



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

Jihočeská univerzita
v Českých Budějovicích
University of South Bohemia
in České Budějovice

Role sestry v péči o nutriční klientů domovů pro seniory

Bakalářská práce

Studijní program: **Všeobecné ošetřovatelství**

Autor: Štěpánka Satrapová

Vedoucí práce: Mgr. Jitka Doležalová, Ph.D.

České Budějovice 2023

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci s názvem „*Role sestry v péči o nutriční klientů domovů pro seniory*“ jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby bakalářské práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé bakalářské práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 7.8.2023

.....

Štěpánka Satrapová

Poděkování

Ráda bych tímto věnovala poděkování své vedoucí bakalářské práce Mgr. Jitce Doležalové, PhD. za odborné vedení, cenné připomínky a trpělivost. Dále bych také chtěla poděkovat všem sestrám, které mi věnovaly čas a poskytly odpovědi k výzkumnému šetření. V neposlední řadě patří poděkování mé rodině a přátelům, kteří mě podporovali po dobu celého studia.

Role sestry v péči o nutriční klientů domovů pro seniory

Abstrakt

Bakalářská práce nese název „*Role sestry v péči o nutriční klientů domovů pro seniory*“. Obsahuje čtyři cíle. Prvním cílem je zjistit, jak všeobecné sestry hodnotí výživu klientů domovů pro seniory. Druhý cíl se zaměřuje na znalosti sester v dané problematice. Třetí cíl zjišťuje, zda všeobecná sestra dodržuje standardy v péči o nutriční seniorů. Čtvrtým cílem je zjistit, jaká jsou specifika výživy seniorů. Bakalářská práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část.

Teoretická část popisuje nutriční specifika seniorů, orgánové změny ve stáří, složky výživy a pitný režim. Dále se zaměřuje na poruchy nutriční seniorů, malnutriční, obezitu a dehydrataci. Poslední částí je nutriční podpora seniorů. Je popisována role sestry v péči o nutriční seniorů, hodnocení stavu nutriční, enterální a parenterální výživa. Praktická část zahrnuje výsledky získané z výzkumného šetření. Tato část byla realizována kvalitativním šetřením, metodou polostrukturovaného rozhovoru a pozorování. Rozhovor obsahuje dvacet dva otevřených otázek a čtyři otázky zahrnující identifikaci probandů. Pro pozorování byla předem vytvořena tabulka, která zahrnuje třináct aspektů. Výzkumný vzorek tvořilo deset všeobecných sester pracujících v domově pro seniory.

Z výsledků kvalitativního šetření je patrné, že nejvíce k hodnocení stavu výživy sestry využívají nutriční screening a fyzikální vyšetření v podobě měření váhy klienta. Také bylo zjištěno, že úroveň znalostí sester je dostatečná. V dané problematice jsou sestry orientované. Vyznají se v problematice podvýživy i dehydratace. Z rozhovorů je také patrné, že se orientují ve standardu, který se zabývá péčí o výživu seniorů. V rámci pozorování byly zjištěny chyby, kterých se sestry dopouštějí při podávání stravy seniorům. Mezi hlavními chybami je nepoužívání ochrany oděvu a nedostatečná komunikace se seniorem. Mezi nejdůležitější specifika výživy patří vyvážená a pestrá strava. Je důležité, aby strava byla zastoupena v dostatečné míře všemi nutričními složkami.

Klíčová slova

Nutriční seniorů; hodnocení nutriční; poruchy nutriční; nutriční podpora; role sestry

The nurse's role in the care of clients' nutrition in retirement homes

Abstract

The bachelor thesis is titled „The nurse's role in the care of clients' nutrition in retirement homes.“ It contains four objectives. The first objective is to find out how general nurses evaluate the nutrition of nursing home clients. The second objective focuses on nurses' knowledge of the subject. The third objective determines whether the general nurse adheres to standards in the nutritional care of the elderly. The fourth objective is to find out what are the specifics of nutrition of the elderly. The bachelor thesis is divided into theoretical and practical part.

The theoretical part describes nutritional specifics of the elderly, organ changes in old age, nutritional components and drinking regime. It also focuses on nutritional disorders in the elderly, malnutrition, obesity and dehydration. The last part is nutritional support for the elderly. The role of the nurse in nutritional care of the elderly, nutritional assessment, enteral and parenteral nutrition are described. The practical part includes results obtained from a research investigation. This part was conducted by qualitative investigation, semi-structured interview method and observation. The interview includes twenty-two open-ended questions and four questions involving identification of probands. For the observation, a table was previously created which includes thirteen aspects. The research sample consisted of ten general nurses working in a nursing home.

From the results of the qualitative survey it is evident that most nurses use nutritional screening and physical examination in the form of measuring the client's weight to assess the nutritional status. It was also found that the level of knowledge of nurses is sufficient. The nurses are knowledgeable in the subject matter. They are knowledgeable about malnutrition and dehydration. It is also evident from the interviews that they are knowledgeable about the standard that deals with nutrition care for the elderly. The observation revealed the mistakes that nurses make when serving meals to the elderly. The main errors include not using clothing protection and lack of communication with the senior. Some of the more unimportant specifics of nutrition include a balanced and varied diet. It is important that the diet is adequately represented by all nutritional components.

Key words

Nutrition of the elderly; nutritional assessment; nutritional disorders; nutritional support;
role of the nurse

Obsah

Úvod.....	9
1 . Současný stav.....	10
1.1. Nutriční specifika seniorů	10
1.1.1. Orgánové změny ve stáří	10
1.1.2. Složky výživy seniorů.....	12
1.1.3. Pitný režim.....	14
1.1.4. Komplikace výživy seniorů	15
1.2. Poruchy nutriční seniorů.....	15
1.2.1. Faktory ovlivňující výživu seniorů	15
1.2.2. Geriatrické syndromy spojené s výživou.....	16
1.2.2.1. Malnutrice	17
1.2.2.2. Obezita	18
1.2.2.3. Dehydratace	19
1.3. Nutriční podpora seniorů.....	19
1.3.1. Role sestry v péči o nutriční seniorů.....	20
1.3.1.1. Standard nutriční péče.....	20
1.3.1.2. Hodnocení stavu nutriční seniorů.....	20
1.3.2. Enterální výživa	22
1.3.3. Parenterální výživa	22
2. Cíle práce a výzkumné otázky	24
2.1. Cíle práce	24
2.2. Výzkumné otázky.....	24
3. Metodika.....	25
3.1. Použité metody výzkumného šetření	25
3.2. Sběr a analýza dat.....	25

3.3. Charakteristika výzkumného souboru.....	26
4. Výsledky výzkumného šetření	27
4.1. Charakteristika probandů	27
4.2. Kategorizace výsledků	28
4.3. Analýza výsledků pozorování	38
5. Diskuze	49
6. Závěr.....	54
Seznam použité literatury	56
Seznam příloh	60
Seznam tabulek	61
Seznam zkratk	62
Přílohy.....	63

Úvod

Populace geriatrických klientů stále přibývá, proto je tato problematika čím dál aktuálnější. S přibývajícím věkem se mění potřeby organismu, což vyžaduje specifický přístup ke stravování seniora. Charakteristickým projevem je změna energetické potřeby. Výživa patří mezi základní faktory ovlivňující stárnutí. Hraje proto podstatnou roli v udržení kvalitního života a zdravotního stavu seniora. Výživa je také velkou součástí léčebného režimu. Správná výživa napomáhá ke zlepšení zdravotního stavu seniora. Napomáhá k udržení imunitního systému, zlepšuje hojení ran, fyzickou i kognitivní výkonnost. Také sledování stavu nutriční je hlavní podstatou kvalitní péče o seniora. Je důležité opakovaně sledovat a zaznamenávat změny u seniorů s rizikem poruchy nutriční. Tato problematika je důležitá, často se u seniorů setkáváme s poruchami výživy, nejčastěji pak s malnutricí a tím spojenou dehydratací. Strava seniorů by měla být pestrá a vyvážená, je třeba dbát na dostatečný příjem bílkovin, vitamínů a minerálních látek. S vyšším věkem také klesá pocit žízně, proto je důležité seniory podporovat v příjmu dostatečného množství tekutin. Zároveň je nutné brát v úvahu individuální potřeby seniorů, jejich zdravotní stav a případné léky, které mohou ovlivnit vstřebávání živin. Péče o výživu seniora zahrnuje spolupráci lékařů, nutričních specialistů, sester, pečovatелů i rodiny, aby bylo dosaženo optimálního zdravotního stavu a kvality života seniora.

Téma jsem si vybrala, protože je tato problematika velmi zajímavá a chtěla bych se o ní dozvědět více. Dalším důvodem bylo, že sama mám s geriatrickou populací zkušenosti. Rok jsem pracovala jako pečovatelka v Alzheimer centru. A uvědomuji si, že výživa v seniorském věku má velký dopad na kvalitu života seniora. Proto bychom jí měli věnovat velkou pozornost a snažit se, aby senioři měli dostatečný příjem pestré a vyvážené stravy.

1 . Současný stav

1.1. Nutriční specifika seniorů

Stárnutí lze definovat jako nezastavitelný proces, který je doprovázen fyziologickými a patofyziologickými změnami organismu. Tento proces je u každého jedince individuální. V průběhu stárnutí dochází v systému orgánů ke změnám struktury a funkce. Na těchto změnách se podílí genetické vlivy, životní návyky a vlivy životního prostředí (Vágnerová, 2020). S vyšším věkem dochází k fyziologickým změnám metabolismu. Charakteristickým projevem ve výživě seniorů je změna energetické potřeby a složení těla. Dochází ke zvýšení tukové tkáně, převážně k abdominálnímu a viscerálnímu nahromadění tuku v centrálních oblastech těla. Naopak klesá buněčná hmota, beztuková hmota těla, hustota kostní tkáně, ochabuje svalová hmota a snižuje se obsah vody v organismu (Kalvach et al., 2004). Vzhledem ke změnám ve věkové struktuře obyvatelstva je výživa ve stáří stále obtížnější. Starší lidé jsou v tomto ohledu vysoce rizikovou skupinou. Příjem a využití živin ovlivňuje řada faktorů. Vzhledem k fyzickým změnám, ke kterým v této fázi života dochází, a celkovému zdravotnímu stavu člověka existuje několik výživových hledisek, která jsou pro seniory specifická (Saibertová, Lemanová, 2020).

1.1.1. Orgánové změny ve stáří

V nervovém systému nastává celkový pokles hmotnosti mozku, snižuje se množství neuronů a zpomaluje se vedení vzruchů v periferním nervovém systému. Krevní průtok mozku se také snižuje (Rokyta, 2015). Dále se zpomaluje psychomotorické tempo, které je doprovázeno snížením pozornosti, kognitivní výkonnosti a zpomalenou reakční dobou. V některých částí mozku se fyziologicky vyskytuje senilní plak vznikající ukládáním amyloidu, ovšem jeho zvýšení je typické pro diagnostiku Alzheimerovi choroby (Vágnerová, 2020).

V seniorském věku vzniká mnoho změn v kardiovaskulárním systému. Srdeční aktivita se zhoršuje a ochabuje srdeční sval. Nastává úpadek funkce chlopní, zmenšuje se aktivita sympatiku a vznikají změny v převodním systému srdečním (Bartůněk et al., 2016). V celém organismu se zhoršuje kvalita cév. Cévy ztrácejí elasticitu a stěny cév jsou křehčí. Tyto změny vedou k hypertenzi. S vyšším věkem přichází i větší riziko ruptury cévy nebo její ucpání. Při ucpání cévy dojde k život ohrožujícímu stavu, nejčastěji může dojít k infarktu myokardu nebo cévní mozkové příhodě (Hošková et al., 2013).

Charakteristickou změnou v respiračním systému je tuhost hrudní stěny. V geriatrickém věku se celkově snižují funkce plic, klesající elasticita plic způsobuje ztrátu alveolů spojených s elastickými vlákny (Souček et al., 2011). Mezi alveoly a arteriální krví se zvyšuje rozdíl parciálního tlaku kyslíku z důvodu změny poměru ventilace a perfuze. Vitální kapacita plic se také zmenšuje, naopak u reziduálního objemu plic dochází k zvýšení. Ztráta plicních reflexů, jako je například kašel, může způsobovat hromadění hlenu v dýchacích cestách a tím rozvoj respiračních onemocnění z důvodu zvýšeného výskytu bakterií (Rokyta, 2015).

V gastrointestinálním systému vznikají změny způsobené stárnutím již v dutině ústní. Dochází k atrofii sliznice dutiny ústní, obnažují se zubní krčky, dásně ustupují a zmenšuje se zubní sklovina. Tyto změny způsobují větší riziko ztráty zubu či celého chrupu. Ztráta celého chrupu omezuje pacienta v příjmu potravy (Vágnerová, 2020). V dutině ústní ubývá produkce slinných žláz. Snižuje se celkové množství slin a mění se jejich chemické složení, pH slin se zvyšuje. Podobně nastává snížení produkce žaludeční šťávy a dochází k sestupu její kyselosti. Vzniká redukce motility zažívacího traktu, kvůli sníženému počtu buněk v hladké svalovině stěny žaludku a střev (Kittnar, 2020). Prodlužuje se průchodnost potravy trávicím traktem. Díky oslabené peristaltice velmi často dochází u seniorů k zácpě. Atrofické změny ve slinivce břišní, přesněji v Langerhansových ostrůvkách, vyvolávají výskyt stařecké formy cukrovky (Mlýnková, 2011). Oploštění střevních klků způsobuje zmenšení vstřebávací plochy střev a tím vede k snížené resorpci některých látek (např. vápníku a železa) (Rokyta, 2015).

Dalším systémem kde dochází ke změnám v seniorském věku je vylučovací systém. S vyšším věkem se snižuje průtok krve ledvinami. Zvyšuje se počet nefunkčních glomerulů a ubývá filtrační schopnost ledvin. Ledviny nedokáží dostatečně zředit a koncentrovat moč (Rokyta, 2015). Stěna močového měchýře ztrácí svou elasticitu a dochází k zmenšení objemu měchýře. Zvýšení reziduálního objemu vede k častým uroinfekcím. Charakteristickým projevem změn ve vylučovacím systému je inkontinence. Ta vzniká typickým ochabováním svalů pánevního dna, ale podílí se na ni i již zmiňovaná snížená elasticita močového měchýře (Kittnar, 2020).

Osteoporóza, artróza nebo časté zlomeniny jsou ve stáří typickými onemocněními pohybového aparátu. Vznikají z důvodu úbytku svalové hmoty, která je nahrazena tukovou tkání, dále poklesem pevnosti kostí nebo celkovým úbytkem kostní hmoty.

Úbytek svalové hmoty se nazývá sarkopenie (Bartůněk et al., 2016). S přibývajícím věkem dochází i k celkovým funkčním změnám pohybového systému. Zhoršení se projevuje především v pohyblivosti, síle, rychlosti, ale například i v obratnosti nebo držení těla. Vysychání meziobratlových plotének a zhoršující se zakřivení páteře vede k snížení tělesné výšky seniora (Hošková et al., 2013).

Snižování smyslových vjemů je hlavním důvodem rizika pádů a poranění. Například zhoršení či ztráta sluchu způsobuje problémy s orientací v prostoru, ztrátu soběstačnosti a kvality života (Bartůněk et al., 2016). K zhoršování zraku dochází již ve středním věku života. V geriatrickém věku se snižuje zraková ostrost, akomodační schopnost na vzdálené i blízké objekty. Zhoršuje se adaptace na tmou a dochází k zúžení zorného pole (Mlýnková, 2011). Mezi výrazné příčiny poškození zraku patří makulární degenerace, glaukom, katarakta a diabetická retinopatie (Vágnerová, 2020). Častou smyslovou poruchou ve stáří je zhoršený sluch. Vzniká zejména atrofickou změnou sluchové dráhy, ale také například povoláním v hlučném prostředí. U seniorů dochází k sociální izolaci, kvůli zhoršené komunikaci s okolím (Mlýnková, 2011). Sluchové ústrojí zmenšuje reakci na zvýšené frekvence, nastává porucha citlivosti na vysoký zvuk (Rokyta, 2015). Oslabené vnímání chuti způsobuje úbytek chuťových pohárků, což může vést k nedostatečnému příjmu potravy. Čichové pohárky jsou ovlivněny minimálně. Hmatové receptory ztrácí citlivost na teplotu předmětů, naopak se zvyšuje hmatový práh citlivosti (Bartůněk et al., 2016).

1.1.2. Složky výživy seniorů

Energetická potřeba u seniorů se mění na základě složení těla, fyzické aktivity, nynějších onemocněních nebo funkčním schopnostem organismu. S rostoucím věkem klesá bazální metabolismus, zároveň také ubývá fyzická aktivita (Kalvach et al., 2012). Longitudiální studie provádějící profesor Cohn a další (1980) dokazují, že energetická potřeba od dospělosti ke stáří lineárně klesá. Jedná se o pokles 600 až 700 kilokalorií (dále jen kcal) za den. Pokles je dán snížením bazální energetické potřeby, rozdíl v mládí a ve stáří činí 200 kcal denně, dále množstvím energie spotřebované na fyzické aktivitě, rozdíl dosahuje 400 kcal až 500 kcal denně (Kalvach et al., 2004).

Bílkoviny ovlivňují tvorbu a funkci orgánů, tkání, buněk a dokonce i některých hormonů. Nedostatečný příjem u starších osob může způsobovat ztrátu svalového napnutí a síly, oslabení imunitního systému a tím vyšší riziko infekce. U dlouhodobého deficitu dochází

až k úbytku svalové tkáně (Klevetová, 2017). Doporučená denní dávka proteinů se pohybuje okolo 1-1,2 g/kg. Množství by nemělo převyšovat 15 % denního příjmu energie. Výjimkou zvýšení dávky jsou pacienti po operacích, s chronickými ranami nebo dlouhodobě imobilní geriatrický pacienti. V tomto případě by měly bílkoviny tvořit 20 – 35 % z celkového denního příjmu energie (Zrubáková, Bartošovič, 2019).

Nejvýznamnějším zdrojem energie jsou tuky neboli lipidy. Jejich energetická hodnota přesahuje ostatní výživové složky dvojnásobně. Obsah tuků by ale neměl přesáhnout 30 % denního energetického příjmu (Stránský, 2015). Poměr nenasycených a nasycených tuků by měl být 3:1. Doporučuje se jednou až dvakrát týdně přiřadit do jídelníčku rybu, například lososa, tuňáka nebo sardinky. Denní množství tuků by měl být 1 g/kg. Příjem denní dávky cholesterolu by měl klesnout na 200 – 300 mg/den (Zrubáková, Bartošovič, 2019). Cholesterol obsahují živočišné tuky. K větším hodnotám cholesterolu v krvi dochází při zvýšené konzumaci živočišných tuků, ale na vinně mohou být i léky nebo genetické dispozice (Bartlová et al., 2020).

Při doporučování příjmu sacharidů je třeba zohlednit individuální energetické potřeby, požadavky na bílkoviny a doporučení pro příjem tuků. Sacharidy hrají u starších lidí významnou funkci jako zdroj energie, protože je třeba dbát na snížený příjem tuků. S přibývajícím věkem se snižuje naše schopnost tolerovat glukózu, labilnější se stává i látková výměna sacharidů. Je nezbytné vybírat potraviny s vysokým obsahem vlákniny a bohaté na škrob (brambory, luštěniny, obiloviny) (Stránský, 2015). Doporučená dávka cukrů se uvádí 250 – 320 g/den. Celkové stravy by sacharidy měli tvořit 50 – 60 % (Zrubáková, Bartošovič, 2019).

Organismus potřebuje pro správnou funkci metabolických pochodů vitamíny, což jsou organické látky. Neposkytují však tělu energii ani nepůsobí jako stavební látky. Jejich hlavní funkce je usměrňování biochemických přeměn v buňkách. Přestože jsou vitamíny potřebné jen ve velmi malém množství, tělo je musí přijímat každý den, protože většinu z nich si nedokáže samo vyrobit (Machová, Kubátová, 2016). Nejčastěji se u geriatrických pacientů setkáváme s deficitem vitamínu B12. Neurologické, psychologické i hematologické poruchy jsou příznaky nedostatku. Příčina nedostatku bývá nedostatečná nutriční, ale i atrofická gastritida, v geriatrickém věku velmi častá (Vágnerová, 2020). Vitamín B12 by se seniorské populaci měl podávat v pestré stravě, mezi zdroje vitamínu B12 patří maso, vejce, kvasnice nebo játra (Machová, Kubátová,

2016). Potřeba vitamínu D u starších osob také není nejlépe pokryta. Deficit je také z důvodu sníženého příjmu vitamínu D v potravě, avšak důvodem je rovněž snižování syntézy vitamínu D v kůži, která nastává s postupujícím věkem (Kasper, 2015).

Mezi minerály a stopovými prvky je nejčastější deficit v seniorském věku u vápníku a zinku. Nedostatek zinku u starších lidí může být problém. Závažný nedostatek může způsobit časté infekce, pomalé hojení ran, dermatitidu, vypadávání vlasů, průjem nebo třeba psychické problémy. S věkem se navíc snižuje využití a vstřebávání zinku v těle (Stránský, 2015). Zinek je obsažen v hovězím a drůbežím mase, mléce, žloutcích nebo celozrnných cereáliích (Machová, Kubátová, 2016). K nedostatku vápníku může přispívat nízký příjem kalcia v potravě, kolísání plazmatické hladiny parathormonu a vitamínu D. S přibývajícím věkem navíc výrazně klesá účinnost vstřebávání vápníku z trávicího systému. Hlavními důsledky nedostatku vápníku u starší populace jsou osteoporóza a zvýšené riziko zlomenin (Vágnerová, 2020). Ve srovnání s dospělou populací by se měl denní příjem vápníku u starších osob zvýšit na 1200 – 1500 mg/den, ale denní příjem by neměl být vyšší než 2000 mg/den. Jeden z důvodů nízkého příjmu v potravě může být snížený příjem mléka a mléčných výrobků (Stránský, 2015).

1.1.3. Pitný režim

Správná hydratace a rovnováha mezi příjmem a výdejem tekutin hrají v různém věku významnou roli pro celkové zdraví člověka. S přibývajícím věkem se však objevují stavy, které mění nejen množství přijímaných tekutin, ale také způsob jejich zpracování a vylučování. Dochází k dehydrataci, ale také může dojít i k hyperhydrataci organismu (Pokorná et al., 2013). Nízký příjem tekutin je ve stáří jedním z hlavních problémů. Senioři ztrácejí pocit žízně a tím dochází k dehydrataci. Pocit žízně závisí nejen na věku, prostředí, životním stylu, ale i na zdravotním stavu seniora. Přiměřená denní dávka by se měla pohybovat okolo 1,5 litru až 2 litrů (Malá et al., 2011). Nejlépe tekutinou je čistá voda, popřípadě bylinné čaje. Nedoporučují se slazené nápoje, káva, černé čaje nebo alkohol. Tyto tekutiny naopak organismus odvodňují (Bartlová et al., 2020). Senioři mohou mít sníženou toleranci příjmu tekutin, jestliže se jim tekutiny nabízejí jednorázově, proto by seniorům měly být tekutiny podávány v kratších časových intervalech. Dále správná péče o kůži a sliznici, například prevence vysychání sliznic podporuje příjem tekutin. Zvlhčující tyčinky používané při mechanické orofaciální stimulaci zlepšují pocit potřeby příjmu tekutin a podporují tvorbu slin (Pokorná et al., 2013).

1.1.4. Komplikace výživy seniorů

Špatná strava může mít na starší osoby podstatně závažnější dopady než na dospělé ve středním věku. Správná výživa posiluje obranné mechanismy organismu, zlepšuje pohyblivost, a tím i nezávislost, urychluje procesy hojení ran a poranění (Saibertová, Lemanová, 2020). Panuje mylná představa, že starší lidé mají malé potřeby. To není pravda. Základem je bezesporu pestrá strava s dostatkem bílkovin a mikroživin (minerálů, vitaminů, stopových prvků). Pro udržení tělesné hmotnosti je třeba přijímat dostatek kalorií, bílkovin pro imunitu, hojení a regenerační procesy a mikroživin pro jejich životně důležité role v organismu. Nedostatek vitamínu D může vzniknout u osob, které jsou imobilní nebo žijí v sociálních ústavem a nechodí ven (Grofová, 2009). Úbytek svalové hmoty tvoří rizikový faktor pro seniory. U starší populace je jedním z hlavních příčin pádu, jelikož se snižuje funkční kapacita pohybového aparátu (Malá et al., 2011).

1.2. Poruchy nutriční seniorů

Důsledky stárnutí s sebou nesou opakující se zdravotní problémy, polymorbiditu, často vyskytující se imobilitu a snížení fyzické zdatnosti. Až 20 % seniorů trpí nedostatečnou výživou (Klevelandová, 2017). Existuje mnoho různých důvodů, proč mají starší lidé problémy s výživou. S přibývajícím věkem souvisí zhoršené vnímání chuti a někdy i zhoršený čich. To snižuje pocit uspokojení po jídle, což následně potlačuje chuť k jídlu. Vedlejším účinkem velké většiny nemocí je nechutenství a snížený pocit hladu. To souvisí primárně se škodlivým vlivem zánětlivých mediátorů na pocit hladu. Ztráta chuti u starších osob často způsobuje pocit nasycení, ale může také způsobit, že jim jídlo nechutná (Sobotka, 2018).

1.2.1. Faktory ovlivňující výživu seniorů

Výběr nevhodnější výživy v seniorském věku je ovlivněn metabolismem, zdravotním i psychickým stavem, motorickými schopnostmi a socioekonomickou situací seniora. Faktory ovlivňující výživu seniora rozdělujeme na biologické, psychické a sociální (Zrubáková, Bartošovič, 2019).

Mezi biologické faktory řadíme věk a pohlaví seniora. S přibývajícím věkem dochází k zhoršení funkce trávicího systému, čím dochází k přijímání menšího množství potravy. U mužského pohlaví dochází k větším nárokům na metabolismus, díky většímu množství svalové hmoty, než mají ženy. Dále celkový zdravotní stav seniora působí na příjem stravy a na stav nutriční (Mlýnková, 2011). Nejdůležitějším faktorem je stav a funkce

trávicího traktu. Mezi faktory ovlivňující výživu seniora patří například ztráta chrupu, onemocnění dásní nebo i nepřiměřená velikost zubní protézy. Také nechutenství, pokles smyslového vnímání, změny sekrece slin, polykací potíže, vředové a nádorové onemocnění nebo také diabetes mellitus (dále jen DM) (Malá et al., 2011). S polymorbiditou u seniorů dochází i k užívání většího množství léků. Léky mají vliv na příjem potravy kvůli mnoha nežádoucím účinkům jako například sucho v ústech, nechutenství, průjem nebo zácpa (Zrubáková, Bartošovič, 2019).

Do skupiny psychických faktorů řadíme emociální stav seniora. Onemocnění postihující psychiku pacienta mohou také výrazně ovlivnit příjem potravy. Mezi tyto nemoci patří demence, deprese, paranoidní bludy, ale také závislosti jako například alkoholismus (Mülerová, 2014). Nezávislým rizikovým faktorem poruch příjmu potravy jsou snížené kognitivní funkce, zejména závažnější typy demence. Seniori s poruchou paměti a orientace si nedokáží uvědomovat nutnost vyváženého příjmu potravy (Vágnerová, 2020).

Sociální faktory ovlivňují příjem vyvážené stravy z důvodu zhoršování dostupnosti potravin. V těchto faktorech dominuje například ztráta partnera, především muži pociťují změnu, pokud přijdou o svou ženu, která jim stravu připravovala. Osamělost, nedostatek financí nebo ztráta soběstačnosti také patří mezi sociální faktory ovlivňující příjem stravy seniorů (Mülerová, 2014). Problematika nutriční stravy seniorů v domovech pro seniory je vzhledem k jejich dosavadnímu způsobu života v mnoha ohledech jedinečná. V domovech pro seniory se obyvatelům vaří jídla podle nemocničních dietních směrnic, nicméně i když mají obyvatelé obvykle možnost volby na základě svých chuťových preferencí, nemusí se vždy cítit zcela spokojeni (Saibertová, Lemanová, 2020).

1.2.2. Geriatrické syndromy spojené s výživou

Geriatrický syndrom je používán pro běžné, charakteristické a geriatricky významné příznakové soubory s různou etiologií. Etiologie multikauzální je typická tím, že na geriatrickém syndromu se podílí mnoho příčin vzniku (Vágnerová, 2020). Hlavní geriatrické syndromy se v historii označovaly pěti „I“. Jde o instabilitu (závratě, poruchy koordinace pohybů, pády), imobilitu, intelektové poruchy (delirium, demence), inkontinence a iatrogenie (nežádoucí účinky léků a geriatrický hospitalismus) (Kalvach et al., 2004). V pozdějších letech byly geriatrické syndromy rozšířeny. Jsou chápány jako složitější příznakové a problémové soubory s vnitřní patologickou návazností. Jedná se

například o syndrom sarkopenie, syndrom anorexie a malnutrice, syndrom geriatrické křehkosti, syndrom instability s pády, syndrom poruchy chůze nebo syndrom týrání a zanedbávání seniora (Kalvach et al., 2008).

Mezi geriatrické syndromy ovlivňující příjem stravy řadíme syndromy poruch kognitivních funkcí, jako jsou syndrom deliria, syndrom deprese a demence. Seniori s těmito geriatrickými syndromy jsou postiženi ztrátami paměti, orientace v místě i čase, poruchami řeči, negativním myšlením a ztrátou zájmu o příjem stravy a tekutin. Proto dochází k většímu riziku poruch příjmu potravy (Vágnerová, 2020). Syndrom frailty je dalším významným zlomem a pilířem geriatrické medicíny. Je synonymem pro křehkost, která se projevuje různými způsoby, včetně poklesem svalové hmoty, slabosti, únavy, špatné tolerance fyzické aktivity a snížené motorické funkce (Weber et al., 2011). Základní kritéria vzniku geriatrické křehkosti jsou: nedostatečný příjem potravy (nechutenství a váhový úbytek) a úbytek svalové síly. Prevence obsahuje zvýšený příjem bílkovin, silové cvičení/rehabilitace, motivaci seniorů, prevenci aterosklerózy a snížení působení bolesti (Čevela, Čeledová et al., 2014).

1.2.2.1. Malnutrice

Definice malnutrice není jednotná. Je všeobecně známo, že pojem malnutrice v geriatrii označuje poruchu výživy z důvodu nedostatečného příjmu živin a energie (Kasper, 2015). Starší lidé jsou obzvláště ohroženi podvýživou, protože mají často více patologických stavů, postižení a špatný příjem potravy. Podvýživa má závažné důsledky, jako je zvýšená nemocnost, úmrtnost a delší pobyt v nemocnici (Vanderwee et al., 2010). Podvýživa postihuje geriatrické pacienty v průměru 3 – 5 %. Významnou podvýživou tzv. proteino – energetickou trpí 36 – 65 % hospitalizovaných pacientů, 10 – 38 % ambulantních pacientů a 5 – 12 % pacientů v domácí péči (Šenkyřík et al., 2014).

Malnutrice se rozděluje na proteino-energetickou (zde dochází k nedostatečnému celkovému příjmu potravin), proteinovou (v přijímané stravě chybějí především bílkoviny), karenci (snížený příjem minerálních látek, vitamínů a stopových prvků) a kachexii (příčinou je zvýšený metabolismus) (Klevetová, 2017).

Další rozdělení podvýživy je dle typu na kwashiorkorový a marantický. Nebezpečnější je typ kwashiorkorový. Jedná se o hladovění způsobené stresem. Senior nepřijímá dostatek bílkovin a přijaté bílkoviny se v těle rychle odbourávají. Dochází k odstraňování svalové hmoty a místo zaplňuje tuková tkáň. U postižených mohou být často viděny otoky.

Marantický typ malnutrice je způsoben celkovým nedostatečným příjmem živin a energie. Typický je viditelný váhový úbytek (Svačina et al, 2019).

Malnutrice u starších lidí má mnoho příčin. Značným procentem k tomu přispívají změny v gastrointestinálním traktu, renálním a metabolickém systému. Stav se může změnit v důsledku souvisejících chronických onemocnění, která se s věkem vyskytují častěji a mohou mít vliv na příjem a zpracování potravy (Šenkyřík, 2014). Mezi somatické důvody řadíme žvýkací potíže, dysfáгии, zvýšený metabolismus z důvodu metabolického stresu nebo hypertyreózy. Do psychických důvodů patří demence, deprese nebo bludy (Klevetová, 2017).

Vyšší věk a malnutrice napomáhají fyziologickému úbytku netukové tělesné hmoty, především tkáně kostí a kosterního svalstva. Čímž dochází k geriatrické křehkosti, slabosti, porušení pohyblivosti, vzniká větší riziko pádu a vzniku osteoporózy, která vede k většímu riziku zlomenin (Kasper, 2015). Mezi další následky malnutrice řadíme anémii, snížení tělesné aktivity, zpomalení hojení ran, snížení imunitního systému, pokles motility střev a pokles mentálních funkcí (Klevetová, 2017).

1.2.2.2. Obezita

Neúměrné hromadění tuku kolem vnitřních orgánů a v podkožní tukové tkáni je hlavní příčinou nadváhy i obezity. Obvykle se projevuje vyšší tělesnou hmotností než u ostatních lidí jejich věku, pohlaví a výšky. Nejsilnější korelace je mezi hmotností a výškou, přičemž s rostoucí výškou roste i hmotnost (Machová, Kubátová, 2016). Obezita je významným zdravotním a sociálním problémem. Jen u velmi malé části obézních lidí je příčinou jejich obezity endokrinní onemocnění. Většina obézních lidí dlouhodobě přijímá více kalorií, než kolik jich vydá. Tělo pak ukládá dodatečné zdroje energie jako tuk (Mourek, 2012).

Obezita u starších lidí je většinou způsobena poklesem svalové hmoty a nárůstem tělesného tuku. Senioři často vybírají nejlevnější potraviny, ale ty jsou většinou i méně kvalitní a obsahují více tukových složek (Stránský, Ryšavá, 2010).

Celosvětově se obezita považuje za závažné chronické onemocnění, které způsobuje další zdravotní komplikace a zkracuje život. Komplikace rozdělujeme na mechanické, jako je přetížení šlach, kloubů a respirační komplikace (dušnost) a metabolické, mezi které řadíme kardiovaskulární onemocnění, diabetes mellitus II. Typu, hypertenzi nebo zvýšenou hladinu cholesterolu v krvi (Machová, Kubátová, 2016).

1.2.2.3. Dehydratace

Riziko dehydratace se zvyšuje s věkem, jelikož pocit žízně postupně slábne a příjem tekutin se obvykle snižuje. Při dehydrataci starších lidí dochází k nerovnováze mezi příjmem a výdejem tekutin. Nejběžnějšími příčinami zhoršeného příjmu tekutin jsou s věkem související snížená žížeň, problémy s polykáním, nevolnost, nechutenství demence, deprese a dezorientace (Hrnčiariková, 2021).

Dehydratace jako syndrom je v gerii opakovatelný a závažný soubor příznaků souvisejících s nedostatkem vody v organismu. Ve vztahu k osmolalitě se rozděluje do tří skupin (Kalvach et al., 2008). Hypertonická dehydratace je definována úbytkem čisté vody, izotonická dehydratace určuje pokles čisté vody i iontů v organismu a u hypotonické dehydratace dochází převážně k úbytku iontů (Kalvach et al., 2012).

Nejtypičtějšími příznaky dehydratace u starších osob jsou ortostatická hypotenze, která může vést ke kolapsovým stavům, zvýšená únava a psychické zhoršení, které může vyústit v bezvědomí nebo naopak v dezorientaci a delirium (Hrnčiariková, 2021). Mezi nespecifické příznaky řadíme celkovou slabost, zmatenost, bledost v obličeji, křeče, závratě, suchost v ústech a také je snížena diuréza (Lukáš, Žák, 2015).

1.3. Nutriční podpora seniorů

V současné době se věnuje velká pozornost výživě starších lidí a programy nutriční pomoci se zaměřují na specifické požadavky stárnoucí populace. Jedním z geriatrických příznaků je podvýživa, která postihuje velké množství seniorů (Kurašová, 2020). Nutriční podpora je systém naplňování jednotlivých potřeb pacientů v oblasti výživy. Při přijetí do domova pro seniory se u každého klienta hodnotí přítomnost nutriční poruchy a poté se při každé změně zdravotního stavu seniora přehodnocuje. Klientům je také sestaven individuální nutriční plán (Těšínský et al., 2020).

V každém zdravotnickém zařízení by měl být sestaven nutriční tým, který poskytuje nejkvalitnější a nejmodernější péči v oblasti výživy. Mezi členy nutričního týmu patří všeobecná sestra, nutriční terapeut, dietolog, nutricionista a farmakolog. Pokud zdravotnické zařízení nemá sestavený nutriční tým, je nutná alespoň spolupráce všeobecné sestry a nutričního terapeuta (Těšínský et al., 2020).

Nutriční podpora se rozděluje do základních forem. Jedná se o enterální výživu podávanou nasogastrickou sondou, příjem perorálních nutričních doplňků a úplnou či částečnou parenterální výživu (Kurašová, 2020).

1.3.1. Role sestry v péči o nutriční seniorů

Sestra je nejbližší osoba, která s pacientem ve zdravotnickém světě komunikuje. Její hlavní cíle jsou zaměřeny na pacienta a jeho potřeby. Jednou z hlavních potřeb je i výživa. Prvním úkolem sestry je u pacienta odhalit poruchy výživy. Dalším úkolem je navrácení vhodné a vyvážené stravy zpět k normě, tak aby se porucha výživy odstranila (Grofová, 2007). Sestra by s klientem měla navázat vzájemný vztah, jehož cílem je stanovit priority a plány v oblasti výživy a stravování, které podporují zdraví a zlepšují stávající stav klienta (Thibault et al., 2021). Je velmi důležité, aby sestry byly dobře proškoleny ve vyplňování a vyhodnocení jednotlivých odpovědí u screeningového vyšetření. Nutriční screening je úspěšný pouze tehdy, pokud se provádí pravidelně ve stanovenou dobu. Frekvence opakování závisí na rizikovosti klienta a typu nasazené léčby (Starnovská, 2007).

1.3.1.1. Standard nutriční péče

Společnost Nutricia roku 2006 představila projekt pod názvem „Standardizace nutriční péče v domovech pro seniory“. Cílem bylo podporovat rozvoj klinické výživy a zvýšit kvalitu poskytované péče v oblasti výživy v domovech pro seniory. Projekt probíhal pod vedením nutriční terapeutky Tamary Stranovské a české asociace sester (Spojená akreditační komise, 2006).

Standard nutriční péče je ucelený systém péče o výživu seniorů, který je tvořen legislativou. Cílem je zjistit stav výživy klientů domovů pro seniory a nabídnout jim péči, která odpovídá jejich potřebám a je shodná s legislativou. Geriatrická nutriční péče zahrnuje několik fází, které jsou založeny na metodickém vyhledávání rizikových osob, nutriční intervenci a sledování úspěšnosti. Kroky nutriční geriatrické péče zahrnují: vyšetření a zhodnocení nutričního stavu, nutriční screening, diagnostika poruch nutrice, nutriční intervence, monitorace a jejich následné zhodnocení (Vágnerová, Klímová, 2020).

1.3.1.2. Hodnocení stavu nutrice seniorů

Ve zdravotnictví je zásadní aktivně vyhledávat a věnovat dostatečnou pozornost výživovým problémům starších pacientů. Diagnózu zhoršeného stavu výživy lze stanovit

několika způsoby. Součástí nutričního hodnocení je nutriční anamnéza, fyzikální a laboratorní vyšetření a standardizované nutriční škály (Kuckir et al., 2017).

U nutriční anamnézy se zaměřujeme na otázky ohledně stravy seniora. zjišťujeme jaká jídla senior jedl během posledního dne, kolikrát denně stravu přijímá, jaké porce obvykle sní a z jakých surovin se strava nejčastěji skládá (Kozáková, Jarošová, 2010). Dále nás zajímá aktuální onemocnění seniora (DM), přidružené onemocnění (zvracení, nechutenství, průjemy), alergie, užívané léky a jejich množství. Zda dodržuje nějaké dietní návyky a také se zajímáme o hydrataci seniora (Vágnerová, 2020).

Fyzikální vyšetření je zaměřeno na celkový stav a vzhled klienta. Nutriční terapeut by měl být schopen rozpoznat odchylky od normy. Z hlediska výživy je zde nejdůležitější informace o stavu břicha a kůže (Vágnerová, 2020). Dále se používá antropometrické vyšetření na BMI (Body Mass Index), které se skládá z výšky a váhy seniora. K určení svalové hmoty se používá metoda měření obvodu paže. Za fyziologické hodnoty se považuje 28 centimetrů a více, obvod pod 20 centimetrů je označován již za malnutrici. K určení množství podkožního tuku se využívá metoda měření kožní řasy. Metoda dynamometrie slouží k určení svalové síly a stavu svalové tkáně (Kozáková, Jarošová, 2010).

Biochemické vyšetření patří k základním diagnostickým metodám podvýživy. Pokles koncentrace metabolitů nebo aktivních enzymů, stejně jako koncentrace vitaminů a dalších složek výživy v krvi a moči, lze vyhodnotit pomocí biochemických testů (Kozáková, Jarošová, 2010). Hlavním sledovaným nutričním markerem je albumin. Váhový úbytek a snížení albuminu v krvi ukazuje na podvýživu (Grofová, 2007). Albumin slouží jenom jako dlouhodobý ukazatel podvýživy. Pro akutní zhodnocení se sleduje fibronektin, který se ukazuje již po dvou dnech hladovění (Vágnerová, 2020).

Standardizované nutriční škály se využívají k hodnocení výživového stavu seniora. Nutriční screening obvykle zjišťuje informace o hmotnosti a BMI seniora, nechtěnou ztrátu hmotnosti během 3-6 měsíců a dalších příznaků jako je nechutenství, bolesti břicha, zvracení aj. (Grofová, 2007). Nejčastěji používaná škála je MNA – zkrácená verze (Mini Nutritional Assessment). Obsahuje šest okruhů zaměřujících se na BMI, na chuť k jídlu v posledních měsících, zaživačí potíže, úbytek hmotnosti, mobilitu seniora, akutní onemocnění a psychický stav seniora (Kozáková, Jarošová, 2010).

1.3.2. Enterální výživa

V nutriční podpoře seniorů s malnutricí je první volba příjem živin přes ústa a trávicí trakt. Podmínkou je však neporušený gastrointestinální trakt. Zvýhodňují se zde především perorální nutriční doplňky (Jurašková, 2007). Perorální nutriční doplňky neboli sipping, jsou v péči o výživu seniorů široce využívanými prostředky. Dopomáhají k navýšení příjmu proteinů, specifických nutrientů a energie. U seniorů s rizikem malnutrice nebo již s malnutricí, se doporučuje minimální suplementace 400 kcal/den a 30 g proteinů, alespoň po dobu jednoho měsíce (Vágnerová, 2020). Na trhu se dnes objevují doplňky s různou chutí i konzistencí. Seniori si mohou vybrat ze sladké i slané příchutě, popřípadě i z mléčných produktů nebo i doplňků tvořené převážně sladkou šťávou (Kurašová, 2020). Doplňek by měl být zkonsumován během 1-2 hodin. Je vhodné, aby byly podávány pod dohledem ošetřujícího personálu, který bude konzumaci kontrolovat a zaznamenávat (Vágnerová, 2020).

Další způsob podávání enterální výživy seniorům je enterální výživa sondová. Indikací pro sondovou výživu je snížený příjem energie o 50 % za jeden týden nebo neschopnost přijímat stravu per os. Nasogastrická sonda (NGS) se převážně zavádí krátkodobě, při předpokladu, že zdravotní stav seniora bude trvat pod čtyři týdny (Kurašová, 2020). Pomocí žaludeční sondy se může podávat tekutá strava připravená potravinářskou nebo kuchyňskou metodou. Farmaceutické nutriční přípravky musí splňovat přesně definované normy nutričního a chemického složení a mikrobiologické požadavky (Jurašková, 2007). U seniorů s geriatrickou křehkostí je často přítomna i porucha vstřebávání v gastrointestinálním traktu. Proto enterální výživa sondou u pacientů nic neřeší. Proto se raději přiklání k výživě parenterální (Kabelka et al., 2022).

Perkutánní endoskopická gastrostomie (PEG) je indikována v případě nutnosti dlouhodobé nutriční podpory, delší než čtyři týdny, nebo v případě intolerance NGS. Výživu je potřeba podávat kontinuálně/bolusově a je nutné zajistit příjem tekutin (Kurašová, 2020).

1.3.3. Parenterální výživa

Parenterální výživa je podávání výživových látek přímo do krevního řečiště. Je indikována pokud senior nemůže přijímat stavu ústy nebo přes NGS/PEG (Vágnerová, 2020). Parenterální výživy umožní rychlý přísun potřebných složek výživy a energie. Přispívá k rychlejšímu hojení ran, k posilování imunitního systému a snižuje výskyt

komplikací (Jurašková, 2007). Výživa parenterálně by měla být podávána krátkodobě z důvodu rizika vzniku infekčních komplikací. U malnutrice se enterální a parenterální výživa navyšuje postupně (během 3 dnů), kvůli prevenci refeeding refluxu. Známkou refeeding refluxu je pokles sérový hladiny Mg, K, P a B (Vágnerová, 2020). Výživové látky se podávají v systému All-in-one, kde jsou všechny výživové složky smíchány, nebo v systému Multi-bottle, kde jsou výživové látky v jednotlivých láhvích. Parenterální výživa může být částečná i úplná (Grofová, 2007). Parenterální výživu doplňkovou podáváme u seniorů, u kterých došlo za týden k poklesu příjmu energie o 60 % (Kurašová, 2020).

2. Cíle práce a výzkumné otázky

2.1. Cíle práce

Cíl 1: Zjistit, jak všeobecná sestra hodnotí stav nutriční u klientů domovů pro seniory.

Cíl 2: Zmapovat znalost všeobecných sester v dané problematice.

Cíl 3: Zjistit, zda všeobecné sestry dodržují standardy v péči o nutriční klientů domovů pro seniory.

Cíl 4: Zjistit, jaká jsou specifika výživy seniorů.

2.2. Výzkumné otázky

Výzkumná otázka 1: Jak všeobecná sestra hodnotí stav nutriční u klientů domovů pro seniory?

Výzkumná otázka 2: Jaká je znalost všeobecných sester v dané problematice?

Výzkumná otázka 3: Dodržují všeobecné sestry standardy v péči o nutriční klientů domovů pro seniory?

Výzkumná otázka 4: Jaká jsou specifika výživy seniorů?

3. Metodika

3.1. Použité metody výzkumného šetření

Empirická část této bakalářské práce byla zpracována pomocí kvalitativního šetření. Jako technika sběru dat byl použit polostrukturovaný rozhovor a pozorování. Rozhovor se skládal z dvaceti dvou otevřených otázek a čtyřech otázek týkajících se identifikačních údajů. Tato metoda byla vybrána pro získání co nejrozsáhlejší a nejpresnějších informací o dané problematice. Pro pozorování byla předem vytvořena pozorovací tabulka. Výzkumné šetření bylo prováděno ve dvou domovech pro seniory na Vysočině, po souhlasu ředitele instituce a písemném souhlasu vrchní sestry. K zachování anonymity instituce není souhlas součástí této práce. Souhlasy jsou uloženy u autorky této práce. Osnova výzkumu byla připravena v dubnu a samostatný výzkum probíhal v průběhu června roku 2023. Před zpracováním samostatného výzkumného šetření byl uskutečněn předvýzkum, při kterém byla zjištěna srozumitelnost otázek pro probandy. Nesrozumitelné otázky byly přetvořeny nebo nahrazeny.

3.2. Sběr a analýza dat

Samostatný rozhovor tvořilo dvacet dva otevřených otázek a čtyř otázek zaměřených na identifikaci údajů. V případě nesrozumitelnosti byla otázka dovysvětlena. Před realizací byl s vrchní sestrou výzkum naplánován tak, aby nenarušil chod instituce. Před začátkem rozhovoru byli probandi seznámeni s cílem výzkumu a byli ujištěni, že šetření je anonymní a získaná data budou použita pouze do bakalářské práce. Na zahájení rozhovoru byly položeny otázky na zjištění identifikace probandů – věk, nejvyšší dosažené vzdělání, délka praxe ve zdravotnictví a délka praxe v domově pro seniory. Následně byly otázky zaměřeny na samotné cíle práce. Jednalo se o otázky týkající se hodnocení stavu nutriční u seniorů, zaměřovalo se na frekvenci hodnocení, na používané škály a aspekty hodnotící se u dalších vyšetření. Druhá část otázek byla zaměřena na význam správné výživy a faktory, které výživu ovlivňují. Další část se zabývala poruchami výživy a podvýživou, jejími důvody i důsledky. Specifika výživy seniorů, výživové nedostatky a změny v organismu byli součástí čtvrté sady otázek. V poslední části jsme se zaměřovali na dehydrataci, její příznaky, příčiny a ošetrovatelskou péči. Poslední otázka byla zaměřena na porozumění standardu dané instituce zaměřující se na výživu. Před začátkem byly sestry tázány, zda souhlasí s účastí ve výzkumu a s nahráváním rozhovoru na diktafon. Všechny sestry ústně souhlasily. Rozhovory poté byly písemně zpracovány do programu Microsoft Word. Před pozorováním byl vytvořen

pozorovací arch. Zaměřoval se na aspekty dodržování předpisů při podávání stravy klientovi domova pro seniory. Arch se zaměřuje na třináct aspektů. Všechna sebraná data byla poté zpracována technikou „tužka a papír“ a metodou otevřeného kódování rozdělena do kategorií a podkategorií.

3.3. Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumné šetření bylo provádělo u všeobecných sester pracujících v domově pro seniory na Vysočině. Výzkumný vzorek byl tvořen deseti všeobecnými sestrami. Z každé instituce pět všeobecných sester. Časový rozsah rozhovoru byl 30 – 45 minut. Všeobecné sestry jsou v práci označovány jako „S1“ až „S10“.

4. Výsledky výzkumného šetření

4.1. Charakteristika probandů

Tabulka 1 - charakteristika probandů

Probandi	Pohlaví	Věk	Nejvyšší dosažené vzdělání	Délka praxe	Délka praxe v dané instituci
S1	Žena	46	Středoškolské s maturitou	27	27
S2	Žena	35	Vysokoškolské	10	6
S3	Žena	31	Středoškolské s maturitou	13	1
S4	Žena	23	Vysokoškolské	3	1
S5	Žena	54	Středoškolské s maturitou	34	1,5
S6	Žena	60	Středoškolské s maturitou	42	26
S7	Žena	47	Středoškolské s maturitou	20	14
S8	Žena	41	Středoškolské s maturitou	16	14
S9	Žena	42	Vyšší odborné	13	13
S10	Žena	67	Středoškolské s maturitou	51	51

(Zdroj: vlastní)

Tabulka znázorňuje identifikační informace sester. Výzkumný vzorek tvoří 10 všeobecných sester. Pro větší přehlednost jsou sestry označovány S1 – S10. Z tabulky je vidět, že všichni probandi byly ženy. Věkově se pohybují od 23 do 67 let. Většina probandů má nejvyšší dosažené vzdělání středoškolské s maturitou. S2 a S4 dosáhli na vysokoškolské vzdělání s bakalářským titulem. Sestra S9 má nejvyšší dosažené vzdělání vyšší odbornou školu s titulem Dis. Rozmezí délky praxe ve zdravotnictví se pohybuje od 3 do 51 let. Délka praxe v dané instituci pak od 1 roku po 51 let.

4.2. Kategorizace výsledků

Tato kapitola znázorňuje výsledky polostrukturovaných rozhovorů a pozorování. Získaná data byla roztríděna do šesti kategorií. Každá kategorie poté rozdělena do podkategorií.

Kategorie 1: Hodnocení výživy

První kategorie obsahuje čtyři podkategorie a zaměřuje se na hodnocení výživy u seniorů. Podkategorie jsou rozděleny na používané nutriční škály, aspekty hodnotící se u nutriční anamnézy, dále fyzikální a laboratorní vyšetření a frekvenci hodnocení nutriční u seniorů.

Nutriční škály

Tato podkategorie je zaměřena na škály používané k hodnocení stavu výživy seniora. Na otázku jaké škály používáte k hodnocení stavu nutriční u seniorů odpověděli probandi následovně. S1 odpověděla : „*Znám MNA škálu, ale u nás ji moc nepoužíváme. Při přijetí děláme nutriční screening. Dále nás informuje primární péče, když klienti nejedí nebo zjistí váhový úbytek. Poté se zavolá nutriční terapeutka, která si klienta prohlédne a následně přijede i s nutričním lékařem a nastaví nutriční výživu.*“ Dále probandi S2, S4 a S9 udávají, že používají nutriční screening při každém novém přijetí klienta. S2 dodala: „*Každý měsíc se klienti váží a sleduje se jejich příjem potravy, v momentě kdy přestanou jíst nebo je nějaká změna v příjmu, tak zahajujeme diagnostiku.*“ S5, S7 a S10 uvádí, že pravidelně spolupracují s nutriční terapeutkou. S7: „*Používáme BMI a pravidelně kontrolujeme váhu. Dále zde máme nutriční specialisku, která nutriční klientů pravidelně sleduje. Pokud je váhový úbytek nebo podvýživa tak je pravidelně vážíme a náš specialista na to reaguje.*“ S5: „*Sledujeme hydrataci, hubnutí, zda není snížený příjem potravy, také spolupracujeme s nutriční terapeutkou, která navrhne podporu výživy.*“ S5 a S6 dále udaly, že používají i škály na hodnocení bolesti a demence. S6: „*Používáme zde škály na určení bolesti a demence, ohledně výživy sledujeme příjem stravy a hubnutí.*“ Jako jediný proband S3 uvedl, že škály nepoužívá: „*Nepoužívám žádné škály, hodnotíme stav dle primární péče, která nám oznámí, když klient nedostatečně jí. A také 1x měsíčně hlídáme váhu.*“

Frekvence hodnocení nutriční

Tato podkategorie se zaměřuje na frekvenci vážení seniorů a častost hodnocení nutriční seniorů. S1 až S10 odpověděly shodně, frekvence vážení a hodnocení stavu výživy seniorů je jednou za měsíc. S1, S2, S5, S6, S7, S8 a S10 dodaly, že v případě potřeby

kontrolují nutriční i vícekrát za měsíc. S2: „*1x měsíčně, ale pokud je to akutní, tak ihned a opakovaně po týdnu nebo dvou.*“ S6 odpověděla: „*Většinou jednou měsíčně, dle potřeby. Každý měsíc jezdí nutriční terapeutka, každý třetí měsíc nutriční lékař.*“ Také S8 udala: „*Hodnotíme stav výživy jednou za měsíc a pokud mají senioři nutriční podporu, tak i vícekrát. Například dvakrát či třikrát za měsíc.*“ Podobně odpověděla i S7: „*Záleží na hmotnosti, pokud je klient v podvýživě, tak výživu kontrolujeme každý týden u ostatních jednou měsíčně.*“

Nutriční anamnéza

Na otázku jaké aspekty se hodnotí v nutriční anamnéze odpověděly všechny sestry velmi podobně. S4 odpověděla: „*V nutriční anamnéze sledujeme stravovací zvyklosti, chuť k jídlu, stav chrupu a ptáme se na nedávné hubnutí nebo zda nemají diabetes.*“ Podobně odpověděla i S5: „*Budeme se ptám co jim chutná a nechutná, zda mají problémy s polykáním, zda nemají nějaké diety co musí dodržovat a nebo také jaké porce snědí.*“ Zbytek sester odpověděl velmi obdobně, S10 dodala: „*Zajímáme se kolik toho snědí, jaký porce, příjem tekutin. Občas se stává, že vyjde seniorovi riziko podvýživy, ale mají to daný celý život, že jsou hubený. Jedí normálně a mají takové predispozice celý život, nestrádají, ale prostě to tak mají.*“ S9 udává: „*Je také důležité zjistit, za jedí například maso a mléčné výrobky. Je důležité, aby měli dostatečný příjem bílkovin.*“ Odpovědi ostatních sester byli shodné. Některé ještě dodaly: S1: „*Ptáme se na jeho běžný den se zaměřením na množství, druh a četnost přijímané stravy. Také nás zajímá frekvence konzumace určitých potravin, například se může zaměřit na frekvenci přijímání mléčných výrobků, masa (například ryby), dále ovoce a zeleniny. Někteří například nemají ve své zvyklosti přijímat mléčné výrobky.*“ S2: „*Také se zeptáme se zda klienti nemají potravinovou alergii.*“ S7: „*Senioři užívají spoustu léků, je možné že některé mají jako vedlejší účinek nechutenství. Je třeba vědět jaké léky senior užívá a popřípadě se poradit s nutričním lékařem na dalším postupu.*“ S8: „*Vždy se optáme na onemocnění a potíže v gastrointestinálním traktu. Například seniory mohou trápit polykací problémy, nevolnost, pálení žáhy, zácpy nebo průjmy.*“

Fyzikální a laboratorní vyšetření

Tato podkategorie se zaměřuje na metody používané u fyzikálního vyšetření a jaké nutriční hodnoty se sledují v krvi a moči seniora. U fyzikálního vyšetření odpověděly S1- S10 stejně, nejčastěji klienta váží. Také ale znají metody kožní řasy a měření obvodu

paže. S2: „*Jako sestry pouze kontrolujeme váhu pacienta. Pokud by došlo k velkému úbytku, tak se kontaktuje nutriční sestra a ta si pacienta vyšetří. Také můžeme posoudit celkový vzhled a stav pokožky.*“ Podobně formulovala odpověď i S6: „*U fyzikálního vyšetření měříme váhu a výšku, dle toho vypočítáme BMI a v případě potřeby informujeme výživovou terapeutku.*“ S7 uvedla, že při fyzikálním vyšetření spolupracují s nutriční sestrou, také uvedla: „*Sledujeme BMI, u imobilních seniorů měříme obvod paže nebo stehna. Kožní řasu děláme u změny zdravotního stavu.*“ S4 navíc řekla: *U fyzikálního vyšetření sledujeme celkový vzhled pacienta, kožní turgor, výšku a váhu. Také ale sledujeme i tělesnou teplotu, krevní tlak a puls.*“ Otázka na laboratorní vyšetření zněla „*Jaké nutriční hodnoty sledujete v krvi a moči seniora?*“ Sestry uvedly, že k hodnocení výživy pomocí laboratorního vyšetření využívají nejčastěji biochemické vyšetření krve. S1 odpověděla: „*Používáme biochemické testy, zaměřujeme se především na ureu, kreatinin, celkovou bílkovinu, albumin a prealbumin.*“ S2 uvedla, že pokaždé když seniora dávají k nutriční terapeutce, tak odebírají základ u biochemického vyšetření. Dodala: „*Nejčastěji se pak zaměřujeme na glykémii, bílkovinu a albumin.*“ S1 – S10 uvedly, že nejdůležitější hodnotu je albumin. S10 řekla: „*Důležitý je albumin, který nám hlásí, zda u klienta nedochází k podvýživě.*“ Dále také odpovídaly, že je důležité sledovat hladinu minerálů a vitamínů.

Kategorie 2: Výživa seniorů

Druhá kategorie obsahuje tři podkategorie, které se zaměřují na rovnováhu mezi správnou výživou a zdravím seniorů, nejčastějšími poruchami nutriční a také obsahuje otázku týkající se biologických, psychologických a sociálních faktorů, které výživu mohou ovlivnit.

Význam správné výživy

Podkategorie poukazuje na to, jaký vliv má správná výživa seniorů na jejich zdraví a k čemu může dojít, pokud výživa seniorů bude nedostatečná. Všechny sestry o této problematice byly dobře informovány. Na otázku odpovídaly aktivně a bez zaváhání. S1 stručně odpověděla: „*Tak pokud je výživa správná, tak to prospívá zdraví seniora, pokud ne, tak se zdravotní stav zhoršuje.*“ Obdobně odpověděla i S4: „*Správná výživa seniorům dodává dostatek energie a síly během dne, při nedostatečné výživě může dojít k zhoršení zdravotního stavu.*“ Sestra S2 svou odpověď dostatečně rozvedla, řekla: „*Pokud výživa nebude dostatečná a zastoupená všemi složkami, bude u seniorů docházet k hubnutí,*

svalová síla poklesne a senior se stane nesoběstačným. Chronické rány se začnou špatně hojit, také se zvýší riziko vzniku dekubitů. Může dojít k rozvratu vnitřního prostředí, hypoglykémii nebo hyperglykémii.“ Sestry S1 – S10 uvedly, že s nedostatečnou výživou se zdravotní stav seniora bude zhoršovat, bude docházet k podvýživě a senior bude mít následky. S8 také dodala: „*Nesprávná výživa má samozřejmě vliv i na psychiku a paměť seniorů.*“ Odpověď sestry S6 na danou otázku byla: „*Všechno se vším souvisí, pokud klient bude mít pestrou a vyváženou stravu, tak bude jen rozkvétat. Bude mít dostatek energie a jeho zdravotní stav se nebude zhoršovat. U nás máme spoustu klientů s chronickými ranami, nejčastěji se tu vyskytují bércové vředy ale také dekubity. Proto je důležité mít dostatek bílkovin, aby se rána lépe a rychleji hojila.*“ S3, S5 a S10 ve své odpovědi uvedly, že vyvážená strava prospívá také psychice, dále podporuje imunitní systém a obranyschopnost organismu. S9 reagovala na otázku: „*Z důvodu nedostatku bílkovin a úbytku svalové hmoty častěji vznikají defekty. Kůže je křehká a často se stává, že si ji klient natrhne. Pokud nepřijímají dostatek vitamínů ve stravě dochází k častějšímu nachlazení a nemocem.*“ Odpovědi sester S7 a S8 byli podobné. Shodly se na faktu, že výživa je pro starší lidi velmi důležitá a mělo by se jí věnovat dostatek pozornosti.

Poruchy nutrice

Otázka týkající se poruch nutrice zněla: „*Jaké jsou nejčastější poruchy nutrice u seniorů?*“ Na tuto otázku sestry odpovídaly stručně a jasně. Všechny uvedly, že nejčastější poruchou výživy seniorů je podvýživa. Sestry S2, S3 a S9 také uvedly obezitu jako častou poruchu nutrice. S2: „*Nejčastější je asi podvýživa, občas se u nás vyskytne i obézní klient.*“ S9 odpověděla obdobně: „*U nás je nejčastější malnutrice, ale dochází zde u klientů i k nárustu hmotnosti.*“ Také dodala: „*Občas se stane, že klienti odmítají jíst podávané jídlo a urgují své rodiny, aby jim nosili chlebičky, cukroví, brambůrky a další pochutiny.*“ „*Nadváha se zde vyskytuje u seniorů, kteří celý den odpočívají a nechtějí se zapojit do denních aktivit.*“ řekla S9. S10 řekla: „*Senioři obvykle užívají velké množství léků, vedlejším účinkem právě může být nechutenství nebo ztráta chuti. To poté vede k tomu, že odmítají jíst a následně dochází k podvýživě.*“ S5 ve své odpovědi udala: „*Díky nechutenství dochází k malnutrici. Tělo celkově slábne a ztrácí energii.*“ Odpověď sester S4, S7 a S8 byla podobná. Udávali poruchy polykání, nechutenství, nauzeu a ztrátu chuti jako hlavním poruchami, které vedou k nedostatečné výživě seniora. S1: „*Nejčastěji se setkávám s malnutricí, kterou způsobuje nechutenství*“ S6 také uvedla: „*Mezi poruchy výživy musíme počítat i dehydrataci.*“

Faktory ovlivňující výživu

Třetí podkategorie je zaměřena na faktory ovlivňující výživu seniorů. Sestry byly tázány, jaké faktory výživu ovlivňují a následně jaké aspekty patří do biologických, psychických a sociálních faktorů. S1 odpověděla: „*Myslím, že velký vliv na příjem stravy má vzhled podávaného jídla. Klienti, kteří mají mletou nebo mixovanou stravu často stravu odmítají aniž by ji ochutnali.*“ poté dodala: „*Také určitě záleží na tom, kdo stravu podává.*“ Na otázku jaké aspekty patří do faktorů ovlivňující výživu sestra S3 pronesla: „*Mezi biologické faktory řadíme věk klienta a jeho zdravotní stav, dále chronické onemocnění jako například diabetes. A také nechutenství.*“ K psychickým a sociálním faktorům udala: „*Při nástupu do našeho zařízení si klienti nechtějí kolikrát připustit, že zde musím být. Jsou smutný nebo naštváný a poté stravu odmítají. Také například demence výživu ovlivňuje.*“ Dále řekla: „*V našem zařízení klienti dostávají stravu každý den několikrát denně, ale pro seniory žijící v bytech či domech může být strava drahá a proto není vyváženě a dostatečně.*“ Sestra S4, S5 a S8 odpověděly velmi podobně. Vyjádřili se, že k biologickým faktorům řadí věk, pohlaví a zdravotní stav klienta. Do psychických patří emocionální stav, stres, únava nebo demence a u sociálních uvedly kulturu, ekonomickou situaci, nedostatek financí, nesoběstačnost a neschopnost uvařit si. S2 sdělila: „*Určitě zdravotní stav seniora, nechutenství nebo špatná zubní náhrada. Nejčastějším psychickým faktorem ovlivňující výživu je demence, kdy klienti zapomínají jíst nebo nechtějí, protože si myslí, že jedli před chvílkou. A mezi sociální bych zařadila například neschopnost uvařit si nebo nedostatek peněz na jídlo.*“ Jako svou odpověď sestra S6 uvedla: „*Já myslím, že chronické onemocnění, věk, funkce trávicího systému nebo ztráta chuti a pocitu hladu. Dále je častým problémem změna prostředí způsobující stres, zmatenost nebo Alzheimerova choroba a demence.*“ U sociálního faktoru uvedla: „*Senioři žijící sami nemusejí mít dostatek peněz na stravu, nebo jsou hendikepováni a stravu si nemohou či neumějí připravit. Senioři žijící v domovech pro seniory mají stravu zajištěnou, pouze si vybírají z jídelního lístku dle dietního nařízení. Kolikrát ale výběr neodpovídá jejich chuti.*“ S7 se vyjádřila následovně: „*Starší lidé mají spousty problémů nejen v trávicím systému, ale často kvůli tomu nesnědí takové porce jako mladší lidé. Například z důvodu ztráty chrupu a nesprávné zubní protézy mají problémy s příjmem potravy. Do psychických asi nejvíce řadím poruchy paměti, například demenci. Sociální faktory jsou myšleny například jako ztráta soběstačnosti, nebo si lidé neumí jídlo připravit a jedí pouze chleba se sýrem.*“ Odpovědi sester S9 a S10 byli velmi stručné.

K biologickým faktorům S9 odpověděla: „*Věk, pohlaví a zdravotní stav.*“ K psychickým dodala: „*Snížené kognitivní funkce, bludy nebo demence.*“ „*Senioři žijící sami nemají moc peněz, kolikrát mají velké nájem bytů a na jídlo nezbyde moc peněz.*“ uvedla k sociálním faktorům. S10 odpověděla obdobně.

Kategorie 3 – Dehydratace

V následující kategorii řešíme problém dehydratace. Kategorie je rozdělena do tří podkategorií. Zaměřujeme se na příznaky, příčiny a ošetrovatelskou péči.

Příčiny dehydratace

Sestry byly tázány jaké jsou nejčastější příčiny dehydratace u seniorů. Odpověděly následovně. S6: „*Zapomínají nebo nechťejí pít. Také jsem se setkala se seniorem, který odmítal přijímat tekutiny, aby nemusel tolik chodit na toaletu.*“ S3: „*Někdy to může být i v důsledku demence, že zapomínají pít. Také imobilita seniorů, že to sami nedokážou.*“ Odpověď sestry S5 byla: „*Málo pijou, protože nemají potřebu pít, tak si jenom „cůcnou“, dají lok nebo dva a poté tvrdí, že se již dostatečně napili.*“ S7 odpověděla podobně: „*Ztráta pocitu žízně, to je nejčastější, za dopoledne vypijí dva hrnky čaje a myslí si, že mají dost.*“ S1: „*Častá příčina je demence, zapomínají pít nebo nechťejí.*“ S2: „*Nemohou polykat, jsou zahleněny nebo jednoduše nechťejí.*“ Jako svou odpověď S8 uvedla: „*Nemají pocit žízně, také nechťejí chodit často na toaletu, tak přestanou pít.*“ S9 odpověděla stručně: „*Nepije, nechťejí nebo zapomínají pít, nemají pocit žízně.*“ „*Nedostatečný příjem tekutin, ztráta tekutin, imobilita.*“ uvedla S4. Sestra S10 pronesla: „*S vyšším věkem klesá pocit žízně, to je asi největší problém, který způsobuje dehydrataci. Patří sem také polykací problémy nebo poruchy paměti.*“

Příznaky dehydratace

Tato podkategorie znázorňuje příznaky dehydratace. S1- S10 udaly, že mezi příznaky patří suché rty, jazyk a sliznice, dále suchá pokožka a snížený kožní turgor. S7 také dodala: „*Může dojít i ke změně psychiky, klienti jsou dezorientovaní a mluví z cesty.*“ Sestra S9 mezi základními příznaky uvedla i následující: „*Malátnost, bolesti hlavy, častější pády, snížená diuréza.*“ I sestra S3 odpověděla mezi základními příznaky jiné, než ostatní: „*Klienti jsou více unavení, zhoršuje se jim psychika a jsou dezorientovaní.*“

Ošetrovatelská péče

Podkategorie poukazuje na zajištění dostatečného pitného režimu u seniorů. S1 pravila: „*Snažíme se klienty stále pobízet k dodržování pitného režimu. Pokud je nízký příjem tekutin, sledujeme příjem a výdej.*“ Podobnou odpověď měla i S3: „*Připomínáme klientům, aby se napili a nebo podáváme tekutiny my, při nejhorším podáváme infuze i.v.. A také sledujeme příjem a výdej.*“ S9 se vyjádřila následovně: „*Sledujeme příjem tekutin, aktivně tekutiny nabízíme, při každém jídle musí být tekutiny k dispozici. Také při aktivizaci by u sebe měli mít klienti pít.*“ S6 odpověděla: „*Nabízet, nabízet, nabízet, když to pak nejde, tak dostávají infuzi.*“ Obdobně odpověděla i S8: „*Aktivně podávat tekutiny, aby na ně personál dohlížel. Pokud nepijí, podáváme i.v. infuzi.*“ S4: „*Pobízet k pití či u ležících klientů dávat pít i pomocí injekční stříkačkou. Dále mohou být nabízeny oblíbené nápoje, na které je klient zvyklý.*“ Sestry S2, S5, S7 a S10 odpověděly shodně. Je důležité klienta pobízet, při každém kontaktu dávat napít a sledovat příjem a výdej.

Kategorie 4 - Podvýživa

Kategorie s názvem podvýživa je rozdělena do dvou podkategorií. První se zaměřuje na důvody podvýživy a druhá na důsledky.

Důvody podvýživy

Sestry byly tázány na důvody podvýživy u seniorů. S1 se vyjádřila následovně: „*Často záleží na diagnóze a zdravotním stavu seniora, také například změna prostředí může přispívat k nechutenství nebo ztrátě chuti. To pak vede k sníženému příjmu potravy a následně k podvýživě.*“ Obdobně odpověděla i S5: „*Senior nedostatečně přijímá potravu, buď z důvodu nechutenství nebo špatného chrupu. Stravu jednoduše odmítá.*“ S10 řekla: „*Podvýživa může mít všelijaké důvody. Klienti mají chronické onemocnění, to často má vliv na příjem potravy. Nejčastěji však klienti stravu odmítají, nechutná jim nebo nechtějí jíst. Podíl na tom může mít i demence.*“ S4 jako důvody uvedla změny v gastrointestinálním traktu. Řekla: „*S vyšším věkem se lidské tělo mění, kolikrát ty změny způsobují další problémy. Seniori mají poruchu trávení, špatně se jim polyká, nemají zuby nebo je jejich protéza tlačí, jídlo jim nechutná, odmítají ho. Místo oběda si dají radši chlebiček, který jim přinesla rodina. Pak tvrdí, že jsou najedený.*“ Sestra S2 a S8 měly podobné odpovědi. S2: „*Jedním z důvodů může být psychický stav klienta, dále zdravotní stav a také nemají pocit hladu, nejedí nebo přijímají pouze malé porce.*“ S8: „*Určitě se na důvodu podílí celkový stav seniora, zdravotní i psychický. Často mají pocit sytosti*

a snědí jenom malou část jídla.“ Odpověď sestry S7 zněla: „Určitě to může být věkem seniora, jeho návyky a životním stylem. Také zdravotním a psychickým stavem. Nebo například vlivem adaptace. Při příjmu jsou někteří senioři zmatený, smutný nebo naštvaný, proto stravu odmítají. A tím pádem může dojít k podvýživě.“ S3: „Klient přestane přijímat potravu například z důvodu nechutenství nebo psychických poruch.“ S6: „Nedostatečný příjem potravy, nechťejí nebo nemohou potravu přijímat v dostatečné míře. Z důvodů užívání léků může dojít k nechutenství.“ Sestra S9 se na otázku vyjádřila následovně: „Nedostatečný množství bílkovin. Senioři nejedí celý porce, proto se dávají nutriční a bílkovinný přísady.“

Důsledky podvýživy

V této podkategorii se zaměřujeme na následky podvýživy u seniorů. Sestry vždy uvedly zhoršený stav seniora. Sestra S1 se vyjádřila velmi stručně: „Senior se určitě zhorší, dojde ke zhoršení zdravotního stavu i toho psychického.“ Rozsáhlejší odpověď měla S6: „Senior nemá dostatečný příjem energie, ubývá na hmotnosti a je slabý. Jeho svalová hmota klesá, tím pádem postupně ztrácí soběstačnost a je odkázán k dopomoci od přímé péče. Dále má zažívací problémy, bolesti břicha, zácpu nebo průjem. Vznikají častěji proleženiny a v nejhorším případě dochází k úmrtí.“ Úmrtí ve své odpovědi zmínila i sestra S2, S3 a S9. S2 pronesla: „Klientovi se zhorší zdravotní stav a pokud se to včas nezachytí a nenapraví, tak může vést až k smrti.“ S3: „Stav seniora se zhorší, při úbytku svalů může dojít k vyššímu riziku dekubitů. V nejhorší fázi může dojít k úmrtí. Samozřejmě při zjištění podvýživy u našeho klienta ihned zahájíme léčbu. Poradíme se s nutriční sestrou nebo lékařem. Podáváme nutriční přísady, občas tu máme i klienta s nasogastrickou sondou. Ale kolikrát je senior až moc starý a nevzpamatuje se z toho, proto dochází k úmrtí.“ S9 ve své odpovědi také zmínila mezi následky úmrtí klienta, dále odpověděla úbytek svalové hmoty, ztrátu soběstačnosti a celkovou slabost. Odpověď sestry S4 zněla: „Důsledky mohou být slabost, únava, častější nemoci, horší hojení ran a léčba chronických onemocnění.“ S8 odpověděla obdobně: „Změna zdravotního stavu, mají větší sklony k dekubitům, dochází k zhoršení hojení ran, jsou slabý, dochází k většímu riziku pádu.“ Sestra S5 také odpověděla velmi stručně: „Dochází k porušení kožní integrity, častěji se proleží, ubývá svalová hmota a dochází k dehydrataci.“ Odpovědi sester S7 a S10 zněly: S7: „Klient začne být slabý a unavený, bude více odkázán na pomoc personálu. Z důvodu poklesu imunitního systému bude náchylnější na nemoci. Vznikne větší riziko pádu a riziko zlomenin.“ S10: „Tak hlavní následek je zhoršený stav,

jak zdravotní, tak i psychický. Také často slábnou, a i když dříve chodili sami, tak poté už bez naší pomoci nezvládnou ani obléct tričko. Musí být pod větším dohledem personálu z důvodu pádů. Jakmile spadnou a zlomí si nějakou kost, tak už nám zůstanou jako imobilní. Snažíme se tomu předcházet. Klienti dostávají nutriční pitíčka nebo jogurty. A samozřejmě spolupracujeme s nutričním odborníkem.“

Kategorie 5 – Specifika výživy

Předposlední kategorie je zaměřena na znalosti sester v dané problematice. Kategorie je rozdělena na tři podkategorie. Jedná se o podkategorie zabývající se výživovými nedostatky, specifickými potřebami a změnami v organismu.

Výživové nedostatky

Podkategorie je zaměřena na nejčastější výživové nedostatky u seniorů a na složky výživy, které jsou u seniorů nejdůležitější. U obou otázek se sestry shodly, že nejdůležitějšími složkami výživy u seniorů jsou bílkoviny a také to byla shodná odpověď u nejčastějších nedostatků. S1 – S10 udaly, že nejvíce seniorům chybí bílkoviny. Například S2 řekla: *„Nedostatečný je příjem bílkovin, který souvisí se ztrátou svalové hmoty.“* S6 odpověděla: *„Nedostatečně pestrá strava způsobuje nedostatek veškerých složek, hlavně pak bílkovin a sacharidů.“* u nejdůležitějších složek výživy sestra S6 odpověděla: *„Určitě bílkoviny pro udržení svalové hmoty, dále i cukry pro energii a také vitamíny, kterých mají senioři málo.“* Odpovědi sestry S3 byli: *„Při jednostranné stravě nebo nedostatečné výživě dochází ke ztrátě bílkovin, nedostatku cukrů, minerálů nebo vitamínů.“* Také řekla: *„Já bych řekla, že důležité jsou všechny složky. Nejvíce ale asi bílkoviny a vitamíny.“* S7 udává jako nejdůležitější složky výživy bílkoviny, vitamíny a minerály. Dále dodala: *„Senioři by měli mít ve stravě zastoupeny všechny složky, potřebují dostatek vápníku, aby měli silné kosti. Bílkoviny na správnou obranyschopnost organismu a celkovou funkci, cukry a tuky jim zase dodávají energii.“* S4: *„Senioři potřebují doplnit minerální látky jako je zinek, vápník a železo, většinou mají nedostatek.“* Dále: *„Nedostatky jsou opomíjení bílkovin, vitamínů, vápníku, vlákniny a pitného režimu.“* Zbytek sester svou odpověď řekly stručně. Nejvíce seniorům chybí bílkoviny a vitamíny. A shodly se, že všechny výživové složky jsou důležité, hlavně pak bílkoviny.

Specifické potřeby

Tato podkategorie je věnována potřebám seniorů při přijímání stravy. Sestry byly tázány, jaké jsou specifické potřeby výživy seniorů. S10 odpověděla: *„Určitě je potřeba mít vyváženou stravu, taky je důležité dodržovat dietní specifika. A podávat stravu vždy ve formě, kterou je senior schopen přijmout.“* Obdobně odpověděla i S1: *„Jídlo by se mělo podávat pestré, aby byly zastoupeny všechny složky výživy. Dále je třeba brát ohled na zdravotní stav pacienta a dle toho mu jídlo připravit. Například mletá strava nebo kašovitá.“* S5 udává: *„Je potřeba seniory podporovat v přijímání stravy, aby dostatečně jedli. Taky je důležité podávat stravu, která jim chutná a podávat tak, aby ji snadno snědli.“* S2: *„Je potřeba nechat seniorům dostatek času na stravování, také jim připravit stravu dle jejich zdravotního stavu. Často seniorům pomáháme, je důležité nechávat a podávat stravu v malých porcích. Pokud v daný časový úsek stravu nezvládnou sníst celou, je možné stravu uschovat a podat déle.“* Sestra S8 mířila svou odpověď na imobilní seniory: *„Když jdeme podávat stravu je důležité se seniorem komunikovat, podporovat ho v příjmu. Kolikrát snědí pár lžic a už nechtějí, ale nakonec sní celou porci. Je to o té komunikaci. Určitě není správné stravu jim nutit, když opravdu odmítají, protože jim nechutná, je potřeba najít alternativu.“* S4 svou odpověď řekla stručně: *„Malé porce jídla, nepospíchat, jídlo bohaté na živiny, dobře stravitelné dle stavu seniora, stálá dostupnost tekutin.“* S6 zaměřila odpověď na vyváženou stravu: *„Dostatečný příjem bílkovin, ovoce, zeleniny, mléčných výrobků, jednou za čas i příjem ryby.“* S3: *„Pod specifiky výživy si představuji například formu stravy. Málokdo má klasickou formu, většina seniorů má buďto mletou stravu nebo mixovanou. Také je důležité nechávat na příjem dostatek času, nechávat na ně. Samozřejmě musí mít při ruce tekutiny na zapití.“* S9 stručně řekla: *„Důležité je mít pestrou stravu a podávat dle zdravotního stavu seniora.“*

Změny v organismu

Podkategorie se zaměřovala na informovanost sester. Otázka zněla *„Jaké jsou nejčastější změny v organismu spojené s výživou seniorů?“* Některé sestry svou odpověď řekly stručně, jiné ji zas rozvíjely. S4: *„Změny začínají již ztrátou chrupu, v trávicím traktu dochází k pomalejší peristaltice a snížení vstřebávání. Senioři často trpí na zácpy. Také se i seniorů častěji vyskytuje diabetes.“* S9: *„Zhoršení činnosti orgánu, zhoršení smyslů, zhoršená pohyblivost, není chuť k jídlu, zapomínají, demence.“* S7 odpověděla: *„Určitě ztráta svalové síly, řídnutí kostí, nechutenství, nauzea, změna mozkové aktivity.“* S5: *„Dehydratace, minerálový rozvrat, stavy zmatenosti, nedostatečné slinění, ztráta*

chrupu.“ S2 řekla: „*Ztráta chrupu, může dojít ke snížené resorpci, dochází často k dehydrataci. Snižuje se množství slin a žaludečních šťáv.*“ S1 udala pouze pomalejší trávení a častější zácpy u seniorů. Odpověď sestry S3 byla také stručná: „*Zpomalená peristaltika, zácpa, nedostatečné slinění, ztráta chrupu.*“ S6 udala mezi změnami i zhoršené smyslové vnímání a poruchy paměti. Sestry S8 a S10 nevěděli jaké změny mohou v organismu nastat.

Kategorie 6 – Standart nutriční péče

Poslední kategorie je zaměřená na znalost standardu dané instituce.

Znalost standardu instituce

Všechny sestry byly tázány, zda a v jaké míře se orientují ve svém standardu zpracovaného ohledně výživy. Sestry S1, S2, S4, S5, S6, S7, S8 a S10 odpověděly, že se ve standardu orientují dobře, znají ho a pracují podle něj. S7 odpověděla: „*Ano, standard znám a orientuju se v něm. Všichni jsem si ho museli přečíst a podepsat se. Já osobně si standardy jednou za čas přečtu znova, například o noční směně.*“ S8 také dodala: „*Myslím, že se orientuji dostatečně. A pokud si nejsem v něčem jistá, tak se poradím a naší nutriční sestrou.*“ Sestra S9 udala, že se ve standardu orientuje tak na 50 %. Sestra S3 odpověděla, že standard zná, ale moc se v něj neorientuje. Také dodala, že si ho opět prostuduje.

4.3. Analýza výsledků pozorování

Poslední část výsledků výzkumného šetření je zaměřena na pozorování. Na pozorování byly vytvořeny tabulky, do kterých se zaznamenávali data. Pozorování bylo skryté a zaměřovalo se na podávání stravy a dodržování správných postupů. Mezi aspekty patřilo například zajištění vhodné polohy klienta a vhodného prostředí pro podání stravy, hygiena rukou a zamezení dotyku jídla. Dále použití ochranných oděvů, komunikace se seniorem, podávání stravy v menších porcích, poskytování dostatku času nebo podávání tekutin během jídla.

Tabulka 2 - pozorování sestry S1

ASPEKTY POZOROVÁNÍ	ANO	ZČÁSTI	NE
Zajistila sestra vhodnou polohu klienta?	✓		
Provedla sestra hygienu rukou před podáním stravy?	✓		
Zajistila sestra vhodné prostředí pro podání stravy?		✓	
Zamezila sestra dotýkání se jídla?			✓
Použila sestra ochrannou zástěru?			✓
Poskytla sestra klientovi ochranu oděvu?	✓		
Komunikovala sestra s klientem při podávání stravy?	✓		
Podporovala sestra klienta při přijímání stravy?	✓		
Podávala sestra stravu v menších porcích?	✓		
Nechala sestra klientovi dostatek času na přijímání stravy?	✓		
Poskytla sestra klientovi dostatek tekutin při přijímání stravy?		✓	
Očistila sestra klientovi ústa po podání stravy?	✓		
Uložila sestra klienta do vhodné polohy po podání stravy?			✓

(zdroj vlastní)

Sestra S1 se při podávání stravy klientovi dopustila tří chyb. První chybu udělala, když se při krájení stravy dotknula jídla klienta. Druhá chyba byla, že sestra nepoužila ochranou zástěru, kterou mají k dispozici v místnosti pro přípravu jídla. Poslední chybou bylo, že klienta po podání stravy neuložila do vhodné polohy. Nechala ho v polosedu. Klient byl uložen do vodorovné polohy až po příchodu přímé péče. Dva aspekty sestry provedla zčásti. Při zajišťování vhodného prostředí sestry zavřela okno, ze kterého šel hluk způsobující sekáním trávy pod okny, ale v pokoji nechala puštěnou televizi. Při poskytování dostatečného množství tekutin dala klientovi napít na konci podání stravy, v průběhu nikoliv. Dle tabulky zbylé aspekty sestry dodržela.

Tabulka 3 - pozorování sestry S2

ASPEKTY POZOROVÁNÍ	ANO	ZČÁSTI	NE
Zajistila sestra vhodnou polohu klienta?	✓		
Provedla sestra hygienu rukou před podáním stravy?	✓		
Zajistila sestra vhodné prostředí pro podání stravy?	✓		
Zamezila sestra dotýkání se jídla?	✓		
Použila sestra ochrannou zástěru?			✓
Poskytla sestra klientovi ochranu oděvu?	✓		
Komunikovala sestra s klientem při podávání stravy?			✓
Podporovala sestra klienta při přijímání stravy?			✓
Podávala sestra stravu v menších porcích?	✓		
Nechala sestra klientovi dostatek času na přijímání stravy?	✓		
Poskytla sestra klientovi dostatek tekutin při přijímání stravy?	✓		
Očistila sestra klientovi ústa po podání stravy?	✓		
Uložila sestra klienta do vhodné polohy po podání stravy?	✓		

(zdroj vlastní)

Sestra S2 dodržela skoro všechny pozorované aspekty. Při příchodu vytvořila vhodné prostředí a zajistila vhodnou polohu klienta. Před podáváním stravy si sestra umyla ruce a podávaného jídla se nedotkla. Stravu podávala v menších porcích a nechvátala. Během jídla klientovi poskytla ochranu oděvu a podávala dostatek tekutin. Po ukončení otřela klientovi ústa a uložila ho zpět do polohy. Sestra ovšem nepoužila vlastní ochranu oděvu a při jídle s klientem nedostatečně komunikovala a nepodporovala ho.

Tabulka 4 - pozorování sestry S3

ASPEKTY POZOROVÁNÍ	ANO	ZČÁSTI	NE
Zajistila sestra vhodnou polohu klienta?		✓	
Provedla sestra hygienu rukou před podáním stravy?			✓
Zajistila sestra vhodné prostředí pro podání stravy?		✓	
Zamezila sestra dotýkání se jídla?	✓		
Použila sestra ochrannou zástěru?			✓
Poskytla sestra klientovi ochranu oděvu?	✓		
Komunikovala sestra s klientem při podávání stravy?	✓		
Podporovala sestra klienta při přijímání stravy?	✓		
Podávala sestra stravu v menších porcích?	✓		
Nechala sestra klientovi dostatek času na přijímání stravy?			✓
Poskytla sestra klientovi dostatek tekutin při přijímání stravy?	✓		
Očistila sestra klientovi ústa po podání stravy?	✓		
Uložila sestra klienta do vhodné polohy po podání stravy?	✓		

(zdroj vlastní)

Pozorování u sestry S3 dopadlo následovně. Sestra se zčásti dopustila dvou chyb. Při polohování před podáváním stravy sestra jen lehce zvedla klientovi hlavu, dle mého názoru nešlo o zcela vhodnou polohu. Druhá chyba byla, že sice vypnula při příchodu do pokoje televizi, ale během podávání stravy komunikovala i s pracovnící přímé péče, která podávala stravu klientovi vedle. Zcela se dopustila tří chyb. Sestra před podáváním stravy neprovedla hygienu rukou, neměla na sobě ochrannou zástěru a na klienta při podání stravy chvátala. Zbytek aspektů sestry S3 dodržela.

Tabulka 5 - pozorování sestry S4

ASPEKTY POZOROVÁNÍ	ANO	ZČÁSTI	NE
Zajistila sestra vhodnou polohu klienta?	✓		
Provedla sestra hygienu rukou před podáním stravy?	✓		
Zajistila sestra vhodné prostředí pro podání stravy?	✓		
Zamezila sestra dotýkání se jídla?	✓		
Použila sestra ochrannou zástěru?	✓		
Poskytla sestra klientovi ochranu oděvu?	✓		
Komunikovala sestra s klientem při podávání stravy?	✓		
Podporovala sestra klienta při přijímání stravy?	✓		
Podávala sestra stravu v menších porcích?	✓		
Nechala sestra klientovi dostatek času na přijímání stravy?	✓		
Poskytla sestra klientovi dostatek tekutin při přijímání stravy?	✓		
Očistila sestra klientovi ústa po podání stravy?	✓		
Uložila sestra klienta do vhodné polohy po podání stravy?	✓		

(zdroj vlastní)

Sestra S4 podávala stravu klientovi bez jediné chyby. Před začátkem provedla hygienu rukou, oblékla si ochrannou zástěru, připravila vhodné prostředí a zajistila správnou polohu klienta. Během podávání stravy klienta podporovala a dostatečně s ním komunikovala. Také podávala stravu v menších porcích dle zdravotního stavu klienta, nechvátala na něj a poskytovala dostatek tekutin. Po podání stravy klientovi otřela ústa, uložila ho do vhodné polohy a uklidila si po sobě.

Tabulka 6 - pozorování sestry S5

ASPEKTY POZOROVÁNÍ	ANO	ZČÁSTI	NE
Zajistila sestra vhodnou polohu klienta?	✓		
Provedla sestra hygienu rukou před podáním stravy?			✓
Zajistila sestra vhodné prostředí pro podání stravy?	✓		
Zamezila sestra dotýkání se jídla?			✓
Použila sestra ochrannou zástěru?			✓
Poskytla sestra klientovi ochranu oděvu?			✓
Komunikovala sestra s klientem při podávání stravy?	✓		
Podporovala sestra klienta při přijímání stravy?	✓		
Podávala sestra stravu v menších porcích?	✓		
Nechala sestra klientovi dostatek času na přijímání stravy?			✓
Poskytla sestra klientovi dostatek tekutin při přijímání stravy?	✓		
Očistila sestra klientovi ústa po podání stravy?		✓	
Uložila sestra klienta do vhodné polohy po podání stravy?	✓		

(zdroj vlastní)

Z tabulky vyplývá, že se sestra S5 dopustila zcela pěti chyb a zčásti jedné chyby. Zčásti se dopustila chyby u očištění úst klienta. Sestra ústa sice očistila, ale nedostatečně. Klient byl stále okolo úst znečištěn. Zbytek chyb proběhlo u hygieny rukou, kdy si sestra ruce před podáním stravy neumyla. Dále nezamezila dotyku jídla. Také nepoužila ochrannou zástěru u sebe ani u klienta. A v poslední řadě na klienta chvátala a nenechala mu dostatek času. Zbytek aspektů proběhlo o pořádku.

Tabulka 7 - pozorování sestry S6

ASPEKTY POZOROVÁNÍ	ANO	ZČÁSTI	NE
Zajistila sestra vhodnou polohu klienta?	✓		
Provedla sestra hygienu rukou před podáním stravy?		✓	
Zajistila sestra vhodné prostředí pro podání stravy?			✓
Zamezila sestra dotýkání se jídla?	✓		
Použila sestra ochrannou zástěru?	✓		
Poskytla sestra klientovi ochranu oděvu?	✓		
Komunikovala sestra s klientem při podávání stravy?			✓
Podporovala sestra klienta při přijímání stravy?			✓
Podávala sestra stravu v menších porcích?	✓		
Nechala sestra klientovi dostatek času na přijímání stravy?	✓		
Poskytla sestra klientovi dostatek tekutin při přijímání stravy?	✓		
Očistila sestra klientovi ústa po podání stravy?	✓		
Uložila sestra klienta do vhodné polohy po podání stravy?	✓		

(zdroj vlastní)

Sestra S6 chybovala v následujících aspektech. Nezajistila klientovi vhodné prostředí, v pokoji byl hluk a při podávání stravy klientovi svítilo do očí. Dále S6 nekomunikovala při podání stravy a nepodporovala klienta. Sestra si před podáním stravy šla umýt ruce, ale jen si je zlehka opláchla. Zbytek kritérií sestra dodržela.

Tabulka 8 - pozorování sestry S7

ASPEKTY POZOROVÁNÍ	ANO	ZČÁSTI	NE
Zajistila sestra vhodnou polohu klienta?	✓		
Provedla sestra hygienu rukou před podáním stravy?			✓
Zajistila sestra vhodné prostředí pro podání stravy?	✓		
Zamezila sestra dotýkání se jídla?			✓
Použila sestra ochrannou zástěru?	✓		
Poskytla sestra klientovi ochranu oděvu?	✓		
Komunikovala sestra s klientem při podávání stravy?			✓
Podporovala sestra klienta při přijímání stravy?			✓
Podávala sestra stravu v menších porcích?	✓		
Nechala sestra klientovi dostatek času na přijímání stravy?	✓		
Poskytla sestra klientovi dostatek tekutin při přijímání stravy?	✓		
Očistila sestra klientovi ústa po podání stravy?			✓
Uložila sestra klienta do vhodné polohy po podání stravy?	✓		

(zdroj vlastní)

Pozorování sestry S7 dopadlo následovně. Sestra dodržela postupy u zajištění vhodné polohy a prostředí. Klientovi i sobě poskytla ochranu oděvu. Stravu podávala po malých porcích a nechala klientovi dostatek času na přijetí stravy. Během jídla podávala tekutiny pomocí hrnečku a brčka. Po ukončení klienta vrátila do pohodlné polohy. Chybu udělala v neprovedení hygieny rukou, dotýkání se jídla, v nedostatečné komunikaci, nepodporovala klienta v příjmu potravy a po ukončení mu neočistila ústa.

Tabulka 9 - pozorování sestry S8

ASPEKTY POZOROVÁNÍ	ANO	ZČÁSTI	NE
Zajistila sestra vhodnou polohu klienta?	✓		
Provedla sestra hygienu rukou před podáním stravy?	✓		
Zajistila sestra vhodné prostředí pro podání stravy?	✓		
Zamezila sestra dotýkání se jídla?	✓		
Použila sestra ochrannou zástěru?			✓
Poskytla sestra klientovi ochranu oděvu?	✓		
Komunikovala sestra s klientem při podávání stravy?	✓		
Podporovala sestra klienta při přijímání stravy?	✓		
Podávala sestra stravu v menších porcích?			✓
Nechala sestra klientovi dostatek času na přijímání stravy?	✓		
Poskytla sestra klientovi dostatek tekutin při přijímání stravy?	✓		
Očistila sestra klientovi ústa po podání stravy?	✓		
Uložila sestra klienta do vhodné polohy po podání stravy?	✓		

(zdroj vlastní)

Pozorování sestry S8 dopadlo tak, že S8 chybovala pouze ve dvou aspektech. Prvním aspektem bylo nepoužití ochrany oděvu. Druhou chybou bylo nepodávání stravy v menších porcích. Klient měl mletou formu stravy, sestra podávala větší množství stravy. Klientovi trvalo, než stravu zpracoval a přijmul. Zbytek kritérií sestra provedla bez chyb.

Tabulka 10 - pozorování sestry S9

ASPEKTY POZOROVÁNÍ	ANO	ZČÁSTI	NE
Zajistila sestra vhodnou polohu klienta?	✓		
Provedla sestra hygienu rukou před podáním stravy?	✓		
Zajistila sestra vhodné prostředí pro podání stravy?		✓	
Zamezila sestra dotýkání se jídla?	✓		
Použila sestra ochrannou zástěru?			✓
Poskytla sestra klientovi ochranu oděvu?	✓		
Komunikovala sestra s klientem při podávání stravy?			✓
Podporovala sestra klienta při přijímání stravy?			✓
Podávala sestra stravu v menších porcích?	✓		
Nechala sestra klientovi dostatek času na přijímání stravy?	✓		
Poskytla sestra klientovi dostatek tekutin při přijímání stravy?	✓		
Očistila sestra klientovi ústa po podání stravy?	✓		
Uložila sestra klienta do vhodné polohy po podání stravy?	✓		

(zdroj vlastní)

Tato tabulka poukazuje na to, že sestra S9 nedodržela tři zásady. První chybou bylo nepoužití ochranné zástěry. Druhou a zároveň třetí chybou se S9 provinila při nekomunikování s klientem u podávání stravy a také nepodporovala klienta u přijímání stravy. Při příchodu na pokoj sestra pouze na půl zajistila vhodné prostředí.

Tabulka 11 - pozorování sestry S10

ASPEKTY POZOROVÁNÍ	ANO	ZČÁSTI	NE
Zajistila sestra vhodnou polohu klienta?		✓	
Provedla sestra hygienu rukou před podáním stravy?			✓
Zajistila sestra vhodné prostředí pro podání stravy?	✓		
Zamezila sestra dotýkání se jídla?	✓		
Použila sestra ochrannou zástěru?			✓
Poskytla sestra klientovi ochranu oděvu?			✓
Komunikovala sestra s klientem při podávání stravy?	✓		
Podporovala sestra klienta při přijímání stravy?	✓		
Podávala sestra stravu v menších porcích?	✓		
Nechala sestra klientovi dostatek času na přijímání stravy?	✓		
Poskytla sestra klientovi dostatek tekutin při přijímání stravy?		✓	
Očistila sestra klientovi ústa po podání stravy?	✓		
Uložila sestra klienta do vhodné polohy po podání stravy?	✓		

(zdroj vlastní)

U posledního pozorování sestry S10 postupovala následovně. S10 dle mého názoru nezajistila dostatečně vhodnou polohu. Klient byl v lehce zvýšené poloze. Před podáním stravy neprovedla hygienu rukou. Dále nepoužila ochrannou zástěru a klientovi neposkytla ochranu oděvu. Při stravování s klientem dostatečně komunikovala, podávala stravu v menších porcích a nechala dostatek času na přijetí stravy. Při podávání stravy klientovi nedávala napít během jídla, ale pouze na začátku a po dokončení. Nakonec klientovi otřela ústa a vrátila ho do vhodné polohy.

5. Diskuze

Tato část bakalářské práce se zabývá porovnáním dat, která byla získána výzkumným šetřením. Pro účely práce byly stanoveny čtyři cíle. Prvním cílem bylo zjistit, jak všeobecné sestry hodnotí stav nutriční u klientů domovů pro seniory. Druhý cíl se zaměřuje na zhodnocení znalostí všeobecných sester v této oblasti a jejich informovanosti o problematice výživy seniorů. Třetí cíl je orientovaný na dodržování standardů v péči o výživu seniorů. Poslední cíl je zaměřen na specifika výživy seniorů. Pro získání dat bylo použito kvalitativní šetření formou polostrukturovaného rozhovoru a pozorování. Výzkumný vzorek tvořilo deset všeobecných sester pracujících v domovech pro seniory. Na začátku rozhovoru byly pokládány čtyři otázky týkající se identifikačních údajů. Mezi údaje patřil věk, nejvyšší dosažené vzdělání, délka praxe ve zdravotnictví a délka praxe v domově pro seniory. Všichni probandi byli ženy. Nejstarší byla sestra S10 s věkem 67 let, nejmladší S4 s věkem 23 let. Z výzkumného šetření vyplývá, že nejvyšší dosažené vzdělání má sestra S2 a S4 a to vysokoškolské. Sestra S9 má vyšší odborné. Zbytek sester dosáhlo na středoškolské s maturitou. Nejdelší praxi v domově pro seniory má sestra S10 a to 51 let. V průběhu rozhovorů byly zjišťovány názory a postoje všeobecných sester k tématům spojených s nutriční seniorů a péčí v domovech pro seniory. Díky tomuto šetření se podařilo získat cenné informace a poznatky, které mohou přispět k dalšímu zdokonalování péče o seniory a zlepšení jejich výživy.

První výzkumná otázka je zaměřena na hodnocení stavu výživy u seniorů v domovech pro seniory. Těšínský et al. (2020) udává, že každý klient při přijetí do domova pro seniory prochází hodnocením nutričního stavu, a toto hodnocení je pravidelně přehodnoceno při každé změně jejich zdravotního stavu. Sestry, které byly dotazovány sdělily, že obvykle přehodnocují stav výživy jednou měsíčně, avšak některé z nich (S1, S2, S5, S6, S7, S8 a S10) uvedly, že v případě nutnosti tak činí i vícekrát za měsíc. S8 uvedla: „*Hodnotíme stav výživy jednou za měsíc a pokud mají seniori nutriční podporu, tak i vícekrát. Například dvakrát či třikrát za měsíc.*“ Dle Kuckira a spol (2017) je součástí nutričního hodnocení u seniorů používání standardizovaných nutričních škál, dále nutriční anamnéza, fyzikální a laboratorní vyšetření. Sestry byly tázány jaké škály používají k hodnocení nutriční u seniorů. Většina z nich používá nutriční screening. Nutriční screening se zaměřuje na BMI klienta, změny váhy v posledních 3 – 6 měsíců a příznaků podporující nedostatečnou výživu, jako například zvracení, bolesti břicha nebo nechutenství. Některé sestry (S5, S7 a S10) udávají, že spolupracují s nutričními

specialisty. Pokud je u seniora zjištěna porucha výživy, nutriční sestra si klienta podrobněji vyšetří a navrhne vhodnou podporu výživy. Sestra S7 řekla: „*Používáme BMI a pravidelně kontrolujeme váhu. Dále zde máme nutriční specialistku, která nutriční klientů pravidelně sleduje. Pokud je váhový úbytek nebo podvýživa tak je pravidelně vážíme a náš specialista na to reaguje.*“ MNA škála je sestřím známá, ale většinou ji nepoužívají. Dle mého názoru by sestry měly být více informovány o MNA škále a měla by být zařazena do hodnocení stavu výživy u klientů domovů pro seniory. Sestry S5 a S6 také dodaly, že hodnotí u klientů také stupeň demence pomocí MMSE škály. Dle Kozákové a Jarošové (2010) patří biochemické markery k hlavní diagnostice malnutrice. Mezi hlavní ukazatele patří albumin, prealbumin a transferin. Probandi se na tomto tvrzení shodli. S1 až S10 udali albumin jako hlavní ukazatel pro hodnocení stavu výživy. Odběry krve se provádějí vždy při nástupu klienta do instituce a také při registraci k nutričnímu lékaři. Dle mého názoru by se odběry měly provádět vždy při zhoršení stavu klienta. Sestry také zmiňovaly nutriční anamnézu jako důležitý nástroj pro posouzení výživy seniorů. Podle Mülerové et al. (2014) mezi aspekty hodnotící v nutriční anamnéze patří vývoj tělesné hmotnosti, chuťové preference, stravovací návyky či potíže, které klienti pociťují při příjmu stravy.

Druhá výzkumná otázka se týká znalostí všeobecných sester v problematice výživy seniorů. Stránský (2015) ve svém článku uvádí, že z hlediska výživy je seniorská populace poměrně rizikovou skupinou. Cílem výživy je udržet optimální zdravotní stav seniora a předcházet nedostatku živit. Je třeba dbát na zvýšenou nutriční hodnotu. Při rozhovoru se sestrami jsme se ptali na význam správné výživy u seniorů. Sestry zdůraznily, že nedostatečná výživa může zhoršit zdravotní stav seniora a vést k podvýživě. Sestra S2 upřesnila: „*Pokud výživa nebude dostatečná a zastoupená všemi složkami, bude u seniorů docházet k hubnutí, svalová síla poklesne a senior se stane nesoběstačným. Chronické rány se začnou špatně hojit, také se zvýší riziko vzniku dekubitů. Může dojít k rozvratu vnitřního prostředí, hypoglykémii nebo hyperglykémii.*“ Dle Saibertové a Lemanové (2020) správná výživa podporuje imunitní systém seniora, urychluje hojení ran a zlepšuje jejich nezávislost. Sestry v našem výzkumu sdělily podobné názory a shodly se, že výživa seniorů je klíčovým aspektem, kterému by měla být věnována pozornost. Z rozhovoru je patrné, že se sestry orientují ve faktorech, které výživu seniora mohou ovlivnit. Do biologických faktorů nejčastěji zahrnovaly věk, pohlaví a zdravotní stav seniora, také se zaměřovaly na funkci trávicího traktu. Malá et

al. (2011) ve svém článku zmiňuje mezi aspekty ovlivňující příjem stravy například ztrátu zubů, zubní protézu, nechutenství, poruchy polykání, ale také DM nebo nádorové onemocnění. Podle Zrubákové a Bartošoviče (2019) má na výživu vliv i množství užívaných léků. Mezi psychické faktory nejvíce udávaly emocionální stav, stres a demenci. Dále nás ve výzkumném šetření zajímali znalosti sester v problematice podvýživy a dehydratace. Kasper (2015) definuje malnutrici jako poruchu výživy z nedostatečného příjmu živin a energie. Podvýživa postihuje geriatrické osoby v průměru 3 – 5 % (Šenkyřík et al., 2014) De Sire et al. (2022) ve svém článku zmínil, že mezi důvody podvýživy patří akutní a chronická onemocnění, farmakologická léčba, sociální podmínky, funkce organismu, ale také zubní problémy nebo zhoršené polykání. Sestry jako nejčastější důvod podvýživy zmiňovaly nedostatečný příjem stravy z důvodu nechutenství, zdravotní a psychický stav seniora. S1 a S7 také řekly, že změna prostředí a proces adaptace může hrát roli. Sestra S5 mezi důvody přiřadila demenci. S6 udala, že velké množství léků může způsobovat nechutenství a tím i snížený příjem potravy. Mezi časté odpovědi u důsledků podvýživy sestry řadily zhoršený zdravotní stav, úbytek svalové hmoty, větší riziko vzniku dekubitů. S2, S3, S6 a S9 ve své odpovědi zmínily i úmrtí seniora. Norman et al. (2021) mezi důvody řadí úbytek kosterního svalstva a svalové hmoty. Z toho důvodu je větší riziko pádu seniora. Klevetová (2017) mezi další následky řadí snížení imunitního systému, zhoršené hojení ran, anémii a snížení tělesné aktivity. S4 mezi důsledky zařadila: „*Důsledky mohou být slabost, únava, častější nemoci, zhoršené hojení ran a léčba chronických onemocnění.*“ Problematika týkající se dehydratace sestrám také nebyla cizí. Za nedostatečný příjem tekutin podle sester může ztráta pocitu žízně nebo demence. Odpovědi potvrdila Hrnčiariková (2021), která ve svém článku napsala, že s vyšším věkem se zvyšuje i riziko dehydratace z důvodu snižování pocitů žízně u seniorů. Dvě sestry také uvedly, že senioři odmítají přijímat tekutiny, aby nemuseli často chodit na toaletu. Při mé praxi v domově pro seniory jsem se s tímto názorem také setkala. Mezi příznaky dehydratace řadíme únavu, slabost, suchou pokožku a sliznice, také bolesti hlavy, snížený kožní turgor nebo závratě (Lukáš, Žák, 2015). Tyto příznaky také sestry nejvíce zmiňovaly. S7 také dodala: „*Může dojít i ke změně psychiky, klienti jsou dezorientovaní a mluví z cesty.*“ S9 mezi základními příznaky uvedla i malátnost, častější pády, bolesti hlavy a sníženou diurézu. Mezi ošetrovatelskou péčí sestry zařadily stále nabízení tekutin, sledování příjmu a výdeje a podávání tekutin i.v. (intravenózně).

Následující výzkumná otázka se zaměřuje na dodržování standardu v péči o nutrici klientů domovů pro seniory. Sestry byly dotazovány na jejich povědomí o těchto standardech a do jaké míry se v nich orientují. Z výsledků výzkumu vyplývá, že většina sester (osm z deseti) se ve standardu dostatečně orientují a znají ho. Avšak dvě sestry uvedly, že se ve standardu orientují jen z části, což by mohlo být zlepšeno. Sestra S9 uvedla, že se ve standardu orientuje jen z poloviny, což je něco, na čem je vhodné zapracovat a zajistit, aby byl standard jasně a plně pochopen všemi zúčastněnými. Sestra S3 odpověděla, že standard zná, ale přiznala, že se v něm necítí dostatečně jistá. Toto je další možný bod pro zlepšení – zajistit, aby sestry byly dostatečně proškoleny a podporovány v porozumění a aplikaci standardu v praxi. Sestra S8 nás také informovala, že v dané instituci mají každý den k dispozici nutričního terapeuta. Nutriční sestra může poskytnout cennou odbornou podporu a také může zlepšit dodržování standardů. Dále výzkum zkoumal, zda sestry dodržují správné postupy v podávání stravy seniorům. Nejmenovaný nutriční terapeut pracující pod veřejným ochráncem práv v roce 2013 provedl výzkum v domovech pro seniory. Experiment se zaměřoval na kvalitu stravy v domově pro seniory. Během svého výzkumu upozoroval, že při podávání stravy klientům personál chvátá a nedostatečně se seniorem komunikuje. Dle mého šetření pouze dvě z deseti sester nenechaly seniorovi dostatek času na příjem stravy. V oblasti komunikace se seniorem šest z deseti sester komunikuje v dostatečné míře. To je pozitivní zjištění, ale čtyři sestry mají stále prostor pro zlepšení v komunikačních dovednostech při podávání stravy. Z dalších aspektů pozorování vyplynulo, že sestry nejvíce nespĺňují intervenci týkající se použití ochranné zástěry. Pouze tři sestry ochranu oděvu použily. V tomto případě by bylo vhodné proškolit sestry i pracovníky přímé péče v zásadách podávání stravy klientům v domovech pro seniory.

Poslední výzkumná otázka zní: „Jaká jsou specifika výživy seniorů?“ Podle Vágnerové (2020) začínají změny způsobené stárnutím již v dutině ústní, což zvyšuje riziko ztráty zubů a může vést k nedostatečnému příjmu stravy. Důležité je tedy podávat stravu tak, aby ji klient zvládl přijmout. S tímto tvrzením souhlasí i S4, která ve své odpovědi uvedla: „*Jídlo by mělo být dobře stravitelné, dle zdravotního stavu seniora.*“ Obdobně odpověděla i S1: „*Je třeba dbát na zdravotní stav klienta a dle toho mu stravu připravit.*“ V rámci svého vzdělávání jsem absolvovala praxi v různých institucích pro seniory. V jedné instituci se seniorům, kteří měli mixovanou formu stravy, každý den podávala stejná snídaně. V rámci snídaně klienti dostávali rozmixovaný chleba s kakaem

dochucený medem nebo marmeládou. Dle mého názoru to nebylo správné. Nutriční hodnoty této snídaně nebyly dostatečné. Klienti s mixovanou stravou by měli mít stejně vyváženou stravu, jako klienti s mletou nebo celou formou stravy. Starnovská (2020) popisuje důležitost pravidelnosti a pestrosti jídla. Senior by měl mít za den pět jídel, pauza mezi jednotlivými jídly by neměla být delší než tři hodiny. Z mého výzkumného šetření plyne, že v institucích dostávají klienti stravu pětkrát denně, senioři s DM i šestkrát denně. Nejdůležitějším aspektem je plně vyvážená strava seniora. Senioři nesnědí celé porce. Dle Vágnerové (2020) je vhodné stravu podávat častěji během dne v menších porcích. S tímto se shoduje odpověď S2, která dodává, že stravu, kterou senior nemůže v daný čas sníst celou, je možné uschovat a podat později. S tímto názorem souhlasím. Přestože energetické potřeby s věkem klesají, potřeba bílkovin a některých živin se pro normální fungování těla zvyšuje (Kaur, 2019). Denní dávka bílkovin by měla být maximálně 15 %. Výjimku mají senioři s chronickými ranami nebo dlouhodobě imobilní. V tom případě by bílkoviny měli tvořit 20 – 35 % denního příjmu (Zrubáková, Bartošovič, 2019). Tázané sestry se shodly, že bílkoviny jsou nejdůležitější složkou stravy seniorů. S3: *„Já bych řekla, že důležité jsou všechny složky. Nejvíce ale asi bílkoviny a vitamíny.“* Kasper (2015) udává u seniorů vitamín D jako nedostatečný. Kaur (2019) podotýká, že nedostatek vitamínu D3 u starších osob je způsoben sníženou schopností pokožky syntetizovat jej. Kasper (2015) jako jeden z důvodů zmiňuje i snížený příjem vitamínu D ve stravě. Máchová a Kubátová (2016) poznamenávají také vitamín B jako nepostačující. Vitamín by měl být součástí pestré stravy. Nejvíce se objevuje v mase nebo v játrech. Dle sestry S4 potřebují senioři doplnit minerální látky jako je zinek, vápník a železo. S tím souhlasí i Stránský (2015), který ve svém článku zmiňuje dopad nedostatku zinku na lidské tělo. Může způsobit častější infekce, pomalejší hojení ran nebo průjmy. Vágnerová (2020) zase zmiňuje důsledky nedostatku vápníku, jsou to osteoporóza a zvýšené riziko zlomenin.

6. Závěr

Tato bakalářská práce nese název „*Role sestry v péči o nutriční klientů domovů pro seniory*“. V bakalářské práci byly stanoveny čtyři cíle. Prvním cílem bylo zjistit, jak všeobecná sestra hodnotí stav nutriční u klientů domovů pro seniory. Druhým cílem bylo zmapovat znalosti sester v dané problematice. Třetí cíl se zabýval, zda všeobecné sestry dodržují standardy spojené s výživou seniorů. Čtvrtým cílem bylo zjistit specifika výživy seniorů. V souvislosti s cíli byly stanoveny čtyři výzkumné otázky, které zjišťují, jak sestry hodnotí stav výživy u seniorů, jaké jsou jejich znalosti v problematice výživy u seniorů, zda sestry dodržují standardy a zásady spojené s výživou a posledním otázkou bylo zjistit, jaká jsou specifika výživy seniorů. Cíle byly splněny.

Z výzkumného šetření vyplývá, že sestry nejčastěji k hodnocení výživy používají nutriční screening. Z fyzikálního vyšetření využívají váhu klienta. Každý měsíc seniora váží a zaznamenávají do dokumentace. Pokud senior trpí podváhou, přeměňování provádějí několikrát do měsíce. Také spolupracují s nutriční terapeutkou, která se o seniory stará. Využívá metody kožní řady i obvodu paže. V jedné instituci mají nutriční sestru k dispozici každý den. Ve druhém zařízení nutriční sestra dojíždí jedenkrát za měsíc a nutriční lékař jedenkrát za tři měsíce. Sestry také uvedly, že sledují nutriční markery v krvi seniora. Nejčastěji se jedná o albumin, prealbumin a glykémii. Druhým cílem bylo zmapovat znalosti sester v dané problematice. V rozhovorech jsme zjistili, že jsou sestry v problematice orientované. Vědí, jak je správná výživa důležitá pro zdraví a pohodlí seniora. Vyznají se v problematice podvýživy i dehydratace. Znájí důvody i důsledky podvýživy. Vědí, jak reagovat, pokud klient bude odmítat tekutiny a bude mu hrozit riziko dehydratace. V rámci spolupráce s nutriční terapeutkou seniorovi s podvýživou nebo s rizikem podvýživy navrhnou vhodnou nutriční podporu. Třetí cíl se zaměřoval na dodržování standardů. V rámci pozorování byly zjištěny chyby, kterých se sestry dopouštějí při podávání stravy seniorům. Mezi nejčastějšími chybami bylo nepoužívání ochranné zástěry a nedostatečná komunikace se seniorem během podávání jídla. Také sestry často neprovedly hygienu rukou před podáváním stravy. Druhým aspektem zjišťovaným z rozhovoru bylo, v jaké míře se sestry orientují ve standardu dané instituce. Osm z deseti sester udalo, že se ve standardu vyznají a rozumí mu. Jedna sestra si není jistá, udává orientaci tak na 50 %. Jedna sestra také udala, že se ve standardu nevyzná. Dle mého názoru bych sestřím navrhla školení týkající se zásad při podávání stravy klientovi. Posledním cílem bylo zjistit specifika výživy. Nejdůležitějším aspektem je

pestrá a vyvážená strava. Zastoupena v dostatečné míře všemi nutričními složkami. Dle názoru sester potřebují senioři nejvíce bílkoviny, vitamíny a minerály. Bílkoviny seniorům pomáhají urychlovat hojení ran, udržovat imunitní systém a také udržují svalovou hmotu. Mezi nejdůležitější vitamíny patří vitamín B a D. Je nutné dodávat dostatečné množství ve stravě. Také je důležité podávat stravu v menších porcích a vždy dodržovat formu stravy, kterou má klient mít dle zdravotního stavu.

Bakalářská práce může posloužit pro získání informací o dané problematice. Také by mohla sloužit jako podklad pro zlepšení péče o nutriční seniorů. Popřípadě jako návrh doporučení, která mohou být užitečná u hodnocení stavu nutriční seniorů.

Seznam použité literatury

1. BARTLOVÁ, E. et al., 2020. *Homeopatie pro seniory*. Praha: Grada. 323 s. ISBN 978-80-271-2871-6.
2. BARTŮNĚK, P. et al., 2016. *Vybrané kapitoly z intenzivní péče*. Praha: Grada Publishing. 752 s. ISBN 978-80-247-4343-1.
3. ČEVELA, R., ČELEDOVÁ, L., et al., 2014. *Sociální gerontologie: východiska ke zdravotní politice a podpoře zdraví ve stáří*. Praha: Grada. 240 s. ISBN 978-80-247-4544-2.
4. DE SIRE, A., 2022. Sarcopenic Dysphagia, Malnutrition, and Oral Frailty in Elderly: A Comprehensive Review. *Nutrients*. 14(5): 982. DOI: 10.3390/nu14050982.
5. GROFOVÁ, Z., 2007. *Nutriční podpora: praktický rádce pro sestry*. Praha: Grada. 248 s. ISBN 978-80-247-1868-2.
6. GROFOVÁ, Z., 2009. Výživa ve stáří. [online] *Medicína pro praxi*, 6(1), 42-43. Dostupné z: <https://www.medicinapropraxi.cz/pdfs/med/2009/01/10.pdf>.
7. HOŠKOVÁ, B., 2013. *Vademecum: zdravotní tělesná výchova (druhy oslabení)*. Praha: Karolinum. 132 s. ISBN 978-80-246-2137-1.
8. HRNČIARIKOVÁ, D., 2021. Výživa a hydratace u geriatrických pacientů v paliativní péči.[online] *Geriatric a gerontologie*, 10(3): 149 – 155. Dostupné z: [https://www.prolekare.cz/casopisy/geriatric-gerontologie/2021-3-22/vyziva-a-hydratace-u-geriatric-gerontologie/2021-3-22/vyziva-a-hydratace-u-geriatric-gerontologie-128370](https://www.prolekare.cz/casopisy/geriatric-gerontologie/2021-3-22/vyziva-a-hydratace-u-geriatric-gerontologie/2021-3-22/vyziva-a-hydratace-u-geriatric-gerontologie/2021-3-22/vyziva-a-hydratace-u-geriatric-gerontologie-128370).
9. JURAŠOVÁ, B., 2007. Poruchy výživy ve stáří. [online] *Medicína pro praxi*. 4(11):443 – 446. Dostupné z: <https://www.medicinapropraxi.cz/pdfs/med/2007/11/02.pdf>.
10. KALVACH, Z. et al., 2004. *Geriatric a gerontologie*. Praha: Grada. 864 s. ISBN 80-247-0548-6.
11. KALVACH, Z., et al., 2008. *Geriatrické syndromy a geriatrický pacient*. Praha: Grada. 336 s. ISBN 978-80-247-2490-4.
12. KALVACH, Z., et al., 2012 *Křehký pacient a primární péče*. Praha: Grada. 400 s. ISBN 978-80-247-4026-3.
13. KASPER, H., 2015. *Výživa v medicíně a dietetika*. Praha: Grada. 592 s. ISBN 978-80-247-4533-6.

14. KAUR, D., 2019. Nutritional Interventions for Elderly and Considerations for the Development of Geriatric Foods. *CURR AGING SCI.* 12(1): 15-27. DOI: 10.2174/1874609812666190521110548.
15. KITTNAR, O., 2020. *Lékařská fyziologie. 2.*, přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing. 752 s. ISBN 978-80-247-1963-4.
16. KLEVETOVÁ, D., 2017. *Motivační prvky při práci se seniory. 2.*, přepracované vydání. Praha: Grada Publishing, 224 s. ISBN 978-80-271-0102-3.
17. KOZÁKOVÁ, R., JAROŠOVÁ, D., 2010. Metody hodnocení stavu výživy seniorů. [online] *Medicína pro praxi.* 7(10): 396-397. Dostupné z: https://www.medicinapropraxi.cz/artkey/med-201008-0012_Metody_hodnoceni_stavu_vyzivy_senioru.php.
18. KUCKIR, M., et al., 2017. *Vybrané oblasti a nástroje funkčního geriatrického hodnocení.* Praha: Grada Publishing. 96 s. ISBN 978-80-271-0054-5.
19. KUREŠOVÁ, J., 2020. Nutriční podpora – součást komplexní péče o geriatrické pacienty. [online] *Geriatric a gerontologie.* 9(4): 61- 65. Dostupné z: <https://www.prolekare.cz/casopisy/geriatric-gerontologie/2020-4-26/nutricni-podpora-soucast-komplexni-pece-o-geriatricke-pacienty-126076>.
20. LUKÁŠ, K., ŽÁK, A., 2015. *Chorobné znaky a příznaky: diferenciální diagnostika.* Praha: Grada. 928 s. ISBN 978-80-247-5067-5.
21. MACHOVÁ, J., KUBÁTOVÁ, D., 2016. *Výchova ke zdraví. 2.*, aktualizované vydání. Praha: Grada, 312 s. ISBN 978-80-247-5351-5.
22. MALÁ, E. et al., 2011. Výživa ve stáří. [online] *Interní medicína pro praxi.* 13(3): 111-116. Dostupné z: <https://www.internimedicina.cz/pdfs/int/2011/03/04.pdf>.
23. MLÝNKOVÁ, J., 2011. *Péče o staré občany: učebnice pro obor sociální činnost.* Praha: Grada. 192 s. ISBN 978-80-247-3872-7.
24. MOUREK, J., 2012. *Fyziologie: učebnice pro studenty zdravotnických oborů. 2.*, doplněné vydání. Praha: Grada, 224 s. ISBN 978-80-247-3918-2.
25. MÜLLEROVÁ, D., et al., 2014. *Hygiena, preventivní lékařství a veřejné zdravotnictví.* Praha: Karolinum. 256 s. ISBN 978-80-246-2510-2.
26. NORMAN, K., 2021. Malnutrition in Older Adults-Recent Advances and Remaining Challenges. *Nutrients.* 13(8): 2764. DOI: 10.3390/nu13082764.
27. POKORNÁ, A. et al., 2013. *Ošetřovatelství v geriatricii: hodnotící nástroje.* Praha: Grada. 202 s. ISBN 978-80-247-4316-5.

28. ROKYTA, R., 2015. *Fyziologie a patologická fyziologie: pro klinickou praxi*. Praha: Grada Publishing. 712 s. ISBN 978-80-247-4867-2.
29. SAIBERTOVÁ, S., LEMANOVÁ, M., 2020. Determinanty ovlivňující malnutrici seniorů v pobytovém zařízení sociálních služeb. *Výživa a potraviny. Zpravodaj* 6/2020. 75(6): 82-83 . ISSN 1211-846X.
30. SOBOTKA, L., 2018. Nutriční podpora u geriatrických nemocných: nové doporučené postupy ESPEN. *Vnitřní lékařství*. 64(11): 1053-1058. DOI: 10.36290/vnl.2018.150.
31. SOUČEK, M. et al., 2011. *Vnitřní lékařství*. Praha: Grada Publishing. 1788 s. ISBN 978-80-247-7559-3.
32. *Standardy nutriční péče*, 2006. [online]. Spojená akreditační komise. Dostupné z: <https://www.sakcr.cz/page/wrote-about-us/843>.
33. STARNOVSKÁ, T., 2011. Nutriční péče. [online]. *Medicína pro praxi*. 8(3): 144-145. Dostupné z: https://www.medicinapropraxi.cz/artkey/med-201103-0012_Nutricni_pece.php.
34. STARNOVSKÁ, T., 2020. Výživa seniorů i pečujících osob. [online]. *Česká asociace pečovatelské služby*. Dostupné z: <https://www.caps-os.cz/download/brozura-vyziva.pdf>.
35. STRÁNSKÝ, M., 2015. Výživa ve stáří [online] *Kontakt*. 17(3): 185 - 193, ISSN: 1804-7122.
36. STRÁNSKÝ, M., RYŠAVÁ, L., 2010. *Fyziologie a patofyziologie výživy*. 1. vydání. České Budějovice: Jihočeská univerzita, 182 s. ISBN 978-80-739-4241-0.
37. SVACINA, Š., et al., 2019. *Enterální a parenterální výživa*. 3., přepracované vydání. Praha: Mladá fronta. 151 s. ISBN 978-80-204-5009-8
38. ŠENKÝŘ, M., et al., 2014. Výživa ve stáří. [online] *Geriatric a gerontologie*, 4: 175–17. Dostupné z: <https://www.prolekare.cz/casopisy/geriatric-gerontologie/2014-4-7/vyziva-ve-stari-50825>.
39. TĚŠÍNSKÝ, P., et al., 2020. Metodické doporučení pro zajištění stravy a nutriční péče. [online] *Věstník MZ ČR 10/2020*. Dostupné z: <https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/2020/09/Vestnik-MZ-10-20.pdf>.
40. THIBAUT, R., et al., 2021. ESPEN guideline on hospital nutrition. *Clinical Nutrition*. 40(12): 5684 – 5709. DOI: 10.1016/j.clnu.2021.09.039.
41. VÁGNEROVÁ, T., 2020. *Výživa v geriatric a gerontologii*. Praha: Karolinum. 200 s. ISBN 978-80-246-4620-6.

42. VÁGNEROVÁ, T., KLÍMOVÁ, E., 2020. Standard nutriční péče v geriiatrii – obecné principy nutriční péče. [online] *Geriatric a gerontologie*. 9(1): 44 – 52. Dostupné z: <https://www.prolekare.cz/casopisy/geriatrie-gerontologie/2020-1-32/standard-nutricni-pece-v-geriatrii-obecne-principy-nutricni-pece-123581>.
43. VANDERWEE, K., et al., 2010. Malnutrition and nutritional care practices in hospital wards for older people Accepted for publication. *JOURNAL OF ADVANCED NURSING*. 67(4), 736 – 746. DOI: 10.1111/j.1365-2648.2010.05531.x.
44. WEBER, P., et al., 2011. Geriatrické syndromy a syndrom frailty – zlatý grál geriatrické medicíny. [online]. *Vnitřní lékařství*. 57(11): 5s. ISSN: 1801-7592.
45. ZRUBÁKOVÁ, K., BARTOŠOVIČ. I., 2019. *Nefarmakologická léčba v geriiatrii*. Praha: Grada Publishing. 176 s. ISBN 978-80-271-2207-3.

Seznam příloh

Příloha 1 – seznam otázek k polostrukturovanému rozhovoru

Příloha 2 – pozorovací arch

Seznam tabulek

Tabulka 1 - charakteristika probandů	27
Tabulka 2 - pozorování sestry S1	39
Tabulka 3 - pozorování sestry S2	40
Tabulka 4 - pozorování sestry S3	41
Tabulka 5 - pozorování sestry S4	42
Tabulka 6 - pozorování sestry S5	43
Tabulka 7 - pozorování sestry S6	44
Tabulka 8 - pozorování sestry S7	45
Tabulka 9 - pozorování sestry S8	46
Tabulka 10 - pozorování sestry S9	47
Tabulka 11 - pozorování sestry S10	48

Seznam zkratek

BMI – Body Mass Index, Index tělesné hmotnosti

DM – Diabetes mellitus

g/kg – gram na kilogram

i.v. – intravenózně, nitrožilně

Kcal – Kilokalorie

mg - Miligram

MMSE – Mini Mental State Examination, Škála k hodnocení kognitivních funkcí

MNA - Mini Nutritional Assessment, Škála k hodnocení stavu výživy

NGS – Nasogastrická sonda

PEG – Perkutánní endoskopická gastrostomie

Přílohy

Příloha 1 – seznam otázek k polostrukturovanému rozhovoru

Základní informace:

1. Kolik Vám je let?
2. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?
3. Jak dlouho pracujete ve zdravotnictví?
4. Jak dlouho pracujete v domově pro seniory?

Otázky k rozhovoru:

1. Jaké škály používáte k hodnocení stavu nutriční u klientů domovů pro seniory?
2. Jak často hodnotíte stav nutriční u klientů?
3. Jaké aspekty se hodnotí v nutriční anamnéze?
4. Jaké metody používáte u fyzikálního vyšetření?
5. Jaké nutriční hodnoty sledujete v krvi a moči klienta?
6. Jak často klienta vážíte a měříte?
7. Jaký je význam správné výživy pro zdraví seniorů?
8. Jaké jsou nejčastější poruchy nutriční u klientů?
9. Jaké faktory ovlivňují výživu?
10. Co patří mezi biologické faktory ovlivňující výživu seniora?
11. Co patří mezi psychické faktory ovlivňující výživu seniora?
12. Co patří mezi sociální faktory ovlivňující výživu seniora?
13. Jaké jsou důvody podvýživy?
14. Jaké důsledky může mít podvýživa u seniorů?
15. Jaké jsou nejčastější příčiny dehydratace u klienta domova pro seniory?
16. Jaké jsou příznaky dehydratace?
17. Jak zajistíte u klienta dostatečný pitný režim?
18. Jaké jsou nejčastější změny v organismu spojené s výživou seniorů?
19. Jaké jsou nejčastější výživové nedostatky u klientů?
20. Jaké jsou specifické potřeby výživy klientů domovů pro seniory?
21. Jaké složky výživy jsou u klientů nejdůležitější?
22. V jaké míře se orientujete ve standardu Vašeho oddělení, který se zaměřuje na výživu klientů?

Příloha 2 – pozorovací arch

ASPEKTY POZOROVÁNÍ	ANO	ZČÁSTI	NE
Zajistila sestra vhodnou polohu klienta?			
Provedla sestra hygienu rukou před podáním stravy?			
Zajistila sestra vhodné prostředí pro podání stravy?			
Zamezila sestra dotýkání se jídla?			
Použila sestra ochrannou zástěru?			
Poskytla sestra klientovi ochranu oděvu?			
Komunikovala sestra s klientem při podávání stravy?			
Podporovala sestra klienta při přijímání stravy?			
Podávala sestra stravu v menších porcích?			
Nechala sestra klientovi dostatek času na přijímání stravy?			
Poskytla sestra klientovi dostatek tekutin při přijímání stravy?			
Očistila sestra klientovi ústa po podání stravy?			
Uložila sestra klienta do vhodné polohy po podání stravy?			