

**Vysoká škola zdravotnická, o. p. s., Praha 5**

**EDUKACE PACIENTA S NUTRIČNÍ TERAPIÍ**

**BAKALÁŘSKÁ PRÁCE**

**SILVIE VYSOUDILOVÁ**

**Praha 2016**

**VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, o. p. s., PRAHA 5**

**EDUKACE PACIENTA S NUTRIČNÍ TERAPIÍ**

Bakalářská práce

SILVIE VYSOUDILOVÁ

Stupeň vzdělání: bakalář

Název studijního oboru: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: Mgr. Pavel Šupka, DiS.

Praha 2016



**VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, o.p.s.**  
*se sídlem v Praze 5, Duškova 7, PSČ 150 00,*

**Vysoudilová Silvie**  
**3. VSV**

**Schválení tématu bakalářské práce**

Na základě Vaší žádosti ze dne 23. 10. 2015 Vám oznamuji  
schválení tématu Vaší bakalářské práce ve znění:

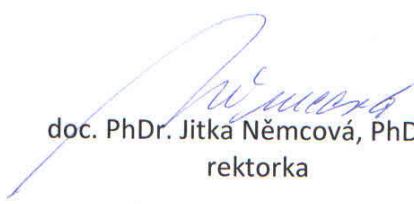
Edukace pacienta s nutriční terapií

*Education for Patients with Nutrition Therapy*

Vedoucí bakalářské práce: Mgr. Pavel Šupka, DiS.

Konzultant bakalářské práce: PhDr. Dušan Sysel, PhD., MPH

V Praze dne: 11. 11. 2015

  
doc. PhDr. Jitka Němcová, PhD.  
rektorka

## **PROHLÁŠENÍ**

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a všechny použité zdroje literatury jsem uvedla v seznamu použité literatury.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své bakalářské práce ke studijním účelům.

V Praze dne 31. 5. 2016

podpis.....

## ABSTRAKT

VYSOUDILOVÁ, Silvie. *Edukace pacienta s nutriční terapií*. Vysoká škola zdravotnická, o. p. s. Stupeň kvalifikace: Bakalář (Bc. ). Vedoucí práce: Mgr. Pavel Šupka, DiS. Praha, 2015, 84 s.

Téma bakalářské práce zní „Edukace pacienta s nutriční terapií“. Teoretická část práce popisuje všeobecně výživu, stručně bílkoviny, sacharidy, tuky, vitamíny, minerální látky, mléčné výrobky, pitný režim a výživová doporučení. Další kapitola popisuje dietní systém, v podkapitolách nalezneme charakteristiku a jídelníček jednotlivých diet, stravování v nemocničních zařízeních, postoje vlády a ministerstva zdravotnictví České republiky k otázkám výživy. Dále zde zmiňujeme nutriční screening a jeho význam v práci sestry. Poslední kapitola je věnovaná všeobecnému popisu edukace. Popisujeme zde její jednotlivé části. Těžiště bakalářské práce tvoří edukační proces, který je složen ze tří edukačních jednotek a je aplikován u pacienta v seniorském věku, který v krátké časové době ubyl na váze, trpí nechutenstvím a únavou. Cílem edukace bylo seznámit a poučit pacienta o zdravém životním stylu. Obeznámit jej s novými pojmy jakými jsou nutriční screening, BMI, malnutrice, karence a cholesterol. Nedílnou součástí edukace pacienta tvoří zásady správného pitného režimu a výživy v seniorském věku. Posledním z našich cílů bylo, aby rozpoznal zdravé a nezdravé potraviny a zvládl si sám vytvořit zdravý jídelníček.

Klíčová slova

Edukace. Edukační proces. Pacient. Všeobecná sestra. Výživa.

## ABSTRACT

VYSOUDILOVÁ, Silvie. *Education for patients with Nutrition Therapy*. The College of Nursing, o. p. s. Degree of qualification: Bachelor (Bc.). Supervisor: Mgr. Pavel Šupka, DiS. Praha, 2015, 84 p.

The topic of the bachelor's thesis is the patient's education in nutritional therapy. The theoretical part describes nutrition, briefly proteins, carbohydrates, fats, vitamins, minerals, dairy products, drinking regimen and dietary recommendations. The following chapter describes the dietary system, the subsections tackle the characteristics and dietary structure of individual regimens, catering in hospitals, attitudes of the government and the Ministry of Health of the Czech Republic to the issue of nutrition. There also mentions nutritional screening and its importance in the work of the nurses. The last chapter is devoted to a general description of education. I describe each of its parts. The core subject matter of the bachelor's thesis is the educational process that consists of three educational units and is applied to an elderly patient that lost weight in a short period of time, suffers from loss of appetite and fatigue. The goal of the education introduce and educate patients about healthy lifestyle. Familiarize him new concepts such as nutritional screening, BMI, malnutrition, deficiency and cholesterol. An integral part of patient education constitute the principles of proper drinking regime and diet in old age. The last of our goals was to recognize healthy and unhealthy foods and mastered himself to create a healthy diet.

### Key words

Education. Educational proce., Patient. General nurse. Nutrition.

## PŘEDMLUVA

Jako téma bakalářské práce jsem si vybrala edukaci pacienta s nutriční terapií. Toto téma jsem si vybrala z důvodu, že je často řešeno a konzultováno na mém pracovišti, kde se starám převážně o seniory. Téma nutriční terapie je mi proto velmi blízké a pro mě hodně poučné. Často se setkávám s tím, že pacienti mají velmi mizivé vědomosti, co se týká stravy, správného pitného režimu, zdravých a nezdravých potravin. Slova jako malnutrice, karence jsou pro ně naprosto cizí. Pacienti ve valné většině vůbec netuší, co je to nutriční screening a k čemu slouží, neznají např. pojem BMI a proč se provádí. Kvůli těmto deficitům ve znalostech jsem zvolila toto téma, aby pacient měl dostatek informací a vědomostí a jeho kroky, aby dál směřovaly k celkově zdravějšímu životnímu stylu.

Bakalářská práce je určena pro všechny zdravotnické pracovníky, aby byli sami schopni dostatečně edukovat pacienta o celkové nutriční terapii. Dále pro pacienty trpící touto problematikou, pro rodinné příslušníky, kteří by se chtěli dozvědět něco o této problematice. Práce je také vhodná pro studenty oboru Všeobecná sestra.

Ráda bych touto cestou poděkovala mému vedoucímu bakalářské práce panu Mgr. Pavlu Šupkovi, DiS. Za jeho pomoc, připomínky a návrhy, díky kterým jsem dovedla svou práci do zdárného konce.

Dále patří velký dík mé rodině za jejich podporu, ochotu pomoci po celou dobu mého studia a při vzniku této bakalářské práce.

## Obsah

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK .....	9
SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ .....	10
ÚVOD .....	13
1 VÝŽIVA .....	15
1.1 BÍLKOVINY .....	17
1.2 SACHARIDY .....	18
1.3 TUKY .....	19
1.4 VITAMÍNY .....	20
1.5 MINERÁLNÍ LÁTKY .....	21
1.6 MLÉČNÉ VÝROBKY .....	21
1.7 PITNÝ REŽIM .....	22
1.8 VÝŽIVOVÁ DOPORUČENÍ .....	22
2 DIETNÍ SYSTÉM .....	23
2.1 CHARAKTERISTIKA A JÍDELNÍČEK JEDNOTLIVÝCH DIET .....	28
2.1.1 DIETA TEKUTÁ – 0 .....	28
2.1.2 DIETA KAŠOVITÁ – 1 .....	29
2.1.3 DIETA ŠETŘÍCÍ – 2 .....	29
2.1.4 DIETA RACIONÁLNÍ – 3 .....	29
2.1.5 DIETA S OMEZENÍM TUKŮ – 4 .....	30
2.1.6 DIETA S OMEZENÍM ZBYTKŮ – 5 .....	30
2.1.7 DIETA S OMEZENÍM BÍLKOVIN – 6 .....	31
2.1.8 DIETA S OMEZENÍM CHOLESTEROLU – 7 .....	31
2.1.9 DIETA REDUKČNÍ – 8 .....	32
2.1.10 DIETA DIABETICKÁ – 9 .....	33
2.1.11 DIETA NESLANÁ ŠETŘÍCÍ – 10 .....	33
2.1.12 DIETA VÝŽIVNÁ – 11 .....	34
2.2 STRAVOVÁNÍ V NEMOCNIČNÍCH ZAŘÍZENÍCH .....	34
2.3 POSTOJ VLÁDY A MINISTERSTVA ZDRAVOTNICTVÍ ČR K OTÁZCE VÝŽIVY .....	36
2.4 NUTRIČNÍ SCREENING A JEHO VÝZNAM V PRÁCI SESTRY .....	41
3 EDUKACE .....	42
3.1 FORMY A METODY EDUKACE .....	44
3.2 FÁZE PROCESU EDUKACE .....	45
4 EDUKAČNÍ PROCES U PACIENTA S NUTRIČNÍ TERAPIÍ .....	47
ZÁVĚR .....	79
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY .....	81
SEZNAM PŘÍLOH .....	85



## SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

<b>BMI</b>	body mass index
<b>Ca</b>	vápník
<b>ČSSR</b>	Československá socialistická republika
<b>ČR</b>	Česká republika
<b>D3</b>	dieta základní
<b>D4</b>	dieta s omezením tuků
<b>D6</b>	dieta s omezením bílkovin
<b>D8</b>	dieta redukční
<b>D9</b>	dieta diabetická
<b>Dcl</b>	decilitr
<b>DKK</b>	dolní končetiny
<b>DM</b>	diabetes mellitus
<b>EKG</b>	elektrokardiografie
<b>Fe</b>	železo
<b>g/Kg</b>	gram/kilogram
<b>GIT</b>	gastrointestinální trakt
<b>HDL</b>	high density lipoprotein
<b>CHOPN</b>	chronická obstrukční plicní nemoc
<b>ICHS</b>	ischemická choroba srdeční
<b>IM</b>	infarkt myokardu
<b>KJ</b>	kilojouly
<b>LDL</b>	low density lipoprotein
<b>LS</b>	levostranný
<b>mmol/l</b>	milimol na litr
<b>MZ ČR</b>	Ministerstvo zdravotnictví České republiky
<b>P</b>	fosfor
<b>TBC</b>	tuberkulóza
<b>UZ</b>	ultrazvuk
<b>WHO</b>	Světová zdravotnická organizace

## SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ

<b>Alergie</b>	přecitlivělost organismu k některým látkám
<b>Angína</b>	prudký bolestivý zánět mandlí
<b>Antibiotická léčba</b>	léčba zabraňující růstu mikrobů nebo je hubí
<b>Antropologická zařízení</b>	zabývají se naukou o člověku, o původu, vývoji
<b>Artritida</b>	zánět kloubů, obvykle bakteriálního původu
<b>Astma</b>	záchvatovitá dušnost
<b>Ateroskleróza</b>	kornatění tepen
<b>Bércové vředy</b>	ztráta kožní substance, zasahující hluboko do podkožních tkání
<b>Celiakie</b>	celoživotní onemocnění způsobené nesnášenlivostí lepku
<b>Cilkanol</b>	léčivo, používané při chronických žilních onemocněních ke zmírnění obtíží
<b>Dehydratace</b>	odstranění vody z objektu, látky či prostoru, její ztráta
<b>Deprese</b>	psychické onemocnění řadící se mezi afektivní poruchy
<b>Diabetes mellitus</b>	souhrnný název pro skupinu chronických onemocnění, které se projevuje zvýšenou hladinou cukru v krvi neboli hyperglykémie
<b>Dietetika</b>	nauka o správné výživě
<b>Dietoterapie</b>	léčba pomocí diety
<b>Echokardiografické vyšetření</b>	zobrazovací metoda k ultrazvukovému srdce
<b>Empirie</b>	zkušenost (zdroj poznání)
<b>Enzym</b>	jednoduchá či složená bílkovina s katalytickou aktivitou
<b>Espen</b>	doporučené postupy pro enterální výživu
<b>Gastroskopické vyšetření</b>	lékařské vyšetření při obtížích s trávením
<b>Glykémie</b>	procentuální množství, hladina cukru

<b>Hemeroidy</b>	cévní struktury za řitním otvorem, které napomáhají při kontrole vyprazdňování
<b>Hippokrates</b>	nejslavnější lékař starověku
<b>Hyperkalémie</b>	zvýšená koncentrace draslíku v krvi
<b>Hyperlipidémie</b>	zvýšená hladina tuků v krvi
<b>Hypertenze</b>	zvýšený krevní tlak
<b>Hyperurikémie</b>	zvýšená hladina kyseliny močové v krvi
<b>Hypotenze</b>	snížení krevního tlaku
<b>Chemoterapie</b>	chemická léčba zhoubných nádorů
<b>Chudokrevnost</b>	neboli anémie – stav, při kterém je v krvi snížena koncentrace hemoglobinu pod normu stanovenou podle věku a pohlaví
<b>Implementace</b>	uskutečnění, naplnění, realizace
<b>Imunitní systém</b>	odolnost organismu proti choroboplodným mikroorganismům
<b>Judaismus</b>	židovské náboženství a kultura
<b>Kardiovaskulární choroba</b>	choroba týkající se srdce a cév
<b>Karotenoid</b>	skupina organických barviv rozpustných v tucích
<b>Kolonoskopické vyšetření</b>	vyšetření tenkého a tlustého střeva
<b>Kolorektální karcinom</b>	rakovina tlustého střeva
<b>Kontraindikace</b>	okolnost nebo stav pacienta vylučující některé léčebné postupy, užívání léků
<b>Krvetvorba</b>	tvorba krevních buněčných komponentů
<b>Leukocytóza</b>	zvýšený počet bílých krvinek
<b>Mentální anorexie</b>	ztráta chuti k jídlu, nechutenství
<b>Mentální bulimie</b>	chorobná chuť k jídlu, přejídání
<b>Metabolismus</b>	základní soubor enzymových reakcí, kde dochází k látkové přeměně
<b>Modifikace</b>	obměna, úprava
<b>Mrtvice</b>	cévní mozková příhoda
<b>Mykóza</b>	nemoc způsobená parazitickými houbami a plísněmi
<b>Nervové vzruchy</b>	vznikají podrážděním smyslového orgánu, přenášející vzruch, který putuje senzoricke drahou do centrální nervové soustavy

<b>Neurologické onemocnění</b>	onemocnění nervové soustavy
<b>Nonverbální komunikace</b>	komunikace bez použití řeči, slov
<b>Obezita</b>	chorobná otylost
<b>Obstipace</b>	zácpa
<b>Omega-3 mastné kyseliny</b>	skupina nenasycených mastných kyselin, jejichž společným rysem je dvojná vazba mezi uhlíky na třetím místě
<b>Osteoporóza</b>	kostní atrofie, řídnutí kostí ve stáří a při nedostatku vápníku
<b>Pesticidy</b>	chemický prostředek k hubení nežádoucích rostlinných či živočišných organizmů
<b>Placebo</b>	prostředek neobsahující účinnou látku, jehož léčebný efekt je vyvolaný přesvědčením pacienta, že je léčen, prázdné léčivo
<b>Pravidla košer</b>	rituálně nezávadný, čistý (pokrm, nápoj) dle židovských předpisů
<b>Psychosomatika</b>	psychicky ovlivňující fyziologický projev či jev
<b>Rafinace</b>	čištění, odstraňování nežádoucích příměsí a nečistot
<b>Rekonvalescence</b>	zotavování, období mezi vymizením příznaků nemoci a úplným uzdravením
<b>Riboflavin</b>	chemický vitamín B2
<b>Skiografie</b>	diagnostická metoda pro zobrazení tvrdých a měkkých lidských tkání
<b>Steroidní hormony</b>	hormony lipofilní povahy, které vznikají z cholesterolu procesem steroidogeneze
<b>Varixy</b>	vakovitě rozšířená žíla
<b>Vegetarián</b>	člověk živící se výhradně rostlinnou stravou
<b>Verbální komunikace</b>	ústní, slovní komunikace
<b>Zácpa</b>	porucha střevní motility a defekce

(VOKURKA a kol., 2015); (VOKURKA a kol., 2013); (PALLAIOVÁ a kol., 2008)

## SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 – Vstupní test .....	53
Tabulka 2 – Nottinghamský dotazník.....	57
Tabulka 3 – Nejlepší zdroje bílkovin v potravinách.....	63
Tabulka 4 – Potraviny z hlediska obsahu tuků .....	73
Tabulka 5 – Výstupní test .....	76

## ÚVOD

Tématem této bakalářské práce je edukace pacienta s nutriční terapií. Toto téma jsme si vybrali z toho důvodu, že dodržování zásad správné výživy je jedním ze základních předpokladů k udržení zdravého životního stylu a jen malá skupina lidí má v povědomí, že strava má vliv na jejich zdravotní stav a že mohou díky dodržování správných stravovacích návyků, odvrátit spousty civilizačních chorob. Obzvláště lidé v seniorském věku často upřednostňují kvantitu potravin před jejich kvalitou. Proto je potřeba se zaměřit na edukaci seniorů s cílem vytvořit povědomí o zásadách zdravého stravování, především na prevenci podvýživy, dehydratace a výběru správných zdravých potravin.

Cílem práce bylo edukovat pacienta o výživě všeobecně, dále o pojmech, které s výživou a jeho zdravotním stavem úzce souvisí a hlavně, aby se zaměřil na svůj životní styl a vedl ho dále správným směrem, aby se mohl těšit ve zdraví z nových zítřků. Bakalářská práce je složená ze dvou částí. Z části teoretické a praktické. Teoretická část je rozdělena do tří kapitol. První kapitola se zabývá stručným popisem pojmu výživa a základní charakteristikou bílkovin, sacharidů, tuků, vitamínů, minerálních látek, mléčných výrobků, pitného režimu a výživových doporučení. Druhá kapitola je věnována všeobecně dietnímu režimu a základní charakteristice jednotlivých diet, popisu stravování v nemocničních zařízeních a postojů vlády a Ministerstva zdravotnictví České republiky k otázce výživy a v poslední řadě nutričnímu screeningu a jeho významu v práci sestry. Poslední kapitola teoretické části popisuje pojem edukace. Praktická část se zabývá edukací pacienta, který trpí celkovou slabostí, nechutenstvím, únavou a větším úbytkem na váze. Edukace je rozdělena na tři edukační jednotky. Do úvodu praktické části jsme zařadili vstupní test, který nám objasnil, kolik má pacient informací a vědomostí o dané problematice. V první jednotce edukujeme pacienta o nutričním screeningu a BMI. Ve druhé jednotce informujeme pacienta o pojmech malnutrice, karence, o správné hladině cholesterolu v krvi, o výživových doporučeních a pitném režimu v seniorském věku. Ve třetí jednotce se zabýváme zdravými a nezdravými potravinami v seniorském věku a součástí této jednotky je i ukázka zdravého jídelníčku na týden. Na úplný závěr byl položen výstupní test, kde

pacient odpovídal na identické otázky jako ve vstupním testu a dále byla navržena doporučení pro praxi a to jak pro pacienta, tak pro rodinné příslušníky a všeobecné sestry.

# 1 VÝŽIVA

Způsob stravování a výživa jako taková výrazně ovlivňuje celkový zdravotní stav člověka, přičemž má zároveň vliv i na jeho duševní pohodu. V neposlední řadě však může významně ovlivnit i průběh a léčbu některých onemocnění.

Výživa je přirozenou primární biologickou potřebou, neboť dodává lidskému tělu nezbytnou energii, látky, které jsou potřebné pro správnou funkci a stavbu těla a pro udržení vnitřního prostředí organismu. Jedná se o základní předpoklad možnosti života.

Vše, co člověk během dne (či jiného časového úseku) zkonsumuje, se nazývá strava. Vše, co zkonsumuje za účelem výživy, se pak označuje jako potrava, přičemž tyto dva pojmy bývají často zaměňovány. Právě strava se též v rámci mezinárodní terminologie označuje jako dieta. Stravovacím režimem se tedy rozumí způsob stravování zahrnující určité množství poživatin zkonsumovaných v jednotlivých jídlech a chodech, dále pak skladba těchto jídel i rytmus jejich požívání (PÁNEK et al., 2012).

Mohli bychom rovněž říci, že výživa je souhrnem procesů, jimiž živý organismus přijímá, zpracovává a následně využívá potravu, kterou se rozumějí suroviny sloužící právě pro výživu organismu, tj. výše zmiňované látky potřebné pro růst, obnovu a udržování jednotlivých funkcí lidského těla (BEŇO, 2008).

Veškeré látky, které člověk v rámci výživy požívá skrze ústa, se souhrnně nazývají poživatiny. Mezi ně pak patří potraviny (dodávají organismu energii a mohou být rostlinného nebo živočišného původu), pochutiny (uspokojují primárně potřeby psychické, nemají výživnou hodnotu, neposkytují tělu energii, vyhledávány jsou zejména pro svou senzorickou hodnotu či povzbuzující účinky – např. káva, čaj) a nápoje (zásobují organismus vodou, protože však některé druhy nápojů mají též výživovou hodnotu, řadíme je do skupiny potravin – např. mléko, ovocné šťávy). Potraviny připravené ke konzumaci se potom označují jako pokrmy, přičemž určitou



soustavu pokrmů podávanou v konkrétní denní dobu nazýváme jídlem. Může se jednat o snídani, oběd či večeři (BEŇO, 2008).

Předem stanovený plán stravy (denní, týdenní, měsíční apod.) se nazývá jídelníček. K jeho vypracování dochází především v nemocničních zařízeních a zařízeních stravovacích služeb, kde se lidé musí stravovat v průběhu celého dne nebo alespoň jeho podstatné části. Jedná se hlavně o nemocnice, školy, vojenská a vězeňská zařízení. Sestavení jídelníčku by mělo vycházet z potřeby pestrosti stravy a obsahu přiměřeného množství potřebných živin (PÁNEK et al., 2012).

Výživu člověka přímo ovlivňují čtyři základní skupiny faktorů, a to faktory biologicko-fyziologické, psychicko-sociální, sociálně-kulturní a faktory spojené s životním prostředím. Mezi faktory biologicko-fyziologické přitom patří funkce zažívacího systému a s ním související možná onemocnění, která mohou zabraňovat konzumaci některých potravin nebo jejich složek. Do stejné skupiny faktorů patří též energetické požadavky jednotlivce ovlivněné věkem a růstem, aktuálním zdravotním stavem, pohlavím, tělesnou hmotností, vykonávanou aktivitou, teplotou okolí i emocionálním stavem člověka. V souvislosti s věkem se přirozeně mění též nároky na výživu. V souvislosti s pohlavím zase lze konstatovat, že muži mívají vzhledem k tělesné konstituci obecně větší spotřebu energie, zatímco například těhotné ženy mají zvýšený bazální metabolismus (TRACHTOVÁ, 2013).

Uspokojení potřeby výživy má u člověka i aspekt psychicko-sociální, a to ve způsobu, jímž je tato potřeba uspokojena. Například na stres reaguje každý jedinec jinak, takže zatímco u někoho dojde k nadměrnému příjmu potravy, u druhého se stres projeví nechutenstvím nebo nevolností a následnou neschopností přijímat potravu. S psychosomatikou pak úzce souvisejí i některá onemocnění, jako je například mentální anorexie či mentální bulimie (TRACHTOVÁ, 2013).

Mezi faktory sociálně-kulturní patří jak životní styl a ekonomická situace, tak také etnická příslušnost a náboženské vyznání. To vše může mít vliv na preferování určitých typů jídel i způsob jejich konzumace. Životní styl si člověk buduje již od dětství a především hektičnost dnešní doby často vede k nedostatku času na jídlo a nedostatku fyzické aktivity, což následně způsobuje mnohé zdravotní obtíže, stejně

jako špatná ekonomická situace vedoucí k tomu, že si člověk nemůže dopřát kvalitní maso, dostatek čerstvého ovoce a zeleniny apod. Zdrojem stravy je ovšem příroda a je-li navíc životní prostředí znečištěné, dostávají se do lidského organismu různé škodliviny, což může rovněž negativně ovlivnit zdravotní stav člověka (TRACHTOVÁ, 2013).

Jak vyplynulo z výše uvedeného, soustava pokrmů uspořádaných na základě určitých tradic nebo pravidel, na základě určitého obsahu energie, poměru živin, vlákniny, biologicky aktivních či škodlivých látek, je strava neboli dieta. Podle těchto kritérií lze posoudit kvalitu a výživovou hodnotu podávané stravy. Jako živiny se přitom označují nezbytné složky potravy, jež se dělí na makroživiny neboli bílkoviny, tuky a sacharidy a mikroživiny neboli vitamíny a minerální látky (BEŇO, 2008).

## 1.1 BÍLKOVINY

Bílkoviny jsou nezbytné pro tvorbu tkání a pro jejich obnovu. Zajišťují transport látek v těle a jsou součástí enzymů a hormonů. Jsou rovněž zdrojem energie. Rozkládají, odbourávají a vylučují se prostřednictvím látkové přeměny, stolicí, slinami i močí (PIŤHA, 2009); (POLEDNE, 2009).

Bílkoviny se skládají z aminokyselin, kterých je známo dvacet a které dělíme na esenciální (tělo si je dokáže vyrobit samo), semiesenciální (jako esenciální se chovají pouze v určitém období, případně v průběhu různých nemocí) a neesenciální (MANDELOVÁ, 2007); (HRNČIŘÍKOVÁ, 2007).

Živočišné bílkoviny přitom obsahují oproti bílkovinám rostlinným esenciální aminokyseliny v poměru, který je příznivější a bližší potřebám lidského organismu. Za plnohodnotné bílkoviny se považují bílkoviny mléčné a vaječné či svalovina masa. Méně hodnotné jsou potom bílkoviny rostlinné (PÁNEK et al., 2012).

Pro běžnou populaci se uvádí doporučené množství bílkovin minimálně 0,8 g/kg tělesné hmotnosti a maximálně 1,5g/kg. V případě sportovců (zejména vytrvalostních)

to může být až 2 g/kg tělesné hmotnosti. Takže bílkoviny by měly tvořit asi 12–15 % celkového energetického příjmu (MANDELOVÁ, 2007); (HRNČIŘÍKOVÁ, 2007).

Při nadměrné konzumaci bílkovin hrozí přetížení jater, přetížení či poškození ledvin, zvýšená hladina cholesterolu, zažívací potíže, jako je průjem či nadýmání, dále pak únava, zvýšení krevního tlaku, zvýšená tvorba podkožního i útrobního tuku atd. (FOŘT, 2002).

## 1.2 SACHARIDY

Někdy se užívají též výrazy jako uhlohydráty, karbohydráty či uhlovodany, jedná se však o názvy zastaralé. Sacharidy lze dělit na monosacharidy, které obsahují jednu cukernou jednotku (glukóza, fruktóza, galaktóza), disacharidy, které obsahují dvě až deset stejných či různých monosacharidů (maltóza, laktóza, sacharóza) a polysacharidy, které se skládají z více než deseti monosacharidů (škrob, celulóza, pektin, inulin). Sacharidy jsou důležitým zdrojem pro práci svalů (PIŤHA, 2009); (POLEDNE, 2009).

Většina sacharidů jsou látky přírodní, některé se však dají vyrobit i synteticky. Monosacharidy, jako je fruktóza či glukóza, najdeme hlavně v ovoci, některých druzích zeleniny nebo v medu. Sacharóza, známá též jako sladidlo, je hodně rozšířená. Škrob se potom objevuje především v bramborách, obilovinách, částečně i v luštěninách. Sacharidy se ve formě glykogenu ukládají u živočichů do zásoby. Dojde-li k vyčerpání sacharidových zásob, je ovlivněn výkon, nastane vyčerpání a je nutné ukončení výkonu (MANDELOVÁ, 2007); (HRNČIŘÍKOVÁ, 2007).

Jak již vyplynulo z výše uvedeného, sacharidy mají ve výživě důležitou funkci, jedná se o nejpohotovější zdroj energie, který tvoří více než polovinu energetické hodnoty potravy. Sacharidy jsou rychle využitelné, což je důležité tam, kde je třeba vyvíjet větší fyzickou aktivitu, např. ve sportu apod. Potraviny s větším množstvím sacharidů obvykle obsahují i vitamin C či vitamíny skupiny B. Nestravitelné sacharidy

pak pozitivně ovlivňují střevní činnost a mohou být užitečné v rámci prevence některých metabolických poruch (MANDELOVÁ, 2007); (HRNČIŘÍKOVÁ, 2007).

Na základě využitelnosti se sacharidy dělí na využitelné, špatně využitelné a nevyužitelné. Nevyužitelné polysacharidy se označují též jako vláknina, kterou přijímáme ponejvíce z ovoce a zeleniny, ale i z obilovin či brambor, v menší míře pak z luštěnin. Vlákna je tzv. balastním polysacharidem, a to proto, že zvětšuje objem stravy, aniž by jí dodávala energii. Balastní polysacharidy stimulují střevní peristaltiku a snižují tak potíže, jako je zácpa. Vlákna dále snižuje resorpci tuků a cholesterolu, zvyšuje vylučování žlučových kyselin, a působí tak pozitivně v rámci prevence kardiovaskulárních chorob. Zároveň však snižuje vstřebatelnost vitamínů a minerálů a váže na sebe větší množství vody, takže je nutné více pít (PÁNEK et al., 2012).

Sacharidy by měly tvořit 50–70 % celkového příjmu energie a jejich složení by mělo být pestré. Pro sportovce či osoby s vysokou fyzickou zátěží se doporučuje asi 6–10 g/kg tělesné hmotnosti (MANDELOVÁ, 2007); (HRNČIŘÍKOVÁ, 2007).

### **1.3 TUKY**

Tuky neboli lipidy jsou organické sloučeniny nerozpustné ve vodě. Tuky jsou naopak rozpustné v organických rozpouštědlech. Mezi lipidy patří tuky, vosky, fosfolipidy, steroly atd. V lidském těle se v podobě zásob ukládají triacylglyceroly. Tuky mají ve stravě podstatnou úlohu, neboť jsou rovněž nejbohatším zdrojem energie a esenciálních mastných kyselin. Tukové výrobky fungují jako zdroj lipofilních vitamínů, provitaminů a sterolů. Tuky také zvyšují jemnost chuti potravin a po požití potravin určitou dobu vyvolávají pocit sytosti. Jsou vhodné zejména pro jedince s vysokým energetickým výdejem (PÁNEK et al., 2012).

Na základě toho, z jakých surovin tuky získáváme, je dělíme na živočišné a rostlinné tuky a oleje. Mezi živočišné patří lůj, sádlo či rybí olej, mezi rostlinné pak oleje z řepky, slunečnice, sóji atd. Na základě konzistence tuků je lze rozdělit na tuhé a kapalné. Dále pak můžeme hovořit o tucích zjevných, což jsou ty, které záměrně

používáme v procesu přípravy pokrmu, a o tucích skrytých, tedy takových, které jsou již přirozeně obsaženy v požitě stravě, tj. např. ve vejcích, svalové tkáni atd. (PÁNEK et al., 2012).

Tuky jsou sloučeninou mastných kyselin a glycerolu, přičemž mastné kyseliny dělíme na nasycené a nenasycené. Nasycené mastné kyseliny zvyšují hladinu cholesterolu v krvi, čímž působí nepříznivě na lidský organismus. Mononenasycené mastné kyseliny naopak působí na organismus příznivě (KUNOVÁ, 2011).

## 1.4 VITAMÍNY

Jedná se o mikroživiny, jež se vyskytují v živočišné i rostlinné stravě, a to v malém množství a různých specifických koncentracích a kombinacích. V lidské výživě hraje nejdůležitější roli asi dvacet druhů vitamínů, jejichž funkce jsou vzájemně provázány. Lidský organismus si dokáže některé vitamíny vytvořit sám, ale není jich mnoho. Ty ostatní pak musí člověk přijmout skrze potravu. Vitamíny nemají vliv na nabývání tělesné hmotnosti, ale jsou důležité pro zdraví. Stimulují metabolický proces, potravu mění v energii a zrychlují biologické funkce. Mají vliv na tvorbu kostí, kůže i krve. Potřeba jednotlivých vitamínů je přitom individuální (KASPER, 2015).

Pro každý vitamín existuje optimální denní dávka, která když není dodržena, dochází k hypovitaminóze (nedostatek), avitaminóze (naprostá absence) či hypervitaminóze (nadbytek). To vše se pak projevuje specifickými poruchami (KASPER, 2015).

Vitamíny se dělí na rozpustné v tucích (A, D, E, K) a ve vodě (B<sub>1</sub>-thiamin, B<sub>2</sub>-riboflavin, B<sub>3</sub>-niacin, B<sub>5</sub>-kyselina pantotenová, B<sub>6</sub>-pyridoxol (pyridoxin), pyridoxal, pyridoxamin, B<sub>7</sub>-biotin, B<sub>9</sub>-kyselina listová, B<sub>12</sub>-kobalamin, C). V případě vitamínů rozpustných v tucích si lidské tělo umí vytvářet zásoby, takže není třeba je doplňovat každodenně, na rozdíl od vitamínů rozpustných ve vodě (KUNOVÁ, 2011).

## 1.5 MINERÁLNÍ LÁTKY

Jedná se o látky, které nemají energetickou hodnotu, nicméně tvoří nutnou součást života organismu. Ovlivňují tvorbu a růst tkání, aktivují látkovou výměnu, regulují ji a kontrolují, pomáhají vést nervové vzruchy. Dělí se na mikroelementy, makroelementy a stopové prvky, a to na základě množství, které je pro lidský organismus nezbytné. Makroelementy jsou vápník, hořčík, fosfor, sodík, draslík, síra a chlor, mikroelementy jód, zinek, železo, mangan, chróm, měď, selen atd., stopové prvky jsou křemík, nikl atd. (PIŤHA, 2009); (POLEDNE, 2009).

Lidé často mívají problémy zejména s příjmem železa, vápníku, jódu, zinku, chromu či selenu. Je třeba dbát na dostatečný příjem ovoce a zeleniny, libového masa, celozrnného pečiva, mléčných výrobků a ořechů (PÁNEK et al., 2012).

## 1.6 MLÉČNÉ VÝROBKY

Mléko je důležitá složka stravy a mléčné výrobky hrají ve stravě roli zejména z hlediska nutriční hodnoty. Součástí mléčných výrobků jsou bakterie mléčného kvašení, jež prokysávají mléko. Právě tyto bakterie zvyšují stravitelnost mléka a mají léčebný přínos pro lidský organismus. Pomáhají udržovat správnou rovnováhu mikroflóry ve střevech, a povzbuzují tak imunitní systém, čímž člověka chrání před infekcemi. Dále podporují střevní peristaltiku a zmírňují zácpu. Také ve střevním traktu produkují vitamíny, které si organismus nedokáže sám vytvořit. Například vitamín B12, riboflavin, kyselinu listovou atd. Pomáhají rovněž ke zvýšení vstřebávání vápníku (BABIČKA, 2012).

## 1.7 PITNÝ REŽIM

Voda je základní složkou lidského organismu, tvoří lidské tělo z 50–70 %. Vytváří zde prostředí pro jednotlivé životní děje, funguje jako rozpouštědlo živin, má vliv na tepelné hospodářství (MANDELOVÁ, 2007); (HRNČÍŘÍKOVÁ, 2007). Cílem je zajistit rovnováhu mezi příjmem a výdejem tekutin, jejich doplňování je tedy způsobem jak pokrýt každodenní ztráty. Za optimální se považuje množství tekutin okolo 2 litrů za den. Sportovci a jednotlivci s vyšším energetickým výdejem pak budou mít opět spotřebu tekutin větší. Spotřeba tekutin je tedy značně individuální (MANDELOVÁ, 2007); (HRNČÍŘÍKOVÁ, 2007).

Podle barvy moči lze určit, zda je množství přijatých tekutin dostatečné. Čím tmavší moč je, tím vyšší je koncentrace odpadních produktů metabolismu. Dehydratace znamená pro lidský organismus stres, takže se zvyšuje tělesná teplota, dochází k rychlejšímu bití srdce, soustředění se stává obtížným atd. Varovným signálem může být například bolest hlavy, závrať, zmatenost, podrážděnost, slabost apod. Je tedy nutné dodržovat zásady pitného režimu (PÁNEK et al., 2012).

## 1.8 VÝŽIVOVÁ DOPORUČENÍ

V rámci správné výživové politiky je nezbytné vědět, kolik živin potřebuje která skupina občanů. Tyto potřeby se pak odvíjejí od věku, pohlaví, tělesné a duševní aktivity a dalších faktorů. Jednotlivé doporučené hodnoty a množství příslušných živin se stanovují tak, aby byly dostačující cca pro 90 % obyvatelstva. Vyskytnou se však individuální případy, kde je doporučená dávka buď nadbytečná, nebo nedostatečná (PÁNEK et al., 2012).

Jednotlivé vyspělé země vydávají průběžně inovovaná výživová doporučení pro své obyvatelstvo. Podle WHO lidské zdraví negativně ovlivňuje dlouhá řada faktorů souvisejících právě s výživou. Jedná se zejména o nadbytečný příjem soli, alkoholu, o nevhodné složení tuků, celkově vysoký příjem energie a naopak nedostatečný příjem ovoce a zeleniny.

## 2 DIETNÍ SYSTÉM

Dietou se rozumí takový stravovací režim, kdy jsou lidskému organismu záměrně dodávány, nebo naopak nedodávány v určitém množství a poměru některé složky a látky. Dietní strava by každopádně měla být z mikrobiologického hlediska nezávadná, měla by vyhovovat po hygienické stránce, estetické a v neposlední řadě i chuťové. Tím vším se zabývají specialisté nazývaní dietologové. Příslušný typ diety přitom může být využit ve vztahu ke konkrétnímu onemocnění (KLESCHT, 2008).

Léčba pomocí diety, tzv. dietoterapie, tvořila nejvýznamnější součást léčebných postupů již v dávných dobách, kdy byla medicína ještě vědou čistě teoretickou a empirickou. Různé dietní postupy se však v historii medicíny ukázaly jako efektivní coby terapie i prevence. Odmyslíme-li si ojedinělé, avšak rovněž existující, případy typu placebo, změna životního stylu v některých případech vedla i k úspěšnému vyléčení chorob a neduhů. Léčebný postup, kdy člověk v rámci zvoleného časového úseku, popř. i trvale, konzumuje potraviny na základě předem daného výběru, znal a užíval již Hippokrates (KŘEMEN et al., 2009).

Z četných pozorování lékaři i lidoví léčitelé postupně zjistili, že například u pacientů s horečnatými stavy lze využít k hrazení tekutin perorální cestou minerální voda, čaj nebo zeleninový či masový vývar (KŘEMEN et al., 2009).

Česká republika pak bezesporu patřila mezi průkopníky v oboru výživy nemocných. Československý dietní systém jako takový byl vytvořen mezi lety 1952 až 1954. Primárně byly diety pojmenovávány podle příslušných chorob a orgánů, tedy například dieta žlučnicková či žaludeční. Ke 12 let platící novelizaci dietního systému došlo v roce 1968 a k další potom vedly zejména nové poznatky týkající se metabolismu bílkovin a lipidů, nové výsledky mezinárodního i lokálního výzkumu v oboru výživy a dietetiky a v neposlední řadě též celospolečenský kardiovaskulární program. Dietní systém určený pro nemocnice vznikl roku 1983, na čemž se podílel tým českých a slovenských odborníků na léčebnou výživu s doc. MUDr. Přemyslem Doberským, DrSc. v čele. Tato změna vycházela též z doporučení WHO z roku 1981 týkajícího se výživy obyvatelstva Evropy a z nové mezinárodní jednotky (SI) tehdy



platné také pro ČSSR. Experti Ministerstva zdravotnictví se podíleli v roce 1991 na vydání metodického listu coby několikastránkového doporučení úprav tehdejšího systému. Navržena zde byla změna v označení diet, jež se měly nově nazývat nikoli podle diagnózy, ale podle charakteristiky diety. Doporučeno bylo rovněž zvýšení denního příjmu vitamínu C, naopak snížení množství tuků, případně též bílkovin. Součástí výše uvedené změny byl ještě požadavek technologické přípravy dietních pokrmů a odborných zásad dietologie vycházejících ze souvisejících vědeckých poznatků (KOHOUT, 2009); (KOTRLÍKOVÁ, 2009).

Od roku 1991 není v ČR užívaný dietní systém závazný, tudíž se liší v závislosti na jednotlivých zařízeních. Má zde však vybudovanou tradici. Každé nemocniční zařízení vydává dietní systém zpracovaný týmem odborníků na danou problematiku, nutričních terapeutů a dietologů (KOMONŇOVÁ, 2010).

Přestože je význam diety v léčbě nemocí nezanedbatelný, většinu chorob dnes léčíme převážně farmakoterapií nebo chirurgicky. Jednotlivé diagnózy lze tedy rozlišovat na skupinu těch, kde hraje dieta podstatnou roli a nelze zde úspěšně léčit bez dietní edukace, dále pak na skupinu nemocí, kde je sice dieta rovněž důležitá, nicméně její význam poněkud ubývá, a na skupinu takových chorob, kde může mít dietní léčba jen funkci doplňkovou. Typickými problémy, které bez diety nelze řešit, jsou například obezita, cukrovka, podvýživa, celiakie, potravinové alergie, stavy po operacích na trávicím traktu, poruchy slinivky břišní atd. Zásadní roli hraje dieta též u prevence aterosklerózy, významná jsou i dietní opatření určená těhotným ženám. Přestože některá další onemocnění, jako je hypertenze, dna, avitaminóza, choroby jater, žlučníku či žaludku atd., již lze zasáhnout velice efektivně také prostřednictvím jiné léčby, i tady má dietologie stále své pevné místo. Naopak v rámci léčby některých onemocnění neurologických apod. již dietologie svého významu pozbývá (SVAČINA, 2008).

Jak již bylo zmíněno výše, v rámci vývoje dietologického systému došlo k různým změnám a úpravám daným rozvojem poznatků v oblasti výživy a dnešní podoba dietního systému slouží jako doporučení. V nemocnicích se však netýká pouze diet jako takových, ale též výživy do sondy, parenterální, infuzní výživy či pití nutričních přípravků (SVAČINA, 2008).

Úkolem nemocnic je pak technologická příprava diety, dále její distribuce a odborný kontakt s klientem. I v rámci jednotlivých diet by měl být poskytnut klientovi na základě konzultace s nutričním terapeutem výběr konkrétních jídel. Poskytovatelé zdravotních služeb jsou odpovědní za výživu svých klientů a v případě kontroly se hledí na to, zda nastavený dietní systém splňuje aktuální požadavky na léčebnou výživu, zda splňuje nutriční kritéria určité diety a zda odpovídá potřebám klientů. Dříve zastávaly funkci nutričních terapeutů tzv. dietní sestry. Nemocničních diet je celá řada a ordinuje je lékař. Právě sestry se v nich však musí rovněž výborně orientovat. Jednotlivé nemocniční diety pak mají svá číselná označení, svůj vlastní název a charakteristické složení či konzistenci.

Nejčastější rozdělení diet vypadá takto (přičemž dnes existují např.i vegetariánské varianty diet, nebo dieta NPO (N), kdy je klient lačný a není mu podávána žádná dieta):

Dieta základní (D 3) je normální, nutričně plnohodnotná strava bez jakýchkoli dietních omezení, s vyváženým poměrem základních živin, optimálním obsahem energie, sacharidů, tuků, bílkovin, vody a minerálních látek. Obsahuje všechnu syrovou i tepelně upravenou zeleninu. Často se však v praxi stává, že zejména z ekonomických důvodů neodpovídá představám o zdravém stravování, přestože by měla (MARÁDOVÁ, 2005).

Diabetická dieta (D 9) může být využít i jako dieta redukční (D 8), která ovšem v rámci krátkodobé hospitalizace postrádá význam a v případě hospitalizace dlouhodobé musí odpovídat individuálním potřebám klienta. Cílem diabetické diety je udržet v normě klientovu glykémii. Strava je z toho důvodu rozdělena do šesti denních dávek, aby byl zajištěn rovnoměrný příjem sacharidů. Pravidelný příjem potravy zabraňuje výkyvům hladiny cukru v krvi, což je právě u diabetiků nežádoucí. V rámci diabetické diety je omezen příjem potravin obsahujících cukry ve formě polysacharidů. Živočišné tuky jsou zde navíc nahrazovány rostlinnými. Tento typ diety je užíván v dlouhodobém horizontu nebo trvale, takže je tu třeba pestrost (MARÁDOVÁ, 2005).

Jelikož dieta s omezením tuků (D 4) nemá vyvážený poměr základních živin, může být energeticky neplnohodnotná. Dieta s omezením bílkovin (D 6) zase může být

připravena ve variantě solené i neslané, přičemž v základní podobě obsahuje 50 g bílkovin, což může ve spojení s nechutenstvím vést ke zhoršení stavu klienta, případně též k malnutrici. Technologická úprava stravy při dietě D 6 spočívá ve vaření, dušení či pečení. Každopádně se však nepodávají jídla pikantní, ostře kořeněná (SVAČINA, 2008).

Přibližně 25 až 30 % osob však nelze snadno zařadit do určitého dietního systému. Jednotliví lidé mívají své individuální nároky na stravování na základě toho, že nesnášejí některé potraviny či pokrmy, mají k nim odpor nebo je odmítají jíst z etnických, náboženských a jiných důvodů. Zdravotnický personál by proto měl být dostatečně informován i o potřebách jednotlivých etnických a náboženských skupin, jelikož profesionální péče o klienta spočívá též v tom, že je k němu přistupováno jako k bio-psycho-socio-kulturní bytosti a bez jakýchkoli předsudků (HERNOVÁ, 2003).

Téma migrace je aktuálně čím dál naléhavější, nejen kvůli probíhajícím válečným konfliktům, ale také z důvodu nízké úrovně péče na různých místech světa, slabého sociálního zabezpečení a nejrůznějších politických příčin, přivádí stále více cizinců i k českým poskytovatelům zdravotních služeb. Doposud šlo z velké části hlavně o Vietnamce a klienty ruské či ukrajinské národnosti. V České republice tradičně žije hodně Slováků, ale rovněž Maďaři, Rumuni a lidé dalších národností.

Například u Rusů tvoří hlavní součást stravy maso a obilniny. V zemích, kde panuje chladné podnebí, jsou typické husté teplé polévky (např. boršč z červené řepy, brambor, zelí, masa a další kořenové zeleniny). Mezi národní nápoje patří též zakysané kobyílí mléko. Ve Vietnamu je zase primární potravinou rýže. Maso se zde konzumuje především rybí a drůbeží. Potraviny se dělí do dvou skupin (jing a jang). Do skupiny jang patří teplé pokrmy (drůbeží maso, vejce, rýže), do skupiny jing potom chladné pokrmy (fazolové klíčky, mrkev atd.), oblíbená je zde listová zelenina a ovoce. Mléčné výrobky jsou součástí jídelníčku spíše výjimečně, solí se tu minimálně (ŠPIRUDOVÁ, 2006).

Co se týče stravovacích omezení z hlediska víry a náboženského vyznání, např. příslušníci římskokatolické církve mají období půstu, kdy se zdržují pojídání masa a masných výrobků. V tomto období jedí zpravidla jedno hlavní jídlo a dvě menší jídla

denně. Ryby, sýry a ostatní výrobky se jíst smějí. Půst nemusí dodržovat děti, staří a nemocní lidé. Judaismus zase zahrnuje tři teologické školy, přičemž ta ortodoxní striktně dodržuje pravidla košer, konzervativní je dodržuje formálně a reformní neklade na dané rituály takový důraz, je benevolentní. Zákony košer diety přitom předepisují dovolená jídla. Zakázáno je vepřové a koňské maso, maso z ryb bez šupin a ploutví, vodní živočichové (mušle). Jíst se smí maso přežvýkavců (sudokopytníků) – ovce, kozy, vysoká zvěř, hovězí maso. Zvířata však musí být zabita rituálním způsobem. Maso a mléčné výrobky nelze konzumovat dohromady. Mléko a výrobky z něho se smí konzumovat buď před jídlem, nebo až šest hodin po konzumaci masa. Ovoce a zelenina, vejce či ryby s ploutvemi a šupinami se mohou jíst společně s masem i mléčnými výrobky (ZELENÍKOVÁ, 2005).

V současnosti také existuje reálný předpoklad, že bude přibývat i klientů z arabského světa. Islám přitom zakazuje jíst vepřové maso a produkty z něho vyrobené, problém je též s živočišným tukem. Značná část muslimů je zvyklá dodržovat půst v období měsíce ramadánu, kdy není dovoleno jíst ani pít před západem slunce. Půst se však nevyžaduje na nemocných osobách. Muslimové také nesmějí přijímat léky obsahující alkohol (ZELENÍKOVÁ, 2005).

Nebude-li zdravotnický personál v případě potřeby dostatečně flexibilní, může to způsobit uzavření klienta do sebe, narušení vztahu mezi klientem a zdravotnickým personálem (ztráta důvěry apod.), a tím pádem i zhoršení spolupráce klienta. Tyto negativní jevy pak mohou ve výsledku prodloužit dobu hospitalizace.

Dále je zde problém s již výše zmiňovanými osobami trpícími nechutenstvím a lidmi, u nichž je třeba, aby začínali jíst postupně, s onkologickými pacienty atd. Ve všech těchto případech je nezbytné sestavení jídelníčku „na míru“. To vše s cílem zajistit příslušnou nutriční hodnotu, a to v optimální formě a za ekonomicky přijatelných podmínek. Vhodná je zde proto konzultace s nutričním terapeutem.

Diety tzv. možné a variabilní se pak připravují v malém množství porcí a je zde třeba přesně dodržet technologický postup i dávkování surovin. Jedná se obvykle o diety nutričně karentní (podávají se nemocnému v krátkém časovém úseku, dokud neodezní akutní obtíže nebo se nezlepší laboratorní hodnoty). Vyžadovány jsou tu proto

opět různé doplňky dle individuálních potřeb jednotlivců. Při sestavování jídelníčku je vždy výhodou spolupráce s rodinou klienta. Třeba je též dodržovat platnou legislativu, aby byla strava klientům připravována pro ně bezpečným způsobem (MULTIMEDIÁLNÍ TRENAŽÉR PLÁNOVÁNÍ OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE, 2015).

## **2.1 CHARAKTERISTIKA A JÍDELNÍČEK JEDNOTLIVÝCH DIET**

Léčebná výživa tvoří základ dobrého zdraví, prevence i léčení nemocí. Léčebná výživa musí být přizpůsobena zdravotnímu stavu člověka, musí zabezpečit správný výběr surovin vhodných pro dietní stravu, zajistit přísun všech potřebných živin, dodržovat správnou technologii přípravy stravy, která má šetřit nemocný orgán. Důležitá je správná aplikace léčebné výživy. Každá nemocniční dieta má své číselné označení, svůj název a je charakteristická svou konzistencí a složením. Dietní systém je složen ze základních diet (0–14), speciálních diet a ze standardizovaných dietních postupů (Dietní systém v ČR, 2007).

### **2.1.1 DIETA TEKUTÁ – 0**

Složení tekuté diety odpovídá 6 000 KJ, 60–80 g bílkovin, 45 g tuků, 200 g sacharidů a 60–90 mg vitamínu C. Často se jedná o individuální dietu doplňovanou o přísady, jakými jsou nutridrinky, řídké pudinky, mléčné koktejly, šlehaný tvaroh, ředěný přibináček nebo dětské výživy. Sama o sobě je dieta neplnohodnotná (energeticky a biologicky) a užívá se krátkodobě. Po dlouhodobém užívání se zpravidla přechází na dietu D 1 (výživnou, kašovitou). Pokrmu lze mírně solit. Jako koření a ochucovací prostředek lze užít mimo jiné vývar z hub, vývar z bobkového listu či vývar z kmínu, dále lze užít též nasekanou zelenou nať, citronovou nebo pomerančovou šťávu, vanilkový cukr (SVAČINA, 2008; Dietní systém, 2009).

### **2.1.2 DIETA KAŠOVITÁ – 1**

Složení kašovitě diety odpovídá 9500 KJ, 80 g bílkovin, 70 g tuku, 320 g sacharidů, 90 mg vitamínu C. Jedná se o dietu energeticky a biologicky plnohodnotnou, při níž se strava přijímá pětkrát denně (u vředových chorob šestkrát denně). Tuky se přidávají do hotových pokrmů, mouka se na sucho opražuje a povaří se s tekutinou. Výběr potravin je zde omezený stejně jako technologické úpravy (vaření, dušení, pečení, vodní lázeň). Finální úprava je kašovitá. Je třeba dodržovat pitný režim. K dochucení lze použít sůl, zelenou nať, vývar z kmínu, hub, bobkového listu. Též vanilkový cukr, ocet a citronovou či pomerančovou šťávu. Pije se stolní neperlivá voda, bylinkové a ovocné čaje, ovocné a zeleninové džusy (ředěné), bílá káva, čaj s mlékem, kakao (SVAČINA, 2008, Výživa ve zdraví i nemoci, 2016; Dietní systém, 2009).

### **2.1.3 DIETA ŠETŘÍCÍ – 2**

Složení šetřící diety odpovídá 9500 KJ, 80 g bílkovin, 70 g tuku, 320 g sacharidů, 90 mg vitamínu C. Jedná se o dietu plnohodnotnou, nenadýmavou a lehce stravitelnou. Může být užívána dlouhodobě. To vše při dodržení zásad mechanického, chemického a termického šetření. Tuky se přidávají až do hotových pokrmů. Je třeba dodržovat pitný režim. Strava se přijímá pětkrát denně (u vředových chorob šestkrát až osmkrát denně). Pro tuto dietu jsou vyloženy nevhodná tučná masa, tučné ryby, uzená masa, uzeniny a zabíjačkové pochoutky, kynuté těsto, nadýmavé druhy zeleniny – zelí, kapusta, cibule, česnek. Dále též hořčice, kečup, majonéza, ostré koření, pivo a káva (SVAČINA, 2008; Dietní systém, 2009).

### **2.1.4 DIETA RACIONÁLNÍ – 3**

Složení racionální diety odpovídá 9500 KJ, 80 g bílkovin, 70 g tuku, 320 g sacharidů, 90 mg vitamínu C. Jedná se o dietu bez omezení, dodržovány tu jsou zásady zdravé výživy s cílem udržet ideální tělesnou hmotnost, pravidelně jíst (čtyřikrát až pětkrát denně). Příjem a výdej by měl být vždy v rovnováze. Strava je z hlediska biologického a nutričního plnohodnotná, rozložení energetického příjmu během dne odpovídá cca 15–20 % snídaně, 10–15 % přesnídávka, 30–35 % oběd, 10–15 % svačina

a 20–25 % večeře. Rozložení živin pak odpovídá cca 15–20 % bílkovin, 25–30 % tuky a 50–55 % sacharidy. Solí se mírně, lze užít koření, instantní pokrmy, uzeniny, sýry, konzervy. Je třeba dávat pozor na skrytou sůl i skrytý cukr. Upřednostňuje se rostlinný tuk před živočišným (sádlo, máslo, škvarky, slanina, smetana, šlehačka). Denní potřeba cholesterolu tvoří cca 300 mg. Doporučuje se asi 400–500 g ovoce a zeleniny denně, z toho 3 dávky ovoce a 2 dávky zeleniny, v syrovém stavu. Denní příjem vlákniny (cca 25–30 g) povzbuzuje střevní peristaltiku, pomáhá odbourávat cholesterol, chrání před nádorovými onemocněními a funguje jako prevence srdečních chorob. Maso není nutné konzumovat denně, stačí cca čtyřikrát týdně, a to dietní krůtí maso, kuřecí, králičí a ryby, vepřové maso méně.

Pitný režim rovněž ovlivňuje hmotnost (asi 3–4 dcl na 10 kg hmotnosti). Vhodnými nápoji jsou minerální, stolní, neslazené vody, bylinné čaje, ovocné a zeleninové šťávy (SVAČINA, 2008; Dietní systém, 2009).

#### **2.1.5 DIETA S OMEZENÍM TUKŮ – 4**

Složení diety s omezením tuků odpovídá 9500 KJ, 80 g bílkovin, 55 g tuku, 360 g sacharidů, 90 mg vitamínu C. Jedná se o energeticky i biologicky plnohodnotnou dietu, která může být dlouhodobá i celoživotní. Je nenadýmavá, lehce stravitelná a pestrá. Z důvodu časté nesnášenlivosti se nepodává mléko coby samostatný pokrm. Jídlo se podává pětikrát denně. Tuky se přidávají do hotových pokrmů (25–30 g volného tuku). Zahušťuje se moukou opraženou na sucho a povařenou 20 minut. Doporučuje se konzumovat stravu v menších dávkách, nepřejídat se. Důležité je dodržování pitného režimu. Technologické úpravy jsou zde vaření, v páře, v alobalu, dušení, pečení bez kůrek, grilování (SVAČINA, 2008; Dietní systém, 2009).

#### **2.1.6 DIETA S OMEZENÍM ZBYTKŮ – 5**

Složení diety s omezením zbytků odpovídá 9500 KJ, 80 g bílkovin, 70 g tuku, 320 g sacharidů, 90 mg vitamínu C. Jedná se o energeticky i biologicky plnohodnotnou dietu, která může být dlouhodobá i celoživotní. Je nenadýmavá a lehce stravitelná. Jídlo se podává pětikrát denně. Tuky se přidávají do hotových pokrmů. Vyloučeny jsou

potraviny s nestravitelnými zbytky. Zahušťuje se moukou opraženou na sucho a povařenou 20 minut. Konečná úprava zeleniny, ovoce, brambor a některých druhů obilovin je kašovitá, maso lze ponechat vcelku. Při dlouhodobém užití diety se dodávají vitamíny. Technologické úpravy jsou zde vaření, vaření v páře a v alobalu, dušení, pečení bez kůrek, grilování, vyloučeno je smažení a příprava na tuku. Buničina či vláknina je rozrušována loupáním, strouháním, lisováním a mixováním. Všechny potraviny musí být připraveny do měkka. Nevhodná jsou pro dietu 5 tučná, uzená a nakládaná masa, zvěřina (kromě srnčí kýty), sádlo, škvarky, umělé tuky. Dále je nevhodný česnek, pórek, kapusta, zelí, luštěniny, okurky, ředkvičky, paprika, kukuřice, ovoce se slupkou, jádérky a zrníčky, sušené a kandované ovoce, ořechy, mák a kokos. Také čerstvé kynuté pečivo, ostrá a pikantní jídla a kečup (SVAČINA, 2008; Dietní systém, 2009).

### **2.1.7 DIETA S OMEZENÍM BÍLKOVIN – 6**

Cílem je snížit příjem bílkovin. Je třeba zajistit přísun plnohodnotných bílkovin živočišného původu a naopak omezit přísun bílkovin rostlinného původu. Strava se připravuje neslaná, ale následně lze mírně dosolit (individuálně – na základě porady s lékařem). Maso se konzumuje jednou denně v poloviční dávce (cca 50 g). Neslanou chuť pokrmů lze kompenzovat vhodnou technologickou úpravou, jako je zapékání, opékání, v některých případech i jemné smažení. Aby byl doplněn vitamín C, podávají se ovocné šťávy. Nedoporučují se pokrmy, při jejichž výrobě byla použita kuchyňská sůl nebo ostré koření, dále se nedoporučuje káva a alkohol (SVAČINA, 2008; Dietní systém, 2009).

### **2.1.8 DIETA S OMEZENÍM CHOLESTEROLU – 7**

Cílem je redukce a udržování ideální tělesné hmotnosti. Je založena na snížení příjmu všech tuků a snížení příjmu či úplném vynechání potravin obsahujících cholesterol. Maso se připravuje na sucho, tuk se přidává až do hotového. Jednou až dvakrát týdně se podávají luštěniny (např. v polévce či salátu), maso se užívá hovězí, vepřové, v omezeném množství zvěřina (maximálně třikrát týdně) a mořské



i sladkovodní ryby. Knedlík je do jídelníčku zařazen maximálně jednou za dva týdny. Co se týče mléčných výrobků, lze konzumovat bílý a nízkotučný jogurt, netučný tvaroh, nízkotučné sýry, mléko rovněž netučné. Z vajec lze užít pouze bílek. Brambory a zelenina tvoří součást jídelníčku, rovněž ovoce, kompoty jen bez cukru, ořechy v omezené míře. Pečivo lze konzumovat netučné a neslazené, především tmavé z celozrnné mouky, sladkosti jsou zakázány. Pít se smí bylinkový a ovocný čaj, neslazené minerální vody, v malém množství též přírodní vína bílá i červená.

Stravu je vhodné obohatit o látky snižující množství cholesterolu v krvi, jako je hrubá vláknina v zelenině, jablkách, výrobcích z celozrnné mouky či polynenasycené mastné kyseliny, které jsou obsaženy například v rybím mase (SVAČINA, 2008; Výživa ve zdraví i nemoci, 2016).

Některé zdroje (např. internetové stránky Dietologie.cz, 2015) uvádějí, že dieta č. 7 již od roku 2008 není součástí dietního systému.

### **2.1.9 DIETA REDUKČNÍ – 8**

Složení redukční diety odpovídá 5300 KJ, 75 g bílkovin, 40 g tuku, 150 g sacharidů. Cílem je snížení či odstranění nadváhy u osob s poruchou látkové přeměny, kdy dochází k nadměrnému ukládání tuku v těle a následnému zvyšování tělesné hmotnosti. Jedná se o dietu energeticky limitovanou, takže se odvažuje pečivo a příkrmy. Cukr a potraviny, které ho obsahují, se z jídelníčku vylučují. Obsah tuku je snížený, takže se tuky nemažou ani na pečivo. Omezují se tuky živočišné, upřednostňuje se užívání olejů s vysokým podílem polyenových mastných kyselin. Jídlo se podává šestkrát denně, přičemž některé chody jsou tvořeny pouze ovocem. Do stravovacího harmonogramu se zařazují pouze zeleninové či ovocné dny.

V rámci přípravy jídel se využívá teflonové nádobí, gril atd. Převažuje vaření, dušení a pečení. Pokrmy se připravují v přírodní formě, téměř se nezahušťují. Větší porce tvoří libové maso a mléčné výrobky, podíl vajec se naopak omezuje. Z tuků se užívají hlavně rostlinné oleje. Vyloučeny jsou koncentrované sacharidy, pokrmy se konzumují hořké, popř. s některými umělými sladidly. Koření se zejména zelenou natí. Nepodávají se polévky povzbuzující chuť k jídlu. Pije se čistá voda (popř. s citronem) a bylinné čaje (SVAČINA, 2008; Výživa ve zdraví i nemoci, 2016).

### **2.1.10 DIETA DIABETICKÁ – 9**

Dieta se podává u osob s diabetem, ale v některých případech také v těhotenství. Podmínkou je zajištění pravidelné stravy, dostatečného množství vlákniny (30–40 g denně), dostatečného množství vitamínů ze skupiny B, C, Ca, P a Fe.

Využívají se všechny druhy úpravy potravy kromě smažení, přičemž je třeba dodržet předepsané dávky sacharidů u škrobových potravin. Snižuje se podíl živočišných tuků, doporučená denní dávka cholesterolu činí 300 mg, užívají se rostlinné oleje obsahující nenasycené mastné kyseliny. Podává se mléko i mléčné výrobky (s ohledem na množství tuku), vejce jednou týdně, vaječné bílky bez omezení. Z ovoce se podávají druhy obsahující méně sacharidů, ze zeleniny hlavně okurky, hlávkový salát, česnek, cibule. Moučníky se konzumují v diabetické variantě. Maso libové (drůbež, ryby).

Snídaně se podává v časných hodinách (tmavé druhy pečiva), přesnídávka obsahuje ovoce či zeleninu v požadované dávce sacharidů. Oběd se připravuje na základě diabetických tabulek (polévka řídká, pokrmy masové i bezmasé). Zahušťuje se málo, používá se též prolisovaná zelenina nebo luštěniny. Tuk lze přidat ve formě tepelně nezpracovaného jednodruhového rostlinného oleje. Kořenit se smí, preferováno je zelené koření. Brambory se podávají v různých úpravách. Moučníky vyžadují speciální úpravu (snížená dávka sacharidů) – užívají se umělá sladidla. Večeře se podává ještě přibližně hodinu před spaním, je tvořena ovocem nebo zeleninou v požadované dávce sacharidů, u diabetiků I. typu i pečivem (SVAČINA, 2008; Výživa ve zdraví i nemoci, 2016).

### **2.1.11 DIETA NESLANÁ ŠETRÍCÍ – 10**

Dieta se podává při hypertenzi, při otocích v těhotenství, po srdečním selhání atd. Dávka tuků a bílkovin je mírně snížena, jídlo musí být lehce stravitelné, nenadýmavé. Kuchyňská sůl je zcela vyloučena, do jídelníčku se naopak zařazuje zelenina, ovoce, rýže, brambory a těstoviny.

Je tu snaha o zastření neslané chuti, proto se volí aromatické druhy koření a zeleniny, cibule, česnek, houby, jednou z variant jsou též sladké a sladkokyselé pokrmy. Mléko se do jídelníčku zařazuje v omezené míře, stejně tak vejce, telecí maso a drůbež. Sýry jsou voleny neslané a tvarohové. Z tuků se užívají spíše oleje. Pečivo by nemělo nadýmat, kapustu, zelí, okurky či hrušky je lepší nekonzumovat večer. Mezi nevhodné potraviny patří skopové maso, vnitřnosti, uzeniny, konzervy, kyselé okurky atd. Z koření lze naopak použít pepř, pálivou papriku, hořčici apod. Pít lze minerální vodu (SVAČINA, 2008; Výživa ve zdraví i nemoci, 2016).

### **2.1.12 DIETA VÝŽIVNÁ – 11**

Dieta se podává například v rámci rekonvalescence po některých typech operací či infekčních chorob, v období rekonvalescence při TBC, po ozařování, chemoterapii, při anorexii atd. Jedná se o dietu energeticky náročnější, strava je pestrá, ale lehce stravitelná, v šesti denních dávkách. Přesnídávka může být posílena o bílkovinnou potravinu, oběd s moučníkem, dvě večeře, přičemž druhá večeře může opět obsahovat bílkovinnou potravinu, pečivo, ovoce.

Co se týče technologického zpracování, pokrmy lze připravovat bez omezení, lze více kořenit a zařadit do jídelníčku též minutky. Strava by však neměla být příliš tučná, ani příliš slazená. Slazení lze doplnit medem. Ovoce by mělo být zařazeno v dostatečné míře, zelenina také, ořechy a sušené ovoce pak v menší míře (KOHOUT, 2009, <http://www.lecivyzyva.estranky.cz/clanky/charakteristika-jednotlivych-diet.html>).

## **2.2 STRAVOVÁNÍ V NEMOCNIČNÍCH ZAŘÍZENÍCH**

V nemocnicích dostávají hospitalizovaní stravu třikrát za den, také dopolední a odpolední svačinu. Diabetici pak navíc dostávají ještě druhou večeři.

Stravování v nemocničních zařízeních je samozřejmě limitováno ekonomicky, personálně i organizačně, nicméně tato zařízení nesou plnou odpovědnost za výživu svých klientů, takže zde lze upravovat dietní systém právě na základě potřeb hospitalizovaných (VYTEJČKOVÁ, 2011).

V některých nemocnicích existuje oddělení léčebné výživy, kde na přípravě stravy spolupracují nutriční terapeutky a dietologové s dalšími zaměstnanci stravovacího provozu. Jejich počet je obvykle dán velikostí daného nemocničního zařízení. Například ve fakultních nemocnicích fungují nutriční terapeuti, kteří mají na starost správné normování, dodržování technologických postupů při výrobě stravy, sledují zpětnou vazbu a samozřejmě musí úzce spolupracovat i s lékaři a sestrami. Součástí jejich práce je rovněž edukace klientů. Některá nemocniční zařízení však mohou využít též služeb cateringové společnosti, která připraví stravu přímo v nemocniční kuchyni na základě objednávky zpracované nutričním týmem (VYTEJČKOVÁ, 2011).

Stravování osob hospitalizovaných v nemocničních zařízeních je ovlivněno také prodělanými operacemi, antibiotickou léčbou, možnými onemocněními trávicího ústrojí apod. Klient v nemocnici je často vystaven stresu ze změny prostředí, strachu z diagnózy atd. To vše se dále promítá do stravovacího režimu jednotlivce (TRACHTOVÁ, 2013).

U klienta by mělo dojít k hodnocení stavu výživy, což je součástí komplexního funkčního vyšetření. Jednoduchým nástrojem pro základní posouzení stavu výživy klienta je přitom tzv. nutriční screening, k němuž dochází jak při přijetí klienta do nemocničního zařízení, tak v ambulantním kontaktu atd. Hodnocení stavu výživy je totiž nedílnou součástí ošetřovatelské anamnézy. Tu vytváří příjmová či ošetřující sestra nejpozději do dvanácti hodin od hospitalizace klienta a následně je podle ní sestaven plán ošetřovatelské péče. V ošetřovatelské anamnéze je zaznamenán stav výživy a metabolismu klienta, dochází zde k hodnocení a popisu způsobu příjmu potravin i tekutin, a to ve vztahu k individuální metabolické potřebě organismu. Hodnocen je též stav kůže, případná poranění, schopnost hojení ran, zohledňuje se výška a hmotnost klienta, užívání náhradních výživných látek či vitaminových preparátů, individuální způsoby stravování, diety atd. To vše slouží k zhodnocení stavu výživy klienta při příjmu a vyhledávání případné malnutrice. Jedná se o jednoduchý nástroj skládající se ze tří až čtyř otázek vedoucích k výslednému bodovému hodnocení (GROFOVÁ, 2009).

V časně fázi kontaktu s klientem tak může dojít k optimalizaci péče a zlepšení výsledků. Hodnocení stavu výživy by přitom mělo být objektivní i subjektivní, sestra by

měla získat informace na základě sledování klienta. Jako další zdroj informací pak může sloužit klientova anamnéza, fyzikální vyšetření, antropologická měření, výsledky laboratorních vyšetření, stravovací návyky klienta i jeho psychický a sociální stav (ROZSYPALOVÁ et al., 2009).

Téma výživy v nemocničních zařízeních je dlouhodobě diskutováno a často se poukazuje právě na zanedbávání správného postupu. Chybou je, když vyhledávání rizikových osob zůstane pouze na individuální iniciativě personálu a nefunguje zde účinný a spolehlivý systém. Nicméně faktem zůstává, že ve valné většině případů je pobyt v nemocnici jen přechodnou či krátkodobou záležitostí, proto by poskytovatelé zdravotních služeb měli dietní systém realizovat především ve významu výchovném. Klient by se zde měl naučit, jak se stravovat s ohledem na svou diagnózu, jak si sestavit vhodný jídelníček. Jedná-li se o klienta ambulantního, takový by pak měl navštívit nutričního terapeuta v příslušné poradně, ať už gastroenterologické, diabetologické či obezitologické. Se sestavením jídelníčku může v některých případech klientovi pomoci též praktický lékař.

## **2.3 POSTOJ VLÁDY A MINISTERSTVA ZDRAVOTNICTVÍ ČR K OTÁZCE VÝŽIVY**

Vláda ČR (v usnesení č. 23 z 8. 1.) a Poslanecká sněmovna Parlamentu ČR (v usnesení č. 175 z 20. 3.) podpořila již v roce 2014 realizaci Národní strategie Zdraví 2020, jejímž účelem je zejména zlepšení zdravotního stavu populace. Výstupem zmiňované realizace je i vytvoření akčních plánů specifikujících konkrétní cíle, ukazatele, termíny plnění a odpovědnost v rámci klíčových témat strategie. Akční plány by měly zajišťovat kontinuitu směřování péče o zdraví. Přímo s výživou jako takovou pak souvisí akční plán č. 2, který je dále rozdělen do tří částí, a to AP 2a Správná výživa a stravovací návyky, AP 2b Prevence obezity a AP 2c Bezpečnost potravin. Jedná se o akční plán na období let 2015–2020.

Akční plán č. 2 vychází z faktu, že nesprávná výživa (spolu s nedostatkem pohybu) představuje jeden z nejdůležitějších rizikových faktorů v rámci životního stylu a podílí se tak na rozvoji chronických neinfekčních onemocnění, přičemž prvním z důsledků

nesprávné výživy bývá často obezita, vysoký krevní tlak, diabetes, ateroskleróza, infarkt a mozkové cévní příhody. Zvyšuje se i riziko vzniku některých nádorových onemocnění. Primární snahou je tedy ovlivnit důležité aspekty života obyvatel, přičemž se počítá s tím, že pozitivně ovlivněny nutriční intervencí mohou být ponejvíce děti, dospívající, mladí lidé a lidé středního věku. U seniorů je pak zapotřebí jiný typ nutriční intervence zaměřený spíše na prevenci podvýživy (MZ ČR, Zdraví 2020, Národní strategie ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí, Akční plán č. 2, 2015).

Dostupná data ukazují v České republice na nadměrný příjem a spotřebu soli, alkoholu, živočišných tuků a jednoduchých cukrů. Naopak příjem a spotřeba ovoce a zeleniny jsou velmi nízké. Navíc všechny potraviny běžně nabízené na trhu nejsou z hlediska zdraví populace stejně vhodné. Vhodná je potravina, která při pravidelné konzumaci v obvyklém množství nezvyšuje riziko chronických neinfekčních onemocnění a nepřispívá k nadbytečnému příjmu energie, nasycených tuků, transmastných kyselin, cukrů či soli. Nevhodná je pak potravina právě s vysokým obsahem nasycených mastných kyselin, transmastných kyselin, cukrů a soli.

Nesprávná a nutričně nevyvážená strava tak obecně vede k malnutrici, k výše zmíněné nadváze a obezitě, nebo k projevům podvýživy a nedostatku některých živin (např. bílkovin, železa, vitamínu D, kyseliny listové, n-3 polyenových mastných kyselin či vitamínu A).

Cílem je proto zabezpečit správnou výživu a pestrou a vyváženou stravu všem obyvatelům ČR, a to skrze mezirezortní spolupráci, dále pak významně snížit výskyt chronických neinfekčních onemocnění, jimž lze předcházet správnou výživou, a výskyt onemocnění z podvýživy či nedostatku konkrétních živin, tzn. vyhnout se v určitých případech předčasným úmrtím (Akční plány pro implementaci Národní strategie Zdraví 2020. 2010).

Mezi klíčové priority patří podpora prostředí s nutričně vhodnými potravinami a nápoji, podpora osvojování si zdravého životního stylu již od útlého věku a především u zranitelných skupin obyvatelstva. Do třetice pak posilování zdravotního systému v oblasti podpory správné výživy, podpory systematického sledování a hodnocení nutričního stavu a správné výživy. Implementaci akčních plánů správné výživy

a stravovacích návyků by měla zajišťovat akční skupina řízená Ministerstvem zdravotnictví a odborem náměstka pro ochranu a podporu veřejného zdraví a hlavního hygienika ČR (Akční plány pro implementaci Národní strategie Zdraví 2020. 2010).

Ministerstvo zdravotnictví ČR vydalo rovněž zprávu o výsledcích úkolu zaměřeného na monitorování rozsahu nabídky a pestrosti pokrmů ve stravovacích službách v zařízeních sociálních služeb (celodenní stravování seniorů) a zdravotnických zařízeních, jelikož v druhé polovině roku 2014 byl hlavním hygienikem ČR vyhlášen úkol zaměřený právě na výše uvedený cíl. To vše vzhledem k potřebě získat informace a přehled o nabídce pokrmů a potravin a jejich vhodnosti pro klienty a seniory. Důraz byl přitom kladen zejména na pestrost nabídky, na způsob sestavování jídelníčků, na rozsah používaných surovin a na původ surovin (MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČESKÉ REPUBLIKY, 2015).

Provozovatel stravovací služby dle zákona č.258/2000 Sb. musí zajistit, aby měly podávané pokrmy odpovídající smyslové vlastnosti a aby splňovaly výživové požadavky podle skupiny spotřebitelů, jimž jsou určeny. Důvodem provedeného sledování je fakt, že úprava stravy může vést k významně pozitivní změně zdravotního stavu, a to zejména u rizikových skupin populace. Problematickým se ukázal být stav stravování seniorů, kteří mají specifické požadavky na stravu a její výživovou hodnotu. Vzhledem k tomu, že senioři obvykle konzumují méně potravin, měla by být jejich strava o to výživově hodnotnější. Senioři mají například zvýšenou potřebu vápníku a vitamínu D, jelikož u nich dochází k řídnutí kostí. Měli by proto konzumovat více mléčných výrobků. Také úprava potravin zde hraje podstatnou roli, neboť například ovoce a zeleninu je lepší seniorům podávat krájenou na kousky či strouhanou než ve formě celých plodů (MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČESKÉ REPUBLIKY, 2015).

Monitoring byl tedy proveden v 86 zařízeních, převážně v domovech pro seniory, ale také v léčebnách dlouhodobě nemocných a jinde. Zjištěno přitom bylo, že v naprosté většině zařízení se všechny pokrmy připravují na místě, příprava pokrmů je centrální a pokrmy jsou dále distribuovány na jednotlivá oddělení. Dovoz pokrmů odjinud je zcela ojedinělý. Nejčastěji připravovanou dietou je dieta č. 3 (racionální), potom diabetická a žlučnicková, následují různé další kombinace diet. V rámci

nadstandardních služeb jsou někdy pokrmy připravovány též na objednávku. V některých zařízeních berou ohledy na požadavky klientů a pokrmy jsou připravovány na základě jejich přání. Ve všech sledovaných zařízeních byla poskytována celodenní strava, nabídka z jídelníčku obsahovala tři pokrmy (snídaně, obědy a večeře), přičemž někde existovala též možnost výběru z více pokrmů k obědu. Přesnídávky a svačiny v některých případech nejsou uvedeny na jídelníčku, takže je těžké zjistit pouze z jídelníčku, zda jsou poskytovány či nikoli. V některých zařízeních pak byly potraviny z denní nabídky k dispozici po celý den a klienti si mohli vybrat dle potřeby. Šlo hlavně o pečivo, sýry, ovoce či džemy. Svačina byla někdy podávána jako součást snídaně a druhá večeře coby součást večeře. K druhé večeři byl obvykle podáván mléčný výrobek či ovoce. Nápoje byly k dispozici celý den, nejčastěji neslazený nebo slazený čaj a pitná voda, v případě slazených nápojů šlo ponejvíce o nápoje s umělými sladidly. Balené pramenité nebo minerální vody byly k dispozici výjimečně. Ovocné či zeleninové šťávy byly podávány ojedinele, mléčné nápoje (kakao, bílá káva) naopak pravidelně. Pokrmy jsou připravovány ponejvíce z čerstvých surovin, někdy jsou však využívány polotovary, konzervované ovoce či zelenina a mražené potraviny (MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČESKÉ REPUBLIKY, 2015).

V monitorovaných zařízeních byly jídelníčky sestavovány specialisty na výživu, a to nutričními terapeuty a dietními sestrami. Na porodnickém oddělení probíhala při sestavování jídelníčku spolupráce též s pediatry. V zařízeních sociálních služeb se na sestavování jídelníčku podíleli vedoucí stravovacího provozu nebo vedoucí kuchyně, dietní jídelníčky pak byly konzultovány s lékařem či nutričním terapeutem. Připravovány jsou pokrmy teplé, studené, ovoce a zelenina je podávána celá i krájená či strouhaná (popř. ve formě salátů). V závislosti na stavu konkrétních klientů se připravuje strava též mělněná a mixovaná, strava je též v určitých případech doplňována umělou výživou, podávána sondou, nebo jsou podávány nutridrinky (MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČESKÉ REPUBLIKY, 2015).

V některých monitorovaných zařízeních byl nutriční stav klientů sledován zdravotnickým personálem a o jednotlivých klientech byly vedeny záznamy ve zdravotnické dokumentaci, v jiných zařízeních tomu tak nebylo. Ve výjimečných případech však měla tato zařízení zpracované i metodické pokyny k prevenci malnutrice a vnitřní nutriční směrnice péče o klienta ohroženého malnutricí. Byl zde prováděn



screening (dotazník, laboratorní vyšetření, antropometrická vyšetření), na jehož základě se strava upravovala dle potřeby. Docházelo zde též k edukaci klienta (MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČESKÉ REPUBLIKY, 2015).

Při hodnocení pestrosti stravy byl brán zřetel především na to, aby se pokrmy neopakovaly, ovoce a zelenina byla čerstvá, pečivo celozrnné, aby se nepoužíval vývar z uzeného masa, aby byly upřednostňovány zeleninové polévky a polévky z luštěnin, aby docházelo ke střídání technologie úpravy masa, aby převažovaly netučné druhy masa a masných výrobků, aby se uzeniny užívaly minimálně a aby přílohy byly hlavně bramborové, luštěninové a zeleninové (namísto moučných). Také byl kladen důraz na pestrost stravy v rámci dne. Úroveň pestrosti byla následně vyhodnocena jako velmi dobrá či dobrá, v některých případech dokonce výborná. Z monitoringu však vyplynulo, že v nabídce obecně zcela schází pokrmy z ryb (nebo jsou podávány výjimečně). Nejpestřejší složení jídelníčku se projevilo u obědů, ale také večeře byly hodnoceny dobře, velmi dobře, či dokonce výborně. Večeře byly podávány obvykle teplé, o víkendech pak často studené. Snídaně naopak pestrost postrádaly a podávány byly často stejné pokrmy každý den. Určit pestrost přesnídávek a svačin se ukázalo jako obtížné, zejména tam, kde jsou jednotlivé pokrmy k dispozici celý den a klienti si je berou libovolně. Všeobecně však ze zprávy vyplývá, že pestrost svačin a přesnídávek není příliš vysoká. Dále byl proveden odběr vzorku (a jeho laboratorní vyšetření) celodenní stravy na porodnickém oddělení alespoň jedné nemocnice v každém kraji. Cílem bylo zjistit energetickou hodnotu stravy, obsah soli, bílkovin, tuků a sacharidů. Prokázán byl přitom vysoký obsah soli, v některých případech též sacharidů. Obsah bílkovin byl obvykle v normě (MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČESKÉ REPUBLIKY, 2015).

Situace v oblasti kvality a pestrosti stravy se dle výsledků zprávy lišila jak v jednotlivých krajích, tak v jednotlivých zařízeních. Obecně však byla úroveň pestrosti vyšší u poskytovatelů sociálních služeb než u poskytovatelů zdravotních služeb. Případná nízká pestrost pak byla zdůvodňována nejčastěji ekonomickými možnostmi jednotlivých zařízení. Doporučení ředitelům jednotlivých zařízení, lékařům a nutričním terapeutům tedy obsahovala zejména zařazení většího počtu vhodných mléčných výrobků, listové zeleniny, salátů z čerstvého ovoce a zeleniny (oproti kompotům a sterilované zelenině). Dále pak zvýšení nabídky celozrnného pečiva, zařazení méně

známých potravin do jídelníčku (například pohanky, jáhel, bulguru, cizrny, ovesných vloček) a zvýšení nabídky pokrmů z ryb (MZ ČR, Zpráva o výsledcích cíleného úkolu zaměřeného na zmonitorování rozsahu nabídky a pestrosti pokrmů ve stravovacích službách v zařízeních sociálních služeb (celodenní stravování seniorů) a zdravotnických zařízeních, 2015).

## **2.4 NUTRIČNÍ SCREENING A JEHO VÝZNAM V PRÁCI SESTRY**

Nutriční screening slouží k vyhledávání pacientů s malnutricí. Základem je nutriční dotazník, pomocí něhož sestra či jiný zdravotnický pracovník hodnotí nutriční stav a z něj vyplývající rizika nedostatečné výživy nebo stav malnutrice při přijetí pacienta do nemocnice. Screening by měl být proveden ihned při kontaktu s pacientem nebo nejpozději do 24 hodin od přijetí. U pacientů, kteří bývají přijati ke krátkodobé hospitalizaci, většinou do tří dnů, není potřeba provádět nutriční screening. Díky screeningu lze určit, kteří pacienti jsou ohroženi malnutricí a zaměřit na ně zvýšenou pozornost. V případě, že pacient splňuje rizika malnutrice, mělo by být u něj provedeno vyšetření nutričním terapeutem nejpozději do 48 hodin, který o jeho stavu informuje ošetřujícího lékaře. Pokud není pacient malnutriční a ani nemá zvýšené riziko malnutrice po provedeném nutričním screeningu, měl by se po správnosti dotazník opakovaně vyplnit po 14 dnech hospitalizace. Dle postupů ESPEN, by měl být nutriční screening opakován každé 1–2 týdny.

Nutriční screening má různé různé druhy hodnotících škál, mezi něž patří Mini Nutritional Assessment, Nottinghamský screeningový dotazník a Subject Global Assessment. Problémem je, že nelze sestavit jednoduchý univerzální screening, který by nezabíral příliš mnoho času zdravotnickému personálu a na druhé straně by byl citlivý na rizikové faktory u celého spektra příjemců zdravotních a sociálních služeb. (GROFOVÁ, 2007).

### 3 EDUKACE

Edukací dospělých osob se zabývá pedagogická disciplína nazývaná andragogika. Jedná se o nedílnou součást zdravotní a ošetrovatelské péče a většiny léčebných zásahů. Edukace (z lat. *educare*, *educare* neboli vychovávat) by měla vést k optimalizaci kvality života a zdravotního stavu. Týká se přitom jak nemocných, tak zdravých jedinců. Edukace totiž hraje významnou roli i na poli prevence (NEMCOVÁ et al., 2010).

Cílem edukace je naučit klienta pečovat o sebe s ohledem na své onemocnění a dostat tak pokud možno patřičné odpovědnosti za vlastní zdraví. Jedná se tedy o proces ovlivňování chování a jednání klienta tak, aby došlo k pozitivním změnám v oblasti jeho vědomostí, postojů i denních návyků. Výsledným efektem edukace může být též zlepšení úrovně komunikace a spolupráce mezi klientem a zdravotnickým týmem. Edukátor, jímž je obvykle lékař, sestra nebo nutriční terapeut, se snaží co nejefektivněji předat klientovi návod na to, jak dosáhnout výše zmiňovaných změn, přičemž musí brát v potaz klientovy individuální možnosti a schopnosti (JUŘENÍKOVÁ, 2010).

Klienti, jimž bylo nově diagnostikováno nějaké onemocnění, podstupují nejprve edukaci základní. Postupně se pak navazuje na dříve získané informace a prohlubuje se širší znalostí a vědomostí, provádí se reedukace. Důležité je také místo, kde k edukaci dochází. To může mít na klienta vliv pozitivní i negativní. Roli zde hraje především celková atmosféra, jejíž součástí je i barevné ladění interiéru, intenzita osvětlení atd. Kvalita edukačního procesu se navíc přímo odvíjí od použitých edukačních materiálů, edukačních standardů a plánů. Edukačními standardy se přitom rozumí závazné normy sloužící k udržení kvality edukace (JUŘENÍKOVÁ, 2010).

Edukátor, tedy ten, který edukuje, by měl při své práci vycházet z dobré znalosti lidských potřeb, měl by být schopen klienta podpořit, pochopit ho, pomoci mu čelit i nepříjemným diagnózám, musí respektovat klientovu důstojnost. Základním předpokladem je tedy zájem o klienta, dobré verbální i nonverbální komunikační schopnosti, schopnost klienta motivovat, schopnost empatie atd. Edukant, tj. ten, který

se učí, by měl nejen získat nové informace, ale měl by se je naučit používat v praxi a zautomatizovat si některé nové návyky a činnosti (TRACHTOVÁ, 2013).

K procesu edukace může docházet jak během hospitalizace v nemocničním zařízení, tak ambulantně, v rámci návštěvy přímo v rodině klienta, při rekondičních pobytech, lázeňských pobytech, i prostřednictvím telefonických hovorů apod. Výsledný efekt edukace pak pozitivně ovlivňuje především názornost (názorné příklady) a propojení teorie a praxe, kdy se klient učí použít nově získané vědomosti. Předávané poznatky přitom musí být z vědeckého hlediska platné a aktuální a rovněž v synchronizaci se zdravotním stavem klienta. Edukátor by si měl též průběžně prostřednictvím zpětné vazby ověřovat, zda došlo k úspěšnému pochopení předávaných informací. Objem těchto informací by navíc měl být přiměřený, aby možnost pochopit je byla odpovídající jejich množství. Dále je třeba edukanta vhodně motivovat, neboť takový jedinec je během edukace aktivní a uvědomělý. Nezbytné je pak v neposlední řadě respektovat jeho individualitu, kulturní a společenský kontext atd. Předávání vědomostí musí probíhat kontinuálně a v rámci trvalého udržení těchto vědomostí je pak nezbytné procvičovat a opakovat naučené zásady (JUŘENÍKOVÁ, 2010).

Úspěšnost edukace však závisí na mnoha faktorech. Je jím i povaha toho kterého onemocnění, jeho závažnost, disciplinovanost klienta atd. Záleží tedy na tom, kdo je edukován, na pohlaví a věku této osoby, národnosti, intelektu, vzdělání a mnoha dalších povahových i jiných vlastnostech. Roli hraje také tělesný stav edukované osoby, ideální přitom je, aby byl jedinec tělesně i duševně svěží, jelikož proces učení zpomaluje a komplikuje např. únava, neuspokojení některých tělesných potřeb, špatné psychické rozpoložení atd. Učební materiál by každopádně měl být pestrý a zajímavý, rozdělený do menších celků. Edukace by měla probíhat ve srozumitelném jazyce a respektovat systém postupu od nejdůležitějšího k méně důležitému a od jednoduchého ke složitému (JUŘENÍKOVÁ, 2010).

V případě osob s těžkými a chronickými onemocněními je třeba správně diagnostikovat fázi, v níž se daný jedinec právě nachází, neboť každé onemocnění ovlivňuje i klientovu psychiku a v počáteční fázi není edukace příliš vhodná, jelikož klient prožívá stres, úzkost, někdy též pocit bezmoci apod. Není tedy schopen se dostatečně soustředit na proces edukace, není ochoten plně spolupracovat. Vhodnější je

proto fáze po stabilizaci, kdy již tato osoba akceptuje vzniklou situaci a je připravena se učit vše potřebné (SVOBODA et al., 2009).

### **3.1 FORMY A METODY EDUKACE**

Zvolená forma edukace se zpravidla odvíjí od cíle edukace a specifických potřeb edukanta. Výhodou individuální formy edukace je osobní přístup ke klientovi a přímá interakce mezi edukátorem a edukantem. V rámci skupinové edukace dochází k edukaci několika jedinců se stejnými edukačními potřebami i k vzájemné interakci mezi těmito osobami (KUBEROVÁ, 2010).

Výběr vhodné edukační metody je velmi důležitý, neboť proces učení není plně automatický, ale edukant by se měl aktivně zapojit. Univerzální metody zde neexistují, jednotlivé přístupy je dobré vhodně kombinovat, vzájemně ovlivňovat, doplňovat atd., aby bylo edukačního cíle dosaženo co nejpřesněji. Jednou z možných metod je např. rozhovor, který je vůbec nejrozšířenější. Informace se zde předávají prostřednictvím otázek a odpovědí mezi edukantem a edukátorem. Další variantou je přednáška, v jejímž průběhu edukátor verbálně předává informace jednomu nebo více edukantům, kteří mají pasivní roli. Další metodou je diskuze, při níž si jednotliví edukaci mohou vyměňovat své zkušenosti, názory či pocity, a učit se tak jeden od druhého. Diskuze však musí být řízena kvalifikovanou osobou. K předvedení postupu některých aktivit souvisejících s různými onemocněními je vhodná metoda demonstrace. Metoda napodobování využívá modelových situací a simulace určitých situací, v nichž edukátor zaujímá roli poradce. V určitých případech lze využít též metody spojené s hrou. Programovým učením se zase rozumí samostatný sběr informací, např. ve formě e-learningu apod. (NEMCOVÁ et al., 2010).

Edukátor poskytuje různou formou a s využitím rozličných metod edukantovi informace o jeho zdravotním stavu (vycházejí přitom ze svých kompetencí), navrhuje mu vhodné diagnostické a terapeutické postupy, seznamuje ho s příslušným poskytovatelem zdravotních služeb, poučí ho o nejlepší možné životosprávě, o všech rizikových faktorech, které mohou mít negativní vliv na jeho zdraví, seznámí ho se

zkušenostmi dalších klientů se stejným typem onemocnění, poskytně mu náležité edukační materiály (brožury, letáky, odbornou literaturu apod.) a v neposlední řadě mu poskytně užitečné rady a doporučení (SVOBODA et al., 2009).

### **3.2 FÁZE PROCESU EDUKACE**

Edukační proces probíhá v pěti etapách, z nichž první je fáze posuzování, která je charakteristická sběrem, tříděním a následnou analýzou informací o edukantovi a jeho individuálních edukačních potřebách. Již v rámci této první etapy se využívá metod, jako je například rozhovor, pozorování, analýza údajů a záznamů ve zdravotnické dokumentaci, fyzikální vyšetření atd. Tato fáze je velice důležitá, neboť na kvalitě shromážděných informací závisí i budoucí úspěšnost celé edukace. Důležitou roli tu mohou hrát i neverbální projevy a chování klienta, který poskytuje informace primárně. Doplňující informace lze posléze získat od rodiny edukanta, zdravotnických pracovníků, zdravotnické dokumentace apod. Ve fázi posuzování bývají sledovány klientovy postoje, schopnosti učit se, míra jeho motivace k učení, jeho aktuální psychický stav i sociálně-kulturně-ekonomické zázemí (JUŘENÍKOVÁ, 2010).

Druhou fází je pak diagnostika, kdy jsou stanoveny individuální edukační potřeby a následně formulovány do edukačních diagnóz vymezujících jednotlivé potřeby i problémy klienta. Edukační diagnózy se řadí na základě priorit a aktuálnosti potřeb klienta (KUBEROVÁ, 2010).

Třetí fází je plánování, kdy se pozornost soustředí na chystané změny ve znalostech, vědomostech, postojích a návycích klienta. Dochází k výběru edukačních metod, výběru edukačního obsahu. Zohledňuje se přitom osobnost edukanta, jeho zdravotní stav, životní styl atd. Nastává výběr konkrétního edukátora, stanovení časového rozmezí určeného k edukaci, výběru vhodného prostředí. Edukačními cíly se pak rozumějí očekávané výsledky. Cíle se mohou zaměřovat jak na oblast kognitivní neboli znalostní, tak na oblast afektivní neboli postojovou a hodnotovou a do třetice též na oblast psychomotorickou neboli dovednostní (JUŘENÍKOVÁ, 2010).

Čtvrtou fází tvoří samotná realizace naplánovaných edukačních aktivit. Je aplikována teoretická příprava, dobře připraven musí být edukátor, ale i edukant, prostředí i materiální zabezpečení. Nejprve přichází na řadu motivace edukanta prostřednictvím navození příjemné atmosféry a vzbuzení jeho zájmu. Dále nastává fáze expoziční, kdy jsou předány nové informace a vědomosti skrze vzniklou diskuzi, monolog edukátora či názornou demonstraci. Fixační fáze pak slouží k zopakování osvojených vědomostí a procvičování (NEMCOVÁ et al., 2010).

Poslední etapou je zhodnocení míry nabytých dovedností a znalostí, zhodnocení případné změny chování a jednání edukanta. V rámci vyhodnocení lze navrhnout možné změny v dalším procesu edukace. Hodnotit lze přitom viděné i slyšené, sumativní hodnocení zase shrnuje pokroky, ke kterým u klienta došlo v určitém časovém rozmezí. Jestliže naplánovaných cílů nebylo dosaženo, je nutné zopakovat proces edukace. O výsledném stavu edukace se vede písemný záznam (JUŘENÍKOVÁ, 2010).

## 4 EDUKAČNÍ PROCES U PACIENTA S NUTRIČNÍ TERAPIÍ

Dne 10. 3. 2016 byl přijat 67letý pacient na interní oddělení na doporučení obvodního lékaře pro celkovou slabost, nechutenství, úbytek na váze, bolesti v bedrech, chátřání, závratě, hypotenzi, hyperkalémii, hyperurikémii, hyperlipidémii, leukocytózu. V nemocnici bylo provedeno klinické vyšetření, laboratorní vyšetření, EKG vyšetření, UZ břicha. Dále proveden RTG plic, gastrokopické vyšetření, kolonoskopické vyšetření, echokardiografické vyšetření, skiografie páteře, nutriční screening. U pacienta byla zajištěná celková ošetrovatelská péče během hospitalizace, která měla vést ke stabilizaci jeho zdravotních obtíží. Lékař doporučil vypracovat nutriční screening sestrou při přijetí pacienta. Subjektivně se cítil slabý a udával pocity nechutenství, jiné potíže negoval. Pacient byl seznámen lékařem se svým zdravotním stavem, s navrženým individuálním léčebným postupem, měl možnost položit doplňující otázky a s navrženým postupem souhlasil.

### 1. FÁZE – POSOUZENÍ

**Jméno:** Z. A.

**Pohlaví:** muž

**Věk:** 67 let

**Bydliště:** Vsetín

**Rasa:** europoidní (bílá)

**Etnikum:** slovanské (české)

**Vzdělání:** středoškolské bez maturity

**Zaměstnání:** důchodce

#### Anamnéza

*Nynější onemocnění:* celková slabost, nechutenství, úbytek na váze, chátřání, závratě, bolesti v bedrech, hypotenze, hyperkalémie, hyperurikémie, leukocytóza, hyperlipidémie.

*Osobní anamnéza:* běžné dětské nemoci, měštnavé selhání srdce (3/2015), ICHS chron., IM spodní stěny (2001), arteriální hypertenze, chron. VA syndrom LS páteře, hyperlipidémie, varixy Dkk, CHOPN, operace pupeční a tříselné kýly, snesení polypů descendens (4/2010), úrazy: 0.

*Alergologická anamnéza:* Cilkanol.



*Abúzy:* nekouří, alkohol – příležitostně v případě rodinných oslav, dřív káva – 3/den,  
závislost na jiných látkách: neuvádí.

*Farmakologická anamnéza:* Berodual dlp. při dyspnoe, Prestarium neo combi 5/1,25 mg (1/2-0-0), Euphyllin 300 mg (1-0-0), Verospiron 25 mg (1-0-0), Furon 40 mg (1-0-0), Anopyrin 100 mg (0-1-0), Apo-atorvastatin 40 mg (0-0-1), Protevasc 35 mg (1-0-1).

### **Základní údaje**

<b>Tělesný stav</b>	nestabilní chůze při závratích, bolesti v bedrech při rychlém pohybu, chátrání těla vlivem úbytku na váze
<b>Mentální úroveň</b>	dobrá, orientovaná místem, časem i osobou
<b>Komunikace</b>	bez omezení
<b>Zrak, sluch</b>	používá brýle na čtení, slyší dobře
<b>Řečový projev</b>	bez omezení
<b>Paměť</b>	krátkodobá i dlouhodobá paměť je nenarušena
<b>Motivace</b>	přiměřená, má zájem o nabytí nových informací
<b>Pozornost</b>	přiměřená jeho zdravotnímu stavu
<b>Typové vlastnosti</b>	sangvinik, občas se pacient projevuje jako cholerik
<b>Vnímavost</b>	přiměřená
<b>Pohotovost</b>	přiměřené reakce
<b>Nálada</b>	negativní, má strach ze svého zdravotního stavu
<b>Sebevědomí</b>	přiměřené úrovně
<b>Charakter</b>	upřímný, klidný, hodný, naslouchající
<b>Poruchy myšlení</b>	neprojevují se, myšlení je jasné
<b>Chování</b>	přátelské, vlídné
<b>Učení</b>	typ – racionální styl – vizuální, auditivní, systematické, logické postoj – má zájem o nové informace bariéry – celková slabost, strach z nemoci

### **Posouzení fyzického stavu, zdravotních problémů a edukačních potřeb**

(podle Marjory Gordonové)

## **1. Podpora zdraví**

Pacient delší období přehlížel svůj zdravotní stav. Ve chvíli, kdy došlo ke zhoršování příznaků zdravotního stavu, navštívil svého obvodního lékaře a díky jeho doporučením je přijat k hospitalizaci do nemocnice na interní oddělení. Cítí celkovou slabost, vyčerpanost a neschopnost vykonávat každodenní rutinní činnosti. Pociťuje zvýšené nechutenství, které vede k jeho úbytkům na váze a celkovému chátrání organismu. Je si vědom, že zanedbával preventivní prohlídky u svého obvodního lékaře a nedodrжуje základy zdravé a správné životosprávy. Pacient je ochoten přijmout změny, vzhledem k jeho diagnóze.

## **2. Výživa**

Pacient trpí podváhou, měří 176 cm, váží 51,5 kg, BMI = 16. Pacient udává, že se stravuje nepravidelně. V jeho jídelníčku se nachází převaha nezdravých potravin, jako jsou např. (uzeniny, tučná jídla ve formě prorostlého masa, omastku, omáčky, sladká jídla, bílé pečivo, kořeněná jídla a další). U pacienta převládá karence – opakovaně konzumuje stejné potraviny. Denně vypije cca 1 litr tekutin, převážně sladké šťávy a nápoje. Dříve vypil 3 šálky kávy denně, v nynější době zmínil potřebu na 1 šálek turecké kávy denně. Pacient tvrdí, že často na jídlo zapomíná a stejně tak opomíjí i pitný režim. V poslední době trpí nechutenstvím a musí se do jídla spíše nutit, jak sám udává. Dále tvrdí, že nemá moc velký přehled o tom, co má jíst, neví, jaká jídla jsou zdravá či nezdravá a rád by se dozvěděl o stravě více informací.

## **3. Vylučování**

Pacient je plně kontinentní, s močením potíže žádné neudává a sám si dojde na toaletu. V domácím prostředí neměl problémy s vyprazdňováním stolice, nyní má občasné projevy obstipace, které jsou řešeny dostatečným pitným režimem a podáním jedné odměrky sirupu Lactuloza na pacientovo vyžádání. Stolica má barvu fyziologickou, bez patologických příměsí. Na pokoji je pro pacienta přistaveno toaletní křeslo, v důsledku jeho celkové slabosti, které nevyužívá.

## **4. Aktivita, odpočinek**

V domácím prostředí rád a pravidelně chodil se svými vnoučaty na procházku, rekreačně rybařil, rád vařil a bez větších problémů zvládal péči o domácnost, se zhoršením zdravotního stavu a následnou hospitalizací, pacient již nezvládá sebevětší

fyzickou námahu. V poslední době si vyplňuje čas sledováním televizních pořadů, četbou knih, poslechem oblíbené hudby, luštěním křížovek a vědomostních kvízů. Má problémy s usínáním a během noci se často budí a ráno se cítí neodpočinitý, unavený. Spánek je narušen jeho pobytem v nemocnici a zhoršením zdravotního stavu. Léky na spaní nevyžaduje.

## **5. Vnímání, poznávání**

Pacient je plně orientovaný osobou, časem a místem. Potíže se sluchem pacient neudává. Používá brýle na čtení, je zrakově kompenzovaný. Mluví srozumitelně česky. Udává, že poslední dobou začíná zapomínat. Ošetřujícím lékařem je poučen o svém zdravotním stavu. Pacient by se rád dozvěděl více informací, jak zlepšit svůj životní styl, aby se mohl, co nejdříve vrátit zpět aktivně do života.

## **6. Sebepojetí**

Pacient se vnímá spíše jako optimista, občas jako cholerik. Se svým dosavadním životem je spokojený. Je sociálně zajištěný, má byt, nějaké peníze z důchodu, šikovné dcery a kamarády, kteří jsou mu vždy nápomocni. Plně spolupracuje a vydatně se zapojuje do ošetrovatelské péče.

## **7. Role, vztahy**

Pacient je ovdovělý a má dvě dcery. Žije sám v bytě na sídlišti ve Vsetíně v prvním patře, kde ho pravidelně navštěvují jeho dcery s vnoučaty, které mu pomáhají s každodenním vedením domácnosti. S dopomocí svých dcer má byt uklizený a vše má svůj řád. V nemocnici pacienta chodí navštěvovat jeho dcery s vnoučaty, kamarádi, kteří mu vždy pozvednou náladu a zpříjemní mu tak léčebný pobyt.

## **8. Sexualita**

Pacient je ovdovělý a neudává žádnou potřebu mít sexuální uspokojení.

## **9. Zvládání zátěže**

Na otázku, jestli prožívá nějaký stres, napětí, pacient odpověděl, že jen velmi málo. Jediné, co ho občas přivede ke stresu a napětí je jeho zhoršený zdravotní stav a s ním spojené komplikace, kterými trpí. Při stresu prožívá úzkost a strach, snaží se to zahánět právě poslechem své oblíbené hudby (cimbálovka, country), kterou chce

poslouchat, což je mu v nemocnici umožněno. A nejlepší proti stresu, strachu a napětí je návštěva a přítomnost těch nejbližších, kteří ho vždy přivedou na jiné myšlenky.

## **10. Životní hodnoty**

Když jsem se zeptala pacienta, jestli má ještě nějaké cíle, nesplněná přání, vizi do budoucna, odpověděl mi, že už jen v klidu a hlavně ve zdraví dožít v kruhu své rodiny, přátel a koníčků (poslechem oblíbené hudby, četbou, sledováním televize, luštěním křížovek, kterým holduje), a tak prý bude nejspokojenější.

## **11. Bezpečnost, ochrana**

Pacient se klidně, bezpečně a jistě cítí nejvíce ve svém domácím prostředí. Nemocnice v něm nevyvolává příliš pozitivní pocity, ale na nezbytně nutnou dobu hospitalizace, vydrží svůj pobyt zde. U pacienta jsou zajištěna bezpečnostní opatření.

## **12. Komfort**

Pacientův komfort je udržen na stejně vysoké úrovni.

## **13. Růst a vývoj**

Růst a vývoj pacienta je fyziologický.

## **Profil rodiny**

Pacient je vdovec již 10 let, milovaná manželka mu zemřela na náhlou srdeční příhodu. Bydlí sám ve svém bytě v přízemí panelového domu, kde ho chodí navštěvovat jeho dvě dcery společně s vnoučaty. Má jednoho mladšího sourozence, který bydlí daleko a vzdálenost jim neumožňuje se osobně setkávat, čas od času si tedy zatelefonují, vztahy spolu mají dobré. Pacient je vyučený jako stolař a toto řemeslo vykonával po celou dobu až do odchodu do důchodu.

## **Zdroje pomoci a podpory rodiny, sociálně – ekonomický vztah**

Pacienta pravidelně navštěvují jeho dvě dcery s vnoučaty a podporují ho psychicky i finančně, když je potřeba, s mladším bratrem jsou v telefonickém kontaktu, tudíž rodinné vztahy jsou velmi dobré a všichni jsou si velkou oporou. Členové rodiny za ním dochází i na návštěvy do nemocnice a nosí mu potřebné věci, o které sám požádá. Sociální a ekonomické zázemí pacienta je v normě.

### **Životní styl, kultura, náboženství, hodnoty, postoje**

Pacient je členem Česko-bratrské církve evangelické a podle jejích zásad se snaží žít celý život, dříve pravidelně navštěvoval nedělní shromáždění v kostele, ale poslední roky už tak často kostel nenavštěvuje. Volné dny si snaží zpestřit především svými koníčky (sledování televize, četbou knih, poslechem hudby, luštěním křížovek). Především se vždy těší na návštěvu svých dvou dcer s vnoučaty. Co se týká správného životního stylu, pacient nemá dostatek informací, jak se správně a zdravě stravovat, sám udává, že se stravuje nepravidelně, konzumuje stejná jídla pořád dokola, ovoce a zeleninu zařazuje do svého jídelníčku velmi málo. Pitný režim také příliš pravidelně nedodrжуje, vypije cca 1 litr tekutin za den a to převážně ve formě sladkých nápojů. Udává, že nejdůležitějšími hodnotami jsou v životě rodina, zdraví a víra v lepší zítřky. Ke zhoršení zdravotního stavu se staví čelem a doufá, že se vše obrátí v dobré a bude zase, co nejdříve fit a v kondici. Je ochoten spolupracovat, naučit se a přijmout nové informace, které povedou k jeho zlepšování se zdravotního stavu.

### **Adekvátnost a neadekvátnost rodinných funkcí**

Pacientova rodina je mu vždy na blízku a je schopná mu podat pomocnou ruku ve všech životních, krizových situacích. Jeho rodina je velmi komunikativní a dobře spolupracuje. V návštěvní docházce do nemocnice se pacientovy dcery střídají téměř obden. Jsou mu jeho největší životní oporou.

### **Porozumění současné situace rodinou**

Rodina je vyrozuměná o jeho zdravotním stavu a je ochotná plnohodnotně spolupracovat a podporovat pacienta v jeho rekonvalescenci.

Ke zjištění vědomostí pacienta byl použit následující vstupní test:

Tabulka 1 – Vstupní test

OTÁZKY	ODPOVĚĎ ANO/NE
Víte, co je to nutriční screening?	NE
Víte, co je to BMI?	NE
Znáte zásady správné výživy v seniorském věku?	NE
Máte představu o správném pitném režimu v seniorském věku?	NE
Máte představu o tom, co jsou zdravé a nezdravé potraviny?	NE
Víte, jaká je správná hladina cholesterolu v krvi?	NE
Znáte pojem malnutrice?	NE
Víte, co je to karence?	NE

Na základě odpovědí pacienta ve vstupním testu, byly zjištěny deficitní vědomosti ve sféře zdravé životosprávy. Nezná správné hodnoty cholesterolu, nezná pojmy nutriční screening, BMI, karence, malnutrice. Je nutné, aby pacient znal a porozuměl všem pojmům uvedeným ve vstupním testu, a proto byl vytvořen edukační proces, který obsahuje 3 edukační jednotky.

**Motivace pacienta** je velmi vysoká, jeví ochotu se učit novým věcem, chce spolupracovat, aby se mohl co nejdříve vrátit nazpět do svého domova a užívat si života, společně se svojí rodinou.

## 2) FÁZE – STANOVENÍ EDUKAČNÍ DIAGNÓZY

### Deficit vědomostí:

- o nutričním screeningu,
- o výpočtu BMI,
- o zásadách správné výživy v seniorském věku,
- o správném pitném režimu v seniorském věku,
- o zdravých a nezdravých potravinách,

- o správné hladině cholesterolu,
- o pojmu malnutrice,
- o pojmu karence.

**Deficit v postojích:**

- nejistota ve schopnosti dodržet změny v životním stylu,
- nejistota z dodržování režimových opatření,
- pochybnosti o dodržování stravovacího a pitného režimu,
- obavy z nedostatečného pochopení nových informací,
- strach z možných komplikací,
- strach z nevyлéčení.

**Deficit zručnosti:**

- v dodržování stravovacího a pitného režimu,
- ve výpočtu BMI,
- v péči o sám sebe.

### 3) FÁZE – PLÁNOVÁNÍ

**Priority edukačního procesu:**

- edukace o nutričním screeningu,
- edukace o výpočtu BMI,
- edukace o zásadách správné výživy v seniorském věku,
- edukace o správném pitném režimu v seniorském věku,
- edukace o zdravých a nezdravých potravinách,
- edukace o správné hladině cholesterolu,
- edukace o pojmu malnutrice,
- edukace o pojmu karence.

**Struktura:** 3 edukační jednotky.

**Záměr edukace:**

- seznámit pacienta s nutričním screeninem,

- seznámit pacienta s dostupnými pomůckami při nutričním screeningu,
- poskytnout pacientovi informace o měření BMI,
- poskytnout pacientovi co nejvíce vědomostí o správné výživě a pitném režimu v seniorském věku,
- seznámit pacienta se zdravými a nezdravými potravinami,
- seznámit pacienta se správnou hladinou cholesterolu,
- seznámit pacienta s pojmem malnutrice,
- seznámit pacienta s pojmem karence.

### **Cíle:**

**Kognitivní** – pacient nabyt vědomosti o nutričním screeningu a dostupných pomůckách při nutričním screeningu, o výpočtu BMI a o zásadách správné výživy a pitného režimu v seniorském věku. Získal znalosti o zdravých a nezdravých potravinách, zná správnou hladinu cholesterolu a ví, co znamenají pojmy malnutrice a karence.

**Afektivní** – pacient se staví k získání nových vědomostí a poznatků velmi pozitivně, zajímají ho veškeré nové informace v oblasti zdravého životního stylu.

**Behaviorální** – pacient dodržuje léčebný režim a bude se aktivně podílet na doporučených změnách ve svém životním stylu. Pacient si umí vytvořit sám zdravý jídelníček. Zná fyziologické hodnoty hladin cholesterolu v krvi. Pacient dokáže objasnit a rozumí pojmům malnutrice, karence, nutriční screening.

**Místo realizace:** u lůžka pacienta na interním oddělení, zajistit klid, vyvětraný pokoj a soukromí.

**Čas:** edukační proces probíhal po dobu 3 dnů, po obědě v odpoledních hodinách.

**Výběr:** výklad, vysvětlování, rozhovor, písemné ukázky, vstupní a výstupní test, diskuze, názorná ukázka.

**Edukační pomůcky:** notebook, obrázky, knižní publikace, edukační karty, písemné pomůcky, papír, tužka, přílohy, vstupní a výstupní test, audiovizuální pomůcky.

**Forma:** individuální.

**Typ edukace:** úvodní.



### **Struktura edukace:**

- 1. edukační jednotka** – nutriční screening, měření BMI.
- 2. edukační jednotka** – výživová doporučení v seniorském věku, vysvětlení pojmů malnutrice a karence, objasnění správné hladiny cholesterolu, doporučený pitný režim v seniorském věku.
- 3. edukační jednotka** – zdravé a nezdravé potraviny v seniorském věku, ukázka zdravého jídelníčku.

### **Časový harmonogram:**

- 1. edukační jednotka** – 10. 3. 2015 od 13.30 do 13.55 (55 minut).
- 2. edukační jednotka** – 12. 3. 2015 od 13.00 do 14.15 (75 minut).
- 3. edukační jednotka** – 13. 3. 2015 od 13.00 do 14.15 (75 minut).

## **4) FÁZE – REALIZACE**

### **1. edukační jednotka**

**Téma edukace:** Nutriční screening, měření BMI.

**Místo edukace:** u lůžka pacienta na interním oddělení.

**Časový harmonogram:** 10. 3. 2015 od 13.00 do 13.55 (55 minut).

#### **Cíl:**

- **Kognitivní** – pacient získal nové vědomosti o nutričním screeningu a měření BMI. Umí definovat pojem nutriční screening a BMI.
- **Afektivní** – pacient jeví aktivní zájem o získání nových vědomostí.

**Forma:** individuální.

**Prostředí:** nemocniční.

**Edukační metody:** vysvětlování, diskuze, zodpovězení otázek pacienta, rozhovor.

**Edukační pomůcky:** notebook, obrázky, knižní publikace, písemné pomůcky, papír, tužka.

## Realizace 1. edukační jednotky

- **Motivační fáze:** (5 minut) pozdravit pacienta, představit se pacientovi. Navodit klidné, soukromé a příjemné prostředí. Vysvětlit pacientovi význam edukace a povzbuzovat ho k aktivní spolupráci.
- **Expoziční fáze:** (30 minut) informovat pacienta o nutričním screeningu a BMI.

**Nutriční screening** – je prvním krokem pro komplexnější proces nutričního hodnocení a měl by být součástí vstupního vyšetření pacienta. Měl by se provádět u všech přijímaných pacientů a to nejpozději do 24 hodin od přijetí pacienta k hospitalizaci. K odebrání nutričního screeningu se používá jednoduchý dotazník, dle kterého se poté vyhodnotí rizika podvýživy. Tento dotazník s Vámi odebírá sestra, která Vám chronologicky klade otázky za sebou, ty jsou uvedeny v dotazníku. Proto je velmi důležitá Vaše spolupráce, aby byl dotazník správně a popravdě vypsán, aby se daly vyhodnotit další možné kroky pro Vaši léčbu. Na konci sestra výsledek nutričního screeningu zapíše do Vaší dokumentace. V případě, že Vaše výsledky budou spadat do rizika podvýživy, přebere si Vás již na vyšetření nutriční terapeut, který dále zhodnotí Váš nutriční stav, a to nejpozději do 48 hodin od přijetí k hospitalizaci a dále pak v pravidelných časových intervalech až do zlepšení Vašeho zdravotního stavu.

**Nottinghamský dotazník** – je dotazník, který budeme využívat k odebrání nutričního screeningu. Zde Vás budeme hodnotit, dle šesti bodů (věk, ztráta hmotnosti, hodnota BMI, jídlo za poslední tři týdny, projevy nemoci, faktor stresu hodnocený dle závažnosti stavu pacienta).

Tabulka 2 – Nottinghamský dotazník

Jméno:	Příjmení:	Titul:	Rodné číslo:	Poj.:
Pohlaví	Hmotnost:	Výška:	Datum: Datum: Datum: Datum:	Datum: Datum:
BMI= kg/ m <sup>2</sup>				
Nelze-li pacienta změřit a zvážit			2	
Nelze-li od pacienta získat informace			3	
(v tomto případě nevyplňujeme body B,C,D)				
A/ Věk	Do 65 let		0	
	nad 65 let		1	

	nad 75 let	2
B/ BMI	20 – 35	0
	18 -20	1
	pod 18	2
C/ Ztráta hmotnosti (nechtěná)	Žádná	0
	více než 3kg/3 měsíce, a/nebo volné šatstvo	1
	více než 6kg/3 měsíce	2
E/ Projevy nemoci	Žádné	0
	bolesti břicha, nechutenství	1
	zvracení, průjem nad 6/den	2
F/Faktor stresu	Žádný	0
	Střední	1
	Vysoký	2
<b>Vypočtené skóre:</b>		
Zapsal: _____ identifikace a podpis:		
Střední faktor stresu – chronická onemocnění, DM, menší, nekomplikovaný chir. výkon. Vysoký faktor stresu – akutní dekompenzované onemocnění, rozsáhlý chir. výkon, pooperační komplikace, trauma, krvácení do GIT atd.		
<b>Index: (A + B + C + D + E + F)</b>		
0 – 3	Normální	Bez nutnosti zvláštní intervence, není třeba dalších opatření
4 – 7	Riziko nebo mírná malnutrice nutričního	Vyjádření lékaře, doplňující laboratorní vyšetření, konzultace terapeuta
8 – 11	Jistá, závažná malnutrice	Závažná malnutrice, spolupráce lékaře s nutričním terapeutem, laboratorní vyšetření, pravidelná kontrola

Zdroj: KOHOUT, 2011, s. 57

**Vyplňování Nottinghamského dotazníku** – nejdříve se Vás zeptáme na Vaše iniciály, jméno, příjmení, titul, Vaše rodné číslo a u které pojišťovny jste momentálně zaregistrován, Váš věk, doplní se pohlaví, jestli jste měl nechtěnou ztrátu hmotnosti v posledních třech měsících více než 3 kg, 6 kg nebo žádnou. Zeptáme se, jak velké porce jíte za poslední 3 týdny, jestli je množství beze změn nebo jestli porce byly jen poloviční, zda jste jedl jen občas či vůbec. Další otázka se bude týkat projevů nemoci,

varianty k odpovědím jsou tyto, zda projevy nebyly žádné nebo se projevovaly bolesti břicha a nechutenství, či docházelo ke zvracení a průjmům víckrát, jak šestkrát za den. Poslední otázka se bude týkat faktoru stresu, zda je vysoký, střední či žádný, který zjistíme dle Vašich onemocnění. Změříme Vaši tělesnou výšku, měření probíhá ve vertikální poloze, kde si Vás změříme od podstavce až po nejvýše uložený bod na hlavě. Dále zjistíme Vaši hmotnost, kde si stoupnete na váhu, jen v nejnútnejším spodním prádle. Z těchto údajů se vypočítá Vaše BMI.

**BMI** – neboli Body mass index se používá ke klasifikaci obezity, nadváhy a podváhy u dospělé populace. K určení BMI stačí pouze Vaše váha a tělesná výška. Index tělesné hmotnosti se vypočítává dle vzorce ( $BMI = \text{kg/m}^2$ ). Ve výsledku **podváhu** značí číslo  $< 18,5$ , **normální hmotnost** se udává v rozmezích 18,5–24,99, **nadváha** je určena číslem  $> 25$  a **obezita** číslem  $> 30$ . Body mass index by se neměl stát pouze jedinou diagnostickou metodou, která by měla určovat obezitu nebo nadváhu. Doporučuje se použít pro kontrolu a porovnání a slouží jako ukazatel prvního varování, že něco není v pořádku. Rozhodně by měly posléze navazovat další nejrůznější vyšetření a přesnější měření.

V poslední fázi dotazníku vypočítáme výsledné skóre a dle výsledků Vás zařadíme do tabulky, ze které vyhodnotíme, jestli jste rizikovým pacientem či nikoliv.

- **Fixační fáze:** (10 minut) zopakování všech nejdůležitějších informací o nutričním screeningu a měření BMI.
- **Hodnotící fáze:** (10 minut) diskuze s pacientem o ověření si zpětné vazby. Byly kladeny kontrolní otázky, jestli všem informacím správně porozuměl a chápe je.

#### **Kontrolní otázky:**

- Víte, co je to nutriční screening?
- Víte, co je to BMI?

**Zhodnocení edukační jednotky:** Stanovené cíle byly splněny. Pacientovi byly položeny dvě kontrolní otázky, na které správně odpověděl. Pacient dokázal odpovědět na základní informace o nutričním screeningu a měření BMI. Na konci edukační

jednotky pacient projevil zájem o další zajímavé informace a těší se na další edukační sezení. Edukační jednotka trvala po dobu 55 minut.

## **2. edukační jednotka**

**Téma edukace:** Výživová doporučení v seniorském věku, vysvětlení pojmů malnutrice a karence, objasnění správné hladiny cholesterolu, doporučený pitný režim v seniorském věku.

**Místo edukace:** Interní oddělení, u lůžka pacienta.

**Časový harmonogram:** 12. 3. 2015 od 13.00 do 14.15 (75 minut).

### **Cíl:**

- **Kognitivní** – pacient má vědomosti o výživových doporučeních v seniorském věku, dokáže vysvětlit pojmy karence a malnutrice a zná správnou hodnotu cholesterolu.
- **Afektivní** – pacient projevuje zájem o nové informace, často se zapojuje do rozhovoru a sám pokládá otázky.

**Forma:** individuální.

**Prostředí:** nemocniční.

**Edukační metody:** vysvětlování, diskuze, rozhovor, zodpovězení otázek pacienta.

**Edukační pomůcky:** audiovizuální pomůcky, knižní publikace, obrázky, tužka, papír, notebook.

### **Realizace 2. edukační jednotky**

- **Motivační fáze:** (5 minut) pozdravit pacienta, navodit příjemnou atmosféru, vyvětrat pokoj.
- **Expoziční fáze:** (60 minut) seznámit s pojmem malnutrice a karence, objasnit pacientovi výživová doporučení v seniorském věku a vysvětlit mu správnou hladinu cholesterolu.

**Malnutrice** – lze říci, že se jedná především o nevyvážený nutriční příjem. Ať už se pojednává o podvýživě, obezitě či karenci. Slovo malnutrice je v praxi nejčastěji

spjato se slovem podvýživa. Nejčastěji podvýživa vzniká důsledkem úmyslného hladovění, nepřijímáním jídla, nemocí či nedostatkem potravy. Při malnutrici dochází k deficitu živin, které jsou důležité, pro normální chod organismu. Z větší části se jedná o nedostatek základních živin (tuky, bílkoviny, cukry), ale někdy mohou chybět jen některé prvky potravy (stopové prvky, vitamíny, mastné kyseliny a další). Malnutrice se kromě úbytku svalové hmoty projevuje také větší náchylností k infekčním onemocněním, obtížným hojením ran, celkovým zhoršením kvality života a může vést až ke smrtelným komplikacím. S malnutricí se nejčastěji setkáváme u pacientů, kteří jsou hospitalizováni. Má různé příčiny, jako (nechutenství po různých medicínských výkonech, nechut k jídlu, kterou mohou snižovat ještě léky, které užívá, jiné stravovací návyky). Z toho důvodu se pacientům při příjmu vypočítává BMI, aby ošetřující personál věděl, jaká možná rizika může pacient mít. Při vybočení od normálu se většinou kontaktuje nutriční terapeut, který už dále řeší kroky, které by vedly ke zlepšení zdravotního stavu pacienta.

Nejčastější rizika malnutrice v nynější společnosti jsou, snahy o redukci hmotnosti, kdy ve valné většině pacient sníží svůj energetický příjem. Dalším rizikovým faktorem může být onemocnění, kdy dochází ke ztrátě chuti k jídlu v důsledku zdravotního stavu nebo dlouhodobě negativně působící hospitalizace v nemocnici.

Mezi hlavní příznaky malnutrice patří vyhublost, citlivost na chlad, pocity nevolnosti, častá bývá i zácpa, nespavost. U déle trvajících stavů malnutrice může docházet k chudokrevnosti, která je provázená malátností, bledostí, ospalostí, zadýcháváním při malé zátěži apod. U pacientů s malnutricí je častým projevem kazící se chrup, lámavost nehtů a vlasů a zhoršuje se pleť.

Preventivním opatřením je všeobecně doporučovaná pestrá, vyvážená a energeticky dostačující strava. Samotná léčba závisí hlavně na tom, co způsobilo malnutrici. Když je na vině malnutrice nějaké onemocnění, je zapotřebí hlavní onemocnění vyléčit a zároveň pacientovi dodat dostatečný přísun živin. Pacientům, kteří jsou hospitalizováni a začínají ubývat na váze, je důležité zajistit konzultaci s nutričním terapeutem.

**Karence** – jedná se o chorobný stav, který je vyvolaný nedostatkem některé živiny či nějaké nezbytné látky, která je nezbytná pro normální chod organismu. Může se jednat o vitamín, stopový prvek a další. Karence může vzniknout při jednotvárném a stále se dokola opakujícím příjmu neobměňujících se potravin ve Vašem jídelníčku.

**Výživová doporučení v seniorském věku** – strava by všeobecně měla přispívat k ochraně našeho zdraví, měla by být chutná a výživná. V seniorském věku dochází k několika podstatným změnám, které ovlivňují potřebu živin velkou mírou. U seniorů dochází vlivem fyziologických změn k omezení pohybu a snížení svalové hmoty a tudíž ke snížené potřebě energie, snižuje se u nich kostní hustota, která vede ke zvýšené potřebě Ca a vitamínu D. Imunitní funkce se taktéž snižují, a to má za následek zvýšenou potřebu vitamínu B 6 a E, navyšuje se potřeba vitamínu B 12 kvůli snížené kyselosti žaludečních šťáv. Všechny tyto změny mají dopad na potřebu živin seniorů, proto i senioři by měli být vedeni ke správné a zdravé výživě, čímž si mohou zkvalitnit a prodloužit život.

Ke správnému fungování těla je zapotřebí optimální podíl sacharidů, proteinů, stopových prvků, vitamínů, lipidů a minerálních látek ve stravě. Dalším důležitým krokem ke správné výživě je pravidelnost v přijímání potravy. Strava by se měla skládat ze tří hlavních jídel v podobě snídaně, obědu a večeře a tato jídla by měla obsahovat sacharidy, vlákninu, tuky a bílkoviny. Příloha by měla být součástí těchto jídel. Jako přílohu lze použít brambory, rýži, celozrnné pečivo atd. Důležitou součástí je zařazení svačin mezi hlavními třemi jídly, které by se měly především skládat ze zeleniny a ovoce, jež zajistí dostatečný přísun vlákniny, minerálů, stopových prvků, karotenoidů a vitamínů v těle. Denní spotřeba ovoce by měla být aspoň 200 g a zeleniny 300 g.

Bílkoviny patří mezi základní živiny a jsou jimi tvořeny protilátky imunitního systému, svaly, faktory pro srážení krve, hormony a enzymy. Jsou v těle potřebné pro prevenci ztráty kostní a svalové hmoty a pro správné hojení ran. Bílkoviny jsou živočišného nebo rostlinného původu. Bílkoviny živočišné jsou hodnotnější a najdeme je především v mléčných výrobcích, mléce, mase a vejcích, ale je třeba se vyvarovat příliš tučným pokrmům. Porce masa by neměla přesahovat víc jak 100 g v jednom jídle a měl by být doplněna zeleninovou oblohou. Z bílkovin živočišného původu jsou nejvíce doporučeny drůbeží maso a libové vepřové maso, nejméně dvakrát do týdne si dopřát rybí maso a mléčné výrobky a vejce dvakrát za den. Luštěnina, především sója je velkým zdrojem rostlinných bílkovin, méně obiloviny a minimálně ovoce, zelenina a brambory. Osobám starším 65 let je doporučený denní příjem bílkovin 1–1,2 g/kg tělesné hmotnosti. Je zapotřebí dávat si na pozor na nadměrný příjem bílkovin zbytečně zatěžuje ledviny a játra.

Tabulka 3 – Nejlepší zdroje bílkovin v potravinách

Nejlepší zdroje bílkovin v potravinách	
Potravina	Obsah bílkovin (g/100g)
sójové maso	45,0
sója (luštěnina)	43,8
sýr parmazán	35,6
sýr eidam 30 % tuku v sušině	30,3
olomoucké tvarůžky	29,7
tvaroh na strouhání	28,6
sýr ementál	28,2
čočka	26,9
arašídy	26,9
trvanlivý salám (typu poličan)	26,9
pšeničné klíčky	26,6
slunečnicová semínka	26,5
hamburger big mac	24,2
krůtí prsa	24,1
zvěřina – průměr	24,0
hrách	23,7
fazole	23,5
kuřecí prsa	23,3
uzená makrela	23,3
drůbeží játra	22,9

Zdroj: KUNOVÁ, 2005.

Tuky se dělí na živočišné a rostlinné a jsou nejvydatnějším zdrojem energie. Mléčný tuk, sádlo, máslo, lůj patří mezi tuky živočišného původu a je zapotřebí s nimi ve stravě šetřit, protože navyšují LDL – cholesterol a zvyšují tak riziko kardiovaskulárních onemocnění. **Cholesterol** nepatří mezi tuky, ale často se o něm mluví v souvislosti s tuky. Patří mezi velmi důležitou stavební látku buněčných membrán, pohlavních hormonů, žlučových kyselin a steroidních hormonů. Cholesterol se nachází především v másle, mléčných výrobcích s vysokým obsahem tuku, žloutku, vnitřnostech (mozeček, játra).

Oleje, tak nazýváme rostlinné tuky, výjimku tvoří jen palmový a kokosový olej. Mezi rostlinné oleje patří olivový olej, řepkový olej, lněný, slunečnicový, kukuřičný olej atd. Většina lidí má často větší denní spotřebu, než je jeho doporučená denní dávka (300 mg), při zvýšené hladině cholesterolu v krvi by denní dávka neměla přesáhnout 200 mg. Cholesterol způsobuje riziko vzniku aterosklerózy, nemoci cév a srdce, při jeho



nadměrné konzumaci. Doporučená hladina celkového cholesterolu v krvi je do 5,00 mmol/l. Hladina od 5,01 do 6,5 mmol/l je označována za zvýšenou. Nad 6,5 mmol/l je hladina označovaná jako riziková. Při zvýšené hladině cholesterolu je důležité nejen znát celkový stav cholesterolu, ale také hladinu „dobrého“ HDL a „špatného“ LDL cholesterolu v krvi. Proto je zapotřebí upravit životosprávu a držet se zásad zdravého životního stylu. Onemocnění, kterým trpíte i Vy sám a je charakterizováno právě zvýšenou hladinou cholesterolu v krvi, se nazývá hyperlipidemie. A rada nakonec je, že bychom se měli zdržet příjmu nevhodných tuků, protože negativně ovlivňují LDL hladinu cholesterolu v krvi.

Vysoký příjem tuků má za následek řadu onemocnění, především však nemoci cév a srdce, obezitu, diabetu 2. typu. Mezi zdraví škodlivé zdroje tuků řadíme především mléko a mléčné výrobky s vysokým obsahem tuku, tučné maso a masné výrobky, smažené výrobky, trvanlivé a jemné pečivo.

Sacharidy jsou pro organismus především zdrojem energie, a když se získaná energie nespoteřebuje, uloží se do tělesných zásob ve formě tuků. Oligosacharidy a monosacharidy patří mezi jednoduché sacharidy, jsou rychlý zdroj energie, lehce stravitelné. Oligosacharidy můžeme najít v luštěninách a monosacharidy nalezneme v medu, zavařeninách, sladkých nápojích, ovoci a sladkostech. Dalším ze skupiny sacharidů jsou polysacharidy a nejdůležitější z nich je škrob, který je hlavní složkou brambor, luštěnin a obilovin. Doporučený příjem sacharidů je 130 g/den. Při nadměrné spotřebě sacharidů se může zvyšovat riziko obezity, kardiovaskulárních onemocnění a dalších onemocnění.

Vláknina má velmi příznivý vliv na prevenci řady onemocnění (kardiovaskulární onemocnění, zácpa, cukrovka, kolorektální karcinom atd.). Má schopnost regulovat tělesnou hmotnost a hladinu naší energie. Vláknina je směs nestravitelných sacharidů vyskytujících se zejména v obilovinách, cereáliích, ovoci a zelenině, které procházejí žaludkem a střevy v nezměněné formě. Dle rozpustnosti vlákniny ve vodě ji dělíme na rozpustnou a nerozpustnou. Nerozpustnou vlákninu najdeme v ovoci, zelenině, slupkách obilných zrn, celozrnném pečivu, neloupané rýži, semíncích, ořechách, kukuřičných otrubách. Rozpustnou vlákninu nalezneme v dužině jablek, hrušek a v luštěninách – hrášku, fazoli, sójových produktech a ječmenu. Doporučený denní příjem vlákniny u starších lidí je 30 g/den.

Vitamíny dělíme dle rozpustnosti na rozpustné v tucích a ve vodě. Mezi vitamíny rozpustné ve vodě patří vitamín C a vitamíny skupiny B a je nutné je neustále

dodávat stravou do těla, protože při jejich nadbytku v těle se vyloučí močí ven. Naopak vitamíny rozpustné v tucích, můžou být v těle uloženy ve formě zásob a jejich nedostatek se může projevit až po delší době, sem patří vitamíny A, D, E, K. Správný dostatek vitamínů získáme při konzumaci kvalitního rostlinného oleje, celozrnných výrobků, ovoce a zeleniny.

Minerální látky se podílí na vedení nervových vzruchů, výstavbě tkání, metabolických pochodech atd. Lze je rozdělit na mikroelementy a patří sem jód, měď, zinek, železo, flór, selen, chróm, kobalt, molybden. Denní příjem je počítán v miligramech. Dále jsou to makroelementy – hořčík, sodík, draslík, síra, chlór, fosfor a vápník a denní příjem se počítá na gramy. V poslední řadě jsou to stopové prvky – cín, nikl, bór, vanad, křemík, hliník, arzen, kadnium a denní příjem je počítán v mikrogramech. Velmi důležitý je v seniorském věku navýšit příjem vápníku, protože se s věkem snižuje kostní hustota, dále pak hořčík, železo, zinek, selen a draslík.

V seniorském věku je také velmi důležité omezit spotřebu soli. Optimální spotřeba kuchyňské soli by měla být v rozmezí 5–6 g/den. Dále je možné po domluvě s lékařem užívat i potravinové doplňky. Všeobecně je doporučováno omezit ve stravě tuky a to především ty živočišné, omezit cukr a sůl, zajistit dostatek vlákniny ve stravě a snažit se zařadit do jídelníčku, co největší množství zeleniny ovoce nejlépe v syrovém stavu. Jednou z nedílných součástí správné životosprávy je i dodržování pitného režimu.

**Pitný režim** je u seniorů velmi důležitou součástí ugování organismu. Se zvyšujícím se věkem se množství vody v těle snižuje a velmi rychle může docházet k dehydrataci organismu. Proto je nutná dostačující hydratace a udržování si rovnováhy v příjmu a výdeji tekutin. Lidé přijímají vodu pitím, potravou a jen malá část z toho je tvořena metabolismem. Z organismu se voda běžně vytrácí kůží (pocením), močí, stolicí (vylučováním) a plícemi (dýcháním). Dále vodu ztrácíme v horkém prostředí či při zvýšené fyzické zátěži, při průjmech atd. Je dané, že pocit žízně se snižuje automaticky s věkem, a proto je nutné na pitný režim nezapomínat, protože s dehydratací přichází i nepříznivé příznaky zácpa, únava, bolesti hlavy, poruchy fyzických a psychických funkcí až selhávání ledvin a jiné. V současné době senioři raději pijí slazené nápoje a vodu z vodovodu, do které si nejčastěji přidávají i sladké sirupy. Mezi vhodné nápoje pro seniory jsou doporučené čerstvé a ovocné šťávy, kávovinové nápoje (Caro, Melta), ředěné džusy, čistá voda, neslazené bylinné, ovocné a zelené čaje, stolní a minerální vody a zeleninové šťávy. Dobré je nezaměřovat se pouze na jeden druh, ale nápoje střídat, pít během celého dne po doušcích. Osobám starším 65 let je doporučeno vypít

denně 30 ml vody na kilogram tělesné hmotnosti. Celkově to činí okolo 2–2,5 l tekutin za den. Zvýšený příjem tekutin by měl být v případě teplého počasí, zvýšeném pocení, průjmech, zvracení. S alkoholickými nápoji velmi opatrně, jen v přiměřené míře, pokud nejsou kontraindikovány. A pokud se pije, tak nejlépe k pokrmům.

**Fixační fáze:** (5 minut) celkové shrnutí a zopakování informací o pojmech malnutrice, karence, cholesterol a určení jeho správné hladiny, o pitném režimu a výživových doporučeních pro seniory.

**Hodnotící fáze:** (5 minut) pacient dokáže vysvětlit pojmy malnutrice, karence, cholesterol a zná i jeho správnou hodnotu, ovládá i výživová doporučení pro seniory a také základy pitného režimu.

**Kontrolní otázky:**

- Znáte zásady správné výživy v seniorském věku?
- Máte představu o správném pitném režimu v seniorském věku?
- Víte, jaká je správná hladina cholesterolu?
- Znáte pojem malnutrice?
- Víte, co je to karence?

**Zhodnocení edukační jednotky:** Stanovené cíle byly dosaženy. Pacientovi byly položeny kontrolní otázky a na všechny odpověděl správně. Po celou edukační jednotku aktivně spolupracoval, hodně se mě vyptával na další informace k tématu. Pacient zná a dokáže vysvětlit pojmy jako malnutrice, karence, cholesterol a ví i jeho správnou hladinu. Prokázal, že má vědomosti o zásadách pitného režimu a správné výživě v seniorském věku.

### **3. edukační jednotka**

**Téma edukace:** Zdravé a nezdravé potraviny v seniorském věku, ukázka zdravého jídelníčku.

**Místo edukace:** Interní oddělení, u lůžka pacienta.

**Časový harmonogram:** 13. 3. 2015 od 13.00 do 14.15 (75 minut).

**Cíl:**

- **Kognitivní** – pacient získal nové vědomosti o zdravých a nezdravých potravinách a prohlédl si ukázkou zdravého jídelníčku.
- **Afektivní** – pacient projevuje zájem o podané informace, klade otázky, aktivně se zapojuje.
- **Behaviorální** – pacient sám vytvoří zdravý jídelníček na jeden den.

**Forma:** individuální.

**Prostředí:** nemocniční, zajistit soukromí a pohodu.

**Edukační metody:** diskuze, rozhovor, vysvětlování, zodpovězení otázek.

**Edukační pomůcky:** písemné pomůcky, papír, notebook, knižní publikace, brožury.

**Realizace 3. edukační jednotky**

- **Motivační fáze:** (5 minut) přivítat se, vytvořit příjemnou atmosféru, povzbudit pacienta k aktivnímu podílení se při edukaci.
- **Expoziční fáze:** (60 minut) seznámit pacienta se zdravými a nezdravými potravinami a pro příklad ukázat zdravý jídelníček.

**Zdravé potraviny** – ke správnému životnímu stylu, patří neodmyslitelně strava a s ní úzce spjaté zdravé potraviny. Pro příklad uvádím několik z nich:

- **Citróny** – jeden obyčejný citrón obsahuje více než 100 % denního příjmu vitamínu C, který navíc ještě k tomu pomáhá vyrovnávat HDL cholesterol v krvi a posiluje kosti. V citróněch je i obsažená látka Flavonoidy, které působí protizánětlivě a mohou být nápomocny v zabránění růstu rakovinových buněk.
- **Pohanka** – potravina, která velmi prospívá tělu. Je bohatá na bílkoviny a díky tomu je i lehce stravitelná. Obsahuje mnoho prospěšných látek jako vitamíny B 2 a B 3, dále pak minerální látky (fosfor, zinek, vápník, hořčík, železo, mangan). Má velice příznivé účinky na léčbu křečových žil, bércových vředů, hemeroidů a na odbourávání cholesterolu v krvi.
- **Brokolice** – jedna průměrná brokolice obsahuje velký podíl vitamínu K a vitamínu C pro náš organismus.

- **Cizrna** – má velký obsah bílkovin. Obsahuje vitamíny skupiny A, B, E, dále pak obsahuje i velké množství draslíku, zinku a železa.
- **Tmavá čokoláda** – pomáhá snižovat krevní tlak v pouhých 7 gramech čokolády za den a také napomáhá snižovat hodnoty LDL cholesterolu, díky kakaovému prášku, který obsahuje flavonoidy.
- **Brambory** – pouze jedna sladká brambora obsahuje vitamín A, který je důležitý při posilování imunitního systému a při boji s rakovinou.
- **Losos** – obsahuje Omega-3 mastné kyseliny, které nám pomáhají snižovat riziko deprese, onemocnění srdce i rakoviny. Dokáže ochránit i šedou kůru mozkovou.
- **Jáhly** – mají velký obsah minerálních látek, vitamínů a vlákniny a jsou lehce stravitelné. Jsou velmi prospěšné pro lidi trpící chudokrevností, díky svému velkému obsahu železa, dále pak pro lidi trpící únavou, bolestmi hlavy. Dále přispívají ke zdravým vlasům, zubům a nehtům, díky kyselině křemičité, kterou obsahují. Jsou osvědčené u osob, které mají problémy s trávicím systémem, játry, ledvinami, žlučníkem a žaludkem.
- **Vlašské ořechy** – obsahují nejvíce Omega-3 mastných kyselin ze všech ořechů vůbec. Napomáhají nám snižovat hladinu cholesterolu, přispívají ke zlepšení nálady a mohou pomáhat v boji proti rakovině. Dále pak příznivě působí proti srdečním a cévním chorobám a snižují vysoký krevní tlak.
- **Kustovnice čínská** – obsahuje velké množství Beta-karotenu, vitamíny skupiny A, B, C, selen, zinek, vápník, železo. Dobře působí na játra a ledviny, posiluje obranyschopnost organismu. Je doporučovaná při astmatech a alergiích, jelikož je schopná zvlhčovat plíce.
- **Česnek** – napomáhá zastavovat růst bakterií. Má silný protizánětlivý účinek, pomáhá snižovat vysoký krevní tlak a snižuje hladinu cholesterolu.
- **Sojové boby** – mají až dvakrát větší obsah bílkovin, než maso. Obsahují vitamíny A, B, E a najdeme v nich i železo a vápník. Pomáhají lidem se špatnou pamětí, nervozitou a špatným soustředěním.
- **Špenát** – obsahuje lutein a zeaxantin, dva antioxidanty posilující imunitní systém s pozitivními účinky na zdraví očí.
- **Amarant** – dá se u nás koupit v podobě sušenek, těstovin a chleba. Obsahuje vápník, železo, vlákninu, zinek a hořčík. Dobře působí na zažívací ústrojí

a při zácpě. Dokáže obnovovat svalovou hmotu, díky svému vysokému obsahu bílkovin.

- **Luštěniny** – čtyřikrát do týdne porce luštěnin nám pomáhá snižovat riziko srdečních onemocnění.
- **Jablko** – má vysoký obsah vlákniny, zejména té rozpustné tzv. pektin. Zlepšuje zažívání a podporuje činnost mozku.
- **Banán** – má vysoký obsah draslíku a tím napomáhá snižovat vysoký krevní tlak. Je také bohatý na vlákninu a železo. Obsahuje vitamín B, který mírní nervovou systém.
- **Borůvky** – obsahují vitamíny E a C, posilují imunitní systém a jsou přírodním zdrojem antioxidantů. Podporují léčbu angíny, chřipky a podporují činnost srdce a paměť.
- **Mandle** – obsahují zdroj bílkovin a najdeme v nich železo, vápník, draslík, vitamíny skupiny B a E, vlákninu. Jsou vhodné pro krevní oběh a pro zdraví cév a srdce.
- **Sladké brambory** – sladké brambory obsahují draslík, který pomáhá snižovat krevní tlak a riziko mrtvice. Jsou bohaté na minerály, vlákninu a jsou téměř bez tuku.
- **Řepa** – obsahuje selen, draslík, vitamín C a kyselinu listovou. Snižuje riziko srdečních onemocnění, zesiluje stěny cév a je dobrým bojovníkem při mykózách. Pomáhá zbavovat mozek těžkých kovů jako je např. hliník.
- **Extra panenský olej** – má vysoký obsah mononenasycených tuků, které mohou pomoci snižovat hladinu cholesterolu.
- **Celozrnný chléb** – by měl obsahovat nejméně polovinu celého zrna, otruby a klíčky. Celozrnný chléb se zrnem obsahuje vitamín B a vlákninu. Působí preventivně při riziku srdečních onemocnění, obezity a cukrovky.
- **Libové maso** – je bohaté na bílkoviny, vitamín B a E, železo, hořčík a zinek. Je zapotřebí rozlišovat mezi libovým masem a masem s vysokým obsahem nasycených tuků a cholesterolu. Vhodnou tepelnou úpravou je vaření v páře či dušení. Nevhodnou úpravou je fritování, smažení nebo pečení s tukem.
- **Ovesné vločky** – mají vysoký obsah vlákniny. Pomáhají zlepšovat trávicí systém a bojují proti zácpě. Rozpustná vláknina pomáhá snižovat hladinu cholesterolu v krvi, příznivě působí na cévní onemocnění.

- **Černé fazole** – jsou levné, dají se snadno uvařit a měly by se stát součástí jídelníčku každého člověka. Jsou velkým zdrojem bílkovin, proto jsou také v oblíbě u vegetariánů jako náhrada za maso. Nachází se v nich i vláknina a malé množství Omega-3 mastných kyselin, které mají kladný vliv na srdce.
- **Dýně** – patří mezi nízkokalorickou zeleninu a má velký obsah minerálů a vlákniny. Má také v sobě velké množství Beta-karotenu, ten pomáhá předcházet onemocnění srdce.
- **Lněné semínko** – semena jsou dobrým zdrojem bílkovin, ze 40 % obsahují olej a jsou také bohaté na Omega-3 mastné kyseliny, které jsou velmi prospěšné pro naše srdce. Před konzumací je potřeba semínka rozemlít, jinak si z nich organismus nic nevezme. Redukují hladinu cholesterolu.
- **Chia semena** – jsou dobrým zdrojem Omega-3 mastných kyselin, chrání před záněty, artritidou a srdečními chorobami. Jsou také zdrojem energie.
- **Červené víno** – vyrobené z modrých hroznů, může mít blahodárný účinek na zdraví, ale v případě zodpovědného a mírného pití. Pravidelné pití červeného vína je spojováno s dlouhověkostí, nižšími riziky diabetu a srdečních onemocnění.
- **Biopotraviny** – jsou vyrobené z bioproduktů, tedy produktů z kontrolovaného ekologického zemědělství, kde je striktně omezeno používání umělých hnojiv, chemických přípravků, umělých látek, hormonů a postřiků. Mezi nejčastěji vyráběné biopotraviny z bioproduktů patří především mléko a mléčné produkty (sýry, jogurty, tvaroh atd.), koření, čaje, mouka, pečivo, víno, kuřecí, vepřové a hovězí maso, těstoviny, vejce. Výhody biopotravin jsou zejména v jejich nezávadnosti a kvalitě a jedná se o produkty ekologického zemědělství. U biopotravin se přísně omezuje používání konzervačních látek a syntetických chemikálií, mají lepší výživovou hodnotu, vyšší obsah minerálních látek, vitamínů, hlavně C a E.

**Nezdravé potraviny** – potraviny nejsou jen pro gurmánské potěšení, ale jejich role je zcela zásadní pro fungování našeho těla. Ovšem jestli dlouhodobě konzumujeme nekvalitní, nevhodné nebo přímo škodlivé potraviny, tak následky se brzy dostaví. Nezdravé potraviny způsobují mnoho nepříjemných zdravotních problémů způsobující nezdravé zvyšování hmotnosti, únavu, malátnost,

náladovost, nesoustředěnost, zhoršení imunity, rychlejší stárnutí a mnohé další závažnější onemocnění. Pro příklad jen několik z nich.

- **Rafinované a průmyslově zpracované potraviny** – jsou to potraviny, které jsou zbaveny svých přirozených výživných hodnot (vitamínů, vlákniny, minerálů). Stávají se tak koncentrovanější a nepřírodně sladší. Mezi ně patří například rafinovaný bílý cukr, bílá mouka, loupaná rýže. Hlavní součást takových potravin byla určitým způsobem odstraněna – většinou s takovým výsledkem, že se ztratila důležitá součást živin. Mouka a rýže ztrácejí rafinací většinu své dietní vlákniny a vitamínů skupiny B. Také různé přísady a konzervační látky nepříznivě ovlivňují zdraví. Přísady mohou obsahovat různé chemické látky jako barviva, sladidla, konzervanty, kyseliny atd. Všechny tyto látky jsou pro naše tělo umělé, ale tělo je musí zpracovávat. Můžou způsobovat alergické reakce, zatěžují játra a zažívací ústrojí. Průmyslově zpracované potraviny, obsahují nezdravá Éčka. Aby takovéto potraviny dlouho vydržely, potřebují konzervační látky, aby lépe vypadaly a chutnaly. Typickým příkladem jsou například jogurty – v současné době je problém najít výrobek, který bude vyrobený bez škrobu a barviv. Přitom k výrobě jogurtu stačí jen mléko a bakterie mléčného kysání. Při nákupu si pečlivě prohlédněte etikety, najít se totiž dají i potraviny bez barviv (užity jsou Beta-karoteny, výtažky z červené řepy, rajčete atd.). Dále zbavíte jídlo všech životadárných složek při dlouhé tepelné úpravě. Většina polotovarů projdou celým řetězcem zpracování, než skončí na Vašem stole. Taková jídla mají téměř nulovou hodnotu, ale dodají do těla chemické látky, jako jsou (barviva, umělé příchutě, bělidla, sladidla a dusičnany atd.).
- **Neorganické potraviny – jsou to plodiny, které** jsou pěstované nešetrným způsobem, ošetřované chemickými přípravky, případně pěstované na půdě, kde byly použité chemické hnojiva a pesticidy. Když takové potraviny konzumujeme, většina chemických přípravků se nám dostává do těla. Pro naše buňky se stávají toxickými a působí jako jedy. Poškozují zažívací systém a orgány.
- **Nezdravé cukry** – jsou to jednoduché sacharidy. Obsahují jich potraviny, do kterých se přidává rafinovaný cukr. Tyto jsou velmi rychle vstřebány ze



zažívacího traktu, což vede k rychlému nárůstu hladin glukózy (cukru neboli glykémie) v krvi (hovoříme, že tyto cukry mají vysoký glykemický index). Tento rychlý a prudký nárůst glykémie vede kompenzačně k vyplavení značného množství inzulínu – hormonu, který reguluje hladiny cukru v krvi a jehož nedostatek je podkladem onemocnění cukrovka. Všeobecně rychlý nárůst hladin cukrů v krvi je většinou následován rychlým poklesem, což vede k většímu pocitu hladu a slabosti. Další negativní vliv jednoduchých cukrů je zvýšená kazivost zubů. Jednoduché cukry najdeme především v cukru, sladkostech, sušenkách, sladkých jídlech a pečivu ve slazených limonádách a ovocných džusech. Jednoduché cukry jsou obsaženy i v jiných běžných potravinách, jako je například mléko či ovoce (sušené a kompotované). Další negativní vliv těchto potravin je, že obsahují značné množství tuků bohatých na energii a často ne zrovna odpovídající kvality, což dále zhoršuje rizika vyplývající z příjmu těchto potravin.

- **Mrtvé potraviny** – jedná se o tepelně upravenou stravu, která má za následek modifikaci potravy a vznik toxických látek. Tepelnou úpravou jsou ve stravě zničeny enzymy, které jsou důležité pro trávení, a také je zredukován obsah vody – následkem je špatné trávení. Organismus musí nejdříve stravu zkapalnit, aby se dostala do trávicího ústrojí.
- **Nezdravé bílkoviny** – v závislosti na zažívacím systému se může stát, že některé bílkoviny nejsou příliš vhodné pro organismus. Při nadbytku bílkovin ve stravě dochází k velké zátěži ledvin a jater, což způsobuje poruchu jejich funkcí. Při nadbytku bílkovin dochází k nadměrnému vylučování kalcia, tedy odvápnění kostí, které může přejít v osteoporózu. Může být obtížné např. rozkládat bílkoviny z červeného masa. Nadměrné množství tučné červené zvířecí svaloviny s vysokým obsahem bílkovin, může až intoxikovat organismus. S nadbytkem bílkovin hlavně živočišného původu, bývají spojována nádorová onemocnění.
- **Nezdravé tuky** – jsou ty, ve kterých převažují nasycené mastné kyseliny. Těchto tuků bychom měli zkonzumovat maximálně 1/3 ze všech tuků za den. Nejvíce takových tuků nalezneme v tučném červeném mase a v produktech z něho, másle, paštikách, uzeninách, plnotučných mléčných výrobcích, sádle, v různých polevách, sýrech, trvanlivém a jemném pečivu, šlehačce a zákuscích. Naše tělo se s nadmírou takových tuků neumí

vypořádat. Způsobují vysoký krevní tlak, vysoký cholesterol, ztuhnutí cév s následným infarktem či mrtvicí. Dále nám způsobují tukové polštáře. Právě v tuku se ukládají toxiny a látky, které tělo nedokáže zpracovat a vyloučit. Způsobuje to velkou zátěž pro organismus, nepřekonatelnou chronickou únavu s následkem vážných onemocnění.

Tabulka 4 – Potraviny z hlediska obsahu tuků

<b>VARIANTY POTRAVIN</b>	
<b>Nevhodné potraviny z hlediska obsahu tuků</b>	<b>Vhodné potraviny z hlediska obsahu tuků</b>
uzeniny, trvanlivé salámy, paštiky	drůbeží šunka, šunka od kosti
máslo, sádlo	rostlinné oleje, margaríny
tučné mléčné výrobky (jogurty, sýry, tvarohy, smetany)	polotučné mléčné výrobky (jogurty, sýry, tvaroh, smetany)
cereálie	domácí müsli s vločkami
čokoládové náhrady (pochoutky)	čokoláda s vysokým obsahem kaka (min. 70 %)
mražené krémy s rostlinným tukem	tvarohové krémy, zmrzliny
tučná masa (bůček, tučné hovězí, všechna masa prorostlá viditelným tukem)	libová masa, drůbeží masa, ryby sladkovodní i tučné
máslové sušenky, oplatky s polevami, croissanty	cereální sušenky, müsli tyčinky bez polevy
<b>OSTATNÍ</b>	
rostlinné šlehačky, náhrady smetany do kávy, palmový olej, kokosový tuk	ořechy (pistácie, lískové, vlašské, kešu, pekanové, arašídy, mandle), sójový, řepkový olej, olivový olej, semínka

Zdroj: Nasyceneskodi.cz

Dodržování zásad správné výživy je jedním ze základních předpokladů k udržení zdravého životního stylu. Proto jsem pro Vás připravila ukázkou zdravého jídelníčku na týden.

### Zdravý jídelníček na pondělí

- **Snídaně** – dva plátky celozrnného chleba, lučina, rajče. K pití ovocný čaj.
- **Svačina** – jablko.
- **Oběd** – zeleninový vývar s vločkovou zaváškou, vločkové karbanátky s mletým libovým masem, brambory, zeleninový salát.
- **Svačina** – rajče.
- **Večeře** – polévka od oběda, větší řecký salát a kousek celozrnné bagety.

### Zdravý jídelníček na úterý

- **Snídaně** – hrst ovesných vloček a lžička ořechů a rozinek dejte do misky, zalijte mlékem či jogurtem. Jablko. K pití bylinkový čaj.
- **Svačina** – mléčný nápoj.
- **Oběd** – kuřecí vývar, těstoviny s kuřecím masem a sušenými rajčaty, listový salát.
- **Svačina** – hruška.
- **Večeře** – dva plátky celozrnného chleba s máslem, vařené vejce a ředkvičkový salát.

### Zdravý jídelníček na středu

- **Snídaně** – dva plátky celozrnného chleba potřené lehce máslem a dva plátky šunky. Okurka. K pití ovocný čaj.
- **Svačina** – banán.
- **Oběd** – čočka na kyselo, volské oko a okurka.
- **Svačina** – jablko.
- **Večeře** – pstruh se zeleninou a celozrnná bagetka.

### Zdravý jídelníček na čtvrtek

- **Snídaně** – hrst ovesných vloček a lžička ořechů a rozinek dejte do misky, zalijte mlékem či jogurtem. Přidejte pokrájený banán. K pití bylinkový čaj.
- **Svačina** – jablko.
- **Oběd** – kuskus s grilovaným lososem a zeleninou.
- **Svačina** – hrst ořechů.
- **Večeře** – dva plátky celozrnného chleba, libová šunka, zeleninový salát.

### **Zdravý jídelníček na pátek**

- **Snídaně** – celozrnná bageta pokapaná olivovým olejem, mozzarella a rajče. K pití bylinkový čaj.
- **Svačina** – banán.
- **Oběd** – přírodní krutí plátek s bramborovou kaší a zeleninovým salátem.
- **Svačina** – jablko.
- **Večeře** – těstovinový salát se zeleninou a balkánským sýrem.

### **Zdravý jídelníček na sobotu**

- **Snídaně** – hrst ovesných vloček a lžíci ořechů a rozinek dejte do misky a zalijte mlékem či jogurtem, přidejte pokrájený banán. K pití bylinkový čaj.
- **Svačina** – hrst ořechů.
- **Oběd** – pohanková kaše, volské oko a okurkový salát nebo salát z kysaného zelí.
- **Svačina** – jablko.
- **Večeře** – zeleninový salát s tuňákem, rozpečená bylinková bageta.

### **Zdravý jídelníček na neděli**

- **Snídaně** – vejce na měkko, celozrnný chléb s máslem. K pití čaj.
- **Svačina** – jablko.
- **Oběd** – pečené kuře, brambory, rajčatový salát.
- **Svačina** – domácí jablečný štrúdl.
- **Večeře** – obložený talíř (šunka, sýr, zelenina) a celozrnný chleba.

**Fixační fáze:** (5 minut) shrnutí a zopakování podstatných informací.

**Hodnotící fáze:** (5 minut) zhodnocení zpětné vazby při diskuzi. Položení otázek a ověření si správných odpovědí.

### **Kontrolní otázky:**

- Máte představu, co jsou zdravé a nezdravé potraviny?

**Zhodnocení edukační jednotky:** Stanovené cíle byly splněny. Pacient byl prověřen jednou kontrolní otázkou a jeho odpověď byla správná. Prokázal základní vědomosti o zdravých a nezdravých potravinách, prohlédl si ukázkový jídelníček a je schopen si podobný jídelníček sám vytvořit. Celou dobu aktivně spolupracoval, kladl mnoho otázek. Pacient pociťuje mírnou únavu ke konci edukační jednotky, jde si odpočinout. Edukační jednotka probíhala v rozsahu 70 minut.

## 5) FÁZE – VYHODNOCENÍ

Na závěr edukace vyplnil pacient výstupní test shodný s otázkami vstupního testu, který jsme použili v první fázi edukačního procesu při posuzování pacienta.

Tabulka 5 – Výstupní test

OTÁZKY	ODPOVĚĎ ANO/NE
Víte, co je to nutriční screening?	ANO
Víte, co je to BMI?	ANO
Znáte zásady správné výživy v seniorském věku?	ANO
Máte představu o správném pitném režimu v seniorském věku?	ANO
Máte představu o tom, co jsou zdravé a nezdravé potraviny?	ANO
Víte, jaká je správná hladina cholesterolu?	ANO
Znáte pojem malnutrice?	ANO
Víte, co je to karence?	ANO

- Pacient získal podstatné vědomosti o tom, co je to nutriční screening a BMI.
- Pacient dostal informace o správné výživě a pitném režimu v seniorském věku.
- Pacient získal vědomosti o pojmech malnutrice, karence a zná správnou hladinu cholesterolu.
- Pacient získal nové vědomosti o zdravých a nezdravých potravinách.
- Pacient získal důležité informace a pochopil, že správné stravování a zdravý životní styl je velmi důležitý pro jeho život. Dovede si správně sestavit

jídelníček a zároveň dokáže určit, které potraviny do svého jídelníčku zařadit a které by bylo lepší vynechat.

- Pacient je spokojen se svými nově získanými vědomostmi.

Edukace probíhala ve třech edukačních jednotkách, které byly pacientovi následovně vysvětleny a byly pro něho přínosné a srozumitelné. Pacient během edukace plně spolupracoval, diskutoval, kladl otázky, poslouchal. Všechny edukační cíle byly splněny, edukační proces byl tedy ukončen na základě splněných cílů. Pacient znal a věděl všechny odpovědi v závěrečném testu. Pacient byl po celou dobu edukace chválen, zvedlo se mu tím sebevědomí, a to ho motivuje dál dodržovat pravidla zdravého životního stylu a stravovacích návyků. Přes všechna doporučení, nejsme schopni zajistit dodržování výživových opatření v pacientově domácím prostředí.

## **DOPORUČENÍ PRO PRAXI**

### **Doporučení pro pacienta:**

- pravidelně navštěvovat svého praktického lékaře a dodržovat jeho pokyny,
- dbát na to, aby byla strava co nejpestřejší,
- vyhýbat se konzumaci vnitřností (největšího zdroje cholesterolu ve stravě), živočišné tuky vyměnit za rostlinné, snížit spotřebu uzenin, tučného masa a tučných mléčných výrobků,
- do jídelníčku zařadit dvakrát týdně rybu,
- do stravování zařadit dostatek ovoce a zeleniny (nejlépe 5 porcí denně),
- vybírat celozrnné druhy potravin (celozrnné pečivo, rýži natural, celozrnné těstoviny a nevyhýbat se luštěninám),
- omezit potraviny, které mají nižší obsah sodíku, jídlo nepřisolovat,
- dodržovat pitný režim, alkohol konzumovat v minimální míře,
- celodenní stravu rozdělit do pěti pravidelných intervalů ne delších než 4 hodiny,
- zařadit do své životosprávy pravidelnou pohybovou aktivitu (svižnější procházky) a držet si optimální hmotnost,
- snažit se vyhýbat stresovým situacím,
- snažit se udělat si čas na odpočinek, myslet pozitivně.

### **Doporučení pro rodinu pacienta**

- snažit se ho podporovat ve správném životním stylu,
- podporovat ho po celkové psychické stránce,
- pomoci mu správně připravit stravu a vybrat zdravé potraviny,
- zapojovat se s pacientem do pravidelné pohybové aktivity,
- být mu oporou, kdykoliv to bude nutné.

### **Doporučení pro všeobecné sestry**

- sestra by měla k pacientovi přistupovat, jako k bio-psycho-sociální bytosti,
- měla by pacienta motivovat a chválit,
- přistupovat k pacientovi s trpělivostí a vstřícností,
- měla by znát základy správné zdravé výživy,
- edukaci připravit srozumitelně, aktivně pacienta zapojovat a při nejasnostech se snažit vysvětlit, aby porozuměl,
- podporovat pacienta, aby měl správný postoj k životnímu stylu a výživě,
- snažit se do edukačního procesu zapojit i rodinu,
- edukovat pacienta o nutnosti návštěv u obvodního lékaře,
- měla by se celoživotně vzdělávat, docházet na semináře a kvalifikační kurzy.

## ZÁVĚR

Na prvním místě člověka je zdraví. Je-li člověk zdravý, dokáže vše, co si přeje. K tomu, aby byl člověk zdravý, patří neodmyslitelně zdravá výživa. Jíme-li zdravě, nedostávají se do našeho těla zbytečné škodlivé látky, které našemu tělu neprospívají.

Cílem bakalářské práce bylo edukovat pacienta o nutričním screeningu a BMI, dále o pojmech malnutrice a karence, o zásadách správné výživy a pitném režimu v seniorském věku, o zdravých a nezdravých potravinách, o osvojení si informací týkající se správné hladiny cholesterolu a součástí byla také ukázka zdravého jídelníčku. Dalším cílem práce bylo popsat základní informace o výživě (bílkoviny, sacharidy, tuky, vitamíny, minerální látky, mléčné výrobky, pitný režim, výživová doporučení), o dietním režimu a charakteristice jednotlivých diet, o stravování v nemocničních zařízeních a postojích vlády a Ministerstva zdravotnictví České republiky k otázce výživy, o nutričním screeningu a jeho významu v práci sester.

Hlavní částí bakalářské práce byl edukační proces u pacienta, který trpěl celkovou slabostí, nechutenstvím, únavou, hyperlipidemií, úbytkem na váze, u které lékař doporučil při přijetí do nemocnice vypracovat sestrou nutriční screening. V edukačním procesu bylo použito pěti fází (posouzení, diagnostika, plánování, realizace, vyhodnocení). Po vyplnění vstupního testu v první fázi procesu bylo zjištěno, že pacient trpí nedostatkem informací a na základě toho jsme se dohodli uskutečnit edukační proces, kde jsme si společně stanovili tři edukační jednotky. V první edukační jednotce pacient získal informace o nutričním screeningu a BMI. Druhá edukační jednotka zahrnovala objasnění pojmů malnutrice, karence, dále pacient získal informace o správné hladině cholesterolu, o zásadách správné výživy a pitného režimu v seniorském věku. Třetí edukační jednotka pojednávala o zdravých a nezdravých potravinách a součástí byla ukázka zdravého jídelníčku. Při každé edukační jednotce bylo prověřeno kontrolními otázkami, zda pacient získaným informacím rozumí. Pacient po celou dobu edukace plně spolupracoval, kladl otázky a se zaujetím naslouchal. Na konci edukace pacient vyjádřil svoji spokojenost s nově získanými



informacemi. Při porovnání vstupního a výstupního testu můžeme posoudit, že edukační proces byl realizován úspěšně a můžeme říct, že cíle mé bakalářské práce byly splněny.

Bakalářská práce může sloužit jako podklad pro další realizaci edukačního procesu. Cíle bakalářské práce byly splněny.

## SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- BABIČKA, L. 2012. *Průvodce světem potravin: rady spotřebitelům, na co si dát pozor při nakupování a manipulaci s potravinami*. Praha: Ministerstvo zemědělství, Odbor bezpečnosti potravin. ISBN 978-80-7434-086-4.
- BECHYŇOVÁ, L. 2013. *Spokojenost pacientů s dietním systémem v nemocničním zařízení*. Plzeň. Bakalářská práce. Západočeská univerzita v Plzni, Fakulta zdravotnických studií. Vedoucí práce: Mgr. Václava Bláhová.
- BEŇO, I., 2008. *Nauka o výživě: fyziologická a léčebná výživa*. Martin: Osveta. ISBN 978-80-8063-294-6.
- FOŘT, P., 2002. *Sport a správná výživa*. Praha: Ikar. ISBN 80-249-0124-2.
- GROFOVÁ, Z., 2007. *Nutriční podpora*. 1 vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1868-2.
- GROFOVÁ, Z., 2009. Možnosti nutričního screeningu. *Hojení ran*. Pardubice: Nutriční a dietologické oddělení, roč. 3, č. 1, s. 8–14. ISSN 1802-6400.
- HERNOVÁ, Š., 2003. Cizinci v České republice a otázky integrace a zdravotní péče. In *Komunikace s cizinci při poskytování zdravotní péče: respektování jejich transkulturní/multikulturní odlišnosti v rámci českého právního řádu*. Ostrava: Ostravská univerzita, Zdravotně sociální fakulta, s. 41–47. ISBN 80-7042-344-7.
- JUŘENÍKOVÁ, P., 2010. *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2171-2.
- KASPER, H., 2015. *Výživa v medicíně a dietetika*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4533-6.
- KLESCHT, V., 2008. *5 pilířů zdravého života: obecná část*. Brno: Computer Press. ISBN 978-802-5121-498.
- KOHOUT, P. et al., 2011. *Dokumentace a hodnocení nutričního stavu pacientů*. Praha: Forsapi. ISBN 978-80-87250-12-9.
- KOHOUT, P. a E. KOTRLÍKOVÁ, 2009. *Základy klinické výživy*. Praha: Forsapi, Informační servis pro lékaře. ISBN 978-80-87250-05-1.
- KOMOŇOVÁ, A., 2010. Nové trendy v léčebné výživě – nutriční postupy při léčbě pacienta. *Interní Medicína Pro Praxi*. Roč. 12, č. 7–8, s. 390–394.
- KŘEMEN, J. et al., 2009. *Enterální a parenterální výživa*. Praha: Mladá fronta. ISBN 978-802-0420-701.

- KUBEROVÁ, H., 2010. *Didaktika ošetrovatelství*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-684-1.
- KUNOVÁ, V., 2005. *Zdravá výživa a hubnutí v otázkách a odpovědích*. Praha: Grada Publishing. ISBN 80-247-1050-1.
- KUNOVÁ, V., 2011. *Zdravá výživa*. Praha: Grada Publishing. ISBN 80-247-0736-5.
- MANDELOVÁ, L. a I. HRNČIŘÍKOVÁ, 2007. *Základy výživy ve sportu*. Brno: Masarykova univerzita. ISBN 978-80-210-4281-0.
- MARÁDOVÁ, E., 2005. *Výživa a hygiena ve stravovacích službách: obecná část*. Praha: Vysoká škola hotelová. ISBN 80-865-7849-6.
- NEMCOVÁ, J. et al., 2010. *Moderná edukácia v ošetrovatelstve*. Martin: Vydavateľstvo Osveta. ISBN 978-80-8063-321-9.
- NĚMCOVÁ, J., 2014. *Vysokoškolská skripta – text k předmětům Výzkum v ošetrovatelství, Výzkum v porodní asistenci a Seminář k bakalářské práci*. Plzeň: Maurea. ISBN 978-80-902876-9-3.
- NĚMCOVÁ, J. a kol. *Skripta k předmětům Výzkum v ošetrovatelství, Výzkum v porodní asistenci a Seminář k bakalářské práci*. Praha: Vysoká škola zdravotnická, 2014, 199 s. ISBN 978-80-902876-9-3. Dostupné také z:  
<http://www.vszdrav.cz/cz/vszdrav/dokumenty/>
- PALLAIOVÁ, I. a kol., 2008. *Velký slovník cizích slov*. Český Těšín: Pali. ISBN 978-80-903875-3-9.
- PÁNEK, J. et al., 2012. *Základy výživy a výživová politika*. Praha: Vysoká škola chemicko-technologická v Praze. ISBN 80-7080-468-8.
- PIŤHA, J. a R. POLEDNE, 2009. *Zdravá výživa pro každý den*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2488-1.
- ROZSYPALOVÁ, M., ŠAFRÁNKOVÁ, A. a R. VYTEJČKOVÁ, 2009. *Ošetrovatelství I: pro 1. ročník středních zdravotnických škol*. 2. Praha: Informatorium. ISBN 978-80-7333-074-3.
- SVAČINA, Š., 2008. *Dietologie a klinická výživa*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2256-6.
- SVOBODA, L. a A. MAHROVÁ, 2009. *Pohyb jako součást léčby dialyzovaných a transplantovaných pacientů*. Praha: Triton. ISBN 978-80-7387-147-5.
- ŠPIRUDOVÁ, L. et al., 2006. *Multikulturní ošetrovatelství II*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 80-247-1213-X.

TRACHTOVÁ, E. et al., 2013. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. ISBN 978-80-7013-553-2.

VOKURKA, M. a kol., 2013. *Kapesní slovník medicíny*. Praha: Maxdorf. ISBN 978-80-7345-369-5.

VOKURKA, M. a kol., 2015. *Velký lékařský slovník*. Praha: Grada. ISBN 80-247-1367-5.

VYTEJČKOVÁ, R., 2011. *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné I: obecná část*. Praha: Grada. ISBN 978-802-4734-194.

ZELENÍKOVÁ, R., 2005. Respekt k náboženskému vyznání při poskytování péče. In *Česká společnost na prahu vstupu do Evropské unie: podpora multikulturního ošetrovatelského přístupu v celoživotním zdravotnickém vzdělání*. Ostrava: Ostravská univerzita, Zdravotně sociální fakulta. s. 69–86. ISBN 80-7042-349-8.

## INTERNETOVÉ ZDROJE

Akční plány pro implementaci Národní strategie Zdraví 2020. 2010. *Ministerstvo zdravotnictví České republiky* [online]. [cit. 2016-04-24]. Dostupné z:

[http://www.mzcr.cz/verejne/dokumenty/akcni-plany-pro-implementaci-narodni-strategie-zdravi-2020\\_10814\\_5.html](http://www.mzcr.cz/verejne/dokumenty/akcni-plany-pro-implementaci-narodni-strategie-zdravi-2020_10814_5.html)

Jednotný dietní systém. 2015. *Výživa* [studijní materiál] [online]. [cit. 2016-04-24]. Masarykova univerzita Brno. Dostupné z:

[http://is.muni.cz/el/1411/podzim2014/BPDV011c/um/50957684/1.\\_Dietni\\_system.pdf](http://is.muni.cz/el/1411/podzim2014/BPDV011c/um/50957684/1._Dietni_system.pdf)

*Dietologie.cz* [online]. 2015. [cit. 2016-04-13]. Dostupné z: <http://www.dietologie.cz>

Dietní systém. 2009. *Zdravá výživa* [online]. [cit. 2016-04-23]. Dostupné z:

<http://zdravavyziva-dh.webnode.cz/dietni-system/>

Jak být co nejzdravější. 2013. *Tn.nova.cz* [online]. [cit. 2016-04-23]. Dostupné z:

<http://tn.nova.cz/clanek/zpravy/na-vasi-strane/jak-byt-co-nejzdravejsi-velky-prehled-nejprospesnejsich-potravin.htm>

Jak ozdravit jídelníček. 2012. *Nasyceskodi.cz* [online]. [cit. 2016-04-25]. Dostupné z:

<http://www.nasyceskodi.cz/jak-ozdravit-jidelnicek/#varianty>

Potravinové pyramidy. 2013. *Nutrizone.cz* [online]. [cit. 2016-04-26]. Dostupné z:

<http://nutrizone.cz/jak-potravinove-pyramidy-pomahaji-s-dodrzovanim-vyzivovych-doporuceni-odborniku/>

Výživa ve zdraví i nemoci [online]. 2016. Dostupné z:

<http://www.lecivyviva.estranky.cz/clanky/charakteristika-jednotlivych-diet.html>

MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČESKÉ REPUBLIKY, 2015. *Zpráva o výsledcích cíleného úkolu zaměřeného na zmonitorování rozsahu nabídky a pestrosti pokrmů ve stravovacích službách v zařízeních sociálních služeb (celodenní stravování seniorů) a zdravotnických zařízeních* [online]. [cit. 2016-04-18]. Dostupné z:

<http://www.mzcr.cz/>

Dietní systém v ČR. 2007. *Informační centrum bezpečnosti potravin* [online].

Ministerstvo zemědělství, © 2012 [cit. 2016-04-23]. Dostupné z:

<http://www.bezpecnostpotravin.cz/dietni-system-v-cr.aspx>

## SEZNAM PŘÍLOH

Příloha A – Dietní systémy a standardizované dietní postupy .....	I
Příloha B – Speciální diety .....	III
Příloha C – Padesát nejzdravějších potravin.....	III
Příloha D – Výživová pyramida .....	V
Příloha E – Protokol o provádění sběru podkladů .....	V
Příloha F – Literární řešerše.....	VI
Příloha G – Čestné prohlášení .....	VII

Příloha A – Dietní systémy a standardizované dietní postupy

<b>Jednotný dietní systém</b>		
<b>0 dieta tekutá</b>	6 000 kJ	Předepisuje se na kratší dobu, po operacích ústní dutiny, po tonsiloktomiích, při chorobách, poranění a poleptání ústní dutiny, hltanu a jícnu, při všech změnách, které způsobují zúžení jícnu. Přechodně při těžkých horečnatých stavech nebo některých otravách.
<b>1 dieta kašovitá</b>	11 000 kJ	Po operacích trávicího systému, po první realimentaci (kaše, haše). Na delší dobu se předepisuje při těžších, poúrazových změnách v ústní dutině (poleptání jícnu, ezofagitida, stenosa, achalasia a karcinom jícnu). Je vhodná také v akutním bolestivém stadiu vředové choroby žaludku a dvanáctníku.
<b>2 dieta šetřící</b>	12 000 kJ	Při poruchách trávicího systému s dlouhodobým průběhem, které nevyžadují změny v energetickém přívodu stravy, ani v poměru základních živin, ani zvláštní předpisy - funkční poruchy žaludku, poruchy sekrece, chronická gastritida, vředová choroba žaludku, chronické onemocnění žlučníku a dvanáctníku v klidovém období. Dále horečnatá onemocnění, stavy po infarktu myokardu a stavy po odeznění akutní fáze infekční žloutenky, případně u chronických onemocnění jater.
<b>3 dieta racionální</b>	12 000 kJ	Všechna onemocnění, při kterých není třeba zvláštní úpravy výživy.
<b>4 dieta s omezením tuků</b>	11 000 kJ	Při chorobách žlučníku po odeznění akutního stadia a při chronických onemocněních žlučníku a pankreatu. Dále se předepisuje na přechodný čas osobám po operaci žlučníku a osobám se sníženou funkční schopností pankreatu. Na přechodný čas se indikuje také po virovém zánětu jater. Vhodná je při odeznívající dyspepsii, střevních katarrech, pokud nejsou provázeny výraznějšími průjmy.
<b>5 dieta bílkovinná bezesbytková</b>	12 000 kJ	Po akutních průjmových onemocněních a při chronických průjmových onemocněních každého druhu, například při syndromu dráždivého tlustého střeva, při funkčních průjmech, chronické enteritidě a při vředové kolitidě ve stadiu dekompenzace.
<b>6 dieta nízkobílkovinná</b>	10 000 kJ	Dietu indikujeme osobám s chorobami ledvin, při akutním postižení a chronickém onemocnění ledvin.
<b>7 dieta nízkocholesterolová</b>	9 000 kJ	Podává se osobám s hyperlipoproteinemií, hlavně typu IIa a IIb, s komplikacemi arteriosklerózy (stavy po infarktu myokardu, mozkové cévní příhodě, u obliterující arteriosklerózy periferních cév a osob s rodinnou zátěží).
<b>8 dieta redukční</b>	6 000 kJ	U obézních pacientů s hyperlipoproteinemií, případně cukrovkou, kde chceme dosáhnout snížení tělesné hmotnosti. (Někde se uvádí pouze 4 000 kJ.)

<b>9 dieta diabetická</b>	8 000 kJ	Je vhodná pro většinu hospitalizovaných diabetiků. Podává se i nemocným s hyperlipoproteinemiemi typu IV, případně III a V. Dávky sacharidů dle ordinace (150, 200, 250).
<b>10 dieta neslaná šetřící</b>	10 000 kJ	Pro osoby s chorobami srdce a cév v dekompenzaci a se všemi chorobami, u nichž dochází k zadržování tekutin. Vhodná je i v těhotenství, začnou-li se tvořit větší otoky, a pro některé nemocné s vysokým krevním tlakem.
<b>11 dieta výživná</b>	14 000 kJ	Při všech chorobách, při nichž nemocní mají co nejrychleji znovu nabýt tělesných sil a zvýšit svou tělesnou hmotnost, pokud není přitom nutný předpis speciální diety. Nejčastěji je to rekonvalescence po infekčních chorobách, po některých operacích, plicní TBC v období kompenzace, zhoubné nádory v období cytostatické léčby, ozařování RTG nebo radiem.
<b>12 strava batolat</b>	8 000 kJ	Pro děti ve věku od 1,5 roku do 3 let.
<b>13 strava větších dětí</b>	11 000 kJ	Pro děti od 4 do 15 let.

<b>Standardizované dietní postupy</b>	
<b>bezlepková dieta</b>	Podává se při celiakii v dětském věku a u dospělých při sprue.
<b>dieta při pankreatitidách</b>	Předepisuje se po předchozí postupné realimentaci (0S, šlemovka, suchá bramborová kaše, 4S), eventuálně při dispeptickém syndromu, při chronické pankreatitidě.
<b>dieta při chronickém selhání ledvin</b>	Podáváme v takovém případě, kdy nemocní nejsou zařazeni do dialyzačního či transplantačního programu.
<b>dieta při intoleranci laktózy</b>	Při všech stavech, kdy je podezření na nedostatek laktózy.
<b>dieta při zjišťování okultního krvácení</b>	Při zjišťování skrytého krvácení v trávicím ústrojí. Podává se 3 dny před vyšetřením.
<b>Schmidtova diagnostická dieta</b>	Podává se 3 dny před vyšetřením činnosti trávicího ústrojí.

Zdroj: Jednotný dietní systém. 2015.



## Příloha B – Speciální diety

<b>Speciální diety</b>		
<b>0S dieta čajová</b>		Nemocnému se podává pouze čaj, a to po lžičkách.
<b>1S dieta tekutá výživná</b>	12 000 kJ	Podáváme v případech, kdy mohou nemocní přijímat potravu jen v tekuté formě, ale zároveň je třeba docílit zvýšeného energetického příjmu. K dalšímu zvýšení energetického obsahu je možno dietu doplňovat glukózou nebo jinými preparáty podávanými jako intravenózní infuze.
<b>4S dieta s přísným omezením tuků</b>	7 000 kJ	Podává se osobám v akutním stavu infekční hepatitidy, zánětu žlučníku, první dny po choletchiatickém záchvatu, první dny po cholecystektomii, osobám s akutní nekrózou pankreatu v prvních dnech po absolutní hladovce. Vhodná u osob v akutním období infarktu myokardu.
<b>3 dieta racionální</b>	12 000 kJ	Všechna onemocnění, při kterých není třeba zvláštní úpravy výživy.
<b>4S dieta s omezením tuků</b>	11 000 kJ	Při chorobách žlučníku po odeznění akutního stadia a při chronických onemocněních žlučníku a pankreatu. Dále se předepisuje na přechodný čas osobám po operaci žlučníku a osobám se sníženou funkční schopností pankreatu. Na přechodný čas se indikuje také po virovém zánětu jater. Vhodná je při odeznívající dyspepsii, střevních katarrech, pokud nejsou provázeny výraznějšími průjmy.
<b>9S dieta diabetická šetrící</b>	9 000 kJ	Pro diabetiky se současnými vleklými onemocněními zažívacího ústrojí (vředová choroba, choroby žlučníku, jater, dyspeptický syndrom, vleklý zánět pankreatu etc.)

Zdroj: Jednotný dietní systém. 2015.

## Příloha C – Padesát nejzdravějších potravin

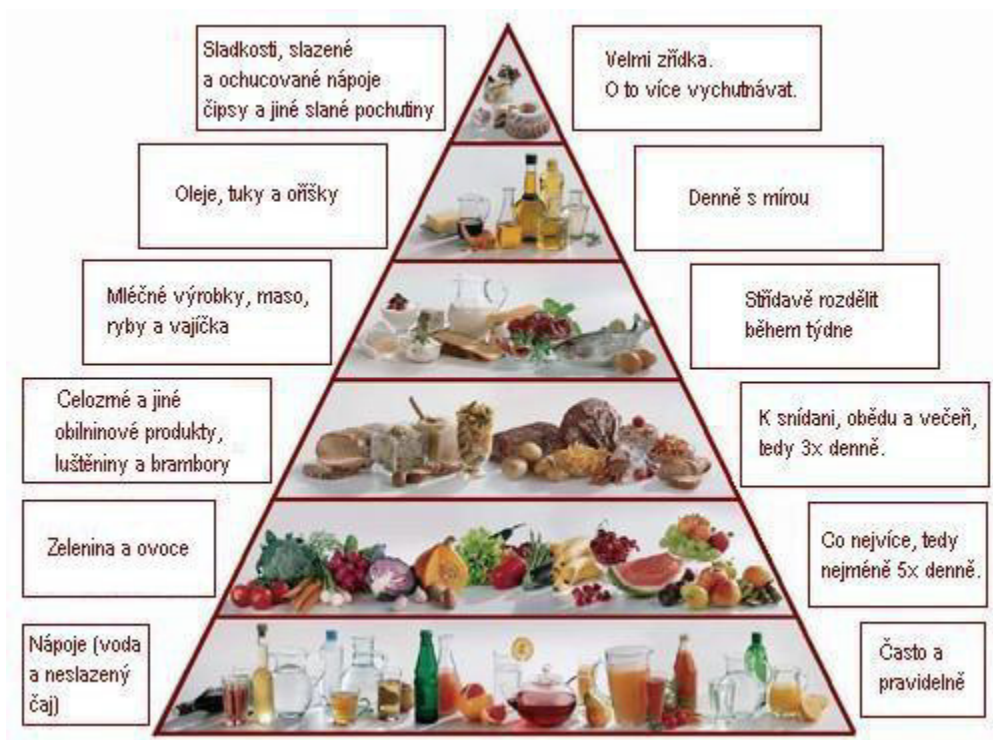
## Žebříček nejzdravějších a nejdůležitějších potravin na světě

1.	Čistá voda	26.	Černý čaj
2.	Jahody	27.	Káva
3.	Borůvky	28.	Losos
4.	Mandle	29.	Zázvor
5.	Třešně	30.	Tuňák
6.	Ostružiny a maliny	31.	Bílý čaj
7.	Pomeranče	32.	Zelený čaj
8.	Rajčata	33.	Kurkuma
9.	Pistácie	34.	Čočka
10.	Jablka	35.	Červené víno
11.	Špenát	36.	Houby šitake
12.	Brambory	37.	Artyčoky
13.	Olivový olej	38.	Řecký jogurt
14.	Tmavá čokoláda	39.	Sójové boby
15.	Vejce	40.	Slunečnicové klíčky
16.	Brokolice	41.	Kapusta
17.	Avokádo	42.	Lněná semínka
18.	Sladké brambory	43.	Quinoa (tradiční jídlo Inků)
19.	Ovesná kaše	44.	Řepa
20.	Vlašské ořechy	45.	Růžičková kapusta
21.	Granátová jablka	46.	Semínka chia
22.	Brusinky	47.	Odstředěné mléko
23.	Fazole	48.	Sardinky
24.	Papriky	49.	Mořské řasy
25.	Hnědá rýže	50.	Kefír

Zdroj: huffingtonpost.com

Zdroj: Jak být co nejzdravější. 2013.

## Příloha D – Výživová pyramida



Zdroj: Potravinové pyramidy. 2013.

## Příloha E – Protokol o provádění sběru podkladů



Číslo rešerše: 3/2016

Objednavatel: Sylvie Vysoudilová | 737 607 174 | [silvievysoudilova@seznam.cz](mailto:silvievysoudilova@seznam.cz)

Název: **Edukace pacienta s nutriční terapií**

Klíčová slova:

**edukace | vzdělávání**

**ošetřovatelství**

**pacienti**

**dieta**

**malnutrice**

**nutriční screening**

**pitný režim**

**zdravá výživa**

**education**

**nursing**

**diet**

**nutrition therapy | treatment**

**malnutrition**

**nutritional screening**

**drinking regime**

**healthy food**

Zpracovala: Mgr. Jana Machalová

Datum dokončení rešerše: 11. 5. 2016

### **Čestné prohlášení**

Prohlašuji, že jsem zpracovala údaje/podklady pro praktickou část bakalářské práce s názvem „Ošetrovatelský proces u pacienta po osteosyntéze stehenní kosti“ v rámci studia/odborné praxe realizované v rámci studia na Vysoké škole zdravotnické, o. p. s., Duškova 7, Praha 5.

v Praze dne 31. května 2016

.....

Silvie Vysoudilová