bezpečnostními zásadami, použití ochranných pomůcek, zajištění správné diety, asistence pacientům se zubní protézou, pomoc nesoběstačným pacientům, zajištění pitného režimu a péči po jídle. Každá sledovaná situace byla hodnocena odpověďmi ano, částečně nebo ne.

## 6 PREZENTACE VÝSLEDKŮ

Tato kapitola shrnuje výsledky získané prostřednictvím dvou metod sběru dat – anonymního dotazníkového šetření a skrytého pozorování. Dotazníkové šetření bylo zaměřeno na pracovní postupy personálu při podávání stravy seniorům a ověření znalostí v oblasti výživy a hydratace. Skryté pozorování následně nabídlo pohled na reálné postupy personálu v praxi.

### 6.1 Výsledky dotazníkového šetření

Tato podkapitola přináší souhrn odpovědí od 62 respondentů, kteří vyplnili anonymní dotazník zaměřený na péči o seniory při podávání stravy a na znalosti zdravotnických pracovníků v této oblasti. Výsledky jsou znázorněny pomocí tabulek a doplněny slovním komentářem k jednotlivým otázkám.

#### Otázka č. 1 Podáváte pacientům jídlo dle jejich předepsané diety?

Tabulka 1: Dodržování předepsané diety při podávání stravy

Dodržování předepsané diety při podávání stravy	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Ano, vždy	52	83,9
Částečně, někdy dochází k úpravě diety	10	16,1
Ne, jídlo nepodávám dle předepsané diety	0	0
Jiné (specifikujte)	0	0
Celkem	62	100

Z celkového počtu 62 respondentů (100 %) uvedlo 52 respondentů (83,9 %), že pacientům vždy podávají jídlo podle předepsané diety. Možnost „Částečně, někdy dochází k úpravě diety“ zvolilo 10 respondentů (16,1 %). Žádný z respondentů neuvedl, že by jídlo nepodával dle předepsané diety, ani nezvolil možnost „Jiné (specifikujte)“.

## Otázka č. 2 Provádíte vlastní hygienickou péči rukou před podáváním stravy pacientům?

Tabulka 2: Hygienická péče rukou před podáváním stravy

Hygienická péče rukou před podáváním stravy	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Ano, provádím vlastní hygienickou péči rukou před podáváním stravy pacientům	59	95,2
Vlastní hygienickou péči rukou provádím pouze v případě znečištění rukou	1	1,6
Neprovádím vlastní hygienickou péči rukou, místo toho používám jednorázové rukavice	2	3,2
Nikdy neprovádím vlastní hygienickou péči rukou před podáváním stravy pacientům	0	0
Celkem	62	100

Z celkového počtu 62 respondentů (100 %) uvedlo 59 respondentů (95,2 %), že vždy provádějí vlastní hygienickou péči rukou před podáváním stravy pacientům. 1 respondent (1,6 %) uvedl, že tuto péči provádí pouze v případě znečištění rukou. Použití jednorázových rukavic jako náhradu hygienické péče rukou uvedli 2 respondenti (3,2 %). Žádný z respondentů nevedl, že by hygienickou péči rukou nikdy neprováděl.

**Otázka č. 3 Používáte při podávání stravy ochranné pomůcky (rukavice, jednorázovou zástěru)?**

**Tabulka 3: Používání ochranných pomůcek při podávání stravy**

<b>Používání ochranných pomůcek při podávání stravy</b>	<b>Absolutní četnost</b>	<b>Relativní četnost (%)</b>
Ano, při podávání stravy používám rukavice a jednorázovou zástěru	32	51,7
Používám pouze rukavice	25	40,3
Používám pouze jednorázovou zástěru	3	4,8
Ne, ochranné pomůcky při podávání stravy nepoužívám	2	3,2
Jiné (specifikujte)	0	0
<b>Celkem</b>	<b>62</b>	<b>100</b>

Z celkového počtu 62 respondentů (100 %) uvedlo 32 respondentů (51,7 %), že při podávání stravy používají jak rukavice, tak jednorázovou zástěru. Pouze rukavice používá 25 respondentů (40,3 %). Jednorázovou zástěru bez použití rukavic využívají 3 respondenti (4,8 %). Nepoužívání jakýchkoliv ochranných pomůcek uvedli 2 respondenti (3,2 %). Možnost „Jiné (specifikujte)“ ne zvolil žádný respondent.

**Otázka č. 4: Co vše zajišťujete pro vytvoření vhodného prostředí pro stravování pacientů?**

*(Respondenti mohli vybrat více odpovědí.)*

*Následující tabulka znázorňuje odpovědi respondentů na otázku týkající se opatření pro vytvoření vhodného prostředí pro stravování pacientů. Protože mohli vybrat více možností, součet odpovědí přesahuje počet respondentů.*

**Tabulka 4: Vytvoření vhodného prostředí pro stravování pacientů**

<b>Vytvoření vhodného prostředí pro stravování pacientů</b>	<b>Absolutní četnost</b>	<b>Relativní četnost (%)</b>
Klidné a tiché prostředí	28	45,2
Vyvětrání místnosti před jídlem	40	64,5
Správné uspořádání stolu	50	80,6
Jiné opatření (specifikujte)	3	4,8
Ne, vhodné prostředí pro stravování nezajišťuji	2	3,2
Celkem	123	Více než 100

Z celkového počtu 62 respondentů (100 %) uvedlo 50 respondentů (80,6 %), že zajišťují správné uspořádání stolu, což je nejčastěji prováděné opatření. Vyvětrání místnosti před jídlem uvedlo 40 respondentů (64,5 %) a 28 respondentů (45,2 %) dbá na klidné a tiché prostředí. Jiná opatření uvedli 3 respondenti (4,8 %), konkrétně šlo o zajištění pohodlné polohy pro pacienta, optimální posazení a ztišení televize. 2 respondenti (3,2 %) uvedli, že žádná opatření nezajišťují.

Protože respondenti mohli zvolit více odpovědí, celkový počet označených možností (123) přesahuje počet respondentů (62).

### Otázka č. 5: Dáváte pacientům možnost umýt si ruce před podáváním stravy?

Tabulka 5: Možnost umytí rukou před jídlem

Možnost umytí rukou před jídlem	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Ano, vždy dávám pacientům možnost umýt si ruce před podáváním stravy	31	50
Ano, ale pouze u pacientů, kteří jsou schopni si ruce umýt samostatně	8	12,9
Ne, pacienti si ruce umývají podle vlastního uvážení	23	37,1
Jiné (specifikujte)	0	0
Celkem	62	100

Z celkového počtu 62 respondentů (100 %) uvedlo 31 respondentů (50 %), že pacientům vždy umožňují umýt si ruce před podáváním stravy. Dalších 8 respondentů (12,9 %) poskytuje tuto možnost pouze pacientům, kteří jsou schopni si ruce umýt samostatně. Celkem 23 respondentů (37,1 %) uvedlo, že si pacienti umývají ruce podle vlastního uvážení. Možnost „Jiné (specifikujte)“ nezvolil žádný respondent.

**Otázka č. 6: Pomáháte pacientům s úpravou pozice před podáváním stravy pro zajištění bezpečnosti a prevence aspirace (posazení do sedu, zvýšená poloha)?**

**Tabulka 6: Úprava pozice pacientů pro bezpečnost**

<b>Úprava pozice pacientů pro bezpečnost</b>	<b>Absolutní četnost</b>	<b>Relativní četnost (%)</b>
Ano, vždy	54	87,1
Ano, ale pouze u pacientů, kteří mají problém s polykáním	6	9,7
Pouze na požádání pacienta	2	3,2
Pacientovi nepomáhám s úpravou pozice	0	0
Jiné (specifikujte)	0	0
<b>Celkem</b>	<b>62</b>	<b>100</b>

Z celkového počtu 62 respondentů (100 %) uvedlo 54 respondentů (87,1 %), že vždy pomáhají pacientům s úpravou pozice před podáváním stravy. Dalších 6 respondentů (9,7 %) poskytuje tuto pomoc pouze pacientům s polykacími obtížemi a 2 respondenti (3,2 %) ji poskytují jen na žádost pacienta. Žádný z respondentů neuvedl, že by pacientům s úpravou pozice vůbec nepomáhal, ani ne zvolil možnost „Jiné (specifikujte)“.

**Otázka č. 7: Pomáháte pacientům, kteří mají zubní protézu s jejím nasazením před podáváním stravy, pokud to sami nezvládnou?**

**Tabulka 7: Pomoc pacientům s nasazením zubní protézy**

<b>Pomoc pacientům s nasazením zubní protézy</b>	<b>Absolutní četnost</b>	<b>Relativní četnost (%)</b>
Ano, pomáhám pacientům s nasazením zubní protézy před každým jídlem, pokud to sami nezvládnou, aby se mohli pohodlně a bezpečně najíst	29	46,8
Ano, pouze u pacientů, kteří mají problémy s motorikou nebo jinými zdravotními obtížemi, které jim nasazení zubní protézy znemožňují	22	35,5
Ano, pomáhám s nasazením zubní protézy pouze na žádost pacienta	10	16,1
Ne, pacientům s nasazením zubní protézy nepomáhám	1	1,6
<b>Celkem</b>	<b>62</b>	<b>100</b>

Z celkového počtu 62 respondentů (100 %) uvedlo 29 respondentů (46,8 %), že pomáhají pacientům s nasazením zubní protézy před každým jídlem, pokud to sami nezvládnou. Dalších 22 respondentů (35,5 %) poskytuje tuto pomoc pouze pacientům s motorickými nebo jinými zdravotními obtížemi, které jim nasazení protézy znemožňují. 10 respondentů (16,1 %) pomáhá s nasazením zubní protézy pouze na žádost pacienta. Pouze 1 respondent (1,6 %) uvedl, že pacientům s nasazením zubní protézy nepomáhá.

**Otázka č. 8: Používáte u pacientů ochrannou podložku při jídle, aby se předešlo znečištění oblečení?**

**Tabulka 8: Použití ochranné podložky při jídle**

<b>Použití ochranné podložky při jídle</b>	<b>Absolutní četnost</b>	<b>Relativní četnost (%)</b>
Ano, ochrannou podložku používám u všech pacientů během jídla, aby se minimalizovalo riziko znečištění oblečení	13	21
Ano, ale pouze u pacientů, kteří mají problémy s pohyblivostí nebo koordinací při jídle	38	61,3
Ochrannou podložku používám pouze na žádost pacienta	3	4,8
Ochrannou podložku používám jen při podávání tekuté stravy	8	12,9
Ne, ochrannou podložku u pacientů nepoužívám	0	0
Jiné (specifikujte)	0	0
<b>Celkem</b>	<b>62</b>	<b>100</b>

Z celkového počtu 62 respondentů (100 %) uvedlo 38 respondentů (61,3 %), že ochrannou podložku používají pouze u pacientů, kteří mají problémy s pohyblivostí nebo koordinací při jídle. 13 respondentů (21 %) uvedlo, že ochrannou podložku používají u všech pacientů během jídla, aby minimalizovali riziko znečištění oblečení. 8 respondentů (12,9 %) ji používá pouze při podávání tekuté stravy a 3 respondenti (4,8 %) ji aplikují pouze na žádost pacienta. Žádný z respondentů nevedl, že by ochrannou podložku nikdy nepoužíval, ani nezvolil možnost „Jiné (specifikujte)“.

**Otázka č. 9: Poskytujete pacientům pomoc při jídle, pokud se sami nezvládají najíst?****Tabulka 9: Poskytování pomoci pacientům při jídle**

<b>Poskytování pomoci pacientům při jídle</b>	<b>Absolutní četnost</b>	<b>Relativní četnost (%)</b>
Ano, pacientům poskytuji pomoc při jídle, pokud to potřebují	58	93,5
Pomoc při jídle poskytuji pouze na žádost pacienta	4	6,5
Ne, pomoc při jídle neposkytuji	0	0
Jiné (specifikujte)	0	0
<b>Celkem</b>	<b>62</b>	<b>100</b>

Z celkového počtu 62 respondentů (100 %) uvedlo 58 respondentů (93,5 %), že poskytují pacientům pomoc při jídle, pokud to potřebují. 4 respondenti (6,5 %) poskytují tuto pomoc pouze na žádost pacienta. Žádný z respondentů nevedl, že by pomoc při jídle neposkytoval, ani nezvolil možnost „Jiné (specifikujte)“.

### Otázka č. 10: Umožňujete pacientům dostatek času na konzumaci jídla?

Tabulka 10: Umožnění pacientům dostatek času na konzumaci jídla

Umožnění pacientům dostatek času na konzumaci jídla	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Ano, vždy umožňuji dostatek času na konzumaci jídla	51	82,3
Ano, ale pouze u pacientů s omezenou schopností jíst samostatně	2	3,2
Ano, pacienti mají dostatek času na konzumaci jídla, pokud si o něj požádají	9	14,5
Ne, pacienti mají omezený čas na konzumaci jídla	0	0
Jiné (specifikujte)	0	0
Celkem	62	100

Z celkového počtu 62 respondentů (100 %) uvedlo 51 respondentů (82,3 %), že pacientům vždy umožňují dostatek času na konzumaci jídla. 2 respondenti (3,2 %) poskytují dostatek času pouze pacientům s omezenou schopností jíst samostatně, zatímco 9 respondentů (14,5 %) uvedlo, že pacienti mají dostatek času pouze tehdy, pokud si o něj požádají. Žádný z respondentů nevedl, že by pacienti měli omezený čas na konzumaci jídla, ani ne zvolil možnost „Jiné (specifikujte)“.

**Otázka č. 11: Zajišťujete pacientům možnost pití během stravování?****Tabulka 11: Zajištění možnosti pití během stravování**

<b>Zajištění možnosti pití během stravování</b>	<b>Absolutní četnost</b>	<b>Relativní četnost (%)</b>
Ano, vždy zajišťuji pacientům možnost pití během stravování	62	100
Ano, ale pouze u pacientů, kteří mají potíže s polykáním	0	0
Ne, pacientům během stravování pití nezajišťuji	0	0
Jiné (specifikujte)	0	0
<b>Celkem</b>	<b>62</b>	<b>100</b>

Výsledky ukazují, že všech 62 respondentů (100 %) vždy zajišťuje pacientům možnost pití během stravování. Žádný z respondentů neoznačil možnost, že by pití zajišťoval pouze u pacientů s potížemi s polykáním, možnost, že by pití během jídla nezajišťoval, ani odpověď „Jiné (specifikujte)“.

## Otázka č. 12: Umožňujete pacientům hygienu rukou po stravování?

Tabulka 12: Umožnění hygieny rukou po stravování

Umožnění hygieny rukou po stravování	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Ano, vždy po každém jídle	9	14,5
Ano, ale pouze na požádání pacienta	46	74,2
Ne, tuto možnost neposkytují	3	4,8
Jiné (specifikujte)	4	6,5
Celkem	62	100

Z celkového počtu 62 respondentů (100 %) uvedlo 9 respondentů (14,5 %), že pacientům vždy umožňují hygienu rukou po každém jídle. Dalších 46 respondentů (74,2 %) tuto možnost poskytuje pouze na požádání pacienta. 3 respondenti (4,8 %) uvedli, že hygienu rukou po jídle pacientům neposkytují. 4 respondenti (6,5 %) zvolili možnost „Jiné (specifikujte)“. Tito respondenti uvedli následující odpovědi: „jen když je to nutné“, „pokud se ušpiní od stravy“, „při viditelném znečištění rukou“ a „soběstačným pacientům ano, ležícím ne“.

### Otázka č. 13: Umožňujete pacientům hygienu dutiny ústní po stravování?

Tabulka 13: Umožnění hygieny dutiny ústní po stravování

Umožnění hygieny dutiny ústní po stravování	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Ano, pravidelně po každém jídle	8	12,9
Ano, ale pouze na požádání pacienta	51	82,3
Ne, tuto možnost neposkytují	1	1,6
Jiné (specifikujte)	2	3,2
Celkem	62	100

Z celkového počtu 62 respondentů (100 %) uvedlo 8 respondentů (12,9 %), že pacientům vždy umožňují hygienu dutiny ústní po každém jídle. 51 respondentů (82,3 %) poskytuje tuto možnost pouze na požádání pacienta. 1 respondent (1,6 %) uvedl, že hygienu dutiny ústní po jídle pacientům neposkytuje, a 2 respondenti (3,2 %) zvolili možnost „Jiné (specifikujte)“. Tito respondenti uvedli odpovědi: „je-li to nutné“ a „soběstačným pacientům ano, ležícím ne“.

**Otázka č. 14: Zajišťujete pacientům pomoc s úpravou polohy po jídle?**

**Tabulka 14: Pomoc s úpravou polohy po jídle**

<b>Pomoc s úpravou polohy po jídle</b>	<b>Absolutní četnost</b>	<b>Relativní četnost (%)</b>
Ano, vždy pomáhám s úpravou polohy	41	66,1
Pomáhám pouze pacientům s omezenou pohyblivostí	21	33,9
Ne, nezajišťuji pomoc s úpravou polohy po jídle	0	0
Jiné (specifikujte)	0	0
<b>Celkem</b>	<b>62</b>	<b>100</b>

Z celkového počtu 62 respondentů (100 %) uvedlo 41 respondentů (66,1 %), že pacientům vždy pomáhají s úpravou polohy po jídle. Zbýlých 21 respondentů (33,9 %) poskytuje tuto pomoc pouze pacientům s omezenou pohyblivostí. Žádný z respondentů neuvedl, že by tuto pomoc nezajišťoval, ani nezvolil možnost „Jiné (specifikujte)“.

### Otázka č. 15: Jaké jsou příznaky dehydratace u seniorů?

*(Respondenti mohli vybrat více odpovědí.)*

*Následující tabulka znázorňuje odpovědi respondentů na otázku týkající se příznaků dehydratace u seniorů. Protože mohli vybrat více možností, součet odpovědí přesahuje počet respondentů.*

**Tabulka 15: Příznaky dehydratace u seniorů**

<b>Příznaky dehydratace u seniorů</b>	<b>Absolutní četnost</b>	<b>Relativní četnost (%)</b>
Suchá pokožka a sliznice	14	22,6
Zmatenost a únava	1	1,6
Snížený objem moči a tmavá barva moči	14	22,6
Všechny výše uvedené	47	75,8
Nevím	0	0
Celkem	76	Více než 100

Z celkového počtu 62 respondentů (100 %) označilo 47 respondentů (75,8 %) možnost „Všechny výše uvedené“. 14 respondentů (22,6 %) uvedlo jako příznak suchou pokožku a sliznice a stejný počet respondentů (22,6 %) zvolil možnost sníženého objemu moči a tmavé barvy moči. 1 respondent (1,6 %) kromě této možnosti označil také odpověď „zmatenost a únava“. Možnost „Nevím“ nezvolil žádný respondent.

Protože respondenti mohli vybrat více odpovědí, celkový počet odpovědí (76) přesahuje počet respondentů (62).

### Otázka č. 16: Jak se mění výživové potřeby seniorů ve srovnání s mladšími dospělými?

(Respondenti mohli vybrat více odpovědí.)

Následující tabulka znázorňuje odpovědi respondentů na otázku týkající se změn ve výživových potřebách seniorů. Protože mohli vybrat více možností, součet odpovědí přesahuje počet respondentů.

**Tabulka 16: Výživové potřeby seniorů**

Výživové potřeby seniorů	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Senioři by měli omezit příjem vlákniny, protože vláknina zpomaluje jejich trávení	0	0
Senioři mají vyšší potřebu bílkovin	47	75,8
Senioři mají vyšší potřebu některých vitamínů a minerálů (např. vitamínu D, vápníku)	26	41,9
Senioři mají stejné výživové potřeby jako mladší dospělí	6	9,7
Nevím	9	14,5
Celkem	88	Více než 100

Z celkového počtu 62 respondentů (100 %) uvedlo 47 respondentů (75,8 %), že senioři mají vyšší potřebu bílkovin. Zvýšenou potřebu některých vitamínů a minerálů, jako je vitamín D a vápník, označilo 26 respondentů (41,9 %). Možnost, že senioři mají stejné výživové potřeby jako mladší dospělí, zvolilo 6 respondentů (9,7 %) a 9 respondentů (14,5 %) odpovědělo „Nevím“. Možnost, že by senioři měli omezit příjem vlákniny, ne zvolil žádný respondent.

Protože respondenti mohli vybrat více možností, celkový počet odpovědí (88) přesahuje počet respondentů (62).

**Otázka č. 17: Které vitamíny a minerály jsou obzvláště důležité pro zdraví kostí u seniorů?**

**Tabulka 17: Důležité vitamíny a minerály pro zdraví kostí u seniorů**

<b>Důležité vitamíny a minerály pro zdraví kostí u seniorů</b>	<b>Absolutní četnost</b>	<b>Relativní četnost (%)</b>
Vápník a vitamín D	59	95,2
Vitamín A a C	0	0
Hořčík a železo	1	1,6
Vitamín B12 a kyselina listová	0	0
Nevíم	2	3,2
Celkem	62	100

Z celkového počtu 62 respondentů (100 %) označilo 59 respondentů (95,2 %) vápník a vitamín D jako klíčové prvky pro zdraví kostí u seniorů. Hořčík a železo uvedl 1 respondent (1,6 %), zatímco možnosti vitamínu A a C ani vitamínu B12 a kyseliny listové nezvolil žádný respondent. Odpověď „Nevíم“ uvedli 2 respondenti (3,2 %).

**Otázka č. 18: Které potraviny jsou vhodné pro zajištění dostatečného příjmu vlákniny u seniorů?**

**Tabulka 18: Výběr potravin vhodných pro příjem vlákniny u seniorů**

<b>Výběr potravin vhodných pro příjem vlákniny u seniorů</b>	<b>Absolutní četnost</b>	<b>Relativní četnost (%)</b>
Celozrnné pečivo, ovesné vločky, ovoce a zelenina	61	98,4
Bílé pečivo, těstoviny a sladké nápoje	0	0
Mléčné výrobky	0	0
Maso a uzeniny	0	0
Nevím	1	1,6
<b>Celkem</b>	<b>62</b>	<b>100</b>

Z celkového počtu 62 respondentů (100 %) označilo 61 respondentů (98,4 %) celozrnné pečivo, ovesné vločky, ovoce a zeleninu jako vhodné potraviny pro zajištění dostatečného příjmu vlákniny u seniorů. Žádný z respondentů nezvolil nevhodné možnosti, jako jsou bílé pečivo, těstoviny a sladké nápoje, mléčné výrobky či maso a uzeniny. Možnost „Nevím“ zvolil pouze 1 respondent (1,6 %).

**Otázka č. 19: Jaké je doporučené denní množství bílkovin pro zdravé seniory starších 65 let?**

**Tabulka 19: Doporučené denní množství bílkovin pro zdravé seniory**

<b>Doporučené denní množství bílkovin pro zdravé seniory</b>	<b>Absolutní četnost</b>	<b>Relativní četnost (%)</b>
0,6 g na kg tělesné hmotnosti	12	19,4
1–1,2 g na kg tělesné hmotnosti	17	27,4
2,0 g na kg tělesné hmotnosti	6	9,7
2,5 g na kg tělesné hmotnosti	5	8,1
Neznám doporučenou denní dávku bílkovin	22	35,4
<b>Celkem</b>	<b>62</b>	<b>100</b>

Z celkového počtu 62 respondentů (100 %) uvedlo 17 respondentů (27,4 %), že doporučené denní množství bílkovin pro seniory je 1–1,2 g na kg tělesné hmotnosti, což odpovídá současným nutričním doporučením. Hodnotu 0,6 g uvedlo 12 respondentů (19,4 %), 2,0 g zvolilo 6 respondentů (9,7 %) a 5 respondentů (8,1 %) označilo ještě vyšší hodnotu 2,5 g na kg tělesné hmotnosti. Neznalost doporučeného množství uvedlo 22 respondentů (35,4 %).

## Otázka č. 20: Jaký vliv může mít nedostatek bílkovin u seniorů?

(Respondenti mohli vybrat více odpovědí.)

Následující tabulka znázorňuje odpovědi respondentů na otázku týkající se možných důsledků nedostatku bílkovin u seniorů. Protože mohli vybrat více možností, součet odpovědí přesahuje počet respondentů.

**Tabulka 20: Vliv nedostatku bílkovin u seniorů**

Vliv nedostatku bílkovin u seniorů	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Snížená imunita	9	14,5
Zvýšené riziko úbytku svalové hmoty (sarkopenie)	31	50
Zvýšené riziko zácpy	21	33,9
Všechny výše uvedené	27	43,5
Nevím	4	6,5
Celkem	92	Více než 100

Z celkového počtu 62 respondentů (100 %) označilo 31 respondentů (50 %) zvýšené riziko úbytku svalové hmoty (sarkopenie) jako důsledek nedostatku bílkovin. Zvýšené riziko zácpy uvedlo 21 respondentů (33,9 %) a sníženou imunitu 9 respondentů (14,5 %). Možnost „Všechny výše uvedené“ zvolilo 27 respondentů (43,5 %). Odpověď „Nevím“ uvedli 4 respondenti (6,5 %).

Protože respondenti mohli vybrat více možností, celkový počet odpovědí (92) přesahuje počet respondentů (62).

**Otázka č. 21: Jaké jsou doporučené změny v dietě u seniorů, kteří mají problémy s trávením?**

**Tabulka 21: Doporučené změny v dietě u seniorů**

<b>Doporučené změny v dietě u seniorů</b>	<b>Absolutní četnost</b>	<b>Relativní četnost (%)</b>
Snížit příjem vlákniny	0	0
Jíst častěji menší porce a vyhýbat se těžkým jídlům	61	98,4
Zvýšit příjem těžce stravitelných tuků	0	0
Vyhýbat se veškeré tekuté stravě	0	0
Nevím	1	1,6
<b>Celkem</b>	<b>62</b>	<b>100</b>

Z celkového počtu 62 respondentů (100 %) označilo 61 respondentů (98,4 %) jako doporučenou změnu v dietě konzumaci menších porcí a vyhýbání se těžkým jídlům. Možnost snížení příjmu vlákniny, zvýšení konzumace těžce stravitelných tuků ani vyhýbání se tekuté stravě nezvolil žádný respondent. Možnost „Nevím“ označil 1 respondent (1,6 %).

### Otázka č. 22: Jaké je Vaše pohlaví?

Tabulka 22: Pohlaví respondentů

Pohlaví respondentů	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Muž	0	0
Žena	62	100
Jiné	0	0
Celkem	62	100

Výsledky ukazují, že všechny dotazované osoby byly ženy. Možnost „Žena“ označilo všech 62 respondentek (100 %), zatímco varianty „Muž“ ani „Jiné“ nezvolil žádný z respondentů.

### Otázka č. 23: Kolik je Vám let?

Tabulka 23: Věk respondentů

Věk respondentů	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
18–29	8	12,9
30–44	18	29
45–59	32	51,6
60 a více	4	6,5
Celkem	62	100

Z celkového počtu 62 respondentů (100 %) spadá 32 respondentů (51,6 %) do věkové kategorie 45–59 let, což představuje nejpočetnější skupinu. Věk 30–44 let uvedlo 18 respondentů (29 %), 8 respondentů (12,9 %) se nachází ve věku 18–29 let a 4 respondenti (6,5 %) patří do kategorie 60 a více let.

**Otázka č. 24: Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání v oblasti zdravotnictví?****Tabulka 24: Nejvyšší dosažené vzdělání v oblasti zdravotnictví**

<b>Nejvyšší dosažené vzdělání v oblasti zdravotnictví</b>	<b>Absolutní četnost</b>	<b>Relativní četnost (%)</b>
Střední bez maturity	19	30,6
Střední zdravotnická škola obor praktická sestra/zdravotnický asistent	8	12,9
Střední zdravotnická škola obor všeobecná sestra	33	53,2
Vyšší odborné vzdělání	0	0
Vysokoškolské vzdělání bakalářské v oblasti zdravotnictví	0	0
Vysokoškolské vzdělání magisterské v oblasti zdravotnictví	1	1,6
Jiná úroveň vzdělání v oblasti zdravotnictví	1	1,6
<b>Celkem</b>	<b>62</b>	<b>100</b>

Z celkového počtu 62 respondentů (100 %) uvedlo 33 respondentů (53,2 %), že mají středoškolské vzdělání v oboru všeobecná sestra, což představuje nejpočetnější skupinu. Střední vzdělání bez maturity uvedlo 19 respondentů (30,6 %) a 8 respondentů (12,9 %) absolvovalo střední zdravotnickou školu v oboru praktická sestra/zdravotnický asistent. Vyšší odborné vzdělání ani vysokoškolské bakalářské vzdělání v oblasti zdravotnictví neuvedl žádný respondent. Vysokoškolské magisterské vzdělání uvedl 1 respondent (1,6 %) a 1 respondent (1,6 %) označil jinou úroveň vzdělání, konkrétně sanitářský kurz.

### Otázka č. 25: Jak dlouho pracujete ve zdravotnickém zařízení?

Tabulka 25: Délka praxe ve zdravotnickém zařízení

Délka praxe ve zdravotnickém zařízení	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
1–5 let	16	25,8
6–10 let	8	12,9
11–15 let	11	17,7
16–20 let	15	24,2
Více než 20 let	12	19,4
Celkem	62	100

Z celkového počtu 62 respondentů (100 %) uvedlo 16 respondentů (25,8 %), že ve zdravotnictví pracují 1–5 let, což představuje největší podíl. Praxi v délce 16–20 let uvedlo 15 respondentů (24,2 %) a více než 20 let praxe označilo 12 respondentů (19,4 %). Délku praxe 11–15 let uvedlo 11 respondentů (17,7 %) a nejmenší skupinu tvořilo 8 respondentů (12,9 %) s praxí 6–10 let.

## 6.2 Výsledky pozorování reálné praxe

Tato podkapitola obsahuje přehledně zpracované výsledky skrytého pozorování zaměřeného na postupy nelékařského zdravotnického personálu při podávání stravy seniorům. Data jsou prezentována formou tabulky a doplněna stručným komentářem.

**Tabulka 26: Výsledky pozorování**

	Výsledky pozorování	ANO	ČÁSTEČNĚ	NE
1.	Podal zdravotnický pracovník správnou dietu pacientům?	12	0	0
2.	Provedl zdravotnický pracovník osobní hygienu rukou před podáváním stravy pacientům?	11	0	1
3.	Použil zdravotnický pracovník ochranné pomůcky při podávání stravy pacientům?	3	7	2
4.	Zajistil zdravotnický pracovník vhodné prostředí pro stravování pacientů?	2	7	3
5.	Umožnil zdravotnický pracovník pacientům umýt si ruce před podáváním stravy?	2	0	10
6.	Pomohl zdravotnický pracovník zajistit pacientům bezpečnou polohu před podáváním stravy?	12	0	0
7.	Pomohl zdravotnický pracovník pacientům, kteří mají zubní protézu s jejím nasazením?	6	0	6
8.	Použil zdravotnický pracovník u pacientů ochrannou podložku při jídle?	10	0	2
9.	Poskytl zdravotnický pracovník nesoběstačným pacientům asistenci při jídle?	12	0	0

10.	Poskytl zdravotnický pracovník pacientům dostatek času na konzumaci jídla?	12	0	0
11.	Zajistil zdravotnický pracovník pacientům pití během stravování?	12	0	0
12.	Umožnil zdravotnický pracovník pacientům hygienu rukou po stravování?	4	0	8
13.	Umožnil zdravotnický pracovník pacientům hygienu dutiny ústní po stravování?	3	0	9
14.	Pomohl zdravotnický pracovník pacientům s úpravou polohy po jídle?	12	0	0

Z celkového počtu 12 pozorovaných zdravotnických pracovníků (100 %) podalo všech 12 pracovníků (100 %) pacientům správně předepsanou dietu. Osobní hygienu rukou před podáváním stravy provedlo 11 pracovníků (91,7 %), zatímco 1 pracovník (8,3 %) tuto hygienu neprovedl. Ochranné pomůcky při podávání stravy použili 3 pracovníci (25 %), částečně je využilo 7 pracovníků (58,3 %) a 2 pracovníci (16,7 %) je nepoužili vůbec. Vhodné prostředí pro stravování pacientů zajistili plně 2 pracovníci (16,7 %), částečně 7 pracovníků (58,3 %) a 3 pracovníci (25 %) nezajistili vůbec. Možnost umytí rukou před jídlem pacientům umožnili 2 pracovníci (16,7 %), zatímco 10 pracovníků (83,3 %) tuto péči pacientům neposkytli. Pomoc se zajištěním bezpečné polohy před podáváním stravy poskytlo všech 12 pracovníků (100 %). Pomoc pacientům s nasazením zubní protézy byla zaznamenána u 6 pracovníků (50 %), u dalších 6 pracovníků (50 %) tato pomoc chyběla. Ochrannou podložku u pacientů použilo 10 pracovníků (83,3 %), zatímco 2 pracovníci (16,7 %) ji nepoužili. Všech 12 pracovníků (100 %) pomohlo nesoběstačným pacientům s jídlem, poskytli dostatek času na konzumaci stravy a zajistili pití během jídla. Hygienu rukou po stravování pacientům umožnili 4 pracovníci (33,3 %), zatímco 8 pracovníků (66,7 %) tuto péči nezajistili vůbec. Hygienu dutiny ústní u pacientů po jídle provedli pouze 3 pracovníci (25 %), zatímco 9 pracovníků (75 %) tuto péči pacientům neposkytli. Úpravu polohy u pacientů po jídle provedlo všech 12 pracovníků (100 %).

## 7 DISKUZE

Tato kapitola se zaměřuje na rozbor a zhodnocení výsledků průzkumné části bakalářské práce, jejímž cílem bylo zjistit, jaké znalosti a postupy dodržují nelékařští zdravotničtí pracovníci při podávání stravy seniorům v nemocničním zařízení. Diskuse vychází ze čtyř stanovených průzkumných otázek a věnuje se nejen interpretaci získaných údajů, ale také jejich porovnání s jinou závěrečnou prací na podobné téma a odbornou literaturou. Současně se pokouší identifikovat možné důvody, proč byly výsledky takové, jaké byly, ať už jde o vliv délky praxe, vzdělání, pracovního prostředí nebo samotného charakteru geriatrické péče. Důraz je kladen na to, jak zjištěné poznatky odpovídají teoretickým zásadám a doporučením odborníků, a v čem se od nich případně odlišují.

**První průzkumná otázka se zaměřovala na to, jaké bezpečné postupy a intervence dodržují nelékařští zdravotničtí pracovníci při podávání stravy seniorům v nemocničním zařízení.**

Na otázku „Podáváte pacientům jídlo dle jejich předepsané diety?“ vyplynulo z dotazníkového šetření, že většina respondentů si je vědoma důležitosti dodržování předepsané diety. Konkrétně 83,9 % respondentů uvedlo, že pacientům podává vždy správně předepsanou stravu, což lze hodnotit pozitivně. Žádný z respondentů nevedl, že by dietní režim zcela nedodržoval, i když 16,1 % respondentů připustilo příležitostnou úpravu stravy.

Význam dodržování dietních režimů u geriatrických pacientů zdůrazňuje také odborná literatura, která upozorňuje na individuálně přizpůsobenou stravu jako součást léčebného plánu (Zlatohlávek, 2019; Vágnerová, 2020). Chyby v podávání diety mohou mít u seniorů závažné důsledky, zejména u osob s diabetem, celiakií nebo poruchami polykání (Kasper, 2015; Zlatohlávek, 2019). V souladu s tím odborná literatura doporučuje důsledné dodržování dietních režimů jako prevenci komplikací (Plevová a Kachlová, 2023).

Skryté pozorování rovněž potvrdilo, že všech 12 zdravotnických pracovníků v praxi správně identifikovalo předepsanou dietu, zajistili bezpečné usazení pacienta, poskytli potřebnou asistenci při jídle a umožnili pacientům jíst v klidu a bez spěchu. Tím byly naplněny základní zásady bezpečného a důstojného podávání stravy, jak je popisují například Burda a Šolcová (2015).

Vhodné prostředí pro podávání stravy je důležitou součástí bezpečné a důstojné péče. Z dotazníkového šetření vyplynulo, že 80,6 % respondentů zajišťuje správné uspořádání stolu,

64,5 % respondentů uvádí vyvětrání místnosti před jídlem a 45,2 % respondentů se snaží vytvořit klidné a tiché prostředí. Mezi méně časté odpovědi patřily ztišení televize či zajištění pohodlné polohy pacienta. Pouze 3,2 % respondentů uvedlo, že žádná opatření pro vytvoření vhodného prostředí nezajišťují.

Z výsledků skrytého pozorování však vyplývá, že tato opatření nejsou v praxi dodržována důsledně. Vhodné prostředí pro stravování bylo plně zajištěno pouze 2 pracovníky, částečně 7 pracovníky a ve 3 případech nebylo zajištěno vůbec. Tento rozdíl mezi deklarovanými postupy a skutečnou praxí poukazuje na potřebu větší důslednosti a systematického přístupu k vytváření podmínek, které podporují komfort a bezpečnost pacientů při jídle. Stravování by mělo probíhat v prostředí, které podporuje pocit důstojnosti, soběstačnost a umožňuje sociální kontakt mezi pacienty. Vhodné prostředí pomáhá předcházet izolaci a zároveň zajišťuje příjemný zážitek z jídla (Ombudsman ČR, 2017).

Součástí bezpečného podávání stravy je také péče o pacienty se zubní protézou, která ovlivňuje schopnost přijímat potravu pohodlně a bez obtíží. Téměř polovina respondentů 46,8 % uvedla, že pacientům s nasazením zubní protézy pomáhá pravidelně před každým jídlem, pokud si ji sami nezvládnou nasadit. Dalších 35,5 % respondentů poskytuje tuto pomoc pouze pacientům s motorickým nebo jiným zdravotním omezením. Pomoc pouze na žádost pacienta uvedlo 16,1 % respondentů a 1 respondent uvedl, že tuto péči neposkytuje vůbec.

Výsledky skrytého pozorování ukázaly, že pomoc pacientům s nasazením zubní protézy poskytlo 6 zdravotnických pracovníků, zatímco dalších 6 pracovníků tuto péči neposkytlo vůbec. Tento výsledek poukazuje na to, že podpora pacientům při nasazování zubní protézy není v praxi zajišťována důsledně a jednotně. Přitom právě tato intervence může významně ovlivnit komfort a bezpečnost při příjmu potravy, a měla by proto být běžnou součástí ošetrovatelské péče u pacientů, kteří si zubní protézu nejsou schopni nasadit sami. Jak uvádí Plevová a Kachlová (2023), při hospitalizaci pacienta je důležité dbát na správnou péči o zubní protézu. Protéza se pacientovi vkládá do úst, aby mu usnadnila artikulaci a umožnila pohodlné stravování. Zároveň je nezbytné, aby byla zubní protéza pravidelně udržovaná v čistotě, zejména po každém jídle nebo kdykoli během dne, pokud je to potřeba.

Podávání tekutin během jídla představuje důležitou součást bezpečné a kvalitní péče, která podporuje komfort pacienta a pomáhá předcházet dehydrataci. V dotazníkovém šetření uvedli všichni respondenti 100 %, že pacientům pravidelně podávají pití během jídla. Tato zjištění potvrzují i výsledky skrytého pozorování, které ukázaly, že všichni sledovaní pracovníci

pacientům během stravování pití nabídli. Jak uvádí Vágnerová (2020), u starších osob dochází ke snížení pocitu žízně a celkového obsahu tělesné vody, což zvyšuje riziko dehydratace. Proto je důležité při jídle tekutiny aktivně nabízet a podporovat jejich příjem, protože i menší deficit tekutin může vzhledem k oslabeným regulačním funkcím k vážnějším zdravotním problémům.

Po jídle je důležité upravit polohu pacientů, aby se předešlo komplikacím, jako je reflux nebo aspirace, a aby se zajistil jejich komfort. V dotazníkovém šetření 66,1 % respondentů uvedlo, že tuto péči provádí vždy, zatímco 33,9 % ji zajišťuje pouze u pacientů s omezenou pohyblivostí.

Výsledky skrytého pozorování ukázaly, že úprava polohy u pacientů po jídle byla zaznamenána u všech sledovaných pracovníků, což znamená, že v praxi je tento úkon plně zajištěn. Tato shoda mezi deklarovanými postupy a reálnou praxí svědčí o tom, že úprava polohy po jídle je běžnou a důsledně prováděnou součástí ošetrovatelské péče. Jak uvádějí Burda a Šolcová (2015), po jídle je vhodné polohovat pacienta na bok nebo do polohy s mírně zvednutým hrudníkem. Tím se podpoří správné trávení a sníží se riziko vdechnutí zbytků potravy.

### **Druhá průzkumná otázka byla zaměřena na hygienické postupy, které nelékařští zdravotničtí pracovníci dodržují při podávání stravy seniorům v nemocničním zařízení.**

Na otázku „Provádíte vlastní hygienickou péči rukou před podáváním stravy pacientům?“ vyplynulo z dotazníkového šetření, že si většina respondentů uvědomuje význam hygieny rukou před podáváním stravy. Konkrétně 95,2 % respondentů uvedlo, že vždy provádějí vlastní hygienu rukou. Pouze 1 respondent uvedl, že si ruce myje pouze v případě viditelného znečištění, a 3,2 % respondentů hygienu rukou nahrazuje použitím jednorázových rukavic. Žádný z respondentů neuvedl, že by hygienu rukou před podáváním stravy vůbec neprováděl. Tyto výsledky lze hodnotit pozitivně, neboť ukazují na vysoké povědomí o významu této základní hygienické intervence.

Skryté pozorování potvrdilo, že 11 zdravotnických pracovníků provedlo hygienu rukou před podáváním stravy, zatímco 1 pracovník ji neprovedl vůbec. Přesto i ojedinělé nedodržení hygieny rukou může představovat riziko pro pacienty, zejména ve zranitelné geriatrické populaci. Správná hygiena rukou zůstává jedním ze základních opatření prevence přenosu infekcí v nemocničním prostředí (Plevová a Kachlová, 2022).

V oblasti používání ochranných pomůcek se výsledky ukázaly jako méně uspokojivé. V dotazníkovém šetření uvedlo 51,7 % respondentů, že při podávání stravy pacientům používají jak jednorázové rukavice, tak i jednorázovou zástěru. Zbývající část dotazovaných uvedla, že používá pouze jednu z pomůcek, případně žádnou. Pozorování v praxi však odhalilo ještě nižší míru důslednosti – ochranné pomůcky byly plně využity pouze 3 pracovníky, 7 pracovníků je použilo jen částečně a ve 2 případech nebyly použity vůbec. Tyto výsledky naznačují rozdíl mezi deklarovanými znalostmi správných postupů a jejich skutečným uplatňováním v každodenní praxi zdravotnického zařízení. Jak uvádí Plevová a Kachlová (2022) při manipulaci se stravou je nutné používat osobní ochranné pomůcky, jako jsou jednorázová zástěra a rukavice, aby se zabránilo kontaminaci pokrmů. Tyto pomůcky chrání nejen samotnou stravu, ale i zdravotnický personál a pacienty.

Dalším sledovaným faktorem byla možnost umytí rukou pacientům před jídlem, kterou dotazníkové šetření reflektovalo poměrně pozitivně – 50 % respondentů uvedlo, že tuto péči zajišťují pravidelně, což je v souladu s hygienickými doporučeními. Celkem 37,1 % respondentů uvedlo, že tuto činnost ponechávají na vlastním uvážení pacientů. Tento přístup však může být u geriatrických pacientů problematický, protože mnozí z nich nejsou dostatečně soběstační, a pokud jim není pomoc aktivně nabídnuta, hygiena často zůstává zcela opomenuta. To nejenže snižuje komfort pacientů, ale zároveň zvyšuje riziko kontaminace stravy a šíření infekcí. Podle Plevové a Kachlové (2022) je umožnění hygieny rukou před jídlem jedním ze základních hygienických standardů, které by měly být u všech pacientů samozřejmostí.

Výsledky skrytého pozorování navíc ukázaly, že realita se od teoreticky správných postupů výrazně odlišuje – pouze 2 pracovníci skutečně zajistili pacientům možnost hygieny rukou před jídlem, zatímco 10 pracovníků tuto péči vůbec neposkytlo. Tento výsledek je alarmující, neboť ruce pacientů mohou být přímým přenašečem patogenů, a nedodržování této základní hygienické intervence představuje závažné pochybení v ošetrovatelské péči.

Použití ochranné podložky při jídle je jedním z aspektů, které byly v praxi naopak dodržovány poměrně dobře. V dotazníkovém šetření uvedlo 61,3 % respondentů, že ji používají u pacientů s poruchami koordinace, a 21 % respondentů ji používá u všech pacientů. Přestože individuální přístup je v péči o pacienty žádoucí, preventivní používání podložky může předejít znečištění lůžka i oděvu a přispět k pocitu čistoty a důstojnosti během jídla. Z pozorování vyplynulo, že 10 z 12 pracovníků ochrannou podložku u pacientů skutečně použilo, což svědčí o vysoké míře souladu mezi údaji uvedenými v dotazníku a reálným provedením v praxi. Jak uvádí Burda

a Šolcová (2015), použití ochranné podložky pomáhá chránit oděv pacienta a zároveň přispívá k udržení hygienického prostředí při podávání stravy.

Hygiena po jídle, konkrétně umožnění pacientům umytí rukou, představuje oblast, ve které byly zjištěny určité nedostatky. V dotazníkovém šetření uvedlo pouze 14,5 % respondentů, že tuto péči zajišťují vždy po každém jídle. Většina dotazovaných 74,2 % uvedla, že hygienu rukou umožňují pouze na požádání pacienta, zatímco 4,8 % respondentů tuto možnost vůbec neposkytuje. Možnost „Jiné (specifikujte)“ zvolilo 6,5 % respondentů, přičemž mezi uvedenými důvody dominovalo zajištění hygieny jen při viditelném znečištění nebo pouze u soběstačných pacientů.

Výsledky skrytého pozorování ukázaly, že hygienu rukou po jídle skutečně umožnili jen 4 z 12 pracovníků, zatímco 8 pracovníků tuto péči pacientům nezajistili. Tento nesoulad mezi uváděnými a reálně prováděnými postupy poukazuje na potřebu větší důslednosti v této oblasti. Jak uvádí Plevová a Kachlová (2023), mytí rukou je klíčovou součástí prevence proti šíření infekcí a mělo by být prováděno nejen před jídlem, ale také bezprostředně po jeho skončení. Hygiena rukou po jídle je nejen preventivním opatřením proti šíření infekcí, ale přispívá i k pocitu čistoty, komfortu a zachování důstojnosti pacientů, zejména v geriatrické péči.

Podobně nízká byla i míra zajištění hygieny dutiny ústní u pacientů po jídle. Z dotazníkového šetření vyplynulo, že pouze 12,9 % respondentů tuto péči zajišťuje pravidelně po každém jídle. Většina respondentů 82,3 % uvedla, že ústní hygienu poskytuje pouze na požádání pacienta. 1 respondent tuto možnost pacientům neposkytuje vůbec a 2 respondenti zvolili možnost „Jiné (specifikujte)“, přičemž uváděli, že péči poskytují pouze v případě potřeby nebo jen soběstačným pacientům.

Výsledky skrytého pozorování tyto údaje potvrdily. Hygienu dutiny ústní u pacientů po stravování skutečně provedli pouze 3 pracovníci, zatímco 9 pracovníků tuto péči nezajistili. Tento výsledek poukazuje na dlouhodobě podceňovaný aspekt péče, který přitom hraje důležitou roli nejen v prevenci infekcí a zánětů dutiny ústní, ale také v subjektivním komfortu, sociálním kontaktu a zachování důstojnosti seniora. Jak uvádí Plevová a Kachlová (2023), péče o dutinu ústní je nedílnou součástí denní hygieny a významně přispívá k celkovému zdraví pacienta. Její správné provádění je obzvláště důležité po jídle, kdy je potřeba odstranit zbytky potravy. Které by jinak mohly vést k množení bakterií, zápachu z úst nebo zánětlivým onemocněním.

### **Třetí průzkumná otázka zjišťovala, jaké mají nelékařští zdravotničtí pracovníci znalosti o příznacích dehydratace u seniorů.**

Na otázku „Jaké jsou příznaky dehydratace u seniorů?“ zvolilo 75,8 % respondentů možnost „Všechny výše uvedené“, tedy suchá pokožka a sliznice, zmatenost a únava, snížený objem moči a tmavá barva moči. Tato odpověď naznačuje, že značná část zdravotnických pracovníků vnímá příznaky dehydratace komplexně a uvědomuje si jejich vzájemnou souvislost. Mezi další nejčastěji uváděné samostatné projevy patřila suchá pokožka a sliznice, kterou zvolilo 22,6 % respondentů, a stejně tak snížený objem moči a tmavá barva moči uvedlo 22,6 % respondentů. 1 respondent označil za samostatný příznak i zmatenost a únavu. Odpověď „Nevím“ nezvolil žádný z dotazovaných, což lze hodnotit jako pozitivní zjištění a ukazatel alespoň základní orientace v dané problematice.

Tato zjištění odpovídají poznatkům odborné literatury, která upozorňuje na zvýšené riziko dehydratace u seniorů, a to zejména v důsledku sníženého pocitu žízně, kognitivních změn nebo omezené soběstačnosti (Stránský, 2015; Zrubáková a kol., 2019). Příznaky dehydratace mohou být u této věkové skupiny nenápadné a snadno přehlédnutelné, a proto je důležité, aby je zdravotnický personál vnímal v kontextu širších souvislostí a dokázal je spojovat do uceleného souboru projevů, které signalizují zhoršení hydratace organismu.

Přesto je důležité zohlednit, že určité dílčí nedostatky ve znalostech se vyskytovaly spíše u pracovníků s nižším zdravotnickým vzděláním (sanitářky, ošetřovatelky). Tito pracovníci se v praxi často setkávají s projevy dehydratace jako první, a proto je jejich znalost problematiky zásadní. Vzdělávací osnovy pro tyto pracovníky však mnohdy neobsahují podrobnější výuku zaměřenou na geriatrická specifika a péči o hydrataci seniorů, což může ovlivnit jejich schopnost včasné identifikace příznaků. Z těchto důvodů se jako vhodné jeví zaměření dalšího vzdělávání právě na tuto cílovou skupinu, která tvoří důležitou součást každodenní ošetrovatelské péče.

Je však třeba upozornit, že výsledky odrážejí pouze to, co respondenti sami uvedli, nikoli jejich skutečné jednání v praxi. Zda jsou tyto znalosti skutečně aplikovány v praxi a zda pracovníci dokážou příznaky dehydratace včas rozpoznat u konkrétního pacienta, zůstává nezodpovězeno. Do budoucna by bylo vhodné tuto oblast dále zkoumat, například prostřednictvím pozorovacích metod nebo kazuistik.

Celkově lze říct, že zdravotnický personál má poměrně dobré teoretické znalosti o projevech dehydratace u seniorů. Důležité však je, aby tyto znalosti byly využívány v každodenní praxi a aby byla této oblasti věnována dostatečná pozornost v rámci dalšího vzdělávání.

**Čtvrtá průzkumná otázka se zabývala znalostmi nelékařských zdravotnických pracovníků o výživových potřebách seniorů.** Z odpovědí respondentů vyplynulo, že povědomí o této problematice je v některých oblastech velmi dobré, v jiných však stále přetrvávají výrazné mezery ve znalostech.

Na otázku „Jak se mění výživové potřeby seniorů ve srovnání s mladšími dospělými?“ odpovědělo 75,8 % respondentů, že seniori mají zvýšenou potřebu bílkovin, a 41,9 % respondentů uvedlo vyšší potřebu některých vitamínů a minerálů, jako je například vitamín D a vápník. Žádný z respondentů nezvolil nevhodnou možnost omezování příjmu vlákniny. Naopak 9,7 % respondentů uvedlo, že výživové potřeby seniorů jsou stejné jako u mladších dospělých, a 14,5 % respondentů přiznalo, že odpověď nezná. Tyto výsledky naznačují, že většina pracovníků má základní znalosti o nutričních potřebách starších osob relativně dobře osvojené. Zároveň se ukazuje, že určité nedostatky v této oblasti se týkají především nižšího zdravotnického personálu (sanitářek a ošetřovatelek), které mají ve srovnání s všeobecnými sestrami často omezenější možnosti účastnit se dalšího odborného vzdělávání. Tato profesní skupina se přitom nachází v každodenním přímém kontaktu se seniory, a její úloha v podpoře správné výživy je proto klíčová. V učebních osnovách pro obor „ošetřovatel“ se témata spojená s výživovými potřebami seniorů sice objevují, nicméně bývají zpracována spíše okrajově a často chybí praktické propojení teoretických poznatků s běžnými klinickými situacemi. Zvýšený důraz na cílené vzdělávání v oblasti geriatrické výživy by mohl významně přispět ke zvýšení kvality nutriční péče poskytované seniorům.

Pozitivním zjištěním je, že 95,2 % respondentů správně identifikovalo vápník a vitamín D jako klíčové pro zdraví kostí u seniorů. Tato znalost je zásadní zejména v prevenci osteoporózy. Možnost „nevím“ zvolili pouze 2 respondenti.

Tato zjištění odpovídají aktuálním doporučením odborné literatury, která uvádějí, že výživové potřeby seniorů se významně liší od potřeb mladších věkových skupin. Vzhledem ke změnám metabolismu, snížené fyzické aktivitě, ztrátě svalové hmoty (sarkopenii) a zvýšenému riziku malnutrice mají seniori zvýšenou potřebu bílkovin, vitamínu D, vápníku a některých dalších mikroživin (Vágnerová, 2020; Zlatohlávek, 2019).

Výsledky na otázku ohledně potravin vhodných pro zajištění příjmu vlákniny ukázaly, že 98,4 % respondentů správně označilo celozrnné pečivo, ovesné vločky, ovoce a zeleninu. Ostatní možnosti, jako bílé pečivo, mléčné výrobky či uzeniny, nebyly označeny žádným respondentem, což potvrzuje velmi dobré znalosti v této konkrétní oblasti.

Naopak méně uspokojivá byla znalost doporučeného denního množství bílkovin pro zdravé seniory starší 65 let. Pouze 27,4 % respondentů uvedlo správnou hodnotu 1–1,2 g na kg tělesné hmotnosti, která odpovídá současným nutričním doporučením. Hodnotu 0,6 g uvedlo 19,4 % respondentů, zatímco část dotazovaných zvolila výrazně vyšší hodnoty – 2,0 g zvolilo 9,7 % respondentů a 2,5 g zvolilo 8,1 % respondentů. Neznalost doporučené dávky uvedlo 35,4 % respondentů, což ukazuje na výrazný prostor pro zlepšení v oblasti edukace o výživových potřebách seniorů, zejména s důrazem na správný příjem bílkovin.

Nejistotu v této otázce vykazovali zejména pracovníci nižšího zdravotnického personálu, jako jsou sanitářky a ošetrovatelky, u nichž se podrobné nutriční znalosti běžně neočekávají. Přesto však jejich základní orientace v této oblasti může přispět k lepší spolupráci v rámci multidisciplinárního týmu a včasnému rozpoznání nutričních rizik. Z tohoto důvodu by bylo vhodné zařadit problematiku výživy seniorů i do odborné přípravy těchto pracovníků, případně ji posilovat prostřednictvím praktických školení.

Dopady nedostatku bílkovin popsalo správně 43,5 % respondentů, kteří označili všechny uvedené možnosti: sníženou imunitu, úbytek svalové hmoty (sarkopenii) a zvýšené riziko zácpy. Nejčastěji byl však zvolen pouze jeden z příznaků – sarkopenie, kterou uvedlo 50 % respondentů. Možnost „Nevím“ zvolilo 6,5 % respondentů, což opět poukazuje na potenciální nedostatky v této oblasti.

Poslední otázka se týkala znalostí doporučených dietních úprav u seniorů s trávicími obtížemi. Většina respondentů 98,4 % správně uvedla, že je vhodné jíst častěji menší porce a vyhýbat se těžkým jídlům, což je plně v souladu s doporučenou nutriční praxí u geriatrických pacientů. Žádný z respondentů nezvolil nevhodné možnosti, jako je snížení příjmu vlákniny, zvýšení příjmu těžce stravitelných tuků nebo vyhýbání se tekuté stravě, což svědčí o dobré orientaci v této oblasti. Možnost „nevím“ zvolil pouze 1 respondent, což lze považovat za velmi pozitivní výsledek z hlediska informovanosti o správných dietních postupech u seniorů s trávicími potížemi.

Literatura zdůrazňuje, že správně zajištěná nutriční péče a dostatečný příjem specifických živin zásadně ovlivňuje nejen fyzickou kondici seniorů, ale také jejich celkovou kvalitu života

a prevenci komplikací, jako jsou osteoporóza, zhoršená imunita nebo kognitivní poruchy (Stránský, 2015; Vágnerová, 2020). Z těchto důvodů by bylo vhodné podpořit znalosti personálu dalším vzděláváním zaměřeným specificky na problematiku výživy seniorů, a tím zajistit kvalitnější péči.

Zajímavé je porovnání těchto zjištění s bakalářskou prací Tatiany Nity (2020), která se rovněž věnovala problematice podávání stravy v nemocničním prostředí. Její výzkum, který je založený na metodě přímého otevřeného zúčastněného nestrukturovaného pozorování, byl realizován u 8 sester pracujících v nemocničním zařízení. V obou pracích byly potvrzeny některé shodné postupy, zejména důsledné zajištění předepsané diety a správné polohy pacienta před jídlem. Zatímco v práci Nity (2020) byla péče o polohu přizpůsobena míře soběstačnosti pacienta, v této práci byla tato intervence zaznamenána u všech pozorovaných pracovníků bez výjimky.

Rozdíly mezi oběma pracemi se projevily zejména v oblasti hygienických návyků. Zatímco v této práci 11 z 12 sledovaných pracovníků provedlo vlastní hygienu rukou před podáním stravy pacientům, tak Nita (2020) uvádí, že sestry hygienu rukou před podáváním stravy neprováděly vůbec. Výrazný rozdíl byl zaznamenán i v péči po jídle – zatímco ve výzkumu Nity (2020) hygienu dutiny ústní ani mytí rukou pacientům nikdo nezajistil, výsledky této práce ukázaly, že i když není péče zajišťována plošně, je přece jen poskytována alespoň částečně. Hygienu po jídle zajistili 4 z 12 pracovníků, ústní hygienu zajistili 3 pracovníci.

V obou pracích se shodně ukazuje, že zdravotnický personál přistupuje k pacientům s respektem a přizpůsobuje tempo podávání stravy jejich individuálním potřebám. Podobná shoda je také v oblasti zajištění pitného režimu – jak ve sledování této práce, tak v práci Tatiany Nity (2020) sestry aktivně nabízely pacientům tekutiny nejen během samotného podávání stravy, ale i v jeho průběhu. Zatímco Nita (2020) věnovala pozornost konkrétním interakcím a etickému rozměru péče, tato práce navíc zapojila i hodnocení teoretických znalostí zdravotnického personálu o výživě seniorů. Díky tomu vznikl komplexnější obraz, který poukázal na konkrétní oblasti vhodné pro další vzdělávání.

## 8 ZÁVĚR

Tato bakalářská práce se zabývala problematikou dodržování zásad nelékařského zdravotnického pracovníka při podávání stravy seniorům. V teoretické části byly shrnuty poznatky o procesu stárnutí a jeho vlivu na výživu, popsány nutriční potřeby seniorů, nejčastější poruchy výživy ve stáří a principy bezpečného a důstojného podávání stravy v nemocničním prostředí. Zvláštní pozornost byla věnována také hygienickým a etickým aspektům podávání stravy a týmové spolupráci v rámci geriatrické péče. Cílem průzkumné části bylo zjistit, jaké mají nelékařští zdravotničtí pracovníci znalosti o správném podávání stravy a zda jsou tyto zásady dodržovány v praxi. Bylo provedeno dotazníkové šetření a skryté pozorování. Výsledky dotazníkového šetření ukázaly, že většina respondentů má teoretické povědomí o správných postupech při podávání stravy seniorům. Většina z nich uváděla, že dodržují hygienu rukou, podávají jídlo dle dietního režimu a zajišťují vhodnou polohu pacienta. Ochranné pomůcky byly podle jejich vyjádření používány alespoň částečně. Hygiena rukou u pacientů však často nebyla vnímána jako prioritní, a někteří ji ponechávali na samotných pacientech. Skryté pozorování ovšem odhalilo nesoulad mezi uváděnými znalostmi a reálnou praxí. Hygiena rukou u pacientů před podáním jídla byla v praxi často opomíjena. Podobně nebyly vždy důsledně používány ochranné pomůcky ani zajištěno klidné a důstojné prostředí ke stravování. Naopak pozitivně lze hodnotit skutečnost, že pracovníci většinou dbali na správnou polohu pacientů a aktivně pomáhali těm, kteří nebyli schopni se najíst samostatně. Z výsledků této bakalářské práce vyplývá, že i běžné úkony, jako je podávání stravy, nejsou v praxi vždy realizovány v plném souladu s doporučenými standardy. Šetření provedené v rámci této práce ukázalo, že navzdory poměrně dobrému teoretickému povědomí zdravotnických pracovníků o správných postupech není jejich každodenní aplikace samozřejmostí. Tento rozpor může být ovlivněn řadou faktorů, jako je časový tlak, personální zátěž nebo zažitá pracovní stereotypy. Zdánlivě jednoduché činnosti tak vyžadují systematický a odpovědný přístup, důslednost a v neposlední řadě také citlivost k individuálním potřebám pacienta. Kvalitní péče tedy nespočívá pouze ve znalosti správných postupů, ale především v jejich každodenním uvědoměném a důsledném provádění, které by mělo být podpořeno vhodným pracovním prostředím a profesionálním přístupem personálu. Na základě těchto zjištění lze doporučit několik opatření, která by mohla přispět ke zlepšení praxe v oblasti podávání stravy seniorům. Mezi nejdůležitější patří pravidelná školení a praktické nácviky hygienických a etických zásad při podávání stravy, důslednější vedení personálu v této oblasti, a také vytvoření jednotných standardů, které by pomáhaly zdravotníkům dodržovat správné postupy. Dále je vhodné podporovat individuální

přístup k pacientům a zlepšovat týmovou spolupráci mezi zdravotníky a pečujícím personálem. Dodržování těchto zásad může významně přispět ke zvýšení kvality péče o seniory, jejich výživového stavu i celkové spokojenosti během hospitalizace.

## 9 POUŽITÁ LITERATURA

ABD AZIZ, Nur Adilah Shuhada et al. 2017. *Assessing the nutritional status of hospitalized elderly*. *PubMed* [online]. 12, 1615-1625, [cit. 2024-12-20]. DOI: 10.2147/CIA.S140859  
Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29042762/>

BARTŮNEK, Petr; JURÁSKOVÁ, Dana; HECZKOVÁ, Jana a NALOS, Daniel et al., 2016. *Vybrané kapitoly z intenzivní péče*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-4343-1.

BURDA, Patrik a ŠOLCOVÁ, Lenka, 2015. *Ošetrovatelská péče: pro obor ošetrovatel*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-5333-1.

HOJNÁ, Valerie. *Hodnocení nutričního stavu pacientů ve vybraném zdravotnickém zařízení*. Pardubice, 2022. Bakalářská práce. Univerzita Pardubice. Fakulta zdravotnických studií. Vedoucí práce Mgr. Klára Václavíková.

KAPOUNOVÁ, Gabriela, 2020. *Ošetrovatelství v intenzivní péči: 2. aktualizované a doplněné vydání*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-0130-6.

KASPER, Heinrich, 2015. *Výživa v medicíně a dietetika*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-4533-6.

KLEVETOVÁ, Dana, 2017. *Motivační prvky při práci se seniory: 2., přepracované vydání*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-0102-3.

KOHOUT, Pavel; HAVEL, Eduard; MATĚJOVIČ, Martin a ŠENKYŘÍK, Michal et al., 2021. *Klinická výživa*. Praha: Galén. ISBN 978-80-7492-555-9.

KOUDELKOVÁ, Kamila. *Prognóza seniorů akutně přijatých k hospitalizaci*. Pardubice, 2023. Diplomová práce. Univerzita Pardubice. Fakulta zdravotnických studií. Vedoucí práce MUDr. Vojtěch Mezera, Ph.D.

MALÍKOVÁ, Eva, 2020. *Péče o seniory v pobytových zařízeních sociálních služeb: 2., aktualizované a doplněné vydání*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-2030-7.

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

MAREŠOVÁ, Gabriela. *Pády v anamnéze seniorů*. Pardubice, 2021. Bakalářská práce. Univerzita Pardubice. Fakulta zdravotnických studií. Vedoucí práce Mgr. Michal Kopecký.

MUSILOVÁ, Kristýna. *Hodnocení nutričního stavu pacientů na geriatrickém oddělení*. Pardubice, 2020. Bakalářská práce. Univerzita Pardubice. Fakulta zdravotnických studií. Vedoucí práce Mgr. Klára Václavíková.

Národní zdravotnický informační portál, 2024. *Rozlišení lékařských a nelékařských zdravotnických povolání: lékař, zdravotnictví sestra a další nelékařská povolání*. [online]. Praha: Ministerstvo ČR a Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. [cit. 2024-12-23]. ISSN 2695-0340. Dostupné z: <https://www.nzip.cz/clanek/479-lekarska-vs-nelekarska-zdravotnicka-povolani>

NITA, Tatiana. *Podávání stravy nemocným v nemocničním zařízení*. České Budějovice, 2020. Bakalářská práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Zdravotně sociální fakulta. Vedoucí práce PhDr. Věra Stasková, Ph.D.

Ombudsman ČR, 2017. *Léčebny pro dlouhodobě nemocné* [online]. Praha: Kancelář veřejného ochránce práv. [cit. 2025-02-17]. Dostupné z: [https://www.ochrance.cz/uploads-import/ESO/LDN\\_souhrnna\\_zprava\\_2017\\_web.pdf](https://www.ochrance.cz/uploads-import/ESO/LDN_souhrnna_zprava_2017_web.pdf)

PLEVOVÁ, Ilona a KACHLOVÁ, Miroslava, 2022. *Postupy v ošetrovatelské péči 2: Bariérová ošetrovatelská péče*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-1243-2.

PLEVOVÁ, Ilona a KACHLOVÁ, Miroslava, 2023. *Postupy v ošetrovatelské péči 4: Hygienická péče, péče o lůžko, polohování pacienta*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-1244-9.

PLEVOVÁ, Ilona a KACHLOVÁ, Miroslava, 2023. *Postupy v ošetrovatelské péči 3, Enterální výživa*. Sestra. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-3033-7.

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

SOUČEK, Miroslav a SVAČINA, Petr, 2019. *Vnitřní lékařství v kostce*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-2289-9.

STRÁNSKÝ, Miroslav, 2015. *Výživa ve stáří*. *Kontakt* [online]. 17(3), 185–193. [cit. 2024-12-18]. ISSN 1804-7122. Dostupné z: <https://kont.zsf.jcu.cz/pdfs/knt/2015/03/07.pdf>

VÁGNEROVÁ, Tereza, 2020. *Výživa v geriatрии a gerontologii*. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-4620-6.

ZLATOHLÁVEK, Lukáš, 2019. *Klinická dietologie a výživa 2. rozšířené vydání*. Praha: Current media. Medicus. ISBN 978-80-88129-44-8.

ZRUBÁKOVÁ, Katarína a BARTOŠOVIČ, Ivan, 2019. *Nefarmakologická léčba v geriatrii*. Sestra. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-2207-3.

## **10 PŘÍLOHY**

Příloha A – Průzkumný dotazník.....	74
Příloha B – Pozorovací arch – podávání stravy seniorům v nemocnici .....	80

## Příloha A – Průzkumný dotazník

Dobrý den,

jmenuji se Sára Machová a jsem studentkou Fakulty zdravotnických studií Univerzity Pardubice, oboru Všeobecné ošetřovatelství. Obracím se na Vás s prosbou o vyplnění dotazníku, který je součástí mé bakalářské práce na téma „*Dodržování zásad nelékařského zdravotnického pracovníka při podávání stravy seniorům.*“ Vyplnění tohoto dotazníku Vám zabere přibližně 10 minut. Vaše účast je zcela dobrovolná a můžete se rozhodnout kdykoli odstoupit bez jakýchkoliv negativních důsledků. Dotazník je anonymní a s jeho vyplněním souhlasíte s použitím Vašich odpovědí pro účely tohoto výzkumu.

U každé položky prosím označte křížkem, zda s uvedeným tvrzením souhlasíte, nesouhlasíte nebo zda ho provádíte či nikoliv.

Předem Vám děkuji za Vaši spolupráci a čas, který jste věnovali vyplnění dotazníku. Pokud budete mít jakékoliv dotazy, neváhejte se na mě obrátit. Můžete mě kontaktovat na e-mailu: sara.machova27@seznam.cz

1. Podáváte pacientům jídlo dle jejich předepsané diety?
  - Ano, vždy
  - Částečně, někdy dochází k úpravě diety
  - Ne, jídlo nepodávám dle předepsané diety
  - Jiné (specifikujte): .....
  
2. Provádíte vlastní hygienickou péči rukou před podáváním stravy pacientům?
  - Ano, provádím vlastní hygienickou péči rukou před podáváním stravy pacientům
  - Vlastní hygienickou péči rukou provádím pouze v případě znečištění rukou
  - Neprovádím vlastní hygienickou péči rukou, místo toho používám jednorázové rukavice
  - Nikdy neprovádím vlastní hygienickou péči rukou před podáváním stravy pacientům
  
3. Používáte při podávání stravy ochranné pomůcky (rukavice, jednorázovou zástěru)?
  - Ano, při podávání stravy používám rukavice a jednorázovou zástěru
  - Používám pouze rukavice
  - Používám pouze jednorázovou zástěru

- Ne, ochranné pomůcky při podávání stravy nepoužívám
- Jiné (specifikujte): .....

4. Co vše zajišťujete pro vytvoření vhodného prostředí pro stravování pacientů?  
(možnost zaškrtnutí více variant)

- Klidné a tiché prostředí
- Vytřídění místnosti před jídlem
- Správné uspořádání stolu
- Jiné opatření (specifikujte): .....
- Ne, vhodné prostředí pro stravování nezajišťuji

5. Dáváte pacientům možnost umýt si ruce před podáváním stravy?

- Ano, vždy dávám pacientům možnost umýt si ruce před podáváním stravy
- Ano, ale pouze u pacientů, kteří jsou schopni si ruce umýt samostatně
- Ne, pacienti si ruce umývají podle vlastního uvážení
- Jiné (specifikujte): .....

6. Pomáháte pacientům s úpravou pozice před podáváním stravy pro zajištění bezpečnosti a prevence aspirace (posazení do sedu, zvýšená poloha)?

- Ano, vždy
- Ano, ale pouze u pacientů, kteří mají problém s polykáním
- Pouze na požádání pacienta
- Pacientovi nepomáhám s úpravou pozice
- Jiné (specifikujte): .....

7. Pomáháte pacientům, kteří mají zubní protézu s jejím nasazením před podáváním stravy, pokud to sami nezvládnou?

- Ano, pomáhám pacientům s nasazením zubní protézy před každým jídlem, pokud to sami nezvládnou, aby se mohli pohodlně a bezpečně najíst
- Ano, pouze u pacientů, kteří mají problémy s motorikou nebo jinými zdravotními obtížemi, které jim nasazení zubní protézy znemožňují
- Ano, pomáhám s nasazením zubní protézy pouze na žádost pacienta
- Ne, pacientům s nasazením zubní protézy nepomáhám

8. Používáte u pacientů ochrannou podložku při jídle, aby se předešlo znečištění oblečení?
- Ano, ochrannou podložku používám u všech pacientů během jídla, aby se minimalizovalo riziko znečištění oblečení
  - Ano, ale pouze u pacientů, kteří mají problémy s pohyblivostí nebo koordinací při jídle
  - Ochrannou podložku používám pouze na žádost pacienta
  - Ochrannou podložku používám jen při podávání tekuté stravy
  - Ne, ochrannou podložku u pacientů nepoužívám
  - Jiné (specifikujte): .....
9. Poskytujete pacientům pomoc při jídle, pokud se sami nezvládají najíst?
- Ano, pacientům poskytuji pomoc při jídle, pokud to potřebují
  - Pomoc při jídle poskytuji pouze na žádost pacienta
  - Ne, pomoc při jídle neposkytuji
  - Jiné (specifikujte): .....
10. Umožňujete pacientům dostatek času na konzumaci jídla?
- Ano, vždy umožňuji dostatek času na konzumaci jídla
  - Ano, ale pouze u pacientů s omezenou schopností jíst samostatně
  - Ano, pacienti mají dostatek času na konzumaci jídla, pokud si o něj požádají
  - Ne, pacienti mají omezený čas na konzumaci jídla
  - Jiné (specifikujte): .....
11. Zajišťujete pacientům možnost pití během stravování?
- Ano, vždy zajišťuji pacientům možnost pití během stravování
  - Ano, ale pouze u pacientů, kteří mají potíže s polykáním
  - Ne, pacientům během stravování pití nezajišťuji
  - Jiné (specifikujte): .....
12. Umožňujete pacientům hygienu rukou po stravování?
- Ano, vždy po každém jídle
  - Ano, ale pouze na požádání pacienta
  - Ne, tuto možnost neposkytuji
  - Jiné (specifikujte): .....

13. Umožňujete pacientům hygienu dutiny ústní po stravování?

- Ano, pravidelně po každém jídle
- Ano, ale pouze na požádání pacienta
- Ne, tuto možnost neposkytuji
- Jiné (specifikujte): .....

14. Zajišťujete pacientům pomoc s úpravou polohy po jídle?

- Ano, vždy pomáhám s úpravou polohy
- Pomáhám pouze pacientům s omezenou pohyblivostí
- Ne, nezajišťuji pomoc s úpravou polohy po jídle
- Jiné (specifikujte): .....

15. Jaké jsou příznaky dehydratace u seniorů?

(možnost zaškrtnutí více variant)

- Suchá pokožka a sliznice
- Zmatenost a únava
- Snížený objem moči a tmavá barva moči
- Všechny výše uvedené
- Nevím

16. Jak se mění výživové potřeby seniorů ve srovnání s mladšími dospělými?

(možnost zaškrtnutí více variant)

- Senioři by měli omezit příjem vlákniny, protože vláknina zpomaluje jejich trávení
- Senioři mají vyšší potřebu bílkovin
- Senioři mají vyšší potřebu některých vitamínů a minerálů (např. vitamínu D, vápníku)
- Senioři mají stejné výživové potřeby jako mladší dospělí
- Nevím

17. Které vitamíny a minerály jsou obzvlášť důležité pro zdraví kostí u seniorů?

- Vápník a vitamín D
- Vitamín A a C
- Hořčík a železo
- Vitamín B12 a kyselina listová
- Nevím

18. Které potraviny jsou vhodné pro zajištění dostatečného příjmu vlákniny u seniorů?

- Celozrnné pečivo, ovesné vločky, ovoce a zelenina
- Bílé pečivo, těstoviny a sladké nápoje
- Mléčné výrobky
- Maso a uzeniny
- Nevím

19. Jaké je doporučené denní množství bílkovin pro zdravé seniory starších 65 let?

- 0,6 g na kg tělesné hmotnosti
- 1 – 1,2 g na kg tělesné hmotnosti
- 2,0 g na kg tělesné hmotnosti
- 2,5 g na kg tělesné hmotnosti
- Neznám doporučenou denní dávku bílkovin

20. Jaký vliv může mít nedostatek bílkovin u seniorů?

(možnost zaškrtnutí více variant)

- Snížená imunita
- Zvýšené riziko úbytku svalové hmoty (sarkopenie)
- Zvýšené riziko zácpy
- Všechny výše uvedené
- Nevím

21. Jaké jsou doporučené změny v dietě u seniorů, kteří mají problémy s trávením?

- Snížit příjem vlákniny
- Jíst častěji menší porce a vyhýbat se těžkým jídlům
- Zvýšit příjem těžce stravitelných tuků
- Vyhýbat se veškeré tekuté stravě
- Nevím

22. Jaké je Vaše pohlaví?

- Muž
- Žena
- Jiné

23. Kolik je Vám let?

- 18-29
- 30-44
- 45-59
- 60 a více

24. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání v oblasti zdravotnictví?

- Střední bez maturity
- Střední zdravotnická škola obor praktická sestra/zdravotnický asistent
- Střední zdravotnická škola obor všeobecná sestra
- Vyšší odborné vzdělání
- Vysokoškolské vzdělání bakalářské v oblasti zdravotnictví
- Vysokoškolské vzdělání magisterské v oblasti zdravotnictví
- Jiná úroveň vzdělání v oblasti zdravotnictví (specifikujte): .....

25. Jak dlouho pracujete ve zdravotnickém zařízení?

- 1-5 let
- 6-10 let
- 11-15 let
- 16-20 let
- Více než 20 let

**Příloha B – Pozorovací arch – podávání stravy seniorům v nemocnici**

<b>Podávání stravy seniorům v nemocnici</b>	<b>Ano</b>	<b>Částečně</b>	<b>Ne</b>
1. Podal zdravotnický pracovník správnou dietu pacientům?			
2. Provedl zdravotnický pracovník osobní hygienu rukou před podáváním stravy pacientům?			
3. Použil zdravotnický pracovník ochranné pomůcky při podávání stravy pacientům?			
4. Zajistil zdravotnický pracovník vhodné prostředí pro stravování pacientů?			
5. Umožnil zdravotnický pracovník pacientům umýt si ruce před podáváním stravy?			
6. Pomohl zdravotnický pracovník zajistit pacientům bezpečnou polohu před podáváním stravy?			
7. Pomohl zdravotnický pracovník pacientům, kteří mají zubní protézu s jejím nasazením?			
8. Použil zdravotnický pracovník u pacientů ochrannou podložku při jídle?			
9. Poskytl zdravotnický pracovník nesoběstačným pacientům asistenci při jídle?			
10. Poskytl zdravotnický pracovník pacientům dostatek času na konzumaci jídla?			
11. Zajistil zdravotnický pracovník pacientům pití během stravování?			
12. Umožnil zdravotnický pracovník pacientům hygienu rukou po stravování?			
13. Umožnil zdravotnický pracovník pacientům hygienu dutiny ústní po stravování?			
14. Pomohl zdravotnický pracovník pacientům s úpravou polohy po jídle?			