

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

Zdravotně sociální fakulta

RIZIKA V OŠETŘOVATELSKÉM PROCESU

S MALNUTRICÍ A OBEZITOU

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Bc. Somrová Jana

2009

Horčíčková Marie

Risks in nursing process linked to malnutrition and obesity

Abstract

The care for nutrition of patients is given more attention these days than before. Patients with malnutrition and obesity represent a huge nursing problem in internal and surgical fields. In this thesis we focused on nursing process in clients with malnutrition and obesity. The research was quantitative, for the data collection the anonymous questionnaires addressed to nurses were used. It was carried out in internal and surgical departments and departments of follow-up care in hospitals in Písek and Tábor. 120 questionnaires were distributed, in each hospital 60, to particular departments 20. 95 (100 %) questionnaires were used for the research.

In the thesis seven objectives were stated. The objectives were focused on carrying out the nursing process in clients with malnutrition and obesity, the most frequent nursing problems in these patients and the awareness of nursing staff in the problems of malnutrition and obesity. Seven hypotheses linked to the objectives were stated.

The research showed that nurses meet the clients with malnutrition and obesity in all mentioned departments. Most nurses consider the care for these patients very demanding. It is pleasant that the part of nursing documentation is nutritional screening, which is carried out during an admission of each client. Further the research showed that for these clients no valid nursing standard, which would improve nursing process, has been carried out yet. In clients with malnutrition the most frequent nursing problems are decubital ulcers and in clients with obesity sore spots. Information on the problems of malnutrition and obesity is gained at professional seminars and conferences.

Nursing process in patients with malnutrition or obesity is demanding and it is necessary to have a sensitive and considerate approach. The results of the thesis will be used to make nursing staff acquainted with these problems.

PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma: „*Rizika v ošetrovatelském procesu s malnutricí a obezitou*“ vypracovala samostatně a použila jen pramenů, které cituji a uvádím v přiložené bibliografii.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b Zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě fakultou, elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách.

V Českých Budějovicích dne.....

.....

podpis studenta

PODĚKOVÁNÍ

Děkuji Bc. Somrové Janě za odborné vedení, cenné rady, připomínky a trpělivost při zpracování této bakalářské práce. Dále děkuji své rodině a přátelům za podporu a nezištnou pomoc.

Obsah

Úvod	3
1. Současný stav.....	5
1.1 Metabolismus.....	5
1.2 Fyziologie výživy	5
1.3 Faktory ovlivňující výživu.....	6
1.4 Anatomie zažívacího traktu.....	6
1.5 Základní složky výživy.....	7
1.6 Ošetrovatelský proces.....	9
1.6.1 Charakteristika ošetrovatelského procesu.....	10
1.6.2 Fáze ošetrovatelského procesu obecně.....	10
1.7 Fáze ošetrovatelského procesu.....	11
1.7.1 První fáze ošetrovatelského procesu – zhodnocení.....	11
1.7.2 Druhá fáze ošetrovatelského procesu – diagnostika.....	11
1.7.3 Třetí fáze ošetrovatelského procesu – plánování.....	13
1.7.4 Čtvrtá fáze ošetrovatelského procesu – realizace.....	14
1.7.5 Pátá fáze ošetrovatelského procesu – vyhodnocení.....	15
1.8 Ošetrovatelský proces u klientů s malnutricí.....	15
1.8.1 Mechanizmy vzniku malnutrice a její výskyt.....	15
1.8.2 Posouzení stavu výživy u malnutrice.....	17
1.8.3 Klinický obraz malnutrice a její vliv na fyziologické funkce.....	18

1.8.4 Terapie u nemocných s malnutricí.....	19
1.8.5 Cíle ošetrovatelské péče u nemocných s malnutricí.....	21
1.9 Ošetrovatelský proces u klientů s obezitou.....	22
1.9.1 Etiopatogeneze obezity.....	22
1.9.2 Body mass index.....	24
1.9.3 Klasifikace obezity a její vliv na fyziologické funkce.....	24
1.9.4 Diagnostika obezity.....	26
1.9.5 Terapie u nemocných s obezitou.....	26
1.9.6 Cíle Ošetrovatelské péče u nemocných s obezitou.....	27
1.10 Nejčastější ošetrovatelské diagnózy u klientů s malnutricí a obezitou.....	28
2. Cíle práce a hypotézy.....	29
2.1 Cíle práce.....	29
2.2 Hypotézy.....	29
3. Metodika.....	30
3.1 Metodika práce.....	30
3.2 Charakteristika výzkumného souboru.....	30
4. Výsledky.....	31
5. Diskuse.....	57
6. Závěr.....	61
7. Seznam použité literatury.....	63
8. Klíčová slova.....	66

9. Přílohy.....	67
------------------------	-----------

Úvod

Péči o výživu se v dnešní době věnuje stále více pozornosti, než tomu bylo v minulých letech. Výživa je jedním z faktorů vnějšího prostředí, který se podílí na vzniku, ale i prevenci nemocí. Strava dodává energii a má obsahovat dostatek živin, nutný je přísun bílkovin, které jsou základní stavební jednotkou všech tkání v organismu. Zdroji rychle využitelné energie jsou cukry, další složkou potravy jsou tuky, tvořící zásobu energie a dodávající i některé vitamíny, které společně s minerály také tvoří nedílnou součást stravy. S výživou souvisí také mnoho lehčích i závažnějších zdravotních problémů. Nejvíce pozornosti budu věnovat malnutrici a obezitě a komplikacím s nimi spojenými. V ošetrovatelské praxi se podle mého názoru vyskytují velice často, na všech odděleních i ve všech zdravotnických zařízeních. Určitě každý zdravotnický pracovník má zkušenost s podvyživeným nebo obézním klientem a ví, jak je mnohdy velmi složité a náročné zvládnout jejich léčbu.

Obezita je celosvětový problém. V České republice má polovina dospělých občanů nadváhu a z toho je 17% obézních. Její výskyt má stále více rostoucí trend. Světová zdravotnická organizace považuje prevenci obezity za jeden z důležitých úkolů pro veřejné zdraví 21. století. Obezita se spolupodílí na výskytu dalších onemocnění. Obézní lidé mají častěji poruchy pohybového aparátu, dechové a oběhové komplikace, častější výskyt diabetu, a mnohdy i psychické potíže. Malnutrice (podvýživa) se v České republice nevyskytuje v tak velké míře jako obezita. Obvykle souvisí s poruchami příjmu potravy, bulimií nebo anorexií u mladých dívek, ale poslední dobou i u chlapců. Častá je u onkologicky nemocných a starých lidí. Sestry by měly k obézním a podvyživeným klientům přistupovat citlivě a ohleduplně. Mnoho lidí s velkou nadváhou může trpět pocitem méněcennosti. Nevhodným a nevybíravým chováním bychom se jich mohli velice dotknout a napáchat na jejich duši nenávratné škody.

Toto téma mě zaujalo z toho důvodu, že je aktuální. V ošetrovatelské praxi je v současné době zastoupeno nemalé procento klientů trpících malnutricí a obezitou. Ve své bakalářské práci bych se na ně chtěla zaměřit a zjistit jejich nejčastější ošetrovatelské komplikace a jakým způsobem u nich všeobecné sestry zajišťují ošetrovatelský proces. Dále mě zajímá, zda se provádí nutriční screening u

hospitalizovaných klientů a jestli všeobecné sestry mají dostatek informací o problémech malnutrice a obezity a kde tyto informace čerpají.

1. Současný stav

1.1 Metabolismus

Bazální metabolismus je základní přeměna energie, která dostatečným způsobem pokrývá všechny vitální funkce za bazálních podmínek (neutrální tělesná teplota, lačný stav, duševní a tělesný klid) podle tělesné hmotnosti, výšky, věku a pohlaví. Aktivita zvyšuje nároky organismu na energii. Řadí se sem i duševní aktivity. K dispozici jsou tabulky udávající průměrný energetický výdej u různých skupin obyvatelstva vzhledem k pohlaví, věku, zaměstnání atd. U dětí od 1 do 5 let je denní průměr vydané energie asi 6200 kJ, u starších dětí 5-10 let je to kolem 9000 kJ. U mužů do 50 let je denní energetická spotřeba 12 000 kJ, nad 50 let se spotřeba snižuje na 11 000 až 10 000 kJ. Ženy do 50 let mají energetickou denní spotřebu kolem 9 600 kJ, starší asi 7 500 kJ. Mnohem vyšší nároky mají těhotné a kojící ženy a to 11 000 až 12 000 kJ. Výrazný rozdíl v nárocích na energii představuje druh zaměstnání. Energetický denní příjem u sedavého zaměstnání, kde bývá minimum pohybové aktivity, je asi 11 000 kJ za 24 hodin, u středně těžké práce 14 000 kJ za 24 hodin a u velmi náročné fyzické práce je denní příjem 18 000 až 19 000 kJ za 24 hodin. Ve vyspělých státech, kde je dostupná těžká technika, tedy i v České republice se podíl těžce pracujících v současné době výrazně snížil (7, 11, 16, 27).

1.2 Fyziologie výživy

Fyziologický příjem potravy je závislý na funkčním nebo částečně funkčním zažívacím traktu. U přijímání potravy je předpokladem, že mechanismy v mozku, řídící hlad a sytost fungují. Pocit hladu vyvolává potravní chování (aktivní vyhledávání potravy). Hlad je subjektivní pocit, je však výrazem reálných fyziologických jevů. Mezi ně patří kontrakce žaludku (pocit sytosti naopak vyvolává roztažení žaludku), chladové podněty (v teplém letním počasí nemáme hlad, ale jen žízeň) a pokles hladiny krevního cukru (16, 27).

1.3 Faktory ovlivňující výživu

Faktory, ovlivňující výživu jsou: biologické, psychické a sociální. Z biologických faktorů je to především funkce trávicího systému, věk, pohlaví a zdravotní stav. Z psychických faktorů sem patří emocionální stav, osobnostní vlastnosti a psychosomatický stav. Sociální faktory jsou kulturní zvyky a obyčeje, víra, životní styl, individuální zvyky, reklama, ekonomická situace a přírodní prostředí (7).

1.4 Anatomie zažívacího traktu

Začátek trávicí trubice je tvořen dutinou ústní, v níž se nachází jazyk a slinné žlázy (příušní, podjazykové a podčelistní). Jazyk je důležitý při příjmu potravy a při řeči. Nachází se na něm chuťové pohárky, rozlišující 4 základní druhy chutí – sladkou, slanou, hořkou, kyselou. V horní a dolní čelisti jsou vsazeny zuby. Zdravý člověk má v dospělosti 32 zubů. Každý zub se skládá z kořene, krčku a korunky. Další částí zažívacího traktu je hltan, je to svalová trubice, která se uplatňuje při polykání rozmělněné stravy. Následuje jícen, také svalová trubice spojující hltan se žaludkem. Jeho funkcí je transport polknuté stravy do žaludku (2, 3, 26).

Žaludek je vakovitě rozložená část trávicí trubice. Hromadí se v něm spolykaná strava a mísí se s žaludeční šťávou, zde začíná její vstřebávání. Přejít žaludku do tenkého střeva je uzavřen silným kruhovým svalem (vrátníkem), který v malých dávkách propouští žaludeční tráveniny. Tenké střevo se skládá ze tří oddílů: dvanáctníku, lačnicku a kyčelníku. Je to kličkami tvořený trubicovitý orgán dlouhý 2,5 až 3,5 m. Je vystlán klky, které zvětšují vnitřní povrch tenkého střeva a dochází v něm k štěpení a vstřebávání živin. Ve sliznici tenkého střeva je uloženo velké množství žláz, produkujících střevní šťávu složenou z enzymů. Nejdůležitější enzymy se do tenkého střeva dostávají ve šťávách slinivky břišní. Největší podíl na štěpení živin má dvanáctník. Pohyb tráveniny a její pobyt v žaludku a tenkém střevě je různý podle druhu potravin (2, 3, 19).

Za žaludkem v ohbí dvanáctníku je uložena slinivka břišní. Obsahuje dva druhy buněk. Žlázové buňky tvoří enzymy, které odtékají v tekuté formě do dvanáctníku, kde

štěpí cukry, tuky a bílkoviny. Mezi buňkami tvořícími slinivku břišní jsou rozestý skupiny buněk, které tvoří malé ostrůvky produkující inzulin. Inzulin je hormon, který se významně podílí na látkové výměně cukrů ve tkáních. Jeho nedostatek nebo nadbytek může vyvolat náhlé bezvědomí, jde o onemocnění cukrovkou (2, 3, 16, 19, 27).

Největší žlázou v těle jsou játra. Jejich hmotnost se pohybuje kolem 1,5 kg a vyplňují pravou podžeberní klenbu. Jsou složena z jaterních buněk a cév, kterými protéká velké množství krve. Játra se podílejí na látkové výměně organismu. Jde o pochody, kdy z rozštěpených tuků, cukrů a bílkovin opět tvoří tuky, cukry a bílkoviny, ale ve formě pro organismus použitelné. Jaterní buňky odstraňují jedovaté látky, vznikající při štěpení živin. Jejich odpadovým produktem je žluč, která má významné postavení při štěpení tuků. Žluč odtéká žlučovými cestami do dvanáctníku (2, 3, 26).

Žlučník má koncentrační funkci, vstřebává se zde voda a žluč se stává koncentrovanější. Žluč, přitékající do dvanáctníku se mísí s tráveninou, která přichází ze žaludku, rozmělnuje tukovité látky na drobné kapénky a tak umožňuje účinnější působení enzymů slinivky, které rozkládají tuky na vstřebatelné látky v dalším úseku tenkého střeva (2, 3, 16, 27).

Na tenké střevo navazuje úsek tlustého střeva. Prvním oddílem je v pravé kyčelní jámě slepé střevo. Na začátku vytváří slepé střevo různě dlouhou výchlípku, červovitý přívěsek. Ústí tenkého střeva do slepého je opatřeno kruhovým svěračem, který znemožňuje zpětné proniknutí obsahu tlustého střeva. Stěna tlustého střeva je tenká, redukována je svalová vrstva a není opatřena klky. V tlustém střevě se dokončuje trávení, vstřebávají se minerální látky a voda a nestravitelné zbytky se formují ve stolici. Na slepé střevo navazují tračníky, vzestupný, příčný, sestupný, esovitý a přímý tračník (konečník). Natrávená potrava se posunuje tlustým střevem, je zahušťována a hromaděna v konečníku. Konečník má ve stěně svěrač kruhovitěho typu, kterým je ovládáno vyprazdňování stolice (2, 3, 19, 26).

1.5 Základní složky výživy

Živiny (nutriety), jsou základními složkami potravy. Rozdělují se na makronutrienty a mikronutrienty. Nositeli energie jsou makronutrienty, patří sem bílkoviny (proteiny), tuky (lipidy), cukry (sacharidy), alkohol. Mikronutrienty se dělí na minerální látky a vitamíny (5, 17, 23).

Bílkoviny jsou látky složené z řetězců aminokyselin. Rozhodující pro jejich funkci je řazení jednotlivých, v přírodě se vyskytujících 20 aminokyselin a spojování jejich řetězců. Jsou strukturou živého organismu, katalyzují buněčné reakce a mají nezastupitelný význam pro přepis genetické informace obsažené v genové DNA. Další funkcí bílkovin je výživa, imunita, funkce jednotlivých systémů, transport, motilita, regulace metabolismu a mnoho dalších. V těle neustále probíhá proteinový obrat, který je společným označením degradace a resyntézy bílkovin. Při příjmu bílkovin stravou, dochází v absorpční, anabolické fázi ke vstřebávání aminokyselin v tenkém střevě, zvyšuje se stav jejich aktuálních zásob využitelných pro syntézu vlastních bílkovin a tím dochází ke zpomalení rychlosti celotělové proteinové degradace. Většina aminokyselin je zachytávána játry, některé jsou selektivně využity pro oxidaci (16, 22, 27).

Hlavními zdroji bílkovin jsou maso, mléko, mléčné výrobky, vejce, luštěniny, obiloviny, zelenina včetně brambor. Je rozdíl mezi rostlinnými a živočišnými zdroji bílkovin. Rostlinné zdroje bílkovin jsou v jedné či více esenciálních aminokyselin limitované, což znamená, že určitá aminokyselina je jen v určitém množství nebo není přítomna vůbec. Při hrazení bílkovin pouze rostlinnými zdroji, je třeba dbát na pestrou stravu a jednotlivé zdroje bílkovin vzájemně kombinovat (17, 22, 23).

Tuky jsou organické sloučeniny, velmi málo rozpustné ve vodě, mající v biologických systémech funkci zásobních energetických jednotek a jsou stavební součástí buněčných membrán. Tuky přijímané v potravě přispívají k podstatnému zvyšování přijaté energie. Působí na chuťnost stravy, udržují vůni a ovlivňují konzistenci. Ve střevě usnadňují vstřebávání vitamínů rozpustných v tucích. Tuky se dělí na nasycené mastné kyseliny, mononenasycené mastné kyseliny a polynenasycené mastné kyseliny (5, 22, 23).

Další součástí výživy jsou cukry. Rozdělují se na monosacharidy (1 cukerná jednotka), oligosacharidy (2-10 cukerných jednotek) a polysacharidy (více než 10 cukerných jednotek). Cukry vznikají v přírodě v buňkách fotoautotrofních organismů asimilací vzdušného oxidu uhličitého v přítomnosti vody při využití energie denního světla-fotosyntézou. Zdroji sacharidů v potravě jsou mléko, potraviny rostlinného původu a med. Jsou levné a celosvětově dostupné (5, 17, 23).

Nezbytnou složkou potravy jsou i vitamíny. Nejsou zdrojem energie, ale ve výživě člověka jsou nepostradatelné. Vitamíny jsou organické látky, které organizmus nezbytně potřebuje, ale nedovede si je sám vyrobit. Musí být přijímány potravou. Důležitou funkcí vitamínů je katalytický účinek při reakcích látkové přeměny. Vytvářejí i důležité oxidačně redukční systémy. Rozlišovacím znakem vitamínů je jejich rozpustnost. Pro označení vitamínů se používají písmena abecedy. Do skupiny vitamínů rozpustných v tucích patří: vitamin A (retinol), vitaminy D (kalciferoly), vitaminy E (tokoferoly a tokotrienoly), vitaminy K (fylochinony, farnochinony). Do skupiny vitamínů rozpustných ve vodě řadíme: vitamin B-komplexu- vitamin B1(thiamin), vitamin B2 (riboflavin), vitamin B6 (pyridoxin), vitamin B12 (kyanokobalamin), kyselina listová (folacin), kyselina nikotinová, kyselina pantotenová, biotin, vitamin C (kyselina L-askorbová a L- dehydroaskorbová) (8, 10, 17).

Stejně jako vitaminy, patří minerály a stopové prvky do mikronutrientů. Jejich příjem obvykle tvoří jen několik miligramů denně. Řadíme sem železo, zinek, měď, fluor, jód, chrom, kobalt, selen, mangan, molybden, nikl a vanad. Člověk přijímající běžnou stravu za normálních okolností nemůže docílit nedostatku těchto prvků. Nejvýznamnějšími jsou železo, hořčík a jód (8, 23).

1.6 Ošetrovatelský proces

Ošetrovatelský proces slouží jako osnova pro organizaci individualizované ošetrovatelské péče, která se zaměřuje na zjišťování a léčbu specifických reakcí jedince, na aktuální či potencionální změny zdravotního stavu (13).

1.6.1 Charakteristika ošetrovateľského procesu

Ošetrovateľská péče spočívá v tom, že proporcionálně zajišťuje uspokojování tělesných, duševních, sociálních a jiných potřeb jednotlivců nebo skupin. Důraz je hlavně kladen na podporu a udržení zdraví a také zmírňuje utrpení (4, 9).

Ošetrovateľský proces je systém otevřený, dynamický, přizpůsobivý, plánovitý a cílený. Přístup je individuální k potřebám každého nemocného. Přizpůsobuje se osobním potřebám nemocného jedince, rodiny nebo společnosti. Umožňuje tvořivý přístup sestry a nemocného při hledání řešení zdravotního problému. Je interpersonální, vyžaduje přímou a důslednou komunikaci s nemocným s cílem uspokojení jeho potřeb. Teorie ošetrovateľského procesu přišla na konci 60. Let z USA do Evropy jako koncepční model vstřícného přístupu k ošetrování nemocného. Ošetrovateľský proces se odráží v aktivních činnostech sestry. Člověk je chápán holisticky- jako celek, na který působí řada faktorů, které ovlivňují jeho prožívání zdraví a nemoci včetně sociálního a ekologicky pojatého prostředí (4, 9, 13, 20).

1.6.2 Fáze ošetrovateľského procesu obecně

Ošetrovateľský proces je série vzájemně propojených činností, které se provádějí ve prospěch nemocného. Tyto ošetrovateľské činnosti umožňují sestře samostatné rozhodování pro nejvhodnější způsob péče a dosažení stanovených cílů. Může měřit pokrok, kterého nemocný jejím přičiněním dosáhl. Ošetrovateľský proces probíhá v pěti fázích. První fází je zhodnocení, sestra pomocí rozhovoru, pozorování, testování nebo měření posoudí nemocného. Druhou fází je diagnostika, je výsledkem zpracování informací o nemocném, identifikuje jeho potřeby. Třetí fází je plánování, zde si sestra určí priority řešení problémů, stanoví cíle péče a rozhodne, jakým způsobem jich dosáhne. Ve čtvrté fází, realizaci, každý z účastníků plní svoji příslušnou roli a úkoly dané ošetrovateľským plánem směřujícím k zajištění prospěchu a relativní pohody nemocného. Poslední pátou fází je vyhodnocení, zde se zjišťuje, zda bylo dosaženo stanoveného cíle, změření úspěchu poskytnuté péče, získání dalších informací o nemocném a naplánování další péče, pokud zatím nebylo cíle úplně dosaženo (9, 21).

Ačkoliv je každá fáze v ošetrovatelském procesu samostatná, závisí jedna na druhé a mohou probíhat souběžně. Všechny fáze se vzájemně ovlivňují a úzce spolu souvisí (9, 21).

1.7. Fáze ošetrovatelského procesu

1.7.1 První fáze ošetrovatelského procesu – zhodnocení

Zhodnocení zahrnuje sběr, ověřování a třídění údajů o zdravotním stavu nemocného. Údaje lze rozdělit na objektivní (vnější projevy), subjektivní (vnitřní projevy), proměnné (dynamické) a konstantní (statické). Zdrojem údajů může být sám nemocný, jeho blízké osoby, rodina nebo přátelé, dále pak zdravotničtí pracovníci a zdravotní záznamy. Do metod shromažďování údajů lze zařadit pozorování, rozhovor a vyšetření. Všechny získané důležité informace musí sestra zapsat do ošetrovatelského záznamu nemocného (13, 20, 21).

Při péči o nemocné, i o klienty trpící malnutricí či obezitou je důležitým krokem sběr anamnézy. Informujeme se o stravovacích návycích, o preferenci jídel, o denním příjmu tekutin o způsobu přípravy jídel, o problémech s výživou (polykání, kousání, umělý chrup). Dále zjišťujeme, jaká jídla nemocnému způsobují zažívací obtíže (průjem, zácpa, meteorismus) nebo alergii. Nedílnou součástí je zjištění výšky a váhy nemocného a stanovení hmotnostního indexu BMI (body mass index). Také se informujeme o denních aktivitách nemocného, na jeho pohybové možnosti, zaměstnání a přidružená onemocnění, která mohou mít vliv na vznik malnutrice nebo obezity (20, 24, 25).

V ošetrovatelském procesu po odebrání anamnézy, sestra stanoví ošetrovatelské diagnózy, reálný cíl a intervence, kterými se společně s nemocným snaží dosáhnout určitého cíle (21).

1.7.2 Druhá fáze ošetrovatelského procesu – diagnostika

Diagnóza, z řeckého *diagignoskein*, znamená rozlišovat, rozeznávat, označovat. V ošetrovatelském procesu se diagnózou rozumí identifikace potřeb a problémů

nemocného. Ošetrovateľská diagnóza znamená verbalizáciu potrieb a problémů nemocného, ktoré môže správne naplánovaná ošetrovateľská péče ovlivniť. Je to záver provedený sestrou na základe pečlivého a systematického sběru informací o nemocném. Ošetrovateľská diagnóza zahrnuje pouze ty oblasti, ktoré je sestra schopná a kompetentní ovlivniť. Môže diagnostikovať zmeny ve výživě, nedostatek informací o určité nemoci, možnost poranění, zkrátka vše co je spojeno s onemocněním a může komplikovat stav nemocného. Sestra je za ošetrovateľskou diagnózu odpovädná i přes to, že se na jejím utváření podílejí i ostatní zdravotníci pracovníci. Ošetrovateľská diagnóza popisuje jak současné zdravotní problémy, tak problémy které mohou nastat a které lze očekávat (9, 13, 21).

Ošetrovateľská diagnóza se významně odlišuje od lékařské diagnózy. Lékařská diagnóza označuje nemoc nebo poruchu zdraví, ošetrovateľská diagnóza určuje, jak a do jaké míry zasahuje nemoc do života postiženého člověka, jak mění jeho soběstačnost, jaké mu přináší problémy a trápení (9, 21).

Diagnostický proces je proces analýzy a syntézy získaných informací, při kterých se uplatňuje řada myšlenkových procesů, jako je objektivita, rozhodování, kritické myšlení, induktivní a deduktivní usuzování. Skládá se ze čtyř fází. Mezi ně se řadí zpracování údajů, zjištění zdravotních problémů nemocného, rizik a pozitiv z formulace sesterských diagnóz. Ošetrovateľská diagnóza se skládá ze čtyř částí. V první části sestra shromážděné informace vyhodnocuje a stanoví problém. Stav nemocného popisuje jasně a stručně několika slovy. Druhá část stanoví zdravotní problémy nemocného a potřeby ošetrovateľské péče. Identifikuje jednu nebo více pravděpodobných příčin zdravotního problému. Třetí částí je formulování ošetrovateľské diagnózy. Formuluje se nejen samotný problém, ale i příčiny, které jej způsobují, případně jeho projevy, na jejichž podkladě sestra může sestavit plán ošetrovateľské péče. Čtvrtou fází je stanovení priorit diagnóz. Na konci diagnostického procesu sestra seřadí ošetrovateľské diagnózy podle naléhavosti jejich řešení. Toto pořadí je významné pro sestavení ošetrovateľského plánu (9, 13, 20).

Taxonomií ošetrovateľských diagnóz lze obecně označit klasifikační systém skupin, tříd a sérií. Nejpoužívanější klasifikací je NANDA taxonomie II. - je to seznam

ošetřovatelských diagnóz vypracovaný Severoamerickou asociací sester pro ošetřovatelské diagnózy (North American Nursing Diagnoses Association). Ošetřovatelské diagnózy jsou sestaveny do devíti základních kategorií, které vycházejí z devíti hlavních lidských reakcí. Taxonomie je číselně kódovaná (12, 13).

1.7.3 Třetí fáze ošetřovatelského procesu - plánování

Výsledkem třetí fáze ošetřovatelského procesu je stanovení plánu ošetřovatelské péče. Je to systematická metoda řešení problémů nemocných, které může sestra profesionálně ovlivnit. Do plánování péče o nemocného s malnutricí či obezitou je důležité, aby sestra zapojila jak samotného nemocného, tak i jeho rodinu, přátele a další zdravotnické pracovníky. Proces plánování probíhá v šesti etapách. Sestra seřazuje určení priorit, stanoví cíle nemocného a výsledná kritéria, plánuje ošetřovatelské strategie, píše sesterské ordinace, stanoví plán ošetřovatelské péče a konzultace. Při určování priorit sestra určuje pořadí, v jakém se budou řešit problémy nemocného. Ošetřovatelské priority sestra mění tak, jak se mění zdravotní problémy nemocného a jeho léčba. Při stanovování cílů a výsledných kritérií je cíl nemocného očekávaný výsledek či změna na jeho cestě za zdravím. Cíle nemocného jsou širokými ukazateli výkonů. Sestra může stanovit cíl jako dlouhodobý, vztahující se k delšímu období a směřující také do následné a domácí péče. Cíl má být reálný, i co se týká možností a schopností sestry a je nutné, aby se shodoval s léčebným plánem lékaře. Výsledná kritéria jsou závěry o specifických, pozorovatelných a měřitelných odpovědích nemocného. Jsou určující v tom, zda bylo cíle dosaženo, jsou od cíle odvozeny a vztahují se k němu. V plánování ošetřovatelských intervencí jsou sesterské činnosti zvoleny tak, aby bylo dosaženo cílů nemocného. U každé navrhované varianty ošetřovatelské strategie je třeba, aby sestra uvážila a předvíдалa důsledky akce. Po posouzení důsledků alternativ ošetřovatelských strategií si sestra vybírá jednu nebo více z nich, které pokládá za nejúčinnější. Sestra dohlíží na to, že plánovaná akce musí být přiměřená a pro nemocného dosažitelná. Dále píše sesterské ordinace neboli příkazy. Jsou to specifické zásahy vykonávané sestrou k dosažení vytčených cílů zdravotní péče. Po jejich napsání, sestra stanoví plán ošetřovatelské péče, který je jasně formulovaný a

jsou s ním seznámeni všichni pracovníci, kteří budou tuto péči poskytovat. Plán ošetrovatelské péče tvoří návrh vhodných ošetrovatelských intervencí, které sestru vedou k dosažení stanovených cílů. Sestra během hospitalizace nemocného musí plán stále upřesňovat a aktualizovat podle změny stavu nemocného a podle vyhodnocení dosažených cílů. Hlavním cílem písemného plánu je, že sestra zabezpečí kontinuitu ošetrovatelské péče a dokumentuje důležité potřeby nemocného (20, 21).

Cílem ošetrovatelské péče u nemocných s malnutricí a obezitou je minimalizovat riziko porušení kožní integrity a následků s nimi spojených (vznik opruzenin a dekubitů, sekundární hojení ran) (14).

1.7.4 Čtvrtá fáze ošetrovatelského procesu – realizace

Realizace ošetrovatelského plánu je čtvrtou fází ošetrovatelského procesu, která propojuje všechny fáze v jeden dynamický celek. Je závislá na kvalitě ošetrovatelského plánu. Ve fázi realizace se setkáváme se třemi okruhy ošetrovatelské péče. V jednom okruhu ošetrovatelský tým pod vedením skupinové nebo primární sestry poskytuje individuální péči podle předem stanoveného plánu a dokumentuje její provedení. V druhém může být plán přehodnocen a upraven podle momentální situace. Ošetrovatelský tým dokumentuje péči, která byla sice naplánovaná, ale z různých důvodů nebyla poskytnuta. Třetí okruh je ten, že ošetrovatelský tým často samozřejmě poskytuje i neplánovanou péči, neboť stav nemocného i informace o něm se mohou dynamicky v průběhu ošetrovatelského procesu změnit. I o této neplánované péči je zapotřebí provést záznam a informovat primární nebo skupinovou sestru, pokud nebyla jejímu provedení přítomna (13, 20, 21).

Důležitým aspektem plánování je potřeba koordinace ošetrovatelských i léčebných aktivit a vytvoření integrovaného plánu ošetrovatelské péče. Při realizaci se projeví kvalita ošetrovatelského plánu. Samozřejmostí je, že možnosti sester plánovat a poskytovat kvalitní ošetrovatelskou péči v rámci multidisciplinárního týmu se liší v různých zdravotnických zařízeních (13, 21).

1.7.5 Pátá fáze ošetrovatelského procesu – vyhodnocení

Vyhodnocení je posouzení odpovědi nemocného na ošetrovatelské zásahy a jejich porovnání s výslednými kritérii. Zhodnotit v ošetrovatelství znamená zjistit, zda bylo dosaženo cílů u nemocného a do jaké míry. Hodnocení je velmi významným aspektem ošetrovatelského procesu, protože jeho závěry určují, zda se mají ošetrovatelské zásahy skončit nebo mají pokračovat, revidovat nebo se změnit. Hodnocení tvoří integrální součást celého ošetrovatelského procesu, protože se provádí neustále až do propuštění nemocného ze zdravotnického zařízení. Při hodnocení ošetrovatelského plánu se zkoumá, jak se podařil splnit (objektivní hodnocení zdravotníkem) a jak se nemocný cítí (subjektivní hodnocení klienta). Hodnocení má tři stupně: cíl byl splněn, cíl byl splněn částečně, cíl nebyl splněn. Sestra výsledek hodnocení ošetrovatelského plánu pečlivě zaznamená do dokumentace a potvrdí svým podpisem. Splněným cílem se dále už nemusí zabývat. Ve druhých dvou případech sestra musí plán přehodnotit, obnovit nebo doplnit, popřípadě změnit (9, 20, 21).

1.8 Ošetrovatelský proces u klientů s malnutricí

„Malnutrice je definována podle evropských doporučených postupů z roku 2006 takto: Malnutrice je stav výživy, kdy deficit/přebytek (nebo nerovnováha) energie, proteinů a ostatních nutričních složek způsobuje měřitelné vedlejší účinky na tkáň/formu těla (tvar, velikost, složení), funkce a výsledný klinický stav. Jednoznačně to tedy znamená „špatnou výživu“ a současně buď podvýživu, nebo obezitu (6, str. 9)“.

Malnutrice postihuje asi 10 % ambulantních pacientů s chronickým onemocněním a asi 30 – 60 % hospitalizovaných. V drtivé většině je to onemocnění sekundární a souvisí s probíhající chronickou nemocí. Ošetrovatelský proces u nemocných trpících malnutricí se řídí všemi výše uvedenými fázemi (6, 24).

1.8.1 Mechanizmy vzniku malnutrice a její výskyt

Malnutrice bývá také definována jako stav snížené výživy s poklesem hmotnosti o 5- 10%. Lze ji rozdělit do dvou skupin. Kwashiorkorový typ podvýživy (proteinová malnutrice) a marantický typ (nedostatečný příjem potravy - hladovění). Pro pokročilá

stadia malnutrice se používá termín kachexie a nejvyšší stupeň se označuje jako marasmus. Rizikové skupiny, u kterých se vyskytuje malnutrice ve velkém počtu, jsou: staří klienti, nemocní v kritickém stavu, nemocní s nádorovým onemocněním, nemocní se zánětlivým onemocněním střev, nemocní s chronickými respiračními chorobami. Nejčastějšími příčinami malnutrice jsou: snížená chuť k jídlu, přítomnost bolesti, stresové stavy, infekce, poruchy trávení a absorpce živin, změna časového rozložení jídla a nezvyklé druhy jídel v nemocnici. Vyskytuje se také často u vystupňovaného katabolizmu v důsledku zranění, operací, endokrinních poruch nebo při ztrátách bílkovin a tekutin rozsáhlými ranami nebo píštělemi (6, 16, 23).

Marantický typ podvýživy je vyvolán nedostatečným přísunem energie i bílkovin. Adaptační mechanismy organismu jsou zachovány, zpomaluje se metabolismus a spotřebovává se podkožní tuková zásoba. Diagnóza je znatelná na první pohled – kachexie při skoro normální koncentraci albuminu v plazmě a zachovalé imunoreaktivitě. Organismus má minimální rezervy (6, 22, 23).

Kwashiorkorový typ podvýživy je způsoben stresovým hladověním s významným katabolismem nebo nedostatečným příjmem hodnotných bílkovin. Rychle se rozvíjí u nemocných v akutních katabolických stavech, kteří nemají zajištěnou umělou výživu. Neschopnost efektivně využívat lipidy a sacharidy je hlavní příčinou. Dochází k odčerpání energie z bílkovinných zásob nemocného a to bílkovin plazmatických, svalových a viscerálních. Zásoba tuku se nezmenší a nemocný působí dojmem normálně živého jedince i v situaci, kdy je jeho život ohrožen těžkou podvýživou. Špatně se hojí rány, vznikají komplikace v podobě infekcí a dochází k rozvoji dekubitů. V nemocnicích je kwashiorkorový typ malnutrice velmi častý, protože vzhledem k retenci tekutin nemusí být snížena tělesná hmotnost (22, 23, 28).

Na interních a chirurgických odděleních je výskyt malnutrice častý. S podvýživou jsou spojena terminální stadia mnoha nemocí, kardiální slabost, chronická obstrukční plicní nemoc a malignity. U takto nemocných nemá nutriční intervence žádný smysl, naopak může spíše uškodit. Tito nemocní využijí symptomatickou léčbu a dostatečnou hydrataci. Další skupinou jsou nemocní, kteří potravu buď nepřijímají, nebo nemohou přijímat. Sledování příjmu per os u ohrožených nemocných je vhodné a

lze takto předejít rozvoji těžké malnutrice. Výhodné je provést nutriční screening (viz příloha 1) a nechat vyšetřit nemocného nutričním terapeutem (viz příloha 2). Mnoho nemocných trpí při onemocnění částečnou poruchou příjmu potravy. U těžkých stavů je hladovění kombinováno s katabolickým stavem, který rozvoj malnutrice urychluje (6, 22, 23).

1.8.2 Posouzení stavu výživy u malnutrice

Dostatečná informovanost o závažnosti podvýživy současně s mírou katabolismu (stres vyvolaný úrazem nebo nemocí) je velmi důležitá při rozhodování o možnostech nutriční podpory. U nemocného, který trpí malnutricí je vhodná před operačním výkonem nutriční příprava parenterální formou. Dojde tak ke snížení počtu možných komplikací a zkrácení doby hospitalizace. U běžně živených nemocných je při předoperační nutriční podpoře naopak více komplikací. Při posuzování stavu výživy je důležité na malnutrici myslet. Hodnotí se větší počet parametrů a hledisek. Je nesnadné rozpoznat, zda jsou abnormální parametry z důvodu nemoci nebo podvýživy. Plazmatické bílkoviny, které jsou často využívány, jako parametry ve sledování stavu výživy mají dlouhý biologický poločas (albumin 18-21 dní, transferin 8-10 dní) a neodpovídají aktuálnímu stavu. Nejsou vhodné u nemocných po traumatu nebo operačním výkonu, protože právě v takto těžkých stavech klesají. Hodnoty sledovaných parametrů jsou velmi rozdílné i u zdravých jedinců. Při sledování stavu výživy je také důležité věnovat pozornost hladinám minerálů, vitaminů a stopových prvků v séru. U podvyživeného nemocného může při zahájení výživy dojít k poklesu draslíku, fosforu, hořčíku a mohou nastat až fatální komplikace (6, 23, 28).

Při sledování stavu výživy se musí postupovat komplexně. Skládá se z kvalitně odebrané anamnézy, fyzikálního vyšetření a objektivních měření. Vždy je alarmující pokles tělesné hmotnosti o 15%. Z dlouhodobého hlediska jsou výhodné antropometrické testy, jejichž vývoj lze sledovat s odstupem několika týdnů. Z tohoto důvodu nejsou přínosné při sledování akutního stavu. Do antropometrických měření patří hmotnost, index BMI, statické parametry, dynamické parametry, měření složení

těla. Dalšími ukazateli stavu výživy jsou albumin a viscerální proteiny. Vyšetření je jednoduché a poločas kratší než u antropometrických vyšetření. Albumin v séru klesá v těžkém stavu a je považován za vhodný ukazatel morbidity a mortality v souvislosti s podvýživou (6, 23, 28).

1.8.3 Klinický obraz malnutrice a její vliv na fyziologické funkce

Klinický obraz malnutrice je závislý na jejím typu. Nutné je zhodnotit anamnézu, závislost poklesu tělesné hmotnosti na vzniku nemoci a jejích příznacích. U fyzikálního vyšetření odhadujeme tělesné zásoby bílkovin sledováním a pohmatem podkoží a také některých svalových skupin. Pokud promínají šlachy svalů a jsou snadno přístupné palpaci, je jisté, že nemocný ztratil nejméně 30% tělesné bílkoviny. Tělesné tukové zásoby lze hodnotit stiskem kožní řasy nad bicipsem nebo tricipsem. Cítí-li vyšetřující pouze kůži, je zásoba tuku menší než 10% tělesné hmotnosti. Při hodnocení klinického obrazu se posuzuje i funkční stav a svalová síla (24, 28).

Malnutrice a mnohdy již hladovění ovlivňuje v první fázi strukturu a funkci orgánů. Rozsah postižení orgánů malnutricí má své charakteristické rysy (23, 27).

Postižení kardiovaskulárního aparátu snížením hmotnosti srdce se vyznačuje sníženou kontraktilitou a poklesem minutového srdečního výdeje, bradykardií a hypotenzí (24, 28).

Renální funkce jsou omezeny narušeným průtokem a nedostatečnou glomerulární filtrací. Je zhoršená odpověď na zátěž při cvičení a nastávají poruchy minerálního a vodního hospodářství (24, 28).

Respirační funkce jsou zasaženy, pokud dojde ke snížení bílkovin v dýchacích svalech o 20%. Následkem jsou změny svalové síly i struktury dýchacích svalů. Dojde ke zmenšení svalové hmoty bránice, respirační síla a maximální ventilace je omezena. Nastávají též poruchy inervace dechového svalstva a dochází ke snížení ventilace. Nemocní trpí hypoventilací, hypoxií, hyperkapnií, zvýšenou frekvencí respiračních infekcí, které jsou projevem imunosuprese z hladu (6, 11, 24, 28).

Zažívací trakt je postižen v oblasti sliznice. Při dlouhodobém hladovění i při

správně vedené parenterální výživě dochází k atrofii buněk střevní mukózy. Délka klků i jejich počet se snižuje. U silně podvyživených jedinců dochází ve sliznici tenkého střeva ke strukturálním změnám a tím ke zhoršení absorpce glukózy, disacharidů a lipidů. Nastává snížení produkce žaludečních a pankreatických šťáv a žluči a tím dochází k prohloubení malnutrice (6, 24, 28).

Při malnutrici je pravidlem, že dojde k zasažení imunitního systému. Výsledkem je imunosuprese a časté infekce zhoršující nutriční stav (28).

Hojení je postiženo v začátečních fázích a je závislé na příjmu aminokyselin a esenciálních mastných kyselin (28).

Zhoršenou tolerancí chladu se projevuje porucha termoregulace. Dochází k poruchám vazokonstrikce i za příznivých tepelných podmínek. Predispozice k závažné hypotermii mají nejvíce staří lidé, jejichž termoregulace je zhoršena již primárně z endokrinních příčin (24, 28).

Malnutricí bývá narušen i centrální nervový systém. Bývá popisován sklon k depresím, který se upravuje jen velmi pomalu. Současně dochází k deficitu vitamínu B1, B6 a B12. Poruchy mozkových funkcí se projevují i při iontových nepoměrech (24,28).

1.8.4 Terapie u nemocných s malnutricí

S klienty trpícími malnutricí se v nemocnicích setkáváme často. U malnutričních stavů se podává enterální a parenterální umělá výživa. Před zahájením umělé výživy je třeba stanovit: potřebu energie, potřebu bílkovin a dusíkovou bilanci, potřebu sacharidů, tuků, minerálů a stopových prvků (24, 28).

Enterální výživa je upřednostňována před parenterální. Je méně komplikovaná, jednodušší a finančně výhodnější. Enterální výživa farmaceutického charakteru se podává do jejunu tenkou enterální sondou nebo gastrojejunostomií. Její podávání je výhodné přes enterální pumpu kontinuálně po kapkách. Výživa se dělí podle účelu na polymerní (obsahující čištěný protein a lipidy), chemicky definovanou stravu (obsahující aminokyseliny, sacharidy a kokosový olej, obohacena je o vitamíny a

stopové prvky) a orgánově specifickou, lišící se zastoupením jednotlivých složek aminokyselin nebo mastných kyselin podle postiženého tělesného systému. Tekutá enterální výživa připravená kuchyňskou technologií (mixované potraviny, tekuté bujóny, ochucená mléka, nápoje). Tato strava se může podávat pitím nebo sondou přímo do žaludku. Není vhodná pro těžce nemocné nebo pro nemocné v intenzivní péči a nesmí se podávat do jejunu. Komplikacemi mohou být dilatace žaludku, zvracení, aspirace. Enterální výživa je možná i běžnými potravinami. Podává se strava s vysokým energetickým obsahem: cukrovinky, pudinky, maso, vejce, ovocné šťávy. Nejvhodnější je podávání malých dávek v častých intervalech. Přidat se mohou i vitamíny, železo a kyselina listová (1, 6, 28).

Výhodné je podávat doplňky výživy tzv. sipping. Jedná se o popíjení přípravků enterální výživy. Podávají se nemocným, kteří z jakýchkoli důvodů nemohou přijímat dostatečné množství stravy. Perorální nutriční doplňky jsou vhodné i pro ty, kteří mají potíže přijímat tuhou stravu, ale nemají problém s pitím. Velmi vhodné je zavést sipping, potřebujeme-li dodat kompletní složení výživy nebo některé složky navíc podle určité situace. Přípravků k popíjení je u nás k dispozici celá řada. Jsou vyráběny v krabičkách s brčkem nebo v plastových lahvičkách. Jsou jogurtového nebo džusového typu i různých příchutí. Dobré je znát energetickou denzitu přípravků. Hyperkalorické přípravky obsahují ve 200 ml 250 – 400 kcal a izokalorické pouze 200 kcal ve 200 ml. Vyrábějí se i speciální přípravky obsahující větší obsah bílkovin nebo jiných složek (stopových prvků, vitaminů) nebo neobsahují tuky (1, 6, 28).

Další možností výživy je parenterální výživa, kterou ordinuje lékař nemocným, kteří z důvodu závažného stavu nejsou schopni přijímat výživu enterální. Rozlišujeme podání do periferního a centrálního žilního katétru. Do periferní žíly se podávají roztoky pro krátkodobou nebo střednědobou parenterální výživu. Nesmí se do ní podávat vysoce koncentrované roztoky. Do centrálního katétru je možné podávat parenterální výživu až několik týdnů. Podle způsobu, rozlišujeme kontinuální nebo cyklické podání. Dále podle použitého přípravku rozdělujeme parenterální výživu na vaky all in one a na jednotlivé složky živin. U vaků all in one se za přísně sterilních podmínek smísí jednotlivé komponenty a na oddělení se objednávají podle požadavků na složení. Jsou

to buď univerzální směsi nebo směsi určené pro jednotlivá onemocnění (jaterní, renální, multiorgánová selhání) a energetické potřeby (hyperkalorické nebo hypokalorické směsi). Jednotlivé složky živin jsou samostatné aminokyseliny, tukové emulze, sacharidy, vitamíny a iontové roztoky. Komplikace parenterální výživy nastávají v souvislosti se zaváděním katetru (poranění cév, pneumotorax, vzduchová embolie, žilní trombóza, špatné umístění katetru), přetížením organismu podávanými roztoky (hyperglykemie, deficit živin, poškození jater a acidobazické rovnováhy) a infekčními komplikacemi (katérová sepe) (1, 6, 24, 28).

1.8.5 Cíle ošetrovatelské péče u nemocných s malnutricí

V ošetrovatelském procesu je cílem kvalitní ošetrovatelská péče – uspokojení individuálních potřeb nemocného. U klientů s malnutricí je důležité vkusně upravit výživnou stravu, zlepšit kulturu stolování, a pokud je to možné, zlepšit podmínky pro přijímání potravy na lůžku. Sestra pomáhá nemocnému zajistit správnou polohu při přijímání stravy, snaží se podávat stravu teplou a esteticky upravenou. Při krmení nemocného nespěchá, umožňuje dostatečné zapíjení soust a hygienu rukou a dutiny ústní po jídle. Je vhodné navodit stav metabolické a psychické rovnováhy, pro nemocného je příznivé zvýšit aktivitu a snížit únavu. V plánované ošetrovatelské péči v nemocnicích je důležité zaměřit se na geriatrické pacienty, kteří jsou často postiženi malnutricí z důvodu nechutenství. Úkolem sestry je sledovat tělesnou hmotnost nemocných, příjem a výdej tekutin, denní příjem potravy, fyziologické funkce, turgor kůže, celkový stav, hybnost nemocného, jeho schopnost najíst se sám. Pokud je podávána enterální výživa, je třeba sledovat a zajišťovat funkčnost a průchodnost sondy a pravidelné podávání stravy. V případě podávání parenterální výživy periferním nebo centrálním katétre je důležité jeho pravidelné sterilní ošetřování, zajištění jeho průchodnosti a předcházení možných komplikací. Dále se sleduje vyprazdňování, nemá-li nemocný průjem nebo zácpu a dostatečně močí. Sestra pečuje o pokožku nemocného, pravidelně ji promašťuje vhodnými přípravky a předchází tím porušení kožní integrity a vzniku dekubitů (24, 25, 28).

1.9 Ošetrovatelský proces u klientů s obezitou

Na přelomu tisíciletí se obezita stala nejčastější metabolickou chorobou v souvislosti s životními podmínkami a životním stylem. V minulosti se člověk potýkal s nedostatkem potravy a s větší tělesnou aktivitou. Dnes je tomu ve vyspělých zemích naopak. Od 19. století je snaha obezitu klasifikovat. A. Quetelet roku 1836 definoval index tělesné hmotnosti – Body Mass Index = BMI. Od počátku 20. století má lidstvo snahu regulovat tělesnou hmotnost množstvím různých dietních postupů. Obezita zhoršuje kvalitu života po tělesné i psychické stránce. Ovlivnění kvality života je závislé na stupni obezity, pohlaví a věku. U mladších jedinců ovlivňuje obezita kvalitu života více z fyzického než mentálního zdraví. U žen ve věku 35- 64 let obezita významně ovlivňuje fyzické i psychické zdraví. Obezita má i přímý dopad na náklady ve zdravotnictví a ovlivňuje i ošetrovatelský proces. Nemocnost obézních lidí je téměř dvojnásobná a častá je i jejich invalidita. (7, 18, 23, 27).

1.9.1 Etiopatogeneze obezity

Obezita vzniká v důsledku pozitivní energetické bilance, dochází k porušení energetické rovnováhy. Energetický příjem je vyšší než energetický výdej. Energetický příjem je ovlivněn zastoupením živin a alkoholu v potravě (7, 23).

Nejvíce se na vysokém energetickém příjmu podílí zvýšená konzumace tuků. Mají vysokou energetickou denzitu, ale malou sytící schopnost. Vyšší podíl tuků v potravě má za následek, že nadbytečný příjem energie se uloží do tukových zásob. Kapacita tvorby tukových zásob je téměř neomezená (7, 23).

Sacharidy při rozvoji obezity nejsou tak významné jako tuky. Při zvýšeném příjmu sacharidů dochází k adaptačnímu zvýšení jejich spalování, může stoupnout až na dvojnásobek. Až při dlouhodobém nadměrném příjmu sacharidů je organismus začne přeměňovat na zásobní tuk (7, 23).

Bílkoviny nesehrávají podstatnou roli při vzniku obezity v dospělosti. U konzumace živočišných bílkovin je častější výskyt obezity z toho důvodu, že současně s těmito bílkovinami jsou ve velkém množství přijímány i živočišné tuky. Bílkoviny

mají nízkou energetickou denzitu, ale vysokou sytící schopnost, nejvyšší ze všech potravin. Kapacita ukládání bílkovin v těle je na rozdíl od tuků omezená (7, 23).

Vláknina snižuje energetickou denzitu potravy a díky bobtnavé schopnosti navozuje pocit sytosti. Vláknina obsažená v ovoci a zelenině (pektin) příznivě ovlivňuje lipidové spektrum a metabolismus sacharidů. Nedostatečný příjem vlákniny má podíl na rozvoji obezity a jejich dalších komplikacích (7, 23).

Na vzniku obezity se podílí i zvýšená konzumace alkoholu. Alkohol má vysoký energetický obsah a po požití je bezprostředně oxidován. Využití alkoholu jako energetického substrátu vede ke snížení oxidace ostatních energetických zdrojů a následkem je jejich hromadění (7, 23).

U většiny obézních je zjištěno, že vynechávají ranní a polední jídlo a velkou část denního příjmu konzumují během 4 až 6 hodin v pozdním odpoledni a večer. Častější konzumace jídla zabraňuje rozvoji obezity. Lidé s nízkou frekvencí příjmu potravy mají predispozice k rozvoji otylosti (7, 23).

Celkový energetický výdej se skládá z klidového energetického výdeje, postprandiální termogeneze a energetického výdeje pohybovou aktivitou. Klidový energetický výdej (55-70%) slouží k zajištění základních životních funkcí organismu a k udržení tělesné teploty. Postprandiální termogeneze, označována také jako dietou navozená termogeneze, je spojena s trávením, vstřebáváním a metabolismem živin po požití stravy. Na celkovém energetickém výdeji se podílí z 8- 12 %. Na postprandiální termogenezi i klidovém energetickém výdeji se významně podílejí genetické faktory. Energetický výdej při pohybové aktivitě se na celkovém energetickém výdeji podílí z 20 až 40%. Je významně ovlivněna sociálními a kulturními vlivy a v souvislosti s jejím poklesem dochází k nárůstu obezity (7, 22, 23).

Na etiopatogenezi obezity se v dnešní době pod vlivem sociálních a ekonomických faktorů více podílí snižující se pohybová aktivita. Výskyt obezity se v posledních deseti letech zvýšil, přestože poklesl energetický příjem i spotřeba tuků. Došlo k vzestupu výskytu obezity z důvodu snížení fyzické aktivity, která poklesla v pracovním procesu díky automatizaci a využívání počítačové techniky. Také využívání moderní techniky v domácnosti (myčky nádobí, automatické pračky,

vysavače aj.) významně snižuje fyzickou aktivitu (7, 23).

Faktory ovlivňující rozvoj obezity jsou: faktory související se základními živinami jako regulace příjmu potravy, výběr a preference potravin, schopnost spalovat tuky a sacharidy, hormon senzitivní lipáza, lipoproteinová lipáza, exprese beta-receptorů v tukové tkáni. Dále faktory související s energetickým výdejem, kam patří: klidový energetický výdej, spontánní pohybová aktivita a postprandiální energetický výdej. Hormonální faktory jako je: inzulín a citlivost inzulínu, leptin a citlivost k leptinu, růstový hormon, glukokortikoidy, pohlavní hormony a mnoho jiných (7, 23).

1.9.2 Body mass index

Definicí obezity je nadměrné uložení tuku v organismu. Normální podíl tuku tvoří 20 až 25 % u mužů a 25 až 30% u žen. Body mass index je nejrozšířenější, celosvětově uznávané měřítko pro diagnostiku obezity a hodí se pro všechny jedince. Počítá se jako váha v kilogramech dělená druhou mocninou výšky v metrech. $BMI = \text{hmotnost v kg} / (\text{výška v m}^2)$. Tělesná hmotnost je podle BMI klasifikována takto: do 18,5 podvýživa, 18,5- 25 normální hmotnost, 25-30 nadváha, mírná obezita - obezita I. stupně 30–35, střední obezita – obezita II. stupně 35-40, morbidní obezita – obezita III. stupně nad 40. Za předstupeň obezity je považována nadváha. Zdravotní rizika stoupají již od BMI 25 a výrazně stoupají od BMI 27. Velmi závažným onemocněním je morbidní obezita a takto postižení jedinci se nedožívají ani 60 let (7, 18, 23).

1.9.3 Klasifikace obezity a její vliv na fyziologické funkce

Obezita je také klasifikována jako androidní a gynoidní. Androidní obezita, obezita mužského typu (jablko) je ta, kdy se tuk kumuluje v oblasti břicha. Gynoidní obezita, obezita ženského typu (hruška) je obezita, kdy se tuk soustřeďuje především na končetinách a hýždích. Další jednoduchou klasifikací obezity byl léta používaný poměr obvodu pasu a boků. WHR index pas/boky (waist to hip ratio). Dnes se od tohoto indexu upouští a měří se pouze obvod pasu v místě viditelného pasu nebo v polovině

vzdálenosti mezi posledními žebry a lopatou kyčelní. Obezitu s nadměrným obvodem pasu provází inzulinorezistence. Androidní obezita je součástí metabolického syndromu (7, 23).

Obezita má zásadní vliv na všechny orgány a tělesné funkce v lidském těle. Projevuje se mnoha komplikacemi ve všech tělesných systémech. Metabolické komplikace jsou: porucha glykemické tolerance až diabetes mellitus 2. typu, poruchy metabolismu lipidů, hyperurikemie, zvýšená koncentrace fibrinogenu (7, 24).

Poruchy endokrinních funkcí jsou: hypergestrogenismus (zvýšená aromatizace androgenů v estrogeny v tukové tkáni), hyperandrogenismus u mužů i u žen, funkční hyperkortisolismus, hyposekrece růstového hormonu (7, 24).

U obézních je vysoké riziko vzniku ischemické choroby srdeční. Již nadváha představuje významný faktor pro výskyt kardiovaskulárních komplikací. Mezi tyto komplikace obezity patří: hypertenze, dilatace a hypertrofie levé komory, ischemická choroba srdeční, snížená kontraktilita myokardu, arytmie, cévní mozkové příhody, varixy, tromboembolická nemoc, náhlá smrt (7, 24).

Obézní lidé mají též dechové komplikace. Mezi nejčastější řadíme: hypoventilace a restrikce (Pickwickův syndrom) a syndrom spánkové apnoe (7, 24).

Vyskytují se též gastrointestinální a hepatobiliární komplikace jako je: gastroezofageální reflux, hiátová kýla, cholecystitida, pankreatitida, cholelitiáza, jaterní steatóza (7, 11).

U obézních žen mohou nastat gynekologické komplikace, jako jsou: poruchy menstruačního cyklu, amenorea, infertilita, komplikace v těhotenství a při porodu, záněty rodidel a pokles dělohy (7).

Při obezitě je velké zatížení kloubů a nastávají ortopedické komplikace, mohou vyústit v degenerativní onemocnění kloubů a páteře (coxartróza a gonartróza), vybočená holeně a epifyzeolýza u dětí. (7, 24).

I kožní komplikace jsou časté. U obézních se hojně objevují strie, celulitida, ekzémy a mykózy, benigní papilomatóza, hypertrichóza, hirsutismus (7, 24).

Mezi ostatní komplikace se řadí psychologické a sociální aspekty. Ne zřídka se obézní potýkají se společenskou diskriminací, narušeným sebevědomím, depresí,

úzkostí a poruchami příjmu potravy. Jinými zdravotními komplikacemi jsou otoky, úrazy, kýly a zhoršené hojení ran (7, 24).

1.9.4 Diagnostika obezity

Obezita je nemoc (závislost na jídle) a bez cizí pomoci se člověk neobejde. Stává se častým problémem společnosti. S obézními nemocnými se setkáváme podobně jako s nemocnými s malnutricí na všech nemocničních odděleních. Většinou je to již v důsledku nemocí, ke kterým obezita velkou měrou přispěla (23, 24).

K diagnostice obezity patří, zhodnocení indexu BMI, měření podkožního tuku (kalibrem se změří tloušťka kožní řasy), antropometrie (poměr obvodu pasu a boků) a vyšetření prováděné při hospitalizaci nemocných pro obezitu (KO + diferenciál, FW, INR, fibrinogen, jaterní testy, urea, kreatinin, kyselina močová, mineralogram, cholesterol, TG, LDL, HDL, albumin, celková bílkovina, T3 a T4, inzulín, moč a sediment, glykovaný hemoglobin, oGTT, u žen je nutné gynekologické vyšetření a ultrazvuk břicha, u BMI 40 je nutná spirometrie a odpad minerálů v moči za 24 hodin (7, 23, 24).

1.9.5 Terapie u nemocných s obezitou

Zhubnout trvale se podaří pouze asi 5% obézních. Často se vyskytne „jo-jo efekt“, kdy po zhubnutí následuje ještě větší hmotnostní přírůstek. Úspěšná léčba spočívá v tom, že obézní hubne 1 kg za týden, u některých diet dokonce 1- 2 kg za měsíc. V léčbě obezity se uplatňují režimová opatření, kdy nejde o to držet dietu, ale změnit životní styl. Jíst menší porce, nepřejídat se, snížit příjem energie, omezit tuky a cukry, jíst více nízkotučné výrobky, zeleninu, ovoce, celozrnné pečivo. Zvýšit pohybovou aktivitu (chůze, plavání, běžky), není vhodná silová pohybová aktivita, běh a poskoky (7, 23).

V dietě je nejvhodnější nejprve omezit tuky (mají dvakrát více energie než sacharidy). Podíl sacharidů v dietě je 55-60%. Pokud se nedaří zhubnout, následuje

dieta nízkokalorická, kdy je denní příjem 4000 kJ, minerály, vitaminy a 3-4 litry tekutin, převážně neslazených vod a čajů. Nejsou vhodné minerální vody (7, 23, 24).

Při hospitalizaci je možné držet i hladovku, ale jen omezenou dobu 14 dnů. Po několika dnech vymizí pocit hladu a snižuje se tělesná hmotnost tím, že ubývá svalovina a nikoli tuk. Po skončení hladovky ztracenou svalovinu nahrazuje tuková tkáň. Hladovku nelze v žádném případě doporučit bez lékařského dohledu (7, 23).

Farmakologická léčba obezity je možná. Patří sem anorektika, léky tlumící chuť k jídlu, působící na úrovni centrálního nervového systému. Serotoninergní a katecholaminergní léky působí centrálně, zvyšují pocit sytosti a zvyšují i energetický výdej. Je možné je užívat dlouhodobě, podávají se 1x za den. I léky snižující vstřebávání tuku ve střevě se mohou dlouhodobě užívat u obezity, ale ne u nadváhy. Tyto léky nejsou hrazeny zdravotní pojišťovnou a jejich cena je vyšší (7, 23).

Chirurgická léčba je doporučena pouze u morbidní obezity, kdy selhala konzervativní léčba. Bandáž žaludku (vertikální gastroplastika) je laparoskopický výkon, při kterém se nasadí kroužek na horní část žaludku a tím se vytvoří v horní části žaludku vak o objemu asi 25 ml, který je s dolní částí propojen otvorem o průměru 12-15 mm. Snižuje se tím celkový denní příjem bez pocitu hladu. Další způsob léčby je fixace čelistí drátem, po níž je možné přijímat potravu pouze v rozmixovaném stavu. Tato metoda je pro hubnutí výhodná, ale po odstranění fixace opět dochází k navýšení hmotnosti. Dnes je dostupná i liposukce a lipektomie, jsou to výkony, které řadíme do plastické chirurgie. Provádí se za kosmetickým účelem, ale obezitu v žádném případě neřeší (7, 23).

Do výkonů k léčbě obezity ještě řadíme akupunkturu a akupresuru, při nichž se speciálními vpichy snižuje pocit hladu (23).

1.9.6 Cíle ošetrovatelské péče u nemocných s obezitou

Cílem ošetrovatelské péče u obézních je omezit příjem potravy a zvýšit pohybovou aktivitu. Obézní se musí motivovat k redukci váhy a udržení přiměřené váhy dlouhodobě. Pro prevenci obezity existuje mnoho různých programů. Vyžadují

spolupráci odborníků a těchto složek: zdravotníků, vládních institucí, výrobců potravin, stravovacích zařízení, školství, tělovýchovných jednot a médií. K boji s obezitou je zapotřebí změna chování, změna v množství a složení přijímané potravy, změna stylu života a hodně úsilí a pevné vůle. Pro sestru jsou obézní klienti velice nároční na péči. Je to hlavně z důvodu omezené hybnosti, zvláště u nesoběstačných a ležících nemocných. U obézních je velké nebezpečí vzniku opruzenin a dekubitů. Pokud je pacient hospitalizován na interním oddělení z důvodu hubnutí je nutné u něj sledovat: hmotnost, bilanci tekutin, odebírat vzorky moči na vyšetření moči a sedimentu a na minerály v moči, odběry krve, u diabetiků glykemie, hodnoty TK. Nutná je edukace nemocného a spolupráce s fyzioterapeutem a psychoterapeutem (7, 24).

1.10 Nejčastější ošetrovatelské diagnózy u klientů s malnutricí a obezitou

Mezi nejčastější ošetrovatelské diagnózy u klientů trpících malnutricí patří: 00002 Nedostatečná výživa, 00103 Porušené polykání, 00102 Deficit sebekpěče při jídle, 00046 Porušená kožní integrita, 00101 Neprospívání dospělé osoby, 00118 Porušený obraz těla, 00163 ochota ke zlepšení výživy (15, 12).

Ošetrovatelské diagnózy, nejčastěji vyskytující se u obézních klientů jsou: 00001 Nadměrná výživa, 00003 Riziko nadměrné výživy, 00025 Riziko nevyváženého objemu tělesných tekutin, 00044 Porušená tkáňová integrita, 00046 Porušená kožní integrita, 00047 Riziko porušení kožní integrity, 00052 Poškozená sociální interakce, 00053 Sociální izolace, 00065 neefektivní sexuální život, 00085 Zhoršená pohyblivost, 00108 Deficit sebekpěče při koupání a hygieně, 00118 Porušený obraz těla, 00120 Situačně snížená sebeúcta, 00163 ochota ke zlepšení výživy (15, 12).

2. Cíle práce a hypotézy

2.1. Cíle práce

- Cíl 1. Zjistit, zda se provádí nutriční screening u všech hospitalizovaných klientů.
- Cíl 2. Zjistit nejčastější ošetrovatelské komplikace u klientů s malnutricí.
- Cíl 3. Zjistit nejčastější ošetrovatelské komplikace u klientů s obezitou.
- Cíl 4. Zjistit jakým způsobem všeobecné sestry zajišťují ošetrovatelský proces u klientů s malnutricí.
- Cíl 5. Zjistit jakým způsobem všeobecné sestry zajišťují ošetrovatelský proces u klientů s obezitou.
- Cíl 6. Zjistit informovanost zdravotníků o problematice malnutrice.
- Cíl 7. Zjistit informovanost zdravotníků o problematice obezity.

2.2 Hypotézy

- H1. Nutriční screening je součástí ošetrovatelské dokumentace.
- H2. U klientů s malnutricí je nejčastější komplikací porušená integrita kůže.
- H3. U klientů s obezitou je nejčastější komplikací porušená integrita kůže.
- H4. Všeobecné sestry zajišťují ošetrovatelský proces u klientů s malnutricí dle platného ošetrovatelského standardu.
- H5. Všeobecné sestry zajišťují ošetrovatelský proces u klientů s obezitou dle platného ošetrovatelského standardu.
- H6. Všeobecné sestry jsou informovány o problematice malnutrice.
- H7. Všeobecné sestry jsou informovány o problematice obezity.

3. Metodika

3.1 Metodika práce

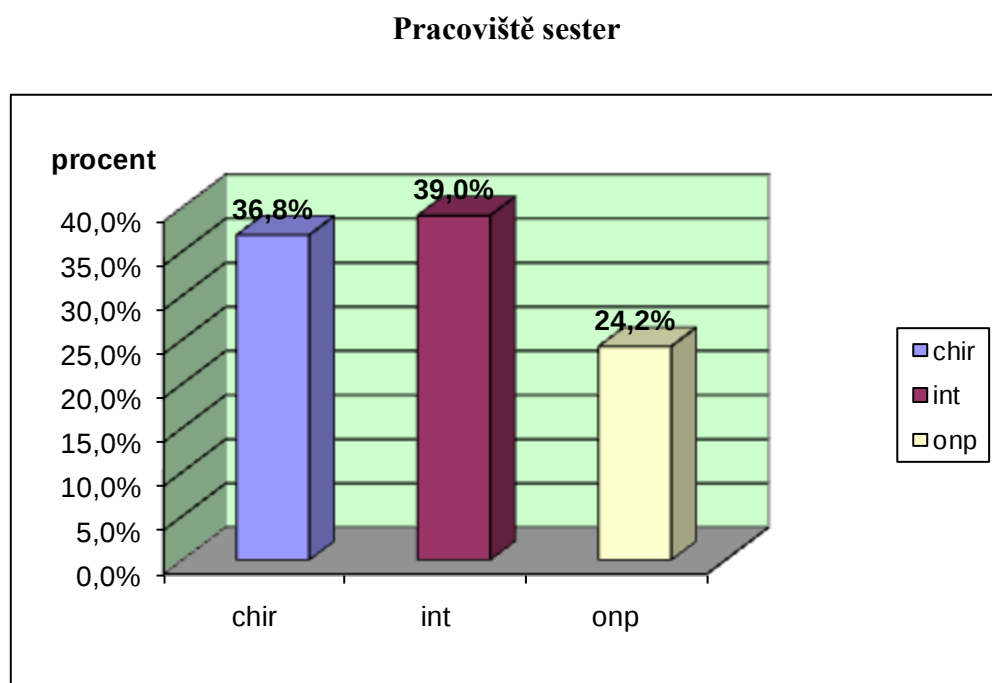
Bylo provedeno kvantitativní šetření pomocí dotazníkové techniky sběru dat. Dotazník (viz příloha 4) byl anonymní, dobrovolný a obsahoval 26 otázek. 17 otázek bylo uzavřených, 5 polootevřených a 4 otevřené. Výzkumné šetření proběhlo v měsících červenec a srpen 2009.

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

Celkem bylo rozdáno 120 dotazníků v nemocnicích v Písku a v Táboře. V obou zařízeních bylo vždy rozděleno 60 dotazníků. Vybrána byla oddělení interny, chirurgie a následné péče. Každému z těchto oddělení bylo přiděleno 20 dotazníků. Zpět bylo získáno 98 vyplněných dotazníků, z toho musely být 3 vyřazeny pro neúplnost. Dotazníků vhodných k vyhodnocení bylo 95. Návratnost dotazníků byla 79,2 %. Z toho bylo 46 (38,3 %) dotazníků z Tábora a 49 (40,8 %) dotazníků z Písku. Z chirurgických oddělení byla návratnost dotazníků 35 (87,5 %), z interních 37 (92,5 %) a z oddělení následné péče 23 (57,5 %).

4. Výsledky

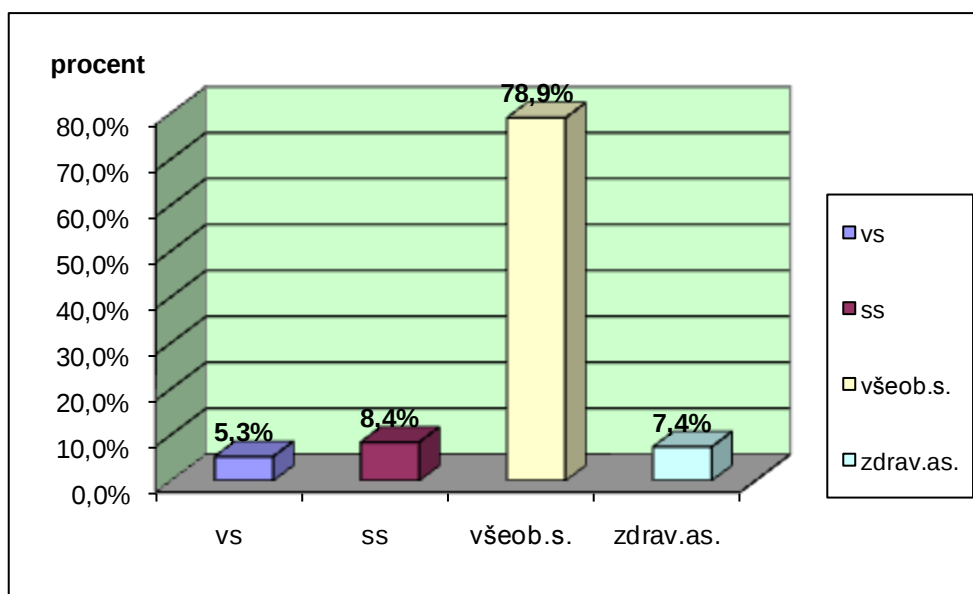
Graf 1



Z celkového počtu 95 (100 %) sester, odpovídělo 35 (36,8 %) z chirurgického oddělení, 37 (39 %) z interního oddělení a 23 (24,2 %) z oddělení následné péče.

Graf 2

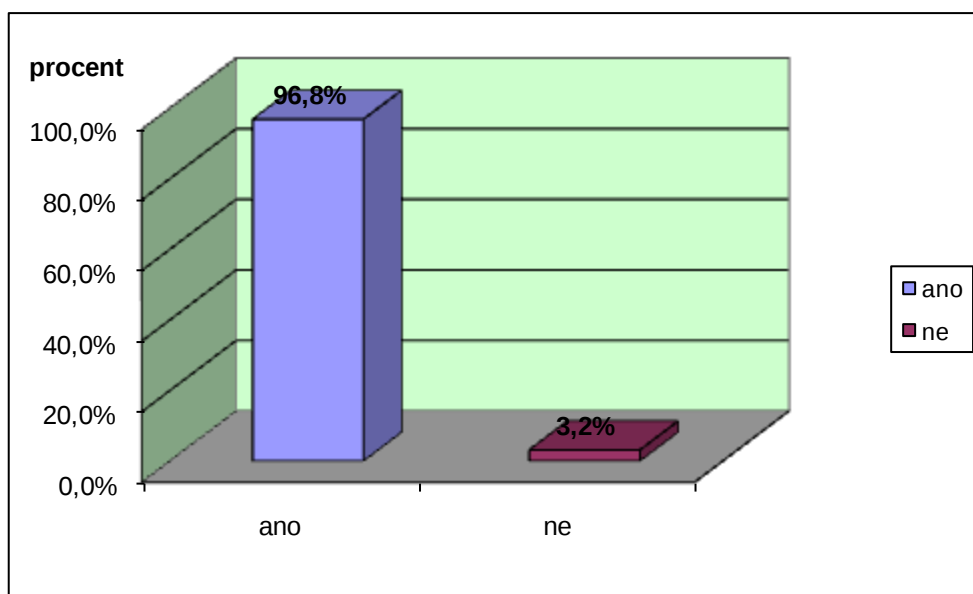
Funkce na pracovišti



Z 95 (100 %) dotazovaných sester odpovědělo 5 (5,3 %) vrchních sester, 8 (8,4 %) staničních sester a 7 (7,4 %) zdravotnických asistentů. Nejpočetnější skupinu tvořily všeobecné sestry, odpovědělo jich 75 (78,9 %).

Graf 3

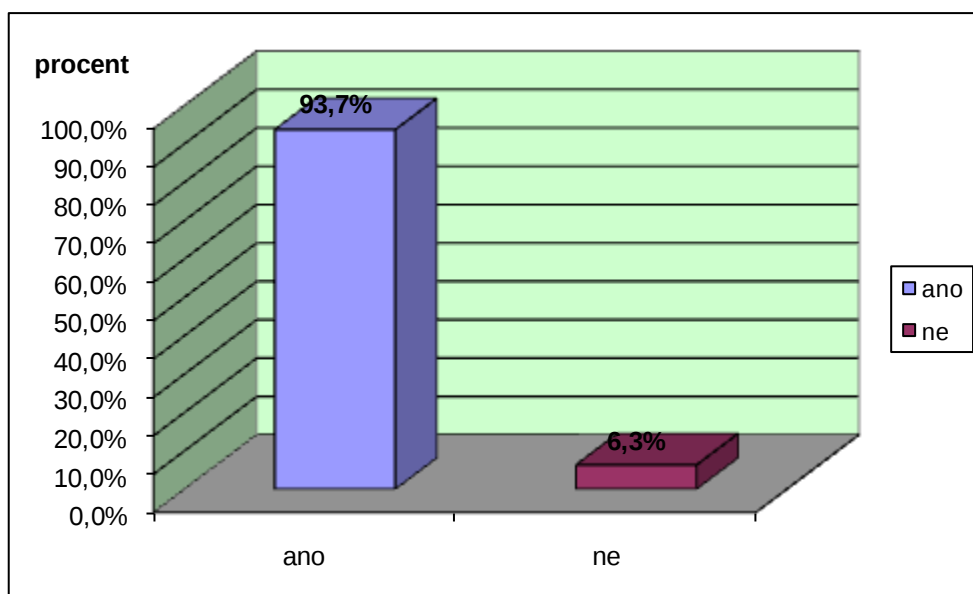
Klienti s obezitou



Graf číslo 3 znázorňuje, zda se sestry na svém oddělení setkávají s obézními klienty. Z 95 (100 %) sester jich 92 (96,8 %) uvedlo, že ano a pouze 3 (3,2 %) sestry odpověděly, že se s obézními klienty na svém oddělení nesetkávají.

Graf 4

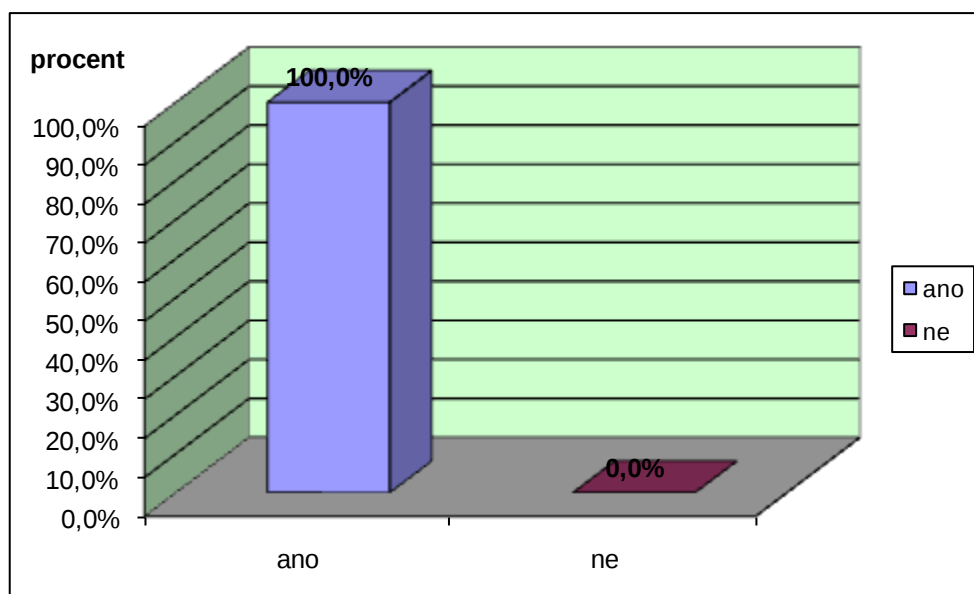
Klienti s malnutricí



Graf číslo 4 znázorňuje, zda se sestry na svých odděleních setkávají s klienty trpícími malnutricí. Z 95 (100 %) dotazovaných sester jich 89 (93,7 %) odpovědělo, že se s klienty trpícími malnutricí na svém oddělení setkává a 6 (6,3 %) sester odpovědělo, že se s klienty trpícími malnutricí na svém oddělení nesetkává.

Graf 5

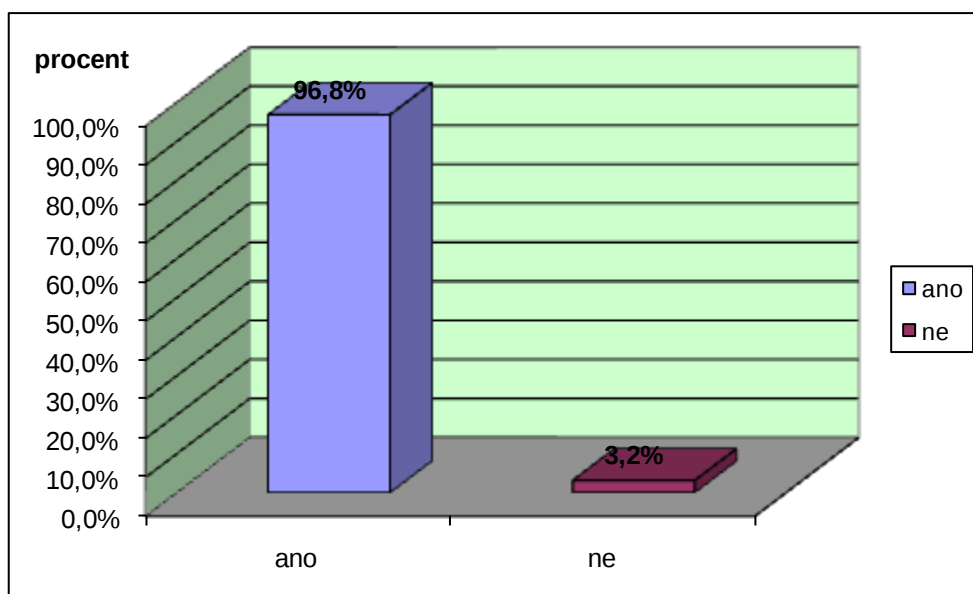
Nutriční screening



Všech 95 (100 %) dotazovaných sester uvedlo, že nutriční screening je součástí jejich ošetrovatelské dokumentace.

Graf 6

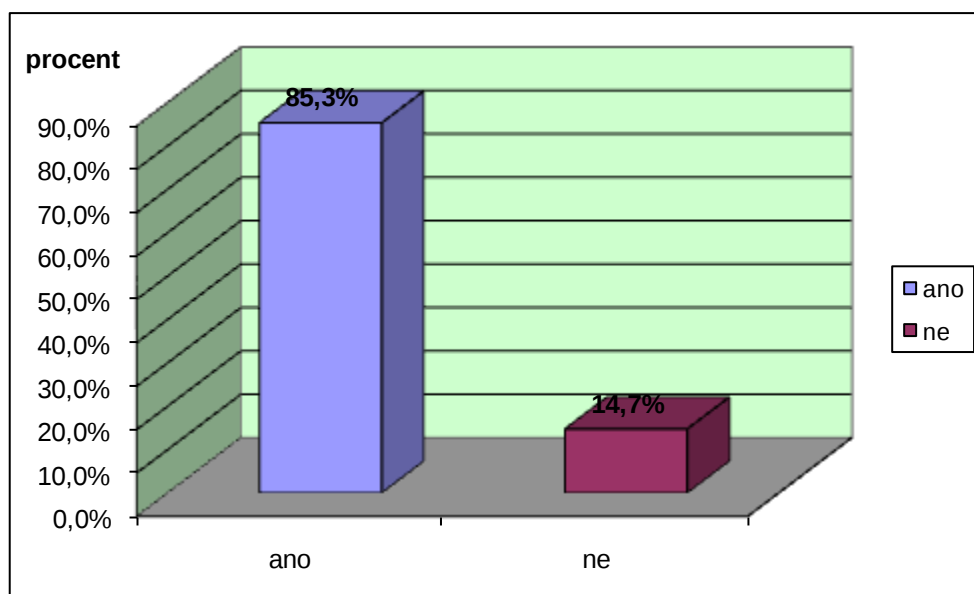
Výpočet BMI



Na otázku, zda umí vypočítat index BMI (Body Mass Index – index tělesné hmotnosti), odpovědělo z 95 (100 %) dotazovaných sester 92 (96,8 %) ano a pouze 3 (3,2 %) odpověděly ne.

Graf 7

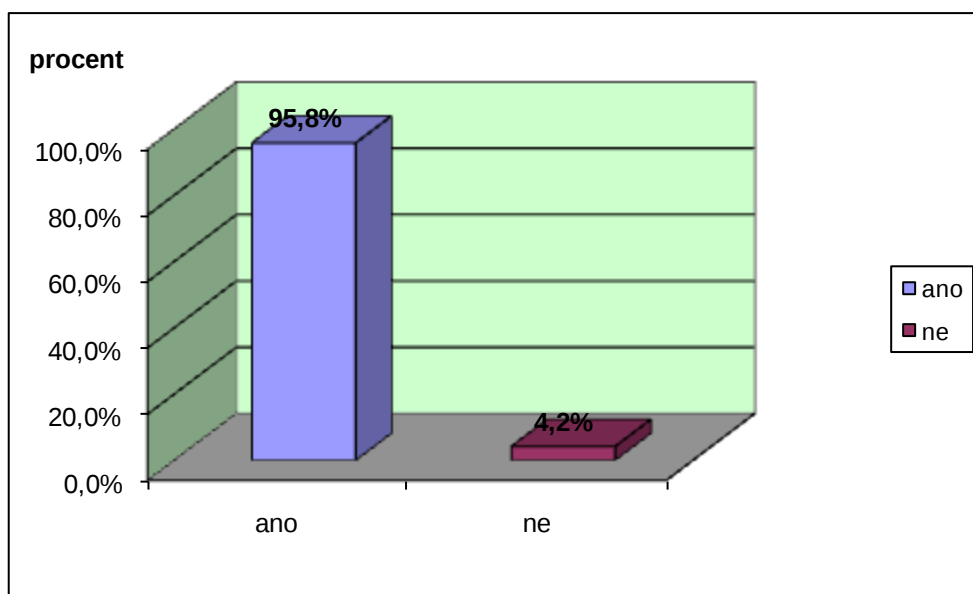
Spolupráce s nutričním terapeutem



Spolupráci s nutričním terapeutem potvrdilo z 95 (100 %) dotazovaných 81 (85,3 %) sester. 14 (14,7 %) sester s nutričním terapeutem nespolupracuje.

Graf 8

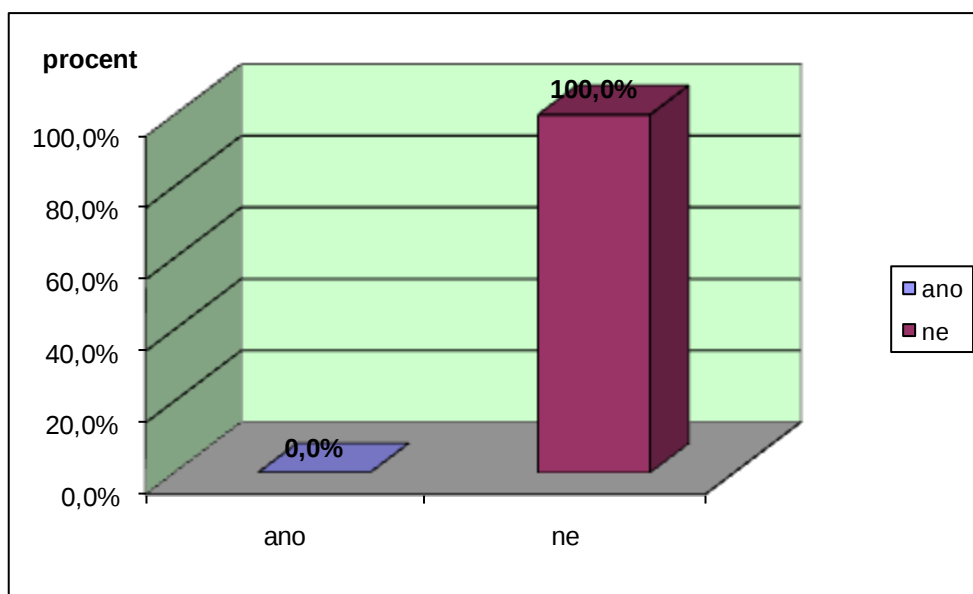
Ošetrovatelský proces



Graf 8 znázorňuje zavedenie ošetrovateľského procesu na oddeleniach dotazovaných sester. Z 95 (100 %), 91 (95,8 %) sester uvedlo, že na jejich oddelení ošetrovateľský proces zaveden je a 4 (4,2 %) sestry uvedly, že na jejich oddelení ošetrovateľský proces zaveden není.

Graf 9

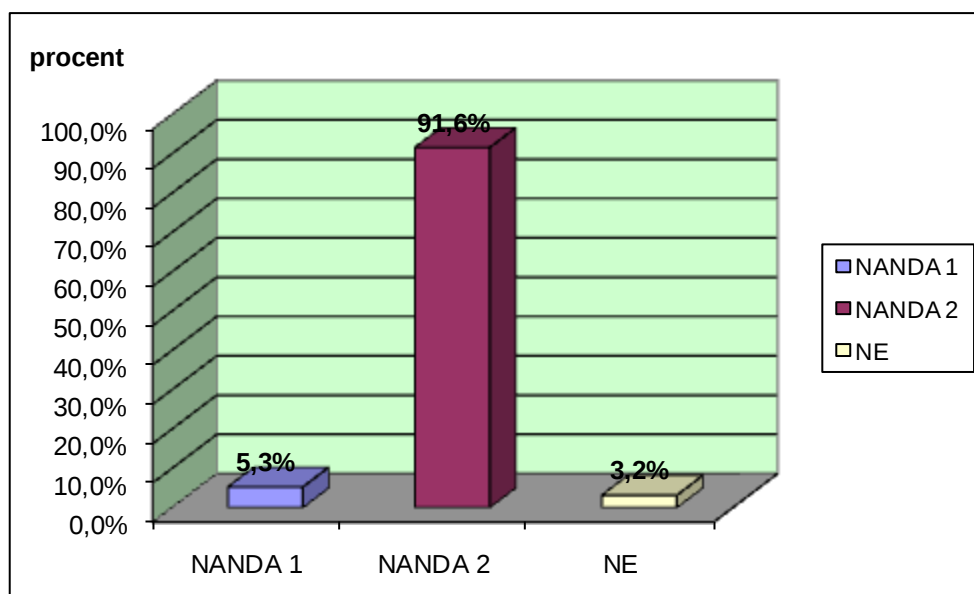
Standardy ošetrovateľskej péče, týkajúci sa stavu výživy klientů



Na otázku, zda jsou na odděleních k dispozici standardy ošetrovateľskej péče týkajúci sa stavu výživy klientů, odpovedělo shodně všech 95 (100 %) dotazovaných sester ne.

Graf 10

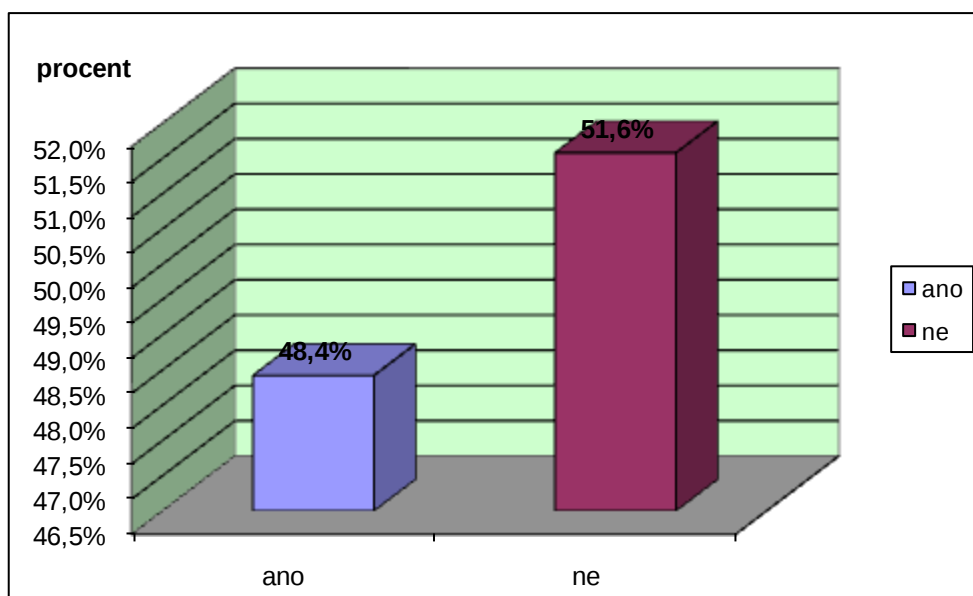
Stanovení ošetrovatelských diagnóz



Z 95 (100 %) dotazovaných sester 5 (5,3 %) uvedlo, že ke stanovení ošetrovatelských diagnóz u klientů s malnutricí a obezitou využívá NANDA I, 87 (91,6 %) sester ke stanovení diagnóz využívá NANDA II a 3 (3,2 %) sestry ošetrovatelské diagnózy nestanovují.

Graf 11

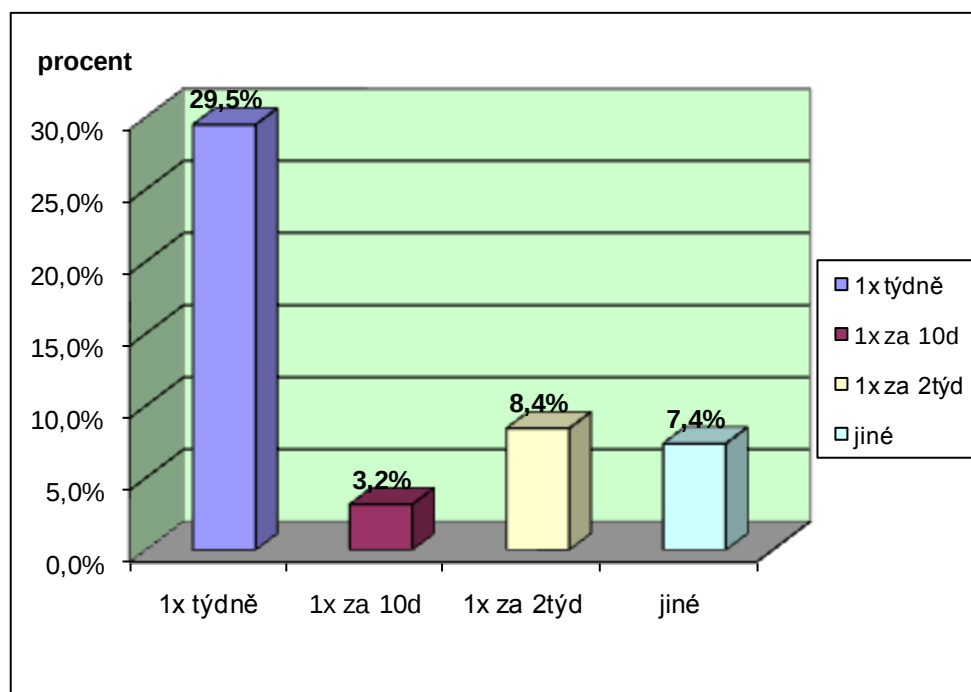
Sledování hmotnosti klientů



Z 95 (100 %) dotazovaných sester, 46 (48,4 %) uvedlo, že na svém oddělení sleduje hmotnost klientů. 49 (51,6 %) sester uvedlo, že na svém oddělení hmotnost klientů nesleduje.

Graf 12

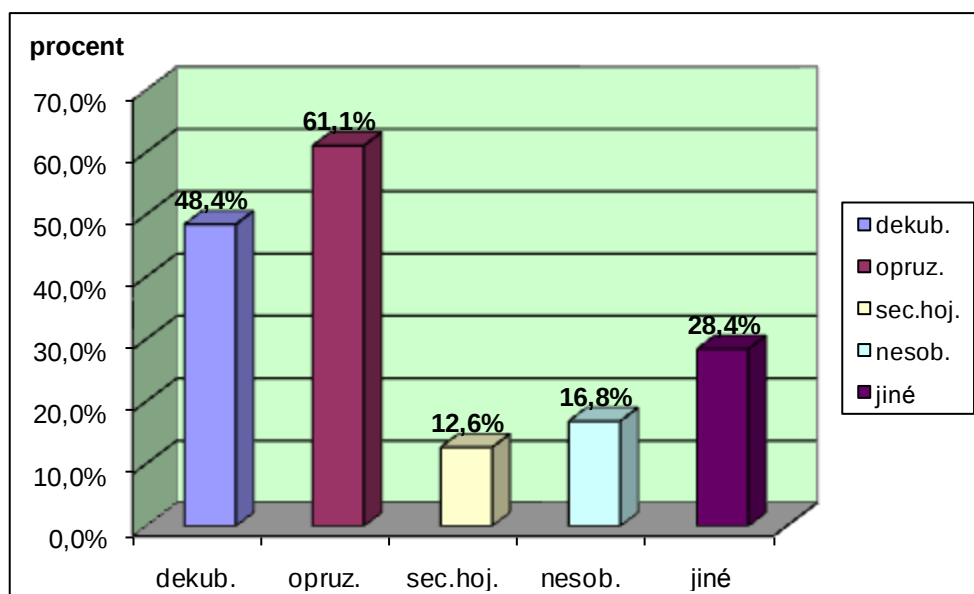
Jak často sestry sledují hmotnost klientů



Graf 12 znázorňuje jak často sestry sledují na svých odděleních hmotnost klientů. Z 46 (48,4%) sester, uvedlo 28 (29,5 %), že hmotnost klientů sledují jedenkrát týdně, 3 (3,2 %) sestry jedenkrát za 10 dní, 8 (8,4 %) sester jedenkrát za dva týdny a 7 (7,4 %) sester uvedlo jinou variantu.

Graf 13

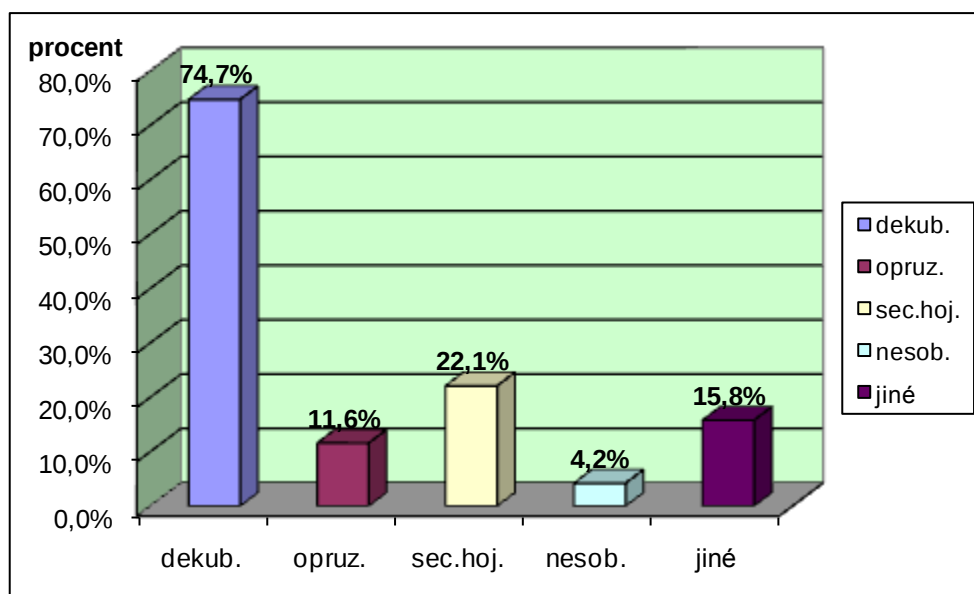
Ošetrovateľské komplikácie u klientů s obezitou



Graf 13 znázorňuje s jakými najčastejšími ošetrovateľskými komplikáciami se sestry setkávajú u klientů s obezitou. Sestry mohly označit i více možností. Z 95 (100 %) sester jich největší počet 58 (61,1 %), jako nejčastejší komplikaci označilo opruzeniny. Druhou nejčastejší komplikací dle 46 (48,4 %) sester jsou dekubity. 12 (12,6 %) sester uvedlo jako komplikaci sekundární hojení ran, 16 (16,8 %) sester nesoběstačnost a 27 (28,4 %) sester uvedlo i jiné další komplikace.

Graf 14

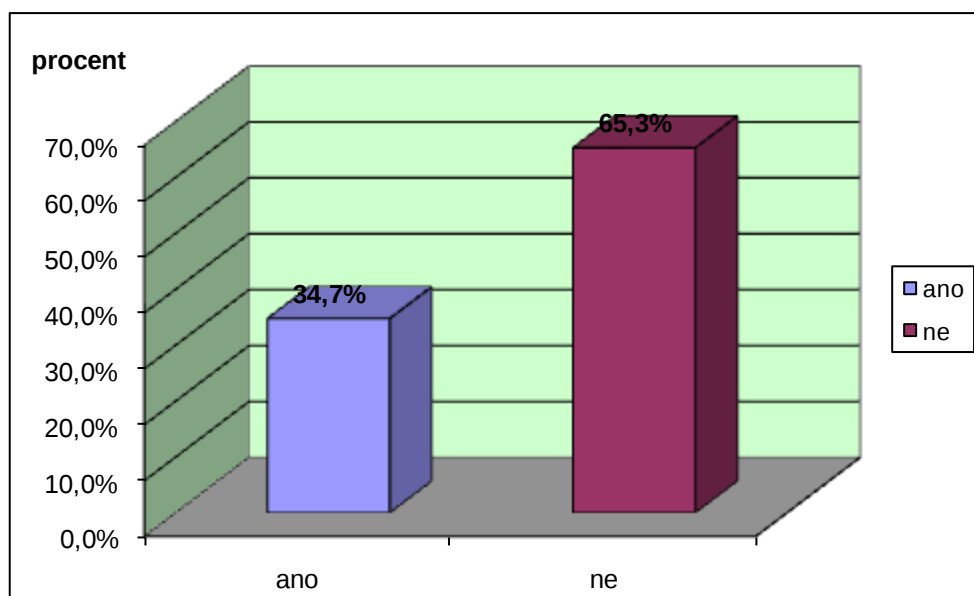
Ošetrovateľské komplikácie u klientů s malnutrici



Z 95 (100 %) dotazovaných sester uvedlo 71 (74,7 %) ako najčastejšiu ošetrovateľskou komplikáciou u klientů s malnutrici dekubity. 11 (11,6 %) sester uvedlo ako ošetrovateľskou komplikáciou opruzeniny, 21 (22,1 %) sekundárni hojenie rán, 4 (4,2 %) nesoběstačnost a 15 (15,8 %) sester uvedlo i jiné ďalšie komplikácie. Sestry mohli uviesť viac možností.

Graf 15

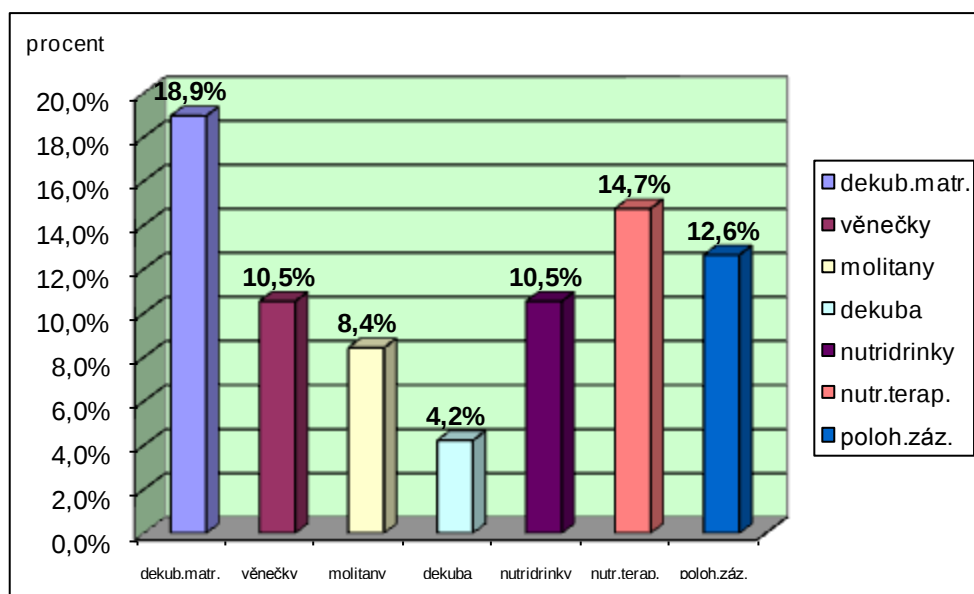
Předběžná opatření při příjmu klienta s malnutricí



Z 95 (100 %) dotazovaných sester, 33 (34,7 %) uvedlo, že při příjmu klienta s malnutricí provádí předběžná preventivní opatření. 62 (65,3 %) sester uvedlo, že žádná preventivní opatření neprovádí.

Graf 16

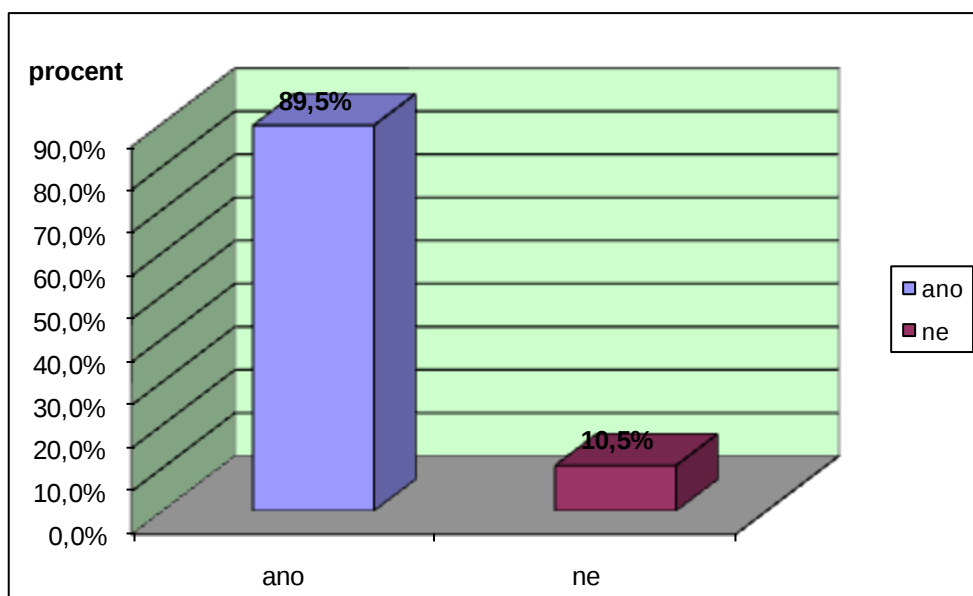
Předběžná preventivní opatření u klientů s malnutricí



Na tuto otázku odpovídalo 33 (34,7 %) dotazovaných. Sestry napsaly i více možností. Nejpočetnější skupina 18-ti (18,9 %) sester považuje jako účinné preventivní opatření u klientů s malnutricí použití antidekubitní matrace. 10 (10,5 %) sester využije vatové věnečky, 8 (8,4 %) molitany, 4 (4,2 %) dekubu, 10 (10,5 %) doporučí nutridrinky, 14 (14,7 %) zajistí nutričního terapeuta a 12 (12,6 %) sester založí u klienta s malnutricí polohovací záznam.

Graf 17

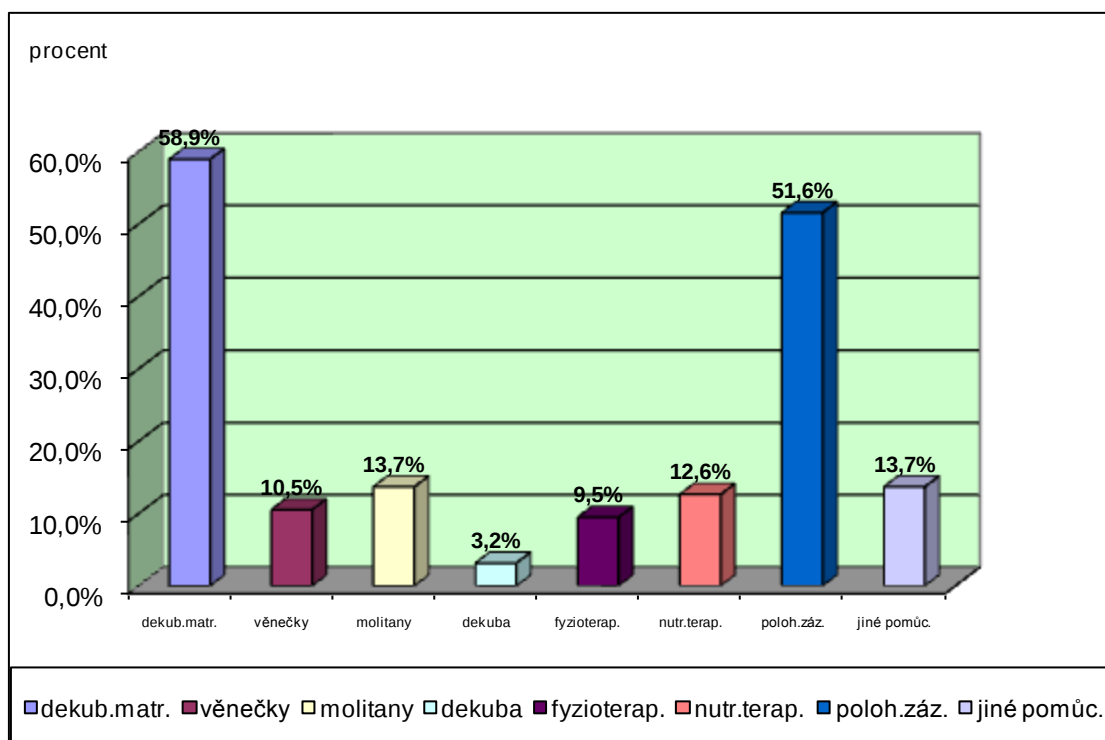
Předběžná opatření při příjmu klienta s obezitou



Z 95 (100 %) dotazovaných sester, 85 (89,5 %) provádí předběžná preventivní opatření při příjmu klienta s obezitou. 10 (10,5 %) sester žádná předběžná preventivní opatření neprovádí.

Graf 18

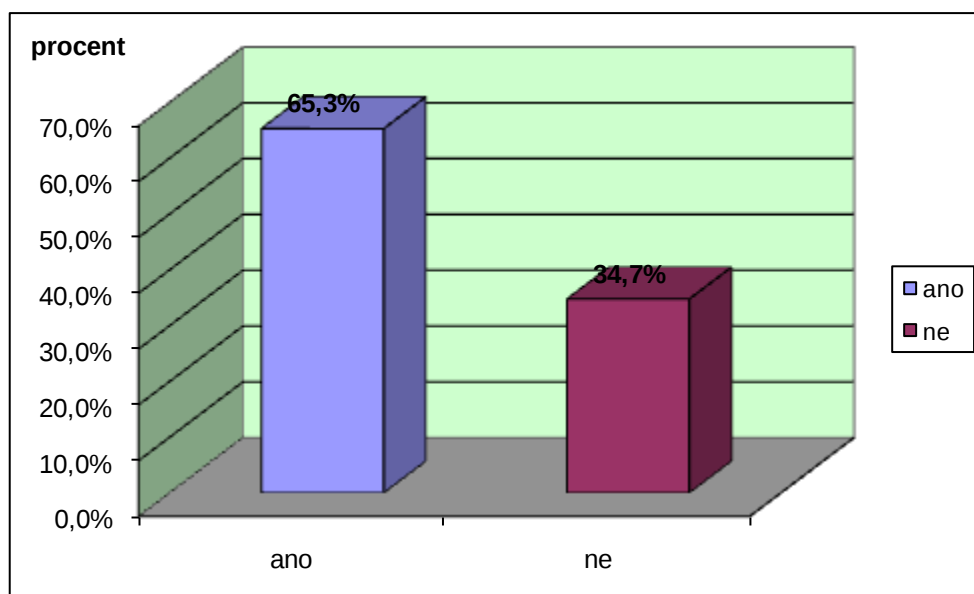
Předběžná preventivní opatření u klientů s obezitou



Na tuto otázku odpovědělo 85 (89,5 %) dotazovaných sester. I zde sestry uváděly více možností. 56 (58,9 %) sester uvedlo využití antidekubitní matrace, 10 (10,5 %) uvedlo využití vatových věnečků, 13 (13,7 %) molitanů, 3 (3,2 %) využití dekuby, 9 (9,5 %) zajištění spolupráce s fyzioterapeutem a 12 (12,6 %) zajištění spolupráce s nutričním terapeutem. 49 (51,6 %) sester při příjmu klienta s obezitou založí polohovací záznam a 13 (13,7 %) sester využije i jiné další pomůcky.

Graf 19

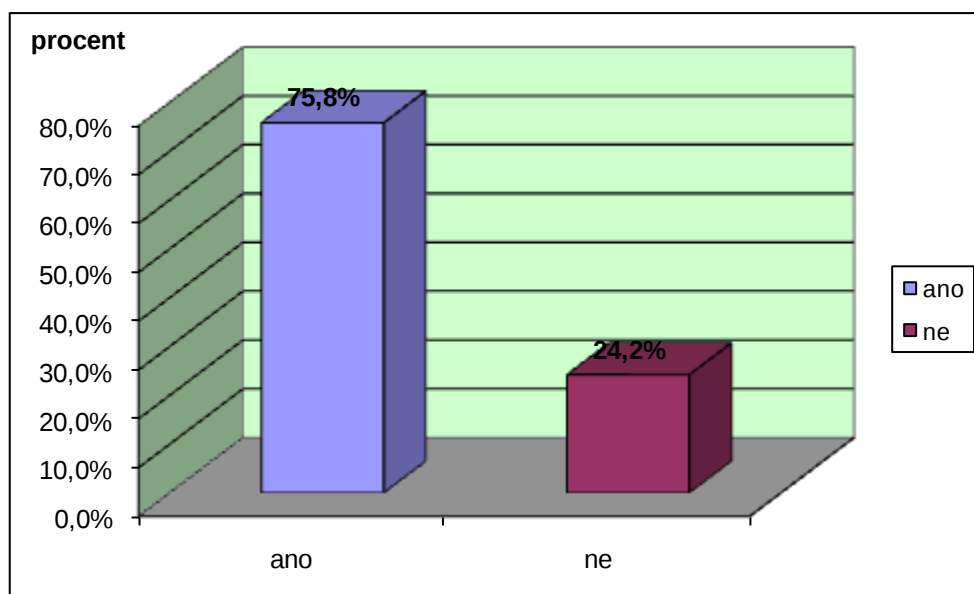
Náročnost péče o klienty s malnutricí a obezitou



Z 95 (100 %) dotazovaných sester, jich 62 (65,3 %) uvedlo, že ošetrovatelská péče o klienty s malnutricí a obezitou je pro ně náročnější. 33 (34,7 %) sester uvedlo, že pro ně tato péče náročnější není.

Graf 20

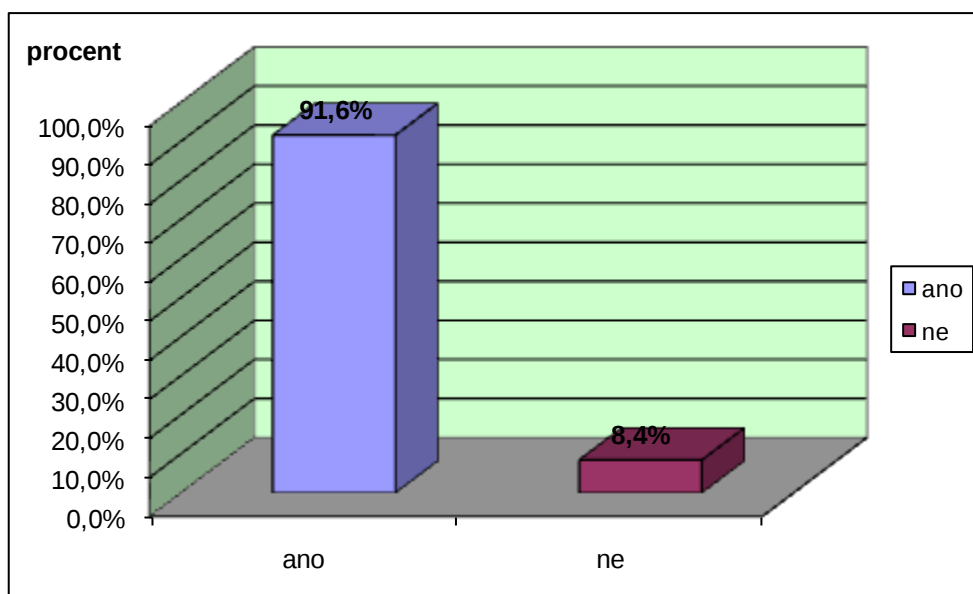
Spolupráce s rodinnými příslušníky



Z 95 (100 %) všech odpovídajících sester uvedlo 72 (75,8 %), že do péče o klienty trpící malnutricí či obezitou zapojují i jejich rodinné příslušníky. 23 (24,2 %) sester uvedlo, že do této péče rodinné příslušníky nezapojují.

Graf 21

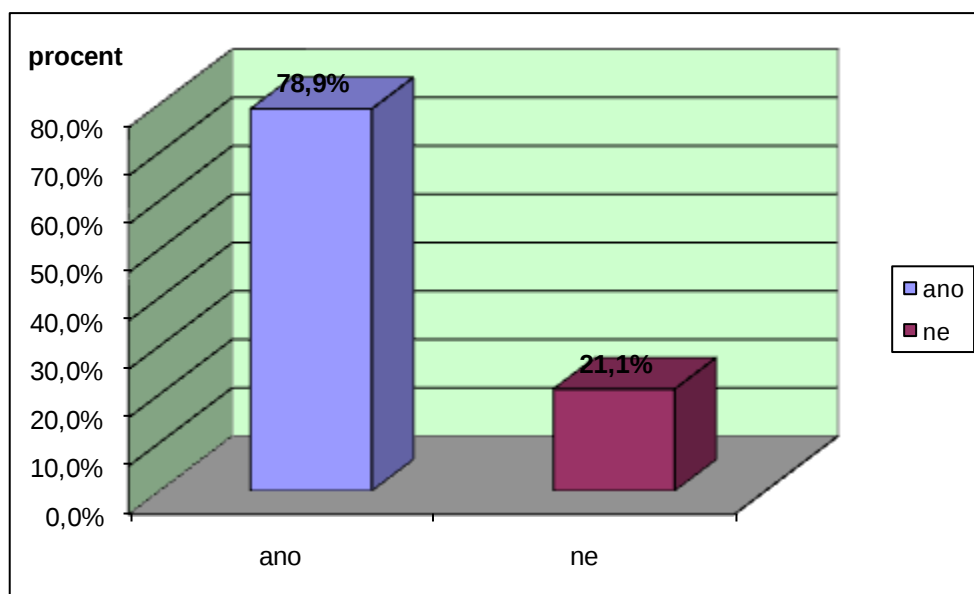
Edukace o výživě u klientů s malnutricí a obezitou



Na otázku edukace klientů, odpovědělo všech 95 (100 %) dotazovaných sester. 87 (91,6 %) sester edukuje o výživě klienty trpící malnutricí a obezitou. 8 (8,4 %) sester klienty o výživě needukuje.

Graf 22

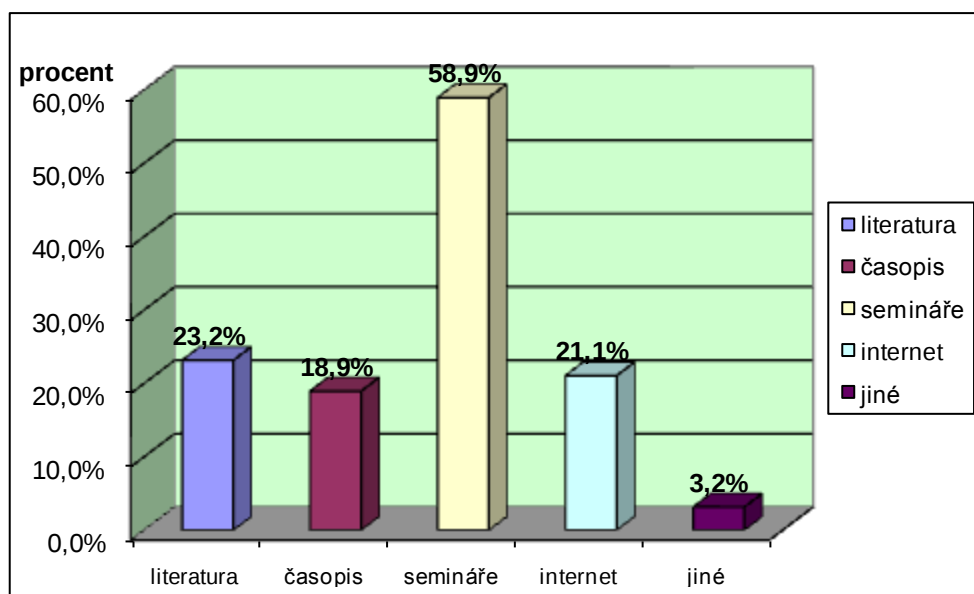
Vzdělávání sester v problematice malnutrice, obezity nebo výživy



Graf 22 znázorňuje vzdělávání se sester v problematice malnutrice, obezity nebo výživy. Z 95 (100 %) dotazovaných sester jich 75 (78,9 %) uvedlo, že se v problematice malnutrice, obezity nebo výživy vzdělávají. 20 (21,1 %) sester se v této problematice nevzdělává.

Graf 23

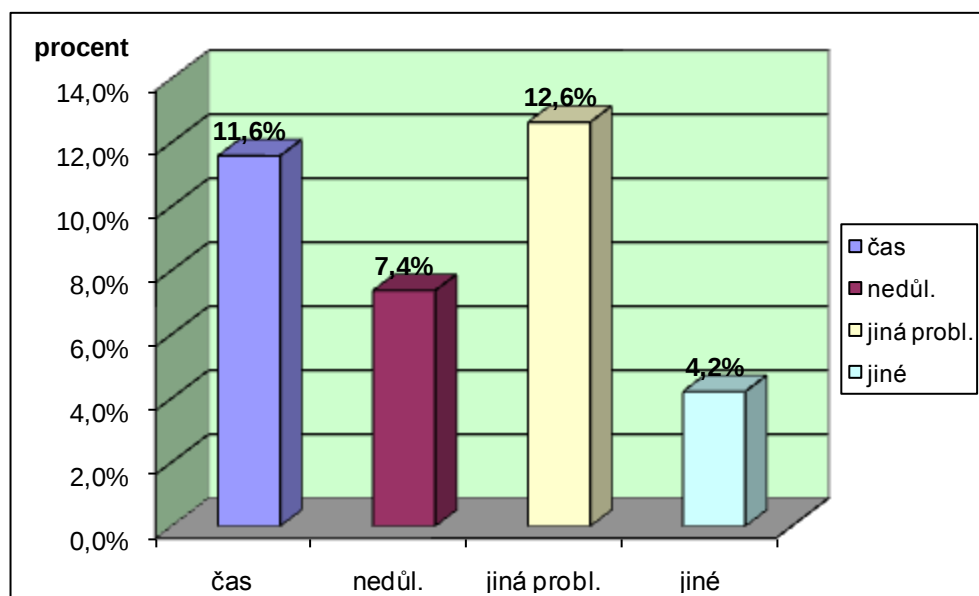
Forma vzdělávání v oblasti malnutrice, obezity nebo výživy



Na tuto otázku odpovídalo 75 (78,9 %) sester, mohly označit více možností. 22 (23,2 %) sester odpovědělo, že informace o výživě čerpá z literatury, 18 (18,9 %) z časopisů, 56 (58,9 %) získává informace na seminářích a konferencích, 20 (21,1 %) využívá internet a 3 (3,2 %) sestry uvedly i jiné možnosti.

Graf 24

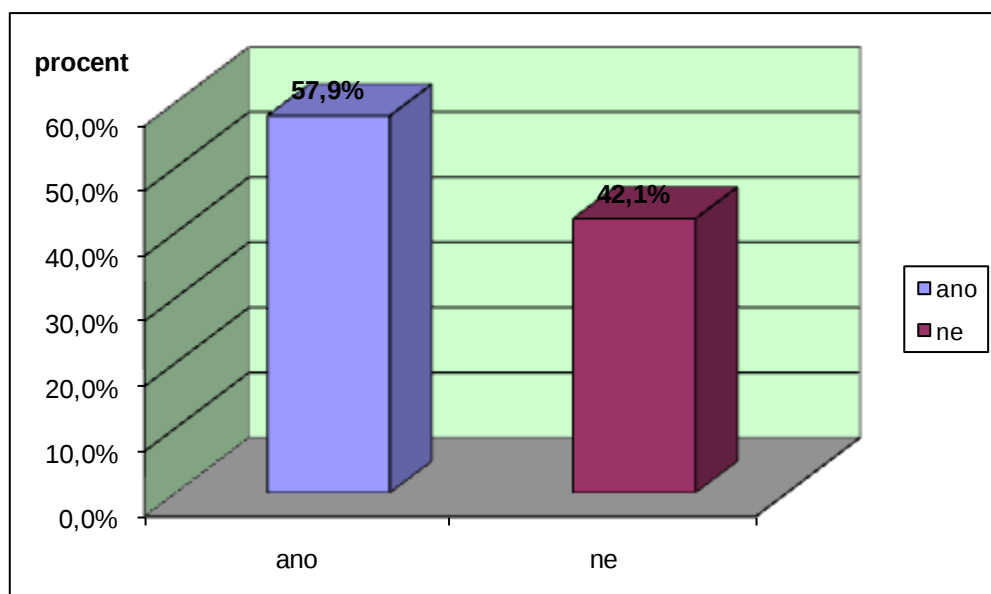
Důvody proč se sestry nevzdělávají v problematice výživy



Na tuto otázku odpovídalo 20 (21,1 %) dotazovaných sester, mohly označit více možností. 11 (11,6 %) sester se v problematice malnutrice, obezity nebo výživy nevzdělává z důvodu nedostatku času, 7 (7,4 %) nepovažuje problematiku výživy za důležitou, 12 (12,6 %) sester se zajímá o jinou problematiku a jiné důvody uvedly 4 (4,2 %) sestry.

Graf 25

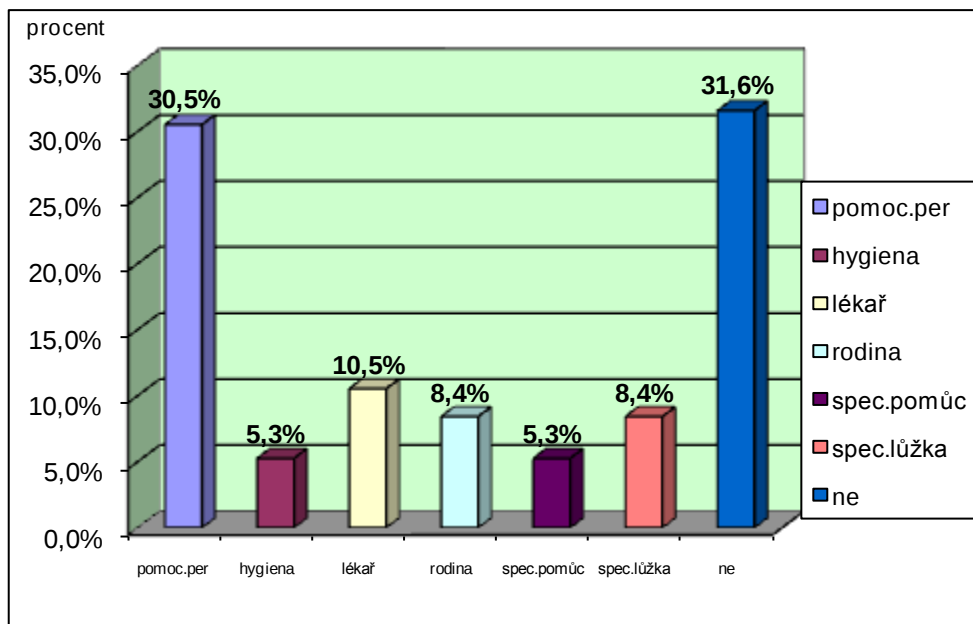
Návštěva semináře o výživě



Z 95 (100 %) dotazovaných sester jich 55 (57,9 %) uvedlo, že v poslední době měly možnost navštívit seminář týkající se stavu výživy nemocných. 40 (42,1 %) sester seminář týkající se stavu výživy nemocných nenavštívilo.

Graf 26

Nápad na zlepšení kvality oš. péče u klientů s malnutricí a obezitou



Na tuto otázku odpovědělo všech 95 (100 %) dotazovaných sester. Odpovědi se daly rozdělit do sedmi skupin. 29 (30,5 %) sester uvedlo, že ke zlepšení kvality péče o klienty s malnutricí a obezitou by pomohlo kdyby bylo více pomocného personálu (sanitářů, sanitářek). 5 (5,3 %) sester uvedlo, že ke zlepšení kvality péče o tyto nemocné by přispěla častější a důsledná hygienická opatření, 10 (10,5 %) sester uvedlo, že ke zkvalitnění péče by přispěl i vstřícnější přístup lékařů. 8 (8,4 %) sester by zapojilo více rodinu, 5 (5,3 %) sester by uvítalo kdyby bylo k dispozici více speciálních pomůcek vhodných k péči o tyto klienty, 8 (8,4 %) sester uvedlo, že ke zkvalitnění péče by přispěla možnost využití speciálních polohovacích lůžek a 30 (31,6 %) sester nemělo žádný nápad na zkvalitnění péče o tyto nemocné.

5. Diskuse

Dotazníky byly rozdány sestrám na odděleních interny, chirurgie a následné péče v nemocnicích v Písku a v Táboře. Nemocnice v Písku je akreditované zařízení, nemocnice v Táboře se na akreditaci připravuje. Vyplnění dotazníků bylo anonymní a dobrovolné. Návratnost dotazníků byla 78,2 %. Myslím si, že mohla být vyšší, ale protože šetření probíhalo v době dovolených je tento výsledek uspokojivý. Výzkumný soubor byl složen z 95 sester.

V této práci bylo vytyčeno sedm cílů. Ke každému cíli se vztahovala vždy jedna hypotéza. Prvním cílem bylo zjistit, zda se u všech hospitalizovaných klientů provádí nutriční screening. Druhým a třetím cílem bylo zjistit, jaké jsou nejčastější ošetrovatelské komplikace u klientů trpících malnutricí a obezitou. Čtvrtým a pátým cílem bylo zjistit, jakým způsobem všeobecné sestry zajišťují ošetrovatelský proces u klientů s malnutricí a obezitou. V šestém a sedmém cíli jsme zjišťovali informovanost zdravotníků v problematice malnutrice a obezity.

V první otázce jsme se ptali, na jakém oddělení sestry pracují. Jak již bylo zmíněno, dotazníky vyplňovaly sestry z interních a chirurgických oddělení a z oddělení následné péče (viz graf 1). Dále nás zajímalo, jakou funkci dotazované sestry na oddělení zastávají. Nejvíce dotazníků vyplnily všeobecné sestry, ale byl zde zájem, jak ze strany staničních a vrchních sester, tak i ze strany zdravotnických asistentů (viz graf 2). Na otázku, zda se sestry na svém oddělení setkávají s klienty s obezitou, drtivá většina odpověděla kladně. Hainer (7) uvádí, že obezita je celosvětová epidemie v důsledku stále se zvyšujícího energetického příjmu a snižujícího se energetického výdeje a Česká republika se řadí do čela evropského žebříčku v prevalenci obezity. Není proto divu, že se sestry často s obézními nemocnými ve své praxi setkávají (viz graf 3). I na otázku zda se setkávají na svém oddělení s klienty trpícími malnutricí, odpověděla převážná většina sester kladně (viz graf 4).

Pátá otázka byla zaměřena na ošetrovatelskou dokumentaci, zajímal nás hlavně nutriční screening. Je velice potěšující, že všechny sestry uvedly, že nutriční screening je samozřejmostí v jejich ošetrovatelské dokumentaci (viz graf 5). Součástí nutričního screeningu je i výpočet indexu BMI (Body Mass Index – index tělesné hmotnosti),

proto jsme zjišťovali, zda tento index umí sestry vypočítat. Opět drtivá většina uvedla, že ano (viz graf 6). Zde se potvrdila první hypotéza. Důležitou součástí ošetrovatelského procesu je i konzultace se specialisty. V souvislosti s malnutricí a obezitou je důležitá spolupráce s nutričním terapeutem. Na toto téma nám sestry odpovídaly v sedmé otázce (viz graf 7). Tato spolupráce ještě není stoprocentní, ale výsledek 85,3 % kladných odpovědí můžeme považovat za úspěch.

V další, osmé otázce, která byla zaměřena na ošetrovatelský proces a jeho zavedení, odpověděla opět převážná většina sester kladně. Ošetrovatelský proces je zaveden na všech odděleních, kde bylo prováděno výzkumné šetření (viz graf 8). Pokud jde o standardy ošetrovatelské péče, týkající se stavu výživy klientů, všechny sestry shodně odpověděly, že tyto standardy na svém oddělení k dispozici nemají (viz graf 9). Bylo by vhodné se nad tímto faktem zamyslet a pro tento účel ošetrovatelský standard sestavit. Ulehčilo by to práci sestrám a zkvalitnila by se péče o klienty s poruchami výživy. Zde se nám jednoznačně nepotvrdily hypotézy 4 a 5. Nedílnou součástí ošetrovatelského procesu je stanovení správných ošetrovatelských diagnóz. Mastiliaková (13) uvádí, že ošetrovatelská diagnóza je standardní pojmenování problému klienta a jeho reakce na aktuální a potencionální zdravotní problémy nebo životní procesy a situace. Sestry jsme se dotazovali, kterou taxonomii ke stanovení ošetrovatelských diagnóz ve své praxi využívají. Nejčastější odpovědí byla taxonomie NANDA II, kde jsou diagnózy řazeny do 12 oblastí podle modelu M. Gordonové. Pouze několik sester uvedlo, že využívá NANDA I (viz graf 10).

V péči o hospitalizované klienty je výhodné sledovat jejich tělesnou hmotnost, zvláště pokud se jedná o dlouhodobě nemocné. Z šetření vyplynulo, že hmotnost klientů na oddělení sleduje necelá polovina sester (viz graf 11). Z jejich odpovědí je patrné, že nejčastěji se na odděleních sleduje hmotnost klientů jedenkrát týdně (viz graf 12). Dotazované sestry uvedly jako nejvýznamnější ošetrovatelské komplikace u obézních klientů, opruzeniny a dekubity (viz graf 13). U klientů s malnutricí jako nejčastější komplikace označily dekubity a na druhém místě sekundární hojení ran (viz graf 14). Zde se potvrdila druhá hypotéza, kde bylo předpokládáno, že nejčastější komplikací u klientů s malnutricí je porušená integrita kůže. Taktéž se potvrdila třetí hypotéza, kde

bylo u obézních klientů též předpokládáno, že nejčastější komplikací bude porušená kožní integrita. V souvislosti s těmito komplikacemi jsme se sester dotazovali, zda provádějí nějaká předběžná preventivní opatření při příjmu klientů s malnutricí a obezitou. U klientů s malnutricí téměř dvě třetiny sester odpovědělo, že žádná preventivní opatření neprovádějí (viz graf 15). Třetina, která preventivní opatření provádí, uvedla nejčastěji využití antidekubitní matrace a spolupráci s nutričním terapeutem (viz graf 16). U obézních klientů naopak většina sester předběžná preventivní opatření provádí (viz graf 17). Mezi nejčastější opatření se též řadí využití antidekubitní matrace a více než polovina dotazovaných sester založí záznam o polohování klienta (viz příloha 3), (viz graf 18). Otázky 16 a 18 byly otevřené, sestry doplňovaly předběžná preventivní opatření, která provádějí u klientů s malnutricí a obezitou. Je zajímavé, že preventivní opatření, která uvedly, se shodovaly jak u malnutrice, tak u obezity.

Téměř dvě třetiny sester odpovědělo, že péče o klienty s malnutricí a obezitou je pro ně náročnější (viz graf 19). Domnívám se, že náročnost péče o obézní spočívá hlavně v jejich přidružených onemocněních a omezené pohyblivosti. U klientů s malnutricí se domnívám, že náročnost péče spočívá v tom, že jí převážně trpí geriatřičtí klienti. Dále bylo zjišťováno, zda sestry zapojují do péče o klienty s malnutricí a obezitou rodinné příslušníky. Sama ze své zkušenosti vím, že rodina v péči o nemocného může významně pomoci, hlavně pokud je klient starší, je zvyklý na své blízké a v nemocničním prostředí se cítí osamělý. Většina dotazovaných sester do péče o klienty s obezitou nebo malnutricí rodinné příslušníky zapojuje (viz graf 20).

V dnešní době je nedílnou součástí ošetrovatelského procesu edukace klientů, uplatňuje se zdravotnická edukace. Jejím cílem je zdraví a její součástí je zdravotnická výchova. V problematice malnutrice a obezity je důležitá edukace klientů o výživě. Pouze 8 z 95 dotazovaných sester uvedlo, že klienty needukuje (viz graf 21). I na vzdělávání sester se v současné době klade velký důraz. Zajímali jsme se, jestli se sestry vzdělávají v oblasti malnutrice, obezity nebo výživy obecně. Pokud ano, ptali jsme se, kde tyto informace získávají a pokud ne, zjišťovali jsme, z jakého důvodu se tomuto tématu nevěnují. Výsledkem bylo, že 75 sester se o problematiku výživy zajímá (viz

graf 22). Informace nejčastěji čerpají na odborných seminářích a konferencích. Přibližně na stejné úrovni se dále umístila odborná literatura, časopisy a internet (viz graf 23). Problematice výživy se nevěnuje 20 sester. Jako nejčastější důvody dotazované sestry uvedly, že se zajímají o jiné téma a nedostatek času (viz graf 24). Seminář týkající se stavu výživy v poslední době navštívila více než polovina sester (viz graf 25). Hypotézu 6 a 7 můžeme potvrdit. Všeobecné sestry jsou informovány o problematice malnutrice a obezity.

Poslední otázka byla otevřená. Sestry mohly napsat, jak by zlepšily ošetrovatelskou péči o klienty s malnutricí a obezitou. Odpovědi se daly rozdělit do 7 částí. Nejpočetnější skupinu tvořila odpověď ne. Dále sestry uvedly, že by bylo dobré mít k dispozici více pomocného personálu (sanitářů, sanitářek) hlavně v péči o klienty s obezitou. Dalšími náměty byla důsledná a častější hygiena, vstřícnější přístup lékařů, zapojení rodinných příslušníků, využívání speciálních lůžek a dostatek speciálních pomůcek hlavně k polohování (viz graf 26).

V odpovědích byla možnost porovnání nemocnic Písek a Tábor. Písecká nemocnice je akreditované zařízení, tábořská nemocnice se na akreditaci připravuje. Žádné velké rozdíly v odpovědích nebyly. Výjimkou pouze je propracovanější systém spolupráce s nutričním terapeutem v písecké nemocnici.

6. Závěr

Ošetrovatelský proces je systematická, racionální metoda plánování a poskytování ošetrovatelské péče. Jejím cílem je uspokojení individuálních potřeb klienta. I klienti s malnutricí a obezitou mají své potřeby a s péčí o ně souvisí i jistá rizika. V této práci jsme se zabývali riziky v ošetrovatelském procesu u klientů s malnutricí a obezitou.

Prvním cílem bylo zjistit, zda se provádí nutriční screening u všech hospitalizovaných klientů. K tomuto cíli se vztahovala hypotéza 1, *že nutriční screening je součástí ošetrovatelské dokumentace*. Tato hypotéza se potvrdila, cíl byl splněn.

Druhým cílem bylo zjistit nejčastější ošetrovatelské komplikace u klientů s malnutricí. K tomuto cíli se vztahovala hypotéza 2, *že u klientů s malnutricí je nejčastější komplikací porušená integrita kůže*. Tato hypotéza se též potvrdila. Mezi nejčastější ošetrovatelské komplikace u klientů s malnutricí patří dekubity a sekundární hojení ran. Cíl byl splněn.

Třetím cílem bylo zjistit nejčastější ošetrovatelské komplikace u klientů s obezitou. K tomuto cíli se vztahovala hypotéza 3, *že u klientů s obezitou je nejčastější komplikací porušená integrita kůže*. Tato hypotéza se také potvrdila. Nejčastějšími ošetrovatelskými komplikacemi u klientů s obezitou jsou opruzeniny a dekubity. Cíl byl splněn.

Čtvrtým cílem bylo zjistit, jakým způsobem všeobecné sestry zajišťují ošetrovatelský proces u klientů s malnutricí. K tomuto cíli se vztahovala hypotéza 4, *všeobecné sestry zajišťují ošetrovatelský proces u klientů s malnutricí dle platného ošetrovatelského standardu*. Tato hypotéza se nepotvrdila. Sestry na svých odděleních mají zaveden ošetrovatelský proces, stanovují ošetrovatelské diagnózy dle taxonomie NANDA II, ale standard ošetrovatelské péče pro klienty s malnutricí sestaven není. Cíl se podařilo jen částečně naplnit.

Pátým cílem bylo zjistit, jakým způsobem všeobecné sestry zajišťují ošetrovatelský proces u klientů s obezitou. K tomuto cíli se vztahovala hypotéza 5, *všeobecné sestry zajišťují ošetrovatelský proces u klientů s obezitou dle platného ošetrovatelského standardu*. Tato hypotéza se taktéž nepotvrdila. Situace je stejná jako

u malnutrice. Cíl se též podařilo jen částečně naplnit.

Šestým cílem bylo zjistit informovanost zdravotníků o problematice malnutrice. K tomuto cíli se vztahovala hypotéza 6, *všeobecné sestry jsou informovány o problematice malnutrice*. Tato hypotéza se potvrdila. Sestry získávají nejvíce informací o této problematice na odborných seminářích a konferencích. Cíl byl splněn.

Sedmým cílem bylo zjistit informovanost zdravotníků o problematice obezity. K tomuto cíli se vztahovala hypotéza 7, *všeobecné sestry jsou informovány o problematice obezity*. I zde se hypotéza potvrdila, sestry opět nejvíce informací získávají na odborných seminářích a konferencích. Cíl byl splněn.

Z provedeného šetření vyplývá, že s klienty trpícími malnutricí či obezitou se setkávají sestry na všech výše uvedených odděleních. Většina sester považuje péči o tyto nemocné za náročnější. Je potěšující, že součástí každé ošetrovatelské dokumentace je nutriční screening, který se provádí při příjmu každého klienta. Dále z šetření vyplynulo, že pro klienty s malnutricí a obezitou zatím nebyl vypracován platný ošetrovatelský standard, kterým by se zlepšila ošetrovatelská péče o tyto nemocné. Bylo by vhodné se nad tímto faktem zamyslet a pro tyto nemocné ošetrovatelský standard sestavit. U klientů s malnutricí jsou nejčastějším ošetrovatelským problémem dekubity a u klientů s obezitou, opruzeniny. Informace o problematice malnutrice a obezity všeobecné sestry nejčastěji získávají na odborných seminářích a konferencích.

7. Seznam použitých zdrojů

1. ANDĚL, M., BENEŠ, P. *Výživa nemocných v těžkých stavech: parenterální výživa*. 3. dopl. vyd. Brno: IDVZP Brno, 1998. 101 s. ISBN 80-7013-271-X.
2. DYLEVSKÝ, I. *Somatologie*. 2. vyd. Olomouc: Epava, 2000. 480 s. ISBN 80-86297-05-5.
3. DYLEVSKÝ, I. *Základy anatomie*. 1. vyd. Praha: Triton, 2006. 271 s. ISBN 80-7254-886-7.
4. FARKAŠOVÁ, D., a kol. *Ošetrovatelství: teorie*, 1. Čes. vyd. Martin: Osveta, 2006. 211 s. ISBN 80-8063-182-4.
5. FREJ, D. *Dietní sestra: diety ve zdraví a nemoci*. 1. vyd. Praha: Triton, 2006. 309 s. ISBN 80-7254-537-X.
6. GROFOVÁ, Z. *Nutriční podpora: praktický rádce pro sestry*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007. 237 s. ISBN 978-80-247-1868-2.
7. HAINER, V. *Základy klinické obezitologie*. 1. vyd. Praha: Grada, 2004. 356 s. ISBN 80-247-0233-9.
8. HLÚBIK, P., OPLTOVÁ, L. *Vitamíny*. 1.vyd. Praha: Grada, 2004. 232 s. ISBN 80-247-0373-4.
9. JAROŠOVÁ, D. *Teorie moderního ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha: ISV nakladatelství, 2000. 133 s. ISBN 80-85866-55-2.
10. KUNOVÁ, V. *Zdravá výživa*. 1. vyd. Praha: Grada, 2004. 136 s. ISBN 80-247-0736-5
11. LUKÁŠ, K., ŽÁK, A. *Gastroenterologie a hepatologie*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007. 380 s. ISBN 978-80-247-1787-6.

12. MAREČKOVÁ, J. *Ošetrovateľské diagnózy v Nanda doménách*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006. 264 s. ISBN 80-247-1399-3.
13. MASTILIAKOVÁ, D. *Úvod do ošetrovateľství. I. Díl. Systémový přístup*. 1. Vyd. Praha: Univerzita Karlova v Praze, nakladatelství Karolinum, 2004. 187 s. ISBN 80-246-0429-9.
14. MIKŠOVÁ, Z., a kol. *Kapitoly z ošetrovateľské péče. I*. 2. vyd. Praha: Grada publishing, 2006. 248 s. ISBN 80-247-1442-6.
15. MIKŠOVÁ, Z., a kol. *Kapitoly z ošetrovateľské péče II*. 2. vyd. Praha: Grada publishing, 2006. 171 s. ISBN 80-247-1443-4.
16. MOUREK, J. *Fyziologie*. 1. vyd. Praha: Grada, 2005. 204 s. ISBN 80-247-1190-7.
17. MÜLLEROVÁ, D. *Zdravá výživa a prevence civilizačních onemocnění ve schématech*. 1. vyd. Praha: Triton, 2003. 99 s. ISBN 80-7254-421-7.
18. NEJEDLÁ, M. *Fyzikální vyšetření pro sestry*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006. 248 s. ISBN 80-247-1150-8.
19. SILBERNAGL, S., LANG, F. *Atlas patofyziologie člověka*. 1. české vyd. Praha: Grada, 2001. 390 s. ISBN 80-7169-968-3.
20. STAŇKOVÁ, M. *České ošetrovateľství 3: Jak zavést ošetrovateľský proces do praxe*. 1. vyd. Brno, 2002. 49 s. ISBN 80-7013-282-5.
21. STAŇKOVÁ, M. *České ošetrovateľství 4: Jak provádět ošetrovateľský proces*. 1. vyd. Brno, 2005. 66 s. ISBN 80-7013-283-3.
22. SVAČINA, Š., BRETŠNAJDROVÁ, A. *Dietologický slovník*. 1. vyd. Praha: Triton, 2008. 271 s. ISBN 978-80-7387-062-1.
23. SVAČINA, Š. *Klinická dietologie*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008. 384 s. ISBN 978-80-247-2256-6.

24. ŠAFRÁNKOVÁ, A., NEJEDLÁ, M. *Interní ošetřovatelství II*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006. 211 s. ISBN 80-247-1777-8.
25. TRACHTOVÁ, E. *Potřeby nemocného v ošetřovatelském procesu*. 2. vyd. Brno: IDVPZ Brno, 2001. 181 s. ISBN 80-7013-324-4.
26. TROJAN, S., SCHREIBER, M. *Atlas biologie člověka*. 2. upravené vyd. Praha: Scientia, 2007. 136 s. ISBN 80-86960-11-0.
27. TROJAN, S. *Lékařská fyziologie*. 4. Přepřacované vyd. Praha: Grada, 2002. 487 s. ISBN 80-247-0512-5.
28. ZADÁK, Z. *Výživa v intenzivní péči*. 1. vyd. Praha: Grada, 2002. 487 s. ISBN 80-247-0320-3.

8. Klíčová slova

Malnutrice

Obezita

Ošetrovatelský proces

Všeobecná sestra

Výživa

9. Přílohy

Příloha 1 - Nutriční screening

Příloha 2 – Vyšetření malnutričních pacientů nutričním terapeutem

Příloha 3 – Záznam o polohování

Příloha 4 – Dotazník pro sestry

Příloha 1 – Nutriční screening

Nutriční screening

NEMOCNICE PÍSEK

IDENTIFIKAČNÍ ŠTÍTEK		DATUM příjmu	ODDĚLENÍ
HMOTNOST	VÝŠKA	BMI (kg / m2)	

		body
1	Pacient nelze změřit a zvážit - nevyplňovat 4, 5, 6,	2
2	Nelze od pacienta získat informace - nevyplňovat 4, 5, 6,	3
3	Věk	
	do 65 let	0
	nad 65 let	1
4	BMI	
	nad 70 let	2
	20 - 35	0
	18 - 20, nad 35	1
5	Ztráta hmotnosti	
	pod 18	2
	žádná	0
	více než 3 kg / 3 měsíce (volné šaty)	1
6	Množství jídla	
	více než 6 kg / 3 měsíce	2
	beze změn	0
	poloviční porce	1
7	Projevy nemoci	
	občas nejl	2
	žádné	0
	bolesti břicha, nechutenství	1
8	Faktor stresu	
	zvracení, průjem nad 6/den	2
	střední	1
	vysoký	2
Součet bodů (INDEX)		
Podpis a razítko sestry:		

INDEX	opatření	nutriční terapeut
0 až 3		bez nutnosti zvláštní intervence
4 až 7	ohlásit nutr.terapeutovi	nutné vyšetření, speciální dieta
8 až 12	ohlásit nutr.terapeutovi	malnutrice ohrožující život či průběh choroby, nutná speciální nutriční léčba !!!

poznámka:

Střední faktor stresu: chronické onemocnění, DM, menší plánovaný oper.výkon, vyšetření

Vysoký faktor stresu: akutní dekompenzované onemocnění, rozsáhlý nebo akutní operační výkon
pooperační komplikace, umělá plicní ventilace, popáleniny, trauma, krvácení do GIT, hospitalizace na JIP nebo ARO)

Záznam nutričního terapeuta:

Zdroj: Nemocnice Písek

Příloha 2 – Vyšetření malnutričních pacientů nutričním terapeutem

 NEMOCNICE PÍSEK		VYŠETŘENÍ MALNUTRIČNÍCH PACIENTŮ NUTRIČNÍM TERAPEUTEM	
Jméno a příjmení		Rok narození	
Oddělení		Vypracoval	

NUTRIČNÍ ANAMNÉZA:			
Ztráta hmotnosti (nechtěná) před přijetím		ANO	NE
Stravovací zvyklosti: Stravovací režim? Počet porcí (snídaně, večeře)? Druhy preferovaných potravin?			
Množství potravin?			
Dietní omezení – vynechávání určitých jídel, potravin – jaká, proč, kdo to doporučil?			
Alergie nebo potravinová nesnášenlivost?			
Socioekonomické problémy – kdo vaří, žije sám, dovoz jídla?			
Bolest břicha, zvracení, nechutenství?			
Počet a charakter stolice?			

FYZIKÁLNÍ VYŠETŘENÍ:		hmotnost:	výška:	BMI:	
stav výživy:	kachexie	hubenost	normální	nadváha	obezita

ANTROPOMETRICKÉ VYŠETŘENÍ:		
obvod svalstva paže (cm):	!!! hodnoty u muže < 19,5	u ženy < 15,5

LABORATORNÍ VYŠETŘENÍ:		
transferin:	albumin:	cholinesteráza:
prealbumin:		

ZÁZNAM NUTRIČNÍHO TERAPEUTA:

Tiskárna V. Teringl Písek, tel. 382 219 091

Zdroj: Nemocnice Písek

ZÁZNAM O POLOHOVÁNÍ PACIENTA

list č.

identifikační
štítek pacienta

datum		6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	1	2	3	4	5
poloha	hodina																								
	záda																								
	levý bok																								
	pravý bok																								
	břicho																								
poloha	křeslo																								
	sed																								

datum		6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	1	2	3	4	5
poloha	hodina																								
	záda																								
	levý bok																								
	pravý bok																								
	břicho																								
poloha	křeslo																								
	sed																								

datum		6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	1	2	3	4	5
poloha	hodina																								
	záda																								
	levý bok																								
	pravý bok																								
	břicho																								
poloha	křeslo																								
	sed																								

Příloha 4 – Dotazník pro sestry

Vážené kolegyně,

dovolte, abych se představila, jmenuji se Marie Horčíčková a studuji na Zdravotně sociální fakultě v Českých Budějovicích obor Ošetrovatelství. Jako téma své bakalářské práce jsem si vybrala: **Rizika v ošetrovatelském procesu s malnutricí a obezitou**. Touto cestou, bych Vás chtěla požádat o spolupráci na tomto šetření. Prosím Vás o pravdivé vyplnění přiloženého dotazníku. Ujišťuji Vás, že všechny údaje jsou zcela anonymní a budou využity pouze pro tento výzkum. Není-li uvedeno jinak, označte pouze jednu odpověď.

Děkuji za spolupráci a za Váš čas.

Marie Horčíčková

1) Na jakém oddělení pracujete?

2) Jakou funkci na svém oddělení zastáváte?

- a) vrchní sestra
- b) staniční sestra
- c) zdravotní sestra
- d) zdravotnický asistent

3) Setkáváte se na svém oddělení s klienty s **obezitou**?

ANO NE

4) Setkáváte se na svém oddělení s klienty s **malnutricí**?

ANO NE

5) Je nutriční screening součástí vaší ošetrovatelské dokumentace?

ANO NE

6) Umíte vypočítat index BMI (body mass index) – index tělesné hmotnosti?

ANO .NE

7) Spolupracujete na vašem oddělení s nutričním terapeutem?

ANO .NE

8) Je na vašem oddělení zaveden ošetrovatelský proces?

ANO NE

9) Jsou na vašem oddělení standardy ošetrovatelské péče týkající se stavu výživy klientů?

ANO . NE

10) Ke stanovení ošetrovatelských diagnóz u klientů s malnutricí či obezitou používáte?

- a) NANDA I
- b) NANDA II
- c) nestanovujete ošetrovatelské diagnózy

11) Sledujete na svém oddělení hmotnost klientů?

ANO NE

12) Pokud ANO jak často?

- a) 1x týdně
- b) 1x za 10 dní
- c) 1x za 2 týdny
- d) jiné.....

13) S jakými komplikacemi jste se při ošetrování nemocných s **obezitou** setkala?
(Zaškrtněte i více možností)

- a) dekubity
- b) opruzeniny
- c) sekundární hojení ran
- d) nesoběstačnost
- e) jiné.....

14) S jakými komplikacemi jste se při ošetřování nemocných s **malnutricí** setkala?
(Zaškrtněte i více možností)

- a) dekubity
- b) opruzeniny
- c) sekundární hojení ran
- d) nesoběstačnost
- e) jiné.....

15) Provádíte na vašem oddělení při příjmu klienta s **malnutricí** nějaká předběžná preventivní opatření?

ANO NE

16) Pokud ANO, doplňte jaká.....
.....

17) Provádíte na vašem oddělení při příjmu klienta s **obezitou** nějaká předběžná preventivní opatření?

ANO NE

18) Pokud ANO, doplňte jaká.....
.....

19) Domníváte se, že ošetrovatelská péče o klienty s **malnutricí a obezitou** je pro vás náročnější?

ANO NE

20) Zapojujete do péče o klienty s **malnutricí a obezitou** rodinné příslušníky?

ANO NE

21) Provádíte edukaci o výživě u klientů s **malnutricí a obezitou** ?

ANO NE

22) Vzděláváte se v problematice **malnutrice, obezity** nebo výživy obecně?

ANO NE

23) Pokud ANO, jakou formou? (Uveďte i více možností)

- a) odborná literatura
- b) časopisy
- c) semináře, konference
- d) internet
- e) jiné.....

24) Pokud NE, z jakého důvodu? (Uveďte i více možností)

- a) nedostatek času
- b) nepovažuji to za důležité
- c) zajímám se jinou problematiku
- d) jiné.....

25) Navštívila jste v poslední době seminář týkající se stavu výživy nemocných?

ANO NE

26) Měla byste nějaký nápad na zlepšení kvality ošetrovatelské péče o klienty s malnutricí či obezitou? Prosím doplňte.....

.....

.....

.....

Děkuji Vám za vyplnění dotazníku.

Zdroj: Vlastní zdroj

