Zdravotně sociální fakulta
Faculty of Health and Social Sciences

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

Saturace potřeby výživy u seniorů v domovech pro seniory

Bakalářská práce

Studijní program:

OŠETŘOVATELSTVÍ

Autor: Dagmar Kahounová

Vedoucí práce: PhDr. Věra Stasková, Ph.D. – UOP

České Budějovice 2021

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem svou bakalářskou práci s názvem ***„Saturace potřeby výživy u seniorů v domovech pro seniory“*** 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 10. 8. 2021 ……

Dagmar Kahounová

Poděkování

Ráda bych poděkovala vedoucí mé bakalářské práce PhDr. Věře Staskové, Ph.D., za cenné informace, které mi pomohly ke vzniku bakalářské práce.

Dále bych chtěla poděkovat všeobecným sestrám, které se na výzkumném šetření podílely a poslední poděkování patří rodině.

Saturace potřeby výživy u seniorů v domovech pro seniory

Abstrakt

Tato bakalářská práce se zabývá problematikou saturace výživy u seniorů v domovech pro seniory. Nutriční stav seniorů v domovech pro seniory je znepokojivý a není ošetřujícím personálem adekvátně hodnocen. Nedostatečná výživa má mnoho následků a ovlivňuje celkový stav organismu seniora, přičemž příčiny nedostatečné výživy jsou ovlivnitelné. Základním kamenem pro zlepšení nutričního stavu seniorů by bylo zavedení nutričních screeningů do praxe. Výživa seniorů má svá specifika, a při zajišťování výživy seniorů, by měla být akceptována. Bakalářská práce se skládá z teoretické a praktické části. Teoretická část se zabývá stářím, výživou a malnutricí. Na teoretickou část navazuje empirická část.

Cílem bakalářské práce bylo zjistit, jaké překážky se vyskytují při příjmu stravy u seniorů v domovech pro seniory. Jak uspokojují všeobecné sestry potřebu výživy u seniorů a zda spolupracují s dalšími členy ošetřovatelského týmu. K dosažení cílů práce bylo v empirické části použito kvalitativní šetření. Výzkumné šetření probíhalo technikou polostrukturovaných rozhovorů, metodou dotazování. Výzkumného šetření se zúčastnilo 10 všeobecných sester pracujících v domovech pro seniory. Rozhovory byly zaznamenány metodou tužka-papír a přepsány. Z šetření vyplynulo, že nutriční stav seniorů je hodnocen minimálně. Domovy pro seniory nemají zavedené standardy, pouze vnitřní postupy. Přítomnost nutričního terapeuta v ošetřovatelském týmu není běžnou praxí. Z výzkumného šetření vyplynulo, že v domovech pro seniory bez nutričního terapeuta a vlastní kuchyně není připravována strava vhodná pro individuální potřeby seniora.

Klíčová slova

Výživa; senior; nutriční screening; malnutrice; potřeby

Saturation of nutrition need of elderly people living in the retirement homes

Abstract

This bachelor thesis deals with the topic of saturation of nutrition of elderly people living in the retirement homes. Nutrition condition in the retirement homes is disturbing. The nutrition condition of elderly people is not rated enough. Insufficient nutrition causes many results and influences overall condition of elderly person organism. Reasons of insufficient nutrition can be influenced. The cornerstone for improving of nutrition condition of elderly people would be implementation of nutrition screenings to everyday care. The nutrition of elderly people has its specifics that should be kept during the elderly persons nutrition care. The bachelor thesis consists of a theoretical part and practical part. In the first part – theory – the main topics are old age, nutrition and malnutrition. The practical part follows on with a research.

The aim of bachelor thesis was to find out which obstacles occur during the food intake of elderly people in retirement homes, how nurses satisfy the nutrition needs of elderly and how nurses co-operate with other members of nursing care team. For achieving this goal there was used a qualitative research. The research was realized by method of semi-structured dialogues, questioning method. There were 10 nurses working for retirement homes who participated in above stated research. The interviews were written down by pencil-paper method and transcribed. As a result, was detected that the nutrition condition of elderly people is only minimally rated. In the retirement homes there usually is not implemented any standard, there are only internal procedures. A nutrition specialist usually does not join the nursing care team. If there is neither its own cooking area/kitchen in the retirement home nor the nutrition specialist, there is not served the suitable food for each of the elderly person individual needs. It is necessary to implement the nutrition screenings to everyday nursing care.

Keywords

Nutrition; elderly person; nutrition screening; malnutrition; needs

Obsah

Úvod **7**

1 Současný stav **8**

1.1 Stáří 8

1.1.1 Změny způsobené stářím 8

1.1.2 Vliv některých geriatrických syndromů na potřebu výživy 9

1.2 Komunikace se seniorem 11

1.3 Potřeby seniorů 12

1.4 Výživa 14

1.4.1 Základní složky výživy 14

1.4.2 Faktory ovlivňující výživu 15

1.4.3 Specifika výživy seniorů 16

1.4.4 Poruchy výživy 18

1.4.5 Malnutrice 18

1.4.6 Nutriční intervence u seniorů 20

2 Cíl práce a výzkumné otázky **21**

3 Metodika **22**

3.1 Použitá metoda výzkumného šetření 22

3.2 Charakteristika výzkumného vzorku 22

4 Výsledky **24**

4.1 Kategorizace výsledků 24

5 Diskuze **43**

Závěr **48**

Seznam použitých zdrojů **50**

Seznam obrázků a tabulek **53**

Seznam příloh **54**

Přílohy **55**

Seznam použitých zkratek **64**

Úvod

Téma mé bakalářské práce je saturace potřeby výživy u seniorů v domovech pro seniory. Problematika stárnutí a stáří je stále aktuálnější. Vlivem stárnutí lidské populace je prioritní zajistit seniorům klidné a kvalitní stáří. Téma výživy seniorů jsem si vybrala, protože jsem měla možnost pracovat v domovech pro seniory, kde jsem se v současné době ještě stále setkávala s podvyživenými seniory.

V různých zařízeních jsem měla možnost porovnat stravování seniorů podle individuálního plánu sestaveného nutričním terapeutem a stravování bez nutriční intervence. Poznatky z práce v domovech pro seniory mě ovlivnily natolik, že jsem je chtěla uplatnit ve své bakalářské práci.

Přáním každého z nás je prožít kvalitní stáří v psychické i fyzické pohodě. Stáří s sebou přináší řadu změn, se kterými se senior těžko vyrovnává. Zásadní změnou v životě seniora je umístění do domova pro seniory. Vstup seniora do takového zařízení neznamená, že všechny jeho potřeby nemusí být uspokojovány. Jednou ze základních potřeb seniora je výživa a hydratace, ke kterým je nutné přistupovat individuálně. Kvalita výživy má celkový vliv na organismus. Pokud zajistíme kvalitní výživu odpovídající seniorovým potřebám, podílíme se na udržování fyzické pohody. Naopak malnutrice má negativní vliv na celkový stav seniora, prodlužuje rekonvalescenci, zhoršuje hojení ran a zvyšuje morbiditu.

Bakalářská práce je rozdělena na teoretickou a empirickou část. Teoretická část pojednává o problematice stáří, změnách ve stáří, lidských potřebách, výživě, geriatrických syndromech a překážkách při saturaci potřeby výživy seniorů.

Empirická část bakalářské práce byla zpracována kvalitativním výzkumným šetřením prostřednictvím polostrukturovaného rozhovoru. Výzkumu se účastnilo deset sester z domovů pro seniory v Jihočeském kraji a v Kraji Vysočina. Otázky byly směrované na výživu seniorů, uspokojování potřeby výživy a hydratace, spolupráci s nutričním terapeutem a přípravu stravy.

1 Současný stav

1.1 Stáří

Přestože je stáří neodmyslitelnou součástí a etapou každého života, jsou jeho definice různé. Například Čevela označuje stáří jako poslední vývojovou etapu lidského života (Čevela et al., 2012). Haškovcová charakterizuje stáří jako přirozené období lidského života. Zdůrazňuje, že stáří není nemoc, ale přirozený proces změn, které trvají celý život (Haškovcová, 2010). Ondrušková označuje stárnutí jako biologický proces končící stářím (Ondrušková, 2011).

Každý člověk nestárne úplně stejně, z tohoto důvodu je důležitější biologický věk než kalendářní věk. Kalendářní věk je dobře měřitelný, ale nevypovídá nic o jedinci. Světová zdravotnická organizace (WHO) klasifikuje vyšší věk následovně: 60–74 let rané stáří, 75–89 let vlastní stáří a 90 a více let období dlouhověkosti. Kalendářní věk neinformuje o sociální situaci, schopnostech, tělesných změnách. Informace o celkovém stavu organismu označuje biologický věk. Senior je charakterizován podle kalendáře dosažením 65 let. Často je spojován se sociálním statusem důchodce. Senioři jsou považováni za neaktivní, neproduktivní, multimorbidní jedince, kteří jsou závislí na pomoci druhé osoby. Ale toto tvrzení není pravdivé. Mnoho seniorů je aktivních, vzdělávají se, nadále uspokojují své potřeby. Každý senior nemá potřebu péči druhé osoby. Potřeba péče se vyskytuje u seniorů z důvodu sociálních a zdravotních faktorů. Vyskytuje se u osaměle žijících, velmi starých, dlouhodobě nemocných, křehkých, zmatených, propuštěných z nemocnice, žijících v nevyhovujících podmínkách. Tito senioři nejsou schopni uspokojovat své každodenní potřeby a naplňovat své plány. Tím se snižuje kvalita jejich života (Ondrušková, 2011).

1.1.1 Změny způsobené stářím

Změny způsobené stářím se odehrávají v oblasti tělesné, psychické i sociální. Stáří se projevuje snížením výkonnosti celého organismu. Dochází k celkové atrofii, snižuje se elasticita orgánů a funkce endokrinních žláz. Zvyšuje se ukládání tělesného tuku, mění se složení a množství tělesných tekutin. Svaly ochabují a postava se zmenšuje. Tělesné systémy snižují svoji funkci, činnost orgánů se zpomaluje. Dochází ke změnám na kůži, vlasech a nehtech. Zhoršují se kognitivní funkce a tím dochází k ovlivnění kvality života (Floriánková, 2014).

Stáří je nejčastěji doprovázeno řadou onemocnění, především onemocněním srdce a cév, pohybového ústrojí, Alzheimerovou nemocí, onkologickými onemocněními a úrazy. Onemocnění seniorů probíhá odlišně než u zdravých jedinců. Senioři jsou polymorbidní, tělesné systémy ztrácejí svoji funkci, onemocnění jsou často chronická a léčba je komplikovaná (Ondrušková, 2011).

1.1.2 Vliv některých geriatrických syndromů na potřebu výživy

Geriatrické syndromy zahrnují soubor příznaků vyskytující se u seniorů v důsledku stárnutí. Tyto symptomy se navzájem kombinují, mají mnoho příčin a léčba je velmi komplikovaná. K pochopení specifičnosti seniorů je třeba respektovat neodvratitelné biologické zestárnutí organismu. U seniorů dochází k výraznému poklesu potencionálu zdraví, snižuje se odolnost organismu a funkční rezervy jsou vyčerpané. Všechny tyto aspekty se dají shrnout do geriatrické křehkosti. Geriatrická křehkost charakterizuje zranitelnost seniorů snížením mobility, svalové síly, pohybové koordinace a celkové výkonnosti. Dále je doprovázena nechutenstvím, hubnutím, poruchami paměti, senzorickými deficity, apatií, chronickou bolestí a únavou. Důsledkem vzniká nesoběstačnost a závislost na pomoci druhé osoby. Na základě této kliniky vznikají u seniorů geriatrické syndromy. Nejčastěji ovlivňují potřebu výživy sarkopenie, průjem, zácpa, dehydratace, demence (Ondrušková, 2011).

Sarkopenie

Sarkopenie neboli úbytek svalové hmoty a svalové síly ve stáří. Dochází k devastaci kosterního svalstva vedoucí k rozvoji geriatrické deterioraci a křehkosti. Na vzniku sarkopenie má hlavní vliv syntéza bílkovin. U seniorů se množství bílkovin snižuje na polovinu. Pro udržení kosterního svalstva je zapotřebí, aby byla rovnováha mezi odbouráváním a syntézou bílkovin. Pokud se tento mechanismus naruší, dochází ke ztrátě kosterního svalstva. U seniorů se na poklesu svalové hmoty a svalové síly podílí nedostatečná svalová aktivita. Mezi další příčiny patří atrofie svalů, poškození svalů volnými radikály, deficit pohlavních hormonů, malnutrice, deficit vitamínu D. Krizové období pro seniory nastává při imobilitě na lůžku. Pokud se všechny příčiny sarkopenie zkombinují, dochází k poškození svalů a následně celého pohybového aparátu. Léčba sarkopenie je dlouhodobá, důležitá je úprava nutričního stavu, suplementace vitamínu D a medikamenty (Kalvach, 2008).

Průjem

Průjem je řídká stolice s frekvencí více než třikrát denně. Podle délky trvání obtíží se rozlišuje průjem na akutní a chronický průjem. Akutní průjem odezní do 14 dnů, pokud příznaky neodezní, jedná se o chronický průjem. Mezi nejčastější etiologii v geriatrii patří paradoxní průjem, kdy v důsledku tuhé stolice v konečníku obtéká průjmovitá stolice. Další častou příčinou jsou infekce. Senioři jsou ohroženi dehydratací, minerálovým rozvratem, nutričním deficitem. Léčba průjmu je závislá na příčině. Velkou roli v léčbě sehrává kvalitně sestavený jídelníček (Schuler, 2010).

Obstipace

U seniorů dochází ke zpomalené funkci trávicího systému a snížené frekvenci vyprazdňování stolice. Dostavuje se pocit neúplného vyprázdnění stolice, stolice je tuhá a její frekvence je méně než třikrát týdně. Zácpa má mnoho příčin. Mezi hlavní příčiny zařazujeme imobilitu, deprese, vyprazdňovací návyky, nedostatek tekutin, medikamenty, nedostatek vlákniny. Důležité je zaměření na prevenci, dostatečný příjem tekutin, vlákniny, mobilizace, nácvik vyprazdňování (Schuler, 2010).

Dehydratace

Pro dokonalé fungování lidského organismu je nezbytná rovnováha příjmu a výdeje vody a iontů. Organismus umí krátkodobou výchylku kompenzovat. Voda je univerzální rozpouštědlo pro ionty a organické látky a vytváří složitý iontový a koloidní roztok. Pokud je tato rovnováha narušena, vzniká dehydratace. Dehydratace se rozděluje do tří skupin na základě narušení osmolality. Pokud dojde pouze ke ztrátě čisté vody, vzniká dehydratace hypertonická. Při hypertonické dehydrataci stoupá viskozita krve, zvyšuje se osmolalita, koncentrace bílkovin, hemoglobinu a sodíku. Nejčastější příčinou je nedostatek tekutin, nebo velké ztráty u dekompenzovaných diabetiků. Při vyváženém deficitu ztráty vody a iontů se jedná o dehydrataci izotonickou. Nedochází ke změně osmolality. Nejčastěji jde o velké ztráty při léčbě diuretiky, průjmech, zvracení. Při hypotonické dehydrataci je větší deficit iontů než ztráta vody. Dochází ke zředění tělesných tekutin, hypoosmolalitě. U seniorů se hypovolémie projevuje pocitem žízně, poklesem krevního tlaku, tachykardií, kolapsovými stavy, únavou, bolestmi hlavy, sníženým turgorem kůže. Léčba dehydratace se řídí stavem seniora a příčinou. Pokud se jedná o lehkou formu, kdy je

malá ztráta tekutin kolem dvou litrů, je zajištěno perorální doplnění. Pokud se jedná o dehydrataci, pří níž jsou ztráty tekutin nad dva litry, tekutiny se substituují nitrožilně i podkožně. Korekce probíhá pomalu, aby nedošlo k přetížení krevního oběhu. Nezbytná je prevence dehydratace. Prevence dehydratace je zaměřena na aktivním přísunu tekutin pomocí kompenzační pomůcky – pítka. Vhodný je záznam příjmu tekutin a monitorace příznaků dehydratace – oschlé ústní sliznice, snížený kožní turgor, bolest hlavy (Kalvach, 2011).

Demence

Demence vzniká v důsledku organického postižení mozku. Postupně upadá schopnost vykonávat běžné denní aktivity, následuje ztráta soběstačnosti a vzniká závislost na druhé osobě. Při demenci jsou postiženy kognitivní funkce, aktivity života a chování, spánek, emotivita. Navíc je postižena i motorika. Demence vzniká primárně nebo sekundárně. Výskyt demencí se zvyšuje s věkem. Klinický obraz demencí se liší podle mozkového postižení. Významná je porucha paměti, orientace, chápání, chování, emotivity, osobnosti. Důležitá je včasná diagnostika. Poruchy kognitivních funkcí vedou ke snížení kvality života. Senioři s demencí mají prioritní potřeby, chtějí být akceptováni takoví, jací jsou, nalézt vhodnou strategii ke zvládnutí situace a naučit se žít s onemocněním. Péče o seniory s demencí je ošetřovatelsky velmi náročná a v důsledku stárnutí populace a přibývání osob trpících demencí je důležité zajistit dostatečné kapacity dlouhodobé ústavní péče a podporu pečujícím rodinám (Kalvach, 2008).

1.2 Komunikace se seniorem

Člověk je tvor společenský, izolovaně nežije, nestůně a neumírá. Pro seniora je velmi důležitý kontakt s rodinou a přáteli, se kterými má často silné vazby. Důležitá je především potřeba respektování lidské důstojnosti. Člověk je jedinečnou bytostí s vlastními potřebami, které by se měly respektovat. Senior potřebuje se svým okolím komunikovat. Při komunikaci se nesmí opomíjet neverbální projevy komunikace, jako jsou gesta, postoje, pohyby, oblečení, mimika a oči. Senior potřebuje zajistit pocit bezpečí. Ošetřovatelský personál nesmí ztratit u seniora důvěru. Pokud zklame, již to nevrátí (Svatošová, 2008).

V komunikaci se může vyskytnout řada zraňujících chyb. Tyto chyby se označují jako maligní komunikace, která nerespektuje lidskou důstojnost. Jedná se o psychosociální procesy negativně působící na seniory, kteří jsou závislí na pomoci druhé osoby. Maligní komunikace se projevuje podváděním, lstí, infantilizací, nálepkováním, ignorováním, odmítáním, zesměšňováním (Kalvach, 2008). Za základní komunikační dovednost je považováno aktivní naslouchání. Naslouchání vytváří ideální podmínky pro rozhovor (Venglářová, 2007). Komunikaci dále podporuje rezonance neboli ozvěna potvrzující naslouchání. Během rozhovoru je vhodné zrekapitulovat seniorovo vyjádření. Důležité je seniora podpořit, vcítit se do daného problému. Nedoceněným prostředkem je velmi důležité mlčení. Mlčení spojené s naslouháním je v některých situacích způsob pomoci. Pro posílení vazby je vhodné umět nejen přijímat, ale i dávat. Zajistit seniorovi dostatek prostoru pro sdělení. Senior pozná upřímné jednání ošetřovatelského personálu a kladně ocení jeho zájem (Kalvach, 2008).

Při kontaktu se seniory je důležitá souhra verbální a neverbální komunikace. Pokud není souhra, senior nám nedůvěřuje, zhoršuje se spolupráce a je narušena potřeba jistoty a bezpečí. Komunikace u seniorů ovlivňuje kvalitu poskytované péče. Během komunikace se musí akceptovat celá řada faktorů. Senioři bývají často nedoslýchaví, mají snížené kognitivní funkce (Schuler, 2010). Pro komunikaci se seniorem je popisovaná řada doporučení. Při komunikaci je vhodné zajistit klidné prostředí s příjemnou atmosférou. Seniora důsledně oslovit jménem nebo odpovídajícím titulem (Kalvach, 2008). Seniora chránit před časovým stresem, respektovat zpomalené psychomotorické tempo a dopřát mu dostatek času. Během rozhovoru ošetřovatelský tým používá jednoduché věty a vyvaruje se neznámých slov, snaží se naslouchat. Komunikaci může podpořit úsměvem, očním kontaktem, náklonem k seniorovi. Pokud během komunikace senior používá vulgarismy, nadávky, tak tyto výroky nekomentuje. Komunikace by měla být uzpůsobená zdravotnímu stavu seniora. Už jen úsměv na tváři, podání ruky při představení a naslouchání buduje vztah mezi ošetřovatelským týmem a seniorem (Mikuláštík, 2010).

1.3 Potřeby seniorů

Během lidského života se mění i potřeby populace. Jiné potřeby mají děti, jiné studenti nebo lidé v produktivním věku a jiné senioři. Změny se odehrávají u fyziologických potřeb, kdy se ve stáří mění chuť v důsledku ubývání chuťových pohárků, zvýrazňuje

se také potřeba vyprazdňování, se kterou mají senioři mnohdy problémy (zácpa, inkontinence).

Naopak některé fyziologické potřeby ustupují do pozadí, např. potřeba příjmu tekutin, hygienické a sexuální potřeby, úprava zevnějšku. Současně se mění i potřeby duchovní a sociální. To se týká i situace, kdy u seniora dojde ke ztrátě jeho vlastního zázemí a on je umístěn do některého typu sociálních služeb. V domovech pro seniory se poskytuje pobytová služba osobám, které vyžadují pravidelnou pomoc v oblasti ubytování, stravy, aktivity, sebepéči (Zákon č. 108/2006). Velmi důležitá je potřeba být bez bolesti, únavy, mít zajištěné teplo a pohodlí.

Umístění seniora do domova pro seniory znamená ztrátu zázemí, domova, soukromí, soběstačnosti. Pro starého člověka představuje změna zázemí těžkou situaci. Uvědomuje si, že je nesoběstačný. S novým domovem se musí vyrovnat, adaptace probíhá ve třech fázích. První fází je fáze odporu. V této fázi bývají senioři agresivní, nešťastní, snaží se protestovat. Svým negativním chováním se chrání proti cizímu prostředí. Druhou fází je zoufalství a apatie, které nastává po vyčerpání. Senioři nemají o nic zájem. Třetí fáze nastává po vytvoření nového vztahu, označuje se za fázi vytvoření nové pozitivní vazby. Mnoho seniorů zůstává ve druhé fázi. S novým domovem se nevyrovnají, rezignují na vše, i na svůj život a čekají na smrt (Vágnerová, 2012).

Při péči o seniora se ošetřovatelský tým nezaměřuje jen na biologické potřeby, ale i na potřeby psychosociální. Porucha jedné potřeby způsobuje poruchu v druhé oblasti. Trachtová označuje potřebu: *„Projevem nějakého nedostatku, chybění něčeho, jehož odstranění je žádoucí. Potřeba pobízí k vyhledávání určité podmínky nezbytné k životu, popřípadě vede k vyhýbání se určité podmínce, která je pro život nepříznivá. Je něčím, co lidská bytost nutně potřebuje pro svůj život a vývoj.“* (Trachtová, 2008)

Potřeba souvisí s vnitřním i venkovním okolím. Potřeby se během života mění, nejsou vrozené jako pudy a instinkty. Všichni lidé mají společné potřeby, ale každý je uspokojuje individuálně. Potřeby lze uspokojovat žádoucím nebo nežádoucím způsobem. Potřeba v organismu vyvolá motivační napětí, které určí směr, sílu a trvání určitého jednání. Motivace je ovlivněna kulturním a sociálním prostředím (Trachtová, 2008). Potřeba výživy je společná všem živým jedincům. Jídlo neznamená jen příjem živin, ale i společné příjemné chvilky v životě člověka. Například oběd s přáteli,

rodinou. Výživa ovlivňuje nejen zdravotní stav, ale i duševní pohodu. Dnešní člověk potřebuje daleko menší energetický příjem než v minulosti. Příjem stravy neodpovídá našim nárokům. Současná strava je energeticky hodnotná, než je skutečná potřeba. Příjem stravy má být upravený podle nároků organismu, trendů ve výživě. Výživa patří do primárních biologických potřeb a je nezbytná k zachování života. Často u zátěžových situací dochází ke ztrátě chuti k jídlu – nechutenství. V těchto případech dochází k narušení rovnováhy organismu (Trachtová, 2008).

Lidské potřeby znázorňuje pyramida lidských potřeb (příloha 1). Potřeby jsou rozděleny podle naléhavosti. Základem jsou fyziologické potřeby, následují psychosociální a vrchol pyramidy tvoří potřeby seberealizace. Fyziologické potřeby zajišťují přežití – potřeba pohybu, čistoty, výživy, vyprazdňování, spánku, kyslíku, sexuální potřeba. Potřeba jistoty a bezpečí zahrnuje pocit důvěry, stability, nemít strach. Potřeba sounáležitosti a lásky je charakterizována pocitem milovat a být milován. Potřeba uznání a sebeúcty – být respektován. Na vrcholu stojí potřeby seberealizace, kdy se realizují individuální plány, jsem tím, kým chci být (Čevela, 2012).

1.4 Výživa

Pod pojmem výživa jsou zahrnuty veškeré pochody, kterými organismus získává energii pro stavbu, obnovu a činnost orgánů. Výživu získává prostřednictvím stravy. Strava je zařazena mezi základní lidské potřeby (Stránský et al., 2010).

1.4.1 Základní složky výživy

Výživa je charakterizovaná jako příjem vody a živin pro organismus. Živiny se dělí na makronutriendy a mikronutriendy. Makronutriendy zahrnují sacharidy, tuky, bílkoviny. K mikronutriendům patří minerální látky a vitamíny (Kasper, 2015).

Bílkoviny tvoří hlavní stavební jednotku lidského organismu. Pro člověka jsou jediným zdrojem dusíku, který je důležitý pro tvorbu aminokyselin. Vznikají během proteosyntézy, která je podmíněna geneticky. Bílkoviny jsou důležité pro obnovu buněk tkáně, imunitu a jako zdroj energie. Hlavními zdroji bílkovin je maso, mléko, luštěniny, vejce, obiloviny. Průměrná potřeba bílkovin pro dospělého člověka je 0,6 gramů/kilogram/den (Kasper, 2015).

Tuky jsou důležitým zdrojem energie. Mají nejvyšší energetickou hodnotu ze všech živin. Tuky se podílí na tvorbě hormonů, tvoří buněčnou membránu, jsou nosiči vitamínů A, D, E a K. Optimální přísun tuků je 1 gram tělesné hmotnosti denně. Přísun tuků by neměl přesáhnout 30 % celkového energetického přísunu (Kasper, 2015).

Sacharidy jsou nejdůležitější zdroj energie. V organismu se sacharidy podílí na acidobazické rovnováze. Sacharidy jsou při látkové výměně oxidovány inzulínem a ve formě glykogenu ukládány do jater a svalů. Podle chemické struktury rozlišujeme monosacharidy, disacharidy, oligosacharidy, polysacharidy a heteropolysacharidy. Sacharidy jsou zastoupeny převážně v rostlinných produktech. Důležitým zdrojem sacharidů jsou ovoce, mléko, obiloviny, zelenina. Sacharidy by měly pokrýt 50 % energetického přísunu (Kasper, 2015).

Vláknina obsahuje látky, které se nemohou ve střevě enzymaticky štěpit a vstřebávat. Zvyšuje sekreci slin, zpomaluje vyprazdňování žaludku, snižuje resorpci látek a pozitivně ovlivňuje střevní flóru. Vláknina rozpustná ve vodě je obsažena v ovoci. Vlákninu nerozpustnou ve vodě obsahuje celozrnné pečivo, luštěniny a zelenina. Denní příjem vlákniny by měl být nejméně 30 gramů (Floriánková, 2014).

Minerální látky a stopové prvky patří k anorganickým látkám. Organismus si je sám nemůže vytvořit. Mezi minerály se řadí sodík, draslík, vápník, fosfor, hořčík a síra. Mezi stopové prvky patří železo, selen, měď, jód, fluorid, mangan, chróm, nikl, kobalt a molybden (Stránský, 2010).

Organismus dospělého člověka obsahuje 60 % vody. Organismus ztrácí vodu při oxidaci látek z potravy. Denní ztráta vody močí je asi 1 500 mililitrů, plícemi je přibližně 600 mililitrů, kůží asi 400 mililitrů, stolicí 100 až 200 mililitrů. Organismus ztrátu vody nahrazuje přísunem vody v nápojích a potravě. Voda je základním stavebním materiálem buňky. Umožňuje transport hormonů, enzymů a živin. Denní dávka vody je okolo 2 500 mililitrů. Příjem vody je redukován pocitem žízně. Nedostatek vody vede k těžkému poškození organismu (Stránský, 2010). Voda je označována za nejlepší nápoj (Strunecká, 2011).

1.4.2 Faktory ovlivňující výživu

Nutrici seniorů negativně ovlivňují fyziologické a psychosomatické změny způsobené stářím. Faktory ovlivňující výživu se dělí na fyziologicko-biologické, psychicko-

duchovní, sociálně-kulturní a faktory životního prostředí. Všechny faktory jsou ovlivněny stravovacími návyky z předešlých let. Špatné stravovací návyky podporuje společenská izolace, osamělost, nedostatečná motivace, omezené finanční prostředky. Důsledkem je nevyvážená strava. Mnoho seniorů neklade výživě dostatečnou pozornost. Stáří zahrnuje mnoho krizových situací, které způsobují sociální izolaci, mezi hlavní spouštěče patří úmrtí partnera, odchod dětí, onemocnění, ztráta domova (Svačina et al., 2013).

Fyziologicko-biologické faktory zahrnují příjem a využití přijaté stravy. Na stavu výživy se podílí stav zažívacího systému. Trávicí systém přijatou potravu tráví, resorbuje živiny a vyloučí nestrávené zbytky. Energetická potřeba výživy je ovlivněna věkem. V období růstu jsou nároky na energetickou hodnotu výživy větší a pomalu se snižují s přibývajícím věkem. Další faktor je pohlaví, muži mají zvýšený bazální metabolismus. Celkový stav výživy ovlivňuje zdravotní stav (Trachtová, 2008).

Psychicko-duchovní faktory. Stravování navozuje pozitivní emoce. Příjem stravy je často společenská událost – např. oběd s manželem. Příjem stravy je velmi ovlivněn prostředím. V čistém, upraveném prostředí bude lépe chutnat. Pokud se člověk dostane do zátěžové situace, projeví se nechutenství, pocit plnosti (Trachtová, 2008).

Sociálně-kulturní faktory zahrnují náboženství, etnickou příslušnost, životní styl a ekonomickou situaci. Při sestavování jídelníčku je vhodné akceptovat náboženství a oblíbenost jídel podle etnické příslušnosti. Stravování dnešního hektického životního stylu je vhodné odbourat. Nepravidelná konzumace nezdravých pokrmů má negativní vliv na naše zdraví (Trachtová, 2008).

Faktory životního prostředí zahrnují přírodu kolem nás a o kterou je potřeba pečovat, protože je hlavním zdrojem potravy. Pokud bude čistá voda, půda a ovzduší, budou i kvalitní a zdravé potraviny (Trachtová, 2008).

1.4.3 Specifika výživy seniorů

Výživa má zásadní význam pro udržení zdraví. Schopnost jíst zajišťuje kvalitu života a pomáhá udržet psychický stav. Kvalitní vyvážená strava s dostatečným zastoupením živin je důležitá v každém věku. Stravovací návyky ovlivňují návyky z předešlých let. Každý senior není ochotný měnit své celoživotní návyky, proto je důležité stravu podávat v příjemném prostředí, pokrmy esteticky upravit, ochutit (Starnovská, 2011).

Stolování je kulturní událost. Důležitou roli hraje přítomnost jiných seniorů. Senioři si těžko zvykají na nové návyky a pokrmy. Pokud to není nutné, např. ze zdravotních důvodů, je vhodné návyky z předešlých let zachovat. Univerzální doporučení pro zdravou výživu ve stáří neexistuje. Výživa seniora se liší podle věku a zdravotního stavu (Kasper, 2015).

Obecným návodem je „výživová pyramida“ (příloha 2). Pyramida znázorňuje doporučené zastoupení potravinových skupin. Největší objem přijímaných potravin zastupují obiloviny. Další skupinou je ovoce a zelenina, následuje mléko a mléčné výrobky. Vrchol pyramidy tvoří tuky a sacharidy (Kasper, 2015). Doporučený denní příjem u seniorů je okolo 8 000 KJ. Jídelníček seniora musí zajistit přísun jednotlivých živin s přiměřeným energetickým příjmem. Strava seniora musí být pravidelná, rozložená do pěti denních porcí. U diabetiků je denních porcí šest. Strava musí být upravená do správné konzistence. Do jídelníčku seniorů je doporučeno denně zařazovat maso, jedenkrát týdně ryby, mléko a mléčné výrobky podávat ve dvou denních porcích. Ovoce a zelenina by měla být zastoupena ve všech porcích (Zloch, 2009). Nesmí se zapomenout na příjem vitamínů a minerálů (Floriánková, 2014).

Strava seniorů by se měla řídit zdravou výživou. Jídelníček sestavuje nutriční terapeut s ohledem na přidružené onemocnění. Důležitá je vzájemná spolupráce s ošetřovatelským týmem. Nutriční terapeut stravu sestavuje tak, aby ji byl senior schopen zkonzumovat. Ošetřovatelský personál monitoruje, zda sestavený jídelníček vyhovuje, seniorovi chutná. Pestrá strava by se měla podávat pravidelně. Senior by se neměl přejídat ani hladovět. Pokrmy se preferují vařené nebo dušené. Důležitým požadavkem na stravu je její konzistence podle potřeb seniora (Šenkyřík, 2014). Při stravování se nesmí zapomenout na dostatečný přísun tekutin okolo 1,5 až 2 litrů za den. Seniorům je potřeba tekutiny nabízet (Kahleová, 2013).

Pokud senior nepřijímá dostatečné množství stravy, je možný perorální příjem doplnit sippingem. Sipping je nejjednodušší a nejúčinnější příjem energie. Senior popíjí nutriční přípravky ochucené enterální výživy. Nutriční přípravky se indikují podle přidružených onemocnění. Kromě dietních přípravků lze stravu obohatit modulárními dietiky, např. Protifar Nutricia, Fresubin Protein Powder Fresenius Kabi. Optimální je popíjet sipping po malých doušcích, čímž se omezí nežádoucí účinky, jako jsou nauzea,

zvracení, průjem, bolesti břicha, nadýmání. Sipping se toleruje lépe, pokud ho podáváme vychlazený (Volkert, 2015).

1.4.4 Poruchy výživy

Poruchy výživy negativně ovlivňují příjem potravy a tím narušují celkovou pohodu seniorů. Příjem potravy narušují nechutenství, poruchy chuti, poruchy polykaní a dyspepsie.

Nechutenství bývá označeno jako ztráta chuti k jídlu. Projevuje se odmítáním jídla. Dochází k němu se změnou stravovacích zvyklostí. Postupně se ztrácí pocit hladu, pocit sytosti přetrvává. Důsledkem je pokles svalové síly a tělesné hmotnosti. Velký vliv má osamělost, stravování o samotě snižuje příjem stravy o padesát procent. Léčba nechutenství je vleklá a musí být komplexní. Důležitá je včasná intervence a sestavení vhodného jídelníčku, doplněného nutričně definovanými nápoji (Volkert, 2015).

Poruchy chuti, kdy senior má snížené nebo zvýšené vnímání chuti – může se jednat o kovovou pachuť, hořkou chuť, sníženou sladkou chuť. Je třeba změnu chutí respektovat a jídelníček upravit – více kořenit, vyloučit potraviny, které vnímání chuti ovlivňují, používat čerstvé bylinky (Schuler, 2010).

Porucha polykání neboli dysfagie je porucha polykacího reflexu. Na dysfagii se pomýšlí u seniora, který má kašel, dáví se, vypadává mu strava z dutiny ústní, vytékají mu sliny. Strava u seniora s dysfagií se musí přizpůsobit stádiu poruchy polykání. Používají se zahušťovadla, např. Resource. Senior by měl jíst po malých soustech a pít po malých doušcích. Je důležité ho pobízet k opakovanému polykání a mezi sousty kontrolovat přítomnost stravy v dutině ústní. Po jídle a pití je nutné ponechat seniora ve zvýšené poloze – prevence aspirace (Schuler, 2010).

Dyspepsie je soubor příznaků, projevující se říháním, pálením žáhy, nauzeou, plynatostí, zácpou a průjmem. Dyspepsie u seniorů je způsobena zpomalenou nebo narušenou funkcí gastrointesticinálního traktu (Trachtová, 2008).

1.4.5 Malnutrice

Malnutrici neboli podvýživu definuje Svačina jako: *„Poruchu nutričního stavu organismu způsobenou relativním nebo absolutním nedostatkem živin, popřípadě*

poruchu jejich metabolismu.“ (Svačina, 2010) Malnutrici dělíme na dva základní typy. Marasmus (protein-energetický typ) způsobený nedostatečným příjmem energie a bílkovin. Kwashiorkor (proteinový typ) vznikající při nedostatku bílkovin s dostatečným příjmem energie (Svačina, 2010).

Multifaktoriální příčiny zahrnují systémová poškození, chronická onemocnění, psychická onemocnění, vedlejší účinky léků (Šenkyřík, 2014). Nejčastější příčiny malnutrice jsou defekt chrupu, postižení slinných žláz, onemocnění dutiny ústní a trávicího traktu, snížená chuť k jídlu, deprese a demence, omezená hybnost, sociální faktory – nekvalitní strava, nemožnost nákupu, omezené finance (Pokorná, 2013).

Diagnostika malnutrice začíná nutriční anamnézou. Při anamnéze zjišťujeme stravovací zvyklosti, množství a frekvenci přijaté stravy, intoleranci potravin, obtíže spojené s příjmem stravy, množství přijatých tekutin, oblíbené a neoblíbené potraviny, užívané léky. Následuje somatické vyšetření. Při somatickém vyšetření se hodnotí tělesná hmotnost a její pokles za šest měsíců. Stanovujeme BMI, hodnotící podíl hmotnosti v kilogramech a druhé mocniny tělesné výšky v metrech. Další metody jsou měření tukové řasy nad tricepsem nebo řasy subskapulárním kaliperem a měření obvodu paže. Diagnostika malnutrice se doplňuje biochemickým vyšetřením krve, vyšetřuje se albumin, transferin, prealbumin a retinol. Mezi další ukazatele patří dusíková bilance. Dusíkatá bilance je přesný ukazatel hodnotící množství dusíku přijatého stravou (Svačina, 2010).

V diagnostice podvýživy se používají dotazníky, nejznámějším a nejpoužívanějším je Mini Nutricional Assessment (MNA). MNA je nejjednodušší nástroj k posouzení nutričního stavu (Pokorná, 2013).

Náročnějším dotazníkem k hodnocení podvýživy je Subjektive Global Assessment (SGA). Subjektivní globální hodnocení nutričního stavu je určeno spíše pro hodnocení lékařem nebo nutričním terapeutem. SGA nevyžaduje laboratorní vyšetření, spíše se opírá o subjektivní informace (Volkert et al., 2015). Mezi další hodnotící dotazníky patří např. Nutricional Risk Screening (NRS) u onkologicky nemocných a Malnutricion Universal Screening Tool (MUST). Mohou se používat u osob, které nelze přesně zvážit a změřit (Pokorná, 2013).

1.4.6 Nutriční intervence u seniorů

Základem kvalitní péče je zajištění nutričního stavu seniorů pod dohledem nutričního terapeuta. Nutriční terapeut je odborník ve výživě, respektující seniorovy možnosti a zvyklosti. Odebírá nutriční anamnézu, hodnotí nutriční stav a rizika. Podle potřeb sestaví individuální jídelníček. Nutriční terapeut spolupracuje se seniorem a ošetřovatelským týmem. Cílem sledování nutričního stavu u seniorů je předcházet nevyvážené výživě a malnutrici a včasně zachytit nemocné, kteří jsou ohroženi poruchami výživy. U seniorů je výskyt poruch výživy velmi častý a kvalitní strava má pozitivní vliv na udržení zdraví. Při péči o seniory je důležitá spolupráce v týmu. Multidisciplinární tým se skládá z všeobecné sestry, nutričního terapeuta, lékaře, sociálních pracovníků a ošetřovatelů. Přítomnost sociálního pracovníka je potřebná, uspokojuje psychosociální potřeby (Kuzníková, 2011).

Péče je zaměřena na podporu příjmu stravy perorálně. Seniorovi je potřeba při podávání stravy zajistit dostatečné množství času, vhodnou polohu a kompenzační pomůcky. Kompenzační pomůcky umožní seniorovi jíst samostatně s ostatními. Pro seniory je důležitý kontakt s lidmi i během stravování a spolupráce s rodinou (Pokorná, 2013).

2 Cíl práce a výzkumné otázky

Cíle práce

Cíl 1. Zjistit, jaké jsou překážky při příjmu stravy u seniorů z pohledu sestry.

Cíl 2. Zjistit spolupráci sester na uspokojení potřeby výživy u seniorů v domovech pro seniory s dalšími členy ošetřovatelského týmu.

Výzkumné otázky

1. Jaké překážky se vyskytují při příjmu stravy u seniorů v domovech pro seniory?
2. Jak uspokojují sestry potřebu výživy u seniorů v domovech pro seniory?
3. Jak spolupracují sestry v domovech pro seniory s dalšími členy ošetřovatelského týmu?

3 Metodika

3.1 Použitá metoda výzkumného šetření

Ke zpracování bakalářské práce na téma „Saturace potřeby výživy u seniorů v domovech pro seniory“ bylo použito kvalitativní výzkumné šetření metodou dotazování, technikou polostrukturovaného rozhovoru. Vzhledem k epidemiologické situaci probíhaly rozhovory po předem domluvené schůzce telefonicky v období 20. 11. 2020 – 20. 12. 2020. Rozhovory byly vedeny s 10 všeobecnými sestrami ze čtyř domovů pro seniory. Všeobecné sestry byly vybrány ze 3 domovů pro seniory v Jihočeském kraji a 1 domova pro seniory z Kraje Vysočina. Počet oslovených všeobecných sester se odvíjel do teoretického nasycení vzorku. Všeobecné sestry byly zvoleny podle délky praxe u lůžka. Bylo jim položeno 15 otázek (příloha 9). Otázky byly zaměřeny na stravování seniorů. Rozhovory byly zaznamenány písemným zápisem, metodou tužka-papír. Rozhovory se uskutečnily s výslovným souhlasem dotazovaných.

3.2 Charakteristika výzkumného vzorku

Výzkumný vzorek tvořilo 10 všeobecných sester pracujících v domovech pro seniory. Byly vybrány domovy pro seniory s vlastní kuchyní a domovy pro seniory, kam je strava dovážena. Všechny všeobecné sestry uvedly, že se na stravování seniorů podílí. Všeobecné sestry byly ujištěny, že zpracování rozhovorů bude anonymní.

V tabulce č. 1 jsou zaznamenány identifikační údaje dotazovaných všeobecných sester. Tabulka nás seznamuje s věkem všeobecných sester, dosaženým vzděláním a délkou praxe u lůžka. Vzdělání všeobecných sester je středoškolské odborné a vyšší odborné. Nejdelší praxi ve zdravotnictví má všeobecná sestra 7, a to 38 let. Nejkratší praxi ve zdravotnictví má všeobecná sestra 5, a to 3 roky.

Tabulka č. 1: Identifikační údaje všeobecných sester

Všeobecné sestry	Věk	Maximálně dosažené vzdělání	Délka praxe
Sestra 1	46 let	Střední odborné vzdělání	28 let
Sestra 2	38 let	Vyšší odborné vzdělání	8 let
Sestra 3	56 let	Střední odborné vzdělání	36 let
Sestra 4	37 let	Střední odborné vzdělání	19 let
Sestra 5	23 let	Vyšší odborné vzdělání	3 roky
Sestra 6	40 let	Střední odborné vzdělání	20 let
Sestra 7	57 let	Střední odborné vzdělání	38 let
Sestra 8	35 let	Střední odborné vzdělání	17 let
Sestra 9	48 let	Střední odborné vzdělání	30 let
Sestra 10	28 let	Střední odborné vzdělání	9 let

Zdroj: vlastní zpracování

4 Výsledky

4.1 Kategorizace výsledků

Kategorie

1. Nutriční stav
2. Zajištění stravy
3. Hodnocení příjmu stravy
4. Dietní systém
5. Pitný režim
6. Překážky při příjmu stravy
7. Dopomoc při zajištění příjmu stravy a tekutin
8. Nutriční doplňky

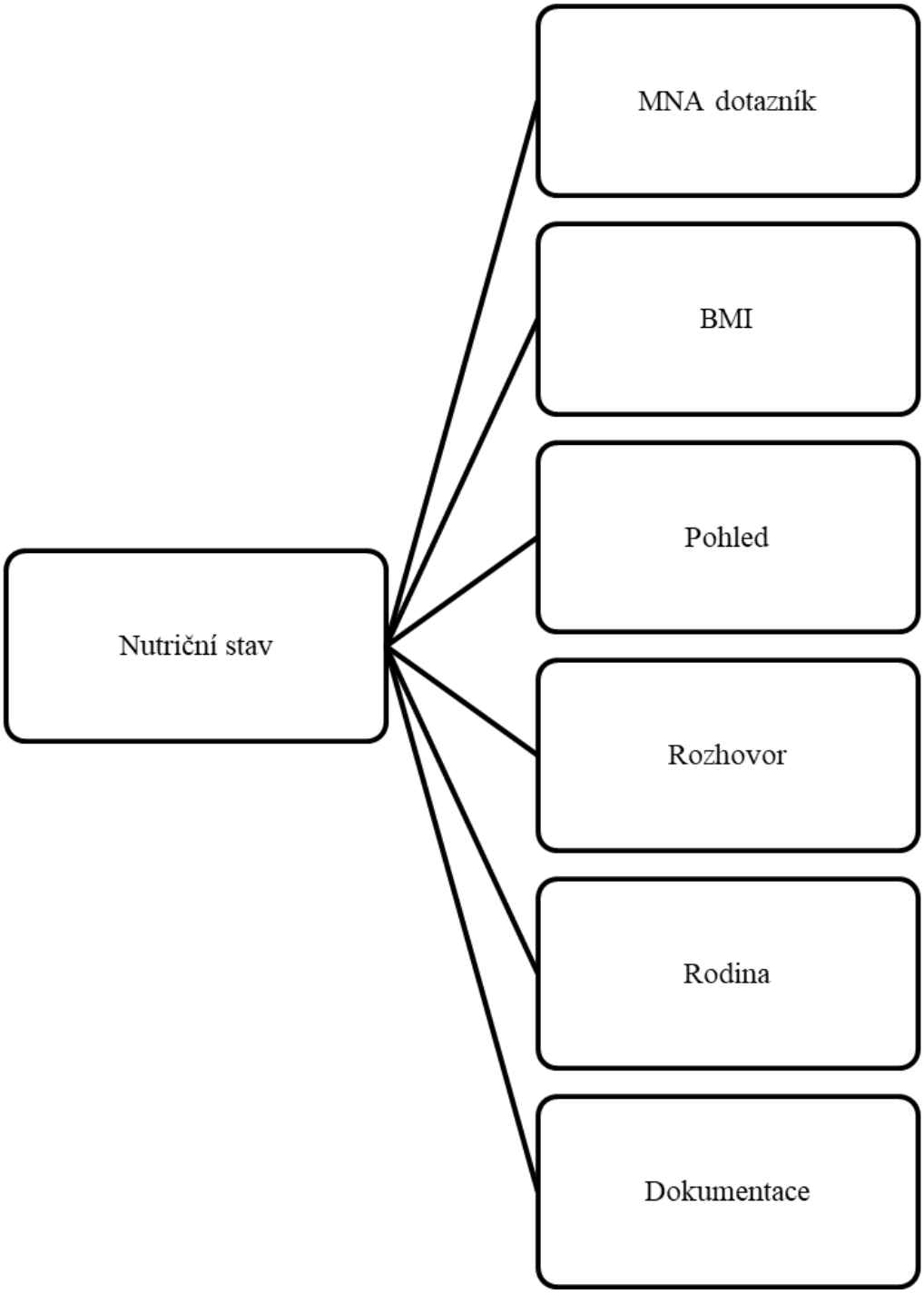
Kategorie 1 – Nutriční stav

Kategorii 1 představuje monitorování nutričního stavu seniorů v domovech pro seniory. Všeobecné sestry S1, S2, S4, S5, S8 sledují nutriční stav již při příjmu seniora do domova pro seniory. Hodnocení pomocí MNA dotazníku provádí všeobecné sestry S1, S2, S4, S5. Při hodnocení spolupracují s rodinou klienta. Důležité jsou pro ně informace o návycích během stravování, oblíbených jídlech, alergiích. Všeobecná sestra číslo S8 hodnotí výživu podle BMI. Všeobecné sestry S1, S2, S4, S5, S8 informace dokumentují při příjmu seniora do domova pro seniory. Všeobecná sestra S3 informace opíše z propouštěcí zprávy. Všeobecné sestry S6, S7, S9, S10 nutriční stav nehodnotí podle žádné škály. Názor všeobecné sestry S9: *„Většina seniorů je obézních, v poslední době jsem se nesetkala se seniorem normální postavy.“* Všeobecné sestry S7 a S9 nehodnotí nutriční stav seniorů v důsledku neznalosti měřících škál. Všeobecné sestry S6 a S10 hodnotí stav výživy seniora pouze pohledem. Všechny dotazované všeobecné sestry mají společné průběžné hodnocení nutričního stavu pohledem. Během ošetřování sledují příjem stravy, příjem tekutin za pomoci ošetřovatelského personálu. Všeobecná sestra S10: *„Seniory znám jako své boty, během ošetřování sleduji úbytek nebo příbytek hmotnosti. Sleduji různé odchylky jako průjem, zvracení, nechutenství.“* Všeobecné sestry S1, S2, S3, S4, S5 spolupracují s nutričním terapeutem a hodnocení nutričního stavu provádí společně celý ošetřovatelský tým pečující o seniora. Všeobecné sestry S3, S6, S7, S9, S10 hodnotí stav výživy při viditelných změnách nebo změně zdravotního stavu. Všechny dotazované všeobecné sestry se shodly, že pro hodnocení nutričního stavu je velmi důležitá spolupráce ošetřovatelského týmu. Všeobecné sestry S1, S2, S3, S5 uvedly, že často je na změnu nutričního stavu upozorní ošetřovatelský personál. Nutriční terapeut je velkým přínosem pro seniory i ošetřovatelský personál. Zbylé všeobecné sestry S6, S7, S8, S9, S10, které nemají možnost spolupráce s nutričním terapeutem, musí zvolit vhodný způsob k zajištění nutričního stavu seniora samy. Často kontaktují ošetřujícího lékaře, se kterým konzultují seniorův stav výživy. Uvědomují si, že samy adekvátně nedovedou nutriční stav a potřeby seniora zhodnotit.

Všeobecné sestry S1, S2, S4, S6, S8 se shodly, že nutriční stav seniorů je daleko lepší v domovech pro seniory než v domácím prostředí.

Jednotlivé způsoby hodnocení stavu výživu jsou znázorněny v obrázku č. 1.

Obrázek č. 1: Nutriční stav



Zdroj: vlastní zpracování

Kategorie 2 – Zajištění stravy pro seniory

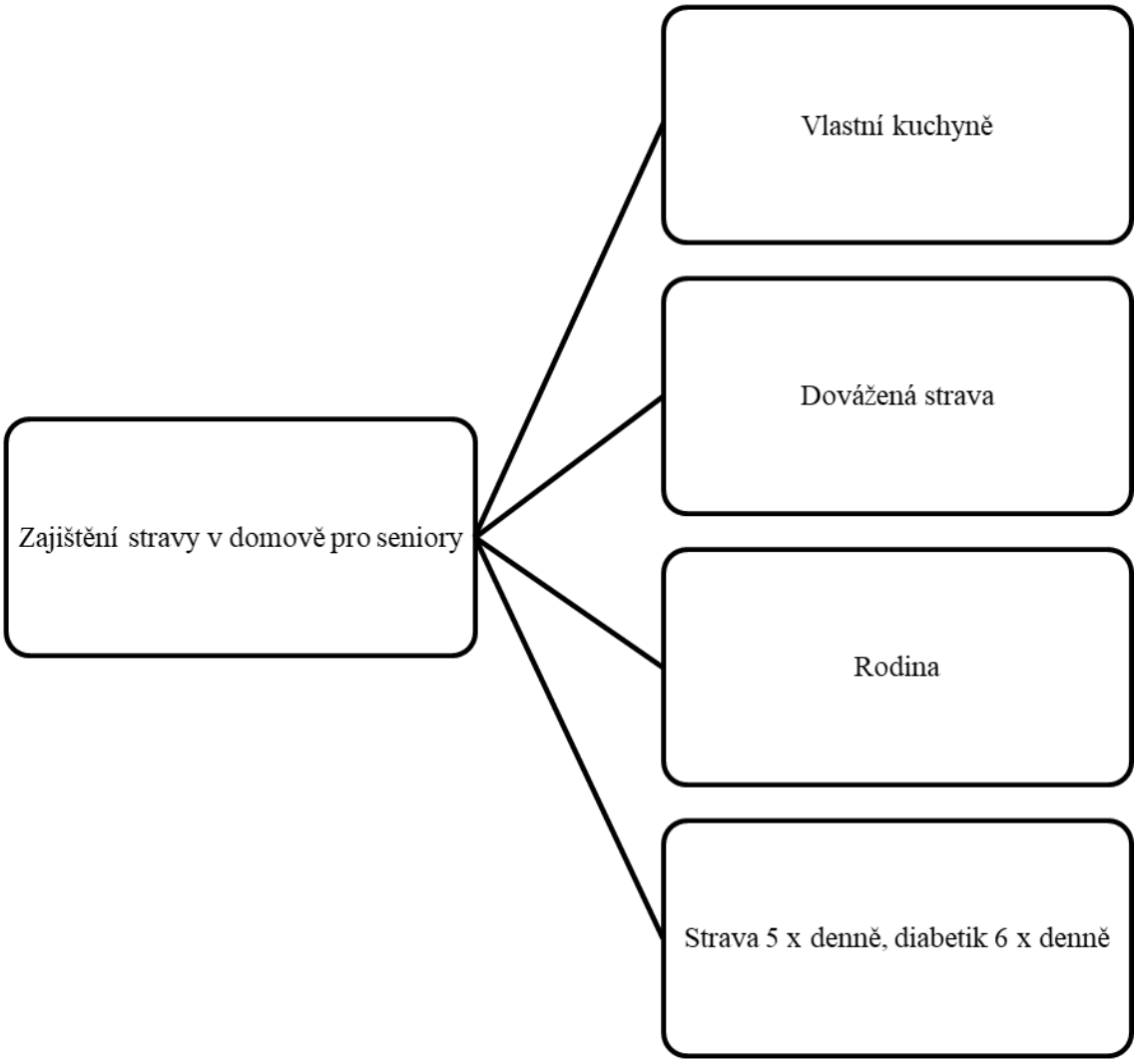
Kategorie představuje zajištění stravy v domově pro seniory. Všeobecné sestry S1, S2, S3, S4, S5 podávají stravu zajištěnou z vlastní kuchyně. Všeobecné sestry S1, S2, S3, S4 a S5 uvádí, že jídla pro seniory jsou připravovaná podle naordinovaných diet od nutričního terapeuta. Strava je připravená do požadované konzistence a je podávaná v jídelně nebo na pokojích. Strava na pokoje seniorů je podávaná tabletovým systémem. Všeobecná sestra S5 upřednostňuje stravování seniorů v jídelně kvůli sociálnímu kontaktu. Všeobecné sestry S6, S7, S8, S9, S10 podávají dováženou stravu seniorům osobně. Stravu pro seniory si musí samy připravit do požadované konzistence. Všeobecné sestry S1, S2, S3, S4, S5, S6, S8, S9 se shodly, že v týdnu se podává teplý oběd a teplá večeře. Všeobecné sestry S7 a S10 podávají v týdnu teplý oběd a teplou večeři mají pondělí, středa, pátek. Zbylé dny podávají studenou večeři. O víkendu se podává pouze teplý oběd a večeře je studená. Všeobecná sestra S2 popsala zajištění stravy: *„Strava pro seniory je zajišťována ze školní jídelny. Dovážíme ji. Objednává se na týden dopředu. O víkendu nám dováží jídlo z restaurace po domluvě ohledně diety. Stravu podávají všeobecné sestry, ošetřovatelky, pečovatelky. Celý tým spolupracuje. Strava je podávána 5krát denně, snídaně do 8. hodiny ranní, dopolední svačina okolo 10. hodiny. Dopolední svačina je lehká. Podáváme ovocnou šťávu, ovoce. Oběd podáváme po 12. hodině. Po polední pauze, kolem 14. hodiny podáváme svačinu. Odpoledne podáváme kávu a zákusek – bábovka, koláček. Seniorům s problematickým rozmělněním stravy podáváme tvarohy, jogurty. Po 17. hodině podáváme večeři. Přes týden je teplá večeře. O víkendu podáváme studené večeře – pomazánky, obložené talíře. Diabetici dostávají ve 21 hodin druhou večeři. Rozpis druhých večeří máme určený, např. v úterý bílý jogurt.“*

Všeobecné sestry S1, S2, S3, S4, S5, S6, S7, S8, S9, S10 se shodly na četnosti podávaných jídel seniorům. Seniorům se podává snídaně, svačina, oběd, svačina a večeře. Diabetikům se podává navíc druhá večeře. Všeobecné sestry S1 a S7 uvádí, že o dopolední svačinu senioři nemají zájem. Pokud má senior hlad mimo pravidelný rozpis podávané stravy, všeobecné sestry S6, S7, S8, S9 a S10 stravu podají. Všeobecné sestry S1, S2, S3, S4, S5 podají jen v případě, pokud má senior jídlo zajištěné od rodiny. Všeobecné sestry S4 a S5 se domnívají, že senioři hlad nemají: *„Dostávají dostatek jídla během dne.“* Všeobecná sestra S9 je názoru: *„Pokud seniorovi nestačí*

jídlo a má hlad, je lepší variantou podávat větší porce kvalitní stravy, než např. podat sušenku.“

Způsoby zajištění stravy seniorům znázorňuje obrázek č. 2.

Obrázek č. 2: Zajištění stravy v domově pro seniory



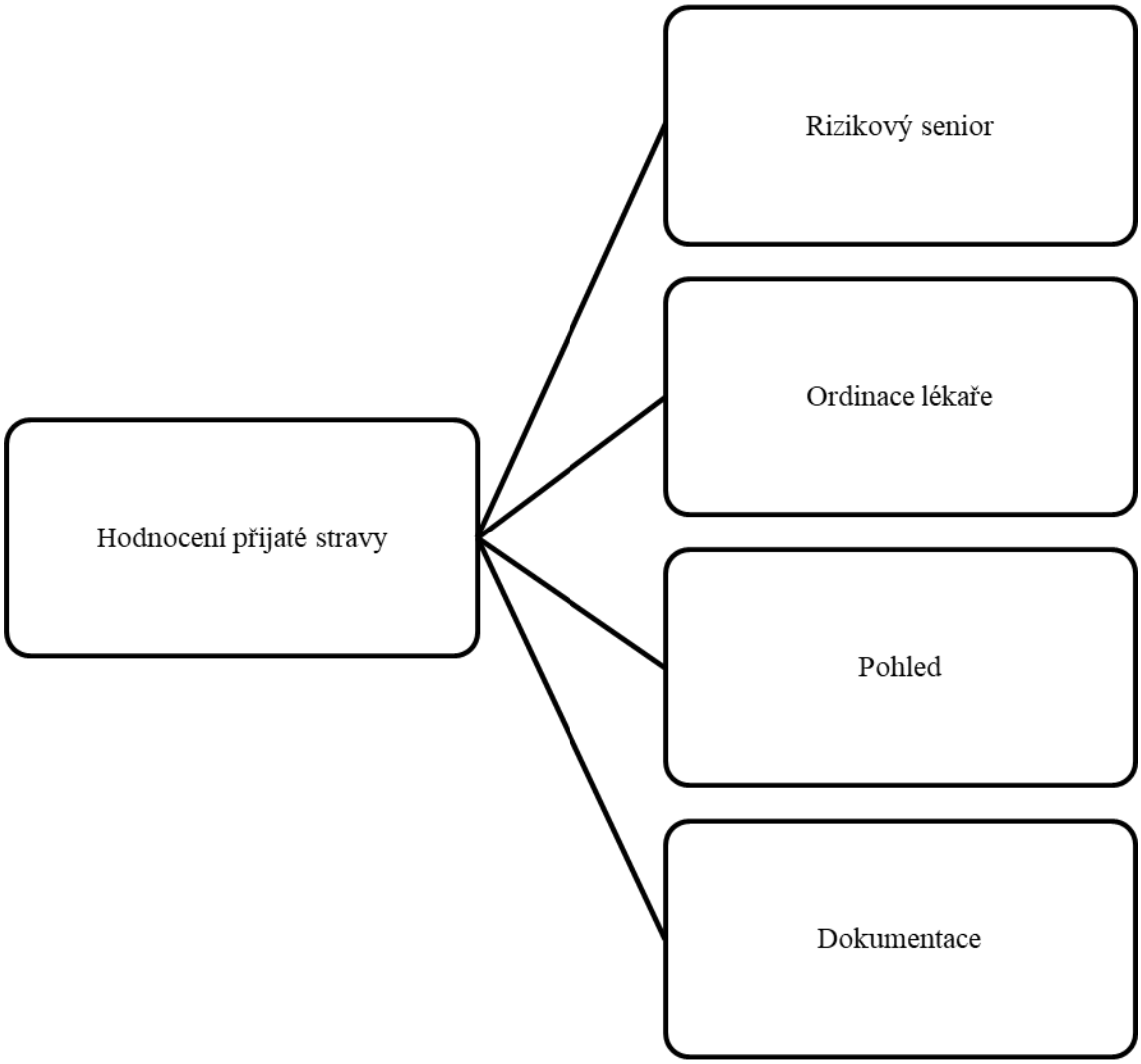
Zdroj: vlastní zpracování

Kategorie 3 – Hodnocení příjmu stravy

Kategorie obsahuje informace o záznamu zkonzumované stravy. Dotazované všeobecné sestry se shodly, že záznam o zkonzumované stravě není součástí zavedené dokumentace. Výjimka je podle všeobecných sester S1, S2, S8 a S10 pouze u rizikových seniorů. Mezi rizikové seniory zařazují seniory s poruchou polykání, zvracením, rizikem aspirace. U rizikových seniorů si dotazované všeobecné sestry S1, S2, S8, S10 informace o příjmu stravy předávají ústně při předávání směny. Všeobecné sestry S1, S2 podávají stravu u rizikových seniorů samy. Tento způsob jim vyhovuje, snaží se předejít aspiraci a mají přehled o zkonzumované stravě. Všeobecné sestry S4, S5, S8 zaznamenávají množství zkonzumované stravy pouze po ordinaci lékařem, ale záznam není součástí dokumentace. Lékař nejčastěji ordinuje monitoraci stravy u seniorů s úbytkem hmotnosti. Pouze všeobecné sestry S7 a S9 kontrolují množství zkonzumované stravy u seniorů, ale nezaznamenávají jej. Množství kontrolují pohledem nebo dotazem od pomocného personálu. Všeobecná sestra S9 odpověděla: *„Se seniory jsem velmi často, jsou jako moje rodina, znám, co jim chutná a co ne, vím, který senior potřebuje dopomoc a dohled.“* Všeobecná sestra S3 říká: *„Podle mě mají stravy dost, a pokud budou mít hlad, tak se nají.“* Všeobecná sestra S3 množství přijaté stravy nehodnotí. Dokumentaci na množství zkonzumované stravy nemají zavedenou. Všeobecná sestra S4: „*Hodnotím jen u seniorů po indikaci nutričního terapeuta. Formulář na to nemáme, jen to shrnu v hlášení.“* Všeobecné sestře S4 tento způsob vyhovuje. Spolupráce s nutričním terapeutem ústně jí vyhovuje. Je ráda, že nemusí vyplňovat další papír. Raději se bude věnovat seniorům než papírové dokumentaci.

Způsob hodnocení příjmu stravy znázorňuje obrázek č. 3.

Obrázek č. 3: Hodnocení přijaté stravy



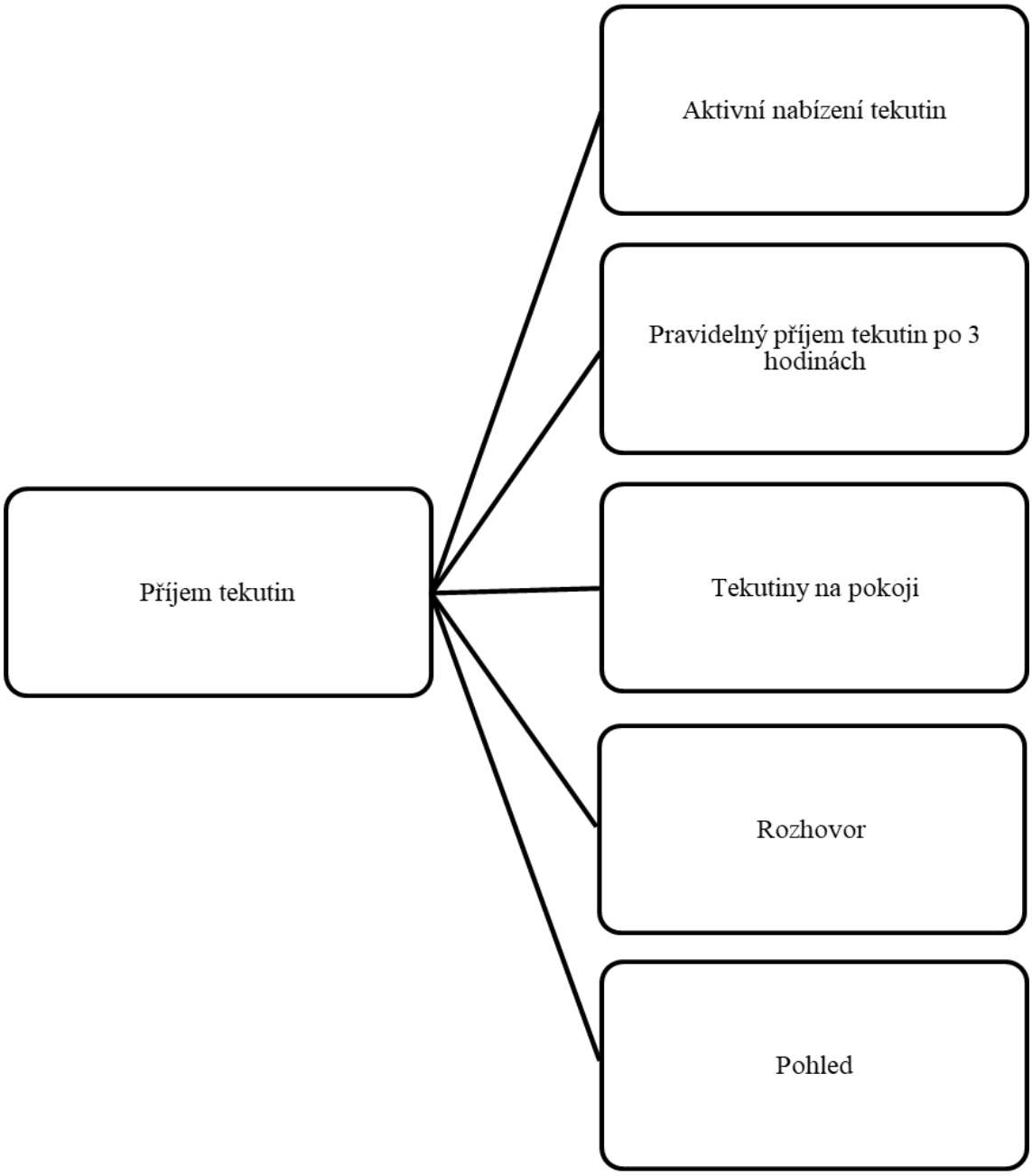
Zdroj: vlastní zpracování

Kategorie 4 – Pitný režim

Kategorie obsahuje výsledky o důležitosti příjmu tekutin. Pitný režim je velmi důležitý a všechny dotazované všeobecné sestry si to uvědomují, jen mají odlišný přístup. Shodují se, že většina seniorů nemá pocit žízně, proto je důležitý pravidelný příjem tekutin. Všeobecné sestry S1, S2, S3, S4 se snaží zajistit příjem tekutin 1,5 litru za den. U seniorů hraje velkou roli soběstačnost. U nesoběstačných seniorů nabízí tekutiny při polohování všeobecná sestra S1, S2, S3, S4. Tekutiny podávají seniorům během dne, v noci zachovávají pauzu, aby senioři měli nerušený spánek. Seniorům podávají nejčastěji čaje ovocné, bylinkové a šťávy. K snídani preferují bílou kávu. Ovocné šťávy podávají všeobecné sestry S1, S2, S3, S4, S5 v rámci svačinky. Všeobecná sestra S5 koriguje příjem tekutin podle diurézy seniorů. Všeobecným sestrám S7 a S8 stačí příjem tekutin 1 litr za den. Všeobecná sestra S8 odpověděla: *„Soběstačné seniory nehlídám, mají k dispozici čaj. Nesoběstačným seniorům podávám tekutiny, snažím se alespoň 1 litr za den. Pokud senior odmítá, nabízím tekutiny.“* Všeobecná sestra S10 příjem tekutin seniorům přenechává pomocnému personálu. Na příjem tekutin dohlíží jen u rizikových seniorů, nebo po ordinaci lékařem. Všechny dotazované všeobecné sestry si uvědomují důležitost tekutin a následků způsobených dehydratací. Všeobecná sestra S9 dbá na dostatečný příjem tekutin, snaží se seniorům pomoci. U rizikových seniorů monitoruje známky dehydratace – oschlý jazyk. Senioři mají tekutiny v dosahu ruky. Soběstační senioři se sami obslouží – konvice s čajem na pokojích, jídelně, společenské místnosti. Při podávání tekutin imobilním seniorům používá ošetřovatelský personál kompenzační pomůcky, nejčastěji pítka. S kompenzačními pomůckami – pítky mají všechny dotazované všeobecné sestry zkušenost.

Způsob zajištění příjmu tekutin znázorňuje obrázek č. 4.

Obrázek č. 4: Pitný režim



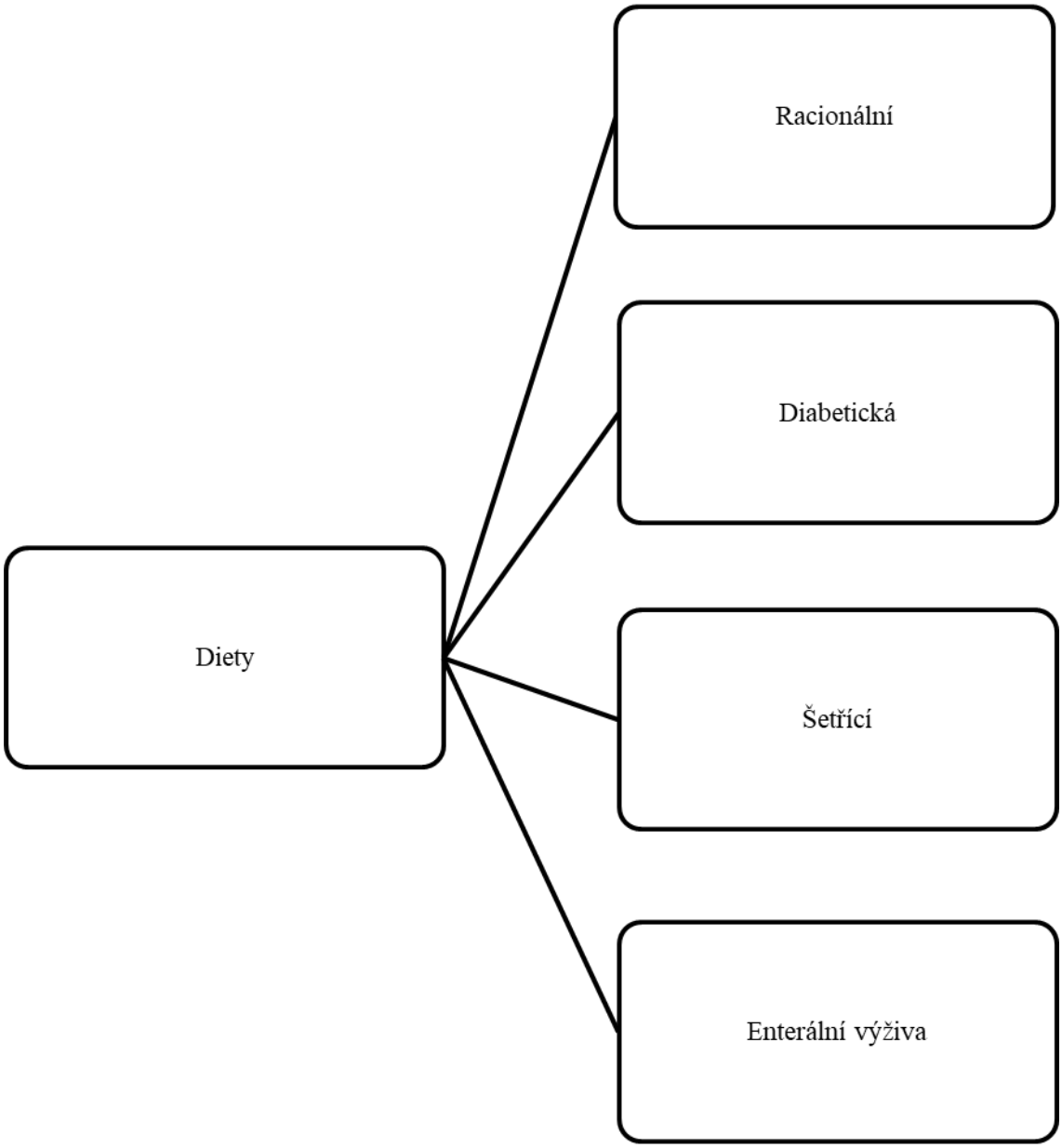
Zdroj: vlastní zpracování

Kategorie 5 – Dietní systém

Kategorie představuje označení diet používaných v domovech pro seniory. Všechny dotazované všeobecné sestry uvádějí, že používají stejné označení diet jako v nemocnici. Všeobecné sestry S1, S2, S4, S5 podávají seniorům nejčastěji dietu racionální, šetřící a diabetickou. Všeobecné sestry S3, S6, S7, S8, S9, S10 podávají dietu racionální a diabetickou. Výhoda domova pro seniory s vlastní kuchyní je v přípravě čerstvých pokrmů v konzistenci podle potřeb seniorů. Všeobecné sestry S6, S7, S8, S9, S10 musí dovezenou stravu do požadované konzistence připravit samy. V domovech pro seniory bez vlastní kuchyně se strava objednává týden dopředu. Všeobecné sestry S8 a S9 vybírají z jídelního lístku podle svých chutí. Všeobecné sestry S8 a S9 při výběru stravy nerespektují nároky seniorů a domnívají se, že změna v jídelníčku seniorům neuškodí. Všeobecné sestry S6, S7, S10 si uvědomují, že stravování není plnohodnotné. Všeobecná sestra S6 odpověděla: *„Občas se stává, že nabídka jídel není vhodná pro seniory. Stravu upravíme do nejvhodnější konzistence. Ale každé jídlo upravit nelze. Problém bývá hlavně o víkendu, mixovaná strava pak opakovaně končí krupicovou kaší.“* Všeobecná sestra S7 vidí velký nedostatek v ohřevu dovezené stravy. Strava se do domova pro seniory dováží v poledne a večeře se musí ohřívat. Vlastní kuchyně má spoustu dalších výhod, větší spektrum diet, výběr pokrmů. Všeobecná sestra S1 odpověděla: *„Každému se nejde zavděčit. Máme seniory, kteří i kdyby měli jídelní lístek jako v restauraci, tak si nevyberou.“* Možnost výběru stravy nemají všeobecné sestry S2, S4, S5, S8, S10. Všeobecné sestry S1, S3, S6, S9 mají na výběr pouze, když je sladké jídlo. Všeobecná sestra S7 dává vybírat seniorům o víkendu při studené večeři. Pro seniory s NGS, PEG se používá průmyslově vyrobená strava, podává se Nutrison. Nutrison se objednává v nemocnici u gastroenterologa.

Diety používané v domovech pro seniory znázorňuje obrázek č. 5.

Obrázek č. 5: Dietní systém



Zdroj: vlastní zpracování

Kategorie 6 – Překážky při příjmu stravy

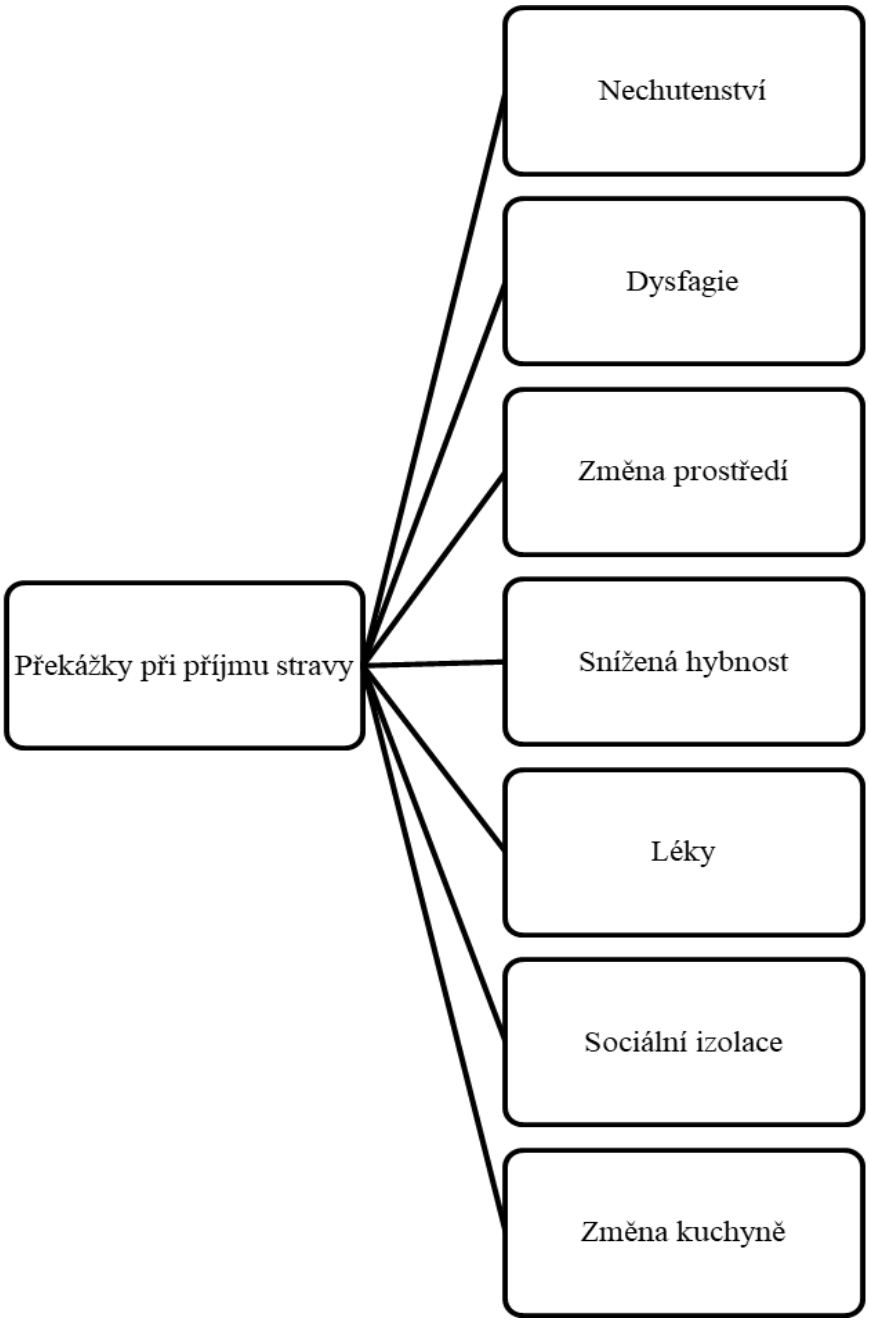
Tato kategorie představuje nejčastější překážky při příjmu stravy. Za nejčastější příčinu nedostatečné výživy seniorů při příjmu stravy zmiňovaly všeobecné sestry S1, S2, S3, S5 a S8 nechutenství a poruchy trávení. Všeobecná sestra S1 odpověděla: *„Myslím si, že někdy méně znamená více. Seniorům se snaží zpestřit jídelníček. Ale podle mě o nové moderní jídlo nestojí.“* Všeobecné sestry S2, S4, S5, S6, S9, S10 si uvědomují, že senioři mají snížený pocitu hladu a žízně a důležitou roli hraje psychická stránka. Senioři se špatně vyrovnávají se změnou prostředí. Po adaptaci na nové prostředí se chuť na jídlo zlepší. Všeobecná sestra S6 vidí velký vliv v sociální izolaci. Další podíl vidí všeobecné sestry S7, S8, S10 v nekvalitních potravinách a všeobecné sestry S6, S9, S10 ve snížené hybnosti. Pokud se snižuje hybnost, dochází ke ztrátě svaloviny a senior chřadne. Stárnutím dochází ke snížené hybnosti. Ta se také podepisuje na množství přijaté stravy. Všechny všeobecné sestry se shodly na úpravě jídelníčku podle možností seniora. Všeobecné sestry S2, S4, S7 upravují polohu seniora před podáním stravy. Jen všeobecná sestra S5 používá zahušťovadlo pro úpravu konzistence stravy u seniorů s poruchami polykání. Kromě všeobecné sestry S6, S7, S8 je příjem stravy u seniorů, kteří nejsou schopni polykat stravu per os z důvodu dysfagie, zajištěn pomocí NGS nebo PEG.

Podstatnou stránkou je podle všeobecných sester S1, S3, S4, S5, S6, S9, S10 kvalita chrupu. Všeobecné sestry S2, S4 se setkávají se seniory, kterým nevyhovuje mletá strava. Všeobecná sestra S7 dbá na estetickou úpravu stravy. Domnívá se, že je to významný faktor ovlivňující chuť k jídlu. Podle všeobecné sestry S3 má každý senior za svůj život vypěstovaný návyk stravování, má svá oblíbená jídla, způsoby přípravy jídla. Tento návyk je narušen přechodem do domova pro seniory. Všeobecné sestry S1, S2, S3, S4, S5 mohou návyky z domova zachovat. Po konzultaci s nutričním terapeutem vždy nějaké řešení nebo kompromis naleznou. Všechny všeobecné sestry se shodly na úpravě jídelníčku podle možností seniora, bez ohledu na to, zda má domov pro seniory vlastní kuchyň. Podle všeobecných sester S1, S2, S3, S4, S5, S6, S7, S9 se seniorům s dysfagií nejčastěji podává mixovaná strava. U seniorů s dysfagií je podávání stravy obtížné. Všeobecné sestry S2, S4, S7 zdůrazňují pro podávání stravy vhodnou polohu seniora a dostatek času a tolerance. Podávání stravy je pro všechny dotazované všeobecné sestry časově náročné. U rizikových seniorů podávají stravu všeobecné sestry S1, S2, S3, S9.

Z výzkumu vyplívá, že překážkou při příjmu stravy u seniorů všeobecné sestry S1, S2, S4, S5, S6 zdůraznily bohatou farmakologickou anamnézu. Všeobecné sestry S1, S2, S3, S4, S5, S6, S8, S9, S10 uvedly, že léky podávají seniorům před jídlem. U rizikových seniorů se léky drtí do požadované konzistence. Všeobecná sestra S7 jako jediná uvedla, že léky podává u rizikových seniorů s jídlem. Zamíchá je do podávaného pokrmu.

Překážky při příjmu stravy jsou znázorněny na obrázku č. 6.

Obrázek č. 6: Překážky při příjmu stravy



Zdroj: vlastní zpracování

Kategorie 7 – Dopomoc při zajišťování příjmu stravy a tekutin

V kategorii je představena dopomoc při příjmu stravy a tekutin seniorům. Všechny dotazované všeobecné sestry se shodly, že senioři mívají problém s rozmělněním stravy. Stravu a tekutiny je potřeba přizpůsobit potřebám seniorů. Všeobecné sestry S2, S4, S5, S6, S10 se shodly na úpravě stravy mixováním. Všeobecné sestry S1, S3, S7, S8, S9 mají raději úpravu stravy na malé kousky. Všeobecná sestra S9 odpověděla: *„Při výběru stravy se snažíme vybírat stravu vhodnou pro seniory – např. měkké maso. Podávané jídlo krájíme na kousky nebo mixujeme. Vše po domluvě se seniorem.“* Důležitým faktorem při příjmu stravy je čas. Všeobecné sestry S4 a S7 se během podávání stravy setkávají s nedostatkem času. Všeobecná sestra S7 odpověděla: *„Záleží, jak je obsazená směna. Pokud mám nakrmit 10 seniorů místo 5, musím krmení urychlit. Vše musím přizpůsobit stavu seniora, jeho schopnostem.“* Všeobecná sestra S4 odpověděla: *„Nejdříve se roznosí strava soběstačným seniorům. Poté se krmí nesoběstační. Snažím se, aby snědli celou porci.“* Všeobecné sestry S1, S2, S3, S5, S6, S8, S9 a S10 dostatečný čas na příjem stravy dodržují. Všeobecná sestra S2 odpověděla: *„Najdou se ale sestry, které na seniory chvátají.“* Všechny dotazované všeobecné sestry shodně odpověděly, že záleží na ošetřovatelském týmu dané směny. Všeobecná sestra S1 odpověděla: *„Pokud je dobrá organizace práce během podávání stravy a personál se věnuje jen seniorům, a ne svému soukromí, je na dopomoc seniorům při podávání stravy dostatek času.“* Všeobecné sestry S1, S3, S4, S6, S7, S9, S10 seniory už znají, znají dobu, jakou musí věnovat podávání stravy. Respektují, že každý senior potřebuje na příjem stravy různě dlouhou dobu. Ale v situacích, kdy je nedostatečný počet pomocného personálu, dochází ke zkrácení času na podání stravy. Všeobecné sestry S6, S7, S8, S9, S10 podávají stravu dováženou a mnoho času jim zabere příprava jednotlivých porcí. Všeobecné sestry by uvítaly, kdyby na přípravu jednotlivých porcí byla vyčleněna pracovnice, která by přípravu porcí zajistila. Všeobecná sestra S6 popsala: *„O víkendu jsou směny v domově pro seniory oslabené. Čas, který strávím přípravou porcí jednotlivých chodů, bych raději věnovala seniorům.“*

Pokud by všeobecné sestry S6, S7, S8, S9, S10 chtěly v oblasti stravování něco zlepšit, byla by to vlastní kuchyně. Všeobecná sestra S5 odpověděla: *Pokud je senior nesoběstačný, krmím ho tak dlouho, dokud nesní své jídlo. Na seniory nechvátám, u částečně soběstačných preferuji, aby se najedli sami, poté dokrmím.“* Všeobecná sestra S4 nezapomněla připomenout vhodnost správné polohy při podávání stravy

seniorovi: *„Taky záleží na zdravotním stavu seniora. Já si seniora upravím v lůžku do zvýšené polohy a pomalu krmím.“*

Všechny dotazované všeobecné sestry popsaly, že v domovech pro seniory se používají kompenzační pomůcky. Popisují, že se často setkávají s tím, že pomocný personál krmí pomocí injekčních stříkaček, aby podání stravy seniorům s poruchou sebepéče urychlil.

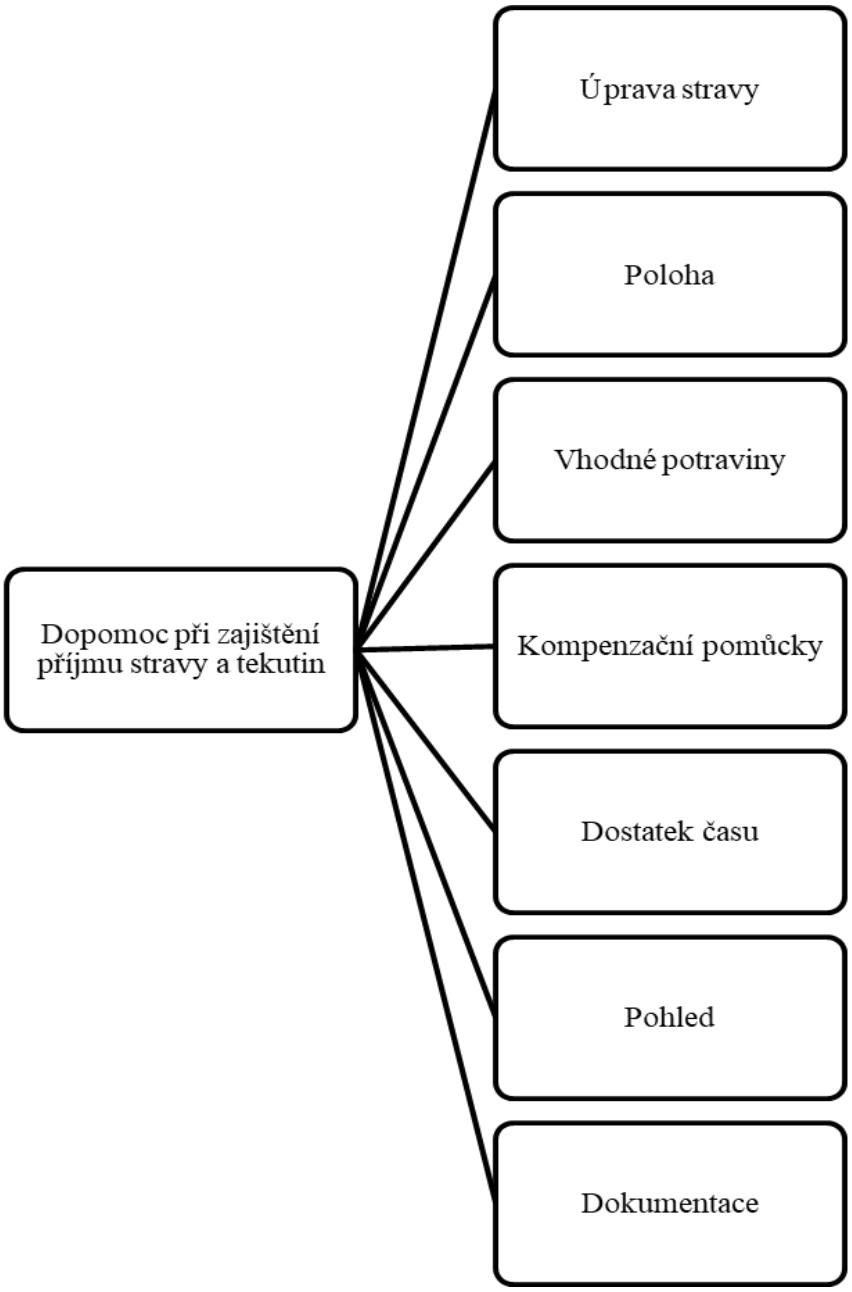
Z výsledků dále vyplynulo, jak hodnotí spokojenost seniorů s podávanou stravou. Všeobecné sestry S1, S2, S3 hodnotí pohledem – jaké množství senioři snědli. Všeobecná sestra S3 kontaktuje nutričního terapeuta, pokud senior přijímá nedostatečné množství stravy. Všeobecná sestra S5 odpověděla: *„Pokud byli senioři s nějakým jídlem nespokojeni, oznámím to nutriční terapeutce. Občas se to stává. Nutriční terapeutka chce zpestřit seniorům jídelníček, ale senioři mají rádi klasiku a moderní jídla neuznávají.“*

Všeobecné sestry S4, S6, S7, S8, S9 se ptají seniorů, jak jim podané jídlo chutnalo. Všeobecné sestry S6, S10 se ptají seniorů, ale i kdyby jim nechutnalo, tak jiná možnost stravování není. Všeobecná sestra S10 hodnotí, že seniorům chutná, aniž by se jich ptala.

Všeobecné sestry S1, S3, S4, S5, S6, S9, S10 se domnívají, že rozmělnění stravy je pro seniory velký problém. Stav chrupu seniorů je velmi špatný. Všeobecné sestry S2, S5, S9, S10 se setkávají u seniorů s problémem, že náhradní zubní náhrady nesedí. Všeobecná sestra S2 vidí východisko ve výběru vhodných potravin, např. ke svačinám tvarohy, ovocné pyré.

Dopomoc při zajištění příjmu stravy a tekutin jsou znázorněny na obrázku č. 7.

Obrázek č. 7: Dopomoc při zajišťování příjmu stravy a tekutin



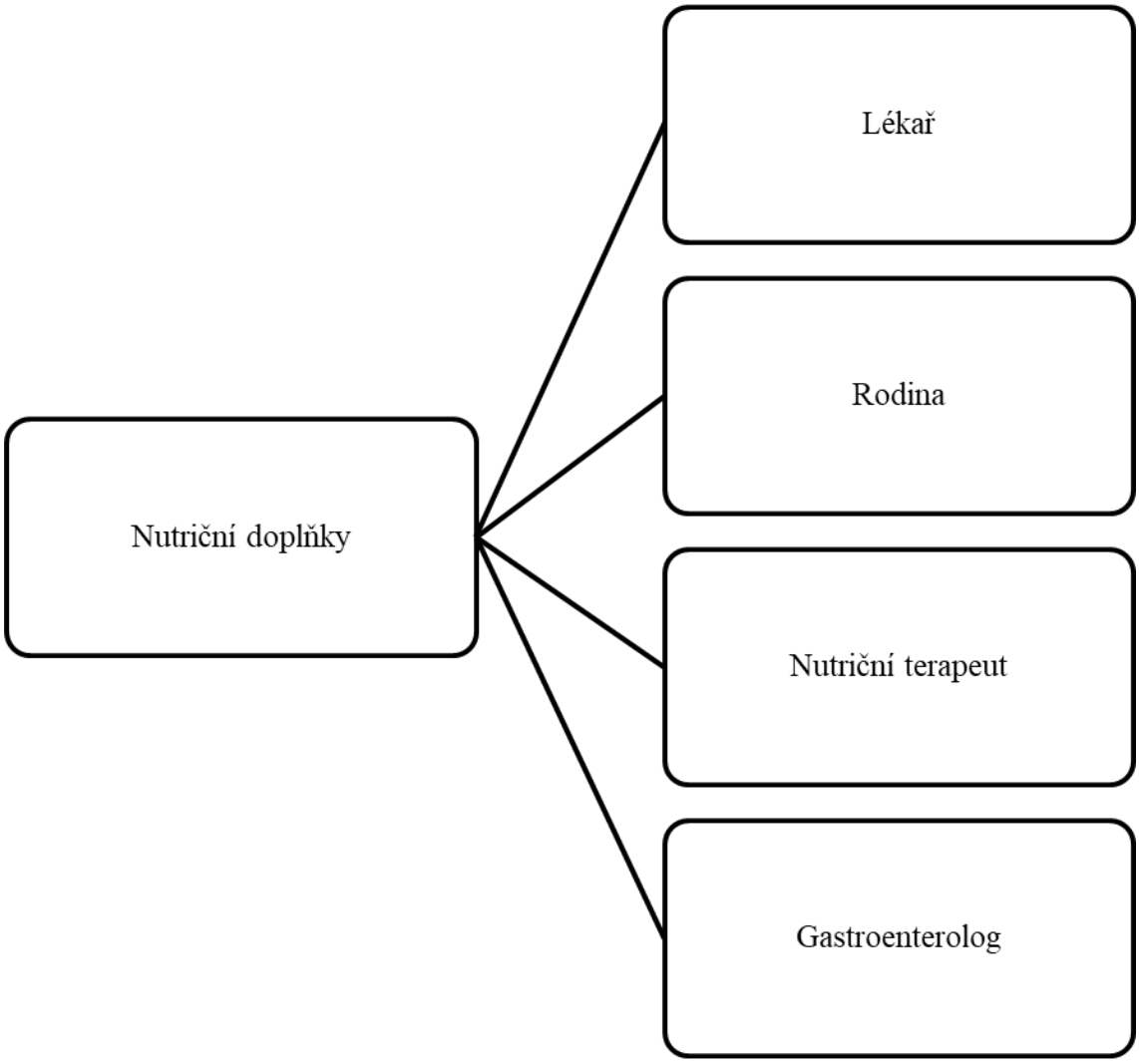
Zdroj: vlastní zpracování

Kategorie 8 – Nutriční doplňky

Poslední kategorie je věnována nutriční podpoře seniorů. S nutričními doplňky výživy se setkaly všechny dotazované všeobecné sestry. Shodly se, že záleží na spolupráci s rodinou. Všeobecné sestry S1, S2, S3, S4, S5 nutriční doplňky podávají po indikaci nutričního terapeuta. Všeobecné sestry S6, S7, S10 podávají doplňky výživy při změně zdravotního stavu. Všeobecná sestra S7 uvádí: *„U seniorů, kteří odmítají běžnou stravu, nesnědí celou porci nebo u onkologických seniorů, podává ošetřovatelský personál Nutridrinky, Nutridrink creme.“* Všeobecná sestra S6 odpověděla: *„Doplňky výživy jako Nutridrinky používám u seniorů, kterým se špatně hojí rány, trpí nechutenstvím.“* Všeobecná sestra S5 odpověděla: *„U poruch polykání používám zahušťovadla.“* Všeobecná sestra S8 podává nutriční doplňky jen, když přinese doplňky výživy rodina. Všeobecná sestra S9 podává doplňky výživy po ordinaci lékaře. Uvědomuje si, že doplňky výživy jsou pro seniory významnou součástí výživy. Všeobecná sestra S10 doplňky výživy nejčastěji podává seniorům při nedostatečném příjmu per os, při ztrátě hmotnosti, zhoršeném hojení ran. Doplňky výživy ordinuje většinou nutriční terapeut. Pokud jej domov pro seniory nemá, indikuje nutriční doplňky lékař. Nutriční doplňky podávají dotazované všeobecné sestry ve formě sippingu. Všeobecné sestry S1, S2, S3, S4, S5 podávají nutriční doplňky v rámci odpoledních svačin. U seniorů se všeobecným sestrám S7, S10 osvědčily velmi oblíbené nutricremy. Seniorům se dobře polykají a nezpůsobují průjmy. Všeobecná sestra S9 nutriční doplňky nepodává ve formě sippingu, ale podává je jednorázově. U seniorů s PEG, NGS používají enterální výživu naordinovanou gastroenterologem. Toto potvrdily všechny dotazované všeobecné sestry. Senioři mají naordinované množství enterální výživy a časové rozmezí.

Indikace podávání nutričních doplňků znázorněny na obrázku č. 8.

Obrázek č. 8: Nutriční doplňky



Zdroj: vlastní zpracování

5 Diskuze

Má bakalářská práce se věnuje problematice výživy u seniorů. Byly stanoveny dva cíle. Prvním cílem práce bylo zjistit, jaké jsou překážky při příjmu stravy u seniorů z pohledu všeobecné sestry. Druhým cílem bylo zjistit, jak spolupracují všeobecné sestry v domovech pro seniory s dalšími členy ošetřovatelského týmu. Ke zpracování bakalářské práce bylo použito kvalitativní výzkumné šetření metodou dotazování technikou polostrukturovaného rozhovoru. Rozhovory byly vedeny s 10 všeobecnými sestrami ze čtyř domovů pro seniory. Všeobecné sestry byly vybrány ze 3 domovů pro seniory v Jihočeském kraji a 1 domova pro seniory z Kraje Vysočina. Výzkumný vzorek tvořilo 10 všeobecných sester pracujících v domovech pro seniory. Byly vybrány domovy pro seniory s vlastní kuchyní a domovy pro seniory, kam je strava dovážena. Všechny všeobecné sestry uvedly, že se na stravování seniorů podílí. Všeobecné sestry byly ujištěny, že zpracování rozhovorů bude anonymní.

Výsledky práce ukázaly, že nutriční stav seniorů v domovech pro seniory je hodnocen minimálně. Všeobecné sestry S1, S2, S4, S5 hodnotí nutriční stav seniorů podle MNA testu. Všeobecná sestra S8 hodnotí nutriční stav seniorů podle BMI. Všeobecná sestra S9 se domnívá, že senioři mají spíše problém s nadváhou. Názor všeobecné sestry S9: *„Většina seniorů je obézních, v poslední době jsem se nesetkala se seniorem normální postavy.“* To neznamená, že obézní senior nemůže být ve velmi špatném nutričním stavu. Další dotazované všeobecné sestry S6 a S10 hodnotí seniora pouze pohledem, a ne na základě měřitelných parametrů. Poslední všeobecné sestry S7 a S9 neznají parametry, podle kterých se určuje nutriční stav seniora. Skutečnost, že nutriční stav seniorů se většinou řeší až při zhoršení stavu nebo poklesu hmotnosti je alarmující. Všeobecné sestry S3, S6, S7, S9, S10 hodnotí stav výživy při viditelných změnách nebo změně zdravotního stavu. Z vlastní zkušenosti mohu tento jev potvrdit.

Pro zajištění kvalitní péče o seniory je potřeba zajistit výživu s dostatečným přísunem energie a živin. Hodnocením nutričních dotazníků, měřitelné a potřebné hodnoty získáme. Při stanovení stavu nutrice nehodnotíme jen hmotnost, jak si všeobecné sestry S6 a S10 představují. K měřitelným hodnotám je důležité doplnit nutriční anamnézu seniora. Dále je potřeba brát zřetel na potřeby seniora, návyky, soběstačnost, stav chrupu a přidružená onemocnění. U seniorů nemůžeme akceptovat názor, že senior má jíst málo, protože má snížené potřeby. Naopak senior potřebuje kvalitní potraviny.

Abychom mohli správně hodnotit nutriční stav seniorů, je nutná přítomnost nutričního terapeuta v ošetřovatelském týmu. Všeobecné sestry S1, S2, S3, S4, S5 spolupracují s nutričním terapeutem a hodnocení nutričního stavu provádí společně celý ošetřovatelský tým pečující o seniora. Na základě analýzy výsledků lze odpovědět na třetí výzkumnou otázku, a to jak spolupracují sestry v domovech pro seniory s dalšími členy ošetřovatelského týmu. Pokud není spolupráce s nutričním terapeutem, stav nutrice je často hodnocen jen pohledem, nebo řešen při úbytku hmotnosti. Nutriční terapeut pravidelně hodnotí nutriční stav a indikuje výživu podle seniorových potřeb. Výsledek výzkumu ukázal, že domovy pro seniory bez nutričního terapeuta kladou více zodpovědnosti na ošetřovatelský personál, který nedokáže adekvátně zhodnotit nutriční stav seniora. Všeobecné sestry S6, S7, S8, S9, S10, které nemají možnost spolupráce s nutričním terapeutem, musí zvolit vhodný způsob k zajištění nutričního stavu seniora samy. Výsledkem je podávání stravy bez ohledu na výživové potřeby seniorů.

Z odpovědí na výzkumnou otázku, jaké překážky se vyskytují při příjmu stravy u seniorů v domovech pro seniory, jsem toho názoru, že překážky vyskytující se při příjmu stravy u seniorů jsou jednak ze strany samotných seniorů a jednak ze strany daného domova pro seniory. Za nejčastější příčinu nedostatečné výživy seniorů při příjmu stravy zmiňovaly všeobecné sestry S1, S2, S3, S5 a S8 nechutenství a poruchy trávení. Všeobecné sestry S2, S4, S5, S6, S9, S10 si uvědomují, že senioři mají snížený pocitu hladu a žízně a že důležitou roli hraje psychická stránka seniora. Všeobecné sestry S1, S3, S4, S5, S6, S9, S10 se domnívají, že rozmělnění stravy je pro seniory velký problém. Stav chrupu seniorů je velmi špatný. Stejný názor má i Pokorná (2013). Je zajímavé, že žádná ze všeobecných sester nezmínila dysfagii jako příčinu nedostatečné výživy u seniorů. Jako další důvod nedostatečného stravování uvedly všeobecné sestry S2, S4, S5, S6, S9, S10 vliv prostředí, ve kterém se senior stravuje. S výjimkou všeobecné sestry S5, která byla ochotna dopravit seniory do společné jídelny. Všeobecné sestry S1, S2, S3, S4, S6, S7, S8, S9, S10 uvedly, že je časově přijatelnější a méně náročnější podat stravu seniorovi na pokoji. Domnívám se, že tento postoj není správný, neboť společné stravování může podpořit u seniora chuť k jídlu.

Každý senior potřebuje individuální přístup ohledně příjmu a podávání stravy, ale i dopomoci při stravování. Někomu postačí stravu připravit a upravit polohu. Někteří senioři potřebují podat stravu přímo ošetřujícím personálem, protože sami nejsou schopni se najíst. Se stravováním souvisí míra soběstačnosti seniora, která se

v domovech pro seniory také nehodnotí a také záleží na zvyklostech seniora. Nesoběstačný senior je závislý na péči druhé osoby. Všeobecná sestra S5 odpověděla: *„Pokud je senior nesoběstačný, krmím ho tak dlouho, dokud nesní své jídlo. Na seniory nechvátám, u částečně soběstačných preferuji, aby se najedli sami, poté dokrmím.“* Pokud za seniorem dochází rodina, je velmi důležité zapojovat jí do celkové péče o seniora, tudíž i do péče o stravování. V tomto případě mohou příbuzní donést i domácí stravu, na kterou byl senior zvyklý. Příkladem může být odpolední svačina s kávou, kterou si senior bez přípravy rodinou nedopřeje. Přístup blízkých příbuzných je ale různý. Někteří se domnívají, že umístěním seniora do domova pro seniora jejich péče končí a veškerou odpovědnost překlápí na ošetřovatelský personál. Dále se stále častěji setkáváme se situací, kdy jsou senioři osamělý, bez rodin a příbuzných.

Všeobecné sestry S1, S2, S4, S5, S8, S9 si pod potřebou výživy představuje pocit hladu. Jen všeobecné sestry S3, S6, S7 si uvědomily, že potřeba výživy není zaměřená jen na pocit hladu a žízně. Jde především o dopomoc při příjmu stravy a tekutin.

Velkou výhodu mají domovy pro seniory s vlastním stravovacím provozem, kde jídelníček sestavuje nutriční terapeut podle potřeb výživy seniorů. V kuchyni jsou schopni připravovat čerstvou stravu podle dietního plánu a potřeb seniora. Strava připravená v kuchyni do vhodné konzistence a naservírovaná na talíře šetří čas ošetřovatelskému týmu. Z vlastní zkušenosti mohu potvrdit, že je strava v domovech pro seniory podávaná 5krát denně a diabetikům 6krát denně. Jídelníček v domově pro seniory bývá sestavován na týden dopředu. V nabídce jídel se podle mé zkušenosti i podle odpovědí dotazovaných všeobecných sester osvědčila česká kuchyně, jak odpověděla všeobecná sestra S1 *„Někdy méně, znamená více“*.

V domovech pro seniory, které nedisponují vlastní kuchyní je strava dovážena z různých zařízení a ošetřovatelský personál jí musí připravovat a servírovat seniorům na místě. Všeobecné sestry S6, S7, S8, S9, S10 podávají dováženou stravu seniorům osobně. Stravu pro seniory si musí samy připravit do požadované konzistence. V mnoha případech se výběr stravy odvíjí od požadavků a chutí ošetřovatelského personálu, bez ohledu na dietní omezení seniorů, přičemž strava by měla být kvalitní, aby se zamezilo poruchám zažívání u seniorů. Všeobecné sestry S8 a S9 vybírají z jídelního lístku podle svých chutí a při výběru stravy nerespektují nároky seniorů a domnívají se, že změna v jídelníčku seniorům neuškodí.

Podle mého názoru je velmi důležitá spolupráce všeobecných sester s ostatními členy ošetřovatelského týmu a domnívám se, že by v domovech pro seniory měla být zavedena dokumentace na sledování příjmu stravy a tekutin. Na otázku ohledně hodnocení příjmu stravy, výzkum upozornil, že příjem stravy maximálně monitorují pohledem všeobecné sestry S7 a S9. Všeobecné sestry S1, S2, S8, S10 uvedly, že příjem stravy hodnotí pohledem pouze u rizikových seniorů. U seniorů při zhoršení zdravotního stavu po ordinaci lékařem hodnotí příjem stravy všeobecné sestry S4, S5, S8. Množství zkonzumovaného jídla všeobecné sestry S1, S2, S3, S4, S5, S6, S7, S8, S9, S10 nezapisují do dokumentace, protože nemají v domově pro seniory zavedenou žádnou dokumentaci na sledování příjmu stravy a tekutin. Informace o příjmu stravy si předávají pouze ústně bez písemného záznamu. Všeobecná sestra S3 příjem stravy nehodnotí vůbec.

Další zjištění výzkumu je, že nejčastěji všeobecné sestry S1, S2, S4, S5 podávají seniorům dietu racionální, šetřící a diabetickou. Všeobecné sestry S3, S6, S7, S8, S9, S10 podávají dietu racionální a diabetickou. V domově pro seniory s vlastní kuchyní není problém připravit dietu dle potřeb seniora. Podle Kaspera (2015) lze eliminovat optimalizací výživy vznik dalších onemocnění. Domovy pro seniory bez vlastní kuchyně jsou velmi omezené. Jídlo volí podle denní nabídky a stravu musí připravovat do požadované konzistence, dle potřeb a stavu seniorů. Pro ošetřovatelský personál je příprava jídla časově náročná a ztrácí nejen na kvalitě, ale i nutriční hodnotě. Nejčastějším problémem je, že ne každé jídlo se dá upravit do požadované konzistence. Všeobecná sestra S6 odpověděla: *„Občas se stává, že nabídka jídel není vhodná pro seniory. Stravu upravíme do nejvhodnější konzistence. Ale každé jídlo upravit nelze. Problém bývá hlavně o víkendu, mixovaná strava pak opakovaně končí krupicovou kaší.“* Jako příklad lze uvést výpověď všeobecné sestry S9 *„Při výběru stravy se snažíme vybírat stravu vhodnou pro seniory – měkké maso. Podávané jídlo krájíme na kousky nebo mixujeme. Vše po domluvě se seniorem“. Jsem ráda, že i mixovaná strava může vypadat na talíři esteticky. Základem jsou jednotlivé složky porce umixované zvlášť.“*

Z rozhovorů dále vyplývá, že všeobecné sestry S1, S2, S3, S5, S6, S8, S9, S10 věnují dostatek času na podávání stravy a dopomoc při stravování. Při podávání stravy spolupracuje ošetřovatelský tým. Každý člen týmu má svou roli. Všeobecné sestry S7 a S4 odpověděly, že bývají časově omezeny při nedostatku personálu. Odpovědi všech

dotazovaných všeobecných sester se shodují s postupem podávání stravy, který popsala ve své knize Nováková (2008).

Podle Stránského (2010), by měl senior denně vypít okolo 2,5 litru tekutin. Přístup k hydrataci seniorů je u dotazovaných všeobecných sester však odlišný. Všeobecné sestry S1, S2, S3, S4 se snaží zajistit příjem tekutin 1,5 litru za den. Všeobecná sestra S5 koriguje příjem tekutin podle diurézy seniora. Domnívám se, že příjem tekutin seniorů se v domovech pro seniory výrazně zlepšil, ale není reálné zajistit seniorovi příjem 2,5 litru tekutin za den. Z mých zkušeností vím, že překážkou je hlavně snížený pocit žízně, následuje obtížné polykání nebo nepodání tekutin personálem.

Potěšující byly výsledky týkající se doplňků výživy. Výsledky rozhovorů s všeobecnými sestrami byly kladné. Všeobecné sestry S1, S2, S3, S4, S5 nutriční doplňky podávají po indikaci nutričního terapeuta. Všeobecné sestry S6, S7, S10 podávají doplňky výživy při změně zdravotního stavu. Znovu musím kladně ohodnotit přítomnost nutričního terapeuta v domově pro seniory. Doplňky výživy ordinuje nutriční terapeut nebo domov pro seniory musí spolupracovat s rodinou. Kasper (2015) je názoru, pokud senior nepokryje denní příjem energie a živin, je vhodný okamžik pro podávání doplňků výživy bohaté na živiny a energii. Toto se v praxi potvrdilo.

Překvapivé bylo zjištění týkající se týkající možnosti výběru podávané stravy seniorovi. V rozhovorech všeobecné sestry shodně odpovídaly stále stejnou odpovědí, jako všeobecná sestra S1 odpověděla *„Každému se nejde zavděčit. Máme seniory, kteří i kdyby měli jídelní lístek jako v restauraci, tak si nevyberou“.* Chápu, že pokud nemá domov pro seniory vlastní kuchyni, je příprava stravy pro seniory problematická. Ale je to zamyšlení do budoucna. Stále je co zlepšovat.

Výzkum potvrdil, že je velmi důležitá zpětná vazba mezi ošetřovatelským týmem a seniorem. Pokud chci zlepšovat nutriční stav, musím průběžně sledovat příjem stravy a tekutin. Podle Venglářové (2007) je prvním krokem vztahu mezi seniorem a ošetřovatelským týmem dobrá komunikace. Abych mohla hodnotit, musím také monitorovat. Kohout (2011) tvrdí, pokud se v domovech pro seniory nezavede nutriční screening a nebude se pravidelně provádět, nevyhledají se senioři s rizikem malnutrice.

Závěr

Bakalářská práce „Saturace potřeby výživy u seniorů v domovech pro seniory“ se zabývala problematikou výživy u seniorů v domovech pro seniory. Ke zpracování tohoto tématu jsem si stanovila 2 cíle. Zjistit, jaké jsou překážky při příjmu stravy u seniorů z pohledu sestry. Zjistit spolupráci sester na uspokojení potřeby výživy u seniorů v domovech pro seniory s dalšími členy ošetřovatelského týmu. Pro splnění cílů byly stanoveny 3 výzkumné otázky. Výzkumné otázky zněly: 1. Jaké překážky se vyskytují při příjmu stravy u seniorů v domovech pro seniory? 2. Jak uspokojují sestry potřebu výživy u seniorů v domovech pro seniory? 3. Jak spolupracují sestry v domovech pro seniory s dalšími členy ošetřovatelského týmu?

V souvislosti s analýzou odpovědí dotazovaných všeobecných sester, je možné uvést, že všechny všeobecné sestry se podílejí na příjmu stravy seniorům v domovech pro seniory. Všeobecné sestry v domovech pro seniory bez stravovacího provozu, se podílejí na přípravě i podávání stravy seniorům. Všeobecné sestry v domovech pro seniory s vlastním stravovacím provozem pomáhají s podáváním stravy seniorům. Výzkum poukázal na překážky při příjmu stravy u seniorů jednak z nich samotných, ale i ze strany domova pro seniory, jde zejména o stav chrupu, nesoběstačnost, sociální izolaci. Ze strany domova pro seniory pak výzkum poukázal na nedostatky hodnocení nutričního stavu seniorů a absence vlastního stravovacího provozu. Začátkem nápravy je návrh na záznamový list sledování stravy podávané seniorům s možností záznamu intervence nutričního terapeuta (příloha 8). Výsledkem vyhodnocení záznamových listů by měly být stanoveny další opatření k odstranění překážek při příjmu stravy u seniorů.

Z výzkumu dále vyplývá, že velkým nedostatkem v domovech pro seniory je nejen nepřítomnost nutričního terapeuta, ale i nedostatek pomocného personálu při přípravě a podávání stravy. I za těchto podmínek je spolupráce všech členů ošetřovatelského týmu na dobré úrovni. Velmi důležité je získávání nových poznatků a postupů v oblasti výživy. V tomto ohledu by bylo velmi vhodné proškolit stávající personál, zejména všeobecné sestry cestou semináře na téma výživy a hodnocení nutričního stavu.

Na samotný závěr práce je potřeba upozornit, že pobyt v domově pro seniory je poslední etapa života seniorů. Za celý svůj život jsou zvyklí na svůj standard, svoje zvyky, např. odpolední káva a něco dobrého k ní. Domov pro seniory není nemocnice,

svoji péči v domově si převážně hradí sami, protože jde zejména o sociální služby, které jsou jim poskytovány. Z tohoto důvodu by se senioři měli v těchto pobytových zařízeních cítit co nejlépe a personál by se měl snažit jim alespoň v některých službách nahradit jejich domov, to se týká i stravování.

Seznam použitých zdrojů

1. ČEVELA, R. et al., 2012. *Sociální gerontologie: Úvod do problematiky*. Praha: Grada. 240 s. ISBN 978-80-247-3901-4.
2. FLORIÁNKOVÁ, M., 2014. *Zdravý životní styl a jídelníček pro seniory*. Praha: Fragment. 168 s. ISBN 978-80-253-2031-0.
3. HANZLÍKOVÁ, A. et al., 2004. *Komunitní ošetřovatelství*. 2. Martin: Osveta. 272 s. ISBN 80-8063-213-8.
4. HAŠKOVCOVÁ, H., 2010. *Fenomén stáří*. 2. vydání. Praha: Havlíček Brain Team. 365 s. ISBN 978-80-87109-19-9.
5. HEGYI, L., KRAJČÍK, Š., 2010. *Geriatria. 1*. Bratislava: Herba. 608 s. ISBN 978-80-89171-73-6.
6. KAHLEOVÁ, H., 2013. *Vegetariánská strava v léčbě diabetu*. Praha: Maxdorf. 326 s. ISBN 978-80-7345-344-2.
7. KALVACH, Z. et al., 2011. *Křehký pacient a primární péče*. Praha: Grada. 400 s. ISBN 978-80-247-4026-3.
8. KALVACH, Z., ONDERKOVÁ, A., 2006. *Stáří, Pojetí geriatrického pacienta a jeho problémů v ošetřovatelské praxi.* Praha: Galén. 44 s. ISBN 80-7262-455-5.
9. KASPER, H., 2015. *Výživa v medicíně a dietetika*. Praha: Grada. 592 s. ISBN 978-80-247-4533-6.
10. KLEVETOVÁ, D., DLABALOVÁ, I., 2008. *Motivační prvky při práci se seniory*. Praha: Grada. 224 s. ISBN 978-80-247-2169-9.
11. KOHOUT, P., 2011. *Dokumentace a hodnocení nutričního stavu pacientů*. Praha: Forsapi. 60 s. ISBN 978-80-87250-12-9.
12. KUZNÍKOVÁ, I., 2011. *Sociální práce ve zdravotnictví*. Praha: Grada. 224 s. ISBN 978-80-247-3676-1.
13. LEMONE P. et al., 2015. *Medical – surgical nursing.* 2. edition. Austria: Pearson Higher Education. Inc. 2091 p. ISBN 13:978-0-13-507594-4.
14. MALÍKOVÁ, E., 2011. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. Praha: Grada. 328 s. ISBN 978-80-247-3148-3.
15. MATOUŠEK, O. et al., 2005. *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. Praha: Portál. 352 s. ISBN 80-7367-002-X.
16. MIKULÁŠTÍK, M., 2010. *Komunikační dovednosti v praxi*. 2. Praha: Grada. 328 s. ISBN 978-80-247-2339-6.

17. Národní zdravotnický informační portál [online]. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR a Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2021 [cit. 22.07.2021]. Dostupné z: https://www.nzip.cz. ISSN 2695-0340.
18. NOVÁKOVÁ, R., 2008. *Pečovatelství I: učební text pro studenty oboru Sociální péče – pečovatelská činnost*. Praha: Triton. 120 s. ISBN 978-80-7387-085-0.
19. ONDRUŠOVÁ, Z., 2011. *Gerontologie* [online]. [cit. 2018-07–16] Dostupné z: https://htf.cuni.cz/HTF-103-version1-gerontologie7.pdf
20. POKORNÁ, A., 2013. *Ošetřovatelství v geriatrii: hodnotící nástroje*. Praha: Grada. 202 s. ISBN 978-80-247-4316-5.
21. POKORNÁ, D., 2002–2017. *Dietní systém pro nemocnice* [online]. [cit. 2018-07–16] In: Dietologie. Dostupné z http://www.dietologie.cz/dieta/zakladni-dieta/zakladni-diety-v-nemocnici.html
22. SCHULER, M., OSTER, P., 2010. *Geriatrie od A do Z pro sestry*. Praha: Grada. 336 s. ISBN 978-80-247-3013-4.
23. STARNOVSKÁ, T., 2010. *Nutriční péče jako nezbytná část péče v domovech pro seniory v ČR*. Konference. Praha: Česká asociace sester, 26.2.2010.
24. STRÁNSKÝ, M., RYŠAVÁ, L., 2010. *Fyziologie a patofyziologie výživy*. České Budějovice: Jihočeská univerzita, Zdravotně sociální fakulta. 182 s. ISBN 978-80-7394-241-0.
25. STRUNECKÁ, A., 2011. *Doba jedová. 1*. Praha: Triton. 360 s. ISBN 978-80-7387-469-8.
26. Subjektivní globální hodnocení [online]. [cit. 2018-07–16] Dostupné z: http://subjectiveglobalassessment.com/
27. SVAČINA, Š., 2010. *Poruchy metabolismu a výživy*. Praha: Galén. 505 s. ISBN 978-80-7262-676-2.
28. ŠENKYŘÍK, M. et al., 2014. Výživa ve stáří. *Geriatrie a gerontologie* 3(4). s. 175-178. ISSN 1805-4684.
29. TRACHTOVÁ, E. et al., 2008. *Potřeby nemocného v ošetřovatelském procesu.* 2. vydání. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotních oborů. 186 s. ISBN 80-7013-324-4.
30. VÁGNEROVÁ, M., 2012. *Vývojová psychologie: dětství, dospělost, stáří*. Praha: Karolinum. 531 s. ISBN 978-80-246-2153-1.
31. VENGLÁŘOVÁ, M., 2007. *Problematické situace v péči o seniory: příručka pro zdravotnické a sociální pracovníky*. Praha: Grada. 96 s. ISBN 978-80-247-2170-5.

32. VOLKERT, D. et al. 2015. ESPEN guidelines on nutrition in dementia. Clinical Nutrition [online]. [cit. 2018-07–16]. Dostupné z: http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S026156141500237X
33. Zákon č. 108/2006: Zákon o sociálních službách [online]. [cit. 2018-02-12]. Dostupné z: https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-108
34. ZITÁNYI, P., TĚŠÍNSKÝ P., 2013. *Současné trendy v klinické výživě a intenzivní metabolické péči*. Praha: Institut postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví. 61 s. ISBN 978-80-87023-25-9.
35. ZLOCH, Z., 2009. Některé specifické požadavky na výživu ve vyšším věku. *Interní medicína pro praxi.* 11(3): 134-137. ISSN 1212-7299.

Seznam obrázků a tabulek

Seznam obrázků

Obrázek č. 1: Nutriční stav 26
Obrázek č. 2: Zajištění stravy v domově pro seniory 28
Obrázek č. 3: Hodnocení přijaté stravy 30
Obrázek č. 4: Pitný režim 32
Obrázek č. 5: Dietní systém 34
Obrázek č. 6: Překážky při příjmu stravy 37
Obrázek č. 7: Dopomoc při zajišťování příjmu stravy a tekutin 40
Obrázek č. 8: Nutriční doplňky 42

Seznam tabulek

Tabulka č. 1: Identifikační údaje všeobecných sester 23

Seznam příloh

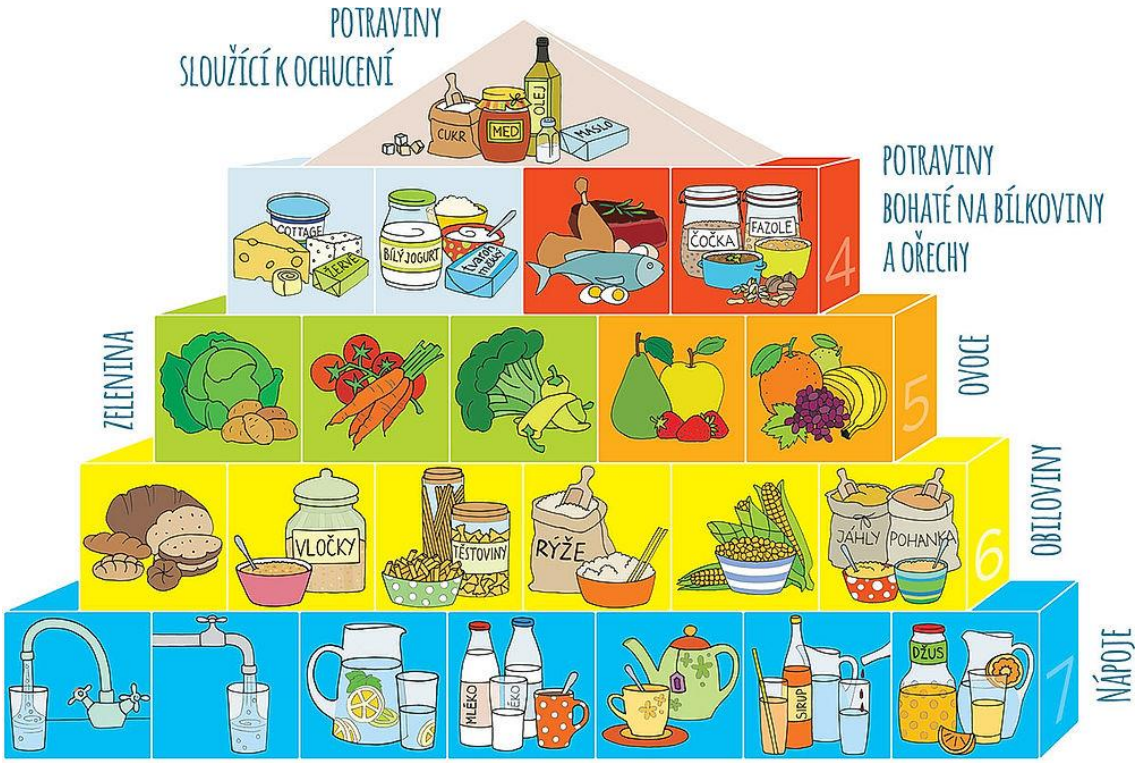
Příloha č. 1: Maslowova pyramida 55
Příloha č. 2: Výživová pyramida 56
Příloha č. 3: MNA škála 57
Příloha č. 4: Barthelové test základních všedních činností 58
Příloha č. 5: Dieta racionální 59
Příloha č. 6: Dieta mletá 60
Příloha č. 7: Racionální dieta 61
Příloha č. 8: Záznam příjmu stravy 62
Příloha č. 9: Otázky pro rozhovor 63

Přílohy

Příloha č. 1: Maslowova pyramida

Zdroj: vlastní zpracování

Příloha č. 2: Výživová pyramida



Zdroj: Národní zdravotnický informační portál

Příloha č. 3: MNA škála

[redacted]	
Pokoj - patro	318
Ročník narození	1935
Výška (v cm)	165
Váha (v kg)	94 ke dni 01.03.2012 (-5,0 kg rozdíl od předposledním měření dne 01.01.2012)
BMI	34
Strava	diabetická
Nutriční stav	uspokojivý (ke dni 20.02.2012)

MNA DOTAZNÍK ®

Otázky		KONTROLNÍ VYŠETŘENÍ (DATUM)		
		01.11.	01.01.	01.03.
A	**Snížil se příjem stravy v důsledku nechutenství či zaživacích potiží (i polykání)** 0 - silné nechutenství 1 - mírné nechutenství 2 - normální chuť k jídlu	2	2	1
B	**Váhový úbytek** 0 - váhový úbytek větší než 3kg 1 - nevím 2 - váhový úbytek mezi mezi 1-3 kg 3 - bez váhového úbytku	B 3 H 102	B 2 H 99	B 0 H 94
C	**Pohyblivost** 0 - imobilní klient 1 - klient schopný samostatného pohybu na omezenou vzdálenost 2 - klient schopný samostatného pohybu bez omezení vzdálenosti	0	0	0
D	**Akutní onemocnění-psychický stres** 0 - ano 1 - ne	1	1	1
E	**Neuropsychické potíže** 0 - těžká demence 1 - mírná demence 2 - bez psychologických změn	2	2	2
F	**BMI** 0 - BMI je nižší než 19 1 - BMI je 19 nebo je nižší než 21 2 - BMI je 21 nebo je nižší než 23 3 - BMI je 23 nebo je vyšší	3	3	3
Součty		11	10	7

Doporučení k datu 01.03.
11 a méně bodů - klient může být ohrožen malnutrici. Klienta je nutno předat do péče nutričního terapeuta.

podpis zpracovatele

Zdroj: vlastní zpracování

Příloha č. 4: Barthelové test základních všedních činností

Činnost	**Úroveň**	**Skóre**	**Datum**	**Datum**
jídlo, pití	sám bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0		
oblékání	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0		
koupání	samostatně, s pomocí neprovede	5 0		
osobní hygiena	samostatně, s pomocí neprovede	5 0		
kontinence moče	plně kontinentní občas inkontinentní (1x týdně) inkontinentní, katetrizován	10 5 0		
kontinence stolice	plně kontinentní občas inkontinentní (1x týdně) inkontinentní	10 5 0		
přesun lůžko-židle	samostatně bez pomoci s malou pomocí, vydrží sedět s pomocí (1–2 lidi) neprovede	15 10 5 0		
chůze po rovině	samostatně nad 50 metrů s pomocí nad 50 metrů na vozíku 50 metrů neprovede	15 10 5 0		
chůze po schodech	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0		
použití WC	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0		
celkem				

Zdroj: vlastní zpracování

Hodnocení: 0–40 bodů vysoce závislý

45–60 bodů závislost středního stupně

65–95 bodů lehká závislost

100 bodů nezávislý

Příloha č. 5: Dieta racionální

Zdroj: vlastní zpracování

Příloha č. 6: Dieta mletá

Zdroj: vlastní zpracování

Příloha č. 7: Racionální dieta

Racionální dieta		
Pondělí	**Snídaně**	Bílá káva, čaj, pečivo, termix
	Svačina	Jablko
	Oběd	Drožďová polévka, pečené kuřecí stehno, rýže, kompot
	Svačina	Kobliha
	Večeře	Tlačenka s cibulí, chléb, čaj
Úterý	**Snídaně**	Míchaná vejce na másle, chléb, čaj
	Svačina	Džusík
	Oběd	Zeleninová polévka, bramborový knedlík s uzeninou, zelí, nealkoholické pivo
	Svačina	Tvarohová pěna
	Večeře	Kuřecí kostky, brambor s máslem
Středa	**Snídaně**	Bílá káva, chléb, duko
	Svačina	Actimel
	Oběd	Česnečka s opečeným chlebem, vepřový plátek na pivě a medu, brambor, zeleninová obloha
	Svačina	Chlebíček
	Večeře	Dušená šunka, brambor
Čtvrtek	**Snídaně**	Plátkový sýr, máslo, chléb
	Svačina	Banán
	Oběd	Selská polévka, čočka na kyselo, vařené vejce, okurek, chléb
	Svačina	Croissant
	Večeře	Rybí filé, brambor
Pátek	**Snídaně**	Bílá káva, čaj, tvarohové koláče, džus
	Svačina	
	Oběd	Kuřecí plátek na žampiónech, těstoviny
	Svačina	Tvaroh ochucený
	Večeře	Sekaná, bramborová kaše
Sobota	**Snídaně**	Pečivo, pomazánka rybí, čaj, kiwi
	Svačina	
	Oběd	Nudlová polévka, lívance s marmeládou, dietní guláš, pečivo
	Svačina	Mléčný nápoj
	Večeře	Hermelín, chléb, čaj
Neděle	**Snídaně**	Bílá káva, čaj, šunka, máslo, chléb slunečnicový
	Svačina	Hroznové víno
	Oběd	Uzená polévka s rýží, pečený králík na zelenině, brambor, salát z červené řepy
	Svačina	Koláček povidlový
	Večeře	Drůbeží lunch, chléb, čaj

Zdroj: vlastní zpracování

Příloha č. 8: Záznam příjmu stravy

Datum	**Celá porce**	**¾ porce**	**½ porce**	**¼ porce**	**Nic**	**Doplněk stravy**	**Nutriční terapeut**
Snídaně							
Svačina							
Oběd							
Svačina							
Večeře							
Snídaně							
Svačina							
Oběd							
Svačina							
Večeře							
Snídaně							
Svačina							
Oběd							
Svačina							
Večeře							
Snídaně							
Svačina							
Oběd							
Svačina							
Večeře							
Snídaně							
Svačina							
Oběd							
Svačina							
Večeře							
Snídaně							
Svačina							
Oběd							
Svačina							
Večeře							
Snídaně							
Svačina							
Oběd							
Svačina							
Večeře							

Zdroj: vlastní zpracování

Příloha č. 9: Otázky pro rozhovor

1.	Jakým způsobem sledujete nutriční stav seniorů v domově pro seniory?
2.	Spolupracujete s nutričním terapeutem?
3.	Co si představujete pod pojmem potřeba výživy?
4.	Jakým způsobem zajišťujete stravu pro seniory v domově pro seniory? Kolikrát denně podáváte seniorům stravu?
5.	Jakým způsobem zaznamenáváte množství zkonzumované stravy?
6.	Pokud má senior hlad, má možnost se najíst nebo musí počkat na další chod?
7.	Jaký typ diet používáte v domově pro seniory?
8.	Jak dodržujete pitný režim seniorů v domově pro seniory?
9.	Jaké jsou nejčastější příčiny nedostatečné výživy seniorů?
10.	Jak zajišťujete příjem stravy u seniora s dysfagií?
11.	Jak přizpůsobujete jídelníček, pokud mají senioři problém s rozmělněním stravy?
12.	Pokud není schopen senior se sám najíst, kolik času máte na podání stravy?
13.	Jaké doplňky výživy podáváte seniorům?
14.	Mají senioři možnost výběru stravy?
15.	Hodnotíte spokojenost seniorů s podávanou stravou?

Zdroj: vlastní zpracování

Seznam použitých zkratek

BMI – Body mass index

% – procento

KJ – kilojoul

MNA – Mini Nutricional Assessment

MUST – Malnutricion Universal Screening Tool

např. – například

NGS – nasogastrická sonda

NRS – nutriční rizikový screening

PEG – perkutánní endoskopická gastrostomie

SGA – subjektivní globální hodnocení nutričního stavu